

Marcin Jacek Jabłoński<sup>1</sup>, Maciej Wojciech Pilecki<sup>2</sup>, Sławomir Murawiec<sup>3</sup>, Jacek Bielas<sup>1</sup>,  
Wojciech Rachel<sup>2</sup>, Robert Jach<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychologii Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum w Krakowie

<sup>2</sup>Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

<sup>3</sup>Centrum Terapii Dialog w Warszawie

<sup>4</sup>Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

## Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku

*New threats for psychotherapy in Poland after the political  
transformation of the eighties of the twentieth century*

### Abstract

The purpose of the article is the presentation of reflections of authors: practitioners, psychotherapists and doctors belonging to the generation of the political transformation which started in Poland over the end of '80s and lasts until today. This article is a result of the sequence of discussions between authors about threats occurring in social environment for the organization of the Polish system of the health care at all, and especially for psychotherapy as one of the areas of the medical market. Authors are paying attention to the threats which are: the risk of reducing the quality of psychotherapy, the risk of objectifying the patient and change of the psychotherapist into the service provider. The other issue is a subject of the organization of the system of training psychotherapists and the need of re-definition of the psychotherapy in the light of the observed latest trend turning up in the West. Authors hope, that issues presented by them referring to their experience in the therapeutic and academic work will be an incentive to further discussion and putting next questions for interested readers.

*Psychiatria* 2014; 11, 2: 81–86

**Key words:** psychotherapy, social transformations, training in psychotherapists

### Wstęp

Proces psychoterapii, z definicji rozgrywa się w środowisku społecznym, kształtującym zarówno mentalność terapeutów jak i pacjentów. Od przełomu politycznego roku 1989 kończącego epokę gospodarki socjalistycznej, polskie społeczeństwo przechodzi proces postępującej kapitalistycznej transformacji. Proces ten dotyka warunków pracy i warunków ekonomicznych [1], struktury rodziny [2], wartości i norm [3, 4], również w kontekście masowej emigracji zarobkowej [5, 6]. Istotnym zmianom uległy również zasady relacji społecznych i wsparcia

społecznego [7]. Polska transformacja ustrojowa jest oceniana niejednoznacznie. Z jednej strony pojawiają się głosy o kolonizacji Polski po roku 1989 przez spekulacyjny kapitał zagraniczny [8], z drugiej strony przedstawiana jest ona jako proces w przeważającym stopniu pozytywny [9]. Dostrzegając pozytywne aspekty transformacji, trzeba jednak stwierdzić, że Polska, tak jak inne kraje byłego bloku wschodniego: “face a double challenge, which includes first, the transition to capitalism with all the imponderables of early capitalist accumulation within a few years, and second, the immediate confrontation with globalisation and modernisation with their attendant disruptions” [10]. Na płaszczyźnie społecznej łatwo zauważyć, że w okresie po transformacji systemowej instytucje, korporacje oraz elity finansowe uzyskały i nadal

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Marcin Jacek Jabłoński,  
Katedra Psychologii Wydziału Filozoficznego  
Akademii Ignatianum,  
ul. M. Kopernika 26, 31–501 Kraków,  
e-mail: marcinjablonski@interia.pl

stopniowo rozbudowują wpływ na procesy ekonomiczne i politykę, w tym również zdrowotną, w Polsce. Łączy się z tym fakt, że liczba pośredników zainteresowanych prowizjami od osiąganych wyników finansowych w każdym obszarze ekonomicznym — a rynek usług terapeutycznych należy do dynamicznie rozwijających się obszarów świadczeń medycznych w krajach uprzemysłowionych, bardzo szybko wzrasta. Negatywnym wymiarem opisywanego procesu jest fakt, że możliwość zysku zazwyczaj potęguje chciwość, odwracając uwagę od jakości zachowań, by skupić ją na jeszcze lepszych wynikach finansowych.

### **Czy transformacja kapitalistyczna może zagrozić jakości usług psychoterapeutycznych?**

Opisany powyżej model przekształceń społecznych wydaje się zagrożeniem dla jakości psychoterapii. Spotkaniu pacjenta i terapeuty w procesie psychoterapii towarzyszą nie tylko szczególne wymogi formalne ale i liczne oczekiwania odnośnie postaw i emocji terapeuty. Proces „terapii” zakłada istnienie choćby minimalnego zaufania między klientem a terapeutą oraz zawiązania uczciwego kontraktu tak, żeby osoby współpracujące ze sobą w ramach tej umowy zdefiniowały, czego mogą oczekiwać po sobie. Terapia, od której oczekuje się zmiany postaw i rozwoju osoby, zwykle nie jest procesem szybkim, zakłada równocześnie możliwość dostosowywania warunków pracy do zmieniających się okoliczności i predyspozycji klienta. Z kolei forsowany przez rozwijające się społeczeństwo konsumpcyjne model zamiany relacji w transakcję (na wzór transakcji handlowej), która z definicji jest zdarzeniem chwilowym, nie stawia na zaufanie. Miejsce „zaufania” zajmują coraz bardziej szczegółowe regulacje zewnętrzne: przepisy prawa, kontrola urzędów, umowy, certyfikaty jakości i standardy. Na polu usług terapeutycznych przejawia się to tworzeniem aktów prawnych i standardów „regulujących” zasady pracy terapeutów. Widoczna jest również ekspansja pośredników czerpiących korzyści finansowe i tworzących rozbudowane struktury instytucjonalne i administracyjne wokół obszaru bezpośredniej relacji terapeuta–pacjent. Dla zobrazowania tego zjawiska można wymienić wiele instytucji uczestniczących w procesie organizacji opieki zdrowotnej i w samym procesie leczenia, które odciskają swoje piętno na sposobie myślenia i działaniach zarówno pacjentów jak i terapeutów. W tej grupie pośredników i organizatorów można wymienić: korporacje medyczne, administracje państwową kolejnych szczebli od Ministerstwa Zdrowia do samorządów lokalnych, Narodowy Fundusz Zdrowia, ubezpieczycieli, izby lekarskie, przemysł farmaceutyczny, w tym również aptekarski, media, wymiar sprawiedliwości, instytucje

szkoleniowe, pracodawców ochrony zdrowia, fiskus, organy inspekcji sanitarnej i wiele innych pomniejszych pośredników czerpiących korzyści finansowe z pracy terapeuty.

### **Zagrożenie uprzedmiotowieniem pacjenta**

Jak dotychczas, nastawienie terapeutów na „użycie” pacjenta do własnych potrzeb: biznesowych, badawczych, poznawczych, w miejsce tworzenia empatycznej i skoncentrowanej na pacjencie relacji terapeutycznej lokalizuje się na marginesie profesji. Jeśli jednak życie w epoce transformacji kapitalistycznej, gdzie szybki zysk i stawa są priorytetami, będzie ewoluowało w stronę dalszego zaniku klasycznych — etycznych i mniej merkantylnych punktów odniesienia, może dojść do przewartościowania znaczenia efektywności finansowej i satysfakcji terapeuty z dobrze przeprowadzonego biznesu lub badania naukowego — kosztem dewaluacji dobrze rozumianego interesu pacjenta. Wygaszenie klasycznych pryncypiów szkolenia zawodowego i prowadzenia terapii może prowadzić do zaniku zaufania dla terapii w ogóle, rodzić poczucie zagrożenia przed nastawionymi biznesowo terapeutami, niszczyć potencjał twórczy kontaktu terapeutycznego, który stanie się pusty i pozbawiony dawnego znaczenia. Według innego scenariusza proces ten może skutkować ugruntowaniem paradygmatu dobrze sprzedawanej i biznesowo opłacalnej, terapeutycznej „byle-jakości”, jako nowego standardu. Uczestniczące w tym procesie instytucje medyczne oraz pacjenci nie będą już dostarczać i poszukiwać terapii opartej na klasycznym wieloletnim i nadzorowanym szkoleniu oraz kodeksie etycznym psychoterapeuty, kiedy ten model zdobywania i doskonalenia umiejętności zawodowych zupełnie zaniknie jako zbyt czasochłonny i kosztowny, zastąpiony przez metody tanie i ekonomicznie uzasadnione, zgodnie z zasadą mówiącą, że „zły pieniądź wypiera dobry”.

### **Zagrożenie zamianą psychoterapeuty w świadczeniodawcę**

Typowe dla okresu transformacji kapitalistycznej jest również kreowanie atmosfery, w której „siła pieniądza” zezwala przekraczać wszelkie granice i prowadzi do eskalacji roszczeń pacjentów i systematycznego ustawiania terapeuty w oczekiwanej roli bezkrytycznego świadczeniodawcy. W rzeczywistości terapeutycznej może to doprowadzić do rozwoju metod quasi-terapeutycznych, wzmacniających różnego rodzaju patologie zachowania lub osobowości, afirmujących doraźne zaspokojenie, na przykład perwersyjnych bądź agresywnych potrzeb klienta. Słabo słyszalne są głosy etyków, przestrzegających, że nie wszystko co można osiągnąć metodami naukowymi powinno być osiągnięte. Zasady etyczne nie znajdują prze-

cież zastosowania w oficjalnych systemach diagnostycznych i klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Ma również miejsce swoisty „paradoks normy”, w którym z jednej strony następuje stopniowa relatywizacja i poszerzenie pojęcia normy psychicznej, z drugiej „psychiatryzacja” coraz to nowych przejawów życia i form zachowania. Znajduje to miejsce w uzgadnianych okresowo psychiatrycznych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Psychiatria i psychoterapia jako młodsze siostry filozofii i psychologii stanowią niewątpliwy element kultury społeczeństw. Kultura zaś „została powołana, by przywrócić człowiekowi godność w kontekście nowożytnej nauki. Nauka ta była materialistyczna a co za tym idzie redukcjonistyczna i deterministyczna” [11]. Psychoterapeuta powinien zatem niejako automatycznie opowiadać się po stronie godności człowieka, co nie jest możliwe bez solidnych postaw etycznych.

### **Zagrożenie postępującą redukcją kosztów i maksymalizacją zysków**

W biznesie nadrzędnym celem jest zarabianie pieniędzy. Okazuje się, że w biznesie medycznym i terapeutycznym zwłaszcza zinstytucjonalizowanym leczenie ludzi jest jedną z wielu dróg do tego celu. Najwyraźniej widać to na styku biznesu medycznego z finansami publicznymi (Narodowy Fundusz Zdrowia). Po zbilansowaniu kosztów okazuje się, że im lepiej wykwalifikowani lekarze i terapeuci, tym mają większe oczekiwania co do zarobków. Im nowocześniejsze metody diagnostyczne i zabiegi, tym drożej. Im nowsze i bezpieczniejsze leki, tym większy koszt ich zakupu. W poszukiwaniu większej rentowności liczonej jako różnica przychodów i kosztów system kieruje się ku prostej zasadzie: cięcie kosztów jest najpowszechniej stosowana w pierwszej linii metodą każdej finansowej reformy służby zdrowia i restrukturyzacji placówek medycznych i terapeutycznych. Tego, że efektem owych działań jest ciągłe obniżanie standardów, rozwarstwianie środowiska terapeutów i nasilenie procesu klasowości usług medycznych w tym psychiatrii i psychoterapii wydaje się umykać uwadze organizatorów polskiego systemu ochrony zdrowia. Na gruncie jednostkowej psychoterapii proces ten może dotyczyć także takiego projektowania settingu terapeutycznego by zmaksymalizować przychody kosztem długości sesji, częstości spotkań lub jakości pracy.

### **Fairtrade w psychoterapii**

W ujęciu psychodynamicznym o pieniądzach w terapii powinno się mówić w sposób jasny i jednoznaczny. Rozmowa o zapłacie za terapię w symboliczny sposób dotyka kwestii popędowych. Nie powinna być więc dla terapeuty źródłem zawstydzienia czy lęku. Pomimo interpersonalne-

go wymiaru psychoterapii jest ona dla psychoterapeutów źródłem utrzymania. W dynamicznie zorientowanej psychoterapii zapłata za pracę jest uznawana za jedną z nielicznych dojrzałą formą gratyfikacji z relacji terapeutycznej. Płacenie za sesje terapeutyczne jest wyrazem zdroworozsądkowej wymiany handlowej pomiędzy dostarczycielem dóbr a tym, który w danej chwili dóbr tych potrzebuje. W akcie płacenia za sesję terapeutyczną wyraża się jeden z aspektów podmiotowości pacjentów. Zasady płacenie są jednym z istotnych aspektów settingu terapeutycznego. Zapłata za sesję pozwala pacjentowi utrzymać realny kontekst spotkania z terapeutą. Zdarzają się superwizje, których wnioskiem jest zaproponowanie pacjentowi terapii za którą będzie płacił sam, a nie korzystał z ubezpieczenia zdrowotnego. Również dla osób nauczających psychoterapii jest to źródło utrzymania. Zapłata za superwizję czy terapię własną nie unieważnia uczucia wdzięczności czy doświadczenia więzi z osobami prowadzącymi szkolenie. Doświadczenia z początku działania systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce wskazują na to, że niezbędna jest jakaś forma kontroli nad wydawaniem publicznych pieniędzy. Podobnie zdarzało się, że głosy o wyjątkowości relacji terapeutycznej czy relacji z psychoterapeutą stawały się pretekstem do różnego rodzaju nadużyć. Można powiedzieć, że psychoterapia jest na omawiane zagadnienia zmian ustrojowych zarówno szczególnie odporna jak i szczególnie narażona. Szczególnie odporna, gdyż istnieją łatwiejsze sposoby zarabiania pieniędzy. Psychoterapią interesują się więc ludzie o specyficznych cechach osobowych, w podstawowy sposób zainteresowani innymi ludźmi. Decydując się na uprawianie psychoterapii nie maż też zazwyczaj o karierze korporacyjnej. O szczególnej podatności psychoterapii na opisane powyżej procesy wpływa z kolei jej ulotny charakter. Ogólną definicję psychoterapii wypełnić można różną, czasami nawet absurdalną treścią. Warto tu przytoczyć przykład jednej z kompanii przewozowych w Polsce, która nie mając licencji taksówkarskiej, a pragnąc świadczyć usługi transportu osób proponowała przewóz pod „przykrywką” prowadzenia w tym czasie psychoterapii.

### **Zagrożenie obniżeniem jakości szkolenia terapeutów i wymagań odnośnie do samej metody terapii**

Ponieważ obraz wart jest tysiąca słów, pragniemy ostatnią część naszych rozważań zilustrować przykładem zaczerpniętym z życia. Dotyczy on spotkania i rozmowy na temat organizacji i prowadzenia psychoterapii z dyrektorem jednego z Oddziałów Narodowej Służby Zdrowia (NHS, *National Health Service*) w Wielkiej Brytanii. Osoba ta z entuzjazmem zachwalała wprowadzone przez siebie

rozwiązanie, polegające na prowadzeniu „psychoterapii” przez telefon przez odpowiednio przyuczone osoby. Użytkownicy systemu opieki zdrowotnej którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytania: „nie radzisz sobie?”, „czujesz się zestresowany?”, „jesteś w dołku?”, „nie możesz się zrelaksować?”, „masz trudności ze snem?”, „martwisz się?” mogli jego zdaniem z bardzo dobrym efektem skorzystać z „terapii” przez telefon. Terapia ta jest przeznaczona głównie dla osób z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Jest ona prowadzona przez osoby bez wykształcenia medycznego i psychologicznego, odpowiednio jednak przygotowane do pełnienia takiej roli. Główne argumenty na rzecz tego rodzaju terapii padające w rozmowie to przede wszystkim argument finansowy — tego rodzaju organizacja opieki psychoterapeutycznej jest tańsza niż zapewnianie jej w tradycyjny sposób. Rozmówca podkreślał także, że według badań jest równie skuteczna jak tradycyjna psychoterapia. Niezależnie od użyteczności dostarczania tego rodzaju usług przykład ten może posłużyć do zilustrowania, w jakim kierunku podąża obecnie sposób myślenia ludzi zajmujących się zawodowo organizacją systemu pomocy psychologicznej i psychoterapii w krajach zachodnich, na których to pomysłach wzoruje się często bezkrytycznie system organizacji podobnych świadczeń w Polsce. W tradycyjnym rozumieniu psychoterapii tego rodzaju usługi byłyby nie do pomyślenia, ponieważ nie mieściłyby się w uznanych systemach wartości i jakości zarówno szkolenia jak i definicji metody. I temu chcielibyśmy poświęcić kilka następnym refleksji, abstrahując zupełnie od tego, czy ten rodzaj pomocy jest skuteczny, czy też nie. W systemie wartości opartym na dobrej praktyce medycznej oddziaływanie „lecnicze” przez osoby bez odpowiedniego przygotowania profesjonalnego jest nie do pomyślenia. Model ten zakłada że leczący musi dysponować głęboką i rozległą wiedzą, aby móc leczyć. Widoczne jest to choćby w organizacji studiów medycznych, których adept musi zgłębić wiedzę na temat wszystkich dziedzin medycyny, zanim zostanie chirurgiem bądź psychiatrą. Analogicznie psychoterapeuta musi studiować „całą” wiedzę o psychologicznym funkcjonowaniu człowieka, a następnie odbyć szkolenie psychoterapeutyczne, aby móc legitymować się uprawnieniami do prowadzenia psychoterapii. Cały ten system jest oparty na pewnym wzorcu myślenia i wartości: adept musi najpierw dysponować jak najbardziej rozległą wiedzą podstawową, a następnie specjalistyczną, aby móc przystąpić do czynności leczenia. W bardziej tradycyjnym systemie osoba w trakcie szkolenia musiała odbywać liczne staże, w tym niekiedy zagraniczne, zapoznać się z wieloma metodami, poglądami i umiejętnościami, zanim mogła przystąpić do leczenia. Wartością była tu

wiedza, doświadczenie, umiejętności praktyczne nabyte często od mentorów, a nawet jeśli część tej wiedzy pozostawała niewykorzystana w praktyce, to i tak podnosiła to wartość przygotowania profesjonalnego osoby leczącej. W systemie wartości, w którym relacja terapeutyczna jest związkiem terapeuty i pacjenta, jest unikalnym i niepowtarzalnym spotkaniem wartością jest właśnie owo bezpośrednie spotkanie dwóch niepowtarzalnych jednostek ludzkich. W tym systemie odniesień myślenie posługuje się takim systemem odniesień jak jednostkowość i unikalność, głęboka prawdziwość takiego kontaktu, szczerość, zmiana zachodząca pod wpływem kontaktu w terapii na równi z pacjentem [12]. Psychoterapia jest wtedy co prawda ograniczonym w czasie ale głębokim w swej istocie kontaktem dwóch osób, z których jedna potrzebuje pomocy, a druga dysponuje pewnymi umiejętnościami, aby tę pomoc zapewnić, ale pozostaje kontaktem dwóch jednostek ludzkich, jednym z najgłębszych jakie są możliwe. W obu wymienionych tu paradygmatach leczący przygotowuje się dogłębnie do procesu leczenia — albo poprzez nabywanie, poszerzanie, wzbogacanie wiedzy i umiejętności, albo przez takie kształtowanie swojej własnej osobowości (terapii szkoleniowej) i technicznych możliwości, aby mogły one dobrze służyć innym. W obu tych modelach leczący najpierw kształtuje siebie, aby móc służyć innym ludziom. I w tym systemach odniesień nie ma tu sprzeczności, wręcz jest to zrozumiałe. Oba wyżej wymienione systemy wartości są bezsensowne i nieefektywne z punktu widzenia ekonomii przewartościowującej doraźny zysk nad wysoką jakość. Nabywanie tak dużej wiedzy przez terapeutę, by następnie wykorzystywać tylko jej część z punktu widzenia finansowego może być spostrzegane jako całkiem zbędne. Kształtowanie własnej osobowości, dokonywanie zmiany psychicznej w samym sobie, jako przygotowanie do prowadzenia psychoterapii przez adepta kursu terapii jest nielogiczne. Przecież to pacjent jest osobą zaburzoną, a profesjonalista zdrową, przechodzenie własnej psychoterapii szkoleniowej jest więc czasochłonne, kosztowne i niepotrzebne. Przechodzenie własnej psychoterapii może być wręcz niebezpieczne, a nawet podejrzane z perspektywy zewnętrznego „obiektywnego” obserwatora. Może być nawet dowodem na występowanie u poddającego się psychoterapii potencjalnych problemów emocjonalnych. Nie jest to wydumany problem, a jedynie zdanie, z jakim spotkał się jeden z autorów tekstu, w jednym z krajów zachodniego kręgu kulturowego. I tak dalej. Wszystko, co „zbędne”, powinno być odrzucone. Ideałem tego rodzaju „psychoterapii” jest opisana powyżej sytuacja „terapii” przez telefon. Jest ona możliwa tylko w paradygmacie przewartościowującym zysk nad realną jakością, ponieważ to, co w innych odniesieniach byłoby spostrzegane

jako wada, w tym systemie jest spostrzegane jako zaleta. Jeśli obniżenie kosztów i argumenty finansowe stają się nadrzędnymi, to postępowanie niedopuszczalne do zrealizowania w innym systemie odniesień w ramach systemu opartego na apoteozie zysku jako wartości nadrzędnej nie tylko uprawomocnia się, ale również staje się jedynym słusznym i prawidłowym. Od tego krok, by na bazie tak zwanej etyki biznesu określać to działanie etycznym i uzasadnionym z punktu widzenia organizacji systemu finansowego, wydatków publicznych a nawet tzw. dobra społecznego. Można również spodziewać się, że wkrótce pojawią się wyniki badań naukowych (EBM) potwierdzających zasadność statystyczną i zalety tego rodzaju postępowania.

W opisywanym przypadku tego rodzaju terapia ma być równie skuteczna, jak ta zapewniana w kontakcie osobistym pacjenta z terapeutą. Tyle że może tu działać zasada opisana już przez Mikołaja Kopernika, że gorszy pieniądz wypiera lepszy. Wystarczy w tym wypadku początkowo wykonać badanie dotyczące psychoterapii o obniżonej jakości, ale prowadzonej w sposób tradycyjny, następnie porównywać nowe badania nad psychoterapiami przez telefon, do tego właśnie badania. Wtedy teza, że nie ma istotnej różnicy pomiędzy obiema terapiami jest możliwa do udowodnienia. Cały system stabilizuje się na niższym poziomie. Cele finansowe zostają zrealizowane poprzez dostarczenie masowemu użytkownikowi produktu niskiej wartości, który zostanie zaakceptowany jako pożądany. Powyższy problem nie dotyczy jedynie zjawisk marginalnych. Cechą charakterystyczną wielu współczesnych szkół terapeutycznych, odwołujących się zresztą do różnych podstaw teoretycznych, jest tworzenie szczegółowych algorytmów interwencji terapeutycznych mających w swoim zamierzeniu skrócić i uprościć proces treningu. Podejścia te są następnie reklamowane, promowane i nauczane stwarzając iluzję jakiejś szczególnej skuteczności prowadzonej terapii. Inne podejścia są zaś pomniejszane

i deprecjonowane. Na ironię zakrawa fakt, że owe *biblie pauperum* są często tworzone przez osoby, które same przeszły zgoła inny całościowy i długotrwały trening terapeutyczny.

### Podsumowanie

Jako pokolenie terapeutów przywykliśmy do nauki zawodu w relacji z naszymi mistrzami i do wypełniania ogólnych wskazań z podręczników treścią własnego doświadczenia. Nie istnieje żaden jednolity wzorzec, algorytm, sylabus, którego mechaniczne przyswojenie w sposób tani i skuteczny zaowocowałoby rozwojem zawodowym psychoterapeuty. Ten model kształcenia pozostawia możliwość jakże nieakceptowanego przez dominujące w obszarze ochrony zdrowia systemy korporacyjne — indywidualizmu. Po odcięciu od klasycznych metod nowoczesne — redukcjonistyczne, algorytmiczne kształcenie może sprzyjać ryzyku nie tylko „zagubienia się” poszczególnych adeptów zawodu w gąszczu własnych niezreflektowanych ograniczeń, ale i prowadzić do systematycznego obniżania jakości terapii w ogóle, zacierania się jej indywidualnego charakteru i konieczności ponownego zdefiniowania zasadniczego znaczenia samego pojęcia psychoterapii, co staraliśmy się wykazać. Autorzy artykułu nie nawołują w żaden sposób do anarchii, a poddając krytycznemu spojrzeniu mechanizmy kapitalistyczne nie wychwalają w żadnej mierze utopii socjalizmu lub komunizmu. Problem transformacji systemowych tkwi w proporcji, przyjmowanym parytecie, znaczeniu przypisywanym poszczególnym elementom gry rynkowej. Nie jest to dyskusja tocząca się w próżni. Dotyka ona tych samych zagadnień co rozważania o alterglobalizacji, finansjalizacji czy *fairtrade*. Mamy nadzieję, że prezentowane rozważania odwołujące się do naszych doświadczeń w pracy terapeutycznej i dydaktycznej będą dla czytelnika zachętą do dalszej dyskusji i zadawania kolejnych pytań.

### Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie przemyśleń autorów: praktyków, psychoterapeutów i lekarzy pokolenia transformacji ustrojowej która rozpoczęła się w Polsce w końcu lat 80. ubiegłego wieku i trwa do dziś. Artykuł ten jest wynikiem wielu dyskusji, jakie autorzy toczyli ze sobą na temat zagrożeń, jakie procesy zachodzące za ich życia zawodowego w obszarze społecznym i kulturowym niosą dla organizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej w ogóle, a dla samej psychoterapii jako jednej z gałęzi rynku usług medycznych w szczególności. Zagrożenia, na jakie autorzy zwracają uwagę, to: ryzyko obniżenia jakości usług psychoterapeutycznych na korzyść ich rentowności ekonomicznej, ryzyko uprzedmiotowienia pacjenta i podporządkowania jego interesów interesom systemu finansowego, korporacji lub instytucji, zamiany roli terapeuty w świadczeniodawcę, a co za tym idzie, stopniowe pozbawienie go prawa do dyskusji na temat zasadności pewnych zachowań, postaw i wartości. Osobnym zagadnieniem poruszonym przez autorów jest temat organizacji etycznego i zgodnego z podmiotowym charakterem relacji terapeutycznej systemu organizacji pracy i jej wynagradzania

oraz zasad szkolenia psychoterapeutów i spojrzenia na samą definicję psychoterapii w świetle obserwowanych nowych trendów pojawiających się w krajach zachodnich. Autorzy wyrażają nadzieję, że prezentowane przez nich rozważania odwołujące się do ich doświadczeń w pracy terapeutycznej i dydaktycznej będą dla ciekawych czytelników zachętą do dalszej dyskusji i stawiania kolejnych pytań.

**Psychiatria 2014; 11, 2: 81–86**

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, przemiany społeczne, szkolenie terapeutów

### Piśmiennictwo

1. Kupiszewski M. Migration in Poland in the Period of Transition — The Adjustment to the Labour Market Change. W: Kuboniwa M., Nishimura Y. (red.). Economics of Intergenerational Equity in Transition Economies. Tokyo, Maruzen 2006: 255–276. Available online as Discussion Paper No. 266, Project on Intergenerational Equity, Institute of Economic Research, Hitotsubashi University, Tokyo.
2. Kofaczek B. Uwarunkowania demograficzne, społeczno-gospodarcze i kulturowe polityki rodzinnej w krajach Unii Europejskiej. W: Zubik M. (red.). Polityka rodzinna w krajach Unii Europejskiej — wnioski dla Polski. Biuletyn RPO — Materiały nr 67. Zeszyty Naukowe. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2009: 31–54.
3. Slany K. Dylematy i kontrowersje wokół małżeństwa i rodziny we współczesnym świecie. W: Kowaleski T.J. (red.). Wybrane zagadnienia demografii. Zakład Demografii i Statystyki. Łódź 2004.
4. Beisert M. Przemiany współczesnej rodziny polskiej. Rocznik Lubuski 2006; 32: 19–37.
5. Kaczmarczyk P., Okólski M. Demographic and labour-market impacts of migration on Poland. Oxford Review of Economic Policy 2008; 24: 599–624.
6. Nowak M., Gawęda A., Janas-Kozik M. Zjawisko eurosieroctwa a kierunki pracy terapeutycznej i leczenia psychiatrycznego — prezentacja przypadku. Psychiatria Polska 2012; 46: 295–304.
7. Heinen, J., Wator M. Child Care in Poland before, during, and after the Transition: Still a Women's Business. Social Politics 2006; 13: 189–216.
8. Kieżun W. Patologia transformacji. Wydawnictwo POLTEXT, Warszawa 2012.
9. Kołodko G. A Two-thirds Rate of Success Polish Transformation and Economic Development 1989–2008. W: Fosu A.F. (red.). Development Success: Historical Accounts from More Advanced Countries. United Nations University, Helsinki 2013: 277–307.
10. Rathner G. Post-communism and the marketing of the thin ideal. W: Nasser M., Katzman M. A., Gordon R.A. (red.). Eating Disorders and Cultures in Transition. Brunner-Routledge New York 2001: 93–110.
11. Bloom A. Umysł zamknięty. Zysk i S-ka Wydawnictwo S.C., Poznań 1997.
12. Namysłowska I. Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2006; 15: 137–141.