

**TERAPIA
W CZASIE
KRYZYSÓW
SPOŁECZNYCH**

Q

H

C

Y

S

P

TERAPIA W CZASIE KRYZYSÓW SPOŁECZNYCH

PSYCHOLOGIA

**Pandemia
i wojna w Ukrainie
w doświadczeniu
osób pracujących
psychoterapeutycznie**

Monika Frąckowiak-Sochańska
Marcin Hermanowski



KOMITET NAUKOWY
Jerzy Brzeziński, Agnieszka Cybal-Michalska
Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący), Rafał Drozdowski
Piotr Orlik, Jacek Sójka

RECENZJA
dr hab. Urszula Kluczyńska, prof. CDV

PROJEKT OKŁADKI
Robert Domurat

REDAKCJA, KOREKTA I ŁAMANIE
Izabela Baran

Wydanie I

Publikacja finansowana z funduszy
Wydziału Socjologii UAM

© Copyright by Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu 2024

© Copyright by Monika Frąckowiak-Sochańska 2024

© Copyright by Marcin Hermanowski 2024

978-83-66983-43-4
978-83-7589-027-3

Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89AB
www.wnsh.amu.edu.pl, wnsh@amu.edu.pl, tel. (61) 829 22 54

Wydawnictwo Fundacji Humaniora
60-682 Poznań, ul. Biegańskiego 30A
www.funhum.home.amu.edu.pl, drozd@amu.edu.pl, tel. 519 340 555

DRUK
Drukarnia Scriptor Gniezno
62-200 Gniezno, ul. Poprzeczna 6A

SPIS TREŚCI

Wstęp (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska, Marcin Hermanowski</i>)	9
1. Realność i potencjalność traumy w społeczeństwie ryzyka. Od traumy zmian społecznych do traumy jednostkowej, transgeneracyjnej i zastępczej (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>)	13
1.1. Wprowadzenie	13
1.2. Od społeczeństwa ryzyka do społeczeństwa traumy	14
1.3. Trauma zmian społecznych	15
1.4. Trauma historyczna i trauma strukturalna	20
1.5. Trauma zastępcza	23
1.6. Psychoterapia jako kontekst ujawniania traumy i przeżywania traumy zastępczej	27
1.7. Od teorii do badań. Dlaczego badania z udziałem osób pracujących psychoterapeutycznie?	30
2. Emocjonalny krajobraz pandemii i wojny w świetle wybranych badań empirycznych (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>)	33
2.1. Wprowadzenie	33
2.2. Początek pandemii – lęk i (re)traumatyzacja	34
2.3. Nadzieja na nowy porządek i rozczarowanie stresującą codziennością	38
2.4. Emocjonalne reakcje na przedłużający się kryzys	42
2.5. Psychospołeczne reakcje na wybuch wojny w Ukrainie	45
2.6. Psychoterapia w czasie pandemii – badania wynikające z potrzeby autorefleksji osób zajmujących się psychoterapią ..	49

3. Metodologia wrażliwa na kontekst. Założenia metodologiczne socjologicznych badań psychoterapii w czasie kryzysów społecznych (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska, Marcin Hermanowski</i>)	57
3.1. Orientacja teoretyczno-metodologiczna	57
3.2. Rola kontekstu w podejmowaniu decyzji dotyczących celu i problematyzacji oraz przebiegu badań	58
3.3. Metoda i narzędzia badawcze	60
3.4. Dobór próby	61
3.5. Charakterystyka społeczno-demograficzna prób badawczych w trzech etapach badań	63
3.5.1. Płeć osób badanych	63
3.5.2. Wiek osób badanych	64
3.5.3. Wielkość miejscowości, w której badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty	64
3.5.4. Województwa, w których badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty	65
3.5.5. Modalności terapeutyczne/nurty psychoterapeutyczne, w których pracują badane osoby	67
3.5.6. Miejsce wykonywania pracy terapeutycznej	68
3.5.7. Doświadczenia w pracy z klient(k)ami/pacjent(k)ami ..	69
3.6. Kwestie etyczne	69
3.7. Materiał badawczy i metody analizy	70
4. Początek pandemii – symptomy zaburzonej równowagi i pierwsze próby adaptacji w świetle wyników pierwszego etapu badań (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>)	71
4.1. Źródła stresu doświadczanego przez terapeutki_ów w pierwszych miesiącach pandemii	71
4.2. Wybrane aspekty procesu terapeutycznego w początkowym okresie pandemii	73
4.3. Powody rezygnacji pacjentek_ów/klientek_ów z terapii	75
4.4. Opinie psychoterapeutek_ów o inicjatywach nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w początkowym okresie pandemii	77
5. Zmiany praktyk w ramach psychoterapii – strategie adaptacji do warunków pandemicznych (<i>Marcin Hermanowski</i>)	85
5.1. Wprowadzenie	85
5.2. Nowa praktyka psychoterapeutyczna: praca <i>online</i>	85
5.3. Praktyki ochronne – po powrocie do gabinetu	96
5.4. Superwizje	98

6. Problemy związane z pandemią zgłaszane przez osoby korzystające z psychoterapii (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>)	107
6.1. Nowe zgłoszenia związane z pandemią	107
6.2. Pojawienie się bądź nasilenie problemów w czasie pandemii u dotychczasowych klientek_ów/pacjentek_ów	113
6.3. Refleksje podsumowujące psychoterapeutek_ów	116
7. Psychoterapia – między politycznym a osobistym. Konsekwencje orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>).....	119
7.1. Kontekst społeczno-polityczny	119
7.2. Emocje jako łącznik między sferą publiczną a doświadczeniami osobistymi.....	120
7.3. Lęk i jego konteksty	124
7.4. Bezsilność jako reakcja na utratę sprawczości	129
7.5. Złość jako reakcja na naruszenie granic oraz źródło motywacji do zaangażowania obywatelskiego	130
7.6. Konflikty i nadwyrężanie więzi społecznych.....	132
7.7. Postrzeganie przyszłości.....	133
7.8. Rozpowszechnienie wątków wnoszonych na sesje terapeutyczne w kontekście orzeczenia TK	135
8. Wojna w Ukrainie z perspektywy pracy psychoterapeutycznej (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>)	139
8.1. Wojna jako źródło destabilizacji emocjonalnej.....	139
8.2. Konteksty lęku wywołanego przez wojnę	141
8.3. Granice współczucia	144
8.4. Konteksty i obiekty złości.....	147
8.5. Inne sprawy życia publicznego znajdujące odzwierciedlenie na sesjach terapeutycznych jako perspektywa porównawcza dla tematów związanych z wojną w Ukrainie	148
8.6. Zaangażowanie badanych w pomoc osobom poszkodowanym na skutek wojny	150
9. Kondycja psychiczna psychoterapeutek_ów w czasie kryzysów społecznych w latach 2020–2022 (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>) ..	153
9.1. Wprowadzenie	153
9.2. Proces względnej adaptacji do życia w pandemii i jego załamanie po wybuchu wojny w Ukrainie	154

9.3. Poszczególne wymiary samopoczucia psychicznego osób badanych w kolejnych okresach pandemii oraz po wybuchu wojny w Ukrainie	156
9.3.1. Odczuwanie stresu na co dzień	157
9.3.2. Mobilizująca i demobilizująca funkcja stresu	158
9.3.3. Reakcje psychosomatyczne	159
9.3.4. Zaburzenia snu	162
9.3.5. Reakcje nerwicowe	165
9.3.6. Reakcje depresyjne	168
9.3.7. Reakcje związane z używaniem substancji psychoaktywnych i zachowaniami kompulsywnymi	172
9.3.8. Doświadczanie stresu pourazowego lub zastępczego stresu pourazowego w czasie wojny w Ukrainie	175
9.4. Podsumowanie	176
10. Sposoby radzenia sobie ze stresem przez psychoterapeutki_ów (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska</i>)	179
10.1. Wprowadzenie	179
10.2. Strategie aktywne nastawione na rozwiązywanie problemów	180
10.3. Aktywność pozwalająca oderwać się od problemów	181
10.4. Pasywne odrywanie się od problemów	182
10.5. Poszukiwanie wsparcia	184
10.6. Strategie poznawcze: poszukiwanie informacji oraz unikanie nadmiaru informacji	185
10.7. Poznawcze oddalanie się od problemu	186
10.8. Obniżanie stresu pandemicznego przez kontrolę wtórną: próba akceptacji zaistniałej sytuacji wobec niemożności zmiany	187
10.9. Pandemiczny humor jako strategia obniżania napięcia	188
10.10. Obniżanie napięcia przez wyrażanie odczuwanych emocji	189
10.11. Radzenie sobie ze stresem poprzez praktyki duchowe	190
10.12. Stres pandemiczny a stres wywołany wojną – obszary stałości i zmiany strategii radzenia sobie	191
Zakończenie (<i>Monika Frąckowiak-Sochańska, Marcin Hermanowski</i>)	195
Bibliografia	197
Aneks	209
Załącznik 1: Narzędzie badawcze, I etap badań	209
Załącznik 2: Narzędzie badawcze, II etap badań	227
Załącznik 3: Narzędzie badawcze, III etap badań	234
Załącznik 4: Pytania dodane do narzędzia z III etapu badań po wybuchu wojny w Ukrainie 24 lutego 2022 roku	244



WSTĘP

Oddajemy do rąk czytelniczek_ków¹ książkę będącą efektem dwuipół-letnich badań dotyczących psychoterapii w czasie kryzysów społecznych. Badania zainicjowaliśmy wiosną 2020 roku wraz z rozpoczęciem ogólnoświatowej pandemii COVID-19. Wówczas nie wiedzieliśmy, że nie będzie to jedyny kryzys społeczny, który przyjdzie nam badać. Traktujemy psychoterapię nie tylko jako sposób radzenia sobie z osobistymi problemami jednostek, lecz przede wszystkim jako system ekspercki funkcjonujący pomiędzy sferą publiczną a prywatną. W związku z tym badanie procesów zachodzących w ramach psychoterapii z perspektywy socjologicznej uwidacznia powiązania pomiędzy mechanizmami zachodzącymi w sferze makrospołecznej a wstrząsami doświadczanymi przez społeczności, mikrostruktury, a wreszcie jednostki.

W rozdziale pierwszym omawiamy koncepcje teoretyczne, za pomocą których ujmujemy relacje pomiędzy kryzysami społecznymi a kondycją psychiczną jednostek. Punkt wyjścia stanowią teorie społeczeństwa ryzyka oraz traumy zmian społecznych. Następnie przybliżamy koncepcje traumy historycznej i strukturalnej oraz traumy zastępczej i transgeneracyjnej. Psychoterapia została potraktowana jako kontekst ujawniania traumy bezpośredniej oraz zastępczej. Badając zjawiska zachodzące w kontekście psychoterapii, można precyzyjnie analizować procesy powiązań pomiędzy kryzysami społecznymi a kryzysami zdrowia psychicznego.

¹ W pracy w większości przypadków stosujemy formy rodzajowe zgodnie z sugestią Agnieszki Weseli: „Najpierw pojawia się końcówka formy żeńskiej, która podkreśla odrzucenie uniwersalności męskiego podmiotu, potem końcówka formy męskiej. Pozioma linia między nimi pozostawia miejsce na całe spektrum możliwości między i poza tymi biegunami. Powstaje słowo z wyborem na końcu, z niedopowiedzeniem, przygotowane na każdą płęć i tożsamość” (A. Weseli, *UFA TO TAO*, „Interalia”, https://interalia.queerstudies.pl/issues/5_2010/04_ufa_to_tao.htm, dostęp: 10.11.2024).

Rozdział drugi stanowi przegląd badań dotyczących kondycji emocjonalnej przedstawicieli i polskiego społeczeństwa w czasie pandemii oraz po wybuchu wojny w Ukrainie. Część spośród analizowanych badań pozwala zarysować międzynarodową perspektywę porównawczą. Ich wyniki zostały poddane interpretacji z perspektywy teorii przywołanych w rozdziale pierwszym.

W rozdziale trzecim omawiamy metodologię naszych badań – realizowanych w trzech etapach na reprezentatywnej próbie polskich psychoterapeutek ów. Rekonstruujemy proces badawczy, w którym wielokrotnie musieliśmy decydować, jakie rozwiązania przyjąć, by z jednej strony pozostać w zgodzie z rygorami metodologicznymi, a z drugiej – zachować wrażliwość na kontekst, podlegający dynamicznym zmianom w warunkach nie jednego, lecz wielu kryzysów nakładających się na siebie.

W rozdziale czwartym rekonstruujemy pierwsze symptomy zaburzonej równowagi na początku pandemii oraz towarzyszące im próby adaptacji z perspektywy praktyki psychoterapeutycznej. Poddajemy analizie źródła stresu identyfikowane przez osoby pracujące psychoterapeutycznie oraz wybrane aspekty procesu psychoterapeutycznego w nowych warunkach.

Rozdział piąty jest poświęcony stosowanym w ramach psychoterapii praktykom służącym adaptacji do pandemicznych warunków na różnych etapach – od wprowadzenia pracy zdalnej w czasie ścisłego zamknięcia do różnorodnych praktyk bezpieczeństwa po częściowym powrocie do pracy w gabinetach.

W rozdziale szóstym omawiamy zgłaszane przez osoby korzystające z psychoterapii problemy związane z pandemią – między innymi lęk, obniżony nastrój, poczucie izolacji, napięcia wynikające z ciągłego przebywania z bliskimi w ograniczonej przestrzeni. Na podstawie badań wykazana została zmienność natężenia poszczególnych problemów w kolejnych etapach pandemii.

W rozdziale siódmym przedstawiamy konsekwencje orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku zaostrzającego prawo aborcyjne w Polsce z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych. Przedmiotem rozdziału jest rekonstrukcja procesu, w którym decyzja polityczna staje się źródłem zarówno lęku dotyczącego najbardziej osobistej sfery życia jednostek, jak i niepokoju związanego z zaburzeniem demokratycznych relacji między państwem a obywatel(k)ami.

Rozdział ósmy poświęcamy wojnie w Ukrainie postrzeganej przez pryzmat wątków wnoszonych na sesje terapeutyczne przez osoby korzystające ze wsparcia. Przedmiotem analizy są konteksty lęku wywołanego przez wojnę, odnoszącego się do teraźniejszości, przyszłości i przeszłości społeczeństw oraz jednostek. W rozdziale tym omawiamy także formy

zaangażowania badanych psychoterapeutek_ów w pomoc osobom poszkodowanym przez wojnę. Ponadto formułujemy refleksje na temat jawnych i ukrytych funkcji społecznego zaangażowania.

Rozdział dziewiąty stanowi analizę zmian kondycji psychicznej osób pracujących psychoterapeutycznie w kolejnych etapach pandemii oraz po wybuchu wojny w Ukrainie. Przedstawione wyniki badań wskazują, jak wybuch wojny załamał osiąganą z wysiłkiem adaptację do kryzysu związanego z pandemią, który trwał jeszcze, gdy rozpoczęła się wojna za wschodnią granicą Polski.

Rozdział dziesiąty poświęcamy dynamice radzenia sobie ze stresem w warunkach pandemii i wojny, co stanowi dopełnienie wizji obfitującego w momenty krytyczne procesu adaptacji do przedłużającego się kryzysu społecznego, na który nakłada się kolejny traumatogenny kryzys.

Zaprezentowane wyniki naszych badań prowadzą do wniosków na temat wyczerpywania zasobów wsparcia społecznego oraz aktywowania dawnych traum przez traumy aktualne. Słowa te piszemy we wrześniu 2024 roku, w momencie, gdy mieszkańcy południowej Polski zmagają się z konsekwencjami powodzi, porównywalnej do tej z 1997 roku. Historia społecznych kryzysów nawraca. Ich badania mają szansę przyczynić się do lepszego rozumienia jednostek i społeczeństw w konfrontacji z traumatogenną rzeczywistością.

Dziękujemy Psychoterapeutkom i Psychoterapeutom biorącym udział we wszystkich etapach naszego badania. Podziękowanie kierujemy też do organizacji zrzeszających psychoterapeutki i psychoterapeutów, administratorów i administratorów grup i fanpage'ów na portalu Facebook adresowanych do środowiska psychoterapeutycznego, administratorów i administratorów stron internetowych, dzięki którym mogliśmy poinformować o prowadzonym przez nas badaniu, a także rozpowszechnić raport z pierwszej i drugiej części badania. Dziękujemy władzom Wydziału Socjologii UAM za wsparcie naszej inicjatywy badawczej i dofinansowanie badań oraz prezentowanej publikacji.

Ważne i znaczące dla nas są też opinie i podziękowania od wielu Osób i Organizacji, jakie pojawiły się po publikacjach trzech części raportu oraz podczas prezentacji wyników w czasie konferencji i spotkań. Bardzo za nie dziękujemy!



Rozdział 1

REALNOŚĆ I POTENCJALNOŚĆ TRAUMY W SPOŁECZEŃSTWIE RYZYKA. OD TRAUMY ZMIAN SPOŁECZNYCH DO TRAUMY JEDNOSTKOWEJ, TRANSGENERACYJNEJ I ZASTĘPCZEJ

1.1. Wprowadzenie

Punktem wyjścia rozważań zawartych w niniejszej pracy są teoretyczne koncepcje społeczeństwa ryzyka oraz traumy zmian społecznych. Teorie te opisują kontekst, w którym osadzone są badane zjawiska i procesy. Teoria traumy zmian społecznych Piotra Sztompki² i Jeffreya Alexandra³ jest spójna z koncepcją traumy historycznej (odmiennej od ponadhistorycznej traumy strukturalnej) Dominicka LaCapry. Połączenie perspektyw zarysowanych w tych teoriach pozwala analizować powiązania między zbiorowym a jednostkowym wymiarem doświadczania kryzysów społecznych. Dominującą perspektywą podjętych analiz jest perspektywa socjologiczna, która czerpie niekiedy z koncepcji psychologicznych poddanych socjologicznym interpretacjom. Przyjęte ramy teoretyczne pozwalają łączyć perspektywę społeczną z jednostkową po to, by w możliwie pełny sposób zrozumieć kondycję człowieka w warunkach kryzysów społecznych. Zakładamy bowiem, że pomimo pewnej specyfiki relacji psychoterapeutycznych stanowiącej o jej odmienności od innych relacji społecznych, w jej ramach ogniskują się i znajdują przestrzeń do ekspresji pewne procesy i mechanizmy, których zakres oddziaływania jest znacznie szerszy i w dużej mierze uniwersalny. Najistotniejszy ich przykład stanowią mechanizmy związane z przeżywaniem stresu społecznego oraz jego indywidualnych i zbiorowych konsekwencji, których część może być interpretowana w kategoriach traumy społecznej i jednostkowej oraz traumy zastępczej, a w dłuższej perspektywie czasowej również traumy transgeneracyjnej.

² P. Sztompka, *Trauma wielkiej zmiany*, ISP PAN, Warszawa 2000.

³ J.C. Alexander, *Toward a Theory of Cultural Trauma*, [w:] J.C. Alexander i in. (red.), *Cultural Trauma and Collective Identity*, University of California Press, Berkeley 2004.

1.2. Od społeczeństwa ryzyka do społeczeństwa traumy

W 1986 roku, kilka miesięcy po katastrofie elektrowni w Czarnobylu, Ulrich Beck we wstępie do *Spółczeństwa ryzyka* pisał o niebezpieczeństwach epoki atomu: „W tym tkwi nowy rodzaj siły kulturowej i politycznej. Jej władza to władza niebezpieczeństwa, która znosi wszelkie strefy ochronne i zróżnicowania nowoczesności. [...] Co stałoby się z ludnością całych kontynentów, która w różnym stopniu (zależnie od fatalistycznych zmiennych, takich jak wiatr, pogoda, oddalenie od miejsca wypadku itd.) uległaby niebezpiecznemu skażeniu? Czy można całe kraje albo grupy krajów utrzymywać w kwarantannie? Czy wybuchłby chaos?”⁴. Słowa te nabrały szczególnego sensu w kontekście pandemii COVID-19. Pomimo odmiennego źródła zagrożeń niż w przypadku katastrofy nuklearnej, wciąż aktualne okazały się tezy Becka dotyczące: niekontrolowalności efektów rozwoju społeczeństw, w tym efektów ubocznych strategii i taktyk przeciwdziałania zagrożeniom; zawieszenia granicy między globalnym a lokalnym kontekstem występowania zagrożeń; kumulacji konfliktów związanych z dystrybucją zagrożeń oraz konieczności podejmowania decyzji w kontekście radykalnej niepewności co do ich konsekwencji⁵. Zagrożenie nieznaną, śmiertelną chorobą, początkowa niepewność co do bezpieczeństwa szczepień, utrata zarobków w związku z ekonomicznymi konsekwencjami *lock-downu*, nasilenie przemocy domowej, wyczerpanie kumulacją zobowiązań zawodowych i rodzinnych w warunkach pracy zdalnej i braku wsparcia w opiece nad niesamodzielnymi członkami rodziny od początku pandemii stało się codziennością wielu jednostek. Doświadczenia lat pandemii dobitnie pokazały, że kumulacja czynników ryzyka niesie ze sobą perspektywę traumatyzacji. Potencjalność doświadczenia traumy jest zatem wpisana w społeczeństwo ryzyka.

⁴ U. Beck, *Spółczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, tłum. S. Cieśla, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2024.

⁵ Ibidem; idem, *Ponowne odkrycie polityki: przyczynek do teorii modernizacji refleksywnej*, [w:] U. Beck, A. Giddens, S. Lash, *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*, tłum. J. Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, ss. 11–78.

1.3. Trauma zmian społecznych

O ile w znaczeniu psychologicznym pojęcie traumy odnosi się do jednostkowych doświadczeń, o tyle z perspektywy socjologicznej wydarzenia traumatyczne oraz ich następstwa są analizowane w szerszej skali. Nie chodzi tylko o kolektywne podzielenie doświadczeń jednostkowych, lecz o zmiany ponadjednostkowe będące konsekwencją wstrząsów społecznych. Zmiany te dotyczą między innymi relacji społecznych i struktury społecznej, funkcjonowania instytucji i systemów eksperckich oraz kształtu układów aksjonormatywnych. Wyżej wymienione obszary zwrotnie oddziałują na kondycję jednostek oraz relacje między nimi. Wpływają bowiem na poziom doświadczanego ryzyka i zaufania społecznego, zakres szans życiowych, możliwości zaspokajania istotnych potrzeb, poziom doświadczanego stresu społecznego, preferowane lub kontestowane wizje porządku społecznego oraz interpretacje standardowych i pozastandardowych sytuacji społecznych.

W ujęciu Piotra Sztompki⁶ i Jeffreya C. Alexandra⁷ traumę zmian społecznych może wywołać zmiana społeczna o określonych parametrach. Po pierwsze, zmiana ta jest nagła i szybka, dlatego ani jednostki ani systemy społeczne nie są w stanie się na nią przygotować. Po drugie, ma szeroki zakres oddziaływania i dotyczy kwestii zasadniczych z perspektywy danego społeczeństwa. Jest zatem radykalna, głęboka, wszechstronna i dotyka samej istoty życia społecznego, najistotniejszych wartości rozumianych jako regulatory życia społecznego. Po trzecie, zmiana ta jest charakteryzowana przez swoje pochodzenie – zewnętrzne wobec systemów społecznych i jednostek, w konsekwencji czego jest postrzegana jako narzucona. Po czwarte, trafia na określony stan umysłu jednostek i zwrotnie go kształtuje – jawi się jako coś nieoczekiwanego, nieprzewidywalnego i nieakceptowanego⁸, powoduje więc nastawienia lękowe i/lub obronne oraz zgodną z nimi percepcję rzeczywistości. Zmiana ta działa destabilizująco, odbiera poczucie bezpieczeństwa i sprawczości, wydobywa z jednostek niepokój i inne emocje, których natężenie może przekraczać aktualne możliwości adaptacyjne. Trauma zmian społecznych może zatem tworzyć warunki dla traumatyzacji jednostek, grup i całych społeczności.

⁶ P. Sztompka, *Trauma...*

⁷ J.C. Alexander, *Toward a Theory...*

⁸ P. Sztompka, *Trauma...* Por. P. Długosz, *Trauma pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie*, CeDeWu, Warszawa 2021, s. 36.

Przykładami zmian traumatogennych są konkretne wydarzenia historyczne: wojny, rewolucje, transformacje społeczne i inne sytuacje generujące kryzysy doświadczane na poziomie społeczeństw. W ujęciu Alexandra trauma społeczna (kulturowa) występuje wówczas, gdy członkowie danej zbiorowości mają poczucie, że zostali poddani przerażającemu wydarzeniu, które pozostawi niezatarte ślady w ich grupowej świadomości, trwale naznaczając ich wspomnienia i zmieniając ich przyszłą tożsamość w sposób fundamentalny i nieodwołalny⁹. W momencie przeżywania traumy zmian społecznych jednostki doświadczają załamania porządku społecznego oraz własnej linii życia. Alexander opiera swoje rozumienie traumy społecznej na współzależności między mechanizmami oddziałującymi na poziomie systemu społecznego a jednostkową biografią i konstatuje, że wydarzenia traumatyzujące w skali społecznej współdziałają ze sferą ludzkiej psychiki. Istoty ludzkie potrzebują bowiem „bezpieczeństwa, porządku, miłości i więzi. Jeżeli zdarzy się coś, co podważy te potrzeby, to [...] wyda się czymś mało zaskakującym, że ludzie w efekcie doświadczają traumy”¹⁰. Tezy te znajdują ilustrację empiryczną w badaniach dotyczących między innymi psychospołecznych konsekwencji II wojny światowej, prowadzonych zarówno w nurcie socjologiczno-historycznym¹¹, jak i psychologicznym¹², powiązań pomiędzy kondycją psychiczną jednostek a transformacją ustrojową¹³ bądź kryzysem gospodarczym¹⁴.

⁹ J.C. Alexander, *Toward a Theory...*, s. 1. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *Mental Health in the Pandemic Times*, „Society Register” 2020, vol. 4, no. 3, ss. 67–78, <https://doi.org/10.14746/sr.2020.4.3.03>

¹⁰ J.C. Alexander, *Znaczenie społeczne*, Nomos, Kraków 2008, s. 532. Por. P. Długosz, *Trauma pandemii COVID-19...*, s. 37.

¹¹ M. Zaremba, *Trauma Wielkiej Wojny. Psychospołeczne konsekwencje drugiej wojny światowej*, „Kultura i Społeczeństwo” 2008, nr 2, ss. 3–42, <https://doi.org/10.35757/KiS.2008.52.2.1>

¹² M. Lis-Turlejska, *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu; współczesne kierunki badań*, „Nowiny Psychologiczne” 2000, nr 2, ss. 25–38, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/60-nowiny-psychologiczne/576-psychologiczne-konsekwencje-traumatycznego-stresu-8212-wspolczesne-kierunki-badan.html>, dostęp: 21.10.2017; M. Lis-Turlejska, A. Luszczynska, A. Plichta, Ch.C. Benight, *Jewish and Non-Jewish World War II Child and Adolescent Survivors at 60 Years After War: Effects of parental loss and age at exposure on well-being*, „American Journal of Orthopsychiatry” 2008, vol. 78(3), ss. 369–377, <https://doi.org/10.1037/a0014166>

¹³ M. Jarosz (red.), *Wygrani i przegrani polskiej transformacji*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2005; eadem, *Samobójstwa. Dlaczego teraz*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.

¹⁴ WHO, 2011, *Impact of Economic Crisis on Mental Health*, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370872/WHO-EURO-2011-4645-44408-62759-eng.pdf?sequence=1>, dostęp: 30.09.2014.

Kryteria zmiany traumatycznej spełnia także pandemia COVID-19. Pojawiła się bowiem nagle, spowodowała destabilizację zbiorowego i indywidualnego bezpieczeństwa oraz wiązała się z okresową radykalną zmianą całości życia społecznego – obejmującego funkcjonowanie jednostek, grup i instytucji. Pociągnęła również za sobą konieczność rekonceptualizacji pewnych podstawowych wartości, związanych przede wszystkim z ludzkim życiem, wolnością, odpowiedzialnością, solidarnością i uczciwością. Pandemia jako sytuacja nosząca znamiona traumy zmian społecznych generowała ponadto ryzyko traumy jednostkowej (w znaczeniu psychologicznym) wynikającej z zagrożenia nową, nieznaną początkowo wysoko śmiertelną chorobą. Była potencjalnie traumatyzująca, choć nie wszyscy zostali strauumatyzowani w równym stopniu. Rozpatrując traumę z perspektywy jednostkowej (psychologicznej), należy przywołać tezę, zgodnie z którą najbardziej narażone na zaburzenia stresu potraumatycznego są osoby, których równowaga była zakłócona już przed wystąpieniem zmiany traumatycznej, ich funkcjonowanie nie było optymalne, a zasoby umożliwiające odbudowanie zaburzonej homeostazy – niewystarczające¹⁵. Co istotnie, podatność (*vulnerability*) na traumę jednostkową może być uwarunkowana nie tylko indywidualnie, lecz także społecznie – relacyjnie i/lub strukturalnie. W tym kontekście wskazuje się, że w grupie podwyższonego ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego (których częstotliwość wyraźnie wzrasta w czasie kryzysów społecznych¹⁶) znajdują się osoby należące do grup bądź kategorii defaworyzowanych, dysponujących niższymi zasobami materialnymi oraz kapitałem społecznym i kulturowym pozwalającym radzić sobie z obciążeniami¹⁷. Gdy weźmiemy pod uwagę doświadczenia jednostek

¹⁵ M. Seligman, D. Rosenhan, E. Walker, *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2004, s. 21.

¹⁶ M.H. Brenner, *Mental Illness and Economy*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1973; WHO, 2011.

¹⁷ M.H. Brenner, *Mental Illness...*; WHO, 2011. Por. M. Jarosz (red.), *Wygrani i przegrani...*; W. Matusiak, A. Kinasiewicz, 2013: *rekord samobójstw. Mężczyźni pod presją*, „Gazeta Wyborcza”, 31.03.2014, http://wyborcza.pl/1,75478,15713588,2013_rekord_samobojstw_Mezczyzni_pod_presja.html#ixzz3EnmVc2GE, dostęp: 30.09.2014; M. Seligman, D. Rosenhan, E. Walker, *Psychopatologia*, s. 271; WHO, 2014, *Health for the World's Adolescents*, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>, dostęp: 30.09.2014; H. Jaklewicz, Z. Barańska, D. Deli i in., *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży” 2001, t. 1(1), ss. 26–36; B. Aksamit, *Rozmowa z prof. Hanną Jaklewicz, specjalistą ds. depresji młodzieży*, 29.01.2007, <http://wyborcza.pl/1,78162,3872550.html#ixzz3EnhRhAT1>, 29.01.2007, dostęp: 30.09.2014; M. Dragan, P. Grajewski, M. Shevlin, *Adjustment Disorder, Traumatic Stress, Depression and Anxiety in Poland During an Early Phase of the COVID-19 Pandemic*, „European

różniących się klasowo, etnicznie czy pociowo na tle wydarzeń naznaczonych traumą historyczną (traumą zmian społecznych umiejscowioną w konkretnym kontekście historycznym), okazuje się, że nie ma „jednej historii”¹⁸. Mamy zatem świadomość, że badając konsekwencje pandemii i wojny z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych, uzyskujemy ograniczoną (również klasowo) wizję rzeczywistości – opartą na bezpośrednich doświadczeniach psychoterapeutek_ów oraz relacjonowanych pośrednio doświadczeniach osób korzystających z pomocy psychoterapeutycznej, a więc dysponujących odpowiednimi zasobami społeczno-kulturowymi i materialnymi pozwalającymi z tej pomocy skorzystać.

Konkretne wydarzenia traumatogenne (jak analizowane przez nas pandemia i wojna w Ukrainie) wpisują się w pewną ciągłość historyczną powracających kryzysów społecznych, zmagających z ich psychospołecznymi konsekwencjami, odbudowywania równowagi i konfrontacji z jej kruchością. Z perspektywy polskiego społeczeństwa XX i XXI wieku należy rozważyć między innymi psychospołeczne konsekwencje II wojny światowej¹⁹, komunizmu²⁰, transformacji po 1989 roku²¹ i światowego kryzysu gospodarczego w 2008 roku²². Nawracające kryzysy naruszają mechanizmy społecznego i indywidualnego radzenia sobie ze zmianami społecznymi o traumatogennym charakterze. Wzory radzenia sobie oraz pamięć o ich załamaniach poddawane są międzygeneracyjnej transmisji. W konsekwencji mamy do czynienia z ciągłością pewnych strategii społecznego przetrwania oraz zmianą innych. W tym kontekście można postawić pytanie, na ile aktualne wydarzenia są (bądź mogą się stać) bezpośrednim źródłem traumy doświadczanej przez jednostki, a na ile uruchamiają dziedziczone społecznie tendencje związane z traumą – będące efektem wcześniejszych zbiorowych doświadczeń, o których pamięć, wraz z towarzyszącymi im emocjami (przede wszystkim lękiem, lecz także rozpaczą, nadzieją, ulgą, resentymentem) zostały przekazane w procesie między-pokoleniowej transmisji.

Journal of Psychotraumatology” 2021, vol. 12(1), ss. 1–9, <https://doi.org/10.1080/2008198.2020.1860356>

¹⁸ D. LaCapra, *Trauma, Absence, Loss*, „Critical Inquiry” 1999, vol. 25(4), ss. 696–727, <https://doi.org/10.1086/448943>

¹⁹ M. Zaremba, *Trauma Wielkiej Wojny...*; M. Kaczyńska, *Psychiczne skutki wojny wśród dzieci i młodzieży*, „Zdrowie Psychiczne” 1946, nr 1; M. Lis-Turlejska, A. Luszczynska, A. Plichta, Ch.C. Benight, *Jewish and Non-Jewish World War II Child...*

²⁰ A. Artwińska, *Pamięć negatywna. Komunizm i/a sprawcy*, „Teksty Drugie” 2013, nr 3, ss. 135–149.

²¹ M. Jarosz (red.), *Wygrani i przegrani...*; eadem, *Samobójstwa...*

²² WHO, 2011; W. Matusiak, A. Kinasiewicz, 2013: *rekord samobójstw...*

Trauma zmiany społecznej spełnia kryteria kryzysu: przekracza dotychczasowe możliwości adaptacyjne jednostek i systemów społecznych, inicjuje przemiany na poziomie społecznym i jednostkowym. Ponadto zawiera podwójny potencjał, związany z jednej strony ze wzrostem potraumatycznym, a z drugiej – z trwaniem w kryzysie. Wzrost potraumatyczny sprowadza się do przezwyciężenia kryzysu i rozwoju obejmującego udoskonalenie form życia społecznego i jego humanizację oraz wypracowanie przez jednostki poczucia koherencji²³. Chronicyzacja kryzysu wiąże się z jego pogłębianiem się w doświadczeniu jednostek oraz na poziomie funkcjonowania systemów społecznych, a także ze stałym nasilaniem się tendencji dezadaptacyjnych w obu wymiarach. Co istotne, tendencje do wzrostu i chronicyzacji kryzysu nie stanowią rozłącznych, dychotomicznych kategorii i mogą się przenikać w różnych wymiarach życia społecznego oraz biografii jednostek.

Założenie o podwójnym potencjale sytuacji krytycznych oraz zmian potencjalnie traumatogennych jest spójne z koncepcją wydarzeń destabilizujących (*unsettling events*) Majelli Kilkey i Louise Ryan, sformułowaną w kontekście badań doświadczeń migracji. Jej zastosowanie może być jednak dużo szersze. Kategoria wydarzeń destabilizujących odnosi się do zmian strukturalnych, które mają konsekwencje na poziomie indywidualnym. Procesy wywoływane przez wydarzenia destabilizujące są wielowarstwowe, odnoszą się bowiem do wymiarów: materialnego, relacyjnego i subiektywnego (jednostkowego). Wymiar materialny obejmuje dochody, zatrudnienie i status społeczno-prawny. Wymiar relacyjny odnosi się do powiązań jednostek z innymi ludźmi, grupami i zbiorowościami społecznymi. Relacje te przybierają formę codziennych interpersonalnych relacji społecznych i interakcji z osobami i instytucjami. Wreszcie wymiar subiektywny odnosi się do tego, jakie znaczenia jednostki nadają swoim doświadczeniom i jak je oceniają. Wymiar ten obejmuje także afektywne aspekty destabilizujących procesów. Konsekwencje wydarzeń destabilizujących w każdym z wymiarów mogą różnić się od siebie. Pozytywnym zmianom w jednym wymiarze mogą towarzyszyć negatywne zmiany w innym wymiarze. Destabilizujące wydarzenia mogą mieć zatem sprzeczne skutki, nawet dla tej samej osoby²⁴.

²³ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.

²⁴ M. Kilkey, L. Ryan, *Unsettling Events: Understanding Migrants' Responses to Geopolitical Transformative Episodes Through a Life-course Lens*, „International Migration Review” 2021, vol. 55(1), ss. 227–253, <https://doi.org/10.1177/0197918320905507>

1.4. Trauma historyczna i trauma strukturalna

Ramy analizy traumy przekazywanej międzypokoleniowo pamięci, która może prowadzić do doświadczenia silnej destabilizacji jednostki pod wpływem aktualnych kryzysów pochodzenia społecznego, wyznacza teoria Dominicka LaCapry, który rozróżnia traumę historyczną oraz ponadhistoryczną (strukturalną). Pierwsza jest pochodną konkretnych wydarzeń historycznych, które mogą być opisywane w kategoriach traumy zmian społecznych. Druga natomiast nie pochodzi bezpośrednio z konkretnego wydarzenia, lecz z charakteru przyjętej interpretacji rzeczywistości²⁵. Trauma strukturalna odnosi się do transhistorycznych i ahistorycznych doświadczeń opisywanych w kategoriach uniwersalnej ludzkiej kondycji. Ich przykładami są różnorodne schematy narracyjne związane z doświadczeniem straty odwołujące się do zakorzenionych w kulturze mitów, takich jak: mit raju utraconego, freudowskiej utraconej symbiozy matki z dzieckiem, przejścia od natury do kultury, utraty wspólnotowości, alienacji, egzystencjalnej samotności czy budzącego grozę Heideggerowskiego „wrzucenia w świat”²⁶. Innymi przykładami schematów, o których mowa, są stanowiące uproszczoną wizję historiozofii mity o odwiecznych wrogach lub prześladowcach i ofiarach stanowiących uniwersalne figury, w które mogą się wcielać różne podmioty życia społecznego w zróżnicowanym czasie i miejscu. Mity te są źródłem interpretacji własnych doświadczeń jednostek w kategoriach traumy ponadjednostkowej i ponadhistorycznej. W efekcie, jak pisze LaCapra, z subiektywnością jednostek zostaje powiązane poczucie bezradności (aporia) i melancholia wywodząca się ze wzbudzonego kulturowo poczucia „pierwotnej straty”²⁷.

W sensie ponadhistorycznym trauma nie jest konkretnym wydarzeniem i nie zakłada czasowości (przeszłości, terażniejszości i przyszłości). Dla kontrastu, historyczna przeszłość jest sceną strat, które mogą być przedmiotem narracji powodujących reaktywację, rekonfigurację i transformację doświadczenia traumy. Za sprawą tych narracji doświadczenie traumy jest odnoszone do terażniejszości i rzutowane w przyszłość²⁸. Trauma może

²⁵ D. LaCapra, *Historia w okresie przejściowym. Doświadczenie tożsamości i teoria krytyczna*, przekłady polskie: (1) K. Bojarska, Universitas, Kraków 2009, (2) Ł. Skoczyła, *Pojęcia traumy i pseudopamięci w studiach pamięcioznawczych*, [w:] M. Fabiszak, A.W. Brzezińska, M. Owskiński (red.), *Znaki (nie)pamięci. Teoria i praktyka upamiętniania w Polsce*, Universitas, Kraków 2016, ss. 32–33.

²⁶ Por. D. LaCapra, *Trauma...*

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem.

zatem być również antycypowana wobec aktualnie przeżywanego lęku mającego różnorodne źródła.

Trauma historyczna jest specyficzna i nie każdy jej bezpośrednio doświadcza. Mechanizm mitologizowania traumy historycznej sprawia, że może być ona formacyjna w stosunku do tożsamości indywidualnej i zbiorowej. Jak twierdzi LaCapra, tożsamość ofiary (czy szerzej – kategoria ofiary jako rama budowania tożsamości) nie jest wyłącznie psychologiczna, lecz na wiele sposobów – społeczna, polityczna i etyczna²⁹. Bezpośrednie doświadczenie traumy historycznej pociąga za sobą różnicowanie statusów ofiar, sprawców i świadków. Czynnikiem ten odróżnia traumę historyczną od strukturalnej, na doświadczenie której potencjalnie narażona jest każda jednostka, która przyswoiła określone kulturowo ramy interpretacji rzeczywistości i własnego losu.

Według LaCapry pojęcia traumy strukturalnej i historycznej nie stanowią rozłącznych dychotomii ani nie są do siebie wzajemnie redukowalne. Rzeczywiste, tragiczne wydarzenia historyczne są wpisywane w porządek ustalany przez traumę ponadhistoryczną. W konsekwencji możliwe staje się głębokie przeżycie danych treści przez osoby niemające realnego doświadczenia traumatyzacji³⁰. W sytuacji wstrząsu społecznego (który można opisywać zarówno w kategoriach Durkheimowskiej anomii, jak i traumy zmian społecznych), jakim niewątpliwie jest wojna i globalna epidemia (trwające w dodatku równocześnie), oddziałują dwa komplementarne mechanizmy. Pierwszy polega na wpisywaniu kolejnych wydarzeń w skonstruowaną uprzednio na poziomie kultury narrację na temat traumy. W konsekwencji bieżące informacje, na przykład na temat cierpienia ofiar pandemii lub aktów przemocy wojennej, uruchamiają w odbiorcach emocje, których źródło wykracza poza relacjonowaną teraźniejszość. Źródłem silnego lęku bądź resentymentu są społecznie podzielane interpretacje zakorzenione w narracjach na temat wcześniejszych historycznie traum i/lub pewnych uogólnień na ich temat odnoszących się do kategorii traumy strukturalnej. W tym kontekście aktualne wydarzenia dotyczące bezpośrednio pewnej konkretnej grupy mogą powodować u dużo szerszej zbiorowości stany emocjonalne opisywane w kategoriach traumy, w tym traumy transgeneracyjnej – przekazywanej międzypokoleniowo w formie społecznie konstruowanych narracji, mniej lub bardziej zwerbalizowanych przekazów wewnątrzrodzinnych oraz wzorów reagowania emocjonalnego

²⁹ Ibidem.

³⁰ Dzięki temu, przykładowo, trauma różnych przypadków ludobójstwa może zostać w pewnym sensie uogólniona i dotyczyć wielu osób niemających z nią nic wspólnego (Ł. Skoczylas, *Pojęcia traumy...*, ss. 32–33).

i behawioralnego. Drugi z mechanizmów polega na historycyzacji tego, co ponadhistoryczne³¹. Sprowadza się on do poszukiwania egzemplifikacji tez zawartych w przekazach ponadhistorycznych w aktualnych wydarzeniach. Oba mechanizmy skutkują kumulatywnym budowaniem przekazów, w ramach których funkcjonują narracje na temat odrębnych, często odległych w czasie i przestrzeni wydarzeń, powiązanych wspólną ramą interpretacji. Trauma strukturalna na zasadzie narracyjnej przedstawia genezę wszystkich późniejszych traum. Wizja przeszłości jest rzutowana na teraźniejszość i uproszczona po to, by pomieścić aktualne, dramatyczne wydarzenia.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na ahistoryczność traumy w znaczeniu jednostkowym oraz społecznym. Z jednej strony bowiem, czas nie powoduje znaczącego wygaszenia emocji towarzyszących traumie³². Istnieją dowody empiryczne wskazujące na to, że objawy stresu potraumatycznego u osób ocalałych z masowych zdarzeń związanych z przemocą wojenną i Zagładą mogą utrzymywać się nawet przez kilkadziesiąt lat³³ oraz wyznaczać warunki socjalizacji kolejnych pokoleń, wobec czego stawiane są hipotezy o epigenetycznym dziedziczeniu traumy³⁴. Z drugiej strony, powtarzalność traumatyzujących wydarzeń

³¹ Ibidem, s. 33.

³² Ibidem.

³³ Z badań Marii Lis-Turlejskiej przeprowadzonych wśród osób, które jako dzieci w czasie II wojny światowej mieszkały w Warszawie, wynika, że sześćdziesiąt lat po zakończeniu wojny objawy PTSD (*post-traumatic stress disorder*) miało 55,6% badanych pochodzenia żydowskiego oraz 30,9% osób pochodzenia polskiego (M. Lis-Turlejska, A. Luszczynska, A. Plichta, Ch.C. Benight, *Jewish and Non-Jewish World War II Child...*). W badaniach nad amerykańskimi weteranami wojny w Wietnamie (przeprowadzonych piętnaście lat po zakończeniu trwającej osiemnaście lat wojny) u 15,2% osób z badanej próby stwierdzono pełne PTSD, a u 11% częściowe (R.A. Kulka, W.E. Schlenger, J.K. Fairbank i in., *Trauma and the Vietnam War Generation*, Brunner/Mazel, New York 1990, cyt. za: M. Lis-Turlejska, *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu...*). W epidemiologicznym badaniu przeprowadzonym na losowo dobranej próbie mieszkańców ocalałych z masowych zdarzeń związanych z przemocą wojenną odsetek osób z PTSD wyniósł: 37,4% w Algierii, 28,4% w Kambodży, 15,8% w Etiopii i 17,8% w strefie Gazy (J.T. de Jong, I.H. Komproe, M. Van Ommeren i in., *Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings*, „*Journal of American Medical Association*” 2001, August 1, vol. 286(5), ss. 555–562, <https://doi.org/10.1001/jama.286.5.555>. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019, ss. 44–45).

³⁴ Badania mające na celu weryfikację hipotezy o epigenetycznej transmisji tramy zaczęto rozwijać w kontekście badań Rachel Yehudy, która zwracała uwagę na stan chronicznego stresu, w którym funkcjonują osoby z zaburzeniami stresu potraumatycznego

w różnych okresach historycznych oraz miejscach na świecie sprawia, że przestają one być traktowane jako jedyne w swoim rodzaju kataklizmy, które wymykają się historii i ludzkiemu rozumieniu, lecz stają się wyrazem ponadjednostkowych i ponadhistorycznych mechanizmów³⁵. Nie zmienia to jednak faktu, że jednostki bezpośrednio lub pośrednio dotknięte traumą mogą subiektywnie postrzegać te wydarzenia jako załamujące ich biografię oraz znane dotychczas kategorie rozumienia świata, a w konsekwencji doświadczać zmian w funkcjonowaniu psychicznym (począwszy od prostych reakcji unikania stresu, aż po depresję)³⁶.

1.5. Trauma zastępcza

Można założyć, że w warunkach względnej równowagi społecznej doświadczenie traumatyzacji jest interpretowane raczej w kategoriach jednostkowych (pomimo możliwych uwarunkowań ponadjednostkowych),

(PTSD). Jest on związany z fizjologicznymi zmianami w funkcjonowaniu osi podwzgórze–przysadka–nadnercza odpowiedzialnej za wiele aspektów psychicznego funkcjonowania człowieka, obejmujących reakcję na stres – od lękowych aż po depresyjne. Równoległe zespół Marinusa IJzendoorna przeprowadził metaanalizę badań na trzydziestu dwóch próbach, obejmujących łącznie ponad cztery tysiące rodzin osób ocalałych z Holocaustu. Porównanie badań na próbach klinicznych oraz metaanaliz wskazuje, że w normalnych warunkach dzieci i wnuki ocalałych funkcjonują dobrze i nie różnią się od przedstawicieli populacji ogólnej, dopiero wysoce silny stres wywołuje nadmierną, dezadaptacyjną reakcję, silniejszą niż u osób niepochodzących z rodzin doświadczonych traumą. Pojawienie się bodźca przypominającego ten, który wywołał traumę we wcześniejszych pokoleniach, może zatem wywołać bardzo silne reakcje lękowe u przedstawicieli kolejnych pokoleń (R. Yehuda, L.M. Bierer, *The Relevance of Epigenetics to PTSD: Implications for the DSM-V*, „Journal of Traumatic Stress” 2009, vol. 22(5), ss. 427–434; M.H. van IJzendoorn, M.J. Bakermans-Kranenburg, A. Sagi-Schwartz, *Are Children of Holocaust Survivors Less Well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization*, „Journal of Traumatic Stress” 2003, vol. 16(5), ss. 459–469, <https://doi.org/10.1023/A:1025706427300>, PMID: 14584630; A. Sagi-Schwartz, M.H. van IJzendoorn, M.J. Bakermans-Kranenburg, *Does Intergenerational Transmission of Trauma Skip a Generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors*, „Attachment & Human Development” 2008, vol. 10(2), <https://doi.org/10.1080/14616730802113661>, ss. 105–121; M. Bilewicz, *Traumaland. Polacy w cieniu przeszłości*, Wydawnictwo Mando, Kraków 2024, s. 38; M. Lis-Turlejska, *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu...*; J. Joško-Ochojska, *Dziedziczenie traumy. Epigenetyczny „list” do przyszłych pokoleń*, [w:] J. Joško-Ochojska (red.), *Medyczne i społeczne aspekty traumy*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2016, ss. 7–40).

³⁵ Ł. Skoczylas, *Pojęcia traumy...*, s. 33.

³⁶ M. Bilewicz, *Traumaland...*, s. 38.

a obieg narracji na temat traumy zostaje zawężony do przestrzeni gabinetu terapeutycznego, zaufanego kręgu bliskich osób bądź wewnętrznej auto-narracji. W warunkach traumy zmian społecznych doświadczenie traumatyzacji może potencjalnie dotyczyć całych zbiorowości społecznych. Ponadto w społeczeństwie informacyjnym dyskurs traumy wraz z sugestywnymi obrazami jest w pewnych okresach niemal nieustannie obecny w mediach. Odbiorcy są wielokrotnie konfrontowani z traumatycznymi historiami dotyczącymi śmierci, cierpienia, ludzkiej bezradności i pozbawienia ratunku wobec różnych form przemocy i okrucieństwa. W tym kontekście u odbiorców wzbudzone są: stres i silne emocje (przede wszystkim lęk), które przy odpowiednim natężeniu mogą przypominać objawy stresu potraumatycznego³⁷. Biorąc pod uwagę przywołaną wcześniej teorię LaCapry, można postawić tezę, że mechanizm ten działa tym intensywniej, im bardziej zakorzenione w świadomości jednostek i łatwiej dostępne poznawczo są społecznie skonstruowane narracje na temat traumy strukturalnej oraz wpisanych w jej ramy traum historycznych.

Głębokie przeżywanie określonych wydarzeń pomimo braku bezpośredniej traumatyzacji z ich powodu może być również interpretowane z perspektywy koncepcji traumy wtórnej/zastępczej (*secondary/vicarious trauma*). Pojęcia te początkowo były wykorzystywane do analizy doświadczeń osób zawodowo wspierających ludzi doświadczających bezpośredniej traumy (np. psychoterapeutów, pracowników służb ratowniczych i ochrony zdrowia lub pracowników socjalnych pracujących z ofiarami przemocy, osobami terminalnie chorymi czy osobami w kryzysie uchodźczym)³⁸. Zgodnie z koncepcją traumy zastępczej, u osób mających intensywny, zawodowy kontakt z jednostkami bezpośrednio strauumatyzowanymi pojawiają się objawy analogiczne do symptomów stresu pourazowego (sprowadzające się do: intensywnego dystresu, przeżywania traumy wciąż na nowo w przebiegach pamięciowych, natrętnych myślach, koszmarach sennych, odrętwienia i wyłączenia z życia oraz stałego, silnego napięcia), a następnie także reakcji lękowych i depresyjnych. Według LaCapry na traumę zastępczą narażeni są wszyscy wtórni świadkowie (nie tylko osoby zawodowo zajmujące się pomaganiem). Należą do nich między innymi badacze – historycy i przedstawiciele nauk społecznych, osoby relacjonujące przebieg traumy historycznej szerszemu gronu odbiorców (dziennikarze), a wreszcie odbiorcy tych relacji.

³⁷ M. Frąckowiak-Sochańska, *Mental Health...*

³⁸ S.R. Jenkins, S. Baird, *Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A validation study*, „Journal of Traumatic Stress” 2022, vol. 15(5), ss. 423–432, <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>

LaCapra opisuje jednostkowe, choć społecznie powtarzalne, mechanizmy traumy (zarówno bezpośredniej, jak i pośredniej) w kategoriach odreagowania (*acting out*) sprowadzającego się do przeżywania traumy wciąż na nowo – jakby wciąż była teraźniejszością, a nie reprezentacją w pamięci³⁹. Przykładem odreagowywania traumy jest stan opisywany w kategoriach długotrwałej melancholii⁴⁰. Inną formą radzenia sobie z traumą jest przepracowanie (*working through*), którego przykład stanowi żałoba. Jej przeżycie wiąże się ze świadomością poniesionych strat oraz emocji im towarzyszących, wymaga czasu oraz świadomego wysiłku związanego z poznawczą i emocjonalną asymilacją traumatogennych doświadczeń oraz powiązania ich z szerszymi odniesieniami kulturowymi i transcendentnymi. Żałoba w symboliczny sposób przywraca również szacunek ofiarom traumy. Odreagowanie i przepracowanie stanowią modele odpowiedzi na stratę lub traumę historyczną. Nie są jednak rozłączne, odreagowanie bowiem często bywa wstępnym warunkiem rozpoczęcia procesu przepracowania⁴¹. Możliwe jest także cykliczne wracanie do schematów odreagowania, nawet jeśli zapoczątkowany został proces przepracowania.

Pomimo analogii, w przeżywaniu traumy bezpośredniej i zastępczej zaznaczają się istotne różnice. Wtórni świadkowie mogą być głęboko poruszeni traumatycznymi wydarzeniami, ale ich perspektywa nie jest równoważna z perspektywą osób bezpośrednio strauumatyzowanych. Osoby doświadczające wtórnej traumatyzacji, które nie mogą w pełni zidentyfikować się z ofiarami, doświadczają pewnej dwoistości, w której mieści się szacunek dla ofiar i empatyzowanie z nimi przy równoczesnym oddzieleniu od nich. W tym kontekście pojawia się wyraźny niepokój (*empathic unsettlement*) towarzyszący zastępczej wiktymizacji czy niemej traumie (*muted trauma*)⁴². Jak twierdzi LaCapra, ów „emfatyczny niepokój” bez z a j m o w a n i a m i e j s c a I n n e g o stanowi „wirtualne doświadczenie”, które wiąże się z niebezpieczeństwem totalizowania narracji unieważniających przeżycia osób bezpośrednio strauumatyzowanych (na przykład w postaci wypowiedzi „podnoszących na duchu”). Wobec tego LaCapra stawia pytanie, jak mówić (pisać) o traumie, nie mieszając własnych doświadczeń z doświadczeniami ofiar oraz nie szukając i nie oferując łatwego pocieszenia lub domknięcia poznawczego, lecz pozwalając empatycznemu (a nie wyłącznie emfatycznemu) niepokojowi wpłynąć na własną narrację,

³⁹ D. LaCapra, *Trauma...*

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem.

by pozwalała ona zarówno na odreagowanie, jak i przepracowanie⁴³ nie tylko temu, kto narrację konstruuje, ale także jej odbiorcom. Pytanie to zadają sobie również autorzy niniejszej książki, będący zarówno badaczami (wtórnymi świadkami), jak i osobami mającymi pewien zakres osobistych doświadczeń zanurzenia w traumatogenicznej rzeczywistości pandemii.

Zestawienie perspektywy socjologicznej i psychologicznej w refleksji nad traumą zastępczą skłania do postawienia tezy, że propozycja LaCapry jest do pewnego stopnia spójna z konstruktywistyczną teorią samorozwoju (*Constructivist Self-Development Theory* – CSDT) łączącą założenia teorii psychoanalitycznych, społecznego uczenia i poznawczych. Zgodnie z podstawowym założeniem CSDT jednostki posiadają schematy poznawcze odzwierciedlające przekonania i oczekiwania wobec siebie, innych ludzi i otaczającego świata⁴⁴. Schematy te są przyswajane w procesie socjalizacji i stanowią podstawę organizowania i interpretowania ludzkich doświadczeń. Społeczna transmisja narracji na temat traumy (między innymi zbiorowych mitologii, w które wpisywane są wydarzenia historyczne) prowadzi do wytworzenia pewnych schematów poznawczych, powiązanych z określonymi stanami afektywnymi (głównie związanymi z lękiem i/lub resentymentem) oraz zachowaniami wskazującymi na przeżywany dystres. Aktywowanie schematu traumy przez napływające informacje o dramatycznych wydarzeniach oraz kontakt z osobami, które ich bezpośrednio doświadczyły, uruchamia poznawczy schemat traumy i stawia pod znakiem zapytania inny schemat – związany z postrzeganiem otaczającej rzeczywistości jako (względnie) bezpiecznego miejsca do życia. Zgodnie z koncepcją traumy zastępczej terapeutę pracujący ze strauumatyzowanymi osobami (a w sytuacji traumy zmian społecznych – wszyscy odbiorcy doniesień o traumatogenicznych wydarzeniach) konfrontują się z zakłóceniami własnych schematów poznawczych, co prowadzi do destabilizacji manifestującej się w postaci symptomów afektywnych, behawioralnych i interpersonalnych⁴⁵. Źródłem przeżywania głębokiego dystresu jest nie tyle sama sytuacja, w jakiej znajdują się pośredni świadkowie traum, co jej interpretacja i ocena. Założenie to jest spójne z fenomenologiczno-poznawczą teorią stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman⁴⁶.

⁴³ Ibiedem.

⁴⁴ R. Janoff-Bulman, *Shattered Assumptions: Towards a new psychology of trauma*, Free Press, New York 1992.

⁴⁵ M.A. Kadambi, L. Ennis, *Reconsidering Vicarious Trauma: A Review of the Literature and Its' Limitations*, „Journal of Trauma Practice” 2004, vol. 3(2), ss. 1–22.

⁴⁶ R. Lazarus, S. Folkman, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer-Verlag, New York 1984; J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, ss. 469–471.

1.6. Psychoterapia jako kontekst ujawniania traumy i przeżywania traumy zastępczej

Termin „trauma zastępcza” w kontekście psychoterapii i innych zawodów pomocowych został zdefiniowany przez Lisę McCann i Laurie Anne Pearlman⁴⁷ w latach dziewięćdziesiątych XX wieku jako doświadczanie przez terapeutki_ów destabilizacji na skutek obcowania z drastycznym, bolesnym materiałem wnoszonym na sesje przez strauumatyzowane_ych klientki_ów/pacjentki_ów, zakłócenia schematów bezpieczeństwa i ram interpretacji rzeczywistości⁴⁸. Kwestie związane z obciążeniem emocjonalnym terapeutek_ów pracujących z osobami przeżywającymi ból i cierpienie były jednak poruszane znacznie wcześniej, w kontekście koncepcji przeciwprzeniesienia⁴⁹ oraz wypalenia zawodowego⁵⁰. Niemal równolegle

⁴⁷ I.L. McCann, L.A. Pearlman, *Vicarious Traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*, „Journal of Traumatic Stress” 1990, vol. 3(1), ss. 131–149, <https://link.springer.com/article/10.1007>, dostęp: 23.09.2024; M.A. Kadambi, L. Ennis, *Reconsidering Vicarious Trauma...*, s. 3.

⁴⁸ I.L. McCann, L.A. Pearlman, *Vicarious Traumatization...*

⁴⁹ Pojęcie przeciwprzeniesienia wywodzi się z klasycznej psychoanalizy – było jednym z głównych pojęć zarówno w teorii Freuda, jak i Junga. Współcześnie termin ten oznacza uczucia doświadczane przez terapeut(k)ę będące wynikiem jego własnych sposobów odczuwania oraz reakcji emocjonalnej wzbudzonej przez konkretnego pacjenta i prezentowaną przez niego problematykę. Heinrich Racker podzielił reakcje przeciwprzeniesieniowe na: przeciwprzeniesienie zgodne – które przypomina empatię i polega na identyfikowaniu się terapeuty z „ja” pacjenta i przeżywaniu uczuć zbliżonych do uczuć pacjenta, oraz przeciwprzeniesienie komplementarne – w którym terapeuta identyfikuje się z uczuciami, które pacjent dostrzega i wzbudza w innych osobach (C. Jung, *Praktyka psychoterapii. Przyczynki do problematyki psychoterapii i do psychologii przeniesienia*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2007; Z. Freud, *Technika terapii*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2007; G.O. Gabbard, *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011; D.L. Carveth, *Concordant and Complementary Countertransference: A Clarification*, „Canadian Journal of Psychoanalysis” 2012, vol. 20(1), ss. 70–84).

⁵⁰ Wypalenie zawodowe oznacza syndrom złożony z emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji (będącej wyrazem skrajnej postaci obronnego dystansowania się od klientek_ów/pacjentek_ów i ich problemów) i poczucia obniżonej oceny własnych dokonań. Zawody szczególnego ryzyka wypalenia zawodowego to zawody pomocowe – związane ze szczególnym rodzajem stresu i odpowiedzialności oraz trudności w jednoznacznej ocenie własnej skuteczności zawodowej, ponieważ efekt pracy jest wypadkową kompetencji i zaangażowania pracownika, współpracy osoby wspomaganiej oraz niezależnych, zewnętrznych okoliczności (C. Maslach, S.E. Jackson, *The Measurement of Experienced Burnout*, „Journal of Occupational Behavior” 1982, vol. 2, ss. 99–113; C. Maslach,

z koncepcją traumy zastępczej pojawiła się koncepcja zmęczenia współczuciem⁵¹, kładąca nacisk na negatywne koszty pomocy w postaci zmniejszenia zdolności do empatyzowania i współczucia wobec innych w rezultacie emocjonalnego i fizycznego wyczerpania różnymi formami pomagania (w tym pracą opiekuńczą, pracą w zawodach pomocowych, aktywnością w ramach wolontariatu, poświęceniem aktywistycznym).

Mechanizmy opisywane w ramach przywołanych koncepcji częściowo nakładają się na te związane z traumą zastępczą. Stanowią one jednak oczekiwaną reakcję na pracę z osobami doświadczającymi cierpienia, a pojawiające się w ich konsekwencji zmiany (w postaci między innymi wyczerpania emocjonalnego i objawów unikania) są traktowane jako odwracalne i/lub takie, którym można zapobiegać⁵². Koncepcja traumy zastępczej opisuje natomiast procesy i mechanizmy, za pomocą których wewnętrzne doświadczenie terapeutek_ów (i innych osób będących świadkami ludzkiego cierpienia) podlega istotnym i (relatywnie) trudnym do zaakceptowania, trwałym zmianom w wyniku empatyzowania z bezpośrednio strauumatyzowanymi osobami. Według McCann i Pearlman dla powstania traumy zastępczej istotne znaczenie mają trzy czynniki: (1) ekspozycja na szczegółowe opisy żywego doświadczenia traumy, (2) konfrontowanie się z realiami ludzkiego okrucieństwa, (3) uczestniczenie w ponownym przeżywaniu traumy przez osoby będące w procesie psychoterapii w ramach mechanizmów opisywanych jako przeniesienie i przeciwprzeniesienie⁵³. Odnosząc się do teorii LaCapry, można dodać jeszcze czwarty warunek sprowadzający się do osobistej gotowości do powiązania historii osób bezpośrednio strauumatyzowanych z ramami interpretacyjnymi traumy strukturalnej, aktywizującymi schemat uniwersalnego zagrożenia i adekwatne do niego emocje. Warunek ten, w związku z głębokim zakorzeniem schematów narracji na temat traumy ponadhistorycznej w świadomości osób wywodzących się z danej kultury, może pozostawać niewyrażony wprost i w swoisty sposób „przezroczysty”.

Zgodnie z konstruktywistyczną teorią samorozwoju trauma zastępcza powstaje w wyniku interakcji między bodźcami związanymi z traumą oraz schematami poznawczymi jednostki. W związku z tym doświadczenie traumy zastępczej może mieć zindywidualizowany charakter. Równocześnie

S.E. Jackson, M.P. Leiter, *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1996).

⁵¹ C. Joinson, *Coping with Compassion Fatigue*, „Nursing” 1992, vol. 22(4), ss. 116, 118–120, PMID: 1570090. Por. C. Figley (red.), *Treating Compassion Fatigue*, Brunner-Routledge, New York 2002.

⁵² M.A. Kadambi, L. Ennis, *Reconsidering Vicarious Trauma...*, ss. 5–7.

⁵³ I.L. McCann, L.A. Pearlman, *Vicarious Traumatization...*; M.A. Kadambi, L. Ennis, *Reconsidering Vicarious Trauma...*, s. 3.

jednak społeczna geneza schematów poznawczych ram interpretacji sprawia, że doświadczenie to jest w znacznym stopniu powtarzalne. Jak wskazują McCann i Pearlman, zastępcza trauma powoduje zakłócenia schematów poznawczych związanych z zaufaniem, więziami, bezpieczeństwem, sprawczością i kontrolą, co prowadzi do zmian w sferze emocjonalnej, światopoglądowej, duchowej oraz samoidentyfikacji.

Koncepcja traumy zastępczej była poddawana krytyce ze względu na problemy w operacjonalizacji i pomiarze wtórnej traumatyzacji. O ile badania jakościowe pozwalały zarejestrować doświadczenia terapeutów spełniające kryteria traumy zastępczej, o tyle badania ilościowe nie prowadzą do spójnych wniosków⁵⁴. Ponadto brakuje badań porównawczych z udziałem grup kontrolnych, które pozwoliłyby postawić jasne granice między pojęciami wypalenia, zmęczenia pomaganiem i zastępczej traumatyzacji. Nie wszystkie osoby pracujące terapeutycznie ze strauumatyzowanymi klient(k)ami są wtórnie strauumatyzowane. Nie można również wykluczyć wcześniejszych traumatycznych doświadczeń części terapeutek_ów (bądź innych zastępczych świadków traumy), które zwiększają podatność na doświadczenie urazu (*vulnerability*)⁵⁵. Powyższe wątpliwości są istotne w ramach badań psychologicznych (ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy psychometrycznej). Na gruncie socjologicznym najistotniejsze znaczenie ma fakt, że specyficzny rodzaj interakcji z osobami bezpośrednio strauumatyzowanymi może w pewnych warunkach wywoływać dystres wpisujący się w różne koncepcje – wypalenia, zmęczenia współczuciem bądź wtórnej traumatyzacji, który może być subiektywnie odbierany przez część terapeutek_ów w kategoriach mieszczących się w ramach spektrum od przeciążenia emocjonalnego do własnej traumatyzacji. Z tej perspektywy istotne znaczenie mają także czynniki społeczno-kulturowe, które mogą nasilać ryzyko wtórnej traumatyzacji. Jednym z nich jest dostępność treści dotyczących traumy (zarówno strukturalnej, jak i historycznej). Drugi z omawianych czynników jest związany z emocjonalną identyfikacją danej osoby z tymi treściami. Krytyczne uwagi pod adresem koncepcji traumy zastępczej sformułowane z perspektywy psychologicznej dotyczyły również tego, że badania wtórnej traumatyzacji opierają się głównie na autodeklaracjach terapeutek_ów, a zatem w niewystarczającym stopniu zostały opracowane obiektywne kryteria (wskaźniki) traumy zastępczej. Z perspektywy socjologicznej autodeklaracje badanych zyskują status faktów podlegających badaniu

⁵⁴ M.A. Kadambi, L. Ennis, *Reconsidering Vicarious Trauma...*, ss. 8–17.

⁵⁵ Ibidem.

(interpretacji)⁵⁶. Badani nie muszą wcale używać pojęcia traumy do opisu własnych doświadczeń, a koncepcje teoretyczne służą jako źródło możliwych interpretacji wypowiedzi osób badanych.

1.7. Od teorii do badań. Dlaczego badania z udziałem osób pracujących psychoterapeutycznie?

Podsumowując, trauma w znaczeniu doświadczenia jednostki to uraz zaburzający poczucie bezpieczeństwa, zakłócający adaptację, powodujący odczuwanie stresu o dużym nasileniu. Trauma zmian społecznych (trauma historyczna) bezpośrednio dotykająca konkretne osoby jest wpisywana w ramy traumy strukturalnej, która odnosi się do społecznie skonstruowanych i podzielanych wizji uniwersalnej kondycji ludzkiej. W konsekwencji osoby, które nie są bezpośrednio strauumatyzowane, a identyfikują się z tymi treściami kulturowymi, także odczuwają silne, często destabilizujące emocje w reakcji na sygnały skojarzone z traumą. Tym samym tworzą się warunki dla doświadczenia wtórnej (zastępczej) traumatyzacji.

Na poziomie operacjonalizacji traumy wciąż pozostaje (być może nierozstrzygalne) pytanie, w którym miejscu znajduje się granica pomiędzy silnym, dezadaptacyjnym stresem a stresem potraumatycznym. Na problem ten zwrócił uwagę psycholog społeczny Nick Haslam, ujmując go w kategoriach rozmywania pojęć (*concept creep*) – zjawiska powszechnego w wielu obszarach psychologii. Oprócz pojęcia „traumy” dotyczy ono również takich pojęć, jak „uzależnienie”, „uprzedzenie” czy „zaburzenie psychiczne”. Haslam argumentuje, że jeszcze pół wieku temu odnosiły się one do precyzyjnie określonych doświadczeń, ale z biegiem czasu coraz więcej problemów zaczęto nazywać tymi niegdyś wysoce konkretnymi terminami⁵⁷.

⁵⁶ Celem badań socjologicznych prowadzonych zgodnie z założeniami paradygmatu interpretatywnego nie jest zatem dociekanie, czy autodeklaracje są prawdziwe bądź zgodne z przyjętymi „obiektywnymi” miarami traumy, lecz analizowanie, w jaki sposób jednostki rozumieją kategorie traumy jako takiej i traumy zastępczej, w jakich warunkach społeczno-kulturowych interpretują swoje położenie w tych kategoriach oraz czy, a jeśli tak, to na jakich zasadach, wiążą własne doświadczenia z kategoriami traumy strukturalnej i historycznej (określanej również mianem traumy zmian społecznych) i międzygeneracyjnej. Zob. D. Silverman, *Prowadzenie badań jakościowych*, tłum. J. Ostrowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 203.

⁵⁷ W najwcześniejszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych w jasny sposób wskazywano, że diagnozę zaburzeń stresu potraumatycznego (PTSD) można postawić w przypadku bezpośredniego udziału w traumatycznym zdarzeniu, bycia świadkiem traumy, wiedzy o traumatycznym doświadczeniu bliskiej osoby lub pracy polegającej na pomaganiu osobie strauumatyzowanej. Zob. N. Haslam, M.J. McGrath, *The Creeping*

Podjmując badania zgodne z perspektywą współczynnika humanistycznego, należy stwierdzić, że określanie własnych, subiektywnych doświadczeń w kategoriach traumy zależy od tego, czy to pojęcie jest obecne w słowniku danej osoby i mieści się w jej pojmowaniu siebie i świata. W związku z powyższymi zastrzeżeniami nie podjęliśmy się operacjonalizacji i badania *stricte* traumy. W badaniach posługujemy się szerszymi znaczeniowo pojęciami stresu i samopoczucia psychicznego oraz oddajemy osobom badanym głos w pytaniach otwartych. Zarysowane ramy teoretyczne mają na celu unaocznienie powiązań między destabilizacją społeczną a destabilizacją jednostki, która może być postrzegana w kategoriach realnej bądź potencjalnej traumy bezpośredniej, pośredniej i/lub przekazywanej w procesie dziedziczenia społecznego.

Biorąc pod uwagę powyższe ustalenia teoretyczne, badanie osób pracujących psychoterapeutycznie w czasie kryzysów społecznych jest interesujące z kilku powodów. Po pierwsze, osoby takie są podwójnie narażone na zastępczą traumatyzację: jako przedstawiciele zawodu pomocowego, którzy w swojej pracy spotykają się z osobami doświadczającymi różnorodnych kryzysów (w tym traumy) oraz jako przedstawiciele społeczeństwa dotkniętego traumą zmian społecznych. Po drugie, w warunkach traumy zmian społecznych o masowym zasięgu psychoterapeutki_ci mogą znajdować się w podobnej sytuacji do swoich klientek_ów, co stawia pod znakiem zapytania pewne standardy zawodowe wypracowane wcześniej. W warunkach względnej równowagi społecznej sytuacja, w której terapeut(k)a aktualnie przeżywa podobne problemy co klient_ka, stanowi przeciwwskazanie do podjęcia pracy terapeutycznej oraz wskazanie do superwizji i/lub terapii własnej. W sytuacji traumy zmian społecznych każdy jest potencjalnie narażony na traumatyzację (choć nie każdy doświadcza jej w równym stopniu), dlatego powyższy standard może być trudny do jednoznacznego spełnienia. Pojawia się zatem pytanie, w jaki sposób psychoterapeutki_ci radzą sobie z tą sytuacją. Po trzecie, psychoterapeutki_ci dysponują wiedzą i umiejętnościami użytecznymi w sytuacji radzenia sobie z napięciami. Jest więc interesujące, jak przedstawicielki_e tej grupy zawodowej doświadczają kryzysów społecznych, jak sobie z nimi radzą oraz jak doświadczenia te wpływają na funkcjonowanie w roli zawodowej. Perspektywy porównawczej dostarczają badania realizowane w innych grupach zawodowych – pracowniczek_ków ochrony zdrowia⁵⁸

Concept of Trauma, „Social Research: An International Quarterly” 2020, vol. 87(3), ss. 509–531. Por. M. Bilewicz, *Traumaland...*, ss. 47–48.

⁵⁸ J. Lai, M. Simeng, W. Ying i in., *Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Involved Exposed to Coronavirus Disease 2019*, „JAMA Network Open” 2019, vol. 3(3), e203976, <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>;

czy pracowniczek_ków socjalnych⁵⁹. Po czwarte, kryzys związany z pandemią zmienił samą psychoterapię rozumianą z jednej strony jako system ekspercki w społeczeństwie późnej nowoczesności⁶⁰, a z drugiej jako specyficzną formę interakcji społecznej. W tym kontekście interesujące jest, w jaki sposób osoby pracujące terapeutycznie odczuwały zmiany związane z pracą zdalną, ryzykiem i procedurami bezpieczeństwa w gabinecie oraz innymi konsekwencjami pandemii, a następnie wojny (w tym społecznymi i ekonomicznymi) doświadczanymi zarówno przez siebie, jak i klientki_ów/pacjentki_tów oraz na ile zmiany te trwale zmieniły warunki praktykowania psychoterapii. Wreszcie po piąte, badanie doświadczeń zawodowych psychoterapeutek_ów daje pewien dostęp do historii ich klientek_ów/pacjentek_ów relacjonowanych z zachowaniem tajemnicy zawodowej – na dużym poziomie ogólności, pozwalającym rekonstruować pewne społeczne tendencje, a nie jednostkowe przeżycia.

M. Gawrych, *Zdrowie psychiczne pracowników medycznych podczas pandemii COVID-19 – przegląd literatury*, „Psychiatria Polska” 2022, t. 56(2), ss. 289–296, <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/127217>

⁵⁹ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, T. Kasprzak i in., *Instytucje w pomocy społecznej w czasie pandemii. Raport z badań*, Wydział Socjologii UAM, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, Poznań 2020.

⁶⁰ Zob. A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001; U. Beck, A. Giddens, S. Lash, *Modernizacja refleksyjna...*



Rozdział 2

EMOCJONALNY KRAJOBRAZ PANDEMII I WOJNY W ŚWIETLE WYBRANYCH BADAŃ EMPIRYCZNYCH

2.1. Wprowadzenie

Od samego początku pandemii badaczki_e z zakresu nauk społecznych w Polsce i za granicą miały_eli świadomość, że należy rejestrować i analizować różne wymiary rzeczywistości, która nastąpiła. Obecnie dostępnych jest wiele opublikowanych wyników badań ilościowych i jakościowych, na podstawie których można odtworzyć pewne tendencje. Na potrzeby niniejszego rozdziału dokonano analizy danych dotyczących: (1) kondycji psychicznej jednostek w pandemii – jej uwarunkowań, kontekstu oraz dynamiki zmian, (2) psychospołecznych reakcji na wojnę w Ukrainie, (3) psychoterapii – rozumianej z jednej strony jako system ekspercki, a z drugiej – jako zestaw praktyk mających w założeniu stanowić remedium na problemy doświadczane przez jednostki w nowych, obciążających warunkach. Przeprowadzono selekcję danych, które w najczytelniejszy sposób pozwalają zrekonstruować mechanizmy składające się na emocjonalny krajobraz pandemii i znajdują potwierdzenie w innych licznych badaniach, których nie sposób w komplecie przytoczyć.

Celem rozdziału jest rekonstrukcja poszczególnych etapów pandemii oraz nakładających się na nią kryzysów społecznych wywołanych równoległymi wydarzeniami o potencjale traumatogennym z perspektywy emocji doświadczanych przez jednostki oraz szerzej rozumianej „atmosfery emocjonalnej”⁶¹. Afektywny krajobraz pandemii, a następnie wojny w Ukrainie postrzeganej z polskiej perspektywy jest dynamiczny i złożony, obejmuje zróżnicowane, niejednokrotnie ambiwalentne tendencje. Doświadczane emocje mają swoje źródło w bezpośrednich wydarzeniach oraz w pamięci o przeszłych traumach i doświadczeniach destabilizujących – zarówno osobistych, jak i społeczno-historycznych.

⁶¹ Zob. M. Krajewski, *Atmosfera afektywna. Poznawcza użyteczność pojęcia*, „Teksty Drugie” 2022, nr 3, ss. 285–301, <http://doi.org/10.18318/td.2022.3.16>

2.2. Początek pandemii – lęk i (re)traumatyzacja

Badania prowadzone od początku pandemii wskazują, że w skali globalnej nastąpiło nasilenie negatywnych emocji i spadek pozytywnych⁶². Najczęstszym wzorem emocji doświadczanych przez jednostki była oscylacja między lękiem a złością (niekiedy o bardzo dużym natężeniu)⁶³. Oscylacja ta, w powiązaniu z przeżywaniem silnej frustracji i niecierpliwością, która może przeradzać się w zachowania impulsywne i różne formy agresji, jest opisywana w kategoriach *pandemic rage*⁶⁴. Nazwa ta nawiązuje do znanych wcześniej fenomenów *road rage* czy *computer rage*⁶⁵ i odnosi się do niespecyficznych reakcji napięcia emocjonalnego w sytuacji utraty równowagi życiowej oraz kontroli sprawczej. Brak możliwości przywrócenia poczucia sprawczości wobec autodestruktywnych wzorów odreagowania napięcia jest jednym z mechanizmów przyczyniających się do powstawania zaburzeń depresyjnych w dłuższej perspektywie czasowej. Z ustaleń WHO wynika, że w skali światowej w ciągu pierwszego roku pandemii nastąpił wzrost o 25% częstotliwości zaburzeń lękowych i depresyjnych⁶⁶.

Badania internetowe na próbie dorosłych Polaków ($N = 1742$)⁶⁷ w pierwszych tygodniach pandemii, w czasie narodowej kwarantanny (ściśle go *lockdownu*), wykazały, że dla 75% badanych pandemia była wysoko

⁶² Zob. K. Wang i in., *A Global Test of Brief Reappraisal Interventions on Emotions During the COVID-19 Pandemic*, „Nature Human Behaviour” 2020, vol. 5, ss. 1089–1110, <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01173-x>. Przyjmujemy, że z perspektywy psychologicznej emocje nie są wartościowane na pozytywne i negatywne, stanowią bowiem reakcję jednostek na określone doświadczenia. Równocześnie odnosimy się do znaczeń przypisywanych emocjom przez jednostki i kulturę.

⁶³ M. Lwin, L. Jiahui, A. Sheldenkar i in., *Global Sentiments Surrounding the COVID-19 Pandemic on Twitter: Analysis of Twitter trends*, „JMIR Public Health Surveillance” 2020, vol. 6(2), e19447, <https://doi.org/10.2196/19447>

⁶⁴ M. Kubacka, P. Luczys, A. Modrzyk, A. Stamm, *Pandemic Rage: Everyday frustrations in times of the COVID-19 crisis*, „Current Sociology” 2023, vol. 71(5), ss. 887–904, <https://doi.org/10.1177/00113921211050116>

⁶⁵ B. Berry, *Social Rage: Emotion and cultural conflict*, Garland Publishing, New York 1999; M.L. Garase, *Road Rage*, LFB Scholarly Publishing LLC, New York 2006; W.W. Sokoloff, *Confrontational Citizenship: Reflections on hatred, rage, revolution, and revolt*, Suny Press, New York 2017.

⁶⁶ WHO, 2022, *COVID-19 Pandemic Triggers 25% Increase in Prevalence of Anxiety and Depression Worldwide*, <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>, dostęp: 15.04.2022.

⁶⁷ 77% próby stanowiły kobiety, 22% – mężczyźni, a 1% – osoby niebinarne.

stresującym doświadczeniem, u 49% badanych odnotowano podwyższone wskaźniki zaburzeń przystosowawczych, u 44% – objawy uogólnionych zaburzeń lękowych, u 26% – objawy depresji, a u 2,4% pełne objawy zaburzeń stresu pourazowego (PTSD); równocześnie u 91,8% badanych odnotowano przynajmniej jeden objaw stresu potraumatycznego (intensywne, niepokojące myśli i uczucia związane z urazem, unikanie miejsc, osób i rzeczy, które przypominają o urazie, nawracające natrętne myśli i/lub koszmary senne związane z urazem). Badani wymieniali następujące dodatkowe czynniki obciążające stresem: za dużo lub za mało pracy (72%), presja terminów (68%), konflikty w rodzinie (48%), konflikty w życiu zawodowym (36%), problemy finansowe (34%)⁶⁸. Badania internetowe oparte na dostępności respondentek_ów prowadzone w czasie pandemii z reguły nie spełniają warunku reprezentatywności próby, dlatego ich porównanie z reprezentatywnymi badaniami epidemiologicznymi EZOP II przeprowadzonymi przed pandemią nie jest uprawnione metodologicznie. Porównanie to daje jedynie pewien pogląd na to, jak silnym stresem była pandemia dla znacznej części społeczeństwa. Z badań EZOP II przeprowadzonych w latach 2018–2019 na losowej, reprezentatywnej próbie całej populacji Polski ($N = 15\ 000$)⁶⁹, wynika, że w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie 5,42% respondentów doświadczało zaburzeń lękowych (w tym 0,43% PTSD), a około 1% – zaburzeń nastroju (w tym niespełna 0,8% depresji)⁷⁰.

Badania na próbie ponad tysiąca Polek w ciąży przeprowadzone w czasie pierwszej fazy pandemii wskazały, że nasilony poziom lęku, do poziomu spełniającego kryteria zaburzeń lękowych o umiarkowanym lub głębokim nasileniu, pojawił się u ponad 33% z nich⁷¹. Stanowiące tło porównawcze dane WHO sprzed pandemii wskazują, że 10% kobiet w ciąży i 13% kobiet w okresie poporodowym doświadczało zaburzeń zdrowia psychicznego (głównie lękowych i depresyjnych)⁷².

Badania porównawcze studentek_ów w dziewięciu krajach przeprowadzone w maju 2020 roku wykazały najwyższy poziom lęku wśród badanych

⁶⁸ M. Dragan, P. Grajewski, M. Shevlin, *Adjustment Disorders...* Por. M. Bilewicz, *Traumaland...*, s. 60.

⁶⁹ EZOP Polska II, https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Historia.pdf, dostęp: 16.09.2024.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ M. Iłska, A. Brandt-Salmeri, A. Kołodziej-Zaleska i in., *Anxiety Among Pregnant Women During the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland*, „Scientific Reports” 2022, vol. 12(1), 8445; M. Bilewicz, *Traumaland...*, s. 80.

⁷² WHO, 2020, *Mental Health and Substance Use*, <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/overview>, dostęp: 20.09.2024.

polskich i tureckich (wyższy niż w Niemczech, Czechach, Ukrainie, Słowenii, Rosji, Izraelu i Kolumbii)⁷³. Michał Bilewicz stawia tezę, że podatność na traumatogenny wpływ pewnych doświadczeń życiowych oraz wydarzeń będących konsekwencją aktualnej traumy zmian społecznych jest związana z wpływem kultury odtwarzającej traumy historyczne: „Ludzie historycznie strauumatyzowani, pielęgnujący pamięć o historycznych zbrodniach, stają się bardziej wrażliwi na kolejne dramatyczne wydarzenia. Będzie im znacznie trudniej poradzić sobie z utratą bliskiej osoby, chorobą czy wypadkiem”⁷⁴.

Jednym z charakterystycznych mechanizmów w procesie radzenia sobie z traumą społeczną jest wprowadzanie strategii, które mają przywrócić jednostkom bezpieczeństwo na jednym poziomie, ale pozbawiają bezpieczeństwa na innym poziomie. Izolacja społeczna wymagana w czasie kwarantanny miała na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa, ale mogła mieć pewne skutki uboczne dla kondycji psychicznej ludzi. W tym kontekście należy analizować problem przemocy domowej i przemocy ze względu na płeć. Z danych WHO wynika, że przemoc ze względu na płeć i przemoc domowa⁷⁵ mają tendencję do nasilania się podczas kryzysów humanitarnych i konfliktów⁷⁶. Choć polskie badania dotyczące przemocy domowej w czasie pandemii nie prowadzą do konkluzywnych wniosków⁷⁷, to istnieją podstawy, by twierdzić, że jest to powszechny i niedoszacowany problem⁷⁸, mający istotne konsekwencje z perspektywy zdrowia psychicznego rozpatrywanego jako kwestia zdrowia publicznego.

Elementem atmosfery afektywnej kryzysu społecznego jest także poszukiwanie winnych zaistniałej sytuacji. Matthew Lee opisywał powtarzalność ataków na grupy marginalizowane podczas pandemii, odwołując się do przykładów historycznych – ataków na społeczność żydowskie

⁷³ D. Ochnik, A.M. Rogowska, C. Kuśnierz i in., *Mental Health Prevalence and Predictors Among University Students in Nine Countries During the COVID-19 Pandemic: A cross-national study*, „Journal of Clinical Medicine” 2021, vol. 10, 2882, <https://doi.org/10.3390/jcm10132882>. Por. M. Bilewicz, *Traumaland...*, s. 80.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Te dwie kategorie przemocy w dużej mierze nakładają się na siebie.

⁷⁶ WHO, 2005, *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*, <https://www.who.int/hac/techguidance/pht/GBVGuidelines08.28.05.pdf>, dostęp: 31.03.2020.

⁷⁷ J. Klimczak, P. Ostaszewski, J. Włodarczyk-Madejska, *There Were Fewer Calls, even Though There Was More Violence”: Domestic violence in Poland during the COVID-19 pandemic*, „Biuletyn Kryminologiczny” 2023, nr 30, ss. 259–275, <https://doi.org/10.37232/bk.2023o>

⁷⁸ I. Zielińska-Poćwiardowska, P. Sosnowska-Buxton, *Przemoc domowa w Polsce: zaproszenie do podjęcia socjologicznej analizy zjawiska*, „Studia Socjologiczne” 2023, t. 2(249), ss. 131–154, <http://doi.org/10.24425/sts.2023.146172>

w Europie podczas dżumy w 1300 roku czy obwiniania irlandzkich migrantów w Stanach Zjednoczonych za tyfus w XIX wieku. Amerykanie haitańskiego pochodzenia byli uważani za odpowiedzialnych za HIV w latach osiemdziesiątych, Amerykanie meksykańskiego pochodzenia za świńską grypę w 2009, a mieszkańcy Afryki Zachodniej za ebolę w 2014 roku. W 1906 roku zamieszkałe głównie przez Chińczyków miasto w amerykańskim hrabstwie Orange zostało podpalone, a władze miasta nie zapobiegły temu aktowi wrogości, powołując się na choroby (trąd) i zagrożenia dla zdrowia publicznego jako uzasadnienie. Chińscy Amerykanie wzbudzili również gniew z powodu SARS w 2003, a w 2020 roku ponownie z powodu COVID-19⁷⁹. Badania przeprowadzone z udziałem grup mniejszościowych w Polsce: Kaszubów, Ślązaków i Łemków, wykazały, że co dwudziesty Kaszub i Łemko oraz prawie połowa Ślązaków spotkała się z hejtem lub zachowaniami dyskryminacyjnymi w czasie pandemii⁸⁰. Wśród mieszkańców Śląska utrzymywały się relatywnie najwyższe wskaźniki zachorowań na COVID, a kopalnie były jednymi z poważniejszych ognisk zakażeń. Równocześnie co trzeci Kaszub oraz co czwarty Ślązak i Ukrainiec doświadczał silnego lęku kwalifikującego się do leczenia⁸¹. Konfrontacja tych wyników z pomiarami za pomocą skali mierzącej doświadczenie traumy historycznej wskazuje, że zagrożenie dyskryminacją w czasie pandemii przywoływało w pamięci traumatyczne obrazy z przeszłości. Te natomiast wywoływały kliniczne symptomy traumy, co z kolei powodowało wyższy poziom lęku. „Pandemia zadziałała jak retraumatyzacja, przywołując lęki z przeszłości, historię zbrodni, dyskryminacji i prześladowań. Lęk okazał się najsilniejszy u tych osób, dla których tożsamość etniczna była szczególnie istotna – sięgali oni do przeszłości swojego narodu, by zrozumieć swój obecny

⁷⁹ M. Lee, *Coronavirus Fears Show How 'Model Minority' Asian Americans Become the 'Yellow Peril'*, *THINK, Opinion, Analysis, Essays*, 2020, March 9, <https://www.nbcnews.com/think/opinion/coronavirus-fears-show-how-model-minority-asian-americans-become-yellow-ncna1151671>, dostęp: 30.03.2020.

⁸⁰ M. Bilewicz, *Traumaland...*, s. 57; M. Bilewicz, J. Olko (red.), *Mniejszości i ich języki wobec kryzysu*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2022; M. Bilewicz, J. Olko, *Skutki pandemii wśród mniejszości i imigrantów*, Wydział Psychologii i Wydział Artes Liberales Uniwersytetu Warszawskiego, 2020, https://covid.psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/50/2021/03/Raport_skutki_pandemii_mniejszosci_imigranci.pdf, dostęp: 16.09.2024. Autorzy umieszczają wyniki badań przede wszystkim w kontekście dyskryminacji językowej oraz traum historycznych – egzekucji i wysiedleń. Badania prowadzone w czasie pandemii, podjęte *in statu nascendi* z myślą o rejestracji kryzysowej rzeczywistości z perspektywy grup mniejszościowych, z konieczności nie pozwalają w pełni miarodajnie porównać, z jakimi dokładnie nastawieniami spotykały się przedstawicielki_e mniejszości przed pandemią i w trakcie jej trwania.

⁸¹ M. Bilewicz, *Traumaland...*, s. 56.

stan⁸². Co istotne, mechanizmy te nie są charakterystyczne wyłącznie dla przedstawielek_i mniejszości, lecz mogą oddziaływać w szerokim kontekście kultury upamiętniającej traumy historyczne⁸³.

2.3. Nadzieja na nowy porządek i rozczarowanie stresującą codziennością

Na początku pandemii reakcje silnego stresu współwystępowały z nadzieją na pozytywne zmiany. Ten aspekt atmosfery emocjonalnej pierwszych tygodni narodowej kwarantanny oddają początkowe słowa felietonu Olgi Tokarczuk *Okno* opublikowanego we „Frankfurter Allgemeine Zeitung” 3 kwietnia 2020 roku:

Dla mnie już od dłuższego czasu świata było za dużo. Za dużo, za szybko, za głośno. Nie mam więc traumy odosobnienia i nie cierpię z tego powodu, że nie spotykam się z ludźmi. Nie żałuję, że zamknęli kina, jest mi obojętne, że nieczynne są galerie handlowe. Martwię się tylko, kiedy pomyślę o tych wszystkich, którzy stracili pracę. Kiedy dowiedziałam się o zapobiegawczej kwarantannie, poczułam coś w rodzaju ulgi i wiem, że wielu ludzi czuje podobnie, choć się tego wstydzi. Moja introwersja, długo zduszana i maltretowana dyktatem nadaktywnych ekstrawertyków, otrzepała się i wyszła z szafy. [...] Życie toczy się, a jakże, ale w zupełnie innym rytmie. Zrobiłam porządek w szafie i wyniosłam przeczytane gazety do pojemnika na papier. Przesadziłam kwiaty. Odebrałam rower z naprawy. Przyjemność sprawia mi gotowanie. Uporczywie wracają do mnie obrazy z dzieciństwa, kiedy było dużo więcej czasu i można było go marnować, godzinami gapiąc się przez okno, obserwując mrówki, leżąc pod stołem i wyobrażając sobie, że to jest arka. Albo czytając encyklopedię. Czy aby nie jest tak, że wróciliśmy do normalnego rytmu życia? Że to nie wirus jest zaburzeniem normy, ale właśnie odwrotnie – tamten hektyczny świat przed wirusem był nienormalny?⁸⁴

Jak wskazują Władysław J. Paluchowski, Elżbieta Hornowska i współpracownicy, 62% respondentek_ów biorących udział w ilościowym badaniu dotyczącym radzenia sobie ze stresem w pierwszych dniach pandemii⁸⁵

⁸² Ibidem, s. 58.

⁸³ Ibidem, ss. 61–82.

⁸⁴ O. Tokarczuk, *Okno*, „Frankfurter Allgemeine Zeitung”, 3.04.2020, <https://culture.pl/pl/artykul/okno-olga-tokarczuk-o-pandemii>, dostęp: 20.09.2023.

⁸⁵ Badanie na próbie $N = 620$ zrealizowane w dniach 7–12 kwietnia 2020 roku. Wyniki nie są reprezentatywne dla populacji Polski ze względu na znaczną dysproporcję

zgodziło się z twierdzeniem: „Gdyby to ode mnie zależało, chciał(a)bym, aby kryzys stał się punktem wyjścia do nowego porządku”⁸⁶.

Doświadczenia związane z pandemią nie były jednoznacznie negatywne, czy raczej nie były w równym stopniu negatywne dla wszystkich. Przykładowo: wśród pozytywnych aspektów życia w pandemii prawie dwie trzecie uczestników badań „Życie codzienne w czasach pandemii” wskazało, że w trakcie *lockdownu* miała więcej czasu dla siebie i bliskich (65,5%), na realizację własnych zainteresowań (47%) i uczenie się nowych rzeczy (37%)⁸⁷. Pozostałe pozytywne strony pandemii wskazywane przez badanych odnosiły się do ograniczenia konsumpcjonizmu i przewartościowania priorytetów życiowych⁸⁸. Równocześnie jednak osoby, u których przeważały doświadczenia negatywne (takie jak przemęczenie, brak czasu dla siebie i niemożność zaspokojenia istotnych potrzeb), poprzez porównania społeczne i wrażenie kontrastu mogły doświadczać nasilenia frustracji i obciążających emocji⁸⁹.

Odwołując się do strategii radzenia sobie ze stresem, wyodrębniono cztery grupy badanych – w kolejności od najliczniej do najrzadziej reprezentowanych:

(1) „pogodzonych, reinterpretujących i ekspresyjnych” (prawie 53%) – stosujących strategię nastawione na reaktywne i jednocześnie planowe poszukiwanie nowego porządku poprzez unikanie stawiania czoła

plci (86% kobiet, 14% mężczyzn). Zob. W.J. Paluchowski, E. Hornowska, T. Jadczyk-Szumiło, E. Szumiło, *Pierwsze dni pandemii COVID-19 – jak sobie radziliśmy ze stresem*, [w:] W.J. Paluchowski, L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2021, s. 33.

⁸⁶ Ibidem.

⁸⁷ R. Drozdowski, M. Frąckowiak, M. Krajewski i in., *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z drugiego etapu badań wersja pełna*, Wydział Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2021, s. 200, https://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/Zycie_codzienne_w_czasach_pandemii_Raport_z_drugiego_etapu_badan_wersja_pe%C5%82na.pdf, dostęp: 15.04.2022.

⁸⁸ E. Ambroziak, *Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie rodziny*, 2020, <https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/4472799/Wp%C5%82yw%20pandemii%20Covid19%20na%20funkcjonowanie%20rodziny%20%28p.%20Ewa%20Ambroziak%29.pdf/1c3b682d-3d03-4667-b64a-6bd9cfe61fe2?t=1614858338028>, dostęp: 15.04.2022; CBOS, 2020, *Życie codzienne w czasach zarazy*. Komunikat z badań nr 60/2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_060_20.PDF, dostęp: 15.04.2022.

⁸⁹ M. Kubacka, P. Luczys, A. Modrzyk, A. Stamm, *Pandemic Rage...* Por. M. Frąckowiak-Sochańska, D. Mroczkowska, M. Kubacka, *Dynamika i kontekst doświadczeń emocjonalnych pracujących zawodowo rodziców w czasie pandemii COVID-19*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2022, t. 18(4), s. 127, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.4.05>

problemom i odwoływanie się do życzeniowego optymizmu, stosujących strategię obniżania napięcia emocjonalnego, dostrzegających w przeżywanym zdarzeniu pozytywne aspekty, w tym wartości dla własnego rozwoju⁹⁰;

(2) „zadaniowych, niekalkulujących i przyjacielskich” (niespełna 23%) – uzyskujących najwyższe wskaźniki dotyczące wszystkich branż pod uwagę strategii, a przede wszystkim strategii skoncentrowanych na rozwiązywaniu problemu i poszukiwaniu wsparcia społecznego, akceptujących własną ekspresję emocjonalną i niepodejmujących działań, których celem jest jedynie poprawienie sobie humoru, aby uciec albo uniknąć problemu⁹¹;

(3) „odpowiedzialnych, samodzielnych i zadaniowych” (nieznacznie ponad 12%) – skoncentrowanych na rozwiązywaniu problemów i przejmowaniu odpowiedzialności, przejawiających orientację zadaniową, powstrzymujących się od wyrażania emocji i pochopnego działania, nieszukających rady i informacji ani pomocy, unikających rozpraszania uwagi na inne zdarzenia⁹²;

(4) „dystansujących się, biernych i zdołowanych” (nieco ponad 12%) – u których dominowały niskie wyniki dotyczące wszystkich grup strategii aktywnego radzenia sobie, a relatywnie najwyższe dotyczyły strategii skoncentrowanych na poznawczym unikaniu sytuacji stresowych; osoby te nie znajdowały w ówczesnej sytuacji pozytywnych aspektów ani wartości dla własnego rozwoju, nie podejmowały działań mających na celu jedynie poprawienie sobie humoru, aby uciec od problemu⁹³.

Grupy te różniły się pod względem poziomu odczuwanego stresu⁹⁴. Najwyższego poziomu stresu doświadczały osoby z grup 2 („zadaniowi, niekalkulujący, przyjacielscy”) oraz 4 („dystansujący się, bierni, zdołowani”). Osoby z grupy 1 („pogodzeni, reinterpretujący, ekspresyjni”) doświadczały najniższego poziomu odczuwanego stresu. W grupie 4 znalazło się więcej, niż gdyby był to rozkład losowy, osób znajdujących się w okresie wczesnej dorosłości, a w grupie 3 – średniej dorosłości. Te dwie kategorie wiekowe są szczególnie istotne w kontekście badań dynamiki kondycji emocjonalnej w sytuacji przedłużającej się pandemii. O ile w początkowych jej miesiącach najwyższe wskaźniki lęku i depresyjności odnotowano u osób relatywnie najmłodszych – adolescentów i młodych dorosłych, o tyle w dalszych jej miesiącach następowało pogorszenie samopoczucia

⁹⁰ W.J. Paluchowski, E. Hornowska, T. Jadczyk-Szumiło, E. Szumiło, *Pierwsze dni pandemii COVID-19...*, ss. 34–35.

⁹¹ Ibidem.

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ Różnica była istotna statystycznie. Poziom odczuwanego stresu mierzony był za pomocą Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 Cohena, ibidem, s. 35.

osób w okresie średniej dorosłości⁹⁵. Można zatem postawić tezę, że najmłodszy badani stopniowo adaptowali się do nowych warunków funkcjonowania (związanych z ograniczeniem bezpośrednich kontaktów i zdalną edukacją). Równocześnie osoby na etapie średniej dorosłości doświadczały stopniowego wyczerpywania zasobów z powodu największego obciążenia obowiązkami – pracą w warunkach zdalnych, którą trzeba było połączyć z opieką nad dziećmi przebywającymi w domu, bądź pracą poza domem stanowiącą zagrożenie zakażeniem przy jednoczesnej konieczności zapewnienia opieki dzieciom.

Na stres wynikający z trudnych do pogodzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych najbardziej narażone były kobiety oraz osoby mające dzieci poniżej 13. roku życia. Badania zakorzenione w socjologii życia rodzinnego i intymności oraz socjologii życia codziennego pozwalają zrekonstruować wiele problemów, jakich doświadczali pracujący rodzice (a zwłaszcza matki) na skutek zmian wywołanych pandemią. Częściowo problemy te istniały już wcześniej, a pandemia jedynie je zintensyfikowała. W warunkach pandemii nasileniu uległy konflikty w związkach intymnych⁹⁶ oraz związane z ustanawianiem relacji między pracą a rodziną⁹⁷. Ponadto pandemia wyostriżyła problem nierównego i niekorzystnego dla kobiet podziału pracy w gospodarstwie domowym oraz pracy opiekuńczej pomiędzy pracującymi zawodowo partnerami⁹⁸. Z wielu analiz, zarówno

⁹⁵ M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak-Prus i in., *Generalized Anxiety and Depressive Symptoms in Various Age Groups During the COVID-19 Lockdown in Poland: Specific predictors and differences in symptoms severity*, „Comprehensive Psychiatry” 2021, no. 105, 152222, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, D. Mroczkowska, M. Kubacka, *Dynamika i kontekst doświadczeń emocjonalnych...*, ss. 124–128.

⁹⁶ M. Luetke, D. Hensel, D. Herbenick, M. Rosenberg, *Romantic Relationship Conflict Due to the COVID-19 Pandemic and Changes in Intimate and Sexual Behaviors in a Nationally Representative Sample of American Adults*, „Journal of Sex & Marital Therapy” 2020, no. 46, ss. 747–762, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1810185>. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, D. Mroczkowska, M. Kubacka, *Dynamika i kontekst doświadczeń emocjonalnych...*

⁹⁷ S. Schieman, P.J. Badawy, M.A. Milkie, A. Bierman, *Work–Life Conflict During the COVID-19 Pandemic*, „Socius” 2021, no. 7, ss. 1–19, <https://doi.org/10.1177/2378023120982856>. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, D. Mroczkowska, M. Kubacka, *Dynamika i kontekst doświadczeń emocjonalnych...*, s. 125.

⁹⁸ Eurofound, *Living, Working and COVID-19*. Publications Office of the European Union, Luxembourg 2020, <https://www.eurofound.europa.eu/system/files/2020-10/ef20059en.pdf>, dostęp: 28.04.2021; K. Power, *The COVID-19 Pandemic Has Increased the Care Burden of Women and Families*, „Sustainability: Science, Practice and Policy” 2020, vol. 16(1), ss. 67–73, <https://doi.org/10.1080/15487733.2020.1776561>; C. Wenham, *The Gendered Impact of the COVID-19 Crisis and Post-crisis Period*, European Parliament:

jakościowych⁹⁹, jak i ilościowych¹⁰⁰, wynika, że kobiety przechodzące na pracę zdalną były w większym stopniu obciążone opieką i pracami domowymi niż mężczyźni przechodzący na pracę *online* (mimo że następował wzrost zaangażowania pracujących zdalnie mężczyzn w wyżej wymienione obszary pracy na rzecz rodziny)¹⁰¹. Inne problemy zrekonstruowane na podstawie badań dotyczyły: braku czasu partnerów dla siebie (wobec stałego zaangażowania w opiekę nad dziećmi albo pracę zawodową) oraz braku czasu dla samej go siebie (którego przynajmniej minimalna ilość jest potrzebna dla regenerowania zasobów psychofizycznych), a także ograniczenia kontaktów z rodziną rozszerzoną, przyjaciółmi i znajomymi¹⁰².

2.4. Emocjonalne reakcje na przedłużający się kryzys

Sposób doświadczania przedłużającej się pandemii oraz towarzyszących jej emocji zależy w dużej mierze od umiejscowienia w strukturze społecznej, dostępu do zasobów i sieci wsparcia oraz zmiennych określających zakres codziennych zobowiązań. Do zmiennych w istotny sposób modyfikujących samopoczucie emocjonalne oraz kondycję psychiczną jednostek w czasie pandemii należały: płeć, wiek i sytuacja rodzinna (związana z posiadaniem bądź nieposiadaniem osób zależnych) oraz poziom ustabilizowania sytuacji zawodowej¹⁰³.

Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies, 2020, PE 658.227, [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/658227/IPOL_STU\(2020\)658227_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/658227/IPOL_STU(2020)658227_EN.pdf), dostęp: 15.04.2022; C. Collins, L.C. Landivar, L. Ruppner, W.J. Scarborough, *COVID-19 and the Gender Gap in Work Hours*, „Gender, Work & Organization” 2021, no. 28, ss. 101–112, <https://doi.org/10.1111/gwao.12506>; A. Hjálmsdóttir, V.S. Bjarnadóttir, „I have turned into a foreman here at home”: *Families and work-life balance in times of COVID-19 in a gender equality paradise*, „Gender, Work & Organization” 2021, vol. 28(1), ss. 268–283, <https://doi.org/10.1111/gwao.12552>; P. Binder, *Praca zdalna w czasie pandemii i jej implikacje dla rodzin z dziećmi – badanie jakościowe*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2022, t. 18, nr 1, ss. 82–110, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.1.05>. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, D. Mroczkowska, M. Kubacka, *Dynamika i kontekst doświadczeń emocjonalnych...*, s. 125.

⁹⁹ P. Binder, *Praca zdalna...*

¹⁰⁰ Eurofound, *Living, Working...*, ss. 20–22.

¹⁰¹ Ibidem; P. Binder, *Praca zdalna...*

¹⁰² M. Stankowska, *Sytuacja rodziców małych dzieci w trakcie pandemii COVID-19. Wybrane praktyki rodzinne*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2022, t. 18, nr 1, ss. 62–81, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.1.04>

¹⁰³ M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak-Prus i in., *Generalized Anxiety...*

Na podstawie badań Małgorzaty Gambin z zespołem, zrealizowanych w pięciu falach między majem 2020 a kwietniem 2021 roku na próbie ($N = 1179$) reprezentatywnej pod względem płci, wieku i miejsca zamieszkania¹⁰⁴, wyodrębniono cztery grupy badanych, w zależności od scenariusza adaptacji do przedłużającej się pandemii:

(1) rezylietni – około 60% badanych ze stabilnymi, niskimi objawami lękowo-depresyjnymi przez cały badany okres;

(2) doświadczający poprawy (10%) – osoby osiągające najwyższy poziom objawów lękowo-depresyjnych na początku pandemii, które następnie zmniejszyły się podczas poluzowania ograniczeń latem 2020 i nieznacznie wzrosły podczas drugiego *lockdownu* w kwietniu 2021 roku;

(3) doświadczający chroniczacji (23%) – osoby o stałym, wysokim natężeniu objawów lękowo-depresyjnych we wszystkich okresach badania;

(4) doświadczający pogorszenia (7%) – z niskim wyjściowym poziomem lęku i depresji na początku pandemii, doświadczający wzrostu objawów latem i jesienią 2020, a następnie niewielkiego spadku podczas drugiego *lockdownu* wiosną 2021 roku.

Osoby w grupie „chronicznej” były młodsze niż osoby rezylienne i doświadczające poprawy, miały gorszą sytuację finansową niż osoby rezylienne, a także większe trudności z regulacją emocji niż osoby rezylienne i doświadczające pogorszenia. Odczuwały większy niepokój, postrzegały ryzyko zakażenia COVID-19 jako wyższe i miały więcej chorób przewlekłych w porównaniu z grupą rezylienną. Stały wzrost objawów lękowo-depresyjnych jest powiązany z nagromadzeniem większych stresorów i brakiem zasobów społeczno-emocjonalnych, aby sobie z nimi poradzić. Niektóre z potrzeb i planów młodych dorosłych mogły zostać zakłócone przez pandemię. Ponadto osoby relatywnie najmłodsze mogą mieć mniej zasobów i doświadczeń w radzeniu sobie z kryzysami i zmianami niż starsi dorośli¹⁰⁵. Trajektoria poprawy objawów była związana z wyższymi wyjściowymi poziomami trudności w regulacji emocji i osobistego dystresu oraz większą liczbą osób w gospodarstwie domowym w porównaniu z grupą rezylienną, a także starszym wiekiem w porównaniu z grupą doświadczającą chroniczacji, ale lepszą sytuacją finansową w porównaniu z grupą doświadczającą pogorszenia. Starszy wiek i lepsza sytuacja finansowa mogą być związane z posiadaniem większych zasobów i doświadczeń w radzeniu

¹⁰⁴ Pierwszy pomiar został dokonany pod koniec pierwszego *lockdownu* w Polsce (późną wiosną 2020 roku), drugi i trzeci, gdy prawie wszystkie ograniczenia zostały zniesione, czwarty, gdy wprowadzono bardziej restrykcyjne ograniczenia, a piąty, gdy wprowadzono drugi *lockdown* (wiosną 2021 roku) (ibidem).

¹⁰⁵ Ibidem.

sobie z kryzysami i zmianami u osób, które charakteryzowały się większymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi (wyższe trudności w regulacji emocji i osobisty niepokój). Trajektoria pogorszenia była związana z gorszą sytuacją finansową w porównaniu z trajektoriami rezyliencji i poprawy oraz większą liczbą członków rodziny w gospodarstwie domowym w porównaniu z grupą rezydentną. Mniejsza dostępność zasobów ekonomicznych i większe zagęszczenie gospodarstw domowych mogły zaostrzyć różne wyzwania i trudności związane z pandemią i przyczynić się do wzrostu poziomu niepokoju¹⁰⁶.

Badania nad dynamiką reakcji depresyjnych i lękowych w czasie pierwszego roku pandemii wskazują najwyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w maju i grudniu 2020, natomiast najniższe w lipcu 2020 roku¹⁰⁷. Pod koniec 2020 roku w grupie ryzyka nasilenia depresji do stanu spełniającego kryteria kliniczne znajdowało się 29% kobiet i 24% mężczyzn. Wtedy również najwyższy poziom objawów depresji i lęku uogólnionego przejawiały osoby w wieku od 35 do 44 lat¹⁰⁸. Dodatkowo w grudniu 2020 roku większe nasilenie objawów depresji mieli rodzice dzieci w wieku poniżej 18. roku życia (w porównaniu z osobami, które nie miały dzieci w tym wieku). Objawy depresji i lęku uogólnionego wiązały się najsilniej z trudnościami doświadczanymi w domu (trudnymi relacjami z bliskimi, poczuciem braku prywatności, zmęczeniem nadmiarem obowiązków) oraz niepokojem i niepewnością związanymi z rozprzestrzenianiem się epidemii. Istotne znaczenie miało także odczuwanie niepokoju dotyczącego sytuacji zawodowej i finansowej¹⁰⁹. W tym kontekście należy zaznaczyć, że objawy depresji u rodzica utrzymujące się przez dłuższy czas wywierają negatywny wpływ na funkcjonowanie emocjonalne dzieci i całej rodziny¹¹⁰.

Lista czynników najbardziej obciążających stresem, która powstała na podstawie badania „COVID-STRES. Zmiany emocjonalne w trakcie pierwszej i drugiej fazy pandemii SARS-CoV-2 w 2020 roku”, obejmuje wiele spośród problemów zarysowanych na podstawie badań zrealizowanych

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Ibidem; B. Zawadzki, A. Popiel, M. Bielecki i in., *COVID-STRES Raport nr 15 z badania przeprowadzonego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego we współpracy z Uniwersytetem SWPS podczas epidemii COVID-19 w 2020 r.*, 2021, https://covid.psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/50/2021/03/Raport_Covid_Stres.pdf, dostęp: 31.03.2022.

¹⁰⁸ M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak-Prus i in., *Generalized Anxiety...*

¹⁰⁹ Ibidem; B. Zawadzki, A. Popiel, M. Bielecki i in., *COVID-STRES...*

¹¹⁰ M. Frąckowiak-Sochańska, D. Mroczkowska, M. Kubacka, *Dynamika i kontekst doświadczeń emocjonalnych...*, s. 128.

na gruncie socjologii życia rodzinnego i intymności oraz socjologii codzienności: poczucie izolacji, ograniczenie kontaktów społecznych, zagrożenie zdrowia własnego i bliskich, pogorszenie sytuacji ekonomiczno-materiałnej, zagrożenie związane z koniecznością wykonywania pracy wymagającej kontaktów z ludźmi, konflikty domowe, zagęszczenie osób w małej przestrzeni domowej, problemy z uzyskaniem niezbędnej pomocy medycznej oraz zdobywaniem informacji o chorobie COVID-19 wśród bliskich czy znajomych¹¹¹. Sytuacja pandemii implikowała długotrwałe doświadczanie stresu. Jak wskazują badania nad wpływem stresu społecznego na kondycję psychiczną jednostek, przewlekły stres transformuje w lęk, a długotrwałe doświadczany lęk w depresję¹¹².

2.5. Psychospołeczne reakcje na wybuch wojny w Ukrainie

W lutym 2022 roku na doświadczenie przewlekłego stresu społecznego związanego z pandemią nałożył się ostry stres wywołany wybuchem wojny w Ukrainie. Jak piszą Paula Pustułka i współpracownicy:

Wstępne badania wskazują na silne pobudzenie emocjonalne oraz mieszane reakcje na wojnę: gniew, lęk i postrzeganie zagrożenia, ale także empatię wobec ofiar. [...] Wyniki badania *The uncertain times: views on health issues and the war in Ukraine. A 6-country comparative study*, realizowanego przez Free Press for Eastern Europe w ramach projektu SCIENCE+ [...], potwierdzają, że Polki i Polacy byli silnie emocjonalnie dotknięci wojną – aż 79% badanych wskazało, że odczuwają strach. W żadnym innym badanym kraju poziom deklarowanego strachu nie przekracza 70% (Węgry 69%, Bułgaria 65%, Słowacja 64%, Rumunia 60%, Czechy 53%)¹¹³.

Z badań porównawczych przeprowadzonych przez Agatę Chudzicką-Czupałę z zespołem w pierwszych tygodniach rosyjskiej inwazji na Ukrainę

¹¹¹ B. Zawadzki, A. Popiel, M. Bielecki i in., *COVID-STRES...*; P. Binder, *Praca zdalna...*; U. Markowska-Manista, D. Zakrzewska-Olędzka, *Family with Children in Times of Pandemic – What, Where, How? Dilemmas of adult-imposed prohibitions and orders*, „Society Register” 2020, vol. 4(3), ss. 89–110, <https://doi.org/10.14746/sr.2020.4.3.05>; A. Popyk, *Home as a Mixture of Spaces During the COVID-19 Pandemic: The case of migrant families in Poland*, „Kultura i Społeczeństwo” 2021, nr 3, ss. 27–45, <https://doi.org/10.35757/KiS.2021.65.3.2>; M. Stankowska, *Sytuacja rodziców...*

¹¹² S. Murawiec, P. Wierzbński, *Depresja 2016*, Via Medica, Gdańsk 2016.

¹¹³ P. Pustułka, J. Radzińska, A. Kwiatkowska, *Strach w obliczu wojny w Ukrainie: osobiste i geopolityczne obawy młodych Polek i Polaków*, „Kultura i Społeczeństwo” 2023, nr 4, <https://doi.org/10.35757/kis.2023.67.4.10>, s. 209.

(między 8 marca a 26 kwietnia 2022 roku) w Polsce ($N = 1053$), Ukrainie ($N = 385$) i Tajwanie ($N = 188$)¹¹⁴ wynika, że udział osób z objawami depresji w badanej próbie polskiego społeczeństwa wynosił 29%, osób doświadczających lęku o znaczącym klinicznie nasileniu – 36,5%, a stresu pourazowego – 57,2%¹¹⁵. Ponadto 80,3% badanych w Polsce doświadczało stresu w związku z oglądanymi scenami wojennymi w mediach¹¹⁶. Ponadto 13,6% badanych deklarowało niską jakość snu po wybuchu wojny¹¹⁷. Prawie 86% badanych w Polsce odczuwało gniew¹¹⁸, a prawie 75% miało poczucie niesprawiedliwości¹¹⁹. Badacze interesowały też potrzeby badanych w zakresie poszukiwania pomocy psychologicznej. Pomimo istotnie wyższego nasilenia stresu psychologicznego 43% badanych w Polsce nie miało potrzeby poszukiwania pomocy psychologicznej¹²⁰. Wszyscy badani, niezależnie od narodowości, wskazywali jednak głównie na psychologów jako osoby najbardziej kompetentne, do których można się zgłosić po pomoc w tej sytuacji. Drugą wskazywaną grupą specjalistów byli lekarze psychiatrzy¹²¹.

Podobne wyniki uzyskano w badaniach porównawczych przeprowadzonych w Polsce ($N = 297$), Niemczech ($N = 296$), Wielkiej Brytanii ($N = 297$) i Stanach Zjednoczonych ($N = 291$) w ciągu tygodnia od rosyjskiej inwazji na Ukrainę. W Polsce odnotowano najwyższe spośród czterech porównywanych krajów wskaźniki poczucia zagrożenia oraz wysokie wskaźniki złości i lęku¹²².

¹¹⁴ Celem badań było porównanie kondycji psychicznej osób w samej Ukrainie – bezpośrednio objętej działaniami wojennymi, w Polsce – sąsiadującej z Ukrainą, która przyjęła 2 miliony uchodźców wojennych, oraz w Tajwanie, gdzie ze względu na sytuację geopolityczną i zagrożenie konfliktem zbrojnym z Chińską Republiką Ludową lęk i stres odczuwany przez ludzi również mógł być silny (A. Chudzicka-Czupała, N. Hapon, S.K. Chiang i in., *Depression, Anxiety and Post-traumatic Stress During the 2022 Russo-Ukrainian War, a Comparison Between Populations in Poland, Ukraine, and Taiwan*, Scientific Reports, 2023 Mar 3, vol. 13(1), 3602, <http://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>, PMID: 36869035, PMCID: PMC9982762).

¹¹⁵ Dla porównania odsetki te w Ukrainie wynosiły odpowiednio: 46,5%, 46,3% i 73,2%, a w Tajwanie: 11,2%, 14,9% i 56,9% (ibidem).

¹¹⁶ Analogiczne odsetki w Ukrainie wynosiły 83,4%, a w Tajwanie 54,3% (ibidem).

¹¹⁷ W Ukrainie 36%, w Tajwanie 4,3% (ibidem).

¹¹⁸ W Ukrainie 90%, w Tajwanie prawie 57% (ibidem).

¹¹⁹ W Ukrainie 88,1%, w Tajwanie 24,1% (ibidem).

¹²⁰ W Ukrainie 52,7%, w Tajwanie 95,7% (ibidem).

¹²¹ Ibidem.

¹²² M. Moshagen, B.E. Hilbig, *Citizens' Psychological Reactions Following the Russian Invasion of the Ukraine: A cross-national study*, 2022 March 7, <https://doi.org/10.31234/osf.io/teh8y>

Pod koniec lutego 2022 roku ogromna większość Polek i Polaków badanych przez CBOS (85%) uważała, że wojna w Ukrainie zagraża bezpieczeństwu naszego kraju, w tym blisko połowa (47%) wyrażała tę opinię w sposób zdecydowany. W zasadzie tyle samo osób (84%) sądziło, że wojna w Ukrainie zagraża bezpieczeństwu Europy. Trzy czwarte ankietowanych (75%) dostrzegało ryzyko przekształcenia się jej w konflikt globalny¹²³. Lęk przeważającej części społeczeństwa budziło potencjalne użycie przez Rosję broni nuklearnej wobec Ukrainy (77%) i wobec Polski (65%) lub w stosunku do innego kraju NATO (62%)¹²⁴. Po ponad roku od wybuchu wojny (w kwietniu 2023 roku) odsetek Polaków mających poczucie, że zagraża ona bezpieczeństwu ich kraju, spadł do 72%¹²⁵, a po ponad dwóch latach (w czerwcu 2024 roku) wynosił 78%¹²⁶. Wciąż jednak odsetek osób mających poczucie zagrożenia jest bardzo wysoki.

Międzynarodowe badania porównawcze przeprowadzone kilka dni po wybuchu wojny wskazywały na duże rozpowszechnienie empatii wobec Ukrainek i Ukraińców wśród badanych w Polsce. Deklarowana empatia szła w parze z postawami otwartości wobec przyjmowania osób uchodźczych z Ukrainy¹²⁷. Polskie dane sondażowe wskazują też na pozytywny stosunek do uchodźców ukraińskich w porównaniu z kryzysami migracyjnymi w przeszłości¹²⁸, choć wraz z upływem czasu pozytywne nastawienie słabnie¹²⁹.

W sensie kognitywnym empatyzowanie z ludźmi doświadczającymi wojny bazuje między innymi na przyjmowaniu na siebie roli innego, w znaczeniu przypisanym przez George'a Herberta Meada¹³⁰. Równocześnie empatia stanowi rodzaj doświadczenia ucieleśnionego. Jak pisze Krzysztof T. Konecki:

¹²³ CBOS, 2022, *Polacy wobec rosyjskiej inwazji na Ukrainę*. Komunikat z badań, nr 38/2022, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_038_22.PDF, dostęp: 20.09.2024.

¹²⁴ Ibidem.

¹²⁵ CBOS, 2023, *Polacy wobec wojny na Ukrainie i ukraińskich uchodźców*. Komunikat z badań, nr 54/2023, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_054_23.PDF, dostęp: 20.09.2024.

¹²⁶ CBOS, 2024, *O wojnie w Ukrainie i sytuacji na wschodniej granicy*. Komunikat z badań, nr 67/2024, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_067_24.PDF, dostęp: 20.09.2024.

¹²⁷ M. Moshagen, B.E. Hilbig, *Citizens' Psychological Reactions...*

¹²⁸ CBOS, 2022.

¹²⁹ CBOS, 2023; CBOS 2024.

¹³⁰ G.H. Mead, *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*, C.W. Morris (red.), University of Chicago Press, Chicago, IL 1934. Por. K.T. Konecki, *Empathy! So What? „Przegląd Socjologii Jakościowej”* 2022, t. 18(4), s. 199, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.4.08>

moja wiedza o wojnie i jej ofiarach, choć w niej nie uczestniczę, opiera się również na wiedzy cielesnej (powinniśmy zwrócić się ku fenomenologii genetycznej). Zgromadziłem wiedzę o cierpieniu, bólu, strachu przed utratą życia, dreszczach i poceniu się w sytuacji ogromnego lęku, który może stać się świadomy. Moje ciało wie, że strach opiera się na podobieństwach doświadczonych w przeszłości¹³¹.

Wyżej wymienione doświadczenia mogły dla wielu osób wiązać się z nieodległym czasem pandemii.

Z eksperymentu kontemplacyjnego przeprowadzonego przez Koneckiego¹³² z udziałem osób studiujących wynika, że empatia wobec osób poszkodowanych na skutek wojny w Ukrainie uruchomiła u niektórych uczestników ponadhistoryczną empatię wobec osób, które doświadczyły wojny w przeszłości¹³³. Osoby uczestniczące w badaniu relacjonowały takie ucieleśnione uczucia, jak: strach, złość, bezsilność, ból, rozpacz, lęk, niepewność. Obrazy wojny przekraczały także zdolność nawykowego rozumienia sytuacji – powodowały częste pytania: „Dlaczego to się dzieje?”¹³⁴. Odnosząc te ustalenia do koncepcji traumy historycznej wpisywanej w ramy traumy strukturalnej zapisywanej w społecznej pamięci i przekazywanej międzypokoleniowo, można postawić tezę, że mechanizmy społecznej transmisji traumy oraz empatii mogą być wobec siebie komplementarne.

Empatyzowanie z osobami bezpośrednio poszkodowanymi wiąże się z przeżywaniem obciążających emocji. Lęk i bezsilność odbierają jednostkom poczucie sprawczości. W tym kontekście zaangażowanie w działania pomocowe, oprócz odpowiedzi na potrzeby osób poszkodowanych, może pełnić funkcję przywracania poczucia sprawczości osobom świadczącym pomoc. Pomagając, mamy poczucie, że „coś robimy”, nie czekamy bezczynnie wobec nadciągającego zagrożenia. Poczucie zagrożenia jednak nie znika, a równolegle pojawia się doznanie zmęczenia pomaganiem i współczuciem¹³⁵. W efekcie jednostki zaczynają obronnie zmniejszać swoje poznawcze, emocjonalne i behawioralne zaangażowanie w sprawy osób poszkodowanych. Mechanizm ten może wyjaśniać wyniki badań sondażowych realizowanych w Polsce regularnie od początku wojny w Ukrainie. W lutym 2022 roku Polacy byli w zasadzie jednomyślni w kwestii

¹³¹ K.T. Konecki, *Empathy!*, s. 197.

¹³² Studentki_ci dokonywały_li samoobserwacji i samoopisu swoich żywych doświadczeń związanych z obserwowaniem zdjęć ofiar wojny i uchodźców z Ukrainy (ibidem, ss. 201–204).

¹³³ Ibidem, s. 206.

¹³⁴ Ibidem, ss. 209–215.

¹³⁵ C. Joinson, *Coping...*; C. Figley (red.), *Treating...*

przyjmowania uchodźców z Ukrainy. Przekonanie, że nasz kraj powinien ich przyjmować, wyraziło ponad dziewięć na dziesięć spośród badanych osób (94%), w tym niemal trzy piąte (57%) w sposób kategoriyczny¹³⁶. Ponad dwie trzecie badanych (68%) deklaroowało, że w jakiś sposób, na przykład rzeczowo lub finansowo, pomagało osobom poszkodowanym na skutek wojny¹³⁷. W kwietniu 2023 roku nastąpił wyraźny spadek odsetka Polaków popierających przyjmowanie uchodźców z Ukrainy (do 73%). Również odsetek deklaracji niesienia pomocy ukraińskim uchodźcom wyraźnie się obniżył (do 39%)¹³⁸. Dalszy spadek odsetka osób popierających przyjmowanie uchodźców z Ukrainy (do 54%) nastąpił w czerwcu 2024 roku¹³⁹.

Z czasem początkowym reakcjom pobudzenia emocjonalnego, z których część mogła spełniać kryteria wtórnej traumatyzacji, zaczęły towarzyszyć obawy związane z ekonomicznymi konsekwencjami wojny. Badania sondażowe przeprowadzone niemal rok po rozpoczęciu wojny w Ukrainie na ogólnopolskiej próbie ($N = 2104$) osób w wieku od 18 do 35 lat, reprezentatywnej ze względu na wiek, płeć, wielkość miejsca zamieszkania i region, wykazały, że 69% badanych obawia się kryzysu gospodarczego, 61% – kryzysu energetycznego, 56% – kryzysu dostępu do usług publicznych, 51% – kryzysu mieszkaniowego. Z kolei 50% badanych wyraziło obawy przed atakiem Rosji na Polskę, a 39% przed migracją osób z Ukrainy do Polski¹⁴⁰. W tym kontekście można rozpatrywać zmiany postaw wobec uchodźców z Ukrainy rejestrowane przez badania sondażowe CBOS¹⁴¹.

Przytoczone powyżej wyniki badań wskazują na złożoność mechanizmów wpływających na kondycję emocjonalną polskiego społeczeństwa w kontekście wojny w Ukrainie. Nasze badania pozwalają przyrzeć się części z tych mechanizmów z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych.

2.6. Psychoterapia w czasie pandemii – badania wynikające z potrzeby autorefleksji osób zajmujących się psychoterapią

We wprowadzeniu do numeru specjalnego czasopisma „Psychotherapy and Politics International” poświęconego psychoterapii w kontekście pandemii COVID-19 Deborah Lee pisała, że być może nie ma lepszego momentu

¹³⁶ CBOS, 2022.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ CBOS, 2024.

¹³⁹ Ibidem.

¹⁴⁰ P. Pustułka, J. Radzińska, A. Kwiatkowska, *Strach w obliczu wojny w Ukrainie...*, s. 214.

¹⁴¹ CBOS, 2022; CBOS, 2023; CBOS, 2024.

niż prawdopodobnie najgorsze czasy, by ukazać terapeutów jako istoty ludzkie i położyć kres poglądom, że terapeuci, którzy piszą o sobie, są naiwni i naruszają zasady etyki, dzieląc się swoimi zmaganiem z trudnościami życiowymi¹⁴². Słowa te, choć mogą budzić dyskusję, odnoszą się do wyraźnego trendu w badaniach nad psychoterapią w czasie pandemii sprowadzającego się do autoetnografii¹⁴³ bądź innych badań motywowanych własnymi doświadczeniami i dylematami psychoterapeutek_ów¹⁴⁴. Badania te stanowiły oddolne inicjatywy osób zajmujących się psychoterapią oraz działalnością badawczą. Wskazują na potrzebę autorefleksji, zrozumienia i uporządkowania doświadczeń zmiany wymuszonej przez zewnętrzną sytuację pandemii oraz sformułowania pewnych wytycznych, które mogły być pomocne w rozstrzygnięciu dylematów zawodowych w nowych, obciążających warunkach. Innym, mniej liczny nurtem badań były międzynarodowe ilościowe analizy porównawcze, pokazujące natężenie pewnych problemów (lęku, depresji, wypalenia psychoterapeutów) w określonym czasie i miejscu (w danej fazie pandemii, w konkretnych krajach)¹⁴⁵.

W momencie wybuchu pandemii psychoterapeutki_ci stanęły_li przed dylematem: czy pracować zdalnie? Odpowiedź na to pytanie nie była łatwa, biorąc pod uwagę początkowe sprzeczne stanowiska poszczególnych towarzystw zawodowych zrzeszających psychoterapeutki_ów poszczególnych

¹⁴² D. Lee, *Guest Editorial: The politics of therapists writing the self or, is everything „copy”?*, „Psychotherapy and Politics International” 2020, vol. 18(2), e1541, <https://doi.org/10.1002/ppi.1541>

¹⁴³ Np. C. Shadbolt, *Psychotherapy in the Time of COVID-19 (Psychotherapy Changes Shape and Steps Forward)*, „Psychotherapy and Politics International” 2020 Oct, vol. 18(3), e1552, <https://doi.org/10.1002/ppi.1552>, PMID: PMC7645933; B. Piasecka, A. Bryniarska, S. Mróz i in., *Od marca 2020 do marca 2021 – psychoterapeuci o pracy w pandemii COVID-19. Autoetnografia zbiorowa*, „Psychoterapia” 2021, t. 2(197), ss. 9–27, <https://doi.org/10.12740/PT/139681>

¹⁴⁴ Np. M. Zielona-Jenek, A. Izdebska, E. Soroko, *Doświadczenia psychoterapeutów psychodynamicznych związane z pracą z pacjentami w czasie epidemii Covid-19 w Polsce*, cz. 1: *Terra incognita. Doświadczenia początku epidemii*, Poznań 2021, <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.21291.98086>; J. Kluzowicz, M. Kluzowicz, *Psychoterapia w czasie izolacji społecznej związanej z Covid-19 – perspektywa terapeutów i klientów*, „Psychoterapia” 2021, vol. 1(196), ss. 5–31, <https://doi.org/10.12740/PT/134717>

¹⁴⁵ P. Brillon i in., *Psychological Distress of Mental Health Workers During the COVID-19 Pandemic: A comparison with the general population in high- and low-incidence regions*, „Journal of Clinical Psychology” 2021, vol. 78, ss. 602–621, <https://doi.org/10.1002/jclp.23238>; A. Van Hoy, M. Rzeszutek, M. Pięta i in., *Burnout Among Psychotherapists: A cross-cultural value survey among 12 European countries during the coronavirus disease pandemic*, „Scientific Reports” 2022, vol. 12, e13527, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17669-z>

modalności¹⁴⁶, zanim ostatecznie uznano, że wobec przedłużającej się pandemii należy pracować w sposób niestwarzający ryzyka epidemicznego, co w praktyce legitymizowało świadczenie psychoterapii *online*. Na samym początku pandemii ścierały się ze sobą stanowiska akcentujące wątpliwości: Czy pozbawienie bezpośredniego kontaktu jako źródła informacji diagnostycznych oraz interwencji terapeutycznych będzie w dalszym ciągu służyć osobom korzystającym z psychoterapii? Czy zawieszenie psychoterapii nie spowoduje większych szkód niż terapia w trybie zdalnym? Czy prowadzenie terapii w warunkach bezpośredniego kontaktu, traktowanej jako konieczna interwencja służąca zdrowiu pacjentów w warunkach ryzyka zarażenia koronawirusem, nie zniszczy przymierza terapeutycznego opartego na zaufaniu? Ponadto, choć rzadziej była o tym mowa wprost, istotne znaczenie miały również interesy ekonomiczne psychoterapeutek_ów, zagrożone przez zawieszenie pracy terapeutycznej w pierwszych tygodniach pandemii. Źródłem wątpliwości były ponadto zróżnicowane kompetencje cyfrowe osób pracujących psychoterapeutycznie, brak możliwości pełnej kontroli nad warunkami terapii, jeśli nie odbywała się ona w gabinecie, za który odpowiada terapeut(k)a¹⁴⁷.

Wraz z zaakceptowaniem psychoterapii zdalnej przez towarzystwa zawodowe, wobec zwiększającego się, długotrwałego zagrożenia epidemiologicznego, większość psychoterapeutek_ów zaczęła praktykować formę pracy zdalnej i stopniowo się do niej przekonywać w większym lub

¹⁴⁶ W części stanowisk wskazywano na zasadność zdalnej formy pracy terapeutycznej w warunkach epidemii (por. Oświadczenie Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z dnia 13 marca 2020, Informacja Polskiego Towarzystwa Terapii Behavioralnej i Poznawczej, Oświadczenie Zarządu, Rady i Komisji Etycznej Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej z dnia 16 marca 2020, Rekomendacje Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt z dnia 15 marca 2020). Większą przychylność wobec pracy zdalnej wykazywały Towarzystwa, w których już wcześniej uznawano jej zasadność (np. PTPPB). W innych możliwość świadczenia wartościowej pracy psychoterapeutycznej w warunkach innych niż sytuacja osobistego kontaktu była omawiana warunkowo (Rekomendacje Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt z dnia 18 marca 2020) lub krytycznie (Oświadczenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej z dnia 13 marca 2020 zawierające wskazanie, że „tylko osobisty kontakt pomiędzy psychoterapeutą i pacjentem zarówno w fazie diagnostycznej, jak i leczniczej wyczerpuje kanon dobrej praktyki klinicznej”, a „aktualna sytuacja w kraju nie stwarza powodów do przejścia na system terapii *online*”). Zob. M. Zielona-Jenek, A. Izdebska, E. Soroko, *Doświadczenia psychoterapeutów psychodynamicznych...*, ss. 2–3.

¹⁴⁷ Zob. ibidem; B. Piasecka, A. Bryniarska, S. Mróz i in., *Od marca 2020 do marca 2021...*; J. Kluzowicz, M. Kluzowicz, *Psychoterapia w czasie izolacji społecznej...*

mniejszym stopniu. Równocześnie pojawiały się pewne konkretne wyzwania w praktyce psychoterapeutycznej *online*.

Julia Kluzowicz i Maria Kluzowicz w drugim kwartale 2020 roku przeprowadziły badania mające na celu porównanie doświadczeń psychoterapeutek_ów ($N = 54$) i klientek_ów ($N = 101$) uczestniczących w terapii *online*. Zrekonstruowana na ich postawie lista najczęściej wskazywanych trudności z perspektywy psychoterapeutek_ów obejmuje: brak bezpośredniego kontaktu i brak kontaktu wzrokowego (po 27%), złe warunki mieszkaniowe, które nie zapewniają wystarczającej intymności (25,4%), trudności ze skupieniem się (11,1%), słabe łącze powodujące zakłócenia (9,5%). Klientki_ci wskazywały_li na większość powyższych trudności proporcjonalnie rzadziej, co może oznaczać, że z ich perspektywy przeważające były korzyści z kontynuowania terapii. Wyjątek stanowił brak bezpośredniego kontaktu, który w wielu modalnościach jest traktowany jako istotny czynnik terapeutyczny. Z perspektywy klientek_ów lista trudności przedstawiała się następująco: brak bezpośredniego kontaktu (31,3%), złe warunki mieszkaniowe, które nie zapewniają wystarczającej intymności (20,5%), brak kontaktu wzrokowego (15,7%), trudności ze skupieniem się (14%), słabe łącze powodujące zakłócenia (7,2%). Pozytywne aspekty terapii *online* były wskazywane proporcjonalnie częściej przez klientki_ów niż terapeutki_ów: oszczędność czasu na dojazdy do miejsca terapii – odpowiednio: 70,3% i 31,4% oraz większa otwartość w kontakcie – odpowiednio 29,7% i 13,7%. Na dwie korzyści wskazały wyłącznie osoby wykonujące zawód psychoterapeuty: forma potencjalnie wygodniejsza dla klienta (17%) oraz dostęp do specjalistów dla większej grupy osób (11%), choć były to korzyści, które miały być potencjalnie odczuwane przez pacjentki_ów/klientki_ów¹⁴⁸.

Badania jakościowe oparte na autoetnografii pozwoliły zilustrować pewne konkretne sytuacje, w których manifestowały się korzyści oraz wyzwania i trudności związane z psychoterapią w formie zdalnej. Wśród korzyści wymieniane było obniżenie poziomu lęku u niektórych pacjentek_ów/klientek_ów w porównaniu z ich funkcjonowaniem w gabinecie:

klienti, z którymi trudniej było zbudować przymierze terapeutyczne, w warunkach spotkań *online*, byli rozluźnieni, spontaniczni, czasami nawet w przyjazny sposób skracający dystans, czułam wtedy, że wyraźnie zmniejszył się u nich poziom lęku i poczucia niepewności, że w domowym zaciszu czują się komfortowo i bezpiecznie, a mnie witają jak mile oczekiwanego gościa¹⁴⁹.

¹⁴⁸ J. Kluzowicz, M. Kluzowicz, *Psychoterapia w czasie izolacji społecznej...*, s. 12.

¹⁴⁹ B. Piasecka, A. Bryniarska, S. Mróz i in., *Od marca 2020 do marca 2021...*, s. 23.

Trudności były natomiast związane z sytuacjami braku kontroli terapeutki_y nad relacją z osobą doświadczającą kryzysu suicydalnego oraz poczuciem przekraczania granic prywatności, które w warunkach pracy w gabinecie są czytelne:

Najtrudniejsze momenty pracy zdalnej dotyczyły pacjentów z myślami samobójczymi. Brak bezpośredniego kontaktu w gabinecie potęgował mój lęk jako terapeuty (np. myśli, że wyłączyć komputer jest dużo łatwiej, niż wyjść z gabinetu). Pojawiały się pytania o odpowiedzialność w tego rodzaju procesach – czy zmienia się ona w stosunku do procesów prowadzonych na żywo? Czy wymaga to rekontraktu? Czy w ogóle terapia *online* z pacjentami z tego typu problematyką powinna być prowadzona zdalnie? Bardzo trudne były również sesje terapeutyczne z pacjentami w początkowych fazach żałoby – wówczas brak kontaktu bezpośredniego był wyjątkowo dotkliwy¹⁵⁰.

Jedne z trudniejszych momentów dotyczyły sytuacji, gdy kontakt *online* nawiązywany był z zapłakany, roztrzęsionym nastolatkiem, który był w trakcie lub tuż po kłótni z rodzicami. Z jednej strony towarzyszył mi niepokój związany ze stanem psychicznym pacjenta, świadomość potrzeby uspokojenia go, tak, by była możliwa rozmowa, właściwe rozeznanie sytuacji i adekwatna interwencja terapeutyczna, a z drugiej strony pojawiało się poczucie przekroczenia pewnych granic, naruszenia domowej przestrzeni pacjenta, początkowo, bez świadomości i zgody pozostałych członków rodziny. Takie przypadki wymagały opanowania, trzeźwego spojrzenia na sytuację i sposobu prowadzenia rozmowy tak, aby nie stracić kontaktu z nastolatkiem, a jednocześnie zadbać o to, by pozostali domownicy mieli świadomość trwającej rozmowy i tym samym swoistej obecności terapeuty pod ich dachem¹⁵¹.

Zewnętrzny stres wynikający z zagrożeń pandemią, większe niż zwykle dylematy zawodowe, konieczność szybkiego wdrożenia nowych sposobów pracy w warunkach zdalnych powodowały przeciążenie. W konsekwencji terapeuci doświadczali większego niż zwykle zmęczenia:

Najtrudniejszym aspektem pracy zdalnej było silniej odczuwalne zmęczenie. Być może wynikało to z większego wysiłku umysłowego, jaki należy włożyć w rozmowę z człowiekiem, która zostaje okrojona do kilku modalności. Być może ma to związek z mniej wygodną pozycją do pracy. A może z tym, że ekran komputera nijak ma się do kontaktu z żywym człowiekiem?¹⁵²

¹⁵⁰ Ibidem, s. 19.

¹⁵¹ Ibidem.

¹⁵² Ibidem, s. 22.

Byłam potwornie zmęczona utrzymywaniem przez wiele godzin całkowitego skupienia na ekranie, tak jakbym chciała siłą własnej woli podtrzymać uwagę pacjentów i połączenie sieciowe, ze zwielokrotnioną uwagą chłonełam informacje, chcąc nadrobić brakujące dane¹⁵³.

[...] praca od rana do późnych godzin wieczornych – bo przecież jesteściey w domu, zmęczenie pracą przy komputerze, bóle kręgosłupa, trudność oddzielenia czasu prywatnego od pracy¹⁵⁴.

Na konsekwencje przewlekłego przeciążenia w postaci lęku, depresji i wypalenia wskazują ilościowe badania prowadzone w różnych krajach, w tym międzynarodowe badania porównawcze. Kanadyjskie badania z udziałem 616 specjalistek_ów w zakresie zdrowia psychicznego oraz 658 pracowniczek_ków z populacji ogólnej wskazują, że czynniki związane z koniecznością przejścia na pracę zdalną oraz zamieszkiwanie w regionie o zwiększonym ryzyku zachorowań były odpowiedzialne za podwyższony poziom depresji, lęku i samotności wśród osób pracujących w obszarze zdrowia psychicznego¹⁵⁵.

Badania na próbie 2915 osób pracujących psychoterapeutycznie z dwunastu krajów (Austrii, Bułgarii, Cypru, Finlandii, Hiszpanii, Norwegii, Polski, Rumunii, Serbii, Szwajcarii, Szwecji i i Wielkiej Brytanii), przeprowadzone za pomocą Inwentarza Wypalenia Zawodowego Christiny Maslach oraz kwestionariusza wartości według koncepcji Shaloma H. Schwartza (Portrait Values Questionnaire) w okresie od czerwca 2020 do czerwca 2021 roku wykazały najniższy poziom wypalenia w Rumunii, a najwyższy na Cyprze¹⁵⁶. Polska znalazła się w grupie sześciu krajów o wskaźnikach wypalenia powyżej średniej dla wszystkich badanych państw¹⁵⁷. Analiza wielopoziomowa wykazała, że we wszystkich spośród analizowanych krajów wypalenie na poziomie indywidualnym korelowało ujemnie z wartościami autotranscendencji i otwartością na zmiany, a dodatnio z wartościami samodoskonalenia oraz wartościami związanymi z ochroną *status quo*. Istotnymi korelatami wypalenia były także: płeć męska, młodszy wiek (idący w parze z krótszym stażem pracy), bycie singlem oraz zgłaszanie wyższego niepokoju związanego z COVID-19¹⁵⁸. Autorzy przypuszczają, że wypalenie wśród psychoterapeutów może być zjawiskiem

¹⁵³ Ibidem.

¹⁵⁴ Ibidem.

¹⁵⁵ P. Brillon i in., *Psychological Distress...*

¹⁵⁶ A. Van Hoy, M. Rzeszutek, M. Pięta i in., *Burnout Among Psychotherapists...*

¹⁵⁷ Ibidem.

¹⁵⁸ Ibidem.

transkulturowym, w którym indywidualne różnice między psychoterapeut(k)ami mogą być ważniejsze niż różnice kulturowe między krajami, w których praktykują¹⁵⁹. Teza ta wymaga jednak dalszych badań, które powinny uwzględniać również doświadczenia traumy historycznej w różnych krajach.

Podsumowując przedstawione powyżej wyniki badań, należy zwrócić uwagę na ograniczenia związane z brakiem ich reprezentatywności dla całego środowiska psychoterapeutycznego. Większość z przytoczonych badań stanowiła jednorazowe przedsięwzięcia empiryczne, które nie pozwalały na rekonstruowanie dynamiki doświadczeń psychoterapeutek_ów w dłuższej perspektywie czasowej – z uwzględnieniem konkretnych wydarzeń zachodzących w czasie. Nasze badania wypełniają tę lukę. Poprzez trzyetapowe, trwające dwa i pół roku badania na możliwie dużej i zróżnicowanej próbie polskich psychoterapeutek_ów prowadziliśmy systematyczne, longitudinalne analizy kondycji psychicznej osób pracujących psychoterapeutycznie i monitorowaliśmy możliwie wiele aspektów związanych z ich pracą. Nasze badania stanowią wyraz dążenia do równowagi między wymogami rygorystycznej metodologii oraz wrażliwości na kontekst, w którym funkcjonują osoby badane, a także równoważenia perspektyw *insidera* zakorzonego w środowisku psychoterapeutycznym będącego równocześnie badaczem (Marcin Hermanowski) oraz zewnętrznej badaczki specjalizującej się w socjologii zdrowia psychicznego (Monika Frąckowiak-Sochańska).

¹⁵⁹ Ibidem.



Rozdział 3

METODOLOGIA WRAŻLIWA NA KONTEKST. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE SOCJOLOGICZNYCH BADAŃ PSYCHOTERAPII W CZASIE KRYZYSÓW SPOŁECZNYCH

3.1. Orientacja teoretyczno-metodologiczna

Zgodnie z zasadami współczynnika humanistycznego¹⁶⁰ badamy rzeczywistość społeczną z perspektywy osób w niej żyjących. Innymi słowy, kreślimy obraz pandemii COVID-19 oraz równoległych do niej kryzysów społecznych z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych. Bezpośrednio docieramy do psychoterapeutek_ów pracujących w czasie pandemii po to, by zanalizować najistotniejsze z ich perspektywy zmiany wywołane pandemią, wielowymiarowe konsekwencje owych zmian oraz strategie i taktyki mające na celu adaptację do nich. Pośrednio odtwarzamy problemy osób korzystających ze wsparcia psychoterapeutycznego będące pochodną kryzysów społecznych, komunikowane terapeut(k)om podczas sesji. Koncentrujemy się więc na dokonywanych przez osoby badane interpretacjach, które następnie poddajemy dalszej interpretacji.

W związku z powyższym nasze badania sytuują się w ramach określonych między innymi przez Johna Deweya, który analizując właściwości myślenia jakościowego, podkreślał, że jego celem nie jest jedynie docieranie do własności i relacji, które nie dają się kwantyfikować, lecz także do jakości, które są konsekwencjami ludzkiego działania (np. jakości etycznych, estetycznych i innych)¹⁶¹. Przymiotnik „jakościowy” odnosi się zatem

¹⁶⁰ F. Znaniecki, *Wstęp do socjologii*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988.

¹⁶¹ J. Dewey, *Philosophy and Civilization*, Milton, Balch and Company, New York 1931, s. 93; E. Hałas, *Jakie nowe zasady metody socjologicznej? O wielości socjologii interpretacyjnych*, [w:] J. Leoński, A. Kołodziej-Durnaś (red.), *W kręgu socjologii interpretacyjnej – zastosowanie metod jakościowych*, Economicus, Szczecin 2005, s. 13. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia...*, s. 248.

do pewnych cech i procesów obdarzonych znaczeniem, które mogą być badane eksperymentalnie, mierzone w terminach ilości, intensywności oraz częstości¹⁶². Powyższe twierdzenie stanowi istotną wskazówkę metodologiczną, której konsekwencją jest wybór metod, technik i procedur badawczych. Dewey pośrednio przedstawia bowiem argument na rzecz łączenia metod badawczych, które pierwotnie umiejscowione zostały w ramach podejść ilościowego i jakościowego (traktowanych rozłącznie), w sytuacji gdy połączenie to jest uzasadnione specyfiką problemu badawczego.

Choć zastosowana przez nas metoda podłużnych badań sondażowych tradycyjnie byłaby klasyfikowana jako metoda ilościowa, to badanie natężenia oraz zmienności w czasie zjawisk będących konsekwencją interpretowania przez badanych rzeczywistości zewnętrznej (na przykład subiektywnie odczuwanego stresu) sytuuje nasze badania w ramach podejścia interpretatywnego. Ponadto obecność w kwestionariuszu relatywnie licznych pytań otwartych pozwalających na formułowanie swobodnych wypowiedzi poddawanych następnie analizie jakościowej jest spójna z dokonaniem przez nas wyborem orientacji teoretyczno-metodologicznej.

3.2. Rola kontekstu w podejmowaniu decyzji dotyczących celu i problematyzacji oraz przebiegu badań

Przystępując do badań w pierwszych miesiącach pandemii, nie wiedzieliśmy, jak długo sytuacja pandemii potrwa. Podjęliśmy decyzję o badaniu *in statu nascendi* rzeczywistości społecznej, która stawała się na naszych oczach i z naszym udziałem. Wobec przedłużającej się pandemii, która wchodziła w kolejne fazy, pojawiania się nowych wyzwań, które mogły znajdować odzwierciedlenie w pracy psychoterapeutek_ów, podejmowaliśmy decyzje o przeprowadzeniu kolejnych etapów badań. W efekcie zrealizowaliśmy badanie longitudinalne obejmujące trzy etapy badań sondażowych¹⁶³:

¹⁶² E. Hałas, *Jakie nowe zasady metody socjologicznej?...*, ss. 19–20.

¹⁶³ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii*, raport z badań, część pierwsza, marzec–wrzesień 2020, Wydział Socjologii UAM, Poznań, https://socjologia.amu.edu.pl/images/Psychoterapeutki_i_psychoterapeuci_w_czasie_pandemii.pdf; eadem, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii*, raport z badań, część druga, październik 2020–marzec 2021, Wydział Socjologii UAM, Poznań, <https://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/psychoterapeuci-w-czasie-pandemii-czesc-2-v2.pdf>; eadem, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii i wojny w Ukrainie*, raport z badań, część trzecia, styczeń–lipiec 2022, Wydział Socjologii UAM, Poznań, https://socjologia.amu.edu.pl/images/MFS_MH_Raport_Psychoterapeutki_i_psychoterapeuci_cz_3.pdf, dostęp: 25.09.2024.

Etap I: od 10 sierpnia do 30 września 2020 roku, na próbie $N = 382$;

Etap II: od 30 grudnia 2020 do 12 marca 2021 roku, na próbie $N = 328$;

Etap III: od 20 stycznia do 15 czerwca 2022, na próbie $N = 325$.

Od początku celem badań była rekonstrukcja doświadczeń psychoterapeutek_ów w kontekście pandemii COVID-19 oraz problemów, z którymi w czasie pandemii zgłaszały się osoby potrzebujące wsparcia. Interesowały nas następujące problemy szczegółowe:

- Jakie zmiany nastąpiły w organizacji pracy psychoterapeutycznej oraz *settingu* terapeutycznego¹⁶⁴? Jak zmiany te były oceniane przez osoby badane? Jakie były ich najważniejsze konsekwencje dla osób badanych, dla ich klientek_ów/pacjentek_ów oraz dla przebiegu terapii?
- Jakie formy adaptacji do rzeczywistości pandemicznej podejmowały osoby badane? Jakie były funkcje jawne i ukryte tych działań?
- W jaki sposób pandemia wpłynęła na samopoczucie psychiczne psychoterapeutek_ów? Jakie stresory były dla badanych najtrudniejsze?
- W jaki sposób osoby pracujące psychoterapeutycznie radziły sobie ze stresem doświadczanym w kontekście pandemii?
- W jaki sposób pandemiczna rzeczywistość oraz inne kryzysy społeczne znajdowały wyraz w wątkach wnoszonych na sesje terapeutyczne przez osoby poszukujące wsparcia?

Pierwszy etap badań miał charakter eksploracyjno-opisowy, a jego celem była możliwie szczegółowa rejestracja zmian w ramach psychoterapii oraz procesu adaptacji do nich na relatywnie wczesnym etapie. W miarę trwania pandemii dochodziło do utrwalania pewnych wzorów zachowań – określających na przykład stosowanie środków ochrony osobistej w czasie sesji w gabinecie bądź reguły odbywania sesji *online*. Proces adaptacji przechodził przez kolejne etapy, a pewne jego aspekty stawały się bardziej wymagające.

Podejmując decyzję o kontynuowaniu badań, chcieliśmy zrekonstruować i zanalizować zmiany, jakie zaszły w doświadczeniach osób badanych w ujęciu procesualnym, w dłuższej perspektywie czasowej. Dane z pierwszego etapu badań pozwoliły nam doprecyzować pewne pytania zadawane respondent(k)om, które początkowo miały formę otwartą. Niektóre z pytań straciły swoją aktualność, ponieważ były ściśle związane z początkowym etapem pandemii, za to konieczne okazało się dodanie innych pytań nawiązujących do aktualnych wydarzeń, które mogły oddziaływać na badane_ych

¹⁶⁴ Pojęcie „*setting* terapeutyczny” wywodzi się z podejścia psychoanalitycznego i oznacza techniczne warunki, w jakich odbywa się psychoterapia. Warunki te są ustalone 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.

psychoterapeutki_ów oraz znajdować wyraz w treściach wnoszonych na sesje terapeutyczne przez klientki_ów/pacjentki_ów. W drugim etapie badań takim wydarzeniem było orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 20 października 2020 roku zaostrzające prawo aborcyjne oraz następujące po nim masowe protesty obywatelskie. W trzecim etapie badań takim wydarzeniem była natomiast wojna w Ukrainie, choć rozpoczynając ten etap badań 20 stycznia 2022 roku, nie wiedzieliśmy jeszcze, że ona wybuchnie. Po niespełna pięciu tygodniach zbierania danych zdecydowaliśmy się dodać do narzędzia badawczego pytania dotyczące: samopoczucia psychicznego osób badanych oraz sposobów radzenia sobie ze stresem po wybuchu wojny, związanych z wojną wątków wnoszonych przez klientki_ów/pacjentki_ów na sesje terapeutyczne, zakresu zaangażowania psychoterapeutek_ów w działania pomocowe na rzecz osób poszkodowanych na skutek wojny, a także dodatkowych refleksji osób badanych na temat pracy terapeutycznej w warunkach wojny za wschodnią granicą Polski. Do momentu uzupełnienia narzędzia badawczego o pytania dotyczące wojny w trzecim etapie badań wzięły udział 43 osoby. Kwestionariusz zawierający pytania związane z wojną w Ukrainie wypełniły 282 osoby.

Prowadząc badania, staraliśmy się zachować równowagę pomiędzy standaryzacją pozwalającą porównywać wyniki z trzech etapów analiz i na tej podstawie rekonstruować tendencje zmian a elastycznością pozwalającą dostosowywać narzędzie badawcze do intensywnych przeobrażeń rzeczywistości społecznej, w której funkcjonowały osoby badane. Dysponując danymi z trzech etapów badań realizowanych na przestrzeni dwóch i pół roku, możemy dokonać nie tylko opisu, lecz także wyjaśnienia mechanizmów zrekonstruowanych na podstawie przeprowadzonych analiz.

3.3. Metoda i narzędzia badawcze

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażową za pomocą ankiety internetowej (CAWI) na platformie Ankieter. Za wyborem tej techniki przemawiała względna łatwość dostępu do przedstawicielek_i badanej populacji z wykorzystaniem narzędzia *online* oraz konieczność zachowania bezpieczeństwa w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego oraz obostrzeń dotyczących bezpośrednich kontaktów na różnych etapach pandemii.

Kwestionariusz badań liczył w pierwszym etapie 55 pytań, w tym 12 wieloitemowych i 12 otwartych, w drugim etapie 28 pytań, w tym 4 wieloitemowe i 3 otwarte, w trzecim etapie: od 20 stycznia 2022 roku 31 pytań, w tym 4 wieloitemowe i 2 otwarte, po 24 lutego 2024 roku zmodyfikowaliśmy brzmienie 4 pytań po to, by oddzielić okres przed wybuchem wojny

w Ukrainie i po nim, oraz dodaliśmy 8 pytań, w tym 2 wieloitemowe i 2 otwarte. Praca nad kolejnymi wersjami kwestionariusza odzwierciedlała wpływ dynamicznie zmieniającej się sytuacji zewnętrznej¹⁶⁵. Jednocześnie postawienie osobom biorącym udział w trzech etapach badań znacznej części pytań w takiej samej formie umożliwiło porównywanie częstości odpowiedzi. Na tej podstawie rekonstruujemy i interpretujemy pewne tendencje, omawiane w dalszej części książki.

3.4. Dobór próby

We wszystkich trzech etapach badań zastosowaliśmy celowy dobór próby. Kryterium doboru respondentek_ów było aktualne doświadczenie pracy w zawodzie psychoterapeuty. W kolejnych etapach badań, przypomnijmy, liczebność próby wynosiła odpowiednio: $N = 382$, $N = 328$, $N = 325$. Mamy podstawy, by z pewną ostrożnością stwierdzić, że próba spełnia warunek reprezentatywności, choć na podstawie dostępnych źródeł nie jest możliwe dokładne określenie wielkości badanej populacji, czyli choćby szacunkowej liczby psychoterapeutek_ów pracujących w Polsce. W literaturze charakteryzującej tę grupę zawodową w Polsce nie pojawiają się nawet przybliżone dane dotyczące wielkości tej populacji. Podstawową przeszkodą wydaje się brak szczegółowych regulacji w polskim systemie prawnym¹⁶⁶ określających, kogo można uznać za psychoterapeut(k)ę. Wprawdzie istniała szeroko akceptowana zgoda środowiska psychoterapeutycznego co do tego, kto może wykonywać zawód psychoterapeuty, oraz wytyczne Narodowego

¹⁶⁵ Wersje narzędzia zastosowane w trzech etapach badań znajdują się w załącznikach 1–4.

¹⁶⁶ W momencie gdy piszemy te słowa, trwają intensywne prace nad ustawą o zawodzie psychoterapeuty. W roku 2023 zaczęła pracę Grupa Robocza ds. Ustawy o Zawodzie Psychoterapeuty. W jej skład wchodzi przedstawiciele 33 organizacji zrzeszających około 11 tysięcy psychoterapeutek_ów. Według szacunków tej grupy w Polsce jest około 15 tysięcy osób, które prowadzą psychoterapię. Grupa Robocza przedstawiła projekt ustawy o zawodzie psychoterapeuty. Tekst projektu ustawy trafił do Sejmu RP pod koniec stycznia 2024 roku. Szeroka dyskusja nad projektem ustawy w środowisku psychoterapeutycznym rozpoczęła się na początku marca 2024 od spotkania (*online*), w którym wzięło udział ponad 4 tysiące osób. Podstawowe założenia ustawy to: zdefiniowanie zawodu psychoterapeuty, nadanie zawodowi psychoterapeuty statusu zawodu zaufania publicznego, powołanie samorządu zawodowego, uregulowanie zasad odpowiedzialności zawodowej, utworzenie jawnych rejestrów psychoterapeutek_ów, superwizorek_ów psychoterapii, ośrodków egzaminujących i podmiotów szkolących. Więcej na ten temat w dokumencie Grupy Roboczej: *Psychoterapeuta zawód zaufania publicznego. Projekt ustawy o zawodzie psychoterapeuty*, [https://orka.sejm.gov.pl/opinie10.nsf/nazwa/1000_20240125/\\$file/1000_20240125.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie10.nsf/nazwa/1000_20240125/$file/1000_20240125.pdf), dostęp: 27.08.2024.

Funduszu Zdrowia odnoszące się do tego, jakie warunki trzeba spełnić, żeby dostać refundację za usługi psychoterapeutyczne, ale dawały one tylko cząstkową wiedzę na temat liczby psychoterapeutek_ów w Polsce.

Nie próbując w tym opracowaniu podejmować ryzyka oszacowania wielkości populacji, uznaliśmy, że próba, którą zgromadziliśmy podczas badania, uwzględnia wszystkie najważniejsze subkategorie w ramach zróżnicowanej populacji psychoterapeutek_ów. 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. W kolejnych etapach badań wzięło także udział odpowiednio 10, 14 i 28 superwizorek_ów psychoterapii bądź superwizorek_ów aplikantek_ów. W tym przypadku zdecydowanie łatwiej jest odnieść się do wielkości badanej populacji. Zestawienie dostępne na oficjalnych stronach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wskazuje, że superwizorek_ów i superwizorek_ów aplikantek_ów było w czasie, gdy prowadziliśmy: pierwszy etap badań – 289¹⁶⁷, drugi etap badań – 305¹⁶⁸ i trzeci etap badań – 379¹⁶⁹.

Rekrutacja osób badanych przebiegała poprzez przekazywanie zaproszenia do badań w bezpośrednich wiadomościach do osób pracujących psychoterapeutycznie (po około 600 wiadomości w każdym etapie badań wysyłanych na publicznie dostępne adresy mailowe psychoterapeutek_ów), na stronach internetowych lub profilach organizacji zrzeszających środowisko psychoterapeutyczne (za zgodą administratorek_ów)¹⁷⁰ oraz

¹⁶⁷ W tym: w Polskim Towarzystwie Psychologicznym 91 superwizorek_ów i 31 superwizorek_ów aplikantek_ów, a w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym 90 superwizorek_ów i 77 superwizorek_ów aplikantek_ów. Zob. Lista psychoterapeutek_ów i superwizorek_ów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii, <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/lista-psychoterapeutow-i-superwizorow-snp-ptp/>, dostęp: 15.11.2020.

¹⁶⁸ W tym: w Polskim Towarzystwie Psychologicznym 96 superwizorek_ów i 29 superwizorek_ów aplikantek_ów, a w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym 93 superwizorek_ów i 87 superwizorek_ów aplikantek_ów. Zob. Lista psychoterapeutek_ów i superwizorek_ów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii, <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/lista-psychoterapeutow-i-superwizorow-snp-ptp/>, dostęp: 21.03.2021.

¹⁶⁹ W tym: w Polskim Towarzystwie Psychologicznym 99 superwizorek_ów i 39 superwizorek_ów aplikantek_ów, a w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym 117 superwizorek_ów i 124 superwizorek_ów aplikantek_ów. Zob. Lista psychoterapeutów i superwizorów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii, <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/lista-psychoterapeutow-i-superwizorow-snp-ptp/>, dostęp: 30.10.2022.

¹⁷⁰ Oto lista stron i profili na Facebooku organizacji, które zamieściły zaproszenie do naszego badania: AC BS Polska (Association for Contextual Behavioral Science),

w zamkniętych grupach serwisu społecznościowego Facebook, tworzonych najczęściej w ramach oddolnych inicjatyw psychoterapeutek_ów¹⁷¹.

3.5. Charakterystyka społeczno-demograficzna prób badawczych w trzech etapach badań

3.5.1. Płeć osób badanych

We wszystkich trzech etapach badania na nasze pytania w większości odpowiadały psychoterapeutki. Oddaje to proporcję, która jest charakterystyczna dla środowiska psychoterapeutycznego w Polsce i wielu innych krajach. Na 5 do 7 pracujących w zawodzie kobiet przypada jeden mężczyzna. W pierwszym etapie naszych badań było to 84,6% kobiet i 15,4% mężczyzn, w drugim 85,1% kobiet i 14,9% mężczyzn, natomiast w trzecim 87,7% kobiet i 12,3% mężczyzn. W poszczególnych etapach badania proporcja pomiędzy kobietami a mężczyznami wyniosła od 5,6 : 1 do 7,1 : 1.

Filia Gdańsko-Pomorska Sekcji Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Koło Wielkopolsko-Lubuskie Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej, Kujawsko-Pomorskie Koło Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej, Naukowe Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej, Ośrodek Psychoterapii i Myśli Psychoterapeutycznej, Polski Instytut Ericksonowski, Polskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii, Polskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Psychoanalizy Jungowskiej, Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Katowice, Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Łódzki, Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Szczecin, Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Toruń, Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Oddział Wrocławski, Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej, Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej, Polskie Towarzystwo Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej, Psychoterapia i Psychologia kliniczna – dr Joachim Kowalski, Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna, Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Trzecia Fala, Uczę się ACT, Warszawski Oddział Terenowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

¹⁷¹ Oto lista zamkniętych grup Facebookowych, w których pojawiło się zaproszenie do udziału w badaniu: CBT – Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna, CBT Polska – Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna, CBT – Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna, Gestalt w praktyce, Książki psychologiczne, Mocarni, Polecam książki psychologiczne, Pomoc da Pacjentów likwidowanych PZP, Psychoczytelnia dla psychoterapeutów, Psycholog, psychoterapeuta – szukam, polecam, Psychoterapeuci Pracujący przez Internet, Psychoterapeuta Psychoterapeucie Przyjacielem, Psychoterapeuta Psychoterapeucie Wilkiem, Psychoterapia – grupa strony Gabinet Psychoterapii Psychodynamicznej Sukces, Terapia online – grupa dla profesjonalistów, Terapia Systemowa.

3.5.2. Wiek osób badanych

Większość osób uczestniczących w badaniu należała do dwóch grup wiekowych. Były to osoby pomiędzy 31. a 40. rokiem życia i osoby pomiędzy 41. a 50. rokiem życia. Najmniej badanych było w grupie poniżej 30. roku życia, co wynika przede wszystkim z cyklu kształcenia (ukończenie studiów wyższych, a następnie studiów psychoterapeutycznych), oraz w wieku ponad 60 lat, co wynika przede wszystkim z cyklu życia zawodowego, a także aktywności w przestrzeni internetowej. Szczegółowe dane znajdują się w tabeli 1.

Tabela 1. Wiek osób pracujących terapeutycznie w trzech etapach badań

Wiek	I etap badań 2020 (w %)	II etap badań 2021 (w %)	III etap badań 2022 (w %)	Średnia z trzech etapów badań (w %)
Do 30 lat	15,1	5,8	6,1	9,0
31–40 lat	43,0	46,6	38,3	42,6
41–50 lat	31,5	36,9	36,5	35,0
51–60 lat	8,6	10,1	12,9	10,5
Powyżej 60 lat	1,8	0,6	6,1	2,8

Źródło: badania własne, etapy I–III.

3.5.3. Wielkość miejscowości, w której badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty

W kolejnych etapach naszego badania większość osób mieszkała i pracowała w wielkich i dużych miastach. Ponad lub niemal połowa badanych – w etapie pierwszym 53,5%, w etapie drugim – 50,9%, w etapie trzecim 46% – prowadziła swoją praktykę psychoterapeutyczną w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Takich miast jest w Polsce pięć: Warszawa, Kraków, Łódź, Wrocław i Poznań. Jeśli dodać do tego, że w etapie pierwszym 22,7%, w etapie drugim 25,3%, a w etapie trzecim 22,1% badanych pracowało w miejscowościach, które mają od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, to możemy stwierdzić, że psychoterapeuci są dostępni w dużych lub bardzo dużych miastach. Grupa ta stanowiła ponad dwie trzecie naszych

badanych – w etapie pierwszym 76,2%, w etapie drugim 76,2%, w etapie trzecim 68,1%. Szczegółowe dane znajdują się w tabeli 2.

Tabela 2. Wielkość miejscowości, w której wykonywana jest praca psychoterapeutyczna

Miejscowość	I etap badań, 2020 (w %)	II etap badań 2021 (w %)	III etap badań 2022 (w %)	Średnia z trzech etapów badań (w %)
Miasto powyżej 500 tysięcy mieszkańców	53,5	50,9	46,0	50,1
Miasto od 100 do 500 tysięcy mieszkańców	22,7	25,3	22,1	23,4
Miasto od 50 do 100 tysięcy mieszkańców	8,7	11,3	7,0	9,0
Miasto od 20 do 50 tysięcy mieszkańców	10,7	7,3	12,0	10,0
Wieś i miasto do 20 tysięcy mieszkańców	4,4	5,2	12,9	7,5

Źródło: badania własne, etapy I–III.

3.5.4. Województwa, w których badane osoby wykonują zawód psychoterapeuty

Porównując odsetek osób mieszkających w poszczególnych województwach do miejsc (województw) wykonywania pracy terapeutycznej przez badane osoby, możemy zauważyć, że różnica w przypadku poszczególnych województw nie przekracza 3%. Jedynie w województwie mazowieckim ta różnica jest znacząco większa (I etap badania 26,6%, II etap badania 25,3%, III etap badania 25,2% psychoterapeutek_ów w stosunku do 14,1% populacji Polski). Województwa, w których odsetek badanych jest równy, wyższy lub znacząco wyższy niż odsetek populacji Polski, to: dolnośląskie, małopolskie, mazowieckie, pomorskie i wielkopolskie. W przypadku tych województw wpływ miała zapewne obecność w regionie wielkich miast (aglomeracji): Krakowa, Poznania, Trójmiasta, Warszawy i Wrocławia (tab. 3).

Tabela 3. Zestawienie populacji województw z odsetkiem badanych osób w nich pracujących

Województwo (lub kraj – jeśli poza Polską)	Populacja Polski (w %)	I etap badań 2020 (w %)	II etap badań 2021 (w %)	III etap badań 2022 (w %)	Średnia z trzech etapów badań (w %)
Dolnośląskie	7,5	8,4	6,4	7,7	7,5
Kujawsko-pomorskie	5,4	4,4	5,2	4,0	4,5
Lubelskie	5,5	2,1	3,4	2,5	2,7
Lubuskie	2,6	1,6	3,7	1,8	2,4
Łódzkie	6,4	5,0	4,3	3,7	4,3
Małopolskie	8,8	12,5	9,4	9,5	10,5
Mazowieckie	14,1	26,6	25,3	25,2	25,7
Opolskie	2,5	1,0	2,1	1,8	1,6
Podkarpackie	5,5	2,6	3,1	3,7	3,1
Podlaskie	3,0	1,0	2,7	1,5	1,7
Pomorskie	6,0	3,1	5,5	9,2	6,0
Śląskie	11,8	8,9	5,8	8,0	7,6
Świętokrzyskie	3,2	2,1	2,4	2,8	2,4
Warmińsko-mazurskie	3,7	2,3	3,1	2,5	2,6
Wielkopolskie	9,0	15,4	10,1	12,0	12,5
Zachodniopomorskie	4,4	1,8	5,2	3,7	3,6
Poza Polską	–	1,3 Niemcy, Wielka Brytania, Dania	2,4 Belgia, Brazylia, Chile, Francja, Niemcy, Wielka Brytania	0,6 Dania, Niemcy	1,4

Źródło: badania własne, etapy I–III.

3.5.5. Modalności terapeutyczne/nurty psychoterapeutyczne, w których pracują badane osoby

Najczęściej reprezentowanym nurtem psychoterapeutycznym, w którym pracują badane przez nas osoby, jest podejście psychodynamiczne: średnia z trzech etapów badania to 42,5%. Kolejne duże grupy to osoby pracujące w nurcie poznawczo-behawioralnym (23%), humanistycznym (14%) i systemowym (13,8%). Reprezentacja osób badanych w poszczególnych nurtach oddaje tendencję, jaką rejestrowały poprzednie badania dotyczące środowiska psychoterapeutycznego w Polsce (tab. 4)¹⁷¹.

Tabela 4. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby

Nurt psychoterapeutyczny	I etap badań 2020 (w %)	II etap badań 2021 (w %)	III etap badań 2022 (w %)	Średnia z trzech etapów badań (w %)
Psychodynamiczny	35,8	40,8	50,8	42,5
Poznawczo-behawioralny (+ terapia schematów, ACT)	28,7	23,1	17,2	23,0
Humanistyczny (psychoterapia Gestalt, egzystencjalna, skoncentrowana na procesie, rogeriańska)	18,0	16,2	8,0	14,1
Systemowy	20,6	10,1	10,7	13,8
Integracyjny	4,7	15,8	10,4	10,3
Psychoanalityczny	5,0	6,7	11,4	7,7
Ericksonowski	6,3	3,4	6,1	5,3
Narracyjny	2,6	1,5	0,9	1,7
Psychodrama	0,5	0,6	0,6	0,6
EMDR	0,3	0,6	0,6	0,5

Źródło: badania własne, etapy I–III.

¹⁷¹ H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła i in., *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce*, „Psychiatria” 2017, t. 14(2), ss. 90–100; A. Szymańska, L. Grzesiuk, H. Suszek i in., *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii*, „Psychiatria Polska” 2018, t. 52(4).

3.5.6. Miejsce wykonywania pracy terapeutycznej

Udzielając odpowiedzi na pytanie o miejsce pracy terapeutycznej, osoby badane mogły wskazać więcej niż jedno miejsce. Większość badanych pracuje w gabinetach i ośrodkach prywatnych. Gabinety były miejscem pracy 66,1% badanych w pierwszym etapie badań, 72,2% w drugim i 66,8% w trzecim, ośrodki prywatne odpowiednio 21%, 25,1% i 23% badanych w kolejnych etapach. Łącznie w placówkach prywatnych pracowało 87,1% badanych w pierwszym etapie, 97,3% w drugim etapie i 89,8% w trzecim etapie. Oznacza to, że wśród osób pracujących w Polsce terapeutycznie prywatnie przyjmuje pacjentki_ów/klientki_ów 9 na 10 osób¹⁷². Drugim w kolejności miejscem pracy psychoterapeutek_ów są poradnie zdrowia psychicznego, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, szpitale psychiatryczne, a także organizacje pozarządowe i ośrodki/poradnie leczenia uzależnień (tab. 5).

Tabela 5. Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej*

Miejsce	I etap badań 2020 (w %)**	II etap badań 2021 (w %)**	III etap badań 2022 (w %)**
Gabinet prywatny	66,1	72,2	66,8
Ośrodek prywatny	25,1	21,0	23,0
Poradnia zdrowia psychicznego	20,1	21,3	21,5
Ośrodek/poradnia leczenia uzależnień	11,0	5,2	2,8
Szpital psychiatryczny	10,2	9,5	6,7
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	6,5	7,0	11,0
Organizacja pozarządowa	4,9	6,1	6,4
Szpital niepsychiatryczny	2,1	1,5	1,8
Ośrodek Pomocy Społecznej/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	1,3	0,9	0,9
Dzienny oddział szpitalny	1,3	0,6	0,4
Ośrodek interwencji kryzysowej	0,8	0,6	0,6

¹⁷² W różnych podejściach terapeutycznych osoba korzystająca z psychoterapii nazywana jest pacjentem lub klientem. Np. w psychoterapii Gestalt używa się określenia klient, w psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaś określenia pacjent. Określenie osoby klienckie pojawiło się jako forma nazywania osób uczestniczących w psychoterapii, które są niebinarne albo transpłciowe.

Szkoła	0,3	0,6	0,6
Środowiskowy dom samopomocy	0,3	0,3	0,3

* W tabeli uwzględniono placówki, które były wymieniane przez respondentki_ów we wszystkich etapach badania.

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

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Dodajmy, że większość badanych pracuje psychoterapeutycznie w jednym miejscu. Tak zadeklarowało w pierwszym etapie badań 59,4%, w drugim etapie 56,1%, a w trzecim 64,3% badanych. Oznacza to, że ponad jedna trzecia respondentek_ów pracuje terapeutycznie w dwóch lub więcej miejscach.

3.5.7. Doświadczenia w pracy z klient(k)ami/pacjent(k)ami

Ponieważ część wyników naszych badań dotyczy problemów doświadczanych przez osoby korzystające z psychoterapii, istotne jest, z kim pracują osoby badane. 89,3% respondentek_ów w pierwszym etapie badań zadeklarowało prowadzenie psychoterapii indywidualnej osób dorosłych, 35,3% – psychoterapii par, 30,4% psychoterapii indywidualnej dzieci i młodzieży (w wieku 10–18 lat), 23,8% – psychoterapii grupowej, 17% – psychoterapii rodzinnej, a 11,3% psychoterapii indywidualnej dzieci do lat 9.

3.6. Kwestie etyczne

Poza standardowymi zasadami etyki badań społecznych obejmującymi świadomą zgodę na badanie i gwarantującymi osobom badanym poufność, anonimowość oraz możliwość wycofania się z badania w dowolnym momencie, szczególną uwagę poświęciliśmy kwestii zachowania tajemnicy zawodowej przez osoby pracujące w zawodzie zaufania publicznego. Pytania dotyczące problemów, z jakimi zgłaszały się do badanych psychoterapeutek_ów osoby potrzebujące pomocy, były formułowane na dużym poziomie ogólności – w taki sposób, że odpowiedzi dotyczyły jedynie pewnych tendencji odnoszących się do ogółu pacjentek_ów/klientek_ów, a nie konkretnych, możliwych do zidentyfikowania osób korzystających z psychoterapii. Za każdym razem zwracaliśmy się do osób badanych z prośbą o dodatkowe uwagi dotyczące tematu oraz sposobu badania. Kwestie związane z poufnością danych i zachowaniem tajemnicy zawodowej przez osoby badane nie budziły ich zastrzeżeń.

3.7. Materiał badawczy i metody analizy

Na podstawie przeprowadzonych badań uzyskaliśmy zarówno ilościowy, jak i jakościowy materiał badawczy. Dane ilościowe były analizowane statystycznie za pomocą programu SPSS, natomiast jakościowe za pomocą dwustopniowego kodowania umożliwiającego wyodrębnienie głównych wątków w ramach swobodnych odpowiedzi na pytania otwarte i ponowną kategoryzację zebranego materiału z uwzględnieniem częstotliwości pojawiania się wyodrębnionych wcześniej wątków.



Rozdział 4

POCZĄTEK PANDEMII – SYMPTOMY ZABURZONEJ RÓWNOWAGI I PIERWSZE PRÓBY ADAPTACJI W ŚWIETLE WYNIKÓW PIERWSZEGO ETAPU BADAŃ

4.1. Źródła stresu doświadczanego przez terapeutki_ów w pierwszych miesiącach pandemii

W pierwszym etapie badań (od 10 sierpnia do 30 września 2020 roku) psychoterapeutki_ów poproszono o wskazanie najistotniejszych źródeł przeżywanego stresu. Wśród czynników najbardziej stresujących najczęściej wymieniana była niejasność procedur na poziomie krajowym. Na ten czynnik wskazało 30,4% badanych. Z odpowiedzi wynika, że im bardziej bezpośredni poziom organizacji i związany z nim kontekst doświadczeń, tym mniejsze obciążenie stresem wynikającym z niejasności procedur. Niepełna 15% badanych wskazało bowiem jako najbardziej stresującą niejasność procedur na poziomie lokalnym, a nieco ponad 11% – niejasność procedur w instytucji, w której pracują¹⁷³.

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

Nieznacznie ponad 15% badanych wskazało konieczność pracy w warunkach zagrożenia zdrowia, a niecałe 10% – brak środków ochrony osobistej. Dla około 12% respondentek_ów najbardziej stresujące okazały się konflikty pojawiające się w sytuacji napięcia w kontekstach prywatnym oraz

¹⁷³ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii*, raport z badań, część pierwsza, marzec–wrzesień 2020, Wydział Socjologii UAM, Poznań, https://socjologia.amu.edu.pl/images/Psychoterapeutki_i_psychoterapeuci_w_czasie_pandemii.pdf, dostęp: 25.09.2024.

zawodowym. Wśród innych czynników osoby badane wymieniały między innymi nieprzewidywalność sytuacji, lęk o zdrowie własne i bliskich, w tym starszych rodziców, a także spadek przychodów i niepewność co do możliwości zarobkowania. Badani wskazywali ponadto ograniczenia dotyczące poruszania się i konieczność ciągłego przebywania w domu (tab. 6).

Tabela 6. Czynniki obciążające stresem w pierwszych miesiącach pandemii

Co było dla Pani _Pana najbardziej stresujące od momentu ogłoszenia pandemii?	Odsetek badanych*
Niejasność procedur na poziomie krajowym	30,4
Spoczywająca na mnie odpowiedzialność za inne osoby w kontekście zawodowym	22,3
Spoczywająca na mnie odpowiedzialność za inne osoby w kontekście prywatnym	17,3
Trudności w połączeniu pracy z obowiązkami wobec najbliższych (np. opieka nad dziećmi i innymi niesamodzielnymi członkami rodziny)	17,0
Konieczność pracy w warunkach zagrożenia zdrowia	15,2
Niejasność procedur na poziomie lokalnym	14,9
Konflikty pojawiające się w sytuacji napięcia w kontekście prywatnym	12,6
Konflikty pojawiające się w sytuacji napięcia w kontekście zawodowym	12,0
Niejasność procedur na poziomie instytucji, w której pracuję	11,3
Brak środków ochrony osobistej	9,4
Inne: ogólne obniżenie poczucia bezpieczeństwa, nieprzewidywalność sytuacji, obawa o zdrowie własne i bliskich, lęk o zdrowie starszych rodziców, lęk ekonomiczny związany z ewentualną niemożnością zarabiania pieniędzy, spadek przychodów, niepewność, konieczność odwołania ważnego projektu, zmiana organizacji życia, niemożność działania w zgodzie ze sobą z powodu konieczności dostosowania się do procedur, restrykcje dotyczące poruszania się, zakaz wstępu do parków i lasów, konieczność ciągłego przebywania w domu, rozłąka z najbliższymi, ograniczone kontakty z ludźmi, konieczność szybkiego przystosowania się do nowej sytuacji, konieczność nauczenia się obsługi komunikatorów i oswojenie się z kontaktami za ich pośrednictwem, trudności z pracą <i>online</i> z młodszymi dziećmi, zmiana pracy i przedłużający się proces rekrutacji, zamknięte sklepy i lokale	4,5
Brak innych zasobów: finansowych – utrata sporej części dochodu, pieniędzy, brak wiedzy technicznej i prawnej	1,3

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

Źródło: badania własne, etap I.

Niektóre spośród wymienionych w tabeli 6 stresorów były charakterystyczne tylko dla początkowego okresu pandemii (brak środków ochrony, które z czasem stały się powszechnie dostępne, czy niejasność procedur, które także zostały dopracowane). Inne mogły oddziaływać w sposób długotrwały i nasilać się z czasem. Sposoby radzenia sobie ze stresem w kolejnych etapach pandemii oraz konsekwencje przewlekłego stresu w postaci zaburzeń dobrostanu emocjonalnego psychoterapeutek_ów zostały szczegółowo omówione w rozdziałach 9 i 10.

Zakłócenia równowagi wraz z nastaniem pandemicznej rzeczywistości były również zauważalne z perspektywy relacji psychoterapeutycznej. Nie wpłynęły one jednak od razu na wzrost zainteresowania psychoterapią jako formą radzenia sobie z obciążającą rzeczywistością.

4.2. Wybrane aspekty procesu terapeutycznego w początkowym okresie pandemii

W początkowym okresie pandemii, objętym pierwszym etapem badań (od 10 sierpnia do 30 września 2020 roku), badani terapeuci w większości nie mieli do czynienia ze wzmożonymi zgłoszeniami nowych klientek_ów/pacjentek_ów. Większe zainteresowanie świadczonymi usługami terapeutycznymi odnotowało wówczas nieznacznie ponad 16% respondentek_ów. Niespełna 40% badanych deklарowało podobną jak w okresie przed pandemią liczbę nowych zgłoszeń, a prawie 45% – mniejszą liczbę nowych zgłoszeń (tab. 7).

Tabela 7. Ocena liczby nowych klientek_ów/pacjentek_ów zgłaszających się do psychoterapeutek_ów w pierwszych miesiącach pandemii w porównaniu z okresem sprzed pandemii

Czy liczba nowych pacjentek_ów/klientek_ów zgłaszających się do Pani_Pana w czasie pandemii była	Odsetek badanych
zdecydowanie mniejsza niż zwykle?	23,3
mniejsza niż zwykle?	21,5
podobna jak zwykle?	39,0
większa niż zwykle?	14,5
znacznie większa niż zwykle?	1,7

Źródło: badania własne, etap I.

Analizie została również poddana rola psychoterapii w radzeniu sobie przez klientki_ów/pacjentki_ów z sytuacją pandemii w pierwszych miesiącach jej trwania oraz wpływ tej sytuacji na dynamikę procesu terapeutycznego. W opinii ponad trzech czwartych badanych pacjentki_ci/klientki_ci łatwiej radziły_li sobie z pandemią dzięki psychoterapii. Mniej niż jedna trzecia respondentek_ów zauważyła, że problemy będące przedmiotem pracy terapeutycznej przed pandemią uległy zaostrzeniu. Jednocześnie nieco ponad 12% wskazało, że problemy te straciły na znaczeniu. Nieznacznie ponad połowa badanych uznała, że w sytuacji epidemii pacjentki_ci/klientki_ci miały_eli poczucie, że więcej osób niż zwykle odczuwa podobne do nich problemy. W tym kontekście można założyć, że postrzegane podobieństwo doświadczeń stanowi podstawę społecznej solidarności oraz przełamywania poczucia wyobcowania osób zmagających się z trudnościami psychicznymi bądź emocjonalnymi, zwłaszcza jeśli ich źródłem jest zewnętrzna sytuacja oddziałująca na wszystkich w większym lub mniejszym stopniu.

Respondentki_ci relatywnie rzadko wskazywały_li, że ich klientki_ci zgłaszały_li potrzebę zwiększenia (12,9%) bądź zmniejszenia (14,1%) liczby sesji. Jedna piąta badanych uznała, że w warunkach pandemii sesje stały się bardziej intymne. W opinii mniej niż jednej trzeciej badanych psychoterapeut(k)a był(a) najważniejszym oparciem dla klientki_a/pacjentki_a. Nieco ponad jedna czwarta badanych wskazała, że procesy terapeutyczne w czasie pandemii przyspieszyły (były bardziej intensywne), a według jednej piątej procesy te zwolniły (stały się mniej intensywne) (tab. 8).

Tabela 8. Wybrane aspekty procesu terapeutycznego w pierwszych miesiącach pandemii

Czy zgadza się Pan(i) z następującymi stwierdzeniami?	Odsetek badanych				
	zdecydowanie tak	raczej tak	trudno powiedzieć	raczej nie	zdecydowanie nie
Pacjentki_ci/klientki_ci łatwiej radziły_li sobie z sytuacją pandemii dzięki psychoterapii.	24,4	53,5	21,5	0,0	0,6
W warunkach pandemii problemy, nad którymi pracowaliśmy przed jej wybuchem, uległy zaostrzeniu.	3,5	24,4	37,2	32,6	2,3
W warunkach pandemii problemy, nad którymi pracowaliśmy przed jej wybuchem, straciły na znaczeniu.	0,0	12,3	32,2	48,5	7,0

Pacjentki_ci/klientki_ci miały_eli poczucie, że więcej osób niż zwykle odczuwa podobne do nich problemy.	7,6	42,7	35,1	13,5	1,2
Pacjentki_ci/klientki_ci zgłaszały_li potrzebę zwiększenia liczby sesji.	1,8	11,1	10,5	54,4	22,2
Pacjentki_ci/klientki_ci zgłaszały_li potrzebę zmniejszenia liczby sesji.	1,2	12,9	14,0	51,5	20,5
Relacje terapeutyczne były bardziej intymne.	2,9	18,1	39,8	31,6	7,6
Psychoterapeut(k)a był(a) najważniejszym oparciem dla pacjentki_a/klientki_a.	1,2	29,2	45,6	20,5	3,5
Procesy terapeutyczne przyspieszyły (były bardziej intensywne).	1,2	26,3	36,3	31,6	4,7
Procesy terapeutyczne zwolniły (były mniej intensywne).	1,8	18,7	38,0	38,0	3,5

Źródło: badania własne, etap I.

4.3. Powody rezygnacji pacjentek_ów/klientek_ów z terapii

Sytuacja pandemii wywołała znaczące zmiany codziennego funkcjonowania jednostek. Jak można założyć, jedną z konsekwencji tych zmian był brak możliwości bądź gotowości kontynuowania terapii w odmiennych niż dotąd warunkach. W efekcie część pacjentek_ów/klientek_ów rezygnowała z terapii bądź ją zawieszała. Wśród powodów rezygnacji z terapii najczęściej wymieniana była obawa pacjentek_ów/klientek_ów przed pracą *online* – wskazywana przez blisko 45% badanych¹⁷⁴. Około jedna trzecia badanych podała „brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji”, „brak środków finansowych” oraz „brak możliwości technicznych”. Około jedna czwarta uczestniczek_ków badania wskazała natomiast „brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musiały_eli wywiązać się pacjentki_ci/klientki_ci” oraz zmiany w życiu klientek_ów/pacjentek_ów, które spowodowały, że problemy będące przedmiotem pracy terapeutycznej okresowo lub trwale straciły na znaczeniu. Osoby badane wymieniały także inne powody rezygnacji bądź zawieszania terapii przez pacjentki_ów/klientki_ów, spośród których najczęściej wskazywany był brak prywatności (intymności) w miejscu zamieszkania (tab. 9).

¹⁷⁴ Łączna liczba odpowiedzi „od czasu do czasu”, „często” i „zawsze”.

Tabela 9. Powody rezygnacji z terapii w pierwszych miesiącach pandemii

Z jakich powodów pacjentki_ci/klientki_ci rezygnowały_li z terapii po rozpoczęciu pandemii?	Odsetek badanych				
	nigdy	rzadko	od czasu do czasu	często	zawsze
Brak środków finansowych	41,6	23,0	15,2	15,2	5,1
Obawa przed pracą <i>online</i>	31,5	23,6	21,9	21,3	1,7
Obawa przed utratą pracy	63,5	20,8	7,3	8,4	0,0
Brak możliwości technicznych	39,0	30,5	18,1	11,9	0,6
Brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musiały_eli się wywiązywać	59,3	17,5	18,1	5,1	0,0
Brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji	49,7	15,8	19,2	14,1	1,1
Zmiany w życiu klientek_ów/pacjentek_ów, które spowodowały, że problemy, nad którymi pracowaliśmy terapeutycznie, okresowo lub trwale straciły na znaczeniu	52,5	23,7	19,2	4,5	0,0
Inne: brak intymności w miejscu zamieszkania, brak miejsca na przeprowadzenie sesji, brak satysfakcji z kontaktu <i>online</i> , preferowanie osobistego kontaktu, nadzieja, że pandemia szybko minie	86,4	4,0	4,5	5,1	0,0

Źródło: badania własne, etap I.

Bardzo podobnie przedstawiały się powody zawieszania terapii przez pacjentki_ów/klientki_ów po rozpoczęciu pandemii (tab. 10).

Tabela 10. Powody zawieszania terapii w pierwszych miesiącach pandemii

Z jakich powodów pacjentki_ci/klientki_ci zawieszały_li terapię po rozpoczęciu pandemii?	Odsetek badanych				
	nigdy	rzadko	od czasu do czasu	często	zawsze
Brak środków finansowych	48,0	22,0	18,6	10,7	0,6
Obawa przed pracą <i>online</i>	26,0	30,5	22,0	17,5	4,0

Obawa przed utratą pracy	65,5	17,5	10,2	6,8	0,0
Brak możliwości technicznych	36,7	32,2	15,8	14,7	0,6
Brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musiały_eli się wywiązywać	50,8	24,9	18,1	5,6	0,6
Brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji	42,9	22,6	23,7	10,2	0,6
Zmiany w życiu klientek_ów/pacjentek_ów, które spowodowały, że problemy, nad którymi pracowaliśmy terapeutycznie, okresowo lub trwale straciły na znaczeniu	59,9	22,0	13,0	5,1	0,0
Inne: brak intymności w miejscu zamieszkania, brak przestrzeni, niechęć wobec pracy <i>online</i> , oczekiwanie na koniec pandemii, wiara, że pandemia szybko minie	89,3	4,0	3,4	3,4	0,0

Źródło: badania własne, etap I.

4.4. Opinie psychoterapeutek_ów o inicjatywach nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w początkowym okresie pandemii

Od początku pandemii instytucje, stowarzyszenia, organizacje lub same_i psychoterapeutki_ci podejmowały_li inicjatywy polegające na udzielaniu bezpłatnego wsparcia psychologicznego/psychoterapeutycznego osobom potrzebującym. Nieznacznie ponad jedna trzecia badanych (34,5%) brała udziału w tego typu inicjatywach.

Według ponad połowy osób, które zadeklarowały udzielanie nieodpłatnej pomocy psychologicznej i/lub psychoterapeutycznej¹⁷⁵, inicjatywy te spotkały się z nikłym zainteresowaniem. Około jedna czwarta spośród tej kategorii respondentek_ów ocenia zainteresowanie oferowaną pomocą jako umiarkowane. Podobny odsetek badanych określił zainteresowanie tą szczególną ofertą pomocową jako duże (15,5%) bądź bardzo duże (6,9%) (tab. 11).

¹⁷⁵ Łączna liczba odpowiedzi „żadnym” i „niewielkim”.

Tabela 11. Poziom zainteresowania ofertą nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w pierwszych miesiącach pandemii w ocenie psychoterapeutek_ów

Jakim zainteresowaniem osób potrzebujących wsparcia cieszyła się inicjatywa, w której brał(a) Pan(i) udział?	Odsetek badanych
Żadnym	20,7
Niewielkim	34,5
Umiarkowanym	22,4
Dużym	15,5
Bardzo dużym	6,9

Źródło: badania własne, etap I.

Wśród problemów, z którymi zgłaszały się osoby potrzebujące wsparcia, dominowały: nasilony stres (w tym napięcie doświadczane przez osoby pracujące w zawodach i środowiskach podwyższonego ryzyka – przedstawiciel(k)i zawodów medycznych i kadre DPS), lęk, obniżony nastrój i myśli samobójcze, problemy w relacjach, stres związany z utratą pracy. Ponadto powodem zgłoszeń był brak możliwości kontaktu z dotychczasową_y terapeut(k)ą oraz niedostępność wsparcia w placówkach oferujących pomoc nieodpłatną – w ramach NFZ oraz w MOPS-ach.

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

Oto przykładowe wypowiedzi¹⁷⁶ wskazujące na jednoznacznie aprobujące postawy wobec zaangażowania psycholożek_gów i psychoterapeutek_ów we wspieranie osób potrzebujących:

¹⁷⁶ W cytowanych w tomie wypowiedziach osób badanych zachowano oryginalny styl i formę, wprowadzono tylko drobne zmiany w zakresie interpunkcji oraz poprawiono pisownię – błędy literowe, których większość, jak można przypuszczać, wynikała z wypełniania ankiety na telefonie. Ponadto dokonano niezbędnych skrótów pozwalających wydobyć wątki najistotniejsze z perspektywy prowadzonej analizy.

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

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

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

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

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

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

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

(1) trudności związane z obiegiem informacji na temat oferowanej pomocy;

(2) niepełne uwzględnianie sytuacji, w której znajdowały się osoby „na pierwszej linii frontu”, pracujące w zawodach medycznych oraz innych wymagających codziennego bezpośredniego kontaktu z ludźmi;

(3) problemy organizacyjne;

(4) kwestie etyczne.

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

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

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

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

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

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

W analizowanych wypowiedziach pojawiły się pogłębione refleksje na temat wsparcia dla personelu medycznego. Oto cytat reprezentatywny dla tej kategorii:

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

Skorzystanie z pomocy psychologicznej bądź psychoterapeutycznej wymaga pewnego wysiłku emocjonalnego ze strony osoby wspomaganej. Obciążenie stresem w czasie zmagania się z sytuacją kryzysową może być na tyle duże, że jednostka uruchamia własne mechanizmy obronne pozwalające jej przetrwać (np. odcina się od przeżywanych emocji, nie analizuje sytuacji, w której się znalazła, tylko działa, realizując konkretne, krótkoterminowe zadania). Gotowość do terapeutycznego przepracowania obciążających doświadczeń pojawia się później, gdy priorytetem nie jest już samo przetrwanie, lecz przywrócenie jakości życia¹⁷⁷.

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

¹⁷⁷ Por. M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci...*, 2020, s. 54.

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

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

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

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

„Zbyt mało inicjatyw adresowanych do osób na pierwszej linii frontu niemedyceznego” [resp. 89, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym, etap I].

Konstatacja ta jest spójna z wynikami wcześniejszych badań. Z raportu poświęconego funkcjonowaniu instytucji pomocy społecznej w czasie pandemii¹⁷⁸ wynika, że pracowniczki_cy socjalne_i odczuwały_li zwiększoną potrzebę wsparcia psychologicznego w kontekście obciążeń związanych z pracą w bezpośrednim kontakcie z ludźmi w warunkach pandemii. Inne grupy zawodowe, które mogły odczuwać zwiększone zapotrzebowanie na pomoc, to między innymi nauczycielki_e, pracowniczki_cy handlu oraz przedstawicielki_e służb mundurowych¹⁷⁹.

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

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

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

¹⁷⁸ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, T. Kasprzak i in., *Instytucje w pomocy społecznej w czasie pandemii...*

¹⁷⁹ Por. M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci...*, 2020, s. 55.

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

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

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

Kolejny wątek zrekonstruowany na podstawie badanych odpowiedzi można uznać za element szerszej dyskusji na temat tego, komu i w jakim zakresie służy profesjonalne pomaganie. Osoby badane zwracały między innymi uwagę na zaspokajanie potrzeby sprawczości przez terapeutki_ów, która może, choć nie musi, iść w parze z koncentracją na rzeczywistych potrzebach osób wspomaganych:

„Te inicjatywy dają coś obu stronom – robimy coś dobrego, to wzrasta nam poczucie sprawczości i wraca poczucie wpływu” [resp. 233, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap I].

„Początkowa reakcja niesienia bezpłatnej pomocy, być może również jako odciążenie i szukanie poczucia wpływu, oferując dodatkowe działanie” [resp. 42, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, etap I].

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

Respondentki_ci wskazywały_li także na pewne korzyści wizerunkowe, jakie niosło za sobą zaangażowanie w nieodpłatną pomoc psychologiczną. Oto przykładowe wypowiedzi poruszające ten problem:

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

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

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

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

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

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

Podsumowując powyższe ustalenia badawcze, można sformułować rekomendacje dotyczące tworzenia przejrzystych reguł udzielania pomocy w warunkach kryzysu, w tym także wsparcia oraz superwizji dla osób świadczących pomoc. Co istotne, oferta pomocowa powinna być dostępna zarówno przez cały okres trwania sytuacji kryzysowej, jak i przez pewien czas po jej zakończeniu, gdyż nasilony chroniczny stres wywiera odroczone, długofalowy wpływ na kondycję psychiczną jednostek¹⁸⁰. Ponadto aktualna sytuacja kryzysowa może powodować retraumatyzację i w sensie jednostkowym, i historycznym¹⁸¹.

¹⁸⁰ Por. ibidem, s. 56.

¹⁸¹ M. Bilewicz, *Traumaland...*



Rozdział 5

ZMIANY PRAKTYK W RAMACH PSYCHOTERAPII – STRATEGIE ADAPTACJI DO WARUNKÓW PANDEMICZNYCH

5.1. Wprowadzenie

Chcąc zaobserwować, jakie zmiany zaszły w praktykach w psychoterapii, trzeba pokrótce zdefiniować praktyki psychoterapeutyczne, jakie towarzyszyły psychoterapeut(k)om, a także osobom, które uczestniczyły w procesach psychoterapeutycznych przed pandemią SARS-Cov-2. Jeśli przyjmiemy, że praktyki kulturowe to wzorce naszych codziennych czynności, to praktyki psychoterapeutyczne zmieniły się w pierwszych dniach po ogłoszeniu *lockdownu*, czyli niemal całkowitego zamknięcia. Zamknięte były szkoły, uczelnie, wiele zakładów pracy i instytucji. W większości miejsc, w których mogło się zgromadzić wielu ludzi, obowiązywały obostrzenia i reżim sanitarny. Podobnie było z placówkami służby zdrowia, w tym z tymi, które działają w obszarze zdrowia psychicznego. Dotychczasowe praktyki trzeba było zmienić, przeorganizować lub wprowadzić w nich korekty. W czasie pandemii doszło do „wielkiej psychoterapeutycznej rewolucji”. To, co było często nienaruszalne, uświęcone długą tradycją, w odniesieniu do czego zmiana praktyk była niewyobrażalna, zostało ustalone na nowo i przeobrażone w nową codzienność, która często, mimo końca pandemii, pozostała obowiązującą praktyką psychoterapeutyczną.

5.2. Nowa praktyka psychoterapeutyczna: praca *online*

Najważniejszą zmianą w praktykach psychoterapeutycznych było odejście od konieczności spotykania się w gabinecie terapeutycznym, fizycznie, twarzą w twarz. Sytuacja związana z pandemią, a zwłaszcza ograniczenia w przemieszczaniu się i spotykaniu, wymusiły na psychoterapeut(k)ach

zmianę sposobu przeprowadzenia sesji i „przeniesienia ich z gabinetów” do Internetu. Dla wielu osób było to nowe doświadczenie. Podczas pierwszego etapu badań, które odbywały się latem 2020 roku, zapytaliśmy badane osoby o doświadczenie pracy psychoterapeutycznej *online* jeszcze przed pandemią. Doświadczenie takie miała trochę więcej niż jedna czwarta badanych (27,7%). Wśród osób, które pracowały *online* przed 15 marca 2020 roku, wszystkie prowadziły psychoterapię osób dorosłych, niemal co siódma osoba – psychoterapię par (14%). Pozostałe formy terapii były prowadzone *online* przez pojedyncze osoby. Po 15 marca, jak pokazują odpowiedzi badanych, zdecydowana większość (94,1%) pracowała terapeutycznie *online*. Wśród osób, które pracowały w trybie zdalnym w tym czasie, najwięcej było takich, które prowadziły terapię indywidualną osób dorosłych (94,8%), w dalszej kolejności wymieniana była praca terapeutyczna z dziećmi i młodzieżą od 10 do 18 lat (36,3%), terapeutyczna z parami (25,5%) i terapia grupowa (17,8%).

Zmiana sposobu pracy ze spotkań bezpośrednich na żywo, w gabinecie czy sali terapeutycznej, na spotkania *online* konfrontowała z nową rzeczywistością terapeutyczną. Zmiany były konieczne zarówno po stronie psychoterapeutek_ów, jak i po stronie osób uczestniczących w terapii. W naszych badaniach sprawdzaliśmy, jak ta nowa sytuacja, zmiana jednej z najbardziej utrwalonych¹⁸² praktyk codzienności terapeutycznej, wpłynęła na pracę osób prowadzących psychoterapię, a także osób z niej korzystających. Zapytaliśmy respondentki_ów, które_rzy pracowały_li *online* po 15 marca, o ich odczucia w nowej sytuacji. Ze stwierdzeniem „czy prowadzenie psychoterapii *online* było łatwiejsze, niż myśleli” zgodziło się ponad 60% badanych („zdecydowanie tak” 22,5%, „tak” 40,8%). Zapytaliśmy też o wrażenia dotyczące osób, z którymi badani pracowali terapeutycznie. Ze stwierdzeniem „odnoszę wrażenie, że dla zdecydowanej większości moich pacjentek_ów/klientek_ów uczestniczenie w terapii *online* było łatwiejsze niż spotka-

¹⁸² W przypadku pacjentek_ów znajdujących się w kwarantannach PTPPd zaleciło zawieszanie procesów psychoterapeutycznych na okres kwarantanny. Jednocześnie wskazano, iż: „W przypadku pogarszania się sytuacji epidemiologicznej w kraju Zarząd Główny wraz z Rada Programową Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej będą podejmować dalsze kroki służące dostosowaniu możliwości psychoterapii do dynamicznie zmieniającej się sytuacji” (Oświadczenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej z dnia 13 marca 2020). Dwa dni później, tj. 15 marca 2020 roku, Towarzystwo opublikowało Oświadczenie (w którym podtrzymano stanowisko o efektywności metody psychodynamicznej w kontakcie bezpośrednim, jednocześnie jednak wskazując na obszary możliwego zastosowania pracy zdalnej (M. Zielona-Jenek, A. Izdebska, E. Soroko, *Doświadczenia psychoterapeutów psychodynamicznych...*, ss. 2–3).

„zdecydowanie nie” 7,3%), odpowiedź „ani tak, ani nie” wybrało 37,61% badanych. Obserwacja ta ma potwierdzenie w odpowiedziach na pytanie dotyczące trudności uczestniczenia w terapii *online* dla pacjentek_ów/klientek_ów. Odpowiadając na pytanie, czy takie spotkania były w opinii specjalistek_ów trudniejsze dla pacjentek_ów/klientek_ów niż spotkania w gabinecie, najczęściej badanych wskazało „raczej tak” (36,7%) i „ani tak, ani nie” (36,3%) (tab. 12).

Tabela 12. Odczucia dotyczące pracy *online*

Czy spotkania <i>online</i> były według Pani_Pana trudniejsze dla pacjentek_ów/klientek_ów niż spotkania w gabinecie?	Odsetek badanych				
	zdecydowanie tak	raczej tak	ani tak, ani nie	raczej nie	zdecydowanie nie
Prowadzenie terapii <i>online</i> było dla mnie łatwiejsze, niż myślałam_em.	22,5	40,8	15,3	16,2	5,1
Prowadzenie terapii <i>online</i> było dla mnie trudniejsze, niż myślałam_em.	3,0	17,0	16,7	40,0	23,4
Odnoszę wrażenie, że dla znaczącej części moich pacjentek_ów/klientek_ów uczestniczenie w terapii <i>online</i> było łatwiejsze niż spotkania w gabinecie.	1,8	18,4	37,6	35,0	7,3
Odnoszę wrażenie, że dla znaczącej części moich pacjentek_ów/klientek_ów uczestniczenie w terapii <i>online</i> było trudniejsze niż spotkania w gabinecie.	5,1	36,7	36,3	19,7	2,1

Źródło: badania własne, etap I.

Jeśli chodzi o stwierdzenie dotyczące tego, że prowadzenie terapii było dla respondentek_ów łatwiejsze, sprawdziliśmy, jak odpowiedzi kształtowały się w poszczególnych grupach wiekowych. Pozytywnie do tego stwierdzenia (wybierając odpowiedzi „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”) odnosiło się od 70% do 75% badanych w poszczególnych grupach wiekowych (do 30. roku życia 72,4%, 31–41 lat 71,4%, 41–50 lat 71,5%, 51–60 lat 75%), jedynie w grupie osób powyżej 60. roku życia odpowiedzi takich było 40% (w tym „zdecydowanie tak” 0% i „raczej tak” 40%). Podczas pierwszego etapu badań respondentki_ci wskazały_li na najłatwiejsze i najtrudniejsze aspekty pracy *online* (zastosowaliśmy pytanie otwarte). Najczęściej badane osoby jako na najłatwiejsze w pracy *online* wskazywały aspekty dotyczące wygody wynikającej z takiej formy pracy: możliwość pracy

z domu czy komfort pracy z domu. W wypowiedziach badanych pojawiało się też inne udogodnienie, a mianowicie brak konieczności dojazdów do pracy, co, biorąc pod uwagę, że większość badanych pracuje w dużych i wielkich miastach, ma ogromne znaczenie. Równie często badani doceniali możliwość łatwiejszego zorganizowania pracy, a nade wszystko elastyczność czasową i elastyczność miejsca pracy – zarówno po swojej stronie, jak i po stronie klientek_ów/pacjentek_ów. Te aspekty podsumowuje następująca wypowiedź:

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

Kolejna grupa odpowiedzi dotyczyła bezpieczeństwa związanego z sytuacją pandemiczną. Praca w domu dla psychoterapeutek_ów, a także dla ich klientek_ów/pacjentek_ów dawała poczucie bezpieczeństwa. Następnym wskazywanym aspektem był sam proces terapeutyczny. Badane osoby stwierdzały, że dzięki formie *online* możliwe było zachowanie ciągłości terapii. Podkreślano, że tylko dzięki takiemu rozwiązaniu psychoterapia była dostępna dla klientek_ów/pacjentek_ów. Badane osoby dzieliły się też doświadczeniami w zakresie takich czynników, jak: większa dyscyplina, mniej spóźnień, większa determinacja pacjentów uczestniczących w psychoterapii. O relacji terapeutycznej mówią następujące cytaty:

„Zachowanie ciągłości spotkań, omawianie bieżących spraw związanych z pandemią, towarzyszenie pacjentom w tym specyficznym czasie” [resp. 244, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, I etap badań].

„W terapii online brały udział osoby z bardzo dużą motywacją” [resp. 243, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, I etap badań].

„To że można było ją kontynuować. Można było widzieć się i rozmawiać swobodnie, tak jak w gabinecie. Kontakt okazał się wartościowy dla klientów, chcieli tych spotkań. Niektórzy mówili, że czują się swobodniej online” [resp. 204, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym, I etap badań].

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

W odpowiedziach osób badanych pojawiały się też następujące spostrzeżenia na temat przebiegu procesu terapeutycznego online:

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

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

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

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

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

Zdecydowanie najczęściej wymienianą trudnością była ta związana z problemami technicznymi. W różny sposób o tej trudności wspominała co czwarta badana osoba. Dotyczyło to uczenia się narzędzi (komunikatorów), problemów z połączeniami czy przeciążonym Internetem. Kłopoty te pojawiały się po obydwu stronach spotkań terapeutycznych. Drugą najczęściej wymienianą trudnością był brak kontaktu osobistego z pacjentką_em/klientką_em. O różnych odsłonach tej trudności wspominała co piąta badana osoba. Badani mówili o braku możliwości obserwowania reakcji ciała, zakłóconej komunikacji niewerbalnej, utrudnionym obserwowaniu mimiki czy ograniczonym polu widzenia:

„Pacjenta widać tylko wycinek, nie całego, co przekłada się na trudniejsze interpretowanie jego przeżyć i zachowań” [resp. 290, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, I etap badań].

„Brak kontaktu bezpośredniego, brak widzenia całego ciała pacjenta, tym samym zaburzony odbiór komunikacji niewerbalnej, brak ciszy i trudność w jej utrzymaniu, a ciszą wspaniale się pracuje. Zmęczenie oczu i w ogóle

większe zmęczenie odczuwałam” [resp. 242, psychoterapeutka pracująca w nurtach psychodynamicznym i systemowym, I etap badań].

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

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

Wśród innych elementów, które były trudne podczas pracy *online*, badane osoby wymieniały: opór pacjentek_ów przed taką formą pracy, kłopot z przeprowadzeniem zabaw terapeutycznych z dziećmi, znalezienie przez pacjentki_ów/klientki_ów spokojnego, intymnego miejsca do rozmowy terapeutycznej, zaproszenie pacjentek_ów do swojej prywatnej przestrzeni czy dawanie możliwości pracy w porach bądź dniach wcześniej niemożliwych, na przykład w niedzielę czy po godzinie 22.00.

Pacjentki_ci/klientki_ci byli w bardzo podobnej sytuacji do psychoterapeutek_ów. Wszystkich jednakowo dotknęły obostrzenia związane z pandemią SARS-Cov-2 i podobnie zmieniło się funkcjonowanie. Najczęściej wymienianymi ułatwieniami, które wносиły_li pacjentki_ci/klientki_ci podczas sesji, a o których wspominali nasi badani, były te związane z wygodą uczestniczenia w terapii w domu, braku konieczności dojazdu na sesję czy oszczędnością czasu. Jako najkorzystniejszy uznała ten aspekt niemal co trzecia badana osoba:

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

„Szczególnie u pacjentów z zaburzeniami lękowymi widać było większe uczucie komfortu ze względu na przebywanie w swojej przestrzeni. Młodzi również czuła się lepiej, bezpieczniej w swoich pokojach. Pacjenci

dorosli chwalą sobie większą elastyczność odnośnie do miejsca i godziny psychoterapii” [resp. 242, psychoterapeutka pracująca w nurtach psychodynamicznym i systemowym, I etap badań].

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

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

Badane osoby niezbyt chętnie opisywały relacje terapeutyczne, ale jedna z wypowiedzi może ilustrować efekt zmiany sposobu pracy i jego przełożenie na kontakt w diadzie terapeutycznej:

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

Co czwarta badana osoba wskazywała jako najtrudniejszy aspekt pracy *online* dla pacjentek_ów/klientek_ów brak kontaktu osobistego. Dostrzegany był też brak pełnego kontaktu lub brak kontaktu bezpośredniego. Trudność ta była opisywana również w następujący sposób:

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

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

Często badani wskazywali na dyskomfort pacjentek_ów/klientek_ów polegający na niemożności znalezienia odpowiedniego miejsca do spokojnej rozmowy. Na tę trudność wskazywało niemal 15% badanych. Nazywane to było także trudnościami ze zorganizowaniem odpowiedniego miejsca bądź trudnością organizacyjną. Podobne, choć koncentrujące uwagę na innym aspekcie, były wypowiedzi respondentek_ów, w których podkreślały_li, że ich pacjentki_ci/klientki_ci miały_eli obawę być

podśluchiwanymi – intencjonalnie bądź nie – przez domowników. O takiej trudności wspominała co dziesiąta badana osoba. Stosowano wyrażenia w rodzaju: „*trudno rozmawiać, kiedy rodzina jest za ścianą*”, „*trudno rozmawiać, kiedy mam ludzi za plecami*”, „*mam poczucie, że ktoś usłyszy, że nie jest tak bezpiecznie jak w gabinecie*”. Oto przykładowa wypowiedź odnosząca się do powyższych kwestii:

„Miejsce, w którym mogą bezpiecznie porozmawiać i nie czują się np. podsłuchiwanie przez rodzinę. Swojego rodzaju «dziwność» kontaktu online, niemożliwość przyścia do gabinetu. Dla niektórych klientów to gabinet jest tym «bezpiecznym miejscem»” [resp. 369, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, I etap badań].

Badane osoby wskazywały też na inne trudności pracy *online* dla ich pacjentek_ów/klientek_ów. Należy zwrócić uwagę na kilka z nich. Pierwsza to wątpliwość co do tego, czy psychoterapia *online* jest skuteczna, czy jest „prawdziwą” terapią. Ilustrują to następujące wypowiedzi badanych:

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

„Strach, że to nieskuteczne” [resp. 315, psychoterapeuta pracujący w nurcie integracyjnym, I etap badań].

Kolejna trudność dla pacjentek_ów/klientek_ów to „zaproszenie” psychoterapeutki_y do swojej prywatnej przestrzeni i wynikające z tego konsekwencje:

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

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

„Mniejsza spontaniczność. Poczucie braku żywego kontaktu” [resp. 10, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym, I etap badań].

I wreszcie, badani wymieniali trudności wynikające z tej formy kontaktu – przede wszystkim przełamanie lęku przed tą formą kontaktu, brak czasu, który zwykle pacjent(ka)/klient(ka) miał(a) przed sesją i po sesji

na przygotowanie się i przemyślenia, a wreszcie sprawa odczuwanego bliskiego kontaktu z terapeut(k)ą, zbliżenie na twarz podczas połączeń *online*:

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

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

Psychoterapeutki_ci pytane_i o techniczne aspekty pracy *online* deklarowały_li w większości pracę z wykorzystaniem czterech programów umożliwiających prowadzenie wideorozmów. Najpopularniejszy był Skype: zawsze lub często korzystało z niego ponad 60% badanych, drugi pod względem popularności był Zoom – wykorzystywany przez ponad 35% osób, trzeci WhatsApp – stosowany przez blisko 18% badanych i Messenger, na który wskazało ponad 13% respondentek_ów. Interesującym ustaleniem wynikającym z przeprowadzonych badań było to, że oprócz programów do prowadzenia wideorozmów w pracy psychoterapeutycznej używano telefonów. Na używanie telefonu komórkowego bądź stacjonarnego do prowadzenia sesji wskazało 8,5% badanych, z czego blisko połowa (4% wszystkich respondentek_ów) wykorzystywała telefon często lub zawsze. Wydaje się, że wybór takiej formy kontaktu podyktowany był brakiem możliwości technicznych po stronie osób uczestniczących w terapii, ale też psychoterapeutek_ów.

Pacjentki_ci/klientki_ci, o czym była już mowa, dzięki pracy *online* miały_li dostęp do części prywatności psychoterapeutek_ów, choć wiele badanych osób zadbało o to, żeby tło, na jakim pokazywały się podczas sesji, było możliwie naturalne. Najpopularniejsze było tło jednobarwne – stosowane przez ponad 40% badanych. Niemal równie popularne było tło z pojedynczymi przedmiotami – wskazane przez ponad 30% respondentek_ów. Badane osoby zdecydowanie nie korzystały z tła, które można było wygenerować dzięki aplikacji – odpowiedź „nigdy” wskazało 93,7% badanych. Badani starali się też, by w tle nie było widać drzewi

Tabela 13. Na jakim tle podczas sesji pojawiał(a) się psychoterapeut(k)a?

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

Źródło: badania własne, etap I.

do pomieszczenia – odpowiedź „nigdy” wskazało ponad 74% badanych (tab. 13).

Osoby badane zostały też poproszone o opisanie tła, na jakim pojawiały się w trakcie sesji psychoterapeutycznych *online*. W odpowiedziach pojawiło się wiele aspektów dotyczących wyboru tła: od możliwej neutralności, poprzez staranny wybór, aspekty techniczne, aż po dużą przypadkowość. Poniżej przytoczono przykładowe wypowiedzi, które pokazują, jakie racje przemawiały za wyborem tła oraz jakie elementy wystroju pomieszczenia widziały_eli pacjentki_ci/klientki_ci. Dominujące w wypowiedziach było staranie o tło możliwie jak najbardziej neutralne, niewywołujące dodatkowych bodźców, skojarzeń, gdy badany pracował z domu. Natomiast wtedy, gdy sesje prowadzone były z gabinetu, tło stanowił widok znany pacjent(k)om/klient(k)om z sesji odbywających się na żywo:

„Ściana w kolorze ecru. Najmniejszy rozpraszacz, najmniej informacji o terapii” [resp. 38, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym, I etap badań].

„W tle było widać gabinet, w którym zwykle pracuję, ten sam, w którym spotykałam się z pacjentami przed pandemią, a więc było to dla nich znajome miejsce. Zależało mi na zachowaniu ciągłości i poczucia bezpieczeństwa. W pojedynczych przypadkach, gdy np. miałam jedną konsultację/sesję, nie jechałam do gabinetu, a pracowałam z domu – wówczas na tle

maksymalnie neutralnym (gładkiej ściany), aby przedmioty w tle nie rozpraszały i nie zapraszały do snucia fantazji na temat mojego życia prywatnego – przejście [na spotkania] online było samo w sobie dość silnym dystraktorem w niektórych przypadkach, nie chciałam go jeszcze utrudniać” [resp. 127, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, I etap badań].

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

Przytoczone przykłady pokazują, że psychoterapeutki_ci dużą wagę przywiązywały_li do tła, które pojawiało się za nimi podczas sesji *online*. Najczęściej było ono neutralne, bez jakichkolwiek elementów nawiązujących do sfery życia prywatnego.

Również osoby, które uczestniczyły w psychoterapii, musiały sobie radzić z odsłanianiem swojej prywatności. Zdecydowanie najczęstszym „domowym gabinetem” dla pacjentów był pokój w ich mieszkaniu lub domu. Tak było w ponad 90% przypadków. Drugim w kolejności wskazywanym przez osoby badane miejscem, w którym znajdowała się osoba, która była w procesie terapeutycznym, był samochód („często” z takiej opcji korzystało 13% pacjentek_ów/klientek_ów, zaś „od czasu do czasu” 32%). Wydaje się, że o ile pokój w miejscu zamieszkania był najbardziej naturalnym miejscem na sesje terapeutyczne – zapewniającym komfort czy niezbędną intymność, o tyle sesje z samochodu były zapewne mniej komfortowe, ale dawały pacjent(k)om/klient(k)om poczucie intymności i tego, że nikt z domowników nie będzie przeszkadzał w sesji i, co również niewykluczone, że nie będzie podsłuchiwał tego, co podczas sesji się dzieje. Podobnie należy rozumieć sesje, podczas których pacjentki_ci/klientki_ci przebywały_li na wolnym powietrzu. Na takie doświadczenie odpowiedź „często” wskazało 2,2% badanych, a „od czasu do czasu” 23,2% ankietowanych. Badanych zapytaliśmy też o inne miejsca, z których ich pacjentki_ci/klientki_ci komunikowały się z nimi podczas sesji. Znalazły się wśród nich między innymi: traktor, stodoła czy duża szafa garderobiana z pełnym oświetleniem wewnątrz.

Zmiana w codziennych praktykach terapeutycznych była znacząca i dotyczyła kilku obszarów omówionych powyżej. Była też różnie oceniana. W trakcie badań pytaliśmy o to, jakie aspekty pracy terapeutycznej *online* były łatwiejsze, a jakie trudniejsze w porównaniu z pracą w gabinecie. Badani „dość stanowczo nie zgadzali się” i „nie zgadzali się” z dwoma stwierdzeniami: (1) praca terapeutyczna (*online*) była trudna ze względu

na konieczność nauczenia się korzystania z aplikacji/urządzenia. Zdecydowanie z takim stwierdzeniem nie zgadzało się 32,6% badanych, a odpowiedź „raczej nie” wybierało 38,9% badanych – łącznie to ponad 70% respondentek_ów. Podobnie było w przypadku pytania (2) o wewnętrzny opór psychoterapeutki_y przed pracą *online*. Badani stwierdzali, że „zdecydowanie takiego oporu nie mieli” (31,7%) lub „raczej takiego oporu nie mieli” (33,5%), co w sumie stanowi ponad 65% odpowiedzi. Oceniając efektywność pracy terapeutycznej, zdecydowana większość badanych (69,7%) na pytanie, czy praca terapeutyczna *online* była bardziej efektywna niż ta w gabinecie, odpowiedziała „ani tak, ani nie”, co oznacza, że badane przez nas osoby w większości nie miały zastrzeżeń do efektywności czy skuteczności pracy terapeutycznej (22,2% udzieliło odpowiedzi „raczej nie”, a 4% „zdecydowanie nie”).

Warto także zwrócić uwagę na odpowiedzi, które dotyczyły tego, czy praca *online* była bardziej męcząca niż ta w gabinecie. Prawie połowa naszych badanych oceniła, że dla ich klientek_ów praca *online* była podobnie obciążająca jak ta w gabinecie. Na pytanie, czy praca *online* była bardziej męcząca dla pacjentek_ów/klientek_ów, blisko połowa badanych (44,3%) odpowiedziała „ani tak, ani nie” – podobna część respondentek_ów wybrała odpowiedzi „raczej tak” (26,2%) i „raczej nie” (23%). W tym kontekście interesujące wydają się odpowiedzi badanych dotyczące stwierdzenia: „Praca *online* była bardziej męcząca dla mnie”. Blisko 70% respondentek_ów wybrało odpowiedzi: „zdecydowanie tak” (33,5%) i „raczej tak” (34,4%). Jak można było się spodziewać po odpowiedziach, których badani udzielali w odniesieniu do poprzednich pytań, blisko 70% respondentek_ów ceniło sobie większą elastyczność w ustalaniu terminów sesji – „zdecydowanie tak” 24,4% i „raczej tak” 43%.

5.3. Praktyki ochronne – po powrocie do gabinetu

Psychoterapeutki_ci po okresie *lockdownu* wracali do swoich gabinetów. Najczęściej czynili to po dwóch lub trzech miesiącach. Czerwiec 2020 roku ze względu na spadek liczby zakażonych, a także zawieszenie najsurowszych restrykcji pandemicznych, był czasem powrotu do gabinetów terapeutycznych. Wiele osób prowadziło psychoterapię hybrydowo (stacjonarnie i *online*), w zależności od stanu zdrowia pacjentek_ów/klientek_ów. Kolejne zaostrzenie sytuacji związane ze znacznym wzrostem zachorowań na przełomie 2020 i 2021 roku spowodowało częstsze wykorzystywanie narzędzi internetowych.

Powrót od pracy stacjonarnej wymusił na psychoterapeut(k)ach zastosowanie praktyk ochronnych. W gabinetach pojawiły się przedmioty (maseczki, przyłbice czy urządzenia do ozonowania powietrza), których wcześniej tam nie było. Zapytaliśmy badane osoby, jakie środki bezpieczeństwa sanitarnego związane z ryzykiem zarażenia się koronawirusem zastosowały po powrocie do pracy w gabinecie. W tabeli 14 uporządkowaliśmy je w kolejności od najczęściej stosowanych.

Tabela 14. Środki bezpieczeństwa sanitarnego zastosowane po powrocie do pracy w gabinecie

Zastosowane środki	Odsetek badanych				
	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Wietrzenie gabinetu	3,5	0,0	2,8	11,0	82,4
Dezynfekcja rąk przed sesją i po niej	1,4	2,1	4,9	16,2	75,3
Odległość pomiędzy osobami w gabinecie większa niż 2 metry	3,5	2,8	2,8	14,0	76,8
Dezynfekcja klamek	3,5	4,9	13,4	25,4	52,8
Dezynfekcja foteli/krzesel	23,2	10,6	10,6	21,8	33,8
Brak możliwości korzystania z poczekalni	33,1	12,7	8,4	14,1	31,7
Używanie maseczki podczas sesji przez pacjentkę_a/klientkę_a	40,8	23,2	13,4	13,4	9,1
Brak możliwości płacenia gotówką	49,3	11,3	14,8	13,5	11,3
Używanie przyłbicy podczas sesji przez terapeut(k)ę	60,6	8,4	9,1	8,4	13,4
Używanie maseczki podczas sesji przez terapeut(k)ę	56,3	14,8	9,1	8,4	11,3
Używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjentkę_a/klientkę_a	63,4	18,3	8,4	6,3	3,5
Torebki na zużyte chusteczki zabierane po sesji przez pacjentów	81,0	6,3	2,8	3,5	6,3
Urządzenie do oczyszczania powietrza	84,5	4,9	3,5	3,5	3,5
Szyba pleksi pomiędzy terapeut(k)ą a pacjentką_em/klientką_em	90,1	5,6	1,4	0,0	2,8
Folia nakładana na fotele/krzesła	93,7	4,2	0,0	0,7	1,4
Inne	81,0	0,7	0,7	3,5	14,0

Źródło: badania własne, etap I.

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

Interesujące są środki wykorzystywane przez psychoterapeutki_ów, opisane w pytaniu otwartym jako „inne”, ze wskazaniem odpowiedzi „zawsze”. Należało do nich: używanie myjki parowej do odkażania foteli, niekorzystanie z kuchni, deklaracja pacjentki_a/klientki_a o stanie zdrowia, używanie maseczki czy przyłbicy w częściach wspólnych, dodatkowy wentylator, deklaracje pisemne dotyczące stanu zdrowia pacjentki_a/klientki_a, przechodzenie pacjentek_ów tuż przed sesją (nie więcej niż 2 minuty wcześniej), brak przywitania przez podanie rąk, mierzenie temperatury, otwarte okno przez cały czas trwania sesji, uruchomienie możliwości płacenia kartą, brak dystrybutora z wodą dla pacjentek_ów/klientek_ów, dezynfekowanie długopisów i podkładek oraz dłuższe przerwy pomiędzy sesjami.

W czasie trwania kolejnych etapów badań deklarowane przez respondentki_ów rodzaje zabezpieczeń i ich popularność nie zmieniały się znacząco. Warto zauważyć jednak, że mniej osób deklarowało zachowanie odległości pomiędzy osobami w gabinecie. Odpowiedź „nigdy” wybierało 3,5% badanych w pierwszym etapie badań, a 8,8% w trzecim etapie. Spadła też znacząco liczba osób używających przyłbicy: na pytanie o używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjentkę_a/klientkę_a „nigdy” odpowiedziało 63,4% badanych w pierwszym etapie i 91,9% w trzecim etapie (było to zapewne związane z informacją o nieskuteczności przyłbicy jako środka zabezpieczającego przed przenoszeniem koronawirusa). Wzrosła natomiast liczba wskazań na urządzenia do oczyszczania powietrza. W pierwszym etapie „zawsze” lub „często” takich urządzeń używało 7%, w trzecim etapie 28,8% badanych.

5.4. Superwizje

Superwizje stanowią nieodzowny element pracy psychoterapeutek_ów. Interesował nas zatem wpływ pandemii na ten obszar aktywności osób wykonujących pracę w obszarze psychoterapii. Biorąc pod uwagę obciążenia wynikające z sytuacji pandemii, doświadczane zarówno przez terapeutki_ów, jak i klientki_ów, zapytaliśmy badanych o ich zapotrzebowanie na superwizję w dobie koronawirusa. Około jedna trzecia respondentek_ów

(35,6%) zadeklarowała większą niż zwykle potrzebę superwizowania swojej pracy¹⁸³, choć większość spośród nich stanowiły osoby odczuwające umiarkowaną zmianę w tym zakresie. Trochę ponad 60% badanych deklarowało taką samą jak zwykle potrzebę superwizji, a niespełna 4%¹⁸⁴ potrzebowało superwizji w mniejszym stopniu niż zwykle. Zdecydowana większość ankietowanych (65%) stwierdziła z kolei, że dostęp do superwizji był w czasie pandemii taki sam jak zwykle. Porównywalna liczba badanych uznała dostęp ten za łatwiejszy bądź trudniejszy niż zwykle.

Analizując wybrane aspekty organizacji superwizji w czasie pandemii w deklaracjach respondentek_ów, można stwierdzić, że psychoterapeuci biorący udział w badaniu w zdecydowanej większości uczestniczyli w superwizjach *online*. Około 70% ankietowanych zadeklarowało w pierwszym etapie naszych badań, że przynajmniej „czasami”¹⁸⁵ brało udział w superwizjach indywidualnych bądź grupowych za pośrednictwem Internetu, w kolejnych etapach sytuacja wyglądała dość podobnie. Z wyjątkiem pojedynczych przypadków respondenci nie uczestniczyli w superwizjach w bezpośrednim kontakcie („na żywo”). Pogłębiona analiza statystyczna otrzymanych danych pozwala stwierdzić, że jedynie około 6% badanych (co w praktyce oznacza pojedyncze przypadki) nie uczestniczyło w czasie pandemii w żadnej formie superwizji (tab. 15).

Tabela 15. Udział badanych psychoterapeutek_ów w poszczególnych formach superwizji w czasie pandemii

Formy superwizji, w których uczestniczyli badani w czasie pandemii	Odsetek badanych	
	od października 2020 do marca 2021 roku*	od października 2021 do lutego 2022 roku*
Indywidualne <i>online</i>	56,7	41,8
Indywidualne „na żywo”	16,2	37,5
Grupowe <i>online</i>	56,1	30,8
Grupowe „na żywo”	7,9	41,2

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

Źródło: badania własne, etapy I-III.

¹⁸³ Łączna liczba odpowiedzi „zdecydowanie bardziej niż zwykle” i „trochę bardziej niż zwykle”.

¹⁸⁴ Łączna liczba odpowiedzi „zdecydowanie mniej niż zwykle” i „trochę mniej niż zwykle”.

¹⁸⁵ Łączna liczba odpowiedzi „czasami”, „często” i „zawsze”.

W trakcie pierwszego etapu badań (lato 2020 roku), tj. w początkowej fazie pandemii, sprawdzaliśmy, czy badani doświadczyli nowych trudności związanych z sytuacją pandemii, które chcieli bądź musieli poddać superwizji. Analiza odpowiedzi na pytanie otwarte pozwala zrekonstruować najważniejsze kwestie. Należą do nich problemy związane z pracą *online* wskazywane przez ponad połowę badanych (51,1%). Wśród nich wskazano trudności z ustaleniem *settingu* terapeutycznego (technicznych warunków terapii), specyfikę kontaktu *online* i jej konsekwencje (np. brak kontaktu wzrokowego oraz wątpliwości, czy i w jaki sposób nowy rodzaj kontaktu wpłynie na więź pomiędzy terapeut(k)ą a klientką_em/pacjentką_em), brak wypracowanych standardów pracy *online* oraz opór przed tą formą pracy. Na drugim miejscu pod względem częstości wskazań (niepełna 30%) znalazły się problemy klientów związane z sytuacją pandemii, na trzecim (ponad 11% wskazań) lęk terapeuty. Pozostałe problemy, wskazywane w przybliżeniu przez 2–7% respondentek_ów, obejmowały: obciążenie psychiczne terapeutki_y, chaos i dysonans, obawę pacjentek_ów/klientek_ów przed pracą *online* (w tym między innymi obawę przed ujawnieniem poufnych informacji w Internecie), kwarantannę terapeutki_y, problemy organizacyjne w instytucjach, w których pracowali badani oraz zmęczenie terapeutki_y. Wątkiem, który zasługuje na uwagę, choć pojawił się tylko w jednej odpowiedzi, jest nadmierna koncentracja na treściach związanych z pandemią przy możliwym pomijaniu innych, również istotnych treści wnoszonych przez pacjentkę_a/klientkę_a (tab. 16).

Tabela 16. Problemy związane z pandemią poddawane superwizji przez badanych

Typ problemu	Odsetek badanych
Problemy związane z pracą <i>online</i> (<i>setting</i> terapeutyczny, specyfika kontaktu <i>online</i> , np. brak kontaktu wzrokowego w czasie sesji, brak standardów pracy <i>online</i> , opór przed pracą <i>online</i>)	51,1
Problemy klientek_ów/pacjentek_ów związane z pandemią (konsekwencje izolacji, lęk, doświadczenia straty, przemoc)	28,9
Lęk terapeuty	11,1
Obciążenie psychiczne terapeuty	6,7
Chaos, dysonans	4,4
Obawa pacjentek_ów/klientek_ów przed pracą <i>online</i> (obawa przed ujawnieniem informacji w Internecie)	4,4
Brak wsparcia przełożonych	2,2
Kwarantanna terapeutki_y	2,2

Problemy w instytucjach, w których pracowali badani	2,2
Nadmierna koncentracja na pandemii (możliwe pomijanie innych wątków) w terapii	2,2
Zmęczenie fizyczne terapeutki_y	2,2

Źródło: badania własne, etap I.

Lista problemów, z jakimi zmagali się badani w czasie pandemii, może zostać uzupełniona o dane uzyskane na podstawie odpowiedzi na pytanie skierowane do osób, które w warunkach pandemii uczestniczyły w superwizjach grupowych. Zostały one poproszone o wskazanie wyzwań, z jakimi musiały_li radzić sobie w warunkach pandemii psychoterapeutki_ci, które_rzy razem z respondent(k)ami uczestniczyły_li w grupowych spotkaniach superwizyjnych. Zestawienie tych problemów zostało zamieszczone w tabeli 17.

Tabela 17. Problemy związane z pandemią poddawane superwizji przez psycho-terapeutki_ów uczestniczące_ych wspólnie z badanymi w superwizjach grupowych

Typ problemu	Odsetek współuczestników superwizji
Problemy związane z pracą <i>online</i> (techniczne, <i>setting</i> , kontakt, brak standardów, dylematy, kiedy przejść na pracę <i>online</i> , a kiedy wrócić do gabinetu, ograniczenia związane ze stosowaniem określonych interwencji terapeutycznych w pracy <i>online</i>)	63,5
Lęk terapeuty	17,6
Problemy pacjentek_ów/klientek_ów, ze szczególnym uwzględnieniem nasilenia lęku	14,1
Utrata pacjentów	12,9
Spiętnienie obowiązków zawodowych i rodzinnych	9,4
„Problemy takie same jak moje”	9,4
Zmniejszenie możliwości zarobkowania (obawa o finanse)	9,4
Problemy wynikające z przebywania w domu podczas sesji (trudności mieszkaniowe, zakłócenia wynikające z obecności domowników, problem poufności w sytuacji, gdy inne osoby są w domu)	7,1
Zmęczenie terapeuty	4,7
Izolacja, poczucie samotności terapeuty	3,5
Praca w środkach ochrony osobistej	3,5
Stres terapeuty	2,4

„Problemy takie jak zawsze”	2,4
Opór pacjentów przed pracą <i>online</i>	1,2
Konieczność pracy kontaktowej (na oddziale szpitalnym)	1,2
Zakażenie COVID-19 wśród pacjentów	1,2
Nagła zmiana	1,2

Źródło: badania własne, etap I.

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

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

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

Ponadto bardziej rozbudowane wypowiedzi poddane analizie jakościowej pozwalają badać związki pomiędzy różnymi problemami, które na poziomie analizy ilościowej ujmowane są osobno. Najważniejszy wątek zrekonstruowany na podstawie powyższej analizy dotyczy podobieństwa sytuacji psychoterapeutek_ów oraz pacjentek_ów/klientek_ów. Zarówno jedni, jak i drudzy znaleźli się w sytuacji zaburzającej poczucie bezpieczeństwa, wymagającej dostosowania się do szybkiej, radykalnej zmiany, godzenia różnorodnych obowiązków, radzenia sobie z izolacją, napięciami pojawiającymi się w kontekście interpersonalnym oraz z własnym lękiem. W badanych wypowiedziach pojawiły się refleksje na temat trudności emocjonalnych wynikających z podobieństwa problemów doświadczanych aktualnie przez terapeutki_ów i pacjentki_ów/klientki_ów. Oto fragmenty narracji reprezentatywne dla tej kategorii:

„Podobieństwo doświadczeń i emocji do tych przeżywanych przez pacjentów. Konieczność pomieszczenia większej ilości lęku (pacjentów i własnego)” [resp. 196, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, I etap badania].

„Własny lęk przed koronawirusem (utrata zdrowia, życia, utrzymania lub niezachowania dystansu) plus wzrost poziomu lęku u pacjentów” [resp. 42, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, I etap badania].

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

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

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

Interpretując dane dotyczące podobieństwa lękotwórczych doświadczeń terapeutów i pacjentek_ów/klientek_ów, należy postawić pytanie, w jaki sposób podobieństwo to wpływa na proces psychoterapii. Z jednej strony bowiem doświadczanie własnego lęku może być potęgowane przez lęk pacjenta, co w pewnych warunkach może skutkować mechanizmami obronnymi powodującymi mniejsze zaangażowanie w kontakt

z pacjentem. Z drugiej strony aktualna wspólnota doświadczeń wzmacnia empatię¹⁸⁶ oraz uruchamia procesy (np. przeciwprzeniesienia), które mogą być z powodzeniem wykorzystywane w procesie terapeutycznym.

Uczestniczące_y w badaniach psychoterapeutki_ci korzystające_y z superwizji grupowej zostały_li również poproszone_eni o wskazanie, co na podstawie kontaktu z innymi psychoterapeut(k)ami stanowiło pozytywne zaskoczenie w kontekście pracy w czasie pandemii. W swoich odpowiedziach badani odnosili się przede wszystkim do możliwości, jakie stwarza praca *online*. Główne wątki poruszane przez respondentki_ów dotyczyły: efektywności pracy *online* porównywanej z pracą w bezpośrednim kontakcie, możliwości prowadzenia pogłębionej pracy *online*, większej intensywności pracy terapeutycznej (choć na nią wpływ ma nie tylko kontakt *online*, lecz także podobieństwo doświadczeń terapeutek_ów i klientek_ów/pacjentek_ów), większej niż spodziewana otwartości pacjentek_ów/klientek_ów w pracy *online*. Respondentki_ci wskazywały_li również na siłę rezyliencji i poprawę funkcjonowania niektórych pacjentek_ów w czasie izolacji związanej z pandemią (dotyczyło to między innymi osób z fobią społeczną) oraz na poprawę samopoczucia wynikającego ze zmniejszenia tempa życia i obciążenia pracą, zbliżenia z rodziną i zmniejszenia lęku społecznego. W niektórych wypowiedziach pojawił się też wątek mniejszego zmęczenia terapeutów (choć wyżej omawiane dane wskazują, że równocześnie zmęczenie było doświadczane przez badanych jako problem). Niespójność

¹⁸⁶ Ze współczesnych badań nad empatią wynika, że najbardziej empatyczne zachowania przejawiają osoby przeżywające podobne trudności w tym samym czasie. Z kolei rozbieżność czasowa podobnych doświadczeń powoduje zjawisko „luki empatycznej”. Polega ono na przywoływaniu w pamięci trudnych doświadczeń z przeszłości na zasadzie poznawczych reprezentacji (np. „pamiętam, że było trudno”) przy równoczesnym braku umiejętności przywołania towarzyszących im emocji (uczuc). Równocześnie własne porządzenie sobie z określonym problemem sprawia, że jednostki zaczynają go postrzegać jako sytuację, którą można bez trudu przezwyciężyć, co zmniejsza empatię wobec osób aktualnie zmagających się z podobnym problemem. Por. R.L. Ruttan, M.-H. McDonnell, L.F. Nordgren, *Having „been there” doesn’t mean I care: When prior experience reduces compassion for emotional distress*, „Journal of Personality and Social Psychology” 2015, vol. 108(4), ss. 610–622, <http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000012>; L. Van Boven, G. Loewenstein, D. Dunning, L.F. Nordgren, *Changing Places: A Dual Judgment Model of Empathy Gaps in Emotional Perspective Taking*, „Advances in Experimental Social Psychology”, Academic Press, New York 2013, ss. 117–171, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407188-9.00003-X>; A. Postoła, *Nie umiemy współczuć. Skąd ten brak empatii?*, „Gazeta wyborcza”, 24.11.2015, <http://wyborcza.pl/1,145452,19234124,nie-umiemy-wspolczuc-skad-ten-brak-empatii.html>, dostęp: 23.08.2024; M. Frąckowiak-Sochańska, *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia...*, ss. 583–584.

ta wskazuje, że należy brać pod uwagę szerszy kontekst pracy *online* – liczbę klientek_ów/pacjentek_ów, obszar pracy terapeutycznej, ilość i jakość obowiązków pozazawodowych. Ilościowe opracowanie analizowanych danych zostało zawarte w tabeli 18.

Tabela 18. Pozytywnie zaskakujące doświadczenia wynikające z pracy terapeutycznej w warunkach pandemii

Jakie doświadczenia osób uczestniczących z Panią_Panem w grupowych spotkaniach superwizyjnych były dla Pani_Pana pozytywnie zaskakujące?	Odsetek badanych
Pozytywne zaskoczenia związane z pracą terapeutyczną <i>online</i> (efektywność pracy <i>online</i> porównywalna z efektywnością pracy w bezpośrednim kontakcie, praca łatwiejsza, niż zakładano, możliwość pogłębionej pracy terapeutycznej, większa intensywność procesów terapeutycznych, otwartość pacjentek_ów/klientek_ów)	50,9
Wspólnota doświadczeń terapeutek_ów oraz wzajemne wsparcie z nich wynikające	21,1
Chęć pracy <i>online</i> (zarówno terapeutek_ów, jak i klientek_ów/pacjentek_ów)	14,0
Pozytywne efekty zwolnienia tempa życia oraz siła rezyliencji (zmniejszenie intensywności lęku społecznego, większa otwartość lękowych pacjentów, mniej stresu, mniejsze obciążenie pracą, zbliżenie z rodziną)	14,0
Dobre dostosowanie się do nowych warunków	3,5

Źródło: badania własne, etap I.

Biorąc pod uwagę dane przytoczone w tabeli 18, można założyć, że pozytywne doświadczenia z pracą *online*, pomimo początkowych obaw, w powiązaniu z poczuciem wsparcia płynącego ze wspólnoty doświadczeń innych terapeutek_ów i motywacją do pracy z wykorzystaniem metod zdalnych podzielaną przez terapeutki_ów i klientki_ów/pacjentki_ów, pozwalają formułować optymistyczne prognozy dotyczące dostępności pomocy terapeutycznej w warunkach pandemii. Dostępność pomocy poprzez komunikatory internetowe pozwala między innymi przełamywać dotychczasowe ograniczenia związane z nierównymi możliwościami skorzystania ze wsparcia psychoterapeutycznego mieszkańców zróżnicowanych skupisk ludności (osoby mieszkające w dużych miastach były poprzednio pod tym względem uprzywilejowane w porównaniu z mieszkającymi w średnich i małych miastach oraz na wsiach).

W badaniach zamierzaliśmy również uwzględnić perspektywę superwizorów psychoterapii. Ponieważ takich osób w badanej próbie, w pierwszym

etapie badań, było jedynie 10¹⁸⁷, ich odpowiedzi zostały poddane analizie jakościowej. Superwizorzy wskazywali zarówno największe wyzwania, jak i pozytywne zaskoczenia związane z doświadczeniami osób korzystających z ich wsparcia superwizyjnego. Ich obserwacje potwierdzają zaprezentowane wcześniej dane odnoszące się do lęku odczuwanego przez psychoterapeutki_ów (w tym lęku związanego z niemożnością zarobkowania), obaw i realnych trudności wynikających z pracy *online* (akcentowany był przede wszystkim wątek konieczności ustalenia zasad i standardów tej formy pracy) oraz obciążeń wynikających z konieczności łączenia obowiązków zawodowych i rodzinnych (zwłaszcza tych związanych z opieką nad dziećmi i organizacją ich edukacji w warunkach domowych). Nowy w stosunku do wyżej omówionych wątek dotyczył trudności w odróżnieniu oporu pacjentów od realnej niechęci oraz niemożności brania udziału w terapii *online*.

Wypowiedzi superwizorów potwierdziły także opinie psychoterapeutek_ów na temat potencjału, jaki niesie za sobą praca *online* w warunkach domowych. Interesujący wątek z tym związany został zawarty w następującej wypowiedzi:

„to że mogą pozostać w domu, że w związku z tym zdrowotnie są bezpieczni, [sprawiło, że] część pacjentów łatwiej ujawniła sprawy, o których wcześniej nie mówiła” [resp. 97, psychoterapeutka, superwizorka pracująca w nurcie psychodynamicznym, I etap badania].

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

„Większość z nich w rzeczywistości poczuła się lepiej podczas pandemii niż przed. De facto odpoczęli. Większość po krótkim self-experience i przeszkoleniu w Instytucie bez kłopotu przestawiła się na online” [resp. 50, psychoterapeutka, superwizorka pracująca w nurcie integracyjnym, I etap badania].

Zmiany w praktykach psychoterapeutycznych, jakie mogliśmy zaobserwować podczas badań, dotyczyły przede wszystkim konieczności dostosowania się do warunków pracy *online*. Pozostałe konsekwencje sytuacji pandemicznej dla praktyk terapeutycznych wynikały ze zmiany formuły pracy oraz zagrożeń płynących z samej pandemii i obostrzeń, które w związku z nią zostały wprowadzone.

¹⁸⁷ W kolejnych etapach było to odpowiednio: 14 superwizorek_ów i aplikantek_ów superwizji w drugim etapie oraz 28 superwizorek_ów i aplikantek_ów superwizji w trzecim etapie.



Rozdział 6

PROBLEMY ZWIĄZANE Z PANDEMIĄ ZGŁASZANE PRZEZ OSOBY KORZYSTAJĄCE Z PSYCHOTERAPII

6.1. Nowe zgłoszenia związane z pandemią

We wszystkich trzech etapach badań psychoterapeutki_ci zostały_li zapytane_i, czy, a jeśli tak, to jak często, zgłaszały_li się do nich nowe_i pacjentki_ci/klientki_ci z problemami, które były definiowane jako związane z pandemią.

Odsetek badanych, którzy przynajmniej czasami mieli do czynienia z taką sytuacją, wzrósł z niespełna 46%¹⁸⁸ w pierwszym etapie badań (od 10 sierpnia do 30 września 2020 roku) do 58%¹⁸⁹ w drugim etapie (od 30 grudnia 2020 do 12 marca 2021 roku). W trzecim etapie (od 20 stycznia do 15 czerwca 2022 roku) odsetek ten wynosił nieznacznie mniej – nieco ponad 57%¹⁹⁰. Równocześnie odsetek osób, które nigdy nie miały do czynienia ze zgłoszeniami nowych pacjentek_ów/klientek_ów z problemami powiązanych z pandemią, spadł z 31% w pierwszym etapie do prawie 11% w drugim etapie, a następnie do niespełna 9% w trzecim etapie badań (wykres 1).

W pierwszym etapie badań osoby pracujące psychoterapeutycznie odpowiadały również na pytanie otwarte, pozwalające ustalić typy problemów związanych z sytuacją pandemii zgłaszanych przez nowe osoby poszukujące wsparcia oraz oszacować ich częstotliwość. Wyniki analizy danych zostały zawarte w tabeli 19.

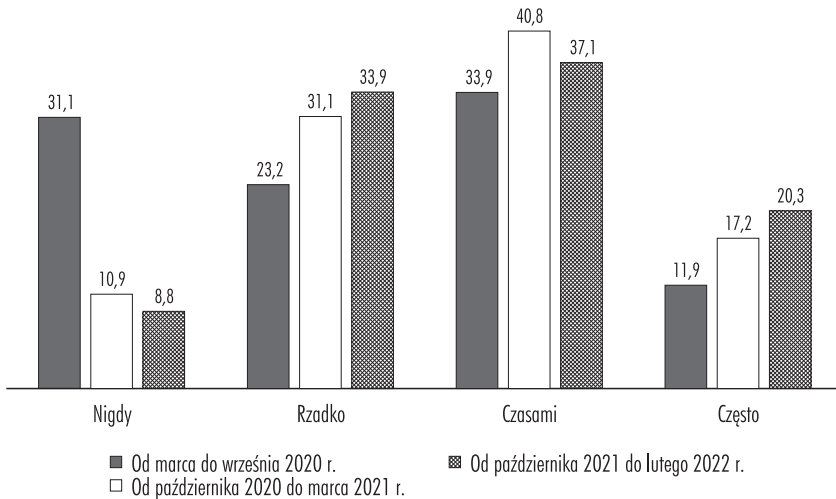
Najczęściej (prawie 88%) wskazywany problem stanowił lęk, który był najbardziej szczegółowo konceptualizowany spośród wszystkich deklarowanych trudności związanych z pandemią, z jakimi zgłaszały_li się nowe_i pacjentki_ci/klientki_ci. Problemy związane z lękiem obejmowały ogólnie

¹⁸⁸ Łączna liczba odpowiedzi „czasami” i „często”.

¹⁸⁹ Łączna liczba odpowiedzi „czasami” i „często”.

¹⁹⁰ Łączna liczba odpowiedzi „czasami” i „często”.

Czy w czasie pandemii zgłaszały_Li się do Pana_Pani nowe_i pacjentki_ci\klientki_ci z problemami, które były przez nich definiowane jako związane z sytuacją pandemii?
(w %)



Wykres 1. Ocena częstotliwości zgłoszeń nowych pacjentek_ów/klientek_ów z problemami związanymi z sytuacją pandemii w trzech etapach badań

Źródło: badania własne, etapy I–III.

ujmowane reakcje lękowe, lecz także konkretne zaburzenia klasyfikowane w systemach diagnostycznych: lęk społeczny, fobie, PTSD, ataki paniki, lęk uogólniony. Lęk był charakteryzowany również przez jego treść (przedmiot): zdrowie własne lub bliskich, lęk przed śmiercią, lęk przed wykonywaniem pracy w warunkach zagrażających zdrowiu, utratą pracy i pogorszeniem sytuacji finansowej oraz lęk związany z niepewnością przyszłości. Pandemia naruszyła zatem najistotniejsze podstawy bezpieczeństwa ontologicznego, czyniąc otaczającą rzeczywistość nieprzewidywalną i zagrażającą wobec życia, zdrowia i materialnych podstaw egzystencji.

W pierwszym etapie badań (od 10 sierpnia do 30 września 2020 roku) stosunkowo nowym doświadczeniem było zamknięcie (*lockdown*). W jego konsekwencji nasileniu ulegały problemy w relacjach z osobami przebywającymi stale w ograniczonej przestrzeni: napięcia i konflikty z bliskimi, kryzys w związku, agresja i przemoc, problemy wychowawcze rodziców, trudności w łączeniu aktywności wszystkich osób przebywających równocześnie w domu.

Tabela 19. Częstość zgłoszeń poszczególnych typów problemów związanych z sytuacją pandemii w opiniach badanych psychoterapeutów od początku pandemii do końca września 2020 roku

Typ problemu	Odsetek badanych, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie otwarte (n = 89)
1. Lęk	87,6
lęk ujmowany ogólnie	34,8
konkretne zaburzenia lękowe: fobie społeczne i specyficzne, PTSD, ataki paniki, lęk uogólniony	7,9
lęk mający określoną treść	44,9
lęk o zdrowie swoje i bliskich	19,1
lęk przed śmiercią	3,4
lęk przed wykonywaniem pracy w warunkach zagrażających zdrowiu	2,2
lęk przed utratą pracy i pogorszeniem sytuacji finansowej	10,1
lęk związany z niepewnością – strach przed tym, co będzie	10,1
2. Problemy w relacjach potęgowane przez stałe przebywanie razem na ograniczonej przestrzeni	48,3
napięcia i konflikty w relacjach z bliskimi	28,1
trudności w łączeniu aktywności wszystkich osób przebywających razem w domu	1,1
agresja i przemoc	4,5
kryzys w związku	12,4
problemy wychowawcze rodziców	2,2
3. Doświadczenia straty i żałoby	15,6
śmierć bliskiej osoby z powodu COVID-19	1,1
śmierć bliskiej osoby z powodu utrudnionego dostępu do służby zdrowia w czasie pandemii	1,1
brak możliwości towarzyszenia osobie chorej lub umierającej z powodu procedur wprowadzonych na skutek pandemii	1,1
utrata pracy	9,0
brak dostępu do opieki zdrowotnej	2,2
roztęka z bliskimi	1,1

cd. tab. 19

Typ problemu	Odsetek badanych, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie otwarte (<i>n</i> = 89)
4. Nadużywanie substancji psychoaktywnych	10,1
5. Dekompensacja i nawrót wcześniej doświadczanych problemów psychicznych	10,1
6. Zaburzenia psychosomatyczne i zaburzenia snu	9,0
7. Zaburzenia nastroju (depresja)	7,9
8. Poczucie osamotnienia	7,9
9. Problemy dzieci i młodzieży	7,9
problemy związane z edukacją zdalną	3,4
zaburzenia jedzenia	1,1
problemy w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym dzieci i młodzieży	3,4
10. Trudności adaptacyjne	5,6
11. Kryzys egzystencjalny	4,5
12. Spiętnienie obowiązków, trudności w łączeniu obowiązków zawodowych i rodzinnych	3,4
13. Obciążenia związane z pracą w służbach medycznych	2,2
14. Problemy okołoporodowe	1,1

Źródło: badania własne, etap I.

Część osób doświadczyła straty i/lub żałoby już we względnie wczesnym okresie pandemii. W tym kontekście relatywnie najczęstszym doświadczeniem była utrata pracy. Inne doświadczenia miały charakter silnie traumatyzujących i obejmowały: śmierć bliskiej osoby z powodu COVID-19 lub z powodu utrudnionego dostępu do służby zdrowia w czasie pandemii, brak możliwości towarzyszenia osobie chorej lub umierającej z powodu procedur wprowadzonych na skutek pandemii. Doświadczenia związane z utratą sieci wsparcia, które zmniejszyły zasoby i zdolności radzenia sobie z realną bądź potencjalną traumą, były definiowane w kategoriach rozłąki z bliskimi oraz utraty dostępu do opieki zdrowotnej.

Kolejne problemy związane z pandemią identyfikowane przez badanych jako powód zgłoszeń nowych klientek_ów/pacjentek_ów obejmowały:

nadużywanie substancji psychoaktywnych będące formą zagłuszania napięcia, dekompensację i nawrót wcześniej doświadczanych problemów psychicznych również wskazujące na nadmierne napięcie i nieskuteczność sposobów radzenia sobie w nowej, obciążającej sytuacji, zaburzenia psychosomatyczne i zaburzenia snu, zaburzenia nastroju (depresję), poczucie osamotnienia, trudności adaptacyjne i kryzys egzystencjalny.

Badane i wskazywały li osobną kategorię dotyczącą problemów dzieci i młodzieży, wśród których wymieniały li trudności związane z edukacją zdalną, zaburzenia jedzenia i ogólną kategorię problemów w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym (mogącą obejmować niewymieniane wprost zaburzenia lękowe i nastroju). Ponadto już w pierwszym etapie badań dały się zauważyć problemy związane z pełnieniem określonych ról społecznych: spiętrzenie obowiązków, trudności w łączeniu obowiązków zawodowych i rodzinnych, obciążenia związane z pracą w służbach medycznych, a także problemy okołoporodowe (wynikające z obostrzeń dotyczących opieki okołoporodowej w czasie pandemii). Wyniki te wpisują się w emocjonalny krajobraz pandemii, co zostało nakreślone w rozdziale drugim.

Na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte zadane respondent(k)om w pierwszym etapie badań skonstruowaliśmy kafeterię pytania zamkniętego wielokrotnego wyboru, które zadaliśmy osobom badanym w drugim i trzecim etapie badań. Dzięki temu możliwe jest porównywanie odpowiedzi i wskazywanie pewnych tendencji (tab. 20). Wyodrębnione kategorie dotyczyły odpowiedzi pojawiających się najczęściej w pierwszym etapie badań oraz odpowiedzi sformułowanych na tyle precyzyjnie, że na ich podstawie można było zbudować możliwie spójną klasyfikację.

Choć nie jest uprawnione porównanie odpowiedzi uzyskanych na pytania otwarte (I etap badań) i zamknięte (II i III etap badań), to zestawienie wyników uzyskanych we wszystkich trzech etapach badań (tab. 19 i 20) wskazuje pewną tendencję sprowadzającą się do zmniejszenia częstotliwości reakcji lękowych przy jednoczesnym wzroście depresyjnych pomiędzy pierwszym a drugim okresem i względnej stabilizacji osiągniętych wartości w okresie trzecim. W pierwszym etapie badań lęk był wymieniany najczęściej (prawie 88% respondentek ów), a zaburzenia nastroju (nasilenie depresyjności) dużo rzadziej (niespełna 8% badanych). W drugim i trzecim etapie badań najczęściej wymieniane były zaburzenia nastroju (nasilenie depresyjności), odpowiednio niespełna 48% i 44%, a lęk zajmował drugą pozycję (43% wskazań w drugim etapie badań i niecałe 42% w trzecim). Wyniki te można interpretować w kontekście koncepcji depresji stanowiącej odroczoną reakcję na długotrwały, nadmierny stres. Zgodnie z nią przezwlekły stres społeczny o dezadaptacyjnym natężeniu transformuje w lęk,

Tabela 20. Problemy związane z pandemią doświadczane przez nowe_ych klientki_ów/pacjentki_ów zgłaszające_ych się po pomoc w drugim i trzecim etapie badań

Czego dotyczyły problemy definiowane przez nowe_ych klientki_ów/pacjentki_ów jako związane z pandemią?	Odsetek badanych*	
	etap II	etap III
Zaburzenia nastroju (nasilenie depresyjności)	47,6	44,0
Lęk wywołany przez pandemię i/lub jej konsekwencje	43,0	41,8
Poczucie osamotnienia	41,8	39,1
Problemy w relacjach nasilone przez stałe przebywanie na ograniczonej przestrzeni	42,7	36,9
Negatywne reakcje na przedłużającą się sytuację pandemiczną	–	32,9
Doświadczenia straty i/lub żałoby będącej bezpośrednią lub pośrednią konsekwencją pandemii	20,7	25,2
Dekompensacja i nawroty wcześniejszych problemów na skutek stresu wywołanego pandemią i/lub jej konsekwencjami	28,7	24,3
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	17,1	15,1
Inne (rozłąka z dzieckiem, powikłania po przechorowaniu COVID-19, trudności w pracy, zwolnienia z pracy)	–	2,5

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

Źródło: badania własne, etapy II i III.

a przewlekły lęk – wobec dalszego przeciążenia doświadczanego przez jednostkę przy braku możliwości zastosowania strategii zaradczych – w objawy depresji¹⁹¹.

Ranking problemów relacjonowanych przez osoby uczestniczące w drugim i trzecim etapie badań przedstawia się bardzo podobnie¹⁹². Różnice pomiędzy częstotliwością wskazań poszczególnych pozycji w obu etapach sięgają maksymalnie 6 punktów procentowych. Ogólna tendencja, którą można zaobserwować na podstawie analizowanych danych, polega na nieznacznym zmniejszeniu częstotliwości większości problemów w trzecim etapie badań, z wyjątkiem doświadczeń straty i żałoby (które jako jedyne były wskazywane częściej w trzecim niż w drugim etapie badań). Oprócz zaburzeń nastroju – depresyjności (prawie 48% w drugim etapie i 44% w trzecim) oraz lęku wywołanego przez pandemię i/lub jej konsekwencje (odpowiednio 43% w drugim etapie i prawie 42% w trzecim)

¹⁹¹ S. Murawiec, P. Wierzbiński, *Depresja 2016*.

¹⁹² W drugim z omawianych okresów dodaliśmy kategorię „negatywne reakcje na przedłużającą się sytuację pandemiczną”.

relatywnie najczęściej deklarowane problemy dotyczyły poczucia osamotnienia (prawie 42% w drugim etapie wobec nieznacznie ponad 39% w trzecim) i problemów w relacjach nasilonych przez stałe przebywanie na ograniczonej przestrzeni (prawie 43% w drugim etapie wobec niecałych 37% w trzecim).

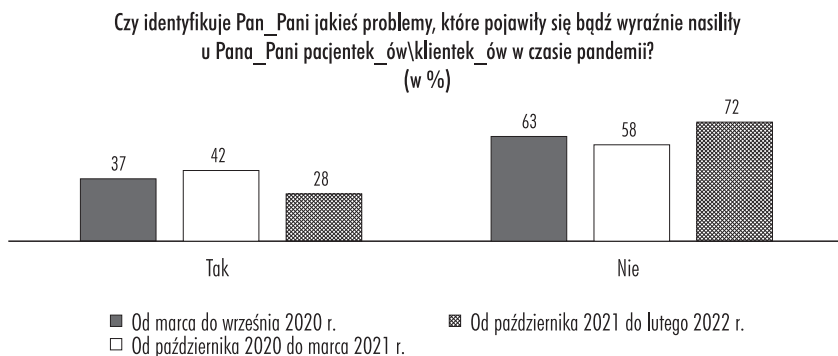
Problemy zgłaszane proporcjonalnie rzadziej przez nowe_ych pacjentki_ów/klientki_ów niż lęk, depresja, osamotnienie i trudności w relacjach dotyczyły straty i/lub żałoby będącej bezpośrednią lub pośrednią konsekwencją pandemii (prawie 21% w drugim etapie i ponad 25% w trzecim), choć w tym przypadku przedłużający się czas pandemii czynił bardziej prawdopodobnym doświadczenie jakiejś ważnej życiowej straty. Ponadto zmniejszyła się częstotliwość wskazywania dekompensacji i nawrotów wcześniejszych problemów na skutek stresu wywołanego pandemią (z prawie 29% w drugim etapie do nieco ponad 24% w trzecim) i nadużywania substancji psychoaktywnych (z około 17% w drugim etapie do około 15% w trzecim) (tab. 20). Wyniki te mogą wskazywać na to, że z jednej strony jednostki doświadczają względnej adaptacji do przedłużającej się pandemii, lecz z drugiej strony powszechniejsze stawało się doświadczenie różnego rodzaju strat, w tym żałoby, które z natury jest trudnym i długotrwałym procesem niosącym ryzyko dalszych kryzysów – traumatyzacji i retraumatyzacji.

6.2. Pojawienie się bądź nasilenie problemów w czasie pandemii u dotychczasowych klientek_ów/pacjentek_ów

W pierwszym etapie badań 37% respondentek_ów potrafiło zidentyfikować problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły w czasie pandemii u dotychczasowych pacjentek_ów/klientek_ów. Ich odsetek wzrósł do 42% w drugim etapie badań, a następnie spadł do 28% w trzecim etapie (wykres 2). Wyniki te można interpretować jako pośredni wskaźnik sinusoidalnej dynamiki stresu i jego pochodnych – wysokiego na początku pandemii, sięgającego apogeum w jej środkowej fazie i obniżającego się w ostatniej fazie.

We wszystkich trzech etapach badanym, którzy zidentyfikowali problemy pojawiające się bądź wyraźnie nasilające u dotychczasowych pacjentek_ów/klientek_ów w czasie pandemii zadaliśmy otwarte pytanie pozwalające ustalić, jakie były to problemy. Wyniki analizy odpowiedzi znajdują się w tabeli 21.

Z uzyskanych danych wynika, że osoby korzystające z psychoterapii najczęściej pod wpływem pandemii doświadczały nasilenia lęku,



Wykres 2. Odsetek psychoterapeutek _ów identyfikujących problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły u dotychczasowych klientek _ów/pacjentek _ów w czasie pandemii

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Tabela 21. Problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły w czasie pandemii u dotychczasowych klientek _ów/pacjentek _ów badanych psychoterapeutek _ów w trzech etapach badań

Typ problemu	Odsetek badanych*		
	etap I	etap II	etap III
Lęk	77,8	68,4	64,7
Trudności w relacjach	23,8	8,4	19,6
Poczucie izolacji (osamotnienia)	19,0	31,6	21,6
Depresja, obniżenie nastroju, bierność	12,7	36,9	31,4
Stres	7,9	16,8	3,9
Objawy psychosomatyczne	7,9	0,0	5,7
Agresja	4,8	16,3	3,9
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	1,6	3,2	1,9
Doświadczenia straty	0,0	0,0	3,9
Problemy zdrowotne pocovidowe: problemy z pamięcią i koncentracją, obniżenie kondycji fizycznej	0,0	0,0	3,9
Uzależnienia behawioralne, nadużywanie Internetu, portali społecznościowych	0,0	0,0	3,9
Zaburzenia odżywiania	0,0	0,0	1,9

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

Źródło: badania własne, etapy I–III.

trudności w relacjach, poczucia izolacji oraz obniżenia nastroju. Doświadczenia, w kontekście których opisywany był lęk, obejmowały symptomy konkretnych zaburzeń lękowych (np. zaburzeń lęku społecznego, fobii, uogólnionych zaburzeń lękowych) oraz były charakteryzowane przez wskazanie obiektów lęku (lęk przed śmiercią i chorobą – własną i bliskich, utratą pracy, stres związany z kryzysem finansowym, lęk o przyszłość). W drugim etapie badań zaobserwowaliśmy wyraźny spadek odsetka wskazań dotyczących lęku (o około 10 punktów procentowych) oraz wyraźny wzrost odsetka odpowiedzi dotyczących depresji (o około 24 punkty procentowe).

Sinusoidalną dynamikę – polegającą na wysokim natężeniu danego problemu w pierwszym etapie badań, spadku jego natężenia w drugim i ponownym wzroście w trzecim – odnotowaliśmy w przypadku trudności w relacjach i objawów psychosomatycznych. Odwrotny proces – sprowadzający się do relatywnie niższego natężenia określonej trudności w pierwszym etapie, wzroście jej natężenia w drugim i spadku w trzecim – dotyczył poczucia izolacji, obniżenia nastroju, doświadczania stresu, agresji oraz nadużywania substancji psychoaktywnych.

W dłuższej perspektywie czasowej (w trzecim etapie badań) pojawiły się natomiast takie problemy, jak: doświadczenia straty, problemy zdrowotne pocovidowe oraz uzależnienia behawioralne, w tym nadużywanie Internetu i portali społecznościowych.

Jakościowa analiza materiału badawczego pozwala wskazać konteksty doświadczanych problemów. Wśród kwestii wnoszonych na sesje przez pacjentki_ów/klientki_ów psychoterapeutki_ci wymieniały_li przewlekłe zmęczenie i wyczerpanie związane z długotrwałym dbaniem o sprawę innych osób, pełnieniem funkcji opiekuńczych wobec członków rodziny i pracą w trudnych warunkach. Pozostałe problemy to: wyobcowanie (związane zarówno z samotnością, jak i brakiem wspierających relacji w otoczeniu, pomimo bycia wśród ludzi), nieumiejętność konstruktywnego radzenia sobie ze złością wobec przedłużającej się frustracji, która często staje się problemem w kontekście relacji interpersonalnych. Problemy te mogą wzajemnie się wzmacniać.

Na stan emocjonalny osób zmagających się z pandemią, w tym osób pozostających w tym czasie pod opieką psychoterapeutyczną, oddziaływały również inne wydarzenia społeczno-polityczne, które zostaną omówione w kolejnych rozdziałach. Wielokrotne i wieloaspektowe doświadczanie destabilizacji i ryzyka traumatyzacji przez relatywnie długi czas może generować długoterminowe konsekwencje wykraczające poza sam tylko okres pandemii, której moment zakończenia nie był jeszcze znany w czasie, gdy realizowaliśmy badania.

6.3. Refleksje podsumowujące psychoterapeutek_ów

Ostatnie pytanie zamieszczone w kwestionariuszu stanowiło prośbę o podzielenie się przez osoby badane dodatkowymi refleksjami i komentarzami po wypełnieniu ankiety *online*. W tym miejscu odnosimy się do odpowiedzi udzielonych w trzecim etapie badań (od 20 stycznia do 15 czerwca 2022 roku), kiedy psychoterapeutki_ci miały_eli już najszerszy ogląd sytuacji pandemii z perspektywy własnej aktywności zawodowej. Jakościowa analiza wypowiedzi pozwoliła zidentyfikować najistotniejsze, powtarzalne wątki, których znaczna część dotyczyła kondycji psychicznej osób korzystających ze wsparcia psychoterapeutycznego oraz – szerzej – przypuszczalnej kondycji emocjonalnej społeczeństwa¹⁹³. Pierwszy z nich związany jest z relacjami pomiędzy: (1) sytuacją zewnętrzną, (2) stanem psychicznym klientek_ów/pacjentek_ów oraz (3) kondycją psychiczną osób pracujących psychoterapeutycznie i jest reprezentowany przez poniższą wypowiedź:

„Obawiam się w najbliższym czasie większej ilości klientów z PTSD oraz wypalonych pomaganiem wolontariuszy czy kolegów po fachu” [resp. 162, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym, etap III].

Refleksje badanych pozwalały także dostrzec szersze i głębsze mechanizmy społeczne pojawiające się w kontekście zbiorowej traumy:

„Istotne jest niewyrażenie żałoby na poziomie wspólnoty, zaprzeczenie faktowi, że w 2021 roku zmarło w Polsce pół miliona ludzi. Z tym powiązane jest poczucie niemożności wypowiedzenia, wyrażenia uczuć” [resp. 140, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Zarysowane powyżej mechanizmy mogą mieć wpływ na specyfikę problemów, które zarówno obecnie, jak i w przyszłości będą się uwidaczniać w gabinetach psychoterapeutycznych. Refleksja na ten temat jest zawarta w następującej wypowiedzi:

„Jestem na ten moment przytłoczona myślą na ten temat. Realnie jest tak, że pomoc psychologiczna/psychoterapeutyczna będzie potrzebna nam oraz całym pokoleniom, to już jest machina nie do zatrzymania” [resp. 168, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym, etap III].

Cytowana wypowiedź porusza również kwestię traumy transgeneracyjnej.

¹⁹³ Por. M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii i wojny w Ukrainie*, raport z badań, część trzecia, styczeń–lipiec 2022, Wydział Socjologii UAM, Poznań, ss. 66–69, https://socjologia.amu.edu.pl/images/MFS_MH_Raport_Psychoterapeutki_i_psychoterapeuci_cz_3.pdf, dostęp: 25.09.2024.

Osoby badane odnosiły się także do trudności wynikających z przeżywania silnych emocji przez terapeutki_ów i klientki_ów/pacjentki_ów w warunkach ogólnospołecznego kryzysu:

„Trudne było jednoczesne ogarnianie swoich bardzo silnych emocji wobec tych wydarzeń i emocji pacjentów (często różnych)” [resp. 220, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap III].

Psychoterapeutki_ci podkreślały_li przy tym dużo większe niż dotychczas natężenie lękowości i depresyjności pacjentek_ów/klientek_ów:

„Poziom lęku u osób korzystających z pomocy jest znacznie wyższy, często pojawia się poczucie bezradności” [resp. 192, psychoterapeutka pracująca w nurcie terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu, etap III].

„bardzo dużo młodzieży z problemami lękowymi i depresją” [resp. 122, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym, etap III].

Ponadto badani wskazywali na pewne spektrum problemów stanowiących konsekwencję powikłań po przechorowaniu COVID-19:

„Endogenna depresja i napady lęku panicznego jako konsekwencja przechorowania COVID-19. Objawy niespowodowane zasmucaniem się lub zastraszaniem, ale jako konsekwencja wirusa wpływającego na układ nerwowy” [resp. 213, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym, etap III].

Podsumowując, badania, które prowadziliśmy przez dwa i pół roku, dokumentują, że w gabinetach psychoterapeutycznych swoje odzwierciedlenie znajdują zarówno globalne problemy społeczne (pandemia, światowy kryzys gospodarczy), jak i bieżąca sytuacja polityczna w wymiarze międzynarodowym oraz krajowym. W związku z tym problemy skłaniające jednostki do poszukiwania wsparcia psychoterapeutycznego nie mogą być traktowane jedynie w kategoriach indywidualnych problemów życiowych. Uzasadnione jest zatem łączenie perspektywy psychologicznej i socjologicznej z perspektywą zdrowia publicznego, ekonomii i polityki społecznej zarówno na poziomie przewidywania aktualnych oraz przyszłych problemów zdrowia psychicznego, jak i prowadzenia badań naukowych pozwalających zwiększać zakres rozumienia powiązań pomiędzy jednostką a społeczeństwem¹⁹⁴, w tym związków między kryzysami społecznymi a kryzysami zdrowia psychicznego.

¹⁹⁴ Ibidem, s. 69.



Rozdział 7

PSYCHOTERAPIA – MIĘDZY POLITYCZNYM A OSOBISTYM¹⁹⁵. KONSEKWENCJE ORZECZENIA TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO Z 22 PAŹDZIERNIKA 2020 ROKU Z PERSPEKTYWY GABINETÓW PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH

7.1. Kontekst społeczno-polityczny

W pierwszym roku trwania pandemii, 22 października 2020 roku, Trybunał Konstytucyjny (TK) orzekł, że aborcja ze względu na „duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu” jest niezgodna z polską Konstytucją. Publikacja orzeczenia w Dzienniku Ustaw RP nastąpiła 27 stycznia 2021 roku. Orzeczenie to doprowadziło do masowych demonstracji pod szyldem Strajku Kobiet. Dla wielu uczestniczących w nich osób była to kontynuacja walki prowadzonej od 2016 roku, kiedy to 3 października (w tzw. Czarny Poniedziałek) odbyły się masowe manifestacje przeciwko obywatelskiemu projektowi ustawy „STOP Aborcji” autorstwa Instytutu Ordo Iuris). Wydarzenia te zapoczątkowały również powstanie wielu organizacji i grup skupionych na walce o prawa reprodukcyjne kobiet¹⁹⁶.

W 2020 roku, pomimo obostrzeń związanych z pandemią obejmujących zakaz zgromadzeń i nakaz ograniczenia bezpośrednich kontaktów społecznych, masowe protesty uliczne odbywały się w kilkuset dużych i małych miastach. Demonstracje te zostały uznane za jedne z największych po przełomie

¹⁹⁵ Tytuł rozdziału stanowi nawiązanie do klasycznej tezy feminizmu drugiej fali: „The Personal Is Political” (To, co osobiste, jest polityczne), wyrażonej przez Carol Hanisch. Zob. C. Hanisch, *The Personal Is Political Notes from the Second Year: Women’s Liberation 1970*, 2006, <https://webhome.cs.uvic.ca/~mserra/AttachedFiles/PersonalPolitical.pdf>, dostęp: 24.11.2021.

¹⁹⁶ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Zawodna-Stephan, A. Żurek, M. Brzozowska-Brywczyńska, A. Nymś-Górna, *Wstęp: socjologiczne spojrzenie na Strajk Kobiet*, „Studia Socjologiczne” 2022, t. 1(244), ss. 5–7, <http://doi.org/10.24425/sts.2022.140593>

politycznym w 1989 roku¹⁹⁷. Oprócz nich organizowano protesty samochodowe i rowerowe, blokady ulic oraz manifestacje w kościołach i przed nimi. Kobiety i ich sojusznicy pisali listy protestacyjne, umieszczali na budynkach, sklepach czy samochodach symbole sprzeciwu oraz wyrażali swoje poparcie w mediach społecznościowych. Wydarzenia związane ze Strajkiem Kobiet były przez miesiące relacjonowane przez media zarówno w kraju, jak i za granicą, wywołując dyskusje nie tylko na temat praw kobiet, ale także prawa obywateli do demonstrowania swoich poglądów oraz przemian wartości wśród polskiej młodzieży. Siła protestu zaczęła się wypalać po pewnym czasie, chociaż jeszcze dzień po opublikowaniu orzeczenia, 28 stycznia, manifestacje odbyły w kilkudziesięciu miejscowościach¹⁹⁸.

Równolegle w mediach, na forach i komunikatorach internetowych pojawiła się niezliczona ilość dramatycznych opowieści kobiet związanych z byciem w ciąży, poronieniami, powikłaniami okołoporodowymi, aborcjami itd. Kobiety były więc przez pewien czas zalewane intymnymi historiami relacjonującymi dramaty innych kobiet¹⁹⁹. Zarówno orzeczenie TK, jak i dostępność dramatycznych historii kobiet tworzyły warunki antycypowanej traumatyzacji, zastępczej traumatyzacji bądź retraumatyzacji współczesnych Polek²⁰⁰.

7.2. Emocje jako łącznik między sferą publiczną a doświadczeniami osobistymi

W drugim etapie badań (od 30 grudnia 2020 do 12 marca 2021 roku) zadaliśmy badanym psychoterapeut(k)om 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

¹⁹⁷ Według danych Ogólnopolskiego Strajku Kobiet demonstracje protestacyjne odbyły się w ponad pięciuset miejscowościach i wzięło w nich udział ponad 430 tysięcy osób, a około 100 tysięcy uczestniczyło w Marszu na Warszawę 30 października 2020 roku, https://pl.wikipedia.org/wiki/Protesty_przeciwko_zaostreniu_przepis%C3%B3w_dotycz%C4%85cych_aborcji_w_Polsce, dostęp: 19.04.2021.

¹⁹⁸ Ibidem.

¹⁹⁹ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Zawodna-Stephan, *Uwięzione między lękiem a gniewem? Powstanie i rozpad wspólnoty buntu w czasie protestów kobiet po wyroku Trybunału Konstytucyjnego*, „Studia Socjologiczne” 2022, t. 1(244), s. 17, <http://doi.org/10.24425/sts.2022.140594>

²⁰⁰ Szerzej na ten temat zob. ibidem.

choroby zagrażającej jego życiu» jest niezgodna z Konstytucją, oraz z protestami wobec tego orzeczenia?”. Otrzymaliśmy prawie 72% odpowiedzi twierdzących i nieznacznie ponad 28% przeczących. W kolejnym, otwartym pytaniu osoby badane zostały poproszone o ogólne zarysowanie tych wątków. Uzyskaliśmy 104 wypowiedzi, poddane następnie analizie jakościowej oraz ilościowej. Jakościowa analiza danych pozwala zidentyfikować zasadnicze kategorie oraz prześledzić relacje między nimi. Dzięki analizie ilościowej było możliwe określenie częstości, z jaką określone kategorie pojawiały się w wypowiedziach osób badanych.

Z przeprowadzonej analizy wynika między innymi, że orzeczenie Trybunału z 22 października 2020 roku było wydarzeniem, które na niespotykaną wcześniej skalę znalazło odzwierciedlenie w wątkach wnoszonych przez klientki_ów/pacjentki_ów na sesje terapeutyczne. Wskazują na to następujące wypowiedzi:

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

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

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

Wydarzenia związane z orzeczeniem TK oraz następującymi po nim protestami wpływały także na odwoływanie sesji, na co wskazuje poniżej cytowana, przykładowa wypowiedź:

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

Zdarzenia te stanowiły ponadto 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, jak w poniższej wypowiedzi:

„Oburzenie, wściekłość, protest, poczucie, że przelała się szala goryczy, poczucie solidarności, aktywizm, poczucie wspólnoty (siostrzeństwa)” [resp. 119, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap II].

Poczucie solidarności, o którym mowa, przekracza ramy wyznaczone przez cel protestu, jakim była walka z zaostrzeniem prawa aborcyjnego. Strajk Kobiet stał się „strajkiem niezadowolonych”, buntem nie jednej, ale wielu grup społecznych. Małgorzata Fuszara wspomina, że symbolem takiego rozumienia strajku jest jeden z transparentów z napisem „Anuszka już rozlała olej”, będący nawiązaniem do książki *Mistrz i Małgorzata* Michaiła Bułhakowa i stanowiący, jak mówi socjolożka, „złowieszczy przekaz dla rządzących – pewien proces się zaczął i się nie odwróci”²⁰¹.

Decyzja TK była z perspektywy osób korzystających ze 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, etap II].

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

Znaczna część wypowiedzi odnosi się do emocji doświadczanych przez klientki_ów/pacjentki_ów (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 (na przykład udziału w protestach lub planowania emigracji) bądź świadomych zaniechań (na przykład rezygnacji ze starania się o ciążę).

Na 104 analizowane wypowiedzi jedynie 3 dotyczyły zgłaszanego przez klientki_ów/pacjentki_ów lęku przed protestami i protestującymi oraz negatywnej oceny protestujących przez pryzmat własnych doświadczeń klientek_ów/pacjenteń_ów 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, etap II].

²⁰¹ M. Fuszara, *Feminizm stosowany, czyli bunt kobiet AD 2020*, wykład wygłoszony 28 stycznia 2021 roku w ramach Spotkań Mistrzowskich Instytutu Socjologii UJ, <https://www.youtube.com/watch?v=l2FIUHBnjnk>, dostęp: 16.11.2021. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, M. Zawodna-Stephan, *Uwięzione między lękiem a gniewem?...*, s. 27.

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

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

Dwie spośród 104 analizowanych wypowiedzi odnosiły się natomiast do zróżnicowania postaw klientek_ów/pacjentek_ów oraz braku jednoznacznego poparcia którejkolwiek z dwóch stron konfliktu:

„Udział w strajku kobiet (jedna pacjentka raz nawet odwołała sesję, bo tak było dla niej ważne, by pójść na strajk) i sprzeciw wobec tego strajku” [resp. 164, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap II].

„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, etap II].

Na potrzeby dalszej analizy przyjęliśmy założenie, że emocje stanowią powtarzalną w skali społecznej reakcję na oddziaływanie czynników ponadindywidualnych, a nie jedynie wewnątrzpsychiczne, jednostkowe doświadczenie afektywne. Oparliśmy się na koncepcji Jamesa Averilla, zgodnie z którą emocje są reakcjami całej osoby (a nie wyłącznie jej neurofizjologii lub procesów poznawczych wyabstrahowanych z sieci uwarunkowań społeczno-kulturowych), stanowią syndromy (obejmujące wielopoziomowe doświadczenia – cielesne, poznawcze, behawioralne, interpersonalne), którymi rządzą reguły społeczne i które pełnią różnorodne funkcje w systemie społecznym²⁰². Emocje wzbudzone przez czynniki ponadjednostkowe, ulokowane w sferze publicznej (politycznej), są doświadczane przez jednostki w powtarzalnej społecznie skali. Następnie przyczyniają się do tworzenia określonych relacji społecznych – łączą podmioty i obiekty emocji w powtarzalne układy. Nadają znaczenie relacjom i sytuacjom społecznym. Są źródłem konkretnych zachowań i motywacji do działań społecznych²⁰³, których skutki oddziałują zwrotnie (bezpośrednio lub pośrednio) na sferę

²⁰² J. Averill, *A Constructivist View of Emotions*, [w:] R. Plutchik, H. Kellerman (red.), *Emotion: Theory, research and experience*, Academic Press, New York 1980, ss. 305–339.

²⁰³ S. Ahmed, *Ekonomie afektywne*, tłum. M. Głosowicz, „Opcje” 2013, nr 2, ss. 16–22; M. Krajewski, *(Nie)nawidzenia. Świat przez nienawiść*, Universitas, Kraków 2020.

publiczną. Emocje łączą zatem na zasadzie sprzężenia zwrotnego to, co publiczne (polityczne), z tym, co prywatne (osobiste)²⁰⁴. Badania osadzone w kontekście psychoterapii pozwalają zrekonstruować, w jaki sposób emocje wzbudzone przez decyzję polityczną znajdują wyraz w wątkach wnoszonych przez klientki_ów/pacjentki_ów na sesje. Uważna analiza tychże wątków umożliwia rekonstrukcję mechanizmów wiążących to, co publiczne, z tym, co osobiste.

7.3. Lęk i jego konteksty

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 poniższa 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, etap II].

W zarysowanej 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 omnipotentnego, opiekuńczego obiektu. Złość i frustracja obecną sytuacją z perspektywy społecznej” [resp. 150, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap II].

Jak można założyć, źródłem lęku była nie tylko utrata autonomii i możliwości sprawczego podejmowania decyzji o własnym życiu, lecz także świadomość ryzyka traumatyzacji (na przykład w sytuacji bycia zmuszoną do donoszenia ciąży oraz porodu, po którym niezdolny do przeżycia poza organizmem kobiety płód umrze, lub znalezienia się w sytuacji zagrożenia życia na skutek komplikacji związanych z zaniechaniem procedur medycznych).

Analiza wątków związanych z lękiem wskazuje, że kontekst jego przeżywania był bardzo szeroki, obejmował zarówno życie osobiste, jak i relacje między jednostką a państwem i jego instytucjami. Lęk odnoszący się do sfery osobistej doświadczany był w kontekście teraźniejszości i przyszłości.

²⁰⁴ C. Hanisch, *The Personal Is Political...*

W analizowanych wypowiedziach zaznacza się lęk przed zajściem w ciążę, który zyskuje znacznie szerszy wymiar – lęku o życie i zdrowie własne oraz bliskich kobiet. 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/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, etap II].

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, etap II].

Jednostki przeżywały także 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, etap II].

Dalszą konsekwencję omawianych wydarzeń politycznych 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, etap II].

„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, etap II].

„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, etap II].

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

Z powyższych wypowiedzi wynika, że lęk dotyczy zarówno terażniejszości, jak i przyszłości. Wynika także z obniżenia (czy wręcz zniszczenia) zaufania do instytucji publicznych (o czym bardziej szczegółowo będzie mowa dalej). 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 lęku kobiet i par, które przed orzeczeniem Trybunału starały się o ciążę albo były w ciąży:

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

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

„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, etap II].

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. W tych warunkach niezwykle trudno jest o zachowanie spokoju, tak zalecanego osobom w ciąży bądź w trakcie starań o nią.

Badane i terapeutki ci wskazywały li także na retraumatyzację kobiet w kontekście ich przeszłych doświadczeń związanych z komplikacjami w ciąży oraz aborcją:

„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, etap II].

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

Powroty do doświadczeń z przeszłości wywołane aktualną sytuacją polityczną powodują lęk związany z przyszłością. Kwestię tę podnosi 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, etap II].

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

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

Lęk wiązał się nie tylko z kwestiami dotyczącymi prokreacji, lecz także z przyszłością zawodową. Nie był to jednak wątek dominujący, dotyczył bowiem jednostkowej wypowiedzi, która wszakże może odzwierciedlać doświadczenia szerszej kategorii osób²⁰⁵:

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

Wątki związane z lękiem odnosiły się też do antycypowanej przyszłości relacji obywatel(ka)–państwo. Przedmiotem lęku jest dalsze ograniczanie praw i wolności obywatelskich oraz możliwe represje. Analizowane wypowiedzi wskazują, że z perspektywy jednostek istnieje bezpośredni związek pomiędzy kontekstem prawnopolitycznym a ich życiem osobistym:

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

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

²⁰⁵ Prezentując jednostkowe wypowiedzi, przyjmujemy założenie metodologii teorii ugruntowanej Barneya G. Glasera i Anselma 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*, tłum. M. Gorzko, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2009, s. 29).

„Lęk 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, etap II].

„Lęk przed represjami” [resp. 18, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym, etap II].

Kolejnym kontekstem przeżywanego lęku były aktualne niepokoje społeczne i masowy konflikt po orzeczeniu Trybunału. Wskazują na to poniższe wypowiedzi:

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

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

Osoby badane wskazywały również pojawiające się na sesjach terapeutycznych wątki związane z obniżonym poczuciem bezpieczeństwa jednostek, wynikającym z braku zaufania wobec zróżnicowanych podmiotów – począwszy od państwa i jego instytucji, poprzez system służby zdrowia i jego pracowników, a skończywszy na obniżonym ogólnym zaufaniu społecznym, którego wyraz stanowią między innymi obawy jednej z respondentek, że jej wypowiedzi mogą zostać niewłaściwie wykorzystane. Oto wypowiedzi reprezentatywne dla tej kategorii:

„Lęk 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, etap II].

„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, etap II].

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, etap II].

Brak zaufania społecznego na masową skalę utrudnia, a wręcz uniemożliwia, skuteczne radzenie sobie z traumą społeczną i bieżącymi kryzysami. Odbudowywanie społecznego zaufania jest procesem długotrwałym, podatnym na zakłócenia i kryzysy. W związku z tym społeczna odpowiedzialność osób sprawujących funkcje publiczne powinna obejmować rozumienie mechanizmów niszczenia zaufania oraz świadomą aktywność mającą na celu zapobieganie tym mechanizmom.

7.4. Bezsilność jako reakcja na utratę sprawczości

Kolejna grupa wypowiedzi odnosiła się wprost do braku poczucia sprawczości. Opisy stanów afektywnych koncentrowały się na poczuciu bezsilności i bezradności w kontekście braku poszanowania praw jednostek przez rządzących:

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

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

Powyższe wypowiedzi zarysowują wizję relacji między obywatel(k)ami a rządzącymi. Sprowadzają się one do lekceważącego, nieopiekuńczego oraz nieuczciwego traktowania obywaterek_i przez rządzących.

Rządzący, odpowiedzialni za decyzję TK, jawią się jako sprawcy przemocy i opresji, kontrolujący i ograniczający wolność jednostek – postrzeganych jako poddane przymusowi:

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

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

W wypowiedziach badanych psychoterapeutek_ów pojawiały się także wątki wskazujące na poczucie uprzedmiotowienia kobiet oraz jego konsekwencje, między innymi w postaci obniżenia poczucia własnej wartości. Oto wypowiedzi reprezentatywne dla tej kategorii:

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

*„Sprzeciw wobec naruszenia dotychczasowego kompromisu związane-
go z aborcją, poczucie przedmiotowego traktowania i bycia pod presją”*
[resp. 132, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym,
etap II].

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

Wobec ograniczenia sprawczości i podmiotowości kobiet, które w skraj-
nej postaci było odczuwane jako dehumanizacja, jednym z wątków wnoszo-
nych na sesje terapeutyczne była bezradność, w istotny sposób powiązana
z lękiem. Doświadczenia te stanowiły podłoże silnego napięcia, znajdują-
cego wyraz między innymi w konfliktach interpersonalnych, oraz objawów
wycofania, na które wskazuje poniższa wypowiedź:

*„Wnoszone poczucie bezradności, lęk przed zostaniem w Polsce, bezrad-
ność egzystencjalna. Narastające konflikty interpersonalne, płaczliwość,
zapadanie w sen nawet do 18 godzin”* [resp. 137, psychoterapeutka pra-
cująca w nurcie psychodynamicznym, etap II].

W świetle powyższych danych należy przywołać koncepcję wyuczonej
bezradności Martina Seligmana²⁰⁶, zgodnie z którą bierność i wycofanie
stanowią reakcje 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 elemen-
tem klinicznego obrazu depresji. W omawianym przypadku nie są one jed-
nak wyłącznie osobistymi problemami jednostki, lecz stanowią adekwatną
reakcję na opresję o charakterze systemowym.

7.5. Złość jako reakcja na naruszenie granic oraz źródło motywacji do zaangażowania obywatelskiego

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

²⁰⁶ M. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć*, tłum. A. Jankowski, Media Rodzina,
Poznań 2002.

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

W świetle wypowiedzi osób badanych złość stanowi reakcję na niesprawiedliwość i łamanie praw obywatelskich oraz praw człowieka:

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

Emocje odczuwane w ramach spektrum złości jawią się także jako eksternalizowane, przeżywane kolektywnie, ustanawiające relacje solidarności pomiędzy osobami mającymi wspólny powód oraz obiekt złości, oburzenia czy wściekłości.

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

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

Jak wynika z zaprezentowanych danych, tłem przywoływanych emocji jest poczucie krzywdy i resentyment. Jak pisze Marc Ferro:

U podłoża resentymentu jednostki czy grupy społecznej zawsze można odnaleźć jakąś ranę, doznaną krzywdę, zniewagę czy traumatyczne przeżycie. Ktoś, kto czuje się ofiarą, nie może zareagować z powodu swojej bezsilności. Przeżuva więc niemożliwą do zrealizowania zemstę, która nie przestaje go dręczyć. Aż wreszcie eksploduje. Temu oczekiwaniu na odwet może towarzyszyć proces deprywacji wartości reprezentowanych przez opresora, a afirmacji wartości własnej wspólnoty, których ta ostatnia nie broniła dotąd w świadomy sposób. Dodaje to uciemieniom nowych sił, prowadząc do buntu, do rewolucji albo do odrodzenia się²⁰⁷.

Odczuwana w tym kontekście 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:

²⁰⁷ M. Ferro, *Resentyment w historii. Zrozumieć nasze czasy*, tłum. W. Prażuch, Czytelnik, Warszawa 2013, s. 14. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, M. Zawodna-Stephan, *Uwięzione między lękiem a gniewem?...*, s. 25.

„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, etap II].

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

W świetle powyższych wypowiedzi uwidacznia się mechanizm sprzężenia zwrotnego między sferą polityczną będącą źródłem silnej złości jednostek, które adresując ją do rządzących w formie protestu obywatelskiego, podejmują próbę wpływu na sferę publiczną.

7.6. Konflikty i nadwyrężanie więzi społecznych

Analizowane wypowiedzi poruszały również problem narastających konfliktów w skali makro- i mikrospołecznej oraz na poziomie wewnątrz-jednostkowym. Polityczna decyzja TK wprowadziła podziały społeczne i postawiła jednostki w sytuacji niechcianych przez nie konfliktów. 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, etap II].

Atmosfera konfliktu społecznego tworzy poczucie zagrożenia, co było odczuwane przez klientki_ów/pacjentki_ów psychoterapii.

Ponadto jednostki musiały się zmierzyć z konfliktami interpersonalnymi we własnym bezpośrednim otoczeniu, co także zakłócało ich równowagę oraz zmniejszało dobrostan:

„Poczucie zagrożenia, drastycznego ograniczenia wolności, skonfliktowanie z osobami z otoczenia i bliskimi” [resp. 325, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym, etap II].

„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, etap II].

W wypowiedziach osób badanych pojawił się również wątek narastania napięć i konfliktów łącznie z odrzuceniem społecznym w kontekście innych problemów niż prawo aborcyjne, lecz powiązanych z kwestią wolności tożsamości:

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

Powyższe wypowiedzi wskazują na mechanizmy sprowadzające się do tworzenia warunków do nadwyrężania bliskich więzi poprzez decyzje polityczne. W tym kontekście pojawia się pytanie o długofalowe konsekwencje nadwyrężonych więzi.

Na konflikty wewnętrzne przeżywane przez jednostki wskazują 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, etap II].

„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, etap II].

Okazuje się zatem, że decyzje polityczne destabilizują równowagę na wszystkich poziomach, począwszy od makrospołecznego, przez mikrospołeczny, a skończywszy na intrapersonalnym.

7.7. Postrzeganie przyszłości

Omawiane uwarunkowania wpływają na decyzje podejmowane przez jednostki oraz na 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 ze wskazanych powyżej kategorii reprezentuje następująca wypowiedź:

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

„Strach, lęk przed tym, do czego chce doprowadzić państwo. Walka o poczucie [...] wolności, strach przed zachodzeniem w ciążę (zwłaszcza osoby, które wcześniej z powodów niezależnych od nich straciły swoje dziecko), niechęć wobec powiększania rodzin” [resp. 319, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, etap II].

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

„Mocna frustracja na brak wpływu związany 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, etap II].

„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, etap II].

„Brak zgody z orzeczeniem, swój udział w demonstracjach, chęć wyjazdu z kraju” [resp. 208, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap II].

„«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, etap II].

Na podstawie deklaracji dotyczących odłożenia prokreacji, rezygnacji z niej oraz emigracji trudno przewidywać realne działania jednostek. Deklaracje te można jednak uznać za hipotetyczne scenariusze ratunkowe, pozwalające na poziomie narracyjnym konstruować wizję przyszłości, w której jednostka może decydować o własnym losie²⁰⁸.

²⁰⁸ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Zawodna-Stephan, *Uwięzione między lękiem a gniewem?...*

7.8. Rozpowszechnienie wątków wnoszonych na sesje terapeutyczne w kontekście orzeczenia TK

Ilościowa analiza zgromadzonych 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%). Z kolei 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 dotyczył kwestii ogólnej niezgody osób korzystających ze wsparcia psychoterapeutycznego z orzeczeniem TK. W 15% analizowanych narracji mowa była o zaangażowaniu w protest oraz solidarności z innymi protestującymi.

11% wypowiedzi dotyczyło myśli o emigracji, a 7% konfliktów pojawiających się w bliższym i dalszym otoczeniu osób korzystających ze wsparcia psychoterapeutycznego oraz konfliktów wewnętrznych. 3% badanych wypowiedzi odnosiło się do lęku przed protestami i protestującymi, a 2% do różnorodności postaw oraz braku zgody na skrajności. Dane te ilustruje tabela 22.

Carole Shadbolt, przyjmując optykę feministyczną w analizie zmian, jakie zaszły w psychoterapii w czasie pandemii COVID-19, konkluduje, że pandemiczna rzeczywistość pokazała, iż psychoterapia jest częścią zarówno życia osobistego (*personal*), jak i politycznego (*political*), w którym istnieje. Teza ta staje się jeszcze bardziej czytelna w kontekście społecznego rezonansu, jaki wzbudziło orzeczenie TK z 20 października 2020 roku w Polsce, obserwowanego z perspektywy gabinetów psychoterapeutycznych²⁰⁹. Jakościowa oraz ilościowa analiza materiału badawczego nie pozostawia wątpliwości dotyczących powiązań między wydarzeniami politycznymi a osobistymi doświadczeniami jednostek. Doświadczenia wynikające z orzeczenia TK są o tyle szczególne, że dotyczą intymnych aspektów życia, które są społecznie podzielane przez znaczną liczbę jednostek. Bezpośrednie konsekwencje orzeczenia TK potencjalnie mogą dotyczyć wszystkich kobiet w wieku rozrodczym, biorąc pod uwagę mechanizmy retraumatyzacji (związane z przeżywaniem nawet po wielu latach powracających

²⁰⁹ C. Shadbolt, *Psychotherapy in the Time of COVID-19...*, s. 11.

Tabela 22. Wątki związane z orzeczeniem TK z 22 października 2020 roku oraz następującymi po nim protestami wnoszone przez pacjentki_ów/klientki_ów na sesje terapeutyczne

Wątki związane z orzeczeniem TK z 22 października 2020 roku oraz następującymi po nim protestami wnoszone przez pacjentki_ów / klientki_ów na sesje terapeutyczne	Odsetek badanych*
Lęk – ogółem	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_i	22,0
lęk związany z prokreacją oraz rezygnacja z prokreacji/odłożenie prokreacji	20,0
lęk przed eskalacją konfliktów społecznych i interpersonalnych, kryzys zaufania społecznego	16,0
Złość i pochodne (gniew, oburzenie, wściekłość)	26,0
Poczucie bezsilności (bezradność, brak wpływu i inne)	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 porużyć więcej niż jeden wątek.

Źródło: badania własne, etap II.

emocji towarzyszących niepowodzeniom prokreacyjnym, komplikacjom ciężowym czy różnym formom przemocy instytucjonalnej²¹⁰). Silne emocje przeżywane w kontekście wyroku TK za sprawą powiązania ich z wieloma potencjalnymi aspektami życia jednostek mogą znaleźć wyraz w późniejszych zachowaniach zbiorowych, trendach społeczno-demograficznych,

²¹⁰ Ibidem.

politycznych i kulturowych, będących przedmiotem dalszych badań socjologicznych.

Tak silny rezonans pomiędzy decyzją Trybunału a kondycją emocjonalną jednostek można interpretować w kategoriach mechanizmów związanych z traumą strukturalną, w którą wpisane zostały wzory relacji naznaczonych wielowymiarową przemocą wobec kobiet: od przemocy w bliskich związkach i w rodzinie, poprzez przemoc seksualną oraz wtórną wiktyimizację jej ofiar, po przemoc i traumę instytucjonalną²¹¹, do której dochodzi między innymi w instytucjach medycznych oraz na linii obywatelki–państwo.

²¹¹ L. Thompson, *Toward a Feminist Psychological Theory of „Institutional Trauma”*, „Feminism & Psychology” 2021, vol. 31(1), ss. 99–118, <http://doi.org/10.1177/0959353520968374>



Rozdział 8

WOJNA W UKRAINIE Z PERSPEKTYWY PRACY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

8.1. Wojna jako źródło destabilizacji emocjonalnej

Jak wskazano w rozdziale drugim, wybuch wojny w Ukrainie wywołał w polskim społeczeństwie szczególnie silną reakcję emocjonalną. Międzynarodowe badania porównawcze dokumentują relatywnie najwyższe wskaźniki lęku Polek_Polaków w porównaniu z przedstawiciel(k)ami innych krajów niezaangażowanych bezpośrednio w działania wojenne. Wysokie wskaźniki dotyczyły również depresji, stresu pourazowego oraz odczuwanej złości²¹².

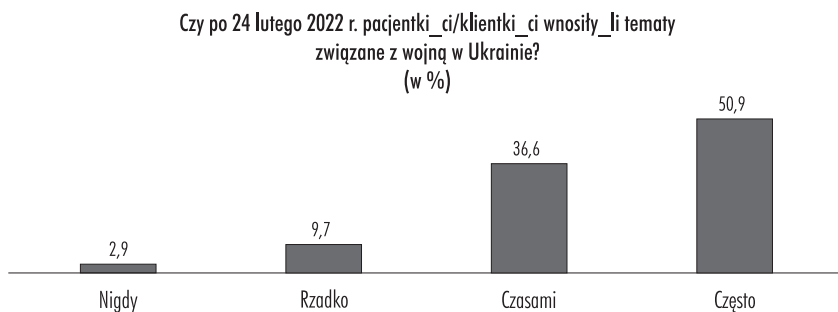
Z przeprowadzonych przez nas badań wynika, że temat wojny w Ukrainie znajdował wyraz w wątkach wnoszonych na sesje psychoterapeutyczne przez osoby korzystające ze wsparcia. Prawie 90%²¹³ badanych psychoterapeutek_ów przynajmniej czasami miało do czynienia z taką sytuacją. Nieco ponad połowa ankietowanych deklarowała, że wątki związane z wojną w Ukrainie były przez pacjentki_ów/klientki_ów wnoszone „często”, a ponad jedna trzecia, że „czasami” (wykres 3).

Osobom, które odpowiedziały twierdząco na pytanie, czy klientki_ci/pacjentki_ci wnoszą_li na sesje tematy związane z wojną w Ukrainie, zadaliśmy dodatkowe pytanie otwarte, stanowiące prośbę o zarysowanie tych wątków. Analiza materiału badawczego wskazuje, że dominowały wśród nich treści dotyczące przeżyć lękowych (prawie 90%), następne w kolejności były wątki dotyczące złości (niespełna 21%), współczucia (prawie 13%),

²¹² M. Moshagen, B.E. Hilbig, *Citizens' Psychological Reactions...*; A. Chudzicka-Czupała, N. Hapon, S.K. Chiang i in., *Depression, Anxiety...*; P. Pustułka, J. Radzińska, A. Kwiatkowska, *Strach w obliczu wojny w Ukrainie...*

²¹³ Łączna liczba odpowiedzi „czasami” i „często”.

zastępczego przeżywania traumy i traumy międzypokoleniowej (nieznacznie ponad 9%) oraz poczucia winy (niecałe 5%). Wyniki ilościowej analizy danych zostały przedstawione w tabeli 23. Doświadczenia te nie są rozłączne i jak pokazała analiza jakościowa, są ze sobą wielostronnie powiązane.



Wykres 3. Ocena częstotliwości wnoszenia przez klientki_ów/pacjentki_ów wątków związanych z wojną w Ukrainie na sesje terapeutyczne

Źródło: badania własne, etap III.

Tabela 23. Problemy związane z wojną w Ukrainie wnoszone przez klientki_ów/pacjentki_ów na sesje terapeutyczne

Problemy związane z wojną w Ukrainie wnoszone przez klientki_ów/pacjentki_ów na sesje terapeutyczne	Odsetek badanych*
Lęk (przed wybuchem wojny w Polsce, o życia własne i bliskich)	87,2
Złość (Putin jako główny obiekt złości, ale też złość na uchodźców)	20,7
Współczucie wobec osób poszkodowanych na skutek wojny	12,8
Problemy związane z pomaganiem (przeciążenie pomaganiem, dylematy dotyczące stopnia zaangażowania)	9,6
Zastępcze przeżywanie traumy (związane z identyfikacją z osobami poszkodowanymi na skutek wojny oraz w wymiarze transgeneracyjnym)	9,2
Poczucie winy (związane z przeżywaniem radości, podczas gdy inni umierają, „że za mało się pomaga”)	4,6
Inne (np. jak mówić dzieciom o wojnie, jak radzić sobie z informacjami na temat cierpienia, jak funkcjonować w relacjach ze współpracownikami z Ukrainy i Rosji)	1,5

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

Źródło: badania własne, etap III.

8.2. Konteksty lęku wywołanego przez wojnę

Wątki przeżyć lękowych pojawiały się w różnorodnych kontekstach i były powiązane z innymi emocjami (między innymi ze złością, gniewem, bezradnością, współczuciem, poczuciem winy). Wskazuje na to przykładowa wypowiedź:

„lęk, że działania zbrojne przeniosą się na teren Polski, lęk przed rozłąką z rodziną. Lęk, złość/gniew, bezradność, poczucie niesprawiedliwości, współczucie, rozpacz, poczucie winy – bardzo szerokie spektrum emocji i problemów – właściwie każdy pacjent w jakiś sposób odnosił się do wojny” [resp. 158, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Osoby badane relacjonowały bezpośredni lęk klientek_ów/pacjentek_ów przed możliwością rozprzestrzenienia się wojny na teren Polski:

„Strach związany z tym, że wojna może przenieść się do Polski” [resp. 181, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

„Lęk o to, czy Polska nie zostanie zaatakowana; sposoby radzenia sobie, gdyby doszło do ataku na Polskę; lęki o przyszłość Ukrainy, Polski i Europy” [resp. 227, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Nie wchodząc w tym miejscu w dyskusję o tym, czy lęk ten jest uzasadniony z perspektywy współczesnych uwarunkowań geopolitycznych, można postawić tezę, że werbalizowany w powyższy sposób w znacznej mierze odzwierciedlał dziedziczną społecznie traumę wynikającą z historycznych doświadczeń II wojny światowej. Obawy klientek_ów/pacjentek_ów psychoterapii dotyczyły także ekonomicznych konsekwencji wojny:

„lęku przed powtórzeniem sytuacji u nas, lęku przed pogorszeniem się sytuacji gospodarczej wskutek wojny” [resp. 313, psychoterapeutka pracująca w nurcie humanistycznym, etap III].

„zagrożenie utratą pracy, martwienie się o eskalację” [resp. 160, psychoterapeuta pracujący w nurcie poznawczo-behawioralnym, etap III].

„podwyżki cen” [resp. 240, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Obawy dotyczące ekonomicznych skutków wojny wiązały się z namacalnymi wymiarami codziennego życia. Równocześnie jednak sytuacja wojny za wschodnią granicą Polski wzbudzała odczucia lęku podstawowego,

znajdującego wyraz w deklarowanych obawach o życie i bezpieczeństwo własne oraz bliskich:

„Lęk o własne życie i bezpieczeństwo swoje i innych, nadmierne przeżywanie sytuacji uchodźców” [resp. 153, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, etap III].

„o życie przyjaciół z Ukrainy” [resp. 308, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Lęk o życie był wyrażany w powiązaniu z obawami o ogólnie rozumiane bezpieczeństwo kraju oraz bezpieczeństwo konkretnych osób. Ponadto wątki wnoszone na sesje terapeutyczne koncentrowały się wokół obaw o utratę dorobku życia, stanowiącego jedną z istotnych podstaw poczucia bezpieczeństwa. Wskazują na to poniższe cytaty:

„Obawy o bezpieczeństwo w naszym kraju. Obawy o bezpieczeństwo swoje i najbliższych” [resp. 302, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

„Obawa o życie, obawa o utratę tego, do czego doszli” [resp. 183, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Lęk przybierał postać doświadczenia ucieleśnionego, wpływającego na psychosomatyczny wymiar funkcjonowania:

„Lęk i objawy somatyczne tegoż lęku związane z myślami, że w naszym kraju będzie wojna” [resp. 162, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym, etap III].

„problemy z koncentracją uwagi; wzmożony niepokój, trudności ze snem” [resp. 227, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Lęk pojawiał się w powiązaniu z bezradnością i utratą sprawczości. Mowa o tym w poniższych, przykładowych wypowiedziach:

„Lęk i obawy przed wojną w Polsce, zabezpieczeniem swojej najbliższej przyszłości, braku wpływu na sytuację” [resp. 298, psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym, etap III].

„poczucie bezradności wobec cierpienia” [resp. 220, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap III].

Istotnym kontekstem przeżywanego lęku była utrata dotychczasowej wizji świata związanej z życiem w czasach pokoju. Wątek ten jest zawarty w następujących fragmentach narracji:

„Zniszczenie obrazu pokojowego świata” [resp. 193, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, etap III].

„utrata poczucia bezpieczeństwa, poczucie, że coś się bezpowrotnie skończyło” [resp. 220, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap III].

Wybuch wojny w Ukrainie spowodował zatem utratę bezpieczeństwa ontologicznego, naruszył poczucie przewidywalności w wymiarze zarówno własnego życia, jak i świata w skali makro.

Wypowiedzi osób badanych koncentrowały się w bezpośredni sposób na procesach retraumatyzacji i aktywowaniu traumy transgeneracyjnej. Oto przykłady reprezentatywne dla tej kategorii:

„Flashbacki do opowieści rodzinnych na temat wojny w Polsce, lęk o to, jak będzie wyglądała sytuacja w Polsce, lęk o rozpoczęcie działań wojennych w Polsce, trudności w radzeniu sobie z obserwowaniem/otrzymywaniem informacji o cierpieniu, zabijaniu” [resp. 320, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym i systemowym, etap III].

„Lęki dotyczące rozlania się konfliktu, powrót do wspomnień przodków, otwieranie się na traumy rodzinne” [resp. 192, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoterapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu, etap III].

„o tym, jak mówić dzieciom o wojnie, o lęku związanym z myślami o przyszłości, o smutku z powodu krzywdy tych ludzi, którzy uciekają, o dezorientacji i niedowierzaniu, o reaktywowaniu traum z przeszłości, poczuciu zagubienia, bezradności” [resp. 168, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym, etap III].

Wątki wnoszone przez osoby korzystające z psychoterapii na sesje dotyczyły również obrazów konkretnych, traumatyzujących sytuacji – z jednej strony relacjonowanych na bieżąco w mediach, a z drugiej obecnych w traumatogennym przekazie historycznym i kulturowym:

„Gwałty na kobietach i dzieciach; tortury; strzały w tył głowy” [resp. 323, psychoterapeuta pracujący w nurcie ericksonowskim, etap III].

„Broń biologiczna. Gwałty na dzieciach” [resp. 204, psychoterapeutka pracująca w nurcie ericksonowskim, etap III].

W kontekście przywołanych obrazów pojawia się lęk egzystencjalny – „przed rozpadem świata”, którego wątek został poruszony w poniższej wypowiedzi:

„Strach przed wojną w Polsce, utrata bliskich, utrata życia, strach przed wojną atomową, strach przed końcem świata” [resp. 159, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap III].

Powyższa analiza pozwoliła w możliwie precyzyjny sposób zrekonstruować doświadczenia lęku, którego powszechność wykazały badania sondażowe²¹⁴. Wyniki naszych badań umożliwiają lepsze zrozumienie zarówno jednostkowych, jak i zbiorowych zachowań oraz działań, których tłem jest wielowymiarowy lęk aktywowany przez sytuację polityczną.

8.3. Granice współczucia

Z badań sondażowych cytowanych w rozdziale drugim wynika, że od początku wojny w Ukrainie zdecydowana większość Polek_Polaków podzielała pogląd, że nasz kraj powinien przyjmować osoby uciekające przed wojną. W 2022 roku przekonanie to wyraziło 94% badanych. W 2023 roku odsetek ten spadł jednak do 73%, a w 2024 roku – do 54%. Między rokiem 2022 a 2024 odsetek Polek_Polaków deklarujących zaangażowanie w działania pomocowe na rzecz ukraińskich uchodźców spadł z 68% do 39%²¹⁵.

Osoby pracujące psychoterapeutycznie uczestniczące w naszych badaniach wskazywały, że wśród wątków wnoszonych przez klientki_ów/pacjentki_ów na sesje terapeutyczne znajdowały się treści związane ze współczuciem wobec osób poszkodowanych na skutek wojny. Wskazują na to następujące, przykładowe wypowiedzi:

„Lęk przed wojną światową, współczucie dla Ukrainy” [resp. 271, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym, etap III].

„obawy o zagrożenie dla naszego kraju, współczucie dla obywateli Ukrainy, niemożność zrozumienia, że można tak krzywdzić innych” [resp. 307, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Część osób korzystających z psychoterapii nie tylko współczuła ofiarom wojny, lecz także identyfikowała się z nimi. Wątek ten jest zawarty w poniższym cytacie:

²¹⁴ M. Moshagen, B.E. Hilbig, *Citizens' Psychological Reactions...*; A. Chudzicka-Czupała, N. Hapon, S.K. Chiang i in., *Depression, Anxiety...*; P. Pustułka, J. Radzińska, A. Kwiatkowska, *Strach w obliczu wojny w Ukrainie...*; CBOS, 2022; CBOS, 2023; CBOS, 2024.

²¹⁵ Por. CBOS, 2022; CBOS, 2023; CBOS, 2024.

„Lęk o siebie, najbliższych, współczucie dla narodu ukraińskiego, identyfikacja z uchodźcami” [resp. 177, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Wypowiedź ta wskazuje na mechanizm zastępczej traumatyzacji, który oddziałuje tym silniej, im bardziej dostępne w danej kulturze są treści związane z traumą historyczną²¹⁶.

Emocją doświadczaną w kontekście współczucia było też poczucie winy wynikające ze zbyt małego, we własnej ocenie, zaangażowania w działania pomocowe:

„Często mieli wyrzuty, że za mało pomagają. Czy brać uchodźców, jak pomagać, czy uciekać przed wojną” [resp. 171, psychoterapeutka pracująca w nurcie systemowym, etap III].

„Pomoc osobom z Ukrainy – dostarczanie rzeczy, załatwianie spraw urzędowych, poczucie winy z powodu nieprzyjęcia do domu osób z Ukrainy, trudność ze zrozumieniem przedłużających się zachowań emocjonalnych – niepewność, wycofanie się, apatia” [resp. 292, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Z analizowanych danych wynika, że kolejną przyczyną poczucia winy było skupienie się na swoim życiu, podczas gdy inni doświadczają cierpienia:

„Poczucie winy, jak cieszyć się życiem, kiedy tam ludzie umierają. Chęć pomocy vs realne możliwości danej osoby” [resp. 181, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

„Poczucia winy, że zajmują się sobą, a nie problemami wojny. Lęków związanych z poczuciem bezpieczeństwa” [resp. 218, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

„lęku, poczucia winy za przyjemności i brak cierpienia, gdy inni cierpią” [resp. 197, psychoterapeutka pracująca w nurtach psychoanalitycznym i psychodynamicznym, etap III].

Cytowane wypowiedzi ukazują tło ambiwalencji związanej z pomaganiem, o którym traktuje poniższa wypowiedź:

„Lęk przed zagrożeniem, ból i współczucie dla ofiar, na ile się angażować (chce i nie chce)” [resp. 187, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap III].

²¹⁶ M. Bilewicz, *Traumaland...*; D. LaCapra, *Trauma...*

W wypowiedziach badanych pojawił się także wątek zmęczenia pomaganiem oraz komplikacji związanych z podjęciem decyzji o konkretnych formach pomocy:

„Obciążenia pomaganiem” [resp. 214, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

„Konieczności oddania swojego pokoju osobie z Ukrainy, zmęczenia goszczonymi uchodźcami, lęk o przyszłość” [resp. 304, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

„problemy rodzinne związane z niesieniem bezpośredniej pomocy uchodźcom (zapewnienie dachu nad głową nieznanym wcześniej ludziom)” [resp. 280, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Konsekwencją poczucia winy, stanowiącego bardzo niekomfortową emocję, oraz „zmęczenia współczuciem”²¹⁷ może być frustracja i złość odczuwana w stosunku do osób, z którymi początkowo empatyzowano:

„Lęk przed wojną, bezsilność, złość na władzę, na uchodźców” [resp. 186, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap III].

„obawy przed wybuchem wojny, złość na zaniedbywanie polskich obywateli, stres związany z wolontariatem na rzecz uchodźców” [resp. 207, psychoterapeutka pracująca w nurcie integracyjnym, etap III].

Powyższe wypowiedzi skłaniają do refleksji na temat problematyczności niektórych zachowań pomocowych, podejmowanych impulsywnie, motywowanych potrzebą uwolnienia się od nieuzasadnionego poczucia winy, bez świadomego przemyślenia własnych granic i możliwości – nie tylko materialnych czy fizycznych, ale także emocjonalnych.

Na podstawie analizy przedstawionego materiału badawczego można sformułować hipotezy dla dalszych badań dotyczących dynamiki emocjonalnej w relacjach, których kontekst wyznacza kultura traumy budząca nieuzasadnione poczucie winy („tych, którzy przeżyli” lub „tych, których trauma nie dotyczy w bezpośredni sposób”). Czynniki związane z traumą historyczną wpisaną w ramy traumy strukturalnej (kulturowej) mogą motywować do pomocy, która w dłuższej perspektywie, wobec narastającej frustracji pomagających, może stać się wtórnie wiktyimizująca dla osób wspomaganych, które z podmiotów współczucia stopniowo stają się obiektami złości i wrogości²¹⁸.

²¹⁷ C. Joinson, *Coping...*; C. Figley (red.), *Treating...*

²¹⁸ CBOS, 2022; CBOS, 2023; CBOS, 2024.

8.4. Konteksty i obiekty złości

Złość była drugą co do częstości (po lęku) wskazywaną emocją (tab. 23). Jej tłem jest między innymi bezsilność. Świadczy o tym poniższa, przykładowa wypowiedź:

„Lęku, utraty, potrzeby kontroli sytuacji, bezradności, złości, smutku”
[resp. 165, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodramy, etap III].

Złość w powiązaniu z bezsilnością była relacjonowana także jako reakcja na porównania skrajnie odmiennych sytuacji na granicy polsko-ukraińskiej i polsko-białoruskiej²¹⁹:

„Lęk przed przyszłością. Odniesienie do przyjmowania uchodźców z Ukrainy a tych, którzy wciąż przechodzą na granicy z Białorusią, i związaną z tym złość i bezsilność. Przygnębianie związane z wojną. Poczucie winy związane z myślami, że robi się za mało” [resp. 163, psychoterapeutka pracująca w nurcie poznawczo-behawioralnym, etap III].

Wypowiedzi dotyczących złości adresowanej wprost do osób uchodźczych były stosunkowo niewiele, choć wątki związane z ambiwalencją pomocy mogą pośrednio sugerować przeżywanie emocji ze spektrum złości (będącej reakcją na frustrację). Najczęściej wskazywanym obiektem

²¹⁹ Na granicy polsko-białoruskiej od 2021 roku miał miejsce kryzys humanitarny związany z dokonywanymi przez straż graniczną obu krajów *pushbackami* osób pochodzących między innymi z Syrii, Afganistanu, Jemenu, Iraku, Etiopii i Somalii, które na skutek polityki prezydenta Białorusi Aleksandra Łukaszenki próbowały nielegalnie przekroczyć granicę z Unią Europejską. Osoby te były w stanie wycieńczenia. Do końca marca 2024 roku w Polsce zginęło co najmniej czterdzieści osób, które przekroczyły granicę pomiędzy Białorusią a Unią Europejską. W liczbie tej uwzględniono dwadzieścia osób, których ciała odnaleziono w lasach Podlasia. Jak wynika z informacji przekazanej przez prokuraturę 31 października 2023 roku, powyższe przypadki śmierci były przedmiotem oficjalnego śledztwa. Po tej dacie znaleziono cztery kolejne ciała. Ponadto udokumentowana została śmierć trzech ofiar wypadków samochodowych spowodowanych przez przemytników próbujących uciec przed pościgiem policji lub straży granicznej, kolejnych trzech osób (w tym dziecka urodzonego jako martwe), które zmarły w polskich szpitalach, dwóch osób, które zmarły w drodze do szpitali (w karetce pogotowia i w samochodzie straży granicznej) oraz mężczyzny, który zmarł prawdopodobnie z wycieńczenia w drodze do Frankfurtu nad Odrą (jego śmierć była przedmiotem dochodzenia prowadzonego przez władze niemieckie) (A. Pałęcka i in., *Przejścia nie ma. Śmierć osób migrantkich na granicy Unii Europejskiej z Białorusią*, s. 60, https://ocalenie.org.pl/wp-content/uploads/2024/07/pl_no-safe-passage.-migrants-deaths-at-the-european-union-belarusian-border.pdf, dostęp: 9.11.2024).

złości był prezydent Rosji Władimir Putin, odpowiedzialny za atak na Ukrainę. Pojawiały się także pojedyncze, choć symptomatyczne, wypowiedzi dotyczące nienawiści wobec Rosji i Rosjan. Cytowane bez skrótów wypowiedzi ukazują konteksty doświadczania złości i wrogości, wskazują, że emocje te wynikają w dużej mierze z poczucia zagrożenia:

„Bomba atomowa, chęć zamordowania Putina” [resp. 169, psychoterapeutka pracująca w nurcie ericksonowskim, etap III].

„Bomba atomowa, Putin jako zły człowiek” [resp. 189, psychoterapeutka pracująca w nurcie ericksonowskim, etap III].

„Poczucia zagrożenia, destabilizacji, braku bezpieczeństwa, chęci ucieczki z Polski, potrzeby pomagania, wpływu na sytuację, lęku o znajomych i przyjaciół, złości wobec Putina, złości wobec braku wystarczających narzędzi wpływu, lęku o sytuację w Polsce” [resp. 272, psychoterapeutka pracująca w nurcie ericksonowskim, etap III].

„Lęku przed inwazją na Polskę. Utraty poczucia bezpieczeństwa. Utraty oparcia/stabilności. Nienawiści wobec Putina/Rosjan. Lęku o przyszłość. Współczucia wobec ofiar. Poczucia winy względem Ukraińców/obawy związane z ich masową obecnością” [resp. 314, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychoanalitycznym, etap III].

Przytoczone w rozdziale pierwszym ustalenia dotyczące traumy historycznej²²⁰ i resentymentu²²¹ tworzą kontekst interpretacji wypowiedzi na temat intensywnej złości i nienawiści. Wypowiedzi te dotyczą wątków wnoszonych na sesje psychoterapeutyczne, które mogą zostać przepracowane w bezpiecznych warunkach. Równocześnie można uznać, że osoby uczestniczące w psychoterapii nie są odosobnione w przeżywaniu rodzaju emocji. Pojawia się zatem pytanie, w jaki sposób złość i nienawiść będą kanalizowane w skali indywidualnej i społecznej.

8.5. Inne sprawy życia publicznego znajdujące odzwierciedlenie na sesjach terapeutycznych jako perspektywa porównawcza dla tematów związanych z wojną w Ukrainie

Aby uzyskać perspektywę porównawczą, zapytaliśmy osoby badane o to, na ile inne (niż wojna w Ukrainie) kwestie istotne z perspektywy życia publicznego znajdowały odzwierciedlenie na sesjach terapeutycznych. Były to:

²²⁰ M. Bilewicz, *Traumaland...*

²²¹ M. Ferro, *Resentyment w historii...*

szczepienia przeciwko COVID-19 – wskazywane przez ponad 62% badanych, wzrost cen i inflacja – wskazywane przez podobny odsetek ankietowanych (prawie 61%), zmiany w ustawie aborcyjnej – 50%, zgony z powodu COVID-19 – prawie 50%, sytuacja na granicy polsko-białoruskiej – niespełna 45%, zagrożenie wolności mediów – blisko 30% oraz możliwość wyjścia Polski z Unii Europejskiej – niecałe 16% (tab. 24).

Tabela 24. Ocena częstotliwości poruszania na sesjach terapeutycznych wątków związanych z wybranymi aktualnymi sprawami życia publicznego

Zdarza się, że pewne sprawy z życia publicznego poruszają ludzi na tyle, że znajduje to odzwierciedlenie na sesjach terapeutycznych. Czy osoby, z którymi pracuje Pan(i) terapeutycznie wносиły na sesje wątki w jakiś sposób powiązane z wymienionymi poniżej sprawami/wydarzeniami?	Odsetek badanych* (w tym „bardzo często”)
Szczepienia przeciwko COVID-19	62,4 (10,0)
Wzrost cen, inflacja	60,9 (13,3)
Zmiany w ustawie aborcyjnej	50,0 (7,6)
Zgony z powodu COVID-19	49,5 (3,8)
Sytuacja na granicy polsko-białoruskiej	44,7 (3,3)
Sprawy związane z wolnością mediów	28,6 (3,3)
Możliwość wyjścia Polski z Unii Europejskiej	15,8 (0,5)

* łączna liczba odpowiedzi „od czasu do czasu”, „często” i „bardzo często”.

Źródło: badania własne, etap III.

Dane przedstawione w tabeli 24 stanowią kolejny przyczynek do dyskusji nad statusem psychoterapii jako systemu funkcjonującego pomiędzy sferami publiczną i prywatną²²² oraz nad powiązaniem obu sfer uwidaczniającymi się w ramach psychoterapii. W tym kontekście zasadne jest prowadzenie dalszych badań pozwalających ustalić, które wydarzenia/kwestie życia publicznego najsilniej rezonują z psychodynamiką jednostek – jakie wewnętrzne przeżycia uruchamiają i w jaki sposób przeżycia te zwrotnie oddziałują na sposób funkcjonowania jednostek w sferze społecznej. W świetle koncepcji traumy społecznej, przedstawionej w rozdziale pierwszym, można założyć, że niektóre wydarzenia dają się łatwiej powiązać z traumami historycznymi wpisanymi w ramy traumy strukturalnej,

²²² C. Shadbolt, *Psychotherapy in the Time of COVID-19...*

wyznaczającymi warunki traumatyzacji jednostek w przeszłości, przekazywanej w społecznej pamięci kolejnym pokoleniom. Wydarzenia oraz narracje o wydarzeniach, które aktywują mechanizmy związane z retraumatyzacją, wywołują największy rezonans emocjonalny, zaburzają homeostazę i aktywują u części jednostek objawy, które mogą być interpretowane w kategoriach zaburzeń bądź kryzysów zdrowia psychicznego.

8.6. Zaangażowanie badanych w pomoc osobom poszkodowanym na skutek wojny

Podobnie jak inne kryzysy społeczne będące źródłem zarówno silnych emocji, jak i motywowanych nimi działań, również wybuch wojny w Ukrainie wpłynął na osoby pracujące psychoterapeutycznie będące przedstawiciel(k)ami społeczeństwa dotkniętego traumą. Doświadczenia związane ze stresem i jego pochodnymi w kolejnych etapach pandemii i wojny są analizowane w rozdziale dziewiątym. W tym miejscu zostaną natomiast omówione kwestie zaangażowania psychoterapeutek_ów w pomoc osobom poszkodowanym na skutek wojny. Zdecydowana większość badanych (prawie 85,6%) zaangażowała się w pomoc osobom poszkodowanym na skutek wojny w Ukrainie. Pozostali badani (14,4%) nie podjęli działań pomocowych. Najczęstszą formą pomocy były zbiórki pieniędzy i rzeczy wskazywane przez około jedną trzecią respondentek_ów. Mniej niż jedna piąta badanych udzielała nieodpłatnej pomocy psychologicznej lub psychoterapeutycznej osobom doświadczającym kryzysu z powodu wojny. Nieco ponad 16% badanych udostępniało informacje osobom uciekającym przed wojną oraz osobom im pomagającym, a około 7% udostępniło lokum. Niespełna 6% ankietowanych angażowało się w wolontariat na rzecz osób w kryzysie uchodźczym oraz w pomoc w transporcie (tab. 25).

Zaangażowanie w działania pomocowe ma być odpowiedzią na potrzeby osób poszkodowanych, a równocześnie stanowi sposób, w jaki osoby świadczące pomoc starają się zachować bądź odbudować własne poczucie sprawczości. Motywacje do udzielania pomocy są złożone, co ma wpływ na ich większą bądź mniejszą trwałość oraz na postawy wobec osób, którym udzielana jest pomoc. W kontekście przedłużającego się kryzysu związanego z wojną zagadnienie to powinno być przedmiotem dalszych badań.

Tabela 25. Zaangażowanie psychoterapeutek_ów w konkretne formy pomocy osobom poszkodowanym na skutek wojny

Proszę zaznaczyć formy pomocy, w które się Pan(i) zaangażował(a)	Odsetek badanych*
Zbiórki pieniędzy	34,5
Zbiórki rzeczy	32,6
Nieodpłatna pomoc psychologiczna/psychoterapeutyczna osobom doświadczającym kryzysu z powodu wojny	17,5
Udostępnianie informacji osobom uciekającym przed wojną i/lub osobom im pomagającym	16,6
Udostępnienie lokum osobom uciekającym przed wojną	7,1
Wolontariat na rzecz uchodźców	5,8
Pomoc w transporcie osób uciekających przed wojną	5,8
Inne	4,3

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

Źródło: badania własne, etap III.

W refleksjach końcowych, o które poprosiliśmy osoby badane, pojawiły się dwa istotne z perspektywy wojny wątki. Pierwszy dotyczył napięcia związanego z percepcją swoistej społecznej presji na udzielanie pomocy osobom w kryzysie uchodźczym, o czym mowa w poniższym cytacie:

„Poruszający dla mnie był – rzeczywisty lub wyobrażony – nacisk społeczny (również w grupie zawodowej), by zaangażować się w pomoc uchodźcom” [resp. 178, psychoterapeuta pracujący w nurcie humanistycznym, etap III].

Wypowiedź ta pozwala postawić pytanie o efektywność pomocy podejmowanej pod wpływem poczucia presji społecznej.

Drugi z wątków dotyczył potrzeby wsparcia dla osób zaangażowanych w profesjonalną pomoc osobom poszkodowanym na skutek kryzysów społecznych. Zostanie on szerzej omówiony w rozdziale dziewiątym, poświęconym kondycji psychicznej psychoterapeutek_ów w czasie pandemii i wojny w Ukrainie.



Rozdział 9

KONDYCJA PSYCHICZNA PSYCHOTERAPEUTEK_ÓW W CZASIE KRYZYSÓW SPOŁECZNYCH W LATACH 2020–2022

9.1. Wprowadzenie

Kondycja psychiczna osób pracujących w zawodach pomocowych stanowi jedną z istotnych kwestii, które należy wziąć pod uwagę, rozpatrując skuteczność radzenia sobie oraz wspierania innych w radzeniu sobie z wyzwaniami pojawiającymi się w sytuacji kryzysowej. Zmiany wynikające z kryzysów społecznych powodują nasilenie stresu i zwiększenie ryzyka problemów stanowiących jego konsekwencje. W takiej sytuacji znajdują się w większym lub mniejszym stopniu wszyscy – osoby poszukujące i korzystające z pomocy, osoby zawodowo jej udzielające oraz osoby poza eksperckim systemem pomocy. Praca terapeutyczna w warunkach kryzysów społecznych może stanowić wyzwanie o tyle, że zarówno klientki_ci/pacjentki_ci, jak i psychoterapeutki_ci mogą doświadczać podobnych problemów wynikających z zewnętrznych uwarunkowań.

Ponieważ samopoczucie psychiczne jest doświadczane subiektywnie, 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 zadano badanym pytania szczegółowe dotyczące objawów, które można zakwalifikować jako reakcje psychosomatyczne, nerwicowe, depresyjne bądź wskazujące na

próby radzenia sobie ze stresem za pomocą zażywania substancji psychoaktywnych oraz zachowań kompulsywnych²²³.

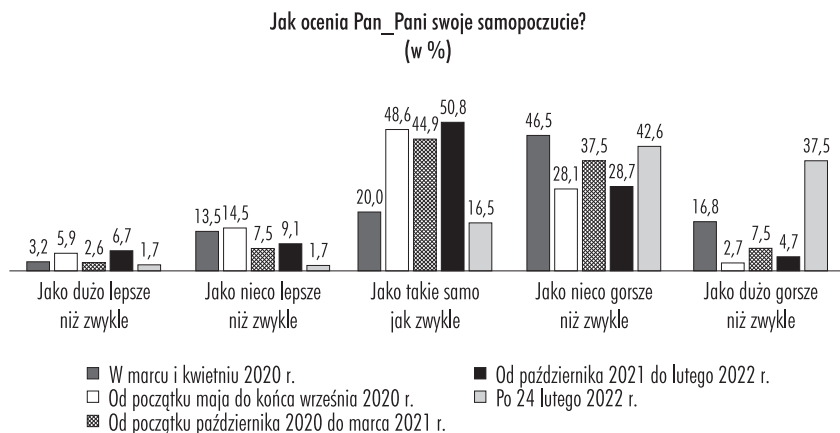
9.2. Proces względnej adaptacji do życia w pandemii i jego załamanie po wybuchu wojny w Ukrainie

Przeprowadzone przez nas badania pozwalają przeanalizować, jak przebiegał proces adaptacji do zmian wywołanych przez pandemię oraz wojnę w Ukrainie z uwzględnieniem psychofizycznych kosztów ponoszonych przez osoby badane na poszczególnych etapach tego procesu. Wykres 4 obrazuje zmiany w ocenie samopoczucia badanych w następujących okresach:

1. w marcu i kwietniu 2020 roku – w okresie największych zmian wynikających z pandemii, restrykcji i silnego stresu związanego z nową, nieprzewidywalną i zagrażającą sytuacją (I etap badań);
2. od maja do września 2020 roku – w okresie stopniowego zmniejszania pandemicznych restrykcji (I etap badań);
3. od października 2020 do marca 2021 roku – w okresie kolejnych wzrostów zachorowań, częściowych, nie zawsze konsekwentnych restrykcji oraz początkowych miesięcy Narodowego Programu Szczepień (II etap badań);
4. od października 2021 do lutego 2022 roku – w okresie pojawiania się nowych wariantów wirusa – delta i omikron, częściowych restrykcji oraz kontynuacji Narodowego Programu Szczepień (III etap badań);
5. po wybuchu wojny w Ukrainie 24 lutego 2022 roku, w czasie trwającej wciąż pandemii i kryzysu uchodźczego będącego konsekwencją wojny (III etap badań).

O dwa pierwsze okresy pytaliśmy w pierwszym etapie badań, kiedy jeszcze stosunkowo niedawny początek pandemii był łatwo dostępny w pamięci, co umożliwiałoby dokonywanie porównań. Jak wspominaliśmy w rozdziale trzecim, po niespełna pięciu tygodniach trwania trzeciego etapu badań (po wybuchu wojny w Ukrainie) zdecydowaliśmy się dodać do narzędzia badawczego pytania dotyczące między innymi samopoczucia psychicznego osób badanych oraz sposobów radzenia sobie ze stresem

²²³ 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), <http://www.zdrowiepsychiczne.org/zbadaj-swoja-kondycje-psychiczna.html>, dostęp: 19.10.2022.



Wykres 4. Ocena samopoczucia badanych psychoterapeutek_ów w kolejnych okresach pandemii i po wybuchu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

po wybuchu wojny, a także refleksji osób badanych na temat pracy terapeutycznej w warunkach wojny za wschodnią granicą Polski. Do momentu uzupełnienia narzędzia badawczego o pytania dotyczące wojny, w trzecim etapie badań wzięły udział 43 osoby. Kwestionariusz zawierający pytania związane z wojną w Ukrainie wypełniło 282 badanych. Różnice te uwzględniamy w opracowaniu wyników prezentowanych w niniejszym rozdziale.

W pierwszych miesiącach pandemii (w marcu i kwietniu 2020 roku) odsetek osób deklarujących pogorszenie samopoczucia wynosił ponad 63%²²⁴. W tym okresie doświadczany poziom codziennego stresu był bardzo wysoki wobec zagrożenia nową, jeszcze mało rozpoznaną, potencjalnie śmiertelną chorobą, braku kompleksowego planu walki z kryzysem oraz największych restrykcji (ściśłego *lockdownu*). Między majem a wrześniem 2020 roku odsetek ten spadł do niecałych 31%²²⁵, co wskazuje na pewien stopień adaptacji do życia w pandemii i obniżenie początkowo bardzo wysokiego napięcia. W okresie od października 2020 do marca 2021 roku (pomiędzy jesienną a wiosenną ogromną falą zachorowań) odsetek osób deklarujących pogorszenie samopoczucia ponownie wzrósł, osiągając wartość 45%²²⁶, co można interpretować jako wskaźnik narastającego

²²⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco gorsze niż zwykle” i „znacznie gorsze niż zwykle”.

²²⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco gorsze niż zwykle” i „znacznie gorsze niż zwykle”.

²²⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco gorsze niż zwykle” i „znacznie gorsze niż zwykle”.

wyczerpania przedłużającą się pandemią. Od października 2021 do lutego 2022 roku odnotowaliśmy po raz kolejny spadek procentowo wyrażonej liczby osób oceniających swoje samopoczucie jako gorsze niż zwykle (do poziomu 33,4%²²⁷), co można interpretować jako efekt z jednej strony wielomiesięcznych wysiłków zmierzających do osiągnięcia względnej równowagi, a z drugiej – zmniejszających się wskaźników zachorowań i coraz łagodniejszego przebiegu choroby, co dawało nadzieję na zakończenie pandemii w przewidywalnym czasie. Można postawić tezę, że procesy względnej adaptacji dominowały wówczas nad procesami prowadzącymi do wyczerpania zasobów psychofizycznych. Dodatkowo wskazuje na to rosnący (i przekraczający połowę) odsetek respondentek_ów oceniających swoje samopoczucie jako takie samo jak zwykle. Wcześniejsze naprzemienne spadki i wzrosty liczby osób doświadczających pogorszenia samopoczucia wskazują, że procesy adaptacji i wyczerpywania zasobów przeplatają się ze sobą, a względna adaptacja jest osiągana relatywnie dużym wysiłkiem. Po wybuchu wojny w Ukrainie odsetek osób doświadczających pogorszenia samopoczucia gwałtownie wzrósł, osiągając ponad 80%, czyli o 17% więcej niż w pierwszych miesiącach pandemii. Po 24 lutego 2022 roku odsetek osób deklarujących, że ich samopoczucie było takie samo jak zwykle, spadł z 50,8% do 16,5%. Wynik ten był nawet niższy od analogicznego wskaźnika odnotowanego w pierwszych miesiącach pandemicznych.

Dane te pokazują, jak dużym wstrząsem był wybuch wojny za wschodnią granicą Polski. Załamanie pokoju w bezpośrednim sąsiedztwie geopolitycznym jest obiektywnie destabilizujące. Istotne znaczenie ma również fakt, że wojna wybuchła, zanim jednostki i społeczeństwa odzyskały równowagę zaburzoną przez trwającą od dwóch lat pandemię.

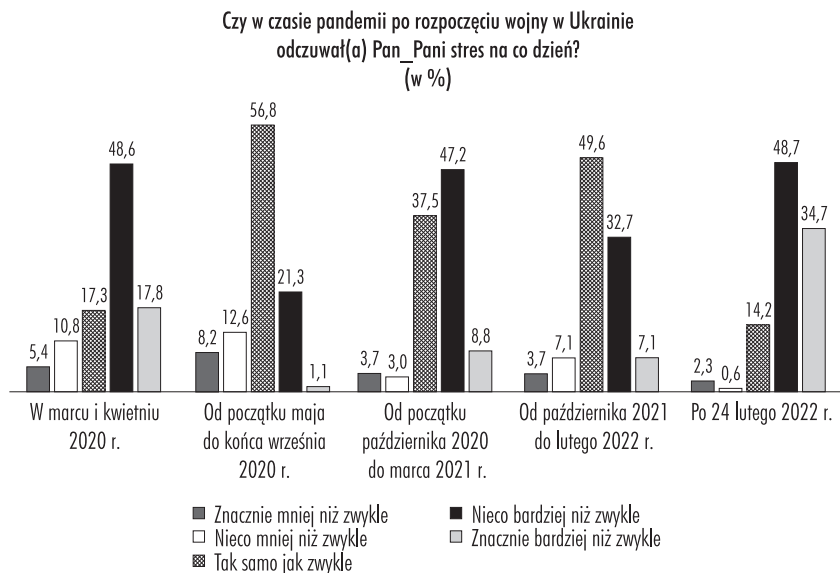
9.3. Poszczególne wymiary samopoczucia psychicznego osób badanych w kolejnych okresach pandemii oraz po wybuchu wojny w Ukrainie

Efekt w postaci wyraźnego zakłócenia procesów adaptacji po rozpoczęciu wojny w Ukrainie po uprzedniej względnej stabilizacji w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku jest widoczny w różnym natężeniu na przykładzie konkretnych wymiarów samopoczucia psychicznego, o które pytaliśmy we wszystkich trzech etapach badań.

²²⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco gorsze niż zwykle” i „znacznie gorsze niż zwykle”.

9.3.1. Odczuwanie stresu na co dzień

Dane dotyczące doświadczania codziennego stresu w czterech okresach pandemii i po wybuchu wojny w Ukrainie obrazują tendencję polegającą na: (1) przeżywaniu relatywnie wysokiego poziomu stresu na samym początku pandemii – w marcu i kwietniu 2020 roku (wskazuje na to odsetek badanych przeżywających wyższy poziom stresu niż zwykle, wynoszący 66,4%²²⁸), (2) względnej adaptacji i spadku napięcia w okresie od maja do września 2020 roku (analogiczny odsetek – 22,4%), (3) ponownym jego wzroście w okresie od października 2020 do marca 2021 roku (56%), (4) ponownym spadku napięcia między październikiem 2021 a lutym 2022 roku (39,8%), (5) bardzo intensywnym wzroście poziomu stresu po rosyjskiej agresji na Ukrainę 24 lutego 2022 roku (83,4%). Dane te ilustruje wykres 5.



Wykres 5. Doświadczanie stresu na co dzień w czterech okresach pandemii oraz po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

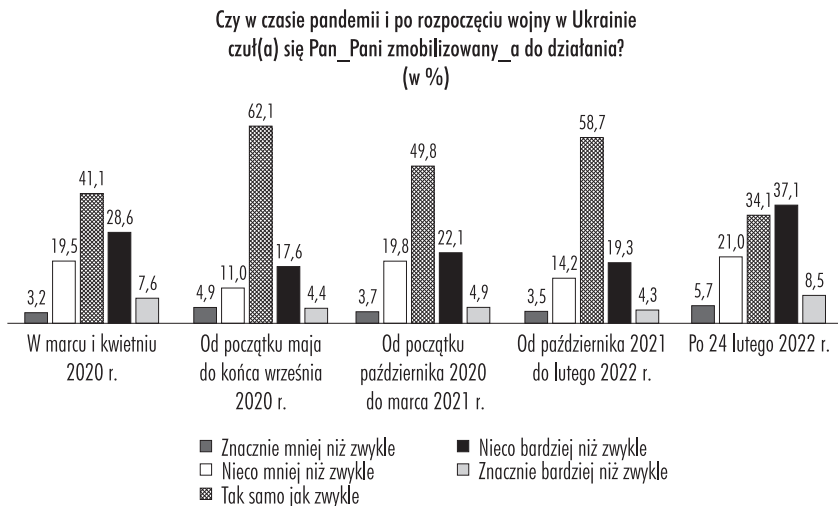
Załamaniem procesu adaptacji jest widoczne również w świetle porównania odsetków osób badanych oceniających poziom przeżywania codziennego stresu jako taki sam jak zwykle w poszczególnych okresach pandemii

²²⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco gorsze niż zwykle” i „znacznie gorsze niż zwykle”.

oraz po wybuchu wojny w Ukrainie. Odsetek ten wynosił 17,3% w marcu i kwietniu 2020 roku, po czym wzrósł do 56,8% w okresie od maja do września 2020 roku, by następnie spaść do poziomu 37,5% w okresie od października 2020 do marca 2021 roku. W kolejnym badanym przez nas okresie (od października 2021 do lutego 2022 roku) nastąpił ponowny wzrost odsetka osób uznających poziom stresu przeżywanego na co dzień za taki sam jak zwykle – do 49,6%, natomiast po 24 lutego 2022 roku odsetek ten spadł do poziomu 14,2%, osiągając wartość niższą o 3% niż w pierwszych miesiącach pandemii.

9.3.2. Mobilizująca i demobilizująca funkcja stresu

Uzyskane wyniki wskazują na dwie przeciwstawne tendencje związane z mobilizującą i demobilizującą funkcją stresu (zobrazowane na wykresie 6).



Wykres 6. Poczucie mobilizacji do działania w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Jak wynika z wykresu 6, z jednej strony relatywnie najwyższy odsetek badanych (ponad 36%²²⁹) relacjonował mobilizację do działania w większym niż zwykle stopniu w ciągu dwóch pierwszych miesięcy pandemii. Analogiczny

²²⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

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 zmniejszenia restrykcji związanych z pandemią. Od tego momentu obserwujemy wahania omawianego odsetka – wzrost do poziomu 27%²³⁰ w okresie od października 2020 do marca 2021 roku i spadek do poziomu 23,6%²³¹ w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku. Po wybuchu wojny w Ukrainie nastąpił gwałtowny wzrost wyrażonej procentowo liczby osób deklarujących większą niż zwykle mobilizację do działania – do 45,6%²³². Z drugiej strony można zauważyć wahania odsetka osób, które w kolejnych okresach w mniejszym niż zwykle stopniu czuły się zmobilizowane do działania – od 22,7%²³³ w marcu i kwietniu 2020 roku, przez 15,9%²³⁴ w okresie od maja do września 2020 roku i 23,5% od października 2020 do marca 2021 roku, do 17,7% w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku. Po rozpoczęciu wojny w Ukrainie odsetek ten ponownie wzrósł, osiągając najwyższy poziom – 26,7%²³⁵, w porównaniu ze wszystkimi wcześniejszymi okresami. Równocześnie odsetek osób deklarujących taki sam jak zwykle poziom mobilizacji do działania po 24 lutego 2022 roku był relatywnie najniższy we wszystkich porównywanych okresach i wynosił 34,1% (o 6% mniej niż w pierwszych miesiącach pandemii). Wyniki te wskazują, że nasilenie działania stresorów zwiększa zarówno mobilizujące, jak i demobilizujące działanie stresu, choć w naszych badaniach tendencje związane z mobilizacją przeważają nad procesami demobilizacji.

9.3.3. Reakcje psychosomatyczne

Odpowiedzi na pytanie o reakcje psychosomatyczne w postaci zmęczenia i braku energii w czterech analizowanych okresach pandemii pozwalają przypuszczać, że przynajmniej część osób badanych doświadczała 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

²³⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²³¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²³² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²³³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco mniej niż zwykle” i „znacznie mniej niż zwykle”.

²³⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco mniej niż zwykle” i „znacznie mniej niż zwykle”.

²³⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco mniej niż zwykle” i „znacznie mniej niż zwykle”.

i stopniowe wyczerpywanie się zasobów energii. Jeśli w tym czasie zaczynają działać dodatkowe, silne stresory, uczucie wyczerpania pogłębia się. Wyniki ilustrujące powyższą tendencję zostały zaprezentowane na wykresie 7.



Wykres 7. Poczucie osłabienia i braku energii w czasie pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Z zaprezentowanych powyżej danych wynika, że odsetek osób, które w większym stopniu niż zwykle czuły się osłabione i pozbawione energii, wynosił 52,4%²³⁶ w początkowych miesiącach pandemii, a następnie spadł, osiągając ponad dwukrotnie mniejszą wartość – 22,4%²³⁷ w okresie od maja do września 2020 roku. Następnie odsetek ten wzrósł w kolejnym okresie pandemii (od października 2020 do marca 2021 roku) do poziomu 50,2%²³⁸. Tendencja ta została utrzymana w następnym analizowanym okresie (od października 2021 do lutego 2022 roku), w którym 50,4%²³⁹ osób badanych zadeklarowało bardziej intensywne niż zwykle odczuwanie osłabienia i braku energii. Po 24 lutego 2022 roku omawiany

²³⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

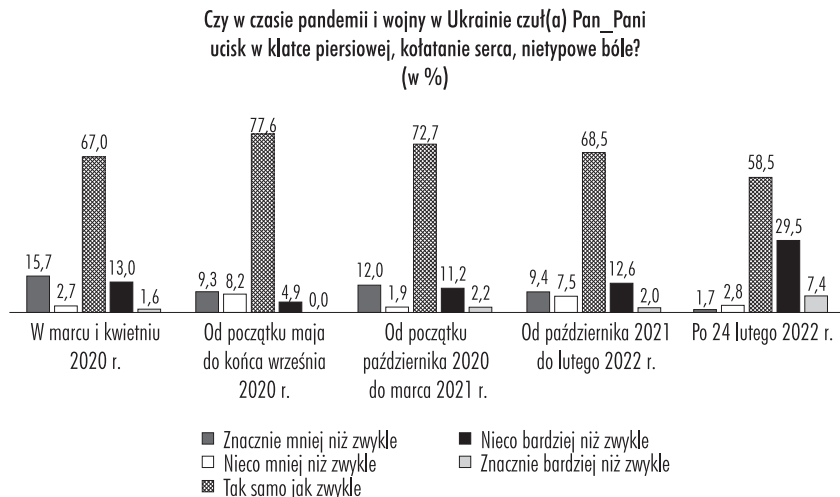
²³⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²³⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²³⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

odsetek wzrósł do 60,2%²⁴⁰. Wtedy również wyrażona procentowo liczba osób wskazujących znaczne nasilenie braku energii i osłabienia była najwyższa spośród wszystkich analizowanych okresów i wynosiła 27,8% (wcześniej mieściła się w przedziale od 3,3% do 13,4%).

Podobny efekt, choć w innej skali, odnotowaliśmy w odniesieniu do wybranych dolegliwości psychosomatycznych, takich jak odczucie ucisku w klatce piersiowej, kołatanie serca czy nietypowe doznania bólowe. Odsetek osób, które doświadczały wyżej wymienionych objawów w większym niż zwykle natężeniu, wynosił w pierwszych dwóch miesiącach pandemii (marzec i kwiecień 2020 roku) 14,6%, w okresie od maja do września 2020 roku spadł do poziomu niespełna 5%, następnie od października 2020 do marca 2021 roku wzrósł ponownie, osiągając wartość 13,4%, i stabilizował się w kolejnym okresie (od października 2021 do lutego 2022 roku) na zbliżonym poziomie 14,6%. Po 24 lutego 2022 roku odsetek ten wzrósł dwuipółkrotnie w porównaniu z poprzednim okresem – do prawie 37%. Równocześnie odsetek osób deklarujących takie samo jak zwykle samopoczucie psychosomatyczne był po rozpoczęciu wojny w Ukrainie najniższy spośród wszystkich porównywanych przez nas okresów – wynosił 58,5%, wobec 67% i 77,6% w poprzednich okresach (wykres 8).



Wykres 8. Wybrane dolegliwości psychosomatyczne w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

²⁴⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

9.3.4. Zaburzenia snu

Jedną z reakcji na stres stanowią zaburzenia snu. W trzech etapach badań zadaliśmy psychoterapeut(k)om pytania o natężenie trudności z zasypianiem i ponownym zaśnięciem po przebudzeniu w środku nocy oraz o poczucie, że sen nie daje wypoczynku.

W analizowanych czterech okresach pandemii odsetek osób doświadczających w większym stopniu niż zwykle trudności z zasypianiem z powodu zmartwień na przemian wzrastał i spadał. W pierwszych miesiącach pandemii wynosił 22,1%, w okresie od maja do września 2020 roku – 11,5%²⁴¹, od października 2020 do marca 2021 roku – 39,3%²⁴² i od października 2021 do lutego 2022 roku – 31,5%²⁴³. Po 24 lutego 2022 roku nastąpił natomiast wzrost wyrażonej procentowo liczby osób deklarujących trudności z zasypianiem do prawie połowy badanych (48,3%²⁴⁴). Dane te ilustruje wykres 9.

Osoby badane doświadczały trudności w ponownym zasypianiu po przebudzeniu w środku nocy relatywnie rzadziej niż trudności z zasypianiem z powodu zmartwień. W okresie pandemii odsetek respondentek_ów deklarujących większe niż zwykle nasilenie tego problemu wynosił: po 9,3%²⁴⁵ w dwóch pierwszych miesiącach pandemii i w okresie od maja do września 2020 roku, 29,2%²⁴⁶ od października 2020 do marca 2022 roku i 20,9%²⁴⁷ od października 2021 do lutego 2022 roku. Następnie po 24 lutego 2022 roku odsetek osób deklarujących nasilenie tego problemu wzrósł prawie dwukrotnie i osiągnął wartość 39,8%²⁴⁸ (wykres 10).

²⁴¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁴² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁴³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

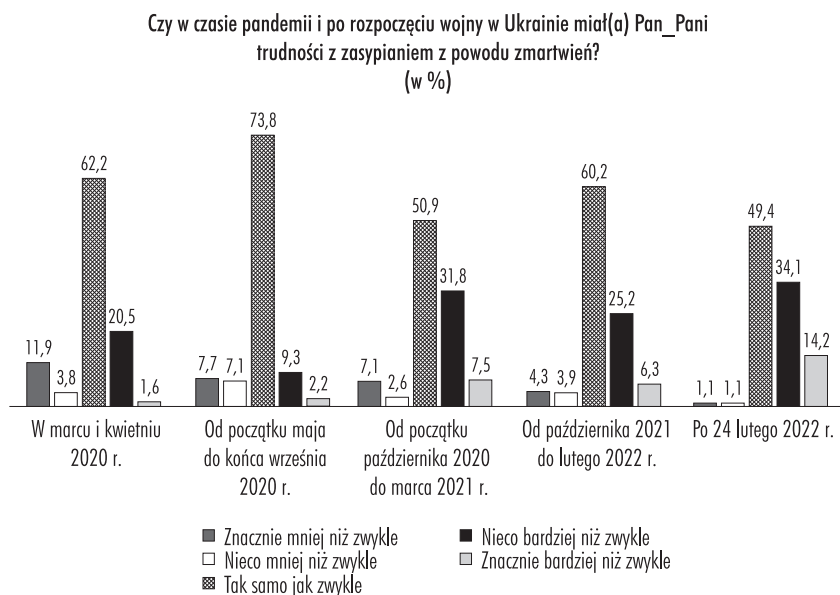
²⁴⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁴⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁴⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

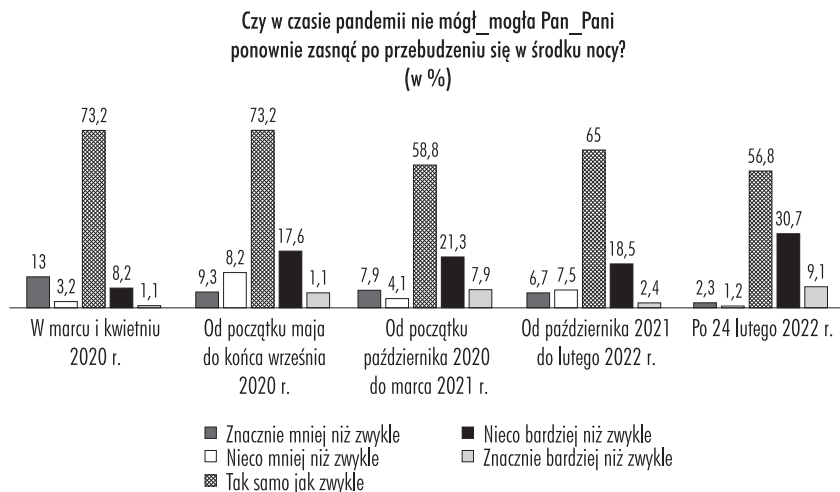
²⁴⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁴⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.



Wykres 9. Trudności z zasypianiem w czterech okresach pandemii i w czasie wojny w Ukrainie

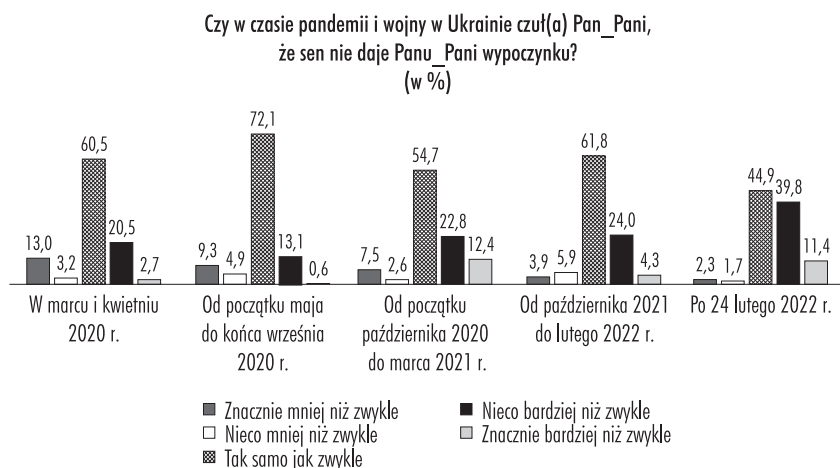
Źródło: badania własne, etapy I–III.



Wykres 10. Trudności z ponownym zaśnięciem po przebudzeniu w nocy w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Zmniejszenie regeneracyjnej funkcji snu (poczucie, że sen nie daje wypoczynku) jest związane z uczuciem wyczerpania. Na początku pandemii (w marcu i kwietniu 2020 roku) nasilenie tego objawu deklarowała niepełna jedna czwarta badanych (23,2%²⁴⁹). Następnie odsetek ten spadł do poziomu 13,7%²⁵⁰ w okresie od maja do września 2020 roku, by wzrosnąć ponad dwuipółkrotnie – do 35,2%²⁵¹ pomiędzy październikiem 2020 a marcem 2021 roku i ponownie spaść o około 7 punktów procentowych w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku (osiągając wartość 28,3%²⁵²). Po wybuchu wojny w Ukrainie analogiczny odsetek wynosił 51,2%²⁵³, co oznacza, że ponad połowa badanych czuła się zmęczona po przebudzeniu i – jak można założyć – funkcjonowała w tym stanie przez cały dzień, często przez wiele dni z rzędu. Omawiane dane ilustruje wykres 11.



Wykres 11. Poczucie braku regeneracji przez sen w czasie pandemii i po wybuchu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

²⁴⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

9.3.5. Reakcje nerwicowe

Dane dotyczące reakcji nerwicowych potwierdzają analizowaną wcześniej tendencję polegającą na znacznym nasileniu objawów wskazujących na przeżywany dystres po rozpoczęciu wojny w Ukrainie po uprzedniej względnej stabilizacji, wskazują jednak także na przeciążenie przedłużającą się pandemią. W pierwszych miesiącach pandemii odsetek osób doświadczających w większym niż zwykle stopniu lęku lub silnego niepokoju wynosił ponad 41%²⁵⁴. Analogiczny odsetek wynosił w okresie od maja do września 2020 roku 17%²⁵⁵, a w okresach od października 2020 do marca 2021 roku oraz od października 2021 do lutego 2022 roku 27%²⁵⁶. Należy zaznaczyć, że we wszystkich czterech okresach pandemii odsetek osób, które „doświadczaly lęku i niepokoju” znacznie bardziej niż zwykle mieścił się w przedziale od 5,4% do 1,6%. Po 24 lutego 2022 roku zwiększenie intensywności odczuwania lęku i silnego niepokoju deklarowało ponad 68%²⁵⁷ osób badanych, w tym ponad 27% doświadczało tych stanów „znacznie bardziej niż zwykle” (wykres 12).

Mechanizmy podobne do opisanych powyżej ilustrują dane dotyczące: (1) odczuwania podenerwowania i napięcia w kontaktach z innymi ludźmi, (2) doświadczania trudności z zebraniem i wyrażaniem myśli oraz (3) odczuwania napięcia i rozdrażnienia z powodu nadmiaru spraw.

Najwyższy odsetek osób, które w większym niż zwykle stopniu czuły się podenerwowane i napięte w kontaktach z ludźmi (prawie 39%²⁵⁸) odnotowaliśmy po rozpoczęciu wojny w Ukrainie. Było to o około 4% więcej niż w pierwszych miesiącach pandemii, kiedy nasilenie napięć w kontaktach społecznych deklarowało nieco ponad 35%²⁵⁹ badanych. W okresie od maja do września 2020 roku odsetek ten spadł do nieco ponad 19%²⁶⁰, po czym

²⁵⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

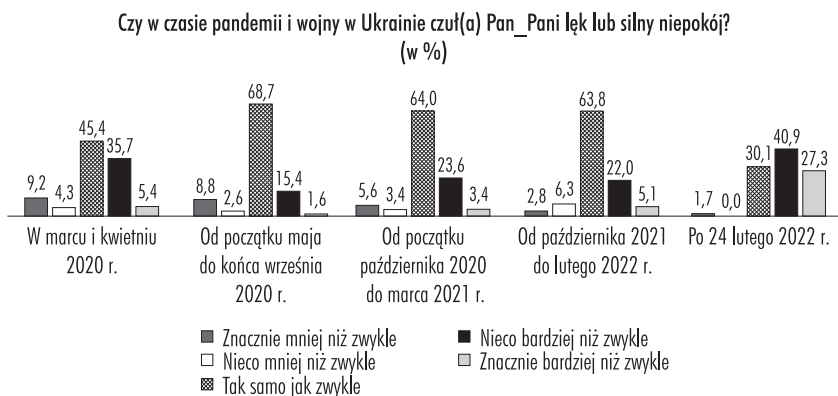
²⁵⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁵⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

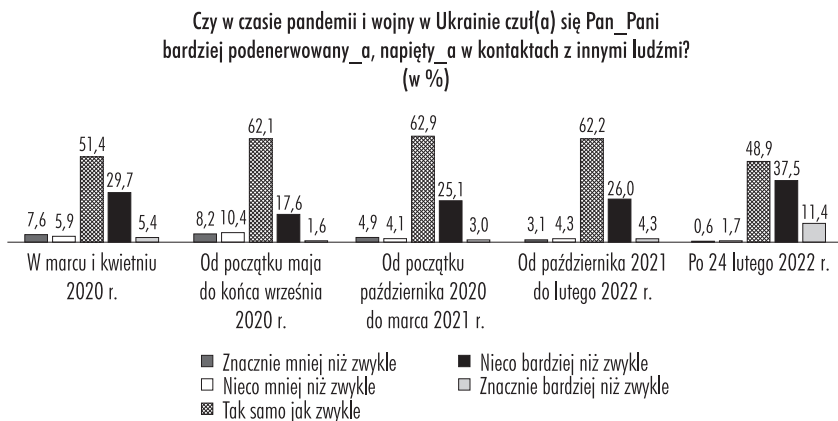
²⁶⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

wzrastał – do ponad 28%²⁶¹ w okresie od października 2020 do marca 2021 roku i do ponad 30%²⁶² w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku (wykres 13).



Wykres 12. Uczucie silnego lęku i niepokoju w czterech okresach pandemii oraz w czasie wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.



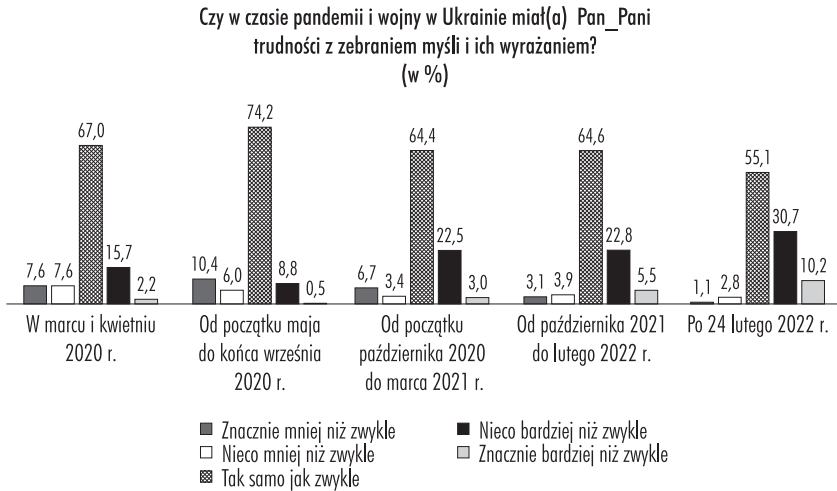
Wykres 13. Napięcie przeżywane w kontaktach z ludźmi w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

²⁶¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁶² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

W pierwszych miesiącach pandemii osób, które deklarowały nasilenie trudności z zebraniem i wyrażaniem myśli, było prawie 18%²⁶³, od maja do września 2020 roku ponad 9%²⁶⁴, od października 2020 do marca 2021 roku 25,5%²⁶⁵, od października 2021 do lutego 2022 roku ponad 28%²⁶⁶, a po 24 lutego 2022 roku prawie 41%²⁶⁷ (wykres 14).



Wykres 14. Trudności z zebraniem i wyrażaniem myśli w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Odsetki osób badanych, które w większym niż zwykle stopniu doświadczały napięcia i rozdrażnienia z powodu nadmiaru spraw, wynosiły 27,8%²⁶⁸

²⁶³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁶⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

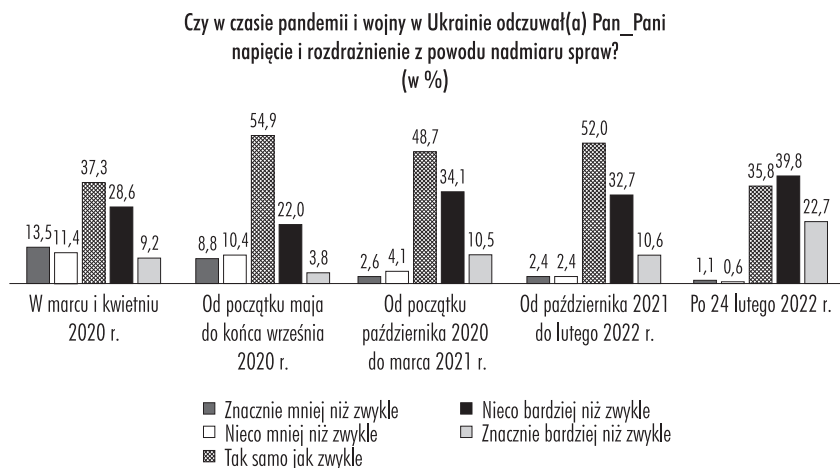
²⁶⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁶⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁶⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁶⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

w marcu i kwietniu 2020 roku, prawie 26%²⁶⁹ od maja do września 2020 roku, blisko 45%²⁷⁰ od października 2020 do marca 2021 roku, ponad 43%²⁷¹ od października 2021 do lutego 2022 roku i 62,5%²⁷² po 24 lutego 2022 roku (wykres 15).



Wykres 15. Odczucia napięcia i rozdrażnienia z powodu nadmiaru spraw w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

9.3.6. Reakcje depresyjne

Tezę o załamaniu pewnej (budowanej z wysiłkiem) stabilizacji w rzeczywistości pandemicznej po rozpoczęciu wojny w Ukrainie potwierdzają również wyniki obrazujące natężenie reakcji depresyjnych w analizowanych okresach. Omawiany wcześniej wzorzec zaobserwowaliśmy na przykładzie zmian odsetków osób deklarujących nasilenie: (1) poczucia braku sił, by radzić sobie ze swoim życiem i wszystkim sprawami, (2) poczucia,

²⁶⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

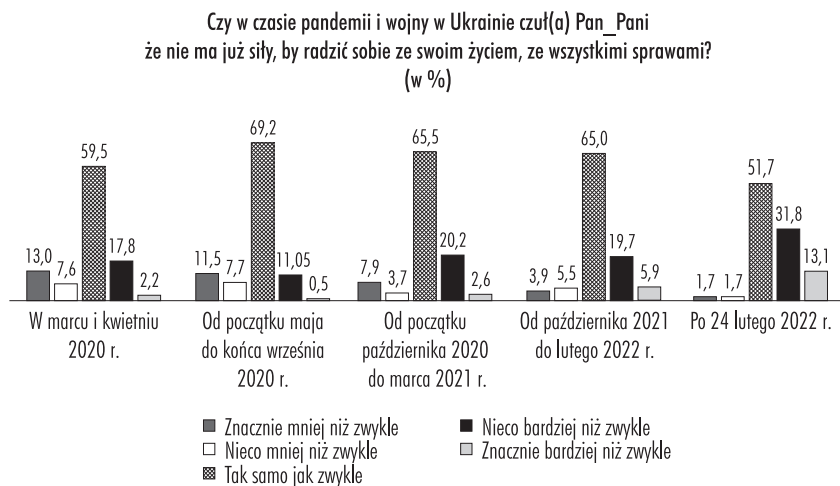
²⁷⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁷¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁷² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

że sytuacja jest beznadziejna, (3) anhedonii. Inaczej natomiast w analizowanych przez nas okresach kształtowały się odsetki osób przeżywających nasilenie negatywnych myśli o sobie (krytykowania siebie).

Odczuwanie braku sił, by radzić sobie ze swoim życiem w większym stopniu niż na co dzień, odczuwało: prawie 20%²⁷³ badanych w pierwszych miesiącach pandemii (w marcu i kwietniu 2020 roku), 11,5%²⁷⁴ badanych w okresie od maja do września 2020 roku, prawie 23%²⁷⁵ badanych w okresie od października 2020 do marca 2021 roku, niespełna 26%²⁷⁶ badanych w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku i prawie 35%²⁷⁷ badanych po 24 lutego 2022 roku (wykres 16).



Wykres 16. Odczuwanie braku sił, by radzić sobie ze swoim życiem, w czasie czterech etapów pandemii oraz wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

²⁷³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

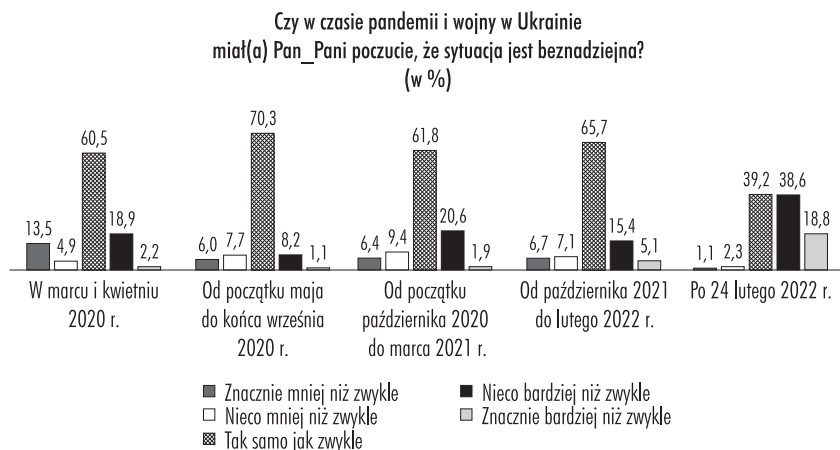
²⁷⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁷⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁷⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁷⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

Osoby, które w większym stopniu niż zwykle miały poczucie, że sytuacja jest beznadziejna, stanowiły nieco ponad 21%²⁷⁸ badanych w marcu i kwietniu 2020 roku, ponad 9%²⁷⁹ w okresie od maja do września 2020 roku, 22,5%²⁸⁰ w okresie od października 2020 do marca 2021 roku, 20,5%²⁸¹ w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku i ponad 57%²⁸² po 24 lutego 2022 roku (wykres 17).



Wykres 17. Poczucie beznadziejności sytuacji w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Zwiększenie odczuwania anhedonii zadeklarowało ponad 22%²⁸³ badanych w pierwszych dwóch miesiącach pandemii, nieco ponad 9%²⁸⁴ w okresie

²⁷⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁷⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁸⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

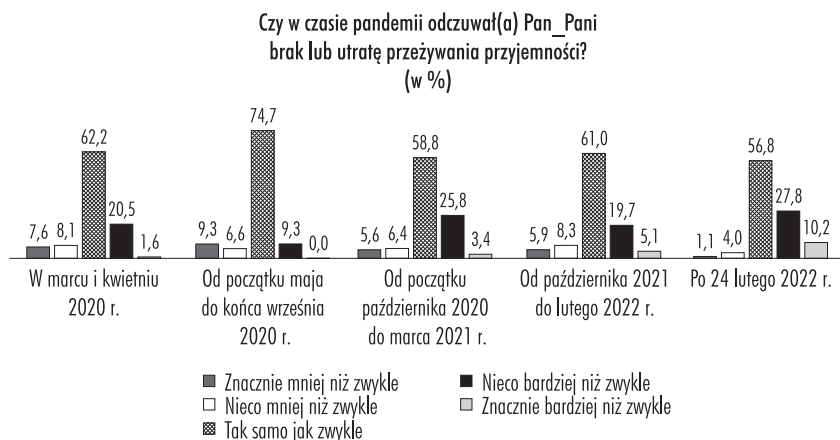
²⁸¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁸² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁸³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁸⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

od maja do września 2020 roku, trochę ponad 29%²⁸⁵ w okresie od października 2020 do marca 2021 roku, prawie 25%²⁸⁶ od października 2021 do lutego 2022 roku oraz 38%²⁸⁷ po 24 lutego 2022 roku (wykres 18).



Wykres 18. Doświadczanie anhedonii w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Odmienne od zarysowanych powyżej prawidłowości kształtowały się odsetki osób, które częściej niż zwykle myślały o sobie negatywnie i krytykowały siebie. Były one względnie stałe w prawie wszystkich analizowanych okresach i wynosiły od blisko 16%²⁸⁸ do trochę ponad 18%²⁸⁹, z wyjątkiem okresu od maja do września 2020 roku, kiedy wyrażona procentowo liczba osób deklarujących nasilenie omawianego objawu wynosiła nieznacznie ponad 7%²⁹⁰ (wykres 19).

²⁸⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

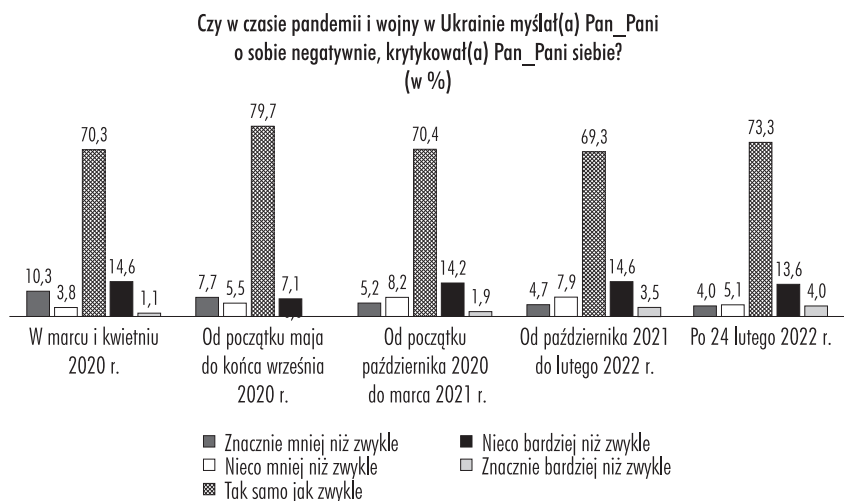
²⁸⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁸⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁸⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁸⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁹⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.



Wykres 19. Negatywne myślenie o sobie, obwinianie się w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I-III.

9.3.7. Reakcje związane z używaniem substancji psychoaktywnych i zachowaniami kompulsywnymi

Porównanie wyników dotyczących czterech okresów pandemii oraz okresu po wybuchu wojny w Ukrainie wskazuje, że od października 2020 roku odsetek osób w większym stopniu niż zwykle regulujących napięcia poprzez alkohol lub inne substancje bądź czynności kompulsywne stopniowo wzrastał wraz z przedłużaniem się sytuacji kryzysowej oraz nakładaniem się kryzysów (pandemicznego i wojennego).

Odsetek osób deklarujących większe natężenie używania substancji psychoaktywnych w celu unikania nieprzyjemnych stanów emocjonalnych wynosił prawie 12%²⁹¹ w marcu i kwietniu 2020 roku, po czym spadł do niecałych 5%²⁹² w okresie od maja do września 2020 roku, a następnie wzrastał, osiągając wartości: prawie 18%²⁹³ w okresie od października

²⁹¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁹² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁹³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

2020 do marca 2021 roku, nieznacznie ponad 20%²⁹⁴ od października 2021 do lutego 2022 roku i około 22%²⁹⁵ po 24 lutego 2022 roku (wykres 20).



Wykres 20. Picie alkoholu lub używanie innych substancji psychoaktywnych w celu złagodzenia napięcia w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I-III.

Obniżanie napięcia przez czynności kompulsywne, takie jak granie w gry komputerowe, gry losowe, spędzanie czasu w mediach społecznościowych, kupowanie w większym stopniu niż zwykle, deklarowało około 18%²⁹⁶ badanych w marcu i kwietniu 2020 roku, prawie 9%²⁹⁷ od maja do września 2020 roku, 19,5%²⁹⁸ od października 2020 do marca 2021 roku,

²⁹⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

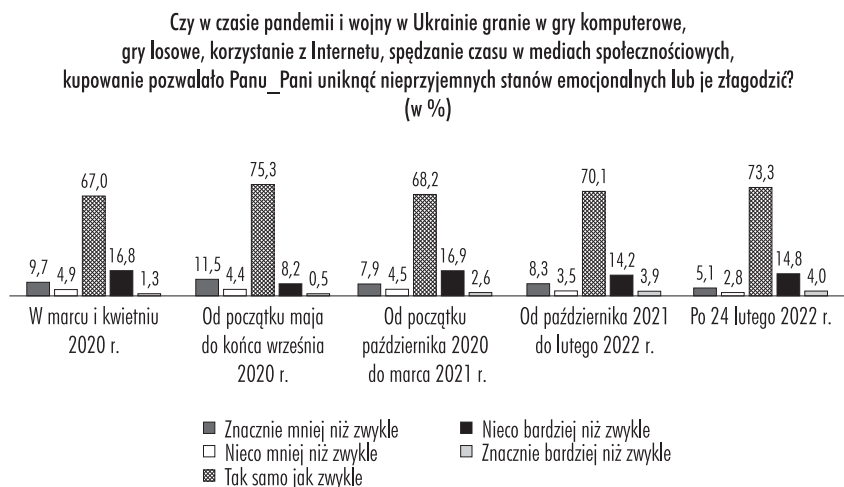
²⁹⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁹⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁹⁷ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

²⁹⁸ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

trochę ponad 18%²⁹⁹ od października 2021 do lutego 2022 roku i nieco ponad 19%³⁰⁰ po 24 lutego 2022 roku (wykres 21).



Wykres 21. Obniżanie napięcia poprzez czynności kompulsywne w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I-III.

Wzmoczone odczuwanie niepokoju z powodu stosowania substancji psychoaktywnych lub wykonywania czynności kompulsywnych było relatywnie najczęściej deklarowane przez badanych po 24 lutego 2022 roku – niepełna 19%³⁰¹. Odsetek ten był większy o mniej niż 1 punkt procentowy w porównaniu z analogicznym wskaźnikiem zarejestrowanym w pierwszych dwóch miesiącach pandemii (nieco ponad 18%³⁰²). W okresie od maja do września 2020 roku procentowo wyrażona liczba osób deklarujących nasilenie omawianego problemu była najniższa i wynosiła 6%³⁰³, w okresie

²⁹⁹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

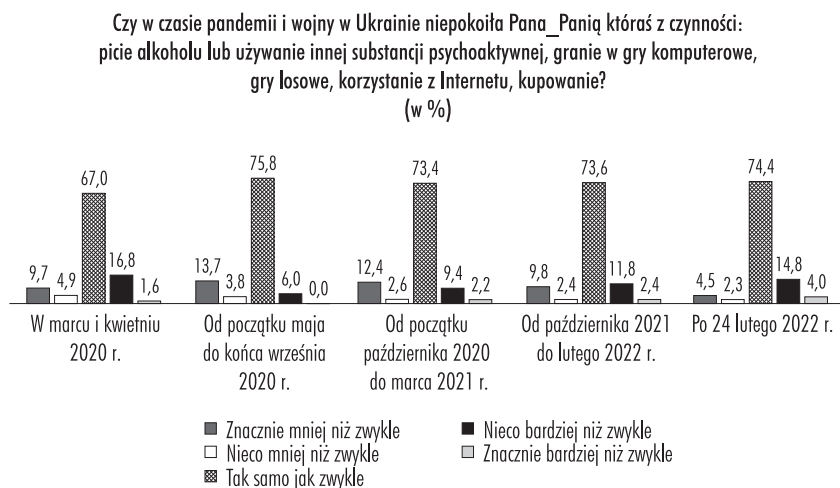
³⁰⁰ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁰¹ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁰² Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁰³ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

od października 2020 do marca 2021 roku niecałe 12%³⁰⁴ oraz trochę ponad 14%³⁰⁵ w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku (wykres 22).



Wykres 22. Odczuwanie niepokoju z powodu używania substancji lub czynności kompulsywnych w czasie pandemii i wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

9.3.8. Doświadczanie stresu pourazowego lub zastępczego stresu pourazowego w czasie wojny w Ukrainie

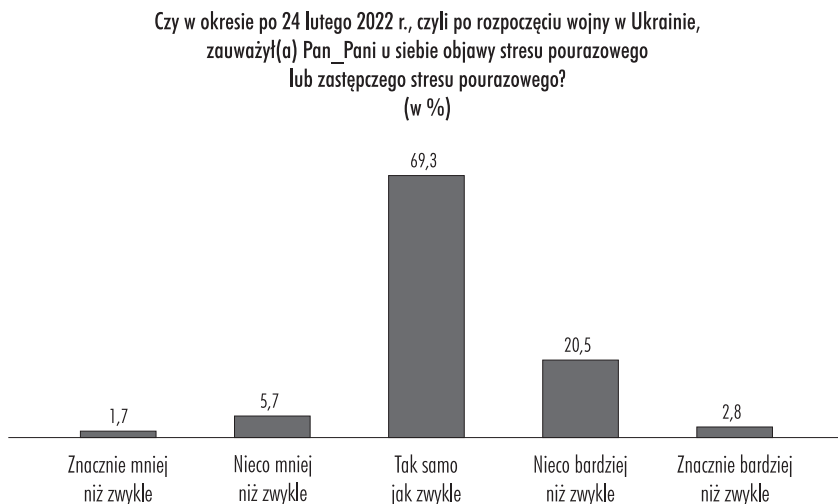
W trzecim etapie badań zadaliśmy dodatkowe pytanie w kontekście wojny w Ukrainie. Dotyczyło ono zakresu doświadczania stresu pourazowego lub zastępczego stresu pourazowego. Z analizowanych przez nas danych wynika, że wzmożone jego odczuwanie było udziałem prawie jednej czwartej badanych (ponad 23%³⁰⁶). Dane te ilustruje wykres 23.

Pytanie wprost o objawy PTSD lub zastępczego PTSD bez ich szczegółowego wymienienia było możliwe ze względu na przygotowanie zawodowe osób badanych. Fakt, że prawie jedna czwarta badanych ujęła w tych

³⁰⁴ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁰⁵ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.

³⁰⁶ Łączna liczba odpowiedzi „nieco bardziej niż zwykle” i „znacznie bardziej niż zwykle”.



Wykres 23. Doświadczanie stresu pourazowego lub zastępczego stresu pourazowego w czasie wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etap III.

kategoriach swoje przeżycia z czasu pierwszych miesięcy wojny w Ukrainie, może być interpretowany z perspektywy dostępności narracji o traumie historycznej wpisanej w ramy strukturalne³⁰⁷.

9.4. Podsumowanie

Na podstawie powyższej analizy wyników badań można stwierdzić, że natężenie różnych form doświadczanego przez badanych dystresu po 24 lutego 2022 roku wskazuje na istotną destabilizację procesu przystosowania do pandemicznej rzeczywistości, który już wcześniej powodował znaczne koszty psychofizyczne i skutkował objawami wskazującymi na wyczerpanie części badanych.

Nawiązując do klasycznej teorii stresu Hansa Selyego³⁰⁸, można stwierdzić, że w badanym przez nas okresie następowało przechodzenie od reakcji alarmowej w pierwszych miesiącach pandemii do naprzemiennych faz relatywnego przystosowania i wyczerpania (w które jednostki wchodziły

³⁰⁷ D. LaCapra, *Trauma...*

³⁰⁸ H. Selye, *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1978.

w różnym tempie, w zależności od ich zasobów oraz konkretnych doświadczeń) w następnych miesiącach. Na ten proces nałożyła się kolejna reakcja alarmowa wywołana wybuchem wojny, który nastąpił, zanim jednostki zdążyły powrócić w wystarczającym stopniu do równowagi. Mechanizm ten dotyczył zarówno psychoterapeutek_ów, jak i pacjentek_ów/klientek_ów.

W tym kontekście istotna jest kwestia wsparcia dla psychoterapeutek_ów, poruszana w ramach końcowych refleksji osób badanych. Jak ujęła to respondentka:

„Wymagania wobec naszej grupy zawodowej, żeby świadczyć bezpłatną pomoc – medykom, osobom dotkniętym pandemią, wojną w Ukrainie – przy jednoczesnym braku bezpłatnego wsparcia dla nas, np. w postaci bezpłatnych superwizji lub superwizji opłacanych przez państwo”
[resp. 302, psychoterapeutka pracująca w nurcie psychodynamicznym, etap III].

Wypowiedzi te wskazują na mechanizm sprzężeń zwrotnych między sytuacją zewnętrzną (społeczno-polityczną) a kondycją psychiczną przedstawicieli społeczeństwa, spośród których część korzysta z profesjonalnego wsparcia psychoterapeutycznego, oraz kondycją emocjonalną osób zawodowo zajmujących się psychoterapią. Wyniki naszych badań wskazują na problem wyczerpywania zasobów wsparcia w warunkach kryzysów społecznych. Problem ten pociąga za sobą co najmniej dwa pytania: Jakiego dokładnie wsparcia terapeutki i terapeutki potrzebują od instytucji, w których pracują, stowarzyszeń zawodowych i od państwa? Jakie działania należy podjąć na rzecz optymalizacji warunków pracy w sytuacji kryzysów społecznych, które – jak pokazują doświadczenia związane z pandemią i wojną – mogą trwać relatywnie długo?³⁰⁹ Odpowiedzi na nie są istotne z perspektywy procesu odzyskiwania równowagi w kryzysie. Procesu tego nie da się jednak ograniczyć do działań sytuujących się w obrębie kultury terapeutycznej, gdyż, jak wykazywaliśmy we wcześniejszych częściach tej pracy, podatność przedstawicieli i społeczeństw na kryzysy jest uwarunkowana nie tylko indywidualnymi cechami i umiejętnościami, lecz także wieloma czynnikami ponadjednostkowymi, w tym związanymi z historią i kulturą.

³⁰⁹ M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci...*, 2022, ss. 67–78.



Rozdział 10

SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM PRZEZ PSYCHOTERAPEUTKI_ÓW

10.1. Wprowadzenie

Wyniki badań przedstawione w rozdziale 9 wskazują na znaczny poziom stresu przeżywanego przez osoby badane w kontekście pandemii i wojny. W bieżącym rozdziale zostaną omówione strategie radzenia sobie ze stresem.

Badając sposoby radzenia sobie ze stresem, we wszystkich trzech etapach badań wykorzystaliśmy fragmenty kwestionariusza Mini-COPE służącego do diagnozy sposobów postępowania w sytuacjach trudnych³¹⁰. 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 sobie³¹¹. O skuteczności stosowanych strategii decyduje indywidualny kontekst obejmujący zarówno zmienne osobowościowe, jak i sytuacyjne, w tym zmienne związane z dostępną jednostką wsparcia oraz ukształtowanymi wcześniej umiejętnościami.

W odniesieniu do sposobów radzenia sobie ze stresem w czasie pandemii w trzech pierwszych etapach badań wykorzystaliśmy taki sam zestaw pytań, natomiast pytając o sposoby radzenia sobie ze stresem po rozpoczęciu wojny w Ukrainie zmodyfikowaliśmy narzędzie badawcze, dodając kategorię: „Angażowałam_em się w działania pomocowe na miarę moich możliwości” (ze względu na ogromną skalę zaangażowania Polek i Polaków w oddolne działania pomocowe w pierwszych tygodniach i miesiącach wojny) oraz usuwając kategorie: „Szukałam_em pozytywnych stron obecnej

³¹⁰ Ch. Carver, *Mini-COPE*, adaptacja: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.

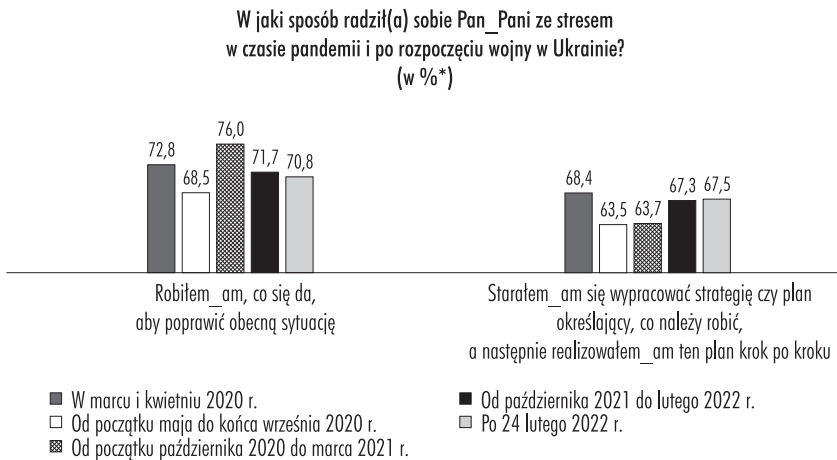
³¹¹ I. Heszen-Niejodek, *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, ss. 464–492.

sytuacji” oraz „Żartowałam_em na temat obecnej sytuacji”, które uznaliśmy za niestosowne w kontekście wojny, choć strategie te były widoczne w kulturowych narracjach na temat pandemii – na przykład w wyrażanej nadziei, że pandemia przyniesie radykalną, pozytywną zmianę na poziomie aksjologicznym, bądź w postaci szeroko upowszechnianych memów na temat pandemii, które służyły obniżeniu napięcia przez humor.

Poniżej przedstawiamy porównanie częstotliwości stosowania poszczególnych sposobów radzenia sobie ze stresem, pogrupowanych na podstawie ich form i funkcji.

10.2. Strategie aktywne nastawione na rozwiązywanie problemów

W przypadku strategii aktywnych nastawionych na rozwiązywanie problemów (wyrażonych twierdzeniami: „Robiłam_em, co się da, żeby poprawić obecną sytuację” oraz „Starałam_em się wypracować strategię czy plan określający, co należy zrobić, a następnie realizowałam_em ten plan krok po kroku”) odnotowaliśmy wahania sięgające kilku punktów procentowych w poszczególnych analizowanych okresach (wykres 24).



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

Wykres 24. Odsetki osób, które stosowały aktywne strategie nastawione na rozwiązywanie problemów w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie (łącznie liczba odpowiedzi „czasami” i „często”)

Źródło: badania własne, etapy I–III.

Aktywne strategie rozwiązywania problemów były przez badanych stosowane porównywalnie często we wszystkich analizowanych okresach. W przypadku stwierdzenia „Robiłam_em, co się da, aby poprawić obecną sytuację” średnia wynosiła 72%, a w przypadku stwierdzenia „Starałam_em się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałam_em ten plan krok po kroku” – 66%.

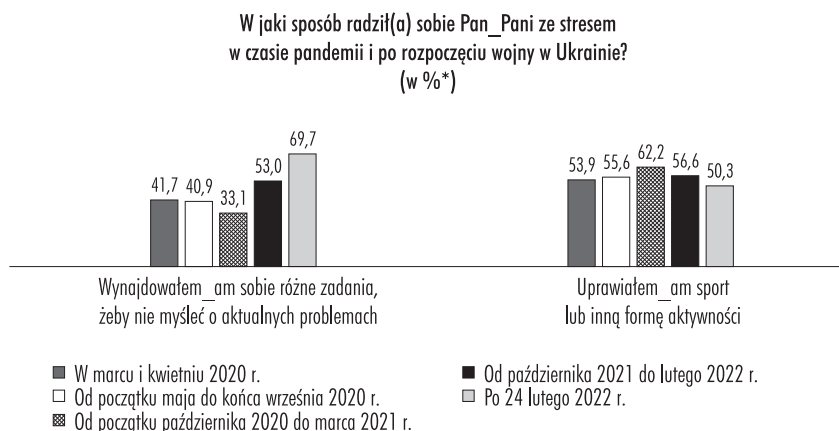
Do aktywnych form obniżania poziomu przeżywanego stresu można także zaliczyć angażowanie się w działania pomocowe dla osób poszkodowanych na skutek wojny, które zadeklarowało 84,5% badanych. Był to drugi co do częstości sposób radzenia sobie ze stresem po wybuchu wojny w Ukrainie (po strategii polegającej na wyrażaniu tego, co się czuje, niezależnie od tego, jakie to były emocje – 86,8%).

10.3. Aktywność pozwalająca oderwać się od problemów

W przypadku aktywności pozwalającej oderwać się od problemów odnotowaliśmy dwie tendencje, które można zobrazować za pomocą sinusoidy i jej odwrotności. W pierwszych dwóch analizowanych okresach (w marcu i kwietniu 2020 oraz od maja do września 2020 roku) bardzo podobny odsetek badanych (około 41%) deklarował stosowanie strategii polegającej na wynajdywaniu zadań pozwalających nie myśleć o aktualnych problemach. Z kolei w okresie od października 2020 do marca 2021 roku nastąpił spadek odsetka odpowiedzi wskazujących na ten sposób radzenia sobie ze stresem do poziomu 33%, a następnie, w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku, wzrost do poziomu 53%. Po 24 lutego 2022 roku omawiany wskaźnik był najwyższy i wynosił prawie 70%.

W przypadku obniżania napięcia poprzez sport lub inną formę aktywności fizycznej wystąpiła odwrotna tendencja. Podobny odsetek badanych (54–56%) deklarował stosowanie tej strategii w okresie od marca do września 2020 roku, po czym odnotowano wzrost procentowo wyrażonej liczby odpowiedzi wskazujących na stosowanie tej strategii – do ponad 62% w okresie od października 2020 do marca 2021 roku, następnie spadek w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku (niecałe 57%) i dalszy spadek po 24 lutego 2022 roku – do poziomu nieznacznie przekraczającego 50% (wykres 25).

Strategia związana z uprawianiem sportu lub innej aktywności fizycznej w celu poradzenia sobie ze stresem wymaga świadomego wysiłku, który nie jest bezpośrednio nakierowany na sytuację, w której jednostka się znajduje, dlatego zmniejszająca się częstotliwość jej stosowania może być interpretowana w kontekście zmniejszających się zasobów energii i narastającego wyczerpania przedłużającym się kryzysem.



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

Wykres 25. Odsetki osób, które podejmowały aktywność pozwalającą oderwać się od problemów w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie (łączna liczba odpowiedzi „czasami” i „często”)

Źródło: badania własne, etapy I–III.

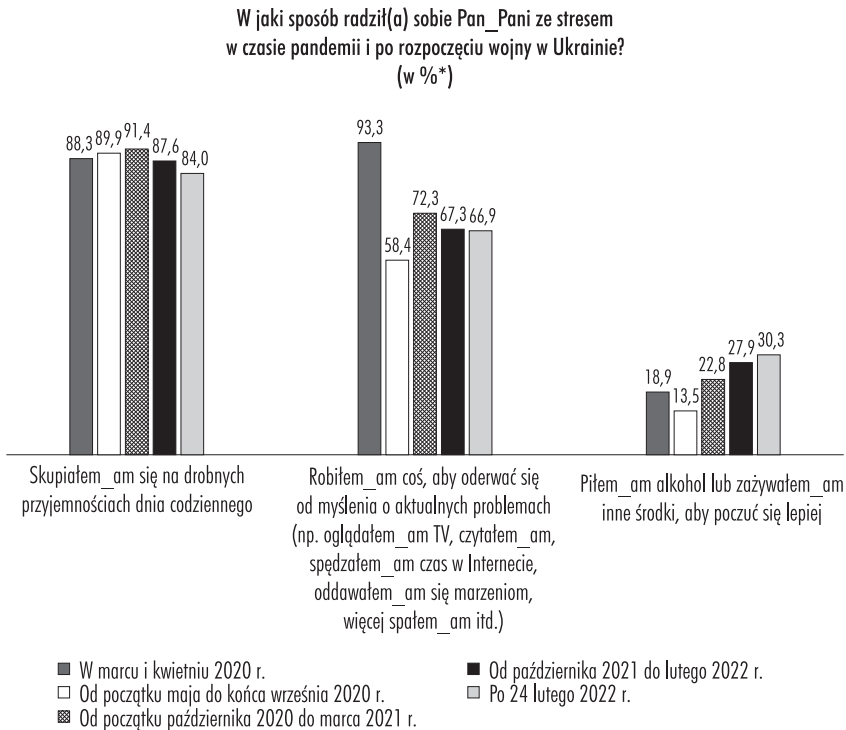
Równocześnie wynajdowanie sobie zadań po to, by nie myśleć o aktualnych problemach, może stwarzać wrażenie, że co prawda jednostka nie poświęca świadomej uwagi aktualnym problemom, ale przynajmniej skupia się na realizowaniu jakichś konkretnych zadań. Samodzielne wyznaczanie sobie zadań do wykonania może doraźnie zwiększać poczucie sprawczości zaburzone przez zewnętrzną sytuację, na którą jednostka nie ma wpływu.

10.4. Pasywne odrywanie się od problemów

Pasywne odrywanie się od problemów stanowią działania mające na celu obniżanie napięcia poprzez działania, które można umiejscowić na spektrum od samoregulacji do zagłuszania napięć. Mogą one być bardziej lub mniej skuteczne i bardziej lub mniej konstruktywne w zależności od indywidualnych uwarunkowań, a jednostki mogą mieć nad nimi większą lub mniejszą kontrolę.

We wszystkich analizowanych okresach strategia polegająca na skupianiu się na codziennych przyjemnościach utrzymywała się na relatywnie wysokim poziomie (maksymalnie nieco ponad 91% w okresie od października 2020 do marca 2021 roku, minimalnie 84% po 24 lutego 2022 roku).

Kolejna spośród pasywnych strategii odrywania się od problemów poprzez oglądanie telewizji, czytanie, spędzanie czasu w Internecie, oddawanie się marzeniom oraz dłuższy sen była relatywnie najczęściej stosowana na samym początku pandemii – w marcu i kwietniu 2020 roku (trochę ponad 93%), po czym częstotliwość jej stosowania znacząco spadła w okresie od maja do września 2020 roku (do poziomu nieznacznie przekraczającego 58%). W okresie od października 2020 do marca 2021 roku zarejestrowaliśmy ponowny wzrost natężenia wymienionych wyżej zachowań (do poziomu nieco ponad 72%). Następnie jednak – w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku i po wybuchu wojny w Ukrainie – nastąpił spadek analizowanego odsetka (do około 67%) (wykres 26).



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

Wykres 26. Odsetki osób, które radziły sobie ze stresem poprzez odrywanie się od problemów w sposób pasywny w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie (łączna liczba odpowiedzi „czasami” i „często”)

Źródło: badania własne, etapy I–III.

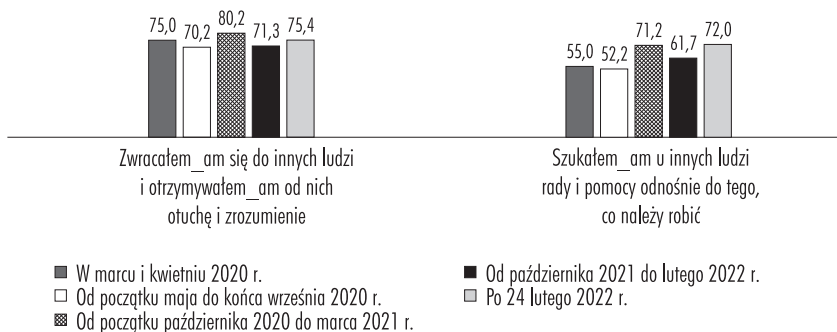
W przypadku obniżania napięcia poprzez zażywanie substancji psychoaktywnych odnotowaliśmy początkowo sinusoidalną dynamikę, która została zastąpiona dynamiką liniowego wzrostu. Punktem wyjścia był odsetek (niespełna 19%) osób stosujących tę metodę radzenia sobie ze stresem w marcu i kwietniu 2020 roku. Odsetek ten wyraźnie spadł w kolejnych miesiącach pandemii (od maja do września 2020 roku) do poziomu 13,5%, a następnie wzrósł do poziomu prawie 23% w okresie od października 2020 do marca 2021 roku. Od tego momentu obserwowaliśmy systematyczny wzrost częstotliwości stosowania tego sposobu obniżania napięcia – do prawie 28% w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku i nieco ponad 30% po 24 lutego 2022 roku (wykres 26).

10.5. Poszukiwanie wsparcia

Odsetek osób radzących sobie ze stresem poprzez poszukiwanie wsparcia emocyjnego oraz informacyjno-instrumentalnego na przemian rósł i spadał w kolejnych analizowanych okresach. Wyjściowa wartość wskaźnika określającego odsetek osób badanych zwracających się do innych ludzi po otuchę i zrozumienie wynosiła 75% w marcu i kwietniu 2020 roku. W kolejnych miesiącach pandemii (od maja do września 2020 roku) odsetek ten spadł do około 70%, po czym wzrósł do nieznacznie ponad 80% w okresie od października 2020 do marca 2021 roku. W okresie od października 2021 do lutego 2022 roku odnotowany został kolejny spadek omawianego wskaźnika – do około 71%, a po 24 lutego 2022 roku ponowny wzrost – do nieco ponad 75%.

W zbliżony sposób kształtował się odsetek osób poszukujących u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić. Wynosił on 55% w pierwszych miesiącach pandemii, a następnie odpowiednio: nieco ponad 52% w okresie od maja do września 2020 roku, 71% w okresie od października 2020 do marca 2021 roku (przypomnijmy, że był to okres, w którym między innymi podejmowane były decyzje dotyczące szczepień), niespełna 62% w okresie od października 2021 do lutego 2022 roku i 72% po rozpoczęciu wojny w Ukrainie 24 lutego 2022 roku (wykres 27).

W jaki sposób radził(a) sobie Pan_Pani ze stresem
w czasie pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie?
(w %*)



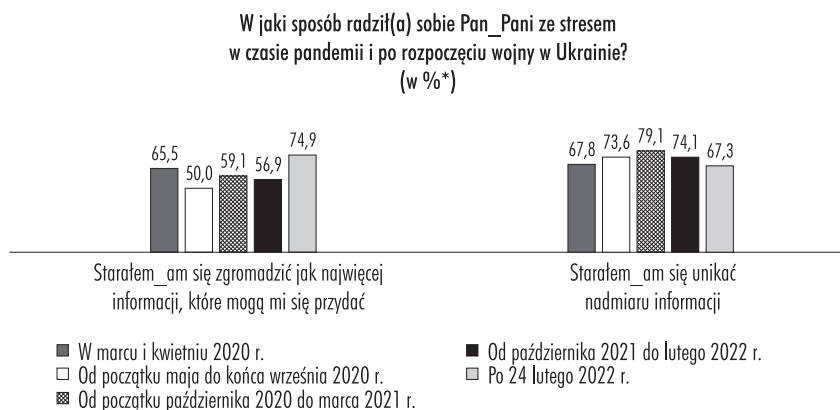
* Odsetki osób, które wskazały, że przynajmniej czasami wykorzystują dany sposób radzenia sobie ze stresem (badani udzielali odpowiedzi w 4-stopniowej skali: „nigdy” – „rzadko” – „czasami” – „często”).

Wykres 27. Odsetki osób, które radziły sobie ze stresem poprzez poszukiwanie wsparcia w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

10.6. Strategie poznawcze: poszukiwanie informacji oraz unikanie nadmiaru informacji

Analizie poddane zostały także strategie radzenia sobie ze stresem poprzez poznawcze zbliżanie się i oddalanie – poszukiwanie informacji oraz unikanie ich nadmiaru. Relatywnie wysoki odsetek (65,5%) osób starających się zgromadzić jak najwięcej potrzebnych informacji w pierwszych miesiącach pandemii spadł do poziomu 50% w okresie od maja do września 2020 roku, po czym wzrósł ponownie do nieco ponad 59% w okresie od października 2020 do marca 2021 roku. Następnie odnotowano niewielki spadek (do niespełna 57%) pomiędzy październikiem 2021 a lutym 2022 roku, po czym nastąpił skokowy wzrost tego wskaźnika po wybuchu wojny w Ukrainie – do niespełna 75%. Równocześnie odsetek osób unikających nadmiaru informacji po rozpoczęciu wojny praktycznie zrównał się z analogicznym odsetkiem z początkowych miesięcy pandemii (trochę ponad 67% wobec niespełna 68%). W pozostałych okresach odsetek ten był wyższy i osiągał wartości od około 74% do około 79% (wykres 28).



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

Wykres 28. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poszukiwanie informacji oraz ograniczanie nadmiaru informacji w czterech okresach pandemii oraz po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

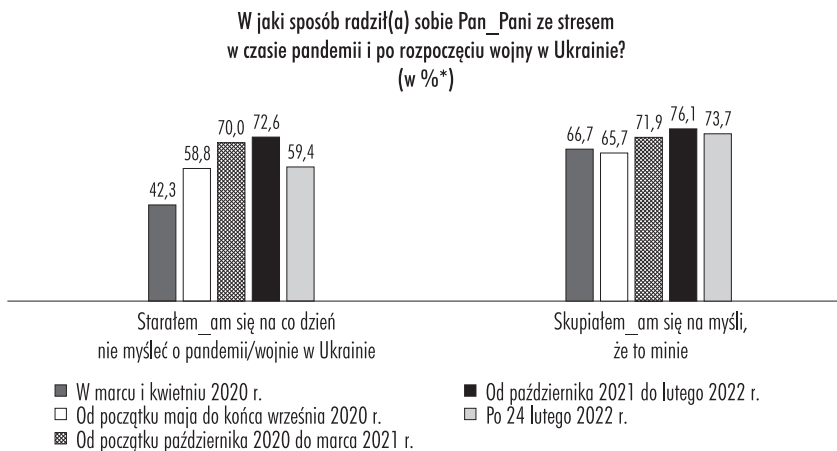
Źródło: badania własne, etapy I–III.

Na podstawie uzyskanych wyników można postawić tezę, że strategie poznawczego zbliżania się i unikania w warunkach społeczeństwa informacyjnego nie wykluczają się wzajemnie i mogą być ze sobą łączone według klucza sprowadzającego się do selekcjonowania informacji oraz świadomego wyboru momentu ich przyswajania.

10.7. Poznawcze oddalanie się od problemu

Odsetek osób starających się na co dzień nie myśleć o sytuacji kryzysowej systematycznie rósł w kolejnych analizowanych okresach pandemii. Pomiędzy pierwszymi miesiącami pandemii a okresem od października 2021 do lutego 2022 roku odnotowaliśmy wzrost o około 30% (z nieco ponad 42% do prawie 73%). Po wybuchu wojny w Ukrainie odsetek osób stosujących tę strategię był niższy niż w poprzedzającym go okresie pandemii i wynosił nieco ponad 59%. Podobny kierunek zmian, choć w mniejszej skali, odnotowaliśmy w przypadku odsetków osób skupiających się na tymczasowości sytuacji kryzysowej. Radzenie sobie ze stresem poprzez myślenie, że stresogenna sytuacja minie w pierwszych miesiącach pandemii, zadeklarowało prawie 67% badanych. W kolejnych miesiącach (od maja do września 2020 roku) odsetek ten był bardzo podobny

(prawie 66%). W okresie od października 2020 do marca 2021 roku odnotowano prawie 72% osób stosujących omawianą strategię, z kolei od października 2021 do lutego 2022 roku 76,1% i niespełna 74% po 24 lutego 2022 roku (wykres 29).



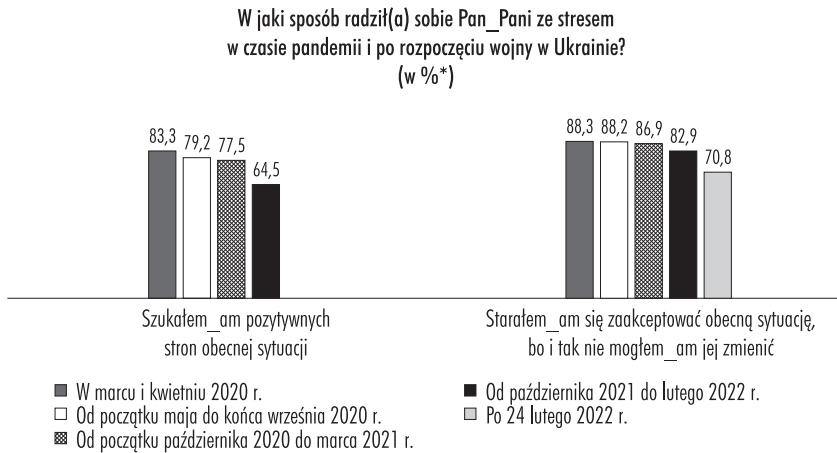
* Odsetki osób, które wskazały, że przynajmniej czasami wykorzystują dany sposób radzenia sobie ze stresem (badani udzielali odpowiedzi w 4-stopniowej skali: „nigdy” – „rzadko” – „czasami” – „często”).

Wykres 29. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez poznawcze oddalanie się od problemu (poprzez orientację na „tu i teraz” lub na przyszłość) w czterech fazach pandemii i po wybuchu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

10.8. Obniżanie stresu pandemicznego przez kontrolę wtórną: próba akceptacji zaistniałej sytuacji wobec niemożności zmiany

Analizowane dane wskazują, że w kolejnych okresach pandemii badani coraz rzadziej stosowali strategię polegającą na poszukiwaniu pozytywnych stron zaistniałej sytuacji. Odsetek osób stosujących tę formę radzenia sobie spadł o prawie 20% pomiędzy pierwszymi miesiącami pandemii (gdy wynosił ponad 83%) a okresem od października 2021 do lutego 2022 roku (64,5%). Podobną tendencję odnotowaliśmy, obserwując odsetki osób, które przynajmniej czasami radziły sobie poprzez próby zaakceptowania obecnej sytuacji wobec niemożności jej zmiany w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie. Odsetek ten zmniejszył się z ponad 88% w marcu i kwietniu 2020 roku do niespełna 71% po 24 lutego 2022 roku (wykres 30).



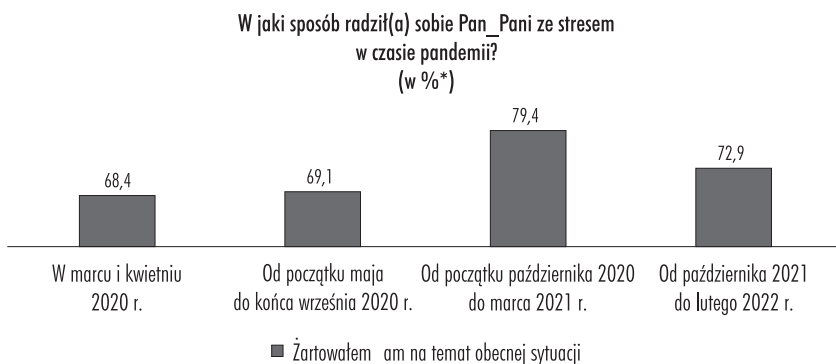
* Odsetki osób, które wskazały, że przynajmniej czasami wykorzystują dany sposób radzenia sobie ze stresem (badani udzielali odpowiedzi w 4-stopniowej skali: „nigdy” – „rzadko” – „czasami” – „często”).

Wykres 30. Odsetki osób radzących sobie ze stresem poprzez akceptację zaistniałej sytuacji w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie oraz poszukiwanie pozytywnych stron zaistniałej sytuacji (tylko w przypadku pandemii)

Źródło: badania własne, etapy I-III.

10.9. Pandemiczny humor jako strategia obniżania napięcia

Odsetek osób deklarujących obniżanie napięcia przez żartowanie na temat aktualnej sytuacji w marcu i kwietniu 2020 roku wynosił nieco ponad 68%, a w następnych miesiącach (od maja do września 2020 roku) nieznacznie ponad 69%. W kolejnym okresie (od października 2020 do marca 2021 roku) odsetek ten wzrósł do poziomu nieznacznie ponad 79%, a następnie (między październikiem 2021 a lutym 2022 roku) spadł do poziomu niecałych 73% (wykres 31).



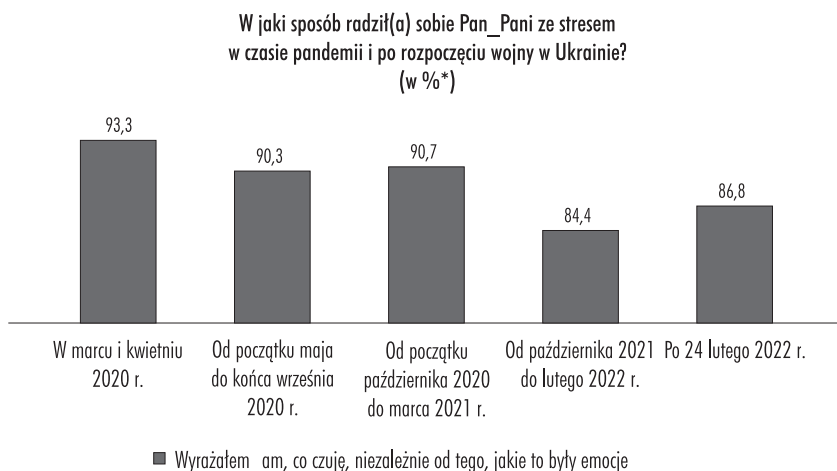
* Odsetki osób, które wskazały, że przynajmniej czasami wykorzystują dany sposób radzenia sobie ze stresem (badani udzielali odpowiedzi w 4-stopniowej skali: „nigdy” – „rzadko” – „czasami” – „często”).

Wykres 31. Odsetki osób radzących sobie ze stresem przez humor w czterech okresach pandemii

Źródło: badania własne, etapy I–III.

10.10. Obniżanie napięcia przez wyrażanie odczuwanych emocji

Wyrażanie odczuwanych emocji było jednym z najczęściej wykorzystywanych sposobów radzenia sobie ze stresem w czasie pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie. Jednakże pomiędzy początkowymi miesiącami pandemii a okresem od października 2021 do lutego 2022 roku odsetek osób, które przynajmniej czasami stosowały tę formę obniżania napięcia, zmniejszył się o około 9% (z ponad 93% do ponad 84%). Po rozpoczęciu wojny w Ukrainie odnotowaliśmy nieznaczny wzrost analizowanego wskaźnika – do niespełna 87% (wykres 32).



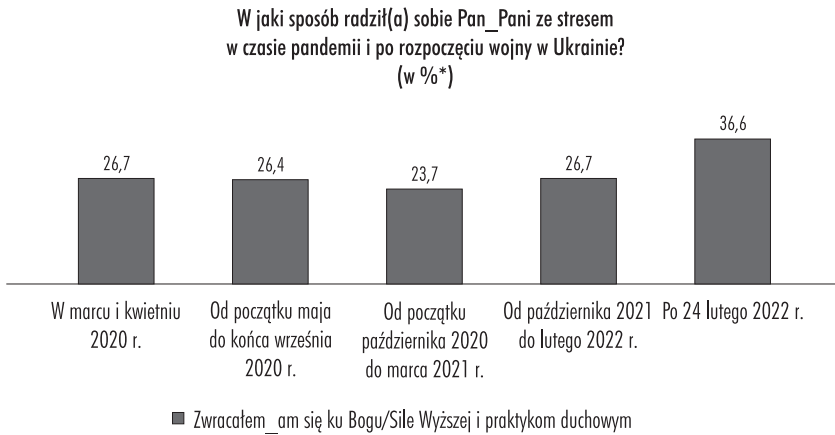
* Odsetki osób, które wskazały, że przynajmniej czasami wykorzystują dany sposób radzenia sobie ze stresem (badani udzielali odpowiedzi w 4-stopniowej skali: „nigdy” – „rzadko” – „czasami” – „często”).

Wykres 32. Odsetek badanych radzących sobie ze stresem poprzez wyrażanie emocji w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

10.11. Radzenie sobie ze stresem poprzez praktyki duchowe

We wszystkich czterech okresach pandemii około jedna czwarta badanych radziła sobie ze stresem poprzez poszukiwanie odniesień transcendentnych – zwracanie się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym. Był to drugi relatywnie najrzadziej stosowany sposób radzenia sobie ze stresem spośród wszystkich analizowanych (po obniżaniu napięcia przez substancje psychoaktywne). Jednakże po rozpoczęciu wojny w Ukrainie odnotowaliśmy 10-procentowy wzrost odsetka osób, które radziły sobie w ten sposób (wykres 33).



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

Wykres 33. Odsetek badanych radzących sobie ze stresem poprzez praktyki duchowe w czterech okresach pandemii i po rozpoczęciu wojny w Ukrainie

Źródło: badania własne, etapy I–III.

10.12. Stres pandemiczny a stres wywołany wojną – obszary stałości i zmiany strategii radzenia sobie

Analizując sposoby radzenia sobie ze stresem wynikającym z kryzysów społecznych przez psychoterapeutki_ów, porównaliśmy wyniki dotyczące ostatniego spośród uwzględnionych w naszych badaniach okresu pandemii (od października 2021 do 23 lutego 2022 roku) oraz czasu po wybuchu wojny w Ukrainie, w którym dwa źródła stresu (pandemia i wojna) nakładały się na siebie. Zestawienie zostało przedstawione w tabeli 26.

Tabela 26. Sposoby radzenia sobie ze stresem od października 2021 do 23 lutego 2022 roku i po 24 lutego 2022 roku

Sposoby radzenia sobie ze stresem			
Od października 2021 do 23 lutego 2022 roku	Odsetek badanych*	Po 24 lutego 2022 roku	Odsetek badanych*
Skupiłam_em się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.	87,6	Wyrażałam_em, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.	86,8
Wyrażałam_em, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.	84,4	Angażowałam_em się w działania pomocowe na miarę moich możliwości	84,5
Starłam_em się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mogłam_em jej zmienić.	82,9	Skupiłam_em się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.	84,0
Skupiłam_em się na myśli, że to minie.	76,1	Zwracałam_em się do innych ludzi i otrzymywałam_em od nich otuchę i zrozumienie.	75,4
Starłam_em się unikać nadmiaru informacji.	74,1	Starłam_em się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.	74,9
Żartowałam_em na temat obecnej sytuacji.	72,9	Skupiłam_em się na myśli, że to minie.	73,7
Starłam_em się na co dzień nie myśleć o pandemii.	72,6	Szukałam_em u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić.	72,0
Robiłam_em, co się da, aby poprawić obecną sytuację.	71,7	Robiłam_em, co się da, aby poprawić obecną sytuację.	70,8
Zwracałam_em się do innych ludzi i otrzymywałam_em od nich otuchę i zrozumienie.	71,3	Starłam_em się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mogłam_em jej zmienić.	70,8
Starłam_em się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałam_em ten plan krok po kroku.	67,3	Wynajdywałam_em sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach.	69,7
Robiłam_em coś, aby oderwać się od myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałam_em TV, czytałam_em, spędzałam_em czas w Internecie, oddawałam_em się marzeniom, więcej spałam_em itd.	67,3	Starłam_em się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałam_em ten plan krok po kroku.	67,5

Sposoby radzenia sobie ze stresem			
Od października 2021 do 23 lutego 2022 roku	Odsetek badanych*	Po 24 lutego 2022 roku	Odsetek badanych*
Szukałam _em pozytywnych stron obecnej sytuacji.	64,5	Starłam _em się unikać nadmiaru informacji.	67,3
Szukałam _em u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić.	61,7	Robiłam _em coś, aby oderwać się od myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałam _em TV, czytałam _em, spędzałam _em czas w Internecie, oddawałam _em się marzeniom, więcej spałam _em itd.	66,9
Starłam _em się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.	56,9	Starłam _em się na co dzień nie myśleć o wojnie w Ukrainie.	59,4
Uprawiałam _em sport lub inną formę aktywności fizycznej.	56,6	Uprawiałam _em sport lub inną formę aktywności fizycznej.	50,3
Wynajdywałam _em sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach.	53,0	Zwracałam _em się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.	36,6
Piłam _em alkohol lub zażywałam _em inne środki, aby poczuć się lepiej.	27,9	Piłam _em alkohol lub zażywałam _em inne środki, aby poczuć się lepiej.	30,3
Zwracałam _em się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.	26,7		

* Odsetki 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: badania własne, etap III.

W obu kontekstach (pandemicznym i wojennym) badani relatywnie najczęściej radzili sobie ze stresem poprzez wyrażanie przeżywanych emocji (niezależnie od treści przeżyć emocjonalnych) oraz skupianie się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego. Działania te pozwalają obniżyć poziom napięcia emocjonalnego oraz podtrzymywać codzienne rutyny dające poczucie bezpieczeństwa. Po wybuchu wojny badani zaangażowali się w działania pomocowe na miarę swoich możliwości. Działania te, oprócz tego, że są nakierowane na konkretną pomoc osobom potrzebującym, pozwalają zachować poczucie sprawczości osobom pomagającym, pełnią zatem istotną funkcję w procesie radzenia sobie ze stresem.

Odnotowaliśmy również następujące różnice w działaniach podejmowanych w celu przywracania równowagi zakłóconej przez działanie zewnętrznych stresorów.

Po rozpoczęciu wojny w Ukrainie badani relatywnie rzadziej niż w okresie pandemii bezpośrednio poprzedzającym wybuch wojny:

- stosowali strategię kontroli wtórnej polegającą na próbach zaakceptowania obecnej sytuacji wobec niemożności jej zmiany (spadek z prawie 83% do niespełna 71%);
- posługiwali się strategią poznawczego dystansowania się wyrażonego twierdzeniem: „Starałam_em się na co dzień nie myśleć o pandemii/wojnie w Ukrainie” (spadek z nieco ponad 74% do nieco ponad 59%).

Po 24 lutego 2024 roku badani częściej niż w okresie pandemii bezpośrednio poprzedzającym wybuch wojny:

- poszukiwali informacji (prawie 75% wobec niespełna 57%), a równocześnie nieco rzadziej unikali nadmiaru informacji (nieznacznie ponad 67% wobec 74%);
- szukali u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić (72% wobec niespełna 62%);
- stosowali aktywne strategie oddalania się od problemu (wyrażone twierdzeniem: „Wynajdywałam_em sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach” (prawie 70% wobec 53%)).
- zwracali się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym (prawie 37% wobec prawie 27%).

Monitorowanie skuteczności strategii radzenia sobie ze stresem w warunkach potencjalnie traumatyzujących, na które jednostka nie ma wpływu, przekracza zakres naszych badań. W kontekście ustaleń poczynionych w rozdziale pierwszym można postawić tezę, że obniżanie poziomu stresu przez działania nakierowane na radzenie sobie wyłącznie z sytuacją bezpośrednio stresogenną może nie być wystarczające, kiedy oprócz bieżącego stresu jednostka przeżywa stres wynikający z traumy historycznej i transgeneracyjnej. W tym kontekście potrzebne są nie tylko skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem możliwe do zastosowania przez jednostkę w danym momencie, lecz także namysł i społeczna debata nad traumą historyczną. Używając języka koncepcji psychodynamicznych jako pewnej metafory, można postawić tezę, że debata ta byłaby pomocna, by uczynić to, co nieświadome, świadomym nie tylko dla jednostek, lecz również w wymiarze społeczno-kulturowym, kształtującym dyspozycje do określonych wzorów reagowania emocjonalnego w pewnych powtarzalnych sytuacjach społecznych.



ZAKOŃCZENIE

Przestawione wyniki badań pozwoliły zrekonstruować zmiany, jakie nastąpiły w organizacji pracy psychoterapeutycznej oraz w *settingu* terapeutycznym w warunkach pandemii, dokonać oceny tych zmian na różnych etapach zmagania z pandemiczną rzeczywistością oraz ustalić ich najważniejsze konsekwencje dla osób badanych, dla ich klientek_ów/pacjentek_ów oraz dla przebiegu terapii. Część spośród tych zmian trwa do tej pory, na przykład praca zdalna w pewnych okolicznościach.

W efekcie przeprowadzonych badań ustaliliśmy także, jakie odzwierciedlenie w wątkach wnoszonych na sesje terapeutyczne przez osoby korzystające z psychoterapii znajdowały kryzysy społeczne. Wyniki naszych badań dokumentują też wpływ decyzji politycznych na życie i kondycję psychiczną jednostek. Ma on związek nie tylko z bezpośrednimi konsekwencjami sytuacji politycznej dla jednostek, lecz również z reaktywowaniem traum wpisanych w ramy traum strukturalnych, traum transgeneracyjnych oraz traumatyzacji zastępczej.

Dzięki systematycznie prowadzonym badaniom monitorowaliśmy, w jaki sposób pandemia wpływała na samopoczucie psychiczne psychoterapeutek_ów, w jaki sposób osoby pracujące psychoterapeutycznie radziły sobie ze stresem na różnych etapach pandemii, a także jaką rolę w procesie adaptacji do długotrwałego kryzysu związanego z globalną epidemią odegrał wybuch wojny w Ukrainie.

Kryzysy społeczne wywierają długoterminowy wpływ na kondycję psychiczną jednostek, uruchamiając nie tylko bieżące mechanizmy traumatyzacji, lecz również powodując retraumatyzację w związku ze społeczną pamięcią o dawnych wstrząsach i urazach. Zwiększony poziom lęku oddziałuje na podejmowane decyzje bądź zaniechania oraz na poziom zaufania społecznego. Lęk, podobnie jak inne emocje, nie stanowi jedynie społecznie podzielanego doświadczenia wewnątrzpsychicznego, determinującego kondycję psychiczną poszczególnych osób, ale ponadto spaja jednostki

w określony sposób i ustanawia konkretne relacje społeczne³¹². Biorąc to pod uwagę, jesteśmy świadomi, że przeprowadzone przez nas badania powinny stać się punktem wyjścia dalszych analiz polskiego społeczeństwa pod kątem powiązań sfer makro-, mezo- i mikrospołecznej ze sferą zdrowia psychicznego jednostek.

Ograniczenia naszych badań wiążą się z tym, że problemy osób korzystających z psychoterapii były rekonstruowane nie z ich bezpośredniej perspektywy, lecz z perspektywy psychoterapeutek_ów, uznanych przez nas za osoby mające kompetencje potrzebne do takiej rekonstrukcji. Należy też zwrócić uwagę na ograniczenia perspektywy klasowej – zarówno psychoterapeutki_ci, jak i osoby korzystające z ich pomocy należą do szeroko rozumianej klasy średniej. Fakt, że większość badanych prowadziła praktykę prywatną, pozwala twierdzić, że osoby będące w terapii są w większości uprzywilejowane ekonomicznie i kulturowo. Nie można zatem formułować ogólnych wniosków na podstawie przeprowadzonych przez nas badań. Nie jest to uprawnione również dlatego, że psychoterapią zajmuje się i korzysta z niej ściśle określona część społeczeństwa. Niemniej jednak nasze badania pozwalają stawiać pytania, między innymi o to, na ile zrekonstruowane na ich podstawie mechanizmy odnoszą się do pewnych uniwersalnych aspektów – wzorów reagowania emocjonalnego, w tym (re)traumatyzacji bezpośredniej i zastępczej w określonych sytuacjach społecznych determinowanych przez czynniki ponadindywidualne. Próba odpowiedzi na powyższe pytanie wymagałaby dalszych badań nad zjawiskami szeroko rozumianej traumy społecznej, wrażliwych na zróżnicowanie i nierówności społeczne. Dalsze kierunki badań powinny też obejmować analizy dotyczące długofalowych konsekwencji kryzysów społecznych omawianych w niniejszej pracy – związanych z pandemią i z wojną za wschodnią granicą Polski, a także konsekwencji orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku.

³¹² S. Ahmed, *Ekonomie afektywne*.



BIBLIOGRAFIA

- Ahmed S., *Ekonomie afektywne*, tłum. M. Głosowicz, „Opcje” 2013, nr 2, ss. 16–22.
- Alexander J.C., *Toward a Theory of Cultural Trauma*, [w:] J.C. Alexander i in. (red.), *Cultural Trauma and Collective Identity*, University of California Press, Berkeley 2004.
- Alexander J.C., *Znaczenie społeczne*, Nomos, Kraków 2008.
- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- Artwińska A., *Pamięć negatywna. Komunizm i/a sprawcy*, „Teksty Drugie” 2013, nr 3, ss. 135–149.
- Averill J., *A Constructivist View of Emotions*, [w:] R. Plutchik, H. Kellerman (red.), *Emotion: Theory, research and experience*, Academic Press, New York 1980.
- Beck U., *Ponowne odkrycie polityki: przyczynek do teorii modernizacji refleksyjnej*, [w:] U. Beck, A. Giddens, S. Lash, *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*, tłum. J. Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Beck U., *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, tłum. S. Cieśla, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
- Beck U., Giddens A., Lash S., *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*, tłum. J. Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Berry B., *Social Rage: Emotion and cultural conflict*, Garland Publishing, New York 1999.
- Bilewicz M., *Traumaland. Polacy w cieniu przeszłości*, Wydawnictwo Mando, Kraków 2024.
- Bilewicz M., Olko J. (red.), *Mniejszości i ich języki wobec kryzysu*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2022.

- Binder P., *Praca zdalna w czasie pandemii i jej implikacje dla rodzin z dziećmi – badanie jakościowe*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2022, t. 18, nr 1, ss. 82–110, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.1.05>
- Brenner M.H., *Mental Illness and Economy*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1973.
- Brillon P. i in., *Psychological Distress of Mental Health Workers During the COVID-19 Pandemic: A comparison with the general population in high- and low-incidence regions*, „Journal of Clinical Psychology” 2021, vol. 78, ss. 602–621, <https://doi.org/10.1002/jclp.23238>
- Carver Ch., *Mini-COPE*, adaptacja: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
- Carveth D.L., *Concordant and Complementary Countertransference: A Clarification*, „Canadian Journal of Psychoanalysis” 2012, vol. 20(1), ss. 70–84.
- Chudzicka-Czupala A., Hapon N., Chiang S.K. i in., *Depression, Anxiety and Post-traumatic Stress During the 2022 Russo-Ukrainian War, a Comparison Between Populations in Poland, Ukraine, and Taiwan*, Scientific Reports 2023 Mar 3, 13(1), 3602, <http://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>, PMID: 36869035, PMCID: PMC9982762
- Collins C., Landivar L.C., Ruppanner L., Scarborough W.J., *COVID-19 and the Gender Gap in Work Hours*, „Gender, Work & Organization” 2021, no. 28, ss. 101–112, <https://doi.org/10.1111/gwao.12506>
- Dewey J., *Philosophy and Civilization*, Milton, Balch and Company, New York 1931.
- Długosz P., *Trauma pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie*, CeDeWu, Warszawa 2021.
- Dragan M., Grajewski P., Shevlin M., *Adjustment Disorder, Traumatic Stress, Depression and Anxiety in Poland During an Early Phase of the COVID-19 Pandemic*, „European Journal of Psychotraumatology” 2021, vol. 12(1), <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860356>
- Ferro M., *Resentiment w historii. Zrozumieć nasze czasy*, tłum. W. Prażuch, Czytelnik, Warszawa 2013.
- Figley C. (red.), *Treating Compassion Fatigue*, Brunner–Routledge, New York 2002.
- Frąckowiak-Sochańska M., *Mental Health in the Pandemic Times*, „Society Register” 2020, vol. 4(3), ss. 67–78, <https://doi.org/10.14746/sr.2020.4.3.03>
- Frąckowiak-Sochańska M., *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019.
- Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., Kasprzak T. i in., *Instytucje w pomocy społecznej w czasie pandemii. Raport z badań*, Wydział Socjologii UAM, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, Poznań 2020.

- Frąckowiak-Sochańska M., Mroczkowska D., Kubacka M., *Dynamika i kontekst doświadczeń emocjonalnych pracujących zawodowo rodziców w czasie pandemii COVID-19*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2022, t. 18(4), ss. 118–151, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.4.05>
- Frąckowiak-Sochańska M., Zawodna-Stephan M., *Uwięzione między lękiem a gniewem? Powstanie i rozpad wspólnoty buntu w czasie protestów kobiet po wyroku Trybunału Konstytucyjnego*, „Studia Socjologiczne” 2022, t. 1(244), ss. 9–35, <http://doi.org/10.24425/sts.2022.140594>
- Frąckowiak-Sochańska M., Zawodna-Stephan M., Żurek A. i in., *Wstęp: socjologiczne spojrzenie na Strajk Kobiet*, „Studia Socjologiczne” 2022, t. 1(244), ss. 5–7, <http://doi.org/10.24425/sts.2022.14059>
- Freud Z., *Technika terapii*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2007.
- Gabbard G.O., *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M. i in., *Generalized Anxiety and Depressive Symptoms in Various Age Groups During the COVID-19 Lockdown in Poland: Specific predictors and differences in symptoms severity*, „Comprehensive Psychiatry” 2021, no. 105, 152222, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- Garase M.L., *Road Rage*, LFB Scholarly Publishing LLC, New York 2006.
- Gawrych M., *Zdrowie psychiczne pracowników medycznych podczas pandemii COVID-19 – przegląd literatury*, „Psychiatria Polska” 2022, t. 56(2), ss. 289–296, <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/127217>
- Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Glaser B.G., Strauss A.L., *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, tłum. M. Gorzko, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2009.
- Hałas E., *Jakie nowe zasady metody socjologicznej? O wielości socjologii interpretacyjnych*, [w:] J. Leoński, A. Kołodziej-Durnaś (red.), *W kręgu socjologii interpretatywnej – zastosowanie metod jakościowych*, Economicus, Szczecin 2005.
- Hanisch C., *The Personal Is Political, Notes from the Second Year: Women’s Liberation 1970*, 2006, <https://webhome.cs.uvic.ca/~mserra/AttachedFiles/PersonalPolitical.pdf>, dostęp: 24.11.2021.
- Haslam N., McGrath M.J., *The Creeping Concept of Trauma*, „Social Research: An International Quarterly” 2020, vol. 87(3), ss. 509–531.
- Heszen-Niejodek I., *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Hjálmsdóttir A., Bjarnadóttir V.S., *„I have turned into a foreman here at home”: Families and work–life balance in times of COVID-19 in a gender equality*

- paradise*, „Gender, Work & Organization” 2021, vol. 28(1), ss. 268–283, <https://doi.org/10.1111/gwao.12552>
- Ijzendoorn M.H. van, Bakermans-Kranenburg M.J., Sagi-Schwartz A., *Are Children of Holocaust Survivors Less Well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization*, „Journal of Traumatic Stress” 2003, vol. 16(5), ss. 459–469, <https://doi.org/10.1023/A:1025706427300>, PMID: 14584630
- Ilska M., Brandt-Salmeri A., Kołodziej-Zaleska A. i in., *Anxiety Among Pregnant Women During the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland*, „Scientific Reports” 2022, vol. 12(1), 8445.
- Jaklewicz H., Barańska Z., Deli D. i in., *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży” 2001, t. 1(1), ss. 26–36.
- Janoff-Bulman, R., *Shattered Assumptions: Towards a new psychology of trauma*, Free Press, New York 1992.
- Jarosz M., *Samobójstwa. Dlaczego teraz*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Jarosz M. (red.), *Wygrani i przegrani polskiej transformacji*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2005.
- Jenkins S.R., Baird S., *Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A validation study*, „Journal of Traumatic Stress” 2022, vol. 15(5), ss. 423–432, <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Joinson C., *Coping with Compassion Fatigue*, „Nursing” 1992, vol. 22(4), PMID: 1570090
- Jong J.T. de, Komproe I.H., Van Ommeren M. i in., *Lifetime Events and Post-traumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings*, „Journal of American Medical Association” 2001, August 1, vol. 286(5), ss. 555–562, <http://doi.org/10.1001/jama.286.5.555>
- Joško-Ochojska J., *Dziedziczenie traumy. Epigenetyczny „list” do przyszłych pokoleń*, [w:] J. Joško-Ochojska (red.), *Medyczne i społeczne aspekty traumy*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2016.
- Jung C.G., *Praktyka psychoterapii. Przyczynki do problematyki psychoterapii i do psychologii przeniesienia*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2007.
- Kaczyńska M., *Psychiczne skutki wojny wśród dzieci i młodzieży*, „Zdrowie Psychiczne” 1946, nr 1.
- Kadambi M.A., Ennis L., *Reconsidering Vicarious Trauma: A Review of the Literature and Its’ Limitations*, „Journal of Trauma Practice” 2004, vol. 3(2), ss. 1–22.
- Kilkey M., Ryan L., *Unsettling Events: Understanding Migrants’ Responses to Geopolitical Transformative Episodes Through a Life-course Lens*, „International Migration Review” 2021, vol. 55(1), ss. 227–253, <https://doi.org/10.1177/0197918320905507>

- Klimczak J., Ostaszewski P., Włodarczyk-Madejska J., *There Were Fewer Calls, even Though There Was More Violence”: Domestic violence in Poland during the COVID-19 pandemic*, „Biuletyn Kryminologiczny” 2023, nr 30, ss. 259–275, <https://doi.org/10.37232/bk.2023o>
- Kluzowicz J., Kluzowicz M., *Psychoterapia w czasie izolacji społecznej związanej z Covid-19 – perspektywa terapeutów i klientów*, „Psychoterapia” 2021, vol. 1(196), ss. 5–31, <https://doi.org/10.12740/PT/134717>
- Konecki K.T., *Empathy! So What?* „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2022, t. 18(4), ss. 194–233, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.4.08>
- Krajewski M., *Atmosfera afektywna. Poznawcza użyteczność pojęcia*, „Teksty Drugie” 2022, nr 3, ss. 285–301, <http://doi.org/10.18318/td.2022.3.16>
- Krajewski M., *(Nie)nawidzenia. Świat przez nienawiść*, Universitas, Kraków 2020.
- Kubacka M., Luczys P., Modrzyk A., Stamm A., *Pandemic Rage: Everyday frustrations in times of the COVID-19 crisis*, „Current Sociology” 2023, vol. 71(5), ss. 887–904, <https://doi.org/10.1177/00113921211050116>
- LaCapra D., *Historia w okresie przejściowym. Doświadczenie tożsamości i teoria krytyczna*, przekłady polskie: (1) K. Bojarska, Universitas, Kraków 2009, (2) Ł. Skoczylas, *Pojęcia traumy i pseudopamięci w studiach pamięcioznawczych*, [w:] M. Fabiszak, A.W. Brzezińska, M. Owsiniński (red.), *Znaki (nie)pamięci. Teoria i praktyka upamiętniania w Polsce*, Universitas, Kraków 2016.
- LaCapra D., *Trauma, Absence, Loss*, „Critical Inquiry” 1999, vol. 25(4), ss. 696–727, <https://doi.org/10.1086/448943>
- Lai J., Simeng M., Ying W. i in., *Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Involved Exposed to Coronavirus Disease 2019*, „JAMA Network Open” 2019, vol. 3(3), e203976, <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lazarus R., Folkman S., *Stress, Appraisal and Coping*, Springer-Verlag, New York 1984.
- Lee D., *Guest Editorial: The politics of therapists writing the self or, is everything „copy”?* „Psychotherapy and Politics International” 2020, vol. 18(2), e1541, <https://doi.org/10.1002/ppi.1541>
- Lis-Turlejska M., Luszczynska A., Plichta A., Benight Ch.C., *Jewish and Non-Jewish World War II Child and Adolescent Survivors at 60 Years After War: Effects of parental loss and age at exposure on well-being*, „American Journal of Orthopsychiatry” 2008, vol. 78(3), <https://doi.org/10.1037/a0014166>
- Luetke M., Hensel D., Herbenick D., Rosenberg M., *Romantic Relationship Conflict Due to the COVID-19 Pandemic and Changes in Intimate and Sexual Behaviors in a Nationally Representative Sample of American Adults*, „Journal of Sex &

- Marital Therapy” 2020, no. 46, ss. 747–762, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1810185>
- Lwin M., Jiahui L., Sheldenkar A. i in., *Global Sentiments Surrounding the COVID-19 Pandemic on Twitter: Analysis of Twitter trends*, „JMIR Public Health Surveillance” 2020, vol. 6(2), e19447, <https://doi.org/10.2196/19447>
- Markowska-Manista U., Zakrzewska-Oleędzka D., *Family with Children in Times of Pandemic – What, Where, How? Dilemmas of adult-imposed prohibitions and orders*, „Society Register” 2020, vol. 4(3), ss. 89–110, <https://doi.org/10.14746/sr.2020.4.3.05>
- Maslach C., Jackson S.E., *The Measurement of Experienced Burnout*, „Journal of Occupational Behavior” 1982, vol. 2, ss. 99–113.
- Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P., *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1996.
- McCann I.L., Pearlman L.A., *Vicarious Traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*, „Journal of Traumatic Stress” 1990, vol. 3(1), ss. 131–149, <https://link.springer.com/article/10.1007>, dostęp: 23.09.2024.
- Mead G.H., *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*, C.W. Morris (red.), University of Chicago Press, Chicago, IL 1934.
- Moshagen M., Hilbig B., *Citizens’ Psychological Reactions Following the Russian Invasion of the Ukraine: A cross-national study*, 2022 March 7, <https://doi.org/10.31234/osf.io/teh8y>
- Murawiec S., Wierziński P., *Depresja 2016*, Via Medica, Gdańsk 2016.
- Ochnik D., Rogowska A.M., Kuśnierz C. i in., *Mental Health Prevalence and Predictors Among University Students in Nine Countries During the COVID-19 Pandemic: A cross-national study*, „Journal of Clinical Medicine” 2021, vol. 10, 2882, <https://doi.org/10.3390/jcm10132882>
- Paluchowski W.J., Hornowska E., Jadczyk-Szumiło T., Szumiło E., *Pierwsze dni pandemii COVID-19 – jak sobie radziliśmy ze stresem*, [w:] W.J. Paluchowski, L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2021.
- Piasecka B., Bryniarska A., Mróz S. i in., *Od marca 2020 do marca 2021 – psychoterapeuci o pracy w pandemii COVID-19. Autoetnografia zbiorowa*, „Psychoterapia” 2021, t. 2(197), ss. 9–27, <https://doi.org/10.12740/PT/139681>
- Popyk A., *Home as a Mixture of Spaces During the COVID-19 Pandemic: The case of migrant families in Poland*, „Kultura i Społeczeństwo” 2021, nr 3, ss. 27–45, <https://doi.org/10.35757/KiS.2021.65.3.2>
- Power K., *The COVID-19 Pandemic Has Increased the Care Burden of Women and Families*, „Sustainability: Science, Practice and Policy” 2020, vol. 16(1), ss. 67–73, <https://doi.org/10.1080/15487733.2020.1776561>

- Pustułka P., Radzińska J., Kwiatkowska A., *Strach w obliczu wojny w Ukrainie: osobiste i geopolityczne obawy młodych Polek i Polaków*, „Kultura i Społeczeństwo” 2023, nr 4, ss. 205–230, <https://doi.org/10.35757/kis.2023.67.4.10>
- Ruttan R.L., McDonnell M.-H., Nordgren L.F., *Having „been there” doesn’t mean I care: When prior experience reduces compassion for emotional distress*, „Journal of Personality and Social Psychology” 2015, vol. 108(4), ss. 610–622, <http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000012>
- Sagi-Schwartz A., Ijzendoorn M.H. van, Bakermans-Kranenburg M.J., *Does Inter-generational Transmission of Trauma Skip a Generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors*, „Attachment & Human Development” 2008, vol. 10(2), ss. 105–121, <https://doi.org/10.1080/14616730802113661>
- Schieman S., Badawy P.J., Milkie M.A., Bierman A., *Work–life Conflict During the COVID-19 Pandemic*, „Socius” 2021, no. 7, ss. 1–19, <https://doi.org/10.1177/2378023120982856>
- Seligman M., *Optymizmu można się nauczyć*, tłum. A. Jankowski, Media Rodzina, Poznań 2002.
- Seligman M., Rosenhan D., Walker E., *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2004.
- Selye H., *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1978.
- Silverman D., *Prowadzenie badań jakościowych*, tłum. J. Ostrowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Skoczylas Ł., *Pojęcia traumy i pseudopamięci w studiach pamięcioznawczych*, [w:] M. Fabiszak, A.W. Brzezińska, M. Owsiński (red.), *Znaki (nie)pamięci. Teoria i praktyka upamiętniania w Polsce*, Universitas, Kraków 2016.
- Sokoloff W.W., *Confrontational Citizenship: Reflections on hatred, rage, revolution, and revolt*, Suny Press, New York 2017.
- Stankowska M., *Sytuacja rodziców małych dzieci w trakcie pandemii COVID-19. Wybrane praktyki rodzinne*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2022, t. 18, nr 1, ss. 62–81, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.1.04>
- Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Suszek H., Grzesiuk L., Styła R. i in., *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce*, „Psychiatria” 2017, t. 14(2), ss. 90–100.
- Sztompka P., *Trauma wielkiej zmiany*, ISP PAN, Warszawa 2000.
- Szymańska A., Grzesiuk L., Suszek H. i in., *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii*, „Psychiatria Polska” 2018, t. 52(4).

- Thompson L., *Toward a Feminist Psychological Theory of „Institutional Trauma”*, „Feminism & Psychology” 2021, vol. 31(1), ss. 99–118, <http://doi.org/10.1177/0959353520968374>
- Van Boven L., Loewenstein G., Dunning D., Nordgren L.F., *Changing Places: A Dual Judgment Model of Empathy Gaps in Emotional Perspective Taking*, „Advances in Experimental Social Psychology”, Academic Press, New York, 2013, ss. 117–171, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407188-9.00003-X>
- Wang K. i in., *A Global Test of Brief Reappraisal Interventions on Emotions During the COVID-19 Pandemic*, „Nature Human Behaviour” 2020, vol. 5, ss. 1089–1110, <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01173-x>
- Yehuda R., Bierer L.M., *The Relevance of Epigenetics to PTSD: Implications for the DSM-V*, „Journal of Traumatic Stress” 2009, vol. 22(5), ss. 427–434.
- Zaremba M., *Trauma Wielkiej Wojny. Psychospołeczne konsekwencje drugiej wojny światowej*, „Kultura i Społeczeństwo” 2008, nr 2, <https://doi.org/10.35757/KiS.2008.52.2.1>
- Zielińska-Poćwiardowska I., Sosnowska-Buxton P., *Przemoc domowa w Polsce: zaproszenie do podjęcia socjologicznej analizy zjawiska*, „Studia Socjologiczne” 2023, t. 2(249), ss. 131–154, <http://doi.org/10.24425/sts.2023.146172>
- Zielona-Jenek M., Izdebska A., Soroko E., *Doświadczenia psychoterapeutów psychodynamicznych związane z pracą z pacjentami w czasie epidemii Covid-19 w Polsce, cz. 1: Terra incognita. Doświadczenia początku epidemii*, Poznań 2021, <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.21291.98086>
- Znaniecki F., *Wstęp do socjologii*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988.

Źródła internetowe

- Aksamit B., *Rozmowa z prof. Hanną Jaklewicz, specjalistką ds. depresji młodzieży*, 29.01.2007, <http://wyborcza.pl/1,78162,3872550.html#ixzz3EnhRhAT1>, dostęp: 30.09.2014.
- Ambroziak E., *Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie rodziny*, 2020, <https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/4472799/Wp%C5%82yw%20pandemii%20Covid19%20na%20funkcjonowanie%20rodziny%20%28p.%20Ewa%20Ambroziak%29.pdf/1c3b682d-3d03-4667-b64a-6bd9cfe61fe2?t=1614858338028>, dostęp: 15.04.2022.
- Bilewicz M., Olko J., *Skutki pandemii wśród mniejszości i imigrantów*, Wydział Psychologii i Wydział Artes Liberales Uniwersytetu Warszawskiego, 2020, https://covid.psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/50/2021/03/Raport_skutki_pandemii_mniejszosci_imigranci.pdf, dostęp: 16.09.2024.

- CBOS, 2020, *Życie codzienne w czasach zarazy*. Komunikat z badań nr 60/2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_060_20.PDF, dostęp: 15.04.2022.
- CBOS, 2022, *Polacy wobec rosyjskiej inwazji na Ukrainę*. Komunikat z badań nr 38/2022, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_038_22.PDF, dostęp: 20.09.2024.
- CBOS, 2023, *Polacy wobec wojny na Ukrainie i ukraińskich uchodźców*. Komunikat z badań nr 54/2023, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_054_23.PDF, dostęp: 20.09.2024.
- CBOS, 2024, *O wojnie w Ukrainie i sytuacji na wschodniej granicy*. Komunikat z badań nr 67/2024, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_067_24.PDF, dostęp: 20.09.2024.
- Drozdowski R., Frąckowiak M., Krajewski M. i in., *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z drugiego etapu badań wersja pełna*, Wydział Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2021, https://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/Zycie_codzienne_w_czasach_pandemii_Raport_z_drugiego_etapu_badan_wersja_pe%C5%82na.pdf, dostęp: 15.04.2022.
- Eurofound, *Living, Working and COVID-19*. Publications Office of the European Union, Luxembourg 2020, <https://www.eurofound.europa.eu/system/files/2020-10/ef20059en.pdf>, dostęp: 28.04.2021.
- EZOP Polska II, https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Historia.pdf, dostęp: 16.09.2024.
- Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii*, raport z badań, część pierwsza, marzec-wrzesień 2020, Wydział Socjologii UAM, Poznań, https://socjologia.amu.edu.pl/images/Psychoterapeutki_i_psychoterapeuci_w_czasie_pandemii.pdf, dostęp: 25.09.2024.
- Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii*, raport z badań, część druga, październik 2020-marzec 2021, Wydział Socjologii UAM, Poznań, <https://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/psychoterapeuci-w-czasie-pandemii-czesc-2-v2.pdf>, dostęp: 25.09.2024.
- Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii i wojny w Ukrainie*, raport z badań, część trzecia, styczeń-lipiec 2022, Wydział Socjologii UAM, Poznań, https://socjologia.amu.edu.pl/images/MFS_MH_Raport_Psychoterapeutki_i_psychoterapeuci_cz_3.pdf, dostęp: 25.09.2024.
- Fuszara M., *Feminizm stosowany, czyli bunt kobiet AD 2020*, wykład wygłoszony 28 stycznia 2021 roku w ramach Spotkań Mistrzowskich Instytutu Socjologii UJ, <https://www.youtube.com/watch?v=l2FlUHBnjk>, dostęp: 16.11.2021.

- Informacja Polskiego Towarzystwa Terapii Behawioralnej i Poznawczej z dnia 18 marca 2020, <https://gestaltpolska.org.pl/rekomendacje-zarzadu-ptpg-praca-online/>, dostęp: 23.09.2024.
- Lee M., *Coronavirus Fears Show How 'Model Minority' Asian Americans Become the 'Yellow Peril'*, *THINK, Opinion, Analysis, Esseys*, 2020, March 9, <https://www.nbcnews.com/think/opinion/coronavirus-fears-show-how-model-minority-asian-americans-become-yellow-ncna1151671>, dostęp: 30.03.2020.
- Lis-Turlejska M., *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu; współczesne kierunki badań*, „Nowiny Psychologiczne” 2000, nr 2, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/60-nowiny-psychologiczne/576-psychologiczne-konsekwencje-traumatycznego-stresu-8212-wspolczesne-kierunki-badan.html>, dostęp: 21.10.2017.
- Lista psychoterapeutek_ów i superwizerek_ów SNP PTP – Sekcja Naukowa Psychoterapii, <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/lista-psychoterapeutow-i-superwizorow-snp-ptp/>, stan na dzień: 15.11.2020, 21.03.2021, 30.10.2022.
- Matusiak W., Kinasiewicz A., 2013: *rekord samobójstw. Mężczyźni pod presją*, „Gazeta Wyborcza”, 31.03.2014, http://wyborcza.pl/1,75478,15713588,2013_rekord_samobojstw_Mezczyzni_pod_presja.html#ixzz3EnmVc2GE, dostęp: 30.09.2014.
- Oświadczenie Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z dnia 13 marca 2020, <https://ptp.krakow.pl/oswiadczenie-sekcji-naukowej-psychoterapii-polskiego-towarzystwa-psychiatrycznego/>, dostęp: 23.09.2024.
- Oświadczenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej z dnia 13 marca 2020, <https://ptppd.pl/aktualnosci/oswiadczenie.html>, dostęp: 23.09.2024.
- Oświadczenie Zarządu, Rady i Komisji Etycznej Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej z dnia 16 marca 2020, <http://archiwum.ptpp.pl/news/oswiadczenie-zarzadu-rady-i-komisji-etycznej-ptpp/>, dostęp: 23.09.2024.
- Pałęcka A. i in., *Przejścia nie ma. Śmierć osób migranckich na granicy Unii Europejskiej z Białorusią*, https://ocalenie.org.pl/wp-content/uploads/2024/07/pl_no-safe-passage.-migrants-deaths-at-the-european-union-belarusian-border.pdf, dostęp: 9.11.2024.
- Postoła A., *Nie umiemy współczuć. Skąd ten brak empatii?*, „Gazeta Wyborcza”, 24.11.2015, <http://wyborcza.pl/1,145452,19234124,nie-umiemy-wspolczuc-skad-ten-brak-empatii.html>, dostęp: 23.08.2024.
- Psychoterapeuta zawód zaufania publicznego. Projekt ustawy o zawodzie psychoterapeuty*, [https://orka.sejm.gov.pl/opinie10.nsf/nazwa/1000_20240125/\\$file/1000_20240125.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie10.nsf/nazwa/1000_20240125/$file/1000_20240125.pdf), dostęp: 27.08.2024.

- Rekomendacje Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt z dnia 18 marca 2020, <https://gestaltpolska.org.pl/rekomendacje-zarzadu-ptpg-praca-online/>, dostęp: 23.09.2024.
- Shadbolt C., *Psychotherapy in the Time of COVID-19 (Psychotherapy Changes Shape and Steps Forward)*, „Psychotherapy and Politics International” 2020 Oct, vol. 18(3), e1552, <https://doi.org/10.1002/ppi.1552>, PMID: PMC7645933
- Tokarczuk O., *Okno [Mein Fenster zur Welt]*, „Frankfurter Allgemeine Zeitung”, 1.04.2020], <https://culture.pl/pl/artykul/okno-olga-tokarczuk-o-pandemii>, dostęp: 20.09.2023.
- Van Hoy A., Rzeszutek M., Pięta M. i in., *Burnout Among Psychotherapists: A cross-cultural value survey among 12 European countries during the coronavirus disease pandemic*, „Scientific Reports” 2022, vol. 12, e13527, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17669-z>
- Wenham C., *The Gendered Impact of the COVID-19 Crisis and Post-crisis Period*, European Parliament: Policy Department for Citizens’ Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies, 2020, PE 658.227, [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/658227/IPOL_STU\(2020\)658227_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/658227/IPOL_STU(2020)658227_EN.pdf), dostęp: 15.04.2022.
- Weseli A., *UFA TO TAO*, „Interalia”, https://interalia.queerstudies.pl/issues/5_2010/04_ufa_to_tao.htm, dostęp: 10.11.2024.
- WHO, 2005, *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*, <https://www.who.int/hac/techguidance/pht/GBVGuidelines08.28.05.pdf>, dostęp: 31.03.2020.
- WHO, 2011, *Impact of Economic Crisis on Mental Health*, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370872/WHO-EURO-2011-4645-44408-62759-eng.pdf?sequence=1>, dostęp: 20.09.2024.
- WHO, 2014, *Health for the World’s Adolescents*, <https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/1612-mncah-hwa-executive-summary.pdf>, dostęp: 30.09.2024.
- WHO, 2020, *Mental Health and Substance Use*, <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/overview>, dostęp: 20.09.2024.
- WHO, 2022, *COVID-19 Pandemic Triggers 25% Increase in Prevalence of Anxiety and Depression Worldwide*, <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>, dostęp: 15.04.2022.
- Zawadzki B., Popiel A., Bielecki M. i in., *COVID-STRES Raport nr 15 z badania przeprowadzonego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego we współpracy z Uniwersytetem SWPS podczas epidemii COVID-19 w 2020 r.*, 2021, https://covid.psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/50/2021/03/Raport_Covid_Stres.pdf, dostęp: 31.03.2022.



Załącznik 1: Narzędzie badawcze, I etap badań

Szanowna Pani, Szanowny Panie,
zapraszamy do wypełnienia ankiety, w której pytamy psychoterapeutki_ów o pracę terapeutyczną w czasie pandemii. Ankieta jest anonimowa. Jej wypełnienie zajmuje około 30–40 minut. Uzyskane dane zostaną opublikowane w formie raportu. Będą też wykorzystywane w artykułach naukowych i wystąpieniach konferencyjnych.
Zapraszamy do udziału!

Metryczka

M1. Płeć

- a. kobieta
- b. mężczyzna

M2. Wiek

- a. do 30 lat
- b. 31–40 lat
- c. 41–50 lat
- d. 51–60 lat
- e. 61–70 lat
- f. 71 lat i więcej

M3. Miejsce wykonywania pracy w zawodzie psychoterapeuty:

- a. wieś
- b. miasto do 20 tysięcy mieszkańców
- c. miasto od 20 do 100 tysięcy mieszkańców
- d. miasto od 100 tysięcy do 500 tysięcy mieszkańców
- e. miasto powyżej 500 tysięcy mieszkańców

M4. Wojwództwo (lub kraj), w jakim wykonywana jest praca

- a. dolnośląskie
- b. kujawsko-pomorskie
- c. lubelskie
- d. lubuskie
- e. łódzkie
- f. małopolskie
- g. mazowieckie
- h. opolskie
- i. podkarpackie
- j. podlaskie
- k. pomorskie
- l. śląskie
- m. świętokrzyskie
- n. warmińsko-mazurskie
- o. wielkopolskie
- p. zachodniopomorskie
- q. jeśli poza Polską – proszę podać kraj:

M5. Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej (można zaznaczyć więcej niż jedno)

- a. szpital psychiatryczny
- b. inny szpital
- c. poradnia zdrowia psychicznego
- d. poradnia psychologiczno-pedagogiczna
- e. inna placówka publiczna – jaka?
- f. ośrodek leczenia uzależnień
- g. organizacja pozarządowa
- h. gabinet prywatny
- i. ośrodek prywatny
- j. inne miejsce – jakie?

M6. Nurt psychoterapeutyczny (modalność psychoterapeutyczna), w którym Pan(i) pracuje (można wybrać więcej niż jeden)

- a. psychoanalityczny
- b. poznawczo-behawioralny
- c. psychodynamiczny
- d. systemowy
- e. humanistyczny (psychoterapia rogeriańska, egzystencjalna, Gestalt, skoncentrowana na procesie)
- f. narracyjny
- g. ericksonowski
- h. inny – jaki?

M7. Ukończone szkolenie psychoterapeutyczne

- a. 4-letnie szkolenie psychoterapeutyczne licencjonowane przez PTP
- b. inne szkolenie psychoterapeutyczne
- c. w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego licencjonowanego przez PTP
- d. w trakcie innego szkolenia psychoterapeutycznego

M8. Posiadane certyfikaty psychoterapeutyczne

- a. Certyfikat EAP
- b. Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego
- c. Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
- d. inny certyfikat – jaki?
- e. nie mam certyfikatu

1. Jakie formy psychoterapii prowadził(a) Pan(i) przed 15 marca 2020 roku w bezpośrednim kontakcie z pacjent(k)ami/klient(k)ami?

- a. psychoterapia indywidualna osób dorosłych
- b. psychoterapia grupowa
- c. psychoterapia par
- d. psychoterapia rodzinna (opiekunowie + dzieci)
- e. psychoterapia indywidualna dzieci do lat 9
- f. psychoterapia indywidualna dzieci i młodzieży od 10 do 18 lat

2. Przed pandemią terapeutycznie w gabinecie pracowałam_em zwykle

- a. jeden dzień w tygodniu
- b. dwa dni w tygodniu
- c. trzy dni w tygodniu
- d. cztery dni w tygodniu
- e. pięć dni w tygodniu
- f. sześć dni w tygodniu
- g. siedem dni w tygodniu

3. Przed pandemią terapeutycznie w gabinecie pracowałam_em zwykle

- a. godzinę dziennie
- b. do dwóch godzin dziennie
- c. do trzech godzin dziennie
- d. do czterech godzin dziennie
- e. do pięciu godzin dziennie
- f. do sześciu godzin dziennie
- g. do siedmiu godzin dziennie
- h. do ośmiu godzin dziennie
- i. do dziewięciu godzin dziennie
- j. dziewięć godzin i więcej dziennie

4. **Czy przed 15 marca 2020 roku prowadził(a) Pan(i) psychoterapię *online*?**
- tak
 - nie
- Jeśli tak, czy była to (proszę zaznaczyć wszystkie formy prowadzonej psychoterapii):**
- psychoterapia indywidualna osób dorosłych
 - psychoterapia grupowa
 - psychoterapia par
 - psychoterapia rodzinna (opiekunowie + dzieci)
 - psychoterapia indywidualna dzieci do lat 9
 - psychoterapia indywidualna dzieci i młodzieży od 10 do 18 lat
5. **Czy po 15 marca 2020 roku prowadził(a) Pan(i) psychoterapię *online*?**
- tak
 - nie (*przejdźcie do pytania 29*)
6. **Czy prowadzi Pan(i) *online* psychoterapię indywidualną z dorosłymi pacjent(k)ami/klient(k)ami?**
- tak
 - nie
jeśli nie – dlaczego?
7. **Czy prowadzi/współprowadzi Pan(i) *online* psychoterapię grupową?**
- tak
 - nie
jeśli nie – dlaczego?
8. **Czy prowadzi Pan(i) *online* psychoterapię par?**
- tak
 - nie
jeśli nie – dlaczego?
9. **Czy pracuje Pan(i) *online* psychoterapeutycznie z rodzinami?**
- tak
 - nie
jeśli nie – dlaczego?
10. **Czy pracuje Pan(i) *online* psychoterapeutycznie z dziećmi od lat 9?**
- tak
 - nie
jeśli nie – dlaczego?
11. **Czy pracuje Pan(i) *online* psychoterapeutycznie z dziećmi i młodzieżą od 10 do 18 lat?**
- tak
 - nie
jeśli nie – dlaczego?

12. Proszę się odnieść do następujących stwierdzeń dotyczących pracy terapeutycznej *online* w pierwszym miesiącu po *lockdownie* (po 15 marca 2020 roku):

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Prowadzenie terapii <i>online</i> było dla mnie łatwiejsze, niż myślałam/em.					
Prowadzenie terapii <i>online</i> było dla mnie trudniejsze, niż myślałam/em.					
Odnoszę wrażenie, że dla znaczącej części moich pacjentek_ów/klientek_ów uczestniczenie w terapii <i>online</i> było łatwiejsze niż spotkania w gabinecie.					
Odnoszę wrażenie, że dla znaczącej części moich pacjentek_ów/klientek_ów uczestniczenie w terapii <i>online</i> było trudniejsze niż spotkania w gabinecie.					

13. Co było najłatwiejsze w prowadzeniu terapii *online* dla Pani_Pana?

.....

14. Co było najtrudniejsze w prowadzeniu terapii *online* dla Pani_Pana?

.....

15. Co było najłatwiejsze w prowadzeniu terapii *online* dla Pani_Pana pacjentek_ów/klientek_ów?

.....

16. Co było najtrudniejsze w prowadzeniu terapii *online* dla Pani_Pana pacjentek_ów/klientek_ów?

.....

17. Z jakich programów/aplikacji/komunikatorów korzysta Pan(i) podczas pracy *online*?

	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Często	Zawsze
Skype					
Zoom					
Messenger					
Hangout					
TikTok					

MS Teams					
Face Time					
Slack					
Inne – jakie?					

18. Z użyciem jakiego urządzenia prowadził(a) Pan(i) terapię online?

	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Często	Zawsze
Smartfon					
Laptop					
Tablet					
Komputer stacjonarny (PC)					
Inne					

19. Na jakim tle pojawiał(a) się Pan(i) podczas sesji online?

	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Często	Zawsze
Tło wygenerowane przez aplikację					
Tło jednobarwne, bez żadnych przedmiotów					
Tło z pojedynczymi przedmiotami					
Tło z obrazem/obrazami					
Tło z książkami					
W tle było widać całe pomieszczenie					
W tle było widać drzwi					
Inne					

20. Zachęcamy do opisanie tła, na którym pojawiał(a) się Pan(i). Proszę też opisać, dlaczego dokonał(a) Pan(i) takiego wyboru.

.....

21. Zachęcamy też do załączenia widoku tła, na którym Pan(i) pracował(a) (ze względu na anonimowość badania proszę nie pokazywać swojego wizerunku)

Zdjęcie: wstaw tu

22. W jakich miejscach znajdowały_li się pacjentki_ci/klientki_ci w czasie sesji?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Pokój w miejscu zamieszkania					
Kuchnia w miejscu zamieszkania					
Łazienka w miejscu zamieszkania					
Inne miejsca w miejscu zamieszkania					
Praca					
Samochód					
Na wolnym powietrzu					
Pacjentki_ci/klientki_ci mieli za sobą symulację tła					
Inne – jakie?					

23. Czy praca *online* w porównaniu z pracą na żywo w gabinecie była:

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie tak
Bardziej męcząca dla mnie?					
Bardziej męcząca dla pacjentek_ów/klientek_ów?					
Bardziej efektywna?					
Trudna ze względu na brak kontaktu osobistego?					
Trudna ze względu na kłopoty techniczne (brak dobrego sprzętu, przerwy w połączeniu, słaby Internet)?					
Trudna ze względu na konieczność nauczenia się korzystania z aplikacji/urządzenia?					
Trudna ze względu na wewnętrzny opór przeciwko takiemu sposobowi pracy?					
Łatwiejsza ze względu na większą elastyczność w ustalaniu terminów sesji?					

24. **Czy zapoznał(a) się Pan(i) z rekomendacjami organizacji zrzeszających psychoterapeutów dotyczącymi pracy *online*?**
- tak
 - nie (*przejdźcie do pytania 26*)
25. **Na ile ważne były dla Pani_Pana rekomendacje organizacji zrzeszających psychoterapeutów dotyczące pracy *online*?**
- bardzo ważne
 - ważne
 - ani ważne, ani nieważne
 - mało ważne
 - nie miały w ogóle znaczenia
26. ***Online* w czasie pandemii pracowałam_em terapeutycznie zwykle:**
- jeden dzień w tygodniu
 - dwa dni w tygodniu
 - trzy dni w tygodniu
 - cztery dni w tygodniu
 - pięć dni w tygodniu
 - sześć dni w tygodniu
 - siedem dni w tygodniu
27. ***Online* dziennie terapeutycznie pracowałam_em zwykle:**
- godzinę dziennie
 - do dwóch godzin dziennie
 - do trzech godzin dziennie
 - do czterech godzin dziennie
 - do pięciu godzin dziennie
 - do sześciu godzin dziennie
 - do siedmiu godzin dziennie
 - do ośmiu godzin dziennie
 - do dziewięciu godzin dziennie
 - dziewięć godzin i więcej dziennie
28. **Czy w warunkach pracy *online* miał(a) Pan(i):**
- znacznie mniej pracy niż zwykle?
 - nieco mniej pracy niż zwykle?
 - tyle samo pracy co zwykle?
 - nieco więcej pracy niż zwykle?
 - znacznie więcej pracy niż zwykle?
29. **Na jak długo Pani_Pana miejsce pracy (gabinet, poradnia, ośrodek) było w czasie pandemii zamknięte?**
- było otwarte bez przerwy
 - tydzień

- c. dwa tygodnie
- d. trzy tygodnie
- e. cztery tygodnie
- f. pięć tygodni
- g. sześć tygodni
- h. siedem tygodni
- i. osiem tygodni
- j. dziewięć tygodni
- k. dziesięć tygodni
- l. jedenaście tygodni
- m. dwanaście tygodni
- n. trzynaście tygodni
- o. czternaście tygodni
- p. piętnaście tygodni
- q. szesnaście tygodni
- r. siedemnaście tygodni
- s. osiemnaście tygodni
- t. więcej niż osiemnaście tygodni

30. Jak ocenia Pan(i) swoje samopoczucie od początku pandemii?

- a. jako dużo lepsze niż zwykle
- b. jako nieco lepsze niż zwykle
- c. jako takie samo jak zwykle
- d. jako nieco gorsze niż zwykle
- e. jako znacznie gorsze niż zwykle

31. Czy od momentu ogłoszenia pandemii (po 15 marca 2020 roku):

	Znacznie mniej niż zwykle	Nieco mniej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Nieco bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
Odczuwał(a) Pan(i) stres na co dzień?					
Czuł(a) się Pan(i) stale zmęczony_a?					
Czuł(a) się Pan(i) osłabiony_a, pozbawiony_a energii?					
Czuł(a) Pan(i) ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, nietypowe bóle?					
Miał(a) Pan(i) trudności z zasypianiem z powodu zmartwień?					
Nie mógł_mogła Pan(i) ponownie zasnąć po przebudzeniu się w środku nocy?					

Czuł(a) Pan(i), że sen nie daje Panu_ Pani wypoczynku?					
W kontaktach z innymi ludźmi czuł(a) się Pan(i) bardziej podenerwowany_a, napięty_a?					
Miał(a) Pan(i) trudności z zebraniem myśli i ich wyrażeniem?					
Odczuwał(a) Pan(i) napięcie i rozdrażnienie z powodu nadmiaru spraw?					
Czuł(a) Pan(i) lęk lub silny niepokój?					
Czuł(a) Pan(i), że nie ma już siły, by radzić sobie ze swoim życiem, ze wszystkimi sprawami?					
Miał(a) Pan(i) poczucie, że sytuacja jest beznadziejna?					
Czuł(a) się Pan(i) zmobilizowany_a do działania?					
Odczuwał(a) Pan(i) brak lub utratę przeżywania przyjemności?					
Mysłał(a) Pan(i) o sobie negatywnie, krytykował(a) Pan(i) siebie?					
Picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej pozwalało Panu_ Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, spędzanie czasu w mediach społecznościowych, kupowanie pozwalało Panu_ Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Niepokoili Pana_ Panią któraś z czynności: picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej, granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, kupowanie?					

32. W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem po ogłoszeniu pandemii (po 15 marca 2020 roku)?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
Wynajdywałem/am sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach.				
Robiłem/am, co się da, aby poprawić obecną sytuację.				
Piłem/am alkohol lub zażywałem/am inne środki, aby poczuć się lepiej.				
Zwracałem/am się do innych ludzi i otrzymywałem/am od nich otuchę i zrozumienie.				
Szukałem/am u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić.				
Szukałem/am pozytywnych stron obecnej sytuacji.				
Starłem/am się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałem/am ten plan krok po kroku.				
Żartowałem/am na temat obecnej sytuacji.				
Robiłem/am coś, aby oderwać się od myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałem/am TV, czytałem/am, spędzałem/am czas w Internecie, oddawałem/am się marzeniom, więcej spałem/am itd.				
Starłem/am się na co dzień nie myśleć o pandemii.				
Starłem/am się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.				
Starłem/am się unikać nadmiaru informacji.				
Zwracałem/am się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.				
Starłem/am się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mogłem/am jej zmienić.				
Skupiałem/am się na myśli, że to minie.				
Uprawiałem/am sport lub inną formę aktywności fizycznej.				

Skupiłem/am się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.				
Wyrazałem/am, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.				

33. Co było dla Pani_Pana najbardziej stresujące od momentu ogłoszenia pandemii (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?

- konieczność pracy w warunkach zagrożenia zdrowia
- trudności w połączeniu pracy z obowiązkami wobec najbliższych (np. opieką nad dziećmi i innymi niesamodzielnymi członkami rodziny)
- brak środków ochrony osobistej
- brak innych zasobów – jakich?
- niejasność procedur na poziomie krajowym
- niejasność procedur na poziomie lokalnym
- niejasność procedur na poziomie instytucji, w której pracuję
- konflikty pojawiające się w sytuacji napięcia w kontekście zawodowym
- konflikty pojawiające się w sytuacji napięcia w kontekście prywatnym
- spoczywająca na mnie odpowiedzialność za inne osoby w kontekście zawodowym
- spoczywająca na mnie odpowiedzialność za inne osoby w kontekście prywatnym
- inne – jakie?

34. Z jakich powodów Pani_Pana pacjentki_ci/klientki_ci rezygnowały a li z terapii po rozpoczęciu pandemii (po 15 marca 2020 roku)?

	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Często	Zawsze
Brak środków finansowych					
Obawa przed pracą <i>online</i>					
Obawa przed utratą pracy					
Brak możliwości technicznych					
Brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musiały_eli się wywiązywać pacjentki_ci/klientki_ci					
Brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji					

Zmiany w życiu klientek_ów/ pacjentek_ów, które spowodowały, że problemy, nad którymi pracowaliśmy terapeutycznie, okresowo lub trwale straciły na znaczeniu.					
Inne					

35. Z jakich powodów Pani_Pana pacjentki_ci/klientki_ci z a w i e s z a l i terapię po rozpoczęciu pandemii (po 15 marca 2020 roku)?

	Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Często	Zawsze
Brak środków finansowych					
Obawa przed pracą <i>online</i>					
Obawa przed utratą pracy					
Brak możliwości technicznych					
Brak czasu z powodu kumulacji obowiązków, z których musiały_eli się wywiązywać pacjentki_ci/ klientki_ci					
Brak możliwości zorganizowania opieki nad dziećmi lub innymi osobami zależnymi na czas sesji					
Zmiany w życiu klientek_ów/ pacjentek_ów, które spowodowały, że problemy, nad którymi pracowaliśmy terapeutycznie, okresowo lub trwale straciły na znaczeniu.					
Inne					

36. Czy w okresie pandemii zgłaszały_li się do Pani_Pana nowe_i pacjentki_ci/klientki_ci z problemami, które były przez nie_nich definiowane jako związane z sytuacją pandemii?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- często

37. Liczba nowych pacjentek_ów/klientek_ów zgłaszających się do Pani_Pana w czasie pandemii była:

- zdecydowanie mniejsza niż zwykle
- mniejsza niż zwykle
- podobna jak zwykle
- większa niż zwykle
- znacznie większa niż zwykle

38. Czy identyfikuje Pan(i) jakieś problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły się u Pana_Pani pacjentek_ów/klientek_ów w czasie pandemii?

- tak
jakie to były problemy?
- nie

39. W jakim stopniu zgadza się Pan(i) z następującymi stwierdzeniami?

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Pacjentki_ci/klientki_ci łatwiej radziły_li sobie z sytuacją pandemii dzięki psychoterapii.					
W warunkach pandemii problemy, nad którymi pracowaliśmy przed jej wybuchem, uległy zaostrzeniu.					
W warunkach pandemii problemy, nad którymi pracowaliśmy przed jej wybuchem, straciły na znaczeniu.					
Pacjentki_ci/klientki_ci miały_eli poczucie, że więcej osób niż zwykle odczuwa podobne do ich problemy.					
Pacjentki_ci/klientki_ci zgłaszały_li potrzebę zwiększenia liczby sesji.					
Pacjentki_ci/klientki_ci zgłaszały_li potrzebę zmniejszenia liczby sesji.					
Relacje terapeutyczne były bardziej intymne.					
Psychoterapeut(k)a był(a) najważniejszym oparciem dla pacjentki_a/klientki_a.					

Procesy terapeutyczne przyspieszyły (były bardziej intensywne).					
Procesy terapeutyczne zwolniły (były mniej intensywne).					

- 40. Czy brał(a) Pan(i) udział w organizowanych przez instytucje, stowarzyszenia, organizacje lub samych psychoterapeutów inicjatywach polegających na udzielaniu bezpłatnego wsparcia psychologicznego/psychoterapeutycznego dla osób szczególnie obciążonych stresem w wyniku pandemii?**
- tak
 - nie (*przejdźcie do pytania 43*)
- 41. Jakim zainteresowaniem osób potrzebujących wsparcia cieszyła się inicjatywa, w której brał(a) Pan(i) udział?**
- żadnym
 - niewielkim
 - umiarkowanym
 - dużym
 - bardzo dużym
- 42. Z jakimi problemami najczęściej zgłaszały się osoby korzystające z tej formy wsparcia?**
-
- 43. Proszę opisać Pani_Pana refleksje na temat organizowanych przez instytucje, stowarzyszenia, organizacje lub same_ych psychoterapeutki_ów inicjatyw polegających na udzielaniu bezpłatnego wsparcia psychologicznego/psychoterapeutycznego dla osób szczególnie obciążonych stresem w wyniku pandemii.**
-
- 44. Czy w czasie pandemii potrzebował(a) Pan(i) superwizji?**
- zdecydowanie bardziej niż zwykle
 - trochę bardziej niż zwykle
 - tak samo jak zwykle
 - trochę mniej niż zwykle
 - zdecydowanie mniej niż zwykle
- 45. Czy dostęp do superwizji był:**
- zdecydowanie łatwiejszy niż zwykle?
 - trochę łatwiejszy niż zwykle?
 - taki sam jak zwykle?
 - trochę trudniejszy niż zwykle?
 - zdecydowanie trudniejszy niż zwykle?

46. Superwizje, w których Pan(i) uczestniczył(a), odbywały się:

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Online indywidualnie					
Online w grupach superwizyjnych					
Na żywo indywidualnie					
Na żywo w grupach superwizyjnych					
Regularnie					
W ustalonych przed pandemią terminach					
Zgodnie z zapotrzebowaniem					

47. Czy doświadczył(a) Pan(i) nowych trudności (związanych z sytuacją pandemii), które chciał(a) – musiał(a) Pan(i) poddać superwizji?

- tak
jakie to były trudności?
- nie

48. Biorąc pod uwagę doświadczenia osób uczestniczących razem z Panią_Panem w grupowych spotkaniach superwizyjnych, z jakimi wyzwaniem i musiał(a) radzić sobie psychoterapeutki_ci w warunkach pandemii?

.....

49. Jakie doświadczenia osób uczestniczących z Panią_Panem w grupowych spotkaniach superwizyjnych były dla Pani_Pana pozytywnie zaskakujące?

.....

50. Czy pracuje Pan(i) jako superwizor(ka) lub superwizor(ka) aplikant(ka) psychoterapii?

- tak
- nie (*przejdźcie do pytania 53*)

51. Czy w okresie od ogłoszenia stanu pandemii prowadził(a) Pan(i) superwizje:

- o wiele częściej niż zwykle?
- trochę częściej niż zwykle?
- tak samo często jak zwykle?
- trochę rzadziej niż zwykle?
- o wiele rzadziej niż zwykle?

52. Biorąc pod uwagę Pani_Pana doświadczenie jako superwizorki_a (superwizorki_a aplikantki_a) psychoterapii, z jakimi wyzwaniem i musiały_eli radzić sobie psychoterapeutki_ci w warunkach pandemii?

.....

53. Jakie doświadczenia (związane z pracą terapeutyczną w czasie pandemii) Pani_Pana superwizantek_ów były dla Pani_Pana i dla nich pozytywnie zaskakujące?

.....

54. Kiedy wrócił(a) Pan(i) do pracy w gabinecie, spotykając się z pacjent(k)ami/klient(k)ami na żywo?

- w ogóle nie zawiesiłam_em spotkań z pacjentami na żywo w czasie pandemii – pracowałam_em cały czas w gabinecie, spotykając się z pacjent(k)ami/klient(k)ami na żywo
- zawiesiłam_em pracę na żywo tylko częściowo – pracowałam_em cały czas w gabinecie, spotykając się z pacjent(k)ami/klient(k)ami *online* i na żywo
- pomiędzy początkiem kwietnia a świętami Wielkiej Nocy (12–13 kwietnia 2020 roku)
- pomiędzy Świętami Wielkiej Nocy a początkiem maja 2020 roku
- pomiędzy początkiem maja a 18 maja 2020 roku
- pomiędzy 18 maja a 1 czerwca 2020 roku
- pomiędzy początkiem czerwca a długim weekendem (11–14 czerwca 2020 roku)
- pomiędzy 15 czerwca a 1 lipca 2020 roku
- pomiędzy 1 lipca a 19 lipca 2020 roku
- po 19 lipca 2020 roku
- nie wróciłam_em do pracy w gabinecie

55. Jakie środki ochrony stosował(a) Pan(i) po powrocie do pracy w gabinecie?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Używanie maseczki podczas sesji przez terapeut(k)ę					
Używanie maseczki podczas sesji przez pacjentkę_a/klientkę_a					
Używanie przyłbicy podczas sesji przez terapeut(k)ę					
Używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjentkę_a/klientkę_a					

Odległość pomiędzy osobami w gabinecie większa niż 2 metry					
Szyba z pleksi pomiędzy terapeut(k)ą a pacjentką_em/ klientką_em					
Dezynfekcja rąk przed sesją i po niej					
Dezynfekcja klamek					
Dezynfekcja foteli/krzesel					
Folia nakładana na fotele/krzesła					
Wietrzenie gabinetu					
Brak możliwości płacenia gotówką					
Brak możliwości korzystania z poczekalni					
Urządzenie do ozonowania powietrza					
Torebki na zużyte chusteczki zabierane po sesji przez pacjentów					
Inne – jakie:					

56. Czy są jeszcze inne kwestie związane z pracą psychoterapeutyczną w czasie pandemii, o które nie zapytaliśmy, a które byłyby ważne z Pani_Pana perspektywy? Proszę je opisać.

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Załącznik 2: Narzędzie badawcze, II etap badań

Szanowna Pani, Szanowny Panie,
zapraszamy do wypełnienia ankiety, w której pytamy psychoterapeutki_ów o pracę terapeutyczną w czasie pandemii. Ankieta jest anonimowa. Jej wypełnienie zajmuje około kwadransa. Uzyskane dane zostaną opublikowane w formie raportu. Będą też wykorzystywane w artykułach naukowych i wystąpieniach konferencyjnych.
Zapraszamy do udziału!

Metryczka

M1. Płeć

- a. kobieta
- b. mężczyzna

M2. Wiek

- a. do 30 lat
- b. 31–40 lat
- c. 41–50 lat
- d. 51–60 lat
- e. 61–70 lat
- f. 71 lat i więcej

M3. Wojwództwo (lub kraj), w jakim wykonywana jest praca

- a. dolnośląskie
- b. kujawsko-pomorskie
- c. lubelskie
- d. lubuskie
- e. łódzkie
- f. małopolskie
- g. mazowieckie
- h. opolskie
- i. podkarpackie
- j. podlaskie
- k. pomorskie
- l. śląskie
- m. świętokrzyskie
- n. warmińsko-mazurskie
- o. wielkopolskie
- p. zachodniopomorskie
- q. jeśli poza Polską – proszę podać kraj:

M4. Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej (można zaznaczyć więcej niż jedno)

- a. szpital psychiatryczny
- b. inny szpital
- c. poradnia zdrowia psychicznego
- d. inna placówka publiczna – jaka?
- e. ośrodek/poradnia leczenia uzależnień
- f. organizacja pozarządowa
- g. gabinet prywatny
- h. ośrodek prywatny
- i. inne miejsce – jakie?

M5. Nurt psychoterapeutyczny (modalność psychoterapeutyczna), w którym Pan(i) pracuje (można wybrać więcej niż jeden).

- a. psychoanalityczny
- b. poznawczo-behawioralny
- c. psychodynamiczny
- d. systemowy
- e. humanistyczny (psychoterapia rogeriańska, egzystencjalna, Gestalt, skoncentrowana na procesie)
- f. ericksonowski
- g. integracyjny
- h. inny – jaki?

M6. Ukończone szkolenie psychoterapeutyczne

- a. 4-letnie szkolenie psychoterapeutyczne licencjonowane przez PTP
- b. inne szkolenie psychoterapeutyczne
- c. w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego licencjonowanego przez PTP
- d. w trakcie innego szkolenia psychoterapeutycznego

M7. Posiadane certyfikaty psychoterapeutyczne

- a. Certyfikat EAP
- b. Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego
- c. Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
- d. inny certyfikat – jaki?
- e. nie mam certyfikatu

1. Czy brał(a) Pan(i) udział w pierwszym etapie badania na temat funkcjonowania zawodowego psychoterapeutek_ów w czasie pandemii realizowanego między 10 sierpnia a 30 września 2020 roku?

- a. tak
- b. nie

- 2. Czy po 1 października 2020 roku prowadzi Pan(i) psychoterapię online?**
- tak
 - nie
- 3. Jakie formy psychoterapii prowadzi Pan(i) online po 1 października 2020 roku (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)?**
- indywidualna osób dorosłych
 - grupowa
 - par
 - rodzin
 - dzieci do lat 9
 - dzieci i młodzieży od 10 do 18 lat
- 4. Jak ocenia Pan(i) swoje samopoczucie w ostatnim czasie (po 1 października 2020 roku)?**
- jako dużo lepsze niż zwykle
 - jako nieco lepsze niż zwykle
 - jako takie samo jak zwykle
 - jako nieco gorsze niż zwykle
 - jako znacznie gorsze niż zwykle
- 5. Czy w ostatnim czasie (po 1 października 2020 roku):**

	Znacznie mniej niż zwykle	Nieco mniej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Nieco bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
Odczuwał(a) Pan(i) stres na co dzień?					
Czuł(a) się Pan(i) stale zmęczony_a?					
Czuł(a) się Pan(i) osłabiony_a pozbawiony_a energii?					
Czuł(a) Pan(i) ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, nietypowe bóle?					
Miał(a) Pan(i) trudności z zasypianiem z powodu zmartwień?					
Nie mógł _mogła Pan(i) ponownie zasnąć po przebudzeniu się w środku nocy?					
Czuł(a) Pan(i), że sen nie daje Panu _Pani wypoczynku?					
W kontaktach z innymi ludźmi czuł(a) się Pan(i) bardziej podenerwowany_a, napięty_a?					

Miał(a) Pan(i) trudności z zebraniem myśli i ich wyrażeniem?					
Odczuwał(a) Pan(i) napięcie i rozdrażnienie z powodu nadmiaru spraw?					
Czuł(a) Pan(i) lęk lub silny niepokój?					
Czuł(a) Pan(i), że nie ma już siły, by radzić sobie ze swoim życiem, ze wszystkimi sprawami?					
Miał(a) Pan(i) poczucie, że sytuacja jest beznadziejna?					
Czuł(a) się Pan(i) zmobilizowany_a do działania?					
Odczuwał(a) Pan(i) brak lub utratę przeżywania przyjemności?					
Mysłał(a) Pan(i) o sobie negatywnie, krytykował(a) Pan(i) siebie?					
Picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej pozwalało Panu_ Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, spędzanie czasu w mediach społecznościowych, kupowanie pozwalało Panu_ Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Niepokoili Pana_ Panią któraś z czynności: picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej, granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, kupowanie?					

6. W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem w ostatnim czasie (po 1 października 2020 roku)?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
Wynajdywałem_am sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach.				

Robiłem _am, co się da, aby poprawić obecną sytuację.				
Piłem _am alkohol lub zażywałem _am inne środki, aby poczuć się lepiej.				
Zwracałem _am się do innych ludzi i otrzymywałem _am od nich otuchę i zrozumienie.				
Szukałem _am u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić.				
Szukałem _am pozytywnych stron obecnej sytuacji.				
Starłem _am się wypracować strategię czy plan określający, co należy zrobić, a następnie realizowałem _am ten plan krok po kroku.				
Żartowałem _am na temat obecnej sytuacji.				
Robiłem _am coś, aby oderwać się od myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałem _am TV, czytałem _am, spędzałem _am czas w Internecie, oddawałem _am się marzeniom, więcej spałem _am itd.				
Starłem _am się na co dzień nie myśleć o pandemii.				
Starłem _am się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.				
Starłem _am się unikać nadmiaru informacji.				
Zwracałem _am się ku Bogu/Siłę Wyższej i praktykom duchowym.				
Starłem _am się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mogłem _am jej zmienić.				
Skupiałem _am się na myśli, że to minie.				
Uprawiałem _am sport lub inną formę aktywności fizycznej.				
Skupiałem _am się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.				
Wyrażałem _am, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.				

7. Czy w ostatnim okresie pandemii (po 1 października 2020 roku) zgłaszały_li się do Pani_Pana nowe_i pacjentki_ci/klientki_ci z problemami, które były przez nie_nich definiowane jako związane z sytuacją pandemii?
- nigdy (*przejdźcie do pytania 17*)
 - rzadko
 - czasami
 - często
8. Czego dotyczyły problemy, o których mowa w poprzednim pytaniu (*można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź*)?
- lęku wywołanego przez pandemię i/lub jej konsekwencje
 - problemów w relacjach nasilonych przez stałe przebywanie na ograniczonej przestrzeni
 - doświadczeń straty i/lub żałoby będącej bezpośrednią lub pośrednią konsekwencją pandemii
 - nadużywania substancji psychoaktywnych
 - dekompensacji i nawrotu wcześniejszych problemów na skutek stresu wywołanego pandemią i/lub jej konsekwencjami
 - zaburzeń nastroju (nasilenia depresyjności)
 - poczucia osamotnienia
 - inne – jakie?
9. Liczba nowych pacjentek_ów/klientek_ów zgłaszających się do Pani_Pana w ostatnim czasie (po 1 października 2020 roku) była:
- zdecydowanie mniejsza niż zwykle
 - mniejsza niż zwykle
 - podobna jak zwykle
 - większa niż zwykle
 - znacznie większa niż zwykle
10. Czy identyfikuje Pan(i) jakieś problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły się u Pana_Pani pacjentek_ów/klientek_ów w ostatnim czasie (po 1 października 2020 roku)?
- tak
jakie to były problemy?
 - nie
11. Czy osoby, z którymi pracuje Pan(i) terapeutycznie, wносиły 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 tego orzeczenia?

- a. tak
b. nie (*przejdźcie do pytania 21*)

12. Jeśli to możliwe, prosimy o ogólne zarysowanie tych wątków.

.....

13. Superwizje, w których Pan(i) uczestniczył(a) (po 1 października 2020 roku), odbywały się:

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Online indywidualnie					
Online w grupach superwizyjnych					
Na żywo indywidualnie					
Na żywo w grupach superwizyjnych					
Regularnie					
W ustalonych przed pandemią terminach					
Zgodnie z zapotrzebowaniem					

14. Jakie doświadczenia osób uczestniczących z Panią_Panem w grupowych spotkaniach superwizyjnych (po 1 października 2020 roku) były dla Pani_Pana pozytywnie zaskakujące?

.....

15. Czy pracuje Pan(i) jako superwizor(ka) lub superwizor(ka) aplikant(ka) psychoterapii?

- a. tak
b. nie (koniec ankiety)

16. Biorąc pod uwagę Pani_Pana doświadczenie jako superwizorki_a (superwizorki_a aplikantki_a) psychoterapii, z jakimi n o w y m i wyzwaniem i po 1 października 2020 roku musiały_eli radzić sobie psychoterapeutki_ci w warunkach pandemii?

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Załącznik 3: Narzędzie badawcze, III etap badań

Szanowna Pani, Szanowny Panie,
zapraszamy do wypełnienia ankiety, w której pytamy psychoterapeutki_ów o pracę terapeutyczną w czasie pandemii. Ankieta jest anonimowa. Jej wypełnienie zajmuje mniej niż kwadrans. Uzyskane dane zostaną opublikowane w formie raportu. Będą też wykorzystywane w artykułach naukowych i wystąpieniach konferencyjnych.
Zapraszamy do udziału!

Metryczka

M1. Płeć

- a. kobieta
- b. mężczyzna

M2. Wiek

- a. do 30 lat
- b. 31–40 lat
- c. 41–50 lat
- d. 51–60 lat
- e. 61–70 lat
- f. 71 lat i więcej

M3. Miejsce wykonywania pracy w zawodzie psychoterapeuty:

- a. wieś
- b. miasto do 20 tysięcy mieszkańców
- c. miasto 20–50 tysięcy mieszkańców
- d. miasto 50–100 tysięcy mieszkańców
- e. miasto 100–500 tysięcy mieszkańców
- f. miasto powyżej 500 tysięcy mieszkańców

M4. Wojwództwo (lub kraj), w jakim wykonywana jest praca

- a. dolnośląskie
- b. kujawsko-pomorskie
- c. lubelskie
- d. lubuskie
- e. łódzkie
- f. małopolskie
- g. mazowieckie
- h. opolskie
- i. podkarpackie
- j. podlaskie

- k. pomorskie
- l. śląskie
- m. świętokrzyskie
- n. warmińsko-mazurskie
- o. wielkopolskie
- p. zachodniopomorskie
- q. jeśli poza Polską – proszę podać kraj

M5. Miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej (można zaznaczyć więcej niż jedno)

- a. szpital psychiatryczny
- b. inny szpital
- c. poradnia zdrowia psychicznego
- d. poradnia psychologiczno-pedagogiczna
- e. inna placówka publiczna – jaka?
- f. ośrodek/poradnia leczenia uzależnień
- g. organizacja pozarządowa
- h. gabinet prywatny
- i. ośrodek prywatny
- j. inne miejsce – jakie?

M6. Nurt psychoterapeutyczny (modalność psychoterapeutyczna), w którym Pan(i) pracuje (można wybrać więcej niż jeden)

- a. psychoanalityczny
- b. poznawczo-behawioralny
- c. psychodynamiczny
- d. systemowy
- e. humanistyczny (psychoterapia rogeriańska, egzystencjalna, Gestalt, skoncentrowana na procesie)
- f. ericksonowski
- g. integracyjny
- h. inny – jaki?

M7. Ukończone szkolenie psychoterapeutyczne

- a. 4-letnie szkolenie psychoterapeutyczne rekomendowane przez PTP
- b. inne szkolenie psychoterapeutyczne
- c. w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego rekomendowanego przez PTP
- d. w trakcie innego szkolenia psychoterapeutycznego

M8. Ukończony kierunek studiów (można wybrać więcej niż jeden)

- a. ekonomia
- b. filologia
- c. filozofia
- d. medycyna

- e. pedagogika
- f. politologia
- g. praca socjalna
- h. prawo
- i. psychologia
- j. resocjalizacja
- k. socjologia
- l. inne – jakie?

M9. Posiadany tytuł naukowy

- a. magister
- b. doktor
- c. doktor habilitowany
- d. profesor
- e. inny – jaki?

M10. Posiadane certyfikaty psychoterapeutyczne

- a. Certyfikat EAP
- b. Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego
- c. Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
- d. inny certyfikat – jaki?

1. Czy brał(a) Pan(i) udział w poprzednich etapach badania na temat funkcjonowania zawodowego psychoterapeutek_ów w czasie pandemii realizowanych pomiędzy 10 sierpnia a 30 września 2020 i 30 grudnia 2020 a 12 marca 2021 roku?

- a. nie
- b. Brałem_am udział tylko w pierwszym etapie badań (między 10 sierpnia a 30 września 2020 roku).
- c. Brałem_am udział tylko w drugim etapie badań (między 30 grudnia 2020 a 12 marca 2021 roku).
- d. Brałem_am udział w obu etapach badań.
- e. Brałem_am udział w jednym etapie badań, ale nie pamiętam, w którym.
- f. Nie pamiętam, czy w ogóle brałem_am udział we wcześniejszych etapach badania.

2. Czy po 1 kwietnia 2021 roku prowadzi Pan(i) psychoterapię *online*?

- a. tak
- b. nie

3. Jakie formy psychoterapii prowadzi Pan(i) *online* po 1 kwietnia 2021 roku (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)?

- a. indywidualna osób dorosłych
- b. grupowa

- c. par
- d. rodzin
- e. dzieci do lat 9
- f. dzieci i młodzieży od 10 do 18 lat

4. Czy ma Pan(i) teraz:

- a. znacznie mniej pracy psychoterapeutycznej niż zwykle?
- b. nieco mniej pracy psychoterapeutycznej niż zwykle?
- c. tyle samo pracy psychoterapeutycznej co zwykle?
- d. nieco więcej pracy psychoterapeutycznej niż zwykle?
- e. znacznie więcej pracy psychoterapeutycznej niż zwykle?

5. Proszę ocenić proporcje pomiędzy pracą *online* a pracą w gabinecie.

6. Jakie środki ostrożności stosuje Pan(i) obecnie (w przypadku pracy w gabinecie)?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Używanie maseczki podczas sesji przez terapeut(k)ę					
Używanie maseczki podczas sesji przez pacjentkę_a/klientkę_a					
Używanie przyłbicy podczas sesji przez terapeut(k)ę					
Używanie przyłbicy podczas sesji przez pacjentkę_a/klientkę_a					
Odległość pomiędzy osobami w gabinecie większa niż 2 metry					
Szyba z pleksi pomiędzy terapeut(k)ą a pacjentką_em/klientką_em					
Dezynfekcja rąk przed sesją i po niej					
Dezynfekcja klamek					
Dezynfekcja foteli/krzesel					
Folia nakładana na fotele/krzesła					
Wietrzenie gabinetu					

Brak możliwości płacenia gotówką					
Brak możliwości korzystania z poczekalni					
Urządzenie do oczyszczania powietrza					
Torebki na zużyte chusteczki zabierane po sesji przez pacjentów					
Inne – jakie?					

7. Kiedy wrócił(a) Pan(i) do pracy w gabinecie? Prosimy uwzględnić czas po 15 marca 2020 roku.

.....

8. Czy zaszczepiła(a) się Pan(i) przeciwko COVID-19?

- a. tak
- b. nie

9. Jak ocenia Pan(i) swoje ogólne samopoczucie w okresie czwartej (piątej) fali pandemii (od 1 października 2021 roku do teraz)?

- a. jako dużo lepsze niż zwykle
- b. jako nieco lepsze niż zwykle
- c. jako takie samo jak zwykle
- d. jako nieco gorsze niż zwykle
- e. jako znacznie gorsze niż zwykle

10. Czy w okresie czwartej (piątej) fali pandemii (od 1 października 2021 roku do teraz):

	Znacznie mniej niż zwykle	Nieco mniej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Nieco bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
Odczuwał(a) Pan(i) stres na co dzień?					
Czuł(a) się Pan(i) stale zmęczony_a?					
Czuł(a) się Pan(i) osłabiony_a, pozbawiony_a energii?					
Czuł(a) Pan(i) ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, nietypowe bóle?					
Miał(a) Pan(i) trudności z zasypianiem z powodu zmartwień?					

Nie mógł _ mogła Pan(i) ponownie zasnąć po przebudzeniu się w środku nocy?					
Czuł(a) Pan(i), że sen nie daje Panu _ Pani wypoczynku?					
W kontaktach z innymi ludźmi czuł(a) się Pan(i) bardziej podenerwowany _ a, napięty _ a?					
Miał(a) Pan(i) trudności z zebraniem myśli i ich wyrażeniem?					
Odczuwał(a) Pan(i) napięcie i rozdrażnienie z powodu nadmiaru spraw?					
Czuł(a) Pan(i) lęk lub silny niepokój?					
Czuł(a) Pan(i), że nie ma już siły, by radzić sobie ze swoim życiem, ze wszystkimi sprawami?					
Miał(a) Pan(i) poczucie, że sytuacja jest beznadziejna?					
Czuł(a) się Pan(i) zmobilizowany _ a do działania?					
Odczuwał(a) Pan(i) brak lub utratę przeżywania przyjemności?					
Mysłał(a) Pan(i) o sobie negatywnie, krytykował(a) Pan(i) siebie?					
Picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej pozwalało Panu _ Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, spędzanie czasu w mediach społecznościowych, kupowanie pozwalało Panu _ Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Niepokoїła Pana _ Panią któraś z czynności: picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej, granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, kupowanie?					

11. W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem w okresie czwartej (piątej) fali pandemii (od 1 października 2021 roku do teraz)?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
Wynajdywałem/am sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach.				
Robiłem/am, co się da, aby poprawić obecną sytuację.				
Piłem/am alkohol lub zażywałem/am inne środki, aby poczuć się lepiej.				
Zwracałem/am się do innych ludzi i otrzymywałem/am od nich otuchę i zrozumienie.				
Szukałem/am u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić.				
Szukałem/am pozytywnych stron obecnej sytuacji.				
Starłem/am się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałem/am ten plan krok po kroku.				
Żartowałem/am na temat obecnej sytuacji.				
Robiłem/am coś, aby oderwać się od myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałem/am TV, czytałem/am, spędzałem/am czas w Internecie, oddawałem/am się marzeniom, więcej spałem/am itd.				
Starłem/am się na co dzień nie myśleć o pandemii.				
Starłem/am się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.				
Starłem/am się unikać nadmiaru informacji.				
Zwracałem/am się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.				
Starłem/am się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mogłem/am jej zmienić.				
Skupiałem/am się na myśli, że to minie.				
Uprawiałem/am sport lub inną formę aktywności fizycznej.				

Skupiłem/am się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.				
Wyrażałem/am, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.				

- 12. Czy w okresie czwartej (piątej) fali pandemii (od 1 października 2021 roku do teraz) zgłaszały/li się do Pani_Pana nowe_i pacjentki_ci/klientki_ci z problemami, które były przez nie_nich definiowane jako związane z sytuacją pandemii?**
- nigdy (*przejdźcie do pytania 14*)
 - rzadko
 - czasami
 - często
- 13. Czego dotyczyły problemy, o których mowa w poprzednim pytaniu (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?**
- lęku wywołanego przez pandemię i/lub jej konsekwencje
 - problemów w relacjach nasilonych przez stałe przebywanie na ograniczonej przestrzeni
 - doświadczeń straty i/lub żałoby będącej bezpośrednią lub pośrednią konsekwencją pandemii
 - nadużywania substancji psychoaktywnych
 - dekompensacji i nawrotu wcześniejszych problemów na skutek stresu wywołanego pandemią i/lub jej konsekwencjami
 - zaburzeń nastroju (nasilenia depresyjności)
 - poczucia osamotnienia
 - negatywnych reakcji na przedłużającą się sytuację pandemiczną
 - innych kwestii – jakich?
- 14. Liczba nowych pacjentek_ów/klientek_ów zgłaszających się do Pani_Pana w okresie czwartej (piątej) fali pandemii (po 1 października 2021 roku) była:**
- zdecydowanie mniejsza niż zwykle?
 - mniejsza niż zwykle?
 - podobna jak zwykle?
 - większa niż zwykle?
 - znacznie większa niż zwykle?
- 15. Czy identyfikuje Pan(i) jakies problemy, które pojawiły się bądź wyraźnie nasiliły się u Pani_Pana pacjentek_ów/klientek_ów w okresie czwartej (piątej) fali pandemii (po 1 października 2021 roku)?**

- a. tak
jakie to były problemy?
- b. nie

16. Zdarza się, że pewne sprawy z życia publicznego poruszają ludzi na tyle, że znajduje to odzwierciedlenie na sesjach terapeutycznych. Czy osoby, z którymi pracuje Pan(i) terapeutycznie, wносиły na sesje wątki w jakiś sposób powiązane z wymienianymi poniżej sprawami/wydarzeniami?

	Bardzo często	Często	Od czasu do czasu	Rzadko	Nigdy
Szczepienie przeciwko COVID-19					
Zgony z powodu COVID-19					
Sytuacja na granicy polsko-białoruskiej					
Sprawy związane z wolnością mediów					
Zmiany w ustawie aborcyjnej					
Możliwość wyjścia Polski z Unii Europejskiej					
Wzrost cen, inflacja					
Inne – jakie?					

17. Jeśli to możliwe, prosimy o ogólne zarysowanie wątków związanych z wydarzeniami/sprawami zaznaczonymi przez Panią_Pana w poprzednim pytaniu.

.....

18. Superwizje, w których uczestniczył(a) Pan(i) po 1 października 2021 roku odbywały się:

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Regularnie?					
W ustalonych przed pandemią terminach?					
Zgodnie z zapotrzebowaniem?					

19. Czy po 1 października 2021 roku uczestniczył(a) Pan(i) w superwizjach?

- a. indywidualnych *online* (przejdźcie do pytania 21)
- b. grupowych *online*

- c. indywidualnych na żywo (*przejdźcie do pytania 21*)
 - d. grupowych na żywo
- 20. Jakie doświadczenia osób uczestniczących z Panią_Panem w grupowych spotkaniach superwizyjnych po 1 października 2021 roku były dla Pani_Pana zaskakujące?**
-
- 21. Czy pracuje Pan(i) jako superwizor(ka) lub superwizor(ka) aplikant(ka) psychoterapii?**
- a. tak
 - b. nie (*przejdźcie do pytania 23*)
- 22. Biorąc pod uwagę Pana_Pani doświadczenie jako superwizora_ki (superwizora_ki aplikanta_ki) psychoterapii: z jakimi n o w y m i wyzwaniem i po 1 października 2021 roku musiały_eli radzić sobie psychoterapeutki_ci w warunkach pandemii?**
-
- 23. Czy są jeszcze inne kwestie związane z pracą psychoterapeutyczną w czasie pandemii, o które nie zapytaliśmy, a które byłyby ważne z Pana_Pani perspektywy. Proszę je opisać.**

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Załącznik 4: Pytania dodane do narzędzia z III etapu badań po wybuchu wojny w Ukrainie 24 lutego 2022 roku

Szanowna Pani, Szanowny Panie,
zapraszamy do wypełnienia ankiety, w której pytamy psychoterapeutki_ów
o pracę terapeutyczną w czasie pandemii.

W związku z wojną w Ukrainie znalazły się też pytania dotyczące pracy terapeutycznej po wybuchu wojny, czyli po 24 lutego 2022 roku. Znajdziecie je Państwo w ostatniej części ankiety.

Ankieta jest anonimowa. Jej wypełnienie zajmuje mniej niż kwadrans. Uzyskane dane zostaną opublikowane w formie raportu. Będą też wykorzystywane w artykułach naukowych i wystąpieniach konferencyjnych.
Zapraszamy do udziału!

1. Jak ocenia Pan(i) swoje ogólne samopoczucie po 24 lutego 2022 roku, czyli po rozpoczęciu wojny w Ukrainie?

- a. jako dużo lepsze niż zwykle
- b. jako nieco lepsze niż zwykle
- c. jako takie samo jak zwykle
- d. jako nieco gorsze niż zwykle
- e. jako znacznie gorsze niż zwykle

2. Czy w okresie po 24 lutego 2022 roku, czyli po rozpoczęciu wojny w Ukrainie:

	Znacznie mniej niż zwykle	Nieco mniej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Nieco bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
Odczuwał(a) Pan(i) stres na co dzień?					
Czuł(a) się Pan(i) stale zmęczony_a?					
Czuł(a) się Pan(i) osłabiony_a, pozbawiony_a energii?					
Czuł(a) Pan(i) ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, nietypowe bóle?					
Miał(a) Pan(i) trudności z zasypianiem z powodu zmartwień?					
Nie mógł_mogła Pan(i) ponownie zasnąć po przebudzeniu się w środku nocy?					

Czuł(a) Pan(i), że sen nie daje Panu _ Pani wypoczynku?					
W kontaktach z innymi ludźmi czuł(a) się Pan(i) bardziej podenerwowany_a, napięty_a?					
Miał(a) Pan(i) trudności z zebraniem myśli i ich wyrażeniem?					
Odczuwał(a) Pan(i) napięcie i rozdraż- nienie z powodu nadmiaru spraw?					
Czuł(a) Pan(i) lęk lub silny niepokój?					
Czuł(a) Pan(i), że nie ma już siły, by radzić sobie ze swoim życiem, ze wszystkimi sprawami?					
Miał(a) Pan(i) poczucie, że sytuacja jest beznadziejna?					
Czuł(a) się Pan(i) zmobilizowany_a do działania?					
Odczuwał(a) Pan(i) brak lub utratę przeżywania przyjemności?					
Mysłał(a) Pan(i) o sobie negatywnie, krytykował(a) Pan(i) siebie?					
Picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej pozwalało Panu _Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, spędzanie czasu w mediach społecznościowych, kupowanie pozwalało Panu _Pani uniknąć nieprzyjemnych stanów emocjonalnych lub je złagodzić?					
Niepokoili Pana _Panią któraś z czynności: picie alkoholu lub używanie innej substancji psychoaktywnej, granie w gry komputerowe, gry losowe, korzystanie z Internetu, kupowanie?					

Zauważył(a) Pan(i) u siebie objawy stresu pourazowego/zastępczego stresu pourazowego?					
---	--	--	--	--	--

3. W jaki sposób radził(a) sobie Pan(i) ze stresem po 24 lutego 2022 roku, czyli po rozpoczęciu wojny w Ukrainie?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
Wynajdywałem/am sobie różne zadania, żeby nie myśleć o aktualnych problemach.				
Robiłem/am, co się da, aby poprawić obecną sytuację.				
Piłem/am alkohol lub zażywałem/am inne środki, aby poczuć się lepiej.				
Zwracałem/am się do innych ludzi i otrzymywałem/am od nich otuchę i zrozumienie.				
Szukałem/am u innych ludzi rady i pomocy odnośnie do tego, co należy zrobić.				
Starłem/am się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić, a następnie realizowałem/am ten plan krok po kroku.				
Robiłem/am coś, aby oderwać się od myślenia o aktualnych problemach (np. oglądałem/am TV, czytałem/am, spędzałem/am czas w Internecie na czytaniu/oglądaniu materiałów, które nie dotyczyły wojny, oddawałem/am się marzeniom, więcej spałem/am itd.				
Starłem/am się na co dzień nie myśleć o wojnie w Ukrainie.				
Starłem/am się zgromadzić jak najwięcej informacji, które mogą mi się przydać.				
Starłem/am się unikać nadmiaru informacji.				
Zwracałem/am się ku Bogu/Sile Wyższej i praktykom duchowym.				
Starłem/am się zaakceptować obecną sytuację, bo i tak nie mogłem/am jej zmienić.				
Skupiałem/am się na myśli, że to minie.				

Uprawiałem/am sport lub inną formę aktywności fizycznej.				
Skupiałem/am się na drobnych przyjemnościach dnia codziennego.				
Wyrażałem/am, co czuję, niezależnie od tego, jakie to były emocje.				
Angażowałem/am się w działania pomocowe na miarę moich możliwości.				

4. Czy po 24 lutego 2022 roku pacjentki_ci/klientki_ci wnosili tematy związane z wojną w Ukrainie?

- nigdy (*przejdźcie do pytania 6*)
- rzadko
- czasami
- często

5. Czego dotyczyły problemy, o których mowa w poprzednim pytaniu?

.....

6. Czy zaangażował(a) się Pan(i) w jakąś formę pomocy osobom poszkodowanym na skutek wojny?

- tak
- nie (*przejdźcie do pytania 8*)

7. Proszę zaznaczyć formy pomocy, w które się Pan(i) zaangażował(a). Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

- zbiórki pieniędzy
- zbiórki rzeczy
- nieodpłatna pomoc psychologiczna/psychoterapeutyczna osobom doświadczającym kryzysu z powodu wojny
- wolontariat na rzecz uchodźców – na czym polegał?
- pomoc w transporcie osób uciekających przed wojną
- udostępnienie lokum osobom uciekającym przed wojną
- udostępnianie informacji potrzebnych osobom uciekającym przed wojną i/lub osobom im pomagającym
- inne – jakie?

8. Czy są jeszcze inne kwestie związane z pracą psychoterapeutyczną w czasie pandemii i po wybuchu wojny w Ukrainie, o które nie zapytaliśmy, a które byłyby ważne z Pana_Pani perspektywy. Proszę je opisać.

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

