

Andrzej Trzęsicki

Komunikacja online – jej miejsce w psychoterapii i superwizji

słowa kluczowe: komunikacja online, skype, psychoterapia, psychodynamiczna

W ciągu ostatnich kilku lat coraz bardziej konfrontuję się z rozwojem komunikacji online wyrastającej na bazie Internetu. Możliwości, które oferują nam takie formy komunikacji jak poczta elektroniczna, strony internetowe, elektroniczna rejestracja pacjentów oraz portale społecznościowe, stawiają przed terapeutami nowe pytania, np. o granice prywatności czy o sposób kontaktowania się z pacjentem. Ci z nas, którzy z jakichś powodów postanowili nie ignorować dobrodziejstw Internetu, zastanawiają się nad nimi w kontekście pracy zawodowej. Rozwój komunikacji online stworzył nowe perspektywy w naszym codziennym i osobistym życiu. Niektóre nowinki technologiczne wydają się bardzo użyteczne w naszej pracy. Czy są jednak rzeczywiście użyteczne, czy tylko na takie wyglądają – to jedno z pytań, któremu poświęcony jest ten artykuł.

W kontekście pracy terapeuty oraz superwizora szczególnie zajmuje mnie możliwość bezpośredniego kontaktowania się z drugą osobą za pomocą komunikatorów internetowych, takich jak Skype, Webex albo Oovoo. Pominę kwestię poczty elektronicznej i portali społecznościowych z racji tego, że nie stanowią one konkurencji dla kontaktu na żywo, a mogą być tylko uzupełnieniem (a czasami utrudnieniem) w naszej pracy.

Zakładam, że większość Czytelników wie, do czego służy i jak działa Skype, jednak dla formalności wyjaśnię, że daje on możliwość kontaktu audiowizualnego. Dwie lub więcej osób może ze sobą rozmawiać przez komputer lub telefon komórkowy, widząc się jednocześnie na ekranie. Łatwe i tanie połączenie przez Internet umożliwia prowadzenie rozmowy w czasie rzeczywistym. Obecnie popularność Skype'a daje się zauważyć w różnych dziedzinach życia. Wideokonferencje są dzisiaj powszechnie wykorzystywane w wielu firmach i umożliwiają pracę w grupie osobom mieszkającym daleko od siebie. Wydaje mi się oczywiste, że w życiu osobistym kontakt audiowizualny jest dużo bardziej atrakcyjny niż sama rozmowa przez telefon i że nie trzeba wyjaśniać, dlaczego Skype jest tak powszechnie używany. Jednakże mnie interesuje to, jakie miejsce może zająć Skype w pracy zawodowej psychoterapeuty oraz superwizora psychodynamicznego.

Wśród ofert psychoterapeutów w Polsce pojawia się coraz więcej propozycji psychoterapii prowadzonej przez Skype'a. Podobnie dzieje się z superwizją. Niektórzy psychoterapeuci pracujący w paradygmacie psychodynamicznym również poszli w tym kierunku. Niektórzy z nas z kolei są temu przeciwni, jeszcze inni nie wiedzą,

co o tym myśleć i się nad tym zastanawiają. Jak dotychczas w naszym środowisku rozmowy o prowadzeniu terapii przez Skype'a miały charakter kularowy albo były podejmowane podczas pojedynczych superwizji. Z moich osobistych doświadczeń wynika, że dyskusje te często mogą być zdominowane pozamerytorycznymi czynnikami, które nie wynikają z analizy najważniejszych aspektów takiej formy kontaktu. Jak dotąd nie wypracowaliśmy jakiegoś wspólnego stanowiska w tej sprawie, a mam wrażenie, że byłoby ono dla niektórych bardzo pomocne jako punkt odniesienia.

Moim celem nie jest jednak zaproponowanie takiego stanowiska. Chcę raczej wziąć udział w dyskusji, zastanowić się nad zjawiskiem komunikacji online, przyjrzeć się możliwościom i ograniczeniom komunikatora typu Skype w pracy psychoterapeuty. Jest to dla mnie ważne, ponieważ kiedy występuję w roli superwizora oraz nauczyciela psychoterapii, moje zdanie ma charakter nie tylko edukacyjny, ale też normatywny. Chcę mieć poczucie, że kiedy czegoś wymagam od moich uczniów, to jest to wymaganie poparte pracą koncepcyjno-teoretyczną, a nie tylko własnymi odczuciami lub taką czy inną ideologią (choć nie chcę powiedzieć, że mam coś przeciw ideologii). Moim celem jest zmierzenie się z tematem wykorzystywania Skype'a podczas psychoterapii i superwizji poprzez próbę analizy jakościowej i teoretycznej komunikacji online, pragnę jednak uniknąć rozmowy skoncentrowanej na prezentacji subiektywnych odczuć z rozmawiania przez Internet.

Zastanawiając się nad precyzyjnym określeniem perspektywy, którą chcę przyjąć w tym artykule, wyodrębniłem szereg pytań stanowiących podstawę wielu dyskusji na temat miejsca komunikacji online w psychoterapii. Po pierwsze interesuje mnie, czy komunikacja online, a w szczególności komunikatory internetowe takie jak Skype, umożliwiają prowadzenie psychoterapii psychodynamicznej i superwizji psychodynamicznej, które będą alternatywą dla psychoterapii lub superwizji na żywo. Po drugie chciałbym wiedzieć, czy mając dostęp do Skype'a, mogę proponować psychoterapię psychodynamiczną online jako osobną formę pracy, jako zamiennik dla psychoterapii na żywo? Innymi słowy, czy kiedy ogłaszam, że oferuję psychoterapię przez Skype'a oraz psychoterapię na żywo, ogłaszam jednocześnie, że są one równorzędne i wybór jednej z nich jest podyktowany tylko warunkami życiowymi pacjenta? Po trzecie potrzebuję odpowiedzi na pytanie, czy Skype jest po prostu dodatkowym narzędziem do prowadzenia psychoterapii, czy to raczej inna forma komunikacji, na tyle inna, aby istotnie wpływać na wartość psychoterapii?

Żeby odpowiedzieć na te pytania, muszę najpierw zapytać, jakie cechy ma komunikacja online i jaką rolę one odgrywają w psychoterapii psychodynamicznej i superwizji psychodynamicznej? Skoncentruję się na tych kwestiach. Odnoszą się bardziej do konceptualizacji psychoterapii i wynikającej z tego aksjologii psychoterapeuty lub filozofii naszej pracy i roli, którą przyjmujemy, występując jako terapeuci. Dopiero po rozważeniu tych kwestii, wyposażeni w zintegrowane stanowisko, będziemy mogli zmierzyć się z kolejnym zbiorem pytań, które w kontekście komunikacji online również często się pojawiają.

Te pytania to:

- Czy wolno używać Skype'a podczas psychoterapii psychodynamicznej?
- Kiedy i w jakich przypadkach?
- Od czego to zależy?
- Z jakimi pacjentami?
- Jak długo może to trwać?
- Co oznacza zmiana settingu z kontaktu na żywo na kontakt online? Zarówno z perspektywy psychoterapeuty, jak i z perspektywy pacjenta?

Uważam, że są to pytania raczej superwizyjne i że zanim będę na nie odpowiadał, muszę najpierw zrewidować ideę kontaktu z pacjentem w psychoterapii psychodynamicznej w kontekście możliwości i ograniczeń kontaktu online.

Moje dotychczasowe zawodowe doświadczenie z tym komunikatorem to superwizja grupowa, w której biorę udział jako superwizant trzeci rok z częstotliwością spotkań raz w tygodniu. Od dwóch lat dość regularnie prowadzę superwizję indywidualną kilku terapeutów. Nigdy nie prowadziłem psychoterapii przez Skype'a. Natomiast miałem możliwość superwizować kilka razy pracę terapeutów, którzy wykorzystywali Skype'a w swojej pracy w różnych okolicznościach. Nie będę więc przedstawiał swojego doświadczenia w terapii online.

Na początek muszę zaznaczyć, że nie interesuje mnie rola komunikacji online w poradnictwie, konsultacjach, interwencjach kryzysowych, terapii rodzin ani par oraz w psychoterapii wspierająco-podtrzymującej. Uważam, że dylematy odnośnie do tych aktywności należą do grupy pytań superwizyjnych, o których wspominałem wcześniej. Chcę się zająć jedynie kwestią miejsca Skype'a w psychoterapii psychodynamicznej, czyli metodzie leczenia opartej na diagnozie, wykorzystującej takie zjawiska jak przeniesienie, przeciwprzeniesienie, wgląd, przepracowanie oraz relację zależności w określonym settingu. Metodzie leczenia, której celem jest maksymalnie głęboka i długotrwała zmiana w funkcjonowaniu emocjonalno-poznawczym pacjenta oraz ulga w jego cierpieniu.

Trochę trudniej jest doprecyzować kwestię roli Skype'a w superwizji z powodu jej wielu definicji i form praktykowanych w codziennym życiu zawodowym. Można przecież mówić o superwizji grupowej balintowskiej, o superwizji grupowej skoncentrowanej na analizie przypadku, o superwizji grupowej w trakcie szkoły psychoterapii, o superwizji grupowej tzw. „koleżeńskej”, czyli odbywającej się bez komentującego superwizora, o superwizji indywidualnej na różnych etapach szkolenia oraz na różnych etapach relacji z superwizorem.

Wszystkie one różnią się od siebie pod wieloma względami, ale tutaj również – tak jak w przypadku psychoterapii – interesuje mnie definicja idei superwizji. Na potrzeby tego artykułu przyjmuję, że superwizja to analiza emocjonalno-poznawczych inwestycji psychoterapeuty, których ten dokonuje w sposób zarówno świadomy, jak i nieświadomy w relacji z pacjentem. Superwizja indywidualna oparta na pełnej zaufania i otwartości relacji z superwizorem zawiera najwięcej możliwości

takiej właśnie analizy i ewentualność prowadzenia takiej superwizji przez Skype'a chcę analizować.

Skoro mam już zakreślony obszar moich zainteresowań, powinienem wskazać zjawiska, którym należy się przyjrzeć, aby odpowiedzieć na postawione na początku pytania.

Moim zdaniem zarówno w przypadku psychoterapii, jak i superwizji dylematy związane z komunikatorami typu Skype odnoszą się do podstawowych zjawisk, takich jak przeniesienie i przeciwprzeniesienie. Możliwość ich konceptualizowania osadzona jest w naszej percepcji świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz w komunikacji. Aby zrozumieć te zjawiska i ich wartość dla psychoterapii, trzeba wspomnieć o naszym psychodynamicznym podejściu do kwestii percepcji świata zewnętrznego i wewnętrznego oraz komunikacji zarówno stanów afektywnych, jak i komunikacji interpersonalnej.

Żeby sprawdzić, czy komunikacja przez Skype'a jest równorzędna z komunikacją na żywo albo chociaż wystarczająca na tyle, aby jej używać zamiennie, muszę dość wnikliwie opisać koncepcję działania psychoterapii, np.: jakie warunki muszą być spełnione w kontakcie z pacjentem, abym mógł tworzyć wiarygodne i skuteczne teorie o pacjencie? w oparciu o co buduję swoją wiedzę o pacjencie? co wpływa na jej wiarygodność?

Trzeba zacząć od tego, że założenia co do percepcji, które przyjmujemy w paradygmacie psychodynamicznym, mają podstawę w fenomenologii. Mianowicie wychodzimy z założenia, że jedyny faktyczny przedmiot naszej świadomej percepcji to przeżycie ułożone w naszym mózgu. Nie ma sposobu, abyśmy mieli jakikolwiek bezpośredni kontakt ze światem zewnętrznym. Zawsze będziemy obcować tylko z efektami tego, jak świat zewnętrzny oddziałuje na nasz układ nerwowy. Inaczej mówiąc, to, z czym mamy do czynienia w kontakcie ze światem zewnętrznym, to dane zmysłowe, widoki świata zewnętrznego, które powstają na skutek relacji naszych zmysłów z tym światem. To rozróżnienie jest istotne z perspektywy rozstrzygnięcia o prawdziwości tego, co percypujemy.

Na przykład, kiedy włożymy patyk do szklanki wypełnionej w połowie wodą, to wyraźnie widzimy, że patyk w szklance jest złamany, ale wiemy jednocześnie, że złamany nie jest. Mamy więc do czynienia z widokiem złamanego patyka, z takimi danymi zmysłowymi. Niejako oddzielnie w tym samym czasie posiadamy wiedzę, że nie jest on złamany. W tej sytuacji prawda jest podwójna.

Podobny przykład rozdzielności danych zmysłowych od świata zewnętrznego odnosi się do zjawiska diplopii: kiedy uniesiemy przed siebie palec i spojrzymy na ścianę pomieszczenia, która jest za nim, zobaczymy dwa palce, a ściślej mówiąc widoki dwóch palców, choć wiemy, że ich tam nie ma. Na podstawie tych zjawisk można powiedzieć, że nie ma żadnych przedmiotów materialnych nam dostępnych, a są tylko ich dane zmysłowe.

W kontakcie na żywo z pacjentem doświadczamy szerokiego wachlarza danych zmysłowych, nasza świadomość siedzi jak w sali kinowej i doświadcza danych zmy-

słowych świata zewnętrznego, którego najważniejszym elementem w psychoterapii jest pacjent. Salą kinową jest nasz umysł i nigdy jej nie opuszczamy, by w bardziej bezpośredni sposób doświadczyć pacjenta. Zawsze mamy tylko dane zmysłowe, zawsze doświadczamy tylko widoków świata zewnętrznego.

Gdyby zatrzymać się w tym miejscu, to musiałbym przyznać, że ponieważ nigdy nie opuszczamy swoich umysłów, nigdy nie opuszczamy sal kinowych naszego doświadczenia, nie mamy możliwości doświadczyć i zrozumieć, o czym mówi pacjent, ponieważ nigdy nie usiądziemy w jego sali kinowej, czyli w jego umyśle. Jednak zgodnie z poglądem tak zwanych naiwnych realistów zakładamy, że istnieje język publiczny, czyli powszechnie przyjęty i ogólnodostępny system znaczeń nadawanych danym zmysłowym. Zakładamy również istnienie świata publicznego, którym istnieje możliwość porozumienia się z drugą osobą za pomocą języka publicznego. Pacjent może być poznany i rozumiany przez terapeutę, a terapeuta może pacjentowi komunikować swoje myśli, które ten może zrozumieć w publicznej wspólnie zdefiniowanej przestrzeni. Istnieje język o wspólnych dla terapeuty i pacjenta znaczeniach. Istnieje możliwość, że mogą oni taki język kreować. Jak z tego wynika, język i komunikacja jest zarówno pomostem, jak i jedyną dostępną wspólną przestrzenią pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem. To oznacza, że jeśli chodzi o możliwość zrozumienia i wpływu na pacjenta, wszystkim, czym dysponujemy jako terapeuci, jest język, a właściwie komunikowanie się na dostępnych nam poziomach werbalnym i niewerbalnym.

Perspektywa psychoanalityczna wspiera tę filozofię i dostarcza nam kolejnych założeń odnośnie do percepcji rzeczywistości, języka oraz wiedzy o pacjencie. Zakłada ona, że pacjent nieświadomie komunikuje się z terapeutą, a terapeuta odbiera te komunikaty zarówno w sposób świadomy, jak i nieświadomiony. W odkodowaniu tych komunikatów pomaga rozbudowana metapsychologia psychoanalityczna oraz superwizja. Jak ujął to Freud: „Terapeuta musi skierować swoją nieświadomość jak chłonny organ w stronę nieświadomości pacjenta i musi dostroić się do pacjenta tak jak słuchawka do mikrofonu”. Te założenia od początku powstania psychoanalizy służyły do wyjaśniania nam zjawiska powstawania naszej wiedzy o pacjencie. Terapeuta rozumie pacjenta, bo kontaktują się ich nieświadomości. Trzeba się tylko dobrze dostroić do pacjenta. Dostęp do nieświadomości mamy poprzez skojarzenia, fantazje, czynności pomyłkowe, sny oraz odczucia, których doświadczamy w kontakcie z pacjentem. W takiej sytuacji nieświadomość jest jak mityczny dżin, którego wypuszczamy, żeby się skontaktował z innym dżinem. Moja wiedza o pacjencie powstaje w wyniku posiadania takiego dżina. Nie mam możliwości weryfikacji jego informacji.

Dotychczas w dyskursie naukowym była to największa słabość psychoterapii opartych na psychoanalizie. Panowało przekonanie, że terapeuta buduje rozumienie pacjenta zgodnie z tym, co mu się wydaje, a wydaje mu się coś dlatego, że jego nieświadomość połączyła się z nieświadomością pacjenta. Takie założenia stanowią dla niektórych argument prowadzący do stanowiska, że nie trzeba być w kontakcie

na żywo z pacjentem, żeby tworzyć adekwatne interpretacje. Kontakt audiowizualny w tej perspektywie może być w zupełności wystarczający, ponieważ nieświadomość działa tak czy inaczej, więc terapia przez Skype'a będzie równorzędna z terapią na żywo. Skoro nie wiem, które z moich myśli o pacjencie są efektem działania połączonych nieświadomości, to muszę założyć, że wszystkie są zdeterminowane tym połączeniem. To oznacza, że wszystko, co myślę o pacjencie, ma znaczenie i że może być prawdziwe. Niepotrzebne jest ciało pacjenta ani terapeuty w tym samym pomieszczeniu, aby nieświadomość robiła swoje, jeśli słyszę pacjenta i widzę go na monitorze, to mam dostęp do wystarczającej o nim wiedzy.

Niektórzy analitycy twierdzą, że pomimo nieobecności w jednej przestrzeni ciał terapeuty i pacjenta podczas sesji przez telefon lub przez Skype'a sam ton głosu wystarcza, aby wywołać reakcję emocjonalno-cieleśną u terapeuty lub u pacjenta. Według nich nieświadoma komunikacja może odbywać się bez ciała, ponieważ słowa budzą uczucia i obrazy u słuchającego tak jak podczas kontaktu na żywo. Trudno się z tym nie zgodzić – w świetle koncepcji kontaktujących się „dżinów nieświadomości”.

Ja jednak nie zgadzam się z takim ujęciem nieświadomości, uważam to za pewnego rodzaju nadużycie lub wypaczenie koncepcji komunikacji nieświadomości. Ponieważ to prowadzi do możliwości interpretowania właściwie wszystkiego, co z człowiekiem jest związane. Na przykład wystarczy przecież, że obejrzę czyjś obraz, film lub rzeźbę i już mogę budować wiedzę o autorze lub o bohaterach tych dzieł, bo mam przecież skojarzenia, odczucia na ten temat i znam język publiczny.

Paradoksalnie odkrycia neurobiologów, dokonane w ciągu ostatnich 15 lat, wspierają powyższe założenia psychoanalityczne. Powstała na bazie neuronów lustrzanych koncepcja tworzenia teorii umysłów innych ludzi lub prościej mówiąc – neurobiologiczna koncepcja empatii rzuca nowe światło na źródła naszych fantazji, odczuć, wrażeń i intuicji, z których tak chętnie korzystamy w psychoterapii. Dzięki aktywności neuronów lustrzanych krótkie wrażenie, ułamek sekundy jakiegoś doświadczenia z obserwowanym wystarczy, abyśmy byli w stanie sobie wyobrazić, co się z tą osobą dzieje. Na podstawie przelotnego kontaktu zupełnie spontanicznie uważamy, że wiemy, czym kieruje się dana osoba, czego chce i do czego w danej chwili dąży. Jest to proces przedrefleksyjny, nieświadomy i automatyczny. Neurony lustrzane są tak zaprogramowane, że nie tylko podają nam informacje, co dana osoba może czuć teraz, ale również co będzie się z nią emocjonalnie działo dalej. Dzięki tym komórkom potrafimy tworzyć rozbudowane teorie na temat umysłów innych ludzi.

Można by sądzić, że tak naukowo osadzona koncepcja subiektywnych i nieświadomych teorii umysłu stanowi kolejny argument za zrównaniem terapii na żywo z terapią online. Jednak kiedy przyjrzymy się bliżej, jak powstają zdolności neuronów lustrzanych i na czym dokładnie polega ich praca, sytuacja zmienia się diametralnie.

Małe dzieci potrzebują żywych i obecnych opiekunów, którzy wchodzi z nimi w interakcje. Według Daniela Sterna w takiej interakcji dziecko koduje wiedzę do inter-

pretowania zachowania, gestów, mimiki, tonu głosu, rytmu głosu oraz uczy się znaczeń, które są tym wszystkim aktywnościom nadawane. Dziecięce neurony uczą się albo, opisując precyzyjnie, kodują informację tylko poprzez aktywną interakcję z opiekunem, doświadczaną na poziomie cielesnym, afektywnym i znaczeniowym. Relacja ta stanowi pierwszą intersubiektywną matrycę, do której dziecko jest zaproszone i w której doświadcza wiedzy na temat znaczeń różnych zachowań opiekuna.

Jakość oraz ilość cielesnych doświadczeń, których możemy doświadczyć w dzieciństwie, jest ogromna, ale policzalna. Ilość schematów poznawczych oraz modeli emocjonalnego funkcjonowania w neuronach lustrzanych jest również ogromna, ale zdeterminowana przez środowisko i kulturę, w której dziecko się wychowuje. Jesteśmy więc wyposażeni w ograniczoną liczbę modeli rozumienia innych ludzi. Można powiedzieć, że empatia w tym ujęciu jest to automatyczne, bardzo rozbudowane zgadywanie na podstawie własnych doświadczeń, co dzieje się z drugą osobą. Potocznie nazywamy to intuicją. Jeśli pozostajemy razem z osobą obserwowaną w tym samym języku publicznym, w tym samym systemie znaczeń kulturowych, wtedy zazwyczaj trafiamy w naszych zgadywankach i udaje się nam doświadczyć więzi. Bo celem tego procesu jest tworzenie i utrzymanie więzi.

Jak widać, z jednej strony perspektywa psychoanalityczna i neurobiologiczna – jak się wydaje – sprzyjają twierdzeniu, że tworzenie rozbudowanych teorii na temat umysłu pacjenta jest możliwe zarówno w kontakcie na żywo, jak i przez monitor. Jednak z drugiej strony, poznając naturę powstawania neuronów lustrzanych, trzeba zaznaczyć, że jest bardzo wątpliwe, aby modyfikacja osobistego doświadczenia pacjenta mogła być skuteczna, kiedy nie ma w pomieszczeniu biologicznego uczestnika relacji, czyli terapeuty. Jeśli nie da się wychować zdrowego dziecka przez telewizor (choć niektórzy próbują), to bardzo prawdopodobne, że niemożliwe jest wyleczenie pacjenta, który przez całą terapię siedzi sam w pokoju.

Kolejną kwestią, która budzi moje wątpliwości, to adekwatność i wiarygodność tworzonej wiedzy o pacjencie. Jak wcześniej zaznaczyłem, nasze teorie umysłu to swoista zgadywanka i – co ciekawe – dla naszego dobrego samopoczucia w kontakcie z drugą osobą nie jest tak istotne, czy mamy rację na jego temat, znaczenie ma tylko to, czy jesteśmy dobrze odzwierciedlani, czy mamy poczucie więzi.

Dla psychoterapeuty jednak jest istotne, czy ma rację, ponieważ w kontakcie z pacjentem jego celem jest poznanie i leczenie, czyli zmiana. W tym momencie ważne się staje, co wpływa na trafność moich subiektywnych koncepcji umysłu pacjenta. Jak wcześniej pokazałem, ilość moich interpretacji pacjenta ograniczona jest moim osobistym doświadczeniem. No bo cóż ja wiem o autorze obrazu, który oglądam? Z jednej strony mam skojarzenia, myśli i odczucia i mogę uważać, że wiem dużo. Bez problemu mogę zinterpretować jego lęki i pragnienia. Ale przecież nigdy nie miałem z nim żadnej interakcji. Cóż mogę powiedzieć o kimś, kogo widziałem kilka minut w windzie? Jeśli dobrze dostroiłem swoją nieświadomość, to mogę uważać, że wiem, kim jest. Będąc wyposażony w metapsychologię i podstawową wiedzę o naszej wspólnej kulturze, również zinterpretuję go bez problemu. Co mogę powiedzieć

o pacjencie, którego tylko słyszę, a nie widzę, odczuwam kontakt z nim jako całkiem intymny, słyszę przecież jego głos bardzo blisko, w swoim uchu i widzę dokładnie różne obrazy, wyobrażam sobie mnóstwo na jego temat. Mogę powiedzieć, że wiem o nim dużo i całkiem precyzyjnie opiszę jego nieświadomiony świat wewnętrzny. Co mogę powiedzieć o pacjencie, którego widzę na ekranie monitora, widzę, jak mówi, widzę mimikę twarzy? W porównaniu z poprzednimi przykładami mam ogromny dostęp do relacji.

Wspólnym mianownikiem w tych wszystkich przykładach jest moja łatwość w tworzeniu teorii na temat pacjenta. Mimo ogromnych różnic w poziomach komunikacji za każdym razem tworzę wiedzę o pacjencie. Uważam, że problemem jest jej adekwatność w kontekście komunikacji.

Trzeba w takim razie zapytać o rolę i charakterystykę komunikacji w psychoterapii, żeby zobaczyć, czym różni się komunikacja na żywo z pacjentem od tej online i jakie to ma znaczenie dla wiarygodności tworzonych przeze mnie teorii umysłu pacjenta.

Najlepiej komunikację z pacjentem w ujęciu psychodynamicznym opisuje Frederickson. Według niego pacjenci wymagają różnych form słuchania, różnych wrażliwości, musimy być elastyczni, nie możemy reagować na tylko jedną modalność i tylko jeden rodzaj sygnałów. Frederickson opisuje życie wewnętrzne pacjenta jako krajobraz i twierdzi, że terapeuta potrzebuje zdolności do odbierania i oglądania różnych części tego krajobrazu, jego różnych warstw i elementów, musi umieć zmieniać perspektywę, przybliżać się i oddalać, musi umieć rozglądać się dookoła, żeby zobaczyć jak najpełniejszy obraz życia wewnętrznego pacjenta. Słuchanie psychodynamiczne według niego to zainteresowanie tym, z czego pacjent zdaje sobie sprawę, oraz zainteresowanie tym, co jest dla niego nieświadome, nie zapominamy również o obronach charakteru albo ego, czyli o tym, że pacjent nie chce, żebyśmy o czymś się dowiedzieli, bo często sam nie chce się o tym czymś dowiedzieć. Obrony charakteru albo obrony ego będą odzwierciedlały się w komunikacji.

W związku z tym interesują nas te aspekty myśli, uczuć lub stanów umysłu, które są poza zasięgiem świadomości. Interesuje nas interakcja, która zachodzi pomiędzy świadomością pacjenta a jego nieświadomymi determinantami czucia i zachowania. Wiemy, że ta interakcja odbywa się w czasie rzeczywistym. Wiemy, że pacjent jednocześnie komunikuje nam kilka informacji na kilku różnych poziomach werbalnych i niewerbalnych. Świadomie staramy się nadać sens komunikatom płynącym od pacjenta. Interesuje nas przede wszystkim proces komunikacji i jej wielowymiarowość.

Ponieważ to dopiero w procesie komunikacji staje się widoczna interakcja pomiędzy świadomością a nieświadomością pacjenta, bardzo ważne jest to, jak pacjent się z nami komunikuje, czyli co się z nim dzieje podczas rozmowy na sesji. Ta „jakość” zauważana i doświadczana przez nas na wielu poziomach jednocześnie determinuje nadawanie temu przez nas znaczenia. Czyli nasza percepcja procesu komunikacji, zarówno nieświadoma, jak i ta świadoma, jest bazowa dla zrozumienia życia wewnętrznego

nego pacjenta. Każde wypowiedziane przez niego zdanie postrzegamy jako żywe, żyjące poruszenie znaczeń, które zostały wypowiedziane, i znaczeń, które zostały przemilczane w tym samym czasie. Jeśli jesteśmy w stanie dostrzec interakcję między tym, co zostało powiedziane, a tym, co zostało przemilczane, możemy odkryć sens tego, co komunikuje pacjent. Interesujemy się zamiarem i kierunkiem, w jakim każde zdanie pacjenta zmierza, dokładnie rzecz ujmując: każdy akt komunikacji pacjenta ma jakąś funkcję, a nas interesuje, aby odkryć jej znaczenie.

Psychodynamiczne słuchanie według Fredericksona koncentruje się na ruchu od jednego doświadczanego stan afektywnego do następnego. Rozmowa z pacjentem to nieustanny ruch sił psychicznych, ruch znaczeń tego, co jest komunikowane. Ruch ten odbywa się nieustannie w zasięgu pacjenta i terapeuty oraz pomiędzy nimi. Usłyszeć pacjenta w terapii psychodynamicznej to, innymi słowy, poznać jego zamiary, zobaczyć, dokąd zmierza albo przed czym ucieka. Pacjent rozmawiając z nami, nieustannie pozostaje w ruchu emocjonalnym, który my chcemy rozumieć. To, co nam komunikuje, czyli myśli, uczucia i stany umysłu, posiadają swoje jakości dynamiczne, nas interesują mechanizmy powstawania tych jakości, innymi słowy interesuje nas, skąd się wzięły takie, a nie inne stany i dokąd one prowadzą. Nieuświadomione motywy, konflikty wewnętrzne albo deficyty odgrywają się w dialogu.

Możemy je zrozumieć, kiedy są w ruchu, a do tego potrzebujemy dostępu do pełnego spektrum możliwości komunikacji pacjenta. Potrzebujemy zobaczyć i doświadczyć pacjenta w ruchu od jednego stanu do drugiego, zobaczyć interakcję pomiędzy świadomością i nieświadomością odegraną w ruchu i w miarę kontrolowanych warunkach. Interesuje nas komunikacja werbalna i niewerbalna. Z perspektywy komunikacji jako ruchu stanów emocjonalnych można wyraźnie zobaczyć, że w tym samym czasie pacjent mówi nam kilka rzeczy często ze sobą sprzecznych lub dla niego niedostępnych.

Jako terapeuci uważnie obserwując pacjenta, jesteśmy nastawieni na różne modalności. Wszystkie dostępne pozawerbalne sygnały, powiązane z żywą ekspresją przeniesienia oraz treścią wypowiedzianych słów i deklarowanych uczuć tworzą pełny krajobraz życia wewnętrznego pacjenta. Nie ulega wątpliwości, że dostęp do tych informacji w kontakcie online jest poważnie ograniczony. Ruch i żywość interakcji pomiędzy terapeutą a pacjentem są zredukowane, a poziomy komunikacji spłaszczony. Opóźnienie, jakie występuje w przekazie obrazu i głosu, zabiera możliwość odbioru i reakcji na szybkie i subtelne sygnały. Kto próbował żartować przez Skype'a, wie, że często trzeba dowcip powtarzać, a żarty sytuacyjne najczęściej nie wychodzą. Głos i obraz bywają zniekształcone, a zakłócenia połączenia, na które nie mamy wpływu, przerywają interakcję, uniemożliwiając doświadczanie dynamizmów emocjonalnych i budowanie teorii na ich temat. Obserwacja mikroekspresji pacjenta jest poważnie utrudniona, jeśli nie niemożliwa. W gabinecie nie ma ciała pacjenta, a pacjent nie wchodzi w interakcję z terapeutą, percepując jego ciało. Cała komunikacja z tego poziomu jest niedostępna.

Zwolennicy terapii na odległość twierdzą, że jeśli jedna droga komunikacji jest zablokowana, to inne ją zastępują ze względu na transmodalność przekazu. Nie mogę się z tym zgodzić. Przyjmuję, że świadome i nieświadome życie psychiczne pacjenta realizuje się w interakcji z terapeutą, w dialogu z nim. Dialog ten jest nieustannym ruchem stanów psychicznych, a obrony charakteru lub ego oraz wczesnodziecięce doświadczenia zakodowane w mózgu ujawniają się między innymi poza werbalną komunikacją i pozostają często z nią sprzeczne. Zablokowanie niektórych kanałów komunikacji poważnie upośledza, a czasami uniemożliwia adekwatne zrozumienie pacjenta.

W terapii online niedostępny jest zapach, nigdy się nie dowiem po zapachu, kiedy pacjent przeżywa silny lęk, nie będę wiedział, kiedy i czy pacjentka histrioniczna przestała się intensywnie perfumować albo kiedy do tego wróciła. Nie zorientuję się, że pacjent przestał dbać o higienę albo że właśnie zaczął z powrotem o nią dbać.

Nie mając dobrej możliwości obserwacji ciała pacjenta, widząc go tylko na monitorze, nie mam dostępu do odkrywania różnych sprzeczności, które występują pomiędzy tym, co mówi, a tym, jak się zachowuje.

Wśród zwolenników terapii na odległość, na przykład przez telefon, istnieje pogląd, że kontakt telefoniczny przy użyciu zestawu słuchawkowego, który sprawia, że głos analityka płynie wprost do ucha pacjenta, sprzyja poczuciu więzi. Jednak redukcja obecności pacjenta do jego głosu i brak obecności ciała pacjenta w dialogu odbiera terapeutę niezmierną ilość informacji. Każdy element etykiety gabinetowej jest związany z obecnością ciała pacjenta i komunikacji. Wymieniając tylko kilka najbardziej oczywistych elementów etykiety, można zobaczyć, ile byśmy stracili. Na przykład niektórzy pacjenci aktywnie doświadczają tego, ile czasu od dzwonka zajmie terapeutę otwarcie drzwi domofonem, również sposób, w jaki podają pieniądze, ma znaczenie, podlega interpretacji i jest ważną modalnością w komunikacji to, jak się zachowują w poczekalni, czy są w stanie zostać w niej kilka minut. Można by tak wymieniać bardzo długo, zmierzam do tego, że komunikacja, a zatem dialog terapeutyczny, osadzona jest w ciele pacjenta i terapeuty, redukcja w percepcji tego elementu w kontakcie online jest nie do zastąpienia innymi kanałami.

Podsumowując, stwierdzam, że kontakt online niesie ze sobą ogromną ilość ograniczeń zarówno w komunikacji, jak i w możliwościach wpływu i zmiany u pacjenta. W moim przekonaniu ograniczenia te dyskwalifikują tę formę kontaktu jako alternatywę dla psychoterapii na żywo.

Pracując zgodnie z założeniami, które przedstawiłem, jako terapeuci psychodynamiczni nie możemy proponować terapii online jako kolejnego narzędzia do leczenia. Uważam również, że w pracy superwizyjnej kontakt online poważnie ogranicza relacje z superwizantem i oferta superwizji prowadzonej w ten sposób nie może zastąpić tej w kontakcie na żywo.

Zakładam, że mogą występować takie okoliczności, w których terapeuci i superwizorzy wykonują swoją pracę z użyciem komunikatorów internetowych, jednak

chcę mocno podkreślić, że kontaktu na żywo i kontaktu online nie można traktować jako równorzędnych i że może się to odbywać z innych powodów.

Tak jak zaznaczyłem na początku, w tym momencie można byłoby przejść do omawiania tych właśnie innych powodów, ale w moim przekonaniu każda osobna relacja, czy to terapeutyczna, czy superwizyjna, wymaga odrębnej analizy i nie jest to temat tego artykułu.

Literatura

- Frederickson, J. (1998). *Psychodynamic psychotherapy: Learning to listen from multiple perspectives*. New York: Guilford.
- Drozdowski P. (2000–2004), wykłady niepublikowane.
- Searl J.R. (2010). *Umysł* krótkie wprowadzenie. Poznań: Rebis.
- Savege Sharff J. (2015). Zagadnienia kliniczne w analizie prowadzonej przez telefon i internet. *Przeгляд Psychoanalityczny*, 1, 78–88

Andrzej Trzęsicki
certyfikowany psychoterapeuta PTPPd i PTP
certyfikowany superwizor PTPPd
Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne
Krakowskie Centrum Psychodynamiczne
www.dcp.wroc.pl
a.trzesicki@gmail.com