

Bogusława Piasecka^{1,2}, Antonina Bryniarska^{3,2}, Swetłana Mróz^{4,2}, Barbara Wojszel²,
Monika Janczura², Barbara Józefik^{3,2}, Agata Siwiec-Bek², Bartłomiej Taurogiński^{3,2}

OD MARCA 2020 DO MARCA 2021 — PSYCHOTERAPEUCI O PRACY W PANDEMII COVID-19. AUTOETNOGRAFIA ZBIOROWA

FROM MARCH 2020 TO MARCH 2021 – PSYCHOTHERAPISTS ABOUT WORKING IN THE COVID-19 PANDEMIC. COLLECTIVE AUTOETHNOGRAPHY

¹Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Instytut Psychologii Stosowanej

²Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży,
Zespół Leczenia Środowiskowego Dzieci i Młodzieży, Ambulatorium Terapii Rodzin

³Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej

⁴Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

**on-line psychotherapy
collective autoethnography
COVID-19 pandemic**

Streszczenie

Motywacją do napisania artykułu była potrzeba zreflektowania doświadczeń z pracy zespołu psychoterapeutów w wyjątkowym czasie od marca 2020 do marca 2021. Psychoterapeuci, którzy, wcześniej tego nie planując, opuścili swoje gabinety i usiedli przed ekranami, przeszli szybki kurs IT i uczestniczyli wspólnie z pacjentami w wielkim eksperymencie: psychoterapia w pandemii COVID-19. W zebraniu i opracowaniu materiału badawczego autorzy posłużyli się metodą zespołowej autoetnografii (collective autoethnography). Jest to metoda badań jakościowych właściwa do eksploracji nowych zjawisk społecznych, wywołujących silne emocje i mających wpływ zarówno na jednostki, jak i na grupy.

Badania pokazały, że zarówno adaptacja do pracy w pandemii, jak i powrót do gabinetów ma charakter procesualny, indywidualnie (dla pacjentów i psychoterapeutów) zróżnicowany w tempie i rytmie. Pojawienie się transgresji, czyli twórczego przekształcenia myślenia, działania i otoczenia, wymaga sprzyjającego kontekstu, w którym kluczowe jest oparcie w zespole. W psychoterapii zdalnej zbieramy inny rodzaj informacji o rodzinach i pacjentach indywidualnych, wymagający dopasowania sposobów opracowania i rozumienia, settingu i kontraktu. Wprowadzenie psychoterapii on-line w większym zakresie, niż to było przed pandemią, pozwoli skorzystać z tej formy leczenia osobom, dla których była niedostępna lub dla których dostęp do niej był utrudniony. Otwarcie się psychoterapeutów na konsultacje w zespole czy w szerszym środowisku, na pracę interdyscyplinarną jest wspierającym czynnikiem w procesach adaptacji i transgresji. Praca zdalna wiąże się z przeciążeniem fizycznym

i psychicznym psychoterapeutów, stąd szczególnie ważne jest dodatkowe zadbanie o superwizję i własny komfort.

Summary

The incentive to write the article was to record the work experiences of a psychotherapists' team in an exceptional time from March 2020 to March 2021. Psychotherapists who, without planning it beforehand, left their offices and sat in front of the screens, took a quick IT course and participated, together with their patients, in a great experiment: Psychotherapy in the Covid-19 pandemic. The authors used the *Collective Autoethnography* method to collect and develop the research material. It is a qualitative research method, appropriate for the exploration of new social phenomena that evoke strong emotions and affect both individuals and groups. The research has shown that both, adaptation to work in the pandemic and return to offices are processual in nature, varying in pace and rhythm individually (for patients and psychotherapists). The emergence of transgression, i.e., a creative transformation of thinking, acting and environment, requires a favorable context, in which the key is the team support. In on-line psychotherapy, we collect different types of information about families and individual patients, requiring adjustment of developing and understanding of setting and contract. Introducing on-line psychotherapy to a greater extent than it was before the pandemic will allow us to use this way of treatment for those people, who found it unavailable or difficult to access. Opening up to consultations in a team, a wider environment and interdisciplinary work of psychotherapists is a supporting factor in the processes of adaptation and transgression. Remote work involves physical and mental overload of psychotherapists, hence additional attention needs to be paid to supervision and personal comfort.

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19, która dotarła do Polski 4 marca 2020 roku wraz z pierwszym zarejestrowanym pacjentem, została przyjęta przez jednych z niedowierzaniem, zaprzeczeniem, przez innych z przerażeniem, przez większość z zaskoczeniem. W opublikowanej w 2018 roku książce „Homo deus. Krótka historia jutra” Harari [1] ogłosił koniec epoki wojen, głodu i zarazy. Opisał kondycję człowieka XXI wieku, charakteryzującego się m.in. złudnym poczuciem bezpieczeństwa i przekonaniem, że epidemie zdarzały się dawniej i gdzieś indziej. Natomiast w marcu 2020 roku zdarzyła się też u nas, tak jak na całym świecie.

W czasopiśmie Lancet z marca 2020 roku Brooks i wsp. [2], w oparciu o wcześniej opublikowane badania, wymieniają negatywne psychologiczne skutki kwarantanny, identyczne do objawów stresu pourazowego: dezorganizację poznawczą i negatywne emocje (spłatanie i gniew). Stresory wywołujące te stany występowały przez dłuższy czas kwarantanny. Były to: obawy przed infekcją, frustracja, nuda, nieodpowiednie zaopatrzenie, nieprecyzyjne informacje, straty finansowe i piętno choroby. Niektórzy badacze sugerują, że skutki będą długotrwałe. Człowiek w sytuacji stresu, traumy podejmuje działania ochronne, adaptacyjne i następnie transgresyjne, czyli takie, które przekraczają dotychczasowe granice materialne, społeczne, symboliczne, a pozwalają przekształcać rzeczywistość [3]. By lepiej zrozumieć psychologię pandemii można sięgnąć do klasycznej koncepcji sytuacji granicznej Jaspersa, definiowanej jako sytuacja nieuchronna, która „zawsze oznacza korzyść lub stratę, szansę lub ograniczenie” [4, s. 136]. Analiza publikacji naukowych dotyczących psychoterapii z pamiętnego, pierwszego roku pandemii ukazuje próby podejmowania refleksji na gorąco, nad wpływem sytuacji rozprzestrzeniania się wirusa i związanej z nim izolacji społecznej,

lęku o zdrowie oraz innych konsekwencji na pracę psychoterapeutyczną. Liczne publikacje poruszają temat psychoterapii on-line, porównując skuteczność oddziaływań on-line i w bezpośrednim kontakcie (f2f)¹. Badania Humer i wsp. [5] oparte są na analizie badań ankietowych, przeprowadzonych wśród 1547 psychoterapeutów z Austrii na temat psychoterapii on-line po wprowadzeniu obostrzeń związanych z COVID-19. Główne obawy ankietowanych dotyczyły bezpieczeństwa i ochrony danych w pracy on-line, natomiast porównanie skuteczności prowadzenia psychoterapii poprzez internet i terapii z kontaktem osobistym nie wykazało różnic. Z kolei metaanaliza sprzed pandemii (2160 prac i 15 randomizowanych kontrolnych badań) Florean i wsp. [6], dotycząca skuteczności programów dla rodziców, których celem było podniesienie kompetencji i skuteczności wychowawczej wobec dzieci, pokazała, że nie ma znaczącej różnicy pomiędzy wsparciem on-line a tym twarzą w twarz. Co ciekawe, lepsze okazały się wyniki w zachowaniu dzieci, których rodzice uzyskali wsparcie on-line, niż tych, którzy czekali na pomoc specjalistyczną. Ryu i wsp. [7] piszą o zastosowaniu platform wirtualnych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Według autorów w ostatnich dekadach w Stanach Zjednoczonych podwoiła się liczba instytucji telepsychiatrycznych, tendencja ta została intensywnie wzmocniona przez pandemię COVID-19, która w sposób szczególny wpłynęła na nagły wzrost liczby sesji psychoterapii on-line. Patrząc perspektywicznie autorzy postrzegają terapię on-line jako szansę na bardziej efektywne połączenie praktyki klinicznej oraz badań naukowych poprzez wprowadzenie nowych metod ilościowej oceny procesu leczenia. Podkreślają ważność takich technologii, jak algorytmy uczenia maszynowego, osiągających nawet 96-procentową skuteczność w odczytywaniu subtelnych ludzkich emocji, które nie są świadomie rozpoznawane przez człowieka.

Inchausti i wsp. [8], w swoim artykule dotyczącym interwencji psychologicznych w dobie pandemii COVID-19, zwracają uwagę na wyzwania dotyczące zabezpieczenia dostępu do świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Działania te, według autorów, powinny z jednej strony obejmować identyfikowanie i monitorowanie grup zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, takich jak pracownicy ochrony zdrowia, na pierwszej linii walki z pandemią, osoby zakażone COVID-19 cierpiące z powodu lęku o własne zdrowie, przedłużającej się izolacji i członkowie rodzin ciężko chorujących pacjentów oraz osoby w przeszłości leczące się psychiatrycznie, cierpiące obecnie z powodu skutków pandemii. Równocześnie z drugiej strony powinno się poszukiwać nowych sposobów interwencji psychologicznych, w tym wykorzystania technologii do konsultacji telefonicznych lub przez platformy internetowe. To stawia przed terapeutami liczne wyzwania dotyczące przyswojenia nowych technologii, zaadaptowania technik terapeutycznych do pracy on-line, zwrócenia uwagi na specyficzne warunki i dodatkowe parametry prowadzenia terapii w warunkach lockdownu oraz pojawiających się pytań o cel prowadzenia terapii w tak niezwykłych warunkach. Autorzy dzielą się również doświadczeniem z dotychczasowej pracy klinicznej, dotyczącym zaadaptowania i prowadzenia terapii wspomaganą technologią w sytuacji pandemii COVID-19. Szczególną uwagę zwracają na rolę renegocjacji kontraktu terapeutycznego, omówienie go i dostosowanie do formy pracy on-line. Wskazują też na potrzebę elastycznego podejścia do objawów

¹⁾ f2f = face to face

będących reakcją na nasilony stres w sytuacji kryzysowej, jak lęk, niepokój, złość, poczucie winy oraz zachowania obsesyjne i dysregulacja behawioralna. Podkreślają przy tym kluczową rolę podstawowych technik terapeutycznych, takich jak uprawomocnienie przeżyć pacjenta, dzielenie się przez terapeutę i ujawnianie własnych emocji związanych z pandemią, pozwalających normalizować doświadczenia pacjenta. Autorzy zalecają również zadbanie o bezpieczną i komfortową przestrzeń do pracy terapeutycznej on-line, zarówno po stronie terapeuty, jak i pacjenta, oraz zachęcają do pracy z wykorzystaniem kamer internetowych w taki sposób, żeby postać pacjenta była widoczna od pasa w górę, by móc przynajmniej częściowo korzystać z komunikacji niewerbalnej. Sytuacja pandemii nie powinna odwracać uwagi od celów terapii, takich jak zwiększenie autonomii pacjenta, pokonywanie sytuacji kryzysowych i wzmacnianie zdrowych części self nawet w zakresie ograniczonym przez lockdown.

Tuż przed pandemią ukazała się monografia pod redakcją Weinberga i Rolnicka [9] na temat pracy on-line, między innymi prowadzenia psychoterapii indywidualnej, rodzinnej, par i grupowej, a także prowadzenia superwizji, szkoleń, konferencji. Była znaczącą pomocą w początkach wprowadzania pracy zdalnej. Solomon i Siegel [10] w monografii poświęconej relacji w psychoterapii, powołując się na badania z dziedziny neurobiologii, podkreślają, że w psychoterapii działają nie tylko słowa. Fizyczna obecność uruchamia wzajemne dostrajanie i wzajemną regulację na poziomie neuronalnym i somatycznym (zapachy, gesty). Praca on-line pozbawia pacjentów i psychoterapeutów tego kanału budowania i wzbogacania relacji. Również zdaniem Porgesa [za: 11] ludzie w sytuacji bliskości fizycznej natychmiast aktywują pierwotny mechanizm układu nerwowego, który umożliwia ocenę: czy bezpiecznie jest być blisko drugiej osoby czy nie. Osoba wysyła sygnały, że czuje się niekomfortowo: wyraz oczu, mikronapięcia ciała i twarzy, ruchy kończyn, które można zauważyć tylko w bezpośrednim kontakcie, tych informacji w kontakcie zdalnym psychoterapeuta jest pozbawiony. Podsumowując, należy podkreślić różnicę pomiędzy prowadzeniem psychoterapii on-line przed pandemią a pracą w takiej formie w trakcie pandemii. W tym drugim przypadku decyzja o wprowadzeniu zdalnego kontaktu jest sytuacją wymuszoną, co należy uwzględnić, np. w analizach przypadków.

Metoda

Metody badań jakościowych stanowią trudno zastępowalne poznawanie nowych zjawisk społecznych, które są nowe, zaskakują, budzą niepokój u uczestników tworzących na gorąco aparat pojęciowy pozwalający te zjawiska konceptualizować. Wśród metod jakościowych obok obserwacji, wywiadów, metod wpisujących się w nurt partycypacyjny badań, ważne miejsce zajmuje autoetnografia, w sposób szczególny autoetnografia zbiorowa (CA). Autoetnografia jest metodą empiryczną, która pozwala w sposób systematyczny i naukowy utrwalić myśli, emocje i działania w nowym, obciążającym emocjonalnie doświadczeniu, jakim była i jest sytuacja pandemii. Pozwala badaczowi, pozostającemu w roli obserwatora, być jednocześnie uczestnikiem zjawiska badanego. Autoetnograf w sposób aktywny kreuje rzeczywistość, współtworząc znaczenia i wartości. Klarowny opis rodzajów autoetnografii oraz jej historię przedstawia Anderson [12]. Autor koncentruje się na autoetnografii anali-

tycznej, czyli samoświadomej introspekcji, której celem jest lepsze zrozumienie zarówno siebie samego, jak i innych. Badacz jest pełnym uczestnikiem badanej grupy lub kontekstu (setting), kieruje się planem badań analitycznych, dąży do doskonalenia teoretycznych ujęć szerszych zjawisk społecznych. W autoetnografii zbiorowej (CA) materiał empiryczny, dotyczący jednego problemu badawczego, opisywany jest przez kilku autorów, co pozwala głębiej zrozumieć przedmiot badań i ulokować go w społecznej interakcji. Metoda CA poszukuje powiązań z szerszym kontekstem teorii psychologicznych i socjologicznych. Analiza całości materiału badawczego obejmuje również dostrzeżenie zależności między autoetnografiami, ich wzajemnymi oddziaływaniami oraz interakcyjnym wpływem na szeroki kontekst społeczny (miejsce pracy, rodzina). Ponadto metodę CA cechuje poprawność zewnętrzna, oznaczająca możliwość tworzenia uogólnień, oraz rzetelność badań jakościowych polegająca na poprawnym udokumentowaniu materiału (np. nagrań lub cytatów). O wiarygodności metody jakościowej świadczy możliwość ponownego przeprowadzenia takiego samego badania dzięki powtórzeniu tych samych procedur [13], który to warunek CA również spełnia.

Obok entuzjastów autoetnografii w literaturze przedmiotu są również sceptycy, którzy zwracają uwagę na słabsze strony tej metody naukowego poznawania rzeczywistości [14], głównie wskazując na niebezpieczeństwo przekraczania granicy pomiędzy nauką a sztuką, co dotyczy szczególnie autoetnografii ewokacyjnej [12, 14].

Metodą dającą wiele punktów widzenia, a jednocześnie uwalniającą tekst od egocentrycznego „nasylenia autorem”, jest wspomniana autoetnografia zbiorowa *collective autoethnography*. Lapadat i wsp. [15,16] używają dla tej metody określenia: *collaborative autoethnography* i podkreślają wpływ, jaki ma tworzenie wspólnej etnografii, składającej się z indywidualnych narracji, na budowanie zaufania w zespole i promowanie kreatywności. CA wzbogaca intersubiektywną perspektywę, co ma pozytywny wpływ na zespół, ale również na pracę psychoterapeutyczną. CA pozwala zobaczyć badane zjawisko w sposób zarówno zniuansowany, jak i holistyczny. Dzięki własnej refleksji autora można uchwycić osobiste, nawet intymne doświadczenia indywidualne, jak również dostrzec i zarejestrować różnice pomiędzy odbiorem tych samych sytuacji przez poszczególne osoby. Metoda CA pozwala też odnotować różnice kulturowe, które umykają innym metodom empirycznym. Wśród badań jakościowych stosujących CA ciekawą propozycją jest artykuł Råbu i wsp. [17], w którym autor analizuje doświadczenia 6 psychoterapeutów badaczy z ich własnych psychoterapii indywidualnych, grupowych, terapii rodzinnej lub par. W narracjach można znaleźć opisy przenoszenia doświadczeń z roli klienta na psychoterapeutę, pogłębiania rozumienia klientów dzięki własnym doświadczeniom, a także użyteczność negatywnych aspektów własnej terapii. Autor w konkluzji podkreśla, że CA jest nowym sposobem monitorowania podstawowych procesów konstruowania wiedzy. Wkładem w opis nauczania w sytuacji pandemii COVID-19 jest, jeszcze nie opublikowana, praca grupy studentów anglojęzycznych, którzy uczestniczyli w zajęciach Etyka w medycynie. Autorzy CA w 7 pamiętnikach umieścili osobiste doświadczenia z nauki podczas pandemii [18] w sytuacji zamknięcia uniwersytetu. Wężniejewska i wsp. [19] w pracy na temat CA przywołują trudności organizacyjne, kiedy pracowali w czteroosobowym zespole nad swoimi narracjami. Wskazują również siłę zespołowej autoetnografii, wprowadzając tezę,

iz jest to forma autoterapii, „samoleczenie i współleczenie”, i konkludują, że CA to „spokanie osób, które postanowiły się podzielić własnym światem wewnętrznym” [19, s. 341].

Grupa badających się badaczy

Nasz zespół liczy 9 osób, z których 2 są lekarzami ze specjalizacją psychiatrii dzieci i młodzieży, a pozostałe 7 psychologami. Wszyscy jesteśmy psychoterapeutami ze stażem pracy o zróżnicowanej długości od 3 do 40 lat. Do naszego zespołu kierowani są przez lekarzy psychiatrów pacjenci w wieku rozwojowym z różnorodną symptomatologią (między innymi zaburzeniami jedzenia, lękowymi, depresją, stanami suicydalnymi). Prowadzimy terapię rodzin, terapię grup rodzinnych, diad rodzicielskich oraz psychoterapię indywidualną osób w wieku adolescencyjnym i młodych dorosłych. Pracę psychoterapeutyczną konceptualizujemy, odwołując się do teorii: systemowych, psychodynamicznych i poznawczo-behawioralnych. W okresie obejmującym badania (w całym lub w części) 3 osoby były na urloпах związanych z urodzeniem dzieci. W pierwszych tygodniach pandemii pracę zdalną prowadziliśmy ze swoich domów, stąd uzupełnienie opisu grupy o kontekst rodzinny autoetnografów jest uzasadniony. Wszystkie osoby w zespole mają rodziny, jedna osoba ma trójkę, jedna dwójkę dzieci w wieku szkolnym. Prowadzenie pracy zdalnej z domu wymagało reorganizacji życia rodzinnego, uwzględnienia konieczności dzielenia się sprzętem elektronicznym z członkami rodziny. Stanowiło to wyzwanie, ale równocześnie rodziny były dla nas oparciem w trudnej sytuacji pandemii.

Dla psychoterapeutów poddawanie się autorefleksji w kontekście społecznym jest naturalną formą bytu, podobnie jak wzajemne uczenie się i zaangażowanie w dialog. Organizacja pracy, uwzględniająca wspólne cotygodniowe zebrania zespołu i grupowe superwizowanie prowadzonych przypadków, sprzyja namysłowi, pogłębia rozumienie działań swoich i współpracowników. Stąd doświadczenia związane z pracą w pandemii omawialiśmy na bieżąco, wprowadzając zmiany organizacyjne i merytoryczne. Również pomysł opracowania tego doświadczenia w formie pisemnej był wynikiem kolektywnej autoobserwacji. Po pierwszych miesiącach pracy w pandemii w zespole pojawiły się próby porządkowania doświadczeń, wstępne podsumowania, odwołania do znanych koncepcji. Te rozważania generowały kolejne pytania, a odpowiedzi na nie wymagały systematycznych studiów. Z naszych dyskusji wyłaniał się cel: opisać unikatową sytuację, przedstawić, w jaki sposób członkowie zespołu zachowywali się, jak rozumieli i jak interpretowali nową rzeczywistość. Jak pacjenci przyjmowali zmiany w psychoterapii? W ten sposób sformułowaliśmy problem badawczy, który zgodnie z regułami badań jakościowych powinien być pytaniem otwartym, niesugerującym odpowiedzi, pozwalającym poznać przekonania i postawy osób badanych [20, 21].

Problem badawczy

Problem badawczy: w jaki sposób kształtowały się reakcje i postawy psychoterapeutów wobec pacjentów i pracy w sytuacji pandemii COVID-19?

Pytania szczegółowe:

1. Jakie były pierwsze reakcje psychoterapeutów i pacjentów na zaistniałą sytuację pandemii?
2. Jak przebiegało wprowadzenie pracy zdalnej?
3. Czy można dokonać pierwszych podsumowań pracy w pandemii?

Pierwszym krokiem było opracowanie zagadnień, w świetle których każda osoba z zespołu opisała swoje indywidualne obserwacje i refleksje: a) pierwsza reakcja terapeutów na informacje o epidemii w kontekście pracy terapeutycznej — ich stosunek przed epidemią do pracy zdalnej, b) kontakty z pacjentami — ich odbiór propozycji kontynuacji psychoterapii on-line, kto pozostał w terapii, powroty do gabinetów, ale także unikatowe doświadczenia: co zaskoczyło terapeutów, co było dla nich najtrudniejsze w pracy zdalnej i w czasie pandemii oraz inne aktywności, np. superwizje, zebrania, konferencje, c) długofalowe konsekwencje — co zostawimy po powrocie do „normalności”.

W badaniach uczestniczyły osoby, których sytuacja zawodowa i osobista umożliwiały poświęcenie czasu na napisanie etnografii. Jedna osoba z zespołu podjęła się roli koordynatora wspólnych działań; na jej adres mejlowy przesyłano poszczególne opisy, które tworzyli członkowie zespołu niezależnie od siebie.

Analiza autoetnografii

Zebrany materiał badawczy, zgodnie z postawionymi pytaniami szczegółowymi, został podzielony na wątki stanowiące osnowę analizy poszczególnych autoetnografii. Ich autorzy zostali oznaczeni symbolami: od A1 do A8. Opisy nie były prowadzone na bieżąco, lecz były formą rekonstrukcji zdarzeń, myśli i reakcji emocjonalnych w okresie od marca 2020 do marca 2021. Analizę materiału zilustrowano cytatami, a przytaczane słowa autoetnografów wyróżniono kursywą.

Wątek 1: Pierwsza reakcja na informację o epidemii i związanych z nią ograniczeniach

W relacjach autorów pojawiały się opisy reakcji emocjonalnych: *zaskoczenie, niedowierzanie (A1), szok (A2), bunt, złość..., dezorientacja i zagubienie (A5), lęk (A8)*, a z biegiem czasu *coraz większe poczucie tymczasowości, uczucie zawieszenia (A1)*. Reakcje emocjonalne w większości przypadków były związane z koniecznością odwołania sesji terapeutycznych, superwizji, spotkań, zajęć ze studentami. W niektórych opisach autorzy przywoływali sytuacje, w których dowiedzieli się o zamknięciu miejsca pracy: *Konieczność wdrożenia obostrzeń epidemicznych zapadła bardzo nagle. Na tyle nagle, że pamiętam, że tego konkretnego popołudnia razem z koleżanką prowadziłem grupę wsparcia dla rodziców, która gdyby zaplanowana była na późniejszą godzinę — zapewne by się już nie odbyła. Dokładnie w momencie, gdy rozkładaliśmy krzesła w sali terapeutycznej zapadła decyzja kierownictwa o tym, że drzwi do kliniki zostają zamknięte. Dwójka spóźnionych rodziców nie mogła już niestety dołączyć do spotkania... (A4)*.

Pojawiają się również opisy „dialogów wewnętrznych” pełne wątpliwości i ambiwalencji do zamknięcia: *może to nadmierne, te ograniczenia, panikują?* (A8) lub: *Krótkie poczucie „przerwy w życiu” (może także rodzaj ulgi, wszystko zatrzymane — wakacje od życia) (A1)*.

Z kolejnymi dniami zmagania się z życiem w pandemii nasuwały się refleksje:

Po tygodniu staje się jasne, że nowa rzeczywistość trochę potrwa (A7). Następne słowa (A6) oddają procesualność adaptacji do nowej sytuacji: Początkowo towarzyszyło mi przekonanie, że trzeba jakoś przeczekać ten czas. Nie docierało do mnie, że ograniczenia i zmiany sposobu pracy nie dotyczą kilku tygodni, lecz raczej wielu miesięcy.

Przykładem refleksji nad szerszym kontekstem pandemii jest wypowiedź A1: *W pierwszej fazie — niepokój o przebieg pandemii w Polsce — pozostawanie w cieniu tragedii w Bergamo. Brak zabezpieczeń instytucjonalnych, mobilizacja własna, kierownictwa i personelu kliniki, konieczność udzielania wsparcia finansowego szpitalowi.*

W dalszej perspektywie, kiedy wiadomo, że zmiana staje się zwyczajnością, autorzy rejestrowali swoje obserwacje dotyczące pracy koleżanek i kolegów zaangażowanych bezpośrednio w organizację i leczenie pacjentów w oddziałach stacjonarnych: *Wielomiesięczne funkcjonowanie kliniki może być opisane w metaforze stanu wojennego (zmiana przestrzeni kliniki, części czyste i brudne, zmiana funkcji pomieszczeń, maseczki, mierzenie temperatury itp.). Podziw dla personelu kliniki i kierownictwa kliniki (początkowo prawie całodobowa dostępność)(A1).*

Czytałam te wiadomości na WhatsAppie i momentami był to jak zapis na żywo z pierwszej linii frontu... Dzięki tej grupie byliśmy razem. Zdziałał leczący czynnik powszechności. Szybko powstała inicjatywa stworzenia przez psychoterapeutów grafiku godzin (w ramach czasu prywatnego) wsparcia terapeutycznego dla personelu medycznego (A8).

W następnej kolejności w autoetnografiach można znaleźć nasuwające się pytania o powrót do pracy terapeutycznej w sytuacji wykluczającej pracę w gabinetach. Niemożliwe stały się również cotygodniowe, merytoryczne i organizacyjne zebrania zespołu, które zwykle skupiały psychoterapeutów i stażystów wokół stołu ze smakołykami. Staże zostały wstrzymane, a pierwsze zebranie zespołu, przeprowadzone zdalnie, na platformie Zoom odbyło się 17 marca 2020 r. Podjęliśmy decyzję o wprowadzeniu psychoterapii on-line. Autorzy piszą o trudnych początkach: *Powiedzieć, że pierwszą reakcją na informację o pracy zdalnej był szok, to jakby nic nie powiedzieć. Oto świat psychoterapeutów podzielony od dawna na zwolenników pracy on-line, umożliwiającą dotarcie do szerszej grupy osób, oraz purystów jak my podkreślających znaczenie osobistego kontaktu, miał za sprawą okoliczności zewnętrznych zostać pogodzony. W naszym zespole nie pracowaliśmy wcześniej zdalnie, nie wiedzieliśmy, jak to się robi (A2).*

Wrażenia, jakie wspominam z pierwszego etapu epidemii, to przede wszystkim podejmowanie wyzwań, mimo myśli „tego nie da się zrobić”. Przede wszystkim w kontekście terapii rodzin on-line. Przed pandemią miałam okazję prowadzić psychoterapię indywidualną on-line — dzięki temu nie miałam wątpliwości, że pod pewnymi warunkami, jest ona i możliwa, i efektywna. Natomiast nie miałam żadnych doświadczeń ze zdalną terapią rodzin (A3).

Przed epidemią myślałam o tym, że nie da się pracować on-line, że taka praca będzie powierzchowna. Trudno zbudować przymierze, „poczuć” pacjenta — widoczna tylko część ciała, zaburzenia i zakłócenia na linii, brak bezpośredniego kontaktu i dostępu do części komunikatów niewerbalnych; że terapia on-line to utrata jakości i szlachetności terapii — trochę, jak różnica między oglądaniem na żywo sztuki teatralnej a filmu (A5).

Dla terapeuty, który nigdy nie pracował z klientami on-line czy nawet nie wykorzystywał możliwości pracy na platformach komunikacyjnych w innych dziedzinach życia,

zmiana myślenia i podejścia do konieczności podjęcia pracy terapeutycznej on-line była nie lada wyzwaniem. Pomysł pracy z rodzinami on-line wydawał mi się wręcz absurdalny i groteskowy (A6).

We wszystkich wypowiedziach wybrzmiewa konieczność zmiany myślenia, podjęcia się nowych działań, które stanowiły wyzwanie, niepokój o pacjentów oraz wątpliwości dotyczące skutków zaproponowania i wprowadzenia psychoterapii on-line. Opisy wskazują na dwa kierunki działań członków zespołu: poszukiwanie opracowań na temat psychoterapii on-line w czasopismach polsko- i angielskojęzycznych oraz na uczenie się nowych technologii IT i wyposażanie gabinetów w sprzęt. To ostatnie ilustruje cytat z tekstu A1: *Stopniowa organizacja pracy klinicznej on-line z domu, później konieczność zapewnienia warunków do pracy on-line w klinice bez wsparcia instytucji (np. kamery kupione ze środków fundacji). Oczekiwanie, że każdy zespół, każda osoba rozwiąże to własnymi środkami. W oparciu o kalendarium wydarzeń w materiale A8 można przywołać następującą kolejność: 12 marca odwołałam telefonicznie rodziny, nie podając wtedy nic w zamian, ale już 19 marca przeprowadziłam pierwsze sesje zdalne. Opis psychoterapii on-line zostanie przedstawiony w następnym wątku.*

Wątek 2: Psychoterapia on-line

Pomimo zgodności w zespole co do konieczności kontaktu telefonicznego z pacjentami i składania propozycji pracy zdalnej mierzyliśmy się na początku z wątpliwościami, pytaniami i obawami. Wątpliwości natury etycznej odnosiły się głównie do zachowania poufności spotkania i w związku z tym wyborem bezpiecznego komunikatora. Pojawiające się pytania dotyczyły odpowiedzialności za kontekst spotkania (A5): *kto ponosi odpowiedzialność za to, żeby pacjent zapewnił sobie odpowiednie warunki do spotkania terapeutycznego (był sam w pokoju, nie nagrywał, żeby nikt nie wchodził, nie podsłuchiwał), który komunikator jest najbezpieczniejszy? (A7): Jak można pracować, gdy nie ma się kontroli nad otoczeniem, gdy nie wiem, co się dzieje obok obrazu na ekranie? (A8): w jaki sposób podtrzymać zdalnie zaufanie, zbudowane w gabinecie, w kontakcie bez pośrednictwa ekranu?*

Kolejnym tematem rozmów w zespole były sprawy techniczne i organizacyjne sesji terapeutycznych, zarówno po stronie psychoterapeutów, jak i pacjentów. Trudności techniczne zaczynały się od słabej jakości łączy internetowych, obciążenia sieci (A8): *wszyscy w rodzinie na jednym światłowodzie, rodzice pracują zdalnie, rodzeństwo uczy się zdalnie, a nastolatek łączy się z psychoterapeutą... a także dostępności do komputera i znalezienia odpowiednich warunków zapewniających poczucie komfortu i intymności do prowadzenia szczerzej rozmowy z terapeutą (A6). Mierzyliśmy się również z niejasnymi przepisami dotyczącymi rozliczania wizyt w systemie AMMS. Pomocne okazały się szersze kontakty i konsultacje w środowisku oraz szybka reakcja kierownictwa. (A8): *Mieliśmy [kod] 94.481 — sesja psychoterapii za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, tyle że w ogólnokrajowym chaosie nie każdy NFZ rozliczał te wizyty, nasz tak.**

Reakcje pacjentów na kontakt telefoniczny i propozycję terapii on-line zaskoczyły terapeutów: często zdarzało się, że nastolatki, ich rodzice i całe rodziny wyrażali gotowość do zdalnego kontynuowania terapii (A2): *Tymczasem pacjenci nas zaskoczyli.*

Odbierali to raczej jako wyjątkową troskę, iż pomimo ograniczeń i trudności pozostajemy z nimi w kontakcie. Byli i tacy, którzy nie decydowali się na pracę zdalną, nazywali to „profanacją terapii” albo podkreślali trudność w mówieniu o swoich intymnych sprawach do komputera. Spośród nich, niektórzy zerwali kontakt, a inni odzywali się po miesiącach, widząc, iż pandemia będzie trwała dłużej niż się ktokolwiek spodziewał, prosząc o kontynuację terapii. Relacja A7: *Ku mojemu zaskoczeniu znaczna część pacjentów bez większych pytań przestawiła się na kontakt on-line. Kilkoro nie kontynuowało — część przyspieszyła rozpoczęty proces zakończenia terapii, a nieliczni zrezygnowali — czy to dlatego, że mieli dość siedzenia przed komputerem, wypełniając inne obowiązki, czy to dlatego, że obawiali się, że przez internet nie jest bezpiecznie?*

Były również odmowy uzasadnione ograniczeniami mieszkaniowymi, jedna z autorek (A8) przytacza słowa matki nastoletniej pacjentki: *nie mamy warunków, jeden pokój, niemowlę i... nie, nie jest to możliwe.* O reakcjach pacjentów, którzy byli w terapii indywidualnej tak pisze autorka (A3) autoetnografii: *Część z nich początkowo chciała „przeczekać” — przerwać terapię na czas epidemii, ale gdy okazało się, że izolacja się przedłuża, podejmowali próbę współpracy zdalnej i utrzymywali się w większości w kontakcie.* Kolejna autorka (A6) o terapii indywidualnej nastolatków: *Poza pojedynczym przypadkiem, klienci podjęli kontakt terapeutyczny w formie spotkań on-line lub rozmów telefonicznych. Niektóre sesje przebiegały z większą systematycznością i punktualnością niż to miało miejsce w gabinecie. Inne procesy rwały się, pojawiały się informacje o braku odpowiednich warunków do prowadzenia terapii w tej formie lub usprawiedliwienia typu: „zaspałam”, „pomyliłam dni”, „nie obudzili mnie”.*

Poniższy cytat jest relacją autora (A4) prowadzącego grupę wsparcia dla rodziców:

Spotkania grupy wsparcia dla rodziców udało się zorganizować w trybie zdalnym. Nie obyło się oczywiście bez sporej dawki wsparcia technicznego i zapewniania uczestników o skuteczności takiego rozwiązania. Na szczęście — rodzice byli bardzo zmotywowani do tego, żeby uzyskać wsparcie. Nawet jeśli miałyby to polegać na łączeniu przez internet. Doświadczenie prowadzenia grupy terapeutycznej w trybie zdalnym było dla mnie czymś niezwykłym. Z jednej strony miałem poczucie, że przeniesienie terapii do przestrzeni wirtualnej niestety doprowadziło do zaniknięcia albo lepiej: rozpuszczenia swoistej osnowy terapeutycznej czy też terapeutycznego milieu, która wyraźnie rysuje się, gdy do spotkania dochodzi w określonym miejscu, o określonym czasie i w ustalonych okolicznościach. Spotkanie kilku osób na platformie komunikacyjnej, w porównaniu ze spotkaniem na żywo, z pewnością pozbawione było pewnego rodzaju decorum. Dostarczało też licznych, czasem frustrujących trudności technicznych. Frustracje prowadzenia takiej grupy obejmowały przerwy w dostępie do internetu, słabej jakości sprzęt uczestników (nie ma nic bardziej frustrującego terapeutę prowadzącego terapię on-line niż fatalna jakość mikrofonu po stronie pacjenta, która sprawia, że ten nie jest w stanie usłyszeć/zrozumieć kierowanego do niego komunikatu), ale także konieczność strukturyzowania wypowiedzi w taki sposób, żeby jednocześnie głos zabierała tylko jedna osoba. Niestety w świecie wirtualnym bardzo trudno jest prowadzić ożywioną dyskusję przez kilka osób jednocześnie. Niemniej zaplanowany na 12 tygodni proces terapeutyczny był niezwykle owocny. Z pewną dumą obserwowaliśmy, jak rodzice udzielali sobie nawzajem pomocnych informacji zwrotnych i udzielali wsparcia. Dzielili się poczuciem, że czas spotkania jest tym momentem w tygodniu, na

który czekają i wokół którego koncentruje się ich tydzień. Mimo zubożalej formy, rodzice doceniali możliwość kontynuowania spotkań, pomimo panującej pandemii. Cieszyli się z tego, że „nie zostali na lodzie”. W dalszym ciągu korzystają z platformy internetowej do utrzymywania kontaktów, z tym, że nie potrzebują już do tego celu obecności terapeutów. Ostatnie zdanie wypowiedzi wprowadza wątek korzyści z pracy terapeutycznej w formie zdalnej, który zostanie rozwinięty w kolejnym podrozdziale.

Utrudnienia związane z pracą zdalną można uporządkować, klasyfikując je do trzech grup. Jedna jest związana z zakłóceniami technicznymi: sprzętem, jakością połączenia oraz z ograniczeniami wynikającymi z samej istoty kontaktu zdalnego. Kolejna grupa to trudności i dylematy dotyczące settingu, przymierza terapeutycznego, przebiegu sesji — można ją zatytułować: problemy merytoryczne. Trzecia to wątpliwości etyczne oraz wyzwania mentalne i fizyczne dla terapeuty. Wątpliwości i trudności etyczne oraz merytoryczne wynikające z psychoterapii on-line ilustrują poniższe wypowiedzi:

A5: Na początku zdecydowanie najtrudniejsze było pokonanie bariery w głowie i wewnętrznego przekonania, że taka praca jest gorsza, mniej wartościowa i nie może się udać. Trzeba było zmienić myślenie, żeby poczuć nadzieję związaną z tą pracą, korzyść dla pacjentów, którzy mogą dostać wsparcie nawet na odległość i takie poczucie, że taka forma pracy może być „wystarczająco dobra” w warunkach pandemii.

Autorki A3 i A6 piszą o przypadkach, które zostawiają psychoterapeutę w niepokoju o zdrowie i życie pacjentów: (A3) *Najtrudniejsze momenty pracy zdalnej dotyczyły pacjentów z myślami samobójczymi. Brak bezpośredniego kontaktu w gabinecie potęgował mój lęk jako terapeuty (np. myśli, że wyłączyć komputer jest dużo łatwiej niż wyjść z gabinetu). Pojawiały się pytania o odpowiedzialność w tego rodzaju procesach — czy zmienia się ona w stosunku do procesów prowadzonych „na żywo”? czy wymaga to rekontraktu? Czy w ogóle terapia on-line z pacjentami z tego typu problematyką powinna być prowadzona zdalnie? Bardzo trudne były również sesje terapeutyczne z pacjentami w początkowych fazach żaloby — wówczas brak kontaktu bezpośredniego był wyjątkowo dotkliwy.*

(A6) *Jedne z trudniejszych momentów dotyczyły sytuacji, gdy kontakt on-line nawiązywany był z zapłakany, roztrzęsionym nastolatkiem, który był w trakcie lub tuż po kłótni z rodzicami. Z jednej strony towarzyszył mi niepokój związany ze stanem psychicznym pacjenta, świadomość potrzeby uspokojenia go, tak, by była możliwa rozmowa, właściwe rozeznanie sytuacji i adekwatna interwencja terapeutyczna, a z drugiej strony pojawiała się poczucie przekroczenia pewnych granic, naruszenie domowej przestrzeni pacjenta, początkowo, bez świadomości i zgody pozostałych członków rodziny. Takie przypadki wymagały opanowania, trzeźwego spojrzenia na sytuację i sposobu prowadzenia rozmowy tak, aby nie stracić kontaktu z nastolatkiem, a jednocześnie zadbać o to, by pozostali domownicy mieli świadomość trwającej rozmowy i tym samym swoistej obecności terapeuty pod ich dachem.* Autorka powyższej wypowiedzi zwraca uwagę na sytuacje transgresji pomiędzy formami terapii. Można postawić hipotezę, że terapia on-line jest połączeniem terapii rodzinnej lub indywidualnej z interwencją w środowisku pacjentów.

O nieprzewidywalności tego, co dzieje się po drugiej stronie ekranu, czyli zachowań pacjentów i zmian w ich otoczeniu pisze A6: *Kolejną kategorią trudnych sytuacji, rzadziej spotykanych lub nieobecnych w gabinecie terapeutycznym, były zachowania klientów/pacjentów zakłócające przebieg rozmowy. Mam tu na myśli ziewanie, pochrapywanie, za-*

ciąganie się papierosem, jedzenie i picie, przygotowywanie posiłków, odgłosy przychodzące z SMS-ów i mejli, dobiegające odgłosy rozmów, a nawet odgłosy korzystania z samoobsługowej kasy w sklepie. Każdorazowo takie sytuacje wymagały omówienia, odwołania się do zasad kontraktu terapeutycznego i sprawdzenia, na ile warunki, w których przebywa klient, zapewniają mu bezpieczną rozmowę.

W gabinecie przestrzeń aranżuje terapeuta, a przynajmniej ma na nią jakiś wpływ, na przykład poprzez ustawienie foteli, w pracy zdalnej mierzy się z różnorodnością konfiguracji członków rodziny, co opisuje autorka (A7): *Część rodzin, nawet czteroosobowe, siada na kanapie obok siebie i ustawia kamerę tak, aby wszyscy byli widoczni; inni siedzą razem, ale widoczna jest tylko część rodziny i laptop jest przekręcany w kierunku osoby, która mówi; czasami upominany jest jakiś członek rodziny, żeby się przesunął bliżej, bo jest mało widoczny. Część rodzin siedzi przy stole i kręcą sprzętem, tak żeby było widać mówiącego, co skutkuje tym, że pozostali uczestnicy uciekają nam z pola widzenia, co więcej, zdarza się, że wychodzą z pokoju, przemieszczają się czy chowają się pod stołem (tu mowa o dzieciach). A w jeszcze innych rodzinach udział w terapii odbywa się z kilku urządzeń, czasami z tego samego domu, ale z innych pokoi, a czasami z innych miejsc czy nawet miejscowości. Oczywiście standardem powinno być to, że rodziny, łącząc się na terapię, mają włączone kamery i mikrofony, ale czasami się zdarza — dotyczy to głównie nastolatków, że kamera jest wyłączona bądź mikrofon jest wyciszany, gdy osoba nie mówi. Ja terapeuta na swoim ekranie widzę okienko bądź kilka (plus jeszcze jedno mojego koterapeuty) i widzę tylko część osoby. Normalnie w gabinecie widziałabym całą osobę, od stóp do głowy, zauważałabym mowę niewerbalną, wszystkie ruchy świadome lub nie. A teraz, w sytuacji idealnej widzę głowę, może część ciała. Umyka mi cała cielesność pacjenta. Ale za to nigdy tak dobrze nie widziałam mimiki twarzy — na żywo nie mamy możliwości być tak blisko naszego rozmówcy. To daje inny odbiór pacjenta. A co dzieje się poza ekranem? Potężne źródło informacji, wątpliwości i niepokoju. Nie wiem, co się dzieje poza ekranem, zarówno jeśli chodzi o to, co robią pacjenci, ale też, co się dzieje w pokoju czy domu. Czasami widzę, że pacjent patrzy się w dół/bok i podejrzewam, że coś robi na telefonie; czasami zdarza się, że dziecko lub nastolatek gra lub coś innego robi na komputerze.*

Praca zdalna daje inny rodzaj informacji, niedostępnych w gabinecie, który można omawiać i budować hipotezy użyteczne dla zrozumienia funkcjonowania rodziny.

W autoetnografiach były opisywane również sytuacje zaskakujące, a czasem wymagające od terapeuty zachowania zimnej krwi, pomimo groteskowości lub niebezpieczeństwa. Autorka A7 opisuje jedną z takich sytuacji: *Pacjenci przeważnie są u siebie w domu i często nie czują granic, jakie mieliby w gabinecie — dzieci pokazują różne zabawki czy nowe rzeczy, domownicy często siadają z kubkiem kawy czy herbaty, kończą posiłek. Zdarzało się, że w trakcie sesji wstają, żeby nalać sobie wodę do picia, przygotować herbatę bądź wziąć coś z lodówki, a nawet przygotować posiłek. Widok rodziny gotującej makaron i siadającej do obiadu może zbić z tropu nawet najbardziej doświadczonego terapeuty. Uczestnicy terapii czują się znacznie swobodniej, siadają w pozycji bardziej komfortowej dla nich (czasami w półleżącej). Ostatecznie, poprzez kamerę jestem w domu rodziny czy pacjenta, który odsłania trochę siebie, swojego życia, swojej przestrzeni — z tego też można się wiele dowiedzieć i jest temat do pracy. No i jeszcze dalsze tło — zwierzęta domowe, domownicy (dzieci) kukający do pokoju czy chodzący w tle albo sąsiad/kurier dzwoniący*

do drzwi, to prawie że norma w terapii rodzin on-line. W kolejnej autoetnografii (A8) można znaleźć opis fragmentu sesji rodzinnej, podczas której 6-letni chłopiec, uczestnik spotkania, zabrał telefon, z którego łączyła się rodzina i schował do szuflady: zobaczyłam ciemność i prosiłam, podobnie jak rodzice o uwolnienie... W relacji z innego spotkania rodzinnego autorka A8 opisuje sytuację, w której rodzina 5-osobowa, tak jak poprzednia, łączyła się przez telefon: było to drugie spotkanie, pierwsze też było zdalne, budowaliśmy dopiero kontakt, poznawaliśmy się, w rodzinie było troje dzieci i rodzice, dwie nastolatki i jedna trzyletnia dziewczynka, kiedy zadawałam pytanie, kierując go do konkretnej osoby, za pytaniem wędrował również telefon, włożyłam niesamowicie dużo wysiłku, żeby nawiązać kontakt z trzylatką, poprosiłam ją o narysowanie czegoś, zgodziła się, mówiąc, że narysuje pająka, po chwili pokazała mi gotowy rysunek, który skomentowałam: jaki piękny pająk, oburzona odpowiedziała: to nie pająk to tata, pozostali członkowie rodziny wybuchnęli śmiechem, w tym momencie mój mozolnie budowany kontakt z dzieckiem przysł bezpowrotnie. Ponieważ rodzina nie utrzymała się w terapii nie miałam szansy, by opracować z rodziną ten wieloznaczeniowy materiał z wymiany z dziewczynką. Powstaje też pytanie dotyczące budowania przymierza terapeutycznego, szczególnie z dziećmi, jak zaufać terapeutycie, którego zna się tylko z ekranu, tak jak bohaterów kreskówek?

Autorka A8 porusza kwestię podjęcia się pierwszego spotkania z rodziną on-line. Jest to sytuacja wzajemnego poznawania się bez wcześniejszego kontaktu w gabinecie, budowania przymierza i zaufania. Bardzo długo wahaliśmy się przed decyzją rozpoczęcia terapii zarówno rodzinnej, jak i indywidualnej. Ale kolejka pacjentów rosła, wciąż przyjmowaliśmy nowe zgłoszenia, stąd rozpoczęliśmy pierwsze konsultacje w formie zdalnej. Im dłużej trwała pandemia i związane z nią przeniesienie wielu aspektów życia do świata wirtualnego, tym kontakt z terapeutami on-line stawał się bardziej zwyczajny dla pacjentów. W rozmowach, zarówno w terapii rodzinnej, jak i indywidualnej stałym tematem była pandemia i wynikające z niej utrudnienia: (A8) *nastolatki w moich rodzinach, każdą sesję zaczynały od narzekania na zamknięcie w domach, na konieczność noszenia maseczek, ciągłą kontrolę rodziców, którzy nie wychodzili do pracy. A2: W trakcie sesji pobrzmiwały od czasu do czasu frustracja i obciążenie przedłużającą się sytuacją. A do tego ta niepewność: ile to potrwa? Przez długi czas każde spotkanie kończyło się podsumowaniem, iż umawiamy się znów on-line „, chyba że coś miałoby się zmienić, to damy znać”.*

Terapię rodzin w wielu przypadkach prowadzimy w koterapii, która również ulegała modyfikacjom, jak i udział stażystów obserwujących sesje w czasie rzeczywistym. O koterapii i stażystach, między innymi, pisze autorka (A2): *Dla mnie odczuwalną różnicę sprawiała też praca w koterapii. Po pierwsze, nie mogliśmy skorzystać z pomocy osób obserwujących proces terapeutyczny za lustrem. Po drugie, wirtualna komunikacja utrudniała mi odczytanie nie tylko odczuć i intencji uczestników terapii, ale także koterapeuty. Częściej zdarzało nam się rozpoczynać jednocześnie zdanie albo z kolei podążać bardziej odrębnymi torami niż w trakcie pracy gabinetowej. Wielu autorów wspomina również o dodatkowym czynnikiem zakłócającym, czyli o widzeniu samego siebie na monitorze. Dla kilku terapeutów było to nowe, pożyteczne źródło informacji o sobie w relacji z pacjentami, dla kolejnych czynnikiem, do którego przyzwyczajali się z czasem, a dla pozostałych tak przeszkadzający, że wyłączali funkcję widzenia samego siebie. We wszystkich autoetnografiach można znaleźć informacje o trudnościach technicznych i innym, niż w pracy w gabinecie, zmęczeniu.*

A4: *Najtrudniejszym aspektem pracy zdalnej było silniej odczuwalne zmęczenie. Być może wynikało to z większego wysiłku umysłowego, jaki należy włożyć w rozmowę z człowiekiem, która zostaje okrojona do kilku modalności. Być może ma to związek z mniej wygodną pozycją do pracy. A może z tym, że ekran komputera nijak ma się do kontaktu z żywym człowiekiem?*

A8: *Byłam potwornie zmęczona utrzymywaniem przez wiele godzin całkowitego skupienia na ekranie, tak jakbym chciała siłą własnej woli podtrzymać uwagę pacjentów i połączenie sieciowe, ze zwielokrotnioną uwagą chłonięłam informacje, chcąc nadrobić brakujące dane...*

Dwie poniżej zacytowane wypowiedzi ilustrują trudności techniczne, które były, między innymi, źródłem zmęczenia. A1: *Głównym problemem w terapii rodzin on-line, jakiego doświadczyłam, była bardzo zła jakość techniczna (zanikanie głosu, mimo wcześniejszych prób ustalenia parametrów technicznych, znikanie głosu przy gestykulacji, ruchach głowy, konieczność powtarzania wypowiedzi, konieczność siedzenia w ściśnięciu przy jednym urządzeniu). Ogólnie mała swoboda, mały komfort dla obu stron, także trudność korzystania z niewerbalnych wskazówek.... praca od rana do późnych godzin wieczornych — bo przecież jesteśmy w domu, zmęczenie pracą przy komputerze, bóle kręgosłupa, trudność oddzielenia czasu prywatnego od pracy.*

A5: *W samej pracy najtrudniejsze dla mnie było to, że nie zawsze było słyhać pacjentów albo przez zakłócenia nie było można zrozumieć, co mówią, połączenie się zawieszało w połowie zdania. Poczucie braku zrozumienia, trudności w kontakcie, kiedy trzeba było kilkakrotnie prosić o powtórzenie, albo samemu powtarzać, taka zabawa w „głuchy telefon”. Wtedy też odczuwałam napięcie między poczuciem winy, że nie mogę zrozumieć pacjenta, a poczuciem bezsensu i chęcią przerwania, przełożenia sesji. Po takiej sesji głównie odczuwałam zmęczenie związane z byciem w maksymalnym napięciu i nasłuchiowaniem.*

Następna wypowiedź A5 oddaje dramatyzm sytuacji w kontekście całego szpitala. *Dramatyczny czynnik to kompletna reorganizacja pracy i ograniczenia sprzętowe. Zdobywanie komputerów z kamerkami i głośnikami, przenoszenie biurka, często na własną rękę, na szybko, bez oparcia w instytucji, bo w oddziałach stacjonarnych na dole trwała walka o zabezpieczenie pacjentów i stworzenie bezpiecznych warunków pracy dla personelu.*

W wątku drugim zostały przedstawione zjawiska, z którymi mierzyli się pacjenci i terapeuci w psychoterapii prowadzonej on-line. W większości tekstów poddawanych analizie, obok trudów pracy zdalnej, autorzy dostrzegali również jasne strony pracy on-line, które zostaną przedstawione w wątku trzecim.

Wątek 3: Zmierzamy ku „normalności”

Słowa opisujące tęsknotę za okresem sprzed pandemii pojawiały się w wypowiedziach terapeutów i pacjentów, jednocześnie z sformułowaną refleksją: (A8) *już nie będzie tak jak było*. Wprawdzie pandemia dalej trwa i w ostatnich miesiącach nawet przybiera na sile, to autorzy etnografii podejmowali próbę bilansu roku pracy. Od stycznia 2021 rozpoczęły się szczepienia personelu medycznego, a od 1 lutego 2021 systematycznie wracamy do gabinetów. Propozycja kolejnego spotkania w gabinecie, którą przekazujemy rodzinom i pacjentom, często spotyka się z entuzjazmem: nareszcie! Gdy jednak

umawiamy kolejną sesję, spotykamy się z wahaniem i prośbą o prolongowanie f2f do następnego razu. Wynika to z pewnych udogodnień, a czasem ułatwień, które można dostrzec w pracy on-line.

Wypowiedź A6 ilustruje korzyść ze zdalnego kontaktu: *klienci, z którymi trudniej było zbudować przymierze terapeutyczne, w warunkach spotkań on-line, byli rozluźnieni, spontaniczni, czasami nawet w przyjazny sposób skracający dystans, czułam wtedy, że wyraźnie zmniejszył się u nich poziom lęku i poczucia niepewności, że w domowym zaciszu czują się komfortowo i bezpiecznie, a mnie witają jak mile oczekiwanego gościa. W trakcie pierwszych sesji on-line, ale też w późniejszym okresie, gdy pojawiały się jakieś zakłócenia, bardzo pomocne dla obu stron były żartobliwe komentarze odnoszące się do utrudnień związanych z taką formą pracy, rozładowały one napięcie i budowały atmosferę zrozumienia i wspierania się w tych szczególnych okolicznościach. Z czasem coraz częściej pojawiały się uwagi dotyczące doceniania możliwości kontynuacji spotkań czy wręcz wygody wynikającej z braku konieczności przemieszczania się i łatwości połączenia w tym samym czasie ze wszystkimi członkami rodziny, mimo ich fizycznej nieobecności.*

Podobnie pisze autorka A7: *pacjenci mieszkając daleko teraz nie tracą czasu na dojazd. Mogą się połączyć z różnych miejsc, nawet w trakcie podróży służbowej; nie muszą być fizycznie razem, bo każdy może się połączyć z innego miejsca. Nawet są rodziny, które chcą uczestniczyć w terapii, będąc na urlopie. Łatwo można się o tym przekonać, analizując ilość opuszczonych sesji — odnotowałam znacznie mniej niepołączeń się rodzin niż niedotarcia do gabinetu — sporadycznie rodzina zapomniała się połączyć.*

A5: *Część pacjentów odmawiała też przyjazdu na sesję na żywo, tłumacząc to głównie lękiem przed zakażeniem, ale też trudnościami w prowadzeniu rozmowy w maseczkach.*

Początkowo przy powrotach do pracy w gabinetach towarzyszył chaos organizacyjny, co jest widoczne w relacji A5: *Najbardziej niekomfortowe dla mnie było to, że nawet jak udało się zamówić gabinet na określoną godzinę, ustalić termin z rodziną, rodzina przyszła, wszyscy mieli ujemny wywiad epidemiologiczny, właściwą temperaturę ciała i maseczki, to jak wchodziliśmy do zamówionej sali, to okazywało się, że ktoś tam już siedzi z innym pacjentem, albo od dzisiaj jest tam magazyn łóżek i pościeli z oddziału COVID-19; mina koterapeuty w tej sytuacji jest bezcenna, ale towarzyszyło temu też uczucie zażenowania i tłumaczenie rodzinie, że muszą chwilę poczekać, aż znajdziemy inny gabinet.*

Poniższe cytaty są odpowiedziami terapeutów na pytanie, jakie widzą korzyści pracy zdalnej i co zostawiliby w swojej praktyce:

A1: *oszczędność czasu... umiejętność korzystania z nowych technologii...*

A2: *Co zostawimy po powrocie do „normalności”? Chyba przede wszystkim poczucie, że może być inaczej. To poczucie będzie i w nas, i w rodzinach. Niektórzy będą z rozrzewnieniem wspominać, jak mogli 10 minut po wstaniu być już w pracy, w przerwie pomóc dziecku w rozwiązywaniu zadania, a nawet ugotować obiad i zjeść go na werandzie.*

A5: *Na pewno zostawię dużo elastyczności i mobilności, poczucia, że można być w kilku miejscach jednocześnie. Pracując zdalnie można było w ciągu minuty przełączyć się z jednej sesji na drugą, z konferencji na superwizję czy szkolenie. Bez straty czasu na przejazdy czy kosztów wyjazdu i zakwaterowania.*

W kolejnej części zostanie przedstawiona próba interpretacji materiału badawczego i sformułowane wnioski.

Interpretacja materiału badawczego, dyskusja wyników i wnioski

Opisywane przez psychoterapeutów pierwsze reakcje na informacje o pandemii były podobne do reakcji szokowej pierwszego etapu stresu i spójne z objawami stresu pourazowego [2]. Bardzo wyraźnie wyłania się proces: szok, zagubienie, poczucie obcości spotęgowane brakiem niezbędnej wymiany społeczno-emocjonalnej wynikającej z bezpośredniego kontaktu, następnie regulacja emocji, opracowanie poznawcze, poszukiwanie informacji, wiedzy, oparcie w zespole, w kierownictwie i w szerszym środowisku. Następnie pojawia się zmiana myślenia — transgresja [3], która dotyczyła: pokonania własnych uprzedzeń i obaw, niekompetencji szczególnie w obszarze technicznym i IT, wytrzymania poczucia odpowiedzialności za pacjentów, w nowej, nieprzewidywalnej sytuacji, regulacji własnych procesów emocjonalnych oraz zmagania się z dylematami etycznymi. Oprócz lęku o zdrowie swoje i najbliższych, w relacjach autorów można znaleźć opis frustracji i bezradności związanej z byciem obserwatorem koleżanek i kolegów pracujących bezpośrednio w zagrożeniu w oddziałach z pacjentami zakażonymi wirusem.

Na podstawie zebranego materiału badawczego można odnotować, co potwierdza literatura [9,10], że w psychoterapii zdalnej zbieramy inny rodzaj informacji o rodzinach i pacjentach indywidualnych, wymagający dopasowania sposobów opracowania i rozumienia. Najprostszym przykładem może być odpowiedź na pytanie: jak odróżnić realne problemy techniczne z połączeniem od zjawiska oporu w psychoterapii. Praca psychoterapeutyczna z pacjentami wymagała poszukiwania niestosowanych dotychczas sposobów nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, i podejmowania decyzji przy ograniczonym wpływie oraz niejasnych informacjach. W pracy on-line, poprzez brak szerokiej gamy źródeł wiedzy o pacjentach, można było doświadczyć jak trudno „czytać” drugiego człowieka, ograniczając się tylko do zniekształconego obrazu i dźwięku. By znaleźć sposoby na dopełnienie obrazu pomocna okazała się lektura publikacji i wymiana doświadczeń z innymi terapeutami.

Kolejnym wyzwaniem, zarówno dla pacjentów, jak i terapeutów, było mierzenie się z sytuacją społeczną odmienną od „gabinetowej”. Pacjenci, wprawdzie poprzez ekran, goszczą terapeutów w swoich domach i w związku z tym odsłaniają, dotychczas niedostępny, teren życia intymnego. Możemy obserwować i doświadczać sposobów na poradzenie sobie z tym odmiennym aspektem relacji terapeutycznej. Jednym z nich jest skrócenie dystansu w relacji terapeutycznej. Dla innych kontakt on-line staje się bardziej anonimowy, pozbawiony elementu kontroli społecznej, co również przekłada się na jakość relacji terapeutycznej i powoduje, że leczenie zachodzi w odmiennych warunkach. Stąd relacja wymaga modyfikacji settingu, kontraktu oraz ciągłego monitorowania tych zmian i ich wpływu na stan pacjentów i relację terapeutyczną.

Okazuje się, że tematy związane z realną sytuacją zagrożenia zakażeniem i skutkami izolacji wprowadzane są na sesje, co wymaga ich opracowania z empatią i szacunkiem dla zróżnicowanej, indywidualnej reakcji na pandemię. Warto również wspomnieć o podobnym do przystosowywania się do konsekwencji pandemii, procesualnym charakterze powrotu do pracy w gabinetach. Znowu nowa, zarówno dla terapeutów, jak i pacjentów, sytuacja wymaga uważności na indywidualny rytm i tempo adaptacji. Bardzo budujące, optymistyczne jest odkrycie zasobów pacjentów, które uruchomiły się w sytuacji granicznej, czego przykładem była relacja spotkań grupy rodzicielskiej. Przytoczony przykład oraz

opisy reakcji rodzin na propozycję kontynuacji psychoterapii w formie zdalnej pokazują siłę zbudowanego przymierza terapeutycznego.

Odrębnym problemem było odpowiednie wyposażenie gabinetów psychoterapeutycznych w komputery z kamerami i dobrym nagłośnieniem oraz oprogramowanie konieczne do połączeń. Wszyscy autorzy donosili o szybszym, innym jakościowo obciążeniu psychofizycznym, związanym z dodatkowym wysiłkiem i napięciem. Towarzyszące napięcie dotyczyło między innymi obaw o jakość połączenia, zakłócenia techniczne, a także długotrwałego siedzenia przed ekranem w jednej pozycji. W tej sytuacji szczególnie warto pomyśleć o swoim komforcie pracy.

Autoetnografie pokazały, że człowiek w sytuacjach granicznych uruchamia kreatywność i niewykorzystywane zasoby, ale aby to zrobić potrzebne są sprzyjające warunki. Jaki jest ten kontekst sprzyjający osiągnięciu korzyści i szansy z sytuacji granicznej wymaga dalszych badań. Z naszej CA wynika, że czynnik współpracy zespołowej jest fundamentalny. Ważne również jest otwarcie na informacje od pacjentów oraz poszukiwanie rozwiązań w szerszym środowisku zawodowym.

Obecna sytuacja epidemiologiczna, jak i prognozy specjalistów podpowiadają, że ograniczenia i czasowe kwarantanny będą nam towarzyszyć przez dłuższy czas², stąd elastyczność w przechodzeniu z pracy w gabinetach na pracę zdalną i hybrydową byłaby przydatna. Praca hybrydowa łączy spotkanie w gabinecie i zdalne, w przypadku gdy osoby z rodziny nie mogą uczestniczyć wspólnie z rodziną w sesji, lub przeplatanie spotkań w gabinecie ze spotkaniami on-line.

W oparciu o lekturę ukazujących się artykułów o pracy psychoterapeutycznej w pandemii [5–9, 18], a także o nabywane doświadczenie opracowaliśmy kilka wskazówek przydatnych w prowadzeniu zdalnej terapii z rodzinami i indywidualnej z pacjentami młodzieżowymi i młodymi dorosłymi.

- Przed pierwszym spotkaniem on-line ważny jest kontakt telefoniczny z jednym z rodziców, w czasie którego zostanie wybrany komunikator do przeprowadzenia spotkania terapeutycznego i zostaną ustalone podstawy techniczne podłączenia (np. wymagany sprzęt) oraz zasady pierwszego kontaktu: terapeuta podaje swój adres na Skype i poprosi o połączenie się o określonej godzinie lub poinformuje, że na adres mejlowy rodzica prześle link z zaproszeniem na spotkanie na platformie Zoom.
- Przydatne jest również podanie alternatywnej metody kontaktu (telefon) w razie kłopotów z połączeniem lub nagłym zerwaniem połączenia internetowego.
- Przed rozpoczęciem pierwszej rozmowy terapeuta powinien poinformować pacjentów o poufności spotkania (w jakim miejscu się znajduje, że nikogo nie ma w gabinecie i nikt rozmowy nie słyszy).
- Na pierwszym spotkaniu warto omówić wątpliwości i obawy związane z pracą zdalną, a także ramy spotkań z uwzględnieniem wkładu pacjentów (włączone kamery i mikrofony).

²⁾ <https://pulsmedycyny.pl/prognoza-rozwoju-pandemii-covid-19-w-polsce-w-kwietniu-duzy-przyrost-hospitalizacji-1111362>

Wnioski końcowe

1. Wprowadzenie psychoterapii on-line, w większym zakresie, niż to było przed pandemią, pozwoli skorzystać z tej formy leczenia osobom, dla których była niedostępna lub dla których dostęp do terapii był utrudniony. Stanowi to korzystny efekt pandemii.
2. Psychoterapia zdalna wymaga modyfikacji settingu i kontraktów wcześniej zawartych z pacjentami.
3. Indywidualna, zróżnicowana reakcja pacjentów na pandemię wymaga dostosowania do ich rytmu i tempa opracowania procesów emocjonalnych.
4. Praca zdalna wiąże się z przeciążeniem fizycznym i psychicznym psychoterapeutów, stąd zadbanie o możliwość częstszej superwizji oraz własny komfort pracy jest szczególnie ważne.
5. Po okresie adaptacji do sytuacji pandemii i związanych z nią konsekwencji następuje etap poszukiwania rozwiązań i sięgania do zasobów, ale by to nastąpiło, wymagane jest spełnienie dodatkowych warunków, wśród których czynnik współpracy zespołowej jest fundamentalny.
6. Otwarcie na konsultacje w środowisku, praca interdyscyplinarna jest wspierającym czynnikiem w procesach adaptacji i transgresji.

Piśmiennictwo

1. Harari YN. Homo deus. Krótka historia jutra. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2018.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. Psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence *Lancet* 2020; 395: 912–920. Rapid Review March 14, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
3. Koziński J. Transgresja i kultura. Warszawa: Wyd. Akademickie „Żak”; 2002.
4. Kolasa D. Sytuacje możliwe a sytuacje graniczne w filozofii Jaspersa. *Studia z historii filozofii*. 2010; 1: 135–145. <http://repozytorium.umk.pl/handle/item/1436>.
5. Humer E, Stippel P, Pieh CH, Schimböck W, Probst Th. Psychotherapy via the Internet: what programs do psychotherapists use, how well-informed do they feel, and what are their wishes for continuous education *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17: 8182. DOI: 0.3390/ijerph17218182.
6. Florean IS, Dobrea A, Păsăreanu CR, Georgescu RD, Milea I. The efficacy of internet-based parenting programs for children and adolescents with behavior problems: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2020 Dec;23(4):510-528. DOI: 10.1007/s10567-020-00326-0.
7. Ryu J, Banthi DC, Gu X. Modeling therapeutic alliance in the age of telepsychiatry. *Trends Cogn. Sci.* 2021; 25 (1): 5–8. DOI: 10.1016/j.tics.2020.10.001.
8. Inchausti F, MacBeth A, Hasson-Ohayon I, Dimaggio G. Psychological intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *J. Cont. Psychother.* 2020; 50: 243–250. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w> .
9. Weinberg H, Rolnick A. Theory and practice of on-line therapy. Internet-delivered interventions for individuals, groups, families, and organizations. New York and London: Taylor & Francis Group; 2020.

10. Solomon M, Siegel DJ. *How people change. Relationships and neuroplasticity in psychotherapy*. New York & London: A Norton Professional Books; 2017.
11. Dana D. *Teoria poliwagalna w psychoterapii*. Kraków: WUJ; 2020.
12. Anderson L. Autoetnografia analityczna. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2014; 10(3): 144–167.
13. Wójcik P. Znaczenie studium przypadku jako metody badawczej w naukach o zarządzaniu. *E-mentor* 2013; 48(1): 17–22.
14. Geertz C. *Dzieło i życie. Antropolog jako autor*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2000.
15. Lapadat JC. Ethics in autoethnography and collaborative autoethnography. *Qual. Inq.* 2017, 23(8): 589–603. DOI: 10.1177/1077800417704462.
16. Lapadat JC, Black NE, Clark PhG, Gremm RM, Karanja LW, Mieke LW, Quinlan L. Life challenge memory work: using collaborative autobiography to understand ourselves. *Int. J. Qual. Meth.* 2020; 9:77–104. DOI: 10.1177/160940691000900108.
17. Råbu M, McLeod J, Haavind H, Bernhardt IS, Nissen-Lie H, Moltu Ch. How psychotherapists make use of their experiences from being a client: Lessons from a collective autoethnography. *Couns. Psychol. Quart.* 2020, 34 (1): 109–128. DOI: 10.1080/09515070.2019.1671319.
18. Dercon K, Domaradzki M, Elisenberg HT, Głos A, Handeland R, Popowicz A, Piasecki J. Lessons from the COVID-19 pandemic. A collective autoethnography of bioethics education, 2021, Preprint.
19. Wężniewska P, Szwabowski O, Szczepaniak C, Pławski M. The praise of collective autoethnography. *Cultural studies — critical methodologies*. 2020; 20(4): 336–349. DOI: 10.1177/1532708619863447.
20. Jemielniak D. *Badania jakościowe. Podejścia i teorie t. 1, Metody i narzędzia t. 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
21. Janusz B, Bobrzyński J, Furgał M, De Barbaro B, Gdowska K. O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(1): 5–11.

Adres: boguslawa.piasecka@uj.edu.pl