

Patronaty Honorowe

Prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Rektor Uniwersytetu Warszawskiego

Organizatorzy:

Pracownia Komunikacji w Medycynie Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK
Instytut Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego
Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN
Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej
Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Komitet organizacyjny:

Przewodniczący: dr Aldona Katarzyna Jankowska (Collegium Medicum UMK)
Sekretarz: dr Marta Chojnacka-Kuraś (Uniwersytet Warszawski)
Z-ca przewodniczącego: mgr Oliwia Kowalczyk (Collegium Medicum UMK)
dr Antonina Doroszevska (Warszawski Uniwersytet Medyczny)
lek. Martyna Borowczyk (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)
lek. Agata Stalmach-Przygoda (Collegium Medicum UJ)
mgr Maria Libura (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)

Organizatorzy sesji studenckiej:

Joanna Matjanowska (CM UMK)
Paweł Cybulski (CM UMK)
Hubert Syzdek (UJ CM)
Mateusz Potoniec (UJ)

Komitet Naukowy:

prof. Jarosław Barański
dr Antonina Doroszevska
prof. Jan Doroszewski
prof. Olga Haus
dr Aldona Katarzyna Jankowska-przewodnicząca
prof. Marek Kulus
prof. Roman Ossowski
prof. Tadeusz Parnowski
prof. Tomasz Pasierski
dr hab. Katarzyna Pawlak-Osińska
prof. Mariusz Wysocki

SPIS TREŚCI

I SESJA PLENARNA: Medycyna narracyjna w teorii i w praktyce

Marcin Chwistek

W czterech ścianach mego bólu. Ból jako choroba w poezji i prozie Aleksandra Wata.

II SESJA: Doświadczenie choroby z perspektywy lekarza i pacjenta

Małgorzata Regosz-Kaczkowska

„3 perspektywy w 1: ksiądz Jan Kaczkowski jako pacjent, opiekun duchowy umierających w hospicjum i edukator. Narracja jego choroby w książce „Żyć aż do końca. Instrukcja obsługi choroby”

Magdalena Żadkowska

„To, co ja mam w głowie to nie jest problemem mojego lekarza. Ale może mógłby być ...” – o interdyscyplinarnej metodzie przygotowania diagnozy potrzeb systemowych, programowych, relacyjnych i komunikacyjnych za pomocą moderowanej narracji lekarzy, pacjentów i ich bliskich

Halina Bogusz

Doświadczenie i refleksja o śmierci w poezji jako narzędzie dydaktyczne w zajęciach na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego – wstępne doświadczenia z pierwszego roku zajęć

Bogumiła Kempieńska-Mirostawska

Błąd medyczny? – perspektywa i opowieść pacjenta (pokrzywdzonego) pro/contra perspektywa i opowieść lekarza (obwinionego) na przykładzie akt wybranych spraw toczących się przez Sądem Lekarskim w Łodzi

III SESJA: Formy narracyjne / fabularne w medycynie i psychologii

Łukasz Pińczuk

„Powieм teraz kilka słów...” – struktura tekstu realizowana w dyskursie paramedycznym wobec założeń medycyny narracyjnej. Przykład ustawień Berta Hellingera.

Magda Żelazowska-Sobczyk, Magdalena Zabielska

Miałam dwie mamy – jedną aktywną, wesołą, uśmiechniętą, a drugą bierną i smutną – dyskurs opisów przypadku z zakresu psychologii i psychiatrii w ujęciu narracyjnym

Pavel Larionov

Personalna bajka jako metoda dla badania życiowego scenariusza i konfliktów wewnątrzpsychicznych w celu rozumienia stanów chorobowych

Tomira Chmielewska-Ignatowicz

Rola filmów fabularnych w edukacji widzów w zakresie specyfiki zachowań i potrzeb osób z zespołem Aspergera - analiza narracji opiekunów dzieci z zespołem Aspergera.

Agata Rudnik, Hanna Soszyńska

Zaburzenia depresyjne w narracjach pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit

Magdalena Szpilman

Komunikacja lekarza z pacjentem jako przejaw degradacji nowoczesności. Medycyna narracyjna z perspektywy lekarza.

IV SESJA: Doświadczenie choroby z perspektywy lekarza i pacjenta

Józefa Dąbek, Magdalena Szynal

Wspomnienia lekarki przedwojennej Kasy Chorych

Martyna Borowczyk

Opowieść o filozofii dramatu spotkania lekarza z chorym

Joanna Charchuta

Wartość perspektywy pacjenta – pacjent jako nauczyciel

Katarzyna Stachnik

Kiedy śmierć jest końcem życia a nie końcem relacji

Halina Kulik, Ewelina Łebek

„Cierpienie wymaga więcej odwagi niż śmierć”- świadectwa chorych

V SESJA: Źródła, metody i perspektywy medycyny narracyjnej

Katarzyna Płaczek

W poszukiwaniu początków medycyny narracyjnej – opowieści o chorobach w hiszpańskich poradnikach medycznych z przełomu XVI i XVII wieku

Aleksandra Szugajew

Narzędzia nauczania medycyny narracyjnej – Kreatywne pisanie / Narrative Medicine's Teaching Tools: Creative Writing

Karolina Napiwodzka

Wysłuchani w „świat życia”. O pożytkach z medycyny narracyjnej dla lekarza i pacjenta

Aleksandra Nowakowska-Kutra

Narracje o porodzie – biograficzne, edukacyjne i komunikacyjne znaczenie opowieści porodowych

Aneta Machnio

Wdrażanie idei medycyny narracyjnej w praktyce lekarskiej i edukacji.

VI SESJA STUDENCKA: Medycyna narracyjna w doświadczeniu studentów medycyny i młodych lekarzy

Joanna Borowik, Magdalena Horodeńska

“Umarł nam pacjent – narracje studentów o doświadczeniu śmierci pacjenta w trakcie scenariusza symulacyjnego”

Adrianna Beczek

Co doświadczenie antropologa może dać lekarzowi? Medycyna narracyjna jako punkt na styku dyscyplin

Joanna Matjanowska

„Zostałem sam”. Obawy i problemy towarzyszące rozpoczęciu pierwszej pracy w zawodzie lekarza w kontekście „Zapisków młodego lekarza” Michała Bułhakowa.

VII SESJA: Narracje o doświadczeniu choroby w tekstach kultury

Katarzyna Jerzak

Od neurastenii do neuroestetyki : narracja rekonwalescencji w tekstach i obrazach Giorgio de Chirico

Hanna Serkowska

Metafory demencji w miejsce demencji jako metafory w kontekście stygmatyzacji.

Małgorzata Okupnik

„Choroba ma przedziwną sinusoidę”. O opowieściach pacjentów z chorobą Parkinsona

Olga Osińska

Głos Wata. Twórczość autora *Mojego wieku* z perspektywy logopedycznej

W czterech ścianach mego bólu. Ból jako choroba w poezji i prozie Aleksandra Wata

Doświadczenie bólu jest jednym z najbardziej intymnych i trudnych w przekazaniu ludzkich doświadczeń. Aleksander Wat, wybitny polski poeta XX-go wieku, w 1953 roku doznał udaru mózgu, na skutek którego rozwinął się u niego ból ośrodkowy, typ bólu neuropatycznego, z którym przyszło mu się zmagać aż do śmierci w 1967 roku. Wat pisał o bólu w swoich wierszach, notatkach, zapiskach w dzienniku i rozległej korespondencji. Z jego tekstów wynurza się unikalna i przenikliwa opowieść chorego, który bezskutecznie szuka pomocy i ulgi w cierpieniu. Ponadto, zapiski Wata oferują wgląd w istotę choroby bólowej, która z kolei daje klinicytom, szczególnie tym, którzy zajmują się pacjentami z przewlekłą chorobą bólową unikalny dostęp w doświadczenie chorego.

Zasadniczym celem mojej prezentacji jest ukazanie narracji pacjentów jako sposobu na zrozumienie doświadczenia choroby, w szczególności choroby, która wymyka się obiektywnej analizie medycznej. Prezentacja będzie się opierać głównie na analizie fragmentów prozy i poezji Aleksandra Wata i wspomnień jego żony, Oli Watowej.

Bibliografia:

- Barańczak, S. (1989). Four Walls of Pain: The Late Poetry of Aleksander Wat. *The Slavic and East European Journal*, 33(2), 173-189.
- Venclova, T. (1996). Aleksander Wat: life and art of an iconoclast. Yale University Press.
- Watowa, O. (1990). Wszystko co najważniejsze. Czytelnik.
- Czesław, M., & Ola, W. (2009). Listy o tym, co najważniejsze.
- Wat, A. (1986). *Dziennik bez samogłosek*. Polonia.
- Wat, A., & Miłosz, C. (1998). *Mój wiek: pamiętnik mówiony*(Vol. 1). Czytelnik.

Słowa klucze: Aleksander Wat, ból, choroba bólowa, medycyna narracyjna, medycyna paliatywna, narracja

„3 perspektywy w 1: ksiądz Jan Kaczkowski jako pacjent, opiekun duchowy umierających w hospicjum i edukator. Narracja jego choroby w książce „Życ aż do końca. Instrukcja obsługi choroby”

Ksiądz Jan Kaczkowski i jego niezwykła historia są inspiracją dla wielu ludzi, szczególnie tych, którzy sami zmagają się z ciężką chorobą, chorobą bliskiego, są w procesie żałoby po utracie bliskiej osoby lub na „życiowym zakręcie”.

„Życ aż do końca. Instrukcja obsługi choroby” to wywiad-rzeka, gdzie ksiądz Kaczkowski dzieli się swoją wszechstronną wiedzą kapelana szpitalnego i hospicyjnego, bioetyka, autora i organizatora Areopagów Etycznych, ale także pacjenta onkologicznego. Profesor Jacek Łuczak, autor przedmowy do książki, napisał: „Życ aż do końca to bezcenny, pierwszy tego rodzaju wszechstronny przewodnik po chorowaniu i umieraniu. Jego wartość praktyczną podnoszą niezbędni z podstawowymi wskazówkami dla chorych i ich bliskich, personelu medycznego, szpitalnych i hospicyjnych kapelanów oraz wolontariuszy. Ks. Jan uczy, jak rozpoznać fizyczne, psychiczne oraz duchowe potrzeby chorych i ich bliskich – tak często zatajane. Radzi też, jak znajdować pomoc ukierunkowaną na poprawę jakości życia w każdej, nawet najtrudniejszej sytuacji – również wtedy, gdy śmierć jest bliska”.

Prezentacja ma na celu:

1. Przedstawienie doświadczeń człowieka, którego życie ustawiło w trzech rolach :
-prezesa hospicjum, gdzie oprócz swej lidarskiej roli, był duchowym opiekunem umierających, -od urodzenia niepełnosprawnego, a potem chorego na beznadziejnie rokujący nowotwór oraz -nauczyciela studentów medycyny w zakresie komunikacji lekarz-pacjent.
2. Wykazanie, że narracja Jana Kaczkowskiego w odpowiedziach na zadawane przez autorkę pytania otwarte, dotyczące różnych obszarów chorowania i odchodzenia (kontakt z samym sobą, z lekarzem, duchownym, bliskimi, opieka hospicyjna, żałoba), choć nie jest prowadzona językiem naukowym, jest wnikliwym studium potrzeb i rozwiązań, do wykorzystania nie tylko przez chorych i ich bliskich, ale również tych wszystkich, którzy w różny sposób i na różnych etapach zaangażowani są w proces leczenia i towarzyszenia człowiekowi w chorobie.

3. Wskazanie kluczowych elementów narracji księdza Kaczkowskiego, które stały się punktem wyjścia do prac nad projektem Fundacji im. Księdza Jana Kaczkowskiego pod nazwą Klinika Komunikacji.

Bibliografia:

1. K.Jabłońska, J.Kaczkowski „ Życ aż do końca. Instrukcja obsługi choroby”
2. K.Jabłońska, J.Kaczkowski „ Szału nie ma, jest rak”

Słowa klucze: relacja lekarz-pacjent, narracja, Jan Kaczkowski

„To, co ja mam w głowie to nie jest problemem mojego lekarza. Ale może mógłby być ...” – o interdyscyplinarnej metodzie przygotowania diagnozy potrzeb systemowych, programowych, relacyjnych i komunikacyjnych za pomocą moderowanej narracji lekarzy, pacjentów i ich bliskich

Medycyna narracyjna z założenia jest opowieścią. Aby opowieść była pełna, potrzeba kogoś, kto słucha. A u tego, który słucha ważna jest ciekawość - ciekawość oznaczająca bycie ciekawym Człowieka i jego historii. To zaciekawienie było dla naszego Zespołu początkiem podróży po historii zwanej „chorobą” - jednej historii widzianej, doświadczanej i opowiedzianej z trzech perspektyw: osoby chorującej, osoby bliskiej oraz lekarza/lekarki.

Chcąc lepiej zrozumieć trudności i potrzeby wyżej wspomnianych, przeprowadziliśmy wywiady z 23 osobami, będącymi reprezentantami Chorych, Bliskich oraz Lekarzy o różnych historiach życiowych i zawodowych. Znalazły się wśród nich: Lekarki i Lekarze z wieloletnim stażem, Rezydenci, Studentki i Studenci medycyny, młodzi pacjenci z wyleczoną chorobą, jak i osoby w wieku średnim i starsze nadal się z nią zmagające. Nie zabrakło też Bliskich, w tym dorosłych dzieci osób, które już odeszły. Osoby pochodziły z różnych ośrodków miejskich i wiejskich, z różnych części Polski.

Dla naszego Zespołu, powołanego przez Fundację Ks. Jana Kaczkowskiego, doświadczanie opowiadanych przez Chorych, Bliskich i Lekarzy własnych historii było ważnym momentem w naszej interdyscyplinarnej pracy, której celem jest wypracowanie i wprowadzenie nowych standardów w komunikacji (a dalej relacji) na linii Lekarz - Pacjent i jego Bliscy w sytuacji ciężkiej choroby. To problem jaki dostrzegał przed i w trakcie swojego chorowania ks. Jan Kaczkowski.

Zakładając, że Lekarz, Chory i jego Bliscy w kontekście choroby funkcjonują w pewnego rodzaju wzajemnej relacji postanowiliśmy, że wypracowane rozwiązanie musi brać pod uwagę perspektywę wszystkich stron i traktować potrzeby każdej z nich z należytą uwagą i szacunkiem. Metodyka projektu zbudowana została w oparciu o model The Double Diamond - jeden z najprostszych oraz jeden z najbardziej elastycznych w pracy modeli procesu Design Thinking.

W niniejszej prezentacji pragniemy opowiedzieć jak pracowaliśmy metodą The Double Diamond nad diagnozą potrzeb systemowych, programowych, relacyjnych i komunikacyjnych. Przedstawimy w niej wszystkie etapy pracy: Persony, Consumer Journey Maps oraz System Maps i przede wszystkim etap Wywiadów, po którym Zespół projektowy dokonał syntetyzowania obserwacji. W ten sposób powstało 11 grup tematycznych, które Zespół projektowy uznał za istotne w świetle głównego zadania projektowego i które stanowią punkt wyjścia do dalszej pracy.

Bibliografia:

Avrahami, E. & Reis, S. 2009. Narrative Medicine

Charon R. 2006. Narrative medicine: honoring the stories of illness.

Kaufmann, J.-C. 2010. Wywiad rozumiejący.

Maj B. 2014. Historia choroby? Historia życia! Medycyna Praktyczna10: 129–130

Słowa klucze: relacja lekarz-bliscy, relacja lekarz-pacjent, badania jakościowych, narracja moderowana, interdyscyplinarna metoda narracyjna

Doświadczenie i refleksja o śmierci w poezji jako narzędzie dydaktyczne w zajęciach na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego – wstępne doświadczenia z pierwszego roku zajęć

W ramach wprowadzonego w bieżącym roku akademickim przedmiotu Śmierć w aspekcie biologicznym, kulturowym i społecznym, w ramach Katedry i Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych opracowaliśmy program wykorzystujący zarówno teksty poetyckie mówiące o doświadczeniu związanym ze śmiercią i umieraniem ale także zachęcający studentów do pisania własnych wierszy na temat śmierci i umierania.

Wstępne doświadczenia pokazują, że poezja może być użytecznym narzędziem do budowania wrażliwości studentów, skłonienia ich do zmiany perspektywy patrzenia na pacjenta i jego cierpienie.

Bibliografia:

Zbigniew Herbert, Wiersze zebrane, Kraków 2011. ,
Joanna Drazba, Za parawanem powiek, Poznań, 1995,
Jacek Baczak, Zapiski z nocnych dyżurów, Kraków 1995,
Halina Poświatowska, Wszystkie wiersze, Kraków 2011.

Słowa klucze: umieranie i śmierć, narracja, kształcenie

Błąd medyczny? – perspektywa i opowieść pacjenta (pokrzywdzonego) pro/contra perspektywa i opowieść lekarza (obwinionego) na przykładzie akt wybranych spraw toczących się przez Sądem Lekarskim w Łodzi

Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakie występują różnice pomiędzy pacjentami (pokrzywdzonymi) a lekarzami (obwinionymi) w rozumieniu co jest, a co nie jest błędem medycznym i z czego one mogą wynikać, w szczególności jeśli chodzi o sposób komunikowania się, który – jeśli niewłaściwy – może prowadzić do obwinienia o błąd medyczny. Jak wynika z dotychczasowej praktyki jako lekarza i sędziego sądu lekarskiego, wiele spraw zgłaszanych do sądu przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi jest wynikiem braku wystarczającego porozumienia pomiędzy lekarzem a pacjentem lub jego rodziną. Porównując zeznania, jakie składają strony w toku postępowania, okazuje się, że lekarz i pacjent w swoich opowieściach o danym zdarzeniu, które doprowadziło obie strony przed sąd, zwracają uwagę na inne aspekty wzajemnej relacji, jaka miała miejsce podczas udzielania pomocy. Identyfikacja tych różnic i ich analiza może pomóc w sformułowaniu wniosków co do edukacji lekarzy w zakresie komunikacji z pacjentem, by zmniejszyć obwinienia o błąd medyczny.

Praca została przygotowana w oparciu o akta wybranych 15 spraw toczących się przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Łodzi w ostatnich 5 latach, które zakończyły się prawomocnym orzeczeniem. W badaniu wykorzystano zeznania, jakie złożyły strony w toku postępowania, które na potrzeby pracy nazwano odpowiednio opowieścią pacjenta i opowieścią lekarza o przebiegu zdarzenia. W pracy wykorzystano metodę analityczną-porównawczą, której celem była m.in. identyfikacja tych momentów opowieści, w których pojawiły się różnice co do faktów lub ich interpretacji przez strony postępowania, a następnie postawienie hipotez, czym one mogą być spowodowane. Badanie to stanowi wstęp do dalszych badań na ten temat.

Bibliografia:

1. Carmack HJ. Bearing witness to the ethics of practice: storying physicians' medical mistake narratives. *Health Commun.* 2010 Jul;25(5):449-58. doi: 10.1080/10410236.2010.484876.
2. Zurzycka P., Radzik T., *Medycyna narracyjna – zarys problematyki*, DOI: 10.5603/PP.2015.0070
3. Zieliński P., *Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego*, w: https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0008/112022/13-Zielinski.pdf

Słowa klucze: błąd medyczny, komunikacja, sądownictwo lekarskie

„Powieм teraz kilka słów...” – struktura tekstu realizowana w dyskursie paramedycznym wobec założeń medycyny narracyjnej. Przykład ustawień Berta Hellingera

Uniwersalny słownik języka polskiego definiuje przymiotnik paramedyczny jako

- a) ‘odnoszący się do paramedycyny, związany z paramedycyną’;
- b) ‘odnoszący się do osób spoza personelu medycznego zawodowo opiekujących się chorymi’;
- c) ‘zbliżony charakterem do medycznego’.

Przytoczone definicje pokrywają się ściśle z założeniami przyjętymi w tym referacie. Na potrzeby wystąpienia przyjmuję, że teksty (w szerszym znaczeniu tego słowa) zanurzone są w określonej formie organizacji języka (dyskursie). Wobec tego w dyskursie paramedycznym, rozumianym jako zbiór schematycznych sposobów myślenia i wyrażania tychże w języku, można rozpoznać teksty charakteryzujące się możliwą do wyodrębnienia i opisaną strukturą, znajdujące się w użyciu określonych osób i organizacji. W tym wypadku – osób i organizacji o charakterze bliskim medycznemu, działających jednak poza środowiskiem lekarskim, nie podlegających z tego powodu licencjonowaniu i rygorystycznej kontroli.

Materiał badawczy stanowią zapisy psychoterapii określanej jako ustawienia rodzinne, w formie pisanej (będących swego rodzaju scenariuszami dla adeptów tej metody) oraz w formie audiowizualnej (udokumentowane na nośnikach cyfrowych warsztaty szkoleniowe). Bert Hellinger, twórca metody ustawień rodzinnych, zwanej także terapią błyskawiczną, jest jedną z najbardziej kontrowersyjnych postaci z kręgu szeroko pojętych alternatywnych form psychoterapii. Prowadzone przez niego warsztaty aktualizują charakterystyczną formę: osoba ustawiana (klient, pacjent) przedstawia krótko swój problem (np. zła sytuacja rodzinna, depresja) oraz podaje znaczące fakty z życia swojej rodziny (np. śmierć, separacja, poronienie). Następnie z widowni (złożonej zazwyczaj z obcych sobie osób) wybierane są jednostki, które będą reprezentować bliskich ustawianego (widowiskowość wyróżnia ustawienia wobec znanych metod psychodramatycznych). Sesja kończy się, gdy wszyscy odgrywający znajdują się na właściwych sobie miejscach w przestrzennej „konstelacji rodzinnej”.

Szczególną uwagę poświęcam w referacie delimitatorom, budującym podstawową ramę konstrukcyjną narracji – w opisie wyodrębnionych struktur tekstowych wyraźnie ujawniają się intencje oraz potencjalne sposoby ich realizacji, zarówno ze strony oferujących pomoc jak i tych, którzy tej pomocy poszukują. Nie bez znaczenie pozostaje także związek wyróżnionych ram z koherencją i kohezją

tekstów. Forma ma nieocenione znaczenie przy budowaniu narracji, szczególnie tych, które służą zaprezentowaniu wizji świata spójnego, zrozumiałego, możliwego do opanowania w kontekście dotychczas przyjętych struktur wiedzy. Jej szczegółowa analiza pozwala skonfrontować praktyki dyskursywne Berta Hellingera (oraz adeptów jego metody) z narracjami pacjentów/klientów na temat dotyczących ich chorób.

Doświadczenia wyniesione z badań nad dyskursem paramedycznym mogą być wyjątkowo cennym materiałem dla studentów medycyny. Poznanie taktyk budowania autorytetu stosowanych przez „uzdrowiaczy” czy „coach’ów” może pomóc, zarówno kształcącym się jak i doświadczonym lekarzom, w ewaluacji strategii budowania własnego autorytetu – jako profesjonalistów, wspartych powagą instytucji, zmuszonych jednak coraz częściej do konfrontacji z dyskursami rozpowszechnianymi przez wyżej wymienionych. Co więcej, może także pomóc im podczas szukania wspólnego kodu językowego z pacjentami.

Bibliografia:

Bartmiński J., S. Niebrzegowska-Bartmińska, *Tekstologia*, Warszawa 2012.

Hellinger B., A. Nehrebecki, *Miłość zaklęta w chorobie*, Kraków 2012.

The Principles and Practice of Narrative Medicine, [red.] R. Charon et. al., New York 2017.

Słowa kluczowe: dyskurs paramedyczny, narracja, delimitacja tekstu

Magda Żelazowska-Sobczyk, dr, Uniwersytet Warszawski, Wydział Lingwistyki
Stosowanej, Instytut Komunikacji Specjalistycznej i Interkulturowej
Magdalena Zabielska, dr, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wydział Anglistyki, Zakład Socjolingwistyki i Studiów nad Dyskursem

Miałam dwie mamy – jedną aktywną, wesołą, uśmiechniętą, a drugą – bierną i smutną – dyskurs opisów przypadku z zakresu psychologii i psychiatrii w ujęciu narracyjnym

„Psychiatrzy nie mogą użyć stetoskopu czy innego szeregu testów (tj. badanie krwi, EKG czy zmierzenie ciśnienia krwi), jak rutynowo czynią to inni lekarze, wykorzystując te wyniki dalej jako źródło informacji w stawianiu diagnozy. [...] Ten tekst, który stanie się częścią karty pacjenta, jest skonstruowany na podstawie samoprezentacji pacjenta – jego narracji o historii obecnego problemu – jak również w oparciu o obserwowalne objawy fizyczne”

(Berkenkotter 2008: 2)

Celem niniejszego wystąpienia jest zbadanie narracyjnego charakteru opisów przypadku jako gatunku, z zakresu psychologii i psychiatrii. Podobnie jak opisy z dziedzin kliniczno-diagnostycznych, prezentują one konkretnego pacjenta cierpiącego na konkretne schorzenie, jednak różnią się zdecydowanie ze względu na charakter dziedzin, jakimi są psychologia i psychiatria, zajmujących się odpowiednio badaniami naukowymi zachowania i procesów psychicznych oraz zaburzeniami psychicznymi (Rathus 2004: 42-43). Oznacza to, iż podczas gdy te pierwsze zawierają opisy fizycznych objawów choroby, w tych drugich jednakże sam opis lezonego i skupienie się na pacjencie jest bardziej rozwinięte. Taki stan rzeczy spowodowany jest częściowo obecnością trzech narracji – (1) pacjenta, (2) lekarza psychiatry w opisie przypadku, przeznaczonym dla innych specjalistów oraz (3) studium przypadku – microgenre pomiędzy tekstem naukowym i popularnonaukowym (Berkenkotter 2008: 2). Ten ostatni element to pochodna tak zwanego sformułowania/konceptualizacji przypadku stanowiącego podstawę diagnozy psychiatrycznej, i, konsekwentnie, opisu przypadku z tej dziedziny. Ów unikalny charakter psychiatrycznych opisów przypadku można również zaobserwować na poziomie zaleceń dotyczących języka, który w psychiatrycznym studium przypadku powinien bardziej literacki niż naukowy, bez „nadętej sztuczności i obcości” i niezrozumiałej terminologii; pożądane jest tu zabarwienie emocjonalne (Rzepa 2005: XX). Tym samym opisy przypadku z psychologii i psychiatrii kontrastują z opisami z dziedzin kliniczno-diagnostycznych, które „są opowieściami nie o bólu i strachu ale o medycznej interwencji, a głównymi postaciami są lekarze, instrumenty i organy” (Nowell-Smith 1995: 64).

Powyższe obserwacje zostaną zilustrowane fragmentami publikacji na podstawie zbioru 15 psychiatrycznych i psychologicznych opisów przypadków z trzech polskich czasopism specjalistycznych: *Psychiatria*, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* oraz *Psychiatria Polska*, opublikowanych w latach 2010-2019.

Bibliografia:

Berkenkotter, C. 2008. *Patient tales: Case histories and the uses of narrative in psychiatry*. Columbia: University of South California Press.

Nowell-Smith, H. 1995. "Nineteenth-century narrative case histories: An inquiry into stylistics and history", *CBMH/BCHM* 12: 47-67.

Rathus, S. A. 2004. *Psychologia współczesna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Rzepa, T. 2005. *O studium przypadku i portrecie psychologicznym*. Szczecin: Print Group Daniel Krzanowski.

Słowa kluczowe: opis przypadku, psychologia/psychiatria, sformułowanie/konceptualizacja przypadku, narracja, analiza dyskursu

Personalna bajka jako metoda dla badania życiowego scenariusza i konfliktów wewnątrzpsychicznych w celu rozumienia stanów chorobowych

Cel – zaprezentowanie metodyki prowadzenia i interpretacji bajek personalnych, jako użytecznego narzędzia pozwalającego na analizę życiowego scenariusza oraz określenie problemów wewnątrzpsychicznych w sytuacji choroby.

Historia życia pacjenta może być wystarczającym materiałem dla doświadczonego lekarza w celu określenia konfliktów wewnątrzpsychicznych, będących przyczyną chorób psychosomatycznych. Pacjent przedstawiając różne aspekty swojego życia, dokonuje ich interpretacji, jednak nie zawsze zdolny jest do samodzielnego zrozumienia ich znaczeń. Dla prawdziwego samopoznania jest niezbędne obserwowanie siebie z boku. W tym celu potrzebna jest albo bardzo rozwinięta zdolność do wglądu w siebie (który jest bardzo rzadki), albo jakkolwiek rodzaj „lustera” zdolnego uwypatnić problematyczne aspekty ludzkiej egzystencji. Tego rodzaju „lustrem” może być terapeuta, który podczas rozmowy koncentruje się na indywidualnych wypowiedziach klienta i wypowiada je klientowi, aby spojrzeć na siebie z innej perspektywy. W psychoterapii grupowej takim „lustrem” jest grupa, członkowie której, zgodnie z jej zasadami, muszą „odzwierciedlać” siebie nawzajem, przekazując swoje postrzeżenie.

Pojęcie „scenariusza życiowego” i bliskiej temu koncepcji „planu życiowego” odzwierciedla czysto subiektywne doświadczenie swojej egzystencji. Na znaczenie wpływu tego zjawiska psychologicznego na rozwój osobowości człowieka wskazywało wielu badaczy. W szczególności odnotowano jego znaczenie w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Pod pojęciem „scenariusz życiowy” lub „skrypt” Eric Berne rozumiał tworzony przez każdego człowieka w dzieciństwie projekt przyszłego życia. Według teorii transakcyjnej, plan ten tworzy się w formie teatralnej inscenizacji z wyraźnie zaznaczoną sceną początkową, środkiem, który planuje się w taki sposób, aby doprowadzić do końcowej sceny, zwanej „rozwiązaniem scenariusza”. Eric Berne w skrypcie życiowym wyróżnił cztery pozycje: 1) jestem w porządku, jesteś w porządku; 2) jestem w porządku, nie jesteś w porządku; 3) nie jestem w porządku, jesteś w porządku; 4) nie jestem w porządku, nie jesteś w porządku. Treść skryptu podzielona jest na trzy grupy: zwycięzca, niezwycięzca i przegrany.

W celu badania scenariusza życiowego proponowano m.in. analizować osobiste lub personalne bajki. Taka analiza opiera się na założeniu, że podmiot, który komponuje swoją bajkę, rzutuje własny scenariusz życiowy na życie głównego bohatera w bajce. Osobista bajka jest pisany wytworem, w którym jego twórca odzwierciedla swoje psychologiczne postawy i stany istotne w momencie badania. Ważnymi aspektami przy analizie bajek są: 1) ocena głównego bohatera; 2) obecność przeszkód; 3) interakcja z wrogiem; 4) podejście do pomocy w przypadku przystąpienia do walki z wrogiem; 5) osiągnięcie korzyści; 6) ocena innych. Z punktu widzenia psychologicznych teorii osobowości analiza bajek daje możliwość przedstawienia wielu hipotez na temat przyczyn cierpienia klienta. Szczegółowy obraz wewnętrznych pozycji życiowych podmiotu można uzyskać najbardziej prostym sposobem poprzez następujący typ analizy. Zwykle treść semantyczna bajki jest kontinuum z biegunami przeciwieństw, z których jeden jest subiektywnie oceniany przez pisarza jako „dobry” (lub pożądaný), a drugi jako „zły” (lub odrzucony). Można również podkreślić czynny komponent, który może obejmować: potrzebę osiągnięcia czegoś; ogólną dynamikę zmian pozycji życiowych obiektu projekcji; sposób, w jaki subiektywne „dobro” zostaje zachowane lub osiągnięte w kompozycji, tj. w jaki sposób protagonista unika subiektywnego „złego”.

Z wykorzystaniem diagnostycznego podejścia „Personalna bajka” przeprowadzono badania wśród różnych chorych, m.in. pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, alkoholików, pacjentów z zaburzeniami lękowymi, a także z depresją.

Bibliografia:

- Stewart, I., Joines, V. (2016). Analiza transakcyjna dzisiaj. Poznań: Rebis.
- Berne, E. (2013). „Dzień dobry”... i co dalej? Psychologia ludzkiego przeznaczenia. Poznań: Rebis.
- Harris, T. (2009). Ja jestem OK – Ty jesteś OK: praktyczny przewodnik po analizie transakcyjnej. Poznań: Rebis.
- Агеевкова, Е. К., Ларионов, П. М. (2018). Новые возможности исследования жизненного сценария в процессе психологического консультирования. Диалог, 3, 18-31. [Агеевкова, Е. К., Ларионов, П. М. (2018). Nowe możliwości w badaniu scenariusza życiowego w poradnictwie psychologicznych. Dialog, 3, 18-31].

Słowa kluczowe: personalna bajka, życiowy skrypt, teoria osobowości, analiza narracyjna, konflikt wewnętrzny.

Rola filmów fabularnych w edukacji widzów w zakresie specyfiki zachowań i potrzeb osób z zespołem Aspergera - analiza narracji opiekunów dzieci z zespołem Aspergera

Zarówno autyzm, jak i jego odmiany są tematami rzadko podejmowanymi przez współczesne media, toteż wiedza społeczeństwa w tych zakresach wydaje się być niewielka. Tymczasem, jak podają raporty agencji Reuters - 1 na 88 dzieci ma autyzm. Jeszcze do niedawna osoby/dzieci z autyzmem (a co za tym idzie również z Zespołem Aspergera) były bardzo często źle i późno diagnozowane. Brak trafnej diagnozy, jak i działań edukacyjnych podejmowanych w środowisku funkcjonowania dziecka/osoby z Zespołem Aspergera wpływały na to, że osoby te traktowane były w swoich szkołach, jako osoby aroganckie, agresywne, niedostosowane do życia społecznego, a nawet upośledzone.

Obecnie zauważa się jednak stopniowe zwiększanie się zainteresowania społeczeństwa tym tematem, ze względu na częstsze pojawianie się róż kampanii społecznych, podejmujących ten temat i popularyzujących go w mediach. Pomimo ciągle toczących się interdyscyplinarnych dyskusji na temat negatywnego wpływu telewizji na odbiorców, warto jest – za medioznawcami - na pewno docenić olbrzymi potencjał edukacyjny produkcji telewizyjnych (w tym również rozrywkowych) w zakresie zagadnień związanych ze zdrowiem fizycznym i psychicznym człowieka. Trudno nie zgodzić się chociażby z opinią Dodatkowym potwierdzeniem tego założenia może być opinia Doroty Kubickiej (psychologa mediów), że „ (...)przekazy medialne uruchamiają dziś uczenie się obserwacyjne na ogromną skalę, co prowadzi do zmian trans kulturowych w stylu życia jednostek. Media są bowiem głównym przekaźnikiem innowacji i zmian, co dzieje się przede wszystkim za pośrednictwem dramatyzowanych przekazów, takich jak seriale, słuchowiska czy filmy”.¹ Z tego też względu tematem referatu będzie próba refleksji nad przedstwnioskami z badań jakościowych (analiza sześciu wywiadów/przypadków), przeprowadzonych w 2018 r, na grupie osób opiekujących się na co dzień dziećmi z Zespołem Aspergera. Analiza związana będzie z opiniami respondentów na temat edukacyjnego wpływu filmów przedstawiających życie i zmaganie się z brakiem zrozumienia w środowisku społecznym osób z tego rodzaju autyzmem, powstałymi po zapoznaniu się z trzema materiałami filmowymi: „Jestem Sam”, „Nazywam się Khan”, „Temple Grandi”.

¹ Dorota Kubicka, Społeczno-poznawcza teoria komunikacji masowej Alberta Bandury, , [w:] Psychologia wpływu mediów, Dorota Kubicka, Anna Kołodziejczyk, Kraków 2007, str. 59.

Agata Rudnik, dr, Uniwersytet Gdański, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii; Oddział Gastroenterologiczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Gdańsku

Hanna Soszyńska, studentka, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Zaburzenia depresyjne w narracjach pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit

Nieswoiste choroby zapalne jelit (z ang. inflammatory bowel disease, IBD), w tym choroba Leśniowskiego-Crohna (z ang. Crohn's disease, CD) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (z ang. ulcerative colitis, UC) to przewlekłe schorzenia przewodu pokarmowego, w których przebiegu występują fazy zaostrzenia i remisji. Ich etiologia nadal nie jest do końca poznana, a wśród uwarunkowań je wywołujących wymienia się m.in. czynniki genetyczne i środowiskowe. Do charakterystycznych objawów IBD należą uciążliwe bóle brzucha, krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunki oraz przewlekłe zmęczenie i utrata masy ciała. Leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit jest złożonym procesem, toczącym się m.in. z udziałem antybiotyków, leków biologicznych, czy steroidów i immunosupresantów, mogących wywoływać liczne reakcje niepożądane. Terapia IBD nierzadko wymaga również interwencji chirurgicznej, w tym budzącego wśród pacjentów szczególne obawy zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. Choć są to schorzenia somatyczne, to jednak zarówno ich przebieg, jak i sam proces leczenia wpływają na stan psychiczny pacjentów na nie cierpiących. Istnieje szereg badań potwierdzających współwystępowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit z zaburzeniami psychicznymi. Wymienia się tu w szczególności zaburzenia lękowe oraz depresję. Stan psychiczny chorych ulega pogorszeniu przede wszystkim w fazie aktywnej choroby Leśniowskiego-Crohna, czy wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Niestety, ze względu na to, że badania przesiewowe pod kątem psychopatologii w grupie pacjentów z CD lub z UC nie są wykonywane rutynowo, nierzadko symptomy zaburzeń psychicznych pozostają nieleczone. Wpływa to w sposób znaczący na codzienne funkcjonowanie osób z IBD oraz na ich jakość życia w ogóle.

Podczas wystąpienia zaprezentowane zostaną opowieści – narracje pacjentów zmagających się z IBD oraz ze współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi. Określona zostanie również rola psychologa na oddziale gastroenterologicznym oraz waga medycyny narracyjnej dla lekarzy specjalistów, jak samych pacjentów z przewlekłymi chorobami przewodu pokarmowego.

Bibliografia:

Mikocka-Walus A., Gordon A. L., Stewart B. J., Andrews J. M. (2012). A magic pill? A qualitative analysis of patients' views on the role of antidepressant therapy in inflammatory bowel disease (IBD). *BMC Gastroenterology*, 12(1), 93.

Nowakowski J., Chrobak A. A., Dudek D. (2016). Zaburzenia psychiczne w nieswoistych zapaleniach jelit – współistniejące zaburzenia psychiczne i mechanizmy

Rudnik A. (2018). Współwystępowanie choroby Leśniowskiego-Crohna i zaburzeń depresyjnych – studium przypadku. *Psychologia w praktyce*, 11, s. 35-40

Woodward S., Dibley L., Combes S., Bellamy A., Clark C., Czuber-Dochan W., Everelm L., Kutner S., Sturt J., Norton C. (2016). Identifying disease-specific distress in patients with inflammatory bowel disease. *British journal of nursing*, 25(12), 649-660.

Słowa kluczowe: nieswoiste choroby zapalne jelit, IBD, depresja, narracje w chorobie przewlekłej

Komunikacja lekarza z pacjentem jako przejaw degradacji nowoczesności. Medycyna narracyjna z perspektywy lekarza

Łatwo jest pisać recepty, lecz trudno jest poza tym porozumieć się z ludźmi.
Franz Kafka, „Lekarz wiejski”

W przypadku dwojga ludzi, zawsze mamy do czynienia z komunikacją. Spotkanie lekarza i pacjenta nie jest wyjątkiem. Jest to jedna z tych sytuacji, w których sprawna komunikacja jest niezbędna. Dawniej komunikacja ta była osobista i intymna. Współcześnie jest ograniczona pod względem czasu, przestrzeni, a nawet przepisów prawnych. Pacjent staje się liczbą, przypadkiem, stanem. Lekarz często nawet nie patrzy pacjentowi w oczy. Wypełnia formularze i tabelki.

Jednocześnie wśród pacjentów panuje powszechne przekonanie, że lekarze nie chorują. Człowiekiem jest jedynie pacjent, to on czy ona ma uczucia i emocje narażone na szwank w wyniku choroby, konieczności poddania się badaniom, lub podjęcia leczenia. To pacjent znajduje się w sytuacji niekomfortowej, zostaje często pozbawiony spokoju, a także poddany efektem działania własnej fizjologii. Zrozumiałe, że to jego dobro ma się na celu, także w procesie kształcenia młodych adeptów zawodów medycznych. A co z człowiekiem stojącym po drugiej stronie? Sami lekarze zdają się zapominać, że ich stan zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, narażanego przecież na szwank w codziennej pracy, jest podstawą jeśli chodzi o wynik leczenia pacjenta.

Przedmiotem analizy w moim wystąpieniu będzie język, jakim posługują się lekarze w komunikacji z pacjentami i wybory, których w tym kontekście dokonują. Czy i w jaki sposób język może stanowić barierę obronną przed wpływem relacji z pacjentami na stan emocjonalny lekarza? Moja prezentacja ma na celu znalezienie odpowiedzi na to pytanie w oparciu zarówno o studium przypadku jak i teksty kultury (Michał Bułhakow, Franz Kafka, Henryk Grynberg, Jerome Groopman, Andriej Tarkowski).

Bibliografia:

1. Bulgakov, Mikhail (2010). *A Country Doctor's Notebook*, Vintage Classics, London.;
2. Groopman Jerome (2008). *How doctors think*, Mariner Books; Reprint edition, Boston.;
3. Grynberg, Henryk (2005). *Kadisz kalifornijski*, Świat Książki, Warszawa.;
4. Kafka, Franz (2013) *A Country Doctor*, CreateSpace Independent Publishing Platform, Scotts Valley.

Słowa klucze: medycyna narracyjna, komunikacja, rola lekarza

Józefa Dąbek, dr hab. n. med., Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra i Klinika Kardiologii
Magdalena Szynal, mgr, Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu w
Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wspomnienia lekarki przedwojennej Kasy Chorych

Literatura pamiętnikarska stanowi jeden z cenniejszych dokumentów w badaniach historycznych i socjologicznych. Oddaje bowiem obraz określonej rzeczywistości w przeżyciach bezpośrednich świadków. Niestety niewiele jest w niej pamiętników lekarek.

Celem pracy jest przedstawienie pamiętnika lekarki domowej Ubezpieczalni Społecznej dr Zofii Karaś (1904-1942), pracującej w Suchej Beskidzkiej.

Okres międzywojenny był szczególny w historii polskiej medycyny. Ustawy pierwszych lat II Rzeczypospolitej, szczególnie „Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby” z dnia 19 maja 1920 r. zmierzały do podniesienia stanu zdrowotnego społeczeństwa i ujednoczenia organizacji ochrony zdrowia [1]. Poważnym hamulcem w korzystaniu z medycyny oficjalnej na wsi były złe warunki finansowe mieszkańców oraz brak zaufania do lekarzy wynikający z rzadkich kontaktów z nimi i udzielania pomocy najczęściej w przypadkach już beznadziejnych. Przedstawione w pamiętnikach wydarzenia z życia lekarzy dzisiejszemu czytelnikowi wydają się śmieszne, bije z nich jednak cały tragizm tamtych czasów.

Dr Zofia Karaś urodziła się 07.06.1904 roku w Makowie Podhalańskim. Medycynę początkowo studiowała w Krakowie, następnie przeniosła się do Poznania [2]. Do wybuchu II wojny światowej pracowała w poradni przeciwgruźliczo-jąglicznej Ubezpieczalni Społecznej w Suchej Beskidzkiej. Odbyła liczne staże w klinikach położniczo-ginekologicznych i chorób wewnętrznych oraz kursy w zakresie chorób wewnętrznych i w zakresie trachomatologii i okulistyki społecznej. Podczas okupacji pracowała nadal jako lekarka, angażując się w działania ruchu oporu. Dostarczała potajemnie leki i ulotki do obozu w Oświęcimiu, ostrzegała ludność przed nadejściem gestapo. Zmarła śmiercią samobójczą 29.10.1942 roku, prawdopodobnie obawiając się represji hitlerowskich [3].

Pamiętnik dr Zofii Karaś stanowi obraz lecznictwa i problemów zdrowotnych, widziany oczami prowincjonalnej lekarki domowej Kasy Chorych okresu międzywojennego. O „lekarzu prowincjonalnym” autorka pisze: „Medycyna dzisiejsza opiera się nie tylko na słuchawce, termometrze i dobrej woli poszczególnego lekarza, lecz w dużo większym stopniu na szeregu badań pomocniczych, wymagających kosztownych urządzeń, współpracy specjalistów, obserwacji chorego i leczeniu zakładowym, warunkującym ciągłość obserwacji i

możliwość wykonywania zabiegów. [...] Lekarz prowincjonalny odcięty od szpitali i pracowni pomocniczych przeszkodami komunikacyjnymi i ograniczony środkami chorego, [...] zmuszony do pracy we wszystkich specjalnościach, do czego nie posiada ani odpowiedniego wykształcenia ani wszystkich potrzebnych środków, nie może pracować na poziomie współczesnej medycyny” [4].

A oto fragment dnia pracy lekarza prowincjonalnego:

„Powszedni dzień. Godzina 10-ta przed południem. Czekają 40-tu ubezpieczonych. W poradni przeciwjagliczej było 68 osób. To zwykły program przedpołudnia, dobrze że nie ma żadnego wyjazdu ani wypadku, bo i to czasem się zdarza. Może się zdarzyć, że wyjdę o 6-tej rano, a wrócę w południe. Niech 108 osób poczeka. Do wieczora się to załatwi. [...] Może zdarzy się w międzyczasie wypadek: przy rżnięciu desek na tartaku jak zwykle. Podsunie ktoś rękę pod cyrkularkę i trzeba będzie szyć, albo kobieta poroni i trzeba będzie macić skrobać. Do 12-tej w nocy może wszystko będzie gotowe. Obiad poczeka do jutra, kolacja również. W nocy może do porodu zawołają, gdzieś daleko do trzeciej wsi na wysoką górę, gdzie można, jak mówią, wszystkie wnętrzości wytrząść, jadąc furmanką” [4].

Pamiętniki oddają obraz epoki, w której żyli i pracowali ich autorzy, zarówno z punktu widzenia lekarskiego, ogólnoludzkiego, jak i obywatelskiego. Są też przykładem talentu literackiego i cennym dokumentem świadczącym o życiu i ochronie zdrowia w latach przeszłych.

Bibliografia:

1. Bunsh- Konopka H.: historia ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa 1980.
2. Rocznik Lekarski 1938, s. 580.
3. Stadnicki B.: Medycyna Regionalna – Sucha Beskidzka [w:] Sto lat Towarzystw Lekarskich na Podbeskidziu. Bielsko-Biała 1998, s. 76.
4. Pamiętniki lekarzy. Warszawa 1939 r. str. 1-50 i 51-140.

Słowa kluczowe: wspomnienia lekarki, przedwojenne Kasy Chorych

Opowieść o filozofii dramatu spotkania lekarza z chorym

Bywa, że w życiu pojawia się poczucie nieadekwatności słów. Problem z opisaniem zjawisk.

To poczucie nieadekwatności słów może towarzyszyć w sposób szczególny próbom opisywania spotkania z chorym, spotkania z człowiekiem, który dotyka samej istoty Sensu. Często tak trudno znaleźć słowa dla historii spotkań z ludźmi, wobec których słychać Głos: „Zdejm sandały z nóg, gdyż miejsce, na którym stoisz, jest ziemią świętą”.

Być może niewypowiadalność tych historii i nieadekwatność słów bierze się też z tego, że nieadekwatna wydaje się linearność opowieści o spotkaniu dwóch ludzi, zwłaszcza o tym szczególnym rodzaju spotkania, jakim jest spotkanie z człowiekiem chorym. Wystąpienie ma być próbą odpowiedzi na pytanie czy da się ukazać ten dynamizm interakcji, tę złożoność kontekstów w kategoriach dramatycznych, w koncepcji, jaką zaproponował kiedyś ks. prof. Józef Tischner. To opowieść o filozofii dramatu spotkania lekarza z chorym. Mamy więc czas, miejsce (scenę) i bohaterów. I wszystko – najbardziej kluczowe – co dzieje się „pomiędzy”.

Scenę dramatu spotkania lekarza z chorym stanowi zawsze wyjątkowe „TO” z wiersza Czesława Miłosza. Grenzsituation. Sytuacja graniczna. Pojęcie filozofii Karla Jaspersa oznaczające taką sytuację, która zakłada stanięcie w prawdzie o sobie samym i otaczającym świecie. Może jej towarzyszyć rozświetlenie egzystencji – Erleuchtung der Existenz – poznanie siebie takimi, jakimi naprawdę jesteśmy.

Czas tego dramatu - spotkania - w sensie matematycznym jest czasem lekarza poświęconym na spotkanie z chorym i czasem chorego, by do lekarza przyjść.

Jest też inny wymiar czasu – odkąd diagnoza wykreowała już scenę, odtąd opisywać ją będzie czas, który tak niewypowiedzianie ważne brzmi w zadawanym przez pacjenta pytaniu: „Ile czasu mi zostało?”. Pojawia się lęk przed upływającym czasem i jego utratą. Czas, a raczej fakt, że coraz bardziej zaczyna go brakować próbuje przejąć dominację nad całym dramatem. Czas, rozumiany jako przeszłość wydobywa ze spotkania dodatkowy sens.

Jest wreszcie ostatnie rozumienie czasu – kwintesencja czasu dramatycznego, który skupia w sobie wszystkie wyjaśnienia rozumienia czasu - te matematyczne i te wyrywające się spod mędrca szkiełka i oka – to czas, „który dzieje się między nami jako uczestnikami jednego i tego samego dramatu”.

Odtąd historia pacjenta i lekarza, ich codzienne obowiązki, ich plany na przyszłość i lęki spotykają się, tak jak spotykają się ich cielesne postaci – a historie ich życia nie mogą się już toczyć obok, całkowicie niezależnie, odkąd połączyło ich Spotkanie i wypowiedane Słowo. Więcej nawet, sugeruje ks. Prof. Tischner, ich przyszłość zmieni się pod wpływem tego co stało się między nimi dziś.

Ta zmiana to istota trzeciego kryterium dramatu, najistotniejszego. Ludzie dramatu i samo ich spotkanie. „Spotkać to coś więcej niż mieć świadomość, że inny jest obecny obok mnie lub przy mnie. Wmieszany w uliczny tłum mam świadomość, że obok mnie są inni ludzie, co jednak nie znaczy, że ich spotykam. Spotkanie jest wydarzeniem. Spotkanie pociąga za sobą istotną zmianę w przestrzeni obcowań. To doświadczenie transcendentne.” Lekarz i pacjent – obydwójce muszą wyjść poza siebie, by siebie nawzajem poznać, a to poznanie możliwe jest tylko dzięki temu, że jeden z nich staje się uczestnikiem dramatu drugiego. Pojawia się wzajemne zobowiązanie i zaufanie, a z nimi wyjątkowość. Pojawia się miejsce dla słów i dla ciszy.

Bibliografia:

1. Kępiński Antoni, Poznanie chorego, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 1978
2. Miłosz Czesław, TO. Wydawnictwo Znak, Kraków 2000.
3. Szczeklik Andrzej, Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny. Wydawnictwo Znak. Kraków 2007
4. Tischner Józef, ks., Filozofia dramatu. Wydawnictwo Znak, Kraków 2006

Słowa klucze: spotkanie, filozofia, dramat, narracja, medycyna

Wartość perspektywy pacjenta – pacjent jako nauczyciel

Chłoniak Hodgkina w wieku 18 lat. Radioterapia i chemioterapia. Siedemnaście lat później diagnoza dwóch różnych rodzajów raka tarczycy, po niej dwie skomplikowane operacje, leczenie jodem promieniotwórczym i inhibitorem kinazy tyrozynowej. To moja historia. Historia pacjenta. Za tym kilkoma zdaniem emocje i moc osobistego doświadczenia.

A gdyby tak uczynić z tej historii narzędzie? Gdyby tak ta opowieść mogła znaleźć swoje miejsce w koncepcji nauczania? Gdyby tak zmienić rolę pacjenta w nauczaniu? Gdyby tak można zamienić rolę?

Moja lekarka zapytała mnie kiedyś o to, czy się boję. Myślę, że każdy moi się śmierci. Sama jednak nie wiem, czy to jest tylko strach ... czy raczej mieszanina strachu i czegoś innego ... Może chodzi o chęć oswojenia tego strachu, przejścia przez to z jak najmniejszym uszczerbkiem dla teraźniejszości.

Czy jest miejsce na opowieść o strachu w toku zajęć klinicznych ze studentami? Czy to pacjent może przyszłych lekarzy o strach pytać? Czy role mogą się odwrócić?

W toku zajęć ze studentami anglojęzycznymi w ramach przedmiotu „Communication skills” dla II i IV roku kierunku lekarskiego moja lekarka zaproponowała mi bycie nauczycielem medycyny. Próbę pokazania studentom – przyszłym lekarzom tego, co kryje się za chorowaniem, wspólną rozmowę o rzeczywistości strachu. Może więc pacjent może nie być zapraszany na zajęcia kliniczne – jako „przedmiot” zajęć klinicznych – obiekt nauczania, chorego, którego blizny mają zostać poddane ocenie klinicznej, chorego, który ma być pytany o daty, dawki, metody leczenia, ale jako tych zajęć „podmiot” - ktoś, kto ma poprowadzić zajęcia, kto wchodzi do sali zajęć, aby zaprosić studentów do innego świata, aby zabrać ich w podróż. Zadając pytania, prosząc o wykonanie różnych zadań, a przy tym wplatając nieustannie swoją opowieść i odpowiadając na pytania, których studenci do tej pory nie odważyli się zadawać naucza EMPATII – naucza o emocjach, perspektywie pacjenta, odpowiednim języku, prawdzie i nadziei (zawsze idących w parze) i wzmocnieniu.

Może więc można podjąć się zadania nauczania studentów widzenia pacjenta w centrum historii. Być może są spotkania, które mogą zrewolucjonizować nasze myślenie. Strach może stać się źródłem największej odwagi. Poznając pacjenta, który staje się ich nauczycielem, przyszli lekarze mogą zrozumieć, że ich pacjenci mogą stawać się ich nauczycielami w codzienności, że proces uczenia się od siebie może być cudnie wzajemny.

Kiedy śmierć jest końcem życia a nie końcem relacji

Celem wystąpienia jest przedstawienie z perspektywy praktyka towarzyszącego osobom u schyłku życia spojrzenia pacjentów i ich bliskich na sytuację kresu. Zaprezentowanie na podstawie przykładów zastosowanych strategii ukazuje opowieść o życiu, śmierci i odchodzeniu jaka powstaje w poszczególnych rodzinach, co skutkuje również sposobami przeżywania procesu żałoby. Świadomość dynamiki tych procesów odgrywa niezwykle ważne znaczenie w komunikacji personelu medycznego z chorym.

Bibliografia):

- Iwona Zaporowska-Stachowiak, Katarzyna Stachowiak, Katarzyna Stachnik. Two is a perfect number: Patient-doctor relationship and patient attachment style in palliative care. *J Health Psychol.* 2017 Aug 1 [Epub ahead of print]
- Katarzyna Stachnik, Aleksandra Kotlińska-Lemieszek. Dziecko po śmierci rodzica lub innej znaczącej osoby. *Medycyna Paliatywna* 2018; 10(4): 1-7
- Elisabeth Kübler – Ross, David Kessler. *Lekcje życia.* 2014 Media Rodzina

Słowa kluczowe: kres życia, śmierć, żałoba, osierocenie, relacja

Halina Kulik, dr n. hum., Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział
Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa
Ewelina Łebek, mgr, Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu w
Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

„Cierpienie wymaga więcej odwagi niż śmierć”- świadectwa chorych

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na wartość dla współczesnej medycyny osobistych relacji osób doświadczonych chorobą i związanym z nią bólem i cierpieniem.

Zastosowano metodę analizy treści wspomnień i świadectw chorych oraz osób sprawujących nad nimi opiekę.

Cierpienie jest konstytutywnym składnikiem ludzkiej natury i ma bardzo intymny charakter. Każdy bowiem człowiek, będąc niepowtarzalną całością, bytem nie tylko fizycznym, ale również emocjonalnym, intelektualnym, społecznym i duchowym w sytuacji cierpienia swój ból przeżywa na „swój własny sposób”. Pomimo, że cierpienie podobnie jak zdrowie, choroba czy śmierć, wpisane jest w ludzką egzystencję, to niezwykle trudno jest nam je zrozumieć i przyjąć, a jeszcze trudniej porazić sobie z nim.

Karol Wojtyła w liście apostolskim „*Salvifici doloris*” określających fenomen cierpienia pisał: „Być może medycyna jako nauka i zarazem sztuka leczenia odślania na wielkim obszarze cierpień człowieka rejon najbardziej znany, najdokładniej nazwany i stosunkowo najbardziej zrównoważony metodami przeciwdziałania, czyli terapii. Ale przecież jest to tylko jeden rejon. Pełny obszar ludzkiego cierpienia jest o wiele rozleglejszy, bardziej zróżnicowany i wielowymiarowy” [1].

Współczesna medycyna przynosi wprawdzie bardzo użyteczne wytłumaczenie bólu jako objawu choroby, jednak wobec cierpiącego człowieka nadal pozostaje bezsilna. Ewoluuje w kierunku naukowo-technicznym, zapomina wręcz nie tylko o cierpieniu jako integralnie związanym z chorobą, ale również o nadziei, która pomaga walczyć i żyć.

Emocje i doświadczenia pacjentów i ich bliskich stanowią integralny element reakcji na chorobę i pozostają w ścisłym związku z procesem terapeutycznym. Świat z perspektywy chorego wygląda nieco inaczej. Choroba osoby najbliższej zawsze wiąże się z koniecznością dokonania zmian w całym systemie rodzinnym, żaden bowiem chory nie jest „samoistną wyspą”. Niezwykle trudno jest uwierzyć w to wszystko co nagłe, okropne, bolesne i bezlitosne, np. „młodego, wysokiego, barczystego faceta, który miał wszystko - nagle „boli niewyobrażalnie mocno”[2].

Narracja choroby w połączeniu z wiedzą profesjonalistów stanowią fundament medycyny holistycznej. Oprócz oczywistej wymiany informacji,

pozwala ludziom na uruchomienie indywidualnych procesów adaptacyjnych będących odpowiedzią na chorobę, umożliwia odszukanie jej sensu oraz wpływa na odbudowę lub przebudowę relacji społecznych pacjenta [3]. „Bezradność, zagubienie, osamotnienie, nieświadomość, ból i rozpacz, a przede wszystkim strach, który pochłania nadzieję” – to główne emocje towarzyszące chorobie. „Jak żyć, gdzie szukać celu życia po stracie ukochanej osoby?”, „Dlaczego ja?” – to najczęstsze pytania towarzyszące cierpieniu.

Sztuką i darem jest umiejętność odczytywania cierpienia i niesienia ulgi w cierpieniu. Fascynacja technologią i technizacją warunków pracy lekarza czy pielęgniarki sprawiają, że umiejętności w zakresie komunikowania oraz wrażliwość na werbalne i pozawerbalne zachowania chorego w procesie terapeutycznym są marginalizowane. Zapominamy, że akceptacja cierpienia i wsparcie drugiego człowieka pozwalają pokonać strach i przynoszą ulgę, dodając siły na dalsze trwanie.

Bibliografia:

1. Jan Paweł II: *Salvifici doloris* List apostolski „O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia” (11.02.1984 r.). W: K. Szczygieł, red.: *W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Tarnów, Biblos, 1998: 139.
2. Paszko H. *Nadzieja w ludzkim cierpieniu*. Wyd. Księgarnia św. Jacka. Katowice, 2014.
3. Zurzycka P., Radzik T. *Medycyna narracyjna — zarys problematyki*. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (3): 428–432.

Słowa klucze: cierpienie, narracje, świadectwa chorych

W poszukiwaniu początków medycyny narracyjnej – opowieści o chorobach w hiszpańskich poradnikach medycznych z przełomu XVI i XVII wieku

Celem referatu jest analiza znaczenia i funkcji elementów narracyjnych w hiszpańskich poradnikach medycznych z przełomu XVI i XVII wieku. Traktaty te przeznaczone były nie dla wykwalifikowanych lekarzy mających wykształcenie uniwersyteckie, lecz dla nieprofesjonalnych adeptów sztuki lekarskiej oraz pacjentów. Jako że w wielu regionach Hiszpanii tamtego okresu (głównie na obszarach wiejskich) brakowało zawodowych lekarzy, poradniki medyczne cieszyły się dużą popularnością, czemu sprzyjał także stopniowo zmniejszający się poziom analfabetyzmu wśród przedstawicieli niższych klas społecznych. Traktaty te, przejmujące rolę lekarza w relacji z chorym, traktowane były jako forma terapii *In absentia*. Mając na uwadze specyfikę odbiorcy, ich autorzy nie tylko unikali niezrozumiałego dla większości czytelników medycznego żargonu, lecz również posługiwali się szczególnym rodzajem opisu przypadków klinicznych, skoncentrowanym na przedstawieniu chorego jako zindywidualizowanej jednostki, której relacje z otoczeniem kształtuje w istotny sposób doświadczenie choroby. W paradygmacie tym istotna wydaje się zatem opowieść o chorowaniu i jego konsekwencjach dla życia jednostki, choć i zobiektywizowane dane ilościowe odgrywają ważną rolę, zważywszy na użytkowy charakter tych publikacji.

Narracje te przyjmują różnorakie formy: w poradnikach odnajdujemy anegdoty i opowiadania utrzymane w gawędziarskim stylu; pojawiają się historie postaci literackich i historycznych, a nierzadko również fragmenty o charakterze autobiograficznym, w których autorzy opisują własne doświadczenie choroby lub okoliczności choroby bliskiej osoby. Twórcy poradników stosują również dialog, co nie tylko sprzyja przedstawieniu sytuacji pacjentów z więcej niż jednej perspektywy (tzn. nie tylko z perspektywy lekarza), lecz stanowi także symboliczną i dosłowną formę oddania im głosu.

W świetle analizy przedstawionych tekstów, początków medycyny narracyjnej, rozumianej m.in. jako zwrot w stronę uprzywilejowania roli narracji w relacji pacjent-lekarz, można dopatrywać się w przedoświeceniowym dyskursie medycznym. Być może warto rozważyć stwierdzenie, że bardziej niż zwrotem, jest ona niejako powrotem do dawnego modelu, wypartego przez rozwój technologiczny i związany z nim nowy paradygmat myślenia, oraz próbą jego rekontekstualizacji.

Bibliografia:

Abreu de, Alexo. 1623. Tratado de las siete enfermedades. Lizbona: Pedro Craesbeeck.

Charon, Rita. 2006. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Nowy Jork: Oxford University Press.

Charon, Rita et al. 2017. The Principles and Practice of Narrative Medicine. Nowy Jork: Oxford University Press.

Díaz, Francisco. Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga, y urina. 1923 [1588]. Madryt: Cosano.

Słowa klucze: historia medycyny, poradniki medyczne, opowieść o chorobie, źródła medycyny narracyjnej

Narzędzia nauczania medycyny narracyjnej – Kreatywne pisanie / Narrative Medicine’s Teaching Tools: Creative Writing

Jednym z głównych założeń medycyny narracyjnej jest umiejętności rozpoznawania oraz analizowania narracji. Według Rity Charon, zwiększenie kompetencji narracyjnej osób pracujących w zawodach medycznych pozytywnie wpłynie na relacje z pacjentem oraz wzmocni codzienną praktykę medycyny. W *Principles and Practice of Narrative Medicine*, wprowadzeniu do założeń i metod medycyny narracyjnej napisanym przez Ritę Charon et al., jedną z metod nauczania kompetencji narracyjnej jest kreatywne pisanie. Pisanie, czy jak to określa Nellie Hermann „eksternalizacja” uczuć i doświadczenia, oraz późniejsze podzielenie się napisanym tekstem z innymi, umożliwia między innymi spojrzenie na opisaną wydarzenie z innej perspektywy. Dlatego podczas przykładowego warsztatu medycyny narracyjnej po przeczytaniu wybranego tekstu literackiego (bądź dzieła sztuki, muzyki) uczestnicy otrzymują „prompt” i piszą w reakcji do omawianego tekstu.

Podczas mojego wystąpienia, omówię pojęcie „kreatywności” i w jaki sposób się ona objawia oraz przedstawię słuchaczom podstawy kreatywnego pisania. Pod koniec prezentacji chcę krótko zastanowić się nad miejscem kreatywnego pisania w dydaktyce. Celem tego wystąpienia jest przede wszystkim udowodnienie, że kreatywne pisanie to narzędzie używane nie tylko przez pisarzy.

Bibliografia:

Rita Charon et al., *“Principles and Practice of Narrative Medicine”*, New York, Oxford University Press, 2016. Kindle version.

Soroko Emilia, Wojciechowska Julita, Kompetencja narracyjna jako obszar nauczania i oceny w edukacji [Narrative Competence as an Area of Teaching and Assessment in Education]. *Studia Edukacyjne* nr 37, 2015, Poznań 2015, pp. 211-236. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232- 2967-4. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2015.37.13

Marion, Robert. *“The Intern Blues: The Timeless Classic About the Making of a Doctor”*. 2001

Słowa kluczowe: medycyna narracyjna, kreatywne pisanie, dydaktyka, medyczne nauki humanistyczne

Wsluchani w „świat życia”. O pożytkach z medycyny narracyjnej dla lekarza i pacjenta

Celem mojego referatu jest przedstawienie korzyści praktykowania narracji w medycynie z punktu widzenia hermeneutyki medycznej. Zestawienie „głosu medycyny” (the voice of medicine) i „głosu świata życia” (the voice of the lifeworld) [Scambler; 2001] w sytuacji spotkania klinicznego pacjenta i lekarza jest czymś nieuniknionym, a jednocześnie budzi wiele problemów natury komunikacyjnej i językowej. Mówi się wręcz o „przepaści” kompetencyjnej i językowej pomiędzy lekarzem a pacjentem [Atkinson, Turner; 1995], co jest między innymi przyczyną asymetrii między uczestnikami tej interakcji [Stefaniak, 2011]. Tymczasem postulowana przez tradycyjną etykę lekarską, wyartykułowana między innymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej, zasada zaufania, na której opiera się relacja terapeutyczna, wymaga zmniejszenia tej asymetrii poprzez różne działania ze strony lekarza oraz poszerzenie świadomości swoich praw i możliwości u pacjenta.

Potrzebom tym odpowiada narracja, której pragnę przyjrzeć się z punktu widzenia hermeneutyki medycznej. U Hansa-Georga Gadamera [1993] miejscem, w którym obiektywizujący głos medycyny spotyka się z doświadczeniem pacjenta jest rozmowa, stanowiąca już formę terapii: zdolność do narracji jest podstawą rozumienia swojej sytuacji przez pacjenta i czyni go współuczestnikiem procesu leczenia, zaś uwspólniona narracja pacjenta i lekarza jest podstawą świadomego dyskursu, nastawionego na porozumienie co do strategii i efektów terapii.

Narracje o porodzie – biograficzne, edukacyjne i komunikacyjne znaczenie opowieści porodowych

W całej Polsce 29 marca 2019 r. po raz kolejny odbyły się w Polsce (i nie tylko) dobrowolne spotkania kobiet skupionych wokół Kręgów Opowieści Porodowych. Organizatorem tego wydarzenia od 2014 roku Fundacja Matecznik oraz Stowarzyszenie Doula w Polsce. Organizatorzy zapewniają uczestniczki, że „bezpieczeństwie kręgu stworzymy razem przestrzeń na otwarcie się i podzielenie swoimi historiami porodowymi”. Założeniem jest wydarzenia jest, by w jednym dniu kobiety „mówiły dobrze o porodzie. By kobiety, które spodziewają się dziecka, mogły posłuchać pięknych historii, a mamy, które mają trudne doświadczenia nabrały pewności, że może być inaczej”. W bieżącym roku przeprowadzono obserwację uczestniczącą jawną jednego z Kręgów Opowieści Porodowych w Bydgoszczy.

Celem referatu będzie omówienie zjawiska społecznego jakim są opowieści porodowe, którymi dzielą się kobiety z bliskimi im kobietami oraz ich zinstytucjonalizowana forma, jaką są Kręgi Opowieści Porodowych. Opowieści kobiet rozumiane są przeze mnie jako narracje konstruujące kobiecość i macierzyństwo, ponieważ zgodnie z założeniami socjologicznej teorii interakcjonizmu symbolicznego jednostki nadają obiektom społecznym znaczenia. Konstruowanie ich zachodzi w procesie interpretacji, któremu służy narracja o charakterze autobiograficznym, a także konteksty, sytuacje oraz zorganizowane otoczenia użycia. Opowieści porodowe niewątpliwie służą poznaniu rzeczywistych, nieskrywanych, nieprzemilczanych przeżyć i doświadczeń kobiet rodzących. Nie bez znaczenia w narracji jest kontekst rodzenia w otoczeniu przedstawicieli zawodów medycznych (lekarzy i położnych), w szpitalu (świat społeczny instytucji społecznej), odmienne definiowanie sytuacji porodu oraz trudności w relacji lekarz - położna - kobieta rodząca.

Wdrażanie idei medycyny narracyjnej w praktyce lekarskiej i edukacji

W ostatnich latach coraz więcej mówi się i pisze na temat relacji lekarz – pacjent, potrzeby humanizowania medycyny, holistycznego podejścia do pacjentów, czy o zwracaniu uwagi nie tylko na aspekt biologiczny choroby, ale także jej wpływ na psychologiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka. Niejako w odpowiedzi na tę potrzebę medycyna narracyjna zyskuje swoich zwolenników i gromadzi wokół siebie ludzi z różnych środowisk zainteresowanych jej wprowadzaniem i rozwijaniem. Gdzieś w teoretycznych rozważaniach pojawia się myślenie o zmianie podejścia lekarzy do pacjentów w wymiarze komunikacji, potrzeba rozmów i słuchania pacjentów, uwzględniania ich oczekiwań oraz wykorzystania ich historii o doświadczaniu choroby w działaniach diagnostycznych i terapeutycznych. Jednak nie słyhać jeszcze medycyny narracyjnej w polskich szpitalach i gabinetach. Jedną z przyczyn tego zjawiska może być zbyt wysoki poziom ogólności i abstrakcyjności głoszonych idei mających zmienić podejście lekarzy na bardziej całościowe oraz brak wystarczająco konkretnych metod uczenia się medycyny narracyjnej i sposobów jej wdrażania do pracy z pacjentami.

Celem wystąpienia jest:

- pokazanie, że medycyna narracyjna to postawa, a nie tylko wiedza i umiejętności,
- zachęcenie i zainspirowanie lekarzy do wdrażania w swojej codziennej praktyce idei medycyny narracyjnej,
- zwrócenie uwagi na sposób opracowania i prowadzenia zajęć dla studentów w zakresie medycyny narracyjnej/ socjologii medycyny/ humanizacji medycyny/ komunikacji z pacjentami,
- przedstawienie narzędzi ułatwiających wprowadzenie koncepcji medycyny narracyjnej do codziennej pracy,
- określenie korzyści medycznych i psychologicznych dla lekarzy i pacjentów wynikających z podejmowania nawet niewielkich działań,
- omówienie znaczenia i przykładów pytań wspomagających medycynę narracyjną/ komunikację z pacjentami,
- przedstawienie przykładów zaobserwowanych i usłyszanych tzw. dobrych praktyk komunikacyjnych wśród lekarzy,
- spojrzenie na trudności i ograniczenia, które mogą wystąpić podczas wprowadzania zmian.

W trakcie wystąpienia skorzystam z wiedzy w zakresie medycyny narracyjnej, psychologii narracji, procesu zmiany, kształtowania postaw, wdrażania nowych działań, psychologii komunikacji oraz metod coachingowych, mentoringowych i doradczych. Spróbuję przenieść wiedzę i doświadczenie zdobyte w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi, doradztwa zawodowego i edukacji na grunt medycyny. Zaprezentuję konkretne pomysły i rozwiązania. Opowiadając z perspektywy psychologa, ale również i pacjentki, pokażę, co już dzisiaj może zrobić lekarz dla siebie i swoich pacjentów korzystając z medycyny narracyjnej.

Bibliografia:

1. Skrzypek M. (red.), Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących medycynę, Wydawnictwo KUL, 2013;
2. Trzebiński J. (red.), Narracja jako sposób rozumienia świata, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2002;
3. Strelau J. (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.

Słowa kluczowe: medycyna narracyjna, komunikacja z pacjentem, zmiana postaw, wdrażanie zmian, zdrowie – aspekt psychologiczny.

Joanna Borowik, studentka
Studenckie Koło Symulacji Medycznej,
Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Magdalena Horodeńska, mgr
Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Umarł nam pacjent – narracje studentów o doświadczeniu śmierci pacjenta w trakcie scenariusza symulacyjnego

Wprowadzenie: Proces umierania i śmierć stanowi nieodłączny element pracy lekarza. W wielu z nas powoduje to poczucie lęku, strachu, a także skłania do refleksji. Wprowadzanie sytuacji granicznych takich jak śmierć pacjenta do scenariuszy zajęć prowadzonych z wykorzystaniem symulacji wysokiej wierności budzi szeroką dyskusję w gronie edukatorów medycznych, a także wśród studentów. Zdania są podzielone. Pojawiają się wątpliwości, czy przyszli medycy są gotowi do stawienia czoła temu wyzwaniu już na etapie studiów, nawet w warunkach pozorowanych.

Metody: Badanie miało charakter jakościowy. Paradygmat najbliższy badaczom nawiązywał do założeń fenomenologii. Zastosowano wywiad nieustrukturalizowany dotyczący doświadczenia śmierci pacjenta w trakcie zajęć metodą symulacji medycznej. Grupa badana obejmowała sześciu studentów IV roku kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którzy w semestrze zimowym roku akademickiego 2018/2019 odbyli kurs „Medycyna Wieku Podeszłego” oparty na symulacji wysokiej wierności.

Cele: Celem pracy była analiza narracji studentów medycyny o doświadczeniu śmierci pacjenta w scenariuszach wysokiej wierności oraz próba poznania znaczenia jakie nadają oni temu doświadczeniu

Wyniki i wnioski: W trakcie opracowywania.

Bibliografia:

1. Kwiatkowski W. (2002). Medycyna i śmierć. W: Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego. PWN, Warszawa
2. Pennebaker J.W.(1999) Forming a story: the health benefits of narrative. Journal of Clinical Psychology, 55, 1243 – 1254.
3. Sewell K. W, Williams A. M.(2002) Broken trauma narratives, metaconstructive gaps and the audience of psychotherapy. Journal of Constructivist Psychology 15, 205 – 218.
4. Tuval – Mashiah R., Friedman S. et al. (2004) Coping with Trauma. Narrative and Cognitive Perspectives. Psychiatria 67, 3, 280 – 293.

Słowa klucze: śmierć, symulacja, doświadczenie

Adrianna Beczek, studentka
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (kierunek lekarski, rok V);
Uniwersytet Jagielloński, Międzywydziałowe Indywidualne Studia Humanistyczne
(I rok studiów II stopnia)

Co doświadczenie antropologa może dać lekarzowi? Medycyna narracyjna jako punkt na styku dyscyplin

Medycynę narracyjną można opisać jako paradygmat medyczny, który ma swoje korzenie w założeniu, że narracja ma kluczowe znaczenie dla tego, jak ludzie myślą i zachowują się. Jej zasadniczą częścią jest próba podejścia do problemu zdrowotnego pacjenta z jego punktu widzenia oraz włączenie jego narracji do leczenia i opieki. Narracja jest również ważnym przedmiotem zainteresowania antropologii kulturowej: oprócz obserwacji, szczególnie obserwacji uczestniczącej antropologowie uzyskują wiedzę o tym, jak ludzie postrzegają i doświadczają świata, właśnie z ich narracji. Antropologia w dużym stopniu opiera się na historiach życia ludzi i doświadczenie antropologów może pokazać, jak przydatna dla codziennej praktyki lekarskiej może być perspektywa medycyny narracyjnej. Chciałabym przedstawić mój punkt widzenia przez koncept człowieka jako „zwierzęcia symbolicznego” Ernsta Cassirera oraz pism Barthesa na temat mitu – pokazują one dobitnie, że ludzie konstruują wizerunek własnego ja i to wyobrażenia mają zasadnicze znaczenie dla ich przeżywania rzeczywistości. Integracja choroby, której doświadczają, w historię ich życia może być dla nich elementem kluczowym w leczeniu, a biomedycyna tej potrzeby nie bierze pod uwagę. Czasami prowadzi to do napięć między personelem medycznym a pacjentami. Antropologiczne teorie mogą pomóc wyjaśnić te napięcia i pomóc w rozwiązywaniu powodowanych przez nie problemów. Co więcej, obecnie podejścia narracyjnego uczy się tylko na kilku uniwersytetach medycznych. Ma to swoje źródło w fakcie, że narracja w historii medycyny była stopniowo pomijana na rzecz „faktów”, które to podejście jest rodzajem historycznie uwarunkowanego konstruktów. Z tego powodu medycyna nie ma teorii ani metod analizy znaczenia. Tutaj przydatna może być metodologia antropologii kulturowej. Wszystko to może dodać do wzajemnego zrozumienia pacjentów i lekarzy. W ten sposób antropologia może przyczynić się do poprawy jakości codziennej praktyki medycznej.

Inspiracją dla pracy były pisma polskiego psychiatry prof. Antoniego Kępińskiego.

Wstępna bibliografia:

Barthes, R.: *Mit dzisiaj*, [w:] „Mitologie”, tł. Dziadek, A.; KR, Warszawa: 2000, ISBN 83-86989-61-0.

Cassirer, E.: „Esej o człowieku. Wstęp do filozofii kultury”, tł. Staniewska, A.; Warszawa 1977, ISBN 9788365680112.

Cassirer, E.: „The Philosophy of Symbolic Forms: Volume 2: Mythical Thought”; Yale University Press 1977, ISBN 83-07-02619-9.

Joanna Matjanowska, studentka
SKN Komunikacji w Medycynie
przy Pracowni Komunikacji w Medycynie Wydziału Lekarskiego
Collegium Medicum UMK

„Zostałem sam”. Obawy i problemy towarzyszące rozpoczęciu pierwszej pracy w zawodzie lekarza w kontekście „Zapisków młodego lekarza” Michaiła Bułhakowa.

Coraz większa liczba badaczy zajmująca się edukacją medyczną zwraca uwagę na liczne problemy okresu przejściowego pomiędzy zakończeniem studiów a rozpoczęciem samodzielnej pracy w zawodzie medycznym. Młodzi lekarze zmagają się nie tylko z poczuciem niekompetencji oraz zmianą środowiska, ale również zderzeniem pomiędzy oczekiwaniami nauczycieli akademickich, a pracodawcy. Wysoki poziom stresu towarzyszący temu procesowi może prowadzić do obniżenia jakości podejmowanych decyzji, a także do wypalenia zawodowego u aż do 25% młodych lekarzy. Udowodniono, że kursy przygotowawcze do pierwszej pracy znacząco ułatwiają byłym studentom wkroczenie w nową rzeczywistość.

Michaił Bułhakow, znany głównie jako autor powieści „Mistrz i Małgorzata”, po ukończeniu studiów medycznych na Uniwersytecie Kijowskim w 1916 roku, rozpoczął pracę jako lekarz i kierownik szpitala w miejscowości Nikolskoje, gdzie w ciągu roku przyjął ponad 15 000 pacjentów. Parę lat później, na łamach czasopism rosyjskich, pojawił się cykl ośmiu noweli inspirowanych przeżyciami Bułhakowa.

„Zapiski młodego lekarza” to opowieści 24-letniego medyka, który zaraz po ukończeniu studiów zesłany zostaje na odległą prowincję, gdzie wykonuje obowiązki lekarza prawie samodzielnie. Narrator dzieli się z czytelnikiem swoimi przeżyciami, towarzyszącym im obawom, chwilom zwątpienia oraz satysfakcji.

Celem prezentacji jest:

1. Analiza obaw i problemów młodego lekarza, jego postaw oraz drogi, którą pokonuje na początku swojej pierwszej samodzielnej pracy na podstawie „Zapisków młodego lekarza” Michaiła Bułhakowa.

2. Przedstawienie propozycji zajęć edukacyjnych dla studentów/absolwentów kierunku lekarskiego mającego za zadanie między innymi:

- ułatwienie przeżycia okresu przejściowego pomiędzy studiami a pierwszą samodzielną pracą,

- dyskusję nad obawami nękającymi młodych lekarzy przed rozpoczęciem pierwszej pracy,

- rozmowę na temat błędów popełnianych przez narratora,

- krytyczną ewaluację swoich umiejętności,

- analizę odczuć mogących towarzyszyć trudnościom w zawodzie,

- sposoby radzenia sobie oraz zapobiegania różnorodnym problemom,

- zaproponowanie twórczości literackiej jako formy wyrażania emocji.

Od neurastenii do neuroestetyki : narracja rekonwalescencji w tekstach i obrazach Giorgio de Chirico

W przeciwieństwie do ikonicznych myślicieli, takich jak Marcel Proust (W poszukiwaniu straconego czasu) czy Walter Benjamin (Berlińskie dzieciństwo na przełomie wieków), którzy w swej twórczości wykorzystują narrację choroby, ikonoklastyczny włoski malarz i autor Giorgio de Chirico (1888-1978) inspirowany do swojego metafizycznego obrazu „Enigma jesiennego popołudnia” (1910) zaczerpnął z dzieł Friedricha Nietzsche’ego (Tako rzecze Zaratustra) oraz przede wszystkim z własnego doświadczenia rekonwalescencji. W „Manuskrypcie Paulhana” de Chirico pisze: „Pewnego jasnego jesiennego popołudnia siedziałem na ławce pośrodku Piazza Santa Croce we Florencji (...) Właśnie wyszedłem z długiej i bolesnej choroby jelit i byłem w stanie chorobliwej wrażliwości. Cały świat, aż po marmur budynków i fontann, wydawał mi się rekonwalescencyjny. (...) Potem miałem dziwne wrażenie, że widziałem wszystkie te rzeczy po raz pierwszy i do głowy przyszła mi kompozycja mojego obrazu. Teraz za każdym razem, gdy patrzę na ten obraz, znów widzę ten moment.” De Chirico nie wpisuje się więc w romantyczny pogląd na chorobę (choroba jako metafora) tak krytykowany przez Susan Sontag. Wykorzystuje on i analizuje rekonwalescencję, a nie patologię.

Jako komparatystka literacka nie mogę odnieść się do opinii klinicystów, post fatum diagnozujących u de Chirico migreny z aurą lub padaczkę skroniową i chorobie przypisujących efekty jego twórczości. Skoncentruję się zatem na wykorzystaniu rekonwalescencji jako źródła kreatywności zarówno literackiej (surrealistyczna powieść de Chirico *Hebdomeros*) jak i malarskiej (*pittura metafisica*). Czy przebyta choroba i proces terapeutyczny miały wpływ na późniejszą twórczość artysty i jego interpretację piękna? Czy doprowadziły do powstania neuroemocji, z którymi de Chirico wcześniej się nie zetknął? Hipochondryk, czy natchniony cierpieniem pacjent? Geniusz de Chirico połączył filozofię i doświadczenie rekonwalescencji w dzieło sztuki, czym wpisał się w nurt medycyny narracyjnej, nawet przed jej oficjalnym zaistnieniem jako dyscypliny naukowej.

Bibliografia:

- Chatterjee, Anjan. *The Aesthetic Brain: How We Evolved to Desire Beauty and Enjoy Art*
De Chirico, Giorgio. „Manuskrypt Paulhana”
De Chirico, Giorgio, *Hebdomeros*
Sontag, Susan. *Choroba jako metafora*
Reynolds, Richard i Stone, John. *On Doctoring*

Słowa kluczowe: rekonwalescencja, neuroestetyka, Giorgio de Chirico, malarstwo metafizyczne, humanistyka medyczna

Metafory demencji w miejsce demencji jako metafory w kontekście stygmatyzacji

Wystąpienie obejmuje prezentację katalogu metafor najczęściej używanych (w literaturze i filmie) do opisu choroby otępiennej. Punktem wyjścia jest polemika Susan Sontag z posługiwaniem się chorobą (dawniej gruźlicą, później rakiem i aids) do opisu (negatywnych, niepożądanych) zjawisk społecznych.

W dalszej części zaprezentuję typowe użycia demencji jako metafory (dementyjne miasta, dementyjne społeczeństwo itd.), wreszcie dokonam przeglądu metafor używanych do opisu samej choroby.

„Choroba ma przedziwną sinusoidę”. O opowieściach pacjentów z chorobą Parkinsona

Z wielu miejsc słyhać wołanie o empatię. Ideałem staje się *homo empathicus*. Należy pamiętać o tym, że „Empatia to umiejętność współodczuwania, ale by móc dzielić z drugim człowiekiem jego uczucia, musimy wiedzieć od niego samego, co on czuje”².

W referacie proponuję empatyczną lekturę tekstów o chorobie (patografii) osób cierpiących na chorobę Parkinsona. Choroba Parkinsona jest dolegliwością ośrodkowego układu nerwowego, przejawiającą się spowolnieniem ruchowym, drżeniem kończyn i sztywnością mięśni.

Wiele osób pisze o codziennych zmaganiach z tą chorobą neurodegeneracyjną, m.in. amerykański aktor Michael Fox, amerykański dziennikarz John Palfreman, niemiecki pisarz Richard Wagner, Włoszka Michela Cancelliere, wreszcie polski pisarz i publicysta Jerzy Pilch.

Za celną należy uznać następującą uwagę: „Choroba Parkinsona to w naszej kulturze choroba kojarząca się ze wstydem. To jedno. Drugim problemem jest po prostu brak wiedzy na jej temat. Zamiast niej w społeczeństwie funkcjonuje wiele mitów. No i jeszcze wspomnienie przefiltrowanych przez telewizję i Watykan migawek uśmiechniętego papieża Jana Pawła II”³.

Warto z empatią czytać autobiografie osób dotkniętych chorobą Parkinsona i od nich dowiadywać się, co przeżywają pacjenci, z jakimi trudnościami się zmagają.

Bibliografia (do 4 pozycji):

M. Cancelliere, *Pani Parkinson. Historia kobiety, która nigdy się nie poddała*, przeł. K. Kozak, Wyd. Jedność, Katowice 2008.

M.J. Fox, *Nieuleczalny optymista. Zawsze patrząc w górę*, przeł. A. Wyszogrodzka-Gaik, Świat Książki, Warszawa 2010.

J. Palfreman, *Prześcignąć parkinsona*, przeł. K. Sapeta-Czajka, Wyd. UJ, Kraków 2018.

R. Wagner, *Herr Parkinson*, Knaus, München 2015.

Słowa kluczowe: patografie, choroba Parkinsona, empatia

² M. Kosowicz, *Psychologiczne aspekty opieki nad umierającymi i ich rodzinami*, w: *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, red. M. Górecki, Żak Wyd. Akademickie, Warszawa 2010, s. 269 [podkreśl. w oryginale].

³ <https://natemat.pl/24501,pisarz-jerzy-pilch-otwarciem-opowiada-o-zyciu-z-choroba-parkinsona>

Olga Osińska, mgr, doktorantka w Zakładzie Literatury XX i XXI wieku w Instytucie Literatury Polskiej na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego; magistrantka w Zakładzie Logopedii i Emisji Głosu w Instytucie Polonistyki Stosowanej na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego

Głos Wata. Twórczość autora *Mojego wieku* z perspektywy logopedycznej

Parafrazując słowa Adama Dziadka z Projektu krytyki somatycznej (2014), badacz twórczości Aleksandra Wata powinien pytać nie tylko o to, jak czytać i opisywać wiersze tego poety, lecz również o to, jak czytać i opisywać jego chorobę. O roli bólu w twórczości poety, zwłaszcza w kontekście problematyki cielesności, napisano już niemało. Mniej mówi się o objawach jego choroby z perspektywy logopedycznej w kontekście praktyki literaturoznawczej. Wiadomo, że w 1953 roku Wat zapadł na Zespół Wallenberga (zespół boczny opuszki), ten zaś objawia się – między innymi – dyzartrią. Na podstawie istniejących nagrań głosu poety – zarówno tych, na których Wat czyta swoje wiersze, jak i zapisów jego rozmów z Czesławem Miłoszem, wydanych później w książce *Mój wiek* – podejrzewać można, że autor ten, konkretniej mówiąc, mógł cierpieć na dyzartrię wiotką (posługuję się podziałem dyzartrii Josepha Duffy’ego z 2005 roku).

Moje wystąpienie dzieli się na cztery części. Najpierw omawiam badania nad twórczością Wata, które koncentrują się na problematyce ciała i choroby. Następnie śledzę, co Wat pisał o swojej chorobie (ze szczególnym uwzględnieniem głosu i mowy) w *Dzienniku bez samogłosek* i w *Moim wieku*. Później analizuję dostępne nagrania mowy pisarza pod kątem występujących w nich zaburzeń i oceniam parametry jego głosu, posługując się programem Praat. Takie wykorzystanie nowego instrumentarium logopedycznego do badania literatury w pierwszej chwili może się wydać zaskakujące, w przypadku Wata, czego będę dowodzić, jest jednak uzasadnione – nie jedynie dlatego, że poeta, zdaniem Ferdinanda de Saussure’a, to „przede wszystkim specjalista od fonemów”. W końcowej części wystąpienia spróbuję zaś odpowiedzieć na pytanie, czy wnioski z przeprowadzonych analiz mogą wpłynąć na zmianę w postrzeganiu i interpretowaniu twórczości poety.

Bibliografia:

- Bradley Walter G., Fenichel Gerald M., Joseph Jankovic, Daroff Robert B., *Neurologia w praktyce klinicznej. Zasady diagnostyki i postępowania*, Lublin 2011.
- Duffy Joseph R., *Motor Speech Disorders. Substrates, Differential Diagnosis and Management*, 2005.
- Dziadek Adam, *Projekt krytyki somatycznej*, Katowice 2014.
- Wat Aleksander, *Dziennik bez samogłosek*, Kraków 2018; *Mój wiek*, t. I i II, Kraków 2011.

Słowa klucze: Wat, narracja, język, dyzartria, Zespół Wallenberga

opracowanie: Hubert Syzdek
www.komunikacjamedyczna.pl
narracyjna@gmail.com