

Kryzys ciała – spojrzenie socjologiczne na proces fizjoterapii

The body in crisis – a sociological view of physiotherapy process

Nr DOI: 10.1515/physio-2014-0017

Dominika Byczkowska-Owczarek

Katedra Socjologii Organizacji i Zarządzania, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, Łódź
The Institute of Sociology of Organisation and Management, Faculty of Economics and Sociology, University of Łódź, Łódź

Streszczenie

W artykule zaprezentowane zostały wyniki badań jakościowych nad społecznymi aspektami pracy fizjoterapeutycznej z ciałem w kryzysie. Kryzys przedstawiono w wielu jego formach: kryzysu fizycznego, tożsamości, interakcji z bliskimi, poważnych zmian w życiu codziennym i innych. Do opisanych sytuacji kryzysu ciała dochodzić może na skutek poważnej zmiany ciała i ograniczenia jego sprawności, na przykład w efekcie wypadku, udaru lub w trakcie przebiegu poważnej choroby. W pracy omówiono sposoby radzenia i nieradzenia sobie z kryzysem, sposoby rekonstrukcji tego, co zostało utracone w czasie kryzysów ciała. Proces terapii fizycznej przedstawiono w kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia. Wnioski zawarte w artykule sformułowano na podstawie dwóch badań przeprowadzonych na oddziale rehabilitacji w jednym ze szpitali w dużym mieście wojewódzkim. Podczas pierwszego badania stosowano technikę autoetnografii i obserwacji uczestniczącej w roli pacjentki, w drugim, dwumiesięcznym, prowadzono obserwację i wywiady z pracownikami oraz pacjentami oddziału.

Słowa kluczowe: fizjoterapia, tożsamość, interakcja, kryzys, emocje

Abstract

The article presents the results of a qualitative study of the social aspects of physiotherapy of a body in crisis. The crisis is presented in many forms: physical crisis, identity crisis, crisis in interaction with relatives, serious changes in the daily life and others. The body crisis situations described in the paper may take place as a result of serious change of the body and limited physical ability, for example, as a consequence of an accident, stroke or a serious disease. The paper presents the means of coping and not coping with the crisis, the ways of reconstruction of what has been lost at the time of body crisis. The physiotherapy process is presented in the context of the Polish healthcare system. The conclusions were formulated on the basis of two studies conducted in a rehabilitation department of one of the hospitals located in a capital city of one of the voivodeships. The first study was based on autoethnography and participant observation from the patient's point of view. The second study lasted two months and it was based on observation and interviews with the staff and patients in the department.

Key words: physiotherapy, identity, interaction, crisis, emotions

Wprowadzenie

W niniejszym artykule prezentuję głównie wyniki moich badań nad zjawiskiem ciała w kryzysie poszerzone o analizę literatury z zakresu socjologii ciała, socjologii interakcji i antropologii choroby. Moje rozważania mogłabym raczej określić jako mieszczące się w zakresie zainteresowań socjologii ciała niż socjologii medycyny. Tematyka podejmowana przeze mnie w tekście odnosi się co prawda do działań personelu medycznego w kontekście instytucji opieki medycznej, lecz celem moich badań (których jedynie fragment prezentuję w artykule) jest odkrycie prawidłowości rządzących społecznym konstruowaniem cielesności, w tym wpływem zjawisk społecznych na ciało, a nie konkurowanie z istniejącymi koncepcjami socjologii medycyny. W pracy badawczej, także w niniejszym tekście, wykorzystuję perspektywę teoretyczną interakcjonizmu symbolicznego i moim zamiarem jest pokazanie świata takim, jakim widzą go osoby badane, w tym przypadku personel medyczny i pacjenci. Ta perspektywa teoretyczna dyktuje także dobór koncepcji pomagających w wyjaśnieniu bada-

Introduction

This article presents chiefly the results of my study on the body in crisis plus an analysis of literature about sociology of the body, sociology of interaction and medical anthropology. My reflection falls within the sociology of the body rather than medical sociology. While it is true that the subject I handle in this article refers to the work of medical personnel in the context of a healthcare facility, the aim of the study (only a part of which is presented in this article) is to discover the mechanisms that govern the social construction of corporality, including the impact of social phenomena on the body, and not to compete with the existing concepts of medical sociology. In my work, also in this article, I make use of a theoretical perspective of symbolic interactionism and it is my intention to show the world as it is for the subjects, in this case – medical personnel and patients. This theoretical perspective also dictates the choice of concepts that help in explanation of analysed phenomena. The analysis of literature and reference to existing

nych zjawisk. Analiza literatury, odwoływanie się do istniejących koncepcji jest o tyle istotne, że pozwala na zrozumienie działań aktorów społecznych, a także na uogólnianie wniosków, które dotyczą wielu obszarów substantywnych. Samo odnoszenie się do teorii czy koncepcji nie jest moim celem.

Objętość tego artykułu pozwala mi na pokazanie opisywanych zjawisk w ograniczonej szczegółowości. Nie oznacza to, że nie zdaję sobie sprawy z ważności sygnalizowanych jedynie zagadnień, np. relacji między lekarzami i fizjoterapeutami. Tematy te są przeze mnie rozwijane, a badania trwają nadal. Jak to zazwyczaj bywa, w artykule naukowym można zawrzeć jedynie określoną liczbę wniosków z badań. Tak jest i w tym przypadku.

Jak wspomniałam, w tekście koncentruję się na interakcjach społecznych i na pokazaniu świata widzianego oczami osób badanych. Dlatego skupiłam się na analizie poziomu mikrospołecznego badanego zjawiska. Naturalnie, nie sposób poprzestać tylko na jednym poziomie, gdy chodzi o tak złożone zjawisko jak ludzkie ciało i jego społeczne konstruowanie. Na opisane zjawiska z poziomu mikrospołecznego (głównie poziomu interakcji pacjent – fizjoterapeuta) wpływ mają oczywiście także wzorce makrospołeczne, jak te związane z zasadami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, systemu edukacji medycznej, *evidence based medicine*¹, wzorce mezzospołeczne, czyli zasady, normy i wartości funkcjonujące na konkretnym oddziale czy w szpitalu itp.

Opis badań i zagadnienia metodologiczne

Wnioski zawarte w niniejszym tekście pochodzą głównie z przeprowadzonych badań empirycznych, a także z analizy literatury z zakresu socjologii ciała, choroby, fizjoterapii, komunikowania i innych pokrewnych dziedzin. Poniżej pokrótce omówię przyjętą przeze mnie perspektywę metodologiczną i teoretyczną, a następnie przedstawię informacje dotyczące przebiegu badania, jego uczestników i wykorzystanych technik.

Podczas badań stosowałam metodologię teorii ugruntowanej. Jest to strategia badawcza, która polega na konstruowaniu wniosków teoretycznych w trakcie ciągłego dialogu badacza z danymi. Wybór tej metodologii wydaje się właściwy dla zbadania tak trudnego zjawiska, jakim są społeczne aspekty cielesności. Daje ona bowiem wiele swobody, nie narzuca na przykład stawiania hipotez na początku badania, a z drugiej strony oferuje dosyć precyzyjne procedury metodologiczne, skupiające się na generowaniu wniosków teoretycznych.

W mojej pracy przyjmuję perspektywę teoretyczną interakcjonizmu symbolicznego. Ze względu na ograniczoną długość tego opracowania pominię jego założenia teoretyczne, skupiając się na opisanu, jakie konsekwencje dla rozumienia pojęcia ciała ma przyjęta przeze mnie perspektywa badawcza.

Jedno z założeń interakcjonizmu symbolicznego głosi, że znaczenia przedmiotów wywodzą się z interakcji społecznych. Oznacza to, że sposób, w jaki inni działają wobec danego przedmiotu, ma podstawowe znaczenie, ponieważ skutkuje przejmowaniem przez jednostkę definicji danego przedmiotu [1, s. 5-8, 2, s. 55, 3, s. 24]. Przedmiotem działań innych może być także własne lub cudze ciało. Oznacza to, że sens, znaczenie naszego ciała (i ciała Innego) jednostka wywodzi z interakcji społecznych, ze sposobów traktowania ciała przez innych, także znaczących innych

concepts are important because they allow for understanding of the actions of social actors and for generalisation of conclusions that apply to a number of substantive areas. The sole reference to a theory or concept is not my purpose in itself.

The size of this article enables me to give a limited picture of the analysed phenomena. However, it does not mean that I underestimate the significance of signalled issues, e.g. the doctor-physiotherapist relationship. I continue to work on those issues. As is customary, a scientific article may contain only a limited number of conclusions. The same applies to this article.

As I have already mentioned, in the article I concentrate on social interactions and the view of the world held by the subjects. For this reason, I focused on the analysis of the analysed phenomenon on a micro social level. Naturally, it is hard to be satisfied with just one level when it comes to such a complex phenomenon as the human body and its social construction. On the micro social level (chiefly the patient – physiotherapist interaction), the described phenomena are influenced by macro social models, such as those associated with the function of the healthcare system, medical education system, evidence based medicine¹, meso social models, i.e. the rules, norms and values followed in a specific department or hospital etc.

Description and methods

The conclusions presented in this article arise chiefly from conducted empirical research as well as analysed literature about sociology of the body, medical sociology, physiotherapy, communication and other related disciplines. Below, there is a short description of the adopted methodological and theoretical perspective, followed by information on the course of the study, the participants and the applied techniques.

In the course of the research I relied on the grounded theory methodology. This is a research strategy that consists in construction of theoretical conclusions during an ongoing dialogue between the researcher and the data. The choice of this methodology seems suitable for an analysis of the difficult issues of the social aspects of corporality. The methodology allows for relative freedom, e.g. there is no need to formulate a hypothesis at the beginning of research. On the other hand, it offers precise methodological procedures that focus on generating theoretical conclusions.

In my work I adopted the theoretical perspective of symbolic interactionism. In view of the limited space in the article, I will skip the theoretical assumptions of the perspective and focus on the description of the consequences of the adopted research perspective for the understanding of the concept of body.

One of the assumptions of symbolic interactionism says that the meaning of items derives from social interactions. It means that the way other individuals approach an item is fundamental, because it supplies the definition of a given item to an entity [1, p. 5-8, 2, p. 55, 3, p. 24]. Own or someone else's body may also become a subject of action of other individuals. It means that the sense, significance of our body (and someone else's body) is derived from social interactions, from the way the body is treated by other individuals, also significant individuals [cf. 1, p. 5-7, 4, p. 95,

¹ *Evidence based medicine* – medycyna oparta na faktach. Jest to rodzaj perspektywy przyjęty we współczesnej zachodniej medycynie akademickiej, w którym kluczową rolę w procesie leczenia odgrywają dowody naukowe, głównie statystyczne wnioski z przeprowadzonych badań klinicznych.

¹ Evidence based medicine – medicine that relies on facts. It is a kind of perspective adopted by contemporary Western academic medicine where the key role in the treatment process is attributed to scientific evidence, specifically statistical conclusions of clinical research.

[por. 1, s. 5-7, 4, s. 95, 2, s. 55]. Kluczowa dla perspektywy interakcjonizmu jest procesualność rzeczywistości społecznej, w tym zmienianie znaczeń poszczególnych przedmiotów w wyniku działań oraz interakcji z innymi. W przypadku kryzysu związanego z chorobą czy wypadkiem cielesność, do tej pory znana, oswojona, będąca jedną z podstaw tożsamości i istotną częścią znanego jednostce świata i ten świat zapośredniczająca (m.in. poprzez poznanie myślowe), staje się nie tylko nowym, inaczej funkcjonującym fenomenem, ale także przedmiotem, wobec którego inni podejmują zupełnie nieznaną dotąd jednostce działania (np. medyczne) i interakcje [por. 5, s. 30]. Na podstawie nowych znaczeń nadawanych ciału przez innych jednostka buduje nowy obraz siebie, nowe tożsamości. W oparciu o zmienione czy ograniczone (nie)sprawności ciała podejmuje inne działania.

Ciało poznawane z perspektywy symbolicznego interakcjonizmu jest niezwykle wymagającym, a jednocześnie fascynującym przedmiotem badania, dzięki któremu można głębiej wyjaśnić wiele procesów i zjawisk społecznych – proces leczenia, ale i globalizacji, nowe ruchy społeczne, socjalizację i inne².

Badania, które są podstawą większości moich wniosków, prowadzone były dwukrotnie na oddziale rehabilitacyjnym dużego szpitala miejskiego. W trakcie pobytu w szpitalu występowałam w roli autentycznej pacjentki leczącej dolegliwości kręgosłupa. Można powiedzieć, że rola badaczki miała charakter wtórny i wiązała się z terapią na oddziale dziennym. Jako pacjentka-socjolog przez ponad miesiąc obserwowałam życie oddziału, pracę fizjoterapeutów i pacjentów, co bardzo mnie zainteresowało i wzbudziło chęć przeprowadzenia analizy socjologicznej. Prowadziłam wówczas obserwację jawną i autoetnografię w roli pacjentki. W rozmowach z personelem medycznym i innymi pacjentami otwarcie mówiłam o moim zainteresowaniu fizjoterapią, pracą terapeutów oraz ich relacjami z pacjentami. Podczas ćwiczeń i zabiegów, przyglądałam się temu, co dzieje się wokół mnie.

Jednak ważniejszym elementem moich badań było pisanie raportu autoetnograficznego. W moich badaniach wykorzystuję technikę autoetnografii analitycznej [6]. Jest to metoda wykorzystywana przez badacza będącego częścią (czasami główną) badanego zjawiska [7, s. 39]. Technika ta skupia się na tym, aby zamiast próbować zrozumieć innych starać się zrozumieć siebie, odkryć własne doznania, ale także inne procesy (np. przemiany cielesności [zob. 8]). Podstawowym procesem badawczym jest autorefleksja i analiza każdego elementu własnego doświadczenia związanego z badanym zjawiskiem [9, s. 62-63].

Podczas moich wizyt w szpitalu starałam się przede wszystkim uświadomić sobie uczucia, emocje, stereotypy, doznania, jakie stały się moim udziałem, a następnie po powrocie z zabiegów spisać je w raporcie. Oczywiście znalazły się tam także wydarzenia, które miały danego dnia miejsce

2, p. 55]. The key for the interactionism perspective is the processuality of social reality, including the change of meanings of particular items as a result of action and interaction with others. In case of a crisis associated with a disease or an accident, corporality, so far familiar, well-known, one of the foundations of identity and an essential part of the world known to an individual that acted as an agent between the world and the individual (e.g. through sensory experience), becomes a new phenomenon with a different function, but also an item that is subject to so far unknown (e.g. medical) actions of other individuals and interactions [cf. 5, p. 30]. On the basis of the new meaning attached to the body by other individuals, the entity constructs a new picture of itself, a new identity. It takes different actions based on modified or limited (dis)ability of the body.

The body seen from the perspective of symbolic interactionism is an extremely demanding and fascinating subject of research. It allows for a more detailed explanation of many social processes and phenomena – the treatment processes, globalisation, new social movements, socialization and others².

The studies that formed the foundation for my conclusions were conducted twice in a rehabilitation department of a large municipal hospital. During my stay at the hospital I assumed the role of an authentic patient who received treatment for spine problems. One may say that the role of a researcher was secondary and it was associated with outpatient therapy. As a sociologist patient I have been observing the goings-on in the department, physiotherapists and patients for over a month. The observations were interesting and encouraged me to conduct a sociological analysis. I conducted an open observation and autoethnography in the role of a patient. When speaking with medical personnel and other patients, I was open about my interest in physiotherapy, the work of therapists and their relationship with patients. During exercise sessions and procedures I observed the happenings around me.

The most important element of my studies was the autoethnographic report. In my studies I relied on the analytical autoethnography technique [6]. The method is used by researchers who are a part (sometimes a principal part) of the analysed phenomenon [7, p. 39]. The technique focuses on understanding oneself, in place of trying to understand other people, discovering one's own experience and other processes (e.g. change of corporality [see 8]). The basic research process is the auto reflection and analysis of every element of own experience associated with the analysed phenomenon [9, p. 62-63].

During my appointments in the hospital I tried to recognize my feelings, emotions, stereotypes, experience and report them after the end of procedure. Of course, the report also covered the events that took place in the department on a given day. The autoethnographic report I drew up has

² Proces globalizacji jest silnie związany z różnym postrzeganiem ciała w kulturach. Dominująca staje się perspektywa narzucana przez zachodnie ponadnarodowe korporacje produkujące leki i kosmetyki, co wiąże się między innymi z rosnącą medykacją. Poziom makrosocjalny, na jakim działają te korporacje, przekłada się na konkretne, biologiczne ciała poddawane zabiegom chirurgii plastycznej, procedurom medycznym, dietom czy działaniu kosmetyków. W efekcie tworzą się kontrruchy społeczne, w tym między innymi związane z ekologicznym stylem życia, których ważnym elementem ideologicznym jest na przykład spożywanie lub niespożywanie określonych pokarmów (np. mięsa i produktów pochodzenia zwierzęcego). Jak widać, zrozumienie zjawisk związanych ze społecznym konstruowaniem cielesności, choć może wydawać się problemem mikrosocjalnym, przekłada się *de facto* na zjawiska makrosocjalne i jest to zależność obustronna.

² The globalisation process is closely tied with the different perception of human body by different cultures. The perspective imposed by Western transnational corporations manufacturing drugs and cosmetics is becoming dominant, which entails greater medicalisation. The macro social level used by such corporations translates to concrete biological bodies subject to plastic surgery, medical procedures, diets or cosmetics. In effect, there are countermovements associated with eco-friendly lifestyles whose essential ideological element is inclusion or exclusion of some foods in or from one's diet (e.g. meat and animal products). As you can see, the comprehension of phenomena of social construction of corporality may seem a micro social issue, but in fact it translates to macro social phenomena and the relation is reciprocal.

na oddziale. Stworzony przeze mnie raport autoetnograficzny obejmuje 26 stron zapisków, które zostały zakodowane zgodnie z procedurami metodologii teorii ugruntowanej [10, 11]. Kodowania dokonałam po kilku tygodniach od zakończenia leczenia, aby nabrać choćby niewielkiego dystansu do zebranego materiału, a jednocześnie pamiętać opisywane w raporcie zdarzenia. Oczywiście, zgodnie z zasadami triangulacji badacza [10], kodowania powinien dokonać inny badacz, jednak nie dysponuję zespołem naukowym.

Drugi etap badań miał miejsce w grudniu 2013 r. i styczniu 2014 r. Uzyskawszy oficjalną zgodę władz oddziału i szpitala, rozpoczęłam zbieranie danych, głównie metodą wywiadu swobodnego z przedstawicielami personelu medycznego i pacjentami oraz obserwacji jawnej. Osoby będące pracownikami i pacjentami oddziału wiedziały, kim jestem, a także że przeprowadzam badania. Na jednej z odpraw zostałam przedstawiona personelowi, przedstawiony został także cel mojego pobytu na oddziale.

W wyborze pacjentów do udziału w wywiadach pomagała mi pielęgniarka oddziałowa i psycholog. Niektórzy z pacjentów nie mówili, byli wycofani lub mieli bardzo słabe kompetencje komunikacyjne. Ze względu na ograniczoną możliwość porozumiewania się z takimi pacjentami nie prowadziłam z nimi wywiadów. Starłam się przeprowadzić wywiady z osobami, które były w stanie somatycznym pozwalającym na ich przeprowadzenie, np. takimi, których schorzenie nie wpływało na ich zdolności poznawcze (tj. kontuzja nogi) lub które zostały pozytywnie zdiagnozowane przez oddziałowego psychologa. Wywiady przeprowadziłam ze wszystkimi pacjentami w dobrym stanie somatycznym, którzy wyrazili na to zgodę i chęć. Zawsze pytałam pacjentów o pozwolenie na nagranie wywiadu. Niektórzy z nich nie wyrażali zgody na rejestrację, wówczas sporządzałam notatki. Wszyscy byli informowani o anonimowości badań.

Przeprowadziłam w sumie dwadzieścia siedem wywiadów swobodnych. Jedenastu rozmówców było pacjentami, trzy osoby to fizjoterapeuci, cztery kolejne wywiady przeprowadziłam ze studentkami odbywającymi praktyki na oddziale. Pozostałe trzy osoby to inni przedstawiciele personelu medycznego (masażysta, pielęgniarka i psycholog). W celu wzbogacenia wniosków, zgodnie z zasadą triangulacji danych [10], przeprowadziłam także trzy wywiady swobodne z fizjoterapeutkami pracującymi w innych miastach (jedna spośród nich była zatrudniona za granicą) i trzy wywiady z osobami, które leczyły się jako pacjenci w innych szpitalach.

Zgodnie ze wspomnianą zasadą triangulacji danych [10] starałam się prowadzić rozmowy z osobami o zróżnicowanym stopniu niepełnosprawności i cierpiącymi na różne choroby. Wśród badanych znalazły się osoby cierpiące na chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane, chorzy po udarze, a także ofiary wypadków komunikacyjnych. Każde z tych schorzeń było na tyle poważne, że wymagało stałego lub dziennego pobytu na oddziale rehabilitacyjnym. Były to zatem przypadki niesprawności ingerujących w codzienne życie pacjentów. Wśród nich znaleźli się zarówno mężczyźni (4 osoby), jak i kobiety (7 osób). Osoby przebywające na oddziale stałym miały 50-60 lat, a ofiary wypadków komunikacyjnych, które nie leczyły się aktualnie na oddziale rehabilitacyjnym, były w wieku 30-40 lat. Badani różnili się między sobą stopniem zamożności i wykształcenia, stanem cywilnym (w badaniu wzięły m.in. udział dwie siostry zakonne), pochodzili zarówno ze wsi, jak i z mniejszych i większych miast. Z analizy wynika jednak, że wspomniane wyżej kategorie nie miały wpływu na proces radzenia sobie z kryzysem ciała.

Obserwację jawną prowadziłam głównie w salach do ćwiczeń, choć raporty obejmują całość zdarzeń, które zaobserwowałam podczas pobytu na oddziale (w tym te, które miały miejsce na korytarzach i w poczekalni). Podczas

26 pages of records that have been coded according to the procedures of grounded theory methodology [10, 11]. I did the coding a few weeks after the end of treatment to be able to remember the events recorded in the report and, at the same time, develop at least a small distance to the material. According to the rules of triangulation [10], the coding should be done by another researcher, but I do not have a research team.

The second stage of the study took place in December 2013 and January 2014. With an official consent of the department and the hospital authorities, I started collecting data, chiefly by non-directive interview of the representatives of medical personnel and patients, and by open observation. The staff and patients in the department knew who I was and that I was doing research. During one of regular staff meetings I was introduced to the personnel and the purpose of my presence in the department was explained.

A senior nurse and a psychologist helped me in the choice of patients for the study. Some of the patients did not speak, were withdrawn or had poor communicative competence. In light of the limited communication with such patients, they were not interviewed. I tried to conduct interviews with individuals whose condition did not prevent them from participating in the interview, e.g. patients who did not have compromised cognitive skills (e.g. leg injury) or who underwent a psychological assessment with a positive result. I interviewed all patients in a good health condition who were willing and agreed to participate in the study. I always asked patients for their consent for recording the interview. Some of them did not agree – in such circumstances, I took notes. All the patients were informed that the study is anonymous.

In all, I conducted 27 non-directive interviews. Eleven of the interviewees were the patients, three were physiotherapists, four were students who did an internship in the department. The remaining three individuals were the representatives of medical personnel (a masseuse, a nurse and a psychologist). In order to enhance the conclusions, according to the rules of triangulation of data [10], I conducted three non-directive interviews with physiotherapists employed in other cities (one of them worked abroad) and three interviews with individuals who received treatment in other hospitals.

According to the rules of triangulation of data [10], I tried to interview people with varied extent of disability who suffered from various conditions. Among the subjects there were patients with Parkinson's disease, multiple sclerosis, post-stroke patients and victims of traffic accidents. Each of those conditions was serious enough to require them to receive inpatient or outpatient treatment in the rehabilitation department. Therefore, those were instances of disability that interferes with the daily living of patients. The subjects included both men (4) and women (7). The patients who received inpatient treatment were 50-60 years old. The victims of traffic accidents, who did not receive treatment in the rehabilitation department, were 30-40 years old. The subjects differed in financial status, education level, marital status (the study covered, among others, two nuns), some of them came from the countryside, others lived in small towns or large cities. The analysis indicates that the above-mentioned categories had no impact on the mechanisms of coping with the body crisis.

I conducted open observation chiefly in exercise rooms, although the reports cover the whole of events that I observed during my stay in the department (including those that took place in the hallway or waiting room). In the course

badań robiłam także zdjęcia telefonem komórkowym w celu ilustracji opisywanych zjawisk i ich późniejszej analizy (np. zdjęcie wnętrza pokoju warsztatów terapii zajęciowej), ale tych danych nie uwzględniam w niniejszym tekście.

Czynniki wpływające na postrzeganie ciała w medycynie – przykład fizjoterapii

W tradycyjnej, zinstytucjonalizowanej medycynie akademickiej istnieje kilka niewykluczających się ujęć ciała ludzkiego. Po pierwsze, traktowane jest ono jako mechanizm, który funkcjonuje w określony sposób. Ciało zdrowe funkcjonuje w sposób prawidłowy, a jeśli jakiś element mechanizmu psuje się, wówczas mówimy o chorobie lub niesprawności. Medycyna instytucjonalna ma na celu mechanizmów naprawić, wprowadzić w nim pożądane zmiany, przywrócić poprzedni, właściwy „bieg” mechanizmu. Pokrewnym do mechanizmowego podejściem do ciała jest ujmowanie go jako struktury posiadającej zestaw funkcji. Struktura ta, gdy jest zdrowa, funkcjonuje prawidłowo. Właściwość tego funkcjonowania określa się w oparciu o procedury tzw. *evidence based medicine*. Zakładają one między innymi całkowitą obiektywność badań, co oznacza oddzielenie norm dotyczących ludzkiego ciała od ciała rzeczywistego, jednostkowego. Indywidualny pacjent przestaje być widoczny na rzecz pacjenta statystycznego, homogenicznego [12].

Ciało w obliczu praktyk i procedur medycznych jest traktowane jako bierna część leczenia. To *na* ciele przeprowadza się różnorodne zabiegi i procedury, z ciała pobiera się informacje pozwalające na postawienie diagnozy czy ustalenie sposobu leczenia (np. na podstawie zdjęcia RTG, badania krwi). Proces ten jest coraz bardziej zobiektywizowany i coraz mniejszą rolę odgrywa w nim pacjent [12, por. także: 13]. Ta perspektywa medyczna ma ogromny wpływ na pracę i percepcję ludzkiego ciała wśród fizjoterapeutów i innych przedstawicieli personelu medycznego³.

Zgodnie z tym, co zasygnalizowałam we wprowadzeniu, na interakcje między personelem medycznym i pacjentem, a więc na poziom mikrospołeczny, wpływ mają zjawiska z poziomu zarówno makro-, jak i mezzospołecznego, co zostało dokładniej opisane poniżej.

Pierwszym ważnym aspektem jest aspekt kulturowy, czyli kultura narodowa, w tym różne kulturowe podstawy definiowania choroby i zdrowia, a także różnorodne rodzaje chorób występujące w różnych społecznościach [14-16, s. 1]. Bardzo duże znaczenie ma także kontekst systemu ochrony zdrowia, wyrastający i realizowany przez aktorów społecznych na bazie założeń kultury (kultura kolektywna vs. indywidualistyczna) czy zaszczytów historycznych.

Drugim z istotnych aspektów jest wpływ czynników organizacyjnych, związanych z funkcjonowaniem konkretnego szpitala, oddziału, typem przywództwa prezentowanego przez władze jednostki organizacyjnej, stylem komunikowania, szeroko pojętym sposobem zarządzania itp.

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na przebieg leczenia są procesy grupowe i charakter konkretnej grupy pracowników. To, jakie panują w niej stosunki, sposoby komunikowania, czy istnieje konkurencja, czy wyłania się nieformalny przywódca grupy, ma znaczenie dla prowadzenia leczenia i na przykład wymiany informacji o stanie pacjenta. Istotnym czynnikiem oddziałującym na przebieg interakcji, a w efekcie na proces fizjoterapii są relacje między lekarzami i fizjoterapeutami. W zależności od oddziału i szpitala

³ Na marginesie dodam, że nie jest to jedyna możliwa w praktyce medycznej perspektywa postrzegania pacjenta i jego ciała. Alternatywą jest między innymi *patient centered medicine*, gdzie uwagę skupia się na konkretnym pacjencie i traktuje jego stan holistycznie [12].

of my research I also took photographs with a cell phone to document the described phenomena and for later analysis (e.g. a picture of the inside of a room for occupational therapy), but those are not covered by the present article.

The determinants of the perception of body in medicine – the example of physiotherapy

Traditional, institutionalised academic medicine holds several non-exclusive approaches to human body. First, human body is treated like a mechanism that operates in a specific way. A healthy body functions in a correct way and if any of its mechanisms is broken, we speak of a disease or a disability. The aim of institutional medicine is to repair this defective mechanism, introduce desirable changes, restore the former, correct function of the mechanism. Another approach related to the mechanism-based approach to the body is seeing it as a structure with a set of functions. While it is healthy, this structure functions properly. The proper function is verified on the basis of evidence based medicine procedures. The procedures are entirely objective which means that the norms concerning human body are divorced from the real, individual body. An individual patient becomes invisible and is replaced by a statistical, homogenous patient [12].

In the face of medical practices and procedures, the body is treated like a passive element of treatment. The procedures are conducted *on* the body, the body serves as a source of information that allows for diagnosis or establishment of the treatment plan (e.g. based on an X-Ray, blood tests). The process is largely objectified and the patient plays a minor part in it [12, cf. 13]. This medical perspective largely determines the work and perception of human body of physiotherapists and other healthcare professionals³.

As I have already mentioned in the introduction, the patient-healthcare professional interaction, i.e. the micro social level, is determined by phenomena from within the macro and meso social level, according to the description below.

The first significant aspect is the cultural aspect, i.e. national culture, including various cultural foundations for defining disease and health, and various diseases present among different populations [14-16, p.1]. The context of the healthcare system, realised by social actors on the basis of cultural assumptions (collective culture vs. individual culture) or obsolete mechanisms, is also significant.

Another essential aspect is the influence of organisational factors associated with the function of a particular hospital, department, type of leadership exercised by the authorities of the organisational unit, communication style, broadly understood management style etc.

Another determinant of the treatment process are group processes and the nature of a particular group of employees. The relationships in the group, the means of communication, whether or not there is competition, the presence of an informal group leader, have an effect on the treatment and exchange of information about patient's condition. Another important factor that has an effect on the interaction, and as a result – the physiotherapy process, are the relations between doctors and physiotherapists. Depending on

³ As a side note, let me point out that this is not the only perspective of perception of the patient and patient's body available in medical practice. An alternative is the patient centered medicine where a concrete patient becomes the focus and the patient's health is viewed in a holistic way.

mogą one przebiegać od partnerstwa i współpracy na jednym krańcu kontinuum aż do hierarchii i braku komunikacji obustronnej na drugim.

I ostatni, z perspektywy tego artykułu najważniejszy czynnik – interakcje pomiędzy pacjentem a fizjoterapeutą. Poziom interakcji między fizjoterapeutą i pacjentem to właśnie to „miejsce”, gdzie wydarza się rzeczywista praca nad ciałem, gdzie dzięki współpracy dwóch osób ciała jednej z nich (a czasami także drugiej – terapeuty) podlega korzystnym zmianom w kierunku wyjścia z kryzysu ciała. Warto zauważyć, że istotną rolę w kształtowaniu takich interakcji ma między innymi przygotowanie psychologiczne (głównie zdolności do motywowania) fizjoterapeuty, umiejętność odczytania, jakiej relacji oczekuje pacjent (np. formalne lub nieformalne sposoby adresu), oraz stopień, w jakim pacjent jest gotowy oddać kontrolę nad swoim ciałem, itp.

Kryzys ciała i praca fizjoterapeutyczna

W tytule artykułu pojawia się pojęcie „kryzys ciała”. Pojęcie to stworzyłam na potrzeby prowadzonych badań i ma ono status pojęcia uczulającego⁴ w rozumieniu metodologii teorii ugruntowanej [10]. Pojęcie kryzysu pochodzi z greki (*κρίσις*, wym. „krisis”) i oznacza wybór, decyzję pod presją czasu. Ma charakter negatywny i łączy się z negatywnymi emocjami. Kryzys nie zawsze musi mieć negatywne skutki, ale jego przebieg wiąże się z podjęciem trudnych decyzji (w przypadku leczenia przez pacjenta, ale i jego rodzinę, lekarzy), co należy zrobić szybko, czasami nie mając pełnych informacji i narażając się na ryzyko.

Drugim z pojęć jest ciało. W moich pracach przyjąłam pojęcie ciała, czy też cielesności rozumianej jako cielesne aspekty ludzkiej subiektywności [17]. Definicja ta wskazuje, że ciało ludzkie to nie tylko fizyczny organizm, ale także wszelkie przejawy cielesności (np. poczucie rytmu, wrażliwość słuchu, wzrok), jak i kompleksy, obraz własnego ciała w oczach jednostki i wiele innych elementów, w tym kształtowanych przez interakcje i działania społeczne. Pod pojęciem kryzysu ciała, a właściwie kryzysów ciała (wymieniam je poniżej), rozumiem zatem sytuację, w której poważna niesprawność lub choroba jest niejako pierwszą kostką domina powodującą szereg zmian w życiu jednostki – zmian mających charakter kryzysu. Są one nagłe, wymagają podjęcia szybkiej decyzji i wiążą się z dużą dawką negatywnych emocji.

W literaturze socjologicznej wiele jest przykładów badań opisujących przebieg tych kryzysów, spośród których na pewno wymienić należy badania Straussa [18] nad trajektoriami chorych chronicznie pacjentów amerykańskich szpitali. Co ważne, pojęcie kryzysu ciała odnosi się do sytuacji, gdy niesprawność, brak komfortu, nieprzewidywalność własnego ciała wysuwają się na pierwszy plan w codziennych doświadczeniach jednostki, a pozostałe kryzysy, opisane poniżej, są niejako efektem zaistnienia kryzysu ciała. Relacja ta nie jest jedynie jednostronna – kryzysy wynikłe z zaburzenia funkcjonowania ciała jednostki oddziałują na to ciało bezpośrednio (np. kryzys finansowy powoduje spadek warunków życiowych, m.in. jakości kupowanego jedzenia) i pośrednio (np. wpływając na samoocenę jednostki, wynikającą ze zmian w wyglądzie).

⁴ Pojęcie uczulające to prowizoryczne narzędzie, dzięki któremu badacz może rozwijać swoje koncepcje dotyczące procesów, sensów odnajdywanych w danych [11, s. 17]. Pojęcia te muszą być w pewnym stopniu ogólne, aby umożliwić wyjaśnianie zjawisk, oraz dostosowane do badanej rzeczywistości, czyli ściśle powiązane ze zjawiskami badanymi (rozumiane przez członków badanego środowiska, zbiorowości), a także powinny oddziaływać na wyobraźnię, wywoływać pewien obraz [10].

the department and hospital, they might be based on partnership and cooperation at one extreme, or hierarchy and lack of bilateral communication at the other extreme.

The final, and most important from the perspective of this article, factor is the patient-physiotherapist interaction. The degree of interaction between a physiotherapist and patient is precisely where the real work on the body happens, where through the cooperation of two people the body of one of them (sometimes of the other – the therapist's, as well) undergoes positive changes aimed at overcoming the body crisis. One should note that psychological skills (chiefly, the ability to motivate) of the physiotherapist, the ability to decipher the type of relationship expected by the patient (e.g. formal or informal ways of addressing) and the extent of control over the body that the patient is willing to give up etc. play an important role in shaping those interactions.

Body crisis and physiotherapy

The title of this article features a concept of 'body crisis'. I came up with this concept for the purpose of the conducted research. It holds a status of a sensitizing concept⁴ as defined by grounded theory methodology [10]. The concept of a crisis derives from Greek (*κρίσις*, pronounced 'krisis') and it refers to a choice, decision made under the pressure of time. Its meaning is negative and it entails negative emotions. The consequences of a crisis do not have to be negative, but crisis entails the need to make difficult decisions (in case of treatment, by the patient, family, doctors) and it must be done fast, sometimes with incomplete information and exposure to risk.

The second concept is the concept of a body. In my research I adopted the concept of a body, or corporality, defined as corporal aspects of human subjectivity [17]. According to this definition, human body is something more than a physical being, it comprises all displays of corporality (e.g. sense of rhythm, hearing sensitivity, eyesight) and complexes, the image of one's body held by the entity and many other elements, including those shaped by interactions and social action. Therefore, I understand body crisis, or rather body crises (listed below) as a situation when a serious disability or disease plays the role of the first domino that causes a series of changes in the entity's life – changes that have a nature of a crisis. Those changes are abrupt, they require a prompt decision and entail a large dose of negative emotions.

In sociological literature there are many examples of research into the course of the crisis. One study that should be mentioned was conducted by Strauss [18] and it concerned the trajectory of chronically ill patients of American hospitals. What is important, the concept of a body crisis refers to a situation when disability, lack of comfort, the unpredictability of the body come to the forefront in everyday experience of the entity, and the other crises, described below, somehow result from the body crisis. The relationship is not unilateral – the crises arising from disordered function of the body of the entity have a direct (e.g. a financial crisis leads to deterioration of living conditions, i.e. the quality of food) and indirect (e.g. the impact on self-esteem arising from changes in appearance) effect on that body.

⁴ A sensitizing concept is a provisional tool used by researchers to develop their competencies concerning processes and senses found in data [11, p. 17]. To some extent such concepts must be general, to allow for explanation of phenomena, and adaptation to a given reality, i.e. they must be closely related with the analysed phenomena (be understood by the members of a given circle, community), plus they should stimulate imagination and evoke a certain picture [10].

Podstawowym kryzysem, jakiego doświadcza pacjent, jest oczywiście kryzys fizyczny⁵. Jego pojawienie się może być nagłe (udar, wypadek). Może być też tak, że pacjent odczuwa różnego rodzaju dolegliwości, lecz ignoruje je i nie traktuje jako wskazówki poważnej choroby [5]. Wówczas moment rozpoczęcia kryzysu fizycznego jest często tożsamy z momentem diagnozy.

W obu wypadkach kryzys fizyczny polega na tym, że jednostka pozbawiona jest w krótkim czasie władzy nad ciałem, a dotychczasowa wiedza o własnym ciele, jego funkcjonowaniu staje się bezużyteczna. To, co człowiek o swoim ciele wiedział, jak go używał, jest nieaktualne. Nie kontroluje choćby podstawowych funkcji swego ciała, jak potrzeby fizjologiczne, co było wcześniej oczywistą umiejętnością i atrybutem dorosłości [5, s. 139].

Z kryzysu fizycznego wyrasta wiele innych kryzysów. W tak zmienionej rzeczywistości (nie tylko rzeczywistości fizycznej, ale i wszystkich innych elementów rzeczywistości pośredniczących przez ciało) pojawia się kryzys psychiczny, stany depresyjne, nieumiejętność odnalezienia się w nowej sytuacji, niepewność o własne życie i przyszłość swoją i bliskich. Do tych stanów emocjonalnych dodać należy także upośledzenia niektórych możliwości psychicznych, będących efektem urazu czy choroby. Co ciekawe, w wytycznych terapii psychologicznej stosowanych na oddziałach rehabilitacyjnych psychoterapia jest tylko jednym z możliwych sposobów pracy z pacjentem, a ponadto jej wymiar czasowy jest znacznie ograniczony przepisami.

Jednostka, która przechodzi kryzys fizyczny, doświadcza także kryzysu interakcji z innymi. W wywiadach z pacjentami po wypadkach samochodowych wielokrotnie powtarzał się wątek szokującej czasem zmiany w relacjach z innymi. Chodzi tutaj nie tylko o interakcje z personelem medycznym, które są w realiach polskiego systemu ochrony zdrowia daleko asymetryczne. Osoby, po których w jakiś sposób widać, że przechodzą kryzys fizyczny, są traktowane jak osoby napiętnowane (w rozumieniu Goffmana [19]), nie dotyczą ich zatem *normalne* zasady interakcji. Obce osoby podchodzą i pytają o najintymniejsze szczegóły niesprawności, a niektórzy bliscy unikają kontaktów. Jest tak dlatego, że w obu przypadkach zawieszony został u chorego status *normalisa*, a co za tym idzie – obowiązują inne zasady interakcji. Osoba chora jest w tej sytuacji zmuszona do stworzenia nowego obrazu siebie w interakcjach z innymi, nauczenia się nowych reguł interakcji, przyjęcia nowych, narzuconych jej zasad i wejścia w rolę osoby z piętnem.

Ważnym elementem tych nowych interakcji jest „zredukowana” tożsamość interakcyjna – dla partnerów interakcji na pierwszy plan wysuwa się niepełnosprawność, która redukuje ważność innych aspektów tożsamości [5, s. 88]. Poniżej znajduje się opis wydarzeń ilustrujący owo zredukowanie tożsamości, a także stosowanie innych reguł interakcji w stosunku do osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim: „Był tutaj kiedyś zarzewski festyn w gimnazjum i pojechaliśmy z Gosią [córką – przyp. D.B.O.], no a że ja nie dałam rady o kulach, to byłam na wózku. I najbardziej mi się chciało śmiać, że zbierali pieniądze tam do puszek i do wszystkich podeszli, tylko nie do mnie. To nie to, że ja tak bardzo chciałam się tam złożyć, tylko tak mnie to uderzyło, że wiesz, że ja jedna byłam na wózku i [...] pani stała koło mnie i od wszystkich pytała, czy tam dadzą na, nie pamiętam już, jaka fundacja czy coś, ale wiesz, mnie ominęło. Że oni jakoś nie wiem, czy, no, działa jakoś ten wózek na to” (kobieta, lat 30, ofiara wypadku komunikacyjnego).

The primary crisis experienced by the patient is the physical crisis⁵. It may happen suddenly (stroke, accident) or sometimes the patient experiences various symptoms but decides to ignore them and not to count them as signs of a serious disease [5]. In that case, the moment of commencement of physical crisis is equivalent to the moment of diagnosis.

In both cases the physical crisis consists in the entity being deprived, within a short period of time, of the control over its body. The information about its own body and its function held so far, becomes useless. Everything that the entity knew about its body, the way it used the body, becomes obsolete. Even the fundamental body functions, such as the physiological needs, previously a must skill and attribute of adulthood, get out of control [5, p. 139].

The physical crisis results in many other crises. In such a changed reality (not only physical reality, but also a number of other elements of reality mediated by the body) there occur a mental crisis, depressive episodes, inability to find one's place in the new situation, fear for one's life and future of the entity and relatives. In some, those emotions are accompanied by compromised mental capacity, as an effect of an injury or a disease. Interestingly, according to the guidelines for psychotherapy applied in rehabilitation departments, psychotherapy is only one of the methods of work with patients, and its duration is significantly limited by the regulations.

An entity that undergoes a physical crisis also experiences a crisis in interaction with other people. In the interviews with patients who had a traffic accident the issue of the almost shocking change in the relationship with other people came up many times. It applies to more than just the interaction with medical personnel that is largely asymmetric in Polish reality. People whose physical crisis is evident in some way are stigmatised (as defined by Goffman [19]) – *normal* rules of interaction do not apply to those people. Strangers come up and ask about the most intimate aspects of disability and some relatives avoid closer contact. It happens because in both cases the patient's normal status is suspended, and, as a result, different rules of interaction apply. In this situation the patient is forced to create a new image of oneself in the interactions with other people, to learn the new rules of interaction, adopt new, imposed, rules and assume the role of a stigmatised individual.

An essential component of those new interactions is the 'reduced' interaction identity – the partners in interaction see the disability, which reduces the significance of other aspects of identity, first [5, p. 88]. Below there is a description of events which illustrates such reduction of identity and the application of different rules of interaction in relation to a person on a wheelchair: “Once, there was a picnic in middle school and I went with Gosia [daughter, D.B.O.'s note], and since I wasn't able to walk with crutches, I was on a wheelchair. And I wanted to laugh because they were raising money there and they came up to everyone, but me. It's not that I cared so much to contribute, but it hit me that, you know, I was the only one on a wheelchair and [...] the lady stood next to me and she asked everyone if they will donate some money for, I don't remember, some foundation, but you know, they skipped me. They kind of, I don't know, the wheelchair does that” (woman, 30, victim of a traffic accident).

⁵ Wymienione kategorie kryzysu są wynikiem analizy materiału empirycznego zgromadzonego podczas badań, a także literatury socjologicznej i antropologicznej.

⁵ The crisis categories listed here result from an analysis of collected empirical material and sociological and anthropological literature.

Zmiany w interakcjach nie dotyczą oczywiście jedynie związków z osobami obcymi czy znajomymi. Przebudowane zostają także relacje z bliskimi. Cały system rodzinny w sytuacji niesprawności jednej z osób podlega przemianie, na nowo trzeba ustalić pełnione role i reguły interakcji. Jak wynika z moich badań, nie należy zakładać, że rodzina chce powrócić do stanu sprzed kryzysu, nawet jeśli jest to możliwe. Sytuacja kryzysu wywołuje w niektórych chorych chęć wejścia w rolę ofiary, którą rodzina ma obowiązek się zaopiekować. Niektórzy pacjenci mówią wprost, że skoro tak wiele dali od siebie swojej rodzinie, teraz czas „odebrać długi”. Innym odpowiada bycie zależnym od rodziny. Kryzys dotyka w ogromnej mierze także bliskich chorego, którzy znaleźli się w zupełnie nowej, nieznannej sytuacji. Reakcje rodzin są bardzo różne, jednak jedną z najważniejszych w kontekście opisywanego problemu jest całkowite przejęcie opieki nad chorym, nadmierna pomoc, niemożliwiająca wyjście z kryzysu dzięki stopniowemu odzyskiwaniu samodzielności i nauczaniu się kontroli nad własnym ciałem od nowa. Jest to zapewne wynikiem normy panującej w polskiej kulturze, zgodnie z którą oddanie się czy wręcz poświęcenie chorej osobie, wyręczenie jej także w sytuacji, gdy personel medyczny jasno wskazuje, że opóźnia to i utrudnia proces rehabilitacji, uznawanej się za postawę godną szacunku. Są to poważne przeszkody w realizowaniu leczenia fizjoterapeutycznego, ale o tym piszę w dalszej części tekstu.

Z powyższych kryzysów wynika kolejny, związany ze zmianami w życiu codziennym i samodzielnością. Zarówno ograniczenia fizyczne, problemy emocjonalne, nowa rzeczywistość społeczna, w jakiej rozpoczyna funkcjonowanie osoba chora, jak i relacje z najbliższymi powodują, że codzienność zmienia się nie do poznania. Dotychczas podejmowane mimochodem działania, samoobsługa, której nauczyliśmy się jeszcze w okresie wczesnego dzieciństwa, okazują się całkowicie niedostępne. Dobrze znana rzeczywistość, stworzony przez siebie świat codzienności staje się bardzo odległy, niedostępny, obcy. Aby nauczyć się nowego „obsługiwania” tego świata potrzeba wykonać niezwykle wysiłek i mieć bardzo dużo motywacji. Są pacjenci, którzy się poddają i pomimo medycznych możliwości, nie wracają do samodzielności.

Kolejnym rodzajem kryzysu jest kryzys tożsamości. W przyjętej przeze mnie perspektywie interakcjonizmu symbolicznego tożsamość uznawana jest za efekt interakcji z innymi [20], ale także podejmowanych działań [21, s. 393]. Poświęcanie czasu głównie na walkę z kryzysami sprawia, że chory buduje swoją tożsamość w oparciu o te działania. Nie tylko uczy się, że jest tym, za kogo biorą go inni, a to znacznie zmienia się podczas choroby. Dawna jego tożsamość rozpada się na kawałki, ponieważ nie może podejmować dotychczasowych działań. Posiadanie określonej tożsamości wiąże się także z przypisaniem do konkretnego miejsca w rzeczywistości społecznej. W przypadku osób w kryzysie to miejsce jest zabrane, a na nowe trzeba bardzo ciężko zapracować [5, s. 30, 67].

W realiach polskiego systemu ochrony zdrowia bardzo ważnym, pojawiającym się prawie zawsze kryzysem jest kryzys finansowy. Wynika on z limitowanego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ, które zazwyczaj są dalece niewystarczające, aby powrócić do maksymalnej pozytywnej formy po kryzysie. Dlatego pacjenci, którzy mają taką możliwość, finansują leczenie z własnych środków. Ci, którzy takiej możliwości nie mają, nie mogą zazwyczaj normalnie pracować, co również powoduje pogorszenie ich sytuacji finansowej.

Ostatnim rodzajem kryzysu wyłonionego przeze mnie w dotychczasowych badaniach jest tzw. trauma terapii. Pojęcie to również ma charakter pojęcia uczulającego, a obejmuje trudne, negatywne doświadczenia pacjenta związane nie

The changes in interactions apply to more than just the relationships with strangers or friends. The relationships with closest relatives are rebuilt, as well. In an event of disability of one individual, the whole family system transforms. The fulfilled roles and rules of interaction are built from scratch. The results of my research suggest that the family wants to restore things to the way they were before the crisis, even if it is not feasible. The crisis situation encourages some patients to assume the role of a victim who has to be taken care of by the family. Some patients speak frankly – if they have given so much to their family, now it is their turn to ‘repay the debt’. Being dependent on the family suits some patients. The crisis greatly affects the relatives of the patient who find themselves in a completely new, unknown situation. Reactions in the family are varied, however, one of the most important aspects in the context of the described problem, is the complete takeover of the care over the patient, excessive help that prevents the patient from overcoming the crisis through gradual recovery of self-sufficiency and learning anew to control the body. It is probably a result of norms present in the Polish culture, where dedicating oneself to a sick person or relieving the patient even if medical personnel clearly points out that it will delay and hinder the rehabilitation process, are seen as a respectable behaviour. It constitutes a serious obstacle to the physiotherapy. I will write more about this subject further in the article.

The above crises entail another crisis associated with changes in the daily living and self-sufficiency. Physical limitations, emotional problems, new social reality where the patient starts to function as well as the relationship with relatives make everyday reality unrecognisable. The actions taken casually before, the self-service we learn in early childhood, become completely inaccessible. The familiar reality, the created everyday world become very distant, inaccessible and strange. To learn to ‘operate’ this new world one has to make an extreme effort and have a lot of motivation. There are patients who give up, and despite the chances for recovery, they never go back to self-sufficiency.

Another type of crisis is the identity crisis. According to the adopted perspective of symbolic interactionism, identity is considered to be an effect of interaction with other people [20] as well as taken actions [21, p. 393]. By dedicating most of its time to overcoming the crisis, the patient constructs its identity on the basis of those actions. The patients learn that they are who other people think they are, and it changes significantly in the course of the disease. The past identity is shattered because the patient is not able to take actions it has taken so far. Having a specific identity is also associated with being attributed to a specific place in social reality. In case of people in crisis this place is taken and they have to work hard to get a new one [5, p. 30, 67].

Another crisis, very common in the reality of the Polish healthcare system, is the financial crisis. The crisis results from limited access to healthcare services financed by the National Health Fund (NFZ) that are not enough to allow for full recovery after the crisis. For this reason, those patients who can afford it, finance their treatment from their own funds. Those who cannot afford it are usually unfit for work, which means that their financial situation deteriorates.

The last type of crisis I recognised in the course of my research is the so-called therapy trauma. That, also, is a sensitizing concept which covers difficult and negative experience of patients associated not with the disease in itself, not body crisis understood as limitation of ability,

z samą chorobą jako taką, nie z kryzysem ciała rozumianym jako ograniczenie jego sprawności, ale z procesem leczenia. Sposób wchodzenia w interakcje personelu z pacjentami, w tym przedmiotowe ich traktowanie, czasami uwłaczające godności i odbierające podmiotowość pacjentowi, u niektórych powoduje silny wstrząs emocjonalny, swoistą traumę, której czasami nie mogą przezwyciężyć i która staje się przeskodą w pracy nad kryzysem ciała. Kontakt z przedstawicielami systemu ochrony zdrowia powoduje zapadnięcie się jednostki jeszcze głębiej w kryzys, a nie wychodzenie z niego. W efekcie tego kontaktu pacjent potrzebuje jeszcze więcej pomocy (np. psychiatrycznej, psychologicznej), niż wynikałoby to z samego tylko kryzysu ciała. Dla zilustrowania tego zjawiska przytoczę opowieść o traumie, jaką przeżyła jedna z moich rozmówczyń, ofiara wypadku komunikacyjnego (noga złamana w dwóch miejscach, zwichnięta, rozbity łuk brwiowy, zmiażdżone kręgi szyjne, obolałe żebra, wybite zęby): „Ja wtedy byłam w ciąży i mnie lekarze w trakcie badania robili też USG no i wyszło to na badania. I mnie zapytali, czy ratujemy mnie, czy dziecko, bo wtedy nie mogli zrobić rentgena pasa miednicowego. No i ja zdecydowałam, żeby badali mnie, bo to był dopiero piąty tydzień ciąży, w takiej sytuacji. No taką podjęłam decyzję. I później lekarze stwierdzili, że »to jednak ratujemy dziecko«, i ryzykowali, wiesz, moje życie, żeby ratować ten płód, przy czym i tak się nie udało, bo to było za duże napromieniowanie, i stres, i uderzenie, i wszystko. Więc później tylko tyle, że w szpitalu mi nie chcieli dawać leków przeciwbólowych z racji tego, żeby chronić płód. [...] lekarze za mnie podjęli taką decyzję, więc później mi co najwyżej podawali paracetamol [...] więc ja to wszystko tak naprawdę na żywca przesłam. No i w szpitalu fajne było jeszcze to, że ja wypadek miałam o siódmej rano, a oni mi nogę operowali o osiemnastej i już doszło do krzepnięcia [...], ja miałam do kręgosłupa znieczulenie, nie totalny odjazd, i słyszałam, jak sobie panowie rozmawiają za tym parawanem. No i w momencie, jak usłyszałam: »No to co? Amputujemy?« [...] więc ja się zaczęłam trząść cała na tym stole, no bo nie czujesz, co ci robią [...]. Tylko się bałam, że jak odsłonię ten parawan, to ja zobaczę, że nie mam tej nogi. [...].

– A lekarze wiedzieli, że ty słyszysz?

– No tak, bo ja miałam tylko wiesz, przytomna leżałam, patrzyłam sobie, ale oni się nie przejmowali tym [...] oni byli skupieni na tej nodze [...] założyli mi gips jeszcze na znieczuleniu do kręgosłupa, tego samego dnia, przy czym się okazało, że źle. Że przyszła jakaś pani Gienia, która tak naprawdę była salową na oddziale gipsowym i nie wiedziała, że musi być stopa 90 stopni [zgięta – przyp. D.B.O.] [...] i zrobiła mi tak, jakbym miała buta na obcasie [...] i dopiero na drugi dzień lekarze na obchodzie to zobaczyli [...] i mi drugi raz, już bez znieczulenia, tą nogę z tymi drutami [pooperacyjnymi – przyp. D.B.O.] wyginał do tych 90 stopni [...]. Ale też on zrobił fajnie, bo jak trzymał gips, to tutaj kciukiem za mocno trzymał, i się zrobił taki dzyndzel, który na ścięgno przez te 4 czy 6 tygodni napierał i teraz cała rehabilitacja polega na tym, żeby ten źle założony gips naprawić [...], a nie tak naprawdę to wszystko po tym złamaniu. No i wypisali mnie po tygodniu, bo się okazało, że panią obok zarazili paciorkowcem przy operacji i się bali, że cała sala się zarazi tym paciorkowcem. [...] prosiłam siostry o te przeciwbólowe, ale one mnie tylko opieprzały, że nie myślę o dziecku, że nie mogą mi nic dać i tak sobie tam wegetowałam ten tydzień”.

W wyniku tych doświadczeń rozmówczyni przeżyła załamanie nerwowe, miała myśli samobójcze i trafiła do szpitala psychiatrycznego, gdzie po raz kolejny personel potraktował ją przedmiotowo i gdzie nie uzyskała żadnej pomocy. Oprócz leczenia fizjoterapeutycznego związanego z wypadkiem i zaniedbaniami personelu medycznego w trakcie

but with the treatment process. The personnel's means of interacting with patients, including the objectification of patients that sometimes destroys the dignity and subjectivity of patients, in some provokes an emotional shock, a specific trauma, which the patients sometimes cannot overcome and which becomes an obstacle to overcoming the body crisis. The contact with the representatives of the healthcare system makes the entity sink deeper into the crisis, and prevents it from overcoming the crisis. As a result of this contact, the patient needs even more help (e.g. of a psychiatrist or a psychologist) than it would need in the case of a body crisis alone. To illustrate this phenomenon I will describe a trauma experienced by one of my interviewees, a victim of a traffic accident (leg fractured in two locations, dislocated, brow ridge injury, crashed cervical vertebrae, painful ribs, knocked out teeth): “I was pregnant at the time and the doctors did an ultrasound and it resulted from the test. And they asked me if they should save the baby or me, because they couldn't do an X-ray of the pelvis area. And I told them to examine me, because it was only the fifth week of pregnancy, in this situation. I made such a decision. And then the doctors decided that 'we'll save the baby' and they risked, you know, my life, to save the foetus, and still they failed, because the radiation and stress and the force of impact and all, it was too great. So, later on, at the hospital they didn't want to give me any painkillers to protect the foetus. [...] the doctors made this decision instead of me, so later they only gave me paracetamol [...] so I kind of experienced it all without painkillers. And at the hospital, I had the accident at seven in the morning, and my leg was operated at six in the afternoon and there already was a thrombus [...] I was given spinal anaesthesia, an incomplete loss of consciousness and I heard what they said behind the curtain. And at some point I heard: 'Well, do we amputate?' [...] I began to shake all over on the operating table, because you don't feel what they're doing to you [...]. I was afraid that when I will see past the curtain, my leg will be gone. [...].

‘Did the doctors know you could hear them?’

‘Well, yeah, because I was conscious, I was lying there and looking at things, but they didn't care [...] they were concentrated on the leg [...] they put it in a cast while I was still under anaesthesia, on the same day, and it turned out it was done wrong. Some Ms. Gienia came, who was a ward maid in the department, and she didn't know that the foot needed to be at 90 degrees [flexed, D.B.O.'s note] [...] and she did it like I was wearing a stiletto [...] and only on the second day the doctors saw it [...] and they did it anew, with no anaesthesia, they flexed the leg with the [postoperative, D.B.O.'s note] wires to 90 degrees [...]. But he did a hell of a job, because he pressed his thumb too much when he held the cast, and made a kind of a protruding thing that pressed against the tendon for those 4 or 6 weeks, and the whole rehabilitation now consists in repairing this mistake [...], and not the results of fracture. And they discharged me after a week because it turned out that a lady next to me was infected with streptococcus during surgery and they were afraid that the whole room will catch it. [...] I asked the nurses to give me some painkillers but they yelled at me that I'm not thinking about the baby, they can't give them to me, and that's how I vegetated for a week.”

As a result of this experience, my interviewee suffered a nervous breakdown, she experienced suicidal thoughts and was referred to a psychiatric hospital where, once again, the personnel objectified her and she did not receive any help. Apart from physiotherapy treatment associated with the accident and negligence of the healthcare profes-

leczenia rozmówczyni przez ponad rok od wypadku korzystała z terapii psychiatrycznej (leczenie farmakologiczne i psychoterapia) finansowanej we własnym zakresie.

Sposoby radzenia sobie z kryzysem ciała w pracy fizjoterapeutycznej

Celem fizjoterapii⁶ jest odtworzenie dawnych lub zastąpienie utraconych albo ograniczonych funkcji ciała nowymi. Milczącym założeniem jest traktowanie ciała jako maszyny, która ma poprawnie funkcjonować. Zepsuta maszyna-ciało uniemożliwia nam realizowanie naszych zamierzeń, ale także działanie, w tym działanie społeczne, między innymi realizowanie ról społecznych (np. rodzica, pracownika, sportowca itd.). O takim podejściu do ciała w fizjoterapii świadczy między innymi to, że w kanonie ruchów, nad którymi się pracuje, są tzw. ruchy podstawowe: takie, które powtarzają się przy wykonywaniu wielu działań. Rola personelu medycznego polega na zarządzaniu powrotem do normalności lub do stanu najbardziej tę normalność przypominającego [por. 5, s. 95-97].

Cele fizjoterapeutyczne w pracy z ciałem w kryzysie z założenia powinny być definiowane wspólnie z pacjentem. W praktyce jednak fizjoterapeuci często uznają, że nie ma albo sensu, albo potrzeby, albo też czasu na to, aby to zrobić. Często też korzystają oni z gotowych, opisanych w literaturze przedmiotu schematów etapów pracy z ciałem, przy czym pacjenci są tylko częściowo informowani o celu i przebiegu każdego z tych etapów.

Jak wskazują wyniki moich badań, sposoby radzenia sobie z kryzysem ciała w oparciu o pracę z fizjoterapeutą obejmują zazwyczaj kilka kwestii. Po pierwsze i najważniejsze, celem pracy terapeuty z pacjentem jest odzyskanie, ewentualnie zastąpienie utraconej funkcji ciała. Jeśli dysfunkcja jest możliwa do całkowitego usunięcia, rozpracowania, wyćwiczenia, wtedy celem pracy z ciałem jest odzyskanie funkcji ciała wrt choroby lub wypadku. Czasami jednak jest to niemożliwe. Wówczas pracuje się nad zastąpieniem utraconej funkcji ciała. Pacjent ma mieć możliwość podejmowania podobnych jak przed kryzysem działań, jego ciało ma mieć podobne funkcjonalne możliwości. I tutaj przechodzimy do kolejnego ważnego etapu pracy nad kryzysem ciała.

Celem tej pracy, który często podkreślają fizjoterapeuci, jest odzyskanie przez pacjenta niezależności i samodzielności. Jest to zadanie trudne, choćby dlatego, że oczekiwania personelu medycznego są swoistą mieszkanką oczekiwania bierności i aktywności pacjenta. Generalnie w polskim, ale także ogólniej – w zinstytucjonalizowanym świecie medycyny zachodniej pacjent jest przedmiotem leczenia, leczenie ma być jak najbardziej obiektywne, opierać się na wymiernych wskaźnikach (wynikach badań pacjenta i wynikach badań nad lekami). Osoba pacjenta, jej przyzwyczajenia, styl życia, wreszcie jej wola i zaangażowanie w leczenie choroby schodzi na dalszy plan. Pacjent nie jest partnerem w procesie leczenia, ale jest jego przedmiotem [por. 12].

Dlatego pacjent trafiający na oddział rehabilitacyjny staje przed koniecznością sprostania dwóm sprzecznym wymaganiom. Z jednej strony społecznie skonstruowana rola pacjenta wymaga od niego poddania się zabiegom, bycia

sional, for over a year my interviewee received psychiatric treatment (drug treatment plus psychotherapy) which she financed herself.

The means of coping with body crisis in physiotherapy

The aim of physiotherapy⁶ is to reconstruct former or replace the lost or limited functions of the body with new ones. It is a silent assumption that the body is treated like a machine that is supposed to function properly. A broken machine-body prevents people from fulfilling their plans. It also prevents action, including social action, among others, the fulfilment of social roles (e.g. the role of a parent, employee, athlete etc.). Such an approach to physiotherapy is manifested by, for instance, the canon of movements worked on that includes the so-called primary movements: movements that repeat during many activities. The role of the medical personnel is to manage the return to a normal condition or the condition that resembles the normality as best as possible [cf. 5, p. 95-97].

In principle, the aims of physiotherapy of a body in crisis should be defined in consultation with a patient. In practice, physiotherapists often consider it to be senseless or unnecessary or feel there is no time to do it. They often resort to ready-made models of stages of therapy described in source literature, and patients frequently receive incomplete information on the aim and course of every of those stages.

The results of my research indicate that the means of coping with body crisis based on the cooperation with a physiotherapist usually cover a few aspects. First and foremost, the therapist's work with the patient should be aimed at regaining or replacing the lost function of the body. If the dysfunction can be entirely eliminated through exercise, then the aim of the therapy is to restore the function of the body to a state from before the disease or accident. Sometimes it is not possible. In such a case, the therapy focuses on the replacement of the lost function of the body. The patient should be able to take actions similar to those taken prior to the crisis, and the patient's body should have a similar functional capacity. This is where we move on to another important stage of therapy of body crisis.

The aim of this therapy, often highlighted by physiotherapists, is to restore the patient to independent function and self-sufficiency. It is not an easy task, because the expectations of the medical personnel are a mixture of expectations for passivity and activity of the patient. Generally speaking, in the Polish, or more generally – in an institutionalised world of Western medicine, the patient is a subject of treatment – the treatment must be objective and be based on measurable indicators (results of tests of the patient and results of drug research). The patients themselves, their habits, lifestyle, their will and involvement in treatment recede into the background. In the treatment process the patient is not a partner but a subject [cf. 12].

Therefore, the patients who are referred to a rehabilitation department face the need to meet two contradictory requirements. On one hand, the socially constructed role of a patient requires them to undergo procedures, be passive, not to take responsibility for their health. This responsibility

⁶ Należy rozróżnić pojęcie fizjoterapii od rehabilitacji. Rehabilitacja jest pojęciem znacznie szerszym niż fizjoterapia. Ta pierwsza obejmuje wiele aspektów życia pacjenta, dotyczy jego powrotu do samodzielnego funkcjonowania, nie tylko w sensie fizycznym, ale także społecznym, zawodowym itd.

⁶ Physiotherapy should be distinguished from rehabilitation. Rehabilitation is a wider concept than physiotherapy. The former covers a number of aspects of patient's life, it refers to patient's return to self-sufficient function in a physical sense, as well as in a social, professional and other senses.

biernym, niebrania odpowiedzialności za swoje zdrowie. Odpowiedzialność tę przejmują personel medyczny, między innymi wydając polecenia, organizując całe życie szpitala. Z drugiej strony specyfika pracy fizjoterapeutycznej powoduje, że jej wyniki uzależnione są od zaangażowania pacjenta. Mówimy tutaj nie tylko o ćwiczeniach, ale o wdrożeniu nowych zasad „użytkowania” ciała w życiu. Poniżej znajduje się cytat z wypowiedzi jednej z moich rozmówczyń, 28-letniej fizjoterapeutki pracującej na oddziale dziennym (z pacjentami, którzy przychodzą na ćwiczenia i zabiegi z domu): „Często się zleca pacjentom, żeby, jak są schorzenia kręgosłupa, żeby z kolan, żeby nie robić skrętoskłonów, a ktoś na przykład przychodzi rano na zabiegi, mówi się pewne rzeczy, a później wychodzi na działkę grabić, albo... no, są takie. Wiosna to jest masakra po prostu. Przychodzą na siódmą rano, potem od razu jadą na działkę. Na drugi dzień przychodzą i mówią »Nic nie pomagają zabiegi« [...] fala jest takich osób po Wszystkich Świętych, jak pomyją te pomniki, liście pograbiają na tych pomnikach i ponoszą to wszystko, i fala wiosenna, letnia. To samo”.

Powyższy cytat jest jedynie ilustracją pojawiających się często w rozmowach z fizjoterapeutami wniosków, że pacjenci nie biorą odpowiedzialności za proces leczenia, oczekując, że zabiegi zadziałają całkowicie zewnątrznie, bez ich udziału. Jest to efekt występującej w polskim systemie ochrony zdrowia określonej roli pacjenta – osoby biernej, poddającej się bez dyskusji zabiegom medycznym, godzącej się na swoje uprzedmiotowienie.

Kolejnym z celów pracy fizjoterapeutycznej, ponieważ dodatkowym, jest poprawa stanu psychicznego pacjenta i jego funkcjonowania w życiu i własnym otoczeniu społecznym, wsparcie w walce z kryzysem psychicznym. Samo wychodzenie z kryzysu ciała stanowi dla pacjentów bardzo silny impuls pozwalający im na odbudowanie dawnej tożsamości i relacji społecznej, a czasami na zbudowanie nowej tożsamości w oparciu o nowe, ale jednak coraz sprawniejsze ciało. W lepszym realizowaniu tego celu mogłaby pomóc praca psychologa, który zgodnie z zarządzeniem NFZ musi być zatrudniony na oddziale. Według wymogów NFZ zadaniem psychologa jest jednak głównie rehabilitacja funkcji poznawczych, a nie prowadzenie psychoterapii czy też wsparcia psychologicznego, które w przypadku traumy kryzysu ciała byłoby jak najbardziej wskazane. W kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia praca z pacjentem skupia się na pracy z ciałem, a nie pracy nad motywacją lub pozostałymi rodzajami kryzysów. W radzeniu sobie z pozostałymi kryzysami pacjent jest pozostawiony sam sobie, ewentualnie polega na pomocy rodziny.

Podsumowując powyższy rozdział, należy zauważyć, że najważniejsze sposoby radzenia sobie z kryzysem wśród pacjentów korzystających ze wsparcia fizjoterapeuty opierają się na pracy nad ciałem. Podejmowanie działań wobec ciała i poprzez ciało powoduje przyzwyczajanie się do nowej cielesnej rzeczywistości – do zmienionej fizyczności i rzeczywistości zapośredniczonej przez ciało⁷. Powrót, w pełnym lub niepełnym stopniu, do dawnych ról społecznych, a także konstruowanie nowych ról (np. osoby niepełnosprawnej) z uwzględnieniem nowej cielesności wiąże się z podejmowaniem nowych działań, na podstawie których aktorzy społeczni konstruują nowe tożsamości. Bez tej podstawowej pracy nie można mówić o przezwyciężeniu innych kryzysów.

is taken over by medical personnel who issue orders and organise the life in the hospital. On the other hand, the specifics of the physiotherapy makes the results dependent on the involvement of the patients. What is meant here is not only exercise, but the implementation of the new rules of ‘operation’ of the body in everyday life. Below, I quote one of my interviewees, a 28-year-old physiotherapist employed in the outpatient department (for patients who arrive for exercise sessions and procedures): “We often tell patients with spine conditions, in a kneeling position, to avoid bending, but there are people who come for the procedures in the morning, you tell them certain things, and afterwards, they go and rake up leaves or... things like that. The spring is a true disaster. They come at 7 o’clock in the morning and directly after they go working in the garden. On the following day they arrive and say ‘The treatment is not working’ [...] there’s a crowd of such people after All Saints’ Day, after they clean all graves, rake up leaves and lift all those things, there’s a spring and a summer wave. Nothing changes.”

The above quotation is merely an illustration of conclusions that often emerge in conversations with physiotherapists – that patients do not take responsibility for their treatment and expect that the treatment will work without their involvement. It arises from the role of the patient grounded in the Polish healthcare system – a passive person who subjects itself to medical procedures without any discussion, who agrees to its own objectification.

Another of the objectives of physiotherapy, in a sense a secondary one, is the improvement of the mental condition of the patient and the patient’s function in everyday life and social environment, support in the fight against mental crisis. The sole process of overcoming the body crisis is a strong impulse for the patients to reconstruct their former identity and social relation, and sometimes to build a new identity on the basis of a new, increasingly able, body. The fulfilment of this objective could be improved with the help of a psychologist who, according to a regulation of NFZ, must be employed in the department. However, according to NFZ’s requirements, the principal task of the psychologist is to rehabilitate the cognitive functions, and not to conduct psychotherapy or provide psychological support that would be advisable in many cases of a body crisis trauma. In the context of the Polish healthcare system the therapy of the patient focuses on the body, not on the motivation or other types of crises. The patients are left alone to cope with the other types of crises, or, at best, they have the support of the family.

To recapitulate this section, one should note that the most significant ways of coping with crisis among patients who use the support of a physiotherapist are based on therapy of the body. By taking actions on the body and through the body, one becomes accustomed to the new corporal reality – to the changed physical ability and the reality mediated by the body⁷. The full or incomplete recovery of former social roles, and the construction of new roles (e.g. of a disabled person) in view of the new corporality are associated with new actions, based on which social actors construct new identities. Without this primary work, one cannot speak of overcoming the other types of crises.

⁷ Efektem wypadku, choroby lub leczenia może być na przykład zmiana smaku, węchu, zmiany emocjonalne itp.

⁷ As a result of an accident, disease or treatment the patient may have its taste or smell impaired or experience emotional changes etc.

Nieradzenie sobie z kryzysem ciała

Proces pracy fizjoterapeutycznej⁸ z pacjentem ma związek z pojawieniem się wielorakich przeszkód, które mogą utrudnić lub nawet uniemożliwić wyleczenie pacjenta albo uzyskanie przez niego najlepszego stanu zdrowia w sytuacji danej choroby. W procesie leczenia fizjoterapeutycznego poniekąd zakłada się wspólność celów instytucji medycznej, pacjenta i jego otoczenia. Założeniem tym jest to, że wszystkie ze stron chcą i dążą do wyleczenia pacjenta. Założenie to jednak nie zawsze okazuje się prawdziwe.

Najważniejszą z wyłonionych w moich badaniach przeszkód jest to, że zdarza się, iż celem pacjenta jest pozostawanie w kryzysie. Niektórzy pacjenci nie chcą wracać do zdrowia. Dzieje się tak z różnych przyczyn. Niektórym, na przykład osobom bezdomnym, na skutek zachorowania znacznie poprawiają się warunki życia. Powrót do stanu zdrowia, który umożliwiłby im samodzielne funkcjonowanie, jest z perspektywy tych osób niepraktyczny i wbrew ich interesom. Inny powód chęci do pozostania w stanie choroby lub niesprawności to poczucie, że pojawiła się szansa na odebranie długu, który u chorego zaciągnęła rodzina. Może to przybrać także formę odwetu za lata poświęceń między innymi na mężu, niedoceniającym wysiłków żony. Nie jest to typowy przykład nieradzenia sobie z kryzysem, ale raczej „zadomowienie się” w nim, oswojenie sytuacji kryzysu i celowe pozostawanie w nim. Zdecydowałam się na opisanie go w tej części, ponieważ w wyniku tych działań pacjent pozostaje w kryzysie, problemy fizyczne i inne zazwyczaj się pogłębiają, a praca fizjoterapeutyczna nie odnosi zaplanowanych skutków. Opisane zjawisko ilustruje poniższy cytat: „No są też tacy pacjenci, którzy specjalnie nie chcą wyzdrowieć, bo wtedy widzą, że rodzina inaczej traktuje, bardziej się nimi opiekują, tak? »Jak byłem chory, to wszyscy przy mnie stali, to teraz im też zachoruję« [...] Ja myślę, że to jest celowe, ucieczka do takiego sposobu życia [...] Znaczący jeżeli nie chce wyzdrowieć, to żebyśmy tu nawet nie wiem co robili najlepszego, to zawsze będzie nie tak. Zawsze się do czegoś doczepi” (kobieta, lat 40, fizjoterapeutka).

Kolejną przeszkodą, także związaną z organizacją polskiego systemu ochrony zdrowia, jaką udało mi się wyłonić podczas analizy materiału badawczego, są przeszkody biurokratyczne. Narodowy Fundusz Zdrowia finansujący opiekę nad osobami ubezpieczonymi formułuje bardzo sztywne zasady, według których pacjenci mogą być leczeni. Dotyczą one nie tylko na przykład długości pobytu w szpitalu, ale także stosowanych procedur. Jest to pokłosie przyjętej za pewnik we współczesnej zinstytucjonalizowanej medycynie zasady *evidence based medicine*, która ocenia efektywność określonych procedur i sposobów leczenia w sposób statystyczny, a nie skoncentrowany na pacjencie i jego konkretnej sytuacji [12]. Zdarza się bowiem tak, i nie są to przypadki rzadkie, że pacjent powinien przebywać na oddziale dłużej, być poddany innym zabiegom, ale nie jest to możliwe z powodu ograniczeń biurokratycznych. Oczywiście, personel stara się te ograniczenia minimalizować, w miarę możliwości obchodzić⁹, co jednak nie zmienia faktu, że zasady biurokratyczne są jedną z przyczyn nieradzenia sobie z kryzysem ciała.

Problemy w radzeniu sobie z kryzysem spowodowane przeszkodami biurokratycznymi następują zazwyczaj

Failure to cope with the crisis

The physiotherapy process⁸ entails a series of obstacles that may hinder or prevent the recovery of a patient or patient's restoration to the best possible condition under conditions of a given disease. It is assumed that the aims of the physiotherapy process are mutual for the healthcare institution, the patient and the patient's environment. It is assumed that all the parties involved pursue the recovery of the patient. However, this assumption sometimes proves untrue.

The greatest obstacle that I identified in the course of my research is that sometimes the aim of the patient is to stay in crisis. Some patients do not wish to regain health. It happens for a few reasons. In case of some, e.g. homeless people, the living conditions are significantly improved. From the point of view of those people, the restoration to health that would restore them to self-sufficiency is impractical and contrary to their interests. Another reason to remain sick and disabled is the sense that here is the moment to get the debt repaid by the family. It might even take the form of a revenge for years of dedication, for instance, against a husband who has not appreciated the efforts made by the wife in the past. This is not a typical example of failure to cope with a crisis, but rather settling down in the crisis, taming the crisis and remaining in crisis on purpose. I decided to describe this situation in this section, because, as a consequence, the patient remains in crisis, the physical and other problems become more serious and the physiotherapy fails to yield the planned effects. The above situation is illustrated by this quotation: “There are patients who don't want to get better, because they see that the family treats them differently, they take better care of them, right? ‘When I was sick, they all stood by my side, so I'll get sick again’ [...] I think they do it on purpose, they escape a certain way of life [...] I mean, if a patient doesn't want to get better, whatever we do here, the patient will always find something wrong. There will always be something to criticise” (woman, 40, a physiotherapist).

Another obstacle, also associated with the Polish healthcare system, that I identified during the analysis of research material, is the bureaucracy. The National Health Fund that finances the care over insured persons, has very strict rules according to which patients receive treatment. The rules apply to the length of hospitalisation as well as applied procedures. This is the aftermath of the principles of evidence based medicine taken for granted in contemporary institutionalised medicine, that views the effectiveness of some procedures and treatment methods from the point of view of statistics, and fails to concentrate on the patient and patient's specific situation [12]. It is not uncommon that a patient should stay in hospital for a longer time, be administered more procedures, but it is not possible due to bureaucracy. Of course, the staff tries to minimise the restrictions, or bypass them⁹, but still, bureaucracy is one of the reasons why some fail to cope with the body crisis.

The problems in coping with crisis arising from bureaucracy usually occur in a situation when a given patient is in

⁸ Używam pojęcia procesu, aby podkreślić, że jest to długotrwała wspólna praca terapeuty i pacjenta, na którą obie strony mają ciągły wpływ, która kształtowana jest poprzez wzajemne działania obu stron, negocjowanie konkretnych form aktywności lub ich zaniechanie.

⁹ Jest to kolejny przykład wpływu kultury narodowej na sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

⁸ I refer to the concept of a process to highlight the long-lasting nature of the cooperation between a physiotherapist and a patient that is all the time shaped by both parties and determined through mutual action of both parties, negotiation or abandonment of concrete activities.

⁹ This is one more example of the impact of national culture on the function of the healthcare system.

w sytuacji, gdy pacjent jest w silnym kryzysie finansowym lub gdy jego bliscy i on sam nie są w stanie zorganizować obejścia tych przepisów, na przykład wykupując prywatne zabiegi lub starając się o pomoc „po znajomości”. Znaczenie ma tutaj zatem czynnik kulturowy, określone umiejętności nabywane w procesie socjalizacji w danej rodzinie lub wynikające z przebywania w danym środowisku społecznym (np. takim, do którego należą lekarze).

Co ciekawe, jednym z rodzajów ograniczeń w powodzeniu fizjoterapii mogą być działania podejmowane przez rodzinę chorego. Celem fizjoterapii jest między innymi powrót do samodzielności. Zdarza się, że rodzina kierowana różnymi motywacjami od najwcześniejszych chwil leczenia stara się wyręczać chorego we wszystkich czynnościach, co jednak uniemożliwia rozwijanie nowych lub odbudowywanie starych funkcji ciała. Fizjoterapeuci, z którymi przeprowadzałam wywiady, wielokrotnie twierdzili, że wyręczanie, nadmierna pomoc pacjentowi powoduje, że nie ma on motywacji do pracy nad ciałem, wchodzi w rolę ofiary, uzależniając się coraz bardziej od pomocy innych, co może mieć daleko idące skutki dla funkcjonowania jego i jego rodziny. Niweczy to wysiłki podejmowane przez personel, powoduje coraz większe oswojenie się z kryzysem ciała, kryzysem finansowym i innymi, a z czasem zmniejsza szanse poradzenia sobie z nimi. „Z jednej strony pomoc rodziny, to dobrze. Ale z drugiej strony wyręczanie we wszystkim, to jest najgorsze, co może się wydarzyć. [...] żeby [rodzina – przyp. D.B.O.] wspierała, ale nie wyręczała we wszystkim. Motywowała do pracy, żeby on mógł żyć samodzielnie. Bo tak naprawdę, jeśli nauczy się osobę, że wszystko można za nią zrobić, to ona później nie będzie chciała z tego zrezygnować. Jeżeli do pacjenta trzy razy dziennie ktoś przyjedzie z rodziną z jedzeniem, bo stwierdzi, że w szpitalu jest niedobre, będzie go mył, przebierał, nawet personel medyczny nie będzie miał kiedy się nim zająć, bo ta rodzina będzie ciągle przy nim, no to kto by tak nie chciał? Tylko oni, przyzwyczajając go do tego przez kilka tygodni, nie zdają sobie sprawy, że on już do końca życia będzie chciał tak” (kobieta, lat 25, fizjoterapeutka).

Jedną z najważniejszych przeszkód w poradzeniu sobie z kryzysem ciała jest jednak niezgoda i wewnętrzny bunt wobec kryzysu. Wypadek lub ciężka choroba pacjent traktuje jako utratę poprzedniego życia, tożsamości, szans na przyszłość. Co ciekawe, niekiedy jest to uzależnione tylko od stanu zdrowia pacjenta. Są pacjenci, którzy w bardzo złym stanie zdrowia, z poważną niepełnosprawnością, są optymistyczni i widzą, że choroba dała im na przykład szansę na poznanie głębi życia. Inni w lepszym w stanie zdrowia odczuwają silny żal do losu, uważają, że ich sytuacja uległa całkowitemu pogorszeniu. Dla zilustrowania tej tezy opiszę przypadki dwóch ofiar wypadków komunikacyjnych.

Jako pierwszy przykład podam sytuację jednej z moich rozmówczyń, 30-letniej absolwentki etnologii, która uległa bardzo poważnemu wypadkowi samochodowemu, w wyniku którego przez wiele tygodni była w śpiączce. Aby móc chodzić, przeszła bardzo długą fizjoterapię i do tej pory ma niesprawną prawą rękę. Oto opis doświadczenia, które zmieniło jej sposób patrzenia na zdarzenie i pozwoliło zbudować nową tożsamość osoby posiadającej wyjątkową wiedzę: „Po paru miesiącach [od wybudzenia ze śpiączki – przyp. D.B.O.] przeczytałam Josepha Cambella »Potęgę mitu«, gdzie opisywał inicjację i wędrówkę bohatera. On opisywał to, porównując do »Gwiezdných wojen« i wypadków samochodowych, i takiej jakby śmierci klinicznej. I to, co on opisywał, wiesz, no to, co mi się śniło, na pewno było wywołane tym, co ja gdzieś przeczytałam, usłyszałam i tak dalej, ale to są moje osobiste doświadczenia, które – jak twierdzi Joseph Cambell – one są niewytłumaczalne, nieprzekładalne, tego nie da się wytłumaczyć, każdy ma swoją inicjację, tego się nawet nie da opowiedzieć. Każdy musi to

a financial crisis or patient's relatives and the patient are not capable of bypassing the regulations, for instance, by purchasing private services or using contacts. Therefore, the cultural factor, specific skills acquired in the course of socialisation in a given family or arising from existence in a given social environment (e.g. where doctors are present) is significant here.

Interestingly, one of the types of limitations on physiotherapy success could be the actions taken by the family of the patient. One of the aims of physiotherapy is to restore the patient to self-sufficiency. It sometimes happens that the family driven by various motives, tries to help the patient in every activity from the start of the treatment, however, by doing that, they prevent the patient from developing new or reconstructing old functions of the body. The physiotherapists that I have interviewed stressed on multiple occasions that excessive help given to the patient makes the patient lack motivation to work on its body, assume the role of a victim and become more and more dependent on the help of other people, with far-reaching consequences for the function of the patient and the family. It destroys the effort made by the personnel, encourages the patient to become accustomed to the crisis, leads to a financial and other crises and decreases the chance to overcome the crises. “On one hand, it's good to have the support of the family. On the other, helping them in every activity, it's the worst thing to do. [...] so that [the family, D.B.O.'s note] supports the patient, but doesn't do everything for him. Motivate him to work and become self-sufficient. Because if you show someone that you can do everything for them, they won't want to give it up. If the patient is visited three times a day in the hospital and brought food, because the hospital food is not good, if someone bathes and dresses the patient, the medical personnel will have no time to take care of the patient, because the family will always be there, who would want that? But the people who allow the patient to get used to all this for several weeks, they are not aware that the patient will want this for the rest of his life” (woman, 25, a physiotherapist).

One of the greatest obstacles to overcoming the body crisis is the disagreement and internal defiance against the crisis. The patient treats the accident or serious disease like a loss of former life, identity and future. Interestingly, the attitude is not always determined by the health condition of the patient. There are patients who are in a really bad health, they are seriously disabled, but they remain optimistic and see that the disease made them see the sense of life. Others, in a better condition, hold a grudge against the world, they believe that their situation has gotten significantly worse. To illustrate this theory I provide a description of two cases of victims of traffic accidents.

The first example concerns a 30-year-old female patient, a graduate of ethnology, who had a serious traffic accident, as a result of which she was in a coma for many weeks. She completed a very long physiotherapy to be able to walk, and her right hand still does not work properly. Here is a description of the experience that changed her outlook on the accident and enabled her to build a new identity of a person with special knowledge: “After a few months [after coming out of coma, D.B.O.'s note] I read *The Power of Myth* by Joseph Campbell where he describes the initiation and journey of the main character. He compared it to the *Star Wars* and traffic accidents, and a sort of clinic death. And the things he wrote, you know, the things I dreamt must have been caused by what I had read or heard and so on, but this is my personal experience that, as John Campbell believes, it is unexplainable,

przeżyć sam, żeby zyskać jakąś wiedzę, której nawet nie da się przekazać w żaden sposób. Jak przeczytałam »Potęgę mitu« Josepha Cambella. to pomyślałam, że coś w tym musi być, skoro tak wiele osób miało bardzo podobne doświadczenia, i Joseph Campbell napisał właśnie o tym, że w wielu bajkach też jest tak, że bohater musi przekroczyć granicę bezpieczeństwa, jakiś swój teren, *orbis interior*, i wkroczyć na obcy teren, nieznaną, właśnie *orbis exterior*».

Jak wynika z tej wypowiedzi, pacjent może odnajdywać wsparcie w bardzo zaskakujących miejscach, może odszukać w nich sens traumatycznych wydarzeń, co pozwala znacznie lepiej radzić sobie ze zwrotnym punktem biografii. Poparcie tych wniosków można znaleźć w literaturze. Przeprowadzone przez Priel i wsp. [22] badania pokazują, jak ważne jest odnalezienie sensu w cierpieniu, w tym wypadku fizycznym. Badacze ci zauważyli, że nadając nawet negatywny sens przeżywanemu bólowi (np. jako karze za grzechy), chorzy lepiej znosili cierpienie. Z badań Manderson [5, s. 153] wynika, że pacjenci chronicznie chorzy często tłumaczyli sobie swoją chorobę własnymi decyzjami, stylem życia, aby przywrócić sobie poczucie kontroli i sprawstwa w życiu.

Drugim przykładem jest sytuacja 39-letniego mężczyzny, który w wyniku wypadku samochodowego także przebywał w śpiączce, przeszedł długotrwałe leczenie. Mężczyzna ten ma niesprawną jedną nogę i porusza się o kulach. Oto fragment rozmowy:

D.B.O. – Mówiłeś dużo o tym, co się zmieniło na taką [sytuację po wypadku – przyp. D.B.O.], w takim negatywnym sensie po tym wypadku, a czy jest coś, co się zmieniło na lepsze? Albo coś, co doszło nowego, co jest pozytywne?

R. – [Krótkie milczenie – przyp. D.B.O.] Raczej to nie. [...] Nie ma elementów budujących, cieszących, dających wsparcie. Nie, nie to takich rzeczy, nie [...] Nie ma, bo nie ma niczego, co by sprawiało wielką frajdę, radość.

Co więcej, mój rozmówca używał wobec siebie określenia „połamaniec”. Jego status finansowy i sytuacja osobista są „obiektywnie” lepsze od sytuacji absolwentki etnologii. To ona jednak realizuje swoje pasje, pracuje, kontynuuje edukację. Mężczyzna jest ciągle, mimo upływu kilku lat, przytyłoczony wypadkiem i jego konsekwencjami. Nie było bowiem w jego życiu wydarzenia, które mogłoby stanowić wyjaśnienie, klucz do odpowiedzi na pytanie, dlaczego lub w jakim celu to właśnie jemu przydarzył się wypadek. Przykład ten wskazuje, że odnalezienie sensu w kryzysie jest ważniejsze niż „obiektywny” stan zdrowia lub sytuacja materialna, gdy chodzi o powrót do normalnego funkcjonowania. Ponadto z porównania tych dwóch przypadków możemy wysnuć jeszcze jeden wniosek. Nie ma bowiem sytuacji „obiektywnej”, jeśli chodzi o cielesność jednostki. Dlatego po raz kolejny wspomnę o tym, że *evidence based medicine* powinna być jedną z perspektyw stosowanych w leczeniu chorých. W szczególności w przypadku fizjoterapii, leczenia mającego przywrócić „narzędzie”, jakim jest ciało, kontroli jego właściciela, ważne jest uwzględnienie perspektywy pacjenta, jego potrzeb. Praca nad ciałem powinna być połączona z pracą nad perspektywą postrzegania własnego ciała, powinna być wsparciem w procesie zmiany biograficznej.

Niestety, ze względu na różne ograniczenia, w tym biurokratyczne i czasowe, pozostawia się ten aspekt pracy z pacjentem. Co ważne, sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, kultura funkcjonowania środowisk medycznych może nie tylko nie poprawiać, ale także pogarszać stan psychiczny pacjenta. Chodzi o wspomnianą wcześniej traumę terapii, która nie pozwala pacjentowi na przewyciężenie kryzysów. Oczywiście, tak jak wspomniane przeszkody nie pojawiają się ona zawsze i w przypadku każdego pacjenta, ale piszę o niej dlatego, że jej przyczyna – wzorzec relacji personel medyczny – pacjent jest elementem kultury systemu ochrony zdrowia.

it can't be explained, everyone has their own initiation, this can't be told. Everyone has to live through it to gain some knowledge that can't be transferred in any different way. When I read *The Power of Myth* by Joseph Campbell I thought there must be something to it if so many people had a similar experience, and Joseph Campbell wrote that it also happens in many fairy tales, that the character must cross the limit of safety, some kind of zone, *orbis interior*, and enter a strange, unknown land, *orbis exterior*».

This statement proves that patients may find support in unexpected places, they may find the sense of traumatic experience which will help them cope with this turning point in their biography. Those conclusions find support in literature. The study conducted by Priel et al. [22] shows how important it is to find sense in suffering, in this case, the physical suffering. The researchers found that even a negative sense of pain (e.g. as a punishment for sins) helped the patients cope better with the suffering. A study by Manderson [5, p. 153] suggests that chronically ill patients often explain their disease with their own decisions, lifestyle, to feel that they are in control of their life.

Another example is the case of a 39-year-old man who also was in a coma and completed a long-lasting treatment following a traffic accident. The man has a dysfunctional leg and needs to use crutches. This is a fragment of our conversation:

D.B.O.: “You said a lot about what changed [after the accident, D.B.O.’ note] in a negative sense after this accident, but is there anything that changed for the better? Or something new, positive that came up?”

R: “ [short silence, D.B.O.’s note] Rather not. [...] There are no elements that inspire, please or offer support to me. No, there’re no such things, no [...] No, because there’s nothing that gives me joy, pleasure.”

Furthermore, my interviewee called himself a ‘cripple’. ‘Objectively’ speaking, his financial status and personal situation are better than the situation of the graduate of ethnology. But she continues to follow her passions, she works, continues education. The man is still, despite the elapsed years, overwhelmed by the accident and its consequences. Because he did not experience any event that could explain, be the key to the answer to a question why and what for he had the accident. This example shows that making sense of the crisis is more important than the ‘objective’ health condition or financial situation when it comes to restoration of normal function. Moreover, there is one more conclusion that comes to mind after comparing the two cases. There is no ‘objective’ situation when it comes to corporality of an entity. For this reason, once again, I would like to mention that evidence based medicine should be one of the perspectives adopted in treatment. The patient perspective and patient’s needs are important specifically in case of physiotherapy, where treatment is aimed at restoration of control over the ‘tool’ such as the body is, to its proprietor. Therapy of the body should be combined with therapy of the perspective of seeing one’s own body, it should support the process of change of biography.

Unfortunately, due to many limitations, including bureaucracy and time limitations, this aspect of patient therapy is left to the patient. What is important, the operation of the healthcare system, the functional culture of medical circles may fail to improve, or even deteriorate, the mental condition of the patient. What is meant here is the above-mentioned therapy trauma that prevents patients from overcoming the crisis. Obviously, it is not present in all cases, but I decided to mention it, because its reason – the model of healthcare professional-patient relationship – is an element of the culture of the healthcare system.

Wnioski

Podsumowując powyższe rozważania nad rolą czynników społecznych w pracy nad ciałem w kryzysie, chciałabym podkreślić znaczenie kilku kwestii. Po pierwsze, bardzo ważnym czynnikiem kulturowym i instytucjonalnym, tworzącym kontekst pracy fizjoterapeutycznej nad ciałem, jest system ochrony zdrowia. Jego organizacja, sposób finansowania, zasady rozliczania, a nawet tak podstawowe zagadnienie jak świadczenie usług w instytucjach szpitalnych (a nie na przykład w domu pacjenta) mają kluczowe znaczenie dla dostępności tych usług, sposobu ich wykonania, dla realizowania roli terapeuty i pacjenta, a także dla przebiegu ich wzajemnych relacji. System medyczny stanowi kontekst dla przebiegu całego procesu leczenia i wszelkie kolejne czynniki mające wpływ na proces terapii są od niego bezpośrednio lub choćby pośrednio zależne.

Nie sposób nie wspomnieć o innym istotnym czynniku kształtującym działania personelu medycznego, w tym fizjoterapeutów, jakim jest system edukacji, głównie studiów medycznych. W związku ze wspomnianą już dominującą perspektywą *evidence based medicine* i niezwykle dynamicznie rozwijającą się technologią medyczną również edukacja medyczna skupia się na biomedycznym podejściu do pacjenta, wynikach badań, a nie na holistycznym traktowaniu jednostki. Innymi słowy, koncentruje się na chorobie, a nie na jednostce, która funkcjonuje w określonym otoczeniu społecznym i ma określoną historię życia. Szczególnie w fizjoterapii jest to ważne, ponieważ ingerując w ciało, pracując *nad* i z ciałem pacjenta, fizjoterapeuta przygotowuje jednostkę do samodzielności i powrotu do funkcjonowania w świecie poza oddziałem szpitalnym.

Dlatego tak ważne jest, aby w procesie edukacji studentów kierunków medycznych kłaść nacisk nie tylko na biologiczny aspekt pracy fizjoterapeuty, ale także na interakcje, komunikację i współpracę personelu z pacjentem. Wielu badanych przez mnie fizjoterapeutów, ale także studentów medycyny i lekarzy [23] wspominało o tym, że proces edukacji nie przygotowuje do pracy z pacjentem jako człowiekiem, ale koncentruje się na schorzeniu. Strategie interakcyjne przyjmowane przez lekarzy mają charakter intuicyjny, mało jest praktycznych zajęć z psychologii, podczas których uczy się, jak postępować z pacjentem będącym pod naszą opieką. Ponadto praca profesjonalnych psychologów jest marginalizowana, absolwenci studiów medycznych często nie mają wiedzy o tym, w jaki sposób wykorzystać ich umiejętności i kompetencje.

To, jakie efekty przyniesie praca nad ciałem, zależy również od możliwości pacjenta do przezwyciężenia kryzysów niecielesnych. Jak wspominałam wcześniej, w polskim kontekście systemu ochrony zdrowia niewiele jest działań podejmowanych przez instytucję szpitala, które pomagałyby pacjentowi na przykład w przezwyciężeniu kryzysu finansowego (m.in. współpraca ze służbami pomocy społecznej) czy w relacjach z bliskimi. Inne kryzysy, takie jak trauma terapii lub kryzys w interakcjach (w pierwszym okresie głównie z personelem medycznym), są wręcz generowane poprzez działania personelu medycznego, a ich przyczyna tkwi w kontekście i kulturze systemu medycznego. Pacjent nie tylko nie jest wspierany w przezwyciężaniu pozostałych, niecielesnych kryzysów, ale funkcjonowanie w zinstytucjonalizowanych ośrodkach opieki powoduje pojawienie się albo pogłębienie niektórych kryzysów. Oczywiście nie jest tak, że żaden pacjent nie potrafi przezwyciężyć kryzysów. Warunkują to jednak jego osobiste cechy, kapitał społeczny, stan psychiczny, zaangażowanie rodziny i rzadko jest on wspierany działaniami personelu medycznego czy organizacji jako takiej.

Kolejną kwestię, od której uzależnione jest wyjście z kryzysów ciała, stanowi umiejętność stworzenia nowej tożsa-

Conclusions

To recapitulate the above reflections on the role of social factors in the therapy of a body in crisis, I would like to highlight the significance of a few issues. First, an important cultural and institutional factor that provides a context for physiotherapy of the body, is the healthcare system. The organisation, financing methods, settlement rules, and issues such as the provision of services in hospital facilities (not at patient's home) hold a key significance for the availability of services, the mode of performance, for the fulfilment of the role of a therapist and patient, and also for their mutual relationship. The healthcare system provides a context for the entire treatment process and all the other determinants of the therapy process are directly or indirectly associated with it.

One must also mention another significant factor that shapes the work of medical personnel, including physiotherapists, namely the education system, and specifically the system of medical education. In view of the dominant perspective of evidence based medicine and the dynamically developing medical technology, medical education, too, focuses on the biomedical approach to the patients, results of tests, and not on a holistic approach to an entity. In other words, it concentrates on the disease, not the individual who functions in a specific social environment and has a specific history. This is particularly important in physiotherapy, because, by interfering with the body, working on the body and *with* the body of the patient, the physiotherapist prepares the entity for self-sufficiency and return to life outside the hospital department.

For this reason, it is important for the education process of medical students to put pressure on more than just the biological aspect of physiotherapy, but on the interaction, communication and cooperation between the personnel and the patient. A number of the physiotherapists whom I interviewed as well as medical students and doctors [23] said that the education process fails to prepare them to work with a patient as a human being, and it focuses on the disease. The interaction strategies adopted by doctors are intuitive, there are few classes in psychology that would show future professionals how they should handle patients. In addition, the work of professional psychologists is underestimated, the graduates of medical majors often lack knowledge as to how they could make use of their skills and competencies.

The effects brought by therapy of the body are also determined by the patient's capacity to overcome non-corporeal crises. As I have already mentioned, in the context of the Polish healthcare system there are few actions taken by hospital facilities that could help patients overcome the financial crisis (e.g. cooperation with social services) or in terms of the relationship with relatives. Other crises, such as therapy trauma or interaction crisis (initially, the interaction with medical personnel) are somehow generated by the actions of the medical personnel and arise from the context and culture of healthcare system. The patient does not receive support in overcoming other, non-corporeal crises, and the functioning in institutionalised healthcare facilities generates new or aggravates the existing crises. Obviously, it is not true that no patient can overcome crises. However, this ability is largely contingent upon personal features, social capital, mental condition, involvement of the family and the patient rarely receives support of medical personnel or an organisation.

Another issue which determines the overcoming of body crisis is the ability to create a new identity based on a new, changed body. Working on identity, shaping a new 'me' on the basis of actions allowed by the new body, constructing

mości w oparciu o nowe, zmienione ciało. Praca nad tożsamością, kształtowanie nowego ja na podstawie tego, jakie działania umożliwią nam nowe ciało, budowanie swojego wizerunku w oparciu o nowy wygląd, a także konstruowanie tożsamości poprzez uczestniczenie w interakcjach jako osoba z piętnem (dyskredytowalna lub zdyskredytowana [19]) okazuje się olbrzymim wyzwaniem.

Podczas moich badań prowadziłam wywiady z wieloma pacjentami cierpiącymi na różnego rodzaju choroby i dotkniętymi niesprawnością. Zauważyłam, że w wychodzeniu z kryzysu ciała bardzo ważne znaczenie ma znalezienie pozytywnych aspektów całego zdarzenia i zbudowanie na nowo własnej tożsamości. Jest to właściwie ważniejsze niż wsparcie bliskich czy posiadanie dużych zasobów finansowych. Ponadto nie zależy wprost od stanu zdrowia. Ta umiejętność ukształtowania „nowego siebie” po wypadku jest konieczna przede wszystkim dlatego, że odwołując się ciągle do byłej tożsamości, pacjent odwołuje się do dawnych możliwości swojego ciała, a w aktualnym widzi tylko ograniczenia. Jeśli pacjent odnajduje sens w chorobie lub wypadku, o wiele łatwiej jest mu zbudować nową tożsamość i nauczyć się funkcjonować poprzez nowe ciało.

W polskim systemie opieki zdrowotnej niewiele jest miejsca na tego rodzaju pracę nad kryzysem tożsamości czy też nad przededefiniowaniem traumatycznego zdarzenia. Na przykład na badanym przeze mnie oddziale szpitalnym zarówno fizjoterapeuci, jak i pielęgniarki nie umieli odpowiedzieć, jaką pracę wykonuje tam psycholog. Stwierdzali jedynie, że zatrudnienie osoby na stanowisku psychologa to od kilku lat wymóg NFZ i pewnie dlatego taka osoba tam pracuje. Nie posiadając wiedzy o możliwościach pracy psychologa, nie mogą wspierać się jego kompetencjami czy współpracować dla dobra pacjentów.

Powyższe czynniki mają charakter społecznych ograniczeń procesu leczenia. Jako humanistka mam poczucie, że socjologia jest w stanie zaproponować choćby kilka zmian, które pozwolą na lepszą pracę z pacjentami w kryzysie.

Po pierwsze, bardzo ważnym elementem każdego procesu zmiany jest jasne zdefiniowanie celów. Nie inaczej jest w przypadku fizjoterapii. Wspólne ustalenie celów przez fizjoterapeutę i pacjenta, oczywiście jeśli stan zdrowia pacjenta na to pozwala, jeśli może się komunikować, powinno być pierwszym elementem współpracy. Pacjent, który wspólnie ustala cele i zasady współpracy z prowadzącym go fizjoterapeutą, zna sens poszczególnych ćwiczeń i zabiegów, nawet jeśli jest to sens ogólny. Co więcej, cieleśność i styl życia pacjentów znacznie się od siebie różnią. Ustalenie celów ważnych dla pacjenta może różnić się od schematu pracy opisanego w literaturze. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent wolałby pracować nad innym aspektem swojej niesprawności, ponieważ to pozwoliłoby mu na większą samodzielność, dostosowaną do jego specyficznej sytuacji życiowej. Takie ustalenie systemu pracy ma też charakter motywujący.

Wspólne ustalenie celów przekłada się także na zwiększone zaufanie do terapeuty. Pozwoliłoby ono przezwyciężyć problemy, na które skarży się wielu terapeutów: przerywanie ćwiczeń, gdy terapeuta wychodzi z sali, podejmowanie się ciężkich prac (np. przekopywanie ogródka), gdy tylko nastąpi drobna poprawa zdrowia, czego efektem jest późniejsze znaczne pogorszenie stanu zdrowia. Problemy te są najczęściej skutkiem przekonania, że cała odpowiedzialność za przebieg i wynik leczenia spoczywa na personelu medycznym. Wspólne ustalenie celów i zasad współpracy mogłoby wiązać się z przeniesieniem części odpowiedzialności na pacjenta.

Jak wspominali moi rozmówcy, fizjoterapeuci, ważnym czynnikiem różnicującym efektywność terapii stosowanej u różnego rodzaju pacjentów jest ich podejście do życia przed wypadkiem. Osoby aktywne, mające wiele zajęć,

a new image based on new appearance, and constructing an identity through participation in interaction as a stigmatised individual (discreditable or discredited [19]) turn out to be a huge challenge.

In the course of my research I interviewed many patients who suffered from all kinds of diseases and disabilities. I noticed that the success of the resolution of a body crisis is largely determined by the identification of positive aspects of the entire process and construction of a new identity from scratch. It proved even more important than the support of relatives or possession of significant financial resources. In addition, the success is not directly determined by the health condition. The ability to construct a new 'me' after the accident is a must also because of the fact that by referring to the former identity the patient refers to former abilities of its body, and sees the limitations of the present body. If the patient sees any sense in the disease or accident, it will be much easier for him to construct a new identity and learn to function through the new body.

In the Polish healthcare system there is little room for therapy of the identity crisis or redefinition of the traumatic experience. For example, the physiotherapists and nurses in the hospital department where I conducted research, were unable to answer my question about what the psychologist in the department does. They concluded simply that it is a requirement imposed by NFZ to employ a psychologist so there must be a psychologist in their department. Having no knowledge on the work that could be done by psychologists, they cannot make use of their competencies or cooperate for the good of the patients.

The above factors are social limitations on the treatment process. As a humanist I believe that sociology can offer at least a few changes that will allow for more efficient work with patients in crisis.

First, a very important component of every process of change is the exact definition of objectives. The same applies to physiotherapy. Mutual definition of objectives by a physiotherapist and patient, if patient's health allows for it and the patient can communicate, should be the primary element of cooperation. The patient who defines objectives and rules of cooperation in consultation with the physiotherapist understands the sense of particular exercises and procedures, even if this sense is general. Furthermore, the corporality and lifestyle of patients are significantly different. The definition of objectives important for the patient might be different from the model of work described in literature. In some situations patients prefer to work on a different aspect of their disability, because it gives them greater self-sufficiency adapted to a specific life situation. Such a definition of the work system also has a motivational nature.

Mutual definition of objectives translates into increased trust in the therapist. It would help overcome problems mentioned by many physiotherapists: interrupting exercise when the physiotherapist is out of the room, taking on strenuous activities (e.g. digging a garden) as soon as there is minor improvement which results in later deterioration of health. The problems usually arise from a belief that the entire responsibility for the treatment process falls on the medical personnel. By mutual definition of objectives and rules, a part of the responsibility could be assigned to the patient.

As my interviewees, physiotherapists, have mentioned, an essential aspect that differentiates the effectiveness of therapy applied in different types of patients is their approach to life prior to the accident. Active people involved

lubiące czynnie spędzać czas, zdecydowanie szybciej dochodzą do lepszej formy niż osoby bierne, niepodjemujące dodatkowej aktywności. Myślę, że praca nad tą postawą, choćby przeniesienie części odpowiedzialności na pacjenta, mogłoby wspomóc zmianę podejścia. Oczywiście, nie bez znaczenia jest w tym przypadku rola rodziny, chętniej do wyręczania pacjenta nawet wtedy, kiedy nie jest to wskazane. Powoduje to opóźnienie usamodzielnienia się pacjenta, czasami wzmaga chęć do pozostawania chorym, o czym pisałam wcześniej. Dlatego ważnym elementem pracy terapeuty powinna stać się współpraca z rodziną chorego, z jego najbliższym otoczeniem. Sprzyjałoby to jednocześnie pracy nad kryzysem tożsamości i relacji z bliskimi.

Bardzo istotnym elementem pracy fizjoterapeuty z pacjentem jest umiejętne motywowanie do wysiłku. W literaturze anglojęzycznej znajdziemy kilka propozycji, jak dokonać tej trudnej sztuki w bardzo ograniczonych warunkach czasowych. Jedną z nich jest Metoda Michaela Pantalona, zwana także Metodą Motywacji Błyskawicznej. Jest ona z bardzo dobrymi skutkami wykorzystywana przez lekarzy między innymi w USA, a polega na wzmocnieniu autonomii pacjenta i stworzeniu planu działania na podstawie zaledwie sześciu pytań. Lekarze w USA mają obowiązek znać tę metodę i stosować ją jako standardowy wzorzec komunikacji z pacjentem [24]. Sądzę, że warto byłoby, jeśli nie wprowadzić tę lub inne metody coachingowe do programu studiów fizjoterapeutycznych, to chociażby propagować kursy dokształcające skierowane do przedstawicieli profesji medycznych.

Moje propozycje mogą wydawać się rewolucyjne praktykom lub nawet pacjentom, którzy są często przyzwyczajeni do swojej biernej roli w procesie leczenia. Ponadto sami oni obserwują jak niewiele czasu fizjoterapeuci mają na pracę z jedną osobą. W pewnym stopniu zgadzam się z tymi uwagami, sądzą natomiast, że poświęcenie czasu na wspólne ustalenie celów terapii przełoży się na większą odpowiedzialność i motywację ze strony pacjenta, dzięki czemu praca będzie bardziej efektywna.

Zaproponowane przeze mnie rozwiązania za oczywiste mogą uznać osoby zajmujące się akademicką fizjoterapią. Oczywiście, większość przedstawionych przeze mnie zmian opisana jest w literaturze medycznej, nauczana na studiach wyższych, co nie zmienia faktu, że nie funkcjonuje w praktyce z bardzo różnych względów. Zmiany w zakresie kultury i instytucjonalizowanego funkcjonowania placówek medycznych w naszym kraju są potrzebne przede wszystkim pacjentom, ale i personelowi, którego praca dzięki temu mogłaby stać się bardziej skuteczna i satysfakcjonująca.

in many activities who follow an active lifestyle, recover significantly faster compared to passive people who do not undertake any additional activities. I think that by improving this attitude, assigning a part of the responsibility to the patient, the change of the approach would be made easier. Obviously, the role of the family members who are ready to do everything for the patient, even if it is not necessary, is important. Such an approach delays the patient's recovery of self-sufficiency and encourages them to remain sick, as I have already mentioned. For this reason, an essential aspect of the therapist's work with patient is the cooperation with the family and the closest circle of people. The cooperation would help to resolve the identity crisis and crisis of relationship with relatives, too.

Skilful motivation is another essential element of physiotherapist's work. In English-language literature one may find a few examples of how it can be done in a very limited period of time. One of the methods, the so-called instant influence method, was invented by Michael Pantalon. The method is successfully applied by doctors in the USA. It consists in strengthening of patient's autonomy and creating of a plan of action based on six questions. American doctors are required to be familiar with the method and apply it as a standard model of communication with the patient [24]. I believe it would be a worthwhile initiative to introduce this or other coaching methods into the curriculum of physiotherapy courses or to promote training courses dedicated for healthcare professionals.

My proposals may seem revolutionary to practitioners or patients who are often accustomed to their passive role in the treatment process. The patients can see that the physiotherapists can dedicate a limited amount of time to one person. To some extent I agree with those comments, but I also believe that thanks to dedicating more time to mutual definition of objectives of the therapy, the patient will assume some responsibility for the treatment and be more motivated, and the work will become more effective.

The solutions that I proposed may seem obvious to individuals who are professionally tied with academic physiotherapy. Of course, the majority of the changes that I listed are described in medical literature and taught by higher schools, but in practice they do not function for a number of reasons. The changes in terms of culture and institutionalised function of healthcare facilities in our country are necessary from the point of view of patients and personnel whose work could thus become more efficient and satisfactory.

Piśmiennictwo References

- [1] Blumer H., *Interakcjonizm symboliczny*. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2007.
- [2] Hałas E., *Interakcjonizm symboliczny*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- [3] Woroniecka G., *Interakcja symboliczna a hermeneutyczna kategoria przed-rozumienia*. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- [4] Ziółkowski M., *Znaczenie, interakcja, rozumienie*. PWN, Warszawa 1981.
- [5] Manderson L., *Surface tensions. Surgery, bodily boundaries and the social self*. Left Coast Press, Walnut Creek, California 2011.
- [6] Anderson L., *Analytic autoethnography*. *Journal of Contemporary Ethnography*, 2006, 35 (4), 373-395.
- [7] Wall S., *Easier said, than done: writing an autoethnography*. *International Journal of Qualitative Methods*, 2008, 7 (1), 38-53.
- [8] Hoffmann-Riem Ch., *Elementare Phänomene der Lebenssituation*. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1994.
- [9] Gobo G., *Doing ethnography*. Sage Publications, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore 2008.
- [10] Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. PWN, Warszawa 2000.

- [11] Charmaz K., *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications, London, Sage, New Delhi 2006.
- [12] Bensing J., *Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine*. *Patient Education and Counseling*, 2000, 39, 17-25.
- [13] Foucault M., *Ciało skazańców*. In: Szpakowska M. [ed.], *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, 253-259.
- [14] Ohnuki-Tierney E., *Illness and healing among Sakhalin Ainu*. Cambridge University Press, Cambridge 1981.
- [15] Abad V., Boyce E., *Issues in psychiatric evaluations of Puerto-Ricans. A sociocultural perspective*. *Journal of Operational Psychiatry*, 1979, 10, 28-39.
- [16] Del Vecchio Good M.-J., Brodwin P.E., Good B.J., Kleinman A. [eds.], *Pain as human experience. An anthropological perspective*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, California 1994.
- [17] Audi R. [ed.], *The Cambridge Dictionary of Philosophy*. Second Edition. Cambridge University Press, Cambridge 1999.
- [18] Strauss A.L., *Illness trajectories. Approaches to the study of face-to-face interaction*. *Folia Sociologica*, 1987, 13,
- [19] Goffman E., *Piętno: rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [20] Berger P.L., Luckmann T., *Spółeczne tworzenie rzeczywistości*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1983.
- [21] Hughes E.E., *Careers*. *Qualitative Sociology*, 1997, 20, 3.
- [22] Priel B., Rabinowitz B., Pels R., *A semiotic perspective on chronic pain: implications for the interaction between patient and physician*. *British Journal of Medical Psychology*, 1991, 64, 65-71.
- [23] Byczkowska D., *Proces nabywania tożsamości zawodowej. Na podstawie zawodu lekarza*. In: Konecki K.T., Chomczyński P. (eds.), *Zarządzanie organizacjami. Organizacja jako proces*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, 155-168.
- [24] Pantaloni M., *Błyskawiczne wywieranie wpływu: jak motywować siebie i innych do natychmiastowego działania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011.

Adres do korespondencji:**Address for correspondence:**

Dominika Byczkowska-Owczarek
Katedra Socjologii Organizacji i Zarządzania
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Uniwersytet Łódzki
ul. Rewolucji 1905 r. nr 41
90-214 Łódź
e-mail: byczkowska.owczarek@uni.lodz.pl

Wpłynęło/Submitted: XII 2014
Zatwierdzono/Accepted: XII 2014