

**PSYCHOTERAPEUTKI  
i PSYCHOTERAPEUCI  
w Polsce**



**Marcin Hermanowski**

# **PSYCHOTERAPEUTKI i PSYCHOTERAPEUCI w Polsce**



**Analiza cech populacji**

Komitet naukowy

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

Recenzja

dr hab. Urszula Kluczyńska  
prof. Collegium Da Vinci w Poznaniu

Wydanie I

Projekt okładki  
Robert Domurat

Redakcja i korekta  
Klaudia Kulmińska

Łamanie  
Monika Tyma

© Copyright by Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych UAM 2021

© Copyright by Marcin Hermanowski 2021

Publikacja finansowana z funduszy Wydziału Socjologii

ISBN 978-83-66983-06-9

ISBN 978-83-7589-097-6

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

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

Druk  
Zakład Poligraficzny Moś i Łuczak

# Spis treści

Wstęp / 7

ROZDZIAŁ I

Czym jest psychoterapia / 11

ROZDZIAŁ II

Psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce. Ustalenia definicyjne / 35

ROZDZIAŁ III

Psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce. Próba opisu populacji  
na podstawie dostępnych badań / 47

Podsumowanie / 89

Bibliografia / 91

Spis tabel i wykresów / 97



## Wstęp

Przedmiotem analizy będzie psychoterapia w Polsce. Celem opracowania jest przybliżenie zawodu psychoterapeuty i jego obraz w Polsce. Ważna będzie także struktura oferowanej pomocy psychoterapeutycznej czy modalności, w których psychoterapeutki i psychoterapeuci pracują. Analiza będzie prowadzona w obszarze socjologii zdrowia psychicznego, jednak nie będzie odnosiła się do kluczowych dla tego obszaru pytań dotyczących kategorii zdrowia psychicznego, rozumienia zaburzeń psychicznych czy funkcji chorych psychicznie w społeczeństwie. Auguste Comte<sup>1</sup>, Émile Durkheim<sup>2</sup>, Talcott Parsons<sup>3</sup> oraz Robert Merton<sup>4</sup> w swoich klasycznych dziełach opisują kategorię zdrowia psychicznego czy choroby psychicznej. Ich rozważania są skoncentrowane wokół takich pojęć i zagadnień, jak norma społeczna, ujmowanie choroby psychicznej w kategoriach moralnych, kategoria konformizmu społecznego, funkcje osób chorych psychicznie w społeczeństwie czy ogólna kategoria socjogenezy chorób psychicznych. Nie jest jednak założeniem niniejszej pracy, jak pisze Monika Frąckowiak-Sochańska, „analiza procesów konstruowania kategorii zdrowia psychicznego oraz choroby i zaburzenia

---

<sup>1</sup> Szerzej o poglądach Comte'a na kategorię choroby psychicznej w: R. Bastide, *Socjologia chorób psychicznych*, tłum. M.R. Pragłowska, PWN, Warszawa 1972, ss. 41–45.

<sup>2</sup> E. Durkheim, *Zasady metody socjologicznej*, tłum. J. Szacki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

<sup>3</sup> T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. A. Bentkowska, PWN, Warszawa 1969.

<sup>4</sup> R. Merton, *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, tłum. E. Morawska, J. Werstein-Żuławski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

psychicznego”<sup>5</sup>. Zależy mi na przedstawieniu psychoterapii, jej głównych nurtów, zasad dotyczących funkcjonowania zawodu psychoterapeuty, a także przybliżenie obrazu psychoterapii w Polsce w ostatnim czasie, ze zwróceniem szczególnej uwagi na to, kim są oraz jakimi metodami pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce.

W celu osiągnięcia założonych celów zostaną opisane trzy podstawowe obszary tematyczne. Pierwszym z nich będzie przybliżenie psychoterapii, sposobu jej działania, a także funkcjonujących w niej współcześnie nurtów. Drugi obszar to uregulowania dotyczące zawodu psychoterapeuty w Polsce. Wprawdzie zawód ten nie jest uregulowany przez akt prawny na poziomie ustawy, ale jest szeroki konsensus środowiska psychoterapeutycznego, w skład którego wchodzi osoby i organizacje pracujące w różnych systemach psychoterapeutycznych oraz reprezentujące różne poglądy na psychoterapię, co do tego, jak powinna być wyszkolona i przygotowana do pracy osoba, która prowadzić może praktykę psychoterapeutyczną, zarówno prywatną, jak i w instytucjach publicznych. W rozdziale drugim omówione zostaną zasady szkolenia do zawodu psychoterapeuty, a także wymogi, które trzeba spełnić, by zostać psychoterapeutą, uzyskać certyfikat psychoterapeuty czy mieć uprawnienia superwizora psychoterapii. Rozdział trzeci to omówienie badań, które są dostępne, w tym takie, których byłem współautorem, które pokazują, kim są psychoterapeuci, gdzie prowadzą swoje praktyki psychoterapeutyczne i jakimi metodami (w jakich modalnościach) pracują.

Według moich ustaleń to pierwsza w polskojęzycznej literaturze przedmiotu próba opisanie populacji polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów, zmian w niej zachodzących, uwzględniająca nieliczne badania, które powstały (zostały opublikowane) w ciągu ostatnich pięciu lat.

\*\*\*

Chciałbym podziękować Osobom, bez których zaangażowania i przychylności ta publikacja nie powstałaby. Dziękuję prof. UAM dr hab. Aldonie Żurek – Dziekan Wydziału Socjologii UAM, prof. UAM

---

<sup>5</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019, s. 13.



dr. hab. Piotrowi Jabkowskiemu – Prodziekanowi Wydziału Socjologii UAM, prof. UAM Monice Oliwie-Ciesielskiej – Kierownikowi Zakładu Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej na Wydziale Socjologii UAM, dr hab. Monice Frąckowiak-Sochańskiej – Współautorce badań na temat psychoterapeutek i psychoterapeutów, prof. CDV dr hab. Urszuli Kluczyńskiej – Recenzentce, a także Pani Klaudii Kulmińskiej odpowiedzialnej za redakcję tekstu. Podziękowania kieruję też do wspierających mnie podczas pisania tekstu: Pani Mariki Krysiak, Sylwii Adamiak, Agaty Cioczek, Barbary Chwieralskiej, Agnieszki Pawłowskiej, Pawła Rybackiego i Żony – Hanny Hermanowskiej.



## Czym jest psychoterapia

### Wprowadzenie

W tej części opracowania przybliżone zostaną podstawowe dla psychoterapii pojęcia, począwszy od nakreślenia sposobu rozumienia psychoterapii jako procesu pracy z osobami potrzebującymi pomocy i wsparcia w obszarze emocji czy szeroko rozumianego zdrowia psychicznego. Druga część tego rozdziału jest próbą syntetycznego opisu najważniejszych modalności psychoterapeutycznych, które są praktykowane zarówno na świecie, jak i w Polsce.

### Psychoterapia

Co rozumie się pod pojęciem „psychoterapia”? Według *Słownika psychologii*:

Psychoterapia (*psychotherapy*) to w najbardziej ogólnym sensie zastosowanie każdej metody, która ma łagodzące lub lecznicze oddziaływanie na wszelkie zaburzenia psychiczne, emocjonalne lub na zachowania. W takim znaczeniu termin ten jest neutralny w stosunku do teorii leżącej u jego podstaw, zastosowanych metod lub formy i czasu trwania terapii. Jednakże w praktyce mogą mieć miejsce kwestie prawne i zawodowe. W literaturze specjalistycznej termin ten jest prawidłowo używany jedynie wówczas, gdy psychoterapię wykonuje osoba o odpowiednim szkoleniu, stosująca ogólnie przyjęte metody<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, polskie wydanie, red. I. Kucz, K. Skarżyńska, tłum. B. Janasiewicz-Kruszyńska i in., Scholar, Warszawa 2005, s. 631.

Przywołana definicja otwiera kilka obszarów analizy, szczególnie zwracając uwagę na oddziaływania leczące bądź łagodzące dotyczące zdrowia psychicznego, metodę pracy czy uregulowania zawodowe. Jak jeszcze może być definiowana czy opisywana psychoterapia? James O. Prochaska i John C. Norcross proponują następującą definicję: „Psychoterapia to świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany”<sup>2</sup>. Definicja ta wskazuje nie tylko na stosowanie sprawdzonych naukowo metod, lecz także na współpracę psychoterapeuty z pacjentem/klientem<sup>3</sup>.

Warto też wskazać na potoczne rozumienie psychoterapii. Jak pisze Lidia Grzesiuk: „Psychoterapia bywa traktowana jako pewien rodzaj rozmowy przeprowadzanej przez życzliwie ustosunkowaną osobę, jako dawanie rad, wspieranie, pocieszanie, uspokajanie, podnoszenie na duchu tego, kto nie potrafi uporać się ze swoimi kłopotami, po to, by złagodzić jego trudności”<sup>4</sup>. Zauważmy, że potoczna definicja, zapewne bliska obrazowi psychoterapii, który funkcjonuje w opinii publicznej, ma w sobie kilka nieścisłości co do rodzaju pomocy psychoterapeutycznej udzielanej przez specjalistę. W szerokim rozumieniu psychoterapia jest ujmowana jako dziedzina kultury, „która skupia w sobie najogólniejsze pytania dotyczące natury ludzkiej, zdrowia i choroby człowieka oraz koncentruje się na cierpiącej poszukującej pomocy jednostce (...) przyjmuje się, że koncepcje psychoterapeutyczne wyrastają z kultury i społeczeństwa w jakim powstały, są zawsze w pewnym stopniu jego odbiciem”<sup>5</sup>. Od tej definicji pokazującej kulturowy aspekt psychoterapii niedaleko do rozważań na temat kultury ukształtowanej przez myśl

---

<sup>2</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, tłum. D. Golec i in., Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006, s. 5.

<sup>3</sup> W różnych podejściach terapeutycznych osoba korzystająca z psychoterapii nazywana jest pacjentem lub klientem. Dla przykładu w psychoterapii Gestalt używa się określenia klient, w psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaś określenia pacjent.

<sup>4</sup> L. Grzesiuk, *Wstęp*, w: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Eneteia, Warszawa 2005, s. 13.

<sup>5</sup> Ibidem.

psychoterapeutyczną, czyli jak to opisuje Małgorzata Jacyno – kultury terapeutycznej, która

ma wskazywać na powszechność nowych wzorów zajmowania się sobą przez jednostki czy nawet ekspansję ekspertyzy terapeutycznej i zastąpienie przez terapię innych dziedzin stanowiących konteksty samookreśleń takich jak religia czy polityka. W bardziej i mniej uproszczonych wersjach terapeutyczne hasła i slogany obecne są w reklamie, programach informacyjnych, serialach, programach talk show, w programach politycznych i w programach ruchów emancypacyjnych<sup>6</sup>.

To dopowiedzenie o oddziaływaniu, wpływie psychoterapii na kulturę współczesną pokazuje, że mamy do czynienia ze wzajemnym wpływem szeroko rozumianej kultury na psychoterapię, ale też specyficznym zbiorem podpowiedzi psychoterapeutycznych dla kultury. Psychoterapia jest zatem aktywnością kształtowaną przez kulturę, jak i kulturę kształtującą.

## O modalnościach psychoterapeutycznych

W literaturze przedmiotu<sup>7</sup> wymienianych jest zwykle kilkanaście nurtów, metod pracy psychoterapeutycznej, podejść, modalności czy systemów psychoterapeutycznych, uznawanych za wiodące. W tekstach pojawiają się różne sposoby patrzenia na to, jak określić metodę pracy psychoterapeutycznej. W niniejszym opracowaniu będę zamiennie używać określeń nurt psychoterapeutyczny<sup>8</sup>, system psychoterapeutyczny<sup>9</sup>, podejście tera-

---

<sup>6</sup> M. Jacyno, *Kultura indywidualizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, ss. 248–249.

<sup>7</sup> Por. J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...; Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Eneteia, Warszawa 2011; S. Kratochvil, *Psychoterapia*, tłum. A. Ciechanowicz, M. Erhardt-Gronowska, PWN, Warszawa 1978; *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1994; S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, tłum., M. Czabak, E. Matuska, Zysk i S-ka, Poznań 2003; *Psychoterapia. Teoria...; Psychologia kliniczna*, red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.

<sup>8</sup> Za: *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska...*

<sup>9</sup> Za: J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*

peutyczne<sup>10</sup> bądź modalność psychoterapeutyczna<sup>11</sup>. Jak zauważają Lidia Grześciuk i Urszula Jakubowska:

Dokonanie przejrzystej klasyfikacji teoretycznych nurtów w psychoterapii nie jest zadaniem prostym. Trudność wynika z faktu, iż poszczególne koncepcje zaburzeń oraz wypracowanie w ich ramach metody pracy z pacjentem nie powstały w izolacji względem siebie, lecz inspirowane były – czy to w sensie kontynuacji, czy to polemiki – ideami klinicznymi, rozwijanymi wcześniej bądź równoległe. Stąd wiele koncepcji zawiera – oprócz myśli oryginalnych – podobne poglądy zarówno w sensie teoretycznego ujmowania zaburzeń oraz ich genezy, jak również sposobu uprawiania praktyki psychoterapeutycznej<sup>12</sup>.

Prochaska i Norcross wskazują z kolei na „hiperinflację coraz to nowych systemów terapeutycznych”<sup>13</sup> – piszą, że nurtów w psychoterapii jest ponad czterysta. Jednak przybliżając czytelnikom najważniejsze systemy terapeutyczne, wspomniani autorzy wymieniają ich szesnaście. Są to:

- a. Terapie psychoanalityczne.
- b. Terapie psychodynamiczne.
- c. Terapie egzystencjalne.
- d. Terapie skoncentrowane na osobie.
- e. Terapia Gestalt i terapie oparte na doświadczeniu.
- f. Terapie interpersonalne.
- g. Terapie ekspozycyjne i zanurzające.
- h. Terapie behawioralne.
- i. Terapie poznawcze.
- j. Terapie systemowe.

---

<sup>10</sup> Za: J. Kluzowicz, M. Kluzowicz, *Psychoterapia w czasie izolacji społecznej związanej z COVID-19 – perspektywa terapeutów i klientów*, „Psychoterapia” 2021, nr 1(196). Za: H. Suszek, L. Grześciuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania*, „Psychiatria” 2017, nr 14(2).

<sup>11</sup> Za: M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza: marzec–wrzesień 2020*, Wydział Socjologii UAM, Poznań 2020.

<sup>12</sup> L. Grześciuk, U. Jakubowska, *Nurty teoretyczne w psychoterapii*, w: *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska...*, s. 13.

<sup>13</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 2.

- k. Terapie uwzględniające różnice związane z płcią i kulturą.
- l. Terapie konstruktywistyczne: skoncentrowane na rozwiązaniu i narracyjne.
- m. Terapie integracyjne i eklektyczne.

Zestawienie, które zostało przywołane za Prochaską i Norcrosssem, wydaje się najpełniejsze, a jednocześnie spełniające przedstawiony przez samych autorów wymóg, by nie doprowadzać do „inflacji” kierunków. W Polsce praktykowane są wszystkie wymienione rodzaje psychoterapii, jednak niektóre są stosowane częściej, inne rzadziej. Częstość stosowania poszczególnych podejść przez psychoterapeutki i psychoterapeutów w Polsce zostanie opisana szerzej w dalszej części tekstu, w oparciu o dostępne badania. W tym miejscu zostaną przybliżone poszczególne nurty w psychoterapii, a szczególna uwaga zostanie zwrócona na te, które w Polsce są najszerzej praktykowane, ale także na te, które dla rozumienia psychoterapii jako części współczesnej kultury są szczególnie istotne i które wpływają na rozumienie procesów społecznych.

**Terapie psychoanalityczne. Psychoanaliza.** Intrygujące jest zdanie, którego użył Bjørn Killingmo, przybliżając zagadnienie psychoanalizy: „W kulturze rozpowszechniła się swego rodzaju wiedza psychoanalityczna, której obecność przejawia się w literaturze, wychowaniu i socjologii”<sup>14</sup>. Pokazuje to, jak psychoanaliza wpływa na nasz sposób postrzegania rzeczywistości. Wprawdzie psychoanaliza jest metodą pracy z pacjentem, ale jej wpływ na kulturę czy sposób rozumienia, zarówno zachowań jednostek, jak i funkcjonowania całych społeczeństw, jest bezsprzeczny. Warto choć na chwilę spojrzeć na związki psychoanalizy z socjologią, zwłaszcza w momencie pojawienia się opisu rzeczywistości społecznej zaproponowanej przez psychoanalizę, nie tylko dotyczącego myślenia o jednostce. Jak pisze Jerzy Szacki, socjologia „uległa urokowi psychoanalizy w ograniczonym stopniu”<sup>15</sup>, ale w pismach Zygmunta Freuda znalazło się sporo twierdzeń socjologicznych, to jest „odnoszących się wprost do społeczeństwa”<sup>16</sup>. Trze-

<sup>14</sup> B. Killingmo, *Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia*, tłum. J. Kubitsky, GWP, Gdańsk 1995, s. 11.

<sup>15</sup> J. Szacki, *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 335.

<sup>16</sup> Ibidem.

ba tu wskazać na teorię osobowości i teorię kultury opisane przez Freuda. Piotr Sztompka wskazuje na znaczenie teorii Freuda w rozumieniu procesów socjalizacyjnych<sup>17</sup>. Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że teoria psychoanalityczna „w niektórych krajach oddziaływała potężnie na świadomość potoczną (...) Inna to sprawa, że jej wpływy były i są w wielu wypadkach powierzchowne”<sup>18</sup>, a i krytycznie oceniane, czego przejawem może być stwierdzenie brytyjskiego socjologa Ernesta Gellnera, że psychoanaliza, „podobnie jak chrześcijaństwo, jest systemem wierzeń i praktyk, mających swój początek w pewnym momencie historycznym”<sup>19</sup>.

Wracając do psychoanalizy jako metody leczenia, należy wskazać, że psychoanaliza jako metoda badania i leczenia zaburzeń natury psychicznej

polega na wydobywaniu na jaw przenieśń istniejących w stosunku do ludzi z otoczenia i analityka, ujawniających się dzięki regresji, wywołanej naturalną, nienarzucającą, niekierującą pozycją psychoanalityka oraz na stopniowym usuwaniu przenieśń, uświadamianiu idei i emocji nieświadomych, zmniejszeniu oporów wyłącznie drogą interpretacji, klaryfikacji, konfrontacji<sup>20</sup>.

W przytoczonej definicji znalazło się wiele pojęć, które zarówno dla psychoanalizy, jak i psychoterapii mają kluczowe znaczenie. Nie jest nadużyciem stwierdzenie, że nie byłoby pozostałych metod psychoterapii, gdyby nie psychoanaliza, a przynajmniej że to ona dała podwaliny pod pozostałe nurty psychoterapeutyczne, które powstały w wyniku twórczego rozwinięcia, częściowej kontestacji, ale raczej nie całkowitego odrzucenia. W większości systemów psychoterapeutycznych pojęcia takie jak przenieśnienie, regresja czy interpretacja funkcjonują, będąc znaczącymi określeniami tego, co w procesie terapeutycznym się dzieje. Szczegółowe wyjaśnianie tych pojęć wprawdzie nie mieści się w granicach tego tekstu, ale wydaje się, że wymaga bliższej prezentacji. **Przenieśnienie** to przenieśnięcie „emocji, pragnienia, fantazji z osoby dawnej na obecną”<sup>21</sup>, czyli ma miejsce wtedy, gdy dawne stany emocjonalne są przenoszone na kogoś,

<sup>17</sup> P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Znak, Kraków 2002, s. 397.

<sup>18</sup> J. Szacki, *Historia...*, s. 335.

<sup>19</sup> E. Gellner, *Uwodzicielski urok psychoanalizy, czyli chytrność antyrozumu*, tłum. T. Hołównka, Książka i Wiedza, Warszawa 1997, s. 11.

<sup>20</sup> Z. Sokolik, *Psychoanaliza, w: Psychoterapia. Teoria...*, s. 31.

<sup>21</sup> Ibidem, s. 36



z kim jest się w kontakcie dziś – w psychoterapii najczęściej na osobę terapeuty. I tu konieczne jest kolejne ważne wyjaśnienie co do terminów użytych w definicji. W psychoanalizie sesje prowadzi **psychoanalityczka** (analityczka) lub **psychoanalityk** (analityk), chyba że mamy do czynienia z psychoterapią psychoanalityczną, wtedy jest to psychoterapeutka lub psychoterapeuta psychoanalityczny. Różnica polega na sposobie pracy, o czym szerzej poniżej. Kolejnym terminem, kluczowym dla rozumienia psychoanalizy, jak i psychoterapii, jest **nieświadomość** (podświadomość). Pod tym pojęciem kryją się „wszystkie zjawiska psychiczne ukryte, z których nie zdajemy sobie sprawy, nie ma ich w aktualnych polach świadomości. Ale również mogą to być mimowolne czynności, ukryte emocje, które nami kierują, choć ich istnienia nie jesteśmy świadomi (...) Można je sobie uświadomić i przypomnieć drogą swobodnych skojarzeń, za pomocą badania omyłek, fantazji, snów”<sup>22</sup>. Pozostając na pewnym poziomie ogólności, można powiedzieć, że uświadomienie sobie, czyli przejście z nieświadomości do świadomości, jest jednym z czynników leczących w psychoanalizie (jak również w psychoterapii). Kolejne kluczowe dla psychoanalizy i psychoterapii słowo zawarte w definicji to **opór**. Interesująco został on opisany w *Słowniku psychoanalizy* jako „paradoksalne zjawisko, występujące zawsze w psychoterapii nastawionej na wgląd, zwłaszcza w psychoanalizie. Pacjent, który poszukiwał profesjonalnej pomocy, by zrozumieć swe problemy (...), przeciwstawia się temu procesowi, na wiele różnych sposobów, które zmierzają do uniemożliwienia zmiany”<sup>23</sup>. Należy dodać, że opór to tendencja do „wypierania, niezauważania, lub zapominania przykrych myśli, wspomnień, przeżyć”<sup>24</sup>. Jak zaznaczono w przywołanej definicji psychoanalizy, opór przełamuje się wyłącznie za pomocą interpretacji, klaryfikacji i konfrontacji. Najprościej rzecz ujmując – wszystkie trzy określenia dotyczą techniki pracy analityka (lub psychoterapeuty). **Interpretacja** to wypowiedź, w której „analityk wyraża w słowach swoje rozumienie psychicznego życia pacjenta (...) Interpretacja jest stwierdzeniem czegoś nowego o pacjencie”<sup>25</sup>. **Klaryfikacja** to

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> B.E. Moore, B.D. Fine, *Słownik psychoanalizy*, tłum. E. Modzelewska, Jacek Santorski & Co., Warszawa 1996, s. 196.

<sup>24</sup> Z. Sokolik, *Psychoanaliza*, w: *Psychoterapia. Teoria...*, s. 39.

<sup>25</sup> B.E. Moore, B.D. Fine, *Słownik psychoanalizy*, s. 117.

technika, w której analityk (psychoterapeuta) „podsumowuje wypowiedź klienta, starając się wyjaśnić jej znaczenie”<sup>26</sup>. Natomiast **konfrontacja** to „wskazywanie na sprzeczności, kiedy wdaje się, że klient jest ich nieświadom”<sup>27</sup>, lub „bardziej zdecydowane podważanie przekonań klienta”<sup>28</sup>.

Początki psychoanalizy są związane z osobą Zygmunta Freuda<sup>29</sup> i przypadają na drugą połowę XIX w. Do czasów nam współczesnych psychoanaliza ewoluowała, znalazło się wielu kontynuatorów, jak i krytyków sposobu pracy analitycznej zaproponowanej przez Freuda. Peter Kutter, opisując „drzewo genealogiczne psychoanalizy”, wymienia kilka odgałęzień: począwszy od pnia związanego z Freudem, poprzez pierwsze odgałęzienie (Alfred Adler, Wilhelm Stekel, Carl G. Jung), psychologię ego i wczesną teorię relacji z obiektem (Melanie Klein, Sándor Ferenczi, Erik H. Erikson), po współczesne kontynuacje teorii relacji z obiektem (Donald W. Winnicott, Margaret S. Mahler, Otto Kernberg, Heinz Kohut)<sup>30</sup>. Oprócz stawianych przez poszczególnych teoretyków i orientacje psychoanalityczne akcentów niezwykle ważne jest też rozróżnienie pomiędzy psychoanalizą a terapią psychoanalityczną. Podczas psychoanalizy osoba analizowana leży na kozetce, nie widząc analityka, natomiast „klient terapii nie kładzie się na kozetce i nie mówi wszystkiego co mu przychodzi na myśl”<sup>31</sup>. Nie wchodząc w szczególności dotyczące samej metody pracy, należy powiedzieć, że w terapii psychoanalitycznej psychoterapeuta i pacjent siedzą naprzeciwko siebie, rozmawiając. Taka sytuacja sprawia, że klient widzi reakcje terapeuty, a przez to ten nie jest „białym ekranem”, jak w przypadku analityka, który siedzi u węgłowiwa kozetki, na której leży pacjent. Klasyczna psy-

---

<sup>26</sup> A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, s. 317.

<sup>27</sup> K. Maroda, *Techniki terapii psychodynamicznej. Praca nad emocjami w relacji terapeutycznej*, tłum. J. Gołąb, Wydawnictwo UJ, Kraków 2014, s. 230.

<sup>28</sup> H. Knapp, *Komunikacja w terapii*, tłum. M. Trzczińska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 151.

<sup>29</sup> Zygmunt Freud (1856–1939) – twórca psychoanalizy, nazywany też „ojcem psychoanalizy”.

<sup>30</sup> P. Kutter, *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych*, tłum. A. Uberowska, GWP, Gdańsk 2000, ss. 23–41.

<sup>31</sup> N. McWilliams, *Psychoterapia psychoanalityczna. Poradnik praktyka*, tłum. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Harmonia, Gdańsk 2011, s. 42.

choanaliza zakłada także sesje cztery razy w tygodniu, terapia psychoanalityczna jedną lub dwie w tygodniu<sup>32</sup>.

Na zakończenie tego krótkiego omówienia należy dodać, że na ziemiach polskich początki psychoanalizy datowane są na pierwsze lata XX w. (choć rozważania znajdujące się w obszarze dynamicznej orientacji w psychologii i psychiatrii pojawiły się już na przełomie XVIII i XIX w.)<sup>33</sup>. Warto też zauważyć, że obecnie działa w Polsce kilka organizacji zrzeszających psychoanalityków i psychoterapeutów psychoanalitycznych. Są to m.in.: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej, Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne, Polskie Towarzystwo Psychologii Analitycznej czy Polskie Towarzystwo Psychoanalizy Jungowskiej.

**Terapie psychodynamiczne.** To podejście do pracy psychoterapeutycznej jest inspirowane psychoanalizą. Jak pisze Stanislav Kratochvil:

Psychoterapia psychodynamiczna swoje powstanie wywodzi z psychoanalizy, od której przejęła koncepcję o znaczeniu nieświadomej czynności psychicznej, intrapsychnicznych konfliktów, oraz roli przeżyć z dzieciństwa. Jednocześnie rozwijała się jako protest przeciw jednostronnemu biologizującemu i seksualizującemu pojęciu psychoanalizy i przesunęła akcent na czynniki społeczne oraz współczesne problemy w relacjach interpersonalnych. Psychoterapia psychodynamiczna bada **stosunki interpersonalne** i aktualne konflikty pacjenta, w których często można odkryć skutki nieprzystosowawczego społecznego zachowania się pacjenta<sup>34</sup>.

Nancy McWilliams, charakteryzując psychoterapie psychodynamiczne, odnosząc się do przeglądu literatury, który przeprowadzili Matthew Blagys i Mark Hilsenroth<sup>35</sup>, wskazuje, że terapie te charakteryzują się:

---

<sup>32</sup> Ibidem, s. 39.

<sup>33</sup> Szerzej na ten temat w: T. Rzepa, B. Dobroczyński, *Historia polskiej myśli psychologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019, ss. 363–369; P. Dybel, *Psychoanaliza – ziemia obiecana? Dzieje psychoanalizy w Polsce 1900–1989. Część I. Okres burzy i naporu. Początki psychoanalizy na ziemiach polskich okresu rozbiorów 1900–1918*, Universitas, Kraków 2016; *Jak feniks z popiołów? Odradzanie się psychoanalizy w powojennej i dzisiejszej Polsce*, red. E. Kobylińska-Dehe, K. Prot-Klinger, Universitas, Kraków 2021.

<sup>34</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, s. 48.

<sup>35</sup> M.D. Blagys, M.J. Hilsenroth, *Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative process literature*, „Clinical Psychology: Science and Practice” 2000, nr 7, ss. 167–189.

(1) koncentracją na afekcie i wyrażaniu emocji; (2) eksploracją wysiłków pacjenta mających na celu unikanie pewnych tematów bądź podejmowanie działań, które zahamują postęp terapii (tj. pracą z oporem); (3) identyfikacją wzorców w działaniu pacjenta, jego myślach, uczuciach, doświadczeniach i relacjach (relacjach z obiektem); (4) naciskiem na minione doświadczenia; (5) koncentracją na doświadczeniach interpersonalnych; (6) naciskiem na relację terapeutyczną (przeniesienie i przymierze terapeutyczne); (7) eksploracją pragnień, marzeń i fantazji (dynamika intrapsychiczna)<sup>36</sup>.

W przywołanych opisach inspiracje psychoanalityczne są widoczne. Chcąc uwypuklić różnice pomiędzy psychoanalizą a psychoterapią psychodynamiczną, warto przywołać zestawienie stworzone przez Prochaskę i Norcrossa, wskazując na kluczowe kwestie, które różnią obydwa podejścia. Miejsce, które w klasycznej psychoanalizie zajmuje **id**, w podejściu psychodynamicznym zajmuje **ego**, innymi słowy – w centrum zainteresowania, zamiast teorii popędów, jest psychologia ego. Analitycy interesują się przede wszystkim konfliktami intrapsychicznymi, psychoterapeuci psychodynamiczni konfliktami interpersonalnymi. I wreszcie „nacisk kładziony przez Freuda na siły biologiczne i mechanizmy obronne przesunął się na siły społeczne i doświadczenia radzenia sobie ze środowiskiem lub panowania nad nim”<sup>37</sup>. Cytowani autorzy dzielą się jeszcze jedną ważną obserwacją dotyczącą psychoanalizy i terapii psychodynamicznych: „Linia graniczna oddzielająca terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne wydaje się mało wyrazista. Określenie, gdzie kończy się jedna forma terapii a zaczyna druga okazuje się prawdziwym wyzwaniem, niemniej istnieją między nimi zasadnicze różnice”<sup>38</sup>, o których wspomniano powyżej. Obserwacje mogą zostać potwierdzone nazwiskami osób i proponowanymi przez nie metodami pracy psychoterapeutycznej, które przywoływane są jako inspiracje do rozwoju psychoterapii psychodynamicznej. W tym kontekście wskazuje się Alfreda Adlera z jego teorią psychopatologii, psychologię ego Erika Eriksona, teorię relacji z obiektem i najważniejszych teoretyków – Williama R. Fairbairna, Ottona Kernberga, Margaret S. Mahler czy Heinza Kohuta, twórcę interpersonalnej

<sup>36</sup> N. McWilliams, *Psychoterapia psychoanalityczna...*, ss. 27–28.

<sup>37</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 71.

<sup>38</sup> *Ibidem*.

teorii w psychiatrii Harry'ego Stacka Sullivana oraz Donalda W. Winnicotta<sup>39</sup>. W Polsce terapie psychodynamiczne zadomowiły się pod koniec XX w. Psychoterapeutki i psychoterapeutów pracujących w tym nurcie zrzeszają dwie organizacje: Naukowe Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej i Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej.

**Terapie egzystencjalne.** Ten rodzaj terapii należy do nurtu humanistycznego w myśleniu psychoterapeutycznym. To forma terapii oparta na filozoficznej doktrynie egzystencjalnej<sup>40</sup>. Kratochvil wskazuje, że do tego rodzaju terapii należą daseinsanaliza i logoterapia<sup>41</sup>. Norcross i Prochaska wskazują wśród najważniejszych twórców Ludwiga Binswängera, Rollo Maya i Medarda Bossa<sup>42</sup>. Daseinsanaliza, której nazwa pochodzi od niemieckiego słowa *dasein*, oznaczającego „być (*sein*) tam (*da*)”, wychodzi od filozofii egzystencjalnej Martina Heideggera, od której przejęła podstawową terminologię metody fenomenologicznej nawiązującej do ustaleń Edmunda Husserla. Przekładając myśl filozofów na praktykę terapeutyczną, daseinsanaliza „wychodzi z faktu ludzkiego istnienia w świecie (*In-der-Welt-Sein*) i stara się analizować przeżycia człowieka, w psychopatologii zaś dąży do analizy jego psychotycznej lub neurotycznej egzystencji. Chce być drogą do rozumienia ludzkiej egzystencji. Chce pomagać pacjentowi zrozumieć i realizować swoją egzystencję<sup>39,43</sup>. Opiera się na kilku założeniach co do istoty człowieka. Po pierwsze, człowiek jest w stanie uświadomić sobie siebie samego, a także to, co robi. Po drugie, człowiek jest zdolny do podejmowania decyzji, a także ponoszenia ich konsekwencji czy też odpowiedzialności. Po trzecie, człowiek może uświadomić sobie możliwość utraty wszystkich znaczących relacji z otoczeniem, a także możliwość nieistnienia i śmierci. Z tą świadomością oczywiście związane jest poczucie lęku, często nazywanego lękiem egzystencjalnym, pierwotnym wobec wszystkich lęków odczuwanych przez człowieka. „W terapii daseinsanaliza poszukuje dla pacjenta sposobu istnienia, który byłby dającym się znieść, pewnym sposobem istnienia w świecie. Środkiem do tego

<sup>39</sup> Ibidem, ss. 71–96.

<sup>40</sup> A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, s. 193.

<sup>41</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, s. 100.

<sup>42</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, ss. 108–110.

<sup>43</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, s. 101.

jest relacja z pacjentem posiadająca cechę komunikacji jednej egzystencji z inną<sup>44</sup>. Z kolei logoterapia, nazywana przez jej twórcę Viktora Frankla egzystencjalną analizą i logoterapią, skupia się na „umożliwieniu klientowi poznania i akceptacji siebie i swego znaczenia jako części pewnej całości, w tym realnego świata, w którym musi funkcjonować”<sup>45</sup>. Pragnienie sensu, które jest podstawą do pracy terapeutycznej, wraz z egzystencjalną frustracją stanowią przyczynę do pracy terapeutycznej. Logoterapia pomaga pacjentom w poszukiwaniu drogi wyjścia z egzystencjalnej frustracji. „Logos nie oznacza tu «słowo», a raczej «sens» i «duchowość». Logoterapia nie wmusza pacjentowi definicji sensu życia według wyobrażeń terapeuty, lecz stara się pomóc mu w odnalezieniu jego własnego życiowego sensu w zgodzie z jego osobowością”<sup>46</sup>. Kilku amerykańskich psychoterapeutów starało się zebrać wątki egzystencjalne w jedno spójne podejście kliniczne. W czasach nam współczesnych najbardziej znanym z nich jest Irvin Yalom<sup>47</sup>. W Polsce w kilkunastu ośrodkach psychoterapeutycznych praktykuje się różne odmiany terapii egzystencjalnej, nie ma jednak ośrodka szkolącego tylko w tym nurcie, a także organizacji skupiającej osoby w nim pracujące. Założenia terapii egzystencjalnej są omawiane podczas szkoleń psychoterapeutycznych, zwłaszcza w nurcie humanistycznym.

**Terapie skoncentrowane na osobie.** To podejście jest związane z osobą Carla Rogersa, nazywane też terapią rogeriańską. Sam Rogers tak definiował terapię nastawioną na klienta:

Jest takim sposobem bycia z drugą osobą, który sprzyja zdrowym zmianom i ułatwia rozwój. Opiera się ona na założeniu, że w człowieku tkwią ogromne zdolności do rozumienia samego siebie i do konstruktywnych zmian w sposobie bycia i zachowania oraz że lepsze warunki do ujawnienia i urzeczywistnienia tych zdolności stwarza pewna specyficzna relacja z drugim człowiekiem. Jej specyfika polega na tym, że terapeuta (lub inna osoba udzielająca pomocy) do-

---

<sup>44</sup> Ibidem, s. 102.

<sup>45</sup> A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, s. 365.

<sup>46</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, s. 104.

<sup>47</sup> Urodzony w 1931 r. amerykański psychiatra i psychoterapeuta. Autor popularnych nie tylko w środowisku psychoterapeutycznym książek o psychoterapii, m.in. *Kat miłości. Opowieści psychoterapeutyczne, Istoty ulotne, Stając się sobą. Pamiętnik psychiatry czy Dar terapii*.

świadczą sobie jakim rzeczywiście jest, że wykazuje głęboką wrażliwość i nieoceniające zrozumienie dla drugiej osoby, że troszczy się o nią i komunikuje jej wszystkie te uczucia. Jakość tej relacji jest decydującym elementem całego procesu terapeutycznego<sup>48</sup>.

Jak wynika z definicji, niezwykle ważne dla tego rodzaju terapii jest to, że „wychodzi od klienta i pobudza jego samodzielny rozwój, nie oddziaływując na niego poprzez interpretacje czy ukierunkowywanie”<sup>49</sup>. Trzy ważne wskazówki, jakie daje Rogers terapeutom, to bycie w pracy z klientami empatycznym (rozumienie oraz czucie tego, co pacjent opowiada), akceptowanie pacjenta (altruistyczna serdeczność) i wreszcie kongruencja, czyli zgodność zachowania się terapeuty z jego przeżywaniem. „Terapeuta reaguje jak realna osoba, zachowuje się zgodnie z tym, jaki jest w rzeczywistości, nie udaje, nie używa masek, nie musi ukrywać swoich prawdziwych reakcji, ani się ich bać”<sup>50</sup>, jest autentyczny. Ważnym założeniem podejścia terapeutycznego proponowanego przez Rogersa jest przekonanie, że „cała ludzkość pozostaje pod wpływem jednej podstawowej siły motywacyjnej a mianowicie dążenia do samorealizacji”<sup>51</sup>.

Podobnie jak w przypadku terapii egzystencjalnych można stwierdzić, że w kilkunastu ośrodkach psychoterapeutycznych w Polsce praktykuje się terapię rogeriańską, nie ma jednak ośrodka szkolącego tylko w tym nurcie, a także organizacji skupiającej osoby w nim pracujące.

**Terapia Gestalt i terapia oparta na doświadczeniu.** Twórcą psychoterapii Gestalt jest Fritz Perls. Psychoterapia Gestalt należy do podejść terapeutycznych

podkreślających, iż uwzględnienie zmian kulturowo-społecznych stanowi integralny i niezbędny element pracy. Zgodnie z epistemologią modelu doświadczeniowo-relacyjnego psychoterapia Gestalt posługuje się hermeneutyką, narzędzia hermeneutyczne pozwalają bowiem uruchomić proces rozumienia obejmujący tekst, autora, czytelnika i kontekst kulturowy (...) Z tej perspektywy (...) osa-

---

<sup>48</sup> C.R. Rogers, *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, tłum. A. Dodziuk, E. Knoll, Thesaurus – Press, Wrocław 1991, s. 6.

<sup>49</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, s. 62.

<sup>50</sup> Ibidem, s. 65.

<sup>51</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 152.

dzenie rozumienia psychologicznego cierpienia (i związanych z nim praktyk) w kontekście społeczno-kulturowym stanowi niezbędną, a może nawet jedyną warunek skuteczności procesu terapeutycznego<sup>52</sup>.

Zatem terapia Gestalt jest rodzajem praktyki osadzonej nie tylko w świecie wewnętrznych przeżyć klienta, lecz także w otaczającym go kontekście społeczno-kulturowym. Terapia Gestalt jest formą terapii ekspresyjnej, terapii, która jest ukierunkowana na terażniejszość (to, co dzieje się „tu i teraz”) i wyrażanie emocji. Zasada terażniejszości jest najważniejsza dla tego podejścia<sup>53</sup>. Drugą zasadą jest kontakt z emocjami, które klient odczuwa w ciele, i nazywanie ich. Nazwa terapii pochodzi od założenia, że ludzie organizują swe doświadczenie w pewną całość, inaczej postać, figurę (niem. *Gestalt*)<sup>54</sup>. Tak dzieje się w przypadku człowieka bez zaburzeń, zdrowego psychicznie. Taki proces „przebiega w sposób ciągły; tworzenie się i rozpadanie figur toczy się stale i bez przeszkód. Świadomość własnych doznań i potrzeb sprawia, że jednostka w sposób nieskrępowany może dokonywać wyborów”<sup>55</sup>. Zatem w przypadku osób, którym pomaga działanie psychoterapeutyczne, mamy do czynienia z zakłóceniami w tworzeniu postaci (*Gestalt*) i jej rozpadem.

Psychoterapia Gestalt jest najczęściej praktykowanym w Polsce podejściem psychoterapeutycznym spośród terapii humanistycznych. Działa kilka organizacji i ośrodków szkolących w tym nurcie. Są to m.in. Polskie Towarzystwo Psychoterapii Gestalt, Instytut Gestalt czy Instytut Integralnej Psychoterapii Gestalt.

**Terapie interpersonalne.** W tym przypadku mówimy o dwóch najważniejszych rodzajach terapii. Pierwsza z nich jest oparta na Analizie Transakcyjnej (AT), której zasady sformułował Eric Berne, druga zaś to psychoterapia interpersonalna (IPT). Termin **Analiza Transakcyjna** rozu-

---

<sup>52</sup> G. Salonia, *Spółeczny kontekst psychoterapii*, w: *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu*, red. G. Francesetti, M. Gecele, J. Robal, tłum. L. Kalita, A. Pikiel, A. Uściłowska, Harmonia Universalis, Gdańsk 2016, s. 239.

<sup>53</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, s. 96.

<sup>54</sup> U. Jakubowska, *Terapia humanistyczno-egzystencjalna*, w: *Psychoterapia. Teoria...*, s. 181.

<sup>55</sup> *Ibidem*, s. 182.



miany jest jako sposób badania transakcji wymienianych przez ludzi. Przez transakcję z kolei Berne rozumiał dowolną interakcję, jaka może zajść pomiędzy dwoma osobami lub ich większą liczbą. Transakcje, które zachodzą między ludźmi, analizowane są z punktu widzenia struktury osobowości. Według autora każda osoba posiada w sobie trzy „składniki”, które razem stanowią jej ego: (1) Rodzic, (2) Dorosły i (3) Dziecko (a właściwie dorosły stan ego, rodzicielski stan ego oraz dziecięcy stan ego). Pierwszy z nich reprezentuje „stany ego, będące próbą naśladowania wzorów rodzicielskich”<sup>56</sup>. Rodzic reprezentuje normy zachowań wyniesione z kontaktu z naszymi opiekunami, a także przejawia skłonność do opieki. Drugi „składnik”, tj. Dorosły, „to stany ego autonomiczne prowadzące w kierunku obiektywnej oceny rzeczywistości”<sup>57</sup>. Można powiedzieć, że Dorosły jest częścią osobowości odpowiadającą za jak najbardziej optymalny dla człowieka kontakt ze światem. Trzeci – Dziecko – to „wciąż aktywne stany ego utrwalone we wczesnym dzieciństwie”<sup>58</sup>. Ta część ego jest związana ze skłonnością do zabawy, żartów, emocjonalnością oraz ciekawością świata, a także ze złośliwością, małostkowością i rozwydrzeniem. Optymalnym funkcjonowaniem osobowości jest przechodzenie „z jednego stanu ego w drugi w zależności od wymogów aktualnej sytuacji”<sup>59</sup>.

Jeśli chodzi o **terapię interpersonalną (IPT)**, to jeden z jej twórców, Harry S. Sullivan, twierdził, że u podstaw zaburzonego zachowania leży upośledzenie relacji interpersonalnych, natomiast Adolph Meyer podkreślał „znaczenie aktualnego środowiska psychospołecznego pacjenta i zakładał, że wiele form psychopatologii stanowi odzwierciedlenie nieadekwatnych prób przystosowania się do otoczenia, szczególnie w warunkach stresu lub w stresującym środowisku”<sup>60</sup>. W Polsce są zarówno osoby praktykujące terapię interpersonalną, jak i te, które prowadzą ją zgodnie z zasadami Analizy Transakcyjnej. W przypadku tej drugiej raczej jest wykorzystywana jako praktyczne narzędzie do kształcenia coachów, trenerów biznesowych lub osób zarządzających zespołami ludzkimi.

---

<sup>56</sup> E. Berne, *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*, tłum. P. Izdebski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 16.

<sup>57</sup> Ibidem.

<sup>58</sup> Ibidem.

<sup>59</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 230.

<sup>60</sup> Ibidem, s. 250.

**Terapie ekspozycyjne i zanurzające.** W literaturze przedmiotu wymienia się trzy podstawowe formy tych terapii. Są to: terapia implozywna, terapia ekspozycyjna oraz terapia EMDR. Interesująca jest uwaga, jaką poczynili Prochaska i Norcross, wprowadzając czytelników do opisu tych rodzajów psychoterapii. Wskazali oni na fakt traktowania przez niektóre osoby ekspozycji i zanurzania jako metody terapii behawioralnej oraz stwierdzili, że „jako takie, powinny być omówione w rozdziale poświęconym terapiom behawioralnym, a być może również dotyczącym terapii poznawczych”<sup>61</sup>. Autorzy przyznają rację, że pochodzenie jest ewidentnie poznawczo-behawioralne, ale są to w tej chwili zupełnie autonomiczne systemy terapeutyczne. **Terapia implozywna** to taka, która indukuje lęk. W czasie trwania terapii klient „poddawany jest długotrwałemu i intensywnemu oddziaływaniu bodźców wzbudzających lęk. Technika podobna do wyobrażeniowej formy zatapiania, w której wyobrażane sceny zostają wyolbrzymione i przesadzone przez terapeutę”<sup>62</sup>. Dzięki przebywaniu w sytuacji lęku pacjenci wyraźnie odczuwają osłabienie lęku. W **terapii ekspozycyjnej** mechanizm pomagania jest podobny i polega na celowym „wystawianiu pacjenta na długotrwały kontakt z bodźcami wywołującymi strach i aktywnym blokowaniu związanych z nimi reakcji unikania. Początkowo pacjent z pewnością będzie przeżywać silniejszy lęk, ale na dłuższą metę – wskutek procesu wygaszania – z równą pewnością doświadczy redukcji lęku i tendencji do unikania”<sup>63</sup>. W **terapii EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), którą ponad trzydzieści lat temu zapoczątkowały obserwacje i badania przeprowadzone przez Francine Shapiro, jak czytamy na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Terapii EMDR, ważny jest aspekt neurofizjologiczny. W 1987 r. Francine Shapiro

zauważyła, że szybkie i powtarzające się ruchy gałek ocznych, wykonywane w określonym kontekście, mogą zmniejszyć intensywność niepokojących myśli i emocji. (...) Od tych pierwszych badań, gdzie wykazano jedynie skuteczność szybkich ruchów gałek ocznych w redukcji stresu, terapia EMDR rozwijała się i ewoluowała, by w końcu stać się bardzo rozbudowaną formą psychoterapii,

<sup>61</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 275.

<sup>62</sup> A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, s. 790.

<sup>63</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 283.

podczas której pracuje się zarówno z silnymi emocjami, jak i negatywnymi przekonaniem oraz reakcjami z ciała. (...). Jest to możliwe, ponieważ terapia EMDR bazuje na naturalnej zdolności, jaką posiada nasz mózg, a która pozwala na leczenie urazów psychicznych. Proces ten jest podobny do gojenia się rany. Gdy jakieś ciało obce lub powtarzające się urazy podrażniają ranę – gojenie zostaje zablokowane. W takich wypadkach dopiero interwencja z zewnątrz pozwala na wznowienie tego procesu. Dokładnie tak samo dzieje się w przypadku urazów psychicznych. Większość trudnych dla psychiki wydarzeń «goi się», czy też mówiąc językiem terapii EMDR – przetwarza się sama<sup>64</sup>.

Terapie ekspozycyjne i zanurzające nie są w Polsce zbyt często praktykowane, oprócz zyskującej na popularności terapii EMDR, do czego przyczynia się Polskie Towarzystwo Terapii EMDR.

**Terapie behawioralne. Terapie poznawcze. Terapia poznawczo-behawioralna.** Wprowadzie Prochaska i Norcross omawiają te podejścia terapeutyczne osobno, jednak wskazują na coś, co nazywają modyfikacją poznawczo-behawioralną. Idąc za autorkami podręcznika do terapii poznawczo-behawioralnej, trzeba wyjaśnić, że psychoterapia poznawcza

wywodzi się z poznawczego modelu powstawania zaburzeń psychicznych. Zakłada się w nim, że wspólną cechą wielu problemów emocjonalnych – a także zaburzeń psychicznych (...) jest występowanie charakterystycznych elementów: myśli automatycznych, schematów i zniekształceń poznawczych, które pośredniczą w utrwalaniu się specyficznych emocji i wpływają na zachowanie<sup>65</sup>.

Są trzy podstawowe założenia terapii poznawczej: (1) aktywność poznawcza wpływa na zachowanie, (2) treści i procesy poznawcze można monitorować oraz zmieniać, (3) zmiany behawioralnej i emocjonalnej można dokonać poprzez zmianę poznawczą<sup>66</sup>. Z kolei psychoterapia behawioralna jest oparta na behawiorystycznym modelu funkcjonowania psychicznego człowieka. Model ten zakłada, że jednostka uczy się

---

<sup>64</sup> Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Terapii EMDR, [www.emdr.org.pl](http://www.emdr.org.pl) [dostęp: 30.06.2021].

<sup>65</sup> A. Popiel, E. Prąglowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Paradygmat, Warszawa 2008, s. 4.

<sup>66</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, ss. 82–83.

zachowań nieprzystosowawczych na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji. Zachowania, w tym nieprzystosowawcze, są pochodną wzajemnych oddziaływań między wzmocnieniami i specyficznymi reakcjami na sytuacje bodźcowe. Do modyfikacji lub eliminacji niepożądanego zachowania można więc również wykorzystać procesy uczenia się i ich reguły (...) Główne cele terapii to wygaszanie i/lub hamowanie zachowań dysfunkcyjnych z wykorzystaniem wzmocnień pozytywnych i negatywnych zgodnie z modelami warunkowania klasycznego lub instrumentalnego, a także modelowanie zachowań pożądanych, zakładających proces uczenia się przez obserwację<sup>67</sup>.

Terapia poznawczo-behawioralna jest stosunkowo młodym kierunkiem, którego zarys zaczął pojawiać się pod koniec lat 70. XX w.<sup>68</sup>. Jak piszą Agnieszka Popiel i Ewa Pragłowska, termin „psychoterapia poznawczo-behawioralna” stał się powszechny. Ma to swoje uzasadnienie

we współczesnym podłożu teoretycznym obydwu koncepcji: założeniu, że procesy uczenia determinują zachowania (terapia behawioralna), nabywanie oraz utrwalanie przekonań i sposób widzenia świata (terapia poznawcza). Na obraz współczesnej terapii poznawczo-behawioralnej najsilniej wpłynęły założenia teoretyczne oraz wyniki badań nauk o poznaniu, szczególnie psychologii poznawczej<sup>69</sup>.

W Polsce podejście poznawczo-behawioralne jest stosowane przez wiele osób zajmujących się psychoterapią. Istnieje kilka stowarzyszeń i ośrodków, które kształcą w tym kierunku teoretycznym oraz skupiają psychoterapeutki i psychoterapeutów pracujących w nurcie poznawczo-behawioralnym – należą do nich Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. prof. Zdzisława Bizonia, Centrum CBT czy Szkoła Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS.

**Terapie systemowe.** Podstawowe założenie tego rodzaju terapii jest następujące – jednostkę można zrozumieć jedynie wtedy, gdy znamy społeczny kontekst, w którym żyje. Podstawowym pojęciem jest tutaj system. System to spójna całość. Zmiana w jakiejś części systemu (osoby w rodzinie) wpływa na pozostałe jego części (członków rodziny).

---

<sup>67</sup> A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna...*, ss. 4–5.

<sup>68</sup> S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, s. 84.

<sup>69</sup> A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna...*, s. 5.

W terapii rodzin zastosowanie terminu system jest identyczne jak w cybernetyce. Zasadniczymi elementami cybernetycznego systemu są tzw. pętle sprzężania zwrotnego, które stanowią elementarny model cyrkularności zwanej przyczynowością kolistą. W podejściu systemowym do rodzin, właśnie przyczynowość kolistą zastępuje dotychczas stosowane myślenie przyczynowo-skutkowe<sup>70</sup>.

Terapia systemowa skierowana jest raczej do rodzin (osób, które wspólnie mieszkają). Zazwyczaj bierze w niej udział większa liczba osób. Nie jest błędem myślenie o terapii systemowej jako terapii rodzinnej. Uczestniczą w niej wszyscy członkowie rodziny zamieszkujący razem (oprócz dzieci poniżej 7. roku życia). Prochaska i Norcross, opisując terapie systemowe, wskazują na pewną ewolucję, jaka się dokonała w samej terapii systemowej i jej rozumieniu. Jak piszą, określenie „systemowa”

może odnosić się do specyfiki terapii i jej formy. Tak jak terapia indywidualna czy grupowa, terapia oznacza spotkanie z pewną liczbą osób, w tym wypadku z parą małżeńską czy rodziną. Po drugie termin ten może wskazywać na treść terapii lub jej cel. W tym wypadku oddziaływania dotyczą treści związanych z systemem rodzinnym, a ich celem jest poprawa funkcjonowania tego systemu (...). Po trzecie, pojęcia myślenia systemowego mogą odnosić się do zmiany paradygmatu. Oznacza to zdecydowane odejście od koncepcji liniowych zależności dotyczących intrapsychicznych przyczyn problemów<sup>71</sup>.

Terapia systemowa jest często praktykowana przez psychoterapeutki i psychoterapeutów w Polsce, zwłaszcza w pracy z rodzinami. Głównym ośrodkiem kształcącym w tym nurcie w Polsce, jednocześnie będącym organizacją zrzeszającą terapeutów systemowych, jest Wielkopolskie Towarzystwo Terapii Systemowej.

**Terapie uwzględniające różnice związane z płcią i kulturą.** W tej grupie znajdują się terapie feministyczne i terapia uwzględniająca różnice kulturowe. Skojarzenie **terapii feministycznej** z feminizmem jest oczywiste.

---

<sup>70</sup> L. Drożdżowicz, *Ogólna teoria systemów*, w: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999, s. 14.

<sup>71</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 413.

Psychoterapia feministyczna ma swoje korzenie nie w psychologii, lecz w filozofii ruchu feministycznego lat 60. ubiegłego wieku. Dlatego nie przyjmuje się w niej jednej teorii osobowości (...) tożsamość człowieka pozostaje pod silnym wpływem nacisków społecznych wynikających z określenia ról związanych z płcią oraz zjawiska dyskryminacji płci. Czynniki te wpływają na struktury poznawcze i wzorce zachowań<sup>72</sup>.

Co jest zatem najważniejszym elementem terapii feministycznej? To poszerzanie świadomości – aby „kobieta mogła wyrwać się spod opresyjnej kontroli zdominowanej przez mężczyzn kultury, najpierw musi uświadomić sobie negatywny wpływ owych wartości i oczekiwań na jej życie”<sup>73</sup>. Co ważne, a co odnosi się zarówno do terapii feministycznej, jak i tej uwzględniającej różnice kulturowe, „psychoterapia feministyczna kładzie nacisk na wgląd psychoterapeuty we własne postawy i nieświadome używanie marginalizującego dyskursu”<sup>74</sup>. W przypadku **terapii uwzględniającej różnice kulturowe** najważniejsze jest poszerzanie świadomości. „Wiele problemów klientów należących do grup mniejszościowych wywodzi się z niekorzystnego oddziaływania oczekiwań większości kulturowej”<sup>75</sup>. Zatem w procesie terapii pacjenci nabywają umiejętności rozumienia sposobu, w jaki dominująca kultura ukształtowała ich poglądy na ich kulturę i samych siebie. To upodabnia ten rodzaj terapii do terapii feministycznej oraz nawiązuje do dyskursu mniejszościowego prowadzonego przez socjologię czy antropologię kulturową. Ten typ terapii w Polsce praktykują nieliczne ośrodki psychoterapeutyczne.

**Terapie konstruktywistyczne: skoncentrowane na rozwiązaniu i narracyjne.** Zaczniemy od terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR). TSR wychodzi „od krzepiącego założenia. Ludzie są zdrowi. Ludzie są kompetentni. Potrafią konstruować rozwiązania, które pomagają im w życiu. Psychoterapia może pomóc polepszyć ludziom życie, koncen-

---

<sup>72</sup> Ibidem, s. 461.

<sup>73</sup> Ibidem, s. 467.

<sup>74</sup> A.E. Łyś, *Psychoterapia feministyczna – ciekawostka, prowokacja czy obiecująca perspektywa?*, w: *Współczesna terapia. Metody wybrane*, red. M. Kunicka, M. Will, Warszawa 2014, s. 45.

<sup>75</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, s. 483.

trując się na rozwiązaniach a nie na problemach<sup>76</sup>. Możemy zatem założyć, że to pacjent ma kompetencje, by rozwiązać swoje problemy. Psychoterapeuta zaś jest tylko swoistym narzędziem, dzięki któremu pacjent osiąga cel. Bardzo charakterystyczne dla TSR jest to, że szuka się rozwiązań problemów, natomiast nie analizuje się przyczyn i istoty trudności, nie odwołuje się do minionych przeżyć, nie analizuje się przeszłości. Jest to zatem terapia, która jest w kontrze do wielu opisywanych powyżej nurtów. Co istotne, jest to zwykle terapia krótkoterminowa, a jej trwanie nie przekracza zwykle dziesięciu spotkań. Z kolei **terapia narracyjna** koncentruje się na znaczeniu, jakie posiada język i kultura w procesie interpretowania wydarzeń. Skupia się również na nadawaniu przez ludzi sensu swoim doświadczeniom. Można powiedzieć, że „człowiek aktywnie nadaje znaczenia działaniom i doświadczeniom, a historia [opowiadana przez klienta – przyp. M.H.] to naturalny sposób za pomocą którego te doświadczenia są komunikowane<sup>77</sup>. Terapeuci narracyjni uważają, że za naszymi opowieściami nie kryje się żadna obiektywna rzeczywistość. Nasza rzeczywistość to nasze opowieści. Każdy klient ma własną opowieść, własną rzeczywistość – jedyną w swoim rodzaju, osobistą, subiektywną i, na szczęście, otwartą na zmianę. Twórcy terapii narracyjnej zauważyli związek pomiędzy tym, jak dana osoba opisuje siebie i swoje życie, a tym, jak go doświadcza i je rozumie. Na przykład jeśli dominującą opowieścią w życiu danej osoby jest narracja opisująca tę osobę jako niezaradną, będzie ona, poprzez swoje zachowania, stawiać się w roli ofiary czy osoby wymagającej pomocy. Proces terapeutyczny jest skoncentrowany na współtworzeniu przez terapeutę i klienta nowych znaczeń, które pozwolą zmienić istniejącą narrację. Problemem nie jest zatem osoba. Problemy na ogół wynikają z przekonań, jakie klient ma o sobie i o swoim życiu. Obydwie terapie konstruktywistyczne są praktykowane w Polsce, ale nie należą do podejść najczęściej stosowanych. Funkcjonuje organizacja zrzeszająca terapeutów i ośrodki szkolące w terapii TSR – Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach.

---

<sup>76</sup> Ibidem, s. 504.

<sup>77</sup> E. Chmielnicka-Kuter, *Metody psychoterapii w podejściu narracyjnym i dialogowym*, w: *Psychoterapia. Szkoły i metody...*, s. 435.

**Terapie integracyjne i eklektyczne.** Jak pisze George Stricker, integracja psychoterapii to „dążenie do przekroczenia ograniczeń wynikających ze spojrzenia w ramach jednej szkoły terapeutycznej; to próba sprawdzenia, czego możemy się nauczyć patrząc z innej perspektywy. Charakteryzuje ją otwartość na różne propozycje łączenia teorii i technik”<sup>78</sup>. Według Prochaski i Norcrossa integracja psychoterapii wynika z chęci „wyjrzenia poza ramy podejść opartych na pojedynczych szkołach, żeby zobaczyć, czego można nauczyć się od innych, jakie klient może mieć z tego korzyści. Celem, jeszcze nie w pełni osiągniętym, jest podniesienie skuteczności wydajności psychoterapii”<sup>79</sup>. Powstało już kilka kierunków jak integracyjna terapia psychodynamiczno-behawioralna, terapia multimodalna czy krótkoterminowa terapia integracyjna i eklektyczna<sup>80</sup>, można jednak zauważyć, że tendencje do różnych sposobów integrowania podejść terapeutycznych będą zapewne ewoluować. Skłonność do integrowania podejść terapeutycznych jest obecna w polskim dyskursie wokół psychoterapii<sup>81</sup> i – jak zostanie to pokazane w dalszej części tego opracowania na podstawie badań – duża grupa psycho-terapeutek i psychoterapeutów w Polsce stosuje podejście integracyjne.

Podsumowując: przywołane systemy terapeutyczne czy modalności terapeutyczne są dzisiaj obecne w polskiej praktyce psycho-terapeutycznej. Częstość ich praktykowania jest różna, co zostanie przybliżone w następnej części tego opracowania.

## Zakończenie

Przywołane w rozdziale definicje psychoterapii, a nade wszystko opisy poszczególnych systemów psycho-terapeutycznych, pokazują, jak szeroko może być rozumiana psychoterapia, jak wiele metod czy – mówiąc innym językiem – praktyk kulturowych nazwa „psychoterapia”

---

<sup>78</sup> G. Stricker, *Integracja psychoterapii*, tłum. M. Połec-Szalonek, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2017, s. 13.

<sup>79</sup> J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psycho-terapeutyczne...*, s. 527.

<sup>80</sup> Ibidem, ss. 533–556.

<sup>81</sup> Szerzej na ten temat w: *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Eneteia, Warszawa 2010.



obejmuje. Jak napisano powyżej, wszystkie systemy psychoterapeutyczne opisywane w literaturze przedmiotu dotyczącej praktykowania psychoterapii są obecne w Polsce. Niektóre nurty są silniej osadzone, praktykowane przez większą liczbę psychoterapeutek i psychoterapeutów, co szczegółowo zostanie opisane w rozdziale trzecim tego opracowania.



## **Psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce. Ustalenia definicyjne**

### **Wprowadzenie**

Najważniejszym założeniem tego rozdziału jest opisanie regulacji, jakim podlega zawód psychoterapeuty w Polsce. Nie są to jednak regulacje na poziomie ustaw, a ustalenia przyjęte przez przedstawicieli psychoterapeutek i psychoterapeutów oraz organizacje ich zrzeszające. W wyniku tych ustaleń można precyzyjnie odpowiedzieć na pytanie, kto jest psychoterapeutą czy superwizorem. W rozdziale zostaną wskazane przyczyny, dla których wielkość populacji psychoterapeutek i psychoterapeutów jest trudna, niemalże niemożliwa do oszacowania.

### **Zawód: psychoterapeuta**

Stworzenie pełnego obrazu środowiska psychoterapeutycznego w Polsce nie jest zadaniem łatwym. Przeszkodą jest przede wszystkim brak jednoznacznego określenia, kto może wykonywać lub kto wykonuje zawód psychoterapeuty, czy inaczej – kto może prowadzić praktykę psychoterapeutyczną. Mimo wieloletniej dyskusji toczonej w środowisku psychoterapeutycznym nie udało się dotąd przyjąć regulacji prawnych w postaci ustawy o zawodzie psychoterapeuty. Sytuacja dotycząca tego zawodu w Polsce nie jest wyjątkowa. Podobnie jest w wielu innych krajach. W oparciu o dostępne źródła nie jest możliwe oszacowanie wielkości populacji czy chociażby szacunkowej liczby psychoterapeutek i psycho-

terapeutów pracujących w Polsce. W literaturze przedmiotu, artykułach naukowych charakteryzujących tę grupę zawodową w Polsce nie tylko nie pojawiają się dane szacunkowe, lecz także nie są podejmowane próby oszacowania wielkości tej populacji. Wynika to przede wszystkim z braku regulacji prawnych dotyczących zawodu psychoterapeutki/psychoterapeuty w Polsce. W oszacowaniu tej wielkości nie pomagają regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), mówiące o tym, jakie warunki trzeba spełnić, by dostać refundację za świadczenie usług terapeutycznych czy psychoterapeutycznych. Wprawdzie definiują one, kto może wykonywać świadczenia dotyczące pomocy psychoterapeutycznej<sup>1</sup>, nie oddaje to jednak wielkości badanej populacji z dwóch powodów: po pierwsze, nie wszystkie osoby zajmujące się psychoterapią w Polsce pracują w instytucjach czy placówkach, które mają podpisane umowy z NFZ<sup>2</sup>; po drugie, dane NFZ informują nas o liczbie wykonanych usług: sesji psychoterapeutycznych, sesji terapii grupowej czy działań w zakresie leczenia uzależnień, nie zaś o liczbie osób, które te usługi wykonują.

Jednym ze sposobów określenia wielkości populacji osób wykonujących zawód psychoterapeuty mogłoby się okazać sprawdzenie wszystkich wpisów do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Tu napotykać dwie przeszkody. Pierwsza z nich dotyczy faktu, że nie wszystkie osoby pracujące psychoterapeutycznie mają działalność gospodarczą. Druga związana jest z samym zaszeregowaniem usług psychoterapeutycznych. Pod kodem PKD (Polska Klasyfikacja Działalności) nr 86.90.E, który obejmuje „pozostałą działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowaną”<sup>3</sup>, oprócz działalności psychoterapeutycznej znajduje się zgodnie z nazwą: pozo-

---

<sup>1</sup> Zarządzenie nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) [dostęp: 24.06.2021].

<sup>2</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga: październik 2020–marzec 2021*, Wydział Socjologii UAM, Poznań 2021, s. 11. Z przywoływanych badań wynika, że w placówkach, które mogą podpisywać umowy z NFZ, pracuje niecałe 50% badanych osób, o czym szerzej w dalszej części tego tekstu.

<sup>3</sup> Kody i opisy PKD (Polskiej Klasyfikacji Działalności), [www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd](http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd) [dostęp: 20.06.2021].

stała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana – m.in. asystentki stomatologiczne, instruktorzy higieny, banki krwi, specjaliści optometrii czy logopedii. Inne kody: PKD 85.60.Z, 87.20.Z, 88.99.Z obejmujące – podobnie jak poprzednio – część osób pracujących psychoterapeutycznie, ale też psycholożki i psychologów w takich rodzajach działalności jak: edukacja, pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub pozostała pomoc społeczna, gdzie indziej niesklasyfikowana, nie dają pełnego obrazu branży psychoterapeutycznej w Polsce<sup>4</sup>.

Nie ma także środowiskowych regulacji dotyczących ewidencjonowania osób praktykujących psychoterapię. Wprawdzie istnieje w Polsce więcej niż kilkanaście organizacji stowarzyszających psychoterapeutki i psychoterapeutów, jednak – co dla ustaleń na potrzeby niniejszego opracowania najważniejsze – przynależność do takich organizacji nie jest obowiązkowa, ponadto organizacje te nie ujawniają dokładnej liczby osób do nich przynależących, zajmujących się aktywnie psychoterapią. Jedyne zestawienia, które są dostępne, przedstawiane są przez kilka organizacji i dotyczą certyfikowanych psychoterapeutów, rekomendowanych psychoterapeutów, a także superwizorów oraz superwizorów-aplikantów psychoterapii. Zestawienie takie publikują: Polskie Towarzystwo Psychologiczne i Polskie Towarzystwo Psychiatryczne czy podmioty zrzeszone w Polskiej Radzie Psychoterapii. Dla przykładu w zestawieniu dostępnym na oficjalnych stronach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego<sup>5</sup> i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego<sup>6</sup> możemy przeczytać o tym, że superwizorów zrzeszonych w tych dwóch towarzystwach jest odpowiednio 96 i 93, a dalsi – 29 w Polskim Towarzystwie Psychologicznym oraz 87 w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym – to superwizorzy-aplikanci, czyli osoby w trakcie procesu uzyskiwania tytułu superwizora<sup>7</sup>. Gdybyśmy spojrzeli na zestawienie certyfikowanych psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa

---

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> Certyfikowani superwizorzy i psychoterapeuci Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, [www.sekcjapsychoterapii.pl](http://www.sekcjapsychoterapii.pl) [dostęp: 21.06.2021].

<sup>6</sup> Lista psychoterapeutów i superwizorów SNP PTP, strona internetowa Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, [www.sekcjanaukowapsychoterapii.org](http://www.sekcjanaukowapsychoterapii.org) [dostęp: 21.06.2021].

<sup>7</sup> Ibidem.

Psychologicznego, znaleźlibyśmy tam 264 nazwiska<sup>8</sup>, a na liście publikowanej przez Polskie Towarzystwo Psychoterapii Gestalt (PTPG), które należy do Polskiej Rady Psychoterapii, mamy 166 osób posiadających certyfikat PTPG<sup>9</sup>. Trzeba dodać, że na stronie internetowej Polskiej Rady Psychoterapii w zakładce nazwanej „Rejestr psychoterapeutów” znajduje się informacja: „Obecnie trwają prace nad przygotowaniem rejestru certyfikowanych psychoterapeutów oraz psychoterapeutów w szkoleniu certyfikacyjnym. Rejestr będzie prezentował listy psychoterapeutów posiadających kwalifikacje potwierdzone przez stowarzyszenia wchodzące w skład Polskiej Rady Psychoterapii”<sup>10</sup>. Zatem będą to po pierwsze tylko psychoterapeuci certyfikowani i będący w procesie certyfikacji, po drugie tylko ci, którzy należą do organizacji, które zrzesza Polska Rada Psychoterapii.

Przywołane przykłady wskazują na duże rozproszenie środowiska, ale także na niemożność podania choćby szacunkowej liczby osób zajmujących się psychoterapią w Polsce. Wraz z pojawiającymi się pojęciami zwracają uwagę na konieczność uporządkowania nomenklatury funkcjonującej w środowisku psychoterapeutycznym, sposobu określania osób pracujących psychoterapeutycznie lub superwizujących psychoterapię. Mimo braku uregulowań na poziomie ustaw istnieje zgodność w środowisku zawodowym co do koniecznego wykształcenia, aby mówić o tym, że ktoś jest **psychoterapeutką** bądź **psychoterapeutą**. Konieczne jest „całościowe podyplomowe szkolenie w psychoterapii dla osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych na poziomie magisterskim, obejmujące od 1 października 2007 r. co najmniej 1200 godzin w ciągu co najmniej czterech lat”<sup>11</sup>. W trakcie szkolenia osoby przygotowujące się do pracy w zawodzie psychoterapeuty oprócz szkolenia teoretycznego odbywają staż kliniczny w szpitalach psychiatrycznych, roz-

---

<sup>8</sup> Certyfikowani superwizorzy i psychoterapeuci Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, [www.sekcjapsychoterapii.pl](http://www.sekcjapsychoterapii.pl) [dostęp: 21.06.2021].

<sup>9</sup> Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt, [www.gestaltpolka.org.pl](http://www.gestaltpolka.org.pl) [dostęp: 21.06.2021].

<sup>10</sup> Rejestr psychoterapeutów, strona internetowa Polskiej Rady Psychoterapii, [www.prp.org.pl](http://www.prp.org.pl) [dostęp: 21.06.2021].

<sup>11</sup> R. Mizerska, H. Pinkowska-Zielińska, A. Jankiewicz, D. Modrzyńska, M. Kostrzewski, S. Wojtysiak, *Psychoterapia. Vademecum*, Polska Rada Psychoterapii, Warszawa 2018, s. 19.

poczynają prowadzenie sesji psychoterapeutycznych, a także uczestniczą w psychoterapii własnej. Te wymogi odnośnie do szkolenia są podzielane przez większość organizacji i ośrodków szkolących w zawodzie psychoterapeuty w Polsce. Należy zaznaczyć, że ukończenie dwóch z czterech lat szkolenia psychoterapeutycznego w większości przypadków pozwala osobie na prowadzenie psychoterapii pod okiem superwizora z informacją dla pacjentów/klientów, że jest to **psychoterapeutka/psychoterapeuta w trakcie szkolenia**.

Kolejną grupą psychoterapeutek i psychoterapeutów są osoby, które legitymują się **certyfikatem psychoterapeuty**. Certyfikat psychoterapeutyczny można uzyskać, spełniając odpowiednie wymogi jednostek lub towarzystw certyfikujących. Certyfikaty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego czy Europejskiego Towarzystwa Psychoterapii (EAP – European Association of Psychotherapy) uzyskuje się w oddzielnej procedurze niż ukończenie studiów psychoterapeutycznych. Podobnie jest z certyfikatami związanymi z terapią uzależnień. Żeby pokazać, jak wygląda procedura przyznawania certyfikatu psychoterapeuty, odwołamy się do wymogów, które stawia przed kandydatami Polskie Towarzystwo Psychologiczne<sup>12</sup>. Są to następujące warunki:

- posiadanie wykształcenia wyższego w stopniu magistra przy czym osoby o wykształceniu innym niż psychologiczne powinny przed przystąpieniem do procedury zdać egzamin z psychologii klinicznej przed podkomisją powołaną przez Komisję Certyfikatów Psychoterapeutycznych;
- 5 lat samodzielnej pracy psychoterapeutycznej w wymiarze nie mniejszym niż 10 godzin tygodniowo, w tym co najmniej 300 godzin praktyki prowadzonej pod superwizją;
- 1250 godzin szkolenia teoretycznego i praktycznego w zakresie psychoterapii, w tym co najmniej 150 godzin superwizji, w tym co najmniej 30 godzin procesu indywidualnego u jednego superwizora;
- staż kliniczny umożliwiający kontakt z pacjentami o różnej diagnozie – minimum 300 godzin, z czego co najmniej 150 godzin odbytych na oddziałach ogólnopsychiatrycznych stacjonarnych lub dziennych dla dorosłych, pozostała

---

<sup>12</sup> Na podstawie Uchwały Zarządu Głównego PTP z dnia 18 listopada 2009 r. ze zmianami uchwalonymi przez Zarząd Główny w dniu 6 czerwca 2012 r., 20 listopada 2013 r., 25 czerwca 2014 r., 24 czerwca 2015 r., 23 listopada 2016 r., 28 czerwca 2017 r. oraz 28 marca 2018 r. (tekst ujednolicony), [www.ptp.org.pl](http://www.ptp.org.pl) [dostęp: 25.06.2021].

część może być odbyta w innej placówce prowadzącej psychoterapię, pod warunkiem, że jest tam zatrudniony co najmniej jeden certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego;

–własna psychoterapia szkoleniowa spójna z wyuczonym i stosowanym podejściem, umożliwiająca kandydatowi zwiększenie świadomości swojego osobistego wkładu w proces psychoterapii i umożliwiająca mu kontrolę tego wkładu – co najmniej 250 godzin, w tym co najmniej 60 godzin psychoterapii indywidualnej lub co najmniej 100 godzin innych form doświadczenia rozwojowego w relacji z tą samą osobą, certyfikowaną przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne lub Psychiatryczne lub zaakceptowaną przez ośrodek szkolący. Osoba ta, ze względu na znaczenie relacji terapeutycznej, nie może pełnić wobec kandydata w trakcie całego szkolenia innych ról, np. osoby szkolącej (z wyłączeniem wykładowcy), superwizora, egzaminatora.

W celu uzyskania certyfikatu psychoterapeuty niezbędne jest dodatkowo przedstawienie następujących dokumentów: wypełnionej ankiety wg załącznika nr 1 do uchwały, podpisanej deklaracji profesjonalnej odpowiedzialności psychoterapeuty, pisemnego oświadczenia dwóch superwizorów, którzy ręczą za wiedzę teoretyczną, doświadczenie zawodowe i cechy osobowościowe kandydata pozwalające na wzięcie odpowiedzialności za samodzielne prowadzenie procesu psychoterapii. Komisja będzie brała pod uwagę oświadczenia superwizorów psychoterapii certyfikowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Jeden z superwizorów może być superwizorem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub w uzasadnionych przypadkach, po uzyskaniu akceptacji Komisji, superwizorem innego towarzystwa pod warunkiem, że stosuje ono podobne do Polskiego Towarzystwa Psychologicznego kryteria i procedurę uzyskiwania certyfikatu. Poręczenie powinno zawierać informację o tym kiedy, w jakim wymiarze czasowym i w jakiej formie (indywidualna/grupowa) superwizja była prowadzona, opis dwóch przypadków prowadzonej psychoterapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, które kandydat przedstawia, jako przykład udanego i nieudanego procesu psychoterapii, przeprowadzonej po ukończeniu szkolenia wymaganego do uzyskania certyfikatu. Opisy powinny dotyczyć procesów terapii zakończonej nie dawniej, niż dwa lata przed przedstawieniem Komisji i zawierać diagnozę kliniczną, warunki kontraktu, fazy procesu psychoterapii, podsumowanie i ocenę skuteczności. Można załączyć zapis przykładowej sesji; (prosimy, aby opisy były wydrukowane dwustronnie z numeracją stron i zszyte, bez oprawy twardej czy bindowania); Komisja ma prawo w uzasadnionych sytuacjach zwrócić się do kandydata z prośbą o przedstawienie dodatkowego opisu przypadku<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Ibidem.



Przywołanie tak obszernego fragmentu regulacji dotyczących uzyskania certyfikatu psychoterapeutycznego w niniejszym tekście wydaje się uzasadnione, ponieważ nie tylko objaśnia on, na czym polega procedura przyznawania tego tytułu, lecz także pokazuje, jak szerokie i wieloaspektowe jest szkolenie czy – mówiąc szerzej – przygotowanie do wykonywania zawodu psychoterapeuty. Przywoływane powyżej Polskie Towarzystwo Psychiatryczne również precyzuje warunki uzyskania certyfikatu psychoterapeuty<sup>14</sup>. Wspólne punkty to przede wszystkim odpowied-

---

<sup>14</sup> „O Certyfikat Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego mogą się ubiegać lekarze, psychologowie oraz osoby posiadające inne wykształcenie wyższe na poziomie magisterskim, które: 1. Ukończyły całościowy, co najmniej 4-letni kurs psychoterapii atestowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. W atestowanym kursie psychoterapii mogą uczestniczyć osoby spełniające warunki związane z wykształceniem (jak wyżej) oraz będące członkami Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Naukowej Psychoterapii lub Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP od początku kursu i mające opłacone składki członkowskie. 2. Uzyskały pozytywną opinię (rekomendację) superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Opinia superwizora, dotycząca dopuszczenia do egzaminu na certyfikat, powinna kończyć się jednoznaczną konkluzją, dotyczącą przygotowania kandydata do samodzielnego prowadzenia psychoterapii w opiece zdrowotnej i innych obszarach. 3. Kandydaci do certyfikatu powinni wykazać się doświadczeniem klinicznym, wynikającym z co najmniej 5 lat pracy (lub wolontariatu) w instytucji prowadzącej działalność kliniczną w zakresie psychoterapii lub powinni mieć specjalizację w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży (w przypadku lekarzy) lub specjalizację z psychologii klinicznej (w przypadku psychologów). 4. Odbłyły 150 godzin dydaktycznych superwizji, prowadzonych przez superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Co najmniej 60 sesji powinno być przeprowadzone przez superwizora rekomendującego (z Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego). 4. a) W szczególnych przypadkach kandydat może skorzystać z 30 sesji superwizji u superwizora z innego towarzystwa psychoterapeutycznego, przy spełnieniu łącznie trzech kryteriów poniżej: towarzystwo musi mieć charakter naukowy oraz uznaną pozycję krajową lub międzynarodową, superwizor musi być superwizorem danego towarzystwa według zasad obowiązujących w tym towarzystwie, superwizja realizowana u superwizora z innego towarzystwa musi być zaakceptowana przez superwizora rekomendującego. [Uchwała SNP i SNTR nr 1/14.04.2017]. 4. b) Kandydat może również superwizować się u superwizora aplikanta, ale w wymiarze nie większym niż 50 godz. superwizji. Superwizor aplikant nie może być głównym rekomendującym superwizorem. 4. c) Superwizor jest odpowiedzialny za uzyskanie przez kandydata wystarczających umiejętności praktycznych oraz jego przygotowanie do egzaminu. Jest zobowiązany do znajomości zasad i wymagań dotyczących ubiegania się o certyfikat psychoterapeuty i do uczestniczenia w egzaminie. 4. d) Superwizji należy poddać co najmniej 5 procesów psychoterapeutycznych. Osoby, które rozpoczęły superwizję po 1 września 2004r., po-

nie szkolenie, superwizja i staż kliniczny, a także doświadczenie zawodowe, zdobywane po zakończeniu studiów psychoterapeutycznych. Trzecim z certyfikatów, który weryfikuje umiejętności psychoterapeutyczne i wiąże się z oddzielną procedurą uzyskiwania go, jest certyfikat Europejskiego Towarzystwa Psychoterapii (European Association for Psychotherapy, EAP) – czyli Europejski Certyfikat Psychoterapeuty (European Certificate of Psychotherapy, ECP). Wymogi uzyskania tego certyfikatu rozszerzone są na okres studiów przed zasadniczym szkoleniem psychoterapeutycznym, muszą być to studia akademickie na kierunkach społecznych lub humanistycznych<sup>15</sup>. Pozostałe wymogi są zbliżone do certyfikatów, o któ-

---

winny odbywać obowiązkowo superwizję indywidualną i grupową. Co najmniej 50 sesji powinno przebiegać w trybie superwizji indywidualnej, a co najmniej 50 sesji w trybie superwizji grupowej (w grupach liczących nie więcej niż 12 osób). 50 sesji może być przeznaczona na superwizję indywidualną lub grupową, zależnie od wspólnej decyzji superwizora i superwizowanego. 4. e) Grupy Balinta, zależnie od sposobu prowadzenia, mogą być traktowane jako część superwizji grupowej (do 50 sesji) lub doświadczenia własnego (do 50 sesji). 5. Po rozpoczęciu całonocnego kursu psychoterapii odbyły 250 godzinnych sesji doświadczenia własnego, rozumianego jako indywidualna lub grupowa praca nad problematyką własną (np. zgrupowanie dydaktyczno-treningowe, psychodrama, genogram, trening interpersonalny lub terapia własna), prowadzonych przez certyfikowanych psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Psychologicznego. 6. a) Po rozpoczęciu całonocnego kursu psychoterapii odbyły staż w wymiarze 360 godz. we wskazanym przez superwizora rekomendującego akredytowanym ośrodku/ośrodkach lub 6. b) Pracują w ośrodku akredytowanym i odbyły staż w wymiarze 120 godz. w innym wskazanym przez superwizora rekomendującego akredytowanym ośrodku o odmiennym podejściu, 6. c) Staż można odbyć w różnych ośrodkach pod warunkiem, że żadna z części nie będzie mniejsza niż 120 godzin. 7. Od 01.09.2022 r. do egzaminu mogą być dopuszczone jedynie osoby, będące członkami jednej z Sekcji: Sekcji Naukowej Psychoterapii albo Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego od minimum 4 lat. Do tego czasu wystarczająca jest przynależność do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i jednej z Sekcji”. Za: Jak uzyskać certyfikat psychoterapeuty? – Sekcja Naukowa Psychoterapii, [www.sekcyjnanaukowapsychoterapii.org](http://www.sekcyjnanaukowapsychoterapii.org) [dostęp: 26.06.2021].

<sup>15</sup> „Kandydaci powinni spełniać następujące warunki: • odbycie 3200 godzin szkolenia w ciągu nie mniej niż 7 lat, w tym co najmniej 3 lata wykształcenia akademickiego o charakterze społecznym lub humanistycznym (w polskim systemie wymagane są pięcioletnie studia magisterskie, równoważne 2000 godzin szkolenia) i co najmniej 4 lata szkolenia specjalistycznego w zakresie psychoterapii • praca w charakterze psychoterapeuty w ciągu co najmniej 3 lat po zakończeniu szkolenia. Specjalistyczne 4-letnie szkolenie kandydata powinno składać się z, co najmniej, 1200 godzin i zawierać w sobie następujące elementy: 1. 250 godzin osobistego doświadczenia psychoterapeutycznego (lub ekwiwalentu, stosownie do uprawnień przez kandydata podejścia),

rych wspomniałem powyżej. Europejskie Towarzystwo Psychoterapii nie wymaga natomiast przygotowywania opisu przypadków (procesów terapeutycznych). Warto zwrócić uwagę, że o trzy opisane powyżej certyfikaty psychoterapeutyczne mogą się ubiegać osoby, które spełniają wymogi zapisane w regulaminach, nie jest jednak ważna modalność psychoterapeutyczna, w której pracują.

Inną ścieżkę przygotowywania się do certyfikatu przechodzą osoby, które chcą uzyskać tytuł i uprawnienia **terapeuty uzależnień** (specjalisty psychoterapii uzależnień). Składa się na nie trój etapowe szkolenie, a także egzamin certyfikacyjny. W trakcie szkolenia, które trwa zwykle dwa lub trzy lata, przewidziane są treningi psychologiczne (sto godzin), zajęcia teoretyczne (nie mniej niż sto godzin), zajęcia praktyczne (450 godzin), na kolejnych etapach staż kliniczny i zajęcia superwizyjne. Po szkoleniu osoba, która chce uzyskać certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, zdaje egzamin, podczas którego oprócz wykazania się wiedzą specjalistyczną przedstawia parce pisemne będące: a. studium przypadku – plan i opis terapii przeprowadzonej z osobą uzależnioną, b. studium przypadku – plan i opis terapii przeprowadzonej z osobą współuzależnioną<sup>16</sup>.

Chcąc zobrazować w pełni sytuację dotyczącą uzyskiwania certyfikatu psychoterapeutycznego w Polsce, należy też wspomnieć o certyfikatach, które wydają organizacje zrzeszające i szkolące psychoterapeutów praktykujących w jednej z modalności czy orientacji psychoterapeutycznej. Do takich certyfikatów trzeba zaliczyć m.in. certyfikat Polskiego Towarzystwa

---

zapewniającego możliwość rozpoznawania i radzenia sobie z własnym zaangażowaniem w proces psychoterapii 2. 150 godzin superwizji obejmującej co najmniej 2 lata praktyki zawodowej w trakcie szkolenia 3. staż kliniczny w placówce zajmującej się zdrowiem psychicznym, zapewniający wystarczające doświadczenie w zakresie kryzysów psychicznych i socjalnych oraz współpracy z innymi specjalistami z zakresu zdrowia psychicznego 4. szkolenie teoretyczne ok. 600 godzin”. Za: Europejski Certyfikat Psychoterapeuty EAP – Sekcja Naukowa Psychoterapii, [www.sekcjanaukowapsychoterapii.org](http://www.sekcjanaukowapsychoterapii.org) [dostęp: 26.06.2021].

<sup>16</sup> Zarządzenie nr 2 Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z 11 stycznia 2019 r. w sprawie organizacji systemu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych potwierdzonych certyfikatami: specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień wraz z załącznikami, strona internetowa Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) [dostęp: 26.06.2021].

Psychoterapii Psychodynamicznej<sup>17</sup>, certyfikat Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej<sup>18</sup> czy certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej. Kwerenda stron internetowych, które administrowane są przez inne organizacje, przynosi informacje o kolejnych: certyfikat Polskiego Instytutu Psychodramy, certyfikat terapii EMDR, certyfikat EFT (Emotionally Focused Therapy), certyfikat Wielkopolskiego Towarzystwa Terapii Systemowej, certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej, certyfikat Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt, certyfikat Polskiej Federacji Psychoterapii, certyfikat NEST (New Experience for Survivors of Trauma) czy certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologii Analitycznej.

Kolejnymi funkcjonującymi w środowisku psychoterapeutycznym nazwami są **superwizor** i **superwizor-aplikant**. O ile określenie superwizor-aplikant można intuicyjnie odnieść do osoby, która przygotowuje się do uzyskania tytułu superwizora, o tyle w przypadku drugiego pojęcia sytuacja jest nieco bardziej skomplikowana i, podobnie jak to było w przypadku certyfikatu psychoterapeuty, ważne jest przedstawienie zasad uzyskania tytułu superwizora na podstawie procedury przyjętej przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. O certyfikat superwizora psychoterapii mogą ubiegać się ci, którzy:

- 1) legitymują się aktualnym certyfikatem psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Komisja może zdecydować o rozpatrzeniu wniosku kandydata legitymującego się certyfikatem psychoterapeuty innego uznanego stowarzyszenia, zrzeszającego profesjonalnych psychoterapeutów, stosujących podejście potwierdzone naukowo i klinicznie. W przypadku różnic kryteriów lub/i procedur między Polskim Towarzystwem Psychologicznym a stowarzyszeniem, w którym kandydat uzyskał certyfikat psychoterapeuty (np. w zakresie terapii własnej,

---

<sup>17</sup> Certyfikat jest możliwy do uzyskania tylko przez członków Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej. Osoba ubiegająca się o certyfikat musi pracować w nurcie psychodynamicznym. O certyfikat można się ubiegać w ciągu trzech lat po szkoleniu psychoterapeutycznym. Za: Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, [www.ptppd.pl](http://www.ptppd.pl) [dostęp: 25.06.2021].

<sup>18</sup> Uzyskanie tego certyfikatu jest efektem końcowym czteroletniego szkolenia psychoterapeutycznego. Za: Strona Internetowa Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, [www.ptpb.org.pl](http://www.ptpb.org.pl) [dostęp: 25.06.2021].

- superwizji, poręczeń superwizorów, prezentacji własnej praktyki, osobistego stawiennictwa), Komisja Certyfikatów będzie oczekiwać od kandydata uzupełnienia brakujących doświadczeń lub/i dokumentów;
- 2) zrealizowali w ciągu co najmniej pięciu lat co najmniej 250 godzin własnej pracy superwizorskiej, podadzą ilu psychoterapeutów superwizowali, w jakim wymiarze czasowym, gdzie osoby superwizowane były/są zatrudnione, w jakim podejściu i z jakimi pacjentami prowadziły psychoterapię;
  - 3) przedstawią ilustrację własnej pracy superwizorskiej, zawierającą: opis własnego modelu prowadzenia superwizji; opis co najmniej półrocznego procesu superwizji wybranego superwizującego się lub/i grupy superwizyjnej, przedstawiający wpływ superwizji na przebieg pracy terapeutycznej superwizującej się osoby/osób;
  - 4) przedłożą pisemne rekomendacje swojej pracy superwizorskiej od dwóch superwizorów, w tym co najmniej jednego superwizora Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, zawierające informacje o pracy superwizorskiej kandydata, na podstawie których superwizor go rekomenduje;
  - 5) przedstawią pisemnie swoją aktywność szkoleniową: uczestnictwo w konferencjach naukowych, prowadzone szkolenia i warsztaty, publikacje, itp.<sup>19</sup>

Jak wynika z zapisów, rolą superwizora jest pomaganie psychoterapeutom w ich codziennej pracy z pacjentami/klientami. Superwizor psychoterapii to zatem „psychoterapeuta z dłuższym doświadczeniem zawodowym, monitorujący proces psychoterapeutyczny prowadzony przez psychoterapeutę lub grupę psychoterapeutów. Superwizor pomaga psychoterapeucie w konceptualizacji problemu pacjenta, pomaga dobrać odpowiednie techniki czy metody w pracy z nim”<sup>20</sup>. Nie sposób nie wspomnieć w tym miejscu, że superwizja to jedna z najważniejszych aktywności (poza sesjami psychoterapeutycznymi) w zawodzie psychoterapeuty. Jak piszą autorzy opracowania *Psychoterapia. Vademecum*:

---

<sup>19</sup> Warunki formalne i procedury uzyskiwania oraz odnawiania ważności certyfikatów psychoterapeuty i superwizora psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Za: Uchwała Zarządu Głównego PTP z dnia 18 listopada 2009 r. ze zmianami uchwalonymi przez Zarząd Główny w dniu 6 czerwca 2012 r., 20 listopada 2013 r., 25 czerwca 2014 r., 24 czerwca 2015 r., 23 listopada 2016 r., 28 czerwca 2017 r. oraz 28 marca 2018 r. (tekst ujednolicony), [www.ptp.org.pl](http://www.ptp.org.pl) [dostęp: 25.06.2021]; Certyfikat psychoterapeuty i superwizora terapii, strona internetowa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, [www.ptp.org.pl](http://www.ptp.org.pl) [dostęp: 26.06.2021].

<sup>20</sup> Za: Strona Internetowa Polskiej Rady Psychoterapii, [www.prp.org.pl](http://www.prp.org.pl) [dostęp: 21.06.2021].

Superwizja jest stałym i niezbędnym elementem wykonywania zawodu psychoterapeuty. Ze względu na swoją specyfikę, zawód psychoterapeuty wymaga szczególnej uwagi na zjawiska zachodzące pomiędzy psychoterapeutą i pacjentem. Dzieje się to poprzez wnikliwą refleksję i krytyczne badanie relacji terapeutycznej (...) Superwizja praktyki klinicznej obejmuje refleksją obszar diagnozy, sposób prowadzenia procesu psychoterapii, konceptualizację problemów pacjenta czy zastosowane techniki. Ma ona charakter wsparcia, monitorowania procesu terapeutycznego i szkolenia. Ważnym elementem procesu superwizji jest kształtowanie standardów pracy psychoterapeuty i uważność na zagadnienia związane z etyką zawodową w dziedzinie<sup>21</sup>.

Zatem superwizja jest stałym, obecnym w życiu zawodowym psychoterapeutki czy psychoterapeuty procesem, który pozwala na utrzymywanie standardów pracy psychoterapeutycznej, a co za tym idzie – bardziej efektywnej pomocy dla klientów/pacjentów będących w procesach psychoterapeutycznych.

## Zakończenie

Jak wskazano wcześniej, wielkość populacji osób, które pracują w zawodzie psychoterapeuty w Polsce, jest w tej chwili niemożliwa do oszacowania. Istniejące systemy, w których można odnaleźć spisy psychoterapeutek i psychoterapeutów, są niepełne, a w zasadzie szcątkowe. Na tym tle dużo pełniejszy obraz dają uregulowania przyjęte przez organizacje psychoterapeutyczne, dotyczące tego, kto i z jakim przygotowaniem może pracować w tym zawodzie. Nie są one wprawdzie prawnie wiążące, ale w dobie powszechnego dostępu do informacji, a nade wszystko wzrastającej świadomości potencjalnych klientów/pacjentów, dają szanse na otrzymanie profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej.

---

<sup>21</sup> R. Mizerska, H. Pinkowska-Zielińska, A. Jankiewicz, D. Modrzyńska, M. Kostrzewski, S. Wojtysiak, *Psychoterapia. Vademecum*, s. 15.

## **Psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce. Próba opisu populacji na podstawie dostępnych badań**

### **Wprowadzenie**

Po przyjrzeniu się specyfice poszczególnych aktywności w polu psychoterapii zostanie podjęta próba określenia, jakie cechy populacji psychoterapeutek i psychoterapeutów możliwe są do wskazania na podstawie dostępnych badań. Ważne byłoby ustalenie, kto zajmuje się psychoterapią w Polsce (płeć, wiek), czy psychoterapia dostępna jest w ofercie prywatnej czy też instytucjach publicznych, na ile dostępna jest psychoterapia w poszczególnych województwach, a także miejscowościach z uwagi na ich wielkość, w jakich modalnościach pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce czy wreszcie jakie szkolenia i jakie certyfikaty mają osoby pracujące w zawodzie psychoterapeuty.

### **Kwerenda dotychczasowych badań**

W literaturze przedmiotu (zarówno polskojęzycznej, jak i anglojęzycznej) jest tylko kilka analiz opartych na badaniach tego, kto praktykuje psychoterapię w Polsce i w jaki sposób się to robi. Autorzy opublikowanego w 2017 r. artykułu mówią o pięciu badaniach<sup>1</sup>. Do nich trzeba do-

---

<sup>1</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część I. Przegląd badań dotychczasowych*, „Psychiatria” 2017, nr 14(2), s. 86.

liczyć również to, którego częścią była kwerenda dotychczasowych badań<sup>2</sup>. Kolejne raporty z badań ukazujące, w jaki sposób praktykuje się psychoterapię, ukazały się odpowiednio w 2018<sup>3</sup>, 2020<sup>4</sup> oraz 2021 r.<sup>5</sup> Autorzy przywoływanego artykułu we wnioskach podsumowujących piszą w jednym z punktów, że „brakuje aktualnych danych empirycznych ukazujących obraz psychoterapii w Polsce”<sup>6</sup>, na co odpowiedzią są zarówno prowadzone przez nich badania, jak i te z kolejnych lat. Przeprowadzona na potrzeby tej monografii kwerenda pokazuje, że nie ma, oprócz badań Moniki Frąckowiak-Sochańskiej i Marcina Hermanowskiego, badań prowadzonych nad psychoterapią (a dokładnie mówiąc nad tym, jak praktykuje się psychoterapię w Polsce) na wydziałach i w instytutach socjologii w Polsce. Refleksja socjologiczna dotyczy raczej socjologii zdrowia psychicznego, a także wpływu psychoterapii na kulturę i funkcjonowanie społeczeństwa.

W niniejszym opracowaniu na podstawie przeprowadzonych badań, a także tekstów analitycznych zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytanie o to, kto zajmuje się psychoterapią w Polsce.

Na początek warto przyrzeć się ustaleniom Huberta Suszka i współpracowników<sup>7</sup>, którzy jako pierwsze przywołują badanie dotyczące praktykowania psychoterapii w Polsce, opisane w 1979 r. przez zespół, w skład którego wchodził Kuliszkiewicz, Dominik i Madej. W przeprowadzonym badaniu odpowiedzi na pytania dotyczące pracy psychoterapeutycznej udzieliło 363 psychiatrów i psychologów. Jak piszą autorzy: „Wynik pokazał, że w tym okresie istniało wiele pytań na temat tego, w jaki sposób należy praktykować psychoterapię, jak rów-

---

<sup>2</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II...*, ss. 90–100.

<sup>3</sup> A. Szymańska, L. Grzesiuk, H. Suszek, K. Dobrenko, M. Rutkowska, K. Krawczyk, *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii*, „Psychiatria Polska” 2018, nr 52(4).

<sup>4</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza...*

<sup>5</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*

<sup>6</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część I...*, s. 88.

<sup>7</sup> Ibidem, s. 86.



niez wątpliwości co do samej zasadności jej stosowania. Co ciekawe, już w tym okresie większość respondentów skłaniała się do orientacji eklektycznej<sup>8</sup>, czyli orientacji integracyjnej i eklektycznej opisywanej powyżej w zestawieniu metod terapeutycznych. W opublikowanych w tym samym roku wynikach badania Łapiński, Malatyńska, Orwid, Osuchowska i Piotrowski wskazują, że w 617 ośrodkach leczenia psychiatrycznego psychoterapię praktykuje 57 pracowników w nich zatrudnionych<sup>9</sup>. Inne przywoływane w literaturze przedmiotu badanie opublikowane w 1980 r. oparte jest na ankietach, które wypełniali psychoterapeuci z 23 krajów. Polska uzyskała najniższy współczynnik liczby praktykujących psychoterapeutów na sto tysięcy mieszkańców. Jak podają autorzy, wynosił on 0,46<sup>10</sup>. To oznaczałoby, że na początku lat 80. XX w. na dwa miliony mieszkańców Polski przypadało dziewięć osób zajmujących się psychoterapią. Idąc dalej, gdyby przyjąć, że ten współczynnik oddawał w pełni sytuację w Polsce, to liczba psychoterapeutek i psychoterapeutów nie przekraczała dwustu osób. Jeśli chodzi o ilość osób zajmujących się psychoterapią, to sytuacja zmieniała się po przemianach społeczno-ustrojowych i gospodarczych w Polsce po 1989 r. To stwierdzenie można poprzeć badaniami, które zostały zrealizowane w 2012, a ogłoszone w 2016 r. W międzyczasie prowadzono badania dotyczące powszechności stosowania psychoterapii w lecznictwie psychiatrycznym<sup>11</sup>. W zrealizowanych w 1995 r. badaniach na 168 placówkach, w których potencjalnie mogła być prowadzona psychoterapia, działania o takim charakterze były prowadzone w 30% ośrodków. Na tej podstawie autorzy oszacowali liczbę osób pracujących w zawodzie psychoterapeuty w Polsce na tysiąc<sup>12</sup>. Trzeba jeszcze wspomnieć o jednym badaniu, które było prowadzone na niewielkiej próbie 24 psychotera-

---

<sup>8</sup> Ibidem, s. 87.

<sup>9</sup> M. Łapiński, G. Malatyńska, M. Orwid, I. Osuchowska, A. Piotrowski, *Stan i perspektywy rozwoju psychoterapii w lecznictwie psychiatrycznym*, „Psychiatria Polska” 1979, nr 13(4), s. 350.

<sup>10</sup> M.M. Fichter, H.U. Wittchen, *Clinical psychology and psychotherapy: a survey of the present state of professionalization in 23 countries*, „Am Psychol” 1980, nr 35, s. 22.

<sup>11</sup> J.C. Czabała, B. Mroziak, *Stosowanie psychoterapii w Polsce*, „Psychoterapia” 1996, nr 100(4), ss. 20–26.

<sup>12</sup> Ibidem.

peutów z Polski, a łącznie 181 z siedmiu krajów<sup>13</sup>. Tu interesujące było wskazanie badanych, że pracują w orientacji teoretycznej poznawczo-behawioralnej lub psychodynamicznej, a szkolenie przygotowujące do zawodu trwało trzy lata. Należy zgodzić się z autorami badań z 2012 r., którzy uzasadniając podjęcie rozległych badań nad tym, kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce, napisali, że „stan wiedzy na temat psychoterapii w Polsce jest niewielki, dostępne dane nie są aktualne i pochodzą z badań wśród małych liczebnie prób. Wskazane wydaje się uzupełnienie tej luki, tym bardziej że w wielu krajach prowadzone były badania mające na celu określenie kim są psychoterapeuci i czym charakteryzuje się ich praktyka”<sup>14</sup>. Autorzy podają przykłady badań z różnych krajów, gdzie próby badawcze były znacznie większe: m.in. badania amerykańskie: n = 2607, badania brytyjskie: n = 4126, badania argentyńskie: n = 525 czy badania chińskie: n = 1232<sup>15</sup>.

## Psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce na podstawie dostępnych badań

Na potrzeby niniejszego opracowania zostaną porównane dane, które pochodzą z czterech ogłoszonych artykułów lub raportów z badań: *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania* przygotowanego przez Huberta Suszka, Lidie Grzesiuk, Rafała Styłę i Krzysztofa Krawczyka afiliowanych przy Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego i opublikowanego w 2017 r.<sup>16</sup>, *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii* przygotowanego przez Agnieszkę Szymańską (Uniwersytet Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Wydział Filozofii Chrześci-

---

<sup>13</sup> J.C. Czabała, C.A. Brykczyńska, *Psychoterapeuci w Polsce na tle innych krajów europejskich – badania w wybranych ośrodkach psychoterapeutycznych*, „Psychoterapia” 2000, nr 115(4), ss. 5–12.

<sup>14</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część I...*, s. 87.

<sup>15</sup> Ibidem.

<sup>16</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II...*, ss. 90–100.

jańskiej, Instytut Psychologii), Lidię Grzesiuk, (Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii), Huberta Suszka (Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii), Kamilę Dobrenko (Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii Stosowanej), Małgorzatę Rutkowską (Instytut Analizy Grupowej „Rasztów”) i opublikowanego w 2018 r.<sup>17</sup>, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza: marzec–wrzesień 2020* przygotowanego przez Monikę Frąckowiak-Sochańską oraz Marcina Hermanowskiego (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Socjologii) i opublikowanego w 2020 r.<sup>18</sup>, a także *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga: październik 2020–marzec 2021* przygotowanego przez Monikę Frąckowiak Sochańską oraz Marcina Hermanowskiego i opublikowanego w 2021 r.<sup>19</sup>. Wybór tych badań jest uzasadniony merytorycznie: to badania, które dotyczą tych cech pracy psychoterapeutycznej w Polsce, które są głównym przedmiotem zainteresowań w niniejszym opracowaniu. Nie bez znaczenia jest także fakt, że są to badania publikowane w ostatnich pięciu latach, a także, co już wcześniej zostało podkreślone, że są to jedyne (powstałe w ostatnim czasie) dostępne w polskojęzycznej i anglojęzycznej literaturze badania pokazujące, jak wygląda struktura grupy zawodowej psychoterapeutek oraz psychoterapeutów w Polsce. Porównanie wyników badań przeprowadzonych przez przywołane zespoły badawcze daje szansę na stworzenie obrazu środowiska psychoterapeutycznego w Polsce w odniesieniu do kilku podstawowych kategorii je charakteryzujących. Są to:

- a. płeć psychoterapeutek i psychoterapeutów, a dokładniej proporcje płci w tym zawodzie,
- b. wiek osób wykonujących pracę psychoterapeutyczną,
- c. miejsce wykonywania pracy terapeutycznej – zarówno w kategoriach rodzaju instytucji czy działalności, jak i w kategoriach wielkości miejscowości, gdzie praktyka psychoterapeutyczna jest pro-

---

<sup>17</sup> A. Szymańska, L. Grzesiuk, H. Suszek, K. Dobrenko, M. Rutkowska, K. Krawczyk, *Badania polskich psychoterapeutów...*

<sup>18</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza...*

<sup>19</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*

- wadzona; do dyspozycji mamy też dane dotyczące województw, w których pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci,
- d. nurt psychoterapeutyczny/orientacja teoretyczna/modalność, w których psychoterapeutki i psychoterapeuci pracują,
  - e. rodzaj szkolenia w zawodzie psychoterapeuty,
  - f. posiadany lub nie certyfikat psychoterapeutyczny,
  - g. formy psychoterapii, w których badani pracują (psychoterapia indywidualna osób dorosłych, psychoterapia par, psychoterapia rodzin, psychoterapia dzieci i młodzieży, psychoterapia grupowa).

Większość wyżej wymienionych kategorii jest przedstawiana we wszystkich badaniach, które będą analizowane. Niektóre obecne są tylko w dwóch bądź jednym, jednak ich zestawienie daje szansę na ukazanie całościowego obrazu pracy psychoterapeutycznej w Polsce.

Na początek zostanie omówiony sposób prowadzenia badań, a także ich zasięg. Autorzy badania opublikowanego w 2017 r. piszą, że badanie miało pomóc uzyskać informacje 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”<sup>20</sup>. Autorzy pozyskali respondentów dzięki: ogłoszeniom na stronach największych towarzystw psychoterapeutycznych, wysyłaniu e-maili do stowarzyszeń, grup i instytucji zajmujących się psychoterapią, wysyłaniu e-maili na adresy podawane przez psychoterapeutki i psychoterapeutów na ich stronach internetowych oraz wreszcie rozpropagowywaniu informacji w mediach społecznościowych (Facebook, GoldenLine). Autorzy dystrybuowali też ankiety w wersji papierowej podczas ogólnopolskich konferencji poświęconych psychoterapii. Badanie było prowadzone od stycznia do grudnia 2012 r. Łączna liczba osób, które wzięły w nim udział, to 1838, z czego w analizie uwzględniono odpowiedzi 1196 osób<sup>21</sup> (n = 1196)<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II...*, s. 90.

<sup>21</sup> Jak piszą Autorzy: „W analizie uwzględniono odpowiedzi 1196 osób, które wypełniły prawie całą ankietę, to znaczy zakończyły ją nie wcześniej niż na pytaniu dotyczącym wykształcenia”. Ibidem, s. 91.

<sup>22</sup> Ibidem, s. 90.

Autorzy badania opublikowanego w 2018 r. piszą:

W niniejszym badaniu poszukujemy odpowiedzi na pytanie czy polscy psychoterapeuci stosują specyficzne metody pracy, czy też posługują się wieloma metodami terapeutycznymi wobec wyodrębnionych ze względu na rodzaj zaburzeń kategorii pacjentów. Zadajemy również pytanie, które metody pracy w próbie polskich psychoterapeutów są najczęściej łączone i czy łączenie to odbywa się wewnątrz jednego nurtu teoretycznego<sup>23</sup>.

Aby dotrzeć do polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów, autorzy drogą elektroniczną wysłali ankietę do towarzystw psychologicznych oraz psychoterapeutycznych, ośrodków i poradni psychoterapeutycznych, instytutów/zakładów/katedr psychologii klinicznej, szpitali psychiatrycznych, a także osób deklarujących w Internecie prowadzenie psychoterapii. Autorzy nie podają, w jakim okresie było prowadzone badanie. W wyniku rozpowszechnienia informacji o badaniu wypełniono 1838 ankiet, z których do analizy zakwalifikowano odpowiedzi 1643 respondentów<sup>24</sup> (n = 1643)<sup>25</sup>.

Autorzy badania opublikowanego w 2020 r. zbierali dane w specyficznym czasie globalnej pandemii spowodowanej przez wirus SARS-CoV-2. Ich badanie dotyczyło nowej sytuacji, w której znaleźli się ludzie w 2020 r. „Trudno sobie wyobrazić rodzaj działalności gospodarczej, zachowań indywidualnych czy społecznych, relacji, aktywności na które pandemia nie miałyby choćby niewielkiego wpływu. Tak również jest w przypadku pracy psychoterapeutycznej”<sup>26</sup>. Przy okazji badania wpływu pandemii na działania psychoterapeutyczne autorzy zebrali informacje dotyczące cech demograficznych psychoterapeutek i psychoterapeutów, miejsca ich pracy, wykształcenia oraz orientacji teoretycznej, wedle zasad której prowadzą praktykę psychoterapeutyczną. Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem zamkniętych grup dostępnych na portalu społeczno-

---

<sup>23</sup> A. Szymańska, L. Grzesiuk, H. Suszek, K. Dobrenko, M. Rutkowska, K. Krawczyk, *Badania polskich psychoterapeutów...*, s. 734.

<sup>24</sup> Jak piszą Autorzy: „W analizie wyników nie uwzględniono ankiet, w których stwierdzono znaczne braki danych w zakresie liczonych zmiennych”. Ibidem.

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza...*, s. 2.

ściowym Facebook, które skupiają psychoterapeutki i psychoterapeutów, stron internetowych i fanpage'ów organizacji zrzeszających psychoterapeutki i psychoterapeutów różnych modalności, a także poprzez wysyłanie e-maili na adresy podawane przez psychoterapeutki i psychoterapeutów na ich stronach internetowych. Badanie trwało od początku sierpnia do końca września 2020 r. W wyniku rozpowszechnienia informacji autorzy zebrali 382 ankiety (n = 382)<sup>27</sup>.

Autorzy badania opublikowanego w 2021 r. ponowili badanie psychoterapeutek i psychoterapeutów z sierpnia i września 2020 r. na przełomie 2020 i 2021 r. Miało to związek ze zmieniającą się sytuacją wynikającą z pandemii (druga fala, początek szczepień przeciw COVID-19), a co za tym idzie – zmieniającymi się możliwościami pracy psychoterapeutycznej. Jak piszą autorzy: „Zmiana charakteru pandemii, zmiana zachowań społecznych i indywidualnych na przestrzeni trwania pandemii, zmęczenie sytuacją pandemiczną to tylko kilka argumentów na rzecz kontynuowania badania polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów”<sup>28</sup>. Autorzy, podobnie jak w pierwszej części badań, dotarli do respondentów poprzez media społecznościowe, strony internetowe i pocztę elektroniczną. Badanie trwało od końca grudnia 2020 do początku marca 2021 r. W wyniku rozpowszechnienia informacji autorzy zebrali 328 ankiet (n = 328)<sup>29</sup>.

Jak wielokrotnie wspomiano, liczba osób pracujących psychoterapeutycznie w Polsce jest trudna do określenia, przyjęto jednak z pewną ostrożnością, że wszystkie badania, na podstawie których będzie charakteryzowana specyfika tej grupy zawodowej, spełniają warunek reprezentatywności. Próby: n = 1196, n = 1643, n = 382 czy n = 328 są dla konkretnej grupy zawodowej wystarczająco duże.

**Płeć.** We wszystkich analizowanych badaniach widać zdecydowaną różnicę pomiędzy liczbą psychoterapeutek a psychoterapeutów praktykujących w Polsce.

---

<sup>27</sup> Ibidem.

<sup>28</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*, s. 3.

<sup>29</sup> Ibidem.

Tabela 1. Płeć osób pracujących psychoterapeutycznie

Płeć	Badanie 2017 <sup>30</sup>	Badanie 2018	Badanie 2020	Badanie 2021
Kobieta	79,9%	79,9%	84,6%	85,1%
Mężczyzna	20,1%	20,1%	15,4%	14,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2017, 2018, 2020 i 2021 r.

We wszystkich analizowanych badaniach odnotowano proporcję, która jest charakterystyczna dla środowiska psychoterapeutycznego w Polsce i wielu innych krajach. Proporcja ta wynosi od 4:1 do 6:1, co oznacza, że na cztery, pięć lub sześć psychoterapeutek pracujących w zawodzie przypada jeden praktykujący psychoterapeuta. Chcąc pokazać, jak wygląda proporcja dotycząca płci reprezentowanej w zawodzie, warto przywołać ustalenia, wedle których w większości krajów „zawód zdominowały kobiety. W Australii stanowią 75% wszystkich terapeutów, w Argentynie 73%, w Chinach 73%, w Wielkiej Brytanii 69%, w Kanadzie 66%, oraz w Indiach także 66%”<sup>31</sup>. Są też kraje o proporcji odwrotnej, gdzie kobiety stanowią 25% i 35% psychoterapeutów, tak jest odpowiednio w Nowej Zelandii i Korei Południowej. Są też kraje, gdzie proporcje pomiędzy płciami są wyrównane: w Hiszpanii 54% terapeutów to kobiety, w Niemczech 57%, w Szwajcarii 51% czy w Norwegii 53%<sup>32</sup>. Feminizacja zawodów pomocowych wydaje się w Polsce trwałą tendencją. Można to zaobserwować nie tylko w aktywności psychotera-

<sup>30</sup> Dla większej przejrzystości w tabelach zastosowane zostaną następujące określenia – **Badanie 2017** dla wyników badań opisywanych w: H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II...*, ss. 90–100; **Badanie 2018** dla wyników badań opisywanych w: A. Szymańska, L. Grzesiuk, H. Suszek, K. Dobrenko, M. Rutkowska, K. Krawczyk, *Badania polskich psychoterapeutów...*; **Badanie 2020** dla wyników badań opisywanych w: M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza...*; **Badanie 2021** dla wyników badań opisywanych w: M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*

<sup>31</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II...*, s. 94.

<sup>32</sup> Ibidem.

peutycznej, lecz także w pracy socjalnej<sup>33</sup>, psychiatrii czy psychologii<sup>34</sup>. Niesie to za sobą pytania dotyczące zarówno kategorii płci kulturowej, jak i socjalizacji do roli kobiety. Jak pisze Anna Kotlarska-Michalska: „Nie ulega wątpliwości, że kobiety posiadają specyficzne cechy osobowościowe, będące skutkiem ukierunkowanej na opiekę socjalizacji”<sup>35</sup>. Te cechy to: (1) obowiązkowość, skrupulatność i większe zaangażowanie w pracę od mężczyzn, mimo że nienagradzane, (2) ambicja i świadomość, że w sferze zawodowej, by coś osiągnąć, trzeba zrobić więcej od mężczyzn, (3) dobra organizacja i podzielność uwagi, (4) silne poczucie odpowiedzialności za potomstwo, dlatego kobiety nie chcą stracić pracy, (5) silne poczucie odpowiedzialności materialnej za rodzinę<sup>36</sup>. Jak konkluduje Kotlarska-Michalska: „Kobiety decydujące się na pracę w sektorze «pomocowym» z pewnością łatwiej przenoszą wzory udzielania pomocy, ale też niezbyt chętnie dokonują korekt w schemacie opiekowania się”<sup>37</sup>. Wobec takich ustaleń pojawia się pytanie, na ile feminizacja zawodów pomocowych wpływa na skuteczność pomocy. Wydaje się to ważny przyczynek do badań nad zawodami pomocowymi. Na potrzeby tego tekstu zasadne jest przywołanie głosu w dyskusji na temat płci w zawodzie psychoterapeuty. Pokazuje on, jak płeć kulturowa może wpływać na proces terapeutyczny. Zaznaczenie tego wątku w refleksji nad psychoterapią w Polsce pozwala dostrzec konsekwencje praktyczne dla zawodu psychoterapeutki czy psychoterapeuty. Jak piszą Anna i Władysław Sterna: „Przewaga kobiet w grupie psychoterapeutów każe rozważać potencjalny wpływ płci psychoterapeutek na stosowaną przez nie metodę (psychoterapię) w myśl wstępnego założenia, że osoba lecząca stosuje metodę leczenia poniekąd w sposób autorski, to jest zgodnie ze swoją osobistą charakterystyką, której częścią jest

---

<sup>33</sup> Szerzej na ten temat w: *Kobiety w pracy socjalnej*, red. A. Kotlarska-Michalska, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.

<sup>34</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, *Psychoterapeuci o klientkach i klientach – płeć społeczno-kulturowa jako kategoria analizy wzorów funkcjonowania mężczyzn i kobiet w procesie psychoterapii*, „Rocznik Lubuski” 2016, nr 42(1), s. 196.

<sup>35</sup> A. Kotlarska-Michalska, *Wprowadzenie do problematyki kobiet w pracy socjalnej, czyli o różnorodności ról kobiecych w tworzeniu i realizowaniu pracy socjalnej*, w: *Kobiety w pracy socjalnej*, s. 11.

<sup>36</sup> Ibidem, ss. 11–12.

<sup>37</sup> Ibidem, s. 12.



pleć<sup>38</sup>. Postawiona przez autorów teza i rozważania doprowadzają do kilku konkluzji, z których chcemy przywołać trzy:

(3.) przedmiotem pracy własnej psychoterapeuty i psychiatry powinna być pogłębiona refleksja nad zinternalizowanymi dyskursami męskości i kobiecości oraz analiza praktyk podtrzymujących te dyskursy (4.) Istnieje konieczność sprawdzania czy w relacji z pacjentami owe dyskursy nie są reprodukowane, oraz zastanowienie się, w jaki sposób wpisują się one w relacje władzy (5.) Reflektowanie czy i w jaki sposób kategorie podzielane przez psychoterapeutów i psychiatrów wyznaczają sposób oceniania przez nich kobiecości/męskości pacjentek/pacjentów i jaki ma to wpływ dla procesu psychoterapii<sup>39</sup>.

Konkluzje zaproponowane przez autorów mają charakter wskazówek dla osób pracujących w zawodzie psychoterapeuty (oraz psychiatry) i w tym sensie są przedmiotem badań prowadzonych w domenie psychologicznej, natomiast dyskursy płci obecne w psychoterapii są przedmiotem refleksji socjologicznej, na co wskazuje Monika Frąckowiak-Sochańska<sup>40</sup>.

Rozważania dotyczące płci osób pracujących psychoterapeutycznie pozwalają sformułować dwie zasadnicze konkluzje. Po pierwsze: przeprowadzone w ostatnich latach badania pokazują dużą przewagę liczby kobiet w stosunku do mężczyzn pracujących w zawodzie psychoterapeuty w Polsce, po drugie: z punktu widzenia refleksji socjologicznej interesujące jest to, jak sposób postrzegania rzeczywistości przez psychoterapeutki wpływa na zmianę rozumienia rzeczywistości społecznej pacjentów/klientów obu płci, i dalej, jak wpływa to na kształtowanie „kultury terapeutycznej” opisywanej m.in. przez Małgorzatę Jacyno<sup>41</sup>.

**Wiek.** Dolną granicą wieku osób praktykujących psychoterapię jest wiek, w którym można skończyć studia na poziomie magisterskim. Ukończenie studiów wyższych jest bowiem podstawowym wymogiem rozpoczęcia studiów psychoterapeutycznych. W niektórych ośrodkach szkolących

---

<sup>38</sup> A. Sterna, W. Sterna, *Psychoterapia – metoda leczenia prowadzona przez kobiety i dla kobiet? O zjawisku feminizacji w psychoterapii*, „Psychiatria” 2021, nr 18(2), s. 153.

<sup>39</sup> Ibidem, s. 157.

<sup>40</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, *Spoleczne konstruowanie...*, ss. 207–208.

<sup>41</sup> M. Jacyno, *Socjoanaliza relacji terapeutycznej*, „Obieg”, 13.03.2009, www.obieg.pl [dostęp: 27.06.2011].

dopuszcza się aplikowanie na czteroletnie szkolenie w czasie ostatniego roku studiów psychologicznych. Niezależnie od tego osoba praktykująca psychoterapię w „trakcie szkolenia” może mieć najmniej 25–26 lat, absolwent czteroletniego szkolenia psychoterapeutycznego najmniej 27–28 lat. W analizowanych w tym opracowaniu badaniach autorzy informują o wieku badanych z różnym poziomem szczegółowości, stosując również zróżnicowane podziały grup wiekowych. Z artykułu podsumowującego badanie Szymańskiej i współpracowników dowiadujemy się, że wiek osób badanych mieścił się w granicach od 26 do 93 lat, średnia to 40 lat, a modalna (dominanta) to 35 lat<sup>42</sup>. W badaniu Suszka i współpracowników średnia wieku badanych wynosi 40,2 roku. Osoby poniżej 30. roku życia to 7,9% badanych, 67% znalazło się w przedziale wiekowym pomiędzy 30. a 40. rokiem życia, 25,1% zaś miało powyżej 45 lat. W badaniach, które przeprowadziliśmy wraz z Frąckowiak-Sochańską, odnajdujemy potwierdzenie tendencji zaobserwowanych przez wspomnianych powyżej badaczy.

Tabela 2. Wiek osób pracujących psychoterapeutycznie

Wiek	Badanie 2020	Badanie 2021
Do 30. roku życia	15,1%	5,8%
Od 31. do 40. roku życia	43,0%	46,6%
Od 41. do 50. roku życia	31,5%	36,9%
Od 51. do 60. roku życia	8,6%	10,1%
Powyżej 60. roku życia	1,8%	0,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 i 2021 r.

Biorąc pod uwagę wszystkich badanych, można zauważyć, że największą grupą były osoby pomiędzy 31. a 40. rokiem życia – stanowiące odpowiednio 43% i 46,6% wszystkich respondentów, drugą dużą grupą były osoby pomiędzy 40. a 51. rokiem życia (odpowiednio 31,5% i 36,9% ogółu badanych). Obydwie te grupy stanowią zdecydowaną większość ankietowanych – odpowiednio 74,5% oraz 83,5%. Wyniki badań są zbliżone do charakterystyki grupy badanych psychoterapeutek i psychote-

<sup>42</sup> A. Szymańska, L. Grzesiuk, H. Suszek, K. Dobrenko, M. Rutkowska, K. Krawczyk, *Badania polskich psychoterapeutów...*, s. 734.

rapeutów opisanych w badaniach z 2017 i 2018 r., chociaż porównując cztery badania, możemy zauważyć, że badane w 2020 i 2021 r. osoby są relatywnie młodsze.

Można przyjąć, że miało na to wpływ kilka procesów. Pierwszy z nich dotyczy zmiany, jaka dokonała się w wyniku szerszej dostępności procesu szkolenia psychoterapeutycznego. Naukowcy z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego badali osoby pracujące w zawodzie psychoterapeuty w 2012 r. Od tego czasu na rynek pracy weszła znaczna grupa psychoterapeutów, w tym takich, którzy studia psychoterapeutyczne, rozpoczęli tuż po ukończeniu studiów wyższych. Po drugie w naszym badaniu mogli wziąć udział osoby, które są w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego, co może wpływać na obniżenie średniego wieku badanych osób. I wreszcie po trzecie, że zastosowane przez nas kanały dystrybucji informacji o badaniu premiowały osoby, które korzystają z mediów społecznościowych czy, szerzej, z Internetu. Można zatem założyć, że nasza próba odzwierciedla populację polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów pod względem wieku, pamiętając, że badane były także osoby w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego<sup>43</sup>.

Dla poszerzenia obrazu warto jeszcze przywołać podział wedle wieku i płci, jaki można znaleźć w raporcie z 2021 r.

Tabela 3. Porównanie wieku badanych kobiet i mężczyzn

Wiek	Badane kobiety	Badani mężczyźni	Badani ogółem
Do 30. roku życia	6,9%	0,0%	5,7%
Od 31. do 40. roku życia	47,3%	42,8%	46,7%
Od 41. do 50. roku życia	36,5%	38,8%	36,9%
Od 51. do 60. roku życia	8,6%	18,4%	10,1%
Powyżej 60. roku życia	0,7%	0,0%	0,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2021 r.

Wyniki badania pokazują, że badani mężczyźni byli starsi od kobiet. Choć różnice są niewielkie, to trzeba zaznaczyć, że w grupie badanych do 30. roku życia nie ma w ogóle mężczyzn, a w grupie wiekowej

<sup>43</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza...*, s. 6.

powyżej 50. roku życia blisko co piąta badana osoba to mężczyzna i blisko co dziesiąta to kobieta. Takie wyniki otwierają oczywiście pole do różnorodnych interpretacji związanych z podejmowaniem drogi zawodowej w zawodzie psychoterapeuty przez kobiety i mężczyzn. Interesującym przyczynkiem do interpretacji mogą być rozważania na temat ról pełnionych przez kobiety oraz mężczyzn, a także osiągania dojrzałości do pracy w zawodzie psychoterapeuty. Ciekawie w tym kontekście zabrzmiała obserwacja poczyniona na podstawie badań psychoterapeutów w innych krajach: „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”<sup>44</sup>. Podsumowując: zdecydowana większość psychoterapeutek i psychoterapeutów praktykujących w Polsce to osoby mieszczące się w przedziale wiekowym pomiędzy 30. a 50. rokiem życia.

**Wykształcenie.** Jak wspomniano wcześniej, żeby rozpocząć studia psychoterapeutyczne w Polsce, należy mieć ukończone studia wyższe na poziomie magisterskim. We wszystkich analizowanych w tej części opracowania badaniach znajduje to potwierdzenie. Interesujące zestawienie przedstawiają autorzy badania z 2017 r. 91% badanych ma wykształcenie na poziomie magisterium, 7% to osoby z tytułem doktora, a 2% z tytułem doktora habilitowanego lub profesora<sup>45</sup>. Autorzy zapytali także o ukończony kierunek studiów. Zestawienie zaprezentowano w tabeli poniżej.

Przewaga osób, które mają akademickie wykształcenie z zakresu psychologii, nie zaskakuje. Takie wykształcenie ma trzy czwarte polskich psychoterapeutek i psychoterapeutów. Pozostałe kierunki, które ukończyli badani, najczęściej należą do nauk humanistycznych, społecznych i medycyny.

---

<sup>44</sup> H. Suszek, L. Grzesiuk, R. Styła, K. Krawczyk, *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II...*, s. 94.

<sup>45</sup> Ibidem.

Tabela 4. Kierunek studiów wyższych ukończony przez psychoterapeutów

Ukończony kierunek studiów	Odpowiedzi
Psychologia	75,2%
Pedagogika	13,3%
Medycyna	5,4%
Socjologia	3,0%
Filologie	2,7%
Resocjalizacja	1,7%
Filozofia	1,5%
Teologia	1,2%
Politologia	0,6%
Prawo	0,5%
Zarządzanie	0,4%
Ekonomia	0,4%
Inne	5,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2017 r.

Jeśli mowa o wykształceniu osób prowadzących praktykę psychoterapeutyczną w Polsce, warto przyrzeć się zgromadzonym danym na temat wykształcenia i przygotowania do zawodu psychoterapeuty. W badaniu prowadzonym przez Suszka i współautorów wskazane zostało, że badani przeszli szkolenia w zakresie psychoterapii w wymiarze średnio 942 godzin<sup>46</sup>. Jak wspomniano powyżej, czteroletnie szkolenie terapeutyczne obejmuje obecnie 1200 godzin. W latach 90. XX w. szkolenia w zawodzie terapeuty trwały często trzy lata, przez co liczba godzin była mniejsza. W badaniu, które prowadziliśmy z Frąckowiak-Sochańską, zapytaliśmy respondentów o rodzaj szkolenia, dzięki któremu przygotowywali się do wykonywania zawodu psychoterapeuty. Prawie trzy czwarte badanych przez nas osób (w 2020 r. – 69,4% i w 2021 r. – 68,5%) ukończyło czteroletnie szkolenie – lub było w jego trakcie – odbywające się w ośrodku szkolącym, szkole psychoterapii czy instytucji, które posiadają rekomendację Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

<sup>46</sup> Ibidem, s. 92.

Tabela 5. Szkolenie w zawodzie psychoterapeuty

Rodzaj szkolenia	Badanie 2020	Badanie 2021
Ukończone czteroletnie szkolenie rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne	43,6%	52,5%
Ukończone inne szkolenie	20,2%	22,4%
W trakcie czteroletniego szkolenia rekomendowanego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne	25,9%	16,0%
W trakcie innego szkolenia	10,3%	9,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 i 2021 r.

Zawarte w tabeli wyniki badania oznaczają, że zdecydowana większość osób przygotowujących się do pracy w zawodzie psychoterapeuty ma za sobą szkolenie – lub jest w jego trakcie – które spełnia ustalone wymagania, powszechnie przyjmowane jako obowiązujące. Wśród badanych, którzy wskazali odpowiedź „inne szkolenie”, jest spora część osób (jak wynika z bardziej pogłębionej analizy danych), które przechodzą podobne szkolenie posiadające rekomendację Polskiej Rady Psychoterapii.

Jak zaznaczono powyżej, certyfikat psychoterapeutyczny można uzyskać, spełniając odpowiednie wymogi jednostek lub towarzystw certyfikujących. Certyfikaty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego czy Europejskiego Towarzystwa Psychoterapii (EAP – European Association of Psychotherapy) uzyskuje się w innej procedurze niż ukończenie studiów psychoterapeutycznych. Podobnie jest z certyfikatami związanymi z terapią uzależnień. Co do innych certyfikatów, niekiedy są one wynikiem ukończenia studiów psychoterapeutycznych lub związane są z konkretną modalnością psychoterapeutyczną. W badaniu przeprowadzonym przez Suszka i współpracowników 43,6% badanych legitymowało się certyfikatem psychoterapeutycznym, 56,4% zaś takowego nie posiadało. Wyniki badań przeprowadzonych z Frąckowiak-Sochańską są dość podobne. Większość psychoterapeutek i psychoterapeutów certyfikatu nie posiada.

Tabela 6. Posiadany certyfikat psychoterapeutyczny

Posiadany certyfikat	Badanie 2017	Badanie 2020	Badanie 2021
<b>Nie mam</b>	<b>56,4%</b>	<b>70,9%</b>	<b>61,2%</b>
<b>Mam</b>	<b>43,6%</b>	<b>29,1%</b>	<b>38,8%</b>
Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego	brak danych	3,0%	4,6%
Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologicznego	brak danych	4,2%	6,6%
Certyfikat EAP	brak danych	6,3%	10,3%
Inny certyfikat	brak danych	20,2%	17,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2017, 2020 i 2021 r.

Wedle badań z 2020 i 2021 r. wśród osób, które posiadają certyfikat, najpopularniejszy jest certyfikat EAP (European Association of Psychotherapy), a następny w kolejności Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Osoby badane wśród innych certyfikatów (na obydwu etapach badania) wymieniały też certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień (wydawane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i inne instytucje). Pozostałe certyfikaty to m.in. certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, certyfikat Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej, certyfikat Europejskiego Stowarzyszenia Terapii Gestalt (EAGT), certyfikat Polskiego Instytutu Psychodramy, certyfikat terapii EMDR, certyfikat EFT (Emotionally Focused Therapy), certyfikat Wielkopolskiego Towarzystwa Terapii Systemowej, certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej, certyfikat Polskiego Towarzystwa Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt, certyfikat Polskiej Federacji Psychoterapii, certyfikat NEST (New Experience for Survivors of Trauma) czy certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologii Analitycznej. Interesująca wydaje się uwaga, która znajduje się w opracowaniu Suszka i współpracowników, że

znaczny odsetek osób nieposiadających certyfikatu jest ewenementem na tle innych krajów. W jednym z badań wskazano, że 64% terapeutów praktykujących w Niemczech oraz 85% w Szwajcarii posiada certyfikat psychoterapeuty (...). 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 uzyskania certyfikatu<sup>47</sup>.

Zgadzając się z poglądem przedstawionym przez autorów, warto zarazem dodać, że procedura uzyskania certyfikatu, zwłaszcza w Polskim Towarzystwie Psychologicznym i Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, jest wymagająca, co przy braku obligatoryjności dodatkowo zniechęca do uzyskiwania go. Jednocześnie wydaje się, że coraz większa wiedza potencjalnych klientów/pacjentów oraz konkurencja na rynku będą powodowały wzrost zainteresowania zdobywaniem certyfikatów przez psychoterapeutki i psychoterapeutów. Podsumowując tę część, warto podkreślić, iż dostępne badania pokazują, że wszystkie osoby wykonujące działalność psychoterapeutyczną posiadają wykształcenie wyższe, a zdecydowana większość posiada odpowiednie szkolenie przygotowujące do prowadzenia praktyki psychoterapeutycznej. Mniej niż połowa badanych posiada natomiast certyfikaty psychoterapeutyczne.

**Wielkość miejscowości, w której wykonywany jest zawód psychoterapeuty.** W badaniach, które prowadziliśmy z Frąckowiak-Sochańską, zainteresowało nas miejsce (wielkość miejscowości), w którym pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci (w pozostałych dwóch badaniach nie ma takich danych). W obydwu edycjach naszego badania (w 2020 i 2021 r.) wyniki były dość podobne.

Jak można zauważyć, ponad połowa psychoterapeutek i psychoterapeutów prowadzi swoją praktykę w miastach powyżej pięciuset tysięcy mieszkańców. Są to polskie metropolie, czyli Warszawa, Kraków, Łódź, Wrocław i Poznań. Jeśli dodać do tego, że co czwarta lub prawie co czwarta osoba pracuje w miejscowości, która ma od stu do pięciuset tysięcy mieszkańców, to można stwierdzić, że psychoterapeuci są dostępni w dużych lub bardzo dużych miastach. Na liście miast, które mają od stu do pięciuset tysięcy mieszkańców znajdują się 32 miasta, w tym wszystkie miasta wojewódzkie

---

<sup>47</sup> Ibidem, s. 96.



(oprócz tych, których liczba mieszkańców przekracza pół miliona), a także Gdynia, Częstochowa, Radom, Sosnowiec, Gliwice, Zabrze, Bielsko-Biała, Bytom, Rybnik, Ruda Śląska, Tychy, Płock, Dąbrowa Górnicza, Elbląg, Wałbrzych, Włocławek, Tarnów, Chorzów i Koszalin – w większości zatem (poza miastami z aglomeracji śląskiej i Gdynią) są to miasta, które przed reformą administracyjną z 1999 r. miały status miast wojewódzkich. Miasta te w swoich regionach nadal odgrywają rolę centrów społeczno-gospodarczych. Można zatem skonkludować, że pomoc psychoterapeutyczna dostępna jest dla mieszkańców dużych i wielkich miast. Wprawdzie kilkanaście procent psychoterapeutek i psychoterapeutów pracuje w miejscowościach liczących mniej niż pięćdziesiąt tysięcy mieszkańców, ale z uwagi na fakt, że na wsiach i w miejscowościach mających mniej niż dwadzieścia tysięcy mieszkańców mieszka 58,9% Polek i Polaków<sup>48</sup>, pomoc na miejscu jest raczej niedostępna lub nie ma wyboru pomiędzy ośrodkami czy gabinetami psychoterapeutycznymi.

Tabela 7. Wielkość miejscowości, w której wykonywana jest praca psychoterapeutyczna

Wielkość miejscowości	Badanie 2020	Badanie 2021
Miasto powyżej pięciuset tysięcy mieszkańców	53,5%	50,9%
Miasto od stu do pięciuset tysięcy mieszkańców	22,7%	25,3%
Miasto od pięćdziesięciu do stu tysięcy mieszkańców	8,5%	11,3%
Miasto od dwudziestu do pięćdziesięciu tysięcy mieszkańców	10,6%	7,3%
Miasto do dwudziestu tysięcy mieszkańców	3,4%	2,1%
Wieś	1,0%	3,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 i 2021 r.

**Województwa.** Przedstawienie procentu badanych osób, z podziałem na województwa, nie tylko jest dowodem na ogólnopolski charakter prowadzonego badania, lecz także pokazuje możliwość skorzystania z usług psychoterapeutycznych w poszczególnych regionach Polski. W tabeli

<sup>48</sup> GUS, *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym. Stan na 31.XII.2018*, Warszawa 2019, s. 13.

poniżej zestawiono wyniki badań z 2020 i 2021 r. (w pozostałych analizowanych badaniach takiego podziału nie ma), pokazując, jaka część populacji Polski zamieszkuje poszczególne województwa i jaki odsetek naszych badanych w nich pracuje.

Tabela 8. Zestawienie populacji województw z odsetkiem badanych osób w nich pracujących

Województwo	Populacja Polski	Badanie 2020	Badanie 2021
Dolnośląskie	7,5%	8,4%	6,4%
Kujawsko-pomorskie	5,4%	4,2%	5,2%
Lubelskie	5,5%	2,1%	3,4%
Lubuskie	2,6%	1,6%	3,7%
Łódzkie	6,4%	5,0%	4,3%
Małopolskie	8,8%	12,5%	9,4%
Mazowieckie	14,1%	26,6%	25,3%
Opolskie	2,5%	1,0%	2,1%
Podkarpackie	5,5%	2,6%	3,1%
Podlaskie	3,0%	1,0%	2,7%
Pomorskie	6,0%	3,1%	5,5%
Śląskie	11,8%	8,9%	5,8%
Świętokrzyskie	3,2%	2,1%	2,4%
Warmińsko-mazurskie	3,7%	2,4%	3,1%
Wielkopolskie	9,0%	15,4%	10,1%
Zachodniopomorskie	4,4%	1,8%	5,2%
Poza Polską	–	1,3% Dania, Niemcy, Wielka Brytania	2,4% Belgia, Brazylia, Chile, Francja, Niemcy, Wielka Brytania

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 i 2021 r.

W zestawieniu zauważana jest nadreprezentacja (w stosunku do części populacji Polski, jaka zamieszkuje dane województwo) w trzech województwach. Są to mazowieckie, małopolskie i wielkopolskie. Można z pewnością stwierdzić, że jest to związane z wielkością miast będących stolicami regionów, ale także z tym, że w Warszawie, Krakowie i Poznaniu znajduje się większość ośrodków szkolących psychoterapeutów. Dla peł-

nego obrazu należy dodać, że pojedyncze ośrodki kształjące w zawodzie psychoterapeuty znajdują się też we Wrocławiu, Łodzi czy Trójmieście.

**Miejsce wykonywania pracy terapeutycznej.** Na podstawie badań z lat 2017, 2020 i 2021 zestawiono miejsca, w których pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci. Chcąc zadbać o przejrzystość zestawienia, wykorzystano w nim kategorie zaproponowane przez Suszka i współpracowników.

Tabela 9. Miejsce prowadzenia psychoterapii\*

Miejsce prowadzenia psychoterapii	Badanie 2017	Badanie 2020	Badanie 2021
Prywatny ośrodek/gabinet	86,0%	91,2%	93,2%
Poradnia zdrowia psychicznego	36,0%	20,1%	21,3%
Szpital psychiatryczny	27,7%	10,1%	9,5%
Organizacja pozarządowa/fundacja	23,0%	4,9%	6,1%
Państwowy ośrodek psychoterapii/poradnia/ośrodek leczenia uzależnień	12,5%	17,9%	9,8%
Szpital inny niż psychiatryczny	8,0%	2,3%	1,5%
Szkoła lub uczelnia	7,7%	0,6%	0,6%

\* wyniki nie sumują się do 100%, badani mogli wskazać więcej niż jedno miejsce pracy terapeutycznej

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2017, 2020 i 2021 r.

Zdecydowana większość psychoterapeutek i psychoterapeutów pracuje w **gabinetach i ośrodkach prywatnych**. Zmiana, jaką można zaobserwować, to nieznaczny wzrost wskazań tych miejsc (ośrodki i gabinety prywatne) przez badanych w późniejszym okresie. Jednocześnie zauważalne jest mniejsze zaangażowanie zawodowe w innych miejscach, w których oferowane są usługi psychoterapeutyczne. W badaniu opublikowanym w 2017 r. wszystkie badane osoby pracowały w innym miejscu niż ośrodek czy gabinet prywatny. Zsumowane odpowiedzi dają ponad 100% (114,9%), co oznacza, że niektóre badane osoby pracowały w dwóch lub więcej miejscach. Sumując aktywności zawodowe poza ośrodkami i gabinetami prywatnymi, można zauważyć, że mniej więcej połowa badanych pracuje w innych miejscach. To znacząca róż-

nica. W miejscach innych niż ośrodki i gabinety prywatne pracowało odpowiednio 55,9% ankietowanych w badaniu z 2020 r. i 48,8% respondentów w badaniu z 2021 r. Zapewne ma na to wpływ wysokość wynagrodzenia, jakie za swoją pracę otrzymują psychoterapeutki i psychoterapeuci w innych miejscach niż gabinet czy ośrodek prywatny.

Posługując się danymi, jakie zgromadziliśmy w badaniu przeprowadzonym wraz z Frąckowiak-Sochańską, można wskazać na inne tendencje, które związane są z pracą psychoterapeutyczną w wielu miejscach.

Wśród badanych przez nas osób, na jedno miejsce wykonywania pracy psychoterapeutycznej, które jest ośrodkiem lub gabinetem prywatnym wskazała niemal połowa badanych (47,6%). 8,5% pracuje terapeutycznie w jednym miejscu, które jest utrzymywane ze środków publicznych (najwięcej w tej grupie jest osób, które pracują w poradniach/ośrodkach leczenia uzależnień i poradniach psychologiczno-pedagogicznych). Ponad jedna trzecia (36,9%) pracuje psychoterapeutycznie w dwóch miejscach, a trochę ponad 6% w trzech lub więcej miejscach<sup>49</sup>.

Ilustruje to tabela 10.

Tabela 10. Liczba miejsc, w których (psychoterapeutycznie) pracują badane osoby

Liczba miejsc	Badani ogółem
Trzy i więcej	6,0%
Dwa	36,9%
Jedno – miejsce finansowane ze środków publicznych	8,5%
Jedno miejsce – Gabinet/ośrodek prywatny	47,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2021 r.

Pojawia się pytanie, na ile gotowość do pracy w kilku miejscach związana jest z płcią. Sprawdziliśmy zatem wraz z Frąckowiak-Sochańską, czy jest różnica pomiędzy psychoterapeutkami a psychoterapeutami pod względem liczby miejsc, w których pracują (tabela 11).

<sup>49</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*, ss. 11–12.

Tabela 11. Liczba miejsc, w których pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci

Liczba miejsc	Badane kobiety	Badani mężczyźni	Badani ogółem
Jedno miejsce – gabinet/ośrodek prywatny	47,6%	46,9%	47,6%
Jedno miejsce – finansowane ze środków publicznych	9,3%	6,1%	8,5%
Dwa miejsca	36,2%	40,8%	36,9%
Trzy i więcej miejsc	6,1%	10,2%	6,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2021 r.

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

Podsumowując tę część opracowania, można stwierdzić, że największą grupę spośród badanych (we wszystkich trzech badaniach) stanowią osoby, które pracują psychoterapeutycznie w prywatnym gabinecie lub prywatnym ośrodku, przy czym, jak wynika z badania z 2021 r., w gabinecie prywatnym pracuje 72,2% badanych, a w ośrodku prywatnym 21%. Pokazuje to, że wartości, na które psychoterapeutki i psychoterapeuci często kładą nacisk w pracy z pacjentami/klientami, a mianowicie możliwość decydowania o sobie, niezależność i podmiotowość, sami wdrażają w życie. W badaniach z 2021 r. sprawdziliśmy, czy twierdzenie, że im dłużej trwa kariera zawodowa, tym bardziej jest prawdopodobne, iż osoba prowadząca psychoterapię będzie chciała otworzyć własny gabinet prywatny, jest prawdziwe. W zestawieniu brane były pod uwagę jedynie osoby, które zadeklarowały, że pracują terapeutycznie tylko w gabinecie prywatnym (nie ośrodku). Wyniki potwierdzają intuicyjną regułę, że im starsza jest osoba prowadząca psychoterapię, tym bardziej prawdopodobne, iż będzie pracowała tylko w gabinecie prywatnym.

Wprawdzie nieznaną jest staż pracy badanych osób w zawodzie psychoterapeuty, ale można z pewną ostrożnością przyjąć, że im dłużej ktoś pracuje w zawodzie, tym bardziej dąży do usamodzielnienia się. Na pewno można tak powiedzieć, jeśli weźmie się pod uwagę wiek badanych.

Tabela 12. Osoby pracujące tylko w gabinecie prywatnym w poszczególnych grupach wiekowych

Wiek	Badani ogółem
Do 30. roku życia	31,6%
Od 31. do 40. roku życia	33,4%
Od 41. do 50. roku życia	43,8%
Od 51. do 60. roku życia	48,5%
Powyżej 60. roku życia	50,0%
Cała badana próba	38,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2021 r.

Podsumowując: więcej niż połowa badanych pracuje psychoterapeutycznie w więcej niż jednym miejscu. Jest to związane zapewne z poczuciem bezpieczeństwa socjalnego. Najprościej rzecz ujmując, można stwierdzić, że praca w poradni zdrowia psychicznego, poradni psychologiczno-pedagogicznej czy szpitalu psychiatrycznym to najczęściej praca na etacie, dająca komfort związany ze stałością pracy czy z opłaconymi składkami na świadczenia zdrowotne bądź emerytalne. W przypadku pracy w gabinecie czy ośrodku prywatnym takiej gwarancji nie ma, zwłaszcza gdy jest się na początku drogi zawodowej. Poza aspektem materialnym jest także ten związany z gromadzeniem doświadczeń.

**Formy pracy terapeutycznej.** Zasadniczo w pracy psychoterapeutycznej mamy do czynienia z czterema formami pracy. Są to: psychoterapia indywidualna, psychoterapia par, psychoterapia grupowa i psychoterapia rodzinna. Ze względu na wiek osób uczestniczących w psychoterapii w roli pacjentów/klientów trzeba jeszcze wyróżnić psychoterapię indywidualną dzieci i młodzieży oraz psychoterapię grupową dla dzieci i młodzieży. O **psychoterapii indywidualnej** można powiedzieć, że jest to

wspólna podróż dwóch osób (psychoterapeuty i klienta), które od pierwszego spotkania budują bezpieczną przestrzeń, w której klient będzie mógł stopniowo odsłaniać swoje wnętrze. Cel tej podróży i jej przebieg (częstotliwość sesji, zasady współpracy, możliwości) ustalane są wspólnie na początku drogi w formie tzw. kontraktu. To czy cel zostanie osiągnięty, zależy od obydwu stron.

W psychoterapii indywidualnej czas i uwaga terapeuty są skoncentrowane na nas, jest on stale uważny na nasze przemyślenia, emocje, potrzeby, dzięki czemu mamy poczucie, że w czasie sesji terapeutycznej jesteśmy zauważani i ważni dla terapeuty<sup>50</sup>.

Długość trwania sesji to czas od 45 do sześćdziesięciu minut w zależności od nurtu. Najczęściej jest to pięćdziesiąt minut. Sesje zazwyczaj odbywają się raz w tygodniu o stałej porze. Należy też dodać, że terapia indywidualna może mieć charakter krótkoterminowy (ograniczony w czasie), gdy trwa od kilku do czterdziestu sesji, lub długoterminowy (nieograniczony w czasie), gdy trwa tak długo, aż psychoterapeuta wraz z klientem/pacjentem nie postanowią, że proces terapeutyczny dobiega końca. Może to się stać po roku lub po kilku latach pracy. Ważne jest dopowiedzenie, że tak jak w każdej innej formie psychoterapii „pracę z pacjentem poprzedzają sesje konsultacyjne, podczas których wspólnie określa się cel, długość i sposób leczenia oraz ustala inne warunki psychoterapii”<sup>51</sup>. Zasadniczą różnicą w terapii osób dorosłych i młodzieży jest (poza specyfiką wnoszonych problemów i metodami pracy terapeutycznej dostosowanymi do wieku) możliwość dowiadywania się o postępach terapeutycznych przez rodziców lub opiekunów prawnych. Zakres informacji jest wyznaczany przez ramy prawne i ustalany pomiędzy psychoterapeutą a nieletnim pacjentem.

Drugą formą pracy terapeutycznej jest **psychoterapia grupowa**. To szczególna forma pomocy najczęściej adresowana do osób dorosłych, choć często także do nastolatków, a nawet młodszych dzieci. To, co jest najważniejsze w tym rodzaju pracy, to

budowanie zdolności intrapsychicznych i interpersonalnych pacjentów, w oparciu o relacje z innymi ludźmi. Uczestnicy otoczeni profesjonalną opieką zyskują możliwość rozpoznania swoich problemów na tle problemów innych osób, które podobnie jak oni przeżywają trudności. (...) Grupa ułatwia pacjentowi powiązanie swoich specyficznych cech lub kłopotów z bieżącymi wydarzeniami

---

<sup>50</sup> A. Chanik, M. Dudzińska, J. Krawczyk, M. Osipczuk, K. Paikert, I. Pawlikowska, A. Sitarz, J. Soszyńska, M. Tyszkowska, K. Zarychta, *Psychoterapia po ludzku*, Stowarzyszenie INTRO, Wrocław 2011, s. 18.

<sup>51</sup> R. Mizerska, H. Pinkowska-Zielińska, A. Jankiewicz, D. Modrzyńska, M. Kostrzewski, S. Wojtysiak, *Psychoterapia. Vademecum*, s. 12.

oraz ze sposobem kształtowania kontaktu z innymi uczestnikami. Podczas sesji osoby mogą doświadczyć odmiennego niż dotychczas bycia z ludźmi oraz werbalnego i niewerbalnego wyrażania swoich emocji w nowy sposób. Uczestnicy grupy dowiadują się, jak żyją i dają sobie radę inni, rozmawiają o odmiennych formach radzenia sobie z problemami, wspólnie szukają rozwiązań oraz pomagają sobie w ich rozumieniu. Psychoterapia grupowa daje możliwość, w bezpiecznych warunkach, doświadczenia konfliktów oraz wypracowania metod ich rozwiązania, podjęcia prób negocjacji, a także zmierzenia się z różnymi, nie zawsze akceptowanymi w życiu codziennym, opiniami. Dodatkową korzyścią uczestnictwa w psychoterapii grupowej jest doświadczanie wsparcia od innych członków grupy, co jest ważne m.in. dla pacjentów z poważniejszymi zaburzeniami psychicznymi i pacjentów z doświadczeniem uzależnienia<sup>52</sup>.

Psychoterapia grupowa, zależnie od miejsca i modalności, w której jest praktykowana, odbywa się w różnych ramach czasowych od cotygodniowych dwugodzinnych spotkań, przez comiesięczne kilkugodzinne spotkania, aż po wyjazdowe formy, gdzie pacjenci pracują przez kilka dni, spotykając się codziennie na kilku sesjach.

Trzecia forma pracy to **psychoterapia par**. Mogą w niej uczestniczyć zarówno małżeństwa, jak i pary heteroseksualne czy nieheteronormatywne. Gdy

związek przeżywa kryzys, który zagraża jego kontynuacji, kiedy para doświadczyła dużej traumy lub straty, zмага się z dolegliwym i przedłużającym się cierpieniem lub po prostu chce poprawić jakość wspólnego życia, możliwe jest skorzystanie z oferty terapii pary. Nie trzeba być formalnie małżeństwem, nie ma znaczenia długość stażu bycia w związku. Najważniejszym warunkiem pracy nad relacją w związku jest gotowość partnerów do uczestnictwa w terapii i podjęcia wysiłku w kierunku pozytywnej zmiany. Na sesjach zazwyczaj obecni są oboje partnerzy i jeden lub dwóch terapeutów. Zazwyczaj spotkania są nieco dłuższe niż w terapii indywidualnej. W zależności od nurtu terapii odbywają się z różną częstotliwością: raz na tydzień, raz na 2, 3 lub 6 tygodni<sup>53</sup>.

Czwarta forma psychoterapii to **psychoterapia rodzin**. Najczęściej jest zalecana

---

<sup>52</sup> Ibidem.

<sup>53</sup> A. Chanik, M. Dudzińska, J. Krawczyk, M. Osipczuk, K. Paikert, I. Pawlikowska, A. Sitarz, J. Soszyńska, M. Tyszkowska, K. Zarychta, *Psychoterapia po ludzku*, s. 20.



w trudnościach występujących w ramach rodzin dwupokoleniowych (relacja rodzice – dzieci), choć ma również zastosowanie w konfliktach między rodzeństwem, dziadkami i wnukami czy też z innymi osobami włączonymi w system rodzinny. Szczególnie polecana jest w sytuacjach, kiedy kłopoty funkcjonowania wiążą się z trudnościami funkcjonowania dzieci i młodzieży. Okresy ważnych zmian rozwojowych są sytuacjami w życiu rodziny, które mogą powodować zaburzenia jej funkcjonowania. (...) Psychoterapia rodzinna pomaga zrozumieć, w jaki sposób zachowania jednego członka rodziny wpływają na pozostałych i vice versa, uaktywnić zasoby rodziny i bazując na nich, poszukiwać rozwiązań różnych kryzysów. Psychoterapeuci wspólnie z rodziną szukają mechanizmów podtrzymujących trudności po to, aby rodzina miała na nie wpływ, mogła wprowadzać zmiany do swojego funkcjonowania. Najistotniejszą korzyścią z psychoterapii rodzinnej jest to, że umożliwia ona zmiany i pomoc nie tylko osobie dotkniętej objawami, ale całej rodzinie. W efekcie zmienia się funkcjonowanie całego systemu rodzinnego<sup>54</sup>.

Sesja psychoterapii rodzinnej zwykle trwa półtorej godziny i odbywa się średnio co dwa, trzy tygodnie.

Na zakończenie tego krótkiego przeglądu form psychoterapii konieczna wydaje się krótka informacja na temat **psychoterapii dzieci i młodzieży**. Ta może mieć formę indywidualną lub grupową i być częścią terapii rodzin. Jak piszą autorzy opracowania *Psychoterapia. Vademecum*:

Wyróżnienie psychoterapii dzieci i młodzieży wynika ze specyfiki pracy z tą grupą pacjentów. Psychoterapia dzieci i młodzieży jest najczęściej stosowana w sytuacji zaburzeń rozwoju życia psychicznego (emocjonalnego, poznawczego). Stosuje się ją również w kontekście odchyień od normy rozwojowej bądź w przypadku wykluczenia przyczyn medycznych prezentowanych przez dziecko objawów. Psychoterapię dzieci i młodzieży stosujemy również w sytuacjach trudności społecznych i powstałych konfliktów rodzinnych. (...) Psychoterapeuta korzysta z różnorodnych metod i technik pomagania, zarówno werbalnych, jak i nie-werbalnych (zabawa, rysowanie, nadawanie i odgrywanie ról itp.), dostosowanych do potrzeb i możliwości dziecka czy nastolatka. W trakcie spotkań buduje się relacja zaufania pomiędzy dzieckiem i psychoterapeutą, która pozwala na pojawienie się zmiany dotyczącej niekorzystnych emocji. Proces psychoterapeutyczny służy wspomaganie rozwoju dziecka i zdrowej relacji rodzice/opiekunowie – dzieci<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> R. Mizerska, H. Pinkowska-Zielińska, A. Jankiewicz, D. Modrzyńska, M. Kostrzewski, S. Wojtysiak, *Psychoterapia. Vademecum*, s. 14.

<sup>55</sup> Ibidem, s. 13.

W dwóch z analizowanych w tym opracowaniu badań znajdują się dane dotyczące form pracy terapeutycznej, z tym że w badaniu przygotowanym przez Suszka i współpracowników nie wyróżniono kategorii psychoterapii dzieci i młodzieży. Wyniki obydwu badań jednoznacznie potwierdzają, iż najpopularniejszą formą pracy terapeutycznej jest psychoterapia indywidualna. Taką formę praktyki terapeutycznej oferuje swoim klientom/pacjentom blisko 100% psychoterapeutek i psychoterapeutów. Jak wynika z tabeli zamieszczonej poniżej (tabela 13), około jedna trzecia osób zajmujących się psychoterapią pracuje z parami i grupami, a co piąta osoba prowadzi psychoterapię rodzinną. Interesujący jest uzyskany przez nas wynik dotyczący pracy z dziećmi i młodzieżą. W naszym badaniu z Frąckowiak-Sochańska pytaliśmy respondentów o to, jakie formy psychoterapii prowadzili przed ogłoszeniem stanu pandemii (przed 15 marca 2020 r.) – na pracę z dziećmi do 9. roku życia wskazało 12% badanych, na pracę z dziećmi i młodzieżą pomiędzy 10. a 18. rokiem życia zaś 32,4%<sup>56</sup>.

Tabela 13. Formy pracy terapeutycznej

Forma pracy	Badanie 2017	Badanie 2020
Terapia indywidualna osób dorosłych	98,6%	95,3%
Terapia grupowa	35,1%	25,4%
Terapia par	33,7%	37,7%
Terapia rodzinna	20,3%	18,2%
Terapia dzieci i młodzieży do 18. roku życia	brak danych	44,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2017 i 2020 r.

Odwołując się do badania z 2020 r., warto pokazać także, jakie formy psychoterapii są prowadzone przez osoby w różnym wieku.

<sup>56</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza...*, s. 13.

Tabela 14. Prowadzenie wybranych form psychoterapii przed 15 marca 2020 r. a wiek badanych

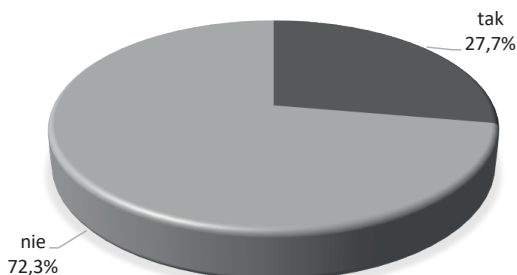
Forma pracy terapeutycznej	Do 30. roku życia	Od 31. do 40. roku życia	Od 41. do 50. roku życia	Od 51. do 60. roku życia	Powyżej 60. roku życia
Indywidualna osób dorosłych	82,8%	87,9%	91,7%	96,9%	<b>100%</b>
Grupowa	25,9%	21,2%	21,7%	34,4%	57,1%
Par	15,5%	32,7%	35,8%	<b>71,9%</b>	<b>85,7%</b>
Rodzina (opiekunowie + dzieci)	12,1%	20,0%	13,3%	21,9%	28,6%
Dzieci do 9. roku życia	12,1%	15,8%	5,8%	9,4%	0,0%
Dzieci i młodzież w wieku „ od 10. do 18. roku życia	<b>41,4%</b>	<b>36,4%</b>	20,0%	21,9%	14,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 r.

Można zauważyć, że większość respondentów prowadzi psychoterapię indywidualną, ale im starsi są respondenci, tym częściej wzrasta, aż do 100% w przypadku badanych w wieku powyżej sześćdziesięciu lat. Uwagę zwraca również wzrastający wraz z wiekiem psychoterapeutek i psychoterapeutów odsetek osób zajmujących się psychoterapią par, co zapewne jest związane zarówno z rosnącym doświadczeniem życiowym, jak i zawodowym. Z kolei z dziećmi oraz młodzieżą pomiędzy 10. a 18. rokiem życia pracuje spory odsetek badanych z najmłodszych grup wiekowych, co z kolei można wytłumaczyć mniejszą różnicą lat pomiędzy terapeutami a klientami/pacjentami, co wpływa na łatwiejszą możliwość porozumienia się.

W tym miejscu opracowania warto wspomnieć o **psychoterapii on-line**. Przed pandemią COVID-19 terapia poprzez komunikatory internetowe była dopuszczalna, ale osoby praktykujące psychoterapię stosowały ją nieczęsto. Raczej były to wyjątkowe sytuacje, na przykład kiedy klient/pacjent będący w procesie terapeutycznym wyjeżdżał za granicę na kilka miesięcy i żeby nie tracić wypracowanych efektów terapii, a także wspomagać w nowej sytuacji życiowej, zdecydowano się na pracę on-line. Pandemia związana z wirusem SARS-CoV-2 spowodowała konieczność izolacji społecznej, a ogłoszony *lock down* uniemożliwił *de facto* pracę terapeutyczną w gabinetach czy salach terapeutycznych. Dane poniżej, które uzyskaliśmy od psychoterapeutek i psychoterapeutów w pierwszym

roku pandemii (od marca 2020 do marca 2021 r.), ilustrują, jak wielkie zmiany doświadczyły osoby uczestniczące w procesach terapeutycznych. O innych konsekwencjach szeroko piszemy w raportach z badań, a także w artykułach<sup>57</sup>. Przed pandemią koronawirusa programów do rozmów z użyciem obrazu za pośrednictwem Internetu (Zoom, Skype, MS Teams) używało niewiele. „Doświadczenie takiej pracy miała trochę więcej niż jedna czwarta badanych (27,7%). Wśród osób, które pracowały on-line przed 15 marca 2020 – wszyscy prowadzili psychoterapię osób dorosłych (100%), niemal co siódma osoba – psychoterapię par (14%). Pozostałe formy terapii były prowadzone on-line przez pojedyncze osoby”<sup>58</sup>.



Wykres 1. Praca psychoterapeutyczna on-line przed pandemią

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 r.

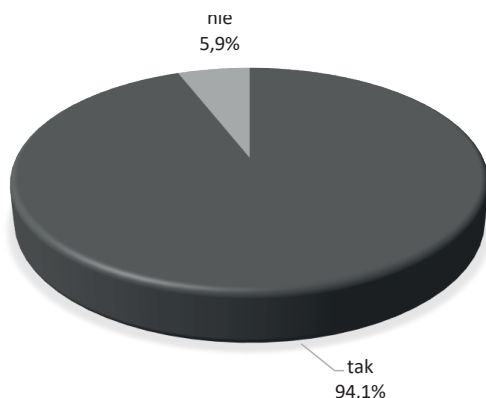
Po rozpoczęciu pandemii zdecydowana większość osób zaczęła pracę on-line:

Twierdząco na pytanie o pracę on-line po 15 marca 2020 odpowiedziało 94,1% badanych. Wśród osób, które pracowały w trybie zdalnym po 15 marca 2020 najczęściej było takich, które prowadziły terapię indywidualną osób dorosłych – 94,8%, w dalszej kolejności wymieniana była praca terapeutyczna z dziećmi

<sup>57</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci wobec konsekwencji pandemii COVID-19. Analiza z perspektywy teorii traumy zmian społecznych*, w: *Zmiana społeczna, pandemia, kryzys. Konteksty empiryczne i teoretyczne*, red. K. Andrejuk, I. Grabowska, M. Olcoń-Kubicka, I. Taranowicz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2021, ss. 223–246; M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Wspólnota doświadczeń terapeutów i klientów*, „Terapia osób uzależnionych i ich bliskich” 2021, nr XXIV(1), ss. 37–39.

<sup>58</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza...*, s. 14.

i młodzieżą od 10 do 18 lat (36,3%), terapeutyczna z parami (25,5%) i terapia grupowa (17,8%). Interesującym może być fakt, że nie ma żadnych istotnych różnic w podjęciu pracy terapeutycznej on-line (po 15 marca 2020) ze względu na wiek osób badanych, ani na modalność w której pracują<sup>59</sup>.



Wykres 2. Praca psychoterapeutyczna on-line po 15 marca 2020 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 r.

Tabela 15. Formy pracy psychoterapeutycznej on-line po 15 marca 2020 r.

Forma pracy terapeutycznej on-line	Badani ogółem
Psychoterapia indywidualna osób dorosłych	94,8%
Psychoterapia par	25,5%
Psychoterapia grupowa	17,8%
Psychoterapia rodzin z dziećmi	14,9%
Psychoterapia indywidualna dzieci do 9. roku życia	6,8%
Psychoterapia indywidualna dzieci i młodzieży od 10. do 18. roku życia	36,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 r.

Przywołane dane jasno wskazują, że dla pracy terapeutycznej, a nawet jej formy, czas pandemii był wyjątkowy, zmienił sposób myślenia o psychoterapii i możliwościach jej prowadzenia. I, co istotne, o ile wyobraźnia oraz

<sup>59</sup> Ibidem.

dotychczasowe doświadczenia pozwalały na dość szybkie wejście w terapię indywidualną czy terapię par, o tyle psychoterapia grupowa czy psychoterapia dzieci do 9. roku życia była prawdziwym wyzwaniem. Bardzo dobrze pokazują to nasze ustalenia na drugim etapie badań (w 2021 r.), kiedy zmniejszenie obostrzeń, a także szczepienie przeciw COVID-19 pozwoliły na pracę stacjonarną. Najszybciej odchodzono od tych form psychoterapii, które były najtrudniejsze w prowadzeniu w wersji on-line.

Tabela 16. Formy pracy terapeutycznej on-line: marzec–wrzesień 2020 r. *versus* październik 2020–marzec 2021 r.

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 i 2021 r.

Najczęściej psychoterapeutki i psychoterapeuci rezygnowali z pracy on-line z dziećmi do 9. roku życia, rodzinami oraz grupami. „Gdy pojawiły się możliwości zmiany sposobu pracy ze zdalnej na bezpośrednią, zmiany dotknęły przede wszystkim tych form psychoterapii, które przed pandemią wydawały się niemożliwe do prowadzenia (przeprowadzania) w wersji on-line”<sup>60</sup>.

**System psychoterapeutyczny/modalność psychoterapeutyczna.** Chcąc uzyskać pełen obraz psychoterapii w Polsce, trzeba się przyjrzeć,

<sup>60</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*, s. 18.

w jakim nurcie teoretycznym, systemie psychoterapeutycznym czy w jakiej modalności psychoterapeutycznej pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce. W pierwszej części opracowania przybliżono najważniejsze informacje dotyczące poszczególnych podejść psychoterapeutycznych, zaznaczając, które z nich są praktykowane w Polsce, i wskazując na organizacje, które kształcą w danym nurcie czy też propagują daną modalność. Poniżej zestawione zostaną wyniki trzech analizowanych badań. Wprawdzie do tego, jakie metody psychoterapii stosują psychoterapeuci w Polsce, odnosi się także czwarte z analizowanych badań, ale Szymańskiej i współpracownikom zależało raczej na ukazaniu, jakie metody psychoterapii psychoterapeutki oraz psychoterapeuci dobierają do poszczególnych rodzajów pacjentów. Autorzy, na podstawie badania, wyróżnili osiem kategorii zaburzeń diagnozowanych u pacjentów przez badanych psychoterapeutów, a kombinacje te zostały ustalone na podstawie analizy cząstkowej. Wcześniej czynnikiem, które wyróżnili autorzy, przypisano nazwy następujących zaburzeń:

1. umowne określenie jako zaburzenia „neurotyczne”<sup>61</sup> i osobowości<sup>62</sup>” należą do nich: zaburzenia nerwicowe, afektywne<sup>63</sup>, zaburzenia osobowości, odżywiania<sup>64</sup>, psychosomatyczne<sup>65</sup> i choroby somatyczne,

---

<sup>61</sup> Zaburzenia neurotyczne – nerwica – zaburzenia osobowości lub zaburzenia psychiczne niespowodowane zmianami neurologicznymi lub organicznymi dysfunkcjami. Za: A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*.

<sup>62</sup> Zaburzenia osobowości – zaburzenia, w których charakterystyczne sposoby myślenia, a także postrzegania siebie i własnego otoczenia są nieelastyczne i stanowią źródło nieprzystosowania społecznego oraz zawodowego. Przykłady: narcystyczne zaburzenia osobowości, schizoidalne zaburzenie osobowości czy zaburzenie osobowości typu borderline. Za: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań 2017.

<sup>63</sup> Zaburzenia afektywne – zaburzenia nastroju; kategoria zaburzeń charakteryzujących się takim stopniem zaburzeń nastroju lub tonu emocjonalnego, w którym występują nadmierne i nieuzasadnione przygnębienie lub euforia. Przykłady: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, cyklofrenia, mania i depresja. Za: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, *Psychopatologia*.

<sup>64</sup> Zaburzenia odżywiania – zaburzenia wzorca odżywiania jednostki; może objawiać się którąś ze skrajności: nadmierną ilością przyjmowanego pokarmu lub drastycznym ograniczeniem jego przyjmowania. Przykłady: anoreksja i bulimia. Za: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, *Psychopatologia*.

<sup>65</sup> Zaburzenia psychosomatyczne – grupa zaburzeń, w których rzeczywiste schorzenie fizyczne spowodowane jest czynnikami psychicznymi lub pozostaje pod ich wpływem. Za: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, *Psychopatologia*.

2. psychotyczne<sup>66</sup> – schizofrenia<sup>67</sup>, inne zaburzenia psychotyczne,
3. umownie nazwane jako zaburzenia organiczne<sup>68</sup> – zaburzenia organiczne i upośledzenia<sup>69</sup>,
4. kategoria pacjentów „w konflikcie ze społeczeństwem” (sprawcy przemocy, pacjenci z uzależnieniami i zaburzeniami seksualnymi<sup>70</sup> oraz ofiary przemocy<sup>71</sup>).

Jak wspomniałem, autorzy wyróżnili osiem kombinacji. Oto opisane kategorie<sup>72</sup>:

- a. zaburzenia neurotyczne i osobowości, „w konflikcie ze społeczeństwem” i ofiary przemocy – 41,2% pacjentów;
- b. zaburzenia neurotyczne i osobowości – 24,2% pacjentów;
- c. zaburzenia neurotyczne i osobowości, zaburzenia psychotyczne, „w konflikcie ze społeczeństwem” i ofiary przemocy – 13,5% pacjentów;
- d. zaburzenia neurotyczne i osobowości, zaburzenia psychotyczne – 6,7% pacjentów;
- e. wszystkie rodzaje zaburzeń – 5,5% pacjentów;

---

<sup>66</sup> Zaburzenia psychotyczne.

<sup>67</sup> Schizofrenia – grupa zaburzeń charakteryzujących się niespójnością mowy i myśli, halucynacjami, osłabionymi lub niewłaściwymi emocjami, pogorszeniem funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz ograniczeniem dbania o siebie. W ICD-10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych) kod F-20-29 – schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe.

<sup>68</sup> Zaburzenia organiczne – określenie stosowane we współczesnej psychiatrii w odniesieniu do dużej liczby zaburzeń, które są związane z jakąś organiczną (mózgową) dysfunkcją o charakterze przejściowym lub stałym, których etiologia jest znana. Za: A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*.

<sup>69</sup> Upośledzenie umysłowe – znaczne ograniczenia obecnego funkcjonowania w przynajmniej dwóch z następujących obszarów umiejętności przystosowawczych: komunikacji, samodzielności, prowadzenia domu, umiejętności społecznych, samostanowienia, zdrowia i bezpieczeństwa, praktycznych umiejętności edukacyjnych, wypoczynku i pracy. Za: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, *Psychopatologia*.

<sup>70</sup> Zaburzenia seksualne – zbiorcza kategoria psychiatryczna obejmująca wszelkie zaburzenia funkcji i zachowań seksualnych, zalicza się do nich parafilie i seksualne dysfunkcje. Za: A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*.

<sup>71</sup> A. Szymańska, L. Grzesiuk, H. Suszek, K. Dobrenko, M. Rutkowska, K. Krawczyk, *Badania polskich psychoterapeutów...*, s. 735.

<sup>72</sup> Ibidem, s. 736.



- f. zaburzenia neurotyczne i osobowości, „w konflikcie ze społeczeństwem” i ofiary przemocy, zaburzenia organiczne – 5% pacjentów;
- g. zaburzenia neurotyczne i osobowości, zaburzenia organiczne – 2,3% pacjentów;
- h. zaburzenia neurotyczne i osobowości, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia organiczne – 1,7% pacjentów.

Zgodnie z zaproponowaną metodologią badania autorzy przypisali do poszczególnych grup pacjentów sposoby pracy. Najpopularniejszymi okazały się następujące kombinacje metod pracy psychoterapeutycznej<sup>73</sup>:

- a. psychodynamiczna i systemowa – 8,9% pacjentów;
- b. humanistyczna, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 8,5% pacjentów;
- c. psychoanalityczna – 7,1% pacjentów;
- d. humanistyczna – 6,3% pacjentów;
- e. psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 6,2% pacjentów;
- f. psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 6,2 % pacjentów;
- g. behawioralno-poznawcza – 5,1% pacjentów.

Przywołane dane pokazują, jak wiele aspektów, czynników muszą brać pod uwagę osoby pracujące psychoterapeutycznie. Zestawienie przywołano w celu pokazania złożoności zagadnienia, a także możliwości przyjęcia innej perspektywy badawczej. Szymańska i współpracownicy pokazują, że integracja dwóch lub więcej podejść teoretycznych w pracy z konkretnym pacjentem/klientem może okazać się pomocna. Jak można przeczytać w konkluzjach badania:

Opisany stan rzeczy stymuluje psychoterapeutów polskich do poznawania nowych metod pracy oraz znajomości empirycznej weryfikacji ich skuteczności. Duża tendencja do łączenia wielu metod – widoczna zwłaszcza w grupie psychoterapeutów pracujących ze wszystkimi rodzajami pacjentów – jest spójna z trendami w innych krajach, gdzie osób pracujących eklektycznie i integrujących metody szkół psychoterapeutycznych przybywa<sup>74</sup>.

---

<sup>73</sup> Ibidem, s. 737.

<sup>74</sup> Ibidem, s. 745.

Nie wchodząc w dyskusję merytoryczną z autorami, bo jest ona w domenie refleksji psychologicznej, trzeba zauważyć opisany trend. Jednocześnie aby przybliżyć obraz sytuacji w polskiej psychoterapii, właściwie wydaje się zestawienie wyników badań, które pokazują, w jakich nurtach pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci. Dla większej przejrzystości użyto kategorii zastosowanych w badaniu z 2021 r.

Tabela 17. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci

Nurt psychoterapeutyczny	Badanie 2017	Badanie 2020	Badanie 2021
Psychodynamiczny	36,0%	35,8%	40,8%
Poznawczo-behawioralny (+ terapia schematów, ACT)	11,1%	28,7%	23,1%
Humanistyczny (terapia Gestalt, egzystencjalna, skoncentrowana na procesie, rogeriańska)	14,2%	18,0%	16,2%
Integracyjny	brak danych	4,7%	15,8%
Systemowy	8,6%	20,6%	10,1%
Psychoanalityczny	12,6%	5,0%	6,7%
Eriksonowski	2,6%	6,3%	3,4%
Narracyjny	brak danych	2,6%	1,5%
EMDR	brak danych	0,3%	0,6%
Psychodrama	brak danych	0,5%	0,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2017, 2020 i 2021 r.

Najpopularniejszym nurtem teoretycznym wśród polskich psychoterapeutów i psychoterapeutek jest zdecydowanie **nurt psychodynamiczny**. Potwierdza to również badanie Szymańskiej i współpracowników, gdzie wprawdzie opisano sytuację związaną z łączeniem w praktyce psychoterapeutycznej kilku nurtów, ale gdyby zsumować wszystkie kombinacje, które wykorzystywali badani, a w których występowało podejście psychodynamiczne, byłoby to blisko 30% wskazań (29,8%). Z posiadanych danych można też wysnuć wniosek, że podejście psychodynamiczne jest najczęściej stosowanym w Polsce na przestrzeni ostatniej dekady sposobem pracy z pacjentami/klientami gabinetów psychoterapeutycznych.

Drugim nurtem teoretycznym z rosnącą – jak pokazują dane w tabeli – częstością występowania w praktyce psychoterapeutycznej jest **podejście poznawczo-behawioralne**. Wydaje się, że w ciągu ostatniej dekady znacznie zwiększył się dostęp do szkolenia w tym nurcie – nie jest już realizowany wyłącznie przez ośrodki dotychczas szkolące, otwarto również studia psychoterapeutyczne w tym nurcie na Uniwersytecie SWPS<sup>75</sup>. Trzeba dodać, że w badaniu Szymańskiej i współpracowników kombinacje, w których występowało to podejście, to blisko 20% wskazań (19,8%). Kolejne dwa nurty to **podejście humanistyczne** i **podejście systemowe**.

Na podstawie dostępnych badań można stwierdzić, że te cztery nurty są najczęściej stosowanymi sposobami pracy psychoterapeutycznej w Polsce. Analizując dane, trzeba zauważyć rosnącą liczbę wskazań nurtu integracyjnego. Jak napisano w pierwszej części niniejszego opracowania, można traktować to jako oddzielny nurt bądź sposób na łączenie dwóch lub więcej podejść w pracy terapeutycznej. Pojęcie „nurt integracyjny” jest terminem mającym umowne znaczenie w środowisku psychoterapeutycznym. Na potrzeby tej monografii przyjęto, że osoba pracująca w tym nurcie korzysta z technik i podstaw teoretycznych więcej niż jednej modalności<sup>76</sup>. W badaniach przeprowadzonych w 2021 r. sprawdziliśmy, jakie dodatkowe nurty są łączone z podejściem integracyjnym: „Wśród osób, które wskazały tę odpowiedź najwięcej osób (42,3%) pracuje tylko w tym nurcie, uznając podejście integracyjne jako swój sposób pracy terapeutycznej. Dość często podejście integracyjne stosowane jest również przez osoby pracujące w nurtach humanistycznym i psychodynamicznym<sup>77</sup>. Odpowiedzi respondentów zostały przedstawione w tabeli 18.

Jak wspomniano wcześniej, wyniki badań oraz wnioski wysuwane przez osoby je opracowujące wskazują na to, że podejście integracyjne czy też eklektyczne będzie coraz częściej stosowane.

---

<sup>75</sup> Przekonanie to wywodzimy z rozmów, jakie prowadziliśmy w środowisku psychoterapeutek i psychoterapeutów po opublikowaniu raportów z naszych badań. W kolejnych przygotowywanych już badaniach chcemy sprawdzić zasadność tego przekonania.

<sup>76</sup> Szerzej na temat integracji w psychoterapii w: G. Stricker, *Integracja psychoterapii; Psychoterapia. Integracja...*

<sup>77</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*, s. 14.

Tabela 18. Praca w nurcie integracyjnym i innych nurtach

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2021 r.

Na zakończenie refleksji nad nurtami psychoterapeutycznymi, w których pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce, warto przybliżyć jeszcze dwa aspekty, a mianowicie wiek oraz płeć osób pracujących w poszczególnych nurtach psychoterapii.

W tabeli 19 przedstawiono, jaki procent badanych z różnych grup wiekowych pracuje w poszczególnych nurtach (można było wskazać więcej niż jeden nurt, w którym się pracuje). Zestawiono też wyniki badań z 2020 i 2021 r. Wśród badanych w grupie wiekowej do trzydziestu lat największą reprezentację ma nurt poznawczo-behawioralny, w którym pracuje ponad jedna trzecia badanych w 2021 r. i prawie połowa badanych w 2020 r. Podejście poznawczo-behawioralne jest najbliższe psychologii akademickiej, stąd wydaje się, że osoby decydujące się na studiowanie psychoterapii tuż po studiach mogą wybierać to podejście teoretyczne<sup>78</sup>. Dużą grupę w tym przedziale wiekowym stanowią też osoby pracujące w nurcie systemowym – jej liczebność to ponad jedna czwarta w badaniu z 2021 r. i niemal jedna piąta w badaniu z 2020 r.

<sup>78</sup> Podobnie jak w przypadku wzrostu zainteresowania podejściem poznawczo-behawioralnym przekonanie to wywodzimy z rozmów, jakie prowadziliśmy w środowisku psychoterapeutek i psychoterapeutów po opublikowaniu raportów z naszych badań. W kolejnych przygotowywanych już badaniach chcemy to sprawdzić.

Tabela 19. Wiek badanych a nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują

Nurt psychoterapeutyczny	Do 30. roku życia		Od 31. do 40. roku życia		Od 41. do 50. roku życia		Od 51. do 60. roku życia		Powyżej 60. roku życia		Badani ogółem	
	Badanie 2020	Badanie 2021	Badanie 2020	Badanie 2021	Badanie 2020	Badanie 2021	Badanie 2020	Badanie 2021	Badanie 2020	Badanie 2021	Badanie 2020	Badanie 2021
Psychoanalityczny	1,7%	10,5%	4,2%	7,2%	7,5%	5,8%	6,3%	6,1%	0,9%	0,0%	4,9%	6,7%
Poznawczo-behawioralny	<b>46,6%</b>	<b>36,8%</b>	32,1%	24,2%	20,0%	12,4%	18,8%	18,2%	0,0%	0,0%	28,7%	19,8%
Psychodynamiczny	19,0%	21,1%	<b>44,8%</b>	<b>43,8%</b>	<b>36,7%</b>	<b>44,6%</b>	25,0%	27,3%	0,0%	0,0%	35,8%	40,8%
Systemowy	<b>19,0%</b>	<b>26,3%</b>	24,2%	7,2%	15,8%	7,4%	<b>25,0%</b>	<b>24,2%</b>	0,0%	0,0%	20,6%	10,1%
Humanistyczny	10,3%	0,0%	11,5%	11,1%	27,5%	21,5%	<b>28,1%</b>	<b>27,3%</b>	28,6%	0,0%	18,0%	16,2%
Narracyjny	5,2%	10,5%	1,8%	0,7%	1,7%	0,8%	6,3%	3,0%	0,0%	0,0%	2,6%	1,5%
Eriksonowski	1,7%	0,0%	3,0%	3,9%	9,2%	1,7%	6,3%	6,1%	71,4%	0,0%	6,3%	3,4%
Integracyjny	brak danych	5,3%	brak danych	14,4%	brak danych	16,5%	brak danych	<b>24,2%</b>	<b>brak danych</b>	<b>50,0%</b>	4,7%	15,8%
Inny	15,5%	10,5%	6,2%	8,5%	10,8%	3,3%	15,6%	3,0%	14,3%	50,0%	9,9%	5,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2020 i 2021 r.

Zwraca uwagę także fakt, że najwięcej badanych osób od 31. do 40. roku życia (44,8% i 43,8%), a także od 41. do 50. roku życia (36,7% i 44,6%) pracuje w nurcie psychodynamicznym. Wśród dwóch najstarszych grup badanych dominuje podejście humanistyczne, systemowe i integracyjne. „Dane te można interpretować w kontekście zmieniającej się dostępności i popularności szkoleń w obrębie określonych nurtów wśród kolejnych roczników adeptów psychoterapii wchodzących na rynek pracy”<sup>79</sup>.

Aby dopełnić obrazu polskiej psychoterapii, warto przyrzeć się zestawieniu płci badanych psychoterapeutek i psychoterapeutów z nurtem, w którym pracują, na podstawie badania z 2021 r.

Tabela 20. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby, a ich płeć

Nurt psychoterapeutyczny	Kobiety biorące udział w badaniu	Mężczyźni biorący udział w badaniu	Badani ogółem
Psychoanalityczny	<b>6,8%</b>	6,1%	6,7%
Poznawczo-behawioralny	18,3%	<b>28,6%</b>	19,8%
Psychodynamiczny	<b>42,4%</b>	30,6%	40,8%
Systemowy	<b>10,4%</b>	8,2%	10,1%
Humanistyczny	12,9%	<b>32,7%</b>	16,2%
Narracyjny	<b>1,8%</b>	0,0%	1,5%
Eriksonowski	3,2%	2,0%	3,4%
Integracyjny	14,3%	<b>24,5%</b>	15,8%
Inny	5,7%	10,2%	6,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych badań z 2021r.

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

<sup>79</sup> M. Frąckowiak-Sochańska, M. Hermanowski, *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga...*, s. 14.

## Zakończenie

Na podstawie dostępnych badań pokazano, jak wygląda populacja psychoterapeutek i psychoterapeutów w Polsce. Dzięki analizowanym badaniom można powiedzieć, że w niektórych kategoriach demograficznych wyłaniają się jednoznaczne dla populacji psychoterapeutek i psychoterapeutów w Polsce cechy: jest to zawód silnie sfeminizowany, większość osób praktykujących psychoterapię pracuje w prywatnych gabinetach oraz ośrodkach, psychoterapia jest dostępna przede wszystkim w wielkich i dużych miastach, a osoby wykonujące zawód psychoterapeuty są dość gruntownie wykształcone.





## Podsumowanie

Psychoterapia w Polsce jest aktywnością niezbyt szeroko opisaną. Badania i literatura przedmiotu, które są autorstwa przedstawicieli psychologii czy medycyny (psychiatrii), koncentrują się na opisie procesów, jakie zachodzą podczas pracy psychoterapeutycznej, skuteczności poszczególnych systemów psychoterapeutycznych, teoretycznych podstaw poszczególnych rodzajów terapii czy nozologii chorób psychicznych (bądź zaburzeń). To badania i literatura pomocne specjalistom w zakresie zdrowia psychicznego w pracy z pacjentami/klientami, przygotowujące do pracy w charakterze psychoterapeuty czy psychiatry, pomocne także osobom cierpiącym w wyniku zaburzeń czy chorób psychicznych. Do tej pory podejmowane są nieliczne próby – z których większość, jeśli nie wszystkie, przywołana została w tym opracowaniu – opisanie tego, kim są psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce, jak wykonują swoją pracę czy jakie procesy zachodzą w środowisku psychoterapeutycznym w Polsce.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dostępnych badań można stwierdzić, że większość osób wykonujących zawód psychoterapeuty w Polsce to kobiety. Wiek osób pracujących w tym zawodzie w Polsce to najczęściej około czterdziestu lat, a mówiąc szerzej – najwięcej osób pracujących w tym zawodzie ma więcej niż trzydzieści i mniej niż pięćdziesiąt lat. Na podstawie badań wiadomo też, że większość psychoterapeutek i psychoterapeutów pracuje w wielkich i dużych miastach, najczęściej w prywatnych gabinetach oraz ośrodkach. Najczęściej praktykowaną formą psychoterapii jest terapia indywidualna, natomiast wśród modalności, systemów psychoterapeutycznych najczęściej praktykowane są podejścia: psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne, humani-

styczne i systemowe, na znaczeniu zyskuje też psychoterapia integracyjna czy eklektyczna. Osoby pracujące w zawodzie psychoterapeuty mają wykształcenie wyższe, najczęściej skończone czteroletnie studia psychoterapeutyczne, a w więcej niż połowie populacji nie posiadają certyfikatów psychoterapeutycznych.

Przed badającymi zawód psychoterapeuty i środowisko psychoterapeutyczne w Polsce z punktu widzenia socjologii pojawia się wiele obszarów do badań oraz pytań. Począwszy chociażby od tego, które pojawiło się w opracowaniu, dlaczego jedne nurty psychoterapeutyczne stają się bardziej popularne od innych, poprzez pytanie o społeczny odbiór zawodu psychoterapeuty czy psychoterapii jako takiej, a na próbie oszacowania wielkości populacji psychoterapeutek i psychoterapeutów skończywszy. Mimo sięgającej końca lat 70. XX w. historii psychoterapii w Polsce ukazują się jedynie przyczynkowe opracowania na temat tej aktywności, która nie tylko jest zawodem, lecz także ma wpływ na sposób postrzegania rzeczywistości społecznej, zarówno przez pacjentów/klientów, jak i przez tych, którzy psychoterapeutek i psychoterapeutów słuchają (lub ich czytają) w związku z ich aktywnością w przestrzeni publicznej. Rozmowy oraz doświadczenia wskazują, że również w samym środowisku psychoterapeutycznym można byłoby znaleźć odpowiedzi na sformułowane powyżej pytania.

## Bibliografia

- Bastide, R., *Socjologia chorób psychicznych*, tłum. M.R. Pragłowska, PWN, Warszawa 1972.
- Berne, E., *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*, tłum. P. Izdebski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Blagys, M.D., Hilsenroth, M.J., *Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative process literature*, „Clinical Psychology: Science and Practice” 2000, nr 7.
- Chanik, A., Dudzińska, M., Krawczyk, J., Osipczuk, M., Paikert, K., Pawlikowska, I., Sitarz, A., Soszyńska, J., Tyszkowska, M., Zarychta, K., *Psychoterapia po ludzku*, Stowarzyszenie INTRO, Wrocław 2011.
- Chmielnicka-Kuter, E., *Metody psychoterapii w podejściu narracyjnym i dialogowym, w: Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Eneteia, Warszawa 2011.
- Czabała, J.C., Mroziak, B., *Stosowanie psychoterapii w Polsce*, „Psychoterapia” 1996, nr 100(4).
- Czabała, J.C., Brykczyńska, C.A., *Psychoterapeuci w Polsce na tle innych krajów europejskich – badania w wybranych ośrodkach psychoterapeutycznych*, „Psychoterapia” 2000, nr 115(4).
- Drożdżowicz, L., *Ogólna teoria systemów, w: Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.
- Durkheim, E., *Zasady metody socjologicznej*, tłum. J. Szacki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Dybel, P., *Psychoanaliza – ziemia obiecana? Dzieje psychoanalizy w Polsce 1900–1989. Część I. Okres burzy i naporu. Początki psychoanalizy na ziemiach polskich okresu rozbiorów 1900–1918*, Universitas, Kraków 2016.
- Fichter, M., Wittchen, H.U., *Clinical psychology and psychotherapy: a survey of the present state of professionalization in 23 countries*, „Am Psychol” 1980, nr 35.
- Frąckowiak-Sochańska, M., *Psychoterapeuci o klientkach i klientach – płęć społeczno-kulturowa jako kategoria analizy wzorów funkcjonowania mężczyzn i kobiet w procesie psychoterapii*, „Rocznik Lubuski” 2016, nr 42(1).

- Frąckowiak-Sochańska, M., *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019.
- Frąckowiak-Sochańska, M., Hermanowski, M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część pierwsza: marzec–wrzesień 2020*, Wydział Socjologii UAM, Poznań 2020.
- Frąckowiak-Sochańska, M., Hermanowski, M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w czasie pandemii. Raport z badań. Część druga: październik 2020–marzec 2021*, Wydział Socjologii UAM, Poznań 2021.
- Frąckowiak-Sochańska, M., Hermanowski, M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci wobec konsekwencji pandemii COVID-19. Analiza z perspektywy teorii traumy zmian społecznych*, w: *Zmiana społeczna, pandemia, kryzys. Konteksty empiryczne i teoretyczne*, red. K. Andrejuk, I. Grabowska, M. Olcoń-Kubicka, I. Taranowicz, Wydawnictwo IFiS PAN Warszawa 2021.
- Frąckowiak-Sochańska, M., Hermanowski, M., *Wspólnota doświadczeń terapeutów i klientów*, „Terapia Osób Uzależnionych i Ich Bliskich” 2021, nr XXIV(1).
- Gellner, E., *Uwodzicielski urok psychoanalizy, czyli chytryść antyrozumu*, tłum. T. Hołowska, Książka i Wiedza, Warszawa 1997.
- Grzesiuk, L., Jakubowska, U., *Nurty teoretyczne w psychoterapii*, w: *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1994.
- Grzesiuk, L., *Wstęp*, w: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Eneteia, Warszawa 2005.
- GUS, *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym. Stan na 31.XII.2018*, Warszawa 2019.
- Jacyno, M., *Kultura indywidualizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Jak Feniks z popiołów? Odradzanie się psychoanalizy w powojennej i dzisiejszej Polsce*, red. E. Kobylińska-Dehe, K. Prot-Klinger, Universitas, Kraków 2021.
- Jakubowska, U., *Terapia humanistyczno-egzystencjalna*, w: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Eneteia, Warszawa 2005.
- Killingmo, B., *Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia*, tłum. J. Kubitsky, GWP, Gdańsk 1995.
- Kluzowicz, J., Kluzowicz, M., *Psychoterapia w czasie izolacji społecznej związanej z COVID-19 – perspektywa terapeutów i klientów*, „Psychoterapia” 2021, nr 1(196).
- Knapp, H., *Komunikacja w terapii*, tłum. M. Trzcńska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Kobiety w pracy socjalnej*, red. A. Kotlarska-Michalska, Wydawnictwo Naukowe UAM Poznań 2014.
- Kotlarska-Michalska, A., *Wprowadzenie do problematyki kobiety w pracy socjalnej, czyli o różnorodności ról kobiecych w tworzeniu i realizowaniu pracy socjalnej*, w: *Kobiety w pracy socjalnej*, red. A. Kotlarska-Michalska, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.

- Kratochvil, S., *Podstawy psychoterapii*, tłum. M. Czabak, E. Matuska, Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Kratochvil, S., *Psychoterapia*, tłum. A. Ciechanowicz, M. Erhardt-Gronowska, PWN, Warszawa 1978.
- Kutter, P., *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych*, tłum. A. Ubertowska, GWP, Gdańsk 2000.
- Łapiński, M., Malatyńska, G., Orwid, M., Osuchowska, I., Piotrowski, A., *Stan i perspektywy rozwoju psychoterapii w lecznictwie psychiatrycznym*, „Psychiatria Polska” 1979, nr 13(4).
- Łyś, A.E., *Psychoterapia feministyczna – ciekawostka, prowokacja czy obiecująca perspektywa?*, w: *Współczesna terapia. Metody wybrane*, red. M. Kunicka, M. Will, Warszawa 2014.
- Maroda, K., *Techniki terapii psychodynamicznej. Praca nad emocjami w relacji terapeutycznej*, tłum. J. Gołąb, Wydawnictwo UJ, Kraków 2014.
- McWilliams, N., *Psychoterapia psychoanalityczna. Poradnik praktyka*, tłum. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Harmonia, Gdańsk 2011.
- Merton, R., *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, tłum. E. Morawska, J. Wertenstein-Żuławski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Mizerska, R., Pinkowska-Zielińska, H., Jankiewicz, A., Modrzyńska, D., Kostrzewski, M., Wojtysiak, S., *Psychoterapia. Vademecum*, Polska Rada Psychoterapii, Warszawa 2018.
- Moore, B.E., Fine, B.D., *Słownik psychoanalizy*, tłum. E. Modzelewska, Jacek Santorski & Co., Warszawa 1996.
- Parsons, T., *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin, PWN, Warszawa 1969.
- Popiel, A., Pragłowska, E., *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Paradygmat, Warszawa 2008.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, tłum. D. Golec i in., Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.
- Psychologia kliniczna*, red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
- Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1994.
- Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Eneteia, Warszawa 2005.
- Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Eneteia, Warszawa 2010.
- Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Eneteia, Warszawa 2011.
- Reber, A.S., Reber, E.S., *Słownik psychologii*, red. I. Kucz, K. Skarżyńska, tłum. B. Janasiewicz-Kruszyńska i in., Scholar, Warszawa 2005.
- Rogers, C.R., *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, tłum. A. Dodziuk, E. Knoll, Thesaurus – Press, Wrocław 1991.

- Rzepa, T., Dobroczyński, B., *Historia polskiej myśli psychologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019.
- Salonia, G., *Społeczny kontekst psychoterapii*, w: *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu*, red. G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal, tłum. L. Kalita, A. Pikiel, A. Sawicka-Chrapkowicz, A. Uściłowska, Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.
- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D., *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań 2017.
- Sokolik, Z., *Psychoanaliza*, w: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Eneteia, Warszawa 2005.
- Suszek, H., Grzesiuk, L., Styła, R., Krawczyk, K., *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część I. Przegląd badań dotychczasowych*, „Psychiatria” 2017, nr 14(2).
- Suszek, H., Grzesiuk, L., Styła, R., Krawczyk, K., *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania*, „Psychiatria” 2017, nr 14(2).
- Sterna, A., Sterna, W., *Psychoterapia – metoda leczenia prowadzona przez kobiety i dla kobiet? O zjawisku feminizacji w psychoterapii*, „Psychiatria” 2021, nr 18(2).
- Stricker, G., *Integracja psychoterapii*, tłum. M. Połeć-Szalonek, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2017.
- Szacki, J., *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Sztompka, P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Znak, Kraków 2002.
- Szymańska, A., Grzesiuk, L., Suszek, H., Dobrenko, K., Rutkowska, M., Krawczyk, K., *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii*, „Psychiatria Polska” 2018, nr 52(4).

## Źródła internetowe

- Certyfikowani superwizorzy i psychoterapeuci Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, [www.sekcjapsychoterapii.pl](http://www.sekcjapsychoterapii.pl) [dostęp: 21.06.2021].
- Certyfikat psychoterapeuty i superwizora terapii, strona internetowa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, [www.ptp.org.pl](http://www.ptp.org.pl) [dostęp: 26.06.2021].
- Europejski Certyfikat Psychoterapeuty EAP – Sekcja Naukowa Psychoterapii, [www.sekcjanaukowapsychoterapii.org](http://www.sekcjanaukowapsychoterapii.org) [dostęp: 26.06.2021].
- Jacyno, M., *Socjoanaliza relacji terapeutycznej*, „Obieg”, 13.03.2009, [www.obieg.pl](http://www.obieg.pl) [dostęp: 27.06.2021].
- Jak uzyskać certyfikat psychoterapeuty? – Sekcja Naukowa Psychoterapii, [www.sekcjanaukowapsychoterapii.org](http://www.sekcjanaukowapsychoterapii.org) [dostęp: 26.06.2021].
- Kody i opisy PKD (Polskiej Klasyfikacji Działalności), [www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd](http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd) [dostęp: 20.06.2021].

- Lista psychoterapeutów i superwizorów SNP PTP, strona internetowa Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, [www.sekcjanaukowapsycho-terapii.org](http://www.sekcjanaukowapsycho-terapii.org) [dostęp: 21.06.2021].
- Lista psychoterapeutów certyfikowanych przez PTPG, strona internetowa Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt, [www.gestaltpolska.org.pl](http://www.gestaltpolska.org.pl) [dostęp: 21.06.2021].
- Rejestr psychoterapeutów, strona internetowa Polskiej Rady Psychoterapii, [www.prp.org.pl](http://www.prp.org.pl) [dostęp: 21.06.2021].
- Strona internetowa Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) [dostęp: 26.06.2021].
- Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, [www.ptp-pd.pl](http://www.ptp-pd.pl) [dostęp: 25.06.2021].
- Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Terapii EMDR, [www.emdr.org.pl](http://www.emdr.org.pl) [dostęp: 30.06.2021].
- Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, [www.pttpb.org.pl](http://www.pttpb.org.pl) [dostęp: 25.06.2021].
- Uchwała Zarządu Głównego PTP z dnia 18 listopada 2009 r. ze zmianami uchwalonymi przez Zarząd Główny w dniu 6 czerwca 2012 r., 20 listopada 2013 r., 25 czerwca 2014 r., 24 czerwca 2015 r., 23 listopada 2016 r., 28 czerwca 2017 r. oraz 28 marca 2018 r. (tekst ujednolicony), [www.ptp.org.pl](http://www.ptp.org.pl) [dostęp: 25.06.2021].
- Zarządzenie nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) [dostęp: 24.06.2021].





## Spis tabel i wykresów

- Tabela 1. Płeć osób pracujących psychoterapeutycznie
- Tabela 2. Wiek osób pracujących psychoterapeutycznie
- Tabela 3. Porównanie wieku badanych kobiet i mężczyzn
- Tabela 4. Kierunek studiów wyższych ukończony przez psychoterapeutów
- Tabela 5. Szkolenie w zawodzie psychoterapeuty
- Tabela 6. Posiadany certyfikat psychoterapeutyczny
- Tabela 7. Wielkość miejscowości, w której wykonywana jest praca psychoterapeutyczna
- Tabela 8. Zestawienie populacji województw z odsetkiem badanych osób w nich pracujących
- Tabela 9. Miejsce prowadzenia psychoterapii
- Tabela 10. Liczba miejsc, w których (psychoterapeutycznie) pracują badane osoby
- Tabela 11. Liczba miejsc, w których pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci
- Tabela 12. Osoby pracujące tylko w gabinecie prywatnym w poszczególnych grupach wiekowych
- Tabela 13. Formy pracy terapeutycznej
- Tabela 14. Prowadzenie wybranych form psychoterapii przed 15 marca 2020 r. a wiek badanych
- Tabela 15. Formy pracy psychoterapeutycznej on-line po 15 marca 2020 r.
- Tabela 16. Formy pracy terapeutycznej on-line: marzec–wrzesień 2020 r. *versus* październik 2020–marzec 2021 r.

Tabela 17. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują psychoterapeutki i psychoterapeuci

Tabela 18. Praca w nurcie integracyjnym i innych nurtach

Tabela 19. Wiek badanych a nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują

Tabela 20. Nurt psychoterapeutyczny, w którym pracują badane osoby, a ich płeć

Wykres 1. Praca psychoterapeutyczna on-line przed pandemią

Wykres 2. Praca psychoterapeutyczna on-line po 15 marca 2020 r.



