

Dla wielu terapeutów i psychologów sytuacja pandemii jest nowym doświadczeniem. Jeszcze do niedawna terapia online była traktowana przez wiele nurtów psychoterapeutycznych jako coś gorszego, coś niezbyt profesjonalnego. Być może z tego powodu, że w terapii online relacja pacjent–terapeuta jest inna niż w tradycyjnej psychoterapii. To nie pacjent przychodzi do gabinetu terapeuty, ale oboje są „gośćmi” internetu.

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH W CZASIE PANDEMII COVID-19. NOWA SYTUACJA, NOWE WYZWANIA, NOWE MOŻLIWOŚCI

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii w Bydgoszczy

Kiedy wiosną 2020 roku po raz pierwszy zetknęliśmy się z sytuacją dotyczącą epidemii koronawirusa, było to dla wszystkich coś nowego, coś dziwnego, budzącego niepokój i niepewność. Zadawano pytania: Co teraz? Jak będziemy pracować? Jak długo będzie trwała ta sytuacja? Co robić? Jak się zachować? Wówczas problemy, które się pojawiły, większość osób traktowała jako przejściowe, które potrwać mają co najwyżej dwa, trzy tygodnie, może miesiąc, półtora, i że po tym okresie kwarantanny, izolacji wrócimy do „normalnego” życia. Jedno jest pewne: cały świat zwolnił, wszyscy musieliśmy zwolnić. Zwolnić, ale też przygotować się na jakieś nieprzewidziane sytuacje.

Wyzwania dla profilaktyków i terapeutów

W branży pomocy psychologicznej; terapeutycznej i profilaktycznej, najpierw powróciliśmy do pracy online, bo jeszcze przez jakiś czas nie można było się bezpośrednio spotykać, ponieważ zarówno podopieczni/klienci, jak i terapeuci mieli obawy o swoje zdrowie. Nadal było bardzo dużo niewiadomych.

Nasi nastoletni klienci chętnie umawiali się na sesje online i mimo pewnych początkowych oporów przed sztucznością tych spotkań na dystans, udawało się współpracować i kontakt ten był w zasadzie zadowalający dla obu stron. Z tygodnia na tydzień zbliżał się moment, że znów będzie można się spotkać na żywo.

Letnia odwilż sprawiła, że młodzi ludzie zaczęli pojawiać się w poradniach, w punktach konsultacyjnych, w świetlicach socjoterapeutycznych czy środowiskowych. Można było realizować programy profilaktyczne oraz wczesnej interwencji, m.in. program FreD goes net.

Do poradni i programów trafiała młodzież skierowana przez swoich rodziców, ewentualnie przez służby mundurowe, które ujawniły przypadki demoralizacji w związku z piciem alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych. Zajęcia były realizowane w mniejszych grupach, aby utrzymać systematyczność spotkań oraz stosować się do zaleceń epidemiczno-sanitarnych. Jednak zamknięcie szkół, w których nauczyciele i pedagodzy na podstawie obserwacji różnych zachowań problemowych mogli kierować uczniów do tego typu programów, sprawiło, że młodych beneficjentów było zdecydowanie mniej.

Jak to było i jest z pomaganiem online?

Wraz z rozwojem internetu, nowych technologii i zmianami społecznymi pojawiła się możliwość świadczenia usług psychologicznych w sposób zdalny. Początkowo świadczone poprzez e-maile czy fora dyskusyjne (Aouil, 2005), zaczęły przyjmować coraz częściej formy kontaktu synchronicznego. W języku potocznym i publicystyce ogół tych działań nazywany jest, w dużym uproszczeniu, psychoterapią online, jednak warto zaznaczyć, że działania psychologów online obejmują całe spektrum pomocy psychologicznej (Rudnicka, Pindych, Probiez, 2018).

Dla wielu terapeutów i psychologów sytuacja ta była nowym doświadczeniem, bo jeszcze do niedawna terapia online była traktowana przez wiele nurtów psychoterapeutycznych jako coś gorszego, jako coś niezbyt profesjonalnego. Być może z tego powodu, że w terapii online relacja pacjent–terapeuta jest inna niż w tradycyjnej psychoterapii. To nie pacjent przychodzi do gabinetu terapeuty, ale oboje są „gośćmi” internetu (Kamińska, 2013). Nawet jeśli niektórzy

prowadzili różne sesje ze swoimi klientami, np. za granicą poprzez Skype, to rzadko się do tego przyznawali. Miałem podobnie, żyłem w poczuciu, że jeśli już pomagam online, to jest to już bardzo wyjątkowa sytuacja lub tłumaczyłem sobie, że to już konsultacje, bo ten proces terapeutyczny odbywał się wcześniej na żywo.

Oczywiście było też wielu psychologów, terapeutów, którzy oferowali pomoc online i traktowali to jako ofertę dodatkową dla osób, które być może z powodu swojej nieśmiałości nie potrafią przezwyciężyć lęku przed spotkaniem na żywo i też wychodzili naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom klientów. Istniało też pomaganie w stylu „ekspert radzi”, „psycholog radzi”. Pamiętam tego typu porady w różnych kolorowych, również ekskluzywnych czasopismach. Były i są poradnie internetowe, które oferują porady niesynchroniczne i czaty ze specjalistą itp. Wcześniej jednak było to traktowane marginalnie albo niewiele się o tym mówiło. Można więc stwierdzić, że nie było to coś zupełnie nowego. Część tych rzeczy była uzupełnieniem profesjonalnych form, a część była namiastką takiej pomocy.

Okazało się później, że przedłużająca się sytuacja epidemiczna wymogła rozwinięcie się różnych form pomocy psychologicznej w sposób zdalny. Różne platformy przeżywają obecnie swój renesans i rozkwit gospodarczy, ponieważ pojawiło się wielu chętnych na zakup licencji na korzystanie z różnych możliwości online bez ograniczeń. W 2020 roku nastąpił także urodzaj różnych szkoleń i kursów online, od godzinnych czy kilkugodzinnych webinarów, aż do wielomiesięcznych kursów i studiów, dających również kwalifikacje zawodowe.

Profilaktyka selektywna i pomoc psychologiczna online – plusy i minusy

Z moich doświadczeń wynika, że większość młodych klientów chętnie nawiązywała współpracę online, telefonicznie lub przez komunikatory. Wielu terapeutów i osób zajmujących się profilaktyką, z którymi rozmawiałem, mówiło, że z reguły były to pozytywne doświadczenia. Czasem odnosili wrażenie, że rozmowa telefoniczna stawała się czymś bardzo ważnym dla klienta, czymś bardzo głębokim, osobistym i intymnym, bo można było usłyszeć w słuchawce ton głosu, jego barwę, westchnienia. Można by więc powiedzieć, że nie tylko w przenośni, ale i dosłownie nasz klient mówił nam do ucha o ważnych dla siebie rzeczach.

Z drugiej strony kontakt audio-wideo poprzez różne komunikatory, portale społecznościowe czy platformy służące komunikacji wydawał się też dobrą alternatywą. Można było spotkać się z klientem face to face znacznie bliżej niż w normalnych warunkach: w gabinecie, w poradni, bo przecież ekran był ustawiony co najwyżej kilkadziesiąt centymetrów od oczu. Można było obserwować mimikę twarzy, okazywane emocje, spojrzenia i gesty. Dodatkowo można było zweryfikować swoje wyobrażenia o warunkach i realiach, w jakich żyje nasz podopieczny, zobaczyć jego pokój, czasem kogoś z rodziny czy domowych pupili: koty, psy, ptaki i inne. Żyjemy w czasach światłowodów, szybkich i dobrych łączów internetowych, również tych bezprzewodowych – te obecne zdobycze techniki pozwalają na naprawdę owocną pracę. W okresie wspomnianej odwilży część klientów mieszkających poza miastem czasem w odległości kilkudziesięciu kilometrów, zdecydowała się pozostać w kontakcie online nie tylko z powodów organizacyjnych, ale także ze względu na ochronę swojego zdrowia, bo nie musieli przemieszczać się środkami komunikacji publicznej. W dużej mierze ograniczyło to czas związany z realizowaniem zajęć indywidualnych czy terapii, np. przygotowanie się do wyjazdu i sam wyjazd, czas podróży, plan dnia, zwolnienie z pracy czy ze szkoły. Być może czas podróży, czas trwania samej terapii i czas powrotu okazał się szczególnie wygodny dla rodziców naszych podopiecznych.

Plusy zdalnego pomagania to:

- Oszczędność czasu wynikająca z tego, że nie trzeba dojeżdżać do poradni, ośrodka, gabinetu.
- Prosta komunikacja wynikająca z tego, że szczególnie młodzi ludzie od dawna korzystają z komunikatorów związanych lub niezwiązanych z portalami społecznościowymi.
- Z tej formy pomocy chętnie korzystają osoby, którym zależy na anonimowości, odczuwają w ten sposób mniejszy niepokój czy inne przykre uczucia pojawiające się w trakcie rozmowy.
- Rozmówca w sytuacji trudnej ma kontrolę nad tym, że może w każdej chwili się rozłączyć, przerwać połączenie, tłumacząc to obiektywnymi problemami technicznymi (co prawda nie zdarzyło mi się to, ale jedna z nastolatek powiedziała, że jest to dla niej zawór bezpieczeństwa).
- Wielu podopiecznych mówiło, że rozmowa online w niczym nie odbiegała od spotkań na żywo.
- Terapeucie dawało to też możliwość większego skupienia się na rozmowie, większej dyskrecji w sporządzaniu notatek nawet podczas sesji.

- Można lepiej dysponować czasem, bo zarówno osoba pomagająca, jak i klient mogą różnie organizować sobie terapię: prowadzić ją z różnych miejsc, także z domu; już ponad 10 lat temu badania potwierdzały to jako atut (Leśnicka, 2009).
- Niższe koszty udziału w sesji dla uczestnika oraz terapeuty.

Minusy pomocy online:

- Problematiczne może być zachowanie poufności dotyczące przebiegu sesji ze względu na to, w jakich warunkach odbywa się proces, a pomagający nie ma na to wpływu (poradnia, gabinet to grunt neutralny, a tu klient tak naprawdę decyduje, w jakich warunkach będzie korzystał z tej pomocy). I to było problemem – zadbanie o swoje bezpieczeństwo, intymność, dyskrecję (niektórzy zamykali się w łazience, szli na strych, do samochodu na parking, zakładali słuchawki, rozmawiali podczas spaceru z psem, na ławce w parku).
- Różne zakłócenia podczas sesji, na które pomagający nie ma wpływu, np. słychać dobiegające głosy z innych pokoi, wchodzenie osób trzecich do pokoju klienta, pukanie do drzwi, dzwonek, szczekanie psa, hałaśliwe papużki – wszystko to wpływa na warunki przebiegu spotkania.
- Część nastolatków miała dość permanentnej nauki zdalnej, wyczerpały im się możliwości aktywnego uczestnictwa w lekcjach, utrzymania koncentracji uwagi w ciągu dnia, więc dodatkowa godzina na spotkaniu z terapeutą była dla nich nie lada wysiłkiem, co czasem przekładało się na efektywność sesji.

Wczesna interwencja FreD goes net a pandemia

Powyższa analiza pozwala wnioskować, że spożywanie substancji psychoaktywnych przez nastolatków w aktualnej sytuacji nie zmniejszy się, a wręcz może się nasilać. Jest to rzeczywistość, w której z jednej strony grupa nastolatków eksperymentujących z substancjami psychoaktywnymi – odbiorców programu FreD – zyskuje na liczebności, z drugiej strony reżim sanitarny oraz regulacje społeczne znacząco utrudniają docieranie do tych osób, ujawnianie ich kontaktów z substancjami oraz angażowanie w program.

Mimo problemów, organizacje i instytucje mające w swojej ofercie program FreD bez przerwy zbierały kandydatów do programu i w okresie zniesienia największych restryk-

cji starały się realizować zajęcia profilaktyczne. Były to mniejsze grupy, 4-6-osobowe, co z jednej strony wpływało na dynamikę zajęć, ale z drugiej zapewniało realizację zgodnie ze standardami (nie wydłużał się czas oczekiwania na zajęcia, zebrania odpowiednio liczebnej grupy). Zajęcia odbywały się w dużych salach, wietrzonych, dezynfekowanych, z zachowaniem należytego dystansu, w przepisowych maskach. To niestety sprawiało, że niektóre części musiały ulec modyfikacji, np. ćwiczenia wymagające kontaktu bezpośredniego. Zostały one zamienione na bardziej statyczne, dające możliwość zrealizowania podobnego celu profilaktycznego. To również wpływało na dynamikę i atrakcyjność zajęć, ale wydaje się, że nie wpływało znacząco na efekty końcowe danego elementu składowego. Dlatego warto na przyszłość zastanowić się nad nowym rozwiązaniem w takich trudnych sytuacjach.

Nowe wyzwania, nowe możliwości, nowe pomysły na profilaktykę

Rozwiązaniem, które miałyby odpowiedzieć na rosnącą potrzebę realizacji programów profilaktyki selektywnej, wydaje się być docieranie do osób z grupy ryzyka bez konieczności organizowania stacjonarnych rozmów diagnostycznych oraz stacjonarnych sesji zajęć grupowych. Dodatkowo forma taka mogłaby odpowiadać na potrzeby wszystkich tych, dla których pojawienie się w placówce stacjonarnej było trudnością bądź było niemożliwe z innych powodów: przeszkód ekonomicznych (w tym ubóstwa), dużej odległości od punktu realizacji, niepełnosprawności, utrudnień infrastrukturalnych czy innych.

Aktualne doświadczenia i ograniczenia wynikające z sytuacji epidemicznej COVID-19 wymuszają również przygotowanie się na podobne zjawiska i problemy w przyszłości. Okazuje się również, że pojawienie się różnych problemów wynikających z tej trudnej sytuacji spowodowało, że zarówno dzieci, młodzież, jak i osoby dorosłe zaczęły wykorzystywać przestrzeń wirtualną do działań edukacyjnych, wychowawczych, poradnictwa medycznego i terapii. To daje nadzieję, że ta przestrzeń oraz wykorzystanie nowych technologii znajdzie swoje odniesienie w realizacji programów profilaktycznych, a program FreD jest właśnie taką ofertą.

Zastosowanie narzędzi teleinformatycznych, które zdają się umożliwiać realizację założeń programu FreD bez konieczności fizycznej obecności uczestników, nasuwa się w sposób naturalny jako forma spełniająca wymagania postawione w akapicie powyżej. Ponadto szereg dowodów

empirycznych, jak również naukowych zdaje się przemawiać za zasadnością wdrożenia takiego rozwiązania. Dr Justyna Klingemann w swoim wykładzie „Czy terapia online i przez telefon jest skuteczna? Przegląd badań nad efektywnością terapii skierowanej do osób z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi”, zaprezentowanym na VII Ogólnopolskiej Konferencji „Narkotyki – Alkohol. Polityka, Nauka i Praktyka” we wrześniu 2020 roku, wskazuje, że wdrażanie działań terapeutycznych online, mimo iż temat ten nadal nie jest dokładnie zbadany, wydaje się być zasadne, szczególnie jeżeli dotyczy to osób o „łagodniejszym przebiegu uzależnień” oraz bez dostępu do innych form pomocy. Potencjalni odbiorcy programu FreD spełniają oba z wyżej wymienionych warunków. Kolejnymi argumentami wskazującymi na zasadność zastosowania narzędzi online jest poczucie kompetencji młodych ludzi w dziedzinie biegłości posługiwania się „webową” infrastrukturą (na której oparta będzie internetowa implementacja programu FreD) oraz ich zaangażowanie i ufność wobec działań oferowanych online.

Z roku na rok coraz więcej polskich gospodarstw domowych ma dostęp do internetu. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny w roku 2019 blisko 87% gospodarstw domowych posiadało dostęp do sieci. Są to przesłanki, które pozwalają zakładać, że w kolejnych latach liczba ta będzie dalej wzrastać. Istnieje za tym duże prawdopodobieństwo, że zdecydowana większość osób skierowanych do udziału w programie FreD mogłaby uczestniczyć w wersji realizowanej za pomocą internetu. Warto w tym momencie nadmienić, że program FreD w wersji online ma stanowić uzupełnienie wersji stacjonarnej, a nie jego substytut.

Za zasadnością przeprowadzenia procesu zaadaptowania programu FreD do realizacji zdalnej stoi również niemożność przewidzenia rozwoju sytuacji związanej z pandemią COVID-19 bądź wystąpienia innych podobnych zjawisk. Projekt ma na celu zarówno odpowiedzieć na aktualne potrzeby, jak również przygotować realizatorów na wypadek podobnych problemów w przyszłości. Jest duża szansa, że realizacja online sprawdzi się również jako strategia zwiększająca zasięg programu.

Nieprzychylny warunki epidemiczne związane z COVID-19, okres ograniczeń i obostrzeń ze względów bezpieczeństwa pokazał, że realizacja programów profilaktycznych w sposób tradycyjny znalazła się w patowej sytuacji. Jeszcze trudniej jest realizować program interwencyjny oparty na współpracy z różnymi instytucjami.

Zamknięcie szkół oraz skupienie się służb mundurowych i służby zdrowia wokół innych problemów sprawiło, że dostęp kandydatów do tego typu programów profilaktycznych stał się bardzo utrudniony.

Dyskusja

Z uwagi na brak ustaleń międzynarodowych dotyczących pomocy online istnieje konieczność określenia zasięgu takich praktyk, objęcia ich normami prawnymi oraz nadzorem przez profesjonalne instytucje. Zagroženiem może też być brak jasno określonych środków bezpieczeństwa dla danych osobowych podopiecznych. Kwestie formalne, takie jak m.in. licencjonowanie e-terapeutów/realizatorów działań online oraz zasadność użycia e-terapii/e-profilaktyki, pozostają nierozwiązane, chociaż wydaje się, że obecna sytuacja związana z pandemią wręcz uprawnia do ich szybkiego uregulowania.

Istotne jest przeprowadzenie niezbędnych szkoleń dla przyszłych e-terapeutów, wprowadzenie certyfikatu potwierdzającego zdobyte przez nich kwalifikacje (w Polsce certyfikat doradcy online, a nie psychoterapeuty) oraz stworzenie ogólnodostępnej bazy z ich danymi osobowymi (Madej i in., 2016).

Równie istotną sprawą jest szkolenie dla przyszłych realizatorów programu wczesnej interwencji FreD do pracy online, ponieważ w pracy z nastolatkami będzie ważne nie tylko merytoryczne przygotowanie do zajęć, ale również umiejętności techniczne gwarantujące biegłe i dynamiczne posługiwanie się narzędziami internetowymi.

Pierwodruk artykułu ukazał się w portalu programyrekomendowane.pl, na stronie programyrekomendowane.pl/strony/profilaktyka-zachowan-ryzykownych-w-czasie-pandemii-covid-19,424 (dostęp 23.03.2021)

Bibliografia

- Aouil B. (2005), „Psychologia pomocy online, czyli Internet w poradnictwie psychologicznym”, Magraf, Bydgoszcz.
- Kamińska K. (2013), „Internetowa pomoc psychologiczna”, *Psychoterapia* 2 (165), s. 99-113.
- Leśnicka A. (2009), „Polskojęzyczna e-terapia – ankieta dla specjalistów prowadzących psychoterapię przez Internet”, *Psychiatria* 6 (2), s. 43-50.
- Madej A., Sandler D., Makara-Studzińska M. (2016), „Psychoterapia on-line: wyzwania dla etyki”, *Psychoterapia* 3 (178), s. 31-36.
- Rudnicka P., Pindych A., Probiez E. (2018), „Etyczne aspekty prowadzenia terapii online: analiza wybranych stron internetowych”, tom 10 nr 4, *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia de Cultura*.