

Feliks Matusiak, Barbara Józefik

## **WOKÓŁ PSYCHOTERAPII, W TYM PSYCHOTERAPII DZIECI I MŁODZIEŻY: PYTANIA, WYZWANIA, KONTROWERSJE**

### **ABOUT PSYCHOTHERAPY, INCLUDING CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY: QUESTIONS, CHALLENGES, CONTROVERSIES**

Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

**family therapy  
child and adolescent psychiatry  
psychotherapy reform**

#### **Streszczenie**

*Artykuł ma na celu przedstawienie refleksji związanych z wprowadzaniem w naszym kraju zmian w dotychczasowych regulacjach dotyczących psychoterapii, w tym psychoterapii dzieci i młodzieży. Autorzy analizują omawiany proces w kontekście kryzysu psychiatrii wieku rozwojowego i diagnozy postawionej przez inicjatorów reform, stawiając pytanie, na ile proponowane rozwiązania przyczynią się rzeczywiście do poprawy sytuacji, a na ile będą źródłem nowych problemów i napięć, w tym m.in., na ile skomplikują praktykowanie terapii tym psychoterapeutom, którzy wykształcili się w dotychczasowym systemie monitorowanym przez towarzystwa naukowe. Omawiane zagadnienia przedstawione są z kilku perspektyw: perspektywy klinicznej pracy z dziećmi, młodzieżą i ich rodzinami w publicznym systemie opieki zdrowotnej; perspektywy naukowo-badawczej ukazującej, poprzez przegląd piśmiennictwa, aktualny stan refleksji nad sposobem definiowania skuteczności psychoterapii, poszerzony o aktualne, międzynarodowe wskazania jej stosowania w pracy z rodzinami; oraz perspektywy szkoleń z zakresu psychoterapii i ewentualnych konsekwencji proponowanych zmian dla tego obszaru. Autorzy podnoszą kwestie budzące w obecnym czasie sporo kontrowersji środowiska psychoterapeutów, starając się przedstawić je w świetle skłaniającym do refleksji.*

#### **Summary**

The aim of this article is to present our reflexions on legislative changes in psychotherapy, including child and adolescent psychotherapy, that are currently being introduced in Poland. The authors analyse this process in the context of the crisis in the field of child and adolescent psychiatry and its causes indicated by the initiators of the reform. They put forward the question whether the proposed solutions would contribute to the improvement of the current situation or rather be a source of new problems and tensions including complications in practicing psychotherapy by psychotherapists who have been educated in the previous system, verified by scientific societies. Discussed issues are presented from different perspectives: the perspective of clinical practice with children, adolescents and their families in the public health care system; the perspective of scientific research showing current reflections on issues of defining methods of verifying psychotherapy effectiveness based on literature reviews including up-to-date guidelines to its application in the field of family therapy; and the perspective of the psychotherapy training process, considering possible implications of currently introduced

changes in this area. The authors discuss controversial topics in a clarifying and systemized way in order to provoke deeper reflection among psychotherapeutic societies.

### Wstęp

W ostatnim czasie w Polsce środowisko psychoterapeutów pełne jest uzasadnionego niepokoju związanego z planowanymi prawnymi regulacjami zawodu. Próbując zrozumieć przebiegający dość chaotycznie proces tworzenia legislacyjnych rozwiązań i odnieść się z wyczuciem i rozsądkiem zarówno do oficjalnych propozycji, jak i kularowych pomysłów, nie sposób jest uwolnić się od poczucia zagubienia. Niniejsze opracowanie jest efektem zmagania się z obecnie szybko zmieniającą się, często z niejasnych powodów, rzeczywistością zewnętrzną, w której proponowane zmiany kontekstu prawnego nadadzą na wiele lat nowy i niejasny kształt praktyce zawodu, który uprawiamy.

Szukając początku tego procesu zmian, których kulminacja obecnie jest bliska, systemowy umysł mógłby cofać się prawie bez końca, dostrzegając kolejne elementy układanki w różnych czasach i różnych obszarach rzeczywistości. Tekst ten ma jednak za zadanie przedstawienie obecnego kryzysu i jego być może nawet bardziej kryzysowe rozwiązanie w sposób przejrzysty, ukazując syntetycznie zgoła najistotniejsze z punktu widzenia autorów zagadnienia i konteksty.

Aby niniejszy artykuł mógł stanowić pomoc dla czytelnika w uformowaniu sobie własnego zdania na temat obecnej sytuacji, konieczne wydaje się na wstępie rzetelne przedstawienie pozycji, z której został on napisany. Oboje autorzy są zatrudnieni w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM. Profesor Barbara Józefik jest pracującą z rodzinami psychoterapeutką i superwizorką psychoterapii, od wielu lat zaangażowaną zarówno w leczenie dzieci i młodzieży, popularyzację psychoterapii, jak i badania z tego zakresu. Jest autorką licznych publikacji naukowych. Jako współzałożycielka Sekcji Naukowej Terapii Rodzin, jej była przewodnicząca, członek zarządu Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP uczestniczyła w tworzeniu obecnie działających rozwiązań regulujących proces szkolenia i potwierdzania kompetencji do samodzielnego prowadzenia psychoterapii (certyfikacja) funkcjonujących w ramach Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Warto zaznaczyć, że regulacje te były od lat 90. ubiegłego wieku uwzględniane w rozporządzeniach ministra zdrowia i opieki społecznej oraz w przepisach NFZ.

Feliks Matusiak jest lekarzem specjalistą psychiatrii dzieci i młodzieży i psychologiem z ukończonym całościowym szkoleniem przygotowującym do certyfikatu psychoterapeuty. Pracuje klinicznie jako lekarz i psychoterapeuta rodzinny i indywidualny. Prowadzi badania dotyczące procesu terapii przy użyciu zarówno ilościowych, jak i jakościowych metod badawczych. Oboje autorzy reprezentują także fundację organizującą i prowadzącą akredytowane szkolenie całościowe przygotowujące do certyfikatu psychoterapeuty.

Reprezentujemy zatem zarówno środowisko klinicystów praktykujących psychoterapię w leczeniu dzieci i młodzieży, naukowców badających proces psychoterapii i jej wyniki, jak i organizatorów szkoleń z zakresu psychoterapii. Wydaje się nam, że te trzy przenikające się obszary działań, w których uczestniczymy, stanowią znaczący kontekst, bez rozumienia którego trudno byłoby nam się odnieść do wydarzających się obecnie zmian.

### Kontekst kliniczny

Akapit ten w zasadzie moglibyśmy sprowadzić do określenia — kryzys w psychiatrii dzieci i młodzieży. Śledząc choćby pobieżnie doniesienia medialne z okresu ostatnich kilku lat wielokrotnie można natknąć się na budzące zmartwienie wypowiedzi konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży prof. Barbary Remberk, konsultantów wojewódzkich, rzecznika praw dziecka Marka Michalaka, rzecznika praw pacjenta Bartłomieja Chmielowca czy innych zaniepokojonych sytuacją przedstawicieli różnych środowisk związanych z tą dziedziną. Szczegółowych informacji o trudnej sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży dostarcza także raport organizacji Sieć Obywatelska Watchdog Polska [1] dostępny na ich stronie internetowej. Wyrazem uwagi dla powagi sytuacji było powołanie 20 lutego 2018 roku przy Ministerstwie Zdrowia zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży pod przewodnictwem ówczesnego podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniewa Króla. Zgodnie z diagnozą problemu zespół przygotował plan rozwiązania wprowadzający trójstopniowy model opieki, w którym odpowiedzialność za leczenie mniej nasilonych trudności (*CMD — Common Mental Disorder*) przejęłyby ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjności) oraz w bardziej nasilonych trudnościach środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjności). III poziom referencyjności — ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej — byłyby zarezerwowane dla dzieci i młodzieży z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (*SMD — Severe Mental Disorder*), stanowiących znaczącą mniejszość w grupie odbiorców świadczeń. Zdecydowana większość osób pracujących w obecnym systemie zapewne zgodzi się z poglądem, że nieadekwatna dystrybucja zasobów ludzkich jest jego dużym mankamentem. Praca garstki specjalistów psychiatrów dzieci i młodzieży (około 400 osób w Polsce) w przeważającej mierze skupiona jest obecnie na rozwiązywaniu konfliktów rodzinnych, które, w związku z impulsywnym wypowiedaniem przez dzieci i młodzież gróźb zrobienia sobie lub komuś krzywdy, znajdują swoje zakończenie na ostrym dyżurze. Lekarze ci przepisują leki w poradni dzieciom w nadziei, że w końcu uda się rodzinie dostać na terapię, podczas której zaczną rozwiązywać rzeczywiste, istotne problemy lub lepiej radzić sobie z obecnie skomplikowanymi manifestacjami kryzysów normatywnych u nastolatków. Przepracowanie lekarzy i brak możliwości szybkiego skierowania pacjentów i ich rodzin celem uzyskania przez nich pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej w znacznej mierze odpowiada za przepełnienie nielicznych oddziałów stacjonarnych psychiatrii dzieci i młodzieży, dodatkowo utrudniając przyjmowanie i leczenie dzieci, których psychopatologia jest znacznie głębsza i stanowi poważne zagrożenie dla ich rozwoju, a nawet życia, ale których ekspresja trudności nie jest tak angażująca, jak awantura rodzinna o sprawy wychowawcze. Nowy system, w którym pomoc zaczyna się od opieki psychoterapeutycznej dzieci i pomocy rodzinie, a wizyta u psychiatry dziecięcego będzie dalszą częścią algorytmu interwencji, wydawał się zatem pomysłodawcom rozwiązaniem rozsądnym.

Jednym z elementów diagnozy powyżej opisywanych trudności, a związanych ściśle z zamierzeniami zmian, była stwierdzona niska dostępność oddziaływań psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży. Dodatkowo, planowane przeniesienie ciężaru opieki nad — nazwijmy ich — typowymi pacjentami na grupę psychoterapeutów dzieci i młodzieży

pociągało za sobą — co oczywiste — konieczność ich dostępności dla nowego systemu. Ten pogląd wydaje się bezsprzeczny. Remedium zaplanowanym na tę organizacyjną trudność przez powołany przy Ministerstwie Zdrowia zespół było stworzenie osobom zainteresowanym kształceniem się w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży dodatkowych warunków. W ślad za tym konceptem pojawił się plan powołania do życia nowego niejako zawodu specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży z opisanym programem szkolenia i wymogami stawianymi instytucjom szkolącym, wśród których uprzywilejowane miejsce miały mieć duże instytucje publiczne.

Puszkę Pandory nie tyle otwarto, co urwano jej wieko.

Sytuacja opisana powyżej stała się podstawą wielopoziomowej, pełnej emocji dyskusji dotyczącej kształtu wprowadzanych rozwiązań i ich konsekwencji. Nie sposób odnieść się do nich wszystkich, jednak według nas, na szczególną uwagę zasługują kwestie opisane poniżej.

Po p i e r w s z e, proponowane zmiany, mające charakter systemowy, nie były poprzędzone włączającą różne środowiska pogłębioną dyskusją o złożonych źródłach zapaści w psychiatrii wieku rozwojowego, jak i braku całościowego modelu zorganizowanej pomocy psychologicznej i leczenia. Po drugie, kluczowa kwestia budząca lęk i napięcie w środowisku wiąże się z pytaniem o możliwość zapewnienia takiego samego statusu certyfikowanym psychoterapeutom, mającym wieloletnie doświadczenie pracy z dziećmi i młodzieżą, jak osobom, które uzyskają specjalizację z psychoterapii dzieci i młodzieży. Konieczność potwierdzania swoich kompetencji poprzez zdawanie egzaminu specjalizacyjnego budzi u certyfikowanych psychoterapeutów zrozumiałą opór i poczucie niesprawiedliwości. Może także stać się w przyszłości powodem roszczeń prawnych, gdyby wprowadzone regulacje uniemożliwiły im prowadzenie psychoterapii dzieci i młodzieży lub skutkowały zatrudnieniem na mniej korzystnych warunkach.

Nieodłączna od powyższych spraw jest propozycja nowej formy szkolenia specjalizacyjnego w psychoterapii dzieci i młodzieży zorganizowanego na wzór specjalizacji medycznej i jej adekwatności do specyfiki psychoterapii. Wydaje się, że zamknięcie jej w czteroletnich ramach czasowych nie pozwala na niezbędną elastyczność, gdy bierzemy pod uwagę aspekt osobistego rozwoju psychoterapeuty i nabywanie umiejętności prowadzenia procesu psychoterapii pod opieką superwizora.

W tej szkiecowo zarysowanej sytuacji na nowo odżyły napięcia i spory pomiędzy certyfikującymi towarzystwami i przedstawicielami różnych podejść. Spory zarówno ideologiczne, jak i ekonomiczne. Spory ważne, bo toczące się o formułę, która nada ton i kształt zawodowi psychoterapeuty dzieci i młodzieży na lata.

Dodatkowa komplikacja całej sytuacji wiąże się propozycją kilku towarzystw, które sugerują uwzględnienie oddziaływań psychoterapeutycznych w Zintegrowanym Systemie Kształcenia (ZSK). ZSK jest europejskim systemem certyfikacji jakości kwalifikacji. Został stworzony po to, by umożliwić łatwe porównywanie poziomu umiejętności specjalistów danej dziedziny wykształconych w różnych krajach Unii Europejskiej. Nie służy regulacji dostępu do wykonywania zawodu, jednak posiadanie certyfikatu ZSK może być np. warunkiem przystąpienia do przetargu czy konkursu (np. otrzymania pracy). Jest on systemem dostosowanym do opisu kwalifikacji raczej łatwych do proceduralnego ujęcia,

stąd budzi wątpliwość, czy byłby wystarczający do opisu umiejętności, jakimi powinien dysponować psychoterapeuta.

Powyższe uwagi każą więc zadać pytanie zgoła fundamentalne: jakie regulacje są bardziej korzystne dla dziedziny psychoterapii, a dokładniej: co ma umieć terapeuta, by z powodzeniem leczyć dzieci i młodzież?

### Kontekst naukowo-badawczy

Jak już wspomnieliśmy wcześniej bycie naukowcami i badaczami jest ważnym elementem naszej tożsamości i w tej części tekstu chcemy odnieść się do opisanej sprawy właśnie z tej perspektywy. Aby znaleźć odpowiedź na postawione powyżej pytanie konieczna jest głębsza refleksja nad tym, co czyni psychoterapię skuteczną i jak jej skuteczność jest definiowana. Na początek skonstatujmy, jaki jest status dziedziny psychoterapii w świecie nauki i jej miejsce w systemie społecznym. Psychoterapię bowiem umiejscawia się często pomiędzy naukami humanistycznymi i naukami medycznymi. Jako metoda leczenia związana jest ze światem pacjentów, systemem opieki zdrowotnej, publicznym płatnikiem czy firmami ubezpieczeniowymi. Jako metoda rozwoju własnego przynależy raczej klientom, zaciszom gabinetów, stroniąc od struktur sektora publicznego. Psychoterapia, której dotyczy ten tekst jest psychoterapią nieodzownie związaną z całym systemem opieki psychiatrycznej, psychoterapią będącą metodą leczenia i opłacaną z publicznych pieniędzy. Lokalizacja ta w świecie świadczeniodawców, świadczeniobiorców i publicznego płatnika stawia przed nią swoje wymagania. Jak każda procedura medyczna opłacana ze środków publicznych powinna ona cechować się zadowalającą skutecznością i być opłacalna — w sensie proporcji poniesionych nakładów do uzyskanych pozytywnych jej efektów. Rola psychoterapii jako części świata medycznego postawiła ją przed zadaniem udowodnienia swojej skuteczności i opłacalności na zasadach typowych dla tej dziedziny. Złotym standardem oceny procedur medycznych używanym przez instytucje publiczne (w Polsce: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) są „dowody” skuteczności wykazane w badaniach z randomizacją (*RCT — Randomized Controlled Trial*). Ta procedura badawcza, przydzielająca pacjentów losowo do grupy badawczej lub kontrolnej, umożliwia porównywanie efektów badanego oddziaływania przy dużej kontroli zewnętrznych czynników zakłócających. W badaniach dotyczących leków, przy dodatkowo częstym zaślepieniu próby (tak aby pacjenci ani badawcze nie wiedzieli, kto dostaje lek, a kto placebo), badania tego typu pozwoliły na w miarę wiarygodną ocenę efektu działania leków. Aby badanie tą metodą było możliwe, konieczna jest duża liczba osób badanych w porównywalnym stanie, poddanych porównywalnemu oddziaływaniu, najlepiej niezakłóconemu innymi oddziaływaniami. W obszarze psychoterapii sprowadza się to do dużej grupy pacjentów z tym samym rozpoznaniem, z podobnymi objawami, bez zaburzeń współistniejących, poddanych identycznym procesom terapeutycznym, bez dodatkowych form leczenia (np. farmakoterapii) i dodatkowo zmotywowanych do leczenia. Nie musimy dodawać w tym miejscu, że ten w zasadzie laboratoryjny paradygmat wielu badaczom wydawał się od początku bardzo wątpliwie przystający do rzeczywistości, w jakiej poruszają się psychoterapeuci praktycy.

Odzwierciedleniem tych dylematów były liczne dyskusje w świecie badawczym wprowadzające nowe podejścia i nowe rozumienia do zagadnień oceny skuteczności psycho-

terapii. Istotne miejsce zajmuje w nich publikacja Seligmana z 1995 [2] systematyzująca rozróżnienie badań na:

- badania skuteczności (*efficacy studies*) — badania w kontrolowanych warunkach, takich jak randomizowane badanie kliniczne z grupą kontrolną/porównawczą;
- badania efektywności (*effectiveness studies*) — badania naturalistyczne odzwierciedlające codzienną praktykę bez grup kontrolnych.

Publikacja ta podnosiła ogromne znaczenie badań nielaboratoryjnych, oceniających skuteczność leczenia wieloprotokolowych pacjentów w warunkach typowych dla codziennej pracy, często słabo zmotywowanych. Zbliżone poglądy prezentował znany brytyjski badacz Peter Fonagy, postulujący uzupełnienie badań typu RCT o badania naturalistyczne [3]. W literaturze polskiej wnikliwy opis złożoności kwestii badań w obszarze psychoterapii przedstawił Cezary Żechowski [4]. Wskazał on na pewne podobieństwo procedur RCT z terapiami zmanualizowanymi (np. CBT) i tym samym ich niejako uprzywilejowaną pozycję w zmaganiach o dostarczenie dowodów skuteczności wobec terapii mniej ustrukturyzowanych, jak psychoterapia psychoanalityczna czy systemowa. W 2011 roku w Polsce, na łamach Roczników Psychologicznych, odbyła się dyskusja na temat badań w psychoterapii zapoczątkowana publikacją Rakowskiej pt. „Użyteczność kliniczna interwencji terapeutycznych wspartych empirycznie” z udziałem Aleksandrowicza, Ciepłińskiego, Czabały, Jankowskiego, Józefik, Paluchowskiego i podsumowana powtórnie przez Rakowską [5, 6]. Te publikacje wnikliwie przedstawiają przedmiot obecnej dyskusji na okres jej przygotowania.

Ograniczenia badań typu RCT w obszarze psychoterapii były szeroko komentowane w literaturze światowej tworząc miejsce do rozwijania się nowych paradygmatów badań — dowody oparte na praktyce (*Evidence-Based Practice*) [7] — wariant badań efektywności, w którym poddawane ocenie są efekty codziennej i typowej pracy terapeutycznej. Badania z wielu ośrodków stanowią podstawę do tworzenia uogólnień dotyczących skuteczności oddziaływań w określonych grupach pacjentów. Z *Evidence-Based Practice* związane jest także pojawiające się w przeglądach badań pojęcie TAU (*treatment as usually* — leczenie jak zwykle) opisujące zwyczajne postępowanie lecznicze w określonej sytuacji klinicznej. Pacjenci leczeni „jak zwykle” stanowią zazwyczaj typową grupę kontrolną w badaniach określonych oddziaływań.

Powyższe uwagi prowadzą nas do pojęcia praktyki opartej na dowodach (EBP — *Evidence-Based Practice* — jako elementu EBM — *Evidence-Based Medicine*), czyli postulatu używania określonych metod terapeutycznych w określonych sytuacjach klinicznych, wobec których udało się pozyskać dowody naukowe przemawiające za ich skutecznością [3, 5, 8]. Aktualnego podsumowania tego zagadnienia w polskiej literaturze z wartościowymi, krytycznymi uwagami dokonał na łamach Psychoterapii Chrząstowski [9].

Poniżej zaprezentujemy krótki przegląd badań ukazujący skuteczność terapii rodzin w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży. Oboje pracujemy z rodzinami, badamy terapię rodzin i mamy przekonanie o jej dużej użyteczności dla pacjentów. Opisanie wszystkich potwierdzonych badaniami skutecznych form oddziaływań psychoterapeutycznych po wielokroć przekracza aspiracje niniejszego opracowania. Zainteresowanych odsyłamy w szczególności do książki z 2015 roku pt. *What works for whom?: A critical review of*

treatments for children and adolescents autorstwa Petera Fonagy'ego i współpracowników, którzy na ponad 600 stronach bardzo szczegółowo odnoszą się do skuteczności poszczególnych form leczenia dzieci i młodzieży w określonych sytuacjach klinicznych [8]. Równie ciekawe i bardziej syntetyczne ujęcie skuteczności oddziaływań rodzinnych dla populacji dzieci i młodzieży proponuje Alan Carr w swoich systematycznych przeglądach [10, 11]. W tych dotyczących terapii rodzin z 2014 i 2016 roku można przeczytać o skuteczności: [za 10, 11]: programów behawioralnych dla rodzin w leczeniu zaburzeń snu u dzieci oraz wczesnodziecięcych zaburzeń jedzenia; wielu krótko- i długoterminowych interwencji rodzinnych w zaburzeniach więzi; CBFT (*Cognitive Behavioural Family Therapy*), MST (*Multisystemic Therapy*), terapii interakcji rodzic–dziecko w leczeniu następstw przemocy; behawioralnych treningów dla rodziców dzieci z trudnościami w zachowaniu; programów multimodalnych w leczeniu ADHD (farmakoterapia + terapia rodzin lub trening dla rodziców); krótkiej strategicznej terapii rodzin, terapii funkcjonalnej, multisystemowej i MDFT (*Multidimensional Family Therapy*) w leczeniu zaburzeń zachowania oraz w leczeniu nastolatków używających substancji psychoaktywnych; *Family-Based CBT* w zaburzeniach lękowych; *Attachment-Based Family Therapy* (ABFT), *Child-Focused CBT* i terapii interpersonalnej w zaburzeniach depresyjnych; ABFT, MST i terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) połączonej z terapią wielorodzinną w pracy z nastolatkami z ryzykiem samobójczym; połączenia terapii rodzin z interwencjami indywidualnymi w pracy z żałobą; *Psycho-Educational Family Therapy* w pracy z pacjentami z ChAD i pierwszym epizodem psychozy; terapii rodzin z nastolatkami samoookaleczającymi się, terapii rodzin w modelu Maudsley w zaburzeniach jedzenia; programów rodzinnych w trudnościach z niekontrolowaną cukrzycą — różnych w zależności od wieku dziecka.

Cytowane przeglądy zawierają więcej szczegółów, zarówno jeśli chodzi o wskazanie konkretnych badań, jak i wyjaśnienia dotyczące poszczególnych rodzajów terapii. Zdecydowaliśmy się pozostawić angielskie nazwy i skróty, podkreślając tym samym dużą liczbę modeli pracy. W zestawieniu dominują zmanualizowane podejścia, które poprzez samo-określenie, nazwanie i sprawny marketing tworzą wrażenie niezależnych i autonomicznych szkół czy wręcz paradygmatów. Pracujący od wielu lat i ustawicznie dokształcający się terapeuta rodzinny, którego tożsamość związana jest ze szkołą systemową, a który w swej pracy zależnie od problematyki pacjenta, obrazu klinicznego lub motywacji do leczenia czy dynamiki rodzinnej używa interwencji strukturalnych i strategicznych, pracy narracyjnej, wspomaganie mentalizacji w rodzinie, elementów psychoedukacji czy kontraktów behawioralnych, z trudem odnajdzie w tym zestawieniu nazwę terapia systemowa, mimo iż zazwyczaj stanowi ona podstawową ramę teoretyczną.

Pozostając w badawczych impresjach warto podnieść jeszcze kwestię nieuwzględniania wyników badań jakościowych. Analizując opisane wcześniej wykazy skutecznych terapii i dostarczających dowodów na to przeglądów badań można odnieść wrażenie, że prawo definiowania, czym jest skuteczność i co jest skuteczne mają na wyłączność badania w metodologii ilościowej. Co znajdziemy jednak, zaglądając poza granicę tej metody? W artykule z 2010 roku Binder [12] przedstawił inspirujący przegląd badań nad tym zagadnieniem poszerzony o własne wyniki. Przypomniał on przegląd literatury Connolly i Strupp z 1996, w którym autorzy wyłonili z dostępnych publikacji dwie główne kategorie zmian / wyników procesów psychoterapii istotnych z punktu widzenia pacjentów: ulgę

w objawach i zmiany sposobu przeżywania siebie. Levitt, Butler i Hill w 2006 roku [za: 12] wskazali, że pacjenci częściej niż ulgę w objawach wskazywali zmiany bardziej ogólne (zmiany w relacjach, lepszy stosunek do siebie i innych) jako ważny dla nich efekt terapii. W badaniach samego Bindera [12] analiza wywiadów z 10 dorosłymi pacjentami, którzy zakończyli terapię (trwające 1–19 lat — średnio 6,3 lat; ukończone 2–17 lat wcześniej — średnia 9,7 lat), ujawniła cztery istotne obszary, poprzez które zdefiniowany był dobry wynik terapii: 1 — ustanowienie nowych sposobów nawiązywania kontaktów z innymi osobami; 2 — zmniejszony niepokój objawowy lub zmiany we wzorcach zachowań przyczyniające się do zmniejszenia cierpienia; 3 — lepsze zrozumienie siebie i wgląd; 4 — akceptowanie i docenianie siebie. Wyniki te dość jasno pokazują, że kryterium poprawy objawowej zmierzonej jako różnica wyniku testu przed i po terapii jest kryterium bardzo ograniczonym i nieuwzględniającym dłuższej perspektywy czasowej, w której pozytywne skutki terapii mogą ujawniać się stopniowo — niekiedy latami. Innym badaniem wskazującym ograniczenia obecnych rozwiązań kwestii skuteczności psychoterapii jest opisane w 2012 roku przez Lunn, Poulsena i Daniel jakościowe badanie pacjentów uczestniczących w badaniu skuteczności (typu RCT) leczenia bulimii [13]. Do analizy jakościowej wybrano pięć osób uczestniczących w terapii psychoanalitycznej, które odnośnie do wyników badań testowych zostały określone jako: 1 — osoba wyleczona; 2 — osoba w remisji z poprawą w zakresie objawów i wzoru przywiązania; 3 — osoba określona jako bez poprawy w zakresie objawów, ale z poprawą w zakresie wzoru przywiązania; 4 — osoba bez poprawy, ale z pozytywnym przeżyciem odnośnie do terapii; oraz 5 — osoba, która przerwała terapię z negatywnym przeżyciem odnośnie do terapii. Wyniki analiz jakościowych ukazały, że czterech pierwszych pacjentów bardzo dużo skorzystało na procesie terapii, jakkolwiek w wyniku badania RCT korzyści te tylko częściowo zostały uwidocznione. Wyniki analiz jakościowych danych uzyskanych od osoby, która przerwała terapię, jasno wskazywały niekompatybilność tej formy oddziaływań z oczekiwaniami pacjenta. Zainteresowanych szczegółami odsyłamy do publikacji Charlotte Burck [14], ukazującej przejrzystość w swoim tekście korzyści płynące z różnych jakościowych metod badawczych (teorii ugruntowanej, analizy dyskursu i analizy narracyjnej) do analizy procesu psychoterapii, których użycie także znacząco mogłoby poprawić rozumienie pojęcia skutecznej psychoterapii (*good outcome*).

Powyższe uwagi z badań odnosiły się do rozumienia tego, czym jest dobry wynik psychoterapii i jak obecnie jest on rozumiany i pojmowany w literaturze światowej. Innym praktycznie nieuwzględnionym w metodyce RCT elementem w ocenie skuteczności psychoterapii jest kwestia samego terapeuty i jego cech, które w zasadzie niezależnie od podejścia, jakie reprezentuje, wpływają na wynik psychoterapii. W literaturze możemy znaleźć wiele informacji na temat efektu terapeuty — zainteresowanych odsyłamy do publikacji Andersona [15] czy Don-Mina [16]. W październiku 2012 roku w Krakowie odbyła się Konferencja 3 Sekcji — „Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna”, podczas której wiele uwagi poświęcono przedstawieniu zagadnienia wpływu terapeuty jako osoby na proces psychoterapii.



### Kontekst organizacyjny szkoleń z zakresu psychoterapii

Niezbyt wnikliwa analiza dostępnych wytycznych dotyczących preferowanych form psychoterapii w leczeniu dzieci i młodzieży wskazywałaby prawdopodobnie na konieczność wyedukowania dużej liczby terapeutów wyszkolonych w wąskich umiejętnościach, których oddziaływania terapeutyczne sprowadzałyby się do umiejętnego kopiowania interwencji o „potwierdzonej badaniami skuteczności” pod warunkiem doboru odpowiednich pacjentów. Sytuacja taka zdaje się niejako odpowiadać wizji psychoterapii sprowadzonej do umiejętności technicznych i postrzegania psychoterapeutów jako techników psychoterapii.

Pogłębiona analiza dostępnych wyników badań wskazuje jednak na to, że przyjęcie za miarę skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu dzieci i młodzieży wyłącznie wyników badań randomizowanych typu RCT (jak to wydaje się obecnie dziać w Polsce) jest tendencją niebezpieczną. Przeprowadzane w tej metodologii badania nie oddają w pełni potencjału, jaki psychoterapia ma do zaoferowania pacjentom. Pamiętać należy, że obecnie dyskusja dotyczy leczenia dzieci i młodzieży, czyli grup, które będą miały okazję najwięcej skorzystać na długoterminowych efektach psychoterapii, często wymykających się procedurom oceny skuteczności. Opisane wcześniej badania jakościowe ukazują, jakie dodatkowe znaczenia, poza redukcją objawów, dla dalszego życia może mieć psychoterapia. Lepsze funkcjonowanie w przyszłych relacjach czy lepszy obraz siebie w dorosłym życiu to niebagatelne wartości, które powinny mieć przełożenie na wycenę tych procedur medycznych. Za Fonagym [8] prawie 50% przewlekłych zaburzeń psychicznych (z wyłączeniem otępienia) zaczyna się przed 14. rokiem życia, a 75% przed 20. rokiem życia. Wydaje się zatem, że doinwestowanie obszaru psychiatrii dzieci i młodzieży tak, aby móc zapewnić adekwatne leczenie procentujące także na przyszłość, a nie tylko uwzględniające krótkoterminową poprawę objawową, jest sprawą kluczową. Pytanie tylko, czy w systemie, w którym brakuje pieniędzy na działania natychmiastowe i ratujące życie jest moment na namysł nad tą długoterminową perspektywą.

Namysł ten jednak wydaje nam się konieczny, gdyż efekty teraz proponowanych rozwiązań będą widoczne/odczuwalne przez najbliższe lata. W modelu kształcenia w wąskich specjalizacjach (co jest jedną z proponowanych opcji w ramach ZSK) nacisk z założenia położony będzie na techniki, a nie na rozwój psychoterapeuty jako eksperta (jak to było w dotychczasowym modelu). Eksperta, który jest w stanie dostosowywać techniki pracy w zależności od potrzeby, eksperta, który rozumie i potrafi odnieść się krytycznie do pojawiających się wyników badań, eksperta, który ustawicznie rozwija i pogłębia rozumienie siebie samego, poprawiając tym samym miękkie umiejętności interakcyjne wpływające na siłę terapeutycznego efektu. Eksperta z szeroką wiedzą z zakresu psychologii, psychologii klinicznej, psychiatrii, neuronauki, nauk społecznych, filozofii i kultury, której psychoterapia jest częścią. Eksperta, który formuje swój warsztat przez wiele lat i któremu w tym rozwoju towarzyszy superwizor.

Kontynuując kwestię szkoleń należy zastanowić się, czy diagnoza zbyt małej liczby psychoterapeutów w publicznym systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i związana z tym konieczność intensyfikacji szkoleń była diagnozą prawidłową. W momencie otwarcia specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży ponad 500 osób przysłało do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wnioski o uznanie ich wykształ-

cenia za równoważne ze specjalizacją, a wiele następnych takie wnioski przygotowuje. To unaocznia, jak wiele osób ma doświadczenie w pracy psychoterapeutycznej z dziećmi i młodzieżą. Wydaje się nam, że istotnym źródłem zapaści w psychiatrii i psychoterapii dzieci i młodzieży jest przede wszystkim wieloletnie niedoinwestowanie tego obszaru leczenia?, za niska wycena świadczeń i związane z tym bardzo niskie wynagrodzenia specjalistów w publicznych placówkach. Pojawia się pytanie, co zatrzyma ewentualnie nowo wykształconych psychoterapeutów (specjalistów) w publicznych instytucjach, gdy nadal będą nisko opłacani i gdy nadal opieka psychiatryczna będzie niedoinwestowywana? Wydaje nam się, że dysponowanie tytułem specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży zwiększy raczej atrakcyjność nowych psychoterapeutów na wolnym rynku — poza systemem publicznym.

### Uwagi końcowe

Wprowadzane i planowane zmiany w znacznym stopniu osłabiają wypracowane przez środowisko psychoterapeutów w ramach towarzystw naukowych dotychczas funkcjonujące rozwiązania. Warto pamiętać, że w 1989 roku została w Polsce wprowadzona przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a realizowana przez Sekcję Naukową Psychoterapii (od 1998 roku wspólnie z Sekcją Naukową Terapii Rodzin) procedura certyfikowania psychoterapeutów. W ciągu kolejnych lat:

- zdefiniowano ogólne założenia i ramy szkoleń całościowych (istnieją różnorodne szkolenia przygotowujące do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, spełniające określone, wspólne dla wszystkich kryteria zgodne z European Association for Psychotherapy);
- doprecyzowano kryteria, które muszą spełniać ośrodki prowadzące staże szkoleniowe;
- sformułowano założenia programów przygotowujących do uzyskania certyfikatu superwizora;
- sprecyzowano zasady certyfikowania i egzaminowania (na certyfikat psychoterapeuty i superwizora) (m.in. wymagany jest udział pracowników naukowych mających dorobek naukowy w obszarze psychoterapii w komisjach egzaminacyjnych dla zapewnienia akademickiego poziomu wykształcenia).

Efektom tych działań jest aktualnie<sup>1</sup>: funkcjonowanie 21 atestowanych programów szkoleniowych, akredytacja 29 ośrodków szkoleniowych, ponad 890 certyfikowanych psychoterapeutów, 163 superwizorów, kilka tysięcy osób, które ukończyły całościowe szkolenia i aktualnie przygotowują się do certyfikacji.

Omawiany system szkolenia jest otwarty na nowe programy, nowe ośrodki szkoleniowe i stażowe, jest elastyczny, pozwala uwzględnić nowe nurty i wyniki badań. Jest zróżnicowany, dostosowany do tempa uczenia się i okoliczności życiowych osób szkolących. Warto przypomnieć, że procedury certyfikowania prowadzą także inne towarzystwa: m.in. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej.

---

<sup>1</sup> Dane z listopada 2019 roku

Nadchodzące zmiany każą zapytać, w jaki sposób nowe propozycje uwzględnią to, co było mocną stroną dotychczasowego systemu? Czy uzyskane dotychczas kompetencje potwierdzone certyfikatami zostaną prawnie usankcjonowane? Jak już zaznaczono wcześniej, obecnie regulacje dotyczące specjalizacji w psychoterapii dzieci i młodzieży nie przewidują sytuacji uznania kwalifikacji bez zdawania egzaminu specjalizacyjnego. Nie wiadomo też, kto miałby egzamin taki przeprowadzać, gdyż nieprzewidziana jest procedura *grandparentingu* dla osób, które od lat rozwijają psychoterapię i prowadzą badania.

W kontekście zaś wprowadzania reformy całej struktury opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży absolutnie podstawowym pytaniem, jakie się nasuwa jest pytanie o to, czy będzie miała ona właściwe finansowanie? Bardzo trudno, według nas, znaleźć w całej medycynie lepszy przykład na długofalową opłacalność interwencji, z punktu widzenia społeczno-ekonomicznego, niż leczenie psychiatryczne i psychoterapeutyczne dzieci i młodzieży. Pytanie, czy większa stabilność emocjonalna i związana z tym większa umiejętność budowania w przyszłości trwałych relacji, lepsze respektowanie norm funkcjonowania społecznego, lepsze tolerowanie frustracji i większa wytrwałość w realizowaniu zadań rozwojowych, w tym edukacyjnych i, co z tym związane, podejmowanie w przyszłości pracy zawodowej, czy lepsza współpraca w leczeniu poważnych, przewlekłych chorób psychicznych są korzyściami, które uwzględnią płatnik i system, wyceniając wartość świadczenia, jakim jest psychoterapia?

Na te pytania powinny zostać znalezione zadowalające odpowiedzi. Jako środowisko powinniśmy mieć zagwarantowany czas na dyskusję i rozsądną weryfikację, w dłuższej perspektywie czasowej, konsekwencji wprowadzanych zmian.

## Piśmiennictwo

1. Maślankiewicz R, Bójko M. Psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce — raport. Warszawa: Sieć Obywatelska Watchdog Polska; 2019.
2. Seligman EP. The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *Am. Psychol.* 1995; 50(12): 965–974.
3. Roth A, Fonagy P. What works for whom?: A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press, 2005.
4. Żechowski C. Próba randomizowana i kontrolowana w psychoterapii psychoanalitycznej — między eksperymentem a kliniką. W: Murawiec S, Żechowski C, red. *Od neurobiologii do psychoterapii*. Warszawa: IPIN; 2009, s. 267–281.
5. Rakowska JM. Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie. *Roczniki Psychologiczne* 2011; 14(1): 7–22.
6. Rakowska JM. Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie — podsumowanie dyskusji. *Roczniki Psychologiczne* 2011; 14(1): 69–89.
7. Margison FR, Barkham M, Evans C, McGrath G, Clark JM, Audin K i wsp. Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *Br. J. Psychiat.* 2000; 177(2): 123–130.
8. Fonagy P, Cottrell D, Phillips J, Bevington D, Glaser D, Allison E. What works for whom? a critical review of treatments for children and adolescents. New York: Guilford Publications; 2015.

9. Chrzastowski S. Praktyka psychoterapeutyczna oparta na danych naukowych — za i przeciw. *Psychoter.* 2019; 189(2): 45–57.
10. Carr A. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J. Fam. Ther.* 2014; 36(2): 107–157.
11. Carr A. Family therapy for adolescents: A Research-informed Perspective. *Austr. New Zeal. J. Fam. Ther.* 2016; 37(4): 467–479.
12. Binder PE, Holgersen H, *Høstmark Nielsen G.* What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychother.Res.* 2010; 20(3): 285–294.
13. Lunn S, Poulsen S, Daniel SIF. A multiple case study of psychoanalytic therapies for clients with bulimia nervosa. *Nord. Psychol.* 2012; 64(2): 87–102.
14. Burck C. Comparing qualitative research methodologies for systemic research: The use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *J. Fam. Ther.* 2005; 27(3): 237–262.
15. Anderson T, Ogles BM, Patterson CL, Lambert MJ, Vermeersch DA. Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *J. Clin. Psychol.* 2009; 65(7): 755–768.
16. Don-Min K, Wampold BE, Bolt BM. Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychother. Res.* 2006; 16(2): 161–172.

Adres: Feliks.matusiak@uj.edu.pl