

SZTUKA ROZMOWY Z CHORYM

„Rozmowa z chorym to jedna z najtrudniejszych prób przed jaką stają nie tylko pielęgniarki i położne, ale każdy z nas. Jak sprostować tej próbie, mając pełną świadomość, że słowa kierowane do drugiego człowieka mają moc cudownego lekarstwa, albo mogą zabijać jak najgorsza trucizna. Jak pokonać lęk i bezradność wobec choroby? Na te i inne trudne pytania starają się odpowiedzieć autorzy tej książki.”

Poniżej jeden z rozdziałów:

SZTUKA ROZMOWY Z CHORYM

Marek Zygałło

„Wszystkie uzależnienia są sposobem unikania nieakceptowanych uczuć”.

John Bradshaw

„To my wszyscy nieświadomie zachorowujemy dzieci na narkomanię. Najbliżsi mają w tym procesie najwięcej udziału”.

„Myzy”

Rozważania o sztuce rozmowy z osobą uzależnioną wymagają uprzedniego wprowadzenia do problemu narkomanii, który niewątpliwie jest bardzo złożony. Kłopot polega na tym, że w tych obszarach działa mnóstwo nieraz sprzecznych poglądów, przekonań i postaw, zarówno w świecie klienta, jak też w umysłach pozostałych osób, które niekoniecznie są tak naprawdę nasze, a jeśli już nasze, to często zbudowane na lęku, braku uważności i na fałszywych przesłankach.

Odrobinę porządku w definicjach wprowadza Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 75, poz. 468):

NARKOMANIA

stałe lub okresowe używanie w celach niemedycznych środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich,

UZALEŻNIENIE OD ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH

zespół zjawisk psychicznych lub fizycznych wynikających z działania tych środków lub substancji na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem,

OSOBA UZALEŻNIONA

osobę, która w wyniku nadużywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych albo używania ich w celach medycznych, znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji.

Jednak są to beznamiętne definicje, niemal nie przydatne w „sztuce rozmowy”.

Sztuka rozmowy sama w sobie nie jest łatwa, tak się dzieje, że częściej „mówimy” niż rozmawiamy. W rozmowie uczestniczy słuch, ale kiedy z jakichś powodów, nie chcemy przyjmować informacji od innych osób, kiedy boimy się zmieniać swoje poglądy i przekonania, **n i e u w a ż n i e s ł u c h a m y**, tworzymy pozorny dialog, mówimy używając sądów wartościujących, bez cienia wątpliwości we własne, jedyne, ostateczne racje.

A przecież „dia – logos”, to dwa słowa, dwa zdania, dwa poglądy, które mają prawo do równoprawnego istnienia, a w miarę wzrostu świadomości mogą być doskonalone, zmieniane, bliższe prawdy.

Sztuka rozmowy to uważne słuchanie i przyjmowanie słów, informacji od rozmówcy, a następnie odpowiadanie. Odpowiadanie na słowo wymaga odpowiadania za słowo, dzielenia się, obdarowywania się nawzajem słowami.

W rozmowie uczestniczy wzrok i jeżeli nie patrzymy z góry, ani z dołu, jeśli patrzymy wprost, na równi, nic porozumienia staje się jeszcze bardziej realna.

Przyjmowanie „daru słowa” konstryuuje nową rzeczywistość tworzonego w rozmowie „r a z e m”, wzajemnego związku, więzi. I jeśli sami nie jesteśmy uzależnieni od naszej roli, funkcji, etykiety terapeuty – wiążąc się słowami, nie będziemy uzależniać drugiej osoby, zgodzimy się na p a r t n e r s t w o , nie będziemy ani lepsi ani gorsi, nie odrzucimy jej, nie ukamienujemy słowami, raniąc bezlitośnie.

O S T R O Ź N I E Z D I A G N O Z Ą „ Ć P U N ”

W 1998 r. brałem udział w Krakowie w przygotowaniu programu seminarium z okazji Światowego Dnia Zapobiegania Narkomanii (26 czerwca), którego uczestnikami byli pracownicy projektów socjalnych dla osób uzależnionych, a także przedstawiciele władz wojewódzkich i gminnych odpowiedzialni za lokalną politykę zapobiegania narkomanii. Pozwoliłem sobie umieścić w programie punkt pt. „Rzeczywistość osób uzależnionych” i zaprosić do udziału w seminarium osoby aktualnie biorące narkotyki.

Pamiętam jak przedstawiciel tej grupy wstał, przedstawił się, powiedział że jest narkomanem i wyraził swoje podziękowanie organizatorom tymi słowami:

“Pragnę wyrazić moją wdzięczność za zaproszenie na seminarium. Dzięki temu poczułem, że dla niektórych z Was jestem przede wszystkim człowiekiem, a dopiero później “ćpunem”. Sam, na nowo zacząłem wierzyć, że nie zatraciłem jeszcze człowieczeństwa w mojej jakże „dołującej” chorobie. Bardzo wam wszystkim dziękuję za to, że mogłem tu być dzisiaj z Wami”.

Diagnoza może działać jak samo spełniająca się przepowiednia. Często zbyt łatwo mówimy komuś, kto bierze narkotyki jesteś „ćpunem”. Jest to jednocześnie określenie, przypisanie do miejsca w hierarchii społecznej i oznacza: jesteś na marginesie, stanowisz margines.

Mając na uwadze fakt, że wszelkie podziały, kategoryzacje zjawisk, procesów mają charakter umowny i służą jedynie celom pogładowym, ułatwieniu postrzegania rzeczywistości , środowisko można umownie podzielić na trzy zasadnicze poziomy (sfery): elita – ludzie sukcesu, zwykli ludzie i margines – świat bez wiary w siebie i bez nadziei na zmianę.

Margines jest społecznym wytworem, posiadającym swój archetyp w starotestamentowej instytucji „kozła ofiarnego”, swoistą obiektywizacją „szkód, problemów cywilizacyjnych” . Jest życiem w świecie za karę.

Choroba nie jest za karę. Każda choroba posiada tak wiele niezależnych od chorego uwarunkowań (np. genetyka), że absurdem jest przypisywać choremu winę za to, że jest chory.

Biblijny Hiob choruje nie za karę – ale dla próby. Jego relacja ze Stwórcą jest prosta, ma świadomość, że jest stworzeniem. Szkody jakie go spotykają, nie niszczą jego relacji ufności, oddania, fascynacji Stwórcą – kiedy jest biedny nie jest biedą, kiedy choruje nie jest chorobą, „ma, posiada” biedę, chorobę i nie zależnie od tego jest w związku ze swoim Stwórcą. Gdyby się utożsamiał z majątkiem, który posiadał, ze zdrowiem którym się cieszył – w chwili utraty przestalby istnieć. Bieda, choroba sprawdza Hioba, mierzy jego związek z „być” i z „mieć”. Z tej próby wynika, że przede wszystkim istotne jest „być”, a „mieć” może przychodzić i odchodzić, nie konstryuuje istnienia, jest dodatkiem do życia.

Wobec różnych chorób prezentujemy różne postawy:

- Nie obwiniamy chorych na cukrzycę za ich chorobę, nie potępiamy ich za to, że zużywają jednorazowe igły i strzykawki do codziennego podawania sobie insuliny, że leczenie (insulina, sprzęt do iniekcji, badania diagnostyczne itp.) jest kosztowne i obciąża budżet rządu czyli dotyka portfela podatnika;
- Nie buntujemy się wobec faktu, że chorzy na hemofilię, aby żyć potrzebują drogich preparatów krwiopochodnych;
- Nie mamy pretensji do chorych onkologicznie, że potrzebują chemioterapii, a przeciwbólowo leków psychoaktywnych takich jak : morfina, dolargan, tramal;
- Nie mamy żalu do chorych na nerki, że potrzebują specjalistów i kosztownej aparatury do dializy.

Jakże trudno, dopóki nie zdarzy nam się narkomania w najbliższym otoczeniu, zrozumieć, że uzależnienie jest chorobą. Często w społecznej opinii słyszymy, że „narkoman jest chory na własne życzenie”, „sam jest winien swojej choroby, nikt go nie zmuszał do brania narkotyków”. Ta opinia ma wpływ również na dzieci i młodzież, z których rekrutują się osoby uzależnione.

Kiedy młody człowiek zaczyna chorować na narkomanię, zgodnie ze społeczną opinią, czuje się winny za swoją chorobę i dopóki to poczucie jest wzmacniane przez krąg osób współuzależnionych (są to najczęściej osoby bliskie – rodzice, rodzina, partnerzy), dopóty szanse na pozytywne zmiany w jego życiu maleją, natomiast czynnik pogłębiający chorobę wzrasta.

Poczucie winy za chorobę, pozbawia chorego na narkomanię jego ludzkiej godności. Narkoman nie zasługuje - nie tylko według własnej opinii, ale również w odczuciu większości społeczeństwa – na inne miejsce w społeczności niż m a r g i n e s. Choruje brzydko, nieestetycznie, budzi lęk, jest jak trędowaty, a w miejsce dawnej kołatki noszonej przez trędowatych, narkoman kłęczący na chodnikach wielkich miast ma tekturową kartkę z niezgrabnym napisem „jestem chory na AIDS”.

Nie widzimy choroby, narkomanii u osób które chcą żyć szybko i skutecznie – biznesmenów, dziennikarzy, polityków, aktorów, liderów muzyki młodzieżowej – biorących tzw. „speedy”. Którzy w kryzysie przychodzą do specjalistów z roszczeniem: „proszę mnie szybko wyleczyć, zrobić coś, ja dobrze zapłacę, ale nie mam czasu na żadne ośrodki i długoterminowe terapie”.

Wiele osób zanim osiągnie głęboką degradację psychofizyczną w chorobie, zanim ulokuje siebie w społecznym marginesie – walczy o utrzymanie się w świecie normalnych ludzi. Ze względu na społeczną presję marginalizującą osoby chore na narkomanię – chory ukrywa swoje uzależnienie oraz zaprzecza : „nie jestem przecież jak ten ćpun na bajzlu”.

Margines jest w opozycji do elity i normy. Dla narkomana, który już nie potrafi ukryć swojej choroby – staje się alternatywną formą życia społecznego, ze swoim alternatywnym kodeksem postępowania. Jak najdłużej przetrwać w świecie skrajnych zagrożeń.

Marginesem można straszyć dzieci i młodzież oraz pocieszać się w modlitwie: “Dzięki Ci Boże, że nie jesteśmy jako te „ćpuny”, ten margines...” – jak w przypowieści o faryzeuszu i celniku. Porównując się w ten sposób z marginesem wydaje nam się, że jesteśmy lepsi, a w rzeczywistości stajemy się pyszni i popadamy w pierwszy z siedmiu grzechów głównych.

Marginalizacja to proces wielce patologiczny, w którym tzw. zdrowe, normalne - bo nie zdiagnozowane społeczeństwo, dla poprawy własnego samopoczucia – dyskryminuje ludzi „zachorowanych”.

Za chorobę, za stan „zachorowania”, jeśli chcielibyśmy być sprawiedliwi, odpowiedzialność możemy przypisywać zarówno choremu jak i jego otoczeniu.

Marginalizacja to nieuczciwość, nadużycie faktu, że w danym momencie jakiś człowiek jest słabszy, ma ograniczone możliwości obrony i popadł w chorobę, jest chory.

Kiedy chory onkologicznie wraca do zdrowia dla wszystkich jest to powód do radości. Nawet pracodawca nie dyskryminuje go z powodu choroby. Kiedy narkoman po leczeniu próbuje wrócić do odpowiedzialnych ról społecznych musi najczęściej ukrywać fakt, że chorował, bo będzie dyskryminowany.

Zmiana jest naturalną możliwością człowieka, a tajemnica ludzkiego potencjału jest ciągle nieodgadniona. Stawianie diagnozy osobie uzależnionej może być pułapką, może prowadzić do zmian pogłębiających chorobę. Znam przypadek osoby uzależnionej, która we wczesnych latach 70-tych, w wieku 28 lat, postanowiła podjąć leczenie. W rozmowie z psychiatrą otrzymała informację, że w tym wieku narkomania jest już nieuleczalna. Po powrocie do domu napisała pożegnalny list do najbliższych, odkręciła gaz w kuchni i tym sposobem popełniła samobójstwo.

Najważniejszą potrzebą człowieka chorego jest zdrowie. Nadzieja na wyzdrowienie (zmianę) to podstawowy warunek skutecznego działania leku, skuteczności terapii. Pomagacz (terapeuta, lekarz) nie może być sędzią orzekającym wyroki – musi wierzyć w swojego klienta, w jego potencjał. Musi dawać mu wiarę i nadzieję na pozytywne zmiany w jego życiu – nie tylko wtedy, gdy klient podejmuje decyzję by leczyć się w ośrodku rehabilitacji, ale także, a nawet tym bardziej wówczas, gdy w programie wymiany igieł i strzykawek, podaje mu sterylny sprzęt do iniekcji, gdy w programie substytucji lekowej, wydaje mu jego dawkę metadonu, gdy rozmawia o bezpieczniejszym braniu. Bo najpierw staje przed nami człowiek, a dopiero później mówi nam, że jest chory i potrzebuje pomocy – a nie skierowania na margines.

Narkotyki legalne i nielegalne?

Wśród legalnych można by wyliczyć alkohol i nikotynę, które można legalnie kupić lub leki psychoaktywne podawane w celach medycznych. Nielegalne to np.: marihuana, LSD, amfetamina, kokaina i heroina.

Niezależnie od tego w której grupie znajdują się poszczególne narkotyki, wszystkie one mogą spowodować uzależnienie psychiczne, a wiele może wywołać zjawisko „tolerancji”, uzależnienie fizyczne i objawy abstynencyjne w związku z odstawieniem środka odurzającego .

Jednak używanie nielegalnych narkotyków przywodzi do zachowań niezgodnych z prawem i człowiek chory dodatkowo staje się przestępcą. W więzieniach wielu krajów spędza czas nieraz powyżej 50% więźniów uzależnionych, ludzie chorzy, którzy zamiast oferty terapeutycznej otrzymują ograniczenie wolności i więzienną subkulturę, pełną przemocy i patologii.

Redukcja szkód

W indywidualnym planie naszego istnienia i rozwoju podlegamy swoistej dialektyce. Poprzez działanie bądź niedziałanie przetwarzamy, według naszego subiektywnego zamysłu, „jutro” w „tu i teraz”, które wkrótce staje się „wczoraj”. „Tu i teraz” jest naszym indywidualnym,

zobiektywizowanym „jutrem”; „wczoraj” to społeczna (dostępna poznaniu innych ludzi) obiektywizacja naszego indywidualnego „tu i teraz”, nas samych. I choć nasze plany, marzenia, realizacje – spełniamy nie dość doskonale – to ryzyko życia (działania) fascynuje nas i budzi lęk. Pomiedzy tymi biegunami napięć, pomiedzy fascynacją a lękiem mieści się cała przestrzeń dla efektów naszego działania, dla naszych **p o ż y t k ó w i s z k ó d**.

Od poczęcia proces naszego życia jest w kontinuum, w każdej chwili pozostajemy w relacjach zwrotnych z innymi ludźmi np. rodzina, grupa rówieśnicza, środowisko zawodowe, wspólnota lokalna, kraj, ludzkość. Pozostajemy w relacjach z całym ekosystemem – to jest społeczny wymiar rozwoju. Cokolwiek zrobimy (lub zaniechamy) będzie się to „jakoś miało” do pożytków lub szkód indywidualnych i społecznych w zakresie realizacji, rozwoju życia. Życie to taki proces w którym nieustannie produkowane są pożytki i szkody.

W naszej nowożytnej historii możemy zauważyć „świadome”, świetnie zorganizowane systemy produkcji szkód, można tu wymienić: inkwizycję, faszyzm, komunizm, a w najnowszej historii militaryzację, produkcję i handel narkotykami.

Ponieważ w hierarchii wartości człowieka indywidualne życie znajduje się na najwyższych poziomach wartości – działania minimalizujące, redukujące szkody stają się nie tylko formą walki o biologiczne przetrwanie lecz przede wszystkim są etycznym imperatywem, sprawdzającym moralny wymiar ludzkiej aktywności.

„Nie zabijaj” – oznacza również pozwól przeżyć, pomóż żyć bezpiecznie, lepiej. Redukcja szkód jawi się więc jako biologiczny i etyczny obowiązek wszędzie tam, gdzie zagrożone jest życie lub zdrowie człowieka i jego ekosystemu.

W wielu dziedzinach życia, dążąc do pożytków płynących z naszego działania, a jednocześnie mając na uwadze nieuniknioną szkodę – już w planie działania wprowadzamy praktyczne systemy minimalizacji ewentualnych zagrożeń i szkód.

W rozwiązywaniu problemów osób uzależnionych ogromne znaczenie posiada podejście określane mianem redukcji szkód (harm reduction). Najkrócej definiowana redukcja szkód: *to wszelkie działania podjęte w celu zmniejszenia szkód lub ich ryzyka u osób przyjmujących narkotyki, ich rodzin i społeczności.*

Kilka założeń filozofii redukcji szkód pomaga w kreowaniu adekwatnych postaw wobec osób uzależnionych i ich problemów oraz pozwala wypracować własny sposób prowadzenia rozmowy z osobą chorą lub zagrożoną chorobą.

1. Założeniem REDUKCJI SZKÓD jest to, że abstynencja narkotyczna nie zawsze jest najważniejszym i najbardziej odpowiednim sposobem pomocy osobom uzależnionym.

- Kiedy usiłujemy za wszelką cenę przekonać osobę uzależnioną o konieczności abstynencji, to tak naprawdę przypominamy jej, że jest bezsilna wobec swojej choroby, czego sama już wielokrotnie doświadczyła, podejmując nieudane próby leczenia. Powtarzamy stanowisko wyrażane przez tych wszystkich, którzy nieraz w złości, pod groźbą odrzucenia, żądali bezwzględnej abstynencji i natychmiastowej zmiany stylu życia. Postępując tak, staniemy się jeszcze jedną, „nic nie rozumiejącą” osobą, z którą nie warto tracić czasu.

2. REDUKCJA SZKÓD pomaga w takiej sytuacji w jakiej dana osoba aktualnie jest.

- Uwzględnienie aktualnych, realnych możliwości klienta to jedyna podstawa kontaktu i kontraktu. Kiedy klient, aby nie stracić nadziei na podtrzymanie kontaktu z terapeutą, na wyrost akceptuje warunki kontraktu terapeutycznego, a następnie nie jest w stanie ich zrealizować, to błąd

leży po stronie terapeuty. Narkoman nie jest nie kontraktowym pacjentem. To kontrakt został źle zdefiniowany i nie uwzględniał aktualnej sytuacji klienta.

3. *REDUKCJA SZKÓD zakłada, że osoby przyjmujące narkotyki są w stanie kierować swoim zachowaniem i zmianą zachowań.*

- To założenie budzi bardzo wiele kontrowersji. Wielu „pomagaczy” dla których ich rola w procesie terapeutycznym sprowadza się do przejęcia kontroli nad stylem życia pacjenta nie uznaje tego założenia, pozbawiając jednocześnie osobę chorą jej własnej odpowiedzialności za proces pozytywnych zmian. Jednak oczywiste jest ono dla osób, których metoda pracy terapeutycznej zbudowana jest na motywach podobnych jak u Ericha Fromma: „Motywowany prawdziwym pragnieniem pomocy, nie chce niczego dla siebie – szacunek jakim cieszę się we własnych oczach, nie dozna ujmy, gdy stan pacjenta nie poprawi się, ani też w pychę nie wbijają mnie „moje” osiągnięcia, gdy ten wyzdrowieje”. Inny argument to taki, że osoba przyjmująca narkotyki np. „kompot” – polska wersja heroiny produkowanej w warunkach domowych – prawie nigdy nie wie jaka jest zawartość psychoaktywnych alkaloidów w zakupionym „towarze”. Gdyby klienci nie byli w stanie kierować swoim zachowaniem, to niemal każde iniekcyjne podanie narkotyku mogłoby się kończyć przedawkowaniem, gdy tymczasem tak się nie dzieje.

4. *REDUKCJA SZKÓD zakłada, że niektóre sposoby przyjmowania narkotyków są bezpieczniejsze niż inne.*

- Z tego założenia wynika, że w redukcji szkód respektowane jest prawo osób do przyjmowania narkotyków, a skoro już ktoś przyjmuje narkotyki, to sposoby ich zażywania mogą być bardziej lub mniej bezpieczne. Do najbardziej niebezpiecznych należą iniekcje dożylnie nie sterylnym sprzętem do iniekcji. W tym przypadku programy wymiany igieł i strzykawek, dostarczanie sterylnego sprzętu i zbieranie do utylizacji zużytego, są redukujące szkody w zakresie transmisji HIV i HCV.

5. *REDUKCJA SZKÓD włącza osoby przyjmujące narkotyki w tworzenie strategii i sposobów pomocy tym osobom.*

- Wiele jest powodów, dla których współpraca z klientem w jego sprawach jest uzasadniona. Nie można rozwiązać nie nazwanych problemów. To klient ma problemy, które musi nazwać i próbować rozwiązywać. Towarzysząc mu, możemy być pomocni w precyzowaniu problemu i szukaniu rozwiązań. To klienci mogą wskazać na problemy z ich „świata” o których nie mieliśmy pojęcia i mogą nam pomóc je zrozumieć.

6. *Aby działać efektywnie REDUKCJA SZKÓD bierze pod uwagę środowisko i warunki, w jakich znajduje się osoba przyjmująca narkotyki.*

- U w a r u n k o w a n i a, w jakich rozwija się choroba mogą być istotną przeszkodą w procesie zdrowienia, określenie ich i uwolnienie się od nich może mieć wpływ na zmniejszenie ilości nawrotów choroby.

Współpraca z kluczowymi dla klienta osobami z jego środowiska może być również pomocna w utrwalaniu pozytywnych zmian w jego życiu. Rozpoznanie i leczenie w s p ó ł u z a l e ż n i e ń ma również ogromne znaczenie dla powodzenia procesu terapii klienta i pozytywnych zmian w życiu osób współzależnych.

Tu nasuwa się bardzo istotne pytanie: jeżeli narkomania jest c h o r o b ą, zamieszczona w spisie chorób przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i jak wiadomo nie leczona może stwarzać zagrożenie innymi chorobami (np. infekcje wirusowe), a często bywa przyczyną śmierci, i skoro wiemy, że epidemia narkomanii atakuje głównie dzieci i młodzież – to dlaczego praktyka redukcji szkód związanych z nadużywaniem narkotyków ciągle jeszcze nie jest powszechna ?

Lęki pomagaczy

Wśród rozlicznych prób ustrukturyzowania i kategoryzacji „pomagaczy” na szczególną uwagę zasługują dwie kategorie: uważni partnerzy i kontrolerzy.

UWAŻNI PARTNERZY pytają: „Do czego mogę się przydać ?”

W życiu: są zintegrowani, zaakceptowali siebie, są wrażliwi, mają wartość i nie muszą być za

wszelką cenę ważni, mają wiedzę, doświadczenie i umiejętności.

W pracy: służą klientowi ale nie są jego niewolnikiem, tworzą przestrzeń ale nie narzucają drogi, pozwalają klientowi wybierać na miarę jego aktualnych możliwości.

Ich zdaniem sukces: to każda pozytywna zmiana w przekonaniach, postawie i zachowaniach klienta.

KONTROLERZY mówią : „Najlepiej wiem co dla Ciebie jest dobre”

W życiu: nieuważnie słuchają – słyszą to co chcą usłyszeć, muszą mieć znaczenie, muszą być za wszelką cenę ważni, ciągle potwierdzają to i do tego służy im klient, mają wiedzę.

W pracy: uzależniają klienta, kierują zmianami w jego życiu, narzucają swoją wolę, swoją wizję „terapii”.

Ich zdaniem sukces: to gdy klient spełnia ich oczekiwania...

Na zakończenie pragnę w odpowiedzi na to trudne pytanie o sztukę rozmowy z osobą uzależnioną załączyć przesłanie zawarte w wierszu, który kiedyś napisałem:

**pomiędzy niebem a ziemią
cały z ziemi
jak garnek gliniany
jak urna
cały niebieski
w chwili zapomnienia
nieskończony i nieśmiertelny
scalasz w sobie wszystkie możliwości
jeśli tylko b e z l ę k u
dotykasz nieba i ziemi**

Marek Zygałło
kontaktowy: 517 660 422
email: marekzygadło@dobryosrodek.pl

tel.