

PSYCHOTERAPEUTKI I PSYCHOTERAPEUCI W CZASIE PANDEMII

raport z badań

CZEŚĆ PIERWSZA:
marzec-wrzesień 2020

Monika
Frąckowiak-Sochańska
Marcin Hermanowski



UNIWERSYTET
IM. ADAMA MICKIEWICZA
W POZNANIU
Wydział Socjologii

O badaniu

Czas pandemii koronawirusa jest okresem szczególnym: zagrożenie epidemiczne, zatrzymanie ludzi w domach (lockdown), praca i nauka w trybie zdalnym (on-line, home office), kwarantanny, izolacja, społeczny dystans, dezynfekcja, zakrywanie ust i nosa. Wydarzenia, procesy, zachowania wcześniej znane nielicznym, stały się udziałem całych populacji, nawet jeśli nie fizycznie, to na poziomie wspólnego przeżywania, współodczuwania, dostosowywania się czy adaptowania.

Pandemia ma wpływ na całość spraw ludzi żyjących w 2020 roku. Trudno sobie wyobrazić rodzaj działalności gospodarczej, zachowań indywidualnych czy społecznych, relacji, aktywności na które pandemia nie miałaby choćby niewielkiego wpływu. Tak również jest w przypadku pracy psychoterapeutycznej.

W raporcie przedstawiamy wyniki badania, które przeprowadziliśmy **od 10 sierpnia 2020 do 30 września 2020 roku**. Badane osoby to psychoterapeutki i psychoterapeuci, które posługują się językiem polskim, pracujące zarówno w Polsce, jak i za granicą. Co ważne, choć trudne do przewidzenia przed rozpoczęciem badań, przez większą część czasu ich trwania dzienna liczba potwierdzonych oficjalnie (przez Ministerstwo Zdrowia) zakażeń utrzymywała się na poziomie kilkuset przypadków nie przekraczając granicy tysiąca. Zbieranie danych kończyliśmy, gdy dzienna liczba zakażeń COVID-19 w Polsce przekroczyła granicę 1000 osób dziennie (24.09.20 – 1136, 26.09 -1584, 30.09 – 1552). Na początku października 2020 roku dzienna liczba zakażeń w Polsce najpierw przekroczyła 2 tysiące przypadków, by jeszcze w pierwszych dziesięciu dniach miesiąca dojść do 5 tysięcy, a w pierwszej połowie listopada liczba zakażeń podawanych przez Ministerstwo Zdrowia sięgała nawet 28 tysięcy przypadków, a liczba zgonów przekraczała często pół tysiąca dziennie. Jak widać z przywołanych danych sytuacja epidemiczna zmieniła się znacząco po zakończeniu naszego badania i, jak się wydaje, istnieje potrzeba przeprowadzenia badań dotyczących pracy terapeutycznej po 1 października 2020.

Badanie, które zrealizowaliśmy w sierpniu i wrześniu 2020 roku, zostało przeprowadzone techniką ankiety internetowej (CAWI). Za wyborem tej techniki przemawiała łatwość dostępu do populacji przy zastosowaniu narzędzia ankiety on-line, co było szczególnie istotne w okresie pandemii i pozwalało na zachowanie bezpieczeństwa.

W badaniu wzięły udział **382** osoby, z czego **159** wypełniło całą ankietę. Czy liczba osób badanych spełnia warunek reprezentatywności? Mamy podstawy, by z pewną ostrożnością stwierdzić, że tak, choć w oparciu o dostępne źródła nie jest możliwe dokładne określenie wielkości badanej populacji, czyli choćby szacunkowej liczby psychoterapeutek i psychoterapeutów pracujących w Polsce. W literaturze przedmiotu, artykułach naukowych charakteryzujących tę grupę zawodową w Polsce nie pojawiają się szacunkowe, przybliżone czy orientacyjne dane, a nawet próby oszacowania wielkości

tej populacji. Podstawową przeszkodą wydaje się być brak szczegółowych regulacji w polskim systemie prawnym, co do tego, kogo można uznać za psychoterapeutkę lub psychoterapeutę. Wprawdzie jest szeroko akceptowana zgoda środowiska psychoterapeutycznego co do tego, kto może zawód psychoterapeuty wykonywać, są wytyczne Narodowego Funduszu Zdrowia, (jakie warunki trzeba spełnić, żeby dostać refundację za usługi psychoterapeutyczne), ale dają one tylko częściową wiedzę na temat liczby psychoterapeutek i psychoterapeutów w Polsce. Nie próbując w tym opracowaniu podejmować ryzyka oszacowania wielkości populacji, uznaliśmy, że próba, którą zgromadziliśmy podczas badania uwzględnia wszystkie najważniejsze subkategorie w ramach zróżnicowanej populacji psychoterapeutów i psychoterapeutek. W próbie znalazły się bowiem osoby pracujące we wszystkich wiodących współczesnych nurtach psychoterapii oraz w zróżnicowanych placówkach świadczących pomoc psychoterapeutyczną. Ponadto badani reprezentowali zróżnicowane kategorie społeczno-demograficzne wyodrębnione na podstawie wieku oraz miejsca zamieszkania. Chcemy zwrócić uwagę, że w naszym badaniu wzięło także udział **10** superwizorów psychoterapii (o obójga płci), bądź superwizorów-aplikantów. Tu zdecydowanie łatwiej jest odnieść się do wielkości badanej populacji. Zestawienie dostępne na oficjalnych stronach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego¹ i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego² mówi, o tym, że superwizorów jest odpowiednio 91 i 90, a dalsze 31 w Polskim Towarzystwie Psychologicznym oraz 77 w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym to superwizorzy-aplikanci, czyli osoby w trakcie procesu uzyskiwania tytułu superwizora³.

Jak napisaliśmy powyżej, badanie było przeprowadzane metodą CAWI. Informację o badaniu i zaproszenie do badań rozpowszechnialiśmy poprzez dwa podstawowe źródła: serwis społecznościowy Facebook, a także e-maile i wiadomości wysyłane bezpośrednio do psychoterapeutek i psychoterapeutów. Wiadomości takich było blisko **600** (596). Jeśli chodzi o Facebooka, informacje o naszym badaniu pojawiały się na zamkniętych grupach dla psychoterapeutek i psychoterapeutów, a także na stronach organizacji, zrzeszających środowisko psychoterapeutyczne.

Oto lista zamkniętych grup Facebook'owych, najczęściej będących inicjatywami oddolnymi psychoterapeutek i psychoterapeutów), w których pojawiło się zaproszenie do udziału w badaniu:

- a. CBT Polska – Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna
- b. Gestalt w praktyce
- c. Mocarni
- d. Pomoc da Pacjentów likwidowanych PZP
- e. Psychoterapeuci Pracujący przez Internet
- f. Psychoterapeuta Psychoterapeucie Przyjacielem
- g. Psychoterapeuta Psychoterapeucie Wilkiem
- h. Terapia on line – grupa dla profesjonalistów

1 Sekcja Psychoterapii » Certyfikowani superwizorzy i psychoterapeuci Polskiego Towarzystwa Psychologicznego www.sekscjapsychoterapii.pl [dostęp 15.11.2020]

2 Lista psychoterapeutów i superwizorów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii sekcjanaukowapsychoterapii.org [dostęp; 15.11.2020]

3 Ibidem.

Zaproszenia do udziału w badaniu pojawiły się także na Facebook'owych stronach następujących organizacji, ośrodków i inicjatyw:

- a. Instytut Gestalt
- b. Kujawsko-Pomorskie Koło Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej
- c. Naukowe Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej
- d. Polski Instytut Ericksonowski
- e. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne
- f. Polskie Towarzystwo Psychoanalizy Jungowskiej
- g. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Katowice
- h. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Łódź
- i. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Szczecin
- j. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Toruń
- k. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Wrocławski
- l. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej
- m. Psychoterapia i psychologia kliniczna – dr Joachim Kowalski
- n. Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
- o. Wielkopolsko-Lubuskie Koło Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej

Mamy nadzieję, że nasz raport będzie interesujący zarówno dla socjologów, jak i innych badaczy z obszaru nauk społecznych i humanistycznych obserwujących współczesne procesy społeczne, zwłaszcza te związane z pandemią COVID-19, jaki i dla środowiska psychoterapeutycznego.

Podziękowania

Dziękujemy Wszystkim Psychoterapeutkom i Psychoterapeutom biorącym udział w badaniu. Podziękowanie kierujemy też do organizacji zrzeszających psychoterapeutki i psychoterapeutów, administratorów grup i fan page'ów na portalu Facebook adresowanych do środowiska psychoterapeutycznego, administratorów stron internetowych dzięki którym mogliśmy poinformować o prowadzonym przez nas badaniu. Dziękujemy też dr. Andrzejowi Siatkowskiemu z Wydziału Socjologii za pomoc w przygotowaniu informatycznej strony badania, a także Katarzynie Pakule za pomoc w opracowaniu graficznym projektu.

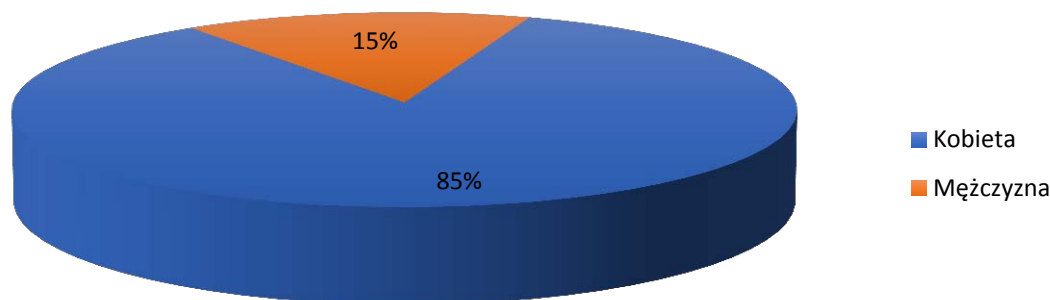
Badanie zostało dofinansowane ze środków Wydziału Socjologii UAM.

I. Cechy społeczno-demograficzne badanych

Płeć osób uczestniczących w badaniu

W badaniu wzięło udział **84,6 % kobiet i 15,4 % mężczyzn**. Liczby te oddają zarówno intuicyjną jak i wynikającą z badań nad środowiskiem terapeutycznym w Polsce, ale także w wielu krajach na świecie, proporcję pomiędzy kobietami i mężczyznami pracującymi w zawodzie psychoterapeuty wahającą się pomiędzy 4:1 a 5:1⁴.

Wykres nr 1. Płeć badanych



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

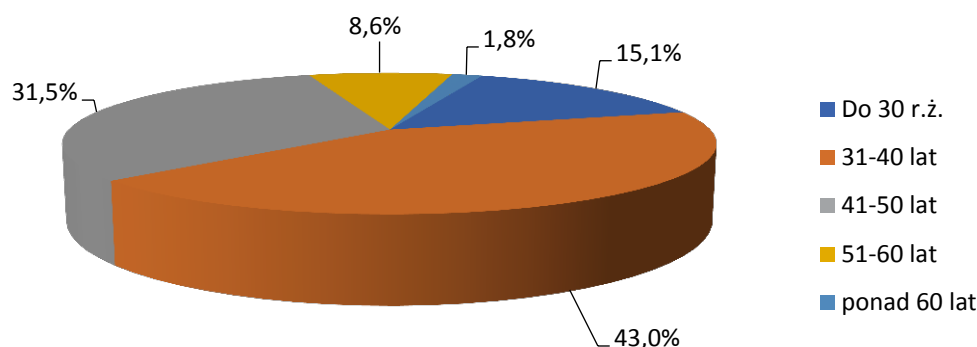
Wiek osób uczestniczących w badaniu

Największe dwie grupy naszych badanych to osoby pomiędzy **31 a 40 rokiem życia – prawie 43% a także pomiędzy 41 a 50 rokiem życia – 31,5%**. Obydwie te grupy stanowią blisko trzy czwarte badanych (74,5%). Analizując przeprowadzone wcześniej badania dotyczące populacji polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów, łatwo zauważyć, że badane przez nas osoby są relatywnie młodsze⁵. Można przyjąć, że miało na to wpływ kilka procesów. Pierwszy z nich dotyczy zmiany, jaka dokonała się wyniku szerszej dostępności procesu szkolenia psychoterapeutycznego. Naukowcy z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego badali osoby pracujące w zawodzie psychoterapeuty w roku 2012. Od tego czasu na rynek pracy weszła znaczna grupa psychoterapeutów, w tym takich, którzy studia psychoterapeutyczne, rozpoczynali tuż po ukończeniu studiów wyższych. Po drugie w naszym badaniu mogły wziąć udział osoby, które są w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego, co może wpływać na obniżenie średniego wieku badanych osób. I wreszcie po trzecie, że zastosowane przez nas kanały dystrybucji informacji o badaniu premiowały osoby, które korzystają z mediów społecznościowych czy, szerzej, z Internetu. Można zatem założyć, że nasza próba odzwierciedla populację polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów pod względem wieku, pamiętając, że badane były także osoby w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego.

⁴ Szerzej na ten temat: Suszek H., Grzesiuk L., Styła R. i in., 2017, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce*, „Psychiatria” T. 14. Nr 2, s. 90-100.

⁵ Ibidem. Zob. też: Szymańska A., Grzesiuk L., Suszek H., Dobrenko K., 2018, *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii*, „Psychiatria Polska” nr 76, s. 1-21.

Wykres nr 2. Wiek badanych

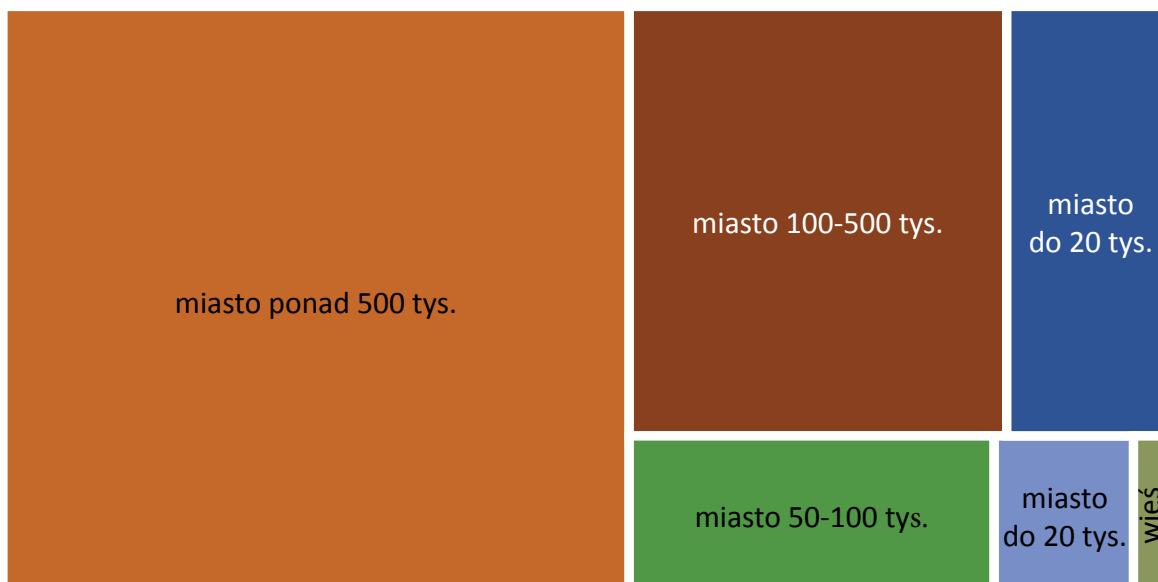


Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Wielkość miejscowości, w której badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty

Ponad połowa badanych – **53,5%** prowadzi swoją praktykę psychoterapeutyczną w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Przekładając to na konkretne miejscowości są to: Warszawa, Kraków, Łódź, Wrocław i Poznań. Jeśli dodać do tego, że **22,7%** badanych pracuje w miejscowościach, które mają do 100 do 500 tysięcy mieszkańców, to możemy stwierdzić, że psychoterapeuci są dostępni w dużych lub bardzo dużych miastach – to ponad trzy czwarte naszych badanych – **76,2%**. Wsie i miasta do 20 tysięcy mieszkańców jako podstawowe miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej wskazało mniej niż 5 procent badanych osób (4,4%). Wyniki potwierdzają, że łatwy dostęp do pomocy psychoterapeutycznej mają mieszkańcy dużych i wielkich miast.

Wykres nr 3. Wielkość miejscowości wykonywania pracy psychoterapeutycznej



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Województwa

Bardzo interesujące okazuje się porównanie naszej próby badawczej z populacją Polski. Oprócz trzech województw: mazowieckiego, małopolskiego i wielkopolskiego, gdzie, ze względu na wielkie miasta, występuje nadreprezentacja liczby badanych w stosunku do procenta populacji Polski, jakie zamieszkuje dane województwo – w naszym badaniu część naszej próby jest zbliżona do odsetka populacji naszego kraju, który mieszka w poszczególnych województwach.

Tabela nr 1: Zestawienie populacji województw z odsetkiem badanych w nich pracujących

Województwo	Procent populacji Polski	Procent wszystkich wypełniających ankietę
a. dolnośląskie	7,5	8,4
b. kujawsko-pomorskie	5,4	4,2
c. lubelskie	5,5	2,1
d. lubuskie	2,6	1,6
e. łódzkie	6,4	5,0
f. małopolskie	8,8	12,5
g. mazowieckie	14,1	26,6
h. opolskie	2,5	1,0
i. podkarpackie	5,5	2,6
j. podlaskie	3,0	1,0
k. pomorskie	6,0	3,1
l. śląskie	11,8	8,9
m. świętokrzyskie	3,2	2,1
n. warmińsko-mazurskie	3,7	2,4
o. wielkopolskie	9,0	15,4
p. zachodniopomorskie	4,4	1,8
q. poza Polską – proszę podać kraj:	-	1,31 Niemcy, Wielka Brytania, Dania



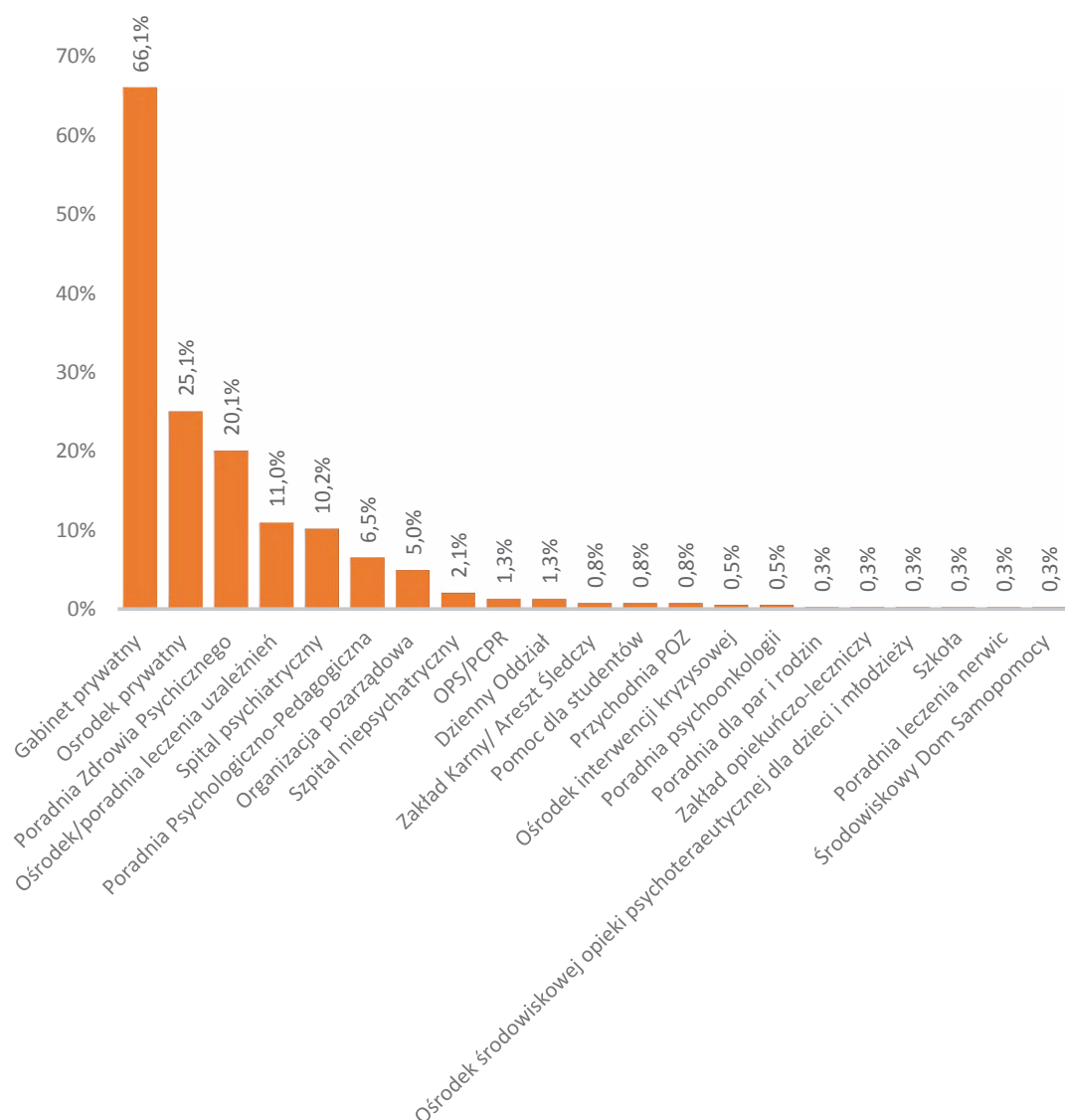
Źródło: badanie sondażowe
na ogólnopolskiej próbie
psychoterapeutek
i psychoterapeutów N=382

II. Zmienne charakteryzujące pracę terapeutyczną badanych

Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej

Zdecydowana większość badanych osób pracuje w gabinetach, poradniach lub ośrodkach prywatnych. To **prawie 92%** wszystkich respondentów. W drugiej kolejności badani pracują w Poradniach Zdrowia Psychicznego (20,1 %) i szpitalach psychiatrycznych (10,1%). Inne miejsca, w których pracują psychoterapeuci to: ośrodki i poradnie leczenia uzależnień. Wyniki potwierdzają, że psychoterapeutki i psychoterapeuci pracują w więcej niż jednym miejscu. Zwraca uwagę fakt, że spośród badanych osób w gabinecie lub ośrodku prywatnym pracuje 100 procent psychoterapeutów i 89,2% psychoterapeutek.

Wykres nr 4. Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej

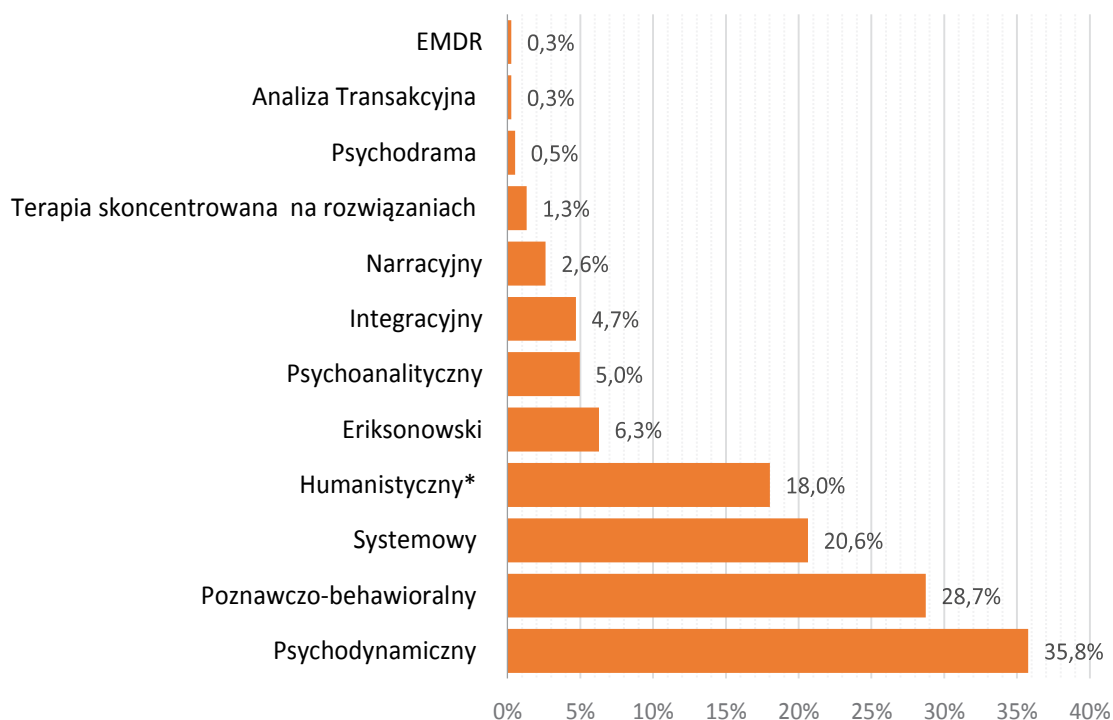


Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Nurt psychoterapeutyczny/modalność psychoterapeutyczna

Najczęściej reprezentowanym nurtem psychoterapeutycznym, w którym pracują badane przez nas osoby jest podejście psychodynamiczne – 35,8%. Kolejne duże grupy to osoby pracujące w nurcie poznawczo-behawioralnym (28,7%), systemowym (20,6%) i humanistycznym (18,0%). Reprezentacja osób badanych w poszczególnych nurtach oddaje tendencję, jaką rejestrowały poprzednie badania dotyczące środowiska psychoterapeutycznego w Polsce⁶.

Wykres nr 5. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby



* Gestalt, egzystencjalna, skoncentrowana na procesie, rogerianska

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Biorąc po uwagę płeć badanych osób, można stwierdzić, że proporcjonalnie więcej mężczyzn pracowało w nurcie systemowym – pracuje w nim 23,7% badanych mężczyzn w porównaniu do 20,6% wszystkich badanych osób, humanistycznym – odpowiednio 23,7% w porównaniu do 18,0% wszystkich badanych w nurcie narracyjnym – odpowiednio 8,5% mężczyzn w porównaniu do 2,6% badanych. W przypadku pozostałych nurtów przewaga mężczyzn psychoterapeutów nie jest tak wyraźna. Jedynym nurtem, w którym w naszym badaniu proporcjonalnie więcej jest kobiet, jest poznawczo-behawioralny. W nurcie tym pracuje 29,7% badanych psychoterapeutek i 23,7% badanych psychoterapeutów na 28,7% spośród wszystkich badanych.

⁶ Szymańska A., Grzesiuk L., Suszek H., Dobrenko K., op. cit. ; Suszek H., Grzesiuk L., Styła R. i in. op. cit. .

Tabela nr 2: Wiek badanych a praca w poszczególnych nurtach terapeutycznych

Nurt psychotherapeutyczny	Do 30 lat %	31-40 lat %	41-50 lat %	51-60 lat %	Ponad 60 lat %	Ogółem %
Psychoanalityczny	1,7%	4,2%	7,5%	6,3%	0,0%	4,9%
Poznawczo-behawioralny	46,6%	32,1%	20,0%	18,8%	0,0%	28,7%
Psychodynamiczny	19,0%	44,8%	36,7%	25,0%	0,0%	35,8%
Systemowy	19,0%	24,2%	15,8%	25,0%	0,0%	20,6%
Humanistyczny	10,3%	11,5%	27,5%	28,1%	28,6%	18,0%
Narracyjny	5,2%	1,8%	1,7%	6,3%	0,0%	2,6%
Eriksonowski	1,7%	3,0%	9,2%	6,3%	71,4%	6,3%
Inny	15,5%	6,1%	10,8%	15,6%	14,3%	9,9%

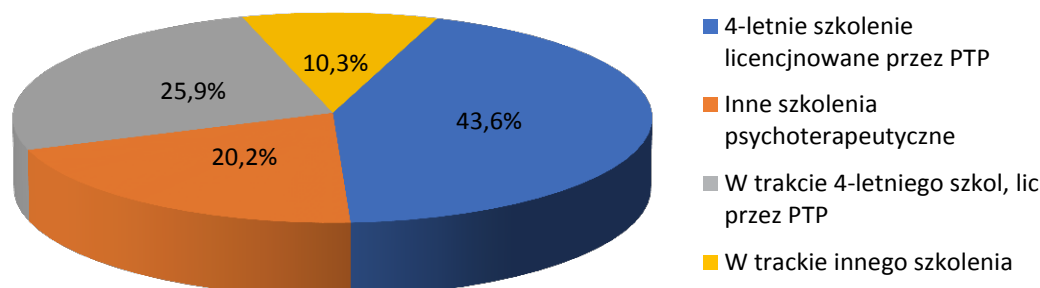
Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

W tabeli przedstawiliśmy, jaki procent badanych z poszczególnych grup wiekowych pracuje w poszczególnych nurtach (przypomnijmy, że można było wskazać więcej niż jeden nurt, w którym się pracuje). Wśród badanych największą reprezentację w grupie wiekowej do 30 lat ma nurt poznawczo-behawioralny – to blisko połowa naszych respondentów (46,6%) do 30 roku życia. Zwraca uwagę także, że najwięcej badanych osób w wieku pomiędzy 31 a 40 lat (44,8%), a także wieku 41-50 lat (36,7%), pracuje w nurcie psychodynamicznym a także że znaczna część badanych w wieku powyżej 60 lat pracuje w nurcie Eriksonowskim (71,4%), a duża liczba respondentów w grupach wiekowych 51-60 lat i ponad 60 lat pracuje w nurcie humanistycznym (odpowiednio 28,1% i 28,6%).

Szkolenie w zawodzie psychoterapeuty

Zdecydowana większość respondentów – 73,6 % ukończyła (46,2%) lub jest w trakcie (27,4%) czteroletniego szkolenia psychoterapeutycznego licencjonowanego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Wykres nr 6. Szkolenie psychoterapeutyczne

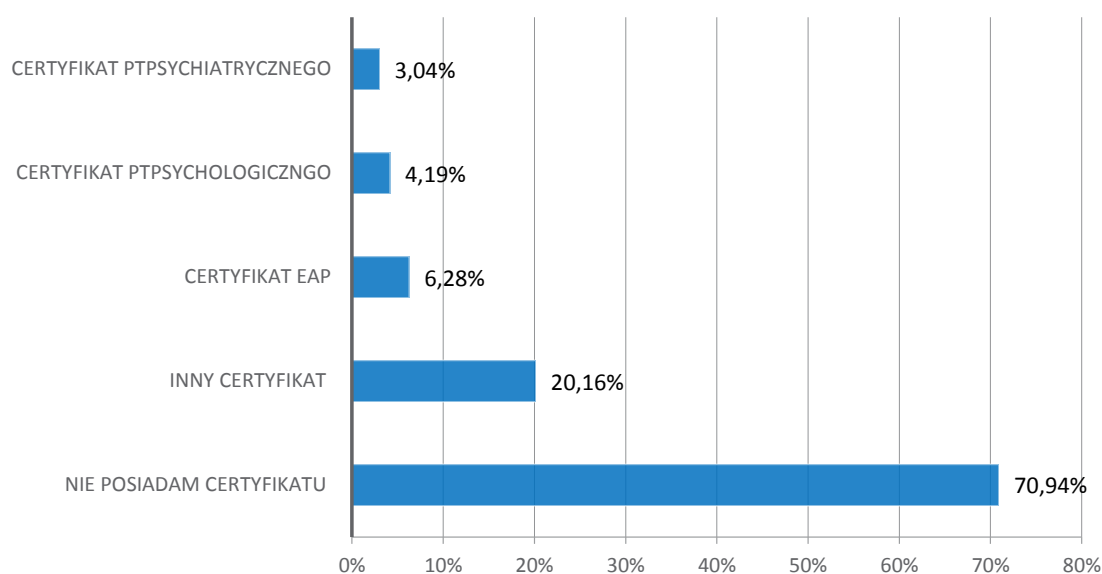


Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Certyfikat psychoterapeutyczny

Zdecydowana większość badanych (70,9%) nie ma certyfikatu psychoterapeuty. Wśród osób takich certyfikat posiadających, najpopularniejszy jest Certyfikat Europejskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego (European Association of Psychotherapy) 6,3%, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (4,2%) i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (3,4%). Respondenci posiadają też certyfikaty terapeuty uzależnień – 5,0% (wydawane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i inne instytucje). Wśród osób, które posiadają certyfikaty związane z konkretnym nurtem psychoterapeutycznym, najwięcej jest osób z certyfikatem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej (5,5%). Inne certyfikaty posiadane przez respondentów to certyfikat Europejskiego Stowarzyszenia Terapii Gestalt (EATG), certyfikat Polskiego Instytutu Psychodramy, certyfikat terapii EMDR, certyfikat EFT (Emotionally Focused Therapy), certyfikat Wielkopolskiego Towarzystwa Terapii Systemowej, certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Intergratywnej, certyfikat Polskiego Towarzystwa Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach czy certyfikat Psychoanalityka Jungowskiego. Zaznaczmy, że certyfikaty psychoterapeutyczne EAP, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego czy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego uzyskiwane są przez psychoterapeutyki i psychoterapeutów, którzy mogą reprezentować różne modalności psychoterapeutyczne.

Wykres nr 7. Posiadane certyfikaty psychoterapeutyczne

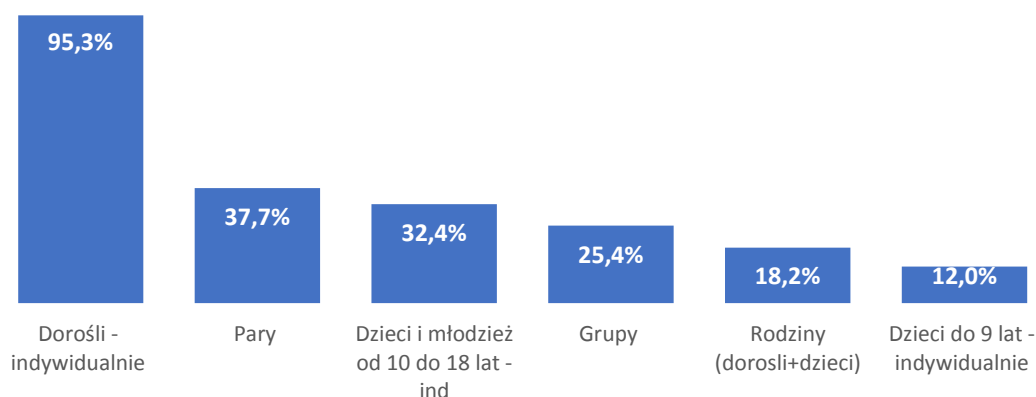


Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Formy pracy psychoterapeutycznej

Chcąc sprawdzić, jakie zmiany w sposobie pracy psychoterapeutycznej zaszły w czasach pandemii, zapytaliśmy, jakie formy psychoterapii były prowadzone przez badane osoby przed pandemią. Zdecydowanie najwięcej osób badanych pracuje psychoterapeutycznie z osobami dorosłymi (**95,2% respondentów**). Kolejnymi najbardziej popularnymi formami pracy terapeutycznej – jest psychoterapia par 37,7% i psychoterapia indywidualna dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat – 32,4%.

Wykres nr 8. Formy pracy psychoterapeutycznej przed pandemią



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Tabela nr 3: Prowadzenie wybranych form psychoterapii przed 15 marca a wiek badanych

Forma pracy terapeutycznej	Do 30 roku życia %	31-40 lat %	41-50 lat %	51-60 lat %	Ponad 60 lat %
Indywidualna osób dorosłych	82,8	87,9	91,7	96,9%	100,0
Grupowa	25,9	21,2	21,7	34,4	57,1
Par	15,5	32,7	35,8	71,9	85,7
Rodzinna (opiekunowie + dzieci)	12,1	20,0	13,3%	21,9	28,6
Dzieci do lat 9	12,1	15,8	5,8	9,4	0,0
Dzieci i młodzież 10-18	41,4	36,4	20,0	21,9	14,3

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Wszyscy respondenci w wieku powyżej 60 lat przed 15 marca 2020 prowadzili indywidualną psychoterapię osób dorosłych. Uwagę zwraca również wrastający wraz z wiekiem psychoterapeutek i psychoterapeutów odsetek osób zajmujących się psychoterapią par. Z kolei z dziećmi i młodzieżą pomiędzy 10 a 18 rokiem życia pracuje spory odsetek badanych z najmłodszych grup wiekowych

Czas pracy terapeutycznej

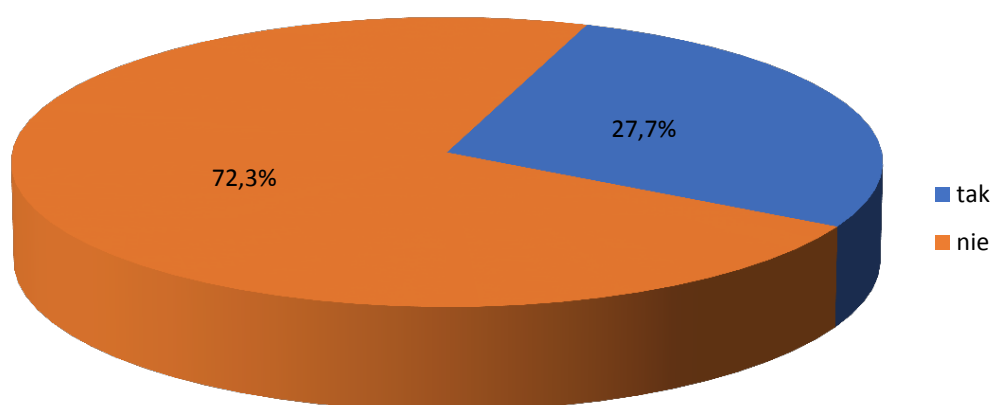
Kolejnym elementem, o który zapytaliśmy badanych była intensywność pracy terapeutycznej mierzona w dniach i godzinach. Jeśli chodzi o ilość dni w tygodniu, podczas których badane przez nas osoby pracowały (przed 15.03.2020) terapeutyczne, to największa grupa osób prowadziła psychoterapię pięć dni w tygodniu – niemal 30 procent (28,6%). Druga co do liczebności grupa to osoby

pracujące cztery dni w tygodniu (26,6%), a trzecia – trzy dni w tygodniu (20,4%) Jeśli chodzi o średni czas pracy jednego dnia, najczęstszą odpowiedzią było: do 6 godzin dziennie (22,1%), kolejne to: do 5 godzin dziennie (20,4%) i do 4 godzin dziennie (14,3%). Szerzej na ten temat, także w porównaniu z czasem pracy po wybuchu pandemii, w dalszej części raportu.

Psychoterapia on-line przed 15 marca 2020

Sytuacja związana z pandemią, a zwłaszcza ograniczenia w przemieszczaniu się i spotykaniu wymusiły na psychoterapeutkach i psychoterapeutach zmianę sposobu przeprowadzenia sesji i „przeniesienia ich z gabinetów” do Internetu. Dla wielu osób było to nowe doświadczenie. Zapytaliśmy badane osoby o doświadczenie pracy psychoterapeutycznej on-line przed pandemią. Doświadczenie takiej pracy miała trochę więcej niż jedna czwarta badanych (27,7%), Wśród osób, które pracowały on-line przed 15 marca 2020 – wszyscy prowadzili psychoterapię osób dorosłych, niemal co siódma osoba – psychoterapię par (14%). Pozostałe formy terapii były prowadzone on-line przez pojedyncze osoby.

Wykres nr 9. Praca psychoterapeutyczna on-line przed pandemią

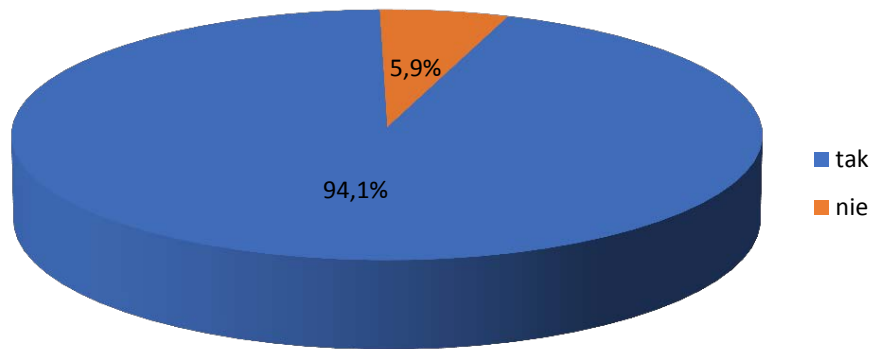


Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Psychoterapia on-line po 15 marca 2020

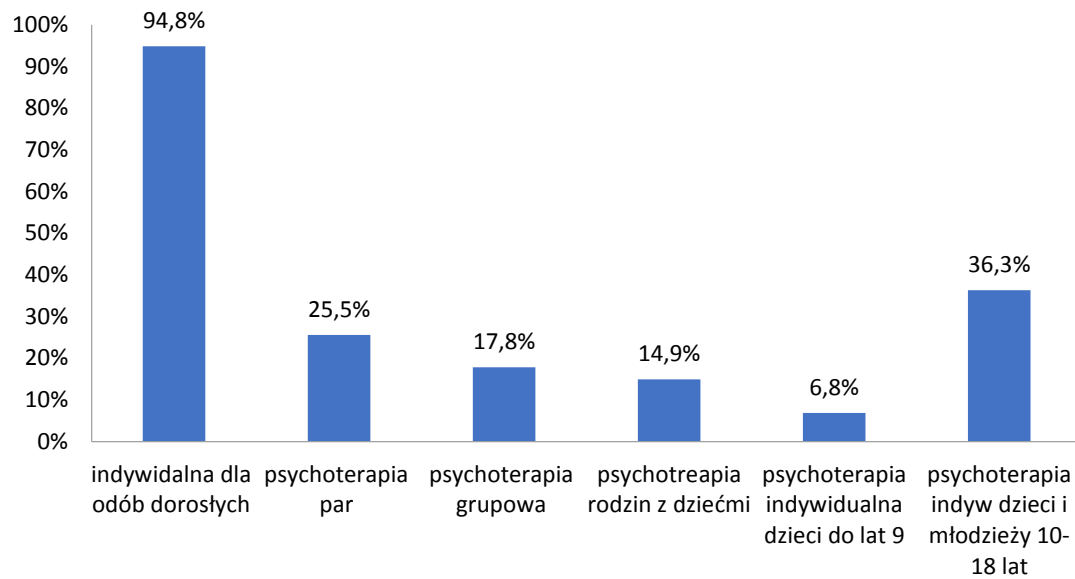
Wśród badanych zdecydowana większość pracowała terapeutycznie on-line po rozpoczęciu pandemii. Twierdząco na pytanie o pracę on-line po 15 marca 2020 odpowiedziało 94,1 % badanych. Wśród osób, które pracowały w trybie zdalnym po 15 marca 2020 najwięcej było takich, które prowadziły terapię indywidualną osób dorosłych – 94,8%, w dalszej kolejności wymieniana była praca terapeutyczna z dziećmi i młodzieżą od 10 do 18 lat (36,3%), terapeutyczna z parami (25,5%) i terapia grupowa (17,8%). Interesującym może być fakt, że nie ma żadnych istotnych różnic w podjęciu pracy terapeutycznej on-line (po 15 marca 2020) ze względu na wiek osób badanych, ani na modalność, w której pracują.

Wykres nr 10. Praca psychoterapeutyczna on-line po 15 marca 2020



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Wykres nr 11. Formy pracy psychoterapeutycznej on-line po 15 marca 2020



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

III. Zmiany w pracy terapeutycznej wywołane przez pandemię

Początek pracy terapeutycznej on-line

Zmiana sposobu pracy ze spotkań bezpośrednich na żywo – w gabinecie czy sali terapeutycznej na pracę on-line konfrontowała z nową rzeczywistością terapeutyczną. Zmiany były konieczne zarówno po stronie psychoterapeutek i psychoterapeutów, jak i po stronie osób uczestniczących w terapii. Zapytaliśmy naszych respondentów, którzy pracowali on-line po 15 marca o ich odczucia w nowej sytuacji. Ze stwierdzeniem, że prowadzenie psychoterapii on-line było łatwiejsze, niż myśleli – zgodziło się ponad **60 procent** badanych (zdecydowanie tak 22,5%, raczej tak – 40,8%). Zapytaliśmy też o wrażenia dotyczące osób, z którymi badani pracowali terapeutycznie. Ze stwierdzeniem: „odnoszę wrażenie, że dla zdecydowanej większości moich pacjentów/klientów uczestniczenie w terapii on-line było łatwiejsze niż spotkanie w gabinecie” nie zgodziło się ponad 40% badanych (35,0% „raczej nie”, 7,3% „zdecydowanie nie”), odpowiedź „ani tak, ani nie” wybrało 37,61% badanych. Obserwacja ta ma potwierdzenie w odpowiedziach na pytanie dotyczące trudności uczestniczenia w terapii on-line dla pacjentów/klientów. Czy takie spotkanie były w opinii specjalistów trudniejsze dla pacjentów/klientów niż spotkania w gabinecie? Tu najwięcej osób badanych wskazało odpowiedź „raczej tak” (36,7%) i „ani tak, ani nie” (36,3%).

Tabela nr 4: Odczucia dotyczące pracy on-line

	Zdecydowanie tak %	Raczej tak %	Ani tak, ani nie %	Raczej nie %	Zdecydowanie nie %
Prowadzenie terapii on-line było dla mnie łatwiejsze niż myślałam/em.	22,5	40,8	15,3	16,2	5,1
Prowadzenie terapii on-line było dla mnie trudniejsze niż myślałam/em.	3,0	17,0	16,7	40,0	23,4
Odnoszę wrażenie, że dla znaczącej części moich pacjentów/klientów uczestniczenie w terapii on-line było łatwiejsze niż spotkania w gabinecie.	1,8	18,4	37,6	35,0	7,3
Odnoszę wrażenie, że dla znaczącej części moich pacjentów/klientów uczestniczenie w terapii on-line było trudniejsze niż spotkania w gabinecie.	5,1	36,7	36,3	19,7	2,1

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Jeśli chodzi o stwierdzenie dotyczące tego, że prowadzenie terapii było dla respondentów łatwiejsze sprawdziliśmy, jak odpowiedzi prezentowały się w poszczególnych grupach wiekowych. Pozytywnie do tego stwierdzenia (wybierając odpowiedzi „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”) odnosiło się od 70 do 75% badanych w poszczególnych grupach wiekowych (do 30 roku życia -72,4%, 31-41 lat – 71,4%, 41-50 lat -71,5%, 51-60 lat -75,0%), jedynie w grupie osób powyżej 60 roku życia odpowiedzi takich było 40,0% (były to wyłącznie odpowiedzi „raczej tak”).

Co było najłatwiejsze w pracy on-line dla psychoterapeutek i psychoterapeutów?

W naszym kwestionariuszu pytanie to miało charakter otwarty, ponieważ zależało nam na zrekonstruowaniu konkretnych aspektów terapeutycznej pracy zdalnej z perspektywy osób badanych. Wypowiedzi respondentów można podzielić na kilka kategorii. Najczęściej badane osoby jako na najłatwiejsze w pracy on-line wskazywały aspekty dotyczące wygody wynikającej z takiej formy pracy: możliwość pracy z domu, komfort pracy z domu były wymieniane najczęściej. W wypowiedziach badanych pojawiało się też inne udogodnienie, a mianowicie brak konieczności dojazdów do pracy, co, biorąc pod uwagę, że większość badanych pracuje w dużych i wielkich miastach ma ogromne znaczenie. Równie często badani doceniali możliwość łatwiejszego zorganizowania pracy, a nade wszystko elastyczność czasową i elastyczność miejsca pracy, zarówno po swojej stronie, jak i po stronie klientów/pacjentów. Te aspekty podsumowuje następująca wypowiedź:

*Aspekty organizacyjne (elastyczność w umawianiu spotkań, brak konieczności dojazdu).
Możliwość udzielania wsparcia i prowadzenia terapii przy równoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa. Łatwiejsza praca z osobami, dla których bezpośredni kontakt jest przytłaczający [resp. nr 10, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym]*

Kolejna grupa odpowiedzi była związana z bezpieczeństwem związanym z sytuacją pandemiczną. Praca w domu dla psychoterapeutek i psychoterapeutów, a także dla ich pacjentów/klientów dawała poczucie bezpieczeństwa.

Kolejne grupy odpowiedzi dotyczyły samego procesu terapeutycznego. Badane osoby wskazywały, że dzięki formie on-line możliwe było zachowanie ciągłości terapii. Podkreślano, że tylko dzięki takiemu rozwiązaniu psychoterapia była dostępna dla pacjentów/klientów. Badane osoby dzieliły się też doświadczeniami związanymi z kontaktem z pacjentami/klientami takimi jak: większa dyscyplina, mniej spóźnień, większa determinacja pacjentów uczestniczących w psychoterapii. O relacji terapeutycznej mówią następując cytaty:

Zachowanie ciągłości spotkań, omawianie bieżących spraw związanych z pandemią, towarzyszenie Pacjentom w tym specyficznym czasie [resp. 244, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym]

W terapii on-line brały udział osoby z bardzo dużą motywacją [resp. 243, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym]

To że można było ją kontynuować. Można było widzieć się i rozmawiać swobodnie, tak jak w gabinecie. Kontakt okazał się wartościowy dla klientów, chcieli tych spotkań.

Niektórzy mówili, że czują się swobodniej on-line [resp. 204, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym]

Brak konieczności poświęcania czasu na dojazdy do gabinetu, spotkania zdawały się być mniej formalne, co obniżało napięcie (lęk) niektórych pacjentów. [resp. 123, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

W odpowiedziach osób badanych pojawiały się też następujące spostrzeżenia na temat przebiegu procesu terapeutycznego on-line

W procesach niektórym pacjentom było łatwiej powiedzieć o czymś on-line – z uwagi na pewien rodzaj dystansu/poczucia bezpieczeństwa z powodu bycia w swoim domu w trakcie sesji. Dla mnie jako terapeuty nie widzę ułatwień w prowadzeniu samego procesu on-line vs na żywo. [resp. 71, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Badane osoby zwracały też uwagę na aspekt niedostępnej wcześniej bliskości w kontakcie:

Zwłaszcza na początku uderzyło mnie, że dużo lepiej czytałem emocje z twarzy pacjenta [resp. 111, psychoterapeuta pracujący w nurcie systemowym]

Paradoksalnie i wbrew wcześniejszym obawom – kontakt. Mając wielką twarz pacjenta na ekranie, miałem czasem dużo większe poczucie bliskości niż w gabinecie. [resp 236, psychoterapeuta pracujący w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Badani podkreślali też dużą wygodę dotyczącą ubioru czy sposobu siedzenia podczas pracy: *wygoda siedzenia z nogami do góry (!), luz z siadaniem, możliwość siedzenia bez butów*, swoboda ubioru, ale też możliwość pokazywania się w takim wymiarze, jakim się chciało.

Co było najtrudniejsze w pracy on-line dla psychoterapeutki/psychoterapeuty?

Zdecydowanie najczęściej wymienianą trudnością była ta, związana z problemami technicznymi. W różny sposób o tej trudności wspominała co czwarta badana osoba. Były to trudności związane z uczeniem się narzędzi (komunikatorów), problemy z połączeniami, przeciążonym Internetem. Kłopoty te pojawiały się po obydwu stronach spotkań terapeutycznych.

Drugą najczęściej wymienianą trudnością był brak kontaktu osobistego z pacjentem/klientem. O różnych odstonach tej trudności wspominała co piąta badana osoba. Badani wspominali o braku możliwości obserwowania reakcji ciała, zakłóconej komunikacji niewerbalnej, utrudnionego obserwowania mimiki czy ograniczonym polu widzenia.

Pacjenta widać tylko wycinek, nie całego, co przekłada się na trudniejsze interpretowanie jego przeżyć i zachowań. [resp. 290, Psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

Brak kontaktu bezpośredniego, brak widzenia całego ciała pacjenta, tym samym zaburzony odbiór komunikacji niewerbalnej, brak ciszy i trudność w jej utrzymaniu, a ciższą wspaniale się pracuje. Zmęczenie oczu i w ogóle większe zmęczenie odczuwałam. [resp. 242, psychoterapeutka pracująca w nurtach psychodynamicznym i systemowym]

Trzecią najczęściej wymienianą przez badane osoby grupą trudności było zmęczenie czy wręcz wyczerpanie fizyczne. Wspominała o tym co dziesiąta badana osoba. Zmęczenie było związane z wielogodzinną pracą przed komputerem, często w dużo większym napięciu niż podczas pracy w gabinecie. Zmęczenie to mogło mieć i taką przyczynę:

Zmęczenie związane z trudnościami komunikacyjnymi – nie widzi się całego pacjenta, co utrudnia kontakt na poziomie niewerbalnym, czasem jakość połączenia też utrudnia np. słaba kamera. Trudności i przerywane połączenia czasami bardzo męczyły i utrudniały płynne prowadzenie sesji. [resp. 71, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Wśród innych elementów, które były trudne podczas pracy on-line badane osoby wymieniały: opór pacjentów przed taką formą pracy, kłopot z przeprowadzeniem zabaw terapeutycznych z dziećmi, trudności ze znalezieniem przez pacjentów spokojnego, intymnego miejsca do rozmowy terapeutycznej, zaproszenie pacjentów/klientów do swojej prywatnej przestrzeni czy dawanie możliwości pracy w porach czy dniach wcześniej niemożliwych – np. w niedzielę czy po 22.00.

Co było najłatwiejsze w pracy on-line dla pacjentów/klientów?

Pacjenci/klienci byli w bardzo podobnej sytuacji do psychoterapeutek i psychoterapeutów. Wszystkich jednakowo dotknęły obostrzenia związane z pandemią SARS-COV-2 i podobnie zmieniło się funkcjonowanie. Najczęściej wymienianymi ułatwieniami, które wnosili pacjenci/klienci podczas sesji, a o których wspominali nasi badani, były te związane z wygodą uczestniczenia w terapii w domu, braku konieczności dojazdu na sesję czy oszczędnością czasu. Jako najłatwiejsze uznała ten aspekt niemal co trzecia badana osoba.

Dla części możliwość pracy z domu, bez konieczności uciążliwych dojazdów i organizacji opieki nad innymi członkami rodziny, a także mierzenia się z lękami przed opuszczeniem domu lub zakażeniem. Dla części praca na własnym, bezpiecznym terytorium. Dla osób pracujących on-line lub związanych zawodowo z IT – kwestie techniczne nie stanowiły problemu. [resp 241, psychoterapeutka pracująca w nurtach: psychodynamicznym i systemowym]

Szczególnie u pacjentów z zaburzeniami lękowymi widać było większe uczucie komfortu ze względu na przebywanie w swojej przestrzeni. Młodzież również czuła się lepiej, bezpieczniej w swoich pokojach. Pacjenci dorośli chwalą sobie większą elastyczność odnośnie miejsca i godziny psychoterapii. [resp. 242, psychoterapeutka pracująca w nurtach psychodynamicznym i systemowym]

Istotną informacją na temat stosunku do pacjentów/klientów była udzielona przez co dziesiątą osobę odpowiedź „nie wiem”, „nie umiem powiedzieć” czy „trzeba ich (pacjentów/klientów) zapytać”.

Można przypuszczać, że jest to zarówno informacja na temat prowadzonych procesów terapeutycznych, ale także odpowiedź wynikająca z niechęci naszych respondentów psychoterapeutek i psychoterapeutów do wypowiadania się w imieniu pacjentów/klientów.

Kolejną grupą odpowiedzi były te związane z elastycznością dostosowywania terminów i miejsca. W tej kategorii pojawiały się też wypowiedzi dotyczące miejsc zamieszkania pacjentów/klientów czy też dostępu do konkretnego terapeuty, bez ograniczeń geograficznych. Dobrze ilustruje to wypowiedź jednej z badanych osób:

Dostęp do terapii, szczególnie dla osób, które mieszkają za granicą, czy mieszkają w małych miejscowościach, gdzie dostęp do specjalistów jest utrudniony. [resp. 343, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Badani niezbyt chętnie opisywali relacje terapeutyczne, ale jedna z wypowiedzi, może ilustrować efekt zmiany sposobu pracy i jego przełożenie na kontakt w diadzie terapeutycznej.

Niektórzy pacjenci – wycofani, bojący się bliskości w bezpośrednim kontakcie chętniej się otwierali, mówili, że czują się swobodniej. [resp. 358, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

Co było najtrudniejsze w pracy on-line dla pacjentów/klientów?

Co czwarta badana osoba wskazywała jako najtrudniejszy aspekt pracy on-line dla pacjentów/klientów brak kontaktu osobistego. Badane osoby wskazywały też na brak pełnego kontaktu lub brak kontaktu bezpośredniego. Trudność ta była opisywana również w następujący sposób:

Wielokrotnie powtarzali, że to nie to samo, co rozmowa w cztery oczy. [resp. 179, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Dla pacjentów, z którymi prowadziłam sesje przez SKYPE, trudnością był brak bezpośredniego kontaktu – zgłaszane to było jako jakiś rodzaj dyskomfortu, życzenia, nie największa trudność. [resp. 234, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Często badani wskazywali na dyskomfort pacjentów/klientów polegający na niemożności znalezienia odpowiedniego miejsca do spokojnej rozmowy. Na tę trudność wskazywało niemal 15% badanych osób. Nazywane to było także trudnościami z zorganizowaniem odpowiedniego miejsca, bądź trudnością organizacyjną. Podobne, choć koncentrujące uwagę na innym aspekcie, były wypowiedzi badanych, w których podkreślali, że ich pacjenci/klienci mieli obawę być podsłuchiwanymi – intencjonalnie bądź nie – przez domowników. O takiej trudności wspominała co dziesiąta badana osoba. Było to opisywane w wyrażeniach w rodzaju: „trudno rozmawiać, kiedy rodzina jest za ścianą”, „trudno rozmawiać, kiedy mam ludzi za plecami”, „mam poczucie, że ktoś usłyszy, że nie jest tak bezpiecznie jak w gabinecie”. Oto przykładowa wypowiedź, odnosząca się do powyższych kwestii:

Miejsce, w którym mogą bezpiecznie porozmawiać i nie czują się np. podsłuchiwani przez rodzinę. Swojego rodzaju „dziwność” kontaktu on-line, niemożliwość przyjścia

do gabinetu. Dla niektórych klientów to gabinet jest tym „bezpiecznym miejscem”.
[resp 369, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym]

Co dziesiąta badana osoba wskazywała też na problemy techniczne po stronie pacjentów/klientów i związane z nimi konsekwencje dla przebiegu sesji.

Badane osoby wskazywały też na inne trudności pracy on-line dla ich pacjentów/klientów. Chcemy zwrócić uwagę na kilka z nich. Pierwsza to wątpliwość co do tego, czy psychoterapia on-line jest skuteczna, czy jest „prawdziwą” terapią. Ilustrują to następujące wypowiedzi badanych:

Określali to w stylu „w gabinecie jest jakby bardziej na serio” [resp. 350, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Strach, że to nieskuteczne. [resp. 315, Psychoterapeuta pracujący w nurcie integracyjnym]

Kolejna trudność dla pacjentów/klientów to „zaproszenie” psychoterapeutki czy psychoterapeuty do swojej prywatnej przestrzeni i wynikając z tego konsekwencje:

Rozmowa o rzeczach trudnych w swoich prywatnych przestrzeniach. [resp. 335, psychoterapeuta pracujący w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Pokazanie swojego domu, brak poczucia bezpieczeństwa związanego z byciem w bezpiecznej przestrzeni gabinetu. [resp. 215, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

Mniejsza spontaniczność. Poczucie braku żywego kontaktu. [resp. 10, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym]

Ponadto badani wymieniali trudności wynikające z tej formy kontaktu – przede wszystkim przełamanie lęku przed tą formą kontaktu, brak czasu, który zwykle pacjent/klient miał przed sesją i po sesji na przygotowanie się, przemyślenia i wreszcie sprawa odczuwanego bliskiego kontaktu z terapeutą, zbliżenie na twarz podczas połączenia on-line:

Bliski kontakt z terapeutą (duża postać, blisko na biurku w laptopie twarzą w twarz)
[resp. 4, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Z przedstawionych danych wynika, że to, czy dany aspekt pracy terapeutycznej on-line jest dla danej osoby źródłem ułatwień czy trudności, zależy od szeregu indywidualnych uwarunkowań. Przykładowo, przebywanie pacjentów/klientów w swojej przestrzeni domowej w czasie sesji on-line może być czynnikiem zarówno ułatwiającym jak i utrudniającym proces psychoterapeutyczny. W zależności od predyspozycji danej osoby, jej doświadczeń oraz jakości relacji z bliskimi dom może być albo miejscem postrzeganym jako bezpieczniejsze niż gabinet, albo przeciwnie – jako miejsce, w którym poczucie bezpieczeństwa jest mniejsze niż w gabinecie.

Z jakich programów korzystali terapeuci podczas pracy on-line?

Zdecydowanie najbardziej popularne były cztery programy umożliwiające prowadzenie wideo-rozmów. Najpopularniejszy był Skype: – zawsze lub często korzystało z niego ponad 60 procent badanych (odpowiednio 17,9% i 46,0%). Drugi pod względem popularności był ZOOM – korzystało z tego programu zawsze lub często ponad 35 procent badanych (odpowiednio 8,5% i 26,7%), Trzecim programem używanym przez badane osoby był WhatsApp – korzystało z niego zawsze lub często niemal 18 procent badanych (odpowiednio 0,9% i 17,0%). Ostatnim z najpopularniejszych komunikatorów był Messenger, który zawsze lub często był wykorzystywany do pracy terapeutycznej przez ponad 13 procent badanych osób (odpowiednio 1,3% i 11,6%). Gdyby odwrócić pytanie i wskazać, z jakich programów do prowadzenia wideo-rozmów psychoterapeutki i psychoterapeuci nie korzystali, to kolejność byłaby następująca: Slack (nigdy 99,5%), Tik Tok (99,1%), HangOut (88,4%) i MS Teams (87,0%)

Tabela nr 5: Korzystanie z programów i aplikacji do wideo-rozmów podczas sesji terapeutycznych on-line

Nazwa programu	Nigdy %	Rzadko %	Od czasu do czasu %	Często %	Zawsze %
	10,7	14,3	11,1	46,0	17,9
	33,5	17,0	14,3	26,8	8,5
	60,7	16,0	10,3	11,6	1,3
 Google Hangouts	88,4	5,8	2,2	3,6	0,0
 TikTok	99,1	0,9	0,0	0,0	0,0
 Microsoft Teams	87,0	7,1	3,6	1,8	0,4
 FaceTime	82,6	6,7	6,2	4,4	0,00
	99,5	0,00	0,00	0,5	0,00
 WhatsApp	46,0	18,7	17,4	17,0	0,9
INNE	84,8	4,5	3,1	5,4	2,2

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Wśród innych programów wykorzystywanych podczas prowadzenia sesji on-line, badane osoby wymieniały program e-gabinet, gogle meet, whereby i wire. Oprócz programów do prowadzenie video-rozmów w tej grupie znalazły się też rozmowy telefoniczne. Na używanie telefonu komórkowego bądź stacjonarnego do prowadzenie sesji wskazało 8,5% badanych, z czego blisko połowa (4,0% wszystkich badanych) używała telefonu do prowadzenie sesji często lub zawsze.

Z użyciem jakiego sprzętu prowadzone były sesje?

Najpopularniejszym narzędziem pracy terapeutycznej były laptopy. Zawsze lub często pracowało na nich prawie 80 procent badanych (odpowiednio 33,5% i 46,0%) . Na drugim miejscu znalazł się smartfon, z którego korzystało zawsze lub często ponad 35 procent badanych (odpowiednio 9,8% i 25,4%). Pojedyncze osoby korzystały z tabletów i komputerów stacjonarnych. Gdyby wskazać z jakich sprzętów badani nigdy nie korzystali – to pierwsza trójka wyglądałaby następująco – smart TV (nigdy 100%), komputer stacjonarny (86,6%) i tablet (86,2%).

Na jakim tle pojawiał/a się terapeuta/terapeutka?

Jak napisaliśmy wcześniej pacjenci/klienci dzięki pracy on-line mieli dostęp do części prywatności terapeutów i terapeutek, choć wiele badanych osób zadbało o to, żeby tło było możliwie neutralne. Najbardziej popularnym rozwiązaniem stosowanym podczas pracy psychoterapeutycznej było tło jednobarwne – zawsze lub często na takim tle pojawiała się ponad 40 procent badanych osób (odpowiednio 15,2% i 25,4%), jako niemal równie popularne tło badani wskazywali tło z pojedynczymi przedmiotami. Na takim tle podczas sesji pojawiała się zawsze lub często ponad 30 procent (odpowiednio 8,5% i 22,3%). Badane osoby zdecydowanie nie korzystały z tła, które można było wygenerować dzięki aplikacji – odpowiedź „nigdy” wskazało 93,7% badanych. Badani starali się też, by w tle nie było widać drzwi do pomieszczenia – odpowiedź „nigdy” wskazało ponad 74 procent badanych.

Tabela nr 6: Na jakim tle podczas sesji pojawiał/a się psychoterapeuta/ka?

Rodzaj tła	Nigdy %	Rzadko %	Od czasu do czasu %	Często %	Zawsze %
Tło wygenerowane przez aplikację	93,7	4,0	0,9	0,9	0,4
Tło jednobarwne bez żadnych przedmiotów	45,5	9,4	4,5	25,4	15,2
Tło z pojedynczymi przedmiotami	41,1	16,5	11,6	22,3	8,5
Tło z obrazem/obrazami	73,2	6,7	7,6	10,3	2,2
Tło z książkami	67,4	7,1	6,7	14,3	4,5
W tle było widać całe pomieszczenie	67,4	9,4	4,9	10,3	8,0
W tle widać było drzwi	74,1	8,9	8,5	5,8	2,7
Inne	85,7	1,3	1,3	7,1	4,5

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Opis tła

Poprosiliśmy badane osoby o opisanie tła, na którym się pojawiały. W odpowiedziach pojawiło się wiele aspektów dotyczących wyboru tła. Od możliwej neutralności, poprzez staranny wybór, aspekty techniczne, aż po dużą przypadkowość. Ze względu na rozmiar tego raportu przywołamy kilka wypowiedzi, które pokazują, jakie racje przemawiały za wyborem tła, jakie elementy wystroju pomieszczenia widzieli pacjenci/klienci. Dominujące w wypowiedziach były: staranie o możliwie jak najbardziej neutralne tło, nie wywołujące dodatkowych bodźców, skojarzeń. Natomiast wtedy, gdy sesje odbywały się z gabinetu, tło było znane pacjentom/klientom z sesji odbywających się na żywo.

Ściana w kolorze écru. Najmniejszy rozpraszacz, najmniej informacji o terapii.
[resp. 38, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym]

W tle było widać gabinet, w którym zwykle pracuję, ten sam, w którym spotykałam się z pacjentami przed pandemią, a więc było to dla nich znajome miejsce. Zależało mi na zachowaniu ciągłości i poczucia bezpieczeństwa. W pojedynczych przypadkach, gdy np. miałam jedną konsultację/sesję, nie jechałam do gabinetu, a pracowałam z domu – wówczas na tle maksymalnie neutralnym (gładkiej ściany), aby przedmioty w tle nie rozpraszały i nie zapraszały do snucia fantazji na temat mojego życia prywatnego – przejście on-line było samo w sobie dość silnym dystraktorem w niektórych przypadkach, nie chciałam go jeszcze utrudniać. [resp. 127, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

Nie miałam innej możliwości jak ściana w moim gabinecie w obydwu miejscach pracy. Gdy zorientowałam się że jeden z pacjentów interesuje się tym, co mam w kadrze, zmniejszyłam obraz, tak żeby było widać jak najmniej przedmiotów. [resp. 49, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Tło stanowiła jasnoszara ściana bez dekoracji. Wybór podyktowany był koniecznością. W trakcie trwania pandemii byłem w trakcie remontu mieszkania i miejsce z takim tłem było jedynym możliwym dla mnie miejscem pracy. [resp. 112, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym]

Tło, na którym się pojawiałam to ściana z małymi elementami oświetlenia oraz część półki na książki. Wybrałam takie tło, by zapewnić neutralność, nie skupiać uwagi pacjentów, ale też by nie przekraczać granicy prywatności. Ponadto to miejsce miało najlepsze oświetlenie dzienne. [resp. 234, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Był moment w okresie lockdownu że pracowałam z domu. Wtedy wybierałam (intencjonalnie) tło neutralne, zazwyczaj ścianę, na której w tle widać było fragment jakiegoś obrazu, lampę, ew. roślinę. Pracując z gabinetu, nie przejmuję się tak bardzo tłem i wybieram miejsce raczej ze względu na moją wygodę. W tle jest wtedy ściana gładka z lampą (chyba widać fragment rośliny) lub półka z książkami i innymi przedmiotami. [resp. 369, psychoterapeutka pracująca w nurtach systemowym i narracyjnym]

Widać część mojego pokoju gabinetowego – część biurka, przy którym siedzę, biblioteczkę, szafę. Długo sprawdzałem optymalne ustawienie kamery i jestem zdania, że

to jest dobre, żeby klient wiedział w jakim miejscu znajduje się terapeuta i że jest to prawdziwe miejsce. Na pierwszej konsultacji wyjaśniam zawsze, gdzie jestem i że jest to miejsce wyciszone, bez dostępu innych osób w czasie, w którym pracuję. Rozmyte lub sztuczne tło generowane przez aplikacje wzbudza niepokój co do miejsca, w którym jest terapeuta. Poza tym obraz terapeuty na tym tle jest niestabilny i zniekształcony w ruchu. [resp. 30, psychoterapeuta pracujący w nurcie integracyjnym]

Tapeta z kwiatami w gabinecie terapeutycznym. Wyboru takiego dokonałam by szczególnie z mojego prywatnego życia zanadto nie pobudzały fantazji pacjentów. [resp. 123, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

Szare tło posłużył statyw fotograficzny i tło fotograficzne, dlaczego? Bo nie mam w domu ściany bez elementów, a nie chciałam ujawniać prywatnych informacji o sobie. [resp. 159, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym]

Puste ściany, ze zdjętymi obrazami. Czasem widoczny kawałek regału z książkami lub też drzwi. Wybór ten był powodowany koniecznością prowadzenia terapii w takich warunkach. Zdecydowałam się zadbać o jak najbardziej neutralne tło, tak aby nie zapraszało do dyskusji na temat tego, gdzie się znajduje i co o mnie mówi- dlatego zdejmowałam obrazy. [resp. 267, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

Plakat, na którym jest hasło: Piękno jest w nas. Zgadzam się z tym przekonaniem. Plakat jest również ładny graficznie. W czasie nasilenia ruchów anty-LGBT, na znak solidarności w tle umieściłam wydrukowaną flagę LGBT. [resp. 345, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

Jest to znana pacjentom półka z regałami z książkami w realnym gabinecie, którą widać z miejsca, gdzie siadają podczas sesji na żywo. Książki są tematyczne – psychologia, medycyna, terapia. [resp. 350, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym]

W jakich miejscach znajdowali się pacjenci/klienci podczas sesji?

Zdecydowanie najczęstszym „domowym gabinetem” dla pacjentów był pokój w ich mieszkaniu lub domu. Tak było w ponad 90 procentach przypadków (zawsze 14,4% , często 78,4%). Drugim w kolejności wskazywanym przez osoby badane miejscem, w którym znajdowała się osoba, która była w procesie terapeutycznym był samochód („często” z takiej opcji korzystało 13,0% pacjentów/klientów, zaś „od czasu do czasu” 32,0%). Wydaje się, że o ile pokój w miejscu zamieszkania był najbardziej naturalnym miejscem na sesję terapeutyczną – zapewniającym komfort czy niezbędną intymność, o tyle sesje z samochodu były zapewne mniej komfortowe, ale dawały pacjentom/klientom poczucie intymności i tego, że nikt z domowników nie będzie przeszkadzał w sesji, i co również niewykluczone, nie będzie podsłuchiwał tego, co podczas sesji się dzieje. Podobnie należy rozumieć sesje, podczas których pacjenci/klienci przebywali na wolnym powietrzu. Na takie doświadczenie jako częste wskazało 2,2% badanych, a jako zdarzające się od czasu do czasu 23% ankietowanych. Badanych zapytaliśmy też o inne miejsca, z których ich pacjenci/klienci „łączyli się” podczas sesji. Wśród nich nasi badani wymienili między innymi traktor (ciągnik rolniczy), stodołę, czy dużą szafę garderobianą z pełnym oświetleniem wewnątrz.

Porównanie pracy w gabinecie z pracą on-line

Zapytaliśmy badane osoby o to, jakie aspekty pracy terapeutycznej on-line były łatwiejsze, bądź trudniejsze w porównaniu do pracy w gabinecie. Badane psychoterapeutki i badani psychoterapeuci dość stanowczo nie zgadzali z dwoma stwierdzeniami. Praca terapeutyczna (on-line) była trudna ze względu na konieczność nauczenia się korzystania z aplikacji/urządzenia. Zdecydowanie z takim stwierdzeniem nie zgadzało się 32,6% badanych, a odpowiedź „raczej nie” wybierało 38,9% badanych. Łącznie to ponad 70 procent badanych osób. Dość podobnie było w przypadku pytania o wewnętrzny opór psychoterapeutki/psychoterapeuty przeciwko pracy on-line. Tu ponad 65 procent badanych wskazywało na odpowiedź, że zdecydowanie takiego oporu nie miało (31,7%) lub raczej takiego oporu nie miało (33,5%). Wśród stwierdzeń zaproponowanych badanym w tym fragmencie badania zwracają uwagę odpowiedzi na pytania o efektywność pracy terapeutycznej. Zapytaliśmy, czy praca terapeutyczna on-line była bardziej efektywna niż ta w gabinecie. Zdecydowana większość badanych – prawie 70 procent (69,7%) wybrała odpowiedź „ani tak, ani nie”, co oznacza, że badane przez nas osoby w większości nie miały zastrzeżeń co do efektywności czy skuteczności pracy terapeutycznej (22,2% udzieliło odpowiedzi „raczej nie”, a 4,0% „zdecydowanie nie”).

Warto także zwrócić uwagę na odpowiedzi, które dotyczyły tego, czy praca on-line była bardziej męcząca niż ta w gabinecie. Prawie połowa badanych oceniła, że dla klientów praca on-line była podobnie obciążająca jak ta w gabinecie. Na pytanie – czy praca on-line była bardziej męcząca dla pacjentów/klientów – blisko połowa badanych (44,3%) odpowiedziała „ani tak, ani nie” – podobna (w sumie) część respondentów wybrała odpowiedzi „raczej tak” (26,2%) i „raczej nie” (23,0%). W tym kontekście interesujące wydają się być odpowiedzi na pytanie, gdzie sami badani mieli ocenić swoje zmęczenie tą formą pracy: „Praca on-line była bardziej męcząca dla mnie”. Blisko 70 procent badanych wybrało odpowiedzi: „zdecydowanie tak” (33,5%) i „raczej tak” (34,4%). Jak można było się spodziewać po odpowiedziach, których badani udzielali w poprzednich pytaniach – blisko 70 procent badanych ceniło sobie większą elastyczność w ustalaniu terminów sesji – „zdecydowanie tak” (24,4%) i „raczej tak” 43,0%).

Rekomendacje organizacji zrzeszających psychoterapeutki i psychoterapeutów dotyczące pracy on-line

W pierwszych dniach i tygodniach po ogłoszeniu lockdownu w środowisku terapeutycznym pojawiło się sporo pytań o to, w jaki sposób prowadzić psychoterapię w nowych, wcześniej nieznanach okolicznościach. W zależności od osobistych poglądów na rozwój i czas trwania epidemii osoby prowadzące psychoterapię skłonne były podejmować różne decyzje: od zawieszania psychoterapii na określony czas (przypomnijmy, że początkowo nauka w szkołach była zawieszona na dwa tygodnie, co często na początku było interpretowane jako całkowity czas lockdownu), poprzez ignorowanie obostrzeń i spotkanie się w gabinecie terapeutycznym, aż po automatyczne przejście (z dnia na dzień) na pracę on-line. Przechodzenie na tryb pracy on-line wzbudzało sporo kontrowersji, łącznie z zanegowaniem takiej formy pracy jako niezgodnej z fundamentalnymi zasadami pracy psychoterapeutycznej. W takiej sytuacji – wielu opinii, a nawet chaosu informacyjnego – organizacje terapeutyczne wydawały rekomendacje i zalecenia co do tego, w jaki sposób w nowej sytuacji postępować. 90 procent badanych przez nas osób zapoznało się z rekomendacjami organizacji branżowych. Mniejsze zainteresowanie rekomendacje wzbudziły w badanych do 30 roku życia – 82,1% oraz osobach po 60 roku życia – 80,0%. Osoby pracujące w poszczególnych nurtach psychoterapeutycznych

z podobną uwagą śledziły rekomendacje organizacji psychoterapeutycznych – nieznacznie mniejsze zainteresowanie wykazywały osoby pracujące w nurcie poznawczo-behawioralnym (83,8%) i narracyjnym (80,0%), nieznacznie większe zainteresowanie było wśród badanych pracujących w nurcie psychodynamicznym (93,3%).

Rekomendacje stowarzyszeń dotyczące pracy w czasie pandemii dla 78 procent badanych były ważne (odpowiedź „bardzo ważne” wybrało 23,0 % badanych, natomiast „raczej ważne” 55,0% badanych)

Czas pracy on-line

Podobnie jak w przypadku pracy psychoterapeutycznej przed pandemią zapytaliśmy, ile dni w tygodniu i ile godzin dziennie badane przez nas osoby pracowały terapeutycznie. Najpierw przyjrzymy się zestawieniu, dotyczącemu liczby dni.

Tabela nr 7: Liczba dni w tygodniu, w których badani pracowali terapeutycznie

Liczba dni	Przed 15 marca (w gabinecie) %	Po 15 marca (on-line) %
Jeden dzień w tygodniu	5,8	7,7
Dwa dni w tygodniu	16,0	13,6
Trzy dni w tygodniu	20,4	26,2
Cztery dni w tygodniu	26,6	25,8
Pięć dni w tygodniu	28,6	22,1
Sześć dni w tygodniu	2,0	4,5
Siedem dni w tygodniu	0,6	0,0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Na podstawie zestawienia możemy powiedzieć, że badane osoby pracowały podobną liczbę dni w tygodniu. Zwraca jednak uwagę to, że więcej osób było gotowych pracować więcej niż pięć dni w tygodniu, a ponad połowa badanych pracowała trzy lub cztery dni, podczas gdy przed 15 marca 2020 ponad połowa badanych pracowała cztery lub pięć dni. Analizując liczbę dni w tygodniu, w których pracowali badani po 15 marca 2020, możemy wskazać, że w grupie wiekowej do 30 roku życia najczęściej były to trzy dni w tygodniu – 35,7%, wśród osób od 31 do 40 lat były to cztery dni w tygodniu – 31,3%, w grupie wiekowej 41-50 lat – także cztery dni w tygodniu – 27,1%, wśród osób wieku od 51 do 60 lat najczęściej były to trzy dni w tygodniu – 31,8%, natomiast osoby po 60 roku życia najczęściej wskazywały na pracę terapeutyczną on-line przez pięć dni w tygodniu – 40,0%.

Jeśli chodzi o czas pracy terapeutycznej w ciągu jednego dnia, to zestawienie wygląda następująco:

Tabela nr 8: Liczba godzin w ciągu dnia, w czasie których badani pracowali terapeutycznie

Liczba godzin pracy terapeutycznej średnio	Przed 15 marca (w gabinecie) %	Po 15 marca (on-line) %
Godzinę dziennie	0,3	0,9
Do dwóch godzin dziennie	2,0	6,3
Do trzech godzin dziennie	6,4	17,2
Do czterech godzin dziennie	14,3	18,5
Do pięciu godzin dziennie	20,4	20,8
Do sześciu godzin dziennie	22,1	13,1
Do siedmiu godzin dziennie	10,6	9,0
Do ośmiu godzin dziennie	12,9	10,4
Do dziewięciu godzin dziennie	7,8	1,8
9 i więcej godzin dziennie	3,1	1,8

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

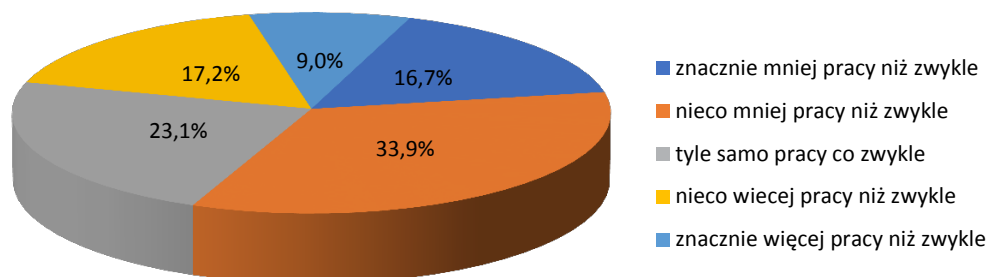
Zestawienie czasu pracy w ciągu dnia pokazuje zdecydowanie, że badane osoby, pracowały krócej (mniejszą liczbę godzin), w czasie gdy psychoterapia była prowadzona on-line. Sześć na dziesięć badanych osób wskazało, że po 15 marca 2020 średnio pracowały od jednej do pięciu godzin (63,7%), w czasie przed pandemią ponad połowa bandanach pracowała średnio „do sześciu godzin” i dłużej (56,5%).

W czasie pandemii w poszczególnych grupach wiekowych najczęściej wybierano odpowiedzi: w grupie badanych do 30 roku życia – „do trzech godzin dziennie” – 35,7%, wśród osób pomiędzy 31 a 40 rokiem życia. „do pięciu godzin dziennie” – 20,8%, podobnie w grupie badanych 41-50 lat – 24,3%. W kolejnej grupie badanych – w wieku od 51-60 lat najczęściej wskazywano na odpowiedź „do czterech godzin dziennie” – 27,3%, natomiast wśród osób po 60 roku życia najczęściej wskazywano odpowiedź „do 5 godzin dziennie” – 40%.

Ocena ilości pracy w czasie pandemii

Zapytaliśmy badanych o ich ocenę i subiektywne porównanie ilości pracy, którą mieli w warunkach pracy on-line w porównaniu ze stanem przed 15 marca 2020.

Wykres nr 12. Porównanie ilości pracy przed i po 15 marca 2020



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Odpowiedzi badanych osób potwierdzają, że po 15 marca, w warunkach pracy on-line psychoterapeuci mieli mniej pracy niż zwykle. Tak odpowiedziała ponad połowa badanych – 50,6% (znacznie mniej 16,7%, nieco mniej 33,9%), zwróćmy też uwagę, że blisko jedna czwarta badanych (23,1%) pracowała tyle samo co zwykle (co przed 15 marca 2020).

Jak długo zamknięty był gabinet/ośrodek stanowiący główne miejsce pracy badanych?

Chcąc ustalić, jak długo badane osoby były zmuszone przez sytuację pracować poza gabinetami, wykorzystując do pracy terapeutycznej dostępne rozwiązania on-line, zapytaliśmy o czas zamknięcia (z powodów organizacyjnych, związanych z obowiązującym przepisami prawa, wewnętrznymi ustaleniami) podstawowego miejsca pracy badanych. Wśród zaproponowanych odpowiedzi umieściliśmy liczbę tygodni, skończywszy na 18 tygodniach, dlatego, że nasze badanie rozpoczynało się 20 tygodni po 15 marca 2020. Ze zgromadzonych odpowiedzi wynika, że niemal w co trzecim przypadku (31,3%) – ośrodek, poradnia, gabinet – nie był zamykany na czas pandemii w ogóle (18,9%) lub funkcjonował cały czas w ograniczonym zakresie (12,4%). Wśród tych miejsc który były zamknięte całkowicie – czas zamknięcia trwał dziesięć tygodni (do początku czerwca – 9,2 %) dwanaście tygodni (do połowy czerwca – 8,1%), osiem tygodni (8,1% – do połowy maja), cztery tygodnie (8,1% – do połowy kwietnia) i dwa tygodnie (7,0% – do początku kwietnia)

Powrót do pracy terapeutycznej w gabinecie

Zadaliśmy pytanie, po jakim czasie, a dokładniej mówiąc w jakim terminie badani wrócili do pracy w gabinecie. Staraliśmy się wybrać takie określenia czasowe, które były zgodne ze zmianami obostrzeń wynikających z rozporządzeń, innych aktów prawnych czy rekomendacji przygotowywanych przez rząd, samorządy czy instytucje odpowiedzialne za sytuację epidemiologiczną. Najczęściej wskazywanym momentem powrotu do pracy w gabinecie był czas pomiędzy 15 czerwca a 1 lipca 2020 – taką odpowiedź wybrało 18,2% badanych, drugą najbardziej popularną odpowiedzią była taka, w której badane osoby wskazywały, że zwiesiły pracę w gabinecie tylko częściowo, pracując z pacjentami/klientami zarówno on-line, jak i w gabinecie – takiej odpowiedzi udzieliło 13,1% badanych, trzecia co do liczebności grupa badanych wróciła do pracy w gabinecie pomiędzy 1 a 18 maja (12,6%). Interesujące jest to, że spora grupa osób nie wróciła do pracy w gabinecie do czasu przeprowadzania przez nas badania – do sierpnia lub września 2020 (11,9%).

Tabela nr 9: Kiedy wrócił/a Pani/Pan do pracy w gabinecie, spotykając się z pacjentami/klientami na żywo

	%
W ogóle nie zawiesiłam/em spotkań z pacjentami na żywo w czasie pandemii – pracowałam/em cały czas w gabinecie, spotykając się z pacjentami/klientami na żywo	6,9
Zawiesiłam/em pracę na żywo tylko częściowo – pracowałam/em cały czas w gabinecie, spotykając się z pacjentami/klientami on-line i na żywo	13,2
Pomiędzy początkiem kwietnia a świętami Wielkiej Nocy (12-13.04)	1,9
Pomiędzy Świętami Wielkiej Nocy a początkiem maja	3,8
Pomiędzy początkiem maja a 18 maja	12,6
Pomiędzy 18 maja a 1 czerwca	10,7
Pomiędzy początkiem czerwca a długim weekendem (11-14 czerwca)	11,3
Pomiędzy 15 czerwca a 1 lipca	18,2
Pomiędzy 1 lipca a 19 lipca	7,5
Po 19 lipca	1,9
Nie wróciłam/wróciłem do pracy w gabinecie (do czasu udziału w badaniu)	11,9

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Środki zastosowane po powrocie do gabinetu

Zapytaliśmy badane osoby, jakie środki bezpieczeństwa sanitarnego związanego z niebezpieczeństwem zarażenia się koronawirusem zastosowały o powrocie do pracy w gabinecie. W tabeli uporządkowaliśmy je według tych, które były najczęściej wskazywane.

Tabela nr 10: Środki bezpieczeństwa sanitarnego zastosowane po powrocie do pracy w gabinecie

Zastosowane środki	Nigdy %	Rzadko %	Czasami %	Często %	Zawsze %
Wietrzenie gabinetu	3,5	0,0	2,8	11,	82,4
Dezynfekcja rąk przed i po sesji	1,4	2,1	4,9	16,2	75,3
Odległość pomiędzy osobami w gabinecie większa niż 2 metry	3,5	2,8	2,8	14,0	76,8
Dezynfekcja klamek	3,5	4,9	13,4	25,4	52,8
Dezynfekcja foteli/krzeseł	23,2	10,6	10,6	21,8	33,8
Brak możliwości korzystania z poczekalni	33,1	12,7	8,4	14,1	31,7
Używanie maseczki podczas sesji przez pacjenta/klienta	40,85	23,2	13,4	13,4	9,1
Brak możliwości płacenia gotówką	49,3	11,3	14,8	13,5	11,3
Używanie przyłbicy podczas sesji przez terapeutę	60,6	8,4	9,1	8,4	13,4
Używanie maseczki podczas sesji przez terapeutę	56,3	14,8	9,1	8,4	11,3
Używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjenta/klienta	63,4	18,3	8,4	6,3	3,5

Zastosowane środki	Nigdy %	Rzadko %	Czasami %	Często %	Zawsze %
Torebki na zużyte chusteczki zabierane przez pacjentów	81,0	6,3	2,8	3,5	6,3
Urządzenie do ozonowania powietrza	84,5	4,9	3,5	3,5	3,5
Szyba pleksi pomiędzy terapeutką/tą a pacjentem/klientem	90,1	5,6	1,4	0,00	2,8
Folia nakładana na fotele/krzesła	93,7	4,2	0,00	0,7	1,4
Inne	81,0	0,7	0,7	3,5	14,0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Zestawienie środków zastosowanych po powrocie do gabinetu mających obniżyć ryzyko przeniesienia zakażenia koronawirusem wyraźnie wskazuje, że najczęściej stosowane były wietrzenie gabinetu – 93,6% odpowiedzi „zawsze” i „często”, dezynfekcja rąk przed i po sesji – 91,5% procent odpowiedzi „zawsze” i „często” oraz zachowanie odległości pomiędzy osobami w gabinecie przekraczającej 2 metry – 90,8% odpowiedzi „zawsze” i „często”.

Interesujące są środki zastosowane przez psychoterapeutki i psychoterapeutów, które badane osoby opisały w kategorii „inne”, zaznaczając odpowiedź „zawsze”. Do tych działań należały: używanie myjki parowej do odkażania foteli, niekorzystanie z kuchni, deklaracja pacjenta/klienta o stanie zdrowia, używanie maseczki czy przyłbicy w częściach wspólnych, dodatkowy wentylator, deklaracje pisemne dotyczące stanu zdrowia pacjenta/klienta, przechodzenie pacjentów tuż przed sesją (nie więcej niż 2 minuty przed sesją), brak przywitania przez podanie rąk, mierzenie temperatury, otwarte okno przez cały czas trwania sesji, uruchomienie możliwości płacenia kartą, brak dystrybutora z wodą dla pacjentów/klientów, dezynfekowanie długopisów i podkładek oraz dłuższe przerwy pomiędzy sesjami.

Tabela nr 11: Środki bezpieczeństwa sanitarnego zastosowane po powrocie do pracy w gabinecie – kobiety a mężczyźni

Zastosowane środki	Nigdy %		Rzadko %		Czasami %		Często %		Zawsze %	
Płeć K/M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Wietrzenie gabinetu	3,5	3,5	0,0	0,0	1,8	7,1	11,4	10,7	83,3	78,6
Dezynfekcja rąk przed i po sesji	0,9	3,6	1,8	3,6	6,1	0,0	16,7	14,3	74,6	78,5
Odległość pomiędzy osobami w gabinecie większa niż 2 metry	3,5	3,5	0,9	10,7	3,5	0,0	14,9	10,7	77,2	75,0
Dezynfekcja klamek	3,5	3,5	4,4	7,1	12,3	17,9	22,8	35,7	57,0	35,7
Dezynfekcja foteli/krzeseł	21,1	32,1	11,4	7,1	9,6	14,3	21,1	25,0	36,8	21,4
Brak możliwości korzystania z poczekalni	31,6	39,3	11,4	17,9	8,8	7,1	14,9	10,7	33,3	25,0
Używanie maseczki podczas sesji przez pacjenta/klienta	36,8	75,0	16,7	7,1	14,0	10,7	14,0	10,7	10,5	3,6
Brak możliwości płacenia gotówką	51,8	39,3	10,5	14,3	12,3	25,0	14,9	7,1	10,5	14,3

Zastosowane środki	Nigdy %		Rzadko %		Czasami %		Często %		Zawsze %	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Płeć K/M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Używanie przyłbicy podczas sesji przez terapeutę	56,1	78,6	10,5	0,0	11,4	0,0	7,9	10,7	14,0	10,7
Używanie maseczki podczas sesji przez terapeutę	51,8	75,0	16,7	7,1	10,5	3,6	9,6	3,6	11,4	10,7
Używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjenta/klienta	62,3	67,9	18,4	17,9	8,8	7,1	6,1	7,1	4,4	0,0
Torebki na zużyte chusteczki zabierane przez pacjentów	82,5	75,0	5,3	10,7	2,6	3,6	2,6	7,1	7,0	3,6
Urządzenie do ozonowania powietrza	85,1	82,1	3,5	10,7	3,5	3,6	3,5	3,6	4,4	0,0
Szyba pleksi pomiędzy terapeutą/ką a pacjentem/klientem	88,6	96,4	6,1	3,6	1,8	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0
Folia nakładana na fotele/krzesła	93,9	92,9	3,9	7,1	0,0	0,0	0,9	0,0	1,8	0,0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, psychoterapeutki i psychoterapeuci podobnie często stosowali środki ochronne przed wirusem po powrocie do gabinetów. W tabeli wyróżniliśmy różnice we wskazaniach pomiędzy kobietami i mężczyznami które przekraczały 10 procent. W przypadku najbardziej powszechnie stosowanych przez badane osoby środków takich różnic nie ma. Zwracają uwagę różnice w wybieranych odpowiedziach „zawsze” w przypadku dezynfekcji klamek i dezynfekcji foteli/krzesel. Psychoterapeutki wykonywały te czynności znaczenie częściej niż ich koledzy (odpowiednio 57,0% do 35,7% i 36,8 do 24,1%). Sporą różnicę odnotowaliśmy, jeśli chodzi o nieużywanie maseczki lub przyłbicy przez psychoterapeutki i psychoterapeutów podczas sesji. Przyłbicy nie używało nigdy 78,6% badanych mężczyzn a maseczki 75,0%, w przypadku kobiet było to odpowiednio 51,8% i 56,1%.

IV. Kondycja psychiczna psychoterapeutów w czasie pandemii

Kondycja psychiczna osób pracujących w zawodach pomocowych stanowi jedną z kluczowych kwestii, które należy wziąć pod uwagę rozpatrując skuteczność radzenia sobie oraz wspierania innych w radzeniu sobie z wyzwaniami pojawiającymi się w sytuacji kryzysowej. Zmiany wynikające z pandemii powodują nasilenie stresu i zwiększenie ryzyka problemów stanowiących jego konsekwencje. W sytuacji tej znajdują się wszyscy, zarówno osoby poszukujące i korzystające z pomocy, jak i osoby zawodowo jej udzielające. Praca terapeutyczna w warunkach pandemii może stanowić wyzwanie o tyle, że zarówno klienci jak i terapeuci mogą doświadczać niepokoju wynikającego z zewnętrznych uwarunkowań. Pojawia się zatem pytanie, w jaki sposób wpływa to na procesy zachodzące w terapii. Ponieważ przystosowanie do sytuacji obciążającej stresem stanowi proces, założyliśmy, że należy rozróżnić co najmniej dwa etapy pandemii oraz adaptacji osób badanych do niej:

1. **Okres początkowy:** od oficjalnego ogłoszenia pandemii przez WHO 11 marca 2020 do końca kwietnia 2020 roku. Był to czas, w którym wszyscy znaleźli się w nowej, nieznanej, stresującej sytuacji wymagającej zmiany zasad codziennego funkcjonowania. W okresie tym miało miejsce wdrażanie konstruowanych na bieżąco (nie zawsze w oparciu o wcześniej stworzony plan) rozwiązań systemowych, których skuteczność jeszcze nie była znana. Ponadto okres ten był związany z największymi obostrzeniami i ograniczeniami funkcjonowania w przestrzeni publicznej (lockdown), a także zawieszeniem działalności większości instytucji i przedsiębiorstw.
2. **Okres późniejszy:** od początku maja 2020 roku do czasu, w którym realizowaliśmy badanie (pomiędzy 2 sierpnia a 30 września 2020), kiedy miało miejsce stopniowe „odmrażanie” gospodarki oraz zmniejszanie wcześniejszych restrykcji.

Przystępując do badań, za najistotniejsze uznaliśmy następujące problemy badawcze:

1. W jaki sposób doświadczenie pandemii wpływało na samopoczucie psychiczne psychoterapeutów w początkowym oraz w późniejszym okresie pandemii? Interesowały nas przede wszystkim takie potencjalne efekty jak: odczuwany, uświadamiany poziom stresu, reakcje psychosomatyczne, lękowe oraz depresyjne).
2. W jaki sposób psychoterapeuci radzili sobie ze stresem w początkowym oraz późniejszym okresie pandemii?
3. Jakie doświadczenia związane z pandemią stanowiły największe źródła stresu dla osób badanych?

Do badania kondycji psychicznej psychoterapeutów wykorzystane zostały elementy ankiety stanowiącej element projektu „Ocena kondycji psychicznej” realizowanego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, (cel operacyjny 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa)⁷ oraz kwestionariusza Mini-COPE służącego do diagnozy sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych⁸. Zgodnie z koncepcją stresu i radzenia sobie Richarda Lazarusa i Susan Folkman stanowiącą teoretyczne podstawy kwestionariusza Mini-COPE nie ma lepszych i gorszych sposobów radzenia

⁷ <http://www.zdrowiepsychiczne.org/zbadaj-swoja-kondycje-psychiczna.html>, data dostępu: 7.06.2020.

⁸ Charles Carver, *Mini-COPE*, adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik.

sobie w sytuacjach trudnych⁹. O skuteczności stosowanych strategii decyduje indywidualny kontekst obejmujący zarówno zmienne osobowościowe, jak i sytuacyjne, w tym zmienne związane z dostępną jednostce siecią wsparcia.

Zmiany samopoczucia psychicznego psychoterapeutów w czasie pandemii

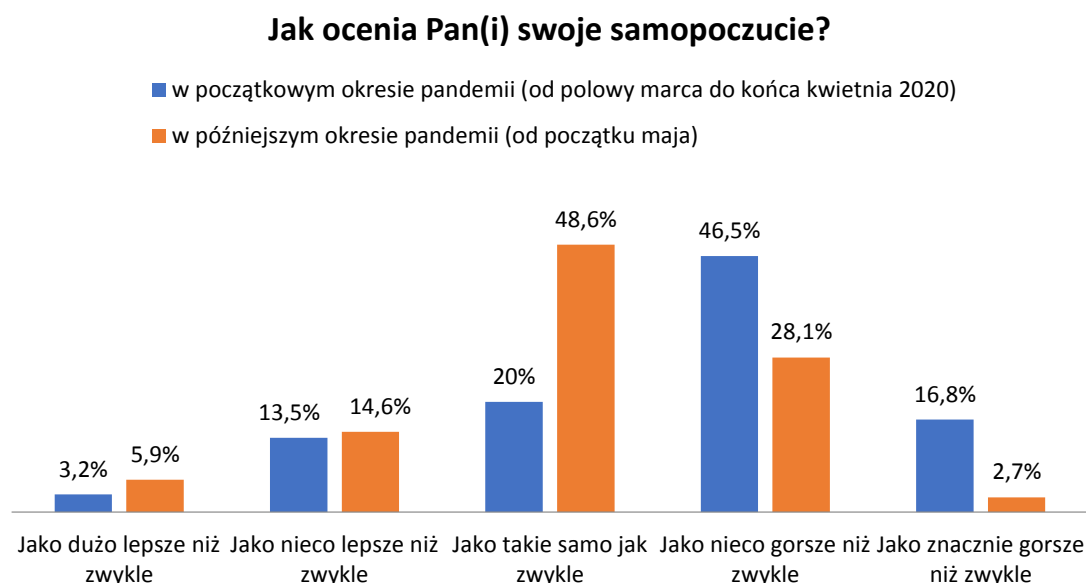
Ponieważ samopoczucie psychiczne jest doświadczane subiektywnie, uznaliśmy, że punktem odniesienia potencjalnych zmian, pojawiających się w czasie pandemii będzie to, jak badani czują się zazwyczaj. W związku z tym zadaliśmy badanym szereg pytań – dotyczących zarówno ich ogólnie rozumianego samopoczucia psychicznego, jak i pewnych kluczowych objawów, które można zakwalifikować jako reakcje psychosomatyczne, nerwicowe, depresyjne bądź wskazujące na próby radzenia sobie ze stresem za pomocą substancji psychoaktywnych oraz zachowań kompulsywnych.

W momencie badania, deklaracje respondentów dotyczące początkowego okresu pandemii miały retrospektywny charakter. Można więc założyć, że były one poddane refleksji przez pryzmat porównań z okresem późniejszym stanowiącym kontekst bieżących doświadczeń osób badanych.

Porównując deklaracje badanych dotyczące ich samopoczucia psychicznego w początkowym oraz w późniejszym okresie zagrożenia epidemicznego, można postawić tezę o stopniowej adaptacji do sytuacji pandemii. Wskazuje na to spadek liczby osób deklarujących gorsze samopoczucie psychiczne w porównaniu z tym, jak czuły się zazwyczaj. Odsetek osób wskazujących na nieco gorszą niż zwykle kondycję psychiczną zmniejszył się z 46,5% w początkowym okresie pandemii do 28,1% w okresie późniejszym. Analogicznie, udział procentowy osób, które czuły się znacznie gorzej niż zwykle, zmniejszył się z 16,8% w początkowym okresie pandemii do 2,7% w okresie późniejszym. Po między początkowym a kolejnym okresem pandemii wzrósł również odsetek osób wskazujących, że ich samopoczucie psychiczne było takie samo jak zwykle (z 20% do 48,6%), co można interpretować jako wskaźnik odzyskiwania równowagi psychicznej bądź konstruowania swoistej „nowej równowagi” po okresie jej zaburzenia. Niewielkie zmiany dotyczyły natomiast liczby osób określających swoje samopoczucie psychiczne jako lepsze niż zwykle. Dużo lepsze niż zazwyczaj samopoczucie psychiczne deklarowało 3,2% badanych w początkowym okresie pandemii i 5,9% badanych w późniejszym okresie pandemii. Analogiczne odsetki respondentów wskazujących na nieco lepsze niż zwykle samopoczucie psychiczne wynosiły 13,5% i 14,6%.

9 I. Heszen – Niejodek, *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, „Psychologia. Podręcznik akademicki, t. III, GWP, Warszawa 2002, s. 464-492

Wykres nr 13. Ocena samopoczucia badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w początkowym oraz późniejszym okresie pandemii



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 (podstawę wskazanych procentów stanowi liczba respondentów, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie N=185).

Analizując bardziej szczegółowe wymiary składające się na samopoczucie psychiczne jednostek, można zauważyć, że odsetek badanych deklaruujących zwiększone odczuwanie stresu w drugiej fazie pandemii był znacząco niższy niż odsetek respondentów relacjonujących większą intensywność doświadczania stresu w późniejszym okresie pandemii. W przypadku osób odczuwających stres „nieco bardziej niż zwykle” odnotowano spadek z 48,6% w początkowym okresie do 21,3% w późniejszym okresie pandemii. Analogicznie – w przypadku odpowiedzi „znacznie bardziej niż zwykle” – nastąpił spadek z 17,8% do 1,1%. Równocześnie wzrósł odsetek osób deklaruujących przeżywanie stresu na właściwym sobie „zwykłym” poziomie z 17,3% na początku trwania pandemii do 56,8% w jej późniejszym okresie. W odniesieniu do osób deklaruujących mniej intensywne niż zwykle przeżywanie stresu nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy. Ich odsetek wynosił odpowiednio: 5,4% w początkowym okresie i 8,2% w dalszym okresie pandemii (w przypadku osób relacjonujących znaczne obniżenie intensywności przeżywanego stresu) oraz 10,8% w początkowym okresie i 11% w dalszym okresie pandemii (w przypadku osób wskazujących na nieco mniejsze niż zwykle natężenie stresu).

W świetle analizowanych danych można również postawić tezę, że w miarę trwania pandemii umiarkowanie słabła mobilizująca funkcja stresu. Na początku epidemii COVID-19 28,6% badanych czuło się nieco bardziej niż zwykle zmobilizowanych do działania, a 7,6% odczuwało znaczne zwiększenie mobilizującej funkcji stresu. W dalszym okresie pandemii na nieco większą niż zwykle mobilizację do działania wskazywało 17,6% respondentów, a na znacznie większe – 4,4%. Uzyskane dane wskazują również na stopniowy powrót części badanych do przeciętnego dla badanych poziomu mobilizacji. Odsetek osób odczuwających „tak samo jak zwykle” mobilizację do działania wzrósł bowiem z 41,1% respondentów w pierwszym okresie pandemii do 62,1% badanych w późniejszym okresie. Zmniejszyła się również liczba osób wskazujących na umiarkowanie demobilizującą funkcję stresu (odpowiedzi „nieco mniej niż zwykle”) z 19,5% w początkowej fazie do 11% fazy dalszej.

W przypadku reakcji psychosomatycznych największe różnice pomiędzy początkowym a późniejszym etapem pandemii dotyczyły poczucia osłabienia i pozbawienia energii. Odsetek osób wskazujących, że problem ten dotyczył ich w nieco większym stopniu niż zwykle wynosił 41,6% w pierwszym okresie oraz 19,1% w późniejszym okresie pandemii. Odsetki osób deklaruujących znaczny stopień nasilenia powyższego problemu wynosiły odpowiednio: 10,8% na początku pandemii i 3,3% w kolejnym jej etapie. Dane ilustrujące rozpowszechnienie doświadczeń wskazujących na obniżoną jakość snu nie różnicują w istotny sposób deklaracji dotyczących obu wskazanych okresów pandemii, chociaż można zauważyć tendencję spójną z omawianymi powyżej danymi, zgodnie z którą zaburzenia snu były relatywnie bardziej powszechne na początku, a ich rozpowszechnienie malało w późniejszym etapie pandemii.

Jeżeli chodzi o reakcje zaklasyfikowane jako nerwicowe (lękowe) oraz depresyjne, to również w ich przypadku możemy mówić o zmniejszeniu ich intensywności w miarę trwania pandemii oraz postępowania procesów adaptacji. Największe różnice odnotowano w odniesieniu do silnego lęku i/lub niepokoju oraz odczuwania napięcia i podenerwowania w kontaktach z ludźmi. Nieco bardziej niż zwykle odczucie intensywnego lęku towarzyszyło 35,7% badanych na początku pandemii i 15,4% w jej dalszym okresie. Napięcie w interakcjach przejawiało natomiast niespełna 30% respondentów w początkowej oraz 17,6% w kolejnej fazie pandemii.

Za reakcje depresyjne uznać można poczucie braku siły, by radzić sobie ze swoim życiem, przekonanie o beznadziejności sytuacji, brak przeżywania przyjemności oraz negatywne przekonania na własny temat (krytykowanie siebie). Osoby badane średnio o 9% częściej wskazywały nieco większe natężenie tych reakcji w początkowym niż w późniejszym okresie pandemii. Odsetek, które doświadczały nieco podwyższoną intensywność objawów depresyjnych na początku pandemii oscylował między 14% a 20%, a w późniejszym okresie – między 7 a 11%.

Osoby badane relatywnie najrzadziej deklarowały wzmożenie doświadczeń związanych z sięganiem po substancje psychoaktywne bądź korzystaniem z wirtualnej rzeczywistości (w tym z mediów społecznościowych) w celu łagodzenia napięć. Może to wynikać z powszechnej w badanej grupie zawodowej świadomości dysfunkcjonalności tego typu rozwiązań. Równocześnie można założyć, że do stosowania rozwiązań dysfunkcyjnych i do pewnego stopnia piętnowanych społecznie, może być się trudno przyznać (również w kontekście społecznych oczekiwań wobec osób profesjonalnie zajmujących się psychoterapią).

Poniższe tabele przedstawiają rozpowszechnienie doświadczeń stresu oraz jego konsekwencji psychosomatycznych i emocjonalnych w dwóch, porównywanych okresach pandemii.

Tabela nr 12: Doświadczenie stresu i jego konsekwencji przez psychoterapeutki i psychoterapeutów w początkowym okresie pandemii COVID-19

Czy w początkowym okresie pandemii (od 15 marca do końca kwietnia):		znacznie mniej niż zwykle		nieco mniej niż zwykle		tak samo jak zwykle		nieco bardziej niż zwykle		znacznie bardziej niż zwykle	
L		I	%	I	%	I	%	I	%	I	%
Subiektywne doświadczenie stresu	Odczuwał(a) Pan(i) stres na co dzień	10	5,4	20	10,8	32	17,3	90	48,6	33	17,8
	Czuł(a) się Pan(i) zmobilizowan/a do działania	6	3,2	36	19,5	76	41,1	53	28,6	14	7,6

Czy w początkowym okresie pandemii (od 15 marca do końca kwietnia):		znacznie mniej niż zwykle		nieco mniej niż zwykle		tak samo jak zwykle		nieco bardziej niż zwykle		znacznie bardziej niż zwykle	
L		I	%	I	%	I	%	I	%	I	%
Reakcje psychosomatyczne	Czuł(a) się Pan(i) osłabiony/a, pozbawiony/a energii	14	7,6	24	13	50	27	77	41,6	20	10,8
	Czuł(a) Pan(i) ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, nietypowe bóle	29	15,7	5	2,7	124	67	24	13	3	1,6
	Miał(a) Pan(i) trudności z zasypianiem z powodu zmartwień	22	11,9	7	3,8	115	62,2	38	20,5	3	1,6
	Nie mógł/mogła Pan(i) ponownie zasnąć po przebudzeniu się w środku nocy	24	13	6	3,2	135	73	16	8,6	4	2,2
	Czuł(a) Pan(i), że sen nie daje Panu/i wypoczynku	24	13	6	3,2	112	60,5	38	20,5	5	2,7
Reakcje nerwiczne	W kontaktach z innymi ludźmi czuł(a) się Pan(i) bardziej podenerwowany/a, napięty/a	14	7,6	11	5,9	95	51,4	55	29,7	10	5,4
	Miała Pan(i) trudności z zebraniem myśli i ich wyrażeniem	14	7,6	14	7,6	124	67	29	15,7	4	2,2
	Odczuwał(a) Pan(i) napięcie i rozdrażnienie z powodu nadmiaru spraw	25	13,5	21	11,4	69	37,3	53	28,6	17	9,2
	Czuł(a) Pan(i) lęk lub silny niepokój	17	9,2	8	4,3	84	45,4	66	35,7	10	5,4
Reakcje depresyjne	Czuł(a), Pan(i) że nie ma już siły, by radzić sobie ze swoim życiem, ze wszystkimi sprawami	24	13	14	7,6	110	59,5	33	17,8	4	2,2
	Miał(a) Pan(i) poczucie, że sytuacja jest beznadziejna	25	13,5	9	4,9	112	60,5	35	18,9	4	2,2
	Odczuwał(a) Pan(i) brak lub utratę przeżywania przyjemności	14	7,6	15	8,1	115	62,2	38	20,5	3	1,6
	Myślał(a) Pan(i) o sobie negatywnie; krytykował(a) Pan(i) siebie	19	10,3	7	3,8	130	70,3	27	14,6	2	1,1

Czy w początkowym okresie pandemii (od 15 marca do końca kwietnia):		znacznie mniej niż zwykle		nieco mniej niż zwykle		tak samo jak zwykle		nieco bardziej niż zwykle		znacznie bardziej niż zwykle	
L		I	%	I	%	I	%	I	%	I	%
Reakcje związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zachowaniami kompulsywnymi	Picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej pozwalało Panu/i uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić	23	12,4	6	1,6	134	72,4	20	10,8	2	1,1
	Granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, spędzanie czasu w mediach społecznościowych, kupowanie pozwalało Panu/i uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić	18	9,7	9	4,9	124	67	31	16,8	3	1,6
	Niepokoili Pana/Panią któraś z czynności: picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej, granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, kupowanie	2	12,4	7	3,8	137	74,1	14	7,6	4	2,2

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382.

Tabela nr 13: Doświadczanie stresu i jego konsekwencji przez psychoterapeutki i psychoterapeutów w późniejszym okresie pandemii COVID-19

Czy w późniejszym okresie pandemii (od początku maja):		znacznie mniej niż zwykle		nieco mniej niż zwykle		tak samo jak zwy- kle		nieco bar- dziej niż zwykle		znacznie bardziej niż zwy- kle	
		I	%	I	%	I	%	I	%	I	%
Subiektywne doświadczanie stresu	Odczuwał(a) Pan(i) stres na co dzień	15	8,2	23	12,6	104	56,8	39	21,3	2	1,1
	Czuł(a) się Pan(i) zmobilizowana/y do działania	9	4,9	20	11	113	62,1	32	17,6	8	4,4
Reakcje psychosomatyczne	Czuł(a) się Pan(i) osłabiony/a, pozbawiony/a energii	14	7,7	22	12	106	57,9	35	19,1	6	3,3
	Czuł(a) Pan(i) ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, nietypowe bóle	17	9,3	15	8,2	142	77,6	9	4,9	0	0
	Miał(a) Pan(i) trudności z zasypianiem z powodu zmartwień	14	7,7	13	7,1	135	73,8	17	9,3	4	2,2
	Nie mógł/mogła Pan(i) ponownie zasnąć po przebudzeniu się w środku nocy	17	9,3	15	8,2	134	73,2	15	8,2	2	1,1
	Czuł(a) Pan(i), że sen nie daje Panu/i wypoczynku	17	9,3	9	4,9	132	72,1	24	13,1	1	0,6

Czy w późniejszym okresie pandemii (od początku maja):		znacznie mniej niż zwykle		nieco mniej niż zwykle		tak samo jak zwy- kle		nieco bar- dziej niż zwykle		znacznie bardziej niż zwy- kle	
		I	%	I	%	I	%	I	%	I	%
Reakcje nerwiczne	W kontaktach z innymi ludźmi czuł(a) się Pan(i) bardziej podenerwowany/a, napięty/a	15	8,2	19	10,4	113	62,1	32	17,6	3	1,6
	Miała Pan(i) trudności z zebraniem myśli i ich wyrażeniem	19	10,4	11	6	135	74,2	16	8,8	1	0,5
	Odczuwał(a) Pan(i) napięcie i rozdrażnienie z powodu nadmiaru spraw	16	8,8	19	10,4	100	54,9	40	22	7	3,8
	Czuł(a) Pan(i) lęk lub silny niepokój	16	8,8	10	2,6	125	68,7	28	15,4	3	1,6
Reakcje depresyjne	Czuł(a), Pan(i) że nie ma już siły, by radzić sobie ze swoim życiem, ze wszystkimi sprawami	21	11,5	14	7,7	126	69,2	20	11	1	0,5
	Miał(a) Pan(i) poczucie, że sytuacja jest beznadziejna	23	6	14	7,7	128	70,3	15	8,2	2	1,1
	Odczuwał(a) Pan(i) brak lub utratę przeżywania przyjemności	17	9,3	12	6,6	136	74,7	17	9,3	0	0
	Myślał(a) Pan(i) o sobie negatywnie; krytykował(a) Pan(i) siebie	14	7,7	10	5,5	145	79,7	13	7,1	0	0
1 Reakcje związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zachowaniami kompulsywnymi	Picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej pozwalało Panu/i uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić	19	10,4	9	4,9	145	79,7	9	4,9	0	0
	Granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, spędzanie czasu w mediach społecznościowych, kupowanie pozwalало Panu/i uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić	21	11,5	8	4,4	137	75,3	15	8,2	1	0,5
	Niepokoila Pana/Panią któraś z czynności: picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej, granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, kupowanie	25	13,7	7	3,8	138	75,8	12	6,6	0	0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Sposoby radzenia sobie ze stresem

Porównanie danych dotyczących radzenia sobie ze stresem w początkowym i późniejszym okresie pandemii pozwala stwierdzić, że w obu okresach badani wykorzystywali zasadniczo podobne sposoby radzenia sobie. Zrekonstruowany na podstawie odpowiedzi respondentów wzorec radzenia sobie ze stresem początkowego okresu pandemii obejmował przede wszystkim działania nastawione na obniżenie napięcia emocjonalnego (odrywanie się od aktualnych problemów przez oglądanie telewizji, korzystanie z Internetu, czytanie, oddawanie się marzeniom bądź sen), wyrażanie odczuwanych emocji, skupianie się na przyjemnościach dnia codziennego. Ponadto w tym okresie kluczowe znaczenie miały próby przystosowania do nowej sytuacji. Badani wskazywali na dążenie do akceptacji oraz poszukiwanie pozytywnych stron zaistniałej sytuacji. W dalszej kolejności respondenci poszukiwali wsparcia u innych ludzi (co, jak można założyć, ma związek ze świadomością przedstawicieli zawodu psychoterapeuty, że aby skutecznie wspierać innych, profesjonalista powinien w razie potrzeby mieć możliwość skorzystania ze wsparcia innych osób). Kolejnym obszarem działań było dążenie do aktywnego przekształcania sytuacji („robienie, co się da, aby poprawić sytuację”) oraz metodyczne działanie według ustalonego planu. Ponadto większość badanych poszukiwała informacji, przy jednoczesnym unikaniu przeciążenia informacyjnego. Trochę więcej niż połowa¹⁰ badanych radziła sobie ze stresem, uprawiając sport bądź inną formę aktywności fizycznej. Mniej niż połowa starała się nie myśleć na co dzień o pandemii bądź znajdowała sobie różne zadania, by nie myśleć o aktualnych problemach. Relatywnie rzadziej badani radzili sobie ze stresem poprzez zwracanie się ku Bogu/Sile Wyższej i praktyki duchowe. Tę formę radzenia sobie wskazała nieco ponad jedna czwarta badanych. Mniej niż jedna piąta natomiast zaznaczyła, że czasami sięgała po alkohol lub inne środki w celu obniżenia napięcia.

Najważniejsza różnica pomiędzy deklarowanymi sposobami radzenia sobie ze stresem w początkowej i późniejszej fazie pandemii dotyczyła spadku liczby osób deklarujących częste odrywanie się od problemów w sposób pasywny (np. poprzez oglądanie telewizji, czytanie, spędzanie czasu w internecie, oddawanie się marzeniom bądź sen) z 48,9% w pierwszej fazie pandemii do 13,5% w fazie późniejszej. Zmianę tę można interpretować w kontekście zmniejszenia aktywności zawodowej i potencjalnego wzrostu puli wolnego czasu w okresie lockdownu oraz powrotu do obowiązków zawodowych i zmniejszenia ilości czasu przeznaczanego na odpoczynek i rozrywkę w późniejszym okresie pandemii. Ponadto odnotowano umiarkowane (od kilku do kilkunastu punktów procentowych) różnice polegające na spadku liczby osób często zwracających się do innych ludzi po wsparcie emocjonalne (otuchę i zrozumienie) oraz informacyjne i instrumentalne (radę i pomoc odnośnie tego, co należy zrobić), a także zmniejszenie liczby osób starających się zgromadzić jak najwięcej przydatnych informacji. Można zatem założyć, że z jednej strony wsparcie oraz informacje uzyskane na początku pandemii pozwoliło radzić sobie również w późniejszym jej okresie. Z drugiej strony, natomiast można przypuszczać, że wraz z postępującym procesem adaptacji do trwającej pandemii jednostki w mniejszym stopniu potrzebowały zewnętrznego wsparcia oraz nowych informacji. Z analizowanych danych wynika również, że w późniejszym okresie pandemii zwiększyła się liczba osób unikających nadmiaru informacji oraz podejmujących starania, by na co dzień nie myśleć o pandemii.

¹⁰ Łącznie odpowiedzi „czasami” i „często”.

Tabela nr 14: Sposoby radzenia sobie ze stresem w początkowym okresie pandemii

W jaki sposób radzi(a) sobie Pan(i) ze stresem w początkowym okresie pandemii (od 15 marca do końca kwietnia)?	Liczba osób, które przynajmniej czasami stosują poniższe sposoby radzenia sobie ze stresem	
	L	%
Robi(a)m coś, aby oderwać się o myślenia o aktualnych problemach (np. ogląda(a)m TV, czyta(a)m, spędza(a)m czas w internecie, oddawa(a)m się marzeniom, więcej spa(a)m itd.	168	93,3
Wyraża(a)m, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.	168	93,3
Skupia(a)m się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.	159	88,3
Star(a)m się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mog(a) jej zmienić.	159	88,3
Szuka(a)m pozytywnych stron obecnej sytuacji.	150	83,3
Zwraca(a)m się do innych ludzi i otrzymywa(a) od nich otuchę i zrozumienie.	135	75
Robi(a)m, co się da, aby poprawić obecną sytuację.	131	72,8
Star(a)m się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowa(a)m ten plan krok po kroku.	123	68,4
Żartowa(a)m na temat obecnej sytuacji.	123	68,4
Staram się unikać nadmiaru informacji.	122	67,8
Skupia(a)m się na myśli, że to minie.	120	66,7
Star(a)m się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.	118	65,5
Szuka(a)m u innych ludzi rady i pomocy odnośnie tego, co należy zrobić.	99	55
Uprawia(a)m sport lub inną formę aktywności fizycznej.	97	53,9
Star(a)m się na co dzień nie myśleć o pandemii.	76	42,3
Wynajdywa(a)m sobie różne zadania, żeby o tym nie myśleć o aktualnych problemach.	75	41,7
Zwraca(a)m się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.	48	26,7
Pię(a)m alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej.	34	18,9

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Tabela nr 15: Sposoby radzenia sobie ze stresem w późniejszym okresie pandemii

W jaki sposób radzi(a) sobie Pan(i) ze stresem w późniejszym okresie pandemii (od początku maja)	Liczba osób, które przynajmniej czasami stosują poniższe sposoby radzenia sobie ze stresem	
	L	%
Wyraża(a)m, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.	162	91
Skupia(a)m się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.	160	89,9
Star(a)m się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mog(a) jej zmienić.	157	88,2
Szuka(a)m pozytywnych stron obecnej sytuacji.	141	79,2
Staram się unikać nadmiaru informacji.	131	73,6
Zwraca(a)m się do innych ludzi i otrzymywa(a) od nich otuchę i zrozumienie.	125	70,2

W jaki sposób radził/a sobie Pan/i ze stresem w późniejszym okresie pandemii (od początku maja)	Liczba osób, które przynajmniej czasami stosują poniższe sposoby radzenia sobie ze stresem	
	L	%
Żartowałem(a)m na temat obecnej sytuacji.	123	69,1
Robiłem(a)m, co się da, aby poprawić obecną sytuację.	122	68,5
Skupiałem(a)m się na myśli, że to minie.	117	65,7
Starłem(a)m się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałem(a)m ten plan krok po kroku.	113	63,5
Starłem(a)m się na co dzień nie myśleć o pandemii.	110	61,8
Robiłem(a)m coś, aby oderwać się o myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałem(a)m TV, czytałem(a)m, spędzałem(a)m czas w internecie, oddawałem(a)m się marzeniom, więcej spałem(a)m itd.	104	58,4
Uprawiałem(a)m sport lub inną formę aktywności fizycznej.	99	55,6
Szukałem(a)m u innych ludzi rady i pomocy odnośnie tego, co należy zrobić.	93	52,2
Starłem(a)m się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.	89	50
Wynajdywałem(a)m sobie różne zadania, żeby o tym nie myśleć o aktualnych problemach.	73	40,9
Zwracałem(a)m się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.	47	26,4
Piłem(a)m alkohol lub zażywałem inne środki, aby poczuć się lepiej.	24	13,5

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Źródła stresu doświadczanego przez terapeutów

Badani terapeuci zostali poproszeni o wskazanie najistotniejszych źródeł przeżywanego stresu. Wśród czynników najbardziej stresujących najczęściej wymieniana była niejasność procedur na poziomie krajowym. Na ten czynnik wskazało 30,4% badanych. Z odpowiedzi badanych wynika, że im bardziej bezpośredni poziom organizacji i związany z nim kontekst doświadczeń, tym mniejsze obciążenie stresem wynikającym z niejasności procedur. Niespełna 15% badanych wskazało bowiem jako najbardziej stresującą niejasność procedur na poziomie lokalnym, a nieco ponad 11% – niejasność procedur w instytucji, w której pracują badani.

Prawie jedna czwarta badanych jako najbardziej obciążającą wymieniła odpowiedzialność za inne osoby w kontekście zawodowym. Mniej niż jedna piąta respondentów za najbardziej stresującą uznała odpowiedzialność za inne osoby w kontekście prywatnym. Tyle samo badanych wskazało trudności w połączeniu pracy z obowiązkami wobec najbliższych (np. opieką nad dziećmi i innymi niesamodzielnymi członkami rodziny).

Nieznacznie ponad 15% badanych wskazało konieczność pracy w warunkach zagrożenia zdrowia, a niecałe 10% – brak środków ochrony osobistej. Około 12% respondentów jako najbardziej stresujących doświadczało konfliktów pojawiających się w sytuacji napięcia w kontekście prywatnym oraz zawodowym. Wśród innych czynników badani wymieniali między innymi nieprzewidywalność sytuacji, lęk o zdrowie własne i bliskich, w tym starszych rodziców, a także spadek przychodów

i niepewność co do możliwości zarobkowania. Ponadto badani wskazywali również ograniczenia dotyczące poruszania się i konieczność ciągłego przebywania w domu.

Tabela nr 16: Czynniki obciążające stresem od momentu ogłoszenia pandemii

I.p.	Co było dla Pana\i najbardziej stresujące od momentu ogłoszenia pandemii?	L	%*
1	Niejasność procedur na poziomie krajowym	116	30,4
2	Spoczywająca na mnie odpowiedzialność za inne osoby w kontekście zawodowym	85	22,3
3	Spoczywająca na mnie odpowiedzialność za inne osoby w kontekście prywatnym	66	17,3
4	Trudności w połączeniu pracy z obowiązkami wobec najbliższych (np. opieka nad dziećmi i innymi niesamodzielnymi członkami rodziny)	65	17
5	Konieczność pracy w warunkach zagrożenia zdrowia	58	15,2
6	Niejasność procedur na poziomie lokalnym	57	14,9
7	Konflikty pojawiające się w sytuacji napięcia w kontekście prywatnym	48	12,6
8	Konflikty pojawiające się w sytuacji napięcia w kontekście zawodowym	46	12
9	Niejasność procedur na poziomie instytucji, w której pracuję	43	11,3
10	Brak środków ochrony osobistej	36	9,4
11	Inne: ogólne obniżenie poczucia bezpieczeństwa, nieprzewidywalność sytuacji, obawa o zdrowie własne i bliskich, lęk o zdrowie starszych rodziców, lęk ekonomiczny związany z ewentualną niemożnością zarabiania pieniędzy, spadek przychodów, niepewność, konieczność odwołania ważnego projektu, zmiana organizacji życia, niemożność działania w zgodzie ze sobą z powodu konieczności dostosowania się do procedur, restrykcje dotyczące poruszania się, zakaz wstępu do parków i lasów, konieczność ciągłego przebywania w domu, rozłąka z najbliższymi, ograniczone kontakty z ludźmi, konieczność szybkiego przystosowania się do nowej sytuacji, konieczność nauczenia się obsługi komunikatorów i oswojenie się z kontaktami za ich pośrednictwem, trudności z pracą on-line z młodszymi dziećmi, zmiana pracy i przedłużający się proces rekrutacji, zamknięte sklepy i knajpy.	17	4,5
12	Brak innych zasobów: finansowych – utrata sporej części dochodu, pieniędzy, brak wiedzy technicznej i prawnej.	5	1,3

* Procenty nie sumują się do 100 ponieważ badani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

V. Wpływ pandemii na proces terapeutyczny

Powody rezygnacji pacjentów/klientów z terapii

Sytuacja pandemii wywołała znaczące zmiany funkcjonowania wielu osób. Jak można założyć, jedną z konsekwencji tych zmian był brak możliwości bądź gotowości kontynuowania terapii z odmiennych niż dotąd warunkach. W efekcie część pacjentów/klientów rezygnowała z terapii bądź ją zawieszała. Wśród powodów, z których przynajmniej od czasu do czasu¹¹ klienci/pacjenci badanych terapeutów rezygnowali z terapii najczęściej wymieniana była obawa przed pracą on-line – wskazywana przez niespełna 45% badanych. Około jedna trzecia respondentów podała „brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji”, „brak środków finansowych” oraz „brak możliwości technicznych”. Około jedna czwarta uczestników badania wskazała natomiast „brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musieli wywiązać się pacjenci/klienci” oraz „zmiany w życiu klientów/pacjentów, które spowodowały, że problemy będące przedmiotem pracy terapeutycznej okresowo lub trwale straciły na znaczeniu”. Badani wymieniali także inne powody, spośród których najczęściej wskazywany był brak prywatności (intymności) w miejscu zamieszkania.

Tabela nr 17: Powody rezygnacji z terapii po rozpoczęciu pandemii

Z jakich powodów pacjenci/klienci rezygnowali z terapii po rozpoczęciu pandemii?	nigdy		rzadko		od czasu do czasu		często		zawsze	
	I	%	I	%	I	%	I	%	I	%
Brak środków finansowych	74	41,6	41	23	27	15,2	27	15,2	9	5,1
Obawa przed pracą on-line	56	31,5	42	23,6	39	21,9	38	21,3	3	1,7
Obawa przed utratą pracy	113	63,5	37	20,8	13	7,3	15	8,4	0	0
Brak możliwości technicznych	69	39	54	30,5	32	18,1	21	11,9	1	0,6
Brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musieli się wywiązywać pacjenci/klienci	105	59,3	31	17,5	32	18,1	9	5,1	0	0
Brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji	88	49,7	28	15,8	34	19,2	25	14,1	2	1,1
Zmiany w życiu klientów/pacjentów, które spowodowały, że problemy, nad którymi pracowaliśmy terapeutycznie okresowo lub trwale straciły na znaczeniu	93	52,5	42	23,7	34	19,2	8	4,5	0	0
Inne: brak intymności w miejscu zamieszkania, brak miejsca na przeprowadzenie sesji, brak satysfakcji z kontaktu on-line, preferowanie osobistego kontaktu, nadzieja, że to szybko minie	153	86,4	7	4	8	4,5	9	5,1	0	0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

¹¹ Uwzględniono łącznie odpowiedzi „od czasu do czasu”, „często” i „zawsze”.

Bardzo podobnie przedstawiały się powody zawieszania terapii przez pacjentów/klientów po rozpoczęciu pandemii. Zostały one zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela nr 18: Powody zawieszania z terapii po rozpoczęciu pandemii

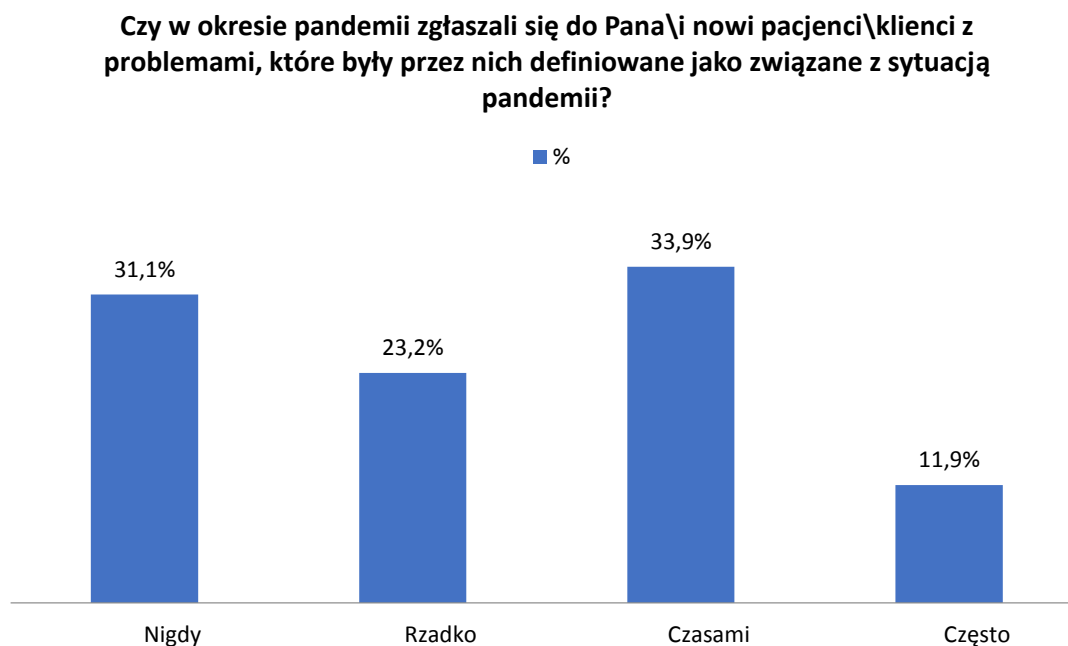
Z jakich powodów pacjenci/klienci zawieszali terapię po rozpoczęciu pandemii?	nigdy		rzadko		od czasu do czasu		często		zawsze	
	I	%	I	%	L	%	I	%	I	%
Brak środków finansowych	85	48	39	22	33	18,6	19	10,7	1	0,6
Obawa przed pracą on-line	46	26	54	30,5	39	22	31	17,5	7	4
Obawa przed utratą pracy	116	65,5	31	17,5	18	10,2	12	6,8	0	0
Brak możliwości technicznych	65	36,7	57	32,2	28	15,8	26	14,7	1	0,6
Brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musieli się wywiązywać pacjenci/klienci	90	50,8	44	24,9	32	18,1	10	5,6	1	0,6
Brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji	76	42,9	40	22,6	42	23,7	18	10,2	1	0,6
Zmiany w życiu klientów/pacjentów, które spowodowały, że problemy, nad którymi pracowaliśmy terapeutycznie okresowo lub trwale straciły na znaczeniu	106	59,9	39	22	23	13	9	5,1	0	0
Inne: brak intymności w miejscu zamieszkania, brak przestrzeni, niechęć wobec pracy on-line, oczekiwanie na koniec pandemii, wiara, że pandemia szybko minie	158	89,3	7	4	6	3,4	6	3,4	0	0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Zgłoszenia nowych klientów/pacjentów z problemami związanymi z sytuacją pandemii

Badani terapeuci zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie, czy i jak często w okresie pandemii zgłaszali się do nich nowi pacjenci/klienci z problemami, które były przez nich definiowane jako związane z sytuacją pandemii. Prawie 12% respondentów wskazało, że zgłoszenia takie miały miejsce często, około jedna trzecia badanych miała do czynienia z taką sytuacją czasami, niecała jedna czwarta – rzadko, a nieznacznie ponad 30% do momentu przeprowadzenia badań nie miało takich zgłoszeń w ogóle.

Wykres nr 14. Ocena częstotliwości zgłoszeń nowych pacjentów/klientów z problemami związanymi z sytuacją pandemii



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Badani terapeuci odpowiadali również na otwarte pytanie, jakie to były problemy. Analiza uzyskanych odpowiedzi pozwala sklasyfikować problemy, o których mowa powyżej, w następujący sposób:

Tabela nr 19: Częstotliwość zgłoszeń poszczególnych typów problemów związanych z sytuacją pandemii

Typ problemów	I	% z N=89
I. Lęk	78	87,6
1. Lęk ujmowany ogólnie	31	34,8
2. Konkretnie zaburzenia lękowe: fobie społeczne i specyficzne, PTSD, ataki paniki, lęk uogólniony	7	7,9
3. Lęk mający określoną treść	40	44,9
1.1. lęk o zdrowie swoje i bliskich	17	19,1
1.2. lęk przed śmiercią	3	3,4
1.3. lęk przed wykonywaniem pracy w warunkach zagrażających zdrowiu	2	2,2
1.4. lęk przed utratą pracy i pogorszeniem sytuacji finansowej	9	10,1
1.5. lęk związany z niepewnością – strach przed tym, co będzie	9	10,1
II. Problemy w relacjach potęgowane przez stałe przebywanie razem na ograniczonej przestrzeni	43	48,3
1. napięcia i konflikty w relacjach z bliskimi	25	28,1
2. trudności w łączeniu aktywności wszystkich osób przebywających razem w domu	1	1,1
3. agresja i przemoc	4	4,5
4. kryzys w związku	11	12,4

Typ problemów	I	% z N=89
5. problemy wychowawcze rodziców	2	2,2
III. Doświadczenia straty i żałoby	14	15,6
1. śmierć bliskiej osoby z powodu COVID-19		1,1
2. śmierć bliskiej osoby z powodu utrudnionego dostępu do służby zdrowia w czasie pandemii	1	1,1
3. brak możliwości towarzyszenia osobie chorej lub umierającej z powodu procedur wprowadzonych na skutek pandemii	1	1,1
4. utrata pracy	8	9,0
5. brak dostępu do opieki zdrowotnej	2	2,2
6. rozłąka z bliskimi	1	1,1
IV. Nadużywanie substancji psychoaktywnych	9	10,1
V. Dekompensacja i nawrót wcześniej doświadczanych problemów psychicznych	9	10,1
VI. Zaburzenia psychosomatyczne i zaburzenia snu	8	9,0
VII. zaburzenia nastroju (depresja)	7	7,9
VIII. Poczucie osamotnienia	7	7,9
IX. Problemy dzieci i młodzieży	7	7,9
1. problemy związane z edukacją zdalną	3	3,4
2. zaburzenia jedzenia	1	1,1
3. problemy w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym dzieci i młodzieży	3	3,4
X. Trudności adaptacyjne	5	5,6
XI. Kryzys egzystencjalny	4	4,5
XII. Spiętrzenie obowiązków, trudności w łączeniu obowiązków zawodowych i rodzinnych	3	3,4
XIII. Obciążenia związane z pracą w służbach medycznych	2	2,2
XIV. Problemy okołoporodowe	1	1,1

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Analizowane przez nas dane dotyczą postrzegania i klasyfikowania przez psychoterapeutów problemów, z jakimi zgłaszają się klienci. Można jednak potraktować je nieco szerzej – jako wskaźnik trudności doświadczanych przez przedstawicieli szerszej zbiorowości. Dotychczasowe badania wskazują bowiem, że tylko część osób zmagających się z szeroko rozumianymi problemami zdrowia psychicznego ma dostęp do specjalistycznej pomocy, a jeszcze mniejsza część realnie z niej korzysta¹². Badani terapeuci relacjonowali bardzo szerokie spektrum problemów, z jakimi zgłaszali się klienci i wiązali je z doświadczeniem izolacji w sferze życia prywatnego, zmianami procedur w kontekście instytucji służby zdrowia oraz z zewnętrznym zagrożeniem i nieprzewidywalnością sytuacji. Doświadczenie życia w pandemii wpływało na nasilenie lęku, depresji, zaburzeń psychosomatycznych, szkodliwego używania substancji psychoaktywnych.

Sytuacja pandemii uruchamia najbardziej podstawowy lęk – o życie i zdrowie własne oraz najbliższych. Mamy do czynienia z paradoksalną sytuacją, w której naturalna reakcja na realne, zewnętrzne

¹² J. Moskaiewicz, A. Kiejna, B. Wojtyński, *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.



fot. Brian Asare / unsplash

zagrożenie przybiera postać utrudniającą jednostkom adaptacyjne funkcjonowanie. Podwyższony poziom lęku stanowił problem najczęściej relacjonowany przez badanych terapeutów. Prawie 90% badanych udzielających odpowiedzi na pytanie o problemy związane z pandemią, z jakim zgłaszali się nowi klienci wskazywało, że powodem poszukiwania pomocy terapeutycznej był lęk. Ponad jedna trzecia badanych odniosła się do lęku w kategoriach ogólnych, niespełna 8% do konkretnych zaburzeń lękowych klasyfikowanych w obowiązujących systemach diagnostycznych (takich jak fobie społeczne i specyficzne, PTSD, ataki paniki, lęk uogólniony). Prawie 45% badanych wskazywało występujący u klientów/pacjentów lęk o zdrowie swoje i bliskich, prawie 20% – lęk przed śmiercią, po 10% – lęk przed utratą pracy i lęk związany z niepewną przyszłością.

U części klientów/pacjentów zgłaszających się po pomoc terapeutyczną stres wywołany pandemią powodował dekompensację oraz odnawianie się dawnych urazów. W konsekwencji osoby te doświadczały na nowo objawów, które bezpośrednio przed pandemią nie zakłócały ich życia. Dotyczy to zarówno stanów i zaburzeń lękowych, depresyjnych, psychosomatycznych jak i uzależnień. Wątki te pojawiły się w wypowiedziach około 10% badanych. Porównywalna liczba respondentów wskazywała, że wraz z pandemią pojawiły się w życiu pacjentów/klientów takie problemy jak: zaburzenia psychosomatyczne i zaburzenia snu (9%), zaburzenia nastroju (depresja) – prawie 8%, nadużywanie substancji psychoaktywnych (10%),

Konsekwencją pandemii były także różnorodne straty i związane z nimi doświadczenie żałoby – począwszy od śmierci bliskich z powodu bezpośredniego zakażenia COVID-19, poprzez sytuacje

śmierci na skutek niezyskania na czas pomocy medycznej z powodu procedur związanych z COVID-19, brak możliwości towarzyszenia osobie chorej i umierającej, skończywszy na utracie poczucia bezpieczeństwa spowodowanego brakiem dostępu do opieki zdrowotnej. Ważny obszar strat wiąże się również ze sferą zawodową i ekonomiczną. Strata pracy (wskazywana przez 9% badanych) bądź antycypowana utrata całości bądź znaczącej części środków do życia (będąca przedmiotem obaw) stanowi kolejne niezwykle obciążające i lękotwórcze doświadczenie.

Pandemia i związane z nią ograniczenia zdestabilizowały również równowagę w sferze relacji interpersonalnych. Prawie połowa badanych jako powód zgłoszenia się klientów po pomoc wskazała problemy w relacjach. Osoby zgłaszające się do psychoterapeutów z jednej strony doświadczały osamotnienia i wyizolowania (prawie 8%). Z drugiej – klienci/pacjenci ujawniali napięcia będące konsekwencją stałego przebywania w ograniczonej przestrzeni domowej, narastające konflikty (ponad 28%) oraz przybierające na sile kryzysy w relacjach w kontekście większej intensywności kontaktu wymuszonego przez izolację domową (ponad 12%). Z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych widoczny stał się również wzrost wzajemnej agresji w przestrzeni domowej. Część klientów zgłaszała się w związku z doznawaniem bądź stosowaniem przemocy wobec członków rodziny.

Kolejną przyczyną doświadczanych na co dzień trudności było nagromadzenie obowiązków i konieczność łączenia aktywności (rodzinnych, zawodowych, szkolnych) pod jednym dachem. Na problemy pojawiające się w tym kontekście wskazywało 3,4% badanych.

Uczestnicy badań wskazywali również problemy doświadczane przez dzieci i młodzież (prawie 8%). Pośród tych problemów znalazły się trudności związane ze zdalną edukacją (w tym brak motywacji) – 3,4%, zaburzenia jedzenia (1,1%) oraz problemy w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym dzieci i młodzieży (3,4%). Jeśli chodzi o spektrum problemów dzieci i młodzieży, to mogą one wykroczyć poza wymienione w tym miejscu kategorie. Mogą one bowiem obejmować większość konsekwencji długotrwałego stresu w postaci zaburzeń lękowych, zaburzeń nastroju, zaburzeń psychosomatycznych oraz trudności w relacjach.

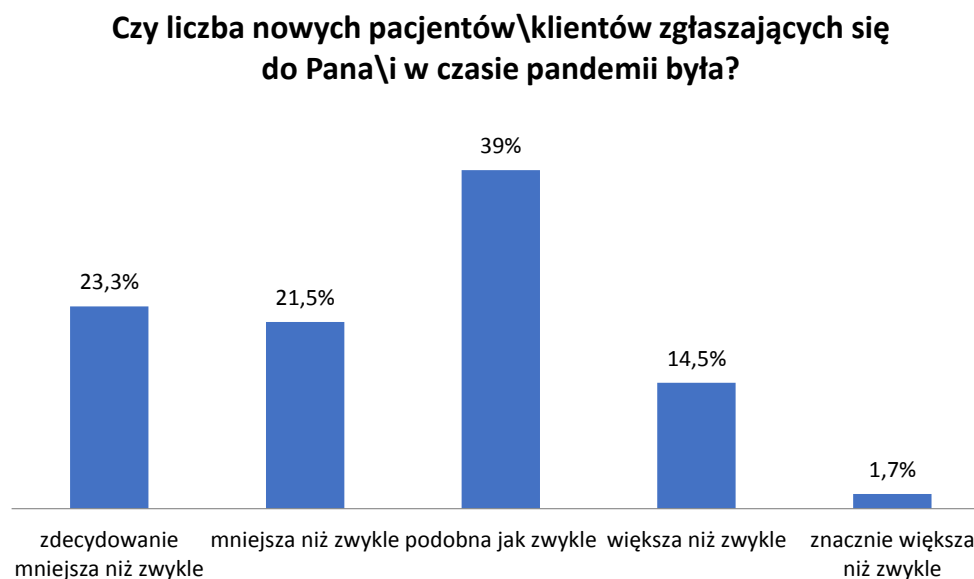
Terapeuci wskazywali również takie problemy jak: kryzys egzystencjalny, wywołany przez sytuację „zastoju” w życiu, który pozwolił na podjęcie decyzji o wprowadzaniu zmian w życiu (4,5%) oraz problemy związane z nasileniem stresu w okresie okołoporodowym (1,1%). Okres okołoporodowy sam w sobie jest stresujący, a zmiany procedur w służbie zdrowia (m.in. brak możliwości porodów rodzinnych, wstrzymanie wizyt domowych położnych) dodatkowo ten stres nasilają. Najbardziej dramatyczne doświadczenia sytuujące się w tym obszarze były związane z ograniczeniem i zakazem obecności rodziców przy dzieciach w sytuacji wymagającej hospitalizacji po porodzie.

W odpowiedziach badanych pojawiło się również ogólne odniesienie do problemów wynikających z pracy w służbach medycznych (2,2%). Stosunkowo niewielki odsetek badanych wskazujących na tę grupę problemów można interpretować w kontekście wypowiedzi analizowanych w dalszej części raportu, w których badani interpretowali stosunkowo małe zainteresowanie ofertą nieodpłatnego wsparcia oferowanego przez instytucje, stowarzyszenia i samych psychologów i psychoterapeutów wśród przedstawicieli zawodów medycznych. Według badanych zmaganie się z sytuacją kryzysową wymaga silnej mobilizacji do działania i niejednokrotnie odcięcia się od przeżywanych emocji. Jednostki doświadczające intensywnego kryzysu nie mają zazwyczaj przestrzeni na podjęcie psychoterapii. Właściwą formą pomocy jest zatem interwencja kryzysowa.

Wybrane aspekty procesu terapeutycznego w czasie pandemii

Respondenci odpowiadali również na pytania dotyczące procesów terapeutycznych rozpoczętych przed pandemią i kontynuowanych w jej trakcie. Badani terapeuci w większości nie mieli do czynienia z wzmożonymi zgłoszeniami nowych klientów/pacjentów w czasie pandemii. Większe zainteresowanie świadczonymi usługami terapeutycznymi odnotowało nieznacznie ponad 16% badanych. Niespełna 40% badanych deklarowało podobną jak w okresie przed pandemią liczbę nowych zgłoszeń, prawie 45% badanych relacjonowało mniejszą liczbę nowych zgłoszeń.

Wykres nr 15. Ocena liczby nowych klientów/pacjentów zgłaszających się do psychoterapeutek i psychoterapeutów w czasie pandemii w porównaniu z okresem sprzed pandemii



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Prawie 42% respondentów potrafiło zidentyfikować problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły w czasie pandemii u dotychczasowych pacjentów/klientów. Wśród problemów tych najczęściej wymieniane były reakcje lękowe, które pojawiły się w 78% odpowiedzi. Ponadto prawie jedna czwarta badanych wskazała na problemy w relacjach z bliskimi, a niespełna jedna piąta na trudności związane z poczuciem izolacji. Kolejne problemy to obniżenie nastroju i zaburzenia depresyjne (w tym zaburzenia motywacyjne sprowadzające się do trudności w podejmowaniu decyzji i mobilizowaniu się do działania oraz przedłużających się stanów bierności), wskazywane w niespełna 13% odpowiedzi; stres i objawy psychosomatyczne (po około 8%), agresja (niecałe 5%) i nadużywanie substancji psychoaktywnych (niecałe 2%).

Tabela nr 20: Problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły w czasie pandemii u dotychczasowych klientów/pacjentów

Typ problemów	I	%
Lęk	49	77,8
Trudności w relacjach	15	23,8
Poczucie izolacji (osamotnienia)	12	19,0
Depresja, obniżenie nastroju, bierność	8	12,7
Stres	5	7,9
Objawy psychosomatyczne	5	7,9
Agresja	3	4,8
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	1	1,6

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Powyższe wyniki są spójne z danymi dotyczącymi powodów poszukiwania pomocy terapeutycznej przez nowych klientów/pacjentów. W tym kontekście można postawić tezę o powszechności doświadczenia lęku i zakłóceń relacji interpersonalnych na skutek stresu wynikającego z pandemii.

W przeprowadzonych przez nas badaniach analizowaliśmy również rolę psychoterapii w radzeniu sobie przez klientów/pacjentów z sytuacją pandemii oraz wpływ tej sytuacji na dynamikę procesu terapeutycznego. W opinii ponad trzech czwartych badanych pacjenci/klienci łatwiej radzili sobie z pandemią dzięki psychoterapii. Mniej niż jedna trzecia badanych zauważyła, że problemy będące przedmiotem pracy terapeutycznej przed pandemią uległy zaostrzeniu. Równocześnie, nieco ponad 12% respondentów wskazało, że problemy te straciły na znaczeniu. Nieznacznie ponad połowa badanych psychoterapeutów uznała, że w sytuacji epidemii pacjenci/klienci mieli poczucie, że więcej osób niż zwykle odczuwa podobne do nich problemy. W tym kontekście można założyć, że postrzegane podobieństwo doświadczeń może stanowić podstawę społecznej solidarności oraz przełamywania poczucia wyobcowania osób zmagających się z trudnościami psychicznymi bądź emocjonalnymi.

Psychoterapeuci uczestniczący w badaniach relatywnie rzadko wskazywali, że ich klienci zgłaszali potrzebę zwiększenia (12,9%) bądź zmniejszenia (14,1%) liczby sesji. Jedna piąta badanych uznała, że w warunkach pandemii sesje stały się bardziej intymne. W opinii mniej niż jednej trzeciej badanych psychoterapeuta był najważniejszym oparciem dla klienta/pacjenta. Nieco ponad jedna czwarta badanych wskazała, że procesy terapeutyczne w czasie pandemii przyspieszyły (były bardziej intensywne), a według jednej piątej respondentów – procesy te zwolniły (stały się mniej intensywne).

Tabela nr 21: Wybrane aspekty procesu terapeutycznego w czasie pandemii

Czy zgadza się Pan(i) z następującymi stwierdzeniami?	zdecydowanie tak		raczej tak		trudno powiedzieć		raczej nie		zdecydowanie nie	
	I	%	I	%	I	%	I	%	I	%
Pacjenci/klienci łatwiej radzili sobie z sytuacją pandemii dzięki psychoterapii	42	24,4	92	53,5	37	21,5	0	0	1	0,6
W warunkach pandemii problemy, nad którymi pracowaliśmy przed jej wybuchem uległy zaostrzeniu	6	3,5	42	24,4	64	37,2	56	32,6	4	2,3
W warunkach pandemii problemy, nad którymi pracowaliśmy przed jej wybuchem straciły na znaczeniu	0	0	21	12,3	55	32,2	83	48,5	12	7
Pacjenci/klienci mieli poczucie, że więcej osób niż zwykle odczuwa podobne do nich problemy	13	7,6	73	42,7	60	35,1	23	13,5	2	1,2
Pacjenci/klienci zgłaszali potrzebę zwiększenia ilości sesji	3	1,8	19	11,1	18	10,5	93	54,4	38	22,2
Pacjenci/klienci zgłaszali potrzebę zmniejszenia ilości sesji	2	1,2	22	12,9	24	14	88	51,5	35	20,5
Relacje terapeutyczne były bardziej intymne	5	2,9	31	18,1	68	39,8	54	31,6	13	7,6
Psychoterapeuta był najważniejszym oparciem dla pacjenta/klienta	2	1,2	50	29,2	78	45,6	35	20,5	6	3,5
Procesy terapeutyczne przyspieszyły (były bardziej intensywne)	2	1,2	45	26,3	62	36,3	54	31,6	8	4,7
Procesy terapeutyczne zwolniły (były mniej intensywne)	3	1,8	32	18,7	65	38	65	38	6	3,5

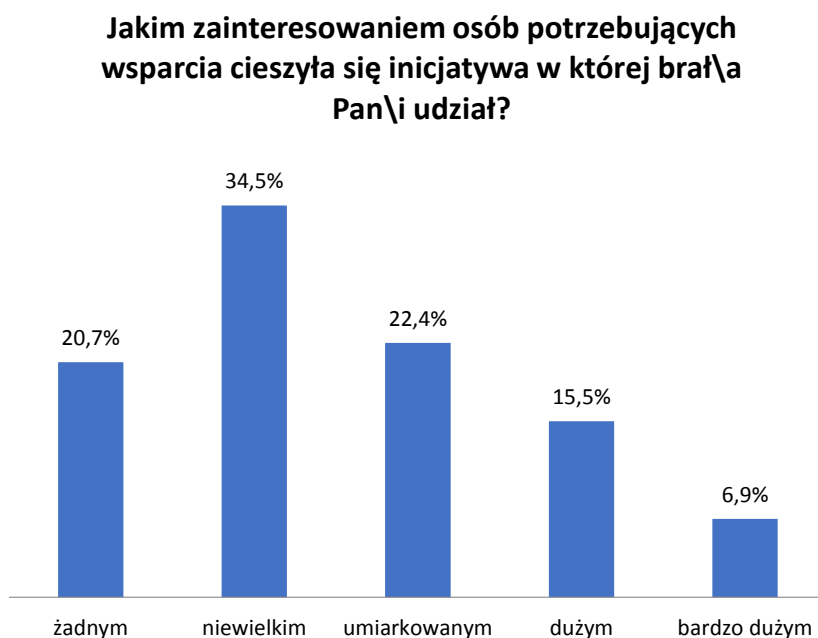
Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

VI. Inicjatywy nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w czasie pandemii

Od początku pandemii instytucje, stowarzyszenia, organizacje lub sami psychoterapeuci podejmowali inicjatywy polegające na udzielaniu bezpłatnego wsparcia dla osób potrzebujących. Nieznacznie ponad jedna trzecia badanych (34,5%) brała udziału w tego typu inicjatywach.

Według ponad połowy osób, które zadeklarowały udzielanie nieodpłatnej pomocy psychologicznej i/lub psychoterapeutycznej¹³, inicjatywy te spotkały się z nikłym zainteresowaniem. Około jedna czwarta spośród tej kategorii respondentów ocenia zainteresowanie oferowaną pomocą jako umiarkowane. Podobny odsetek określił zainteresowanie ze strony odbiorców szczególnej oferty pomocowej w czasie pandemii jako duże (15,5%) bądź bardzo duże (6,9%).

Wykres nr 16. Poziom zainteresowania ofertą nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w czasie pandemii w ocenie badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 (podstawę obliczonych procentów stanowi liczba osób, które zadeklarowały udział w inicjatywach nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w czasie pandemii w ocenie N=68)

Wśród problemów, z którymi zgłaszały się osoby potrzebujące wsparcia badani wymieniali najczęściej: nasilony stres (w tym napięcie doświadczane przez osoby pracujące w zawodach i środowiskach podwyższonego ryzyka – przedstawicieli zawodów medycznych i kadrę DPS), lęk, obniżony nastrój i myśli samobójcze, problemy w relacjach, utratę pracy. Ponadto, badani wskazywali, że powodem zgłoszeń był także brak możliwości kontaktu z dotychczasowym terapeutą oraz niedostępność wsparcia w placówkach oferujących pomoc nieodpłatną – w ramach NFZ oraz w MOPS.

¹³ Łączna liczba odpowiedzi „żadnym” i „niewielkim”.

Osoby, które brały udział w omawianych inicjatywach nieodpłatnego wsparcia w sytuacji pandemii, zostały również poproszone o podzielenie się swoimi refleksjami wynikającymi z posiadanych doświadczeń. Udzielone odpowiedzi (N=40) zostały poddane analizie jakościowej. Na jej podstawie można stwierdzić, że opinie psychoterapeutów są podzielone. W wielu wypowiedziach pojawiały się pozytywne oceny podejmowanych działań. Część respondentów wskazywała konkretne problemy związane z tą formą pomocy, a część wyrażała opinie jednoznacznie negatywne.

Oto przykładowe wypowiedzi wskazujące na jednoznacznie aprobujące postawy wobec zaangażowania psychologów i psychoterapeutów we wspieranie osób potrzebujących:

Bardzo dobra i potrzebna inicjatywa [resp. 373, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Bardzo dobrze że były, jeśli ktoś potrzebował pomocy, na pewno ją znalazł [resp. 238, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Dobre inicjatywy, nasze społeczeństwo ma ogromne potrzeby otrzymania wsparcia psychologicznego [resp. 135, psychoterapeutka pracująca w nurcie ISTDP – intensywnej, krótkoterminowej, psychoterapii dynamicznej].

Powyższe wypowiedzi odnoszą się do świadomości potrzeby wsparcia psychologicznego w sytuacji stresu związanego z pandemią oraz przychylności wobec działań mających na tę potrzebę odpowiadać. Na uwagę zasługuje jednak duży poziom ogólności deklaracji mieszczących się w tej kategorii wypowiedzi.

Kolejny wątek wyodrębniony na podstawie analizowanych odpowiedzi jest związany z odciążającym działaniem samej tylko możliwości skorzystania z wsparcia. Nawet, jeżeli ktoś w danym momencie nie zgłasza się bezpośrednio po pomoc, ale wie, że w razie potrzeby może to zrobić, czuje się przez to bezpieczniej. Traktuje o tym poniższa przykładowa wypowiedź:

Raczej ma to na celu wsparcie na zasadzie: „Jakby co, to mogę skorzystać”, co też jest ważne. Sama świadomość, że ktoś jest gdzieś gotów pomóc, już pomaga [resp. 7, psychoterapeuta pracujący w nurcie poznawczo-behawioralnym].

Jeśli chodzi o problemy łączone z konstruowaną *ad hoc* ofertą pomocową, badani psychoterapeuci zwracali uwagę na:

1. trudności związane z obiegiem informacji na temat oferowanej pomocy;
2. niepełne uwzględnianie sytuacji, w której znajdowały się osoby „na pierwszej linii frontu”, pracujące w zawodach medycznych oraz innych – wymagających codziennego bezpośredniego kontaktu z innymi ludźmi;
3. problemy organizacyjne;
4. kwestie etyczne związane z omawianymi formami pomocy.

W wypowiedziach badanych stosunkowo często pojawiał się wątek niedostatecznego rozpowszechnienia informacji na temat oferowanych form wsparcia. Wskazują na to poniższe przykładowe wypowiedzi:

Prawdopodobnie był problem z tym, żeby informacje o tym, że taka pomoc jest proponowana, dotarły do zainteresowanych (...) [resp. 89, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym].

Ogłoszenie inicjatywy w Internecie jest niewystarczające. Powinno się dotrzeć np. do personelu medycznego szpitala od wewnątrz instytucji [resp. 102, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym].

Problemem może być dotarcie do osób starszych, które nie funkcjonują w mediach społecznościowych i mogą nie mieć wiedzy o inicjatywach [resp. 233, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Potrzebne inicjatywy, ale główne grupy docelowe były słabo poinformowane, gdzie mogą otrzymać to wsparcie. Według mnie wiedzieli o tym psychologowie terapeuti i instytucje, które to wsparcie proponowały, a nie ludzie, którzy tego potrzebowali [resp. 320, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Wypowiedzi te są istotne w kontekście danych wskazujących na mniejsze, niż można się było spodziewać, zainteresowanie oferowanymi formami wsparcia.

W analizowanych wypowiedziach pojawiły się pogłębione refleksje na temat wsparcia dla personelu medycznego:

Uważam, że to nie był moment dla lekarzy i medyków na sięganie po takie wsparcie – oni musieli „nie odczuwać” obciążenia w czasie walki z pandemią [resp. 89, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym].

Skorzystanie z pomocy psychologicznej bądź psychoterapeutycznej wymaga pewnego wysiłku emocjonalnego ze strony osoby wspomaganej. Obciążenie stresem w czasie zmagania się z sytuacją kryzysową może być na tyle duże, że jednostka uruchamia własne mechanizmy obronne pozwalające jej przetrwać (np. odcina się od przeżywanych emocji, nie analizuje sytuacji, w której się znalazła, tylko działa, realizując konkretne, krótkoterminowe zadania). Gotowość do terapeutycznego przepracowania obciążających doświadczeń pojawia się później, wówczas gdy priorytetem nie jest już samo przetrwanie, lecz przywrócenie jakości życia. Można zatem spodziewać się zwiększonego zapotrzebowania na wsparcie nie tylko w okresie pandemii, lecz także w czasie, który nastąpi po jej zakończeniu.

Autorzy badanych wypowiedzi zwracali również uwagę, że w zaistniałych warunkach możliwa była jedynie pomoc krótkoterminowa, która nie pozwalała na poprowadzenie procesu psychoterapeutycznego. Wskazuje na to poniższa, przykładowa wypowiedź:

W początkowej fazie pandemii idea bardzo potrzebna. Zwykle to pomoc krótkoterminowa, więc niewiele dało się zrobić. Większość zgłaszających się osób wymagała procesu terapeutycznego [resp. 85, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Jak wynika z kolejnej wypowiedzi, osiągalne cele pracy z osobami zgłaszającymi się po pomoc sprowadzały się przede wszystkim do obniżania poziomu odczuwanego stresu:

Świetny pomysł, chociaż w związku z zamieszaniem dotyczącym zasad działania służb sanitarnych i medycznych trudno było na cokolwiek poza pracą nad redukcją stresu się oprzeć [resp. 245, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym].

Autorzy analizowanych wypowiedzi zwracali również uwagę na pewne deficyty oferty wsparcia. Wskazuje na to poniższa, przykładowa wypowiedź:

Zbyt mało inicjatyw adresowanych do osób na pierwszej linii frontu niemedycznego [resp. 89, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym].

Konstatacja ta jest spójna z wynikami wcześniejszych badań. Z raportu poświęconego funkcjonowaniu instytucji pomocy społecznej w czasie pandemii¹⁴ wynika, że pracownicy socjalni odczuwają zwiększoną potrzebę wsparcia psychologicznego w kontekście obciążeń związanych z pracą w warunkach pandemii. Inne grupy zawodowe, które warto monitorować pod kątem zapotrzebowania na pomoc, to między innymi nauczyciele, pracownicy handlu, przedstawiciele służb mundurowych.

Uczestnicy badań w zróżnicowany sposób oceniali stronę organizacyjną oferowanych działań pomocowych. Część z nich pozytywnie oceniała organizację i przejrzystość reguł działań pomocowych. Wskazuje na to poniższa wypowiedź:

Dobra organizacja, czytelne warunki. Uważam że ludziom był potrzebny taki kontakt [resp. 57, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym].

Bardzo dobrze zorganizowane łącznie z superwizją [resp. 374, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Część wypowiedzi wskazywała natomiast na deficyty organizacyjne oraz niewystarczające przygotowanie merytoryczne osób, które decydowały się wziąć udział w omawianych inicjatywach:

Brak struktury, ram, godzin dyżurów, brak wsparcia – duże obciążenie emocjonalne terapeutów [resp. 226, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

Czasem towarzyszył temu zbyt wielki chaos. Część młodych, nieprzygotowanych dobrze psychoterapeutów, będących w trakcie szkolenia, decydowało się na kroki, na które w innej sytuacji by się nie zdecydowało (...) [resp. 209, psychoterapeuta pracujący w nurcie humanistycznym].

Kolejny wątek zrekonstruowany na podstawie badanych odpowiedzi można uznać za element szerszej dyskusji na temat tego, komu i w jakim zakresie służy profesjonalne pomaganie. Badani zwracali między innymi uwagę na zaspokajanie potrzeby sprawczości przez terapeutów:

(...) Te inicjatywy dają coś obu stronom – robimy coś dobrego, to wzrasta mam poczucie sprawczości i wraca poczucie wpływu [resp. 233, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

¹⁴ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, T. Kasprzak, A. Kotlarska-Michalska, R. Necel, M. Zaręba, *Instytucje w pomocy społecznej w czasie pandemii. Raport z badań*, Wydział Socjologii UAM, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, Poznań 2020.

Początkowa reakcja niesienia bezpłatnej pomocy, być może również traktowana jako odreagowanie i szukanie poczucia wpływu oferując dodatkowe działanie (...) [resp. 42, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym].

Mam poczucie, że działania takie bardziej dawały odczucie sprawstwa terapeutom, niż były potrzebne (...) [resp. 159, psychoterapeutka pracująca w nurcie ericksonowskim].

Respondenci wskazywali również na pewne korzyści wizerunkowe, jakie niosło ze sobą zaangażowanie w nieodpłatną pomoc psychologiczną. Oto przykładowe wypowiedzi poruszające ten problem:

Uważam, że to słuszne działanie. Odczarowywało też według mnie obraz psychoterapeuty – przedstawicieli tego zawodu zyskali bardziej ludzkie twarze, wyszli z inicjatywą do społeczeństwa; to coś nowego [resp. 291, psychoterapeuta pracujący w nurcie systemowym].

(...) Sama entuzjastycznie zareagowałam, potem trudno było się wycofać. Pomyślałam też, że działania te miały wizerunkowy wydźwięk. Skoro inni tak robią – ja też powinienam [resp. 159, psychoterapeutka pracująca w nurcie ericksonowskim].

Wypowiedzi te odnoszą się do sytuacji, które powinny być rozpatrywane w kategoriach etycznych.

Część spośród badanych wyrażała również jednoznacznie krytyczne opinie, czego dowodem są następujące wypowiedzi:

Absolutnie bez przygotowania i właściwych umiejętności, wszyscy rzucili się pomagać bez większego doświadczenia czy refleksji. Tym powinni zajmować się głównie interwenci kryzysowi. Więcej szkód niż pożytku mogła przynieść taka inicjatywa [resp. 222, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

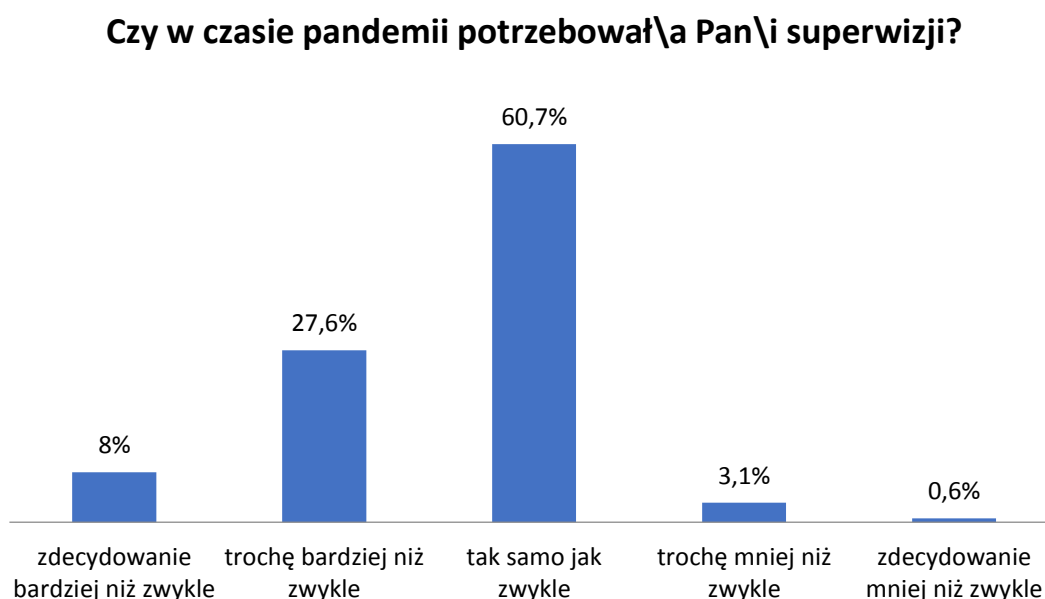
Zbędne i moralnie – etycznie wątpliwe. Nie znalazły odzewu [resp. 236, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym].

Podsumowując powyższe ustalenia badawcze, można sformułować rekomendacje dotyczące tworzenia przejrzystych reguł udzielania pomocy w warunkach kryzysu, w tym również wsparcia oraz superwizji dla osób świadczących pomoc. Co istotne, oferta pomocowa powinna być dostępna zarówno przez cały czas trwania pandemii, jak i przez pewien czas po jej zakończeniu, gdyż jak można się spodziewać, nasilony chroniczny stres będzie wywierał odroczony wpływ na kondycję psychiczną jednostek.

VII. Superwizje

Superwizje stanowią nieodzowny element pracy terapeutycznej. Interesował nas zatem wpływ pandemii na ten obszar aktywności psychoterapeutów. Biorąc pod uwagę obciążenia wynikające z sytuacji pandemii, doświadczane zarówno przez terapeutów, jak i klientów, zapytaliśmy badanych o ich zapotrzebowanie na superwizję w dobie koronawirusa. Około jedna trzecia badanych (35,6%) zadeklarowała większą niż zwykle potrzebę superwizowania swojej pracy¹⁵, choć większość spośród nich stanowiły osoby odczuwające umiarkowaną zmianę w tym zakresie. Trochę ponad 60% badanych deklarowało taką samą jak zwykle potrzebę superwizji, a niespełna 4%¹⁶ potrzebowała superwizji w mniejszym stopniu niż zwykle.

Wykres nr 17. Zapotrzebowanie na superwizje w czasie pandemii



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

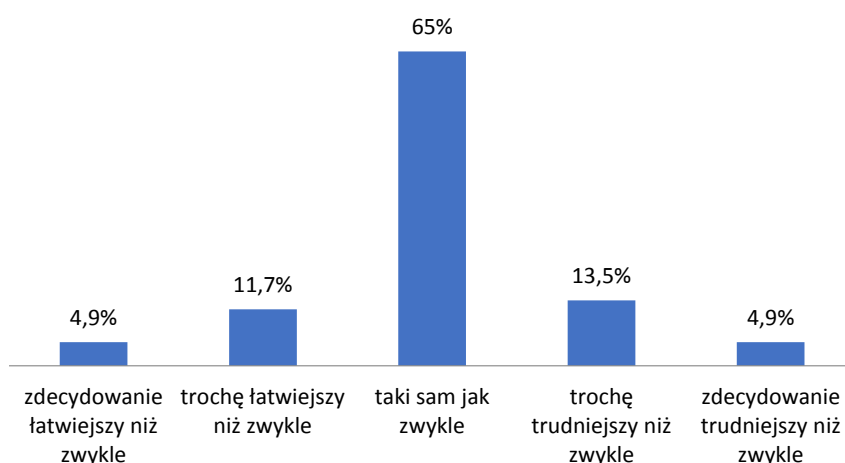
Zdecydowana większość badanych (65%) stwierdziła również, że dostęp do superwizji był w czasie pandemii taki sam jak zwykle. Porównywalna liczba badanych uznała dostęp ten za łatwiejszy bądź trudniejszy niż zwykle.

¹⁵ Łącznie odpowiedzi „zdecydowanie bardziej niż zwykle” i „trochę bardziej niż zwykle”.

¹⁶ Łącznie odpowiedzi „zdecydowanie mniej niż zwykle” i „trochę mniej niż zwykle”.

Wykres nr 18. Ocena dostępności superwizji w czasie pandemii

Czy w czasie pandemii dostęp do superwizji był?



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Analizując wybrane aspekty organizacji superwizji w czasie pandemii w deklaracjach osób badanych można stwierdzić, że psychoterapeuci biorący udział w badaniu w zdecydowanej większości uczestniczyli w superwizjach on-line. Po około 70% respondentów zadeklarowało, że przynajmniej czasami¹⁷ brało udział w superwizjach indywidualnych bądź grupowych za pośrednictwem internetu. Z wyjątkiem pojedynczych przypadków respondenci nie uczestniczyli w superwizjach w bezpośrednim kontakcie („na żywo”). Proporcjonalnie największy odsetek badanych zadeklarował, że superwizje odbywały się regularnie, w terminach ustalonych przed pandemią oraz zgodnie z zapotrzebowaniem (co pozostaje spójne z danymi, w świetle których 65% badanych odczuwało porównywalne do czasów sprzed pandemii zapotrzebowanie na superwizję swojej pracy terapeutycznej). Pogłębiona analiza statystyczna otrzymanych danych pozwala stwierdzić, że jedynie około 6% badanych (co w praktyce oznacza pojedyncze przypadki) nie uczestniczyło w czasie pandemii w żadnej formie superwizji.

Tabela nr 22: Wybrane aspekty organizacji superwizji w czasie pandemii w deklaracjach badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów

Superwizje w których Pan/i uczestniczył/a (od marca do końca maja) odbywały się	nigdy		rzadko		czasami		często		zawsze	
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
on-line indywidualnie	38	23,5	16	9,9	14	8,6	34	21	60	37,0
on-line w grupach superwizyjnych	45	27,8	2	1,2	18	11,1	38	23,5	59	36,4
na żywo indywidualnie	137	84,6	16	9,9	5	3,1	1	0,6	3	1,9
na żywo w grupach superwizyjnych	142	87,7	6	3,7	8	4,9	3	1,9	3	1,9
Regularnie	14	8,6	10	6,2	22	13,6	42	25,9	74	45,7
w ustalonych przed pandemią terminach	20	12,3	18	11,1	15	9,3	48	29,6	61	37,7
zgodnie z zapotrzebowaniem	14	8,6	9	5,6	29	17,9	58	35,8	52	32,1

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

¹⁷ Łącznie odpowiedzi „czasami”, „często” i „zawsze”.

Interesowało nas również, czy badani terapeuci doświadczali nowych trudności związanych z sytuacją pandemii, które chcieli bądź lub musieli poddać superwizji. Analiza odpowiedzi na pytanie otwarte pozwala zrekonstruować najważniejsze kwestie. Należą do nich problemy związane z pracą on-line wskazywane przez ponad połowę badanych (51,1%). Wśród nich badani wskazywali trudności z ustaleniem settingu terapeutycznego (technicznych warunków terapii), specyfikę kontaktu on-line i jej konsekwencje (np. brak kontaktu wzrokowego oraz wątpliwości, czy w jaki sposób nowy rodzaj kontaktu wpłynie na więź pomiędzy terapeutą a klientem/pacjentem), brak wypracowanych standardów pracy on-line oraz opór przed tą formą pracy. Na drugim miejscu pod względem częstości wskazań (niespełna 30%) znalazły się problemy klientów związane z sytuacją pandemii. Ich lista jest spójna z problemami wskazywanymi przez badanych psychoterapeutów jako powody zgłoszeń nowych klientów/pacjentów oraz trudnościami, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły u dotychczasowych uczestników terapii. Na trzecim miejscu (ponad 11% wskazań) znalazł się lęk terapeuty. Pozostałe problemy wskazywane przez od około 2 do około 7% osób udzielających odpowiedzi na analizowane pytanie obejmowały: obciążenie psychiczne terapeuty, chaos i dysonans, obawę pacjentów/klientów przed pracą on-line (w tym między innymi obawę przed ujawnieniem poufnych informacji w internecie), kwarantannę terapeuty, problemy organizacyjne w instytucjach, w których pracowali badani terapeuci oraz zmęczenie terapeuty. Wątkiem, który zasługuje na uwagę, choć pojawił się w jednostkowej odpowiedzi, jest nadmierna koncentracja na treściach związanych z pandemią przy możliwym pomijaniu innych, również istotnych wątków wnoszonych przez pacjenta/klienta.

Tabela nr 23: Problemy związane z pandemią, poddawane superwizji przez badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów

Typ problemów	I	%
Problemy związane z pracą on-line (setting terapeutyczny, specyfika kontaktu on-line – np. brak kontaktu wzrokowego w czasie sesji, brak standardów pracy on-line, opór przed pracą on-line)	23	51,1
Problemy klientów/pacjentów związane z pandemią (konsekwencje izolacji, lęk, doświadczenia straty, przemoc)	13	28,9
Lęk terapeuty	5	11,1
Obciążenie psychiczne terapeuty	3	6,7
Chaos, dysonans	2	4,4
Obawa pacjentów/klientów przed pracą on-line (obawa przed ujawnieniem informacji w internecie)	2	4,4
Brak wsparcia przełożonych	1	2,2
Kwarantanna terapeuty	1	2,2
Problemy w instytucjach, w których pracowali psychoterapeuci	1	2,2
Nadmierna koncentracja na pandemii (możliwe pomijanie innych wątków) w terapii	1	2,2
Zmęczenie fizyczne terapeuty	1	2,2

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Lista problemów, z jakimi zmagali się psychoterapeuci w czasie pandemii, zawarta w powyższej tabeli może zostać uzupełniona o dane uzyskane na podstawie odpowiedzi na pytanie skierowane do osób, które w warunkach pandemii uczestniczyły w superwizjach grupowych. Osoby te zostały poproszone o wskazanie wyzwań, z jakimi wyzwaniem musieli radzić sobie w warunkach pandemii,

psychoterapeuci, którzy razem z respondentami uczestniczyli w grupowych spotkaniach superwizyjnych. Zestawienie tych problemów zostało zamieszczone w poniższej tabeli.

Tabela nr 24: Problemy związane z pandemią, poddawane superwizji przez psychoterapeutki i psychoterapeutów uczestniczących wspólnie z badanymi w superwizjach grupowych

Typ problemów	I	%
Problemy związane z pracą on-line (techniczne, setting, kontakt, brak standardów, dylematy, kiedy przejść na pracę on-line, a kiedy wrócić do gabinetu, ograniczenia związane ze stosowaniem określonych interwencji terapeutycznych w pracy on-line)	54	63,5
Lęk terapeuty	15	17,6
Problemy pacjentów/klientów ze szczególnym uwzględnieniem nasilenia lęku	12	14,1
Utrata pacjentów	11	12,9
Śpiętrzenie obowiązków zawodowych i rodzinnych	8	9,4
„Problemy takie same jak moje”	8	9,4
Zmniejszenie możliwości zarobkowania (obawa o finanse)	8	9,4
Problemy wynikające z przebywania w domu podczas sesji (trudności mieszkaniowe, zakłócenia wynikające z obecności domowników, problem poufności w sytuacji, gdy inne osoby są w domu)	6	7,1
Zmęczenie terapeuty	4	4,7
Izolacja, poczucie samotności terapeuty	3	3,5
Praca w środkach ochrony osobistej	3	3,5
Stres terapeuty	2	2,4
„Problemy takie jak zawsze”	2	2,4
Opór pacjentów przed pracą on-line	1	1,2
Konieczność pracy kontaktowej (na oddziale szpitalnym)	1	1,2
Zakażenie COVID-19 wśród pacjentów	1	1,2
Nagła zmiana	1	1,2

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Wśród problemów akcentowanych jedynie w odniesieniu do innych terapeutów (uczestniczących wspólnie z badanymi w grupowych spotkaniach superwizyjnych) pojawiły się wyzwania związane z utratą pacjentów (prawie 13%) oraz zmniejszenie możliwości zarobkowania i obawy o finanse (ponad 9%). Ponadto badani wyraźniej niż w osobistych deklaracjach akcentowali problemy wynikające z przebywania w domu, takie jak zakłócenia sesji przez domowników oraz wątpliwości dotyczące poufności sesji w sytuacji, gdy w domu terapeuty oraz klienta/pacjenta przebywają inne osoby.

Jakościowa analiza materiału badawczego pozwala stwierdzić, że odpowiedzi osób badanych w odniesieniu do doświadczeń innych terapeutów były bardziej rozbudowane niż wypowiedzi odnoszące się bezpośrednio do własnych doświadczeń. Okazuje się zatem, że pomimo anonimowości zapewnionej badanym, uniwersalny okazuje się mechanizm, zgodnie z którym w przypadku trudnych doświadczeń łatwiej jest mówić o innych ludziach niż odnosić się wprost do własnych przeżyć. Doświadczenia innych osób łatwiej jest werbalizować, ponieważ można odwołać się do gotowych, skonstruowanych przez nie narracji. Można również założyć, że następuje mechanizm identyfikacji z częścią treści wypowiedzianych przez innych, co jest relatywnie łatwiejsze niż werbalizowanie własnych doświadczeń, które po pierwsze są nowe, a po drugie ich przeżywanie wiąże się z trudnościami emocjonalnymi.



foto: Dylan Ferreira / unsplash

W wypowiedziach dotyczących innych terapeutów znacznie wyraźniej wybrzmiał wątek obaw o utratę źródeł zarobkowania w związku z rezygnacją bądź zawieszaniem przez pacjentów/klientów terapii w czasie pandemii. Różnice te można interpretować w kontekście obowiązywania określonych norm społecznych, w efekcie których pewne doświadczenia łatwiej przypisujemy innym ludziom niż odnosimy do siebie. W przypadku zawodów pomocowych może to być norma kierowania się chęcią bezinteresownej pomocy, która stoi w opozycji wobec konieczności zarobkowania oraz motywacji ekonomicznych.

Ponadto, bardziej rozbudowane wypowiedzi poddane analizie jakościowej pozwalają analizować związki pomiędzy różnymi problemami, które na poziomie analizy ilościowej ujmowane są osobno. Najważniejszy wątek zrekonstruowany

na podstawie powyższej analizy dotyczy podobieństwa sytuacji terapeutów oraz pacjentów/klientów. Zarówno jedni jak i drudzy znaleźli się w sytuacji zaburzającej poczucie bezpieczeństwa, wymagającej dostosowania się do szybkiej, radykalnej zmiany, godzenia różnorodnych obowiązków, radzenia sobie z izolacją, napięciami pojawiającymi się w kontekście interpersonalnym oraz z własnym lękiem. W badanych wypowiedziach pojawiły się refleksje na temat trudności emocjonalnych wynikających z podobieństwa problemów doświadczanych aktualnie przez terapeutów i pacjentów/klientów. Oto fragmenty narracji reprezentatywne dla tej kategorii:

Podobieństwo doświadczeń i emocji do tych przeżywanych przez pacjentów Konieczność pomieszczenia większej ilości leku (pacjentów i własnego) [resp. 196, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Własny lęk przed koronawirusem (utrata zdrowia, życia, utrzymania lub nie dystansu) plus wzrost poziomu leku u pacjentów [resp. 42, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym].

Z własnym lękiem o zdrowie swoje i bliskich, zmęczeniem, obawą o pracę [resp. 101, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Refleksje te przeplatają się z werbalizowaniem problemów wynikających stricte z roli terapeuty – np. odpowiedzialności zawodowej i lęku o pacjentów. Wskazuje na to poniższa, przykładowa wypowiedź:

Z własnym lękiem o zdrowie i niepewnością co do przyszłości, z kryzysami doświadczanymi przez pacjentów, które czasem dotyczyły lęków i stresu, którym poddani byli też terapeuci, zmęczenie wynikające z niedogodności pracy on-line, lęk o pacjentów [resp. 67, terapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

Interpretując dane dotyczące podobieństwa lękotwórczych doświadczeń terapeutów i pacjentów/klientów, należy postawić pytanie, w jaki sposób podobieństwo to wpływa na proces psychoterapii. Z jednej strony bowiem doświadczanie własnego lęku może być potęgowane przez lęk pacjenta, co w pewnych warunkach może skutkować mechanizmami obronnymi powodującymi mniejsze zaangażowanie w kontakt z pacjentem. Z drugiej strony aktualna wspólnota doświadczeń wzmacnia empatię¹⁸ oraz uruchamia procesy (np. przeciwprzeniesienia), które mogą być z powodzeniem wykorzystywane w procesie terapeutycznym.

Badani psychoterapeuci korzystający z superwizji grupowej zostali również poproszeni o wskazanie, co na podstawie kontaktu z innymi psychoterapeutami stanowiło pozytywne zaskoczenie w kontekście pracy w czasie pandemii. W swoich odpowiedziach badani odnosili się przede wszystkim do możliwości, jakie stwarza praca on-line. Główne wątki poruszane przez respondentów dotyczyły: efektywności pracy on-line porównywalnej z pracą w bezpośrednim kontakcie, możliwości prowadzenia pogłębionej pracy on-line, większej intensywności pracy terapeutycznej (choć na nią wpływ ma nie tylko kontakt on-line, lecz także podobieństwo doświadczeń terapeutów i pacjentów/pacjentów), większej (niż spodziewana) otwartości pacjentów/klientów w pracy on-line. Badani terapeuci wskazywali również na siłę rezyliencji oraz poprawę funkcjonowania niektórych pacjentów w czasie izolacji związanej z pandemią (dotyczyło to między innymi osób z fobią społeczną) oraz na poprawę samopoczucia wynikającego ze zmniejszenia tempa życia i obciążenia pracą, zbliżenia z rodziną i zmniejszenia lęku społecznego. W niektórych wypowiedziach pojawił się także wątek mniejszego zmęczenia terapeutów (choć wyżej omawiane dane wskazują, że zmęczenie było równocześnie doświadczane przez badanych jako problem). Niespójność ta wskazuje, że należy brać pod uwagę szerszy kontekst pracy on-line – liczbę klientów/pacjentów, obszar pracy terapeutycznej, ilość i jakość obowiązków pozazawodowych.

Badani terapeuci wskazywali także, że dzięki superwizjom grupowym mieli okazję zaobserwować przykłady dobrego dostosowania do nowych warunków. Ponadto, istotne znaczenie miało relacjonowana przez badanych wspólnota doświadczeń i wzajemne wsparcie w środowisku profesjonalistów. Dostrzeżenie, że inni terapeuci zmagają się z podobnymi problemami – lękiem i przeciążeniem obowiązkami w różnych sferach życia pełniło funkcję normalizacyjną wobec własnych, trudnych emocjonalnie przeżyć.

18 Z współczesnych badań nad empatią wynika, że najbardziej empatyczne zachowania przejawiają osoby przeżywające podobne trudności w tym samym czasie. Z kolei rozbieżność czasowa podobnych doświadczeń powoduje zjawisko „luki empatycznej”. Polega ono na przywoływaniu w pamięci trudnych doświadczeń z przeszłości na zasadzie poznawczych reprezentacji (np. „pamiętam, że było trudno”) przy równoczesnym braku umiejętności przywołania towarzyszących im emocji (uczuć). Równocześnie własne poradzenie sobie z określonym problemem sprawia, że jednostki zaczynają go postrzegać jako sytuację, którą można bez trudu przezwyciężyć, co zmniejsza empatię wobec osób aktualnie zmagających się z podobnym problemem. Por. R.L. Ruttan, M.-H. McDonnell, L.F. Nordgren, *Having “been there” doesn’t mean I care: When prior experience reduces compassion for emotional distress*, “Journal of Personality and Social Psychology”, 2015, 108(4), s. 610-622. <http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000012>. L. Van Boven, G. Loewenstein, D. Dunning, L.F. Nordgren, *Changing Places: A Dual Judgment Model of Empathy Gaps in Emotional Perspective Taking*, (w:) M.P. Zanna, J. M. Olson, “Advances in Experimental Social Psychology”, Academic Press, New York, 2013, s. 117-171, doi:10.1016/B978-0-12-407188-9.00003-X. A. Postoła, *Nie umiemy współczuć. Skąd ten brak empatii?*, „Gazeta wyborcza”, 24 listopada 2015, dostępny w Internecie: <http://wyborcza.pl/1,145452,19234124,nie-umiemy-wspolczuc-skad-ten-brak-empatii.html>, data dostępu: 23.07.2018. M. Frąckowiak-Sochańska, *Společné konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019, s. 583-584.

Ilościowe opracowanie analizowanych danych zostało zawarte w poniższej tabeli:

Tabela nr 25: Pozytywnie zaskakujące doświadczenia wynikające z pracy terapeutycznej w warunkach pandemii

Jakie doświadczenia osób uczestniczących z Panem\Panią w grupowych spotkaniach superwizyjnych były dla Pana\i pozytywnie zaskakujące?	I	%
Pozytywne zaskoczenia związane z pracą terapeutyczną on-line (efektywność pracy on-line porównywalna z efektywnością pracy w bezpośrednim kontakcie, praca łatwiejsza niż zakładano, możliwość pogłębionej pracy terapeutycznej, większa intensywność procesów terapeutycznych, otwartość pacjentów/klientów)	29	50,9
Wspólnota doświadczeń terapeutów oraz wzajemne wsparcie z niej wynikające	12	21,1
Chęć pracy on-line (zarówno terapeutów jak i klientów/pacjentów)	8	14,0
Pozytywne efekty zwolnienia tempa życia oraz siła rezyliencji (zmniejszenie intensywności lęku społecznego, większa otwartość lękowych pacjentów, mniej stresu, mniejsze obciążenie pracą, zbliżenie z rodziną)	8	14,0
Dobre dostosowanie się do nowych warunków	2	3,5

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382

Biorąc pod uwagę powyższe dane, można założyć, że pozytywne doświadczenia z pracą on-line, pomimo początkowych obaw, w powiązaniu z poczuciem wsparcia płynącego z wspólnoty doświadczeń innych terapeutów i motywacją do pracy z wykorzystaniem metod zdalnych podzielaną przez terapeutów i klientów/pacjentów pozwalają formułować optymistyczne prognozy dotyczące dostępności pomocy terapeutycznej w warunkach pandemii. Dostępność pomocy przez komunikatory internetowe pozwala między innymi przełamywać dotychczasowe ograniczenia związane z nierównymi możliwościami skorzystania ze wsparcia psychoterapeutycznego mieszkańców zróżnicowanych skupisk ludności. Mieszkańcy dużych miast byli pod tym względem uprzywilejowani w porównaniu z osobami mieszkającymi w średnich i małych miastach oraz na wsiach.

W naszych badaniach zamierzaliśmy również uwzględnić perspektywę superwizorów psychoterapii. Ponieważ w takich osób w badanej próbie było jedynie 10, ich odpowiedzi zostały poddane analizie jakościowej. Superwizorzy wskazywali zarówno na największe wyzwania jak i pozytywne zaskoczenia związane z doświadczeniami osób korzystających z ich wsparcia. Ich obserwacje potwierdzają zaprezentowane wcześniej dane odnoszące się do lęku odczuwanego przez terapeutów (w tym lęku związanego z niemożnością zarobkowania), obaw i realnych trudności wynikającymi z pracy on-line (przede wszystkim akcentowany był wątek konieczności ustalenia zasad i standardów tej formy pracy), obciążeń wynikających z konieczności łączenia obowiązków zawodowych i rodzinnych (zwłaszcza tych związanych z opieką nad dziećmi i organizacją ich edukacji w warunkach domowych). Nowy w stosunku do wyżej omówionych wątek dotyczył trudności w odróżnieniu oporu od realnej niechęci oraz niemożności brania udziału w terapii on-line.

Wypowiedzi superwizorów potwierdziły także opinie psychoterapeutów na temat potencjału, jaki niesie ze sobą praca on-line w warunkach domowych. Interesujący wątek z tym związany został zawarty w następującej wypowiedzi:

(...) to że mogą pozostać w domu, że w związku z tym zdrowotne są bezpieczni, [sprawiło, że] część pacjentów łatwiej ujawniła sprawy, o których wcześniej nie mówiła [resp. 97, psychoterapeutka, superwizorka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Kolejna, przykładowa wypowiedź odnosi się do procesu adaptacji psychoterapeutów do nowej sytuacji:

Większość z nich w rzeczywistości poczuła się lepiej podczas pandemii niż przed. De facto odpoczęli. Większość po krótkim self-experience i przeszkoleniu w Instytucie bez kłopotu przestawiła się na on-line [resp. 50, psychoterapeutka, superwizorka pracująca w nurcie integratywnym].

VIII. Podsumowanie i rekomendacje

Psychoterapia stanowi jeden z wielu systemów eksperckich w społeczeństwie późnej nowoczesności¹⁹. Sytuacja pandemii zmieniła zasady działania owego systemu. Najistotniejsze wątki zaprezentowane w niniejszym raporcie dotyczą adaptacji do nowej, trudnej, zmieniającej się dynamicznie sytuacji. Przeanalizowane przez nas dane pozwalają rekonstruować proces adaptacji z co najmniej trzech perspektyw: 1) psychoterapeutów, 2) osób korzystających z wsparcia psychoterapeutycznego, 3) instytucji. O adekwatności działań przystosowawczych decyduje w dużej mierze elastyczność – gotowość do wdrażania nowych rozwiązań, uczenie się nowych umiejętności obejmujących przede wszystkim pracę zdalną, lecz także gotowość do bieżącego reagowania na wyzwania i trudności pojawiające się w toku wprowadzania zmian.

Zebrany przez nas materiał badawczy pozwala stwierdzić, że psychoterapeuci oraz ich klienci zmagali się z podobnymi wyzwaniami i problemami – związanymi z przede wszystkim z zakłóceniem poczucia bezpieczeństwa w sytuacji globalnego zagrożenia epidemicznego oraz z ekonomicznymi konsekwencjami pandemii. Zarówno jedni jak i drudzy musieli także opanować nowe umiejętności związane z komunikowaniem się na odległość.

Dane stanowiące podstawę raportu pozwalają także sformułować pewne rekomendacje praktyczne:

1. Biorąc pod uwagę różnorodne trudności związane z pracą psychoterapeutyczną w okresie pandemii zgłaszane przez badanych, należy zwrócić na owe trudności w procesach superwizyjnych.
2. Należy wypracować dobre praktyki w zakresie rozwiązywania problemów, które ulegają nasileniu w warunkach pandemii – ze szczególnym uwzględnieniem przemocy domowej, uwarunkowanych kryzysem społecznym zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz prewencji samobójstw.
3. Należy włączyć treści związane z pracą on-line do szkoleń w zakresie psychoterapii. Adeptci psychoterapii powinni zostać zaznajomieni z aspektami technicznymi, etycznymi i emocjonalnymi terapeutycznej pracy zdalnej.
4. Warto rozważyć wprowadzenie stałej oferty psychoterapii on-line obok psychoterapii w gabinecie nawet po zakończeniu pandemii. Rozwiązanie to zwiększyłoby dostępność psychoterapii dla osób, które dotychczas miały ograniczony dostęp do psychoterapii z powodu miejsca zamieszkania (szczególnie dotyczy to mieszkańców małych miast oraz wsi), niepełnosprawności (utrudniającej samodzielne poruszanie się). Ponadto psychoterapia zdalna jest rozwiązaniem tańszym niż praca w gabinecie (zarówno w placówkach NFZ jak i w gabinetach prywatnych). W związku z tym mogłaby być bardziej dostępna dla osób niekorzystających z psychoterapii z powodu barier ekonomicznych. Nie oznacza to jednak, że zdalna psychoterapia ma zastąpić psychoterapię prowadzoną stacjonarnie, ma jedynie uczynić wsparcie psychoterapeutyczne bardziej dostępnym dla osób potrzebujących.

¹⁹ Zob. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

Bibliografia

1. Boven van L., Loewenstein G., Dunning D., Nordgren L.F., *Changing Places: A Dual Judgment Model of Empathy Gaps in Emotional Perspective Taking*, (w:) M.P. Zanna, J. M. Olson, "Advances in Experimental Social Psychology", Academic Press, New York, 2013, s. 117-171, doi:10.1016/B978-0-12-407188-9.00003-X.
2. Carver Ch., *Mini-COPE*, adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik, 2009.
3. Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., Kasprzak T., Kotlarska-Michalska A., Necel R., Zaręba M., *Instytucje w pomocy społecznej w czasie pandemii. Raport z badań*, Wydział Socjologii UAM, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, Poznań 2020.
4. Frąckowiak-Sochańska M., *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019, s. 583-584.
5. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
6. Heszen – Niejodek I., *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, „Psychologia. Podręcznik akademicki, t. III, GWP, Warszawa 2002, s. 464-492.
7. <http://www.zdrowiepsychiczne.org/zbadaj-swoja-kondycje-psychiczna.html>, data dostępu: 7.06.2020.
8. Lista psychoterapeutów i superwizorów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii sekcjanaukowapsychoterapii.org [dostęp; 15.11.2020].
9. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
10. Postoła A., *Nie umiemy współczuć. Skąd ten brak empatii?*, „Gazeta Wyborcza”, 24 listopada 2015, <http://wyborcza.pl/1,145452,19234124,nie-umiemy-wspolczuc-skad-ten-brak-empatii.html>, data dostępu: 23.07.2018.
11. Ruttan R. L., McDonnell, M.-H., Nordgren, L. F., *Having “been there” doesn’t mean I care: When prior experience reduces compassion for emotional distress*, “Journal of Personality and Social Psychology”, 2015, 108(4), s. 610-622, <http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000012>.
12. Sekcja Psychoterapii, Certyfikowani superwizorzy i psychoterapeuci Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, www.sekcjapsychoterapii.pl [dostęp 15.11.2020].
13. Suszek H., Grzesiuk L., Styła R. i in., *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce*, „Psychiatria”, 2017, t. 14, nr 2, s. 90-100.
14. Szymańska A., Grzesiuk L., Suszek H., Dobrenko K., *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii*, „Psychiatria Polska”, 2018, nr 76, s. 1-21.

Spis wykresów i tabel

Wykres nr 1. Płeć badanych	6
Wykres nr 2. Wiek badanych	7
Wykres nr 3. Wykres nr 3. Wielkość miejscowości wykonywania pracy psychoterapeutycznej	7
Tabela nr 1: Zestawienie populacji województw z odsetkiem badanych w nich pracujących	8
Wykres nr 4. Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej	9
Wykres nr 5. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby	10
Tabela nr 2: Wiek badanych a praca w poszczególnych nurtach terapeutycznych	11
Wykres nr 6. Szkolenie psychoterapeutyczne	11
Wykres nr 7. Posiadane certyfikaty psychoterapeutyczne	12
Wykres nr 8. Formy pracy psychoterapeutycznej przed pandemią	13
Tabela nr 3: Prowadzenie wybranych form psychoterapii przed 15 marca a wiek badanych	13
Wykres nr 9. Praca psychoterapeutyczna on-line przed pandemią	14
Wykres nr 10. Praca psychoterapeutyczna on-line po 15 marca 2020	15
Wykres nr 11. Formy pracy psychoterapeutyczne on-line po 15 marca 2020	15
Tabela nr 4: Odczucia dotyczące pracy on-line	16
Tabela nr 5: Korzystanie z programów i aplikacji do wideo-rozmów podczas sesji terapeutycznych on-line	22
Tabela nr 6: Na jakim tle podczas sesji pojawiał/a się psychoterapeuta/ka?	23
Tabela nr 7: Liczba dni w tygodniu, w których badani pracowali terapeutycznie	27
Tabela nr 8: Liczba godzin w ciągu dnia, w czasie których badani pracowali terapeutycznie	28
Wykres nr 12. Wykres nr 11. Porównanie ilości pracy przed i po 15 marca 2020	28
Tabela nr 9: Kiedy wrócił/a Pani/Pan do pracy w gabinecie, spotykając się z pacjentami/klientami na żywo	30
Tabela nr 10: Środki bezpieczeństwa sanitarnego zastosowane po powrocie do pracy w gabinecie	30
Tabela nr 11: Środki bezpieczeństwa sanitarnego zastosowane po powrocie do pracy w gabinecie – kobiety a mężczyźni	31
Wykres nr 13. Ocena samopoczucia badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w początkowym oraz późniejszym okresie pandemii	35
Tabela nr 12: Doświadczanie stresu i jego konsekwencji przez psychoterapeutki i psychoterapeutów w początkowym okresie pandemii COVID-19	36
Tabela nr 13: Doświadczanie stresu i jego konsekwencji przez psychoterapeutki i psychoterapeutów w późniejszym okresie pandemii COVID-19	38
Tabela nr 14: Sposoby radzenia sobie ze stresem w początkowym okresie pandemii	40
Tabela nr 15: Sposoby radzenia sobie ze stresem w późniejszym okresie pandemii	41
Tabela nr 16: Czynniki obciążające stresem od momentu ogłoszenia pandemii	42
Tabela nr 17: Powody rezygnacji z terapii po rozpoczęciu pandemii	44
Tabela nr 18: Powody zawieszania z terapii po rozpoczęciu pandemii	45
Wykres nr 14. Ocena częstotliwości zgłoszeń nowych pacjentów/klientów z problemami związanymi z sytuacją pandemii	46
Tabela nr 19: Częstotliwość zgłoszeń poszczególnych typów problemów związanych z sytuacją pandemii w opiniach badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów	46
Wykres nr 15. Ocena liczby nowych klientów/pacjentów zgłaszających się do psychoterapeutek i psychoterapeutów w czasie pandemii w porównaniu z okresem sprzed pandemii	50
Tabela nr 20: Problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły w czasie pandemii u dotychczasowych klientów/pacjentów	50
Tabela nr 21: Wybrane aspekty procesu terapeutycznego w czasie pandemii	51
Wykres nr 16. Poziom zainteresowania ofertą nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w czasie pandemii w ocenie badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów	52

Wykres nr 17. Zapotrzebowanie na superwizje w czasie pandemii	57
Wykres nr 18. Ocena dostępności superwizji w czasie pandemii	58
Tabela nr 22: Wybrane aspekty organizacji superwizji w czasie pandemii w deklaracjach badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów	58
Tabela nr 23: Problemy związane z pandemią, poddawane superwizji przez badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów	59
Tabela nr 24: Problemy związane z pandemią, poddawane superwizji przez psychoterapeutki i psychoterapeutów uczestniczących wspólnie z badanymi w superwizjach grupowych	60
Tabela nr 25: Pozytywnie zaskakujące doświadczenia wynikające z pracy terapeutycznej w warunkach pandemii	63

Spis treści

O badaniu	2
Podziękowania	5
I. Cechy społeczno-demograficzne badanych	6
Płeć osób uczestniczących w badaniu.....	6
Wiek osób uczestniczących w badaniu	6
Wielkość miejscowości, w której badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty	7
Województwa.....	8
II. Zmienne charakteryzujące pracę terapeutyczną badanych	9
Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej	9
Nurt psychoterapeutyczny/modalność psychoterapeutyczna	10
Szkolenie w zawodzie psychoterapeuty	11
Certyfikat psychoterapeutyczny	12
Formy pracy psychoterapeutycznej	12
Czas pracy terapeutycznej	13
Psychoterapia on-line przed 15 marca 2020.....	14
Psychoterapia on-line po 15 marca 2020	14
III. Zmiany w pracy terapeutycznej wywołane przez pandemię	16
Początek pracy terapeutycznej on-line	16
Co było najłatwiejsze w pracy on-line dla psychoterapeutek i psychoterapeutów?	17
Co było najtrudniejsze w pracy on-line dla psychoterapeutki/psychoterapeuty?	18
Co było najłatwiejsze w pracy on-line dla pacjentów/klientów?	19
Co było najtrudniejsze w pracy on-line dla pacjentów/klientów?	20
Z jakich programów korzystali terapeuci podczas pracy on-line?.....	22
Z użyciem jakiego sprzętu prowadzone były sesje?.....	23
Na jakim tle pojawiał/a się terapeuta/terapeutka?	23
Opis tła	24
W jakich miejscach znajdowali się pacjenci/klienci podczas sesji?	25
Porównanie pracy w gabinecie z pracą on-line	26
Rekomendacje organizacji zrzeszających psychoterapeutki i psychoterapeutów dotyczące pracy on-line	26
Czas pracy on-line	27
Ocena ilości pracy w czasie pandemii	28
Jak długo zamknięty był gabinet/ośrodek stanowiący główne miejsce pracy badanych?	29
Powrót do pracy terapeutycznej w gabinecie	29
Środki zastosowane po powrocie do gabinetu	30
IV. Kondycja psychiczna psychoterapeutów w czasie pandemii	33
Zmiany samopoczucia psychicznego psychoterapeutów w czasie pandemii.....	34
Sposoby radzenia sobie ze stresem.....	40
Źródła stresu doświadczanego przez terapeutów	42
V. Wpływ pandemii na proces terapeutyczny	44
Powody rezygnacji pacjentów/klientów z terapii.....	44
Zgłoszenia nowych klientów/pacjentów z problemami związanymi z sytuacją pandemii	45
Wybrane aspekty procesu terapeutycznego w czasie pandemii	49
VI. Inicjatywy nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w czasie pandemii	52
VII. Superwizje	57
VIII. Podsumowanie i rekomendacje	65
Bibliografia	66
Spis wykresów i tabel	67
O autorach badania i raportu	70

O autorach badania i raportu

Monika Frąckowiak-Sochańska

dr hab., pracuje w Zakładzie Socjologii Jednostki i Relacji Społecznych, na Wydziale Socjologii UAM, socjolożka i psycholożka. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół socjologii zdrowia psychicznego, socjologii płci, socjologii życia rodzinnego i relacji intymnych oraz socjologii wartości. Autorka rozprawy habilitacyjnej pt. *Konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności* (Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019).

Marcin Hermanowski

dr, pracuje w Zakładzie Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej na Wydziale Socjologii UAM. Socjolog, pracownik socjalny, antropolog kultury i psychoterapeuta (jest w zespole Pracowni Humani). Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół socjologii zdrowia psychicznego, szczególnie zaś psychoterapii, socjologicznej refleksji wokół zawodów pomocowych, a także budowania wizerunku osób i instytucji.