

Wiesław Sikorski

## ZNACZENIE ŚRODOWISKA PROKSEMICZNEGO W PSYCHOTERAPII. PRZESŁANKI NEUROBIOLOGICZNE

### THE IMPORTANCE OF THE PROXEMIC ENVIRONMENT IN PSYCHOTHERAPY. NEUROBIOLOGICAL PREMISES

Pracownia Neuropedagogiki Stosowanej, Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski

**physical distance**  
**decor of the therapeutic room**  
**arrangement of seats at tables of different shapes**

#### Streszczenie

*W publikacji podjęto próbę ustalenia wpływu różnych elementów proksemiki (środowiska fizycznego) na przebieg psychoterapii, a zwłaszcza na komunikację między terapeutą i pacjentem. Skupiono się przede wszystkim na takich wymiarach proksemiki, jak dystans fizyczny, wystrój gabinetu terapeutycznego i aranżacja miejsc siedzących.*

*Autor uzasadnia potrzebę przejawiania większej dbałości o komunikację proksemiczną w relacji terapeutycznej najnowszą wiedzą z zakresu neurobiologii, dotyczącą znaczenia wzbogaconego środowiska fizycznego dla neurogenezy i synaptogenezy — powstawania nowych komórek nerwowych i połączeń między nimi.*

*Autor podaje sposoby tworzenia i monitorowania („mapowania”) środowiska fizycznego gabinetu lub pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia psychoterapii, a także sal szpitalnych pod kątem poprawiania samopoczucia pacjentów oraz większej skuteczności wzajemnej komunikacji terapeuty i pacjenta.*

*W końcowej części publikacji dokonano charakterystyki znaczenia aranżacji miejsc siedzących dla przebiegu psychoterapii grupowej. Autor podaje walory prowadzenia tego typu spotkań w kręgu terapeutycznym — z fotelami tworzącymi koło i małym okrągłym stolikiem w centrum. Autor sugeruje, że taki układ miejsc siedzących pozwala ustalić nieformalną strukturę grupy terapeutycznej, a zwłaszcza role grupowe krystalizujące się w drugiej fazie rozwoju dynamiki grupowej, a mianowicie „konfrontacji i eksploracji różnic”.*

#### Summary

The publication attempts to determine the impact of various elements of proxemics (physical environment) on the course of psychotherapy, especially on the communication between the therapist and the patient. The focus is primarily on such dimensions of proxemics as the physical distance, the decor of the therapeutic room and the arrangement of seats at tables of different shapes. The author justifies the need to show greater care for proxemic communication in a therapeutic relationship based on the latest knowledge in the field of neurobiology. The author presents ways of creating and monitoring (“mapping”) the physical environment of the office or rooms for conducting psychotherapy, as well as hospital rooms in terms of improving the patients’ well-being and greater effectiveness of mutual communication between the therapist and the patient. The final part of the publication contains a characterization of the importance of the arrangement of seats for the course

of group psychotherapy. The author presents the advantages of holding such a type of meetings in a therapeutic circle – with chairs forming a circle and a small round table in the center. The author suggests that such a seating layout allows to determine an informal structure of the therapeutic group, especially group roles taking shape in the second phase of the group dynamics development, namely “confrontation and exploration of differences”.

Jednym z ważnych czynników warunkujących sprawny przebieg komunikacji między terapeutą i pacjentem i w efekcie większą skuteczność oddziaływań terapeutycznych jest tzw. środowisko proksemiczne. Zalicza się do niego terytorializm (w tym *zatłoczenie* — psychiczne poczucie ograniczonej przestrzeni osobistej, i *zagęszczenie* — rzeczywiste dysponowanie małą przestrzenią fizyczną), dystans fizyczny, jaki zachowują między sobą porozumiewające się strony, orientacje przestrzenne ich ciał względem siebie, a także aranżację przestrzeni gabinetu terapeutycznego lub innego pomieszczenia przeznaczonego do prowadzenia terapii.

### **Wzbogacone środowisko fizyczne**

Na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ubiegłego stulecia, Mark Rosenzweig [1] wykazał plastyczność mózgu u szczurów. Odkrył on, że gryzonie te, przebywające w klatce z drabinkami, zabawkami, tunelami i urządzeniami do biegania — co określił „wzbogaconym” środowiskiem — w teście labiryntowym zachowują się zdecydowanie bardziej funkcjonalnie niż te, które znajdowały się w sterylnych klatkach lub „uboższym” otoczeniu. W tych badaniach gryzonie pochodzące z bogatszego środowiska miały wyraźnie większe i bardziej rozbudowane strukturalnie mózgi. Kolejne badania potwierdziły odkrycia Rosenzweiga [zob. 2–5].

### **Percepcja przestrzeni a mózg**

Russell Epstein i jego współpracownicy [6] ustalili, że u badanych w czasie patrzenia na różne elementy środowiska fizycznego dochodzi do bardzo dużego pobudzenia parahipokampalnego obszaru mózgu (PPA). Prezentowano zdjęcia umeblowanych pomieszczeń, różnie wyglądających ulic, miast i krajobrazów. Autorzy tych badań twierdzą, że we wspomnianym rejonie mózgu kojarzone są informacje percepcyjne z wcześniejszymi doświadczeniami przestrzennymi. Informacje te rejestrowane są w mapie poznawczej mózgu. Najnowsze metody neuroobrazowania umożliwiają uzyskiwanie wyższego poziomu obiektywizmu, ponieważ reakcje fizjologiczne, emocjonalne i zmysłowe zapisywane są przez odpowiednie urządzenia. Dzięki temu można także pozyskiwać dane od osób chorych, z dysfunkcjami czy otępieniami, niebędących w stanie świadomie przekazywać informacji o własnym stanie zdrowia.

### **Neuroarchitektura**

Aktualny stan wiedzy neurobiologicznej przyczynił się do powstania tzw. neuroarchitektury zajmującej się poszukiwaniem zależności między środowiskiem fizycznym a pracą mózgu. Dotyczy to w szczególności aranżowania otoczenia z uwzględnieniem reakcji układu nerwowego. Zostało to docenione przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która na podstawie badań potwierdziła ogromne znaczenie projektowania środowiska fizycznego dla poprawy zdrowia i środowiska naturalnego. Z badań tych płyną jednoznaczne wnioski, że jest duża konieczność zmiany w tej materii, a ściślej projektowania miast, bu-

dynków, pomieszczeń z myślą o zdrowiu człowieka, jego dobrym samopoczuciu i rozwoju osobistym. Sprawą najważniejszą w neuroprojektowaniu otoczenia fizycznego powinno być zdrowie. Takie nastawienie salutogenetyczne, tzn. doceniające prozdrowotne walory przyjaznego środowiska proksemicznego, wymaga współpracy neurobiologów, lekarzy, psychologów, fizjologów, filozofów, socjologów, etnografów, inżynierów i wielu innych. Dopiero interdyscyplinarne podejście może sprawić, że projektowanie i aranżowanie środowiska fizycznego będzie w dużo większym stopniu uwzględniało różnorodne potrzeby człowieka i w efekcie bardziej sprzyjało jego zdrowiu psychicznemu.

Bernard M. Maarsingh — holenderski psycholog kliniczny, psychoterapeuta i trener — podaje trzy cechy łączące nas jako ludzi. Pierwsza wynika z tego, że nie jesteśmy samotnymi wyspami, nie jesteśmy stworzeni do działania w pojedynkę — dyskutujemy, spożywamy posiłki, uprawiamy seks, oglądamy krajobrazy — w towarzystwie innych czy z innymi. Mimo że pragniemy chwil samotności, to generalnie chcemy być z kimś. Druga cecha to pragnienie długowieczności. Trzecia wskazuje na zaraźliwość naszych zachowań, zwłaszcza współbrzmienia emocjonalnego, reagowania empatycznego. Ludzie ciągle współoddziałują na siebie. Jak ustalili neurobiolodzy, wynika to z aktywności neuronów lustrzanych i plastyczności mózgu (neurogenezy i synaptogenezy) na każdym z poziomów — zaczawszy od neurobiochemicznego, na rozległych obszarach kresomózgowia skończywszy. Pod wpływem takiego doświadczenia ludzki mózg nieustannie się zmienia. Podobnie oddziałuje na człowieka środowisko proksemiczne [7].

Z tego względu w neuroprojektowaniu przestrzeni fizycznej gabinetu terapeutycznego czy sal szpitalnych na oddziałach psychiatrycznych powinno brać się pod uwagę funkcje poznawcze, sensoryczne, motoryczne i percepcyjne. Tak rozumiane zrównoważone projektowanie wnętrz i obiektów ma sprawić, by użyte materiały i rozwiązania aranżacyjne nie szkodziły, a wręcz przeciwnie — sprzyjały pacjentom i terapeutom czy lekarzom. Kristina Sahlqvist — architektka wnętrz i pracownik naukowy Uniwersytetu w Göteborgu — jest autorką interdyscyplinarnego projektu architektonicznego szwedzkiego szpitala w Sahlgrenska. Angażując nie tylko projektantów wnętrz i architektów, ale także lekarzy, psychologów, akustyków, muzyków i znawców teorii kognitywnych, dokonała zmian aranżacji pomieszczeń szpitalnych dla pacjentów. Zmiany te zmierzały w kierunku przekształcenia surowej, chłodnej i zbyt formalnej przestrzeni szpitalnej w środowisko fizyczne przypominające wnętrze domu. Użyto najnowszych technologii, inteligentnych materiałów i integralnego systemu ogrzewania (opartego na wykorzystaniu energii słonecznej). Pacjentom stworzono komfortowe warunki do swobodnego poruszania się w przestrzeni szpitala, w tym także spożywania wspólnych posiłków z rodzinami. Nowa aranżacja doprowadziła do wzbogacenia środowiska proksemicznego pacjentów i zarazem do wielozmysłowej stymulacji przestrzennej. Zmiany te przyczyniły się do wyraźnej poprawy samopoczucia u wszystkich pacjentów i w efekcie do polepszenia stanu ich zdrowia [7].

### Środowisko fizyczne terapii

Z dotychczasowych rozważań można wysnuć wniosek, że dzięki plastyczności mózgu możliwe jest zwiększanie skuteczności oddziaływań terapeutycznych poprzez tworzenie przyjaznego otoczenia fizycznego w gabinecie terapeutycznym. Wskazuje to zarazem na

konieczność celowego, przemyślanego i właściwego zaaranżowania oraz wyposażenia pomieszczenia przewidzianego do pracy z pacjentami. Powinny w nim znaleźć się wygodne miejsca do siedzenia (np. wyściełane krzesła z podłokietnikami lub fotele) dla terapeuty i pacjentów; nie należy jednak ustawiać ich po przeciwległych stronach biurka, stołu lub innego odgradzającego mebla. Można je ułożyć przy małym gabarytowo stoliku okolicznościowym. Pomieszczenie przeznaczone do psychoterapii powinno mieć dobrą wentylację lub nawet klimatyzację, odpowiednią temperaturę powietrza i stonowane oświetlenie — nie za ciemne, nie za jasne ani też nie za jaskrawe. Jeżeli pacjentami mają być dzieci, to warto zadbać o wyposażenie gabinetu w mnóstwo zabawek, a także o przybory i inne materiały do rysowania i malowania stosowne do ich wieku [8].

### Strefy przestrzenne w terapii

Elementem proksemiki, bardzo ważnym dla sprawnego przebiegu psychoterapii, są strefy dystansu fizycznego — odległości, jakie klinicysta powinien utrzymywać podczas pracy z pacjentami. W tabeli 1 podano przykłady zachowania się terapeuty wobec pacjenta uwzględniające — za Edwardem Hallem [9] — cztery rodzaje dystansu fizycznego i odpowiadające im odległości — strefy bliższe i dalsze.

Tabela 1. Zachowania terapeuty w różnych odległościach fizycznych typowych dla czterech stref przestrzennych Halla

Rodzaj dystansu fizycznego	Zachowanie terapeuty wobec pacjenta
Dystans publiczny (strefa bliższa od 3,6 m do 7,5 m; strefa dalsza od 7,5 m do granicy widzenia i słyszenia)	Relacja terapeuty z pacjentem zaczyna się od tego dystansu. Terapeuta nawiązuje z pacjentem kontakt wzrokowy, przedstawia się, informuje go o swoich kompetencjach (posiadany certyfikat psychoterapeuty) i ustala, jak ma się do niego zwracać, a także wysyła odpowiednie komunikaty paralingwistyczne (np. uśmiecha się).
Dystans społeczny (strefa bliższa od 1,2 m do 2,1 m; strefa dalsza od 2,1 m do 3,6 m)	W tej strefie dochodzi do dalszego tworzenia relacji terapeutycznej. Terapeuta rozmawia z pacjentem na tematy ogólne, co ma służyć uzyskaniu wstępnych informacji o nim i jego problemach.
Dystans osobisty (strefa bliższa od 45 cm do 75 cm; strefa dalsza od 75 cm do 1,2 m)	W tej strefie zaczyna się pełny proces terapii. Terapeuta rozmawia z pacjentem na tematy związane z jego chorobą i trudnościami. Dbą o to, żeby nie przekraczać granic jego przestrzeni osobistej.
Dystans intymny (strefa bliższa od 0 do 15 cm; strefa dalsza od 16 cm do 45 cm)	Terapeuta w tej strefie, pod warunkiem zgody pacjenta, wykorzystuje kontakt dotykowy. Dotyczy to w szczególności stosowania tzw. terapii zorientowanej na ciało. Dopuszczalne jest także wspieranie pacjenta dotykiem, a ściślej trzymanie go za rękę w chwilach przeżywania przez pacjenta silnych emocji. Terapeuta powinien zawsze uprzedzić pacjenta o zamiarze i sposobie dotykania, w celu uzyskania jego akceptacji. W innych okolicznościach poruszanie się w tej strefie w relacji terapeutycznej jest zabronione.

Źródło: opracowanie własne.

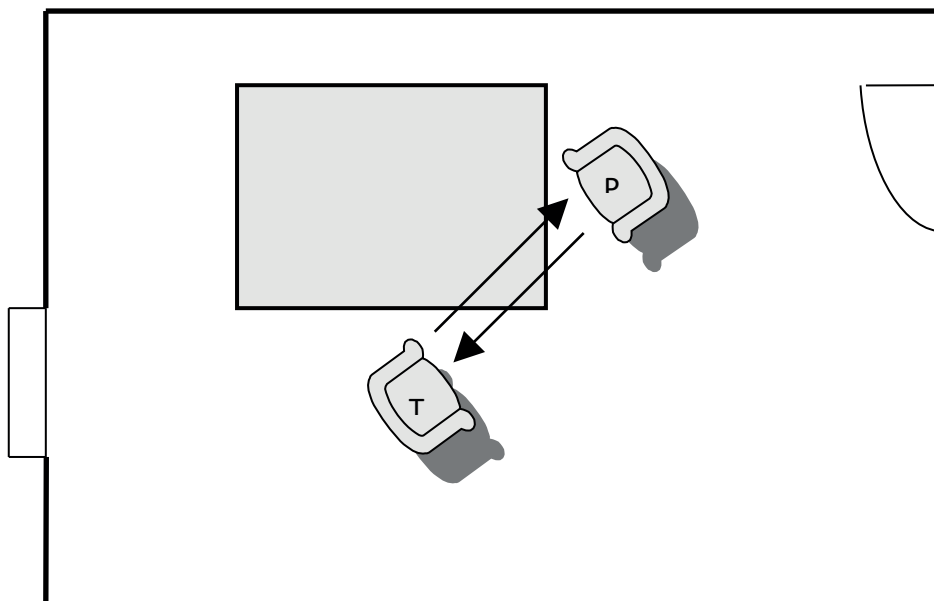
Hall [9] proponuje, aby w kontaktach ze znajomymi czy towarzyskimi wykorzystywać strefy bliższe tych czterech dystansów fizycznych, a podczas bardziej oficjalnych spotkań bardziej strefy dalsze. Specyfika psychoterapii zdaje się wymagać stref bliższych, sprzyjających większej bliskości i otwartości.

### Komunikacyjna funkcja mikrośrodowiska

Wielu terapeutów dba o optymalne urządzenie swoich gabinetów. R. Sommer [10] twierdzi, że samo usunięcie biurka — symbolu swoistej barykady — sprawia, iż pacjenci w czasie wizyty w gabinecie czują się pięciokrotnie swobodniejsi. Ten sam badacz odnotował, że przeprojektowanie szpitalnego oddziału dla rekonwalescentów wyraźnie poprawiło wzajemne relacje między pacjentami. Wcześniej krzesła były ustawione w szeregu wzdłuż ścian. Zgodnie z nowym projektem miejsca siedzące zostały usytuowane wokół stolików o niewielkich gabarytach, tak by pacjenci mogli nawiązywać ze sobą kontakt z komfortowej odległości. Okazało się, że częstotliwość rozmów między pacjentami wzrosła dwukrotnie.

### Aranżacja miejsc siedzących

Duże znaczenie dla sprawnego przebiegu dialogu terapeutycznego ma wzajemne usytuowanie terapeuty i pacjentów przy stole czy biurku, przy czym rozmowa terapeuty i pacjenta może odbywać się przy meblu o prostokątnym, kwadratowym lub okrągłym

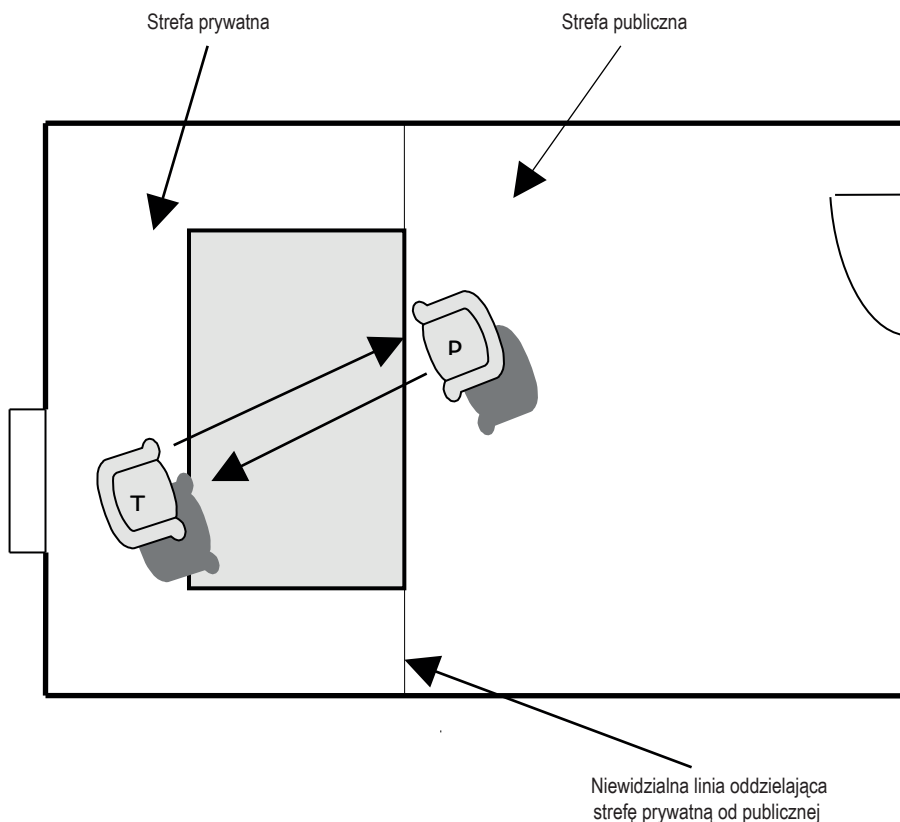


Ryc. 1. Usadowanie terapeuty (T) i pacjenta (P) „przez róg stołu” podczas dialogu terapeutycznego (źródło: opracowanie własne na podstawie: Szejnberg A, Jasiński TL. Doskonalenie pracy pielęgniarskiej. Edukacja, kompetencje, komunikacja, jakość. Płock: Wydawnictwo Naukowe; 201, s. 138).

blacie. Najczęściej jednak wykorzystywany jest stół bądź biurko z blatem prostokątnym. Z wielu możliwych aranżacji przy tego typu meblach najbardziej korzystne jest usadowienie obu stron „przez róg stołu” (patrz rycina 1).

Takie wzajemne usytuowanie sprzyja prowadzeniu rozmowy. Światło dzienne dochodzi do siedzącego terapeuty z okna znajdującego się z lewej strony. Pacjent może dość wyraźnie śledzić mimikę terapeuty. Terapeuta również może swobodnie czytać z twarzy pacjenta oraz obserwować inne jego niewerbalne zachowania. Na powyższej rycinie stół stoi blisko ściany, co sprawia, że nie stanowi on bariery fizycznej, oddzielającej strefę prywatną terapeuty od strefy publicznej, w której znajduje się pacjent. Terapeuta (T) siedzi bokiem, a pacjent (P) tyłem do drzwi wejściowych gabinetu.

Zdecydowanie mniej korzystną aranżacją jest usadowienie „ukośnie w poprzek stołu” (patrz rycina 2).



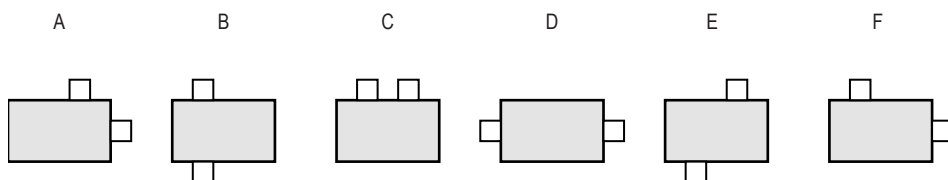
Ryc. 2. Usadowienie terapeuty (T) i pacjenta (P) „ukośnie w poprzek” podczas dialogu terapeutycznego (źródło: opracowanie własne na podstawie: Sztejnberg A, Jasiński TL. Doskonalenie pracy pielęgniarskiej. Edukacja, kompetencje, komunikacja, jakość. Płock: Wydawnictwo Naukowe; 201, s. 138).

W układzie pokazanym na powyższej rycinie stół prostokątny tworzy barierę otwartą z obu końców. Terapeuta (T) siedzi ukośnie w poprzek stołu w stosunku do pacjenta (P).

### Zachowania przestrzenne w diadach

Niewątpliwie lepszym usadowieniem terapeuty i pacjenta dla przebiegu dialogu terapeutycznego jest aranżacja zilustrowana na rycinie 1. Ich ciała są usytuowane w przestrzeni pod kątem prostym. Takie siedzenie podczas rozmowy znacznie bardziej sprzyja swobodnej wymianie zdań i wzajemnej komunikacji niewerbalnej. Potwierdzają to eksperymenty dotyczące zachowań przestrzennych w diadach, tzn. grupach złożonych z dwóch osób, przeprowadzone przez Roberta Sommera pod koniec lat sześćdziesiątych dwudziestego wieku.

Terenem jednego z nich była kawiarnia w szpitalu, wyposażona w sześciuosobowe prostokątne stoły o wymiarach 90 cm x 180 cm. Dawały one możliwości sześciu różnych wzajemnych usytuowań wobec siebie siedzących przy nich osób, a mianowicie: przez róg stołu (A), w poprzek stołu (B), bokiem do siebie (C), od jednego końca stołu do drugiego (D), ukośnie w poprzek stołu (E) oraz ukośnie wzdłuż stołu (F).



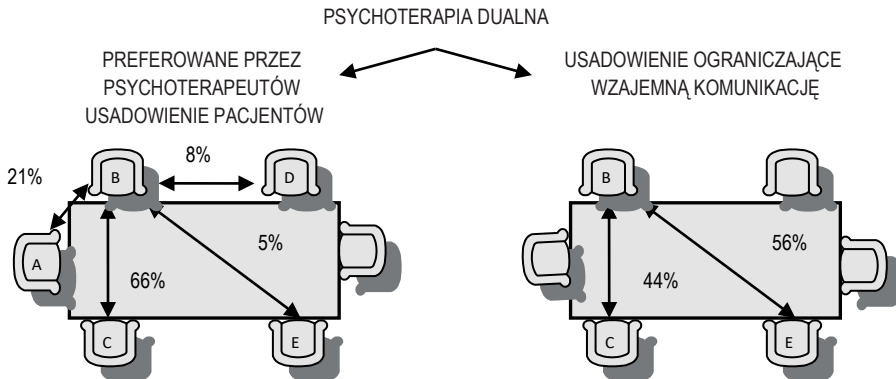
Ryc. 3. Sześć różnych usadowień par rozmówców (orientacji przestrzennych ciał osób) przy prostokątnych stołach (źródło: opracowanie własne na podstawie: Hall ET. Ukryty wymiar. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA; 2005, s. 140).

W trakcie pięćdziesięciu obserwacji, Robert Sommer liczył w regularnych odstępach czasu dyskusje prowadzone przy stołach. Odnotował, że rozmowy „przez róg stołu” (A) były dwa razy częstsze niż konwersacje „bokiem do siebie” (C), a wymiana zdań „bokiem do siebie” występowała trzy razy częściej niż dyskusje „w poprzek stołu” (B). Zauważył także, że przy usadowieniu „przez róg stołu” (A) prowadzono sześć razy więcej rozmów niż w usytuowaniu „w poprzek stołu” (B) oraz dwa razy więcej niż w usadowieniu „bokiem do siebie” (C). Ustalił zarazem, że w trzech pozostałych usytuowaniach przy prostokątnym stole (D, E, F) nie były podejmowane jakiegokolwiek rozmowy [10].

Z wywiadów przeprowadzonych przez autora tej publikacji w 2018 roku ze 106 psychoterapeutami z trzech województw — dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego — wynika, że większość z nich (66%) preferowała usadowienie „w poprzek stołu” (układ BC). Dużo rzadziej (21%) byli skłonni sadzać pacjenta „przez róg stołu” (układ AB). Natomiast najmniej z nich twierdziło, że preferują siedzenie „bokiem do siebie” (8%) (układ BD) oraz „ukośnie w poprzek stołu” (5%) (układ BE). Dalsze analizy pozwoliły ustalić, że psychoterapeuci wybierający miejsca ograniczające wzajemną komunikację preferowali

w większości (56%) usadowienie „ukośnie w poprzek stołu” (BE), a nieco rzadziej (44%) układ „w poprzek stołu” (BC).

Przejrzyście prezentuje to rycina 4.



Ryc. 4. Preferowana przez psychoterapeutów aranżacja miejsc siedzących (opracowanie własne).

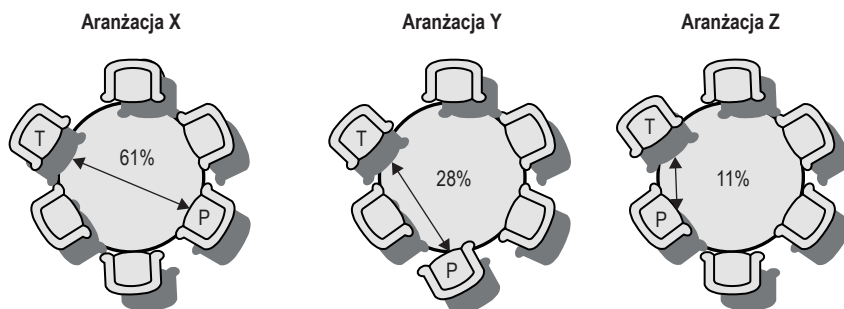
Z lewej strony zilustrowano wybory miejsc siedzących dokonane przez wszystkich objętych wywiadem psychoterapeutów. Z prawej strony przedstawiono odsetek psychoterapeutów skłonnych do prowadzenia rozmów przez blat stołu.

### Stoły okrągłe

Dużo rzadziej w gabinetach terapeutycznych wykorzystywane są stoły o okrągłym blacie, tymczasem mają one wiele zalet sprzyjających swobodnej konwersacji. Do jednej z nich należy więcej korzystnych wariantów wzajemnego zajmowania przy nich miejsc w diadach. Potwierdzają to wyniki eksperymentu przeprowadzonego przez Sommera [za: 18]. Autor tej publikacji pokazał 106 psychoterapeutom diagram, na którym był narysowany okrągły stół z sześcioma fotelami. Zadanie badanych polegało na wskazaniu miejsca siedzącego, które zwykle wybierają podczas rozmowy z pacjentem.

Okazało się, że psychoterapeuci najliczniej preferowali aranżację X „naprzeciw siebie” (61%), następnie usadowienie Y „ukośnie” (28%), a zdecydowanie najmniej usytuowanie Z „obok siebie” (11%) [10] (patrz rycina 5). Oznacza to zarazem, że większość psychoterapeutów preferuje usadowienie „na wprost siebie” — skłaniające do konfrontacji lub współzawodnictwa, blisko połowa mniej miejsca „naprzeciwko siebie” — zapewniające swobodę i otwierające przestrzeń do wzajemnego dialogu, najmniej zaś siedzenie „obok siebie” — będące najlepsze do współpracy.





Ryc. 5. Preferowane miejsca siedzące przy okrągłym stole podczas rozmowy psychoterapeuty z pacjentem (opracowanie własne na podstawie Sommer R. *Personal space. The behavioral basis of design*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs; 1969, s. 63).

### Zachowania terytorialne

Kolejnym ważnym elementem proksemiki są zachowania terytorialne. Są one demonstrowane w określonym otoczeniu, na tzw. terytorium. W literaturze jest ono definiowane jako miejsce „należące do jednej lub do większej liczby jednostek i przez nią bądź przez nie kontrolowane” [11, s. 346].

Irvin Altman [12] wyodrębnił trzy rodzaje terytoriów: pierwotne, wtórne i publiczne. Terytorium pierwotne (inaczej osobiste) to na przykład dom czy mieszkanie w bloku. Jest ono traktowane przez wszystkich jego mieszkańców jako należące do nich, w odróżnieniu od terytorium wtórnego, na przykład gabinetu terapeutycznego, który nie jest własnością terapeuty, tak samo jak pomieszczenie w szpitalu przeznaczone do prowadzenia psychoterapii. Każdy terapeuta jest traktowany przez pozostałych pracowników jako jeden z wielu, który ma do pokoju dostęp i prawo. Z kolei terytorium publiczne to miejsce bądź teren, który nie jest naszą własnością i nie możemy sprawować nad nim kontroli. Każdy korzystający z takiego terytorium jest postrzegany przez innych jako jeden z wielu równoprawnych użytkowników. Innymi słowy, nad terytorium pierwotnym człowiek ma pełną kontrolę i naruszenie jego granic może powodować określone sankcje. Na terytorium wtórnym można zaś przebywać, zgodnie z przyjętymi zasadami, kiedy jest się prawowitym użytkownikiem. Natomiast możliwość zachowywania dla siebie terytorium publicznego jest prawie żadna [11, 13].

Duncan Joiner [14] twierdzi, że aby dokonać przejrzystej charakterystyki interakcji społecznych zachodzących w danej przestrzeni trzeba uwzględnić jej trzy właściwości: zajmowane miejsce, dystans fizyczny i wystrój wnętrza, które analizowane razem wyznaczają terytorium.

Chociaż Joiner wykorzystał te trzy właściwości do opisu interakcji społecznych w przestrzeniach biurowych, to można je z powodzeniem przenieść na grunt komunikowania się psychoterapeuty z pacjentem w przestrzeni przeznaczonej dla psychoterapii. W tym celu należy dokonać pełnej charakterystyki interakcji społecznych przebiegających na terytorium wtórnym, czyli na przykład w gabinecie czy większej sali (np. w celu przepro-

wadzenia psychodramy). Terytorium to obejmuje miejsce zajmowane przez psychoterapeutę (użytkownika przestrzeni) i miejsce, które zajmuje biorący udział w psychoterapii pacjent. Następnie, charakteryzując interakcje społeczne na tym terytorium, trzeba ustalić dystans fizyczny między obiema stronami — psychoterapeutą i pacjentem. Ponadto trzeba dokonać opisu wystroju wnętrza pomieszczenia, w którym prowadzona jest psychoterapia, a także przedstawić, jak to otoczenie jest zorganizowane. W tym ostatnim wypadku należy skupić się na sposobie zagospodarowania jego przestrzeni elementami architektonicznymi, z uwzględnieniem podziału na architekturę twardą i miękką [15]. Do elementów architektury twardej w gabinecie psychoterapeutycznym zalicza się takie cechy i elementy środowiska fizycznego, jak jego kształt, ściany, drzwi i okna. Elementami architektury miękkiej są takie rzeczy czy sprzęty, które można bez większego wysiłku przemieszczać z miejsca na miejsce, na przykład biurko, fotele lub szafki.

### **Sala chorych**

Izba chorych (inaczej pokój łózkowy) na oddziale psychiatrycznym czy w placówkach terapeutycznych, w których pacjenci są hospitalizowani, jest innego typu przykładem terytorium wtórnego, zwanego przez Wojciecha Nyklewicza [16] socjalnym. Z jednej strony jest ona środowiskiem, w którym przebywają pacjenci, z drugiej zaś — miejscem, gdzie pracują psychoterapeuci, psychiatry, psychologowie kliniczni, pielęgniarki i inne osoby.

Charakterystykę zachodzących na tym terytorium interakcji społecznych, uwzględniającą elementy podane przez Joinera, trzeba zacząć od zlokalizowania miejsc zajmowanych przez wszystkie przebywające na nim osoby, a zwłaszcza pacjentów. Potem należy określić dystans przestrzenny dzielący psychoterapeutę od pacjenta czy pacjentów, a na końcu dokonać opisu wystroju wnętrza sali, biorąc pod uwagę również zagospodarowanie jej przestrzeni elementami architektury twardej i miękkiej [15]. Trzeba zaznaczyć, że sposoby zachowań ujawniane przez psychoterapeutę czy psychiatrę na tym terytorium różnią się zależnie od pory dnia i okoliczności. Na przykład będą inne podczas porannego obchodu i wieczornego podsumowywania dnia czy też w chwili pocieszania poprzez delikatny i w żaden sposób nieinwazyjny (etyczny) dotyk. Wtedy kontakt między psychoterapeutą a pacjentem przebiega na terytorium osobistym pacjenta. Terytorium to obejmuje obszar przy samym jego łóżku, taboret przyłózkowy lub krzesło i szafkę [16]. Jego głównym elementem jest łóżko pacjenta, przyjmujące postać terytorium intymnego.

### **Mapowanie**

Chociaż sprzęty czy umeblowanie (łóżko, taboret, szafka przyłózkowa), które mają do dyspozycji pacjenci w sali chorych są takie same, to aranżowanie terytorium osobistego przez każdego z nich jest już różne. Z tego względu dla uzyskania pełnego obrazu interakcji społecznych w określonym terytorium stosuje się techniki obserwacyjne.

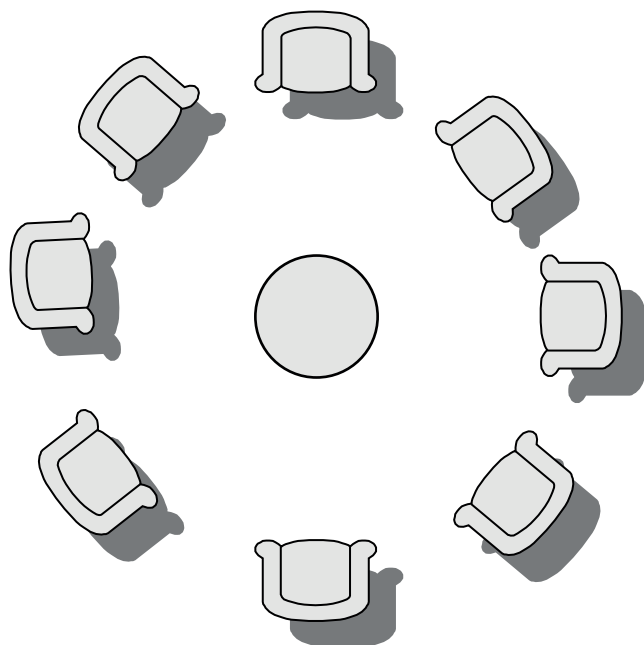
Jedna z nich polega na oznaczeniu umiejscowienia mebli i wyposażenia w danym pomieszczeniu (mapowanie umeblowania), druga — na zapisie wzorców zachowań preferowanych przez obie komunikujące się strony (mapowanie zachowań). Jeśli np. psychoterapeuta zamierza przeprowadzić obserwację sposobów zachowań przejawianych przez pacjentów z sąsiednich łóżek, to powinien sporządzić mapę tego terytorium i nanieść na

nią lokalizację dostrzeżonych zachowań, a w specjalnym arkuszu obserwacyjnym zanotować własne spostrzeżenia. Zajmowane przez pacjentów określone terytorium wtórne jest inne w sali chorych, inne w gabinecie terapeutycznym, a jeszcze inne w pomieszczeniu przeznaczonym do prowadzenia terapii grupowej. Psychoterapeuta, mając do dyspozycji diagram obrazujący przestrzeń określonego terytorium, może opracować mapę prezentującą zachowania pacjentów przejawiane w różnych miejscach, zarówno podczas psychoterapii, jak i poza nią. Powinien umieścić na niej najważniejsze elementy wyposażenia w poszczególnych pomieszczeniach [15], a także linie o różnym kształcie, oznaczające szlaki, jakimi pacjenci poruszają się w przestrzeni danych pomieszczeń.

Sposób zagospodarowania przestrzeni pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia psychoterapii (gabinetu, większej sali) czy przebywania poza nią (pokój łóżkowy), przekazuje niewerbalnie każdemu uważnemu obserwatorowi wiele ważnych informacji. Każde z tego rodzaju pomieszczeń może być widziane jako estetyczne lub wręcz przeciwnie jako nieładne. Ich wystrój czy sposób urządzenia może wywoływać u pacjentów korzystne lub niekorzystne wrażenie. Mogą oni w efekcie doznawać potrzebnego im spokoju bądź niewskazanego szkodliwego niepokoju [17]. To, jakie są w tych pomieszczeniach sprzęty i jak są one ustawione, wpływa na wzajemne relacje przebywających w nich pacjentów i psychoterapeutów. Dodatkowo te przestrzenie można opisać pod względem zachowań uznawanych za korzystne i sprzyjające uzyskiwaniu celów związanych z tymi miejscami [18]. Potwierdzają to między innymi wyniki pochodzące z badań przeprowadzonych przez Roberta Sommera. Ich celem było poprawienie atmosfery konwersacyjnej w salach szpitalnych w nowo powstałym oddziale geriatrycznym dla kobiet. Obserwacje zachowań pacjentek wykazały, że im dłużej one tam przebywały, tym miały mniejszą chęć na rozmowę. Ich zachowania w poszczególnych salach tego oddziału były bardzo zbliżone. Zazwyczaj siedziały pod ścianami sal, w takich samych odstępach między łózkami. Wyraźnie unikały rozmów i robiły wrażenie przygnębionych i zniechęconych. Głównymi elementami terytorialnymi każdej z pacjentek w każdej sali chorych na oddziale były przydzielone jej łóżko i krzesło. Sommer uznał, że dla stworzenia każdej z nich dodatkowego terytorium konieczne jest doposażenie sal w niewielkich rozmiarów kwadratowe stoliki. Administracja oddziału przystała na jego propozycję i nabyła takie stoliki. Wstawienie małych stolików i ustawienie przy nich krzeseł wpłynęło na intensywność rozmów między pacjentkami. Stwierdzono, że liczba interakcji wzrosła dwukrotnie [9].

### **Proksemika grupy terapeutycznej**

Duże znaczenia dla sprawniejszego przebiegu terapii grupowej zdaje się mieć odpowiednio dobrane i zorganizowane środowisko proksemiczne. Pomieszczenie przeznaczone do prowadzenia terapii grupowej powinno być nie za duże, o regularnych kształtach, robiące wrażenie przytulnego i ciepłego poprzez odpowiednio dobrane oświetlenie, umeblowanie w najbardziej potrzebne sprzęty i subtelne ozdobienie ścian. Przed rozpoczęciem każdej sesji należy ustawić takie same fotele w regularnym, niezbyt ciasnym kręgu, pozwalającym na swobodne zajęcie i opuszczenie miejsca, z małym okrągłym stolikiem w centrum (patrz rycina 6).



Ryc. 6. Krąg terapeutyczny z małym okrągłym stolikiem w centrum  
 (źródło: opracowanie własne na podstawie Foulkes SH. *Group-analytic psychotherapy*. New York: Interface; 1975, s. 81).

Stolik ten pełni bardzo ważną funkcję „symbolicznego środka”, na którym można skupić wzrok, a dodatkowo tworzy poczucie przyjaznego siedliska. Stół większych rozmiarów stwarzałby z kolei nastrój zebrania bądź biesiady. Z punktu widzenia procesów grupowych rezygnacja ze stolika jest korzystniejsza od ciasnego pomieszczenia z dużym stołem. Fotele powinny być tak samo wygodne, proste i łatwe do przesuwania; nie powinny zarazem swoją zbyt dużą miękkością rozleniwiać pacjentów, skłaniać ich do pasywności czy ograniczenia zaangażowania. Liczba foteli w kręgu powinna odzwierciedlać liczbę spodziewanych członków grupy terapeutycznej; jeśli któryś z nich nagle, z zaskoczenia (drop-out), opuści grupę, jego fotel ma pozostać wolny. Siedzenie w kręgu sprzyja jednokowej, swobodnej i wzajemnej obserwacji, co umożliwia bardzo dobry kontakt wzrokowy i przyjmowanie pozycji „twarzą w twarz”.

Gdy fotele ustawione są np. zbyt ciasno w kręgu, uczestnicy mogą czuć się zmuszani do bardziej zażyłych kontaktów. Jeśli zaś pacjenci sami ścieśniają krąg, komunikują tym potrzebę bliskości czy bezpieczeństwa, niekiedy wykluczenia kogoś itp.

Krąg powinien liczyć 7 foteli. Jak wynika bowiem z badań nad zakresem uwagi (uwagą bezpośrednią) 7 to liczba pacjentów, która daje terapeutycie najlepsze możliwości spostrzeżenia każdego z osobna oraz grupy jako zespołu. Grupy liczące 7 członków preferuje też I. Yalom [19]. W grupach mniejszych liczebnie — sześć- czy pięcioposobowych — liczba możliwych interakcji między współpacjentami jest znacznie mniejsza. Jednak z uwagi na

zalecane tworzenie grup z parzystą liczbą członków (np. w celu wyrównania jej składu pod względem płci, wieku, rozpoznania czy stworzenia struktury opartej na zasadzie „arki Noego”: dwie osoby rozwiedzione — dwie zamężne, dwie starsze — dwie młodsze, dwie z zaburzeniem stresowym pourazowym — dwie z zaburzeniem adaptacyjnym itp.) [20], optymalny zdaje się krąg złożony z 8 foteli, co dodatkowo zabezpiecza przed zbyt małą liczbą uczestników spotkań, gdy dochodzi do nieprzewidzianych nieobecności czy przedwczesnego porzucenia terapii (drop-out). Tworzenie tego typu mieszanych (heterogenno-homogenicznych) grup ma swoje uzasadnienie także w tym, że udział par pacjentów z podobnym problemem sprzyja sprawniejszemu przebiegowi początkowej fazy psychoterapii niż w grupach strictly zróżnicowanych (heterogennych). W tych drugich bowiem są gorsze warunki do wstępnej identyfikacji członków grupy, wytyczania wspólnych celów grupowych, dynamizowania procesu integracji. Ponadto grupy oparte na „zasadzie arki Noego” w większym stopniu niż grupy heterogenne mogą służyć wzrostowi kohezji (spójności) grupy, która jest zaliczana do jednego z ważniejszych niespecyficznych czynników leczących [21]. Są też korzystniejsze terapeutycznie od grup czysto jednorodnych (homogennych), gdyż w porównaniu z nimi są różnorodniejsze i „bogatsze” interakcyjnie. Ich wyjątkowość wynika z łączenia walorów grup zorganizowanych heterogenicznie i homogenicznie.

Ważne znaczenie ma również zajmowanie przez poszczególnych członków grupy określonych miejsc w kręgu (foteli łącznie z ich przestrzennym ustawieniem) i towarzyszące temu zachowania. Zgodnie z zasadami proksemiki kolejność zajmowania miejsc ma duży wpływ na tworzenie się relacji w grupie. Wybieranie konkretnego fotela, zmiany na inny, odległość siadania od terapeuty mogą być przedmiotem analiz i interpretacji różnorodnych procesów w grupie, a potem cennym materiałem do istotnych interwencji terapeutycznych.

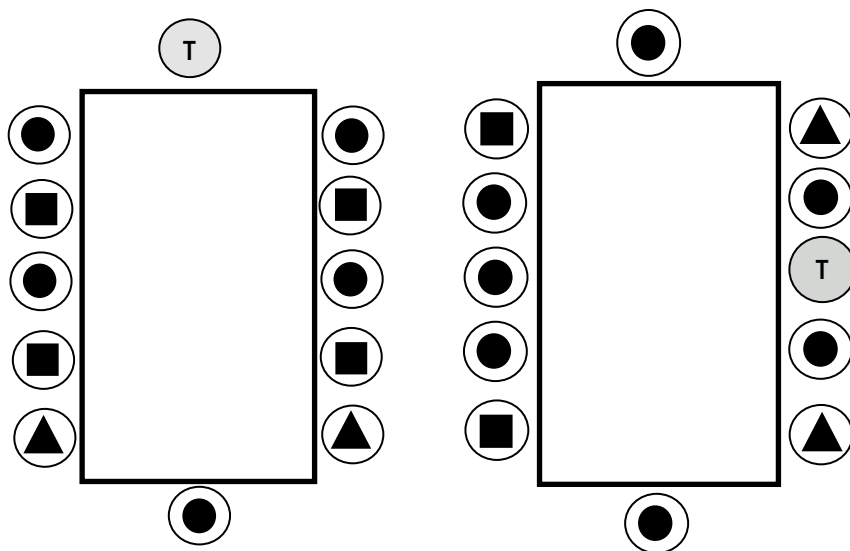
Terapeuta siada zazwyczaj na tym samym fotelu, komunikując w ten sposób pewną stabilność, trwałość i kontynuację całej terapii. Powinien też przestrzegać punktualności. Bywa jednak, że któryś z pacjentów pojawia się wcześniej i siada na fotelu terapeuty — jest to ważna informacja zarówno dla prowadzącego, jak i członków grupy. Zajmowanie miejsca obok terapeuty jest interpretowane jako oznaka bliskości, zależności, zamiaru bycia faworyzowanym czy też ukrycia się przed terapeutą. Jest to szczególnie widoczne w drugiej fazie rozwoju grupy terapeutycznej — „konfrontacji i eksploracji różnic”. Wówczas dość często siadają możliwie najbliżej terapeuty pacjenci pełniący rolę „wyraziciela nastrojów grupowych”, „sumienia grupy”, „dziecka grupowego” (zwłaszcza „biednego dziecka”) i „dobrej mamy” („kochanego wujaszka”). Pacjenci wybierający w tej fazie fotele naprzeciwko terapeuty mogą swoim usytuowaniem przestrzennym demonstrować nastawienie obronne, opozycyjne bądź potrzebę bycia dostrzeżonym i wyeksponowanym. W związku z tym najczęściej zajmują je osoby będące „opozycjonistą”, „bardem grupowym”, „stabilizatorem emocji grupowych” i „szalonym dzieckiem”.

Z wywiadów przeprowadzonych przez autora tej publikacji ze 106 psychoterapeutami na temat preferowanego ustawienia foteli czy krzeseł podczas terapii grupowej zdecydowana większość, bo aż 71,3% — przyznała, że stosują układ w zamkniętym kręgu lub w kształcie litery „U” czy podkowy. Pozostali zaś (28,7%) decydują się na sadzanie pacjentów przy prostokątnym (konferencyjnym) stole. Z obserwacji autora tej publikacji wynika, że zajmowanie miejsc przez członków grupy przy takim stole może wskazywać na pełnione

przez nich role, zwłaszcza w pierwszej fazie rozwoju grupy — „orientacji i zależności”. Ponadto, od tego, na jakim miejscu usiądzie pacjent w dużej mierze zależy, jak będzie dostępny wizualnie dla innych członków grupy i w efekcie skuteczny komunikacyjnie, zwłaszcza niewerbalnie.

Na rysunku 7 czarnymi kółkami oznakowano miejsca, które są okupowane zazwyczaj przez liderów („dominacji” i „sympatii”), a także „błaznów grupowych” i „dobrych uczniów”. Zajęcie tych miejsc sprawia, że są oni bardziej widoczni i lepiej słyszalni. Z uwagi na to, że obaj liderzy z natury mają coś interesującego i ważnego do przekazania grupie, i z racji swej roli pragną być w centrum uwagi grupy, to nie dziwi, że wybierają właśnie te najbardziej eksponowane fizycznie miejsca.

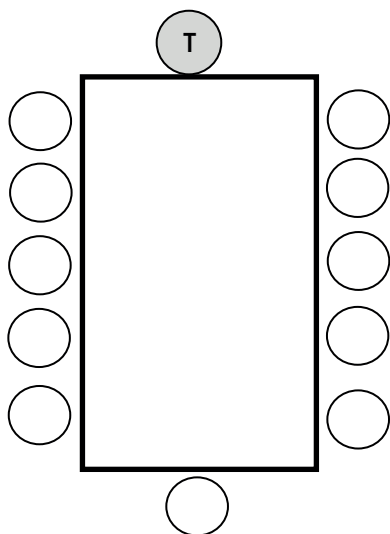
Pozycje oznaczone czarnym kwadratem są neutralne i preferowane zwykle przez „autsajderów”, a więc pacjentów zamierzających przesiedzieć spotkanie bez większego zaangażowania. Natomiast „kozły ofiarne”, chcąc być „w cieniu” czy wtopić się w otoczenie, zwykle siadają na którymś z miejsc zaznaczonych czarnym trójkątem.



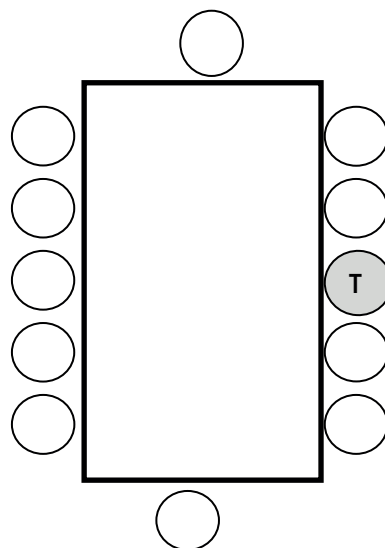
Rysunek 7. Najlepsze miejsca, by być dostrzeżonym (oznaczone kołem lub prostokątem) albo niezauważonym (oznaczone trójkątem) podczas sesji (źródło: opracowanie własne).

Szczyt takiego stołu to tradycyjnie najlepsze miejsce dla psychoterapeuty dyrektywnego (patrz rys. 8), jeśli chce on zaakcentować swój niepodważalny autorytet, na przykład w czasie pierwszych sesji, które mają zmotywować członków grupy do pracy, to koniecznie powinien tam usiąść. Trzeba jednak być ostrożnym, gdyż zajęcie tego frontального miejsca może sprawić, że będzie się postrzegany jako osoba bardziej surowa czy apodyktyczna. W efekcie, zależnie od przebiegu terapii, można zniechęcić do siebie pacjentów, a nawet na nieco dłużej popaść w ich niełaskę.

Natomiast na miejscu pośrodku stołu (patrz rys. 9) psychoterapeuta powinien usiąść, jeżeli atmosfera spotkania robi się gorąca i grozi konfliktem (np. w fazie konfrontacji i eksploracji różnic), a także, gdy widać, że grupa nie potrafi znaleźć wspólnego języka. Zajęcie tego miejsca sprawi, że będzie on miał znacznie bliższy i lepszy kontakt z każdym z członków grupy. Z tego względu to miejsce jest dość często wybierane przez psychoterapeutów niedyrektywnych.



Rysunek 8. Szczyt stołu — najlepsze miejsce dla psychoterapeuty dyrektywnego (opracowanie własne).



Rysunek 9. Miejsce w środku stołu — najlepsze dla psychoterapeuty niedyrektywnego (opracowanie własne).

Takie usadowienie może zbliżyć psychoterapeutę do grupy, jednak powinien on zachować pewną rozwagę i ostrożność. Jeżeli będzie zbyt układowy, to może zyskać opinię pobłażliwego lub słabego. Co ciekawe, gdy podczas eksperymentu sadowano członków grupy terapeutycznej na tej pozycji (bez możliwości innego wyboru), często wyrażali opinię, że im więcej oczu było zwróconych na nich, tym większe mieli poczucie, że muszą „sprostać obowiązkom”, jakie narzuca to miejsce przy stole [22].

Wybierane miejsca podczas terapii grupowej mogą być także podstawą tworzenia hipotez o rodzaju relacji przeniesieniowych. Zajmowanie fotela blisko drzwi może być wykorzystywane do stawiania hipotez o odosobnieniu tej osoby, byciu autsajderem czy kozłem ofiarnym lub też zamiarze opuszczenia grupy. Może też być oznaką chęci dystansowania się od kogoś z grupy, zmiany nastawienia do osób zajmujących sąsiednie miejsca czy nawet dążenia do tworzenia podgrup. Wtedy zwykle takie osoby odsuwają fotele, zmieniają ich ustawienie lub siadają poza kręgiem na podłodze [23].

### Końcowe refleksje

Podsumowując, psychoterapia jest prowadzona w pomieszczeniach, w przestrzeniach, w których terapeuci i pacjenci wchodzi w interakcje. Istnieją w nich terytoria z pewnymi właściwościami, zarówno fizycznymi (sprzęty, wystrój wnętrza, kolory ścian i sufitu, oświetlenie, temperatura), jak i przestrzennymi, obejmującymi między innymi ich aranżację i dystans fizyczny między terapeutami i pacjentami przebywającymi w tych pomieszczeniach. Środowisko każdego pomieszczenia, w którym odbywa się psychoterapia, zawiera niewerbalne komunikaty mające określone znaczenia, w tym często mające walory komunikacyjne i diagnostyczne i w efekcie sprzyjające sprawniejszemu przebiegowi leczenia.

Środowisko proksemiczne może być elementem sprzyjającym bądź utrudniającym przebieg psychoterapii. Chociaż nie decyduje ono o leczniczej wartości sesji psychoterapeutycznych, to jednak stwarza warunki do pojawiania się lepszych interakcji między uczestnikami terapii — jednoczesnego zaangażowania terapeuty i pacjenta podczas spotkań dualnych czy ich większej liczby w grupie terapeutycznej, nawzajem się w wyniku tego kontrolujących. W psychoterapii grupowej może dodatkowo przyczyniać się do eksperymentowania i doświadczania różnych sytuacji społecznych w bogatszym fizycznie otoczeniu. Odpowiednio zaaranżowana przestrzeń fizyczna gabinetu czy pomieszczenia przeznaczonego do prowadzenia psychoterapii, dbałość o nienaruszanie strefy intymnej pacjentów, śledzenie ich zachowań terytorialnych podczas spotkań może sprawić, że podstawowe procesy terapeutyczne — np. uzyskanie wglądu, przepracowanie, relacje przeniesieniowe — mogą przebiegać w bardziej bezpiecznym i przyjaznym środowisku fizycznym i bardziej efektywnie.

### Piśmiennictwo

1. Rosenzweig M. Environmental complexity, cerebral change, and behavior. *Am. Psychol.* 1966; 21: 321–332.
2. Kleim JA. Synaptogenesis and fos expression in the motor cortex of the adult rat after motor skill learning. *J. Neurosci.* 1996; 16: 4529–4535.
3. Comery TA. Increased density of multiple-head dendritic spines on medium-sized spiny neurons of the striatum in rats reared in a complex environment. *Neurobiol. Learn. Memory* 1996; 66: 93–96.
4. Federmeier KD, Kleim JA. Learning-induced multiple synapse formation in rat cerebral cortex. *Neurosci. Letters* 2002; 332: 180–184.
5. Briones TL, Klintsova AY, Greenough WT. Stability of synaptic plasticity in the adult rat visual cortex induced by complex environment exposure. *Brain Res.* 2004; 1018: 130–135.
6. Epstein R, Harris A, Stanley D, Kanwisher N. The parahippocampal place area: recognition, navigation, or encoding? *Neuron*; 5/1, 23: 115–125.
7. Witkowska M. Dobrze „urządzić” życie. *Świat mózgu* 2017; 3: 32–33.
8. Barker P. *Metafory w psychoterapii*. Gdańsk: GWP;1997.
9. Hall ET. *Ukryty wymiar*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA; 2005.
10. Sommer R. *Personal space. The behavioral basis of design*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs; 1969.



11. Bell PA, Greene Th, Fisher JD, Baum A. Psychologia środowiskowa. Gdańsk: GWP; 2004.
12. Altman I. The environment and social behavior. Monterey: Brookes/Cole; 1975.
13. Holahan CJ. Environmental psychology. New York: Random House, Inc; 1982.
14. Joiner D. Social ritual and architectural space. W: Proshansky HM, Ittelson WH, Rivlin LG, red. Environmental psychology. People and their physical settings. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1976, s. 224–241.
15. Horne Martin S. The classroom environmental and its effects on practice of teachers. J. Environ. Psychol. 2002; 1/2, vol. 22: 139–156.
16. Nyklewicz W. Podstawy teoretyczne procesu komunikowania. W: Kwiatkowska A, Krajewska-Kulak E, Panek W, red. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012, s. 86–101.
17. Szejnberg A, Jasiński TL. Doskonalenie pracy pielęgniarzkiej. Edukacja, kompetencje, komunikacja, jakość. Płock: Wydawnictwo Naukowe NOVUM; 2013.
18. Elias A. Psychologia ekologiczna. Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993, s. 29–76.
19. Yalom I, Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
20. Aleksandrowicz J. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
21. Tryjarska B. Organizacja psychoterapii grupowej. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki. Warszawa: Eneteia Wyd. Psychologii i Kultury; 2006, s. 21–32.
22. Sikorski W. Komunikacja terapeutyczna. Relacja pozasłowna. Kraków: Impuls; 2013.
23. Foulkes SH. Group-analytic psychotherapy. New York: Interface; 1975.

Adres: [wie.sikorski@gmail.com](mailto:wie.sikorski@gmail.com)