

## KOMUNIKACYJNE I TERAPEUTYCZNE ZNACZENIE ZACHOWAŃ NIEWERBALNYCH TERAPEUTY I PACJENTA

### COMMUNICATION AND THERAPEUTIC MEANING OF THERAPIST AND PATIENT NON- VERBAL BEHAVIOURS

Instytut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego

Katedra Pedagogiki Społecznej

Kierownik katedry: prof. dr hab. Józefa Brągiel

*Autor porusza ważną kwestię komunikacji niewerbalnej między terapeutą a pacjentem. Uwrażliwia czytelnika na wagę, jaką do odbieranych przez siebie pozastłownych komunikatów przykłada pacjent. Wskazuje na konieczność doskonalenia własnego warsztatu przez terapeutów poprzez analizę komunikatów nadawanych przez obie strony uczestniczące w terapii.*

#### non-verbal communication

**Summary:** The most important skills necessary for effective interaction between therapist and patient, are usually non-verbal. Results of several studies indicate that non-verbal communication of the therapist is one of the most important factors in the level of satisfaction felt by the patient. It is not surprising therefore that there are many conditions for which non-verbal communication is functionally important both for the therapist and for the patient. To take full advantage of the power of non-verbal communication in interactions with patients, the therapist should be aware of occurrence of the five key communications services that non-verbal communication in the psychotherapeutic context: a) exchange of emotions, b) metacommunication, c) the protection of the sense of one's self, d) the formation and control of the impression and e) the support.

To increase the efficiency of interaction with patients, therapists should first of all refer to the dysfunctional properties in their style of non-verbal communication (e.g., preference to non-verbal behaviour characteristics of people with high power, such as: too relaxed, opened and expansionary position of body; over slow pace of speaking; too brazen and direct visual contact, dynamic and planned actions and target long pause during the speech).

Therapists and patients should also attach enormous importance to the improvement of their own non-verbal communication skills to enhance the effectiveness of mutual contact. Particular attention should be focused on the development of a communication that is needed to create the mutual agreement and mutual empathic reacting on oneself.

Jednym z głównych problemów w komunikacyjnej interakcji terapeuta — pacjent wydaje się sprawa kontroli. Są terapeuci, którzy nie godzą się na traktowanie swych pacjentów jak równych sobie — niemal każdego pacjenta zdają się postrzegać jako kogoś gorszego, odnoszą się do nich niechętnie czy wręcz lekceważąco, zamiast życzliwie z nastawieniem na stworzenie korzystnego klimatu. Wydawać by się mogło, że protekcyjnalne zachowania terapeutów to sytuacje incydentalne, stosunkowo rzadkie wśród polskich psychoterapeutów. Niestety, z moich badań — przeprowadzonych w 2009 roku, wśród 138 pacjentów z woje-

wództw opolskiego i dolnośląskiego — niezbiecie wynika, że jest to dużo powszechniejsze. Blisko 38% badanych byłych klientów gabinetów psychoterapeutycznych (zwłaszcza uczestniczących w psychoterapii indywidualnej) twierdzi, że ich terapeuci zachowywali się władczo. Pod tym pojęciem rozumieli nachalne wpatrywanie się w ich twarze i inne części ciała, wypowiedzanie się tonem rozkazującym, ostrym, a nawet agresywnym, spoglądanie znad okularów przenikliwym wzrokiem. Dobrze oddaje to wypowiedź jednej z byłych pacjentek: *Spotkania z tym panem rodziły we mnie wiele obaw i niepokojów. Niespokojnie wodził oczami po mojej twarzy, tułowiu i nogach, niespokojnie tupał czy przebierał nogami, ciągle spoglądał na zegarek i popisywał się swoją wielką rzekomo psychologiczną wiedzą i doświadczeniem, gwarantującymi moje wyleczenie. Wyczuwałam w jego głosie znudzenie i chęć szybkiego pozbycia się mnie.* Inny pacjent referuje swój kontakt z terapeutą następująco: *Nie wiem, kto tu był dla kogo, ale odniosłem wrażenie, że ten pan przyjął tylko jedną perspektywę — wyłącznie swoją. Niespokojnie wiercił się na fotelu, patrzył na mnie z góry, a jego wzrok był tak nieprzyjemny, by nie rzec przerażający, co w sumie zniechęcało mnie do kolejnych wizyt. Robił na mnie wrażenie kogoś, kto traktuje rozmowę z pacjentem jako stratę swego cennego czasu.* I jeszcze fragment trzeciej opinii: *Ten pan rozsiadł się szeroko w fotelu, wbił we mnie swój groźny wzrok albo patrzył niespokojnie na mnie swoimi świdrującymi oczyma, mówiąc do mnie raz za cicho, a raz za głośno, co wywoływało u mnie drgnięcia, a czasem zastraszenie. Ode mnie liczyła się bardziej jego wiedza i kompetencje. Chyba chciał mnie pogrążyć za to, że nie byłam douczona tak jak on.*

Generalnie tego typu oceny dotyczyły niewłaściwych postaw terapeutów — demonstrowanych przeważnie niewerbalnie — którzy w oczach pacjentów uchodzili za „lubiących swą dominującą pozycję” czy „łaskawych autokratów”. Lecz byli też tacy, którzy tego rodzaju zachowania swoich terapeutów traktowali jako postawy ujawniane w celu ulżenia im w możliwie najkrótszym czasie — władcze reakcje czy surowy ton wypowiedzi miał tu ich mobilizować do pracy nad sobą i służyć uciążliwemu dalszemu żaleniu się i rozczulaniu.

### Zakres kontroli

Zdaniem M. Stewarta i D. Roter [1] pojęcie doskonałej komunikacji powstało na podstawie fundamentalnych zasad, głoszących, że o właściwą komunikację powinien zadbać terapeuta, z kolei pacjent powinien angażować się w swoją terapię, a także być przekonany o sprawowaniu kontroli nad jej przebiegiem — ważna jest jego wiara, że aktywność w trakcie terapii może sprzyjać wcześniejszemu powrotowi do zdrowia i zmianie na lepsze dotychczasowego życia. Autorzy ci sądzą, że najistotniejszym elementem określającym każdą interakcję terapeuty — pacjent jest zakres kontroli, narzucony przez każdą ze stron. Typologia rodzajów relacji leczącego i leczzonego została opracowana w zależności od stopnia wzajemnej kontroli:

- paternalizm — duża kontrola terapeuty i niewielka kontrola pacjenta;
- konsumeryzm — niewielka kontrola terapeuty i duża kontrola pacjenta;
- wzajemność — duży stopień kontroli zarówno terapeuty, jak i pacjenta;
- nieobecność — niewielka kontrola zarówno terapeuty, jak i pacjenta.

Paternalizm przez wiele lat często dominował w relacji terapeuty z pacjentem. W tym układzie — kiedy kontrola terapeuty jest duża, a kontrola pacjenta mała — terapeuta

przesądza o tym, co w jego ocenie jest najkorzystniejsze dla pacjenta, natomiast rola pacjenta ogranicza się do bezwarunkowej akceptacji woli terapeuty — ma czynić to, co jest mu zalecane. Terapeuci preferujący ten typ relacji nie tłumaczą wystarczająco jasno, albo w ogóle, wiedzy o problemie pacjenta, nie podają faktów czy informacji uzyskanych w drodze badań klinicznych (obserwacji, wywiadu, rozmowy, testów itp.), a także związanych z postawioną diagnozą. Nie są też zainteresowani opiniami innych (np. superwizorów) czy innym wariantem rozpoznania tła zaburzeń, co w sumie czyni ich nieomylnymi i wszytkowiedzącymi specjalistami. Tacy terapeuci zwykle stosują tylko jeden rodzaj terapii, ich dyktatorski stosunek do pacjentów nakazuje im być konserwatywnymi i konsekwentnie realizować swe założenia. Pacjenci silniej zaburzeni czy ciężko cierpiący mogą uznawać paternalizm, czy godzić się na niego, choćby z uwagi na to, że nie wymaga on od nich dużego zaangażowania. Ten rodzaj interakcji wydaje im się wręcz zbawienny, gdyż poważne dolegliwości nie pozwalają im na aktywny udział w terapii. W rzeczywistości jednak jest to niekorzystny układ, grozący na przykład przeniesieniem pełnej odpowiedzialności za wyleczenie na terapeutę, a także niesie ryzyko uzależnienia się od niego. Relacja paternalistyczna, gubiąc wzajemność komunikacyjną, uniemożliwia stworzenie zbalansowanej, dojrzałej relacji między terapeutą a pacjentem. Dopóki taki pozbawiony równowagi układ trwa, terapeuta ma duże możliwości „wyzyskiwania” pacjenta, nawet wtedy, gdy ten mu ufa, a on sam jest altruistą [1]. Najkorzystniejszym rodzajem relacji terapeuta — pacjent jest kontakt oparty na wzajemności. W tym układzie obie strony komunikują się z pozycji równych sobie, traktują się wzajemnie jak równoprawni partnerzy i tak też siebie postrzegają. Wprowadzają również własne, różne potencjały do sytuacji komunikacyjnej, w której następuje wzajemny kontakt. Z uwagi na to, że taka relacja jest w miarę zrównoważona, dokonywane rozstrzygnięcia powinny być skutkiem aktywnej i wyważonej komunikacji między terapeutą a pacjentem. Wzajemność relacyjna zabezpiecza pacjenta przed instrumentalnym traktowaniem go przez terapeutę i byciem pasywnym.

### Bariery w skutecznej komunikacji

Z wielu możliwych barier w efektywnej komunikacji w relacji terapeutycznej, trzy są — zdaniem P. G. Northouse’a i L. L. Northouse’a [2] — wyjątkowo szkodliwe: 1) niepewność pacjenta swej roli; 2) przewaga władzy terapeuty; 3) różne rozumienie pojęć.

Niepewność roli nierzadko jest wielkim problemem dla pacjenta przebywającego w ośrodku terapeutycznym czy na oddziale psychiatrycznym w szpitalu, wiąże się bowiem z okresową rezygnacją z dotychczasowych ról, na przykład ojca, matki, męża, żony, pracownika, myśliwego, kibica sportowego itd. Nową rolą dla niego jest znalezienie się w obcym miejscu, w którym dzieją się rzeczy mniej lub bardziej niezrozumiałe. Ten brak pewności może sprawić, że pacjent staje się bierny, nie jest przekonany, czy może wypytywać terapeutę lub inne osoby z jego otoczenia o sprawy związane ze swoją chorobą i przebiegiem terapii. Terapeuta może niewłaściwie odczytać pasywność i milczenie pacjenta jako oznaki braku zaangażowania czy „oporu w terapii”. Nieczytelność roli może pociągać za sobą stereotypowe postrzeganie pozycji terapeuty i pacjenta, to znaczy dominację i uprzywilejowanie tego pierwszego, a uległość czy podporządkowanie tego drugiego.

Przewaga władzy terapeuty to druga z wyróżnionych barier w skutecznej wzajemnej komunikacji terapeuty i pacjenta. Z racji tego, że terapeuta zwyczajowo jawi się jako dysponujący władzą, a pacjent jako względnie słaby, powstała między nimi relacja jest automatycznie niesymetryczna. Brak symetryczności w interakcji terapeuta — pacjent może mieć wiele negatywnych następstw. Jednym z poważniejszych może być przesadne górowanie terapeuty nad pacjentem, sprowadzanie go do roli „poddanego”. Innym, równie wielkim przewinieniem, może być nadużywanie przez terapeutę władzy w trakcie podejmowania decyzji, które powinny pozostać tylko w gestii pacjenta czy być wynikiem wzajemnego dialogu i wspólnych ustaleń. Asymetryczność relacji może też prowadzić do wymuszania na pacjentach przyjmowania określonych poglądów czy punktów widzenia.

Trzecia z barier w skutecznej komunikacji w relacji terapeutycznej to różne rozumienie pojęć. Terapeuci (także lekarze), którzy zgłębiali tajniki psychoterapii czy leczenia w tradycyjnej metodzie klinicznej (tzn. z dominującym terapeutą czy lekarzem) dość często biorą pod uwagę tylko własny punkt widzenia. Szkoleni w tej metodzie zostali uwrażliwieni na konieczność używania specjalistycznej terminologii medycznej (tu: psychiatrycznej, psychopatologicznej, psychoterapeutycznej), która jest zrozumiała tylko dla profesjonalistów, a w nikłym czy nawet żadnym stopniu dla słuchających ich pacjentów. W efekcie znacznie utrudnione czy wręcz niemożliwe jest właściwe porozumiewanie się lub ustalanie zbliżonego rozumienia omawianych spraw z pacjentami. Uporaniu się z tym problemem może służyć chęć zrozumienia przez terapeutę, jak jego pacjenci postrzegają siebie, swoje otoczenie, a także jego jako osobę prowadzącą ich terapię. Poznaniu perspektywy pacjentów może sprzyjać uruchamianie niewykorzystanego potencjału komunikacyjnego, w tym także niewerbalnego.

### Walory komunikacji niewerbalnej

Uczulanie terapeutów na walory i znaczenie komunikacji niewerbalnej w przebiegu terapii może zwiększyć ich umiejętności wrażliwego odczytywania emocji, nastrojów i postaw pacjentów oraz właściwego reagowania na nie. Wymusza to niejako potrzebę doskonalenia terapeutycznych kompetencji trafnego rozumienia zachowań niewerbalnych pacjentów. Z pewnością wiele ośrodków szkolących psychoterapeutów uczy budowania porozumienia z pacjentem, reagowania w empatyczny sposób, samokontroli w trakcie rozmowy czy wywiadu (anamnezy), prezentowania własnych emocji i dostarczania pacjentowi koniecznych dla niego informacji. Poziom opanowania tych umiejętności interpersonalnych w dużym stopniu zależy od niewerbalnych umiejętności klinicysty [2].

Niewątpliwie komunikacja niewerbalna może znacząco wpływać na dynamizowanie przebiegu terapii i uzyskiwanie wymiernych trwałych efektów w postaci np. ustąpienia dolegliwości, zmiany czy modyfikacji zachowań, zmniejszenia stresu, redukcji lęku czy zmiany jakości życia. Trudno oszacować udział komunikacji niewerbalnej w osiągnięciu takich rezultatów w terapii. Wynika to z faktu, że większość badań koncentruje się na ustaleniu wpływu komunikacji interpersonalnej uwzględniając doraźne efekty, a najczęściej: zmniejszenie napięcia, aprobatę i gotowość stosowania rad i zaleceń, zdobycie informacji o zaburzeniach, zadowolenie terapeuty i pacjenta [3]. Pozostałe krótkotrwałe rezultaty, które są równie bardzo ważne (a często ważniejsze), to sposób, w jaki pacjent ocenia w danej

chwili wiarygodność, atrakcyjność interpersonalną i stopień dominacji terapeuty. W sumie satysfakcja pacjenta zwykle jest główną miarą skuteczności postępowania terapeuty [4].

R. Rosenthal [5] wykazał, że poziom satysfakcji pacjenta jest w dużej mierze zależny od tego, w jakim stopniu terapeuta jest widziany jako osoba wrażliwa. Ponieważ wrażliwość terapeuty jest najekspresywniej wyrażana „mową ciała”, nie dziwi zatem, że pacjenci doznają największej satysfakcji obcując z terapeutami, którzy najskuteczniej operują „językiem gestów”. M.R. DiMatteo i A. Taranta [6, s. 542], komentując wyniki własnych badań, uważają że: „Umiejętność klinicystów przekazywania bądź rozumienia emocji komunikowanych niewerbalnie okazuje się związana ze zdolnością do zaspokajania potrzeb pacjentów dotyczących społeczno-emocjonalnych aspektów terapii. Wyniki [...] badań sugerują także, że umiejętności kodowania, dekodowania przekazów niewerbalnych mogą wpływać na ogólną zdolność empatycznego odnoszenia się do pacjentów w relacji terapeutycznej”.

Wyniki wielu badań potwierdzają duży, pozytywny wpływ niewerbalnych zachowań terapeuty na poziom satysfakcji pacjenta. R.L. Street [7] dowiódł, że opinie rodziców o jakości terapii ich dziecka są w istotny sposób zależne od tego, jak odbierają interpersonalną wrażliwość klinicysty i jego chęć przekazywania informacji oraz skłonności do partnerskiego traktowania pacjenta. Kolejne badania Streeta [8] znów wykazały, że pacjenci przypisują ogromne znaczenie temu, jak wrażliwy w ich mniemaniu jest terapeuta. Odkrycie to samo w sobie nie było czymś wyjątkowym czy zaskakującym. O wiele bardziej znaczący z perspektywy komunikacyjnej jest z pewnością powtarzający się związek między percypowanym poziomem wrażliwości terapeuty a jego mierzalnym poziomem umiejętności niewerbalnego komunikowania się. M.R. DiMatteo i A. Taranta [6] odnotowali powiązania między zdolnościami terapeuty do odczytywania niewerbalnych zachowań pacjentów a poziomem doznawanej przez nich satysfakcji. M.R. DiMatteo, L.S. Linn, B.L. Chang i D. Cope [9] ustalili, że pacjenci wolą terapeutów, którzy są emocjonalnie ekspresywni, a także to, że komunikacja niewerbalna ma szczególne (priorytetowe) znaczenie w wyrażaniu emocji. Z kolei J.A. Harrigan, T.E. Oxman i R. Rosenthal [10] stwierdzili, że terapeuci odpowiednio gestykułujący, przyjmujący właściwe pozycje ciała są postrzegani przez pacjentów jako bardziej skorzy do wzajemnego (interpersonalnego) kontaktu niż inni klinicyści.

DiMatteo [11] także ustaliła, że polegając na umiejętnościach terapeuty w zakresie kodowania i dekodowania zachowań niewerbalnych, można najwłaściwiej przewidzieć poziom satysfakcji pacjenta. Ta sama autorka twierdzi, że terapeuci, którzy potrafią operować „językiem ciała”, są bardziej wziętymi klinicystami; znacznie rzadziej pacjenci rezygnują z ich usług i są bardziej oblegani od tych mniej skutecznych niewerbalnie. Oznacza to, że pacjenci preferują terapeutów postrzeganych jako wrażliwych interpersonalnie. Z nimi są bardziej skłonni zawierać kontrakty terapeutyczne i ściśle przestrzegać terminów spotkań. DiMatteo dodaje przy tym, że w przeważającej większości wrażliwi terapeuci są również klinicystami z najlepiej rozwiniętymi umiejętnościami komunikowania się na płaszczyźnie niewerbalnej.

Zdaniem P.G. Northouse'a i L.L. Northouse'a [2] komunikacja niewerbalna ma wyjątkowe znaczenie w psychoterapii (czy w ogóle w opiece zdrowotnej) zwłaszcza dlatego, że pacjenci w dużym stopniu polegają na bezsłownych zachowaniach klinicystów, ci zaś

z wielką uwagą śledzą tego rodzaju zachowania u swych pacjentów. Podają kilka głównych przyczyn, dla których sygnały niewerbalne są ważne funkcjonalnie z pozycji pacjenta:

- pacjenci nierzadko traktują przekazy niewerbalne terapeuty jako podstawowe źródło informacji, zwłaszcza gdy nie jest on w stanie poświęcić im indywidualnie stosunkowo dużo czasu (np. podczas terapii grupowej);
- niektóre okoliczności, jak np. wstępny wywiad czy ustalanie warunków przebiegu terapii, prowadzą do pojawiania się u przyszłych pacjentów czy członków ich rodzin dużego poczucia lęku i niepewności; zmniejszeniu tych obaw służy często skupianie się na wychwytywaniu najrzetelniejszych w ich mniemaniu informacji, które często nieświadomie są przesyłane niewerbalnie przez terapeutę;
- pacjenci zwykle postrzegają przekazy niewerbalne terapeuty jako informację przed interakcją, np. wnikliwie przyglądają się jego ekspresji mimicznej, aby przekonać się, czy błąh czy poważny jest zgłaszany przez nich problem lub też zdiagnozowane zaburzenie;
- pacjenci często, mając wrażenie, że terapeuta nie jest z nimi do końca szczery, czy nawet ukrywa przed nimi prawdę lub wręcz ich okłamuje, są skłonni do ustalania jego wiarygodności bazując na informacjach, które ujawniają jego niewerbalne zachowania.

P. G. Northouse i L.L. Northouse [2] identyfikują także niektóre najważniejsze powody, z jakich komunikacja niewerbalna jest istotna funkcjonalnie z perspektywy terapeuty:

- w chwilach kryzysu (np. nadmierny „opór w terapii”) ważnym sposobem porozumiewania się z pacjentem może być odpowiedni dotyk (np. delikatne poklepanie po ramieniu czy lekkie dotknięcie lub chwilowe uchwycenie ręki) bądź okazanie zrozumienia poprzez kontakt wzrokowy i wyraz twarzy; dotyczyć to też może wzajemnego komunikowania się terapeutów w trakcie terapii grupowej lub superwizji, w momentach zaniepokojenia czy chwilowej bezradności w pracy nad przypadkiem danego pacjenta;
- porozumiewanie się bez słów może być jedynym możliwym sposobem komunikowania się z pacjentem, gdy jego psychiczne czy fizyczne problemy uniemożliwiają kontakt werbalny— może on być zbyt ograniczony, nieprzydatny bądź niemożliwy;
- terapeuci mogą sądzić, że ukryte czy niezwerbalizowane komunikaty pacjenta są najrzetelniejszym źródłem informacji o jego postawach, emocjach, uczuciach czy nastrojach.

A. J. Enelow i S.N. Swisher [12] wskazują na duże znaczenie komunikacji niewerbalnej podczas anamnezy (wywiadu). Ich zdaniem, gdy w trakcie jej przeprowadzania jest ograniczona możliwość rozmowy, pierwszoplanowe znaczenie zaczyna mieć interakcja niewerbalna. Skomentowanie zachowania bezsłownego pacjenta może go ośmielić do słownego wyrażenia intrapsychoicznego przeżycia. Przykładowo, pacjent, któremu terapeuta oznajmia, że wygląda na zmartwionego i cierpiącego, może w następstwie opisać swoje chroniczne, nisko umiejscowione usztywnienie karku oraz frontalny ból głowy, będące fizjologicznymi oznakami distressu. Może swobodniej uzewnętrznić stany emocjonalne, takie jak smutek czy strach, przekazywane wcześniej za pomocą sygnałów niewerbalnych (oznak behawioralnych).

Komunikacja niewerbalna jest ważna w kontekście psychoterapeutycznym z uwagi na konieczność traktowania pacjenta jako partnera interakcji. Bycie partnerem sprawia, że terapeuta w nieobojętny sposób rozpoznaje i odnosi się do ujawnianych przez pacjenta nastrojów, uczuć i emocji. Z tego punktu widzenia komunikacja niewerbalna staje się istotniejsza dla terapeuty z kilku przyczyn:

- sygnały niewerbalne zawierają zazwyczaj rzeczywiste zamiary pacjenta w pozbawionej zniekształceń postaci;
- sporo gestów autonomicznych (tzw. emblematorów, nie wymagających słów) znacznie ułatwia komunikowanie się między terapeutą a koterapeutami podczas terapii grupowej;
- interakcja niewerbalna jest zasadniczym sposobem wymiany emocji;
- przekazy niewerbalne pacjenta pełnią funkcję metakomunikacyjną, tzn. pomagają interpretować znaczenie nieczytelnych komunikatów słownych, co jest wyjątkowo ważne dla terapeutów w pracy z pacjentami mniej wylewnymi czy skorymi do kłamstwa lub ukrywania prawdy.

### **Funkcje komunikacji niewerbalnej w psychoterapii**

Zdaniem P. G. Northouse'a i L.L. Northouse'a [2] komunikacja niewerbalna w relacji terapeutycznej służy: a) uzewnętrznianiu (ekspresji) uczuć i emocji; b) regulacji interakcji; c) wzmacnianiu i potwierdzaniu (zatwierdzaniu) przekazu słownego; d) podtrzymywaniu wizerunku (obrazu „ja”); e) podtrzymywaniu kontaktu (relacji).

Z tych pięciu funkcji za szczególnie ważne uznają ci autorzy wykorzystywanie komunikacji niewerbalnej do zachowania pewnego obrazu „ja”, a także podtrzymywania relacji. Utrzymanie korzystnego obrazu „ja” jest dla pacjenta zamierzeniem, które wymaga dużego wysiłku. Wynika to z faktu, że brak pewności nierzadko staje się największą trudnością, gdy pacjent przychodzi ze znanego mu i przyjaznego środowiska własnego domu bądź miejsca pracy do obcej przestrzeni gabinetu terapeuty czy sali szpitalnej.

Problem z podtrzymaniem korzystnego wizerunku „ja” wynika także z wielu innych zachowań proksemicznych (odnoszących się do dystansu fizycznego i terytorializmu). Oprócz wspomnianego braku prywatności dokuczliwe bywa też wielokrotne, intruzywne jej naruszanie. Pacjent hospitalizowany jest pozbawiony ubioru, który go wyróżniał, czy uniformu, który wyznaczał jego pozycję w pozaszpitalnej rzeczywistości. Jest również pozbawiony swojej tożsamości, jaką faktycznie posiada. Ubierany jest w szpitalną odzież, która czasem jest tak uszyta, że niektóre czy wręcz wszystkie intymne części jego ciała są widoczne dla obcych. Kolejna niedogodność to możliwość swobodnego wkraczania na salę i to w każdym momencie, bez jakiegokolwiek zgody, zaproszenia czy zapowiedzi, pielęgniarki czy salowej. Pacjenci niepsychiatryczni są dodatkowo narażeni na tak poważną inwazję w ich intymność, jak umieszczenie medycznych narzędzi (sond, wzierników itp.) w każdym z wielu otworów tego, co do tej pory było ich prywatnym ciałem. Dochodzą do tego jeszcze krępujące zabiegi w obecności współpacjentów i wykonywane przez kogoś z personelu przeciwnej płci (np. prośba pielęgniarki, by pacjent położył się na boku w celu włożenia czopka do odbytu). W sumie nie ma takiego poniżenia, którego pacjent nie jest zmuszony znieść w swojej nowej roli.

Druga ze szczególnie ważnych funkcji komunikacji niewerbalnej w interakcji terapeuty — pacjent to podtrzymywanie relacji. Chociaż jest wiele właściwości wyznaczających charakter czy jakość relacji między terapeutą a pacjentem, to najważniejszy wydaje się poziom sprawowanej kontroli przez obie strony podczas sesji. Jak wspomniałem nieco wcześniej, sygnały niewerbalne wyraziście prezentują stopień dominacji czy uległości w kontakcie z innymi, np. terapeuta mówiący donośnym głosem może w ten sposób demonstrować swoją przewagę, a pacjent mówiący głosem słumionym może okazywać swoją słabość i podporządkowanie. Najekspresywniejsze w sygnalizowaniu stopnia wzajemnej kontroli dwóch komunikujących się osób są z pewnością zachowania wzrokowe.

D.G. Leathers [4] uważa, że przekazy niewerbalne podczas interakcji terapeuty i pacjenta mogą spełniać pięć głównych funkcji komunikacyjnych, a mianowicie:

- ułatwiać wymianę emocji;
- zwiększać czytelność przekazu poprzez użycie metakomunikatów;
- zwiększać ochronę poczucia „ja”;
- stwarzać korzystne wrażenie;
- udzielać wsparcia.

Wrażliwa wymiana emocji i rozpoznanie znaczeń ujawnianych emocji są niewątpliwie jednymi z najistotniejszych funkcji komunikacji niewerbalnej w relacji terapeutycznej. W związku z tym terapeuci powinni zadbać o doskonalenie tych umiejętności interpersonalnych, które ułatwią im wrażliwy odbiór uczuć, nastrojów i emocji pacjentów, w tym także bezpośrednią wymianę emocji. Trzema najekspresywniejszymi środkami wymiany emocji są mimika twarzy, parajązyk (głos) oraz dotyk. W takim razie obie strony — terapeuci i pacjenci — powinny rozwijać swoje umiejętności tworzenia i odczytywania treści przesyłanych tymi trzema kanałami komunikacji niewerbalnej, a zarazem powinny być wyczulone na subtelności kryjące się w każdym z nich (np. rodzaje ekspresji mimicznej, które przystoi lub nie przystoi prezentować w kontaktach z pacjentami; jaki ton głosu i cechy wokalne najczytelniej ujawniają takie emocje, jak niepewność, strach czy lęk oraz jakie zasady dotyczące dotyku są efektywne podczas określonej sesji) [13].

Drugą w kolejności, równie ważną funkcją, którą zasadniczo najlepiej spełniają przekazy niewerbalne, jest metakomunikacja. Informacje padające z ust terapeutów i pacjentów często są niejasne. U tych pierwszych, np. z powodu pośpiechu, niechęci przekazywania pacjentom złych wieści czy skłonności do używania niezrozumiałej dla nich terminologii, fachowego języka. Pacjenci z kolei mogą udzielać zdawkowych odpowiedzi na pytania terapeuty demonstrującego swoją wyższość czy władzę, mogą być oszczędni w słowach obawiając się zagrożenia własnego poczucia „ja” w nowym otoczeniu lub też odnosząc wrażenie, że terapeuta nie mówi prawdy. W każdej z tych sytuacji wypowiedzane słowa mogą być w mniejszym lub większym stopniu niezrozumiałe czy też niezbyt wiernie oddawać intencje komunikatorów. W takich okolicznościach terapeuci i pacjenci mogą posłużyć się sygnałami komunikacyjnymi wyższego rzędu, a mianowicie metakomunikatami. Spośród nich najlepsze komunikacyjnie są przekazy natury niewerbalnej. Sygnały metakomunikacyjne mogą przyjmować postać niekontrolowanych wyrazów twarzy, szybkich ruchów gałek ocznych, ostrego tonu głosu czy gestów adaptacyjnych (adaptatorów), demaskujących nerwowość bądź zbytne pobudzenie.



Ochrona poczucia „ja” to następna istotna funkcja komunikacyjna zachowań niewerbalnych w interakcji terapeutycznej. Delikatne, ukryte komunikaty terapeuty — dające wyraz temu, czy traktuje on pacjenta jako partnera, okazując to odpowiednimi zachowaniami (podtrzymując kontakt wzrokowy), a nie rozglądając się na boki czy spoglądając surowym wzrokiem znad okularów lub z góry, czy instrumentalnie — mogą informować pacjenta, czy jego poczucie „ja” jest chronione, czy zagrożone.

Charakter przekazów niewerbalnych odgrywa ogromną rolę w ochronie poczucia „ja” pacjentów, i to w wielu wymiarach. Jeżeli terapeuta pragnie uszanować prywatność pacjenta (co nakazuje mu kodeks etyczny psychoterapeuty), to nie powinien naruszać jego strefy intymnej (rozciągającej się w odległości 45 centymetrów wokół niego) czy granicy dystansu osobistego (od 45 do 120 centymetrów od pacjenta), a ułatwić mu zachowanie „terytorium „ja”. Ważne jest również, aby terapeuta, używając charakterystycznych gestów i sygnałów wzrokowych, zaakcentował, że bardziej interesuje go nawiązanie z pacjentem relacji partnerskiej niż tworzenie barier czy relacji opartej na jego dominacji. Jeżeli poczucie „ja” pacjenta nie ma być narażone na utratę, to terapeuci powinni unikać „parajęzyka” sugerującego ich uprzywilejowanie, władzę czy „dyktatorskie” zapędy.

Czwarta w kolejności funkcja sygnałów niewerbalnych w interakcji terapeuta — pacjent jest związana ze stwarzaniem korzystnego wrażenia. Jest ona ważna z uwagi na to, że zarówno terapeuci, jak i pacjenci mają skłonność do przypisywania sobie cech, które są przez nich uznawane. Wywierane wrażenie przez którąś ze stron łączy się zwykle z trzema cechami wizerunku — wiarygodnością, atrakcyjnością interpersonalną i dominacją [4].

Wiarygodność terapeuty jest najczęściej uwzględnianym czynnikiem w trakcie podejmowania decyzji o zawarciu kontraktu terapeutycznego, jednak wiadomo też, że podczas przeprowadzania wywiadu ważniejsze są dwa pozostałe wymiary wizerunku — atrakcyjność interpersonalna i dominacja.

Ustalono, że atrakcyjność interpersonalna jest określana na podstawie stopnia wzbudzonej sympatii przez daną osobę, jej ekspresyjności emocjonalnej, a także tego, czy robi wrażenie interesującej. Te trzy wyróżnione cechy wizerunku są bardzo pomocnymi właściwościami stylu komunikacji niewerbalnej terapeuty preferującego interakcyjny model pracy z pacjentem. Dochodzi do tego jeszcze wiele innych zachowań niewerbalnych, które służą pozytywnemu spostrzeganiu atrakcyjności fizycznej. Są wśród nich sygnały dowodzące o dużej otwartości, na przykład utrzymywanie kontaktu wzrokowego, frontalne ułożenie ciała, nachylenie się w stronę pacjenta i adekwatny do sytuacji dotyk. Tego typu i podobne niewerbalizmy uwypuklają atrakcyjność interpersonalną terapeuty oraz związaną z nią sympatię i szczerość intencji czy rzetelne zaangażowanie się w terapię.

W czasie sesji psychoterapeutycznej olbrzymie znaczenie ma także trzeci z wymiarów wizerunku — dominacja. Wczesniejsze analizy pozwalają uznać, że najistotniejszym wyizolowanym wymiarem, w którym można oceniać relację terapeuty z pacjentem, jest stopień dominacji manifestowany przez każdą ze stron. Przy czym wiedza o dominacji i uległości jest często czerpana głównie z komunikatów niewerbalnych, a zwłaszcza zachowań wzrokowych, „parajęzyka” (cech brzmienia głosu), ekspansywności gestów (mniej lub bardziej zamaszyste, „tnące” czy „boksujące” powietrze) i zachowań posturalnych (przyjmowanych pozycji ciała). W czasie pierwszych spotkań pacjenta z terapeutą, jak również ze współpacjentami w grupie terapeutycznej, są osoby (mogą nimi być zarówno

terapeuci, jak i pacjenci), które chcą zrobić wrażenie dominujących, co niestety może mieć negatywne skutki, gdyż komunikaty niewerbalne uwydatniające czyjąś dominację zazwyczaj sprawiają, że ich nadawca przestaje wzbudzać sympatię.

Oczekiwania pacjenta, żeby zdobyć potwierdzenie swoich podejrzeń lub przekonać się co do posiadanych informacji, a jednocześnie wzmocnić poczucie „ja”, są z pewnością okazywane mocniej w relacji terapeutycznej niż w jakiegokolwiek innej. Niewerbalne komunikaty zapewniające pacjentowi wzmocnienie są niedosięgłe wśród pozostałych typów komunikacji. Przykładem może być tu komunikacja za pomocą dotyku, dająca najwięcej możliwości wspierania czy uspokajania [13].

### Końcowe ustalenia

Istnieje wiele uzasadnionych racji, aby terapeuci zechcieli zmierzać w stronę, bardziej skoncentrowanej na pacjencie, metody interakcji. M. Stewart i D. Roter [1] wyrażają pogląd, że taka metoda wymaga od terapeutów, aby nauczyli się dostrzegać i reagować na sygnały, za pomocą których pacjenci okazują swe uczucia, aby doskonalili umiejętność odpowiedniego reagowania na emocje ujawniane przez ich pacjentów, aby dysponowali umiejętnościami wykorzystywania złożonych biopsychologicznych informacji uzyskanych od pacjentów, a także aby potrafili być empatyczni oraz umieli wnikliwie słuchać swoich pacjentów.

Skuteczniejszemu komunikowaniu się zarówno terapeutów, jak i pacjentów może służyć doskonalenie własnych, niewerbalnych umiejętności komunikacyjnych. Terapeuci chcąc dzielić kontrolę z pacjentami powinni równoważyć akcentowanie swojej dominacji czy specyficznie rozumianej władzy, zachowując się asertywnie, to znaczy okazując szacunek dla praw pacjentów. Na pewno obie strony — terapeuta i pacjent — powinny skupiać się na rozwijaniu tych umiejętności niewerbalnych, które sprzyjają budowaniu porozumienia i empatycznego reagowania. W związku z tym powinni dążyć do zwiększania swojej wrażliwości na wzajemne emocje i nastroje, ucząc się odczytywania znaczenia ekspresji mimicznej (wyrazu twarzy), zachowań kinezycznych (gestów wykonywanych rękami, nogami i innymi partiami ciała) i proksemicznych (związanych z dystansem fizycznym) oraz sygnałów językowych (tonu głosu, pauz, tempa mówienia itp.). Sami zaś terapeuci powinni przejawiać dbałość o dostarczanie pacjentowi wsparcia i pozytywnego wzmocnienia, gdy tylko jest ono konieczne, poprzez potakujące skinienia głową, stosowanie wyrażen typu „OK”, „aha”, „mhm”, „w porządku” czy w formie delikatnego dotykania dłoni czy ramienia pacjenta. Powinni ponadto dokładnie zapoznać się z sygnałami niewerbalnymi komunikującymi poczucie dużej siły albo jego braku (bezsilności, bezradności), a także z przekazami niewerbalnymi wyrażającymi agresywność, asertywność i brak asertywności, by w efekcie umieli dzielić się kontrolą w interakcji z pacjentami.

Korzyści płynące z umiejętności tworzenia i interpretowania przekazów niewerbalnych w relacji terapeutycznej przemawiają za wprowadzaniem do szkolenia psychoterapeutów specjalnego kursu ukierunkowanego na rozwijanie tej sfery komunikowania się. Terapeuci powinni być objęci specjalistycznymi szkoleniami w zakresie posługiwania się niewerbalnymi zachowaniami i sygnałami komunikacyjnymi, tak, by z jednej strony mogli jawić się jako osoby bardziej wrażliwe i troskliwe, z drugiej — potrafiące nie naruszać poczucia ja swych pacjentów.

### Piśmiennictwo

1. Stewart M, Roter D. Introduction. W: Stewart M, Roter D, red. *Communicating with medical patients*. Newbury Park, CA: Sage; 1989, s. 17–23.
2. Northouse PG, Northouse LL. *Health communication: strategies for health professionals*, wyd. 2. Norwalk, CN: Appleton & Lange; 1992.
3. Beckman H, Kaplan SH, Frankel R. Outcome-based research on doctor-patient communication: A review. W: Stewart M, Roter D, red. *Communicating with medical patients*. Newbury Park, CA: Sage; 1989, s. 223–227.
4. Leathers DG. *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
5. Rosenthal R, red. *Skill in nonverbal communication: Individual differences*. Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gumm & Hain; 1979.
6. DiMatteo MR, Taranta A. Nonverbal communication and physical-patient rapport: An empirical study. *Profess. Psychol.* 1979; 10: 540–547.
7. Street RL. Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc. Sc. Med.* 1991; 32: 541–548.
8. Street RL. Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures correspond to patients perceptions. *Med. Care* 1992; 30: 976–988.
9. DiMatteo MR, Linn LS, Chang BL, Cope D. Affect and neutrality in physician behavior: a study of patients' values and satisfaction. *J. Beh. Med.* 1985; 8: 397–409.
10. Harrigan JA, Oxman TE, Rosenthal R. Rapport expressed through nonverbal behavior. *J. Nonverb. Beh.* 1985; 9: 95–110.
11. DiMatteo MR. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physicians' workload. *Health Psychol.* 1986; 51: 581–584.
12. Enelow AJ, Swisher SN. *Interviewing and patient care*. Oxford: Oxford University Press; 1986.
13. Sikorski W. *Bezsłowne komunikowanie się w psychoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2002.

Adres: Instytut Nauk Pedagogicznych,  
45-052 Opole, ul. Oleska 48

