

Wiesław Sikorski

KONTAKT DOTYKOWY W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

THE TOUCH CONTACT IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP

Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski
Dyrektor: prof. dr hab. Zenon Jasiński
oraz Wojewódzki Ośrodek Psychosomatyki Diagnostyki Osobowości
i Czynności Bioelektrycznej Mózgu w Głucholazach
Kierownik: dr Ryszard Szewczyk

**touch contact
non-verbal communication
psychotherapy**

Autor rozważa znaczenie kontaktu dotykowego w relacji pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem. Opisuje fizjologię dotyku i znaczenie dla rozwoju człowieka bliskiego kontaktu fizycznego z inną osobą. Przedstawione są też założenia szkół terapeutycznych skoncentrowanych na pracy z ciałem oraz znaczenie dotyku w procesie terapii (np. pomoc w uzyskaniu wglądu, wzmacnianie relacji terapeutycznej). Autor dzieli się własnymi doświadczeniami z prowadzenia treningu umiejętności komunikowania się za pośrednictwem dotyku.

Summary: The author discusses a most important problem in the therapeutic relation (and also in the diagnostic procedure), that is one of the touch contact. The problem is treated in a dichotomic way: as an independent therapeutic procedure – one of the techniques of „body-centred therapy”, and as a means of performing a function of non-verbal communication between the therapist and the patient.

The article aims, through the display of cognitive, communicative and therapeutic values of touching, to encourage practitioners working in clinics to make use of the body in an active manner, one which makes it possible to dispose of the tendency to restrict the therapeutic dialogue to mere observing of the patient and activating him/her to verbalise their experiences. In the author's opinion, the therapist who limits himself/herself to verbal expression, slows down the process of obtaining an „insight” by the patient. Moreover, by weakening his/her own suggestive power, they make the patient less prone to the message being addressed to the latter.

The author maintains that making use of touch in the therapeutic relation can lead to its taking the form of „psycho-bodily” therapy or „psychotherapy by means of the body and emotion”. It is most vital, at the same time, for the touch contact to be based on mutual trust and to develop under a close ethical control, which prevents violation of integrity and independence of the patient's body, that is activating erotic or sexual associations.

Od dawna wiadomo, że dotyk może w znaczący sposób warunkować jakość przebiegu terapii. Zwolennicy poszczególnych nurtów psychoterapii, posługujący się technikami opartymi na podejściu psychoanalitycznym, behawioralnym, poznawczym czy humanistycznym, wykorzystują dotyk – mniej lub bardziej świadomie – w różnym wymiarze: jedni częściej, inni nieco rzadziej, a jeszcze inni wcale. Niezależnie od orientacji, preferowanej szkoły psychoterapii, jest on zwykle traktowany jako akt wsparcia dla pacjenta,

aprobaty dla ujawnianych w czasie wglądu przeżyć i cierpień. Mimo wielu wariantów jego zastosowania, jest on, niestety, dość często sprowadzany do rytualnego uściśnięcia dłoni pacjenta na powitanie i pożegnanie. Nierzadko ten szczególny sposób komunikowania się jest ignorowany, zawężany do przypadkowego, nie mającego ściślejszego związku z tokiem terapii, poklepywania po plecach, chwytania za ramiona czy nieco dłuższego trzymania obręcz dłoni pacjenta. A wystarczy tylko, by tego typu kontakt dotykowy uczynić bardziej celowym działaniem, włożyć więcej wysiłku w rozpoznawanie chwil, w których pacjent domaga się tego rodzaju cielesnych doznań. Wówczas klasyczny uścisk dłoni, dotknięcie ramienia czy ręki pacjenta, niekrępujące objęcie go, może spełniać ważne funkcje w różnych sytuacjach pojawiających się w czasie terapii.

Fizjologia dotyku

Zmysł dotyku zaczyna się najwcześniej rozwijać. Następuje to już w siódmym tygodniu ciąży, znacznie wcześniej niż rozpoczyna się wykształcanie oczu czy uszu. Jest on też zmysłem najrozleglejším, gdyż umiejscowione w skórze receptory czuciowe pokrywają całe ciało. Obszar, na którym odbierany jest dotyk, rozciąga się pasem przez cały mózg. Kora czuciowa reaguje również na zmiany temperatury (na zimno i ciepło) oraz zmiany pozycji ciała. Sąsiadujący z nią pas tkanki mózgowej to kora ruchowa, której zadaniem jest zawiadywanie wszystkimi ruchami ciała, zależnie od naszej woli. Gęstość, z jaką występują receptory w skórze, jest różna dla poszczególnych okolic. Największe zagęszczenie receptorów występuje w skórze końca nosa, w opuszkach palców, na wargach, na języku, a także na sutkach i zewnętrznych organach płciowych. Najmniej receptorów jest w skórze ramion, grzbietu i ud. Okolice o dużej gęstości receptorów wykazują jednocześnie największą wrażliwość na dotyk i mają odpowiednio dużą reprezentację korową. Obszary mózgu odbierające sygnały z tych części ciała są nieproporcjonalnie duże. Przykładowo, olbrzymie znaczenie dłoni w posługiwaniu się przedmiotami i komunikowaniu z innymi osobami odzwierciedlają rozległe obszary tej części kory mózgowej, która przetwarza impulsy płynące z dłoni i do nich przekazywane. Odwrotnie, okolice mało wrażliwe na dotyk są reprezentowane przez relatywnie mniejsze pola w korze mózgowej [1].

Od nie tak dawna zaczęto sobie uzmysławiać, że skóra jest niezmiernie ważnym komunikacyjnym przekaźnikiem. B. Scott [2, s. 12] utrzymuje, że „dotyk jest najważniejszym ze wszystkich zmysłów. Istnieją [...] fizjologowie, którzy traktują dotyk jako jedyny, uniwersalny zmysł. Słyszenie zaczyna się od fal dźwiękowych »dotykających« ucho środkowe; smak wraz z substancjami zawartymi w pożywieniu „atakują” kubki smakowe, a poprzez zmysł wzroku światło uderza w rogówkę. Wynika z tego, że wszystkie inne zmysły są pochodną dotyku, przejawiającego się w bodźcach działających na skórę, mięśnie i naczynia krwionośne”. Z tego też względu zwykło dotyk nazywać się „matką ludzkich zmysłów”.

Potrzeba dotyku

Człowiek od pierwszych chwil swojego życia potrzebuje bodźców czuciowych. Niemowlęta i dzieci wręcz domagają się kontaktu fizycznego, pragną być przytulane i obejmowane. Znawcy psychologii rozwojowej są zgodni, że odseparowanie niemowlęcia od

matki tuż po narodzinach może zniszczyć naturalny związek między nimi. Dodają przy tym, iż bliski kontakt fizyczny obojga zaraz po porodzie sprzyja pobudzeniu macierzyńskich uczuć i stymuluje rozwój biologiczny i społeczny dziecka [3].

W wyróżnionej przez Z. Freuda „fazie oralnej” (w pierwszych osiemnastu miesiącach życia) charakterystyczne jest poznawanie świata poprzez dotykanie wszystkiego, a ściślej wkładanie do buzi zabawek i innych przedmiotów, co pozwala dzieciom poczuć je wrażliwymi wargami i językiem. Większość niemowląt zaczyna ssać tuż po urodzeniu i mimo że jest to odruch umożliwiający przeżycie (zaspokojenie głodu) — można zauważyć, iż ssą również między posiłkami i najwyraźniej sprawia im to dużą przyjemność. Podobnie w późniejszych fazach rozwoju – analnej i fallicznej – doniosłe znaczenie ma samodotykanie się, penetrowanie dłońmi okolic krocza i odbytu. Freud określa to jako czas, „w którym dochodzą do głosu pierwotne formy bezpośredniej seksualności – przyjemność z dotykania narządów płciowych. Masturbacja staje się naturalnym przejawem seksualności i głównym źródłem przyjemności” [4, s. 58].

W sytuacji, gdy dziecko pozbawione jest warunków do doznawania przyjaznych kontaktów dotykowych, może dojść do poważnych konsekwencji. Dotyczy to w szczególności niemowląt. Amerykańscy pediatrzy dostrzegli, iż na początku XX wieku niemal wszystkie niemowlęta poniżej roku życia, umieszczane w krajowych sierocińcach, umierały, chociaż były prawidłowo odżywiane i otoczone fachową opieką medyczną. Dopiero kiedy zaczęto im okazywać więcej uczucia i częściej przytulać, liczba zgonów wśród nich radykalnie się obniżyła [5].

M. K. Harlow odnotował podobne zjawisko u młodych małp, które określił jako „pocieszenie przez dotyk”. Umieścił nowo narodzone małpki w osobnych klatkach, w których nie miały kontaktu fizycznego z innymi zwierzętami, w każdej z nich natomiast znajdowały się dwie sztuczne „matki”. Jedna z nich dawała mleko, ale z uwagi na to, że była wykonana z drutu, nie zapewniała żadnych miłych wrażeń dotykowych. Druga nie miała mleka, lecz za to pokryta była miękkim materiałem, umożliwiającym wspinanie się i przytulanie. Obie matki – drucziana i obszyta miękką tkaniną – były tej samej wielkości i kształtu. Małpki, które miały „miękkie matki”, używały ich jako schronienia w sytuacji zagrożenia, małpki zaś z „matkami drucianymi” w analogicznych sytuacjach biegły do rogu klatki, kiwały się i ssały kciuki. W późniejszym życiu małpki „miękkich matek” wykazywały o wiele większe kompetencje społeczne. Najtragiczniejsze jednak było to, że wiele małpek „matek drucianych”, pozbawionych kontaktu fizycznego, dość wcześnie zmarło [6].

Siła dotyku

Dotykanie jest bardzo ważne dla stosunków pomiędzy dziećmi i dorosłymi. Dłoń położona na klatce piersiowej może uciszyć płaczącego noworodka, a delikatne klepnięcie uspokoić weżeśniaka [7]. Zaobserwowano również, iż weżeśniaki w inkubatorach o wiele szybciej przybierają na wadze, jeżeli są lekko głaskane przez pielęgniarki, choćby trzy razy dziennie po piętnaście minut. Podobny efekt przynosi umieszczanie ich na materacach wodnych, których łagodnie falujące ruchy są bardzo zbliżone do kołysania w ramionach matki. Fizjologowie tłumaczą to tym, jakoby dotyk pobudzał wydzielanie określonych substancji chemicznych przez mózg, dynamizujących wzrost i wspierających organizm w radzeniu sobie ze stresem [8].

P.H. Hemsworth i współpracownicy [9] dostrzegli, że nowo narodzone świnki rosną szybciej (od 11 do 22 tygodni) i są bardziej śmiałe w kontaktach z prowadzącymi eksperyment, jeżeli są delikatnie poklepywane. Stwierdzili również, iż doznają one wiele rzadziej chronicznego stresu niż te, które były pozbawione tego typu doznań. Zdaniem wspomnianych badaczy negatywny wpływ wywiera też niewłaściwe stosowanie dotyku, a przy tym — jeszcze nasila zachowania ucieczkowe i wyraźne unikanie nieprzyjemnych, ujemnych bodźców.

Wymieniony wcześniej Harlow wykazał znaczenie kontaktu fizycznego między samicą małpy i jej niemowlęciem. Eksperymentalnie potwierdził, że dążenie noworodka małpy do fizycznego kontaktu jest głównym elementem w rozwoju i kształtowaniu się normalnego zachowania. Obserwując rosnącą w warunkach laboratoryjnych małpkę odnotował u niej skłonność do chowania się i przykrywania serwetkami, które były użyte do wyściełania podłogi. Ponadto badanie wykazało, że małpki przebywające w klatkach z podłogami zbudowanymi z metalowych krat, w czasie pierwszych dni życia rozwijały się z dużymi komplikacjami, a nierzadko ich rozwój ulegał całkowitemu zahamowaniu [10].

Noszenie na rękach i przytulanie okazało się dość skutecznym zabiegiem w usprawnianiu dzieci autystycznych. Czynność ta określana mianem holdingu (terapii przytulaniem) ma na celu przywrócenie zaburzonej więzi między matką i dzieckiem. Kontakt dotykowy ma przyczynić się do tworzenia bezpośredniego dialogu między nimi. Przytulanie staje się w tej procedurze głównym czynnikiem leczącym; trzymanie niemowlęcia na rękach ma spowodować zaspokajanie jego potrzeb fizycznych i psychicznych, a jednocześnie wspomagać jego niedojrzałe „Ja”. Matka nosząc na rękach chore dziecko ma dostarczyć tak potrzebnego w emocjonalnym rozwoju niemowlęcia bezpieczeństwa ze strony otoczenia. Ta forma terapii nie prowadzi jednak ani do zbyt szybkich, ani też zupełnych wyleczeń [11].

Wiara w leczniczą moc dotyku istniała już w starożytności. Jeszcze nie w tak bardzo odległych czasach, bo w XVIII wieku, niektórzy mieszkańcy Anglii uważali, że „królewski dotyk” monarchy może uleczyć skrofulę (gruźlicę węzłów chłonnych). Pewien lekarz ze Stanów Zjednoczonych, odwiedzając dom dziecka w Niemczech, zobaczył starszą kobietę noszącą na rękach chore dziecko. Powiedziano mu, że nazywają ją Staruszką Anną i zwracają się do niej w sytuacji, kiedy z medycznego punktu widzenia nie można już nic zrobić, a choroba młodego pacjenta postępuje. Personel tegoż domu dziecka zgodnie przyznawał, iż za każdym razem noszenie na rękach przez tę kobietę dawało wręcz natychmiastową poprawę, nieoczekiwane, graniczące z cudem wspaniałe efekty [12].

Praca z ciałem

Wśród prekursorów, którzy dość szybko zaczęli posługiwać się dotykiem w terapii, wymienia się W. Reicha i jego ucznia A. Lowena (twórca analizy bioenergetycznej). W. Reich, współpracownik Freuda, jako pierwszy wskazał na olbrzymie możliwości dotyku, dzięki któremu można skuteczniej oddziaływać na rozwój człowieka i wzrost jego świadomości. Opracował on zasady tzw. wegetoterapii, koncentrującej się na somatycznych źródłach oporu występującego w postaci zespołu napięć mięśniowych, definiowanego jako „opancerzenie”. W wegetoterapii efekt uwalniania uwięzionych w pancerzu mięśni stłumionych (wypartych) uczuć i nawyków jest osiągnięty zarówno poprzez dotyk, jak i pełen

ekspresji ruch. Naprzemiennie stosowany raz lekki, a raz silniejszy dotyk, posługiwanie się jego różnymi rodzajami (opukiwanie palcami, przesuwanie dłoni, rozcieranie, wibracja, szybkie lub wolne oklepywanie, muśnięcie, kołysanie itp.), ma odciążyć pacjenta z „ciężaru ciała” [13]. Pod wpływem prac Reicha powstało wiele autonomicznych szkół opowiadających się za wykorzystywaniem dotyku w psychoterapii, jak na przykład: „biosynteza”, „psychologia biodynamiczna” czy wspomniana już „analiza bioenergetyczna”.

„Biosynteza” jest psychoterapią somatyczną, którą opracował D. Boadella (psychoterapeuta brytyjski, aktualnie praktykujący w Zurychu). W myśl jej założeń, indywidualność człowieka ma swoją podstawę w ciele – w napięciach mięśni, wyrazie twarzy, rytmie oddechu i sposobie panowania nad emocjami [14]. „Psychologia biodynamiczna”, stworzona przez Gerdę Boyesen z Oslo, jest metodą ukierunkowaną na uwalnianie nagromadzonej energii poprzez różne formy masażu, natomiast „analiza bioenergetyczna” – opracowana przez A. Lowena i J. Pierakosa z Nowego Jorku – zmierza, poprzez stosowanie specjalnych ćwiczeń fizycznych (masażu, ucisku, ćwiczeń rozciągających), do „zmiany mięśniowej”, fizjologicznej struktury ciała pacjenta, a w konsekwencji do zmiany jego struktury charakterologicznej [15].

Kontynuatorzy myśli Reicha, zaliczani do tzw. szkoły reichińskiej, stosują dotyk w różnego rodzaju masażach, w technice Aleksandra (metoda reedukacji psychofizycznej, ucząca eliminowania wadliwych nawyków) i w rolfingu (metoda głębokiego, silnego masażu, nacisku ręcznego). Zastosowanie tych technik ma służyć uwrażliwianiu na osobistą cielesność pacjenta, na odczuwanie jego „Ja”, kształtowaniu umiejętności docierania do tego, co z minionych przeżyć utkwilo w ciele. W rezultacie ma to doprowadzić do uwalniania skumulowanych emocji i modyfikacji struktury ciała, by ostatecznie możliwe stało się ustanowienie nowego stosunku pacjenta do życia.

Dotyk a praca wglądowa

Ujawnianie przez pacjenta trudności w komunikowaniu się za pomocą dotyku mogą stać się głównym celem terapii — dotykanie i odczuwanie doznań cielesnych jest jednym z ważniejszych sposobów porozumiewania się, specyficznym środkiem kontaktów między ludźmi. W relacji terapeutycznej może on usprawnić rozpoznawanie podłoża zachowań dysfunkcyjnych, a zatem obszaru oddziaływań terapeutycznych. Chodzi tu w szczególności o minione doświadczenia pacjenta, jakieś wyparte emocje, nie załatwione sprawy przez pacjenta, które uniemożliwiają mu poprawne funkcjonowanie, nierzadko bowiem pacjenci utożsamiają dotyk z czymś nieprzyjemnym i niechcianym, gdyż kiedyś – w mniej lub bardziej odległym czasie – w ten sposób go doświadczyli. Klinicysta może wtedy posłużyć się dotykiem, żeby uzyskać wgląd (zainspirowanie) i otwarcie takich wypartych, nie rozwiązanych problemów (konfliktów intrapsychicznych), by w rezultacie pacjent był w stanie dokonać ich przepracowania. Tutaj należy pamiętać, iż pobudzanie go do tak rozumianej pracy wglądowej wymaga od terapeuty dużej rozwagi i wyczucia, prowadzenia terapii z przejawianiem troski o to, by uprzednie negatywne przeżycia w tej materii nie spowodowały pojawienia się oporu albo całkowitego wycofania się z terapii (drop-out). Zalecane jest tu sukcesywne i stopniowe konfrontowanie pacjenta z jego cielesnością, powolne przywracanie zdolności do komunikowania się poprzez dotyk – obdarzania nim innych ludzi, jak i jego doznawania z ich strony.

Nieprzestrzeganie tych zasad, zbyt szybkie wprowadzenie kontaktu dotykowego do relacji terapeutycznej, może spowolnić czy wręcz uniemożliwić pracę wglądową, właściwą konfrontację z przeżyciami odpowiedzialnymi za utratę tożsamości cielesnej (integralności i samoświadomości ciała). Może przywoływać w pamięci pacjenta te trudne chwile z przeszłości, w których doświadczał urazów i podejmował nieudane próby obrony własnej niezależności. Zbyt pochopnie zastosowany dotyk może nasilić obawy i lęki, jakich doznają pacjenci w czasie pierwszych sesji, a przy tym nieść ryzyko, że za prędko odezwą się pierwotne doświadczenia i w konsekwencji uaktywnią się niechciane emocje (złość, agresja itp.). Taki nieoczekiwany rozwój wypadków, nagłe pobudzenie emocji związanych z zachwianą integralnością ciała, może zniechęcić pacjentów do kontynuowania terapii. Z kolei klinicyście może utrudnić w miarę szybkie przywrócenie właściwych warunków do realizowania kolejnych spotkań. Pacjenci wykazujący duże osłabienie naturalnych reakcji obronnych mogą okazać się mało podatni na interwencje klinicysty. Jeżeli ciało jest fragmentem „Ja”, którego autonomia została naruszona, i jeżeli pacjent neguje nawet samą realność tego stanu (nie uświadamia sobie jego negatywnego wpływu), to gwałtowne nasilenie się jego dolegliwości, może, z jednej strony, zagrażać jemu samemu pacjentowi, a z drugiej – przerastać terapeutę, czynić go bezradnym [16].

Tego rodzaju niebezpieczeństwo dotyczy w szczególności pacjentów, którzy stali się ofiarami przemocy fizycznej, seksualnej, opartych na cielesności nadużyć emocjonalnych (np. krytyka wyglądu zewnętrznego, wskazywanie na rzekome defekty różnych części ciała). Od dawna wiadomo, jak niszczący wpływ na emocjonalny oraz uczuciowy rozwój dzieci i młodzieży mają takiego typu zachowania ze strony dorosłych. Mogą one przybierać postać agresji fizycznej (maltretowanie czy wykorzystanie seksualne) albo wymuszania na dziecku, aby zaniechało realizacji własnych aspiracji (pragnień, zamierzeń) na korzyść rodzica (opiekuna) oczekującego czy wręcz żądającego ciągłego okazywania poważania i szacunku (skłonności narcystyczne) [17]. Dziecko zmuszane do odrzucania swojego „Ja”, do spełniania woli innych (tu: rodziców), zostaje w konsekwencji narażone na utratę integralności ciała (podobnie jak podczas fizycznego i seksualnego znęcania się), a także na osłabienie odporności psychicznej (psychoimmunologicznej) i utratę zdolności uruchamiania mechanizmów obrony „ego”. Chodzi tu na przykład o pobudzenie emocjonalne w sytuacji ekstremalnej (trudnej), wzrost aktywności, aby jej przeciwdziałać, albo potrzebę wycofania się (zaniechania czynności, ucieczkę) z niej. Wówczas też postępowanie terapeutyczne powinno zmierzać w kierunku odrzucenia tego obszaru „Ja”, którego dotyczy przemoc, jak również być nastawione na zakwestionowanie (zrewidowanie) reakcji pacjenta na nią. Klinicysta posługujący się dotykiem w pracy z takimi pacjentami musi aplikować go sukcesywnie i rozważnie, cały czas pamiętając o ich pierwotnych negatywnych doświadczeniach w tej materii. Dobrym rozwiązaniem może okazać się rozpoczęcie terapii nie od dotyku, lecz od uwrażliwiania słownego (werbalnego) pacjenta na jego fizyczne reakcje (charakterystyczne pozy, subtelne zachowania niewerbalne, sposoby oddychania). W praktyce polega to na przekazywaniu mu, jak należy wykonywać różne zadania, ruchy lub jaką przyjąć postawę ciała. Pacjent jest zachęcany do tego, aby dotykał rozmaitych miejsc na swoim ciele z jednoczesnym przejawianiem dbałości o coraz lepsze koncentrowanie się na doznaniach cielesnych i trafniejsze ich odbieranie (waloryzowanie). Tego typu postępowanie może mieć miejsce nie tylko w fazie wstępnej „pracy z ciałem”, lecz także

znacznie później. Mam tu przede wszystkim na myśli tych pacjentów, którzy ujawniają skłonności do unikania fizycznej bliskości z terapeutą, albo dla których kontakt dotykowy jest silnie lękotwórczy, i w efekcie prowadzący do oporu w terapii.

Inne funkcje dotyku w terapii

Do tej pory zajmowałem się dotykiem jako metodą stosowaną w tzw. terapii zorientowanej na ciało, w procedurze uwzględniającej w toku terapii doznania cielesne, ekspresję ruchową, traktującej ciało jako ważny obszar „Ja”. Dotyk ma tu służyć ujawnianiu napięć pojawiających się w ciele pacjenta, ukazywaniu nowych możliwości poprzez modelowanie ciała, bieżącemu rozluźnianiu napięć (tonusów) mięśniowych, ośmielaniu do obejmowania świadomości określonych punktów ciała. W tym znaczeniu dotyk staje się celowym narzędziem terapeutycznym, stosowanym dla przyspieszenia (zdynamizowania) rozwoju „Ja” cielesnego pacjenta, podjęcia przez niego specyficzniej rozumianej pracy wglądowej [18].

Nie wyczerpuje to wszystkich możliwości dotyku w terapii, gdyż z uwagi na to, że jest on bezpośrednim i jawnym (czytelnym) sposobem komunikacji interpersonalnej, można go z powodzeniem wykorzystywać do wzmacniania relacji terapeutycznej. Przemawiają za tym jego walory służące polepszaniu związków interpersonalnych, przekazywaniu (manifestowaniu) określonych stanów emocjonalnych, komunikowaniu potrzeby fizycznego kontaktu. Klasyczny dotyk, zwykle podanie dłoni na przywitanie, objęcie za ramię, lekkie klepięcie po plecach, może przyspieszyć proces adaptacji pacjenta do wyjątkowych warunków psychoterapii.

Terapeuta aplikujący różne formy zwykłego dotyku może zyskać zaufanie, stać się bardziej wiarygodnym, lepiej postrzeganym przez pacjenta, okazuje się bowiem, że delikatne przyjacielskie dotknięcie często może mieć ogromny wpływ na drugą osobę. Jeżeli komunikuje ono akceptację, wsparcie, podziw lub sympatię — odczuwane jest pozytywnie. W czasie pewnego eksperymentu poproszono pracowników biblioteki, by życzliwym dotykiem (lekkim klepieniem w plecy, trwającym ułamek sekundy uchwyceniem za ramię itp.) obdarowywali niektóre osoby wypożyczające książki. Dostrzeżono, że w porównaniu z innymi, miały one później o wiele korzystniejsze zdanie na temat pracy biblioteki [19].

Pacjent obdarzony dotykiem przez klinicystę może stać się bardziej skory do samoodślaniania się, a w sytuacji pojawienia się nieprzewidzianych napięć czy gwałtownego dokuczliwego pobudzenia emocjonalnego może szybciej z nimi się uporać. Podobnie w wypadku zaistnienia nieporozumień między terapeutą a pacjentem dotyk może spowodować złagodzenie relacji między nimi, przywrócenie atmosfery życzliwości i otwartości. Wpływ dotykania na wzrost tego typu zachowań potwierdziły liczne eksperymenty. W jednym z nich, osoby korzystające z automatów telefonicznych były proszone przez poprzedniego rozmówcę o sprawdzenie, czy „przypadkiem” nie zostawił on w środku monety (oczywiście była ona tam celowo podłożona). Okazało się, że znacznie częściej i z większą życzliwością zwracały mu monety osoby, które przed prośbą o sprawdzenie były delikatnie dotykane [20].

Dotyk zdaje się nieodzownym sposobem dostarczania pocieszenia tym, którzy wymagają psychicznego wsparcia. Znawcy przedmiotu twierdzą, że pełni on terapeutyczną

funkcję znacznie lepiej niż jakikolwiek inny środek komunikowania się. Są też zgodni co do tego, iż terapeutyczna funkcja dotyku jest najważniejsza ze wszystkich pozostałych jego walorów. Podkreślają, że „naszą pierwszą przyjemność w życiu czerpiemy z dotyku, dotyk bowiem może być środkiem komunikowania się nawet z umierającym pacjentem w stanie śpiączki, kiedy już w żaden inny sposób nie można do niego dotrzeć słowami” [21, s. 6.] Pacjenci, którzy nie potrafią reagować werbalnie mogą za sprawą stosownego dotyku odczuwać zarówno jego fizyczność, jak i przekazywaną za jego pomocą troskę.

Z własnej praktyki klinicznej doskonale wiem, że dotyk w wielu sytuacjach jest najskuteczniejszym środkiem emocjonalnego komunikowania się. Rodzaj zgłaszanych problemów, doznawane cierpienia i powstałe na ich tle obawy, lęki i poczucie zagrożenia — to czynniki zwiększające konieczność przekazywania wsparcia i pocieszenia pacjentom. Niemal w każdej grupie terapeutycznej są co najmniej dwie lub trzy osoby, które mniej lub bardziej skrycie próbują dotknąć mojej dłoni czy delikatnie otrzeć się o mnie. Świadomość tego typu potrzeb z ich strony pozwala mi ułatwić im to zadanie, a mnie samemu daje okazję stać się w ich oczach godnym zaufania terapeutą. Niezmiernie ważne jest tutaj, by przekazy dotykowe ze strony pacjentów spotykały się z właściwymi tego rodzaju przekazami klinicysty. Na nim też spoczywa obowiązek pobudzania do „aktywności dotykowej” pacjentów mających w tym względzie problemy. Pamiętać trzeba, że terapeutyczna wyjątkowość dotyku będzie zachowana, gdy terapeuta będzie umiał aplikować go w odpowiednich chwilach w toku „leczenia”. I, co więcej, kiedy będzie zgodnie z zapotrzebowaniami pacjentów transmitował przez dotyk zarówno uczucia pozytywne, jak i negatywne. Niejednokrotnie praca wglądowa wymaga przecież sięgnięcia do jądra konfliktów intrapsychicznych, a zatem skonfrontowania się z ujemnymi przeżyciami i reakcjami — wrogością, strachem czy gniewem. Dotykiem odpowiednio dobranym i zastosowanym, w stosownym miejscu i czasie, można te niechciane uczucia przywołać, a zarazem potem, innym rodzajem dotyku, można je efektywnie skompensować: wprowadzić przeciwstawne, dodatnie uczucia bezpieczeństwa, sympatii, współczucia i zrozumienia.

Praca nad dotykiem

Podkreślane już wielokrotnie w tym opracowaniu szczególne walory dotyku, olbrzymie korzyści płynące z właściwego posługiwania się nim, a przy tym jeszcze charakterystyczna dla większości pacjentów (głównie z zaburzeniami psychogennymi) indolencja w tej materii, sugerują, że doskonalenie „rzemiosła dotykowego” powinno stać się jednym z celów w pracy z pacjentami. Mogłoby ono polegać na treningu zachowań niewerbalnych, szczególnie sposobów kontaktowania się przez dotyk. Trenowanie powinno wówczas obejmować zarówno przekazywanie (nadawanie) tego rodzaju komunikatów, jak i ich odbiór (dekodowanie).

Terapeuta podejmujący się prowadzenia tak rozumianego treningu umiejętności komunikowania się za pośrednictwem dotyku, musi brać pod uwagę to, że ujawniane przez pacjentów niedoskonałości w tej materii wynikają z naturalnych i zwykle niezamierzonych doświadczeń interakcyjnych, z codziennych kontaktów z innymi osobami. To w ich toku ma miejsce przyswajanie sobie i kształcenie — za sprawą sprzężenia zwrotnego — zdolności porozumiewania się poprzez dotyk. Oznacza to, że wiedza, jaką o funkcjach dotyku i zasadach posługiwania się nim dysponują pacjenci, jest najczęściej nie uświadamiana

i takie też zabarwienie ma przekazywanie i odbiór tego typu sygnałów. W związku z tym klinicysta, zanim przystąpi do pracy nad dotykiem w kontakcie z pacjentami musi być przekonany o tym, że jest w stanie tak zorganizować i poprowadzić trening, by możliwe stało się polepszenie ich umiejętności komunikowania się za pomocą dotyku. Organizując grupę treningową, ustalając jej skład, powinien uwzględnić to, by poszczególni jej członkowie byli w miarę jednakowo podatni na kształtowanie zarówno nadawania, jak i odbierania komunikatów dotykowych, a także skłonni do poszukiwania między tymi procesami jakichś większych zależności. Klinicysta (tu: trener) musi wcześniej wyróżnić i dokonać pewnego uszeregowania zachowań dotykowych w zależności od stopnia trudności pracy nad ich usprawnieniem. Jednocześnie należy wyeliminować te z nich, które zdają się najmniej podatne na trening. Dobierając pacjentów do grupy treningowej trzeba uprzednio rozważyć, w jakim stopniu ich dyspozycje i cechy (np. osobowości) ułatwiają im lub utrudniają im posługiwanie się dotykiem w trakcie komunikowania się z innymi ludźmi. Niewskazane jest, by między uczestnikami treningu występowały znaczne różnice umiejętności stosowania i odczytywania dotyku. Powinni oni w podobnym zakresie potrzebować doskonalenia tego rodzaju zdolności.

Z pewnością najtrudniejszą sprawą jest ustalenie, które metody przekazywania wiedzy i umiejętności kontaktowania się przez dotyk mogą okazać się najbardziej skuteczne. Tak samo ważna jest strategia. Trening musi być prowadzony dwutorowo – przekazywanie informacji i ćwiczenie określonych zachowań dotykowych. W praktyce powinno to polegać na udzielaniu konkretnych rad i wskazówek oraz trenowaniu określonych zachowań dotykowych w trakcie naśladowania terapeuty i współpacjentów oraz modelowania własnych reakcji (np. dotyczących dotykania samego siebie). Doskonalenie sprawności dotykowej (kontaktowania się za pomocą dotyku), kształcenie zdolności przekazywania i odbierania komunikatów dotykowych, staje się możliwe w wyniku sprzężenia zwrotnego, zbierania informacji zwrotnych, z jednoczesną możliwością powtarzania, korygowania oraz utrwalania odpowiednich zachowań.

Inną kwestią jest sposób organizowania grupy treningu dotykowego. Moja wieloletnia praca z tego typu grupami zdaje się wskazywać, że można je tworzyć opierając się na zasadach przewidzianych dla konstruowania klasycznych grup terapeutycznych, projektowania psychoterapii grupowej. Przy czym, w zależności od stopnia deficytów w zakresie komunikowania się przez dotyk, należy organizować grupy homogenne lub heterogenne. Te pierwsze bardziej w przypadku pacjentów o dość dużej indolencji dotykowej, drugie zaś dla nieco chętniej posługujących się dotykiem. Grupa homogenna (jednorodna) z uwagi na jakieś podobieństwo i bliskość między uczestnikami grupy (np. rodzaj problemów, płeć, wiek) sprzyja szybszemu nawiązywaniu więzi, a tym samym ośmieleniu do kontaktowania się poprzez dotyk, jak również powszechniejszemu udziałowi w treningu dotykowym. Tak przynajmniej wyglądało to w grupach prowadzonych przeze mnie.

Jeżeli chodzi o techniczną stronę treningu dotykowego, to odwołując się do własnych doświadczeń zalecałbym prowadzenie go w formie treningu krótkoterminowego, składającego się z około 15 sesji. Każda z nich powinna trwać maksymalnie do 60 minut, z częstotliwością od 1 do 2 spotkań tygodniowo. Zawierając kontrakt terapeutyczny należy — moim zdaniem — proponować udział w grupie otwartej, co w przypadku pacjentów z większymi trudnościami w zakresie komunikowania się przez dotyk umożliwia odpo-

wiednie wydłużenie czasu trwania całego treningu. Innym argumentem przemawiającym za tworzeniem grup otwartych jest to, że pojawienie się nowych członków w grupie ułatwia ocenę, w jakim stopniu przebiega prawidłowo praca nad dotykiem. W grupie zamkniętej, a więc o stałym składzie, może zdarzyć się tak, iż uczestnicy treningu będą umieli doskonale kontaktować się poprzez dotyk ze współpacjentami, a nie będzie to w pełni możliwe w rzeczywistości pozatreningowej, w faktycznych relacjach w domu rodzinnym, w szkole, miejscu pracy itp., natomiast wprowadzenie nowego uczestnika do grupy treningowej pozwala zobaczyć, jak poszczególni uczestnicy treningu obdarzają dotykiem „obcego”, dopiero co przybyłego pacjenta. Moi pacjenci, członkowie grup treningowych, dość często wręcz domagają się tego typu kontaktów, wyrażając obawy, czy nabyte w trakcie treningu dotykowego umiejętności da się łatwo zastosować w codziennych relacjach.

Techniki treningowe

Dobrym rozwiązaniem mogącym ułatwić ćwiczenie sprawności dotykowej jest łączenie pracy nad dotykiem z trenowaniem innych zachowań niewerbalnych. Wówczas dotyk staje się jednym z wielu elementów pozawerbalnych podlegających modelowaniu. W ten też sposób znacznie zwiększają się możliwości zarówno pokazania dotyku jako niezmiernie ważnego czynnika wśród innych, niewerbalnych, jak i dokładniejszego ćwiczenia określonych wzorów dotykania, tym bardziej że kontaktowaniu się poprzez dotyk towarzyszy wiele innego rodzaju aktów pozawerbalnych. Dotyk, z jednej strony, uruchamia całą gamę zachowań niewerbalnych (np. wyrazy mimiczne, gestykulację), a z drugiej — jest konsekwencją wielu z nich (np. zachowań proksemicznych, przestrzennych). Ograniczanie zatem treningu do ćwiczenia przekazów dotykowych może sprawić, że utracą one swoją naturalność, staną się zbyt wyizolowanymi (wydzielonymi) komunikatami, znacznie odbiegającymi od tych doświadczanych w rzeczywistych interakcjach.

Techniką dość powszechnie wykorzystywaną w treningu komunikacji niewerbalnej, w tym również dotykowej, jest „granie ról”, polegające na tym, że uczestnicy umawiają się, iż znajdują się w określonej sytuacji, zachowując się tak, jakby faktycznie w niej byli. Mają ją odegrać w ramach istniejących warunków albo tak jak zrobiliby to w rzeczywistym środowisku, w kontakcie z realnymi osobami (rodzicami, rówieśnikami, sąsiadami, przełożonymi, podwładnymi z pracy itp.) [4]. Terapeuta lub pacjenci proponują granie scenek, umożliwiających ćwiczenie w symulowanych okolicznościach różnych zachowań niewerbalnych. Może to też polegać na tym, że członkowie grupy treningowej otrzymują na kartkach nazwę stanu emocjonalnego, który muszą wyrazić bez używania słów. Zobowiązani są zatem do poruszania się na płaszczyźnie pozawerbalnej, posługiwania się mimiką, ruchami dłoni, kontaktem wzrokowym i — nas najbardziej interesującym — dotykiem. Tutaj muszą być zachęceni do korzystania z pomocy współpacjentów, żeby za pomocą dotyku móc przekazać im zadane (podane na papierze) rodzaje emocji. W tym konkretnym wypadku ma im to pozwolić, z jednej strony na uświadomienie sobie, jak wiele przekazów emocjonalnych transmitowanych jest poprzez dotyk, z drugiej zaś — zwiększenie wrażliwości na nadawanie i odbieranie dotyku. Pacjent, który na przykład otrzymał zadanie przekazania dotykiem „złości”, może niejako od razu przekonać się, czy robi to dobrze, a jego partner (gdy dotyk wyraża to, co ma faktycznie wyrażać) — czy potrafi trafnie odczytać intencje nadawcy.

Tutaj korzystnym zabiegiem może okazać się zabawa w dotykową „zgaduj-zgadulę”. Jeden z pacjentów, kładąc swoją dłoń na ręce partnera, nadaje dotykowi określone konotacje. Partner ma za zadanie rozpoznać, jaki stan emocjonalny jest w danej chwili przekazywany. Ważne jest przy tym, by został ograniczony do minimum wpływ innych sygnałów niewerbalnych. Wystarczy oddzielić obu pacjentów – nadawcę i odbiorcę – jakimś parawanikiem lub ekranem eliminującym możliwość wysyłania komunikatów kinezywnych (gestów, mimiki, pozycji ciała), proksemicznych (interakcyjnego dystansowania się) oraz przekazów związanych z ubiorem i przedmiotami codziennego użytku. Tu zatem trening koncentruje się na doskonaleniu wrażliwości dotykowej, ćwiczeniu umiejętności nadawczych i odbiorczych, uwrażliwianiu receptorów skóry.

Dotykową „zgaduj-zgadulę” można przeprowadzać na wiele sposobów, pamiętając jednak, by stopniować trudność zadań; zaczynając od emocji łatwych do przekazywania i rozpoznania (np. radość, czułość, wrogość), a kończąc na subtelniejszych, wymagających o wiele większej wrażliwości (np. obojętność, ambiwalencja). Wskazane są także częste zmiany pozycji z nadawczej na odbiorczą, i na odwrót, jak również trenowanie z różnymi partnerami.

Wracając do techniki „grania ról” — stosując ją można również trenować przekazy dotykowe znamionujące relacje między ludźmi w zależności od ich statusu. Chodzi tu głównie o uczulenie pacjentów na to, żeby w kontaktach z osobami zajmującymi wyższą pozycję w jakiejś hierarchii (np. rodzinnej, zawodowej, społecznej) wykazywali wobec nich pewną wstrzeźliwość dotykową. Terapeuta powinien proponować odgrywanie sytuacji, które mogłyby pozwolić uczestnikom treningu poznać regułę nakazującą pozostawianie inwencji dotykowej ludziom bardziej znaczącym. Niejednokrotnie właśnie wymuszanie na tych osobach innych zachowań dotykowych, przejmowanie zarezerwowanych dla nich praw do inicjowania dotyku (np. wyciąganie dłoni na powitanie), prowadzi do pojawienia się nieporozumień. Wówczas osoba dopuszczająca się tego typu „przewinień” może być postrzegana jako zarozumiała, skłonna do spoufalania się, a w konsekwencji traktowana instrumentalnie bądź całkowicie odrzucana i nieakceptowana.

W czasie „grania ról” pacjenci mogą uzmysłowić sobie, jakie błędy popełniali komunikując się za pomocą dotyku z rodzicami, przełożonymi, starszym rodzeństwem, a także zobaczyć, które z osób z najbliższego otoczenia są skore do ignorowania ich praw do robienia pierwszego kroku podczas kontaktowania się poprzez dotyk. Łącznie ma to umożliwić im uwzględnianie w relacjach z innymi zasady głoszącej, że osoby o wysokim statusie mają przywilej inicjowania dotyku, podczas gdy te z niższą pozycją nie powinny ich dotykać bez wyraźnego przyzwolenia z ich strony. Powinni zarazem poznać różne warianty tego rodzaju – bardziej lub mniej taktownego – dotyku (np. poklepywanie po plecach, ściskanie za kolana, wkręcanie palca w brzuch gestem „śrubokręta”), by tym samym stać się ich bardziej świadomymi odbiorcami, jak i w stosownych chwilach nadawcami. W toku treningu przekazu statusu powinno jednocześnie mieć miejsce eliminowanie „manier” dotykowych, które narażają pacjenta na postrzeganie go jako osoby naruszającej czyjąś indywidualną przestrzeń, a jego dotyk jako jawny akt agresji (np. wspomniany „śrubokręt”, popychanie, zbyt silne ściskanie dłoni).

Udział pacjenta w różnego typu scenkach, wcielanie się w antagonistyczne postacie, możliwość grania samego siebie i osób, z którymi styka się w codziennych sytuacjach,

stwarza szansę spojrzenia na kontakt dotykowy z różnych stron. Podczas „grania ról” możliwe staje się modelowanie, naśladowanie zachowań dotykowych prezentowanych zarówno przez klinicystę (tu: trenera), jak i przez współpacjentów. Terapeuta chwalc poprawne przekazy dotykowe, korygując z kolei te stosowane niewłaściwie, komentując słownie dostrzeżone reakcje pozytywne oraz uchybienia w tej materii, kieruje uwagę uczestników treningu na odpowiednie elementy wzorcowego posługiwania się dotykiem.

Każda odegrana scenka powinna być przedyskutowana. Pacjenci bezpośrednio zaangażowani w „grę”, a także przyjmujący rolę „widzów” („obserwatorów”), są zobowiązani do późniejszego, dość wnikliwego omówienia zauważonych i odnotowanych zachowań dotykowych. Z tego względu należy ich odpowiednio wcześniej poinstruować o tym, na czym będzie polegał trening, na co trzeba zwracać szczególną uwagę. Warto ich zachęcić do prowadzenia notatek, zapisywania zaobserwowanych konkretnych przekazów dotykowych, okoliczności ich stosowania, miejsca dotyku w innych zachowaniach niewerbalnych.

Przekazywanie wiedzy

Ważnym elementem tak rozumianego treningu jest wiedza o funkcjach dotyku. Można ją przekazywać podczas stosowania określonych technik treningowych („grania ról”, „modelowania”) lub w formie miniwykładu. W tym drugim wypadku należy unikać przegadania, akademizmu, posługiwania się zbyt naukowo brzmiącymi pojęciami. Treści powinny być podawane czytelnym, jasnym językiem. Uatrakcyjnieniu wykładu może służyć przytaczanie przebiegu i wyników interesujących eksperymentów (np. z małpkami, z osobami korzystającymi z biblioteki czy budek telefonicznych) lub wspomaganie wypowiedzi słownej prezentacjami niewerbalnymi (nagraniami wideo, pokazem trenera), demonstrowaniem określonych rodzajów przekazów dotykowych.

Wykład powinien przybliżyć pacjentom te problemy dotyczące dotyku, których nie sposób zgłębić w toku treningu. Mam tu na myśli zaznajomienie z takimi funkcjami dotyku, jak przekaz potrzeby fizycznego kontaktu i samointymności (dotykania siebie). Terapeuta może kolejno omówić sygnały wyrażające pragnienie bezpośredniego kontaktu: uścisk dłoni, przybrana poza, poklepywanie, głaskanie, skrzyżowanie ramion, objęcie ramieniem, obejmowanie, trzymanie się za ręce, objęcie w talii, pocałunek, głaskanie po głowie, przybliżanie głowy do głowy, pieszczoty, podpieranie ciała i zabawa-atak na niby (np. markowane boksowanie) [22]. Następnie może bardziej szczegółowo scharakteryzować najważniejsze i najpowszechniej stosowane z powyższych sygnałów, a mianowicie – uścisk dłoni, ustawienie ciała i pocałunek. Można jednocześnie zademonstrować różne formy podawania dłoni i opisać ich konotacje. Przykładowo: lekki uścisk dłoni – rezerwa w stosunku zarówno do samego siebie, jak i świata; podawanie dłoni zgiętej – brak ufności lub zazdrość; podawanie tylko trzech palców – zarozumiałość i skłonność do uważania się za kogoś lepszego; podawanie dłoni grzbietem do góry lub do dołu – chęć zawładnięcia kimś lub brak samodzielności [16]. Klinicysta musi także przestrzec przed zbyt jednostronnym traktowaniem różnych typów uścisku dłoni. I chociaż można z dużym prawdopodobieństwem poznać na jego podstawie charakter drugiej osoby, to trzeba zachować dużą rozwagę przy ostatecznym wyciąganiu wniosków. Pacjenci muszą zapamiętać, że nie zwalnia ich z tego nawet to, iż dłoń jako peryferyczna część górnych kończyn pozostaje w bezpośredniej łączności z centralnym układem nerwowym (mózgiem) i jest jego narzędziem wyrazu – nie

tylko w działaniu, ale również w ekspresji uczuć [1].

O ile uścisk dłoni i ustawienie ciała może być doskonalone w formie treningu zachowań niewerbalnych, to pocałunek musi być omówiony werbalnie, właśnie w czasie miniwykładu. Na wstępie należałoby wymienić różne typy pocałunków – pocałunek w rękę (np. przez wielbiciela, podwładnego, osobę darzącą szacunkiem), w policzek (np. przez krewnych), w czoło (np. przez matkę lub ojca), lekki pocałunek w usta (np. przez przyjaciela, koleżankę) czy tzw. francuski pocałunek przez kochankę. Każdy z tych pocałunków zawiera w sobie różny przekaz. Potem można pokrótce scharakteryzować formy pocałunku pełniące równocześnie funkcje komunikatu relacyjno-emocjonalnego: a) rytualny (klasyczne cmoknięcie w rękę lub policzek w czasie powitania lub pożegnania); b) sakralny (całowanie ziemi przez Ojca Świętego po przylocie z pielgrzymką do danego kraju); c) znamieny (całowanie się kochanków w parku, na ulicy, na oczach innych ludzi); d) intymny (w sytuacji sam na sam); e) intymny zaawansowany (np. pocałunek francuski, kończący się współżyciem seksualnym) [22]. Ożywieniu wypowiedzi werbalnej może służyć zaprezentowanie różnych sposobów całowania w rękę, odzwierciedlających status osoby przekazującej i odbierającej pocałunek. Tutaj terapeuta może pokazać, jak czynią to mężczyźni o wyższej pozycji zawodowej lub społecznej, jak te o niższym statusie. Ci pierwsi, unikając pochylania się, podnoszą dłoń kobiety, a drudzy – zginają się aż nadto, by w tej pozycji pocałować ją w rękę.

Podobnie, przybliżenia w formie wykładu będzie wymagało zapoznanie pacjentów z przekazem poprzez dotyk potrzeby intymności. Klincysta może uświadomić słuchaczom, że dotykanie samego siebie jest jedynie z pozoru czynnością, w którą jest zaangażowana tylko jedna osoba, gdyż „w rzeczywistości osoba dotykająca samą siebie jest nieświadomym twórcą pantomimicznego przedstawienia z udziałem dwóch symbolicznych osób, w którym pewne części ciała imitują kontakt z drugą osobą” [23, s. 214]. Samodotykanie się jest zarazem zewnętrzną manifestacją i substytutem ukrytej potrzeby odczuwania w różnych sytuacjach (np. w chwilach trudnych, krytycznych) dotyków ze strony innych osób (rodziców, przyjaciół, osób znaczących itp.). Tutaj można mówić o deficycie dotyków terapeutycznych, mających pocieszyć, wesprzeć, dodać otuchy. Kiedy nie są one osiągalne, by zyskać przybliżone poczucie, dochodzi do symulowania dotyków w postaci samodotykania się.

Terapeuta może zachęcić uczestników treningu do obserwowania osób z najbliższego otoczenia, patrzenia na nasilające się u nich dotykanie samych siebie w momentach, gdy mówią o przeżywanej depresji, ujawniają nerwowość lub skarżą się na brak ukochanego człowieka. Z kolei dostrzeżenie tego typu samodotykowych reakcji u samych siebie powinno uzmysłwić pacjentom, iż jest to oznaka potrzeby bezpośredniego kontaktu fizycznego. Tutaj klincysta może pokazać najczęściej stosowane zachowania dotykowe z tej kategorii, jak na przykład podpieranie głowy, gest typu „ręka do ust”, obejmowanie się rękami, wykręcanie dłoni, łamanie palców, zaciskanie i rozwieranie pięści. W sumie pacjenci mają zapamiętać, że samodotykanie się jest zarówno komunikatem świadczącym o pragnieniu bezpośredniego kontaktu fizycznego (bycia dotykany), jak i formą zaspokojenia tych pragnień. Tym samym mają stać się osobami potrafiącymi – w sytuacjach kryzysowych (stresogennych, pełnych napięć i nerwowości), a czasem potrzeby kontaktu dotykowego z innymi ludźmi (np. dla uzyskania wsparcia) – kompensować te braki poprzez dotykanie

samych siebie. Ujmując to nieco inaczej, powinni zacząć traktować samodotykanie się jako pewną formę autoterapii, sposób doraźnego radzenia sobie z dotkliwymi stanami emocjonalnymi, mogącymi – w mniejszym lub większym stopniu – ustąpić za sprawą kontaktu fizycznego.

Unikanie dotyku w terapii

Chociaż powstało wiele różnorodnych nurtów terapeutycznych wykorzystujących w różnym zakresie dotyk w pracy z pacjentami i legitymujących się wymiernymi efektami, to wprowadzanie dotyku do psychoterapii ma ciągle wielu przeciwników. Podważają oni jego walory, zdając się zapominać o liczącej kilkaset lat tradycji leczenia dotykiem w medycynie wschodniej (np. shiatsu, akupresura). Kwestionowanie i obniżanie wartości dotyku jako narzędzia terapeutycznego ma swoje źródło w wielu uprzedzeniach i stereotypach: w przyczynach kulturowych związanych z fizyczną naturą człowieka i w kojarzeniu kontaktu cielesnego z seksualnością i erotyzmem; w nieuznawaniu i braku świadomości cielesnej („Ja” cielesnego); w negatywnych indywidualnych przeżyciach, w których doszło do naruszenia fizycznej integralności [18].

Unikanie dotyku w psychoterapii może wynikać z ulegania europejskim szkołom filozoficznym traktującym człowieka dychotomicznie, widząc jego duszę jako coś niezależnego od ciała. Przypisują ciału grzeszność i irracjonalność. Dotykanie jest w tym rozumieniu ujmowane jako zachowanie płynące z płytkich, by nie rzec wręcz prymitywnych, zachcianek cielesnych osoby dotykającej. Terapeuta opierając się na takim pojmowaniu dotyku może rezygnować z posługiwania się nim w relacji terapeutycznej. Utożsamiając dotyk ze złymi intencjami, a głównie z seksualnymi skłonnościami osoby dotykającej, może ograniczać swój kontakt z pacjentem do przekazu werbalnego. Tak samo jak dawniej, tak i dzisiaj w naszym obszarze kulturowym dotyk był i jest mocno kojarzony z erotyzmem, co zdaje się wynikać – w dużej mierze – z postrzegania ludzkiej cielesności jako podrzędnej wobec duszy, jako czegoś o wiele gorszego [12].

Inną przyczyną unikania przez klinicystę kontaktu dotykowego w interakcji z pacjentem może być odrzucanie w kolejnych fazach rozwoju osobniczego (w ontogenezie) „Ja” fizycznego. Jeżeli w poczuciu „Ja” terapeuty została osłabiona znaczna część odczuć i sygnałów cielesnych, to również tak intensywnie fizyczny akt, jakim jest dotyk, musi rodzić obawy; przybierając postać czegoś nieznanego może nasilać lęk i zagrożenie [14]. Wówczas terapeuta może – mniej lub bardziej świadomie – obawiać się, że dotykając pacjenta sam narazi się na utratę samokontroli, na pojawienie się nie akceptowanych instynktów, a pacjenta narazi na niewłaściwe odczytywanie jego intencji, mogące prowadzić do utraty zaufania, potęgowania ataków i krytyki. Wyrażając to prościej, klinicysta pozbawiony w dzieciństwie doznań dotykowych (przytulania, obejmowania), a w późniejszym okresie doświadczeń w tej mierze może mieć aż tak mocno osłabione wyczucie (intuicję), że będzie skłonny do antycypowania swojej nieudolności, indolencji dotykowej w kontaktach z pacjentem. Większość, a nawet wszystkie myśli o nawiązaniu z nim relacji opartej na dotyku mogą wówczas być tłumione z powodu lęku o jego zranienie lub naruszenie autonomii.

Możliwe są jeszcze inne konsekwencje braku doświadczeń dotykowych, a mianowicie terapeuta pochodzący z rodziny, w której nie przejawiało się troski o zaspokajanie potrzeb

bycia dotykany, może tak dalece odrzucić cielesność, że ciało pacjenta będzie mu się jawiło jako „brudne” i odrażające [16]. Rzutując na niego własne przekonania i uczucia, jakie ma wobec własnego ciała, może uznać, iż kontakt dotykowy nie jest tu dopuszczalny. W praktyce objawiać to się może tym, że już od samego początku (nawet już w czasie zawierania kontraktu terapeutycznego) lub nieco później, pacjent zaczyna – mniej lub bardziej jawnie – być stygmatyzowany przez terapeutę z powodu deprecjonowania jego cielesnych walorów. Może mu przeszkadzać na przykład jego wygląd zewnętrzny, pocące się dłonie czy płynące od niego zapachy. Możliwy jest również wariant odwrotny, że to w taki sposób reaguje pacjent na terapeutę — nie aprobując jego zewnętrznego unika z nim za wszelką cenę kontaktu fizycznego, wyraźnie dystansuje się interakcyjnie. Podobnie jak w codziennych relacjach, tak samo w rzeczywistości terapeutycznej dochodzi do spotkania się dwóch i większej liczby osób (tu: w psychoterapii grupowej), z których niektóre są mniej, a inne bardziej uczulone na cielesność współpartnerów. Terapeuta jednak nie może być osobą nadmiernie wrażliwą, przesadnie reagującą na ludzkie niedoskonałości (nieprzyjemną woń potu, otyłość) i w związku z tym skłonną do zbytnej subiektywizacji relacji terapeutycznej. Tym bardziej że właśnie dość często charakter zaburzeń ujawnianych przez pacjentów prowadzi do pojawiania się różnych mało atrakcyjnych wizualnie sygnałów niewerbalnych, jak na przykład drżenie kończyn, czerwienienie się twarzy (erytrofobia) czy intensywniejsze wydzielanie potu.

Refleksje końcowe

Wskazane w tym opracowaniu trudności, jak i wiele innych, podobnych, pojawiających się zarówno u pacjentów, jak i terapeutów, czyni problematycznym posługiwanie się dotykiem w toku psychoterapii. Z własnej praktyki wiem, że kilkanaście lat temu, jako osoba poznająca tajniki terapii zorientowanej na ciało, odczuwałem, z jednej strony, dużą potrzebę dotykania, a z drugiej – olbrzymią obawę o jego konsekwencje. Nie będąc wtedy świadomym tego, że moje poczucie cielesności jest znacznie ograniczone, z wielkim dyskomfortem kontaktowałem się poprzez dotyk. Prawie każdy tego typu akt przysparzał mi dziwnych krępujących moje ciało nieregularnych ucisków, dających się porównać z przebywaniem w bardzo ciasnym pomieszczeniu, jakby w bezkształtnym chitonie, nieforemnej uwierającej skorupie. Dopiero zainteresowanie się pracą skoncentrowaną na ciało — początkowo jako uczestnika tego rodzaju terapii, a potem jako osoby posługującej się tą procedurą w kontaktach z pacjentami — przyczyniło się do wyrobienia czy przywrócenia poczucia tożsamości cielesnej (świadomości ciała). Doskonale pamiętam, jakich doznawałem przykrych uczuć i stanów emocjonalnych w czasie, gdy nieświadomie odrzucałem moje „Ja” fizyczne, zaprzeczałem własnej cielesności, nie zdawałem sobie sprawy ze swoich deficytów w tej materii. Pragnąłem komunikować się z innymi poprzez dotyk, a równocześnie czułem, że coś mnie paraliżuje, sprawia, iż palce u dłoni są niezbyt elastyczne i mało wrażliwe sensorycznie.

Psychoterapeuci zamierzający wykorzystywać dotyk w oddziaływaniach terapeutycznych powinni, z jednej strony, poznać siebie i swoje nastawienie do dotyku, a z drugiej — zdobyć umiejętności kształtowania u swoich pacjentów dodatnich doznań związanych z odbieraniem i aplikowaniem dotyku. Oznacza to, iż klinicyści powinni najpierw poddać się treningowi zachowań niewerbalnych (w tym dotykowych), a dopiero później zacząć

posługiwać się dotykiem w relacji terapeutycznej. Z uwagi na kontrowersyjność terapii zorientowanej na ciało, dość powszechny wśród praktykujących terapeutów sceptycyzm i brak wiary w jej faktyczną skuteczność, właśnie trening zachowań niewerbalnych zdaje się techniką mogącą pomóc klinicydom w uczeniu się „języka” dotyku. Ostatecznie też może stać się niezmiernie przydatną procedurą w pracy z pacjentami, którzy wykazują znaczne deficyty w zakresie połączonych sposobów komunikowania się za pomocą dotyku.

Piśmiennictwo

1. Traczyk WZ. Fizjologia człowieka w zarysie. Warszawa: PZWL; 1982.
2. Scott B. How the body feels. New York: Ballantine; 1973.
3. Vasta R, Marshall HM, Scott MA. Psychologia dziecka. Warszawa: WSiP; 1995.
4. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia medyczna. Warszawa: PZWL; 1996.
5. Birkenbihl VF. Komunikacja niewerbalna. Sygnały ciała. Wrocław: Astrum; 1998.
6. Zimbardo PG, Ruch FL. Psychologia i życie. Warszawa: PWN; 1994.
7. Oehler JM, Eckerman CD. Regulatory effects of human speech and touch in premature infants prior to term age. *Inf. Beh. Develop.* 1988; 11: 249.
8. Argyle M. Psychologia stosunków międzyludzkich. Warszawa: PWN; 1999.
9. Hemsworth PH., Barnett JL, Hansen C. The influence of handling by humans on the behavior, growth and corticosteroids in the juvenile female pig. *Horm. Beh.* 1981; 15: 396-403.
10. Mietzel G. Wprowadzenie do psychologii. Podstawowe zagadnienia. Gdańsk: GWP; 1999.
11. Pecyna MB. Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 1999.
12. Hardison J. Let's touch: How and why to do it. New York: Engelwood Cliffs; 1980.
13. Reich W. Character analysis. New York: Pocket Books; 1976.
14. Boadella D. Przeplewy życia. Wprowadzenie do biosyntezy. Warszawa: Jacek Santorski and CO. Agencja Wydawnicza; 1992.
15. Boadella D. Biosynteza. W: Lis-Turlejska M, red. Nowe zjawiska w psychoterapii. Warszawa: Jacek Santorski and CO. Agencja Wydawnicza; 1991, s. 61—75.
16. Sikorski W. Bez słowne komunikowanie się w psychoterapii. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2002.
17. Brągiel J. Zrozumieć dziecko skrzywdzone. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego; 1998.
18. Kepner JI. Ciało w procesie psychoterapii Gestalt. Warszawa: Wydawnictwo Pusty Obłok; 1991.
19. Fisher JD, Rytting M, Heslin R. Hands touching hands: affective and evaluative effects of an interpersonal touch. *Sociometry* 1975; 39: 416—421.
20. Kleinke CR. Compliance to request made by gazing and touching experimenters in field settings. *J. Exp. Soc. Psychol.* 1977; 13: 218—223.
21. Blondis MN, Jackson BE. Nonverbal communication with patients. New York: Wiley; 1977.
22. Głodowski W. Bez słowa. Komunikacyjne funkcje zachowań niewerbalnych. Warszawa: Hansa Communication; 1999.
23. Morris D. Intimate behavior. New York: Random House; 1971.

Adres: ul. Nowowiejska 5/13
45-460 Opole