

Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii

Research on Polish psychotherapists – what types of patients they work with and what methods of psychotherapy they use

Agnieszka Szymańska¹, Lidia Grzesiuk¹, Hubert Suszek²,
Kamila Dobrenko³, Małgorzata Rutkowska⁴, Krzysztof Krawczyk⁵

¹Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Instytut Psychologii, Zakład Psychoterapii

²Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii, Katedra Psychopatologii i Psychoterapii

³Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii Stosowanej

⁴Instytut Analizy Grupowej “Rasztów”

⁵Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

Summary

Aim. Most research studies conducted among psychotherapists concern (1) the frequency of use of specific methods of work and (2) the categories of patients using the therapy. They have examined the relations between these two groups of variables to a lesser extent. The primary objective of this study was to determine what is the practice of Polish therapists in combining methods of working with diverse diagnoses of patients

Material and method. The study involved 1,838 therapists who declared that they conducted psychotherapy in Poland (80% women and 20% men). The subjects filled out, mostly via the Internet, a questionnaire consisting of questions whose scope related mainly to psychotherapeutic activities and preparation for its implementation. We used two groups of information from the survey: (1) the working methods used by the psychotherapists and (2) the categories of patients undergoing psychotherapy – extracted by types of reported problems and diagnoses.

Results. The research results revealed that three groups/classes of therapists can be extracted in Poland according to the way in which the therapists combine the working methods of psychotherapy with the categories of patients. It can be stated that a larger number of working methods used by the therapists is associated with how psychotherapy is conducted among different categories of patients.

Conclusions. Polish psychotherapists: (1) use a large number of possible combinations of therapeutic methods; (2) can be described by belonging to one of three groups distinguished by the way they combine therapeutic methods with the categories of patients they work with.

Słowa kluczowe: metody pracy psychoterapeutycznej, kategorie pacjentów poddawanych psychoterapii, integracja i eklektyzm metod psychoterapii

Key words: psychotherapeutic methods of work, categories of patients undergoing psychotherapy, integration and eclecticism of methods of psychotherapy

Metody pracy psychoterapeutycznej i kategorie pacjentów poddawanych psychoterapii

Część badań nad osobami prowadzącymi psychoterapię w Polsce podejmowanych w latach 1979–2001 dotyczyła niewielkiej liczby psychoterapeutów ([1] 57 ośrodków; [2] 159 psychoterapeutów spośród 363 badanych psychiatrów i psychologów; [3] 5 psychoterapeutów; [4] 168 placówek leczenia psychiatrycznego; [5, 6] 24 psychoterapeutów). W światowej literaturze przedmiotu istnieją badania charakteryzujące psychoterapeutów z wybranych krajów pod kątem tego, kim są, z kim i w jaki sposób pracują [7–11]. Jeden z największych międzynarodowych projektów tego rodzaju (realizowany w ramach Society for Psychotherapy Research – Collaborative Research Network), który objął łącznie około 4000 badanych, nie dał wglądu w charakterystykę polskich terapeutów, wziął w nim bowiem udział tylko jeden psychoterapeuta z Polski [12–14].

Badania przeprowadzone w Polsce przez 5-osobowy zespół, który tworzyli prof. dr hab. Lidia Grzesiuk, dr Hubert Suszek, dr Rafał Styła, mgr Krzysztof Krawczyk i mgr Małgorzata Rutkowska, umożliwiły porównanie, czy praktyka polskich psychoterapeutów różni się od stosowanej w innych krajach [15]. Do 2014 roku zespół ten zebrał dane od 1838 osób prowadzących psychoterapię [16]. Na ich podstawie ustalono m.in., że terapeuci polscy podejmują się prowadzenia psychoterapii z pacjentami o następującej diagnozie: zaburzenia nerwicowe (87%), zaburzenia osobowości (74%), zaburzenia psychosomatyczne (69%), zaburzenia afektywne (68%), ofiary przemocy (51%), zaburzenia odżywiania (46%), choroby somatyczne (31%), schizofrenia (22%), zaburzenia seksualne (22%), zaburzenia psychotyczne inne niż schizofrenia (21%), sprawcy przemocy (16%), zaburzenia organiczne (12%), upośledzenie umysłowe (7%). W porównaniu z terapeutami z innych krajów zwraca uwagę względnie częste podejmowanie pracy przez polskich psychoterapeutów z pacjentami o zaburzeniach osobowości.

Zespół stwierdził także, że 39% polskich terapeutów stosuje metody psychoterapii charakterystyczne dla specyficznej szkoły terapii, czyli monoterapię, a 61% łączy eklektycznie lub integruje techniki kilku szkół psychoterapeutycznych [16]¹. Wyniki te są spójne z rezultatami innych badań, w których wykazano, że coraz mniejsza liczba psychoterapeutów deklaruje stosowanie w praktyce jednego podejścia; większość zgłasza posługiwanie się podejściem integrującym założenia szkół psychoterapii

¹ Dokładniejsze analizy na cytowanym tu zbiorze pokazują, że 40,55% polskich terapeutów stosuje metody psychoterapii charakterystyczne dla specyficznej szkoły terapii, 56,89% łączy eklektycznie lub integruje techniki kilku szkół psychoterapeutycznych, natomiast 2,56% terapeutów twierdzi, że stosuje metody psychoterapii charakterystyczne dla specyficznej szkoły terapii, jak również łączy eklektycznie lub integruje techniki kilku szkół psychoterapeutycznych.

badź stosowanie eklektycznych metod [17, 18]. Rezultaty badania dotyczące próby liczącej ponad 1000 terapeutów informują, że tylko 15% podało, że stosuje jedno podejście [19].

Zespół badający polskich terapeutów przedstawił następującą częstość, z jaką wykorzystywane są w pracy psychoterapeutycznej metody pracy:

- psychodynamiczne – 53%, psychoanalityczne – 17%,
- systemowe – 21%.
- egzystencjalne – 20%, Rogeriańskie – 15%, terapii Gestalt – 8%,
- poznawcze oraz poznawczo-behawioralne – 17%, behawioralne – 10%,
- pozostałe badane metody szkół psychoterapeutycznych: terapii Ericksona – 12%, metody terapii zorientowanej na proces – 9%, NLP/NLPt – 3% [16].

Podane wyżej częstości stosowania metod eklektycznych czy integracyjnych w Polsce są podobne do wykorzystywanych przez psychoterapeutów w innych krajach [9, 10, 20]. Podejściem psychodynamicznym najczęściej posługują się psychoterapeuci w takich krajach jak Niemcy [13, 21], Szwajcaria [21], Hiszpania [10], Norwegia [13], Australia [22], Korea Południowa [8]. A psychoanaliza jest najczęściej wykorzystywana w Argentynie [23]. Podejście poznawczo-behawioralne, poznawcze i/lub behawioralne dominuje w Stanach Zjednoczonych [9, 13], Kanadzie [24], Nowej Zelandii [24], Chinach [11] oraz w Indiach [25]. Podejście humanistyczne jest natomiast najbardziej powszechne w Wielkiej Brytanii [26].

Odpowiedzi na pytanie o metody pracy psychoterapeutycznej i kategorie poddawanych terapii pacjentów – poza zasygnalizowanymi powyżej danymi z badań nad psychoterapeutami – dostarczają badania nad skutecznością psychoterapii. Badania te skupiały się na relacji między metodami pracy a skutecznością psychoterapii. Stwierdza się w nich wprawdzie, że psychoterapia przynosi lepsze rezultaty niż brak leczenia, jednakże wyniki badań porównujących skuteczność poszczególnych szkół psychoterapii, podsumowane w metaanalizach, prowadzą do wniosku, że ich przeciętne rezultaty są porównywalne [27–29]. Zwrócono więc uwagę na konieczność analizowania nie tylko metod pracy psychoterapeutycznej, ale także cech pacjenta poddanego terapii, do których należą m.in. jego dolegliwości czy problemy. Poszukiwano zatem wpływu interakcji metod pracy psychoterapeutycznej i problemów pacjenta na skuteczność psychoterapii. Badania uwzględniające interakcję rodzaju techniki terapeutycznej i cech pacjenta wskazują, że specyficzna metoda pracy wywołuje pozytywny lub negatywny rezultat w zależności od cech pacjenta [27, 28].

Istnieje niewiele badań, które relacjonują sposoby łączenia zróżnicowanych metod pracy przez psychoterapeutów. W światowej literaturze przedmiotu nie udało się dotrzeć do danych empirycznych informujących o tym, w jaki sposób łączenie wyodrębnionych metod pracy psychoterapeutycznej pozostaje w związku z prowadzeniem pacjentów o zróżnicowanych diagnozach. Jedno z badań dotyczących łączenia metod terapii wykonane przez Solomonov i wsp. [30] pokazało, że obecnie psychoterapeuci wykorzystują w swojej pracy więcej metod pochodzących ze zróżnicowanych szkół terapii niż dawniej. A łączenie to przebiega wewnątrz jednego nurtu teoretycznego.

Jest to spójne z założeniem integracji szkół, która odwołuje się do wspólnych założeń filozoficznych integrowanych szkół [31].

Solomonov i wsp. [30] podkreślają konieczność prowadzenia badań nad związkiem stosowania odmiennych metod pracy ze zróżnicowanymi pod względem diagnozy pacjentami. Stwierdzają: „Może być również interesująca (1) ocena różnic między psychoterapeutami w korzystaniu z integrowania metod w zależności od tego, z jakimi klientami, o jakich zaburzeniach pracują, i (2) w jaki sposób korzystanie z jednej metody lub różnych metod może odnosić się do poprawy funkcjonowania klienta” [30, s.13].

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.

Metoda

Badanie miało charakter korelacyjny. Pomiaru zmiennych dokonano z użyciem ankiety składającej się z 30 pytań. Zakres pytań dotyczył kategorii prowadzonych pacjentów (Załącznik 1 informuje o 14 kategoriach wyodrębnionych w ankiecie), metod pracy psychoterapeutycznej (w Załączniku 2 jest informacja o 12 metodach wyróżnionych w ankiecie), korzystania przez terapeutę z superwizji, odbytych szkoleń, poziomu satysfakcji z pracy, danych społeczno-demograficznych respondenta oraz uwag na temat ankiety.

Aby dotrzeć do polskich psychoterapeutów, ankietę wysłano głównie drogą internetową do towarzystw psychologicznych, psychiatrycznych i psychoterapeutycznych, ośrodków i poradni psychoterapeutycznych, instytutów/katedr/zakładów psychologii klinicznej, szpitali psychiatrycznych oraz osób deklarujących w Internecie prowadzenie psychoterapii. Uzyskano 1838 wypełnionych ankiet. Wyniki niniejszego badania obliczono, wykorzystując odpowiedzi 1643 respondentów. W analizie wyników nie uwzględniono ankiet, w których stwierdzono znaczne braki danych w zakresie liczonych zmiennych.

Kobiety stanowiły 79,9%, a mężczyźni 20,1% badanej próby. Wiek osób badanych mieścił się w granicach 26–93 lat; średnia = 40 lat; modalna = 35 lat.

Wyniki

Metody analizy statystycznej

Analiza przebiegała w trzech etapach z wykorzystaniem dwóch metod analizy statystycznej: eksploracyjnej analizy czynnikowej i analizy korespondencji.

- 1) W pierwszym etapie dwukrotnie przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową w celu zredukowania liczby:

- kategorii pacjentów,
 - metod pracy psychoterapeutycznej.
- 2) W drugim etapie każdemu terapeutcie przypisano, (a) z jakimi wyodrębnionymi w analizie czynnikowej kategoriami pacjentów pracuje oraz (b) jakie stosuje metody pracy psychoterapeutycznej, wyróżnione także w analizie czynnikowej (w pierwszym etapie).
 - 3) W trzecim etapie przeprowadzono analizę korespondencji, która jest odpowiednikiem analizy czynnikowej dla zmiennych jakościowych. Jej zadaniem było zredukowanie liczby poziomów każdej z dwóch badanych zmiennych jakościowych do dwóch wymiarów [32].

Wyniki analizy czynnikowej

Analizie czynnikowej poddano odrębnie dane dotyczące kategorii pacjentów (diagnozy) oraz metod pracy psychoterapeutycznej.

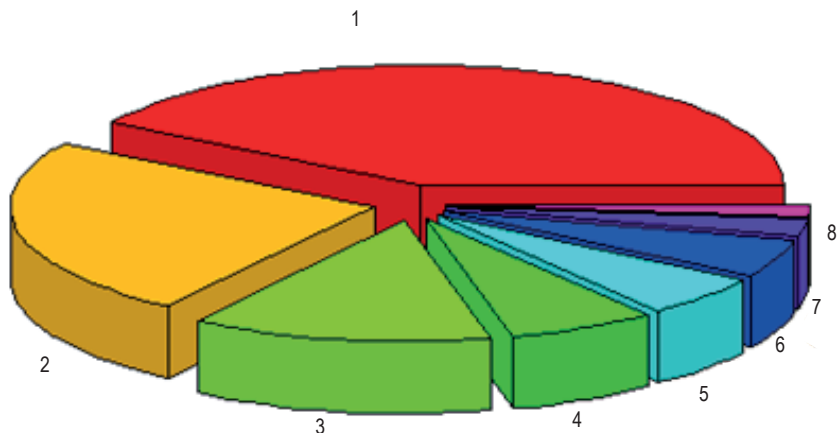
Wyniki dotyczące kategorii pacjentów

Zastosowanie analizy czynnikowej uzasadniały wyniki dwóch testów: K-M-O = 0,836 oraz testu sferyczności Bartletta = 8628,84; $p < 0,005$. Uzyskana wartość współczynnika K-M-O pokazuje, że zmienne w zbiorze są wzajemnie skorelowane. Natomiast istotna wartość testu sferyczności Bartletta oznacza, że analiza czynnikowa będzie w stanie wyłonić co najmniej jeden czynnik. Można więc było stwierdzić, że przeprowadzenie analizy czynnikowej jest uzasadnione [33].

Spośród wyodrębnionych w ankiecie 14 kategorii pacjentów, z którymi w różnych konfiguracjach pracują psychoterapeuci, analiza czynnikowa wyłoniła 4 czynniki, które tłumaczą 45% zmienności wyników dotyczących kategorii pacjentów. Czynnikiem tym przypisano nazwy następujących zaburzeń:

- 1.1 umownie określone jako zaburzenia „neurotyczne i osobowości” – należą do nich: zaburzenia nerwicowe, afektywne, zaburzenia osobowości, odżywiania, psychosomatyczne i choroby somatyczne,
- 1.2 psychotyczne – schizofrenia, inne zaburzenia psychotyczne,
- 1.3 umownie nazwane jako „zaburzenia organiczne” – zaburzenia organiczne i upośledzenia,
- 1.4 kategoria pacjentów „w konflikcie ze społeczeństwem” (sprawcy przemocy, pacjenci z uzależnieniami i z zaburzeniami seksualnymi) [34] oraz ofiary przemocy).

Każdemu terapeutcie przypisano, z jakimi wyodrębnionymi w analizie czynnikowej kategoriami pacjentów pracuje. Okazało się, że w próbie polskich terapeutów istnieje 8 kombinacji łączenia wyróżnionych w analizie czynnikowej 4 kategorii; wszystkich możliwych kombinacji mogło być maksymalnie 15 ($2^4 - 1 = 15$). Rycina 1 informuje, jaki odsetek badanej grupy terapeutów pracuje z wyodrębnionymi kategoriami pacjentów.



- 1) neurotyczne i osobowości, „w konflikcie ze społeczeństwem” i ofiary przemocy – 41,2%
- 2) neurotyczne i osobowości – 24,2%
- 3) neurotyczne i osobowości, psychotyczne, „w konflikcie ze społeczeństwem” i ofiary przemocy – 13,5%
- 4) neurotyczne i osobowości, psychotyczne – 6,7%
- 5) wszystkie – 5,5%
- 6) neurotyczne i osobowości, „w konflikcie ze społeczeństwem” i ofiary przemocy, organiczne – 5%
- 7) neurotyczne i osobowości, organiczne – 2,3%
- 8) neurotyczne i osobowości, psychotyczne, organiczne – 1,7%

Rycina 1. Osiem kategorii zaburzeń diagnozowanych u pacjentów, z jakimi pracują polscy terapeuci – kombinacje wyodrębnione na podstawie wyników analizy czynnikowej

Podsumowując, możemy stwierdzić, że analiza czynnikowa dotycząca 14 kategorii pacjentów uczestniczących w psychoterapii doprowadziła do wyłonienia 4 czynników i 8 ich kombinacji charakteryzujących kategorie pacjentów, z którymi polscy terapeuci prowadzą psychoterapię.

Wyniki dotyczące metody pracy psychoterapeutycznej

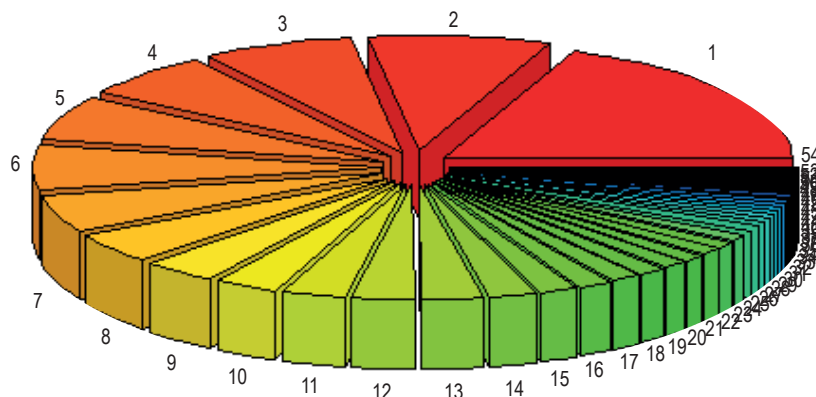
Zastosowanie analizy czynnikowej uzasadniały wyniki dwóch testów: K-M-O = 0,731 oraz testu sferyczności Bartletta = 3499,48; $p < 0,005$.

Spośród wyróżnionych w ankiecie 12 kategorii metod, które w różnych konfiguracjach stosują psychoterapeuci, analiza czynnikowa wyłoniła 5 czynników, które tłumaczą 36,18% zmienności wyników dotyczących metod pracy psychoterapeutycznej.

Okazało się, że w wyodrębnionych grupach psychoterapeutów charakterystyczne było stosowanie następujących kombinacji metod psychoterapii:

- 2.1 humanistyczna – należą do niej terapia Rogeriańska, egzystencjalna, Gestalt i terapia skoncentrowana na procesie,
- 2.2 terapia behawioralna i poznawcza,
- 2.3 Ericksonowska i NLP,
- 2.4 psychodynamiczna i systemowa,
- 2.5 terapia behawioralno-poznawcza; czynnik ten był nasycony równie silnie jak metodą behawioralno-poznawczą, ale ujemnie – psychoanalizą, zdecydowano się więc uznać psychoanalizę za osobny, szósty czynnik;
- 2.6 psychoanaliza.

Każdemu terapeutce przypisano wyodrębnione w analizie czynnikowej metody psychoterapii, jakie wykorzystuje w swojej pracy. Rycina 2 ilustruje, jaki odsetek polskich psychoterapeutów stosuje wyróżnione kombinacje metod psychoterapii. Stwierdzono istnienie 54 kombinacji z możliwych 63 ($2^6 - 1 = 63$). W polskich realiach kombinowanie metod pracy psychoterapeutycznej jest więc znaczne.



- 1) psychodynamiczna i systemowa – 18,9%
- 2) humanistyczna, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 8,5%
- 3) psychoanalityczna – 7,1%
- 4) humanistyczna – 6,3%
- 5) psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 6,2%
- 6) psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 6,2%
- 7) behawioralno-poznawcza – 5,1%

Rycina 2. Kombinacje metod pracy psychoterapeutycznej – na podstawie wyników analizy czynnikowej wyodrębniono 54 kategorie

Legenda do ryciny 2 informuje o 7 pierwszych kombinacjach. Pozostałe (8–54; częstość występowania poniżej 5%) zamieszczone są w Załączniku 3.

Podsumowując, możemy stwierdzić, że analiza czynnikowa dotycząca 12 metod pracy psychoterapeutycznej doprowadziła do wyłonienia 6 czynników i 54 ich kombinacji charakteryzujących metody pracy wykorzystywane przez polskich terapeutów.

Wyniki analizy korespondencji

W poprzednim podrozdziale (Wyniki analizy czynnikowej) wyjaśniono, jak przypisano w efekcie analizy czynnikowej każdemu psychoterapeucie kombinacje kategorii prowadzonych pacjentów i stosowanych metod pracy terapeutycznej. Innymi słowy, przypisano każdemu z psychoterapeutów odpowiednie wartości zmiennych: (1) kategorii pacjentów, z którymi pracuje, i (2) wykorzystywane metody pracy psychoterapeutycznej. Dane te zostały użyte w trzecim etapie analizy statystycznej, jakim było przeprowadzenie analizy korespondencji.

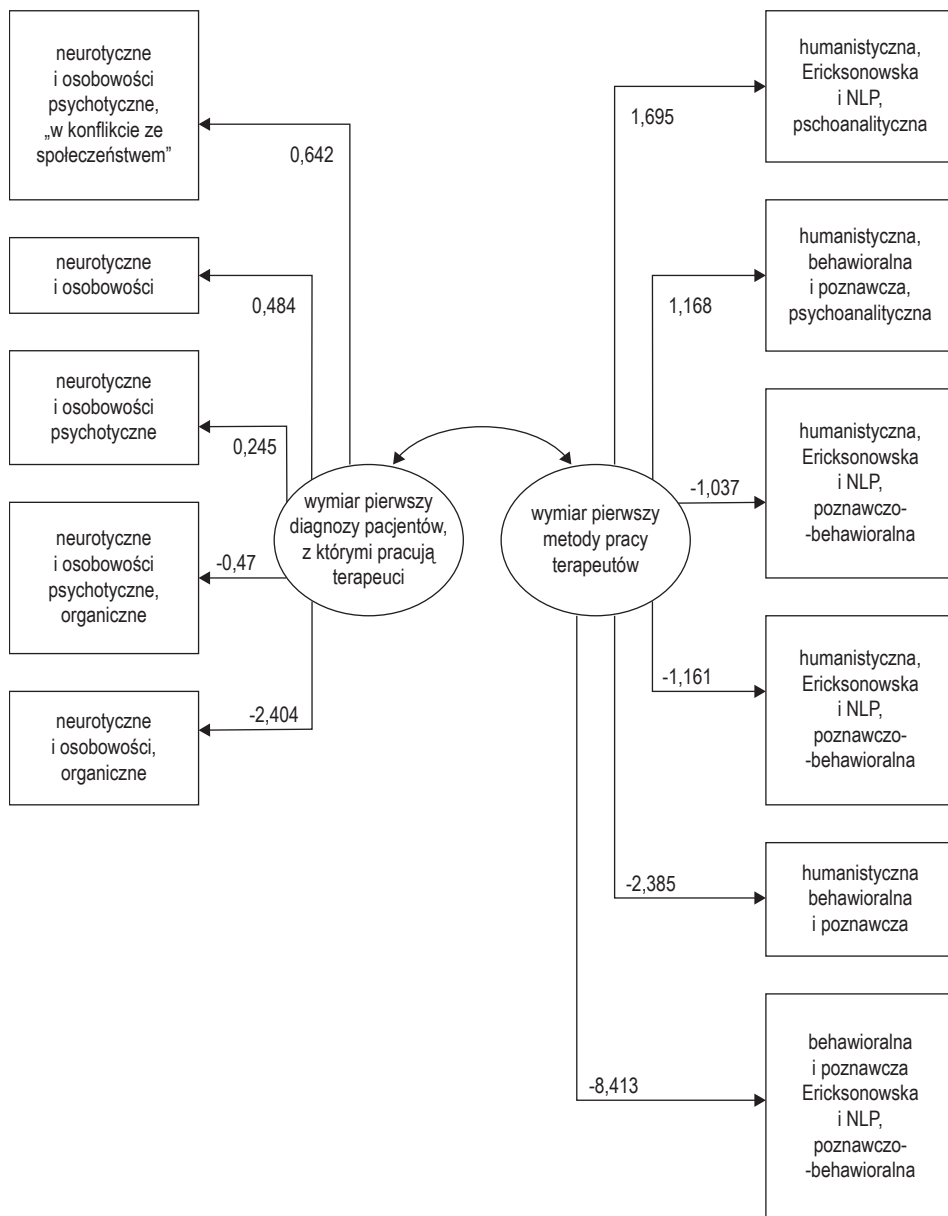
Analiza korespondencji, po pierwsze, ma na celu zredukowanie do dwóch wymiarów odrębnie każdej z dwóch zmiennych: kategorii pacjentów i metod pracy. Po drugie, służy do określenia relacji między tymi dwiema zmiennymi w zakresie wyodrębnionych wymiarów. Jeśli chodzi o interpretację wyników [32], zmienne dotyczące kategorii pacjentów, które miały największe wagi w pierwszym wymiarze, porównywano ze zmiennymi dotyczącymi metod pracy, które również miały największe wagi w pierwszym wymiarze (ryc. 3). Analogicznie postępowano ze zmiennymi wyłoniłymi w wymiarze drugim (ryc. 4). Aby uzyskać całościowy obraz wyników, na grafie prezentującym układ współrzędnych przedstawiono w podsumowaniu najważniejsze zmienne z obu wymiarów (ryc. 5). Do zaprezentowania wyników wykorzystano współrzędne, które podaje analiza korespondencji dla każdej zmiennej w wymiarze. Dzięki temu udało się zobrazować, że stosowane przez terapeutów metody pracy oraz prowadzone przez nich kategorie pacjentów są wzajemnie powiązane i układają się w klasy.

Jak wynika z ryciny 3, wartość χ^2 odnosząca się do modelu analizy korespondencji okazała się istotna statystycznie. Obydwa wyłoniłone przez analizę korespondencji wymiary tłumaczą razem 46,4% zmienności wyników. Pierwszy wymiar (ryc. 3) tłumaczy 26,2%, a drugi (ryc. 4) 20,2% zmienności. Obydwa wymiary są więc prawie równoważne, choć pierwszy wymiar jest silniejszy.

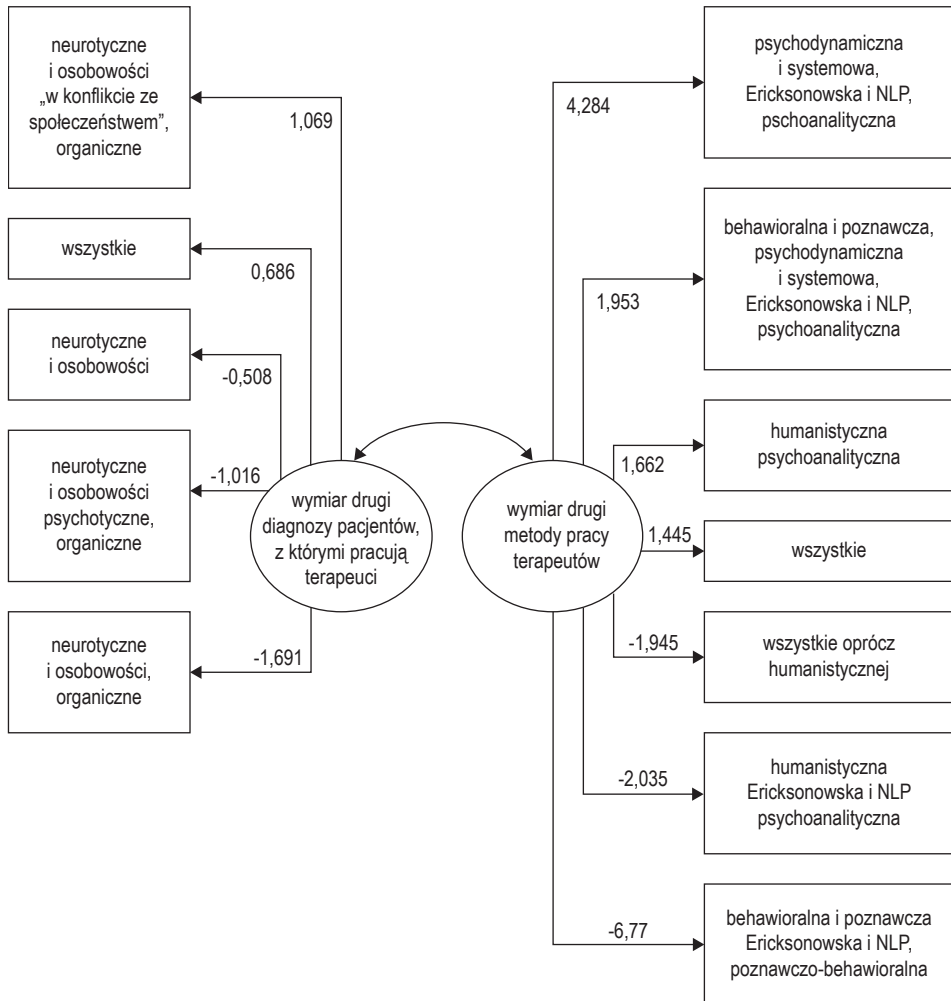
Analiza korespondencji dąży do tego, aby wymiary były ortogonalne, nieskorelowane. W przeprowadzonej analizie wymiary jednak były skorelowane na poziomie umiarkowanym: $r = 0,441$; $p < 0,005$.

Okazało się, że do obydwu zaprezentowanych na rycinach 3 i 4 wymiarów z silnymi ujemnymi współrzędnymi weszły te same zmienne, co spowodowało korelację między wymiarami. Były to dla kategorii pacjentów:

- zaburzenia neurotyczne i osobowości, psychotyczne, organiczne: – 0,470 w pierwszym wymiarze oraz w drugim wymiarze – 1,016,
- zaburzenia neurotyczne i osobowości oraz organiczne: – 2,404 w pierwszym wymiarze oraz w drugim wymiarze – 1.691.



Rycina 3. Analiza korespondencji – wymiar pierwszy: $\chi^2 = 511,661$; $p < 0,005$; odchylenie standardowe $SD = 0,030$



Rycina 4. Analiza korespondencji – wymiar drugi $\chi^2 = 511,661$; $p < 0,005$; odchylenie standardowe $SD = 0,030$

Dla metod pracy:

- behawioralna i poznawcza, Ericksonowska i NLP oraz poznawczo-behawioralna: -8,413 w pierwszym wymiarze i w drugim wymiarze - 6,77,
- wszystkie metody oprócz terapii humanistycznej: - 2,385 w pierwszym wymiarze i w drugim wymiarze - 1,945.

Te cztery grupy zmiennych miały najsilniejsze współzależności w całym zbiorze i były ujemnie związane z obydwoimi wymiarami.

Jak pokazuje rycina 3, grupy zmiennych dodatnio związane z wymiarem pierwszym opisywały terapeutów, którzy w swojej pracy łączą:

- 1) psychoterapię z pacjentami o zaburzeniach:
 - neurotycznych i osobowości, psychotycznych, z pacjentami będącymi „w konflikcie ze społeczeństwem” i z ofiarami przemocy (na ryc. 3 skrót „w konflikcie”) (współrzędna: 0,642),
 - neurotycznych i osobowości (współrzędna: 0,484),
 - neurotycznych i osobowości, psychotycznych (współrzędna: 0,245);
- 2) z kombinacjami metod psychoterapeutycznych:
 - humanistyczną, Ericksonowską i NLP, psychoanalityczną (współrzędna: 1,695),
 - psychoanalityczną, humanistyczną, behawioralną i poznawczą (współrzędna: 1,168).

Jak informuje rycina 4, druga para wymiarów dotyczy kategorii terapeutów, którzy łączą pracę ze wszystkimi wyróżnionymi grupami pacjentów (współrzędna: 0,686), a zwłaszcza z pacjentami z zaburzeniami neurotycznymi i osobowości, zaburzeniami organicznymi, „w konflikcie ze społeczeństwem” i ofiarami przemocy (na ryc. 4 skrót „w konflikcie”) (współrzędna: 1,069).

Drugi wymiar dotyczący kategorii pacjentów, z którymi pracują psychoterapeuci, związany jest dodatnio z łączeniem wszystkich metod pracy (współrzędna: 1,445), a zwłaszcza psychoanalizy z metodami terapii:

- psychodynamicznej i systemowej, Ericksonowskiej i NLP (współrzędna: 4,284),
- psychodynamicznej i systemowej, Ericksonowskiej i NLP, behawioralnej i poznawczej (współrzędna: 1,953),
- humanistycznej (współrzędna: 1,662).

Wyniki zaprezentowane na rycinie 4 dotyczą terapeutów, których charakteryzuje prowadzenie psychoterapii z wieloma kategoriami pacjentów (również wszystkimi) oraz stosowanie w pracy psychoterapeutycznej dużej liczby metod terapeutycznych (również wszystkich) i wykorzystywanie psychoanalizy.

Podsumowanie wyników

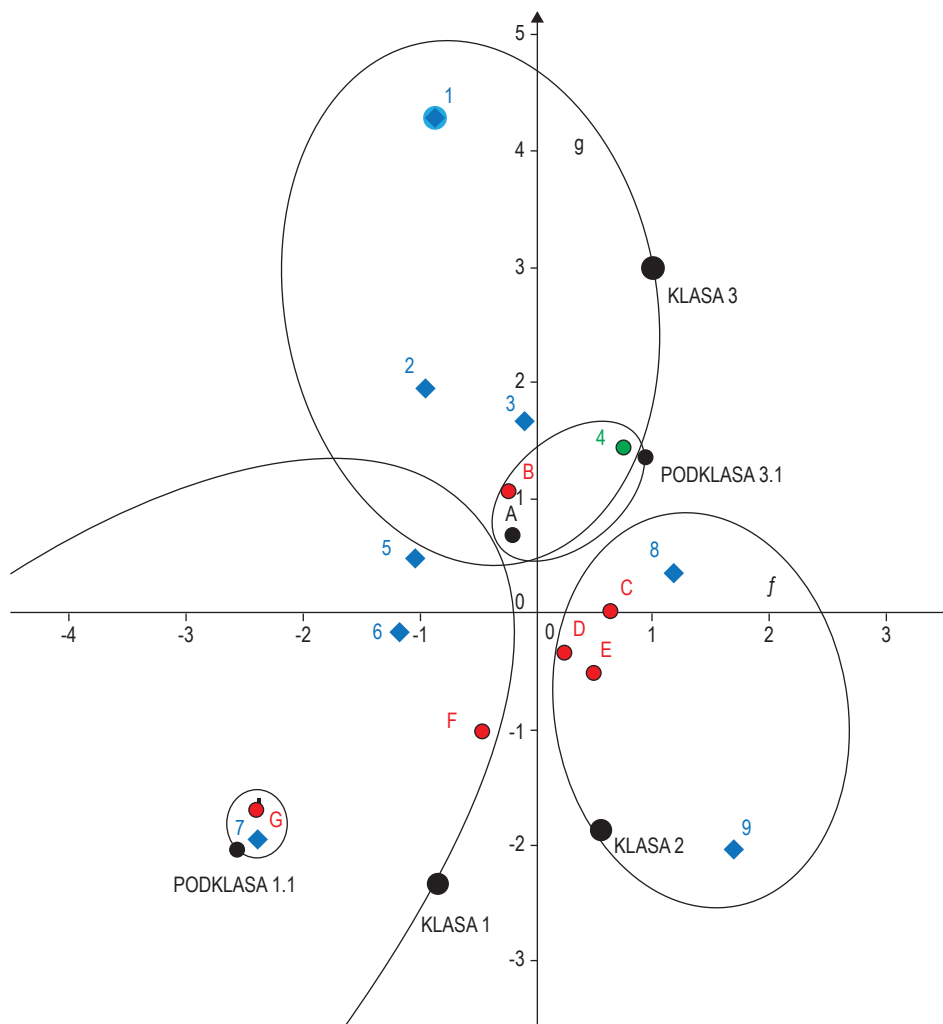
Złożenie obydwu wyodrębnionych wymiarów, tzn. wykorzystanie współrzędnych przypisanych wszystkim najważniejszym w obu wymiarach zmiennym, pozwoliło zaprezentować wyniki w układzie współrzędnych (por. ryc. 5). Na podstawie układu współrzędnych wyłaniają się w Polsce następujące trzy klasy terapeutów:

- 1) Pierwsza klasa terapeutów, wyodrębniona na podstawie wykrytych ujemnych związków między zmiennymi, zaprezentowanych na rycinach 3 i 4. Do tej klasy psychoterapeutów należą ci, którzy łączą względnie dużo metod pracy. Klasę

tę w zakresie kategorii pacjentów, z jakimi pracują, wyróżnia prowadzenie psychoterapii z pacjentami z zaburzeniami organicznymi i z upośledzeniem. Wyróżniają się w niej pacjenci z tą kategorią zaburzeń, ponieważ w klasie pierwszej występują oni we wszystkich kombinacjach pacjentów, a równocześnie nie występują w klasie drugiej.

W klasie pierwszej dwie zmienne:

- a) kategorie pacjentów o zaburzeniach neurotycznych i osobowości oraz organicznych i z upośledzeniem,
 - b) wszystkie metody pracy oprócz stosowanych w nurcie humanistycznym utworzyły ważną podklasę, która została nazwana „podklasą 1.1” (por. ryc. 5).
- 2) Druga klasa psychoterapeutów, powstała na podstawie dodatnich związków przedstawionych na rycinie 3. Należą do niej terapeuci, którzy nie pracują z pacjentami z zaburzeniami organicznymi i z upośledzeniem, prowadzą natomiast psychoterapię głównie z pacjentami z zaburzeniami neurotycznymi i zaburzeniami osobowości, z zaburzeniami psychotycznymi, „w konflikcie z otoczeniem” oraz z ofiarami przemocy. Psychoterapeuci ci łączą względnie małą liczbę metod pracy – przede wszystkim metodę psychoanalityczną i terapii humanistycznej. Na rycinie 5 klasa ta została zaznaczona w elipsie i podpisana „klasa 2”. Opisywaną grupę terapeutów należących do klasy drugiej charakteryzuje zatem prowadzenie psychoterapii tylko niektórych kategorii pacjentów (nie zajmują się pacjentami organicznymi i z upośledzeniem), a także łączenie w pracy psychoterapeutycznej względnie małej liczby metod.
- 3) Trzecia klasa terapeutów, wyodrębniona na podstawie zaprezentowanych na rycinie 4 dodatnich związków. Należą do niej psychoterapeuci, którzy łączą dużo metod pracy psychoterapeutycznej (nawet wszystkie) i pracują ze zróżnicowaną grupą pacjentów (nawet z wszystkimi wyodrębnionymi kategoriami pacjentów). Na rycinie 5 klasa ta została zaznaczona w elipsie i nazwana „klasa 3”. Ważną podklasę stanowią w niej terapeuci pracujący ze wszystkimi kategoriami pacjentów oraz wszystkimi metodami (por. ryc. 5 – podklasa 3.1).

Rycina 5. Wyniki analizy korespondencji przedstawione w układzie współrzędnych²

Metody pracy – oznaczone na ryc. 5 cyframi od 1 do 9	Kategorie pacjentów – oznaczone na ryc. 5 literami od A do G
1) psychodynamiczna i systemowa, Ericksonowska i NLP, psychoanalityczna	A) WSZYSTKIE KATEGORIE
2) behawioralna i poznawcza, psychodynamiczna i systemowa, Ericksonowska i NLP, psychoanalityczna	B) neurotyczne i osobowości „w konflikcie”, organiczne
3) humanistyczna, psychoanalityczna	C) neurotyczne i osobowości, psychotyczne, „w konflikcie”
4) WSZYSTKIE METODY	D) neurotyczne i osobowości, psychotyczne

5) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, poznawczo-behawioralna	
6) humanistyczna, behawioralna i poznawcza	E) neurotyczne i osobowości
7) wszystkie oprócz humanistycznej	F) neurotyczne i osobowości, psychotyczne, organiczne
8) humanistyczna, behawioralna i poznawcza, psychoanalityczna	G) neurotyczne i osobowości, organiczne
9) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, psychoanalityczna	

Podsumowanie wyników analiz, których celem było stwierdzenie, z jakimi pacjentami oraz za pomocą jakich metod prowadzona jest psychoterapia w Polsce, a także jakie istnieją zależności między tymi dwiema grupami zmiennych, można ująć w czterech stwierdzeniach:

- 1) Okazało się, że łączenie dużej liczby metod pracy psychoterapeutycznej powiązane jest z prowadzeniem psychoterapii z pacjentami o zróżnicowanych diagnozach. Im więcej metod terapeuta stosował, z tym bardziej różnorodną grupą pacjentów pracował.
- 2) Wyniki prezentowanego badania ujawniły istnienie trzech klas psychoterapeutów, z których każdą charakteryzują odmienne kombinacje metod psychoterapii i kategorii korzystających z niej pacjentów. Najuboższa w kombinowaniu klasa 2 nie zajmuje się pacjentami z zaburzeniami organicznymi i nie wykorzystuje metody behawioralno-poznawczej (por. ryc. 5). Z kolei klasa 1 psychoterapeutów nie pracuje z pacjentami „w konflikcie z otoczeniem” i z ofiarami przemocy. Charakterystyczne dla tej klasy terapeutów jest natomiast prowadzenie psychoterapii z pacjentami z zaburzeniami organicznymi oraz rzadkie wykorzystywanie metod terapii humanistycznej. Ta grupa psychoterapeutów nie korzysta z metod terapii Rogeriańskiej, Gestalt, skoncentrowanej na procesie i egzystencjalnej. Najbogatsza w kombinowaniu jest klasa 3 psychoterapeutów, która wykorzystuje nawet wszystkie metody pracy wobec wszystkich wyodrębnionych kategorii pacjentów.
- 3) Uzyskaliśmy również wynik dotyczący liczby możliwych kombinacji stosowanych metod psychoterapeutycznych. Dla sześciu czynników wyodrębnionych w efekcie analizy czynnikowej liczba możliwych kombinacji bez powtórzeń wynosi 63. Polscy terapeuci stosują aż 54 kombinacje. Stanowi to 85,7% możliwych kombinacji. Podobnej tendencji nie zaobserwowano w zakresie kombinacji wyodrębnionych kategorii pacjentów. Stwierdzono bowiem tylko 8 kombinacji kategorii pacjentów, co stanowi 53,3% możliwych kombinacji.
- 4) Zaprezentowane wyniki informują, że tylko jedna, względnie złożona kategoria pacjentów występuje indywidualnie – terapeuci pracujący z pacjentami z zaburzeniami określanymi przez nas w skrócie jako „neurotyczne i osobowości”, a więc z pacjentami z zaburzeniami nerwicowymi, afektywnymi, zaburzeniami osobowości, odżywiania, psychosomatycznymi i chorobami somatycznymi, nie łączą pracy z pacjentami z innych kategorii (innych czynników), lecz prowadzą psychoterapię tylko z tą grupą. Prawie ¼ terapeutów pracuje wy-

łącznie z tą grupą pacjentów, a pacjenci nerwicowi stanowią, historycznie rzecz ujmując, podstawową grupę klientów korzystających z psychoterapii [35–39]. W przypadku pozostałych trzech wyodrębnionych w efekcie analizy czynnikowej kategorii pacjentów to zjawisko nie wystąpiło – psychoterapeuci, którzy prowadzą terapię z pacjentami o zaburzeniach psychotycznych, organicznych oraz „w konflikcie ze społeczeństwem” i z ofiarami przemocy, nie ograniczają się do pracy tylko z jedną z wyodrębnionych kategorii pacjentów.

Dyskusja

Wyniki przedstawionych badań korespondują z opisanymi w literaturze przedmiotu tendencjami zmian, jakim podlega w ostatnich latach psychoterapia w Polsce [40–43]. Coraz intensywniejszy rozwój szkół promujących podejścia eklektyczne i integracyjne znajduje odzwierciedlenie w wynikach zaprezentowanych badań, które ujawniły, że duża część psychoterapeutów posługuje się wieloma metodami pracy. W Stanach Zjednoczonych występuje znaczne zróżnicowanie metod pracy psychoterapeutycznej [44, 45]. Tamtejsi terapeuci często pracują z pacjentami z zaburzeniami nastroju i lękowymi, niewielu natomiast z osobami z zaburzeniami osobowości [9]. W Polsce sytuacja wygląda inaczej, tzn. względnie dużą część pacjentów korzystających z psychoterapii stanowią osoby nie tylko z zaburzeniami neurotycznymi, ale także osobowości.

Opisany stan rzeczy stymuluje psychoterapeutów polskich do poznawania nowych metod pracy oraz znajomości empirycznej weryfikacji ich skuteczności [46, 47]. 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 [9, 26, 48–50].

Przedstawione badanie udzieliło odpowiedzi na pytanie, z jakimi kategoriami pacjentów podejmują się pracować polscy psychoterapeuci i jakimi metodami się posługują. Przyszłe analizy powinny skupiać się na pytaniu, jak kombinowanie tych metod pracy wpływa na skuteczność psychoterapii wobec zróżnicowanych kategorii pacjentów.

Podziękowania

Dziękujemy psychoterapeutom, którzy wzięli udział w badaniu. Szczególna wdzięczność należy się prof. dr hab. Elżbiecie Aranowskiej i dr Jolancie Rytel za konsultacje statystyczne.

Piśmiennictwo

1. Łapiński M, Malatyńska G, Orwid M, Osuchowska I, Piotrowski A. *Stan i perspektywy rozwoju psychoterapii w lecznictwie psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 349–355.
2. Kuliszkiwicz D, Dominik M, Madej A, Rogiewicz A, Sęk H, Szydlik H. *Stan i perspektywy rozwoju psychoterapii w Polsce*. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 341–347.
3. Fichter MM, Wittchen H. *Clinical psychology and psychotherapy: A survey of the present state of professionalization in 23 countries*. Am. Psychol. 1980; 35(1): 16–25.

4. Czabała JC, Mroziak B. *Stosowanie psychoterapii w Polsce*. Psychoterapia. 1996; 100(4): 19–29.
5. Czabała JC, Brykczyńska C. *Psychoterapeuci w Polsce na tle innych krajów europejskich – badania w wybranych ośrodkach psychoterapeutycznych*. Psychoterapia. 2000; 4(115): 5–12.
6. Czabała J, Brykczyńska C. *A comparison of psychotherapists in Poland to other European countries: A survey of selected psychotherapeutic centres*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2001; 3(4): 71–78.
7. Bechtoldt H, Norcross JC, Wyckoff LA, Pokrywa ML, Campbell LF. *Theoretical orientations and employment settings of clinical and counseling psychologists: A comparative study*. The Clinical Psychologist. 2001; 54(1): 3–6.
8. Bae SH, Joo E, Orlinsky DE. *Psychotherapists in South Korea: Professional and practice characteristics*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2003; 40(4): 302–316.
9. Cook JM, Biyanova T, Elhai J, Schnurr PP, Coyne JC. *What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners*. Psychotherapy. 2010; 47(2): 260–267.
10. Coscolla A, Caro I, Ávila A, Alonso M, Rodríguez S, Orlinsky D. *Theoretical orientations of Spanish psychotherapists: Integration and eclecticism as modern and postmodern cultural trends*. Journal of Psychotherapy Integration. 2006; 16(4): 398–416.
11. Liu X, Cao Y, Shi Q, Jiang C, Liu J, Wei H i wsp. *National survey of therapeutic orientation and associated factors of counselors and psychotherapists in China*. Exp. Ther. Med. 2013; 5(4): 1075–1082.
12. Orlinsky D, Ambühl H, Rønnestad M, Davis J, Gerin P, Davis M i wsp. *Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study*. Psychother. Res. 1999; 9(2): 127–153.
13. Orlinsky DE, Rønnestad MH. *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
14. Orlinsky DE, Schofield MJ, Schröder T, Kazantzis N. *Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study*. J. Clin. Psychol. 2011; 67(8): 828–842.
15. Suszek H, Rutkowska M, Grzesiuk LM, Styła R, Krawczyk K. *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce? Referat wygłoszony na Konferencji Trzech Sekcji: Osoba terapeuty*. Relacja terapeutyczna. Kraków; 2012.
16. Suszek H, Styła R, Grzesiuk L, Rutkowska M, Krawczyk K. *Kto w Polsce prowadzi psychoterapię? Wyniki ogólnopolskiej ankiety*. Warszawa: „Wtorek Naukowy” Wydziału Psychologii UW; 2014.
17. Feixas G, Botella L. *Psychotherapy integration: Reflections and contributions from a constructivist epistemology*. Journal of Psychotherapy Integration. 2004; 14(2): 192–222.
18. Grzesiuk L, Suszek H. red. *Psychoterapia. Integracja*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2010.
19. Tasca GA, Sylvestre J, Balfour L, Chyurlia L, Evans J, Fortin-Langelier B i wsp. *What clinicians want: Findings from a Psychotherapy Practice Research Network Survey*. Psychotherapy. 2015; 52(1): 1–11.
20. Bike DH, Norcross JC, Schatz DM. *Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later*. Psychotherapy. 2009; 46(1): 19–31.
21. Willutzki U, Botermans J-F, SPR Collaborative Research Network. *Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz*. Psychotherapeut. 1997; 42: 282–289.
22. Schofield MJ. *Australian counsellors and psychotherapists: A profile of the profession*. Counseling and Psychotherapy Research. 2008; 8(1): 4–11.

23. Muller FJ. *Psychotherapy in Argentina: Theoretical orientation and clinical practice*. Journal of Psychotherapy Integration. 2008; 18(4): 410–420.
24. Schröder T, Wiseman H, Orlinsky D. “*You were always on my mind*”: Therapists’ intersession experiences in relation to their therapeutic practice, professional characteristics, and quality of life. *Psychother. Res.* 2009; 19(1): 42–53.
25. Bhola P, Kumaria S, Orlinsky DE. *Looking within: Self-perceived professional strengths and limitations of psychotherapists in India*. Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy. 2012; 3(2): 161–174.
26. Aldridge S, Pollard J. *Interim report to Department of Health on initial mapping project for psychotherapy and counselling*. UKCP Website: http://www.bacp.co.uk/admin/structure/files/doc/651_DoH_interim-rep_jun05.doc (dostęp: 1.01.2015).
27. Rakowska JM. *Specyficzne interwencje psychologiczne w terapii określonych problemów klinicznych*. W: Grzebiuk L. red. *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006. s. 101–152.
28. Rakowska JM. *Wyniki badań nad skutecznością psychoterapii podsumowane w metaanalizach*. W: Grzebiuk L. red. *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006. s. 83–100.
29. Prochaska JO, Norcross JO. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.
30. Solomonov N, Kuprian N, Zilcha-Mano S, Gorman BS, Barber JP. *What do psychotherapy experts actually do in their sessions? An analysis of psychotherapy integration in prototypical demonstrations*. Journal of Psychotherapy Integration. 2015; 25(4) 1–16.
31. Zarbo C, Tascia GA, Cattafi F, Compare A. *Integrative psychotherapy works*. *Front. Psychol.* 2016; 6(2021): 1–4.
32. Aranowska E, Ciok A. *Związki między zmiennymi w interpretacji analizy składowych głównych i analizy korespondencji*. W: Aranowska E. red. *Wybrane problemy metodologii badań*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 1992. s. 133–181.
33. Aranowska E. *Pomiar ilościowy w psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2005.
34. Goldenberg H. *Abnormal psychology*. Monterey: Brooks/Coie Publishing Company; 1977.
35. Freud S. *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2003.
36. Freud S. *Histeria i lęk*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
37. Sokolik Z. *Technika i praktyka psychoanalizy*. W: Grzebiuk L. red. *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2005. s. 52–70.
38. Sokolik Z. *Podejście psychoanalityczne*. W: Grzebiuk L. red. *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006. s. 147–186.
39. Sokolik M. *Psychoanaliza pacjentów nerwicowych*. W: Grzebiuk L, Suszek H. red. *Psychoterapia. Problemy pacjentów*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2011. s. 23–40.
40. Cierpiąłkowska L, Czabała C. *Psychoterapia indywidualna i grupowa*. W: Sęk H. red. *Psychologia kliniczna*, tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013. s. 269–298.
41. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
42. Grzebiuk L. red. *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006.
43. Sęk H. red. *Psychologia kliniczna*, tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.

44. Miękisz A, Lis-Turlejska M. *Kształcenie psychologów klinicznych w USA*. W: Grzesiuk L. red. *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006. s. 305–315.
45. Norcross JC, Karpiak CP, Lister KM. *What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists*. *J. Clin. Psychol.* 2005; 61(12): 1587–1594.
46. Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. 2016, <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>.
47. Lis-Turlejska M. *Zagadnienia ogólne szkolenia w psychoterapii*. W: Grzesiuk L. red. *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006. s. 245–253.
48. Gelso CJ, Carter JA. *Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment charles*. *J. Couns. Psychol.* 1994; 41(3): 296–306.
49. Gelso ChJ, Hayes JA. *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: GWP; 2004.
50. Suszek H. *Tendencje integracyjne w psychoterapii na świecie*. W: Grzesiuk L, Suszek H. red. *Psychoterapia. Integracja*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2010. s. 27–40.

Adres: Agnieszka Szymańska
Instytut Psychologii, Zakład Psychoterapii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14

Otrzymano: 7.11.2016

Zrecenzowano: 24.01.2017

Otrzymano po poprawie: 12.03.2017

Przyjęto do druku: 14.04.2017

Załącznik 1. Kategorie pacjentów wyodrębnione w ankiecie

5. Proszę zaznaczyć krzyżykiem w odpowiedniej kolumnie, z jakimi pacjentami podejmuje, a z jakimi nie podejmuje się Pan(i) pracować:

	Pracuję	Nie pracuję
1. Pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi		
2. Pacjenci ze zaburzeniami afektywnymi		
3. Pacjenci z zaburzeniami osobowości		
4. Pacjenci – ofiary przemocy		
5. Pacjenci z zaburzeniami odżywiania		
6. Pacjenci z zaburzeniami psychosomatycznymi		
7. Pacjenci ze schizofrenią		
8. Pacjenci chorzy somatycznie		
9. Pacjenci uzależnieni		
10. Pacjenci z zaburzeniami seksualnymi		
11. Pacjenci – sprawcy przemocy		
12. Pacjenci z innymi niż schizofrenia zaburzeniami psychotycznymi		
13. Pacjenci z zaburzeniami o podłożu organicznym		
14. Pacjenci upośledzeni umysłowo		
15. Inni (proszę podać, jacy):		
16.		
17.		
18.		

Załącznik 2. Metody pracy psychoterapeutycznej wyróżnione w ankiecie

12. Jakie podejścia terapeutyczne OBECNIE stosuje Pan(i) w pracy? Proszę zaznaczyć krzyżykiem stosowane obecnie podejścia (można zaznaczyć więcej niż jedno podejście)

- Psychoanalityczne
- Psychodynamiczne
- Behawioralne
- Poznawcze
- Poznawczo-behawioralne
- Egzystencjalne
- Skoncentrowane na osobie (Rogers)
- Gestalt
- Systemowe

- Ericksonowskie
- Psychoterapia zorientowana na proces
- NLP lub NLPt
- Trudno określić
- Inne:.....
-

Załącznik 3. Kombinacje metod pracy psychoterapeutycznej

Na podstawie wyników analizy czynnikowej wyodrębniono 54 kategorie. Poniżej przedstawiono kategorie 8–54.

- 1) humanistyczna, psychodynamiczna i systemowa – 4,4%
- 2) poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa – 3,6%
- 3) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa – 3%
- 4) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 3%
- 5) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 3%
- 6) humanistyczna, behawioralno-poznawcza – 2,9%
- 7) Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 2,2%
- 8) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa – 1,8%
- 9) poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 1,6%
- 10) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 1,5%
- 11) Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa – 1,3%
- 12) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa – 1,2%
- 13) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, behawioralno-poznawcza – 1,1%
- 14) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP – 1%
- 15) psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 1%
- 16) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, behawioralno-poznawcza – 0,9%
- 17) humanistyczna, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,7%
- 18) poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza – 0,6%
- 19) poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 0,6%
- 20) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 0,5%

- 21) humanistyczna, poznawcza i behawioralna – 0,5%
- 22) humanistyczna, psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 0,5%
- 23) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 0,5%
- 24) poznawcza i behawioralna – 0,4%
- 25) poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa – 0,4%
- 26) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,4%
- 27) humanistyczna, Ericksonowska i NLP – 0,3%
- 28) poznawcza i behawioralna, psychoanalityczna – 0,3%
- 29) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, behawioralno-poznawcza – 0,3%
- 30) Ericksonowska i NLP – 0,2%
- 31) humanistyczna, psychoanalityczna – 0,2%
- 32) behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,2%
- 33) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, psychoanalityczna – 0,2%
- 34) humanistyczna, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,2%
- 35) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 0,2%
- 36) poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 0,2%
- 37) poznawcza i behawioralna, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,2%
- 38) Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,2%
- 39) poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,2%
- 40) Ericksonowska i NLP, behawioralno-poznawcza – 0,1%
- 41) wszystkie – 0,1%
- 42) poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP – 0,1%
- 43) humanistyczna, Ericksonowska i NLP, psychoanalityczna – 0,1%
- 44) poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, behawioralno-poznawcza – 0,1%
- 45) Ericksonowska i NLP, psychodynamiczna i systemowa, psychoanalityczna – 0,1%
- 46) Ericksonowska i NLP, behawioralno-poznawcza, psychoanalityczna – 0,1%
- 47) humanistyczna, poznawcza i behawioralna, Ericksonowska i NLP, psychoanalityczna – 0,1%