



Polska Federacja Psychoterapii

Przedstawiciel Polski
w European Association for Psychotherapy

Organizational Member
of the European Association for Psychotherapy
National Umbrella Organization, National Awarding Organization in the EAP



Kraków, 23.05.2014 r.

Polska Federacja Psychoterapii
ul. Pocieszka 6
31-408 Kraków

tel. 504 547 361
e-mail: biuropfp@gmail.com
www.psychoterapia-polska.org

Prof. dr hab.med. Jacek Jassem
Koordynator Projektu Strategii,
Przewodniczący Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Szanowny Panie Profesorze,

W związku z trwającymi konsultacjami społecznymi „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015-2024” Polska Federacja Psychoterapii pragnie wypowiedzieć się na temat leczenia emocjonalnego dystresu będącego jednym z celów Strategii (cel 28.1 – Zapewnienie wsparcia psychologicznego w trakcie i po leczeniu). W związku z powyższym, Polska Federacja Psychoterapii wnosi uwagi do załącznika nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r.

Polska Federacja Psychoterapii jest największą polską profesjonalną organizacją psychoterapeutów, która reprezentuje około 1200 przedstawicieli tego zawodu. Federacja reprezentuje Polskę w European Association for Psychotherapy (EAP). Celem Federacji jest promowanie psychoterapii dla dobra publicznego i reprezentowanie psychoterapeutów polskich wobec władz i organizacji w kraju oraz na forum międzynarodowym. Federacja działa zgodnie z Deklaracją Strasburską EAP z 1990 roku, konstytuującą zawód psychoterapeuty jako autonomiczny, odrębny od innych zawodów i oparty na podstawach naukowych.

European Association for Psychotherapy jest wiodącą organizacją międzynarodową definiującą oparte na podstawach naukowych standardy kształcenia w zawodzie psychoterapeuty, w postaci wymogów European Certificate for Psychotherapy. Ten model jest promowany w Polsce przez Polską Federację Psychoterapii. Dodatkowo ta organizacja rozwinęła jeszcze bardziej wymagający system certyfikacji wnikliwie weryfikujący empirycznie udowodnione osobowościowe kompetencje psychoterapeuty (te decydujące o jego skuteczności).

W strukturach Federacji zasiadają doświadczeni profesjonaliści; klinicyści i naukowcy, o wysokim poziomie wiedzy i kompetencji w psychoterapii, współpracujący z wiodącymi placówkami tej dyscypliny naukowej, afiliowani w kluczowych międzynarodowych stowarzyszeniach naukowych. W związku z powyższym, Federacja posiada szeroki zakres kompetencji doradczych i eksperckich. Od lat działa na rzecz pacjentów i zawodu psychoterapeuty oraz jest partnerem w pracach legislacyjnych.

Celem skutecznego wdrożenia celu 28.1 Strategii Walki z Rakiem rekomendujemy następujące zmiany w zarządzeniu Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r.:

1. Przyjęcie w następującym brzmieniu punktów 8.2.2, 10.2.2, 22.2.2, 33.3.3, 34.2.2 załącznika nr 3 do przedmiotowego zarządzenia:

„psycholog kliniczny lub osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: a) posiada dyplom lekarza lub magistra, b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychospołecznych, mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w wymiarze co najmniej 1200 godzin, prowadzone przez uprawniony do tego podmiot szkolący, c) posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty, zwana dalej psychoterapeutą - równoważnik co najmniej 0,5 etatu”

2. Przyjęcie w następującym brzmieniu punktu 21.3.2 załącznika nr 3 do zarządzenia:

„psycholog kliniczny lub osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: a) posiada dyplom lekarza lub magistra, b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychospołecznych, mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w wymiarze co najmniej 1200 godzin, prowadzone przez uprawniony do tego podmiot szkolący, c) posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty, zwana dalej psychoterapeutą - równoważnik co najmniej 1 etatu”

Uzasadnienie

1. W aktualnych warunkach kontraktowania, **etat psychologa lub psychologa klinicznego jest wymieniony jako warunek wymagany lub dodatkowo oceniany** na onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej i chirurgii onkologicznej dla dzieci, hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej (etat psychologa wymieniony jest jako warunek wymagany na oddziałach onkologii klinicznej, hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej - na podst. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zał 3; obecność psychologa klinicznego jest jednym z warunków ocenianych dodatkowo na oddziałach onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej i chirurgii onkologicznej dla dzieci, onkologii i hematologii dla dzieci oraz hematologii (Załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r.).
2. **Pomoc terapeutyczna świadczona przez osoby po studiach teoretycznych (mgr psychologii) oraz po studiach podyplomowych kształcących głównie w diagnozie psychologicznej, orzecznictwie czy stosowaniu niektórych metod pomocy psychologicznej (psycholog kliniczny) nie jest wystarczająca i może być nieskuteczna.**

Tylko psychoterapeuci są przygotowani do prowadzenia psychoterapii. Psycholodzy i psycholodzy kliniczni NIE są przygotowani do prowadzenia psychoterapii.

Jest to szczególnie istotne, jako że dotyczy grupy chorych, której **wysoki odsetek jest dotknięty różnymi problemami psychicznymi, w znacznym stopniu wpływającymi na skuteczność leczenia onkologicznego**. W szczególności, zapadalność na zaburzenia nastroju sięga 40% (Mitchell i wsp., 2011, metaanaliza obejmująca 10000 chorych). Zaburzenia nastroju wtórnie powodują: zwiększony poziom bólu (Derogatis i wsp. 1983, Spiegel i wsp., 1994), dłuższą hospitalizację (Prieto i wsp., 2002), deteriorację jakości życia (Parker i wsp., 2003), zwiększone obciążenie rodziny chorego (Pitcaethly i wsp., 2003), rzadziej wyrażaną zgodę na konieczną chemioterapię (Colleoni i wsp., 2000), i jej mniejszą skuteczność (Walker i wsp., 1998), krótszy czas przeżycia (Faller i wsp. 1999, Watson i wsp., 1999, Watson i wsp. 2005, Prieto, 2005), podwyższone ryzyko samobójstwa (Henriksson, 1995).

- 3. Zaburzenia nastroju, zachowania i inne problemy psychiczne, które w znacznym stopniu dotyczą tę grupę chorych, lecz się efektywnie psychoterapią, nie zaś poradnictwem ani diagnozą psychologiczną** (podstawa: Rezolucja American Psychological Association, <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>, polska wersja <http://www.psychoterapia-polska.org/rezolucja-apa-o-skuteczności-psychoterapii>).

Psychoterapia pomaga pacjentowi onkologicznemu w wielu obszarach dotyczących problemów psychicznych takich jak zaburzenia nastroju, stres, zaburzenia lękowe (metaanalizy Hart i wsp. 2010, Akechi i wsp. 2008). W szczególności, psychoterapia w różnych formach skutecznie **redukuje niepożądane objawy specyficzne dla leczenia onkologicznego**, w tym lęku napadowego i fobii specyficznie związanych z leczeniem oraz niweluje niekorzystne warunkowanie.

- 4. Psychoterapia zmniejsza nasilenie i liczbę efektów ubocznych leczenia oraz powikłań. Tym samym znacząco obniża koszty leczenia i poprawia jego rezultaty.**

Liczne metody i techniki psychoterapeutyczne wspierają leczenie chorych redukując objawy somatyczne będące skutkami ubocznymi leczenia oraz łagodząc skutki powikłań. W szczególności: redukują zmęczenie leczeniem promieniami (Goedendrop, 2009), redukują występowanie wyuczonych wymiotów podczas chemioterapii (Burish i wsp. 1987, Jacknow, 1994, Marchioro i wsp., 2000, Figueroa -Moseley, 2007), ułatwiają tolerancję chemioterapii i zmniejszają nasilenie objawów ubocznych, zwłaszcza mdłości (Troesh i wsp., 1993, Walker i wsp. 1999), redukują uderzenia gorąca u pacjentek leczonych hormonoterapią (Elkins, 2008, Rada, 2010), poziom bólu, stresu i lęku u dzieci chorych na raka (Kellerman, 1983), intensywność chronicznego bólu o około 30%, podwyższają jakość życia u osób po leczeniu onkologicznym (np. Lengacher, 2009, Carlson 2003 i wiele innych prac). Wdrożenie programów psychoterapeutycznych zmniejsza koszt leczenia chorych somatycznie (Chilles, 1999, Rezolucja APA), w tym onkologicznie (Simpson, 2001).

Pacjenci mają prawo do szybkiej redukcji objawów psychicznych, somatycznych, psychosomatycznych i psychogennych poprzez wysokospecjalistyczne techniki psychoterapeutyczne pochodzące z dowolnej modalności psychoterapii w ramach relacji psychoterapeutycznej (podstawa: Rezolucja APA).

- 5. Psychoterapia w onkologii, aby była wymiernym czynnikiem salutogennym, musi być rzeczywiście psychoterapią, czyli systemem oddziaływań prowadzonym przez kompetentnych specjalistów.**

Na poziomie europejskim kompetencje psychoterapeuty opisuje **Deklaracja Strasburska** z 1990 roku. Polska Federacja Psychoterapii respektuje Deklarację Strasburską, będącą podstawą filozofii European Association for Psychotherapy. Podpisują ją wszystkie organizacje członkowskie należące do EAP. Oto jej treść:

1. Psychoterapia jest niezależną dyscypliną naukową praktykowaną jako niezależny, wolny zawód.
2. Szkolenie w psychoterapii przebiega na zaawansowanym, kwalifikowanym poziomie naukowym.
3. Gwarantuje się i zabezpiecza różnorodność podejść psychoterapeutycznych.
4. Pełne szkolenie psychoterapeutyczne obejmuje teorię, self-experience (psychoterapię własną) oraz praktykę pod superwizją. Nabywana jest odpowiednia wiedza o różnorodnych metodach psychoterapeutycznych.
5. Do szkolenia w psychoterapii droga wiedzie poprzez rozmaite wykształcenie początkowe, w szczególności poprzez nauki humanistyczne i społeczne.

Strasbourg, October 21st, 1990.

Odpowiednio wysoki poziom kompetencji profesjonalnych psychoterapeutów gwarantowany jest poprzez kształcenie zawodowe spełniające następujące **Wymogi szkoleniowe EAP i PFP**. Wymogi obejmują **7 lat szkolenia, co najmniej 3200 godz. w tym:**

- A. ukończone studia wyższe w naukach społecznych, humanistycznych lub podobnych.
- B. specjalistyczne wykształcenie w psychoterapii – minimum 1400 godzin, w tym co najmniej:
250 godz. osobistego doświadczenia psychoterapeutycznego - analiza szkoleniowa, self-experience (psychoterapii własnej) lub inne metody zawierające autorefleksję, terapię i osobiste doświadczenie, odpowiednie dla danej modalności i gwarantujące, że kandydat postrzega swój wpływ na procesy obecne w psychoterapii i kieruje nim; 500-800 godz. kształcenia teoretycznego i praktycznego obejmującego teorię rozwoju człowieka na przestrzeni życia, rozumienie problemów społecznych i kulturowych, rozumienie innych szkół psychoterapeutycznych, teoria zmiany dotyczących psychoterapii, teorie psychopatologii, teorie diagnozy i interwencji; 150 godz. superwizji praktyki psychoterapeutycznej; 300-600 godz. co najmniej dwuletniej praktyki psychoterapeutycznej podczas szkolenia, prowadzonej w danej modalności pod stałą superwizją; 360 godz. stażu klinicznego w ośrodkach zdrowia psychicznego lub ekwiwalentnego doświadczenia zawodowego, zapewniający kontakt z pacjentem w kryzysie psychospołecznym i współdziałanie z innymi profesjonalistami z obszaru zdrowia psychicznego.
- C. 900 godz. praktyki psychoterapeutycznej z pacjentami w okresie co najmniej 36 miesięcy, liczącym się od momentu spełnienia wszystkich wymogów z punktu B.

Zawód psychoterapeuty jest zdefiniowany przez kompetencje i system kształcenia odmienne niż zawód psychologa, psychologa klinicznego i psychiatry.

Ostatnio obserwuje się jednak dyktowane względami komercyjnymi i politycznymi próby wykluczenia z zawodu psychoterapeuty osób z wykształceniem innym niż psychologiczne wbrew danym empirycznym oraz próby zawłaszczenia zawodu psychoterapeuty przez psychologów i psychologów klinicznych, wynikające z nadprodukcji nisko wykwalifikowanych psychologów

Niemniej w leczeniu onkologicznym polityczne czy podyktowane walką z bezrobociem kryteria doboru kadr wydają się niezasadne i niebezpieczne dla pacjentów. Badania Wampolda (2001) podkreślają tzw. efekt psychoterapeuty dla skuteczności psychoterapii. Pionierskie badania Rogersa sprzed 50 lat po raz pierwszy wykazały wpływ osobowości psychoterapeuty na jego efektywność. Obecne badania wykazują, że to kompetencje osobowościowe, a nie prezentowane metody psychoterapeutyczne, czy tym bardziej rodzaj ukończonych studiów determinują skuteczność psychoterapeuty (Karlińska-Nehrebecka, Heyda i in. 2013).


PODSUMOWUJĄC:

Onkologia stawia wysokie wymagania personelowi medycznemu. Synergistyczny efekt oddziaływania na poziomie somatycznym i psychicznym będzie osiągnięty jedynie wówczas, gdy wszystkie ogniwa „łańcucha specjalistów” będą najwyższej próby. Dlatego nie można tu pozwolić sobie na wyłączne zatrudnianie specjalistów nie uprawnionych do leczenia (psychologów klinicznych, czy psychologów zamiast psychoterapeutów, studentów medycyny zamiast onkologów itd.).

Zatem rekomendacją Polskiej Federacji Psychoterapii jest wymóg zatrudnienia w zespołach opieki nad pacjentem onkologicznym zawodowych psychoterapeutów, certyfikowanych przez Polską Federację Psychoterapii, European Association for Psychotherapy lub inne profesjonalne organizacje psychoterapeutyczne spełniające wspomniane wymagania. W Polsce istnieje około 20 wiarygodnych organizacji psychoterapeutycznych zgrupowanych w Polskiej Radzie Psychoterapii.

Deklarujemy pomoc i wsparcie merytoryczne w systemowym wdrażaniu psychoterapii jako przyczynowego leczenia emocjonalnego dystresu u chorych onkologicznych i ich rodzin.

Z wyrazami szacunku

PREZES
Polskiej Federacji Psychoterapii

Milena Karlińska-Nehrebecka

Milena Karlińska-Nehrebecka,
certyfikowany psychoterapeuta i superwizor psychoterapii, psycholog kliniczny



Alicja Heyda, wiceprezes Polskiej Federacji Psychoterapii;
certyfikowany psychoterapeuta i superwizor psychoterapii, psycholog kliniczny w trakcie specjalizacji, psychoonkolog Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.

Piśmiennictwo

1. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr, 16;(2):CD005537. doi: 10.1002/14651858.CD005537.pub2.
2. Burish TG, Shartner CD, Lyles JN: Effectiveness of multiple muscle-site EMG biofeedback and relaxation training in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Biofeedback Self Regul* 6 (4): 523-35, 1981
3. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med.* 2003 Jul-Aug;65(4):571-81.
4. Chilles JA et al., 1999, The impact of psychological intervention on medical cost offset: a meta-analytic review, *Clinical Psychology*, 6: 204-220
5. Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A., 2000, Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet.* 2000 Oct 14;356(9238):1326-7
6. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Camicke CL Jr., 1983, The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983 Feb 11;249(6):751-7

7. Elkins G1, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C, Palamara L, Keith T., Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2008 Nov 1;26(31):5022-6. doi: 10.1200/JCO.2008.16.6389. Epub 2008 Sep 22.
8. Faller H, Bülzbruck H, Drings P, Lang H., 1999, Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Aug;56(8):756-62.
9. Figueroa-Moseley C, Jean-Pierre P, Roscoe JA, Ryan JL, Kohli S, Palesh OG, Ryan EP, Carroll J, Morrow GR. Behavioral interventions in treating anticipatory nausea and vomiting. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007 Jan;5(1):44-50
10. Goedendorp MM, Gielissen MFM, Verhagen CAHHVM, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD006953. DOI:10.1002/14651858.CD006953.pub2.
11. Hart, S. L., Hoyt, M. A., Diefenbach, M., Anderson, D. R., Kilbourn, K. M., Craft, L. L., & Stanton, A. L. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(13), 990-1004.
12. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK, 1995, Mental disorders in cancer suicides., *J Affect Disord*. 1995 Dec 24;36(1-2):11-20.
13. Jacknow DS, Tschann JM, Link MP, Boyce WT. Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: a prospective study. *J Dev Behav Pediatr*. 1994 Aug;15(4):258-64.
14. Karlińska-Nehrebecka M, Heyda A, Nehrebecki A, Kuczynska-Ginko D & Kufel S, 2013 Psychotherapist effectiveness and professional competence not affected by their graduate studies profile – preliminary results: *International Journal of Psychotherapy* : Vol 17, No 2, 23-32
15. Kellerman J, Zeltzer L, Ellenberg L, Dash J. Adolescents with cancer. Hypnosis for the reduction of acute pain and anxiety associated with medical procedures. *J Adolesc Health Care* 1983;4:85–90
16. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW, Widen RH, Fitzgerald SG, Shelton MM, Barta M, Goodman M, Cox CE, Kip KE. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*. 2009 Dec;18(12):1261-72.
17. Marchioro G, Azzarello G, Viviani F, Barbato F, Pavanetto M, Rosetti F, Pappagallo GL, Vinante O. Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology*. 2000
18. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N., Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011 Feb;12(2):160-74.
19. Pitceathly C, Maguire P., 2003, The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer*. 2003 Jul;39(11):1517-24.
20. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Gastó C., 2002, Psychiatric Morbidity and Impact on Hospital Length of Stay Among Hematologic Cancer Patients Receiving Stem-Cell Transplantation, *Journal of Clinical Oncology*, Vol 20, Issue 7 (April), 2002: 1907-1917
21. Prieto JM, Atala J, Blanch J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Espinal A, Gasto C., 2005, Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation., *J Clin Oncol*. 2005 Sep 1;23(25):6063-71.
22. Rada G, Capurro D, Pantoja T, Corbalán J, Moreno G, Letelier LM, Vera C., Non-hormonal interventions for hot flushes in women with a history of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8;9(9):CD004923. doi: 10.1002/14651858.CD004923.pub2. Review.
23. Simpson JS et al., 2001, Effect on group therapy for breast cancer on healthcare utilization, *Cancer Practice*, 9:19-26
24. Spiegel D, Savard S, Koopman C Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*. 1994 Nov 1;74(9):2570-8
25. Troesch LM, Rodehaver CB, Delaney EA, Yanes B. The influence of guided imagery on chemotherapy-related nausea and vomiting. *Oncol Nurs Forum*. 1993 Sep;20(8):1179-85
26. Walker LG, Heys SD, Walker MB, Ogston K, Miller ID, Hutcheon AW, Sarkar TK, Ah-See AK, Eremin O, 1999 Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *Eur J Cancer*. 1999 Dec;35(13):1783-8.
27. Wampold B, 2001, *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*, Routledge; 1 edition (March 3, 2001 ,
28. Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM., 2005, Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort., *Eur J Cancer*. 2005 Aug;41(12):1710-4.
29. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM., 1999, Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*. 1999 Oct 16;354(9187):1331-6.