

Błażej Wojdała¹, Katarzyna Barska²

CZY RÓŻNICA MIĘDZY PSYCHOTERAPIĄ W FORMIE WIDEOROZMÓW I W FORMIE GABINETOWEJ DOTYCZY ISTOTY PROCESU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO?

IS THE DIFFERENCE BETWEEN REMOTE PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOTHERAPY WITH DIRECT CLIENT CONTACT RELEVANT?

¹Fundacja Studium Przypadku

²Collegium Humanum, Instytut Psychologii i Pedagogiki, Filia Rzeszów

online therapy
COVID-19 pandemic

Streszczenie

Cel badań: *W sytuacji pandemii na dużą skalę proponowano pacjentom psychoterapię w formie wideorozmów, w środowisku psychoterapeutów wyrażano przy tym często przekonanie co do niższej jakości takiej formy pracy z pacjentem. Podjęliśmy badania nad zweryfikowaniem racjonalności tych przeświadczeń, pytając: czy różnica pomiędzy psychoterapią w formie wideorozmów a psychoterapią świadczoną w gabinecie jest istotna, to znaczy, czy dotyczy istoty tego, czym jest psychoterapia.*

Metoda: *W badaniach posilkowaliśmy się analizą fenomenologiczną własnych doświadczeń związanych z prowadzeniem psychoterapii w formie wideorozmów, korzystaniem z psychoterapii szkoleniowej w tej formie oraz uczestnictwem w szkoleniach z psychoterapii prowadzonych z użyciem kanałów audio i wizualnego. Badaliśmy szczegółowo dwa fenomeny potencjalnie różniące obie formy praktyki, jakimi są: niebezpośredniość spotkania i komunikacja na odległość.*

Wyniki: *Za istotną różnicę pomiędzy psychoterapią w gabinecie i w formie wideorozmów uznaliśmy to, że w przypadku tej drugiej zanurzeniu pacjenta w rzeczywistość wirtualną, w której spotyka terapeutę, musi towarzyszyć zakotwiczenie w przestrzeni fizycznej, w której wystawiony jest na kontakt z innymi. Udzielanie przez terapeutę pacjentowi zamkniętej przestrzeni gabinetu jest co do zasady tworzeniem lepszych warunków dla procesu zdrowienia, jednak proponowanie psychoterapii online w sytuacji pandemii — gdy gabinet przestał być bezpiecznym miejscem — jest w zgodzie z istotą psychoterapii.*

Wnioski: *W dobie „pozabezpieczonego gabinetu” stworzenie możliwości korzystania z psychoterapii w formie wideorozmów jest wyrazem troski o pacjenta, która to wraz z postawą otwartości i gościnności konstituuje istotę psychoterapii, natomiast forma, w jakiej psychoterapia się odbywa, wydaje się drugorzędna.*

Summary

Objectives: During pandemic, what was offered to patients on a large scale was psychotherapy in the form of video interviews. The psychotherapeutic community, however, seems to be convinced of the inferiority of this form of work with patients. We undertook research to verify the rationality

of this belief by asking whether the difference between remote psychotherapy and psychotherapy with direct client contact is relevant, i.e. whether it concerns the essence of what psychotherapy is.

Methods: In the research we used a phenomenological analysis of our own experiences of conducting psychotherapy in the form of video interviews and participating in psychotherapy training in the form of meetings using audio-visual channels. We explored in detail two phenomena that potentially distinguish these two forms of psychotherapy practice, namely the indirectness of person-to-person contact and long-distance communication.

Results: We conclude that the crucial difference between remote psychotherapy and psychotherapy with direct client contact is that in case of the former one, the patient's immersion in virtual reality, where the meeting with the therapist occurs, must be accompanied by an anchoring in a real-life space, where s/he is exposed to others. The fact that the therapist offers his/her office as a safe haven to the patient is, in principle, a way of creating better conditions for the healing process. Nevertheless, offering remote psychotherapy in a pandemic situation — with the therapist's office no longer a physically safe space — is in accordance with the essence of psychotherapy.

Conclusions: At a time of „high-risk office”, the provision of opportunities for psychotherapy in the form of video interviews is an expression of concern for patient which, together with an attitude of openness and hospitality, constitutes the essence of psychotherapy, while the form of psychotherapy appears to be secondary importance in this respect.

1. Wstęp

W czasie pandemii COVID-19 konieczność czasowego zamknięcia gabinetów i decyzja o kontynuacji pracy terapeutycznej w formie wideorozmów oznaczała dla wielu terapeutów opuszczenie strefy komfortu związanej z tradycyjnym gabinetowym settingiem¹. Poszczególne szkoły psychoterapii formułowały ogólne rekomendacje dla swoich członków², jednak wraz ze zmieniającym się regionalnym tempem rozprzestrzeniania pandemii różne szczegółowe problemy wymagały rozstrzygnięcia na bieżąco. Jednym z nich był ten: czy, a jeśli tak, to kiedy wymagać powrotu do gabinetu od pacjentów, którzy skorzystali z możliwości kontynuowania psychoterapii w formie wideorozmów w czasie lockdownu. Każda z decyzji, czy to podejmowana w ramach indywidualnego rozeznania czy w oparciu o stanowisko autorytetu, ma u swych podstaw jakieś założenia dotyczące różnicy pomiędzy psychoterapią w kontakcie gabinetowym i psychoterapią online. Skoro w ogóle rozważano (w warunkach utrzymującego się ryzyka transmisji wirusa) powrót do pracy w kontakcie gabinetowym, to znaczy, że dokonywano implicite wartościowania tej formy praktykowania jako lepszej niż forma online. Co znaczy w tym wypadku „lepsze”? Dla kogo lepsze? Pod jakim względem lepsze — bo dłużej znane i przez to łatwiejsze w przeprowadzeniu, bo stanowiące pewien utrwalony tradycją prototyp, czy może lepsze, bo obejmujące jakieś

¹⁾ W 2017 roku w badaniu ankietowym przeprowadzonym drogą korespondencyjną na próbie 199 osób (ankiety odesłało 16% z ogólnej liczby 1220 członków Sekcji Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zaproszonych do udziału w badaniu) ustalono, że „jedynie 12,2% badanych terapeutów było gotowych stosować psychoterapię online jako wyłączną drogę kontaktu z pacjentem. Najliczniejszą grupę (59,8%) stanowiły osoby, które rozważały kontakt online jako uzupełnienie psychoterapii prowadzonej bezpośrednio (model komplementarny). 24,9% badanych nie rozważyłoby prowadzenia psychoterapii online w żadnym wypadku; 3,1% badanych nie miało na ten temat zdania” [1, s. 58].

²⁾ Przykładem bardzo porządkującym pracę z pacjentami małoletnimi w tym pełnym chaosu czasie było szybko i precyzyjnie sformułowane stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [2] w sprawie pracy z dziećmi i młodzieżą oraz pracy z pacjentami dorosłymi [3].

istotne aspekty, które w formie online są nieobecne? Kryteria wyższego wartościowania praktyki w kontakcie bezpośrednim wymagają odsłonięcia, na przykład po to, by było jasne, czy ryzyko powrotu do gabinetów jest warte podjęcia w czasie trwającej pandemii (po rozluźnieniu twardego lockdownu), czy też jest nieuzasadnionym narażaniem zdrowia pacjentów i terapeutów.

Przystępując do namysłu nad tytułowym pytaniem, które jest głównym problemem badawczym, skłonni jesteśmy wyzbyć się oczekiwań co do jego rezultatu. Efektem analizy może być stwierdzenie, że różnica pomiędzy psychoterapią w formie spotkań w gabinecie a psychoterapią w formie wideorozmów jest istotna, lub też stwierdzenie, że różnica ta jest nieistotna. W tym drugim przypadku nie chodzi oczywiście o zaprzeczenie wszelkim różnicom, a jedynie stwierdzenie, że nie dotyczą one istoty tego, czym jest psychoterapia. Co dokładnie mamy na myśli, kiedy mawiamy: „psychoterapia online to nie to samo, co psychoterapia w gabinecie”?

Kwestię istotności różnicy pomiędzy psychoterapią świadczoną w gabinecie i psychoterapią w formie wideorozmów podejmujemy w kontekście zaistnienia realnej szansy (ryzyka?) upowszechnienia się praktykowania psychoterapii za pośrednictwem narzędzi komunikacji na odległość z kanałem audio i wizualnym. Jest to w Polsce faktycznie możliwe dopiero od kilku lat, odkąd — zarówno w gabinetach, jak i gospodarstwach domowych — pojawił się powszechnie dostęp szerokopasmowego internetu, pozwalający na niezaburzoną komunikację w formie wideorozmów. O ile jeszcze piętnaście lat temu rozważania na temat upowszechnienia świadczenia psychoterapii za pośrednictwem internetu miały charakter eksperymentu myślowego, bo zaledwie co dziesiąty pacjent i zapewne też nie każdy terapeuta dysponował wystarczająco wydajnym łączem, to obecnie już 90% osób ma techniczną możliwość korzystania z pomocy w tej formie [4]³. Dodatkowym kontekstem dyskusji jest fakt, że począwszy od 2020 roku świadczenia z użyciem wideorozmów są finansowane przez NFZ, a także zapowiedzi, że telemedycyna pozostanie w zastosowaniu na szerszą niż dotąd skalę, także po ustaniu pandemii (informacja prasowa PAP, 2020) [5].

2. Metoda

Materiałem dla analizy fenomenologicznej są doświadczenia pierwszego autora związane z prowadzeniem psychoterapii w podejściu psychodynamicznym w ramach kontraktu NFZ dla pacjentów dorosłych oraz młodzieżowych z różnymi rozpoznaniemami w okresie obejmującym pandemię od jej ogłoszenia do chwili przygotowania artykułu oraz doświadczenia związane z korzystaniem z psychoterapii szkoleniowej w podejściu psychodynamicznym, a także doświadczenia obojga autorów w zakresie korzystania z superwizji oraz zajęć praktycznych całościowego szkolenia w psychoterapii w ośrodku szkoleniowym rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Posługujemy się metodą fenomenologiczną, której nie należy utożsamiać z fenomenologiczną doktryną, toteż w prowadzonych analizach nie będziemy powoływać się na żadne

³) Oczywiście nie oznacza to, że 90% pacjentów ma możliwość korzystania z psychoterapii online. Oprócz wydajnego łącza do korzystania z psychoterapii w formie wideorozmów niezbędne jest pewne minimum warunków lokalowych pozwalających na poufność rozmowy.

rezultaty badawcze fenomenologii, jej założenia doktrynalne czy poglądy poszczególnych przedstawicieli. Asumptem do takiego potraktowania metody fenomenologicznej jest jej własna transgraniczna specyfika⁴, która pozwala traktować ją jak jedną z metod współczesnego myślenia, dzięki czemu nie tylko można metodę fenomenologiczną usytuować, jak czyni to J.M. Bocheński [7], obok metod funkcjonujących w naukach niefilozoficznych, ale także z powodzeniem na polu tych właśnie nauk wykorzystać [8]. Podejście fenomenologiczne oznacza dla nas w szczególności próbę możliwie nieuprzedzonego opisu doświadczenia w warunkach wzięcia w nawias utartej wiedzy i naukowych teorii.

Głównym pytaniem badawczym jest to tytułowe, a więc: czy różnica między psychoterapią w formie wideorozmów i psychoterapią w formie gabinetowej jest istotna w znaczeniu: czy dotyczy istoty psychoterapii? Przystępując do odpowiedzi godzimy się na pewien paradoks. Ścisła fenomenologiczna analiza istoty psychoterapii byłaby gigantyczną pracą owocującą bardzo obszernym tekstem, który, wedle naszej wiedzy, jak dotąd nie powstał. Przedsięwzięcie badawcze skazane jest zatem w punkcie wyjścia na pewną nieścisłość, dlatego że nie mogąc odnieść się do eksplikacji istoty psychoterapii, szukamy punktów orientacyjnych dla badania różnic między praktyką tradycyjną i online, zwracając się ku definicji psychoterapii. Aby pozostać w zgodzie z tradycją fenomenologiczną, odnosimy się na początku badań do definicji, o której wiemy, że została sformułowana w oparciu o doświadczenie praktykowania psychoterapii jako metody leczenia i która zbieżna jest z naszym doświadczeniem świadczenia i korzystania z psychoterapii. Jej autorem jest Jerzy Aleksandrowicz⁵. Dokonując pewnego rodzaju redukcji definicji (polega ona w szczególności na ujednoznacznieniu, poprzez sięgnięcie do fenomenalnej naoczności, pojęcia „oddziaływania psychospołecznego” o mechanistycznej proveniencji, które wydaje się słabym punktem definicji) uznajemy roboczo, że psychoterapia indywidualna jest cyklem regularnych, około godzinnych spotkań pacjenta z terapeutą pozwalających na zawiązanie znaczącej relacji interpersonalnej o określonych kontraktem granicach, w ramach której terapeuta leczy zaburzenia zdrowia psychicznego pacjenta, intelektualnie i emocjonalnie odnosząc się do treści wnoszonych przez pacjenta w dialog z nim w czasie spotkań.

Takie robocze ukierunkowanie na myślenie o istocie psychoterapii pozwala nam sformułować dwa szczegółowe pytania wyłaniające się w obszarze możliwych różnic

⁴ W szerszym widoku, nieograniczonym tylko do metody, ale również środowiska, w którym się ona zrodziła, trafnie ducha filozofii oddają słowa J. Patočki: „filozofia jest niczym innym jak życiem (poświęconym myśleniu) odpowiadającym zasadzie całkowitej odpowiedzialności myśli. Postawą odpowiedzialną jest taka postawa, której pogląd stosuje się do wyglądu rzeczy, a nie odwrotnie. Jak widać, już sama postawa odpowiedzialna umożliwia życie w prawdzie, czyni możliwą istotę filozofii i całej nauki, która nie utraciła z nią kontaktu. Z drugiej strony życie w prawdzie to racjonalność. Otóż owo życie w prawdzie jako charakterystyczny bios było pomysłem starożytnych Greków. Ugruntowali je oni jako tradycję ciągłą, której znaczenie można stale na nowo odnajdywać, odnawiać i wzbogacać dzięki samej tej możliwości odnajdywania” [6, s. 29].

⁵ Zgodnie z definicją Jerzego Aleksandrowicza: „Psychoterapia jest to taka forma oddziaływań psychospołecznych, która ma na celu korektę zaburzeń przeżywania i zachowania, ma usunąć objawy i przyczyny choroby, w tym cechy osobowości powodujące zaburzenia przeżywania. Oddziaływania te, wpływając na stan czynnościowy narządów, przeżywanie i zachowanie przez zmianę procesów psychicznych chorego, są wywierane w ramach relacji interpersonalnej między dwoma osobami lub w grupie” [9, s. 11–12]. Do tej definicji odnosi się także Czesław Czabała w ważnym artykule, objaśniającym różnicę między psychoterapią a poradnictwem psychologicznym [10].

między formą gabinetową a formą online: (1) pytanie o jakość komunikacji (czy nowa forma pozwala w równym stopniu na „intelektualne i emocjonalne odnoszenie się do treści wnoszonych przez pacjenta w dialog”?) i (2) pytanie o jakość relacji (czy w formie online może zawiązać się w granicach kontraktu znacząca relacja i czy może mieć podobne znaczenie jak w formie tradycyjnej?).

3. Wyniki

3.1. Czy psychoterapię w formie wideorozmów i w formie gabinetowej różni jakość komunikacji między pacjentem i terapeutą?

Zasadnicza różnica, która niejako od razu jest nam dana, gdy zestawiamy ze sobą spotkanie⁶ w gabinecie i spotkanie online, sprowadza się do tego, że to pierwsze pojmujemy jako spotkanie bezpośrednie, określamy je jako spotkanie: twarzą w twarz, oko w oko, *face to face*. Tymczasem spotkanie zdalne jest spotkaniem na odległość i wymaga jeszcze czegoś dodatkowego (urządzenia), aby mogło się odbyć.

Bezpośredniość spotkania, którą intuicyjnie oceniamy dodatnio (bezpośrednie spotkanie wydaje się lepsze niż zapośredniczone), jeśli myśleć o niej konsekwentnie — okazuje się względna. Owszem, tym, co kluczowe w obecności charakterystycznej dla spotkania jest „jakiś, choćby bardzo ograniczone, zwrócenie się sobą ku drugiemu” [13, s. 29]), natomiast to „zwracanie się sobą [...] jest uwikłane w cielesność” [tamże, s. 35]. Stąd o tak zwanej bezpośredniości spotkania stanowi obecność cielesna, fizyczna bliskość dwóch osób. Jednak nie całe ciało odgrywa w spotkaniu jednakową rolę. Wyróżnione miejsce zajmuje tu twarz, która ogniskuje ekspresję naszej swoistości, naszego ja. To dzięki twarzy w pełni wyrażamy nasze człowieczeństwo⁷, naszą indywidualność, manifestujemy nasze przeżywanie, ale także treści naszej świadomości, pierwotnie — nam tylko bezpośrednio dostępne, w sposób werbalny (mowa/język) i niewerbalny⁸. Twarz odsyła do świata wewnętrznego,

⁶ Używamy dość pojemnego terminu „spotkanie” w rozumieniu wpisującym się jednak w ramy docelowego uszczegółowienia, jakim jest „spotkanie psychoterapeutyczne”, mające bardziej skonkretyzowany i specyficzny cel, do tego punktu możemy przyjąć, że celem spotkania jako takiego jest, jak to określa J. Tischner, wejście w osobistą prawdę spotkanego człowieka [11]. Na pewnym poziomie rozumienia, moralnym czy metafizycznym, istnieje silne pojęciowe skojarzenie pomiędzy pojęciem prawdziwy i zdrowy. Dla Platona zdrowa dusza (psyche), to dusza ćwicząca się w prawdzie (alethea) [12]. Dodatkowo spotkanie może być jednorazowe, incydentalne, ale przecież ważne, znaczące. Cykl spotkań może, choć wcale nie musi, stać się podstawą dla powstania relacji czy głębokiej więzi.

⁷ Nie wydaje się, aby można było ową ekspresję czy ów wyraz człowieczeństwa analizować jedynie na podstawowym fizykalnym poziomie bez odniesienia do transcendencji, bez odróżnienia tego, co prezentuje się nam niejako wprost, od tego, co się za tym kryje. Równie wątpliwe jest to, że wszystkie dane nam jakości są tylko sumą jakości bardziej podstawowych. Przeciwnie — można zasadnie przypuszczać, że trzeba koniecznie uwzględnić także to, co R. Ingarden nazywa „jakościami postaciowymi” [14], a więc właściwy komuś wyraz twarzy czy charakterystyczny chód. Założenia te po części wpisują się w opis fenomenu określonego jako *uncanny valley*, a po części dają szansę na nowe interpretacje.

⁸ Nie jest oczywiście wykluczone, że wzajemne poznanie się, obejmujące wymiar cudzych stanów psychicznych, może mieć również charakter bezpośredni, w tym znaczeniu, że nie towarzyszy mu werbalizacja, a dokonuje się ono za pomocą kategorii, opracowanej przez E. Stein, mianowicie wczucia (Einfühlung) [15], której nie należy rozumieć jako tożsamej z pojęciem empatii (ἐμ-πάθεια — cierpienie; ἐμ-πάθης — poruszony,

a więc tego, co być może jest dla nas najważniejsze w spotkaniu Drugiego, transcenduje ku wnętrzu, głębi; sprawia, że w odbiorze Innego nie jesteśmy tylko ożywionym ciałem, dynamicznym obiektem, przedmiotem; i dzięki twarzy Innego, On również jest dla nas czymś więcej — Kimś⁹. Nasze ciało, szczególnie twarz (uszczegóławiając jeszcze bardziej — oczy i usta), cała nasza fizyczność, w różnym stopniu pełni funkcję bycia medium, nie jesteśmy ciałem, ale mamy ciało (co wyraża się również w języku — używamy zwrotów: moje ciało, mam ciało), które jest dla nas, w pewnym sensie świadomym, a w pewnym sensie nieświadomym, narzędziem ekspresji wewnętrznego świata. Ciało jest więc podstawowym zapośredniczeniem komunikacji w kontakcie bezpośrednim. Nie jedynym zresztą, jak zauważają Drath i Nęcki [1]: „Być może terapia online nie tyle czyni komunikację z pacjentem niebezpośrednią, co dokłada kolejne pośrednictwo, a zarazem pozwala ową niebezpośredniość uwidocznić. Kontakt z pacjentem jest bowiem zawsze zapośredniczony — przez język słów, gestów, intonacji, form kulturowych” [1, str. 62]. Wobec powyższego trzeba zauważyć, że praktyka psychoterapii w formie wideorozmów poprzez zwrócenie kamer komputerów na twarze pacjenta i terapeuty, zachowuje istotne walory spotkania twarzą w twarz w kontakcie zapośredniczonym przez sieć komputerową. Zarówno pacjent, jak i terapeuta mogą swobodnie i wyraźnie śledzić mimikę twarzy [18, 19]. Ewentualnych znaczących różnic między kontaktem terapeutycznym w formie gabinetowej i w formie wideorozmów trzeba szukać poza pojęciem bezpośredniości lub niebezpośredniości.

Wymaga teraz dokładniejszego zbadania jakości zapośredniczenia kontaktu terapeuty z pacjentem, korzystających we wzajemnej komunikacji z komputerów połączonych w sieć. Jak dokładnie to zapośredniczenie pośredniczy? Czy pośrednicząc w komunikacji, komunikaty oddaje wiernie czy czegoś istotnego nie zniekształca lub nawet nie przesłania?

Pierwszym spostrzeżeniem, które narzuca się w zestawieniu jakości kontaktu w psychoterapii w formie wideorozmów i psychoterapii w gabinecie jest to, że w przypadku tej pierwszej kontakt pomiędzy osobami ogranicza się do jedynie dwu zmysłów. Czy taki rodzaj zapośredniczenia kontaktu pomiędzy stronami spotkania stanowi istotną różnicę pomiędzy obu badanymi formami psychoterapii? Intuicyjnie zauważamy, że dwuzmysłowy kontakt z drugim człowiekiem jest zubożony, wiedzą o tym rodziny rozdzielone koniecznością podejmowania pracy zarobkowej za granicą lub innymi jeszcze dotkliwzszymi koniecznościami, jak rozdzielenie w sytuacji przymusowej izolacji, starające się o zachowanie kontaktu z użyciem komunikatorów wideo. W codziennych interakcjach z bliskimi taka forma kontaktu jest istotnym ograniczeniem nie tylko dlatego, że to ze starszymi ewolucyjnie zmysłami: węchu, dotyku, smaku wiąże się możliwość przeżywania tzw. zmysłowej

wzruszony) lub współodczuwania, opartego na wyobrażeniu lub przypomnieniu sobie analogicznych procesów, ani tym bardziej telepatii (zob. Aleksandrowicz „Hipoteza wpływu >samej psychiki< wymagałaby wprawdzie udowodnienia istnienia samej telepatii” [16, s. 22]). Jest to fenomen o wiele prostszy, choć jego opracowanie o wiele bardziej złożone. Można za Ingardenem ująć je bardzo ogólnie jako formę przerzucenia pomostu pomiędzy podmiotami, jednakże sporne pozostaje, czy warunkiem koniecznym do jego zaistnienia są jednak jakieś nośniki fizyczne (niewerbalne), to stanowisko zdaje się zajmować Stein, czy też owa konieczność nie zachodzi (Ingarden).

⁹⁾ Istnieje pewna zasadnicza różnica relacji Ja—Ty i relacji Ja—To, która nie zasadza się jedynie na zmianie drugiego elementu tej relacji (To na Ty), przy zachowaniu niezmienności Ja, owo Ja w obu przypadkach jest zasadniczo odmienne, można więc rzec, że wszystko tu jest radykalnie inne, oba człony relacji oraz sam związek pomiędzy nimi [zob. 17].

przyjemności. Bódcze zmysłowe opierające się koniecznie na cielesnej bliskości drugiej osoby, wywołują pewien rodzaj cielesnego zaangażowania. Zapach okazuje się pociągający lub odpychający, zaś wspólne jedzenie posiłków czy nacechowany czułością dotyk pozwalają bezpośrednio doświadczać bliskości i oddania drugiej osoby, wiążąc nas z nią. Pociągające, odpychające, wiążące nas sygnały pochodzące ze starszych filogenetycznie zmysłów z założenia jednak w kontakcie psychoterapeutycznym pełnią rolę marginalną. Oczywiście intensywny zapach towarzyszący pojawieniu się pacjenta w gabinecie może być znaczącym sygnałem, jednak sygnałem o wyraźnie peryferycznym znaczeniu dla procesu terapeutycznego — pominięcie go rzadko prowadziło do błędów w sztuce. Dotyk w psychoterapii ogranicza się do podania dłoni na początku spotkania, bez którego można się z powodzeniem obyć i którego adekwatność bywała otwarcie dyskutowana. Zmysł smaku — jest co do zasady nieużywany, do wyjątków uzasadnionych raczej szczególnymi okolicznościami należy częstowanie pacjenta ciepłym napojem. Pewne jest, że uczestniczymy w relacji terapeutycznej z ograniczonym zaangażowaniem percepcji sensorycznej, jednak przy zachowaniu tych zmysłów, które w poznaniu od zawsze pełniły dla człowieka najważniejszą rolę. Zmysł wzroku (wizja), który ogniskował myślenie w starożytnej Grecji, uchodził za najważniejszy czynnik warunkujący poznanie jako takie; *eidō* oznacza między innymi „widzenie”, „oglądanie”, „dostrzeganie”, „zobaczenie”, „spozostawanie”, „doznanie”, „zaznanie”, jak i „bycie pewnym”, „bycie obeznanym”, stąd zresztą wywodzi się termin „istota”, „idea” (kształt, postać), jako to, co oglądane oczyma duszy. Zmysł słuchu dominował natomiast w myśli średniowiecznej „wiara rodzi się z słuchania”, a *logos* odczytuje się jako „słowo”. Zmysł słuchu, jak wskazuje Gołaszewska [20], ma dla człowieka potrójne znaczenie: pozwala na odbiór mowy, muzyki oraz orientację w przestrzeni.

3.2. Czy psychoterapię w formie wideorozmów i psychoterapię gabinetową różni jakość relacji między pacjentem i terapeutą?

3.2.1. Znaczenie przestrzeni spotkania terapeuty i pacjenta dla jakości ich relacji

Psychoterapię świadczoną w gabinecie i psychoterapię w formie wideorozmów różni wymiar przestrzenny spotkań. Można uznać, że czynnik czasowy nie ulega zmianie, w obu przypadkach spotykamy się w określonym czasie rzeczywistym, lecz w spotkaniu realnym dzielimy wspólną przestrzeń, jedna ze stron wchodzi w przestrzeń drugiej, toteż od tego momentu jesteśmy razem w „naszej” wspólnej (równie nam dostępnej, podobnie percypowanej) przestrzeni (wtórnym terytorium) [por. 18]. Dzielenie przestrzeni nas łączy. W spotkaniu w formie wideorozmowy sytuacja jest inna: w jakimś sensie spotykamy się we wspólnej, ale nierzeczywistej (wirtualnej) przestrzeni, a jednocześnie każdy z nas wnosi w spotkanie własną realną przestrzeń¹⁰. Zasadą jest, że można niezawodnie spotkać się

¹⁰ Pacjent wnosi też własną przestrzeń, decydując się na użycie zasłaniającej tło wirtualnej nakładki. Każda decyzja podjęta w tym obszarze będzie znacząca. Stały kątek przedstawiania swojego pokoju i swojej twarzy jest dodatkowym komunikatem. Przestrzeń ukazywana terapeutom niesie ze sobą dodatkową informację, może zaświadczać o podjętej decyzji, staje się dla nas czymś podobnym do odzieży; daje szansę, aby dzięki niej dokonał się dodatkowy przekaz, komunikat o „nas”, możemy świadomie wybrać jakiś określony fragment

z drugą osobą, kiedy precyzyjnie ustalimy czas i miejsce spotkania. W przypadku psychoterapii w formie wideorozmów, żeby doszło do spotkania, niezbędne jest ustalenie czasu i platformy komunikacji. Nazwa platformy staje się więc roboczo określeniem miejsca spotkania (psychoterapeutę może pacjent spotkać [kiedy?] w piątki o 16:00, [gdzie?] na Skypie). Ciekawy trop odsłania codzienna praktyka, na pytanie: „gdzie spotkałeś się z X?”, nie odpowiadamy: „był u siebie w gabinecie, a ja u siebie w domu”; tylko odpowiadamy — „na Skypie”. Analogicznie mówimy, że szkolenia odbywają się na Zoomie albo na Teamsie. Jeśli używamy nazw programów umożliwiających spotkanie, żeby opisać: „gdzie odbywa się spotkanie”, to dlatego, że ich pośredniczenie w komunikacji polega na wzięciu w nawias odległości pomiędzy realnymi miejscami, platforma komunikacji tym samym staje się niejako nowym miejscem — wirtualnym, złożonym z dwu odległych od siebie realnych miejsc. Faktycznie program umożliwiający komunikację jest mostem łączącym dwa odległe od siebie miejsca (w kontekście organizowania profesjonalnej łączności audio-wideo na odległość używa się powszechnie określenia „telemost”). Metafora mostu trafnie oddaje możliwość pokonania pewnej odległości, aby się dobrze widzieć i słyszeć, ale fałszuje rzeczywistość o tyle, że przecież nie można się dzięki niemu znaleźć po jednej lub po drugiej stronie, tego mostu nie można przekroczyć. Właściwie jest on zamknięty dla ruchu osób — pozwala jedynie na bardzo szybki transport komunikatów dźwiękowych i wizualnych pomiędzy osobami. Co znaczące, mówimy „na” Skypie, „na” Teamsie; wejście w użycie akurat tego przyimka dla określenia „miejsca” spotkań w psychoterapii w formie wideorozmów sugeruje tego „miejsca” „dwuwymiarowość”, spotykamy się na deptaku, na boisku, na placu zabaw, na plaży, na parkingu, ale już w gabinecie, w biurze, w galerii handlowej, w muzeum. Mowa o programie obsługującym wideorozmowy jako o platformie komunikacji ma tutaj głębszy sens. Tak jakby programy do komunikacji wideo dawały nam rodzaj gruntu pod nogami, ale już nie dachu nad głową, nie może tu być mowy o własnym kącie ani zostawianiu czegoś w czterech ścianach lub za drzwiami¹¹.

Można powiedzieć, że dzięki kamerze i mikrofonowi umieszczonym w pokoju pacjenta i transmitującym obraz i dźwięk terapeuta dwu-zmysłowo-jest-obecny w pokoju pacjenta. Dwu-zmysłowo — obok terapeuty dzięki kamerze i mikrofonowi w jego gabinecie obecny jest również pacjent. Ma możliwość wglądu i nasłuchu gabinetu. Nasłuch i wgląd do gabinetu oraz nasłuch i wgląd do pokoju pacjenta mogą zachodzić synchronicznie, dzięki czemu interakcje pomiędzy stronami spotkania mają naturalny charakter jak gdyby były blisko siebie, rozmowa (jeśli nie wystąpią przypadkowe trudności techniczne) zazębia się dokładnie tak, jak w spotkaniu bezpośrednim. Tym, co jest tu wirtualne — jest fizyczna bliskość pomiędzy pacjentem a terapeutą, podbudowana specyficzną wirtualną przestrzenią¹². Na bazie tej wirtualnej fizycznej bliskości może być przeżywana w pełni realna bliskość, którą można rozumieć jako gotowość do zwracania się ku drugiej osobie takim, jakim się jest [13, s. 67].

przestrzeni pełniący funkcję tła (także znaczeniowego) dla naszych wypowiedzi. Dla przykładu w wywiadach telewizyjnych często wybór pada, nieprzypadkowo zresztą, na domową biblioteczkę.

¹¹⁾ Dzięki stałości komunikacji z terapeutą (także) na wirtualnej platformie zdarza się, że „własny kąt” znajduje pacjent w umyśle terapeuty. Wątek ten będzie rozwinięty dalej.

¹²⁾ Można powiedzieć, że dwu-zmysłowo dostępny wirtualny pokój (o kształcie zbliżonym do położonej poziomo klepsydry) — złożony jest z części dwu realnych pomieszczeń (pacjenta i terapeuty).

Wirtualna przestrzeń spotkania, tak jak jest określana przez potrzeby i możliwości zmysłu słuchu, ma słabiej określone granice niż ta określana przez zasięg wzroku, co ma swoje konsekwencje. Tu również scenę słyszalnych dźwięków stanowi to, co po stronie gabinetu oraz to, co po stronie pomieszczenia, z którego łączy się pacjent. Wydaje się, że po stronie terapeuty ta modyfikacja sytuacji odróżniająca psychoterapię w formie wideorozmów od psychoterapii świadczonej w gabinecie nie ma znaczenia (tak długo jak terapeuta może korzystać z gabinetu, a nie łączy się z pacjentem z domu). Natomiast po stronie pacjenta pojawia się ważna różnica: by pacjent mógł być słyszany przez terapeutę musi wypowiadać się na głos w swoim domu, dźwięk pochodzący z wprawionych w drgania strun głosowych pacjenta musi rozchodzić się w wielu kierunkach w określonym środowisku, by mógł trafić na membranę mikrofonu. Obecność domowników, a wraz z tym okoliczność, że pacjent może być niezamierzenie słyszany nie tylko przez terapeutę, może znacząco krępować spontaniczność jego wypowiedzi. Dla osób zamieszkujących wspólnie z innymi zasada poufności treści sesji w psychoterapii w formie wideorozmów może być istotnie naruszona. Kiedy miejsce zamieszkania pacjenta musi pomieścić treści jego doświadczenia pojawiają się trudności w korzystaniu z psychoterapii. Problemem nie jest wirtualność kontaktu z terapeutą, a jej fizyczny rewers. Pacjent zanurzony w przestrzeni wirtualnej — gdzie znajduje terapeutę, może być jednocześnie „zagrożony” zranieniem w przestrzeni fizycznej, w której musi się rozlegać jego głos, zanim trafi do ucha terapeuty posiłkującego się wsparciem mikrofonu umieszczonego w pomieszczeniu, z którego pacjent się łączy. Ten rodzaj różnicy nie dyskwalifikuje pomocy online, jest ważny. Kiedy terapeuta nie może gościć pacjenta w gabinecie i udostępniać mu przestrzeni, do której nie będą miały dostępu inne osoby, w sytuacji, gdy pacjent pozbawiony jest możliwości zapewnienia sobie pełnej dyskrecji, staje się niejako pacjentem w opresji, pacjentem wyrażającym siebie w formie możliwej do przyjęcia dla domowników. Oczywiście okoliczność ta ma swoje dopełnienie w możliwości użycia przez pacjenta dialogu terapeutycznego w kształtowaniu relacji z domownikami, co również musi być brane pod uwagę, choćby w formułowaniu kontraktu. Wydaje się, że potrzeba wyodrębnienia dla siebie przestrzeni domowej wystarczającej dla komfortowego korzystania z sesji jest poza zasięgiem wielu pacjentów uwikłanych w systemowe zależności ze wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny. Dla pacjentów zamieszkujących wspólnie z innymi osobami psychoterapia w gabinecie i w formie rozmów wideo będzie się istotnie różnić. Dla pacjentów zamieszkujących samotnie tej różnicy potencjalnie nie ma.

Można ulec wrażeniu, że zorganizowanie warunków do zachowania poufności rozmów pacjenta z terapeutą pozostaje jedynie problemem technicznym, potencjalnie dającym się na różne sposoby wyeliminować. A jednak — konieczność pokonywania dodatkowych trudności technicznych, będąca w tym przypadku po stronie pacjenta, stanowi o pewnej różnicy w rozwijaniu się relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem, której istotność może ostatecznie świadczyć o istotności różnicy pomiędzy psychoterapią w formie wideorozmów i psychoterapią w gabinecie. By korzystać z terapii w formie gabinetowej pacjent musi wygospodarować czas, który w innym przypadku dzieliliby z bliskimi. Decydując się na pracę w formie wideorozmów musi wydzielić z życia rodzinnego także przestrzeń. To może czynić dla niektórych pacjentów psychoterapię w formie wideorozmów trudniej dostępną od psychoterapii świadczonej w gabinecie — mimo że pozornie wydaje się ona dostępna

łatwiej („nie trzeba ruszać się z domu”). W każdej z dwu form korzystania z psychoterapii pacjent przeznaczą na psychoterapię jakiś swój czas wolny, którego jednocześnie nie może dzielić z bliskimi, ma mniej czasu dla bliskich, co nie umyka ich uwadze. Prawo do poświęcania części czasu wolnego na psychoterapię nierzadko wymaga od pacjenta obrony, co nie zawsze mieści się w obrębie jego kompetencji interpersonalnych. Konieczność wydzielenia fragmentu dzielonej z innymi przestrzeni, której w przypadku korzystania z psychoterapii w formie wideorozmów pacjent potrzebuje chwilowo na wyłączność jest wyzwaniem komplikującym jego i tak niełatwe w tej sytuacji położenie w systemie rodzinnym. W czasie pandemii wielu pacjentów, spontanicznie szukając odpowiedniego miejsca do prowadzenia rozmów z terapeutami w sposób nieskrępowany obecnością innych, korzystało z własnych samochodów, dających mimo oczywistej niewygodności możliwość bycia sam na sam z terapeutą.

By utrzymać się na platformie wirtualnej komunikacji, pacjent musi być zakotwiczony w realnej przestrzeni i także w niej czuć się bezpiecznie. Terapeuta nie służy mu w tym aspekcie bezpieczną bazą [21]. Jakikolwiek zaburzenie bezpieczeństwa w przestrzeni realnej rzutuje na jakość komunikacji zachodzącej w przestrzeni wirtualnej. Sesja psychoterapii traci w jakimś stopniu walor przestrzeni pośredniczącej — nie można tu tak jak w gabinecie zaznać odpoczynku od ciągłego „badania relacji zachodzących między rzeczywistością wewnętrzną a rzeczywistością zewnętrzną” w sensie, jaki nadał temu doświadczeniu D.W. Winnicott [22, s. 37]. Doświadczenie udziału w psychoterapii odleglejsze jest „zabawie małego dziecka zatraconego w niej” [por. tamże], z owego stanu raz po raz może wybijać pacjenta napór rzeczywistości (np. odgłosy przypominające o obecności domowników), wzmagając stan samokontroli, niepozwalający na swobodne eksperymentowanie z myśleniem o sobie i innych i nabywanie nowych doświadczeń interpersonalnych w relacji z terapeutą.

Oczywiście pojęcia bezpiecznej przystani, jaką jest terapeuta (Bowlby) [23], czy przestrzeni pośredniczącej pomiędzy terapeutą a pacjentem (Winnicott) [22], czy połączającej funkcji umysłu terapeuty wobec życia psychicznego pacjenta (Bion) [24], są metaforami, które, mimo że do zobrazowania ważnych aspektów procesu psychoterapii posiłkują się słowami dotyczącymi miejsca, oznaczają faktycznie coś nie przestrzennego. To sposób zachowania terapeuty wobec pacjenta, postawa wobec niego, odpowiadania na to, co wnosi w spotkanie tworzą pewną „przestrzeń”, by pacjent mógł przeżywać i myśleć w inny sposób niż dotychczas. Wszystko to potencjalnie może zachodzić w terapii w formie wideorozmów. Jednak, aby relacja pomiędzy terapeutą a pacjentem mogła pełnić te metaforycznie przestrzenne funkcje, to jest: aby terapeuta (jego umysł) mógł być miejscem udostępnionym pacjentowi, ta relacja musi być faktycznie, realnie chroniona, oddzielona od innych relacji. Gabinet jest tego rodzaju miejscem, fizycznie zamkniętym na innych. Właśnie dzięki temu fizycznemu zamknięciu się terapeuty i pacjenta w gabinecie może dochodzić do nieskrępowanej działalności wyobraźeniowej, która między innymi na relacje pacjenta otwiera. W chwili eksperymentowania musi jednak być bezpieczny, musi mieć gwarancję, że sytuacja nie będzie wymagała od niego w danej chwili interpersonalnych odpowiedzi, może pozostawać w stanie bycia niegotowym i nieodpornym.

Zbierając powyższe myśli, można stwierdzić, że psychoterapia w formule wideorozmów różni się od psychoterapii w formule gabinetowej wzajemnym usytuowaniem czy

też położeniem pacjenta i terapeuty. Odpowiedzialność za wygospodarowanie odpowiedniej dla spotkania przestrzeni jest tu dzielona pomiędzy terapeutę i pacjenta. Po pierwsze, inwestycja pacjenta w każdą sesję jest większa i ewentualnie ograniczona jego zasobami; może budzić to po jego stronie uczucie, że dostaje od terapeuty mniej niż mógłby dostać w warunkach settingu gabinetowego. Co nie mniej ważne, zrównaniu ulegają tu role: w pokoju wirtualnym obaj — pacjent i terapeuta — są gospodarzami, a może raczej wypadaloby powiedzieć: nikt nie jest gospodarzem. Niewątpliwie są to okoliczności, które mogą rzutować na jakość relacji zawiązującej się w procesie terapeutycznym, jednak decydujące będą każdorazowo warunki, w których propozycja tej lub innej formuły kontaktu zostanie sformułowana.

3.2.2. Znaczenie zdolności terapeuty do przyjmowania pacjenta dla jakości ich relacji

Kontynuując refleksje nad przestrzenią, w jakiej odbywa się psychoterapia trzeba zauważyć, że rezygnacja z użycia gabinetu jako miejsca spotkania pozbawia pacjenta możliwości bycia u terapeuty. Mówimy i myślimy: u lekarza, u dentysty, ale też może bardziej pierwotnie u znajomych/przyjaciół, a w szczególności u mamy (myśląc o dziecku trzymanym w ramionach, na kolanach)¹³. Nasuwa się tu spostrzeżenie, że korzystanie z czyjejś gościnności zakłada doświadczenie bycia przez kogoś przyjętym¹⁴, a to wydaje się w kontekście psychoterapii i leczenia w ogóle doświadczeniem pożądanym. Czy to, że pacjent uczestniczy w sesjach psychoterapii, ale nie bywa u terapeuty, ma dla niego skutki terapeutyczne lub antyterapeutyczne? Decydujące znaczenie ma to, czy nie będąc w gabinecie u terapeuty, zostaje mimo to przez terapeutę przyjęty, bo bez tego nie ma psychoterapii¹⁵. Nie ma psychoterapii w warunkach doświadczenia przez pacjenta odrzucenia ze strony terapeuty. Choć jest to wątek, którego rozwinięcie dalece wykraczałoby poza założony tu obszar badań, wymaga dostrzeżenia, że gościnność terapeuty pozostaje zobowiązaniem niesprowadzającym się do otwierania lub zamykania gabinetu na pacjentów. Można pozostać niegościnnym, a zatem — poza psychoterapią — w otwartym gabinecie. Gościnność w radykalnym (pełnym?) sensie to gotowość poczucia się u siebie „cudzoziemcem”, przyjęcia niepokoju, który wprowadza wraz ze swą innością i pochodzeniem skądinąd gość. W dedykowanym pamięci Cezarego Wodzińskiego eseju, tak powyższą

¹³ Mówimy o dziecku, że jest „u mamy na kolanach”, „u mamy na rękach”, nie po prostu „na kolanach mamy”, „na rękach mamy”. To „u” jest znakiem utrwalającym — obejmowanie całego dziecka przez matkę, ochranianie go, przyjmowanie go z jego uczuciami i potrzebami. „U” zgodnie ze swym kształtem przypomina miejsce, które dziecko osłania i kołysze. Pacjent „u lekarza” oddaje się z zaufaniem jego kompetencjom, zdolności „uzdrowienia” na drodze racjonalnego leczenia.

¹⁴ Silnie utrwalone jest w języku opisującym leczenie słowo „przyjęcie”, jak np.: „przyjmował wczoraj pacjentów do 19:00”, „został przyjęty przez lekarza”, „punkt przyjęć”.

¹⁵ Wielu pacjentów manifestowało w czasie lockdownu złość i frustrację z powodu odbywania konsultacji lekarskich w formie tylko telefonicznej, odbierali odmowę spotkania w gabinecie jako chronienie przez lekarza własnego zdrowia kosztem zaniedbania ich prawa do leczenia. Nie jest pewne, czy pod tym agresywnym domaganiem się od lekarzy heroicznego ponoszenia ryzyka, nie kryła się znacznie bardziej krucha tęsknota za autentycznym „przyjęciem” przez lekarza możliwym zarówno w kontakcie bezpośrednim, jak i online, które pomieściłoby dramat niemożności adekwatnego korzystania z pomocy w czasie, gdy służba zdrowia znalazła się pod naporem kolejnych fal pandemii.

myśl autora zawartą w tekstach *Święty idiota* i *Odys gość* interpretuje D. Kot [25]: „I być może ujawnia się tutaj jakiś istotny rys cudzoziemskości. Dlaczego bowiem >przybycie cudzoziemca odkrywa cudzoziemskość bycia w świecie< [26, str. 205]. Pozornie cudzoziemiec jest tylko trochę inny: mówi innym językiem, ma inny odcień skóry, wierzy w innych bogów i potępia inne czyny niż my. Taka inność daje się jednak sprawdzić do zwykłej różnorodności i do różnicy, która nie ma fundamentalnego znaczenia. Takich innych napotykamy na co dzień i nie burzą oni w nas dobrego samopoczucia — poczucia bycia u siebie. Cudzoziemiec jednak wnosi coś więcej: cały swój świat, poukładany niepokojąco podobnie do naszego, choć przecież zupełnie inny. Cudzoziemiec nie pozwala nam wierzyć, że nasze światy, nasza tuziemskość, mają uniwersalny charakter. Cudzoziemiec swoim pojawieniem się odbiera nam spokój” [25, s. 72]¹⁶. Wobec powyższych refleksji, rodzi się myśl, że być może w ogóle dopiero w warunkach osiągnięcia przez gospodarza gabinetu poczucia, że (on także) nie jest u siebie, możliwe jest w pełni dzielenie z pacjentem czasu. Wydaje się, że poza gabinetem — kiedy pacjent i terapeuta spotykają się w rozmowie wideo, ten rodzaj przyjmowania pacjenta przez terapeutę jest także możliwy, a przynajmniej nie ma powodu by sądzić, że w tym kontekście zagrożony jest bardziej niż w kontekście tradycyjnym. Można sformułować w tym miejscu wniosek, że modyfikacja wzajemnego położenia pacjenta i terapeuty napotykana w formule wideorozmów, w których terapeuta traci pozycję gospodarza (szczególnie w aspekcie zapewniania czegoś; tu — miejsca spotkania) nie tylko nie zaprzecza istocie psychoterapii, ale może być jedną z dróg, na jakich ta istota się nam rozjaśnia.

4. Wnioski

Jak wynika z powyższych dociekań, samo zapośredniczenie świadomej i nieświadomej komunikacji pomiędzy pacjentem i terapeutą przez sieć komputerową i urządzenia pozwalające na transmisję obrazu wideo i dźwięku nie powoduje istotnego naruszenia teźże komunikacji. Możliwość synchronicznego przesyłania obrazu i dźwięku pomiędzy pomieszczeniem, w którym znajduje się terapeuta i pomieszczeniem, w którym znajduje się pacjent pozwala na stwierdzenie, że te aspekty psychoterapii, które są związane z rozmową pomiędzy terapeutą a pacjentem są w psychoterapii w formie wideorozmów zachowane przy obecnym stanie technologii. Co więcej, komunikacja w formie wideorozmów umożliwia rozumiejącą ustosunkowanie się terapeuty nie tylko do tego, co pacjent mówi, ale również

¹⁶ Nieoceniona dla dobrej praktyki jest zdolność rozumienia napięcia między przyjmowaniem pacjenta a przywiązaniem do zastanych sposobów myślenia, będących przedmiotem (niezbędnego skądinąd) nauczania w szkołach psychoterapii. Tak o gościnności, będącej w praktyce zadaniem trudnym do udźwignięcia, pisze M. Opoczyńska: „Przypominam sobie teraz takie chwile z czasu psychoterapii, gdy nie mogąc udźwignąć ciężaru spotkania z Innym, kryłam się za słowami. Człowiek, z którym rozmawiam, chce podzielić ze mną swój ból. Chce i nie chce, bo wie, że ból nie do podzielenia. Chcę i nie chcę bólu jego dzielić, bo musiałabym zamilknąć i >cierpieć-wraz bez reszty< [27, s. 63]. Nie chcę być świadkiem jego bólu i dlatego uciekam do słów, by się ukryć. Bo lękam się matki, która straciła dziecko, lękam dziewczyny, którą zabija rak, lękam mężczyzny, który planuje śmierć z zegarmistrzowską precyzją. Boję się ich skargi, którą przyjmuję jak oskarżenie. Czemu nie ja? Gdzie wtedy byłam? Co mi z wiedzy? Więc chwytam się słów, by siebie ocalić. By nie czuć się winną, że ginie ich świat. By nie być świadkiem, co wtedy oznacza >cierpieć-wraz<” [28, s. 220].

do tego, co robi. W tej formie pracy, podobnie jak w psychoterapii, w gabinecie możliwe jest przyjmowanie jako znaczącego zachowania pacjenta, w którym zapisane są ślady jego doświadczenia nabytego we wcześniejszych relacjach. Także zachowanie musi być przez terapeutę percypowane i w psychoterapii przede wszystkim interpretuje się i pożytkuje dla procesu zdrowienia te właśnie zachowania pacjenta, które są dla terapeuty dostępne dzięki zmysłom wzroku i słuchu. Nieświadoma komunikacja odbywa się również tymi dwoma kanałami i nie ma powodu, by sądzić, że ograniczenia związane np. z konkretnym kątem widzenia wnętrza pokoju pacjenta przez terapeutę lub niemożliwością (inaczej niż w gabinecie) widzenia całej sylwetki pacjenta nie zostaną przezeń nieświadomie uwzględnione w sposobach wyrażania siebie.

A jednak między psychoterapią świadczoną w gabinecie i psychoterapią w formie wideorozmów zachodzi istotna różnica co do jakości relacji pomiędzy pacjentem i terapeutą. Nie dotyczy ona jednak specyfiki wirtualnej przestrzeni, a tego, że równocześnie do przebywania w przestrzeni wirtualnej pacjent przebywa w realnej przestrzeni swojego mieszkania i wnosi jej jakość w sytuację spotkania z terapeutą. Najbardziej oczywistą konsekwencją tego stanu rzeczy jest to, że zagrożona może być zasada poufności psychoterapii, ponieważ myśli pacjenta na obecnym etapie technologii muszą być ugaśniane, aby mogły być elektronicznie transmitowane do gabinetu terapeuty, a zatem mogą być usłyszane przez inne osoby¹⁷. Jednak różnica powyższa nie sprowadza się jedynie do tego, że dbanie o poufność sesji psychoterapeutycznych leży w formule online po stronie zarówno terapeuty, jak i po stronie pacjenta (w odróżnieniu od formy tradycyjnej, gdzie za komfort gabinetu odpowiada terapeuta). Różnica ta sięga głębiej — w psychoterapii w formie wideorozmów pacjent wnosi w spotkanie własną część przestrzeni wraz z wszelkimi jej jakościami. Scena wizualna, jak i dźwiękowa wirtualnego gabinetu jest w równym stopniu tworzona przez pacjenta i terapeutę. Jeśli chodzi o miejsce spotkania w równej mierze pacjent (dwu-zmysłowo) jest „u terapeuty”, jak też terapeuta „u pacjenta”. Czy wypada obecnie uznać, że skutki tej znaczącej modyfikacji wzajemnego usytuowania pacjenta i terapeuty dla przebiegu i pomyślności procesu leczenia są nieznanne? Czy nie trzeba stwierdzić, że jest analogicznie trudno wyobrazić sobie, w ramach eksperymentu myślowego, jakie dalekosiężne konsekwencje dla rozwoju psychoterapii miałyby z końcem XIX w. i w początkach XX w. takie sformułowanie wzorcowego settingu terapeutycznego, że terapeuta prowadzi sesje u pacjenta w domu? Niewątpliwie konieczność zagospodarowywania przez pacjenta części wirtualnej przestrzeni spotkania można widzieć w świetle szans lub zagrożenia, niejednoznaczne jest nawet to, czy konieczność ta bardziej pacjenta upodmiotawia, czy też oddala od podmiotowości (lekarskie wizyty domowe, podobnie jak kontakt z terapeutą środowiskowym, nie zawsze są przez pacjentów oczekiwane — jakby były związane z większym wstydem towarzyszącym temu, że lekarz poznaje nie

¹⁷⁾ Do rzadkości należy taki poziom izolacji akustycznej wewnątrz, by domownicy nie mogli usłyszeć treści rozmowy z terapeutą. Odpowiednie izolujące akustycznie kabiny bywają wykorzystywane w dużych biurach, być może czas pandemii doprowadzi do ich popularyzacji w prywatnych mieszkaniach, niemniej obecnie na pewno nie są ich standardowym wyposażeniem. Aktualnie w praktyce trzeba mieć na uwadze, czy pacjent podejmujący terapię w formie wideorozmów ma do tego wystarczające warunki, a więc czy ma wystarczająco duże mieszkanie, by obecność domowników nie przeszkadzała w komunikacji z terapeutą, a jeśli nie, to czy porę sesji uda się dostosować w taki sposób, by pacjent był w domu sam.

tylko chorego, ale też jego najbliższe otoczenie). Z punktu widzenia terapeuty terapia w warunkach wideorozmów to okoliczność komplikująca pracę. Doświadczeniem wielu praktyków z początków pandemii było poczucie większej aktywności na sesjach online, tak jakby wymagały one większego zaangażowania. Być może było to związane jedynie z nowością, ale można też wysunąć roboczą hipotezę, że pacjent w znanym sobie otoczeniu jest bardziej oporny na oczekiwaną przez siebie zmianę, niż wtedy, gdy znajdzie się w otoczeniu nowym. To, co inne i budzące nadzieję (terapeuta, sesja), zamknięte w ramach okna przeglądarki internetowej ulega przytłumieniu wśród tego, co znane, choć bywające niewygodne (znane otoczenie, relacje z osobami za drzwiami), mimo zdolności zanurzania się w przestrzeń wirtualną? By zaistnieć w umyśle pacjenta, terapeuta musi starać się o większą wyrazistość? By pomieszczać to, co pacjent wnosi, musi wyjść poza miejsce, w którym zazwyczaj przeżyć pacjenta wypatruje?

Aktualna wiedza na temat procesu zarażania się wirusem przez ludzi [29] wymaga od terapeuty uznania, że nie jest on w stanie zabezpieczyć zdrowia i życia pacjenta, zapraszając go do gabinetu na sesję psychoterapii w czasie trwania pandemii, jeśli on i pacjent nie są skutecznie zaszczepieni. Nie ma racjonalnych powodów, by wątpić w to, że psychoterapia w formie wideorozmów jest sensownym, adekwatnym i potrzebnym rozwiązaniem w czasie, gdy kontakt bezpośredni wiąże się z przewidywalnym ryzykiem utraty zdrowia dla którejkolwiek ze stron. Nie ulega wątpliwości, że praca tego typu istotnie rodzi nowe jakości w relacji terapeuta–pacjent, w tym szczególnie fakt wnoszenia przez pacjenta znaczącej części przestrzeni/sceny spotkania. Okolicznością łagodzącą niepewność efektów zmiany wymuszonej sytuacją jest to, że przeżywanie przez pacjenta i terapeutę przechodzenia na kontakt online i powracania (lub nie) do pracy tradycyjnej może być każdorazowo z pożytkiem wykorzystane jako materiał do analizy w konkretnym procesie psychoterapii. Zapewne w każdym przypadku to doświadczenie będzie znaczyć co innego, inaczej wpisze się z jednej strony w proces leczenia, a z drugiej — w biografię zawodową terapeuty.

Skoro zachodzi istotna różnica co do wzajemnego położenia terapeuty i pacjenta w formule pracy online i gabinetowej, mogącego potencjalnie rzutować na jakość ich relacji, to trzeba zauważyć, że właściwe konsekwencje dla rozwoju relacji pomiędzy pacjentem a terapeutą, a za tym — dla całego procesu psychoterapii, będą zależały każdorazowo od powodu zaproponowania przez terapeutę (lub pacjenta) pracy w fizycznym dystansie, mogącego mieć świadome i nieświadome aspekty. Jeżeli propozycja pada ze strony terapeuty i wiąże się z jego trwałą lub czasową postawą niedbałości, „niegościnnosci” — wymaga zreflektowania i korekty. Podobnie, jeśli po stronie pacjenta wyraża lęk przed bliskością, zależnością, wymaga nazwania i objęcia refleksją (być może formuła online pozwoli rozpocząć psychoterapię pewnej grupie pacjentów, którzy nie byliby zdolni zacząć pracy nad sobą w gabinecie). Propozycja pracy w formule online, o której wiemy już, że znacząco różni się od formuły gabinetowej, może niewątpliwie nadal służyć pacjentowi, pod warunkiem, że objęte refleksją zostanie właśnie jej znaczenie. Proponowanie psychoterapii w formie wideorozmów w czasie pandemii stanowi wyjątkową okoliczność, która niesie szczególne znaczenie.

Jeśli tradycyjne znaczenie gabinetu w procesie psychoterapii trafnie oddawała metafora portu czy przystani, w której pacjent zakotwicza się na ustalony czas, to trzeba zauważyć,

że pandemia jakościowo zmienia tę sytuację. Nie do pominięcia jest fakt, że przejście na kontakt w formie wideorozmów został wymuszony właśnie tym, że gabinet przestał być bezpiecznym miejscem. Pandemia uderzyła w port, czyniąc nas wszystkich rozbitkami. Terapeuta musi skonfrontować się z faktem, że nie może już służyć pacjentowi gabinetem jako bezpieczną przystanią. Musi też zmierzyć się ze smutkiem związanym z tym, że w tej kryzysowej sytuacji wymaga od pacjenta więcej niż zwykle, tj. szukania na własną rękę przestrzeni chroniącej przebieg terapii. Jednocześnie także ze strony terapeuty przejście na pracę online poprzedzone jest utratą znanego otoczenia i kontekstu codziennej pracy. Czy zatem tym, co może zaproponować jest niejako dryf w szalupie ratunkowej, która i jego, i pacjenta, choć w różnym sensie, chroni? Dla pacjenta jest szansą kontynuacji (choć w nieoptymalnych warunkach) leczenia, którego potrzebuje, a terapeuta daje możliwość praktykowania w kryzysie pandemii wyuczonego zawodu, co pozwala mu na zachowanie w kryzysowej sytuacji jednocześnie poczucia sensu i źródła utrzymania?

Schodząc na głębszy poziom myślenia o procesie psychoterapii możemy pytać: jak na zdolność udostępniania własnego umysłu jako przestrzeni dla trudnych doświadczeń pacjenta wpływa fakt podzielania z nim losu rozbitka? Wydaje się, że tym pytaniem zbliżamy się do istoty psychoterapii od strony słabo jeszcze rozpoznanej. Czy poza monumentalnymi wyobrażeniami o przystani i statku, psychoterapia nie jest w istocie spotkaniem dwojga, z których nikt nie jest u siebie? Czy matka kojąca płacz swojego niemowlęcia nie odwołuje się do nadziei, której spełnienie leży faktycznie poza jej kontrolą? Zdolność leczenia z zasady nie jest uwarunkowana egzystencjalną przewagą terapeuty nad pacjentem, bez względu na to, jak bardzo mylące mogą być przyjmowane przez nas pozy. Kondycja terapeuty jako przybysza, cudzoziemca odsłania perspektywę szczególnej (dramatycznej? tragicznej?) czułości obecnej w procesie leczenia, która nierzadko umyka w opowieści o psychoterapii jako zamierzonej procedurze stosowania określonych metod i oddziaływań.

Piśmiennictwo

1. Drath W, Nęcki Sz. Psychoterapia online z perspektywy polskich psychoterapeutów. *Psychoter.* 2018; 3(186): 55–63.
2. Janas-Kozik M, Nowak M, Jelonek I, Rowiński T. Jak poradzić sobie w dobie COVID-19? Wskazówki dla rodziców, opiekunów, dzieci, adolescentów i profesjonalistów, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2020. https://static2.medforum.pl/upload/file/klienci/ptp/2020_coronavirus/Rekomendacje_PTP_Wskazowki_dla_rodzicow_w_dobieCOVID19.pdf dostęp: 10.09.2021.
3. Klajs K. Psychoterapia w czasie pandemii. *Psychoter.* 2020; 1(192): 89–96.
4. Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie. Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 r. Warszawa, Szczecin; 2020. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne> Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie. Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2011–2015. Warszawa; 2015. Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie. Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2006–2010. Warszawa; 2010. Główny Urząd Statystyczny. Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2004–2007. Warszawa; 2008. Dostęp: 09.08.2021.

5. <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C636739%2Cprezes-nfz-koronawirus-zmienil-sluzbe-zdrowia-czesc-rozwiazan-zostanie-i>. Dostęp: 1.06.2021.
6. Patočka J. Filozofia kryzysu nauki według Edmunda Husserla i jego koncepcja fenomenologii „świata przeżywanego”, tłum. Zychowicz J. W: Krasnodębski Z, Nellen K, red. Świat przeżywany. Fenomenologia i nauki społeczne. Warszawa; 1993, s. 43.
7. Bocheński JM. Współczesne metody myślenia, tłum. S. Judycki. Poznań: W drodze, 1992, s. 26–40.
8. Judycki S. Co to jest fenomenologia? Przegląd Filozoficzny — Nowa Seria 1993; 1: 25–38.
9. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Warszawa: PZWL; 2000.
10. Czabała Cz. Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia. Roczniki Psychologiczne. 2016; 3: 519–533.
11. Tischner J. Filozofia dramatu. Kraków: Znak; 2006.
12. Platon. Dialogi, tłum. W. Witwicki. Warszawa: PWN; 1988.
13. Węgrzecki A. Wokół filozofii spotkania. Kraków: Myśl Filozoficzna WAM; 2014.
14. Ingarden R. O budowie obrazu. W: Studia z estetyki, t. II. Warszawa: PWN; 1966, s. 7–115.
15. Stein E. O zagadnieniu wczucia, tłum. J. Gieruła. Kraków: Znak; 1988.
16. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia czy psychoterapie. Psychoter. 2004; 2(129): 17–29.
17. Buber M. O Ja i Ty, tłum. B. Baran. Filozofia dialogu. Kraków: Znak; 1991.
18. Sikorski W. Znaczenie środowiska proksemicznego w psychoterapii. Przesłanki neurobiologiczne. Psychoter. 2018; 2(185): 89–105.
19. Hall ET. Ukryty wymiar. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA; 2005.
20. Gołaszewska M. Estetyka pięciu zmysłów. Warszawa: PWN; 1997.
21. Wallin, DJ. Przywiązanie w psychoterapii, tłum. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
22. Winnicott DW. Zabawa a rzeczywistość. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011.
23. Bowlby J. Przywiązanie. Warszawa: PWN; 2007.
24. Bion WR. Uwaga i interpretacja. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
25. Kot D. Cudzoziemiec, Ethos 2017; 1(117): 61–75.
26. Wodziński C. Święty Idiota. Gdańsk: wydawnictwo słowo/obraz/terytoria; 2009.
27. Ricoeur P. Filozofia osoby. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej; 1992.
28. Opoczyńska M. Palec na ustach — rzecz o milczeniu. W: Dialog Innych albo inne monologi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
29. Duszyński J, Afelt A, Ochab-Marcinek A, Owczuk R, Pyrc K, Rosińska M, Rychard A, Smiatacz T. Zrozumieć COVID-19. Opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk. Warszawa: PAN; 2020.

Adres: b.wojdala@gmail.com