

**STEREOTYP PSYCHOANALIZY, PSYCHOTERAPII I ZAWODU PSYCHOANALITYKA
W OPINIACH PACJENTÓW LECZONYCH AMBULATORYJNIE**

Marcin Czarnocki
Centrum Zdrowia i Psychoterapii
Al. Wilanowska 43 A
02-756 Warszawa

Badanie sfinansowano ze środków Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej w ramach umowy o udzielenie wsparcia finansowego (grant naukowy nr 2/2015) z dnia 30.04.2015 r.

Spis treści

Streszczenie.....	2
Wprowadzenie.....	3
Proces konstrukcji narzędzia badawczego.....	3
Zmienne, wskaźniki i sposób obliczania wyników.....	4
Charakterystyka próby.....	6
Procedura.....	7
Wyniki.....	7
<i>Postawy wobec psychoterapii, a zmienne socjo-demograficzne.....</i>	<i>7</i>
<i>Postawy wobec psychoterapii, a rodzaj pomocy ambulatoryjnej.....</i>	<i>13</i>
<i>Subiektywna ocena skuteczności terapii własnej, a postawy wobec psychoterapii.....</i>	<i>18</i>
<i>Wyniki dodatkowe.....</i>	<i>18</i>
Dyskusja wyników.....	20
Ankieta „Postawy wobec psychoterapii”.....	24

Streszczenie

Badanie przeprowadzono w oparciu o narzędzie do pomiaru stereotypów dotyczących psychoanalizy i zawodu psychoanalityka (Ankieta „Postawy wobec psychoterapii”), które skonstruowano specjalnie w tym celu. Zbadano 118 pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Kategorie, jakimi posługują się pacjenci oceniając psychoanalizę to postawy: pozytywne, neutralno-ambiwalentne, nacechowane niechęcią i agresywnością postawy skrajnie negatywne oraz postawa humorystyczna (komiczny, ironiczny, szyderczy i prześmiewczy stosunek wobec psychoanalizy). Zawód i osoba psychoanalityka oceniane są na wymiarach: kompetencji, pożądanых vs. niepożądanych cech charakteru oraz wyglądu.

Stereotyp psychoanalizy jest zróżnicowany w podgrupach wyróżnionych pod względem zmiennych socjo-demograficznych (takich, jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, wykonywany zawód) oraz w podgrupach wyróżnionych pod względem rodzaju ambulatoryjnej pomocy psychologicznej, w jakiej uczestniczą pacjenci.

Kobiety oceniają psychoanalizę w kategoriach humorystycznych, mężczyźni zaś wykazują postawy negatywne, skrajne, radykalne i nacechowane agresywnością – zarówno wobec psychoanalizy, jako metody terapii, jak i zawodu psychoanalityka. Badani z wyższym wykształceniem różnią się w postawach od pacjentów z wykształceniem średnim, którzy oceniają zawód psychoanalityka w bardzo stereotypowy, uproszczony sposób, na wymiarach: poziomu kompetencji, cech charakteru oraz wyglądu. Badani ci mają także bardziej „szyderczy” i „prześmiewczy” stosunek do psychoanalizy, w porównaniu do osób z wyższym wykształceniem. Pod względem wieku, najwięcej negatywnych postaw wobec psychoanalizy mają badani z przedziału 40-48 lat, najprzychylniej i najkorzystniej oceniają ją pacjenci z przedziału 30-38 lat. Zawód psychoanalityka najmniej korzystnie oceniają osoby najstarsze (powyżej 50 r.ż.). Zanotowano też różnice w opiniach na temat psychoterapii/psychoanalizy, w podgrupach pacjentów wyróżnionych pod względem wykonywanego zawodu: najkorzystniej oceniają tę profesję osoby prowadzące własną firmę, bądź wykonujące wolne zawody, zaś opinie badanych pracujących na etatach są bardziej neutralne. Tę podgrupę charakteryzuje jednocześnie najbardziej „poważny” stosunek do psychoanalizy. Najmniej przychylne postawy wobec psychoanalizy oraz zawodu psychoanalityka zanotowano wśród studentów.

Psychoanaliza, psychoterapia i zawód psychoanalityka są najlepiej oceniane przez pacjentów uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej i wyniki tych osób istotnie różnią się od rezultatów uzyskanych przez pacjentów korzystających z analitycznej oraz farmakologicznej formy pomocy – tę ostatnią podgrupę charakteryzują skrajnie negatywne opinie. Postawy pacjentów leczonych analityczną formą terapii plasują się pośrodku i wskazują na ambiwalentny, niejednoznaczny stosunek. Z kolei zawód psychoanalityka, pod względem cech charakteru i wyglądu, pacjenci „analityczni” oceniają najgorzej, spośród tych trzech podgrup. Wśród pacjentów korzystających wyłącznie z farmakoterapii dominuje skrajnie negatywny stereotyp, z kolei zaś pacjenci uczestniczący wyłącznie w psychoterapii wykazują najwyższe wyniki w zakresie „postawy humorystycznej”, zarazem najprzychylniej oceniając zawód psychoanalityka pod względem: kompetencji i cech charakteru. Natomiast osoby uczestniczące w obydwu formach pomocy (farmakoterapii i psychoterapii) cechuje postawa neutralno-ambiwalentna.

Słowa kluczowe: postawy wobec psychoterapii; stereotyp zawodu psychoanalityka; ambulatoryjna pomoc psychologiczna

Wprowadzenie

Celem badania było sprawdzenie, jakie są dominujące postawy i stereotypy wobec psychoanalizy oraz zawodu psychoanalityka wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Badanie przeprowadzono w Centrum Zdrowia i Psychoterapii w Warszawie – niepublicznej placówce opieki zdrowotnej.

Postawiono tezę, że media (np. filmy fabularne i programy publicystyczne emitowane w telewizji, audycje radiowe, artykuły popularyzujące wiedzę psychologiczną ukazujące się w czasopiśmie i internecie) mogą zniekształcać realny obraz psychoanalizy. Założono, że opinie wobec psychoanalizy oraz zawodu psychoanalityka różnią się w zależności od rodzaju pomocy psychologicznej, w jakiej uczestniczą pacjenci.

Rozwój stereotypowego (uproszczonego, zniekształconego i często nieświadomego) myślenia na temat psychoanalizy i zawodu psychoanalityka ukształtowany na podstawie przekazu medialnego może być jednym z czynników powodujących opór przed korzystaniem z psychoterapii psychoanalitycznej, a co za tym idzie – preferowaniem innych (mniej kosztownych i mniej czasochłonnych) opcji, takich jak: leczenie farmakologiczne, czy terapia poznawczo-behawioralna.

W badaniu sprawdzono, czy własne doświadczenie uczestnictwa w psychoterapii psychoanalitycznej i alternatywnych formach pomocy, ma związek ze stereotypowym myśleniem na temat psychoanalizy. Sprawdzono również związek pomiędzy subiektywną oceną skuteczności terapii własnej z poziomem stereotypowego myślenia o psychoanalizie i zawodzie psychoanalityka.

Proces konstrukcji narzędzia badawczego

Na potrzeby badania stworzono narzędzie do diagnozy stereotypów psychoanalizy i zawodu psychoanalityka – (patrz aneks: Ankieta „Postawy wobec psychoterapii”).

W pierwszym (wstępnym) etapie zbadano 32 pacjentów, wykorzystując Kwestionariusz Przymiotnikowy ACL. Celem tej części badania było wyłonienie najczęściej pojawiających się określeń, jakimi można scharakteryzować psychoanalizę, jako metodę terapeutyczną oraz osobę i zawód psychoanalityka. Badanych proszono, by z listy 300 przymiotników zaznaczyli dowolną liczbę tych określeń, którymi najlepiej można określić psychoanalizę i typowego psychoanalityka/terapeutę znanego z: filmów, programów telewizyjnych, artykułów prasowych, radia, internetu i własnych doświadczeń. W instrukcji poinformowano osoby badane o możliwości dopisywania dowolnej liczby cech mogących charakteryzować psychoanalizę i typowego psychoanalityka, jeśli takowe nie znalazły się w zestawieniu.

Następnie wybrano najczęściej powtarzające się cechy i przyporządkowano im semantyczne przeciwieństwa. Trafności semantycznej poszczególnych przymiotników (cech) dokonali tzw. Sędziowie Kompetentni (psycholodzy, terapeuci oraz językoznawca).

W oparciu o technikę dyferencjału semantycznego powstała lista trzydziestu cech, opisujących stereotyp psychoanalizy oraz lista czterdziestu pięciu cech, określających osobę i zawód psychoanalityka.

Dyferencjał semantyczny jest jedną z najczęściej wykorzystywanych technik służących do pomiaru postaw – zarówno wobec określonych obiektów, jak i percepcji tych obiektów. Jest też jedną z popularniejszych metod służących do pomiaru stereotypów. Pozwala na dokonywanie zarówno ilościowej oceny znaczenia pojęć tworzących określone kategorie, jak też badać komponent emocjonalny (np. rodzaj i intensywność emocji), jaki badani mają wobec ocenianych obiektów. Zadanie osób badanych polega na ustosunkowaniu się do pary autonomicznych (spolaryzowanych) przymiotników, stanowiących niezależne wymiary, na kontinuum siedmiostopniowej skali. Metoda dyferencjału semantycznego pozwala na wykonywanie zarówno analiz ocen globalnych (sumarycznych), jakościowych (szczegółowych, procentowych), jak i kategoryalnych – poprzez dokonywanie podziału na postawy o ocenie: wysokiej/neutralnej/niskiej/ - np. postrzeganie obiektu oceny w mało korzystnym vs. bardzo korzystnym świetle.

Trzeci etap konstrukcji narzędzia polegał na przypisaniu przeciwstawnych przymiotników (cech) do określonych kategorii. Spośród najczęściej wymienianych cech stworzono dwie główne skale odnoszące się odpowiednio do stereotypu psychoanalizy oraz trzy skale badające stereotyp osoby/zawodu psychoanalityka. Aby zapobiec zjawisku ulegania tendencji badanych do stosowania skrajnych ocen oraz „machinalnego” wypełniania narzędzia, zadbano, by pary przymiotników wchodzące w skład danej kategorii ułożone były rotacyjnie (naprzemiennie) w odwrotnej kolejności znaczeniowej dla każdej ze skal.

Część pierwsza Ankiety bada stereotyp psychoanalizy, jako metody terapii, zaś część druga – stereotyp zawodu psychoanalityka/terapeuty.

Trzydzieści skrajnych semantycznie cech określających stereotyp psychoanalizy zawartych w części pierwszej Ankiety podzielono na następujące czynniki:

- pozytywna vs. negatywna (dewaluująca) ocena psychoanalizy, jako formy pomocy;
- poważny vs. komiczny (prześmiewczy) stosunek wobec psychoanalizy.

Czterdzieści pięć przymiotników (cech) określających wizerunek stereotypowego psychoanalityka zawartych w części drugiej Ankiety podzielono zaś na takie czynniki, jak:

- ocena kompetencji i jakości pracy psychoanalityka/terapeuty;
- pożądane vs. niepożądane cechy charakteru psychoanalityka/terapeuty;
- wygląd zewnętrzny typowego psychoanalityka/terapeuty.

Analiza własności psychometrycznych wykazała, że narzędzie „Postawy wobec psychoterapii” charakteryzuje się wysokim poziomem stabilności wewnętrznej i trafności teoretycznej. Współczynniki rzetelności *alfa* Cronbacha wyniosły dla poszczególnych pięciu skal odpowiednio: 0,93; 0,64; 0,95; 0,94; 0,93. Współczynniki interkorelacji pomiędzy skalami (za wyjątkiem skali „komizmu”) oscylują wokół wartości 0,50-0,90, co świadczy o wysokiej homogeniczności (jednorodności struktury) całego narzędzia, utworzonego z pięciu stosunkowo niezależnych czynników.

Zmienne, wskaźniki i sposób obliczania wyników

Zmienne zależne

- negatywna (dewaluująca) postawa wobec psychoanalizy – psychoanaliza oceniana w jest niekorzystnym świetle i określana mało pochlebными przymiotnikami, takimi, jak np.: „bezużyteczna”, „nudna”, „nużąca”, „bzurna”, „nieskuteczna”, itp. W skład tej skali wchodzi wszystkie cechy przynależne do nieparzystych pozycji pierwszej części ankiety, a

więc określenia o numerach: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29. Wysokie wyniki w tej skali świadczą więc o dużej sile negatywnego stosunku wobec psychoanalizy i postrzeganiem jej w niekorzystnych, dewaluujących kategoriach (są wskaźnikiem stereotypu negatywnego). Wskaźnikiem jest suma punktów uzyskanych we wszystkich dziesięciu nieparzystych pozycjach zawartych w pierwszej części Ankiety. Pozycje o numerach: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27 są punktowane odwrotnie. Im większą liczbę punktów uzyskał badany w tej skali, tym bardziej negatywnie ocenia on psychoanalizę, jako metodę terapii i dewaluuje ją. Zaś wynik niski, określany przy pomocy pozytywnych przymiotników (jak np.: „pomocna”, „fascynująca”, „atrakcyjna”, „mądra”, „efektywna”, itp.) świadczy o wysokiej sile stereotypu pozytywnego.

- humorystyczna (komiczna, prześmiewca, szydercza) postawa wobec psychoanalizy – psychoanaliza postrzegana jest jako zjawisko zabawne, śmieszne, komiczne i określana takimi cechami, jak np.: „zabawna”, „wesoła”, „komiczna”, „ironiczna”, itp. O wysokiej sile stereotypu psychoanalizy w kategoriach komizmu świadczą wysokie wyniki w tej skali – wskaźnikiem jest suma punktów uzyskanych we wszystkich piętnastu parzystych pozycjach zawartych w pierwszej części Ankiety: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30. Im wyższy wynik, tym bardziej psychoanaliza postrzegana jest jako zjawisko komiczne. Pozycje o numerach: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28 są punktowane odwrotnie. Niskie wyniki świadczą o traktowaniu serio psychoanalizy przez osoby badane, określanej takimi przymiotnikami, jak np.: „poważna”, „doniosła”, „prawdziwa”, itp.

- ocena kompetencji i jakości pracy stereotypowego psychoanalityka/terapeuty – w skład tej skali wchodzi piętnaście pozycji z części drugiej Ankiety o numerach: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43. Kompetencje i jakość pracy oceniane na wymiarach cech niepożądanych (tj.: „niestaranny”, „niedokładny”, „nieuczynny”, „leniwy”, „niefachowy”, „nieodświadczony”, „nierzetelny”, „niesolidny”, itd.) są wskaźnikiem oceny negatywnej. Wysokie wyniki w skali oceny poziomu kompetencji i jakości pracy stereotypowego psychoanalityka/terapeuty są odwrotnie proporcjonalne do liczby uzyskanych punktów: im wyższy wynik w tej skali, tym gorsza jest ogólna ocena kompetencji i jakości pracy (siła negatywnego stereotypu na wymiarze kompetencji i jakości pracy). Pozycje o numerach: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 są punktowane odwrotnie. Niski zaś wynik jest wskaźnikiem pozytywnej postawy respondentów. Takie przymiotniki, jak np.: „skrupulatny”, „precyzyjny”, „pomocny”, „pracowity”, „profesjonalny”, „wykwalifikowany”, „kompetentny”, „sumienny”, itd.) świadczą o pozytywnej ocenie jakości pracy psychoanalityka.

- niepożądane vs. pożądane cechy charakteru stereotypowego psychoanalityka – w skład tego wymiaru skali wchodzi piętnaście pozycji z części drugiej Ankiety o numerach: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 44. Stereotyp psychoanalityka/terapeuty oceniany na wymiarach cech niepożądanych (jak np.: „niespokojny”, „nieuczciwy”, „niegrzeczny”, „agresywny”, „impulsywny”, „okrutny”, „niemiły”, itd.) i odpowiadających im przeciwstawnych cech pożądanych (np.: „cierpliwy”, „uczciwy”, „uprzejmy”, „asertywny”, „refleksyjny”, „empatyczny”, „sympatyczny”, itd.). Wskaźnikiem niskiej oceny poziomu kompetencji i złej oceny jakości pracy stereotypowego psychoanalityka/terapeuty jest liczba punktów: im wyższy wynik w tej skali, tym gorsza ogólna ocena cech charakteru (siła negatywnego stereotypu związanego z cechami charakteru). Pozycje o numerach: 5, 11,

17, 23, 29, 35, 41 są punktowane odwrotnie. Niski wynik jest zaś wskaźnikiem pozytywnej oceny cech charakteru stereotypowego psychoanalityka/terapeuty (siła stereotypu pozytywnego).

- wygląd zewnętrzny typowego psychoanalityka/terapeuty – w skład tej skali wchodzi piętnaście pozycji z części drugiej Ankiety o numerach: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45. Stereotyp oceniany na wymiarach przymiotników o negatywnych konotacjach (np.: „zaniedbany”, „odstręczający”, „flejtuchowaty”, „kiczowaty”, itd.) i odpowiadających im cech korzystnych (np.: „zadbany”, „atrakcyjny”, „schludny”, „elegancki”, „estetyczny”, itd.). Wskaźnikiem siły negatywnego stereotypu, świadczącego o nie najlepszej ocenie wizerunku stereotypowego psychoanalityka/terapeuty jest liczba punktów: im wyższy wynik w tej skali, tym gorsza ogólna ocena wyglądu zewnętrznego. Pozycje o numerach: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42 są punktowane odwrotnie. Niski wynik jest natomiast (analogicznie, jak w przypadku pozostałych czynników) wskaźnikiem siły stereotypu pozytywnego, świadczącego o ogólnej pozytywnej ocenie wyglądu stereotypowego psychoanalityka (terapeuty).

- wynik łączny – stanowiący sumę odpowiedzi na wszystkie pozycje wchodzące w skład pięciu skal: im wyższy wynik, tym bardziej negatywna (gorsza) globalna opinia na temat psychoanalizy i zawodu psychoanalityka łącznie (minimalna liczba punktów dla każdej skali z osobna może wynosić 0, maksymalna zaś 90).

- subiektywna ocena skuteczności terapii własnej – szacowna na siedmiostopniowej skali 0 – 6. Im wyższy wynik, tym wyżej (korzystniej) ocenia badany własne doświadczenia terapeutyczne.

Zmienne niezależne

- rodzaj terapii, z jakiej korzysta badany: farmakoterapia vs. terapia psychoanalityczna vs. terapia poznawczo-behawioralna;
- liczba form pomocy ambulatoryjnej, z jakich korzysta badany: pacjenci korzystający wyłącznie z farmakoterapii vs. pacjenci uczęszczający wyłącznie na psychoterapię vs. pacjenci korzystający zarówno z farmakoterapii, jak i psychoterapii;
- czynniki socjo-demograficzne: płeć; wiek; poziom wykształcenia; zawód badanych.

Charakterystyka próby

W badaniu wzięło udział 118 losowo dobranych pacjentów, w tym: 83 kobiety i 35 mężczyzn. Grupę jedenastu osób (9,3%) stanowili pacjenci, którzy zgłosili się po pomoc po raz pierwszy, dla pozostałych 107 osób (90,7%) była to kolejna wizyta. Średnia wieku wyniosła 37 lat (sd=11,35) – najmłodszy badany miał 18 lat, najstarszy zaś 72 lata. Dokonano podziału na następujące kategorie wiekowe:

- 18-29 lat – w tej grupie wiekowej znalazły się 33 osoby badane (28% całej próby);
- 30-38 – w tej grupie badanych znalazło się 40 osób (tj. 33,9% próby);
- 40-48 lat – do tej grupy zakwalifikowano 30 badanych (25,4%);
- 50 lat i powyżej – 15 osób badanych (12,7%).

Zdecydowana większość badanych to osoby mieszkające w mieście (110 osób–93,2%), zaledwie ośmiu pacjentów (6,8%) to mieszkańcy wsi. Przeważają pacjenci z wykształceniem wyższym (76% badanej próby – tj. 90 osób), zaś wykształcenie na poziomie średnim zadeklarowało 28 osób (23,7%). Biorąc pod uwagę podział na kategorie związane z

wykonywanym zawodem, przeważają osoby pracujące na etacie (66 badanych–55,9%); na drugim miejscu osoby wykonujące wolne zawody/prowadzące własną działalność (40 pacjentów – 33,9%); najmniej liczną grupę stanowią studenci (12 osób–10,2%). Uczestnictwo w terapii psychoanalitycznej (lub psychodynamicznej) zadeklarowało 42 osoby (35,6%); korzystanie z terapii poznawczo-behawioralnej – 35 pacjentów (29,7%); korzystanie zaś z usług lekarza-psychiatry zadeklarowało 41 osób (34,7%). Wśród badanych 30 pacjentów to osoby uczęszczające zarówno na psychoterapię i jednocześnie korzystające z farmakoterapii (25,4%); 48 pacjentów uczęszcza wyłącznie na psychoterapię (40,7%); a kolejne 40 osób (33,9%) uczęszcza wyłącznie na wizyty psychiatryczne, nie korzystając z żadnych innych, dodatkowych form pomocy psychologicznej.

Procedura

Badanie odbyło się w dwu siedzibach Centrum Zdrowia i Psychoterapii – niepublicznej placówce opieki zdrowotnej w Warszawie (al. Wilanowska 43 A oraz ul. Ogrodowa 8), na przełomie VII-X 2015 r. Osoby badane dobrowolnie wypełniały ankietę w ośrodku, którą następnie anonimowo wrzucały do specjalnie na ten cel przygotowanej, szczelnie zamkniętej urny.

Wyniki

Analizy wykonano w programie statystycznym SPSS. Przeprowadzono na wstępie test Kołmogorowa-Smirnowa i wykazano, że uzyskane dane odbiegają od wyników rozkładu normalnego (Tab. 1). W związku z tym dalsze wyniki przeprowadzono w oparciu o metody nieparametryczne, takie jak: test U Mana-Whitneya (dla porównań dwugrupowych), test Kruskala-Wallisa (dla porównań trzech i więcej grup) oraz korelacje tau Kendalla (celem zbadania współzależności pomiędzy zmiennymi).

Tabela 1. Podstawowe parametry rozkładu wyników (N=118)

Kategoria	Nazwa czynnika	Średnia	Odchylenie standardowe	Wartość Z	Poziom istotności
Postawy wobec psychoanalizy/psychoterapii	Postawa negatywna	27,57	19,43	1,31	0,06
	Postawa humorystyczna	46,83	10,10	1,36	0,05
Postawy wobec zawodu i osoby psychoanalityka	Ocena kompetencji	16,38	16,09	1,96	0,00
	Ocena cech charakteru	19,33	15,71	1,42	0,03
	Wygląd zewnętrzny	24,38	17,06	1,62	0,01

Postawy wobec psychoterapii a zmienne socjo-demograficzne

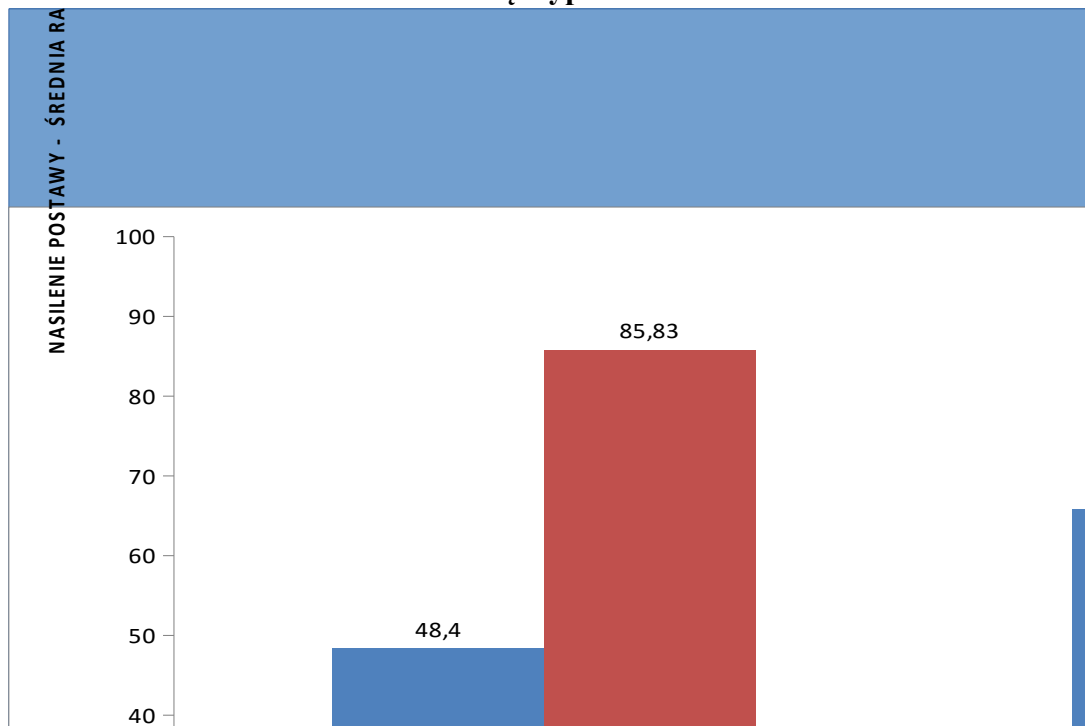
Płeć

Wykazano występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy opiniami kobiet i mężczyzn, w nasileniu wszystkich pięciu czynników, dotyczących postaw wobec psychoanalizy i psychoterapii oraz zawodu psychoanalityka (Wykres 1-2).

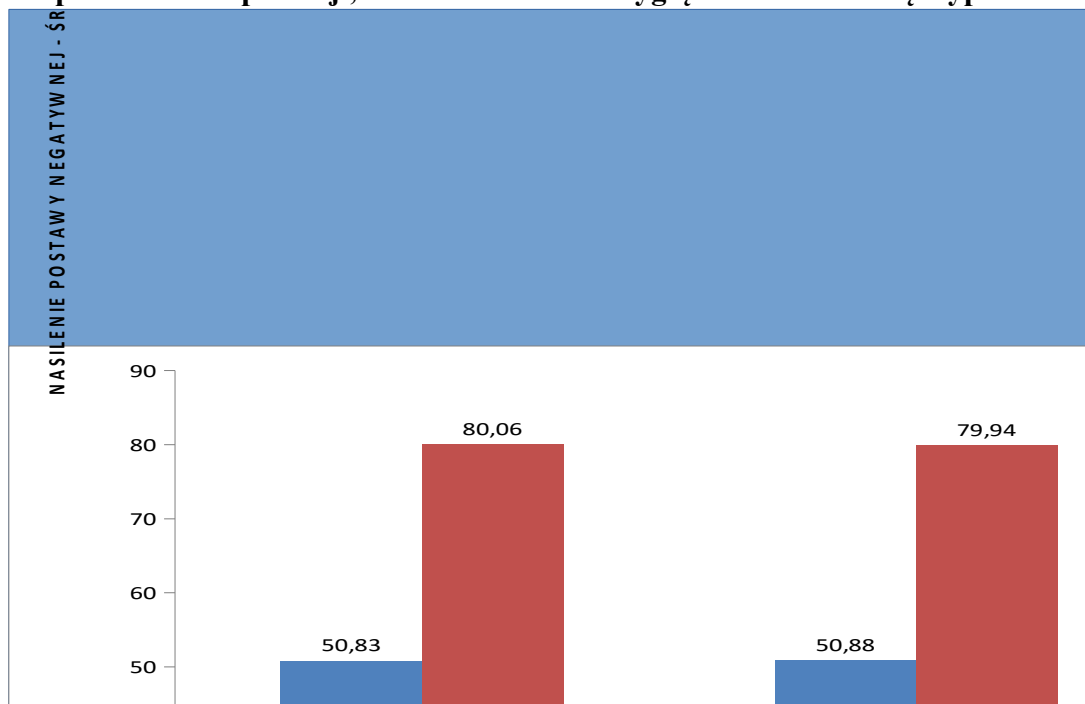
W zakresie opinii na temat psychoanalizy okazało się, że badani mężczyźni mają istotnie gorszą globalną opinię na temat psychoanalizy, niż kobiety ($U=531$; $p<0,001$), istotnie gorzej też oceniają typowego psychoterapeute/psychoanalityka pod względem: poziomu kompetencji ($U=733$; $p<0,001$), cech charakteru ($U=737$; $p<0,001$) oraz wyglądu

zewnątrznego ($U=888$; $p<0,01$). Kobiety natomiast istotnie częściej niż mężczyźni postrzegają psychoanalizę w komiczny, prześmiewczy sposób ($U=922,500$; $p<0,01$).

Wykres 1. Stereotyp psychoanalizy na wymiarach oceny negatywnej i komizmu – różnice międzypłciowe



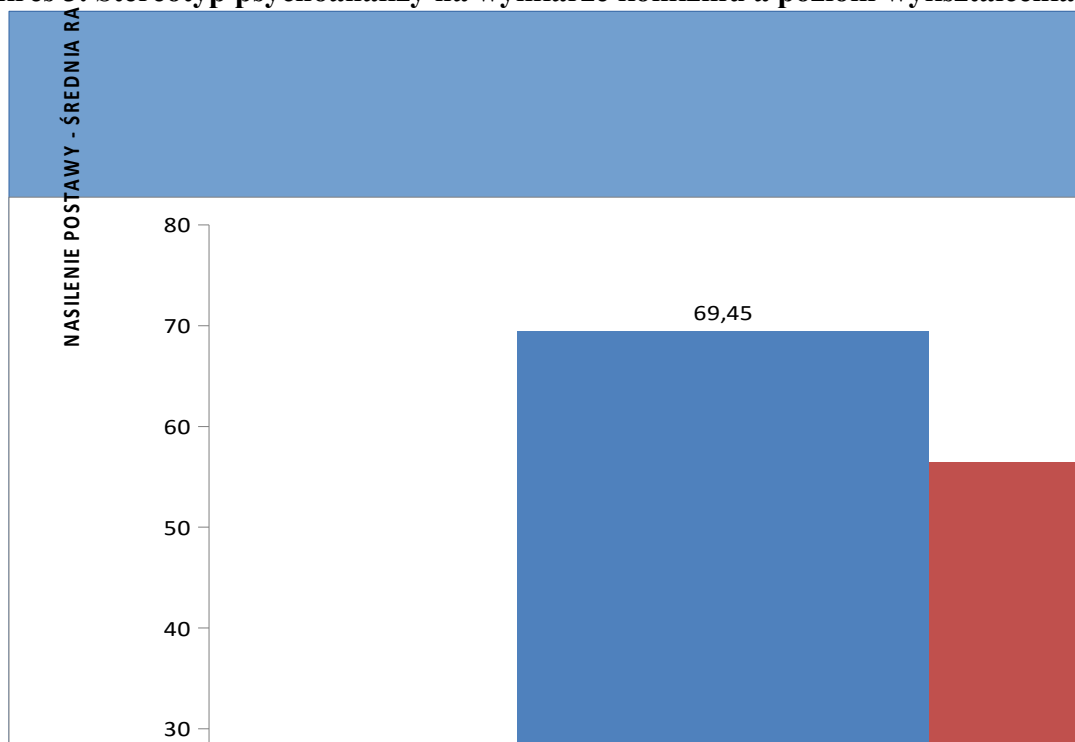
Wykres 2. Stereotyp osoby i zawodu psychoanalityka na wymiarach: poziomu kompetencji, cech charakteru i wyglądu – różnice międzypłciowe



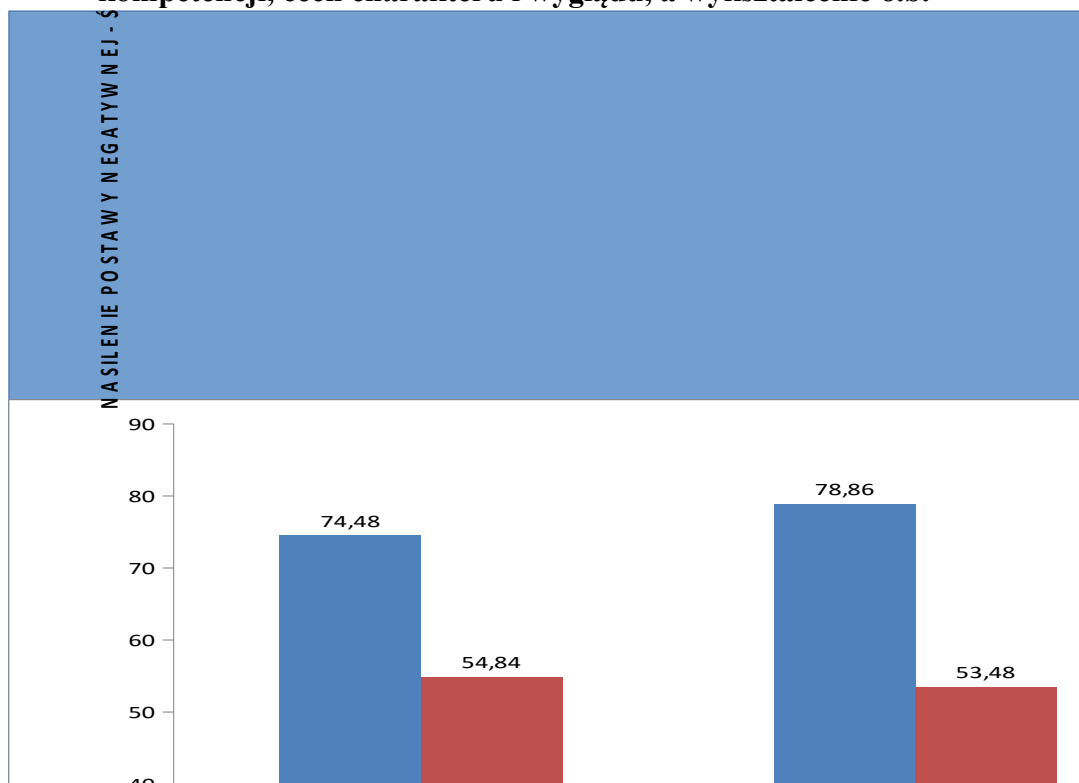
Poziom wykształcenia

Wykazano istotne statystycznie różnice w grupach wyróżnionych pod względem poziomu wykształcenia, w zakresie ocen związanych z zawodem psychoanalityka. Badani z wykształceniem średnim oceniają zawód psychoanalityka w istotnie bardziej stereotypowy, uproszczony sposób, na wymiarach: poziomu kompetencji ($U=840,500$; $p<0,01$), cech charakteru ($U=718$; $p<0,01$) oraz wyglądu zewnętrznego ($U=851$; $p<0,01$), w porównaniu do pacjentów z wyższym wykształceniem. Znotowano także różnice na poziomie tendencji statystycznej ($p<0,10$) w zakresie skali komizmu – osoby z wykształceniem średnim mają bardziej prześmiewczy stosunek do psychoanalizy, w porównaniu do badanych z wyższym wykształceniem ($U=981,500$; $p=0,07$). Prawdopodobnie poziom wykształcenia wiąże się dodatnio z ogólną wiedzą na temat tego, czym jest psychoanaliza oraz zawód terapeuty czy psychoanalityka (Wykres 3-4).

Wykres 3. Stereotyp psychoanalizy na wymiarze komizmu a poziom wykształcenia



Wykres 4. Stereotyp osoby i zawodu psychoanalityka na wymiarach: poziomu kompetencji, cech charakteru i wyglądu, a wykształcenie o.b.

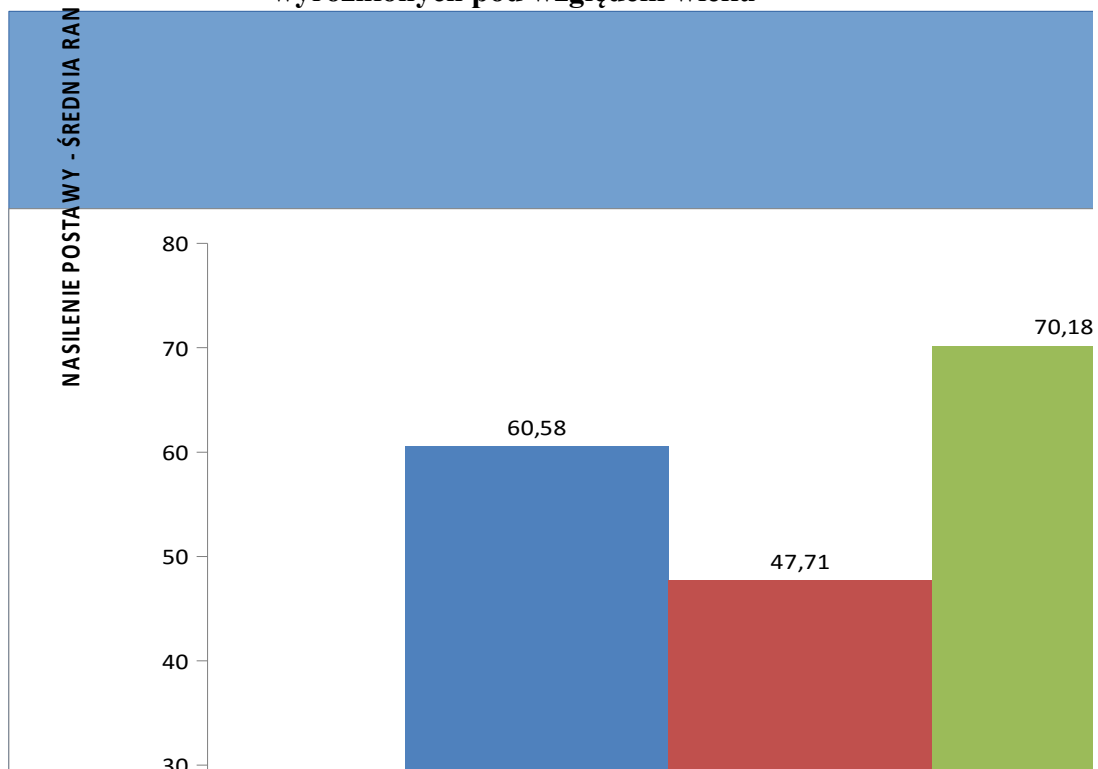


Wiek

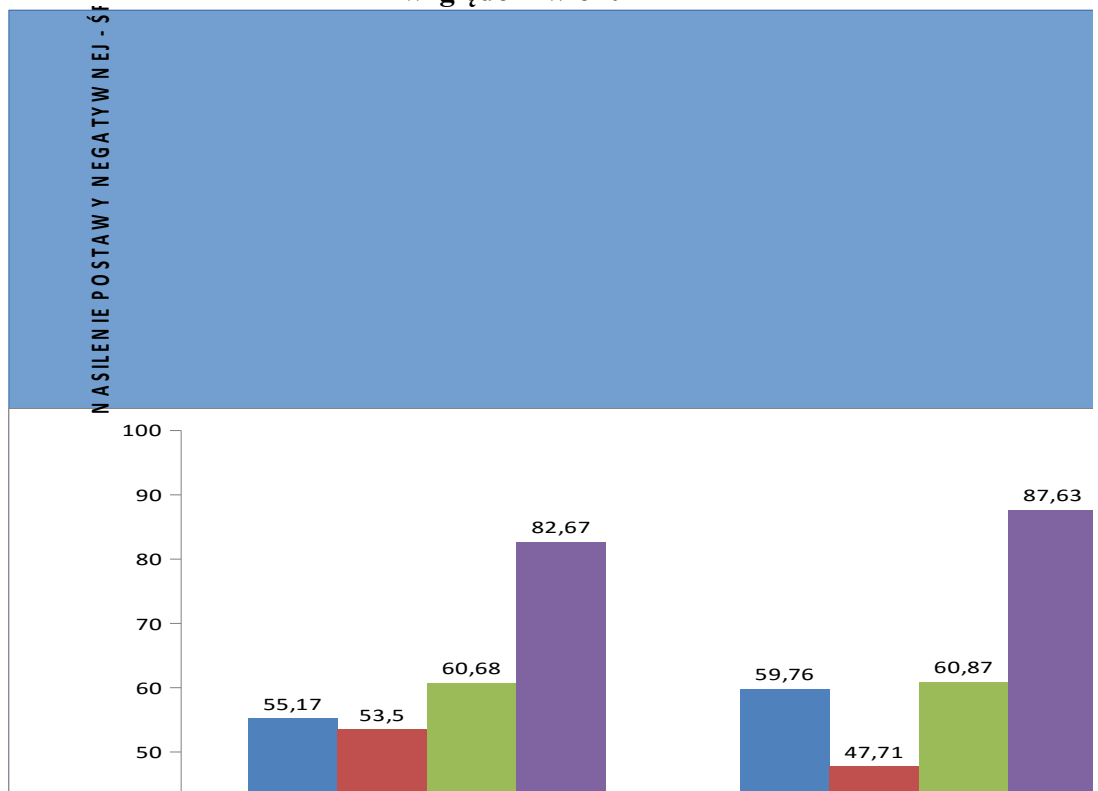
Analiza wykazała występowanie istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami wyróżnionymi pod względem kategorii wiekowych, w zakresie negatywnej (dewaluującej) postawy wobec psychoanalizy: $\chi^2(3,118)=8,48$; $p<0,05$ na pierwszym miejscu najgorzej oceniają tę metodę terapii badani z przedziału 40-48 lat i ich wyniki istotnie różnią się od ocen grup z przedziału 18-29 lat i 30-38 lat – ta grupa badanych najlepiej (tj. korzystnie) ocenia psychoanalizę (Wykres 5).

W przypadku pozostałych skal „Postaw wobec psychoterapii”, stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic w zakresie postaw wobec stereotypu zawodu psychoterapeuty, pomiędzy grupami wyróżnionymi pod względem wieku (Wykres 6). Na pierwszym miejscu zawód ten jest istotnie najgorzej oceniany przez najstarszych badanych (powyżej 50-tego roku życia) na wymiarach: kompetencji $\chi^2(3,118)=8,70$; $p<0,05$, cech charakteru $\chi^2(3,118)=14,98$; $p<0,01$ oraz wyglądu $\chi^2(3,118)=9,16$; $p<0,05$.

Wykres 5. Stereotyp psychoanalizy na wymiarze oceny negatywnej w grupach wyróżnionych pod względem wieku



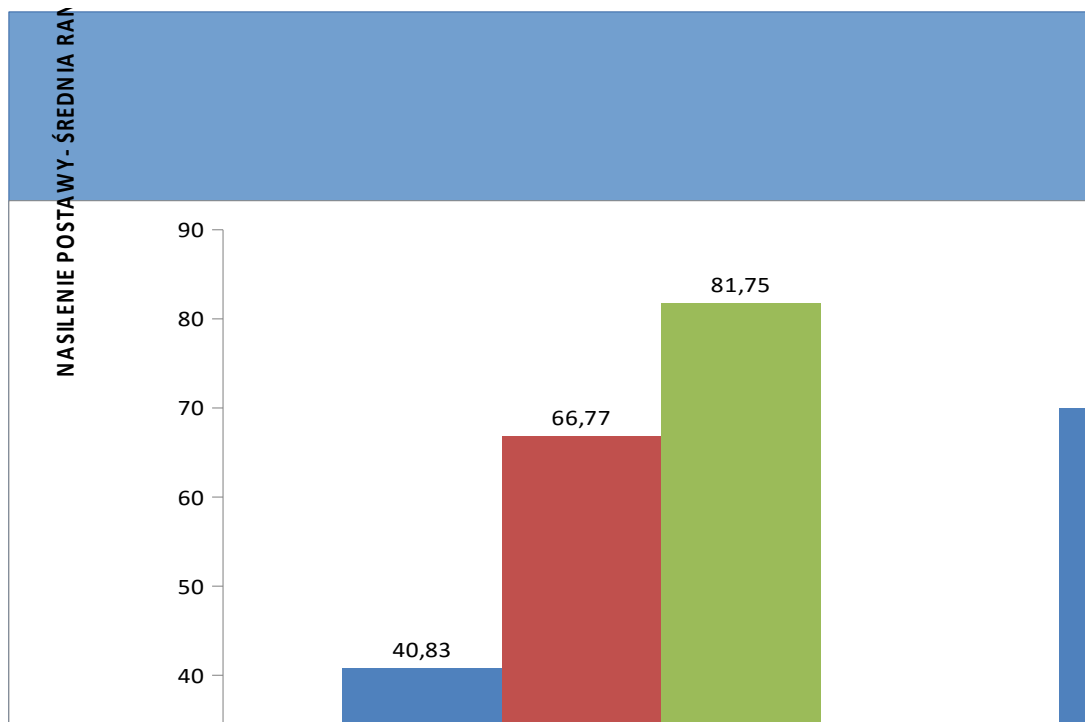
Wykres 6. Stereotyp osoby i zawodu psychoanalityka w grupach wyróżnionych pod względem wieku



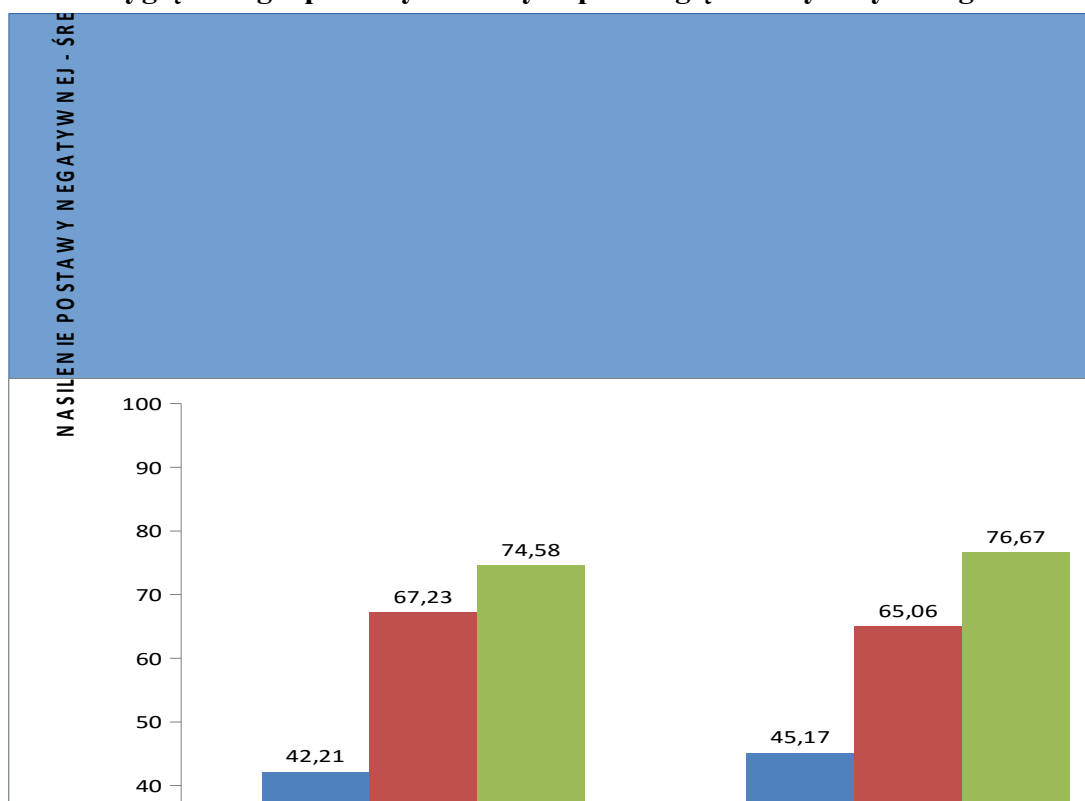
Rodzaj wykonywanego zawodu

Występują istotne statystycznie różnice w postawach i stereotypach dotyczących psychoanalizy oraz zawodu i osoby psychoanalityka u osób obojga płci, wykonujących różne zawody: $\chi^2(2,118)=20,01$; $p<0,001$. Na pierwszym miejscu, najniższe wyniki, świadczące o pozytywnym stosunku i najkorzystniejszej ocenie psychoanalizy, uzyskują osoby prowadzące własną firmę bądź wykonujące wolne zawody (N=40). Wyniki tej grupy istotnie różnią się od badanych pracujących na etatach (N=66), których opinie są mniej skrajne, oceniając psychoanalizę w bardziej neutralny sposób. Najwyższe zaś wyniki, świadczące o najbardziej negatywnej opinii na temat psychoanalizy zanotowano w grupie studentów (N=12). W przypadku skali komizmu okazuje się, że osoby pracujące na etatach charakteryzuje najbardziej poważny stosunek do psychoanalizy i wyniki tej grupy istotnie różnią się od wyników osób: prowadzących własną działalność/wykonujących wolne zawody i studentów $\chi^2(2,118)=8,30$; $p<0,05$). Postawy wobec stereotypu zawodu psychoanalityka rozkładają się w trzech grupach wyróżnionych pod względem rodzaju wykonywanej pracy/zajęcia analogicznie, jak w przypadku ocen na wymiarze pozytywnego-negatywnego stosunku do psychoanalizy: na pierwszym miejscu z najniższymi wynikami świadczącymi o pozytywnym stosunku wobec zawodu psychoanalityka uzyskują badani prowadzący własną firmę bądź wykonujące wolne zawody (w ocenie kompetencji $\chi^2(2,118)=15,97$; $p<0,001$; w ocenie cech charakteru $\chi^2(2,118)=11,81$; $p<0,01$; o ocenie wyglądu zewnętrznego $\chi^2(2,118)=17,78$; $p<0,001$). Wyniki osób wykonujących wolny zawód/prowadzących własną firmę istotnie różnią się od badanych pracujących na etatach, których opinie są mniej skrajne, oceniając zawód psychoanalityka w sposób bardziej neutralny. Najwyższe zaś wyniki, świadczące o najbardziej negatywnej opinii na temat stereotypu psychoanalityka na wymiarach jego: kompetencji, cech charakteru i wyglądu zanotowano w grupie studentów (Wykres 7-8).

Wykres 7. Stereotyp psychoanalizy na wymiarze oceny negatywnej i postawy humorystycznej w grupach wyróżnionych pod względem wykonywanego zawodu



Wykres 8. Stereotyp zawodu psychoanalityka na wymiarze: kompetencji, cech charakteru i wyglądu w grupach wyróżnionych pod względem wykonywanego zawodu



Postawy wobec psychoterapii, a rodzaj pomocy ambulatoryjnej

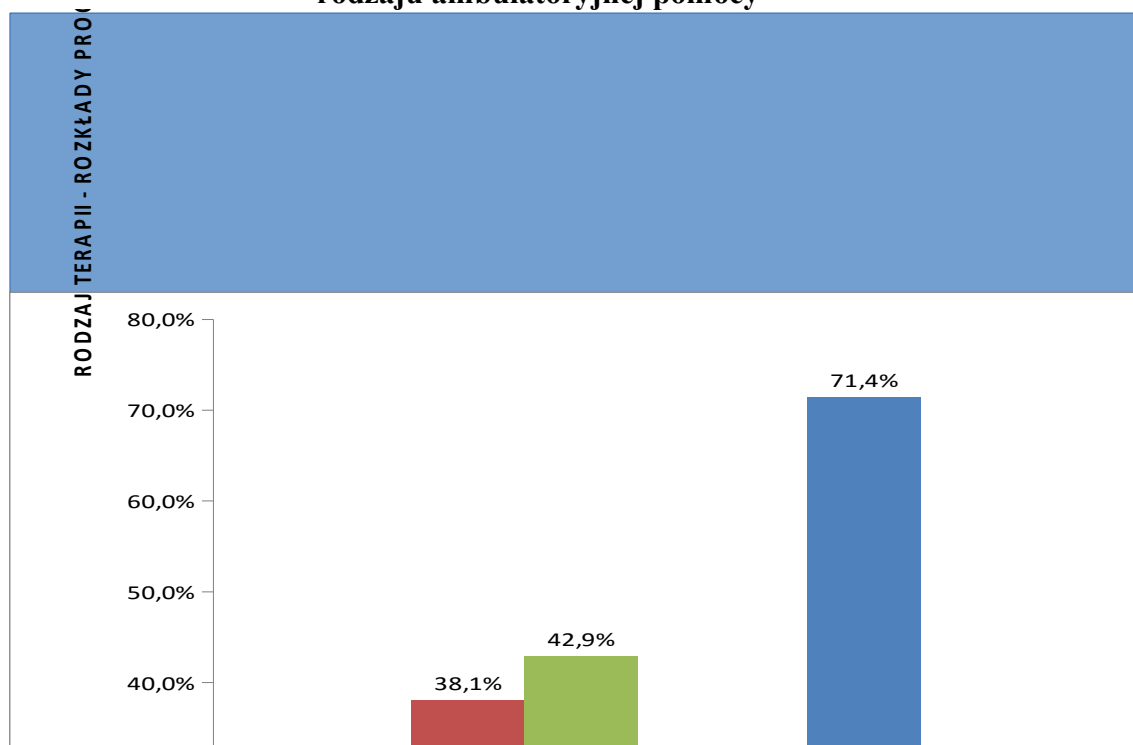
Metodą kategoryzacji dokonano podziału wyniku łącznego, w zakresie globalnej (całościowej) opinii na trzy kategorie: najniższe wyniki z przedziału 41-93 punkty (N=40) zakwalifikowano, jako opinie pozytywne (pozytywny stosunek badanych wobec

psychoanalizy i zawodu psychoanalityka); wyniki z przedziału 102-157 punktów zakwalifikowano, jako kategorię opinii neutralno-ambivalentnych (N=39); wyniki z przedziału 158-366 punktów zakwalifikowano, jako opinie skrajnie negatywne (N=39).

Celem sprawdzenia, w jakim rodzaju terapii dominuje określony rodzaj postaw i stereotypów, wykonano na wstępie analizę metodą tabel krzyżowych. Wykres 9 przedstawia wyniki tych analiz – rozkłady procentowe w grupach wyróżnionych pod względem rodzaju terapii (analityczna vs. poznawczo-behawioralna vs. farmakoterapia) i grupach wyróżnionych pod względem dominujących postaw (stereotyp: pozytywny vs. neutralno-ambivalentny vs. negatywny).

Zdecydowaną przewagę pozytywnych postaw wobec psychoanalizy zanotowano w grupie pacjentów uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej. Wśród osób korzystających z terapii analitycznej, dominują natomiast opinie ambiwalentno-neutralne oraz negatywne.

Wykres 9. Postawy wobec psychoterapii w grupach wyróżnionych pod względem rodzaju ambulatoryjnej pomocy



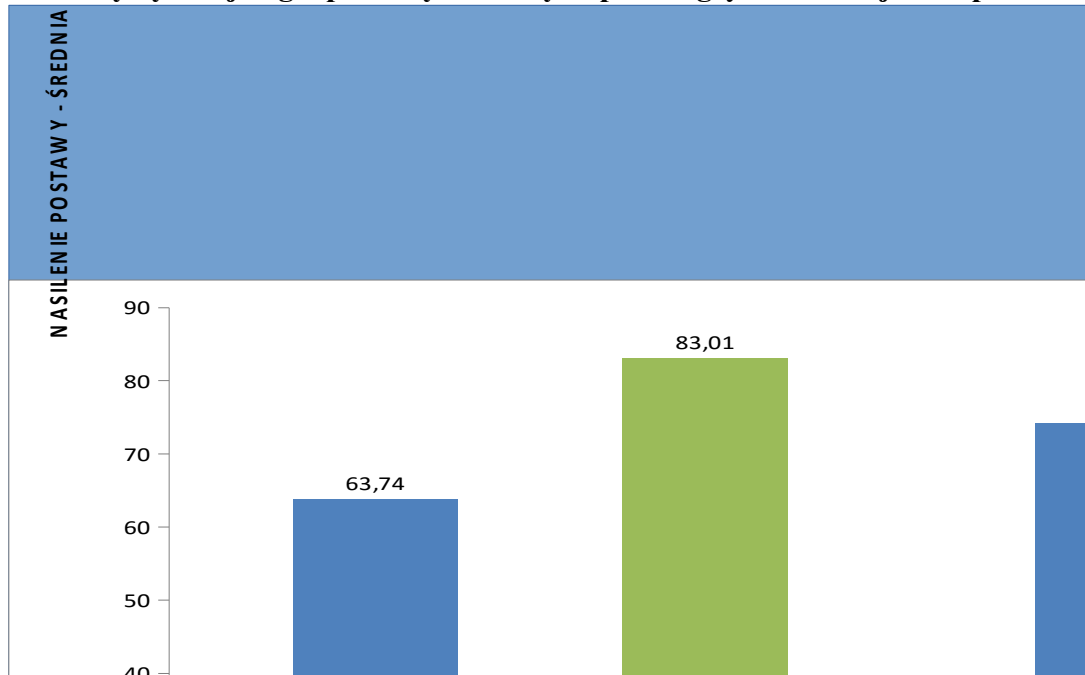
Następnie wykonano analizę testem Kruskala-Wallisa, która wykazała występowanie istotnych statystycznie różnic w nasileniu postaw wobec psychoterapii, w grupach wyróżnionych pod względem rodzaju pomocy, z jakiej korzystają pacjenci ośrodka. Wyniki tej analizy potwierdziły rezultaty uzyskane w analizach frekwencyjno-procentowych. Istotnie najkorzystniej oceniają psychoanalizę/psychoterapię pacjenci uczestniczący w terapii poznawczo-behawioralnej – mają istotnie najniższe wyniki w skali „postawy negatywnej”: $\chi^2(2,118)=51,95$; $p<0,001$. Wyniki tej grupy różnią się od badanych korzystających z analitycznej oraz farmakologicznej formy pomocy – ta ostatnia grupa pacjentów ma najbardziej skrajnie negatywny stosunek wobec psychoterapii jako takiej. Opinie pacjentów leczonych analityczną formą terapii plasują się pośrodku i wskazują na ambiwalentny, niejednoznaczny stosunek. Można powiedzieć, że uzyskane wyniki idą w parze ze specyfiką rodzaju terapii (Wykres 10).

W przypadku skali „komizmu” okazało się, że pacjenci leczeni terapią analityczną uzyskali najwyższe wyniki; wynik umiarkowany uzyskali pacjenci leczeni terapią poznawczo-behawioralną, a wynik najniższy (będący świadectwem „poważnego” stosunku wobec psychoterapii) uzyskali pacjenci leczeni farmakologicznie: $\chi^2(2,118)=18,09$; $p<0,001$.

Analogicznie rozkładają się wyniki skal diagnozujących postawy wobec stereotypu zawodu psychoanalityka w trzech grupach wyróżnionych pod względem rodzaju ambulatoryjnej pomocy. Najprzychylniej oceniają ten zawód pacjenci uczestniczący w terapii poznawczo-behawioralnej i wyniki tej grupy istotnie różnią się od rezultatów osób korzystających z terapii analitycznej i farmakologicznej: $\chi^2(2,118)=23,30$; $p<0,001$.

W przypadku oceny kompetencji, średnie rangi uzyskiwane przez badanych uczestniczących w terapii analitycznej vs. farmakologicznej są do siebie bardzo zbliżone. Cechy charakteru istotnie najgorzej oceniają pacjenci uczestniczący w terapii analitycznej $\chi^2(2,118)=19,44$; $p<0,001$. Podobnie w skali oceny wyglądu zewnętrznego $\chi^2(2,118)=21,00$; $p<0,001$ (Wykres 11).

Wykres 10. Stereotyp psychoanalizy na wymiarze oceny negatywnej i postawy humorystycznej w grupach wyróżnionych pod względem rodzaju terapii



Wykres 11. Stereotyp zawodu psychoanalityka na wymiarze: kompetencji, cech charakteru i wyglądu w grupach wyróżnionych pod względem rodzaju terapii



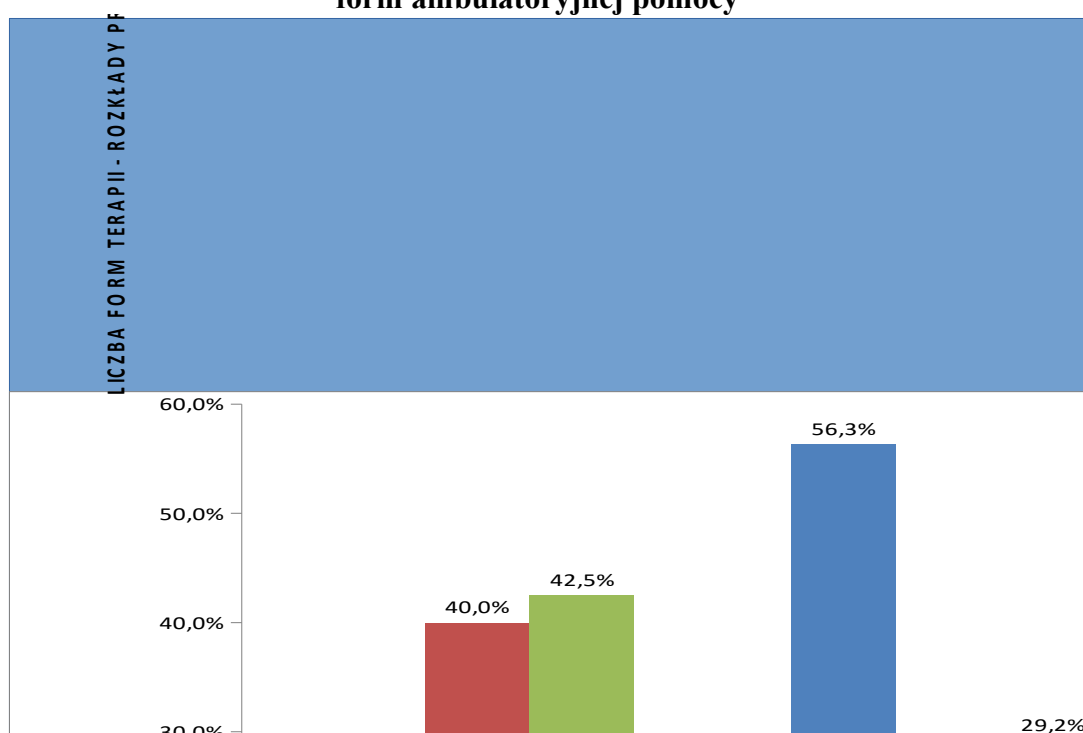
Przeanalizowano także wyniki pacjentów wyróżnionych pod względem liczby form pomocy, w jakiej uczestniczą (psychoterapia vs. farmakoterapia vs. obie formy jednocześnie). Analiza procentowa, metodą tabel krzyżowych, wykazała, że najczęściej pozytywnych postaw wobec psychoterapii, mają pacjenci korzystający wyłącznie z pomocy psychologicznej; najgorzej oceniają psychoanalizę i psychoterapię osoby korzystające wyłącznie z farmakoterapii, zaś najczęściej neutralnych opinii występuje wśród badanych uczestniczących jednocześnie w obydwu formach pomocy, tj.: psychoterapii oraz farmakoterapii (Wykres 12).

Analiza testem Kruskalla-Wallisa wykazała występowanie analogicznych zależności. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w nasileniu postaw wobec psychoterapii, w grupach wyróżnionych pod względem liczb form pomocy, z jakiej korzystają pacjenci ośrodka.

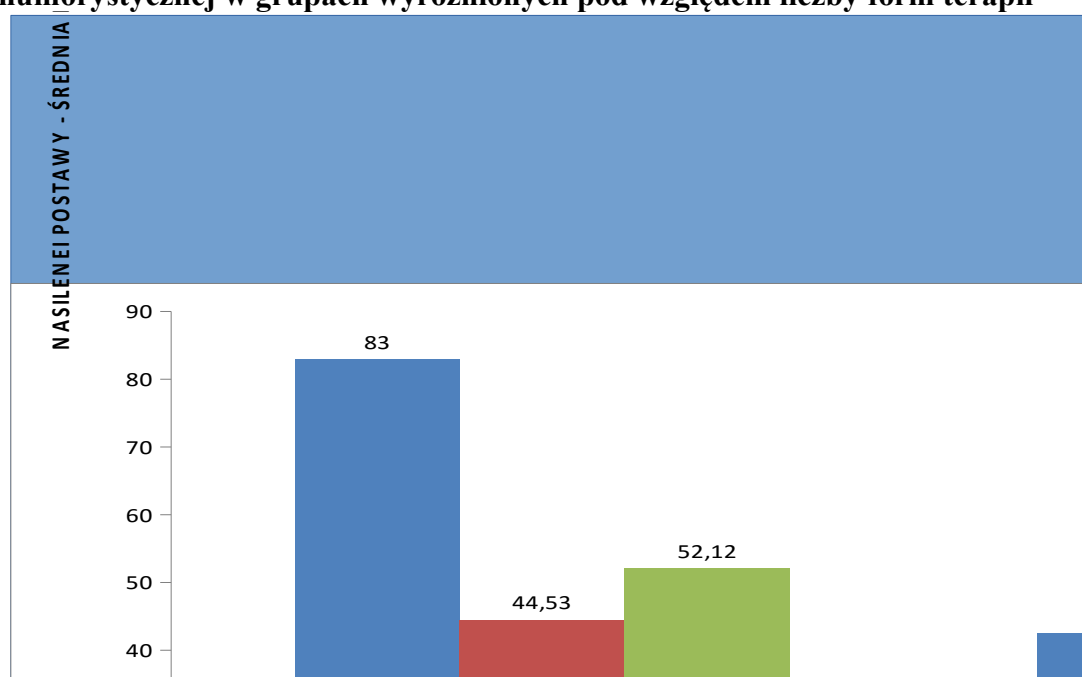
Najmniej korzystnie oceniają psychoanalizę/psychoterapię pacjenci uczestniczący w farmakoterapii i wyniki tej grupy istotnie różnią się od badanych korzystających z pomocy psychologicznej i „mieszanej”: $\chi^2(2,118)=29,52$; $p<0,001$. W przypadku zaś skali „komizmu” najwyższe oceny uzyskują pacjenci uczestniczący wyłącznie w psychoterapii i ich wyniki są istotnie wyższe od rezultatów osób uczęszczających do psychiatry oraz osób uczestniczących w terapii „mieszanej”: $\chi^2(2,118)=20,25$; $p<0,001$ (Wykres 13).

Istotnie najbardziej przychylnie opinie, dotyczące postaw wobec zawodu psychoanalityka uzyskali badani uczestniczący wyłącznie w psychoterapii: w zakresie czynnika oceniającego cechy charakteru $\chi^2(2,118)=7,16$; $p<0,05$ oraz w zakresie czynnika oceniającego kompetencje: $\chi^2(2,118)=6,28$; $p<0,05$ (Wykres 14). W przypadku skali wyglądu zewnętrznego, nie stwierdzono występowania istotnych różnic pomiędzy grupami wyróżnionymi pod względem liczby form pomocy.

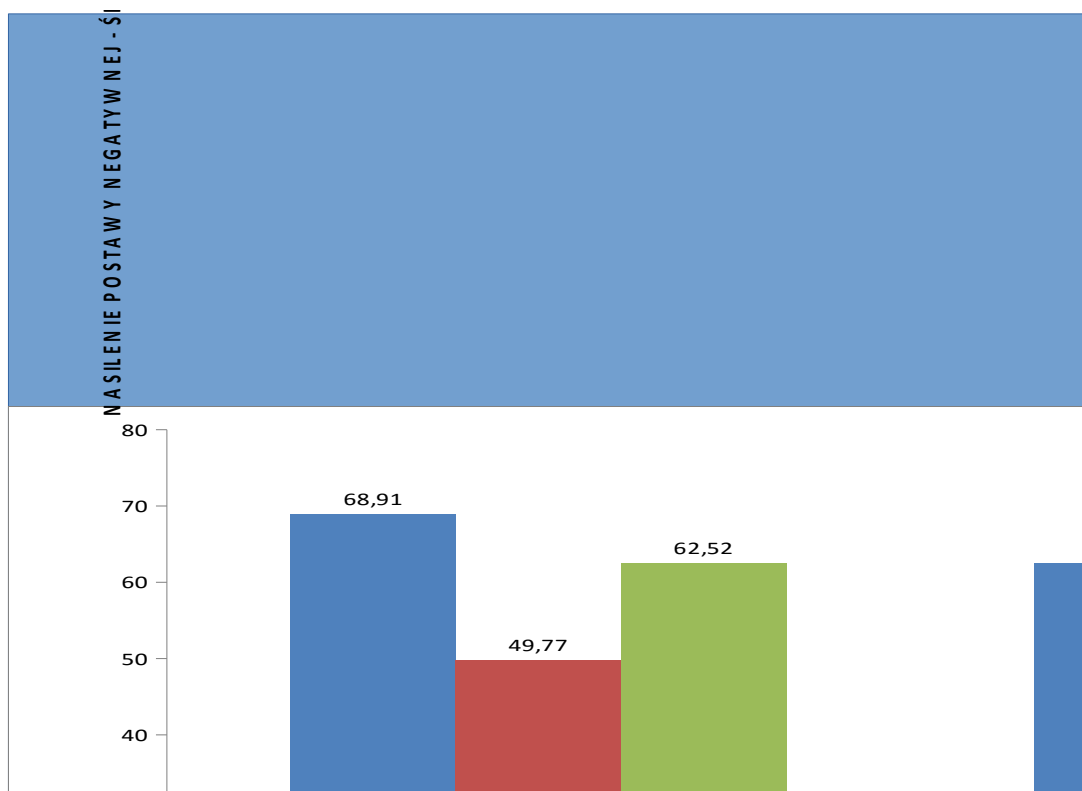
Wykres 12. Postawy wobec psychoterapii w grupach wyróżnionych pod względem liczby form ambulatoryjnej pomocy



Wykres 13. Stereotyp psychoanalizy na wymiarze oceny negatywnej i postawy humorystycznej w grupach wyróżnionych pod względem liczby form terapii



Wykres 14. Stereotyp zawodu psychoanalityka na wymiarze: kompetencji, cech charakteru i wyglądu w grupach wyróżnionych pod względem liczby form terapii



Subiektywna ocena skuteczności terapii własnej, a postawy wobec psychoterapii

Wykonano analizę korelacji tau-Kendalla, która wykazała występowanie ujemnej, istotnej statystycznie współzależności pomiędzy (subiektywnie szacowaną) oceną skuteczności terapii własnej, a nasileniem postawy negatywnej ($\tau = -0,23$; $p < 0,01$). Zanotowano także ujemną, istotną statystycznie zależność, pomiędzy ogólnym (nacechowanym negatywnie) poziomem oceny psychoanalizy i zawodu psychoanalityka, a skutecznością oceny terapii własnej: ($\tau = -0,16$; $p < 0,05$). Analogiczne zależności (na poziomie tendencji statystycznej, przy $p < 0,10$) zanotowane w przypadku skal: „cechy charakteru” ($\tau = -0,11$; $p = 0,08$) i „wygląd” ($\tau = -0,12$; $p = 0,08$), wskazują związek pomiędzy wysoką oceną skuteczności terapii własnej, a przychylnością sądów i ocen wobec psychoanalizy i zawodu psychoanalityka. Im wyżej badani oceniają skuteczność terapii własnej, tym więcej mają pozytywnych opinii na temat psychoanalizy i zawodu psychoanalityka.

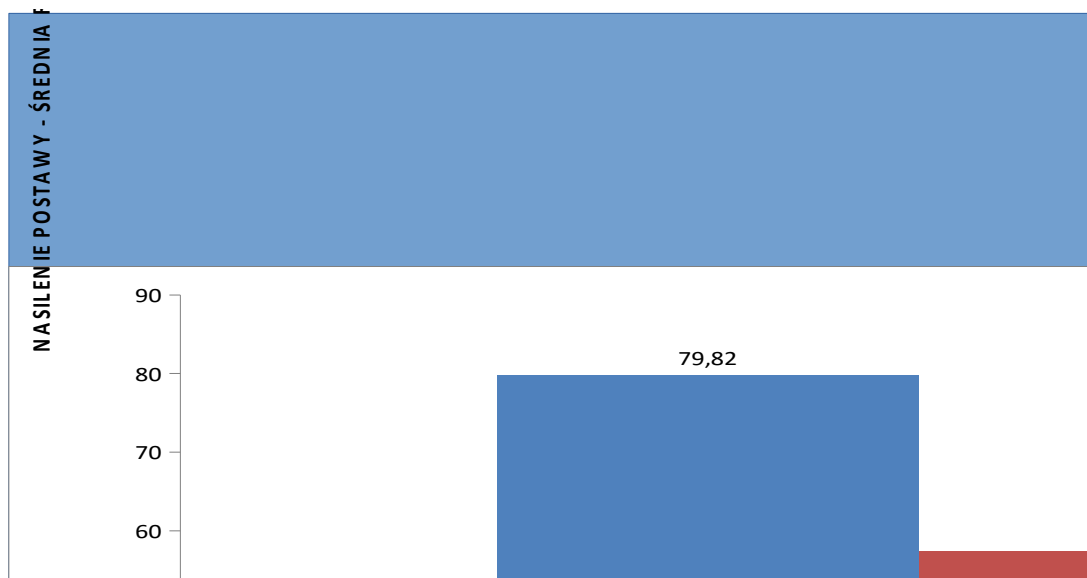
Wyniki dodatkowe

Ciekawe, istotne statystycznie różnice, zanotowano w grupach pacjentów leczonych po raz pierwszy ($N = 11$) i długoterminowo ($N = 107$). Wprawdzie, w tym przypadku nie jest zachowany równoliczny podział na obie podgrupy, to okazuje się, że pacjenci, dla których był to pierwszy kontakt z pomocą psychologiczną, nieświadomie kształtują swój stereotyp,

ulegając negatywnemu pierwszemu wrażeniu, oceniając psychoanalizę istotnie gorzej na wymiarze postawy negatywnej ($U=365$; $p<0,05$), w porównaniu do pacjentów korzystających już dłuższy czas z psychiatryczno-psychologicznej pomocy ambulatoryjnej (Wykres 15).

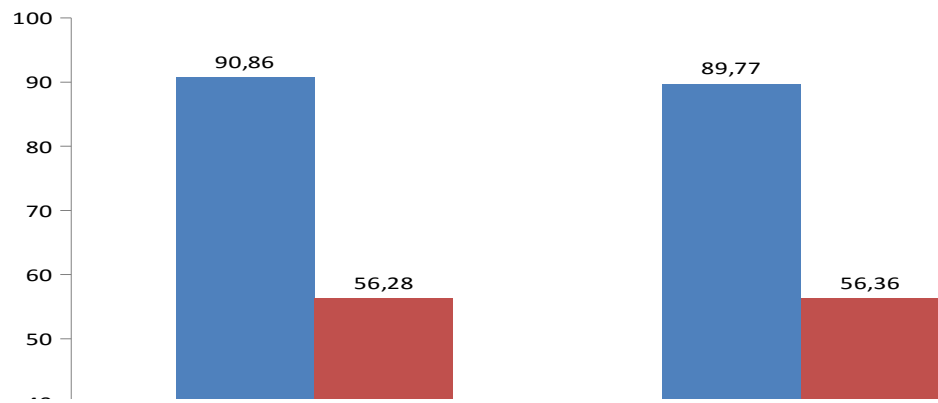
Także w zakresie oceny stereotypu psychoanalityka zanotowano istotnie bardziej negatywne nastawienie – ocena konsultowanych po raz pierwszy pacjentów jest bardziej wroga, opinie są zdecydowanie bardziej skrajne, niż w przypadku osób uczęszczających już dłuższy czas na terapię (wykres 16). Różnice w opiniach dotyczą postaw na trzech wymiarach: poziomu kompetencji ($U=243,500$; $p<0,01$), cech charakteru ($U=255,500$; $p<0,01$) oraz wyglądu ($U=271$; $p<0,01$).

Wykres 15. Stereotyp psychoanalizy na wymiarze postawy negatywnej w grupie pacjentów pierwszorazowych i zgłaszających się kolejny raz



Wykres 16. Stereotyp zawodu psychoanalityka w grupie pacjentów pierwszorazowych i zgłaszających się kolejny raz

NASILENIE POSTAWY NEGATYWNEJ - ŚR



Dyskusja wyników

Badanie wstępne, którego celem była konstrukcja narzędzia do pomiaru stereotypów dotyczących psychoanalizy/psychoterapii i zawodu psychoanalityka, pozwoliło wyłonić kategorie, jakimi posługują się pacjenci oceniając tę profesję. W przypadku oceny psychoanalizy, jako metody terapeutycznej są to postawy: pozytywne, neutralno-ambiwalentne, nacechowane niechęcią i agresywnością postawy skrajnie negatywne oraz postawa humorystyczna (komiczny, ironiczny, szyderczy i prześmiewczy stosunek wobec psychoanalizy). Zawód oraz osoba psychoanalityka oceniane są natomiast na wymiarach: kompetencji, pożądanых vs. niepożądanych cech charakteru oraz wyglądu.

Opinie na temat psychoanalizy i zawodu psychoanalityka są zróżnicowane w grupach wyróżnionych pod względem płci. W grupie kobiet psychoanaliza kojarzona jest głównie jako zjawisko humorystyczne, znane z produkcji komediowych. Mężczyźni zaś mają bardziej negatywną postawę wobec psychoterapii i psychoanalizy, gorzej też i w sposób radykalny oceniają stereotypowego psychoterapeuty/psychoanalityka pod względem: poziomu kompetencji, cech charakteru i wyglądu.

Międzypłciowe różnice w opiniach mogą wynikać ze stereotypu męskości i kobiecości, ukształtowanego w świadomości pacjentów obojga płci. Stereotyp męczyzny, jako osoby „racjonalnej”, „poważnej”, ale też osób o wyższym od kobiet poziomie agresywności, może być powodem istotnie wyższych wyników w skali „postawy negatywnej” i tendencji do dewaluowania zawodu psychoterapeuty/psychoanalityka, niższych zaś w skali „postawy humorystycznej”. Ciekawym pomysłem na badania w przyszłości byłoby sprawdzenie różnic międzypłciowych w nasileniu stereotypu psychoanalizy, wraz z pomiarem poziomu męskości-kobiecości (przy użyciu np. Inwentarza Płci Psychologicznej IPP) oraz poziomu agresji (mierzonego np. Inwentarzem Psychologicznego Syndromu Agresji IPSA).

Różnice w postawach dotyczących zawodu psychoanalityka między grupami wyróżnionymi pod względem poziomu wykształcenia, „na korzyść” pacjentów z wykształceniem wyższym, należy tłumaczyć wyższym poziomem wiedzy ogólnej – w tym przypadku wiedzy związanej z tematami psychologii, psychoanalizy i zawodem terapeuty, czy psychoanalityka. Badani z wykształceniem średnim oceniają zawód psychoanalityka w bardzo stereotypowy, uproszczony sposób, na wymiarach: poziomu kompetencji, cech charakteru oraz wyglądu zewnętrznego, w porównaniu do pacjentów z wykształceniem wyższym. Osoby z wykształceniem średnim mają także bardziej „szyderczy” i „prześmiewczy” stosunek do psychoterapii i psychoanalizy, w porównaniu do badanych z wyższym wykształceniem.

Pod względem wieku, najwięcej negatywnych postaw wobec psychoanalizy mają badani z przedziału 40-48 lat, najprzychylniej i najkorzystniej oceniają ją pacjenci z przedziału 30-38 lat. Zawód psychoanalityka najmniej korzystnie oceniają osoby najstarsze (powyżej 50 r.ż.).

Przychylnie oceny pacjentów trzydziestoletnich mogą być wynikiem panującej obecnie w Polsce mody na psychoterapię i psychoanalizę. Z kolei rezultatem negatywnych opinii pacjentów czterdziestoletnich może być związany z wiekiem kryzys „połowy życia”, a

niekiedy być może trudne do zaakceptowania uczucia towarzyszące konieczności sięgnięcia po pomoc w tym wieku (takie jak np.: wstyd, zawiść, zażenowanie, itp.). Natomiast negatywne sądy na temat zawodu psychoanalityka w grupie najstarszych pacjentów mogą wynikać z wątpliwości dotyczących różnicy wieku: konsultując się u młodszych od siebie terapeutów, starsi pacjenci mogą mieć obiekcje, czy osoba terapeuty z mniejszym niż oni doświadczeniem życiowym, ma wystarczające kompetencje zawodowe, by odpowiednio pomóc i zrozumieć problem.

Postawy wobec psychoterapii są zróżnicowane u osób obojga płci wykonujących różne zawody. Najkorzystniej oceniają psychoanalizę oraz zawód psychoanalityka osoby prowadzące własną firmę bądź wykonujące wolne zawody i wyniki tej podgrupy istotnie różnią się od badanych pracujących na etatach (których opinie są mniej skrajne), którzy oceniają psychoanalizę oraz osobę psychoanalityka, w bardziej neutralny sposób. Tę podgrupę charakteryzuje jednocześnie najbardziej „poważny” stosunek do psychoanalizy. Najmniej przychylnie postawy wobec psychoanalizy oraz zawodu psychoanalityka zanotowano wśród studentów.

Próbując zinterpretować ten wynik, należy wspomnieć, że wśród podgrupy pacjentów wykonujących wolne zawody i prowadzących własną działalność znaleźli się zarówno psychologowie, jak i przedstawiciele zawodów związanych z kulturą i sztuką (m.in. projektanci mody, blogerzy, absolwenci ASP, architekci, wizażyści, aktorzy, itp.). Osoby te być może psychoterapię kojarzą zarówno z rodzajem sztuki, jak i z niezależnością i wolnością. Stąd oceniają tę dziedzinę istotnie wyżej i lepiej, niż osoby, dla których niezależność (przynajmniej na zawodowej płaszczyźnie) jest w pewnym sensie ograniczana, poprzez pracę na etacie. Dziwi natomiast wynik uzyskany przez podgrupę studentów różnych wydziałów – ta grupa najmniej przychylnie wypowiada się na temat psychoterapii, psychoanalizy i zawodu psychoanalityka. Wynik ten sugeruje konieczność wypełnienia luki poprzez wprowadzenie zajęć edukacyjnych z podstaw psychologii na wyższych uczelniach, niezależnie od kierunku studiów. Wiedza akademicka pozwoliłaby studentom różnych kierunków zweryfikować ukształtowane stereotypy, urealnając obraz tego zawodu oraz pokazać korzyści płynące z psychoterapii.

Psychoanaliza, psychoterapia i zawód terapeuty jest najlepiej oceniana przez pacjentów uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej i wyniki tych osób istotnie różnią się od rezultatów uzyskanych przez pacjentów korzystających z analitycznej oraz farmakologicznej formy pomocy – ta ostatnia grupa ma najbardziej skrajnie negatywny stosunek wobec psychoanalizy i psychoterapii. Opinie pacjentów leczonych analityczną formą terapii plasują się pośrodku i wskazują na ambiwalentny, niejednoznaczny stosunek. Jednakże cechy charakteru oraz ocenę wyglądu pacjenci „analityczni” oceniają najgorzej.

Ten rezultat zdaje się być spójny ze specyfiką terapii, jakiej poddawani są pacjenci. Wśród osób korzystających z terapii analitycznej dominują postawy neutralno-ambiwalentne (jeśli chodzi o ocenę metody) oraz negatywne opinie dotyczące cech charakteru i wyglądu. Prawdopodobnie najsilniej ulegają ci pacjenci efektowi pierwszego wrażenia i mechanizmowi projekcji. Zdecydowana przewaga pozytywnych ocen zanotowana wśród pacjentów uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej wynika ze znacznie odmiennego od analitycznego sposobu prowadzenia terapeutycznego dialogu. Poznawczo-behawioralna forma pracy jest, jak wiadomo, terapią mniej frustrującą, choćby ze względu na kolosalne

różnice w podejściu do settingu, który nie zakłada konieczności wieloletniego kontaktu, częstych i regularnych wizyt, daje natomiast niemal natychmiastową wiedzę na temat strategii radzenia sobie z objawami. Znacząco odmienne, od analitycznego, jest także podejście terapeuty, który w poznawczo-behawioralnej terapii udziela odpowiedzi na pytania oraz motywuje pacjentów pomiędzy sesjami, poprzez aktywizację różnorodnymi technikami, czy pracami domowymi. Doświadczenie takie zapisuje się w umysłach pacjentów, jako coś pomocnego, przyjemnego i przekłada się na kształtowanie się pozytywnego stereotypu, związanego zarówno z szeroko rozumianą pomocą psychologiczną, jak i przedstawicielami tego zawodu.

Wynikiem wskazującym na deficyt i zarazem zapotrzebowanie na dialog terapeutyczny jest rezultat uzyskany wśród pacjentów korzystających wyłącznie z farmakoterapii. Pacjenci ci w sposób skrajnie negatywny oceniają psychoanalizę i psychoterapię.

Leczenie farmakologiczne nie zawsze wymaga konieczności uczestnictwa w innych formach pomocy psychologicznej, zastanawia jednak skrajnie negatywna, nacechowana agresywnością postawa. Nie mając doświadczeń uczestnictwa w żadnej formie pomocy psychologicznej, uproszczone sądy o tym, na czym taka pomoc polega, zdają się być oparte wyłącznie na fantazjach i niepełnych informacjach. Kształtując w umyśle taki stereotyp pacjenci „farmakologiczni” odbierają sobie możliwość sprawdzenia, jaką wartością jest uzupełnianie się obydwu form pomocy.

Badani uczestniczący jednocześnie w farmakoterapii i psychoterapii wykazują neutralno-ambiwalny stosunek wobec psychoanalizy/psychoterapii, natomiast najczęściej postaw pozytywnych mają pacjenci korzystający wyłącznie z pomocy psychologicznej, co z kolei może być niejednokrotnie wyrazem nadmiernej idealizacji. Co ciekawe, spośród tych trzech analizowanych podgrup, pacjenci uczestniczący wyłącznie w psychoterapii uzyskują najwyższe wyniki w skali postawy humorystycznej, najkorzystniej zarazem oceniają zawód psychoanalityka pod względem kompetencji oraz cech charakteru: jednocześnie cenią zawód, ale szydzą z metody.

Aby łączenie terapii farmakologicznej szło w parze z psychoterapią, konieczny jest dialog i współpraca, a nie rywalizacja, pomiędzy lekarzami a psychoterapeutami. Na poziomie konsultacji psychiatrycznej pacjent powinien być informowany przez lekarza o możliwościach i rodzajach terapii oraz o korzyściach, jakie może to przynieść. Organizowanie zajęć z podstaw wiedzy na temat psychoanalizy, skierowanych zarówno do wyższego i niższego personelu medycznego, jak i do studentów różnych wydziałów, pomogłoby zmieniać stereotypy i nastawienia, zarówno lekarzy, jak i ich pacjentów. Ukształtowane na bazie stereotypów opinie powodują, że podejście psychoanalityczne przeżywane jest raczej jako coś humorystycznego, komicznego, ironicznego, bądź budzącego obawy i zagrażającego, niż jako realna pomoc w poznawaniu siebie. Utrwalone stereotypy sprawiają, że pacjenci „farmakologiczni” unikają tej oraz innych form pomocy psychologicznej.

Programy psychoedukacji i popularyzacji wiedzy psychoanalitycznej powinny uwzględniać nie tylko czynniki socio-demograficzne, by lepiej dostosowywać leczenie pacjentów do ich wieku, czy poziomu wykształcenia. Aby urealniać, czym jest pomoc psychologiczna i modyfikować utrwalone stereotypy, programy takie powinny być również adresowane do studentów różnych wydziałów. Wreszcie, wiedza z zakresu psychoanalizy

powinna być stale uzupełniana przez personel medyczny. Takie działania mogłyby w praktyce przełożyć się na zwiększenie wrażliwości społecznej związanej ze zdrowiem psychicznym i co za tym idzie – wzrostem chęci korzystania z pomocy. Wyniki badania wskazują bowiem na konflikt pomiędzy zapotrzebowaniem pacjentów na dialog i wiedzę, a ich oporami, prowadzącymi do kształtowania się nieświadomych, uproszczonych i zabarwionych często skrajnymi emocjami ocen i postaw, które bywają niezasadne i nieadekwatne.

Doświadczenie własne wpływa na kształtowanie się stereotypów: jak wynika z analiz im wyżej oceniana jest skuteczność własnej terapii, tym bardziej pozytywne mają pacjenci opinie na temat psychoanalizy i zawodu psychoanalityka.

Dynamikę zmian w postawach i stereotypach dotyczących psychoterapii/psychoanalizy pokazuje czas jej trwania, co wykazały wyniki pacjentów konsultowanych po raz pierwszy. Pacjenci ci kształtują swój stereotyp, ulegając negatywnemu pierwszemu wrażeniu, oceniając psychoterapię istotnie gorzej na wymiarze jej negatywnej (dewaluującej) postawy w porównaniu do pacjentów korzystających już dłuższy czas z psychiatryczno-psychologicznej pomocy ambulatoryjnej. Czas zatem wyraźnie zmienia nastawienie do zawodu psychoterapeuty, Bardziej negatywne, surowe, wrogie nastawienie i ocena pacjentów kształtowana na podstawie pierwszego wrażenia to wyraz niepokoju i lęku. Gdy sytuacja staje się bardziej znana, oswojona, wówczas opinie są mniej skrajne.

Badając postawy wobec psychoanalizy, psychoterapii i zawodu psychoanalityka wyłącznie wśród pacjentów, należy pamiętać, że na stereotyp wpływa własne, choćby niewielkie (nawet jednorazowe) doświadczenie konsultacji z psychoterapeutą czy psychiatrą. Dlatego ważne, by w kolejnych badaniach uwzględnić opinie grupy kontrolnej (tj. osób nie mających w ogóle takich doświadczeń). Wówczas będzie można sprawdzić, jakie są stereotypy ukształtowane wyłącznie na podstawie przekazów medialnych i zasłyszanych informacji. Pomogłoby to również sprawdzić, na ile na stereotypizację nakłada się realny kontakt z terapeutą. W przypadku niniejszego badania stereotyp jest wypadkową uproszczonej wiedzy pochodzącej z przekazu medialnego, zasłyszanych informacji oraz doświadczeń osobistych.



**ANKIETA
POSTAWY WOBEC PSYCHOTERAPII**

Uprzejmie prosimy o udział w anonimowej ankiecie. Celem badania jest poznanie Państwa opinii na temat psychoterapii/psychoanalizy oraz zawodu psychoterapeuty/psychoanalityka, ukształtowanych na podstawie: mediów (np. filmów fabularnych, internetu, artykułów prasowych, audycji radiowych, itp.), informacji zasłyszanych (np. od znajomych), jak i opinii powstałych na bazie własnych doświadczeń.

METRYCZKA

PŁEĆ	KOBIETA	MĘŻCZYZNA	<i>uczęszczam na:</i>	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	MIASTO	WIEŚ	konsultacje psychologiczne	TAK
WIZYTA	PIERWSZORAZOWA	KOLEJNA	wizyty do lekarza-psychiatry	TAK
WIEK			terapię psychoanalityczną/psychodynamiczną	TAK
WYKSZTAŁCENIE			psychoterapię poznawczo-behawioralną	TAK
ZAWÓD			terapię rodzinną/dla par	TAK

Poniżej znajdują się przeciwstawne cechy, którymi można scharakteryzować psychoanalizę i pokrewne rodzaje metod pomocy psychologicznej, znane z: filmów, internetu, plotek, własnych doświadczeń i innych źródeł.

Proszę zaznaczyć „X” w tej kratce, która jest bliższa określeniu zgodnemu z Pani(a) opinią.

1	pomocna	3	2	1	0	-1	-2	-3	bezużyteczna
2	zabawna	3	2	1	0	-1	-2	-3	poważna
3	nudna	-3	-2	-1	0	1	2	3	fascynująca
4	smutna	-3	-2	-1	0	1	2	3	wesoła
5	atrakcyjna	3	2	1	0	-1	-2	-3	nużąca
6	komiczna	3	2	1	0	-1	-2	-3	tragiczna
7	ograniczająca	-3	-2	-1	0	1	2	3	rozwijająca
8	pompatyczna	-3	-2	-1	0	1	2	3	ironiczna
9	mądra	3	2	1	0	-1	-2	-3	bdurna
10	dowcipna	3	2	1	0	-1	-2	-3	napuszona
11	nieskuteczna	-3	-2	-1	0	1	2	3	efektywna
12	melancholijna	-3	-2	-1	0	1	2	3	rozweselająca
13	bezpieczna	3	2	1	0	-1	-2	-3	zagrożająca
14	absurdalna	3	2	1	0	-1	-2	-3	sensowna
15	kontrowersyjna	-3	-2	-1	0	1	2	3	wiarygodna
16	posepna	-3	-2	-1	0	1	2	3	żartobliwa
17	przyciągająca	3	2	1	0	-1	-2	-3	odpychająca
18	blaha	3	2	1	0	-1	-2	-3	doniosła
19	zniechęcająca	-3	-2	-1	0	1	2	3	inspirująca
20	patetyczna	-3	-2	-1	0	1	2	3	anegdotyczna
21	niezależniająca	3	2	1	0	-1	-2	-3	uzależniająca
22	humorystyczna	3	2	1	0	-1	-2	-3	ponura
23	niepotrzebna	-3	-2	-1	0	1	2	3	przydatna
24	sensowna	-3	-2	-1	0	1	2	3	groteskowa
25	uczciwa	3	2	1	0	-1	-2	-3	nieuczciwa
26	sarkastyczna	3	2	1	0	-1	-2	-3	sympatyczna
27	nieciekawa	-3	-2	-1	0	1	2	3	interesująca
28	prawdziwa	-3	-2	-1	0	1	2	3	karykaturalna
29	rzetelna	3	2	1	0	-1	-2	-3	niesolidna
30	komediowa	3	2	1	0	-1	-2	-3	dramatyczna

Proszę ocenić skuteczność dotychczasowej pomocy, z jakiej Pan(i) korzystał(a), zaznaczając „X” w odpowiedniej kratce

Całkowicie nieskuteczna	-3	-2	-1	0	1	2	3	Bardzo skuteczna
-------------------------	----	----	----	---	---	---	---	------------------

Proszę odwrócić kartkę

badanie sfinansowano ze środków Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej w ramach umowy o udzielenie wsparcia finansowego (grant naukowy nr 2/2015) z dnia 30.04.2015 r.

Poniżej znajduje się lista przeciwstawnych przymiotników, którymi można scharakteryzować przedstawiciela określonej grupy zawodowej. Proszę pomyśleć o „typowym” psychoterapeucie (psychoanalityku), znanym Państwu z: telewizji (np. z filmów fabularnych), internetu, prasy, audycji radiowych, informacji zasłyszanych od innych, czy opinii powstałych na bazie własnych doświadczeń. **Proszę zaznaczyć „X” w tej kratce, która jest bliższa określeniu zgodnemu z Pani(a) opinią.**

1	skrupulatny	3	2	1	0	-1	-2	-3	niestaranny
2	cierpliwy	3	2	1	0	-1	-2	-3	niespokojny
3	zadbany	3	2	1	0	-1	-2	-3	zaniedbany
4	niedokładny	-3	-2	-1	0	1	2	3	precyzyjny
5	nieuczciwy	-3	-2	-1	0	1	2	3	uczciwy
6	odstręczający	-3	-2	-1	0	1	2	3	atrakcyjny
7	pracowity	3	2	1	0	-1	-2	-3	leniwy
8	uprzejmy	3	2	1	0	-1	-2	-3	niegrzeczny
9	rześki	3	2	1	0	-1	-2	-3	znużony
10	niefachowy	-3	-2	-1	0	1	2	3	profesjonalny
11	zagubiony	-3	-2	-1	0	1	2	3	pewny siebie
12	niechlujny	-3	-2	-1	0	1	2	3	schludny
13	błyskotliwy	3	2	1	0	-1	-2	-3	tępy
14	pokorny	3	2	1	0	-1	-2	-3	zarozumiały
15	elegancki	3	2	1	0	-1	-2	-3	flejtuchowaty
16	lekkomyślny	-3	-2	-1	0	1	2	3	odpowiedzialny
17	oschły	-3	-2	-1	0	1	2	3	serdeczny
18	bałaganiarski	-3	-2	-1	0	1	2	3	pedantyczny
19	kompetentny	3	2	1	0	-1	-2	-3	nierzetelny
20	kreatywny	3	2	1	0	-1	-2	-3	zachowawczy
21	wypoczęty	3	2	1	0	-1	-2	-3	zmęczony
22	niedoświadczony	-3	-2	-1	0	1	2	3	wykwalifikowany
23	arogancki	-3	-2	-1	0	1	2	3	kulturalny
24	spięty	-3	-2	-1	0	1	2	3	zrelaksowany
25	inteligentny	3	2	1	0	-1	-2	-3	ograniczony
26	opiekuńczy	3	2	1	0	-1	-2	-3	gruboskórny
27	uśmiechnięty	3	2	1	0	-1	-2	-3	smutny
28	niesolidny	-3	-2	-1	0	1	2	3	sumienny
29	surowy	-3	-2	-1	0	1	2	3	dobroduszny
30	niedbały	-3	-2	-1	0	1	2	3	staranny
31	uporządkowany	3	2	1	0	-1	-2	-3	chaotyczny
32	łagodny	3	2	1	0	-1	-2	-3	srogi
33	estetyczny	3	2	1	0	-1	-2	-3	kiczowaty
34	okrutny	-3	-2	-1	0	1	2	3	empatyczny
35	niewiarygodny	-3	-2	-1	0	1	2	3	słowny
36	zobojętniały	-3	-2	-1	0	1	2	3	rozpromieniony
37	asertywny	3	2	1	0	-1	-2	-3	agresywny
38	wyrozumiały	3	2	1	0	-1	-2	-3	mściwy
39	dostojny	3	2	1	0	-1	-2	-3	ciapowaty
40	impulsywny	-3	-2	-1	0	1	2	3	refleksyjny
41	zachłanny	-3	-2	-1	0	1	2	3	skromny
42	pospolicity	-3	-2	-1	0	1	2	3	oryginalny
43	pomocny	3	2	1	0	-1	-2	-3	nieuczynny
44	miły	3	2	1	0	-1	-2	-3	niesympatyczny
45	pogodny	3	2	1	0	-1	-2	-3	ponury

Dziękujemy za udział w badaniu

