

## PSYCHOTERAPIA ESTETYCZNA. CZY TO KIERUNEK ROZWOJU PSYCHOTERAPII?<sup>1</sup>

### ESTHETIC PSYCHOTHERAPY. NEW DIRECTION OF PSYCHOTHERAPY DEVELOPMENT?

<sup>1</sup>Centrum Psychoterapii, Kraków

<sup>2</sup>Katedra Psychoterapii UJ CM

ethics  
contract  
diagnosis for psychotherapy

*Autorzy prezentują obserwowane w środowisku psychoterapeutów polskich tendencje dotyczące stosowania psychoterapii. Temat powiązania leczenia zaburzeń zdrowia z psychoterapią jest dyskusyjny od początku stosowania psychoterapii. Artykuł prezentuje rysującą się coraz wyraźniej tendencję zmierzającą do stosowania metod postępowania opracowanych do leczenia, w celach innych niż leczenie, jak np. w tzw. medycynie estetycznej.*

**Summary:** The debate concerning the relations between the treatment of health disorders and psychotherapy has been going on within The Polish Psychiatric Association (PPA) for more than two decades. Aleksandrowicz formulated a radical opinion on the psychotherapy, to wit, that it is a treatment of health disorders with a psycho-social genesis. One of the authors (JB) postulated that the psychotherapy be extended to cover situations of risk of disorder (prevention), and that it deal with unsatisfactory outcome of disorder (rehabilitation). The efforts of the PPA psychotherapists (Pawlik, Tronczyński) resulted in the area of psychotherapy (as well as that of the counseling by psychologists) being financially taken into account by the national health insurance agency. In the second stage of the debate, de Barbaro criticized the medicalisation of psychotherapy, thus claiming its being a legitimate way of dealing with problems other than health disturbance. This approach is understandable especially in the psychotherapy of families and in the therapies promoting the individual development. In view of the fact that a significant portion of psychotherapy is delivered outside of the health care system based on the health insurance resources, in individual services, information concerning the clients is scarce. Nevertheless, the information gathered from supervision and training of supervisors lead to the supposition that the psychotherapists undertake psychotherapy of persons who had not been diagnosed as suffering from health disorders. Moreover, psychotherapists (non-doctors) abstain from making a diagnosis for psychotherapy, formulating their contracts as proposals aiming at exploration. All over the world we can see a growing interest in the esthetic medicine which is using the methods developed for the treatment of people with health disorders, to achieve the desired change of appearance in the clients. We suppose that in the field of psychotherapy a new direction is being born – the aesthetic psychotherapy. It employs therapeutic methods to achieve a mental change desired by the client.

---

<sup>1</sup>Podstawowe tezy tego tekstu przedstawiliśmy na 45. Zjeździe Naukowym Psychiatrów Polskich w Katowicach, 16–18 czerwca 2016 roku

Psychoterapia rozwija się w Polsce nieprzerwanie od drugiej połowy lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Po wojennej przerwie i okresie doktrynalnego stalinizmu 26. Zjazd Naukowy Psychiatrów Polskich w Szczecinie w 1959 roku poświęcony był, obok zaburzeń psychicznych w okresie inwolucji, zagadnieniom psychoterapii. Antoni Kępiński i Stefan Leder informowali wówczas o stosowaniu psychoterapii grupowej w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi [1, 2, 3]. W środowisku psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które nadal jest najliczniejsze w kraju, psychoterapię uważano za metodę leczenia. Myśl tę najdobitniej wyraził przed dwudziestu laty Jerzy W. Aleksandrowicz [4], który zdefiniował psychoterapię jako zastosowanie metod psychologii do leczenia zaburzeń zdrowia o psychospołecznej genezie. Stanowisku temu zarzucono radykalność, głównie ze względu na pomijanie znaczenia psychoterapii w profilaktyce i rehabilitacji [5]. Niemniej jednak radykalizm Aleksandrowicza uzasadniały konsekwencje burzliwego rozwoju psychologii humanistycznej, a w ślad za nią psychiatrii humanistycznej, które w Polsce najdobitniej wyraził Kazimierz Jankowski [6], a także Jerzy Mellibruda i Wojciech Eichelberger [7]. W późniejszym okresie, zwłaszcza w psychiatrii amerykańskiej, której wpływ na rozwój opieki nad zdrowiem psychicznym jest znaczący, wobec szybkiego rozwoju neuronauki i neuropsychiatrii rola i znaczenie psychoterapii znacznie się zmniejszyły [8].

W drugiej fazie debaty de Barbaro zarzucił medycynie zawłaszczanie psychoterapii. O ile w pierwszej fazie granice wyznaczone były rozumieniem istoty leczenia, druga opierała się na zjawisku medykalizacji życia i krytyce nadmiernego rozszerzania pojęcia zaburzenia psychicznego [9, 10]. Uznanie psychoterapii za istotny element postępowania w leczeniu, zapobieganiu zaburzeniom zdrowia i rehabilitacji znalazło wyraz we wprowadzeniu nauczania podstaw psychoterapii do programu studiów lekarskich. Krytyczny stosunek do jej medykalizacji z kolei doprowadził do wyhamowania zamiaru wpisania zawodu psychoterapeuty na listę zawodów mających zastosowanie w medycynie.

Niezależnie od kontekstu relacjonowanej tu debaty, różnice prezentowanych stanowisk wynikają z teoretycznego konceptualizowania istoty medycyny, ale może też bardziej z poglądów ujmujących istotę zaburzeń zdrowia.

Pierwsze stanowisko, Jerzego W. Aleksandrowicza, jest konsekwentnym rozwinięciem znaczenia czynników psychospołecznych w patogenezie zaburzeń zdrowia. Opiera się ono na tradycyjnym modelu choroby: przyczyny, obraz objawowy, przebieg, zejście. A także na istotnym dla tego modelu dążeniu do leczenia przyczynowego.

Drugie — pozostaje w związku z postrzeganiem zaburzeń zdrowia psychicznego jako wyniku zakłóceń rozwoju indywidualnego powodujących dysfunkcje oraz cierpienie. Istotą zapobiegania, leczenia i rehabilitacji jest stymulowanie zmian w rozwoju oraz dostosowanie do swoistości osoby objętej psychoterapią udzielenie wsparcia tak, aby mogła je przyjąć.

Stanowisko trzecie, postpsychiatryczne, jest spójne z konstrukcjonistycznym podejściem do kwestii zdrowia psychicznego. A także konsekwencją wcześniejszego zakwestionowania indywidualnego zaburzenia psychicznego na rzecz dysfunkcji systemu, w którym funkcjonuje jednostka.

O znaczeniu psychoterapii dla leczenia ludzi z zaburzeniami zdrowia świadczy to, że powszechny ubezpieczyciel, Narodowy Fundusz Zdrowia, refunduje różne formy psycho-

terapii stosowane u osób z licznymi rozpoznaniem klinicznymi. Dobrze przypomnieć, że wielką w tym zasługą Jerzego Pawlika i Krzysztofa Tronczyńskiego, którzy doprowadzili do uporządkowania refundacji psychoterapii wprawdzie w Mazowieckiej Kasie Chorych, potem w pozostałych kasach, a ich spadkobierca, NFZ, nie odrzucił tego rozwiązania. W konsekwencji psychoterapia jest stosowana w leczeniu kompleksowym, zwłaszcza zaburzeń zdrowia psychicznego, w warunkach oddziałów stacjonarnych i dziennych, oraz kontraktowana przez NFZ w przychodniach.

Sytuacja psychoterapii w Polsce cechuje się szybkim wzrostem liczby wolno praktykujących psychoterapeutów. Geneza tego zjawiska wydaje się złożona i wieloprzyczynowa. Jeśli wierzyć prawom ekonomii, skoro powstają prywatne gabinety psychoterapeutyczne, musi być popyt na to, co psychoterapeuci oferują, a oferta świadczeń finansowanych przez NFZ nie zaspokaja tego popytu. Trzeba jednak wziąć pod uwagę fakt, że większość psychoterapeutów — certyfikowanych przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz inne stowarzyszenia prowadzące szkolenie w psychoterapii i weryfikujące kompetencje adeptów — nie jest lekarzami. Otóż kompetencje psychoterapeutów sprawdzane są wyłącznie w toku szkolenia i procesu przyznawania certyfikatu. Poszczególne stowarzyszenia, w tym Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, w niewielkim stopniu, jeśli w ogóle, egzekwują przestrzeganie zasad etyki zawodowej zapisanych w kodeksach. Wydawałoby się, że nie trzeba przypominać o znaczeniu wewnętrznej regulacji etyki zawodowej. Stowarzyszenia psychoterapeutów deklarują wyznawane zasady etyczne [11–15], tworzą komisje etyki, mają sądy koleżeńskie. Ale, dla przykładu, sądy koleżeńskie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nie rozpatrywały od wielu lat żadnej sprawy o naruszenie przez psychoterapeutkę zasad etyki. Równocześnie powstają organizacje statutowo zajmujące się wspieraniem osób, które doznały szkód w wyniku naruszenia tych norm przez psychoterapeutów [np. 16]. Może to oznaczać, że mimo troski o opracowanie standardów godnego postępowania ich egzekwowanie sprawia znaczne trudności. Jest to szczególnie ważne wobec ciągłego braku prawnej regulacji statusu zawodowego psychologów i psychoterapeutów. Ich praca, poza zakładami opieki zdrowotnej, jest przez prawo traktowana jak każda inna gospodarcza „działalność własna”.

Równocześnie system finansowania świadczeń zdrowotnych przez ubezpieczyciela sprawia, że alokacja środków na psychoterapię jest niska, a zakłady opieki uzyskują kontrakty, korzystając z usług zewnętrznych.

Gabinet psychoterapeutyczny uruchomić nietrudno, poszukujący znajdują w nim psychoterapię co prawda odpłatnie, ale za to omijają uciążliwości biurokracji wymagającej skierowań i narażającej na kolejkowe oczekiwania. Nie bez znaczenia jest także opinia o pewności dyskrekcji.

Kto korzysta z psychoterapii w gabinetach prywatnych? O ile wiemy, nie ma, poza informacjami zbieranymi przez izby lekarskie z prywatnych praktyk lekarskich, żadnych zbiorów danych o klientach pozostałych gabinetów psychoterapii. Nawet trudno oddzielić obszar lecznictwa od pozostałych usług w gabinetach psychoterapeutycznych.

Od kilku dekad psychoterapeuci zajmują się poza systemem opieki nad zdrowiem dziećmi, dorastającymi i ich rodzinami w przychodniach zakładanych i finansowanych przez system oświaty i wychowania. Znany jest przykład Krakowskiego Ośrodka Terapii KOT.

Później powstały ośrodki prowadzone przez system pomocy społecznej: ośrodki interwencji kryzysowej, centra wspierania rodzin, oraz system finansowania psychoterapii z budżetu gminy. Psychoterapeuci i adepci psychoterapii dostępni są też w ośrodkach prowadzonych przez instytucje wyznaniowe, a także niedochodowe organizacje pozarządowe.

Nie sposób określić, kto z tych wszystkich świadczeń psychoterapeutów w powyższych ośrodkach korzysta. Ani, czy da się wydzielić działania profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. Nie ma chyba jednak większej potrzeby, aby takich podziałów dokonywać.

Klientami tych placówek są zazwyczaj ludzie niezamożni, a nawet biedni, doświadczeni wieloma wydarzeniami stresującymi, a czasem traumatycznymi. W takich sytuacjach granica między interwencją kryzysową, prewencją i leczeniem jest nieuchwytna.

Informacje o psychoterapii prowadzonej w tych różnych miejscach pochodzą z materiałów przedstawianych do superwizji oraz superwizji superwizji. Skłaniają one do przypuszczenia, że psychoterapeuci często podejmują psychoterapię osób, u których lekarz nie rozpoznał zaburzeń zdrowia. Chociaż polskie prawo zastrzega orzekanie o stanie zdrowia, a więc i formułowanie rozpoznania zaburzenia zdrowia, dla lekarzy.

Problem wykracza jednak poza granice sporu kompetencyjnego. Psychoterapeuci, nawet z wykształcenia wyjściowego będący lekarzami, zaniedbują stawianie rozpoznania klinicznego. To trochę tak, jakby diagnoza służyła wyłącznie uzasadnieniu wystawienia rachunku ubezpieczycielowi. Może jednak nie jest to efekt biurokratyzacji, a raczej wpływ podejścia anozologicznego i indywidualizacji w traktowaniu każdego pacjenta?

Nie można nie zauważyć wpływu klasyfikacji zaburzeń zdrowia psychicznego na praktykę opieki. Jest standardem w badaniach naukowych. Jest także standardem w edukacji oraz, o czym już była mowa, wymogiem ubezpieczyciela. Znacząco zmieniła język klinicystów. Przestali formułować indywidualne rozpoznania, ograniczając się do powtarzania nazw kategorii diagnostycznych, a nierzadko tylko symbolu literowo-numerycznego. Rozpoznanie zaczynające się od „F” jest wystarczające do zastosowania psychoterapii i wystawienia rachunku funduszowi. Czy jednak jest podstawą do jej kompetentnego wprowadzenia i poprowadzenia?

Drugie przypuszczenie odwołuje się do wpływu myślenia kwestionującego przydatność rozpoznania nozologicznego. Nacisk położony jest na rozpoznanie — indywidualnie dla każdego pacjenta — jego problemu, zasobów i deficytów, które są definiowane i nazywane zależnie od teorii.

Otóż ten optymistyczny wariant, podobnie jak ten pierwszy, biurokracjopochodny — wydają się, niestety, mało prawdopodobne.

W szkoleniu psychoterapeutów nacisk położony jest raczej na zawieranie kontraktu i określanie „settingu” niż na przybliżenie pacjentowi wstępnego rozumienia jego problemu, i na ustalanie celów leczenia.

Chcemy przy tym wyraźnie zaznaczyć, że opieramy się na szczególnym źródle informacji i refleksji tych nie można nadmiernie uogólniać. Skłonni jesteśmy przypuszczać, że zaniebdanie diagnozowania do psychoterapii i formułowania jej celów w indywidualnych przypadkach ma inne przyczyny.

Żywy rozwój popularności psychoterapii w Polsce wiąże się z zacieraniem granic między różnymi formami psychologicznych form oddziaływania. Termin psychoterapia dawno już, w języku potocznym, przestał oznaczać leczenie metodami opartymi na psychologii. Oznacza raczej takie działania, które przynoszą przyjemność i odprężenie. Język potoczny wydaje się we współczesnej kulturze silnie oddziaływać na język i myślenie profesjonalistów. Silniej niż to się dzieje w przeciwnym kierunku.

Ale psychoterapia, zwłaszcza w kontekście prewencji, oznacza też wspomaganie rozwoju. Ten kierunek ma w historii psychoterapii długą i bogatą tradycję. Najważniejsze w nim są chyba analiza własna w szkoleniu psychoanalityków, a następnie kalifornijski ruch spotkaniowy z lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. W Polsce przykładem wpływu tej idei zakorzenionej w psychologii humanistycznej była nazwa ośrodka psychoterapeutycznego założonego w tym czasie w Warszawie przez dr Lidię Mieścicką i prof. Jerzego Mellibrudę: Ośrodek Terapii i Rozwoju Osobowości.

Samowiedza, wgląd intelektualny i emocjonalny, rozwój sposobów stawiania czoła przeciwnościom, rozwój możliwości korzystania ze wsparcia, poprawa umiejętności bycia w grupie społecznej są zasadnymi celami psychoterapii. Zarówno podejmowanej w leczeniu osób, u których rozpoznano zaburzenia zdrowia, jak i u tych, u których stwierdza się ryzyko ich powstania.

W badaniach naukowych nad psychoterapią, a w konsekwencji w praktyce psychoterapii pojawiło się pojęcie zmiany jako celu leczenia [17]. Zdefiniowanie cech zmiany, do której dąży leczenie (a więc i psychoterapia) nastęrcza sporych trudności. Jakkolwiek leczenie można sprowadzić do działań zmierzających do zmiany korzystnej. Jednak określenie zmiany korzystnej jako takiej, która „sprzyja zdrowiu”, chociaż używane, ze względu na niemożliwość opracowania zadowalającej definicji zdrowia, nie mówiąc już o uściśleniu tego, co zdrowiu sprzyja, otwierają przestrzeń działań niewiele mających wspólnego z leczeniem, zapobieganiem i rehabilitacją.

W najpowszechniejszej definicji zdrowia akcent położony jest na ocenę subiektywną (wellbeing) oraz wypełnianie ról społecznych. Jeżeli zgodzić się, że dobrostan jest przeżywany subiektywnie, to zasadne jest poważne traktowanie oczekiwań pacjentów co do zmian, jakie mogą nastąpić w trakcie i w wyniku psychoterapii. Postępowanie można traktować jako psychoterapię, jeżeli brak dobrostanu jest wynikiem zaburzeń. Oczekuje się, że w praktyce podjęcie psychoterapii poprzedzić powinno badanie, ustalenie rozpoznania do psychoterapii, potem negocjacja co do celów i sposobów ich osiągnięcia, zwieńczone kontraktem.

Nasze obserwacje z superwizji być może nie są reprezentatywne dla praktyki psychoterapii, ale wskazują na powszechność sytuacji, w których psychoterapeuci nie przywiązują wystarczającej wagi do pierwszych dwóch zadań, a w następstwie nie mogą być rzeczowi w trzecim zadaniu — w negocjacjach. Rzeczowość w nich wymaga postawienia stosownego dla sformułowania propozycji leczenia rozpoznania, a przynajmniej hipotezy diagnostycznej. Przy czym nie idzie tu o rozpoznanie według kryteriów Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Zdrowia ani Diagnostic and Statistical Manual, a o rozpoznanie sformułowane w terminach teorii, na której opiera się proponowana psychoterapia.

Psychoterapeuci podejmują się także postępowania wymagającego wiedzy i umiejętności swoistych dla psychoterapii, wobec osób, u których nie rozpoznają zaburzeń zdrowia,

ale które zgłaszają potrzebę osiągnięcia zmiany — poprawy efektywności, zwiększenia atrakcyjności, itd.

Psychologia stosowana opracowała wiele sposobów postępowania wzmacniających możliwości psychiczne człowieka albo wygaszających je. Najbardziej spektakularne są te, które służą treningowi do zadań specjalnych w sporcie albo w czasie działań wojennych. Takie działania na ogół służą celom zewnętrznym wobec osób, które są nimi objęte. Czasem nawet, jak wobec poborowych, nie oczekuje się ich zgody.

Stosowanie tych metod przybrało specjalne nazwy: treningu, consultingu, coachingu, a ich lista wydaje się rozwijać. Jest możliwe, że umiejętności psychoterapeuty są w tych działaniach przydatne. Nie czynią ich jednak psychoterapią.

W dyskusji nad szkodliwością psychoterapii przeciwnik<sup>1</sup> jej stosowania jako metody niebezpiecznej, zbliżonej, a czasem tożsamej z indoktrynacją, przedstawił nam przypadki osób podejmujących psychoterapię w celu — najogólniej rzecz ujmując — poprawy jakości życia (przyspieszenia kariery, zwiększenia dochodów itd.). Istotne przy tym było, że ludzie, o których mówił, umawiali się w tej sprawie z certyfikowanymi psychoterapeutami różnych szkół i pozostawali w kontakcie nawet przez kilka lat. Nie bez znaczenia jest fakt, że nie byli oni zadowoleni i czuli się wykorzystani i oszukani.

Zastanowiła nas zbieżność tej informacji z materiałem wnoszonym do superwizji: brak diagnoz do terapii, z treścią owych przykładów użytych dla wykazania szkodliwości psychoterapii. Zatem, czy powinno się określać terminem terapia, tzn. leczenie, coś, co leczeniem nie jest, a służy, nawet chwalebnemu, celowi — rozwojowi osobistemu?

Makijaż, także permanentny, wymyślono dla zmiany aparycji. Podobnie biustonosze push-up i suspensoria. Ale powiększanie biustu, ust itd. nie jest już nazywane kosmetyką, a medycyną estetyczną.

Zatem, czy używanie terminu psychoterapia dla osiągnięcia celów pożądaných przez klienta (bo przecież nie pacjenta, według którejkolwiek z istniejących definicji pojęcia „pacjent”) jest zasadne? Czy też należy przyjąć, że tak jak powstała medycyna estetyczna, powstała też psychoterapia estetyczna?

Podjęliśmy ten temat dlatego, że wydaje nam się, iż chodzi tu nie o odmienność teoretycznych założeń wyjściowych ani o postmodernistyczne uwolnienie słowa „psychoterapia” od semantycznej treści, a raczej o zawłaszczanie terminu do celów innych niż leczenie, zapobieganie i rehabilitacja.

### Piśmiennictwo

1. Kępiński A, Winid B, Mitański J. Ogólne uwagi o psychoterapii grupowej. NNiPP; 1959, 9 (6): 433–449
2. Kępiński A, Orwid M, Gałarski J. Dalsze uwagi praktyczne o psychoterapii grupowej. NNiPP; 1960, 10 (5): 697–701
3. Leder S, Wolska H. Psychoterapia grupowa w oddziałach psychiatrycznych. NNiPP; 1963, 10: 405–414.
4. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia medyczna. Warszawa: PZWL; 1994.

---

<sup>1</sup>Dr n. hum. Tomasz Witkowski



5. Bomba J. O niektórych zagrożeniach psychoterapii. Między deontologią, ideologią a scientyzmem. *Znak*; 1997, 69 (509): 12–27.
6. Jankowski K. Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1975.
7. Mellibruda J, Bomba J, Eichelberger W. Kierunki współczesnej psychoterapii. Materiały I Krajowego Sympozjum Psychoterapii, Warszawa 1974: 3–16.
8. Michels R. Rola psychoanalizy, psychoterapii i innych terapii werbalnych w psychiatrii amerykańskiej. W: Bomba J, de Barbaro B, red. *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Kraków: CM UJ; 1995: 34–41.
9. de Barbaro B. Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”. *Psychiatr. Pol*; 2004, 38(5): 771–782.
10. de Barbaro B. Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego. W: de Barbaro B, (red.), *Konteksty psychiatrii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014: 235–251.
11. Kodeks Etyczny Psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [http://static2.medforum.pl/upload/file/kodeks%20etyczny%20psychoterapeut%c3%93w%20polskiego%20towarzystwa%20psychiatrycznego%20uchwalony%202015\\_10\\_17\(1\).pdf](http://static2.medforum.pl/upload/file/kodeks%20etyczny%20psychoterapeut%c3%93w%20polskiego%20towarzystwa%20psychiatrycznego%20uchwalony%202015_10_17(1).pdf).
12. Kodeks Etyczno–Zawodowy Psychologa <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>.
13. Kodeks etyki zawodowej psychoterapeuty Polskiej Federacji Psychoterapii [www.psychoterapia-polska.org/kodeks-etyczny-pfp](http://www.psychoterapia-polska.org/kodeks-etyczny-pfp).
14. Kodeks Etyki Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej <http://psychoterapia.olesnica.pl/files/kodeks.pdf>.
15. Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego <http://www.pttpb.pl/pttpb-info/kodeks-etyczny-pttpb>.
16. <http://www.stopmanipulacji.info.pl/>.
17. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.

adres: [jacek.bomba@uj.edu.pl](mailto:jacek.bomba@uj.edu.pl)