



DR MACIEJ  
BOCHEŃSKI  
ADWOKAT

Ustosunkowanie się do projektowanej zmiany wypadnie rozpocząć od ostatniego punktu „Oceny Skutków Regulacji“, jako, że jest on znamieny. Otobowiem w sekcji „Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)” pojawia się adnotacja „BRAK”.

Nie sposób nie odnieść wrażenia, że istotnie proponowana zmiana, istotnie NIE ZOSTAŁA poprzedzona jakąkolwiek analizą, badaniami itp.

**Ilu psychoterapeutów przypada w Polsce na 100.000 obywateli?**

**Jaka jest rzeczywista dostępność usług psychoterapeutycznych w Polsce?**

**Jakie są modalności (paradygmaty) psychoterapeutyczne, i czy są one sobie równoważne (m.in. w zakresie skuteczności oddziaływań)?**

**Jak obecnie wygląda kształcenie podyplomowe psychoterapeutów i jakie różnice jakościowe w tym zakresie miałyby pomóc osiągnąć proponowana zmiana?**

Projektodawca najwyraźniej nie zadał sobie trudu, aby zbadać w/w okoliczności.

Złożony projekt jest o tyle zdumiewający, że sam Minister Zdrowia w ramach regulacji własnego Resortu dostrzega choćby istnienie różnych paradygmatów psychoterapeutycznych, a przede wszystkim zauważa, że w

obrębie psychoterapii istnieją podejścia skuteczne (o naukowo dowiedzionej skuteczności) oraz takie, którym takiego waloru nijak przydać nie można! Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w § 2 pkt 5 wprost powołuje się, iż *osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty* – to osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

a) posiada tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub magistra po ukończeniu studiów na kierunku psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1026),

b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii humanistyczno-doświadczeniowej lub integracyjnej, lub poznawczo-behawioralnej, lub psychoanalitycznej, lub psychodynamicznej, lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,

c) posiada zaświadczenie poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”

Proponowane obecnie utworzenie jednej, ogólnej specjalności „psychoterapeuty” jawi się nie tylko jako nieuzasadnione, ale przede wszystkim niezrozumiałe i sprzeczne z własnymi uprzednimi zabiegami legislacyjnymi Ministra Zdrowia. Wszak Ministerstwo dostrzega, że daje się wyodrębnić szereg podejść psychoterapeutycznych, z których tylko niektóre (żeby nie powiedzieć NIELICZNE!) dają rękojmię należytego prowadzenia psychoterapii, na tyle, aby Ministerstwo Zdrowia bez obaw i zastrzeżeń było gotowe powierzyć psychoterapeutom określonych modalności prowadzenie psychoterapii finansowanej ze środków budżetu Państwa.

Obecna propozycja zacierza różnice między podejściami – co będzie miało wyłącznie negatywne skutki dla ogólnego poziomu świadczenia usług psychoterapeutycznych, a zatem – wywoła skutki zgoła przeciwne do zamierzonego celu! Poszczególne podejścia psychoterapeutyczne zarysowały się dlatego, że na drodze rozwoju psychoterapii okazało się, iż nie jest możliwe, aby być „psychoterapeutą ogólnym”. W założeniu od przyjętych założeń dotyczących – najogólniej rzecz ujmując – konstrukcji psychicznej człowieka, przebiegu jego procesów poznawczych, jak również funkcjonowania określonych struktur mózgu, poszczególne paradygmaty psychoterapeutyczne posługują się różnymi metodami, technikami i sposobami poprawy zdrowia psychicznego Pacjentów. Co ważne – Pacjenci są w ostatnim czasie nader świadomi różnic pomiędzy podejściami; z doświadczeń psychoterapeutów, których reprezentuje Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej, ale również z relacji psychoterapeutów innych modalności, wynika, że Pacjenci często poszukują bardzo konkretnego podejścia terapeutycznego, kierując się pozyskanymi wcześniej danymi dotyczącymi skuteczności konkretnego podejścia w pracy z konkretnym problemem lub zaburzeniem. Wprowadzenie „ogólnej” specjalizacji w zakresie „psychoterapii” doprowadzi do zatarcia tych różnic.

Nie jest również tak, że obecnie pomoc psychoterapeutyczna pozostaje bez jakiegokolwiek kontroli poziomu i przygotowania merytorycznego osób ją świadczących przez organizacje zawodowe zrzeszające profesjonalistów – specjalistów z zakresu psychoterapii. Co istotne – dostrzega to również Ministerstwo Zdrowia, a to w przywołanym wyżej Rozporządzeniu, w którym wprost wskazano na istnienie „certyfikatu psychoterapeuty”, a zatem istnienie organizacji i procedur mających zapewnić odpowiedni poziom świadczeń psychoterapeutycznych.

Omawianej regulacji nie sposób ocenić pozytywnie również w kontekście analizy systemowej. Jaka bowiem będzie relacja między zapisami, o których mowa w projekcie (tj. przewidującymi tytuł „specjalisty w dziedzinie psychoterapii”) a dotychczasowymi regulacjami mówiącymi o „osobie posiadającej certyfikat psychoterapeuty”? W aktualnym kształcie projektowanej regulacji brak jest normy kolizyjnej rozstrzygającej tę kwestię. Co więcej – na rynku usług psychoterapeutycznych powstanie (w oczach Pacjentów) zamęt co do tego czy „certyfikowany psychoterapeuta”, albo „psychoterapeuta z certyfikatem Stowarzyszenia” to „ktoś więcej” czy „ktoś mniej”, niż „specjalista w dziedzinie psychoterapii”.

Nie można również tracić z pola widzenia ważkich kwestii praktycznych. Obecnie Ministerstwo Zdrowia, jako wykształcenie podyplomowe uprawniające do świadczenia usług psychoterapeutycznych kontraktowane ze środków publicznych, wskazuje szkolenie w zakresie psychoterapii w wymiarze co najmniej 1200 godzin. Godzi się podkreślić, że szkolenie to jest szkoleniem (zgodnie z sensem i brzmieniem § 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) w zakresie JEDNEGO TYLKO paradygmatu psychoterapeutycznego, obejmujące najczęściej pojedyncze bloki przybliżające uczestnikom pozostałe wiodące podejścia psychoterapeutyczne. Skoro

szkolenie pozwalające ubiegać się o certyfikat psychoterapeutyczny odpowiednio w podejściach: systemowym, poznawczo-behawioralnym, psychodynamicznym trwa 1200 godzin (i jest – jak w przypadku psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych PTTPB – szkoleniem CZTEROLETNIM!), to w jakim wymiarze godzinowym (i rozłożonym na ile lat?) Ministerstwo Zdrowia wyobraża sobie szkolenie obejmujące wnikliwe zapoznanie uczestników specjalizacji z KAŻDYM wiodącym nurtem psychoterapii...? Jeśli zaś liczbę godzin i czas trwania szkolenia specjalizacyjnego miałyby się skrócić, to chyba nie powinno budzić wątpliwości, że odbędzie się to kosztem wiedzy i umiejętności uczestników.

W myśl popularnego porzekadła „specjalista od wszystkiego, nie jest specjalistą od niczego”. Do takich wniosków prowadzi zresztą analiza dotychczas ustanowionych dziedzin w jakich można uzyskać tytuł specjalisty. Są to dziedziny wąskie, obejmujące jedynie wycinek obszernej gałęzi wiedzy. Odnosząc się do samej psychologii i psychoterapii warto wskazać, iż dziedziny zostały mocno zawężone: a to do psychologii klinicznej, a to do psychoseksuologii, czy też psychoterapii dzieci i młodzieży, bądź psychoterapii uzależnień. Szczególnie wyodrębnienie tych dwóch ostatnich z wymienionych nakazuje w dwójnasób intensywnie zadać pytanie o sensowność i celowość wyodrębnienia „psychoterapii”. Psychoterapia dzieci i młodzieży jest bowiem ograniczona do podmiotu, jakiemu świadczona jest pomoc psychoterapeutyczna – szkolenie specjalizacyjne może zatem zostać okrojone jedynie do problemów i zaburzeń w/w grup wiekowych (i rozwojowych); psychoterapia uzależnień – podobnie, z tym, że tutaj ograniczenie jest natury przedmiotowej, a nie podmiotowej. To również pozwala dokonać selekcji treści będących przedmiotem szkolenia, a w konsekwencji ustanowić tytuł specjalisty w zakresie pomocy psychoterapeutycznej w bardzo konkretnie określonej problematyce.



Aby unaocznic z jaką skalą problemów psychicznych zmagają się osoby dorosłe można posilkować się innym aktem normatywnym Resortu Zdrowia, a to Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2005 r. w sprawie wykazu stanów chorobowych i zaburzeń funkcjonowania psychologicznego wykluczających możliwość wydania pozwolenia na broń i rejestracji broni. Warto jedynie nadmienić, że wykaz ten obejmuje zaburzenia (per se) najpoważniejszej kategorii, jako że jego celem jest stworzenie katalogu przyczyn wykluczających możliwość skutecznego ubiegania się o pozwolenie na broń. Zaburzeń czy problemów psychicznych mniej poważnych jest wielokrotnie więcej. Tym niemniej dla zobrazowania skali tego z czym „zмага się” psychoterapia w tak ogólnym ujęciu, jak miałyby się to znaleźć w projektowanym Rozporządzeniu warto wskazać na:

- 1) organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi;
- 2) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, z wyłączeniem palenia tytoniu;
- 3) schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe;
- 4) zaburzenia nastroju (afektywne);
- 5) zaburzenia nerwicowe lękowe, obsesyjno-kompulsyjne, dysocjacyjne, pod postacią somatyczną;
- 6) przewlekająca się reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne;



- 7) przewlekłe zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi z wyłączeniem dysfunkcji seksualnych niespowodowanych zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną;
- 8) zaburzenia osobowości;
- 9) zaburzenia nawyków i popędów;
- 10) zaburzenia preferencji seksualnych (transwestytyzm fetyszystyczny, ekshibicjonizm, oglądactwo, pedofilia, sadomasochizm);
- 11) upośledzenie umysłowe;
- 12) całościowe zaburzenia rozwojowe;
- 13) zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym.

Dodać jeszcze należy, że dla każdego w/w zestawu problemów KAŻDE z podejść psychoterapeutycznych przewiduje specyficzny dla danego paradygmatu zestaw oddziaływań, technik, metod itd.

Na zakończenie Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej chciałoby odnieść się do konkretnych twierdzeń Oceny Skutków Regulacji, które są albo nieadekwatne, albo – niestety – nie polegają na prawdzie.

*Przedmiotem projektu rozporządzenia jest wprowadzenie nowej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – psychoterapii, w której osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne.*



### **Stanowisko PTPPB:**

Psychoterapia nie jest nową dziedziną w ochronie zdrowia. Wprost przeciwnie istnieje od wielu lat, co Ministerstwo winno wiedzieć najlepiej, jako że wielu psychoterapeutów – również legitymujących się certyfikatem psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego PTPPB świadczy usługi w ramach kontraktów z NFZ. Szkolenia w kierunku uzyskania certyfikatów odbywają się od wielu lat, prowadzone są przez renomowane ośrodki szkolące, bądź wręcz – Szkoły Wyższe i są zgodne ze standardami, jakich oczekiwało i oczekuje Ministerstwo Zdrowia.

*Powyższe przyczyni się do poprawy opieki w obszarze ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej.*

### **Stanowisko PTPPB:**

Osiągnięcie zadekretowanego celu jawi się jako wątpliwe. Albo zakres szkolenia specjalizacyjnego zostanie ograniczony, albo jego czas trwania i koszty będą olbrzymie. Dla potencjalnego odbiorcy usług psychoterapeutycznych – poprzez zatarcie różnic między modalnościami (paradygmatami) psychoterapeutycznymi – dokonanie świadomego wyboru najlepszego specjalisty dla rozwiązania jego problemu – stanie się utrudnione, zamiast ułatwionego.

*Umożliwi to podniesienie w ramach kształcenia podyplomowego kwalifikacji zawodowych osób posiadających tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub osób, które uzyskały tytuł magistra po ukończeniu studiów na kierunkach: lekarskim, pielęgniarstwa, psychologii, pedagogiki, socjologii, resocjalizacji.*





### **Stanowisko PTPPB:**

**Obecnie istnieje ustrukturuwany i dobrze funkcjonujący sposób podnoszenia kwalifikacji zawodowych wskazanych grup zawodowych, czego dowodem jest to, że Ministerstwo Zdrowia samo w swoich regulacjach wspomina o certyfikatach psychoterapeutycznych (możliwych do uzyskania po odbyciu szkolenia o określonych ramach czasowych), jako dających rękojmię prawidłowego wykonywania działalności psychoterapeutycznej.**

*Psychoterapia to uznana metoda terapeutyczna, która może być stosowana jako monoterapia w zaburzeniach psychicznych o łagodnym nasileniu. Połączenie psychoterapii z farmakoterapią lub metodami biologicznymi to optymalna forma leczenia zaburzeń psychicznych o umiarkowanym i ciężkim nasileniu. Psychoterapia odgrywa również znaczącą rolę w profilaktyce chorób psychosomatycznych i zaburzeń psychicznych.*

### **Stanowisko PTPPB:**

**Błędem jest uznawanie „psychoterapii”, jako swoistego monolitu. Błędem jest zacieranie różnic między podejściami psychoterapeutycznymi. Błędem jest stawianie znaku równości między poszczególnymi paradygmatami w kontekście ich skuteczności. Z całym szacunkiem skuteczność tzw. ustawień hellingerowskich w leczeniu zaburzeń osobowości jest znikoma... Psychoterapia psychoterapii nierówna, zatem nie sposób jest zgodnie z prawdą mówić o „psychoterapii” w jakimkolwiek ogólnym ujęciu.**

*Wprowadzenie specjalizacji z psychoterapii zwiększy dostępność psychoterapii, szczególnie w ramach leczenia środowiskowego realizowanego w ramach*

*centrum zdrowia psychicznego i pozostałych podmiotów świadczących opiekę psychiatryczną.*

#### **Stanowisko PTTPB:**

**Abstrahując od tego na jakich danych, estymacjach, analizach Ministerstwo Zdrowia opiera się stawiając taką hipotezę, wskazany cel może być trudny do osiągnięcia. Stawianie hipotezy, że osiągniemy efekt „zwiększenia” czegokolwiek, wymaga (w myśl standardów metodologicznej poprawności) ustalenia poziomu wyjściowego tego, co ma ulec owemu „zwiększeniu”. Dodatkowo zasadnym byłoby oczekiwać analizy tego: czy i dlaczego aktualnie obowiązujące rozwiązania są niewystarczające? Podobnie, Ministerstwo nie przedstawia na czym opiera hipotezę i założenie, że po uzyskaniu tytułu specjalisty, osoby legitymujące się tym tytułem masowo zaczną zasilać szeregi osób świadczących „leczenie środowiskowe realizowane w ramach centrów zdrowia psychicznego i pozostałych podmiotów świadczących opiekę psychiatryczną”.**

*Umiejscowienie systemu szkolenia w dziedzinie psychoterapii w funkcjonującym systemie prowadzenia szkoleń wynikającym z przepisów ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia przyczyni się do uzyskania transparentnych i wystandaryzowanych warunków i trybu uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie psychoterapii.*

#### **Stanowisko PTTPB:**

**Już obecnie istnieją transparentne i wystandaryzowane warunki i tryb – tak prowadzenia (organizowania) szkoleń w zakresie psychoterapii i/lub**



**superwizji, jak i uczestnictwa w tych szkoleniach oraz procedury certyfikacji terapeutów.**

*Osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii będzie przygotowana do prowadzenia psychoterapii zaburzeń psychicznych i związanych z nimi zaburzeń somatycznych poprzez nawiązywanie szczególnej relacji interpersonalnej nazywanej relacją psychoterapeutyczną, umożliwiającą zaistnienie procesu psychoterapeutycznego, w którym język jest zasadniczym sposobem komunikacji.*

#### **Stanowisko PTTPB:**

**W ocenie PTTPB (i z perspektywy Towarzystwa i jego członków) opisane kompetencje nie stanowią żadnego *novum*, którego zaistnienie jest możliwe tylko poprzez wprowadzenie tytułu „specjalisty w dziedzinie psychoterapii”. Certyfikowani terapeuci PTTPB już obecnie posiadają przygotowanie, o którym mowa.**

*Celem oddziaływań psychospołecznych, stosowanych przez specjalistę w dziedzinie psychoterapii dorosłych, jest usunięcie zaburzeń psychicznych przez zmianę sposobów przeżywania, poznawania i zachowania. W wyniku tych oddziaływań pacjent zdobywa nową wiedzę i uczy się nowych wzorców reagowania emocjonalnego i zachowania. Adresatem tych oddziaływań będą pacjenci pełnoletni, u których rozpoznanie i przyczyny powstania objawów uzasadniają, zgodnie ze współczesną wiedzą o etiopatogenezie, zastosowanie psychoterapii.*

#### **Stanowisko PTTPB:**

Abstrahując od tego, że cytowany fragment – w realiach w jakich jest przywoływany – stanowi niejako frazes, to – na domiar złego – całkowicie nieadekwatny. Nie każde podejście psychoterapeutyczne opiera się na psychoedukacji, w wyniku której *pacjent zdobywa nową wiedzę i uczy się nowych wzorców reagowania emocjonalnego i zachowania*; nie każda modalność psychoterapeutyczna ma na celu *zmianę sposobów przeżywania, poznawania i zachowania*. O ile stwierdzenie to niemal w pełni przystaje do psychoterapii poznawczo-behawioralnej, to już w wielu innych podejściach cele i metody działania będą odmienne.

Należy w tym miejscu z całą stanowczością podkreślić, że samo wprowadzenie zmiany w rozporządzeniu – tak jak jest to obecnie proponowane nie jest zakończeniem zmiany systemu kształcenia w psychoterapii – a wprost przeciwnie – stanowi dopiero początek modyfikacji istniejącego, zdecentralizowanego (i skutecznego!) systemu kształcenia psychoterapeutów w Polsce. Zapoczątkowanie zmian powinno nastąpić dopiero (i TYLKO!) wtedy, kiedy opracowany będzie cały system. Tymczasem poprzez używanie określeń rażąco oderwanych od realiów obszernej dziedziny, jaką jest „psychoterapia” (ujmowana w tak ogólny sposób) projektodawca daje dowody tego, że bynajmniej pozostałych zmian (jak choćby zarysów programów szkoleń w zakresie tak ogólnie rozumianej psychoterapii) nie ma nawet przemyślanych, a co dopiero przygotowanych. Sytuacja, w której zostanie ustanowiony tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii, a następnie przez kolejne kilkanaście lub kilkadziesiąt miesięcy będą trwały rozmowy i negocjacje w przedmiocie kształtu szkolenia specjalizacyjnego jest niepożądana i bynajmniej nie służąca celowi, jaki zadekretował ustawodawca. Trudno natomiast podejrzewać inny obrót spraw, skoro psychoterapeuta poznawczo-behawioralny i psychoterapeuta ustawień hellingerowskich



nie mają właściwie płaszczyzny porozumienia i należy zakładać, że wizja szkolenia w psychoterapii u przedstawiciela każdej z wymienionych metod psychoterapeutycznych będzie skrajnie różna.

**ZE WSZYSTKICH POWYŻSZYCH WZGLĘDÓW NA OBECNYM ETAPIE POLSKIE  
TOWARZYSTWO TERAPII POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ WYRAŻA SPRZECIW  
WOBEC PROJEKTOWANEJ ZMIANY.**