

## TEZY O PSYCHOTERAPII W POLSCE\*

### THESES ON PSYCHOTHERAPY IN POLAND

Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik katedry: prof. dr hab. n. hum. Józef K. Gierowski

Kierownik zakładu: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro

*Autor publikacji przedstawia własne uwagi na temat sytuacji prawnej i społecznej polskich psycho-  
terapeutów, postulowanych kryteriów kształcenia  
i egzaminowania przyszłych psycho-  
terapeutów, a także dzieli  
się refleksjami dotyczącymi zasad refundacji usług psycho-  
terapeutycznych. Artykuł ma charakter osobistych rozważań  
i może służyć za punkt wyjścia w środowisku terapeutów.*

#### education in psychotherapy reimbursement for psychotherapy

**Summary:** The author presents his comments on the legal and social situation of Polish psychotherapists, proposed criteria of training and professional examinations for the psychotherapists-to-be, and his reflexions concerning the rules of National Insurance Fund reimbursement for psychotherapy. The paper is a kind of personal statement and may become the starting point for a wider discussion in the therapists' society.

Niniejszych uwag nie należy traktować jako oficjalnego stanowiska Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Są to moje osobiste refleksje, być może nieodbiegające w zasadniczej mierze od poglądów psychoterapeutów skupionych w tych trzech organizacjach. Mam nadzieję, że mogą służyć one jako punkt wyjścia dyskusji w gorącym dla naszego środowiska czasie przygotowywania ustawy o zawodzie psychoterapeuty.

### Czy psychoterapia to odrębny zawód, a jeżeli tak, to dlaczego?

Psychoterapeuta to **odrębny** zawód, gdyż wymaga wiedzy i umiejętności oraz walorów osobowościowych w innych profesjach nie występujących lub niekoniecznych, jednocześnie jednak do jego uprawiania potrzebna jest wiedza i umiejętności specyficzne, np. dla psychiatrii i psychologii (a także antropologii kulturowej czy socjologii). Jest to zatem odrębny zawód osadzony na innych zawodach. W świetle **dzisiaj funkcjonujących konstruktów** jest to rodzaj specjalizacji powstałej na bazie takich zawodów, jak: psychologia, psychiatria, pedagogika, socjologia, antropologia kulturowa. Przebieg dyskusji w środowisku psychoterapeutów pozwala czasem odnieść wrażenie, że niektórzy jej uczestnicy są przekonani, iż spór o odrębność ich zawodu jest w swej istocie poszukiwaniem prawdy/

---

\* Jest to nieco zmieniony i poszerzony tekst wystąpienia na konferencji Polskiej Federacji Psychoterapii w Krakowie w styczniu 2012 roku. Tytułami akapitów są pytania zadawane prelegentom.

bierze się w swojej istocie z poszukiwania prawdy. Tymczasem — jestem tego pewien — do pytania o odrębność zawodu psychoterapeuty nie należy tak podchodzić. W istocie jest to problem dominującego dyskursu w danej społeczności, w danym czasie, a nie zagadnienie obiektywnie dające się uporządkować; sami obecnie jesteśmy świadkami, a przede wszystkim „udziałowcami”, napięcia paradygmatycznego, a więc sytuacji, w której wiele opcji jest społecznie konstruowanych. Moje słowa także są częścią tego dyskursu. Nie trzeba być wyznawcą konstrukcjonizmu społecznego, by dostrzegać, jak bardzo definicja psychoterapii i psychoterapeuty nie odzwierciedla prawdy, lecz jest swego rodzaju umową uwarunkowaną tradycją, kulturą, ekonomią, polityką i interakcją tych czynników. Nie oznacza to, że jest to pytanie jałowe, a jedynie, że poszukujemy nie tyle prawdy, co wersji jak najbardziej użytecznej społecznie.

**Podsumowując:** Psychoterapeuta jest w pewnym sensie odrębnym zawodem, a w pewnym sensie nie. W istocie jest to kwestia konstruktów językowych, budowanego społecznie i zmienia się wraz z szybko zmieniającymi się wzorcami kulturowymi w tym (i nie tylko w tym) zakresie.

### **Kto powinien móc kształcić się w zawodzie psychoterapeuty i dlaczego kształcenie jest potrzebne?**

O tym, co powinien **umieć i wiedzieć** psychoterapeuta, będzie mowa w następnym punkcie dotyczącym kształtu szkolenia. W tym miejscu należy podkreślić znaczenie „**prerekwizytów etycznych i osobowościowych**”. Jestem świadom, że odpowiedź na pytanie o nie jest niełatwa i w znacznym stopniu odwołuje się do kategorii trudnych do zoperacjonalizowania. Być może dlatego właśnie, że trudno jest rzeczowo podjąć ten wątek, przy kwalifikowaniu na kursy i przy przyznawaniu certyfikatów psychoterapeuty jest on często pomijany. Można to zrozumieć: o ile w miarę łatwo jest ocenić czyjąś wiedzę, o tyle to znacznie trudniej jest „obiektywnie” ocenić czyjąś postawę etyczną czy osobowość bez popadania w nieuprawnione skądinąd poczucie wyższości (a zwłaszcza — wyższości moralnej). Na ogół osoby decydujące o tym, co ma stanowić owe **prerekwizyty etyczne i osobowościowe**, są skłonne do konformizmu i tzw. otwartości, którą chętnie nazwiemy tolerancją albo bezprzedzeniowością. Mimo to uważam, że dyskusja na temat osoby kandydata/kandydatki na psychoterapeutę nie może być zaniechana, chociażby dlatego, że wiele przemawia za tym, iż właśnie to, **jaki jest** terapeuta, w znacznym stopniu determinuje efekt terapii. Dane empiryczne wskazują na jakość relacji terapeutycznej i osobę terapeuty (a nie na to, w jaką ideologię terapeutyczną czy modalność wierzy on i ją realizuje) jako na silny predyktor powodzenia leczniczego.

Uważam, że **nie powinien** być psychoterapeutą ktoś, kto:

- nie potrafi być empatyczny wobec swojego pacjenta/klienta;
- nie kieruje się troską o pacjenta/klienta;
- z powodu owych zaburzeń i/lub emocjonalnej niedojrzałości nie jest w stanie odpowiedzialnie prowadzić spotkań terapeutycznych;
- jest skłonny do korupcji;
- ma skłonności do fanatycznego i dogmatycznego patrzenia na rzeczywistość;
- ma skłonność do mechanistycznego rozumienia rzeczywistości.

Oponenci tej listy mogliby powiedzieć, że wymienione cechy — a więc i deficyty w ich zakresie — są zmiennalne (np. w trakcie psychoterapii własnej lub szkolenia). Ze swej strony jestem umiarkowanym pesymistą, zwłaszcza wobec osób, u których wyżej wymienione zastrzeżenia występują w stopniu znacznie nasilonym. Dlatego uważam, że jeśli nie zachodzą jakieś szczególne okoliczności, to przy doborze kandydatów na psychoterapeutów należy taką listę „przeciwskazań” uwzględniać. Być może dałoby się wymienić jeszcze inne, w odniesieniu zaś do powyższych można powiedzieć, że są one, niestety, „nieostre” i skazane na subiektywność. Uważam jednak za bezzasadnie optymistyczne założenie, że:

- na szkolenia nie trafiają osoby z wyżej wymienionymi cechami;
- jeśli nawet trafiają, to w toku szkolenia korzystnie się zmieniają;
- jeśli tak się nie stało, to przenikliwy superwizor to dostrzeże i wdraża działania naprawcze;
- a jeśli to nie skutkuje, kursant przerwie szkolenie.

Uważam, że aspekt „prawa do bycia terapeutą” powinien być na poszczególnych etapach szkolenia — a zwłaszcza przed jego podjęciem — uwzględniony. Jest kwestią **odpowiedzialności etycznej** ośrodka kształcącego, by nie nastawiał się na zysk („każdy, kto zapłaci za szkolenie, będzie przyjęty”) i by proces klasyfikowania był ważnym etapem dla kandydatów.

Fundamentalne i często dzielące terapeutów na wiele zwalczających się obozów jest pytanie, czy prerekwizytem lub przeciwwskazaniem może być takie, a nie inne wykształcenie pomaturalne. Z jednej strony jest wielu psychoterapeutów, którzy bez wykształcenia medycznego, psychologicznego czy pedagogicznego są dobrymi lub bardzo dobrymi terapeutami. Z drugiej strony brak regularnych studiów medycznych, psychologicznych czy pedagogicznych stanowi poważny wstępny deficyt. Uzupełnianie niezbędnej wiedzy i przyjęcie niezbędego klinicznego stylu myślenia może być trudne. Obecnie coraz większa jest możliwość zaocznego kształcenia się w zakresie psychologii i to stanowi, w moim przekonaniu, świetne wyjście dla tych, którzy są zdeterminowani, by zostać psychoterapeutami, a nie mają bazowego wykształcenia. Możliwe jest więc rozwiązanie, że np. matematyk podejmuje wieczorowe, zaoczne czy inne studia psychologiczne i w ten sposób staje się pełnoprawnym (w tym zakresie) kursantem. (Jednocześnie wydaje się ważne, by ów matematyk sprawdził przy pomocy kogoś życzliwego i mądrego, czy rzeczywiście chce być terapeutą czy może tylko zafascynował się psychoterapią i szuka odskoczni od świata nauk ścisłych.) Rozwiązanie, polegające na tym, że ów matematyk decyduje się na uzupełnianie, poza studiami, brakującej wiedzy humanistycznej, psychologicznej i medycznej jest, w moim przekonaniu, i trudniejsze dla owego matematyka, i mniej merytorycznie uzasadnione, i prowadzi do gorszych efektów finalnych.

O tym, jak pojmuję kanon wiedzy koniecznej do uprawiania zawodu psychoterapeuty, a zdobywanej w znacznym stopniu przez studentów studiów humanistycznych, będzie mowa poniżej.

**Podsumowując:** Bycie psychoterapeutą jest zajęciem wymagającym specjalistycznego wykształcenia i szczególnych predyspozycji osobowościowych i etycznych. Wykształcenie psychologiczne bądź medyczne stanowi optymalny prerekwizyt, aczkolwiek inne studia humanistyczne, które dają relatywnie szerokie podstawy wiedzy o człowieku (np. studia

pedagogiczne czy socjologiczne), mogą być także dobrym punktem wyjścia. Istotne jest, by w ramach studiowania psychoterapii kandydat na psychoterapeutę uzupełnił te obszary wiedzy, których mu studia pierwsze nie dały.

### Co powinno składać się na kształcenie w zawodzie psychoterapeuty?

Kształcenie psychoterapeuty dotyczy wiedzy, umiejętności, doświadczania siebie i innych oraz wrażliwości etycznej. Powinno ono być „skrojone” na miarę wiedzy (a ściślej — jej braków), z jaką kandydat na terapeutę podejmuje szkolenie. A więc ktoś, kto jest z zawodu psychiatrą, powinien uzupełnić (jeśli się to nie stało w trakcie zdobywania specjalizacji) wiedzę z zakresu psychologii ogólnej, psychologii rozwojowej. Ktoś, kto z zawodu jest psychologiem, powinien uzupełnić (jeśli się to nie stało w trakcie zdobywania specjalizacji) wiedzę z zakresu psychiatrii, neurologii, psychosomatyki. Ktoś, kto z zawodu jest pedagogiem, powinien uzupełnić wiedzę z zakresu psychologii ogólnej, psychologii rozwojowej, psychiatrii, neurologii, psychosomatyki. Owo uzupełnianie powinno stanowić, w moim przekonaniu, istotną część pierwszego roku kształcenia i być sprawdzone egzaminem, dopuszczającym do dalszych etapów szkolenia. Istnieje, niestety, wiele drastycznych przykładów pokazujących, że niedostatek wiedzy psychoterapeuty może prowadzić do błędów fatalnych w skutkach dla pacjenta/klienta.

Uprawnienia do prowadzenia psychoterapii powinny być przyznawane jako zwieńczenie cztero- lub pięcioletnich studiów (najlepiej, w moim przekonaniu — dwuetapowych). Pierwszy, dwuletni okres studiów to czas zdobywania podstawowego wykształcenia psychoterapeutycznego. Niezbędne jest:

### Uzupełnienie wiedzy przeddyplomowej.

Nabywanie podstawowej wiedzy i umiejętności w zakresie głównych modalności terapeutycznych (a — podejścia psychodynamicznego i psychoanalitycznego; b — podejścia poznawczo-behawioralnego; c — podejścia systemowego; d — podejścia humanistyczno-egzystencjalnego; e — podejścia integracyjnego). Szkolenie w zakresie tych podejść powinno być prowadzone z perspektywy tzw. krytyki immanentnej, co oznacza, że w danym podejściu szkoła przedstawiciele tego podejścia i zajmują się analizą jego zalet i wad, a w szczególności ograniczeń, nie zajmują się natomiast krytyką (a tym bardziej deprecjonowaniem) innych podejść. Ważną częścią procesu edukacyjnego powinna być wiedza o **ograniczeniach danego podejścia**, gdyż fatalne w skutkach jest szkolenie jednostronne i dogmatyczne, prowadzące do bezkrytycznego monizmu.

Pogłębione doświadczanie siebie (self-experience), rozumienia siebie, swoich problemów i swoich mechanizmów obronnych.

Szkolenie w zakresie podstaw kontaktu terapeutycznego.

Szkolenie w zakresie uniwersalnych czynników terapeutycznych (common factors).

Szkolenie w zakresie podstawowej wiedzy dotyczącej procesu psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej.

Szkolenie w zakresie wrażliwości etycznej w procesie psychoterapii.

Drugi etap studiowania (okres 2-, 3-letni) powinien koncentrować się na teorii i praktyce nurtu wybranego przez studenta i być prowadzony przez ośrodek wyspecjalizowany

w danej modalności, dysponujący **potwierdzoną zewnętrzną zdolnością do profesjonalnego szkolenia**. Szkolenie realizowane w ramach „autorskiego” programu danego ośrodka powinno rozwijać się w ramach merytorycznej rywalizacji z innymi ośrodkami. Ośrodek realizujący autorski program powinien przed ogólnopolskim organem do spraw psychoterapii<sup>1</sup> odpowiadać za jakość swego kształcenia, a jego uprawnienia powinny podlegać okresowej weryfikacji.

Tego podziału szkolenia na dwie części oczywiście nie uważam za konieczny, a jedynie za pomocny zwłaszcza gdyby zważyć, że pierwsza część daje przygotowanie do zadań związanych np. z poradnictwem psychologicznym (ounselling) czy coachingiem.

**Podsumowując:** wieloletnie szkolenie psychoterapeuty powinno dotyczyć wiedzy, umiejętności, rozumienia siebie oraz wrażliwości etycznej. Powinno — obok kanonu wiedzy zasadniczej dotyczącej szkół psychoterapeutycznych — uzupełniać wiedzę podstawową (psychiatryczną i/lub psychologiczną) i stanowić skuteczne zabezpieczenie przed błędami wynikającymi z ewentualnego niedoceniania przez psychologów medycznego wymiaru psychoterapii, z ewentualnego niedoceniania przez psychiatrów psychologicznego wymiaru psychoterapii oraz z ewentualnego niedoceniania przez psychoterapeutów niebędących lekarzami ani psychologami wymiarów medycznego i psychologicznego. Psychoterapeuta powinien dysponować podstawową wiedzą w zakresie kilku głównych podejść, a znajomość wybranego podejścia powinna uwzględniać także wiedzę o jego ograniczeniach. Ewentualne przyjęcie dwuetapowego programu szkolenia zapewniłoby osobom kształconym na psychoterapeutów podstawowy kanon wiedzy i umiejętności (w pierwszym etapie) oraz pogłębioną wiedzę w zakresie wybranego paradygmatu (w drugim etapie).

### **Kto powinien przyznawać uprawnienia/certyfikat psychoterapeuty?**

Jeśliby przyjąć model dwuetapowego szkolenia, egzamin wieńczący pierwszy etap musiałby wykazywać, w jakim stopniu uzupełniona została wiedza, której nie dostarczyły podstawowe studia. U lekarza powinna być więc sprawdzana wiedza psychologiczna, u psychologów — medyczna, a u tych, którzy nie są ani psychiatrami, ani lekarzami — psychologiczna i medyczna. Wiedza i umiejętności powinny być oceniane przez egzaminatorów z zewnątrz (innymi słowy — nie przez instytucję szkolącą), zwłaszcza że jest to wiedza w znacznym stopniu „akademicka”, zobiiektywizowana.

Drugi etap kształcenia (dwi- lub trzyletni) kończyć się powinien komisyjnym egzaminem, jednocześnie zewnętrznym, tzn. z udziałem osób spoza instytucji szkolącej, i wewnętrznym — w tym sensie, że głównymi egzaminatorami powinni być eksperci w zakresie danej modalności, ponieważ we współczesnej psychoterapii istnieje wiele szkół i nie ma powodu, by przyjmować, że np. podejście A jest ogólnie lepsze od podejścia B. Jest kwestią dyskusyjną, czy osoba kończąca szkolenie ma zostać „psychoterapeutą” czy „psychoterapeutą określonej modalności”. Mnie osobiście przekonuje wersja, zgodnie z którą na dyplomie nie wyszczególnia się owej modalności. Przyjęcie tej wersji pozwalałoby uzyskać w toku dalszego kształcenia dodatkowe „tytuły”. Jednocześnie nie pozbawiona sensu jest wersja, w której dyplom psychoterapeuty dookreśla szkołę, zgodnie z tym, jaki-

<sup>1</sup> Przygotowywana obecnie regulacja ustawowa przewiduje istnienie Krajowej Rady Psychoterapii, która byłaby ciałem odpowiadającym między innymi za kanon programu kształcenia.

mi podstawami teoretycznymi i praktycznymi dysponuje terapeuta (np. „psychoterapeuta o kierunku psychodynamicznym”). Jeśliby w ramach procesu egzaminowania nie miało być rozgraniczenia na dwie części, egzamin powinien dotyczyć całego kursu, być prowadzony przez komisję zewnętrzną, a w jej skład powinny wchodzić osoby, które są biegłe w modalności będącej specyfiką danego kursu (tak aby psychoanalityk nie egzaminował z zakresu podejścia behawioralno-poznawczego ani odwrotnie).

Obecność egzaminatora zewnętrznego może budzić zastrzeżenia. Jako psychoterapeuci i nauczyciele psychoterapii możemy reagować niechęcią na każdą próbę kontroli czy ingerencji w proces edukacyjny. Zasadne do pewnego stopnia głosy krytyczne sprowadzają się do dwóch tez: I — egzamin zewnętrzny może być przeżywany jako wyraz braku zaufania do podmiotu szkolącego; II — nikt tak dobrze nie zna kandydata, jak nauczyciel z ośrodka szkolącego. Uważam jednak, że system kontroli zewnętrznej jest potrzebny. Nie powinien on być nadmierny, ale powinien istnieć, gdyż z kształceniem i udzielaniem certyfikatu wiążą się poważne skutki społeczne i finansowe. Naiwnością byłoby uznawać, że stronniczość, niesprawiedliwość, nepotyzm, chciwość i nieuczciwość w jakiś cudowny sposób omijają społeczność psychoterapeutów, nauczycieli i superwizorów. Wprowadzenie egzaminu zewnętrznego chroni ośrodki szkolące przed pomówieniem o lekceważenie tego typu niebezpieczeństw. Ponadto, jeśli weźmiemy pod uwagę, że uprawianie zawodu psychoterapeuty to w znacznym obszarze „przywracanie zdrowia” (nie jesteśmy przecież gotowi zrezygnować z tego zadania, bo wówczas odcinalibyśmy się od finansowania przez NFZ), to obecność kontroli zewnętrznej ma silne uzasadnienie społeczne. Myślę, że nikt z nas nie byłby gotów powierzać swojego zdrowia i życia komuś, kto nabył prawo do leczenia bez procedury zewnętrznej weryfikacji. Lekarze leczą nas nie tylko po kolokwium u swego asystenta, nie tylko po egzaminie u profesora z danej katedry, ale także po egzaminie państwowym (czyli egzaminie całościowym i zewnętrznym wobec uczelni) oraz po egzaminie specjalizacyjnym (także zewnętrznym wobec ośrodków szkolących w ramach specjalizacji). Dodatkowym argumentem przemawiającym za egzaminem zewnętrznym jest znacznie wyższy prestiż społeczny tego typu sprawdzianu wiedzy i umiejętności.

**Podsumowując:** Uprawnienia psychoterapeuty powinno przyznawać ciało zewnętrzne wobec ośrodka kształcącego<sup>2</sup>, jednak z respektowaniem wybranej przez adepta (a zarazem powszechnie uznawanej) modalności.

### **Kto powinien mieć prawo do refundacji usług psychoterapeutycznych przez NFZ?**

Problem refundacji usług jest niezwykle ważnym organizacyjno-ekonomicznym wymiarem pracy psychoterapeuty. Wprawdzie jest wielu psychoterapeutów, którzy pracują rzetelnie i z sukcesem ekonomicznym bez refundacji NFZ, jednak dla osób zatrudnionych w placówkach państwowych i dla wielu innych, pracujących w gabinetach prywatnych lub ośrodkach liczących na kontrakty z ubezpieczycielem, refundacja to zawodowe być albo nie być. Dlatego tak ważne jest, by rozwiązania w tym zakresie były wielostronnie sprawiedliwe (tzn. respektujące interes pacjenta, psychoterapeuty i interes podatnika, z którego pieniędzy opłacany jest NFZ).

---

<sup>2</sup> Taka jest kilkunastoletnia praktyka Sekcji Psychoterapii i Sekcji Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Przyjmując wersję najbardziej optymistyczną można przyjąć, że z punktu widzenia interesu społecznego byłoby najlepiej, by obywatele — niejednokrotnie przy pomocy psychoterapeutów — potrafili rozwiązywać konflikty małżeńskie czy rodzinne, by potrafili twórczo realizować swój potencjał. Patrząc w ten sposób, a ponadto biorąc pod uwagę, że definicja WHO zakłada, iż zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia), wszelkie usługi psychoterapeutyczne — nie tylko usuwające zaburzenia — powinny być opłacane przez ubezpieczyciela. Trudno jednak w takim spojrzeniu nie dostrzegać programu utopii, na którego realizację nie stać państw znacznie bogatszych niż Polska. W tej sytuacji sensowne jest określenie programu minimum.

W świetle powyższego niezbędne jest, by do refundacji usług psychoterapeutycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia miał prawo przynajmniej ten terapeuta, który dysponuje wiedzą i umiejętnościami w zakresie leczenia zaburzeń zdrowia. Wymaga to umiejętności diagnozy w ramach obowiązujących klasyfikacji (w Polsce obecnie obowiązuje wydana przez Światową Organizację Zdrowia w 1993 r. klasyfikacja ICD-10). Psychoterapeuta powinien także umieć skutecznie leczyć to, co w ramach obowiązującej klasyfikacji uważane jest za zaburzenie. Owa umiejętność powinna być potwierdzona egzaminem. Dlatego tak ważne jest wykazywanie, że ta, a nie inna, metoda (a przynajmniej także ta metoda), której używa psychoterapeuta, jest skuteczna w leczeniu tego właśnie zaburzenia. W krajach zachodnich funkcjonują jednoznaczne ustalenia (często sztywne): na **dane** zaburzenie terapeuta **danej** modalności ma opłacaną przez ubezpieczyciela **określoną** liczbę sesji.

W szczególności ważne jest, by psychoterapeuci danej szkoły wiedzieli, jakie metody w ramach tej szkoły są skuteczne wobec jakich zaburzeń i jakie są ograniczenia poszczególnych metod. Nie powinno dochodzić do refundacji za psychoterapię jakiegos zaburzenia w ramach szkoły A, jeśli wiadomo, że szkoła B jest w tym zakresie wyraźnie bardziej skuteczna.

W wielu publikacjach i dokumentach mowa jest o tym, że prawo do refundacji powinny mieć te szkoły terapeutyczne (modalności, podejścia), które udowodniły swoją skuteczność. Jest to postulat słuszny, ale nie do spełnienia. O ile bowiem w medycynie somatycznej stosunkowo łatwo jest sprawdzić skuteczność jakiegoś leku<sup>3</sup>, o tyle badanie procesu psychoterapii jest niezwykle złożone [1], a ostateczny efekt zależy od tylu zmiennych, że rzetelne określenie, jaka metoda jest skuteczna po jakim czasie trwania psychoterapii wobec jakiego zaburzenia jest niezwykle trudne. Stosowanie metod badania efektywności farmakoterapeutycznej do badania efektywności psychoterapii wydaje się poważnym uchybieniem. Kryteria oceniania skuteczności psychoterapii są stale doskonałone [2], lecz nigdy nie osiągają poziomu, który by zadowalał wszystkich. Nie zmienia to faktu, że dziś nie jest już zadawane pytanie, czy psychoterapia jest skuteczna, ale pytanie — jaka psychoterapia, wobec kogo stosowana i jak długo trwająca. Wysiłek w kierunku wykazywania skuteczności psychoterapii powinien być nieustannie podejmowany.

---

<sup>3</sup> Chociaż w przypadku farmakoterapii kryteria uznania danej metody za EBT (*Evidence based treatment*) są nieporównanie łatwiejsze do określenia, to bynajmniej nie są one tak oczywiste. O niejednoznaczności wskazówek dotyczących stosowania wytycznych w psychofarmakoterapii – patrz [6].

Do refundacji tych usług psychoterapeutycznych, które nie zajmują się przywracaniem zdrowia, lecz np. rozwojem osobistym, przygotowaniem sportowca do startu w zawodach, rozwiązywaniem konfliktów małżeńskich (chyba że tym konfliktom towarzyszą zaburzenia, np. adaptacyjne: F43 w klasyfikacji ICD-10) czy innych problemów, niemających charakteru medycznego, ale wymagających wiedzy i umiejętności psychoterapeutycznych, powinno dochodzić w miarę ekonomicznych możliwości ubezpieczyciela. Swego rodzaju nadzieją na rozszerzenie zakresu usług płatnych jest perspektywa demonopolizacji NFZ-u i możliwość wielu innych ofert.

W tym kontekście istotny jest problem, który można określić jako paradoks psychiatryzacji życia codziennego. Oto bowiem psychoterapia dotyczy zarówno przywracania zdrowia (i wtedy obszar medycyny i stosowane w medycynie rozwiązania są adekwatne), jak i innych obszarów pozamedycznych (np. pedagogika, sądownictwo, sport). Jak długo określony problem, z którym zgłasza się klient do psychoterapeuty, nie jest definiowany jako medyczny, tak długo nie ma merytorycznych podstaw do refundacji usługi z ubezpieczenia medycznego. Jednak należy pamiętać, że — z uwagi na szybko postępujący proces medykalizacji i psychiatryzacji w kulturze europejskiej i amerykańskiej — to, co dawniej było poza medycyną, dziś jest w medycynę włączane [por. 3]. W konsekwencji np. trening dla osoby nieśmiałej przygotowującej się do występów publicznych był dawniej traktowany jako część rozwoju osobistego (poza językiem psychiatrycznym), a obecnie może być traktowany jako leczenie pacjenta cierpiącego na fobię społeczną (F.40.1). Podobne zjawiska „imperializmu psychiatrycznego” dotyczą np. smutku (zyskującego status depresji) czy roztargnienia (coraz częściej uznawanego za ADHD u osoby dorosłej). Poważne są tego konsekwencje i konflikty wewnętrzne i zewnętrzne psychoterapeutów i psychiatrów: z jednej strony psychiatryzacja przesuwająca psychoterapeutów w obszar medycyny, określając tym samym związek między pieniędzmi podatnika (NFZ) a usługami terapeutów, z drugiej jednak — zjawisko psychiatryzacji jako wydarzenie społeczne i kulturowe ma swoje wyraźne wady (choćby odbieranie podmiotowości i poczucia sprawczości osobom, które dawniej miały „problem do pokonania”, a teraz „cierpią na zaburzenie”). Nastawienie krytyczne do „imperializmu psychiatrycznego” (obecne w tzw. psychiatrii krytycznej czy postpsychiatrii) [por. 4] jest w pewnym stopniu uzasadnione, zwłaszcza wtedy, gdy współczesna medycyna zmierza ku technicyzacji i depersonalizacji pacjenta. A zatem jako psychoterapeuta pozostaję w konflikcie: chciałbym, żeby moje usługi były medycznej natury, bo daje mi to prawo do świadczenia usług opłacanych przez NFZ, a jednocześnie nie podobają mi się takie zjawiska obecne we współczesnej medycynie, jak redukcjonizm, technicyzacja, depersonalizacja, uleganie wpływowi firm farmaceutycznych („farmakracja” [5]). Imponujący skądinąd rozwój medycyny oraz skokowo rosnące możliwości diagnostyczne i terapeutyczne stanowią pokusę, byśmy jako psychoterapeuci współuczestniczyli w tym procesie medykalizacji i psychiatryzacji.

Na marginesie pragnę dodać, że 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).

Nie muszę dodawać, że ograniczenia w zakresie NFZ-owskiej refundacji w niczym nie umniejszają znaczenia wysokospecjalistycznych usług psychoterapeutycznych świadczonych poza ścisłym obszarem medycyny.

**Podsumowując:** Prawo do refundacji usług przez ubezpieczyciela ma ten, komu NFZ takie prawo przyzna. Zadaniem społeczności psychoterapeutów jest wykazanie ubezpieczycielowi, jakie usługi (w ramach jakiej modalności), jak długo trwające (ile sesji, ile tygodni, miesięcy lub lat) są skuteczne w przywracaniu zdrowia lub poprawie objawowej i w zakresie których zaburzeń.

### **Jakie ciało powinno „władać” psychoterapią na szczeblu państwowym?**

Jeśli przyjęliśmy, że słowo „władać” oznacza organizowanie, koordynację szkolenia, monitorowanie przyznawania prawa do uprawiania zawodu psychoterapeuty oraz czuwanie nad realizacją tych zadań, to psychoterapią powinno „władać” ciało społeczne w rodzaju konsultanta krajowego w poszczególnych specjalizacjach medycznych. Jak wcześniej wspomniałem, w przygotowywanej ustawie jest mowa o Krajowej Radzie Psychoterapii. Jednak w przypadku medycyny (także — w tradycyjnie rozumianej psychiatrii) w miarę niekontrolersyjny jest kanon wiedzy i umiejętności, wymaganych do uprawiania zawodu lekarza, natomiast w psychoterapii nie ma jednego kanonu. (Wystarczy porównać „niezbędni” w zakresie wiedzy i umiejętności wymagane od psychoterapeutów różnych modalności). Z tego wynika, że trudno o takiego konsultanta (pojedynczego czy grupowego), który by wszystkich zadowalał. Nie tylko w Polsce istnieje i działa wiele szkół, ośrodków terapeutycznych, stowarzyszeń, towarzystw. Wśród nich wiele jest takich, które są przekonane, że to one mają absolutną rację, że to one są najliczniejsze, że to one reprezentują „właściwe” środowisko. W tej sytuacji wyłonienie takiego ciała, jeśli miałoby ono być funkcjonalne, a nie stanowić jedynie arenę niekonkluzywnych sporów, będzie bardzo trudne. Środowisko psychoterapeutów doświadczało tego trudu — i doświadcza — w ramach prac nad ustawą o zawodzie psychoterapeuty. A zatem jest poważny problem z wyborem i wyłonieniem ciała, które powinno na szczeblu państwowym „władać” psychoterapią.

Jako najmniej złe rozwiązanie (bo trudno mówić o jakimś „jednym dobrym”) widzę trzy możliwości:

Propozycja być może naiwna to zwołanie w dość odległym terminie nadzwyczajnego zjazdu psychoterapeutów polskich z udziałem **wszystkich**, którzy się za nich uważają, tzn. reprezentujących różne szkoły, przebyte lub prowadzone szkolenia, ośrodki, stowarzyszenia. Być może jest szansa — drogą refleksji nad programami, drogą sporów i dojrzałych poszukiwań — wyłonienia takiego ciała, które będzie miało prawo uważać się za reprezentatywne. (Przygotowanie takiego zjazdu byłoby bardzo trudnym wyzwaniem i wymagałoby wielu odpowiedzialnych działań.)

Środowiska psychoterapeutyczne skupione wokół czterech, pięciu głównych modeli/modalności terapeutycznych (psychoanalityczno-psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne, systemowo-narracyjne, egzystencjalno-humanistyczne oraz integracyjne) wyłaniają wewnętrznie swoich reprezentantów i to oni tworzą kolegialne ciało.

Zgodnie z przygotowywaną wersją ustawy dochodzi do wyboru Krajowej Rady Psychoterapii (jak rozumiem, jest to wyjście kompromisowe między wyborem „oddolnym” a nadaniem ministerialnym).

Oczywiście powyższe opcje nie są rozłączne i być może wskazane jest czwarte rozwiązanie, które by korzystało z częściowych zalet tych trzech możliwości.

**Podsumowując:** Niezbędne jest ustanowienie ogólnopolskiej „władzy” społeczności psychoterapeutów. W świetle przygotowywanej ustawy będzie to Krajowa Rada Psychoterapii. Będzie ona wtedy dobra, gdy 1 — będzie skutecznie chronić i respektować dojrzały pluralizm szkół terapeutycznych; 2 — będzie odpowiednim partnerem dla NFZ; 3 — będzie dbać o prestiż i etos zawodu.

### Piśmiennictwo

1. Cooper M. Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2010.
2. Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness – approved August 2012. Recognition of psychotherapy effectiveness. <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx>
3. Barber C. Comfortably numb. How psychiatry is medicating a nation. New York: Vintage Books; 2009.
4. de Barbaro B. Postpsychiatria: surowy krytyk nowoczesnej psychiatrii. Psychiat. Dypl. 2007; 6: 17–23.
5. Szasz T. Pharmacracy. Medicine and politics in America. Westport: Praeger Publishers; 2001.
6. Barnes TRE & Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Leczenie farmakologiczne chorych na schizofrenię. Wytyczne British Association for Psychopharmacology oparte na wiarygodnych danych. Med. Prakt. Psychiatria. 2012, wyd. spec. 13–71.

Adres: bogdan debarbaro@wp.pl