

Wiesław Sikorski

## ZACHOWANIA PROKSEMICZNE (PRZESTRZENNE) W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

### PROXEMIC BEHAVIOURS IN THE THERAPEUTIC RELATION

Institut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego  
Dyrektor: prof. dr hab. Zenon Jasiński  
Instytut Pielęgniarstwa CM PWSZ w Nysie  
Dyrektor: prof. dr hab. Andrzej Brodziak

*Autor, w oparciu o literaturę i własne doświadczenia, opisuje, w jaki sposób wystrój wnętrza gabinetu terapeutycznego, sposób siedzenia pacjentów lub ich odległość od terapeuty może wpływać na kształtowanie się relacji terapeutycznej. W artykule opisany jest również trening zachowań proksemicznych, jako oddziaływanie terapeutyczne pomocne w uzyskaniu wglądu przez pacjenta.*

**physical environment  
non-specific therapeutic factors**

**Summary:** In the article the meaning of physical environment and the role of personal space during a therapeutic session is presented. In the first case the author focuses on the characteristic of various physical features of the room intended for therapy running. In turn, the furnishings: furniture, equipment, wall colouring, lighting as well its location are considered. All in all, a suitably designed room creates a favourable atmosphere: warmth, intimacy, privacy and a lack of embarrassment. This results in the activation of different kinds of non-specific therapeutic factors, i.e. ritual therapist's work. By giving the examples of his own therapeutic practice, the author proves the effectiveness of therapy when the care of therapeutic environment is taken into account.

In the second case the author considers the influence of interpersonal space, physical distance between a therapist and a patient on the quality of insight work. There is a hint that the optimal distance for the proper progress of therapeutic communication is the area indicated by an upper limit of the personal zone or a lower limit of the social zone, up to 20 centimetres. This is the best physical distance as neither patient nor therapist feels uncomfortable in their private territory invisible "air balloons" surrounding their bodies are carefully protected.

Moreover, the author brings up the problem of the proper choice of the table and the way of the patient seats. The best choice is a round table which gives the impression of partnership. If a table is square or rectangle the best option is to seat patients next to a therapist or diagonally on the opposite corner. The first choice emphasizes the willingness of cooperation and identification with patient's problems while the second choice shows a friendly attitude and makes conversation comfortable.

Nie bez znaczenia dla komunikowania się dwóch osób, lub większej grupy, ma dzielący ich dystans fizyczny. Zbliżanie się na zbyt małą odległość bądź na zbyt dużą może sprawić, że rozmówca zacznie postrzegać swojego partnera jako naruszającego jego przestrzeń prywatną albo unikającego z nim kontaktu. Wynika to ze skłonności do wytyczania własnego terytorium, traktowania otoczenia fizycznego jako osobistego, pilnie strzeżonego obszaru [1]. Z podobnymi zależnościami mamy do czynienia podczas komunikowania się terapeuty z pacjentem. Wystarczy, że klinicysta usadowi pacjenta na miejscu tuż obok siebie czy w bliskiej odległości na wprost, i w ten sposób narazi go na utratę intymności. Z kolei, gdy sadzając go zbyt daleko od siebie, może on odnieść wrażenie, że nie jest w pełni akceptowany. Innymi słowy, ten rodzaj zachowań przestrzennych, jak i wiele innych, mogą spowolnić pracę wglądową i znacznie utrudnić proces przepracowania — w dużym stopniu osłabić proces terapii. W związku z tym wiedza o roli terytorium i przestrzeni osobistej w komunikacji międzyludzkiej może znacząco przyczynić się do zdynamizowania toku terapii, a także do ustrzeżenia się przed nieprawidłowościami w dobieraniu dystansu interakcyjnego.

### **Komunikacyjna funkcja otoczenia**

Trzeba dążyć do tego, by psychoterapeuci coraz bardziej zaczęli doceniać wpływ otoczenia i jego różnych fizycznych cech na przebieg terapii, byli świadomi jego znaczenia w oddziaływaniu na percepcję, postawy i zachowania pacjentów. Mikrośrodowisko, sposób urządzenia i wystrój pomieszczenia, w którym odbywa się sesja terapeutyczna, nie pozostają obojętne dla jej przebiegu. Terapeuci powinni zatem — na podobieństwo urbanistów i architektów — świadomie kształtować otoczenie, odpowiednio dobierać sprzęty, kolorystykę ścian, firan, oświetlenie itp. Ujmując to inaczej, należy w większym stopniu przejawiać dbałość o stronę „socjotechniczną” psychoterapii, gdyż może ona stać się efektywnym „niespecyficznym czynnikiem terapeutycznym” [2].

Na przykład rytualne działania terapeuty — charakterystyczny sposób postępowania prezentujący jego fachowość i mający upewnić pacjenta, że ma do czynienia ze specjalistą — zyskają na sile, gdy będą miały miejsce w gabinecie gustownie zaaranżowanym. Pod tym pojęciem kryje się ogół fizycznych cech mikrootoczenia pomieszczenia przeznaczonego do prowadzenia spotkań z pacjentami. Lokalizacja gabinetu w zacisznym miejscu, jego w miarę nieformalny charakter (jak najmniej oficjalny styl i wyposażenie), wystrój wnętrza stwarzający atmosferę ciepła, bliskości, prywatności i nieskrępowania — to elementy, które powinny być brane pod uwagę podczas urządzania gabinetu. Z własnej praktyki wiem, jak znacznie łatwiej przychodziło moim pacjentom uzewnętrznić swoje problemy dzięki przeniesieniu gabinetu z ruchliwej i gwarnej dzielnicy do bardziej spokojnej i cichej, zastąpieniu sprzętów tworzących nastrój chłodu, surowości — drewniane solidne biurko, skórzane fotele — meblami o wiele „cieplejszymi”, podkreślonymi dobrze zestawionymi kolorystycznie zasłonami i firanami, wykładziną dywanową. Zasadą powinno być unikanie zarówno mebli zbyt komfortowych, jak i mało wygodnych. W pierwszym wypadku może pojawić się ryzyko rozsiadywania się pacjentów, niepotrzebnego i sztucznego przedłużania trwania sesji. Z kolei twarde krzesła czy niezbyt wygodne sofy bądź kanapy mogą zniechęcać pacjentów do wykorzystywania całego czasu przewidzianego dla nich w danym dniu terapii.

Z podobnych względów właściciele barów szybkiej obsługi usunęli z pomieszczeń wygodne sprzęty, dość szybko bowiem zauważyli, że zamierzając wygodnymi meblami stworzyć przyjemną, ciepłą i zachęcającą klientów atmosferę, sami spowodowali spadek swoich dochodów oraz wyraźnie widoczne zmniejszenie się liczby obsługiwanych klientów, którzy przesiadywali w lokalu zbyt długo. Ten stan rzeczy ulegał radykalnej zmianie po wymianie wyściełanych krzeseł i stołów o dużym blacie na proste, twarde krzesła lub drewniane ławy oraz stoły o niewielkiej powierzchni. W ten prosty sposób zmuszono klientów do szybkiej konsumpcji i ustąpienia miejsca kolejnym osobom [3].

Nie oznacza to, że należy w takie niewygodne sprzęty wyposażać pomieszczenia przeznaczone na spotkania terapeutyczne, a jedynie to, by unikać zbyt komfortowych i przesadnie wygodnych mebli. Powinny one być tak dobrane, żeby korzystający z nich pacjenci czuli się komfortowo lub ciepło w sensie psychicznym, mając okazję do uspokojenia się i rozluźnienia.

Innym elementem mogącym zwiększyć dobre samopoczucie pacjentów, a tym samym usprawniającym pracę wglądową i proces przepracowania czy przeuczania jest klimat prywatności i bliskości.

Ten pierwszy warunek może zostać spełniony przez sam fakt prowadzenia terapii w wydzielonym, zamkniętym pomieszczeniu, przeznaczonym tylko dla klinicysty i pacjenta bądź uczestników grupy terapeutycznej. Przy czym wymagana prywatność będzie znacznie ograniczona, gdy otoczenie fizyczne będzie zbyt duże, gubiące intymność i bliskość. W związku z tym warto dużą gabarytowo salę optycznie zmniejszyć, wydzielić mniejszą część, która mogłaby stworzyć pacjentowi lub małej grupie warunki do doznawania poczucia prywatności. W przeciwnym razie prowadzenie terapii w pomieszczeniach o zbyt dużej powierzchni może zniechęcać pacjentów do otwartego wyrażania swoich problemów, gdyż mogą odnosić wrażenie, że są podsłuchiwanymi przez kogoś z zewnątrz. Innymi słowy, duża sala, panujący w niej pogłos, potrzeba głośniejszego wypowiedzania słów i brak prywatności, mogą przyczyniać się do tworzenia obaw o to, iż ktoś obcy (spoza grupy terapeutycznej) jest niepożądanym świadkiem przebiegu terapii. Natomiast wydzielenie części dużego pomieszczenia (a najlepiej mała sala) uniemożliwia pojawienie się tego typu obaw i jednocześnie zapewnia większe poczucie prywatności [4]. Sam niejednokrotnie zauważyłem, że, wraz z rosnącą prywatnością, odległość (fizyczny dystans interakcyjny) pomiędzy członkami grupy terapeutycznej ulegała wydatnej redukcji, a przekazy słowne i niewerbalne stawały się bardziej osobiste i kreatywne.

Drugi z warunków mogących zapewnić dobre samopoczucie to wspomniana atmosfera bliskości. Pomieszczenie i jego wystrój, w którym brakuje bliskości, zazwyczaj powoduje niepokój, poczucie obcości. W konsekwencji, przebywający w takim otoczeniu pacjenci zachowują się niezbyt pewnie i mało zdecydowanie. Można temu skutecznie zaradzić poprzez urządzenie gabinetu na wzór lokali mieszkalnych, a więc gromadząc meble i różne przedmioty, które znajdują się w mieszkaniach pacjentów. Taki sam efekt może przynieść podobne urządzenie pomieszczeń przeznaczonych do terapii. Chodzi o to, aby tego typu gabinety aranżować w podobny sposób (meble, kolorystyka, wykładzina podłogowa), tym samym tworząc pacjentom klimat familiarności. Tak czynią na całym świecie właściciele wielkich firm (np. Fiat, IBM, Lufthansa), którzy w ten sam sposób dokonują wystroju sieci swoich biur czy salonów sprzedaży, żeby zapewnić potencjalnym klientom poczucie

związku z firmą i jej produktami. Pacjenci lub interesanci mogą czuć się bardziej swojsko w stosunku do otoczenia fizycznego, jak i osób — terapeuty lub przedstawiciela firmy. Mają postrzegać, że usługa, z której korzystają, będzie porównywalna z usługą świadczoną w innym miejscu. W rezultacie otoczenie do tej pory nieznane tworzy właściwą terapeutycznym celom atmosferę bliskości [3].

W takim razie warto postarać się o ujednoczenie wystrojów wewnątrz różnych pomieszczeń przewidzianych do prowadzenia terapii, aczkolwiek bez nadawania im wysoce formalnego charakteru, np. urządzając je na podobieństwo gabinetów lekarskich. Zgadając się z Winstonem Churchillem, że kształtujemy nasze otoczenie, a później ono kształtuje nas [5], trzeba unikać wystroju zbyt oficjalnego, wystylizowanego oraz bezosobowego w sposobie traktowania pacjentów. Moje wieloletnie obserwacje potwierdzają, że formalne urządzenie gabinetu oddziałuje mniej korzystnie na komunikacyjne zachowania pacjentów niż prowadzenie sesji w pomieszczeniach zaaranżowanych mniej oficjalnie. Zgromadzone sprzęty, ogólny klimat powstają za sprawą rozwiązań kolorystycznych, doboru i rozmieszczenia oświetlenia; warunki akustyczne to elementy tworzące rodzaj komunikacyjno-terapeutycznego kontekstu fizycznego. Jeśli zaś z konieczności przyjdzie terapeutom pracować z pacjentami w pomieszczeniach o oficjalnym stylu i wyposażeniu, to powinni innymi zachowaniami niewerbalnymi (np. odpowiednim podtrzymywaniem kontaktu wzrokowego, parajęzykiem — uśmiechaniem się, płynnym i zrozumiałym mówieniem, prezentowaniem gestów otwarcia i akceptacji itp.) osłabiać jego negatywny wpływ [6]. Zasadniczo jednak należy dążyć do znoszenia oficjalności w urządzeniu tego rodzaju gabinetów.

### Wystrój wnętrza

Liczne badania nad wpływem wystroju wnętrza pomieszczeń na postawy i zachowania przekonują o występowaniu zależności między fizycznymi cechami mikrootoczenia a wspomnianymi elementami. E.W. Miles i D.G. Leathers twierdzą, że obecność lub brak przedmiotów dekoracyjnych i rekwizytów związanych z wykonywaniem określonej profesji może znacząco wzmacniać bądź osłabiać wiarygodność właściciela biura czy gabinetu [7]. Przekładając to na osobę terapeuty należy sądzić, że będzie on budził większe zaufanie, gdy przejawia troskę o odpowiednie umeblowanie swojego gabinetu bądź sali przeznaczonej do terapii grupowej. Przy czym ostateczne wyposażenie takich pomieszczeń powinno być zależne od rodzaju stosowanych technik psychoterapii. Bo przecież innych sprzętów i przyborów będzie wymagało prowadzenie sesji psychodramy (scena, podesty, regulowane oświetlenie), a innych — psychorysunku (krzesła o regulowanej wysokości, kącie oparcia, duże stoły o nachylonych blatach, zestaw materiałów do rysowania — kredki, farbki, pisaki, tusze itp.), psychogimnastyki (pomieszczenie o odpowiednich gabarytach — salka baletowa lub sala gimnastyczna), muzykoterapii (pomieszczenie o dobrej akustyce, wyposażone w potrzebne instrumentarium i aparaturę — ksylafony, metalofony, bębenki, trąbki czy gwizdki oraz magnetofon, odtwarzacz płyt kompaktowych, kolumny głośnikowe itd.) czy treningu relaksacyjnego (odosobnione pomieszczenie, wolne od zewnętrznych hałasów, odgłosów rozmów, głośnego gwaru ulicznego, przyciemnione, z możliwością dobrego przewietrzenia, o właściwej temperaturze powietrza itp.). W tym ostatnim wypadku niezbędne są materace, małe poduszeczki lub wałki tapczanowe, twarde fotele, krzesła z oparciem,

specjalne wałki i woreczki z piaskiem, taśmy podtrzymujące, leżanka umożliwiająca przyjmowanie różnych pozycji, od leżącej do półsiedzącej — wszystko po to, żeby uczestnicy treningu relaksacyjnego mieli zapewnione warunki do zajmowania optymalnych pozycji służących rozluźnianiu mięśni, komfortowego wykonywania kolejnych ćwiczeń [2].

Jeśli nawet nie jest wymagane przygotowanie specjalnych rekwizytów i stworzenie konkretnych warunków do prowadzenia terapii, i gdy można ją realizować w zwykłym pomieszczeniu, to regułą powinno być dbanie o właściwe umeblowanie mikrośrodowiska, wypełnianie go charakterystycznymi przedmiotami, kolorami i różnymi elementami zwiększającymi jego estetykę i funkcjonalność. Znaczący przedmiot — np. A. Mehrabian, D.W. Stacks i M.V. Knachstedt — są zgodni, że sposób zaaranżowania wnętrza pomieszczenia może komunikować osobom z zewnątrz konkretne znaczenia, np. dotyczące postawy lub osobowości właściciela [za: 4]. Zdaniem M. Argyle [8] i W.B. Kleemana [9] sposób umeblowania może przyczyniać się do powstawania indywidualnych różnic w zachowaniach afiliatywnych podczas wzajemnych kontaktów.

Eksperymentalnie ustalono, że osoby pracujące w pozbawionym estetyki i funkcjonalności pomieszczeniu odczuwają zmęczenie, stają się sennie, łatwiej popadają w stany niezadowolenia, nerwowości, ujawniają nieprzychylnie nastawienie i agresję zarówno w stosunku do współpracowników, jak i interesantów. Natomiast pomieszczenia urządzone gustownie, estetycznie i funkcjonalnie, wywołują uczucie zadowolenia, psychicznego komfortu, tworzą sprzyjający klimat do współdziałania i wzajemnej życzliwości [10]. W konsekwencji w urządzonej ze smakiem i czystym pomieszczeniu osiąga się dużo lepsze efekty w pracy niż w otoczeniu zabałaganionym, tchnącym jałowością i pustką. Co więcej, zauważono, że umieszczenie estetycznych elementów, takich jak obrazy czy fotografie, na ścianach, gustowne meble i zasłony, rośliny ozdobne, w dużej mierze zwiększają postrzeganie autorytetu, powagi, prestiżu i wiarygodności. Zgromadzenie i wyeksponowanie przedmiotów związanych z wykonywanym zawodem — np. dyplomów, proporzyczków, medali — oraz profesjonalnie wyglądający regał z książkami wpływają na sposób widzenia ich właściciela i jego wiarygodność [6]. Stąd też praktykowane przez niektórych psychoterapeutów wieszanie na ścianach swoich certyfikatów, prezentowanie posiadanego księgozbioru z zakresu psychoterapii, psychologii czy psychiatrii, umieszczanie w widocznym miejscu (zwykle na stoliku czy biurku) „Kodeksu etycznego psychoterapeuty”, etui z pieczętkami, bądź aktualnie czytanej specjalistycznej literatury — książek, czasopism, biuletynów.

Psychoterapeutom pragnącym profesjonalnie zająć się aranżowaniem swoich gabinetów warto polecić chińską sztukę feng-shui, umożliwiającą wprowadzenie do najbliższego otoczenia więcej harmonii. W myśl niektórych z jej licznych zasad pomieszczenie powinno być kwadratowe lub prostokątne, gdyż takie sprzyjają uzyskiwaniu pożądanych efektów w oficjalnych kontaktach, a więc także podczas spotkania psychoterapeuty z pacjentami. Jakkolwiek inne kształty pomieszczeń nasilają konflikty, napastliwość i klimat nerwowości. Podobnie negatywny wpływ mogą mieć meble o kształtach kwadratowych, prostokątnych i o ostrych kantach. Dlatego też gabinety psychoterapii powinny być wyposażone w meble o zaokrąglonych lub owalnych kształtach, które — zdaniem twórców sztuki feng-shui — emitują pozytywną energię, wzmacniają kreatywność, pomysłowość i twórczą inwencję. Nieprzestrzeganie tej zasady, a więc zgromadzenie mebli czy przedmiotów kanciastych,

może potęgować złe samopoczucie i negatywne nastawienie. Po prostu sprzęty o tego typu kształtach są skupiskiem niepożądanego, tzw. tnącej energii, która co prawda inspiruje do szybkich działań, lecz jednocześnie zwiększa nerwowość korzystających z nich osób. Ponadto należy unikać mebli wykonanych ze sztucznych materiałów i zastępować je sprzętami drewnianymi o naturalnych kolorach. Znaczący sztuki feng-shui radzą nie wyposażać wnętrz przedmiotami o dominującej bieli i czerni oraz z powierzchniami zrobionymi na wysoki połysk, gdyż prowadzą do osłabienia ostrości wzroku, zmęczenia oczu i uczucia ogólnego znużenia [11].

Specjaliści od feng-shui podkreślają konieczność systematycznego pozbywania się rzeczy zbędnych, uszkodzonych bądź popękanych, ponieważ nie tylko gubią estetykę wystroju wnętrza, lecz także utrudniają przepływ dobrej energii. Zalecają też, aby urządzenia i używane najczęściej czy na co dzień przedmioty znajdowały się w zasięgu ręki. Jednocześnie radzą, żeby dokumenty układać poziomo i w niezbyt wysokie pryzmy, gdyż spiętrzone robią wrażenie nadmiaru pracy i obowiązków oraz mogą oddziaływać deprymująco na osobowość przebywających w takim otoczeniu osób. W przypadku pomieszczenia przeznaczonego do prowadzenia psychoterapii należy ograniczyć się do gromadzenia rzeczy, które mogą mieć określone znaczenie dla przebiegu terapii, np. materiały służące przygotowaniu pacjentów do udziału w psychoterapii grupowej — broszury, skróty opracowania, powielone teksty, lista spraw o istocie terapii grupowej, nagrania autentycznych sesji terapeutycznych itp. [2]. Niewskazane jest zagracaanie gabinetu przypadkowymi rzeczami, mogącymi dekoncentrować uczestników spotkania psychoterapeutycznego — terapeutę i pacjentów, wprowadzać atmosferę braku zorganizowania i chaosu. Co nie oznacza, że nie można aranżować wnętrza przedmiotami nie mającymi ścisłego związku z psychoterapią. Wręcz przeciwnie, należy je umieszczać w tego rodzaju pomieszczeniach, pamiętając jednak o tym, by nie doszło do ich nadmiernego nagromadzenia, robiącego wrażenie bałaganu i przerostu formy nad treścią.

Do grupy tego typu przedmiotów należy zaliczyć tzw. remedia, rzeczy, które umieszczone we właściwych miejscach, z uwagi na ich posiadany kolor, kształt i materiał, z którego je zrobiono, wpływają na intensywność i kierunek energii krążącej w pomieszczeniu. Zazwyczaj są to wiszące dzwonki lub kule, zapalone świece, kadzidelka bądź aromatyczne kominki, osobiste drobiazgi — fotografie z wizerunkami bliskich, ulubione maskotki itp. [11]. Na pewno nic nie szkodzi wprowadzenie takich drobiazgów do gabinetów psychoterapii, chociaż trzeba dobrać je na tyle rozważnie, by w żadnej mierze nie drażniły pacjentów czy tworzyły skojarzenia z osobistymi problemami. Nie można też uczynić z takiego pomieszczenia miejsca utożsamianego z rozrywką, zabawą czy intymnością jego właściciela (tu: psychoterapeuty). Innymi słowy, zebranie zbyt wielu drobnych przedmiotów, a w szczególności osobistych drobiazgów (np. zdjęć i pamiątek rodzinnych), może onieśmielać pacjentów, wyrabiać w nich przekonanie, że poruszają się w granicach prywatnej przestrzeni terapeuty. Aczkolwiek z moich własnych obserwacji i rozmów z moimi pacjentami wynika, że wielu z nich za sprawą przebywania w takim otoczeniu fizycznym czuło się bardziej bezpiecznie i swojsko, gdyż pewne przedmioty zdają się mieć charakter uniwersalny w swej wymowie. Bo na przykład wspomniane pamiątki rodzinne są do siebie podobne, a nieraz nawet takie same, ponieważ nierzadko nabyte w tym samym sklepie czy pochodzące od tego samego producenta. I chociaż mogą wyglądać inaczej,

to ich znaczenie niewiele się różni, np. maskotki, albumy na zdjęcia, wazoniki itp. Tutaj bardziej liczy się nie ich kształt zewnętrzny, ale powstała pod ich wpływem atmosfera domowej intymności, ciepła i otwartości. Wówczas może szybciej przebiegać adaptacja do otoczenia fizycznego, a w konsekwencji do specyficznych warunków psychoterapii. Z drugiej strony wyeksponowanie osobistych przedmiotów staje się oznaką gotowości do prowadzenia terapii bez krępującego formalizmu i oficjalności.

Innym elementem mogącym wzmocnić relację terapeutyczną jest odpowiednio dobrana kolorystyka ścian, firan, zasłon i różnego rodzaju sprzętów i drobnych dodatków. Wynika to z faktu, że kolor jest nie tylko elementem otoczenia, lecz również niezależnym nośnikiem znaczeń. Psychoterapeuci powinni być świadomi znaczenia doboru kolorów adekwatnie do stosowanych technik terapii, jak i możliwości osiągnięcia określonego nastroju. W pierwszym wypadku chodzi o te techniki, które wymagają użycia różnych kolorów dla zdynamizowania przebiegu terapii, np. w psychodramie, w psychogimnastyce i w większości technik arteterapii. W drugim wypadku chodzi o stworzenie właściwej atmosfery, by w ten sposób ułatwić pracę wglądową lub uzyskać efekt odprężenia, bądź pobudzenia, np. podczas treningu relaksacyjnego.

Znajomość oddziaływania poszczególnych kolorów jest ważna jeszcze z innego względu, a mianowicie niewłaściwie dobrane mogą wywoływać zmęczenie i rozdrażnienie. Zdaniem A. Mehrabiana [10] hierarchia tzw. przyjemnych kolorów to żółty, zielony, czerwony i błękitny. Najbardziej pobudzające to z kolei fioletowy, niebieski, zielony, żółty, czerwony i pomarańczowy, natomiast barwy pastelowe, łagodne i stonowane działają uspokajająco. Najmniej pożądane są kolory wyraziste, ostre i bardzo kontrastowe, gdyż powodują znużenie, nerwowość i niepożądane pobudzenie i podniecenie.

Wpływ koloru na przebieg interakcji i sposoby zachowania został potwierdzony licznymi eksperymentami. W jednym z nich analizowano wpływ koloru na wyniki testu mierzącego iloraz inteligencji u dzieci. Badane dzieci, które opisywały pokój, w którym rozwiązywały zadania testowe, jako piękny (miał on ściany w kolorze żółtym, żółto-zielonym, pomarańczowym lub błękitnym) osiągały wyniki o 12 punktów wyższe od wyników rówieśników opisujących swoje otoczenie fizyczne jako brzydkie (pokoje pomalowane były na czarno, brązowo lub biało) [3].

Jeżeli chodzi o optymalne kolory ścian w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia psychoterapii to najwłaściwsze będą z pewnością dynamiczne kolory — odcienie niebieskiego i zielonego, blad różowe, szarożółte czy neutralne — szare. Mniej wskazane jest wybieranie pomieszczeń pomalowanych według standardowego schematu — zwykle płowożółte, jasne ściany i białe sufity. Z kolei złą praktyką będzie decydowanie się na spotkania z pacjentami w gabinetach nie pomalowanych lub ze ścianami w kolorach ostrych i kontrastowych, np. intensywna czerwień lub błękit, gdyż oprócz wspomnianych negatywnych oddziaływań (zmęczenie, rozdrażnienie) potęgują poczucie braku bezpieczeństwa, co w sumie może przyczynić się do osiągnięcia mniej zadowalających postępów w terapii. Zasadniczo powinno używać się barw pomarańczowych, żółtych i czerwonych, jeśli psychoterapeuta zamierza stymulować i pobudzać pacjentów do intensywniejszej pracy wglądowej i przepracowania, kolorów zaś niebieskich i zielonych, gdy chce osiągnąć stan dużo mniejszego pobudzenia, większego wyciszenia i uspokojenia. Jednocześnie należy unikać tzw. mocnych, silnych kolorów — czarnego, granatowego i barwy „węgla

drzewnego” [12].

Kolejnym, równie ważnym, elementem wyposażenia gabinetu psychoterapii jest oświetlenie, które tak samo jak kolor ma wyraźny wpływ na jakość interakcji i zachowania. Co więcej, właśnie poprzez kolorowe oświetlenie można oddziaływać na reakcje i sprawność pacjentów. Eksperymentalnie ustalono, że reakcje człowieka w pomieszczeniu z czerwonym oświetleniem są o 12 procent szybsze niż normalnie. Zielone światło zdaje się spowalniać reakcje. Ponadto zaobserwowano, że barwne oświetlenie różnicuje postrzeganie upływu czasu, wpływa na ocenę wyglądu zewnętrznego — głównie wzrostu i wagi ciała. Przy czerwonym oświetleniu te szacunki bywają przesadnie przejawione i wyolbrzymione, przy zielonym zaś bądź niebieskim wyraźnie pomniejszone [13]. W zależności od intencji psychoterapeuty może posługiwać się raz jednym, a raz drugim kolorem oświetlenia. Ten pierwszy może okazać się istotny w razie skłonności pacjentów do nieuzasadnionego obniżania czyichś, bądź własnych, zalet lub popadania w pesymizm, ten drugi z kolei w sytuacji odwrotnej — gdy widoczne są zachowania ujawniające nadmierne zawyżanie samooceny czy ślepy optymizm [2].

Lecz kolorowe oświetlenie stosuje się dość rzadko, zazwyczaj podczas pracy techniką psychodramy, procedurami arteterapii (np. muzykoterapia, biblioterapia, choreoterapia) czy w czasie treningu relaksacyjnego (Jacobsona lub Schultza) [6]. Na co dzień pracuje się z pacjentami w pomieszczeniach z białym oświetleniem, które też wymaga odpowiedniego tonowania. Moje obserwacje wydają się sugerować, że większość z nich jest albo niedoświetlona, albo nadmiernie oświetlona (z reguły jest tam ponaddwukrotnie więcej światła niż potrzeba). W obu wypadkach może to prowadzić do obniżania sprawności, zmęczenia i niedoskonałości pracy zmysłów. Tak samo niekorzystne jest oświetlenie jaskrawe, gdyż powoduje małą wydajność (tu: spowolnienie przebiegu terapii) i chęć ucieczki, jak najszybszego opuszczenia pomieszczenia z takim drażniącym oczy światłem. Natomiast światło za słabe lub ogólnie złe oświetlenia radykalnie zmniejszają sprawność umysłu z powodu przeciążenia wzroku [14].

Niewskazane jest też prowadzenie terapii w pomieszczeniach ślepych, bez okien. Negatywny wpływ takich gabinetów potwierdzono eksperymentalnie. W jednym z eksperymentów — koncentrując się na ustaleniu, jak występowanie lub brak naturalnego oświetlenia wpływa na zachowania pracowników — poproszono 113 pracowników biurowych z Nowego Jorku o wypełnienie kwestionariusza i podanie, czy ich biura mają okna czy nie. Potem porównano zachowania osób pracujących w pomieszczeniach z oknami z zachowaniem osób z biur bez okien. Interpretacje uzyskanych danych nie ujawniły istotnych różnic pomiędzy obu grupami w zakresie niepokoju, wyizolowania i poczucia upływu czasu, aczkolwiek osoby z biur bez okien wykazywały dużo mniejsze zadowolenie z wykonywanej pracy, krytyczniej wypowiadały się o fizycznych warunkach pracy oraz znacznie mniej interesowały się jej efektami niż to czynili badani z drugiej grupy, pracujący w pomieszczeniach z dopływem naturalnego światła. Ogólnie mówiąc, pracownicy biur bez okien oceniali swoje otoczenie fizyczne jako mało komfortowe, nieprzyjemne i niezbyt pobudzające czy zachęcające do pracy [15]. Stąd prosty wniosek, że prowadzenie terapii w ślepych pomieszczeniach niesie ryzyko osłabiania niektórych tzw. niespecyficznych czynników terapeutycznych, np. działań rytualnych klinicysty, uspokajania, redukcji alienacji, morale (gotowość do mobilizacji i zmagania się z przeciwnościami) [16]. Ujmując to

prościej, brak naturalnego światła w takich gabinetach może utrudnić odpowiednio szybkie uruchamianie tego rodzaju czynników lub też ograniczać siłę ich oddziaływania. Po prostu chłód i surowość takich pomieszczeń może sprawić, że zarówno terapeuta, jak i pacjenci zaczną reagować podobnie jak pracownicy z biur bez okien, a więc doznawać małej satysfakcji, przejawiać dużo mniejsze zainteresowanie efektami terapii i czuć się niezbyt komfortowo, czy wręcz nieprzyjemnie, oraz nie mieć zapału do intensywnej pracy.

W takim razie najkorzystniejszy będzie gabinet z oknem i oświetlony niezbyt intensywnym światłem tworzącym luźną atmosferę, zachęcającą pacjentów do przebywania w nim. Podobny skutek może przynieść ciepłe oświetlenie, które sprzyja poprawie wyglądu twarzy, sprawia, że korzystniej się prezentujemy. Z kolei należy unikać fluorescencyjnego światła, a także przyćmionego, mogącego wywoływać poczucie braku pewności, osłabienie bezpośredniego kontaktu wzrokowego oraz intensywności jego podtrzymywania [17].

### Pozycje przy stole

Inną ważną kwestią jest odpowiednie usadowienie pacjenta przy stole, okazuje się bowiem, że wybór określonego miejsca siedzącego w stosunku do innej osoby (tu: pacjenta) lub osób (tu: w psychoterapii grupowej) może znacząco ułatwiać tworzenie właściwych relacji pomiędzy psychoterapeutą a pacjentami czy pożądanymi interakcjami wewnątrzgrupowymi. Podczas terapii — podobnie jak w rzeczywistości pozaterapeutycznej — zajęcie określonego miejsca powinno być w dużej mierze związane z zadaniami, które zamierza się realizować, ze specyfiką spotkania oraz z wielkością i rodzajem dostępnej przestrzeni. Ignorowanie istniejących w tej materii niepisanych reguł może sprawić, że terapeuta lub jacyś pacjenci będą postrzegani niekorzystnie, mimo dobrych i szczerych intencji. Bo gdy np. terapeuta zajmie miejsce przy którymś z krótszych boków prostokątnego stołu — wyraźnie komunikuje swoje uprzywilejowanie i przywództwo [5].

Interesujące jest, że w przypadku spotkań grupowych zajęcie właśnie tych miejsc przez uczestników prowadzi do przypisania im ról przywódczych. Prawie zawsze zauważam, iż pacjenci chcący przewodzić grupie dążą do usadowienia się przy którymś z krótszych boków prostokątnego stołu. Jest to zgodne z eksperymentalnie potwierdzoną prawidłowością, że wybieralny lider grupy usurpuje sobie prawo do zajęcia miejsca na jednym z końców dłuższej osi symetrii stołu, podczas gdy pozostali członkowie grupy siadają tak, aby mieć go w zasięgu wzroku [18]. Równie ciekawe jest to, że miejsce u szczytu stołu — traktowane jako poczesne — jest zwykle okupowane przez potencjalnego „lidera dominacji”, a po przeciwnej stronie — przez „lidera sympatii”, natomiast po prawej stronie „lidera dominacji”, przy dłuższym boku stołu, najczęściej siada tzw. dobry uczeń, po lewej zaś „błazen grupowy”. W środku tej części stołu zwykli siadywać „autsajderzy”, a po prawej lub lewej stronie „lidera sympatii” pacjenci zepchnięci do ról „kozła ofiarnego” [2].

Nieco inaczej wygląda rozkład miejsc w przypadku grup mniej licznych. Zastanawiające jest to, że w zespołach pięcioosobowych zajmowane są tylko trzy boki: przy krótszych tradycyjnie siadają „lider dominacji” i „lider sympatii”, a pozostali — przy jednym z dłuższych boków, zazwyczaj po lewej stronie „lidera dominacji”. Przy czym najbliższej „lidera dominacji” usadawia się „dobry uczeń”, następnie „autsajder”, a dalej „błazen grupowy” lub „kozioł ofiarny”. Zatem w sąsiedztwie „lidera sympatii” zwykli zajmować miejsca pacjenci źle tolerujący napięcia (głównie lękowe) lub charakteryzujący się specyficznym

brakiem wrażliwości na nastrój grupy. Pewną regułą zdaje się zajmowanie pozycji centralnych — w środku krótszych i dłuższych boków stołu — przez pacjentów najczęściej zabierających głos. Dalsze obserwacje sugerują, że osoby okupujące te pozycje ujawniają skłonności do dominowania bądź konsekwentnego forsowania własnego stanowiska w diskutowanych kwestiach. Z kolei zajmujący miejsca peryferyczne — na rogach stołu — cechują się wyższym poziomem lęku, większą uległością i mniejszym zaangażowaniem w zespołowej pracy [19]. Innymi słowy, unikanie pozycji centralnych jest oznaką braku chęci aktywnego udziału w rozmowie.

Wracając jeszcze do miejsc zwanych umownie centralnymi — związanymi z cechami przywództwa — stwierdzono, że przy krótszych bokach prostokątnego stołu są wybierane przez liderów zorientowanych na realizację zadań, podczas gdy pozycje na środku dłuższych boków są zajmowane przez przywódców socjoemocjonalnych, skupiających się na interakcjach wewnątrzgrupowych, zmierzających do tego, by każdy uczestnik mógł wyrazić swoje zdanie [20]. I, mimo że z moich obserwacji wynika, że na tym miejscu zwykli siadywać „autsajderzy”, to typowe dla nich pozostawanie na uboczu, izolowanie się i budzenie niepokoju wśród „liderów” prowadzi do większego liczenia się „przywódców” z opiniami pozostałych uczestników grupy terapeutycznej. Ujmując to prościej, „liderzy” nie znajdując pokłasku u „autsajderów” są skory do większych kompromisów i ustępstw w stosunku do pacjentów okupujących peryferyczne miejsca.

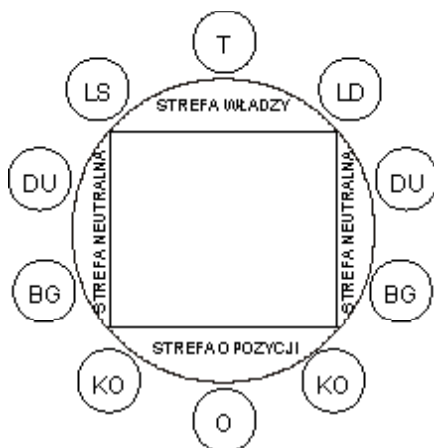
Zupełnie inny układ miejsc siedzących przy prostokątnym stole pojawia się, gdy pozycję centralną zajmie terapeuta. Wówczas po jego prawej stronie zwykł siadywać „lider sympatii”, po prawej „lider dominacji”, dalej — na środku dłuższych boków — „błazen grupowy”, następnie „koziół ofiarny”, a po przeciwnej stronie „autsajder”. Natomiast „dobry uczeń” stara się usiąść jak najbliżej terapeuty i jeśli utrudniają mu to „liderzy”, to zadowala się miejscem tuż obok nich, gdzieś pomiędzy nimi a „błaznem grupowym”. Uogólniając, „liderzy” zajmują pozycje najbliższych współpracowników terapeuty, „błazen grupowy” — pozycję neutralną, „koziół ofiarny” — umiarkowanego opozycjonisty, a „autsajder” — skrajnego opozycjonisty. Przez „opozycjonizm” należy rozumieć małą wrażliwość na sygnały dystansowania się, niedogodności związane z kanalizowaniem napięć grupowych (agresywnych lub lękowych), odrzucanie przez grupę i ograniczanie kontaktów. Natomiast „dobry uczeń” rezerwuje dla siebie pozycję „przyjaciela” terapeuty, bezwarunkowo podporządkowującego się jakimkolwiek jego oczekiwaniom i zaleceniom [21].

Dobrym sposobem zneutralizowania czy wyrównania statusów przy stole jest prowadzenie sesji przy stole okrągłym, tworzy on bowiem klimat relaksującej nieformalności i jest najodpowiedniejszy do prowadzenia dyskusji pomiędzy pacjentami a terapeutą czy pomiędzy sobą, a więc osobami o równej pozycji, gdyż każda z nich ma prawo do dysponowania taką samą powierzchnią stołu. Okrągły, nieformalny stół, pozbawiony miejsc centralnych, peryferycznych (rogów, dłuższych i krótszych boków) umożliwia zapewnienie każdemu uczestnikowi terapii poczucia podobnego statusu i autorytetu. Jeśli nawet nie ma takiego stołu w pomieszczeniu przeznaczonym do prowadzenia terapii, to podobny efekt przyniesie z pewnością usadwienie pacjentów w kręgu. Niezależnie, czy pacjenci zajmą miejsca przy okrągłym stole, czy w kręgu, zostanie zachowana (często pozorna) równorzędność podmiotów i optyczna równowaga, bez wyodrębnienia czyjegokolwiek uprzywilejowania, co łącznie sprzyja tworzeniu ciepłej i bardziej rzeczowej atmosfery [4].

Chociaż walory okrągłego stołu mogą być dużo mniejsze lub utracić znaczenie, gdy terapeuta w jakiś sposób zarezerwuje dla siebie określone miejsce, np. położy na blacie notatnik, systematycznie okupuje to samo miejsce itp. Wówczas — zgodnie z tzw. regułą Artura — może dojść do powstania hierarchicznego układu miejsc, zbliżonego czy wręcz takiego samego, jak przy prostokątnym stole [11]. Ulubione miejsce terapeuty, osoby cieszącej się największym autorytetem i poważaniem pacjentów, staje się pozycją centralną, punktem odniesienia podczas zajmowania miejsc siedzących przez uczestników terapii grupowej. W rezultacie terapeuta używając okrągłego stołu, aby stworzyć każdemu członkowi grupy poczucie podobnego statusu i znaczenia, nie odnosi spodziewanego efektu.

W praktyce oznacza to, że pacjenci zajmujący miejsca bezpośrednio po obu stronach terapeuty w sposób niewerbalny otrzymują pozycje wiodące, siedzący przy nich — wyraźnie niższe pod względem znaczenia itd., aż do tych pacjentów, którzy siadają na wprost klinicysty — na pozycjach peryferycznych. W sumie tuż obok terapeuty — po jego prawej i lewej ręce — usadawiają się „liderzy sympatii” i „liderzy uznania” (osoby odgrywające dominujące role), nieco dalej zwykli siadać „dobrzy uczniowie”, „błazny grupowe”, a najdalej „kozły ofiarne” i „autsajderzy”. W konsekwencji pacjenci siedzący naprzeciwko terapeuty czy bliżej przeciwległej strony stołu to najczęściej osoby mniej liczące się w grupie — na których zazwyczaj kanalizowane są negatywne emocje — będące obiektem krytyki i ataku. Moje własne obserwacje potwierdzają te prawidłowości, a przy tym jeszcze to, że okupowanie najodleglejszych miejsc jest związane z pozycjami obronnymi i współzawodnictwem. Na nich zazwyczaj siadają pacjenci najbardziej zaburzeni, z największymi problemami czy nie potrafiący z nimi sobie radzić. Oni też z reguły sprawiają najwięcej kłopotu, wymagają największego nakładu pracy terapeutycznej. Tam najczęściej grupują się pacjenci, którzy na sesje przychodzą pełni obaw i lęków, z mniejszym lub większym stresem (distresem) i w związku z tym chcą być jak najdalej od „władzy” — terapeuty i liderów grupowych. Ci z kolei, w naturalny sposób, na nich zazwyczaj kierują swój wzrok i do nich wypowiadają swoje słowa. Sam zaś terapeuta, siłą rzeczy, podnosi głos w chwili mówienia do nich, a obniża, mówi ciszej — często półtonem i z większą swobodą — w momencie zwracania się do pacjentów zajmujących miejsca sąsiednie. Zewnętrznie może to robić wrażenie ataku werbalnego na pacjentów okupujących pozycje peryferyczne, a sprzyjania siedzącym w najbliższej odległości.

Zasadniczo, okrągły stół, bez ostrych kantów i boków, sprzyja tworzeniu nieformalnej, zrelaksowanej atmosfery podczas terapii, wyraża jedność i równość wszystkich pacjentów biorących udział w terapii grupowej. Jednak należy uwzględnić to, że ma on niewidzialne linie demarkacyjne, oddzielające siedzące przy nim osoby. Zgodnie ze wspomnianą „regułą Artura” (wywodzącą się z celtyckiej legendy o królu Arturze i rycerzach okrągłego stołu) można wyróżnić kilka stref: strefę „władzy” (okupowana przez terapeutę i liderów grupowych), dwie strefy neutralne (zajmowane przez „dobrych uczniów” i „błaznów grupowych”) oraz strefę „opozycji” (preferowaną przez „kozłów ofiarnych” i „autsajderów”) [22] (patrz rys. 1).



- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| T - terapeuta grupowy | DU - dobry uczeń    |
| LS - lider sympatii   | BG - błazen grupowy |
| LD - lider dominacji  | KO - kozioł ofiarny |
| O - autsajder         |                     |

Rys. 1. Układ miejsc przy okrągłym stole podczas psychoterapii grupowej

### Terapeutyczny krąg

Efekt równych statusów i autorytetów można z powodzeniem uzyskać bez okrągłego stołu, ale poprzez utworzenie terapeutycznego kręgu. S. H. Foulkes — zwolennik i propagator „socjotechniki” w terapii — zaleca, aby przed rozpoczęciem sesji ustawić fotele (tego samego kształtu) w regularny krąg, w miarę luźny, umożliwiający nieskrępowane zajmowanie i opuszczanie miejsca, z umieszczonym w środku małym okrągłym stolikiem. Ma on pełnić niezmiernie ważną rolę symbolicznego centrum, wyznaczającego i dookreślającego przestrzeń pracy grupy, dającego możliwość przemieszczania wzroku z siedzących na wprost współpacjentów na środek kręgu. Dopuszczalne jest także nieumieszczenie żadnego stolika, gdy np. przyjdzie prowadzić terapię w pomieszczeniu o małych gabarytach. Jeśli chodzi o fotele (w ostateczności mogą być też wygodne, wyściełane krzesła), to powinny być tak samo komfortowe, o prostej konstrukcji i łatwo przesuwalne (na kółeczkach), a jednocześnie nie powinny skrzypieć i być zbyt miękkie i przesadnie wygodne, by nie rozleniwiać siedzących na nich pacjentów, zachęcać do bierności i pasywności, czy też — o czym była mowa wcześniej — do niepotrzebnego rozsiadywania się. Liczba foteli musi odpowiadać składowi grupy, a w sytuacji, gdy któryś z uczestników nie pojawi się, albo wcześniej opuści salę, jego miejsce ma pozostać puste [23].

Ustawienie foteli w kręgu sprzyja utrzymywaniu właściwej komunikacji niewerbalnej, a w szczególności wzajemnej wymianie spojrzeń (kontaktom wzrokowym), a przy tym sprawia, że pozycje wyjściowe wszystkich członków grupy terapeutycznej są względnie równoprawne. Nikt nie jest wyróżniany, ani też żaden z uczestników nie ma możliwości zajęcia uprzywilejowanej pozycji. Takie ułożenie foteli zapewnia także zachowanie bezpiecznej odległości, dystansu fizycznego od pozostałych, a zatem wyklucza ewentual-

ność naruszania fizycznej integralności, wejścia w strefę intymną, w osobistą przestrzeń — niewidzialny „powietrzny balon” okalający ciało i pilnie strzeżony [1]. Stąd też fotele muszą stać w odpowiedniej odległości od siebie, w jakikolwiek sposób nie narażając na przekroczenie umownych granic prywatnej przestrzeni. Jeśli raczej terapii i przyzwolenie pacjentów wymagają zmniejszenia dzielącego ich dystansu fizycznego (np. by okazać wsparcie czy bliskość), to w łatwy sposób można ścieśnić krąg, przesuując się z fotelami do środka.

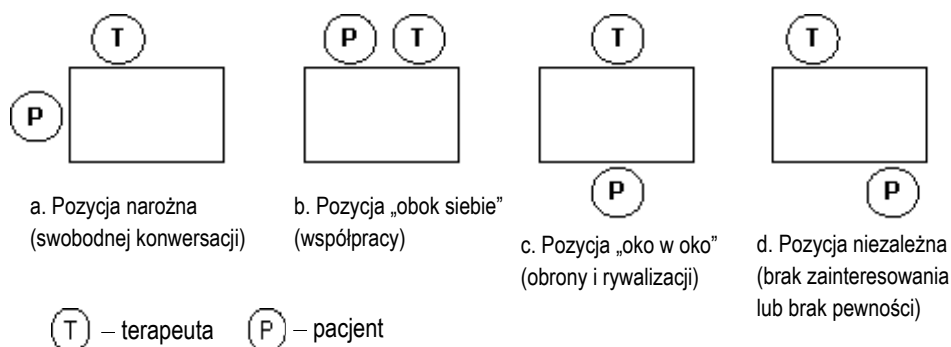
Taki układ miejsc siedzących przybiera postać terapeutycznego kręgu, ułatwiającego terapeutcie kontrolowanie czy obserwowanie rozwoju interakcji wewnątrzgrupowych. Już w chwili zajmowania miejsc — na początku terapii — można zauważyć, którzy pacjenci są skorzy do zbyt dużego trzymania się na dystans w stosunku do współuczestników grupy terapeutycznej. Kolejność siadania w fotelach, zmiany miejsca, bliskość zajmowania miejsca przy prowadzącym terapię, to niektóre z licznych zachowań przestrzennych (proksemicznych), które mogą dostarczyć wielu cennych informacji ułatwiających interpretację procesów grupowych, a w konsekwencji upoważniających terapeutę do podjęcia odpowiednich działań czy interwencji terapeutycznych. Stałe rozmieszczenie foteli i możliwość zajmowania przez klinicystę tego samego miejsca na kolejnych sesjach może wyrażać ciągłość przebiegu terapii [23]. W takim razie w terapeutycznym kręgu — inaczej niż przy omówionym wcześniej układzie miejsc przy okrągłym stole — korzystnie jest dookreślić miejsce terapeuty, będące symbolem stabilności procesu terapeutycznego.

### Psychoterapia indywidualna

Nie bez znaczenia dla relacji terapeutycznej jest właściwe usadowienie pacjenta przy stole podczas psychoterapii indywidualnej, a także, stół ten jest okrągły, kwadratowy czy prostokątny. Pierwszy z nich zdaje się najlepszy, gdyż oprócz już omówionych wcześniej jego walorów dochodzi wymiar symboliczny: koło samo w sobie traktowane jest na całym świecie jako metaforyczny wyraz jedności i siły [3]. Natomiast kwadratowy stół, z czterema równymi bokami, może służyć odseparowaniu się pacjenta od terapeuty, np. we wczesnej fazie terapii lub w chwilach wymagających zwiększenia dystansu intymnego czy osobistego (np. w czasie intensywnej pracy wglądowej, w momencie nagłej konfrontacji z traumatycznymi przeżyciami itp.). Z drugiej strony tego typu stół stwarza warunki do prowadzenia dialogu opartego na równości terapeuty i pacjenta, siedzących przy bokach o tej samej długości. Jednak z uwagi na wyodrębnienie czterech stron gubi poczucie jedności. Ponadto kwadratowy stół kojarzy się z rywalizacją, konfrontacją czy współzawodnictwem, gdyż niejako wymusza bezpośredni kontakt wzrokowy na wszystkich czterech pozycjach oraz zapewnia utrzymanie takich samych odległości fizycznych pomiędzy siedzącymi przy nim terapeutą i pacjentem [5]. W takim razie może być wykorzystywany do prowadzenia treningów zadaniowych, charakteryzujących się dużą dynamiką, np. trening interpersonalny, asertywności itp. Stół kwadratowy, zwany formalnym, doskonale nadaje się do krótkich, treściwych rozmów (np. podczas zawierania kontraktu terapeutycznego, negocjowania warunków terapii).

Jednak najwięcej możliwości tworzenia różnych układów miejsc siedzących i ich znaczeń stwarza stół prostokątny. Ma on wszystkie walory stołu kwadratowego (cztery wyodrębnione boki), lecz z powodu większej możliwości odseparowania terapeuty od pacjenta, nie kreuje równości. Mimo to odpowiednie usadowienie pacjenta względem

terapeuty może eksponować ich wzajemną podmiotowość. Najkorzystniejsze warianty to pozycja narożna (patrz rys. 2a) i pozycja współpracy (patrz rys. 2b). W pierwszym wariantcie demonstrowana jest swoboda konwersacji, przyjazne nastawienie i „zaproszenie” do bezpośredniej i otwartej wymiany informacji. W drugim natomiast — siedzenie „obok siebie” — manifestowana jest chęć współdziałania i identyfikowania z problemami czy cierpieniami pacjenta. Z tych dwóch pozycji lepsza zdaje się ta pierwsza — „przez róg stołu” — gdyż nie ogranicza kontaktu wzrokowego i sprzyja korzystniejszemu tworzeniu i odczytywaniu gestów całego ciała. Tutaj doskonale widać ogół tzw. zachowań kinezywnych — ekspresję mimiczną, ruchy rąk i nóg u pacjenta, sposoby ich układania, splatania, krzyżowania. Takich warunków nie stwarza siedzenie obok siebie czy „oko w oko”, naprzeciw siebie. Ponadto róg stołu może być wykorzystywany jako częściowa bariera ochronna, za którą można się ukryć (tu: pacjent) w momencie doznawania lęku, niepokoju, faktycznego czy wyimaginowanego poczucia zagrożenia. Dodatkowy atut pozycji narożnej to uwolnienie się od terytorialnych podziałów: zarówno klinicysta, jak i pacjent dysponują taką samą przestrzenią fizyczną [6].



Rys. 2. Układ miejsc siedzących przy prostokątnym stole podczas psychoterapii dualnej

Dobre efekty może przynieść posadzenie pacjenta obok terapeuty (rys. 2b), zwłaszcza gdy wymagana jest ścisła współpraca, np. we wstępnej fazie terapii czy pracy z pacjentami ujawniającymi duży „opór”. To jedna z najbardziej strategicznych pozycji w chwili forsowania własnego zdania i dająca duże szanse na uzyskanie aprobaty [1]. W związku z tym może być bardzo przydatna podczas interwencji terapeutycznych lub udzielania wskazówek pacjentowi. Jednak trzeba pamiętać, że terapeuta musi usiąść w takiej odległości od pacjenta, by ten w żaden sposób nie odczuł tego jako naruszenie jego prywatnej przestrzeni.

Natomiast należy unikać sadzania pacjenta na wprost, w pozycji oko w oko (rys. 2c), ponieważ można w ten sposób stworzyć atmosferę konfrontacji, obrony i współzawodnicstwa [3]. Taki układ może utrudnić pracę z pacjentem, głównie nastawioną na dokonywanie zmian w sposobach myślenia (np. w terapii poznawczej), gdyż takie usadowienie sprzyja twardemu trwaniu przy swoich poglądach, blat stołu bowiem tworzy solidną barierę. W tej pozycji zwykli siadywać ci, którzy ze sobą rywalizują lub mają zamiar poddać drugą stronę ostrej krytyce. Kto zajmuje tak frontalną pozycję w stosunku do partnera, komunikuje tym, że nie będzie unikał walki na argumenty i że jest gotów podjąć wyzwanie do ambicjonalnego starcia. W czasie takiej wymiany zdań pojawia się ryzyko nasilania się

wrogięgo tonu [5], trzeba więc unikać takiej pozycji w spotkaniach terapeuty z pacjentem. Jeśli pacjent wymusi taki układ (np. przesuwając swoje krzesło w trakcie terapii), to czym prędzej należy delikatnie spowodować przejście do pozycji narożnej lub „obok siebie”.

Najbardziej niekorzystnym układem jest zajęcie miejsc w pozycji niezależnej (rys. 2d), demonstrującej utratę lub brak zainteresowania tym, co komunikuje terapeuta, bądź terapią w ogóle. Innymi słowy, gdy podczas terapii pacjent nieoczekiwanie przesunie swoje krzesło do tej pozycji, to jest to z reguły jawny wyraz niewielkiego zainteresowania lub zupełnego braku pewności siebie, czy przekaz, że właściwie nie chce mieć do czynienia z klinicystą i tym, co on mu proponuje w ramach relacji terapeutycznej. Tak zachowują się osoby, by zademonstrować brak chęci współdziałania z innymi. Zneutralizowanie tej pozycji powinno następować stopniowo, gdyż nagłe reagowanie, np. polegające na zmniejszaniu dystansu fizycznego, może zostać potraktowane jako naruszenie prywatnej przestrzeni i w efekcie odczytane jako wroga inwazja [18].

### **Strefy dystansu**

Duże znaczenie dla prawidłowego przebiegu terapii ma utrzymywanie optymalnego dystansu fizycznego pomiędzy klinicystą a pacjentem. Niedopuszczalne jest zbliżanie się na zbyt bliską odległość, narażające na naruszenie strefy intymnej pacjenta, sięgającej do ok. 45 centymetrów od niego. Nie tak rzadko mamy do czynienia ze zjawiskiem wkraczania pacjentów w moją strefę intymną, co zwykle zdarza się tym, którzy cierpią na chroniczny brak kontaktów z innymi ludźmi i towarzyszącą temu deprivację emocjonalną. Inni ujawniają tendencję do nadmiernego interakcyjnego dystansowania się, poruszania się w granicach strefy społecznej, obejmującej odległość od 120 do 360 centymetrów. Za najkorzystniejszą przestrzeń interpersonalną dla właściwego rozwoju relacji terapeutycznej należy uznać dystans wyznaczony górną granicą strefy osobistej lub dolną granicą strefy społecznej, a więc obejmujący obszar do 120 centymetrów. Jest to optymalna nieformalna przestrzeń, ponieważ żadna ze stron — ani pacjent, ani terapeuta — nie jest narażona na odczuwanie dyskomfortu inwazji w ich terytoria, umowne i niewidzialne „powietrzne balony” okalające ich ciała i pilnie strzeżone [8].

### **Trening zachowań proksemicznych**

Samo stosowanie reguł zachowań przestrzennych nie wyczerpuje znaczenia proksemiki w relacji terapeutycznej. Stanowiąc jeden z elementów szeroko rozumianej komunikacji niewerbalnej może być źródłem nieudanych kontaktów pacjenta z otoczeniem i w konsekwencji jednym z powodów zgłaszanych przez niego problemów. Wówczas na terapeutę powinno spoczywać zadanie uświadomienia pacjentowi błędów, jakie popełnia z uwagi na gubienie dopuszczalnego dystansu konwersacyjnego. Innymi słowy, można zaproponować mu specyficzny trening koncentrujący się na poznaniu relacji rządzących nieformalną przestrzenią w kontaktach z dalszą rodziną, współpracownikami, sąsiadami itp., który powinien mu uzmysłwić, że przestrzeń interpersonalna ulega powiększeniu lub zwężeniu w zależności od sytuacji, rodzaju kontaktu, relacji pomiędzy uczestnikami interakcji, cech ich osobowości oraz wielu innych czynników (np. płeć, wiek, temat rozmowy, otoczenie fizyczne, orientacja postaw i emocji czy tło kulturowe i etniczne) [4]. Terapeuta — stając się na jakiś czas trenerem — powinien tak aranżować przebieg spotkania z pacjentami (np. w ramach terapii grupowej), by byli w stanie pojąć, jak ważną funkcję komunikacyjną pełni

właściwe postrzeganie, wykorzystanie i dookreślanie przestrzeni fizycznej; w jakiej mierze bliskość, odległość lub jej brak różnicuje wzajemne porozumiewanie się. Tym czynnościom powinien towarzyszyć instruktaż, demonstrowanie, jakie zwykli popełniać błędy, z jednoczesnym prezentowaniem różnych wariantów poprawnych zachowań proksemicznych. Terapeuta powinien wyraźnie wskazać, jakie konsekwencje mogą wynikać np. z wkroczenia na czyjeś terytorium, z naruszenia umownej przestrzeni osobistej czy intymnej. Jest to zarazem okazja, żeby pacjenci uświadomili sobie istnienie takich dystansów i rządzących nimi reguł, a także korzyści, gdy są one respektowane. Można tu wprost zaznajomić ich z powszechnie przyjętym podziałem przestrzeni na cztery strefy: a) intymną — odległość między 15 a 45 centymetrem od drugiej osoby; b) osobistą — od 45 cm do ok. 1,2 m; c) społeczną, zwaną też socjalną — od 1,2 do 3,6 m; d) publiczną, zwaną również otwartą — obejmującą dystans od 3,6 m do granic widzenia lub słyszenia [11].

Potem można te cztery rodzaje dystansów przećwiczyć lub też wskazać na nie w chwili, gdy terapeuta zauważy, że któryś z uczestników terapii grupowej nie potrafi poprawnie dobrać i organizować przestrzeni interpersonalnej; odpowiednio zmieniać i dostosowywać do określonej sytuacji dystansu w stosunku do współpacjentów. Konieczne jest przy tym instruowanie, co w granicach poszczególnych stref jest dopuszczalne, a także w jaki sposób można wykorzystywać personalną przestrzeń. W wypadku np. dystansu intymnego należałoby przekazać, że traktuje się go jako najważniejszy, ponieważ jest on pilnie strzeżony i postrzegany jako własność. Warunkiem otwarcia tej strefy jest duże zaufanie, a ktoś naruszający ją wbrew woli jej właściciela jest uważany za intruza. Ktoś, kto lekceważy strefę intymną kogoś drugiego, lekceważy również i tę osobę. Trzeba również poinstruować, że bezkarnie mogą w jej obszarze poruszać się tylko osoby związane uczuciowo — rodzice, małżonkowie, dzieci, rodzeństwo, krewni czy bliscy przyjaciele [24].

Gromadząc różne przedmioty, sprzęty i rekwizyty (np. z przeznaczeniem do psychodramy) można unaocznić pacjentom, w jakim stopniu struktura przestrzeni interpersonalnej różnicuje jakość interakcji. Kolejno zmieniając otoczenie fizyczne, dokonując zmian w wystroju wnętrza, można uświadamiać pacjentom zależności między cechami otoczenia a ich różnym znaczeniem i stopniem uprzywilejowania. Na przykład usadawiając pacjentów na różnych pozycjach przy stole można ich przekonać, jaki to ma wpływ zarówno na treści przekazywane innym, jak i płynące do nich. Jeśli jest to podłużny, prostokątny stół, wtedy pacjenci otrzymują polecenie zajęcia, np. w parach, konkretnych przy nim miejsc. Następnie wspólnie analizuje się znaczenie usytuowania się partnerów wobec siebie. Przy czym niezmiernie istotne jest systematyczne weryfikowanie wyników tych interpretacji, sprawdzanie, w jakiej mierze oceny pacjentów są tożsame z tym, co sądzą o znaczeniu zajmowanych pozycji przy stole znawcy przedmiotu, odwołujący się do swoich długoletnich obserwacji, do uzyskanych rezultatów badań eksperymentalnych.

### Zakończenie

Widać zatem, że zachowania proksemiczne mogą pełnić w relacji terapeutycznej dwie równorzędne funkcje: pierwszą — mającą na celu usprawnienie wzajemnego kontaktu terapeuty z pacjentami, drugą — służącą uwrażliwieniu pacjentów na duże walory ukryte w szeroko rozumianych zachowaniach przestrzennych. Terapeuta uwzględniający w swej pracy wpływ otoczenia fizycznego, rolę terytorium i przestrzeni osobistej może stać się wiarygodniejszy dla pacjentów. Chodzi tu przede wszystkim o uruchamianie tzw.

niespecyficznych czynników terapeutycznych, np. rytualnych działań, prestiżu terapeuty, przeświadczenia (wiary w skuteczność terapii), działań symbolicznych czy wyjaśnianie pacjentom podłoża ich cierpień. Mówiąc inaczej, świadome posługiwanie się elementami proksemiki może ułatwiać tworzenie sprzyjającej atmosfery do pojawiania się i dynamizowania wpływu tego rodzaju czynników, co w efekcie może znacząco usprawnić pracę wglądową i przepracowanie czy przeuczanie — konfrontowanie się pacjenta z niechcianymi przeżyciami i emocjami, by w sumie osłabić czy całkowicie wyeliminować ich negatywny wpływ na jego codzienne funkcjonowanie.

### Piśmiennictwo

1. Argyle M. Psychologia stosunków międzyludzkich. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
2. Sikorski W. Psychoterapia grupowa różnych pokoleń. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2002.
3. Głodowski W. Bez słowa. Komunikacyjne funkcje zachowań niewerbalnych. Warszawa: Wydawnictwo Hansa Communication; 1999.
4. Knapp ML, Hall AJ. Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000.
5. Pease A. Mowa ciała. Jak odczytywać myśli innych ludzi z ich gestów. Kielce: Wydawnictwo „Jedność”; 2001.
6. Sikorski W. Bezślowne komunikowanie się w psychoterapii. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2002.
7. Miles EW, Leathers DG. The impact of aesthetic and professionally related objects on credibility in the office settings. *South. Speech Commun. J.* 1984; 49: 361-379.
8. Argyle M. Bodily communication. London: Methuen; 1988.
9. Kleeman WB. The politics of office design. *Environ. Behav.* 1981; 20: 537-549.
10. Mehrabian A. Public places and private spaces. New York: Basic Books; 1976.
11. Collins A. Mowa ciała. Co znaczą nasze gesty. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Rytm; 2002.
12. Burgoon JK, Saine T. The unspoken dialogue: An introduction to nonverbal communication. Boston: Houghton-Mifflin; 1978.
13. Birren R. Color psychology and color therapy. New York: University Books; 1975.
14. Thompson JJ. Beyond words: Nonverbal communication in the classroom. New York: Citation Press; 1973.
15. Finnegan MC, Solomon LZ. Work attitudes in windowed vs. windowless environments. *J. Soc. Psychol.* 1981; 115: 291-292.
16. Aleksandrowicz J. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
17. Carr SJ, Dabbs JM. The effects of lighting, distance and intimacy of topic on verbal and visual behavior. *Sociometry* 1974; 37: 592-600.
18. Korda M. Power. How to get it, how to use it. New York: Random House; 1975.
19. Howells IT, Becker SW. Seating arrangement and leadership emergence. *J. Abn. Soc. Psychol.* 1962; 64: 148-150.
20. Taylor SE, Fiske ST. Point of view and perceptions of causality. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1975; 32: 429-445.
21. Tryjarska B. Psychoterapia grupowa. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000, s. 211-244.
22. Thomson P. Sposoby komunikacji interpersonalnej. Poznań: Zysk i S-ka. Wydawnictwo; 1998.
23. Sęk H. Kierunki psychoterapii psychodynamicznej. W: Sęk H, red. Społeczna psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993, s. 397-398.
24. Birkenbihl VF. Komunikacja niewerbalna. Sygnały ciała. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 1998.

