

# Katarzyna Marchewka

---

## Finansowy wymiar psychoterapii a relacja psychotherapeutyczna

---

Diametros nr 51, 48-64

---

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## FINANSOWY WYMIAR PSYCHOTERAPII A RELACJA PSYCHOTERAPEUTYCZNA<sup>1</sup>

– Katarzyna Marchewka –

**Abstrakt.** Cel artykułu stanowi omówienie wybranych zagadnień odnoszących się do wpływu, jaki wywiera finansowy wymiar psychoterapii na relację psychoterapeutyczną. Na początku podejmowane są rozważania dotyczące znaczenia bezpośredniej zapłaty dokonywanej przez klienta za sesje terapeutyczne w relacji terapeutycznej. Następnie poruszona zostaje problematyka refundowania usług psychoterapeutycznych – ukazane zostaną konsekwencje kryteriów refundowania określonych metod terapeutycznych dla jakości relacji psychoterapeutycznej, a także wpływ, jaki wywiera na usługi psychoterapeutyczne wymóg prowadzenia badań nad skutecznością psychoterapii w paradygmacie nauk przyrodniczych. Przedstawione rozważania przemawiają na rzecz tezy, iż kryteria refundowania usług psychoterapeutycznych sprowadzać mogą relację psychoterapeutyczną do relacji biznesowej, co z kolei skutkować może przedmiotowym traktowaniem klienta przez terapeutę.

**Słowa kluczowe:** relacja psychoterapeutyczna, kontrakt psychoterapeutyczny, refundacja usług psychoterapeutycznych, skuteczność psychoterapii, Alan C. Tjeltveit, Barbaro de Bogdan.

### Wstęp

W polskiej literaturze dotyczącej relacji psychoterapeutycznej stosunkowo mało miejsca poświęca się problematyce etycznej związanej z finansowymi aspektami psychoterapii. Jeżeli już poruszona zostaje ta problematyka, to najczęściej w ramach omawiania elementów kontraktu psychoterapeutycznego<sup>2</sup> lub w kontekście problemów finansowych klienta, które mogą mieć wpływ na dalszy przebieg spotkań terapeutycznych<sup>3</sup>, ewentualnie kwestie finansowe poddawane są psychoanalizie jako element znaczący w procesie udzielania pomocy klientowi<sup>4</sup>. Równie rzadko podejmowane są rozważania dotyczące refundacji usług psychote-

---

<sup>1</sup> Artykuł napisany w ramach projektu badawczego nr 2013/08/A/HS1/00079 „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

<sup>2</sup> Por. np. Toepfritz-Winiewska [2009] s. 247.

<sup>3</sup> Por. np. Bond, Alfred, Hughes [2013] s. 270–272.

<sup>4</sup> Por. np. McWilliams [2011] s. 150–157.

rapeutycznych<sup>5</sup> czy etycznych aspektów refundowania psychoterapii<sup>6</sup>. Tymczasem znaczenie tych zagadnień wzrasta wraz ze zwiększającym się ryzykiem zachorowalności na choroby psychiczne, które mogą być skutecznie leczone przy pomocy psychoterapii. Jako przykład posłużyć może depresja, której częstotliwość występowania rośnie z pokolenia na pokolenie – jednocześnie wyniki badań pokazują skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu i zapobieganiu nawrotom tego zaburzenia<sup>7</sup>.

Dyskusje dotyczące refundacji usług psychoterapeutycznych są od wielu lat podejmowane przez zagranicznych autorów, którzy piszą o psychoterapii jako o działalności silnie związanej z szeroko rozumianą problematyką finansową<sup>8</sup>, stanowiącą z jednej strony formę zatrudnienia dla psychoterapeuty, z drugiej zaś wydatek dla klienta oraz instytucji ubezpieczeniowych. Wskazują również na uwikłanie usług psychoterapeutycznych w politykę finansową danego państwa<sup>9</sup>, a nawet mówią o gwałcie dokonanym na psychoterapii przez nowe zasady finansowania sesji terapeutycznych na rynku usług zdrowotnych<sup>10</sup>. W rozważaniach dotyczących refundacji usług psychoterapeutycznych akcentowana jest problematyka skuteczności psychoterapii. Udowodniona skuteczność danej metody leczenia pozwala na jej finansowanie przez państwo. Kwestia ta jest istotna przede wszystkim ze względu na dobro pacjenta, który otrzymuje pewność, że zostanie poddany leczeniu najwyższej jakości. Ważna jest również perspektywa podatnika – opłacone zostaje leczenie o udowodnionej efektywności, zatem pieniądze wydawane na refundację nie idą na marne. Jednakże kryteria refundowania usług psychoterapeutycznych nie pozostają bez wpływu na relację terapeutyczną.

Celem niniejszego artykułu jest analiza wpływu, jaki mogą wywierać czynniki związane z finansowymi aspektami psychoterapii na relację psychoterapeutyczną. Na początku omówione zostanie znaczenie bezpośredniej zapłaty dokonywanej przez klienta za sesje terapeutyczne w relacji terapeutycznej, następnie problematyka ta zostanie rozszerzona o zagadnienie refundowania usług psychoterapeutycznych, szczególnie o kwestie odnoszące się do wpływu kryteriów refundowania psychoterapii na relację psychoterapeuta – klient.

---

<sup>5</sup> Por. np. Rakowska [2011] s. 77–79; Barbaro de [2013] s. 10–13.

<sup>6</sup> Por. np. Jabłoński et al. [2014].

<sup>7</sup> Por. np. Blackburn, Eunson, Bishop [1986].

<sup>8</sup> Por. np. Orłiński [1989]; Woolfolk [1998]; Tjeltveit [1999].

<sup>9</sup> Rosenberg [1979].

<sup>10</sup> Fox [1995].

## **Wpływ zapłaty dokonywanej przez klienta za sesje terapeutyczne na relację psychoterapeutyczną**

Kontrakt terapeutyczny, czyli umowa zawierana pomiędzy psychoterapeutą a klientem, jest jednym z najważniejszych elementów początkowego etapu psychoterapii<sup>11</sup>. Psychoterapeuta ma obowiązek uzyskać dobrowolną, świadomą zgodę klienta na udział w terapii, wspólnie określić cel pracy terapeutycznej, rzetelnie poinformować o stosowanej przez siebie metodzie oraz omówić formalne warunki współdziałania. Formalna strona kontraktu terapeutycznego bywa traktowana marginesowo, ogranicza się ją do ustalenia częstości spotkań oraz czasu trwania sesji terapeutycznej, tymczasem powinna ona również zawierać m.in. uzgodnione z klientem warunki wynagradzania terapeuty.

Zapłata uiszczana przez klienta za sesje terapeutyczne może wywierać znaczący wpływ na relację terapeutyczną. Jabłoński ze współpracownikami<sup>12</sup> zwraca uwagę na fakt, że każdorazowa zapłata dokonywana przez klienta po zakończeniu sesji psychoterapeutycznej pozwala mu utrzymać realny kontakt z terapeutą – jest jednym z elementów, który pomaga odróżnić relację terapeutyczną od rodzinnej czy przyjacielskiej. Wyraźnie ujeli to Gutheil i Gabbard podkreślając, iż zapłata uzmysławia stronom relacji psychoterapeutycznej, że ich wzajemna więź „to nie miłość, to praca”<sup>13</sup>. Pozytywny wpływ opłaty dokonywanej przez klienta na kontakt z terapeutą można dostrzec także wtedy, gdy rozpatruje się ją jako jeden ze środków czynienia relacji bardziej symetryczną. Jak zauważa McWilliams<sup>14</sup>, terapeuta troszczy się o zdrowie psychiczne klienta, klient płaci za tę troskę – układ ten zostaje zaburzony w momencie, gdy klient zaczyna wynagradzać terapeutę w inny sposób np. wręcza mu prezenty. Inny przykład stanowić może sytuacja opłacania przez rodziców sesji terapeutycznych dzieci. Należy zaznaczyć, że psychoterapeuta ma obowiązek zawarcia kontraktu terapeutycznego z dzieckiem lub nastolatkiem, przy czym informowanie o warunkach i celu terapii powinno być dostosowane do etapu rozwojowego dziecka – terapeuta może zawrzeć kontrakt jedynie z rodzicami w sytuacji, gdy wiek dziecka nie pozwala na poznawcze i emocjonalne zrozumienie warunków relacji terapeutycznej. Schier<sup>15</sup> uważa, że sytuacja, w której rodzice opłacają terapię dziecka może wywoływać u niego poczucie winy. Ta sama autorka przywołuje historię francuskiej psychoana-

---

<sup>11</sup> Toeplitz-Winiewska [2009] s. 244.

<sup>12</sup> Jabłoński et al. [2014] s. 83.

<sup>13</sup> Gutheil, Gabbard [1993] s. 192.

<sup>14</sup> McWilliams [2011] s. 151.

<sup>15</sup> Schier [2007] s. 226.

lityczki, która prosiła swoich dziecięcych klientów o przynoszenie kamieni na spotkanie terapeutyczne. Terapeutka ta uważała, że dzięki tej symbolicznej zapłacie dzieci zostają uwolnione od poczucia winy, ponieważ dają coś w zamian za otrzymywaną na sesjach uwagę i zainteresowanie. Szumiał<sup>16</sup>, omawiając warunki prowadzenia długoterminowej psychoterapii grupowej osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne, zwraca uwagę na różne możliwości traktowania opłaty za sesje przez klienta w zależności od etapu procesu psychoterapeutycznego. O ile zatem początkowo klienci mogą spostrzegać negatywnie konieczność płacenia za sesje jako prześladowanie ze strony terapeuty lub kupowanie usługi, z czasem, w miarę dokonywania postępów w leczeniu, samodzielnie dokonywana opłata zyskuje wymiar pozytywny, jest traktowana jako osiągnięcie rozwojowe w sytuacji, gdy klient jest w stanie podjąć pracę zarobkową. Zdaniem autora osoby korzystające z bezpłatnej psychoterapii tracą możliwość omówienia uczuć i myśli, które związane są z finansowym aspektem psychoterapii, jak również mogą mieć skłonność do spostrzegania spotkań psychoterapeutycznych jako nie mających wartości – skoro nie trzeba za nie płacić – co może przekładać się na efektywność leczenia. Wyniki badań empirycznych wskazują jednak, że nie ma korelacji pomiędzy wysokością opłaty dokonywanej za sesje terapeutyczne przez klienta a regularnym uczestnictwem przez niego w sesjach czy efektywnością psychoterapii<sup>17</sup>. Natomiast warto podkreślić możliwość poddawania analizie samego aktu zapłaty jako elementu mającego znaczenie i wywierającego wpływ także na inne relacje klienta – aczkolwiek od razu należy zaznaczyć, że aspekt ten ma głównie znaczenie dla terapeutów analitycznych i psychodynamicznych. McWilliams<sup>18</sup> zauważa, że transakcje finansowe niejako „wzbogacają” proces terapii, czyli uwiadaczniają pewne wzorce zachowań i reakcji klienta. Jako przykład autorka podaje kobietę, która pracowała jako striptizerka i płaciła za sesje wyciągając pojedyncze jednodolarówki z pliku banknotów – wprawdzie przykład ten nie zostaje rozwinięty, ale można się domyślać, że analiza sposobu dokonywania zapłaty przez kobietę wiele może powiedzieć o jej relacjach z innymi ludźmi.

Niektórzy terapeuci<sup>19</sup> podczas zawierania kontraktu psychoterapeutycznego informują o stosowaniu zasady uiszczania opłaty przez klienta za nieobecność na sesji terapeutycznej lub zbyt późne odwołanie spotkania. Chociaż zasada ta dla osób, które nie zajmują się zawodowo psychoterapią (a więc zdecydowanej więk-

---

<sup>16</sup> Szumiał [2013] s. 46-47.

<sup>17</sup> Por. np. Aubry et al. [2000]; Clark, Kimberly [2014].

<sup>18</sup> McWilliams [2011] s. 153.

<sup>19</sup> Por. np. Berman [2001].

szości klientów) może wydawać się kontrowersyjna, trudno w polskiej literaturze psychoterapeutycznej znaleźć jakiegokolwiek rozważania na jej temat<sup>20</sup>. Terapeuci, którzy decydują się na jej stosowanie, często tłumaczą swoją decyzję, podkreślając, że klienci, którzy wiedzą iż będą musieli zapłacić za nieodbyte sesje, są bardziej zmotywowani do regularnego pojawiania się w gabinecie terapeuty, co z kolei przekłada się na lepsze rezultaty terapii, ale także na stabilizację finansową terapeuty. Chęć osiągnięcia jak najlepszych wyników procesu terapeutycznego nie podlega dyskusji – kierowanie się dobrem klienta jest naczelną regułą psychoterapeutyczną. Natomiast stosowanie tej zasady w celu zadbania o regularne otrzymywanie wynagrodzenia przez terapeutę wynika z faktu, że prowadzenie gabinetu psychoterapeutycznego stanowi dla wielu terapeutów główne źródło utrzymania. Gdy podejmują się odbywać sesje terapeutyczne z daną osobą, rezerwują jej termin i nie mogą go przeznaczyć dla innego klienta w sytuacji, gdy dana osoba nie zjawi się na sesji. Jednak zasada ta może zostać wykorzystana do zabezpieczenia własnej sytuacji finansowej pod pozorem troski o dobro klienta. Można argumentować, że psychoterapeuta, który umie stworzyć empatyczną relację z klientem oraz współpracuje z nim na każdym etapie terapii, począwszy od wyznaczania celu spotkań terapeutycznych a skończywszy na stosowanych metodach, nie potrzebuje dodatkowo motywować klienta do uczęszczania na sesje – poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad sytuacją terapeutyczną stanowią dla klienta wystarczającą motywację do regularnego korzystania z usług terapeuty. Być może lepszym rozwiązaniem byłoby stosowanie tej zasady w momencie, kiedy rzeczywiście zawodzą wszystkie inne sposoby motywowania klienta do regularnego udziału w psychoterapii, w tym próby ulepszenia relacji między terapeutą a klientem. Wydaje się jednak, że traktowanie jej jako ostatniej deski „motywacyjnego” ratunku wywrze raczej negatywny wpływ na zachowanie klienta: poczuje się on wykorzystywany przez psychoterapeutę i zakończy współpracę terapeutyczną. Słusznym postępowaniem byłoby uznanie zasady uiszczania opłaty przez klienta za nieobecność na sesji terapeutycznej za nieetyczną, ze względu na to, że po pierwsze pobierana jest opłata za pracę, której terapeuta nie wykonał, po drugie zaś ma ona niszczący wpływ na relację terapeutyczną, a więc nie jest zgodna z działaniem na rzecz dobra klienta<sup>21</sup>.

Kwestie finansowe wywierają szczególny wpływ na relację psychoterapeutyczną w sytuacji, w której klient informuje terapeutę, że nie jest w stanie płacić za kolejne sesje terapeutyczne. Odpowiedzialny psychoterapeuta nie zaprzestanie

---

<sup>20</sup> Por. np. Krupa, Styła [2015] s. 145.

<sup>21</sup> Fay [1995, 1996].

spotkań z klientem z powodu jego trudności finansowych, gdyż zdaje sobie sprawę, że nagle przerwanie procesu psychoterapeutycznego mogłoby mieć negatywny wpływ na stan zdrowia klienta. Terapeuta może zaproponować klientowi zmniejszenie częstotliwości spotkań terapeutycznych. Rozwiązanie to jest korzystne w sytuacji, gdy stan zdrowia klienta pozwala na rzadsze sesje terapeutyczne, jak również wówczas, gdy terapeuta pracuje w ramach nurtu psychoterapeutycznego, który wykorzystuje przerwy pomiędzy sesjami na samodzielną pracę klienta<sup>22</sup>. Innym sposobem uporania się z sytuacją problemów finansowych klienta może być kontynuowanie psychoterapii bez wynagrodzenia. Psychoterapeuta, który zdecyduje się na takie rozwiązanie, musi być świadomy wpływu, jaki może ono wywrzeć na relację psychoterapeutyczną: po pierwsze, zmiany terapeutyczne mogą zostać zahamowane przez poczucie wdzięczności ze strony klienta, po drugie, może dojść do pogłębiania się asymetryczności relacji terapeutycznej<sup>23</sup>.

### **Wpływ refundowania sesji terapeutycznych na relację terapeutyczną**

Finansowy wymiar psychoterapii wywiera wpływ na relację psychoterapeutyczną również w sytuacji refundowania określonych technik czy metod terapeutycznych przez państwo. Rozpoczynając rozważania dotyczące etycznych aspektów refundowania usług psychoterapeutycznych Tjeltveit<sup>24</sup> podaje przykład kobiety, która zgłasza się na terapię z powodu lęku przed publicznymi wystąpieniami. Terapeutka może zaoferować klientce jedynie osiem refundowanych sesji terapeutycznych – liczbę tę finansuje ubezpieczyciel w ramach leczenia fobii specyficznych. Decyzja o refundowaniu takiej liczby spotkań psychoterapeutycznych została podjęta w oparciu o opinię ekspertów, którzy uznali, że terapeuta może efektywnie wyleczyć fobię specyficzną w ciągu ośmiu sesji. Jeżeli klientka nie zdołała uporać się ze swoim problemem w tym czasie, może kontynuować leczenie finansując je samodzielnie lub przerwać terapię. Terapeutka, która stara się zapewnić klientce jak najlepszy standard leczenia przy zachowaniu refundacji, musi kierować się ściśle określonym planem działania podczas każdej kolejnej sesji terapeutycznej. W takich warunkach niełatwo o indywidualne podejście do klienta – wzajemną współpracę w wyznaczaniu celu spotkań terapeutycznych. Tymczasem zindywidualizowanie planu leczenia z zachowaniem pewnych ram wyznaczonych przez metodę, którą praktykuje terapeuta, ma niebagatelny wpływ na pozytywny wynik oddziaływania terapeutycznego. Łatwo wyobrazić sobie osobę,

---

<sup>22</sup> Por. np. Padesky, Greenberger [2004].

<sup>23</sup> Bond, Alred, Hughes [2013] s. 271-272.

<sup>24</sup> Tjeltveit [1999] s. 139.

która potrzebuje więcej niż osiem spotkań na zrozumienie swojego problemu i nauczenie się metod radzenia sobie z nim czy klienta, który wymaga wiele uwagi i zaangażowania emocjonalnego, aby udało się zbudować empatyczną relację terapeutyczną, będącą kluczem do sukcesu terapeutycznego. Trudności mogą się pojawić także podczas diagnozy: aby zminimalizować koszty, należy szybko i efektywnie określić rodzaj zaburzenia klienta według obowiązującego wykazu zaburzeń psychicznych, tymczasem część terapeutów spostrzega diagnozę jako proces, który przybiera różne kształty pod wpływem pogłębiania się relacji z klientem. Tak rozumiana diagnoza może trwać przez kilka spotkań terapeutycznych czy może ulegać zmianom pod wpływem pogłębiania się relacji z klientem. Co więcej problemy klienta mogą okazać się trudne do zaklasyfikowania lub mogą nie uchodzić za zaburzenie w świetle obowiązujących standardów. Sytuacja, w której zaburzenie klienta odbiega od kryteriów diagnostycznych, może prowadzić do przypisania mu jednostki chorobowej najbardziej zbliżonej do doświadczanych przez niego trudności, co w konsekwencji przekłada się na statystyki zachorowalności. Innymi słowy, próby ścisłego uregulowania relacji terapeutycznej mogą obniżać jej jakość, sprowadzać ją do transakcji handlowej, polegającej na wykonywaniu określonej usługi w określonym czasie za określony koszt<sup>25</sup>. Zmiany mogą nastąpić również w systemie szkoleń psychoterapeutycznych, gdyż wieloletnie, superwizowane kursy terapeutyczne zawierające obowiązek terapii własnej uznane zostaną za nieopłacalne z ekonomicznego punktu widzenia<sup>26</sup>. Nadmierna koncentracja terapeuty na przeprowadzeniu efektywnego biznesu terapeutycznego może prowadzić do przedmiotowego traktowania klienta, z drugiej zaś strony klient może zacząć traktować psychoterapeutę jak świadczeniodawcę, który ma go usatysfakcjonować wykonaniem danej usługi.

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na paradoks używania określenia „klient” w stosunku do osoby zgłaszającej się po pomoc do psychoterapeuty. Termin ten został wprowadzony do psychoterapii przez Carla Rogersa w celu podkreślenia zmian, jakie jego zdaniem powinny zajść w relacji terapeutycznej: odejście od autorytarnego traktowania pacjenta na rzecz efektywniejszej relacji partnerskiej. Postawa terapeuty jako wszystkowiedzącego eksperta, dającego pacjentowi jedynie słuszne rady i interpretacje, została zastąpiona przez rolę pełnego wrażliwości i empatii partnera, który w atmosferze życzliwości i akceptacji szuka wraz z klientem rozwiązania jego problemów. Tym samym Rogers opowiedział się za powierzeniem klientowi współodpowiedzialności za przebieg i rezultat

---

<sup>25</sup> Jabłoński et al. [2014] s. 82.

<sup>26</sup> Ibidem.



terapii oraz przywróceniem mu poczucia równości w relacji terapeutycznej<sup>27</sup>. Jednak samo słowo „klient”, będące dosłownym tłumaczeniem z języka angielskiego, wywołuje skojarzenia biznesowe, rzutuje na spostrzeganie psychoterapii jako transakcji handlowej, co – paradoksalnie – może stać się adekwatnym określeniem osoby korzystającej z psychoterapii traktowanej jako jedna z wielu usług na rynku opieki zdrowotnej. Nastąpi więc kolejna zmiana roli psychoterapeuty – z empatycznego partnera relacji terapeutycznej na bezkrytycznego świadczeniodawcę – co w konsekwencji może spowodować zanik zaufania do zawodu psychoterapeuty.

Można by oponować przeciwko tezie o negatywnym wpływie refundowania usług terapeutycznych na relację psychoterapeutyczną poprzez wskazanie korzyści, jakie wynikają ze ścisłego uregulowania procesu psychoterapii. Jedną z takich korzyści jest możliwość przewidywania czasu trwania procesu terapeutycznego: jeżeli poprawnie została postawiona diagnoza – np. lęku przed publicznymi wystąpieniami – wówczas już w kontrakcie terapeutycznym psychoterapeuta może zawrzeć informację o przewidywanym czasie zakończenia procesu psychoterapii. Taka informacja wywiera niebagatelny wpływ na poprawę nastroju klienta poprzez danie mu nadziei na polepszenie jego stanu w określonym czasie, a to z kolei przekłada się na jego motywację do uczęszczania na terapię. Co więcej terapeuta ma możliwość wyjaśnienia klientowi, w jaki sposób przebiegać będą sesje terapeutyczne. Psychoterapeuci poznawczo-behawioralni<sup>28</sup> zwracają uwagę na fakt, że klienci z reguły lepiej czują się w sytuacji, gdy wiedzą, jak będzie przebiegał proces terapeutyczny oraz czego się od nich oczekuje. Inną korzyścią ścisłego uregulowania procesu psychoterapii jest zabezpieczenie klienta przez ewentualnymi nadużyciami ze strony terapeuty. Posiadając wiedzę na temat diagnozy swojego problemu, klient może uzyskać informacje o przybliżonym czasie trwania terapii oraz o stosowanych metodach leczenia w sytuacji, gdy ma wątpliwości, czy terapeuta nie przedłuży procesu terapii dla własnych celów, np. finansowych czy szkoleniowych. Kontrolę nad jakością pracy psychoterapeutycznej sprawować może również ośrodek, w którym pracuje dany terapeuta czy towarzystwo terapeutyczne, którego psychoterapeuta jest członkiem. Można oponować przeciwko temu argumentowi, wskazując, że sumienie terapeuty nie pozwoli mu wykorzystać sytuacji terapeutycznej do realizacji własnych celów. Jeżeli jednak ten argument nie wszystkim wydaje się wystarczająco przekonujący, należy dodać, że osoby tworzące szkolenia terapeutyczne poświęcają wiele uwagi zwiększaniu

---

<sup>27</sup> Cain [1990] s. 358.

<sup>28</sup> Por. np. Beck [2012] s. 23.

świadomości etycznej psychoterapeutów: na kursach szkolących są osobne moduły dotyczące etyki zawodu psychoterapeuty<sup>29</sup>, nurty terapeutyczne posiadają kodeksy etyki zawodowej – ich przestrzegania strzegą komisje ds. etyki<sup>30</sup>, ponadto od terapeutów wymaga się, aby regularnie poddawali swoją pracę superwizji<sup>31</sup>. Wydaje się zatem, że ściśle ustrukturyzowanie sesji jest raczej pewnym dodatkowym zabezpieczeniem klienta, aczkolwiek nie najważniejszym, natomiast – jak wspomniano powyżej – może mieć pozytywny wpływ na motywację klienta do leczenia.

Jedną z najważniejszych korzyści refundowania usług psychoterapeutycznych jest zwiększenie liczby potencjalnych klientów. Usługi psychoterapeutyczne nie należą do najtańszych, wynika to z charakteru samego zawodu psychoterapeuty: żeby zostać certyfikowanym psychoterapeutą należy odbyć długie szkolenie (w zależności od szkoły terapeutycznej może ono trwać od 3 do 5 lat), przejść proces terapii własnej, regularnie poddawać swoją pracę superwizji oraz nieustannie podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, biorąc udział w licznych szkoleniach dodatkowych oraz konferencjach czy sympozjach<sup>32</sup>. Spełnienie tych wymagań przekłada się na jakość świadczonych przez terapeutę usług, ma więc także wymiar etyczny, gdyż umożliwia działania na rzecz dobra klienta, ale jednocześnie wpływa na cenę świadczonych usług<sup>33</sup>. Refundowanie umożliwia korzystanie z pomocy terapeutycznej osobom mniej zamożnym czy mającym kłopoty finansowe. Warto w tym miejscu zauważyć, że zdarza się, iż problemy natury psychicznej wpływają negatywnie na możliwości finansowe danej osoby – paradoksalnie więc udział w psychoterapii osób, których na nią nie stać, mógłby skutkować tym, że właśnie mogliby sobie na nią pozwolić. Zatem zwiększenie dostępności do usług psychoterapeutycznych poprzez ich refundację przekładać się może na zwiększenie produktywności jednostki w społeczeństwie.

### **Wyniki badań nad skutecznością usług psychoterapeutycznych a ich refundowanie. Argument pośredni za bezpośrednią opłatą sesji terapeutycznych przez klienta**

Kwestie refundowania psychoterapii wywierają wpływ na relację psychoterapeutyczną także pośrednio poprzez koncentrację na ocenie skuteczności metod

---

<sup>29</sup> Por. np. Huflejt-Łukasik [2006] s. 453–463.

<sup>30</sup> Por. np. KEPTPP [2012]; KETP-B [2005]; czy KEPTPG [2010].

<sup>31</sup> Por. np. Marchewka [2014] s. 143–145.

<sup>32</sup> Por. np. Grzesiuk [2006].

<sup>33</sup> Por. np. McWilliams [2011] s. 150–152.

psychoterapeutycznych<sup>34</sup>. Z punktu widzenia dobra klienta powinno się dążyć do udzielenia jasnej odpowiedzi na pytanie o skuteczność psychoterapii. Jednak, aby móc udzielić takiej odpowiedzi, należy najpierw zdefiniować zjawisko, które chce się zbadać, tymczasem definicje psychoterapii różnią się w zależności od nurtu terapeutycznego. Każda szkoła psychoterapii posiada własny model zdrowia i choroby, gdzie indziej upatruje przyczyn zaburzeń psychicznych, proponuje odmienne narzędzia zmiany terapeutycznej, inaczej opisuje samą zmianę, która ma nastąpić pod wpływem psychoterapii, a także relację pomiędzy klientem a terapeutą. Jak zauważa Czabała<sup>35</sup>:

[p]sychoterapia psychodynamiczna koncentruje się głównie na zmianie tłumionych i nieuświadomionych uczuć, behawioralna – na zmianie wyuczonych niefunkcyjnych zachowań, poznawcza – na zmianie nieadekwatnych schematów poznawczych, systemowa – na zmianie sposobów funkcjonowania w rolach i relacjach rodzinnych, a humanistyczna – na zmianie emocjonalnych stanów zaburzających samoocenę.

Podstawowym zadaniem psychoanalizy jest likwidowanie złudzeń powstających w trakcie życia jednostki oraz uświadamianie treści psychicznych, które zostały wyparte do nieświadomości i powodują powstawanie konfliktów w obrębie życia psychicznego. Z kolei w nurcie poznawczo-behawioralnym relacja terapeutyczna określana jest jako współpraca oparta na empiryzmie, w ramach której klient dowiaduje się, w jaki sposób spostrzeganie przez niego rzeczywistości warunkuje jego reakcje emocjonalne i zachowanie. W podejściu humanistycznym terapeuta ma za zadanie pomóc klientowi odzyskać zaufanie do samego siebie oraz niezależność w formułowaniu celów życiowych. Celem terapii systemowej jest przywrócenie równowagi w systemie, np. w rodzinie czy parze małżeńskiej, poprzez modyfikację patologicznych właściwości struktury systemu oraz usprawnienie komunikacji werbalnej i emocjonalnej pomiędzy jego członkami, a także dokonanie zmian w zakresie zasad regulujących jego funkcjonowanie. Nawet ten dość pobieżny opis nurtów psychoterapeutycznych pokazuje ich zróżnicowanie, które przekłada się na trudności w zdefiniowaniu psychoterapii, co z kolei utrudnia badaczowi określenie czym jest zmiana w procesie psychoterapii. Zdaniem Jaworskiej<sup>36</sup> różnorodność definicji psychoterapii powoduje trudności w ustaleniu jednego sposobu operacjonalizacji pojęcia zmiany, tak samo jak brak jest jednej

---

<sup>34</sup> Por. np. Marchewka [2016].

<sup>35</sup> Czabała [2010] s. 249.

<sup>36</sup> Jaworska [2006] s. 119.

metody pomiaru zmiany oraz sposobu odróżnienia zmiany, która jest „istotna” od „nieistotnej”. W konsekwencji niełatwo prowadzić badania porównawcze metod psychoterapeutycznych.

Próby empirycznej weryfikacji efektywności metod terapeutycznych pojawiły się wraz z rozwojem samej psychoterapii. Freud uważał psychoanalizę za w pełni obiektywną metodę naukową, która pozwala na dotarcie do wewnątrzpsychicznych konfliktów człowieka. Ewentualne błędy powstałe przy jej stosowaniu przez swoich uczniów traktował jako braki w wyszkoleniu analityków. Równolegle do psychoanalizy rozwijała się metodologia badań psychologicznych – na początku XX wieku nastąpił rozwój testowania statystycznego. Dzięki obliczaniu istotności statystycznej w badaniach nad psychoterapią można odpowiedzieć na pytanie, czy zmiany, które zaszły w czasie procesu terapeutycznego, są przypadkowe, a jeśli nie są, to czy zaszły na skutek manipulacji eksperymentalnej. Z czasem zaczęto wysuwać zarzuty wobec tej metody, takie jak np. problem zależności wyniku badania od wielkości grupy badawczej, aż w końcu uznano, że podczas omawiania wyników badań oprócz istotności statystycznej należy również określać moc siły związku między zmiennymi niezależnymi i zależnymi. Kolejne zarzuty doprowadziły do zwiększonego zainteresowania badaczy kwestią istotności klinicznej w ocenie skuteczności psychoterapii. Metoda ta przywiązuje wagę do zmian, jakie zaszły w funkcjonowaniu pacjenta. W badaniach skuteczności metod psychoterapeutycznych można uznać ją za przełomową<sup>37</sup>, niemniej jednak również i ona nie jest wolna od wad. Współczesne metody oceny skuteczności psychoterapii powodują, że niektóre szkoły terapeutyczne doświadczają trudności w projektowaniu badań mogących określić poziom skuteczności ich metod. Seligman<sup>38</sup> zwraca uwagę, że aby poddać badaniom długoterminową terapię psychodynamiczną, należałoby nie tylko stworzyć grupę kontrolną, która przez kilka lat nie byłaby poddawana terapii, ale także zastosować trwający rok albo i dłużej losowy przydział pacjentów do grup eksperymentalnych oraz systematycznie zbierać szczegółowe raporty z każdej odbytej sesji terapeutycznej. Zaplanowanie takiego badania byłoby trudne nie tylko ze względów metodologicznych i finansowych, ale także etycznych: po pierwsze, przydzielenie osób cierpiących psychicznie do grupy kontrolnej mogłoby wiązać się z pogorszeniem ich stanu zdrowia psychicznego, po drugie, kilkuletnie poddawanie klientów terapii, która może się okazać nieskuteczna, wydaje się etycznie niewłaściwe –

---

<sup>37</sup> Pietruszewska [2012] s. 140.

<sup>38</sup> Seligman [1995] s. 966.

szczególnie w sytuacji, gdy wiadomo, że istnieją inne terapie o już udowodnionej skuteczności.

Kwestie związane z refundowaniem usług psychoterapeutycznych wpisują badania nad psychoterapią w paradygmat nauk przyrodniczych. Próby spełnienia wymogów metodologicznych stawianych badaniom empirycznym powodują powstawanie sytuacji opisanej powyżej: odrzucenie pewnych rodzajów psychoterapii nie ze względu na udowodnioną nieskuteczność, ale dlatego, iż nie można zaprojektować badania, które mogłoby pokazać ich (ewentualną) efektywność. W związku z tym po pierwsze, odrzuca się metody terapeutyczne tych szkół psychoterapii, które nie są w stanie wpasować się w paradygmat nauk przyrodniczych, po drugie zaś, swoboda dokonania wyboru terapeuty i modalności psychoterapeutycznej przez klienta zostaje ograniczona w wyniku narzuconych przez ubezpieczyciela kryteriów selekcji skutecznych metod terapeutycznych. Rozwiązaniem obu problemów byłoby wypracowanie własnych kryteriów naukowości przez psychoterapię: kryteria te – uwzględniając specyfikę psychoterapii – pozwalałyby na stosowanie w badaniach nad skutecznością metod idiograficznych czy podejścia fenomenologicznego, koncentrującego się na rozumieniu zjawisk zachodzących podczas procesu terapeutycznego<sup>39</sup>. Inną propozycją rozwiązania jest dążenie do integracji poszczególnych szkół terapeutycznych z założeniem, że model integracyjny psychoterapii pozwoli na mówienie o niej jako o metodzie naukowej. Niestety do dziś nie udało się zintegrować poszczególnych nurtów psychoterapeutycznych, a w praktyce terapeutycznej zamiast integracji uprawiany jest eklektyzm, czyli stosowanie różnych technik terapeutycznych pochodzących z odmiennych nurtów psychoterapeutycznych, często bez empirycznego potwierdzenia ich skuteczności<sup>40</sup>. Eklektyzm nie tylko nie spełnia wymogów stawianych badaniom empirycznym – jego stosowanie jest niezgodne z postępowaniem mającym na celu dobro klienta.

Brak jednolitej metodologii oceny efektywności leczniczej poszczególnych szkół terapeutycznych stanowi dobry, choć pośredni argument przemawiający na korzyść płacenia bezpośredniego w porównaniu z refundacją świadczenia. Opłata własna klienta za sesje daje mu większe możliwości wyboru modalności terapeutycznej, w ramach której pragnie poddać się oddziaływaniom terapeutycznym.

---

<sup>39</sup> Por. np. Jastrzębski [2012] s. 43–50.

<sup>40</sup> Popiel, Pragłowska [2008] s. 27–32.

## **Refleksje końcowe**

Problemy związane z finansowym wymiarem psychoterapii wywierają znaczący wpływ na relację terapeutyczną. Wątpliwości pojawiające się wokół takich zagadnień jak odpowiednio przeprowadzona rozmowa z dzieckiem na temat wynagrodzenia terapeuty czy kwestia pobierania opłaty za opuszczone przez klienta sesje, wymagają od psychoterapeuty postępowania, które zostanie poprzedzone namysłem etycznym ukierunkowanym na działanie zgodne z dobrem klienta. Terapeuta doświadczający trudności w tego typu sprawach może zasięgnąć rady superwizora lub poszukać rozwiązań w literaturze odnoszącej się do etycznych aspektów psychoterapii.

Ukazane powyżej rozważania zdają się przemawiać na rzecz tezy, iż dokonywanie zapłaty za sesje terapeutyczne bezpośrednio przez klienta korzystniej wpływa na relację psychoterapeutyczną niż korzystanie z zewnętrznych źródeł finansowania, np. refundacji. Wskazują na to takie argumenty jak np. traktowanie opłaty za sesje jako czynnika pomagającego dążyć terapeucie do większej symetryczności relacji terapeutycznej lub jako osiągnięcia w procesie terapeutycznym, a także możliwość poddawania analizie terapeutycznej zachowania i emocji wiążących się z samą czynnością płacenia. Z kolei refundowanie psychoterapii wprowadza do relacji terapeutycznej niejako trzeciego aktora, czyli właśnie instytucje odpowiedzialne za finansowanie usług psychoterapeutycznych. Na pierwszy rzut oka cel terapeutów i instytucji finansujących psychoterapię wydaje się zbieżny: poddanie osób korzystających z psychoterapii skutecznym metodom terapeutycznym. Jednak nie wszystkie modalności psychoterapeutyczne mogą osiągnąć zamierzony cel terapii według wyznaczonej przez ubezpieczyciela drogi. Próby ścisłego uregulowania procesu psychoterapeutycznego mogą mieć negatywny wpływ na jego wynik, a także na jakość relacji terapeutycznej. Znaczenie refundowania usług psychoterapeutycznych rośnie w sytuacji, w której klient nie jest w stanie opłacać samodzielnie psychoterapii lub doświadcza trudności finansowych w trakcie trwania procesu terapii. Większa dostępność usług psychoterapeutycznych stanowi argument przemawiający na korzyść ich opłacania przez ubezpieczyciela, gdyż przekłada się na zmniejszenie liczby osób cierpiących psychicznie w społeczeństwie. Jest to argument istotny, aczkolwiek nie przeważający, jeśli weźmie się pod uwagę negatywne konsekwencje ścisłego uregulowania relacji terapeutycznej. Jako argument pośredni przywołane zostały rozważania metodologiczne mające na celu pokazanie, że większą szansę na refundację mają te metody terapeutyczne, które zostały pozytywnie zaopiniowane pod wpływem rozpatrywania ich skuteczności w ramach paradygmatu nauk przyrodniczych. Jednak konsekwencją zastosowania tego paradygmatu w badaniach nas skutecz-

nością psychoterapii jest ograniczenie prawa klienta do swobodnego wyboru metody terapeutycznej.

Być może weryfikowanie skuteczności psychoterapii pod kątem jej refundacji zbyt koncentruje się na ocenie zmniejszenia lub zniwelowania objawów chorobowych. Według Hańbowskiego<sup>41</sup> lepszym rozwiązaniem byłby model niemiecki, który za cel stawia sobie poprawę życia pacjentów nie tylko w sferze objawów chorobowych, ale również w sferze funkcjonowania społecznego (miejsce pracy, rodzina itp.). Zatem w ocenie skuteczności psychoterapii i jej refundowania należy wziąć pod uwagę również koszty typu: niezdolność pacjenta do podjęcia pracy, pobierane renty czy zasiłki, jak i trudne do oszacowania koszty zmniejszenia zasobów osobistych i społecznych pacjenta. Także lekarze zwracają uwagę na fakt, że społeczne koszty choroby są często większe niż koszty samego leczenia<sup>42</sup>. Jednak dla instytucji zajmujących się kwestią refundacji nie jest to argument przekonujący, ponieważ środki pieniężne przeznaczone na leczenie chorych pochodzą z innego źródła niż te przeznaczone na programy profilaktyczne.

Jak zauważa de Barbaro<sup>43</sup>:

[...] zakres usług refundowanych przez ubezpieczyciela powinien być kwestią stałego i konstruktywnego sporu między środowiskiem psychoterapeutów i ich organami przedstawicielskimi a Narodowym Funduszem Zdrowia (czy inną, analogiczną instytucją).

Warto podkreślić postulat prowadzenia szerszej dyskusji na temat finansowego wymiaru psychoterapii, w tym refundacji usług psychoterapeutycznych, przez przedstawicieli zawodu psychoterapeuty. Szczególnie jeśli rozważy się wpływ tego wymiaru na jakość relacji terapeutycznej, która jest kluczem do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.

## Bibliografia

Aubry et al. [2000] – T.D. Aubry, J. Hunsley, G. Josephson, D. Vito, *Quid pro quo: fee for services delivered in a psychology training clinic*, „Journal of Clinical Psychology” (56/1) 2000, s. 23–31.

Barbaro de [2013] – B. de Barbaro, *Tezy o psychoterapii w Polsce*, „Psychoterapia” (1/164) 2013, s. 5–14.

---

<sup>41</sup> Hańbowski [2010] s. 19.

<sup>42</sup> Zieliński [2010] s. 19.

<sup>43</sup> Barbaro de [2013] s. 12.

- Beck [2012] – J.S. Beck, *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Berman [2001] – E. Berman, *Niepowodzenia w leczeniu psychoanalitycznym: Studium Przypadku*, „Dialogi” (3/4), s. 43–55.
- Blackburn, Eunson, Bishop [1986] – I. Blackburn, K.M. Eunson, S. Bishop, *A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both*, „Journal of Affective Disorders” (10) 1986, s. 67–75.
- Bond, Alfred, Hughes [2013] – T. Bond, G. Alfred, P. Hughes, *Zagadnienia praktyki klinicznej*, [w:] *Psychoterapia i poradnictwo. Tom I*, C. Feltman, I. Horton (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2013, s. 266–289.
- Cain [1990] – D. Cain, *Celebration, reflection and renewal*, „Person-Centered Review” (5/4) 1990, s. 357–363.
- Clark, Kimberly [2014] – P. Clark, C. Kimberly, *Impact of fees among low-income clients in a training clinic*, „Contemporary Family Therapy” (36) 2014, s. 363–368.
- Czabała [2010] – J.C. Czabała, *Wspólne, uniwersalne czynniki leczące w psychoterapii*, [w:] *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2010, s. 249–288.
- Fay [1995] – A. Fay, *Ethical implications of charging for missed sessions*, „Psychological Reports” (77) 1995, s. 1251–1259.
- Fay [1996] – A. Fay, *Charging for missed sessions: Ethical problems of straw person?*, „Psychological Reports” (78) 1996, s. 924–926.
- Fox [1995] – R.E. Fox, *The rape of psychotherapy*, „Professional Psychology: Research and Practice” (26/2) 1995, s. 147–155.
- Grzesiuk [2006] – L. Grzesiuk, *Szkolenie w psychoterapii*, [w:] *Psychoterapia. Badania i szkolenie*, L. Grzesiuk (red.), Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2006.
- Gutheil, Gabbard [1993] – T.G. Gutheil, G.O. Gabbard, *The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions*, „American Journal of Psychiatry” (150/2), s. 188–196.
- Hańbowski [2010] – W. Hańbowski, (dyskusja) *Wprowadzenie: Naukowe podstawy psychoterapii*, [w:] *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2010, s. 13–24.
- Huflejt-Łukasik [2006] – M. Huflejt-Łukasik, *Problemy etyczne w psychoterapii*, [w:] *Psychoterapia. Badania i szkolenie. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk (red.), Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2006, s. 453–463.
- Jabłoński et al. [2014] – M.J. Jabłoński, M.W. Pilecki, S. Murawiec, J. Bielas, W. Rachel, R. Jach, *Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku*, „Psychiatria” (11/2) 2014, s. 81–86.
- Jastrzębski [2012] – A. Jastrzębski, *Paradygmat, w którym psychoterapia może posiadać status nauki*, [w:] *Psychoterapia. Pogranicza. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2010, s. 29–52.
- Jaworska [2006] – A. Jaworska, *Istotność zmiany w koncepcjach pomiaru skuteczności psychoterapii*, [w:] *Metodologiczne i statystyczne problemy psychologii*, J. Brzeziński, J. Siuta, Wydawnictwo Zys i Spółka, Poznań 2006, s. 119–156.



- KEPTPG [2010] – Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt, URL = [http://gestaltpolska.org.pl/pdf/kodeks\\_etyki.pdf](http://gestaltpolska.org.pl/pdf/kodeks_etyki.pdf) [15.01.2017].
- KEPTPP [2012] – Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej, URL = <http://ptpp.pl/wp-content/uploads/2014/03/Kodeks-Etyczny-PTPP-1.pdf> [15.01.2017].
- KETP-B [2005] – Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego, URL = <http://www.pttpb.pl/pttpb-info/kodeks-etyczny-pttpb> [15.01.2017].
- Krupa, Styła [2015] – A. Krupa, R. Styła, *Specyfika psychoterapii psychodynamicznej skierowanej do osób z rozpoznaniem schizofrenii. Badanie jakościowe oparte na wywiadach z terapeutami*, „Psychiatria” (12/3) 2015, s. 142–149.
- Marchewka [2014] – K. Marchewka, *Etyka w psychoterapii*, „Diametros” (42) 2014, s. 124–149.
- Marchewka [2016] – K. Marchewka, *Problem refundacji usług psychoterapeutycznych w kontekście oceny ich skuteczności, Internetowa debata organizowana w ramach projektu „Wokół równości w opiece zdrowotnej”*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, URL = <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=65> [15.01.2017].
- McWilliams [2011] – N. McWilliams, *Psychoterapia psychoanalityczna. Poradnik praktyka*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2011.
- Orlinsky [1989] – D.E. Orlinsky, *Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research*, „Clinical Psychology Review” (9/4) 1989, s. 413–441.
- Padesky, Greenberger [2004] – C.A. Padesky, D. Greenberger, *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- Pietruszewska [2012] – A. Pietruszewska, *Sposoby empirycznej weryfikacji skuteczności psychoterapii*, [w:] *Psychoterapia. Pogranicza. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2010, s. 117–143.
- Popiel, Pragłowska [2008] – A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.
- Rakowska [2011] – J.M. Rakowska, *Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie*, „Roczniki Psychologiczne” XIV (1) 2011, s. 7–22.
- Rosenberg [1979] – C. Rosenberg, *Toward an ecology of knowledge: On discipline, context, and history*, [w:] *The Organization of Knowledge in Modern America, 1860–1920*, A. Oleson, J. Voss (red.), John Hopkins University Press, Baltimore 1979, s. 440–450.
- Schier [2007] – K. Schier, *Problemy etyczne w psychoterapii dzieci i młodzieży*, [w:] *Problemy etyczne w badaniach i interwencji psychologicznej wobec dzieci i młodzieży*, A.I. Brzezińska, Z. Toeplitz (red.), Academica Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2007, s. 223–236.
- Seligman [1995] – M.E.P. Seligman, *The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study*, „American Psychologist” (50/12) 1995, s. 965–974.
- Szumiał [2013] – S. Szumiał, *Długoterminowa psychoterapia grupowa osób chorujących na psychozy. Podejście analityczne*, „Psychoterapia” (4/167) 2013, s. 41–51.
- Tjeltveit [1999] – A.C. Tjeltveit, *Ethics and Values in Psychotherapy*, Routledge, Nowy Jork 1999.

- Toeplitz-Winiewska [2009] – M. Toeplitz-Winiewska, *Udzielanie pomocy psychologicznej*, [w:] *Etyka zawodu psychologa*, J. Brzeziński, B. Chyrowicz, W. Poznaniak, M. Toeplitz-Winiewska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 235–263.
- Woolfolk [1998] – R.L. Woolfolk, *The cure of souls: science, values, and psychotherapy*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1998.
- Zieliński [2010] – A. Zieliński, (dyskusja) *Wprowadzenie: Naukowe podstawy psychoterapii*, [w:] *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk, H. Suszek, H. (red.), Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2010, s. 13–24.