

# **Życie we śnie. O sposobach nawiązywania kontaktu i metodach pracy z osobami w śpiączce**

Spis treści

## **Wstęp**

### **Część pierwsza**

Jestem z tobą. O dobrym towarzyszeniu

Poczekaj na mnie. O adekwatności

„Tak” i „nie”. Ustalanie zasad komunikacji

To, co jest. Bycie „tu i teraz”

### **Część druga**

O częściach całości

Praca sygnałowa

Drogi przepływu sygnałów

Kanał ruchu

Kanał dźwiękowy

Kanał wizualny

Kanał czucia

Odźwięk

Amplifikacja

### **Zamiast zakończenia**

O czym jest ta śpiączka?

Nie zapominać o sobie. Kwestia bliskich i opiekunów

## Wstęp

Z jednej strony ludzie w śpiączce wydają się być nieobecni. Odnosi się wrażenie, że w środku nikogo nie ma, chyba przede wszystkim dlatego, że tak trudno jest nawiązać z nimi jakikolwiek kontakt. Po wielu próbach, często kończących się pogłębiającym się poczuciem bezsilności i frustracji, przychodzi moment, że nawet najbardziej wytrwałej rodzinie czy opiekunom opadają ręce.

Z drugiej strony coraz liczniejsze doświadczenia i badania, m.in. z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, pokazują, że w dużej liczbie przypadków świadomość w jakimś stopniu zostaje zachowana, co oznacza, że wewnątrz takie osoby – pomimo odcięcia od świata zewnętrznego – są. Co prawda wiele z tego, co się w nich dzieje, wciąż pozostaje dla nas tajemnicą, jednak jest ona raczej skutkiem bariery poznawczej niż braku ich faktycznej obecności.

W tej książce proponuję przyjąć perspektywę, że bariera ta leży po naszej stronie – ludzi, którzy podejmują próbę kontaktu. Stan śpiączki nie jest stanem zwyczajnym czy „normalnym”, z którym jesteśmy oswojeni i do którego jesteśmy przyzwyczajeni; jest stanem odmiennym i jako taki rządzi się własnymi prawami. Co za tym idzie, osoby w nim pogrążone, nie są zdolne do funkcjonowania na zasadach pochodzących „z naszego świata”. I tu pojawia się problem, bo my, ludzie w zdrowiu, zazwyczaj tego właśnie uparcie oczekujemy od tych, którymi się opiekujemy. Oczekujemy reakcji, które znamy i do których jesteśmy przyzwyczajeni. Wiele składa się na taki stan rzeczy. Takie podejście wynika często z naszej mentalności, z trudności w byciu elastycznym oraz z przekazywanego sobie wzajemnie przez bliskich, opiekunów i specjalistów przekonania, że jeżeli coś działa na jednym polu, a zawodzi na innym, to odpowiedzialnością za niepowodzenia należy obciążyć odbiorcę. „No jak to, przecież pomogło stu innym, coś musi być z tobą nie tak, jeżeli tobie nie pomaga”. Stosunkowo rzadko pojawia się refleksja nad nieadekwatnością podejmowanych działań, gdy tymczasem – przynajmniej w niektórych przypadkach – tu właśnie jest pies pogrzebany i dokładnie w tym miejscu pojawia się szansa na zmianę. Aby pójść dalej, musimy zrezygnować z naszych nierealnych oczekiwań i zmienić nastawienie, uznać, że warunkiem pomocnej obecności jest umiejętność dostosowywania metod pracy do potrzeb osób, z

którymi pracujemy. Potrzebujemy nauczyć się towarzyszyć na zasadzie „podążania za”, jak również nauczyć osoby w śpiączce takiego właśnie stosunku do samych siebie i do tego, co przeżywają w tym niezwykłym czasie. Wykorzystanie zasobów, umiejętności i narzędzi do bycia z osobami w śpiączce i stanach podobnych na zasadzie dołączenia do nich tam, gdzie są i wsparcia ich w wypełnianiu ich procesów wewnętrznych proponuje psychologia zorientowana na proces. Jak pisze jej twórca, Arnold Mindell, w książce *Śpiączka, klucz do przebudzenia*: „Pracę z ludźmi pogrążonymi w stanie śpiączki można postrzegać jako pewnego rodzaju formę czystej komunikacji. Polega ona na przebywaniu w bardzo bliskiej relacji, w której terapeuta pomaga klientowi znajdującemu się w tym stanie, nauczyć się sposobu, w jaki może on pracować i porozumiewać się z samym sobą”<sup>1</sup>.

*Życie we śnie* to w dużej mierze refleksja nad tym, co tak naprawdę oznacza komunikacja i bycie w kontakcie. Czym jest kontakt? W jaki sposób zazwyczaj się komunikujemy? Czy to, co znamy, to jedyne istniejące możliwości? A może można inaczej? Kto z kim i po co się komunikuje? W jaki sposób powstaje i na czym opiera się relacja? Kiedy czujemy się blisko? Kiedy się oddalamy? To pierwsze z brzegu pytania czy zagadnienia, z pewnością nie wszystkie, bo przecież temat jest przebogaty. Tym razem rzecz dotyczy specyficznego wymiaru relacji, czyli kontaktu z osobami w stanie śpiączki, ale przy okazji opowiada o rzeczach uniwersalnych – głębokim byciu z samym sobą i z drugim człowiekiem, o uważności i wrażliwości.

Oprócz zagadnień komunikacji, relacji i kontaktu poruszać się będziemy w obrębie „rzeczywistości psychicznej”, nawiązując do określenia stworzonego przez wybitnego psychologa głębi, Carla Gustava Junga. W tym ujęciu realizm, obiektywizm, wymierność czy fakty są kwestionowane, bardziej chodzi o jakość, subiektywność i doświadczenie. Poczesne miejsce zajmuje tu logika wewnętrzna, wsłuchiwanie się w historię, którą człowiek sobą opowiada. „W istocie jest bardzo możliwe, że oglądamy świat z odwrotnej strony, że moglibyśmy znaleźć właściwą odpowiedź wtedy, gdybyśmy zmienili punkt widzenia i spojrzeli

---

<sup>1</sup> Arnold Mindell, *Śpiączka, klucz do przebudzenia*, tłum. Tomasz Teodorczyk, Warszawa 1988, s. 64.

nań z drugiej strony, to znaczy nie od zewnątrz, lecz od wewnątrz”<sup>2</sup> – pisał Jung pod koniec życia.

Struktura książki jest prosta. W pierwszej części zastanawiam się nad tym, co jest możliwe do osiągnięcia w kontakcie z osobą w stanie śpiączki, a co nie, w drugiej staram się przybliżyć sposoby pracy w stylu jungowskim, „od drugiej strony”.

Idąc tym tropem, poszczególne rozdziały rozpoczynam od opowieści osoby w stanie odmiennym. To zabieg, który często stosuję podczas praktyki. Polega on na „wejściu w buty” osoby, z którą pracuję, tak głębokim i wszechstronnym jak tylko potrafię, na próbie doznania tego, czego ona doznaje. Nie chodzi o empatię czy współczucie, ale o całkowite stanie się przez chwilę drugą osobą. Pisząc kolejne rozdziały, chciałem, aby taka właśnie perspektywa towarzyszyła czytelnikowi. Jestem przekonany, że taka postawa może okazać się użyteczna w zgłębianiu stanów odmiennych i tym samym przybliżyć możliwość satysfakcjonującego bycia z tymi, którzy przeżywają swój czas w sposób inny niż to, co znamy.

Chciałbym zaznaczyć, że w książce używam pojęcia śpiączka w znaczeniu potocznym, a nie stricte medycznym, do określenia różnych odmiennych stanów świadomości, w których kontakt ze światem zewnętrznym jest ograniczony. Mam tu na myśli śpiączkę właściwą, zespół zamknięcia, stan minimalnej świadomości, stan wegetatywny, stan wegetatywny przetrwały i różne stany graniczne. Jest przyjęte, że śpiączka to zarówno specjalistyczne określenie konkretnego stanu, w jakim może znaleźć się człowiek, jak i pojemny worek pojęciowy, mieszczący w sobie rozumienie wielu stanów odmiennych.

*Życie we śnie* nie ma ambicji bycia pracą naukową, jest raczej opisem mojego obcowania z ludźmi w śpiączce oraz zapisem refleksji, jakie z tych doświadczeń wyciągnąłem. Wejście w świat stanów odmiennych ułatwiała mi wiedza z obszaru psychologii zorientowanej na proces, którą przy okazji staram się czytelnikowi przybliżyć. Swoje doświadczenie praktyka zdobywałem w gronie kolegów, koleżanek i superwizorów z Polskiego Towarzystwa Psychologii Procesu podczas pracy w Centrum Zdrowia Dziecka i klinice „Budzik”, gdzie

---

<sup>2</sup> Cyt. za: Olga Tokarczuk, *Świat z odwrotnej strony* [online], „Tygodnik Powszechny” 2000, [dostęp: 11 marca 2016], dostępny w Internecie: <<http://www.tygodnik.com.pl/kontrapunkt/10/tokarczuk.html>>.

zajmowaliśmy się dziećmi w stanie śpiączki i ich bliskimi, a także podczas prywatnej praktyki w całej Polsce, skupionej głównie wokół osób dorosłych.

## **Część pierwsza**

### **Jestem z tobą. O dobrym towarzyszeniu**

*Wszyscy skupiają się na moim ciele – jego tętnie, temperaturze, spastyce... Na tak wielu różnych rzeczach, które dla mnie zupełnie nie mają znaczenia... Oczywiście, że chcę z tego wyjść i być zdrowym, martwię się, gdy jest źle i cieszę się, kiedy widać, że robię postępy. Ale tym, co wszystko przesłania, tym, co przeżywam na bieżąco, „tu i teraz”, jest izolacja. Jeszcze do niedawna żyliśmy tak samo, a dziś mój świat niewiele ma wspólnego z twoim. I chociaż naprawdę doceniam, co dla mnie robisz, brakuje mi zwykłego bycia razem, z tobą jako taką, a nie z kimś, kto się o mnie stale troszczy, z wszechobecną opiekunką...*

Pracując z ludźmi w stanie śpiączki, przekonałem się, że często, choć zazwyczaj nieumyślnie, opiekunom, terapeutom, lekarzom, a nawet rodzinie zdarza się zaniedbywanie jakości bycia z tymi, którymi się zajmują. W miarę upływu czasu podopieczni stają się coraz bardziej przedmiotem badań i działań, na których dokonuje się wielu różnych aktywności i przeprowadza operacje, zapominając o tym, że są oni podmiotem. Taka postawa ma swoje konsekwencje, zazwyczaj skutkuje budowaniem dystansu, postępującą izolacją czy wycofywaniem się z relacji przez osoby w śpiączce.

Te przypadki – niestety mniej liczne – w których byłem świadkiem dbałości o kontakt z człowiekiem po drugiej stronie, na ogół wyróżniały się dążeniem do rozwoju relacji, obie strony zwyczajnie tego chciały. Dlatego pomyślałem, że na początku warto wymienić najważniejsze rzeczy, o których dobrze pamiętać przy łóżku szpitalnym.



**Sposób traktowania.** Na tworzenie więzi i uważność wpływa wiele elementów, które mają istotne znaczenie. W pierwszym rzędzie wymienić należy uprzejmość i niewymuszony, naturalny szacunek, czyli na przykład przywitanie się, zapytanie o zgodę, jeżeli chcemy coś zrobić, np. dotknąć czy zbliżyć się (mówimy „dzień dobry”, „na dziś to już koniec”, „do widzenia”, „podniosę Cię teraz trochę do góry”). Łatwo dostrzec, jakie to ważne, odnosząc się do relacji ludzi w zdrowiu. Czy gdyby bliscy nakrywali do stołu bez słowa, brzęcząc głośno sztućcami i uderzając talerzami, a później zdawkowo informowaliby, że można już siadać o stołu, to czy czuliby się ze sobą swobodnie i komfortowo i czy mieliby ochotę na wspólne bycie razem i współpracę, np. podanie czegoś z odległego krańca stołu? Dobrą atmosferę rzadko tworzą wyjątkowe sytuacje czy zdarzenia, raczej budujemy ją na co dzień za pomocą drobnych gestów. Wystarczy zaniechanie i bardzo łatwo ją zniszczyć.

**Uprzedzanie.** Również istotne jest uprzedzanie osoby, co się będzie z nią robiło, nawet przy drobnych czynnościach, szczególnie tych związanych z kontaktem cielesnym. Trudno sobie wyobrazić sytuację, w której ktoś podchodzi do zdrowej osoby i bez słowa przekręca ją na drugi bok, bo uznał, że ta siedzi w pozycji, która musi być niewygodna. A więc za każdym razem warto uprzedzić: „za chwilę opuszczę Panu łóżko”, „otrę Pani pot z czoła”, „zaraz Ci zrobię zastrzyk” itp., odczekać chwilę, dając możliwość przyjęcia komunikatu i dopiero potem zrobić to, co zostało wcześniej zapowiedziane.

**Oddech.** Dostrajanie oddechu oraz towarzyszący kontakt fizyczny zsynchronizowany z rytmem drugiej osoby są znane w kręgach osób zaangażowanych w pracę ze śpiączką. Mimo to chciałbym podjąć ten wątek, gdyż uważam go za jeden z kluczowych, mogących decydować o pomyślności pracy w jej wymiarze całościowym. Potrafi on znacząco wpłynąć na powodzenie stosowanych technik oraz skuteczność wdrażanych rozwiązań itp.

W praktyce rzecz wygląda następująco: dostraja się oddech poprzez branie wdechu w tym samym momencie co osoba w śpiączce i wydychanie powietrza razem z nią, zawsze naśladowując charakterystykę jej procesu oddychania, czyli głośność, głębokość, siłę, regularność bądź nieregularność itp.

**Towarzyszenie za pomocą kontaktu fizycznego.** Towarzyszenie za pomocą kontaktu fizycznego polega na uchwyceniu nadgarstka lub dotknięciu innej części ciała, np. klatki piersiowej czy barku i delikatnym ucisku podczas wdechu i zwalnianiu ucisku przy wydechu. Przed rozpoczęciem kontaktu uprzedza się osobę w śpiączce, co będzie się robiło, np. „za chwilę wezmę cię za rękę”. Dostrajanie oddechu i bycie w kontakcie towarzyszącym zajmuje zwykle ok. 15–20 minut, zanim przejdzie się do innego rodzaju pracy.

W klinice „Budzik” zajmowałem się około 6-letnią dziewczynką. Rozpocząłem wizytę od przywitania, następnie, po uprzedzeniu, wziąłem ją za nadgarstek i dostroiłem oddech do jej oddechu. Tego dnia był on dosyć nieregularny, na początku musiałem utrzymywać wzmożoną uważność, aby rzeczywiście podążać za dziewczynką, podobnie z uciskaniem nadgarstka.

Niedaleko łóżka stała jej mama. Kątem oka widziałem, co się dzieje z jej oddechem – był identyczny, jak u córki! Mimo stosunkowo dużego zaburzenia jego rytmu w tym dniu, matka tak samo brała wdech, tak samo wydychała powietrze, podobnie zatrzymywała się, zastygając – w synchronii do procesu oddechowego córki. Zobaczyłem, że kobieta robi to samo, co ja i pod koniec wizyty zapytałem ją, czy szkolili się w tej metodzie pracy ze śpiączką. Nie rozumiała, o co mi chodzi. Po wytłumaczeniu stwierdziła, że to było zupełnie nieświadome. Nie wiedziała, jakie to może być potrzebne i ważne działanie z jej strony.

Powyższy przykład może do pewnego stopnia tłumaczyć, jak to się dzieje, że działania typu synchronizacja oddechu i dostrojony kontakt fizyczny mają wartość i po co się je stosuje. Prawdopodobnie stwarzają one wrażenie głębokiej więzi, tak podstawowej, jak np. w relacji dziecka z matką, pozwalają na dużą bliskość i czucie się razem, nawet z osobą, którą słabo czy w ogóle się nie zna.

**Ćwiczenie.** W książce *Śpiączka. Klucz do przebudzenia* Mindell proponuje proste ćwiczenie, dzięki któremu łatwo można doświadczyć stanu śpiączki. Stosowałem je wielokrotnie w pracy z bliskimi osobami w śpiączce czy podczas warsztatów, zazwyczaj z dobrym skutkiem. Gdyby ktoś chciał spróbować, wygląda ono następująco: proszę się położyć i wejść w rolę osoby w śpiączce. Druga osoba niech stara się towarzyszyć w dostrojony sposób, wykorzystując synchronizację oddechu i towarzyszący dotyk. Przeznaczcie na to ok. 15–20 minut, po czym zamieńcie się miejscami tak, aby obie osoby mogły zobaczyć, jak to jest<sup>3</sup>.

Ludzie, którzy robią powyższe ćwiczenie, relacjonują zazwyczaj coraz głębszy spokój, który pojawia się w wyniku wzajemnej interakcji, rosnące poczucie bezpieczeństwa oraz głęboki kontakt z drugą osobą. W ten prosty sposób na własnej skórze można przekonać się o mocy oddziaływania polegającego na uważnym byciu z drugą osobą.

**Dotyk.** Dobrze robi wyważony, dostosowany dotyk, gładzenie, lekkie uciski, elementy masażu. Kontakt z ciałem jest ważnym aspektem tworzenia więzi. Psycholog Harry Harlow udowodnił, że interakcja fizyczna ma podstawowe znaczenie dla funkcjonowania psychicznego i emocjonalnego. Jej brak może powodować niepokój, stres, poczucie samotności, zaś jej obecność przynosi spokój, poczucie przynależności, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Psycholożka Virginia Satir twierdziła, że dotyk i przytulenie są niezbędne do życia, policzyła nawet, ilu uścisków potrzebujemy, by funkcjonować – czterech do przeżycia, ośmiu do zachowania zdrowia, a dwunastu do rozwoju. Oczywiście dotyczy to także osób w śpiączce. Z pewnością po kilku próbach będzie można wyczuć, co wydaje się być przyjemne i potrzebne, a co nie. Poza tym cennych wskazówek może udzielić specjalista od pracy z ciałem, np. fizjoterapeuta czy masażysta.

---

<sup>3</sup> A. Mindell, op. cit., s. 60.



**O czym mówić?** Kolejna rzecz to uważność na to, co i jak się mówi. Istnieje sporo świadectw tych, którzy wyszli ze stanu śpiączki, którzy mówią, że ich świadomość była zupełna albo tylko do pewnego stopnia ograniczona i że byli zdolni do odbioru i przetwarzania bodźców świata zewnętrznego. Na przykład ktoś opowiadał, jak będąc w śpiączce, usłyszał wypowiedziane w desperacji słowa rodzica, że lepiej by było dla wszystkich, gdyby umarł! Osobiście byłem świadkiem podobnego przypadku. Dziecko w śpiączce przez kilka dni przeżywało nagły, silny kryzys, wysoką gorączkę, której nie można było zbić, wzmożone napięcie ciała itp. Objawy te były najprawdopodobniej reakcją na usłyszane przez nie trudne słowa.

Przykłady te pokazują, że warto uważać na słowa, dokładnie tak samo jak w naszych relacjach z ludźmi w zdrowiu, zgodnie z zasadą, że słowa tworzą rzeczywistość. Jeżeli powstaje potrzeba rozmowy o czymś trudnym, należy to zrobić z dala od łóżka osoby w śpiączce. A jeśli pojawi się kryzys i zacznie nam brakować sił i cierpliwości, dobrze jest skorzystać z pomocy bliskich czy specjalisty, w miarę możliwości powstrzymać się od zachowań emocjonalnych w obecności osoby w stanie śpiączki. O ważnej roli troski o siebie, bliskich i opiekunów piszę w rozdziale *Nie zapominać o sobie*.

Ludzie w śpiączce są wyrwani ze swojego normalnego świata, ze zwyczajowego funkcjonowania. Prawdopodobnie ważna dla nich będzie możliwość dalszego uczestniczenia w tym, co znają. A więc potrzebne mogą być opowieści o tym, co dzieje się w rodzinie, wśród znajomych i przyjaciół, dzielenie się codziennością, zarówno błahymi, jak i istotnymi sprawami, a także włączanie ich w omawianie ważnych decyzji. Tutaj jednak zawsze warto sprawdzać oddźwięk. Niektóre osoby są spragnione tych opowieści, inne mogą przeżywać rozpacz i poczucie straty wobec tego, co utraciły, i w tym wypadku lepiej wstrzymać się z poruszaniem istotnych życiowych tematów. Kiedy czas przeżywania straty minie, wówczas będzie można zacząć je wprowadzać.

**Jak mówić?** Osoba w śpiączce zazwyczaj nie dysponuje takimi możliwościami poznawczymi i komunikacyjnymi jak człowiek w zdrowiu. Musimy o tym pamiętać i dać drugiej osobie poczucie „nadawania na tych samych falach”, mówiąc wolno, prostymi zdaniami, robiąc

przerwy, głosem adekwatnym, to znaczy dostosowanym do tego, co się dzieje, np. ściszym w początkowej fazie kontaktu, a później modulowanym w zależności od treści i reakcji osoby w śpiączce. Warto pamiętać, jak ważnym i głęboko oddziałującym narzędziem jest ludzki głos. To, jak go używamy może ułatwić bądź utrudnić kontakt.

Dostrojenie rozmowy oznacza również mówienie podczas wydechu i milknięcie przy wdechu osoby w śpiączce, co wiąże się z utrudnionym odbiorem bodźców, kiedy organizm robi wysiłek przy pobieraniu powietrza. Zazwyczaj sprawdza się mówienie do ucha, oczywiście przy zachowaniu odpowiedniego dystansu.

**Adekwatność.** Czasami można spotkać się ze zjawiskiem, że osoby w śpiączce zaczynają być traktowane jak dzieci, niezależnie od wieku. Pojawiają się zdrobnienia, sposób mówienia przypomina komunikację rodzic–niemowlę (np. coś w rodzaju szczebiotania, wypowiedzi typu „ładnie zjadłeś, dobry chłopiec, grzeczna dziewczynka”). Podobne podejście raczej niczemu dobremu nie służy, tylko powoduje, że osoba w stanie śpiączki może wpaść w rolę kilkulatka i tym samym odciąć się od swojej wewnętrznej mocy, woli, decyzyjności. Może też pojawić się w niej potrzeba walki z podobnym traktowaniem, przez co będzie traciła siłę i energię, które mogłaby wykorzystać do wychodzenia z choroby.

**Podmiotowość.** Również mówienie przy osobie w śpiączce o niej w trzeciej osobie, „on bierze takie leki, ale to nic nie pomaga”, „ona za mało sika” będzie czymś trudnym relacyjnie, rzucającym na kontakt i zaburzającym go. Łatwo wtedy o poczucie bycia sprawą do załatwienia czy przedmiotem, z którym robi się różne rzeczy. Jeżeli takie odczucie się pojawi, prawdopodobnie wpłynie ono na zachowanie się w niedalekiej przyszłości, np. osoba chora zapadnie się w siebie, zacznie się zachowywać biernie czy apatycznie podczas ćwiczeń itp. Tego typu reakcje nie są niczym dziwnym ani specyficznym dla ludzi w śpiączce, ludzie w zdrowiu reagują podobnie, gdy czują się pominięci, urażeni, dotknięci, mało istotni.

**Szybkość interwencji.** Istotne jest, aby przystąpić do wielomodalnościowej stymulacji i rehabilitacji osoby, która zapada w śpiączkę tak szybko, jak to możliwe z medycznego punktu widzenia. Wprowadzone stosunkowo szybko interwencje ukierunkowane na ciało i na

psychikę, mogą zaoszczędzić wielu kłopotów i cierpienia, przynależnych do procesów neurodegeneracyjnych.

### **Podsumowanie**

Osoba w śpiączce to wciąż przede wszystkim osoba. Sposób, w jaki się do niej odnosimy jest istotny do tego stopnia, że może mieć wpływ na przebieg leczenia. Opiekując się kimś w śpiączce, warto pamiętać o traktowaniu podmiotowym i stale dbać o jakość wzajemnych relacji.

### **Poczekaj na mnie. O adekwatności**

*Leżę, to akurat wiem. Cała reszta jest trochę dziwna, bo nowa, nigdy wcześniej tak nie było, nawet nie ma tego z czym porównać... Wszystko się ślimaczy, dzieje się tak wolno, chyba z opóźnieniem. To znaczy dla mnie jest to normalne, ale dźwięki, obrazy, odczucia, które odbieram, rozmijają się z akcją, brakuje synchronizacji. Czuję dotyk, ale rękę, która mnie dotykała już nie ma, skądś wiem, że zabrałaś ją dobrą chwilę temu. Słyszę, że do mnie mówisz, a jednak jestem świadom, że twoje wargi przestały się poruszać dosyć dawno. Narasta napięcie, pewnie myślisz, że mnie nie ma, kiedy nie odpowiadam, a ja po prostu nie mogę odpowiedzieć... Zresztą nie słuchasz, jesteś, a za chwilę już cię nie ma albo chcesz czegoś następnego... Próbuję zrozumieć, o co ci chodzi i coś z tym zrobić, ale zaraz pojawia się kolejna rzecz... Niecierpliwisz się i zniechęcasz, doskonale to czuję... Ja też się denerwuję, że nie rozumiesz. O rany! A nade wszystko załamuje mnie to, że nic nie mogę zrobić, nie mam jak do ciebie dotrzeć, dać znać, żebyś na mnie poczekała... Rośnie presja po obu stronach... Szybko kończą się siły i pomysły. To, co mogę, to się wycofać – dobrze, rób sobie, jak chcesz...*

Czas i jego przeżywanie są inne dla nas, osób w zdrowiu, a zupełnie inne dla ludzi w śpiączce. Fundacja „Akogo?” w początkach swojej działalności prowadziła kampanię uświadamiającą przy użyciu zdjęcia osoby uwięzionej za grubym kawałkiem przezroczystej płachty. To bardzo trafnie pokazywało, na czym polega znalezienie się w stanie odmiennym. Mam wrażenie, że większość osób, z którymi pracowałem, znajdowała się, przynajmniej przez pewien czas, jak gdyby we mgle, wacie, smole czy za taką właśnie płachtą. Stan taki można scharakteryzować

poczuciem oddzielenia oraz zmniejszoną przepuszczalnością bodźców, doznań, np. dźwięku. Dźwięk, słowa dochodzą do takiego człowieka z opóźnieniem i również czas reakcji zwrotnej jest wydłużony. Zazwyczaj jednak reakcja się pojawia. Jeżeli rozpatrujemy sprawę na poziomie akcja–reakcja, poza opóźnieniem zazwyczaj nie dzieje się nic różniącego się od tego, czego można się spodziewać podczas „normalnej” komunikacji. To często właśnie brak świadomości opóźnienia reakcji u zdrowego odbiorcy powoduje wrażenie niemożności nawiązania kontaktu.



W pewnym szpitalu leżała w śpiączce kobieta po wypadku. Pracowałem z nią krótko po nieszczęśliwym zdarzeniu, gdy decydowały się losy, co do przebiegu dalszego leczenia. Wyniki w skali Glasgow miała niskie, niewystarczające, by skierować ją do rehabilitację. Pojawił się warunek, że będzie to możliwe, jeżeli wynik wzrośnie przynajmniej o dwa–trzy punkty. Rodzina starała się podejmować działania mające na celu zaktywizowanie jej tak, by warunek został spełniony. Zostałem zaproszony na konsultację i rozpocząłem pracę od próby ustalenia potwierdzenia i przeczenia.

Szybko okazało się, że kobieta ta jest w stanie nawiązać dobry kontakt. Stosunkowo łatwo udało się ustalić komunikację na „tak” i na „nie”, gdzie zamknięcie powieki oka oznaczało „tak”, natomiast „nie” było oznajmiane podniesieniem ręki. To było całkiem sporo, na ogół sygnały i ustalenie komunikacji, szczególnie u osób świeżo po wypadkach, odbywa się na dużo subtelniejszym poziomie, chociażby ze względu na osłabienie organizmu czy ciężki stan emocjonalny. Jednak ta kobieta chciała kontaktu i dawała ku temu wyraźne sygnały. Warunkiem jedynym, ale niezbędnym, było wystarczająco długo poczekać na reakcję, za każdym razem trwało to od jednej do dwóch minut.

Terapeuta (*po pracy wstępnej, gdzie był czas na nawiązanie kontaktu, synchronizację i kontakt towarzyszący*): Widzę... że jest tu... u Pani... dużo znajomych... wszyscy chcą... Panią zobaczyć..., zastanawiam się... czy dobrze się Pani z tym czuje...?

Na początku nic się nie dzieje, bardziej wyczuwam niż zauważam intencję reakcji u pacjentki. Czekam. Po chwili (ok. 1–2 min) jej ręka jednak podnosi się.

Terapeuta: Widzę... że Pani coś robi... to chyba coś znaczy... nie wiem... jak odczytywać... takie sygnały... może ustalmy... jak będzie wyglądało... przeczenie... Proszę pokazać... „nie” ...

Po dłuższej chwili, podobnie jak na początku, ręka pacjentki wędruje do góry. Uznaję to za znak negacji, ale jeszcze chcę się upewnić.

Terapeuta: Czy to był znak oznaczający „nie”...?

Mija czas i ręka powtórnie podnosi się. Uznaję to za wyraźne określenie zaprzeczenia.

Terapeuta: Dziękuję... Rozumiem... kiedy podnosi Pani... rękę... to Pani czegoś nie chce... albo się z czymś nie zgadza... albo czemuś zaprzecza...

Następnie pytam o potwierdzenie, o ustalenie „tak”.

Terapeuta: A teraz... proszę... żeby Pani pokazała... jak będzie wyglądać... „tak” ...

Po dłuższej chwili powieka lewego oka opada i znów podnosi się, w sposób, który odbieram jako intencjonalny. Sprawdzam zatem, czy dobrze zrozumiałem.

Terapeuta: Kiedy chce... Pani powiedzieć... „tak”... opuszcza Pani... powiekę prawego oka... i ją podnosi... zgadza się?

Po chwili powieka opada i podnosi się. Uznaję to za potwierdzenie i mówię o tym.

Terapeuta: Dziękuję... wyraźnie widzę... że Pani to potwierdza... będę się... trzymał... tego, co... ustaliliśmy...

Pauzy, które stosuję w trakcie moich wypowiedzi, są związane z rytmem oddechu. Jak już wspominałem, mówić należy przy wydechu osoby w śpiączce, a zatrzymywać się przy nabieraniu powietrza. Jest to ważne ze względu na specyficzną wrażliwość osoby w odmiennym stanie świadomości, ponieważ w ten sposób może ona lepiej słyszeć i koncentrować się na tym, co się do niej mówi.

Jak istotny jest czynnik czasu, pokazuje wspomniana skala Glasgow służąca określania stanu pacjenta. To wiarygodna skala, której jednak często używa się, jakbyśmy mieli do czynienia z osobą zdrową. Zatem, jeżeli np. określamy zdolność reakcji na dźwięk i uznajemy, że takiej reakcji nie ma, ponieważ odpowiedź nie nastąpiła, to możemy mieć do czynienia z błędem metodycznym, a nie z faktycznym brakiem reakcji. Inaczej mówiąc, jeżeli czas reakcji zostałby dostosowany do możliwości osoby w śpiączce, czyli zostałaby uwzględniona bariera opóźnienia czasu reakcji, to możliwe, że odpowiedzi nastąpiłyby i wynik badania, a zatem kolejne kroki leczenia, byłby zupełnie inne.

Obcowanie i praca z osobą w stanie śpiączki wymaga od otoczenia stałego utrzymywania uwagi i podążania za jej rytmem. To bywa skomplikowane. Z jednej strony mamy bowiem często do czynienia z różnego rodzaju nadwrażliwościami zmysłowymi, np. słuchu czy wzroku, co wymaga dostosowania poziomu dźwięku czy światła. Z drugiej występują opóźnienia w przetwarzaniu bodźców i reagowaniu, co może wydawać się przytępieniem

odbioru i reagowania. A jednak to dwie różne rzeczy, obie zachodzą równolegle i należy je obie wziąć pod uwagę. I znów – najłatwiej to przychodzi, jeżeli zapomni się o przyzwyczajeniach, dopasowując się do tego, co dzieje się z osobą w śpiączce.

### **Podsumowanie**

Reakcje osób w śpiączce podlegają opóźnieniom w stosunku do tego, jak reagują ludzie w zdrowiu. Aby zatem móc z nimi efektywnie pracować, trzeba pamiętać o tej prawidłowości i dostosowywać rytm kontaktu do ich możliwości.

### **To, co jest. Bycie „tu i teraz”**

*Rozmawiasz z kimś. Słyszę jak się dziwisz, że z jednym z fizjoterapeutów i z pielęgniarką współpracuję, a z pozostałymi nie. A jednak nie ma w tym nic dziwnego, po prostu oni są dla mnie inni; ja po prostu reaguję na to, co się wydarza. Oni potrafią sprawić, że mam siłę i chęć angażować się w ćwiczenia, przy nich czuję, że to mnie dotyczy. Robią to bardzo prosty sposób – rzeczywiście zwracają na mnie uwagę, na to, co się ze mną dzieje, widzą moje starania i postępy i doceniają je, ale też uwzględniają moje ograniczenia i nie wymagają rzeczy niemożliwych. Od innych słyszę – „podnieś jeszcze trochę nogę, wiem, że możesz”, „czemu jesteś dziś taki leniwy”, „jak się nie będziesz starał, to nigdy stąd nie wyjdziemy” itd., itd.. Po takich tekstach mam wszystkiego dość, wszystko mi opada, pozostaje bezsilność i zniechęcenie... Czemu nie doceniasz tego, co mi się udaje, czemu nie widzisz, jak ruszam palcami albo jak się napinam, pokazując, o co mi chodzi? Przecież w takich momentach jestem, wracam, czy to nie dość?*

Za wysoko ustawiona poprzeczka łatwo może wrzucić w poczucie bezradności, bezsilności, spowodować pojawienie się przekonania, że nie da się rady. Oczywiście nie wynika to ze złych intencji, chce się dobrze, jednak warto sobie uzmysłowić i pamiętać, że wyśrubowane oczekiwania, nawet płynące z jak najlepszych pobudek, mogą przynieść efekt odwrotny do zamierzonego.

Z drugiej strony zachęta i motywacja są potrzebne. Nie chodzi o to, żeby stać z boku, przyglądając się biernie i milcząco, w oczekiwaniu na to, co się zdarzy. Osoby w śpiączce zmagają się z wieloma problemami, różnie przeżywają sytuację, w której się znalazły. Często na pewien czas tracą nadzieję i poczucie sensu, bywają obezwładnione przytłaczającymi okolicznościami i tym, co się z nimi dzieje. Wsparcie, motywowanie, przesuwanie krok po kroku granicy ich możliwości są nieodzowne, pod warunkiem, że u podstaw wszelkich działań leży wrażliwość i uważność.

Pracowałem w pewnym szpitalu z nastolatkiem, który przed wypadkiem grał w piłkę nożną. Marzył o karierze piłkarskiej, dużo czasu i zaangażowania wkładał w rozwój sportowy i był w tym naprawdę dobry. Wszystko wskazywało, że jego pragnienia się spełnią i że zostanie piłkarzem. Rodzina, przede wszystkim mama, mocno wspierali go w jego wysiłkach, aż zdarzył się wypadek.

Kiedy przychodziłem pracować z chłopcem, niemal za każdym razem odczuwałem w panującą w jego pokoju specyficzną mieszaninę różnych napięć i emocji. Była w tym zarówno życzliwość i miłość, jak i oczekiwania, presja oraz bezradność. Zastanawiałem się, w jaki sposób kształtuje się to, co wyczuwam i z czym powinienem najpierw pracować. Zazwyczaj sytuacja wyglądała tak:

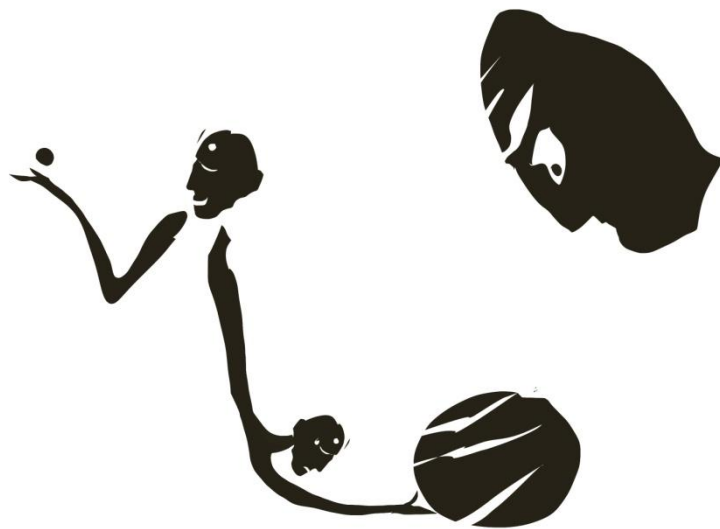
Mama: Synku, pan przyszedł z Tobą popracować... Musisz teraz się postarać, żebyś mógł wrócić do zdrowia. Piłka na Ciebie czeka, już za długo leżysz... Wiesz, ile będziesz musiał nadrabiać... Im szybciej wstaniesz, tym łatwiej będzie ci znowu grać... popracuj teraz tak, żebyśmy widziała, że się starasz... Zrób to dla mamy.

Całej tej przemowie towarzyszyło intensywne gładzenie po twarzy, potrząsania za ramię albo ściskania ręki, poprawianie ułożenia ciała itp.

Odpowiedzią chłopca była bierność i bezwładność, specyficzny, miękki bezruch. Jego ciało zachowywało się w zadziwiający sposób – nie było żadnej spastyki, napięć, przykurczów, z którymi zazwyczaj mamy do czynienia. Wyglądało to na jego sposób radzenia sobie z



oczekiwaniami otoczenia i pewnie z perspektywy życia psychicznego tak właśnie było. Przypominało to sytuację poddania się, gdy nadmierne obciążenia doprowadzają osobę do takiego stanu bezwolności, że można z nią zrobić dosłownie wszystko, bo na niczym jej już nie zależy, w nic już nie wierzy. Wyobrażałem sobie, że gdybym pracował z tym chłopcem terapeutycznie, gdy był zdrowy, jego wycofana miękkość też zwróciłaby moją uwagę i spytałbym go, co takiego się wydarzyło, że jest mu tak dokładnie wszystko jedno.



Oczywiście oczekiwania są czymś normalnym, wszyscy je mamy, zarówno bliscy, jak i specjaliści zajmujący się leczeniem i rehabilitacją. Gdy jednak zostanie przekroczona granica, gdy oczekiwania zaczynają przygniatać, powodują zamknięcie, wywołują dojmujące poczucie niemożności i braku mocy. Zawierają jawną bądź ukrytą ocenę lub wręcz krytykę, że to, co jest, jest niewystarczające. Kiedy osoba leży odcięta od świata, przykuta do łóżka, uzależniona od leków, rurek i pomocy zewnętrznej, oczekiwanie, że będzie taka, jaka była kiedyś sprawia, że jedyne, co ta osoba może zrobić, to wyłączyć się, odciąć, poddać.

Dla kontrastu chciałbym opisać historię innego chłopca w śpiączce, również z upodobaniem do piłki nożnej. W jego pokoju, podobnie jak w opisywanym wcześniej przypadku, znajdowało się dużo zdjęć piłkarzy, piłka, książki o futbolu – widać było, że zainteresowania chłopca są szanowane i pielęgnowane. Jednak leczeniu i rehabilitacji towarzyszyła zupełnie inna atmosfera, wszystkie te rzeczy stanowiły raczej wyraz pamięci o tym, co ważne czy interesujące, niż spełniały zadania motywatorów do zdrowienia.

Ten chłopiec swoją drogę wychodzenia ze śpiączki rozpoczął od ruchów nóg. Od pewnego momentu pojawiało się coraz więcej i coraz wyraźniejszych zgięć, wyprostów, kopania, tym bardziej znaczących, że reszta ciała była dosyć spokojna. Chcąc nie chcąc, pojawiła się we mnie myśl, że może mieć to coś wspólnego z piłką. Podjęta została próba pracy w tym kierunku (praca sygnałowa, co zostanie opisane w dalszej części książki), która wywołała dobry oddźwięk, to znaczy ruchy były przez chłopca kontynuowane, a nawet wzmacniane i poszerzane.

Terapeuta: Twoja noga... ona kopie...

Chłopiec wykonuje po chwili jeszcze jeden ruch, jakby wykop.

Terapeuta: Tak..., właśnie tak... kopa!....Dawaj!

Ruch znowu się powtórzył, tym razem bardziej intensywnie, tak jakby chłopiec bardziej świadomie i poprzez to wyraźniej czy mocniej zamierzył się do strzału.

Terapeuta: Świetnie... jeszcze kopa... może spróbuj też drugą nogą... *(tu zachęta do większego wyzwania, druga noga była trochę mniej sprawna, więc używanie jej stanowiło większy wysiłek)*.

To, co poprzez te dwa przykłady chciałbym pokazać, to różnica motywacji. W pierwszym piłka nożna była traktowana jako narzędzie mobilizujące do pracy, niezależnie od reakcji chłopca w śpiączce. To było dla niego za dużo – nie dość, że nie był w stanie wykonać aktywności związanych z grą w piłkę, to jeszcze musiał zmierzyć się z tym, że to, co dla niego

tak ważne, jest i być może na zawsze pozostanie niedostępne. W drugim przypadku futbol wyszedł od chłopca, a specjaliści i rodzina jedynie wspierali to, co się z nim działo, zachęcali do pracy w kierunku, który wybrał on sam.

Opieka nad osobami w śpiączce to ciągłe poszukiwanie równowagi pomiędzy uwzględnianiem ograniczeń, a motywowaniem do ich przekraczania. Chyba wszystko polega na tym, aby być bardziej z nimi niż ze sobą, to znaczy bardziej dostrajać postawę własną do okoliczności i potrzeb osoby w śpiączce, niż osobę i sytuację do siebie. Gdy motywowanie, zachęcanie, nawet umiejętne popychanie wy wpływają z ukierunkowania na osobę w śpiączce i są adekwatne, wtedy stają się inspiracją, zachętą do samozaangażowania, pomagają odnaleźć siłę do podejmowania wyzwań. Natomiast kiedy służą ukojeniu potrzeby, ambicji albo frustracji osoby opiekującej się, zazwyczaj prowadzą do stopniowego osłabienia, a w końcu wręcz do zaniku entuzjazmu, nadziei, determinacji. W opisanych przykładach widać, że stymulacja poprzez nawiązywanie do ulubionej aktywności to jedno, a stawianie poprzeczki za wysoko, to co innego. To wyraz braku wyczucia, ponieważ działając w ten sposób ryzykujemy zaprzepaszczenie pożytków płynących z polityki małych kroków, gdy na duże zwyczajnie brakuje zasobów. Wywierając nacisk i mając nieadekwatne oczekiwania, niweczy się naturalne tendencje i wysiłki ku zdrowieniu. Można powiedzieć, że osoba w śpiączce to delikatna roślina kiełkująca na pustyni albo dziecko, które jest pierwszy dzień w szkole. Obie istoty chcą i potrzebują się rozwijać, lecz zbyt wysokie naciski i wymagania prawie na pewno, dosłownie i w przenośni „wbijają je w ziemię”, a nie wesprą ten proces.

#### Podsumowanie

Zbyt wysokie wymagania stawiane osobie w śpiączce mogą doprowadzić do frustracji, popadania w bezsilność i zniechęcenie. Dobrze jest zachęcać i motywować do wysiłku, jednak trzeba zachować uważność i nie stawiać wyzwań, które dla tej osoby są w danym momencie niemożliwe do osiągnięcia.

## **„Tak” i „nie”. Ustalanie zasad komunikacji**

*W tych momentach, gdy odzyskuję świadomość, zazwyczaj jesteś obok... Nie wiem, jak to robisz, przecież masz też swoje życie. Jestem wdzięczny, pomagasz mi... A jednocześnie to tak bardzo denerwujące, że się nie rozumiemy, czasami aż wściekam się z bezsilności. Wściekam się na siebie, bo nie mogę czegoś przekazać, ale też na ciebie. No bo, czy naprawdę tak trudno jest się domyśleć, że nie mogę odpowiadać w sposób, jaki akurat tobie przychodzi do głowy? Ściśnij mi rękę, jeżeli chcesz powiedzieć „tak”, no weź ściśnij! Rany, setki razy to samo! Kto to powiedział, że oczekiwanie innych rezultatów przy stosowaniu tych samych metod jest swego rodzaju obłądem? Ten kto to powiedział, wiedział, co mówi, teraz ja też to wiem. Jeżeli kiedyś tak się zachowywałem, to mi głupio, przysięgam, że jak z tego wyjdę, to już nigdy, przenigdy... Zobacz, za każdym razem, jak czegoś nie chcę, to się usztywniam. Sztywna szyja, sztywna twarz, stężałe ciało. Po prostu skup się na mnie i to zauważ. A moje „tak” za każdym razem objawia się przez przyspieszony oddech. Będę naprawdę wdzięczny, jeśli uda ci się to zobaczyć...*

Komunikacja na poziomie „tak” i „nie” to i dużo i mało. Mało, bo chciałoby się więcej, zdawkowość potwierdzenia i zaprzeczenia wydaje się kompletnie niewystarczająca, to prawie tyle co nic, mając w perspektywie tygodnie, miesiące, a nawet lata życia wyrócone do góry nogami, wysiłku, o jakim się wcześniej nie miało pojęcia, ciągłej niepewności, wyrzeczeń i starań.

A jednak intencjonalnie ustalone „tak” i „nie” są nie do przecenienia. W pierwszym rzędzie wymienić należy możliwość porozumiewania się, wymiany podstawowych informacji – czy coś cię boli, czy jest w porządku? Czy ten grymas oznacza głód, czy to, że jest ci za gorąco? Czy zgasić światło, czy mam zostawić zapalone? Czy po ostatnich lekach czujesz się lepiej? Mnóstwo tego, a wszystko ma znaczenie. Ci, którzy zajmują się osobami w śpiączce, a nie mają ustalonej komunikacji, wiedzą jak męczący i frustrujący jest brak pewności, nieustanne zgadywanie, wątpliwości i szukanie po omacku.

Podam przykład podobny do tego z poprzedniego rozdziału, a jednak inny. W pewnym szpitalu pracowałem z mężczyzną w średnim wieku, którego bliscy martwili się, czy właściwie sprawują nad nim opiekę. Robili wszystko, co w ich mocy, a nawet dużo więcej, mieli jednak wrażenie, że nie do końca o to chodzi, a z drugiej strony nie umieli rozpoznać rzeczywistych

potrzeb bliskiej im osoby. Słyszeli o komunikacji „tak” i „nie”, jednak jej ustalenie im nie wychodziło, pomimo że mężczyzna jak na osobę w śpiączce był dość aktywny i rodzina wyraźnie czuła jego obecność.

Terapeuta: Dzień dobry Panu... nazywam się Jarek... Jestem terapeutą... chciałbym z Panem porozmawiać... czy mogę?

Na początku nie dostaję żadnego wyraźniejszego sygnału, ani przyzwolenia ani odmowy, jednak odnoszę wrażenie (co też jest ważnym sygnałem) bycia zaakceptowanym. Dostrajam oddech i czekam, co będzie się działo. Po upływie ok. 5–7 minut mężczyzna zaczyna wysyłać delikatne sygnały – coś zmienia się w jego twarzy, a palce co jakiś czas wykonują nieznaczące ruchy.

Terapeuta: Czekam tutaj... obok łóżka... Chciałbym wziąć Pana za rękę... Nic nie będę robił... po prostu wezmę Pana... za rękę...

Znów nie dostrzegam żadnej wyraźnej reakcji, odwołuję się do swojej intuicji i mam wrażenie, że mogę pójść o krok dalej. Delikatnie chwytam mężczyznę za nadgarstek i podejmuję kontakt towarzyszący polegający na uciskaniu. Pozostajemy tak z oddechem i kontaktem dosyć długo, trwa to może 15 minut. Po pewnym czasie coś zaczyna się dziać, pojawiają się różnego rodzaju sygnały. Chcę to wykorzystać, aby ustalić komunikację „tak–nie”.

Terapeuta: Chciałbym ustalić z Panem... w jaki sposób... będzie Pan dawał znak... że coś Panu nie pasuje... jak będzie wyglądało „nie”? proszę pokazać „nie”.

Po upływie mniej więcej minuty czuję, że mężczyzna prostując palce, usztywnia dłoń. Przypuszczam, że to właśnie jest jego „nie” i sprawdzam to.

Terapeuta: Widzę... co robi Pan z ręką... czy tak właśnie... będzie wyglądało... „nie”?

Mężczyzna wykonuje to samo usztywnienie, prostując palce. A więc zyskuje potwierdzenie, że ustaliliśmy intencjonalną negację. Następnie przechodzę do ustalania potwierdzenia.

Terapeuta: Dziękuję Panu... będę się tego trzymał... a teraz... proszę pokazać... jak będzie wyglądało „tak”.

Znów czekam, uważnie obserwując zachowanie ciała. Po dłuższej chwili powieka lewego oka wolno opada i podnosi się. Nie jestem pewien, czy to był znak, gdyż akurat w przypadku tego mężczyzny jego oczy są dość aktywne, mam jednak wrażenie, że ten ruch był intencjonalny.

Terapeuta: Widziałem, że... zamknął Pan i otworzył oko... czy to był... znak „tak”?

Podniesienie i opuszczenie powieki powtórzyło się, znów w tej powolnej, intencjonalnej charakterystyce. Tym razem nie mam wątpliwości, że ustaliliśmy wiarygodne potwierdzenie.

Terapeuta: Dziękuję... będę pamiętał, jak wygląda „tak” i „nie”... przekażę to rodzinie...

Jak pokazuje doświadczenie, w ustalaniu komunikacji łatwo o porażkę, gdy próbuje się egzekwować porozumienie według własnych założeń, tak jak się wydaje, że będzie dobrze czy łatwo. I, analogicznie, więcej szans na udroźnienie komunikacji jest wtedy, gdy potrafimy odczytać i podjąć to, co proponuje osoba w śpiączce.

Ważna jest również konsekwencja. Raz ustalonej komunikacji należy przestrzegać i zawsze ją respektować, a ewentualne zmiany powinny być inicjowane przede wszystkim przez osobę w śpiączce (np. przejście na zachowania okołowербalne, czyli bezgłośnie poruszanie wargami „tak” lub „nie”). Jeżeli ustalenie komunikacji się powiodło, a potem zanika, to prawdopodobną przyczyną jest nierespektowanie ustaleń przez otoczenie i taki rozwój sytuacji prawdopodobnie wyraża niezgodę głównego zainteresowanego.

Na poziomie psychicznym sukces w ustaleniu twierdzenia i przeczenia znaczy o wiele więcej niż tylko możliwość wymiany informacji. W ten sposób przywraca się osobie w śpiączce

podmiotowość, poczucie bycia integralną jednostką – osobą, a nie obiektem, na którym odbywane są różne działania. Kiedy jedna osoba komunikuje „nie” a druga słucha i kiedy jedna osoba komunikuje „tak” a druga słucha, pojawia się poczucie wpływu i sprawczości. To właśnie sprawczość jest niezbędna do rozwiązania sytuacji choroby, poczucie posiadania wpływu w wymierny sposób pomaga zmierzać w dobrym kierunku.

### **Podsumowanie**

Ważną sprawą w pracy z osobami w śpiączce jest ustalenie komunikacji „tak” i „nie”. Ułatwia to sprawy, zarówno na poziomie codziennego funkcjonowania, jak i w zakresie pracy psychologicznej. Dzięki temu można czuć się podmiotowo. W ustalaniu komunikacji „tak” i „nie” należy pamiętać o opóźnieniu reakcji ze strony osoby w śpiączce.

## **Część druga**

### **O częściach całości**

*Przychodzisz zagniewana... Mam wrażenie, że to przeze mnie, bo tylko leżę, a poprawy nie widać... Denerwuję się tym, z jednej strony chciałbym cię jakoś pocieszyć i uspokoić, z drugiej to przykre i trudno mi przyjąć, że możesz być zła o chorobę, o to, co się ze mną dzieje... A może to nie dlatego? Nie wiem, nigdy o tym nie mówisz, co jeszcze bardziej mnie rozstraja... Rozsądek pojawia się później, jak sobie już pójdiesz... Kiedy jesteś, wyczuwam twoje niezadowolenie i wszystko się we mnie spina... Od razu dostaję jakichś plam i potów, przeżywam to, co jest między nami...*

Wpływ środowiska na to, co dzieje się z osobą w śpiączce może być ogromny. Widać to dobrze na przykładzie dzieci, których związek z otoczeniem jest bardzo silnie widoczny, jakby bardziej „na wierzchu” niż ma to miejsce u osób dorosłych. Zjawisko dotyczy wszystkich, z tym że u dzieci jest łatwiejsze do zaobserwowania.

Pracowałem z małym chłopcem (ok. 3-letnim), który silnie prężył się i napinał. Towarzyszyły temu emocje – widoczne na twarzy, w reakcjach ciała i w ogólnej atmosferze. Odbierałem je jako złość, gniew, momentami wręcz wściekłość. Wyglądało to tak, jakby z kimś lub czymś walczył albo się siłował. Wydzielał dużo śluzu, rurka tracheotomijna musiała być czyszczona dosłownie co kilka minut. Często pojawiała się gorączka. Zasnął na chwilę zmęczony tym, co się z nim działo, budził się i wszystko powtarzało się od nowa. W zasadzie nie było możliwości pracy innego rodzaju niż wspieranie, przekazywanie troski.

Chłopcem opiekowała się mama, która, co naturalne, była zrozpaczona wypadkiem i stanem swojego synka, ale która też, co równie naturalne, trudno znosiła zmianę trybu życia, uciążliwości związane z opieką, a ponadto przeżywała w okresie rehabilitacji dziecka kilka poważnych kryzysów życiowych. Wszystko to oraz prawdopodobnie jeszcze wiele innych czynników sprawiło, że atmosfera wokół łóżka chłopca była mieszaniną troski i miłości, ale też napięcia i trudnych emocji, które co jakiś czas wybuchały.

Pewnego dnia mama chłopca była zmuszona wyjechać na kilka dni do domu, natomiast opiekę nad dzieckiem przejął inny członek bliskiej rodziny. To, co zdarzyło się następnego dnia i trwało do aż jej powrotu, było z racjonalnego punktu widzenia trudne do wytłumaczenia – chłopiec rozluźnił się, wydzielina w dużej mierze ustąpiła (rurkę tracheotomijną wystarczyło czyścić mniej więcej co godzinę, czasem rzadziej), przestał się prężyć, jego twarz złagodniała, emocje opadły. Spał tak, jak śpią maluchy, bez napięcia, z potrzeby snu. Przez ten krótki czas był zupełnie innym dzieckiem. Kolejny niezwykle fakt nastąpił po powrocie mamy – szybko odnowiły się reakcje i symptomy, znane sprzed jej wyjazdu.

Co ten przykład może pokazywać? Pole to nazwa przyjęta w psychologii procesu do opisu dynamik kształtujących rzeczywistość. Jest ono ukryte dla ludzkich możliwości obserwacji, jednak możemy o nim mówić na podstawie jego przejawów. Chodzi o coś podobnego do przyciągania ziemskiego, którego nie widać, ale którego wpływu wszyscy doświadczamy, albo o energię, której nie można dotknąć, jednak potrafimy rozróżnić, czy mamy jej dużo czy mało, czy jest to energia dobra czy zła, potrafimy też wyczuć, czy ktoś jest energetyczny itp.



Wytwarzamy pole, jesteśmy częścią pola, zarówno ono na nas wpływa, jak i my na nie. Zapewne każdy ma takie doświadczenia, że zachowuje się w określony sposób w kontakcie z daną osobą czy będąc w jakiejś grupie, a inaczej z kimś innym. Czasami jest to zrozumiałe, a czasami trudne do wytłumaczenia, myślimy wtedy – „coś mnie opętało”, „nie poznaję siebie” itp. Osoba, para, rodzina czy grupa często funkcjonują w specyficzny sposób właśnie pod wpływem pola. Salvador Minuchin, twórca teorii systemowych, twierdził, że pomiędzy bliskimi istnieje niewidoczna sieć silnych powiązań, które warunkują sposób, w jaki członkowie rodziny pozostają w interakcji. Na przykład w pewnej rodzinie ktoś zwykle krzyczy, a ktoś od tego tężeje, a zatem pole wypełnia interakcja postawy mocnej, agresywnej w opozycji do tej spolegliwej, bezsilnej. Tyran i ofiara pojawiają się w wielu historiach, pod różnymi maskami i w najróżniejszych odsłonach, ale w gruncie rzeczy to z tymi dwoma figurami relacyjnymi będziemy mieli stale do czynienia. Wpływają one z ukrytego wzorca czegoś, co moglibyśmy określić jako relacja nadużyciowa. Niewiele daje myślenie o tym zjawisku w sposób przyczynowo-skutkowy (np. ktoś krzyczy, bo ktoś inny zrobił coś złego, powiedzmy, zepsuł komputer).

Jeżeli nie podchodzić przyczynowo-skutkowo, to co robić, gdy mamy do czynienia z oddziaływaniem pola? Wydaje się, że użyteczne jest odnalezienie ukrytego, a nadrzędnego wzorca, który je kształtuje. Jeśli będziemy go świadomi, przyglądając się temu, w jaki sposób przebiega nasz kontakt, jak się do siebie odnosimy itd., wówczas stosunkowo łatwo można dokonać rozróżnienia przejawów pola na różnych poziomach. Funkcjonują one w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, gdzie nieustannie trwa wymiana różnego rodzaju sygnałów i informacji. W wymiarze psychicznym z kolei spotykają się i wpływają na siebie postawy, nastawienia, role, figury, aspekty i procesy. Na subtelny, acz niezwykle ważnym poziomie energetycznym, przepływa pomiędzy ludźmi energia, tak różna, jak różni jesteśmy.

Max Schuppbach, terapeuta psychologii zorientowanej na proces, mówi, że jeżeli grupa ludzi zachowuje się jakby była niezależnym bytem, „nie powinniśmy myśleć o niej jak o samochodzie, nad którym kierowca utracił kontrolę, lecz raczej o zaczarowanym organizmie, który kieruje się własnymi, inteligentnymi, być może nie liniowymi, ale sensownymi

impulsami”<sup>4</sup>. To, co się wydarza ma swoją logikę, i sens, jeżeli nie możemy ich dostrzec, prawdopodobnie wiąże się to z tym, że kierujemy naszą uwagę nie tam, gdzie trzeba.



Okazuje się, że zjawiska polowe można powiązać z sytuacją choroby. Język zdradza potoczną wiedzę o tego typu przełożeniach, mówi się przecież „mieć na kogoś uczulenie”, „dostawać wysypki z czyjegoś powodu”, „niedobrze mi się robi na czyjś widok” itp. Szczególnie w bliskich relacjach, które są wyjątkowo intensywne, często długotrwałe i nie można się od nich odciąć, ukryte oddziaływanie psychiczne i relacyjne może wywoływać reakcje ciała.

Wracając do historii chłopca w śpiączce, proponuję spojrzeć na nią w taki sposób, że to co się z nim działo, było w dużej mierze wynikiem jego zanurzenia w pole relacji z matką, że stan jego funkcjonowania psychicznego, emocjonalnego i fizycznego był przejawem oddziaływania polowego, a nie tylko i wyłącznie zjawiskiem przynależnym do niewłaściwie funkcjonującego organizmu.

Na co reagował, czego przejawem mógł być jego stan? Trudno to stwierdzić z całą

---

<sup>4</sup> Max Schupbach, *Praca ze Światem – Transformacja w Organizacjach, Społecznościach, Firmach i Przestrzeni Publicznej* [online], [dostęp: 16 kwietnia 2016], s. 6, dostępny w Internecie: <<http://docplayer.pl/9452300-Wymierne-i-niewymierne-aspekty-rzeczywistosci.html>>. [zachowana oryginalna pisownia tytułu – przyp. red.].

pewnością, ale by przedstawić, jaki wpływ mogą odegrać czynniki polowe, proponuję ogląd sytuacji przez pryzmat kilku hipotetycznych scenariuszy. Chcę poprzez nie pokazać, że niezależnie od tego, z jaką historią mamy do czynienia, może wydarzyć się coś takiego, że odrębna tożsamość matki i syna na pewien czas znika, a oni stają się jednym organizmem, uzupełniającym się i wpływającym na siebie.

#### Scenariusz nr 1

Kiedy młoda matka musi zostawić całe swoje życie i poświęcić się opiece nad dzieckiem, prawie zawsze oznacza to ogromny konflikt dwóch wartości – jej jako osoby i jako matki. Ten konflikt zazwyczaj nie może być jawnie i świadomie przeżywany, bo otoczenie i sama matka uznają w sytuacji kryzysowej tylko i wyłącznie powinność matki, natomiast potrzeba realizowania się osoby jako takiej, zostaje zepchnięta na dalszy plan albo wręcz zanegowana. Łatwo w takiej sytuacji o złość, żal, rozgoryczenie i również o blokadę, aby tego typu uczucia nie okazać. W tym momencie pojawia się prawidłowość, że pole wykorzysta do wyrażenia się osobę, która ma z tym mniejsze opory. Z reguły są to osoby najsłabsze w danym systemie – chore, dzieci, osoby starsze. Patrząc z tej perspektywy, dziecko może przejmować z pola i ujawniać wszystkie trudne uczucia matki, na które ona sama sobie nie pozwala.

#### Scenariusz nr 2

Dziecko nauczyło się, że aby uzyskać uwagę i troskę, musi zachowywać się w sposób intensywny. W skrócie mówiąc, im bardziej krzyczy, tym więcej i częściej ma matkę dla siebie. Ilość kontaktu nie może zastąpić jakości, dziecko nie może nasycić się bliskością, ciepłem, akceptacją, miłością, tylko wciąż ich potrzebuje. Sposób, jaki zna, aby osiągnąć namiastkę zaspokojenia, to krzyk, ponawia więc dysfunkcyjne zachowania. Matka zaś, umęczona ciągłym krzykiem i brakiem wytchnienia, tym bardziej nie może mu dać tego, o co jemu naprawdę chodzi. Jest obecna fizycznie, natomiast emocjonalnie wypełnia ją niechęć, rezygnacja, złość. Dziecko to odbiera, nie czuje się kochane, więc zaczyna krzyczeć. Koło się zamyka, ale nie dopełnia, wręcz przeciwnie, cały mechanizm się wzmacnia i intensyfikuje – jest coraz więcej krzyku dziecka i coraz więcej tłumionych, trudnych uczuć matki.

#### Scenariusz nr 3

Założmy, że w tej rodzinie kobiety wybierają na partnerów pewien typ mężczyzn. Zazwyczaj są oni mocno skupieni na sobie, nie angażujący się, myślący instrumentalnie, nie kwapiący się do pomocy. W tym miejscu pomijam złożoność tego rodzaju wyborów, w tej historii ważne jest, że matka chłopca również tak wybrała. Przez cały czas pobytu chłopca w szpitalu, ojciec nie pojawił się ani razu, każda rozmowa telefoniczna pomiędzy partnerami kończyła się kłótnią, kilka razy ze sobą zrywali. To, co kobieta przeżywała w swoim własnym związku, jak również historie pozostałych wściekłych i rozżalonych kobiet w jej rodzinie powodowały, że pole było wypełnione gorącą złością, w pewnym sensie nie można było nic z nią zrobić, bo tych mężczyzn już nie było, odeszli, nie oglądając się za siebie. W myśleniu psychoanalitycznym dziecko płci męskiej mogłoby być nieświadomym obiektem frustracji młodej kobiety. W myśleniu polowym, podobnie jak w przedstawionym przykładzie w scenariuszu nr 1, dziecko posiadające mniejsze opory, staje się nieświadomym wyrazicielem trudnych uczuć i frustracji, które tak naprawdę nie przynależą do niego. Czyli cała wściekłość kobiet w tej rodzinie, którą nosiła w sobie również jego matka, szczególnie po trudnych przejściach z partnerem, rezonowała w chłopcu.

Niejawna dynamika pola kształtuje sposób, w jaki ludzie są ze sobą, powyższe scenariusze pokazują jej potencjalny wpływ na to, co wydarza się w relacjach. Z pewnością od razu nasuwa się pytanie, co robić w takich przypadkach, jak pracować ze zjawiskami polowymi? Przede wszystkim potrzebna jest świadomość i zdolność do myślenia holistycznego czy całościowego, uwzględniającego wpływ otoczenia na stan osoby w śpiączce. Aby pokazać, jak to może wyglądać, wróćmy na chwilę do przykładowych scenariuszy. W pierwszym z nich, trzeba popracować nad przekonaniami matki, które każą jej wypełniać rolę i nie liczyć się z własnymi potrzebami. Nie zapominając o wymogach sytuacji kryzysowej, dobrze byłoby zachęcać i wspierać kobietę, aby korzystała z każdej możliwej pomocy, a uzyskany czas przeznaczyła na to, czego pragnie ona sama. W ten sposób jej napięcie zmaleje, z korzyścią i dla niej i dla dziecka. Ten scenariusz pokazuje zjawisko, które wydarza się często w obliczu choroby bliskich, że poczucie odpowiedzialności jest tak wszechogarniające, że tworzy się swoisty „zespół opiekuna”, czyli tendencja do długotrwałego zaniedbywania własnych potrzeb w imię sprawowanej opieki (co opisuję bardziej szczegółowo w rozdziale *Nie zapominać o sobie*).

W drugim scenariuszu trzeba zastanowić się, co spowodowało, że bliskość musi wydarzać się w dysfunkcyjny sposób. Czy to brak zdrowych wzorców więzi, czy też są ku temu głębsze przyczyny, np. zranienia, które nie pozwalają okazywać sobie uczuć wprost, a miłość musi być związana z uwikłaniem się w krzywdzącą relację? Rozwikłanie tej zagadki i umożliwienie rodzinie okazywania sobie uczuć, uwolni relację matki i syna z raniącego ich obydwój napięcia.

W trzecim scenariuszu widać potrzebę przepracowania trudności w relacjach kobiet i mężczyzn w tej rodzinie, stworzenia przestrzeni na poczucie krzywdy kobiet, zastanowienie się nad tym, co powoduje, że podejmują one niekorzystne dla siebie wybory życiowe. Pole wypełnione tymi kwestiami wymaga pracy zarówno w wymiarze indywidualnym – z kobietą, matką dziecka, jak i całościowym – dotyczącym wszystkich kobiet pochodzących z tej rodziny. I znów, podobnie jak w pierwszym scenariuszu, przepracowana frustracja nie będzie musiała być przenoszona na relację matka–syn.

Jak widać radzenie sobie ze zjawiskami polowymi często obejmuje nie tylko osobę, przez którą bezpośrednio się one wyrażają, ale też cały system, do którego ona przynależy. Pojawia się zatem kolejne pytanie, po co zajmować się polem w sytuacji choroby, np. śpiączki? Z jednej strony uwikłanie w nieświadome procesy polowe zabiera wiele energii i siły potrzebnej do zdrowienia, zmusza ciało do przeżywania różnego rodzaju reakcji i symptomów. Kiedy motywacja polowa znika, duża ilość zasobów, do tej pory absorbowanych przez psychikę, zostaje uwolniona i organizm może wykorzystać je do powrotu do zdrowia.

Z drugiej strony, patrząc na sytuację w sposób finalistyczny, możemy przyjąć, że choroba to tragedia, ale często również okazja do zmiany. To, co w tych szczególnych okolicznościach ujawnia się z wielką wyrazistością, może zostać podjęte i wykorzystane do potrzebnej metamorfozy. W opisywanym przypadku małego dziecka w stanie śpiączki praca leży raczej po stronie matki, jej uczucia i procesy, które wyrażają się poprzez syna, będąc uświadomionymi, mogłyby pokierować ją w stronę większego dbania, troski i szacunku wobec siebie, bycia bardziej otwartą na uczucia i emocje. Oczywiście, tego typu kierunek pracy warunkuje specyfika relacji, w innym przypadku, np. związku dwojga dorosłych osób, odpowiedzialność za zmiany leży po obu stronach.

Chciałbym zaznaczyć, że powyższe scenariusze to nie faktyczna diagnoza, zostały one wymyślone, aby zilustrować teorię pola i jego potencjalne oddziaływanie. Opisanych powyżej sposobów postępowania nie należy traktować jako wzorcowych, ponieważ pole zawsze ma wymiar jednostkowy i pracując z nim nie da się nałożyć gotowych schematów i zastosować sprawdzonych rozwiązań, za każdym razem trzeba odkryć jego specyficzną dynamikę.

Właściwa diagnoza jest istotna, rozróżnienie, czy to, co dzieje się z osobą w śpiączce jest konsekwencją wypadku albo skutkiem organicznego niedomagania, czy też jest wyrazem procesu, który dzieje się w polu, do którego przynależy, ma fundamentalne znaczenie. Pomagają w tym różnego rodzaju badania medyczne, które, gdy nie przynoszą konkretnych odpowiedzi, prawdopodobnie wskazują, że należy pracować bardziej z psychiką niż z ciałem. Ważne jest również przeprowadzenie starannego i rozległego wywiadu o tym, jak funkcjonowała rodzina przed wypadkiem, co się działo nawet kilka lat wcześniej pomiędzy bliskimi. Taka rozmowa pozwala na zarysowanie portretu psychologicznego pola rodzinnego (np. układu procesów indywidualnych i wspólnych, punktów ograniczających rozwój rodziny, znaczących wydarzeń, którym warto się przyjrzeć jako sygnałom przejawiania się procesu rozwojowego, wypełnianych ról, kwestii rang, kwestii komunikacji i innych).

W książce skupiam się przede wszystkim na tym, co dzieje się pomiędzy ludźmi, na ich wzajemnym oddziaływaniu i na tym, jak tego rodzaju zależności mogą wpływać na stan psychofizyczny osoby w śpiączce. Warto jednak zaznaczyć, że nie jest to całość zjawisk polowych. Zjawisko jest szersze. Kształt życia zarówno jednostek, jak i całych populacji nadają dynamiki i tendencje wypływające z głębokich i uniwersalnych podłoży – psychologia procesu mówi o istnieniu Śnienia, fizyka nowoczesna zajmuje się polem morfogenetycznym, nurty duchowe, np. taoizm, uznają istnienie niemożliwego do opisanego tao. Tego wpływu doświadczamy my, ludzie w zdrowiu i prawdopodobnie tak samo jest z ludźmi w śpiączce. Zainteresowanych pogłębieniem tego typu wiedzy odsyłam do lektury z zakresu dyscyplin, które wymieniłem.

Na stan psychofizyczny człowieka wpływa wiele różnych czynników. Jednym z nich jest coś, co nazywamy polem. W sferze relacji oznacza to niewidzialne wpływy i zależności pomiędzy związanymi ze sobą osobami. Pojęcie wpływu pola odnosi się również do oddziaływań dynamik leżących u podstaw życia i funkcjonowania świata.

## **Praca sygnałowa**

*Rano po raz kolejny przychodzi terapeuta, z którym bardzo nie lubię pracować. Zajęcia z nim zawsze wyglądają tak samo – w ogóle nie zwraca uwagi na to, co się ze mną dzieje, ma swoją wersję i się jej trzyma. Na ogół strzela kulą w płot, co jest tak irytujące, że nawet jeśli zdarzy mu się trafić, nie jestem już w stanie przyjąć czegokolwiek z tego, co mówi. „Chyba jesteś smutny, pewnie musisz bardzo przeżywać to, co się z tobą dzieje”. To baran! Akurat dziś totalnie spudłował, jestem wściekły, a nie smutny, a nawet, jeżeli byłbym smutny, to co on może o tym może wiedzieć? Wiem, że w ogóle tego nie czuje, te wszystkie teksty, które do mnie wypowiada są chyba po to, żeby sam poczuł się lepiej, że coś z tego wszystkiego rozumie i że coś dobrego robi...*

Niektórzy wychodzą ze śpiączki, nic nie pamiętając, niektórzy przypominają sobie sny z tamtego okresu, a jeszcze inni wspominają mniej lub bardziej zachowaną zdolność do przeżywania bieżących doświadczeń. Tak czy inaczej, brak na razie jakichkolwiek pewnych przekazów czy informacji, co się wtedy z ludźmi dzieje, a w związku z tym, jakiego rodzaju postępowanie będzie dla nich korzystne czy właściwe. Jeżeli nie możemy zaproponować czegoś, co na pewno działa, to wydaje się, że najlepszą interwencją będzie podążanie za tym, co się akurat wydarza i praca z tym. W praktyce oznacza to obserwację, wychwytywanie pojawiających się sygnałów, rozwijanie ich i dopełnianie. To metoda, dzięki której, nawet nie do końca ją rozumiejąc, możemy skutecznie pomóc przeżywać osobom w śpiączce ważne procesy i doświadczenia.

Zazwyczaj wysyłają one sygnały różnego rodzaju, które z grubsza można podzielić na dwie grupy. Część z nich ma znaczenie bardziej funkcjonalne niż psychologiczne, chodzi o komunikację na poziomie potrzeb fizjologicznych („jestem głodny”, „jest mi zimno”, „chce mi

się siku”). W tym wypadku znajomość pracy sygnałowej może okazać się pomocna w tym sensie, że ułatwia kontakt i porozumienie.

Druga pula sygnałów, które mogą się pojawiać, przynależy do czegoś, co można nazwać podróżą w głąb siebie albo podróżą w nieznanne. W każdym człowieku – a wydaje się, że w wypadku osób w śpiączce również – nieustannie mają miejsce różnorodne procesy wewnętrzne. Na niektóre z nich jest w nas zgoda, na inne nie i wówczas reagujemy oporem i radzimy sobie – używając terminów psychologicznych – wypierając je do nieświadomości. Jednak one wcale przez to nie znikają, tylko nadal są aktywne; jedynie świadomość przestaje je obejmować. Sprawa pozostaje niezafatwiona, zaś negowana energia psychiczna powraca, coraz natarczywiej domagając się uznania. Pomiędzy tym, co świadome i nieświadome powstają napięcia, konflikty wewnętrzne, częstokroć o takiej intensywności, że obciążają organizm, zabierają siły, a nawet mogą leżeć u podłoża choroby. Zdają sobie z tego sprawę specjaliści różnych dziedzin. W medycynie coraz powszechniejszy staje się termin chorób psychosomatycznych. W psychoanalizie zaś zjawisko polegające na przekształceniu nierozwiązywalnego psychicznego konfliktu w symptom fizyczny nazywa się konwersją.

A więc będąc świadkami mowy ciała, otoczenie jest informowane o głębszym przeżywaniu. Sygnały typu dźwięki, spojrzenia, ruchy, zmiany skórne, gorączki, stany zapalne i wiele innych dają znać o procesach zachodzących we wnętrzu człowieka. Dalsze kroki polegają na eksploracji tych sygnałów, odkrywaniu ich znaczenia, które na razie skrywa nieświadomość (mechanizm wyparcia). Warto powstrzymać się od interpretowania na podstawie własnych doświadczeń lub wiedzy teoretycznej, ponieważ takie zabiegi często mogą okazać się chybione. Jeżeli interwencja okaże się nieudana (a zdarza się to często), pojawia się zjawisko znane m.in. z psychiatrii, tzw. zaburzenie lub brak pętli oddźwięku, czyli rozmijanie się komunikacji pomiędzy nadawcą a odbiorcą. Można to też odnieść do sytuacji rodzic–dziecko, gdy np. synek mówi: „zobacz, zobacz, zbudowałem wieżę”, a rodzic odpowiada na to: „dobrze, dobrze, a czy posprzątałeś pokój?”. Jedna strona nadaje komunikat o zabawie, druga o sprzątaniu, są one względem siebie nieadekwatne i powstaje wówczas nieporozumienie. Jeżeli przyjrzymy się pod kątem słowotwórczym słowu „nieporozumienie” wyraźne stanie się, o co chodzi: nie-porozumienie, brak, niemożność porozumienia. Cała sytuacja powtarza się kilka razy, obie strony coraz bardziej się nie słuchają i nie słyszą.



Rodzice, pewni swojej wiedzy i pozycji, uważają, że to z dzieckiem jest problem. Tymczasem, jak powiedział Walter Barbee, „jeżeli powtarzasz swemu dziecku po raz tysięczny, a ono wciąż nie łapie, to które z was wolno się uczy?”<sup>5</sup>. Zazwyczaj to po stronie rodziców są większe zasoby, aby kontakt udroźnić, zacząć słuchać i tym samym kształtować uważną komunikację. Osoba w śpiączce i osoby sprawujące opiekę, terapię czy leczenie też często rozmijają się w kontakcie i, analogicznie, to osoby zdrowe (np. rodzice) mają do dyspozycji więcej możliwości, a więc łatwiej mogą dostosować się do tego, co się wydarza.

Jeszcze inną ważną okolicznością, o której warto wspomnieć w kontekście pracy z osobami w śpiączce, to ich niemożność do reagowania w sposób, który uznajemy za normalny. Łatwo wówczas o podjęcie pracy terapeutycznej w kierunku, który nie ma wiele wspólnego z procesem wewnątrz osoby w śpiączce (np. uznanie skrzywienia twarzy za objaw emocji albo ruchy nogą czy ręką za przejaw gotowości do większej aktywności). Nasze interpretacje mogą się bowiem okazać interwencjami na zasadzie szukania „na ślepo” i prowadzić donikąd. A osoba w śpiączce nie może wyraźniej zareagować, dać znać, upomnieć się o siebie. Sytuacja się zapętla, wchodzi się w las coraz głębiej.

Jeżeli nie tak, to jak? Aby uniknąć kolizji komunikacyjnej i pracować w sposób uważny i efektywny, musi zostać spełnionych kilka warunków. Najważniejsze to: świadomość sygnałów i dróg, którymi one się manifestują, umiejętność podążania za nimi i rozwijania czy wzmacniania pojawiających się sygnałów, umiejętność pracy z procesami, umiejętność zauważania i uwzględniania oddźwięku.

### **Podsumowanie**

Niewłaściwe diagnozy stanowią znaczący odsetek (ponad 40 procent) rozpoznań w przypadku osób w stanie śpiączki. Aby uniknąć błędów i pracować w sposób uważny i efektywny, trzeba pożegnać się z interpretacjami i założeniami wynikającymi z teorii czy dotychczasowych doświadczeń i wejść w sygnałowy sposób pracy, tzn. podążać za osobą w śpiączce, rozpoznając i podejmując sygnały, które ona wysyła. Sygnały pojawiają się w określonych kanałach, czyli drogach przesyłu informacji i wynikają one z jej procesów wewnętrznych.

---

<sup>5</sup> Cyt. Walter Barbee [online], [dostęp: 20 marca 2016], dostępny w Internecie: <<http://demotywatory.pl/4335515/Jesli-powtarzasz-cos-swojemu-dziecku-po-raz-tysieczny-a-ono-wciaz-lapie-to-ktore-z-was-wolno-sie-uczy-Walter-Barbee>>.

## Drogi przepływu sygnałów

W śpiączce wiele mówi ciało. Warto uczyć się jego języka, a nie narzucać mu swój. Jeżeli zachowamy uważność na ciało i to, co się z nim dzieje, otwiera się droga do wielu bogatych doświadczeń. Natomiast jeżeli podchodzimy do ciała jak do maszyny, która ma funkcjonować, to ono posłusznie odpowie, na przykład o ciśnieniu czy tętnie, ale nie opowie o istocie.



Gdy zechcemy posłuchać opowieści ciała, okaże się, że sygnały pojawiają się w następujących modalnościach – ruchu, dźwięku, wzroku oraz czucia. A więc osoba w śpiączce może czegoś doświadczać poprzez ruch (zauważamy wtedy ruchy np. ręką, dłonią, kącikiem ust), poprzez

dźwięk (znacząca może być charakterystyka dźwięku, sam fakt jego wydobywania, jeżeli np. do tej pory go nie było, a nagle się pojawił, np. na widok kogoś, powtarzanie słowa, frazy, zdania itp.) poprzez widzenie (mamy do czynienia np. z wbijaniem wzroku w kogoś czy w coś, wpatrywaniem się w głąb siebie albo w przestrzeń, przeżyciami sennymi czy fantazjami, wyobrażeniami) oraz poprzez czucie (co odbieramy na różne sposoby, np. zauważając specyficzny sposób oddychania albo czując, że ta osoba coś czuje).

<p><b>Kanał ruchu</b></p>	<p>Różnego rodzaju tendencje do ruchu, poruszenia, ruchy np. ręką albo nogą, palcami, kącikami ust, zastygnięcia albo wręcz przeciwnie – niemożność uspokojenia ciała, bycia w bezruchu. Odczucia osoby pracującej z osobą śpiączce, że jakiś ruch dąży do pojawienia się.</p>
<p><b>Kanał dźwiękowy</b></p>	<p>Różnorodne dźwięki lub ich charakterystyka, które niosą treść psychiczną, wysokość, głośność, natężenie, powtarzanie słów, brak lub pojawianie się dźwięku, które w zestawieniu z kontekstem mogą ujawniać znaczenie psychiczne.</p>
<p><b>Kanał wizualny</b></p>	<p>Osoba w śpiączce przeżywa coś poprzez zmysł wzroku. Do tej kategorii zaliczymy różnego rodzaju „zapatrzenia”, wpatrywanie się w głąb siebie czy w przestrzeń, sny, fantazje, wyobrażenia, przewidzenia, skupianie się na bodźcach wzrokowych w rodzaju koloru czy kształtu.</p>
<p><b>Kanał czucia</b></p>	<p>Na przeżywanie przez czucie może wskazywać dużo rzeczy związanych z oddechem, np. specyficzny sposób oddychania, ciężkie wzdychanie, szybkie oddechy, wstrzymywany oddech. Tu</p>

	<b>ważne są uczucia i emocje, które odbiera się od osoby w śpiączce albo też te, które czuje się w sobie. Różnorodne doznania z ciała, np. ciepło–zimno, lekko–ciężko.</b>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Powyższymi drogami następuje przepływ sygnałów, którymi daje o sobie znać głębsza treść. Można powiedzieć, że obserwujemy wierzchołek góry lodowej, to, co skrywa się pod powierzchnią i pomagamy temu wydobyć się na powierzchnię. Myślenie w kategoriach sygnałów i kanałów może wydawać się trochę sztuczne i ubogie, rozkładające na poszczególne elementy coś, co jest bogatsze, niż tylko ich suma. To trochę tak, jakby muzykę okroić do nut, pauz, wysokości dźwięku, tempa itp. Polski dyrygent Jan Czyż przytaczał anegdotę o Herbercie von Karajanie, który odbywał próby z Orkiestrą Filharmoników Berlińskich. Pomimo doskonałego warsztatu niemieckich muzyków, długo nie mógł osiągnąć efektu, o jaki mu chodziło. Aż wreszcie zabrzmiała muzyka przez duże M, taka, na jaką czekał. Zachwycony wykrzyknął – „orły wleciały do sali!”. Nuty i dźwięki złączyły się w całość bogatszą, niż tylko ich suma, a to, co powstało, przemówiło do emocji, poruszyło słuchaczy do głębi. Mam wrażenie, że podobnie jest z pracą sygnałową, jej znajomość pomaga wydobyć coś, co ma rozległą, głęboką wartość. Kiedy podejmujemy sygnały pojawiające się w modalnościach ruchu, dźwięku, wzroku i czucia i wzmacniamy je, aby mogły objawić się w pełni, ułatwiamy osobie w śpiączce objęcie świadomością tego, co się dokonuje w jej wnętrzu. Gdy cały proces osiągnie taką intensywność, że stanie się dostępny świadomości, sygnały połączą się w całość i „orły wleczą do sali”.

Kiedy mówimy o pracy sygnałowej i drogach, jakimi informacje z procesu wewnętrznego się przejawiają, chciałbym jeszcze zaznaczyć, że znaczące może być również to, co dzieje się w relacjach (zjawiska typu projekcje), czyli w kanale relacji oraz to, co wydarza się w otoczeniu (np. synchroniczność), czyli w kanale świata. Jednak tym dwóm drogom przekazu informacji z wnętrza nie poświęcam osobnego miejsca, gdyż uważam je za zbyt skomplikowane na potrzeby opieki nad osobami w śpiączce. Osoby zainteresowane pogłębianiem tematu, odsyłam do książek z zakresu psychologii zorientowanej na proces.

## **Podsumowanie**

W pracy psychologicznej z osobą w śpiączce nastawiamy się na rzeczywistość psychiczną. Jej wyraz znajdziemy w tym, co dzieje się z jej ciałem. Z przejawami doświadczenia wewnętrznego będziemy mieli do czynienia w kanale ruchowym, wizualnym, dźwiękowym i czucia. Dobrze jest przez cały czas utrzymywać uważność i świadomość na tym, co się robi, pomocne będzie zadawanie sobie pytania: z jakim sygnałem i w jakim kanale pracuję?

## **Kanał ruchu**

Z perspektywy procesów psychicznych modalność ruchu jest interesująca, zazwyczaj ma spory potencjał i dużo się w niej dzieje. Trzeba jednak pamiętać, że w naszej kulturze raczej przywiązuje się wagę do przekazu werbalnego niż tego, który płynie z ciała, co owocuje powszechnie niską świadomością ruchu, a więc łatwo staje się on sposobem wyrazu głębszych, mniej świadomych treści. Przekaz, który się poprzez ruch wyraża, odbieramy nie tyle wolicjonalnie, co intuicyjnie i zazwyczaj jakoś się do niego odnosimy czy uwzględniamy – „niby taki miły, a trzyma dystans”, „udaje luzaka, a sztywny jakby kij połknął”, „straszenie się wiercił, chyba chciał iść” – to przykłady, jak informacja płynąca z ruchu może wpływać na postrzeganie sytuacji.

To, co robimy w życiu codziennym możemy wykorzystać w obszarze pracy ze śpiączką. Wchodząc do pokoju osoby w śpiączce, warto przez parę chwil popatrzeć na jej ciało. Co ono sobą przedstawia, jak się prezentuje, jaką ma pozycję, jakie sprawia wrażenie, o czym mówi jego ułożenie? Ruch, w tym również jego brak, może mieć znaczenie. Stąd tak ważna jest uważność na pozornie nieistotne szczegóły – np. skulenie ciała opowiada o skuleniu wewnętrznym.

Pracowałem z pewnym mężczyzną. Któregoś dnia pojawiły się u niego charakterystyczne ruchy palcami prawej dłoni. Ich specyfika polegała na krótkim, zdecydowanym wyrzucaniu palców do przodu. Było to na tyle ciekawe i zwracające uwagę, że spróbowałem pracy z tym sygnałem, najpierw poprzez odniesienie się do tego, co robiła jego dłoń i nazywanie tego, co

się wydarzało i co widziałem („Twoje palce... robią to... tak... do przodu... aha... mocno... właśnie tak... jeszcze... do przodu...”).

Ruch wciąż trwał, powtarzał się, potraktowałem to jako pozytywny oddźwięk, swego rodzaju zachętę, aby kontynuować. Następnie szukałem innych sposobów, na jakie mężczyzna mógłby lepiej doświadczyć ruchów własnej ręki. Wybrałem metodę polegającą na przyblokowaniu ruchu – najpierw delikatnie, potem adekwatnie do reakcji. Ten zabieg inspirował, aby robić to, co się robi, ale mocniej, a dzięki temu bardziej świadomie. Dostałem kolejny oddźwięk, który uznałem za dobry, ruch palców się wzmocnił, a nawet rozwinął w ruch całej dłoni i nadgarstka. Po jakimś czasie doszła do tego również specyficzna mimika twarzy, która była spójna w swej wymowie z tym, co robiła ręka. Potem całość była coraz częściej obecna i nauczyliśmy się, że oznaczała odmowę, zdecydowane „nie”. Wydaje się to podwójnie ważne, po pierwsze znacznie ułatwiło porozumiewanie się na poziomie elementarnym. Po drugie mężczyzna przed chorobą przejawiał usposobienie raczej łagodne, bardziej prosił niż żądał, ulegał i dostosowywał się, a więc moc i zdecydowanie, które obecnie prezentował, mogły być czymś istotnym, integracją zablokowanych wcześniej procesów, czyli dążeniem organizmu do harmonii.

W powyższym przykładzie używałem nazywania, przytrzymywania i blokowania. Inną formą pracy jest wspieranie ruchu, wzmacnianie go, pomoc w zrobieniu czegoś bardziej. Czyli np. jeżeli noga podnosi się z trudnością, możemy powoli, cały czas pilnując charakterystyki ruchu, wesprzeć jej podnoszenie, jednocześnie werbalizując to, co się dzieje ( „Tak... w górę... aż dotąd... świetnie... jeszcze trochę...”).

Zarówno w modalności ruchu, jak i w innych, które opisuję w kolejnych rozdziałach, zazwyczaj nie wiadomo, dokąd to wszystko doprowadzi. To właśnie jest wartość tej metody – należy podejmować i kontynuować pracę, zgadzając się na niewiedzę. Nie oznacza to, że nie ma w tym celu, on jest, ale my go po prostu nie znamy go i nie zna go jeszcze osoba, która przeżywa dane doświadczenie. Dobrze oddaje istotę tego podejścia tytuł książki Julie Diamond i Lee Spark Jones *Droga powstaje, gdy idziesz*<sup>6</sup>. Znaczenie doświadczenia

---

<sup>6</sup> Julie Diamond, Lee Spark Jones, *Droga powstaje, gdy idziesz*, tłum. Aleksandra Raczyńska, Warszawa 2014.

wydobywa się, a zadaniem osoby towarzyszącej – bliskich czy specjalistów – jest pomóc osobie w śpiączce uświadomić je sobie, a w następnej kolejności zintegrować.

Sposobem, który przynosi ciekawe efekty, kiedy mamy do czynienia z ruchem, który uważamy za potencjalnie znaczący, a którego nie potrafimy jeszcze zinterpretować, jest przeniesienie go na wymagowaną grupę ludzi. Czyli należy wyobrazić sobie, że w pokoju znajduje się wiele osób, które poruszają się na różne sposoby, różnymi częściami ciała, ale wszystkie te ruchy mają ten sam charakter, tę samą istotę, co ruch zaobserwowany u osoby w śpiączce. Czy teraz wyraźniej widać co wyraża ten ruch?

Omówię jeszcze sytuację, kiedy mamy do czynienia ze ściskaniem, zaciśnięciem, uściskiem. To częste w śpiączce i praca z tym, kto ściska albo co jest ściskane, dobrze oddaje specyfikę podejścia uznającego niedomaganie ciała za potencjalny przejaw procesu psychicznego.

Pewna kobieta w mocno podeszłym wieku leżała bez kontaktu od wielu miesięcy. Jej ręce były stale mocno zaciśnięte, czasami w pięść, a czasami jedna ściskała drugą. Przychodziłem kilka razy, jeszcze mało pracując z objawem, a bardziej nawiązując kontakt i relację i za każdym razem wyglądało to podobnie. Kiedy poczułem, że udało nam się nawiązać kontakt, rozpocząłem pracę właśnie w modalności ruchu. Wyszedłem z założenia, że w teatrze figur psychicznych tej kobiety poczesne miejsce zajmuje ktoś, kto ściska. W takim wypadku, musi być też coś lub ktoś, kto jest ściskany oraz relacja pomiędzy obydwoma stronami. Przyszło mi do głowy, aby rozdzielić te pozycje wewnętrzne, gdyż bycie jednocześnie sprawcą działania i jego odbiorcą zaciemnia świadomość doznania. Włożyłem w jej ręce własną rękę tak, żeby mogła ściskać coś, co nie jest nią i w ten sposób lepiej poczuć, jak to jest ściskać. Po kilku próbach dostrzegłem pewien oddźwięk, jednak nie był on zbyt intensywny. Wtedy spróbowałem dotrzeć do procesów jakby od drugiej strony i, po uprzedzeniu, to ja zacząłem ściskać ręce kobiety z takim samym natężeniem, długością i charakterystyką uścisku, jakie obserwowałem u niej. Tym razem odpowiedź była o wiele bardziej wyraźna, energetyczna, oddech się pogłębił, zaczęło pojawiać się świstanie przy wydechu, twarz się trochę zmieniła, rozluźniła. Zacząłem czuć mieszanie stanowczości i łagodności i te odczucia również starałem się uwzględnić. W pewnym momencie włączyłem słowa: „Taak..., wszystko dobrze... jest... dobrze... w porządku... już dobrze... aaa...”. Słowa wzbudzały reakcje, w mojej ocenie

rozluźnienie się pogłębiało. Taka interakcja trwała przez dłuższą chwilę, może dwadzieścia minut, po czym kobieta zapadła w sen. Przyszedłem jeszcze dwa razy, to były już inne spotkania niż poprzednio, kobieta nie była już taka napięta, jej ręce były mniej zajęte ściskaniem. Trzecie spotkanie zostało odwołane, ponieważ zmarła.

Jej śmierć była smutnym wydarzeniem, ale też uwalniającym, przyniosła ulgę bliskim, którzy od długiego czasu borykali się z chorobą niedołężnej matki, gdzie, choćby z powodu wieku, nie było pomyslnych rokowań. Przypuszczam, że przyniosła ulgę również tamtej kobiecie. Dowiedziałem się, że miała wyjątkowo trudne życie, przeżyła dwie wojny, wiele strat i kryzysowych sytuacji i na skutek tego wszystkiego nauczyła się mocno trzymać kontrolę. Życie ścisnęło ją, a ona ścisnęła życie. Wszystko było na jej głowie, lecz nigdy się nie poddała, zawsze dawała radę. Jakkolwiek chwalebna była jej postawa, takie postępowanie spowodowało, że już tej kontroli nie umiała puszczać, miała trudności z proszeniem o pomoc, oddawaniem się w opiekę. A z odciętymi doświadczeniami tak już jest, że tęsknimy do nich, potrzebujemy ich tym bardziej, im bardziej są one niedostępne. Gdyby pokusić się o interpretację tego, co wydarzyło się podczas pracy z tą kobietą, można się domyślać, że ściskając jej ręce, zaproponowałem, że to ja przejmę kontrolę i zaopiekuję się nią, a ona wreszcie, po wielu, wielu latach, zgodziła się na to. Oddając komuś kontrolę, wykrzesując z siebie trochę zaufania, doświadczyła, jak to jest nie musieć się martwić, troszczyć, puścić kontrolę. W konsekwencji mogła puścić życie, które przestało jej służyć, wyobrażam sobie, że to mogło przynieść ulgę. Ileż można trwać, kontrolując, dając radę, ponosząc odpowiedzialność? Przypuszczam, że była naprawdę zmęczona, mając takie przekonania „nie mogę tego zostawić”, „oni sobie nie dadzą rady”, „jak to wszystko będzie beze mnie wyglądało, to niemożliwe” itp. Wreszcie skupiła się choć trochę na sobie, pozwoliła sobie poczuć, co jest dla niej ważne, a to oznaczało potrzebę odejścia.

### **Podsumowanie**

Kanał ruchu może ujawniać ważne treści wewnętrzne. Istotne mogą okazać się różnego rodzaju tendencje do ruchu, poruszenia, i same ruchy. Również brak ruchu, w zależności od kontekstu, może być znaczący. Należy zwrócić uwagę na poszczególne jego aspekty – zakres, szybkość, siłę (ogólnie mówiąc na jego charakterystykę) tak, żeby zrozumieć, o czym on opowiada. Znaczenie doświadczenia przejawiającego się w ruchu możemy wydobyć poprzez interwencje wzmacniające, m.in. przez dotyk, przytrzymanie, blokowanie, wsparcie.



## Kanał dźwiękowy

W tym kanale ważny jest dźwięk oraz jego brak, czyli cisza. Rolę odgrywają słowa, sposób ich użycia jak również, a może przede wszystkim to, co poza słowami – brzmienie, tempo, tembr, wysokość, pauzy, intonacja, dobór słów, ton, kontekst i wiele innych. Jeżeli osoba jest w stanie wydawać dźwięki, otwiera się obiecujący obszar aktywnego towarzyszenia. Jednym z podstawowych sposobów jest naśladowanie dźwięku. Przykładowo, gdy to, co słyszymy przypomina świstanie, możemy podążyć i wspierać to, co się w taki sposób wyraża poprzez naśladowanie, zachętę do kontynuacji („Fiu... fiuu... acha... świetnie... fiu... fiuu... taki dźwięk... fiu... fiuu... właśnie tak... fiu... fiuu... doskonałe... jeszcze... fiu... fiuu...”).

Nie potrzeba interpretacji, domyślania się, o co może chodzić. Wystarczy poszukać sposobów, by to rozwinąć. Jakie to może mieć znaczenie, niech pokaże poniższy przykład:

Pracowałem na oddziale intensywnej terapii z mężczyzną w średnim wieku, do tej pory mocno zanurzonym w sobie, w raczej słabym kontakcie. Pewnego dnia przyszła do niego rodzina, z którą w przeszłości miał trudne relacje. W drzwiach stanęły jego matka i siostra. W tym momencie klatka piersiowa mężczyzny napięła się i pojawiło się głębokie, dudniące „hmmm... hmm... hmmm...”.

Po uprzedzeniu dotknąłem miejsca, które się w nim najbardziej napinało i kiedy znów to się zaczęło dziać, przyłożyłem nacisk, tak, aby mężczyzna mógł lepiej poczuć swoje napięcie i razem z nim głęboko i dudniaco wydałem dźwięk „hmm...”. Sekwencja powtórzyła się – napięcie i dźwięk – wszystko mocniejsze, czuć było, jakie to ważne i potężne. I znów napięcie i „hmmm...”. Znowu „hmmm...”. I jeszcze raz. Aż sytuacja dotarła jakby do punktu szczytowego, napięcie rozlało się, dźwięk wybrzmiał, a mężczyzna mocno się rozplakał. Łzy płynęły długo, rozplakali się również jego bliscy. Zupełnie nie wiem, jakie było znaczenie tego płaczu, czy był to żal, wściekłość czy wzruszenie, a może łzy radości? W tamtym momencie nie było ważne, byśmy wiedzieli, o jakie uczucia chodzi, ponieważ to, co miało się wydarzyć, po prostu się wydarzyło.

Wsparcie w rozwijaniu doświadczeń jest istotne, osoba w śpiączce prawie na pewno potrzebuje zachęty i poprowadzenia w przejściu przez to, co się z nią dzieje. Po pierwsze sytuacja jest zupełnie wyjątkowa, co niesie ze sobą niepewność, lęk, po drugie nieintelektualny sposób pracy jest w naszej kulturze mało znany, a więc może brakować wiedzy, co robić, jak postępować. Nie mówiąc już o tym, że wyłaniające się doświadczenie zazwyczaj budzi obawę i opór, na drodze do niego stoją blokady czy progi, które trzeba przekroczyć i na których, nie mając wsparcia, można utknąć.

Jeżeli chodzi o dźwięk, oprócz towarzyszenia i wiernego naśladowania możemy zastosować zmienną modulację, eksperymentowanie z innym dźwiękiem, który mógłby pasować tonem, tempem, wysokością, długością, ściszeniem i pogłaśnianiem. Czasami dobrze też działa kontra.

Pracowałem z kobietą w średnim wieku, która co jakiś czas wydawała piskliwy i trochę niepewny dźwięk „iiii...”. Było w nim coś interesującego, więc spróbowałem wejść w interakcję, dostosowując się i wydając podobny dźwięk. Kobieta zaprzestała wydawania dźwięku, jakby niepewna, co dalej. Ponownie wydałem ten dźwięk. Nic się nie działo, pomyślałem, że to był jednak fałszywy trop. Kilka chwil szukałem innych możliwości pracy. Jednak ten specyficzny dźwięk po przerwie powrócił, kobieta znów wydobyła z siebie „iiii...”. To już było znaczącym sygnałem, że ta droga wyrazu jest ważna. Znów nawiązałem kontakt przez dźwięk o podobnej charakterystyce. Wkrótce kobieta odpowiedziała takim samym dźwiękiem, ale coś się zmieniło, wcześniejsza niepewność zmieszana się z czymś, co interpretowałem jako coś konfrontacyjnego. Spróbowałem „posiłować się” tym dźwiękiem. Wydałem z siebie ten dźwięk, ale głośniejszy i wyżej. Kobieta odpowiedziała na swojej wysokości, ale szybciej i mocniej. Ja znów to samo, ona też, jeszcze trochę mocniej. Kolejny raz powtórka, ona tym razem tak samo, jeżeli chodzi o wysokość, ale pewniej, mocniej, dobitniej. Z mojej strony też trochę więcej siły i adekwatna odpowiedź. To była dobra zabawa, która trwała przez jakiś czas. Miałem wrażenie, że w tym mocowaniu się na dźwięki, kobieta odnajdowała pewność siebie, w jakiś sposób wyrażała swój głos i umacniała się w nim. Pamiętam, że po tamtej pracy pojawiła się we mnie refleksja, jak dobrze jest próbować

różnych rzeczy, oczywiście przy uważności na oddźwięk ze strony osoby w śpiączce, zezwalać i wspierać to, co się wydarza.

### **Podsumowanie**

Dźwięk lub jego brak mogą być znaczące. W taki sposób potrafi ujawniać się świat wewnętrzny, przeżycia i doznania wpływające z głębi, zapraszające osobę w śpiączce do zapoznania się z czymś do tej pory ukrytym w głębi. Pracując w tej modalności, trzeba zwracać uwagę na charakterystykę dźwięku, jego kontekst, próbować zrozumieć, co on chce powiedzieć czy przekazać. Użyteczne interwencje to naśladowanie dźwięku, wejście w interakcję na zasadzie kontry, uzupełnienia, improwizacje. Głos ma dużą moc, dobrze być świadomym, jakim potencjałem w głosie dysponujemy, pomocne może być intencjonalne używanie dźwięku przez osobę pracującą z osobą w śpiączce, np. modulacja w zależności od okoliczności – ściszenie głosu, mówienie pełnym albo podniesionym głosem itp.

### **Kanał wizualny**

Tutaj chodzi o widzenie czegoś lub patrzenie na coś i poprzez to doświadczanie. Mówi się, że jeden obraz ma siłę tysiąca słów i coś w tym jest. Dotyczy to nie tylko obrazów rzeczywistych, ale również fantazji, marzeń i wspomnień przeżywanych wzrokowo, wyobrażeń, snów. Osoba w śpiączce na ogół nie może opowiedzieć, że coś widzi i przeżywa, ale możemy rozpoznać tego typu doświadczenie, m.in. przez charakterystyczną aktywność wzroku, np. wpatrywanie się w jeden punkt albo „w dal”, patrzenie w górę lub w bok i ruchy gałek ocznych lub mruganie, patrzenie „tęnym wzrokiem” , „zawieszenie wzroku”, „wpatrywanie się jak sroka w gnat” itp.

Podczas pracy z małą dziewczynką zauważyłem, że specyficznie wpatruje się ona w coś, czego nie było, wzrok miała utkwiony w przestrzeni. Towarzyszyła temu charakterystyczna jakość, powiedziałbym, że to zapatrzenie było czymś wypełnione. Dodatkowo oddech trochę zwolnił, wydawało się, że był dostosowany do tego, co działo się ze wzrokiem. Odczytałem sytuację w ten sposób, że dziewczynka przeżywa jakieś doświadczenie psychiczne drogą wizualną. Aby ją w tym wesprzeć i uczynić rzecz łatwiejszą, zastosowałem interwencje otwarte, nazywanie, docenianie i zachęcanie, cały czas pilnując oddźwięku, czy przeżycie się

wyłyca czy też kontynuuje – „Tak... to ważne... aha... właśnie tak... jak to jest?... zobacz sobie to... doskonale... obejrzyj... tak...”.

Trwało to dłuższą chwilę, dziewczynka momentami była mocniej zanurzona w doświadczeniu, a momentami oddalała się. Takie fale się powtarzały, aż cały proces przybrał na sile, wpatrywanie stało się intensywniejsze. Zachęcałem ją, aby to kontynuowała, mówiąc „Świetnie, właśnie tak... och, rzeczywiście... patrzysz na to... tak... doskonale... och, zobacz jeszcze bardziej... tak...”.

W którymś momencie nastąpił jakby moment kulminacyjny, stało się coś, co mógłbym nazwać przesileniem, po czym dziewczynka przestała się „wpatrywać”, napięcie się wyplęciło, a wkrótce skończyło. Był to koniec jej i mojej pracy tego dnia, nie wiadomo, co tam się stało, jestem jednak pewien, że dla dziewczynki było to ważne i potrzebne przeżycie, które z niej wypłynęło i które udało jej się dopełnić.

Innym razem zajmowałem się w kobietą w podeszłym wieku. Nasza praca trwała już jakiś czas i miałem wyrobiony stosunkowo dobry kontakt z pacjentką, w opinii rodziny dobrze na mnie reagowała. Pomimo braku spektakularnych efektów wspólnie uznaliśmy więc, że to, co się wydarza ma wartość i kontynuowałem wizytę.

Któregoś dnia zapomniałem fartucha i byłem zmuszony pracować w ubraniu takim, jakie miałem na sobie. Ta wizyta była inna od pozostałych, kobieta była bardziej ożywiona niż zazwyczaj, wpatrywała się we mnie, jak gdyby świdrowała mnie wzrokiem. A w zasadzie nie mnie, jak w którymś momencie zdałem sobie sprawę, tylko moje ubranie. Całe zachowanie miało sporą intensywność, którą starałem się odczytać, w którymś momencie zdecydowałem się podjąć trop.

Terapeuta: Patrzy Pani na mnie... aha... tak... właśnie...

Próbowałem kontynuować wątek z ekspozycją mojej osoby, ale czułem, że to nie do końca to, kobieta nie wycofywała się z kontaktu, ale też nie za bardzo reagowała, jakby moje interwencje niewiele wносиły. Uznałem, że mam do czynienia z oddźwiękiem mieszanym

(rodzaje odpowiedzi na interwencje opisuję w rozdziale *Oddźwięk*) i szukałem, o co w nim może chodzić. W pewnym momencie zdałem sobie sprawę, że wzrok kobiety jest utkwiony na wysokości mojej klatki piersiowej, a tego dnia miałem na sobie intensywnie czerwony sweter. Mając w świadomości, że pracuję w kanale wzrokowym, poszukałem, o co może chodzić, jeżeli nie chodzi mnie, i uznałem, że być może chodzi o kolor.

Terapeuta: Taak... dokładnie... czerwień... proszę to zobaczyć bardziej... jakie to jest...

Tym razem odpowiedź kobiety była bardziej znacząca, jej ożywienie wzrosło, oczy się troszkę rozszerzyły, nabrały życia.

Terapeuta: Świetnie... uhu... to ważne... czerwień... gdyby jej było więcej... aha... tak...

Stosowałem dużo interwencji otwartych, nieukierunkowujących, gdyż nie miałem pojęcia, o co może chodzić, prowadziło mnie tylko i wyłącznie wzrastanie albo zanikanie zainteresowania kobiety. Tego dnia miałem możliwość porozmawiania z jej córką. Okazało się, że mama kocha krwście czerwony kolor, sama się tak ubierała i miała w domu dużo czerwieni, natomiast nie lubiła bieli, podobno ją mroziła. Tymczasem w szpitalu dominowała biel, brakowało jakichkolwiek kolorów. Postanowiliśmy spróbować to zmienić. Tego dnia zostawiłem swój sweter, a następnego, na tyle, na ile było to możliwe w warunkach szpitalnych, wprowadziliśmy kolor czerwony: koszulę nocną, lekką narzutę na łóżko, czerwone kwiaty. Widać było, że coś to daje, wydawało się, że kobieta poczuła się lepiej, bardziej swojsko czy u siebie.

Do tej pory nie wiem, jakiego rodzaju proces psychiczny objawiał się poprzez czerwień, tak się złożyło, że nie było okazji do rozwinięcia pracy. Skądinąd wiadomo, że kolory są nośne, często zwiastują albo towarzyszą procesom wewnętrznym – np. kolor czarny nagminnie towarzyszy buntowi nastoletniemu. Jestem pewien, że ta kobieta szukała koloru czerwonego nie bez powodu, na pewno był w tym jakiś głębszy sens.

## **Podsumowanie**

Potocznie mówi się, że oczy są zwierciadłem duszy. W ten nieco poetycki sposób powszechna mądrość nazywa oddzwierciedlanie we wzroku tego, co dzieje się we wnętrzu. Osoba w śpiączce może czegoś doświadczać drogą wizualną, może mieć znaczące sny, wyobrażać sobie coś, fantazjować, nie być w stanie oderwać wzroku od bodźca wizualnego. Warto wtedy pokierować jej uwagą poprzez nazywanie tego, co się wydarza, typu „patrzysz na coś”, polecenie wzmocnienia doznania w rodzaju „zobacz to bardziej” albo interwencje otwarte, zachęcające „acha”, „tak”, „dokładnie tak”, „o to chodzi”.

## **Kanał czucia**

Czucie to doświadczenie w ciele. Kiedy coś wydarza się w tej modalności, trzeba nastawić się na postrzeganie na subtelny poziomie, uruchomić wrażliwość i sensytywność wobec tego, co dzieje się z osobą w śpiączce, w jej otoczeniu, a także w sobie samym, ponieważ odczucia własne mogą być istotną informacją o drugiej osobie.

Czucie odnosi się do doznań pojawiających się w ciele, takich jak temperatura, np. ciepło i zimno, ciężar, np. lekko i ciężko, faktura, np. szorstkie i gładkie, struktura, np. miękkość i twardość. Tą drogą przeżywamy również uczucia i doznania emocjonalne np. smutek, złość, radość, wstyd, strach, wstręt, miłość czy zadowolenie.

Kiedy pracujemy z osobą, która coś przeżywa, czując, możemy to rozpoznać na różne sposoby, m.in. na podstawie rytmu i sposobu oddychania (oddech może być zwolniony, ciężki, przypominać wzdychanie, oddychanie dołem brzucha, oddychanie klatką piersiową), tego, co się dzieje z oczami (drżenie powiek, przemykanie ich na dłużej, wpatrywanie się w dół czy w dal, tak jak to robimy, gdy głęboko kontaktujemy się z samymi sobą), wzmocnionego ślinienia się i intensywnego przetykania, suchości w ustach, dźwięku (gdy ton, wysokość czy siła dźwięku niesie jakiś ładunek psychiczny czy emocjonalny). Wchodząc do pokoju czy sali, w której leży osoba w śpiączce, warto „powąchać powietrze”, poczuć, co się w nim unosi (gęsta atmosfera, coś wisi w powietrzu itp.). Jeśli wczujemy się w klimat panujący w danym pomieszczeniu, to o czym on opowiada?

Praca z odczuwaniem prowadzi do ważnych, schowanych głębiej doświadczeń. Nie wystarczy poprzestać na ich nazwaniu – np. jestem przygnębiony, potrzeba eksplorować doznanie,

które skrywa indywidualne znaczenie. Oczywiście samo nazywanie też jest ważne, bo pomaga świadomości objąć to, co się dzieje. Jednak powinno ono wypływać z doświadczenia, a nie być etykietką, na dodatek często połączoną z radą, typu „och, jesteś przygnębiony, lepiej się tak nie przejmuj, to nic dobrego nie przynosi”. Ważne są czas i przestrzeń na przeżycie przygnębienia i zrozumienie, co w nim jest ważnego dla danej osoby w tym momencie jej życia.

Inne interwencje użyteczne przy pracy z odczuwaniem to dostosowanie oddechu i wypowiedzi, dostosowanie ucisku ręki czy klatki piersiowej, używanie trybu rozkazującego, co kieruje uwagę na doświadczanie przez czucie i budowanie świadomości tego, co dzieje się w ciele – „czuj to”, „poczuj to”. Dobrze działa też upewnianie osoby, że to, co się z nią dzieje, jest w porządku, że jest naturalne i że może ona sobie na to pozwolić.

Któregoś razu pracowałem z mężczyzną w średnim wieku, który od dawna był cichy, jakby zapadnięty w sobie. Na ogół dyżury przy nim przebiegały spokojnie, nic specjalnego się nie działo i było to tyleż komfortowe, co wywołujące poczucie bezsilności w perspektywie długoterminowej. Krótco przed zdarzeniem zaczęły pojawiać się sygnały innego rodzaju. Powstawały, a potem samoistnie zanikały, zaczerwienienia w okolicach szyi i w górnej części klatki piersiowej, od czasu do czasu zdarzało się gorączkowanie, chwilami można było wyczuć specyficzne napięcie. Tego dnia znów pojawiły się czerwone plamy i gorączkowanie, nikt nie zdążył jeszcze zmierzyć mu temperatury, ale z pewnością była podwyższona. Po przywitaniu się i dostrojeniu oddechem i dotykiem, rozpocząłem pracę, mówiąc „Tak... to ważne... poczuj, jak to jest... tak... dobrze...”.

Poświęciliśmy trochę czasu na pracę z temperaturą, mniej więcej w taki sposób, jak opisuję, dając możliwość, aby mężczyzna mógł się skupić i doświadczać tego, co się z nim działo. Doznanie prawdopodobnie wzmocniło się, obserwowałem zintensyfikowany ruch klatki piersiowej, która dużo mocniej niż na początku unosiła się i opadała. Razem z plamami i gorączką wszystko to tworzyło obraz narastającego napięcia. Gasło ono pod gardłem, tam wszystko się zatrzymywało, jakby czymś zduszone czy ściśnięte. Po uprzedzeniu, położyłem rękę na miejscu zablokowania i delikatnymi pulsującymi ruchami zacząłem rozrzedzać stężenie czy napięcie, które mogłem wyczuć w tym miejscu. Cały czas zachęcałem

mężczyznę, aby kontynuował skupienie się na tym, co czuje i był uważny, czego potrzebuje dalej. Jego ciało wygięło się w łuk, tak jakby pomagał sobie wyrzucić to, co w nim siedziało. I faktycznie, pojawił się zduszony, przeciągły dźwięk „aaaaa...”. Dołączyłem do niego ze swoim głosem, naśladując ten dźwięk. Stał się on trochę głośniejszy i mocniejszy. W następnej kolejności jego ręka zaczęła uderzać o materac, wydawany dźwięk wciąż był ten sam. Powtarzaliśmy tę sekwencję dosyć długo, aż wreszcie mężczyzna jakby opadł z sił i zasnął. I znów, tak jak w wielu innych przypadkach, znaczenie tego, co się działo, nie jest dla mnie znane, ale niewątpliwie coś ważnego dla tego mężczyzny, co było zduszone, znalazło swój wyraz.

Na innym przykładzie chciałbym pokazać wykorzystanie odczuć własnych terapeuty w kontakcie z osobą w śpiaczkę.

Pracowałem z małym chłopcem, który doznał obrażeń w wypadku samochodowym i leżał w śpiaczkę. Od razu po wejściu do jego pokoju wyczułem w powietrzu coś emocjonalnego. Z pewnością, gdyby skupić się na sygnałach, dałoby się opisać bardziej konkretne przesłanki, które pozwalały na taką interpretację, m.in. mimika twarzy, ułożenie głowy czy ciała, skulenie ramion. Ja jednak chciałbym skoncentrować się na atmosferze i na tym, co się we mnie zaczęło dziać i pokazać sposób pracy z wykorzystaniem własnych odczuć.

Przywitałem się, dostroiłem oddech i po uprzedzeniu wziąłem chłopca za rękę. Nie uzyskałem żadnej wyraźnej reakcji, odbierałem go jako zatopionego w sobie, we własnym świecie, tego dnia najwyraźniej wypełnionym emocjami – być może smutkiem czy żalem. Więc po prostu byłem obok, towarzysząc mu swoim oddechem i dotykiem. Po pewnym czasie zacząłem czuć, jak uczucia, które rozpoznawałem u chłopca, pojawiają się we mnie. Narastały coraz bardziej, coś pojawiło się w gardle, chciało mi się płakać. Jednak nie zdążyłem, łzy pojawiły się najpierw w oczach dziecka. Wtedy moje uczucia się zmieniły, ogarnęła mnie chęć przytulenia chłopca, pojawiła się troska o niego. Rozpoznałem to jako coś, czego on potrzebuje, a nie ma skąd dostać. Uprzedziłem go, że położę rękę na jego czole i zrobiłem to. Oddźwięk był potwierdzający, dosyć mocny czy wyraźny, wydawało się, jakby chłopiec przywarł do mojej dłoni, wtulił się w nią. Trzymałem tak rękę, od czasu do czasu głaszcząc czoło, dołączyłem także głos. Cichym, kojącym tonem mówiłem proste rzeczy,



które niczego nie ukierunkowywały, natomiast zawierały wrażliwy, wspierający przekaz: „Tak... to ważne... ach... właśnie tak... mhmmm... dobrze...”.

Trwało to dosyć długo. W pewnym momencie poczułem, że przestaję być potrzebny, znów czułem tylko własne odczucia, nie były one już związane z chłopcem. Pożegnałem się, a chłopiec zasnął.

Praca z wykorzystaniem świadomości własnych odczuć pojawiających się w interakcji z drugą osobą jest znana psychologom i psychoterapeutom, uwzględniającym zjawiska przeciwprzeniesienia czy zaśnienia. W skrócie, wszystko polega na przepływie świadomie nieprzyjętych treści psychicznych między dwiema osobami. Ta, która ma mniejsze opory przed danym doznaniem, zacznie czuć i zachowywać się specyficznym pod ich wpływem. Inaczej mówiąc, ktoś „obdarowany” cudzymi doznaniem, zaczyna przeżywać to, czego nie chce czy nie może przeżywać osoba „obdarowująca”. To ważne zjawisko, kiedy jesteśmy w stanie rozpoznać, że to, co przeżywamy nie jest nasze, możemy uchwycić, czego potrzebuje druga osoba i zastanowić się, w jaki sposób jej to umożliwić.

### **Podsumowanie**

Doświadczenie psychiczne może wydarzać się przez czucie, w takim przypadku ważne jest to, co dzieje się z ciałem. Istotne może być odczuwanie temperatury, ciężaru, albo uwrażliwienie na bodźce typu faktura czy struktura, np. materiału. Tą drogą przeżywamy również uczucia i doznania emocjonalne np. smutek, złość, radość, wstyd, strach, wstręt, miłość czy zadowolenie. Kiedy pracujemy z osobą, która coś przeżywa, czując, możemy to rozpoznać na różne sposoby, m.in. przez rytm i sposób oddychania, to, co się dzieje z oczami, wzmocnione ślinienie się i intensywne przełykanie, dźwięk. Istotne są również odczucia własne, które mogą być ważną informacją o tym, czego potrzebuje osoba w śpiączce. Warto zdać sobie sprawę, co się czuje w kontakcie z osobą w śpiączce. Czy te odczucia własne mają jakieś znaczenie? A jeżeli tak, to jakie?

### **Oddźwięk**

Jak już zostało powiedziane, założenie jest takie, że osoba w śpiączce jest ekspertem od samej siebie, najlepiej wie, czego jej potrzeba, choć nie zawsze jest tego świadoma. Bliscy i

specjaliści mogą pomóc jej odkrywać sens i potrzeby wynikające z procesów wewnętrznych, wesprzeć w przeżywaniu tego, co się w niej dzieje. Podstawową pomocą w podążaniu za drugą osobą jest oddźwięk, on pokazuje, czy jest się na dobrej drodze. Oddźwięk to wskazówka energetyczna, oznacza reakcję osoby w śpiączce na interwencje ze strony bliskich czy specjalistów, która może mieć różny charakter. Na ogół mamy do czynienia z trzema rodzajami odpowiedzi wobec tego, co robimy:



### **Oddźwięk pozytywny**

Jest zachętą do kontynuowania kierunku działań. Możemy uznawać za oddźwięk pozytywny wzrost aktywności w danej modalności, jak np. w historii chłopca interesującego się piłką nożną, gdy zwrócenie mu uwagi na ruchy jego nóg i zachęta, przyniosły wzmocnienie aktywności, a proces zaczął być wyraźniejszy. Trochę mniej przejrzystym, ale równie mocnym odźwiękiem pozytywnym jest zatrzymanie, zastygnięcie, charakterystyczny brak jakiegokolwiek reakcji, co właśnie jest reakcją. Przykładem niech będzie sytuacja, gdy ktoś niechcący coś „chlapnął” i wszyscy dookoła milkną, coś jest na rzeczy, ale z jakichś powodów lepiej tego nie ciągnąć dalej. Zdajemy sobie sprawę, że milczenie nie wynika z obojętności wobec zdarzenia, wręcz przeciwnie, jest znaczące. Jeżeli jesteśmy w kontakcie z osobą w

śpiące i podczas pracy zdarza się sytuacja z brakiem reakcji mogącym mieć znaczenie, warto zastanowić się, co się stało nawet kilka minut temu, bo możemy mieć do czynienia właśnie z oddźwiękiem pozytywnym i należy to uwzględnić w dalszej pracy.

Przykład oddźwięku pozytywnego:

*(Osoba w śpiączce jakby skrobała palcami po kołdrze).*

Terapeuta: Twoje palce... coś robią... taak...

Pacjent: *(Zatrzymuje na chwilę skrobanie, po czym podejmuje je na nowo).*

Terapeuta: Tak, dokładnie... O to chodzi...

Pacjent: *(Nasila ruch palców, robi to samo, ale bardziej, całą ręką).*

Terapeuta: Tak, świetnie... to jest właśnie to... aha... dobrze...

Pacjent kontynuuje, być może coś się zmienia, możliwe, że dochodzi do tego aktywność w innych kanałach, ale trzon energetyczny, istota przekazu pozostaje wciąż taka sama, np. chodzi o wyrażenie złości na różne sposoby.

### **Oddźwięk negatywny**

Mamy z nim do czynienia, gdy brak zainteresowania naszymi działaniami. Energia nie wzrasta ani nie zastyga w sposób, który może być znaczący, osoba zachowuje się tak, że widać i czuć, że to, co proponujemy jej nie dotyczy. Jeżeli mimo wszystko uważamy, że sygnał mógł być istotny, warto to sprawdzić przez ponowienie lub trzykrotne nawiązanie do niego. Jeżeli za każdym razem nic się nie dzieje, nie następuje pobudzenie, oznacza to, że nie tędy droga. Na przykład zauważamy drapanie palca po drugim ręku, zwracamy na to uwagę, zachęcamy do zrobienia tego bardziej, ale osoba nie jest zainteresowana, zwyczajnie ją swędziało i tyle, nic więcej w tym nie ma.

Przykład oddźwięku negatywnego:

*(Osoba w śpiączce drapie się po ręku).*

Terapeuta: Twoje palce... coś robią... taak...

*(Pacjent jeszcze chwilę kontynuuje drapanie się).*

Terapeuta: Tak, dokładnie... coś w tym jest...

*(Osoba w śpiączce przestaje się drapać, nic się dalej nie dzieje).*

*(Terapeuta czeka, jeszcze raz sprawdza):* Twoje palce... czego chcą?

Ponieważ osoba, z którą pracuje nie zwraca na niego uwagi, zaczyna odpływać, terapeuta przerywa interwencję.

### **Oddźwięk mieszany**

To kombinacja oddźwięku pozytywnego i negatywnego, interwencje nie są do końca trafione, ale też nie są zupełnie chybione, to znaczy, że jednak coś jest na rzeczy. Trzeba poszukać, gdzie jest więcej energii i zainteresowania, który z sygnałów ma wartość, a który nie. Oddźwięk mieszany może wynikać z różnych rzeczy, w rodzaju: polecenie nie było zrozumiałe (np. zbyt zawile) albo sposób, w jaki interwencja została przeprowadzona utrudnił sprawę (np. coś zostało powiedziane zbyt inwazyjnie), albo kontekst wprowadzał zamieszanie (np. terapeuta, który coś ważnego zauważył, źle się kojarzy z poprzednich działań), czy jeszcze coś innego.

Przykład oddźwięku mieszanego:

*(Osoba w śpiączce jakby skrobała palcami po kołdrze).*

Terapeuta: Twoje palce... coś robią... taak...

*(Osoba w śpiączce zatrzymuje na chwilę skrobanie, po czym podejmuje je na nowo).*

*(Terapeuta ucieszony, mocno zachęca):* Och, świetnie... dokładnie... tak!

Na twarzy pojawia się lekki grymas, osoba w śpiączce jakby trochę się wstrzymuje.

*(Terapeuta wprowadza interpretację):* Tak, dobrze... drapiesz jak kot... to ważne...

Ale osoba w śpiączce nic już nie robi, wycofuje się. Było to zbyt inwazyjna interwencja, za wczesna interpretacja spowodowały zgubienie sygnału.

### **Podsumowanie**

Oddźwięk informuje nas, czy w pracy z osobą w śpiączce jesteśmy na dobrej drodze, a więc czy wspieramy procesy wewnętrzne, które chcą się wydarzyć. Oddźwięk może być pozytywny, negatywny albo mieszany.

Pomocne będzie zadanie sobie pytania – z jakim sygnałem pracuję, w jakim on jest kanale i jaki oddźwięk dostaję na to, co robię.

## **Amplifikacja**

Za czymś, co z pozoru wygląda na zachowanie przypadkowe, może kryć się istotna treść wewnętrzna, w takich wypadkach to ona jest podłożem ruchu, dźwięku, motywu wzrokowego czy czuciowego. Aby pomóc tej treści ujawnić się, stosujemy różnego rodzaju zabiegi zachęcające do jej pełniejszego wyrazu. Chodzi o to, aby osoba w śpiączce poszła dalej za tym, co robi, nie tracąc specyficznej jakości czy charakterystyki swego dotychczasowego działania. Takie zabiegi mają za zadanie pomóc jej uświadomić sobie i oswoić ukryte doświadczenie, wspomnianą na początku treść wewnętrzną, z której wynikają zachowania.



Istotne jest, by przeprowadzane interwencje były spójne z drogą wyrazu danego doświadczenia. Interwencje, w których posługujemy się językiem i działaniami pochodzącymi z innej modalności niż ta, w której przebiega doświadczenie będą miały niekorzystny skutek. Poniżej przedstawiam przykłady możliwych interwencji, które będą wspierać przeżywanie doświadczenia i takich, które będą go utrudniać lub wręcz uniemożliwiać.

Kanał, w którym przebiega doświadczenie	Przykładowe interwencje wspierające	Przykładowe interwencje utrudniające
<b>Ruch</b>	Polecenia: porusz mocniej, słabiej; działania: blokowanie, wstrzymywanie ruchu, wspieranie ruchu, zachęty, nazywanie.	Czuj, jak to się rusza, zobacz, o co ci chodzi, zobacz, jak się ruszasz.
<b>Dźwięk</b>	Polecenia: głośniej, ciszej, jeszcze trochę, powiedz to jeszcze raz, fajny dźwięk działania: dodawanie własnego dźwięku, improwizacja dźwiękiem, w zależności od reakcji osoby w śpiączce.	Uciszenie, nakłanianie do uspokojenia, pytanie o odczucia, jak się czujesz, czy dobrze się czujesz?
<b>Wzrok</b>	Wpatrz się w to, zobacz to bardziej, popatrz jeszcze, przypatrz się temu dokładnie.	Jak czujesz, to co widzisz, czy coś słyszysz? Co teraz chcesz zrobić?

<b>Czucie</b>	Czuj to, poczuj to, poczuj, jakie to jest, tak, wczuj się.	Praca w innych modalnościach niż czucie, niecierpliwość, pośpiech, wymyślanie kolejnych interwencji, zadaniowe podejście do pracy.
---------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Inne ważne interwencje mogące mieć wartość amplifikacji to zachęcanie, docenianie, nazywanie, tzw. puste dojsście.

### **Zachęcanie, docenianie**

Ważną częścią pracy z osobami w śpiączce jest nastawienie oraz zachowania cechujące się życzliwym wsparciem. Osoba w śpiączce potrzebuje czuć, że ma „kogoś za plecami”, bo dzieje się z nią dużo rzeczy, których nie rozumie, są dla niej trudne, nowe, nieznanne. Pomocne będzie zachęcanie, docenianie, emanowanie pozytywnym nastawieniem. Po prostu zachwywanie się tym, co ona robi, coś w stylu: „acha... tak... świetnie... brawo... doskonale... to ważne... super... jak fajnie...”.

### **Nazywanie**

Wiele badań, np. z wykorzystaniem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, pokazuje, że w śpiączce mózg działa, natomiast szwankuje komunikacja pomiędzy różnymi jego ośrodkami. Patrząc z tego punktu widzenia, może być tak, że coś dzieje się z osobą w śpiączce, tylko nie zdaje ona sobie z tego sprawy, np. może mieć wrażenie, że rusza ręką, podczas gdy tak naprawdę wykazuje tylko tendencję do ruchu lub wykonuje nieznaczne ruchy. Bliscy czy specjaliści poprzez nazywanie tego, co widzą, że dzieje się z osobą w śpiączce, pomagają udroźnić współpracę pomiędzy obszarami mózgu: „Ręka się rusza... tak... powoli... acha... teraz palce... właśnie tak... ruszają się... świetnie...”.

### **Puste dojsście**

Ten sposób pracy odwołuje się do idei pracy z nieznanymi procesami. Specjalista obserwuje, że z osobą w śpiączce dzieje się coś ważnego, ale nie wie, co to może być. Puste dojsie to zwracanie uwagi na to, co się wydarza, bez interpretowania, ukierunkowywania, sugerowania czegokolwiek itp. Może polegać zarówno na nazywaniu, jak i na zachęcaniu i docenianiu. Chodzi o szeroką gamę interwencji, których głównym celem jest zwrócenie uwagi na bieżące wydarzenie. „Acha, tak... to ważne... właśnie tak... świetnie...”. Potencjał pustego dojsia wynika z tego, że odnosimy się do czegoś, co istnieje w człowieku i co ma dla niego znaczenie, natomiast my – bliscy czy specjaliści – nie jesteśmy sprawcami, lecz towarzyszami. To nie techniki „coś robią”. To się robi samo, a my temu tylko pomagamy.

### **Podsumowanie**

Amplifikacja to inaczej wzmacnianie. Chodzi o rozwijanie obserwowanych sygnałów, aż staną się one wyraźniejsze, a co za tym idzie łatwiej dostępne świadomości. Dzięki temu, będzie można zobaczyć, jakie procesy za nimi stoją. Polega to na tym, że zachęcamy (w jaki sposób, to w dużej mierze kwestia naszej kreatywności), aby osoba w śpiączce robiła to, co robi, ale w sposób pogłębiony, bardziej intensywny.

## **Zamiast zakończenia**

### **O czym jest ta śpiączka?**

Kiedy ktoś zapada w śpiączkę, nie myśli się na ogół o psychologii, tylko raczej koncentruje się uwagę na zdrowiu fizycznym i na powrocie do tego, co było. A jednak, pomimo ogromnych wysiłków, jakże często zostaje się z całym mnóstwem pytań bez odpowiedzi oraz problemów, które niewiadomo jak rozwiązać. Czy skierowanie uwagi na przeżycia wewnętrzne może przynieść coś nowego?

Podejście, o którym opowiadam, zaprasza do refleksji wokół przeżywania czasu śpiączki z punktu widzenia osoby w niej pogrążonej. Taki sposób pracy jest rzadko praktykowany. Najczęściej dzieje się tak, że wszystko odbywa się przez pryzmat perspektywy przyjmowanej przez specjalistów, opiekunów czy bliskich, a zatem oglądu z zewnątrz. Ma to różne uzasadnienia, implikacje i konsekwencje, ale podstawowym problemem pozostaje jedno –



najbardziej zainteresowani nie są w wystarczającym stopniu brani pod uwagę. Z tym stanem rzeczy mamy do czynienia zarówno jeżeli chodzi o jakość obchodzenia się z osobami w stanie śpiączki, jak również na poziomie postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, gdzie bazuje się na behawioralnych manifestacjach, a unika wejrzenia głębiej, w rzeczywistość osób przeżywających śpiączkę.

Próba wejścia w świat, do którego nie mamy dostępu, jest niczym nieprzetarty szlak – trudna i nieznaną, ale nie znaczy, że nie do przejścia. By nie zgubić się po drodze, należy ze sobą zabrać kilka rzeczy, o których piszę w tej książce. Chodzi przede wszystkim o sposób podejścia, o postrzeganie i traktowanie osób w śpiączce jako obecne, wrażliwe podmioty. Wystarczy zadać sobie podstawowe pytanie – czy chciałbym, żeby ze mną obchodzono się tak, jak ja to robię. Jeżeli nie, to jak chciałbym być traktowany, a co za tym idzie, jakie muszą zajść zmiany, by uczynić tę opiekę najlepszą z możliwych.

Kiedy wierzymy, że osoby w śpiączce są obecne, że warto im pomagać, być z nimi, wspierać je w godnym przechodzeniu tego trudnego czasu, to wówczas otwieramy się na kwestię procesów wewnętrznych i doświadczeń, z jakimi mierzy się ta osoba. Jest tutaj miejsce na otwartość i zaciekawienie, o czym jest ta śpiączka, jaki jest jej głębszy sens. W podejściu, o którym mowa, wyzdrowienie ciała nie jest głównym celem, uwaga nakierowana jest raczej na towarzyszenie i wspieranie osób w śpiączce w pogłębionym przeżywaniu ich doświadczenia. Podjęcie informacji z wnętrza wyrażającej się poprzez ciało, prowadzi do bycia coraz bardziej w zgodzie z tym, co „w duszy gra”. Kiedy zamiast zazwyczaj spotykanego pytania: „dlaczego mnie to spotkało?”, odkrywa się sens przydarzającego się doświadczenia, pojawia się zrozumienie i ulga, tak jak u kogoś, kto przez długi czas czuł, że coś jest nie w porządku, szukał rozwiązania i w końcu wpadł na właściwy trop.

W starożytnych Chinach zadaniem lekarza nie było leczyć, lecz nie dopuścić do choroby. Stała za tym filozofia zdrowia jako wyraz harmonii wewnętrznej oraz porozumienia ze światem. Człowiek był zdolny do zmian takich, jakich wymagały od niego dynamiki wewnętrzne i zewnętrzne, lekarz przez całościowy ogląd swoich podopiecznych dbał, by żyli oni w zgodzie z tym, co dla nich właściwe i pobierał za to niewielką opłatę ryczałtową. Choroba, traktowana jako wyraz blokady, była niedopuszczalna. Kiedy ktoś podupadał na zdrowiu, oznaczało to, że

lekarz zaniedbał swoją pracę i dopuścił do zaburzenia harmonii. Ludzie byli zwolnieni z opłat aż do powrotu do zdrowia, czyli usunięcia zastoju i przywrócenia równowagi.



Osoba w śpiączce jest właśnie w takiej sytuacji, że jej harmonia uległa zaburzeniu. Wewnętrzny chiński lekarz gorliwie bierze się do pracy, organizm na różne sposoby dąży do harmonii (z zewnątrz obserwujemy to poprzez różnego rodzaju wydarzenia fizyczne, relacyjne i w świecie, co opisywałem w poszczególnych rozdziałach). Terapia ma za zadanie wesprzeć proces, który chce się wydarzyć; w tym ujęciu praca psychologa to nie leczenie zaburzeń, lecz umiejętne towarzyszenie wydobywającemu się potencjałowi, patrzenie przez pryzmat zasobów, a nie deficytów. Być może w przytaczanych przykładach dziwiła prostota proponowanych interwencji. Wiąże się to z tym, że ich skuteczność zależy właśnie od mocy i mądrości wewnętrznego procesu. To, co trzeba zrobić, to dać mu szansę się wydarzyć, zaufać, odłożyć na bok dotychczasowe przekonania i pójść za tym, co się wydarza. Nie jest to zachęcanie do bierności i poddania się, lecz do akceptacji i działania w zgodzie z rytmem

natury. Mindell pisze o tym tak: „Nie podkreślamy znaczenia żadnego ze stanów, bez względu na to, czy jest on pełen spokoju czy napięcia, przywiązujemy natomiast wagę do zdolności pełnego przeżywania w każdy możliwy sposób tego, co dzieje się w danej chwili”<sup>7</sup>. Śpiączka, tak jak i inne symptomy ciała zazwyczaj ma swoje znaczenie, więc zaufanie procesowi może być uwalniające, odkrywczе, wzbogacające.

Na koniec warto dodać, że zajmowanie się procesami psychicznymi jest istotne nie tylko ze względu na rozwój osobisty, ale może również znaleźć swoje odzwierciedlenie na poziomie ciała fizycznego i to na kilka sposobów. Jedno z przełożeń możemy obserwować, gdy przyjrzymy się kwestii bilansu energetycznego. Konflikty psychiczne i sytuacja zablokowania są znaczącym wydatkiem energetycznym dla organizmu; wiadomo że funkcjonowanie mózgu wymaga dużo energii. Jeżeli osoba jest zanurzona w przeżywanie procesów i emocji, odbija się to na jej ciele, które jest wyrazicielem tego, co dzieje się wewnątrz. To tak, jak w przykładzie z pierwszego rozdziału, gdzie opisywałem rolę uważności na to, o czym się mówi przy łóżku chorego. Trudne słowa potrafiły wywołać gorączkę, stan zapalny, widać było wyraźnie siłę psychosomatyki. Taka sama zasada obowiązuje w drugą stronę – kiedy udaje się rozwiązać konflikty i zharmonizować wewnątrz, energia uwolniona z uwikłania w ciało może ułatwić i przyspieszyć rozwiązanie sytuacji niedomagania zdrowotnego.

Inną rzeczą, z której warto zdawać sobie sprawę, jest oddziaływanie otoczenia na strukturę i funkcjonowanie mózgu, co potwierdzają teorie i badania. Kiedy to, co dzieje się wokół jest sprzyjające, możliwy jest przyrost kory mózgowej. To w niej znajdują się ośrodki odpowiedzialne za odbieranie i przetwarzanie zmysłowe, kontrolę czynności ruchowych czy procesy asocjacyjne. Funkcjonowanie człowieka na poziomie zmysłów, ruchu i kojarzenia jest uzależnione od wydajności czy sprawności tego obszaru. Hipoteza, że wspieranie jego przyrostu może mieć znaczący wpływ na proces leczenia i rehabilitacji może okazać się trafna.

Dotykamy tutaj kwestii możliwości radzenia sobie mózgu. Okazuje się, że posiada on niezwykle potężną adaptacyjny i samoregulacyjny. Spektakularne przykłady tego typu

---

<sup>7</sup> Arnold Mindell, *Praca nad samym sobą*, przekład Tomasz Teodorczyk, Warszawa 1995, s. 15.

zjawisk to m.in. proces kiełkowania, czyli powstawanie świeżych p

mózgu z uszkodzonego ośrodka w innych, zdrowych obszarach. Właściwie ukierunkowana stymulacja zewnętrzna, do której zaliczyć należy pracę psychologiczną i psychoterapeutyczną, w znaczący sposób może inicjować lub wspierać tendencje autoregeneracyjne. Jean Jacques Rousseau twierdził, że mózg jest dynamiczny i responsywny, stale reorganizuje się w odpowiedzi na doświadczenie. Gdy dostarczymy mu odpowiednich bodźców i stymulacji, a także stworzymy mu możliwości rozwoju, na pewno z nich skorzysta, gdyż wpisuje się to w naturalne tendencje organizmu.

Człowiek to nie tylko ciało. Warto być zdolnym do pełnego, holistycznego postrzegania osób w śpiączce, w którym będzie miejsce zarówno na techniki i wiedzę specjalistyczną, jak też na uwzględnianie człowieczeństwa w jego wielu wymiarach. W jednych przypadkach skupienie się na wnętrzu może być wsparciem dotychczasowych działań zmierzających ku poprawie czy odzyskaniu zdrowia. W innych, gdzie kondycja psychiczna warunkuje kondycję fizyczną, może to być ten czynnik, którego brakuje, aby pójść dalej. Pisała o tym m.in. Caroline Myss. „Kiedy choroba jest częścią twojej duchowej ścieżki, nie uleczy cię żadna interwencja medyczna, tak długo, aż twoja dusza nie zacznie realizować zmian, które choroba ma za zadanie inspirować”<sup>8</sup>.

#### **Podsumowanie**

Praca psychologiczna jest ukierunkowana na to, co wydarza się w świecie wewnętrznym osoby w śpiączce. Dzięki proaktywnemu podejściu do informacji psychicznych objawiających się poprzez ciało, ma ona za zadanie przywrócić harmonię całemu organizmowi. Praca psychologiczna może być istotna ze względu na rozwój wewnętrzny i mieć przełożenie na postępy w rehabilitacji.

#### **Nie zapomniać o sobie. Kwestia bliskich i opiekunów**

---

<sup>8</sup> Cyt. za: Justyna Karolak, *Choroba mnie inspirowuje – ratunku!* [online], [aktualizacja: 27 kwietnia 2015], [dostęp: 16 marca 2016], dostępny w Internecie: <<http://tosterpandory.pl/?p=4367>>.

Stan śpiączki dotyczy nie tylko osoby, która w nim przebywa, ale również całego jej otoczenia – opiekunów, bliskich, rodziny. Wszyscy znajdują się w przewlekłej sytuacji stresowej i intensywnie przeżywają tego konsekwencje. Warto w tym miejscu opowiedzieć o schemacie przeżywania, który często towarzyszy bliskim osób pogrążonych w śpiączce. Przebieg możliwych reakcji wobec sytuacji traumatycznych opisała Elisabeth Kübler-Ross, co referuję na podstawie jej książki pt. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*<sup>9</sup>. Moje obserwacje przy łóżkach chorych ten schemat przebiegu potwierdzają.

Najpierw pojawia się szok i zaprzeczenie – choroba czy wypadek zaskakuje, nigdy nie jest się gotowym, trudno uwierzyć, że do czegoś takiego mogło dojść. Człowiek czuje się zagubiony i bezradny. Szok i związane z nim mechanizmy obronne sprawiają, że początkowo przeżywa się wszystko trochę tak, jakby się było w kokonie czy bańce, z jednej strony wypełnionej emocjami, z drugiej odcinającej nas od świadomości tego, co się wydarza. Ma to swoje plusy, bo pozwala do pewnego stopnia oswoić się z tym, co się stało.

Etap szoku mija i przychodzi czas konfrontacji z sytuacją choroby, wtedy zaczyna się przeżywanie emocji, najczęściej pojawia się wówczas niezgoda i gniew. Nie bardzo wiadomo, do kogo te uczucia są kierowane, one po prostu są, jako wyraz sprzeciwu wobec niesprawiedliwości losu. Często na tym etapie, niejako w przedłużeniu gniewu, ma miejsce poszukiwanie winnych. Pociąga to za sobą potrzebę wyjaśnienia tego, co się stało i obarczenia odpowiedzialnością. To pomaga, bo dzięki temu niesprawiedliwość staje się bardziej zrozumiała, łatwiejsza do poradzenia sobie z nią.

Następnie przychodzą bunt i agresja. To potężne siły, człowiek nimi napędzany gotów jest do wielu rzeczy. Przychodzi czas na aktywne, nieraz desperackie, działania, które mają przywrócić to, co było. Dużo tu nadziei, chwytania się każdej, choćby najmniejszej pomyślnej informacji, tego, co ktoś powiedział, czy tego, w jaki sposób to uczynił. Ważna staje się postać Wszechmocnego, jakiejś transcendentnej siły – Boga, Stwórcy, kogoś, kto ma nadludzką moc. Zaczyna się swoiste targowanie, próby zawarcia paktu – jeżeli tylko wróci zdrowie...

---

<sup>9</sup> Elisabeth Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 1998.

Potem przychodzi załamanie, apatia, czasem wręcz stany okołodepresyjne. Jedzenie przestaje być ważne, trudno się śpi, wszystko obojętnie i traci sens. Możliwa jest okresowa niezdolność do wypełniania ról i zadań życiowych. Przemija gniew, nadzieje się rozwiewają, zostaje się sam na sam z sytuacją, która przytłacza, gdzie za bardzo nie widać światełka w tunelu. Człowiek się poddaje.

Wreszcie jest się zdolnym do akceptacji. Sytuacja, taka jaką jest, zostaje przyjęta. Nie oznacza to bierności czy zaprzestania wysiłków, jednak zaangażowanie się w walkę ma już inną jakość, bo jest podejmowane z innego miejsca psychicznego.

Oprócz powyższego schematu przechodzenia przez zdarzenia traumatyczne, warto jeszcze w tym miejscu opisać zjawisko tzw. zespołu opiekuna, które zaobserwowała grupa psychologów i psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychologii Procesu podczas pracy z dziećmi w stanie śpiączki i ich bliskimi w Centrum Zdrowia Dziecka.

Zespół opiekuna jest związany z długotrwałą kumulacją lęku, frustracji, rozczarowania leczeniem, poczucia beznadziei. Objawia się narastającym podejściem negatywistycznym, drażliwością, skłonnością do obwiniania i pretensji, tzw. krótkim lontem, poczuciem przytłoczenia i przewlekłego zmęczenia. Jednocześnie osoby w tym stanie biorą odpowiedzialność w sposób nadmiarowy, czują się zmuszone do ciągłego i wyczerpującego działania na rzecz poprawy zdrowia osób w śpiączce, trochę wchodząc w „boską” rolę, jakby tylko i wyłącznie od ich pracy zależało, czy będą jakieś efekty czy nie. Pojawia się imperatyw Zosi Samosi, myślenie „nikt inny tego tak dobrze nie zrobi”. W ten sposób osoba taka kompensuje sobie poczucie kontroli, czego jednak zazwyczaj nie jest świadoma, uważa, że robi to dla osoby w śpiączce. W wyniku ugruntowanego przekonania o wszechmocy, coraz trudniej komuś zaufać, poprosić o pomoc, dać się wyręczyć. Nieuchronnie prowadzi to do pojawienia się problemów zdrowotnych, chorób, kontuzji, uszkodzeń fizycznych; organizm nie jest w stanie w dłuższym okresie czasu znosić tego typu obciążeń. Czasami trudno nawet wyjść do sklepu czy usiąść i wypić spokojnie kawę, bo poczucie winy i odpowiedzialności natychmiast uruchamiają poczucie winy i zmuszają do działania na rzecz osoby w śpiączce. Na dłuższą metę taki tryb funkcjonowania musi się źle skończyć. Zarówno w sytuacji

przechodzenia przez cykl przeżywania traumy, jak i występowania zespołu opiekuna warto skorzystać z pomocy psychologa czy psychoterapeuty, bo kolejna choroba w rodzinie nie przyniesie żadnego pożytku.

Sięganie po specjalistyczne wsparcie to już dużo, oznacza, że osoba widzi problem i chce z nim coś zrobić. To nieczęste, bo powszechne jest raczej bagatelizowanie własnych spraw przez bliskich i przyznam, że wciąż trudno mi dotrzeć do osób zaangażowanych w opiekę nad osobami w śpiączce. Z reguły czuję, że ta część pracy pada na mało urodzajny grunt. Rozmawiamy, wydaje się, że słowa o tym, że warto zadbać o siebie trafiają drugiej stronie do przekonania, ale niewiele z tego udaje się wcielić w życie. Oczywiście jest to wyzwanie, ale naprawdę warto pamiętać o tym, że w ten sposób pomagamy nie tylko sobie, ale też w rozumny i odpowiedzialny sposób troszczymy się o osobę, która znajduje się pod naszą opieką.

#### **Podsumowanie**

Opiekunowie osób w śpiączce przeżywają wyjątkowo trudne chwile. Cykl przechodzenia przez traumę rządzi się swoimi prawami, jego przebieg jest dosyć dobrze opisany. Również powszechnym zjawiskiem jest zespół opiekuna. Dbanie o siebie, stworzenie maksymalnie komfortowych warunków, korzystanie ze specjalistycznej pomocy to nie egoizm, lecz wyraz mądrej odpowiedzialności za siebie i za osobę, którą ma się w opiece.