

Bohdan W. Wasilewski<sup>o</sup>, Christian Imieliński<sup>o</sup>, Stanisław Dulko<sup>o</sup>,  
Zbigniew Węgrzyn\*

## Wymogi jakościowe dotyczące szkolenia w zakresie psychoterapii medycznej - przegląd literatury.

Quality Requirements In Medical Psychotherapy Training – Literature Overview

Zakład Psychosomatyki, Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich<sup>o</sup>  
Zakład Koordynacji i Oceny Jakości Kształcenia \*  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Podstawową sprawą dla zabezpieczenia jakości diagnozy i terapii prowadzonej przez psychoterapeutów działających w ramach systemu opieki zdrowotnej jest procedura edukacji psychoterapeuty medycznego. Określenie „psychoterapeuta medyczny” ma nawiązywać do faktu zakwalifikowania zawodu psychoterapeuty przez aktualne prawodawstwo polskie, do zawodów medycznych. Podobnie jak ma to miejsce w Niemczech, gdzie nazwa psychoterapeuta, psychoterapia jest zastrzeżona jedynie do psychoterapii związanej z leczeniem stanów chorobowych. Psychoterapeuta medyczny jest przygotowany do współpracy z systemem opieki zdrowotnej, pracy zespołowej z udziałem lekarzy i innych fachowych pracowników służby zdrowia oraz posiada kompetencje pozwalające na ocenę również somatycznej strony problemu zdrowotnego swojego pacjenta oraz wpływu stosowanych leków. Psychoterapia medyczna ma wiele analogii z psychologią kliniczną promowaną od wczesnych lat siedemdziesiątych przez prof. Marię Sułowską.

Pod ogólnym pojęciem psychoterapii rozumiane są zróżnicowane oddziaływania psychospołeczne, pomocne osobom

w kryzysowych lub trudnych sytuacjach (także spowodowanych chorobą lub kalectwem), bądź pomocne w rozwoju osobistym. Obejmują one zarówno działania bliższe psychoedukacji bądź pomocy psychologicznej udzielane osobom zdrowym poza systemem służby zdrowia, jak i oddziaływania psychoterapeutyczne dotyczące osób chorych, leczących się w ramach systemu służby zdrowia. Autorzy identyfikują cechy wyróżniające psychoterapeutę przygotowanego do funkcjonowania w ramach systemu opieki zdrowotnej (psychoterapeutę medycznego), na przykładzie Polski i innych krajów Unii Europejskiej. Kształcenie psychoterapeutów medycznych i ich funkcjonowanie zawodowe pozostaje w większości krajów pod nadzorem państwa. Wynika to ze szczególnej ochrony prawa do życia i bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa zdrowotnego.

Europejska Konwencja Praw Człowieka wymienia jako pierwsze z gwarantowanych, niezbywalnych praw człowieka – prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego. Analogiczne prawa gwarantuje uchwalona przez Organizację Narodów Zjednoczonych w grudniu 1948 r. Powszechna Deklaracja Praw Człowie-

ka i Konstytucja RP. Gwarantują one prawo do życia w zdrowiu i leczenie zgodne z osiągnięciami współczesnej nauki, przy jego zagrożeniu. Świadczenia zdrowotne mają być udzielane przez osoby o pełnych kwalifikacjach fachowych w miejscach w pełni do tego przystosowanych. Świadczenia zdrowotne mają być udzielane z zachowaniem intymności i poszanowaniem godności pacjenta.

Dla egzekwowania Praw Pacjenta stanowiących element Praw Człowieka zostało utworzone w Polsce szereg instytucji jak: Rzecznik Praw Obywatelskich, Biuro Praw Pacjenta Ministerstwa Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta Narodowego Funduszu Zdrowia, instytucje Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej w Izbie Lekarskiej i Izbie Pielęgniarek i Położnych oraz szereg organizacji społecznych. W sytuacji naruszenia Praw Pacjenta możliwe jest dochodzenie swojej racji zarówno drogą postępowania sądowego na terenie Polski, jak i złożenie skargi indywidualnej do Trybunału Europejskiego ( na podstawie art. 34 EKPC).

Mimo powszechnych deklaracji woli przestrzegania w Polsce Praw Człowieka, w tym Praw Pacjenta oraz licznych instytucji nadzorujących ich stosowanie, nadal większość obywateli uważa iż nie są one przestrzegane (Opinie o przemianach w Polsce 1991-2001 -Pentor). Nadal dominuje praktyka zmuszająca pacjenta do zabiegania o należne mu świadczenia poprzez powiązania lub pieniądze. Prawa Pacjenta pozostają w cieniu interesów silniejszych uczestników systemu, jakimi są dysponenci deponowanych przez pacjenta środków finansowych, producenci leków i aparatury bądź ich dysponenci. O proporcjach tych może świadczyć konstrukcja Karty Praw Pacjenta przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Poza ogólnym zapisem o prawie do ochrony zdrowia, zawiera ona marginalne cytaty dotyczące uprawnień pacjenta, z obszernych aktów regulujących funkcjonowanie

instytucji i zawodów związanych z opieką zdrowotną.

W zakresie psychoterapii stosowanej jako świadczenie zdrowotne, dochodzi do naruszeń Praw Pacjenta, zarówno w trakcie leczenia jak i w trakcie procesu szkolenia psychoterapeutów. Pacjent często nie jest informowany czy leczący go psychoterapeuta posiada pełne uprawnienia do samodzielnego leczenia lub jest informowany błędnie. To samo dotyczy przygotowania do leczenia konkretnej jednostki chorobowej poprzez uprzednie leczenie pod nadzorem szeregu analogicznych przypadków chorobowych. Stosowana w medycynie reguła wieloletniej pracy zespołowej pod nadzorem, przed dopuszczeniem do samodzielnego diagnozowania i leczenia w warunkach ambulatoryjnych jest naruszana w przypadku psychoterapii. To samo dotyczy nadzoru fachowego i supervizyjnego, z reguły jest on zawieszany w okresie gdy staje się on najbardziej potrzebny – w okresie samodzielnego praktykowania psychoterapii po ukończeniu podstawowego szkolenia certyfikującego. Brak skuteczności działania polskiego państwa w zakresie ochrony Praw Pacjenta skutkuje masowym zjawiskiem prowadzenia terapii przez psychoterapeutów bez odpowiednich kwalifikacji, najczęściej w warunkach kolidujących z wymogami organizacyjnymi i sanitarnymi dotyczącymi udzielania świadczeń zdrowotnych. Wyróżnia to negatywnie Polskę od jej sąsiadów z zakresie w zakresie ryzyka zdrowotnego związanego z leczeniem psychoterapeutycznym. Pewne nadzieje można wiązać z przygotowywanymi rozwiązaniami legislacyjnymi sankcjonującymi zawód psychoterapeuty, uwzględniając jednak małą efektywność działania państwa, zapewne będzie trzeba długo czekać na ich praktyczne efekty.

Skuteczność działania istniejących struktur nadzoru medycznego w zakresie eliminowania negatywnych zjawisk związanych z nieuprawnionym leczeniem

psychoterapeutycznym utrudnia szereg uwarunkowań. Należy do nich kamuflowanie leczenia innymi nazwami jak psychoedukacja, psychokorekcja, wsparcie psychologiczne, doskonalenie psychiczne lub duchowe, wspomaganie rozwoju osobowego itd. Z jednej strony terapeuta reklamuje efektywną terapię jednostek chorobowych wymienionych w międzynarodowej klasyfikacji chorób, z drugiej strony twierdzi, iż zajmuje się jedynie stroną psychologiczną problemu, pozostawiając pacjentowi zajmowanie się indywidualnie stroną medyczną jego problemów. Tak więc terapeuta zajmuje się na przykład problemami zwiększonej reaktywności emocjonalnej pacjenta i ich ekspresją wegetatywną zaś problemem pacjenta jest powiązanie ich z problemem wczesnego stadium choroby nowotworowej i doprowadzenie do szybkiego jej rozpoznania choroby, zanim stanie się śmiertelna. Na wszelki wypadek informacje co do stanu somatycznego i aktualnego leczenia są całkowicie pomijane w historii choroby pacjentów leczonych psychoterapeutycznie. Rzadkością jest, poza pojedynczymi placówkami rozliczаныmi przez NFZ, prowadzenie historii choroby pacjenta leczonego psychoterapeutycznie, zgodnie z aktualnymi wymogami formalnymi.

Częstym zjawiskiem jest prowadzenie leczenia psychoterapeutycznego z naruszeniem warunków ustawy o zakładach zdrowotnych. Pacjenci są leczeni w miejscach nie spełniających wymogów przewidywanych przez polskie i europejskie prawo dla prowadzenia leczenia. Są to niekiedy prywatne mieszkania, zakłady edukacyjne, miejsca kultu religijnego lub zakłady usługowe o najróżniejszym profilu działalności. Działalność ta często prowadzona jest poza jakimkolwiek nadzorem medycznym, higienicznym bądź fiskalnym.

Znakomita większość tak praktykujących psychoterapeutów, nie miała nigdy dłuższego kontaktu szkoleniowego

z zakładami służby zdrowia, ponieważ nie ma w Polsce wymogu etatowego zatrudnienia szkoleniowego w placówce służby zdrowia jako warunku ukończenia szkolenia psychoterapeutycznego. Jako praktyka zawodowa jest często akceptowane indywidualne leczenie pacjentów poza instytucjami służby zdrowia, bez oparcia o zespół terapeutyczny, jako praktyczny trening łamania prawa, który kontynuowany jest w dalszej pracy zawodowej.

Korzystając z niesprawności nadzoru medycznego, sanitarnego i skarbowego oraz bagatelizowaniu sprawy przez prokuraturę, szeroko praktykowana jest w Polsce psychoterapia lecznicza z naruszeniem przyjętych w Europie standardów prawnych i etycznych. Mówiąc o naruszeniu standardów etycznych myślimy głównie o prawie pacjenta do bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym zagrożeniu negatywnymi następstwami niekompetentnego leczenia.

Opisana praktyka, tworząca możliwość szybkiego dostępu do prestiżowego, bardzo dochodowego zawodu, praktykowanego poza wszelką kontrolą, tworzy ogromne zainteresowanie przyspieszonym szkoleniem psychoterapeutycznym i lawinowe powstawanie w Polsce ośrodków prowadzących takie szkolenie. Zaowocowało to niebywałym wzrostem ilości osób studiujących psychologię oraz powoływaniem wydziałów psychologii nawet przez szkoły politechniczne oraz handlowe. Nie ma żadnej możliwości wchłonięcia tej ilości psychologów przez polski rynek pracy, poza pokątną działalnością leczniczą. Nie są nam znane dane dotyczące ilości osób praktykujących w Polsce leczenie psychoterapeutyczne oraz osób przygotowujących się do rychłego podjęcia takiej działalności, lecz nie ulega wątpliwości iż mają one znaczną liczebność. W tej chwili proces ten dotyczy głównie psychologów, lecz pociąga on dalsze grupy zawodowe jak pracownicy socjalni, pielęgniarki, pedagodzy, mediatorzy, promo-

torzy zdrowia, rehabilitanci. Aby prognozować efekty niekontrolowanego dalszego rozwoju sytuacji, trzeba sięgnąć do przykładu USA gdzie doprowadzono do zachwiania pozycji psychoterapii leczniczej oraz utraty kontroli nad jej jakością.

Jak wynika z opublikowanego w 1998 r. raportu opracowanego przez: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, ponad 300 000 osób w USA zajmowało się różnego typu oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, w tym: 35 000 psychiatrów, 73 000 psychologów oraz 192 000 pracowników socjalnych (Insel TR, 2004). Jeśli w Polsce, z 5,5 razy mniejszą liczbą mieszkańców działałaby analogiczna liczba psychoterapeutów – było by ich około 54 000, z czego 64% stanowiliby pracownicy socjalni.

Na szczegółowe omówienie zasługuje publikacja Weissman M.M i wsp. ( 2006 ) z Columbia University z Nowego Jorku. Publikacja ta omawia obszerne badania, którymi objęto łączną grupę 552 programów edukacji psychoterapeutycznej realizowanej w USA w akredytowanych ośrodkach szkoleniowych ( 182 związanych ze szkoleniem psychiatrycznym, 150 z psychologii klinicznej, 55 psychologią oraz 165 z pracą socjalną). Przy doborze losowym próby badanej liczącej 300 programów, starano się utrzymać jej reprezentatywność dla oddania całokształtu sytuacji szkolenia w USA w zakresie psychoterapii. Uzyskano wysoki wskaźnik 70% zwrotu ankiet ( 221 ankiet). Badania ankietowe przeprowadzono pomiędzy majem a październikiem 2004 r. Badanie było zainicjowane i koordynowane przez Uniwersytet Columbia z Nowego Jorku. Badano strukturę programów nauczania z uwzględnieniem zasad EBT (evidence-based therapy). Jako spełniające kryteria EBT, traktowano metody jasno zdefiniowane psychoterapeutycznie, w wypadku których wykazano w co najmniej dwu poprawnych metodologicznie badaniach efektywność terapeutyczną w odniesieniu

do grupy porównawczej leczonej placebo, lekiem lub innymi metodami terapeutycznymi o udowodnionej skuteczności. Jako warunek szkolenia prowadzącego do praktykowania psychoterapii zgodnej z kryteriami EBT, przyjęto w cytowanej pracy jakość realizacji części klinicznej szkolenia w tym zakresie i metody prezentacji przypadków oraz zakres stosowanej superwizji klinicznej. Warunek superwizji dydaktycznej i superwizji klinicznej był analizowany jako podstawa szkolenia zgodnego z wymogami EBT.

Badanie wykazało, iż stosowanie w psychoterapii amerykańskiej metod spełniających kryteria EBT pozostaje w znaczącej mniejszości. Jedynie około 20% realizowanych programów szkolenia realizuje tzw. złoty standard nauczania połączony z zadawalającą superwizją dydaktyczną i kliniczną. W konkluzji autorzy krytycznie oceniają stan amerykańskiej psychoterapii, podkreślając, iż ani kierujący na psychoterapię lekarz, ani też pacjent nie są w stanie przewidzieć sposobu realizacji leczenia ani też ocenić jego efektywności.

Kolejnym wartościowym opracowaniem dotyczącym głównie krajów europejskich jest analiza dokonana przez Stefana Priebe wraz z zespołem (2006), na potrzeby dyskusji prowadzonej w Wielkiej Brytanii nad kierunkami rozwoju psychoterapii. Dane dla omawianego opracowania uzyskano w oparciu o ośrodki współpracujące w ramach organizacji: Network of European Capitals on Mental Health Care. Przytoczymy poniżej obszerne fragmenty analizy zbiorczej wykonanej przez Stefana Priebego. Zaletą analizy jest zestawienie danych z krajów o różnych systemach służby zdrowia, różnej tradycji medycznej i kulturowej.

## **Kanada**

W Kanadzie psychoterapia jest zapewniona w ramach narodowego systemu

opieki zdrowotnej. W skład zespołu leczącego wchodzi zazwyczaj przedstawiciele różnych dyscyplin – lekarze rodzinni, psychiatry oraz doradcy zdrowia psychicznego. W ostatnim czasie, wskutek cięć budżetowych, spadła liczba świadczonych usług psychoterapeutycznych w ramach systemu państwowego, coraz większą popularnością cieszą się natomiast gabinety prywatne. Doradcy pochodzą z różnych środowisk – zazwyczaj są to pielęgniarki psychiatryczne, pracownicy społeczni oraz psycholodzy. Wszyscy muszą ukończyć dyplomowe nauczanie w zakresie doradztwa. Doradcy zdrowia psychicznego spędzają dwie trzecie swojego czasu z klientem. Terapia zwykle składa się z 6 sesji. Każda sesja trwa 50 minut, jeśli płatna to koszt mieści się w zakresie od 41-63 €.

## Francja

W 2004 roku psychoterapia na mocy ustawy została uznana jako leczenie medyczne, które może być praktykowane jedynie przez lekarzy oraz psychologów klinicznych. Powstał narodowy rejestr psychoterapeutów, a praktykowanie psychoterapii bez wyżej wymienionych kwalifikacji jest przestępstwem kryminalnym. Według zasad Francuskiej Federacji Psychoterapii (FFdP) każdy obywatel ma prawo wyboru psychoterapeuty oraz wolnego dostępu do uznanych metod psychoterapeutycznych.

Według danych FFdP we Francji jest od 8 do 12 tysięcy psychoterapeutów. Nie ma wprowadzonego limitu sesji, koszt za godzinę waha się w granicach 44-59€. Koszty terapii są pokrywane przez ubezpieczenie społeczne jedynie w przypadku gdy terapeutą jest lekarz. W pozostałych przypadkach pacjent pokrywa koszty za leczenie sam lub korzysta z innych ubezpieczeń (prywatnych).

## Niemcy

W Niemczech liczba akredytowanych psychoterapeutów wzrastała o 10% rocznie w latach 1980-2000. Istnieje tam ustawa o zawodzie psychoterapeuty oraz Izba Psychoterapeutyczna.

Definicja zawodu – realizowanie naukowo sprawdzonej i dopuszczonej metody psychoterapeutycznej prowadzącej do rozpoznania, leczenia, redukcji zaburzeń definiowanych jako chorobowe u osoby u której jest to uzasadnione z punktu widzenia jej zdrowia. Do psychoterapii należy poradnictwo socjalne, zawodowe czy rodzinne. Psychoterapia zajmuje się zdrowiem jednostki.

Psychoterapeuci są albo lekarzami (najczęściej psychiatrami) lub psychologami z kilkuletnim dodatkowym szkoleniem w akredytowanej jednostce. Specyfiką niemiecką jest hospitalizacja pacjentów poddawanych psychoterapii w tzw. szpitalach psychosomatycznych. Leczenie takie trwa od 4-6 tygodni i jest refundowane przez ubezpieczenie. Leczenie poradnicze prowadzone jest w gabinetach prywatnych, w których psychoterapeuci pracują sami bądź w małych grupach. Pacjenci są kierowani do takich poradni przez lekarzy różnych specjalności, zdarza się, że zgłaszają się samorzutnie. W przypadku kiedy psychoterapeuta jest psychologiem, wskazania do leczenia muszą być potwierdzone przez lekarza psychiatrę. Decyzję czy dane leczenie będzie dla pacjenta refundowane podejmuje ubezpieczyciel na podstawie aplikacji psychoterapeuty. Godzina psychoterapii refundowanej przez kasę chorych wynosi 77€. W Niemczech jest akredytowanych ok. 16 tysięcy psychoterapeutów psychologów i ok. 3,5 tysiąca lekarzy psychoterapeutów. Z uznanych metod leczenia przyjmuje się podejście psychoanalityczne/psychodynamiczne oraz terapię behawioralną. Ubezpieczyciel pokrywa koszty 25 sesji terapeutycznych oraz w razie pozytywnego rozpatrzenia

wniosku psychoterapeuty – do 100 (lub więcej) sesji łącznie.

Zaletą systemu niemieckiego jest jego szerokie rozpowszechnienie oraz ogólna, refundowana przez system opieki zdrowotnej dostępność. Dobór metody leczenia jest określany indywidualnie. Wadą systemu jest trudność w opanowaniu rozprzestrzenienia się tej formy leczenia oraz wysokie koszty związane np. z brakiem jednoznacznych czynników definiujących zakończenie procesu terapii. Wzięci psychoterapeuci mają kolejki oczekujących, a czas oczekiwania może wynosić do 8 miesięcy.

### **Włochy**

Psychoterapia jest integralną częścią składową ogólnie rozumianej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, prócz której funkcjonuje bardzo dobrze sektor prywatny. Terapeuci są lekarzami bądź psychologami, zawsze po dodatkowym szkoleniu. Pacjenci są kierowani przez lekarzy różnych specjalności, czasem zgłaszają się sami, decyzję odnośnie wskazań do leczenia w ramach systemu ubezpieczeń, podejmuje psychoterapeuta razem z lokalnym zespołem psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Z akceptowanych form kształcenia psychoterapii dostępne są podejście psychoanalityczne/psychodynamiczne, CBT oraz terapia rodzinna. Kształcenie trwa odpowiednio 6 lat (psychoanaliza), 3 lata (CBT) oraz 4 lata dla terapeutów rodzinnych. Kursy doskonalące muszą być akredytowane przez władze państwowe. Psychoterapia jest refundowana -zwykle 25-40 sesji, w psychoanalizie często więcej.

### **Holandia**

Nad jakością wykonywanych usług terapeutycznych czuwa Holenderskie Stowarzyszenie Psychoterapeutyczne (NVP), które określa warunki szkolenia w zakresie psychoterapii. Skupia ono 3

tys. członków pracujących w placówkach państwowych i prywatnie. NVP stanowi „parasol” dla ośmiu towarzystw psychoterapeutycznych. Szkolenie psychoterapeutyczne trwa od 4-5 lat i składa się z teorii, zajęć praktycznych oraz superwizji. Najczęstsza szkołą jest kierunek poznawczo behawioralny, podejście psychoanalityczne/psychodynamiczne oraz psychoterapia nacelowana na klienta. Leczenie odbywa się z częstotliwością sesji raz na tydzień i trwa od kilku tygodni do wielu lat. W Holandii aktywnych jest ok. 5 tysięcy psychoterapeutów.

Każdy klient dopłaca do leczenia psychoterapeutycznego. Państwo refunduje do 25 sesji, a także do 50 sesji w przypadku dzieci poniżej 18 rż. oraz terapii zaburzeń osobowości.

### **Rosja**

W Rosji zwykle lekarz rodzinny kieruje pacjenta na psychoterapię, którą uprawiają lekarze psychoterapeuci lub psycholodzy medyczni. Szkolenie psychoterapeutyczne musi być uznane przez rosyjskie Ministerstwo Zdrowia i jest prowadzone jedynie na wyższych uczelniach medycznych i podyplomowych. Tak więc zarówno szkolenie jak i praktyka podlegają legislacji Federacji Rosyjskiej, co daje prawie całkowitą kontrolę nad psychoterapią zarówno państwową jak i prywatną.

### **Hiszpania**

Psychoterapeuci są zwykle psychiatrami lub psychologami, którzy poddali się dodatkowym szkoleniom. Nie ma tu jednak jakichkolwiek legalnych regulacji prawnych ani rejestru certyfikowanych psychoterapeutów. W odpowiedzi na taką sytuację powstało Spanish Federation of Psychotherapist Association (FEAP), której zadaniem jest tworzenie minimalnych standardów szkolenia i akredytacji psychoterapeutów. Według zasad FEAP psychoterapeuta winien posiadać dyplom uniwersytecki, minimum 3 letnie szkole-

nie podyplomowe w psychoterapii oraz min. 600 godzin nauczania teorii, technik i praktyki klinicznej, a także przynajmniej 2 lata superwizowanej praktyki. Leczenie psychoterapeutyczne w państwowych jednostkach jest refundowane, natomiast nie ma możliwości zawierania umów na refundację w gabinetach prywatnych. Nie ma kontroli jakości leczenia psychoterapeutycznego.

## Szwajcaria

Psychoterapia świadczona jest w gabinetach prywatnych przez psychiatrów lub psychologów. Psychiatrzy nie wymagają dalszego szkolenia, psychologzy natomiast zobligowani są do 2 letniego szkolenia podyplomowego. W Szwajcarii jest ok. 1200 psychiatrów dorosłych oraz 2,5 tys. psychologów psychoterapeutów. Pacjent może zwrócić się o pomoc samorzutnie, następnie ubezpieczyciel podejmuje decyzję o zwrocie kosztów leczenia, która z reguły jest pozytywna. Cena wynosi 132€ za sesję, z których refundowanych jest do 30. Zaletą systemu jest powszechny dostęp do tej metody leczenia, słabą stroną natomiast – oddzielenie psychoterapii od podstawowych świadczeń psychiatrycznych oraz brak kontroli jakości czy informacji o zakończeniu terapii.

## Wielka Brytania

Psychoterapeuci pracujący na bazie placówek państwowych są albo lekarzami (gł. psychiatrami) albo psychologami, pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi lub innymi przedstawicielami zawodów medycznych z dalszym szkoleniem psychoterapeutycznym. Wielka Brytania dysponuje trzema narodowymi rejestrami psychoterapeutów i doradców w trzech instytucjach „parasolowych” - United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP), British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP) oraz British Psychoanalytic Coun-

cil (BPC) dla psychoterapeutów specjalizujących się w psychoanalizie. Żadna z tych instytucji nie jest częścią państwowej opieki zdrowotnej, ale są one odpowiedzialne za ustanawianie standardów w leczeniu i edukacji. Psychoterapeuci mogą także być członkami Rejestru Psychologów współpracując z Brytyjskim Towarzystwem Psychologicznym (British Psychological Society).

Wielka Brytania dysponuje ok. 38 tysiącami osób praktykujących psychoterapię, skupionymi w 34 stowarzyszeniach psychoterapeutów i doradców. Nie ma jednolitej drogi kształcenia, istnieje ok. 570 kursów szkoleniowych, z których dwie trzecie nie ma profesjonalnego ciała uznaniowego.

Ponad 2/3 psychoterapeutów oraz 1/3 doradców pracuje w sektorze prywatnym. Psychoterapia jest dostępna w ramach ubezpieczeń społecznych. Z reguły wymagane są skierowania od GP, występują tu długie kolejki oczekujących. Refundowane są od 6-40 sesji w zależności od rodzaju problemu. Koszt sesji waha się od 37-117€ w zależności od terapeuty.

Opracowanie Stefana Priebe nie jest wolne od nieścisłości, czego przykładem jest pominięcie regulacji prawnych w Szwajcarii, wydzielających psychoterapię medyczną by poddać ją ostrzejszym rygorom szkoleniowym i nadzorowi, bądź fakt zastrzeżenia nazwy psychoterapia w Niemczech jedynie dla psychoterapii medycznej. Jednak dostarcza ono w przeważającej większości, rzetelnych, przekrojowych informacji, oddających stan funkcjonowania psychoterapii medycznej w krajach europejskich oraz Kanadzie i Rosji.

Mimo niejednorodnego schematu funkcjonowania psychoterapii medycznej w analizowanych krajach, rysuje się wyraźna przewaga krajów, które poddały szkolenie i funkcjonowanie psychoterapii medycznej rygorom analogicznym do pozostałych dyscyplin terapeutycznych.

W takich krajach jak USA czy Wielka Brytania, w których doszło do zachwiania kontroli nad szkoleniem i funkcjonowaniem psychoterapii medycznej, zaciążyło to negatywnie na bezpieczeństwie stosowania tej metody, jej pozycji i rozwoju naukowym.

Przygotowanie do praktykowania psychoterapii medycznej wyróżnia zdolność leczenia pacjenta z użyciem technik psychoterapeutycznych jako składowej kompleksowego leczenia medycznego. Wiąże się z koniecznością uzyskania większej dojrzałości osobistej i zawodowej, związanej z powierzeniem psychoterapeucie medycznemu leczenia osób upośledzonych chorobą, zagrożonych kalectwem bądź śmiercią w wypadku błędu terapeuty. Szkolenie psychoterapeuty medycznego wymaga również dłuższej obserwacji funkcjonowania kandydata do tego zawodu w zespole leczniczym i wiąże się ze znaczącą odpowiedzialnością opiekuna specjalizacji, rekomendującego przyznanie osobie szkolonej samodzielności zawodowej. Trudno sobie wyobrazić solidne kształcenie w zakresie psychoterapii medycznej, bez długotrwałych okresów praktyki jako pełnoprawny uczestnik zespołu terapeutycznego działającego w ramach zakładu służby zdrowia.

Szkolenie w ramach psychoterapii medycznej wyróżnia od szkolenia w zakresie pozostałych form psychoterapii dłuższy okres szkolenia, związany z koniecznością opanowania wiedzy i umiejętności zarówno z zakresu nauk humanistycznych, jak i nauk medycznych. Dane literaturowe dotyczące curriculum są zróżnicowane, najczęściej zakładając minimum dla: psychoterapii medycznej na ok. 1 500 godzin; zaś dla innych form psychoterapii ok. 500 godzin. Z tego powodu do kontaktu z pacjentem w ramach instytucji leczniczych mogą być dopuszczone jedynie osoby posiadające wystarczającą wiedzę i umiejętności dla wykluczenia następstw jatrogennych, czego gwarantem są odpowiednie

instytucje państwowe podległe Ministrowi Zdrowia. Obecna sytuacja wymaga pilnego opracowania polskich standardów szkolenia psychoterapeutów medycznych prowadzonego w różnych modalnościach przez atestowane ośrodki szkolące oraz sposobu jego nadzoru przez powołane do tego władze.

### **Streszczenie:**

Autorzy analizują wymogi jakościowe dotyczące psychoterapii medycznej w Polsce na tle sytuacji w innych krajach świata. Analizowana jest sytuacja formalna leczenia psychoterapeutycznego w Europie i wybranych innych krajów świata. W artykule omówione są wymogi jakościowe oraz ograniczenia etyczne i prawne dotyczące szkolenia w zakresie psychoterapii medycznej.

**Słowa kluczowe:** Psychoterapia, psychoterapia medyczna, szkolenie podyplomowe, aspekty etyczne, deontologia lekarska, prawa pacjenta

### **Summary:**

Authors are analyzing quality requirements in medical psychotherapy in Poland in accordance to the situation in other countries of the world. Situation of formal aspects of psychotherapeutical treatment in Europe and other world countries is analyzed. Quality requirements and ethical and legal restrictions regarding training in medical psychotherapy are discussed in this paper.

### **Key words:**

Psychotherapy, medical psychotherapy, postgraduate training, ethical aspects, medical deontology, patient's rights

### **Literatura:**

1. Aleksandrowicz J.W.: Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy



- i psychologów. PZWL, Warszawa, 2000
2. Czabała J. Cz.: Czynniki leczące w psychoterapii. PWN, Warszawa, 2006
  3. Gertner H.: Okiem medyka. W: Magdoń M.: Współodczuwanie w medycynie. Universitas, Kraków, 2002
  4. Guyatt G, ed, Rennie D, ed. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Chicago, Ill: AMA Press; 2002
  5. Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.W. (Red.): Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia, Ignis, Warszawa, 1992
  6. Grzesiuk L. (Red.): Psychoterapia, PWN, Warszawa, 1994
  7. Grzesiuk L., Krawczyk K.: Rozmowy o tajemnicach psychoterapii. Eneteia, 2008, Warszawa
  8. Insel TR. Science to service: mental health care after the decade of the brain. Presented at: 8th Annual Meeting of the Society for Social Work and Research; New Orleans, La; January 16, 2004
  9. Kępiński A.: Poznanie chorego. Wydawnictwo Literackie, 2005, Kraków
  10. Luban-Ploza B., Poldinger W., Kroger F., Wasilewski B.: Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa, 1994, 256-266.
  11. Priebe S. :The provision of psychotherapy – an international comparison Paper of the Network of European Capitals on Mental Health Care, 5th March 2006
  12. Wasilewski B.: Etyczno – Deontologiczne aspekty pracy lekarza jako biegłego sądowego. Polski Tyg. Lek., 1983, 37, 17, 545-547
  13. Wasilewski B., Czubalski K., Tylka J.: Od redakcji. W: Wasilewski B., Czubalski K., Tylka J. (Red.): Psychosomatyczne aspekty terapii i profilaktyki. Inst. Wyd. F.Z.Z.P.O.Z., Warszawa, 1987, 5-7.
  14. Wasilewski B., Wrześniewski K.: Założenia i cele nauczania medycyny psychosomatycznej na wydziałach lekarskich. Wiad. Lek., 1987, 40 (22), 1575-1579.
  15. Wasilewski B.: Relacje lekarz-pacjent w chorobach psychosomatycznych. Sympozjum – Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacje lekarz – pacjent. Warszawa, Maj 13 –14, 1993.
  16. Wasilewski B.: Relacje lekarz-pacjent w chorobach psychosomatycznych. Sympozjum – Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacje lekarz – pacjent. Warszawa, Maj 13 –14, 1993.
  17. Wasilewski B.: Medycyna się zmienia. Farmacja Polska, 1998, 54, 21, 963-968.
  18. Wasilewski B.W.: „Effectiveness of Balint groups in improving doctor-patient-relationship and prevention of Burnout-Syndrome by medical professionals”, W: “Development of Behavioural Medicine in Central Eastern Europe”. First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine NetworkTargu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005, Abstracts.
  19. Wasilewski B.W.: Contemporary medicine as a tool of health promotion ? 17-th European Symposium on Somatotherapy and Psychosomatic Education, Cracow, 2007, 25-27 October, Abstracts, 86-87.
  20. Wasilewski B.W.: Challenges and limits of European cooperation on education in psychosomatic medicine. J. Psychosom. Res., 2006, 61, 392
  21. Wasilewski B., Szewczyk L. : Psychosomatyka jako składowa nauczania przed- i podyplomowego. W: Szewczyk L., Kulik A. : Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego

- i dorosłości. Proquarat, Lublin, 2006, 9-16.
22. Wasilewski B. : European guidelines – the view of Polish psychosomatic medicine. *Psychologische Medizin*, 2007, 18, 45.
23. Wasilewski B.W., Węgrzyn Z., Dulko S.: Psychoterapia medyczna na tle innych form psychoterapii. W: L. Szewczyk (Red):*Problemy psychosomatyki okresu dojrzewania i dorosłości*. Lublin, 2008, w druku.
24. Weissman M.M., Verdelli H., Gameroff M.J., Bledsoe S.E., Betts K., Mufson L., Fitterling H., Wickramaratne P.: National survey of Psychotherapy training in psychiatry, psychology and social work. *Arch Gen Psychiatry*, 2006, 63, 925-934
25. Wise MG, Rundell JR. *Textbook of consultation-liaison psychiatry. Psychiatry in the medically ill*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2002.

**Adres pierwszego autora dla korespondencji:**

e-mail: b.wasilewski@ips.pl

dr hab. n. med. Bohdan Wasilewski, prof.

nzw. IPS

Zakład Psychosomatyki, Seksuologii

i Patologii Więzi Międzyludzkich

Centrum Medyczne Kształcenia

Pedagogicznego

ul. Czerniakowska 231

00-720 Warszawa