

Większość z osób pracujących w systemie opieki zdrowotnej z osobami transpłciowymi nie miała kontraktu w rzeczywistości. Osoby transpłciowe często są w ich świadomości osobami wykreowanymi przez media.

Zaproponowany poniżej schemat jest wstępem do zaznajomienia z osobami trans dla studentów kierunków medycznych oraz wykładowców uczelni kierunków medycznych*. Tutaj znajduje się wersja scenariusza do pracy własnej studentów oraz w ramach zajęć z wykładowcą, który realizuje założenia konspektów. Opis narzędzia jak i jego pełna wersja znajduje się w podręczniku „pacjent odmienny kulturowo. Wydanie II”. Umieszczone poniżej scenariusze mogą służyć także do tworzenia własnych rozwiązań przez studentów innych kierunków medycyny jak i wykładowców zainteresowanych tą tematyką

** materiały dedykowane są wykładowcom prowadzącym zajęcia z etyki i wielokulturowości w medycynie*

Data	Temat: błędy w komunikacji z osobą trans na oddziale	Miejsce: BiAŁYSTOK
Forma zajęć Grupowa, warsztat,	Metody: Pokaz, burza mózgów, drzewo decyzyjne	
Środki: rzutnik, papier, kolorowe pisaki,		
Cel – błędy w komunikacji z osobą trans na oddziale. Praca ucznia z mapą Cel szczegółowy Student wymienia rodzaje komunikacji Student wskazuje błędy i bariery w komunikacji Student pokazuje jak uniknąć błędów w komunikacji z osobą trans Student proponuje most komunikacyjny. Zmiana wypowiedzi z nie akceptowalnej na akceptowalną.		Grupa docelowa: określamy do kogo skierowane są zajęcia
Opis Metody: Studenci zapoznają się z emocjami i tym jak je wyrażamy w sytuacjach trudnych. Przy pomocy tworzenia gry zespołowej a potem zabawy nią starają się odgadnąć emocje jakie im towarzysza w różnych sytuacjach jakie mogą spotkać ich na oddziale.		



<p>Zadanie 1 Rozmowa o emocjach, czym są, za co odpowiadają, co mogą spowodować gdy są używane w nie odpowiedni sposób.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Radość ----- pogoda ducha, ekstaza 2) Smutek ----- przygnębienie, rozpacz 3) Gniew ----- irytacja, wściekłość 4) Strach ----- niepokój, przerażenie 5) Wstręt ----- nuda, obrzydzenie 6) zaufanie ----- akceptacja, podziw 7) zaskoczenie ---- rozproszenie, zaskoczenie 8) oczekiwanie ---- zainteresowanie, czujność 	<p>Zadanie 1 Wymień emocje i opisz je. Do poszczególnych emocji przypisz jakieś teoretyczne sytuacje i uzasadnij dlaczego w ten sposób wybrałeś.</p>
<p>Studenci tworzą grę planszową lub grę w karty do gry pod nazwą 7 uczuć Zadania gry</p> <ul style="list-style-type: none"> • umiejętność nazwania emocji jakie towarzyszą nam w poszczególnych sytuacjach życia • umiejętność prawidłowego rozróżnienia emocji • Jak się zachowuje gdy dane emocja pojawia się we mnie 	<p>Studenci na rozdanych przyborach plastycznych kartony lub kartoniki (rozmiar kart) tworzą grę zespołową mając na celu naukę czym są emocje i jakie mogą w nas wzbudzać nastroje.</p>
<p>Opis metody Zamieniamy język SZAKALA NA JEZYK ŻYRAFY. Pogadanka na temat różnicy w komunikacji z uwagi na stosowanie języka szakala i języka żyrafy.</p>	<p>Zadanie 2 Część „A”</p>

Zadanie 2

1) Wyjaśnienia czym jest język szakala, jak wygląda komunikacja przy stosowaniu tego typu komunikacji.

Przykłady „języka szakala” (komunikat „ty”):

- zarzuty, krytyka, ocenianie, obwinianie, (np. „Zachowujesz się jak głupek” „Jesteś dziwadłem”, „To wszystko twoja wina”);
- porównania (np. „Jesteś tak samo głupia niż X”);
- stawianie żądań („Masz mi to zrobić”),
- generalizowanie („Zawsze coś popsujesz”).
- przyklejanie etykietek („Jesteś zacofany”)
- ironia, drwina
- zaprzeczanie emocjom („Przeginasz”, „Nie udawaj, że że to ci przynosi smutek”).

Przykład posłużenia się „językiem żyrafy” (komunikat „ja”):

Wyjaśnienia czym jest język żyrafy, jak wygląda komunikacja przy stosowaniu tego typu komunikacji.

Przykłady: Zasada 4 kroków:

NVC proponuje zasadę 4 kroków, które budują dobrą rozmowę:

1. Obserwacja

Opisujemy zaobserwowane zachowanie, działania i fakty, bez oceniania i interpretacji. np.: *Kiedy odwracasz wzrok i wzruszasz ramionami gdy pytam cię, czy wiesz na czym polega mój problem,*

2. Nazwanie uczucia

Domyślam się uczuć drugiej osoby i stawiam hipotezę, np.: *to myślę sobie, że jesteś zły, zagniewany. Czy mam rację?*

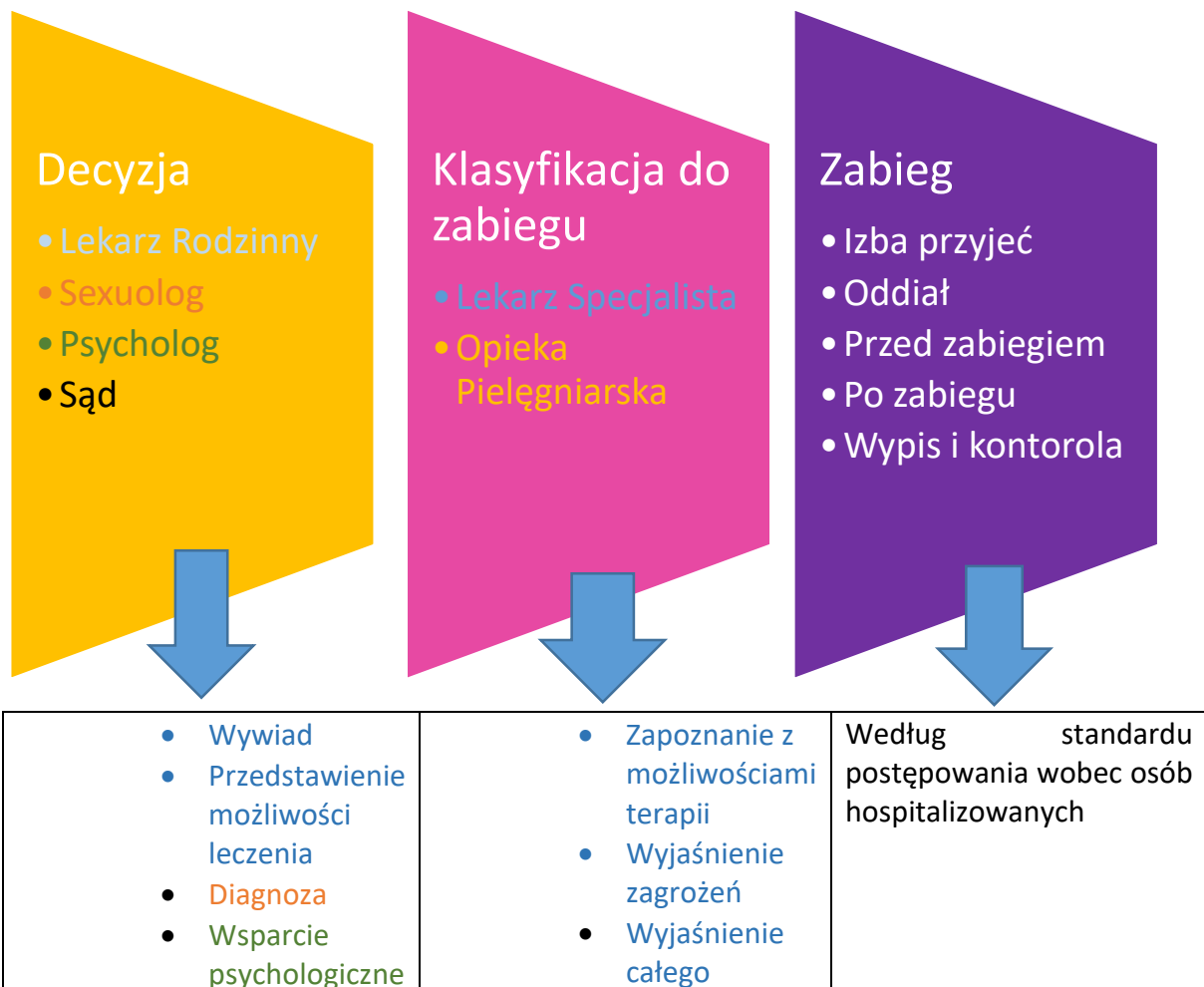
3. Wyrażenie potrzeby

Domyślam się, jaka niezaspokojona potrzeba drugiej osoby przemawia przez jej zachowania i emocje i wyrażam swoje przypuszczenia, np.: *Domyślam się, że możesz mieć żal za to, że wczoraj nie pozwoliłam ci obejrzeć razem ze mną filmu. Masz żal, bo chciałbyś decydować, jak spędzasz czas i spędzić go ze mną?*

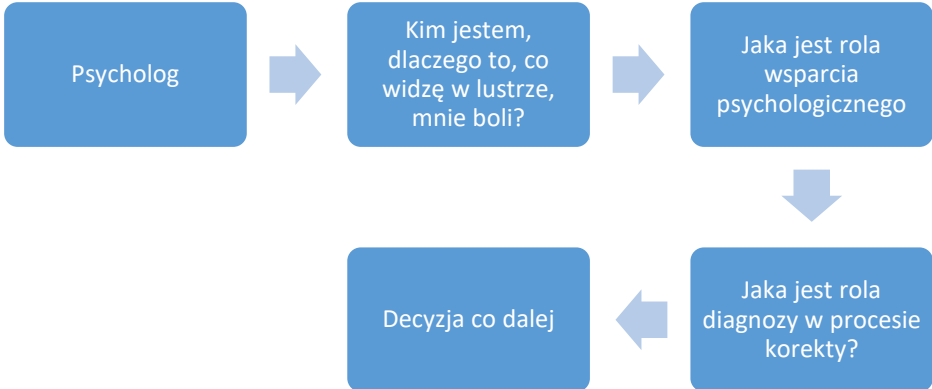
Zadanie przy pomocy dramy:
W oparciu o zastosowanie języka szakala komunikujesz się z pacjentem trans w trakcie rejestracji pacjenta, przeprowadzania badania, komentowanie ocenianie pacjenta po wyjściu z gabinetu – pacjent czeka przed drzwiami.

Część „B”
Zadanie przy pomocy dramy:
W oparciu o zastosowanie języka żyrafy komunikujesz się z pacjentem trans w trakcie rejestracji pacjenta, przeprowadzania badania, rozmowa pomiędzy personelem medycznym – empatyczna rozmowa-pacjenta po wyjściu z gabinetu – pacjent czeka przed drzwiami.
Część „c”

<p>4. Prośba Formułuję ją za drugą osobę, pozostawiam możliwość skorygowania, np.: <i>Czy dobrze rozumiem, że chciałbyś zdecydować, jak wspólnie spędzamy wolny czas?</i></p> <p>Propagatorzy NVC podkreślają, że często wystarczy jedynie (lub aż) nazwać emocje i potrzeby drugiej osoby, żeby się uspokoiła i mogła poczuć, że jest dla nas ważna i potraktowana ze zrozumieniem. To daje jej siłę do uporania się z trudnymi uczuciami i otwiera możliwość dalszej rozmowy.[4]</p>	<p>Po zrealizowaniu obydwóch zadań czas na podsumowanie i rozmowa o emocjach, które towarzyszyły obydwóm stronom dialogu</p>
<p>Osoby uczestniczące w projekcie próbują stworzyć most komunikacyjny. Wspólnie omawiają zasady komunikacji w oparciu o schemat rozmowy Szkal – Żyrafa</p>	
<p>Co gdy przyjdzie Pacjent TRANS</p>	



<ul style="list-style-type: none"> Zgoda na zmianę w dokumentach 	<p>przebiegu tranzycji</p> <ul style="list-style-type: none"> Zlecane badania 	
---	--	--

<p>Algorytm: Droga do tranzycji/do podjęcia decyzji</p> <p>1. Psycholog</p> <p>Kim jestem, dlaczego to, co widzę w lustrze, mnie boli? Rozpoznanie, że coś ze mną jest inaczej, że coś mi nie pasuje, że wygląd, rola, sposób komunikacji, odbiór mojej osoby budzi we mnie sprzeciw, opór, nie rozumiem, dlaczego, szukam. Zagrożenia – rozwój emocjonalny, chęć ucieczki przez „czymś”, czego nie rozumiem, postrzeganie inności jako choroby psychicznej, obawa o reakcje, obawa w czasie szukania, na jakie odpowiedzi trafię</p> <p>Czy psycholog może mi odpowiedzieć na to pytanie?</p> <p>Jaka jest rola wsparcia psychologicznego? – poznanie siebie, zbadanie zasobów, dojście do odpowiedzi, kim jestem (nie może być sytuacji, że to psycholog powie klientowi, kim jest, to on sam, przy pomocy psychologa, musi do tego dojść, znaleźć na to odpowiedź</p> <p>Jaka jest rola diagnozy w procesie korekty? - głównie zbadanie osobowości, wykluczenie zaburzeń osobowości, które mogą zaburzać proces postrzegania siebie, próba poszukania odpowiedzi/potwierdzeń/zaprzeczeń w sytuacjach z życia, relacjach z drugim człowiekiem, ale głównie w relacjach ze samym sobą, ich ewolucji/zmianom. Poszukanie odpowiedzi, jakie mamy zasoby na to, by świadomie przeżywać swoje życie, mając świadomość różnych ograniczeń, jakie już na zawsze będziemy doświadczać (ostracyzm, niezrozumienie, brak możliwości prokreacji, kosztowna i niebezpieczna dla zdrowia terapia hormonalna i zabiegi operacyjnej korekty płci. Inną sprawą jest powiedzenie sobie, jestem osoba trans, inną sprawą jest zrozumienie i akceptacja wyzwań, z jakimi się zmierzę w trakcie korekty i PO NIEJ</p>  <pre> graph TD A[Psycholog] --> B[Kim jestem, dlaczego to, co widzę w lustrze, mnie boli?] B --> C[Jaka jest rola wsparcia psychologicznego] C --> D[Jaka jest rola diagnozy w procesie korekty?] D --> E[Decyzja co dalej] </pre>	<p>Studentzi odgrywają scenki specjalista – pacjent. Przy użyciu odpowiedniego języka i potrafią odczytać emocje. Pacjent może ukrywać pytania, bać bądź wstydzić się je zadać. Ważne aby w trakcie tego zadania – student umiał zebrać „wywiad” w taki sposób od pacjenta żeby wyłapać jak najwięcej jego niepokoju.</p>
---	--

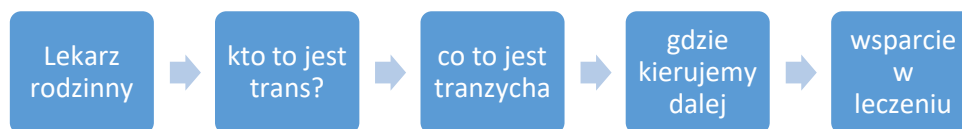
2. Lekarz rodzinny

Pytanie – nie wiem, nie rozumiem, co się ze mną dzieje, kto mi pomoże?
– konieczne zrozumienie kwestii niezgodności płciowej, identyfikacji płciowej, konieczność poinstruowania pacjenta, że proces diagnostyczny prowadzi lekarz seksuolog i do niego trzeba się udać (nie ma skierowań, proces nie jest refundowany)

W trakcie diagnozy – skierowania na badania, które są w koszyku NFZ – podczas korekty płci wykonuje się wiele badań, niektóre z nich mogą być refundowane, dlatego konieczna jest pomoc/wsparcie/zrozumienie lekarza rodzinnego, by przepisywał te badania i leki, jakie ma zalecone osoba w trakcie korekty

Po korekcie – stała konieczność przyjmowania hormonów, skierowania na regularne badania – lekarz musi wiedzieć, że w przypadku osoby trans konieczne jest stałe przyjmowanie hormonów i regularne badania kontrolne. Czy wystawi skierowania? Jak nie, to dlaczego?

W każdym z tych momentów (podczas szukania siebie, podczas korekty, po niej) pacjent trans przyjdzie do swego lekarza rodzinnego z problemami zdrowotnymi nie związanymi z korekta płci – czy lekarz będzie umiał spojrzeć na potrzebę pacjenta, „nie widząc” tego, że jest osoba trans, a jak sytuacja zdrowotna tego będzie wymagała, będzie umiał spojrzeć na sytuację osoby trans tylko i wyłącznie z punktu medycznego, bez konieczności wchodzenia w strefę komfortu/bezpieczeństwa pacjenta? Bez „dziwienia się”, dopytywania, okazywania niezrozumienia dla sytuacji pacjenta?



3. Lekarz seksuolog – prowadzący korektę

Pytanie – czy lekarz ma doświadczenie w prowadzeniu osób trans – odpowiedź jest kluczowa dla całego procesu, lekarz nie może „uczyć się „ na swoim kliencie.

Wzajemna relacja – pierwsze spotkanie/spotkania muszą dać odpowiedź, czy obie strony czują się bezpiecznie i komfortowo we wzajemnych relacjach. Bez tego proces, który będzie trwał wiele miesięcy, może być jeszcze trudniejszy, a właściwie niemożliwy do zrealizowania.

Korekta – zaświadczenie do sądu wystawia lekarz seksuolog, przed wystawieniem zaświadczenia kieruje na całą masę badań, w tym poziom hormonów, RTG, Karyotyp, USG, EEG, RM, oraz diagnozę psychologiczno-seksuologiczną, wystawia też zaświadczenie psychiatryczne, jeśli ma ta specjalizację, jeśli nie, to kieruje do psychiatry (wykluczenie chorób psychicznych). Po wstępnej diagnozie (zazwyczaj kilka sesji i zaświadczenie od psychiatry), wdraża kurację hormonalną, którą na

późniejszym etapie przejmuje endokrynolog. Niekiedy od razu kieruje do endokrynologa, by ten od początku prowadził kurację hormonalną. Tutaj konieczna jest też znajomość „odwrotności oczekiwanych skutków” w odniesieniu do HRT, gdyż następuje blokowanie biologicznie dominujących hormonów i wprowadzenie hormonów zgodnych z płcią odczuwaną

Jak długo będę pod opieką lekarza seksuologa? - Proces diagnostyczny trwa około roku i kończy się wystawieniem zaświadczenia do sądu, które załącza się do pozwu o zmianę oznaczenia płci

Czy po zakończeniu procesu diagnostycznego jeszcze będzie trzeba korzystać z pomocy lekarza seksuologa? – jeśli sam pacjent nie odczuje takiej potrzeby, to nie. Taka potrzeba może wystąpić w momencie podejmowania decyzji o operacji na narządach płciowych. Temat ten jest poruszany podczas diagnozy, ale hipotetycznie, choć część zabiegów może być wykonana przed sądową zmianą oznaczenia płci (mastektomia, orchidektomia, wtedy praktycznie), dlatego zaleca się, by przed podjęciem decyzji o samej operacji, jeśli towarzyszą jej jakiegokolwiek wątpliwości, skonfrontować je (oczekiwania versus rezultaty) z lekarzem seksuologiem. Wtedy realniej będzie można podejść do rozmowy z lekarzem operującym, skupiając się na samym zabiegu, jego przebiegu, ryzykach, efektach. Dużym problemem są oczekiwania, jakie w stosunku do efektów mają pacjenci, a które nie zawsze są takie, jakich oczekują, albo inaczej te efekty sobie wyobrażają, stąd bardzo ważne jest bardzo dokładne i szczegółowe ich omówienie, żeby uniknąć rozczarowania po zabiegu.

4. Pielęgniarka

Pielęgniarka rolą pielęgniarki jest przygotowanie zgłaszającej się osoby do badania, często to właśnie pielęgniarka jest pierwszą osobą, która nadaje klimat całej wizycie. Bardzo ważne aby potraktować zgłaszającego się pacjenta/kę indywidualnie i podmiotowo. W miarę możliwości należy realizować potrzeby związane z informowaniem zgłaszającej się osoby o etapach jakie będą przed nią na wizycie. Oraz o tym jakie będą niezbędne dokumenty potrzebne do sprawnego przebiegu wizyty lekarskiej. Zdolności interpersonalne – kluczowym z punktu Pacjenta i Pielęgniarki jest odpowiednie zwracanie się do osoby trans. Ważne jest aby pielęgniarka, która jako pierwsza wita pacjenta była osobą empatyczną. Podstawowa kwestia 1) umiejętność empatycznego dialogu, 2) Brak ocen postaw zgłaszającej się osoby. Pielęgniarka nie jest osobą, która powinna szczegółowo



informować o planie leczenia czy też wchodzić w rolę psychologa. Co innego wsparcie emocjonalno – psychiczne – co innego porady z zakresu psychoterapii.

3) Intymność; ważnym elementem udanej diagnozy jak i dalszej terapii jest poszanowanie godności osoby trans. To pielęgniarka w trakcie badania powinna zadbać o to aby w gabinecie był parawan aby zachować intymność. Dobrą praktyką powinno być zaproponowanie osobie trans zamknięcie gabinetu na czas badania na klucz. Może to się tylko i wyłącznie odbyć po uzyskaniu zgody osoby badanej.

4) Pielęgniarka przyjmująca na izbie przyjęć czy w innym miejscu powinna zaznaczyć w dokumentacji i przekazać dalej ja należy zwracać się do pacjenta. Informacja ta powinna być przekazana do kolejnych osób, które będą się zajmowały pacjentem

Przykładowa wizyta: Pacjentka ubrana w spodnie, koszulę (ubiór uni-sex). Oprócz niej czeka w kolejce do przyjęcia dwóch mężczyzn.

Pielęgniarka: Dzień dobry. Jak się Pan nazywa?

Pacjentka: Zofia Kowalska.

Pielęgniarka: Poproszę dowód osobisty i skierowanie do szpitala.

*Pacjentka wyjmuje dowód osobisty, na którym widnieją dane: Zofia Kowalska, lat 35, płeć kobieta. Pielęgniarka wpisuje dane do komputera i sporządza notatkę na tablicę w dyżurce pielęgniarskiej "Pacjentka na sali numer 1 jest transseksualna, zwracamy się do niej *Pani*".*

Pielęgniarka: Przyszła do nas Pani na operację zmiany płci, tak?

Pacjentka: Na korektę płci.

Dwóch mężczyzn w kolejce do przyjęcia zareagowało żywo na odpowiedź pacjentki. Pielęgniarka to zauważyła.

Pielęgniarka: Dobrze. Proponuję, żebyśmy dalszą rozmowę przeprowadziły w pokoju zabiegowym, proszę za mną.

Dalszy wywiad został przeprowadzony w gabinecie zabiegowym.

Pielęgniarka: Teraz zaprowadzę Panią na salę chorych.

Pacjentka: *przestraszona* Czy na sali będzie ktoś oprócz mnie?

Chciałabym być sama.

Pielęgniarka: Rozumiem, mamy dla Pani salę indywidualną, proszę za mną.

5. Lekarz na oddziale

Pacjent jest zdenerwowany po mimo, że pewien swojej decyzji, która podjął potrzebuje wsparcia i cierpliwego tłumaczenia co się wydarzy. Z jakich etapów będzie składał się zabieg. Istotne na tym etapie jest umiejętne empatyczne przekazanie informacji. Brak ocen moralnych

pacjenta. Lekarz, który decyduje się na wykonanie takiego zabiegu musi wykazywać pełną akceptację dla pacjenta.

1. Wyjaśniając pacjentowi kwestie związane z operacją korekty pęci należy 1, wyjaśnić, że nie będzie to jeden zabieg a szereg procedur medycznych i przez lekarzy różnych specjalności. Zabiegi takie składają się
2. na orchidektomie – ten zabieg można wykonać w znieczuleniu miejscowym z cięcia na mosznie, dzięki czemu nie uszkodzone jest ukrwienie okolicy narządów płciowych, co pozwala na późniejszą operację waginoplastyki, lapioplastyki i klitoroplastyki ze skóry prącia i moszny.
3. Mastektomia - Mastektomia polega na usunięciu gruczołów piersiowych i części skóry do wyglądu męskiej klatki piersiowej
4. Panhisterektomia - to usunięcie macicy i jajników (przydatków), które może odbyć się laparoskopowo lub na otwarcie wraz z zabiegiem wytworzenia prącia ze skóry podbrzusza
5. Falloplastyka to rekonstrukcja prącia z płata skórniego przedramienia, uda, klatki piersiowej lub podbrzusza. W kolejnym etapie dochodzi do zamknięcia lub wycięcia pochwy, wytworzenia moszny i połączenia cewki moczowej własnej z cewką prąciową. Następnie wszczepia się implant prącia pozwalający na podejmowania aktywności seksualnej z penetracją oraz 1 lub 2 implanty jąder.
6. Do operacji przystępuje się na czczo. Przed zabiegiem należy dokładnie ogolić krocze, może zostać również podany środek na przeczyszczenie dzień przed zabiegiem
7. Waginoplastyka może być wykonana poprzez inwersję penisa lub przez wytworzenie pochwy z wyściółki jelita, aczkolwiek możliwe, że tej drugiej metody nie stosuje się w Polsce - do sprawdzenia z konkretnymi placówkami.
8. Metoda inwersji polega na rozcięciu penisa, pozbawieniu go wypełniającej tkanki i wywróceniu na drugą stronę tak, aby skóra utworzyła wyściółkę powstałej neowaginy. Może być potrzebne nacięcie na podbrzuszu, aby przytwierdzić dno kanału do ściany jamy brzusznej, co zabezpieczy przed ryzykiem wypadania narządu. Z części żołądka formuje się techtaczkę, z moszny wargi sromowe.
9. Kolejną kwestią którą musi ważyć lekarz przed zabiegiem jest rekonwalescencja. W zależności od konkretnego zabiegu zdrowienie następuje w różnym czasie. Po mniejszych zabiegach rekonwalescencja to może być kilka dni, po większych nawet 1-2 m-ce lub dłużej. Najlepiej udać się do specjalistów zajmujących się operacjami osób transpłciowych i mogą być to specjaliści

różnych dziedzin (chirurg ogólny lub plastyczny, urolog, ginekolog, itp.), ale rzadko jeden specjalista będzie w stanie wykonać wszystkie operacje od korekty jabłka Adama po falloplastykę. Przez pierwsze kilka dni neowagina wygląda jak rana, trzeba przygotować się na nieprzyjemny widok. Konieczne jest użycie cewnika, dopiero po około tygodniu lekarz może go wyjąć i można przetestować, czy oddawanie moczu jest możliwe bez niego. Przez pierwsze doby można z moczem wydalać krew, skrzepy, kawałki tkanki - to fizjologiczne, podobnie jak kierowanie się strumienia moczu w różne strony, np. po poślądkach. Trzeba się będzie tego nauczyć na nowo. Przez przynajmniej 2-3 tygodnie trzeba unikać wysiłku, podnoszenia ciężkich przedmiotów.

10. Istotną sprawą z punktu widzenia pacjenta jest to w jaki sposób zmienia się sylwetka. Po mniejszych zabiegach rekonwalescencja to może być kilka dni, po większych nawet 1-2 m-ce lub dłużej. Najlepiej udać się do specjalistów zajmujących się operacjami osób transpłciowych i mogą być to specjaliści różnych dziedzin (chirurg ogólny lub plastyczny, urolog, ginekolog, itp.), ale rzadko jeden specjalista będzie w stanie wykonać wszystkie operacje od korekty jabłka Adama po falloplastykę. Przez pierwsze kilka dni neowagina wygląda jak rana, trzeba przygotować się na nieprzyjemny widok. Konieczne jest użycie cewnika, dopiero po około tygodniu lekarz może go wyjąć i można przetestować, czy oddawanie moczu jest możliwe bez niego. Przez pierwsze doby można z moczem wydalać krew, skrzepy, kawałki tkanki - to fizjologiczne, podobnie jak kierowanie się strumienia moczu w różne strony, np. po poślądkach. Trzeba się będzie tego nauczyć na nowo. Przez przynajmniej 2-3 tygodnie trzeba unikać wysiłku, podnoszenia ciężkich przedmiotów.
11. Niestety istnieje ryzyko, że nie wszystko wyjdzie za pierwszym razem. Możliwe, że konieczne będą poprawki, np. pomniejszenie łechtaczki albo usunięcie nadmiaru tkanki erekcyjnej, która może przeszkadzać w pożyciu seksualnym.
12. Problemem po takich zabiegach mogą być zakażenia, trudno gojące się rany i stan zapalny utrzymujący się przez jakiś czas. Trzeba pamiętać, że taki zabieg jest interwencją w żywe ciało. Rany po operacji korekty płci wymagają pielęgnacji jak rany po innych zabiegach, dlatego regularna zmiana opatrunków i przemywanie wodą z mydłem oraz środkami antyseptycznymi pomaga uniknąć zakażeń i powikłań w okolicy rany.



6. Diagnostyka obrazowa – elektroradiolog.

Z uwagi na fakt, że procedury związane z zawodem elektroradiologa są dość krótkie i nie wymagają dużych umiejętności komunikacji interpersonalnej to trzeba pamiętać, że w gabinecie RTG pracujemy z żywym człowiekiem. W tym miejscu trzeba podkreślić, że blizny po zabiegach korekty płci mogą być rozległe dlatego

- Jeżeli widzisz pacjenta pierwszy raz po takich zabiegach staraj się być dyskretnym, nie analizuj wszystkich blizn
- Nie dopytuj pacjenta a po czym to? I naprawdę teraz lepiej?
- Zwracaj się do pacjenta w taki sposób w jaki on sobie życzy
- Zapewnij mu intymność – niech nikt trzeci nie wchodzi do gabinetu

