

Regulacje dotyczące psychoterapii w Europie

Agnieszka Popiel¹

*Europejskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych (EABCT),
Grupa Robocza ds. Regulacji,
Uniwersytet SWPS
<https://orcid.org/0000-0001-9990-4971>*

Helen Macdonald

*Europejskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych (EABCT),
Grupa Robocza ds. Regulacji
Uniwersytet w Sheffield
Brytyjskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych*

Branka Bagaric

*Europejskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych (EABCT),
Grupa Robocza ds. Regulacji
<https://orcid.org/0000-0002-1786-0993>*

Adela Sălceanu

*Europejskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych (EABCT),
Grupa Robocza ds. Regulacji*

Tanja Anastasova

*Europejskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych (EABCT),
Grupa Robocza ds. Regulacji*

Streszczenie

Cel: Niniejszy artykuł przedstawia zmieniający się krajobraz regulacyjny psychoterapii w krajach europejskich, z którego wyłaniają się różnorodne strukturalne, prawne i etyczne wzorce kształtujące psychoterapię jako aktywność profesjonalną. Głównym celem jest ocena, czy psychoterapia powinna być definiowana i regulowana jako niezależny zawód, czy jako specjalizacja w ramach uznanych dyscyplin zdrowotnych, takich jak psychologia

¹ Adres do korespondencji: apopiel@swps.edu.pl.

czy psychiatria. Przeprowadzono analizę porównawczą opartą na studiach przypadków (regulacji krajowych) oraz danych z projektów ACSTEC/SWPS (2023) i EABCT (2025), które dokumentują znaczną różnorodność wymagań kwalifikacyjnych i szkoleniowych.

Tezy: Główne tezy to: (1) systemy regulacyjne oparte na „najniższym wspólnym mianowniku” oraz zbyt inkluzywne ścieżki edukacyjne stanowią ryzyko dla pacjentów ponieważ: (a) niosą ryzyko konsensusu, które podważa standardy leczenia opartego na danych naukowych, (b) legitymizują praktyki o niedokumentowanej skuteczności i efektywności kosztowej; (2) ramy prawne psychoterapii w Europie są silnie zróżnicowane pod względem dostępu do uzyskiwania kwalifikacji, roli kształcenia uniwersyteckiego i nadzoru.

Konkluzje: Europa wymaga zrównoważonego modelu, który chroni bezpieczeństwo pacjentów, podtrzymuje praktykę opartą na dowodach i pozwala na asymilację wiedzy płynącej z rozwoju naukowego psychoterapii. Artykuł proponuje hybrydowy, oparty na kompetencjach model regulacyjny kładący nacisk na przejrzyste standardy praktyki opartej na danych naukowych (dowodach), jasne ścieżki edukacyjne oraz gwarancje dostępu do skutecznej opieki.

Słowa kluczowe: regulacja psychoterapii, praktyka oparta na dowodach, Europa, standardy zawodowe, ramy prawne, szkolenia oparte na kompetencjach, etyka, model hybrydowy

Chociaż psychoterapia zyskuje coraz większe uznanie jako metoda leczenia bazująca na nauce, to systemy w krajach europejskich różnią się w podejściu do licencjonowania, edukacji i uznawania metod psychoterapeutycznych. Ta różnica rodzi kluczowe pytania, np. czy regulacje zwiększają bezpieczeństwo i jakość, czy też nieświadomie tłumią postęp naukowy i elastyczność. Te nierówności stanowią również wyzwanie zarówno dla mobilności, jak i harmonizacji oraz zapewnienia jakości świadczeń psychologicznych w całej Unii Europejskiej (UE). Niniejszy artykuł analizuje obecny stan regulacji dotyczących psychoterapii, ze szczególnym uwzględnieniem standardów szkoleniowych, ról instytucjonalnych oraz integracji terapii o określonej i zbadanej skuteczności.

Podstawy rozpoznania. Badanie regulacji psychoterapii w Europie na lata 2023/2025

Istnieją ogólnoeuropejskie organizacje naukowe o ugruntowanej tradycji, które dysponują zapleczem merytorycznym uzasadniającym wpływ na regulacje i standardy kształcenia. Poprzez jasne stanowiska dotyczące roli praktyki opartej na wynikach badań naukowych² w psychoterapii, organizacje te mogą wspierać większą spójność i pomagać krajom w dostosowywaniu się do najlepszych praktyk psychologicznych. Europejskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych

² Czytelnika w języku polskim zachęcamy do zapoznania się z III częścią podręcznika Popiel i Pragłowskiej (2022) poświęconą zagadnieniu badań naukowych w psychoterapii, definiowaniu praktyki opartej na dowodach oraz tworzeniu zaleceń dotyczących leczenia.

i Poznawczych (EABCT) jest jedną z największych europejskich organizacji psychotherapeutycznych z ponad 50-letnią historią i misją promowania terapii psychologicznych opartych na dowodach w różnych krajach. W 2023 roku ACSTEC (Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii) na Uniwersytecie SWPS przeprowadziło ankietę wśród przedstawicieli ponad 25 krajów europejskich zrzeszonych w EABCT. Badanie oceniało regulacje legislacyjne, uznanie zawodowe oraz uwzględnienie psychoterapii w formalnych szkoleniach i wytycznych. Wyniki zostały po raz pierwszy przedstawione na konferencji USWPS, a następnie omówione na Zgromadzeniu Ogólnym EABCT (maj 2023). W 2025 roku Grupa Robocza EABCT ds. Regulacji przeanalizowała te ustalenia, konsultując się z krajowymi stowarzyszeniami członkowskimi w celu opracowania zaktualizowanej syntezy, która stała się podstawą tego artykułu.

Badanie – pytania ankiety obejmowały zagadnienia:

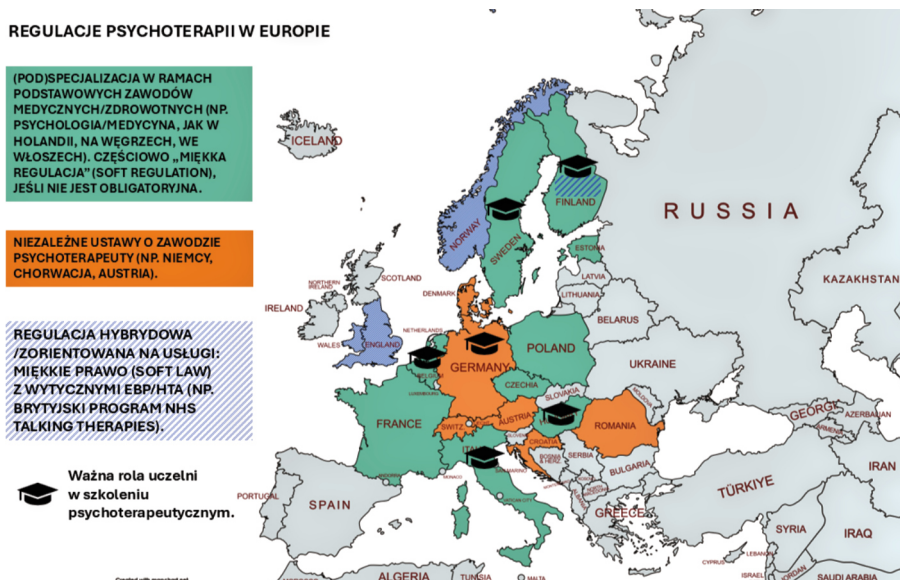
- czy psychoterapia jest regulowana prawnie;
- kto może legalnie prowadzić psychoterapię w danym kraju;
- jakie są regulowane zawody w kraju;
- które metody/podejścia teoretyczne w psychoterapii są uznawane (jeśli w ogóle) w oficjalnych rejestrach;
- rola wytycznych dotyczących leczenia metodami psychoterapii;
- rola uniwersytetów i finansowania państwowego w programach szkoleniowych;
- rola towarzystw psychotherapeutycznych.

Wstępne badanie ankietowe przeprowadzone przez ACSTEC/SWPS oraz późniejsze dyskusje grupy roboczej EABCT ujawniły istotne odkrycie: powszechną rozbieżność w rozumieniu tego, co „regulacja” faktycznie oznacza w kontekście psychoterapii w różnych europejskich systemach prawnych. Ta niespójność w dużej mierze odzwierciedla szersze trudności napotymane w harmonizacji edukacji zawodowej i kwalifikacji w innych sektorach w Unii Europejskiej. Wyniki potwierdziły istotne zróżnicowanie w całej Europie. Niektóre kraje wdrażają psychoterapię na podstawie surowych przepisów prawnych; inne bazują głównie na mniej profesjonalnych lub bardziej swobodnych zasadach. Biorąc pod uwagę trwające debaty i udokumentowane zmiany w regulacjach na kontynencie, rysunek 1 (s. 14) przedstawia mapę orientacyjną ilustrującą obserwowaną różnorodność regulacyjną w Europie.

Pomimo że metody wywodzące się z tradycji określanej szeroko jako podejście poznawczo-behawioralne mają istotne wsparcie empirycznie płynące z badań nad skutecznością i są zalecane w wielu krajowych wytycznych klinicznych, ich miejsce w formalnych strukturach regulacyjnych pozostaje niespójne, podobnie jak rozróżnienie między podejściami tworzącymi teoretyczne podstawy dla leczenia popartego empirycznie (np. psychodynamicznym, interpersonalnym) a modalnościami interesującymi teoretycznie i historycznie, ale pozbawionymi metod o wiarygodnych danych wskazujących na skuteczność w leczeniu. Po szczegółowej analizie odpowiedzi ankietowych i sprawdzeniu źródeł aktów prawnych (prawa krajowe i dekrety wykonawcze) stało się jasne, że różnorodność nie była przypadkowa. Zamiast tego wyłoniły się cztery główne wzorce regulacyjne – czyli modele – które szczegółowo omówiono poniżej.

Rysunek 1

Modele regulacji psychoterapii w Europie (źródło: opracowanie własne)



Co oznacza, że psychoterapia jest „regulowana przez prawo”? Przepisy i modele

Wyrażenie „regulowane przez prawo” może wydawać się oczywiste, ale w praktyce obejmuje szereg ustaleń prawnych, które znacznie różnią się w poszczególnych krajach europejskich. Można wyróżnić cztery główne modele:

1. Prawo ustawowe (ustawodawstwo krajowe).
2. Regulacje dotyczące specjalizacji w psychiatrii lub psychologii.
3. Ustawy o licencjonowaniu i certyfikacji zawodowej (model Soft Law).
4. Model regulacji hybrydowej.

Prawo ustawowe (ustawodawstwo krajowe)

W niektórych krajach, takich jak Niemcy i Austria, psychoterapia jest formalnie regulowana przez przepisy krajowe. Psychoterapeuta jest uznawany za prawnie określony zawód medyczny z jasnymi przepisami prawnymi dotyczącymi tego, kto może go praktykować, jak jest szkolony i na jakich warunkach osoba korzystająca z psychoterapii może otrzymać zwrot kosztów leczenia psychoterapią. Ustawy te są uchwalane na szczeblu federalnym lub krajowym i integrowane z szerszym systemem opieki zdrowotnej i edukacji. Czasem przepisy obejmują też warunki akredytacji i finansowania kształcenia. Te przepisy zapewniają wysoki poziom ochrony prawnej i zaufania publicznego, ale mogą powoli dostosowywać się do rozwoju naukowego.

Specjalizacja w psychiatrii lub psychologii

W wielu krajach psychoterapia istnieje prawnie jedynie jako uznana działalność w ramach szerszego zawodu (np. psychologa lub psychiatry) w systemie ochrony zdrowia, a stowarzyszenia i/lub uniwersytety zapewniają warunki do szkoleń, nadzoru i kształcenia ustawicznego. Organizacje te prowadzą również ogólnokrajowe debaty dotyczące legalności i podstaw naukowych konkretnych metod i lobbują na rzecz włączenia do struktur refundacji systemu ochrony zdrowia zdrowotnego.

Ustawy o licencjonowaniu i certyfikacji zawodowej (model miękki „Soft Law”)

Takie regulacje są prowadzone przez organizacje zawodowe, m.in. stowarzyszenia psychologiczne, psychiatryczne i psychoterapeutyczne. Te podmioty prowadzą rejestry, wydają certyfikaty i egzekwują kodeksy etyczne. Choć często rygorystyczny, model ten opiera się na dobrowolnym stosowaniu i może nie mieć egzekwowalności na mocy prawa krajowego. Dostęp do finansowania publicznego lub zwrotu kosztów może być również bardziej ograniczony.

Inne kraje działają na podstawie branżowych przepisów zawodowych lub organów licencyjnych, które mogą przyznawać psychologom, psychiatrom lub specjalnie wykwalifikowanym specjalistom prawo do wykonywania psychoterapii. Te przepisy często współistnieją z programami uniwersyteckimi lub magisterskimi i różnią się rygorystycznością oraz przejrzystością. Regulacje mogą pochodzić od stowarzyszeń zawodowych lub ministerstw zdrowia poprzez wytyczne, kodeksy etyczne lub nieformalne standardy praktyki. Mogą one nie mieć prawnej egzekwowalności, ale nadal kierują zachowaniem zawodowym i wpływają na decyzje dotyczące finansowania publicznego.

Model regulacji hybrydowej

Coraz więcej krajów europejskich działa w modelu hybrydowym, gdzie elementy zarządzania prawnego i zawodowego współistnieją. Na przykład ministerstwo zdrowia może określić ogólne kryteria praktyki psychoterapeutycznej, ale delegować procesy certyfikacji i akredytacji krajowym stowarzyszeniom. W takich systemach stowarzyszenia odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu standardów opieki, prowadzeniu programów szkoleniowych, zarządzaniu rejestrami zawodowymi oraz angażowaniu się w dyskusje na temat polityki zdrowia publicznego. To hybrydowe podejście oferuje elastyczność i pozwala dynamiczniej integrować najnowsze badania i spostrzeżenia kliniczne z praktyką niż sztywne ramy prawne. Jednak jego skuteczność zależy od przejrzystej współpracy między instytucjami państwowymi i stowarzyszeniami. Gdy koordynacja jest słaba lub rozproszona – np. wiele stowarzyszeń promuje różne standardy – zarówno pacjenci, jak i specjaliści mogą mieć do czynienia z niejasnymi wytycznymi lub nierównym dostępem do leczenia. Obecność i wpływ stowarzyszeń zawodowych są zatem istotnymi elementami ekosystemu regulacyjnego.

Przykłady ram prawnych

Regulacje ustawowe

Niemcy: W ramach reformy Psychothetherapeutengesetz (PsychThG), obowiązującej od września 2020 roku, edukacja psychoterapeutyczna została ustandaryzowana na poziomie uniwersyteckim: trzyletni licencjat z psychologii, a następnie dwuletnie magisterium z psychologii klinicznej i psychoterapii. Uniwersytety odgrywają kluczową rolę jako wyłączni „dostawcy” podstawowego szkolenia zawodowego. Absolwenci uzyskują państwową licencję na wykonywanie pracy pod nadzorem, a następnie muszą ukończyć pięcioletnią specjalizację, aby w pełni samodzielna praktyka była refundowana przez ustawowo określony system ubezpieczeń zdrowotnych (Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten..., 2020).

Belgia: Psychoterapia jest uznawana w ramach prawnej ochrony zdrowia psychicznego, ale spotkała się z politycznymi sporami (Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, skoordynowana ustawa nr 2015A24141, 2015). Ustawa wprowadzona w 2016 roku ograniczyła prowadzenie psychoterapii wyłącznie do psychologów klinicznych oraz psychiatrów, którzy ukończyli dodatkowe szkolenie. Uniwersytety są głównym miejscem edukacji psychologicznej i psychoterapeutycznej, natomiast szkolenia specyficzne dla psychoterapii również odbywają się w uznanych prywatnych instytucjach. Prawo kompromisowe pozwala na obie opcje, ale z różnym stopniem uznania w środowisku.

Chorwacja: W 2006 roku formalna regulacja prawna psychoterapii oznaczała zmianę w stosunku do wcześniejszego modelu szkolenia opartego na stowarzyszeniach. Jednak ramy ustawowe w najnowszej wersji ustawy z 2022 roku (Zakon o djelatnosti psihoterapije NN 18/22 na snazi od 17.02.2022) przedstawiają nietypową i problematyczną cechę: odnoszą się wyłącznie do jednego stowarzyszenia – Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii (EAP) jako podstawy szkoleń i uznania zawodowego. Choć odwołanie się do organizacji paneuropejskiej może wydawać się krokiem we właściwym kierunku, ten wybór budzi kontrowersję z kilku powodów: EAP jest tylko jednym ze stowarzyszeń, a ponadto reprezentuje szeroki i eklektyczny zakres modalności psychoterapeutycznych, z których wiele nie jest popartych współczesnymi badaniami empirycznymi ani wytycznymi klinicznymi.

Psychiatria lub psychologia (sub)specjalizacja

Włochy: Psychoterapeuta to licencjonowany zawód medyczny, który mogą wykonywać jedynie psychologowie i lekarze, którzy ukończyli czteroletnią specjalizację podyplomową w akredytowanej szkole psychoterapii. Chociaż uniwersytety organizują niektóre szkolenia, większość szkół specjalizacji w psychoterapii działa niezależnie od systemu uniwersyteckiego i różni się znacznie akademicko oraz klinicznie. Model włoski uznaje zawód psychoterapeuty, jednocześnie nadając równy status różnym podejściom teoretycznym. Choć sprzyja to wolności akademickiej i wyborowi zawodowemu, brak w nim priorytetowego traktowania

metod opartych na dowodach, a finansowanie nie zależy od skuteczności leczenia. Krytycy uważają, że tworzy to lukę regulacyjną bez odpowiednich zabezpieczeń empirycznych (Regulation of the profession of the psychologist. Presidential acts, decrees and ordinances – ACT No. 56 18/2/1989).

Holandia: Psychoterapia jest uznawana za specjalizację kliniczną zgodnie z Ustawą o Indywidualnych Zawodach Opieki Zdrowotnej [Wet van 11 november 1993, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), 2023]. Zawód ten jest przede wszystkim dostępny dla psychologów klinicznych, psychiatrów oraz psychologów medycznych, którzy ukończą zaawansowane szkolenie z zakresu psychoterapii. Wykształcenie uniwersyteckie z psychologii jest warunkiem wstępnym, a dalsze szkolenie zazwyczaj zapewniają instytucje podyplomowe ściśle powiązane ze standardami badawczymi i nadzorem zawodowym.

Rumunia: Psychoterapia jest uznawana za działalność zawodową i regulowaną prawnie, głównie przez Rumuńskie Kolegium Psychologii. Szkolenie opiera się na wiedzy zdobytej podczas studiów psychologicznych na poziomie uniwersyteckim, a następnie rozwijane jest poprzez zatwierdzone programy podyplomowe obejmujące różne podejścia terapeutyczne. Lekarze, zwłaszcza psychiatrzy, mogą również specjalizować się w psychoterapii, wybierając ją często jako rozszerzenie swojej specjalizacji, choć psychoterapia nie jest odrębną specjalizacją medyczną (Legea nr. 213 din 27 mai 2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, 2004).

Węgry: Psychoterapia jest regulowana jak specjalizacja medyczna. Egzamin państwowy zawiera część zunifikowaną dla wszystkich kandydatów oraz część specyficzną dla danego podejścia, w którym szkolił się kandydat. Do samodzielnej praktyki psychoterapeutycznej oraz do pracy w Narodowym Funduszu Zdrowia Węgier wymagana jest państwowa licencja psychoterapeutyczna. Specjaliści, którzy mogą rozpocząć szkolenie psychoterapeutyczne, kończące się specjalistycznym egzaminem państwowym, to: psychologowie kliniczni, psychiatrzy i lekarze posiadający państwową licencję specjalisty klinicznego, psychologowie zdrowia i neuropsycholodzy. Psychoterapia jest jedną ze specjalizacji medycznych nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia, częściowo jednak odwołuje się do przepisów Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego oraz innych regulacji, i pojawia się w wielu aktach prawnych dotyczących zdrowia psychicznego, edukacji lub ubezpieczeń, ale nie istnieje konkretne prawo dotyczące psychoterapii (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről).

Model regulacji hybrydowej

Zjednoczone Królestwo przyjmuje model bazujący na usługach i danych dotyczących skuteczności i kosztów, w którym psychoterapia jest integralną częścią publicznej opieki zdrowotnej (NHS), zwłaszcza dzięki dedykowanemu programowi rządowemu NHS Talking Therapies (dawniej IAPT), którego celem jest zwiększenie dostępu do leczenia najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Tytuły takie jak „psychoterapeuta” czy „terapeuta CBT” nie są prawnie

chronione, lecz regulowane przez rejestrację zawodową w stowarzyszeniu naukowym (np. BABCP, 2024). Szkolenie w tym programie jest modułowe, oparte na wytycznych NICE i dostosowane do konkretnych zaburzeń (np. niskointensywna i wysokointensywna terapia CBT w leczeniu depresji/lęku). Praktyka odbywa się w zespołach interdyscyplinarnych, często w ramach NHS. Nacisk kładzie się na wyniki, dostęp i stosowanie metod o udokumentowanej skuteczności, a nie na przywiązanie do konkretnego podejścia. System ten stawia na skuteczność kliniczną, elastyczność i efektywność kosztową. Tą ścieżką mogą podążać absolwenci psychologii, ale również pielęgniarki i pracownicy socjalni, pod warunkiem ukończenia akredytowanego szkolenia w zakresie określonych standardami HTA metod. Jednak brak prawnej ochrony dla tytułu „psychoterapeuty” budzi obawy dotyczące przejrzystości publicznej i zapewnienia jakości w prywatnej praktyce. Role psychoterapeutów są osadzone w usługach NHS poprzez program Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) – czyli NHS Talking Therapies. Program IAPT został pierwotnie opracowany, aby rozszerzyć dostęp do opartego na dowodach leczenia powszechnych zaburzeń zdrowia psychicznego, zwłaszcza depresji i lęku. Doprowadziło to do wyszkolenia tysięcy terapeutów CBT, aby realizować zalecenia NICE dotyczące leczenia pierwszego rzutu oraz skrócić czas oczekiwania na usługi psychologiczne. Chociaż uniwersytety oferują wiele szkoleń, organizacje nieakredytowane przez uniwersytety również odgrywają ważną rolę w realizacji szkoleń w metodach stanowiących podstawę *evidence-based practice*. Poza finansowaniem ze środków publicznych w ramach NHS nie istnieje prawna ochrona tytułu psychoterapeuty. Każdy może założyć własną praktykę jako „psychoterapeuta” czy „psychoterapeuta poznawczo-behawioralny”, jednakże nie zostanie uznany przez niektóre prywatne firmy ubezpieczeniowe, jeżeli nie będzie posiadać rejestracji/akredytacji przez jedno z uznanych stowarzyszeń zawodowych psychoterapii. Wszystkie stowarzyszenia zawodowe są zachęcane do członkostwa w Professional Standards Authority (państwowy Urząd ds. Standardów Zawodowych); Professional Standards Authority for Health and Social Care; b.d.)

Polska: Zawód psychoterapeuty nie jest obecnie regulowany odrębną ustawą. W systemie opieki zdrowotnej, psychoterapia funkcjonuje w ramach modelu hybrydowego. Psychoterapia jest zdefiniowana w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i tzw. rozporządzeniach koszykowych gdzie zarysowane są ogólne wymagania dotyczące minimów kształcenia. Za potwierdzenie nabycia kompetencji uznaje się certyfikat psychoterapeuty wydawany przez różne stowarzyszenia naukowe reprezentujące pięć arbitralnie wyodrębnionych podejść. Oprócz tego, zgodnie z delegacją ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia jest możliwe kształcenie specjalizacyjne w psychoterapii dzieci i młodzieży (program specjalizacji obowiązuje od września 2019). Istnieje też rozporządzenie Ministra Zdrowia wprowadzające specjalizację z psychoterapii z czerwca 2023, ale do grudnia 2025 program specjalizacyjny nie został wprowadzony. Poza systemem opieki zdrowotnej psychoterapia może być prowadzona między innymi w systemie oświaty i pomocy społecznej. W kształceniu psychoterapeutów uniwersytety odgrywają istotną rolę (w oferowaniu przeddyplomowych programów akademickich z psychologii i podyplomowych

z psychoterapii), ale zdecydowana większość szkoleń psychoterapeutycznych odbywa się w prywatnych instytucjach akredytowanych przez stowarzyszenia zawodowe. Specjalizacje medyczne w psychoterapii, wciąż odgrywają niewielką rolę w szkoleniu psychoterapeutów. Debata wokół ustawodawstwa psychoterapeutycznego w Polsce stała się silnie spolaryzowana, z wyraźnymi podziałami między różnymi grupami zawodowymi (Wykowski, 2024a, 2024b). Kontrowersje koncentrują się na paradoksie wyboru między elastycznym, hybrydowym modelem regulacji, lecz skupionym na praktyce opartej na dowodach w systemie opieki zdrowotnej (podobnym do angielskiego), a bardziej sztywnymi prawnie (odrębna ustawa o zawodzie), lecz w pełni eklektycznym w zakresie metod i tzw. wykształcenia bazowego ramami podobnie jak ma to miejsce w Niemczech czy Chorwacji.

Rola uniwersytetów w szkoleniu psychoterapeutycznym

W wielu krajach europejskich edukacja uniwersytecka odgrywa istotną rolę nie tylko w podstawowym szkoleniu psychologicznym czy medycznym, lecz także w szkoleniu lub specjalizacji psychoterapeutycznej (patrz „ikona uniwersytecka” na rys. 1, s. 14). W Niemczech uniwersytety odgrywają centralną i wyłączną rolę w początkowym kształceniu psychoterapeutów w ramach zreformowanego systemu PsychThG. W Holandii wymagane są dyplomy psychologiczne uzyskane na uniwersytetach, a dalsze szkolenia zapewniają instytucje akademickie powiązane z uczelnią. W Belgii uniwersytety zapewniają podstawową edukację psychologiczną, podczas gdy szkolenie psychoterapeutyczne jest podzielone między uniwersytety i instytucje prywatne. We Włoszech szkolenie psychoterapeutyczne odbywa się głównie w prywatnych, akredytowanych szkołach, z których wiele nie jest formalnie zintegrowanych ze strukturami uniwersyteckimi. W Wielkiej Brytanii uniwersytety oferują wiele modułów szkoleniowych, ale duża część szkoleń psychoterapeutycznych prowadzona jest przez niezależnych, akredytowanych dostawców, zwłaszcza w ramach ścieżek powiązanych z NHS. W Chorwacji uniwersytety zapewniają podstawową edukację psychologiczną, ale większość szkoleń z zakresu psychoterapii odbywa się w prywatnych stowarzyszeniach, poza formalnymi programami uniwersyteckimi. W Polsce publiczne uniwersytety oferują edukację psychologiczną oraz pewne szkolenia podyplomowe, jednak istnieje aktywny ruch przeciwko uznawaniu szkoleń psychoterapeutycznych na poziomie podyplomowym na rzecz usług nieuniwersyteckich.

Dyskusja

Wyniki tych analiz mogą stanowić istotną empiryczną podstawę dla działań na rzecz uregulowań prawnych w psychoterapii i dostosowywania polityki w tym zakresie w całej Europie, podkreślając potrzebę wprowadzenia paneuropejskich standardów jakości, jaśniejszych definicji uprawiania psychoterapii/zawodu psychoterapeuty oraz silniejszej integracji praktyk opartych na wynikach badań naukowych w regulacjach.

Obecnie ten wielowarstwowy krajobraz prawny prowadzi do znacznego różnicowania czasu kształcenia psychoterapeutów, jego jakości oraz – co najważniejsze – ochrony społeczeństwa. W niektórych systemach tylko psychiatrzy mogą praktykować psychoterapię w systemie publicznym, podczas gdy w innych pozwolenie na to mogą mieć akredytowani psycholodzy lub nawet przeszkoleni terapeuci „laicy”. Ponadto różne poziomy nadzoru prawnego mogą wpływać na wdrażanie praktyk opartych na dowodach i ograniczać międzynarodowe uznawanie kwalifikacji. Niższa analiza rozwiązań koncentrowała się na strukturze regulacji, ale w *Dyskusji* podkreślono, że priorytetem jest to, komu regulacje powinny służyć.

Krajowa regulacja psychoterapii – konieczność czy ryzyko?

Kluczowym punktem spornym w trwającej debacie na temat psychoterapii w Europie jest to, czy krajowa regulacja prawna zawodu jest nie tylko korzystna, ale wręcz konieczna – zwłaszcza biorąc pod uwagę pluralizm podejść psychoterapeutycznych oraz różnice w poparciu naukowym między różnymi modalnościami.

Zwolennicy regulacji często argumentują, że psychoterapia powinna być traktowana jako odrębny zawód zaufania publicznego, regulowany prawem krajowym, z jednolitym samorządem zawodowym i ustawową ochroną tytułu. Ten model – podobny do tego stosowanego w Niemczech czy Austrii – obiecuje zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów, jakości szkoleń i odpowiedzialności. Jednak takie podejście budzi poważne obawy, gdyż homogenizacja standardów szkoleniowych często prowadzi do rozmycia podstawowych zasad naukowych. Gdy ramy prawne starają się uwzględnić wszystkie uznane metody w równym stopniu, programy szkoleniowe mogą stać się przeładowane treścią pochodzącą z metod nieopartych empirycznie, co niepotrzebnie wydłuża czas trwania i koszty szkolenia. W dążeniu do zapewnienia inkluzywności, krajowe standardy mogą poświęcać szczegółowość i podważać podejścia oparte na dowodach, takie jak CBT, które często koncentrują się na stosowaniu metod i procedur o zbadanej skuteczności³. Jak podkreślają Popiel i Zawadzki (2023), tego typu „uśrednianie

³ Sformułowanie „podejście oparte na dowodach” jest nieprecyzyjne, ponieważ grozi rozumieniem „modalności teoretycznej” per se jako „opartej na dowodach”. Tak nie jest. Używamy go w tym tekście także do podkreślenia jego obecności w debacie publicznej. Zwracamy też uwagę, że angielski termin *approach* jest niejednoznaczny i może odnosić się zarówno do szerokiej orientacji teoretycznej (np. podejścia psychodynamicznego), jak i do ogólnego podejścia do dowodów naukowych. Pisząc o „podejściu opartym na dowodach”, mamy na myśli to drugie: ogólne podejście reprezentantów danej modalności i zaangażowanie w rozważanie znaczenia danych naukowych w praktyce zawodowej, zamiast odwoływania się do konkretnej szkoły teoretycznej. Zamiast tego praktyka oparta na dowodach – danych naukowych (EBP) definiowana jest przez trzy zintegrowane filary: najlepsze dostępne dowody – dane badawcze, doświadczenie kliniczne oraz wartości i kontekst pacjenta. Komponent najlepszych dostępnych dowodów badawczych dotyczy szczególnie wykazanej skuteczności i skuteczności konkretnych interwencji (metod, protokołów) w leczeniu określonych zaburzeń (np. CBT w leczeniu PTSD, terapia interpersonalna w leczeniu depresji). Doświadczenie kliniczne

regulacyjne” może paradoksalnie nie chronić pacjentów przed nieskutecznymi, a nawet szkodliwymi praktykami, zwłaszcza jeśli wszystkie metody są prawnie akceptowane w szerokiej definicji psychoterapii bez empirycznej weryfikacji.

Co więcej, model kontinuum psychoterapii prezentowany w ich pracach – od interwencji na rzecz ogólnego dobrostanu po uporządkowane kliniczne leczenie zaburzeń psychicznych – rodzi pytanie, czy jedna rama regulacyjna może skutecznie objąć tak różnorodną dziedzinę. Czy ma sens regulować w ten sam sposób zarówno terapię skoncentrowaną na traumie, jak i metodę nastawioną na rozwój osobisty, bez wykazania efektu klinicznego?

W świetle tych napięć badania i dyskusje wykazały powszechną ambiwalencję wśród stowarzyszeń psychoterapeutycznych i krajów. Podczas gdy niektórzy dążą do pełnego uznania prawnego, inni cenią elastyczność i autonomię modeli opartych na stowarzyszeniach lub hybrydowych.

W związku z tym, w 2025 roku Grupa Robocza EABCT ds. Regulacji przeprowadziła kompleksowy przegląd. Ich wniosek – odzwierciedlony w tym artykule – jest taki, że jednolita regulacja prawna nie jest ani powszechnie pożądana, ani automatycznie chroniąca. Zamiast tego kraje powinny rozważyć jako podstawowe następujące zagadnienia:

- elastyczne ramy regulacyjne rozróżniające kliniczne i niekliniczne zastosowania psychoterapii;
- jasne uznanie prawne i uprzywilejowanie metod opartych na dowodach w systemach finansowanych ze środków publicznych;
- selektywna ochrona prawna tytułów psychoterapeutycznych, być może ograniczona do środowisk klinicznych, przy jednoczesnym dopuszczeniu praktyk nieklinicznych pod alternatywnymi etykietami;
- umożliwienie stowarzyszeniom zawodowym definiowania standardów szkoleń i akredytacji, z nadzorem państwowym ograniczonym do kryteriów bezpieczeństwa pacjentów i finansowania publicznego.

Celem jest zrównoważenie ochrony publicznej z uczciwością naukową, bez narzucania modelu „jeden rozmiar dla wszystkich”. Jak podkreśla *Psychoterapia – quo vadis?* (Popiel i Zawadzki, 2023), należy unikać za wszelką cenę niebezpieczeństwa kodyfikowania pseudonaukowych lub niezawerowanych podejść na podstawie trwałych przepisów prawa. Regulacje, gdy są źle skonstruowane, mogą instytucjonalizować przeciętność lub, co gorsza – dawać fałszywe zapewnienia bezpieczeństwa tam, gdzie nie jest to uzasadnione (patrz: Nowak-Far, 2025).

polega na tym, że terapeuta integruje te dowody z własnym doświadczeniem i indywidualną oceną pacjenta, natomiast składowa wartości i kontekst pacjenta wymaga uwzględnienia preferencji i sytuacji życiowej pacjenta. Prawdziwe bezpieczeństwo pacjenta i praktyka etyczna opierają się na stosowaniu metod o solidnym poparciu empirycznym, a nie na szerokich teoretycznych założeniach. W związku z tym regulacje muszą promować EBP, koncentrując się na metodach o udokumentowanej skuteczności – zgodnej z wytycznymi klinicznymi (np. NICE) – zamiast instytucjonalizować najniższy wspólny mianownik poprzez przyznanie równego statusu szerokim podejściom teoretycznym. To niezbędne skupienie na metodach opartych na dowodach eliminuje nieporozumienia terminologiczne i bezpośrednio łączy legitymację regulacji zawodowej z naukową rzetelnością i ochroną publiczną.

Bezpieczeństwo pacjenta jako uzasadnienie ograniczania wolności gospodarczej

Wprowadzenie regulacji prawnych dla każdego zawodu, w tym psychoterapii, jest aktem, który z natury ogranicza wolność ekonomiczną praktyków. Zgodnie z prawem publicznym i zasadami gospodarczymi, takie ograniczenie musi być wyraźnie uzasadnione znaczącą korzyścią społeczną proporcjonalną do nakładanych kosztów regulacyjnych. Dla zawodu psychoterapeuty głównym uzasadnieniem jest ochrona interesu publicznego, czyli bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki. Jednak pojawia się fundamentalne pytanie: co definiuje bezpieczeństwo pacjenta w kontekście interwencji psychologicznej? Czy wystarczy, by chronić przed oczywistymi nadużyciami etycznymi lub prawnymi (które ogólne prawo cywilne i karne już reguluje), czy musi obejmować ochronę przed nieskutecznym, nieoptymalnym lub potencjalnie szkodliwym traktowaniem? Niniejszy artykuł twierdzi, że prawdziwe bezpieczeństwo pacjenta jest nierozdzielnie powiązane ze skutecznością leczenia potwierdzoną przez badania naukowe i ten aspekt stanowi podstawę prowadzenia praktyki opartej na danych naukowych – na wynikach badań – EBP).

Jeśli regulacje prawne, dążąc do inkluzywności i unifikacji (efekt „najniższego wspólnego mianownika”), stawiają modalności o udowodnionej skuteczności na równi z tymi pozostającymi bez solidnego wsparcia empirycznego, to w praktyce nie chronią pacjenta przed ryzykiem utraty czasu, pieniędzy i potencjalnego pogorszenia stanu. W tym scenariuszu regulacje stają się prawną fasadą, która legitymizuje praktyki nieoparte na dowodach i, paradoksalnie, podważa samo uzasadnienie ograniczania wolności gospodarczej.

Dlatego argument za regulacją musi być ściśle zintegrowany z argumentem za EBP. Prawdziwą korzyścią społeczną jest zapewnienie, że środki publiczne (w tym fundusze na zwrot) są kierowane na interwencje mające największe szanse na skuteczność i przynoszące mierzalne korzyści ekonomiczne (co pokazują programy takie jak NHS Talking Therapies/IAPT). W przeciwnym razie regulacje służą wyłącznie interesom zawodowym (np. ochronie tytułu), a nie ogólnym celom społecznym (ochronie pacjenta i skutecznemu leczeniu).

Problem najniższego wspólnego mianownika przy definiowaniu dowodów i standardów szkoleniowych: kwestie etyczne

Istotnym wyzwaniem w regulacji psychoterapii w całej Europie jest tendencja do definiowania „dowodów” i ustalania standardów edukacyjnych na poziomie najniższego wspólnego mianownika. To podejście stara się pogodzić szeroką różnorodność szkół psychoterapeutycznych poprzez ustanawianie inkluzywnych standardów, które często uwzględniają zarówno dobrze zweryfikowane, jak i słabo poparte metody.

Takie podejście niesie ze sobą poważne konsekwencje dla jakości terapii i ochrony pacjenta:

- rozcieńczenie naukowej rzetelności: metody o silnym wsparciu empirycznego (np. terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych i PTSD; CBT i terapia interpersonalna depresji lub CBT i terapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości) często są porównywane z terapiami pozbawionymi solidnych dowodów naukowych;
- ryzyko nieskutecznego leczenia: pacjenci mogą legalnie otrzymywać interwencje psychoterapeutyczne, które nie są poparte obecnymi wytycznymi klinicznymi, mimo dostępności sprawdzonych, skutecznych alternatyw;
- dylematy etyczne: z etycznego punktu widzenia terapeuci są zobowiązani do udzielania terapii opartej na najlepszych dostępnych dowodach. Jeśli przepisy prawne pozwalają na szeroki zakres praktyk, w tym te nieoparte na dowodach, pacjenci mogą nieświadomie otrzymywać nieoptymalną opiekę. Ta sytuacja stoi w sprzeczności z zasadami dobroczynności i świadomej zgody, ponieważ pacjenci mogą nie być odpowiednio poinformowani o skuteczności swoich opcji leczenia.

Jeśli chodzi o standardy szkoleniowe, próby włączenia wszystkich podejść terapeutycznych prowadzą do niepotrzebnie wydłużających i rozmytych programów nauczania. Skutkuje to wydłużeniem czasu szkolenia i wzrostem kosztów bez odpowiedniej poprawy kompetencji klinicznych, podczas gdy skuteczne metody ryzykują przyćmienie przez mniej skuteczne.

Etycznie rodzi to pytanie o odpowiedzialność zawodową: terapeuci muszą wyważyć poszanowanie autonomii pacjenta z obowiązkiem świadczenia opieki naukowo popartej. Słabe lub niejednoznaczne regulacje podważają tę równowagę, potencjalnie podważając zaufanie społeczne.

Aby rozwiązać te problemy, istnieje wyraźna potrzeba:

- Oceny i aktualizacji kryteriów dowodowych: ustalanie rygorystycznych i aktualnych definicji praktyki opartej na dowodach, które mają kierować opracowywaniem programów nauczania i standardami klinicznymi.
- Stworzenia podstawowych ram kompetencji: definiowanie zestawu istotnych, empirycznie potwierdzonych umiejętności terapeutycznych wymaganych od psychoterapeutów [zob. UCL Competence Framework w UK czy opis kompetencji terapeutów w Polsce opisany przez Popiel i Pragłowską (2022)].
- Przejrzystości: zapewnienie pełnej wiedzy pacjentom na temat dowodów wspierających ich decyzje dotyczące leczenia.
- Elastyczności regulacyjnej: umożliwienie innowacji i pluralizmu w psychoterapii, jednocześnie chroniąc pacjentów przed nieskutecznymi lub szkodliwymi interwencjami.

Podsumowując, regulacje oparte na najniższym wspólnym mianowniku niosą ryzyko braku zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta oraz podważenia naukowej integralności metod psychoterapii. Przemyślane regulacje, uwzględniające rzetelne badania naukowe są niezbędne do pogodzenia różnorodności z jakością i etyczną opieką.

W związku z tym pojawia się fundamentalne pytanie: czy regulacje powinny dążyć do standaryzacji tożsamości (jednolity zawód), czy kompetencji (podstawowe, zweryfikowane umiejętności)?

Grupa robocza EABCT z 2025 roku proponuje model wielopoziomowy:

- Kluczowe kompetencje kliniczne (np. w CBT, terapii interpersonalnej, metodach skoncentrowanych na traumie) są uznawane w różnych krajach.
- Elastyczne szkolenie oparte na metodach, jeśli jest zgodne z danymi naukowymi o skuteczności i bezpieczeństwie.
- Regulacje prawne, które koncentrują się na bezpieczeństwie pacjentów i kwalifikowalności do finansowania publicznego, a nie na pluralizmie teoretycznym.

Zrozumienie i harmonizacja tych poziomów regulacji jest kluczowa dla osiągnięcia spójnej europejskiej przestrzeni psychoterapii, która zapewni zarówno wysoką jakość opieki, jak i mobilność zawodową. Na mocy dyrektywy 2005/36/WE, zmienionej przez dyrektywę 2013/55/UE, Unia Europejska pozwala na utworzenie Wspólnych Ram Szkoleniowych (CTF) w celu harmonizacji kwalifikacji zawodowych między państwami członkowskimi (Dyrektywa 2013/55/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z 20 listopada 2013 roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE o uznawaniu kwalifikacji zawodowych oraz rozporządzenie (UE) nr 1024/2012.). Aby zaproponować CTF, co najmniej jedna trzecia krajów UE (obecnie 9 z 27) musi uregulować dany zawód według porównywalnych standardów. Jeśli te kryteria zostaną spełnione, można ustanowić wspólny zestaw minimalnych wymagań szkoleniowych i kompetencji, aby ułatwić automatyczne uznawanie kwalifikacji w całej UE i promować mobilność zawodową. Ale czy jest to możliwe na tym etapie rozwoju psychoterapii?

Konsekwencje regulacji dla dostępu, równości i kosztów

Poza kwestiami naukowej rzetelności i ochrony tytułu zawodowego, decyzje regulacyjne mają głębokie i bezpośrednie konsekwencje dla dostępu, równości i kosztów leczenia w systemach zdrowia publicznego. Modele charakteryzujące się wysokimi barierami wejścia, takie jak te wymagające długotrwałej specjalizacji podyplomowej po ukończeniu studiów magisterskich (np. niemiecki system przedreformacyjny lub rozszerzona ścieżka włoska), często skutkują ograniczoną liczbą licencjonowanych praktyków i wysokimi kosztami leczenia. Ten niedobór nieproporcjonalnie szkodzi równości, ograniczając dostęp, często także skuteczną psychoterapię do uprzywilejowanych grup społeczno-ekonomicznych, które mogą sobie pozwolić na długie prywatne programy szkoleniowe i opłaty za prywatną praktykę. Z kolei modele regulacyjne oparte na usługach – takie jak brytyjskie NHS Talking Therapies (IAPT) – wyraźnie stawiają na dostęp i efektywność kosztową. Dzięki wykorzystaniu wielopoziomowego modelu opieki i kadry intensywnie szkolonej w zakresie interwencji o wysokiej efektywności, popartej wynikami badań empirycznych (np. terapie niskiej intensywności), systemy te osiągają ogromną skalę. To znacząco skraca czas oczekiwania i poprawia równość dostępu do leczenia w różnych grupach społecznych. W związku z tym wybór modelu regulacyjnego nie jest wyłącznie akademickim czy prawnym; jest to fundamentalna decyzja polityczna dotycząca tego, kto może otrzymać skuteczną opiekę i jaką cenę dla budżetu publicznego (zob. tabela 1, s. 25, dla porównania).

Tabela 1*Modele regulacyjne i ich implikacje*

Model regulacji	Kluczowe implikacje	Wpływ na profesjonalistów (szkolenia, licencjonowanie)	Wpływ na pacjentów (dostęp, jakość, koszty)
Ustawa o zawodzie (wysoka bariera, np. Niemcy)	ochrona prawna tytułu i zakresu praktyki	długi, obowiązkowy proces specjalizacji podyplomowej; ograniczona liczba praktyków	ograniczony dostęp; wysokie obciążenie kosztami indywidualnymi i zwrotem; jakość definiuje pluralizm prawny, a nie dowody – brak gwarancji dostępu do metod o udokumentowanej skuteczności i bezpieczeństwie
Specjalizacja (eklektyczna, np. Włochy, Holandia)	ochrona prawna w ramach podstawowego zawodu (psycholog/psychiatra)	skupia się na przywiązaniu do szkoły teoretycznej/modalności; duża różnorodność w zakresie rygoru klinicznego	jakość określana przez akredytację szkół, a nie EBP; ryzyko nierównej skuteczności; dostęp zależy od preferencji modalności
Regulacje miękkie (samoregulacje, np. Skandynawia, w części Polska)	regulacje poprzez stowarzyszenia zawodowe/rejestry; tytuł często nie jest prawnie chroniony	elastyczność w trasach szkoleniowych; standardy egzekwowane przez kodeksy etyczne i wymagania członkowskie	wysoki dostęp (rynek nieregulowany); jakość bardzo się różni; brak publicznego nadzoru ani gwarantowanego minimalnego standardu EBP
Hybrydowe/Oparte na usługach (skoncentrowane na EBP, np. UK-IAPT, Norwegia w części Finlandia)	ochrona jakości usług poprzez wytyczne EBP i wskaźniki wyników	modułowe, oparte na kompetencjach szkolenie w określonych metodach; zwiększone poziomy podaży i dostępu do psychoterapii	wysoka równość i dostęp (np. poprzez opiekę stopniową); jakość określana jest na podstawie danych o wynikach leczenia oraz udowodnionej skuteczności (EBP)

Wyzwania i przyszłe kierunki

Główne wyzwania, które można zaobserwować w obszarze regulacji psychoterapii to:

- Fragmentacja: wiele organów regulacyjnych o różnych standardach;
- Konflikty zawodowe: rozbieżności między postawami i interesami stowarzyszeń psychologicznych, psychiatrycznych i psychoterapeutycznych;
- Opór wobec praktyki opartej na dowodach: kulturowe lub teoretyczne przywiązanie do metod nieopartych na dowodach, czasem wyrażane jako „wszystkie metody/podejścia psychoterapeutyczne mają dowody – wszystkie są równie skuteczne”.

Jako kroki warte podjęcia w celu poprawy sytuacji można zalecić:

1. Wsparcie instytucji europejskich dla polityki opartej na EBP.
2. Prace nad ujednoliceniem wymogów definicyjnych określania kompetencji psychoterapeutów.

3. Zwiększoną mobilność i wymianę doświadczeń certyfikowanych terapeutów ponad granicami UE.
4. Większe finansowanie badań nad skutecznością psychoterapii.

Podsumowanie

Regulacja psychoterapii w Europie stoi na rozdrożu. Wraz ze wzrostem obciążenia zdrowia psychicznego istnieje pilna potrzeba ustandaryzowanych, opartych na dowodach i przejrzystych ram szkoleniowych i praktycznych. Terapia poznawczo-behawioralna, ze względu na historię i ugruntowane empiryczne podstawy, jest dobrze przygotowana, by reprezentując ją organizacje europejskie przeprowadziły tę transformację (Salkovskis et al., 2023). Dzięki współpracy między stowarzyszeniami zawodowymi, uniwersytetami i organami regulacyjnymi Europa może dążyć do bardziej spójnego i naukowo ugruntowanego krajobrazu psychoterapii. Grupa robocza EABCT ds. Regulacji z 2025 roku podkreśla, że „nadmierna regulacja pod hasłem niezależności” może zagrozić jakości i elastyczności, zwłaszcza jeśli prowadzi do sztywnego włączania modalności nieopartych na dowodach. Dlatego rozmowa musi przejść od tego, czy psychoterapia powinna być regulowana, na to, jak powinna być regulowana, aby zachować specyfikę metod, chronić pacjentów i promować praktykę opartą na nauce. Rozwój psychoterapii musi opierać się na najlepszych dowodach naukowych, zwłaszcza w kontekście rosnącej liczby krajów wprowadzających regulacje dotyczące tego zawodu. Jak podkreślają Holmes i in. (2018), innowacje w terapiach psychologicznych muszą iść w parze z rygiorem metodologicznym, aby zapewnić skuteczność i bezpieczeństwo. To nie tylko wyzwanie krajowe, ale i europejskie, wymagające wspólnych standardów i nadzoru. Wskazana jest pilność, gdy mocne dane pokazują, że interwencje psychologiczne są skuteczne nie tylko w leczeniu zaburzeń psychicznych, lecz także w zapobieganiu – a te efekty przekładają się na mierzalne korzyści ekonomiczne. Programy takie jak NHS Talking Therapies (dawniej IAPT) wykazały, że terminowy dostęp do leczenia opartego na danych naukowych poprawia tempo powrotu do zdrowia, zmniejsza niepełnosprawność i przynosi znaczące oszczędności dla usług publicznych (Clark 2018; Layard i Clark, 2014). Regulacje i inwestycje w psychoterapię muszą być zatem postrzegane zarówno jako imperatyw zdrowia publicznego, jak i ekonomicznego.

Podziękowania

Katy Grazebrook (United Kingdom BABCP), Kate Abdushelishvili (Georgia GABCT), Dobrean Anca (Romania RACBP), Maria Evangelopoulou (Greece GBA), Thyra von Heyden (Germany DVT), Spela Hvalec (Slovenia SABCT), Colette Kearns (Ireland IABCP), Maie Kreegipuu (Estonia EACBT), Isabelle Leboeuf (France AFTCC), Johanna Morén (Sweden SABT), David Dias Neto (Portugal APTCCI), Annelise Fredriksen (Norway NFKT), Nikola Petrovic (Serbia SABCT), Ingeborg Pucher-Matzner (Austria OEGVT), Valentyna Parobii (Ukraine, UACBT),

Ceu Salvador (Portugal APTC), Zsolt Szabolcs Unoka (Hungary HABCT), Ewa Pragłowska (ACSTEC USWPS, Poland) and Claudie Bockting (EACLIPT)

Bibliografia

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (1997) (Węgry). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>
- British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies. (2024). *Professional standards*. Pobrane 30 kwietnia 2025 z: <https://babcp.com/about/who-are-babcp/our-policies/standards-of-conduct-performance-ethics/>
- Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
- Dyrektywa 2013/55/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z 20 listopada 2013 roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE o uznawaniu kwalifikacji zawodowych oraz rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 (2013) (Unia Europejska). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32013L0055>
- Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, skoordynowana ustawa nr 2015A24141 (2015) (Belgia). https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&lg_txt=n&type=&sort=&numac_search=&cn_search=-2015051006&caller=SUM&&view_numac=2015051006f
- Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten, ustawa federalna nr nieokreślony (2020) (Niemcy). https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/
- Holmes, E. A., Ghaderi, A., Harmer, C. J., Ramchandani, P. G., Cuijpers, P., Morrison, A. P., Roiser, J. P., Bockting, C. L. H., O'Connor, R. C., Shafran, R., Moulds, M. L., Craske, M. G. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet. Psychiatry*, 5(3), 237–286. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30513-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30513-8)
- Layard, R., Clark, D. M. (2014). *Thrive: The power of psychological therapy*. Penguin.
- Legea nr. 213 din 27 mai 2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România (2004) (Rumunia). <http://86.105.216.122:83/MOfsWeb/2004/0492.pdf>
- Nowak-Far, A. (2025). *Opinia w sprawie poselskiego projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty oraz samorządzie zawodowym zgłoszonego marszałkowi sejmu RP 11 lutego 2025 r.* https://www.pttpb.pl/get_media_preview/4f6db6be-96bd-473e-ab3b-9d72959a0e94
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka* (wyd. 2 rozsz.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Popiel, A., Zawadzki, B. (2023). Psychoterapia – quo vadis? *Nauka*, 3, 61–85. <https://doi.org/10.24425/nauka.2023.147311>
- Professional Standards Authority for Health and Social Care. (b.d.). *Professional Standards Authority for Health and Social Care*. Pobrane 20 grudnia 2025 z: <https://www.professionalstandards.org.uk/>

- Regulation of the profession of the psychologist. Presidential acts, decrees and ordinances – ACT No. 56 18/2/1989 (1989) (Włochy). <https://www.psy.it/regulation-of-the-profession-of-the-psychologist-2>
- Salkovskis, P. M., Sighvatsson, M. B., Sigurdsson, J. F. (2023). How effective psychological treatments work: Mechanisms of change in cognitive behavioural therapy and beyond. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 595–615. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000590>
- Wet van 11 november 1993, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) (2023) (Holandia). <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251>
- Wykowski, M. (2024a). Pierwszy wywiad z krajowym konsultantem psychoterapii: Co dalej w zakresie regulacji zawodu i jakości usług? *Rynek Zdrowia*. Pobrano 30 kwietnia 2025 z: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Pierwszy-wywiad-z-konsultantem-w-dziedzinie-psychoterapii-Co-dalej-z-regulacja-zawodu-i-jakoscia-uslug,259633,14.html>
- Wykowski, M. (2024b). Prof. Popiel o podwójnych standardach dla psychoterapeutów: „To jak usuwanie ulotek z lekami”. *Rynek Zdrowia*. Pobrano 30 kwietnia 2025 z: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Prof-Popiel-o-podwojnych-standardach-psychoterapeutow-To-tak-jakby-usunac-ulotki-do-lekow,259902,14.html>
- Zakon o djelatnosti psihoterapije NN 18/22 na snazi od 17.02.2022 (2022) (Chorwacja). <https://www.zakon.hr/z/1045/zakon-o-djelatnosti-psihoterapije>