

*Z doświadczeń superwizyjnych i terapeutycznych wynika, iż epidemia, zmuszając nas do pracy online, skonfrontowała nas z wieloma przekonaniami, dotyczącymi prowadzenia terapii oraz kształcenia w zawodzie*

Ireneusz Kaczmarczyk

# „MIĘDZY TOBĄ A MNĄ ONLINE, TO JEST TEŻ MIĘDZY NAMI”

To artykuł o tych przekonaniach, ich skutkach i o tym, że się uczymy dziś pracować i pomagać w procesie doświadczania, własnego i pacjenta. I o tym co jest nam potrzebne, aby zaktualizować swoje kompetencje. Wymusiła to obawa, potwierdzona przykładami, że pacjenci wypadają lub mogą wypaść z terapii oraz o to, jaki jest nasz własny w tym udział.

Kiedy kończyłem już pisać ten tekst, pojawiła mi się ostatnia teza, że takie artykuły (kilka z nich w tym numerze pisma zawiera podobne treści i wnioski) są dziś zapewne bardzo potrzebne. Ale i tak ostatecznie, to co najważniejsze, dzieje się w „superwizyjnym rozpakowaniu” wielu problemów, które wynikają właśnie z doświadczania tej sytuacji i naszego sposobu prowadzenia terapii. Oczywiście, praca online jest wyzwaniem, ale praca online w trakcie pandemii czyni je wyjątkowym

## KRYZYS

Co się składa na to wyzwanie? Dla pacjenta terapeuta najczęściej jest bezpiecznym i dostępnym obiektem, ale nie teraz. Obecnie ryzyko zachorowania jest wyższe, może umrzeć, kontakt z nim może się zerwać nagle. Terapeuta również może doświadczać straty bliskich osób i paralizującego lęku o życie, o byt.

Gabinet jest zwykle miejscem, do którego się wchodzi i wychodzi (pacjent ma chwilę, żeby ze sobą pobyć), ale nie teraz. Gabinetem bywa mieszkanie, samochód, czasem klatka schodowa. Nasza sytuacja „teraz” jest tak samo nieprzewidywalna dla obu stron.

Jednak to wspólne doświadczanie globalnego kryzysu może być również terapeutycznym zapleczem. Zagrożenie stało się punktem odniesienia do „samego siebie”, które wyostreza i konfrontuje z wieloma problemami. Wiele z nich często pojawia się jednocześnie. To kryzys, który przeciąża nasze „kruche” miejsca i wymaga, abyśmy sami umieli się w nim

odnaleźć, od strony emocjonalnej, egzystencjalnej, kompetencyjnej, technicznej. Oczywiście nie jest to jakiś imperatyw, lecz kierunek, perspektywa doświadczania, w której każdy pojawiający się problem otwiera jakiś proces. Kilka ostatnich tygodni pokazują, że może być bardzo dynamiczny. Dla pacjenta i terapeuty, jeśli decyduje się mu w tym towarzyszyć.

## DYLEMATY TERAPEUTY, DYLEMATY PACJENTA

W pierwszych reakcjach na informację o pracy online pojawiał się często odruch zatrzymania. Myśl, że w tych warunkach „nie da się” prowadzić terapii.

Kiedy to pierwsze wrażenie spowodowane paniką minęło, pojawiły się pytania: Co będzie dalej? Jak pracować? Co z moją pracą i ze mną? Co z pacjentami? Jak zapewnić im pomoc, jak reagować, aby nie wypadali z terapii? Jak pomóc sobie? Na co mam wpływ, a na co zupełnie nie? Jak to sprawdzać?

Zebrałem te problemy i dylematy z dotychczasowych superwizji. Dość szybko się okazało, że są to również dylematy, które rozstrzygają w sobie pacjenci. Od tego, jaki jest finał tych poszukiwań, wiele zależy.

**Terapeuta** (w swojej głowie): *A może niedługo wrócimy do normy... poczekamy...*

**Pacjent** (w swojej głowie): *Jakoś to będzie, trzeba teraz poczekać, może się zmieni... jakoś dam radę... są teraz ważniejsze sprawy niż terapia...*

**T:** *Ale czy ja potrafię poradzić sobie technicznie z taką pracą? Skąd mam wiedzieć, czym się posługiwać? Kto mi w tym pomoże?*

**P:** *To mi nie odpowiada, nawet nie chcę sprawdzać, w życiu tego nie opamiętam. Nigdy nie rozmawiałem tak z nikim, nie lubię siebie widzieć na ekranie. Skąd ja wezmę komputer, internet? I gdzie będę siedział?*

**T:** *To niepełnowartościowa terapia, to nie może się udać...*

**P:** *Co ja mam mówić przed tym ekranem... no co?*

**T:** *Jak ja mam brać za to pieniądze (w przypadku płatnych terapii) lub – jak za to płacić, jak rekomendować taką pracę (w przypadku płatnika), skoro jest „gorsza”, może powinienem obniżać stawki...*

**P:** *No tak, może nie mają co robić, to teraz będą cisnąć, żeby wycisnąć... też się boją...*

**T:** *Mam przymuszać do takiej pracy? Jak ja mam przymuszać, jak sam nie znośnię być postawiony pod murem...?*

**P:** *Czego on ode mnie właściwie teraz chce? Napiera na mnie...*

**T:** *Jak ja mam pomóc, kiedy sam się boję? O co chodzi teraz w takiej terapii...*

**P:** *Nikt mi teraz nie pomoże, bo co on może, jak mi się wali życie... Sam też w tym jest. Po co mamy się spotykać? Porozmawiać? O czym i po co?*

**T:** *To nie jest bezpieczne, ktoś może podслуchiwać lub nagrywać... co w domu? co ja zrobię, jak ktoś wejdzie? Nie, to niemożliwe...*

**P:** *To nie jest normalne, wszystko można nagrać. Są programy do podsłuchu, ktoś się włamie... w domu ktoś podслуtuje... będą się śmiać, nie, to nie ma sensu...*

**T:** *Jak tak, to niech sam podejmie decyzję, napiszę do niego...*

**P:** *Ja odpadam... to za trudne i jeszcze w tej sytuacji, to już za dużo dla mnie...*

W takich mniej więcej monologach rozdziły się decyzje. Często informacja wysyłana była „smsem” pod hasłem *Mam teraz taką dla pani/pana propozycję...* W domyśle lub wprost, to informacja, że jesteśmy w sytuacji przejściowej, wyjątkowej... i do czasu... to może przez internet, to proszę się zastanowić.

Oddawanie odpowiedzialności przeciąża i tak nadwyrężone kryzysem siły. Te pierwsze reakcje terapeutów, podobne pacjentów, które nie podlegały rozpoznaniu, często odsuwały od pracy online, przerywały procesy.

Jeden z pacjentów w trakcie indywidualnej sesji stwierdził, że i owszem otrzymał „propozycję” pracy grupowej online, ale z niej nie skorzysta. I przeszedł do innych spraw. Zatrzymanie się na tej sytuacji i na formie tej propozycji odkryło w nim wiele złości, lęku i smutku. „Nie chcę dziś o niczym decydować, chcę żeby mi ktoś powiedział, co mam robić, żeby się ktoś mną zajął, poprowadził, i chcę się spotkać z innymi, którzy mnie zrozumieją. Nie mam żadnej mapy, a oni mi każą decydować i wybierać, kiedy ja nie wiem, o co chodzi i się boję, że jak stracę

z nimi kontakt, to zacznę ćpać”. (Ostatecznie skorzystał z oferty).

Oczekiwanie na „normalność” jest bardzo męczące, a jeszcze zapewne potrwa. Z czasem prowokuje kolejne kryzysy, otwiera stare traumy, bo sytuacja staje się „nie do wytrzymania”. Tak jak kiedyś. „Czekanie” wiąże się często z odtworzeniem pierwotnych reakcji, dysocjacji, paralizującego lęku i depresji przy przedłużającym się napięciu i braku wsparcia. Adaptacja znaczy „trzeba przetrwać”. W wielu domach dziś ten proces ma miejsce. Ale do czasu, bo coraz mniej

naturalnych możliwości regulacji emocji i zadań, które stanowią treść życia, a coraz więcej lęku zamiast nich.

W tych okolicznościach rejestrujemy więcej przemocy, wzrasta sprzedaż alkoholu, leków, pornografii... Czekanie na normalność utrwała te schematy. Peter Levin mówi, że trauma to nie zewnętrzne wydarzenie, ale to, co pozostaje w człowieku po tych wydarzeniach, jeśli zabrakło empatycznego świadka. Dziś mamy do czynienia z nakładającymi się na siebie traumatycznymi zdarzeniami. Od terapeutów zależy, jak wielu pacjentów





będzie miało taką możliwość i będzie mogło ich skutki niwelować, a być może w tych szczególnych warunkach je leczyć.

Stąd ważna jest ta osobista decyzja terapeuty, bezpośredni kontakt z pacjentem, rozmowa o tym, co nas czeka. Przejście z „tam i wtedy” do „tu i teraz”. Taki wybór wiąże się z własną „terapeutyczną aktualizacją” w trzech przynajmniej obszarach. To jedynie symboliczna próba uporządkowania pewnego procesu na podstawie własnych doświadczeń, a nie jakiś aksjomat.

## PO PIERWSZE: INFORMACJA

Pod tym sformułowaniem kryje się wiele kwestii. Od decyzji, jak rozmawiać o tym, co dalej z procesem terapii, do sposobu kształtowania terapeutycznej relacji. Zdania: „Do czasu, kiedy minie... Dopóki nie wrócimy do normalności” odsuwają od doświadczenia tej sytuacji takiej, jaką ona jest naprawdę. Wraz z emocjami, które jej towarzyszą, a tym samym potrzebami, które odsłania. Pojawiają się więc podstawowe pytania: Co jest teraz celem terapii? Na ile ten kryzys zbliża nas do odpowiedzi na to właśnie pytanie? Czy będziemy objaśniać i uczyć „radzenia sobie” ze złością czy lękiem, czy pomagać, kiedy złość i lęk „tu i teraz” obejmuje najważniejsze relacje i obszary życia?

Terapia nie wydaje się być w tych warunkach pomaganiem w „zdrowieniu” i pracą nad objawem, psychoedukacją, lecz terapeutycznym oddziaływaniem bądź tworzeniem warunków do terapii tego, co leży u podstaw danego objawu, często samotności i nieusymbolizowanego posttraumatycznego bólu.

Pierwsze „zawieszenie” możliwości pracy grupowej online właśnie ukazuje nam znaczenie takiej terapii, pokazuje jej potrzebę, potencjał i to, jak ważne jest rozumienie procesów grupowych, znaczenia relacji, bezpieczeństwa, budowanie wzajemnego wsparcia. Stanęliśmy więc dziś bliżej korekcyjnych doświadczeń w psychoterapii niż pracy z objawem, bowiem wszystko, co się teraz dzieje, uruchamia emocje, a emocje uruchamiają schematy reagowania i konkretne zachowania. Trudno jest więc powiedzieć pacjentowi „teraz nie będziemy się tym zajmować”, czy na „trudne emocje przyjdzie czas później”. Pojawiają się pytania, na które terapeuta ma więc sobie odpowiedzieć: Jak będę pracował? Na co pacjent może liczyć, jaką otrzyma pomoc i w czym? Na co się umówię? Co będzie inaczej niż do tej pory, co

się zmieni w przebiegu sesji? Co się zmieni „między nami?”. W ten sposób terapeuta „otwiera drzwi” do relacji. Jeśli znajdzie w sobie odpowiedzi, w pełniejszy sposób będzie mógł wyrażać siebie w kontakcie z pacjentem.

### Wskazówki do kontaktu:

- kontakt bezpośredni, telefoniczny.
- szczegółowe omówienie – z opisem emocjonalnych reakcji – przewidywanych problemów (techniczne, finansowe, warunki łączenia, dyskrecja i intymność, RODO; omówienie ograniczeń, np. brak pomieszczenia, bycie w mieszkaniu, w samochodzie etc.)
- kontrakt na autentyczność, wskazanie obszarów własnego zaangażowania i terapeutycznej obecności; omawianie warunków bezpieczeństwa kontraktu; ramy, przewidywalność, sojusz, omówienie strategii w przypadku własnej choroby terapeuty i pacjenta.
- uwzględnienie sytuacji, która jest dynamiczna – np. „jedna sesja, jeden problem, jeden proces”.
- omawianie na koniec sesji jej przebiegu. Jak było, jak jest „tu i teraz” ze szczególnym uwzględnieniem emocji, tego, jak to jest „między nami”, danie dla tego doświadczenia więcej czasu niż zwykle.

Urealnienie trudności takiej pracy w rozmowie bezpośredniej, uznanie wysiłku i obaw pacjenta obniża pierwsze lękowe reakcje. Jednocześnie oparciem staje się dla pacjenta deklaracja naszego zaangażowania w taki proces, pomaganie w opanowaniu również kwestii technicznych oraz wiara, że taka praca ma również sens i niesie w sobie potencjał zmiany. Zapewnienie, że można razem szukać czegoś, na czym można się dziś oprzeć, jest już początkiem tej zmiany. Informacja o swojej dostępności i wyjaśnienie, dlaczego się angażuję właśnie w ten kontakt z tym pacjentem, tworzy pomost do spotkania. Zbliża do pacjenta. Terapeuta staje się w ten sposób bardziej aktywny, być może czasem dyrektywny, przy sprawdzaniu, jak to pacjent rozumie, choć bardziej bym jednak powiedział, że chodzi o intensywność tworzenia ram dla procesu. Zasada jawności i otwartości chroni i kształtuje relacje. Działa w obie strony. Odnalezienie „siebie” na wspólnej płaszczyźnie znaczeń, rozumienia swojej sytuacji, jest już takim korekcyjnym dla pacjenta doświadczeniem. A ta sytuacja w paradoksalny sposób temu sprzyja. Ustaliła nam dziś bowiem „równą” pozycję. Rozmawianie o tym, jak to jest, jeszcze ją pogłębia. Buduje zaufanie niezbędne w kontakcie z nami, między tym, co znane pacjentowi („wycofać się”, „wytrzymać”) i tym, co nieznanne, dotąd niedoświadczone. Bycie z innym/i

w realnym kryzysie i przyjęcie pomocy, docieranie do tego wyboru przez pacjenta wymaga zaangażowania terapeuty i jego obecności. Potrzebuje poszerzenia kontraktu, również z powodu tego dynamicznego tworzenia relacji. Terapeuta rozstrzygając swoje dylematy, staje się więc gotowy, aby wychodzić naprzeciw dylematom pacjenta. Ma przygotowane odpowiedzi na swoje i jego pytania.

Szczególnego charakteru nabiera więc dziś superwizja; jak to jest tak pracować, co we mnie wywołuje taki kontakt, jakie myśli, jakie reakcje, jakie uczucia? Brak jasnej w sobie odpowiedzi na te wątpliwości, to brak pewności siebie. Obejmuje to również kwestie techniczne.

## MÓJ KOMUNIKATOR – MÓJ GABINET

Internet został ostatnio zasypany pytaniami o to, co najlepiej służy pracy online. Ważniejsze się wydaje jednak samo podejście do tego zagadnienia. Wybór programu to tak jak wyposażenie gabinetu; liczy się jego jakość, bezpieczeństwo, ograniczenia i możliwości. Przygotowanie się od strony technicznej jest podstawą, przejście samemu całego procesu jego opanowania, a najlepiej kilku (łącznie z ze sposobami pracy tylko przez komórkę, bo wiele osób pracuje na słuchawkach) daje terapeucie poczucie bezpieczeństwa.

### Problemy (najczęściej):

- nasilenie/ujawnienie lęku o swoje życie i zdrowie.
- doświadczanie straty finansowej, utraty bezpieczeństwa swojego i bliskich.
- straty ważnych osób i żałoby.
- napięcie; powrót do używania, nadużywania, obsesyjne słuchanie „informacji” (tv, internet).
- napięcie wynikające z problemów w relacjach, niezatawnych spraw dynamizujących się aktualnie w domu lub w pracy (konflikty).
- agresja, złość, szukanie winnego.
- powrót symptomów (OCD, od lęku do depresji, dysocjacje, stany psychotyczne, nadwrażliwość na bodźce etc.).
- podejmowanie irracjonalnych decyzji, „acting out”.
- doświadczenia presji przełożonych lub/i członków rodziny.
- trudne wybory i decyzje życiowe.
- pytania egzystencjalne po co mi to wszystko, jaki jest tego sens...
- „powierzenie” się sile wyższej, religii, bez doświadczania emocji (Bóg mnie ochroni, to z nim o tym rozmawiam).
- obszar polityki, ograniczenia systemowe, wcześniejsze doświadczenia (stan wojenny, izolacja, więzienie etc.).
- katastroficzne wizje przyszłości lub spiskowe teorie pojawienia się wirusa jako próby unikania doświadczania „tu i teraz” (ci klienci mówią, że nie czują lęku, ale ujawnia się w takich fantazjach).

Podobnie jak wypracowanie sposobów postępowania, kiedy dzieje się w trakcie sesji coś nieprzewidzianego, zaskakującego; przygotowanie kilku wariantów reakcji na zerwanie połączenia, zapewnienie sobie bezpiecznych przerw między sesjami.

Tworzenie bezpiecznej przestrzeni terapeutycznej jest po naszej stronie. Tu się nic nie zmieniło. Ta kompetencja pozwala nam dziś jednak wspierać pacjenta. Tak jak inwestujemy w gabinety, tak możemy inwestować w programy, które dają poczucie komfortu dla wszystkich. Im więcej znajdziemy odpowiedzi na własne wątpliwości, im więcej zniwelujemy swoich luk, tym więcej mamy do zaproponowania pacjentowi. I tym bardziej zmienia się do takiej pracy jego nastawienie.

## PO DRUGIE: JĘZYK TERAPII

W „normalnych” warunkach podstawą terapeutycznego zaangażowania stanowią reakcje ciała, emocje, zmysły, przepływająca energia i słowa. A teraz trzeba się w sposób szczególny dostroić do pacjenta, posługując się bardziej niż dotąd jego językiem, wsłuchiwać się w znaczenia słów, które wypowiada, uwzględnić kulturę, wykształcenie, system rodzinny. Triada Rogersa w czasie pandemii nabiera szczególnego charakteru. Wiemy, że akceptacja i „przyjęcie pacjenta” przerywa jego cykl ochrony siebie i izolacji. Empatyczne rozumienie obejmuje dziś dodatkowo te wszystkie kwestie, które już tu poruszyliśmy, oznacza uznanie obaw i trudu takiej pracy. Akceptacja nieporadności, braku umiejętności zbliża. Autentyczność była zdaniem Rogersa najważniejszym elementem triady, a teraz nabiera jeszcze głębszego znaczenia. Otwartość terapeuty staje się „narzędziem” budowania relacji w sytuacji, w której to niewerbalny język zostaje zastąpiony językiem werbalnym. Wymaga nie tylko większej aktywności, ale również czasem głębszego niż dotąd odsłonięcia terapeuty. Nie można udawać, że kryzys nas nie dotyka.

Szczególne stają się więc kompetencje komunikowania; odzwierciedlania, parafrazowania, opisywania emocji, reakcji z ciała, sprawdzania, jak to jest po stronie pacjenta, kontraktowania się na ten charakter terapeutycznej aktywności. Tworzymy w ten sposób przestrzeń do wyrażenia emocji. Nie chodzi tylko o ich „rozumienie”, lecz przede wszystkim o regulację i doświadczenie ulgi w napięciu.

Wymaga to ogromnego zaangażowania emocjonalnego terapeuty, aby ten autentyczny pomost „między nami” umożliwiał nawiązywanie relacji przez pacjenta z „sobą samym”. Narzędziem jest odzwierciedlanie, reagowanie na słowa pacjenta, na słowa klucze, które niosą jakiś głębszy ładunek emocji i uczuć. Wsłuchiwanie się w akcent, mocniejszy ton, zmianę klimatu spotkania, ruch ciała, ciśnięcie, która się pojawia. Czasem wymaga to zatrzymania, aby wrócić do czegoś istotnego, co się „poczuło” i sprawdzania, czym TO u pacjenta jest. Przypomina okoliczności znanego ćwiczenia pod tytułem „ślepiec”, które zapewne większość z nas ma za sobą. Tak jak w ciemnym

### Możliwości terapeutyczne:

- przyjmowanie pacjenta, towarzyszenie.
- praca z objawem dynamizowanym sytuacją pandemii.
- pomoc w rozpoznawaniu reakcji z ciała, emocji, odkrywanie ich znaczenia i przetwarzanie bieżących doświadczeń.
- „czyszczenie przestrzeni”, szukanie bezpiecznego miejsca (nauka na sesji, czasem również po to, aby pacjent odpoczął od napięcia).
- uczenie regulacji emocji (medytacja, techniki behawioralne).
- przekierowanie od regulacji objawu (użytki, TV) do relacji z innymi, w tym do relacji terapeutycznej (np. kontakt sms w napadach paniki).
- obecność przy pytaniach egzystencjalnych, poszukiwanie sensu w działaniach, wartościach, w pracy, w dotychczasowych osiągnięciach.
- rytuały, czynności, np. pisanie dziennika.
- poradnictwo, doradztwo: wyposażenie w wiedzę, informację prawną, instytucjonalną, kontakt z psychiatrą, grupy wsparcia, AA etc.
- uczenie asertywności i komunikacji.

poкою wyostrzają się zmysły, tak przed ekranem również mobilizuje się całe ciało. Koncentracja na emocjach, również swoich, sprawdzanie, co się pojawia w ciele, informowanie o swoich odczuciach częściej niż zwykle (kiedy pan to mówi, to we mnie się pojawia...) jest wyczerpujące. Z pewnością werbalizacja własnych reakcji, których teraz nie widać, powoduje, że pacjent zyskuje na ich świadomości i staje się bliższy przetwarzaniu swoich bieżących doświadczeń. Pomagają tu również metafory, rozpoznanie swojej sytuacji z metapoziomu pozwala na jej „przeżycie” bez paraliżującego lęku. Terapeuta działa również jak „echo”, wszystko po to, aby pacjent usłyszał „samego siebie” i poczuł, co się w nim dzieje. Częściej niż zwykle odzwierciedla proces, w którym pacjent jest „tu i teraz”, co mówi, jak i o czym mówi, co go rozprasza, dotyczy to

głównie tych osób, które próbują unikać kontaktu z emocjami związanymi z pandemią. Wszystko po to, aby ten kontakt umożliwić i przeżyć go w warunkach bezpiecznego, terapeutycznego kontaktu.

„Między nami” obejmuje również i nasze reakcje na kryzys. Pacjenci są ciekawi, jak terapeuta przeżywa swoją sytuację, jak sobie radzi z lękiem, czy o siebie dba. Ta egzystencjalna sytuacja przybliży, ukazując to, co istotne – więzi. Tworzą się w ten sposób warunki do tego, aby praca w tym kryzysie stała się doświadczeniem korekcyjnym, umożliwiającym choćby drobną zmianę.

Symbolizowanie doświadczeń poszerza pacjentowi obszar danych na swój temat, dynamizuje w ten sposób proces terapii, zbliża do rzeczywistej relacji o dużym potencjale zmiany, przy zachowaniu jej terapeutycznego charakteru. Czasem w „normalnej” sytuacji trwa to bardzo długo, bywa też trudnym procesem. Przez to jednak, że spotykamy się w podobnej sytuacji, może stać się jego bardzo znaczącą treścią. Mówimy bowiem bardziej wprost o sobie, do siebie. Tym samym jesteśmy obecni w kontakcie, co staje się uwalniającym i leczącym doświadczeniem.

Często słyszałem pytanie ze strony pacjentów, czy mnie czegoś nie potrzeba i czy jestem zdrowy. Omawiam te kwestie łącznie z ostatecznymi, na wypadek gdyby nasz kontakt stał się niemożliwy. Poszukiwanie języka, słów, opisu poszerza obszar doświadczeń pacjenta. Te nowo odkryte słowa przybliżają do kolejnych. Wypełnia się dotychczasowa „pustka” czy bezradność. Jedna z osób porównała ten proces do „zrobienia” maleńkiego oczka w materiale, które ciągnąc się już dalej, otwiera i poszerza zamkniętą dotąd przestrzeń.

## PO TRZECIE: WIERZĘ W TO, CO ROBIĘ

Rozwiązywanie swoich problemów na bieżąco, w bardziej intensywnej superwizji, to jedno. Pogłębianie i poszerzanie kompetencji, które buduje przekonanie terapeuty, że „wie, co robi”, to drugie. Jeśli dołożyć do tego własny terapeutyczny proces, mamy do czynienia z intensywnym rozwojem. To daje oparcie w sobie terapeutę i poczucie bezpieczeństwa pacjentowi. W przeszłości trzeba było podobne sytuacje „wytrzymać”, liczyć tylko na siebie, unikać, uciekać, nie czuć. Dziś nie musi się to tak kończyć. Rozumiemy ten proces.

Jeden z pacjentów powiedział: „Wycho- wałem się z głuchymi rodzicami, dla mnie milczenie jest „normalne”, łatwo mi się odsunąć od takiej terapii, ale mogę słu- chać i żeby ktoś do mnie mówił...”, a także „Kiedy Pan to tak wszystko nazywa, to się uspokajam, nie wiedziałem, że tak jest, ale tak to właśnie czuję”. Musimy się więc uczyć słuchania i mówienia, konfrontując się również ze swoją historią.

## TREŚĆ SESJI

Ważnym staje się odpowiadanie na potrzeby pacjenta (emocje), rozpoznawa- nie jego sytuacji (słowa kluczowe), aktualny problem (obdarzanie uwagą), jego moż- liwości radzenia sobie (pytania, które za- daje). Reagowanie więc na to, co się po- jawia „tu i teraz”, często sprowadza jedną sesję do „jednego procesu terapeutycz- nego”. Nieprzewidywalność (przyszłości) oznacza, że jedna sesja „tu i teraz” może być spotkaniem, w której pacjent już uzy- skuje inną perspektywę, inaczej rozumie swoje doświadczenie, swoją sytuację. Se- sją, która przez to wiele zmienia, a dzięki temu zbliża w zaufaniu do następnej.

### Zadania terapeuty:

- dbanie o siebie (i żeby nie wymagać od siebie zbyt wiele), stała superwizja.
- obecność terapeutyczna, zaangażowanie.
- rozpoznawanie „języka pacjenta”.
- autentyczność w relacji – triada Rogersa.
- bycie „przy” pacjentowi i dawanie temu wyrazu, większa aktywność „tu i teraz” (minikontrakt na częstsze sprawdzenie „jak jest teraz”).
- odzwierciedlanie, parafrazy.
- kojenie w rozregulowaniu, pomieszczenie lęku, roz- paczy.
- dawanie nadziei bez pocieszania i dawania rad.
- odwołanie do „tu i teraz”, „do dobrych doświadczeń” – przytzymywanie przy emocjach, które wynikają z ko- rekcyjnego doświadczenia; ulgi, poczucia zrozumienia, bezpieczeństwa, wdzięczności etc.
- psychoedukacja, zestaw technik radzenia sobie z na- głymi sytuacjami lub emocjami.
- szczególną ostrożnością kierujemy się w pracy nad traumatycznymi doświadczeniami.

Pracuję z pacjentami, którzy są w kwar- rantannie, którzy już stracili swoich bli- skich, których bliscy zachorowali na cho- roby współistniejące i ich pójście do szpi- tała jest ryzykiem. To „tu i teraz” staje się przestrzenią wsparcia, pomocy lub/i terapii. Efekt daje pacjentowi oparcie pomiędzy sesjami. Czas pandemii „mie- rzony z sesji na sesję” i nasz kontakt na- bierają tu szczególnego egzystencjalnego charakteru. W takiej „naszej” sytuacji pa- cjenci szybciej ujawniają niektóre swoje

problemy, pragną rozwiązywać niezala- twione sprawy, nawiązywać pozrywane relacje z bliskimi. Bliskość wyostza urazy, pojawia się więcej historii, które potrze- bują słuchacza. Nabierając zaufania, czu- jąc oparcie w relacji, mówią o Bogu i po- lityce – tematach zawsze trudnych w tera- pii, a teraz emocjonalnie nasyconych.

W takich okolicznościach możliwa staje się również praca doświadczeniowa, focusingowa, z zastosowaniem technik EFT, która umożliwia porządkowanie wielu problemów. Pacjenci intuicyjnie często przyjmują ten rodzaj wsparcia, ufając, że to ma pomóc, a nie że to jedy- nie jakiś eksperyment.

Postawa kogoś, kto wierzy w sens takiej pracy, powoduje, że po stronie pacjenta, który widzi nasze staranie, następuje rów- nież mobilizacja i emocjonalny wysiłek.

Jeden z uzależnionych pacjentów po- wiedział, że dla jego bliskich zachowania w kwarantannie nie są jego normą, że jest w innym miejscu, ma inne potrzeby i po- trzebuję zrozumienia, czuje się bardziej zagubiony i samotny. Dowiaduje się w tym zamknięciu więcej o sobie, potrzebuje też w tym intensywnej pomocy: „Znalazłem się nagle w czasie, w którym oglądałem film o tym, dlaczego zacząłem brać nar- kotyki i zanim zacząłem je brać. Jak ja mam z nimi (rodzicami) o tym teraz roz- mawiać? To nie jest deja vu, to się dzieje naprawdę”. Dostrzegam, że to odkrywanie, ujawnianie siebie, następuje o wiele szyb- ciej, pacjenci milczący nagle więcej mó- wią, również o swoich uczuciach. Pacjenci, którzy wypadli kiedyś z terapii, wracają. Ale i przychodzą nowi.

Jeden z nich, który trafił na konsultację online (narkotyki, benzodiazepiny), po wielu podejściach zdecydował się na tera- pię w tej właśnie chwili. Poczul się po- trzebny swoim bliskim. Odwołał się przy tym do relacji, więzi sprzed swojej inicjacji narkotykowej. W doświadczeniach kry- zysowych potencjałem zmiany jest to, co pierwotne w emocjach i więziach właśnie.

## PROBLEMY EGZYSTENCJALNE

Problemy, które się ujawniają wprost, od- wołują się do pytań egzystencjalnych: sensu, celu życia, zrozumienia swojej prze- szłości, aktualnych wyborów, winy, zagu- bienia, pustki, przynięcenia odpowie- dzialnością, życiowych pomyłek, pytania „kim jestem?”, co dalej, przemijania, obaw przed przyszłością, braku czasu i strat, zmiany życiowych ról, sytuacji upokorze- nia (w pracy). Napięcie pojawia się tam,

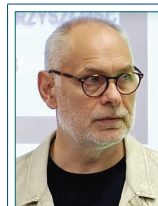
gdzie rodzi się potrzeba uporządkowania i zrozumienia samego siebie. Pacjenci po- trzebują również pomocy i korekty swo- ich zachowań, jakiejś nowej kompetencji, tak aby mogli przetrwać lub się ochronić, narzędzi, jak sobie radzić z presją rodziny i szefów. Potrzebują, aby towarzyszyć im w lęku, czasem wyjaśnienia, konkret- nej wiedzy i rady, wsparcia z sesji na se- sję. Mówią do nas jak do kogoś bliskiego, kto rozumie ich codzienność, zna bliskie osoby. To sprzyja uzyskiwaniu odpowie- dzi na najważniejsze pytania.

Dla wielu pacjentów kryzys może się stać doświadczeniem granicznym pro- wadzącym do głębokiej zmiany. Sprzyja temu w bardziej zaawansowanych procesach rozpoznawanie „o czym to wszystko jest”? Odpowiedź otwiera drzwi do wielu faktów z życia, również bólu, które można przywołać do „tu i teraz”, rozpoznać ich trwogę, przywołać wartości. Rozmawia- nie o nich z terapeutą staje się doświad- czeniem korekcyjnym. Nie trzeba tu zwykle wielkich interwencji, wystarczy obecność. „Coś dzieje się inaczej”, ina- czej jest to w relacji doświadczane, ina- czej również teraz (w trakcie sesji) gdzieś w sieciach neuronalnych „zapisywane”. Do tych bolesnych historii często nikt nie miał dotąd dostępu, były głęboko chro- nione, a ten wirus je „nam” przybliżył. Dziś w tak budowanej otwartości proces terapii mocno się dynamizuje.

\* \* \*

Na końcu tak rozstrzyganego procesu swo- ich dylematów pojawia się zwykle więcej pewności siebie i komunikat kierowany do pacjenta: „Tak, mamy trudną sytuację, nie czekamy, aż minie, tylko będziemy się spo- tykać. Pracujemy online, co nie jest pro- ste, ale się do tego przygotowałem. Będę w tym również Tobie pomagał i będę cier- pliwy. Zapraszam na spotkanie, bo wie- rzę, że ma ono sens. Będziemy rozmawiać o wszystkim, co się teraz pojawia, w Tobie i między nami, co się dzieje w Twoim ży- ciu, będziemy szukać rozwiązania i radzić, bo ostatecznie właśnie w takich warunkach nabiera to szczególnego znaczenia”.

W każdym bowiem chaosie ostatecznie najważniejsze jest to, co dzieje się między nami. Terapia online tego nie zmieniła.



**Ireneusz Kaczmarczyk**  
– doktor socjologii,  
psychoterapeuta  
humanistyczno-doświadczeniowy  
(PCE EUROPE), superwizor  
w procesie (PTIPDIES),  
superwizor terapii uzależnień  
(PARPA), superwizor grupowego  
treningu (PTP).