

Psychoterapia profesjonalna a psychoterapia umedyczniona

Niniejszy artykuł został pierwotnie opublikowany na stronie www.psychoterapia-polska.org/psychoterapia-profesjonalna-psychoterapia-umedyczniona, pod tytułem "Psychoterapia profesjonalna a psychoterapia umedyczniona" i został udostępniony dzięki uprzejmości Polskiej Federacji Psychoterapii posiadającej prawa autorskie. Artykuł nie może być powielany ani rozpowszechniany bez pisemnej zgody Polskiej Federacji Psychoterapii.

Polska Federacja Psychoterapii – Największa polska organizacja zrzeszająca profesjonalnych psychoterapeutów różnych modalności. Od 2006 roku reprezentuje Polskę w European Association for Psychotherapy. Certyfikuje psychoterapeutów i superwizorów w oparciu o naukowo potwierdzone kryteria, zgodne ze standardami europejskimi. Rekomenduje polskich psychoterapeutów do Europejskiego Certyfikatu Psychoterapii.

Polskie Stowarzyszenie Neurolingwistycznej Psychoterapii - promuje psychoterapeutyczne zastosowanie NLPt w pracy terapeutycznej w Polsce jako akredytowaną i rozpoznawaną metodę psychoterapii. Jest akredytowane przez Europejskie Stowarzyszenie NLPt w ramach European Association for Psychotherapy.

Polskie Towarzystwo Psychoterapii Integratywnej - pierwsze i największe w Polsce profesjonalne stowarzyszenie, zrzeszające psychoterapeutów dla których wartością jest naukowa integracja różnych kierunków i modalności psychoterapeutycznych i wysokie standardy zawodowe i etyczne. PTPI jest członkiem organizacyjnym European Association for Psychotherapy.

Psychoterapia profesjonalna a psychoterapia umedyczniona

Motto:

Wszystkie prawdy przechodzą trzy fazy; najpierw są wyśmiewane, potem wściekle zwalczane, na końcu uznawane za oczywiste same z siebie.

Schopenhauer

Profesjonalni psychoterapeuci domagają się niezależności swojego zawodu i uregulowania go ustawą pod patronatem Ministerstwa Pracy.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Ministerstwo Zdrowia, od lat próbują narzucić zawodowi psychoterapeuty nadzór psychiatrów, uregulować go ustawowo na wzór zawodu protetyka czy higienistki i utrzymać pozaprawny monopol w kontraktowaniu psychoterapii przez NFZ. A w końcu, żeby to wszystko zrealizować - umieścić skonstruowaną przez siebie ustawę psychoterapeutyczną pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia.

Profesjonalni psychoterapeuci nie mogą się na to zgodzić. Jest wiele powodów, dla których o psychoterapii nie mogą decydować lekarze, aby nasz zawód nie uległ degradacji. Tu szerzej omawiamy tylko jeden z nich – rozróżnienie między etyką lekarską i psychoterapeutyczną i jego konsekwencje.

Powód 1. Psychoterapeuta to odrębny, wolny zawód, polegający na leczeniu zaburzeń i problemów psychicznych metodami psychoterapeutycznymi. Wolny zawód oznacza, że od psychoterapeuty wymaga się szczególnych kwalifikacji oraz cech charakteru i poziomu moralnego i że psychoterapeuta bierze całkowitą odpowiedzialność za proces psychoterapii; od diagnozy po badanie kontrolne po jej zakończeniu. Wolny zawód wskazuje również na to, że usługi psychoterapeutyczne są prowadzone w ramach szczególnej więzi, opartej na zaufaniu i sojuszu psychoterapeutycznym (Norcross, 2001), a nie jedynie na kompetencjach czy wiedzy. Dlatego psychoterapeuta w swojej aktywności zawodowej nie może podlegać innym zawodom (Strasbourg Declaration, 1990).

Powód 2. Przygotowanie zawodowe psychoterapeuty jest z gruntu różne od lekarskiego
Zawód psychoterapeuty wymaga 4-10 letniego specjalistycznego szkolenia, które zaczyna się po studiach magisterskich i zawiera: własną psychoterapię - formę unikalną dla zawodu psychoterapeuty, kształcenie umiejętności praktycznych (w tym współpracy z lekarzami), teorię, praktykę pod superwizją, superwizję i staż kliniczny. Psychoterapeuta leczy poprzez osobisty wpływ stosując naukowe metody psychoterapeutyczne.

Psychiatra jest natomiast lekarzem specjalistą, przygotowanym do farmakoterapii zaburzeń psychicznych. Program specjalizacji psychiatrycznej nie przygotowuje do

pacjenta ani opinii publicznej – musi najpierw porozmawiać z tym lekarzem, następnie powiadomić organ izby lekarskiej, a na końcu zawiadomić prokuraturę (art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej: *Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób*). Znanych jest wiele przypadków, gdzie lekarze merytorycznie skrytykowali szkodliwe dla pacjentów postępowanie innych lekarzy i zostali ukarani przez sąd lekarski za nieetyczne postępowanie. W praktyce KEL nie dopuszcza do publicznej oceny działań innego lekarza, traktując merytoryczną oceną jako „dyskredytowanie”, także, gdy jest zgodna z prawdą i ma chronić dobro publiczne. Ponieważ lekarze jako biegli sądowi są również związani tym przepisem, pacjenci praktycznie nie są w stanie dochodzić swoich praw w sporze z lekarzami. Jak widać, pacjent nie jest tu chroniony przez Kodeks, a priorytetem jest ochrona reputacji części lekarzy kosztem pacjentów i kosztem lekarzy próbujących chronić pacjentów. Tysiące przyzwolonych lekarzy jest zakneblowanych swoim kodeksem etyki, wymuszającym zachowania nieprzyzwoite. Natomiast etyka psychoterapeutyczna – nie narusza wolności słowa ani nie zakazuje merytorycznej krytyki.

2. Etyka psychoterapeuty jednoznacznie zabrania wchodzenia w relacje seksualne z pacjentem a tego rodzaju zachowanie praktycznie kończy karierę psychoterapeuty; etyka lekarska – przeciwnie, nie zakazuje seksualnych kontaktów z pacjentami. Psychoterapeuci są bardzo wyczuleni na potencjalną szkodliwość wszelkich kontaktów seksualnych z pacjentem. Gdyż zdają sobie sprawę, że pacjent pozostaje w szczególnej emocjonalnej zależności od leczącego, w którym pokłada nadzieję na wyleczenie, zaspokojenie ważnych potrzeb i często idealizuje. Takie nastawienie nazywamy przeniesieniem. Pomaga ono w leczeniu, ale jednocześnie czyni pacjenta bezbronnym i podatnym na zranienie. Wykorzystanie przez leczącego zależności pacjenta dla zaspokojenia swoich potrzeb seksualnych jest w swoich skutkach porównywalne do seksualnego wykorzystania dziecka. Psychoterapeuci, świadomi tego, nie tylko zabraniają wchodzenia w kontakty seksualne czy romantyczne z pacjentami, ale poddają swoją pracę systematycznej superwizji. Nie wolno im także wchodzić w takie relacje z osobami szkolonymi, studentami, superwizowanymi czy badanymi. A gdy pracują w zespołach, wzajemnie się wspierają w ramach superwizji rówieśniczej, by nawet nieświadomie nie wykorzystać emocjonalnie pacjenta. Psychoterapeuta, który w trakcie kontraktu psychoterapeutycznego wejdzie w kontakt seksualny z pacjentem jest w środowisku psychoterapeutycznym skończony. Co więcej – także po zakończeniu psychoterapii, relacje erotyczne z byłym pacjentem są nieakceptowane i część profesjonalnych stowarzyszeń psychoterapeutycznych je wyklucza. Wszystko po to, by chronić integralność pacjentów. Biorąc pod uwagę, że pozycja lekarza buduje bardzo silną zależność, jest niepojęte, że polski kodeks etyki lekarskiej takiego zakazu nie zawiera i pacjenci lekarzy, w tym lekarzy psychiatrów, nie mają właściwej ochrony. Mimo, że zakaz kontaktów seksualnych jest oczywistością w zachodnich kodeksach lekarskich (World Medical Association, 2013) w polskim został pominięty. Konsekwencje znamy wszyscy.

Etyka psychoterapeutyczna stawia dobro pacjenta przed solidarnością zawodową, etyka lekarska – odwrotnie.

Etyka lekarska tworzy system zamknięty na krytykę i jest zorientowana na zapewnianie pozycji zawodu lekarza. Rzeczywistą wykładnię KEL ukazują wyroki sądów lekarskich.

prowadzenia psychoterapii a nawet do współpracy z psychoterapeutami. Zawiera jedynie fragmentaryczne teoretyczne kursy na temat psychoterapii, i nie zawiera większości komponent tworzących kompetencje psychoterapeuty. Dlatego psychiatra nie ma kompetencji do prowadzenia psychoterapii, a jego wiedza teoretyczna na jej temat jest dość ograniczona.

Powód 3. Psychoterapeuci zorientowani na psychikę skuteczniej leczą zaburzenia psychiczne niż zorientowani biologicznie

Badania na temat efektywności psychoterapeutów wskazują, że skuteczniej leczą zaburzenia psychiczne psychoterapeuci ukierunkowani na pracę z psychiką, w przeciwieństwie do psychoterapeutów ukierunkowanych biologicznie (Blatt, Sanislow, Zuroff, Pilkonis, 1996). To wskazuje na gorsze predyspozycje lekarzy (jako zwykle nastawionych biologicznie) do zawodu psychoterapeuty. Dlatego można wnioskować, że nadzorowanie psychoterapii przez lekarzy tym bardziej obniży jej skuteczność.

Powód 4. Metaanalizy i skorygowana metodologia statystyczna obaliły model medyczny w psychoterapii, ale stare nawyki umierają z trudem (Wampold, 2001a). Wiara w przedawnione badania

Niegdyś w badaniach psychoterapii dominował model medyczny. Częścią takiego sposobu myślenia jest przekonanie, że pewne kierunki, metody (np. terapia poznawczo – behawioralna) są skuteczniejsze od innych i one powinny być nazywane „naukowymi” a pozostałe są nieskuteczne albo wręcz „nienaukowe”. Konsekwencją tego przeświadczenia były plany badawcze tworzone w oparciu o model medyczny – kliniczne próby randomizowane z zastosowaniem placebo. Po latach zrewidowano analizy statystyczne badań porównujących metody psychoterapii. Okazało się, że rzekome różnice były spowodowane ignorowaniem dwóch zmiennych – wpływu osoby psychoterapeuty i wpływu przekonań psychoterapeuty i badacza na efekt psychoterapii (czyli „allegiance effect”). Po wzięciu tych zmiennych pod uwagę, różnice skuteczności modalności psychoterapeutycznych okazywały się nieistotne. Hipoteza równej skuteczności różnych metod psychoterapii, czyli tzw. paradoks równości (znana jako dodo bird verdict) została potwierdzona na podstawie ogromnej liczby metaanaliz i re - analiz statystycznych, a model medyczny – został obalony (Wampold, 2001a, 2001b). Koncentracja na próbach udowodnienia skuteczności poszczególnych kierunków psychoterapii miała miejsce w badaniach lat 1950-1980, w tzw. fazie usprawiedliwiania. Obecnie bada się raczej, jakie czynniki operują w procesie psychoterapii i co sprzyja skuteczności psychoterapii. Jednak pomimo empirycznych dowodów, wielu medycznie ukierunkowanych psychoterapeutów, nie wierzy w równorzędność kierunków psychoterapii. Opieranie się na wierzeniach, objawieniu lub autorytecie nie przynależy do poglądu naukowego.

Powód 5. Etyka lekarska a etyka psychoterapeutyczna (pełne omówienie)

Lekarze nie wypracowali etyki, która może sprostać wymogom psychoterapii

Systemy etyczne regulujące organizacje zawodowe cechuje 1. Dosłowne brzmienie Kodeksów i 2. Praktyczna wykładnia stosowaną przez sądy zawodowe. W odniesieniu do etyki psychoterapeutów i lekarzy – zajmujemy się tym drugim. Praktyczna wykładnia Kodeksu Etyki Lekarskiej przez sądy lekarskie ogranicza prawa i zamyka usta rzetelnym lekarzom.

1. Jeśli psychoterapeuta wie o niebezpiecznych dla pacjenta działaniach innego psychoterapeuty, powinien przestrzec zagrożonego pacjenta. Jeśli lekarz wie o szkodliwych działaniach innego lekarza – nie wolno mu o tym informować ani

1. Jeżeli lekarz dostrzega, że działania innego lekarza są niebezpieczne dla pacjenta, musi najpierw porozmawiać z tym lekarzem, następnie powiadomić organ izby lekarskiej, a na końcu może zawiadomić prokuraturę. Nie wolno mu w porę ostrzec pacjenta, nawet jeśli pacjenta ma to kosztować zdrowie. Inaczej samorząd lekarski może nawet pozbawić go prawa wykonywania zawodu. Art. 52 KEL mówi:
 - Ust. 2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób.
 - Ust. 3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej.
 - Ust. 4. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki.

Zainteresowanie autorów Kodeksu jest skupione nie tyle na ochronie pacjentów, ile na nieujawnianiu prawdy o błędach lekarzy wobec nielekarzy. Priorytetem jest utrzymywanie wizerunku zawodu za wszelką cenę, przez niedopuszczanie opinii publicznej do wiedzy o ewentualnych szkodliwych działaniach lekarzy. Pomimo, że w krajach o ugruntowanym etosie zawodu lekarza tzw. whistleblowers, czyli alarmujący o zagrożeniach, są otoczeni szczególną ochroną prawną, a owo alarmowanie jest obowiązkiem lekarzy.

Przyrzeczenie lekarskie, uchwalone przez Krajowy Zjazd Lekarzy w 2003 roku zabrania podważania zaufania pacjentów do innych lekarzy. „Do kolegów lekarzy odnosić się z należytą im życzliwością, nie podważając zaufania do nich”. I tak zaufanie do lekarzy stało się złotym cielcem, wartością autoteliczną. Korporacja lekarska i opinia publiczna straciły z oczu sedno – że zaufanie do lekarzy jest celem instrumentalnym, nie wartością samą w sobie. Zaufanie do lekarzy będzie służyć dobru pacjenta tylko wtedy, gdy będzie zasłużone, a nie gdy będzie wynikiem ukrywania prawdy. Zaufanie do profesji, która ukrywanie swoich nadużyć uczyniła powinnością etyczną (KEL, Art.52, ust.2), jest ryzykowne.

2. Sądy lekarskie traktują art. 52 głównie jako knebel dla lekarzy. Tak było w znanym przypadku dr hab. Zofii Szychowskiej. Poinformowała ona prasę o szkodliwych eksperymentach na dzieciach. Została uznana winną naruszenia etyki przez sądy lekarskie. Po latach napisała: „Jestem prześladowana dyscyplinarnie od kilku lat za ujawnienie przypadku korupcji, nierzetelności naukowej, niegospodarności oraz łamania dobrych obyczajów w nauce i nieposzanowania praw pacjentów. Stałam bowiem w obronie dzieci, niepotrzebnie poddawanych punkcji lędźwiowej, z narażeniem ich zdrowia, a nawet życia, wyłącznie w celach badawczych, dla zaspokojenia czystej ciekawości, w fatalnie zaprojektowanych eksperymentach klinicznych”. Ówczesny prezes Naczelnej Rady Lekarskiej uznał jednak, że to właśnie Zofia Szychowska spowodowała szkodę w postaci utraty poczucia bezpieczeństwa przez pacjentów. A nie lekarze eksperymentujący na dzieciach. Prezes korporacji lekarskiej utożsamiał bezpieczeństwo pacjentów z ufnością płynącą z nieświadomości zagrożenia. Kariera naukowa doktor Szychowskiej, jak opisano w Polityka.pl, została złamana, uniemożliwiono jej prowadzenie badań, ona sama przeszła depresję.

Działania lekarzy skomentowała tak: *coraz więcej lekarzy traktuje przysięgę Hipokratesa jak nakaz zawodowej solidarności, zamiast solidarności z pacjentem.*

Tu nie pacjent jest chroniony, priorytetem jest ochrona reputacji korporacji kosztem pacjentów i kosztem lekarzy próbujących chronić pacjentów.

3. Prof. Hartman, etyk medycyny z Collegium Medicum UJ, dodatkowo wskazuje na zastraszanie przez art.48, lekarzy którzy chcieliby poddać publicznej debacie funkcjonowanie swojego zawodu. *„Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej”*. Warto zresztą zapoznać się z całą krytyką KEL umieszczoną na stronie profesora Hartmana (Hartman, 2013).
4. Art. 59 KEL ujawnia, że misją samorządu lekarskiego jest zapewnianie lekarzom rzekomo należytej pozycji, lekarze mają tę misję wspierać, a ewentualną krytykę samorządu mają ograniczyć do mediów branżowych. *„Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie. Podejmując krytykę działania organów samorządu lekarskiego winni przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku lekarskim lub na łamach pism lekarskich”*. W ten sposób autorzy Kodeksu zadbali o formalne zamknięcie obiegu informacji. Uzewnętrzнили też przeświadczenie, że lekarzom pozycja w społeczeństwie się po prostu należy, nie zaś by mieli na nią zasługiwać. Ale pozycję w społeczeństwie powinien posiadać każdy zawód - na miarę swoich zasług, nie zaś roszczeń czy public relations.

Powyższa analiza ukazuje, jak etyka lekarska ma „wbudowaną” systemową ochroną przed samooczyszczeniem i samonaprawianiem profesji, a do tego blokadę przed przedostawaniem się do opinii publicznej wiadomości o nadużyciach. Zagubiona została misja zawodu – w myśl przysięgi Hipokratesa lekarz ma być w służbie pacjenta, a nie w służbie swojego prestiżu.

Obowiązujący w Polsce Kodeks i praktyka sądów lekarskich osłabia morale i ogranicza prawa człowieka rzetelnym, oddanym pacjentom i swojemu powołaniu lekarzom, których jest przecież większość. Dlatego profesjonalni psychoterapeuci chcą uchronić swój zawód przed upodobnieniem do zawodu lekarza i przed władzą korporacji lekarskiej.

Niektóre możliwe skutki zawładnięcia zawodem psychoterapeuty przez lekarzy

1. **Degradacja etyki psychoterapeuty poprzez upodobnienie jej do etyki lekarskiej.**
Oddanie zawodu psychoterapeuty pod jurysdykcję medyczną, nieuchronne, gdyby miało ją regulować Ministerstwo Zdrowia i lekarze, doprowadziłoby do erozji wysokiego obecnie poziomu etyki zawodowej psychoterapeutów poprzez upodobnienie jej do etyki lekarskiej. Mogłoby to nastąpić poprzez zapisy ustawy, przez zjawisko opisane w psychologii jako kapitanoza oraz na drodze osobistych nacisków. Na przykład niedawno profesor – psychiatra, który od lat próbuje podporządkować psychoterapeutów lekarzom, uczynił zarzut wobec jednej z psychoterapeutek, że wypowiedziała się krytycznie o postępowaniu innych psychoterapeutów. Najwyraźniej przyjmując za pewnik, że psychoterapeuci, tak jak lekarze, powinni stawiać lojalność zawodową przed ochroną pacjentów. To ilustruje realność zagrożenia. Parę lat temu, ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, komentując pracę psychoterapeutów otwarcie głosił na łamach Gazety Wyborczej: *Psychoterapia to leczenie i odpowiedzialność. Dlatego trzeba wprowadzić kontrolę nad osobami, które się tym zajmują. Ktoś musi ocenić ich pracę*

pod względem merytorycznym i etycznym. Brzmi groteskowo, kiedy lekarz-psychiatra chce kontrolować etyczność psychoterapeutów.

2. **Konflikty etyczne psychiatrów, którzy dodatkowo zdobyli zawód psychoterapeuty.** Jeśli się dowiedzą się o niebezpiecznych dla pacjenta działaniach innego lekarza i ostrzegą pacjenta – zostaną ukarani za nieetyczne zachowanie przez sąd lekarski. Jeśli nie ostrzegą - zostaną ukarani za nieetyczne zachowanie przez sąd psychoterapeutyczny. Tego rodzaju podwójna lojalność jest bardzo obciążająca.
3. **Oparcie psychoterapii kontraktowanej przez NFZ na nienaukowych, idiosynkratycznych kryteriach.** Obecnie, o tym kto ma dostać kontrakt na psychoterapię przez NFZ, ostatecznie decyduje nie psychoterapeuta, lecz lekarz – krajowy konsultant ds. psychiatrii, który nie ma wystarczającej ani aktualnej wiedzy na temat naukowej psychoterapii. Ostatnio odmawiając kontraktu na psychoterapię świadczoną przez terapeutę Gestalt, uzasadnił to następująco: *Psychoterapia Gestalt, jako podejście humanistyczne zorientowane jest na rozwój, jej skuteczność ocenia się przede wszystkim w kategoriach poprawy funkcjonowania, a nie wyleczenia z objawów.* Ta kompromitująca wypowiedź ujawnia brak elementarnej wiedzy na temat efektywności i efektów psychoterapii:

Primo: Efekty skutecznej psychoterapii są wielorakie; poprawa funkcjonowania, bardzo istotna dla pacjenta i podatnika (ponoszącego koszty zwolnień chorobowych) zwykle współwystępuje z redukcją objawów. Jako klinicyści wiemy, że jest mało prawdopodobne, by pacjent doznał po psychoterapii poprawy funkcjonowania bez poprawy objawowej. American Psychological Association, jedno z wiodących stowarzyszeń prowadzących badania nad psychoterapią, w uchwale „Uznanie skuteczności psychoterapii” z 2012, w oparciu o zebrane wyniki badań naukowych z ostatnich 30 lat, stwierdza że: *psychoterapia zmniejsza niesprawność, zachorowalność, śmiertelność, podwyższa funkcjonowanie zawodowe, redukuje hospitalizację w szpitalach psychiatrycznych i czasem obniża koszty innych usług medycznych i chirurgicznych (...)zmniejsza ogólne koszty medyczne i konsumpcję usług medycznych (...)*Koszty psychoterapii są niższe od farmakoterapii.

Secundo: Brak wiedzy o zasadniczej równości ugruntowanych kierunków psychoterapeutycznych, a więc, że humanistyczna terapia Gestalt nie różni się skutecznością od terapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej czy systemowej. Nieznajomość wyników badań podstawowych, wykazujących, że różnice w skuteczności są spowodowane różnicami kompetencji konkretnych psychoterapeutów (Wampold, 2001b). Np. wspomniany dokument APA (2012) podaje: *Różne formy psychoterapii mają podobną skuteczność, szczególnie gdy są dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Różnice w skuteczności psychoterapii nie są spowodowane przez rodzaj psychoterapii tylko kompetencjami konkretnego psychoterapeuty i atrybutami pacjenta.* Dlatego z punktu widzenia dobra pacjentów, do kontraktowania usług powinni być dopuszczani psychoterapeuci o zweryfikowanej skuteczności, a nie o szczególnej przynależności.

Tertio: Brak wiedzy o ważnym dziale psychoterapii, jakim jest leczenie zaburzeń osobowości. W ich przypadku psychoterapia działa w ten sposób, że stymuluje właśnie rozwój pacjenta, a nie, jak wydaje się sądzić krajowy konsultant, przywracając wcześniejszy poziom funkcjonowania. Dlatego, że pacjent z zaburzeniem osobowości, po skutecznej psychoterapii, znajduje się w takim stanie zdrowia psychicznego, w jakim nigdy wcześniej nie był. W psychoterapii nazywane jest to settingiem rehabilitacji (Frances, Clarkin, Perry, 1984). Wykluczenie rozwoju jako celu

psychoterapeutycznego, często zresztą postulowane przez psychiatrów, oznacza pozbawienie pacjentów z zaburzeniami osobowości możliwości leczenia. Setting rehabilitacji, interwencji kryzysowej (nie mylić z tzw. interwencją kryzysową wykonywaną przez psychologów) oraz terapii podtrzymującej to trzy równoprawne obszary psychoterapii. Wykluczenie psychoterapii Gestalt, która jak nieświadomie przyznaje Konsultant, oferuje możliwość leczenia zaburzeń osobowości, nie służy pacjentom.

Quatro: Brak znajomości definicji zdrowia WHO, na której opiera się współczesna opieka zdrowotna: *Zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania*. Dobre funkcjonowanie, z którego krajowy konsultant ds. psychiatrii czyni zarzut terapii Gestalt, jest właśnie istotnym przejawem zdrowia. A zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, *wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie* jest celem świadczeń zdrowotnych w myśl obowiązującej NFZ Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Quinto: Psychoterapia oprócz wymienionej w ustawie funkcji leczenia zaburzeń psychicznych, realizuje też funkcję zapobiegania chorobom i zapobiegania *niepełnosprawności*, wskazywaną w ww. Ustawie. Także psychoterapia Gestalt. Profilaktyka i rozwój powodujący zmniejszenie niepełnosprawności, redukcja kosztów medycznych to ważne społecznie empirycznie udokumentowane efekty psychoterapii. (APA, 2012).

Uwidoczniony w poglądach konsultanta redukcjonizm biologiczny jest nieuniknionym efektem przeniesienia paradygmatu medycznego na psychoterapię. Opisane działania krajowego konsultanta, lekarza psychiatrii, jako nieoparte na rzetelnych naukowych podstawach, szkodzą psychoterapii i ograniczają mniej zamożnym pacjentom dostęp do psychoterapii.

Etyka Lekarska w Polsce narusza Konstytucję RP oraz Europejską Konwencję Praw Człowieka

1. Trybunał Konstytucyjny w 2008 stwierdził, że KEL narusza Konstytucję: TK w orzeczeniu z dnia 23 kwietnia 2008 r.(sygn. akt: SK 16/07) stwierdza: Art. 52 ust. 2 kodeksu etyki lekarskiej, w zakresie, w jakim *zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza, jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz jest niezgodny z art. 63 Konstytucji.*
2. Orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Sosinowska v. Polska stwierdza, że zakaz jakichkolwiek krytycznych wypowiedzi w stosunku do innego lekarza *łamie art. 10 Konwencji Praw Człowieka.*

Jednak samorząd lekarski nie zmienił swojego kodeksu etyki, pomimo jego sprzeczności z prawami człowieka i Konstytucją RP.

Pojawia się więc retoryczne pytanie - jak grupa zawodowa, która przedkłada lojalność zawodową nad dobro pacjenta, konstytucję i Europejską Deklarację Praw Człowieka, może rościć sobie prawo do rządzenia psychoterapeutami?

Gdy Minister Zdrowia, Bartosz Arłukowicz 24 maja 2013 zaapelował oficjalnie do „przyjaciół lekarzy”, by skorygowali swój kodeks etyczny, spotkał się z energicznym protestem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Reasumując: Analiza tylko jednego aspektu odrębności zawodu psychoterapeuty wykazuje, że jeśli zawód psychoterapeuty zostanie zmedyalizowany, spowoduje to degradację etyki zawodowej do etyki lekarskiej, psychoterapia nie będzie wykonywana zgodnie z podstawami naukowymi, tylko zdeformowana w dziwną postać „pigulki psychoterapeutycznej”, psychoterapią będą rządzić ludzie, którzy się na niej nie znają (psychiatrzy), profesjonalna psychoterapia będzie dostępna tylko dla zamożnych, w prywatnych gabinetach, a niezamożni w NFZ dostaną wyrób psychoterapiopodobny, z którego korzyść dla zdrowia będzie niewielka.

Dlatego: Psychoterapia powinna zostać uregulowana jako wolny, niezależny, samorządny zawód pod patronatem Ministerstwa Pracy lub innego, ale nie Ministerstwa Zdrowia. Psychoterapia jako świadczenie medyczne powinna być kontraktowana przez NFZ, w oparciu o naukowe kryteria oceny przygotowania zawodowego, tak by wreszcie zapewnić także niezamożnym obywatelom dostęp do najlepszej psychoterapii.

Sygnatariusze:

Polska Federacja Psychoterapii

Polskie Stowarzyszenie Neurolingwistycznej Psychoterapii

Polskie Towarzystwo Psychoterapii Integratywnej

Literatura:

1. American Psychological Association. (2012). Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness, Recognition of Psychotherapy Effectiveness. Pozyskano 3 grudnia 2012 z <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx>
2. Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276–1284.
3. Frances, A. Clarkin, J. Perry, S. (1984). *Differential Therapeutics in Psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
4. Hartman, J. Uwagi o kodeksie etyki lekarskiej. Pobrano 22 maja 2013 z http://www.iphils.uj.edu.pl/~j.hartman/pu.php?c=bioetyka&p=uwagi_o_kodeksie_etyki_lekarskiej
5. Naczelna Izba Lekarska (2008). Kodeks Etyki Lekarskiej. Pozyskano 1 czerwca 2013 z http://www.oil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel
6. Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York, NY: Oxford University Press.
7. Wampold, B. E. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counselling Psychology*, vol.48, No 3, 268-273.
8. Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
9. World Medical Association WMA International Code of Medical Ethics. Pozyskano 22 maja 2013 z <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>

Aneks 1. Porównanie zasad etyki psychoterapeutów i lekarzy

	Lekarz	Psychoterapeuta
Czy zawód ma uniwersalną etykę zawodową	TAK	TAK
Czy są różne kodeksy etyczne dla odmian/ specjalizacji	NIE.	TAK. Ale zachowują uniwersalny trzon.
Zakaz kontaktów seksualnych z pacjentem	NIE ma takiego wymogu	TAK, zarówno przed psychoterapią, podczas, jak i po jej zakończeniu
Możliwość odmówienia leczenia/pomocy/ w nagłych przypadkach	NIE. jest zobowiązany przysięgą Hipokratesa	TAK – ma obowiązek odmówić, jeśli np. ocenia, że pacjent nie ma dobrych cech prognostycznych, albo gdy nie można z pacjentem zbudować sojuszu terapeutycznego
Tajemnica zawodowa	TAK	TAK
Wymóg świadomej zgody na leczenie/ pomoc/	TAK, ale w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia zgodna nie jest konieczna	TAK, bez wyjątków. Technicznie biorąc skuteczna psychoterapia nie jest możliwa bez zgody pacjenta
Czy może prowadzić badanie pacjenta bez jego zgody, na żądanie instytucji lub władz	TAK, o ile nie niesie to „nadmiernego zagrożenia” dla zdrowia pacjenta	NIE. <i>Patrz wyżej</i>
Jak pacjent może dochodzić swoich praw jeśli dozna szkody w wyniku działań specjalisty	1) Przed sądem dyscyplinarnym Izby Lekarskich 2) przed sądem powszechnym.	1) Przed sądem dyscyplinarnym stowarzyszeń psychoterapeutycznych 2) przed sądem powszechnym
Jakie szanse w praktyce ma poszkodowany pacjent na uznanie błędu, że specjalista zaszkodził mu/ postąpił nieetycznie	MAŁE. W praktyce art.52 KEL wyklucza publiczną krytykę opartą na faktach postępowania lekarza przez lekarza, co sprawia, że biegli powoływani przez sąd nie stwierdzają winy lekarza. 1% wg. A. Sandauera	DUŻE - przed sądami stowarzyszeń. Sądy powszechne także zwykle trafnie rozpoznają nadużycia i wydają wyroki skazujące. Etyka nie zabrania publicznej oceny błędów/ nadużyć innego psychoterapeuty
Czy specjalista, który wie o niebezpiecznych dla życia/ zdrowia praktykach kolegi, powinien ostrzec pacjenta?	NIE. nie wolno mu. (art. 52 KEL) Jeśli szkodliwość jest duża, ma poinformować izbę lekarską	TAK, powinien
Czy zasady etyki zawodowej są zgodne z Konstytucją RP	NIE. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że art.52 KEL jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w	TAK

	związku z art. 31 ust. 3 oraz art. 17 Konstytucji RP	
Czy zasady etyki zawodowej są zgodne z Konwencją Praw Człowieka	NIE. Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Sosinowska vs. Polska uznał, że KEL łamie art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowiek.	TAK