

Aleksandra Wolińska¹, Michał Mielimąka², Joanna Mostowik¹, Edyta Dembińska²,
Jerzy Sobański², Katarzyna Klasa², Anna Citkowska-Kisielewska²,
Krzysztof Rutkowski²

PSYCHOTERAPIA Z WYKORZYSTANIEM SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH — ZALETY I KONTROWERSJE. PERSPEKTYWA PACJENTÓW ZAKŁADU PSYCHOTERAPII SU W KRAKOWIE I PRZEGLĄD NAJNOWSZEGO PIŚMIENNICTWA

PSYCHOTHERAPY WITH THE USE OF ICT SYSTEMS — ADVANTAGES AND CONTROVERSIES. THE PERSPECTIVE OF PATIENTS OF THE DEPARTMENT OF PSYCHOTHERAPY OF THE UNIVERSITY HOSPITAL IN KRAKOW AND A REVIEW OF THE LATEST LITERATURE

¹Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Zakład Psychoterapii

²Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychoterapii

remote therapy
COVID-19

Streszczenie

Cel pracy: Artykuł przedstawia wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w grupie 38 pacjentów Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W momencie badania, w związku z wprowadzeniem kwarantanny narodowej, respondenci uczestniczyli w terapii zdalnej. Przedmiotem badania były przede wszystkim ich postawy wobec tej formy leczenia oraz jej spostrzegana skuteczność.

Metoda: Badanie przeprowadzono w formie ankiety — za zgodą pacjentów — rozesłanej do nich pocztą elektroniczną.

Wyniki: Dla 55% uczestników ankiety pierwsze doświadczenia ze zdalną psychoterapią okazały się pozytywne. Pacjenci doceniali tę formułę m.in. z uwagi na możliwość zachowania ciągłości leczenia, oszczędność czasu związanego z dojazdem czy większe poczucie bezpieczeństwa ułatwiające przełamanie barier w mówieniu o sobie i swoich problemach. Wśród wad dominowały ograniczenia techniczne, problemy ze skupieniem uwagi na treści rozmowy, uzyskaniem prywatności oraz deficyt interwencji terapeutycznych sformułowanych w oparciu o niewerbalne aspekty komunikacji.

Wnioski: Psychoterapia z wykorzystaniem metod teleinformatycznych wydaje się mieć swoje zalety i wady. Po miesiącu uczestnictwa w tej formie leczenia 55% ankietowanych postrzegало jej potencjalną skuteczność jako równoważną do terapii prowadzonej w kontakcie bezpośrednim. 34% respondentów było zdania, iż jest to terapia mniej skuteczna od tradycyjnej. Otwarte pozostaje pytanie: co decyduje o tym, jak jest ona spostrzegana przez konkretną osobę. Aktualnie w zakładzie trwają badania nad oceną wybranych zmiennych mogących mieć wpływ na ocenę atrakcyjności zdalnej formy leczenia.

Summary

Objectives: The article presents the results of a survey carried out with a group of 38 patients of the Department of Psychotherapy of the University Hospital in Krakow. Due to the national quarantine at the time when the research was conducted, respondents participated in therapy remotely. The research mainly focused on the attitudes of respondents to this form of treatment and its perceived effectiveness.

Methods: The research took the form of a questionnaire administered via email with the patients' consent.

Results: The first experience with remote psychotherapy turned out positive for 55% of survey participants. Patients appreciated this formula because it helped them preserve the continuity of treatment, save time related to transport or it gave them a greater sense of security that enabled breaking barriers with speaking about themselves and their problems. The predominant disadvantages were technical constraints, problems with focusing on the content of the conversation or achieving privacy and a deficit in therapeutic interventions based on non-verbal aspects of communication.

Conclusions: Psychotherapy based on the use of ICT methods has its advantages and disadvantages. After one month of participation in this form of treatment, 55% of the participants perceived its effectiveness as equivalent to therapy carried out in direct contact. 34% of respondents were of the opinion that this therapy was less effective than the traditional one. It still remains open what determines such perception of a specific person. At present, research on the evaluation of selected variables which may affect the assessment of attractiveness of remote treatment is in progress.

Wstęp

Pojawienie się w Polsce pandemii COVID-19 w marcu 2020 roku wymusiło zmiany w wielu obszarach życia, także w psychoterapii. Z dnia na dzień zarówno pacjenci, jak i terapeuci stanęli wobec konieczności adaptacji do leczenia w formie zdalnej. W minionych dwudziestu latach, wraz z rozwojem technologii i zasięgu internetu e-terapia systematycznie pojawiała się w obszarze naukowych analiz. Jej początki datuje się na lata 90. XX wieku, kiedy to David Sommers, uważany za pioniera terapii on-line pracował zdalnie (przy użyciu oprogramowania komputerowego) z ponad 300 osobami, testując zdolność tej formy terapii do budowania relacji terapeutycznej [1]. Od tamtego czasu systematyczne przeglądy badań w obszarze e-terapii pokazują, że jest to obiecujące podejście do leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego [2, 3]. Istnieje coraz więcej dowodów, że e-terapia może być tak samo skuteczna jak terapia twarzą w twarz. Znane są badania nad skutecznością e-terapii w leczeniu m.in. zaburzeń lękowych [4], zaburzeń pod postacią somatyczną [5] czy zaburzeń depresyjnych [6, 7], głównie w podejściu poznawczo-behawioralnym (CBT).

Zalety i wady terapii zdalnej — przegląd piśmiennictwa

Bez względu na stosowany paradygmat za najważniejszy czynnik leczący w psychoterapii, udokumentowany badaniami empirycznymi, uważa się relację terapeutyczną [8]. Opisuje się ją głównie w terminach przymierza terapeutycznego [9], na które składają się: więź emocjonalna pomiędzy terapeutą i pacjentem, jakość ich wzajemnej współpracy oraz zdolność do wypracowania wzajemnie akceptowalnych celów i metod pracy [10]. W kontekście terapii zdalnej Simpson i Reid przedstawili przegląd 24 badań nad przymierzem terapeutycznym w wideoterapii [11]. Wynika z niego, że pacjenci z różnymi trudnościami

emocjonalnymi podobnie oceniali jakość przymierza zarówno w terapii prowadzonej twarzą w twarz, jak i w e-terapii.

Podobne wnioski prezentują Susan Simpson, Lisa Richardson i wsp. [12] pisząc o braku istotnych różnic w budowaniu przymierza terapeutycznego pomiędzy terapią przez telefon, wideoterapią i terapią na żywo. Co więcej, istnieją doniesienia badawcze, w których stwierdza się, że e-terapia może prowadzić nawet do większej otwartości niż terapia twarzą w twarz. Pacjenci relacjonują, że w kontakcie zdalnym czują się bardziej bezpiecznie oraz mają większe poczucie partnerstwa w relacji z terapeutą [13]. Liczne badania potwierdzają, że wideoterapia jest oceniana przez pacjentów jako mniej konfrontująca, ułatwiająca wyrażanie negatywnych uczuć i opowiadanie o trudnych doświadczeniach [14, 15].

Wątek wad i zalet e-terapii jest szeroko podejmowany przez wielu autorów i przewija się niemalże w każdym artykule dotyczącym tego zagadnienia. Do zalet e-terapii zalicza się przede wszystkim: wygodę, łatwiejszy dostęp do leczenia, redukcję lęku przed oceną oraz związaną z tym większą swobodę odsłaniania się. Susan Simpson, Lisa Richardson i wsp. [12] dodają do tego aspekt bardziej neutralnego środowiska terapeutycznego, które może wręcz sprzyjać rozwojowi bardziej znaczących reakcji przeniesieniowych. Istnieją ponadto doniesienia badawcze, że pacjenci w trakcie wideoterapii są bardziej aktywni niż w terapii na żywo, co wiąże się z mniejszym uczuciem zawstydzenia, a większym poczuciem bezpieczeństwa i odpowiedzialności za swoją część pracy terapeutycznej [11].

Markowitz i wsp. [16] akcentują z kolei stanowisko sceptyczne wobec zdalnej formy leczenia. Poza najbardziej oczywistymi kwestiami, jakimi są potencjalne trudności techniczne — z dźwiękiem, obrazem, jakością połączenia internetowego, bezpieczeństwem szyfrowania danych — zwracają uwagę na obecność licznych dystraktorów (dźwięków z otoczenia, informacji o otrzymanych wiadomościach tekstowych czy mailach, możliwości patrzenia w trakcie rozmowy na samego siebie, zamiast na siebie nawzajem itd.). Za niekorzystne uznają ponadto: możliwość podpatrywania w kadrze prywatnego życia zarówno pacjenta, jak i terapeuty, brak możliwości pełnej oceny zachowań niewerbalnych pacjenta czy dystans emocjonalny rozumiany jako mniej żywe doświadczenie bycia z kimś w relacji. Łatwiej też w kontakcie zdalnym unikać trudnych doświadczeń (dotyczy np. pacjentów z agorafobią, którzy nie muszą wychodzić z domu).

Powyższe refleksje częściowo podzielają Lara Payne i Halina Flannery [17], które w swoim artykule piszą m.in. o ryzyku zbyt dużego odsłonięcia, kiedy na ekranie komputera pacjent może zobaczyć rzeczy osobiste terapeuty. Zwracają ponadto uwagę na ryzyko mniej formalnego kontaktu i przekraczania granic (w kontekście np. czasu trwania sesji, przesuwania godzin spotkania, mniej formalnego stroju itd.) oraz obecności rozpraszaczy — członków rodziny, zwierząt czy hałasu w tle.

Markowitz i wsp. [16] przywołują m.in. wnioski z przeglądu 14 badań dotyczących terapii prowadzonej przez telefon. Autorzy tego przeglądu, Leach i Christensen [18] zwrócili uwagę na pozytywne efekty terapii prowadzonej przez telefon, jednak słabym punktem przywoływanych badań okazały się grupy kontrolne (w tym pacjenci niekorzystający z żadnego leczenia) oraz liczebność badanych osób — w jednych badaniach były to niewielkie próby pilotażowe, w innych wzięły udział setki pacjentów, co sprzyjało akcentowaniu potencjalnego bogactwa teleterapii. Reasumując można stwierdzić, że wyniki dotyczące badań nad teleterapią okazały się zachęcające, ale metodologicznie nie do końca

spełniają rygorystyczne kryteria rzetelnych badań naukowych. Ponadto, Markowitz i wsp. [16], powołując się na inny przegląd badań dokonany przez Berryhilla [19] podkreślają, że dowody na efektywność wideoterapii, która w czasach pandemii COVID-19 szturmowo opanowała rynek usług psychoterapeutycznych, są na razie mniej przekonujące niż dowody na skuteczność terapii telefonicznej. Jakość wspomnianych badań nad wideoterapią została oceniona jako bardzo zmienna [20].

Markowitz i wsp. [16] przywołują jednak i takie badania, które zostały przeprowadzone z zachowaniem rygoru naukowego. Kilka z nich potwierdziło skuteczność terapii telefonicznej w redukowaniu symptomów depresyjnych. Terapia ta obejmowała strategie poznawczo-behavioralne w odniesieniu do pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, którzy rozpoczynali także farmakoterapię antydepresyjną [21], oraz obejmowała interwencje terapii interpersonalnej w grupie pacjentów z HIV zamieszkujących obszary wiejskie oraz wśród kobiet z depresją poporodową [22, 23]. Autorzy artykułu konkludują wreszcie, że do wniosków dotyczących terapii zdalnej należy podchodzić ostrożnie, bo badania nad jej efektywnością obejmują zwykle pacjentów z mniej poważnymi symptomami, a oni mają szansę poprawić się szybciej w odpowiedzi na każde leczenie, w tym placebo [24]. Inną sprawą jest, że badania w tym zakresie mogą selekcjonować pacjentów i terapeutów, którzy preferują teleterapię. Co więcej, w dostępnych badaniach terapia zdalna była z reguły badana jako poszerzenie czy dodatek do klasycznej psychoterapii, co w sposób oczywisty rodzi pytania o generalizację wyników w kontekście leczenia prowadzonego wyłącznie w formie zdalnej.

Organizacja procesu leczenia w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w okresie wprowadzenia narodowej kwarantanny

Łączoną formę terapii otrzymali także pacjenci leczący się w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwicy i Zaburzeń Behawioralnych Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, którzy w związku z pandemią COVID-19 i wprowadzeniem lockdownu zostali zmuszeni do pozostania w domach i przejścia na zdalny kontakt psychoterapeutyczny. Z dnia na dzień musieli zmierzyć się z brakiem dostępu do dotychczasowej formy leczenia, będąc jednocześnie w sytuacji, która bardziej niż jakkolwiek inna nadwyrężała możliwości poradzenia sobie, dokładając nowe wyzwania do już istniejących trudności. Szczęśliwie wprowadzenie możliwości udzielania świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych pozwoliło wspomnianej grupie kontynuować psychoterapię. Formuła psychoterapii (z konieczności) została zmieniona — osią leczenia stała się zdalna terapia indywidualna (prowadzona w nurcie psychodynamicznym) w miejsce dotychczasowej terapii grupowej (prowadzonej w oparciu o paradygmaty psychodynamiczny i interpersonalny). W ramach zebrań klinicznych dyskutowano także o możliwości poprowadzenia grupy w formie zdalnej. Decyzja była trudna, jednak ostatecznie od zdalnej terapii grupowej odstąpiono — głównie z uwagi na dwie kwestie. Po pierwsze w warunkach grupowej terapii zdalnej niemożliwe jest zapewnienie uczestnikom ochrony ujawnianych przez nich informacji — trudno przecież zweryfikować, czy w momencie trwania sesji każdy z uczestników jest sam w pomieszczeniu, a wątpliwości wobec tej kwestii zasadniczo

zaburzają poczucie bezpieczeństwa i intymności niezbędne do dzielenia się najgłębszymi osobistymi treściami. Po drugie, w formule prowadzonej w zakładzie terapii dużą uwagę zwraca się na niewerbalne komunikowanie emocji między uczestnikami. Obserwacji i analizie podlega m.in. to, kto i jak reaguje na drugą osobę, czy na nią patrzy i kiedy, czy pochyla się w jej stronę itp. Wobec niemożności zdalnego uchwycenia tego rodzaju fenomenów (artykułowanych jako bardzo ważne źródło informacji także przez samych pacjentów) uznano, że zubożenie pracy klinicznej byłoby zbyt duże.

Należy wspomnieć, że grupy prowadzone są w formule półotwartej (do sformowanej grupy dołączają nowe osoby, w miejsce osób wypisywanych w związku z upływem zakontraktowanego czasu leczenia). Biorąc pod uwagę fazy procesu grupowego każda z grup tuż przed lockdownem znajdowała się około fazy orientacji (krótco przed przejściem na formułę zdalną do grup dołączały nowe osoby).

Co warto podkreślić, pacjenci, którzy przed wprowadzeniem narodowej kwarantanny uczestniczyli w programie leczenia obejmującym piętnaście sesji terapii grupowej i jedną sesję terapii indywidualnej tygodniowo, otrzymali możliwość kontynuowania leczenia — zgodnie z ich oczekiwaniami z tym samym terapeutą — w formie dwóch sesji terapii indywidualnej w tygodniu. Zdecydowana większość pacjentów kontynuowała leczenie w formie terapii przez telefon, kilka osób odbywało sesje przez Skype'a. O wyborze kanału leczenia decydowały możliwości techniczne po stronie pacjentów oraz ich autonomiczne wybory. Pacjenci, którzy w trakcie pobytu w oddziale korzystali z farmakoterapii, utrzymali ją w niezmienionej formie.

Metoda

Po miesiącu uczestnictwa w terapii zdalnej część pacjentów zakładu zgodziła się wziąć udział w badaniu ankietowym. O możliwości uczestnictwa w nim zostali poinformowani przez swoich terapeutów, którzy wstępnie zarysowali im także tematykę i cel badania oraz przekazali kontakt do osoby prowadzącej. Ostatecznie zgłosiła się ponad połowa spośród osób leczących się w tym czasie w Zakładzie Psychoterapii SU. Pacjenci wyrażali zainteresowanie tematyką badań oraz chęć podzielenia się własną perspektywą w służbie nauki, która w zakresie terapii zdalnej, do momentu wybuchu pandemii COVID-19, nie miała równie bogatych możliwości weryfikacji.

W ankiecie pacjenci odpowiadali na pytania o to, w jakim stopniu byli zmuszeni zmienić swoje przyzwyczajenia i styl życia w związku z zaostrzeniem reżimu epidemiologicznego, i w którym z obszarów wprowadzone ograniczenia najbardziej ich dotknęły. Pytani byli także o to, czy zanim rozpoczęli psychoterapię zdalną, uważali ją za potencjalnie skuteczną oraz czy, jak długo i w jakiej formie (indywidualnej/grupowej) korzystali z tradycyjnej psychoterapii na żywo, zanim rozpoczęli psychoterapię zdalną. Odnosili się do tego, jakie były ich pierwsze odczucia w związku ze zmianą formy uczestnictwa z psychoterapii na żywo na psychoterapię zdalną, jak oceniają jej skuteczność po miesiącu stosowania, jakie widzą jej wady, zalety i czy w jakikolwiek sposób terapia zdalna zmieniła ich motywację do leczenia.

Wyniki

W ankiecie wzięło udział 38 osób: 24 kobiety i 14 mężczyzn. Średnia wieku osób badanych wyniosła 34,4. Wśród ankietowanych znalazły się 22 osoby z wykształceniem wyższym magisterskim, 4 osoby z wykształceniem licencyjnym oraz 12 z wykształceniem średnim.

Tabela 1. **Struktura demograficzna uczestników badania**

Charakterystyka	n	%
Kobiety	24	63,2
Mężczyźni	14	36,8
Ogółem	38	100,0
Wykształcenie wyższe (mgr)	22	57,9
Wykształcenie wyższe (licencjat)	4	10,5
Wykształcenie średnie	12	31,6

Wśród 38 osób biorących udział w badaniu zdecydowana większość miała rozpoznanie zaburzeń osobowości (F60.8 — 9 osób, F61 — 6 osób, F60.6 — 3 osoby, F60.3 — 3 osoby, F60.9 — 2 osoby, F60 — 1 osoba). 14 osób w tej grupie miało — oprócz zaburzeń osobowości — także rozpoznanie z grupy: innych zaburzeń lękowych F41 (11 osób), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych F42 (2 osoby) oraz zaburzeń adaptacyjnych F43.2 (1 osoba). 13 osób w całej grupie ankietowanych miało jedno rozpoznanie — zaburzeń z grupy F40–F48. Była też jedna osoba z rozpoznaniem żarłoczości psychicznej atypowej (F50.3).

Tabela 2. **Profil kliniczny uczestników**

Rozpoznanie	n	% wszystkich ankietowanych
Zaburzenia osobowości	24	63,16%
Zaburzenia osobowości oraz inne zaburzenia z grupy F40–F48 (podwójne rozpoznanie)	14	36,84%
Zaburzenia z grupy F40–F48 jako jedyne rozpoznanie	13	34,21%
Zaburzenia z innych grup – F50.3	1	2,63%

8 osób (fizjoterapeuta, programista, krawcowa, pracownik korporacji, pracownik biura nieruchomości, handlowiec i osoba bezrobotna) odpowiedziało, że w związku z pandemią ich życie zmieniło się w bardzo dużym stopniu. 13 osób określiło ten stopień jako duży, kolejne 13 wskazało na stopień umiarkowany, a 4 osoby (architekt, rolnik, opiekunka do dziecka oraz budowlaniec) podały, że ich życie prawie w ogóle nie uległo zmianie.

Tabela 3. **Ocena spostrzeganego stopnia zmian życiowych w związku z pandemią**

Stopień obserwowanych zmian	n	%
Bardzo duże zmiany	8	21,05
Duże zmiany	13	34,21

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Umiarkowane zmiany	13	34,21
Niewielkie zmiany	4	10,53

Dla 16 osób powodem największych zmian, z jakimi przyszło im się mierzyć w związku z pandemią, były ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu (limity osób w sklepach, kolejki przed sklepami, ograniczenia w transporcie publicznym, ograniczenia w dostępie do terenów rekreacyjnych). 10 osób dotkliwie odczuło deficyt możliwości spotykania się ze znajomymi, 1 — z rodziną. 5 osób zwróciło uwagę, że powodem najbardziej istotnych zmian w ich życiu była niemożność uczestniczenia w wydarzeniach kulturalnych i odwiedzania miejsc służących rozrywce. 1 osoba ucierpiała znacząco z powodu ograniczeń w podróżowaniu, jeszcze inna — w utrudnionym dostępie do miejsc kultu religijnego. Tylko dwie osoby wskazały na istotną zmianę życiową spowodowaną brakiem pracy, jedna — na reorganizację sytuacji zawodowej i jedna — na zmianę spowodowaną koniecznością samodzielnego sprawowania opieki domowej nad dzieckiem.

Tabela 4. Obszary największych niedogodności życiowych spowodowanych pandemią

Obszar największych niedogodności	n	%
Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu (...)	16	42,1
Brak możliwości spotkania się ze znajomymi	10	26,6
Brak możliwości uczestniczenia w wydarzeniach kulturalnych i służących rozrywce itp.	5	13,1
Brak/ograniczenia możliwości spotkania się z rodziną	1	2,6
Ograniczenia w podróżowaniu	1	2,6
Ograniczenia w dostępie do miejsc kultu religijnego	1	2,6
Utrata pracy	2	5,2
Reorganizacja sytuacji zawodowej	1	2,6
Konieczność pozostania w domu w związku z nauką zdalną dziecka	1	2,6

Wśród osób, które deklarowały, że w związku z pandemią zmieniło się w ich życiu bardzo dużo (łącznie 8 osób) były osoby mające już historię leczenia psychoterapeutycznego (tylko jedna osoba w tej grupie nie miała wcześniej doświadczeń z terapią indywidualną, większość przez okres od roku do 5 lat w takiej terapii uczestniczyło; 3 osoby w momencie wprowadzenia kwarantanny były w trakcie pierwszego cyklu terapii grupowej, dla 1 osoby było to pierwsze doświadczenie z psychoterapią w ogóle, a dla reszty spośród 8 osób — kolejny cykl terapii grupowej). Pozostałe osoby badane (30 osób) także miały wcześniej doświadczenia z psychoterapią na żywo (12 osób — od roku do 5 lat terapii indywidualnej, wśród nich 9 osób miało dodatkowo za sobą od kilku do kilkunastu miesięcy terapii grupowej; 18 osób spośród 30 miało doświadczenia tylko z psychoterapią grupową — od kilku tygodni do 2 lat).

Analiza ankiet pokazała, że zdania pacjentów na temat terapii zdalnej, zanim jeszcze stała się ona ich udziałem, były podzielone. 17 osób uznawało ten typ leczenia za potencjalnie skuteczny, 11 osób oceniało go raczej negatywnie, a 10 — nie miało zdania na ten

temat. Z kolei, kiedy okazało się, że oni sami będą musieli kontynuować terapię w formie zdalnej, 19 osób zareagowało na to ze zrozumieniem, ale też niepokojem o jej wpływ na proces leczenia. 9 osób wyraziło zrozumienie, ale też niechęć wobec psychoterapii zdalnej. 7 osób przyjęło propozycję ze zrozumieniem i spokojem, a 3 nie miały zdania. Po miesiącu leczenia formułą zdalną 21 osób oceniło ją jako tak samo skuteczną jak psychoterapię na żywo, 13 osób jako mniej skuteczną, a 4 osoby nie miały zdania.

Tabela 5. Ocena terapii zdalnej przy braku wcześniejszych doświadczeń z tą formą leczenia

	n	%
Potencjalnie skuteczna	17	44,7
Raczej nieskuteczna	11	29,0
Brak zdania	10	26,3

Tabela 6. Ocena terapii zdalnej po miesiącu uczestnictwa w tej formie leczenia

	n	%
Tak samo skuteczna jak terapia na żywo	21	55,3
Mniej skuteczna niż terapia na żywo	13	34,2
Brak zdania	4	10,5

Omówienie wyników

Wśród uczestników badania przeważały kobiety ($n = 24$), osoby z wykształceniem wyższym magisterskim ($n = 22$) oraz osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości. Jedyne 8 osób ankietowanych oceniło, że pojawienie się pandemii COVID-19 zmieniło ich życie w bardzo dużym stopniu. Były to osoby wykonujące różne zawody, także te gwarantujące stabilne zatrudnienie (jak programista czy pracownik korporacji). 4 ankietowanych nie zaobserwowało żadnych zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu. Co ciekawe, byli wśród nich przedstawiciele branż, które, co mogłoby się intuicyjnie wydawać, na wprowadzeniu narodowej kwarantanny — mogły ucieść najbardziej, jak opiekunka do dziecka czy budowlaniec. Wyniki te sugerują, że rodzaj wykonywanej pracy czy miejsce zatrudnienia miały relatywnie niewielki wpływ na percepcję zmian wywołanych pandemią. Nie można też pominąć faktu, iż badanie zostało przeprowadzone w jej początkowym okresie, co w sposób oczywisty nie daje możliwości zaobserwowania skutków trwania pandemii w dłuższej perspektywie czasowej. Najwięcej osób (16) relacjonowało, że w związku z lockdownem obszarem największych niedogodności stały się ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu (limity osób w sklepach, kolejki przed sklepami, ograniczenia w transporcie publicznym, ograniczenia w dostępie do terenów rekreacyjnych). Zdecydowana większość osób badanych w momencie wprowadzenia narodowej kwarantanny i konieczności przejścia na zdalny kontakt terapeutyczny miała też doświadczenia z psychoterapią na żywo (od roku do kilku lat terapii indywidualnej oraz od kilku tygodni do 2 lat terapii

grupowej). Doświadczenia te z pewnością należy uwzględnić w konkluzjach na temat potencjalnej wartości e-terapii.

Dla 55% uczestników ankiety pierwsze doświadczenia ze zdalnym kontaktem terapeutycznym okazały się pozytywne. Pacjenci doceniali tę formułę z uwagi na możliwość zachowania ciągłości leczenia oraz istotne wsparcie w sytuacji, kiedy dostęp do klasycznej psychoterapii został zablokowany, a emocje związane z sytuacją kryzysową (pandemią) narastały.

Dla części pacjentów psychoterapia zdalna stanowiła też istotną oszczędność czasu — deklarowali, że czas poświęcony wcześniej na dojazdy zagospodarowywali refleksją nad wątkami, które chcieliby wnieść na spotkanie lub utrwalaniem w myślach wniosków, do których w trakcie spotkania dochodzili.

W grupie zadowolonych powstało ponadto wrażenie, że pracują intensywniej, mimo że uczestniczyli jedynie w dwóch sesjach zdalnej terapii indywidualnej tygodniowo w miejsce dotychczasowych 15 sesji terapii grupowej i 1 sesji terapii indywidualnej w tym samym czasie, w ramach leczenia w grupie. Pacjentom, którym wcześniej, w bezpośrednim kontakcie z grupą, było szczególnie trudno ujawnić własne myśli i odczucia — np. z uwagi na lęk przed oceną — w zdalnym kontakcie indywidualnym towarzyszyło większe poczucie bezpieczeństwa ułatwiające przełamanie barier w mówieniu o sobie i swoich problemach. Swoista anonimowość doświadczana przez pacjentów w teleterapii pozwalała im też bardziej skupić się na sobie — tym, co czują, myślą, czego potrzebują. Redukowało to opór wobec ujawniania treści szczególnie trudnych i — z punktu widzenia pacjentów — wstydlivych, przynosząc uczucia ulgi i poprawy samopoczucia.

Pojawiały się też jednak zdania odmienne. 34% uczestników ankiety mniej entuzjastycznie oceniało leczenie w formie zdalnej. Do jego podstawowych wad zaliczono ograniczenia techniczne (jakość połączenia, przesunięcia czasowe wypowiedzi, trzeszczenia w słuchawce itp.) oraz problemy z uzyskaniem prywatności (uwagę na te aspekty zwracały także osoby pozytywnie nastawione do teleterapii). Sygnalizowano ponadto trudność w skupieniu uwagi na treści rozmowy (obecność rozpraszaczy w otoczeniu) oraz możliwość rozładowywania napięcia związanego z omawianymi treściami poprzez przemieszczanie się po pokoju w trakcie rozmowy, picie w tym czasie płynów, manipulowanie różnymi przedmiotami (długopisem, gumką do włosów), nasiloną gestykulację. Większość ankietowanych zauważyła także, że brakuje im interwencji terapeutycznych formułowanych w oparciu o niewerbalne aspekty komunikacji (zmieniającą się mowę ciała, ton głosu, napięcie w ruchach, kontakt wzrokowy) — były one albo niewidoczne (kontakt telefoniczny) albo słabo uchwytnie (kontakt wideo).

Pomimo iż artykuł koncentruje się na ocenie terapii zdalnej z perspektywy pacjentów, warto wspomnieć o uwagach, jakie wobec tej terapii formułowali psychoterapeuci zakładu. Zauważono najpierw, że dla pacjentów samotnych, szczególnie wyizolowanych społecznie cenniejsza nawet od treści pracy terapeutycznej była sama możliwość kontaktu z innymi, a wdzięczność za nią sprzyjała pogłębieniu relacji. W trakcie terapii zdalnej nie obserwowano istotnego klinicznie pogorszenia stanu pacjentów. Wręcz przeciwnie: dominowało ogólne poczucie dobrego kontaktu i dobrej współpracy. Większość terapeutów zauważyła, że pacjenci, którym trudno było wcześniej pracować na tle grupy, stopniowo zaczęli wносить coraz bardziej osobiste, intymne wątki, otwierać się, co przekładało się na

poprawę ich samopoczucia. Z kolei powrót do grup okazał się trudny, zwłaszcza dla tych osób, którym zabrano szczególnie karmiący kontakt diadyczny. Bardziej wiążące wnioski z systematycznych obserwacji dotyczących tego wątku należałoby uzyskać w toku odrębnych analiz, badań ankietowych, co nie jest przedmiotem niniejszego artykułu. Jednocześnie brak precyzyjnych danych dotyczących oceny terapii zdalnej z perspektywy terapeutów w sposób oczywisty zubaża spojrzenie na opisywany temat.

Wnioski

Powyżej przedstawione konkluzje dotyczące zalet i wad zdalnego kontaktu terapeutycznego zasadniczo pokrywają się z przytaczanymi wcześniej wnioskami płynącymi z przeglądu piśmiennictwa. Warto jednak zwrócić uwagę, że badanie przeprowadzone nagle, w niespotykanych dotychczas okolicznościach narodowej kwarantanny, bez wcześniejszego przygotowania projektu musi mieć swoje ograniczenia. Za takie należy niewątpliwie uznać samą konstrukcję ankiet, a w nich za mało pytań odnoszących się do samej terapii zdalnej, pozwalających na głębsze, zindywidualizowane zrozumienie stosunku pacjenta do tej formy leczenia (np. w aspekcie bardziej precyzyjnego określenia wpływu wcześniejszych doświadczeń terapeutycznych na ocenę terapii zdalnej).

Moment badania przypadł na początek pandemii. Ankietowani nie mogli wiedzieć, jak długo będą leczeni w trybie zdalnym, cieszyli się, że jakkolwiek mogą kontynuować leczenie, co niewątpliwie sprzyjało w większości entuzjastycznym ocenom terapii zdalnej. Do tego dochodzi zmiana formuły leczenia z terapii grupowej na terapię indywidualną — dla większości uczestników emocjonalnie „łatwiejszą” i pozwalającą na bardziej „karmiący”, wyłączny kontakt z terapeutą, dodatkowo bez wychodzenia z domu. W tym aspekcie szczególnego znaczenia nabiera fakt, że większość ankietowanych stanowiły osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, a wśród nich osoby z rysem narcystycznym, szczególnie wrażliwym na ocenę społeczną. Zrozumiałe jest zatem, że kontakt umożliwiający uniknięcie dyskomfortu związanego z ekspozycją społeczną będzie przez pacjentów z tej grupy oceniany pozytywnie.

Kolejnym istotnym ograniczeniem badania jest liczebność badanej grupy, zdecydowanie utrudniająca ostateczne konkluzje zarówno w niniejszym badaniu, jak i w aspekcie analizy kolejnych zebranych danych, nad którą trwają prace. Tym niemniej ze względu na unikalność badania zdecydowano się na przedstawienie części jego wyników.

Autorzy badania zdają sobie ponadto sprawę z mnogości czynników, które — poza tymi uwzględnionymi — mogą decydować o formułowanych przez osoby badane ocenach (jednym z nich jest chociażby wpływ zachowania terapeuty w kontakcie zdalnym — to, co nieświadomie wnosil w tak zorganizowanym procesie). Zasadne wydaje się zatem sformułowanie pytań o to, jakie zmienne decydują o ostatecznej, krótko- i długofalowej ocenie takiej formy leczenia. Przyjęto wstępne założenia, że poza wspomnianymi wyżej czynnikami wpływ na ocenę może mieć charakterystyczny dla danej osoby styl przywiązania (oceniany w oparciu o Zrewidowaną Skalę Przywiązania u Dorosłych) oraz rys osobowościowy (oceniany przy użyciu Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości DSM 5 — SCID-5-PD). Zdecydowana większość ankietowanych zgodziła się wziąć udział w badaniu weryfikującym to założenie. Dodatkowo

badani po powrocie do grup terapeutycznych po raz drugi wypełniali ankietę, w której byli ponownie pytani o ocenę terapii zdalnej — tym razem z perspektywy całości doświadczenia terapeutycznego realizowanego w formie zdalnej. Aktualnie w Zakładzie Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie trwa analiza zebranych danych.

Źródła finansowania: sfinansowano ze środków Katedry Psychoterapii UJ CM

Projekt realizowany za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, nr decyzji 1072.6120.227.2020

Piśmiennictwo

1. Elleven RK, Allen J. Applying technology to on-line counseling: Suggestions for the beginning e-therapist. *J. Instruct. Psychol.* 2004; (31): 223–227.
2. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J. Technol. Human Serv.* 2008; 26(2–4): 106–160.
3. Tang W, Zhang L, Ai Y, Li Z. Efficacy of internet delivered cognitive-behavioral therapy for the management of chronic pain in children and adolescents. A systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2018; 97(36): e12061.
4. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016; (3):1–195.
5. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cogn. Behav. Ther.* 2018; 47(1): 1–18.
6. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL i wsp. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care. An updated meta-analysis. *J. Anxiety Disord.* 2018; (55): 70–78.
7. Castro A, Gili M, Ricci-Cabello I, Roca M, Gilbody S, Perez-Ara MÁ i wsp. Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression. A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2020; (260): 514–526.
8. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015; 14(3): 270–277.
9. Rees CS, Stone S. Therapeutic alliance in face-to-face versus video conferenced psychotherapy. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 2005; (36): 649–653.
10. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1979; 16: 252–260.
11. Simpson SG, Reid CL. Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Aust. J. Rural Health.* 2014; (22): 280–299.
12. Simpson S, Richardson L, Pietrabissa G, Castelnovo G, Reid C. Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clin. Psychol. Psychother.* 2021; 28: 409–421.
13. Fletcher-Tomenious L, Vossler A. Trust in online therapeutic relationships: The therapist's experience. *Couns. Psychol. Rev.* 2009; 24(2): 24–34.

14. Simpson S. Videoconferencing and technological advances in the treatment of eating disorders. W: Swain P, red. *Eating disorders: new research*. USA: Nova Biomedical; 2005, s. 99–115.
15. Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Telepsychiatry as a routine service — the perspective of the patient. *J. Telemed. Telecare* 2001; 7(3): 155–160.
16. Markowitz JC, Milrod B, Heckman TG, Bergman M, Amsalem D, Zalman H i wsp. Psychotherapy at a distance. *Am. J. Psychiatry* 2021; (178): 240–246.
17. Payne L, Flannery H, Kambakara Ch, Daniilidi X, Hitchcock M, Lambert D i wsp. Business as usual? Psychological support at a distance. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2020; 25(3): 672–686.
18. Leach LS, Christensen H. A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. *J. Telemed. Telecare* 2006; 12(3): 122–129.
19. Berryhill MB, Culmer N, Williams N, Halli-Tierney A, Betancourt A, Roberts H i wsp. Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemed. J. E. Health* 2019; (25): 435–446.
20. Kocsis JH, Gerber AJ, Milrod B, Roose S. A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Compr. Psychiatry* 2010; 51(3): 319–324.
21. Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; (292): 935–942.
22. Heckman TG, Heckman BD, Anderson T, Lovejoy TI, Markowitz JC, Shen Yi i wsp. Tele-interpersonal psychotherapy acutely reduces depressive symptoms in depressed HIV-infected rural persons: a randomized clinical trial. *Behav. Med.* 2017; (43): 285–295.
23. Dennis CL, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomized controlled trial. *British J. Psychiatry* 2020; (216): 189–196.
24. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF i wsp. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1989; (46): 971–982.

Adres: aleksandra.wolinska2011@gmail.com