

Komunikacyjne zachowania niewerbalne terapeuty rodzinnego jako niespecyficzny czynnik leczący

Non-verbal communication behavior of a family therapist
as a non-specific treatment factor

WIESŁAW SIKORSKI

Uniwersytet WSB Merito we Wrocławiu, Polska
wieslaw.sikorski@opole.merito.pl
<https://orcid.org/0000-0002-7949-8694>

Abstract: The aim of this elaboration is to determine the importance of non-verbal communication behaviors of a family therapist in creating credibility and self-confidence, arousing sympathy, empathy and interpersonal attractiveness as nonspecific healing factors.

Based on the literature analysis, it was established that the use of signals communicating non-verbal directness may be helpful in demonstrating these attitudes.

The main conclusions resulting from the considerations contained in this work indicate that family therapists who use honest and frank gestures are perceived as a more efficient than therapists who prefer using nonverbal behaviour showing less straightforwardness. Therapists working with the family using gestures of frankness are not only given more sympathy by patients, but they are also perceived as a more authentic, competent ones and having the ability to understand better the feelings and emotions of family members. Such an approach to the contact with them can make psychotherapy sessions more interactive and increase their satisfaction with participation in therapy.

Keywords: nonverbal communication; attitude of therapist; nonspecific treating factor

Abstrakt: Celem pracy jest ustalenie znaczenia komunikacyjnych zachowań niewerbalnych terapeuty rodzinnego w tworzeniu wiarygodności i pewności siebie, wzbudzaniu sympatii, empatii oraz atrakcyjności interpersonalnej jako niespecyficznych czynników leczących.

Na podstawie analizy literatury ustalono, że pomocne w demonstrowaniu tych postaw może okazać się stosowanie sygnałów komunikujących bezpośrednio niewerbalną. Główne wnioski wynikające z rozważań, zawarte w tej pracy, wskazują, że terapeuci rodziny stosujący gesty świadczące o dużej bezpośredniości i otwartości są zwykle zaliczani do bardziej skutecznych niż terapeuci, którzy preferują zachowania niewerbalne wyrażające małą bezpośredniość. Terapeuci pracujący z rodziną, przejawiający gesty otwartości, wzbudzają nie tylko większą sympatię, lecz odbierani są jako bardziej autentyczni, kompetentni i znacznie lepiej potrafiący wczuć się w przeżycia członków rodziny. Takie podejście do kontaktu z członkami rodziny może uczynić sesje terapii bardziej interakcyjnymi oraz zwiększyć zadowolenie z udziału w niej.

Słowa kluczowe: komunikacja niewerbalna; postawa terapeuty; niespecyficzny czynnik leczący

Wprowadzenie

Do prekursorów wykorzystywania zachowań niewerbalnych w diagnozie i relacji terapeutycznej należy zaliczyć osoby skupione w grupie Palo Alto w Kalifornii, a w szczególności: Virginię Satir, Milтона Ericksona, Fritza Perlsa i Paula Watzlawicka. Celem pracy tej grupy było stworzenie nowych modeli formalnych dla procesów komunikacyjnych. Wspomniany Erickson, jako jeden z pierwszych, dostrzegł ogromne możliwości posługiwania się komunikacją niewerbalną w celu spowodowania oczekiwanych zmian u pacjentów. Satir zaś jako pierwsza zaczęła na dużą skalę doceniać komunikacyjne zachowania niewerbalne w terapii rodzin. Być może miało to związek z jej dwuletnim problemem ze słuchem, spowodowanym ostrym zapaleniem ucha środkowego. Przypuszczalnie to uciążliwe doświadczenie, a także wcześniejsze choroby uczuliły ją na niewerbalne aspekty w komunikacji wewnątrzrodzinnej (Sikorski 2013, 10).

Terapia rodzin

Terapia rodzin (także terapia par) to forma oddziaływania terapeutycznego, obejmująca całą rodzinę, której problem może wynikać z zaburzeń u jednego z jej członków. Jednak w odróżnieniu od psychoterapii indywidualnej lub grupowej, nie służy bezpośredniemu oddziaływaniu na zaburzenia przeżywania i funkcjonowania chorego członka rodziny. Celem terapii rodziny jest zazwyczaj dokonanie zmiany w jej strukturze i sposobach komunikowania się między członkami. Terapia rodzin zapewnia pełne oddziaływanie na układ rodzinny i w efekcie sprzyja skutecznemu usuwaniu zaburzeń, których pojawienie się ma związek ze środowiskiem rodzinnym.

Żeby zrozumieć problem chorego członka rodziny, trzeba wyjaśniać go w kontekście rodzinnym. W czasie spotkań terapii rodzin chory i jego bliscy mówią otwarcie o swoich obawach, troskach i trudnościach. Postawa terapeuty, który nie sugeruje żadnych rozwiązań, sprawia, że uczestnicy terapii rekonstruują w czasie sesji zachowania, które pojawiają się w ich rodzinie, co sprzyja lepszemu poznaniu łączących ich więzi i relacji. Terapeuci rodzinni, w zależności od preferowanej szkoły terapeutycznej (głównie psychoanalitycznej, behawioralnej, poznawczej, interpersonalnej, humanistycznej i systemowej), interpretują zaobserwowane zachowania. Coraz częściej terapeuci rodzinni łączą elementy z tych różnych nurtów w ramach psychoterapii integracyjnej (Kita i Brewińska 2023, 13). Większość z nich wykorzystuje teorie komunikacji.

Niespecyficzne czynniki leczące

Skuteczność terapii rodzin zależy nie tylko od stosowanych w niej procedur specyficznych, lecz również od oddziaływań niespecyficznych, na przykład wynikających z postaw terapeuty i członków rodziny objętych terapią czy charakteru procesu terapeutycznego. Specyficzne czynniki leczące są ściśle oparte na podanych powyżej nurtach terapeutycznych. W każdym z nich zmiana następuje poprzez użycie różnych czynników terapeutycznych i przestrzeganie pewnych niezbędnych zasad bądź zaleceń. We wszystkich tych nurtach (czy szkołach), oprócz czynników specyficznych, uaktywniane są niespecyficzne, które pozostają w związku z tworzoną i rozwijaną w przebiegu terapii relacją terapeutyczną, a konkretnie z aspektem, który określany jest mianem przymierza terapeutycznego (Cierpiałkowska 2010, 90-91). Dotyczy to nie tylko terapii rodzin, lecz także innych form terapii (indywidualnej, grupowej czy kompleksowej). Irwin Yalom podaje 11 rodzajów czynników leczących, składających się na oddziaływanie niespecyficzne grupy psychoterapeutycznej: 1. stworzenie i podtrzymywanie nadziei, 2. uniwersalizacja, 3. dzielenie się informacjami, 4. altruizm, 5. korektywne, ponowne przeżycie sytuacji w grupie rodzinnej, 6. kształtowanie umiejętności społecznych, 7. naśladowanie innych, 8. interpersonalne uczenie się, 9. spójność grupowa (kohezja), 10. katharsis oraz 11. czynniki egzystencjalne (Yalom i Leszcz 2006, 121). Większość z tych czynników jest też uruchamianych podczas terapii rodzin.

Chociaż stanowiska reprezentantów różnych szkół terapeutycznych nie są w pełni zgodne, co do znaczenia i wpływu niespecyficznych oddziaływań na proces terapii, to jednak wszyscy przyznają, że są one bardzo ważnym czynnikiem leczącym. Trudno nie zgodzić się z tym poglądem, gdyż niewątpliwie mają wpływ na przebieg terapii takie niespecyficzne czynniki, jak: wiara

pacjenta (i terapeuty) w skuteczność leczenia, efekt placebo, działania symboliczne, redukcja alienacji, wyjaśnianie, uspokojenie, prestiż terapeuty, wydarzenia w życiu osobistym, gospodarowanie czasem, sposób prezentacji i autoprezentacji, organizacja przestrzeni (wyposażenie gabinetu terapeutycznego, aranżacja miejsc siedzących), zmienne demograficzne i inne (Aleksandrowicz 2000, 25; Kleszcz-Szczyrba 2010, 61).

Panuje też duża zgodność, że jednym z ważniejszych niespecyficznych czynników leczących jest postawa terapeuty, a zwłaszcza demonstrująca: wiarygodność i pewność siebie, wzbudzanie sympatii, empatia, atrakcyjność interpersonalna oraz wygląd zewnętrzny. W relacji terapeutycznej wiarygodność i zdolność wzbudzania sympatii, i empatia wydają się być ważniejsze niż pewność siebie, atrakcyjność interpersonalna i wygląd zewnętrzny (Kottler 2003, 75). Niewątpliwie każdy z tych wymiarów może przybierać postać niespecyficznego czynnika terapeutycznego w pracy z rodziną.

Demonstrowanie tych postaw z pewnością okaże się bardziej wyraziste, gdy terapeuta rodzinny będzie ilustrował i wzmacniał wypowiedzane słowa odpowiednimi komunikatami niewerbalnymi. Tym bardziej, że sygnały niewerbalne pełnią ogromną rolę w wywieraniu pożądanego wrażenia na uczestnikach terapii rodziny i to już od pierwszych minut spotkania. Dowiedziono bowiem, że właśnie te pierwsze minuty to zazwyczaj czas tworzenia własnych wrażeń o drugiej osobie (tu: o terapeutcie rodzinnym). Ten fakt nabiera wyjątkowego znaczenia, jeśli odniesiemy to do potwierdzonej empirycznie tezy, że uczestnicy terapii potrafią dokładniej rozpoznawać pozytywne i negatywne sygnały niewerbalne u swych terapeutów w ciągu pierwszych chwil spotkania (Paulick i in. 2018, 379; Wachtel 2012, 101).

Otwartość niewerbalna

Spośród wielu zachowań niewerbalnych, które mają znaczący wpływ na wiarygodność i skuteczność terapeuty rodzinnego, dwa wydają się najważniejsze, a mianowicie te, które dotyczą otwartości i reaktywności. Bardzo ważne jest, żeby terapeuta pracujący z rodziną preferował i wykorzystywał sygnały komunikujące otwartość niewerbalną. Wyraża się ona w dużej liczbie pożądanых zachowań (przekazów) niewerbalnych, między innymi w ekspresji twarzy (szczere uśmiechanie się, gładkie czoło), w podtrzymywaniu kontaktu wzrokowego (powinien on trwać od czterech do pięciu sekund za każdym razem, gdy patrzy się na rozmówcę), w stosowaniu przychylnych gestów (pokazywanie wnętrza dłoni, stosowanie niezbyt obszernych gestów), w różnorodnych sygnałach wokalnych (zmienianie wysokości głosu, unikanie monotoności), w pochylaniu ciała do przodu, swobodnej pozycji ciała (ustawienie ciała

w sposób symetryczny i zrównoważony), wykorzystywaniu przestrzeni osobistej i czynników fizycznych sali czy gabinetu terapeutycznego (np. wyposażenia, aranżacji miejsc siedzących, oświetlenia, kolorów) (Sikorski 2018, 89).

Zdaniem Marka Sherera i Ronalda Rogersa (1980, 696), terapeuci pracujący z rodziną, posługujący się gestami dowodzącymi o dużej otwartości (np. siadanie w odległości około 1 metra od członków rodziny, utrzymywanie z nimi formalnego kontaktu wzrokowego, podczas którego wzrok skupia się wokół trójkąta między oczami, a ustami rozmówcy oraz kierowanie głowy w ich stronę przez 90% czasu trwania spotkania) są zwykle zaliczani do bardziej efektywnych niż terapeuci rodzinni, którzy demonstrują zachowania wyrażające małą otwartość. Tacy terapeuci są nie tylko darzeni większą sympatią, lecz także odbierani jako bardziej autentyczni, znacznie lepiej potrafiący wczuć się w przeżycia członków rodziny oraz umiejący obdarzać ich pełnią wewnętrznego ciepła. Sherer i Rogers (1980, 701), polegając na wynikach swoich badań, wyrażają pogląd, że terapeuci rodzinni używający gestów komunikujących dużą otwartość (bezpośrednie spoglądanie w oczy, częste uśmiechy, żywa gestykulacja, otwarta pozycja ciała, spokój mimiczny), sympatię (szeroki, otwarty uśmiech) i aprobatę (potwierdzające ruchy głowy), są postrzegani jako dysponujący lepszymi umiejętnościami interpersonalnymi oraz zaliczani do skuteczniejszych terapeutów. W ich opinii, ludzie są bardziej skoryzy nawiązywać bliższe więzi i angażować się w bliskie relacje z osobami, przez które są lubiane i uznawane, z tego względu tworzenie takich gestów może wyzwalać szereg pożądaných efektów terapeutycznych (łącznie z kontynuowaniem leczenia, tak by terapeuta zajmujący się rodziną miał okazję pracować możliwie najdłużej nad zgłaszanymi problemami czy niewłaściwymi zachowaniami itd.). Podsumowując wyniki swoich badań twierdzą z pełnym przekonaniem, że posługiwanie się odpowiednimi sygnałami niewerbalnymi może usprawniać przebieg pracy terapeutycznej z rodziną i wpływać na zwiększenie jej skuteczności.

Niewerbalna reaktywność

Drugim, tak samo ważnym czynnikiem jest niewerbalna reaktywność terapeuty pracującego z rodziną. Terapeuci rodzinni, którzy uruchamiają szereg pozytywnych gestów, są odbierani jako bardziej zaangażowani w pracę z rodziną oraz znacznie życzliwsi. Tworzenie zaś gestów nieprzychylnych – zwłaszcza spleatanie ramion na klatce piersiowej, skrzyżowanie nóg i lekkie odwrócenie całego ciała w bok – jest często widziane przez członków rodziny, biorących udział w terapii, jako wyjątkowo mało reaktywne sposoby zachowania terapeuty, co w konsekwencji nierzadko prowadzi do przypisywania mu cech

osoby chłodnej i nieempatycznej. Generalnie, terapeuci tworzący reaktywne sygnały niewerbalne (otwarte pozycje ciała, wyrażane rozłożonymi rękami, rozstawionymi nogami, otwartymi dłońmi i rękami luźno zwisającymi wzdłuż ciała) są oceniani jako kompetentniejsi, bardziej godni zaufania od tych, którzy takich zachowań unikają (Sandell i in. 2007, 196).

Wiarygodność i pewność terapeuty

Z wielu badań niezbiecie wynika, że sygnały niewerbalne tworzone przez terapeutów rodzinnych, znacząco wpływają nie tylko na postrzeganie ich jako profesjonalistów, lecz również na obdarzanie ich zaufaniem (Yalom 2022, 61). Bliższych rozstrzygnięć w tej materii dostarczyły badania, w których przedmiotem obserwacji i analiz objęto trzy grupy niewerbalnych zachowań u terapeutów pracujących z rodzinami. Jedna grupa badanych utrzymywała żywy kontakt wzrokowy z członkami rodziny uczestniczącymi w terapii, bezpośrednio orientowała ciało i pochylała się do przodu w trakcie rozmowy. Terapeuci rodinni z grupy odniesienia preferowali przeciwstawne sygnały niewerbalne, to znaczy unikali patrzenia w oczy członkom rodziny, siadali do nich bokiem i odchylali się do tyłu. Terapeuci z pierwszej grupy byli oceniani jako wyraźnie skuteczniejsi od terapeutów zebranych w drugiej grupie. Podobnie dużo korzystniej byli postrzegani przy ocenie poziomu troskliwości i empatii. Badacze ci dodatkowo dowiedli, że ujawnienie przez terapeutów tylko takich trzech pozytywnych gestów spowodowało, że byli odbierani jako bardziej kompetentni i godni zaufania, a jednocześnie dużo bardziej zrównoważeni, serdeczni, ciepłi, uważni, inteligentni, wyrozumiali, cierpliwi, zainteresowani oraz mniej krytyczni i mniej dystansujący się niż z grupy odniesienia (Atzili-Slonim i in. 2023, 900-901).

Jeffrey Kottler (2003, 89) twierdzi, że: „Terapeuci postrzegani jako pewni siebie i wiarygodni osiągają pozytywne wyniki. Koniec i kropka. Jeśli są przy tym uważani za pogodzonych ze sobą i szczerych, tym lepiej”. Jego zdaniem terapeuci prowadzący różnego rodzaju psychoterapie (indywidualną, grupową czy rodzinną), których cechuje wiarygodność i pewność siebie to osoby żyjące w zgodzie ze sobą, naturalne w gestach i ruchach, czujące się swobodnie w swoim ciele. Słowami i zachowaniami niewerbalnymi przekazują informację swoim pacjentom, że wiedzą czego oczekują i dokąd zmierzają. Niezależnie od formy terapii (indywidualnej, grupowej czy rodzinnej) wiarygodność terapeuty to jeden z ważniejszych niespecyficznych czynników leczących związanych z osobą terapeuty. Tym bardziej, że jej podstawowymi wymiarami są kompetencje i zaufanie (Napier i Whitaker 2024, 76).

Wiarygodność terapeuty rodzinnego jest warunkiem *sine qua non* powodzenia w pokonywaniu problemów zgłaszanych przez rodzinę. Brak wiarygodności terapeuty rodzinnego uniemożliwia powstanie odpowiedniej relacji terapeutycznej, utrudnia skuteczną komunikację (obniża jej poziom i jakość), a także negatywnie wpływa na trafność i rzetelność diagnozy. Członkowie rodziny, którzy uznali odbytą terapię za skuteczną, dużo częściej oceniają swych terapeutów jako osoby budzące zaufanie i kompetentne, a przy tym sympatyczne i przyjazne, uważne, wyrozumiałe, zaangażowane i okazujące szacunek. Natomiast członkowie rodzin osiągających niezadowolające wyniki w terapii opisywali swych terapeutów jako kontrolujących, dominujących, chłodnych, dystansujących się i negatywnie usposobionych (Aleksandrowicz 2004, 139).

Wyróżnia się następujące niewerbalne zachowania terapeuty rodzinnego, jakie powinien stosować, chcąc być wiarygodnym dla swych pacjentów: utrzymywanie częstego, ale nie ciągłego kontaktu wzrokowego z pacjentami; spełnianie oczekiwań pacjentów dotyczące wyglądu fizycznego (np. noszenie klasycznych ubrań w ciemnych barwach dla podkreślenia kompetencji, w jasnych barwach w celu bycia postrzeganym jako osoba przyjazna i budząca sympatię, unikanie noszenia okularów z mocno przyciemnionymi czy fotochromowymi szklami); dbałość o zgodność wypowiedianych słów z przekazami niewerbalnymi; szczere uśmiechanie się w odpowiednich chwilach; mówienie głosem płynnym, różnorodnym, o niskim tonie i umiarkowanym tempie. Terapeuci rodzinni robią wrażenie bardziej pewnych siebie, kiedy wypowiadając się, zaczynają częściej nawiązywać kontakt wzrokowy z członkami rodziny oraz kiedy patrzą na nich rzadziej w czasie słuchania. Jednocześnie otrzega się terapeutów rodzinnych przed ujawnianiem behawioralnych oznak napięcia czy podekscytowania w postaci braku płynności mowy, rozbieganego wzroku i oblizywania ust, a także przed częstym spoglądaniem w dół, zwłaszcza przed udzieleniem odpowiedzi na pytanie zadane przez członków rodziny, ponieważ tego typu sygnały niewerbalne są kojarzone z brakiem wiarygodności i kompetencji. Terapeuci rodzinni są oceniani jako mniej pewni siebie, jeśli często wahają się podczas wypowiedzi i unikają odpowiedzi. Ponadto takie zachowania skutkują utratą wiarygodności. Pozasłowne wskaźniki braku pewności siebie obejmuje zamknięta postawa ciała, ograniczony zakres ruchów, zgarbione i napięte ciało, opuszczona głowa. Mało donośny i delikatny głos terapeuty rodzinnego wyraża brak asertywności (Leathers 2007, 202-203).

Natomiast pewność siebie jako niespecyficzny czynnik leczący służy komunikowaniu członkom rodziny, że terapeuta jest przeświadczony o zasadności, celowości i potencjalnej skuteczności przyjętych oraz stosowanych wobec nich zabiegów terapeutycznych. Najistotniejszymi czynnikami, które można

uznać za komponenty pewności siebie wydają się być szczerość i otwartość (asertywność) (Aleksandrowicz 2000, 26).

W rzeczywistości wiarygodność terapeuty rodzinnego polega na tym, że realizuje on to, co zadeklarował, czy to do czego się zobowiązał. Wiarygodny i pewny siebie terapeuta rodzinny przekazuje własną postawą, że doskonale wie, co czyni, gdyż robił to wiele razy i potrafi pomóc. Podczas pierwszych sesji deklaracje te pomagają terapeutcie rodzinnemu w tworzeniu poczucia pewności siebie, lecz wiarygodne stają się dopiero w chwili, gdy zostaną spełnione.

Wzbudzanie sympatii

Zdolność wzbudzania sympatii jest następnym ważnym, niespecyficznym czynnikiem leczącym związanym z osobą terapeuty rodzinnego. Z wielu analiz wynika, że ciepła i wspierająca postawa terapeuty rodzinnego sprzyja lepszym efektom terapii krótkoterminowej, a bardziej neutralna długoterminowej. Terapeuta rodzinny powinien być zainteresowany komunikowaniem się w taki sposób, aby członkowie rodziny oceniali go jako osobę, która potrafi wzbudzać sympatię w różnych sytuacjach (Sikorski 2021, 177).

Wzbudzaniu sympatii służą zachowania świadczące o bezpośredniości w postaci bliskich interakcyjnych odległości, bezpośredniej orientacji ciała, pochylenia do przodu, szczerzego i adekwatnego do sytuacji uśmiechu, rozluźnionych oraz otwartych pozycji ciała. Terapeuci rodzinni, którzy sygnalizują zainteresowanie i uważność przez bezpośrednie zorientowanie ciała na członków rodziny, uśmiechają się do nich i nawiązują kontakt wzrokowy, są z reguły oceniani jako bardziej sympatyczni niż ci, którzy nie sygnalizują zainteresowania i uważności w taki sam sposób. Ustalono też, że bardziej akceptowani i lubiani są terapeuci rodzinni, których ubiór jest zgodny z gustem członków rodziny. Terapeuci rodzinni decydując się na ubiór w jasnych kolorach mogą sprawić, że będą postrzegani jako osoby przyjazne i budzące sympatię. Większemu wzbudzaniu sympatii służy też utrzymywanie dłuższego i bezpośredniego kontaktu wzrokowego z członkami rodziny, a także przejawianie większej dbałości o sygnały wokalne, a ściślej o mówienie w sposób świadczący o przyjaznym nastawieniu i zainteresowaniu problemami członków rodziny. Sprzyja temu głos pewny siebie, dynamiczny, ożywiony brzmieniowo, rozluźniony, ekspresyjny i emocjonalny (Leathers 2007, 191).

Empatia

Bardzo ważnym argumentem przemawiającym za koniecznością wykorzystywania niewerbalnych zachowań komunikacyjnych w terapii rodziny jest ich

duża siła sprawcza w okazywaniu empatii. Tym bardziej że, jak pisze Yalom (2022, 18): „Pięćdziesiąt lat temu Carl Rogers zidentyfikował «trafną empatię» jako jedną z trzech podstawowych cech (wraz z «bezw warunkowym szacunkiem» i «autentycznością») skutecznego terapeuty i otworzył nowy obszar badań w dziedzinie psychoterapii, które dostarczyły ostatecznych, znaczących dowodów na rzecz skuteczności empatii”. Ustalono, że znacznie łatwiej jest reagować w sposób empatyczny, używając sygnałów niewerbalnych, niż posługując się w tym celu komunikatami słownymi. Empatyczni terapeuci rodzinni częściej podtrzymują kontakt wzrokowy, kierują ciało w stronę członków rodziny (ułożeniem ciała wyrażają zorientowanie na nich), delikatnie pochylają się w ich stronę, a także tworzą spójne komunikaty werbalne i niewerbalne (gesty i słowa prezentują zgodne ze sobą znaczenia) (Crane 2002, 114-115).

Atrakcyjność interpersonalna

Atrakcyjność interpersonalna jest kolejnym ważnym elementem postawy terapeuty rodzinnego. Zdaniem Kottlera (2003, 75) sprzyja ona szybszemu zawieraniu kontaktu terapeutycznego z rodziną oraz tworzeniu trwalszego przymierza terapeutycznego.

Zwiększeniu atrakcyjności interpersonalnej terapeuty rodzinnego służą spontaniczne i swobodne komunikacyjne zachowania niewerbalne oraz uzewewnętrznianie odczuwanych emocji. Sprzyja temu ożywiony wyraz twarzy, uśmiechanie się, potakiwanie głową, dostarczanie pozytywnego wzmocnienia paralingwistycznego (np. używanie łączników typu „aha”, „mhm”, odpowiedniego natężenia głosu i zawartego w nim ciepła), pochylanie się do przodu, przyjmowanie otwartej pozycji ciała, posługiwanie się spontanicznymi gestami i ruchami ciała oraz utrzymywanie bezpośredniego kontaktu wzrokowego. Równie duże znaczenie ma dbałość o takie zaaranżowanie przestrzeni przeznaczonej do siedzenia, które zmniejsza dystans interpersonalny i zwiększa możliwość optymalnego kontaktu wzrokowego z członkami rodziny (Sikorski 2018, 101).

Za bardzo korzystne trzeba uznać to, że coraz powszechniej terapeuci rodzinni przejawiają dbałość o bycie atrakcyjnymi interpersonalnie dla członków rodziny. Satir (2000, 104) zaobserwowała, że zachowania wzrokowe i posturalne (zorientowanie ciała), wiele gestów oraz przeciąganie (utrzymywanie) reakcji terapeutów rodzinnych i członków rodzin są w miarę harmonijne. Ta harmonijność czy podobieństwo zachowań niewerbalnych terapeutów rodzinnych i członków rodzin podczas sesji dowodzi, że ich afiliacyjne dążenia są wzajemnie uznawane. Badaczka ta odnotowała również wyższe

od spodziewanych poziomy ekspresywności niewerbalnej terapeutów rodzinnych. Mimo braku rzetelnych badań w tej mierze, są pewne przesłanki, pozwalające sądzić, że terapeuci rodzinni są coraz bardziej skłonni do równoważenia potrzeby dyrektywności (dominacji i kontroli) z koniecznością bycia postrzeganymi jako atrakcyjni interpersonalnie. Takie nastawienie do kontaktu z członkami rodziny może z jednej strony uczynić spotkania bardziej interakcyjnymi, z drugiej zwiększyć zadowolenie członków rodziny z udziału w terapii.

Refleksje końcowe

Terapeuci rodzinni, chcący wykorzystywać komunikacyjne zachowania niewerbalne w procesie uruchamiania niespecyficznych czynników leczących, powinni być świadomi faktu, że mogą one być wyrażane w różny sposób, zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie. Otwarta postawa ciała (okazująca otwartość na argumentację, przyjmowanie sugestii i akceptowanie nowych rozwiązań), odpowiednia komunikacja paralingwistyczna (zmienna wysokość tonu głosu, odpowiednie tempo mówienia i głośność), autentyczne uśmiechanie się (adresowane „do kogoś”, a nie „do wszystkich”), kontakt wzrokowy (wyraz akceptacji i zainteresowania), potakiwanie głową (oznaka aprobaty), przyjmowanie pozycji ciała „twarzą w twarz” (wyraz partnerstwa i równego traktowania), zmniejszanie dystansu fizycznego pomiędzy terapeutą a członkami rodziny (sygnalizowanie zgody i bliskości emocjonalnej), punktualne rozpoczynanie spotkań, usuwanie barier fizycznych (np. unikanie „barykadowania się” – stania lub siedzenia – za biurkiem), ilustrowanie gestykulacją wypowiedzianych słów, używanie odpowiedniej gestykulacji (prezentowanie wnętrza dłoni, stosowanie niezbyt obszernych gestów), to wszystko może komunikować bezpośrednio i autentycznie terapeuty rodzinnego.

Nie bez znaczenia dla uruchamiania niespecyficznych czynników leczących jest też płeć terapeuty. Z badań wynika, że kobiety osiągają lepsze efekty terapii z psychoterapeutami – kobietami niż z psychoterapeutami – mężczyznami. Ustalono także, że znaczenie płci jest inaczej oceniane przez terapeutów i pacjentów. Psychoterapeutki twierdziły, że miały bardziej zadowalające wyniki w pracy z kobietami, pacjenci zaś wskazywali na taką samą skuteczność niezależnie od płci terapeuty (Kleszcz-Szczyrba 2010, 65). Warto zatem brać pod uwagę płeć terapeuty, zwłaszcza gdy rodzina zмага się z problemami, z którymi dużo łatwiej będzie im podzielić się z terapeutką niż terapeutą lub odwrotnie.

Zanim terapeuta rodzinny zastosuje powyższe zasady powinien wziąć pod uwagę trzy kwestie: po pierwsze, może traktować jeden z pięciu wymiarów

postaw, na przykład umiejętność bycia wiarygodnym, jako wymiar, który ma dla niego (a raczej dla pracy z rodziną i relacji terapeutycznej) szczególne znaczenie; po drugie, kontekst terapeutyczny, w którym przebiega komunikacja zazwyczaj może sprawić, że niektóre zasady będą bardziej przydatne i cenne od pozostałych; po trzecie, może chcieć skupić się na kontrolowaniu bądź usuwaniu negatywnych, pozasłownych zachowań komunikacyjnych. Przyjrzyjmy się przykładowo zasadom dotyczącym wymiaru postawy, którą jest pewność siebie. Zasady te sugerują, że zachowania wzrokowe i komunikaty paralingwistyczne mają szczególnie duży wpływ na ocenę dotyczącą pewności siebie. W takim razie terapeuta rodzinny będzie skłony do rzadszego spoglądania na członków rodziny w chwili, kiedy oni będą przy głosie niż wtedy, gdy on będzie mówił. Powinien także unikać mówienia łagodnym i mało donośnym głosem, gdyż osoby, które mówią ciszej są zwykle postrzegane jako nieasertywne.

Terapeuta rodzinny musi zdecydować się, jaką hierarchię zamierza nadać wymiarom swej postawy. U prawnika ta hierarchizacja (zaczynając od najważniejszego) mogłaby wyglądać następująco: wiarygodność, pewność siebie, atrakcyjność interpersonalna, wzbudzanie sympatii i empatia. Natomiast dla polityka najważniejsza byłaby umiejętność wzbudzania sympatii, następnie atrakcyjność interpersonalna, wiarygodność, pewność siebie i empatia. U terapeuty rodzinnego przypuszczalnie będzie ona wyglądać (zaczynając od najważniejszego) tak: wiarygodność, empatia, wzbudzanie sympatii, atrakcyjność interpersonalna oraz pewność siebie. Te właściwości komunikacji niewerbalnej, które mogą w największym stopniu wpływać na wiarygodność terapeuty będą inne niż te, które spowodują, że będzie on oceniany jako osoba pewna siebie.

Terapeuci rodzinni, którzy chcą zwiększyć skuteczność swoich niespecyficznych oddziaływań terapeutycznych, powinni przejawiać dbałość o to, aby ich zachowania niewerbalne były bezpośrednie, a komunikowane przez nich werbalnie i niewerbalnie sygnały – spójne. Muszą również empatycznie i ciepło reagować na zmieniającą się dynamikę dialogu terapeutycznego.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, Jerzy. 2000. *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Aleksandrowicz, Jerzy. 2004. *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Atzil-Slonim, Dana, Christina Soma, Xinyao Zhang i in. 2023. „Facilitating dyadic synchrony in psychotherapy sessions: Systematic review and meta-analysis”. *Psychotherapy Research*, 33(7): 898-917.
- Cierpiałkowska, Lidia i Jowita Kubiak. 2010. „Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików”. *Nauka*, 2: 89-111.

- Crane, Russel. 2002. *Podstawy terapii małżeństw*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kita, Sylwia i Dorota Brewińska. 2023. *Metodyka pracy terapeutycznej z parą w ujęciu psychoterapii integracyjnej*. Warszawa: Difin.
- Kleszcz-Szczyrba, Renata. 2010. „Pomagać sobą – rozważania na temat czynników niespecyficznych w psychoterapii związanych z osobą psychoterapeuty”. *Psychoterapia*, 4(155): 61-72.
- Kottler, Jeffrey. 2003. *Skuteczny terapeuta*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leathers, Dale. 2007. *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Napier, Augustus i Carl Whitaker. 2024. *Rodzinna karuzela. Terapia rodzin bez tajemnic*. Warszawa: Wydawnictwo Znak.
- Paulick, Jane, Anne-Katharina Deisenhofer, Fabian Tschacher Ramseyer i in. 2018. „Nonverbal synchrony: A new approach to better understand psychotherapeutic processes and drop-out”. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3): 367–384.
- Sandell, Rolf, Anna Lazar, Johan Grant i in. 2007. „Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment”. *Psychotherapy Research*, 17(2): 196–204.
- Satir, Virginia. 2000. *Terapia rodzin. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sherer, Mark i Ronald Rogers. 1980. „Effects of therapist’s nonverbal communication on rated skill and effectiveness”. *Journal of Clinical Psychology*, 36: 696-700.
- Sikorski, Wiesław. 2021. *Psychologia relacji wewnątrzrodzinnych. Komunikowanie się i psychoterapia*. Warszawa: Difin.
- Sikorski, Wiesław. 2018. „Znaczenie środowiska proksemicznego w psychoterapii. Przesłanki neurobiologiczne”. *Psychoterapia*, 2(185): 89-105.
- Sikorski, Wiesław. 2013. *Komunikacja terapeutyczna. Relacja pozastłowna*. Kraków: Impuls.
- Wachtel, Paul. 2012. *Komunikacja terapeutyczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Yalom, Irvin. 2022. *Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*. Warszawa: Czarna Owca.
- Yalom, Irvin i Molyn Leszcz. 2006. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

WIESŁAW SIKORSKI – dr hab. nauk humanistycznych, profesor uczelni Uniwersytetu WSB Merito we Wrocławiu. Terapeuta rodzinny, HR Business Partner, członek Polskiego Towarzystwa Komunikacji Społecznej. Zainteresowania badawcze koncentrują się na komunikacji interpersonalnej w różnych środowiskach (rodzinnym, edukacyjnym, terapeutycznym, pracowniczym), a także na wykorzystaniu najnowszej wiedzy o funkcjonowaniu mózgu w procesie nauczania i uczenia się oraz w psychoterapii.