

TRENING ZACHOWAŃ NIEWERBALNYCH OSÓB PO DOZNANYM LEWOSTRONNYM UDARZE MÓZGU

TRAINING OF NON-VERBAL BEHAVIOURS OF PERSONS AFTER LEFT SIDED BRAIN STROKE

Instytut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego

Katedra Komunikacji Społecznej

Kierownik katedry: prof. zw. dr hab. Józef Podgórecki

non-verbal behaviours left sided brain stroke

W artykule opisano znaczenie treningu zachowań niewerbalnych dla przywrócenia lub poprawy umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej, u osób, które doznały lewostronnego udaru mózgu. Obok usprawnienia komunikacji zwraca się uwagę na oddziaływanie psychoterapeutyczne tej metody. Przedstawiane są różne techniki szczegółowe biorące inspiracje z psychodramy, modelowania i playbacku, przy wykorzystaniu elementów zachowań niewerbalnych typowych dla innych kultur. Opisywane w artykule sesje mogą być prowadzone w zależności od stanu pacjenta w formie spotkań indywidualnych lub grupowych.

Summary: The article describes the training of non-verbal behaviours of persons after left-sided brain stroke, designed to enable them for being more efficient communicators, in connection to their partial paralysis (dyskinesia) and partial or total aphasia. Training of this type has to make the patient a more conscious sender of non-verbal messages, and also their recipient - to be able to compensate for the loss of ability of communicating using words and totality of verbal acts passed earlier on (before the stroke of the brain) by the right part of the body (mainly the upper limb). Overall, the training of non-verbal communication has to achieve two equivalent functions - the improvement of communication and the influence of psychotherapy.

Training of non-verbal behaviours of persons with brain stroke is based on the use of a variety of specific techniques such as "role playing" (involving the reconstruction of real events in simulated conditions), psychodrama techniques ("mirror", "double", "switching roles" and "monologue"), a combination of techniques to play the roles of the playback technique and modelling.

A profitable strategy of working with people after brain stroke is to introduce elements of non-verbal behaviours of training which are specific to other cultures. The participants of the training learn about various intercultural uses of the non-verbal remittances and have an opportunity not only to enrich their knowledge on the communication preferences of given nations, but also to improve skills of activating the individual channels of the wordless code.

Depending on the condition of patients, the degree of their impairment of speech and motor skills, the training must be conducted in the form of individual or group meetings. Individual sessions should be practiced in working with people with aphasia and total partial paralysis. An individual training can turn out to be the only possible way of providing certain basic skills of communicating on the non-verbal level. Ultimately however, one should strive to ensure that patients with postictal symptoms passed first through individual training and then the group training.

Wprowadzenie

Częstą konsekwencją przeżytego lewostronnego udaru mózgu i wynikającego z niego uszkodzenia lewej półkuli są zaburzenia gnostyczne, objawy połowiczego (zwykle lewostronnego) porażenia i afazja. Afazja może przybierać wiele postaci: sensoryczną (czuciową), motoryczną (ruchową), sensomotoryczną (mieszaną), amnestyczną czy całkowitą (globalną, totalną) [1]. W efekcie znacznemu ograniczeniu ulegają umiejętności sprawnego komunikowania się zarówno na płaszczyźnie werbalnej, jak i pozawerbalnej. W zależności od stopnia (rozległości) udaru następstwa mogą być odwracalne lub nieodwracalne, zakres utraty zdolności porozumiewania się niecałkowity lub całkowity [2]. Od intensywności udaru i jego rodzaju (np. niedokrwienny, krwotoczny) zależy, w jakiej mierze działania nastawione na przywracanie umiejętności komunikacyjnych okażą się skuteczne. Z pewnością będzie to znacznie łatwiejsze do uzyskania w przypadku osób, u których nie doszło do pojawienia się ostrych reakcji psychotycznych, a jedynie do obniżenia energii, spowolnienia psychoruchowego, trudności koncentrowania uwagi, ograniczenia zainteresowań czy drażliwości z apatią i abulią, lub też objawów zespołu depresyjnego z myślami samobójczymi [3]. Z kolei o wiele trudniejsze, by nie rzec wręcz niemożliwe, może okazać się przywracanie kompetencji komunikacyjnych u osób po doznanym ostrym udarze i w sumie narażonych na zaburzenia świadomości, które z czasem (po kilku dniach) mogą przybierać postać zespołu otępiennego (np. zespół Korsakowa) lub obraz psychozy splątaniowej (np. zespół Wiecka), zwany „psychozą poobrzękową”. Wówczas może dochodzić do wystąpienia zaburzeń psychicznych charakteryzujących się dużym polimorfizmem: (a) stopniowym wzrostem dezorientacji, (b) dużym niepokojem psychicznym i ruchowym, (c) znacznym zobojętnieniem chorego wobec siebie i osób bliskich, (d) niepoznanianiem członków rodziny, przyjaciół, osób z najbliższego otoczenia, (e) nasilonymi stanami lękowymi, (f) upośledzeniem pamięci świeżej i procesu uczenia się, (g) zaburzeniami uwagi i spostrzegania [4].

Zawsze leczenie zaburzeń psychicznych w przebiegu chorób naczyniowych mózgu powinno polegać na działaniu wielokierunkowym, obejmującym: (1) leczenie farmakologiczne, (2) terapię fizykalno-usprawniającą, (3) postępowanie psychokorekcyjne oraz (4) oddziaływania psychoterapeutyczne, np. psychoterapię indywidualną, grupową czy rodziny [4]. W ramach stosowanych metod psychokorekcyjnych i psychoterapeutycznych można zastosować trening zachowań niewerbalnych, mający na celu umożliwienie określonej grupie chorych — głównie tych bez silnych objawów psychotycznych — stawania się sprawniejszymi komunikatorami, w związku z połowicznym porażeniem (dyskinezją) i częściową lub całkowitą afazją. Inaczej mówiąc, tego typu trening ma spowodować, by pacjent stając się bardziej świadomym nadawcą komunikatów bezsłownych, a także ich odbiorcą — był w stanie skompensować utratę zdolności porozumiewania się przy użyciu słów i ogółu aktów niewerbalnych przekazywanych uprzednio (przed udarem mózgu) prawą częścią ciała.

Formy treningu

W zależności od stanu pacjentów, stopnia utraty mowy i zdolności ruchowych, należy prowadzić trening w formie spotkań indywidualnych lub grupowych. Z pewnością sesje

indywidualne powinny być praktykowane w pracy z osobami z częściową afazją — o niskim stopniu zaburzenia mowy i wyższych funkcji poznawczych — i pełnym połowicznym porażeniem. Chodzi tu głównie o pacjentów silniej dotkniętych kinetycznymi następstwami udaru mózgu. Trening indywidualny może okazać się jednym z alternatywnych sposobów wyposażania ich w pewne zasadnicze umiejętności komunikowania się na płaszczyźnie niewerbalnej. Towarzyszące silnemu udarowi zaburzenia psychiczne, łącznie z ostrymi reakcjami psychotycznymi, mogą dyskwalifikować niektórych pacjentów do udziału w grupie treningowej. Najczęściej jednak osoby rozpoczynające pracę nad „językiem ciała” w ramach sesji dualnych stają się później uczestnikami treningu grupowego. Moje własne doświadczenia w pracy z pacjentami po udarach mózgu zdają się sugerować, iż dobrą praktyką jest rozpoczynanie treningu komunikacji niewerbalnej od spotkań indywidualnych, co z jednej strony umożliwi wstępne usprawnienie pacjenta, a z drugiej — jego ocenę jako potencjalnego członka grupy treningowej oraz ustalenie jego podatności na różnego typu ćwiczenia bezsłownych zachowań. W konsekwencji ułatwi to trenerowi zadanie dobrania składu do przyszłej grupy, przyspieszy podjęcie ważnych decyzji związanych z organizowaniem i planowaniem przebiegu zespołowego treningu.

Jeżeli kontakty z pacjentem w ramach sesji indywidualnych jednoznacznie wskazują, iż nie kwalifikuje się on do podjęcia treningu w grupie, to na trenerze ciąży odpowiedzialność za takie prowadzenie zajęć, by korzyści odniesione przez takiego pacjenta były porównywalne z tymi uzyskanymi przez uczestników grupy. Ujmując to inaczej, prowadzący trening musi potrafić stworzyć właściwe warunki do naśladowania i modelowania zachowań niewerbalnych. Tutaj może sam demonstrować odpowiednie wzory reakcji bezsłownych lub posługiwać się materiałem poglądowym: ilustracjami, kasetami wideo, fotografiami itp. Na pewno udział w grupie, możliwość podglądania określonych zachowań niewerbalnych u innych, symulowania różnych sytuacji prowokujących do posługiwania się konkretnymi przekazami niewerbalnymi, przemawia za prowadzeniem treningu komunikacji bezsłownej w formie spotkań grupowych, które zdają się tworzyć bardziej niż sesje indywidualne sprzyjający klimat do doskonalenia zdolności komunikacyjnych, chociaż są sygnały niewerbalne, które o wiele lepiej jest poznawać i trenować w czasie sesji indywidualnych, jak na przykład ogół sygnałów przekazywanych mimiką (ruchy gałek ocznych, ruchy powiek, reakcje źreniczne) i wyrażanych gestami rąk. W tych przypadkach obcowanie z trenerem potrafiącym demonstrować dane zachowania niewerbalne — i wskazywać możliwości modyfikowania czy przywracania lub zdobywania nowych umiejętności komunikowania się na płaszczyźnie niewerbalnej — może okazać się znacznie skuteczniejsze niż uczestnictwo w treningu grupowym.

Trening dualny stwarza okazję do dokładnej pracy nad poszczególnymi reakcjami pozawerbalnymi, dość precyzyjnego kształtowania właściwych zdolności nadawania i dekodowania sygnałów bezsłownych. Bezpośredni kontakt trenera z pacjentem (uczestnikiem treningu) pozwala uniknąć, typowego dla pracy z większą liczbą osób jednocześnie, pomijania nieprawidłowych wzorów zachowań niewerbalnych. W grupie pojawia się ryzyko niezauważania i niereagowania na popełniane błędy w formułowanych przekazach niewerbalnych przez poszczególnych uczestników treningu. Trener fizycznie nie jest w stanie skoncentrować się na nadawanych w tym samym czasie przez wszystkich członków grupy sygnałach pozawerbalnych. „Bezkarne” posłużenie się niewłaściwym

komunikatem niewerbalnym może utwierdzić jego nadawcę o poprawności tego przekazu. Sprawa komplikuje się znacznie bardziej, gdy uświadomimy sobie, iż członkami grupy są osoby po doznanych udarach mózgu, a więc z dość ograniczonymi możliwościami tworzenia przekazów niewerbalnych, zwłaszcza za pomocą gestykulacji. Innego rodzaju trudność wynika z faktu, iż przekaz niewerbalny odbywa się równocześnie wieloma kanałami, przy użyciu wielu różnych kodów. Dużo problemów pojawia się w dostrzeganiu i interweniowaniu w przypadku pojawienia się niespójnych przekazów u osób zdrowych, podejmujących trening z uwagi na wykonywany zawód, a coś dopiero, gdy przychodzi pracować z pacjentami z afazją i objawami połowicznego porażenia. Ostatecznie należy jednak dążyć do tego, aby pacjenci z objawami poudarowymi przechodzili najpierw trening indywidualny, a następnie grupowy. Ograniczanie pracy do spotkań dualnych wydaje się niezbyt fortunnym rozwiązaniem, gdyż towarzyszące udarowi mózgu dolegliwości wymagają terapii grupowej, a zespołowy trening komunikacji niewerbalnej może w wielu wymiarach takie funkcje pełnić.

Wprowadzenie do treningu wspomnianych technik psychodramy czy grania ról może uruchamiać dynamikę grupy, ogół interakcji i związane z nimi niespecyficzne czynniki leczące. Z pewnością udział w grupowym treningu może wydatnie przyczynić się nie tylko do opanowania pewnych umiejętności komunikowania się za pomocą sygnałów niewerbalnych, lecz również do zmniejszenia lub całkowitego usunięcia takich objawów, jak spadek energii, trudności koncentracji uwagi, utrata zainteresowań, drażliwość z apatią i abulią (brakiem woli), zespół depresyjny z myślami samobójczymi czy spowolnienie psychoruchowe [3]. Trening komunikacji niewerbalnej ma zatem do spełnienia dwa równorzędne zadania — usprawnienie komunikacyjne oraz oddziaływanie psychoterapeutyczne. Przy czym pamiętać należy o tym, by doskonaleniu umiejętności komunikowania się na płaszczyźnie niewerbalnej towarzyszyło przywracanie jak najpełniejszej ekspresji werbalnej — właśnie psychodrama i granie ról mogą temu doskonale sprzyjać.

Kontrakt treningowy

W czasie zawierania kontraktu treningowego należy skrupulatnie omówić wszelkie kwestie dotyczące kolejnych etapów treningu, a więc poinformować pacjenta o dwustopniowym przebiegu treningu: najpierw spotkania indywidualne, a po jakimś czasie udział w sesjach grupowych. Trzeba ustalić warunki techniczne przyszłych spotkań, a zatem czas trwania całego treningu, jednej sesji, częstotliwość spotkań. W grupach prowadzonych przeze mnie jest to zwykle 20 sesji indywidualnych i blisko 30–40 spotkań grupowych, trwających maksymalnie 90 minut i odbywających się dwa razy w tygodniu. Mimo że trening ma na początku charakter dualny, należy omówić specyfikę przyszłych zajęć grupowych. Pacjent musi uzyskać rozeznanie co do tego, w jakich okolicznościach będzie przebiegał cały trening — od jego pierwszych do ostatnich chwil. Powinien w takim razie wiedzieć, czy grupa będzie zorganizowana homogenicznie czy heterogenicznie, czy będzie otwarta czy zamknięta, w jakim składzie i z jakimi osobami przyjdzie mu trenować komunikację niewerbalną. Jeżeli chodzi o grupy prowadzone przeze mnie to prawie zawsze są heterogeniczne pod względem płci i wieku, a homogeniczne pod względem stopnia czy rodzaju poudarowej afazji, oraz mają formę otwartą. Przy czym do udziału w terapii grupowej są kwalifikowani

zwłaszcza pacjenci o niskim stopniu zaburzenia mowy, przede wszystkim z częściową afazją motoryczną. Z uwagi na konieczność częściowego mówienia i rozumienia mowy podczas treningu komunikacyjnego, nie obejmuje się nim osób z rozpoznąną afazją sensoryczną (czuciową) i całkowitą (globalną, totalną), u których zdolność pojmowania jest ciężko zaburzona lub całkowicie zniesiona [2].

Moim zwyczajem jest wprowadzanie do grup treningowych osób zupełnie zdrowych i mających za sobą kilka lub cały cykl spotkań treningu komunikacyjnego. Udział takich osób ma z jednej strony usprawnić dynamikę grupy, a z drugiej uskutecznić proces modelowania, odwzorowywania pożądanych zachowań niewerbalnych. Mówiąc inaczej, uczestnictwo tych osób sprzyja symulowaniu interakcji znamiennych dla pozatreningowej rzeczywistości. Osoby zdrowe pierwsze weryfikują nabyte przez pacjentów po udarach mózgu umiejętności komunikowania się na planie niewerbalnym. W tym też celu praktykuję wprowadzenie ich dopiero po kilku spotkaniach, co oczywiście dzieje się za pełnym przyzwoleniem funkcjonującej już grupy treningowej. Zresztą o tym pacjenci są informowani w czasie zawierania kontraktu i wówczas mają okazję wyrazić swoją akceptację czy też dezaprobatę.

Używając pojęcia „osoby zdrowe” mam na myśli uczestników treningu poprawnie funkcjonujących niewerbalnie, ale w żadnym razie niezajmujących pozycji kotrenerów. Należy ich traktować jak równorzędnych członków treningu, mających takie same prawa i obowiązki jak pacjenci z poudarowymi objawami. Również z nimi trzeba zawrzeć kontrakty, omówić w szczegółach reguły przebiegu treningu. I chociaż nie wymagają one identycznej pracy nad posługiwaniem się komunikatami niewerbalnymi, to udział w treningu ma dostarczyć im doświadczeń w kontaktowaniu się z afatykami i chorymi z połowicznym porażeniem. Dlatego kwalifikując te osoby do grupy dbam o to, by byli to pracownicy socjalni, pedagodzy specjaliści, psychologowie kliniczni, a więc zajmujący się pomaganiem ludziom chorym, w tym — po przebytych udarach mózgu.

Bywa również tak, że do zespołu treningowego trafiają członkowie rodzin, w których ktoś cierpi na poudarowe objawy. Wówczas trening przybiera postać równoległych oddziaływań psychoterapeutycznych i obejmujących doskonalenie „języka ciała”.

Praca z członkami rodzin, w zależności od czasu doznania udaru przez kogoś z jej składu, koncentruje się na eliminowaniu zaburzeń nerwicowych zaistniałych z powodu niespodziewanej choroby i późniejszych jej konsekwencji. Najczęściej są to zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane oraz zaburzenia z przewagą myśli lub ruminacji natrętnych [4]. Niejednokrotnie zdarza się tak, iż członkowie rodzin ujawniający tego typu dolegliwości są kwalifikowani do psychoterapii grupowej, a udział w treningu komunikacji niewerbalnej stanowi przygotowanie do podjęcia takiej terapii. Zresztą dotyczy to również pacjentów po udarach mózgu, gdyż nie sposób uczynić z treningu procedury psychoterapii grupowej w pełnym tego słowa znaczeniu. Wspomniałem nieco wcześniej o możliwości posługiwania się w czasie treningu komunikacji niewerbalnej określonymi technikami grupowymi, a ściślej ich elementami (psychodrama, granie ról, modelowanie), lecz w kształcie znacznie odbiegającym od technik stosowanych w trakcie klasycznych sesji psychoterapii grupowej [5]. Co więcej — wspomaganie treningu wybranymi elementami procedur terapii grupowej stanowi doskonałą okazję do przygotowania pacjentów do podjęcia grupowego leczenia. Wówczas pojawiają się warunki do płynnego

przejścia z czynności treningowych do pracy nad problemami stanowiącymi podłoże zaburzeń nerwicowych.

Czasem należy postępować odwrotnie — zaczynać od psychoterapii grupowej, poprzedzonej pewną liczbą spotkań indywidualnych, a dopiero potem zaproponować pacjentom doskonalenie umiejętności komunikowania się niewerbalnego. Dotyczy to pacjentów silniej zaburzonych, doznających symptomów zaburzenia adaptacyjnego, niepotrafiących w żadnej mierze zaakceptować stanu, w jakim się znaleźli. Notowane u tego typu osób zespoły ciężkiej depresji z myślami samobójczymi, rozwój wielu deficytów poznawczych (zaburzenia pamięci, afazja sensoryczna, apraksja, agnozja, zaburzenia działań wykonawczych), uniemożliwiają podjęcie przez nich treningu komunikacyjnego. Trudno wyobrazić sobie trenowanie posługiwania się komunikatami bezsłownymi przez pacjentów wykazujących znacznie osłabioną zdolność do uczenia się nowych albo przypominania sobie poprzednio zdobytych umiejętności. Dopiero z chwilą przywrócenia odpowiedniego poziomu zdolności do planowania, organizowania, poruszania się w planie wyobraźniowym, symbolicznym i abstrakcyjnym, a zatem w momencie przynajmniej częściowego usunięcia zaburzeń w sferze działań wykonawczych, skompensowania deficytów poznawczych, możliwe jest rozpoczęcie właściwego treningu komunikacji niewerbalnej. Z kolei u pacjentów z mniejszymi dolegliwościami, aczkolwiek też ujawniającymi pewne zaburzenia poznawcze, uczestnictwo w treningu, zgłębianie tajników „mowy ciała” może stać się skutecznym sposobem eliminowania deficytów myślenia, pamięci, efektywnym środkiem przywracania wielu funkcji poznawczych (spostrzegania, wyobraźni, uwagi itp.). Charakter sygnałów niewerbalnych, znamieną dla nich symbolika i wizualna ekspresyjność, konieczność przemieszczania się z płaszczyzny rzeczywistej na abstrakcyjną, ze świadomej na nieświadomą, to elementy pozwalające łączyć pracę nad doskonaleniem komunikacji niewerbalnej z działaniami poprawiającymi ekspresję werbalną, z oddziaływaniami psychokorekcyjnymi, z usprawnianiem psychofizycznym, usuwaniem zaburzeń psychicznych.

Techniki treningowe

W przypadku osób po doznanym lewostronnym udarze mózgu dobre efekty może przynieść posłużenie się techniką „grania ról”, polegającą na odtwarzaniu realnych zdarzeń w symulowanych warunkach. Uczestnicy treningu zostają postawieni w jakiejś sytuacji, by zaprezentować różne warianty zachowań, i to w stopniu jak najbardziej odpowiadającym rzeczywistości. Muszą zatem tak dalece identyfikować się z graną postacią, by możliwe stało się jak najprawdziwsze zrekonstruowanie sposobów reagowania w codziennych interakcjach. Bardzo przydatna jest technika opracowana przez T. Longfellowa. Uczestnicy otrzymują kartki z zapisanymi stanami emocjonalnymi i mają za zadanie wyrazić je bez używania słów. Zostają więc zobowiązani do posługiwania się mimiką, ruchami rąk, kontaktem wzrokowym i wieloma innymi kanałami komunikacji niewerbalnej. Mogą korzystać z pomocy innych osób biorących udział w treningu, posiłkować się parajęzykiem (komunikatami paralingwistycznymi), w żadnym jednak razie nie wolno im formułować przekazów słownych [6]. W sumie jednak ta technika tylko z pozoru służy doskonaleniu umiejętności niewerbalnych, gdyż w praktyce tego typu ćwiczenie prowokuje do aktywizowania ośrodków mowy.

Przedmiotem gry można uczynić nie tylko prezentowanie emocji, lecz również — korzystając z technik wypracowanych przez teatr awangardowy (np. Artuada, Stanisławskiego, Craiga) — różnorodnych sposobów gestykulowania i poruszania się. Mając do czynienia z częściową utratą zdolności ruchowych prawej ręki i nogi należy tak organizować grę, by następowało usprawnianie tych kończyn, a gdy jest to prawie niemożliwe (gdy rokowania przywrócenia sprawności motorycznej są niekorzystne), trzeba uczyć pacjentów aktywizowania lewej części ciała. Wyrażając to inaczej — muszą oni dotychczasowe funkcje komunikacyjne prawych kończyn przenieść na lewą rękę i nogę. Nie oznacza to rezygnacji z przywracania sprawności prawej części ciała, a tylko, w zależności od stopnia połowicznego porażenia i podatności na terapię fizykalno-usprawniającą, „przełączanie” kompetencji w zakresie komunikowania się za pomocą sygnałów kinetycznych (ruchów kończyn). W żadnym wypadku nie można pozbawiać pacjentów nadziei na przywrócenie pierwotnej, sprzed udaru mózgu, sprawności komunikacyjnej prawej części ciała. Trener, osoba prowadząca trening komunikacji bezsłownej, musi tu wyraźnie zaakcentować, że przeniesienie funkcji komunikacyjnej z prawych kończyn na lewe jest czynnością nastawioną na doraźne usprawnienie komunikacyjne, a także mającą na celu doskonalenie umiejętności nadawania sygnałów pozawerbalnych. Uczestnicy treningu muszą zrozumieć, iż zdobyte zdolności mają służyć stawianiu się coraz lepszym komunikatorem i odbiorcą przekazów niewerbalnych w ogóle. Praca z pacjentami po udarach mózgu powinna przebiegać z zachowaniem zasad treningu z osobami zdrowymi, bez jakichkolwiek podtekstów czy wskazywania na wyjątkowość ćwiczeń wynikających z rodzaju choroby. I co więcej — w grupie treningowej powinny znaleźć się oprócz pacjentów po udarze mózgu również osoby w pełni zdrowe, a więc grupa powinna być heterogenna pod względem stanu psychoruchowego. Właśnie udział osób zdrowych umożliwia wspomaganie treningu komunikacji niewerbalnej różnorodnymi technikami psychodramy [7]. Wspomniana nieco wyżej procedura grania ról jest niejako przygotowaniem do podjęcia treningu z wykorzystaniem psychodramy.

Wprowadzenie do treningu technik psychodramy ma z jednej strony przyczynić się do trenowania umiejętności komunikacji niewerbalnej, a z drugiej — umożliwić pracę nad indywidualnymi problemami, które przecież pojawiają się w związku z zachorowaniem. Niejednokrotnie nagłość udaru mózgu i późniejsze konsekwencje dość często sprawiają, iż pacjenci doświadczają mniej lub bardziej poważnych zaburzeń psychicznych. Psychodrama stwarza warunki do równoległej pracy nad zaburzeniami i kształceniem zdolności komunikacyjnych — niewerbalnych i werbalnych. Przy czym nie chodzi tu o zdominowanie treningu psychodramą, a jedynie o wykorzystanie wybranych technik, jak na przykład: „lustro”, „sobowtór”, „zamiana ról” czy „monolog” [8]. Charakterystyczne dla psychodramy rekonstruowanie bliższych lub odleglejszych zdarzeń z przeszłości umożliwia stopniowe przywracanie pamięci o przeżyciach, które uległy zatarciu pod wpływem doznanego udaru mózgu, oraz o osobach z otoczenia — dotyczy to odtwarzania ich biografii i ról, jakie pełnili w życiu pacjenta, a nieraz poznawania ich zupełnie na nowo. W prowadzonych przeze mnie sesjach psychodramatycznych stanowiących uzupełnienie treningu komunikacji niewerbalnej nieraz bywało tak, że w czasie gry dochodziło do częściowego lub całkowitego usunięcia problemu niepoznawania osób bliskich. Pacjenci zaangażowani w akcję psychodramatyczną, niejako zmuszeni do rekonstruowania określonych sytuacji i związanych

z nimi interakcji z różnymi osobami, w tym głównie z członkami rodziny, odzyskiwali świadomość ich istnienia. Czasem właśnie obserwowanie pewnych zachowań niewerbalnych, przekazów mimicznych, typowych gestów, skłonności do naruszania osobistej przestrzeni (np. wzrokiem lub dotykiem) itp., przyczyniało się do przywoływania pamięci o konkretnych osobach. Sprzyjało to zarówno usprawnianiu komunikacji niewerbalnej, jak i prowokowaniu ekspresji werbalnej — słownego wyrażania doznawanych emocji.

Kolejną procedurą wartą zastosowania w treningu zachowań niewerbalnych jest połączenie techniki grania ról z równoczesnym prezentowaniem z odtwarzacza wideo specyficznego playbacku, demonstrującego, w jaki sposób dane sygnały bezsłowne należy dobierać i nadawać. W praktyce polega to na wskazywaniu uczestnikom treningu możliwych wariantów niewerbalnego realizowania określonych zadań. Gdy na przykład dotyczy to wyrażenia pozytywnych i serdecznych uczuć za pomocą mowy ciała, wówczas należy posłużyć się nagraniem na taśmie wideo pokazującym, które z elementów komunikacji pozawerbalnej trzeba tu uaktywnić. Obejrzenie konkretnego materiału ma sprawić, że uczestnik treningu, naśladowując zachowania postaci z filmu wideo, opanuje gesty znamionujące otwartość na kontakty z innymi osobami. W naszym przykładzie miałyby zacząć manifestować otwartość poprzez kierowanie twarzy, stóp i ciała w stronę rozmówcy. Stopniowo ma unikać skrzyżowania rąk i nóg, zakrywania twarzy dłońmi czy włosami lub używania ciemnych okularów na rzecz pokazywania wnętrza dłoni i nadgarstków, pochylania ciała w stronę partnera, utrzymywania kontaktu wzrokowego. Korzystnym zabiegiem może okazać się prezentowanie nagrań zarówno z zachowaniami pożądanymi, jak i niewłaściwymi, umożliwiające kontrastowe uchwycenie różnic między antagonistycznymi postawami. Zdarza się tak, iż właśnie pokazywanie wadliwych reakcji niewerbalnych — jak na przykład tworzenie zapór obronnych z różnych przedmiotów (np. toreb, teczek, szerokich biurków) przed rozmówcą, patrzeć w bok, unikanie kontaktu wzrokowego, odchylenie ciała i wykręcanie stóp na boki — przyczynia się do eliminowania tego typu zachowań.

Innym wariantem tej techniki jest naśladowanie zachowań niewerbalnych prezentowanych uczestnikom treningu przez dobrze w tej materii obeznaną osobę, najczęściej przez trenera. Tak rozumiane modelowanie zdaje się procedurą nieco lepszą od wyróżnionego powyżej playbacku, ponieważ rozszerza zakres ćwiczonych elementów komunikacji niewerbalnej o sygnały paralingwistyczne. Charakterystyczna dla playbacku synchronizacja zachowań niewerbalnych trenowanego i postaci z filmu wideo sprawia, że staje się on bardziej skoncentrowany na mimice i kinezjetyce (ruchach ciała), natomiast prawie „ignoruje” parajęzyk. Wynika to z trudności opatrywania demonstrowanego materiału stosownym komentarzem słownym, co z kolei jest całkowicie możliwe w przypadku naśladowania reakcji bezsłownych trenera czy współuczestników grupy treningowej. Nawet wskazane jest, by tak rozumianemu modelowaniu towarzyszył komentarz słowny, pozwalający uczulić trenowanego pacjenta na odpowiednie aspekty paralingwistyczne, na właściwe posługiwanie się nimi. Tym bardziej że doskonalenie parajęzyka jest szczególnie przydatne w przypadku pacjentów z częściową lub całkowitą afazją, gdyż jego elementy mogą na jakiś czas być substytutem komunikowania się na płaszczyźnie werbalnej, natomiast dla osób z trwałym brakiem mowy — sposobem wzbogacania i wzmacniania przekazu stricte bezsłownego. U tego typu uczestników treningu doskonalenie umiejętności paralingwistycznego komunikowania się, głównie odpowiedniego posługiwania się tzw. wokalizatorami

lub dźwiękami bez struktury językowej (np. wypełniaczami — oj!, uhhh, eeh, aha!, ho ho ho!), może sprzyjać intensyfikowaniu sygnałów mimicznych, kinezytycznych i proksemicznych. Parajęzyk stanowiąc namiastkę sygnałów słownych może u osób z całkowitą afazją umożliwić zachowanie spójności przekazu między komunikatami werbalnymi a bezsłownymi. Tutaj komunikaty paralingwistyczne — oprócz pełnienia swoich typowych funkcji emocjonalnych (przekazywania lub kodowania emocji), kierowania wrażeniami, i regulacyjnych (przekazywania i przejmowania roli mówcy) — mają przyczyniać się do nadawania przekazom niewerbalnym większej wiarygodności [9].

Inną odmianą treningu komunikacji niewerbalnej opartego na technice modelowania jest wykorzystanie udziału członków treningowej grupy. Część z nich (2—4 osoby) prezentuje określony rodzaj komunikowania się (interakcji), a pozostali przyjmują rolę obserwatorów. Każda z osób przyglądających się ma prowadzić szczegółową obserwację połączoną z notowaniem (rejestrowaniem) danego aspektu bezsłownego zachowania, jakie występuje w czasie śledzonej interakcji (np. naruszanie strefy osobistej, posługiwanie się gestami aprobaty, odrzucenia, dominacji lub uległości, kierowanie spojrzenia, przekazy mimiczne). Następnie dane wynikające z obserwacji muszą zostać pogrupowane w taki sposób, by możliwe stało się wnikliwe omówienie — co zarazem służy aktywizowaniu ośrodków mowy — i przeanalizowanie przebiegu (procesu) interakcji pod kątem wykorzystania danych z obserwacji oraz interpretacji przekazów bezsłownych.

Korzystną strategią pracy z osobami po udarach mózgu jest wprowadzenie do treningu elementów zachowań niewerbalnych typowych dla innych kultur. Dotyczy to pacjentów z zachowaną funkcją rozumienia mowy. Uczestnicy treningu, poznając różnice międzykulturowe dotyczące posługiwania się przekazami niewerbalnymi, mają okazję nie tylko wzbogacania wiedzy o preferencjach komunikacyjnych danych narodów, lecz również poprawiania umiejętności aktywizowania poszczególnych kanałów bezsłownego i słownego (głównie paralingwistycznego) kodu. Zapoznając się na przykład z zachowaniami niewerbalnymi właściwymi dla kultury arabskiej, otrzymując instrukcje o charakterystycznym dla Arabów zwyczaju niezachowywania dystansu, skłonności do intensyfikowania kontaktu wzrokowego i dotykowego, częstego stosowania wielu komunikatów paralingwistycznych (uśmiechu, głośności i intonacji głosu) — mogą doskonalić zdolności do posługiwania się tymi kanałami przekazu w ogóle. Jednocześnie powstają warunki do stawiania się bardziej świadomymi — zarówno nadawcami, jak i odbiorcami przekazów niewerbalnych. W przypadku parajęzyka polegałoby to na poznawaniu pozajęzykowych cech głosu znamienych dla danych kultur. Trener po prostu demonstruje kulturowe standardy obejmujące intonację, rytm, właściwości (jakość) głosu, a nawet poziom jego ustawienia. W praktyce instruuje, że na przykład Japończycy mówią gwałtownie i chrapliwie, Meksykanie i Włosi są krzykliwi i mówią szybko, Anglicy — hiperpoprawnie, bardzo wyraźnie artykułują słowa i zwykle mówią wolno [9]. Ponadto możliwe staje się uczulenie uczestników treningu na możliwość wystąpienia poważnych problemów, kiedy komunikujące się osoby nie potrafią uwzględnić międzykulturowych różnic w zachowaniach wokalizacyjnych. Trener podając konkretne przykłady, ukazując ogromne różnice w cechach parajęzyka i wynikające z nich trudności w dostosowaniu się do z góry przyjętych oczekiwań innej kultury, może wskazywać na negatywne następstwa takiego stanu rzeczy, na pojawianie się nieuzasadnionych, błędnych wrażeń. Przykładowo te same chińskie słowa wypowiedane różnym tonem mogą wyrażać

zupełnie coś innego. I tak np. słowo „Ma” może oznaczać „matkę”, „konia”, „jutę” lub „zrzęde” i „sekutnicę” w zależności od zastosowanej intonacji [11]. W podobny sposób można doskonalić jeszcze inną niezmiernie ważną dla osób po udarach sprawność w zakresie komunikacji niewerbalnej, a mianowicie kontaktowanie się poprzez dotyk.

Oprócz wspomnianej już konieczności przemieszczenia sprawności komunikacyjnej z prawej części ciała na lewą, należy skoncentrować się na pracy nad śmielszym posługiwaniem się dotykiem. Trener omawiając istniejące w tej materii różnice międzykulturowe może z jednej strony przekazać wiele cennych informacji o standardach dotykowych obowiązujących w danych kulturach, a z drugiej utrwalić efekty i pogłębić pracę nad dotykiem prowadzoną w czasie wcześniejszego grania ról, „playbacku” i modelowania. W praktyce polegałoby to na przeprowadzeniu miniwykładu, w czasie którego uczestnicy treningu powinni zorientować się, na czym polegają różnice międzykulturowe w komunikowaniu się za pomocą dotyku. Na wstępie należy dokonać podziału kultur na niekontaktowe i kontaktowe, z przekazaniem informacji o tym, że dotykanie jest powszechniejsze w kulturach kontaktowych niż niekontaktowych. W miarę przemieszczania się z krajów południowoeuropejskich w kierunku północnoeuropejskich, liczba zachowań dotykowych maleje. Dalej można podać informacje, że dotykanie jest częstsze w kulturach kontaktowych, obejmujących Latynosów, Arabów i mieszkańców krajów z południowych regionów świata niż w kulturach niekontaktowych, takich jak północnoazjatycka czy północnoamerykańska [12].

Trener posiłkując się materiałem zapisanym na taśmie wideofonicznej lub też demonstrując określone rodzaje kontaktowania się poprzez dotyk może zwiększyć nie tylko wiedzę uczestników o wielu konotacjach dotyku, lecz również nauczyć ich sposobów posługiwania się dotykiem. Zaznajamiając członków grupy treningowej z różnorodnością znaczeń dotyku, ich wielością istotną dla zrozumienia natury międzykulturowego komunikowania się, może spowodować, iż intensywniej będzie przebiegało przyswajanie reguł porozumiewania się za pomocą dotyku. Przykładowo, przekazując informacje o takich kategoriach zachowań, jak dotyk rytualny, dotyk zawodowy, dotyk wyrażający stosunek emocjonalny czy sygnalizujący kontrolę, podkreślając uniwersalność tego typu dotyków, może usprawnić proces doskonalenia tego rodzaju przekazów. Akcentując powszechność tego typu zachowań, ale jednocześnie wskazując, że ich znaczenie, formy stosowania i intensywność są różne w różnych kulturach, może wydatnie wzmocnić pracę nad dotykiem. Podając konkretne przykłady różnych konotacji takich samych zachowań dotykowych w różnych kulturach, związane z tym konsekwencje, może uwrażliwić uczestników treningu na potrzebę rozważnego posługiwania się dotykiem. Towarzysząca temu demonstracja preferowanych w danych kulturach zachowań dotykowych ma pokazać, jak wiele można zyskać lub stracić znając bądź nie znając charakterystycznych dla danych narodów zwyczajów dotykowych.

Moja praktyka zdaje się przekonywać, iż silniej oddziałuje wskazywanie odmienności w zachowaniach dotykowych prowadzących do nieporozumień w komunikowaniu się międzykulturowym. Trener powinien dobrać i podawać takie przykłady, by poprzez swoją kontrastowość, ekscentryczność, wyjątkowość na dłużej zapadły w świadomość uczestników treningu. Trener informując na przykład, że Anglicy niezbyt chętnie posługują się dotykiem, powinien jednocześnie objaśnić genezę tego typu zachowań, mającą swoje

źródło w charakterze dawnych stosunków między rodzicami a ich dziećmi. Powołując się na literaturę przedmiotu powinien omówić mechanizm kształtowania się skłonności do unikania kontaktowania się poprzez dotyk. W naszym przykładzie polegałoby to na przekazaniu, iż podłoże tego typu zachowań tkwi w tym, że od urodzenia dzieci z większości angielskich rodzin (głównie z upper-classes) były oddawane niańkom, a we wczesnym dzieciństwie wychowywane przez guwernantki. W chwili gdy rozpoczynały edukację szkolną, ich doświadczenia dotykowe były bardzo ubogie, co w sumie sprawiło, iż nie czuły potrzeby ujawniania tego typu zachowań. Tłumacząc to w ujęciu behawioralnym, brak nawyków dotykowych spowodował, że doszło do ukształtowania się skłonności do sporadycznego posługiwania się dotykiem w kontaktach interpersonalnych oraz niezbyt przychylnego traktowania osób chętnie komunikujących się w ten sposób. Minimalne doświadczenia dotykowe sprawiły, że nastąpiło utrwalenie się zwyczaju ograniczania do minimum potrzeby nadawania i odbierania sygnałów dotykowych [13].

Trener podając tego typu przykłady, przybliżając treści potwierdzające znaczenie dotykowych doświadczeń i ich wpływ zarówno na komunikowanie się międzykulturowe, jak i na przyszłe komunikowanie się w ogóle, może osoby objęte treningiem komunikacji niewerbalnej uczynić bardziej wrażliwymi komunikatorami i odbiorcami tego rodzaju przekazów. Uczestnicy mogą uświadomić sobie, że w ich otoczeniu mogą pojawiać się osoby, które podobnie jak większość dzieci rodziców z angielskich upper-classes mogą przejawiać deficyty w zakresie zachowań dotykowych. W ten sposób, omawiając różnice międzykulturowe w zachowaniu dotykowym, można tworzyć odpowiednie warunki do trenowania umiejętności posługiwania się dotykiem w codziennych sytuacjach. Wprowadzenie do treningu problematyki różnic międzykulturowych staje się doskonałym pretekstem do poznawania tajników komunikacji niewerbalnej w środowisku lokalnym, w codziennych interakcjach.

Końcowe uwagi

Trener podejmujący się pracy z osobami po udarach mózgu, cierpiącymi na połowicze porażenie kończyn, częściową lub całkowitą afazję, powinien po skorzystaniu z konsultacji neurologa, fizjoterapeuty, ocenić, w jakiej mierze wolno mu przemieszczać pierwotne funkcje aktualnie niesprawnej części ciała na stronę zdrową. Zgodnie bowiem ze współczesnym poglądem na rehabilitację (np. metodą NDT-Bobath) osób po doznanych udarach mózgu, należy wytrwale pracować nad tym, by utracone zdolności ruchowe przywrócić, nawet gdy rokowania nie są zbyt optymistyczne. Jeżeli natomiast trener zacznie przekonywać pacjenta o możliwości przeniesienia pewnych funkcji z na przykład porażonej dłoni prawej na zdrową lewą, to całość lub część programu terapii fizykalno-usprawniającej może ulec znacznemu spowolnieniu albo zakończyć się niepowodzeniem. Pacjent widząc inne możliwości, a przy tym wymagające dużo mniej wysiłku niż zmusne i długotrwałe ćwiczenia fizykoterapeutyczne, może domagać się zaprzestania ich na rzecz udziału w treningu komunikacyjnym.

Podane w pracy wskazania do prowadzeniu treningu zachowań niewerbalnych dotyczą głównie pracy z chorymi z częściową utratą zdolności mówienia i z umiejętnością rozumienia mowy (afazją motoryczną, ruchową), a więc z pacjentami, u których rokowania na

przywrócenie funkcji mowy są korzystne. Z tego względu należy objąć ich równoległym czy jednoczesnym treningiem zachowań niewerbalnych i ekspresji werbalnej.

Piśmiennictwo

1. Amborska-Głowacka D. Afazja. W: Pilch T, red. Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2003, s. 37–39.
2. Herzyk A. Taksonomia afazji: kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołu zaburzeń. Logoped. 2000; 28: 85–104.
3. Bilikiewicz A, Strzyżewski W, red. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1992.
4. Bilikiewicz A, Landowski J, Radziwiłowicz P. Psychiatria. Repetytorium. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999.
5. Aleksandrowicz J. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
6. Sęk H, red. Społeczna psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993.
7. Sikorski W. Bezśłowne komunikowanie się w psychoterapii. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2002.
8. Czapów G, Czapów Cz. Psychodrama. Geneza i historia, teoria i praktyka, próba oceny. Warszawa: PWN; 1969.
9. Leathers DG. Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
10. Knapp ML, Hall JA. Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000.
11. Birkenbihl VF. Komunikacja niewerbalna. Sygnały ciała. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 1998.
12. Argyle M. Psychologia stosunków międzyludzkich: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
13. Głodowski W. Bez słowa. Komunikacyjna funkcja zachowań niewerbalnych. Warszawa: Hansa Communication; 1999.

Adres: Uniwersytet Opolski
Katedra Pedagogiki Społecznej
45-052 Opole, ul. Oleska 48