

Agnieszka Ogonowska

(CYBER)PSYCHOLOGICZNE I MEDIALNE UWARUNKOWANIA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ ONLINE

(CYBER) PSYCHOLOGICAL AND MEDIA DETERMINANTS OF ONLINE INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie, Ośrodek Badań nad Mediami

online psychotherapy
electronic psychotherapy
hybrid psychotherapy

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie uwarunkowań psychoterapii online w kontekście współczesnych badań z zakresu psychologii mediów, cyberpsychologii oraz komunikologii. Zwraca się w nim uwagę na możliwości i ograniczenia tej formy psychoterapii, opartej na zmediatyzowanej komunikacji elektronicznej, środowisku wirtualnym, przyjaznych interfejsach oraz sztucznej inteligencji. Istotną rolę w efektywności psychoterapii online odgrywają także: postawy, doświadczenie i wiek biologiczny terapeutów oraz poziom ich kompetencji medialnych i cyfrowych. W odniesieniu do klientów/pacjentów istotne jest także dotychczasowe doświadczenie ze środowiskiem sieci oraz typ oczekiwań, które łączą oni z tą formą usług psychologicznych i psychoterapeutycznych. Zjawiska te są pokłosiem przemian cywilizacyjnych związanych z dynamicznym rozwojem mediów cyfrowych (interaktywnych, hipertekstowych, wirtualnych), które umożliwiają komunikację online w czasie rzeczywistym.

Atrybuty współczesnej cywilizacji medialnej wpływają również na formy i strategie oddziaływań terapeutycznych oraz oczekiwania klientów/pacjentów. Opisuując specyfikę komunikacji elektronicznej w psychoterapii, autorka artykułu wykorzystowała także odniesienia do archeologii mediów. Pozwoliło to ukazać w syntetycznym skrócie poprzedniczki „psychoterapii online”, które miały wpływ na współczesne formy komunikacji medialnej obecne w terapii psychologicznej.

Summary

The aim of the article is to show the determinants of online psychotherapy in the context of contemporary research in the field of media psychology, cyber psychology, and communication. It draws attention to the possibilities and limitations of this form of psychotherapy, based on miniaturized electronic communication, virtual environment, friendly interfaces, and artificial intelligence. An important role in the effectiveness of this form of psychotherapy is also played by the attitudes, experience, and biological age of therapists and the level of their media and digital competence. In relation to clients/patients, it is also important to have experience with the network's environment and the type of expectations that they associate with this form of psychological and psychotherapeutic services. These phenomena are the aftermath of civilization changes related to the dynamic development of digital media (interactive, hypertext, virtual) that enable online communication in real time.

Attributes of contemporary media civilization also influence the forms and strategies of therapeutic interactions and the expectations of clients/patients. Describing the specificity of electronic communication in psychotherapy, the author of the article also used references to media archeology.

This made it possible to show in a synthetic summary the predecessor of „online psychotherapy” that influenced contemporary forms of media communication, present in psychological therapy.

Wstęp

Psychoterapia indywidualna jest dynamicznym procesem wymiany emocji, uczuć i sądów między terapeutą a klientem/pacjentem — jej celem jest osiągnięcie pożądanej zmiany. Istotą tej ostatniej jest poprawa funkcjonowania klienta/pacjenta, zgodnie z założeniami określonej orientacji i metody terapeutycznej [1, 2]. Ich wybór dostosowany jest do potrzeb osób ubiegających się o pomoc psychologiczną oraz wiedzy, umiejętności, kompetencji i — ogólnie — dyspozycji podmiotowych terapeuty. W opinii autorki artykułu wspomniana zmiana powinna stać się także udziałem terapeuty, np. w formie nowego doświadczenia, istotnego komponentu jego dalszego rozwoju zawodowego i osobowego; ważnego elementu metaanalizy i tematów poddawanych superwizji. Terapeuta występuje zatem w tym procesie w podwójnej roli, jako „katalizator” i „akuszer zmiany” u innego człowieka oraz jako ten, który czyni taką zmianę przedmiotem własnego doświadczenia.

W nowym kontekście cywilizacyjnym istotna jest u psychoterapeuty także wnikliwa obserwacja współczesnych trendów kulturowych. Znajdują one swój wyraz w zachowaniach i oczekiwaniach pacjentów/klientów. W wielu przypadkach — w odpowiedzi na te tendencje — konieczne staje się dla terapeuty rozwijanie nowych kompetencji: komunikacyjnych, medialnych i cyfrowych, by sprostać tym zapotrzebowaniom. Nowe umiejętności, związane z mediami cyfrowymi i komunikacją elektroniczną online, przekładają się bowiem coraz częściej na pracę zawodową i jej efektywność. Istotna jest także refleksja, w jakim stopniu i zakresie nowe technologie mogą być wykorzystywane w ramach konkretnych orientacji terapeutycznych. Psychoterapeuta musi również uczciwie, sam przed sobą, odnieść się do swoich postaw wobec możliwości zastosowania nowych mediów w praktyce zawodowej. Jeśli ma do nich sceptyczny stosunek, przełoży się on niechybnie na jakość jego pracy zawodowej z wykorzystaniem nowych technologii.

Trzeba również podkreślić, iż psychoterapeuta, który ma wypracowany określony repertuar procedur i metod terapeutycznych w przestrzeni offline, musi na nowo rozwijać i doskonalić swój warsztat, by przystosować się mentalnie, technicznie i merytorycznie do specyfiki nowej rzeczywistości online. Jak pokazały brytyjskie badania dotyczące postawy psychoterapeutów wobec psychoterapii online, jednym z decydujących wyznaczników był wiek biologiczny badanych (im młodszy, tym stosunek bardziej pozytywny) oraz ogólne nastawienie do nowych mediów (im bardziej pozytywne, tym większa gotowość, by zastosować je we własnej pracy zawodowej) [3].

Dynamika psychoterapii jako procesu wynika z serii mikro zdarzeń obecnych w kontakcie interpersonalnym, który uwarunkowany jest kontekstem czasoprzestrzennym (czas i miejsce trwania pojedynczej sesji, czas i miejsce trwania psychoterapii). Temporalno-przestrzenny wymiar tego procesu jest istotny, ponieważ sytuuje fizycznie i mentalnie pacjenta/klienta w nowej rzeczywistości społecznej (np. szpitala, prywatnego gabinetu) służącej właśnie procesowi leczenia. Te instytucjonalne uwarunkowania pozwalają również stworzyć konieczny dystans wobec kontekstu codziennego życia i to zarówno w odniesieniu do samego pacjenta, jak i jego terapeuty. Obie strony interakcji wchodzi w kontekst

przypisany ich rolom: „leczzonego” i „leczącego”. Ponadto, jak pokazują badania, korzystając z sieci w przestrzeni domowej jesteśmy bardziej podatni na działanie dystraktorów środowiskowych, w tym na wykonywanie wielu czynności jednocześnie (medialny, intermedialny, międzyśrodowiskowy multitasking), także w ramach cyberrzeczywistości oraz komunikacji online [4]. To z kolei nie sprzyja koncentracji uwagi na zadaniu, komunikacji, autorefleksyjności ani też uważności [5, s. 90–91].

Pacjenci/klienci, korzystający z nowych mediów, także w celach pozaterapeutycznych, mogą żywić nierealne oczekiwania wobec terapeuty. Wynika to z takiego atrybutu sieci, jakim jest możliwość komunikacji online w czasie rzeczywistym 24 h na dobę. Brak odzewu ze strony specjalisty na zainicjowany drogą elektroniczną kontakt mogą oni interpretować jako brak dobrej woli czy zaangażowania. Pojawia się w tym kontekście oczekiwanie od terapeuty, że będzie on elastyczny i dostępny w sieci „na życzenie” (przez analogię do innych usług „on demand”), nawet gdy wcześniejsze ustalenia (np. z kontraktu terapeutycznego) precyzyjnie regulują tę sprawę [6, 7]. Zdaniem Sulera problem ten dotyczy zwłaszcza pacjentów, którzy mają problemy z lękiem separacyjnym, wykazują cechy osobowości zależnej lub też wykazują zaburzenia osobowości typu borderline [8, s. 388].

Do cech niespecyficznych większości terapii należy interakcja bezpośrednia oparta na kontakcie „tu i teraz”. Wykorzystuje się w niej komunikację językową i niewerbalną, by zamaniestrować trzy zasadnicze elementy postawy: autentyczności, akceptacji i empatii. Bezpośrednia komunikacja, która odbywa się z udziałem obu stron, w określonej fizycznie i społecznie instytucjonalnej przestrzeni, jest istotnym czynnikiem wpływającym na budowanie przymierza terapeutycznego, jakość relacji i w efekcie na powodzenie psychoterapii.

Jak pokazały w 2006 roku badania Slatera i innych dotyczące wpływu mediów komunikacji na zachowania społeczne to, czy posłużymy się samym tekstem czy też wykorzystamy obraz i dźwięk oraz „twarz” awatara w wirtualnej wersji klasycznego eksperymentu Milgrama, przekłada się na poziom empatii wobec osoby odgrywającej rolę ucznia. W efekcie, także na gotowość „nauczycieli” do wymierzania kar. Eksperyment ten w dobitny sposób pokazuje, że rodzaj komunikacji oraz zastosowane w niej media mają istotny wpływ na działania realnych ludzi [9, s. 115].

Psychoterapia online: przegląd wybranej literatury przedmiotu

Pojawienie się w latach 90. XX wieku nowych mediów interaktywnych i ich upowszechnienie umożliwia komunikację (tekstową lub audiowizualną) w czasie rzeczywistym (np. z wykorzystaniem Skype’a, GG) lub z odroczonym feedbackiem (np. e-mail). Tendencję do stosowania zmediatyzowanej komunikacji obserwuje się także w odniesieniu do różnych usług psychologicznych czy psychoterapeutycznych. Pojawiają się jednak pytania, czy zmiana środowiska, formy, kanału komunikacji wpływa w istotny sposób na jakość i efektywność tego procesu? Na postawy i stopień zaangażowania obu stron? Czy psychoterapia online jest specyficznym typem psychoterapii czy spełnia jedynie warunki konsultacji, poradnictwa psychologicznego o walorach edukacyjnych, terapeutycznych, interwencyjnych? Jak badać skuteczność tych działań oraz kwestie zachowania tajemnicy zawodowej? Jakie cechy/dyspozycje, kompetencje społeczne, językowo-komunikacyjne

i medialne (cyfrowe) powinny mieć obie strony tego procesu, aby uczestniczyć w nim efektywnie oraz osiągać pozytywne rezultaty?

Jak zauważa J.R. Suler, w literaturze przedmiotu przedstawiane są konceptualizacje psychoterapii online ukazujące jej podobieństwa do psychoterapii tradycyjnej. Budzą one jednak wiele wątpliwości, bo — czy w praktyce, obrazowo rzecz ujmując — czat-room jest rzeczywiście odpowiednikiem specjalistycznego gabinetu psychologicznego w skali 1:1? [8, s. 381]. Czy cyberrzeczywistość jest rzeczywiście „miejscem”, w którym można dokonać „traslacji”/ „adaptacji” tradycyjnych metod psychoterapeutycznych? Te zagadnienia poddaje m.in. pod refleksję brytyjski psycholog kliniczny, a jednocześnie cyberpsycholog.

Warto odnieść się do niektórych wątpliwości. Z pewnością psychoterapia online funkcjonuje jako osobna forma nowomediальной komunikacji elektronicznej (CMC — ang. *computer mediated communication*) lub też — jako element działań psychoterapeutycznych — w ramach terapii mieszanej, hybrydycznej (ang. *blended therapy, hybrid therapy*). W tym ostatnim przypadku obie strony mają doświadczenia w terapii online i offline, i mogą — w miarę możliwości — z nich korzystać, kontynuując terapię na poszczególnych jej etapach. Terapia mieszana jest zwykle proponowana w sytuacji, gdy pacjent/klient ma problem z dotarciem do gabinetu terapeuty (np. przebywa czasowo daleko od miejsca zamieszkania lub cierpi na problemy zdrowotne, które mu to uniemożliwiają).

Gdy pomoc psychologiczna świadczona jest wyłącznie w formie online, to automatycznie pozbawia się obie strony możliwości korzystania z wielu ważnych komunikatów niewerbalnych związanych zarówno z konkretnym zachowaniem, jak i otoczeniem fizycznym, w którym się ono rozgrywa [10]. Bardzo trudno jest także określić, w jakim stopniu określony poziom kompetencji cyfrowych wpływa na jakość kontaktu terapeutycznego. Gdy ten poziom jest niewystarczający, pacjent/klient może doznawać frustracji wynikających z braku konkretnych umiejętności medialnych, co z kolei przekłada się na postawę wobec psychoterapeuty, psychoterapii i motywację do jej kontynuowania.

Wirtualna rzeczywistość tworzy również bardzo konkretne bariery dla konstytuowania się przymierza terapeutycznego opartego na „pierwszym wrażeniu”, zaufaniu, empatycznej relacji. Pośrednictwo medium zaburza tę tradycyjną relację, nawet w sytuacji, gdy wykorzystujemy technologię najwyższej jakości technicznej, umożliwiającą komunikację audiowizualną online w czasie rzeczywistym. Badania psychologów mediów i deterministów technologicznych pokazują, iż technologia nie jest jedynie neutralnym pośrednikiem w komunikacji; podważają one również naiwne wyobrażenie o ich „przezroczystym” charakterze. Przyjazne interfejsy wyzwalały w użytkownikach określone postawy, emocje i uczucia. Stąd też pojawia się zjawisko personifikowania, animalizowania poszczególnych technologii, które są konceptualizowane, tak jak żywe organizmy, mimo wiedzy, deklaracji, sądów — na poziomie racjonalnym, iż do takich nie należą [11].

Pojawia się zatem kwestia perswazyjności mediów jako narzędzi komunikacji społecznej. Zagadnienie to w odniesieniu do usług medycznych, psychoterapeutycznych i psychologicznych jest współcześnie przedmiotem zainteresowania zespołu B.J. Fogga, który w ramach Stanfordzkiego Laboratorium Technologicznego (*Stanford Persuasive Technology Lab*) prowadzi badania dotyczące tzw. kaptologii (od ang. *captology*, czyli *computers as persuasive technologies*) [9, s. 119–120]. Badania w tym obszarze pokazały, że istnieje mnóstwo zaawansowanych technologii opartych na awatarach i wirtualnej rzeczywistości.

Są one wykorzystywane przez specjalistów z wymienionych branż do motywowania pacjentów i klientów, by zmienili swoje zachowania na bardziej przystosowawcze, zgodnie z ustalonym uprzednio programem terapii psychologicznej czy leczenia medycznego.

Wzrasta także liczba usług opartych na sztucznej inteligencji (*AI*, ang. *artificial intelligence*) oraz programach wykorzystujących język naturalny (ang. *natural language programmes*) [7, s. 12, 17]. Głównym celem tych form komunikacji zmediatyzowanej, w której program komputerowy bada strukturę i zawartość wypowiedzi, głównie pisanej przez klienta/pacjenta, jest zachęcenie go do autoanalizy (myśli, postaw, emocji i uczuć), co zwykle jest przydatne w rozwiązywaniu konkretnych problemów zdrowotnych. Kontakty z inteligentną technologią nie zastąpią jednak komunikacji z terapeutą; mogą być wykorzystywane jako metoda towarzysząca tradycyjnej terapii lub jako element tzw. terapii hybrydycznej.

Człowiek ewolucyjnie przystosowany jest bowiem do kontaktu z drugim człowiekiem, ponieważ jego mózg — jako system biospołeczny — nastawiony jest na osiągnięcie „konwergencji psychicznej” i wymiany informacji z innym jako istotą intencjonalną [13, 14]. „Konwergencja psychiczna” określa stan współodczuwania, umiejętność rozumienia intencji drugiej osoby. Badania dotyczące rozwoju teorii umysłu przekonują, iż do osiągnięcia tego stanu niezbędna jest bezpośrednia obecność drugiego człowieka, którego można obserwować, naśladować, nadawać znaczenie jego działaniom, przewidywać intencje, wykorzystując do tego celu „na bieżąco” wiele wskazówek (multi)sensorycznych [15]. Niektóre intencje komunikowane są zresztą na zasadzie kodowania intermodalnego, np. poprzez gest, zapach i słowo, co jest niezwykle istotne, gdy przekazujemy innym informacje o swoich emocjach, uczuciach, oczekiwaniach czy stanach psychicznych. Warto również pamiętać, iż poszczególne osoby różnią się między sobą preferowanym systemem komunikacji, poziomem kompetencji i sprawności językowo-komunikacyjnych, kompetencji społecznych [16]. Wymienione czynniki w istotny sposób wpływają na sposób formułowania wypowiedzi, werbalizowania informacji na temat siebie i swojego stanu psychofizycznego, na umiejętność podjęcia komunikacji intrapsychicznej. Ta ostatnia pociąga za sobą przecież konieczność autorefleksyjności, autoanalizy.

Budowaniu dobrej relacji w procesie terapeutycznym służy także synchronizacja zachowań, która najpełniej realizuje się w bezpośrednim kontakcie [17]. Komunikacja „twarzą w twarz” wyklucza również wiele błędnych interpretacji zachowań, np. cisza jest brakiem komunikacji werbalnej, przy jednoczesnej obecności komunikatów niewerbalnych. W przypadku kontaktu online może ona wynikać z przyczyn technicznych, a nie z dynamiki interakcji, o czym bardzo często można się przekonać dopiero po pewnym czasie, a nie w trakcie rozgrywania się konkretnego procesu. Opóźniony feedback przynosi jednak bardzo często natychmiastowe i niekorzystne skutki dla konkretnej relacji interpersonalnej.

Ta nowa elektroniczna, sieciowa forma komunikacji terapeutycznej wymaga również, w warunkach cywilizacji digitalnej, posiadania nowych kompetencji medialnych (cyfrowych). Obejmują one, ze strony terapeuty, m.in. zapewnienie ciągłości komunikacji w środowisku cyfrowym stosownie do uzgodnień z kontraktu terapeutycznego, określonego stopnia poufności przekazywanych informacji, ustalenia alternatywnych form komunikacji w sytuacji, gdy dochodzi do awarii sprzętu, łącza. Istotnym dystraktorem, po stronie pacjenta/klienta może być fakt, iż próbuje on „wpisać się”, swoje aktualne

działania w scenariusz zachowania znany mu z fikcjonalnych przekazów medialnych, np. filmów fabularnych dotyczących tematyki relacji psychoterapeutycznej lub zawierającej takie motywy. Warto pamiętać, iż współcześnie właśnie media, głównie media społecznościowe, funkcjonują w roli dominujących instytucji edukacyjnych (posttradycyjnych instytucji edukacyjnych, edukacja nieformalna) [18]. Dynamiczny rozwój tzw. opowieści transformacyjnych sukcesywnie ten wpływ wzmacnia [19]. Opowieści transformacyjne to narracje dotyczące zmiany, najczęściej w wyglądzie lub otoczeniu (np. domostwie) wybranego bohatera lub bohaterki.

W obliczu tych cywilizacyjnych uwarunkowań, zachowanie klienta/pacjenta może być spójne z wyimaginowanym obrazem pacjenta/klienta, nie zaś z jego obiektywną kondycją psychofizyczną i sytuacją społeczną potwierdzoną badaniami i wywiadem. Potrzeba poszukiwania alternatywnych wskazówek i scenariuszy zachowań w nowej wirtualnej rzeczywistości otwiera pole dla „gier interpersonalnych” [20]. Nie służą one osiągnięciu pożądanej zmiany, a wręcz mogą utrwalac zachowania problemowe (np. nieśmiałość, skłonność do konfabulacji, ukryte formy agresji i autoagresji, labilność emocjonalną). Sieć — w licznych przypadkach — wyzwala czy potęguje u pacjenta/klienta rozhamowanie zachowań lub też potrzebę konstruowania alternatywnych form e-tożsamości. Wskazuje na to m.in. tzw. cybereffect [21]. Jednostka czyni tak, by przetestować ich atrakcyjność, skuteczność, społeczną siłę oddziaływania w bezpiecznej, wirtualnej przestrzeni, dającej poczucie względnej anonimowości i bezpieczeństwa. Wirtualne projekty tożsamościowe, kojarzone najczęściej z postacią awatara i mediami społecznościowymi, umożliwiają jednostce sprawdzenie się w różnych, alternatywnych odsłonach [20, 22]. Komunikacja online pozwala przy tym na uzyskanie informacji zwrotnej od specjalisty, który musi przede wszystkim bazować na informacjach przekazywanych przez pacjenta/klienta drogą elektroniczną.

Warto również zauważyć, iż współczesna cywilizacja medialna preferuje natychmiastową dostępność usług oraz gotowe programy transformacji, co z pewnością nie służy subtelnym, często długotrwałym i wielopoziomym zmianom, wpisanym w istotę procesu terapeutycznego. Nastawienie na natychmiastowość, spektakularność przemiany potęgowane jest przez wspomniane opowieści transformacyjne, obecne zarówno w mediach tradycyjnych, jak i nowych mediach. Kreują one u potencjalnych pacjentów/klientów nieadekwatne wyobrażenia na temat efektów i celów psychoterapii oraz metod ich osiągnięcia. W konfrontacji z realnym doświadczeniem oczekiwania takie mogą rodzić u pacjenta/klienta, a nawet u osób z jego otoczenia, frustrację oraz — w tej pierwszej grupie — relatywnie szybkie „wypadanie” z terapii. Pozytywna zmiana — w myśl ideologii lansowanej przez te medialne narracje — jest szybka, spektakularna, trwała, zależna wyłącznie od dobrej woli, zaangażowania i starań klienta oraz specjalisty, który z nim współpracuje.

Ponadto brak konieczności wychodzenia z domu na sesję terapeutyczną powoduje często, że kontakt z psychoterapeutą drogą elektroniczną postrzegany jest „na prawach” innych kontaktów społecznych, inicjowanych i procedowanych drogą online. W opinii wielu klientów/pacjentów, którzy korzystają także z innych e-usług, wymagają one mniejszej uwagi, zaangażowania, zdyscyplinowania w porównaniu z terapią offline [7]. Na zjawisko rozproszenia uwagi wskazują także badania medioznawcze bazujące na strategiach korzystania z internetu i dedykowane wielozadaniowości [4]. W komunikacji „tworzą

w twarz” obie strony czują specyficzny rodzaj zobowiązania, czują się zobligowane, aby koncentrować się na zadaniach i zachowaniach wynikających z przepisów roli społecznej.

Pacjent/klient, podczas trwania sesji online, w sensie fizycznym i mentalnym, „zakotwiczony” jest w rzeczywistości realnej i społecznej, która często jest kontekstem, sceną lub nawet przyczyną jego problemów. Pojawia się więc sytuacja, w której wspólnie ze swoim terapeutą online jest „samotny (choć) razem”, „chwilowo zaangażowany, choć niezobowiązany do wprowadzania zmian”, „uwikłany w kontrakt, który nie wymaga jednak systematycznej pracy”, a nawet mówienia prawdy [23, str. 18] Brak fizycznego kontaktu na rzecz kontaktu zapośredniczonego powoduje również „nakładanie się” różnych ról społecznych i płaszczyzn życia: domowego, towarzyskiego na interakcję terapeutyczną, co dodatkowo nie sprzyja koncentracji na realizowanych celach, i w efekcie — uzyskaniu pożądanej poprawy.

Warto również wspomnieć, iż rozwój nowych mediów przyczynił się do dynamicznej ewolucji e-usług (np. w sektorach: edukacyjnym, bankowym, ubezpieczeniowym, zdrowotnym), które wyzwalają u internautów specyficzny rodzaj nastawienia. Chodzi o postawę klientystyczną. Użytkownicy nowych mediów instrumentalizują kontakty międzyludzkie online, sprowadzając ich cel do uzyskiwania określonych, często bardzo spersonalizowanych i wyrafinowanych, usług, w określonym czasie i za określoną kwotę. Umiejscowienie psychoterapii w nowomediálním kontekście może powodować przeniesienie takich nawyków, doświadczeń i postaw na oczekiwania formułowane wobec psychoterapii online.

Pojawia się także, w tym ostatnim kontekście, wrażliwość dotycząca poziomu odpowiedzialności i zaangażowania klienta/pacjenta w sam proces terapeutyczny. Przyjęcie postawy konsumpcjonistycznej, klientystycznej, roszczeniowej sprawia, że cała odpowiedzialność zostaje „przekierowana”, „scedowana” na psychoterapeutę, który — właśnie jako specjalista — powinien, w opinii nowomediálního pacjenta/klienta, wykazać się efektywnością, proponować atrakcyjne, skuteczne i relatywnie szybkie rozwiązania.

Komunikacja terapeutyczna w nowych mediach

Jak wspomniano wcześniej, psychoterapia online wykorzystuje różne formy komunikacji elektronicznej. Analiza tej specyfiki jest konieczna z uwagi na ich wymiar pragmatyczny, dostosowany do celów i efektów całego procesu. Podstawowe różnice między tymi formami dotyczą kodu, kanału komunikacji, sprzężenia zwrotnego oraz zmysłów, do jakich przekaz jest adresowany [5, 24].

Tabela 1. **Komunikacja tekstowa (feedback opóźniony) vs komunikacja online w czasie rzeczywistym (feedback natychmiastowy)**

Komunikacja tekstowa (feedback opóźniony)	Komunikacja audiowizualna online w czasie rzeczywistym (feedback natychmiastowy)
Analiza stylu (formy) i treści wypowiedzi na podstawie tekstu pisanego; nie ma pewności, iż (jedynym) autorem przekazu jest pacjent/klient; może pojawić się problem fałszywej (sfingowanej) lub ukradzionej tożsamości (np. krewny podszywa się pod potencjalnego pacjenta/klienta), by uzyskać opinię specjalisty.	Analiza zachowania (w tym wypowiedzi) na podstawie komunikatów werbalnych i niektórych niewerbalnych; całość komunikacji można przypisać do konkretnego rzeczywistego klienta/pacjenta lub do osoby, która — w ramach tej interakcji — „odgrywa” określone objawy, komunikuje o problemach „osób trzecich” jako własnych, by uzyskać opinię specjalisty.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Komunikacja tekstowa (feedback opóźniony)	Komunikacja audiowizualna online w czasie rzeczywistym (feedback natychmiastowy)
Brak możliwości prowadzenia bezpośredniej komunikacji oraz badania reakcji interlokutora w czasie jej trwania.	Możliwość natychmiastowego reagowania na zachowania interlokutorów (po obu stronach).
Brak komunikatów niewerbalnych.	Obecność takich komunikatów niewerbalnych, jak cechy wokalne głosu (np. głośność, tempo mówienia, tembr, modulacja), kinezytyka (mimika twarzy, gestykulacja, pozy), autoprezentacja (ubiór, fryzura, ozdoby ciała), budowa ciała (wzrost, masa, proporcje), niektóre elementy proksemiczne (związane z organizacją przestrzeni) i chronemiczne (związane z wymiarem temporalnym).
Brak kontroli nad czasem i miejscem odbioru i nadania wiadomości.	Kontrola nad czasem trwania wymiany komunikatów.

oprac. własne

Osobnym przypadkiem, wartym rozważenia, jest komunikacja tekstowa online w czasie rzeczywistym (np. za pomocą komunikatorów internetowych). Ta forma interakcji zapośredniczonej umożliwia natychmiastową reakcję obu stron na uzyskane uprzednio komunikaty, pozbawia jednak interlokutorów możliwości korzystania z informacji niewerbalnych (z wyjątkiem znaków ikonicznych, np. emotikonów, które są schematyczną, zubożoną reprezentacją doświadczanych emocji czy prezentowanych postaw). Psychoterapeuta może natomiast bazować na ocenie ogólnej i specyficznej sprawności językowo-komunikacyjnej klienta/pacjenta czy na czasie jego reakcji na poszczególne sekwencje komunikacyjne. Momenty „ciszy”, zawieszenia komunikacji często nie mogą podlegać jednoznacznej ocenie. Ich przyczyna może być lokowana nie tylko w braku intencjonalnej reakcji klienta/pacjenta na wcześniejszą wypowiedź terapeuty, ale także w czynnikach środowiskowych (np. inna osoba/zdarzenie w środowisku domowym odciągnie uwagę interlokutora) lub technologicznych (np. chwilowy brak połączenia). Pojawia się również niebezpieczeństwo (jako dystraktor), iż klient/pacjent nie mówi prawdy odnośnie do powodów zaistniałego opóźnienia komunikacyjnego lub też konsultuje się z osobami trzecimi podczas trwania sesji online (poza wiedzą terapeuty), by lepiej „wypaść w terapii”. Nierzadko osoby uczestniczące w sesji z terapeutą w czasie jej trwania korzystają z alternatywnych źródeł informacji, by — w ich przekonaniu — lepiej odpowiadać na zadawane w czasie rzeczywistym pytania. Związane jest to z procesem tworzenia alternatywnej (wirtualnej) tożsamości [20].

Efekty procesu terapeutycznego zależą więc od różnych grup czynników. Istotną rolę odgrywają w tym przypadku także wspomniane sprawności językowo-komunikacyjne uczestników.

Objęmują one umiejętność budowania zdań i narracji w danym języku oraz dostosowania ich do określonych kontekstów sytuacyjnych. Bazują zatem na kompetencji: językowej, komunikacyjnej i społeczno-kulturowej. Specyficzna sprawność w tym zakresie odnosi się zaś do poziomu tych umiejętności w relacji do różnych obszarów tematycznych (np. werbalizowania emocji i uczuć, opisywania zewnętrznej sytuacji życiowej, wpływu działań osób trzecich) oraz dwóch podstawowych form komunikacji językowej: pisanej i oralnej [13, 14].

Jak się wydaje, istotnym aspektem przy ocenie skuteczności psychoterapii opartej na komunikacji elektronicznej jest określenie wyjściowego poziomu sprawności językowo-komunikacyjnej klienta/pacjenta oraz umiejętności budowania przez niego narracji jako takiej (narracja swobodna, narracja na zadany temat) [27]. Zagadnienie to staje się widoczne w szerszym kontekście medialnym i kulturowym, gdy sięgamy do tzw. archeologii mediów, łącząc wybrane fakty z historii mediów ze współczesnymi metodami psychoterapii. W tej optyce widać również wpływ uwarunkowań cywilizacyjnych na stosowane formy leczenia i komunikowania terapeutycznego.

Archeologia mediów a współczesne formy psychoterapii online

Do poprzedniczek nowomediów komunikacji tekstowej zalicza się najczęściej listy do redakcji, zaś jeśli chodzi o prekursorów zmediatyzowanej komunikacji w czasie rzeczywistym — telefony zaufania oraz audycje radiowe z udziałem psychoterapeuty, psychologa i radiosłuchaczy. Ci ostatni mogą dzwonić do studia radiowego w czasie trwania audycji (a więc w czasie rzeczywistym) z prośbą o poradę, komentarz. W tym przypadku, czyli komunikacji w formie dialogu lub polilogu, konsultacja ze specjalistą ma charakter medialny i publiczny, odbywa się na forum i wpisuje się w konwencję radiowego show. Inne przypadkowe osoby mają dostęp do wypowiedzi obu stron oraz mogą się do nich odnosić w swoich kolejnych radiowych wystąpieniach. Pojawia się zatem podstawowa wątpliwość, czy zmediatyzowana komunikacja publiczna spełnia w tym przypadku kryteria procesu psychoterapeutycznego czy też lokuje się wyłącznie po stronie poradnictwa, konsultacji, edukacji psychologicznej? Czy nawet — pop-psychologii, pop-psychoterapii czy pop-medycyny, a więc form udawanej, sfingowanej pomocy specjalistycznej zaliczanej do sektora „nowomediów” usług zdrowotnych (ang. *fake medical services*)?

Medialne formy poradnictwa psychologicznego to także książki oraz artykuły w czasopiśmie specjalistycznych, a więc „materiały pisane dla określonego czytelnika”.

Osobną metodę, towarzyszącą terapii, stanowi pisanie dziennika lub pamiętnika [27] zgodnie z zaleceniami psychoterapeuty. Ta forma ma jednak charakter bardziej osobisty, intymny i wpisuje się w formułę „materiałów pisanych dla siebie” celem dokumentowania i porządkowania własnego doświadczenia oraz nadawania sensu życiu (por. założenia logoterapii).

Narracja ustna lub pisemna jest intencjonalną formą ekspresji przekonań, emocji i uczuć. Umożliwia jednostce kategoryzowanie zjawisk, porządkowanie doświadczeń, ich interpretowanie oraz przedstawianie indywidualnego punktu widzenia. Związanie narracyjności z kategorią podmiotu i form komunikacji elektronicznej pozwala również objąć refleksją ich zastosowanie terapeutyczne. Ten punkt widzenia, czyli nacisk na znaczenie „opowieści pierwszoosobowej” jest wyraźnie obecny w analizach reprezentujących tzw. zwrot narratystyczny w naukach humanistycznych i społecznych, a wysunięcie tej kategorii jako definiującej aktywność *homo narrator* podniosło rangę (zapisu) indywidualnego doświadczenia w badaniach naukowych [27, 28].

Z drugiej strony brak umiejętności posługiwania się językiem i budowania narracji skutkuje negatywnie dla relacji społecznych i jednostkowej tożsamości. Tworzenie auto-

narracji w języku mówionym lub pisany pełni istotną rolę w profilaktyce i terapii chorób (psycho)somatycznych oraz psychicznych. Idea ta, obecna w koncepcjach Breuera i Freuda, znana jako *talking cure*, współcześnie znajduje swoje odzwierciedlenie m.in. w terapii poprzez pisanie [29]. Pierwszy artykuł na jej temat powstał w 1986 roku. Zwrócono w nim uwagę, iż tworzenie „jakiejsz” formy narracji umożliwia jednostce rozumienie i ponową konfrontację, np. z traumatycznym doświadczeniem, rozumienie własnych uczuć i emocji czy doświadczenie sensu i celowości własnego życia poprzez język (jego strukturę i zasoby leksykalne). Wszystkie te działania pozwalają porządkować przeszłość i odzyskać poczucie kontroli nad doczesną egzystencją (poprzez porządkowanie doświadczeń, nadawanie im sensu i wyciąganie wniosków na przyszłość). Człowiek jako narrator rozwiązuje, zwykle z pomocą specjalisty, konflikty psychiczne i efektywnie radzi sobie ze stresem. To z kolei wpływa m.in. na podniesienie funkcjonalności jego układu odpornościowego, pomaga zapobiegać wielu chorobom lub łagodzić ich przebieg. Jednocześnie, jak podkreślają rzecznicy tzw. pisania ekspresywnego: „Nieudana próba lub niezdolność przełożenia traumatycznego doświadczenia na słowa jest jedną z prawdopodobnych przyczyn zaburzeń po stresie traumatycznym” [29, s. 189].

Media tradycyjne i elektroniczne narzucają formułowanym w ich obrębie narracjom określone konwencje, schematy, struktury, gatunki i formaty. Specjaliści umożliwiają włączanie tych przekazów do praktyk psychoterapeutycznych, czego doświadczamy współcześnie na coraz większą skalę. W tym procesie mediatyzacji osobistego doświadczenia wyraża się dyscyplinująca i porządkująca funkcja kultury dominującej, która — poprzez media — wymusza określone strategie autoekspresji. Współcześnie psychoterapeuta stoi więc przed kolejnym wyzwaniem: jak skutecznie zastosować nowomediálne formy komunikacji w procesie leczenia, by — z jednej strony sprostać określonym wyzwaniom cywilizacyjnym społeczeństwa zdigitalizowanego, a zarazem nie zatracić celów i sensu samej psychoterapii?

Przedstawiona poniżej w formie tabeli synetyczna analiza tych form zmediatyzowanej komunikacji tradycyjnej (dziennik) i nowomediálne (e-mail, blog) pozwala ocenić potencjał terapeutyczny każdej z nich.

Tabela 2. E-mail, dziennik oraz blog jako tekstowe formy komunikacji terapeutycznej

Formy komunikacji terapeutycznej	E-mail	Dziennik	Blog
Charakterystyka podstawowa	Forma tekstowej komunikacji elektronicznej adresowana do konkretnego odbiorcy. Może zawierać załączniki z dodatkowymi informacjami (np. filmy, zdjęcia, pliki tekstowe).	Forma tekstowej komunikacji w formie tradycyjnej lub z wykorzystaniem edytora tekstu jako rodzaj komunikacji intrapsychicznej lub/i adresowanej do określonego odbiorcy/ kręgu czytelniczego (np. terapeuty, członka rodziny, anonimowych czytelników).	Forma komunikacji elektronicznej opartej na języku pisany lub w formie hybrydycznej (np. językowo-obrazowej; językowo-audiowizualnej) adresowana do szerokiego kręgu internautów lub wąskiej grupy użytkowników sieci (grupy zamknięte).

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Częstotliwość	Komunikacja jednokrotna lub ciąg komunikatów powiązanych tematem, osobą nadawcy i odbiorcy.	Narracja językowa uporządkowana chronologicznie obejmująca indywidualną relację i autorską interpretację wydarzeń oraz doświadczeń.	Narracja językowa lub hybrydyczna uporządkowana chronologicznie obejmująca indywidualną relację i autorską interpretację wydarzeń oraz doświadczeń.
Typ informacji zwrotnej	Informacja zwrotna w trybie online, pochodząca od adresata.	Informacja zwrotna, najczęściej w trybie offline, pochodząca od czytelnika.	Informacja zwrotna, najczęściej w trybie online, pochodząca od internautów.
Cel	Nawiązanie komunikacji, przedstawienie sprawy.	Uporządkowanie indywidualnych doświadczeń.	Przedstawienie indywidualnych doświadczeń w kontekście nowomediwnym.

oprac. własne

Komunikacja z wykorzystaniem e-maila może funkcjonować jako dodatkowa forma psychoterapii, wspomagająca działania podejmowane, np. podczas tradycyjnych sesji terapeutycznych. W odniesieniu do tej formy komunikacji istotne jest, aby w kontrakcie określić precyzyjnie, z jaką częstotliwością klient/pacjent będzie wysyłał informacje, jaka będzie ich przeciętna objętość oraz, w jakim czasie i na jakim poziomie szczegółowości, złożoności wypowiedzi terapeuta udzieli mu odpowiedzi.

Istotne jest również wyraźne podkreślenie, iż tematyka tych e-maili nie może wykraczać poza ustalenia kontraktu terapeutycznego. Ta dodatkowa wspierająca forma komunikacji przyczynić się może do intensyfikacji pożądanych zmian w relatywnie krótszym czasie. Nie ma jednak prostej zależności między częstotliwością kontaktu a przyśpieszeniem pozytywnego efektu [6]. Nie zawsze klient/pacjent w pełni rozumie cele takich działań; może mieć również problemy ze sformułowaniem treści e-maila, który byłby reprezentatywny dla jego aktualnej sytuacji psychologicznej i zdrowotnej [6, 8, s. 385–386].

W odniesieniu do form komunikacji terapeutycznej, które bazują na tekście pisanym (e-mail, dziennik, blog), istotnym kryterium oceny poziomu funkcjonowania pacjenta, jak wspomniano wcześniej, jest jego sprawność językowo-komunikacyjna (ogólna i specyficzna). Ponadto, w odniesieniu do wyłącznie nowomediwnych form kontaktu psychologicznego, bardzo trudna, jeśli w ogóle możliwa, jest ocena, w jakim stopniu przedstawiony opis sytuacji, relacja z życia przedstawia stan faktyczny.

Warto również podnieść kwestię autocenzury. Można to zagadnienie rozpatrywać w różnych kontekstach komunikacyjnych, psychologicznych i społecznych. Autocenzura wynika z faktu, iż pacjent pewnych zagadnień nie chce ujawnić, ani przed innymi ani przed sobą samym. Jak zauważa Kirvan: „Możemy szczerze odkrywać nasze intymne myśli i uczucia przed różnymi czytelnikami. Zmieniamy jednak definicję słowa >intymne< w zależności od odbiorcy naszego tekstu” [6, s. 173]. W odniesieniu do innych, w tym psychoterapeu-

ty, pacjenci/klienci czynią tak z obawy przed brakiem akceptacji, a nawet odrzuceniem. Komunikacja zmediatyzowana często więc usztywnia klienta/pacjenta w zachowaniach, które mogą maskować rzeczywiste źródło problemu.

Do uniwersalnych funkcji autocenzury w tych wszystkich wypadkach (komunikacji bezpośredniej/ zmediatyzowanej należy kreowanie (auto)obrazu dla innych oraz dla siebie (por. jaźń odzwierciedlona u Cooleya) [30, s. 42–43]. Istotnym atutem psychoterapii offline jest to, iż można bezpośrednio obserwować czas i sposób reakcji pacjenta/klienta na poszczególne fazy/mikrozdarzenia, a także „dostrajać się” lub subtelnie modelować pożądane zachowania werbalne i pozawerbalne.

W rzeczywistości wirtualnej natomiast obserwuje się kilka zjawisk, które mogą mieć wpływ na efektywność psychoterapii. Z jednej strony, o czym wspomniano wcześniej, klienci/pacjenci dokonują selekcji informacji tak, by były one zgodne z ich wyobrażeniem siebie (pozytywnym lub negatywnym) i sytuacji życiowej, w jakiej się znajdują. Z drugiej strony — dzielą się w sposób niekontrolowany informacjami osobistymi w środowisku online, mimo świadomości, iż mogą one być w przyszłości wykorzystane przez innych internautów, także tych działających w złych zamiarach (np. cyberprzestępców). Zjawisko to znane jest jako „knowing-doing gap”. [31, s. 125] Komunikacja w środowiskach wirtualnych paradoksalnie motywuje do ujawniania i konstruowania informacji sygnowanych autorskim „ja”, niekoniecznie zgodnych z prawdą. Rzeczywistość wirtualna prowadzi także do rozhamowania zachowań, co przekłada się m.in. na kompulsywną potrzebę systematycznego ujawniania (np. w mediach społecznościowych) różnych osobistych i intymnych informacji z wykorzystaniem tekstów pisanych, materiałów ikonicznych oraz przekazów audiowizualnych. Dochodzi do istotnego przesunięcia granicy między sferą prywatną a publiczną, co często prowadzi do ekshibicjonizmu medialnego, który pozbawiony jest autorefleksyjności, a skupiony na kreowaniu atrakcyjnej (dla określonego grona odbiorców) e-osobowości.

Wnioski

Uwarunkowania cywilizacyjne mają z pewnością istotny wpływ na formy pracy terapeutycznej oraz oczekiwania klientów/pacjentów związane z tym obszarem praktyk społecznych [32]. Nie negując możliwości wykorzystania nowych technologii w usługach zdrowotnych i psychoterapeutycznych, trzeba nieustannie poddawać refleksji zalety i ograniczenia tej formy społecznej komunikacji [8, s. 388].

Należy mieć zawsze na uwadze specjalistyczne kompetencje (cyfrowe, informacyjne, medialne), których posiadanie i systematyczne rozwijanie warunkuje efektywność procesu leczenia [33]. W cytowanej i wykorzystywanej w pracy literaturze przedmiotu brak jednolitego stanowiska co do skuteczności terapii online, a także jednoznacznej oceny jej zalet i wad. W opinii autorki artykułu uzasadnione jest przyjęcie stanowiska, iż decyzja o podjęciu takiej formy komunikacji i pracy z pacjentem/klientem powinna być dostosowana każdorazowo do możliwości, kompetencji, umiejętności uczestników procesu terapeutycznego. Należy wziąć również pod uwagę dostępność terapii offline. Gdy ta ostatnia jest możliwa, warto zastanowić się nad motywami preferowania przez pacjenta/klienta terapii online.

Projektując i wdrażając technologie wykorzystywane w pracy terapeutycznej, trzeba wziąć pod uwagę kulturowe i medialne doświadczenia współczesnych pokoleń użytkowników nowych technologii, które mają wpływ na rodzaj oczekiwań formułowanych wobec specjalistów [24]. Współczesna cywilizacja medialna wyznacza makrokontekst obecnych praktyk i oddziaływań psychoterapeutycznych, dla których nowe media stanowią z kolei mikrokontekst dla różnych typów zmediatyzowanej komunikacji między klientem/pacjentem a jego terapeutą. Nie można jednak wyłącznie podążać za modą oraz bezkrytycznie dostosowywać się do współczesnego rynku usług terapeutycznych, szerzej: medycznych, bez rozpoznania możliwości i ograniczeń uczestników tego procesu.

Doświadczenia klientów/pacjentów i ich kompetencje związane z użytkowaniem nowych technologii, wpływają — jak zaznaczono wcześniej — na poziom realizacji werbalnych i niewerbalnych. Te ostatnie są związane z ogólną i specyficzną sprawnością językowo-komunikacyjną. W praktyce przekłada się to na gotowość i umiejętność budowania wypowiedzi oraz bardziej złożonych narracji. Dotyczą one świata społecznego oraz doświadczenia osobistego, w tym dotyczącego emocji i uczuć pacjenta. Współczesny system edukacji szkolnej i akademickiej, podporządkowany nabywaniu wiedzy specjalistycznej („uczenie pod klucz testowy”), nie sprzyja rozwojowi autorefleksyjności i nabywaniu aparatury pojęciowej dedykowanej sferze emocjonalnej i uczuciowej, przydatnej w analizie postaw i przyczyn zachowań własnych oraz innych uczestników życia społecznego. Brakuje zatem systematycznych i metodycznie zorganizowanych działań służących rozwojowi myślenia krytycznego oraz refleksji nad samym sobą [33]. Te uwarunkowania instytucjonalne, potęgowane częstokroć przez deficyty komunikacji w rodzinie na temat wyżej wspomnianych sfer powodują, iż dopiero w bezpośrednim kontakcie interpersonalnym terapeuta — pacjent/klient możliwe jest wypracowanie adekwatnego języka komunikacji. Zdaniem autorki artykułu dopiero w komunikacji offline możliwe jest stworzenie przestrzeni terapeutycznej, autentycznej przestrzeni wspólnego spotkania i dialogu, służącej pozytywnej i satysfakcjonującej zmianie.

Wzrastająca systematycznie ilość publikacji z zakresu cyberpsychologii, psychologii mediów i komunikowania oraz współczesnej komunikologii może być istotnym źródłem inspiracji dla terapeutów prowadzących swoją działalność zawodową właśnie w przestrzeni wirtualnej. Pojawia się również potrzeba, by systematycznie rozwijali oni swoje kompetencje cyfrowe i medialne, które w przypadku psychoterapii online odgrywają kluczową rolę także przy ocenie zasobów i oczekiwań potencjalnego klienta/pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki. Warszawa: Eneteia; 2005.
2. Grzesiuk L, red. Psychoterapia, Teoria. Podręcznik akademicki. Warszawa: Eneteia; 2005.
3. McDonnel D, Rooney B, Flood C. Attitudes to computerised psychotherapy: A survey of psychotherapists. W: Power A, Kirwan G, red. Cyberpsychology and new media. A thematic reader. London-NY: Routledge; 2014.

4. Ptaszek G. Medialna wielozadaniowość (media multitasking) w świetle badań psychologicznych W: Ogonowska A, Ptaszek G, red. Człowiek, technologia. Media. Konteksty kulturowe i psychologiczne. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2014.
5. Greay J. Attention and distraction online. W: Connolly I, Palmer M, Barton H, Kirwan G, red. An introduction to cybepsychology. Wydanie 1. NY: Routledge; 2016. Pp.86-96.
6. Kirwan G. Privacy and trust online. W: Connolly I, Palmer M, Barton H, Kirwan G, red. An introduction to cybepsychology. Wydanie 1. NY: Routledge; 2016, s.124-134.
7. Kim AJ. Community building on the web. Secret strategies for successful online communication. Berkley, CA: Peachpit Press; 2006.
8. Suler JR. Electric therapeutics. W: Psychology of the digital age. human become electric. UK: Cambridge University Press; 2016.
9. Barton H. Persuasion and compliance in cyberspace. W: Connolly I, Palmer M, Barton H, Kirwan G, red. An introduction to cyberpsychology. Wydanie 1. NY: Routledge; 2016, s. 111–122.
10. Leathers DG. Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowanie. Warszawa: PWN; 2007.
11. Reeves B, Nass C. Media i ludzie. Warszawa: PIW; 2004.
12. Pasikowska A. Dialog z wirtualnym i wyobrażonym rozmówcą jako forma wsparcia i poprawy zdrowia psychicznego W: Ogonowska A, Ptaszek G, red. Współczesna psychologia mediów. Nowe problemy i perspektywy badawcze. Kraków: Oficyna Wyd. Impuls; 2013.
13. Ogonowska A. Komunikacja i porozumienie. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne; 2014.
14. Pinker S. Efekt wioski. Jak kontakty twarzą w twarz mogą uczynić nas zdrowszymi i mądrzejszymi. Kielce: Wydawnictwo Charaktery; 2015.
15. Tomasello M. Kulturowe źródła ludzkiego poznania. Warszawa: PIW; 2005.
16. Ogonowska A. Psychologia mediów i komunikowania. Kraków: Oficyna Wyd. Impuls; 2018.
17. Kulesza W. Efekt kameleona: psychologia naśladownictwa. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar; 2017.
18. Ogonowska A. Współczesna edukacja media: teoria i rzeczywistość. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie; 2013.
19. Lisowska-Magdziarz M. Feniksy, łabędzie, motyle. Media i kultura transformacji. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
20. Aboujaode E. Wirtualna osobowość naszych czasów. Mroczna strona e-osobowości. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
21. Aiken M. The cyber effect. London: Clays Ltd.; 2017.
22. Turkle S. Authenticity in the age of digital Companion. Inter. Stud. 2007, 8(3): 501–517.
23. Turkle S. Samotni razem. Dlaczego oczekujemy więcej od zdobyczy techniki, a mniej od siebie nawzajem. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
24. Flood C. Abnormal cyberpsychology and cybertherapy. W: Connolly I, Palmer M, Barton H, Kirwan G, red. An introduction to cyberpsychology. Wydanie 1. NY: Routledge; 2016, s.153–164.
25. Ogonowska A. Gerontologopedia: aspekty psychologiczne i komunikacyjne. Wydawnictwo Edukacyjne w Krakowie [w druku].
26. Frankl V. Homo patients. Warszawa: PIW; 1984.
27. Ogonowska A, red. Człowiek i medium. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne; 2016.
28. Straś-Romanowska M, Bartosz B, Żurko M. Badania narracyjne w psychologii. Warszawa: Eneteia; 2010.
29. Pennbaker JW, Smyth JM. Terapia przez pisanie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2018.

30. Mucha J. Cooley. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna; 1992, s. 42–43.
31. Kirvan G. Computer mediated communication and online media. W: Connolly I, Palmer M, Barton H, Kirwan G, red. An introduction to cyberpsychology. Wydanie 1. NY: Routledge; 2016, s. 31–43.
32. Józefik B. Psychoterapia jako dyskurs kulturowy. *Psychiatr. Pol.* 2011, (5): 737–748.
33. Ogonowska A. Współczesna edukacja media: teoria i rzeczywistość. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie; 2013.

Adres: agaogonowska@poczta.onet.pl