

Lech Kalita<sup>1</sup>, Magdalena Chrzan-Dętkoś<sup>2</sup>

## PROGRAM STAŻOWY JAKO SKUTECZNE I OPLACALNE NARZĘDZIE ZWIĘKSZANIA DOSTĘPNOŚCI PSYCHOTERAPII

### INTERNSHIP PROGRAM AS AN EFFECTIVE AND ECONOMICAL APPROACH TO INCREASING THE AVAILABILITY OF PSYCHOTHERAPY

<sup>1</sup>prywatna praktyka

<sup>2</sup>Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju

psychotherapy effectiveness  
internship  
psychotherapy availability

#### Streszczenie

*Powszechność zaburzeń psychicznych przy jednoczesnym ograniczonym dostępie do świadczeń psychoterapeutycznych wymaga poszerzenia sieci wsparcia psychologicznego. Niniejszy artykuł koncentruje się na próbie opisanego rozwiązania problemu o zasięgu nie tylko społecznym, ale i ekonomicznym: zawiera zarys modelu programu stażowego dla kształcących się psychoterapeutów oraz przykład wdrożenia owego modelu podczas realizacji programu stażowego w instytucji publicznej. W projekcie wzięło udział 19 pacjentów poddanych rocznej terapii, prowadzonej przez kształcących się terapeutów (N = 5) korzystających z cotygodniowych superwizji grupowych. Projekt objęto ewaluacją. Badani trzykrotnie wypełnili kwestionariusz pozwalający na ocenę ich zdrowia psychicznego. Średnio uzyskano poprawę o 51%, co dla pacjentów oznaczało przesunięcie do grupy osób niedoświadczających zaburzeń psychicznych. Wnioski: psychoterapeuci kształceni zgodnie z powszechnym w Polsce modelem mogą zapewnić pacjentom skuteczną psychoterapię, zwłaszcza w oparciu o superwizję skoncentrowaną na wspieraniu podstawowych czynników leczących wspólnych dla wszystkich modalności terapeutycznych. Przedstawiony przykład wdrożenia modelu programu stażowego stanowi ekonomicznie atrakcyjny, nieskomplikowany i skuteczny wariant zwiększania dostępu do psychoterapii.*

#### Summary

The prevalence of mental disturbances combined with the limited access to psychotherapeutic services points to a need of developing a web of psychological support. This article is an attempt to find a solution to this problem, which has not only social but also economic aspects: it describes the outline of a model of an internship program for psychotherapy trainees and provides an example of implementation of this model in public institutions. The project included 19 subjects (patients) who underwent 1 year of psychotherapy led by trainees (n=5) under weekly group supervision. The outcomes of psychotherapy were evaluated by questionnaires of mental health, measured 3 times during the course of treatment. Outcomes: 1 year of psychotherapy led to a significant improvement in mental well-being by 51%, lessening the risk of developing mental disorders. Conclusions: Trainees in evidence-based psychotherapies are able to provide effective psychotherapy, especially under

supervision focused on common factors in psychotherapy, regardless of the modality. The provided example of the implementation of an internship model is a cost-effective, simple and effective variant of increasing access to psychotherapy.

### **Powszechność zaburzeń psychicznych**

Zaburzenia psychiczne stanowią jedno z największych współczesnych cywilizacyjnych zagrożeń. Według danych WHO co czwarta osoba doświadczy w ciągu życia przynajmniej jednej formy zaburzeń psychicznych [1]. Najnowsze badania realizowane w sześciu dużych krajach europejskich potwierdzają te przewidywania. Wyniki *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*, obejmującego populacje: belgijską, francuską, niemiecką, włoską, holenderską i hiszpańską (ponad 20 000 respondentów) wskazują, iż 21,2% badanych doświadczy w ciągu życia choroby psychicznej lub zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych czy też będzie uzależniona [2]. Także w Polsce zaburzenia psychiczne stanowią problem o podobnej skali. Epidemiologiczne badanie zaburzeń psychicznych (EZOP), realizowane z użyciem Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CID-I) na próbie ponad 10 000 respondentów wykazało, iż u 23,4% osób rozpoznac można w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie z 18 definiowanych w ICD-10 i DSM-IV [3]. W tej grupie co czwarta osoba doświadczała dwóch lub więcej, a co dwudziesta piąta trzech i więcej zaburzeń.

### **Zapotrzebowanie i dostępność świadczeń psychoterapeutycznych**

Jedną ze skutecznych metod leczenia zaburzeń psychicznych jest psychoterapia. Ogólne wnioski ze współczesnych badań wykazują, iż psychoterapia — stosowana zarówno osobno, jak i w połączeniu z farmakoterapią — jest skuteczniejsza niż placebo, zaś psychoterapie są przynajmniej równie skuteczne co farmakoterapie, mogą też wzmacniać korzystny ich efekt [4–7]. 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. W Polsce brakuje systematycznych, krajowych badań dotyczących dostępności do 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” [3, s. 273]. Z przytoczonych wyżej danych wynika, iż system opieki zdrowotnej 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 identyfikowanych zarówno w skali światowej, jak i w Polsce. Jednym z czterech podstawowych zadań planu działań WHO w zakresie zdrowia psychicznego na lata 2013–2020 jest „za-

pewnienie spójnych, zintegrowanych i dostępnych usług z zakresu zdrowia psychicznego w społecznościach lokalnych” [1]. Także autorzy polskiego badania EZOP w podsumowujących rekomendacjach zalecają: „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” [3, 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].

### **Oplacalność świadczeń**

Wyniki licznych badań sugerują, iż psychoterapia stanowi opłacalną metodę leczenia zaburzeń psychicznych [10–14]. Lazar [15] w przekrojowym artykule stwierdza, iż psychoterapia jest nie tylko skutecznym, ale i opłacalnym świadczeniem, prowadzącym do oszczędności związanych z obniżeniem kosztów ewentualnych dodatkowych świadczeń medycznych oraz kosztów społecznych wpisanych w zaburzenia psychiczne, mimo że sama w sobie nie jest metodą „tanią”. Wydaje się, że 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, co sprawia, iż zwiększanie dostępności do psychoterapii, zwłaszcza w zalecanym przez WHO, autorów badania EZOP oraz raportu RPO paradygmacie pozaszpitalnym, wymaga tworzenia nowych, bezpośrednio opłacalnych ekonomicznie modeli.

### **Skuteczność psychoterapeutów w trakcie szkolenia**

Lazar [15] i Castelnovo [14] akcentują potrzebę realizowania świadczeń o wystarczająco wysokiej jakości, opartych na metodach o potwierdzonej naukowo skuteczności. Mimo że w szkoleniu w zakresie psychoterapii brakuje jednolitych światowych, europejskich czy nawet krajowych regulacji [16], w poszczególnych krajach kształcenie przebiega w oparciu o ogólnie podobne zasady [17]: zgodnie z wytycznymi Europejskiej Federacji Towarzystw Psychologicznych [18] szkolenie powinno trwać minimum 3 lata, obejmować wykłady teoretyczne, superwizję pracy klinicznej oraz doświadczenie osobiste (terapię własną). Rekomendacje największych krajowych towarzystw psychoterapeutycznych (np. Polskiego

Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) pozostają spójne z taką perspektywą. Można zatem założyć, iż osoby kształcące się w psychoterapii w podstawowych modalnościach w nurtach *evidence-based medicine* uczestniczą w szkoleniu przebiegającym według podobnych parametrów formalnych.

Do tej pory zrealizowano ograniczoną liczbę badań skoncentrowanych na zagadnieniu skuteczności psychoterapii prowadzonych przez osoby szkolące się w psychoterapii. Atkins i Christensen [19] w swojej pracy pogładowej wykazali, że terapeuci szkolący się mogą prowadzić skuteczne terapie, choć terapeuci wykwalifikowani uzyskują wyższą skuteczność w poszczególnych obszarach, m.in. ich klienci rzadziej przerywają terapię i cieszą się lepszym ogólnym samopoczuciem po skorzystaniu z niej. Strosahl i in. [20] zaznaczyli, iż niewykwalifikowani terapeuci są w stanie osiągnąć podobne rezultaty co terapeuci wykwalifikowani, jednak potrzebują na to większej liczby sesji.

Solem i in. [21] zbadali skuteczność terapii prowadzonych przez 10 kształcących się terapeutów. Zrealizowali oni średnio 17 godzin terapii behawioralno-poznawczej, korzystając przy tym co tydzień z dwóch godzin superwizji grupowej i jednej godziny superwizji indywidualnej. Wielkość efektu w zakresie obniżenia objawów depresyjnych wahała się od średniej do dużej (BDI [*Beck's Depression Inventory* — Kwestionariusz Depresji Becka] = 0,76, ADIS-IV [*Anxiety Disorder Interview Schedule* — ustrukturalizowany wywiad badający nasilenie lęku] = 2,90). U 62% pacjentów/klientów uzyskano istotne obniżenie objawów obsesyjno-kompulsywnych (OCI-R) [22].

Dennhag i Armelius [23] przeprowadzili badanie obejmujące 187 pacjentów i 187 kształcących się terapeutów. Prowadzili oni w ciągu roku jednego pacjenta przez 50 godzin (dwa semestry) bądź dwóch pacjentów po 25 godzin (jeden semestr). W projekcie oferowano terapię psychodynamiczną oraz terapię poznawczą. Skuteczność terapii mierzona za pomocą metod SASB: AFF (Strukturalna Analiza Zachowań Społecznych) oraz SCL-90 (Kwestionariusz objawowy w zakresie zdrowia psychicznego) wykazała średnie i duże wielkości efektu. Istotna klinicznie poprawa stanu zdrowia psychicznego w przypadku pacjentów leczonych przez jeden semestr wystąpiła u 20–23% pacjentów w terapii poznawczej i 27–43% pacjentów w terapii psychodynamicznej, zaś w przypadku pacjentów leczonych przez 2 semestry — u 49–54% pacjentów w terapii poznawczej i 35–41% pacjentów terapii dynamicznej. Wieloczynnikowa analiza wariacji wykazała brak wpływu modalności terapeutycznej na skuteczność terapii, natomiast okazało się, że w sposób istotny statystycznie za 2% skuteczności odpowiadała długość terapii (terapię dłuższe okazały się nieznacznie skuteczniejsze). Kształcący się terapeuci co tydzień spotykali się w 3-, 4-osobowych grupach superwizyjnych, w których przez godzinę omawiali swą pracę z pacjentami.

Wyniki przytoczonych badań pokazują, iż kształcący się terapeuci są w stanie dostarczyć skutecznych usług psychoterapeutycznych, jeśli pracują w oparciu o uznane metody terapeutyczne i korzystają z regularnej superwizji klinicznej.

### Superwizja terapeutów w trakcie szkolenia

Temat wartości superwizji w pracy psychoterapeutycznej został obszernie opisany przez wielu autorów [24–26] i wykracza poza ramy niniejszego artykułu. Zwięzłego komentarza

na temat praktycznego obrazu superwizji w przebiegu kształcenia psychoterapeutycznego dostarczają wyniki badania zrealizowanego przez Wecka, Kaufmann i Witthofta [27]. Autorzy skupili się na określeniu tematów i procesu superwizji w grupie 791 kształcących się terapeutów behawioralno-poznawczych i psychodynamicznych. Pośród poruszanych najczęściej znalazły się zagadnienia dotyczące interwencji terapeuty, sojuszu terapeutycznego, utrzymania pacjenta w terapii i celów terapii. Najczęstszym narzędziem pracy było omówienie przypadku. Autorzy nie odnotowali większych różnic w przebiegu superwizji pracy klinicznej pomiędzy obydwoma modalnościami, tj. behawioralno-poznawczą i psychodynamiczną.

Wydaje się, że taki obraz praktyki superwizyjnej pozostaje spójny z koncepcją wspólnych czynników leczących w psychoterapii, rozwijaną przez Wampolda [28]. Zgodnie z badaniami Laski, Gurman i Wampolda [29], do trzech najbardziej istotnych czynników, których wielkość efektu ( $d$ ) wpływu na skuteczność psychoterapii przekracza 0,5, należą: uzgodnienie celów terapii (czynnik odpowiedzialny za 11,5% wariancji); empatyczne podejście (9%); oraz sojusz terapeutyczny (7,5%).

### **Model programu stażowego**

W kontekście powyższych rekomendacji, wyników badań i dotychczasowych doświadczeń sformułowano model programu stażowego, stanowiącego odpowiedź na potrzeby zwiększania dostępności do pomocy psychoterapeutycznej w środowisku lokalnym w oparciu o istniejącą infrastrukturę, przy minimalnych nakładach finansowych i organizacyjnych oraz z dbałością o wysoką jakość świadczonych usług.

Model programu stażowego opiera się na pracy kształcących się terapeutów przyjmujących pacjentów w rocznej terapii w wymiarze raz w tygodniu, zgodnie z modalnością terapeutyczną, w której zdobywają kompetencje. Psychoterapia jest darmową usługą dla klientów instytucji, która w oparciu o własną infrastrukturę prowadzi rekrutację pacjentów, zapewnia stażystom gabinet do pracy oraz jedną godzinę superwizji grupowej tygodniowo. Przykładem wdrożenia niniejszego modelu był program stażowy zrealizowany w Zespole Placówek Specjalistycznych w Gdyni.

### **Przykładowe wdrożenie modelu programu stażowego**

Program stażowy zrealizowano w Zespole Placówek Specjalistycznych w okresie od października 2016 do września 2017. W jego ramach 5 stażystów zrealizowało 19 rocznych indywidualnych procesów psychoterapeutycznych przeprowadzając 950 godzin psychoterapii indywidualnej, korzystając przy tym z 45 godzin superwizji grupowej.

W programie stażu zawodowego dla kształcących się psychoterapeutów realizowano równoległe dwa cele: dostarczano darmową ofertę psychoterapeutyczną dla osób potrzebujących tego rodzaju pomocy, będących klientami instytucji; oraz pozwalano osobom kształcącym się w zawodzie psychoterapeuty gromadzić praktyczne doświadczenie pod okiem superwizora. Klienci instytucji często doświadczali trudności socjalno-ekonomicznych, utrudniających im dostęp do płatnych form pomocy. Realizacja programu stażowego zwiększyła możliwość korzystania z usług terapeutycznych przez klientów ZPS, otwierając 20 osobom dostęp do psychoterapii (jedna z osób przerwała ją).

Stażyści zostali wyłonieni spośród kandydatów, którym postawiono określone wymagania. Ofertę stażu skierowano do osób uczestniczących w szkoleniach psychoterapeutycznych zgodnych z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z dn. 27.11.2013 r.). Warunkiem uczestnictwa w stażu było ukończenie minimum 2 lat szkolenia psychoterapeutycznego. Umowa regulowała roczne zaangażowanie w program stażowy w wymiarze 4 godzin tygodniowo oraz uczestnictwo w 1 godzinie superwizji grupowej w tygodniu.

Grupa stażystów składała się z 5 kobiet: S1, terapeutki, która ukończyła całościowe szkolenie w psychoterapii psychoanalitycznej; S2, terapeutki pozostającej w szkoleniu w psychoterapii Gestalt; S3, terapeutki pozostającej w szkoleniu w psychoterapii psychodynamicznej; S4, terapeutki pozostającej w szkoleniu w psychoterapii systemowej; oraz S5, terapeutki, która ukończyła szkolenie w psychoterapii integratywnej.

Do korzystania z psychoterapii w ramach programu stażowego zakwalifikowano klientów ZPS, wymagających pomocy psychoterapeutycznej i niemających możliwości skorzystania z niej w innych miejscach wskutek wydłużających się kolejek w placówkach służby zdrowia. Decyzję o skierowaniu do psychoterapii w ramach programu stażowego podejmowali pracownicy instytucji wchodzących w skład ZPS podczas realizacji swoich standardowych zadań zawodowych. Wśród pacjentów kierowanych do ZPS przeważały osoby przyjmowane w ośrodku interwencji kryzysowej, których kłopoty psychologiczne zdaniem pracujących z nimi konsultantów wymagały pomocy dłuższej i głębszej niż sama interwencja kryzysowa. W praktyce do stażystów kierowano przede wszystkim pacjentów z problemami depresyjnymi, których przyczyny wykrczały poza bieżący kryzys.

Stażyści byli odpowiedzialni za samodzielny rozwój warsztatu zawodowego w ramach podjętego przez siebie szkolenia psychoterapeutycznego. Instytucja oferowała im kilkogodzinne szkolenie wewnętrzne w zakresie podstawowych standardów obowiązujących w ZPS i spójności metod pracy w ramach programu stażowego. Koniecznym elementem stażu było uczestnictwo w regularnych superwizjach, rozumianych jako podstawowe narzędzie rozwoju praktycznych umiejętności w zawodzie psychoterapeuty. Regularna superwizja stażowych procesów psychoterapeutycznych pozwoliła dodatkowo nadzorować profesjonalizm i etykę pracy stażystów.

W superwizyjnej pracy z grupą stażystów wyraźnie zaznaczyły się cztery odrębne fazy pracy, cechujące się określonymi zjawiskami relacyjnymi oraz określonymi pragmatycznymi potrzebami superwizyjnymi stażystów. Fazy wyraźnie korespondowały z ogólnymi fazami rozwoju procesu grupowego, znanymi z innych form pracy grupowej, układając się wedle schematu orientacja → konflikt → współdziałanie i spójność → aktywność celowa i konstruktywna [zob. np. 30]. W p i e r s z e j fazie pracy superwizyjnej w grupie dominowały zjawiska relacyjne typowe dla nowo zawiązanych grup — panowała atmosfera podejrzliwości i prześladowania. Pierwszą fazę pracy grupy określić można jako czas najbardziej intensywnego akcentowania potrzeby sformułowania wspólnie z pacjentem wyraźnego celu rocznej psychoterapii. Był to także okres najsilniejszego skupienia na technice pracy — stażystki pytały o rozmaite konkretne ustalenia związane z materialnymi warunkami terapii oraz o konkretne sposoby prowadzenia konsultacji wstępnych.

W drugiej fazie pracy grupy superwizyjnej w wymiarze zjawisk relacyjnych stosunki oparte na podejrzliwości i nieufności zaczęły ustępować miejsca relacjom rywalizacyjnym. W tej fazie pracy takie podejście uczestniczek do siebie nawzajem sprawiło, iż próby formułowania hipotez na temat psychicznego funkcjonowania pacjentów wymagały równoległego tłumaczenia owych hipotez na „kilka języków”, a następnie wyrażania ich za pomocą jednej, prostszej, wspólnej dla wszystkich uczestniczek koncepcji. Superwizor wspierał stażystki w budowaniu kontekstu rozumienia kłopotów ich pacjentów, by opracowywać skuteczniejsze interwencje, służące realizowaniu celów nakreślonych w pierwszej fazie.

Trzecia faza rozpoczęła się mniej więcej w połowie stażu. Dzięki wcześniejszemu złagodzeniu w procesie superwizyjnym relacyjnych schematów podejrzliwości i nieufności, następnie zaś wrogiej rywalizacji — grupa wkroczyła w fazę współpracy, wzajemnego docenienia swoich propozycji, pluralizmu technicznego i teoretycznego oraz głębokiego zaangażowania w pracę na rzecz pacjentów. Superwizor koncentrował się na kwestiach związanych z sojuszem terapeutycznym i rozwijaniem sposobów korzystania z empatycznego rozumienia na rzecz adresowania podstawowych problemów pacjenta (czyli celów terapii). Prowadzone przez stażystki procesy w większości rozwijały się pozytywnie, ale miały tendencje do rozgałęziania się na kolejne wątki — stażystki potrzebowały pewnego wsparcia w spójnym systematycznym ograniczaniu zakresu rocznej pracy do wynegocjowanych na początku celów terapeutycznych.

W czwartej, ostatniej, fazie pracy grupy superwizyjnej dominowały uczucia wdzięczności i satysfakcji, przeplatające się ze smutkiem związanym z zakończeniem wspólnego przedsięwzięcia i niezrealizowaniem wszystkich możliwych celów terapeutycznych. Stażystki podejmowały w pracy z pacjentami separacyjne wątki relacyjne i zaznaczały, iż bardzo pomaga im w tym możliwość wspólnego omawiania własnych przeżyć separacyjnych podczas superwizji.

Stażystki samodzielnie prowadziły psychoterapię skierowanych do nich klientów. Pracowały w oparciu o wiedzę i narzędzia uzyskane w ramach szkolenia psychoterapeutycznego oraz dostosowywały się do standardów przedstawionych przez koordynatora podczas szkolenia wewnętrznego. W ramach programu stażowego klient instytucji mógł skorzystać z ograniczonej w czasie, rocznej psychoterapii realizowanej z częstotliwością jednej sesji w tygodniu. Instytucja zapewniła stażystkom gabinet do pracy psychoterapeutycznej oraz kierowała do nich — za pośrednictwem koordynatora stażu — klientów. Stażystki były odpowiedzialne w szczególności za: realizację psychoterapii w sposób profesjonalny i zgodny ze standardami etyki; szczegóły organizacji swojej pracy (ustalenie harmonogramu spotkań z klientami, kontakt w sprawach organizacyjnych); dokumentację przebiegu spotkań w formie wymaganej przez instytucję; dokumentację przebiegu spotkań w formie wymaganej przez superwizora; regularną superwizję swojej pracy z klientami; poddawanie swojej pracy ewaluacji.

Nad całościowym przebiegiem stażu czuwał koordynator odpowiedzialny za rekrutację stażystów; przygotowanie i przeprowadzenie wewnętrznego szkolenia dotyczącego standardów pracy; prowadzenie rejestru zgłoszeń klientów i kierowanie klientów do stażystów; zapewnienie stażystom opieki superwizyjnej; ewaluację skuteczności programu stażowego.

Superwizor zapewniał stażystom możliwość rozwoju praktycznych umiejętności pracy terapeutycznej i dbał o profesjonalizm i etykę usług oferowanych klientom. W pracy super-

wizyjnej koncentrował się na roli czynników wspólnych w psychoterapii, niezależnych od modalności teoretycznej, tj. na spójności celów pacjenta i terapeuty, wspieraniu postawy empatycznej oraz wzmacnianiu sojuszu terapeutycznego.

Procesy psychoterapeutyczne realizowane w ramach programu stażowego objęto ewaluacją. Kwestionariusze wypełniane przed, w trakcie i po zakończeniu terapii pozwoliły monitorować skuteczność psychoterapii świadczonej przez stażystów. Ewaluacji poddano także skuteczność programu stażowego jako narzędzia podnoszenia kwalifikacji stażystów: po zakończonym stażu stażyści oceniali, w jakiej mierze regularna praca pod superwizją pozwoliła im poszerzyć kompetencje zawodowe. Stażyści pod koniec stażu przeprowadzili rozmowy podsumowujące z superwizorem, podczas których uzyskali informacje zwrotne na temat swojej pracy psychoterapeutycznej.

### **Ewaluacja skuteczności programu stażowego**

Do pomiaru skuteczności stażystów w pracy klinicznej użyto Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-12 [30], służącego do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Kwestionariusz ten pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego. Rozpiętość skali GHQ-12 wynosi od 0 do 36 pkt.

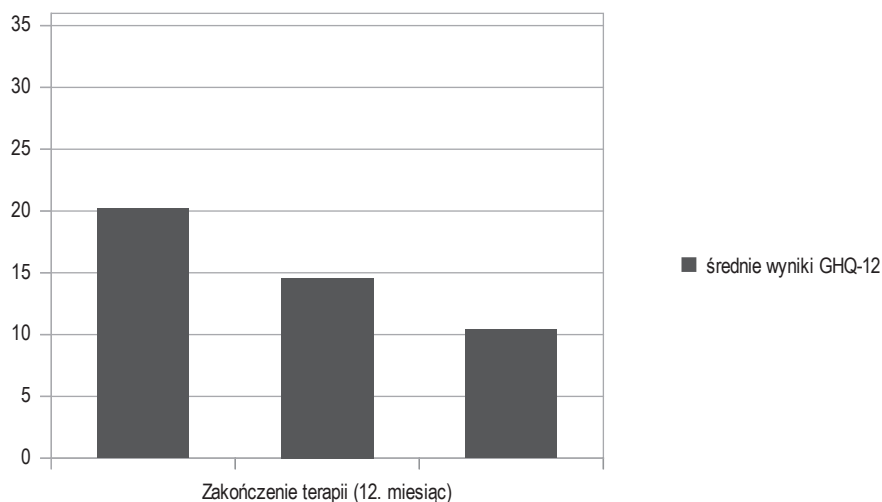
Badanie przeprowadzono na grupie 19 osób ( $N = 19$ ) korzystających z psychoterapii w ramach programu stażowego. Grupa obejmowała 12 kobiet i 7 mężczyzn. Wśród zgłaszanych problemów dominowały przewlekłe zaburzenia nastroju, choć należy odnotować, iż w populacji osób badanych brakowało diagnoz psychiatrycznych. Konsultanci kierujący do terapii jako kryteria wykluczające przyjmowali z jednej strony doraźne kryzysy (tutaj oferowano interwencję kryzysową, a nie psychoterapię), z drugiej zaś — choroby psychiczne (leczenie których uznawano za przekraczające kompetencje stażystów).

Klienci korzystający z psychoterapii wypełniali kwestionariusz GHQ-12 trzykrotnie: na początku terapii, w połowie procesu oraz w momencie jej ukończenia. Każdy stażysta prowadził psychoterapię w oparciu o techniki przyswojone w toku kształcenia psychoterapeutycznego (tj. techniki psychoanalityczne, psychodynamiczne, systemowe, integratywne oraz Gestalt), natomiast jednolitym elementem w zakresie techniki pracy były wytyczne superwizora, dotyczące koncentracji na sojuszu terapeutycznym oraz rozwijaniu sposobów korzystania z empatycznego rozumienia na rzecz adresowania podstawowych problemów pacjenta.

Średnie wyniki testu GHQ w pierwszym pomiarze wyniosły 20,2 pkt, w drugim 14,6, zaś w trzecim 10,4.

Zgodnie z polskimi populacyjnymi normami dla kwestionariusza GHQ, wynik 20,2 jest wynikiem wysokim (9 sten), wynik 14,6 pkt jest również wynikiem wysokim, choć istotnie niższym (7 sten), zaś wynik 10,4 jest wynikiem średnim (6 sten).





Początek terapii (1. miesiąc)

Rycina 1. Średnie wyniki GHQ-12. Porównanie na początku, w połowie i pod koniec terapii.

#### Analiza statystyczna:

Liczebność grupy ( $N = 19$ ) pozwoliła empirycznie zbadać statystyczną istotność zmian w zakresie stanu psychicznego za pomocą testu t-Studenta dla prób zależnych. Porównano średnie wyniki GHQ uzyskane podczas 1. i 3. pomiaru (na początku i na końcu psychoterapii), a także średnie z 1. i 2. pomiaru (na początku terapii i w połowie jej przebiegu) oraz 2. i 3. pomiaru (w połowie przebiegu oraz przy zakończeniu terapii).

Tabela 1. Wyniki testu t-Studenta dla prób zależnych (1. pomiar vs 3. pomiar)

Grupa	N	Średnia	PU 95%	Odczylenie standardowe	Min	Max
1. pomiar	19	20,158	16,163–24,152	8,884	4,0	36,0
2. pomiar	19	10,421	7,894–12,948	5,621	1,0	22,0

poziom ufności  $p < 0,001$  ( $2.493e-4$ )

statystyka t: 4,548

liczba stopni swobody (df): 18

Analiza wykazała, że średnie między pierwszym a trzecim pomiarem (w momencie rozpoczęcia i w momencie zakończenia psychoterapii) różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie na poziomie ufności wyższym niż 99% ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2. Wyniki testu t-Studenta dla prób zależnych (1. pomiar vs 3. pomiar)

Grupa	N	Średnia	PU 95%	Odchylenie standardowe	Min	Max
1. pomiar	19	20,158	16,163–24,152	8,884	4,0	36,0
2. pomiar	19	14,579	11,488–17,670	6,874	5,0	26,0

poziom ufności p: 0,009757

statystyka t: 2,89

liczba stopni swobody (df): 18

Tabela 3. Wyniki testu t-Studenta dla prób zależnych (1. pomiar vs 3. pomiar)

Grupa	N	Średnia	PU 95%	Odchylenie standardowe	Min	Max
2. pomiar	19	14,579	11,488–17,670	6,874	5,0	26,0
3. pomiar	19	10,421	7,894–12,948	5,621	1,0	22,0

poziom ufności p: 0,002852

statystyka t: 3,451

liczba stopni swobody (df): 18

Wyniki wykazały, iż średnie między pierwszym a drugim pomiarem (początek versus połowa przebiegu psychoterapii;  $p = 0,009$ ), a także między drugim a trzecim pomiarem (połowa procesu psychotherapeutycznego versus moment zakończenia psychoterapii;  $p = 0,003$ ) różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie na poziomie ufności wyższym niż 99%.

Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, iż:

- 1) W przebiegu prowadzonych psychoterapii uzyskano poprawę stanu psychicznego klientów średnio o 51% (9,8 pkt),
- 2) uzyskana poprawa ma charakter istotny statystycznie na poziomie ufności wyższym niż 99%,
- 3) uzyskana poprawa sprawiła, iż ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego w grupie klientów zmieniło się z wysokiego na średnie w odniesieniu do norm populacyjnych.

Podkreślamy, że ze względu na liczebność grup oraz zastosowanie jednego, skrótego kwestionariusza, badanie ma charakter pilotażowy i wymaga powtórzenia w kolejnych edycjach stażu oraz rozszerzenia palety stosowanych metod psychometrycznych.

### Skuteczność w zakresie rozwoju zawodowego stażystów

Liczebność grupy ( $N = 5$ ) pozwala jedynie przedstawić statystyki opisowe w zakresie skuteczności rozwoju zawodowego stażystów.

W odpowiedzi na pytanie: *W jakim stopniu udział w programie stażowym spełnił Pani/Pana oczekiwania?* średnio uzyskano odpowiedź 6,8, gdzie 1 — całkowicie nie spełnił oczekiwań, zaś 7 — całkowicie spełnił oczekiwania.

W odpowiedzi na pytanie: *Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytej wiedzy/informacji pod względem podnoszenia własnych kompetencji i umiejętności zawodowych?* uzyskano średnio odpowiedź 7, gdzie 1 — zdecydowanie nieprzydatne, zaś 7 — zdecydowanie przydatne.

W odpowiedzi na pytanie: *Proszę ocenić, w jakim stopniu udział w programie stażowym pogłębił Pani/Pana wiedzę teoretyczną dotyczącą psychoterapii?* uzyskano średnio odpowiedź 5,8, gdzie 1 — w nieznacznym stopniu, zaś 7 — w znacznym stopniu.

W odpowiedzi na pytanie: *Proszę ocenić, w jakim stopniu udział w programie stażowym pogłębił Pani/Pana doświadczenie praktyczne dotyczące prowadzenia psychoterapii?* uzyskano średnio odpowiedź 7, gdzie 1 — w nieznacznym stopniu, zaś 7 — w znacznym stopniu.

W punkcie *Proszę ocenić program stażowy od strony organizacyjnej* uzyskano średnio odpowiedź 6, gdzie 1 — bardzo źle, zaś 7 — bardzo dobrze.

W punkcie *Proszę ocenić sposób przekazywania informacji, komentarzy przez prowadzącego superwizję* uzyskano średnio odpowiedź 7, gdzie 1 — bardzo nieprzystępnie, zaś 7 — bardzo przystępnie.

W odpowiedzi na pytanie: *Czy poleciliby Pani/Pan innym osobom/szkołącym się w szkołach psychoterapii udział w programie stażowym* średnio uzyskano odpowiedź 7, gdzie 1 — zdecydowanie nie, zaś 7 — zdecydowanie tak.

W odpowiedzi na pytanie: *Co było dla Pani/Pana najcenniejszym doświadczeniem w ramach program stażowego — prosimy wybrać 2 najważniejsze* czterokrotnie zaznaczono odpowiedź „regularna superwizja”, czterokrotnie zaznaczono odpowiedź „udział w grupie — możliwość współpracy z innymi osobami korzystającymi z programu stażowego”, a także jednokrotnie zaznaczono odpowiedzi „możliwość terapii pacjentów korzystających z terapii w instytucji publicznej” oraz „możliwość śledzenia procesów terapii prowadzonych przez innych stażystów”.

Na otwarte pytanie: *Jakie ewentualne zmiany Pani/Pana zdaniem powinny być uwzględnione w kolejnych programach stażowych tego typu?* udzielono jednokrotnie odpowiedzi wskazującej na potrzebę ustalenia superwizji w godzinach bardziej dogodnych niż wczesny ranek oraz jednokrotnie udzielono odpowiedzi wskazującej na potrzebę częstszych odwołań do teorii przez prowadzącego superwizję.

Ze względu na małą liczebność grupy znacznie więcej istotnych treści dotyczących wpływu programu stażowego na rozwój zawodowy stażystów wniosły rozmowy podczas końcowych sesji superwizyjnych. W toku omówienia najważniejszych zmian w pracy klinicznej wskutek rocznej pracy superwizyjnej S1 zauważyła, że zaczęła posługiwać się teorią w mniej intelektualny sposób i uprościła język, jakim mówi do pacjentów; S2 stwierdziła, że zaczęła zwracać większą uwagę na przekazywanie pacjentom odpowiedzialności za własne leczenie; S3 podkreśliła, że nauczyła się pracować w sposób bardziej systematyczny i osiągnęła większą powściągliwość w używaniu własnych emocji w pracy terapeutycznej; S4 zaznaczyła, iż podniosła swe umiejętności w zakresie szukania równowagi między udzielaniem wsparcia a pracą służącą wglądowi; zaś S5 uznała, iż nabrała większej biegłości w określaniu odpowiedniego dystansu w pracy z pacjentami, pozwalającego być blisko ich przeżyć i bez jednoczesnego spoufalania się z nimi.

### Oplacalność zrealizowanego programu

ZPS jest instytucją realizującą swoje działania głównie ze środków miejskich. Psychoterapia dla członków lokalnej społeczności jest usługą darmową, nie związaną z ubezpieczeniem zdrowotnym. Każda potrzebująca pomocy osoba, także nieubezpieczona, może zgłosić się do Ośrodka Interwencji Kryzysowej, będącego częścią ZPS. Do czasu uruchomienia programu stażowego ZPS oferował swoim klientom usługi terapeutyczne jedynie w ramach ograniczonej puli miejsc w terapii w gabinetach zewnętrznych: dzięki pozyskanym środkom publicznym ZPS podpisywał umowy z prywatnymi gabinetami psychoterapeutycznymi, świadczącymi psychoterapię w formie rocznych kontraktów w wymiarze 1 spotkania w tygodniu. Dla klienta była to także forma bezpłatna, natomiast instytucja płaciła gabinetom zewnętrznym standardową rynkową stawkę za godzinę psychoterapii.

Program stażowy został zrealizowany w dużej mierze w oparciu o istniejącą infrastrukturę instytucjonalną. Instytucja zapewniła stażystom pomieszczenie do pracy (wszystkie stażystki korzystały z jednego gabinetu psychoterapeutycznego, każda z nich przyjmowała swoich pacjentów w innym dniu) oraz organizacyjne zaplecze w zakresie rekrutacji pacjentów i bieżącej administracji. Jedynym dodatkowym kosztem uruchomienia programu stażowego poniesionym przez instytucję był koszt opłacenia superwizji stażystek. Jeśli przyjmiemy, że przeciętne wynagrodzenie za godzinę pracy psychoterapeuty wyniesie  $Y$  złotych, natomiast przeciętne wynagrodzenie superwizora wynosi  $1,1 Y$  oplacalność programu stażowego możemy wyliczyć według następującego wzoru:

Liczba godzin terapii zrealizowanych przez stażystów = 950.

Liczba opłaconych godzin psychoterapii = 45.

Koszt superwizji stażystów =  $(45 \times 1,1 Y) = 49,5 Y$ .

Koszt dostępu do 1 godziny psychoterapii =  $(49,5 Y : 950) 0,05 Y$ .

Z powyższego prostego wyliczenia wynika, iż dostęp do terapii w przypadku pacjentów programu stażowego oznaczał dla instytucji wydatek jedynie 5% kosztów, które trzeba byłoby ponieść, oferując klientom dostęp do psychoterapii prowadzonej przez standardowo wynagradzanych wykwalifikowanych psychoterapeutów.

### Dyskusja dotycząca bezpłatnej psychoterapii

Jednym z najbardziej dyskusyjnych elementów zrealizowanego programu stażowego wydaje się sama idea bezpłatnej pracy psychoterapeutów. Wynagrodzenie finansowe jest podstawowym świadczeniem przysługującym za wykonaną pracę. Szczególnie w przypadku pracy wymagającej nie tylko zaangażowania czasowego i wysiłku intelektualnego, ale też intensywnego zaangażowania emocjonalnego, kwestia wynagrodzenia wydaje się dość oczywista. Co więcej, wynagrodzenie za pracę w przypadku psychoterapii stanowi jedną z barier przed potencjalnymi nadużyciami: sytuacjami, w których terapeuta mógłby oczekiwać od pacjenta pozafinansowych gratyfikacji, rekompensujących nierówny udział w tworzonej relacji (np. pochwał, wyrażania uznania, uległości wobec komentarzy terapeuty, budowania relacji prywatnych i tak dalej). Z tych względów wynagrodzenie finansowe można traktować nie tylko jako podstawowe świadczenie wpisane w stosunek pracy, ale też jako jedną z podstaw etycznej i bezpiecznej relacji terapeutycznej.

Z drugiej strony na rynku pracy w wielu branżach funkcjonuje zjawisko bezpłatnego świadczenia pracy w zamian za pozafinansowe gratyfikacje, przede wszystkim związane z nabyciem doświadczenia, budowaniem kontaktów czy możliwością zyskania dostępu do danego środowiska zawodowego. Z formalnego punktu widzenia opisany program stanowił formę wolontariatu. Ze stażystami zawierano umowy o wolontarystyczne świadczenie usług. Nazwę „staż” wprowadzono z dwóch względów: po pierwsze, twórcom programu zależało na zaakcentowaniu okresowej formuły współpracy, obejmującej jedynie rok, bez możliwości przedłużenia. Po drugie, określenie współpracy mianem stażu stanowi odpowiedź na wymaganie większości szkół kształcących psychoterapeutów, domagających się „stażu klinicznego”, co w praktyce sprowadza się do wymogu bezpośredniej, samodzielnej pracy psychoterapeutycznej z pacjentami.

Kwestie finansowe zostały omówione ze stażystami już na etapie rekrutacji. Osoby zgłaszające się na staż od samego początku zdawały sobie sprawę, że nie otrzymają świadczeń finansowych w zamian za nakład swej pracy, mimo tego decydowały się na podjęcie współpracy. Wśród zgłaszanych przez kandydatów motywacji w każdym przypadku występował wątek pragnienia zdobycia doświadczeń klinicznych — co stażyści uznawali za wartość rekompensującą włożony wysiłek. Z perspektywy twórców programu postawa stażystów dążących do weryfikacji i podwyższenia praktycznych kompetencji w warunkach instytucjonalnej pracy pod superwizją przed samodzielnym wkroczeniem na rynek pracy (tj. otwarciem gabinetów prywatnych) wydaje się odpowiedzialna i etyczna.

W rozmowach podsumowujących program stażyści podkreślali satysfakcję z podjętego przedsięwzięcia, wskazywali na zyski z programu stażowego (przytoczone wyżej), mówili także o gotowości do samodzielnej pracy z pacjentami za rynkowe wynagrodzenie.

Powyższe doświadczenia zdają się sugerować możliwości pozafinansowej współpracy satysfakcjonującej zarówno dla instytucji, jak i dla terapeuty. Sądzimy, że w opisanym przykładzie do czynników zabezpieczających interesy terapeutów należały: 1) sztywno określony czas trwania stażu zabezpieczający stażystę przed uwikłaniem w przewlekłe relacje pracy bez wynagrodzenia; 2) rozmowy na temat motywacji stażystów podjęte już na etapie rekrutacji; 3) idea wolontariatu jako „stażu”, czyli przejściowego etapu prowadzącego terapeutę ku samodzielnej pracy zarobkowej.

Przestrzegamy przed tworzeniem kuszących rozwiązań instytucjonalnych opartych na dłuższej, tym bardziej nieokreślonej czasowo, współpracy z terapeutami nie otrzymującymi wynagrodzenia za swoją pracę. Uważamy, że wolontariat w emocjonalnie wymagającym zawodzie psychoterapeuty ma sens jedynie jako krótki epizod na drodze do samodzielnej pracy na satysfakcjonujących finansowo warunkach.

### Podsumowanie

W niniejszym artykule zaprezentowano przykładowe wdrożenie modelu programu stażowego dla kształcących się psychoterapeutów. Jest on próbą realizowania wskazań dotyczących zwiększania dostępu do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, formułowanych zarówno na poziomie globalnym, jak i w odniesieniu do specyficznych polskich warunków. Wypracowane rozwiązanie odwołuje się do najważniejszych wniosków z dostępnych danych empirycznych wykazujących, że psychoterapia realizowana pod superwizją

przez terapeutów kształcących się zgodnie z ogólnymi normami dla modalności w nurcie *evidence-based medicine* może być skuteczna. Jednocześnie dowody na istnienie wspólnych czynników w psychoterapii pozwalają na uniezależnienie modelu programu stażowego od poszczególnych modalności i realizację programów uwzględniających pracę terapeutów kilku modalności jednocześnie. Zaprezentowany przykład wdrożenia modelu okazał się skuteczny pod względem terapeutycznego wpływu na pacjentów (osiągnięto istotną statystycznie zmianę w zakresie stanu psychicznego i ryzyka rozwinięcia zaburzeń psychicznych), rozwoju zawodowego stażystów (ze względu na niską liczebność grupy oraz brak wystandaryzowanej metody wyniki w tym zakresie można traktować jedynie szacunkowo) oraz opłacalności ekonomicznej (program okazał się o 95% tańszy od standardowego kosztu terapii u wykwalifikowanych terapeutów). Niewielka liczebność grupy zarówno stażystów, jak i pacjentów sprawia, iż niniejsze wyniki mają charakter pilotażowy. Projekt badawczy realizowany jest w dalszym ciągu, obejmując pacjentów i stażystów kolejnych edycji programu stażowego.

### Piśmiennictwo

1. World Health Organization. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope; 2001.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H i wsp. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2004. Supplementum 109(420): 21–27
3. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B, red. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej — EZOP Polska*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
4. Smith M, Glass G, Miller, T. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1980.
5. Lipsey M, Wilson D. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am. Psychol.* 1993; 48(12): 1181–1209.
6. Norcross J, Wampold, B. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychother. (Chic)*. 2011; 48(1): 98–102.
7. Huhn M, Tardy M, Spinelli L, Kissling W, Forstl, H, Pitschel-Walz, G i wsp. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 2014; 71 (6): 706–715.
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.
9. Szafrński T. *Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie*. W: Wciórka J, red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*. *Rzecznik Praw Obywatelskich*, Warszawa; 2014.
10. Emmelkamp PM, David D, Beckers T, Muris P, Cuijpers P, Lutz W, i in. Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2014; 23(suppl. 1): 58–91.
11. Clark D, Layard R. Why more psychological therapy would cost nothing. *Front. Psychol.* 2015; 6: 1713.

12. Hunsley J. The cost-effectiveness of psychological interventions. Ottawa, ON: Canadian Psychological Association; 2002.
13. Mukuria C, Brazier J, Barkham M, Connell J, Hardy G, Hutten R i in. Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *Br. J. Psychiatry*, 2013; 202: 220–227.
14. 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.
15. Lazar SG. The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodyn. Psychiatry* 2014; 42: 423–457.
16. Fiorillo A. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry*, 2011; 10(3): 238.
17. van Deurzen E. Psychotherapy training in Europe: similarities and differences. *Europ. J. Psychother. Couns.* 2001; 4 (3): 357–371.
18. EFPA. Training standards for psychologists specializing in psychotherapy. Bruksela: wyd. EFPA 2017.
19. Atkins DC, Christensen A. Is professional training worth the bother? A review of the impact of psychotherapy training on client outcome. *Austral. Psychol.* 2001; 36: 122–130.
20. Strosahl KD, Hayes SC, Bergan J, Romano P. Assessing the field effectiveness of acceptance and commitment therapy: An example of the manipulated training research method. *Beh. Ther.* 1998; 29: 35–64.
21. Solem S, Hansen B, Vogel PA, Kennair LEO. The efficacy of teaching psychology students exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder. *Scand. J. Psychol.* 2009; 50: 245–250.
22. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, Salkovskis PM. The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version diagnostic tool for screening patients with OCD, utilizing empirically derived cutscores. *Psycholo. Assess.* 2002; 14: 485–496.
23. Denhag I, Armelius BÅ. baseline training in cognitive and psychodynamic psychotherapy during a psychologist training program. Exploring client outcomes in therapies of one or two semesters. *Psychother. Res.* 2012; 22: 515–526.
24. Kilminster S, Jolly B. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med. Educ.* 2000; 34(10): 781–881.
25. Schlessinger N. Supervision of psychotherapy. A critical review of the literature. *Arch. Gen. Psychiatry* 1966; 15(2): 129–134.
26. Milne D. How does clinical supervision work? Using a „best evidence synthesis” approach to construct a basic model of supervision. *Clin. Supervisor*, 2008; 27: 2.
27. Weck F. Topics and techniques in clinical supervision in psychotherapy training. *Cogn. Beh. Therapist*, 2017, 10, e 3.
28. Wampold B. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 2015; 14(3): 270–277.
29. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychother.* 2014; 51: 467–481.
30. Jedliński K. Trening interpersonalny. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B., 2008
31. Goldberg D, Williams P, Makowska Z, Merez D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy; 2001.

email: l.kalita@psyche.med.pl