Warszawa, 08 listopada 2018

IK 1499195

**Stanowisko Zespołu ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**

**przy Ministerstwie Zdrowia**

Jako zespół opiniodawczo-doradczy utworzony przy Ministerstwie Zdrowia w celu przygotowania rozwiązań legislacyjnych, organizacyjnych i programowych w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży uprzejmie prosimy o przyjęcie stanowiska w trwającej dyskusji dotyczącej prac nad utworzeniem specjalizacji z psychoterapii klinicznej dzieci i młodzieży.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży dotyczy około 10%, co oznacza, że w Polsce ponad 600 tys. osób poniżej 18 r.ż. wymaga zapewnienia profesjonalnej opieki. Wśród czynników wpływających na rozwój zaburzeń, oprócz czynników biologicznych, genetycznych i epigenetycznych, coraz większe znaczenie odgrywają czynniki rodzinne i społeczno-kulturowe. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się narastanie częstości zaburzeń zależnych lub częściowo zależnych od uwarunkowań cywilizacyjnych i kulturowych (np. zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, zaburzenia związane ze stresem). Szczególnie poważnym problemem są próby samobójcze. Stanowią one w chwili obecnej w Polsce pierwszą przyczynę zgonów w wieku pomiędzy 14 a 19 r.ż. Co ważne zmienia się także obraz kliniczny zaburzeń - coraz częściej w ich reprezentacji klinicznej dominują zachowania agresywne i autoagresywne. Oznacza to narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki (nie tylko ambulatoryjna lub szpitalna opieka psychiatryczna, ale także na poziomie systemu rodzinnego, systemu edukacji, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, ośrodków pomocy społecznej, świetlic środowiskowych, ośrodków interwencji kryzysowej, rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych, centrów integracji społecznej, ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, itp).

Niestety, po wielu latach zaniedbań, system psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży aktualnie w Polsce znajduje się w głębokim kryzysie. Nie jest on w stanie wypełnić ogromu zadań leczniczych, ale również wychowawczych i resocjalizacyjnych ze względu na instytucjonalizację opieki specjalistycznej, przy czym dostępność usług oraz koordynacja jednostek udzielających pomocy są niewystarczające. Niezwykle ważne jest więc tworzenie i rozwój psychiatrii środowiskowej, zwłaszcza adresowanej do pacjentów w wieku rozwojowym. Nie uda się jednak tego zrealizować bez wykwalifikowanej kadry. Brak specjalistów ma charakter systemowy i wymaga zaplanowanej zmiany w celu zwiększenia ich liczby w Polsce.  Dane NFZ wskazują na ogromną przepaść pomiędzy realnymi potrzebami a możliwościami systemu. Naczelna Izba Lekarska podaje, że na koniec 2017 roku w Polsce było 362 lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży czynnie wykonujących zawód. Standardem podanym przez WHO (2005) dla kraju o średnim poziomie dochodów liczba psychiatrów dziecięcych powinna wynosić 10 na 100 000 populacji dzieci i młodzieży (w Polsce wskaźnik ten wynosi 5,2/100 000). Narastającym problem - w kontekście coraz mniejszej liczby psychiatrów dzieci i młodzieży -  jest również brak innych specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym populacji w wieku rozwojowym.

Grupy zawodowe, na których brak (a właściwie nie istnienie) wskazuje środowisko, a także procujący od blisko 2 lat zespół roboczy ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, to przede wszystkim:

1. *psychologowie kliniczni dzieci i młodzieży,*
2. *terapeuci środowiskowi dzieci i młodzieży*
3. *psychoterapeuci kliniczni dzieci i młodzieży*

W propozycji  stopniowego modelu opieki psychiatryczno-psychologicznej nad rodziną, dziećmi i młodzieżą to właśnie tego rodzaju specjaliści będą odgrywać kluczową rolę w większej dostępności usług, przy jednoczesnym systematycznym zwiększaniu nakładów na leczenie rodzin, dzieci i młodzieży.

Dotychczasowymi efektami pracy zespołu roboczego przy MZ jest oraz opracowanie programu kształcenia dla kandydatów na stanowisko *Terapeuty środowiskowego wieku rozwojowego*. Kolejnym etapem jest tworzenie specjalizacji Psychoterapia kliniczna dzieci i młodzieży. Ze względu na liczne kontrowersje, które budzi w środowisku psychoterapeutów wprowadzenie w/w specjalizacji, warto przypomnieć ważne argumenty uzasadniające takie rozwiązanie:

1. Po pierwsze, podobnie jak w przypadku *psychiatrii dzieci i młodzieży*, która stanowi samodzielną i wyodrębnioną od *psychiatrii* dziedzinę medycyny, istnieje konieczność stworzenia programu kształcenia w zakresie dziedziny jaką jest *psychoterapia pacjenta w wieku rozwojowym.* O konieczności tego rozwiązania stanowi specyfika konceptualizacji problemu pacjenta w wieku rozwojowym oraz prowadzenia oddziaływań psychoterapeutycznych. Jest to uwarunkowane:
2. etiologią zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, w której zawsze trzeba uwzględnić współwystępowanie i współoddziaływanie czynników biologicznych (genetycznych - determinujących potencjalne możliwości i anomalie rozwojowe, paragenetycznych - działających w okresie rozwoju zarodka i płodu, ze strony matki, działających po urodzeniu), czynników rodzinnych (deprywacja potrzeb w sferze materialno-ekonomicznej, opiekuńczo-zabezpieczającej, socjalizacyjnej i emocjonalno-ekspresyjnej, nieprawidłowa funkcja systemu rodzinnego), czynników związanych z oddziaływaniem grupy rówieśniczej (ubogie kontakty rówieśnicze, odrzucenie, izolowanie, zagrożenia związane z przynależnością do grupy rówieśniczej nieprawidłowo socjalizującej się) oraz czynników szkolnych (relacje z nauczycielami, wymagania rodziców, sukcesy i niepowodzenia szkolne i związane z nimi reakcje otoczenia, adaptowanie się do zmian związanych z kolejnymi progami edukacyjnymi).
3. czynnikami indywidualnymi związanymi z pacjentem, który podlega dynamicznym zmianom związanym z rozwojem w wymiarze biologicznym, poznawczym emocjonalnym i społecznym; co ważne rozwój ten w przypadku pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wieku rozwojowego w wielu przypadkach jest zaburzony, stąd dodatkową trudnością wymagającą uwzględnienia w procesie planowania psychoterapii stają się deficyty poznawcze charakterystyczne dla określonych zaburzeń (np. typowe dla dzieci i młodzieży z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, czy zaburzeniami ze spektrum autyzmu niskie zdolności do tworzenia alternatywnych rozwiązań w procesie rozwiązywania problemów, koncentrowanie się na celach i efektach działań, a nie na poszczególnych etapach, niskie zdolności do widzenia konsekwencji własnych zachowań, czy rozpoznawania przyczyn zachowań innych ludzi).
4. specyfiką zaburzeń psychicznych w wieku rozwojowym, gdzie mamy do czynienia nie tylko z zaburzeniami emocjonalnymi czy behawioralnymi, ale również zaburzeniami rozwoju, np. całościowe, specyficzne, neurobehawioralne), co wymaga umiejętności zastosowania postępowania o charakterze rehabilitacji funkcji neuropoznawczych, w tym komunikacyjno-społecznych
5. koniecznością podjęcia współpracy w zakresie realizacji celów psychoterapeutycznych z otoczeniem dziecka i nastolatka (rodziną, szkołą, środowiskiem rówieśniczym); często oddziaływania wdrażane są pośrednio, poprzez interwencje skierowane do nauczycieli, opiekunów, rodziców, co wiąże się z kolejnymi trudnościami, jakimi są delegowanie dziecka/nastolatka do roli ‘tego, który ma problem’ przez rodziców/opiekunów/nauczycieli mających osobiste problemy, co wiąże się z niską rzetelnością informacji dotyczących pacjenta oraz trudnościami w realizacji programu leczenia, koniecznością objęcia procesem terapeutycznym całego systemu rodzinnego, bezpośredniego wdrażania interwencji w systemie szkolnym czy też prowadzenia terapii indywidualnej rodzica, np. posiadającego problemy osobowościowe. Tego typu trudności w zakresie realizacji działań niejednokrotnie nakładają na osoby zajmujące się leczeniem dziecka/nastolatka konieczność podjęcia i koordynowania współpracy z sądami rodzinnymi, kuratorami czy też ośrodkami socjoterapii lub wychowawczymi.

Powyższe uwarunkowania stanowią o licznych trudnościach prowadzenia psychoterapii w grupie pacjentów w wieku rozwojowym i nakładają na profesjonalistów konieczność dobrego rozumienia powyższych procesów, adaptowania i modyfikowania celów i sposobów pracy, a co najważniejsze umiejętność prowadzenia skoordynowanym działań.

1. Po drugie, w chwili obecnej w Polsce nie ma żadnego sformalizowanego i ustrukturyzowanego całościowego 4-letniego programu szkolenia w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży. Dostępne szkolenia psychoterapeutyczne głównie poświęcone są zagadnieniom psychoterapii osób dorosłych; problemy okresu adolescencji zwykle omówione są w skrócie, zaś zagadnienie psychoterapii małych dzieci - prawie wcale. Dlatego też niezbędne jest stworzenie takiego programu. Nazwa *Psychoterapia kliniczna dzieci i młodzieży* odnosi się do leczenia przy pomocy metod psychoterapeutycznych problemów, które w swym obrazie i nasileniu osiągnęły poziom „kliniczny”, a wiec taki który nie tylko uzasadnia, ale i obliguje do ustalenia rozpoznania wg ICD, DSM. Tak jak wspomniano powyżej powoduje to konieczność posiadania kwalifikacji umożliwiających diagnozowanie i podjęcie współpracy w procesie leczenia, w ramach zespołu interdyscyplinarnego (z psychiatrami, neurologami, psychologami, w tym psychiatrami dzieci i młodzieży, neurologami dziecięcymi, pediatrami i lekarzami rodzinnymi, ale także szkołami, placówkami wychowawczymi, rodzinami, kuratorami, sądami, itp.).
2. Po trzecie, aktualnie szkolenia psychoterapeutyczne w Polsce dostępne są jedynie w sektorze prywatnym. Pomimo prowadzonych przez różne środowiska działań mających na celu uregulowanie tych kwestii, mimo, że psychoterapeuci są zatrudniani w publicznej służbie zdrowia i ich praca jest finansowana ze środków NFZ, żaden organ administracji publicznej nie ma kontroli nad rodzajem i jakością przygotowujących do tej pracy szkoleń. Obowiązujące w tym względzie przepisy nakładają na NFZ jedynie obowiązek sprawdzenia ogólnego przebiegu szkolenia psychoterapeuty a nie jego jakości. Prowadzi to do sytuacji w których leczeniem z użyciem psychoterapii zajmować mogą się osoby bez profesjonalnego szkolenia, czy wręcz podlegające pozornemu szkoleniu. Uwagę na to wielokrotnie zwracała Polska Rada Psychoterapii. W ramach projektu pt. *Rozwój kadr uczestniczących w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży,* realizowanego z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego, istnieje możliwość wykształcenia na przestrzeni 4 lat (2019-2022) blisko 500 specjalistów.
3. Po czwarte, stworzenie specjalizacji *Psychoterapia kliniczna dzieci i młodzieży*, ma za zadanie nadanie rangi państwowej specjalizacji, z grupy specjalizacji mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Program szkolenia specjalizacyjnego zostanie opracowany zgodnie przepisami ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 599). Zgodnie z ww. ustawa program zawiera założenia organizacyjno-prawne, liczbę godzin szkolenia, w tym stażu podstawowego, szczegółowy zakres wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych, moduły szkolenia, formy i metody kształcenia, formy i metody samokształcenia, metody oceny wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych a także standardy kształcenia. Ustawa określa również warunki akredytowania ośrodków szkolących. Przy tworzenie programu szkolenia specjalizacyjnego w ww. dziedzinie uwzględnione zostaną wszelkie wytyczone przez Polską Radę Psychoterapii, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczo-Behawioralnej oraz inne wiodące stowarzyszenia zawodowe, standardy stosowania i szkolenia w psychoterapii, zarówno ilościowe, jak i jakościowe. Dbałość o wysokie standardy znalazła odzwierciedlenie w programie, uwzględniającym wszelkie wymogi kształcenia ustawicznego i superwizji.. We wstępnych, roboczych treściach uwzględniono wszystkie konieczne zakresy tematyczne, w tym a. Główne kierunki w psychoterapii, b. Wybrane elementy wiedzy o osobowości i rozwoju człowieka w cyklu życia, c. Teorie psychopatologii i diagnoza nozologiczna, d. Diagnoza psychoterapeutyczna, organizacja pracy psychoterapeuty i superwizja pierwszych przypadków, e. Metody terapeutyczne, f. Wybrane elementy wiedzy medycznej, g. Umiejętności praktyczne, h. Zagadnienia etyczne, i. Doświadczenie osobiste (psychoterapia, trening osobisty), j. Staż kliniczny w palcówce zapewniającej kontakt z pacjentami cierpiącymi na zróżnicowanej zaburzenia, k. Praktyka psychoterapeutyczna pod superwizją. Szkolenie specjalizacyjne jest 4-letnim, całościowym szkoleniem w psychoterapii w wymiarze minimum 1200 godzin. Zgodnie z wytycznymi *American Psychological Association (APA) Task Force on Psychological Intervention Guidelines* (1995) należy dążyć do kategoryzowania interwencji w zależności od poziomu dowodów na ich skuteczność (interwencje ustalone, prawdopodobnie skuteczne lub eksperymentalne), w celu zapewnienia profesjonalnego i bezpiecznego leczenia, co uzasadnia wybór modalności *psychodynamicznej (zawierającej również psychoterapię psychoanalityczną), poznawczo-behawioralnej* oraz *systemowej terapii rodzin*, jako tych w odniesieniu do których istnieje najwięcej badań potwierdzających ich skuteczność w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży.
4. Po piąte, w założeniach, przy projektowaniu nowej dziedziny – psychoterapii klinicznej dzieci i młodzieży uwzględniono potrzeby i oczekiwania już istniejących kadr. Przepisami ww. ustawy określają procedurę uzyskania tytułu specjalisty *psychoterapeuty klinicznego dzieci i młodzieży* bez konieczności wieloletniego szkolenia, poprzez uznanie dorobku naukowego lub zawodowego i zdaniu egzaminu. Co więcej, szkolenie specjalizacyjne będą mogły prowadzić podmioty publiczne i niepubliczne po uzyskaniu akredytacji.

Warto również zauważyć, że po zakończeniu prac legislacyjnych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego podejmie prace nad przygotowaniem i opiniowaniem programu specjalizacji – będzie wówczas możliwość zajęcia stanowiska wobec szczegółowego zakresu merytorycznego i proponowanego sposobu uzyskiwania specjalizacji.

Jesteśmy przekonani, że wprowadzenie specjalizacji z zakresu *Psychoterapii klinicznej dzieci i młodzieży* pozwoli nie tylko na budowanie zasobów kadrowych przygotowanych do pracy ze szczególną grupą pacjentów, jakimi są dzieci, młodzież i ich rodziny, ale także pozwoli na uzyskanie kontroli nad jakością i poziomem merytorycznym szkoleń oraz kwalifikacji profesjonalistów pracujących w sektorze publicznej i niepublicznej służby zdrowia.

Zbigniew J. Król

Przewodniczący zespołu ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy Ministerstwa Zdrowia