

Lech Kalita¹, Agnieszka Bittner-Jakubowska¹, Edward Buzun², Piotr Dworczyk³,
Miroslaw Giza⁴, Alina Henzel-Korzeniowska⁵, Janusz Kitrasiewicz⁶,
Anna Mędrzejewska², Małgorzata Szmalec⁷, Marzena Witkowska¹, Jolanta Zboińska⁸

KOMPETENCJE POTRZEBNE DO PROWADZENIA TERAPII PSYCHOANALITYCZNYCH I PSYCHODYNAMICZNYCH W POLSCE

COMPETENCES NEEDED TO CONDUCT PSYCHOANALYTICAL AND PSYCHODYNAMIC THERAPIES IN POLAND

¹Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej

²Instytut Analizy Grupowej „Raszów”

³Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne

⁴Polskie Towarzystwo Psychologii Analitycznej

⁵Krakowskie Koło Psychoanalizy New Lacanian School

⁶Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej

⁷Instytut Psychoanalizy i Psychoterapii w Warszawie

⁸Fundacja Pomorskie Centrum Psychotraumatologii

**psychodynamic psychotherapy
psychoanalytic psychotherapy
psychotherapeutic competences**

Streszczenie

Artykuł zawiera usystematyzowany opis kwalifikacji do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej osób dorosłych. Osoba dysponująca takimi kwalifikacjami posługuje się aktualną wiedzą z zakresu teorii psychoanalitycznej i psychopatologii oraz ma umiejętności techniczne prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej. Samodzielnie diagnozuje stan psychiczny pacjenta i konceptualizuje go w odniesieniu do wiedzy psychodynamicznej. Zgodnie z wiedzą dotyczącą skuteczności psychoterapii potrafi zaproponować pacjentowi najbardziej efektywną i skuteczną formę pomocy. Potrafi formułować diagnozę psychodynamiczną i w klarowny sposób przekazać ją pacjentowi. Używa swoich kompetencji i posługuje się wspierającymi procesy emocjonalne technikami terapii, które w efektywny sposób rozwiązują problemy pacjenta. Posługuje się umiejętnościami interpersonalnymi w kontakcie z pacjentem z poszanowaniem jego wolności i autonomii. Podejmuje współpracę z innymi specjalistami zajmującymi się terapią i profilaktyką zaburzeń psychicznych. Osoba mająca kwalifikacje do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej osób dorosłych korzysta z superwizji i doskonali swoje metody pracy tak, aby jej działania były zgodne ze współczesną wiedzą, zasadami profesjonalnymi i zawodowym kodeksem etycznym.

Summary

The article contains a systematic description of the qualifications necessary to conduct psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy in adults. Specialists with such qualifications use the current knowledge in the field of psychoanalytical theory and psychopathology and have technical skills to conduct psychoanalytic / psychodynamic psychotherapy. They independently diagnose the mental state of the patient and conceptualize it in relation to psychodynamic knowledge. According to the knowledge of the effectiveness of psychotherapy, they are able to qualify for the most effective and efficient form of help. They can formulate a psychodynamic diagnosis and clearly convey it to the patient. They use competence and therapy techniques supporting emotional processes that effectively solve the patient's problems. They use interpersonal skills in contact with the patient, respecting his/her freedom and autonomy. They cooperate with other specialists in the field of therapy and prevention of mental disorders. A person qualified to conduct psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy of adults uses supervision and improves their working methods so that their actions are consistent with modern knowledge, professional principles and a professional code of ethics.

I. Wprowadzenie

W niniejszym artykule przedstawiamy wypracowany przez grupę przedstawicieli środowisk zawodowych opis kompetencji i kwalifikacji niezbędnych do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej. Autorami pracy są przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej, Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii w Warszawie, Instytutu Analizy Grupowej „Raszów”, Polskiego Towarzystwa Psychologii Analitycznej, Krakowskiego Koła Psychoanalizy New Lacanian School oraz Fundacji Pomorskie Centrum Psychotraumatologii. Autorzy reprezentują zatem zarówno najliczniejsze stowarzyszenia zawodowe (PTPPd, ok. 1600 członków; oraz PTPP, ok. 500 członków), jak i stowarzyszenie najsilniej związane z międzynarodowym środowiskiem psychoanalitycznym (PTP, będące częścią International Psychoanalytic Association), a także mniejsze ośrodki rozwoju psychoterapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych. Wymienione stowarzyszenia oficjalnie delegowały swoich przedstawicieli — autorów niniejszej pracy — do zajęcia się określeniem wspólnych dla szeroko rozumianego środowiska psychoterapeutów psychodynamicznych i psychoanalitycznych kompetencji oraz możliwych metod ich weryfikacji. Obok systematyzacji kluczowych kompetencji do prowadzenia jednej z najpopularniejszych w Polsce form psychoterapii (zgodnie z badaniami Suszek [1] terapeutów określający się jako psychodynamiczni i psychoanalityczni stanowią znaczącą większość polskich psychoterapeutów) dodatkową wartością niniejszej pracy jest nakreślenie obszaru wspólnego dla przedstawicieli środowiska psychoterapeutów psychoanalitycznych i psychodynamicznych — grup zawodowych, w których wzajemnym dyskursie do tej pory dominowały raczej wątki dzielenia niż łączenia. Autorzy tej pracy, reprezentujący zarówno środowiska psychoanalityczne, jak i psychodynamiczne, podjęli wysiłek w kierunku precyzyjnego określenia wspólnej puli kompetencji niezbędnych do prowadzenia terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych. Mamy nadzieję, iż w przyszłości doprowadzi to do wzajemnego uznania i lepszego porozumienia między przedstawicielami obydwu środowisk oraz do traktowania terapeutów psychoanalitycznych

i psychodynamicznych także przez zewnętrzne otoczenie jako specjalistów dysponujących tym samym zestawem kluczowych kompetencji.

Mamy także nadzieję, iż nasza praca okaże się przyczynkiem do zbliżenia do siebie poszczególnych środowisk identyfikujących się jako psychoanalityczne i psychodynamiczne. Postrzegamy ją jako działanie analogiczne do realizowanego w Wielkiej Brytanii badania Core Competencies [2].

Należy zaznaczyć, iż przedstawiony opis dotyczy uzgodnionych kwalifikacji do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej, uznanych przez autorów za oddziaływania terapeutyczne bazujące na jednolitych kwalifikacjach, natomiast nie obejmuje kwalifikacji niezbędnych do prowadzenia psychoanalizy — metody bazującej na długoterminowej pracy z wykorzystaniem kozetki z dużą intensywnością (kilka sesji w tygodniu). Autorzy zgodzili się natomiast, iż szkolenie w zakresie psychoanalizy daje kompetencje do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej, natomiast szkolenie w zakresie psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej nie daje kompetencji do prowadzenia psychoanalizy. Szczegółowo prawidłowość tę opisano w części IV niniejszej pracy. Opracowanie dotyczące kompetencji niezbędnych do prowadzenia psychoanalizy prawdopodobnie można oprzeć na podobnym schemacie, nie jest to jednak zadanie niniejszej publikacji.

II. Zapotrzebowanie na kompetentnych psychoterapeutów

W Polsce — podobnie jak w całej Europie i na świecie — zaburzenia psychiczne stanowią problem o poważnej skali. Zgodnie z danymi statystycznymi publikowanymi przez GUS [3] w 2014 r. w warunkach ambulatoryjnych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono prawie 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków. Wśród leczonych zaburzeń dominowały nerwice (1123 leczonych na 100 tys. osób) oraz zaburzenia nastroju (845 leczonych na 100 tys. osób); te dwa typy zaburzeń zdiagnozowano u ponad 47% wszystkich leczonych pacjentów. Blisko co dziewiąty pacjent leczony z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a co czterdziesty trzeci — z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych. Według wyników epidemiologicznego badania zaburzeń psychicznych (EZOP), realizowanego z użyciem Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CIDI) na próbie ponad 10 tys. respondentów [4], u 23,4% osób można rozpoznać w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie z 18 definiowanych w ICD-10 i DSM-IV. Po ekstrapolacji na populację daje to ponad 6 mln mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym [5]. Heitzman [6] zauważa, że z badań porównujących Polaków z mieszkańcami innych państw Europy wynika, iż osoby mieszkające w Polsce są narażone na większą liczbę negatywnych zjawisk społeczno-ekonomicznych i politycznych o charakterze makrostresorów. „Subiektywne wskaźniki zdrowia i stopień zadowolenia z życia lokalizują Polskę na najniższych pozycjach w UE, a wsparcie psychospołeczne (neutralizatory stresorów) jest w Polsce relatywnie ubogie” [6, s. 56].

Istotnym problemem, w skali zarówno globalnej, jak i lokalnej, jest ograniczony dostęp do usług z zakresu zdrowia psychicznego, w tym do psychoterapii. Według danych WHO

w krajach o niskim i średnim statusie ekonomicznym bez dostępu do takich świadczeń pozostaje od 76 do 85% populacji, natomiast w krajach o wysokim statusie ekonomicznym w takiej sytuacji znajduje się między 35 a 50% ludności [7]. Mniej niż połowa spośród 139 krajów objętych badaniami WHO prowadzi jakąkolwiek politykę związaną ze zdrowiem psychicznym, przy czym te, które ją przyjęły, często nie wspierają polityki adekwatnymi nakładami finansowymi i kadrowymi.

W Polsce brakuje systematycznych badań dotyczących dostępności psychoterapii, jednak autorzy wspomnianego badania EZOP konkludują: „Odnotowywana w ostatnich latach zarejestrowana zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej sięgała łącznie ok. 1,5 mln. Porównanie tej liczby z oszacowaniami potencjalnych zgłoszeń (6–7,5 mln) wskazuje na wyraźny rozdźwięk i może być traktowane jako wskazówka, że [...] rozmiar niezaspokojonych potrzeb jest znaczny” [5, s. 273–274]. Wyniki badania EZOP wskazują, że system opieki zdrowotnej w Polsce obejmuje ok. 25% osób wymagających pomocy, natomiast według wskazań Strathdee i Thornicrofta [8] wsparcie powinno docierać do ok. 80% osób z poważnymi chorobami psychicznymi i do 33–50% osób cierpiących na zaburzenia depresyjne i lękowe czy uzależnienia.

Zwiększanie dostępu do psychoterapii jest jednym z ważniejszych wyzwań zarówno w skali światowej, jak i w Polsce. Jednym z czterech podstawowych zadań planu działań WHO w zakresie zdrowia psychicznego na lata 2013–2020 było „zapewnienie spójnych, zintegrowanych i dostępnych usług z zakresu zdrowia psychicznego w społecznościach lokalnych” [7, s. 13]. Także autorzy polskiego badania EZOP w podsumowujących rekomendacjach wskazują: „Skuteczne i optymalne kosztowo leczenie wymaga głębokiej reorientacji systemu ochrony zdrowia psychicznego. Musimy zdecydowanie zmierzać w kierunku opieki środowiskowej, która obejmowałaby nie tylko świadczenia specjalistyczne, ale także świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki społecznej, organizacji pozarządowych, które wspólnie stwarzałyby sieć wsparcia, sieć promującą zdrowie i amortyzującą destrukcyjną interakcję między zaburzeniami psychicznymi i ich percepcją. Jak wynika z naszych badań, taki model cieszy się większym poparciem społecznym niż model <<szpitalocentryczny>>, narzucający dominację dużych szpitali psychiatrycznych” [5, s. 277]. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich pt. „Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki” zawiera podobną rekomendację: „Drugi kierunek, tak naprawdę jeszcze ważniejszy, to budowanie sieci wsparcia angażujących wszelkie możliwe instytucje, publiczne i prywatne, oraz społeczności lokalne w działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Zaniedbanie tego elementu sprawi, że środki zainwestowane w wysoki rozwój specjalistycznej służby ochrony zdrowia psychicznego nie przełożą się na wystarczające efekty. W gruncie rzeczy oznacza to konieczność wielodyscyplinarnej organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego, który wykracza poza ramy medyczne” [9, s. 15].

Psychoterapia jest skuteczną metodą leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego, możliwą do realizowania w rozmaitych systemach wsparcia społecznego, także poza służbą zdrowia i warunkami szpitalnymi. Ogólne wnioski ze współczesnych badań nad skutecznością psychoterapii wskazują, że terapie psychologiczne pozwalają skutecznie leczyć zaburzenia psychiczne. Psychoterapia — stosowana zarówno w połączeniu z farmakoterapią, jak i bez niej — jest skuteczniejsza niż placebo, zaś różne paradygmaty psychoterapii są przynaj-

mniej równie skuteczne co oddziaływania farmakoterapeutyczne, mogą też wzmacniać korzystny ich efekt [10–13].

Będące w centrum myślenia psychoterapeutycznego czynniki psychospołeczne mają wpływ na działanie genów, a mózg potrafi zmieniać swoje połączenia nerwowe tak, aby rozwinąć nowe prozdrowotne nawyki. Oddziaływania psychoterapeutyczne w leczeniu zaburzeń psychicznych zyskały nowe zainteresowanie, gdy współczesne badania wykazały, iż efektywność kuracji za pomocą leków przeciwdepresyjnych była przez długi czas znacznie zawyżona, a długoterminowe stosowanie leków przeciwłękowych przynosi skutki antyterapeutyczne. Ponadto oddziaływania psychoterapeutyczne powodują wzmocnienia w zachowaniu, które utrzymują się na długo po zakończeniu terapii. Tego rodzaju rezultaty nie zwiększają się w przypadku pacjentów stosujących jedynie leki, nawet wtedy, gdy reakcja organizmu na farmakoterapię jest pozytywna [14].

Wyniki licznych badań sugerują, iż psychoterapia stanowi opłacalną metodę leczenia zaburzeń psychicznych [15–19]. Lazar [20] w przekrojowym artykule dowodzi, iż psychoterapia jest nie tylko skutecznym, ale i opłacalnym świadczeniem, prowadzącym do oszczędności związanych z obniżeniem kosztów ewentualnych dodatkowych usług medycznych oraz kosztów społecznych wpisanych w zaburzenia psychiczne, mimo że sama w sobie nie jest metodą „tanią”. Wskazana przez Lazar pośrednia definicja opłacalności psychoterapii może być przyczyną ograniczonej dostępności do usług i trudności w ich rozpowszechnianiu. Pomimo udowodnionej naukowo skuteczności psychoterapii w kategoriach bezwzględnych stanowi ona stosunkowo drogą usługę. Zwiększanie dostępności bezpłatnej psychoterapii i tworzenie nowych, opłacalnych modeli stanowi zatem jedno z ważniejszych wyzwań, podejmowanych zarówno na poziomie polityki zdrowotnej [21], jak i badań naukowych [22, 23].

Próba zdefiniowania „osoby przeszkolonej w prowadzeniu psychoterapii” napotyka na przeszkody, ponieważ szkoleniu w zakresie psychoterapii brakuje uniwersalnych, jednolitych regulacji. Fiorillo wraz ze współpracownikami przedstawili wyniki ankiety zrealizowanej w dwunastu krajach Europy (nieuwzględniającej Polski), wskazujące na pewne istotne rozbieżności w szkoleniu psychoterapeutycznym. Na przykład, w ośmiu krajach (Austria, Belgia, Cypr, Estonia, Włochy, Hiszpania, Szwecja, Turcja) kształcenie w psychoterapii odbywa się jedynie prywatnie, w czterech (Niemcy, Szwajcaria, Wielka Brytania, Francja) — także publicznie. We wszystkich krajach objętych ankietą dostępne jest szkolenie w terapii psychodynamicznej i behawioralno-poznawczej, ale jedynie w sześciu — w terapii systemowej. Inne szkoły reprezentowane są jeszcze rzadziej. W trzech krajach podstawą uzyskania kwalifikacji jest udokumentowany staż kliniczny, w czterech egzamin, w pozostałych nie ma jasnych regulacji prawnych. Tylko siedem krajów (w materiale źródłowym brakuje danych, które to kraje) zapewnia superwizję w trakcie szkolenia, choć niemal wszystkie jej wymagają [24].

Van Deurzen [25], Priebe i Wright [26] oraz Ginger [27] w dokonanych równoległe przeglądach modeli kształcenia psychoterapeutów w Europie i na świecie wskazują na podobne prawidłowości: ogólną dominację podejść psychodynamicznych i behawioralno-poznawczych oraz rozbieżności w zakresie poszczególnych kryteriów kwalifikacji czy wymogów szkoleniowych. Podkreślają jednak, że ogólny trend w określaniu ram szkolenia psychoterapeutycznego, wyznaczony przez europejskie, ponadnarodowe stowarzyszenia

psychologów i psychiatrów, pozwala wskazać pewne ogólne kryteria wspólne dla szkolenia w poszczególnych krajach (mimo braku powszechnego politycznego poparcia dla jednej, określonej organizacji czy zestawu wytycznych).

Przykładem dobrej praktyki w określaniu kompetencji specjalistów z zakresu psychoterapii na użytek systemów opieki zdrowotnej jest realizowany od 2007 roku w Wielkiej Brytanii przez NICE (Narodowe Centrum Doskonalenia Klinicznego) program zwiększania dostępu do terapii psychologicznych. Program rozpoczął się od opisu kwalifikacji do prowadzenia terapii behawioralno-poznawczych (CBT), następnie zaś przygotowano analogiczny opis kwalifikacji do prowadzenia terapii psychodynamicznych. Oparty na dowodach naukowych opis usystematyzowano, dzieląc kompetencje na pięć obszarów: ogólne kompetencje używane w terapiach psychologicznych; podstawowe kompetencje psychoanalityczne/psychodynamiczne; kompetencje w stosowaniu specyficznych technik psychoanalitycznych/psychodynamicznych; kompetencje do stosowania interwencji adaptowanych do danych problemów; oraz metakompetencje — kompetencje wyższego rzędu [2]. Warto zauważyć, iż podobnie jak w niniejszym opracowaniu autorzy traktują psychoterapię psychoanalityczną i psychodynamiczną jako jednolitą grupę terapii, przynajmniej pod względem wymaganych do ich prowadzenia kompetencji.

III. Terapia psychoanalityczna i psychodynamiczna jako podejścia oparte na dowodach naukowych

Jedną ze współcześnie stosowanych metod psychoterapeutycznych są psychoterapię psychoanalityczną oraz psychodynamiczną. Pochodzą one od klasycznej psychoanalizy, czyli pierwszej metody „leczenia rozmową”, stworzonej przez Zygmunta Freuda na przełomie XIX i XX wieku. Współczesne psychoterapię psychoanalityczną i psychodynamiczną stanowią zróżnicowaną grupę krótko- i długoterminowych podejść terapeutycznych o różnym stopniu intensywności, z dwiema najważniejszymi cechami wyróżniającymi. Są to: 1) uznanie istnienia treści nieświadomych; 2) skupienie pracy klinicznej na rozumieniu i badaniu treści nieświadomych podczas spotkania pacjenta z terapeutą [28].

Terapie psychoanalityczne opierają się na złożonym systemie teorii dotyczących dynamicznej nieświadomości; seksualności i bliskich związków międzyludzkich; popędów i potrzeb relacyjnych; rozwoju człowieka; mechanizmów obronnych i struktury umysłu. Niezależnie od szczegółowych różnic w orientacjach teoretycznych, terapeuci psychoanalityczni posługują się jednolitą techniką pracy obejmującą: skupienie na afekcie; badanie sposobów, za pomocą których pacjent unika niepokojących myśli i uczuć; określanie nawracających wątków i uczuć; omawianie przeszłych doświadczeń z perspektywy rozwojowej; skupienie na relacjach interpersonalnych; skupienie na relacji terapeutycznej [29]. Gdy chodzi o techniki pracy, psychoterapię psychoanalityczną tworzą względnie jednorodny sposób postępowania klinicznego.

W światowej literaturze naukowej pojęcia psychoterapii psychoanalitycznej i psychoterapii psychodynamicznej najczęściej stosowane są zamiennie, co wynika ze wskazanego wyżej podstawowego dla wszystkich wariantów tej metody leczenia wspólnego założenia

istnienia dynamicznej nieświadomości, tj. zjawisk, z których nie zdajemy sobie sprawy, choć wpływają one na nasze bieżące przeżycia.

Psychoterapie psychoanalityczne oraz psychodynamiczne są podejściem terapeutycznym opartym na dowodach naukowych świadczących o jego skuteczności, przedstawionych m.in. w wydanej 20 lat temu przekrojowej publikacji Fonagyego [30]. Najbardziej aktualnym suplementem do przedstawionej wyżej pracy jest artykuł tego samego autora opublikowany w *World Psychiatry* [31]. Fonagy uwzględnia wyniki badań prowadzonych w kolejnej dekadzie, uwypuklając wnioski z metaanaliz i badań typu RCT (randomized controlled trials). Zauważa, że „w porównaniu z grupami kontrolnymi (lista oczekująca, placebo, niespecyficzna pomoc psychologiczna [treatment as usual]) terapie psychodynamiczne zazwyczaj okazują się skutecznym podejściem w leczeniu depresji, zaburzeń odżywiania i zaburzeń psychosomatycznych [...]. Najsilniejsze dowody dotyczą skuteczności długoterminowych psychoterapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń osobowości, zwłaszcza zaburzenia osobowości typu borderline” [31, s. 137].

Obok wymienionych publikacji w ostatnich latach powstaje coraz więcej prac przeglądowych i systematyzujących [32–35], gromadzących i upowszechniających dowody na rzecz skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych czy psychodynamicznych.

W ostatnich piętnastu latach powstało wiele badań typu RCT, podnoszących rangę empirycznych dowodów na rzecz skuteczności terapii psychoanalitycznych [36–38]. Wzrost liczby badań o zbliżonej konstrukcji metodologicznej pozwolił na przeprowadzenie metaanaliz, czyli porównywania ze sobą wyników poszczególnych badań RCT i sformułowania na ich podstawie ogólniejszych wniosków. Najobszerniejsze i najdokładniejsze metodologicznie metaanalizy dotyczące skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych przedstawili np. Leichsenring [39] (wykazano brak istotnych różnic w wielkości terapeutycznego efektu między krótkoterminową terapią psychodynamiczną a terapią behawioralno-poznawczą i behawioralną), Leichsenring, Rabung i Leibing [40] (wykazano, że wielkość efektu krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej wynosi od 0,8 do 1,39), Cuijpers i in. [41] (wykazano brak różnic między podejściem psychoanalitycznym a innymi podejściami w leczeniu depresji) czy Leichsenring i Rabung [42]. Ogólnie rzecz ujmując, wyniki metaanaliz potwierdzają, iż psychoterapie psychoanalityczne są skutecznym sposobem leczenia o średniej lub dużej wartości efektu.

Powołując się m.in. na wyniki cytowanych badań Gabbard [43] zauważa, iż „psychoterapia psychoanalityczna proponuje coś więcej od coraz bardziej alarmującej tendencji widocznej u dużej części społeczeństwa, która pragnie łatwych rozwiązań na skomplikowane problemy. Obecnie skuteczność psychodynamicznej metody nie budzi już wątpliwości. Istnieje ogromna liczba dowodów o tym świadczących” [43, s. 137].

Szczegółowy przegląd wyników współczesnych badań nad skutecznością psychoterapii psychoanalitycznych oraz psychodynamicznych (traktowanych jako wspólna grupa) w języku polskim przedstawili Kalita i Chrzan-Dętko [44]. Wyniki te w pełni autoryzują psychoterapie psychoanalityczne czy psychodynamiczne jako potwierdzone naukowymi dowodami.

IV. Opis kwalifikacji psychoterapeutów psychoanalitycznych i psychodynamicznych

A. Opis ogólny

Osoba mająca kompetencje do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej osób dorosłych posługuje się aktualną wiedzą na temat psychoterapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej i może samodzielnie dokonać kwalifikacji do terapii, rozumiejąc wskazania i przeciwwskazania do tego typu terapii. Potrafi w ramach diagnozy rozeznaczyć stan psychiczny pacjenta oraz rozumieć przyczyny jego dolegliwości, problemów i cierpienia. Potrafi sformułować diagnozę psychodynamiczną i w klarowny sposób przekazać ją pacjentowi. Ma umiejętności i postawę pozwalającą na rozumienie i prowadzenie procesu terapeutycznego oraz umiejętności rozpoznawania zjawisk związanych z oporem, pojawiających się w procesie terapii, a także odróżniania ich od impasu. Posługuje się rozumieniem i techniką pozwalającymi w skuteczny i efektywny sposób rozwiązywać problemy pacjenta i oferować mu zrozumienie jego sytuacji wewnętrznej z poszanowaniem jego wolności i autonomii.

Osoba mająca kompetencje do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej osób dorosłych jest przygotowana do samodzielnej pracy z osobami w kryzysie emocjonalnym, osobami z różnymi zaburzeniami psychicznymi, ze zdiagnozowanymi nerwicami, zaburzeniami osobowości i chorobami psychicznymi oraz do pracy w zespołach terapeutycznych zajmujących się terapią i profilaktyką zaburzeń psychicznych, z uwzględnieniem różnych miejsc i form zatrudnienia (centra zdrowia psychicznego, szpitale, poradnie, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, stowarzyszenia itd.).

Wykształcony psychoterapeuta psychoanalityczny/psychodynamiczny w ramach swoich działań korzysta z superwizji i doskonali swoje metody pracy tak, aby podejmowane przez nią/niego działania były zgodne ze współczesną wiedzą, regułami sztuki i zawodowym kodeksem etycznym.

B. Szkolenie

Psychoterapeuci psychoanalityczni i psychodynamiczni zdobywają swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniu spełniającym określone kryteria. Nad jakością szkolenia i jego zgodnością z przedstawionymi niżej standardami czuwają stowarzyszenia zrzeszające psychoanalityków albo psychoterapeutów psychoanalitycznych lub psychodynamicznych, zarejestrowane na terenie RP lub poza granicami od co najmniej pięciu lat na mocy Prawa o stowarzyszeniach, które: 1) jako główny cel statutowy wskazują rozwój wiedzy i praktyki klinicznej w obszarze psychoanalizy, psychoterapii psychoanalitycznej lub psychodynamicznej; 2) mają kodeks etyczny, struktury i procedury pozwalające na interwencję w przypadku podejrzenia o nieprzestrzeganie zasad profesjonalnych i etycznych (sąd koleżeński i/lub komisję etyki); 3) kierują się standardami kształcenia psychoterapeutów i superwizorów zgodnymi ze standardami European Federation for Psychoanalytical Psychotherapy (EFPP) lub Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii (EAP) lub innego uznanego międzynarodowego stowarzyszenia zrzeszającego psychoterapeutów lub psychoanalityków.

Wstępnym warunkiem do rozpoczęcia szkolenia jest wykształcenie wyższe w zakresie psychologii, medycyny bądź nauk społecznych i humanistycznych. Do szkolenia kwalifikowani mogą być między innymi psychoterapeuci pracujący już w innych podejściach, psychologowie kliniczni, pielęgniarki. Szkolenie obejmuje minimum 1250 godzin, przy czym w zależności od specyfiki poszczególnych instancji czuwających nad przebiegiem szkolenia na liczbę tę składa się około 300–400 godzin szkolenia teoretycznego, zaś pozostałe 850–950 godzin stanowią zajęcia rozwijające umiejętności warsztatowe lub seminaria kliniczne, a także superwizja pracy klinicznej oraz zaangażowanie we własne szkoleniowe doświadczenie terapeutyczne.

C. Obszary kompetencji

W wyniku przebytego szkolenia psychoterapeuci psychoanalityczni i psychodynamiczni rozwijają następujące obszary kompetencji:

- a) posługują się wiedzą i rozumieniem z zakresu zdrowia psychicznego osób dorosłych,
- b) posługują się założeniami i zasadami terapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej,
- c) dysponują umiejętnościami diagnozy do psychoterapii i konceptualizacji problemu,
- d) dysponują umiejętnościami prowadzenia psychoanalitycznej/psychodynamicznej psychoterapii indywidualnej osób dorosłych,
- e) przestrzegają zasad profesjonalnych i etycznych,
- f) mają umiejętność korzystania z superwizji.

Zasadniczym celem niniejszej pracy jest usystematyzowanie zbioru kompetencji, jakimi cechują się psychoterapeuci psychoanalityczni oraz psychodynamiczni. Niemniej jednak, kierując się względami pragmatycznymi, autorzy proponują również określone **kryteria weryfikacji**. Jednym z powodów sformułowania propozycji weryfikowania kompetencji jest przeciwdziałanie uznaniowemu decydowaniu o kompetencjach bądź ich braku na podstawie niejasnych kryteriów przez superwizorów czy osoby szkolące. Inną z przyczyn powiązania kompetencji z metodami ich weryfikacji jest dążenie do ujednoczenia wymogów szkoleniowych — a co za tym idzie także metod weryfikacji skuteczności szkolenia — dla wszystkich kształcących się psychoterapeutów psychoanalitycznych i psychodynamicznych.

Opis umiejętności zdobytych w trakcie szkolenia z zakresu psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej w rozwiniętej wersji, zawierającej także kryteria weryfikacji wiedzy podczas szkolenia, zawiera Tabela 1.

Tabela 1. **Szczegółowy opis kompetencji do prowadzenia psychoterapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej**

Obszar kompetencji	1. Posługiwanie się wiedzą dotyczącą psychopatologii i problemów zdrowia psychicznego osób dorosłych [2, 43, 45]
Umiejętności	Kryteria weryfikacji

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Terapeuta posługuje się wiedzą o psychopatologii i problemach zdrowia psychicznego u osób dorosłych	<p>Terapeuta przedstawia w opisie przypadku, a następnie omawia podczas rozmowy z komisją egzaminującą badanie stanu psychicznego obejmujące:</p> <p>przeprowadzoną diagnozę do psychoterapii</p> <p>kryteria diagnostyczne głównych zaburzeń psychicznych według aktualnych systemów klasyfikacyjnych, ze wskazaniem obszarów diagnozy różnicowej</p> <p>sformułowaną diagnozę do psychoterapii w modelu psychoanalitycznym/psychodynamicznym</p>
Obszar kompetencji:	2. Posługiwanie się założeniami i zasadami terapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej [2, 28, 45]
Umiejętności	Kryteria weryfikacji
Terapeuta charakteryzuje główne założenia teoretyczne i zasady terapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej	<p>W rozmowie z komisją egzaminującą terapeuta:</p> <p>omawia pojęcia terapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej i rozumie ich implikacje do praktyki klinicznej</p> <p>prezentuje umiejętność oceny, czy podejście psychoanalityczne/psychodynamiczne jest w danym przypadku uzasadnione</p> <p>przedstawia umiejętność wskazania i sprawnego zastosowania najbardziej odpowiedniego modelu pracy w obrębie podejścia psychoanalitycznego/psychodynamicznego w danym przypadku</p>
Obszar kompetencji:	3. Diagnoza do psychoterapii i konceptualizacja problemu [2, 45]
Umiejętności	Kryteria weryfikacji
Terapeuta prowadzi konsultacje wstępne do psychoterapii i operacjonalizuje problem pacjenta	<p>W opisie przypadku i rozmowie z komisją terapeuta przedstawia i omawia:</p> <p>umiejętność formułowania psychoanalitycznych/psychodynamicznych spostrzeżeń; ocenę bieżącego funkcjonowania pacjenta</p> <p>dane pochodzące z psychoanalitycznych/psychodynamicznych konsultacji wstępnych do psychoterapii oraz charakterystykę kontaktu z pacjentem</p> <p>czynniki potencjalnie wywołujące aktualne problemy lub zaburzenia</p> <p>listę problemów i oczekiwań, z którymi pacjent się zgłosił na terapię</p> <p>umiejętność włączenia obserwacji niewerbalnych przekazów pacjenta do diagnozy do psychoterapii i prowadzenia procesu terapeutycznego</p>
Terapeuta formułuje konceptualizację problemu pacjenta dorosłego	<p>W opisie przypadku i rozmowie z komisją terapeuta przedstawia i omawia:</p> <p>diagnozę strukturalną</p> <p>rozumienie dynamiki problemów i objawów pacjenta</p> <p>dynamikę relacji przeniesieniowej</p>
Obszar kompetencji:	4. Prowadzenie psychoterapii [2, 46, 47, 48, 49]
Umiejętności	Kryteria weryfikacji

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

<p>Terapeuta nawiązuje i utrzymuje z dorosłym pacjentem relację terapeutyczną</p>	<p>Terapeuta omawia znaczenie relacji terapeutycznej, odnosząc te informacje do problemu i celu terapii. W opisie przypadku prezentuje:</p> <p>opis przebiegu terapii</p> <p>umiejętność pracy z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem</p> <p>umiejętność rozpoznawania obron i pracy z nimi</p> <p>umiejętność rozpoznawania przejawów zjawiska oporu, różnicowania go od sytuacji impasu, umiejętność podejmowania konstruktywnej pracy z oporem</p> <p>umiejętność tworzenia dynamicznych interpretacji</p> <p>umiejętność badania wpływu nieświadomej dynamiki na relację</p> <p>umiejętność radzenia sobie z emocjonalną treścią sesji</p> <p>umiejętność budowania i podtrzymania równowagi między pracą interpretacyjną a wsparciem</p> <p>umiejętność przepracowania końcowego okresu terapii</p> <p>umiejętność utrzymania psychoanalitycznego/psychodynamicznego skupienia</p> <p>umiejętność empatycznego słuchania pacjenta</p> <p>umiejętność słuchania i obserwowania, w tym własnego stanu umysłu terapeutyczną umiejętność przechodzenia między empatycznym zanurzeniem w perspektywie pacjenta a perspektywą zewnętrznego obserwatora</p> <p>umiejętność konceptualizowania zreflektowanych treści w odniesieniu do teoretycznych modeli</p> <p>umiejętność komunikowania treści terapeutycznych w sposób zrozumiały dla pacjenta.</p>
<p>Terapeuta zarządza ramami sesji terapeutycznej</p>	<p>Opis przypadku wskazuje na to, że terapeuta:</p> <p>prowadzi sesję nieprzekraczając zaplanowanego czasu i rozumie koncepcję trzymania granic oraz pracy nad ich naruszeniem</p> <p>gwarantuje stałe miejsce i warunki do pracy psychoterapeutycznej</p> <p>utrzymuje strukturę sesji</p> <p>zachowuje neutralność</p>
<p>Obszar kompetencji:</p>	<p>5. Przestrzeganie zasad profesjonalnych i etycznych [2, 50]</p>
<p>Umiejętności</p>	<p>Kryteria weryfikacji</p>
<p>Terapeuta korzysta z wiedzy na temat kodeksów etycznych i zawodowych</p>	<p>W rozmowie z komisją terapeuta:</p> <p>omawia zasady zawarte w kodeksach etycznych i przepisach prawa, dotyczące standardów właściwego postępowania w pracy z pacjentem</p> <p>na podstawie opisu z własnej praktyki terapeutycznej omawia zagrożenia etyczne w pracy psychoterapeuty psychoanalitycznego/psychodynamicznego i sposoby ich rozwiązania</p>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

<p>Terapeuta stosuje zasady etycznego i profesjonalnego postępowania w pracy z pacjentem</p>	<p>W rozmowie z komisją terapeuta: odwołując się do przykładów z własnej praktyki terapeutycznej, omawia zasady kontraktu, świadomej zgody pacjenta na podjęcie terapii odwołując się do przykładów z własnej praktyki terapeutycznej, omawia zasadę poufności na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia sytuacje, w których osobisty problem lub zaburzenie terapeuty mogą wpływać na zdolność praktykowania i podejmowania odpowiednich działań (np. wsparcie terapeutyczne lub rezygnacja z praktyki)</p>
<p>Obszar kompetencji:</p>	<p>6. Korzystanie z superwizji* [2, 51]</p>
<p>Umiejętności</p>	<p>Kryteria weryfikacji</p>
<p>Uwewnętrznienie postawy ciągłego rozwoju osobistego i zawodowego psychoterapeuty psychoanalitycznego/psychodynamicznego</p>	<p>Terapeuta: omawia rolę superwizji w terapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej rozumie, że superwizja jest niezbędnym i koniecznym elementem szkolenia i pracy terapeutycznej podaje przykłady korzystnego wpływu superwizji na pracę terapeutyczną określa, w jaki sposób szkolenia, konferencje i seminaria, w których uczestniczył i zdobyła tam wiedza i umiejętności, została przez niego wykorzystana w pracy terapeutycznej z pacjentami (transmisja wiedzy z doświadczeń szkoleniowych na praktykę kliniczną)</p>
<p>Terapeuta przedstawia superwizorowi przebieg dotychczasowego procesu terapii</p>	<p>Terapeuta: przygotowuje w formie pisemnej opis dotychczasowego przebiegu terapii omawia z superwizorem terapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej przebieg terapii</p>
<p>Terapeuta rozpoznaje czynniki negatywnie wpływające na proces terapii</p>	<p>W trakcie rozmowy z superwizorem terapeuta: identyfikuje problem/problemy związane zarówno z osobą pacjenta, jak i własną, mogące według niego utrudniać proces terapii opisuje superwizorowi własne uczucia przeciwprzeniesieniowe i je analizuje odnosi się do uwag superwizora dotyczących prowadzonej terapii stosuje w terapii uzyskane w trakcie superwizji informacje</p>

* Kryteria weryfikacji umiejętności korzystania z superwizji weryfikuje superwizor i opisuje czy umieszcza w rekomendacji superwizorskiej

D. Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji

Osoby mające kwalifikacje do prowadzenia psychoterapii psychodynamicznej/psychoanalitycznej osób dorosłych mogą znaleźć zatrudnienie w publicznych i niepublicznych placówkach służby zdrowia (szpitalach, centrach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego itp.), poradniach pedagogiczno-psychologicznych, ośrodkach pomocy społecznej, prywatnych ośrodkach psychoterapeutycznych, organizacjach pozarządowych i innych instytucjach oferujących pomoc psychologiczną. Mogą także prowadzić własną praktykę psychoterapeutyczną. Zgodnie z wynikami badań m.in. Leichsenringa (2008), wskazania do prowadzenia krótko- i długoterminowej terapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej to m.in.: zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia somatyzacyjne, zaburzenia odżywiania, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych [43].

V. Podsumowanie

W niniejszej pracy przedstawiliśmy opis kompetencji niezbędnych do prowadzenia psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej, sformułowany przez wydelegowanych w tym celu przedstawicieli stowarzyszeń zawodowych zajmujących się szkoleniem i certyfikacją psychoterapeutów psychoanalitycznych i psychodynamicznych. Uzasadniliśmy potrzebę tworzenia jednorodnych opisów kwalifikacji, pozwalających systemom publicznej służby zdrowia, politykom i innym decydom na lepszą orientację w zakresie metod psychoterapii opartych na dowodach. Krótko scharakteryzowaliśmy psychoterapie psychoanalityczne i psychodynamiczne jako podejścia o wykazanej badaniami naukowymi skuteczności w leczeniu zaburzeń psychicznych. Na tym tle wskazaliśmy na zestawy kompetencji obejmujące posługiwanie się wiedzą i rozumieniem z zakresu zdrowia psychicznego osób dorosłych; posługiwanie się założeniami i zasadami terapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej; dysponowanie umiejętnościami diagnozy do psychoterapii i konceptualizacji problemu; prowadzenie psychoanalitycznej i psychodynamicznej psychoterapii indywidualnej osób dorosłych; korzystanie z superwizji i przestrzeganie zasad profesjonalnych i etycznych.

Piśmiennictwo

1. Suszek H, Grzesiuk L, Styła R, Krawczyk K. Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapie w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania. *Psychiatria* 2017, 14 (2): 90–100.
2. Lemma A, Roth A, Pilling S. The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy. 2008, www.ucl.ac.uk/CORE
3. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2015 roku. Warszawa: GUS, 2017.
4. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewki J, Rabczenko D, Kessler R. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku — badanie EZOP Polska. *Psychiat. Pol.* 2015; 49(1): 15–27.

5. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtynia B. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej — EZOP Polska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
6. Heitzman J. Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków. *Nauka* 2010; 4: 53–59.
7. World Health Organization. Prevalence of mental health disorders. WHO: 2012.
8. Strathdee G, Thornicroft G. Community psychiatry and service evaluation. W: Murray R, Hill P, McGuffin P, red. *The essentials of postgraduate psychiatry*, 3rd Edition. Cambridge: Cambridge University Press; 1997, str. 165–194.
9. Szafrąński T. Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie. W: Wciórka J, red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich; 2014, str. 11–18.
10. Lipsey M, Wilson D. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am. Psych.* 1993; 48(12): 1181–1209.
11. Smith M, Glass G, Miller T. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1980.
12. Norcross J, Wampold B. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychother. (Chic)* 2011; 48(1): 98–102.
13. Huhn M, Tardy M, Spinelli L, Kissling W, Forstl H, Pitschel-Walz G. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014; 71(6): 706–715.
14. Arden J. *Neuronauka w psychoterapeutycznym procesie zmiany*. Kraków: WUJ; 2017.
15. Emmelkamp P, David D, Beckers T, Muris P, Cuijpers P, Lutz W. Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *Int. J. Meth. Psychiat. Res.* 2014; 23(supl. 1): 58–91.
16. Clark D, Layard R. Why more psychological therapy would cost nothing. *Front. Psychol.* 2015; 6: 1713.
17. Hunsley J. *The cost-effectiveness of psychological interventions*. Ottawa, ON: Canadian Psychological Association; 2002.
18. Mukuria C, Brazier J, Barkham M, Connell J, Hardy G, Hutten R. Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *Brit. J. Psychiat.* 2013; 202(3): 220–227.
19. Castelnovo G. Not only clinical efficacy in psychological treatments: clinical psychology must promote cost-benefit, cost-effectiveness, and cost-utility analysis. *Front. Psychol.* 2016; 7: 563.
20. Lazar S. The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodyn. Psychiat.* 2014; 42: 423–457.
21. Mental Health Commission of Canada (MHCC). *Expanding access to psychotherapy: mapping lessons learned from Australia and the United Kingdom to the Canadian context*. MHCC; 2017.
22. Cavaliere R. Improved access to psychotherapy services: It's time for action! *Can. Psychol./ Psychol. Canad.* 2014; 55(2): 135–138.
23. Clark D, Layard R, Smithies R, Richards D, Suckling R. Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Beh. Res. Ther.* 2009; 47(11): 910–920.
24. Fiorillo A, Luciano M, Giacco D, Vecchio V, Baldass N. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry* 2011; 10(3): 238.
25. van Deurzen E. Psychotherapy training in Europe: similarities and differences. *Eur. J. Psychother. Couns.* 2001; 4(3): 357–371.
26. Priebe S, Wright D. The provision of psychotherapy: An international comparison. *J. Publ. Ment. Health* 2006; 5(3): 12–22.

27. Ginger S. Legal status and training of psychotherapists in Europe. *Eur. J. Psychother. Couns.* 2009; 11(2): 173–182.
28. Frosh S. *A brief introduction to psychoanalytic theory.* London: Palgrave; 2012.
29. Blagys M, Hilsenroth M. Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2000; 7:167–188
30. Fonagy P. *An open door review of outcome studies in psychoanalysis.* Londyn: IPA; 2002.
31. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 2015; 14(2): 137–150.
32. Maat S, Jonghe F, Shoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv. Rev. Psychiatry* 2009; 17(1):1–23.
33. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychol.* 2010; 65: 98–109.
34. Gaskin C. *The effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: A literature review of recent international and Australian research.* Melbourne: PACFA; 2014.
35. Leichsenring F, Klein S. Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanal. Psychother.* 2014; 28: 4–32.
36. Knekt P. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol. Med.* 2008; 38(5): 689–703.
37. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen M, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short — or long-term psychotherapy. *J. Affect. Disord.* 2011; 135(1): 221–230.
38. Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas R, Fearon P i wsp. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015, 14: 312–321.
39. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clin. Psychol. Rev.* 2001; 21: 401–419.
40. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *JAMA* 2004; 300: 1551–1565.
41. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76(6): 909–922.
42. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300(13): 1551–1565.
43. Gabbard G. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej.* Kraków: WUJ; 2015.
44. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych. *Psychoter.* 2017; 4(183): 5–16.
45. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna.* Gdańsk: GWP; 2017.
46. McWilliams N. *Psychoterapia psychoanalityczna.* Gdańsk: Harmonia; 2020.
47. Clarkin J, Fonagy P, Gabbard G. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości.* Kraków: WUJ; 2013.
48. Thoma H, Kachele H. *Podręcznik terapii psychoanalitycznej.* Warszawa: PTPP; 1996.
49. Leźnicka-Łoś A. *Podstawy terapii psychoanalitycznej. Teoria i praktyka.* Gdańsk: Imago; 2012.
50. Pope K, Vaquez M. *Ethics in psychotherapy and counseling: a practical guide.* New York: APA; 2017.

51. Frawley-O'Dea M, Sarnat JE. The supervisory relationship: a contemporary psychodynamic approach. New York: Guilford Press; 2001.

Adres: l.kalita@psyche.med.pl