

Znaczenie komunikacji niewerbalnej w relacji terapeutycznej **The significance of nonverbal communication in therapeutic relations**

Bogumiła Witkowska-Łuć

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Instytut Pedagogiki i Psychologii, Zakład Psychologii

Streszczenie:

Pozasłowne komunikowanie się w psychoterapii odgrywa zasadniczą rolę: zarówno pacjenci, jak i terapeuci obserwują głównie wzajemne zachowania przekazywane pozawerbalnie. Celem artykułu jest wskazanie znaczenia komunikatów pozawerbalnych w relacji terapeutycznej. Stwierdzono istotną zależność pomiędzy satysfakcją pacjenta z psychoterapii a poziomem empatii okazywanej przez terapeutę. Wrażliwość terapeuty i zdolność do rozumienia trudności zgłaszanych przez pacjenta odbierana jest przede wszystkim przez sygnały niewerbalne płynące z ciała. W komunikowaniu się pozawerbalnym szczególne znaczenie mają: gesty, mimika, kontakt wzrokowy, postawa ciała, dotyk, odległości przestrzenne, sygnały wokalne. W badaniach potwierdzono, że terapeuci utrzymujący żywy kontakt wzrokowy, kierujący ciałem w kierunku pacjenta oraz wychylający się do przodu podczas rozmowy, byli przez pacjentów odbierani jako bardziej kompetentni, godni zaufania, jak również bardziej zrównoważeni, wyrozumiali, cierpliwi oraz mniej krytyczni. Skuteczna komunikacja niewerbalna w relacji terapeutycznej zależy od umiejętności psychoterapeuty i pacjenta do osiągnięcia wzajemnego porozumienia, emocjonalnego otwarcia się na drugą osobę i empatycznego reagowania. Pojedyncze sygnały niewerbalne tworzą większe całości i powinny być analizowane łącznie. Prawidłowe odczytywanie sygnałów pozasłownych wymaga także uwzględnienia indywidualnych cech pacjenta, jego psychopatologii oraz sytuacji, w jakiej występują. Komunikowanie się w psychoterapii jest procesem, na który składają się zarówno komunikaty niewerbalne, jak i werbalne. Informacje płynące z komunikatów pozawerbalnych powinny być interpretowane w kontekście wypowiadanych z nimi słów.

Summary

Nonverbal communication is significant in psychotherapy: both patients and therapists mutually observe nonverbal behavior. The main purpose of the presented article is to indicate the meaning of nonverbal communication in therapeutic relation. The research shows that in psychotherapy there is a significant dependence between patient's fulfilment and therapist's approach, that generates empathy. Therapist and his responsiveness along with the ability to understanding the difficulties reported by the patient himself are received through nonverbal signals of the body language. In the nonverbal communication most significant are: gestures, mimics, eye contact, body attitude, touch, distance and vocal signals. Research confirm that therapists who maintain eye contact, direct and lean the body towards patient during conversations are often perceived as more competent, trustworthy, more emotionally stable, tolerant, patient and less critical. Successful nonverbal communication in therapeutic relations depends on both patient's and psychotherapist's skills to attain mutual understanding, emotional openness and empathic reactions. Single nonverbal signals create completeness thus should be analyzed as a whole. The correct interpretation of nonverbal signals calls for considering patient's individual attributes, his/hers psychopathology and the actual situation in which they take place. Communication in psychotherapy is a process that includes both verbal and nonverbal notifications. Information that comes from nonverbal signals should be interpreted in the context of words that accompany them.

Słowa kluczowe: psychoterapia, relacja terapeutyczna, komunikacja niewerbalna, zachowania pozawerbalne, komunikacja interpersonalna

Keywords: psychotherapy, nonverbal communication, nonverbal behaviors, the therapeutic relation, interpersonal communication

Wstęp

Proces porozumiewania się ludzi między sobą był badany przez specjalistów wielu dyscyplin naukowych. Zajmowali się nim psycholodzy, pedagodzy, socjolodzy, filozofowie, a także językoznawcy, psycholingwiści i antropolodzy. W literaturze dominuje analiza procesu komunikowania się werbalnego. Niewiele opracowań z ostatnich lat koncentruje uwagę na znaczeniu pozasłownej wymiany informacji między osobami. W niniejszym artykule zwrócono uwagę na rolę sygnałów pozawerbalnych w szczególnej sytuacji komunikowania, która zachodzi między pacjentem a terapeutą podczas leczenia za pomocą psychoterapii. Zjawisko psychoterapii jest bardzo złożone i wieloaspektowe. Prowadzenie badań naukowych w tym obszarze stanowi trudne wyzwanie. W wyniku wieloletnich badań [1,2,3] wypracowano zaledwie kilka stanowisk, które zyskały aprobatę środowiska naukowego. Jedno z nich dotyczy związku, jaki powstaje między terapeutą a pacjentem, czyli relacji terapeutycznej. W tej interakcji komunikacja słowna, ale również pozasłowna, odgrywają ważną rolę. Analiza i interpretacja treści słownych wypowiedzianych przez pacjenta stanowi podstawowe zadanie terapeutów w większości podejść psychoterapeutycznych. Literatura przedmiotu w tym zakresie jest dość obszerna. Natomiast rola komunikacji niewerbalnej w kontakcie terapeuty z pacjentem nadal jest niewystarczająco poznana i opisana. Zwraca także uwagę fakt, że na szkoleniach dla psychoterapeutów nie poświęca się wystarczająco dużo czasu analizowaniu znaczenia komunikacji pozasłownej [3]. Wydaje się, że kształcenie w zakresie bardziej świadomego wysyłania sygnałów pozawerbalnych przez psychoterapeutów oraz uważnego odczytywania tych, które ujawnia w interakcji pacjent, może zwiększać wrażliwość na pełniejsze rozumienie problemów leczonej osoby. Z opublikowanych badań [4] wynika, że satysfakcja pacjenta podczas psychoterapii jest istotnie powiązana z poziomem empatii psychoterapeuty. Wrażliwość terapeuty ujawnia się głównie poprzez sygnały niewerbalne płynące z ciała. Zdolność empatycznego rozumienia pacjenta przez terapeutę zależy od umiejętności psychoterapeuty w zakresie kodowania i dekodowania informacji wysyłanych drogą pozawerbalną. Komunikacja niewerbalna rozumiana jest jako przekazywanie informacji za pomocą statycznych i dynamicznych właściwości ciała ludzkiego. Analizie poddawane są gesty, mimika, postawa ciała, dotyk, kontakt wzrokowy, sygnały wokalne [5,3,6]. Celem artykułu jest ukazanie znaczenia komunikacji pozawerbalnej w relacji psychoterapeutycznej.

Komunikowanie się w psychoterapii

W psychoterapii, która jest szczególnym rodzajem spotkania dwóch osób – pacjenta oraz psychoterapeuty, skuteczna komunikacja stanowi warunek konieczny dla efektywnego leczenia. Wymiana informacji w procesie psychoterapeutycznym odbywa się równocześnie na

poziomie słownym i bezsłownym. Komunikacja słowna bez przekazu pozasłownego praktycznie nie występuje. Z kolei wszystkie zachowania niewerbalne muszą być interpretowane w określonym kontekście. Żaden pojedynczy gest lub zachowanie nie oznacza dokładnie tego samego we wszystkich możliwych sytuacjach. Pacjentka, która krzyżuje ręce na klatce piersiowej, może sygnalizować brak gotowości do przyjęcia słów kierowanych przez psychoterapeutę, ale gest ten może stanowić też próbę radzenia sobie ze zbyt niską temperaturą w otoczeniu lub przyjęcie takiej postawy dla wygody [7]. Każdy komunikat, który jest wysyłany przez partnera interakcji, zawiera zarówno aspekt treściowy (sygnały werbalne), jak i relacyjny (sygnały pozawerbalne). W literaturze przedmiotu przytoczono wiele definicji komunikacji. Szczególnie trafne wydaje się rozumienie komunikowania się w psychoterapii podane przez Sikorskiego [3]. Autor ujmuje ten proces jako umiejętność uważnego słuchania, obserwowania czy postrzegania oraz słownego i pozawerbalnego reagowania na zachowania pacjenta w taki sposób, aby okazać mu zainteresowanie i upewnić go, że został wysłuchany i właściwie zrozumiany. Klinicyści pracujący w różnych orientacjach psychoterapeutycznych, którzy wyznają odmienne systemy wartości, zgodnie potwierdzają ogromne znaczenie empatii, wrażliwości w skutecznym procesie terapeutycznym. Osoba pomagająca innym powinna posiadać umiejętność sprawnego poznawania i nazywania problemów pacjenta oraz dzielenia się swoimi odczuciami i przemyśleniami [3]. Podjęcie decyzji o rozpoczęciu psychoterapii często łączy się z przeświadczeniem pacjenta, na ile czuje się on rozumiany przez terapeuta podczas pierwszych sesji. Znacznie łatwiej okazać rzeczywiste empatyczne zrozumienie dla trudności zgłaszanych przez pacjenta kanałami pozawerbalnymi, niż używając słów. Wielu autorów przyjmuje, że w komunikacji bezsłownej następuje ocena zachowania innej osoby na podstawie obserwowanej u niej mimiki, gestów, pozycji ciała, dotyku, zapachu. Takie ujęcie wydaje się jednak niepełne. Komunikacja pozasłowna to proces, w którym pojedyncze i połączone zachowania niewerbalne oraz zachowania niewerbalne połączone z wypowiedziami werbalnymi są wykorzystywane do wysyłania i interpretacji przekazów w danej sytuacji lub kontekście [6]. Warto zauważyć, że w procesie psychoterapii przekazywanie komunikatów pozawerbalnych dotyczy zarówno terapeuty, jak i pacjenta. Psychoterapeuta powinien dostrzegać komunikaty pozawerbalne pacjenta, dokonywać ich adekwatnej interpretacji oraz czerpać informacje przydatne w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Pomimo tego, że osoba uczestnicząca w psychoterapii najczęściej nie jest wyszkolona w zakresie odczytywania sygnałów pozawerbalnych, to oczywiście pozasłowne zachowania terapeuty są zauważane przez pacjenta, zapamiętywane, analizowane i mają znaczenie na każdym etapie jego terapii.

Ważne sygnały niewerbalne w komunikacji terapeutycznej

Sygnały bezsłowne wysyłane w sposób świadomy bądź nieświadomy przez pacjenta stanowią dla terapeuty niezwykle ważną informację dla oceny prawdziwości wypowiedzianych przez osobę leczoną komunikatów werbalnych. Literatura przedmiotu [5,6,2,8] oraz praktyka psychoterapeutyczna wskazują, że ważne komunikaty pozawerbalne są związane z pozycją i postawą ciała, ogólnym wyglądem, ruchami ciała, skórą, ekspresją mimiczną, oczami, kontaktem wzrokowym, ustami, głosem. W kontakcie psychoterapeutycznym istotne informacje mogą być odczytane z obserwacji pozycji ciała pacjenta a także terapeuty. Sylwetka osoby może zdradzać napięcie lub pokazywać rozluźnienie, może być pochylona do przodu lub w bok albo też odchylona do tyłu. Wychylenie ciała w kierunku rozmówcy świadczy o okazywanym zainteresowaniu i chęci zrozumienia drugiej osoby. Istotne komunikaty pozasłowne są wysyłane przez utrzymywanie kontaktu wzrokowego lub jego brak. Unikanie kontaktu wzrokowego podczas całego czasu trwania spotkania terapeutycznego nie sprzyja nawiązywaniu relacji. Odchylenie głowy w bok i niepatrzenie na rozmówcę podczas prowadzonego dialogu także nie ułatwia wzajemnego porozumienia. Z kolei stałe, wręcz natarczywe pozostawanie w kontakcie wzrokowym z partnerem interakcji również nie jest korzystne dla efektywnej komunikacji. Nieprzerwane wpatrywanie się terapeuty w pacjenta wprowadza dyskomfort, a także może być sygnałem dominacji w prowadzonej interakcji. Pozostawanie w kontakcie wzrokowym o zmiennym nasileniu, z przewagą spotykania ze wzrokiem drugiej osoby, sprzyja wzajemnemu porozumiewaniu się i budowaniu zaufania [8,6].

Ważne informacje pozawerbalne wypływają z ruchów ciała. Napięcie, niepokój, niecierpliwość mogą się manifestować poprzez ruchy nóg, podrygiwanie kolana. Gesty rąk i nóg również są istotnym źródłem pozawerbalnych komunikatów. Kiwanie głową zazwyczaj oznacza aprobatę wypowiedzi rozmówcy oraz chęć udzielenia wsparcia, okazania bliskości. Informacje o drugiej osobie uzyskujemy też z obserwacji jej postawy ciała. Ułożeniem ciała osoba przekazuje bezsłowną informację swojemu rozmówcy (słuchaczowi) o wzajemnej relacji. Założenie nogi na nogę, w taki sposób, że stopa jest oparta na kolanie, może informować o nadmiernym rozluźnieniu, a nawet cechach lekceważenia, niesprzyjających pracy psychoterapeutycznej [8,6,2].

Z obserwacji wyglądu skóry również płyną ważne informacje. Nagłe czerwienienie się lub blednięcie wskazuje na silne emocje doświadczane przez osobę. Pojawianie się czerwonych plam na skórze, na przykład szyi, może być wyrazem silnego napięcia emocjonalnego. Z ogólnego wyglądu pacjenta również można czerpać informacje o nim. Staranne i gustowne ubranie, adekwatne do sytuacji spotkania, może wskazywać na dbałość osoby o siebie, jak

również wyrażanie w ten sposób szacunku dla drugiej osoby. Dorosła pacjentka przychodząca na kolejne spotkania terapeutyczne w stroju charakterystycznym dla nastolatki, wysyła komunikat pozawerbalny o potrzebie funkcjonowania na wcześniejszym etapie rozwojowym, o nieakceptowaniu upływającego czasu i procesu starzenia się.

Głos człowieka, ton, szybkość wypowiedzanych słów, płynność wypowiedzi ma także znaczenie. Bardzo szybkie tempo mówienia połączone z niedokładnym artykułowaniem słów stanowi czasem barierę znacznie utrudniającą wzajemną wymianę myśli i emocji. Podobne zjawisko występuje, kiedy osoba mówi bardzo cicho i w sposób niezrozumiały. Taki sposób wypowiedzi może być sygnałem niepewności, obaw, zwłaszcza, kiedy ujawnia się w początkowej fazie terapii [2,5].

Ważny obszar komunikatów pozawerbalnych stanowią też usta oraz mimika. Pacjent może prezentować ożywioną, dynamicznie zmieniającą się mimikę lub przeciwnie, jego twarz może być maskowata, nie zmieniająca swojego wyrazu, pomimo omawiania sytuacji o różnym zabarwieniu emocjonalnym. Grymasy ujawniające się na twarzy pacjenta, z wyraźną tendencją do powtarzania, mają znaczenie w obrazie klinicznym. Przygryzanie, zaciskanie warg przez pacjenta najczęściej jest wyrazem hamowania trudnych emocji, których otwartego wyrażenia pacjent się obawia. Usta mogą się układać w uśmiech wyrażający różne stany emocjonalne pacjenta. Na ogół oznacza on zadowolenie i radość, ale niektórzy pacjenci nakładają w taki sposób „maskę”, kryjąc za uśmiechem swoje zakłopotanie, niepewność, złość lub inne emocje, których nie są gotowi ujawnić lub których nie są nawet świadomi [9,8].

Komunikowanie się w psychoterapii za pomocą dotyku powoduje różne interpretacje. W przeszłości zastanawiano się, komu bardziej służy dotyk: pacjentowi czy terapeutcie? Obecnie terapeuci coraz częściej dostrzegają znaczenie odpowiedniego dotyku służącego pacjentowi w procesie psychoterapii. Poprzez dotyk można w sposób bardziej skuteczny wyrażać uczucia, kontrolę, zaangażowanie. Najczęściej ten szczególny rodzaj kontaktu jest zawężany w psychoterapii do uścisku dłoni, dotknięcia ramienia czy ręki pacjenta w celu okazania akceptacji. Czasem niekrępujące objęcie pacjenta może stanowić ważny przejaw wsparcia w sytuacji psychoterapeutycznej [10].

Badania prowadzone przez Battles i Berman [11] wskazały na znaczenie wspólnego oddziaływania werbalnych i niewerbalnych form „potakującej” konwersacji. Terapeuci byli odbierani jako bardziej empatyczni oraz będący w spójnej relacji z klientem, nie tylko wtedy, gdy często używali krótkich wokalizacji (mm-hmm) popartych potakiwaniem głową, ale też wówczas, gdy poziom tych werbalnych i niewerbalnych potwierdzeń był niski (ale zgodny). Wyniki tych badań sugerują, że psychoterapeuci, mogą lepiej służyć swoim pacjentom podczas

sesji, poprzez utrzymywanie zgodnych poziomów „potakującej” konwersacji. Komunikaty paralingwistyczne stanowią ważny element uruchamiający niespecyficzne czynniki podczas psychoterapii, wzbudzające nadzieję pacjenta na uzyskanie skutecznej pomocy [12]. Znaczenie spójności komunikatów werbalnych i niewerbalnych było przedmiotem badań amerykańskich naukowców [13]. Chociaż w pozytywnym odbiorze partnera interakcji wiele sygnałów pozawerbalnych ma doniosłe znaczenie, jednak stwierdzono, że to zgodność zachowań pozawerbalnych z wypowiedzianymi słowami odgrywa kluczową rolę w tworzeniu korzystnego pierwszego wrażenia.

Zachowania niewerbalne sprzyjające relacji terapeutycznej

Z badań empirycznych [3,9,2] wynika, że zachowania niewerbalne wysyłane przez terapeutę można podzielić na sprzyjające relacji terapeutycznej oraz wyraźnie ją utrudniające. Postawa terapeuty dość naturalna, rozluźniona i otwarta zachęca do nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, budowania zaufania. Wychylenie w kierunku pacjenta to sygnał ze strony psychoterapeuty, że pacjent i jego problemy są ważne. Odzwierciedlanie postawą ciała sposobu siedzenia pacjenta (zgodność posturalna) także sprzyja nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji terapeutycznej. Stwierdzono, że terapeuci, którzy potrafią skutecznie porozumiewać się z pacjentami, nie splatają rąk i nóg [3]. O bliskości i gotowości do słuchania i analizowania problemów pacjenta świadczy również utrzymywanie bliskiego dystansu fizycznego [8,6,2]. Psychoterapeuta przygotowujący fotel dla pacjenta w bliskiej od siebie odległości, wysyła komunikat o akceptacji swojego rozmówcy. Efektywnej komunikacji sprzyja też ufny ton głosu psychoterapeuty oraz dopasowanie go do tonu, jakim posługuje się pacjent. Tempo rozmowy powinno mieć charakter wyważony, ani zbyt szybki, ani zbyt wolny. Podstawą dobrego komunikowania się z pacjentem podczas sesji psychoterapeutycznej jest kierowanie twarzy w stronę pacjenta, utrzymywanie umiarkowanego, niezbyt intensywnego (natarczywego) kontaktu wzrokowego, zachowywanie żywej mimiki, czasem wprowadzanie gestykulacji, uśmiechanie się adekwatne do sytuacji i przeżyć pacjenta [9,14]. W budowaniu relacji terapeutycznej istotną rolę odgrywają również komunikaty pozawerbalne płynące z ułożenia rąk i nóg: krzyżowanie ich nie służy efektywnemu porozumiewaniu się. Skuteczna komunikacja niewerbalna w relacji terapeutycznej zależy od umiejętności psychoterapeuty i pacjenta do osiągnięcia wzajemnego porozumienia, emocjonalnego otwarcia się na drugą osobę i empatycznego reagowania [3]. D.G. Leathers [2], podsumowując wyniki wielu badań empirycznych, stwierdził, że można opisać profil zachowań niewerbalnych, charakteryzujących skutecznego terapeutę. Do zachowań pożądanых zaliczone zostały: a) zachowania wskazujące na dużą otwartość i bezpośredniość: częste spoglądanie na pacjenta,

skierowanie ciała i głowy w kierunku pacjenta, zajmowanie miejsca w bliskiej odległości od pacjenta - około jednego metra; b) zachowania związane z reagowaniem na zmieniającą się dynamikę interakcji: otwarta postawa ciała, zmieniana adekwatnie do sytuacji i potrzeb pacjenta, odpowiednia gestykulacja (potakiwanie głową, prezentowanie wnętrza dłoni), posługiwanie się ilustratorami, gestami przestrzennymi, nawiązywanie adekwatnego kontaktu dotykowego; c) spójność komunikatów: ton głosu, postawa ciała, gesty, bliska odległość fizyczna, odpowiedni dotyk, powinny być stosowane dla wzmocnienia i uwiarygodnienia komunikatów wypowiedzianych werbalnie, które wyrażają serdeczność, akceptację, zrozumienie i szczerzy stosunek do przeżyć pacjenta; d) sekwencje zachowań niewerbalnych, które uwydatniają fachowość terapeuty oraz sprawiają, że wzbudza on zaufanie. Skuteczny terapeuta to osoba prezentująca odpowiednią postawę wobec pacjenta pozostającego z nim w relacji terapeutycznej. Z badań Heitzman i wsp. [15] wynika, że zachowaniami niewerbalnymi, najlepiej sprzyjającymi budowaniu kontaktu z pacjentem są: uśmiech, dotyk, potakujące ruchy głowy, zachowania wyrażające bezpośredniość i utrzymywanie kontaktu wzrokowego. Oczywiście wymienione zachowania, aby były skuteczne muszą pojawić się w odpowiednim momencie i we właściwy sposób. Pacjenci, którzy osiągnęli cele w procesie psychoterapii, dokonując konstruktywnych zmian we własnym życiu, oceniali swoich terapeutów jako osoby empatyczne, godne zaufania, z wysokim poziomem wiarygodności oraz wrażliwości.

Zachowania niewerbalne niesprzyjające relacji terapeutycznej

Wśród zachowań niewerbalnych niekorzystnie wpływających na nawiązywanie i utrzymywanie dobrej relacji terapeutycznej wskazywany jest dystans, jaki stwarza terapeuta, siadając daleko od pacjenta i równocześnie odwracając się od niego lub siadając bokiem. Rzadkie nawiązywanie kontaktu wzrokowego lub zupełne niepatrzenie na pacjenta, przemykanie oczu, są wyraźnymi sygnałami pozawerbalnymi zniechęcającymi do otwartości i ujawniania istotnych, trudnych spraw. Ważne informacje pozawerbalne pacjent czerpie również obserwując mimikę psychoterapeuty. Amimiczność, a także utrzymywanie podczas spotkania srogiej miny, nieprzyjaznego spojrzenia nie zachęca pacjenta do kontaktu. Nieprzyjemny ton głosu oraz zbyt wolne lub zbyt szybkie tempo wypowiedzianych słów, zupełnie niedostosowane do pacjenta, nie sprzyjają rozwojowi relacji terapeutycznej. Nadmiarowe ruchy terapeuty sugerujące jego pośpiech, brak koncentracji na sprawach pacjenta, a także wzmożona gestykulacja są zachowaniami niekorzystnymi dla dobrego porozumiewania się. Czynnikiem utrudniającym budowanie relacji terapeutycznej jest ziewanie terapeuty podczas sesji, a także pouczające kiwanie palcem wskazującym czy szyderczy śmiech psychoterapeuty [9]. Zaobserwowano, że terapeuci, którzy mają trudności z

nawiązywaniem bezpośredniego kontaktu z pacjentami, częściej krzyżują ręce, zakładają nogę na nogę, unikają wymiany spojrzeń albo utrzymują zbyt intensywny kontakt wzrokowy, siedzą pochyleni do tyłu, odwracają głowę, rzadko gestykulują i są posturalnie statyczni [3]. Autorzy zajmujący się omawianą problematyką uważają, że takie zachowania niewerbalne są utożsamiane z postawą dominacji lub demonstrowaniem wysokiego statusu [16]. Zdaniem Northouse'a i Northouse'a [17] relacji terapeutycznej nie sprzyjają zachowania, które wskazują na niepewność pacjenta w swojej roli oraz przewagę władzy terapeuty w kontakcie z pacjentem. Wejście w rolę pacjenta stawia go w nowej sytuacji, która może wyzwać brak pewności siebie, niepewność w zakresie swoich praw, bierność. Terapeuta może z kolei wycofanie pacjenta interpretować jako opór lub brak motywacji do podejmowania psychoterapii. Nieczytelność roli prowadzi do stereotypowego postrzegania pozycji terapeuty i pacjenta. Terapeuta odbierany jest wówczas jako dominujący, autorytarny, natomiast pacjent uległy i podporządkowany nakazom ustalonym przez psychoterapeutę. Wspomniani autorzy uważają także, że zaburzenie prawidłowej relacji terapeutycznej stanowi nierówny podział władzy. Niesymetryczna relacja przejawiająca się okazywaniem dominacji przez terapeuta oraz słabością pacjenta powoduje niekorzystne konsekwencje. Przy dużej kontroli ze strony terapeuty i niewielkiej pacjenta, to terapeuta decyduje o tym, co jest dla pacjenta najkorzystniejsze. Taki układ nie sprzyja zdrowieniu, może powodować przeniesienie odpowiedzialności za proces leczenia na terapeuta, podnosi także ryzyko uzależnienia od psychoterapeuty [3]. Ta paternalistyczna relacja uniemożliwia stworzenie dojrzałego przymierza między pacjentem a terapeutą i niekorzystnie wpływa na dynamikę zdrowienia. Najkorzystniejszy jest kontakt oparty na wzajemności. W takiej relacji, jak zauważa Sikorski [8], obie strony traktują siebie jak równoprawnych partnerów. Wówczas relacja między terapeutą a pacjentem jest w miarę zrównoważona, co daje możliwość dokonywania rozstrzygnięć podczas aktywnej i wyważonej komunikacji. Taki wyrównany podział kontroli przebiegu terapii zabezpiecza pacjenta przed instrumentalnym traktowaniem go oraz przyjmowaniem przez niego roli osoby biernej, oczekującej na pomoc, bez aktywnego własnego zaangażowania [8].

Warto w tym miejscu przytoczyć profil niepożądanych zachowań psychoterapeuty, który został opracowany przez Leathers [2] na podstawie analizy wielu badań. Do zachowań niekorzystnych, niesprzyjających prawidłowej relacji psychoterapeutycznej zaliczone zostały:

- a) zachowania wskazujące na niski poziom bezpośredniości i tendencje do zamykania się w sobie: rzadkie kierowanie wzroku na pacjenta, ciało i głowa terapeuty zwrócone w innym kierunku niż pacjent, zajmowanie miejsca w dużej odległości od pacjenta (powyżej dwóch

metrów); b) zachowania świadczące o obojętności na dynamikę interakcji: zamknięta postawa ciała, ramiona splecione na klatce piersiowej, nogi skrzyżowane w kostkach, głowa i ciało nieruchome, usztywnione, uboga mimika, brak gestykulacji, unikanie kontaktu wzrokowego; c) niespójność w komunikatach werbalnych i niewerbalnych: ton głosu, gesty, postawa ciała, fizyczne dystansowanie się od pacjenta, które przeczą treściom wypowiedzianym przez terapeutę. W ten sposób komunikowany jest brak akceptacji, zrozumienia, empatii, serdeczności i ciepła oraz pozbawiona szczerości troska o pacjenta; d) sekwencja zachowań niewerbalnych, które sprawiają, że terapeuta jest postrzegany jako mało kompetentny i nie wzbudzający zaufania. Powyższe wnioski wynikające z badań informują, że skuteczny terapeuta powinien dbać o to, aby wysyłane przez niego komunikaty werbalne i niewerbalne były spójne, a sygnały płynące z ciała wyrażały otwartość i bezpośredniość [3]. Nie mniej istotne i zgodnie podkreślane w wynikach badań jest znaczenie empatycznego rozumienia pacjenta. Niekorzystnie wpływa na interakcję z pacjentem prezentowanie przez terapeutę zachowań niewerbalnych sygnalizujących władzę, przejawiających się w zbyt odprężonej i ekspansywnej postawie ciała, przesadnie wolnym tempie mówienia, podnoszeniu głosu podczas wypowiedzi, stosowaniu dość długich pauz, podkreślających znaczenie następujących po nich słów, nadmierny, wręcz nachalny kontakt wzrokowy, dynamiczne, zdecydowane gesty. Niska świadomość terapeuty dotycząca tego, że przejawiane przez niego sygnały pozawerbalne nie służą budowaniu adekwatnej, bezpiecznej dla pacjenta przestrzeni, nie sprzyjają skutecznemu wzmocnieniu wzajemnej relacji.

Rola komunikacji niewerbalnej w relacji terapeuta – pacjent

W efektywnej interakcji pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem najważniejsze są umiejętności komunikowania się pozawerbalnego. Wyniki wielu badań potwierdziły, że poziom satysfakcji pacjenta z interakcji z psychoterapeutą jest zależny od komunikacji pozawerbalnej [18,19]. Stwierdzono, że skuteczny psychoterapeuta dysponuje wysokimi umiejętnościami bezsłownego okazywania empatii, współczucia, uważnego słuchania pacjenta i szczerego zainteresowania jego problemami. Pomoc psychoterapeutyczna może być bardziej skuteczna, kiedy psychoterapeuta w sposób świadomy rozwija własne, niewerbalne umiejętności komunikacyjne. Szczególne znaczenie odgrywają umiejętności sprzyjające budowaniu wzajemnego porozumienia i empatycznego reagowania na siebie [2]. Empirycznie potwierdzono również, że terapeuci utrzymujący żywy kontakt wzrokowy, kierujący ciało w stronę pacjenta oraz pochylający się do przodu byli przez odbiorców interakcji spostrzegani jako bardziej kompetentni i godni zaufania, a także bardziej zrównoważeni, wyrozumiali, cierpliwi oraz mniej krytyczni [20]. Northouse i Northouse [17] dowiedli, że komunikacja

pozawerbalna ma szczególne znaczenie w psychoterapii, ponieważ zarówno pacjenci, jak i terapeuci obserwują głównie pozasłowne wzajemne zachowania. Stwierdzono także, że komunikacja niewerbalna nabiera szczególnego znaczenia podczas przeprowadzanego z pacjentem wywiadu, kiedy możliwość rozmowy jest ograniczona. Zinterpretowanie przez terapeutę niewerbalnego zachowania pacjenta (na podstawie mimiki, postawy ciała) może stanowić pomoc w uzewnętrznieniu jego stanów intrapsychoicznych [6,1]. W interakcji zachodzącej między terapeutą a pacjentem komunikaty niewerbalne mogą pełnić zdaniem Leathers [2] pięć głównych funkcji komunikacyjnych:

- wymiana emocji
- metakomunikacja
- ochrona poczucia Ja
- kształtowanie i kierowanie wrażeniem
- udzielanie wsparcia.

W relacji terapeutycznej wrażliwa wymiana emocji oraz interpretowanie ich znaczeń, należą do najistotniejszych funkcji komunikacji niewerbalnej. Z tego powodu, jak już wspomniano, terapeuci powinni przede wszystkim rozwijać swoje umiejętności interpersonalne, które umożliwią im wrażliwy odbiór uczuć, nastrojów i emocji pacjenta a także bezpośrednią wymianę emocji. Trzy najbardziej ekspresywne środki wymiany emocji to: mimika, głos i dotyk. Zarówno terapeuci, jak i pacjenci powinni rozwijać swoje umiejętności nadawania i odczytywania treści, które są wymieniane za pomocą tych kanałów komunikacji niewerbalnej. Terapeuta jest więc zobowiązany do świadomego decydowania, jakiej ekspresji mimiki używa w kontakcie z pacjentem. Ton głosu, intonacja, jaką posługuje się terapeuta, należy jak najbardziej adekwatnie dopasować do komunikowanych emocji [14]. Ogromne znaczenie w terapii ma też dotyk. Podjęcie decyzji o wyborze odpowiedniej formy dotyku podczas sesji psychoterapeutycznej wymaga dużego doświadczenia terapeuty. Podczas sesji w sytuacji nadmiernego oporu w terapii dotyk odpowiednio zastosowany, może stanowić ważny sposób porozumiewania się z pacjentem [17].

Drugą, niezwykle ważną funkcją komunikacji niewerbalnej jest metakomunikacja. Informacje, które są przekazywane podczas spotkania terapeutycznego mogą być niejasne. Terapeuta używa czasem słownictwa niezrozumiałego dla osób spoza wąskiego grona specjalistów. Z kolei pacjent może udzielać wymijających, zdawkowych odpowiedzi podczas sesji, mając poczucie zagrożenia własnego Ja przy terapeutę, który podkreśla swoją dominację lub w ocenie pacjenta nie mówi prawdy. W opisanych sytuacjach, jeśli sygnały werbalne nie są czytelne, to pacjenci i terapeuci mogą posłużyć się sygnałami komunikacyjnymi wyższego

rzędu, czyli metakomunikatami. Najbardziej informacyjne sygnały metakomunikacyjne mają charakter niewerbalny. Obejmują one niezamierzone grymasy twarzy, szybkie ruchy gałek ocznych, ostry ton głosu a także gesty adaptatory, demaskujące nerwowość lub nadmierne pobudzenie [14].

Kolejna ważna funkcja komunikacyjna zachowań niewerbalnych w relacji terapeutycznej dotyczy ochrony poczucia Ja. Za pomocą subtelnych sygnałów pozawerbalnych terapeuta może informować, że traktuje drugą osobę w sposób podmiotowy, jak partnera interakcji bądź instrumentalnie, co będzie powodowało poczucie pacjenta, że jego Ja jest chronione lub zagrożone. Psychoterapeuta szanujący prywatność pacjenta respektuje jego sferę intymną (odległość 45 centymetrów wokół pacjenta), nie dystansuje też swojego rozmówcy (odległość powyżej 120 cm od pacjenta), pozwala na zachowanie terytorium własnego Ja. W oparciu o odpowiedni kontakt wzrokowy oraz gesty terapeuta może sygnalizować pacjentowi, że zachęca go do tworzenia relacji o charakterze partnerskim a nie dyktatorskim. Aby chronić Ja pacjenta terapeuta powinien unikać posługiwania się uprzywilejowanym, rozkazującym tonem [21].

Następna w kolejności funkcja komunikatów pozawerbalnych w interakcji terapeuta – pacjent dotyczy tworzenia wrażenia. Uczestnicy interakcji mają skłonność do przypisywania sobie cech, które są przez nich akceptowane. Z literatury [22] wynika, że na wizerunek składają się trzy wymiary: wiarygodność, atrakcyjność interpersonalna i dominacja. Wiarygodność terapeuty wydaje się kluczowym czynnikiem determinującym wybór specjalisty. Jednak podczas przeprowadzania wywiadu ważniejsza jest atrakcyjność interpersonalna oraz dominacja. Badania potwierdzają, że atrakcyjność interpersonalna jest ustalana na podstawie poziomu sympatii wzbudzanej przez drugą osobę, jej ekspresyjności oraz oceny stopnia sprawiania wrażenia osoby interesującej [3]. Wśród sygnałów niewerbalnych atrakcyjność interpersonalną podwyższają zachowania wskazujące na otwartość i zaangażowanie terapeuty w proces leczenia, czyli utrzymywanie kontaktu wzrokowego, skierowanie ciała w kierunku rozmówcy, nachylenie się w stronę pacjenta oraz adekwatny dotyk.

Trzeci wymiar budujący wizerunek to dominacja. W relacji terapeutycznej ma on ogromne znaczenie. Stopień dominacji jest zaznaczany przez każdą ze stron interakcji. Ocena stopnia dominacji i uległości dokonuje się na podstawie sygnałów pozawerbalnych: zachowań wzrokowych, tonu głosu, ekspansywności gestów, a także przyjmowanych pozycji ciała. Osoba prezentująca zestaw zachowań niewerbalnych świadczących o zdecydowanej dominacji nad partnerem jest odbierana jako niesympatyczna [2]. Udzielenie pacjentowi wsparcia może

dokonywać się w psychoterapii również poprzez dotyk, odpowiedni dla pacjenta w sytuacji, w której się znajduje.

Podsumowanie

Świadomość psychoterapeuty, dotycząca własnych zachowań niewerbalnych i rozumienie ich wpływu na interakcje z pacjentem, stanowi ważny element w tworzeniu oraz utrzymywaniu relacji terapeutycznej. Trzeba jednak pamiętać, że przekaz pozawerbalny odbywa się jednocześnie wieloma kanałami: tworzy większe całości. Konieczna jest zatem łączna analiza wielu aktów pozawerbalnych, a także uwzględnienie indywidualnych cech pacjenta, jego psychopatologii i sytuacji, w jakiej się one dokonują. Szczegółnej uwagi wymaga rozumienie i interpretowanie zachowań pozawerbalnych ujawnianych w procesie psychoterapii. W tym artykule skoncentrowano się na znaczeniu pozasłownej komunikacji w relacji terapeutycznej. Warto podkreślić, że w psychoterapii niemożliwe jest komunikowanie ograniczone tylko do przekazów niewerbalnych czy werbalnych. Słowa w procesie terapeutycznym, analiza i interpretacja treści wypowiedzi są równie ważne jak komunikaty bezsłowne, mogą sprzyjać relacji terapeutycznej i efektywnemu procesowi leczenia albo powodować ich blokowanie. Celem prezentowanego artykułu było wskazanie znaczenia komunikatów pozawerbalnych w relacji terapeutycznej. Należy pamiętać także o wartości słów i ich interpretacji podczas psychoterapii, które dynamizują proces leczenia. Potwierdzone w badaniach doniosłe znaczenie komunikatów pozasłownych w relacji psychoterapeutycznej powinno skutkować zwróceniem uwagi na doskonalenie umiejętności pozawerbalnych terapeutów podczas ich wieloletnich szkoleń. Szczególnie młodzi terapeuci powinni być uważni nie tylko na dostrzeganie pozawerbalnych sygnałów wysyłanych przez pacjentów, ale na ich adekwatną interpretację.

Piśmiennictwo

1. Heaton JA. *Podstawy umiejętności terapeutycznych*. Gdańsk: GWP; 2003.
2. Leathers DG. *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Warszawa: PWN; 2007.
3. Sikorski W. *Komunikacja terapeutyczna. Relacja pozasłowna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2013.
4. Rosenthal R. *Skill in nonverbal communication: Individual differences*. Cambridge: MA, Oelgeschlager, Gumm & Hain; 1979.
5. Grochowska M. *Gestykulacja i mowa*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej; 2002.
6. Głodowski W. *Bez słowa. Komunikacyjne funkcje zachowań niewerbalnych*. Warszawa: Hansa Communication; 1999.
7. Foley GN, Gentile JP. *Nonverbal communication in psychotherapy*. *Psychiatry* 2010; 7(6): 38-44.

8. Sikorski W. *Komunikacyjne i terapeutyczne znaczenie zachowań niewerbalnych terapeuty i pacjenta*. Psychoter. 2009; 4(151): 17-27.
9. Okun BF. *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2002.
10. Strojnowski J. *Psychoterapia. Przewodnik dla osób, które chcą się odnaleźć oraz dla ich terapeutów*. Wrocław: Arboretum; 1998.
11. DiMatteo MR, Taranta A. *Nonverbal communication and physical-patient rapport: An empirical study*. Prof Psychol. 1979; 10: 540-547.
12. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
13. Weisbuch M, Ambady N, Clarke AL, Achor S, Veenstra-Vanderweele J. *On being consistent: the role of verbal-nonverbal consistency in first impressions*. Basic Appl Soc Psych. 2010; 32: 261-268.
14. Sikorski W. *Bezstłowne komunikowanie się w psychoterapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2002.
15. Heitzman M, Leathers DG., Parrot RL., Cairns AB. *Nonverbal rapport – building behavior's effects on perceptions of a supervisor*. Management Communication Quarterly 1993; 7: 181-208.
16. Harrigan JA, Oxman TE, Rosenthal R. *Rapport expressed through nonverbal behavior*. J Nonverbal Behav. 1985; 9: 95-110.
17. Northouse PG, Northouse LL. *Health Communication: Strategies for Health Professionals*. Norwalk: CN, Appleton & Lange; 1992.
18. DiMatteo MR, Taranta A. *Nonverbal communication and physical-patient rapport: An empirical study*. Prof Psychol. 1979; 10: 540-547.
19. Street RL. *Information-giving in medical consultations: The influence of patients communicative styles and personal characteristics*. Soc Sci Med. 1991; 32: 541-548.
20. Fretz BR, Corn R, Tuemmler JM, Bellet W. *Counselor nonverbal behaviors and client evaluations*. J Couns Psychol. 1979; 26: 304-311.
21. Goman CK. *Komunikacja pozawerbalna. Znaczenie mowy ciała w miejscu pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Studio Emka; 2012.
22. Agryle M. *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: PWN; 2001.

Praca nie była sponsorowana