

Elżbieta CZYKWIN

MIEDZY RZECZYWISTOŚCIĄ STAROŚCI
A „NOWĄ EWANGELIĄ ZDROWIA”
Doświadczenie wstydu i wstrętu
przez domowych opiekunów sędziwych i chorych krewnych

Świat ludzi zdrowych i świat ludzi chorych oddalają się od siebie. Znaki tego oddalania się stanowią hospicja, domy starców czy szpitale. Miejscami odosobnienia stają się też anonimowe wspólnoty internetowe, rzadko nawiedzane przez ludzi zdrowych. Rzeczywistość cierpienia i śmierci jest dla osób zdrowych tak przyziemna i rozczarowująca, że wolą oni tkwić w przytulnym kokonie przeświadczenia, iż jeśli prowadzić będą zdrowe życie, podobny los ich nie dotknie.

Jeśli udręka stanowi emocję cierpienia, to wstyd stanowi emocję zniewagi, porażki, wykroczenia i alienacji. Chociaż strach dotyczy życia i śmierci, a udręka zmienia świat w dolinę łez, to właśnie wstyd uderza najgłębiej w serce człowieka. Jakkolwiek strach i udręka boją, to ich rany są zadane z zewnątrz i sięgają jedynie do powierzchni ego, natomiast wstyd odczuwany jest jako wewnętrzna udręka, choroba duszy.

Silvan S. Tomkins, *Exploring Affect*¹

Badacze zajmujący się problematyką gerontologiczną koncentrują swoją uwagę przede wszystkim na tak zwanym trzecim wieku, który przypada na lata między sześćdziesiątym a osiemdziesiątym dziewiątym rokiem życia i dzieli się na dwa podokresy: wczesną starość między sześćdziesiątym a siedemdziesiątym czwartym rokiem życia (osoby w tym wieku określane są jako „młodzi starzy”) oraz późną starość między siedemdziesiątym piątym a siedemdziesiątym dziewiątym rokiem życia (osoby te to „starzy starzy”)². Nieporównanie rzadziej przedmiotem badań są osoby w wieku powyżej osiemdziesięciu lat,

¹ *Exploring Affect: The Selected Writings of Silvan S. Tomkins*, red. E.V. Demos, Cambridge University Press, Cambridge 1995, s. 421. Jeśli nie podano inaczej, tłumaczenie fragmentów prac obcojęzycznych – E.C.

² To właśnie osoby w trzecim wieku są adresatami porad i sugestii dotyczących trybu życia, który pozwala zachować czy wręcz poprawić jego jakość. Składają się na nie wskazówki dotyczące kondycji fizycznej i diety, ale także zagospodarowania wolnego czasu dzięki różnego rodzaju aktywności, na przykład społecznej, intelektualnej, rozrywkowej czy sportowej. Wiele z tych porad przepelnia optymizm i nadzieja, że życie ludzkie może zostać przedłużone, a ostatecnie lata życia mogą wiązać się z poczuciem samospelnienia i komfortu.

czyli te, które wkroczyły w tak zwany czwarty wiek, a więc starość sędziwą, czy osoby długowieczne – powyżej dziewięćdziesiątego roku życia.

Ponadto uwaga badaczy koncentruje się na samych osobach starych, szczególnie w aspekcie ich zdrowia fizycznego³, nieporównanie rzadziej zaś na ich opiekunach. Tymczasem coraz szybsze przedłużanie się ludzkiego życia⁴ wywołuje konieczność zapewnienia im wsparcia. W Polsce opieka nad ludźmi starszymi ma miejsce najczęściej w ich domach i angażuje dzieci osoby sędziwej oraz ich żony czy mężów. W niniejszym artykule przedmiot rozważań stanowi właśnie sytuacja opiekunów. Krewni, niejako „uwięzieni” w roli opiekunów⁵, doświadczają emocji, dotarcie do których powie nam wiele – jak można sądzić – o istocie ich sytuacji. Ujęcie takie będzie miało charakter nie tyle fenomenologii, ile analizy ramowej według koncepcji Ervinga Goffmana⁶, który twierdził, że badacz świadomie operuje conceptami analitycznymi⁷ i rzeczywistymi faktami, „pasując” je ze sobą⁸.

³ Dobrym tego przykładem jest ukucie terminu „choroby okresu starczego”. Należą do nich między innymi choroba Alzheimera oraz demencja, dające takie objawy, jak: uczucie zagubienia, dezorientacji i lęku, drażliwość, agresja, urojenia prześladowcze i nierozpoznanawanie najbliższych osób. Problemem stają się codzienne czynności, takie jak ubieranie się czy jedzenie, czego powodem jest spowolnienie ruchów i zaburzenia koordynacji oraz równowagi. Późnej starości towarzyszy też często choroba Parkinsona, objawiająca się drżeniem kończyn i zaburzeniami mowy, a także nadciśnieniem tętniczym. Procent osób starszych chorujących na nadciśnienie, cierpiących z powodu nowotworów, cukrzycy, chorób zwyrodnieniowych stawów, otyłości, osteoporozy czy depresji znacząco rośnie. Inną dolegliwością nasilającą się w starszym wieku jest inkontynencja, czyli nieprzytrzymanie moczu (NTM), występująca pięć razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. NTM stało się chorobą społeczną i dotyka 10-15% ludzi na świecie, wśród których 80% to kobiety.

⁴ Jeszcze pięćdziesiąt lat temu średnia długość życia kobiet w Polsce wynosiła 47,8 lat, mężczyzn zaś – 45,1 lat. W ciągu najbliższego ćwierćwiecza długość życia kobiet ma osiągnąć średnio 81 lat, a mężczyzn 74 lata. Zob. *Starzenie się – zegar biologiczny*, oprac. M. Chełmecka, http://www.ttkf.org.pl/rekreacja_ruchowa/artykuly/12.html.

⁵ Związane jest to z minimalizowaniem znaczenia cierpienia opiekuna w stosunku do cierpienia podopiecznego. Tymczasem opiekunowie przeżywają żal, bezsilność, niepewność, znużenie, poczucie winy, wstręt i przeciążenie obowiązkami, co prowadzi niejednokrotnie do depresji. Stwierdzono, że 11-52% opiekunów, zwłaszcza kobiet, zapada na depresję. Długotrwałe sprawowanie roli opiekuna prowadzić może do cukrzycy, chorób serca, wrzodów żołądka oraz skrajnego osłabienia systemu odpornościowego. Por. Fundacja Razem Zmieniamy Świat, *Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu*, red. M. Jagielska i in., <http://cdn.damy-rade.info/uploads/media/default/0001/01/2016-Damy-rade-poradnik-4.pdf>, s. 70.

⁶ Zob. M. C z y ż e w s k i, *Analiza ramowa, czyli „Co tu się dzieje?”*, w: E. Goffman, *Analiza ramowa. Esej z organizacji doświadczenia*, tłum. S. Burdziej, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2010, s. VII-LX (<http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/4203/Czyzewski%202010%20Analiza%20ramowa%20w%20Goffman%20Analiza%20ramowa.pdf?sequence=1&isAllo-wed=y>).

⁷ Zob. E. G o f f m a n, *Analiza ramowa. Esej z organizacji doświadczenia*; zob. też: t e n z e, *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*, Harper and Row, New York 1974.

⁸ Zdaniem Goffmana badacz postępuje jak rzemieślnik wstawiający drzwi: operuje zarówno drzwiami, jak i futryną. W rozwoju nauki koncepty analityczne są zastępowane innymi, bardziej

W badaniach stanowiących podstawę niniejszego artykułu, przeprowadzonych metodą wywiadu, uczestniczyło dwadzieścia osób, krewnych-opiekunów chorych osób sędziwych. Podopieczni – piętnaście kobiet i pięciu mężczyzn w wieku od dziewięćdziesięciu do dziewięćdziesięciu ośmiu lat, wywodzących się z różnych środowisk społecznych – byli na stałe uzależnieni od opiekunów i nie mogli funkcjonować samodzielnie. Opiekowali się nimi ich krewni: osiemnaście kobiet i dwóch mężczyzn. Wiek opiekunów wynosił od sześćdziesięciu do sześćdziesięciu dziewięciu lat, troje z nich pracowało zawodowo, pozostali (siedemnaście osób) było emerytami. Pięcioro z opiekunów doświadczało poważnych problemów z własnym zdrowiem. Jeden z nich miał wykształcenie podstawowe, czternaście osób – średnie, a pięć – wyższe. Sytuację materialną swoich rodzin oceniali oni następująco: jako bardzo dobrą – jedna osoba, dobrą – trzy osoby, średnią – dziewięć osób, złą – dwie osoby, bardzo złą – pięć osób. W badanej grupie opiekunów pięć osób dysponowało pomocą zawodowych opiekunek, inni (osiem osób) mogli liczyć na pomoc rodziny, dwie osoby mogły na nią liczyć wyłącznie w sytuacjach kryzysowych, a pozostali (pięć osób) zdani byli tylko na siebie. Wszyscy badani mieszkali na terenie Białegostoku.

Artykuł jest rekapitulacją i prezentacją wniosków, jakie nasunęły się w związku z wynikami przeprowadzonych wywiadów, a także podsumowaniem zawartej w literaturze naukowej wiedzy dotyczącej omawianego zagadnienia.

Nasza kultura cechuje ogromne zróżnicowanie rzeczywistych postaw⁹ wobec osób starych, uzależnionych od swoich opiekunów. Socjologowie donoszą o bezprzykładnym okrucieństwie wobec starych, bezradnych rodziców, ale także o aktach niebываłego, trwającego przez dziesiątki lat, codziennego poświęcenia związanego z opieką nad nimi. Przytoczyć można wiele przykładów zachowań pośrednich, znajdujących się między tymi skrajnościami. W niektórych rodzinach jedne z dzieci okazują zrozumienie, empatię czy codzienną pomoc chorym, sędziwym rodzicom, inne zaś dystansują się, niejako „zastygają” w oczekiwaniu na spadek, wykazują wyraźną niechęć do rodzeństwa, które wzięło na siebie trud opieki nad niedołążną matką czy ojcem, izolują się, albo też zachowują się w inny, nieoczekiwany i zaskakujący sposób. W wyniku tego starzy matka, ojciec, teściowa lub teść stają się ogniskiem podziałów społecznych i naruszeń więzi rodzinnych.

Celem niniejszego artykułu jest dokonanie swego rodzaju wiwisekcji przypadków krewnych-opiekunów zaangażowanych w opiekę nad osobami

produktywnymi, które pozwalają na budowanie szerszej i głębiej wyjaśniających teorii. Proces ten, prowadzący od starych definicji i klasyfikacji, przez nowe przykłady, nowe ujęcia, wyjątki (ang. vulnerabilities), do nowych sformułowań, Goffman porównał do spirali. Por. P. M a n n i n g, *Erving Goffman and Modern Sociology*, Polity Press, Cambridge 1992, s. 51-55.

⁹ Warto podkreślić, że większość ludzi dorosłych deklaruje gotowość niesienia codziennej pomocy swoim niepełnosprawnym rodzicom, rzeczywistość jednak bywa wysoce zróżnicowana.

niedoleżnymi. Analiza ta zmierzać będzie do odsłonięcia doświadczanych przez opiekunów trudności natury emocjonalnej i psychospołecznej albo – mówiąc inaczej – przybliżenie odpowiedzi na pytanie, dlaczego opieka nad osobami starszymi, uzależnionymi od swoich dzieci, jest w sensie społecznym tak trudna.

Odpowiedź na to pytanie wydaje się ważna z co najmniej kilku powodów. Po pierwsze, wzrasta w Polsce liczba osób starych – w tym osób wymagających opieki w wyniku biologicznego wydłużenia się życia – a wraz z nią narasta problem ludzi sędziwych. W związku z tym zmienia się również paradygmat chorowania¹⁰. Po drugie, pomoc udzielana opiekunom osób starych jest w najwyższym stopniu niewystarczająca. Zapewnienie takiej pomocy wymaga zrozumienia niuansów trudności natury psychospołecznej doświadczanych przez ich rodzinę. Po trzecie, trudności te nie mają charakteru jawnego – przeciwnie, są tabuizowane i skrywane jako wstydlive, przynależne do świata prywatnego, wręcz intymnego, do sfery związanej z czynnościami, które budzą wstręt; nade wszystko jednak trudności te są sygnałami śmierci i umierania. Po czwarte, do zastąpienia rodziny skoncentrowanej na dzieciach (ang. child-centered) rodziną skoncentrowaną na babci czy dziadku (ang. granny/grandpa-centered) dochodzi zwykle wtedy, gdy opiekunowie rodzinni znajdują się najczęściej w apogeum dokonań zawodowych lub są już na zasłużonej emeryturze¹¹. Często po latach ciężkiej pracy na „dwóch etatach”, zawodowym i rodzinnym, uzyskują zadawalający status materialny, mogą cieszyć się odchowanymi dziećmi i wnuczętami, są w miarę zdrowi i świadomi własnych potrzeb, zdolni realizować własną wolność (w myśl stwierdzenia, że aby poczuć się młodym, trzeba się nieco zestarzeć).

Obok celu pragmatycznego artykuł ten ma również cel teoretyczny: jest nim weryfikacja produktywności podejścia do rozpatrywanego zagadnienia przy użyciu konceptualnego klucza, jakim jest odwołanie się do emocji wstydu, a także do powiązanej z nią emocji wstrętu.

OPIEKA NAD OSOBAMI SĘDZIWYMI W DOMU

Zazwyczaj opiekę domową, spersonalizowaną, przeciwstawia się – podążając tropem myśli Goffmana – takim instytucjom, jak domy starców czy szpitale, a więc instytucjom totalnym¹², czyli organizacjom społecznym, które

¹⁰ Por. E. C z y k w i n, *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015, s. 56.

¹¹ W języku potocznym mówi się o „drugiej młodości”, jaką przeżywają osoby będące na emeryturze.

¹² William May podtrzymuje tę antynomię, wskazując na fakt, że obecnie 80% Amerykanów umiera w domu, co wiąże się z ogromnym wzrostem „nursing home industry”, ale też z coraz większą izolacją osób terminalnie chorych od reszty społeczeństwa, jak i izolacją społeczeństwa od nich (por. W. M a y, *Afflicting the Afflicted*, w: *On Moral Medicine: Theological Perspectives in Medical*

stwarzają dla osób z nimi związanych rodzaj odrębnego świata, rządzącego się własnymi prawami i odseparowanego od reszty społeczeństwa mniej lub bardziej szczelnymi barierami¹³. Podział ten nie wydaje się dziś wystarczająco rozłączny, a przez to nie jest też wystarczająco produktywny¹⁴: także w domach rodzinnych opiekunami bywają osoby niespokrewnione z chorymi, przenoszące na grunt domowy reguły opieki właściwe dla szpitali czy domów opieki. Prowadzi to do ograniczania pacjentowi swobody wyboru i manipulowania nim zgodnie z dążeniami opiekunów¹⁵. Tendencja do zatrudniania zawodowych opiekunek osób „przywiązanych do łóżka” w domu, wyraźnie widoczna w USA, w Polsce obecnie narasta, najczęściej jednak obowiązki opiekunki (rzadziej opiekuna) pełnią najbliżsi z kręgu krewnych.

Wydaje się, że w przyszłości dominować będzie opieka nad osobami starymi sprawowana w domu przez osoby w tym celu zatrudnione. Obecnie w Polsce należy ona w 80% do szarej strefy, co oznacza, że nie ma gwarancji, iż opiekunowie są osobami niekarzanymi, nie zawiera się też umowy o nieprzyjmowaniu prezentów i spadków, brakuje ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, gwarancji wiedzy specjalistycznej, a nawet pewności, że opiekun stawi się do pracy. Zarówno świadczenie opieki, jak i zatrudnianie opiekunów na takich warunkach są przestępstwem. Istnieją również zalegalizowane instytucje – jest ich w Polsce pięćdziesiąt osiem – oferujące zróżnicowaną pomoc na trzech poziomach: asystenta domowego, domowego opiekuna medycznego oraz opiekuna pielęgniarckiego, w zależności od tego, czy osoba potrzebuje stałej opieki i jakiego stopnia profesjonalizmu wymaga opieka nad nią. Często też opiekunami są wolontariusze oraz osoby z zagranicy (często zatrudnia się na przykład Ukrainki). Od cudzoziemców wymagana jest na ogół dobra znajomość języka polskiego¹⁶. Pewnym novum, które coraz bardziej się upowszechnia, jest teleopieka. Polega ona na zdalnym informowaniu wskaza-

Ethics, red. S. Lammers, A. Verhey, Wm.B. Eerdmans Publishing Co., Grand Rapids, Michigan, 1998, s. 855). Wcześniej większość Amerykanów umierała w instytucjach; można nawet powiedzieć, że doświadczenie umierania w instytucjach totalnych stało się wspólnym doświadczeniem mieszkańców USA (por. F.D. G l a m s e r, D.A. C a b a n a, *Dying in a Total Institution: The Case of Death in Prison*, w: *Handbook of Death and Dying*, red. C.D. Bryant, Sage Publications, Thousand Oaks–London–New Delhi 2003, s. 495).

¹³ Zob. E. G o f f m a n, *Charakterystyka instytucji totalnych*, w: *Współczesne teorie socjologiczne*, red. A. Jasińska-Kania i in., Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006, t. 1, s. 51-69.

¹⁴ Zob. Ch. D a v i e s, *Goffman's Concept of the Total Institution: Criticisms and Revisions*, „Human Studies” 12(1989) nr 1-2, s. 77-95.

¹⁵ Zob. T. Z b y r a d, *Instytucje opieki totalnej jako forma zniewolenia i kontroli nad człowiekiem potrzebującym pomocy – na przykładzie domów pomocy społecznej*, „Roczniki Nauk Społecznych” 40(2012) nr 2, s. 51-69 (https://www.kul.pl/files/852/media/RNS/pdf-y/2012/2012_2-_zbyrad.pdf).

¹⁶ Zob. A. F e d o r o w i c z, *Jak wybrać domową pielęgniarkę lub opiekuna*, „Gazeta Wyborcza” z 25 XI 2016, s. 12-17.

nych osób o zagrożeniu osoby chorej i natychmiastowym wdrażaniu procedur wzywania pomocy¹⁷.

ZAŁOŻENIA

Zastosowanie kategorii emocji wstydu, a także wstrętu, jako klucza do analizy problemów relacyjnych i interakcyjnych opiekunów, wydaje się obiecujące i produktywne. Poniżej zaprezentowano główne wcześniejsze ustalenia teoretyczne, istotne z punktu widzenia celu tej pracy. Wyznaczają one perspektywę myślenia na omawiany temat i w dalszej części pracy zostaną wykorzystane w analizie materiałów zebranych podczas wywiadów.

Jak stwierdzają Jonathan H. Turner i Jan E. Stets: „Badanie emocji jest obecnie w gruncie rzeczy w awangardzie mikrosocjologii, a emocje coraz częściej bywają postrzegane jako ważny łącznik między mikro- i makropoziomem rzeczywistości społecznej”¹⁸. Badanie emocji przełamuje potocznie przyjmowane podziały na to, co r a c j o n a l n e, i to, co e m o c j o n a l n e. David Goleman wykazał, że nie intelekt, lecz (w osiemdziesięciu procentach) samoświadomość stanowi czynnik predykcyjny dla życiowego sukcesu oso-

¹⁷ Na Zachodzie teleopieka jest powszechna i finansowana za pomocą tak zwanych bonów opiekuńczych. Osoba chora nosi rodzaj bransoletki z czujnikiem upadku, który informuje firmę opiekuńczą, że takie zdarzenie nastąpiło. Urządzenia wykorzystywane w teleopiece sprawdzają się lepiej niż na przykład telefon komórkowy, gdyż w sytuacji utraty świadomości przez chorego włączają się one samoczynnie. Poziom usług teleopiekuńczych jest zróżnicowany, począwszy od podstawowych funkcji alarmowych w rodzaju „przycisku życia”, po zaawansowane systemy, połączone z geolokalizacją i diagnostyką online.

Koszty opieki nad osobami chorymi i w podeszłym wieku są zróżnicowane i częściowo pokrywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Najtańszy miesięczny pakiet opieki (obejmujący krótką wizytę co kilka dni) kosztuje od 250 do 700 złotych. Teleopieka jest zdecydowanie tańsza, miesięczny abonament wynosi od 60 do 800 złotych.

Teleopieka oraz instytucjonalna opieka nad osobami chorymi wydają się wyznaczać najbardziej obiecujące strategiczne perspektywy na przyszłość. W tym kontekście dobry przykład stanowi rewolucja w opiece domowej nad osobami starszymi zapoczątkowana przez holenderskiego pielęgniarza Josa de Bloka, który poddał krytyce zjawisko „optymalizacji” i ekonomizacji pracy opiekuńczej. Optymalizacja polegała na zobowiązaniu opiekuna na przykład do zrobienia zastrzyku w ciągu dziesięciu minut czy wykapania chorego w ciągu piętnastu minut, co prowadziło do ciągłego pośpiechu, napięcia, frustracji i uprzedmiotowienia pacjenta oraz opiekuna. De Blok założył własny dwunastoosobowy, samoorganizujący się zespół (Buurtzorg Nederland), pracujący i współpracujący z sąsiadami i rodziną. W zespole nie ma szefów, a z podopiecznym kontaktują się najwyżej dwie osoby. System ten okazał się niezwykle efektywny, a spontaniczny rozrost firm de Bloka, które w ciągu dziesięciu lat zatrudniły siedem tysięcy pracowników, dowodzi, że tego rodzaju model będzie się upowszechniał. Zob. np. strony internetowe Buurtzorg Nederland (<http://www.buurtzorgnederland.com/>) i Buurtzorg USA (<http://www.buurtzorgusa.org/>).

¹⁸ J.H. T u r n e r, J.E. S t e t s, *Socjologia emocji*, tłum. M. Bucholc, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 15.

by¹⁹. Okazuje się też, że ludzie pozbawieni emocji nie są w stanie podejmować decyzji o charakterze moralnym²⁰. Aleksytymia (analfabetyzm moralny, zwany też „chorobą dyrektorską”²¹), zaburzenie, w którym emocje nie mają dostępu do świadomości i w konsekwencji nie mogą być także komunikowane, zakłóca relacje międzyludzkie i może stać się podstawą dysfunkcji osobowych.

Znaczenie emocji niweluje też potoczne przeciwstawienie tego, co s o m a t y c z n e, temu, co s p ó ł e c z n e²². Postulat holistycznego podejścia do człowieka przestaje być jedynie życzeniem w świetle wyników badań, które pozwalają dziś na takie kategoryczne stwierdzenia, jak: „Wszystkie rodzaje chorób można objaśnić brakiem wspierających związków”²³ czy: „Ludzie myślą [...], że dochody są czymś ważniejszym dla ich dobrego samopoczucia niż relacje osobiste, chociaż dane dość jasno wskazują, że jest odwrotnie”²⁴, bądź też: „W zaokrągleniu, małżeństwo jest «ekwiwalentem» szczęścia, jakie powoduje czterokrotne podwyższenie twych rocznych zarobków”²⁵. Jako ostatnią przytoczmy wypowiedź odnoszącą się do odporności organizmu: „Ramy, w jakich pojawia się rozpoznawanie immunologiczne, nie mogą być traktowane jedynie jako kontekst, w którym działają komórki, molekuły, antygeny i receptory, ale też jako wszelkie dziedziny życia, w których jednostki same siebie definiują. [...] coraz częściej zaczynamy patrzeć na odporność organizmu w kategoriach spójności wyrażania samego siebie. [...] Układ odpornościowy funkcjonuje nie tyle jak żołnierz, ile raczej jak ogrodnik; bardziej jak grupa straży sąsiedzkiej niż jak oddział policji”²⁶.

Interakcyoniści symboliczni (ich pogląd podzielam) przedstawiają życie społeczne jako nieustającą interakcję, w której jaźń osoby wyłania się w licz-

¹⁹ Zob. D. G o l e m a n, *Inteligencja emocjonalna. Sukces w życiu zależy nie tylko od intelektu, lecz od umiejętności kierowania emocjami*, tłum. A. Jankowski, Media Rodzina, Poznań 1997.

²⁰ Zob. W. D z i a r n o w s k a, P. P r z y b y s z, *Emocje moralne jako podstawa zmysłu moralnego. Defekty zmysłu moralnego*, „Rocznik Kognitywistyczny” 4(2011), s. 57-64 (<http://www.ejournals.eu/Rocznik-Kognitywistyczny/2010/Rocznik-Kognitywistyczny-IV-2010/art/1261>).

²¹ A. B i l i k i e w i c z, W. S t r z y ż e w s k i, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa, 1992, s. 483.

²² Zob. E. C z y k w i n, *Choroba jako przyczyna samotności, a może samotność jako przyczyna choroby? Stereotypowe przekonanie w świetle wyników badań* (Nieopublikowane wystąpienie na Konferencji „Pacjent «Inny» wyzwaniem opieki medycznej”, 9 XII 2016, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok).

²³ D. H a l p e r n, *Zdrowie i dobre samopoczucie*, w: *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Znak, Kraków 2008, s. 686.

²⁴ A. C a m b e l l, P. C o n v e r s e, W. L. R o d g e r s, *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*, Russell Sage Foundation, New York 1976, s. 26.

²⁵ R. D. P u t n a m, *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York 2000, s. 333.

²⁶ R. J. B o o t h, J. W. P e n n e b a k e r, *Emocje a odporność*, tłum. M. Kacmajor, w: *Psychologia emocji*, red. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 712n.

nych wysiłkach ciągłego monitorowania „ja”, niejako przyglądania się sobie w specyficznym zwierciadle informującym, na ile „ja” podoba się innym, a w jakim stopniu jego wygląd mógłby budzić niesmak. Nieustanne monitorowanie i dostrajanie się do odczuć innych osób może się dokonywać dzięki odczuwaniu wstydu (w koncepcji Goffmana – zażenowania), stanowiącego sygnalizator naruszenia więzi czy, innymi słowy, niespójności „ja” z oczekiwaniami innych. Pojęcie „ja” odzwierciedlonego, zaproponowane zostało przez Charlesa Cooleya, który wskazywał na wstyd (i dumę) jako uniwersalne reakcje emocjonalne na wyobrażane przez osobę dotyczące jej myśli, sądy i uczucia innych. Wspomniane reakcje emocjonalne stanowią jednocześnie sygnały zacieśnienia bądź naruszenia więzi społecznej. Reasumując słowami najbardziej konsekwentnego twórcy koncepcji wstydu, Thomasa Scheffa: „Wstyd jest zdecydowanie społeczną emocją, pojawiającą się w rezultacie przyjęcia przez podmiot punktu widzenia innych, służącego obserwacji własnych zachowań”²⁷.

W bardziej szczegółowym ujęciu wstyd należy do tak zwanych emocji samoświadomościowych (nie zaś emocji pierwotnych bądź czystych). Kategoria ta obejmuje zażenowanie, dumę, wstyd i poczucie winy, a także na przykład zazdrość, empatię czy zawiść²⁸. Emocje pojawiają się w późniejszym okresie życia w wyniku złożonych procesów k o g n i t y w n y c h (podkreślenie – E.C.), których oś stanowi osobowe „ja”. Ewaluacja własnego „ja” jako „ja” kogoś odnoszącego sukces czy porażkę zależy od samej osoby i od przyjętych przez nią norm, zasad i celów. Wyjaśnianie przyczyn własnych i cudzych zachowań (atrybucja) to proces, który odnosi się do bardziej lub mniej centralnych charakterystyk „ja”. Jak stwierdza Erik H. Erikson, wstyd powstaje wtedy, gdy „człowiek jest całkiem odsłonięty i świadomy tego, że ktoś go obserwuje, czyli – innymi słowy – uświadamia sobie swoje Ja”²⁹. W koncepcji tego autora tożsamość osobowa stanowi leitmotiv psychosocjologicznego modelu rozwoju, a w centrum uwagi znajduje się osobowe „ja”³⁰.

W naszej kulturze wstyd nie jest widoczny, ulega raczej zakwestionowaniu i wyparciu, stając się wstydem nieuświadamianym. Do takiego wniosku

²⁷ T.J. S c h e f f, *Shame and Conformity: Social Components in Depression* „Psychiatry” 64(2001) nr 3, s. 11.

²⁸ Por. M. L e w i s, *Shame: The Exposed Self*, Free Press, New York 1992, s. 10. Zob. też: t e n ż e, *The Self in Self-Conscious Emotions*, w: D. Stipek, S. Recchia, S. McClintic, *Self-Evaluation in Young Children*, University of Chicago Press, Chicago 1992, s. 85-95; t e n ż e, *Emocje samoświadomościowe*, w: *Psychologia emocji*, s. 780-797.

²⁹ E.H. E r i k s o n, J.M. E r i k s o n, *Dopelniony cykl życia*, tłum. C. Matkowski, Wydawnictwo Sensus, Warszawa 2011, s. 21.

³⁰ Zob. E. H. E r i k s o n, *Tożsamość a cykl życia*, Zysk i S-ka, Poznań 2004; zob. też: L. W i t k o w s k i, *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*, Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej, Łódź 2009.

prowadzą nie tylko klasyczne badania Sigmunda Freuda³¹, ale także prace Helen Lewis³², Silvana Tomkinsa³³, a przede wszystkim monumentalne dzieło Norberta Eliasa *Spoleczeństwo jednostek*³⁴. Sheff włącza ten pogląd w ramy swojego szerokiego rozumienia wstydu³⁵, opisując mechanizm kwestionowania wstydu. Jak to trafnie ujął Gershen Kaufman, wskazując jednocześnie na jego rekursywny charakter: „Wstydem jest się wstydzić”³⁶.

Ład społeczny pojmowany jako siatka spójnych więzi społecznych opiera się na „syntonii” interakcyjnej, czyli zdolności dostrajania się jednostek do interakcji, i jest w sposób ciągły subtelnie regulowany przez sygnały wstydu i dumy³⁷.

Kwestionowanie wstydu można traktować – upraszczając nieco problem – jako „psucie” wrażliwego mechanizmu społecznego, co powoduje „rozstrojenie” czy też dysharmonię w obrębie społecznego ładu, a także wystąpienie niepożądanych skutków po stronie jednostki³⁸. Zakwestionowany wstyd zawiera w sobie potencjał agresji i alienacji, co zostało zobrazowane za pomocą tak zwanej spirali wstydu-gniewu³⁹ i staje się źródłem do przemocy w relacjach międzyludzkich. Wykazała to między innymi psychoterapeutka Melvin Lansky, analizując kłótnie małżeńskie⁴⁰. Píše ona: „Nierozpoznawalne na pierwszy rzut oka poniżanie żony przez męża [...] stanowi insynuację i prze-

³¹ Zob. S. F r e u d, *Wstęp do psychoanalizy*, tłum. S Kempnerówna, W. Zaniewicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

³² Zob. H. L e w i s, *Shame and Guilt in Neurosis*, International Universities Press, New York 1971; por. E. C z y k w i n, *Wstyd*, Impuls, Kraków 2013, s. 64-67.

³³ Zob. S.S. T o m k i n s, *Affect, Imagery, Consciousness*, t. 2, *The Negative Affects*, Springer, New York 1963; por. C z y k w i n, *Wstyd*, s. 72-78.

³⁴ Zob. N. E l i a s, *Spoleczeństwo jednostek*, tłum. J. Stawiński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008; zob. też: t e n ż e, *The Civilizing Process: The History of Manners*, Pantheon Books, New York 1978; por. C z y k w i n, *Wstyd*, s. 72-78.

³⁵ Zob. T.J. S c h e f f, *Microsociology: Discourse, Emotion and Social Structure*, University of Chicago Press, Chicago 1990.

³⁶ G. K a u f m a n, *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes*, Springer Publishing Company, New York 1989, s. 17. Por. C z y k w i n, *Wstyd*, s. 75n.

³⁷ Zob. T.J. S c h e f f, S.M. R e t z i n g e r, *Shame as the Master Emotion of Everyday Life*, „Journal of Mundane Behaviour”, 1(2000) nr 1, s. 34-59 (https://www.academia.edu/476112/Shame_as_the_master_emotion_of_everyday_life).

³⁸ Zob. S c h e f f, *Shame and Community: Social Components in Depression*; t e n ż e, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, Aldine, Chicago 1966.

³⁹ Por. t e n ż e, *Bloody Revenge: Emotions, Nationalism, and War*, Westview Press, Boulder, Colorado, 1994, s. 68; zob. też: C z y k w i n, *Wstyd*, rozdz. „Wstyd i agresja”, s. 81-98.

⁴⁰ Zob. M.R. L a n s k y, *Family Therapy and Major Psychopathology*, Grune & Stratton, New York 1981; t a ż, *Fathers who Fail: Shame and Psychopathology in the Family System*, The Analytic Press, Hilsdale, New Jersey–London 1992. Zob. też: E. C z y k w i n, *Konflikty małżeńskie w kontekście emocji wstydu*, w: *Wychowanie w rodzinie*, t. 5, *Obrazy rodziny w ujęciu pedagogicznym i historycznym*, red. A. Szerląg, S. Walasek, Atut, Wrocław 2012, s. 123-145.

staje nią być dopiero wtedy, kiedy dyskredytacja żony staje się jawna. Jej pełne wstydu taktyki zamaskowane są przez stosowanie strategii przemienne go chwalenia i poniżania męża, raz przez stwierdzanie, jaki jest «silny i męski», a następnie przez upokarzanie go. Prawdopodobnie czuje się ona zawstydzona stosowaniem takich taktyk wobec męża⁴¹. Rolę „wyzwalacza” agresji w sytuacji zakwestionowanego wstydu pełni ważna kategoria emocjonalna, jaką jest p o n i ż e n i e (ang. humiliation).

Literatura naukowa dotycząca w s t r ę t u jest niezwykle bogata i różnorodna⁴². W jej świetle warto wskazać na ontologiczne związki wstydu ze wstrętem, które stanowią o istotnym pokrewieństwie tych przykrych emocji.

Wstyd i wstręt należą do tej samej rodziny emocji samoświadomościowych, które kształtują się w późniejszym okresie życia, ale mają pierwotny rdzeń, jakim jest – w przypadku wstydu – jądro tożsamości konstruowane w okresie wczesnego dzieciństwa, kiedy zasadniczym problemem do przepracowania przez jednostkę staje się konflikt między w s t y d e m i z w ą t p i e n i e m a a u t o n o m i ą⁴³. W przypadku wstrętu taki pierwotny rdzeń stanowi koncentracja na ustach i pożywieniu (jak stwierdził Darwin, „termin «wstręt» w najprostszych sensie oznacza coś, co ma obrzydliwy smak⁴⁴).

Jak stwierdzają Paul Rozin, Jonathan Haide i Clark R. McCauley: „Poznawcza złożoność wstrętu stawia go w rzędzie innych, wyłącznie ludzkich, emocji, takich jak duma, wstyd i poczucie winy, które również nie przybierają dojrzałej formy przed siódmym lub ósmym rokiem życia⁴⁵. Poznawcze przepracowanie i atrybucja wstydu oraz wstrętu mają charakter irracjonalny⁴⁶.

⁴¹ M. L a n s k y, *Unbearable Shame, Splitting, and Forgiveness in the Resolution of Vengefulness*, „Journal of the American Psychoanalytic Association” 55(2007) nr 2, s. 572n.

⁴² Zob. *Teoria opanowywania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, red. M. Rusaczyk, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2008; P. R o z i n, J. H a i d e, C. R. M c C a u l e y, *Wstręt*, w: *Psychologia emocji*, s. 798-819; G. K a u f m a n, L. R a p h a e l, *Shame as Taboo in American Culture*, w: *Forbidden Fruits: Taboo and Tabooism in Culture*, red. Ray B. Browne, Bowling Green University Press, Bowling Green 1984, s. 57-64; por. C z y k w i n, *Wstyd*, s. 213-224.

⁴³ Zob. E r i k s o n, *Tożsamość a cykl życia*, Zys i S-ka, Poznań 2004

⁴⁴ K. D a r w i n, *O wyrazie uczuć u człowieka i zwierząt*, tłum. Z. Majlert, K. Zaćwilichowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 256.

⁴⁵ R o z i n, H a i d e, M c C a u l e y, dz. cyt., s. 811.

⁴⁶ Przykładem mogą być różnice w odczuwaniu wstydu związanego z różnymi chorobami. Choroby weneryczne czy dotyczące narządów płciowych, na przykład schorzenia prostaty czy jajników, uznawane są za wstydlive, większość pozostałych chorób ma charakter neutralny, są jednak i takie, które bywają powodem do dumy, jak uważana za „szlachecką” podagra czy nobilitujący zawał serca. Wstręt budzą osoby pracujące w zawodach takich, jak śmieciarz, pracownik prosektorium czy „babcia klozetowa” – zajmują one niską pozycję w hierarchii zawodowej z tego właśnie powodu, nawet jeśli przesadnie przestrzegają czystości i higieny. Ludzie odczuwają obrzydzenie i wstręt, kiedy mają wypić czystą wodę, do której wcześniej sami napluli. Jako wstrętna odbierana jest także czysta woda, w której znajduje się plastikowa – czysta – imitacja karalucha.

Kultury różnią się od siebie pod względem znaczenia i siły przypisywanej tak wstydnoci, jak i wstrętnoci. Jest to doskonale widoczne w odniesieniu do pożywnienia, kiedy obie emocje niejako się uzupełniają. Niektóre potrawy budzą w kulturze Zachodu wstręt (padłe zwierzęta, mięso kotów czy psów, robaki czy ptasie odchody), a równocześnie spożywanie ich stanowi źródło wstydu.

Wstyd i wstręt są emocjami psychospołecznymi, mają jednak ekwiwalenty natury somatycznej: ekwiwalentem wstydu jest na przykład czerwienienie się czy zaciskanie diafragmy, wstrętu – mdłości i wymioty.

Ważne cechy wstydu, takie jak skrytość i rekursywny charakter, stanowią również własności emocji wstrętu. Jak stwierdzają Paul Rozin i inni, „czynniki budzące wstręt [...] łączy tylko to, że przywoici ludzie nie chcą mieć z nimi nic wspólnego”⁴⁷. Rzeczywiście, publiczne opowiadanie o kłopotach na przykład z wypróżnianiem, poceniem się czy wymiotami nie jest przyjęte, co więcej – uchodzi za wstydlive; rozmowy o śmierci, zwłokach, psującym się jedzeniu, sznurach czy karaluchach również uznawane są za niestosowne (chyba że chodzi o żart⁴⁸). W tym sensie rozmowy „wstydlive” czy dotyczące „wstrętnych” obiektów mają wspólny mianownik, jakim jest naruszenie wrażliwej struny interakcji społecznej, co po stronie jednostki wyraża się wstydem. Jak „wstydem jest się wstydnąć”, tak też wstrętne jest opowiadanie o wstrętnych rzeczach. Rekursja staje się wspólnym mechanizmem tłumienia obu omawianych tu emocji.

Wstyd i wstręt łączy ich moralny charakter. Wstyd jest języckiem u wagi konformizmu (również) moralnego⁴⁹. Charakter wstrętu trafnie opisują przeprowadzone w duchu hermeneutycznym analizy Jonathana Haidta i innych. Podsumowując analizy rozumienia tej emocji w różnych kulturach, stwierdzają oni: „Francuskie *dégoût*, niemieckie *Ekel*, rosyjskie *otwraszczenije*, hiszpańskie *asco*, hebrajskie *go-al*, japońskie *ken-o*, chińskie *aw-shin* i bengalskie *ghenna* – wszystkie te słowa mają zakres znaczeniowy obejmujący zainteresowanie ciałem, jak również społecznymi zachowaniami innych osób”⁵⁰. Również w języku polskim mówimy o wstrętnym postępowaniu czy zachowaniu: „wstrętny” znaczy też „niemoralny”, a „niemoralny” znaczy też „wstydlivy”. Moralny charakter wstydu i wstrętu uwidacznia się ponadto w funkcji, jaką w wielu religiach, zwłaszcza w judaizmie i hinduizmie, odgrywa pokarm⁵¹.

⁴⁷ Rozin, Haidt, McCauley, dz. cyt., s. 815.

⁴⁸ Szczególnie dzieci wyczuwają napięcie i emocje, jakie towarzyszą tabuizacji „obrzydlivyh” tematów, co staje się obiektem żartów.

⁴⁹ Zob. J.M. Barbalet, *Konformizm i wstyd*, tłum. M. Korzewski, w: *Socjologia codzienności*, s. 828-855.

⁵⁰ J. Haidt, P. Rozin, C.R. McCauley, S. Imada, *Body, Psyche, and Culture: The Relationship between Disgust and Morality*, w: „Psychology and Developing Societies” 9(1997), s. 117.

⁵¹ Zob. L.R. Kass, *The Hungry Soul: Eating and the Perfecting of Our Nature*, Free Press, New York 1994.

Nie zawsze jednak to co, wstydlive moralnie, jest równocześnie wstrętne. Zdradzanie przyjaciół czy mordowanie z zimną krwią jest wstrętne i odrażające, i oczywiście wstydlive, tymczasem czyny wynikające z „normalnych” ludzkich motywacji (przykładami takich działań mogą być napad na bank czy przemyt) traktowane są jako niemoralne i ewokujące wstyd, nie wydają się jednak wstrętne. Dlatego też pojęcie wstydu jest kategorią szerszą i ma charakter bardziej socjologiczny niż pojęcie wstrętu. Jak stwierdzają Rozin i inni, „wstręt staje się emocją moralną i skuteczną formą negatywnej socjalizacji”⁵². Można do tego stwierdzenia dodać: podobnie jak wstyd, lecz w szerszym zakresie.

Inny „wspólny mianownik” wstydu i wstrętu stanowią doznania estetyczne. Stygmat społeczny⁵³, czyli osobowe „logo”, poprzez które aktor społeczny jest negatywnie definiowany przez widownię społeczną, ulega często negatywnie szacowanemu obrazowaniu, które ma charakter estetyczny (jak w przypadku określeń takich, jak: „śmierdziuch”, „obszczymurek”, „tłuścioch”, „pierdziel” czy „kościotrup”). Zdefiniowanie kogoś w ten sposób wiąże się z odczuwaniem przez niego wstydu, ale często łączy się też ze wstrętem. Można sądzić, że – jak wcześniej stwierdzono – wstyd jest tu pojęciem obejmującym szerszy zakres obiektów stygmatyzowanych pod względem estetycznym, niekoniecznie budzących wstręt (na przykład: „żółtodziób” czy „ryży Niemiec”).

Młodość, uroda i sprawność są powodem do dumy, podczas gdy starość, brzydota i brak sprawności wywołują poczucie, że jest się kimś „gorszym”, a w konsekwencji zawstydzenie. Ponadto koncentracja na ludzkim ciele budzi skojarzenia ze zwierzęcą naturą człowieka, a więc z takimi wspólnymi człowiekowi i zwierzętom obszarami aktywności, jak jedzenie, wydalanie, wydzielanie, a także zachowania seksualne⁵⁴. Istnieje wiele dowodów, że wstręt stanowi obronę przed powszechnym, lecz nie zawsze uświadamianym lękiem przed śmiercią, zagrożeniem ważniejszym (bo niewątpliwym i ostatecznym) niż seksualność i agresja⁵⁵. W tym ujęciu wstręt jest naturalnym buforem pomagającym tłumić myśli związane ze śmiercią. Powyższe stwierdzenie stało się jądrem teorii opanowywania trwogi (ang. Terror Management Theory)⁵⁶. Zwłoki ludzkie i zwierzęce budzą wstręt, podobnie jak woń prototypowo wstrętna, zapach zgnilizny. W wielu badaniach uzyskano wyniki potwierdzające wysoką korelację wstrętu i lęku przed śmiercią⁵⁷.

⁵² Rozin, Haide, McCauley, dz. cyt., s. 815.

⁵³ Zob. C z y k w i n, *Stygmat społeczny*.

⁵⁴ Funkcjonują cztery teorie genezy źródeł wstrętu: wstręt podstawowy, związany z kwestionowaniem zwierzęcej natury człowieka, wstręt interpersonalny oraz moralny (por. Rozin, Haide, McCauley, dz. cyt., s. 808).

⁵⁵ Zob. E. B a c k e r, *The Denial of Health*, Free Press, New York 1973.

⁵⁶ Zob. R u s a c z y k, dz. cyt.

⁵⁷ Por. tamże, s. 46-72.

Stwierdzono, że wstyd i wstręt, jeśli występują jako emocje o bardzo silnym lub bardzo słabym natężeniu, stanowią wyraźne symptomy zaburzeń czy patologii psychicznych. Badania potwierdziły korelacje wstydu i depresji⁵⁸ czy wysokiego poziomu lęku i nadmiernej podatności na wstręt. Okazuje się też, że wstręt, szczególnie wstręt do siebie, odgrywa kluczową rolę w stanach depresyjnych oraz zaburzeniach jedzenia. Ponadto osoby uzyskujące wysokie wyniki na skali wstrętu uzyskują również wyniki wysoko skorelowane z osobowością obsesyjno-kompulsyjną oraz osobowością zależną⁵⁹. Nabyt niski poziom wstrętu może być natomiast związany z osobowością antyspołeczną.

Wstyd odnoszony jest do relacji interpersonalnych (jako ich strażnik i sygnał ich naruszenia); wstręt natomiast – do obcości, choroby, nieszczęścia i zepsucia moralnego⁶⁰. W tym kontekście osoby inne i obce traktowane są jako obiekty potencjalnie wywołujące wstręt. Potencjalnie budzi wstręt odzież po zmarłych, nawet wyprana czy wyjałowiona – zabiegi te nieznacznie tylko zmniejszają psychologiczny efekt skażenia.

W kulturze konsumpcyjnej – z jej konkurującymi oczekiwaniami, podkreślaniem znaczenia przyjemności i komfortu, indywidualizmem i jednostkową wolnością, estetyzmem, pragmatycznym racjonalizmem oraz przywiązywaniem wagi do wyobrażenia własnego „ja” (ang. self-concept) – osoby opiekujące się sędziwymi, bezradnymi schorowanymi krewnymi funkcjonują w określonych warunkach „brzegowych”.

W przedstawionych wyżej – wybranych i skrótowo scharakteryzowanych – rysach podejścia do realizacji celu tej analizy, wyakcentowano jego produktywne własności, sytuujące w centrum uwagi emocję wstydu w rozumieniu zaproponowanym przez Thomasa Scheffa. Przypomnijmy, że główny cel artykułu stanowi analiza trudności psychospołecznych związanych z opieką w warunkach domowych nad osobami sędziwymi i schorowanymi, uzależnionymi od spokrewnionych bliskich. Celem przeprowadzonych badań jest też weryfikacja produktywności podejścia wykorzystującego kategorię wstydu oraz poszukiwanie – nie do końca jeszcze rozpoznanych – związków między wstydem a wstrętem⁶¹.

⁵⁸ Zob. np. T.J. S c h e f f, *A Social-Emotional Theory of Depression*, <http://www.soc.ucsb.edu/faculty/scheff/depththeory.pdf>.

⁵⁹ Przegląd badań na ten temat zob. M. P o w e r, T. D a l g l e i s h, *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*, Psychology Press, Hove–New York 1977.

⁶⁰ Zob. P. R o z i n, M. M a r k w i t h, C.R. M c C a u l e y, *The Nature of Aversion to Indirect Contact with Other Persons: AIDS Aversion as a Composite of Aversion to Strangers, Infection, Moral Taint and Misfortune*, „Journal of Abnormal Psychology” 103(1994) nr 3, s. 495-504.

⁶¹ W kontekście poszukiwania związków wstydu ze wstrętem intelektualnym wyzwaniem wydaje się kwestia łez i płaczu. Z jednej strony łzy czy płacz są społecznie niepożądane i dlatego tłumione, podobnie jak wstyd, na co zwracał uwagę na przykład Silvan S. Tomkins (por. *Exploring Affect*, s. 37). Z drugiej strony, łzy są jedyną specyficzną ludzką wydzieliną organizmu, która nie

ŹRÓDŁA WSTYDU OPIEKUNÓW

SYNDROM OPORU

Analiza wstydu doświadczanego przez krewnych, którzy w warunkach domowych opiekują się sędziwymi chorymi, pozwala wskazać kilka jego źródeł.

„Nowa ewangelia zdrowia”

„Nową ewangelią zdrowia” nazwać można ruch propagujący „zdrowe życie”, wpisujący się w laickie, racjonalne i indywidualistyczne przesłanie naszych czasów. Spełnia ona funkcję podobną do funkcji przesłania religijnego – dostarcza wyjaśnienia i usprawiedliwienia cierpienia i choroby, daje też krzepiącą nadzieję i optymizm. Wspólne przeżywanie choroby przez opiekuna i chorego związane jest z funkcjonowaniem w ramach przestrzeni tych wartości. Można dokonać skrótovej rekapitulacji tych zmian w obliczu choroby i cierpienia. Zostały one przedstawione w poniższej tabeli.

Owa „ewangelia”, której wyrazicielem stała się klasa średnia i która została powszechnie przyjęta w krajach kultury zachodniej, nakłada nie tyle prawo, ile wręcz obowiązek praktycznego przestrzegania reguł aktywnego stylu życia. Stygmatyzacja i zawstydzanie tych, którzy nie przestrzegają zasad zdrowej diety, nie gimnastykują się, palą tytoń, nadużywają alkoholu, nieregularnie kontrolują stan własnego zdrowia czy nie przestrzegają zaleceń lekarza, wiąże się z nałożeniem na nich całkowitej odpowiedzialności za stan ich zdrowia. W ten sposób osoby chore są postrzegane jako w pewnym sensie winne nieprzestrzegania norm zdrowego życia i są traktowane – oraz traktują siebie – jako wyłącznie odpowiedzialne za własną opłakaną kondycję. Ich „grzechem” jest brak samodyscypliny i samokontroli, silnej woli, charakteru czy świadomości szkodliwości ich zachowań, które nie miały charakteru prozdrowotnego.

Pogłębianie się poczucia wstydu u tych osób jest też konsekwencją swobodnego kulturowego kwestionowania śmierci jako czegoś rzeczywistego, niepoddającego się kontroli i nieuniknionego. Uwaga publiczności społecznej koncentruje się w nieporównanie większym stopniu na cierpieniu i śmierci po-

budzi wstręt; co więcej, łzy i ich oczyszczająca, umożliwiająca lepsze widzenie funkcja uznawane są za cenne. „Łzy”, „widzenie”, „czystość” to terminy, które mogą być także rozumiane w sposób metaforyczny. Zawołanie: „Nie wstydzcie się łez!” czy określenia: „czysty jak łza” lub „śmiać się do łez” są niezwykle inspirujące. W Apokalipsie czytamy natomiast: „I otrze z ich oczu wszelką łzę, a śmierci już odtąd nie będzie” (Ap 21,4).

Aspekt religijny	Aspekt „zdrowego życia”
Ciało jako projekt zamknięty	Ciało jako projekt otwarty
Niemожność rozumowego ogarnięcia kondycji ludzkiej	Możliwość zrozumienia i wyjaśnienia wszystkiego
„Uleganie” chorobie (pasywność)	Choroba jako wyzwanie (aktywność)
Chory jako podopieczny lekarza	Chory jako racjonalny partner Rola Internetu
Brak kontroli	Kontrola, sprawczość
Zgoda na chorobę (pokora)	Niezgoda na chorobę (bunt)
Zwolnienie z odpowiedzialności za własne zdrowie	Znacząca odpowiedzialność za własne zdrowie
Czynnik zewnętrzny, niekontrolowany (wola Boża)	Czynnik kontrolowalny, wynik zaniedbań „ja”
Transcendentny wymiar choroby i cierpienia	Wymiar immanentny (choroba możliwa do uniknięcia, niekonieczna)
Śmierć jako nieostateczny koniec życia Zbawienie	Nierzeczywistość śmierci
Cierpienie jako wartość	Hedonizm
Idealizm	Racjonalizm, konsumeryzm
Osoba chora jako holistyczny, duchowy podmiot	Partykularne schorzenie
Przedmiotowość	Chore ciało
Życie i zdrowie jako wartości autoteliczne	Jakość życia jako wartość autoteliczna
Zdrowie jako dar	Zdrowie jako „warunek wstępny”
Akcent na rozwój duchowy	Akcent na zdrowy styl życia
Zgoda na brak wyboru stylu życia i ubezwłasnowolnienie	Brak zgody na redukcję puli wyborów
Niezgoda na samobójstwo	Wspieranie tzw. „dobrej śmierci”
Tajemnica śmierci	Racjonalizacja śmierci (racjonalne poszukiwanie przyczyny zgonu)
Wspólnoty religijne jako grupy wsparcia	Wspólnoty chorych jako grupy wsparcia
Relacje „face to face”	Relacje via Internet
Chory jako „one of us” Pozostawianie w rodzinnym domu	Izolowanie chorych, hospicja, domy starców
Empatyczna opieka nad pacjentem	Fachowa opieka nad pacjentem
Śmierć jako przejście do innego stanu Wiara w Zbawienie	Śmierć jako ostateczny koniec

staci fikcyjnych, na przykład bohaterów seriali, niż na rzeczywistych przykrych doznaniach osób z ich otoczenia. Co więcej, postacie ze świata wirtualnego są na ogół piękne i młode, z powodzeniem pokonują trudności życiowe, wykazując się odwagą, determinacją i efektywnością poczynań. Disney'owski Kaczor Donald spada z trzydziestego piętra wieżowca, wbija się w ziemię, rezonuje jak sprężyna, wstaje, otrzepuje piórka i energicznie działa dalej... Podobnie James Bond czy Superman są „impregnowani” na śmierć i cierpienie.

W wyniku przyjęcia takiej perspektywy świat ludzi zdrowych i świat ludzi chorych oddalają się od siebie. Znaki tego oddalania się stanowią hospicja, domy starców czy szpitale. Miejscami odosobnienia stają się też anonimowe wspólnoty internetowe, rzadko nawiedzane przez ludzi zdrowych. Rzeczywistość cierpienia i śmierci jest dla osób zdrowych tak przyziemna i rozczarowująca, że wolą oni tkwić w przytulnym kokonie przeświadczenia, iż jeśli prowadzić będą zdrowe życie, podobny los ich nie dotknie.

Dorośle dzieci sędziwych, zależnych od nich rodziców – również będące nosicielami „nowej ewangelii zdrowia” – zostają tu zderzone z jak najbardziej rzeczywistymi problemami cierpienia i choroby, które skazują ich „ewangeliczny” ethos na bankructwo. Nie są przecież w stanie zaradzić najgorszemu i zostają zmuszone do obserwowania naturalistycznie rzeczywistego procesu odchodzenia swoich najbliższych. Bankructwo to staje się źródłem wstydu. Jeśli świadomie podejmą refleksję nad tym doświadczeniem, może ona okazać się ważkim impulsem do przepracowania kwestii odpowiedzialności za innych oraz własnego realizmu poznawczego. Często jednak namysł taki zostaje stłumiony i zalega w ich psychice, rodząc rozczarowanie, gorycz, żal, agresję⁶², a także pretensje do świata.

Niepewność co do sensu cierpienia i śmierci ulega osłabieniu, kiedy w miejsce wiary pojawia się jasno zdefiniowane, racjonalne przekonanie o kontrolowalnej przyczynie złej kondycji zdrowotnej ich podopiecznych (przyczyną taka może być palenie tytoniu, picie alkoholu, zła dieta, brak ruchu czy przepracowanie). Pacjent sam powoduje swoje cierpienie i umieranie, sam jest im winny, a sędzią orzekającym o winie i niedotrzymaniu standardów prozdrowotnego życia staje się lekarz. Wstyd i poczucie winy chorych są mocno osadzone w prawie do wolności jednostki jako „kowala własnego losu”. Prawo wyboru zostaje w przypadku osób sędziwych i zależnych od innych w radykalny sposób ograniczone. Powodem tego organiczenia – jak sądzą „nowo-ewangeliści” – są same te osoby.

⁶² Związki między wstydem a gniewem zostały ukazane w literaturze przedmiotu niezwykle wnikliwie. Zob. H. L e w i s, *Shame and Guilt in Neurosis*, International University Press, New York 1971; por. też: C z y k w i n, *Wstyd*, s. 80-98; S c h e f f, *Microsociology*, s. 88; T. J. S c h e f f, S. M. R e z i n g e r, *Emotions and Violence: Shame and Rage in Destructive Conflicts*, Lexington Books, Lexington 1991, s. 68.

Upowszechnienie idei zdrowego życia ma wiele konsekwencji psychosjologicznych, które mogą być różnie wartościowane. W niniejszym tekście staram się zwrócić uwagę na sam fakt zamiany paradygmatu religijnego na „nową ewangelię zdrowia”, jej wymiary oraz konsekwencje przejawiające się wstydem tak po stronie chorych, jak i ich opiekunów.

Estetyka. Wstret

Współczesna kultura oferuje szereg fizycznych wizerunków ludzi niezwykle pięknych, „jak z reklamy”, tworząc tym samym odniesienie do porównań z „ja”. Z natury rzeczy porównania te nie wypadają korzystnie i sugerują, że nie jest się w stanie – z własnej winy i przyczyny – dorównać tym standardom⁶³. Idealne „ciało na życzenie”⁶⁴ oferowane jest jako jedynie właściwe i niezindywidualizowane (jak ciała modelek, które wydają się niezróżnicowane pod względem wzrostu, wieku i wymiarów, jak gdyby zostały sklonowane).

W takim ujęciu ciała ludzi bardzo starych stają się źródłem wstydu i wiele pracy wkłada się w ich zakrywanie czy poprawianie. Społeczna niezgoda na nieestetyczny wygląd stanowi impuls do funkcjonowania gabinetów kosmetycznych, dietetycznych, klubów fitness, siłowni, gabinetów SPA, ujawniając ogromne społeczne zapotrzebowanie na wygląd zdrowy i młody – czyli estetyczny. Leży też u podstaw niechęci do ciał nieestetycznych, na przykład otyłych⁶⁵ czy starych – a więc niezdrowych. Współcześnie, szczególnie w dużych miastach, gdzie przeważają relacje oparte na tak zwanych stycznościach, czyli licznych powierzchownych znajomościach, aparycja staje się wyeksponowaną, konstytutywną cechą tożsamości osoby⁶⁶.

W kontekście obowiązujących kryteriów piękna nieestetyczny wygląd może być źródłem stygmatyzacji⁶⁷, a w konsekwencji wstydu podmiotu. Jednakże w przypadku osób starych, uzależnionych od innych, wstyd ma poważniejsze

⁶³ Poczucie dysonansu wynikające z takich porównań jest często bezzasadne, ponieważ część tych „idealnych wizerunków” była graficznie retuszowana lub stanowi wynik pracy chirurgów plastycznych, okazuje się więc nierzeczywista – jak lalka Barbie.

⁶⁴ Z. B a u m a n, *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Wydawnictwo UMK, Toruń 1995, s. 112.

⁶⁵ Zob. World Health Organization, *Obesity and Overweight Fact Sheet*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>; A. P o l l a c k, *A.M.A Recognizes Obesity as a Disease*, „The New York Times” z 18 VI 2013, <http://www.nytimes.com/2013/06/19/business/ama-recognizes-obesity-as-a-disease.html>; M. W e i n s t o c k, *The Facts about Obesity*, „H&HN Daily” z 21 VI 2013, <http://www.hhnmag.com/articles/6385-the-facts-about-obesity>.

⁶⁶ Zob. Z. M e l o s i k, *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010.

⁶⁷ Zob. C z y k w i n, *Stygmat społeczny*, rozdz. „Wymiary stygmatyzacji”, s. 137-187.

źródło. Jest nim – zdaniem głosicieli wspomnianej wcześniej teorii opo-
wywania trwogi – wstręt⁶⁸ (ang. disgust⁶⁹). Stwierdzono, że we wszystkich
kulturach ludzie odczuwają wstręt wobec odchodów, krwi, ropy, wymiocin czy
zapachu potu, ale też much, karaluchów, myszy, dżdżownic czy psującego się
mięsa. Zdaniem antropologów wstręt to ukształtowany historycznie odruch,
pojawiający się w sytuacji zagrożenia zarażeniem i zachorowaniem, a w kon-
sekwencji śmiercią. Kobiety odczuwają wstręt silniej niż mężczyźni, ponieważ
to one odpowiadały za zdrowie rodziny i ukształtowały w sobie szczególną
wrażliwość na symptomy potencjalnego zarażenia. Ponadto kobiety, z racji
kontaktu z krwią miesięczną⁷⁰ oraz awersji pokarmowej w okresie pierwszego
trymestru ciąży⁷¹, są predestynowane do silniejszego doświadczania wstrętu.
Stwierdzono na przykład, że kobiety częściej są wegetariankami oraz spoży-
wają znacząco mniej mięsa niż mężczyźni⁷². Interesujące jest, że własna krew,
ropa, sperma, odchody, ślina czy pot wydają się nieporównanie mniej wstrętne
niż te same wydzieliny i wydaliny innych osób⁷³.

Materiał zebrany podczas wywiadów wskazuje, że odczuwanie wstrętu
przez opiekunów w relacji z ich terminalnie chorymi podopiecznymi dotyczy
szeregu aspektów bliskiego z nimi obcowania. Takie czynności, jak mycie,
szczególnie intymnych części ciała, wymienianie pampersów, dbanie o czy-
stość sztucznej szczęki, zmienianie i pranie zanieczyszczonej bielizny i po-

⁶⁸ Zob. S. Solomon, J. Greenberg, T. Pyszczynski, *A Terror Management Theory of Social Behavior: The Psychological Functions of Self-Esteem and Cultural Worldviews*, „Advances in Experimental Social Psychology” 24(1991), s. 93-159; c i ż, *The Cultural Animal: Twenty Years of Terror Management Theory and Research*, w: *Handbook of Experimental Existential Psychology*, red. J. Greenberg, S.L. Koole, T. Pyszczynski, Guilford Press, New York 2004, s. 13-34; J. Arnd, C. Routledge, C.R. Cox, J. Goldenberg, *The Worm In at the Core: A Terror Management Perspective on the Roots of Psychological Dysfunction*, „Applied and Preventive Psychology” 11(2005) nr 3, s. 191-213; *Teoria opanowywania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*; por też: Cz y k w i n, *Wstyd*, s. 214-223.

⁶⁹ Zob. W. M e n n i n g h a u s - E k e l, *Theorie und Gesschichte einer starken Empfindung*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1999.

⁷⁰ Zob. D.M.T. F e s s l e r, C.D. N a v a r r e t t e, *Domain-specific Variation in Disgust Sensitivity across the Menstrual Cycle*, „Evolution and Human Behavior” 24(2003) nr 6, s. 406-417.

⁷¹ Zob. D.M.T. F e s s l e r, *Luteal Phase Immunosuppression and Meat Eating*, „Rivista di biologia–Biology Forum” 94(2001) nr 3, s. 407-430.

⁷² Por. R. J a n o f f - B u l m a n, D.J. Y o p y k, *Random Outcomes and Valued Commitments: Existential Dilemmas and the Paradox of Meaning*, w: *Handbook of Experimental Existential Psychology*, red. J. Greenberg, S.L. Koole, T. Pyszczynski, Guilford Press, New York 2004, s. 129-137. Zapach zepsutego mięsa jest szczególnie wstrętny, a konsekwencje zatrucia nieświeżym mięsem – poważne.

⁷³ Podział na swoich i obcych jako wyraz lęku przed zakażeniem wskazuje, że ksenofobia może być ewolucyjnie wykształconym mechanizmem chronienia siebie i swoich (zob. J. F o u l k e r, *Saliency of Concerns about Disease Transmission Affects Attitudes toward Ethnic Foreigners*, <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0091012>).

ścieli, zmagania naprzemiennie z zaparciami i rozwolnieniami, wdychanie przykrego zapachu potu i moczu czy wykonywanie pedicure, budzą wstręt – i jednocześnie także wstyd z powodu jego przeżywania. Zinternalizowane na poziomie kognitywnym credo Terencjusza: „nic co ludzkie nie jest mi obce”, oraz argumenty, że opieka dotyczy przecież bliskiego człowieka, który niczemu nie jest winien i któremu należy się współczucie, stają się źródłem represjonowania niekontrolowanego odruchu wstrętu.

Wykonywanie czynności higienicznych, a także obcowanie z osobą oraz przedmiotami budzącymi wstręt prowadzi do generalizacji wizerunku siebie jako osoby „tego rodzaju” (a więc obcującej z fekaliami czy wydzielinami) i odczuwania poniżenia. Poczucie poniżenia obniża nastrój i ewokuje pragnienie „wyrwania się” z przykrego kontekstu sytuacyjnego „choćby na chwilę”, wyzwala chęć poszukiwania azylu wolnego od elementów budzących wstręt⁷⁴. Takie reakcje ucieczkowe są społecznie szczególnie źle oceniane i odbierane jako nieodpowiedzialne porzucenie chorej i sędziwej osoby oraz drastyczny wyłom w sprawowaniu roli opiekuna oraz wyraz braku współczucia i empatii wobec chorego. Prowadzi to do pogłębienia poczucia uwężenia w roli opiekuna, samotności i niezrozumienia.

Stopniowe pokonywanie wstrętu, będące często udziałem zawodowych opiekunek osób starych i przykutych do łóżka, jest trudniejsze w przypadku kobiet, które – jak stwierdzono wyżej – silniej przeżywają wstręt niż mężczyźni. Jednak to właśnie kobiety spełniają takie społecznie ważne funkcje. Mężczyźni funkcje te uważaliby prawdopodobnie za niegodne i silniej odczuwaliby je jako zagrażające poczuciu ich dumy i godności. Rola opiekuna sędziwych chorych z zasady cedowana jest na kobiety także wtedy, kiedy osobą terminalnie chorą jest mężczyzna, co w sytuacji wykonywania czynności intymnych mogłoby wydawać się krępujące. Co więcej, w warunkach domowych synowie starych matek, którymi się opiekują, pozostawiają tego rodzaju czynności swoim żonom lub zawodowym opiekunkom. Taka praktyka ma też często miejsce w przypadku opieki synów nad ich starymi, schorowanymi ojcami.

Sprawowanie opieki przez dzieci osób niedołążnych – w odróżnieniu od sprawowania jej przez innych krewnych – odbierane jest jako bardziej naturalne. Następuje zmiana ról: matka i ojciec opiekowali się mną, kiedy byłem dzieckiem, teraz zatem mogę odwdziżyć się im za ich trud. Więż rodzinna i pokoleniowa ulegają tą drogą wzmocnieniu i stanowią wzorzec dla dzieci opiekunów. Inaczej jest w przypadku sprawowania opieki przez innych krewnych, szczególnie przez synowe czy zięciów. W takim przypadku odczuwanie pewnej obcości ewokuje silniejsze przeżywanie wstydu i wstrętu.

⁷⁴ „Muszę wyjechać, aby się zresetować” – to słowa jednej z ankietowanych opiekunek.

Życzenie (oczekiwanie) śmierci

W przypadku osoby chorej, uzależnionej od innych i sędziwej perspektywa śmierci staje się boleśnie rzeczywista tak dla chorego, jak i dla jego opiekuna. Osoba starsza jest niemal przez cały czas skoncentrowana na myślach o momencie zwrotnym na jej życiowej trajektorii – odejściu. Realistycznie rzecz biorąc, kres jest już bliski. Wiedzą o tym zarówno opiekun, jak i podopieczny. Obie strony starają się przygotować do podjęcia ważkiego i niełatwego wyzwania, przed którym wkrótce staną. Opiekun myśli pragmatycznie, stara się wyobrazić sobie i zorganizować okoliczności związane ze spowiedzią i Ostatnim Namaszczeniem (w przypadku osób wierzących), mieć przybliżoną wizję pogrzebu, stypy, listę potencjalnych gości czy ubranie do trumny. Czasem w rozmowach na ten temat uczestniczy sam podopieczny, który zgłasza swoje życzenia i ostatnią wolę⁷⁵. Wszystkie te działania podporządkowane są czynnikowi temporalnemu, obawie, aby nie zostać zaskoczonym, presji, aby być przygotowanym na nadejście tego ważnego momentu. Osoby wierzące starają się pojednać z Bogiem i bliskimi, „domknąć” niezałatwione sprawy i pogodzić się z niezrealizowanymi pragnieniami, aby odejść w spokoju. W dążeniach tych współuczestniczy opiekun.

W miarę upływu czasu, ustalenia te stają się mniej istotne dla opiekunów, jakkolwiek myśl o możliwej śmierci stale jest obecna. Powraca ona szczególnie w dwóch momentach: kiedy podopieczny długo śpi i pojawia się naturalna myśl, że jest to już „sen wieczny”, a także wtedy, gdy sytuacja staje się z różnych powodów (na przykład zdrowotnych czy psychologicznych) ekstremalna. Sytuacje takie skłaniają opiekuna do refleksji o śmierci bliskiej osoby, ale także o śmierci własnej – i jedna, i druga jest pewna i nieunikniona. Człowiek odbiera wszelkie obiekty i zdarzenia w świecie wartościująco, a więc jako zasadniczo „dobre” lub „złe”⁷⁶. Pytanie, czy byłoby lepiej, żeby podopieczny odszedł właśnie teraz, czy też nie, nasuwa się samo. Myśl taka budzi natychmiastowy opór w postaci wstydu z powodu mało empatycznego podejścia do bliskiego i cierpiącego człowieka. Opór ten wyraża autentyczny żal i współczucie, ale jednocześnie również niechęć do angażowania się w sprawy beznadziejne oraz życzenie, by chory umarł łagodnie, naturalnie i bez cierpień, we śnie. Pytanie, czy przedłużanie życia osoby sędziwej i bezradnej jest pożądane, powraca na przemian z poczuciem winy z powodu stawiania go sobie i nadzieją, że

⁷⁵ W takich tradycyjnych religiach, jak prawosławie – i w środowiskach, jakie stanowią wiejskie enklawy zamieszkiwane przez osoby tego wyznania – śmierć, przygotowania do niej i rozmowy na ten temat z najbliższymi są czymś naturalnym.

⁷⁶ Maria Ossowska podkreśla, że bardzo trudno jest wzbudzić w ludziach postawę beznamiętnego obserwatora (por. M. O s s o w s k a, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, PWN, Warszawa 1970, s. 13n.).

„wszystko się wreszcie raz skończy”. Pojawia się też pytanie, czy włożony w opiekę trud jest wart kontynuacji? Konstatacja: „co ma się stać, niech się stanie”, stanowi wyraz znużenia niejasnością i niepewnością istniejącego status quo. Życzenie (oczekiwanie) śmierci, a nawet chwilowa na nią zgoda stoją w sprzeczności z podstawową zasadą, samym rdzeniem roli opiekuna, która zakłada ofiarność i czynienie „wszystkiego” w celu uratowania życia podopiecznego. Taka postawa stanowi próbiez moralności opiekuna i niesie ze sobą bagaż myśli i pytań, które będą w przyszłości powracały: Czy rzeczywiście zrobiło się wszystko, co było wówczas możliwe? Czy ma się prawo liczyć na pomoc innych bliskich, kiedy już z opiekuna stanie się podopiecznym? Nasuwa się też pytanie, czy w przypadku opiekunów wierzących perspektywa Zbawienia i obcowania z podopiecznym po jego śmierci nie stanowi dodatkowego wyzwania – kwestia ta wymaga dalszych badań.

Hipokryzja

W dobie tolerancji i pogłębiania się różnic między ludźmi, a także narastającej świadomości tego, że świat pełen jest Innych i Obcych, hipokryzja stanowi szczególnie negatywnie ocenianą cechę „ja”. Ocena taka oparta jest na założeniu, iż ludzie mają prawo być sobą i zachowywać się w sposób zgodny ze swoimi pragnieniami – zwłaszcza jeśli ich zachowanie nie szkodzi innym. Powszechnie podzielany jest pogląd o zróżnicowaniu świata społecznego. W konsekwencji większą wagę przywiązuje się do spójności tego, co się deklaruje, z tym co się czyni. Publiczność społeczna nieporównanie ostrzej osądza tych polityków, którzy dopuszczają się na przykład zdrady małżeńskiej, agresji czy nieuczciwości, jeśli wcześniej gorliwie deklarowali oni wierność małżeńską, łagodność i bezwzględną uczciwość.

W warunkach opieki nad osobami starymi i niedołącznymi hipokryzja przybiera postać ukrywania czy nieujawniania faktów, które mogłyby być przykre dla podopiecznego. Zataja się na przykład przykre zdarzenia relacjonowane przez media, podobnie jak przykre zdarzenia z życia rodzinnego. Utajeniu ulegają też informacje o chorobach czy śmierci osób z bliskiego kręgu oraz niezrozumiałe dla starego człowieka sprawy codzienne, jak choćby szczególnie operacji bankowych. Jeszcze inną formą przejawiania się hipokryzji są zachowania maskujące reakcje emocjonalne opiekuna: gniew („Czy babcia musi wszystko wiedzieć!?”), rozbawienie („To zawsze ładnie jak dziewczynka upadnie”) czy niezadowolnienie („Oj, coś ta pupa babci odparzona”).

Czasami też podopiecznym powierza się sekret, tajemnicę lub plotkę, aby ukryć prawdę o rzeczywistości oraz podtrzymać pozory zachowania jego prawa do prywatności, dostępu do informacji czy uczestnictwa w codziennym

życiu. Pewnego rodzaju normą są też „białe kłamstwa”, czyli intencjonalne mówienie nieprawdy i wprowadzanie osoby chorej w błąd w szlachetnym celu niewyrządzenia jej krzywdy czy wręcz udzielenia psychologicznego wsparcia. Repertuar „białych kłamstw” jest bardzo szeroki. Odnoszą się one do informacji na temat zdrowia, wyglądu i kondycji osób chorych i sędziwych i obejmują stwierdzenia w rodzaju: „Ale ma babcia (dziadek) końskie siły!”, „Dziś stan jest lepszy niż wczoraj”, „Chyba trzeba dziadkowi jakąś babcie przyprowadzić!” „Jakoś pani odmłodziła” czy „Będzie Pani żyła sto dwadzieścia lat”. Białe kłamstwa są też świadectwem protekcyjnego – „z przymrużeniem oka” – traktowania podopiecznych. U chorych swego rodzaju samookłamywanie podtrzymywane jest instynktem życia i stanowi psychologiczny bufor chroniący przed przykrą prawdą. Stąd mówi się o chętnych okłamywanych czy chętnych ofiarach, a więc osobach, które szczególnie skwapliwie przyjmują kłamstwa współgrające z ich potrzebami i pragnieniami.

Podczas tych „gier z prawdą” ulega ona mimowolnemu, częściowemu czy całkowitemu ujawnieniu, podopieczny odczytuje bowiem „wskazówki prawdy”, a więc na przykład płacz najbliższych, ich przyspieszony oddech, pożegnalne gesty, niespodziewaną obecność księdza czy osób z najbliższej rodziny, nieoczekiwaną wizytę lekarza. Wskazówki prawdy są sygnałami, dzięki którym chory zaczyna odkrywać skrywany przed nim stan rzeczy. Różnią się one jednak od „przecieku prawdy”, który jest świadomym, lecz niezamierzonym jej ujawnieniem, na przykład skutek podsłuchania treści rozmów domowników. Podopieczni niejednokrotnie utrzymują swoich opiekunów w przekonaniu, że nie słyszą, o czym ci ostatni rozmawiają, tymczasem na podstawie uchwyconych strzępków ich rozmów chorzy próbują dokonać własnej rekonstrukcji zdarzeń.

Jeszcze innym przejawem stosowania technik oszukiwania podopiecznych jest manipulacja, czyli działanie zmierzające do osiągnięcia celu minimalnym wysiłkiem. Manipulacja nie daje pewności sukcesu, może bowiem zostać wykryta. W przypadku niepowodzenia może też istotnie zmieniać definicję sytuacji. Jest ona moralnie niejednoznaczna, ponieważ bazuje na braku wiedzy chorego, jego niepewności, wątpliwościach, uśpionej czujności, potrzebach, lękach, celowo programowanych skojarzeniach czy obawach – można zatem mówić o podopiecznych jako ofiarach manipulacji. Działania manipulatorskie wykorzystują psychologiczną przewagę opiekuna, który stara się skłonić podopiecznego na przykład do jedzenia, poddania się kąpieli, wyjścia do toalety, spaceru czy przyjęcia leków. Działania takie kreują specyficzną kulturę domu – w jej centrum znajduje się osoba chora, ofiara kłamstw. Relacje domowe stają się wówczas coraz bardziej hermetyczne i odrealnione⁷⁷.

⁷⁷ Filmową ilustracją tych procesów może być niemiecki obraz *Good bye, Lenin!* (reż. W. Becker, Niemcy 2003). Akcja filmu rozgrywa się na terenie byłego NRD po zburzeniu muru berlińskiego,

Kwestionowanie wstydu i wstrętu przez tworzenie swego rodzaju maski czy osłony hipokryzji wokół rzeczywistych wyzwań starości odsłania rekursywny charakter wstydu i powoduje narastanie tego kwestionowania. Sytuacja staje się dla opiekuna trudna do zniesienia szczególnie w planie moralnym, gdyż wykorzystuje on własną psychologiczną przewagę czy wręcz władzę nad uzależnionym od niego, sędziwym i bliskim człowiekiem. Obok odczuwania sytuacji jako moralnie niejednoznacznej opiekun przeżywa strach przed zde-maskowaniem, utratą zaufania chorego i „utratą twarzy”, a także lęk przed wzbudzeniem jego podejrzliwości i czujności.

Przyjmowanie pozycji sędziego, kłamcy czy manipulatora oraz przedmiotowe traktowanie osoby chorej jako wyraz prowadzenia nieuczciwej i nierównej gry stają się źródłem wewnętrznego napięcia oraz niestabilności relacji. Niestabilność ta ma też swoje korzenie we wcześniej omówionych źródłach wstydu. Rozdwojona wewnętrznie rola opiekuna jako osoby życzliwej, oddanej i opiekuńczej, a równocześnie zdystansowanej, manipulującej i kłamliwej może być źródłem niespójności tożsamościowej, szczególnie w przypadku osób prostolinijnych i uczciwych. Osoby takie mogą jeszcze silniej przeżywać wstyd i perspektywnie obawiać się, że nawet gdy będą mówić prawdę, zostaną uznane za kłamców. Wstyd może ulec pogłębieniu, kiedy oszukujący opiekun darzy oszukiwanego szczególną estymą i długo go zna, także z czasów, kiedy ten ostatni był młody i zdrowy – a z takimi okolicznościami mamy do czynienia w przypadku terminalnie chorego ojca czy chorej matki.

Umiejętność okłamywania różnicuje mężczyzn i kobiety. Mężczyźni są bardziej prostolinijni, mniej elastyczni, a mowa ich ciała jest bardziej czytelna⁷⁸. Kobiety są bardziej akomodacyjne, posiadają szerszy repertuar reakcji, przez co są bardziej wyrafinowane, elastyczne i niejednoznaczne w swoich zachowaniach.

Wskazówki i przecieki docierają do osoby starej poprzez werbalne i niewerbalne sygnały kłamstwa. Osoby starsze są szczególnie nieufne i przez to wyczulone na przykład na niespokojne ruchy, unikanie kontaktu wzrokowego, wyższy ton głosu, tyłady, zająknięcia, zbyt długie pauzy, szybszy oddech, zmiany postawy ciała czy chodu, które mogą znamionować skrywanie prawdy. Brak synchronizacji ruchów ilustrujących, mowy i gestów jest także łatwo przez nie wychwytywany.

w okresie przejścia od socjalizmu do kapitalizmu i powstawania jednego państwa niemieckiego. Ta opowieść o matce, przed którą – w intencji podtrzymania jej zdrowia – ukrywa się prawdę o zmianach ustrojowych, została psychologicznie dobrze osadzona w realiach i praktykach społecznych.

⁷⁸ Zob. A. H o r z y k, *Wykład 7. Kłamstwo, blef, oszustwo, manipulacja – rozpoznawanie i obrona przed nimi. Język ciała, przekaz niewerbalny*, <http://home.agh.edu.pl/~horzyk/lectures/snzs/ahdydsnzszykl7.html>.

KWESTIONOWANIE WSTYDU

W omawianych tu przypadkach opiekunów zależnych od nich osób sędziwych i chorych wskazano kilka źródeł wstydu. Spostrzeżenia te stanowią potwierdzenie wyników wcześniejszych badań i umożliwiają bardziej wnikliwą analizę przypadków. Ukazuje ona produktywność podejścia, do którego kluczem jest przede wszystkim kategoria wstydu, ale także wstrętu. Wszystkie wspomniane czynniki stają się źródłem swoistego syndrom oporu wobec ujawniania realiów domowego życia jako wstydliwych czy wstrętnych. Wywierana przez ten syndrom presja utrudnia osobową adaptację opiekuna, prowadząc do tabuizowania mentalnej reprezentacji jego wzajemnych relacji z podopiecznym. Opiekun czuje, że nie należy o tej relacji mówić, w każdym razie nie należy wspominać o jej szczegółach i związanych z nią ambiwalencjach emocjonalnych. Takie zdefiniowanie sytuacji „konserwuje” hermetyczny charakter kultury domu, który z upływem czasu zdaje się coraz bardziej oddalać od świata pozadomowego, stając się – paradoksalnie – zamkniętym, ale „bezpiecznym, oswojonym gniazdem”, generującym i utrwalającym społeczną alienację. Jest to mechanizm tworzenia się instytucji totalnej.

„Nowa ewangelia zdrowia” prowadzi zwolenników przekonania, że śmierć i cierpienie mogą zostać poddane racjonalnej kontroli, do intelektualnego bankructwa. Co więcej, wrażenie mglistości i nierealności śmierci i cierpienia podtrzymywane w przestrzeni publicznej zostaje w zetknięciu z rzeczywistością jednoznacznie zakwestionowane. Głęboko zinternalizowane, racjonalne i indywidualistyczne struktury poznawcze współczesnego człowieka (których liczne wymiary zostały zaprezentowane w zamieszczonej w artykule tabeli) są głęboko zakorzenione i szeroko rozpowszechnione w mentalności współczesnej, a ich kwestionowanie wywołuje dysonans poznawczy – w tym kontekście wspomniane bankructwo budzi wstyd. Opiekun musi pogodzić się z faktem niekwestionowalności śmierci i cierpienia, czyli stać się swego rodzaju społecznym pariasem, który nie uznaje kanonów racjonalności i indywidualizmu, osobą, która nie przyjmuje do wiadomości, że z każdej sytuacji jest przecież jakieś wyjście – tym samym staje się postacią anachroniczną, „niedzisiejszą”, szukającą nadziei w Bogu, ale też w alternatywnych czy niekonwencjonalnych terapiach medycznych⁷⁹. Odwołania do medycyny naturalnej (alternatywnej, niekonwencjonalnej) mogą także zostać odczytane jako próby pogodzenia obu perspektyw – starej i nowej „ewangelii zdrowia”.

⁷⁹ Coraz większe zainteresowanie budzą kontrowersyjne systemy leczenia oparte na elementach tradycji ludowych, wierzeń i rytuałów szamańskich rozmaitych kręgów cywilizacyjnych, odwołujące się do tradycji ziołolecznictwa, bioenergoterapii, terapii naturalnej, homeopatii, hipnozy, orientalnej akupunktury, a także terapie wykorzystujące lecznicze działanie kolorów czy walorów krajobrazu.

Opiekun może też pozostać na gruncie racjonalizmu i wówczas jego udziałem staje się nieefektywna, skazana na klęskę walka o zinternalizowane społecznie obowiązujące wartości. Jak wspomniano, opiekunowie często wybierają drogi pośrednie: modlą się, ale jednocześnie szukają pomocy w racjonalnej medycynie, korzystają z pomocy wrózek czy przedstawicieli alternatywnych kierunków medycyny, ale też nadają racjonalny wymiar ich diagnozom i sugerowanym przez nich terapiom. Podejmowane przez opiekunów działania o charakterze racjonalnym są dla nich powodem do dumy i wyrażają dążność do potwierdzenia obowiązującego, racjonalnego paradygmatu ontologicznego, umożliwiając dalsze bezpieczne funkcjonowanie w innych obszarach codzienności, w których nabyty aparat poznawczy okazuje się użyteczny.

Jeśli przyjrzeć się szerokiej gamie produktów wspomagających funkcjonowanie osób chorych, starych i zależnych od opiekunów, można dojść do wniosku, że stanowi ona wyraz przesadnego dążenia do racjonalnego zaradzenia dyskomfortowi codziennego życia, ale przede wszystkim stanowi wyraz nieprzerepatej dążności opiekunów do zachowania racjonalnego oglądu rzeczywistości⁸⁰.

Wzajemne relacje między chorym a opiekunem przenika dyskurs dotyczący życzenia (oczekiwania) śmierci. Stanowi on wspólną platformę ich porozumienia i empatii, wyłania się jako wiodący i kluczowy sens tej relacji

⁸⁰ Wyrazem tego jest także poszukiwanie nowych leków i akcesoriów dla osób starszych i niepełnosprawnych. Dostępne są liczne tego rodzaju produkty: podkłady, pieluchomajtki, nasadki toaletowe, krzesła i siedziska prysznicowe, chodziki, balkoniki, nadmuchiwane baseny do mycia głowy, relingi do łóżka, ergonomiczne sztućce, ławki na wannę, pasy do przenoszenia chorego, taśmy fluoroscencyjne, taśmy antypoślizgowe, przyrządy do higieny intymnej, kaczki sanitarne, chusteczki do higieny intymnej, transfery obrotowe, krzesła, fotele i taborety toaletowe (sanitarne) z regulacją wysokości lub bez, składane i nieskładane, także dla otyłych, koce elektryczne, poduszki elektryczne z otworem na dłoń i stopy, buty rozgrzewające, termofory, koce z rękawami, ogrzewacze do rąk, skarpety przeciwzylakowe, różnego rodzaju chwytaki (na przykład służące do zakładania butów), przyrządy do zdejmowania butów, przyrządy do zakładania skarpet, pończoch uciskowych i rajstop, przyrządy do zakładania ubrań, przyrządy do zapinania guzików, przyrządy do zapinania biustonosza, regulowane teleskopowe łyżki do butów, sznurówki elastyczne, sznurówki spiralne dla cukrzyków, system magnetycznych sznurówek, oczka do suwaka zamka błyskawicznego, automatyczne tasowarki do kart, karty do gry z dużymi znakami, duże karty do gry, uchwyty na karty do gry, stojaki do kart na stolik, lupy do czytania w szerokim asortymencie, elastyczne ramki powiększające do czytania, stojaki na książkę, stoliki do czytania w łóżku, lupy do pilota TV, lampy LED z czujnikiem ruchu, szeroki asortyment nożyczek do obcinania paznokci u nóg, samootwierające się nożyczki, pudełka na protezę, przyrządy do nawlekania igły, długopisy ze specjalnym wcięciem, nakładki na ołówek, nakładki na ołówek trójkątne, zakraplacze do oczu, wyciskarki do tabletek, gilotyny do krojenia tabletek, kruszarki do tabletek, kasetki do sortowania leków, portfele na tabletki i lekarstwa z podziałem na pory dnia, pojemniki na leki z alarmem, kultywatory ogrodnicze z ergonomicznym uchwytem, kielnie ogrodnicze z ergonomicznym uchwytem, breloki-lokalizatory kluczy z alarmem i wiele innych. Należy zauważyć, że produkty te często występują w wielu odmianach.

i jakkolwiek nie zawsze zostaje wyartykułowany, organizuje wszelkie poczynania diady chory–opiekun. W miarę upływu czasu ich interakcja staje się coraz bardziej spójna, zmierzając do ekstremalnej bliskości, harmonii i płynności. Opiekun dokładnie wie, co podać choremu i jak się zachować, aby nawet najskrytsze jego oczekiwania zostały zrealizowane. Daje to poczucie powtarzalności, stabilności, spokoju i pełnego uzgodnienia relacji, która może wydawać się statyczna, lecz faktycznie taka nie jest. Stosunek do śmierci staje się dynamizującym wątkiem narracji po obu stronach. Odczuwane przez chorego pragnienie śmierci może gwałtownie się nasilać, a następnie słabnąć wobec nowych, dobrych wiadomości, w chwilach wesołości czy lepszego samopoczucia. Podobnie opiekun przeżywa różne stany: „ma już wszystkiego dosyć”, „serdecznie współczuje”, „jest dumny, bo zaradził odparzeniom”, „zazdrości innym, którzy nie niosą tego krzyża”, „czuje się potrzebny” czy „brzydzi się”. Ta zmienność stanów na poziomie osoby ostro odcina się od statycznej realizacji rytuałów codzienności. Leitmotiv śmierci i myśli opiekuna, że byłaby ona możliwa, akceptowalna, pożądana bądź wybawiająca, są nieuniknione i wiążą się z poczuciem winy – „wyrzutami sumienia” – jako derywatem wstydu.

Co charakterystyczne, uwięzienie w roli opiekuna objawia się także wtedy, gdy moment śmierci już nadejdzie, a opiekunowie odbierają nową sytuację nie jako wybawienie czy odzyskanie wolności, lecz przeżywają wówczas „utrata sensu życia”, „przejmujący stan tęsknoty”, „dojmującą samotność” lub „odczucie pustki”. Wstyd powraca wraz z refleksją nad niedostatecznym okazywaniem czułości, niecierpliwością, brakiem wyrozumiałości czy niedostatecznym zaangażowaniem w relację. Utrudnia on adaptację i funkcjonowanie poza ustalonym i oswojonym kokonem kultury domu, w szerszej przestrzeni, w której śmierć została zakwestionowana.

Życzenie czy oczekiwanie śmierci jako rozwiązania napiętej i mobilnej emocjonalnie sytuacji wydaje się okresowo obecne w świadomości opiekunów, naprzemiennie ze współczuciem i empatią. Im bardziej opiekun jest zmęczony i sfrustrowany swoją – długotrwałą – sytuacją, tym silniej przeżywa pragnienie, aby to wszystko „ostatecznie się skończyło” czy też refleksje, że „każdy musi umrzeć”, i wątpliwości, „po co tak ma chory cierpieć i męczyć opiekunów”. Myśli tego rodzaju, stojące w sprzeczności z ethosem roli opiekuna, ewokują poczucie wstydu, a zatem są represjonowane. Przeżywany w tym kontekście wstyd staje się zaczynem prób wynagrodzenia – intensywniejszą opieką, większą czułością i empatią – podopiecznemu „krzywdy”, jaką się mu wyrządziło przez złamanie moralnego kodu. Powoduje to jeszcze większą niestabilność relacji, „napędzanych” rekursywnym wstydem.

Kwestionowanie wstydu związanego z życzeniem śmierci (czy ogólniej: „czegoś złego”) oraz ambiwalencje emocjonalne z tym związane znajdują

wentyl bezpieczeństwa w dowcipach i żartach⁸¹, dotyczących osób, którym okazuje się szacunek, ale którym jednocześnie od czasu do czasu nie życzy się najlepiej. Dowcip obniża napięcie, a jego treściowa konstrukcja osadzona jest na dwoistym, konwencjonalnie serdecznym, a w rzeczywistości niechętnym podejściu do „problematicznej” osoby.

Nawiązując do terminologii Freuda, można powiedzieć, że dzięki humorowi zasada rzeczywistości i związane z nią cierpienie mogą zostać zawieszane. Gdy się śmiejemy, superego traktuje ego w sposób rodzicielski i pozwala zapanować nad sytuacją i odnieść nad nią chwilowy triumf. Takie zawieszenie logicznego i realistycznego myślenia przynosi efekt wynagradzający. Śmiech i humor stają się swoistym wentylem bezpieczeństwa, działając jako „rodzaj kontrapunktu w stosunku do głównej linii melodycznej”⁸², a tym samym przynosząc odmianę codziennej rutyny. Wesołość pozwala na wykroczenie poza świat realny, w którym dominują zasady i powinności, w świat wesołości, frywolności i swawolności, jak się to określa w humorze żydowskim – w świat *Luftenmenchen*⁸³. Śmiech działa odprężająco, rozluźniająco, jest przyjemny i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa.

W sytuacjach kryzysowych śmiech stanowi sygnał komunikujący, że „najgorsze” minęło. Humor dostarcza też argumentów za zachowaniem zdrowego rozsądku, stanowi źródło energii witalnej i nadziei, a zatem podnosi morale, jest również czynnikiem integrującym i budującym poczucie solidarności członków wspólnoty śmiechu.

Osoby niedołążne często śmieją się z zabawnych zachowań zwierząt domowych i historyjek o nich, bawią ich także żarty małych dzieci, szczególnie prawnuków.

Omówiona wyżej hipokryzja w relacjach z osobami terminalnie chorymi rozumiana jest jako ciąg interakcji o charakterze jednostronnej manipulacji, eliminującej równość podmiotów. Powszechność „białego kłamstwa” ujawnia wspomnianą nierówność i moralną dwuznaczność tych relacji. Częste powtarzanie kłamstw oczekiwanych i pożądaných przez chorego, starego człowieka powoduje nieautentyczność relacji, za którą odpowiedzialny jest opiekun i jego otoczenie. „Dawanie występów”⁸⁴ jest udziałem nie tylko opiekuna, często bowiem aranżuje on również „występy” z udziałem innych osób, namawiając je do mówienia kwestii w rodzaju: „Lepiej babcia słyszy niż poprzednim razem”

⁸¹ Zob. A.C. Zijderveld, *Humor i śmiech w tkance społecznej*, tłum. M. Juza, w: *Socjologia codzienności*, s. 628-657.

⁸² W.F. Wertheim, *East-West Parallels*, Quadrangle Books, Chicago 1965, s. 26.

⁸³ „Niebieskie ptaki”, fantastyczni, utopijni, szaleni, nieodpowiedzialni, a zarazem ludzcy. Doskonałą egzemplifikacją humoru *Luftmenschen* jest postać naiwnego, naturalnego Szwejkę z powieści Jaroslava Haska, postaci nieprzystającej do rygorystycznych organizacji wojskowych.

⁸⁴ E. Goffman, *Człowiek w teatrze życia codziennego*, PIW, Warszawa 1981, s. 12.

czy „Cera się dziadkowi poprawiła”, lub snucia opowieści na temat, który podpowiada opiekun. „Występy” bywają podkreślane różnymi rekwizytami, jak czekoladki czy kwiaty, mającymi na celu podniesienie poczucia własnej wartości osoby starej. Taka zabawa w „teatr życia codziennego” jest prowadzona w sposób zinfantylizowany, komicznie przerysowany i emocjonalny. Nic też dziwnego, że „aktorzy” po zejściu ze „sceny” i udaniu się za „kulisy” kwitują napięcie śmiechem i żartami. Faktycznie jednak te beztrioskie żarty stają się – w wyniku refleksji nad śmiercią i empatii odczuwanej wobec pacjenta – źródłem wstydu i zażenowania. Ma to miejsce szczególnie w przypadku stałych, czułych i kochających krewnych „uwięzionych” w pełnionej roli. Naigrywanie się z osób starych jest też sposobem rozładowania napięcia związanego z pełnioną rolą. Nagradzająca funkcja śmiechu i żartu pozwala na regenerację sił i budowanie wspólnot śmiechu, lecz także niejednokrotnie przesłania bezmiar okrucieństwa kryjący się za tego rodzaju przejawami wesołości.

Postrzeganie obowiązków opiekuna jako budzących wstręt oraz świadomość faktu, że ich wykonywanie jest generalizowane i odnoszone do osoby jako całości, stanowi źródło pewnego rodzaju presji sprawiającej, że nie rozmawia się na ten temat z innymi – że ukrywa się stygmat⁸⁵. Tabuizowanie budzących wstręt czynności opiekuńczych wywołuje jednak również przeciwstawne dążenie – by właśnie o nich mówić w celu ustalenia optymalnej strategii działania: zapobiegania rozwołnieniom, zaporciom, nadmiernemu poceniu się, nietrzymaniu moczu czy wymiotom, bądź leczenia tych dolegliwości. Dla opiekunów są to w większości nowe wyzwania, potrzebują oni zatem rady, konsultacji, praktycznych wskazówek, zrozumienia i empatii. Dlatego też osoby opiekujące się niedołączonymi krewnymi tworzą grupy wsparcia (chętnie korzystając przy tym z Internetu), dzięki czemu wstrętne i wstydlive „somatyczne” tematy ulegają oswojeniu.

Pewien sposób osvajania tabu, ale też wyraz bliskości i hermetyzacji wzajemnych relacji, stanowią pytania w rodzaju: „Kupa była?” czy uwagi takie, jak: „Jakby babcia mniej piła, to by mniej sikała”, które opiekunowie szczególnie chętnie kierują do swoich podopiecznych. Następuje tu wewnętrzne tworzenie swoistej kultury domu, opierającej się na bezwstydzie i naturalistycznym podejściu do opieki budzącej wstyd (wstręt) oraz ukrywaniu kwestii wstydlivych w relacjach zewnętrznych. Kontrola relacji z osobami spoza kręgu domowego wyzwała opisaną wcześniej hipokryzję w kontaktach z otoczeniem. Przykładem tego może być zaniechanie przyjmowania w domu odwiedzin osób obcych, a jeśli już do takich wizyt dochodzi – ukrywanie osób starych przed gośćmi. Niekiedy osoby starsze zostają też odizolowane od wspólnego stołu jako te, które „obrzydliwie” jedzą, pachną czy wyglądają.

⁸⁵ Por. C z y k w i n, *Stygmat społeczny*, s. 138-160.

Wykluczanie i ograniczanie przestrzeni chorego prowadzi do przeżywania ich przez obie strony początkowo jako dyskryminujących i stygmatyzujących, w miarę upływu czasu jednak następuje adaptacja do takiej właśnie sytuacji. Kwestionowanie wstydu wiąże się ze stopniowym wypieraniem i tłumieniem rozterek, czyli pozorną eliminacją wstydu. Przypomina to mechanizm opisany przez Henryka Domańskiego w odniesieniu do sytuacji społecznej kobiet, znany jako mechanizm „zadowolonego niewolnika”⁸⁶.

Verbalne zamykanie osób starych w rzeczywistości uproszczonej i powierzchownej, nie tylko jest budowaniem iluzji niszczącej relacje, ale także prowadzi do zawstydzającej refleksji, że relacje te nie mają sensu z punktu widzenia opiekuna, są tymczasowe i stanowią jedynie dwuznaczny moralnie zabieg należący do strategii wsparcia, u źródeł której leży przekonanie o „gorszości” osoby starszej oraz jej uprzedmiotowienie.

*

Opisana interakcja między opiekunem a podopiecznym ma charakter dynamiczny. Jakkolwiek może się wydawać, że jest ona osadzona w oswojonych ramach powtarzalnych domowych rytuałów, ciszy, tych samych kalek słownych i tematów rozmów, to jednak jej emocjonalny kontekst okazuje się niezwykle złożony. Omawiane emocje – w tym dwie najważniejsze: wstyd i wstręt – zostały tu ukazane z punktu widzenia opiekuna. Nakładają się na nie emocje podopiecznego – nie mniej dramatyczne, związane z przeżywaniem śmierci: początkowe niedowierzanie, że moment odejścia jest bliski, niepewność związana z odejściem, przeplatana na przemian buntem i agresją oraz depresją, targowanie się z losem, poczucie winy, szukanie oparcia w Bogu, lekarzach, rodzinie, pragnienie pojednania, ekspresja bólu i żalu, intensyfikacja przeżyć religijnych i duchowych (czego przejawem mogą być niechęć do przyjmowania leków lub posiłków, zanikanie zainteresowania dziećmi i wnuczkami czy planami na przyszłość) i w końcu pogodzenie z nieuchronnością śmierci. Wszystkie te stany są współprzeżywane z opiekunem i wzmacniają niepokój i niestabilność relacji.

Warto raz jeszcze nawiązać do Thomasa Scheffa teorii wstydu, stanowiącej konceptualną ramę tego artykułu. Przypomnijmy, że naruszenie więzi społecznej jest płynnie komunikowane jednostkowej świadomości i odzwierciedlane w niej w postaci wstydu. Wstyd ten może być albo uświadamiany, albo kwe-

⁸⁶ Zob. H. Domański, *Zadowolony niewolnik. Studium o zróżnicowaniu społecznym między kobietami i mężczyznami w Polsce*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1992; t e n ż e, *Zadowolony niewolnik idzie do pracy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.

stonowany. W artykule wskazano na źródła kwestionowania, czyli tłumienia wstydu oraz na jego często nieuświadomiane pochodzenie. W ujęciu Scheffa zakwestionowany wstyd leży u podstaw agresji, a jego „wyzwalaczem” – jak już wspomniano – staje się poniżenie.

Czy rzeczywiście osoby starsze stanowią obiekt agresji? Nie ma co do tego najmniejszych wątpliwości. Zaniepokojenie zagrożeniem osób starych przymocą jako problemem ogólnoswiatowym znalazło swój wyraz w uchwalonym przez Organizację Narodów Zjednoczonych w Madrycie w kwietniu 2002 roku dokumencie *International Plan of Action on Ageing*⁸⁷, stanowiącym składową Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i ustalającym zasady ochrony osób starszych. Uwzględniono w nim nie tylko przemoc fizyczną, ale inne formy agresji: intencjonalne i nieintencjonalne zaniedbanie⁸⁸ oraz przemoc finansową i seksualną. Badania ujawniają, że przemoc wobec osób starszych występuje zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Sprawcami przemocy są najczęściej osoby znane ofierze – najwięcej przypadków przemocy ma miejsce w środowisku rodzinnym. Przemoc wobec osób starszych w USA – jak podaje amerykańska organizacja Physicians for a Violence-Free Society – znacząco narasta: między rokiem 1986 a 1996 nastąpił stu pięćdziesięcioprocentowy wzrost liczby odnotowanych przypadków przemocy domowej wobec osób starszych (w tym samym czasie populacja tych osób wzrosła tylko o 10%). Ocenia się, że w roku 1996 roku około 1,1 miliona osób starszych stało się ofiarami różnego typu przemocy domowej. Przemoc lub zaniedbanie w stosunku do osób w wieku osiemdziesięciu lub więcej lat występowały trzy razy częściej niż w całej populacji ludzi starszych. W 90% przypadków sprawcami przemocy wobec osób starszych byli członkowie rodziny. Dwie trzecie sprawców to dorosłe dzieci lub małżonkowie ofiary. Kobiety stanowią 68,3% ofiar przemocy wobec osób starszych. Najbardziej typową formą tego rodzaju przemocy jest zaniedbanie (55% przypadków); kolejne miejsca zajmują: przemoc fizyczna (14,6% przypadków), wykorzystywanie finansowe (12,3%), przemoc emocjonalna (7,7%) i seksualna (0,3%)⁸⁹.

Przedstawione dane stanowią przesłankę przemawiającą za produktywnością teoretycznego podejścia do wyzwania, jakie stwarza sytuacja opiekunów osób sędziwych, chorych i wymagających pomocy. Zrozumienie złożonej sytuacji opiekunów – oraz znalezienie właściwych sposobów ich wspierania

⁸⁷ Zob. United Nations, *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*, New York 2002, http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf.

⁸⁸ Por. World Health Organization, *The Toronto Declaration on the Prevention of Elder Abuse*, Toronto 2002, http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf.

⁸⁹ Zob. badania National Center on Elder Abuse, <https://ncea.acl.gov/whatwedo/research/statistics.html>.

– może zostać uzyskane za pomocą dalszych analiz emocji wstydu i wstrętu, a także poszukiwań badawczych odnośnie do innych emocji samoświadomościowych. Dalszego pogłębienia wymaga zarówno teoretyczna, praktyczna, jak i metodologiczna strona tych badań.