

Въздействието върху другия в психотерапевтичната и медицинската практика

**Румяна Крумова-Пешева
Харалампи Пешев**

Резюме

Професионалните взаимодействия в психотерапията и медицината са важен лечебен инструмент, съдържащ голям брой елементи и специфики. Това са изцяло структурирани отношения, в които се изгражда своеобразен работен алианс. Цел на настоящия материал е да представи част от особеностите на въздействието върху другия в пространството на психотерапевтичното общуване и на общуването в медицинската сфера. Насочена е към методите на възможна манипулация, протичаща на съзнателно и несъзнавано равнище. Манипулативността в подхода се съдържа във влиянието на характеристики като: външен вид, невербално поведение, тон и интонация на гласа, сила на звученето на изказа и др. Свързана е с определени внушения за добронамереност, сигурност, конфиденциалност, общност, власт, автономия и др.

Ключови думи: психотерапия, медицинска практика, манипулация

ВЪВЕДЕНИЕ

В границите на метапсихологичния анализ можем да разглеждаме въздействието върху другия човек като особено важен и съществен елемент от „територията“ на професионалното общуване. В психотерапевтичната и медицинска практика това въздействие се явява специфичен феномен – фактор и следствие на лечението, промяната и развитието. В качеството си на фактор то изисква голям брой умения от страна на специалиста, за да може той да ръководи един ефективен работен процес. Като следствие

въздействието е част от терапевтичната връзка, компонент от лечебната атмосфера. Явява се резултат, дължащ се на множество съзнателни и несъзнавани причини. Включва редица преносни и контрапреносни „отговори“, динамика и разнородна афективна „зареденост“. Красноречивостта, яснотата и конкретността на посланията на психотерапевта и лекаря спрямо пациента са едни от значимите критерии за успешен терапевтичен алианс.

Във всяка професионална връзка в психотерапията и медицината стремежът на специалистите е да се разграничат от оценъчната логика за пациента. Необходимо е да се изключват моралните преценки, споровете, убеждаването и разубеждаването, принудата, натиска и др. За този род комуникация са валидни понятията за граници, йерархичност, равнопоставеност, власт, влияние и въздействие. Поемането и носенето на отговорност за болния предполага изграждане на професионален стил, категорични ценности, „стойка“ на специалиста, доверие и интроспективно разбиране в един уникален микрокосмос. Етичните и коректни взаимоотношения включват разбирането за терапевтичната неутралност и за устойчивостта на ролевия идентитет. Многогранността на лечебния процес се отнася до различните релации в интрапсихичен и интерперсонален смисъл между лекаря/психотерапевта и пациента, до откритостта, толерантността и разбирането. От постигането на успешно работно взаимоотношение в значителна степен зависи изходът от страданието и болестта. Процесът и съдържанието на това взаимодействие се формират през призмата на различните времеви дименсии, като целта е оптимистичната проекция на бъдещите перспективи.

ОБСЪЖДАНЕ

Комуникацията в психотерапевтичната и медицинската практика съдържа в себе си различни равнища. Можем да разглеждаме тези равнища по линиите на рационалното и емоционалното, на съзнателното и несъзнаваното, на санкциониращото и удовлетворителното, през чувството за безпомощност и търсенето на смисъл. Рационалното разбиране на психотерапията и лечението е изключително необходимо, за да бъде пациентът в състояние да възприема целите, етапите, трудностите и възможностите на диагностиката и терапията като сложен и многопластов процес. От съществено значение е той да си дава сметка за дългосрочността и закономерностите на

този процес, да приема психотерапевта или лекаря в тяхната убедителна експертна позиция. Интелектуализациите, които възникват, често са свързани с преценката на компетентността на специалиста от страна на пациента, със способността на лекаря и психотерапевта да провеждат професионална интервенция. Съжденията могат да бъдат в редица случаи част от естествената съпротива, да носят защитен смисъл и да се задействат, за да предпазват от промени, които нарушават преживяването за безопасност. Рационалните елементи често са в корелация с битуващите нагласи за търсене на помощ, които се формират в закономерна динамика и съдържат разнородни компоненти. В нагласите се включва въздействието на миналия опит на болния от посещения на медицински институции, от положителното и отрицателно отношение, изградено на основата на информации и митове относно психотерапията, психотерапевтите, лекарите и болничните заведения. Позицията и отношението се активизират в голяма степен на основата на схващания и модели на здравно поведение. Включват различни „сценарии“ на търсене на помощ, както и патерни на боледуване и здраве.

Разнообразните форми на съпротива на пациентите се явяват важен момент от лечението, независимо от и заедно със заявената готовност и мотивация за лечение. Съпротивата е естествен несъзнаван защитен феномен, охраняващ „статуквото“ – старото и добре познатото. Новите елементи са винаги съдържащи заплахата, противоположно на идеята за промяна и справяне. Работата със съпротивите е основен пункт и главна техническа процедура в психоаналитичната психотерапия. Защитните тенденции създават сериозна вътрешна опозиция у болния срещу всичко, към което съзнателно се стреми. Съпротивителните тенденции са по своята същност вид противодействие против процедурите и процесите на лечение и промяна. Тяхното разрешаване по-нататък в терапевтичния процес се очаква да се реализира чрез идентификация на пациента с работното отношение на специалиста и да провокира към прогресия и преодоляване на болката, травматизма и страданието.

Непосредствено свързано с рационалното равнище, е емоционалното ниво, което отново съпътства нагласата и мотивацията, но също и процесите на изграждане на доверие и доверяване, на недоверие, съмнение, скептицизъм и др. Афективният компонент е подчинен на усещания, които са психодинамичен „продукт“, но могат да изиграят решаваща роля в психотерапията и в медицинското лечение. Болният е склонен да

регресира несъзнавано до най-ранни, инфантилни етапи в личностното си развитие, в които е изпитвал нужди от подкрепа и помощ, от успокояване и окуражаване. Той търси и се стреми да бъде воден и напътстван, да се реализират вътрешно-психичните му потребности и желания. Има необходимост от добиване на усещане за сигурност и защитена среда, без болка и без опасности. На тази основа неговите очаквания към професионалиста са насочени към обгрижването и редуцирането на тревогата и безпокойството.

Регресивните движения по закономерен път в професионалното общуване се „срещат“ с фрустрацията. Фрустрационният толеранс при различните болни е различен, но от него в голяма степен зависи колаборативността между психотерапевта/лекаря и пациента (Hartley 2010). Нужно е да бъде умерено и успешно дозиран, за да не преминава в границите на хладно, безцеремонно, съблазняващо или садо-мазохистично отношение. Трябва да държим сметка за потребностите на болния от внимание, грижа и забелязване, но в същото време е наложително да знаем какво да правим с тези потребности. В психотерапевтичното разбиране ги посочваме и изясняваме на пациента и те стават база за интерпретиране и за постигане на инсайтни съдържания. В медицинската практика разрешаването на фрустрациите на болния често се провежда под формата на даване на конкретни прескрипции и препоръки. Предписанията се явяват опората, която създава у другия усещане за някакъв вид контрол върху ситуацията. Затвърждават чувството, че е попаднал, „където трябва“. Явяват се вид противодействие срещу безпомощността и безперспективността. Свързани са с чувството за надежда – изцяло необходимо при търсенето на решения и изход. Насоките от лекаря към болния са послания за наличието на алтернативност срещу идеята за едновариантно решение.

Болката като сигнал за опасност активизира винаги регресивни движения, но също така – и процесите на търсенето на помощ и на разрешаването на проблема. Тя може да забави, но и да интензифицира терапевтичния процес (Spurgeon 2011). Болковото усещане провокира несигурност, заплахата и редица страхове и опасения у болния. То може да задържи и да забави прогресията и да наруши ефективността. Постигането на контрол върху болката и в психотерапевтичната, и в медицинската практика се явява важно условие за успешното въздействие с позитивна проекция в бъдещето. Важно е болният да съумее с помощта на специалиста да си представи оптимистични варианти и изходи от

проблемността на физическо и психично равнище. Нужно е да си дава ясна сметка и за собственото си участие като субект, а не като обект на специализирана интервенция.

Когато поставяме въпроса за терапевтичното влияние, от значение е да отчетем факта на йерархичността. Независимо от и наред с идеята за безспорната равнопоставеност на човешките същества, психотерапевтите и лекарите встъпват в строго формализирани и йерархизирани взаимоотношения със своите пациенти. В тези взаимоотношения съществуват точно определени супериорни и инфериорни позиции и роли. Йерархиите се основават на разнородни показатели, но съдържат идеята за властта, воденето, менажирането, лидерството, управлението и контрола. Темата за доминиране в професионалното общуване включва конкретни и ясни насоки, които е подходящо да съобразяваме в клиничната работа (Stanton 2010). Тук се съдържат идеите за контролирането и подчиняването, както и страховете от манипулиране, намеса в личното физическо и психично пространство, опасенията от загуба, обезценяване, обезличаване, инвалидизация и край.

В разбирането за ефективния професионален стил винаги се съдържа идеята за това, че специалистът трябва да има способността да упражнява власт над търсещия помощ, както и да умее да я основава на компетентност и ангажимент по отношение на другия човек. В никакъв случай това не означава да притежава властолюбие и хитра манипулативност. Още повече, когато се работи със сериозна фрустрация, напрежение и болка. По-скоро упражняването на властта се отнася до умението да се ръководи работния процес, да е налице способността да помагаш като въздействащ, да се придържаш към ясни и категорични лични и професионални ценности и модели. Тук се включва способността на специалиста да се откаже от желанието за абсолютно превъзходство, за всемогъщество и монопол от позициите на някой силен спрямо някой слаб. Терапевтичната атмосфера е необходимо да се различава напълно от авторитарността и тоталния контрол.

Властта включва в себе си множество привилегии и отговорности, които позволяват на индивида да поставя граници, да налага позитивни и негативни санкции и да определя и дефинира поведението на участниците в един изцяло формален контекст. В този смисъл решаващи се явяват възможностите на психотерапевта или лекаря да разпознават успешно и точно проблемите, потенциала и потребностите на търсещия

помощ, да създават пространство на добри екипни взаимодействия, да стимулират стремежа към промяна, развитие и прогресия, както и да изпитват удоволствие и удовлетворение от собствената си професионална дейност. Макар и парадоксално, техните функции следва да се простират в границите на баща с майчински черти или на майка с бащински черти. Тук идеята се отнася не до полови характеристики, а до конкретни психични функции. От значение е специалистът да може да присъства, без да се отчуждава от болния, но и без да бъде свръхпротективен спрямо него. Необходимо е да може да води като партнира, а не да изземва отговорността на другия, лишавайки го от автономия и активност. Важно е да не изпитва страх и неувереност пред управлението на диагностичния и лечебен процес, а да притежава увереност в собствените си възможности.

От решаващо значение е постигането на ефективен работен алианс между психотерапевта или лекаря и неговия пациент. Упражняването на власт очертава границите на едни формални, етични и коректни релации. Отнася се до способността за поддържане на структурирани отношения, без да се взима страна и без да се подхожда оценъчно. Недопустимо е да се проявява критичност или назидателност в лечебния контакт. В психоаналитичното разбиране психотерапевтичното и медицинското пространство изключват позициите на убеждаване и разубеждаване, на морализаторстване, на интелектуална конкурентност и др. Важно място в разглеждания контекст има уважението спрямо версията на болния относно собственото страдание и относно причините за болестта. Схващанията на пациента често се явяват основен елемент на психичната и соматична диагностика. Умението да ги „чуваме“ предполага индивидът да бъде разглеждан цялостно, а не като отделни функции или симптоми. Диагнозата е процесен и динамичен феномен. В психоаналитичната психотерапия е категорично схващането, че диагностиката и лечението съвпадат. Те вървят успоредно и се коригират взаимно в отделните етапи на професионалното взаимодействие.

Психотерапевтът и лекарят разполагат със силата и отговорността да ръководят един сериозен и задълбочен процес с неподготвен и непредубеден за това индивид. Важно е да притежават организационни способности – функция, в която присъства идеята, че един клиничен факт е такъв само в границите на конкретно теоретично направление. Смесването на стилове води до неефективно провеждане на терапевтичната дейност. Необходимо е винаги да отчитаме наличието на разнородни предварителни очаквания,

опасения и страхове у болния. На част от тях той е подвластен съзнателно. Други се активизират несъзнавано още преди началото на професионалната среща. Често са причина за редица пречки и трудности в работата. Съдържат закономерен характер и е подходящо да отчитаме тяхното въздействие върху пациента. По тях се ориентираме не само вербално, в съдържанията и фактите, а чрез различните невербални сигнали, които ни ориентират в провеждането на т.нар. емоционална диагностика.

Специално място в работните взаимоотношения заема елементът на принудата, чието включване е с оглед спазването на условията на рамката на професионалното общуване. Правилата при всеки клиничен случай се превръщат в ориентир за формален контекст, но и в нещо, което по-късно може да бъде „атакувано“ от пациента. Произтича от неговата потребност отношенията му с психотерапевта или лекаря да бъдат неформални. Това е една закономерна и разбираема потребност, продиктувана в повечето случаи от несъзнаваното желание да бъдеш на страната на силните, да омиловиши „Големия“, да се коалираш с авторитетната фигура, за да си гарантираш сигурност и защитеност. Пациентът изпитва потребност от подобни коалиции като вид гаранция срещу хаоса на неизвестността, на слабостта и безсилието. Той се нуждае от чувство на свързаност и принадлежност към екип, което играе за него структурираща роля. Явява се гаранция срещу заплахата от деструкцията, срещу паниката и ужаса на внезапността.

Въздействието върху другия включва и елемента на възнагражденията, който се отнася до прогресията в терапевтичния процес. Прогресивното има връзка с идеята за лечение, водено от професионалист, който умее да го отчита, разпознава, валидизира и дефинира. Притежава също регресивни източници и е необходимо да бъде дозирано с оглед на това да не се превърне в сериозна и интензивна пречка пред автономизирането на пациента. Болният се нуждае от факта и посочването на прогресията, за да бъде убеден в ефективността на лечението и за да поддържа мотивацията си за него. Успехите са път към изграждане нагласа на оптимистично очакване и на приемливи и позитивни проекции в бъдещето.

Въздействието е свързано и с въпросите за трансферните и контратрансферни аспекти, включващи мисли, преживявания, емоции, фантазии, очаквания, страхове и други спрямо личност в настоящето, но съдържащи несъзнавани, изтласкани корелати. Съдържанията на преноса и контрапреноса възникват спонтанно в развитието на

професионалната комуникация, но могат да я фасилитират или саботират в определени моменти и периоди. Фройд дефинира пренасянето на чувства като огромна трудност и пречка, но и предимство и гаранция за успех, когато владеем механизмите да го разпознаваме и използваме удачно (Фройд 1991). Разкриването на преносните елементи е в състояние да окаже влияние върху доверието, стабилността и ефективността на лечебната атмосфера. Изграждането на пренос се реализира постепенно в общуването между специалиста и пациента и включва, освен отношенческия аспект, редица други компоненти като: външен вид, пол, възраст, тембър, тон и интонация на гласа, характеристики и овладяност на позата и жестовете, стабилност на присъствието и др. Голям брой изследвания в психоанализата доказват убедително, че тонът на гласа или води до контакт, или отклонява от него. Съдържа довербални аспекти по аналогия с връзката „майка-бебе“ след тяхното физическо отделяне при раждането. Звученето на гласа въздейства пряко върху афективната сфера като може да успокоява или натоварва психически.

Основен акцент на въздействието са и вербалните послания, особеностите на конкретния речеви изказ. Категорично смятаме, че езикът на професионалиста е добре да бъде живият ежедневен език, а не специфичният професионален стил или жаргон. Посланията чрез думите трябва да бъдат ясни, точни и целенасочени, за да може да се постигат терапевтичните цели. Подходящо е пациентът да разбира посланията, а не те да поддържат у него отношението на респект и страхопочитание пред неговия лекар или психотерапевт. Словесното е оръжие на власт и мощ пред безсилието, слабостта, безпомощността и липсата на ясна перспектива у болния. В този смисъл лаконичността на изразите и тяхната ясна целенасоченост е в състояние да провокира към справяне, желана промяна и развитие. Авторитетът на специалиста е неуместно да бъде поддържан посредством специфичния професионален език, защото тогава той е подчинен на конкретни съзнателни или несъзнавани лични цели. От съществено значение е умението да се „превеждат“ терминологичните понятия на напълно разбираем за болния език. Не можем да затвърждаваме у него преживяването за неяснота, неразбиране и липса на контрол върху ситуацията.

Реторическите умения в смисъла на красноречиви и директни послания са основна цел в професионалната комуникация на лекаря и психотерапевта. Тук трябва да

подчертаем неуместността на мита за многословния специалист. Значително по-ефективна е идеята за този, който умее да представя сложните научни конструкции на езика на конкретността и на индивидуалния смисъл във всеки един индивидуален казус.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въздействието върху Другия в психотерапевтичната и медицинска практика се основава на голям брой разнородни елементи, обединени от идеята за търсене на ефективна комуникация, на позитивна промяна, справяне и конструктивно развитие. Преносните и контрапреносни корелати на съзнателните отношения са призма, която оказва сериозно влияние върху структурирането и ръководенето на взаимодействията. Професионалната рамка се опира на формални критерии, но държи сметка също за личното присъствие и индивидуалната „стойка“ на специалиста. Клиничният опит доказва значението на директността, точността, яснотата и красноречивостта на посланията на психотерапевта и лекаря към техните пациенти. Разбирането на болния се превръща в действен инструмент на въздействие, водещо до желани резултати. Реторическите умения могат да помогнат значително по посока търсенето на яснота, лаконичност и директност.

Опитът потвърждава факта, че процесните психични феномени в лечението играят съществена роля за ефективността и изграждането на позитивна проекция на бъдещето. Тази проекция е необходима с оглед създаване на оптимистична нагласа у болния относно хода и изхода от неговото лечение. Личностните особености на професионалиста, неговите умения и качества могат да предопределят успеха или провала на диагностичната и на терапевтичната работа.

Въздействието върху другия в клиничната практика има разнообразни измерения, най-важни от които са компетентността, формалността, йерархичността, емпатийното присъствие и усещането за смисъл.

БИБЛИОГРАФИЯ

Спарджън 2011: Spurgeon P., Clark. J., and Ham, C. *Medical Leadership: From the dark side to centre stage*, Oxford Radcliffe Press: Oxford, 2011.

Стентън 2010: Stanton E., Lemer, C. and Mountford, J. (eds). *Clinical Leadership: Bridging the divide*. Quay Books: London, 2010.

Фройд 1991: Фройд З. (1991). *Методика и техника на психоанализа*. София-Плевен: Евразия – Абагар, 1991.

Харлей 2010: Hartley J., Bennington, J. *Leadership for Healthcare*. Policy Press: Bristol, 2010.

THE INFLUENCE OF THE “OTHER” IN PSYCHOTHERAPEUTIC AND MEDICAL PRACTICE

Krumova-Pesheva R., Prof., DSc*, Peshev H., D-r**

*Sofia University „Sv. Kliment Ohridski“

**Military Medical Academy – Sofia

Abstract

Professional interactions in psychotherapy and medicine are an important healing tool with a number of elements and particularities. The relationship between the patient and the therapist is a structured relationship where a working alliance is built. The purpose of this paper is to present some of the characteristics of the impact on the other in the psychotherapeutic and medical communication. It is focused on the methods of possible manipulation, which can take place on conscious and unconscious level. The manipulateness of the approach is based on the influence of characteristics such as appearance, non-verbal behavior, tone of voice, sound of speech, etc. It is associated with certain suggestions for goodwill, security, privacy, community, authority, autonomy and more.

Keywords: psychotherapy, medical practice, manipulation

ПРЕПОРЪЧИТЕЛЕН ФОРМАТ ЗА ЦИТИРАНЕ

Крумова-Пешева, Румяна; Пешев, Харалампи. Въздействието върху другия в психотерапевтичната и медицинската практика – В: Медии и език. Електронно списание за научни изследвания по медиен език [онлайн]. 11 януари 2020, № 7 [Реторически тренинги]. ISSN 2535-0587. <<http://medialinguistics.com/2020/01/11/psychotherapy-and-medicine/>>