

PSYCHOTERAPIA 1 (172) 2015

strony: 95-99

Od wielu lat w środowisku polskich psychoterapeutów trwają prace nad Ustawą o zawodzie psychoterapeuty. W tej sytuacji wydaje się ważne, by Czytelnicy „Psychoterapii” znali stanowisko Zarządów Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zostało ono sformułowane na wniosek Zarządu PTP. Mamy nadzieję, że lektura tekstu przedstawiającego to stanowisko stanie się zacznym dyskusji wśród psychoterapeutów i zainspiruje Czytelników do dzielenia się własnymi refleksjami na temat ustawy.

STANOWISKO ZARZĄDÓW

SEKCJI NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO I SEKCJI NAUKOWEJ TERAPII RODZIN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO W SPRAWIE PRAC NAD USTAWĄ O ZAWODZIE PSYCHOTERAPEUTY

Uwagi wstępne

Wieloletni wysiłek osób z Polskiej Rady Psychoterapii pracujących nad Ustawą o zawodzie psychoterapeuty zasługuje na uznanie. Docenienie tej pracy jest tym bardziej zasadne, że PRP jest grupą osób o różnych poglądach i różnych „korzeniach ideologicznych”, którym mimo to udało się przygotować zręby dokumentu, mającego być podstawą funkcjonowania ważnej i opiniotwórczej społeczności, jaką tworzą w Polsce psychoterapeuci.

W wielu krajach europejskich brak jest regulacji ustawowej dla zawodu psychoterapeuty. W niektórych krajach uważa się, że taka regulacja jest niepotrzebna, są i takie, w których prace nad ustawą trwają. Środowisko polskich psychoterapeutów stoi na stanowisku, że jest ona potrzebna, gdyż może mieć korzystny wpływ na jakość usług psychoterapeutycznych (interes pacjenta) oraz na pozycję i prestiż zawodu psychoterapeuty.

Fakt, że prace nad ustawą trwają blisko 10 lat odzwierciedla podstawową trudność wynikającą ze specyfiki zawodu psychoterapeuty: istnieje (nie tylko w Polsce) wiele poglądów na fundamentalne kwestie, takie jak „czym jest psychoterapia” oraz „kto może być psychoterapeutą”. W tej sytuacji praca nad ustawą tylko wtedy ma szansę zakończyć się sukcesem, gdy przedstawiciele różnych środowisk przyjmą postawę otwartą na inne poglądy i zgodzą się na kompromisy w poszukiwaniu wersji ostatecznej.

Jedna psychoterapia dla dwóch rodzajów pacjentów/klientów

Codzienna praktyka wskazuje, że psychoterapeuci zajmują się dwoma obszarami aktywności. Główna to specyficzne oddziaływanie jednej lub kilku osób na stan psychiczny chorego zmierzające do przywrócenia zdrowia jednostce, w celu usunięcia zakłóceń przeżywania, będących przyczyną jego choroby. Ten rodzaj praktyki zawodowej psychoterapeuty adresowany do osób mających diagnozę medyczną niektórzy określają jako

„psychoterapię kliniczną” lub „psychoterapię medyczną”. Te nazwy nie oznaczają redukcji psychoterapeutycznego dyskursu do metod stosowanych w „medycynie biologicznej”, a jedynie podkreślają, że adresatem psychoterapii jest osoba, której można przypisać diagnozę zgodnie z obowiązującymi w danym czasie i miejscu kryteriami diagnostycznymi (obecnie w Polsce: ICD-10).

Drugi obszar działalności to praca z osobą, która zgłasza się do psychoterapeuty nie z powodu zaburzeń zdrowia, lecz jako „klient” oczekujący pomocy w rozwoju lub pokonaniu innych („nieklinicznych”) problemów życiowych. To rozróżnienie między „psychoterapią kliniczną” a „psychoterapią zorientowaną na rozwój” jest wprawdzie pewnym uproszczeniem (są bowiem obszary działania psychoterapeuty, które trudno jednoznacznie przyporządkować jednemu z tych określeń, np. terapia małżeństwa w kryzysie¹), jednak w świetle wielu okoliczności jest technicznie niezbędne. Niezbędność wynika przede wszystkim z faktu, że celowe i społecznie sprawiedliwe jest, by psychoterapia kliniczna była refundowana przez ubezpieczyciela, a tego można wtedy oczekiwać i domagać się od państwowego ubezpieczyciela działającego w obszarze zdrowia, gdy praca psychoterapeuty dotyczy jego przywracaniu. Można zarazem mieć nadzieję, że wraz z rozwojem ekonomicznym, także to oddziaływanie, które ma charakter profilaktyczny — i *de facto* jest społecznie „opłacalne” — będzie także refundowane. Bowiem w świetle definicji WHO, warunkiem bycia zdrowym nie jest jedynie brak zaburzeń, ale także psychiczny i społeczny dobrostan.

Część środowiska psychoterapeutycznego nie akceptuje rozróżnienia na „psychoterapię kliniczną” i „psychoterapię skierowaną na rozwój”. Jednak bez dostrzeżenia i respektowania tego rozróżnienia wylalibyśmy się w liczne nieporozumienia, niesprawiedliwe rozstrzygnięcia czy — mówiąc wprost — rozstrzygnięcia nieuczciwe ze społecznego punktu widzenia, a w sporze z ubezpieczycielem pozbawilibyśmy się rzetelnych argumentów na rzecz refundacji usług służących przywracaniu zdrowia. Należy podkreślić, że wyróżnienie tych dwóch rodzajów usług wykonywanych przez psychoterapeutów nie oznacza podziału psychoterapeutów na dwie podgrupy, a jedynie wskazuje na dwa konteksty czy dwa rodzaje zadań, z których każde może być wykonywane przez psychoterapeutę dysponującego certyfikatem.

Wyłączenie z ustawy usług psychoterapeutycznych zorientowanych na rozwój jednostki jest teoretycznie możliwe (ustawa dotyczyłaby wówczas jedynie psychoterapii klinicznej, czy — używając innej nazwy — psychoterapii medycznej), jednak byłoby to z różnych powodów niekorzystne. Oprócz wyżej wymienionego faktu zazębiania się tych dwóch obszarów, należy zauważyć, że jeśli psychoterapia zorientowana na rozwój jednostki ma być prowadzona kompetentnie, to potrzebne są do niej kwalifikacje i kompetencje niewiele różniące się od tych potrzebnych w psychoterapii klinicznej. Ponadto psychoterapeuci podejmujący się z klientem pracy zorientowanej na rozwój powinni dysponować umiejętnością rozpoznania, czy dana osoba nie wymaga terapii klinicznej. Nie bez znaczenia jest także fakt, że objęcie ustawą obu tych obszarów oznacza objęcie odpowiedzialnością ustawową wszystkich psychoterapeutów (a nie tylko tych zajmujących się leczeniem), a to pozostaje w żywotnym interesie pacjentów/ klientów. W świetle powyższego, rozróżnienie

¹ W terapii małżeństwa w kryzysie niekiedy mamy do czynienia z dwiema osobami, u których nie ma powodu diagnozować jakiegokolwiek zaburzenia, ale może być i tak, że przynajmniej u jednej z osób występuje np. ostra reakcja na stres czy zaburzenie adaptacyjne.

na „dwie psychoterapie” ma — w swojej istocie — do pewnego stopnia charakter techniczny i służy jedynie rozróżnieniu między usługobiorcami „medycznymi” a „niemedycznymi”. Niezbędna wiedza, umiejętności i etyczna odpowiedzialność psychoterapeutów dotyczy pracy z każdą z wymienionych podgrup pacjentów/klientów.

Zagadnienie skuteczności psychoterapii

W pertraktacjach ze społecznym ubezpieczycielem często pojawia się z jego strony pytanie o to, czy dana forma (modalność) oddziaływania może być uznana za psychoterapię. Chodzi o rozstrzygnięcie, czy jakieś oddziaływanie psychoterapeutyczne w ramach danej szkoły może być jako skuteczne — refundowane. Takie postawienie problemu oparte jest na nieporozumieniu². Można bowiem być psychoterapeutą wysoce wykwalifikowanym i skutecznym w pracy nad rozwojem jednostki, a jednocześnie nie dysponować metodą, która prowadzi do skutecznego leczenia określonych zaburzeń. (Tak jak można być psychoterapeutą, działającym w modalności skutecznej w leczeniu jednego zaburzenia, a nieskutecznej w leczeniu innego.) Dopiero po przyjęciu rozróżnienia proponowanego powyżej, pytanie merytorycznie uzasadnione brzmi: jaką metodą (w jakiej modalności) — jakie zaburzenie — w jakim czasie — może być skutecznie leczone.

Jednocześnie odpowiedzi na pytanie „co — komu” szukać można nie tylko poprzez wskazanie skutecznej modalności, ale także poprzez zwrócenie uwagi na wiele, skądinąd fundamentalnych w psychoterapii, czynników, takich jak „przymierze terapeutyczne”, poziom emocjonalnej integracji psychoterapeuty, zdolność terapeuty do empatii, korzystanie z superwizji itp. Większość terapeutów deklaruje podejście eklektyczne lub integracyjne, co odzwierciedla fakt, że psychoterapeuci w praktyce łączą perspektywy i techniki pochodzące z różnych szkół.

Należy podkreślić, że w obszarze psychoterapii nie ma jednej metody badawczej, którą można by uznać za powszechnie akceptowaną i prowadzącą do trafnych, rzetelnych i wiarygodnych konkluzji. Jednak problemy dotyczące dowodów skuteczności psychoterapii nie wynikają z ich braku (ta dawno i na różne sposoby została udowodniona). Przyczyny trudności w badaniu skuteczności psychoterapii tkwią w złożoności problemów metodologicznych, takich jak:

- wielości zmiennych pośredniczących i zakłócających;
- skłonności do badania skuteczności jednej wyizolowanej metody, podczas gdy w praktyce stosuje się wiele metod;
- konieczności uwzględniania i rozróżnienia między *efficacy*, *effectiveness* a *patient-focus research*,³
- konieczności wnikania w sam proces psychoterapii metodami jakościowymi itd.

² Podobnie jak nietrafne jest pytanie, czy aspiryna jest skuteczna. Bo w jednych przypadkach jest skuteczna, w innych jest nieskuteczna, a w jeszcze innych jest szkodliwa. I obowiązkiem lekarza jest wiedza w tym zakresie.

³ *Efficacy* bada wyższość danej metody od placebo w kontrolowanych próbach. *Effectiveness* wskazuje, czy dana metoda jest skuteczna, gdy jest stosowana przez przeciętnych terapeutów wobec przeciętnych pacjentów. *Patient-focus research* odwołuje się do danych uzyskanych poprzez monitorowanie kolejnych sesji dzięki informacjom zwrotnym uzyskiwanym od pacjentów.

Jakkolwiek w „przyrodoznawczym obszarze” medycyny ze zrozumiałych względów obowiązuje EBM (*evidence based medicine*), badania dotyczące psychoterapii muszą opierać się także na tzw. EST (*empirically supported treatment*) czy EBP (*evidence based practice*). Niekiedy EBM krytykowana jest za niedostateczne uwzględnianie humanistycznego wymiaru oddziaływań medycznych i uzupełniana przez „inne EBM”: *ethics based medicine*.

W świetle powyższego stwierdzenia, stosowanie jakich metod wobec jakich zaburzeń jest skuteczne w ich usuwaniu nie jest tożsame z określeniem, jaką szkołę można uznać za psychoterapeutyczną czy jakiego adepta jakiej szkoły — za psychoterapeutę. Można bowiem — jak wyżej wspomniano — być psychoterapeutą, a pracować w modalności, która w leczeniu danego zaburzenia jest nieskuteczna. Tak więc zadaniem poszczególnych modalności nie jest wykazanie swej skuteczności w ogóle, lecz wykazanie, w czym jest skuteczna oraz jakie warunki „ponadmodalnościowe” powinien spełniać psychoterapeuta, by takim być. Jednocześnie trzeba brać pod uwagę, że owo „wykazywanie skuteczności psychoterapii” nie jest procedurą podobną do sytuacji w np. chorobach wewnętrznych czy farmakoterapii: sztywne, jednoznaczne algorytmy byłyby nieadekwatne do tego, czym jest psychoterapia.

Problem skuteczności danej metody jest tym bardziej złożony, że podstawowym wnioskiem, jaki płynie z wielu badań nad psychoterapią, jest uznanie, że nie teoria wyznawana przez terapeuta decyduje o efektywności terapii, lecz tzw. relacja terapeutyczna oraz „uniwersalne czynniki leczące”, a te zależą od czynników osobowościowych terapeuty oraz jego umiejętności, wiedzy i postawy etycznej, a nie od realizowanych specyficznych technik w ramach jakiejś modalności. Tak więc powinno się unikać uogólnienia w rodzaju „dane podejście ma naukowo udowodnioną skuteczność, a inne nie”, gdyż skuteczność zależy od tego, wobec jakich problemów/zaburzeń dana metoda jest stosowana i przez jakiego terapeuta. Każda z głównych modalności (psychoanalityczno-psychodynamiczna, poznawczo-behawioralna, humanistyczna w tym — Gestalt), systemowa oraz podejścia integracyjne mogą się wykazać skutecznością. Rzecz w tym, by proces edukacyjny był rzetelny, czynił kandydata na terapeuta kompetentnym, nie był dogmatyczny i przygotowywał do wiedzy „co — komu”.

Kto może być psychoterapeutą

W społeczności psychoterapeutów rozbieżne są opinie, jakie wykształcenie stanowi odpowiedni prerekwizyt, by móc zostać psychoterapeutą. Oto dwie skrajności:

- stanowisko „konserwatywne”, zgodnie z którym terapeutą może być jedynie osoba, która jest psychologiem bądź psychiatrą;
- stanowisko „liberalne”, zgodnie z którym psychoterapeutą może być każda osoba, z wyższym wykształceniem i ukończonym odpowiednim kursem psychoterapii.

Zasadne wydaje się stanowisko „umiarkowane”, zgodnie z którym:

- niezbędne jest wykształcenie medyczne bądź psychologiczne lub też inne humanistyczne, o ile w trakcie studiów zawierało ono co najmniej 90 godzin zajęć z psychologii klinicznej i psychopatologii jako integralnej części kształcenia;
- niezbędne jest uzupełnienie tej części wiedzy, której studia pierwsze nie zapewniły (a więc psycholog powinien uzupełnić wiedzę w obszarze psychiatrii, psychiatra w za-

kresie psychologii, a np. pedagog, socjolog, filozof czy teolog — w zakresie psychologii klinicznej, psychopatologii i psychiatrii).

Bez tych uzupełnień (potwierdzonych procedurami egzaminacyjnymi) byłby narażony na szwank interes pacjenta/klienta.

Kompetencje osoby ubiegającej się o certyfikat psychoterapeuty (ustawowo upoważniającego do wykonywania tego zawodu) powinny być weryfikowane podwójnie.

Prawo do szkolenia prowadzącego do przyznania certyfikatu powinno być udzielane tym ośrodkom, w których zostanie zweryfikowana jakość usług dydaktycznych, skład zespołu dydaktycznego oraz warunki pozwalające sprawnie i rzetelnie przeprowadzić szkolenie. Jest to bowiem obszar, w którym oddanie szkoleń zwykłym prawom rynku doprowadziłoby do degradacji jakości merytorycznej.

Warunkiem uzyskania certyfikatu jest zdanie egzaminu zewnętrznego, co oznacza, że ośrodek szkolący daną osobę nie może być jednocześnie ostatecznym weryfikatorem jej kompetencji. Egzamin zewnętrzny nie oznacza weryfikowania wiedzy z perspektywy innej niż modalność wybrana i wyuczona przez egzaminowanego, lecz ma na celu uniknięcie konfliktu interesów (tym większy zysk ośrodka im więcej osób, które zdały egzamin). Komisja egzaminacyjna powinna być w tym sensie zewnętrzna, że powinna uwzględniać daną modalność, ale także — dla uniknięcia dogmatyzmu ideologicznego jakiegokolwiek ze szkół — powinna sprawdzać niezbędną wiedzę podstawową z zakresu psychoterapii (nie tylko z modalności wybranej przez osobę szkoloną).

Uwagi końcowe

Przygotowywana ustawa w zasadniczym stopniu odwołuje się do zadań związanych z terapią oraz do relacji ze społecznym ubezpieczycielem, pozostającym w silnym powiązaniu z Ministerstwem Zdrowia, co jest ważnym powodem taktycznym, jak i strategicznym. Procedura uzgodnieniowa (zapewniająca przeprowadzenie uzgodnień z czynnikami społecznymi oraz z wszystkimi ministerstwami) zabezpiecza przed uzależnieniem zawodu psychoterapeuty od medycznych i pozamedycznych struktur biurokratycznych, które nie uwzględniałyby żywotnych interesów i specyfiki zawodu psychoterapeuty.

w imieniu SNP PTP
prof. dr med. Bogdan de Barbaro

w imieniu SNTR PTP
dr med. Mariusz Furgal