

PSYCHOTERAPEUTKI I PSYCHOTERAPEUCI W CZASIE PANDEMII

raport z badań

CZEŚĆ DRUGA
październik 2020 – marzec 2021

Monika
Frąckowiak-Sochańska
Marcin Hermanowski



UNIWERSYTET
IM. ADAMA MICKIEWICZA
W POZNANIU
Wydział Socjologii

O badaniu

Już w momencie kończenia zbierania danych do pierwszej części raportu pod koniec września 2020 roku mieliśmy świadomość, że obraz sytuacji psychoterapeutek i psychoterapeutów, jak również ich pracy terapeutycznej w czasie pandemii nie będzie pełen, jeśli nie zbadamy sytuacji w późniejszym okresie. Przypomnijmy, że pandemia koronawirusa zmieniła funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach czy obszarach życia społecznego w połowie marca 2020 roku. Po 15 marca w Polsce ogłoszono całkowity lock down. W ślad za apelem i zaleceniem, by pozostać w domu, także zdecydowana większość gabinetów, ośrodków czy poradni, gdzie odbywały się sesje terapeutyczne została zamknięta. Sesje psychoterapeutyczne przeniosły się do Sieci, a dokładniej mówiąc do domów i mieszkań psychoterapeutek i psychoterapeutów (a także osób będących w terapii), z których, za pomocą łączы internetowych, odbywały się sesje terapeutyczne. Jak ustaliliśmy w czasie pierwszej części badań 94% badanych osób pracowało terapeutycznie online. To była zupełnie nowa dla psychoterapii (nie tylko w Polsce) sytuacja.

Pod koniec września pandemia przybierała na sile i rozpoczynała się druga fala zachorowań na koronawirusa w Polsce. Dość powiedzieć, że od początku pandemii do września dzienna liczba potwierdzonych zachorowań na COVID-19 w Polsce nie przekraczała tysiąca przypadków. Pod koniec września 2020 (kiedy kończyliśmy pierwszą część badań) po raz pierwszy liczba ta przekroczyła 1000 – 24 września było to 1136 osób, niecały miesiąc później po raz pierwszy odnotowano ponad 10 tysięcy przypadków (21 października – 10040), a tydzień później już 20 156 przypadków (29 października 2020). 7 listopada odnotowano najwyższą dzienną liczbę przypadków w czasie trwania drugiej fali pandemii w Polsce: 27 875. Oprócz liczby zachorowań, dramatyczne były również liczby informujące o liczbie zgonów osób chorujących na Covid-19. Często przekraczały one 400 dziennie. Te oficjalne, podawane przez Ministerstwo Zdrowia, statystyki pokazują, w jak innej sytuacji znaleźliśmy się w październiku i listopadzie 2020. W chwili, gdy przygotowujemy ten raport (marzec/kwiecień 2021) jesteśmy w trakcie trzeciej fali koronawirusa w Polsce. Dobowe raporty znacznie przekraczają te, jakich świadkami byliśmy w listopadzie 2020. W krytycznym momencie, nazywanym też szczytem fali dobową liczbą zachorowań przekraczała 35 tysięcy (35 251 – 1 kwietnia 2021), a liczba zgonów z powodu COVID – 19 nierzadko przekraczała osiemset dziennie (954 – 8 kwietnia 2021, 803 – 14 kwietnia 2021)¹.

¹ Dane dotyczące liczby zachorowań dziennych i liczby zgonów za stronę: Koronawirus w Polsce koronawirusunas.pl [dostęp: 20 kwietnia 2021]

Zmiana charakteru pandemii, zmiana zachowań społecznych i indywidualnych na przestrzeni trwania pandemii, zmęczenie sytuacją pandemiczną to tylko kilka argumentów na rzecz kontynuowania badania polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów.

W raporcie przedstawiamy wyniki badania, które przeprowadziliśmy pomiędzy **30 grudnia 2020 a 12 marca 2021**. Badane osoby to psychoterapeutki i psychoterapeuci posługujący się językiem polskim. Badane osoby pracują zarówno na terenie Polski, jak i za granicą. Oprócz opisanej powyżej, zewnętrznej sytuacji związanej z kolejnymi falami pandemii, o momencie rozpoczęcia badania przesądziła publikacja poprzedniego raportu z badań (29 grudnia 2020), zaś o jego zakończeniu terminy publikacji informacji o naszym badaniu na stronach internetowych i fan page wspierających nas podczas badania organizacji zrzeszających psychoterapeutki i psychoterapeutów². W czasie trwania naszego badania sytuacja epidemiczna była dość stabilna, jedynie pod koniec dnia liczby zakażeń i zgonów z powodu COVID-19 zaczęły wzrastać i powszechnie mówiło się o nadejściu trzeciej fali koronawirusa. Podczas zbierania danych rozpoczęła się też akcja szczepienia przeciwko SARS-CoV-2, a osoby pracujące psychoterapeutycznie znalazły się wśród innych zawodów medycznych i okołomedycznych w grupie „0”, która była szczepiona w pierwszej kolejności. Od końca stycznia 2021 zwiększała się liczba psychoterapeutek i psychoterapeutów zaszczepionych dwoma dawkami szczepionki, co pozwalało na powrót do pracy w gabinecie bez obaw swoje zdrowie, jak i (do pewnego stopnia) o zdrowie pacjentów/klientów³.

Badanie, które przeprowadziliśmy od grudnia 2020 do marca 2021 (podobnie jak te przeprowadzone 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 potrzeby zachowania bezpieczeństwa.

W badaniu wzięło udział **328** osób, z czego zdecydowana większość (**304** osoby) wypełniły ankietę w całości. Podobnie jak w przypadku pierwszej fazy badania⁴ (sierpień-wrzesień 2020) mamy podstawy, by z pewną ostrożnością stwierdzić, że badanie spełnia warunek reprezentatywności. Przypomnijmy, że w oparciu o dostępne źródła nie jest możliwe oszacowanie wielkości badanej populacji czy chociażby szacunkowej liczby psychoterapeutek i psychoterapeutów pracujących w Polsce. W literaturze przedmiotu, artykułach naukowych charakteryzujących tę grupę zawodową w Polsce nie pojawiają się nie tylko dane szacunkowe, ale nawet próby oszacowania wielkości tej populacji. Wynika to przede wszystkim z braku regulacji prawnych dotyczących zawodu: psychoterapeutka/psychoterapeuta w Polsce⁵. Nie próbując w tym opracowaniu podejmować ryzyka oszacowania

² O momencie publikacji informacji o badaniu decydowali administratorzy stron. Ostatnie z ogłoszeń pojawiło się na początku marca 2020, zatem odczekaliśmy kilka dni, aby osoby, do których dotarła informacja o badaniu miały czas na wypełnienie ankiet.

³ Używamy formuły pacjent/klient (pacjenci/klienci) ze względu na to, że w różnych modalnościach psychoterapeutycznych osoby uczestniczące w psychoterapii określa się jednym z tych dwóch określeń. Jednocześnie zdecydowaliśmy się na wybór tylko męskich form odnoszących się do liczby mnogiej ze względu na uproszczenie opisów. Pełna forma brzmiałaby pacjentek/pacjentów/klientek/klientów.

⁴ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza: marzec-wrzesień 2020, Poznań 2020.

⁵ Regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia (jakie warunki trzeba spełnić, by dostać refundację za świadczenie usług terapeutycznych) czy kod PKD 86.90.E (nie wszystkie osoby pracujące psychoterapeutycznie mają działalność gospodarczą, a ponadto oprócz działalności psychoterapeutycznej znajdują się tam zgodnie z nazwą: pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej nie sklasyfikowana – między innymi asystentki stomatologiczne, instruktorzy higieny, banki krwi, specjaliści optometrii czy logopedii) albo kody PKD 85.60.Z, 87.20.Z, 88.99.Z (podobnie jak poprzednio – obejmującej część pracujących psychoterapeutycznie ale też psycholożki i psychologów w takich

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 14 superwizorów psychoterapii (obojsza płci), bądź superwizorów-aplikantów. Tu zdecydowanie łatwiej jest odnieść się do wielkości badanej populacji. Zestawienie dostępne na oficjalnych stronach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego⁶ i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego⁷ mówi, o tym, że superwizorów jest odpowiednio 96 i 93, a dalsze 29 w Polskim Towarzystwie Psychologicznym oraz 87 w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym to superwizorzy-aplikanci, czyli osoby w trakcie procesu uzyskiwania tytułu superwizora⁸.

W porównaniu do pierwszej części badania liczba osób uczestniczących była mniejsza, 328 wobec 382. Natomiast więcej osób wypełniało całą ankietę 304 wobec 159. Na tę drugą różnicę wpływ miała długość ankiety. Poprzednio zadaliśmy 68 pytań, w drugim etapie 32. W porównaniu z pierwszym narzędziem badawczym z puli pytań wykluczaliśmy te, które dotyczyły wyłącznie początkowego okresu pracy terapeutycznej w czasie pandemii (dla przykładu pytanie o odczucia dotyczące pracy on-line z perspektywy psychoterapeutek i psychoterapeutów oraz klientek/pacjentek i klientów/pacjentów rekomendacji organizacji psychoterapeutycznych dotyczących pracy online czy czasu zamknięcia gabinetu ośrodka od momentu ogłoszenia pandemii). Wykluczaliśmy także pytania, które w pierwszym etapie badań podwajaliśmy ze względu na rozróżnienie pomiędzy początkowym czasem pandemii (od połowy marca do końca kwietnia 2020) i późniejszym (od maja do końca września 2020) dotyczące kondycji psychicznej psychoterapeutek i psychoterapeutów. W drugim etapie badań zrezygnowaliśmy także z pytań, co do których uznaliśmy, że zmiany będą nieistotne z perspektywy wniosków z badań (dla przykładu: pytania o rodzaj używanego programu do pracy on-line, rodzaj tła na jakim swoją terapeutkę lub swego terapeutę widział pacjent/klient czy pytania o to, gdzie znajdowali się pacjenci/klienci podczas sesji). Wśród pytań, które dodaliśmy do kwestionariusza znalazły się takie, które dotyczyły aktualnych spraw: szczepień, przewidywanej daty powrotu do pracy terapeutycznej w gabinecie, proporcji pomiędzy pracą on-line i tą w gabinecie, a także reakcji pacjentów/klientów na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020, który z wielu powodów, w tym tych związanych z pandemią budził społeczne kontrowersje. Zapytaliśmy też o to, czy osoby badane brały udział w pierwszym etapie badań. Na to pytanie twierdząco odpowiedziało nieznacznie ponad 29% badanych, prawie 59% nie brało udziału w pierwszym etapie, zaś około 12% nie pamiętało, czy brało udział. Odpowiedzi te pokazują, że ponad połowa naszych badanych to osoby w badaniu „nowe”.

Informację o badaniu i zaproszenie do badań rozpowszechniliśmy poprzez dwa podstawowe źródła: serwis społecznościowy Facebook, a także e-maile i wiadomości wysyłane bezpośrednio do

rodzajach działalności jak: edukacja, pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub pozostała pomoc społeczna, gdzie indziej nie sklasyfikowana) nie dają pełnego obrazu branży psychoterapeutycznej w Polsce; Kody PKD (Polskiej Klasyfikacji Działalności) podajemy za stroną Gofin.pl PKD – Polska Klasyfikacja Działalności – klasyfikacje.gofin.pl/pkd [dostęp: 20.03.2021]

⁶ Sekcja Psychoterapii » Certyfikowani superwizorzy i psychoterapeuci Polskiego Towarzystwa Psychologicznego www.sekcjapsychoterapii.pl [dostęp 21.03.2021]

⁷ Lista psychoterapeutów i superwizorów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii sekcjanaukowapsychoterapii.org [dostęp: 21.03.2021]

⁸ Ibidem.

psychoterapeutek i psychoterapeutów. Wiadomości takich było blisko **800** (dokładna liczba: 789). Jeśli chodzi o Facebook, informacje o naszym badaniu pojawiały się na zamkniętych grupach, dla psychoterapeutek i psychoterapeutów, a także 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:

1. CBT – Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna
2. Gestalt w praktyce
3. Książki psychologiczne
4. Mocarni
5. Pomoc dla Pacjentów likwidowanych PZP
6. Polecam książki psychologiczne
7. Psychoczytelnia dla psychoterapeutów
8. Psychoterapeuci pracujący przez Internet
9. Psychoterapeuta Psychoterapeucie Przyjacielem
10. Psychoterapeuta Psychoterapeucie Wilkiem
11. Psychoterapia – grupa strony Gabinet Psychoterapii Psychodynamicznej Sukces
12. Terapia online – grupa dla profesjonalistów

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

1. ACBS Polska (Association for Contextual Behavioral Science)
2. Kujawsko-Pomorskie Koło Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej
3. Koło Wielkopolsko-Lubuskie Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej
4. Naukowe Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej
5. Ośrodek Psychoterapii i Myśli Psychoterapeutycznej
6. Polski Instytut Ericksonowski
7. Polskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii
8. Polskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym
9. Polskie Towarzystwo Psychiatriczne
10. Polskie Towarzystwo Psychoanalizy Jungowskiej
11. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Katowice
12. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Łódzki
13. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Szczecin
14. Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Wrocławski
15. Polskie Towarzystwo Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu
16. Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej
17. Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej
18. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej
19. Psychoterapia i Psychologia kliniczna – dr Janusz Kowalski
20. Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna
21. Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
22. Trzecia Fala
23. Uczę się ACT
24. Warszawski Oddział Terenowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Mamy nadzieję, że nasz raport z drugiej części badania 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, a także rozpowszechnić raport z pierwszej części badania. Dziękujemy władzom Wydziału Socjologii UAM za wsparcie naszej inicjatywy badawczej. Osobne podziękowania kierujemy do dr. Andrzeja Siatkowskiego za pomoc w przygotowaniu informatycznej strony badania, a także do mgr Katarzyny Pakuły za pomoc w opracowaniu graficznym projektu.

Ważne i znaczące dla nas są także opinie i podziękowania od wielu Osób i Organizacji jakie pojawiły się po publikacji pierwszej części raportu. Bardzo za nie dziękujemy!

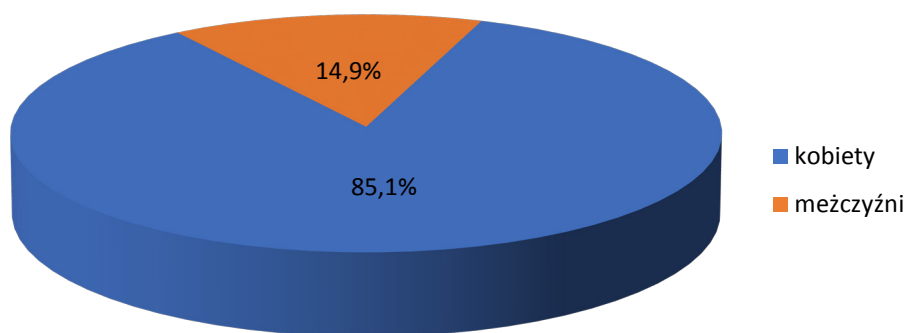
Badanie zostało dofinansowane ze środków Wydziału Socjologii UAM.

I. Cechy społeczno-demograficzne badanych

Płeć osób uczestniczących w badaniu

W badaniu wzięło udział **85,1% kobiet i 14,9% mężczyzn**. Podobnie jak to miało miejsce podczas pierwszej edycji badania, odnotowaliśmy proporcję, która jest charakterystyczna dla środowiska psychoterapeutycznego w Polsce i wielu innych krajach. Proporcja ta wynosi od 4:1 do 6:1, co oznacza, że na cztery, pięć lub sześć psychoterapeutek pracujących w zawodzie przypada jeden praktykujący psychoterapeuta. W naszym badaniu ta proporcja wynosi 5,6:1 (wykres nr 1).

Wykres nr 1. Płeć badanych



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Wiek osób uczestniczących w badaniu

Badani przez nas mężczyźni byli starsi od kobiet. Choć różnice są niewielkie, to trzeba zaznaczyć, że w grupie badanych do 30 roku życia nie ma w ogóle mężczyzn, a w grupie wiekowej powyżej 50 roku życia jest blisko co piąty badany mężczyzna i blisko co dziesiąta badana kobieta (tabela nr 1).

Tabela nr 1. Porównanie wieku badanych kobiet i mężczyzn

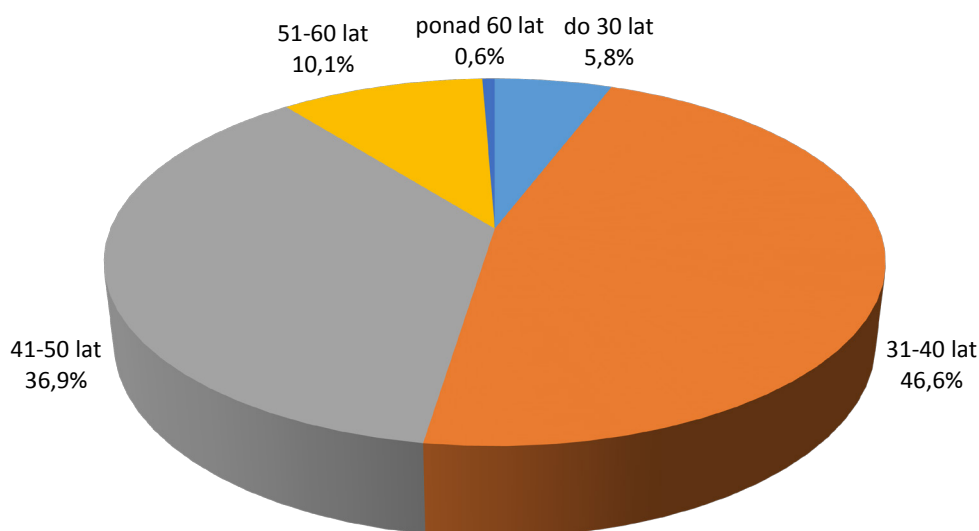
Wiek	% badanych kobiet	% badanych mężczyzn	% badanych ogółem
do 30 lat	6,9	0,0	5,7
31-40 lat	47,3	42,8	46,7
41-50 lat	36,5	38,8	36,9
51-60 lat	8,6	18,4	10,1
ponad 60 lat	0,7	0,0	0,6
łącznie	100	100	100

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Biorąc pod uwagę wszystkie badane osoby, największą grupą były **osoby pomiędzy 31 a 40 rokiem życia – to 46,6%** wszystkich badanych, drugą dużą grupą były **osoby pomiędzy 40 a 51 rokiem**

życia (36,9% ogółu badanych). Obydwie te grupy stanowią ponad cztery piąte wszystkich badanych – 83,5%. To oznacza, że liczba osób badanych, należących do tych dwóch największych grup wiekowych, uczestniczących w badaniu, była większa w porównaniu z pierwszym etapem badania o 9%. Przybliżyła to badaną grupę do charakterystyki grupy badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w 2012 roku przez naukowców z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego⁹. Rozkład wieku badanych ilustruje wykres nr 2.

Wykres nr 2. Wiek badanych



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Wielkość miejscowości, w której badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty

Ponad połowa badanych – **50,9%** prowadzi swoją praktykę psychoterapeutyczną w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Takich miast jest w Polsce pięć. Są to: Warszawa, Kraków, Łódź, Wrocław i Poznań. Jeśli dodać do tego, że **25,3 %** badanych pracuje w miejscowościach, które mają od 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%**. To potwierdzenie wyników, które odnotowaliśmy także w pierwszej części naszego badania. Grupa psychoterapeutek i psychoterapeutów pracujących w wielkich i dużych miastach w obydwu badaniach była dokładnie taka sama; wewnątrz tej grupy minimalnie mniej było osób pracujących w miastach od 100 do 500 tysięcy mieszkańców – 22,7%. Wsie i miasta do 20 tysięcy mieszkańców w obecnym badaniu jako podstawowe miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej wskazało niewiele ponad 5% badanych (**5,2%**). Natomiast w miastach o wielkości od 20 do 50 tysięcy mieszkańców pracuje **7,3%** naszych badanych (wykres nr 3).

⁹ 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.

Wykres nr 3. Wielkość miejscowości, w której wykonywana jest praca psychoterapeutyczna

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

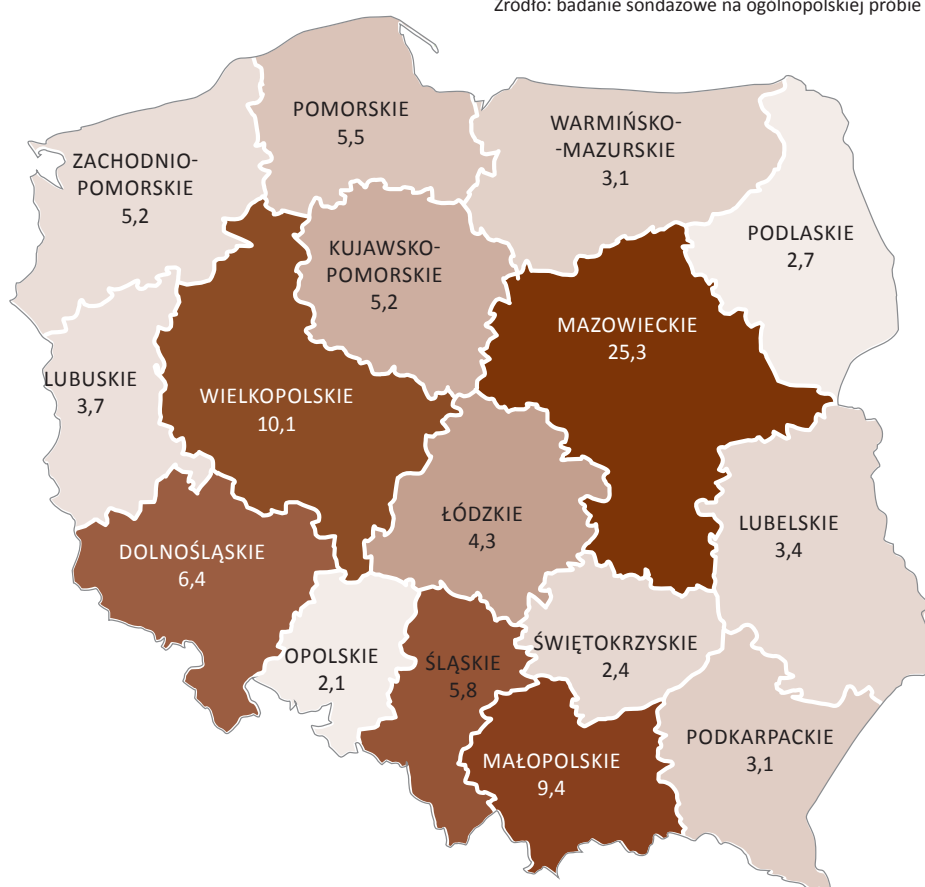
Województwa

Badane osoby mieszkały i pracowały na terenie całej Polski, ale także poza jej granicami. W tabeli poniżej zestawiliśmy jaka część populacji Polski zamieszkuje poszczególne województwa z tym jaki odsetek naszych badanych w nich pracuje.

Tabela nr 2. Zestawienie populacji województw z odsetkiem badanych osób w nich pracujących

Województwo	Procent populacji Polski	% osób biorących udział w badaniu
dolnośląskie	7,5	6,4
kujawsko-pomorskie	5,4	5,2
lubelskie	5,5	3,4
lubuskie	2,6	3,7
łódzkie	6,4	4,3
małopolskie	8,8	9,4
mazowieckie	14,1	25,3
opolskie	2,5	2,1
podkarpackie	5,5	3,1
podlaskie	3,0	2,7
pomorskie	6,0	5,5
śląskie	11,8	5,8
świętokrzyskie	3,2	2,4
warmińsko-mazurskie	3,7	3,1
wielkopolskie	9,0	10,1
zachodniopomorskie	4,4	5,2
poza Polską	2,4	Belgia, Brazylia, Chile, Francja, Niemcy, Wielka Brytania

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328



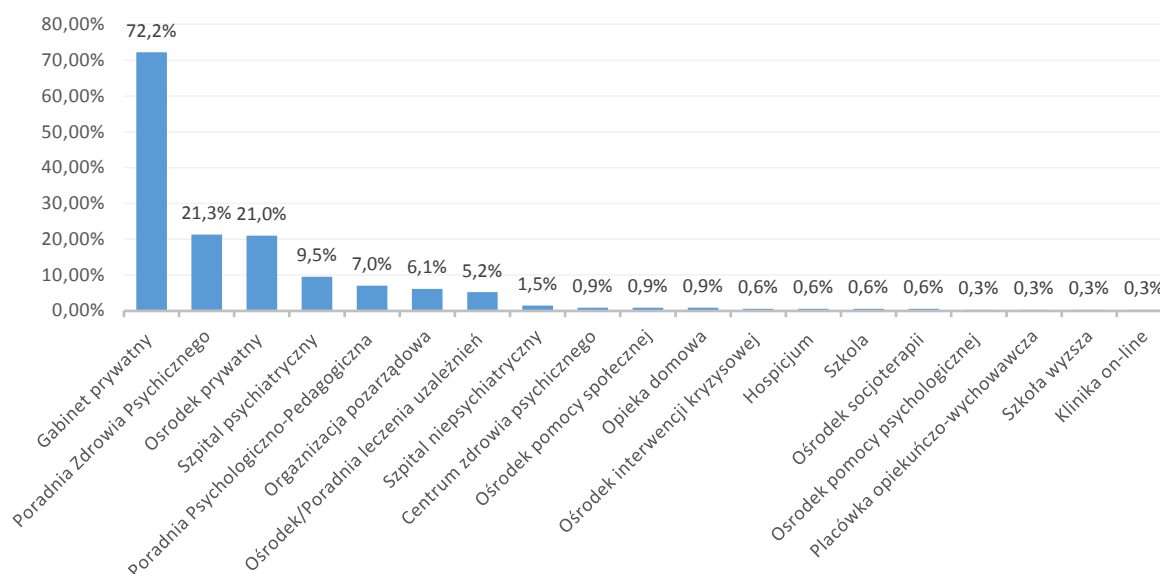
Porównując odsetki ludności zamieszkującej poszczególne województwa oraz psychoterapeutów praktykujących na terenie konkretnych województw, można zauważyć, że różnica w przypadku poszczególnych województw nie przekracza 2,5%. Jedynie w województwach mazowieckim i śląskim różnica ta jest znacząco większa.

II. Zmienne charakteryzujące pracę terapeutyczną badanych

Miejsce wykonywania pracy terapeutycznej

Udzielając odpowiedzi na pytanie o miejsce pracy terapeutycznej osoby badane mogły wskazać więcej niż jedno miejsce, w którym pracują terapeutycznie. Większość badanych pracuje w **gabinetach i ośrodkach prywatnych – to odpowiednio 72,2% i 21%,** co łącznie daje **93,2%** badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów. W drugiej kolejności psychoterapeutki i psychoterapeuci pracują w Poradniach Zdrowia Psychicznego (21,3%), szpitalach psychiatrycznych (9,5%), Poradniach Psychologiczno – Pedagogicznych (7%), a także w organizacjach pozarządowych (6,1%) i ośrodkach/poradniach leczenia uzależnień (5,2%). Dane te ilustruje wykres nr 4.

Wykres nr 4. Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej



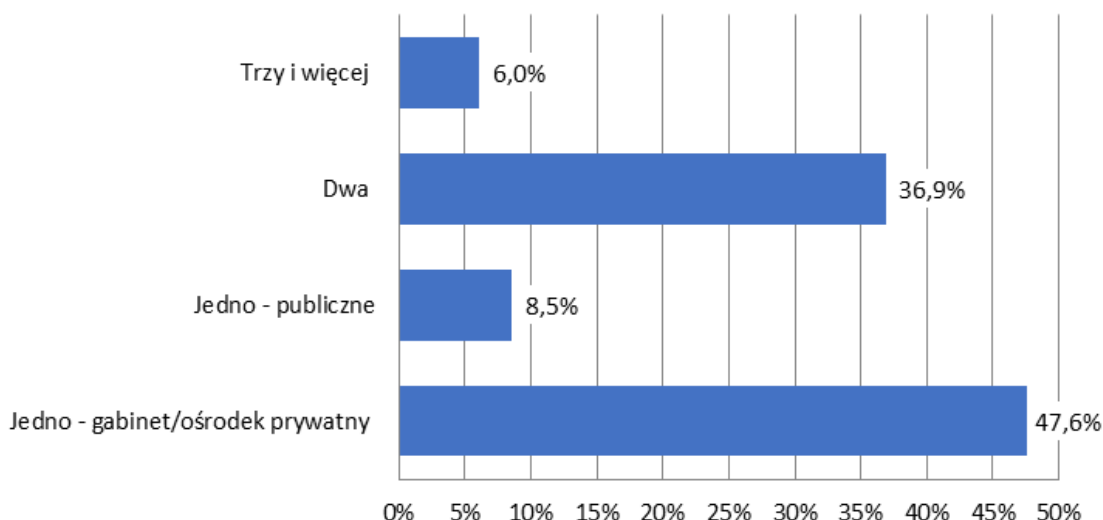
Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Wyniki w drugim etapie badań są zbliżone do tych, które uzyskaliśmy w etapie pierwszym. Różnice, jeśli chodzi o sześć najpopularniejszych miejsc pracy terapeutycznej nie przekraczają sześciu procent: gabinet prywatny wskazało 72,2% w drugim etapie badań i 66,1% w pierwszym etapie badań, poradnię zdrowia psychicznego (odpowiednio 21,3%: 20,1%), ośrodek prywatny (21%:25,1%), szpital psychiatryczny (9,5%:10,1%), poradnię psychologiczno-pedagogiczną (7%:6,5%) i ośrodki/poradnie leczenia uzależnień (5,2%;11%). Można zatem uznać, że wyniki te oddają strukturę miejsc zatrudnienia psychoterapeutek i psychoterapeutów w Polsce.

Wśród badanych przez nas osób, na jedno miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej, które jest ośrodkiem lub gabinetem prywatnym wskazała niemal połowa badanych (**47,6%**). 8,5% pracuje terapeutycznie w jednym miejscu, które jest utrzymywane ze środków publicznych (najwięcej w tej grupie jest osób, które pracują w poradniach/ośrodkach leczenia uzależnień i poradniach

psychologiczno-pedagogicznych). Ponad jedna trzecia (36,9%) pracuje psychoterapeutycznie w dwóch miejscach, a trochę ponad 6% w trzech lub więcej miejscach (wykres nr 5).

Wykres nr 5. Liczba miejsc w których (psychoterapeutycznie) pracują badane osoby



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Sprawdziliśmy też, czy jest różnica pomiędzy psychoterapeutkami a psychoterapeutami, jeśli chodzi o liczbę miejsc, w których pracują (tabela nr 3).

Tabela nr 3. Liczba miejsc, w których pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci

	% badanych kobiet	% badanych mężczyzn	% badanej próby
Jedno miejsce – gabinet/ośrodek prywatny	47,6	46,9	47,6
Jedno miejsce – finansowane ze środków publicznych	9,3	6,1	8,5
Dwa miejsca	36,2	40,8	36,9
Trzy i więcej miejsc	6,1	10,2	6,0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Nieznacznie więcej psychoterapeutów, w porównaniu z koleżankami po fachu, pracuje w dwóch lub trzech miejscach. Możemy też zauważyć, że w jednym miejscu swoją pracę terapeutyczną wykonuje ponad połowa badanych kobiet (56,9%), natomiast ponad połowa mężczyzn pracuje w dwóch i więcej miejscach (51%).

Największą grupę spośród badanych stanowią osoby, które pracują w jednym miejscu – ośrodku lub gabinecie prywatnym. Wzięliśmy pod uwagę tylko osoby, które zadeklarowały, że pracują terapeutycznie tylko w gabinecie prywatnym (nie ośrodku). Wyniki potwierdzają intuicyjną regułę, że im starsza osoba prowadząca psychoterapię, tym bardziej prawdopodobne, że będzie pracowała tylko w gabinecie prywatnym. Tak deklaruje połowa badanych z grupy wiekowej powyżej 60 lat, i blisko połowa badanych (48,5%) z grupy wiekowej 51–60 lat (tabela nr 4).

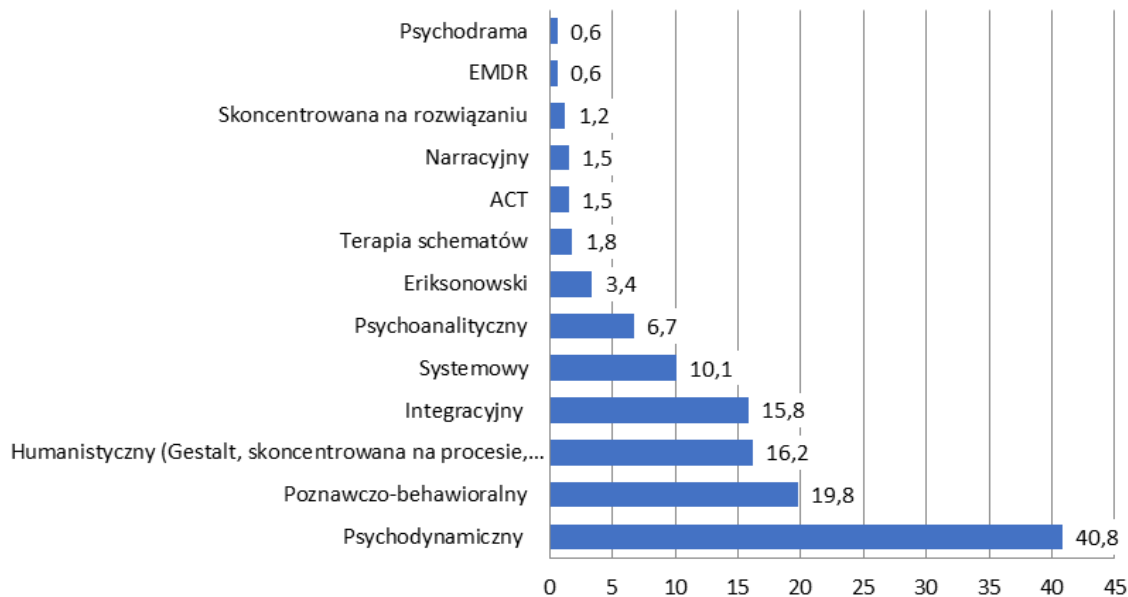
Tabela nr 4. Osoby pracujące tylko w gabinecie prywatnym w poszczególnych grupach wiekowych

Wiek	% osób z grupy wiekowej
Do 30 lat	31,6%
31– 40 lat	33,4%
41–50 lat	43,8%
51–60 lat	48,5%
Powyżej 60 lat	50,0%
Cała badana próba	38,4%

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328 (N=126)

Nurt psychoterapeutyczny/modalność psychoterapeutyczna

Badane psychoterapeutki i badani psychoterapeuci najczęściej pracują w nurcie psychodynamicznym. Na tę modalność wskazało **40,8%** badanych. Kolejne, jeśli chodzi o częstość wskazywania są nurty: poznawczo-behawioralny (**19,8%**), humanistyczny (**16,2%**), integracyjny (**15,8%**), systemowy (**10,1%**) i psychoanalityczny (**6,7%**). Dane te są zbliżone do wyników uzyskanych w pierwszej części naszego badania, ale też innych (przywoływanych powyżej) badań dotyczących psychoterapii w Polsce. W porównaniu z poprzednim etapem badań wyraźnie większa była liczba osób, deklarujących, że pracuje psychoterapeutycznie w nurcie integracyjnym (z 4,7 do 15,8 %) ¹⁰. Dane ilustrujące rozpowszechnienie poszczególnych nurtów terapeutycznych w badanej próbie przedstawia wykres nr 6.

Wykres nr 6. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby

* Humanistyczny (Gestalt, skoncentrowana na procesie, Rogeriańska, egzystencjalna)

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

¹⁰ Wzrost ten zapewne jest związany wprowadzeniem przez nas do kafeterii odpowiedzi opisywanego nurtu. W poprzednim badaniu nurt integracyjny nie był wymieniany w kafeterii. Wiele badanych osób wymieniało go w kategorii: inny nurt. Uznaliśmy, że w nowej kafeterii konieczne jest wprowadzenie nurtu integracyjnego.

Pojęcie „nurt integracyjny” jest terminem mającym umowne znaczenie w środowisku psychoterapeutycznym. Na potrzeby niniejszego opracowania przyjmujemy, że osoba pracująca w tym nurcie korzysta z technik i postaw teoretycznych więcej niż jednej modalności¹¹. Sprawdziliśmy zatem, jakie dodatkowe nurty są łączone z podejściem integracyjnym. Wśród osób, które wskazały tę odpowiedź najwięcej osób (42,3%) pracuje tylko w tym nurcie, uznając podejście integracyjne jako swój sposób pracy terapeutycznej. Dość często podejście integracyjne stosowane jest również przez osoby pracujące w nurtach humanistycznym i psychodynamicznym (tabela nr 5).

Tabela nr 5. Praca w nurcie integracyjnym i innych nurtach

Nurt	% spośród wszystkich osób, które wybrały nurt integracyjny
Psychoanalityczny	1,9
Poznawczo-behawioralny	7,7
Psychodynamiczny	15,4
Systemowy	9,6
Humanistyczny	17,3
Narracyjny	0,0
Eriksonowski	5,8
Inny	0,0
Tylko integracyjny	42,3

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328 (N=52)

W tabeli nr 6 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, w którym pracuje ponad jedna trzecia badanych do 30 roku życia (36,8%). Dużą grupę w tym przedziale wiekowym stanowią też osoby pracujące w nurcie systemowym – jej liczebność to ponad jedna czwarta (26,3%). Zwraca uwagę także, że najwięcej badanych osób w wieku pomiędzy 31 a 40 lat (43,8%), a także wieku 41-50 lat (44,6%), pracuje w nurcie psychodynamicznym. Wśród dwóch najstarszych grup naszych badanych dominuje podejście humanistyczne i integracyjne (tabela nr 6). Dane te można interpretować w kontekście zmieniającej się dostępności i popularności szkoleń w obrębie określonych nurtów wśród kolejnych roczników adeptów psychoterapii wchodzących na rynek pracy.

¹¹ Szerzej na temat integracji w psychoterapii: G. Stricker, *Integracja psychoterapii* tłum. M. Poleć-Szalonek, IPZ PTP, Warszawa 2017; *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), Enteia, Warszawa 2010.

Tabela nr 6. Wiek badanych a nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują

Nurt psychoterapeutyczny	Do 30 lat %	31-40 lat %	41-50 lat %	51-60 lat %	Ponad 60 lat %	Ogółem %
Psychoanalityczny	10,5	7,2	5,8	6,1	0,0	6,7
Poznawczo-behawioralny	36,8	24,2	12,4	18,2	0,0	19,8
Psychodynamiczny	21,1	43,8	44,6	27,3	0,0	40,8
Systemowy	26,3	7,2	7,4	24,2	0,0	10,1
Humanistyczny	0,0	11,1	21,5	27,3	0,0	16,2
Narracyjny	10,5	0,7	0,8	3,0	0,0	1,5
Ericksonowski	0,0	3,9	1,7	6,1	0,0	3,4
Integracyjny	5,3	14,4	16,5	24,2	50,0	15,8
Inny	10,5	8,5	3,3	3,0	50,0	5,7

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Biorąc pod uwagę płeć badanych osób – psychoterapeutki częściej niż psychoterapeuci i częściej niż średnia dla całej badanej próby pracują w nurtach psychodynamicznym, psychoanalitycznym, systemowym i narracyjnym. Zwraca uwagę znaczna przewaga mężczyzn (w porównaniu z całą badaną próbą) w nurtach humanistycznym, poznawczo-behawioralnym i integracyjnym (tabela nr 7).

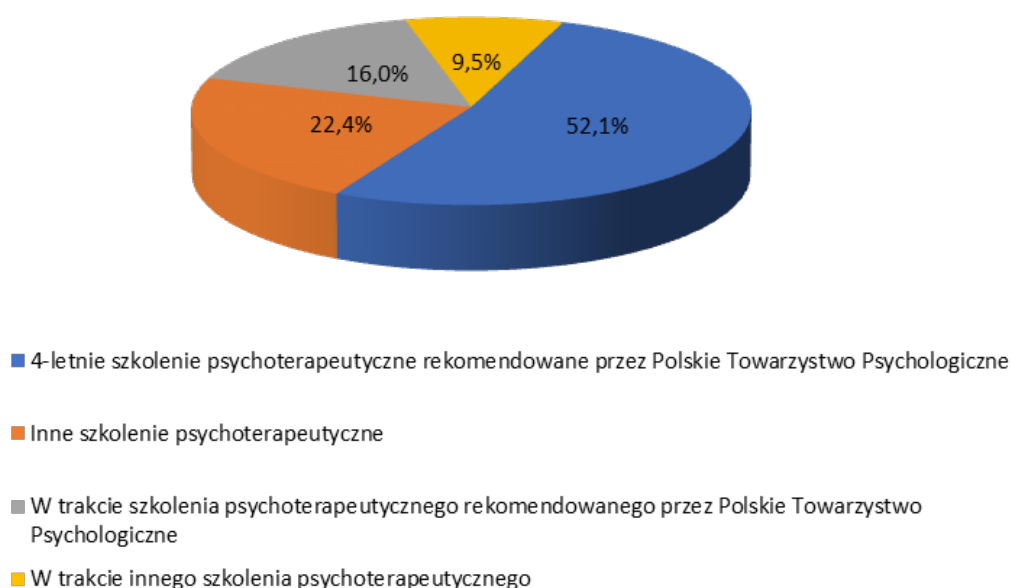
Tabela nr 7. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby, a ich płeć

Nurt psychoterapeutyczny	% kobiet biorących udział w badaniu	% mężczyzn biorących udział w badaniu	% wszystkich badanych
Psychoanalityczny	6,8	6,1	6,7
Poznawczo-behawioralny	18,3	28,6	19,8
Psychodynamiczny	42,4	30,6	40,8
Systemowy	10,4	8,2	10,1
Humanistyczny	12,9	32,7	16,2
Narracyjny	1,8	0,0	1,5
Ericksonowski	3,2	2,0	3,4
Integracyjny	14,3	24,5	15,8
Inny	5,7	10,2	6,7

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Rodzaj szkolenia psychoterapeutycznego

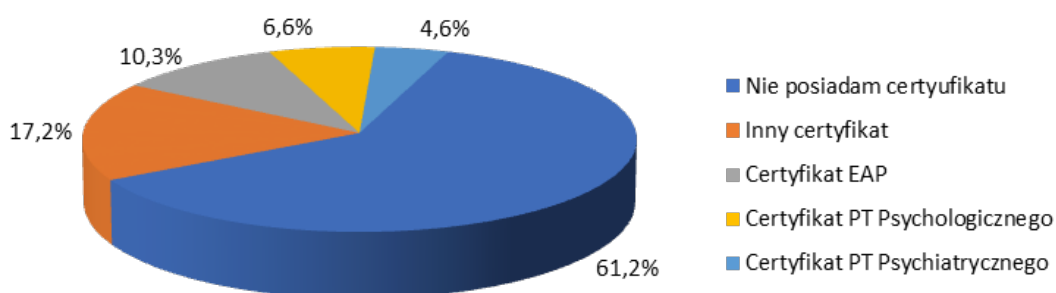
Zapytaliśmy badanych o szkolenia w zawodzie psychoterapeuty. Prawie trzy czwarte badanych przez nas osób, ukończyła (52,1%) lub jest w trakcie szkolenia (22,4%), które odbywa się w ośrodku szkolącym, szkole psychoterapii, instytucji, które posiadają rekomendację Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (wykres nr 7).

Wykres nr 7. Szkolenie psychoterapeutyczne

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Certyfikat psychoterapeutyczny

Certyfikat psychoterapeutyczny można uzyskać spełniając odpowiednie wymogi jednostek lub towarzystw certyfikujących. Certyfikaty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego czy Europejskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego (EAP – European Association of Psychotherapy) uzyskuje się w oddzielnej procedurze niż ukończenie studiów psychoterapeutycznych. Podobnie jest z certyfikatami związanymi z terapią uzależnień. Co do innych certyfikatów, często są one wynikiem ukończenia studiów psychoterapeutycznych. Przewaga badanych, którzy certyfikatu nie posiadają (61,2%), jest zapewne związana z koniecznością udziału w dodatkowej procedurze po zakończeniu szkolenia psychoterapeutycznego (wykres nr 8).

Wykres nr 8. Posiadany certyfikat psychoterapeutyczny

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

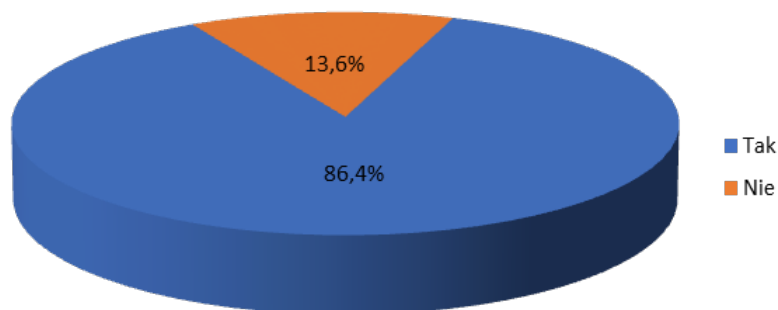
Wśród osób, które posiadają certyfikat, najpopularniejszy jest Certyfikat EAP (European Association of Psychotherapy) 10,3%, następny w kolejności Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (6,6%) i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (4,6%).

Osoby badane posiadają też certyfikaty terapeuty uzależnień – 3,6% (wydawane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i inne instytucje). Wśród osób, które posiadają certyfikaty związane z konkretnym nurtem psycho-terapeutycznym, relatywnie najwięcej jest osób z certyfikatem Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej (2,1%), Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej (1,8%) czy Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej (0,9%). 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, certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt, certyfikat Polskiej Federacji Psychoterapii, certyfikat NEST (New Experience od Survivors of Trauma) czy certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologii Analitycznej.

Psychoterapia on-line

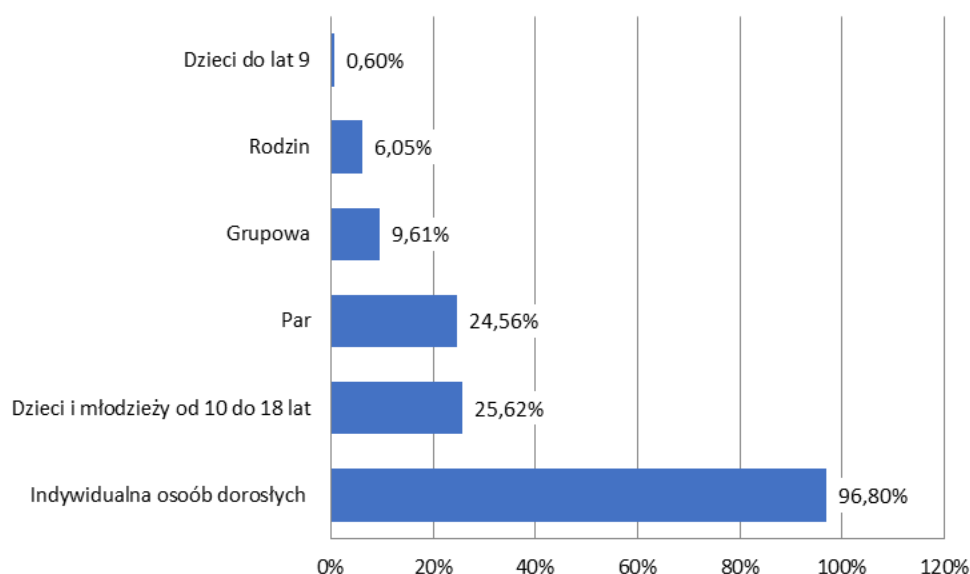
Większość badanych przez nas osób prowadziła po 1 października 2020 roku psychoterapię on-line. W porównaniu z poprzednim etapem naszego badania liczba psychoterapeutek i psychoterapeutów pracujących zdalnie spadła o niemal 8 procent – z poziomu 94,1% do 86,4% (wykres nr 9).

Wykres nr 9. Czy po 1 października 2020 prowadzi Pani/Pan psychoterapię on-line



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Wśród osób prowadzących psychoterapię on-line najwięcej było takich, które pracowały w ten sposób w ramach indywidualnej psychoterapii osób dorosłych (96,8%), w drugiej kolejności była to psychoterapia dzieci i młodzieży pomiędzy 10 a 18 rokiem życia (25,6%), trzecia pod względem częstości odpowiedzi była psychoterapia par (24,6%). Wyniki te ilustruje wykres nr 10.

Wykres nr 10. Formy psychoterapii on-line po 1 października 2020

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Interesujące wydaje się zestawienie form pracy psychoterapeutycznej on-line, z pierwszego i drugiego etapu naszego badania (tabela nr 8).

Tabela nr 8. Formy pracy terapeutycznej on-line: marzec-wrzesień 2020 versus październik 2020-marzec 2021

Forma psychoterapii on-line	% respondentów pracujących on-line – marzec-wrzesień 2020	% respondentów pracujących on-line – październik 2020 – marzec 2021	Różnica w grupie osób prowadzących terapię on-line %	Różnica w poszczególnych kategoriach (formach psychoterapii) %
Indywidualna osób dorosłych	95,3	96,8	+ 1,5	+ 1,6
Dzieci i młodzieży od 10 do 18 lat	32,4	25,6	– 6,8	– 11,1
Grupowa	25,4	9,6	– 15,8	– 62,3
Par	37,7	24,6	+ 13,1	– 34,8
Rodzin	18,2	6,1	– 12,1	– 66,5
Dzieci do lat 9	12,0	0,6	– 11,4	– 95,0

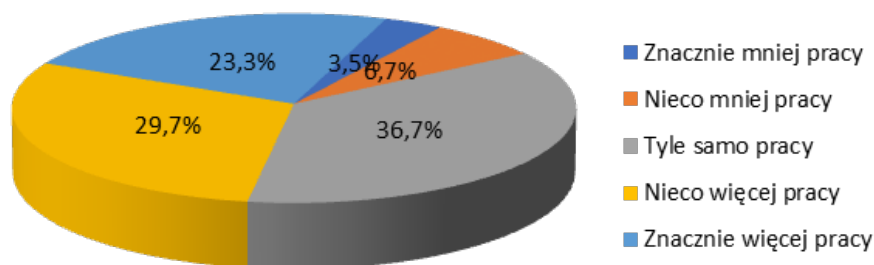
Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 23.12.2020-3.03.2021.

Zauważalna jest znaczna różnica w częstotliwości pracy w formach psychoterapii, które są szczególnie trudne do prowadzenia on-line. Można założyć, że najczęściej psychoterapeutki i psychoterapeuci rezygnowali z pracy on-line z dziećmi do lat 9, rodzinami i grupami. Gdy pojawiły się możliwości zmiany sposobu pracy ze zdalnej na bezpośrednią zmiany dotknęły przede wszystkim tych form psychoterapii, które przed pandemią wydawały się niemożliwe bądź bardzo trudne do prowadzenia w wersji on-line.

Ocena ilości pracy psychoterapeutycznej

Poprosiliśmy badane osoby o określenie ilości pracy terapeutycznej w drugim okresie pandemii (od października 2020 do marca 2021) w porównaniu z pierwszym okresem a (od marca do września 2020) analizowanym przez nas podczas pierwszego etapu badania. Najczęściej wybieranym wskazaniem była wprowadzić odpowiedź tyle samo pracy (36,7%), ale zdecydowanie większość wskazała, że pracy terapeutycznej było więcej (63%), z czego 29,7% „nieco więcej”, a 23,3% „znacznie więcej”. Warto zwrócić uwagę, że niewiele ponad 10% wskazało, że pracy jest mniej (wykres nr 11).

Wykres nr 11. Ocena ilości pracy terapeutycznej po 1 października w porównaniu do okresu od marca do września 2020

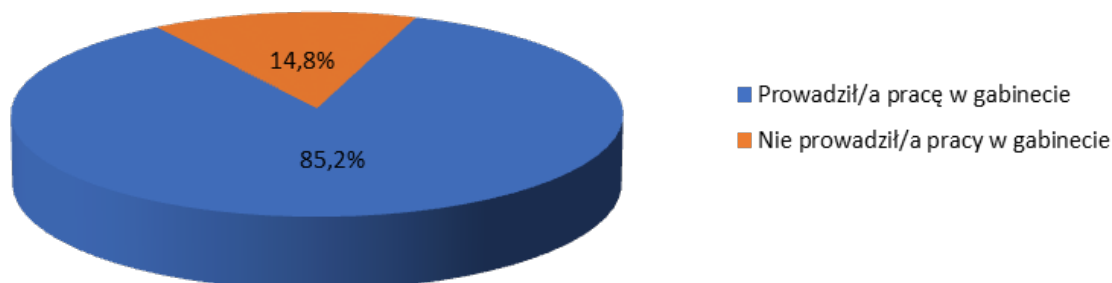


Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Praca w gabinecie

Po 1 października 2020 większość badanych – oprócz pracy on-line, pracowała też w na żywo, spotykając się z pacjentami/klientami w gabinecie. Osób, które nie pracowały w gabinecie jest niecałe 15 procent (14,8%). Proporcje te przedstawia wykres nr 12.

Wykres nr 12. Praca w gabinecie po 1 października 2020



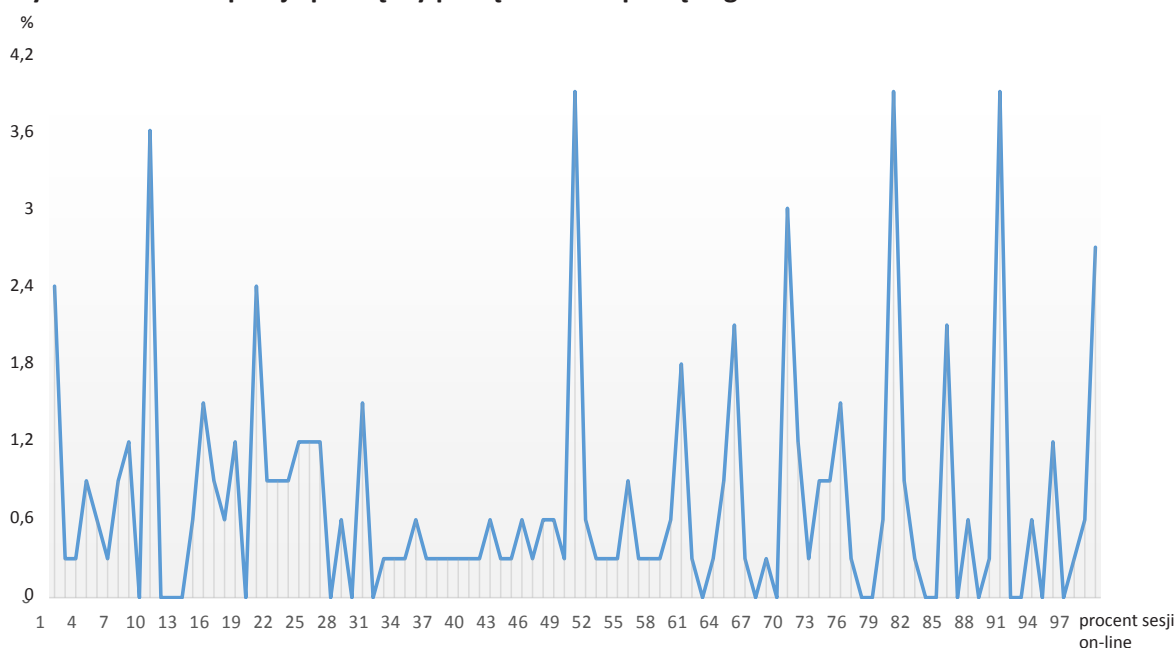
Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Proporcja pomiędzy liczbą sesji on-line a sesjami w gabinecie

W czasie po 1 października 2020 praca terapeutyczna odbywała się zarówno w formie on-line, jak i w gabinecie. Zdecydowana większość osób spotykała się z pacjentami/klientami zarówno na żywo jak i on-line. Liczba sesji on-line oraz tych, odbywających się w gabinecie była podobna. Badane

osoby zapytaliśmy o proporcję pomiędzy sesjami on-line a sesjami na żywo. Średnia wyniosła 51% na rzecz sesji on-line (wykres nr 13).

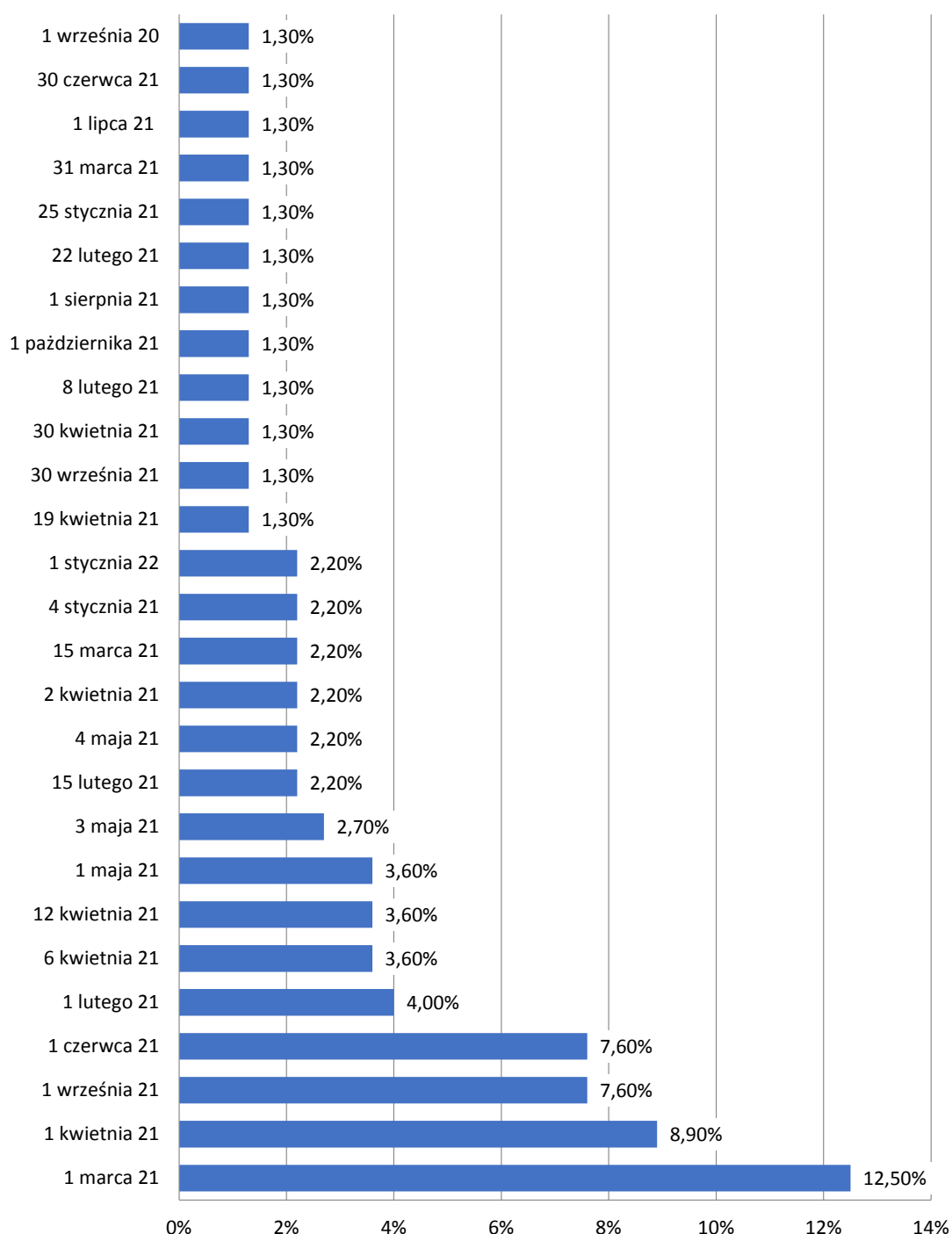
Wykres nr 13. Proporcje pomiędzy pracą on-line a pracą w gabinecie



Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Powrót do pracy w gabinecie w pełnym wymiarze

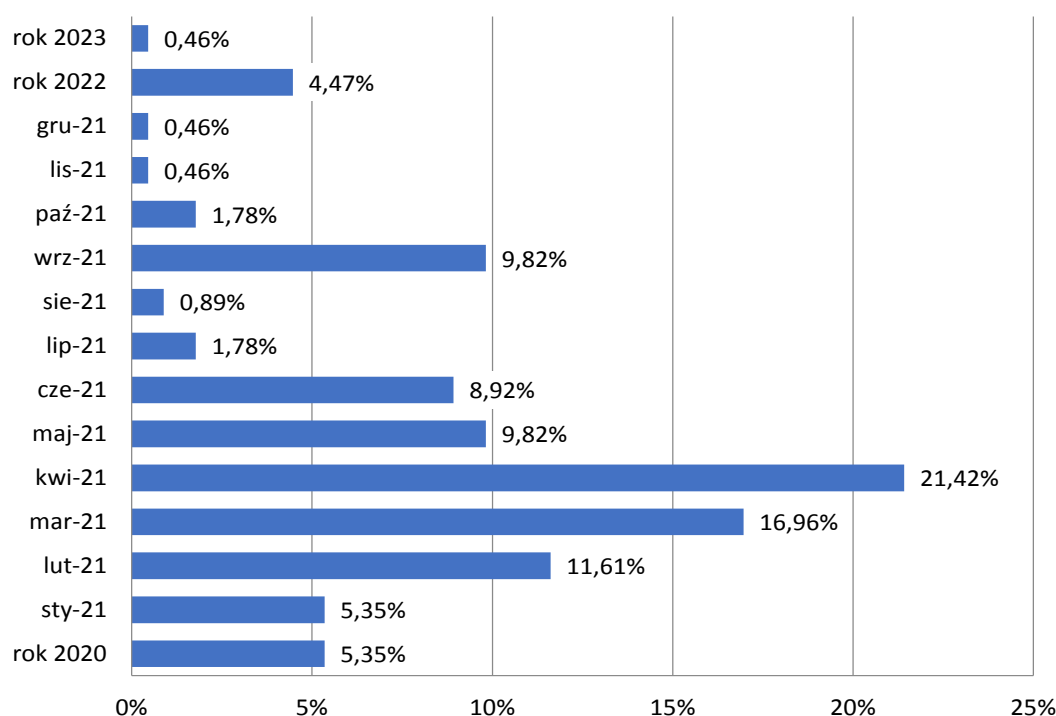
Przypomnijmy, że nasze badanie trwało od 30 grudnia 2020 do 12 marca 2021. W czasie zbierania danych sytuacja epidemiczna zmieniała się. Nasze pytanie o pełny powrót do pracy w gabinecie dotyczyło zarówno woli psychoterapeutek i psychoterapeutów, jak i ich przewidywań dotyczących rozwoju sytuacji pandemicznej. Dodajmy też, że niektóre z badanych osób jeszcze przed lub w trakcie trwania badania powróciły do pracy w gabinecie. Najczęściej wskazywaną datą był 1 marca 2021, drugą w kolejności datą był 1 września 2021, kolejne to 1 lutego 2021 i 12 kwietnia 2021. Na tej podstawie możemy powiedzieć, że badane przez nas osoby spodziewały się pełnego powrotu do gabinetu wiosną 2021 roku (wykres nr 14).

Wykres nr 14. Najczęściej wskazywane daty pełnego powrotu do pracy w gabinecie

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Wskazywane przez badanych daty powrotu do gabinetów umieściliśmy na osi czasu z podziałem na miesiące w roku 2021, a także lata poprzedzające i następujące po badaniu

Najczęściej wskazywanym miesiącem pełnego powrotu do gabinetu był kwiecień 2021 (21,4%), przed wakacjami 2021 do gabinetu wróciło lub zamierza wrócić 62,5% naszych badanych. Jesienią i zimą 2021 – 12,6%, natomiast 5% zakłada pełny powrót do gabinetu w następnych dwu latach (wykres nr 15).

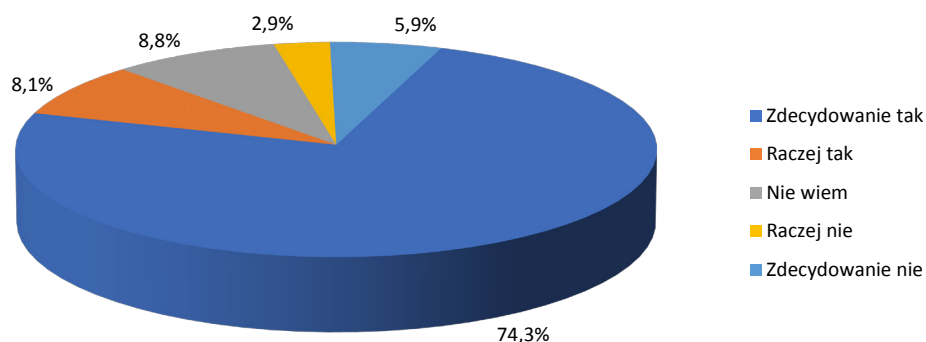
Wykres nr 15. Wskazywane terminy powrotu do pracy w gabinecie z podziałem na miesiące i lata

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Psychoterapeutki i psychoterapeuci wobec szczepień przeciwko COVID-19

Przypomnijmy, że psychoterapeutki i psychoterapeutów zakwalifikowano w Narodowym Programie Szczepień do grupy „0” wraz z innymi przedstawicielami zawodów medycznych i okołomedycznych. Grupa „0” była szczepiona przeciwko COVID-19 jako pierwsza, a zabiegi zaczęły się 28 grudnia 2020.

Zdecydowana większość osób biorących udział w badaniu deklaruwała zaszczepienie lub chęć zaszczepienia przeciwko COVID-19 – „tak” i „raczej tak” odpowiedziało 82,4% naszych badanych. Dodajmy, że zdecydowana większość tych, którzy deklarowali szczepienie przeciwko koronawirusowi, mogło to zrobić podczas trwania naszego badania (wykres nr 16).

Wykres nr 16. Czy zaszczepi się Pani/Pan, zaszczepił/a się przeciwko COVID 19?

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Środki bezpieczeństwa sanitarnego stosowane w gabinetach terapeutycznych

W gabinetach psychoterapeutycznych stosowane są powszechnie środki związane z bezpieczeństwem sanitarnym czy epidemicznym. W tabeli nr 9 uporządkowaliśmy je w kolejności rozpoczynając od tych, które są najczęściej stosowane przez psychoterapeutki i psychoterapeutów w gabinetach. Do najczęściej stosowanych należą zachowywanie odległości powyżej dwóch metrów pomiędzy osobami w gabinecie, wietrzenie gabinetu i dezynfekcja rąk przed i po sesji.

Tabela nr 9. Środki bezpieczeństwa sanitarnego stosowane w gabinetach

Zastosowane środki	Nigdy %	Rzadko %	Czasami %	Często %	Zawsze %
Odległość pomiędzy osobami w gabinecie większa niż 2 metry	2,3	0,8	1,5	11,1	84,3
Wietrzenie gabinetu	0,8	0,4	4,7	16,7	77,5
Dezynfekcja rąk przed i po sesji	1,5	1,9	8,1	17,2	71,3
Dezynfekcja klamek	5,5	7,8	13,2	33,1	40,5
Używanie maseczki podczas sesji przez pacjenta/klienta	13,1	17,0	21,6	18,2	30,1
Używanie maseczki podczas sesji przez terapeutę	22,5	14,7	14,4	8,9	39,5
Dezynfekcja foteli/krzeseł	2,3	14,2	19,3	18,1	25,2
Brak możliwości korzystania z poczekalni	33,1	7,4	11,3	17,5	30,7
Brak możliwości płacenia gotówką	42,7	7,1	17,0	11,5	21,7
Urządzenie do ozonowania powietrza	67,2	1,6	9,2	8,8	13,2
Torebki na zużyte chusteczki zabierane przez pacjentów	75,6	4,7	2,4	3,9	13,4
Używanie przyłbicy podczas sesji przez terapeutę	73,1	6,7	9,9	4,3	5,9
Używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjenta/klienta	68,0	14,6	13,0	2,0	2,4
Folia nakładana na fotele/krzesła	89,7	3,2	1,6	1,2	4,4
Szyba pleksi pomiędzy terapeutką/tą a pacjentem/klientem	90,6	3,9	2,4	0,8	2,4
Inne	75,5	0,9	0,9	5,5	17,3

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

Wśród wskazań „inne”, badane osoby jako stosowane zawsze wymieniły: oczyszczacz powietrza, lampy UV, oczyszczacz powietrza z filtrem węglowym, przyjmowanie pacjentów/klientów, którzy są ozdrowieńcami lub są zaszczepieni, specjalny kosz na odpady, dezynfekcję powierzchni płaskich w gabinecie, ankietę dotyczącą styczności z osobami zakażonymi koronawirusem w ciągu ostatnich dwóch tygodni czy mierzenie temperatury pacjentom/klientom.

W porównaniu z poprzednim etapem badań wzrosła liczba badanych osób, które podczas sesji używały maseczki (terapeutów, jak i pacjentów/klientów). Odpowiedź „zawsze” w przypadku pacjenta/klienta wskazało 30,1% badanych, w poprzednim badaniu było to 9,1 %. W przypadku

terapeutki/terapeuty odpowiedź „zawsze” wskazało 39,5% badanych, w poprzednim badaniu było to 11,3% badanych. Zmiana wynikać może z przyzwyczajenia do możliwości pracy w masce, większego zagrożenia epidemicznego, proporcjonalnie większej liczby pacjentów/klientów w gabinetach, a także rzadszego używania przez oboje strony sesji terapeutycznych przyłbic. Odpowiedź „często” lub „zawsze” jeśli chodzi o używanie przyłbicy przez terapeutę była wskazywana w drugim etapie badania przez 10,2%, w pierwszym etapie badania przez 21,8% badanych, natomiast używanie przyłbicy przez pacjenta/klienta często lub zawsze było wskazywane przez 4,4% badanych w drugim etapie, w porównaniu do 9,8% w pierwszym etapie naszego badania. Wpływ na to miało zapewne wskazanie przez ekspertów zajmujących epidemiologią, że przyłbice nie są same w sobie skutecznym sposobem na zatrzymywanie transmisji koronawirusa. Zwraca też uwagę znaczny wzrost wskazań na urządzenia do ozonowania powietrza i wskazywanie przez badanych lampy UV czy oczyszczacze powietrza. Zawsze lub często urządzeń do ozonowania powietrza używa 22% badanych; w poprzednim etapie badania było 7% respondentów. Wpływ na to ma zapewne dostępność urządzeń i przekonanie, że urządzenia (dzięki wmontowanym lampom UV) oczyszczają powietrze w pomieszczeniu z bakterii, drobnoustrojów czy patogenów.

Tabela nr 10. Środki bezpieczeństwa sanitarnego stosowane w gabinetach – kobiety a mężczyźni

Zastosowane środki	Nigdy %		Rzadko %		Czasami %		Często %		Zawsze %	
Płeć K/M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Odległość pomiędzy osobami w gabinecie większa niż 2 metry	1,8	5,6	0,4	2,8	1,3	2,8	11,6	8,3	84,9	80,6
Wietrzenie gabinetu	0,5	2,7	0,0	2,7	4,1	8,1	14,9	27,0	80,5	59,5
Dezynfekcja rąk przed i po sesji	1,3	2,7	1,3	5,4	7,1	13,5	16,5	21,6	73,7	56,8
Dezynfekcja klamek	4,5	10,8	6,9	13,5	12,3	18,9	32,7	35,1	43,6	21,6
Używanie maseczki podczas sesji przez pacjenta/klienta	13,1	13,5	13,4	32,4	22,1	18,9	17,6	21,6	32,9	13,5
Używanie maseczki podczas sesji przez terapeutę	19,5	40,5	14,0	18,9	15,4	8,1	8,1	13,5	43,0	18,9
Dezynfekcja foteli/krzeseł	23,4	22,2	11,9	27,8	17,9	27,8	18,9	13,9	28,0	8,3
Brak możliwości korzystania z poczekalni	32,6	36,1	8,1	2,9	10,9	13,9	19,0	8,3	29,4	38,9
Brak możliwości płacenia gotówką	50,0	41,5	6,9	8,3	18,0	11,1	12,0	8,3	21,7	22,2
Urządzenie do ozonowania powietrza	67,4	65,7	1,9	0,0	9,3	8,6	9,8	2,9	11,6	22,9
Torebki na zużyte chusteczki zabierane przez pacjentów	75,2	77,9	4,6	5,6	2,8	0,0	4,1	2,8	13,3	13,9
Używanie przyłbicy podczas sesji przez terapeutę	71,0	86,1	6,5	8,3	11,5	0,0	4,8	2,8	6,5	2,8
Używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjenta/klienta	67,3	72,2	14,7	13,9	13,4	11,1	1,8	2,8	2,8	0,0
Folia nakładana na fotele/krzesła	88,9	94,4	3,7	0,0	1,9	0,0	1,4	0,0	4,2	5,6
Szyba pleksi pomiędzy terapeutą/tą a pacjentem/klientem	89,0	100,0	4,6	0,0	2,8	0,0	0,9	0,0	2,8	0,0

Źródło: badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328

W przypadku większości kategorii, kobiety i mężczyźni z podobną intensywnością stosowali środki bezpieczeństwa sanitarnego. W tabeli nr 10 zaznaczyliśmy różnice we wskazaniach, które przekraczały 10 procent. Mężczyźni mniej chętnie dezynfekują ręce, zdecydowanie rzadziej używają maseczki podczas sesji, rzadziej też dezynfekują fotele czy krzesła w gabinecie. Kobiety z kolei rzadziej używają urządzeń do ozonowania powietrza i częściej niż mężczyźni używają szyby pleksi pomiędzy terapeutka a pacjentem/klientem.

III. Kondycja psychiczna psychoterapeutek i psychoterapeutów

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. O wyjątkowości sytuacji pandemii polegającej na tym, że zarówno klienci/pacjenci, jak i terapeuci i terapeutki doświadczają zasadniczo podobnych trudności i związanych z nimi napięć emocjonalnych pisaliśmy w pierwszej części raportu¹². Przedłużająca się sytuacja kryzysu wynikającego z pandemii sprawia, że wiele z wcześniej sformułowanych przez nas wniosków jest w dalszym ciągu aktualnych¹³.

Ponieważ samopoczucie psychiczne jest doświadczane subiektywnie, podobnie jak w pierwszym etapie badań uznaliśmy, że punktem odniesienia potencjalnych zmian, pojawiających się w czasie pandemii będzie to, jak badani czują się zazwyczaj. Punktem wyjścia refleksji badanych nad wpływem pandemii na ich kondycję psychofizyczną było pytanie o ich ogólnie rozumiane samopoczucie w czasie pandemii w porównaniu z tym, jak czuli się zazwyczaj. W pytaniu tym nieoddzielanie aspektu psychicznego od somatycznego wynikało ze świadomości ścisłych powiązań pomiędzy nimi. Następnie zadaliśmy badanym szereg pytań dotyczących pewnych kluczowych objawów, które można zakwalifikować jako reakcje psychosomatyczne, nerwicowe, depresyjne bądź wskazujące na próby radzenia sobie ze stresem za pomocą zażywania substancji psychoaktywnych oraz zachowań kompulsywnych. 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)¹⁴.

Adaptując się do obciążeń wynikających z sytuacji zewnętrznej, jednostki wdrażają dostępne metody i testują ich skuteczność. Opanowanie reguł postępowania w nowej sytuacji oraz znalezienie subiektywnie skutecznych sposobów obniżania napięcia pozwala zwiększać zakres przystosowania do otaczającej rzeczywistości. Na działanie tego mechanizmu wskazują wyniki pierwszego etapu naszych badań, w których zestawiliśmy ze sobą ogólne oceny samopoczucia badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w pierwszych miesiącach pandemii (w marcu i kwietniu 2020 roku) oraz w okresie późniejszym (od maja do końca września 2020 roku). Zestawienie to pozwala zauważyć efekt odbudowywania względnej równowagi po początkowym, wyraźnym jej zakłóceniu i pogorszeniu samopoczucia psychofizycznego.

Konfrontacja wyników z pierwszego i drugiego etapu naszych badań wskazuje na odwrócenie omówionej powyżej tendencji. Od października 2020 roku do marca 2021 (w porównaniu z okresem od maja do września 2020) o około 4 punkty procentowe zmniejszył się odsetek osób deklarujących, że ich samopoczucie było „takie samo jak zwykle”. Równocześnie zwiększyła się liczba osób deklarujących samopoczucie nieco gorsze (o niecałe 10 punktów procentowych) i znacznie gorsze niż zwykle

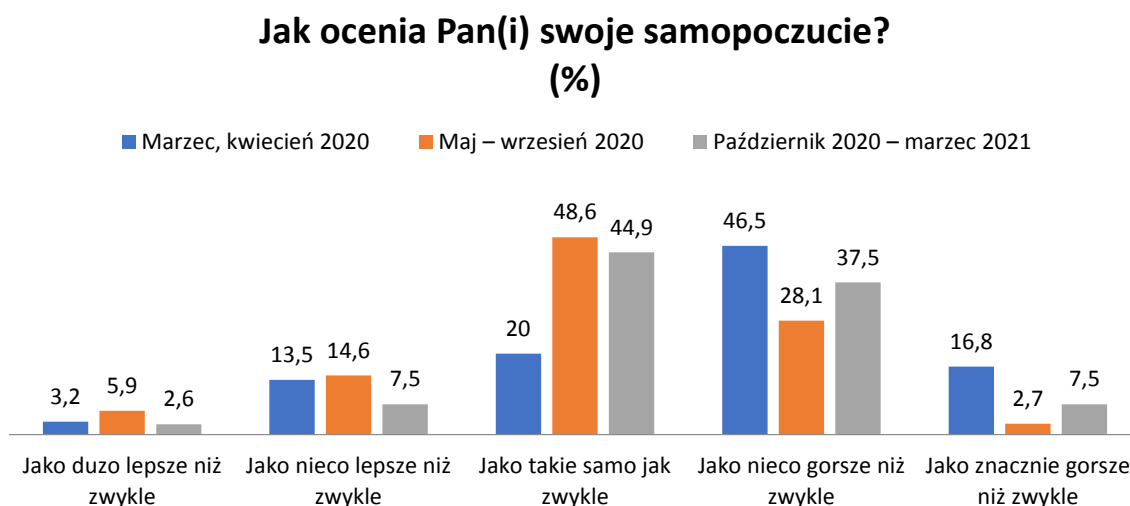
¹² M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, op. cit.

¹³ Ibidem.

¹⁴ <http://www.zdrowiepsychiczne.org/zbadaj-swoja-kondycje-psychiczna.html> [dostęp: 13.04.2021]

(o około 5 punktów procentowych). Przytoczone wyniki wciąż jednak wskazują na subiektywnie lepszą ocenę samopoczucia badanych niż na samym początku pandemii. Równocześnie jednak, najnowszy pomiar ujawnił relatywnie najniższe odsetki osób oceniających swoje samopoczucie jako znacznie lepsze bądź nieco lepsze niż zwykle (wykres nr 17).

Wykres nr 17. Ocena samopoczucia badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w kolejnych okresach pandemii



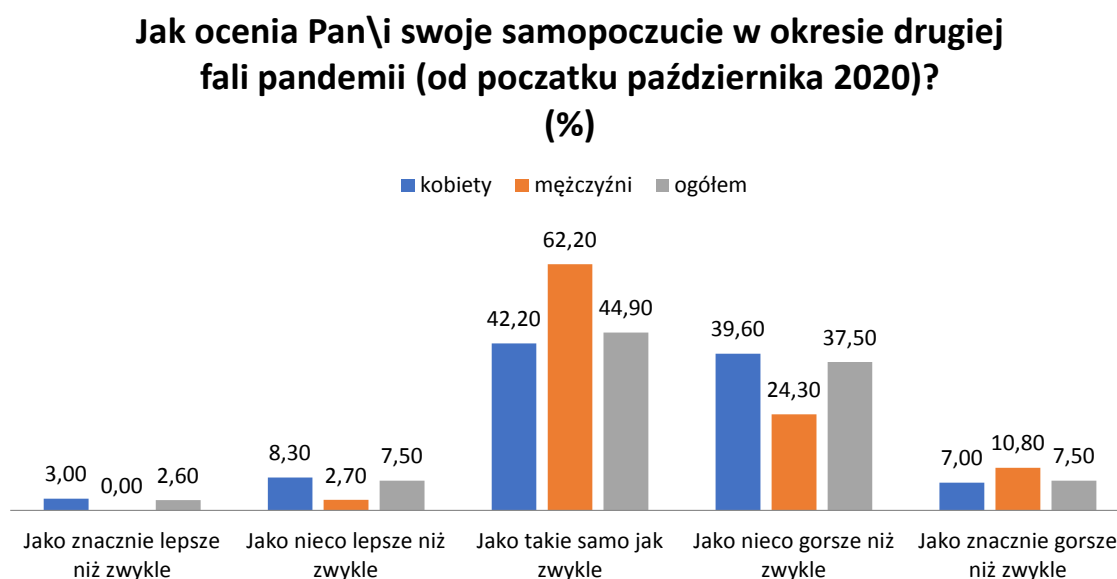
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Różnice wyników zaprezentowanych na wykresie nr 17 można interpretować w kategoriach współwystępowania dwóch mechanizmów – adaptacji oraz wyczerpywania się zdolności adaptacyjnych w warunkach ograniczonego wpływu na obciążającą sytuację zewnętrzną. Biorąc pod uwagę klasyczną teorię stresu Hansa Selyego, niektóre z badanych osób mogą znajdować się na etapie adaptacji do stresorów, podczas gdy u innych mogą pojawiać się już pewne objawy wyczerpania emocjonalnego. Objawy te mogą ulegać nasileniu wraz z przedłużaniem się sytuacji stresogennej (czy nawet przechodzeniem jej w stan chroniczny) bądź wyraźnym nasileniem stresorów związanych na przykład z doświadczeniem skutków pandemii w bezpośrednim otoczeniu.

Porównanie deklaracji dotyczących zmian subiektywnie ocenianego samopoczucia w okresie drugiej fali pandemii w poszczególnych kategoriach społeczno-demograficznych wskazuje, że kobiety rzadziej niż mężczyźni oceniały swoje samopoczucie jako takie samo jak zwykle oraz częściej niż mężczyźni odczuwały zmiany na gorsze¹⁵ (wykres nr 18).

¹⁵ Podstawą porównania była łączna liczba osób oceniających swoje samopoczucie jako nieco gorsze i jako znacznie gorsze niż zwykle wśród przedstawicieli obu płci.

Wykres nr 18. Ocena samopoczucia od początku października 2020 roku a płeć



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

W przypadku kategorii wyodrębnionych na podstawie wieku oraz miejsca zamieszkania nie odnotowaliśmy różnic tworzących wyraźne tendencje. Zgromadzone przez nas dane wskazują natomiast, że odpowiedzi reprezentantów/ek niektórych nurtów terapeutycznych wyraźnie różniły się od ogółu badanych. Największe różnice dotyczyły osób oceniających swoje samopoczucie jako takie samo jak zwykle oraz nieco gorsze niż zwykle. Dane te obrazuje tabela nr 11.

Tabela nr 11. Ocena samopoczucia od początku października 2020 roku a nurt terapeutyczny

Nurt terapeutyczny	Jak ocenia Pan/i swoje samopoczucie w ostatnim czasie (od początku października 2020)?				
	Jako znacznie lepsze niż zwykle	Jako nieco lepsze niż zwykle	Jako takie samo jak zwykle	Jako nieco gorsze niż zwykle	Jako znacznie gorsze niż zwykle
	%				
Psychoanalityczny	5,6	5,6	27,8	50,0	11,1
Poznawczo-behawioralny	7,8	7,8	47,1	27,5	9,8
Psychodynamiczny	2,6	9,6	38,3	42,6	7,0
Systemowy	0,0	10,7	46,4	35,7	7,1
Humanistyczny	4,9	9,8	48,8	34,1	2,4
Narracyjny	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3
Ericksonowski	0,0	12,5	62,5	25,0	0,0
Integracyjny	0,0	9,8	48,8	36,6	4,9
Inne	7,1	21,4	28,6	35,7	7,1

Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Zaprezentowane dane pozwalają podzielić badanych reprezentujących poszczególne modalności na cztery grupy:

Pierwsza z nich obejmuje osoby pracujące w nurtach: systemowym, humanistycznym, psychodynamicznym i integracyjnym, które uzyskały bardzo podobne odsetki do ogółu badanych (różnice sięgały maksymalnie około 5 punktów procentowych).

W drugiej grupie znaleźli się terapeuci pracujący w nurcie psychoanalitycznym, pośród których odsetek osób deklarujących samopoczucie takie samo jak zwykle był znacznie niższy niż populacji ogólnej (27,8% wobec 44,9%), a liczba osób oceniających swoje samopoczucie jako nieco gorsze niż zwykle była znacząco wyższa niż w przypadku ogółu badanych (50% wobec 37,5%).

Trzecią grupę stanowiły osoby pracujące w nurcie poznawczo-behawioralnym oraz Ericksonowskim. Terapeutki i terapeuci poznawczo-behawioralni oceniali swoje samopoczucie jako takie samo jak zwykle porównywalnie do ogółu badanych (47,1% wobec 44,9%), natomiast znacząco rzadziej od nich deklarowali samopoczucie nieco gorsze niż zwykle (27,5% wobec 37,5%). Podobne tendencje odnotowano wśród terapeutów i terapeutek pracujących w nurcie Ericksonowskim. W ich przypadku odnotowaliśmy 62,5% osób oceniających swoje samopoczucie jako takie samo jak zwykle, a 25% – jako nieco gorsze niż zwykle.

W czwartej grupie badanych różnice w stosunku do populacji ogólnej są wyraźne, choć niejednoznaczne. W przypadku terapeutów/ek pracujących w nurcie narracyjnym odsetek osób oceniających swoje samopoczucie jako takie samo jak zwykle był znaczenie wyższy niż w populacji ogólnej (66,7% wobec 44,9%), żadna z badanych osób pracujących w tym nurcie nie oceniła swojego samopoczucia jako nieco gorszego niż zwykle, natomiast aż 33,3% badanych z tej grupy zadeklarowało, że po 20 października 2020 czuło się znacznie gorzej niż zwykle (wobec 7,5% w populacji ogólnej). Osoby pracujące w nurtach terapeutycznych zaklasyfikowanych jako „inne”¹⁶, rzadziej niż przedstawiciele populacji ogólnej deklarowały, że po 20 października 2020 czuły się tak samo jak zwykle (28,6% wobec 44,9%). Mniej więcej tyle samo badanych z tej grupy, co przedstawicieli ogółu czuło się nieco gorzej niż zwykle (35,7% wobec 37,5%), ale proporcjonalnie więcej z nich deklarowało samopoczucie nieco lepsze niż zwykle (21,4% wobec 7,5% w populacji ogólnej).

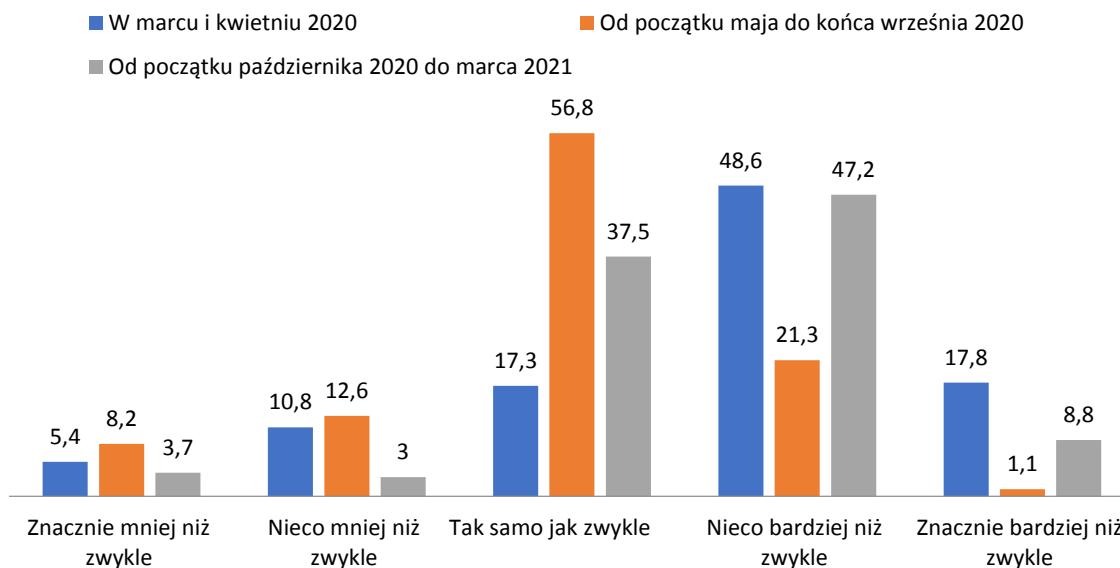
Doświadczanie stresu na co dzień

Dane dotyczące doświadczania codziennego stresu w trzech okresach pandemii obrazują tendencję polegającą na przeżywaniu relatywnie wysokiego poziomu stresu w początkowej fazie, adaptacji i spadku napięcia w fazie drugiej i ponownego jego wzrostu w fazie trzeciej (wykres nr 19).

¹⁶ Były to takie nurty jak: psychodrama, terapia schematu, terapia zorientowana na proces, terapia skoncentrowana na rozwiązaniu, terapia akceptacji i zaangażowania (ACT), EMDR oraz nurt strategiczno-strukturalny (w terapii rodzin).

Wykres nr 19. Doświadczanie stresu na co dzień w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii odczuwał(a) Pan(i) stres na co dzień? (%)



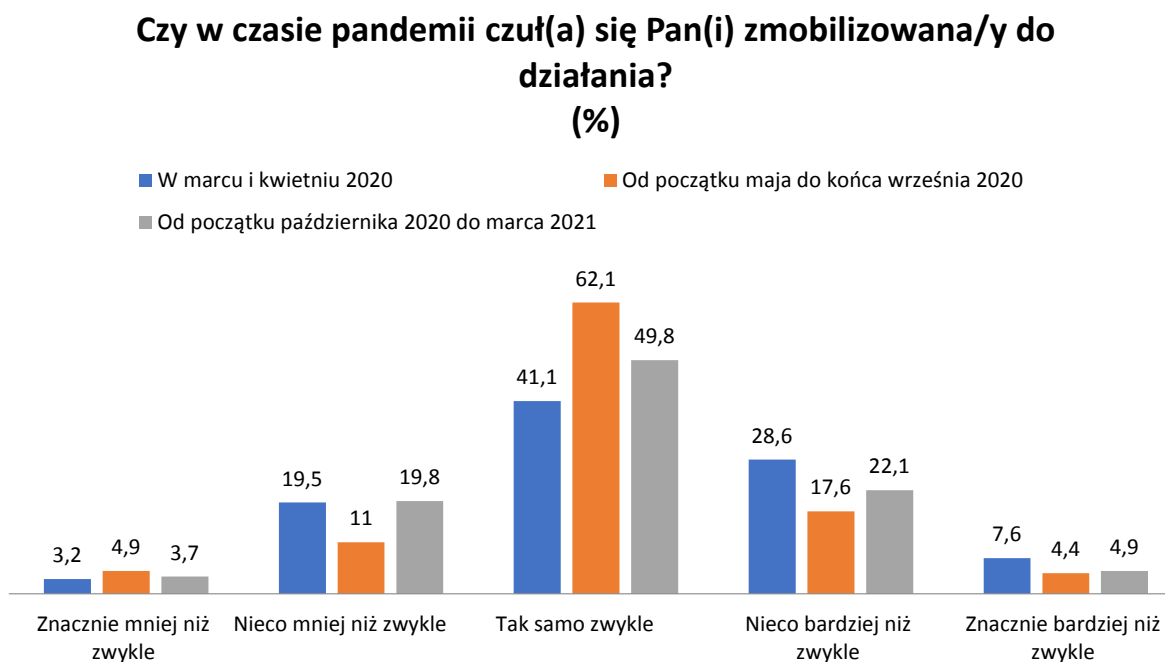
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Dane zaprezentowane na wykresie nr 19 wskazują, że po pewnej normalizacji odczuwania stresu następuje ponowny wzrost jego natężenia. Odsetek osób deklarujących, że odczuwają stres na co dzień w stopniu większym niż zwykle po 20 października 2020 wzrósł ponownie do poziomu z marca i kwietnia 2020 roku. Liczba osób oceniających natężenie codziennego stresu jako znacznie większego niż zwykle była najwyższa w marcu i kwietniu 2020 roku i wynosiła 17,8%, po czym w okresie od maja do końca września spadła do poziomu zaledwie 1,1%, a następnie – od października 2020 roku wzrosła osiągając wartość 8,8%.

Mobilizująca i demobilizująca funkcja stresu

Uzyskane przez nas wyniki wskazują na dwie przeciwstawne tendencje związane z mobilizującą i demobilizującą funkcją stresu.

Wykres nr 20. Poczucie mobilizacji do działania w trzech okresach pandemii



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Jak widać na wykresie nr 20, z jednej strony relatywnie najwyższy odsetek badanych (ponad 36%¹⁷) relacjonował, mobilizację do działania w nieco większym niż zwykle stopniu w ciągu dwóch pierwszych miesięcy pandemii. Analogiczny odsetek odpowiedzi odnoszących się do okresu od maja do końca września 2020 roku był niższy o 14 punktów procentowych, co można interpretować jako obniżenie mobilizującej funkcji stresu w okresie stopniowego zmniejszania restrykcji związanych z pandemią. Odwrócenie tej tendencji nastąpiło w okresie od października 2020 do marca 2021, kiedy omawiany odsetek wzrósł do poziomu 27%¹⁸.

U części badanych zarejestrowaliśmy tendencję odmienną. Po osłabieniu umiarkowanie demobilizującego wpływu stresu między pierwszym a drugim okresem pandemii, nastąpiło jego ponowne wzmocnienie. Odsetek osób deklaruujących mniejszą niż zwykle mobilizację do działania w okresie od października 2020 roku do marca 2021 roku praktycznie zrównał się z analogicznym odsetkiem z marca i kwietnia 2020 roku osiągając 23,5%¹⁹. Odnotowaliśmy również wahania liczby osób, które oceniały poziom swojej mobilizacji do działania na takim samym jak zwykle poziomie. W pierwszym okresie pandemii ich odsetek nieznacznie przekroczył 40%, w drugim – wzrósł o ponad 20 punktów procentowych, osiągając trochę ponad 62%, a w trzecim zmalał do poziomu niespełna 50%.

Różnice, o których mowa powyżej, mogą być związane z tym, że osoby badane znajdują się w różnych fazach procesu adaptacji do stresorów oraz doświadczają stresorów o zróżnicowanym natężeniu.

¹⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

¹⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

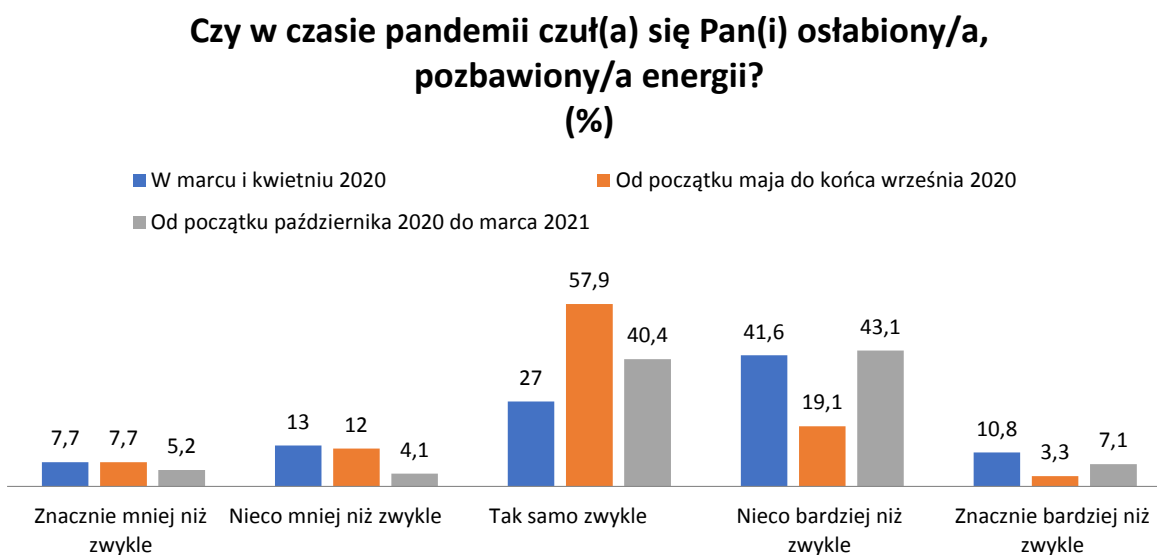
¹⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco mniej niż zwykle” i „znacznie mniej niż zwykle”.

Istotne znaczenie mają również różnice indywidualne w procesie radzenia sobie z zewnętrznymi obciążeniami, dostępne środki zaradcze oraz jakość sieci wsparcia. Zagadnienia te wymagają jednak odrębnych, pogłębionych badań.

Reakcje psychosomatyczne

Odpowiedzi na pytanie o reakcje psychosomatyczne w postaci zmęczenia i braku energii w trzech analizowanych przez nas okresach pandemii pozwalają przypuszczać, że przynajmniej część osób badanych stopniowo wchodzi w fazę wyczerpania. Po początkowej fazie szoku związanej z relatywnie intensywnym odczuwaniem zmęczenia oraz następującej po niej fazie względnej adaptacji i wynikającego z niej okresowego polepszenia samopoczucia, następuje przeciążenie i stopniowe wyczerpywanie się zasobów energii. Wyniki ilustrujące powyższą tendencję zostały zaprezentowane na wykresie nr 21.

Wykres nr 21. Poczucie osłabienia i braku energii w czasie pandemii

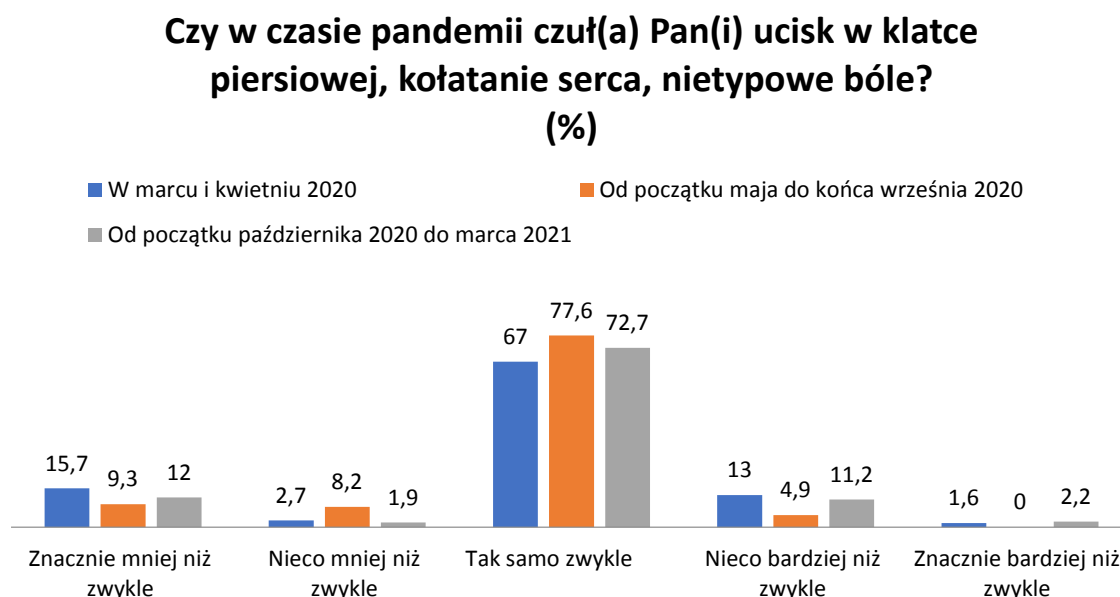


Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

W czasie od października 2020 roku do marca 2021 roku odsetek osób, które nieco bardziej niż zwykle odczuwały osłabienie i brak energii wynosił 43,1% i był najwyższy we wszystkich trzech porównywanych przez nas okresach. Ponadto odsetek osób deklarujących, że znacznie bardziej niż zwykle doświadczają wyżej wymienionych reakcji psychosomatycznych wzrósł ponad dwukrotnie w porównaniu z poprzednim okresem (z 3% do 7,1%). Oznacza to, że łączna liczba osób, które bardziej niż zwykle odczuwała zmęczenie i brak energii przekroczyła połowę ogółu badanych, i osiągnęła niemal taką samą wartość jak w pierwszych dwóch miesiącach pandemii. Równocześnie odsetek osób, które odczuwały osłabienie i brak energii na takim samym jak zwykle poziomie był najniższy na samym początku pandemii (wynosił wówczas 27%), po czym wzrósł do poziomu prawie 60% w drugim z analizowanych przez nas okresów, by ponownie spaść do poziomu nieznacznie przekraczającego 40% w trzecim okresie.

Podobny efekt, choć w mniejszej skali odnotowaliśmy w odniesieniu do wybranych dolegliwości psychosomatycznych takich jak: odczucie ucisku w klatce piersiowej, kołatanie serca czy nietypowe doznania bólowe. Jeśli potraktować łącznie odpowiedzi wskazujące na nieco większe i znacznie większe nasilenie powyższych problemów, to odsetek osób doświadczających bardziej intensywnych dolegliwości psychosomatycznych od października 2020 do marca 2021 zrównał się praktycznie z analogicznym odsetkiem z początkowych miesięcy pandemii, osiągając ponad 13%. Odsetek ten wzrósł również prawie trzykrotnie w porównaniu z okresem od maja do września 2020. Omawiane wyniki ilustruje wykres nr 22.

Wykres nr 22. Wybrane dolegliwości psychosomatyczne w trzech okresach pandemii



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Zaburzenia snu

Jedną z reakcji na stres stanowią zaburzenia snu. Podobnie jak w pierwszym etapie naszych badań pytaliśmy o natężenie trudności z zasypianiem, ponownym zaśnięciem po przebudzeniu w środku nocy oraz poczucie, że sen nie daje wypoczynku.

W okresie od października 2020 do marca 2021 prawie 40%²⁰ respondentów zadeklarowało, że w większym stopniu niż zwykle odczuwało trudności z zasypianiem z powodu zmar-twień. Była to relatywnie najwyższa liczba we wszystkich trzech porównywanych okresach. Punkt wyjścia stanowił odsetek na poziomie nieco ponad 22%²¹ w pierwszych dwóch miesiącach pandemii, który spadł o ponad połowę w ciągu następnych pięciu miesięcy. Po raz kolejny, zatem obserwujemy zwiększenie nasilenia określonych problemów psychofizycznych od momentu rozpoczęcia tzw. drugiej fali pandemii jesienią 2020 roku, po wcześniej-

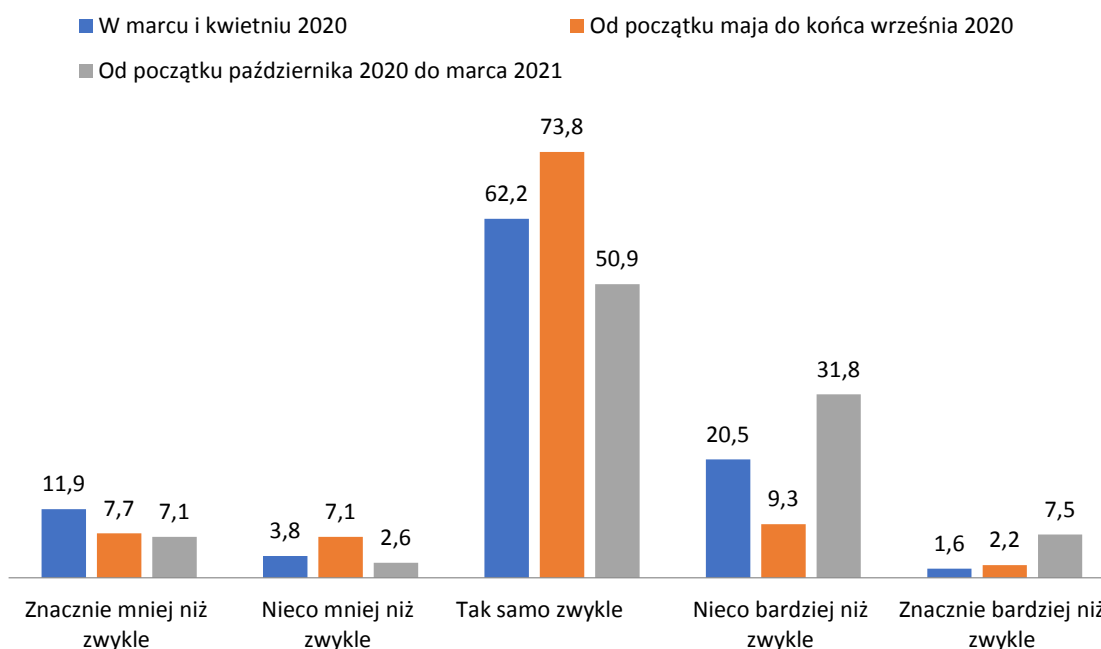
²⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

szym zmniejszeniu ich intensywności. Równocześnie odsetek osób deklarujących zwykły dla siebie poziom natężenia problemów z zasypianiem był relatywnie najniższy w okresie od października do marca i wynosił nieznacznie ponad 50% (w porównaniu z niespełną 74% w okresie od maja do września 2020 oraz nieco ponad 62% w marcu i kwietniu 2020). Analizowane dane przedstawia wykres nr 23.

Wykres nr 23. Trudności z zasypianiem w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii miał(a) Pan(i) trudności z zasypianiem z powodu zmartwień? (%)



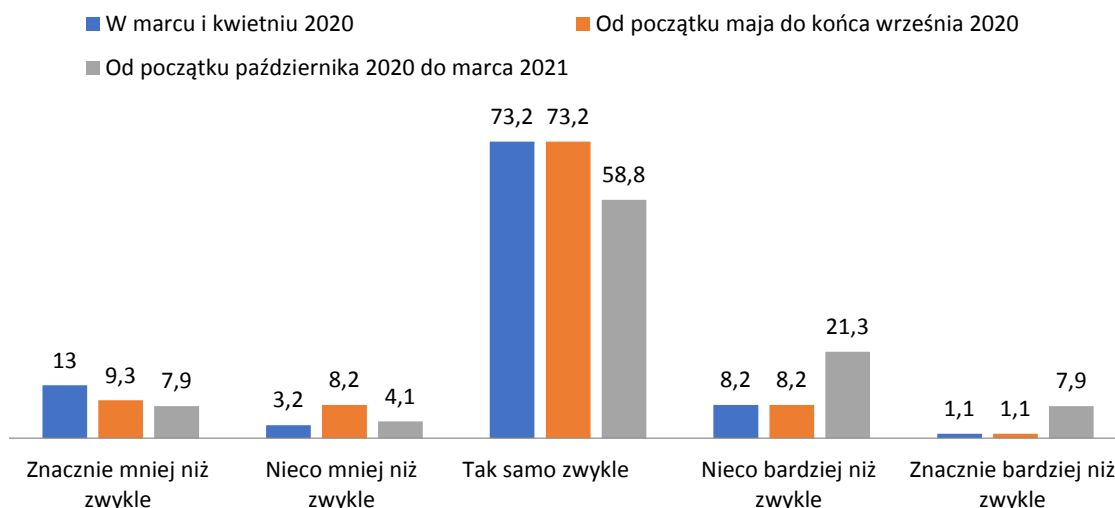
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021

W okresie od października 2020 do marca 2021 odsetek osób deklaruujących większe natężenie problemów z ponownym zaśnięciem po przebudzeniu w środku nocy wynosił prawie 30%²² i był ponad trzykrotnie wyższy niż analogiczne odsetki w pierwszym i drugim z analizowanych przez nas okresów. Równocześnie odnotowaliśmy spadek odsetka osób deklaruujących takie samo jak zwykle natężenie tych problemów o prawie 15% w porównaniu z dwoma poprzednimi okresami (z około 73% do niespełna 59%). Dane te ilustruje wykres nr 24.

²² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 24. Trudności z ponownym zaśnięciem po przebudzeniu w nocy w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii nie mógł/mogła Pan(i) ponownie zasnąć po przebudzeniu się w środku nocy? (%)



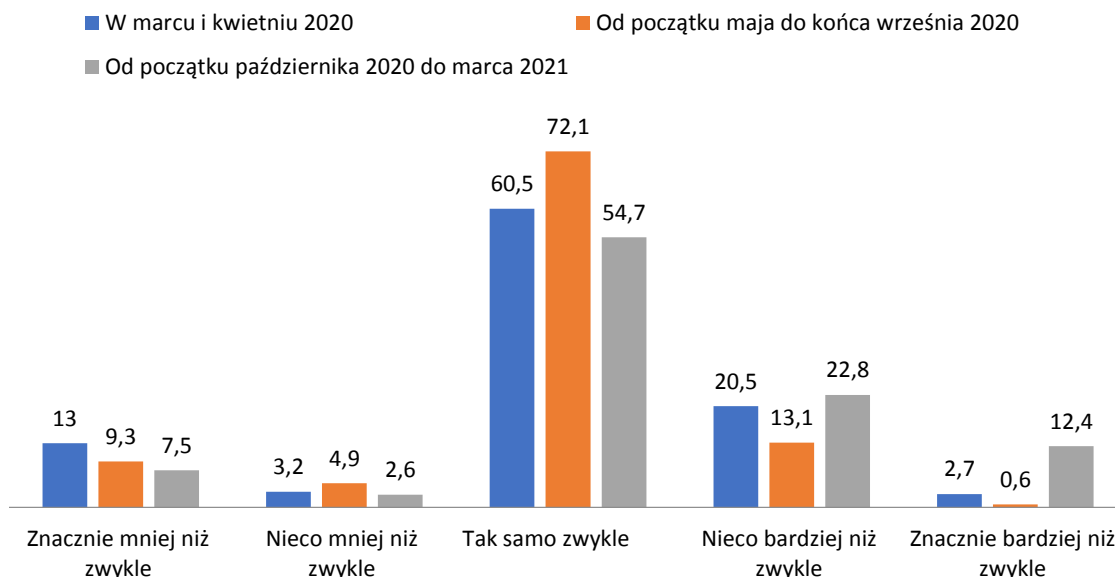
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Ponad jedna trzecia badanych deklarowała, że od października 2020 roku w większym stopniu niż zazwyczaj doświadczyła zmniejszenia regeneracyjnej funkcji snu (to znaczy, że sen nie dawał im wypoczynku)²³. Odsetek osób deklaruujących zwykły dla siebie poziom natężenia tego problemu był relatywnie najniższy w okresie od października 2020 do marca 2021, kiedy to osiągnął prawie 55%. Dla porównania analogiczne odsetki wynosiły: trochę ponad 60% w marcu i kwietniu 2020 roku i nieznacznie ponad 72% – od maja do września 2020 (wykres nr 25).

²³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 25. Poczucie braku regeneracji przez sen w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii czuł(a) Pan(i), że sen nie daje Panu/i wypoczynku? (%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Reakcje nerwicowe

Przeanalizowane przez nas dane wskazują również na relatywny wzrost natężenia reakcji nerwicowych. W zależności od konkretnych objawów, odsetek osób deklaruujących wzrost ich intensywności²⁴ w czasie drugiej fali pandemii wahał się od około 25% do około 45%.

W przypadku reakcji definiowanych przez nas w ogólnych kategoriach lęku lub silnego niepokoju, pomiędzy październikiem 2020 a marcem 2021 nastąpił wzrost natężenia tych stanów afektywnych w porównaniu okresem od maja do września 2020 (z 17%²⁵ do 27%²⁶), lecz nie został przekroczony odsetek deklaracji z pierwszych dwóch miesięcy pandemii (nieco ponad 41%²⁷). Odsetek osób deklaruujących odczuwanie lęku na zwykłym dla siebie poziomie po rozpoczęciu się drugiej fali pandemii był niższy o kilka punktów procentowych niż w poprzednim okresie (spadek z prawie 69% do 64%), lecz przewyższał o prawie 20% analogiczny odsetek w pierwszych dwóch miesiącach pandemii. Wyniki te wskazują, że z jednej strony badane osoby zdążyły w pewnym stopniu zaadaptować się do rzeczywistości pandemii, lecz z drugiej strony część z nich odczuwa podwyższony poziom lęku, stanowiącego reakcję na długotrwałe doświadczanie stresu (wykres nr 26).

²⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

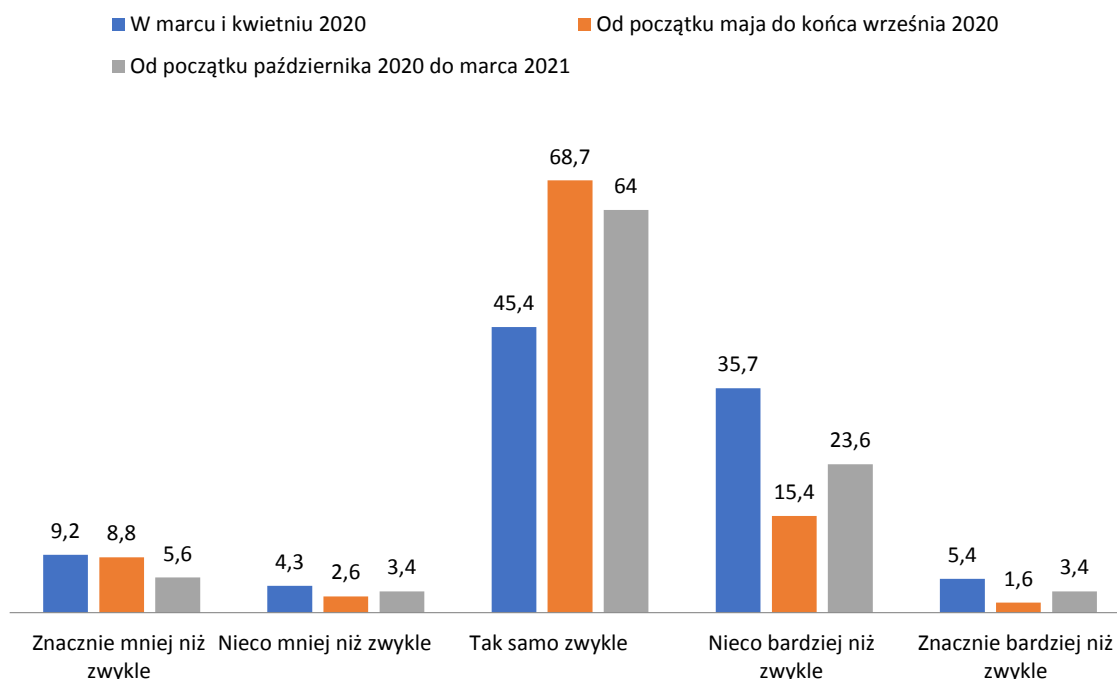
²⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 26. Odczucie lęku lub silnego niepokoju w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii czuł(a) Pan(i) lęk lub silny niepokój? (%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

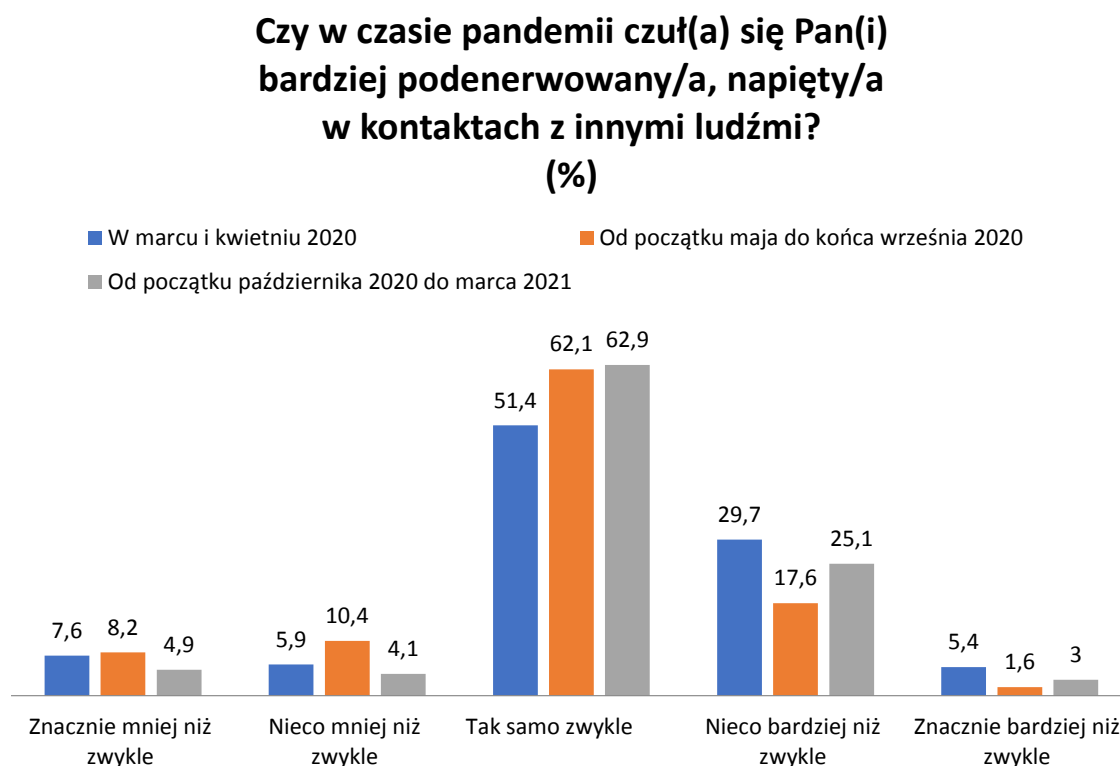
Odsetek badanych doświadczających zwykłego dla siebie poziomu napięcia w kontaktach interpersonalnych, utrzymuje się na relatywnie stałym (wynoszącym ponad 62%) poziomie od drugiego z analizowanych przez nas okresów pandemii. Równocześnie relatywnie najwięcej badanych deklaroowało nasilenie napięcia towarzyszącego kontaktom z innymi ludźmi w ciągu dwóch pierwszych miesięcy pandemii (nieco ponad 35%²⁸). Następnie odsetek ten spadł do poziomu (nieznacznie ponad 18%²⁹), by ponownie wzrosnąć do ponad 28%³⁰. Wyniki te można interpretować w kategoriach obniżania poziomu napięcia wraz z adaptacją do sytuacji pandemii (i towarzyszącego jej zmniejszania się poczucia zagrożenia) oraz ponownego jego podwyższania w sytuacji nasilenia zewnętrznych zagrożeń (co miało miejsce w czasie drugiej – jesienno-zimowej, a następnie na początku trzeciej – wiosennej fali pandemii). Wyniki te zostały przedstawione na wykresie nr 27.

²⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 27. Poczucie napięcia w relacjach interpersonalnych w trzech okresach pandemii



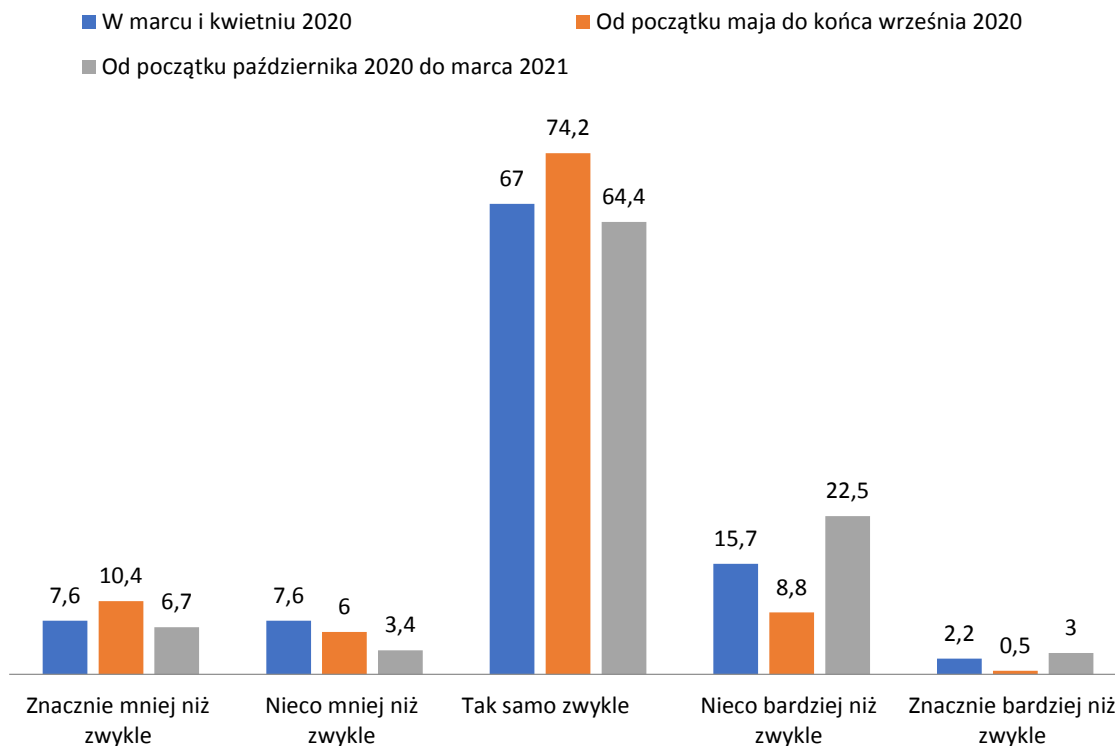
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Kolejna spośród analizowanych przez nas reakcji nerwicowych dotyczyła trudności z zebraniem i wyrażaniem myśli. Liczba osób deklarujących nasilenie tego problemu była proporcjonalnie najwyższa w okresie od października 2020 do marca 2021 i osiągnęła nieco ponad jedną czwartą (25,5%)³¹. Dla porównania odsetki te wynosiły nieco ponad 9% w okresie od maja do września 2020 i prawie 18% w marcu i kwietniu 2020. Równocześnie, w trzecim spośród analizowanych przez nas okresów pandemii odsetek osób odczuwających omawiane problemy na zwykłym poziomie spadł w porównaniu z okresem drugim o około 10% (z około 74% do około 64%) i prawie zrównał się analogicznym odsetkiem w początkowym okresie pandemii (67%). Ilustrację powyższych wyników stanowi wykres nr 28.

³¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 28. Trudności z zebraniem i wyrażaniem myśli w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii miała Pan(i) trudności z zebraniem myśli i ich wyrażeniem? (%)



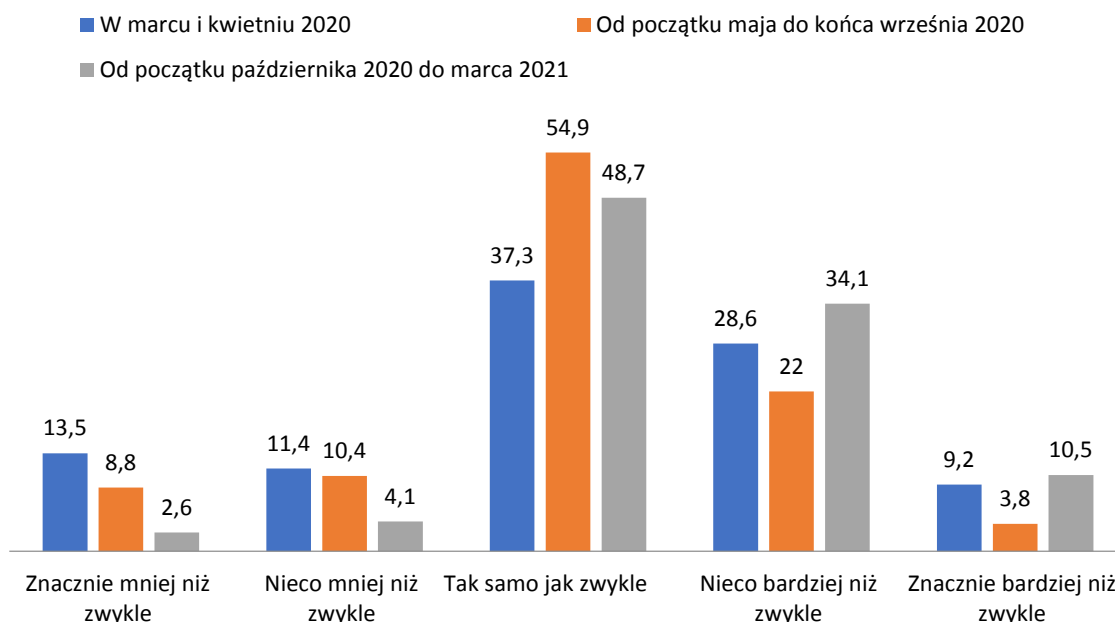
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Relatywnie największy wzrost odnotowaliśmy w przypadku proporcjonalnej liczby osób deklaruujących zwiększenie napięcia i rozdrażnienia z powodu nadmiaru spraw. W okresie od października 2020 roku wynosiła ona prawie 45%³². Odsetek ten był najwyższy we wszystkich trzech porównywanych przez nas okresach pandemii, przewyższał bowiem o około 20% analogiczny wskaźnik zarejestrowany pomiędzy majem a wrześniem 2020 oraz był o około 7% wyższy od odpowiadającego mu wskaźnika w dwóch pierwszych miesiącach pandemii (wykres nr 29).

³² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 29. Odczucia napięcia i rozdrażnienia z powodu nadmiaru spraw w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii odczuwał(a) Pan(i) napięcie i rozdrażnienie z powodu nadmiaru spraw? (%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Podsumowując wyniki dotyczące reakcji nerwicowych można stwierdzić, że pomimo adaptacji do przedłużającej się zewnętrznej sytuacji stresu, coraz więcej osób odczuwa narastające przeciążenie, które według klasycznej koncepcji Seyle'go może w pewnych warunkach przybierać postać wyczerpania.

Reakcje depresyjne

Odsetek osób, które w ostatnim spośród porównywanych przez nas okresów pandemii przejawiały nasilenie reakcji określanych jako depresyjne, wahał się w zależności od konkretnych reakcji od nieco ponad 16%³³ (negatywne myślenie o sobie, krytykowanie siebie) do nieco ponad 29%³⁴ (utrata bądź brak przeżywania przyjemności). Trochę mniej niż jedna czwarta badanych (około 24%) zadeklarowała, że w większym niż zwykle stopniu odczuwała brak siły, by radzić sobie ze swoim życiem i wszystkimi sprawami. Tyle samo badanych wskazało, że bardziej niż zwykle towarzyszyły im myśli, że sytuacja jest beznadziejna.

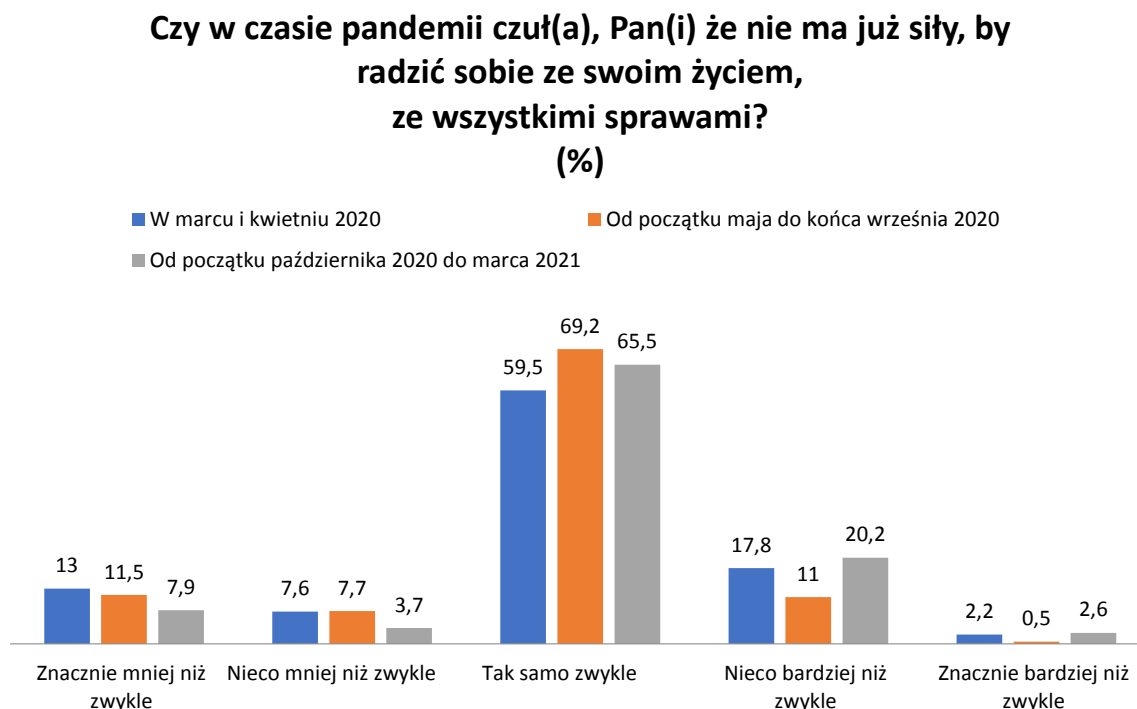
³³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

W przypadku odpowiedzi wskazujących na natężenie reakcji depresyjnych na zwykłym dla badanych poziomie odnotowaliśmy tendencję spójną z opisanymi wcześniej. W ostatnim spośród analizowanych przez nas okresów pandemii następował spadek odsetka tych odpowiedzi po jego uprzednim, relatywnym wzroście w poprzednim okresie. Odsetki osób deklaruujących większe niż zwykle poczucie, że sytuacja jest beznadziejna oraz podwyższoną skłonność do krytykowania siebie w okresie od października 2020 do marca 2021 osiągały zbliżoną wartość do analogicznych wskaźników w pierwszych miesiącach pandemii (w przypadku poczucia beznadziejności sytuacji było to około 60%, a w przypadku skłonności do krytykowania siebie – około 70%). Liczba osób mających poczucie braku siły, by radzić sobie z życiem i wszystkimi sprawami w okresie drugiej fali pandemii i na początku trzeciej fali osiągnęła poziom 65,5%. Była to wartość pośrednia pomiędzy odsetkiem analogicznych deklaracji we wcześniejszym okresie względnego luzowania obostrzeń (nieznacznie ponad 69%) oraz w pierwszych dwóch miesiącach pandemii (59,5%). Liczba osób deklaruujących przeciętny dla siebie poziom anhedonii była proporcjonalnie najniższa w okresie od października 2020 do marca 2021 i wynosiła prawie 59%. Analogiczny odsetek w okresie od maja do września 2020 roku wynosił prawie 75%, a w marcu i kwietniu 2020 – nieco ponad 62%.

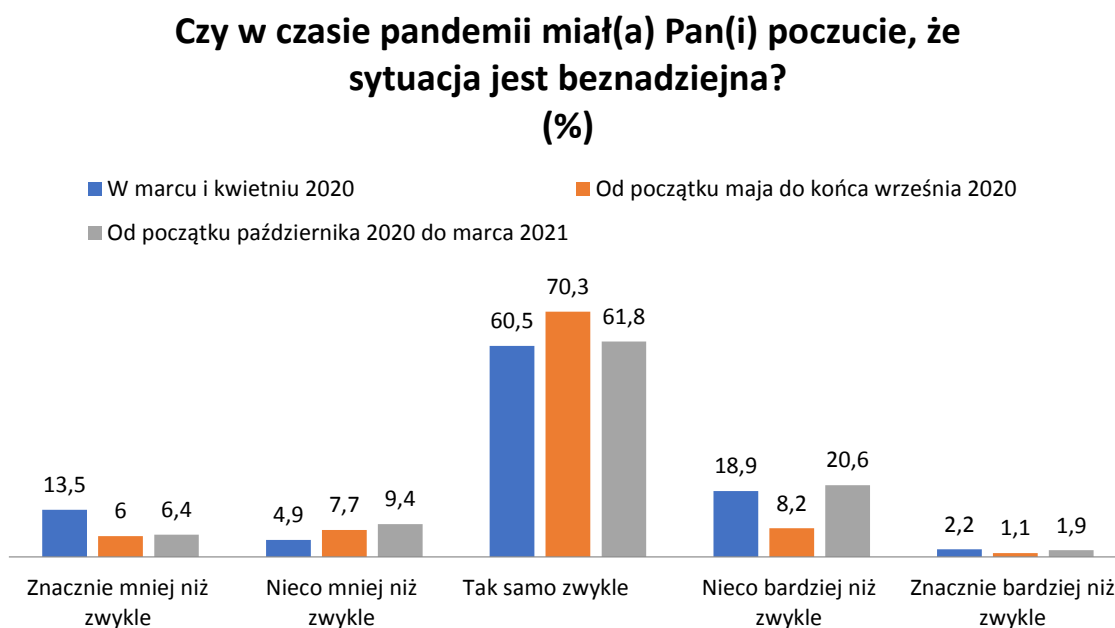
Szczegółowe rozkłady procentowe odpowiedzi na pytania dotyczące reakcji depresyjnych ilustrują wykresy nr 30–33.

Wykres nr 30. Poczucie braku siły, by radzić sobie z życiem, z wszystkimi sprawami w trzech okresach pandemii



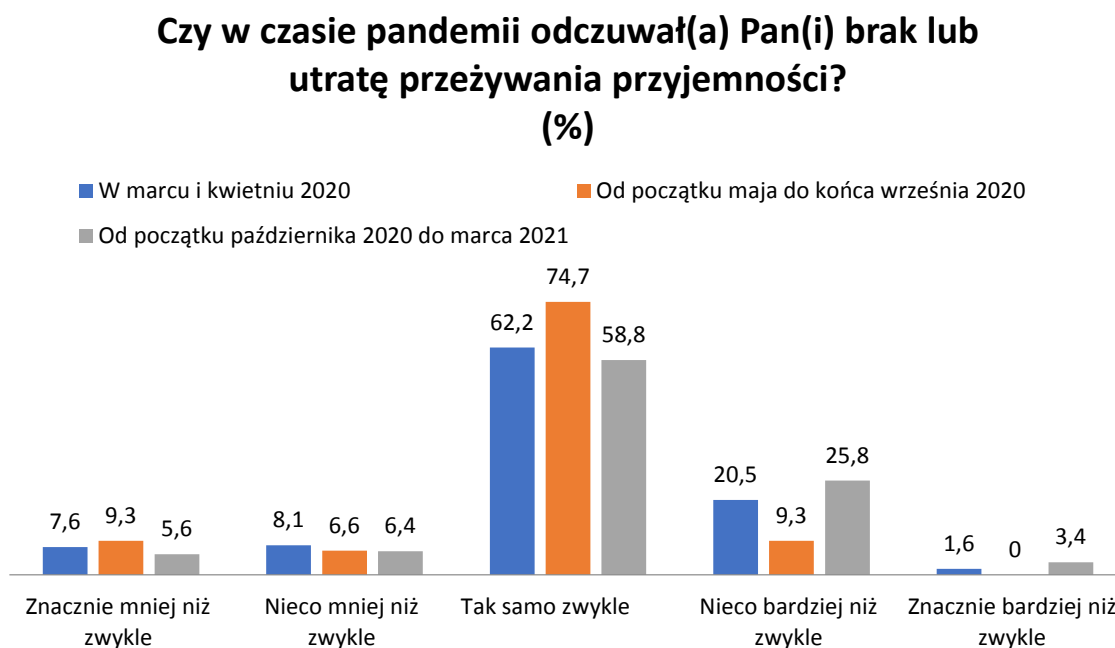
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Wykres nr 31. Poczucie beznadziei sytuacji w trzech okresach pandemii



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

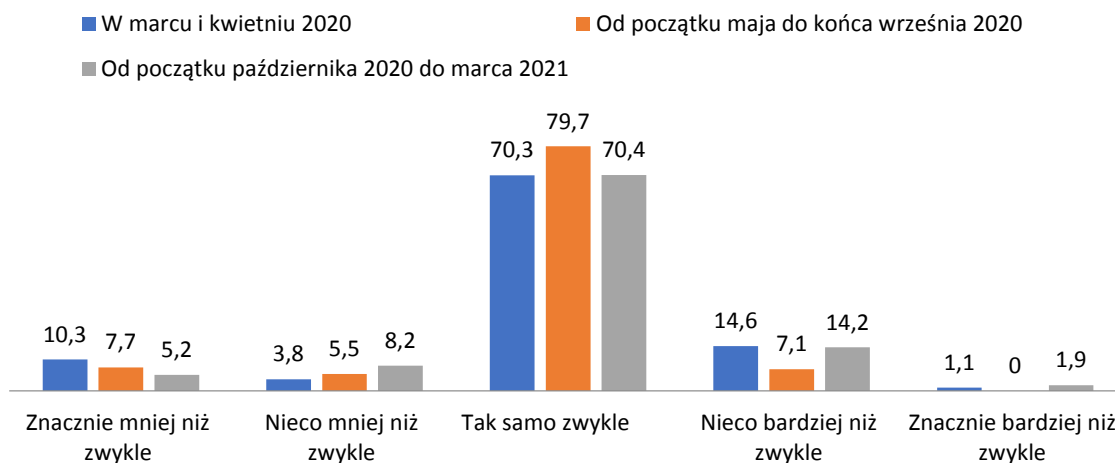
Wykres nr 32. Utrata lub brak przeżywania przyjemności w trzech okresach pandemii



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Wykres nr 33. Negatywne myślenie o sobie, obwinianie się w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii myślał(a) Pan(i) o sobie negatywnie; krytykował(a) Pan(i) siebie? (%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Reakcje związane z używaniem substancji psychoaktywnych i zachowaniami kompulsywnymi

Porównanie wyników dotyczących trzech okresów pandemii wskazuje, że od października 2020 roku odnotowaliśmy relatywnie najwyższe wskaźniki dotyczące używania alkoholu lub innych substancji w celu łagodzenia napięć. Odsetek osób deklarujących, że ten sposób unikania nieprzyjemnych stanów emocjonalnych dotyczył ich w większym stopniu niż zazwyczaj wynosił prawie 18%³⁵ (w porównaniu z niespełna 5%³⁶ w okresie od maja do września 2020 i prawie 12%³⁷ w marcu i kwietniu 2020). Równocześnie odsetek osób deklarujących zwykły dla siebie poziom natężenia omawianych zachowań związanych z alkoholem i innymi substancjami był relatywnie najniższy w okresie od jesieni 2020 do wiosny 2021 i wynosił niecałe 66% (w porównaniu z prawie 80% w okresie od maja do września 2020 i nieznacznie ponad 72% w czasie dwóch pierwszych miesięcy pandemii). Wyniki te przedstawia wykres nr 34.

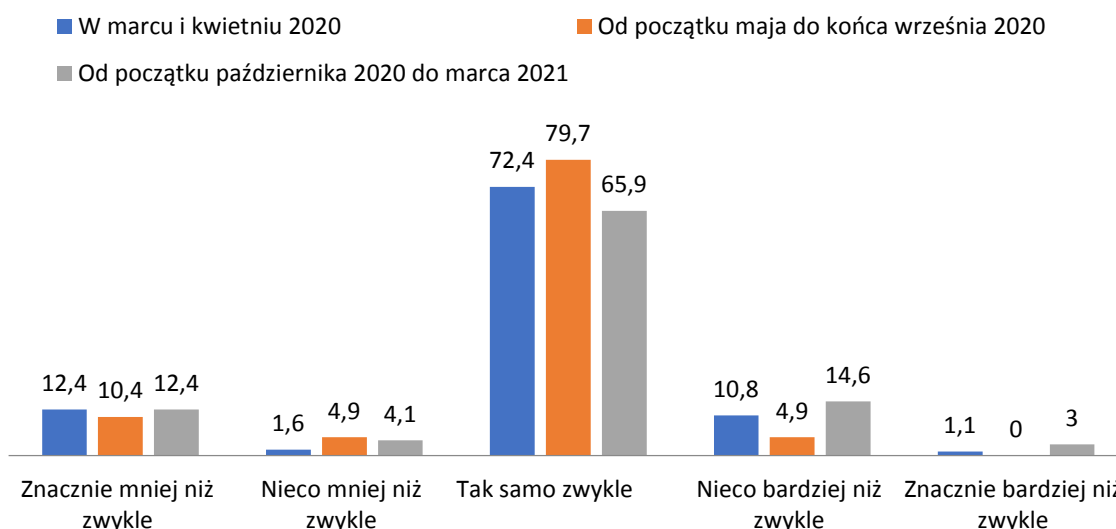
³⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 34. Picie alkoholu lub używanie innych substancji psychoaktywnych w celu złagodzenia napięcia w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej pozwalało Panu/i uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?
(%)

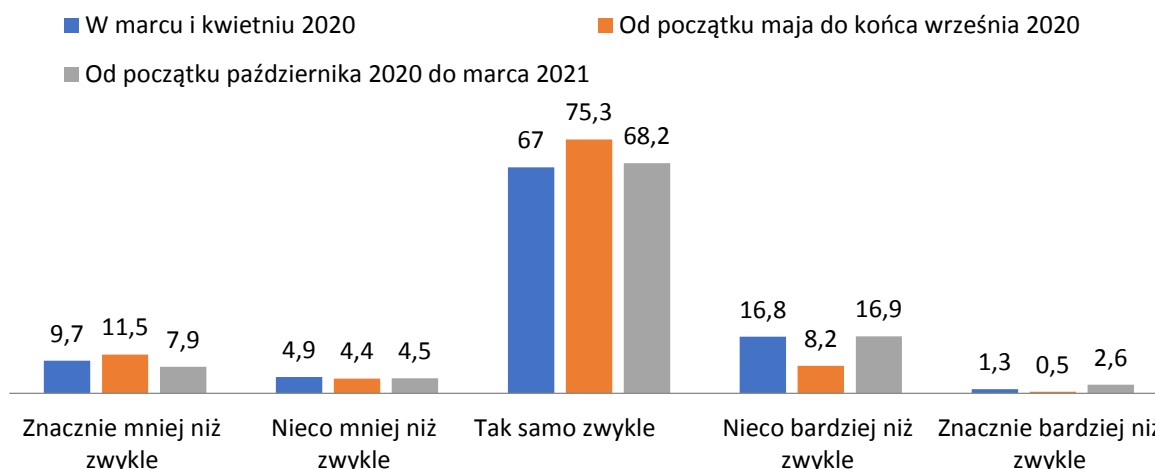


Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Biorąc pod uwagę wskaźniki dotyczące obniżania napięcia poprzez korzystanie z Internetu (w formie gier, spędzania czasu na portalach społecznościowych czy dokonywania zakupów) w okresie od października 2020 do marca 2021, odnotowaliśmy wyniki zbliżone do pierwszych dwóch miesięcy pandemii (nieco ponad 19% wobec nieco ponad 18%). Pomiedzy tymi okresami (od maja do września 2020) odsetek ten spadł do poziomu niecałych 9%. Podobnie jak w przypadku pozostałych omawianych wskaźników, liczba osób deklaruujących zwykle natężenie zachowań związanych z korzystaniem z Internetu, mających na celu odwracanie uwagi od przeżywanych napięć, w okresie od jesieni 2020 roku do wczesnej wiosny 2021 spadła w porównaniu z poprzednim okresem (z nieco ponad 75% do nieco ponad 68%) i osiągnęła wartość zbliżoną do analogicznej wartości w pierwszych miesiącach pandemii (67%). Powyższe dane ilustruje wykres nr 35.

Wykres nr 35. Obniżanie napięcia poprzez czynności kompulsywne w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii 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?
(%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

W okresie drugiej fali pandemii używanie substancji psychoaktywnych oraz inne, wybrane zachowania o charakterze kompulsywnym za bardziej niż zazwyczaj niepokojące uznało prawie 12% badanych³⁸. Wskaźnik ten osiągnął dwukrotnie wyższą wartość niż analogiczny odsetek w okresie względnego luzowania obostrzeń (6%³⁹) oraz o prawie jedną trzecią niższą wartość niż w pierwszych miesiącach pandemii (niespełna 17%⁴⁰). Osoby, które deklarowały względny brak różnic dotyczących niepokojów związanego z używaniem substancji psychoaktywnych oraz wybranymi zachowaniami kompulsywnymi stanowiły 73,4% badanych w okresie od października 2020 do marca 2021, co wskazuje na nieznaczny spadek (o nieco ponad 2%) w porównaniu z okresem od maja do września 2020. Wskaźnik ten był równocześnie wyższy niż na początku pandemii (kiedy to wynosił 67%). Różnice pomiędzy analizowanymi przez nas okresami sięgały zaledwie kilku punktów procentowych, lecz ich kierunek wskazuje na początkową adaptację do obciążającej sytuacji zewnętrznej oraz pewien wzrost napięcia w miarę jej przedłużania się (wykres nr 36).

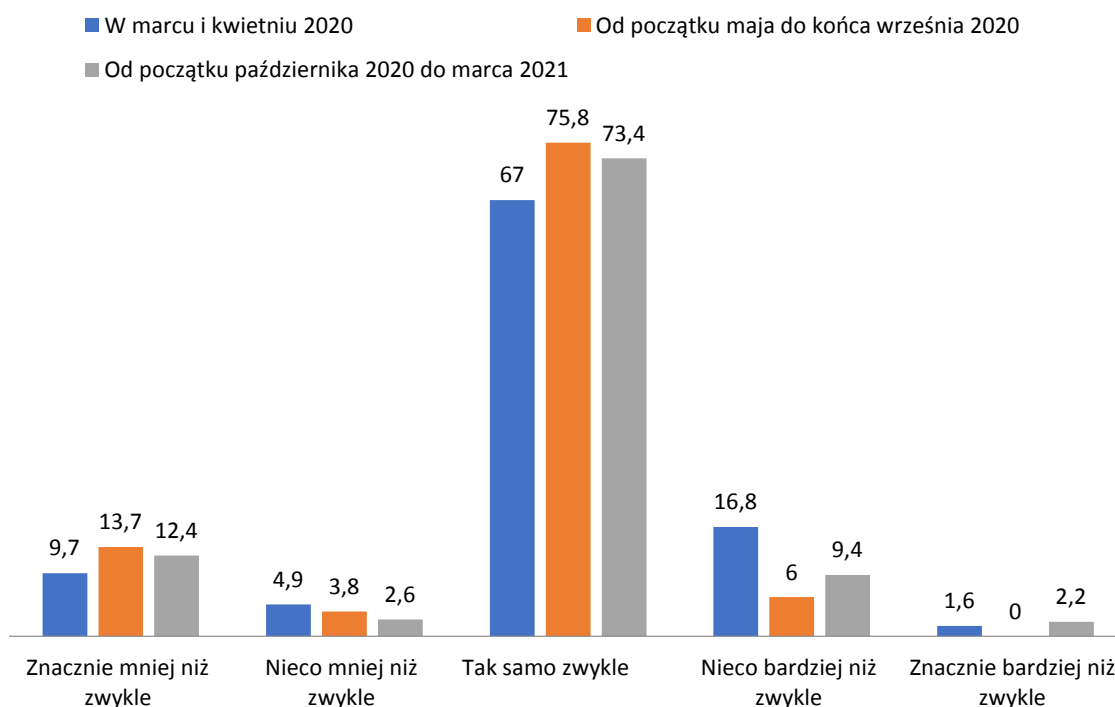
³⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

⁴⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Wykres nr 36. Odczuwanie niepokoju z powodu używania substancji lub czynności kompulsywnych w trzech okresach pandemii

Czy w czasie pandemii niepokoiła Pana/Panią któraś z czynności: picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej, granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, kupowanie? (%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Sposoby radzenia sobie ze stresem

Badając sposoby radzenia sobie ze stresem, podobnie jak w pierwszej fazie badań, wykorzystaliśmy fragmenty kwestionariusza Mini-COPE służącego do diagnozy sposobów postępowania w sytuacjach trudnych⁴¹. 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 sobie⁴². O skuteczności stosowanych strategii decyduje indywidualny kontekst obejmujący zarówno zmienne osobowościowe jak i sytuacyjne, w tym zmienne związane z dostępną jednostką wsparcia.

W okresie od października 2020 roku do marca 2021 roku badani najczęściej radzili sobie ze stresem poprzez skupianie się przyjemnościach dnia codziennego (nieco ponad 91%), wyrażanie emocji (prawie 91%), próby zaakceptowania sytuacji wobec niemożności jej zmiany (prawie 87%). Strategie te były równie często stosowane w okresie poprzednim (od maja do września 2020 roku)⁴³. W czasie drugiej fali pandemii badani stosunkowo często zwracali się do innych ludzi po otuchę i zrozumienie (trochę ponad 80%), posługiwali się humorem (nieznacznie więcej niż 79%) i starali się unikać nadmiaru informacji (około 79%). Porównywalna liczba badanych starała się szukać pozytywnych stron obecnej sytuacji (77,5%) oraz robiła co się da, by poprawić obecną sytuację (76%). W dalszej kolejności badani starali się oderwać od myślenia o aktualnych problemach oglądając telewizję, czytając, spędzając czas w Internecie, oddając się marzeniom i śpiąc więcej (około 72%), a także skupiając się na myśli, że to minie (prawie 72%), poszukując u innych ludzi rady i pomocy odnośnie tego, co należy zrobić (około 71%) i starając się na co dzień nie myśleć o pandemii (70%). Prawie 64% badanych zadeklarowało radzenie sobie przez planowanie działania i realizowanie krok po kroku przygotowanego planu, ponad 62% uprawiało sport lub inną formę aktywności fizycznej, a około 59% starało się zgromadzić jak najwięcej przydatnych informacji. Relatywnie najrzadziej badani radzili sobie przez: wynajdywanie różnych zadań, żeby nie myśleć o aktualnych problemach (około 33%), zwracanie się ku praktykom duchowym (prawie 24%) oraz picie alkoholu lub zażywanie innych substancji, by poczuć się lepiej (prawie 23%). Dane te przedstawia tabela nr 12.

Tabela nr 12. Sposoby radzenia sobie ze stresem od października 2020 do marca 2021

Sposoby radzenia sobie ze stresem	%*
Skupiało(a)m się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.	91,4
Wyrażało(a)m, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje”.	90,7
Starało(a)m się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mogło(a)m jej zmienić.	86,9
Zwracało(a)m się do innych ludzi i otrzymywało(a) od nich otuchę i zrozumienie.	80,2
Żartowało(a)m na temat obecnej sytuacji.	79,4
Starało(a)m się unikać nadmiaru informacji.	79,1
Szukało(a)m pozytywnych stron obecnej sytuacji.	77,5
Robiło(a)m, co się da, aby poprawić obecną sytuację.	76

⁴¹ Ch. Carver, *Mini-COPE*, adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik.

⁴² I. Heszen-Niejodek, *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, „Psychologia. Podręcznik akademicki, t. III, GWP, Warszawa 2002, s. 464-492

⁴³ Szczegółowe różnice pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem pomiędzy pierwszym i drugim okresie pandemii omawiamy w pierwszej części raportu z badań. Zob. M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, op. cit.

Robiłam coś, aby oderwać się od myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałam TV, czytałam, spędzałam czas w Internecie, oddawałam się marzeniom, więcej spałam itd.).	72,3
Skupiałam się na myśli, że to minie.	71,9
Szukałam u innych ludzi rady i pomocy odnośnie tego, co należy zrobić.	71,2
Starłam się na co dzień nie myśleć o pandemii.	70
Starłam się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałam ten plan krok po kroku.	63,7
Uprawiałam sport lub inną formę aktywności fizycznej.	62,2
Starłam się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.	59,1
Wynajdywałam sobie różne zadania, żeby o tym nie myśleć o aktualnych problemach.	33,1
Zwracałam się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.	23,7
Piłam alkohol lub zażywałam inne środki, aby poczuć się lepiej.	22,8

*Odsetek osób, które wskazały, że przynajmniej czasami wykorzystują dany sposób radzenia sobie ze stresem (badani udzielali odpowiedzi w 4-stopniowej skali: nigdy – rzadko – czasami – często).

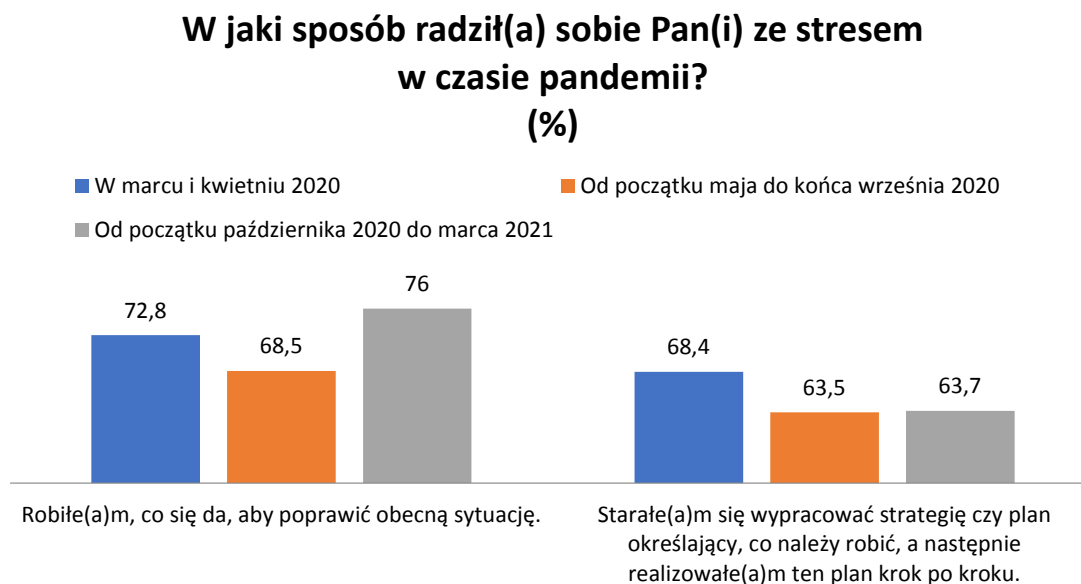
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Sposoby radzenia sobie ze stresem uwzględnione w powyższej tabeli pogrupowaliśmy ze względu na ich rodzaj i funkcję. Następnie porównaliśmy częstotliwość ich stosowania w trzech analizowanych przez nas okresach.

Strategie aktywne nastawione na rozwiązywanie problemów

W przypadku aktywnych strategii nastawionych na rozwiązywanie problemów odnotowaliśmy dwie tendencje. Pierwsza sprowadza się do ponownego wzrostu częstotliwości deklaracji działań polegających na „robieniu co się da, by poprawić obecną sytuację”. Odsetek osób wskazujących na tę strategię w pierwszych miesiącach pandemii wynosił niecałe 73%, po czym spadł do poziomu 68,5% w okresie względnego luzowania obostrzeń pomiędzy majem a wrześniem 2020, by następnie osiągnąć proporcjonalnie najwyższy poziom 76% w czasie drugiej fali pandemii (pomiędzy październikiem 2020 a marcem 2021). Równocześnie odsetek osób deklarujących radzenie sobie ze stresem poprzez wypracowanie planu i realizację go krok po kroku był najwyższy w pierwszych miesiącach pandemii (wynosił nieco ponad 68%), po czym spadł w okresie względnego luzowania restrykcji do poziomu 63,5%, na którym utrzymał się w okresie drugiej fali pandemii. Pomimo tych różnic aktywne strategie nakierowane na rozwiązywanie problemów są wciąż stosowane przez większość badanych (wykres nr 37).

Wykres nr 37. Odsetki osób, które stosowały aktywne strategie nastawione na rozwiązywanie problemów w trzech okresach pandemii (suma odpowiedzi „czasami” i „często”)

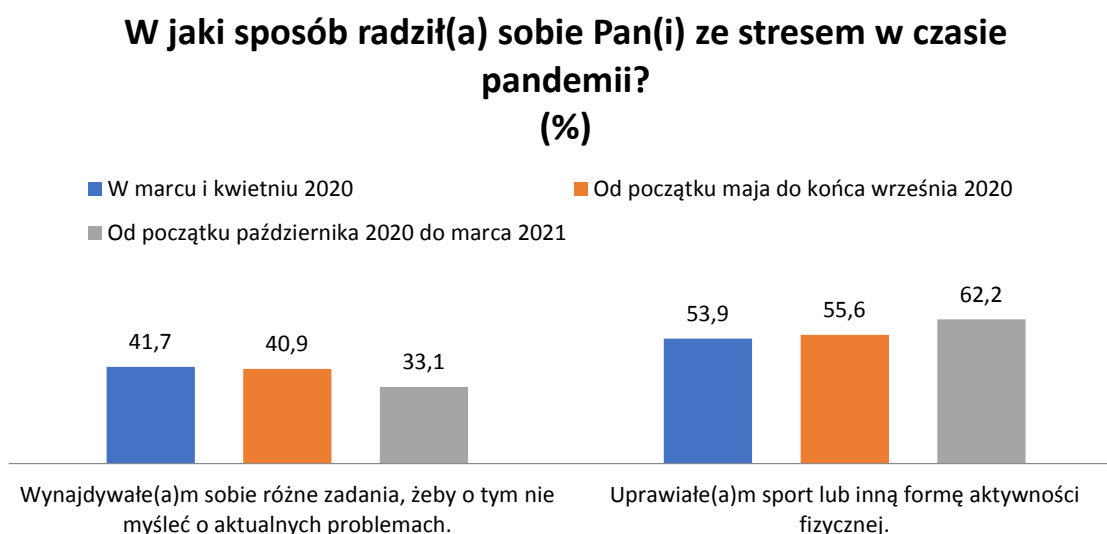


Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Aktywność pozwalająca oderwać się od problemów

W porównaniu z poprzednimi okresami pandemii, w czasie od października 2020 do marca 2021 zmniejszył się odsetek osób, które radziły sobie ze stresem wynajdując sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach, natomiast wzrosła liczba osób uprawiających sport lub inną formę aktywności fizycznej (wykres 38).

Wykres nr 38. Odsetki osób, które podejmowały aktywność pozwalającą oderwać się od problemów w trzech okresach pandemii (suma odpowiedzi „czasami” i „często”)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

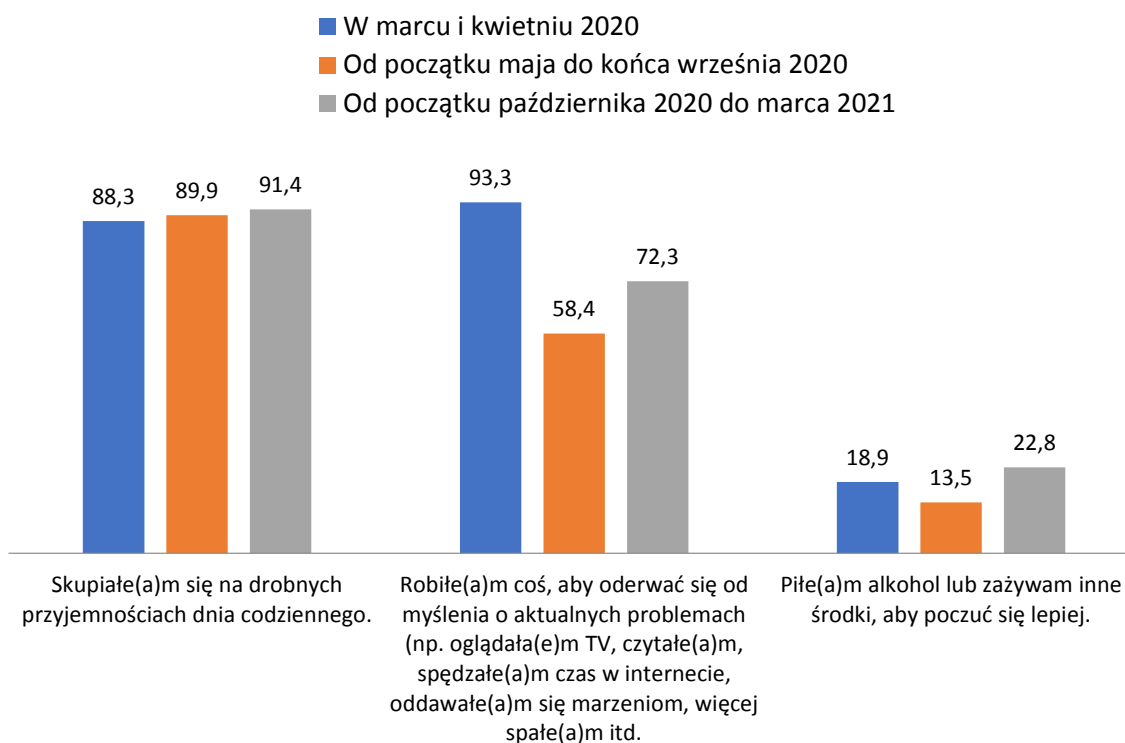
Pasywne odrywanie się od problemów

We wszystkich trzech okresach pandemii strategia polegająca na skupianiu się na codziennych przyjemnościach utrzymywała się na stałym, wysokim poziomie (około 90%). Kolejną spośród pasywnych strategii odrywania się od problemów poprzez oglądanie telewizji, czytanie, spędzanie czasu i Internecie, oddawanie się marzeniom oraz dłuższy sen była relatywnie najczęściej stosowana w pierwszych miesiącach pandemii (trochę ponad 93%), po czym częstotliwość jej stosowania znacząco spadła (do poziomu nieznacznie przekraczającego 58%). W trzecim okresie pandemii odnotowaliśmy ponowny wzrost natężenia wymienionych wyżej zachowań (do poziomu 72%).

W ostatnim spośród analizowanych przez nas okresów pandemii osoby badane relatywnie najczęściej deklarowały picie alkoholu bądź zażywanie innych środków, żeby poczuć się lepiej. Prawie jedna czwarta respondentów wskazała, że przynajmniej czasami korzystała z tej formy obniżania napięcia. Dla porównania – w poprzednim okresie pandemii tę formę radzenia sobie ze stresem wskazała jedna siódma badanych, a w pierwszych miesiącach pandemii – niespełna jedna piąta (wykres nr 39).

Wykres nr 39. Odsetki osób, które radziły sobie ze stresem poprzez odrywanie się od problemów w sposób pasywny w trzech okresach pandemii (suma odpowiedzi „czasami” i „często”)

W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem w czasie pandemii? (%)

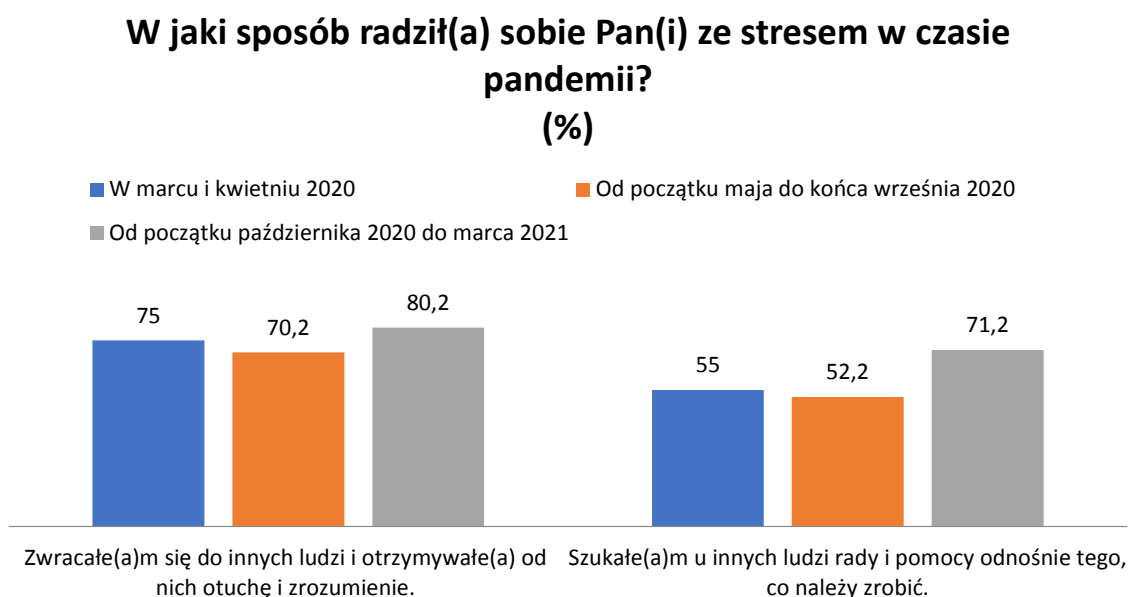


Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Poszukiwanie wsparcia

W trzecim spośród analizowanych przez nas okresów pandemii, osoby badane proporcjonalnie najczęściej deklarowały poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego. Odsetek osób zwracających się do innych po otuchę i zrozumienie wynosił w tym czasie nieco ponad 80%, czyli o 10 punktów procentowych więcej niż w okresie drugim i o 5 punktów procentowych więcej niż w okresie pierwszym. Z kolei odsetek osób szukających u innych rady i pomocy odnośnie tego, co należy zrobić, w pierwszym okresie wynosił 55%, w drugim – nieco ponad 52%, a w trzecim – trochę więcej niż 71% (wykres 40).

Wykres nr 40. Odsetki osób, które radziły sobie ze stresem poprzez poszukiwanie wsparcia w trzech okresach pandemii



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

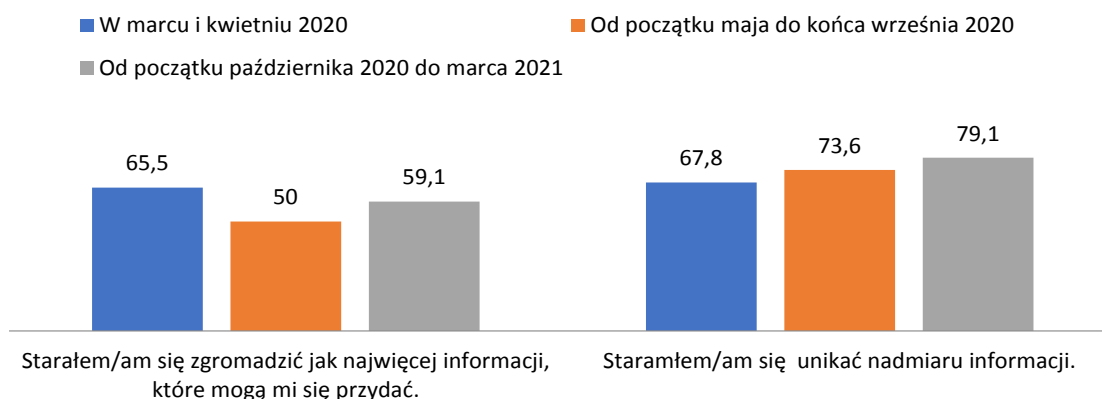
Strategie poznawcze: poszukiwanie informacji oraz unikanie nadmiaru informacji

W przypadku strategii nastawionych na przetwarzanie informacji odnotowaliśmy dwie równoległe tendencje. Z jednej strony mieliśmy do czynienia z pewnym wahaniem liczby osób, które radziły sobie ze stresem poprzez poszukiwanie potrzebnych informacji. Osób takich było proporcjonalnie najwięcej w pierwszym okresie pandemii (65,5%). W drugim okresie ich odsetek spadł do 50%, a w trzecim – ponownie wzrósł do około 59%.

Równocześnie obserwujemy systematyczny wzrost odsetka osób, które regulują poziom odczuwanego stresu poprzez unikanie nadmiaru informacji. Omawiany wskaźnik w następujących po sobie okresach pandemii wynosił – odpowiednio: niespełna 68%, prawie 74% i nieznacznie ponad 79% (wykres nr 41).

Wykres nr 41. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poszukiwanie informacji oraz ograniczanie nadmiaru informacji w trzech okresach pandemii

**W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem w czasie pandemii?
(%)**



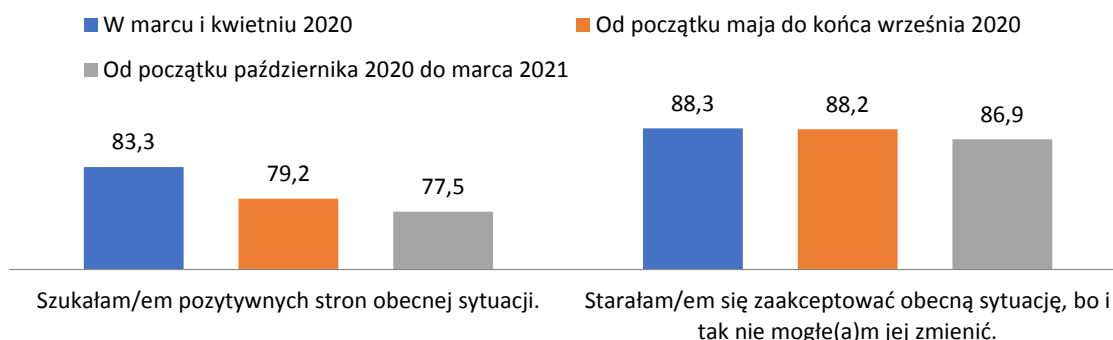
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Poszukiwanie pozytywnych stron zaistniałej sytuacji i jej akceptacja wobec niemożności zmiany

We wszystkich analizowanych okresach deklaracje dotyczące poszukiwania pozytywnych stron zaistniałej sytuacji oraz jej akceptacji wobec niemożności zmiany utrzymywały się na względnie wysokim poziomie. Równocześnie odnotowaliśmy nieznaczną tendencję spadkową w stosowaniu tych sposobów radzenia sobie ze stresem w kolejnych etapach pandemii. Szczegółowe wyniki ilustruje wykres nr 42.

Wykres nr 42. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poszukiwanie pozytywnych stron zaistniałej sytuacji oraz jej akceptację w trzech okresach pandemii

**W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem w czasie pandemii?
(%)**



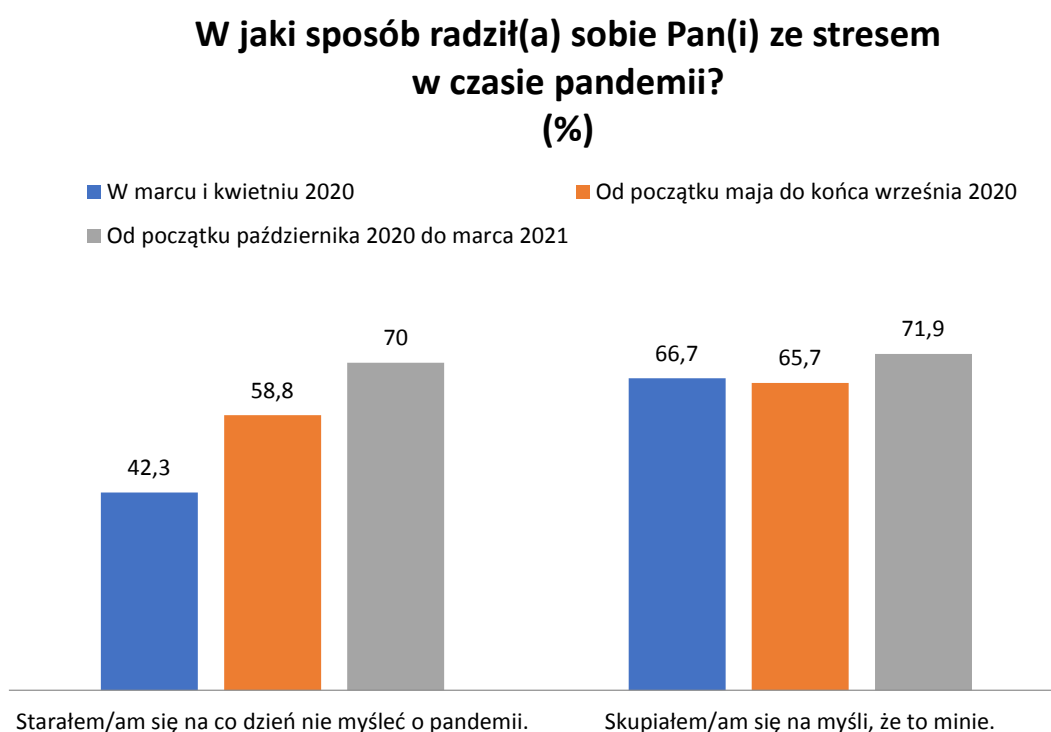
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Poznawcze oddalanie się od problemu (orientacja na tu i teraz lub na przyszłość)

Uzyskane przez nas dane wskazują, że w kolejnych okresach pandemii systematycznie wzrastał odsetek osób starających się na co dzień nie myśleć o pandemii. Wynosił on nieco ponad 40% w pierwszym okresie, prawie 60% – w okresie drugim i 70% – w trzecim (wykres nr 43).

W przypadku liczby osób, dla których pomocne okazało się skupienie na myśli, że aktualna sytuacja przeminie, odnotowaliśmy około 6-procentowy wzrost pomiędzy drugim a trzecim okresem. Wcześniej liczba ta utrzymywała się na niemal takim samym poziomie (66%-67%). Analizowane dane przedstawia wykres nr 43.

Wykres nr 43. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poznawcze oddalanie się od problemu (orientację na tu i teraz lub na przyszłość)



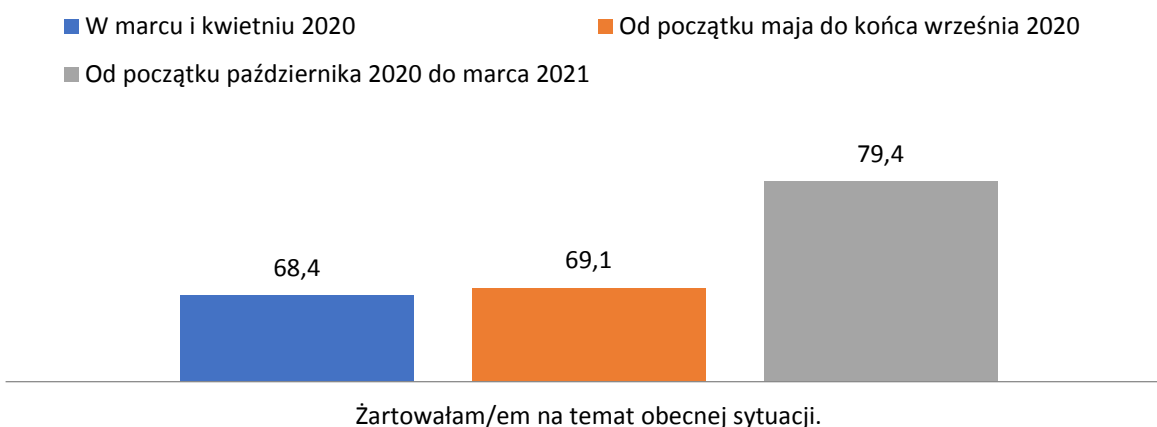
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Obniżanie napięcia przez humor

W ostatnim spośród analizowanych przez nas okresów o około 10% wzrósł odsetek osób, które obniżały poziom napięcia żartując na temat obecnej sytuacji. Ich liczba sięgnęła prawie 80%, w porównaniu z niespełna 70% w okresach poprzednich (wykres nr 44).

Wykres nr 44. Odsetki osób radzących sobie ze stresem przez humor w trzech okresach pandemii

W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem w czasie pandemii? (%)



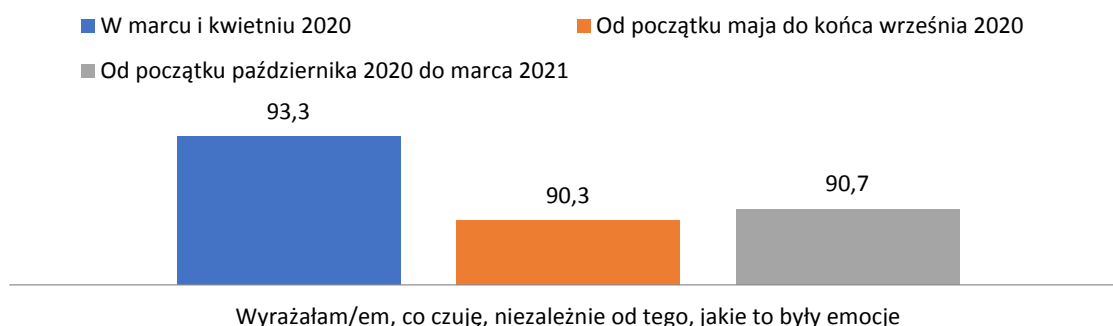
Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Obniżanie napięcia przez wyrażanie odczuwanych emocji

Na stałym wysokim (sięgającym ponad 90%) poziomie utrzymuje się odsetek osób, które radzą sobie ze stresem przez wyrażanie przeżywanych emocji (wykres nr 45). Strategia ta zdaje się być spójna z wiedzą oraz kompetencjami związanymi z zawodem psychoterapeuty.

Wykres nr 45. Odsetek badanych radzących sobie ze stresem poprzez wyrażanie emocji w trzech okresach pandemii

W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem w czasie pandemii? (%)

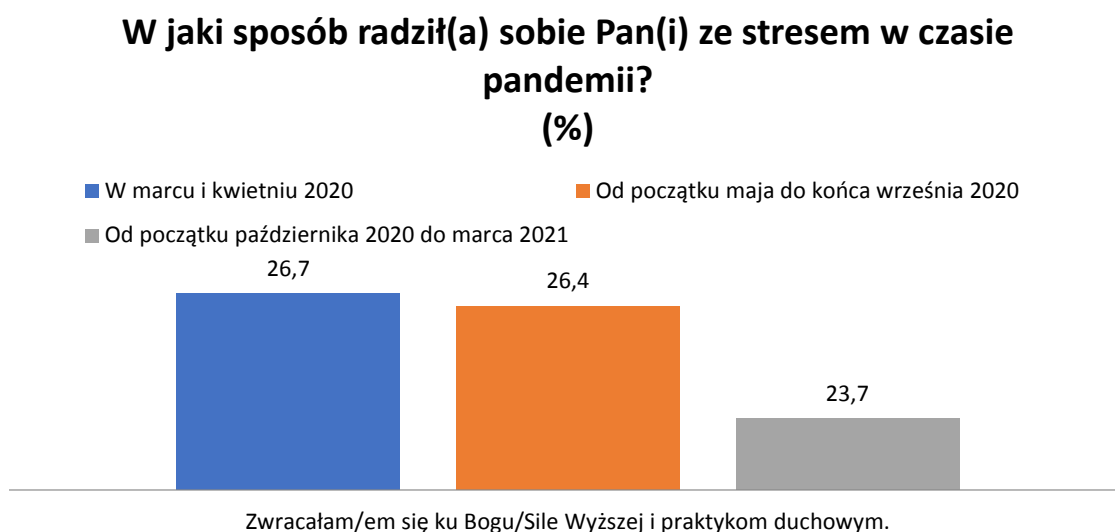


Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Radzenie sobie ze stresem poprzez praktyki duchowe

We wszystkich trzech okresach pandemii około jedna czwarta badanych radziła sobie ze stresem poprzez poszukiwanie odniesień transcendentálnych – zwracanie się ku Bogu/Sile Wyższej oraz praktykom duchowym. Był to relatywnie najrzadziej stosowany sposób radzenia sobie ze stresem (wykres nr 46).

Wykres nr 46. Odsetek badanych radzących sobie ze stresem poprzez praktyki duchowe w trzech okresach pandemii



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Druga fala pandemii a wybrane aspekty procesu terapeutycznego

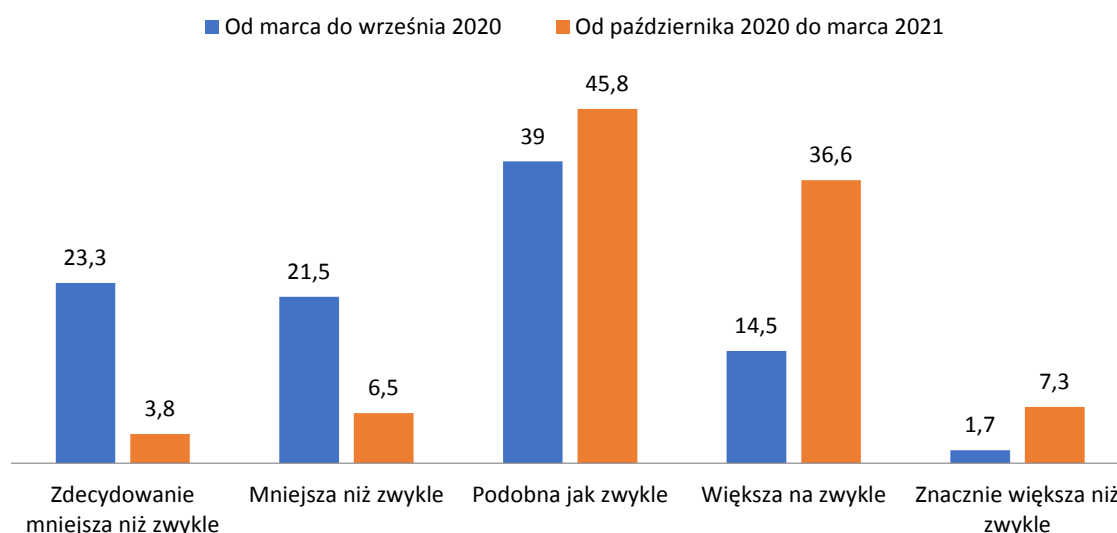
Ocena liczby nowych zgłoszeń

W okresie drugiej fali pandemii (od października 2020 do marca 2021) o ponad 20% w porównaniu z okresem pierwszej fali (od marca do września 2020) wzrósł odsetek badanych deklarujących, że liczba zgłoszeń nowych pacjentów/klientów była większa niż zwykle (wzrost z 14,5% do prawie 37%). Ponad trzykrotnie (z 1,7% do 7,3%) wzrósł natomiast odsetek osób oceniających liczbę nowych zgłoszeń jako znacznie większą niż zwykle. Równocześnie odsetek osób wskazujących zdecydowanie mniejszą niż zwykle liczbę nowych zgłoszeń spadł z ponad 23% do niespełna 4%, a odsetek badanych oceniających liczbę nowych zgłoszeń jako mniejszą niż zwykle spadł z 21,5% do 6,5% (wykres nr 47).

Wykres nr 47. Porównanie oceny częstotliwości zgłoszeń nowych klientów/pacjentów w dwóch okresach pandemii

Czy liczba nowych pacjentów\klientów zgłaszających się do Pani\Pana w okresie drugiej fali pandemii (po 1 października) była:

(%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

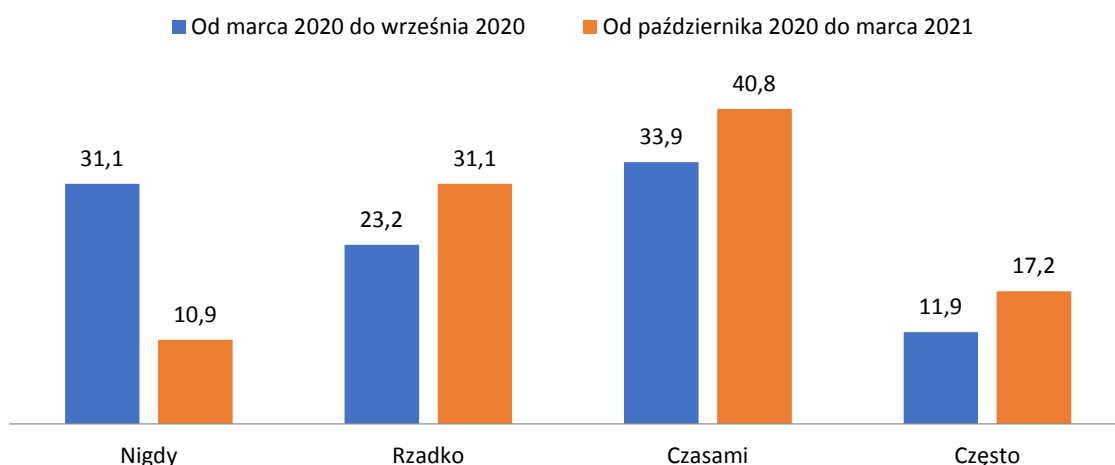
Zgłoszenia nowych klientów/pacjentów z problemami związanymi z sytuacją pandemii

Od początku drugiej fali pandemii proporcjonalnie wzrosła liczba psychoterapeutek i psychoterapeutów, do których zgłaszali się nowi klienci/pacjenci z powodu problemów definiowanych jako związane z sytuacją pandemii. W okresie od października 2020, 58% badanych miało z taką sytuacją

do czynienia czasami lub często. Dla porównania, w badaniach dotyczących okresu od początku pandemii do końca września 2020 roku osób takich było niespełna 46%. Równocześnie z około 31% do około 11% wzrósł odsetek terapeutów, do których nie zgłosili się nowi pacjenci/klienci doświadczający problemów powiązanych z pandemią bądź jej konsekwencjami (wykres 48).

Wykres nr 48. Ocena częstotliwości zgłoszeń nowych pacjentów/klientów z problemami związanymi z sytuacją pandemii w okresach od marca do września 2020

Czy w okresie pandemii zgłaszali się do Pana\i nowi pacjenci\klienti z problemami, które były przez nich definiowane jako związane z sytuacją pandemii?
(%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Badani terapeuci wskazywali, że relatywnie najczęściej powodem nowych zgłoszeń bezpośrednio związanych z sytuacją pandemii po 1 października 2020 roku były zaburzenia depresyjne (prawie 48%), lęk wywołany przez pandemię i/lub jej konsekwencje (43%), problemy w relacjach nasilone przez stałe przebywanie na ograniczonej przestrzeni (niecałe 43%) oraz poczucie osamotnienia (prawie 42%). Kolejna co do częstości grupa problemów była związana z dekompensacją i nawrotami wcześniej doświadczanych zaburzeń na skutek stresu wywołanego przez pandemię i/lub jej konsekwencje (prawie 29%). Około 21% badanych wskazało, że zgłaszali się do nich nowi klienci/pacjenci, którzy doświadczyli straty i/lub żałoby będącej bezpośrednią lub pośrednią konsekwencją pandemii. Do 17% respondentów – zgłaszali się natomiast nowi klienci poszukujący wsparcia z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych w kontekście pandemii (tabela nr 13).

Tabela nr 13. Częstotliwość nowych zgłoszeń z powodu problemów związanych z pandemią po 1 października 2020 roku

Problemy związane z pandemią doświadczane przez nowych klientów zgłaszających się po pomoc po 1 października 2020 roku	%*
zaburzenia nastroju (nasilenie depresyjności)	47,6
lęk wywołany przez pandemię i/lub jej konsekwencje	43

problemy w relacjach nasilone przez stałe przebywanie na ograniczonej przestrzeni	42,7
poczucie osamotnienia	41,8
dekompensacja i nawroty wcześniejszych problemów na skutek stresu wywołanego pandemią i/lub jej konsekwencjami	28,7
doświadczenia straty i/lub żałoby będącej bezpośrednią lub pośrednią konsekwencją pandemii	20,7
nadużywanie substancji psychoaktywnych	17,1

*% z N=292 (liczby osób, do których po 1 października 2020 roku zgłaszali się nowi pacjenci\klienci z problemami, które były przez nich definiowane jako związane z sytuacją pandemii.

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Porównując dane zawarte w tabeli nr 13 z wynikami pierwszego etapu naszych⁴⁴ badań można sformułować ostrożne przypuszczenie, że im dłużej trwa sytuacja pandemii tym powszechniejsze stają się zaburzenia depresyjne, zgodnie z mechanizmem transformowania przewlekłego stresu w lęk, a przewlekłego lęku w depresję⁴⁵. Dane te wskazują także tendencję polegającą na zwiększeniu częstotliwości nadużywania substancji psychoaktywnych⁴⁶.

Pojawienie się bądź nasilenie problemów w czasie pandemii u dotychczasowych klientów/pacjentów

42% respondentów potrafiło zidentyfikować problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły w czasie drugiej fali pandemii u dotychczasowych pacjentów/klientów. Odsetek ten wzrósł o 5 punktów procentowych w porównaniu z okresem pierwszej fali pandemii (wykres nr 49).

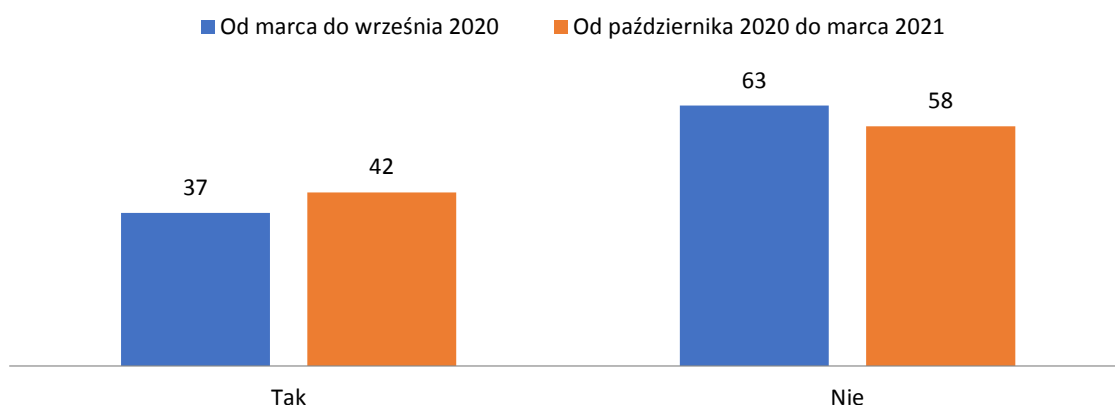
⁴⁴ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, op. cit.

⁴⁵ J. Landowski, *Neurobiologia reakcji stresowej*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2007, 2, s. 26-36, https://docplayer.pl/storage/53/31680159/1543279070/IMOQ7cObFyk_QELNWKkDKQ/31680159.pdf, [dostęp: 27.11.2018].

⁴⁶ W tym miejscu rezygnujemy z przedstawienia dokładnego porównania liczbowego częstotliwości poszczególnych problemów ze względu na różnice w sposobie sformułowania pytania w obu etapach badań. W pierwszym etapie badań zadaliśmy otwarte pytanie: „Czego dotyczyły problemy nowych pacjentów zgłaszających się z powodów definiowanych jako bezpośrednio związane z pandemią?”. Uzyskane odpowiedzi poddaliśmy kategoryzacji, na podstawie której stworzyliśmy kafeterię pytania zamkniętego, które zadaliśmy w drugim etapie badań.

Wykres nr 49. Odsetek psychoterapeutów identyfikujących problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły u dotychczasowych klientów/pacjentów w dwóch okresach pandemii.

Czy identyfikuje Pan\i jakieś problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły u Pana\i pacjentów\klientów w czasie pandemii (%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Badanym, którzy odpowiedzieli twierdząco na powyższe pytanie zadaliśmy pytanie otwarte: „Jakie problemy dotychczasowych klientów/ pacjentów, które pojawiły się lub nasiliły w czasie drugiej fali pandemii (po 1 października)?”. Wśród problemów tych najczęściej wymieniane były zaburzenia lękowe (ponad 68%) i depresyjne (prawie 37%) oraz problemy związane z izolacją, osamotnieniem i wyobcowaniem (prawie 32%).

Tabela nr 14. Ocena częstotliwości pojawiania się lub nasilania określonych problemów u dotychczasowych klientów/pacjentów w czasie drugiej fali pandemii (po 1 października 2020 roku).

Problemy dotychczasowych klientów/ pacjentów, które pojawiły się bądź nasiliły w czasie drugiej fali pandemii (po 1 października 2020)	%*
zaburzenia lękowe – razem	68,4
lęk ogólnie	38,9
konkretne zaburzenia lękowe (napady paniki, agorafobia, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, uogólnione zaburzenia lękowe)	11,6
lęk mający określoną treść (lęk przed śmiercią, lęk o bliskich, lęk przed chorobą, lęk przed utratą środków do życia, lęk przed przyszłością)	17,9
zaburzenia depresyjne – razem	36,9
depresja – ogólnie	27,4
konkretne objawy depresyjne (np. obniżenie nastroju, wycofanie, brak napędu i motywacji, nastawienia rezygnacyjne, katastroficzne myśli)	9,5
samotność, izolacja, poczucie wyobcowania	31,6
stres	16,8
brak poczucia wpływu, bezsilność	14,7

Problemy dotychczasowych klientów/ pacjentów, które pojawiły się bądź nasiliły w czasie drugiej fali pandemii (po 1 października 2020)	%*
problemy w relacjach	8,4
brak poczucia sensu	6,3
agresja, przemoc w rodzinie	6,3
zmęczenie, przeciążenie	4,2
nadużywanie alkoholu	3,2
doświadczenie straty	1,1

*% z N=138 (liczby psychoterapeutów, potrafili którzy zidentyfikować problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły w czasie drugiej fali pandemii u dotychczasowych pacjentów/klientów.

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

W porównaniu z danymi z pierwszego etapu badań⁴⁷ zauważyć można tendencję polegającą na zwiększeniu natężenia depresyjności, poczucia izolacji (osamotnienia) i stresu w czasie drugiej fali pandemii, co jest zrozumiałe w kontekście przedłużającej się sytuacji kryzysu. W porównaniu z pierwszą falą pandemii zmniejszył się odsetek wskazań dotyczących lęku, choć lęk nadal jest na pierwszym miejscu trudności doświadczanych przez klientów/pacjentów gabinetów terapeutycznych. Zmianę tę można interpretować na dwa sposoby. Oba odnoszą się do teorii radzenia sobie z kryzysem, zgodnie z którą osoby po początkowej fazie szoku i intensywnego przeżywania lęku stopniowo, względnie adaptują się do nowej sytuacji, co pozwala obniżyć poziom doświadczanego niepokoju. Przedłużający się kryzys powoduje jednak wyczerpanie, zatem początkowe, wyraziste reakcje lękowe ustępują miejsca reakcjom depresyjnym. Ponieważ jednostki przechodzą wyżej wymienione fazy w zróżnicowanym tempie uzależnionym indywidualnych uwarunkowań⁴⁸, w skali społecznej możemy obserwować oba mechanizmy.

W porównaniu z pierwszą falą pandemii zmniejszył się także odsetek deklaracji dotyczących trudności w relacjach, co może wskazywać na to, że przynajmniej część osób przystosowała się do nowych warunków funkcjonowania z innymi. Dane będące podstawą powyższych porównań ilustruje wykres nr 50.

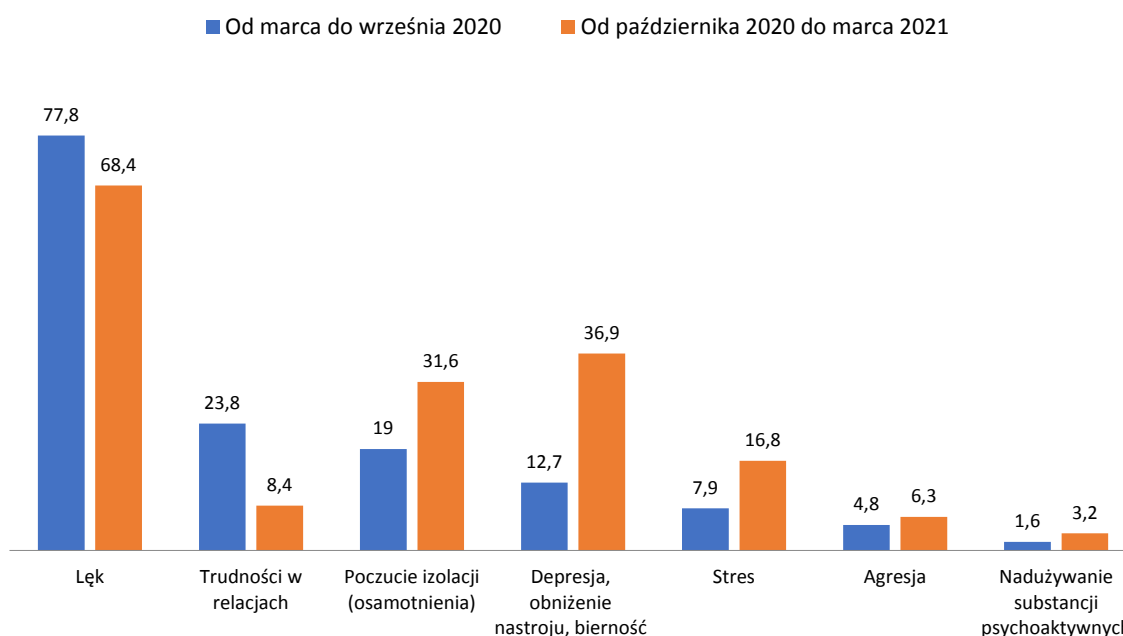
W okresie drugiej fali pandemii pojawiły się także odpowiedzi, których nie zarejestrowaliśmy wcześniej, mianowicie: brak poczucia wpływu i bezsilność (prawie 15%), brak poczucia sensu (ponad 6%) oraz zmęczenie i przeciążenie wskazywane przez ponad 4% badanych (zob. tabela nr 14).

⁴⁷ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, op. cit.

⁴⁸ Uwarunkowania te obejmują między innymi różnice indywidualne związane z biologicznie zdeterminowanym typem układu nerwowego, wyuczonymi społecznie umiejętnościami i wzorami reagowania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych, ukształtowanymi cechami osobowości, a także kondycję psychiczną przed pojawieniem się kryzysu, jakość sieci wsparcia oraz dostępność różnorodnych zasobów pozwalających radzić sobie z zewnętrznymi obciążeniami oraz będącym ich konsekwencją napięciem.

Wykres nr 50. Ocena częstotliwości pojawiania się lub nasilania określonych problemów u dotychczasowych klientów/pacjentów w dwóch okresach pandemii

Problemy dotychczasowych klientów/ pacjentów, które nasiliły się w czasie pandemii (%)



Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Superwizje

Porównanie danych dotyczących pierwszej i drugiej fali pandemii wskazuje, że większość badanych w obu okresach uczestniczyła w superwizjach w sposób regularny i zaplanowany. Od października 2020 odnotowaliśmy wzrost odsetka osób deklarujących, że superwizje odbywały się zawsze: regularnie, w ustalonych przed pandemią terminach oraz zgodnie z zapotrzebowaniem.

Tabela nr 15. Wybrane aspekty organizacji superwizji w dwóch okresach pandemii w deklaracjach badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów

Superwizje, w których uczestniczył(a) Pan/i (po 1 października 2020) odbywały się:	Nigdy		Rzadko		Czasami		Często		Zawsze	
	od marca do września 2020	od października 2020 do marca 2021	od marca do września 2020	od października 2020 do marca 2021	od marca do września 2020	od października 2020 do marca 2021	od marca do września 2020	od października 2020 do marca 2021	od marca do września 2020	od października 2020 do marca 2021
	%									
Regularnie	8,6	2,7	6,2	2,4	13,6	4,6	25,9	13,7	45,7	52,7
W ustalonych przed pandemią terminach	12,3	4,3	11,1	3,0	9,3	6,4	29,6	15,9	37,7	45,4
Zgodnie z zapotrzebowaniem	8,6	3,0	5,6	5,2	17,9	10,4	35,8	10,4	32,1	38,6

Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=382 przeprowadzone w dniach 10.08-30.09.2020 oraz badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Badane osoby w większości uczestniczyły w superwizjach w formie zdalnej – zarówno indywidualnych jak i grupowych (w obu przypadkach – powyżej 56% respondentów). Nieznacznie ponad 16% badanych brało udział w indywidualnych spotkaniach superwizyjnych w bezpośrednim kontakcie, a niecałe 8% – w superwizjach grupowych w formie kontaktowej (tabela nr 16).

Tabela nr 16. Udział badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w poszczególnych formach superwizji po 1 października 2020

Formy superwizji, w których uczestniczyli badani po 1 października 2020 roku	%*
indywidualne online	56,7
indywidualne „na żywo”	16,2
grupowe online	56,1
grupowe „na żywo”	7,9

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

Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Pogłębiona analiza statystyczna otrzymanych danych pozwala stwierdzić, że jedynie około 3% badanych nie uczestniczyło w czasie pandemii w żadnej formie superwizji. Wskaźnik ten jest dwukrotnie niższy od analogicznego odsetka zarejestrowanego w pierwszym etapie naszych badań (6%) i oznacza nieliczne przypadki.

W badanej próbie znalazło się 14 osób (5,5% ogółu badanych) pełniących rolę superwizora (lub superwizora aplikanta) psychoterapii. Osobom tym zadaliśmy otwarte pytanie: „Biorąc pod uwagę Pani/Pana doświadczenie jako superwizora (superwizora aplikanta) psychoterapii: z jakimi NOWYMI wyzwaniami po 1 października 2020 musieli radzić sobie psychoterapeuci w warunkach pandemii?”.

Odpowiedzi zostały poddane analizie jakościowej, na podstawie której wyodrębniliśmy następujące problemy.

Trudności związane z funkcjonowaniem systemu publicznej służby zdrowia, na które wskazuje następująca wypowiedź:

„narażenie na zakażenie w NFZ z powodu konieczności stawiania się w miejscu pracy, by pracować online” [resp. 32, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie integracyjnym].

„z brakiem oparcia i chaosem w systemie” [resp. 107, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Trudności związane z pracą online i wynikającymi z niej zmianami settingu terapeutycznego⁴⁹

„Praca online, organizacja pracy, pobieraniem i pilnowaniem płatności za sesje, powrót do pracy na żywo” [resp. 144, psychoterapeuta, superwizor psychoterapii pracujący w nurcie psychodynamicznym].

„zmiany settingu utrzymanie procesów terapeutycznych w warunkach on-line” [resp. 293, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychoanalitycznym].

„z trudnościami z przejściem na pracę online” [resp. 281, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„zmiany settingu, niepewność, konieczność elastyczności (...) przeciążenie pracą online (...)” [resp. 78, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Problemy związane z łączeniem obowiązków zawodowych i rodzinnych (opiekuńczych):

„Największym stresem (u kobiet) jest konieczność organizacji i nadzorowania nauczania kilkorga dzieci online przy niezmiennych obowiązkach zawodowych” [resp. 32, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie integracyjnym].

Własne obciążenia emocjonalne terapeutów w powiązaniu z koniecznością pracy z pacjentami/klientami doświadczającymi podobnych obciążeń i trudności:

„obciążeniem lekiem i złością, (...), stratami w swoim życiu i ich pacjentów” [resp. 107, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„osamotnienie (...)” [resp. 78, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychodynamicznym].

⁴⁹ Pojęcie „setting terapeutyczny” wywodzi się z podejścia psychoanalitycznego oznacza techniczne warunki, w jakich odbywa się psychoterapia. Warunki te są one ustalane pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem przed rozpoczęciem terapii. Dzięki nim tworzą się przewidywalne ramy, będące jednym z istotnych czynników wpływających na poczucie bezpieczeństwa w procesie terapeutycznym.

„uwaga na przeniesienie i przeciwprzeniesienie, lęk pacjentów i terapeuty (...)”
[resp. 293, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychoanalitycznym].

Obawy przed utratą pracy:

„rozmów na temat obaw utraty pracy” [resp. 260, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie integracyjnym].

„z rezygnacją z terapii w pierwszej fali pandemii (...)” [resp. 281, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Z nasileniem konkretnych problemów widocznych z perspektywy gabinetu psychoterapeutycznego:

„Upsychotycznienie pacjentów, przemoc wobec dzieci” [resp. 248, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychoanalitycznym].

„Z wycofaniem się klientów” [resp. 315, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

„odtworzenie traum z przeszłości” [resp. 293, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii pracująca w nurcie psychoanalitycznym].

IV. Aktualna sytuacja w kraju z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych: konsekwencje orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020

Badanym psychoterapeutkom i psychoterapeutom zadaliśmy pytanie: „Czy osoby, z którymi pracuje Pan(i) terapeutycznie wnoszą na sesje wątki w jakiś sposób powiązane z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku mówiącego, że aborcja ze względu na *duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu* jest niezgodna z Konstytucją oraz z protestami wobec w/w orzeczenia?”⁵⁰. Uzyskaliśmy prawie 72% odpowiedzi twierdzących i 28% przeczących. W kolejnym, otwartym pytaniu poprosiliśmy o ogólne zarysowanie tych wątków. Uzyskaliśmy 104 wypowiedzi, które poddaliśmy analizie jakościowej oraz ilościowej. Jakościowa analiza danych pozwala zidentyfikować kluczowe kategorie oraz prześledzić relacje między nimi. Dzięki analizie ilościowej mogliśmy poznać częstość pojawiania się określonych kategorii.

Z przeprowadzonej przez nas analizy wynika między innymi, że orzeczenie TK z 22 października 2020 roku było wydarzeniem, które na niespotykaną wcześniej skalę znalazło odzwierciedlenie w wątkach wnoszonych przez klientki/pacjentki oraz klientów/pacjentów na sesje terapeutyczne. Wskazują na to następujące wypowiedzi⁵¹:

„Nigdy wcześniej sytuacja polityczna nie była tak częstym tematem w gabinecie” [resp. 11, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

„Po raz pierwszy tak często sytuacja społeczno-polityczna była tematem sesji” [resp. 2, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym].

„Na około 50 procentach sesji, zwłaszcza w pierwszym tygodniu pojawiał się temat wyroku trybunału” [resp. 9, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Wydarzenia związane z orzeczeniem TK oraz następującymi po nich protestami wpływały także na odwoływanie sesji:

„(...) jedna pacjentka raz nawet odwołała sesję, bo tak było dla niej ważne, by pójść na strajk” [resp. 164, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Ponadto stanowiły pewien czynnik spustowy, przyczyniający się do ekspresji nagromadzonych emocji oraz podjęcia działań pod ich wpływem. W materiale badawczym pojawiło się metaforyczne ujęcie tego mechanizmu w kategoriach „przelania się szali goryczy” wobec innych problemów narastających w warunkach pandemii. Wskazuje na to poniższa wypowiedź:

⁵⁰ Orzeczenie Trybunału wywołało masowe protesty uliczne na terenie całego kraju, które odbywały się pomimo sytuacji pandemii oraz związanych z nią restrykcji. Według danych Ogólnopolskiego Strajku Kobiet, demonstracje protestacyjne miały miejsce w ponad 500 miejscowościach i wzięło w nich udział ponad 430 000 osób, a około 100 000 osób uczestniczyło w Marszu na Warszawę 30 października 2020 roku. <http://strajkkobiet.eu/>, dostęp: 03.05.2021.

⁵¹ Zachowujemy oryginalną pisownię.

*„Oburzenie, wściekłość, protest, poczucie, że **przełata się szala goryczy**, poczucie solidarności, aktywizm, poczucie wspólnoty (siostrzeństwa)” [resp. 119, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, zaznaczenie – autorzy raportu].*

Decyzja TK była z perspektywy osób korzystających z wsparcia psychoterapeutycznego postrzegana jako zbyt duża ingerencja w życie osobiste. Wątek ten jest obecny w następujących wypowiedziach:

„Wydarzenie to odbierane było w kategoriach poczucia zbyt dużej ingerencji w ich świat wewnętrzny – proces decyzyjny, kobiety przeżywały to inwazyjnie, jako zjawisko zagrażające możliwości samostanowienia (...)” [resp. 100, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Niezgoda na tak radykalny przepis. Niezgoda na kontrolę państwa w tak subtelnych i osobistych sprawach” [resp. 110, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

Znaczna część badanych wypowiedzi odnosi się do emocji doświadczanych przez klientki/pacjentki oraz klientów/pacjentów (głównie w kontekście niezgody z orzeczeniem TK). Najczęściej wymieniane emocje to: lęk, poczucie bezsilności, złość i jej pochodne: gniew, oburzenie i wściekłość. Emocje te pojawiają się w różnych konfiguracjach, w powiązaniu z kontekstem zewnętrznym oraz stanowią źródło motywacji do określonych działań (np. udziału w protestach lub planowania emigracji) bądź świadomych zaniechań (np. rezygnacji ze starania się o ciążę).

Na podstawie analizowanych wypowiedzi można zrekonstruować jeden z najbardziej podstawowych mechanizmów związanych z narastaniem lęku wobec ograniczenia sprawczości jednostki i odebrania jej możliwości decydowania o własnym życiu. Wskazuje na to przykładowa wypowiedź:

„Jedna pacjentka przeżyła to jako osobisty atak na jej wolność, największe zmartwienie dotyczyło jej obaw że jeśli ona będzie miała chore dziecko to nie będzie mogła decydować o aborcji (...)” [resp. 146, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

W zarysowanej powyżej sytuacji uruchamia się podstawowy lęk o utratę autonomii, którego konsekwencje mogą przybierać postać opisywaną z perspektywy psychodynamicznej w poniższej narracji:

„Strach przed utratą autonomii we własnym życiu. Większa potrzeba onnipotentego, opiekuńczego obiektu. Złość i frustracja obecna sytuacja z perspektywy społecznej” [resp. 150, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Analiza wątków związanych z lękiem wskazuje, że kontekst jego przeżywania jest bardzo szeroki. Obejmuje on zarówno życie osobiste jak i relacje między jednostką a państwem i jego instytucjami.

Lęk odnoszący się do sfery osobistej doświadczany jest w kontekście teraźniejszości i przyszłości. W badanych wypowiedziach zaznacza się lęk przed zajściem w ciążę, który zyskuje znacznie szerszy wymiar – lęku o życie i zdrowie własne oraz bliskich. W ten sposób rozumiany lęk transformuje w stałe poczucie zagrożenia. Wskazują na to poniższe wypowiedzi:

*„Lęk, wściekłość, poczucie utraty wpływu na własne życie. **Lęk o zdrowie swoje i bliskich kobiet. Lęk przed zajściem w ciążę, którą do tej pory planowali. Lęk o przebieg procesu leczenia niepłodności. Stałe odczuwane poczucie zagrożenia”** [resp. 60,*

psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, zaznaczenie – autorzy raportu].

Analizowane wypowiedzi wskazują również na lęk związany z konkretnymi scenariuszami życiowymi, które w nowej rzeczywistości prawnej stały się w pełni realne dla jednostek. Oto przykładowa wypowiedź ilustrująca powyższą kategorię:

„Lęk związany z przymusem posiadania dzieci, w przypadku gdy dziecko będzie ciężko chore” [resp.42, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym].

W tym kontekście jednostki przeżywają lęk przed procedurami medycznymi mogącymi potwierdzić zarysowany powyżej scenariusz. Traktuje o tym następująca wypowiedź:

„lęk przed wykonywaniem badań prenatalnych i ich konsekwencjami – lęk o stan zdrowia dziecka i własny – obciążenie psychiczne w obliczu ryzyka zaburzeń płodu wskazanego w badaniach prenatalnych (poczucie osamotnienia, brak wsparcia)” [resp.194, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

Dalszą konsekwencję omawianych wydarzeń politycznych, odczuwanych przez jednostki w sferze osobistej stanowi lęk przed samą prokreacją. Ilustrują to poniższe przykładowe wypowiedzi:

„Obawy z zajściem w ciążę Strach o dzieci w przyszłości” [resp.61, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

„Lęki przed zajściem w ciążę, brak poczucia bezpieczeństwa i zaufania do instytucji państwowych, poczucie opresji, bezsilności, plany dotyczące emigracji” [resp.78, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„lęk przed zajściem w ciążę i urodzeniem chorego dziecka rozważanie wyjazdu z kraju poczucie zagrożenia, braku wpływu na swoje życie” [resp.197, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

„lek przed ciążą bezsilność ze nic nie da się z tym zrobić złość i niezrozumienie osób, które stoją po drugiej stronie konfliktu” [resp.231, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Wyżej opisywany lęk wiąże się z poczuciem bezsilności i złością oraz rozważaniem scenariuszy emigracji, co jest istotne w kontekście motywacyjnych funkcji emocji.

W badanych wypowiedziach zaznaczył się również wątek nasilenia lęków kobiet i par, które przed orzeczeniem TK starały się o ciążę oraz były w ciąży:

„Lęk pacjentek ciężarnych i rozważających zajście w ciążę” [resp.215, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Pacjentka starająca się o ciążę w lęku dotyczącym strat, w tym też choroby płodu” [resp.160, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Pary starające się o dziecko – jeżeli płód będzie mieć wady, nie będą mogli dokonać aborcji, również niepewna sytuacja, gdyby chcieli zrobić zabieg za granicą (z powodu pandemii granice raz są otwierane, raz nie). Rozważanie całej procedury in vitro za granicą” [resp.202, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Powyższe dane wskazują, że jedną z konsekwencji orzeczenia TK jest nasilenie stresu i lęku oraz związane z tym obniżenie jakości życia osób w ciąży oraz w trakcie starań o ciążę.

Badani terapeuci wskazywali również na wtórną traumatyzację kobiet w kontekście ich przeszłych doświadczeń związanych z aborcją oraz komplikacjami w ciąży:

„(...) U innej pacjentki odezwała się trauma związana z wykonaną aborcją w przeszłości” [resp.5, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

„Powrót do terapii pacjentki z doświadczeniem terminacji płodu z wadami letalnymi. Pacjentka z utrudnionym dostępem do diagnostyki prenatalnej przy podejrzeniu wad płodu” [resp.185, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

Wywołane przez aktualną sytuację polityczną powroty do doświadczeń z przeszłości powodują lęk związany z przyszłością. Traktuje o tym następująca wypowiedź:

„Osobiste doświadczenia związane z wadami płodu i decyzja o terminacji oraz lęk przed życiem w kraju, który nie szanuje wyboru rodziców” [resp.85, psychoterapeutka pracująca w nurcie zorientowanym na proces].

Lęk o przyszłość jest rzutowany również na kolejne pokolenia i wyrażany jako lęk o to, co czeka dzieci pacjentów/ek / klientów/ek. W kontekście tego typu lęku wielokrotnie pojawiały relacje dotyczące myśli o emigracji:

„Lęk o przyszłość własnych dzieci. Fantazje o emigracji” [resp.18, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Lęk odczuwany przez jednostki wiąże się nie tylko z kwestiami dotyczącymi prokreacji, lecz także z przyszłością zawodową. Nie był to jednak wątek dominujący, dotyczył bowiem jednostkowej wypowiedzi, która może jednak odzwierciedlać doświadczenia szerszej kategorii osób⁵²:

„Poczucie nienawiści do rządu, oszukania, lęku o karierę adwokacką” [resp.143, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym].

Wątki związane z lękiem odnosiły się także do antycypowanej przyszłości relacji obywatel/ka-państwo. Przedmiotem lęku jest dalsze ograniczanie praw i wolności obywatelskich. Analizowane wypowiedzi wskazują, że z perspektywy jednostek istnieje bezpośredni związek pomiędzy kontekstem prawno-politycznym a ich życiem osobistym:

⁵² Prezentując jednostkowe wypowiedzi przyjmujemy założenie metodologii teorii ugruntowanej B.G. Glasera i A.L. Straussa, zgodnie z którym „Pojedynczy przypadek może wskazywać ogólną pojęciową kategorię lub własność, a kilka dalszych przypadków może potwierdzać wskazówkę”. B.G. Glaser, A.L. Strauss, *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, tłumaczenie Marek Gorzko, Wydawnictwo NOMOS, Kraków 2009, s. 29.

„Lęk przed kontrolą państwa. Poczucie braku wpływu. Poczucie bycia dyskryminowaną” [resp.91, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym]

„obawa przed organami władzy, pozbawienie kobiet wyboru, w późniejszym czasie częściej mówiono o ustawie politycznej” [resp.281, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Lek o prawa kobiet oraz o niemożliwość decydowania, pacjentka kobieta która stara się o dziecko z mężem i chciałaby mieć wybór w każdej sytuacji” [resp.38, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym].

„Lek przed represjami” [resp.18, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Kolejny kontekst przeżywanego lęku wiązał się z aktualnymi niepokojami społecznymi i masowym konfliktem po orzeczeniu TK. Wskazują na to poniższe wypowiedzi:

„Lęk ze względu na nerwową sytuację w kraju” [resp.110, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

„Obawy o bezpieczeństwo w kraju” [resp. 61, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

Badani wskazywali również na pojawiające się na sesjach terapeutycznych wątki związane z obniżonym poczuciem bezpieczeństwa jednostek, brakiem zaufania wobec zróżnicowanych podmiotów – począwszy od państwa i jego instytucji, poprzez system służby zdrowia i jego pracowników, skończywszy na obniżonym ogólnym zaufaniu społecznym. Oto wypowiedzi reprezentatywne dla tej kategorii:

„Lek przed kolejnymi wprowadzanymi ograniczeniami praw obywatelskich w kraju, brak zaufania do rządzących z różnych szczebli, obniżone zaufanie do osób wykonujących zawody medyczne” [resp.84, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Kwestie dotyczące braku praworządności; kwestie związane z przemocą (w tym znajdowanie siły w działaniach i podejmowanie działań przynoszących pozytywne skutki dla pacjentek); kwestie dotyczące braku zgody na to co się dzieje, początkowo duże nasilenie” [resp.95, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym].

Na kryzys zaufania społecznego dobitnie wskazuje następująca wypowiedź:

„[Pytanie: Jeśli to możliwe, prosimy o ogólne zarysowanie tych wątków] Nie zarysuję. Coraz trudniej o zaufanie społeczne i wiarę, że coś nie zostanie użyte na opak i przeciw. Poziom wzajemnego hejtu i nagonki przekroczył dla mnie granice bezpieczeństwa” [resp.37, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym].

Kolejna grupa wypowiedzi odnosiła się wprost do braku poczucia sprawczości. Opisy stanów afektywnych koncentrowały się na poczuciu bezsilności i bezradności. W wypowiedziach pojawiały się także słowa kluczowe takie jak na przykład: poczucie opresji i uprzedmiotowienia. Oto wypowiedzi reprezentatywne dla tej kategorii:

„Poczucie bezradności i beznadziejności sytuacji. Poczucie bycia lekceważonym w swoich prawach” [resp.18, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

„poczucie ubezwłasnowolnienia i uprzedmiotowienia” [resp.141, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Poczucie braku wpływu na własne życie. Brak zaopiekowania ważnych spraw przez rządzących. Poczucie solidarności z innymi kobietami. Poczucie bycia oszukanym przez rządzonych” [resp.154, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Poczucie ograniczenia wolności, bycia skontrolowanym, pod czyjąś opresją, wątek przemocy, niesprawiedliwości” [resp.96, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Odczuwanie poczucia ograniczania możliwości działania zgodnie ze swoimi decyzjami, doświadczanie przymusu” [resp.70, psychoterapeutka pracująca w nurcie Ericksonowskim].

„Sprzeciw wobec naruszenia dotychczasowego kompromisu związanego z aborcją, **poczucie przedmiotowego traktowania i bycia pod presją**” [resp.132, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, podkreślenie autorów raportu].

„(...) obniżone poczucie własnej wartości u kobiet (czuły się nieszanowane, traktowane przedmiotowo a czasem wręcz nadużyte) (...)” [resp.166, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Wnoszone poczucie bezradności, lek przed zostaniem w Polsce. bezradność egzystencjalna. Narastające konflikty interpersonalne, płaczliwość, zapadanie w sen nawet do 18 godzin” [resp.137, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Wobec powyższych danych należy przywołać koncepcję wyuczonej bezradności Martina Seligmana⁵³, zgodnie z którą syndrom wyuczonej bezradności stanowi reakcję na powtarzające się sytuacje braku wpływu, w których jednostka uczy się postrzegać samą siebie jako pozbawioną sprawczości oraz traci motywację do podmiotowego działania. Objawy te są elementem klinicznego obrazu depresji.

Kolejna grupa emocji wnoszonych na sesje terapeutyczne po orzeczeniu TK to złość i jej pochodne: oburzenie, gniew, wściekłość. Ilustrują to poniższe wypowiedzi:

„Gniew na rządzących Poczucie krzywdy i niesprawiedliwości [resp.18, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym].

„prawa człowieka (ograniczanie ich) i wściekłość, którą to prowokowało (...)” [resp.166, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Kobiety wyrażały złość, a nawet wściekłość. Mężczyźni byli źli, solidaryzowali się z kobietami” [resp. 9, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

⁵³ M. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć*, tłumaczenie A. Jankowski, Media Rodzina, Poznań 2002.

„Złość, oburzenie, gniew, poczucie krzywdy wściekłość – które mobilizują do wyrażenia sprzeciwu i zaangażowania w sprawy społeczne (...)” [resp.118, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Jak wynika z zaprezentowanych danych, tłem powyższych emocji jest poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Złość stanowi także emocję mobilizującą do działania – wyrażania sprzeciwu, manifestowania solidarności z pokrzywdzonymi, czy zaangażowania w sprawy społeczne. Motywacyjne funkcje emocji widoczne są również w poniższych wypowiedziach:

„Pacjenci wyrażali swoje oburzenie, złość, bezsilność. Wiele osób mówiło, że chodzi na protesty, że zaczęli bardziej angażować się w sprawy społeczne. Niektórzy pytali się mnie, czy chodzę na protesty” [resp.92, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

*„oburzenie wyrokiem, **energia do protestu** – wiele osób. Wstrząs i zagubienie przerwaniem mszy przez osoby strajkujące (1 osoba)” [resp. 16, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, zaznaczenie autorów raportu].*

Analizowane przez nas wypowiedzi poruszały również problem narastających konfliktów w skali makro – i mikro – społecznej jak również na poziomie wewnątrz-jednostkowym.

Wątek lęku przed konfliktami społecznymi pojawia się w następującym fragmencie narracji:

*„poczucie niepewności, złości, chęć zaprotestowania, **lęk przed eskalacją konfliktu społecznego**, lęk o własne bezpieczeństwo i zdrowie” [resp.117, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym, zaznaczenie autorów raportu].*

Konfliktów interpersonalnych w bezpośrednim otoczeniu dotyczą poniższe przykładowe wypowiedzi:

*„Poczucie zagrożenia, drastycznego ograniczenia wolności, **skonfliktowanie z osobami z otoczenia i bliskimi**” [resp.325, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym, zaznaczenie – autorzy raportu].*

*„Wątek nastoletniej pacjentki: Wyrażenie opinii na temat tego, że to niedopuszczalne by Państwo tak mocno ingerowało w decyzje kobiet. **Obawa przed podzieleniem się swoim zdaniem na ten temat z rodziną**” [resp.118, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, zaznaczenie – autorzy raportu].*

„Nasilenie poczucia odrzucenia przez rodzinę osoby LGBT, ponieważ strajki kobiet wywołały dyskusje dotyczące także orientacji i tożsamości” [resp.86, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, zaznaczenie – autorzy raportu].

O konfliktach wewnętrznych przeżywanych przez jednostki traktują natomiast następujące wypowiedzi:

*„Złość i bezsilność wobec sytuacji w kraju, **lęk przed udziałem w strajkach z jednoczesną chęcią udziału**” [resp.76, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym, zaznaczenie – autorzy raportu].*

„(...) udział w protestach, dylematy związane z bezpieczeństwem udziału w zgromadzeniu i poczuciem odpowiedzialności społecznej, poczuciem bezradności w konfrontacji z totalnością decyzji rządzących” [resp.176, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Omawiane uwarunkowania wpływają na decyzje podejmowane przez jednostki oraz ich plany na przyszłość. W tym kontekście zarysowały się przede wszystkim dwa wątki: odkładania bądź rezygnacji z prokreacji oraz sygnalizowany już wcześniej wątek rozważania lub planowania emigracji.

Pierwszą z wskazanych powyżej kategorii reprezentuje następująca przykładowa wypowiedź:

„Odłożenie prokreacji na później. Zrezygnowanie z prokreacji. Lęk, złość z powodu wyroku” [resp.303, psychoterapeutka pracująca w nurtach Ericksonowskim i integracyjnym].

*„Strach, lęk przed tym do czego, chce doprowadzić Państwo. Walka o poczucie słowa i wolności, strach przed zachodzeniem w ciężę (zwłaszcza osoby, które wcześniej z powodów niezależnych od nich straciły swoje dziecko), **niechęć wobec powiększania rodziny**” [resp.319, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, zaznaczenie – autorzy raportu].*

Druga z wskazanych kategorii, związana z chęcią opuszczenia kraju pojawiała się wielokrotnie w omawianych dotychczas kontekstach. Plany związane z emigracją jawią się jako konsekwencje narastających emocji, braku poczucia bezpieczeństwa w sytuacji niemożności podejmowania samodzielnych decyzji w ważnych (a czasami – najważniejszych) życiowych sprawach. Mechanizmy te znajdują wyraz następujących wypowiedziach:

*„Mocna frustracja na brak wpływu związane z ograniczeniem własnej decyzji, która nakładała się na brak wpływu na już odczuwalne ograniczenia związane z pandemią. Martwienie się o przyszłość własnych dzieci w Polsce. **Plany związane z wyprowadzką**” [resp.228, psychoterapeutka pracująca w nurcie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu, zaznaczenie – autorzy raportu].*

„Niektóre pacjentki mówiły o dużej złości na to co się dzieje, w jaki sposób traktuje się kobiety w Polsce. Jedna zastanawia się nad wyjazdem na stałe z Polski i to jest jeden z argumentów” [resp.328, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym].

*„Brak zgody z orzeczeniem, swój udział w demonstracjach, **chęć wyjazdu z kraju**” [resp.208, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, zaznaczenie – autorzy raportu].*

„jak można żyć w kraju rządzonym przez mężczyzn i Kościół, którzy decydują za kobiety?” W sumie też zadaję sobie to pytanie i gdyby nie charakter mojej pracy dawno już bym wyjechał :) [resp.116, psychoterapeuta pracujący w nurcie poznawczo-behawioralnym].

Na 104 analizowane wypowiedzi, jedynie 3 dotyczyły zgłaszanego przez klientów/pacjentów lęku przed protestami i protestującymi oraz negatywnej oceny protestujących przez pryzmat własnych doświadczeń klientów/pacjentów i emocji im towarzyszących. Oto one:

„Reakcje tzw. Strajku kobiet na orzeczenie Trybunału, takie jak zakłócanie mszy i pisanie po murach kościołów, wulgarne hasła, a także agresywne reakcje na próby rozmowy na ulicy budziły niepokój jednego pacjenta” [resp.46, psychoterapeuta pracujący w nurcie poznawczo-behawioralnym].

„Była siostra zakonna, niepokoiła się protestami, została zamknięta w kościele podczas mszy przez protestujących” [resp.122, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

„Pacjentka, która nie może zejść w ciążę, złości się, widząc tłumy kobiet odrzucających macierzyństwo” [resp.230, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

Dwie spośród 104 analizowanych wypowiedzi odnosiły się natomiast do zróżnicowania postaw klientów/ek / pacjentów/ek oraz braku jednoznacznego poparcia żadnej z dwóch stron konfliktu:

„Udział w strajku kobiet (...) i sprzeciw wobec tego strajku” [resp. 164, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym].

*„Oburzenie na wulgarny język. **Brak jednoznacznego poparcia dla dwóch skrajnych postaw.** Smutek stanowiskiem Kościoła. Zdenerwowanie na partię rządzącą” [resp.101, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, zaznaczenie – autorzy raportu].*

Ilościowa analiza zgromadzonych przez nas danych wskazuje na proporcjonalnie największe rozpowszechnienie wątków związanych z lękiem (był on obecny w 88% wypowiedzi). Wśród sprecyzowanych doświadczeń lękotwórczych proporcjonalnie najczęściej pojawiało się napięcie na linii obywatel/ka – państwo (22%), a następnie lęk związany z prokreacją (20%). 16% analizowanych wypowiedzi dotyczyło lęku i napięć związanych z narastającymi konfliktami społecznymi, interpersonalnymi oraz kryzysem zaufania społecznego. Po 26% wypowiedzi odnosiło się do przeżywania przez klientki/ów / pacjentki/ów złości oraz bezsilności i odczuć pochodnych. Taki sam odsetek wypowiedzi poruszał kwestię ogólnej niezgody osób korzystających z wsparcia psychoterapeutycznego z orzeczeniem TK. 15% analizowanych narracji traktowała o zaangażowaniu w protest oraz solidarności z innymi protestującymi. 11% wypowiedzi dotyczyła myśli o emigracji, a 7% – konfliktów pojawiających się w bliższym i dalszym otoczeniu osób korzystających z wsparcia psychoterapeutycznego oraz konfliktów wewnętrznych. 3% badanych wypowiedzi odnosiła się do lęku przed protestami i protestującymi, a 2% – do różnorodności postaw oraz braku zgody na skrajności. Dane te ilustruje tabela nr 17.

Tabela nr 17. Rozpowszechnienie wątków związanych z orzeczeniem TK z 22.10.2020 oraz następującymi po nim protestami wnoszone przez pacjentki/ów / klientki/ów na sesje terapeutyczne

Wątki związane z orzeczeniem TK z 22.10.2020 oraz następującymi po nim protestami wnoszone przez pacjentki/ów / klientki/ów na sesje terapeutyczne	%*
Lęk – razem	88,0%
Lęk – rozumiany ogólnie, lęk w sytuacji ograniczenia autonomii opisywany w kategoriach mechanizmów psychologicznych, lęk o przyszłość, powracający lęk związany z doświadczeniami z przeszłości	30,0%
lęk przed ingerencją państwa w życie obywateli/ek	22,0%
lęk związany z prokreacją oraz rezygnacja z prokreacji / odłożenie prokreacji	20,0%

Wątki związane z orzeczeniem TK z 22.10.2020 oraz następującymi po nim protestami wnoszone przez pacjentki/ów / klientki/ów na sesje terapeutyczne	%*
lęk przed eskalacją konfliktów społecznych i interpersonalnych, kryzys zaufania społecznego	16,0%
złość i pochodne (gniew, oburzenie, wściekłość)	26,0%
poczucie bezsilności (bezzadność, brak wpływu i in.)	26,0%
niezgoda z orzeczeniem (ujęta ogólnie)	26,0%
poczucie wspólnoty, solidarności z protestującymi i udział klientek/ów/pacjentek/ów w protestach	15,0%
myśli o emigracji	11,0%
Konflikty	7,0%
ogólnie rozumiany wpływ orzeczenia TK na tematy poruszane na sesjach (bez sprecyzowania wątków)	4,0%
lęk wobec protestów i protestujących	3,0%
brak zgody na skrajności	2,0%

*Procenty nie sumują się do 100, ponieważ badani, odpowiadając na pytanie otwarte, mogli poruszyć więcej niż jeden wątek.

Źródło: Badanie sondażowe na ogólnopolskiej próbie psychoterapeutek i psychoterapeutów N=328, przeprowadzone w dniach 30.12.2020-12.03.2021.

Całość przeanalizowanego przez nas materiału badawczego wskazuje na istotne powiązania między wydarzeniami politycznymi a osobistymi doświadczeniami jednostek. Doświadczenia te są o tyle szczególne, że dotyczą doświadczeń z jednej strony intymnych, lecz z drugiej strony społecznie podzielanych przez znaczną liczbę jednostek. Mogą one zatem znaleźć wyraz w późniejszych zachowaniach zbiorowych, reakcjach politycznych oraz trendach społeczno-demograficznych i zmianach kulturowych będących przedmiotem dalszych badań socjologicznych.

Podsumowanie i rekomendacje

Przedstawione wyniki badań wskazują na równoległość procesów adaptacji do sytuacji pandemii oraz mechanizmów prowadzących do wyczerpywania się części zasobów pozwalających na skuteczną adaptację. Na podstawie wyników z obu etapów naszych badań można postawić tezę, że psychoterapeutki i psychoterapeuci przystosowali się do wymogów sytuacji pandemicznej związanych z pracą zdalną oraz stosowaniem procedur bezpieczeństwa. Dzięki temu być może niektóre z rozwiązań wypracowanych w czasie pandemii będą mogły być stosowane po jej zakończeniu w celu zwiększenia dostępności wsparcia psychoterapeutycznego dla osób, które go potrzebują.

Równocześnie uzyskane przez nas wyniki wskazują na pewien wzrost częstotliwości doświadczania przez badanych objawów będących konsekwencją długotrwałego stresu obejmujących: reakcje psychosomatyczne, nerwice, depresyjne oraz związane z używaniem substancji i zachowaniami kompulsywnymi. Reakcje na obciążenia stanowiące bezpośrednie i pośrednie konsekwencje pandemii wpływają na kondycję psychiczną zarówno osób korzystających z pomocy psychoterapeutycznej jak i psychoterapeutów i psychoterapeutek. Jest to sytuacja o tyle wyjątkowa, że przed pandemią sytuacja, w której terapeuta/ka doświadczał/a problemów podobnych do tych, z którymi zmagają się klient/ka stanowiła przeciwwskazanie do prowadzenia psychoterapii przy równoczesnym wskazaniu do przepracowania owych problemów w ramach superwizji i terapii własnej. Sytuacja pandemii dotyczy jednak wszystkich bez względu na pełnioną rolę społeczną. W związku z tym szczególnie ważne jest wsparcie superwizyjne dla psychoterapeutów, które z racji powszechności obciążeń związanych z pandemią może ewoluować od jednokierunkowej, sformalizowanej relacji w stronę relacji opartej na wzajemności wsparcia (taki efekt można uzyskać w grupach superwizyjnych).

Wyniki dotyczące zarówno wpływu pandemii na funkcjonowanie osób w procesie psychoterapii jak i fakt, że w gabinecie psychoterapeutycznym swoje odzwierciedlenie znajduje bieżąca sytuacja polityczna pozwalają stwierdzić, że emocje doświadczane przez jednostkę w konsekwencji procesów ponadindywidualnych (makrospołecznych i globalnych) nie mogą być traktowane jedynie w kategoriach indywidualnych problemów życiowych. W tym kontekście konieczne wydaje się łączenie perspektywy psychologicznej i socjologicznej z perspektywą zdrowia publicznego, ekonomii i polityki społecznej zarówno na poziomie planowania rozwiązań aktualnych oraz przyszłych problemów zdrowia psychicznego (które jak można się spodziewać będą przybierały na sile) jak i prowadzenia badań naukowych pozwalających zwiększać zakres rozumienia powiązań pomiędzy jednostką a społeczeństwem.

Spis wykresów i tabel

Wykres nr 1.	Płeć badanych.....	7
Tabela nr 1.	Porównanie wieku badanych kobiet i mężczyzn	7
Wykres nr 2.	Wiek badanych	8
Wykres nr 3.	Wielkość miejscowości, w której wykonywana jest praca psychoterapeutyczna	9
Tabela nr 2.	Zestawienie populacji województw z odsetkiem badanych osób w nich pracujących	10
Wykres nr 4.	Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej	11
Wykres nr 5.	Liczba miejsc w których (psychoterapeutycznie) pracują badane osoby	12
Tabela nr 3.	Liczba miejsc, w których pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci.....	12
Tabela nr 4.	Osoby pracujące tylko w gabinecie prywatnym w poszczególnych grupach wiekowych.....	13
Wykres nr 6.	Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby	13
Tabela nr 5.	Praca w nurcie integracyjnym i innych nurtach	14
Tabela nr 6.	Wiek badanych a nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują	15
Tabela nr 7.	Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby, a ich płeć	15
Wykres nr 7.	Szkolenie psychoterapeutyczne	16
Wykres nr 8.	Posiadany certyfikat psychoterapeutyczny	16
Wykres nr 9.	Czy po 1 października 2020 prowadzi Pani/Pan psychoterapię on-line	17
Wykres nr 10.	Formy psychoterapii on-line po 1 października 2020	18
Tabela nr 8.	Formy pracy terapeutycznej on-line: marzec-wrzesień 2020 versus październik 2020-marzec 2021.....	18
Wykres nr 11.	Ocena ilości pracy terapeutycznej po 1 października w porównaniu do okresu od marca do września 2020.....	19
Wykres nr 12.	Praca w gabinecie po 1 października 2020	19
Wykres nr 13.	Proporcje pomiędzy pracą on-line a pracą w gabinecie	20
Wykres nr 14.	Najczęściej wskazywane daty pełnego powrotu do pracy w gabinecie	21
Wykres nr 15.	Wskazywane terminy powrotu do pracy w gabinecie z podziałem na miesiące i lata	22
Wykres nr 16.	Czy zaszczepi się Pani/Pan, zaszczepił/a się przeciwko COVID 19?	22
Tabela nr 9.	Środki bezpieczeństwa sanitarnego stosowane w gabinetach	23
Tabela nr 10.	Środki bezpieczeństwa sanitarnego stosowane w gabinetach – kobiety a mężczyźni	24
Wykres nr 17.	Ocena samopoczucia badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w kolejnych okresach pandemii	27
Wykres nr 18.	Ocena samopoczucia od początku października 2020 roku a płeć	28
Tabela nr 11.	Ocena samopoczucia od początku października 2020 roku a nurt terapeutyczny	28
Wykres nr 19.	Doświadczenie stresu na co dzień w trzech okresach pandemii	30
Wykres nr 20.	Poczucie mobilizacji do działania w trzech okresach pandemii	31
Wykres nr 21.	Poczucie osłabienia i braku energii w czasie pandemii.....	32
Wykres nr 22.	Wybrane dolegliwości psychosomatyczne w trzech okresach pandemii.....	33
Wykres nr 23.	Trudności z zasypianiem w trzech okresach pandemii	34
Wykres nr 24.	Trudności z ponownym zaśnięciem po przebudzeniu w nocy w trzech okresach pandemii.....	35
Wykres nr 25.	Poczucie braku regeneracji przez sen w trzech okresach pandemii	36
Wykres nr 26.	Odczucie lęku lub silnego niepokoju w trzech okresach pandemii.....	37
Wykres nr 27.	Poczucie napięcia w relacjach interpersonalnych w trzech okresach pandemii.....	38
Wykres nr 28.	Trudności z zebraniem i wyrażaniem myśli w trzech okresach pandemii	39
Wykres nr 29.	Odczucia napięcia i rozdrażnienia z powodu nadmiaru spraw w trzech okresach pandemii.....	40
Wykres nr 30.	Poczucie braku sił, by radzić sobie z życiem, z wszystkimi sprawami w trzech okresach pandemii.....	41
Wykres nr 31.	Poczucie beznadziejności sytuacji w trzech okresach pandemii.....	42
Wykres nr 32.	Utrata lub brak przeżywania przyjemności w trzech okresach pandemii	42
Wykres nr 33.	Negatywne myślenie o sobie, obwinianie się w trzech okresach pandemii	43
Wykres nr 34.	Picie alkoholu lub używanie innych substancji psychoaktywnych w celu złagodzenia napięcia w trzech okresach pandemii	44
Wykres nr 35.	Obniżanie napięcia poprzez czynności kompulsywne w trzech okresach pandemii.....	45
Wykres nr 36.	Odczuwanie niepokoju z powodu używania substancji lub czynności kompulsywnych w trzech okresach pandemii.....	46
Tabela nr 12.	Sposoby radzenia sobie ze stresem od października 2020 do marca 2021.....	47
Wykres nr 37.	Odsetki osób, które stosowały aktywne strategie nastawione na rozwiązywanie problemów w trzech okresach pandemii (suma odpowiedzi „czasami” i „często”)	49

Wykres nr 38. Odsetki osób, które podejmowały aktywność pozwalającą oderwać się od problemów w trzech okresach pandemii (suma odpowiedzi „czasami” i „często”)	49
Wykres nr 39. Odsetki osób, które radziły sobie ze stresem poprzez odrywanie się od problemów w sposób pasywny w trzech okresach pandemii (suma odpowiedzi „czasami” i „często”)	50
Wykres nr 40. Odsetki osób, które radziły sobie ze stresem poprzez poszukiwanie wsparcia w trzech okresach pandemii.....	51
Wykres nr 41. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poszukiwanie informacji oraz ograniczanie nadmiaru informacji w trzech okresach pandemii	52
Wykres nr 42. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poszukiwanie pozytywnych stron zaistniałej sytuacji oraz jej akceptację w trzech okresach pandemii	52
Wykres nr 43. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poznawcze oddalanie się od problemu (orientację na tu i teraz lub na przyszłość).....	53
Wykres nr 44. Odsetki osób radzących sobie ze stresem przez humor w trzech okresach pandemii.....	54
Wykres nr 45. Odsetek badanych radzących sobie ze stresem poprzez wyrażanie emocji w trzech okresach pandemii.....	54
Wykres nr 46. Odsetek badanych radzących sobie ze stresem poprzez praktyki duchowe w trzech okresach pandemii.....	55
Wykres nr 47. Porównanie oceny częstotliwości zgłoszeń nowych klientów/pacjentów w dwóch okresach pandemii	56
Wykres nr 48. Ocena częstotliwości zgłoszeń nowych pacjentów/klientów z problemami związanymi z sytuacją pandemii w okresach od marca do września 2020	57
Tabela nr 13. Częstotliwość nowych zgłoszeń z powodu problemów związanych z pandemią po 1 października 2020 roku.....	57
Wykres nr 49. Odsetek psychoterapeutów identyfikujących problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły u dotychczasowych klientów/pacjentów w dwóch okresach pandemii.	59
Tabela nr 14. Ocena częstotliwości pojawiania się lub nasilania określonych problemów u dotychczasowych klientów/pacjentów w czasie drugiej fali pandemii (po 1 października 2020 roku).	59
Wykres nr 50. Ocena częstotliwości pojawiania się lub nasilania określonych problemów u dotychczasowych klientów/pacjentów w dwóch okresach pandemii.....	61
Tabela nr 15. Wybrane aspekty organizacji superwizji w dwóch okresach pandemii w deklaracjach badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów	62
Tabela nr 16. Udział badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów w poszczególnych formach superwizji po 1 października 2020	62
Tabela nr 17. Rozpowszechnienie wątków związanych z orzeczeniem TK z 22.10.2020 oraz następującymi po nim protestami wnoszone przez pacjentki/ów / klientki/ów na sesje terapeutyczne	73

Bibliografia

- Carver Ch., *Mini-COPE*, adaptacja: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik.
- Certyfikowani superwizorzy i psychoterapeuci Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, www.sekcjapsychoterapii.pl [dostęp 21.03.2021]
- Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza: marzec-wrzesień 2020*, Wydział Socjologii UAM, Poznań 2020.
- Glaser B.G., Strauss A.L., *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, tłumaczenie M. Gorzko, Wydawnictwo NOMOS, Kraków 2009
- Heszen – Niejodek I., *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, „Psychologia. Podręcznik akademicki, t. III, GWP, Warszawa 2002.
- Koronawirus w Polsce*, koronawirusunas.pl [dostęp: 20 kwietnia 2021]
- Landowski J., *Neurobiologia reakcji stresowej*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2007, 2, s. 26-36, https://docplayer.pl/storage/53/31680159/1543279070/IMOQ7cObFyk_QELNWKkDKQ/31680159.pdf, [dostęp: 27.11.2018].
- Lista psychoterapeutów i superwizorów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii sekcjanaukowapsychoterapii.org [dostęp: 21.03.2021]
- PKD – Polska Klasyfikacja Działalności – klasyfikacje.gofin.pl/pkd [dostęp: 20.03.2021]
- Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), Enteia, Warszawa 2010
- Seligman M., *Optymizmu można się nauczyć*, tłum. A. Jankowski, Media Rodzina, Poznań 2002.
- Stricker G., *Integracja psychoterapii* tłum. M. Poleć-Szalonek, IPZ PTP, Warszawa 2017
- Suszek H., Grzesiuk L., Styła R. i in., *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce*, „Psychiatria” T. 14. Nr 2, 2017.

Spis treści

O badaniu	2
Podziękowania	6
I. Cechy społeczno-demograficzne badanych	7
Płeć osób uczestniczących w badaniu	7
Wiek osób uczestniczących w badaniu	7
Wielkość miejscowości, w której badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty	8
Województwa	9
II. Zmienne charakteryzujące pracę terapeutyczną badanych	11
Miejsce wykonywania pracy terapeutycznej	11
Nurt psychoterapeutyczny/modalność psychoterapeutyczna	13
Rodzaj szkolenia psychoterapeutycznego	15
Certyfikat psychoterapeutyczny	16
Psychoterapia on-line	17
Ocena ilości pracy psychoterapeutycznej	19
Praca w gabinecie	19
Proporcja pomiędzy liczbą sesji on-line a sesjami w gabinecie	19
Powrót do pracy w gabinecie w pełnym wymiarze	20
Psychoterapeutki i psychoterapeuci wobec szczepień przeciwko COVID-19	22
Środki bezpieczeństwa sanitarnego stosowane w gabinetach terapeutycznych	23
III. Kondycja psychiczna psychoterapeutek i psychoterapeutów	26
Doświadczenie stresu na co dzień	29
Mobilizująca i demobilizująca funkcja stresu	30
Reakcje psychosomatyczne	32
Zaburzenia snu	33
Reakcje nerwicowe	36
Reakcje depresyjne	40
Reakcje związane z używaniem substancji psychoaktywnych i zachowaniami kompulsywnymi	43
Sposoby radzenia sobie ze stresem	47
Strategie aktywne nastawione na rozwiązywanie problemów	48
Aktywność pozwalająca oderwać się od problemów	49
Pasywne odrywanie się od problemów	50
Poszukiwanie wsparcia	51
Strategie poznawcze: poszukiwanie informacji oraz unikanie nadmiaru informacji	51
Poszukiwanie pozytywnych stron zaistniałej sytuacji i jej akceptacja	52
wobec niemożności zmiany	52
Poznawcze oddalanie się od problemu (orientacja na tu i teraz lub na przyszłość)	53
Obniżanie napięcia przez humor	53
Obniżanie napięcia przez wyrażanie odczuwanych emocji	54
Radzenie sobie ze stresem poprzez praktyki duchowe	55
Druga fala pandemii a wybrane aspekty procesu terapeutycznego	56
Ocena liczby nowych zgłoszeń	56
Zgłoszenia nowych klientów/pacjentów z problemami związanymi z sytuacją pandemii	56
Pojawienie się bądź nasilenie problemów w czasie pandemii u dotychczasowych klientów/pacjentów	58
Superwizje	61
IV. Aktualna sytuacja w kraju z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych	65
konsekwencje orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020	65
Podsumowanie i rekomendacje	74
Spis wykresów i tabel	76
Bibliografia	78

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.