

Hubert Suszek, Lidia Grzesiuk, Rafał Styła, Krzysztof Krawczyk
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania

*Who and how conducts psychotherapy in Poland.
Part II. Results from a nationwide survey*

Praca powstała w wyniku realizacji projektu badawczego nr 2015/17/B/HS6/04153 finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki

Abstract

Introduction: The first part of the article presented an overview of research projects focused on psychotherapy in Poland. The second part demonstrates results of a study conducted amongst Polish psychotherapists in 2012.

Material and methods: A total of 1196 persons conducting psychotherapy in Poland fully completed a nationwide online survey (or, alternatively, a paper and pencil enquiry) concerning their education, training, experience, and clinical work. The results are compared with findings of similar studies from other countries.

Results: Among the primary findings were: (1) psychotherapy in Poland is conducted mostly by women (80%); (2) almost all therapists have an MA degree, including 75.2% having graduated in psychology; (3) the psychotherapists are well trained (mean number of training hours is above 942) and established (average experience is about 9.8 years); (4) more than half of the therapists have no type of certificate; (5) 54% of respondents identify with the integrative or eclectic orientation and, simultaneously, for 48.6% of the therapists the most important approach is either psychodynamic or psychoanalytic; (6) the most common form of therapy is individual psychotherapy in private practice; (7) the majority of the therapists treat adult patients with anxiety or personality disorders.

Conclusions: The results show that psychotherapeutic practice is well established in Poland and many indices are similar to those found in Western countries.

Psychiatria 2017; 14, 2: 90–100

Key words: psychotherapists, psychotherapy, Poland, professional practice, theoretical orientation, nationwide survey

Wstęp

Zaprojektowano badanie, które miało na celu uzyskanie informacji na temat: (1) wykształcenia, wykszolenia i doświadczenia psychoterapeutów w Polsce, (2) stosowanych metod pracy, (3) formalnych cech aktywności

zawodowej oraz tego, (4) z kim prowadzona jest psychoterapia.

Adres do korespondencji:
Hubert Suszek
Wydział Psychologii UW
ul. Stawki 5/7, 00–183 Warszawa
e-mail: hubert.suszek@psych.uw.edu.pl

* Krótsza wersja niniejszego artykułu (części 1 i 2) została opublikowana w czasopiśmie anglojęzycznym (Suszek H, Grzesiuk L, Styła R, et al. General Overview of Psychotherapeutic Practice in Poland. Results from a Nationwide Survey. *Psychiatr Q.* 2016 [Epub ahead of print], doi: [10.1007/s11126-016-9480-9](https://doi.org/10.1007/s11126-016-9480-9), indexed in Pubmed: [27804007](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27804007/)) w celu zaprezentowania aktualnego obrazu psychoterapii w Polsce publiczności międzynarodowej. Niniejszy artykuł skierowany jest do czytelników z Polski i zawiera pogłębioną analizę wyników badania przeprowadzonego na polskich terapeutach wraz z odniesieniem do wyników badań międzynarodowych.

Materiał i metody

Na potrzeby badania skonstruowano ankietę składającą się z 30 pytań dotyczących trzech obszarów tematycznych, odpowiadających wyżej wymienionym celom badawczym. Po pierwsze, ankietę zbierała informacja na temat tego, jakie jest wykształcenie, wykształcenie oraz doświadczenie osób prowadzących psychoterapię w Polsce — kierunki studiów, szkolenia, certyfikaty, własna terapia, długość praktyki. Po drugie, ankietę zawierała pytanie o to, jakich metod pracy używają osoby prowadzące psychoterapię w Polsce — jakie podejścia terapeutyczne stosują, w jakim stopniu pracują eklektycznie/integracyjnie. Po trzecie, ankietę zbierała informacja na temat formalnych cech aktywności zawodowej — jakie formy psychoterapii stosują, w jakich miejscach pracują, czy pracują samodzielnie, czy w zespole, jak duże jest ich obciążenie pacjentami, czy korzystają z supervisionu, jakie inne aktywności zawodowe wykonują. Po czwarte, ankietę zbierała informacja, z jakimi pacjentami pracują terapeuci — wiek i kategorie zaburzeń. Miała formy internetową oraz papierową. Podczas jej konstrukcji przeprowadzono pilotażowe badanie wśród 25 psychoterapeutów.

W kręgu zainteresowań autorów znajdowały się osoby, które deklarują praktykowanie psychoterapii niezależnie od wykształcenia, wykształcenia, kompetencji, jakie posiadają, i dokumentów potwierdzających kompetencje w tym zakresie.

W pierwszej kolejności umieszczono ogłoszenia z zaproszeniami do udziału w badaniu na stronach największych i najstarszych towarzystw zrzeszających osoby potencjalnie zajmujące się psychoterapią: Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

W drugim kroku poszukiwane były e-maile instytucji, stowarzyszeń i grup osób zajmujących się psychoterapią. Łącznie zgromadzono ponad 1500 adresów do: (1) ośrodków/poradni psychoterapeutycznych, (2) towarzystw psychoterapeutycznych, (3) szpitali psychiatrycznych, (4) instytucji szkolących w psychoterapii, (5) instytutów/katedr/zakładów psychologii klinicznej i psychiatrii. Każde z wysyłanych drogą e-mailową zaproszeń i ogłoszeń zawierało ponadto prośbę do osoby, która zdecydowała się wypełnić ankietę, o poinformowanie o badaniu kolegów zajmujących się psychoterapią (metoda śnieżnej kuli).

W trzecim kroku poszukiwano indywidualnych adresów e-mailowych terapeutów. Założono, że część osób zajmujących się psychoterapią w sektorze prywatnym korzysta z reklamy swoich usług na stronach internetowych. Zgromadzono łącznie 1500 adresów prywatnych

do osób, które na stronach internetowych deklarują praktykowanie psychoterapii (podczas poszukiwań wykorzystano następujące hasła: „psychoterapia”, „psychoterapeuta”, „psychoterapeutka”, „terapia”, „terapeuta”, „terapeutka”, „pomoc psychoterapeutyczna”, „pomoc psychologiczna”, „gabinet psychoterapii”). Rozesłano do nich informację o ankiecie, stosując również metodę śnieżnej kuli.

W czwartym kroku informacje o ankiecie umieszczono na stronach portali społecznościowych (Facebook i GoldenLine).

Ankiety w wersji papierowej były dystrybuowane głównie na krajowych konferencjach poświęconych psychoterapii.

Badanie odbywało się w okresie od stycznia do grudnia 2012 roku. Udział był dobrowolny oraz poufny. Respondenci nie otrzymywali wynagrodzenia. Ponieważ dużą część odbiorców zaproszeń do udziału w badaniu stanowiły instytucje i towarzystwa, trudno jest oszacować wskaźnik odpowiedzi. Biorąc pod uwagę liczbę wysłanych e-maili i liczbę odpowiedzi, stosunek ten wynosił około 55%). Odpowiedź na pierwsze pytanie o to, czy osoba prowadzi psychoterapię, uzyskano od 1838 osób. W niniejszej analizie uwzględniono odpowiedzi od 1196 osób, które wypełniły prawie całą ankietę, to znaczy zakończyły ją nie wcześniej niż na pytaniu dotyczącym wykształcenia. Po pytaniu o wykształcenie zostały 3 ostatnie obligatoryjne pytania dotyczące roku rozpoczęcia praktyki psychoterapeutycznej, województwa z jakiego osoba pochodzi oraz wielkości miejscowości pochodzenia.

Wyniki

Charakterystyka demograficzna psychoterapeutów

Spośród wszystkich respondentów 79,9% (n = 956) stanowią kobiety, zaś 20,1% (n = 240) mężczyźni. Wiek badanych znajduje się w przedziale od 26 do 93 lat — ze średnią wynoszącą 40,2 roku (SD [standard deviation] = 9,6). Osoby poniżej 30. roku życia stanowią 7,9% respondentów, 67% znajduje się w przedziale między 30. a 45. rokiem życia, a 25,1% ma powyżej 45 lat.

Wykształcenie, wykształcenie i doświadczenie psychoterapeutów

Przeważająca większość badanych posiadała wykształcenie wyższe, w tym 91% miało tytuł magistra, a 7% posiadało doktorat. Dziewięć osób miało tytuł doktora habilitowanego lub profesora. Tylko 1,4% respondentów deklarowało brak wykształcenia wyższego na poziomie magisterskim. W tabeli 1 przedstawiono procentowy

Tabela 1. Poziom wykształcenia terapeutów
Table 1. Level of education of the therapists

Wykształcenie	n	%
Poziom		
magisterium	1087	91,0
doktorat	84	7,0
inne (m.in. tytuł profesora)	24	2,0
brak danych*	1	0,1
Ukończony kierunek studiów**		
psychologia	876	75,2
pedagogika	155	13,3
medycyna	63	5,4
socjologia	43	3,0
filologia	31	2,7
resocjalizacja	20	1,7
filozofia	18	1,5
teologia	14	1,2
prawo	6	0,5
politologia	7	0,6
zarządzanie	5	0,4
ekonomia	5	0,4
inne	62	5,3
brak danych*	31	2,6

*częstości (%) nie uwzględniają braku danych;

**możliwość wielokrotnego wyboru — wynik ogólny nie sumuje się do 100%

rozkład kierunków studiów, jakie ukończyli badani. Około trzech czwartych osób badanych to absolwenci psychologii.

Średnia liczba godzin, jaką objęło szkolenie w zakresie psychoterapii, wynosi 942 (SD = 774). Znaczna większość badanych deklaruje odbycie własnej psychoterapii szkoleniowej w przeszłości lub aktualnie. Tylko 12,5% nie uczestniczyło we własnej psychoterapii; 61,5% skończyło własną terapię, a 26% odbywa ją obecnie. Średni czas trwania własnej psychoterapii wynosi 4 lata (SD = 2,6).

Ponad połowa badanych (56,4%) nie posiada żadnego certyfikatu psychoterapeutycznego. Dla większości terapeutów (83,3%) pozyskanie go znajdowało się w sferze planów — 38,1% planowało zdobyć certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologicznego a 22,3% — certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Czas praktyki psychoterapeutycznej osób badanych zawierał się w przedziale 1–45 lat, a jego średnia wynosi 9,8 roku (SD = 7,8). W tabeli 2 przedstawiono liczebności terapeutów, zgodnie z kryteriami oceny zaawansowania ich kariery zawodowej, które stosowano w innych badaniach [1].

Podejścia teoretyczne stosowane w pracy psychoterapeutycznej

Kolejne pytanie dotyczyło tego, czy terapeuci stosują w swojej pracy (1) jedno wybrane podejście teoretyczne, szkołę psychoterapii, czy też (2) pracują w sposób eklektyczny lub integracyjny. Okazało się, że 53,8% badanych identyfikuje się z eklektyzmem i/lub integracją, 44,1% opisuje swój sposób pracy jako oparty na zasadach jednej szkoły psychoterapii, a 2,1% zaznaczyło obie opcje.

Niezależnie od tych dwóch ogólnie określonych sposobów pracy w kolejnym pytaniu badani wybierali szkołę psychoterapii, których zasady stosują w pracy psychoterapeutycznej. Lista szkół do wyboru została przygotowana na bazie wyników przeprowadzonego wcześniej badania pilotażowego i zawierała 12 szkół (tab. 3). W następnym pytaniu badani byli proszeni o wybranie jednej szkoły, którą uznają za najważniejszą w swojej praktyce psychoterapeutycznej. Wymienione szkoły psychoterapii zaklasyfikowano do czterech głównych nurtów teoretycznych: 1) psychoanalityczny/psychodynamiczny; 2) poznawczo-behawioralny; 3) humanistyczno-egzystencjalny i 4) systemowy. Pozostałe szkoły niemieszczące się w tych czterech kategoriach określono jako „inne”. W tabeli 3 przedstawiono wyniki odpowiedzi na pytania dotyczące stosowanych i najważniejszych szkół psychoterapii. W niniejszym badaniu wskazano, że za podstawowy nurt psychoterapii prawie połowa terapeutów w Polsce uznaje nurt psychoanalityczny/psychodynamiczny. W dalszej kolejności plasują się nurty humanistyczno-egzystencjalny, poznawczo-behawioralny oraz systemowy. Warto podkreślić, że około 1/5 terapeutów nie identyfikuje się z żadną z wymienionych 4 kategorii. Są to przedstawiciele między innymi terapii: Ericksonowskiej; zorientowanej na proces; integracyjnej i eklektycznej.

Charakterystyka formalna psychoterapeutycznej aktywności zawodowej

W tabeli 4 przedstawiono odpowiedź na pytanie, gdzie prowadzona jest psychoterapia. Zobrazowano również stopień zaangażowania terapeutów w inne — oprócz psychoterapii — formy aktywności zawodowej. Średnia liczba sesji psychoterapii, jaką badani wykonują w tygodniu, wynosi 14 (SD = 7,7).

Tabela 2. Wyszkolenie i doświadczenie zawodowe terapeutów**Table 2.** Training and professional experience of the therapists

Doświadczenie zawodowe	n	%
Etap kariery		
początkujący (< 1,5 roku doświadczenia)	14	1,2
uczący się (1,5–3,5 roku doświadczenia)	171	14,6
po uzyskaniu certyfikatu (3,5–7 lat doświadczenia)	313	26,7
o ustalonej pozycji (7–15 lat doświadczenia)	456	38,8
doświadczeni (15–25 lat doświadczenia)	146	12,4
seniorzy (25–45 lat doświadczenia)	74	6,3
brak danych*	22	1,8
Własna psychoterapia		
tak	1046	87,5
nie	150	12,5
Posiadanie certyfikatów terapeutycznych		
tak	521	43,6
nie	675	56,4

*częstości (%) nie uwzględniają braku danych

Tabela 3. Podejścia teoretyczne stosowane w pracy psychoterapeutycznej**Table 3.** Theoretical approaches used in the psychotherapeutic practice

Podejście terapeutyczne	Stosowane*		Najważniejsze	
	n	%	n	%
Podejście terapeutyczne				
psychodynamiczne	735	61,5	430	36,0
poznawczo-behawioralne	482	40,3	126	10,5
systemowe	409	34,2	103	8,6
Gestalt	268	22,4	92	7,7
egzystencjalne	254	21,2	12	1,0
psychoanalityczne	247	20,7	151	12,6
poznawcze	201	16,8	5	0,4
skoncentrowane na osobie (Rogers)	187	15,6	34	2,8
Ericksonowskie	155	13,0	31	2,6
behawioralne	119	9,9	2	0,2
psychoterapia zorientowana na proces	100	8,4	32	2,7
NLP lub NLPt	37	3,1	4	0,3
inne	141	11,8	155	13,0
trudno określić	11	0,9	19	1,6
Najważniejsze podejście według głównych kategorii				
psychoanalityczne/psychodynamiczne	982	82,1	581	48,6
poznawczo-behawioralne	802	67,1	133	11,1
humanistyczno-egzystencjalne	709	59,3	138	11,5
systemowe	409	34,2	103	8,6
inne podejścia	444	37,1	241	20,2

*możliwość wielokrotnego wyboru — wynik ogólny nie sumuje się do 100%; NLP — neurolingwistyczne programowanie; NLPt — neurolingwistyczna psychoterapia

Przeważająca większość badanych (98,6%) prowadzi psychoterapię indywidualną, ponad jedna trzecia (35,1%) psychoterapię grupową, podobnie jedna trzecia (33,5%) terapię par. Natomiast stosowanie terapii rodzinnej deklaruje 20,3% badanych. Większość badanych (73,8%) prowadzi psychoterapię samodzielnie, połowa badanych (54,6%) pracuje w zespole.

Korzystanie z superwizji okazało się powszechne — tylko 4,2% polskich terapeutów z niej nie korzysta. Więcej niż trzy czwarte badanych (77,3%) odbywa superwizję zespołową, prawie dwie trzecie (61,7%) — indywidualną, a z obu form superwizji korzysta 43,2% terapeutów.

Charakterystyka uczestniczących w psychoterapii pacjentów

Główną grupę pacjentów uczestniczących w psychoterapii stanowią dorośli (98,2%). Połowa badanych pracuje z młodzieżą (50,8%), zdecydowanie mniejsza część — z dziećmi (18,2) oraz z seniorami (19,1%). W tabeli 5 przedstawiono odsetek terapeutów pracujących z wyodrębnionymi kategoriami pacjentów.

Dyskusja wyników

Charakterystyka demograficzna psychoterapeutów

Wyniki pokazują, że w Polsce psychoterapią zajmują się głównie kobiety — stanowią one aż 80% praktykujących terapeutów. Proporcje obu płci wśród terapeutów są różne w poszczególnych krajach. W większości krajów zawód zdominowały kobiety. W Australii stanowią 75% wszystkich terapeutów [1], w Argentynie 73% [2], w Chinach 70% [3], w Wielkiej Brytanii 69% [4], w Kanadzie 66% [5] oraz w Indiach także 66% [6]. Istnieją jednak kraje, w których w profesji psychoterapeutycznej przeważają mężczyźni. Jest tak w przypadku Nowej Zelandii [5] oraz Korei Południowej [7], gdzie kobiety stanowią odpowiednio 25% i 35% psychoterapeutów.

W części krajów proporcje między płciami są wyrównane. Jest tak w Hiszpanii, gdzie kobiety stanowią 54% wszystkich terapeutów [8], w Niemczech — 57% [7, 9], w Szwajcarii — 51% [9] oraz w Norwegii — 53% [7]. Wyniki z badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych są niespójne — wskazują na 38% [5], 49% [7] i 77% [10] udział kobiet w tym zawodzie. Warto jednak zwrócić uwagę, że nawet w krajach, w których w tej profesji dominują kobiety, dysproporcje płci są mniejsze niż w Polsce. Pod tym względem najbardziej podobne do polskich są rezultaty uzyskiwane w Australii.

Średni wiek osób prowadzących psychoterapię w Polsce wynosi 40 lat. Wyniki badań pokazują, że istnieją kraje o młodszych populacjach terapeutycznych. Jest tak w przypadku Korei Południowej, gdzie średni wiek wynosi

34 lata [7], w Chinach — 37 lat [3] oraz w Argentynie — 37 lat [2]. W większości krajów średni wiek terapeutów jest wyższy niż w Polsce. W Hiszpanii wynosi on 42 lata [8], w Niemczech — 42 [7] i 44 lata [9], w Indiach — 42 lata [6], w Norwegii — 44 lata [7], w Szwajcarii — 47 lat [9], w Nowej Zelandii — 48 lat [5]. W niektórych krajach średnia przewyższa 50 lat, co ma miejsce w Wielkiej Brytanii, gdzie wynosi 51 lat [4], w Kanadzie — 51 lat [5], w Australii — 53 lata [1]. Wyniki kilku badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych są zróżnicowane. Ukazują one, że średni wiek terapeutów wynosi 48 lat [7], 51 lat [11] i 55 lat [5].

Sytuacja w krajach, w których średni wiek terapeutów jest wysoki, może oznaczać między innymi, że znaczna część terapeutów decyduje się na pracę w tym zawodzie w późniejszym okresie życia — jako kolejny wyuczony w swojej karierze zawód. Na przykład wynik badania przeprowadzonego wśród terapeutów z Wielkiej Brytanii wykazał, że 95% z nich posiadało inny zawód przed rozpoczęciem pracy jako terapeuta [4].

Wykształcenie, wyszkolenie i doświadczenie psychoterapeutów

Wyniki wskazują, że prawie wszyscy terapeuci w Polsce mają wykształcenie wyższe, a 7% posiada doktorat. Niniejszy wynik należy uzasadnić tym, iż obecnie istnieje konsensus wśród towarzystw oferujących szkolenia psychoterapeutyczne, że wykształcenie wyższe jest warunkiem koniecznym rozpoczęcia w nich nauki. Z kolei w Polsce nie wymaga się, aby osoby szkolące się w psychoterapii posiadały tytuł naukowy doktora, co jest wymogiem w części Stanów Zjednoczonych (prawo dotyczące licencji terapeutycznej jest regulowane na poziomie stanowym i znaczna liczba stanów wymaga doktoratu, np. Kalifornia).

Polscy terapeuci w przeważającej mierze — około 3/4 — są absolwentami studiów psychologicznych, a około 13% z nich to osoby, które ukończyły studia pedagogiczne. Z kolei absolwenci studiów medycznych stanowią trzecią pod względem liczebności grupę w środowisku psychoterapeutycznym i stosunkowo nieliczną, obejmującą około 5% wszystkich osób wykonujących ten zawód. Wynik jest zaskakujący, ponieważ środowisko lekarzy psychiatrów jest grupą zauważalną i silną w kontekście psychoterapii w strukturach organizacyjnych, w obszarze akademickim oraz w mediach. Na przykład Polskie Towarzystwo Psychiatryczne nadało certyfikaty największej liczbie psychoterapeutów, co wskazuje na jego największą aktywność na tym polu (i są to certyfikaty nadane głównie psychologom). W większości krajów — takich jak na przykład Hiszpania, Szwajcaria, Norwegia, Kanada, Nowa Zelandia, Argentyna, Indie — profesja psychoterapeuta

Tabela 4. Formalne cechy aktywności zawodowej terapeutów
Table 4. Formal features of the professional activities of the therapists

Aktywność zawodowa	n	%
Forma psychoterapii		
indywidualna	1179	98,6
grupowa	420	35,1
małżeńska/par	401	33,5
rodzinna	243	20,3
Sposób pracy*		
samodzielnie	883	73,8
w zespole	653	54,6
Miejsce prowadzenia psychoterapii*		
prywatny ośrodek psychoterapii/gabinet psychoterapeutyczny	1028	86,0
poradnia zdrowia psychicznego	431	36,0
szpital psychiatryczny	331	27,7
organizacja pozarządowa/fundacja	275	23,0
poradnia psychologiczno-pedagogiczna	171	14,3
państwowy ośrodek psychoterapii	150	12,5
szpital inny niż psychiatryczny	96	8,0
szkoła lub uczelnia	92	7,7
Liczba godzin psychoterapii w tygodniu		
1–5 godzin	180	15,1
6–10 godzin	264	22,1
11–15 godzin	271	22,7
16–20 godzin	206	17,2
21–25 godzin	138	11,5
≥ 26 godzin	137	11,5
Korzystanie z superwizji		
tylko forma grupowa	408	34,1
tylko forma indywidualna	221	18,5
obie formy	517	43,0
brak	50	4,2
Dodatkowe formy aktywności zawodowej*		
tylko psychoterapia	136	11,4
prowadzenie warsztatów lub treningów	678	56,7
poradnictwo psychologiczne	565	47,2
diagnoza psychologiczna	429	35,9
działalność dydaktyczna (szkoła/uczelnia)	385	32,2
prowadzenie grup wsparcia	227	19,0
prowadzenie superwizji	162	13,5
działalność naukowo-badawcza	146	12,2
promocja zdrowia	110	9,2
praca administracyjna	74	6,2
zarządzanie zasobami ludzkimi	65	5,4
praca jako lekarz psychiatra	57	4,8
doradztwo zawodowe	56	4,7
pielęgniarstwo psychiatryczne	5	0,4

*możliwość wielokrotnego wyboru — wynik ogólny nie sumuje się do 100%

Tabela 5. Charakterystyka uczestniczących w psychoterapii pacjentów
Table 5. Characteristics of the patients participating in the psychotherapy

Charakterystyka prowadzonych pacjentów	n	%
Rozpoznanie*		
zaburzenia nerwicowe	1120	93,6
zaburzenia osobowości	974	81,4
zaburzenia psychosomatyczne	903	75,5
zaburzenia afektywne	888	74,2
ofiary przemocy	653	54,6
zaburzenia odżywiania	610	51,0
chorzy somatycznie	399	33,4
zaburzenia seksualne	292	24,4
inne niż schizofrenia zaburzenia psychiatryczne	287	24,0
schizofrenia	285	23,8
uzależnienie	269	22,5
sprawcy przemocy	209	17,5
zaburzenia o podłożu organicznym	156	13,0
upośledzeni umysłowo	89	7,4
inne	264	22,1

*możliwość wielokrotnego wyboru — wynik ogólny nie sumuje się do 100%

peutyczna także jest zdominowana przez psychologów [2, 5–9]. Tylko w Niemczech i Korei Południowej główną grupę psychoterapeutów stanowią psychiatry [7, 9, 12]. Natomiast w Australii wśród psychoterapeutów dominują psychologowie oraz pracownicy socjalni [1]. Dane empiryczne ze Stanów Zjednoczonych są niespójne — rezultaty jednego z nich świadczą o tym, że zawód ten jest zdominowany przez psychologów [7], a drugiego — że przez pracowników socjalnych [10].

Wyniki dotyczące poziomu wykształcenia terapeutów należy uznać za optymistyczne. Średnia liczba godzin, jakie terapeuci poświęcili na szkolenie, wynosi ponad 900. Należy jednak mieć na uwadze, że wynik ten ma ograniczoną rzetelność, ponieważ dla części osób badanych prawdopodobnie nie było łatwym zadaniem przypomnienie sobie, ile godzin poświęcili na szkolenie, zwłaszcza gdy odbywało się ono przed laty.

Wyniki niniejszego badania pozwalają stwierdzić, że rozpowszechnienie terapii własnej wśród terapeutów jest wysokie. Tylko co dziesiąty z praktyków nie ma takiego doświadczenia. Ten rezultat również wskazuje na odpowiednie przygotowanie zawodowe polskich psychoterapeutów i jest wynikiem zbliżonym do uzyskiwanych w innych wysoko rozwiniętych krajach. We wszystkich krajach, w których mierzono tę zmienną — Hiszpania, Niemcy, Szwajcaria, Wielka Brytania, Irlandia, Stany Zjednoczone, Kanada, Australia, Nowa Zelandia — roz-

powszechnienie psychoterapii własnej u terapeutów było wysokie i mieściło się w przedziale 79–93% [5, 8, 9, 13]. Średni czas trwania psychoterapii własnej polskich terapeutów wynosi 4 lata. W badaniu przeprowadzonym przez Bike, Norcross i Schatz [14] okazało się, że terapeuci ze Stanów Zjednoczonych odbyli średnio prawie trzy (2,8) procesy własnej psychoterapii, z czego pierwsza i druga terapia trwała po około 100 godzin.

Zaobserwowano, że mniej niż połowa polskich terapeutów (43,6%) posiada certyfikaty. Można przypuszczać, że w tej grupie znajdują się osoby, które są w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego, ale również osoby, które ukończyły szkolenie, ale nie przystąpiły do egzaminu końcowego. Znaczny odsetek osób nieposiadających certyfikatu jest ewenementem na tle innych krajów. W jednym z badań wskazano, że około 64% terapeutów praktykujących w Niemczech oraz 85% w Szwajcarii posiada certyfikat psychoterapeuty [9]. Wynik innego, prowadzonego wśród terapeutów chińskich pokazał, że w tym kraju 77% praktyków ma certyfikat [3]. Jednym z wyjaśnień małego odsetka osób posiadających certyfikat psychoterapeuty w Polsce może być brak regulacji prawnej zawodu psychoterapeuty, a tym samym ograniczona motywacja zewnętrzna terapeutów do uzyskiwania certyfikatu.

Średni czas doświadczenia w pracy z pacjentami wśród polskich terapeutów wynosi 9,8 roku. Największą grupę

stanowią terapeuci o ustalonej pozycji mający od 7 do 15 lat doświadczenia. Wyniki badań prowadzonych na świecie pokazują, że średni czas doświadczenia zawodowego wśród psychoterapeutów waha się od 5,6 do 24,4 roku [1, 3, 5, 7, 8, 10, 12]. Doświadczenie zawodowe polskich psychoterapeutów jest dłuższe niż terapeutów z Korei Południowej, u których wynosi 5,6 roku [7], Chin — 5,8 roku [3] oraz Niemiec — 9,1 roku [7]. Jest ono z kolei krótsze niż terapeutów z Norwegii — 11,5 roku [7], Hiszpanii — 12 lat [8], Australii — 12,7 roku [1], Kanady 16,8 roku [5] oraz Nowej Zelandii — 17,6 roku [5]. Jest również krótsze niż doświadczenia terapeutów amerykańskich, które wynosi według kolejnych danych empirycznych 15,3 roku [10], 16,9 roku [7] i 24,4 roku [5].

Podjęcia teoretyczne stosowane w pracy psychoterapeutycznej

Zaobserwowany w niniejszym badaniu wysoki odsetek terapeutów określających swój sposób pracy jako eklektyczny lub integracyjny jest spójny z sytuacją w innych krajach. Integracja i eklektyzm stanowią wzrastający trend w psychoterapii na świecie [15]. W Niemczech i Szwajcarii połowa terapeutów identyfikuje się ze stosowaniem więcej niż jednego podejścia [9], podczas gdy w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych pracuje w ten sposób większość terapeutów [10, 16].

Gdy proszono badanych o wybór formy psychoterapii, która jest w ich praktyce najważniejsza, ponad jedna trzecia psychoterapeutów wskazała podejście psychodynamiczne. W dalszej kolejności były to szkoły: psychoanalityczna (12,6%), poznawczo-behawioralna (10,5%), systemowa (8,6%) i Gestalt (7,7%).

Wyniki badań przeprowadzonych w innych krajach pokazują, że najpopularniejszym podejściem w większości krajów jest także psychodynamiczne. Dominuje w takich krajach jak Niemcy [7, 9], Szwajcaria [9], Hiszpania [8], Norwegia [7], Australia [1], Korea Południowa [12] oraz Argentyna [2]. Podejście poznawczo-behawioralne (poznawcze i/lub behawioralne) jest najczęstsze w Stanach Zjednoczonych [7, 10], Kanadzie [5], Nowej Zelandii [5], Chinach [3] oraz Indiach [6]. Podejście humanistyczne jest natomiast najczęściej stosowane w Wielkiej Brytanii [16].

Wyniki niniejszego badania wskazują, że terapeuci w Polsce preferują klasyczne podejścia. W świetle dużej wolności, jaką jest konsekwencja braku regulacji zawodu, wynik ten można uznać za optymistyczny. Dominacja podejścia psychodynamicznego nad podejściem poznawczo-behawioralnym może świadczyć o tym, że psychoterapia w Polsce jest bardziej osadzona w tradycji klinicznej niż skupiona na wdrażaniu podejść opartych na dowodach empirycznych (jeśli uznać, że podejście poznawczo-behawioralne bazuje w największym stopniu na dowodach empirycznych [19]).

W Polsce — podobnie jak w innych europejskich krajach — trend zmierzający w kierunku coraz silniejszej obecności terapii opartych na dowodach empirycznych jest obecny, ale zarazem nie jest tak silny, jak w Stanach Zjednoczonych.

Charakterystyka formalna psychoterapeutycznej aktywności zawodowej

Średnia liczba sesji terapeutycznych w tygodniu prowadzonych przez polskich terapeutów wynosi 14. Jest więc znacznie mniejsza niż w Stanach Zjednoczonych ($M = 22$) i w Kanadzie ($M = 20$), ale większa niż w Nowej Zelandii ($M = 12$) [5] i w Australii ($M = 12$) [1]. Trudno porównać ten wynik z innymi krajami, ponieważ w większości badań obciążenie pacjentami określane było przez liczbę aktualnie leczonych pacjentów (a *setting* może obejmować więcej niż jedną sesję w tygodniu).

Liczba aktualnie leczonych pacjentów przez jednego psychoterapeutę waha się w poszczególnych krajach od 9 do 25, przy czym najniższe obciążenie zanotowano w Korei Południowej, a najwyższe — w Hiszpanii [7–10]. Obciążenie polskich terapeutów wydaje się nieduże. Rezultat ten staje się bardziej zrozumiały w świetle innej uzyskanej obserwacji — mianowicie niewielki odsetek osób badanych zajmuje się wyłącznie prowadzeniem psychoterapii.

Praktyka prywatna — miejsce pracy dla 86% respondentów — okazuje się obecnie najczęstszym miejscem prowadzenia psychoterapii w Polsce. Popularność tego sposobu pracy wśród terapeutów polskich jest wyższa niż w większości innych krajów. W Korei Południowej psychoterapię w ramach praktyki prywatnej prowadzi tylko 9% terapeutów [7], w Niemczech — 38% [7, 9], w Norwegii — 42% [7], w Nowej Zelandii — 43% [5], w Szwajcarii — 47% [9], w Australii — 51% [1], w Hiszpanii — 65% [8], a w Kanadzie — 66% [5]. Według kilku danych empirycznych dotyczących Stanów Zjednoczonych odsetek terapeutów prowadzących psychoterapię w ramach prywatnej praktyki wynosi: 45% [7], 53% [10] i 71% [5]. Tak duże rozpowszechnienie sektora prywatnego w Polsce odzwierciedla duże zmiany, jakie zaszły w kraju w związku z rozwojem gospodarki wolnorynkowej.

Wśród respondentów tylko 11,4% wskazało psychoterapię jako jedyny rodzaj aktywności zawodowej. Znacząca większość badanych podejmuje się — obok prowadzenia psychoterapii — innych aktywności zawodowych. Połowa badanych prowadzi warsztaty oraz konsultacje. Proporcja praktyków, którzy zajmują się psychoterapią w pełnym wymiarze czasu, w Polsce jest znacznie mniejsza niż w innych krajach. Na przykład aktywność zawodowa ogranicza się wyłącznie do prowadzenia psychoterapii w przypadku aż 84% psychologów prak-

tykujących psychoterapię w Stanach Zjednoczonych [18], 47% psychoterapeutów w Australii [1] oraz 47% psychoterapeutów w Chinach [3].

Brakuje wyników badań światowych pozwalających ocenić stopień zaangażowania polskich terapeutów w dodatkowe formy aktywności zawodowej na tle innych krajów. Najbardziej zbliżone tematycznie badanie zostało przeprowadzone wśród amerykańskich terapeutów przez Norcrossa i wsp. [19]. Wyniki pokazały obecność dość podobnych aktywności w obu krajach (np. poradnictwo psychologiczne, diagnoza, działalność dydaktyczna, działalność naukowo-badawcza, praca administracyjna), ale odmienne metodologie pytania (jaki procent osób v. jaki procent czasu u jednej osoby) uniemożliwiają porównanie rezultatów. Ponadto badanie amerykańskie dotyczyło tylko terapeutów będących psychologami.

Wyniki niniejszego badania sugerują, że prawie wszyscy polscy terapeuci prowadzą psychoterapię indywidualną, jedna trzecia stosuje psychoterapię grupową oraz terapię par, a jedna piąta — terapię rodzinną. Również w innych krajach terapia indywidualna jest najpopularniejszą formą, uprawianą przez 90% lub więcej terapeutów [6–8]. Istnieją natomiast różnice między krajami co do częstości praktyki innych form terapii. Terapia grupowa jest w Polsce prawie tak samo popularna jak w Stanach Zjednoczonych — 32% [7] i Korei Południowej — 37% [7]. Terapeuci z Norwegii stosują ją rzadziej — 22% [7], a częściej terapeuci z Hiszpanii — 40% [8], Niemiec — 47% [7] oraz Indii — 75% [6]. Procent polskich terapeutów wykorzystujących terapię par jest podobny do sytuacji w Niemczech — 18% [7], Korei Południowej — 20% [7] i Norwegii — 31% [7]. Natomiast częściej stosuje się ją w Stanach Zjednoczonych — 36% [7], Hiszpanii — 43% [8] i Indiach — 90% [6]. Terapia rodzinna jest w Polsce wykorzystywana w podobnym stopniu jak w Niemczech — 18% [7] i Korei Południowej — 20% [7]. Częściej bywa stosowana w Norwegii — 31% [7], Stanach Zjednoczonych — 36% [7], Hiszpanii — 43% [8] i Indiach — 90% [6]. Różnice w popularności tych dodatkowych form terapii mogą odzwierciedlać stopień specjalizacji w praktyce psychoterapeutycznej, a nawet wskazywać na trend idący od krajów z młodszą do krajów ze starszą populacją terapeutów, w kierunku większej specjalizacji. Wyniki niniejszego badania informują, że połowa terapeutów pracuje w zespole. Można to uznać za korzystną okoliczność, biorąc pod uwagę funkcję wsparcia, jakiego dostarczają zespoły. Dla porównania dane empiryczne z Niemiec i Szwajcarii wskazują, że terapeuci z tych krajów pracują trzy razy częściej indywidualnie niż w zespole, przynajmniej w zakresie praktyki prywatnej [9]. Powodem tej różnicy może być łączenie u polskich terapeutów praktyki prywatnej z pracą w instytucji, gdzie często te obowiązki wykonuje się w zespole.

Dane wskazują także, że większość polskich terapeutów korzysta z superwizji (95,8%). Współcześnie powszechnie uważa się, że jest ona nieodzownym elementem pracy psychoterapeutycznej. Wynik ten należy zatem uznać za wskazujący na odpowiednie przygotowanie polskich terapeutów do prowadzenia psychoterapii. Rozpowszechnienie superwizji w Polsce jest na podobnym poziomie, jak w Niemczech i Szwajcarii, gdzie korzysta z niej 90% terapeutów [9]. Odsetek terapeutów odbywających superwizję w Polsce jest z kolei większy niż w Chinach, gdzie uczęszcza tylko 64% terapeutów [3].

Charakterystyka uczestniczących w psychoterapii pacjentów

Prawie wszyscy badani terapeuci deklarują, że pracują z osobami dorosłymi. Połowa z nich prowadzi psychoterapię z młodzieżą, a jedna piąta — z seniorami i dziećmi. Dane pochodzące z innych krajów pokazują podobny wzorzec [7]. Uzyskane proporcje mogą się również wiązać z dostępnością szkoleń w Polsce sprofilowanych na specyficzne grupy wiekowe pacjentów — zwłaszcza osoby dorosłe. Według wiedzy autorów niniejszej pracy w Polsce istnieją wyłącznie 3 długoterminowe szkolenia psychoterapeutyczne ukierunkowane na pracę z dziećmi.

Najczęściej wymienianymi osobami, z którymi pracują polscy terapeuci, są pacjenci z zaburzeniami osobowości, z zaburzeniami lękowymi, z zaburzeniami psychosomatycznymi oraz zaburzeniami nastroju. Wyniki te są porównywalne do danych pochodzących z badania terapeutów ze Stanów Zjednoczonych [10]. Prawie wszyscy zbadani amerykańscy terapeuci (98,1%) deklarują pracę z zaburzeniami nastroju/lękowymi. W Stanach Zjednoczonych pracę z pacjentami z zaburzeniami osobowości zgłasza 72,6% terapeutów, podczas gdy w Polsce — 81,4%. Większy odsetek polskich terapeutów pracujących z osobami z diagnozą zaburzeń osobowości może wynikać z faktu, że w Polsce przeważają terapeuci o orientacji psychodynamicznej, dla których pacjenci z zaburzeniami osobowości są klasyczną grupą docelową. Ponadto prawie co czwarty terapeuta w Polsce pracuje z osobami z diagnozą schizofrenii. Odsetek ten jest porównywalny z wynikami uzyskiwanymi w wielu krajach zachodnich [7] (dokładny opis polskich psychoterapeutów pracujących z pacjentami z psychozą autorzy niniejszego artykułu opisali w oddzielnej publikacji [20]).

Ograniczenia badania

Wyniki niniejszego badania zawierają kilka ograniczeń. Po pierwsze, zastosowano metodę samoopisu opartą na deklaracji respondentów. Ta niedoskonałość uniemożli-

wia faktyczne rozpoznanie kompetencji osoby badanej w danym zakresie. W przyszłych badaniach warto uwzględnić również miary bardziej obiektywne badanych zmiennych (np. w postaci weryfikacji przyznanych certyfikatów w Polsce).

Po drugie, badana próba nie była losowa. Z tego względu wymagana jest ostrożność przy generalizacji wniosków ze zbadanej próby na całą populację. Pewne skrzywienie badanej próby może być związane ze sposobem docierania do respondentów, ponieważ w dużej mierze było oparte o adresy e-mailowe towarzystw, instytucji oferujących psychoterapię oraz prywatnych praktyk terapeutów dostępne w Internecie. W związku z tym w zbadanej próbie niedostateczną reprezentację mogą mieć praktycy niezwiązani z żadną instytucją lub towarzystwem oraz praktycy, których adresy e-mailowe nie są podane w Internecie. Ponadto uzyskane wyniki mogą być także zniekształcone ze względu na internetową formę ankiety oraz fakt, że ankieta ta była stosunkowo długa. W ten sposób niewystarczającą reprezentację mogą mieć osoby, którym trudniej jest wypełnić ankietę w formie komputerowej ani nie posiadają czasu na taką aktywność jak wypełnienie ankiety.

Mimo tych ograniczeń niniejsze badanie należy uznać za dotychczas najbardziej wiarygodne i najbardziej wyczerpujące na temat praktyki psychoterapii w Polsce.

Podsumowanie

Porównanie wyników wcześniejszych badań skłania do wniosku, iż w polskiej psychoterapii nastąpił wyraźny

postęp. W 2000 i 2001 roku Czabała i Brykczyńska [21, 22] wskazywali, że szkolenie psychoterapeutów w Polsce było mniej intensywne niż w innych wysoko rozwiniętych krajach. W niniejszym badaniu przeprowadzonym w 2012 roku uzyskano rezultaty, które wskazują, iż psychoterapeuci w Polsce są wyszkoleni na podobnym poziomie jak w innych krajach — w zakresie liczby godzin szkolenia, uczestnictwa w psychoterapii własnej i superwizji. Rozwój ten można przypisać między innymi tym, że większość towarzystw psychoterapeutycznych w Polsce wypracowała programy szkoleniowe, które są porównywalne z wymaganiami dotyczącymi certyfikacji psychoterapeutów i superwizorów psychoterapii międzynarodowych towarzystw psychoterapeutycznych.

W niniejszym badaniu ukazano, że wśród polskich psychoterapeutów dominują kobiety, które ukończyły studia psychologiczne. Mimo „dużej wolności” spowodowanej brakiem regulacji prawnych, zaobserwowano powszechne stosowanie głównych, klasycznych podejść psychoterapeutycznych oraz duży odsetek terapeutów identyfikujących się z eklektyzmem i integracją w psychoterapii. Najczęstszym miejscem pracy terapeutów w Polsce jest prywatna praktyka. Wyniki niniejszego badania wskazują na wysoki poziom rozwoju psychoterapii w Polsce. Jedynym niepokojącym zjawiskiem uzyskanym w badaniu jest znaczny odsetek osób, które nie posiadają certyfikatu psychoterapeuty.

Streszczenie

Wstęp: Pierwsza część artykułu informowała o stanie badań dotyczących polskich psychoterapeutów. W niniejszej przedstawił wyniki przeprowadzonego w 2012 roku ogólnopolskiego badania, którego celem było rozpoznanie aktualnej kondycji praktyki psychoterapii w Polsce.

Materiał i metody: Zawierając pytania o wykształcenie, przebyte szkolenia, doświadczenie i sposób pracy terapeutycznej ankietę, w wersji elektronicznej lub papierowej, wypełniło 1196 osób deklarujących prowadzenie psychoterapii.

Wyniki: Uzyskane wyniki porównano z danymi z innych krajów. Zaobserwowano, że (1) psychoterapię w Polsce zajmują się w przeważającej mierze kobiety (80%); (2) prawie wszyscy terapeuci mają wykształcenie wyższe, w tym 75,2% ukończyło psychologię; (3) terapeuci odbyli intensywne szkolenia (średnia liczba godzin szkolenia to 942) i mają średnio 9,8 roku doświadczenia; (4) ponad połowa z nich nie posiada żadnego certyfikatu; (5) 54% terapeutów pracuje w sposób eklektyczny lub integracyjny, jednocześnie 48,6% terapeutów uznaje podejście psychodynamiczne lub psychoanalityczne za główne; (6) najczęściej stosowaną formą pracy jest terapia indywidualna prowadzona w praktyce prywatnej; (7) większość terapeutów leczy osoby dorosłe, przejawiające zaburzenia lękowe i zaburzenia osobowości.

Wnioski: Psychoterapia w Polsce jest dobrze rozwinięta, a jej praktyka pod wieloma względami przypomina praktykę w krajach zachodnich.

Psychiatria 2017; 14, 2: 90–100

Słowa kluczowe: psychoterapeuci, psychoterapia, Polska, praktyka zawodowa, podejście teoretyczne, ogólnokrajowa ankieta

Piśmiennictwo:

1. Schofield M. Australian counsellors and psychotherapists: a profile of the profession. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2008; 8(1): 4–11, doi: [10.1080/14733140801936369](https://doi.org/10.1080/14733140801936369).
2. Muller F. Psychotherapy in Argentina: Theoretical orientation and clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2008; 18(4): 410–420, doi: [10.1037/a0014318](https://doi.org/10.1037/a0014318).
3. Liu X, Cao Y, Shi Q, et al. National survey of therapeutic orientation and associated factors of counselors and psychotherapists in China. *Exp Ther Med*. 2013; 5(4): 1075–1082, doi: [10.3892/etm.2013.929](https://doi.org/10.3892/etm.2013.929), indexed in Pubmed: 23599732.
4. Tantam D. Psychotherapy in the UK: Results of a survey of registrants of the United Kingdom Council for Psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 2006; 8(3): 321–342, doi: [10.1080/13642530600878048](https://doi.org/10.1080/13642530600878048).
5. Schröder T, Wiseman H, Orlinsky D. „You were always on my mind“: therapists' intersession experiences in relation to their therapeutic practice, professional characteristics, and quality of life. *Psychother Res*. 2009; 19(1): 42–53, doi: [10.1080/10503300802326053](https://doi.org/10.1080/10503300802326053), indexed in Pubmed: 18815946.
6. Bhola P, Kumaria S, Orlinsky D. Looking within: self-perceived professional strengths and limitations of psychotherapists in India. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2012; 3(2): 161–174, doi: [10.1080/21507686.2012.703957](https://doi.org/10.1080/21507686.2012.703957).
7. Orlinsky DE, Rønnestad MH. How psychotherapists develop: a study of therapeutic work and professional growth. American Psychological Association, Washington 2005.
8. Coscollá A, Caro I, Ávila A, et al. Theoretical orientations of spanish psychotherapists: Integration and eclecticism as modern and post-modern cultural trends. *J Psychother Integr*. 2006; 16(4): 398–416, doi: [10.1037/1053-0479.16.4.398](https://doi.org/10.1037/1053-0479.16.4.398).
9. Willutzki U, Botermans JF. Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*. 1997; 42(5): 282–289, doi: [10.1007/s002780050077](https://doi.org/10.1007/s002780050077).
10. Cook JM, Biyanova T, Elhai J, et al. What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy (Chic)*. 2010; 47(2): 260–267, doi: [10.1037/a0019788](https://doi.org/10.1037/a0019788), indexed in Pubmed: 22402052.
11. Cook JM, Schnurr PP, Biyanova T, et al. Apples don't fall far from the tree: influences on psychotherapists' adoption and sustained use of new therapies. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(5): 671–676, doi: [10.1176/ps.2009.60.5.671](https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.5.671), indexed in Pubmed: 19411356.
12. Bae S, Joo E, Orlinsky D. Psychotherapists in South Korea: Professional and Practice Characteristics. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2003; 40(4): 302–316, doi: [10.1037/0033-3204.40.4.302](https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.4.302).
13. Orlinsky DE, Schofield MJ, Schroder T, et al. Utilization of personal therapy by psychotherapists: a practice-friendly review and a new study. *J Clin Psychol*. 2011; 67(8): 828–842, doi: [10.1002/jclp.20821](https://doi.org/10.1002/jclp.20821), indexed in Pubmed: 21717462.
14. Bike DH, Norcross JC, Schatz DM. Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy (Chic)*. 2009; 46(1): 19–31, doi: [10.1037/a0015139](https://doi.org/10.1037/a0015139), indexed in Pubmed: 22122567.
15. Gelso CJ. Emerging and continuing trends in psychotherapy: views from an editor's eye. *Psychotherapy (Chic)*. 2011; 48(2): 182–187, doi: [10.1037/a0023448](https://doi.org/10.1037/a0023448), indexed in Pubmed: 21639662.
16. Aldridge S, Pollard J. Interim report to Department of Health on initial mapping project for psychotherapy and counselling [Internet]. 2016: www.bacp.co.uk/admin/structure/files/doc/651_DoH_interim-rep_jun05.doc.
17. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012; 36(5): 427–440, doi: [10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1), indexed in Pubmed: 23459093.
18. Michalski D, Mulvey T, Kohout J. APA Survey of Psychology Health Service Providers [Internet]. Science Directorate, American Psychological Association. 2010: <http://204.14.132.173/workforce/publications/08-hsp/report.pdf>.
19. Norcross J, Hedges M, Castle P. Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2002; 39(1): 97–102, doi: [10.1037/0033-3204.39.1.97](https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.97).
20. Styła R, Grzesiuk L, Suszek H, et al. Characteristics of therapists working with people experiencing psychosis: A nationwide survey in Poland. *Psychosis*. 2014; 7(3): 265–268, doi: [10.1080/17522439.2014.936029](https://doi.org/10.1080/17522439.2014.936029).
21. Czabała JC, Brykczyńska C. Psychoterapeuci w Polsce na tle innych krajów europejskich — badania w wybranych ośrodkach psychoterapeutycznych. *Psychoterapia*. 2000; 4(115): 5–12.
22. Czabała JC, Brykczyńska CA. comparison of psychotherapists in Poland to other European countries: A survey of selected psychotherapeutic centres. *Arch Psychiatry Psychother*. 2001; 3(4): 71–78.