

## **Seminarium teoretyczne on-line z Franco de Masi**

tłumaczenie: Anna Mędrzejewska

transkrypcja i redakcja: Anna Jastrzębska, Michał Mocek

**Uczestniczka:** Zdaję sobie sprawę, że nie ma możliwości, by ustalić sztywne reguły tego kiedy mamy wracać z pacjentami do gabinetu, do kontaktu osobistego – nie zdalnego. To bardzo ważny temat, który zgłaszają Koledzy i Superwizanci. Okazało się, że myślenie o tym w jaki sposób ma odbywać się powrót wydaje się trudniejsze niż wcześniejsze przejście na pracę zdalną.

**Franco de Masi:** To prawda. Szybko utworzyło się przyzwyczajenie do tej pracy. Tworzy się dystans, który wydaje się, że jest bezpieczny dla analityka i pacjenta. Pracując przez telefon i skypa możemy czuć się bardziej obronieni, np. pracując on-line możemy pracować w kapciach i nie musimy zakładać butów. Ta obrona, która staje się barierą i nie tworzy komplikacji pociąga nas. O powrocie jednak trzeba myśleć dlatego, że w pracy zdalnej traci się wiele żywych elementów, które są integralną częścią naszej pracy. Te żywe aspekty są głównie związane z settingiem. Wracać możemy kiedy nasze rządy pozwolą nam otwierać gabinety.

Przykład:

Przed izolacją związaną z pandemią widywałem się z dwoma pacjentami, którzy byli w analizie z częstotliwością czterech sesji w tygodniu. Z pacjentami, którzy byli w terapii analitycznej dwa, trzy razy w tygodniu nie było to takie trudne przenieść się do pracy zdalnej. Z analizantami było to bardzo trudne. Związek cztery razy w tygodniu jest bardzo intymny i pełen komunikacji niewerbalnej: cisza, ton głosu, przerwy. Te wszystkie elementy mogą się utracić kiedy pracujemy zdalnie przez skypa albo telefon. Tych dwóch pacjentów utrzymywałem w kontakcie osobistym, bo byłem pewien, że nie są dla mnie zagrożeniem, ani ja dla nich. Oni mieszkali sami, byli bardzo uważni na wszystkie zalecenia, kiedy wchodzili do gabinetu, to najpierw myli ręce w łazience.

Kiedy w regionie Lombardii zarządzono izolację i możliwość ruchu w sytuacjach pilnych, wówczas przekazałem tym pacjentom informację o tym, że muszę zaproponować pracę przez telefon. Jeden z nich - pacjent psychotyczny - powiedział, że nie czuje tego. To długa analiza i on teraz czuje się znacznie lepiej, ale przez długi czas miał urojenia prześladowcze. Miał przeżycie, że czasami ktoś instaluje się w jego telefonie, śledzi go i prześladowuje. W związku z tym, zrozumiałe było, że kontakt przez telefon będzie odnawiał jego prześladowcze urojenia, więc musiałem zaakceptować to, że nie będziemy się widywać. Drugi pacjent – neurotyczny, osobowość depresyjna, bardzo inteligentny i bardzo pomieszany, pisarz, zdecydował, że chce takiego kontaktu i słyszymy się przez telefon. Wolę

kontakt przez telefon niż skype. ze względu na to, że jest bardziej intymny. Komunikator Skyp stosuję do superwizji.

Wiecie zapewne, że kozetka została wymyślona przez Freuda. On zakłócał się kiedy pacjenci na niego patrzyli. Stworzył taką sytuację, że pacjent i analityk nie mogą patrzeć na siebie vis a vis; nie patrzą na siebie. Freud miał taką intuicję, że to będzie sprzyjało refleksji i komunikacji intymnej. Mówienie na kozetce, to jak mówienie do siebie, rozmawianie ze osobą. Jestem więc przekonany, że kontakt telefoniczny bardziej to przywołuje i odtwarza. Powoduje, że można bardziej skoncentrować się i na ciszy i na tonie głosu. Coś się jednak zmienia, w porównaniu z pracą w bezpośrednim kontakcie i zauważam, że rozmowa telefoniczna staje się bardziej dyrektywna i mniej refleksyjna. W analizie pacjent używa ciszy, aby myśleć. Przez telefon natomiast pojawia się potrzeba bezpośredniej odpowiedzi. Cisza przez telefon nie wydaje się taką ciszą, która coś komunikuje, jak to się dzieje w gabinecie analityka, gdzie cisza może przedłużać się na wiele minut. Cisza w telefonie może powodować podejrzenie czy nie zerwało się połączenie, w związku z tym jest to zmiana w komunikacji. To powoduje, że pacjenci są niejako popychani do bycia bardziej aktywnymi ale mimo to praca nadal sprzyja pojawianiu się ważnych tematów.

Przykład:

Wspomniany wcześniej pacjent psychotyczny, ponad miesiąc był bez sesji. Po dwudziestu dniach przerwy w analizie, mniej więcej, żeby zapełnić tę pustkę związaną z brakiem sesji, wysłałem mu wiadomość: „Jak się miewasz? Jak sobie dajesz radę?” Pacjent dosyć szybko oddzwonił i powiedział, że czuje się dobrze, choć jest zaniepokojony sytuacją. Zadzwoił jednak ponownie następnego dnia w godzinie swojej sesji, żeby powiedzieć, że poczuł się gorzej, że miał krótki epizod psychotyczny. Po wysłuchaniu pacjenta skomentowałem sytuację i emocje w oparciu o wiedzę zdobytą we wcześniejszym, gabinetowym doświadczeniu z nim. Wydawało się, że to uspokoiło pacjenta, ale po pół godzinie zadzwonił, żeby zapytać czy może wrócić do analizy. Zdecydowałem się na to, żeby pacjent przyszedł i że będziemy się widzieć osobiście. To jedyny taki pacjent. Jednocześnie musimy poddawać się prawu i temu co jest zarządzane i możemy powrócić do gabinetów wtedy, kiedy nasze rządy i prawo pozwolą na powrót. I znowu będziemy przechodzić od analizy w dystansie do klasycznej analizy. I będziemy mogli pracować lepiej.

**Uczestniczka:** Jakim kryterium kierować się przy decyzji o powrocie do pracy? U nas nie ma de facto rządowego zakazu pracy w gabinecie. Nasze środowisko było spójne w kwestii przejścia do pracy on-line, co było dużym wsparciem w tej trudnej sytuacji. Jak rozmawiać o tym z superwizantami, żeby nie dotykać ich osobistych spraw (uprzedzeń czy przekonań)? Jest takie poczucie, że kierują się

sobą, lękiem czy powinnością i poszukują bardziej w ramach tej obrony kryteriów potwierdzających ich wybór, niż dobrem pracy i procesu, osieracając pacjentów w ich potrzebach. Wydaje mi się ważne byśmy myśleli o powrocie.

**Franco de Masi:** To złożona sprawa zarówno dla jednostki jak i grupy. Prawdą jest, że wszystkie stowarzyszenia psychologiczne i psychoanalityczne, również we Włoszech, wspierały rozpoczęcie pracy zdalnej. Włoskie Towarzystwo Analityczne liczące ponad tysiąca osób entuzjastycznie wymienia się poglądami na ten temat. W pierwszym okresie pojawiło się dużo euforii, żeby rozmawiać o tym medium, tak jakby to było, dopiero co odkryte medium. Pojawił się zachwyty nad tym, że pojawiła się możliwość bycia w domach pacjentów i ich środowisku. Tego rodzaju zachowanie i przeżycia wśród moich kolegów uważam za antyanalityczne.

Myślenie analityczne polega na tym, żeby używać intuicji, poza różnymi stymulacjami pozazmysłowymi. Przypominam wcześniej przywołany problem kozetki Freuda, który nie chciał być zakłócany przy pracy z pacjentami oraz słowa Biona „bez pamięci i bez pragnienia”. Ja rozumiem ten entuzjizm i euforię Kolegów, jako przeżycie, dotyczące tego, że udało nam się pokonać traumę. Także traumę ekonomiczną. Jeden z moich pacjentów, nie zdecydował się na przejście na pracę zdalną, więc doznałem straty ekonomicznej. Ja rozumiem to szybkie i entuzjastyczne przejście do kontaktu zdalnego, również jako sposób poradzenia sobie z lękiem przed utratą finansów. Trzeba jednak myśleć o tym, że problem ekonomiczny zostanie, nawet jak zostaną zniesione restrykcje. We Włoskim Towarzystwie Analitycznym powstała osobna przestrzeń - rubryka otwarta dla wszystkich, w której można dzielić się wrażeniami z tego rodzaju pracy. Nie udzielam się tam, a własną opinię wyraziłem w opublikowanym liście do Danki Golec.

W związku z koniecznością izolacji i pracą zdalną poruszamy się w obszarze żalu związanego z utratami ważnych elementów, których jesteśmy pozbawieni. Dotyczą one gabinetu z jego fizycznością i emocjonalnością w obecności drugiej osoby. Mówią o tym teorie przywiązania, teoria Winnicota odwołując się do relacji pomiędzy matką a dzieckiem, gdzie nie tylko kontakt fizyczny jest ważny. Znaczenie ma również kontakt niewerbalny: gesty, mimika, wyraz twarzy, ruch wobec dziecka. Badania na temat struktur neuronalnych mówią o tym, że poprzez kontakt niewerbalny tworzą się struktury umysłowe. Uważam, że to jest bardzo ważne choć nie wiem, czy wielu Kolegów zwraca na to uwagę.

Doświadczenie pracy on-line pozwala nam zrozumieć jak ważny jest w pracy w gabinecie jest cały obszar zmysłowy tego, co możemy odczuwać. Jest też komunikacja niewerbalna, przekazywana

poprzez przedmioty. Introjkcja doświadczenia analitycznego nie dotyczy tylko analityka i tego, co on mówi, ale również relacji z obiektami przejściowymi. Mam na myśli pokój czy obrazy, które są powieszony w gabinecie, schody, którymi wchodzimy do gabinetu, portier, który nas wita czy piekarnia obok gabinetu. W pracy on-line te elementy zostają utracone, a są niezwykle ważne w rozwoju, kontakcie, jak też istotne są w rozwoju analizy, jak i jej postępach. Jest nadzieja, że analitycy bardziej będą nad tym zastanawiać i uświadamiać sobie znaczenie tego, co zostało utracone, co zaprocentuje tym, żeby myśleć o powrocie. Utrzymywanie się w tym stanie izolacji rozumiem jako obronne.

Wyobrażam sobie, że analitycy w tej rubryce, o której mówiłem wcześniej, narzekają na to jak trudna i obciążająca jest praca zdalna. W moim odczuciu to zmęczenie w tego rodzaju pracy jest wyrazem utraty. Doświadczany w pracy on-line ciężar i zmęczenie jest wyrazem tej utraty w obszarze niewerbalnym, nie tylko ekonomicznym. Łatwiej jest kontynuować w taki sposób psychoterapię raz czy dwa razy w tygodniu, z pacjentami, którzy są już zaawansowani w swoim procesie terapeutycznym, gdzie znajdują się zaczyny - dobrze określone przepracowywania różnych elementów. Z osobami, które zaczynają, może być trudniej, bo to jest moment newralgiczny, w którym pacjent i terapeuta muszą się poznać. W tej sytuacji trudniej zdefiniować i uwidocznic punkty do pracy, bo praca online szczególnie wzmacnia obrony, zwłaszcza w związku z obronami dotyczącymi unikania zależności. To jest już trudne w settingu bezpośrednim, a jeśli jeszcze dojdzie do tego mur w postaci urządzenia technologicznego, to staje się jeszcze trudniejsze.

Jeśli chodzi o doświadczenie superwizji online, to nie jest to takie trudne doświadczenie. Tu wytwarza się uważność i obsadzenie trzeciego obiektu, którym jest materiał. Tracimy tu zdolność bycia wolnym i zdolność do tworzenia skojarzeń. Pojawiają się nawet takie próby w pracy żeby odtwarzać sytuację kozetki w taki sposób, żeby kłaść się na kozetce, a za głową mieć komputer. Długo dyskutuję superwizyjnie przez skypa pracę Koleżanki, która długo prowadzi pacjenta nie wychodzącego z domu. Ten pacjent, kładąc komputer nad głową twierdzi, że jest przyzwyczajony by tak leżeć i patrzeć na mur.

Po początkowej euforii spowodowanej pracą on-line, która związana była z lękiem przed utratą pracy i utratą pieniędzy w związku z utratą pacjentów, pojawia się obecnie zmęczenie. Odczuwamy zmęczenie, które jest związane z tym, że brakuje elementów odnoszących się do ciała i różnych zmysłów. Uważam, że wszystkie komunikatory są bardzo ważne. Na przykład promocja książki, którą napisałem z kolegą pt. „Kiedy boimy się szkoły” może się teraz odbyć tylko zdalnie. Zoom umożliwił nam spotkanie do 100 osób, ale okazało się, że na innych portalach

społecznościowych czekało na tę promocję aż 500 osób, które chciały się dołączyć. Gdyby zrobić promocję w sposób klasyczny, w Mediolanie możliwe byłoby zgromadzenie około 60 osób. Jednak komunikatory to medium ograniczone i ten czas należy traktować jako czas przejściowy.

Moja decyzja o zamknięciu gabinetu podyktowana była tym, że pacjenci byli przestraszeni. Restrykcje we Włoszech były sztywne jeśli chodzi o izolację. Przemieszczanie się nie było możliwe, oznaczało kontrolę i pytania o powód. Mógłbym wydać zaświadczenie mojemu pacjentowi w celu wylegitymowania się, aby umożliwić osobiste dotarcie na psychoterapię. Byłaby to jednak dodatkowa komplikacja w procesie i relacji terapeutycznej oraz settingu. Niektórzy moi pacjenci bali się, że mogą być nosicielami i mogą zainfekować mnie, co wzbudzało niepotrzebne lęki i poczucia winy. Staram się być elastyczny i wróciłem z jedną osobą do bezpośredniej pracy. Inny pacjent, który wcześniej nie chciał psychoterapii w trybie on-line, teraz zdecydował się na kontakt telefoniczny.

Muszę przyznać, że pewne elementy w tej sytuacji są wygodne i budzą zadowolenie, a spowodowane są tym, że nie musimy się przemieszczać, można być w kapciach, poczytać książkę w przerwie pomiędzy pacjentami czy posłuchać muzyki, bo jest na to czas. Wydaje mi się, jakbym był na wakacjach czy zwracał się ku emeryturze. Jest w tym wygoda, ale przede wszystkim nie mogę się doczekać kiedy będę mógł wrócić i wszyscy odzyskamy wolność osobistą, do której jestem przyzwyczajony.

**Uczestnik:** Jeszcze coś zostało utracone. Część osób ma gabinet w domu ale zwykle trzeba na terapię czy do pracy dojechać czy dojechać i bardzo brakuje takiej przestrzeni i czasu, która sprzyjała powolnemu wchodzeniu w inną wrażliwość zmysłowości i psychiki. Brakuje przestrzeni związanej z przejściem z jednego świata do drugiego. Często teraz przejście z pracy na sesję jest zbyt krótkie, czas przejścia z jednego pokoju do drugiego to jest za mało.

**Franco de Masi:** To ważna i trafna obserwacja. Myślę o tym, że to przejście ginie. Przejście rozumiane jako refleksja przed sesją, jest utracone. Nie ma takiej możliwości, bo wybieranie numeru telefonu na przyciskach telefonu to nie to samo, co przyciskanie dzwonka u drzwi. Przy pracy zdalnej pojawia się też problematyka „kto do kogo dzwoni?”. Czy pacjent czy analityk? Jak pacjent przychodzi do gabinetu i dzwoni do drzwi, to analityk ma czas na to, żeby odpowiedzieć. Może w miarę szybko, może dłużej. Pacjent może mieć różne fantazje na ten temat, np. że terapeuta nie żyje albo zapomniał o sesji. To też ginie, bo analityk pojawia się nagle – odbiera telefon. W sposobie dzwonięcia do drzwi również jest komunikacja i istnieją tu różnice: jedni dzwonią krótko jednorazowo, inni dzwonią długo i nieprzerwanie, a jeszcze inni dzwonią w formie krótkich przerw.

Przykład:

Pacjentka będąca dziennikarką, z którą pracuję raz w tygodniu, borykająca się z problemem poczuć winy wobec męża. W sytuacji wybuchu pandemii chciała zawiesić psychoterapię i wrócić gdy ona się skończy. Po mojej propozycji zdecydowała się na psychoterapię przez komunikator, choć była zaskoczona taką możliwością. Umówiliśmy się, że w swojej godzinie do mnie zadzwoni ale nie dzwoniła. Czekałem kilka minut i nie miałem ochoty dzwonić do niej ze względu na to, że rozumiem to jako intruzywne wchodzenie w życie innej osoby. Pomyślałem jednak, że może jest jakiś problem, który utrudnia połączenie się więc zadzwoniłem do pacjentki. Okazało się, że nie zadzwoniła do mnie, bo myślała, że będzie przeszkadzać. Aby jej pomóc w wykonaniu kolejnego skutecznego połączenia użyłem metafory, aby ona wyobraziła sobie, że dzwoni dzwonkiem do drzwi gabinetu.

Przykład:

Pojawiają się też inne problemy związane z rodzajem intruzywnego kontaktu w wyniku pracy online: superwizja pracy z pacjentką borderline pokazała jej oczekiwania, że terapeuta pokaże poprzez komunikator swoje mieszkanie. Uwzględniając jej silny niepokój, objawiający się przymusem poruszania się podczas sesji i historię relacji z odrzucającymi rodzicami terapeuta zdecydował się pokazać jej w jakimś stopniu mieszkanie, aby miała doświadczenie czegoś uporządkowanego. Pacjentka może wtedy przyjąć do siebie figurę bardziej ustrukturowaną, dbającą. W przeciwieństwie do jej doświadczenia rodzinnego, dostała obraz rodzica, który jest bardziej poukładany. Efektem tego było posprzątanie przez nią swojego domu. W ten sposób w pracy on-line może być przekazana ta niewerbalna komunikacja, której znacząco brak. Sądzę, że elastyczność terapeuty, zastanawianie się nad znaczeniami próśb, a nie tylko bycie usztywnionym w settingu pracy trybu on-line jest bardzo ważne. Przedstawiona sytuacja może być rozumiana tak, jakby zabraniać dziecku eksploracji ciała matki, co jest przeżywane jako odrzucające.

**Uczestniczka:** Obserwuję, że praca przez telefon u bardzo wycofanego pacjenta sprawiła, że pojawiają się wątki, jakie nigdy wcześniej nie występowały. Myślę, że rolę może grać wstyd, który w tej formie kontaktu może być mniejszy.

**Franco de Masi:** Zalecam ostrożność przy konkluzjach. Myślę, że można widzieć tę sytuację dwojako: być może pacjent cieszy się, że może jest mu trochę łatwiej w takiej formie kontaktu. Drugie rozumienie tej sytuacji, które bardziej mnie przekonuje jest takie, że wcześniejsza praca wykonana przez terapeutkę mogła go przygotować do tego, żeby mógł tak poradzić sobie teraz. Wydaje się, że pacjent czuje duże zaufanie do analityczki i może ujawniać rzeczy, które wcześniej były tajemnicą.

Mam podobne doświadczenie dwuletniej pracy z pacjentem około 30-letnim, który pochodzi z bardzo bogatej rodziny i jest zatrudniony przez swoją bardzo potentną matkę w jednym z jej licznych zakładów. Zdecydowałem się na pracę z nim w settingu trzy razy w tygodniu. Pacjent przejawiał silną niedojrzałość, brak konfliktowego życia wewnętrznego i brak poczucia tożsamości. Bardzo wszystko spłycał, nie przynosił do analizy snów. Kiedy rozpoczęła się pandemia pacjent zrezygnował z sesji informując, że nie będzie przychodził i zniknął. W tym przypadku nie wysyłałem żadnego przypomnienia i nie kontaktowałem się z nim w żaden sposób. Nie chciałem by pacjent czuł, że ja za nim biegam. Pacjent odezwał się po miesięcznej przerwie w psychoterapii i spytał mnie jak ja się czuję? Powiedział też: „mam Panu bardzo dużo do powiedzenia”. Zaproponowałem sesję przez telefon a pacjent bardzo się ucieszył. Opowiadał, że nie jest w stanie pracować, pomimo tego, że ma bezpieczne warunki, tak bardzo boi się zarażenia wirusem. Opowiadał o sytuacji, która go przestraszyła, ale w żywy emocjonalnie, inny niż dotąd, sposób. Sądzę, że pacjent mógł to zrobić w wyniku wcześniejszej pracy w gabinecie, którą wspólnie wykonaliśmy, aby on mógł myśleć w nowy sposób.

**Uczestniczka:** Chciałam podzielić się doświadczeniem pracy z pacjentami, którzy poczuli się lepiej w tym czasie. Gdy wszystko wywróciło się do góry nogami, to doświadczenie udręczenia, które mieli do tej pory oni, teraz stało się to powszechnym doświadczeniem. Widzą, że wszyscy wokół mają takie doświadczenie i sami mogą poczuć się lepiej.

**Franco de Masi:** Rzeczywiście tak jest, że wszyscy mamy przeżycie, że nie jesteśmy jedynymi więźniami, to pewne przeżycie komfortu i ulgi. Za tym stoi myśl, że globalna sytuacja nie pobudza uczucia zazdrości. Jak ja nie mogę wyjść, ale ktoś może wyjść to czuję zazdrość. Jest takie włoskie powiedzenie, że jeżeli jest wspólne cierpienie to jest też w tym jakaś radość. Cierpimy wszyscy razem, a nie pojedynczo. Nie wiem zatem, czy można mówić o poprawie czy raczej o doświadczeniu pauzy, że to jest zawieszona. Jeśli osoby są depresyjne, wszystkie depresyjne osoby są zazdrosne o radość innych. Jeśli my wszyscy mamy depresję, że nie możemy wyjść, to depresyjne osoby czują się lepiej.

**Uczestniczka:** W jakiejś części jesteśmy po tej samej stronie co pacjenci, bo zawsze była jakaś rzeczywistość, choć do tej pory nie było to takie ważne. Teraz jest ważne i dotyczy to zdrowia, gospodarki i polityki. Jesteśmy w części równi z pacjentami, gdy się kontaktujemy, bo są pozytywne rzeczy, które odkrywamy siedząc w domu oraz inne trudne, którymi staramy się zająć. Czy paradoksalnie przez telefon nie jest nam łatwiej znieść pewnych aspektów psychologii pacjenta niż w gabinecie?

**Franco de Masi:** Analityk musi starać się przeżyć, być żywym i żyć tą minutę dłużej niż pacjent. W tym może pomagać wsparcie od kolegów, z którego możemy korzystać. Mam wrażenie, że złość i agresja mogą się zwiększać w związku z pracą przez telefon. Wizja, że analityczka ma łatwiej może podwyższać poziom złości i musimy to rozpoznać. Jednak jest jakaś przewaga i przyjemność z bycia w naszym domu. Ja robię różne rzeczy dotyczące mojego zawodu i zainteresowań, których bym nie robił. Sięgam po książki z filozofii, architektury, pejzaży, które dotąd leżały i nie miałem czasu ich dotknąć przez 20 lat. Ta przyjemność nie pochodzi od tego, że mamy taki rodzaj pracy, przez skype, ale że pracujemy mniej. Przeżywam się jak ktoś żyjący i skazany na psychoanalizę. Teraz pracuję mniej, a wcześniej pracowałem 10-12 godzin dziennie. Teraz mogę pozwolić sobie na taki luksus, by przeczytać powieść. Pacjent prawdopodobnie rozumie, że analityk ma się z czego cieszyć i to go denerwuje.

**Uczestniczka:** Pracuję w gabinecie prywatnym ale i częściowo w publicznej służbie zdrowia. Chciałam nawiązać do powrotu, bo interpretacja dotycząca zmęczenia jako wyrazu utraty była mi szczególnie bliska, zwłaszcza w pierwszej fazie. W szpitalach została podjęta decyzja, że po majówce psychoterapeuci mogą normalnie pracować. Jest oczywiście wybór: można utrzymywać pracę online w ramach NFZ ale można i wrócić prowadzić normalnie sesje. Zalecenie jest takie, że trzeba być specjalnie umundurowanym: maska, przyłbica, fartuch, jakieś odzienie na głowie. Stąd pytanie dotyczące powrotu, ze względu na to, że jednak ogólne przepisy w kraju na razie dotyczą zabezpieczeń - w maskach. Pytam o te rekwizyty na drodze do powrotu. Czy to i na ile to uruchamia jakąś paranoję? Gdzie jest ten moment kiedy możemy się czuć tak naprawdę bezpiecznie, rozumieć też procesy? Kiedy może być poczucie bezpieczeństwa pacjenta i też poczucie bezpieczeństwa własnego jako terapeuty?

**Franco de Masi:** To nie powinno być jakieś duże zakłócenie, przede wszystkim dlatego, że wszyscy jesteśmy w tej samej sytuacji. Chyba, że to są bardzo zaburzeni pacjenci np. psychotyczni i taki rodzaj uzbrojenia będzie wtedy to wzmacniał i przestraszał pacjenta. We włoszech w ramach neuropsychiatrii dziecięcej odbywają się konsultacje przez telefon i skype ale również takie na żywo z dziećmi i wtedy po prostu są maseczki. Wszyscy mają, wszyscy wiedzą, że to jest przejściowe i przede wszystkim, że wszystkich nas to dotyczy. Nie czuję, że jest to duże zakłócenie. Nie tylko my mamy potrzebę chronienia się ale również pacjencji. Koncept by nosić maseczki nie powinien być dużym problemem, bo wszyscy chcemy tego samego.



**Uczestniczka:** Chciałam odnieść się do drogi z i do gabinetu w sytuacji sesji rodzinnej. Chodzi o sytuację kiedy po zakończonej sesji członkowie rodziny musieli się zwrócić do siebie nawzajem. Nie było tej drogi, którą mogli przejść wychodząc z gabinetu, idąc do domu, by znaleźć się w sytuacji swojego codziennego życia, by mieć czas dojścia do tego. To jest bardzo ważne. W związku z tym zmieniliśmy trochę pracę, tak że kończąc sesję, 20 minut przed końcem o tym myślimy ale też rozmawiamy o tym z pacjentami. By był czas na to wprowadzamy tego typu refleksję. Chciałam też podziękować za tą rozmowę, bo każda tego typu rozmowa jest ważnym drogowskazem w złożoności tej sytuacji, w której wszyscy jesteśmy.

**Franco de Masi:** To jest ważna refleksja dotycząca rodziny i w ogóle zastanawiania się nad tym. To wymiar myślenia o doświadczeniu, który nam umyka normalnie, tym, że rodzinie jest potrzebny czas, by trochę przetrwać te myśli. Ponownie przywołuję obiekt przejściowy, który nie jest jako tako obecny ale jest obecny w przeżyciach i potrzebny jest czas na refleksję. To też jest ważna funkcja, którą się tu traci. Moglibyśmy pomyśleć o doświadczeniu analizy, która trwa jakiś czas ale potem zostaje w nas i pracuje całe życie. Wracamy do tego, myślimy o tym, cały czas są nowe stymulacje i pobudzenia. To oznacza, że pamięć nie jest statyczna. Wtedy prawdopodobnie te rodziny mają takie doświadczenie, że nie mogą do końca zapamiętać, w takim sensie by ta pamięć była wzbogadzająca, taka która zainstaluje się tak na stałe. Dzieje się tak ponieważ brakuje tego momentu pomiędzy, tego kiedy wychodzi się z sesji i jest się pełnym myśli, pobudzenia związanego z procesem myślowym i emocjonalnym. To doświadczenie ginie i w związku z tym praca nie może się tak do końca zainstalować. Czas przed sesją jest taki sam - też jest czasem pomiędzy, nie tylko po ale i przed. W momencie kiedy się już myśli o sesji i idzie na nią to czas kiedy już się jest w kontakcie z analitykiem i już wtedy może pojawiać się refleksja i jakieś przepracowania. Dobrze o tym myśleć, że i to jest tracone. Ten czas pomiędzy, *tempo intermedio*, jest ważne zarówno przed sesją jak i po. Wtedy to jest czas, gdy analityk jest obecny w świecie wewnętrznym pacjenta. To tam może powstać i narodzić się taki dialog, konstruktywny dialog z analitykiem, który może zostać na dłużej. Gdyby myśleć o tych pacjentach, którzy wydają się poprawiać przez tą zdalną formę komunikacji to są pacjenci, u których ten dialog wewnętrzny został pobudzony wcześniej i teraz można z tego korzystać.

To co zostaje we mnie po całej naszej dyskusji to nadzieja, że wszystko się to skończy i będę mógł wrócić do swoich pacjentów. Oczywiście jest dużo pozytywów: nie trzeba chodzić otwierać drzwi, patrzeć co mnie czeka, jaka sesja, czy będzie przyjemna czy nie. Ale jest we mnie taka część, która jest zakłócona, jakby to było wrażenie dnia, w którym cały czas się na coś czeka. Czuję, że nie żyję z dnia na dzień, ale widzę galerię, tunel i staram się znaleźć jego koniec. Jak nawet pracuję zdalnie to mówię pacjentom, że to czas chwilowy i się skończy ale to nie pomaga w refleksji. To

przeszkoda, która prędzej czy później sobie pójdzie. Natomiast wasze pytania pobudziły też moje rozczarowanie. Myślałem, że będę mógł się bardziej popisać teoretycznymi wywodami, a musiałem tutaj dotknąć siebie. To było bardzo potrzebne i użyteczne, bo pytania i dyskusja skłoniły mnie do myślenia o relacji i przede wszystkim relacji terapeutycznej. Co się właściwie dzieje w związku z tą zmianą? Mamy taką tendencję, ja, może wszyscy, że pewne rzeczy przyjmujemy jako oczywiste, nad którymi się nie zastanawiamy. Dzięki tej rozmowie mogliśmy wszyscy pomyśleć o rzeczach, które do tej pory były po prostu czymś co automatycznie realizowaliśmy.