



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Sesja treningowa - grupowa
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego

– ocena zasadności kwalifikacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Raport w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej

Nr: WS.420.9.2022

Data ukończenia: 26.10.2022 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy:

- Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (dane kosztowe) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy
- Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 poz.1764) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.)
- Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:**

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

- Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe.
- Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764 z późn. zm. w zw. z art. 1 ust. 1 oraz art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016. poz. 922 z późn. zm.)
- Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy: nie dotyczy

- Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.
- Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).
- Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
- Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy

Wykaz wybranych skrótów

AEs	zdarzenia niepożądane (ang. <i>adverse events</i>)
Agencja /AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
APD	Analiza Problemu Decyzyjnego
AS	stenoza aortalna (ang. <i>aortic stenosis</i>)
ASRS-A	Adult ADHD Self-Report Scale for Adolescents
BMI	indeks masy ciała (ang. <i>Body Mass Index</i>)
BSC	najlepsza terapia wspomagająca (ang. <i>best supportive care</i>)
CGI-S	Autism Clinical Global Impression Severity
CI	przedział ufności (ang. <i>confidence interval</i>)
CSDS	Child Sheehan Disability Scale
DD-CGAS	Developmental Disabilities modification of the Children's Global Assessment Scale
EBM	medycyna oparta na dowodach (ang. <i>evidence based medicine</i>)
FDA	Agencja Żywności i Leków (ang. <i>US Food and Drug Administration</i>)
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire
GQL	<i>Global Quality of Life scale</i>
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HTA	ocena technologii medycznej (ang. <i>Health Technology Assessment</i>)
IAS	Impact of ADHD Symptoms
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
ITT	intention-to-treat analysis
JGP	Jednorodna Grupa Pacjentów
Komparator	interwencja alternatywna, opcjonalna wobec interwencji ocenianej
KSQ	Karolinska Sleep Questionnaire
KŚOZ	Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej (dokument zawierający elementy, o których mowa w art. 31c ust. 2 ustawy o świadczeniach)
LSz	leczenie szpitalne
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NBP	Narodowy Bank Polski
nd	nie dotyczy
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	Narodowy System Zdrowotny (ang. <i>National Health Service</i>)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OR	iloraz szans (ang. <i>odds ratio</i>)
OSU	Ohio State University
p	poziom istotności

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

PAP	pomiar skurczowego ciśnienia w tętnicy płucnej (ang. <i>pulmonary artery pressure</i>)
PAS	Pressure Activation Stress
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PSS	Perceived Stress Scale
QALY	rok życia skorygowany o jakość (ang. <i>quality-adjusted life-year</i>)
QoL	jakość życia (ang. <i>quality of life</i>)
RCT	randomizowane badanie kontrolne (ang. <i>randomized controlled trial</i>)
RMZ	rozporządzenie Ministra Zdrowia
Rozporządzenie MZ AOS	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2013 poz. 1413)
Rozporządzenie MZ LSz	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 poz. 1520)
SD	odchylenie standardowe (ang. <i>standard deviation</i>)
SDQ	Strengths & Difficulties Questionnaire
SRS	Social Responsiveness Scale
Technologia	Technologia medyczna w rozumieniu art. 5 pkt 42 b ustawy o świadczeniach lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 21 i 28 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r poz. 784 z późn. zm.)
URPL	Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
Wytyczne AOTMiT	Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA); Wersja 3.0; Warszawa, sierpień 2016
YGTSS	Yale Global Tic Severity Scale
zł	złoty polski

Spis treści

1. Przedmiot i historia zlecenia	8
2. Kluczowe informacje	10
3. Metodyka analizy	14
4. Problem decyzyjny	16
4.1. Problem zdrowotny	16
4.2. Oceniana interwencja	16
4.3. Alternatywne technologie medyczne	17
4.4. Wytyczne praktyki klinicznej	18
4.4.1. Sesja treningowa – grupowa	18
4.4.2. Sesja psychoterapii wielorodzinnej	20
4.4.3. Sesja superwizji procesu diagnostycznego	23
4.5. Opinie ekspertów klinicznych	28
4.6. Porównanie warunków realizacji wnioskowanych świadczeń do obecnie dostępnych w ramach wykazu świadczeń gwarantowanych	36
4.7. Opis punktów końcowych ocenianych w materiale dowodowym	40
4.8. Wcześniejsze oceny Agencji związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem	41
5. Charakterystyka badań i ekstrakcja danych z badań włączonych do przeglądu	42
5.1. Materiał dowodowy odnaleziony w ramach przeglądu systematycznego	42
5.2. Opis metodyki i ekstrakcja danych z badań	42
5.2.1. Sesja treningowa - grupowa	43
5.2.2. Sesja psychoterapii wielorodzinnej	52
5.2.3. Superwizja procesu diagnostycznego	57
5.2.4. Podsumowanie	60
6. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia	62
6.1. Stanowisko Prezesa NFZ	62
6.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia oszacowanie własne AOTMiT	62
6.2.1. Wielkość populacji docelowej	62
6.2.2. Koszt świadczenia	62
6.2.3. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy	63
6.2.4. Wyniki	64
6.2.5. Podsumowanie	65
6.3. Przegląd analiz ekonomicznych	65
7. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach	66
8. Bibliografia	67
9. Strategia wyszukiwania	69
9.1. Sesja treninigowa-grupowa	69

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

9.2.	Sesja terapii wielorodzinnej	69
9.3.	Superwizja procesu diagnostycznego	70
9.4.	Selekcja badań PRISMA - sesja treningowa - grupowa.....	71
9.5.	Selekcja badań PRISMA - sesja terapii wielorodzinnej.....	72
9.6.	Selekcja badań PRISMA – superwizja procesu diagnostycznego	73

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:
zlecenie Ministra Zdrowia z 16 września 2022 r. znak: ZPP.743.131.2022.MS zmodyfikowane
pismem znak: ZPP.743.131.2022.MS z 5 października 2022 r.

Pełna nazwa świadczeń opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

- Sesja treningowa - grupowa
 - Sesja psychoterapii wielorodzinnej
 - Sesja superwizji procesu diagnostycznego
-

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego**, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
 - usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e–f ustawy o świadczeniach)
 - realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)
-

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
 - leczenia szpitalnego
 - opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień**
 - rehabilitacji leczniczej
 - świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
 - leczenia stomatologicznego
 - lecznictwa uzdrowiskowego
 - ratownictwa medycznego
 - opieki paliatywnej i hospicyjnej
 - świadczeń wysokospecjalistycznych
 - programów zdrowotnych
-

Wnioskodawca (pierwotny):

**Ministerstwo Zdrowia na podstawie wniosku:
Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży**

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

1. Przedmiot i historia zlecenia

Podstawa prawna i historia zlecenia: Pismem znak ZPP.743.131.2022.MS z 16 września 2022 r., zmienionym pismem znak ZPP.743.131.2022.MS z 5 października 2022 r. Minister Zdrowia, działając na mocy art. 31c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398, ze zm.) zlecił Prezesowi AOTMiT przygotowanie rekomendacji w sprawie zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej;

- Sesja treningowa - grupowa
- Sesja psychoterapii wielorodzinnej
- Sesja superwizji procesu diagnostycznego

jako świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w terminie do 31 października 2022 r. Wraz z pismem przewodnim Minister Zdrowia przekazał Karty Problemu Zdrowotnego obejmujące opis świadczeń. W dniu 10 października 2022 r. doprecyzowano, że realizacja świadczeń ma odbywać się w ramach załącznika nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży i warunki realizacji w ramach poziomów referencyjnych)

Historia korespondencji

Prezes NFZ. Agencja, działając na podstawie art. 31c ust. 3 pkt. 2 ustawy o świadczeniach, pismem znak WS.420.9.2022 z 11 października 2022 r. wystąpiła do Prezesa NFZ z prośbą o przekazanie opinii w sprawie zasadności zakwalifikowania wyżej opisanych świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Odpowiedź otrzymano 19 października 2022 r.

Eksperci kliniczni. W toku prac analitycznych wystąpiono do ekspertów klinicznych, konsultanta krajowego oraz konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, zgodnie z art. 31c ust.3 pkt 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zasadności zakwalifikowania ww. świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wskazał za zasadne uzyskanie opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży w zakresie świadczeń: Sesja treningowo-grupowa i Sesja psychoterapii wielorodzinnej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychologii klinicznej w zakresie świadczenia: Sesja superwizji procesu diagnostycznego.

O ocenę zasadności finansowania ww. świadczenia ze środków publicznych poproszeni zostali następujący eksperci:

1. dr n. med. Aleksandra Lewandowska Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży, nie otrzymano opinii (wskazanie Konsultantów Krajowych z innych dziedzin medycyny)
2. dr n. hum. Bernardetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologia kliniczna (wskazanie Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży), odpowiedź otrzymano 15 października 2022 r.
3. dr hab. med. Agnieszka Słopeń Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapia dzieci i młodzieży (wskazanie Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży), nie otrzymano opinii, przeprowadzono konsultacje on-line w zakresie rozróżnienia proponowanych świadczeń od świadczeń alternatywnych obecnych w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień i ewentualnej zmiany zapisów koszykowych.
4. dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. dolnośląskiego, nie otrzymano opinii.

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

5. dr n. med. Małgorzata Dąbkowska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. kujawsko-pomorskiego, nie otrzymano opinii.
6. lek. med. Zenona Kaczkowska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. lubelskiego, nie otrzymano opinii.
7. dr hab. n. med., prof. nadzw. Anna Dietrich-Muszalska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. łódzkiego, nie otrzymano opinii.
8. dr hab. n. med. Maciej Pilecki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. małopolskiego (otrzymano 20 października 2022 r.).
9. dr n. med. Lidia Poppek Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. mazowieckiego (otrzymano 19 października 2022 r.).
10. lek. med. Ewelina Dubas-Szweda Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. opolskiego, nie otrzymano opinii.
11. lek. med. Małgorzata Próchnik-Surówka Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. podkarpackiego, nie otrzymano opinii
12. dr n. med. Julia Pupek-Pyziół Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. podlaskiego (otrzymano 19 października 2022 r.).
13. dr n. med. Izabela Łucka Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. pomorskiego, nie otrzymano opinii.
14. lek. med. Ireneusz Jelonek Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. śląskiego, nie otrzymano opinii.
15. lek. med. Aleksandra Olawska-Szymańska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. świętokrzyskiego nie otrzymano opinii.
16. lek. med. Natalia Lepczyńska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. wielkopolskiego, nie otrzymano opinii.
17. lek. med. Małgorzata Wyrębska-Rozpara Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży dla woj. zachodniopomorskiego, nie otrzymano opinii.

2. Kluczowe informacje

Cel opracowania analitycznego:

Celem opracowania jest ocena zasadności kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej

- Sesja treningowa - grupowa
- Sesja psychoterapii wielorodzinnej
- Sesja superwizji procesu diagnostycznego

jako świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Analiza problemu decyzyjnego:

Zaburzenia psychiczne charakteryzują się klinicznie istotnym zaburzeniem funkcji poznawczych, regulacji emocjonalnej lub zachowania danej osoby. Zaburzenia psychiczne mogą być także określane jako stany zdrowia psychicznego. Jest to szerszy termin obejmujący zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność psychospołeczną i inne stany psychiczne związane z ze znacznym niepokojem, upośledzeniem funkcjonowania lub ryzykiem samookaleczenia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają więcej potencjalnie utraconych lat życia (YPLL Years of Potential Life Lost) w porównaniu z osobami w populacji ogólnej. W przypadku umieralności z wszystkich przyczyn, skrócenie życia waha się od 1,4 do 32 lat, z medianą wynoszącą 10,1 lat (z przyczyn naturalnych 9,6 lat, z przyczyn nienaturalnych 21,6 lat). Skutki uboczne leków stosowanych do leczenia ciężkich zaburzeń psychicznych przyczyniają się do otyłości, nietolerancji glukozy i dyslipidemii. Zaburzenia psychiczne mogą doprowadzić do samobójstwa, które jest przyczyną więcej, niż jednego na każde 100 zgonów na świecie i drugą najczęstszą przyczyną śmierci ludzi młodych. Sesja treningowo-grupowa lub sesja psychoterapii wielorodzinnej to procesy terapeutyczne, które nie są ujęte w obecnie obowiązującym katalogu świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i terapii uzależnień. Rozwiązania obowiązujące obecnie to:

- sesja psychoterapii indywidualnej (ograniczenia: nie uwzględnia wartości dodanej jaką daje wzajemna wymiana doświadczeń pomiędzy członkami grupy),
- sesja psychoterapii rodzinnej,
- sesja psychoterapii grupowej (ograniczenia: z uwagi na możliwości poznawcze, gotowość emocjonalną nie wszyscy pacjenci mogą uczestniczyć),
- sesja wsparcia psychospołecznego.

Wcześniejsze postępowanie administracyjne:

Zasadność kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej opisanych w ramach KPZ nie była wcześniej przedmiotem oceny w Agencji. Nie prowadzone były również procesy mające na celu kwalifikację świadczeń zbliżonych merytorycznie do wnioskowanych.

Opinie eksperckie:

Wnioskowana technologia medyczna w postaci świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja treningowa-grupowa” powinna zostać włączona do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień i finansowanych ze środków publicznych u pacjentów z rozpoznaniem F00-F99 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) oraz Z03 (obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne). Obecnie brak jest ambulatoryjnej formy opieki pośredniej między terapią grupową, a innymi oddziaływaniami opisanymi w koszyku świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Jest jedną z najbardziej użytecznych form oddziaływania w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Stanowi „złoty standard” w opiece z cięższymi zaburzeniami psychicznymi bez względu na wiek.

Wnioskowana technologia medyczna w postaci świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja psychoterapii wielorodzinnej” powinna zostać włączona do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieka

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

psychiatryczna i leczenie uzależnień i finansowanych ze środków publicznych u pacjentów z rozpoznaniem F00-F99 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) oraz Z03 (obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne). Terapia wielorodzinna jest odmienną modalnością terapeutyczną od terapii rodzinnej cechującą się obecnością dodatkowych czynników leczących jakimi są np. odzwierciedlenie ze strony innych rodzin, poczucie wspólnego doświadczenia, wsparcie ze strony innych rodzin.

Wnioskowana technologia medyczna w postaci świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja superwizji procesu terapeutycznego” powinna zostać włączona do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień finansowanych ze środków publicznych. Odpowiada potrzebom aktualnej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w zakresie usprawnienia procesu diagnostycznego, jednakże wymaga istotnej modyfikacji doprecyzowującej zakres superwizji oraz kwalifikacji osób mogących ją prowadzić.

Wytyczne/rekomendacje kliniczne:

- Sesja treningowa – grupowa

Odnaleziono 3 dokumenty wytycznych wskazujące na zastosowanie różnych form sesji treningowych dedykowanych do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania. Zalecenia wskazują, iż różne formy treningu implementowane są m.in. w celu nauki oraz rozwinięcia umiejętności społecznych. Zalecenia wskazują również zalecane warunki, m.in. rozmiar grup uczestników, a także dobór ich do grup. Wskazują na skuteczność i korzyść kliniczną z zastosowania programu treningu umiejętności społecznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. Nie odnaleziono dokumentów z siłą zaleceń oraz poziomem jakości dowodów, zalecających wprost stosowanie ww. procedur.

- Sesja terapii wielorodzinnej

W zakresie wykorzystania psychoterapii wielorodzinnej odnaleziono łącznie 7 dokumentów wytycznych opisujących zastosowanie ww. terapii w leczeniu pacjentów ze schorzeniami psychicznymi. Część dokumentów nie precyzuje, czy terapia rodzinna powinna być realizowana w formie wielorodzinnej lub jednorodzinnej. Stosowanie wnioskowanej terapii zostało wskazane do rozważenia w przypadku leczenia pacjentów z anoreksją, schizofrenii, epizodach psychotycznych, choroby afektywnej dwubiegunowej oraz epizodach depresyjnych i psychotycznych.

- Superwizja procesu diagnostycznego

Do analizy włączono łącznie 3 wytyczne oraz 1 standardy terapeutyczne odnoszące się do superwizji procesów. Opublikowane standardy Polskie (CBT) rekomendują by psycholodzy zaangażowani w proces diagnostyczny swoją pracę poddawali indywidualnej superwizji klinicznej, z częstotliwością uzależnioną od potrzeb. Wytyczne wskazują iż superwizja stanowi przeprowadzenie autorefleksyjnej analizy dotyczącej praktyki zawodowej oraz doskonalenie procesu diagnostycznego między specjalistami. Celem superwizji jest promowanie oraz utrzymywanie wysokich standardów zawodowych i etycznych w świadczeniu usług klientom superwizora. Jako cel superwizji wskazują zapewnienie bezpiecznej oraz kompetentnej praktyki zawodowej poprzez regularne spotkania superwizora z superwizantem. Według wytycznych APA 2014 superwizję procesu diagnostycznego zaleca się psychoterapeutom w celu doskonalenia warsztatu zawodowego, szczególnie w przypadku początkujących terapeutów.

Skuteczność kliniczna:

- Sesja treningowa – grupowa

W ramach analizy skuteczności sesji treningowo-grupowej, włączono do analizy łącznie 3 badania, oceniające skuteczność technik stosowanych w ramach ww. sesji treningowych. Jedną z technik jest grupowe szkoleniową umiejętności społecznych zawierająca w sobie elementy terapii poznawczo-behawioralnej wraz z terapią dialektyczno-behawioralną dedykowana pacjentom z ADHD. Ukierunkowana jest na radzenie sobie z podstawowymi objawami ADHD oraz związanymi z tym

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

trudnościami. W badaniu Meyer 2021 dokonano porównania ww. metody ze standardową sesją psychoedukacyjną prowadzoną przez dwóch terapeutów. W badaniu nie zaobserwowano istotnej różnicy pomiędzy pierwszorzędownymi punktami końcowymi (kwestionariusze oceny pomiaru m.in. symptomów ADHD, jakości życia, funkcjonalne, uważności) we wszystkich okresach pomiaru (maks. 6 miesięcy), a siła efektu oceniana była jako brak lub niewielka. Obie grupy zwiększyły swoją wiedzę na temat ADHD, poprawiły umiejętności radzenia sobie z problemami. Obie interwencje są skuteczną opcją terapeutyczną.

W badaniu Dabrowski 2018 badano skuteczność terapii obejmującej techniki odwracania nawyku (HRT) w formie terapii grupowej do sesji edukacji. Analiza wykazała, iż obie interwencje charakteryzowały się podobną skutecznością w czasie obserwacji (13 miesięcy) i brak było istotnych różnic pomiędzy grupami. Zastosowanie HRT skutkowało średnio redukcją o 8 punktów wg skali WGTSS, a zastosowanie edukacji – 6 pkt. Redukcję o minimum 6 punktów przyjmuje się jako istotną klinicznie. Wyniki wskazują, iż zastosowanie obu interwencji przynosi pozytywne skutki w ograniczeniu występowania tików w zespole Touretta.

Badanie RCT Olsson 2017 analizowały wpływ treningu umiejętności społecznych wśród dzieci i młodzieży z autyzmem, w porównaniu do standardowej opieki. Pierwszorzędownym punktem końcowym była ocena według skali responsywności społecznej (SRS), zarówno z perspektywy rodzica/opiekuna oraz nauczyciela. Wykazano, że SRS (w opinii rodziców) zmniejszyło się z 87,9 do 77,3 z wielkością efektu 0,13 w grupie interwencyjnej (SSGT+standardowa opieka), a w grupie kontrolnej (standardowa opieka) z 87,9 do 81,1 z wielkością efektu 0,16. Drugorzędowe punkty końcowe wskazywały na umiarkowany wpływ na funkcjonowanie adaptacyjne i nasilenie kliniczne. Zastosowanie SSGT przewyższało standardową opiekę w wynikach zachowania adaptacyjnego ocenianych przez rodziców w skali ABAS-II oraz redukcji stresu rodzicielskiego w skali PSS. Nie wykazano znaczącego wpływu SSGT na wzrost zachowań adaptacyjnych ocenianych przez nauczycieli w skali ABAS-II lub zgłaszany przez uczestników spadek stresu w porównaniu ze standardową opieką. Oceny trenerów wskazywały na istotnie większą poprawę w grupie SSGT w zakresie globalnego funkcjonowania w skali DD-GAS oraz nasilenia klinicznego w skali CGI-S. Wyniki wskazują, że SSGT dla dzieci i młodzieży z ASD w ramach regularnych świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego jest skuteczne i bezpieczne.

- Sesja terapii wielorodzinnej

Skuteczność stosowania terapii wielorodzinnej we włączonych badaniach, oceniana była u pacjentów z m.in. jadłowstrętem psychicznym (Terache 2022), gdzie zastosowanie interwencji w badaniu pretest-posttest, wykazało istotną poprawę we wszystkich domenach kwestionariusza zaburzeń odżywiania EDI-II (poza bulimią), a efekt leczenia utrzymywał się w czasie ostatniej obserwacji po leczeniu (12 miesięcy). Wyniki zgodne są z hipotezą, iż terapia wielorodzinna wiąże się ze zmniejszeniem symptomów zaburzeń odżywiania.

W badaniu pretest-posttest Fristad 2018, obejmującym pacjentów z zaburzeniami nastroju (n=26), w tym ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi oraz zaburzeniami dwubiegunowymi badany był wpływ wielorodzinnej psychoedukacji. Wyniki z perspektywy pacjenta wykazały silny pozytywny efekt zastosowania interwencji na adaptacyjne radzenie sobie z problemami wg kwestionariusza COPE oraz średni efekt na poprawę w obszarze problemów, satysfakcji według oceny Ohio Scale oraz poprawę nastroju według kwestionariusza UMDQ. Mała siła efektu została zarejestrowana w przypadku nieadaptacyjnego radzenia z problemami (COPE), obszaru nadziei (Ohio Scale) oraz funkcjonowania, a także w kwestionariuszu nastroju i uczuć (MFQ). Ocena z perspektywy rodzica również wskazuje na istotną poprawę po leczeniu.

Ocena skuteczności terapii wielorodzinnej (n=19) wśród pacjentów ze spektrum autyzmu opisano w badaniu RCT Smith 2018, gdzie skuteczności porównywała była do grupy kontrolnej w postaci listy oczekiwania (n=26). Wyniki analizy ANCOVAs wykazały, iż z perspektywy rodzica istotnie zmniejszone zostały symptomy depresyjne (skala CES-D) po interwencji względem grupy kontrolnej (F=4,87; p=0,035), gdzie w grupie kontrolnej nie zanotowano zmiany w czasie. Dodatkowo rodzice wskazywali, iż częściej odczuwali poczucie dumy/szczęścia według skali Five Minute Speech Sample (F=6.55, p<0,05).

- Superwizja procesu diagnostycznego

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

We włączonej publikacji zidentyfikowano 3 badania wśród populacji dorosłej pacjentów (nadużywanie substancji psychoaktywnych; depresja; stany psychotyczne), superwizja stosowana była jako część procesu terapeutycznego. Uwzględnione badania wskazują, iż zastosowanie superwizji wpływa w pozytywny sposób (słaby efekt) na zmniejszenie symptomów psychiatrycznych u pacjentów w stanach psychotycznych; zmniejsza objawy depresji zarówno przy superwizji umiejętności prowadzącego oraz procesu (efekty średnie). W przypadku pacjentów nadużywających substancji psychoaktywnych nie wystąpił efekt wpływu zastosowania superwizji na odstawienie substancji.

Wpływ na budżet płatnika publicznego:

Z uwagi na organizacyjny charakter wnioskowanych świadczeń, których celem jest poszerzenie wachlarza dotychczasowych oddziaływań finansowanych fee-for-service o sesje terapeutyczne w formie terapii wielorodzinnej oraz sesje treningu grupowego. Sesje będą realizowane alternatywnie do innych podobnych świadczeń w ramach budżetu przeznaczonego na realizację świadczeń bez konieczności dodatkowego zwiększania go.

Produkty rozliczeniowe dla obecnie finansowanych świadczeń uwzględniają finansowanie ze względu na czas poświęcony na realizację świadczenia przez m.in. psychoterapeutów, a nie ze względu na liczbę pacjentów obecnych podczas terapii. Nie jest zakładany wzrost kosztów jednostkowych prowadzenia sesji (niezależnie od wybranego na potrzeby procesu leczenia rodzaju), ani wzrost liczby pacjentów objętych dotychczasowymi świadczeniami. Wprowadzenie wnioskowanych świadczeń jako świadczeń finansowanych ze środków publicznych, nie powinno wpłynąć na dotychczasowe koszty realizacji świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień, a co za tym idzie, wpływ na budżet powinien być neutralny.

Sesja superwizji procesu diagnostycznego w założeniach realizowana jest przez psychologa klinicznego wspierającego innego psychologa w procesie diagnostyki. Obecnie sesje superwizji osoby uwzględnione były w ryczałcie, który jednocześnie zawierał inne elementy, m.in. konsylium lub koordynację. Wnioskowana sesja, w przypadku kwalifikacji jako oddzielne świadczenie stanowiłaby wartość dodaną do procesu diagnostycznego. Stanowić może to dodatkowy koszt dla płatnika publicznego, jednakże z uwagi na konieczność przeprowadzenia formalnego procesu taryfikacji, nie jest znany zbliżony koszt realizacji. Z uwagi na rozliczanie świadczeń poprzez czas realizacji świadczenia przez określonego specjalistę, wycena wnioskowanego świadczenia powinna być nie niższa niż dotychczasowa porada psychologiczna diagnostyczna (II poziom referencyjny – około 186 zł).

Biorąc pod uwagę, liczbę sprawozdanych zrealizowanych porad psychologicznych diagnostycznych w ramach I poziomu referencyjnego, wynoszących 65 811 pacjentów w roku 2021 oraz przyjmując arbitralne założenie, iż 5% pacjentów wymaga przeprowadzenia procesu superwizji procesu diagnostycznego, daje to łącznie 3290 świadczeń superwizji procesu diagnostycznego. Przełożyć się to może na koszt w wysokości około 612 tys. złotych. Jednakże, rzeczywisty koszt dla płatnika publicznego, powinien pozostać neutralny, gdyż świadczenie obejmujące superwizję procesu diagnostycznego najprawdopodobniej realizowane będzie w zastępstwie innych świadczeń gwarantowanych, realizowanych przez psychologa klinicznego.

Informacje o dodatkowych analizach:

W toku realizacji zlecenia przeprowadzono dodatkowe prace, polegające na analizie dotychczasowych zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także produktów rozliczeniowych NFZ. Dokonano również oceny spójności i integralności proponowanych świadczeń z dotychczasowo finansowanymi, a także możliwości rozliczeniowych wnioskowanych świadczeń według produktów rozliczeniowych NFZ. Analizie zostały poddane m.in. dotychczasowe limity oraz warunki realizacji świadczeń w kontekście propozycji wdrożenia wnioskowanych świadczeń do koszyka świadczeń gwarantowanych.

3. Metodyka analizy

W pierwszym etapie dokonano przeglądu podstawowych informacji opisujących problem decyzyjny (Rozdział 4). Przedstawiono charakterystykę analizowanych świadczeń oraz problemów zdrowotnych odnosząc się do kwestii istotnych w zakresie prezentacji i interpretacji. Z uwagi na szeroki zakres potencjalnych interwencji oraz obszerny zakres populacji potencjalnie objętej świadczeniami (rozpoznanie z zakresu F00-F99), odstąpiono od określenia *a priori* istotnych punktów końcowych dla wnioskowanych świadczeń.

W kolejnym etapie zdefiniowano kryteria włączenia do przeglądu, które przedstawiono w poniższych tabelach.

Tabela 1. Kryteria włączenia badań pierwotnych do przeglądu – sesja treningowa – grupowa.

	Kryteria włączenia i wykluczenia
Populacja	Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD-10 F00–F99), Pacjenci wymagający obserwacji medycznej i oceny przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (ICD-10 Z03)
Interwencja	Interwencje kompensujące deficyty w zakresie poznawczym, emocjonalnym oraz społecznym realizowane w ramach sesji treningowo-grupowej.
Komparator	Psychoterapia grupowa; psychoterapia indywidualna; opieka standardowa; terapia jednorodzinna
Punkt końcowy	Nie ograniczono
Rodzaj badań	Nie ograniczono

Tabela 2. Kryteria włączenia badań pierwotnych do przeglądu – sesja psychoterapii wielorodzinnej.

	Kryteria włączenia i wykluczenia
Populacja	Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD-10 F00–F99), Pacjenci wymagający obserwacji medycznej i oceny przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (ICD-10 Z03)
Interwencja	Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Komparator	Psychoedukacja, opieka standardowa, sesja terapii jednorodzinnej
Punkt końcowy	Nie ograniczono
Rodzaj badań	Nie ograniczono

Tabela 3. Kryteria włączenia badań pierwotnych do przeglądu – superwizja procesu diagnostycznego.

	Kryteria włączenia i wykluczenia
Populacja	Pacjenci z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów
Interwencja	Superwizja procesu diagnostycznego
Komparator	Nie ograniczono
Punkt końcowy	Nie ograniczono
Rodzaj badań	Nie ograniczono

W celu odnalezienia dowodów naukowych dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa sesji treningowo-grupowej, sesji terapii wielorodzinnej oraz superwizji procesu diagnostycznego przeprowadzono przeszukanie systematyczne baz informacji medycznej – PubMed oraz EMBASE. Dokonano oddzielnego przeszukania dla każdego z ocenianych świadczeń. Przeszukiwaniem objęto okres do 15.10.2022 r. Strategie wyszukiwania wykorzystywaną na rzecz przeglądu systematycznego wraz z diagramem selekcji badań PRISMA zamieszczono w aneksie dokumentu. Struktura zastosowanych kwerend była dostosowana do ocenianego problemu decyzyjnego. Posługiwano się słowami kluczowymi ograniczającymi wyniki wyszukiwania względem populacji i interwencji, łącząc kwerendy odpowiednimi operatorami logicznymi Boole'a. Wyników wyszukiwania nie ograniczano względem komparatorów i ocenianych punktów końcowych. Dokonano selekcji badań po tytułach i abstraktach, a następnie w oparciu o pełne teksty publikacji. Selekcja abstraktów została

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

przeprowadzona niezależnie przez dwóch analityków, a rozbieżności były rozstrzygane drogą konsensusu.

Z uwagi na wysokie zróżnicowanie stosowanych interwencji, a także szeroki zakres populacji włączono do analizy, zidentyfikowane punkty końcowe były zróżnicowane pomiędzy badaniami. Z tego względu, odstąpiono od ilościowych metod analizy, a wyniki zostały przedstawione w sposób jakościowy.

4. Problem decyzyjny

4.1. Problem zdrowotny

Wnioskowane świadczenia tj. sesja treningowo-grupowa oraz sesja psychoterapii wielorodzinnej dedykowane są dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD-10 F00–F99) oraz pacjentów wymagający obserwacji medycznej i oceny przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (ICD-10 Z03), sesja superwizji procesu diagnostycznego jest dedykowana dla pacjentów z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów (bez wskazania ICD-10).

Patofizjologia

Zaburzenia psychiczne charakteryzują się klinicznie istotnym zaburzeniem funkcji poznawczych, regulacji emocjonalnej lub zachowania danej osoby. Zwykle łączą się z dystresem¹ lub upośledzeniem w ważnych obszarach funkcjonowania. Zaburzenia psychiczne mogą być także określane jako stany zdrowia psychicznego. Jest to szerszy termin obejmujący zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność psychospołeczną i inne stany psychiczne związane z ze znacznym niepokojem, upośledzeniem funkcjonowania lub ryzykiem samookaleczenia. Rozpoznanie choroby psychicznej nie jest łatwe. Często granica między zachowaniem wynikającym z ukształtowania charakteru czy chorobą psychiczną jest bardzo cienka.

Rokowanie

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają więcej potencjalnie utraconych lat życia (*YPLL Years of Potential Life Lost*) w porównaniu z osobami w populacji ogólnej. W przypadku umieralności z wszystkich przyczyn, skrócenie życia waha się od 1,4 do 32 lat, z medianą wynoszącą 10,1 lat (z przyczyn naturalnych 9,6 lat, z przyczyn nienaturalnych 21,6 lat)². Większość zgonów jest spowodowana chorobami układu krążenia, układu oddechowego i infekcjami, które są częstsze u osób z zaburzeniami psychicznymi. Skutki uboczne leków stosowanych do leczenia ciężkich zaburzeń psychicznych przyczyniają się do otyłości, nietolerancji glukozy i dyslipidemii. Ponadto osoby z zaburzeniami psychicznymi są bardziej narażone na dobrze znane czynniki ryzyka chorób niezakaźnych (NCDs factors for noncommunicable disease), do których należą: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niezdrowa dieta oraz brak aktywności fizycznej.

Zaburzenia psychiczne mogą doprowadzić do samobójstwa, które jest przyczyną więcej, niż jednego na każde 100 zgonów na świecie i drugą najczęstszą przyczyną śmierci ludzi młodych³.

4.2. Oceniana interwencja

Sesja treningowa – grupowa to sesja realizowana w grupach, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona i realizowana w formie:

- warsztatów,
- treningu

do 15 sesji w okresie pół roku; dla dzieci (w grupach 6-12 osób) albo rodzin lub opiekunów (w grupach 6 do 24 osób) realizowana przez minimum 2 osoby personelu (psychoterapeuta, psycholog, terapeuta środowiskowy⁴) w podmiocie leczniczym lub środowisku

Sesja treningowa - grupowa ma na celu poprawę skuteczności leczenia wynikająca z wzajemnej wymiany doświadczeń oraz uzyskiwania informacji zwrotnych od uczestników; wzrost umiejętności

¹ Dystres – długotrwałe napięcie i niemożność poradzenia sobie z negatywnymi emocjami, które prowadzą do nieprawidłowych reakcji ciała i umysłu.

² Reisinger Walker 2015

³ World mental health report, WHO 2022

⁴ Definicje zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285 ze zm.).

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

radzenia sobie w sytuacjach społecznych, komunikacji, relacjach interpersonalnych, pełnienia ról i wykonywania obowiązków oraz większe zrozumienie roli poszczególnych członków w grupie i współoddziaływania. Świadczenie ma poszerzyć wachlarz dotychczasowych oddziaływań finansowanych fee-for-service, przez co będzie realizowane alternatywnie do innych podobnych świadczeń w ramach budżetu przeznaczanego na realizację świadczeń bez konieczności dodatkowego zwiększania go.

Sesja psychoterapii wielorodzinnej (ang. *multi-family therapy — MFT*) to sesja z rodzinami (maksymalnie 4) stanowiąca element ustalonego planu leczenia nastawiona na przepracowanie nasilających się problemów i trudności oznaczających dysfunkcjonalność rodziny powodującą ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych i somatycznych u członka rodziny, prowadzona według określonej metody. Zwykle u jednego z członków rodziny występuje określony problem dotyczący sfery zdrowia psychicznego (np. zaburzenie psychotyczne lub jadłowstręt psychiczny), funkcjonowania szkolnego (np. niskie osiągnięcia w szkole) lub relacji wewnątrzrodzinnych (np. wrogość czy przemoc). To połączenie zasad i technik systemowej terapii rodzin z psychodynamiczną terapią grupową. Przeciwwskazaniem do tej terapii jest występowanie przemocy w rodzinie.

Komentarz: w KPZ istnieje niespójność w opisie problemu zdrowotnego - zastosowanie sesji psychoterapii wielorodzinnej w poprawie relacji wewnątrzrodzinnych (np. wrogość czy przemoc) i opisie przeciwwskazań do tej terapii - występowania przemocy w rodzinie.

Sesja treningowo-grupowa lub sesja psychoterapii wielorodzinnej to procesy terapeutyczne, które nie są ujęte w obecnie obowiązującym katalogu świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i terapii uzależnień. Rozwiązania obowiązujące obecnie to:

- a) sesja psychoterapii indywidualnej (ograniczenia: nie uwzględnia wartości dodanej jaką daje wzajemna wymiana doświadczeń pomiędzy członkami grupy),
- b) sesja psychoterapii rodzinnej,
- c) sesja psychoterapii grupowej (ograniczenia: z uwagi na możliwości poznawcze, gotowość emocjonalną nie wszyscy pacjenci mogą uczestniczyć),
- d) sesja wsparcia psychospołecznego.

Sesja superwizji procesu diagnostycznego to sesja związana z monitorowaniem i wsparciem procesu diagnozy psychologicznej realizowana przez specjalistę w dziedzinie psychologii klinicznej z wieloletnim doświadczeniem w pracy klinicznej na rzecz świadczeniobiorcy bez jego udziału, która może być realizowana z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. Celem superwizji jest pomoc w rozwiązywaniu bieżących trudności diagnostycznych oraz systematyczny rozwój psychologicznych kompetencji diagnostycznych i pogłębianie myślenia i doświadczenia klinicznego. W standardach diagnozy psychologicznej uchwalonych przez Ogólnopolską Sekcję Diagnozy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego wskazano, iż poddanie procesu diagnostycznego superwizji jest warunkiem realizacji usługi diagnostycznej w przypadku braku możliwości skierowania pacjenta do ekspertów z określonego obszaru psychologicznej praktyki diagnostycznej.

W obecnie obowiązującym wykazie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży świadczeniodawca zapewnia superwizję dla osób udzielających świadczeń: sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej i sesja psychoterapii grupowej; superwizja jest zapewniana co najmniej 12 razy w roku.

Brak jest świadczeń w zakresie pomocy w rozwiązywaniu trudności diagnostycznych, jakim jest superwizja procesu diagnostycznego.

Komentarz: W karcie problemu zdrowotnego wskazano, iż sesja superwizji procesu diagnostycznego może być realizowana przez m.in. psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, co stanowi niespójność z opisem świadczenia, gdzie wskazano, iż powinna być prowadzona przez specjalistów z wieloletnim doświadczeniem.

4.3. Alternatywne technologie medyczne

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

W wyniku prac (na podstawie wytycznych klinicznych, opinii ekspertów oraz wskazań w kartach problemu zdrowotnego) zidentyfikowano następujące technologie alternatywne dla wnioskowanych świadczeń:

- Sesja treningowa – grupowa: sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego;
- Sesja terapii wielorodzinnej: sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego;
- Superwizja procesu diagnostycznego: brak zidentyfikowanej alternatywy.

4.4. Wytyczne praktyki klinicznej

W celu odnalezienia wytycznych praktyki klinicznej obejmujących wnioskowane świadczenia:

- Sesja treningowa – grupowa (F00-F99; Z03),
- Sesja psychoterapii wielorodzinnej (F00-F99; Z03),
- Sesja superwizji procesu diagnostycznego (pacjenci z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów),

dedykowane pacjentom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (F00-F99) lub w przypadku obserwacji medycznej i ocenie przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03), a także w przypadku pacjentów z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów, w dniach 3-7 października 2022 r. przeprowadzono wyszukiwanie dokumentów zaleceń na stronach internetowych towarzystw naukowych, ogólnodostępnych wyszukiwarkach internetowych, a także w bazie *Tripdatabase.com*. Do analizy włączono dokumenty opublikowane w języku polskim oraz angielskim.

4.4.1. Sesja treningowa – grupowa

W zakresie sesji treningowej – grupowej, ujęte zostały wytyczne następujących towarzystw naukowych: Ontario Institute for Studies in Education, Centre for Clinical Intervention oraz National Educational Psychological Service.

Podczas wyszukiwania użyto min. następujących słów kluczowych: *Group Training, Group Session, Training, Session, Psychotherapy Session, Social Skills Therapy, Social Skills Training, Neurocognitive Therapy, Neurocognitive Training*.

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji odnoszącą się do problemu zdrowotnego.

Tabela 4. Przegląd wytycznych klinicznych w zakresie sesji treningowej – grupowej.

Organizacja, rok, kraj/region	Wytyczne kliniczne w zakresie sesji treningowej - grupowej
NEPS, 2015 National Educational Psychological Service Irlandia	<u>Trening w zakresie umiejętności społecznych – zalecenia:</u> Celem treningu jest nauczanie i rozwijanie umiejętności społecznych i behawioralnych, które mogą być u pacjenta nieobecne bądź nieefektywnie wykorzystywane. W trakcie treningu zostaje określony typ programu, który jest odpowiedni oraz najbardziej skuteczny dla potencjalnego użytkownika. Program jest skierowany dla dzieci, które czują się nieodpowiednio w środowisku swoich rówieśników- mają trudności w nawiązywaniu oraz utrzymywaniu znajomości. osoby, które wdrażają w życie negatywne zachowania (celem zwrócenia na siebie uwagi), czy też te wykazujące trudność związane z podstawowymi umiejętnościami społecznymi (słuchanie, rozmowa, dzielenie się swoimi uczuciami, prośenie o pomoc).
Wytyczne NEPS dotyczące treningu w zakresie umiejętności społecznych w	<u>Trening w zakresie umiejętności społecznych – kluczowy przekaz:</u>

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

<p>ciężkich zaburzeniach psychicznych.</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p>Trening implementowany jest w celu nauki oraz rozwinięcia umiejętności społecznych, a oprócz pracy w trakcie sesji treningowych, ważne jest, aby praktyki mające na celu rozwinięcie ww. umiejętności były kontynuowane w domu oraz innych miejscach, gdzie dziecko może mieć styczność z innym ludźmi.</p> <p><u>Zalecenia dotyczące treningu w zakresie umiejętności społecznych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aby trening był skuteczny, sugeruje się, aby grupy treningowe liczyły od czterech do sześciu uczestników. • Uczestnicy muszą być dopasowani pod względem potrzeb emocjonalnych/społecznych, czy też charakterystycznych dla nich zachowań. • Sugeruje się również, aby diagnoza uczestników oparta była o skale ocen zachowania czy listy kontrolne wypełniane przez nauczycieli w celu zidentyfikowania jednostek o specyficznych potrzebach (oraz poznania rodzaju tych potrzeb). • Konieczne jest ustalenie stałego terminu spotkań grupy celem ustanowienia rutyny oraz nadania sesjom określonego czasu i miejsca w harmonogramie dnia uczestnika treningu. • Pomieszczenie, w którym odbywa się sesja należy przygotować zawsze w ten sam sposób aby unknąć dezorientacji oraz rozproszenia uwagi uczestników. • Prowadzący może ustalić zestaw zasad, które pomogą uczestnikom czuć się bezpiecznie oraz wyznaczyć jasne granice w procesie terapeutycznym. <p><i>Uwagi: W dokumencie nie określano siły poszczególnych zaleceń.</i></p> <p><u>Źródło:</u> https://www.gov.ie/en/collection/84e52e-national-educational-psychological-service-neps-guidelines-tips-and-/#social-skills-groups</p>
<p>Department of Applied Psychology and Human Development (OISE), 1996</p> <p>Ontario Institute for Studies in Education</p> <p>Kanada</p> <p>Wytyczne OISE dotyczące treningu w zakresie umiejętności społecznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną.</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> OISE small scale grant.</p>	<p><u>Trening w zakresie umiejętności społecznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną – zalecenia:</u></p> <p>Ocena kliniczna wykazała skuteczność programu u dzieci w przedziale wiekowym 9-13 lat. Grupą docelową programu są zarówno osoby z trudnościami w uczeniu się, jak i te z diagnozą Aspergera ADHD, wysokofunkcjonującego autyzmu, czy też przejawiające specyficzne zaburzenia rozwoju mowy.</p> <p><u>Trening w zakresie umiejętności społecznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opierający się na grze program został opracowany w ten sposób, aby nauczyć dzieci oraz młodzież obserwacji i oceny zachowań społecznych (własnych, jak również osób w ich otoczeniu) oraz właściwego reagowania na nie. Celem programu jest pomoc pacjentom w rozpoznawaniu problemów interpersonalnych w momencie ich wystąpienia oraz kolejno, w rozwiązywaniu ich. <p><u>Zalecenia dotyczące treningu w zakresie umiejętności społecznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ważne jest, aby terapeuta bądź nauczyciel pozostał mediatorem przez wszystkie sesje w przebiegu treningu. • Osoba nadzorująca trening powinna nauczyć dzieci zasad gry, odpowiadać na ich ewentualne pytania, przydzielać obowiązki związane z grą oraz pomóc utrzymać relacje opierające się na szacunku pomiędzy graczami. • Osoba będąca mediatorem treningu stara się ułatwić dyskusję pomiędzy graczami informować graczy o różnicy między pozytywną a negatywną krytyką. • Mediator używa odpowiednich zwrotów mediatorskich, stanowiąc tym samym dla dzieci wzór w prowadzeniu konstruktywnego dialogu. <p><i>Uwagi: W dokumencie nie określano siły poszczególnych zaleceń.</i></p> <p><u>Źródło:</u> https://www.adhdld.com/social_life.shtml</p>
<p>CCI (brak daty)</p> <p>Centre for Clinical Interventions</p> <p>Australia</p>	<p><u>Trening w zakresie umiejętności społecznych w ciężkich zaburzeniach psychicznych – zalecenia:</u></p> <p>Podręcznik został opracowany w celu zapewnienia lekarzom (pracującym w sektorze ochrony zdrowia psychicznego) uporządkowanego, a zarazem elastycznego podejścia do leczenia deficytów umiejętności społecznych u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Podejście opisane w dokumencie okazało się skuteczne w terapiach indywidualnych, jak i grupowych. Jednocześnie jest to podejście ustrukturyzowane- wymagające minimalnych zmian w celu indywidualnego dopasowania terapii do konkretnego pacjenta.</p>

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

<p>Wytyczne CCI dotyczące treningu w zakresie umiejętności społecznych w ciężkich zaburzeniach psychicznych.</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p><u>Trening w zakresie umiejętności społecznych w ciężkich zaburzeniach psychicznych – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> W trakcie terapii grupowej uczestnicy badają swoje style interpersonalne oraz eksperymentują- wdrażając nowe zachowania (ze swojej strony) do procesu terapeutycznego. <p><u>Zalecenia dotyczące treningu w zakresie umiejętności społecznych w ciężkich zaburzeniach psychicznych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aby pacjenci czuli się bezpiecznie w procesie terapeutycznym, facylitatorzy procesu mogą zapoznać ich z kwestiami etycznymi oraz prawnymi dotyczącymi poufności między klientem a terapeutą. Uczestnicy terapii będą mogli przeprowadzić burzę mózgu na temat pomysłów związanych z tematem sesji terapeutycznej oraz wdrażać owe pomysły w terapię. Niezbędne jest to, aby używać języka jasnego, klarownego oraz zrozumiałego przez wszystkich uczestników terapii. Sesje terapeutyczne mogą być nagrywane (może to być przydatne zarówno dla klienta, jak i terapeuty). Uczestnicy procesu terapeutycznego wykazują się wzajemnym szacunkiem oraz okazują sobie wzajemną pomoc. Każda sesja terapeutyczna musi uwzględniać potrzebę przeprowadzenia przerw w jej trakcie. <p><i>Uwagi: W dokumencie nie określano siły poszczególnych zaleceń.</i></p> <p><u>Źródło:</u> https://www.cci.health.wa.gov.au/-/media/CCI/Mental-Health-Professionals/Therapist-Manuals/Social-Skills-Training/Social-Skills-Training-for-Severe-Mental-Disorders-Therapist-Manual.pdf</p>
---	---

4.4.2. Sesja psychoterapii wielorodzinnej

W zakresie sesji psychoterapii wielorodzinnej ujęte zostały wytyczne następujących towarzystw naukowych: - SIGN, National Institute for Health and Care Excellence, Registered Nurses' Association of Ontario, British Association for Psychopharmacology, Ministry of Health Malaysia oraz American Psychiatric Association.

Podczas wyszukiwania użyto min. następujących słów kluczowych: *Multi, Multi-family, Therapy, Family Intervention, Multi-family intervention*. W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji odnoszącą się do problemu zdrowotnego.

Tabela 5. Przegląd wytycznych klinicznych w zakresie sesji terapii wielorodzinnej.

Organizacja, rok, kraj/region	Wytyczne kliniczne w zakresie terapii wielorodzinnej
<p>NICE, 2021</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wytyczne NICE dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu anoreksji.</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny</p>	<p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu anoreksji – zalecenia:</u> W przypadku zachorowania dziecka bądź młodego dorosłego na anoreksję, należy rozważyć terapię rodzinną, prowadzoną w formie terapii jednorodzinnej lub w formie kombinacji terapii jedno- oraz wielorodzinnej.</p> <p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu anoreksji – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Wsparcie i opieka dla wszystkich pacjentów z anoreksją muszą zostać zapewnione <p><u>Zalecenia dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu anoreksji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Możliwość odbycia przez dziecko kilku sesji jednorodzinnych, zarówno z obecnością rodziny oraz opiekunów, jak i bez nich. Długość terapii zazwyczaj od 18 do 20 sesji w ciągu roku. Terapia sama w sobie podkreśla rolę rodziny w powrocie do zdrowia pacjenta. Obecność elementów psychoedukacji na temat odżywiania oraz ewentualnych skutków niedożywienia.

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Organizacja, rok, kraj/region	Wytyczne kliniczne w zakresie terapii wielorodzinnej
<p>literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie opiekunów w roli osoby zajmującej się chorym, w tym sprawującej kontrolę nad wydawanymi posiłkami. Podkreślanie, iż jest to jedynie rola tymczasowa. • Nawiązanie porozumienia terapeutycznego z chorym oraz członkami jego rodziny następnie wspieranie pacjenta w osiągnięciu poziomu niezależności adekwatnego dla jego poziomu rozwoju. W ostatniej fazie leczenia – skoncentrowanie się na planach dotyczących finalizacji terapii (w tym na wsze kich obawach pacjenta i jego rodziny). Rozważenie opcji otrzymania wsparcia przez pacjenta w przypadku zakończenia leczenia. • Jeśli to konieczne, zaaranżowanie dodatkowych, oddzielnych spotkań dla członków rodziny. <p><u>Źródło:</u> www.nice.org.uk/guidance/hq69</p>
<p>APA, 2020</p> <p>American Psychiatric Association</p> <p>Stany Zjednoczone</p> <p>Wytyczne APA dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu schizofrenii.</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – zalecenia:</u></p> <p>Pacjenci ze schizofrenią posiadający stały kontakt z rodziną powinni być poddani rodzinnym interwencjom – w tym również terapii wielorodzinnej.</p> <p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ważnym aspektem skutecznego leczenia psychiatrycznego jest zaangażowanie w nie członków rodziny oraz innych osób odgrywających kluczową rolę w życiu pacjenta. • Interwencje rodzinne mogą być szczególnie ważne we wczesnym okresie przebiegu schizofrenii (ale są również pomocne w każdej fazie leczenia). <p><u>Zalecenia dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu depresji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interwencje rodzinne prowadzone są systematycznie oraz koncentrują się raczej na przyszłości niż na wydarzeniach z przeszłości. • Interwencja rodzinna porusza również tematy spoza podstawowego zakresu terapii rodzinnej. Obejmują one np. ustrukturyzowane podejście do rozwiązywania problemów, naukę w zakresie radzenia sobie z objawami choroby, czy strategię wzmacniania sieci wsparcia społecznego. • Wybór konkretnego podejścia terapeutycznego powinien uwzględniać preferencje pacjenta oraz rodziny przy jednoczesnej konsultacji z klinicystą. • Korzyści wynikające z interwencji rodzinnych są największe przy minimum dziecieniu sesjach terapeutycznych w ciągu okresu obejmującego co najmniej siedem miesięcy. <p><u>Źródło:</u> https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2020.177901</p>
<p>MOH, 2019</p> <p>Ministry of Health Malaysia</p> <p>Malezja</p> <p>Wytyczne MOH dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu ciężkiego epizodu depresji.</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p>	<p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu depresji – zalecenia i kluczowy przekaz:</u></p> <p>Interwencja rodzinna dodana do terapii chorego w ciężkim epizodzie depresyjnym prowadzi do poprawy samopoczucia pacjenta. Wyrażone jest to wynikiem BDI ($p < 0,005$). Poprawie ulegają również subiektywne odczucia partnerów pacjentów (trzymiesięczny okres obserwacji; $p = 0,029$). [Poziom I]</p> <p><u>Zalecenia dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu depresji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukacja powinna być oferowana odpowiednio wcześnie oraz przez cały czas trwania ciężkiego epizodu depresyjnego. <p><i>Uwagi: Poziom I – zalecenia poziomu I opierają się na dowodach z przynajmniej jednego właściwie przeprowadzonego randomizowanego badania klinicznego.</i></p> <p><u>Źródło</u> https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Psychiatry%20&%20Mental%20health/CPG/Management_of_MDD_(Second_Edition)_04092020.pdf</p>

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Organizacja, rok, kraj/region	Wytyczne kliniczne w zakresie terapii wielorodzinnej
<p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p> <p>BAP, 2016</p> <p>British Association for Psychopharmacology</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne BAP dotyczące implementacji terapii wielorodzinnej w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej – zalecenia:</u> Współpraca pomiędzy pacjentem, jego rodziną oraz wyszkolonym zespołem wykwalifikowanych psychiatrów jest podstawową składową opieki ambulatoryjnej. Obecność członków rodziny pacjenta może pozytywnie wpłynąć na jego postrzeganie procesu terapeutycznego.</p> <p><u>Terapia wielorodzinna w zapobieganiu psychozom – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Większość danych na temat badań z udziałem młodzieży chorującej na ChAD pochodzi z terapii rodzinnych bądź wielorodzinnych grup psychoedukacyjnych (terapia wielorodzinna). Głównym celem wyżej wspomnianych terapii jest zapobieganie nawrotom choroby. • Psychoterapia skoncentrowana na rodzinie jest obecnie najbardziej odpowiednim podejściem do problemu nawrotu ChAD. <p><u>Zalecenia dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej:</u> W leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej zaleca się:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przedstawienie dokładnej diagnozy hipomanii, manii oraz depresji. Wzięcie pełnej odpowiedzialności za składowe procesy terapeutyczne (badanie pacjenta przedstawiony plan leczenia). • Edukację pacjenta oraz jego rodziny o chorobie. Zwłaszcza przydatnym jest zapoznanie ww. osób z objawami charakterystycznymi dla zespołów maniackalnych oraz depresyjnych tak, aby w przyszłości mogli oni je rozpoznać i zgłosić się po odpowiednią pomoc. W procesie terapeutycznym należy również wziąć pod uwagę jakiegokolwiek upośledzenia funkcjonowania, zdrowie fizyczne pacjenta oraz skłonności do stosowania przez pacjenta używek czy alkoholu. • Rozważenie ryzyka niepożądanych skutków w przebiegu procesu terapeutycznego, w tym samookaleczenia, samobójstwa, przemocy, przestępczości czy wiktymizacji. • Zwiększenie nacisku na planowanie opieki nad kobietami w wieku rozrodczym, w związku z m.in. okresem poporodowym w którym ryzyko nawrotu choroby jest wysokie. <p><u>Źródło:</u> https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26979387/</p>
<p>RNAO, 2015</p> <p>Registered Nurses' Association of Ontario</p> <p>Kanada</p> <p>Wytyczne RNAO dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu psychoz u osób zażywających substancje</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – zalecenia:</u> Wielowymiarowa rodzinna terapia (ang. Multidimensional Family Therapy; dalej:MDFT) jest podejściem terapeutycznym wieloetapowym, angażującym zarówno młodzież, jak i resztę rodziny. Celem terapii MDFT jest stworzenie sojuszy terapeutycznych pomagających opracować zindywidualizowanych opcji interwencji dla każdego z członków rodziny.</p> <p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – kluczowy przekaz:</u> Korzyści płynące z wymiarowej terapii wielorodzinnej obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Znaczny spadek substancji spożywanych przez młodzież • Poprawę funkcjonowania rodziny po zakończeniu interwencji • Skuteczność terapeutyczną w przypadku grup zróżnicowanych etnicznie <p><u>Zalecenia dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu schizofrenii:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promowanie pozytywnych zachowań społecznych (np. poprzez tworzenie sieci kontaktów). • Promowanie podejścia oraz zachowań antynarkotykowych. • Nauka rozwiązywania problemów oraz podejmowania decyzji niezbędnych do tworzenia i utrzymywania pozytywnych nawyków. <p><u>Źródło:</u> https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf</p>
<p>NICE, 2013</p>	<p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – zalecenia:</u></p>

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Organizacja, rok, kraj/region	Wytyczne kliniczne w zakresie terapii wielorodzinnej
<p>National Institute for Health and Care Excellence</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne NICE dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu schizofrenii u dzieci i młodych osób</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p>Prowadząc interwencję psychologiczną dla dzieci i młodzieży z psychozą lub schizofrenią, należy uwzględnić ich rozwój, dojrzałość emocjonalną oraz ich możliwości poznawcze- w tym wsze kie trudności w uczeniu się, problemy ze słuchem/wzrokiem oraz opóźnienia w rozwoju językowym.</p> <p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interwencja rodzinna odgrywa ważną rolę w przypadku dzieci i młodych osób już po pierwszym epizodzie psychiatrycznym. <p><u>Zalecenia dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu schizofrenii:</u></p> <p>Interwencja wielorodzinna w leczeniu schizofrenii powinna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferować włączenie do terapii dziecka/młodej osoby z psychozą lub schizofrenią (w miarę możliwości). • Być prowadzona przez okres od trzech do dwunastu miesięcy. • Obejmować co najmniej dziesięć sesji. • Brać pod uwagę relację między rodzicem/opiekunem a dzieckiem/młoda osobą z psychozą lub schizofrenią. • Pełnić określoną funkcję (wspierającą, edukacyjną bądź terapeutyczną) i poruszać kwestie: rozwiązywania problemów oraz zarządzania sytuacjami kryzysowymi. <p><u>Źródło:</u> www.nice.org.uk/guidance/cg155</p>
<p>SIGN, 2013</p> <p>SIGN, Healthcare Improvement Scotland</p> <p>Szkocja</p> <p>Wytyczne SIGN dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu schizofrenii</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – zalecenia:</u></p> <p>Interwencja rodzinna powinna być oferowana wszystkim osobom z rozpoznaniem schizofrenii pozostającym w bliskim kontakcie (lub mieszkającym) z rodziną oraz powinna być traktowana priorytetowo w przypadku utrzymujących się objawów bądź gdy występuje ryzyko nawrotu choroby.</p> <p><u>Terapia wielorodzinna w leczeniu schizofrenii – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia psychologiczna, w tym terapia wielorodzinna odgrywa kluczową rolę w procesie rekonwalescencji pacjenta po odbytych epizodach psychiatrycznych. Cele ww. terapii psychologicznej obejmują m.in. zmniejszenie dystresu, nabycie umiejętności radzenia sobie ze stanem wynikającym ze schorzenia czy też polepszenie komunikacji z innymi, a co za tym idzie- podniesienie jakości życia przez pacjenta. <p><u>Zalecenia dotyczące terapii wielorodzinnej w leczeniu schizofrenii:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interwencja rodzinna powinna przede wszystkim uwzględniać preferencje wszystkich członków rodziny w zakresie terapii wielorodzinnej. • Z procesu terapeutycznego nie powinno być wykluczane potomstwo. • Za minimalną ilość sesji terapii wielorodzinnej należy uznać dziesięć sesji w okresie odpowiadającym trzem miesiącom. • Interwencja rodzinna powinna poruszyć problematykę umiejętności komunikacyjnych, rozwiązywania problemów oraz psychoedukacji. <p><u>Źródło:</u> https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf</p>

4.4.3. Sesja superwizji procesu diagnostycznego

W zakresie superwizji procesu diagnostycznego ujęte zostały wytyczne następujących towarzystw naukowych: American Psychological Association, New Zealand Psychologists Board, UK Council for Psychotherapy

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Podczas wyszukiwania użyto min. następujących słów kluczowych: *Supervision, Clinical Supervision, Therapy Supervision, Guidelines, Psychotherapy, Supervisor, Supervisee*

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie najważniejszych informacji odnoszącą się do problemu zdrowotnego.

Tabela 6. Przegląd wytycznych klinicznych w zakresie sesji superwizji procesu diagnostycznego.

Organizacja, rok, kraj/region	Wytyczne kliniczne w zakresie superwizji procesu diagnostycznego
<p>CBT 2022</p> <p>Standardy organizacyjne oraz standardy i rekomendacje merytoryczne dla ośrodków I poziomu referencyjnego</p> <p>Polska</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p>Standard</p> <p>Superwizja kliniczna (tj. procesu diagnostycznego) ukierunkowana jest na monitoring i wsparcie w zakresie: (a) procesu konceptualizacji zgłaszanego problemu, (b) doboru właściwych narzędzi diagnostycznych do weryfikacji postawionych hipotez na temat problematyki i/lub aktualnego funkcjonowania dziecka/adolescenta, (c) interpretacji wyników procesu diagnostycznego, w kontekście indywidualnym i środowiskowym dziecka/adolescenta, (d) określenia profilu potrzebnego wsparcia w odniesieniu do uzyskanych wyników postępowania diagnostycznego. Superwizja kliniczna jest superwizją indywidualną, w której uczestniczy psycholog, realizowaną przez specjalistę w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa z min. 5 letnim doświadczeniem klinicznym, bez udziału pacjenta.</p> <p>Rekomendacja</p> <p>Rekomenduje się by psycholodzy zaangażowani w proces diagnostyczny swoją pracę poddawali indywidualnej superwizji klinicznej, z częstotliwością uzależnioną od potrzeb.</p>
<p>NZPB 2021</p> <p>New Zealand Psychologists Board</p> <p>Nowa Zelandia</p> <p>Wytyczne NZPB dotyczące superwizji procesu diagnostycznego – aktualizacja wytycznych z 2018 r.</p> <p><u>Metodyka:</u> wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p><u>Superwizja procesu diagnostycznego – zalecenia:</u></p> <p>Superwizja jest konsultacją superwizjera z superwizantem mającą na celu przeprowadzenie autorefleksyjnej analizy dotyczącej praktyki zawodowej oraz wymiany informacji nt. procesu diagnostycznego między ww. jednostkami. Dyskusja ta pogłębia u superwizowanych terapeutów świadomość związku między ich osobistą jak i zawodową tożsamością oraz tego, jak oddziałują one na siebie w ich praktyce zawodowej. Superwizja procesu terapeutycznego jest ułatwieniem dla ciągłego rozwoju kompetencji zawodowych psychologów. Kompetencje te definiuje się jako „nawykowe i rozsądne wykorzystywanie m.in. komunikacji, wiedzy oraz rozumowania klinicznego w codziennej praktyce dla dobra jednostki oraz społeczności, której się służy”.</p> <p><u>Superwizja procesu diagnostycznego – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Celem superwizji jest promowanie oraz utrzymywanie wysokich standardów zawodowych i etycznych w świadczeniu usług klientom superwizora. Superwizja oferuje superwizorom ponoszenie odpowiedzialności za fakt, iż świadczone przez nich usługi są profesjonalne oraz adekwatne. • W trakcie procesu superwizji superwizor skupia się na odczuciach superwizanta oraz pomaga mu w monitorowaniu procesu oraz percepcji klienta. • Superwizja jest kluczową metodą, dzięki której uczący się psychologowie otrzymują wsparcie w nabywaniu profesjonalnych umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu psychologa. <p><u>Zalecenia dotyczące organizacji superwizji procesu diagnostycznego:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rozwijanie autorefleksyjnych zdolności superwizjera promuje krytyczne myślenie, etyczne podejmowanie decyzji, oraz umiejętność rozwiązywania problemów terapeutycznych. • Głównym zadaniem superwizora jest stworzenie z superwizjerem relacji promującej naukę. • Zrozumienie przez psychologów konceptu świadomości kulturowej ma fundamentalne znaczenie dla bezpieczeństwa kulturowego. Superwizorzy mogą promować kompetencje kulturowe poprzez zwiększanie świadomości i szacunku dla różnorodności kulturowej pomiędzy superwizjerem oraz odbiorcami jego usług. • Superwizor powinien brać pod uwagę nierównowagę sił w jego relacji z superwizjerem oraz w związku z tym otwarcie komunikować idące za tym ograniczenia oraz oczekiwania. Dobry superwizor pielęgnuje relację tak, aby zwiększać poczucie zaufania i bezpieczeństwa superwizowanego. • Częstotliwość superwizji powinna wynosić minimum dwie godziny miesięcznie u psychologów zatrudnionych w pełnym wymiarze pracy lub jedną godzinę miesięcznie dla psychologów zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu. Możliwe jest również zwiększenie częstotliwości superwizji np. kiedy superwizant jest stażystą. • Jeśli odpowiedni superwizor oraz superwizant nie znajdują się w tym samym obszarze geograficznym, dopuszczalne jest zorganizowanie superwizji za pośrednictwem rozmowy

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

	<p>telefonicznej, wideokonferencji czy z użyciem poczty elektronicznej. Zalecane jest jednak, aby spotkania face-to-face odbywały się co najmniej raz na trzy miesiące.</p> <ul style="list-style-type: none"> Należy prowadzić oraz przechowywać dokumentację procesu superwizji. Oczekiwania oraz obowiązki wynikające z procesu superwizji powinny być zawarte w kontrakcie superwizji. Umowa ta, sporządzona na początku współpracy powinna zawierać procedury rozstrzygania sporów. Należy je stosować, jeśli superwizor oraz superwizjer nie byli w stanie rozwiązać różnic za pomocą dyskusji. <p>Źródło: https://psychologistsboard.org.nz/wp-content/uploads/2021/06/BPG-Supervision-June-2021.pdf</p>
<p>UKCP, 2018</p> <p>UK Council for Psychotherapy</p> <p>Wielka Brytania</p> <p>Wytyczne UKCP dotyczące superwizji procesu diagnostycznego.</p> <p>Metodyka: wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p> <p>Źródło finansowania: Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<p><u>Superwizja procesu diagnostycznego – zalecenia:</u></p> <p>Superwizja rozumiana jest jako proces prowadzony w ramach formalnej relacji między psychoterapeutą (praktykantem) a psychoterapeutą (superwizorem). Jest to bieżący proces rozwoju praktyki zawodowej o efektywnym charakterze, adekwatnym do norm i standardów przyjętych w danym społeczeństwie.</p> <p><u>Superwizja procesu diagnostycznego – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Celem superwizji jest zapewnienie bezpiecznej oraz kompetentnej praktyki zawodowej poprzez regularne spotkania superwizora z superwizantem. Aby zapewnić najlepszą praktykę psychoterapeutyczną dla pacjenta superwizanta, superwizja powinna spełnić funkcje edukacyjne, pomocnicze oraz oceniające w kontekście norm i standardów właściwych dla zawodu psychoterapeuty. Doświadczeni psychoterapeuci często decydują się na wzajemną superwizję celem osiągnięcia jeszcze wyższych kwalifikacji oraz doskonalenia warsztatu zawodowego. <p><u>Zalecenia dotyczące organizacji superwizji procesu diagnostycznego:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Relacja superwizora z superwizantem powinna być oparta na wzajemnym zaufaniu. Superwizant powinien otwarcie komunikować trudności, jakie napotyka w procesie terapeutycznym. W ww. relacji superwizor ma pełnić rolę opiekuna naukowego przekazując niezbędną wiedzę superwizantowi oraz komentować spostrzeżenia superwizanta, który wynikły w procesie. Podstawą procesu superwizji jest dopasowanie odpowiedniego rodzaju superwizji przez superwizora do indywidualnych potrzeb oraz doświadczenia superwizanta. Konieczna jest także umiejętność rozpoznania specyficznych zdolności, jak również ograniczeń superwizanta. Proces superwizji ma uwzględniać kwestie: różnorodności środowiskowej oraz równości. Kluczowe jest także wykazanie zrozumienia zasad, wartości oraz kwestii etycznych charakterystycznych dla praktyki psychoterapeutycznej. <p>Źródło: https://www.psychotherapy.org.uk/media/4qaaxer/ukcp-practice-guidelines-for-supervisors-2018.pdf</p>
<p>APA, 2014</p> <p>American Psychological Association</p> <p>Ameryka Północna</p> <p>Wytyczne APA dotyczące superwizji procesu diagnostycznego – aktualizacja wytycznych z 2004 r.</p> <p>Metodyka: wytyczne powstały w oparciu o przegląd systematyczny literatury oraz konsensus ekspercki.</p>	<p><u>Superwizja procesu diagnostycznego – zalecenia:</u></p> <p>Superwizję procesu diagnostycznego zaleca się psychoterapeutom w celu doskonalenia warsztatu zawodowego, szczególnie w przypadku początkujących terapeutów.</p> <p>Jest to odrębna praktyka zawodowa polegająca na współpracy superwizanta z bardziej doświadczonym specjalistą. Współpraca ta zawiera elementy zarówno oceny, jak i kształcenia a jej celem jest zwiększenie kompetencji zawodowych, monitorowanie jakości świadczonych usług oraz zapoznanie mniej doświadczonych psychoterapeutów z procesem terapeutycznym. Według wytycznych APA, superwizja procesu diagnostycznego odnosi się do superwizji klinicznej oraz obejmuje psychoterapeutów działających w ramach służby zdrowia w specjalnościach: klinicznej, doradczej oraz szkolnej.</p> <p>Superwizja traktowana jest jako odrębny filar psychoterapii. Priorytetyzuje ona zarówno opiekę nad pacjentem jako jednostką, jak i ochronę populacji ogólnej.</p> <p><u>Superwizja procesu diagnostycznego – kluczowy przekaz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dla superwizorów, wytyczne dotyczące superwizji procesu diagnostycznego informują o rozwoju ich kompetencji oraz pozwalają na krytyczną samoocenę dotyczącą potrzeb w sferze dalszego rozwoju zawodowego. Dla superwizantów, wytyczne dotyczące superwizji procesu diagnostycznego promują prowadzenie superwizji opartej na kompetencjach z końcowym celem poszerzenia kompetencji ww. psychoterapeuty.

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

<p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji o zewnętrznych źródłach finansowania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Celem wytycznych dotyczących superwizji jest zapewnienie, iż jest ona stosownie wdrożona, a sam proces terapeutyczny prowadzony jest z zachowaniem odpowiednio wysokiej jakości. <p><u>Zalecenia dotyczące organizacji superwizji procesu diagnostycznego:</u></p> <p>Superwizorzy dążą do pełnej kompetencji w zakresie usług psychologicznych świadczonych pacjentom przez superwizowanych pod ich nadzorem (m.in. formalne wykształcenie czy szkolenia zgodne z założeniami EBM) oraz pozyskania kompetencji w zakresie różnorodności populacyjnej jak i środowiskowej. Superwizorzy dążą do otwartej komunikacji ze specjalistami odpowiedzialnymi za edukację superwizjera celem ogólnej integracji procesu kształcenia. Jakość relacji superwizora z superwizantem jest kluczowa dla efektywnego procesu superwizji klinicznej. Sama ocena, ewaluacja oraz informacja zwrotna udzielane przez superwizora są podstawowymi elementami etycznej superwizji. Superwizorzy implementujący w procesie terapeutycznym narzędzia technologiczne dążą do kompetencji w zakresie ich stosowania. Superwizorzy dążą do uzyskania kompetencji w zakresie różnorodności populacyjnej oraz środowiskowej. Superwizorzy dążą do profesjonalizmu opartego na uczciwości, odpowiedzialności oraz tożsamości zawodowej.</p> <p><u>Źródło:</u> https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf</p>
--	--

Podsumowanie

Sesja treningowa - grupowa

Odnaleziono 3 dokumenty wytycznych wskazujące na zastosowanie różnych form sesji treningowych dedykowanych do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania.

Dokument NEPS 2015, obejmujący sesje treningowe w przypadku ciężkich zaburzeń psychicznych, wskazują, iż trening implementowany jest w celu nauki oraz rozwinięcia umiejętności społecznych. Sugerowana wielkość grupy to 4 do 6 uczestników, dopasowanych do siebie względem potrzeb emocjonalnych i społecznych. Wytyczne OISE 1996 również wskazują na skuteczność i korzyść kliniczną z zastosowania programu treningu umiejętności społecznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną i pozwala pomóc pacjentom w rozpoznaniu problemów interpersonalnych oraz naukę właściwego reagowania na nie w momencie wystąpienia. W podręczniku treningowym/wytycznych CCI wskazano na wykorzystanie treningu w zakresie umiejętności społecznych w ciężkich zaburzeniach psychicznych jako uporządkowane i elastyczne narzędzie do leczenia deficytów umiejętności społecznych.

Sesja psychoterapii wielorodzinnej

W zakresie wykorzystania psychoterapii wielorodzinnej odnaleziono łącznie 7 dokumentów wytycznych opisujących zastosowanie ww. terapii w leczeniu pacjentów ze schorzeniami psychicznymi. Wytyczne NICE 2021 dotyczą stosowania terapii rodzinnej w leczeniu anoreksji – wskazują, iż jest to forma terapii, którą można rozważyć, zarówno w formie terapii jednorodzinnej, a także wielorodzinnej oraz ich kombinacji. Standardowa długość terapii powinna wynosić około 18-20 terapii w roku i ma na celu podkreślenie roli rodziny w powrocie do zdrowia.

Terapia rodzinna, w tym wielorodzinna została również wskazana jako zasadna do wykorzystania przez zalecenia APA 2020 w leczeniu pacjentów ze schizofrenią, co pozwoli na zaangażowanie członków rodziny i innych osób, które odgrywają kluczową rolę w życiu pacjenta. W zakresie leczenia schizofrenii wytyczne RAO 2015 wskazują bezpośrednio, iż stosowanie terapii wielorodzinnej wpływa na zmniejszenie spożycia przez młodzież substancji psychoaktywnych, poprawę funkcjonowania rodziny po zakończeniu leczenia oraz jest skuteczne w grupach zróżnicowanych etnicznie. Zalecenia NICE 2013 podkreślają istotność interwencji rodzinnej w przypadku dzieci i młodzieży już po wystąpieniu pierwszego epizodu psychotycznego, natomiast również nie wskazują charakteru (jednorodzinna czy wielorodzinna). SIGN 2013 wskazują, iż terapia psychologiczna, w tym terapia wielorodzinna odgrywa kluczową rolę w procesie rekonwalescencji pacjenta po odbytych epizodzie psychotycznym. Cele ww. terapii psychologicznej obejmują m.in. zmniejszenie dystresu, nabycie umiejętności radzenia sobie ze stanem wynikającym ze schorzenia czy też polepszenie komunikacji z innymi, a co za tym idzie – podniesienie jakości życia przez pacjenta.

Wytyczne MOH 2019 wskazują również na korzyści ze stosowania terapii wielorodzinnej w przypadku pacjentów z ciężkim epizodem depresyjnym. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej,

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

wytyczne BAP 2016 wskazują, iż psychoterapia skoncentrowana na rodzinie jest najbardziej odpowiednim podejściem do leczenia nawrotu ChAD, aczkolwiek wytyczne nie wskazują bezpośrednio preferowanej metody.

Superwizja procesu diagnostycznego

Do analizy włączono łącznie 3 wytyczne oraz 1 standardy terapeutyczne odnoszące się do superwizji procesów. Opublikowane standardy Polskie (CBT) rekomendują by psycholodzy zaangażowani w proces diagnostyczny swoją pracę poddawali indywidualnej superwizji klinicznej, z częstotliwością uzależnioną od potrzeb. Wytyczne NZPB 2021 wskazują, iż superwizja stanowi przeprowadzenie autorefleksyjnej analizy dotyczącej praktyki zawodowej oraz doskonalenie procesu diagnostycznego między specjalistami. Celem superwizji jest promowanie oraz utrzymywanie wysokich standardów zawodowych i etycznych w świadczeniu usług klientom superwizora. Superwizorzy ponoszą odpowiedzialności to, że świadczone przez nich usługi są profesjonalne oraz adekwatne. W trakcie procesu superwizji superwizor skupia się na odczuciach superwizanta oraz pomaga mu w monitorowaniu procesu oraz percepcji pacjenta. Wytyczną UKCP 2018 jako cel superwizji wskazują zapewnienie bezpiecznej oraz kompetentnej praktyki zawodowej poprzez regularne spotkania superwizora z superwizantem. Według wytycznych APA 2014 superwizję procesu diagnostycznego zaleca się psychoterapeutom w celu doskonalenia warsztatu zawodowego, szczególnie w przypadku początkujących terapeutów.

4.5. Opinie ekspertów klinicznych

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie opinii ekspertów w zakresie świadczenia – sesja treningowa - grupowa.

Tabela 7. Podsumowanie opinii ekspertów - sesja treningowa - grupowa.

Elementy stanowiska eksperckiego	EKSPERT 1	EKSPERT 2	EKSPERT 3
Możliwość realizacji świadczenia w ramach obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych	Brak świadczenia pozwalającego na prowadzenie oddziaływania w ramach sesji treningowej grupowej w ramach opieki ambulatoryjnej. Stanowi odrębne świadczenie od sesji grupowej i sesji wsparcia.	Brak świadczenia w obecnym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Brak świadczenia w obecnym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży
Populacja	Wg szacunków w biegu życia co druga osoba cierpieć będzie na zaburzenia psychiczne i uzależnienia.	15% dzieci i młodzieży w wieku 6-17 r.ż.	Okolo 20% populacji dzieci i młodzieży ma problem ze zdrowiem psychicznym
Argumenty za finansowaniem świadczenia ze środków publicznych	Może wpłynąć na jakość opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami. Brak jest ambulatoryjnej formy opieki pośredniej między terapią grupową a innymi oddziaływaniami opisanymi w koszyku.	Jedna z najbardziej użytecznych form oddziaływania w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Pozytywny wpływ na zdolności komunikacyjne, a tym samym wzrost kompetencji społecznych i poprawę relacji interpersonalnych (oprócz leczenia farmakologicznego i psychoterapii)	Nowa procedura odpowiadająca potrzebie aktualnej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży
Argumenty przeciwko finansowaniu świadczenia ze środków publicznych	-	-	-
Ocena skuteczności leczenia/efekty/punkty końcowe	Obecność zdarzeń niepożądanych w populacji osób objętych procedurą w porównaniu z osobami nie biorącymi udziału w tej formie terapii.	-	-
Przeciwwskazania	Cechy osobowości antysocjalnej, brak motywacji, nadmierny lęk przed oddziaływaniami grupowymi, propozycja udziału w grupie niedostosowanej do specyficznej psychopatologii i możliwości pacjenta	Brak	Zagrożenie życia z powodu tendencji samobójczych
Warunki realizacji świadczenia (organizacja świadczeń, personel)	<ul style="list-style-type: none"> Wszystkie ośrodki, w których są prowadzone oddziaływania terapeutyczne w stosunku do osób z poważnymi i chronicznymi zaburzeniami psychicznymi bez względu na wiek. 	<ul style="list-style-type: none"> Ośrodki I, II i III poziomu referencyjnego zgodnie z prowadzoną reformą Psycholog kliniczny, psychoterapeuta, psycholog mający co najmniej 5 lat doświadczenia w pracy klinicznej, terapeuta środowiskowy 	<ul style="list-style-type: none"> Wszystkie ośrodki I i II poziomu referencyjnego Psycholog, psychoterapeuta, psychoterapeuta uzależnień

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja supervizji procesu diagnostycznego**

	<ul style="list-style-type: none"> Psychoterapeuta, psycholog, terapeuta środowiskowy, dodatkowo: pielęgniarka, psychiatryczna, pedagog specjalny 		
Mocne strony	<ul style="list-style-type: none"> Nowa forma leczenia obejmująca pacjentów mających trudność w uzyskaniu pomocy w ramach już oferowanych świadczeń Większa efektywność opieki grupowej 	<ul style="list-style-type: none"> Poprawa jakości opieki nad pacjentem Poprawa dostępności świadczeń - skrócenie czasu oczekiwania np. w przypadku pacjentów mających trudności z dostaniem się na psychoterapię indywidualną Pozytywny wpływ na umiejętności związane z komunikacją, nawiązywaniem i tworzeniem relacji społecznych 	<ul style="list-style-type: none"> Socjalizacja pacjenta Budowanie sieci środowiskowego wsparcia Uczenie prawidłowych metod komunikacji, psychoedukacja <p>Niskie koszty w stosunku do nakładów</p>
Stabe strony	Brak jednoznacznie zdefiniowanego charakteru oddziaływań	Niedobór, a w niektórych rejonach brak personelu - nierówny dostęp do świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> Brak równomiernego dostępu do świadczeń <p>Niedobór kadr</p>
Inne/uwagi	Oddziaływania stanowią złoty standard w opiece z cięższymi zaburzeniami psychicznymi bez względu na wiek	-	-

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie opinii ekspertów w zakresie świadczenia – sesja psychoterapii wielorodzinnej.

Tabela 8. Podsumowanie opinii ekspertów – sesja psychoterapii wielorodzinnej

Elementy stanowiska eksperckiego	EKSPERT 1	EKSPERT 2	EKSPERT 3
Możliwość realizacji świadczenia w ramach obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych	Brak możliwości rozliczenia terapii wielorodzinnej w ramach obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych. Podejmowano próby prowadzenie takich oddziaływań, rozliczenie świadczenia każdorazowo odbywało się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych, z uwagi na brak możliwości refundowania świadczenia przez NFZ.	Brak świadczenia w obecnym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Brak świadczenia w obecnym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży
Populacja	<p>Wg szacunków w biegu życia co druga osoba cierpieć będzie na zaburzenia psychiczne i uzależnienia. W wieku rozwojowym są:</p> <p>Spektrum autyzmu – 1 na 100</p> <p>Zaburzenia psychotyczne – 15,2 na 100 000</p> <p>Zaburzenia odżywiania – 0,1%</p> <p>Zaburzenia depresyjne – 1-2% u dzieci młodszych, 3-8% u adolescentów</p>	15% dzieci i młodzieży w wieku 6-17 r.ż.	12-20% dzieci i młodzieży cierpi na problemy związane ze zdrowiem psychicznym

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

	Choroba afektywan dwubiegunowa – 1,8% Zaburzenia osobowości borderline		
Argumenty za finansowaniem świadczenia ze środków publicznych	Skrócenie kolejek oczekujących na terapię rodzinną Wykorzystanie skuteczności oddziaływań w szczególnych populacjach pacjentów (np. u adolescentów z zaburzeniami odżywiania) Optymalizacja kosztów Wysoce wskazane finansowanie ze środków publicznych wobec narastających trudności zdrowia psychicznego w populacji dzieci i młodzieży i ich rodzin	Sesja terapii wielorodzinnej stanowi w przypadku niektórych zaburzeń psychicznych (zaburzenia psychotyczne, uzależnienia, zaburzenia odżywiania) jedną z form oddziaływań; udział w spotkaniach sesji wielorodzinnych sprzyja wymianie wzajemnych doświadczeń, w perspektywie może przyczynić się do zmniejszenia lęku i napięcia, poczucie niekompetencji bezsilności i osamotnienia	Wnioskowana technologia powinna być finansowana ze środków publicznych
Argumenty przeciwko finansowaniu świadczenia ze środków publicznych	-	-	-
Ocena skuteczności leczenia/efekty/punkty końcowe	<ul style="list-style-type: none"> • Analizy przebiegu • Występowanie zdarzeń niepożądanych • Skuteczność leczenia 	-	Brak danych
Przeciwwskazania	<ul style="list-style-type: none"> • Osoby dorosłe z poważnymi lub ostrymi zaburzeniami psychiatrycznymi (nasilone objawy wytwórcze, głębokie zaburzenia depresyjne z myślami i tendencjami samobójczymi) • Aktualne stosowanie substancji psychoaktywnych/stan upojenia alkoholowego (wymagana 6-cio miesięczna abstynencja/badanie alkometem) • Sprawcy przemocy seksualnej, u których zdiagnozowano skłonności pedofilskie • Osoby, które dokonały poważnych przestępstw i ataków na innych ludzi • Rodzice lub opiekunowie w separacji lub po rozwodzie objęci nakazem sądowym do niespotykania się lub co do których istnieje niebezpieczeństwo, że będą się zachowywać agresywnie względem siebie • Osoby zdecydowanie i nieugięcie odmawiające udziału w terapii 	Nie ma przeciwwskazań	Nie ma przeciwwskazań

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Warunki realizacji świadczenia (organizacja świadczeń, personel)	<ul style="list-style-type: none"> Wiodące ośrodki psychiatrii i psychoterapii dzieci i młodzieży Specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, psychoterapeuci, osoby szkolące się w psychoterapii. Niezbędne udokumentowane szkolenie i doświadczenie w zakresie terapii wielorodzinnej lub zakończenie szkolenia w ścieżce systemowej, specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży lub szkolenia całościowego, którego zasadnicze elementy odnoszą się do pracy z rodzinami 	<ul style="list-style-type: none"> Podmioty lecznicze I i II poziomu referencyjności Psychoterapeuta z certyfikatem uznanych towarzystw w zakresie psychoterapii, terapeuta rodzinnego z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w prowadzeniu terapii 	<ul style="list-style-type: none"> Ośrodki referencyjne - I, II i III poziom Terapeuci rodzinni z przynajmniej 5-letnim doświadczeniem w prowadzeniu terapii rodzinnej lub z certyfikatem uznanych towarzystw w zakresie psychoterapii w tym terapii rodzin
Mocne strony	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenie udzielane jednocześnie ki ku rodzinom Uzupełnienie oferty terapeutycznej Dodatkowa modalność terapeutyczna Udokumentowana skuteczność 	<ul style="list-style-type: none"> Alternatywa dla terapii rodziny – jednoczasowa pomoc dla ki ku rodzin Tworzenie sieci i grupy wsparcia środowiskowego Wzmocnienie i poprawa komunikacji w rodzinie Wymiana doświadczeń 	<ul style="list-style-type: none"> Tworzenie grup wsparcia środowiskowego Poprawna komunikacja Wzajemne przekazywanie doświadczeń z kryzysem choroby psychicznej w rodzinie
Slabe strony	<ul style="list-style-type: none"> Konieczność przeprowadzenia szkoleń personelu Początkowo mała dostępność 	Niedobór wykwalifikowanego personelu	Wysokie wymagania dotyczące personelu fachowego
Inne/uwagi	Terapia wielorodzinna jest odmienną modalnością terapeutyczną od terapii rodzinnej cechującą się obecnością dodatkowych czynników leczących jakimi są np. odzwierciedlenie ze strony innych rodzin, poczucie wspólnego doświadczenia, wsparcie ze strony innych rodzin.	-	-

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie opinii ekspertów w zakresie świadczenia – superwizja procesu diagnostycznego.

Tabela 9. Podsumowanie opinii ekspertów – superwizja procesu diagnostycznego

Elementy stanowiska eksperckiego	EKSPERT 1	EKSPERT 2	EKSPERT 3	EKSPERT 4
Możliwość realizacji świadczenia w ramach obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych	W ramach superwizji procesu terapeutycznego.	Brak świadczenia w obecnym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Brak świadczenia w obecnym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Brak jest gwarantowanego świadczenia zdefiniowanego jako „superwizja procesu diagnostycznego”, w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w aktualnych uregulowaniach świadczeń medycznych. Dotychczasowe świadczenia gwarantowane dotyczą jedynie superwizji w psychoterapii (monitoringu tegoż procesu) wykonywane przez superwizorów psychoterapii, co ze względu na inny cel świadczenia nie zabezpiecza zgodnych ze standardami usług psychologicznej diagnozy klinicznej, jako

Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego

				<p>istotnej w wyznaczaniu kierunku leczenia oraz różnicowania form wskazanej dla pacjenta pomocy psychologicznej.</p> <p>Brak w ramach aktualnych rozporządzeniach superwizji procesu diagnostycznego jako świadczenia gwarantowanego stanowi przyczynek do braku monitoringu psychologicznego procesu diagnostycznego, który jest istotny w zapewnieniu prawidłowego - kompleksowego procesu leczenia i kontroli stanu zdrowia u szerokiej populacji osób, (szczególnie dzieci, młodzieży ze zróżnicowanymi zaburzeniami psychicznymi, psychosomatycznymi oraz osób znajdujących się w kryzysach emocjonalnych. W mojej opinii wprowadzenie rozporządzeń MZ dotyczących zapewnienia świadczenia gwarantowanego „superwizja procesu diagnostycznego” winno wiązać się z określeniem i zdefiniowaniem wyraźnych i konkretnych kryteriów wykonywania tegoż świadczenia gwarantowanego przez personel psychologiczny, który spełnia kryteria związane z profesjonalnym przygotowaniem do ww świadczenia. Wśród tych kryteriów należy wskazać bezwzględną potrzebę wymóg posiadania przez psychologa superwizującego proces diagnostyczny, udokumentowanej właściwymi zaświadczeniami, poświadczającymi posiadaną praktykę kliniczną psychologa w ochronie zdrowia, gdzie świadczone są usługi psychologiczne w ramach NFZ. Psycholog superwizujący proces diagnostyczny winien się wykazać kompetencjami i specjalistyczną wiedzą z zakresu psychologii klinicznej ,które dokumentuje przedstawieniem stosownego zaświadczenia w zależności od posiadanych kwalifikacji: - posiadanie tytułu specjalisty psychologii klinicznej – po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego w ochronie zdrowia (bądź uznaniu przez Ministra Zdrowia kwalifikacji psychologa za równoznaczne z programem specjalizacji z psychologii klinicznej) i zdaniu Państwowego egzaminu specjalizacyjnego w CEM), -przedstawienie zaświadczenia potwierdzającego proces rozpoczętego i realizowanego do 2 roku (bloku podstawowego) kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologii klinicznej, - przedstawienie zaświadczenia potwierdzającego zakończone szkolenie specjalizacyjne tzw. bloku podstawowego (po zaliczonym drugim roku kształcenia), - przedstawienie zaświadczenia potwierdzającego zakończenie szkolenia specjalizacyjnego (bloku podstawowego i specjalistycznego) - przedstawienie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez psychologa co najmniej pięcioletniej praktyki klinicznej w pracy z dziećmi.</p>
Populacja	-	15% dzieci i młodzieży w wieku 6-17 r.ż.	Okolo 20% populacji dzieci i młodzieży ma problem ze zdrowiem psychicznym	<p>Szerokie spektrum stanów klinicznych w wielu typach i formach zaburzeń psychicznych oraz psychosomatycznych: zaburzenia psychiczne - od stanów kryzysu psychologicznego, stresu pourazowego (różnych postaci jego przebiegu) po zaburzenia afektywne, różnorodne specyficzne i niespecyficzne zaburzenia osobowości oraz po schorzenia psychotyczne, psychologiczne dysfunkcje życia emocjonalnego, poznawczego (pamięci, uwagi, percepcji, myślenia i inne) oraz zaburzenia funkcjonowania społecznego (zakłócenia i nieprawidłowe- szkodzące zdrowiu) autodestruktywne i agresywne relacje społeczne.</p>

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Argumenty za finansowaniem świadczenia ze środków publicznych	Propozycja wymaga istotnej modyfikacji doprecyzowującej zakres superwizji oraz osoby mogące ją prowadzić. Wskazane jest równoległe zdefiniowanie superwizji procesu psychoterapii	Usprawnienie procesu diagnostycznego, uniknięcie ewentualnych błędów w zakresie dalszych zaleceń do terapii czy leczenia.	Nowa procedura odpowiadająca potrzebie aktualnej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży	Z powodu powszechności występowania zaburzeń psychicznych (depresyjnych, lękowych i innych), psychosomatycznych, otyłości i innych chorób cywilizacyjnych oraz wzrostu częstotliwości występowania zachowań suicydalnych i uzależnień u dzieci, młodzieży i dorosłych
Argumenty przeciwko finansowaniu świadczenia ze środków publicznych	-	-	-	-
Ocena skuteczności leczenia/efekty/punkty końcowe	Ocena znaczenie superwizji dla procesu diagnozy nie była dotąd systematycznie badana	-	-	-
Przeciwskazania	<ul style="list-style-type: none"> • Niezwykle wąski opis tego, czym jest diagnoza psychologiczna w opisie superwizji procesu diagnostycznego • Wrażenie ograniczenia diagnozy psychologicznej do jedynie narzędzi diagnostycznych • Stworzenie świadczenia: superwizja procesu diagnostycznego bez stworzenia definicji superwizji procesu terapeutycznego budzi wątpliwości. Podkreśla nadmierne znaczenie procesu diagnozy w miejsce całościowego podejścia do problematyki pacjenta uwzględniającego zarówno diagnozę problemu, jak i podejmowane równoległe działania terapeutyczne. Praca z dziećmi i młodzieżą wymaga równoczesnego diagnozowania problemu, jak i podejmowania pierwszych interwencji podtrzymujących 	Nie ma przeciwwskazań	Zagrożenie życia z powodu tendencji samobójczych	Brak kompetencji klinicznych w zakresie psychologii klinicznej

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

	<p>(motywacja do terapii, redukcja ryzyka zachowań autoagresywnych)</p> <ul style="list-style-type: none"> W ramach superwizji procesu psychoterapii uwzględniana jest superwizja diagnozy 			
Warunki realizacji świadczenia (organizacja świadczeń, personel)	<ul style="list-style-type: none"> Specjalizacja z psychologii klinicznej, 5-letnie doświadczenie kliniczne w psychologii Specjalizacja z psychiatrii Specjalizacja z psychiatrii dzieci i młodzieży Certyfikat superwizora 	<ul style="list-style-type: none"> Podmioty lecznicze I i II poziomu referencyjności Psycholog kliniczny, psycholog z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy klinicznej 	<ul style="list-style-type: none"> Wszystkie ośrodki I i II poziomu referencyjnego Psycholog, psychoterapeuta, psychoterapeuta uzależnień 	<ul style="list-style-type: none"> Wszystkie ośrodki stacjonarne i ambulatoryjne leczenia psychiatrycznego, świadczące usługi zdrowotne w ramach NFZ Specjaliści psychologii klinicznej (mgr psychologii, doktor psychologii, dr hab. prof.), którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychologii klinicznej w ochronie zdrowia bądź uzyskali uznanie posiadanego doświadczenia naukowego/zawodowego przez Ministra Zdrowia jako równoważnego z programem specjalizacji z psychologii klinicznej i zdali egzamin specjalizacyjny w CEM oraz legitymują się dyplomem specjalisty psychologii klinicznej. Każdy ze specjalistów psychologii klinicznej posiada kompetencje w zakresie psychologii klinicznej oraz w zakresie wybranej przez siebie i zrealizowanej w toku kształcenia jednej z czterech subspecializacji, a mianowicie: psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych, neuropsychologii, zaburzeń somatycznych oraz psychologii klinicznej dzieci i młodzieży Wskazania na okres przejściowy np. 5 lat – aby superwizji procesu diagnostycznego mogła także udzielać (poza wskazanym specjalistą psychologii klinicznej) – w okresie przejściowym 5 lat - osoba, która ukończyła jednolite pięcioletnie studia magisterskie na kierunku psychologia, uzyskała tytuł mgr psychologii, jest psychologiem w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologiem z udokumentowanym co najmniej 5 letnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą
Mocne strony	<ul style="list-style-type: none"> Próba określenia zasad wspierania procesu diagnozy w ramach systemu opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi 	<ul style="list-style-type: none"> Poprawa jakości opieki nad pacjentem Usprawnienie procesu diagnostycznego 	<ul style="list-style-type: none"> Socjalizacja pacjenta Budowanie sieci środowiskowego wsparcia Uczenie prawidłowych metod komunikacji, psychoedukacja Niskie koszty w stosunku do nakładów 	<ul style="list-style-type: none"> Nadzór kliniczny nad pracownikiem służby zdrowia poprawia skuteczność opieki i leczenia pacjenta w całym jego okresie rozwojowym (od dzieciństwa do okresu senioralnego) ze zróżnicowanymi zaburzeniami i chorobami
Slabe strony	<ul style="list-style-type: none"> Redukcjonistyczna definicja pojęcia diagnozy 	Niewystarczająca liczba psychologów klinicznych	<ul style="list-style-type: none"> Brak równomiernego 	<ul style="list-style-type: none"> Potrzeba stałego poszerzania dostępności do kształcenia specjalistycznej kadry psychologów klinicznych.

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie superwizji jedynie do grupy zawodowej psychologów Brak równoczesnego zdefiniowania procesu psychoterapii 		dostępu do świadczeń <ul style="list-style-type: none"> Niedobór kadr 	<ul style="list-style-type: none"> Brak wsparcia finansowego szkolenia (do tej pory kształcenie to jest kształceniem komercyjnym przy braku możliwości wprowadzenia rezydentur) – z wyjątkiem rozpoczętego w 2019 roku kształcenia psychologów i psychoterapeutów dzieci i młodzieży w ramach programu POWER
Inne/uwagi	Zastąpienie słowa „superwizja” słowem „nadzór” lub „konsultacja”. Słowa superwizja w polskiej praktyce klinicznej utarło się używać do opisu nadzoru nad procesem psychoterapii.	-	-	Superwizja procesu diagnostycznego zjawisk psychologicznych i różnicowania ich ze zjawiskami organicznymi u podłoża różnorodnych zaburzeń (to jeden z istotnych celów diagnozy psychologicznej) ma wspomagać diagnozę medyczną, aby chronić pacjenta i jego rodzinę przed błędami jatrogennymi, w tym przed niewłaściwie dobranymi (ustalonymi) procedurami leczenia zaburzeń psychicznych, psychosomatycznych u dzieci, młodzieży oraz dorosłych

Podsumowanie opinii ekspertów

1. Wnioskowana technologia medyczna w postaci świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja treningowa-grupowa” powinna zostać włączone do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień i finansowanych ze środków publicznych u pacjentów z rozpoznaniem F00-F99 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) oraz Z03 (obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne). Obecnie brak jest ambulatoryjnej formy opieki pośredniej między terapią grupową, a innymi oddziaływaniami opisanymi w koszyku świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Jest jedną z najbardziej użytecznych form oddziaływania w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Stanowi „złoty standard” w opiece z cięższymi zaburzeniami psychicznymi bez względu na wiek. Istnieją przeciwwskazaniem do uczestnictwa w sesji treningowej-grupowej, które zostały wymienione w tabeli powyżej.
2. Wnioskowana technologia medyczna w postaci świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja psychoterapii wielorodzinnej” powinna zostać włączone do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień i finansowanych ze środków publicznych u pacjentów z rozpoznaniem F00-F99 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) oraz Z03 (obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne). Terapia wielorodzinna jest odmienną modalnością terapeutyczną od terapii rodzinnej cechującą się obecnością dodatkowych czynników leczących jakimi są np. odzwierciedlenie ze strony innych rodzin, poczucie wspólnego doświadczenia, wsparcie ze strony innych rodzin. Istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w sesji treningowej-grupowej, które zostały wymienione w tabeli powyżej.
3. Wnioskowana technologia medyczna w postaci świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja superwizji procesu terapeutycznego” powinna zostać włączone do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień finansowanych ze środków publicznych. Odpowiada potrzebom aktualnej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w zakresie usprawnienia procesu diagnostycznego, jednakże **wymaga istotnej modyfikacji** doprecyzowującej zakres superwizji oraz kwalifikacji osób mogących ją prowadzić.

4.6. Porównanie warunków realizacji wnioskowanych świadczeń do obecnie dostępnych w ramach wykazu świadczeń gwarantowanych

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie wnioskowanych warunków realizacji świadczenia sesji psychoterapii wielorodzinnej do wskazanych i finansowanych obecnie technologii alternatywnych.

Tabela 10. Porównanie świadczenia: Sesja psychoterapii wielorodzinnej z rozwiązaniami obowiązującymi obecnie w zakresie wskazanego przedmiotu zlecenia i problemu zdrowotnego.

Świadczenie oceniane		Świadczenia obowiązujące obecnie w zakresie wskazanego przedmiotu zlecenia i problemu zdrowotnego			
Sesja psychoterapii wielorodzinnej		Sesja psychoterapii indywidualnej	Sesja psychoterapii rodzinnej	Sesja psychoterapii grupowej	Sesja wsparcia psychospołecznego
Krótki opis	Sesja z rodzinami	Sesja z jednym świadczeniobiorcą	Sesja z rodziną	Sesja w grupach świadczeniobiorców	Oddziaływanie społeczne na jedną osobę lub więcej osób , kierowane do dzieci lub młodzieży, ich rodzin, lub innych osób stanowiących ich oparcie społeczne
Forma	Sesja psychoterapeutyczna	Interwencja kryzysowa, sesja psychoterapeutyczna (krótko- i długoterminowa, podtrzymująca)	Sesja psychoterapeutyczna	Sesja psychoterapeutyczna (krótko- i długoterminowa, podtrzymująca)	Sesja psychoterapeutyczna z działaniami edukacyjno-konsultacyjnymi
Liczba sesji	Do 12 sesji w okresie pół roku	Od 6 sesji w okresie 2 tygodni do 25 sesji w okresie pół roku	6-12 sesji w okresie pół roku	Od 15 sesji w okresie pół roku do 110 sesji w okresie roku	Do 12 sesji w okresie pół roku
Przeciwwskazania	Występowanie aktywnej przemocy w systemie rodzinnym	bd	bd	bd	bd
Liczebność grupy	Maksymalnie 4 rodziny	Jedna osoba	bd	4-12 osób	Do 6 osób
Personel	Psychoterapeuta, min. 2 osoby personelu	Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 – ośrodek referencyjny I stopnia	Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 samodzielnie lub 2 osoby, o których mowa w ust.2 pkt 1	2 osoby, o których mowa w ust.2 pkt 2 lub osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 i osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1	Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 lub 2

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

		Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 – ośrodek referencyjny II stopnia	których mowa w ust.2 pkt 2 - ośrodek referencyjny I stopnia Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 samodzielnie lub dwie osoby, o których mowa w ust.2 pkt 1 – ośrodek referencyjny II stopnia	albo 3 – ośrodek referencyjny I stopnia 2 osoby, o których mowa w ust.2 pkt 1 lub osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 i osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 – ośrodek referencyjny II stopnia	W przypadku realizacji sesji przez osobę, o której mowa w ust. 2 pkt 2, sesja nie może obejmować pomocy psychologicznej
		<i>ust. 2 pkt 2 - specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci; ust. 2 pkt 1 – specjalista psychologii klinicznej; ust. 2 pkt 3 – terapeuta środowiskowy</i>			
Czas trwania sesji	90 lub 180 minut	60 minut	90 minut	90 minut	60 minut
Miejsce	W podmiocie leczniczym lub środowisku	Poradnia psychologiczna dla dzieci - ośrodek referencyjny I i II stopnia Dopuszcza się realizację świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub jego środowisku	Poradnia psychologiczna dla dzieci – ośrodek referencyjny I i II stopnia Dopuszcza się realizację świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub jego środowisku	Poradnia psychologiczna dla dzieci - ośrodek referencyjny I i II stopnia	Poradnia psychologiczna dla dzieci - ośrodek referencyjny I

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie wnioskowanych warunków realizacji świadczenia sesji treningu grupowego do wskazanych i finansowanych obecnie technologii alternatywnych.

Tabela 11. Porównanie świadczeń: Sesja treningowa-grupowa z rozwiązaniami obowiązującymi obecnie w zakresie wskazanego przedmiotu zlecenia i problemu zdrowotnego.

Świadczenie oceniane	Świadczenia obowiązujące obecnie w zakresie wskazanego przedmiotu zlecenia i problemu zdrowotnego				
Sesja treningowa-grupowa	Sesja w grupach świadczeniobiorców,	Sesja indywidualnej psychoterapii	Sesja z rodziną	Sesja psychoterapii grupowej	Sesja wsparcia psychospołecznego
Krótki opis	Sesja z jednym świadczenioborcą	Sesja z rodziną	Sesja w grupach świadczeniobiorców	Oddziaływanie społeczne na jedną osobę lub więcej osób, kierowane do dzieci lub młodzieży, ich rodzin, lub innych osób stanowiących ich oparcie społeczne	
Forma	Warsztaty, treningi	Interwencja kryzysowa, sesja psychoterapeutyczna (krótko- i długoterminowa, podtrzymująca)	Sesja psychoterapeutyczna	Sesja psychoterapeutyczna (krótko- i długoterminowa, podtrzymująca)	Sesja psychoterapeutyczna z działaniami edukacyjno-konsultacyjnymi
Liczba sesji	Do 15 sesji w okresie pół roku	Od 6 sesji w okresie 2 tygodni do 25 sesji w okresie pół roku	6-12 sesji w okresie pół roku	Od 15 sesji w okresie pół roku do 110 sesji w okresie roku	Do 12 sesji w okresie pół roku
Przeciwwskazania	brak	bd	bd	bd	bd

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

Liczebność grupy	Dzieci (6-12 osób), albo rodziny lub opiekunowie (6-24 osób)	Jedna osoba	bd	4-12 osób	Do 6 osób
Personel	Psychoterapeuta, psycholog, terapeuta środowiskowy, min. 2 osoby personelu	Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 – ośrodek referencyjny I stopnia	Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 samodzielnie lub 2 osoby, o których mowa w ust.2 pkt 2 - ośrodek referencyjny I stopnia	2 osoby, o których mowa w ust.2 pkt 2 lub osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 i osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 a bo 3 – ośrodek referencyjny I stopnia	Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 lub 2
		Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 – ośrodek referencyjny II stopnia	Osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 samodzielnie lub dwie osoby, o których mowa w ust.2 pkt 1 – ośrodek referencyjny II stopnia	2 osoby, o których mowa w ust.2 pkt 1 lub osoba, o której mowa w ust.2 pkt 1 i osoba, o której mowa w ust.2 pkt 2 – ośrodek referencyjny II stopnia	W przypadku realizacji sesji przez osobę, o której mowa w ust. 2 pkt 2, sesja nie może obejmować pomocy psychologicznej
<i>ust. 2 pkt 2 - specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci; ust. 2 pkt 1 – specjalista psychologii klinicznej; ust. 2 pkt 3 – terapeuta środowiskowy</i>					
Czas trwania sesji	90 minut	60 minut	90 minut	90 minut	60 minut
Miejsce	W podmiocie leczniczym lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych	Poradnia psychologiczna dla dzieci - ośrodek referencyjny I i II stopnia Dopuszcza się realizację świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub jego środowisku	Poradnia psychologiczna dla dzieci – ośrodek referencyjny I i II stopnia Dopuszcza się realizację świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub jego środowisku	Poradnia psychologiczna dla dzieci - ośrodek referencyjny I i II stopnia	Poradnia psychologiczna dla dzieci - ośrodek referencyjny I

W poniższej tabeli przedstawiono warunki realizacji świadczenia Sesja superwizji procesu diagnostycznego zgodnie z założeniami przedstawionymi w KPZ

Tabela 12. Warunki realizacji świadczenia: Sesja superwizji procesu diagnostycznego.

Nazwa	Opis	Wskazania	Personel	Organizacja udzielania świadczenia
Sesja superwizji procesu diagnostycznego	Sesja związana z monitorowaniem i wsparciem procesu diagnozy psychologicznej; realizowana na rzecz świadczeniobiorcy bez jego udziału; do jednej sesji na jednego pacjenta; może być realizowana z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych	W przypadku pacjentów z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów <i>Komentarz: do 18 r.ż.</i>	Specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog udokumentowanym co najmniej 5 letnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą	II poziom referencyjny; sesja udzielana dla podmiotów I poziomu referencyjnego w ramach podpisanego porozumienia; czas superwizji wynosi 30 lub 60 min; w ramach jednej sesji może być omawianych kilka procesów diagnostycznych Świadczenie realizowane w podmiocie leczniczym lub za pomocą narzędzi teleinformatycznych

Podsumowanie:

1. Sesja psychoterapii wielorodzinnej obejmuje sesję z pacjentami i maksymalnie 4 rodzinami prowadzoną przez minimum 2 psychoterapeutów w podmiocie leczniczym lub środowisku w czasie od 90 do 180 minut. Od sesji alternatywnych odróżnia ją liczba osób uczestniczących w sesji (indywidualna – 1 pacjent, rodzinna – pacjent i jego rodzina, grupowa – tylko pacjenci, bez rodzin, wsparcia psychospołecznego – ograniczenie liczby uczestników do 6 osób); osoby

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

- prowadzące sesję (indywidualna - specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci, rodzinna - specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci lub specjalista psychologii klinicznej samodzielnie lub w dwuosobowych zespołach, grupowa – specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci, specjalista psychologii klinicznej, terapeuta środowiskowy w dwuosobowych zespołach, sesja wsparcia psychospołecznego – specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci, psycholog kliniczny samodzielnie); czas trwania sesji (indywidualna - 60 minut, rodzinna – 90 minut, grupowa – 90 minut, wsparcia społecznego – 60 minut).
2. Sesja psychoterapii treningowa-grupowa obejmuje warsztaty i treningi dedykowane grupie pacjentów prowadzone przez psychoterapeutę, psychologa, terapeutę środowiskowego w zespołach dwuosobowych w podmiocie leczniczym lub z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych w czasie od 90 minut. Od sesji alternatywnych odróżnia ją liczba osób uczestniczących w sesji (indywidualna – 1 pacjent, rodzinna – pacjent i jego rodzina, grupowa – tylko pacjenci, bez rodzin, wsparcia psychospołecznego – ograniczenie liczby uczestników do 6 osób); osoby prowadzące sesję (indywidualna- specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci, rodzinna- specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci lub specjalista psychologii klinicznej samodzielnie lub dwie osoby, grupowa – specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci, specjalista psychologii klinicznej, terapeuta środowiskowy w dwuosobowych zespołach, sesja wsparcia psychospołecznego – specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci, psycholog kliniczny samodzielnie); czas trwania sesji (indywidualna- 60 minut, rodzinna – 90 minut, grupowa – 90 minut, wsparcia społecznego – 60 minut) oraz miejsce udzielania świadczenia (indywidualna, rodzinna – poradnia psychologiczna, środowisko, miejsce pobytu świadczeniodawcy, grupowa i wsparcia społecznego – poradnia psychologiczna)
 3. Celem sesji superwizji procesu diagnostycznego jest pomoc w rozwiązywaniu bieżących trudności diagnostycznych oraz systematyczny rozwój psychologicznych kompetencji diagnostycznych i pogłębiania myślenia i doświadczenia klinicznego. Może być realizowana na rzecz świadczeniobiorcy, bez jego udziału za pomocą narzędzi teleinformatycznych. Powinna być prowadzona przez psychologów klinicznych z wieloletnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą. Obecne rozwiązania w zakresie świadczeń gwarantowanych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień obejmują **superwizję osób** prowadzących psychoterapię indywidualną, grupową i rodzinną. Od 1 listopada 2022 r. w ramach nowelizacji przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych i leczenia uzależnień zostanie wprowadzona definicja **superwizji psychoterapii** o charakterze konsultacji udzielanej psychoterapeucie⁵. Zarówno superwizja osób, jak i superwizja psychoterapii nie stanowią wydzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast zostały określone w warunkach realizacji świadczenia opisującego wymagania formalne dla podmiotów.

⁵ §2 pkt. 16a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

4.7. Opis punktów końcowych ocenianych w materiale dowodowym

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie zidentyfikowanych skal oceny i kwestionariuszy, wraz z wyjaśnieniem interpretacji wyniku.

Tabela 13. Interpretacja skal i kwestionariuszy uwzględnionych we włączonych badaniach.

Kwestionariusz	Skala	Interpretacja
Ohio State University (OSU) Autism Clinical Global Impression Severity (CGI-S)	1-7	Wyższa ocena oznacza poważniejsze upośledzenie komunikacji społecznej
Developmental Disabilities modification of the Children's Global Assessment Scale (DD-CGAS)	1 - 100	Wyższy wynik oznacza lepsze funkcjonowanie
Perceived Stress Scale (PSS)	0-40	Wyższy wynik oznacza większe nasilenie stresu
Social Responsiveness Scale (SRS)	0-195	Wyższe wartości oznaczają większe nasilenie
Adult ADHD Self-Report Scale for Adolescents (ASRS-A)	0-4	Wyższe wyniki wskazują na więcej objawów
Child Sheehan Disability Scale (CSDS)	0-10	Wyższe wyniki wskazują na większe upośledzenie
Impact of ADHD Symptoms (IAS)	0-10	Wyższe wyniki wskazują na większy wpływ objawów
Global Quality of Life scale (GQL)	0-10	Wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia
Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	1-5	Wyższe wyniki oznaczają wyższy poziom uważności
Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ)	0-2	Wyższe wyniki wskazują na poważniejsze problemy
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	0-3	Wyższe wyniki wskazują na częstsze występowanie objawów
Pressure Activation Stress (PAS)	0-4	Wyższe wyniki oznaczają większy stres
Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ)	0-5	Wyższe wyniki oznaczają więcej problemów ze snem
Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)	0-100	Wyższe wyniki wskazują na nasilenie objawów
Syndrome-Quality of Life Scale for Children and Adolescents (C&A-GTS-QO)	0-100	Wyższe wyniki wskazują na gorszą jakość życia
Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)	0-5	Wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom patologii
Family Assessment Device (FAD)	0-60	Niższe wyniki oznaczają lepsze i zdrowsze funkcjonowanie w każdym wymiarze
Child Mania Rating Scale (CMRS)	0-63	Wyższe wyniki wskazują na większą częstość objawów
Understanding of Mood Disorder Questionnaire (UMDQ)	0-59	Wyższe wyniki wskazują na większą wiedzę na temat zaburzeń nastroju
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	0-66* 0-68**	Wyższe wyniki wskazują na większą częstość występowania objawów
Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)	0-3	Wyższe wyniki wskazują na większą częstość występowania objawów
Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)	28-112	Wyższe wyniki wskazują na częstsze radzenie sobie
Ohio Scale - Ohio Youth Problems, Functioning, and Satisfaction Scales	0-80	Wyższe wyniki oznaczają lepsze funkcjonowanie
The Group Satisfaction Survey (Adolescent and Parent Versions)	16-80	Wyższe wyniki wskazują na większą satysfakcję
Zarit Burden Interview	0-88	Wyższe wyniki wskazują na większe obciążenie.

*wersja dla dzieci

**wersja dla rodzica/opiekuna

*Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego*

4.8. Wcześniejsze oceny Agencji związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem

Kwestia zasadności zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej opisanych w ramach KPZ nie była wcześniej przedmiotem oceny w Agencji. Nie prowadzone były również procesy mające na celu kwalifikację świadczeń zbliżonych merytorycznie do wnioskowanych.

5. Charakterystyka badań i ekstrakcja danych z badań włączonych do przeglądu

5.1. Materiał dowodowy odnaleziony w ramach przeglądu systematycznego

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie materiału dowodowego odnalezionego w ramach prowadzonego przeglądu systematycznego obejmującego wnioskowane świadczenia

Tabela 14 Zestawienie badań pierwotnych włączonych do materiału dowodowego⁶

Lp.	Badanie	Rodzaj badania	Interwencja	Komparator
Sesja treningowa - grupowa				
1.	Meyer 2021	RCT	Ustrukturyzowana grupa szkoleniowa umiejętności	Psychoedukacja
2.	Dabrowski 2018	RCT	Sesja obejmująca techniki odwracania nawyku	Edukacja
3.	Olsson 2017	RCT	Grupowe szkolenie umiejętności społecznych	Opieka standardowa
Sesja psychoterapii wielorodzinnej				
4.	Terache 2022	Niekontrolowane badanie longitudinalne	Terapia wielorodzinna	brak
5.	Fristad 2019	Prospektywne badanie obserwacyjne	Psychoedukacja wielorodzinna	brak
6.	Smith 2018	RCT	Psychoedukacja wielorodzinna	Lista oczekujących
Superwizja procesu diagnostycznego				
7.	Snowdon 2017	Przegląd systematyczny	Superwizja kliniczna	b.d.

5.2. Opis metodyki i ekstrakcja danych z badań

Tabele ekstrakcji zawierają opis metodyki, wraz z ograniczeniami oraz wyniki odnalezionych badań klinicznych.

Poniżej tabeli ekstrakcji umieszczono objaśnienie jakościowe zebranych wyników z podsumowaniem najważniejszych wniosków.

⁶ Schematyczne przedstawienie grup badanych może nie odzwierciedlać w pełni konstrukcji badania.

5.2.1. Sesja treningowa - grupowa

Tabela 15. Opis metodyki i wyników badania Meyer 2021

Meyer 2021		
Evaluation of a structured skills training group for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomised controlled trial		
Charakterystyka badania		
Metodyka	Populacja	Interwencja
Wieloośrodkowe dwuramiennie RCT	<p>N=164 pacjenci pediatryczni z klinicznym rozpoznaniem ADHD (<i>ang. attention deficit hyperactivity disorder</i>) według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10)</p> <p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ADHD ustabilizowane farmakoterapią <p>Kryteria wykluczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Poważna depresja, Myśli samobójcze, Psychoza, Zaburzenia afektywne dwubiegunowe nieustabilizowane lekami, Upośledzenie umysłowe, Organiczne uszkodzenie mózgu, Zaburzenia ze spektrum autyzmu, Nadużywanie substancji psychoaktywnych, Udział w innym leczeniu psychospołecznym. <p>Diagnoza kliniczna ADHD:</p> <p>Nieuważny ADHD:</p> <ul style="list-style-type: none"> SSTG: n=24 (28,2%) Grupa kontrolna: n=18 (22,8%) <p>Połączony ADHD:</p> <ul style="list-style-type: none"> SSTG: n=58 (68,2%) Grupa kontrolna: n=58 (73,4%) <p>Nieokreślony ADHD (Uczestnicy, którzy spełnili mniej niż sześć objawów wg Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> SSTG: n=3 (3,5%) Grupa kontrolna: n=3 (3,8%) <p>Farmakoterapia:</p> <p>Leki na ADHD:</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Ustrukturyzowana grupa szkoleniowa umiejętności (<i>ang. structured skills training group, SSTG</i>) – n=85</p> <p>Technika łączy tradycyjną terapię poznawczo-behawioralną (<i>ang. cognitive behavioural therapy, CBT</i>) z terapią dialektyczno-behawioralną (<i>ang. dialectical behavior therapy, DBT</i>) i jest ukierunkowana zarówno na podstawowe objawy ADHD, jak i związane z nimi trudności (rozregulowanie emocjonalne i problemy z relacjami).</p> <p><u>Czas trwania sesji:</u> 14 tygodni (2h sesji w tygodniu)</p> <p>Sesja prowadzona przez dwóch terapeutów pracujących w jednostkach opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (<i>ang. child and adolescent psychiatric, CAP</i>) z czego jeden był psychologiem, a drugi przeszkolony w DBT.</p> <p>Komparator:</p> <p>Interwencja psychoedukacyjna – n=79</p> <p><u>Czas trwania sesji:</u> trzy 2-godzinne sesje</p> <p>Sesja prowadzona przez dwóch terapeutów, którzy byli klinicystami pracującymi w jednostkach CAP.</p>

TABELE EKSTRAKCJI

	<ul style="list-style-type: none"> SSTG: n=60 (72,3%) Grupa kontrolna: n=64 (81%) Leki przeciwdepresyjne i środki uspokajające <ul style="list-style-type: none"> SSTG: n=19 (22,9%) Grupa kontrolna: n=16 (20,3%) Środki nasenne: <ul style="list-style-type: none"> SSTG: n=20 (24,1%) Grupa kontrolna: n=14 (17,7%) Leki przeciwpsychotyczne i leki stabilizujące nastrój : <ul style="list-style-type: none"> SSTG: n=1 (1,2%) Grupa kontrolna: n=2 (2,5%) 									
Wiek, lata, średnia (SD)						SSTG: 16,46 (0,88) Grupa kontrolna: 16,71 (0,94)				
Płeć żeńska, n (%)						SSTG: n=56 (65,8%) Grupa kontrolna: n=49 (62%)				
Ograniczenia badania										
Randomizacja przeprowadzona przez zastosowaniem wstępnego leczenia (T1) mogła wpłynąć na stronniczość selektywności i zwiększone ryzyko systematycznych różnic między grupami. Jednak żadne różnice nie zostały zidentyfikowane w zmiennych badania w T1. Ponadto w badaniu po randomizacji stosunkowo duża część pacjentów została wykluczona z dalszego udziału co częściowo jest zgodne z wcześniejszymi badaniami i może odzwierciedlać charakter zaburzenia. W grupie interwencji psychoedukacyjnej przeprowadzono mniej sesji niż w SSTG co mogło wpłynąć na wyniki badania. Sesje kontroli psychoedukacyjnej nie były rejestrowane i nie można całkowicie wykluczyć ryzyka częściowego błędu leczenia. Brak zaślepienia u dzieci i rodziców/opiekunów mogły wpłynąć na zafalszowanie ich subiektywnych ocen. Włączenie sprawdzonej miary, która bardziej ocenia dysregulację emocjonalną mogłoby wpłynąć na otrzymanie lepszych wyników. Większość pacjentów miała trwające leczenie farmakologiczne ADHD, co ogranicza możliwość uogólnienia do pacjentów nieleczonych. Co więcej, ta próba obejmowała pacjentów, którzy zostali sklasyfikowani jako nieokreślone ADHD (tj. nie spełniali kryteriów dla żadnego z głównych objawów) i możliwe, że u tych pacjentów było ograniczone pole do dalszej poprawy. Brak uwzględnienia potencjalnych zmian leczenia psychofarmakologicznego innego niż leki na ADHD mogło mieć wpływ na wyniki. Większość badanych stanowiły dziewczęta (64%), co nie odpowiada rozkładowi płci ADHD. Może to odzwierciedlać stronniczość selekcji. Ponadto ograniczenie stanowił również status socjoekonomiczny i historia leczenia dla tej konkretnej próby.										
Skuteczność i bezpieczeństwo										
Punkt końcowy	Pomiary wstępne populacji (T1)	Pomiary po zastosowaniu leczenia (T2)	Kontrola pomiarów (T3) – 6 miesięcy	T1-T2	T1-T3	Pomiary wstępne populacji (T1)	Pomiary po zastosowaniu leczenia (T2)	Kontrola pomiarów (T3)	T1-T2	T1-T3
Pierwszorzędowe	Interwencja					Kontrola				
Redukcja objawów ADHD (perspektywa dzieci)										
Kwestionariusz oceny Adult ADHD Self-Report	40,05 (36,57; 43,52)	38,97 (35,47; 42,47)	36,89 (33,37; 40,41)	1,08 (-1,08; 3,23)	3,16 (0,97; 5,35)	43,72 (39,90; 47,55)	43,60 (39,76; 47,44)	43,59 (39,66; 47,52)	0,13 (-2,21; 2,46)	0,14 (-2,35; 2,63)

TABELE EKSTRAKCJI

Scale for Adolescents (ASRSA)										
Redukcja objawów (perspektywa rodzica/opiekuna)										
Kwestionariusz oceny Adult ADHD Self-Report Scale for Adolescents (ASRSA)	44,37 (41,44; 47,31)	39,77 (36,84; 42,71)	38,03 (35,08; 40,98)	4,60 (2,61; 6,58)	6,34 (4,33; 8,36)	41,79 (38,58; 45)	39,92 (36,71; 43,13)	37,94 (34,67; 41,21)	1,87 (-0,27; 4,01)	3,85 (1,61; 6,09)
Upośledzenie funkcjonalne (perspektywa dzieci)										
Child Sheehan Disability Scale (CSDS)	13,85 (12,03; 15,67)	12,34 (10,50; 14,19)	11,30 (9,44; 13,16)	1,51 (-0,07; 3,09)	2,55 (0,95; 4,16)	14,64 (12,65; 16,64)	14,22 (12,21; 16,24)	13,37 (11,27; 15,47)	0,42 (-1,29; 2,13)	1,28 (-0,54; 3,10)
Upośledzenie funkcjonalne (perspektywa rodzica/opiekuna)										
Child Sheehan Disability Scale (CSDS)	26,52 (23,67; 29,36)	22,94 (20,09; 25,78)	23,56 (20,70; 26,43)	3,58 (1,65; 5,51)	2,95 (0,99; 4,91)	24,88 (21,77; 28)	23,37 (20,26; 26,48)	21,39 (18,21; 24,56)	1,51 (-0,57; 3,59)	3,49 (1,31; 5,66)
Wpływ objawów ADHD										
Impact of ADHD Symptoms (IAS)	29,61 (26,21; 33,02)	27,60 (24,15; 31,04)	27,57 (24,10; 31,04)	2,02 (-0,62; 4,65)	2,04 (-0,64; 4,72)	30,87 (27,13; 34,61)	30,90 (27,15; 34,65)	30,59 (26,69; 34,48)	-0,03 (-2,87; 2,81)	0,28 (-2,76; 3,32)
Jakość życia										
Global Quality of Life	5,94 (5,38; 6,51)	6,01 (5,44; 6,59)	6,05 (5,46; 6,63)	-0,07 (-0,61; 0,47)	-0,10 (-0,65; 0,45)	5,82 (5,20; 6,44)	5,99 (5,36; 6,61)	6,13 (5,47; 6,79)	-0,17 (-0,75; 0,42)	-0,31 (-0,94; 0,31)
Uważność										
Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	85,57 (82,52; 88,61)	85,36 (82,28; 88,44)	84,21 (81,11; 87,31)	0,21 (-2,05; 2,47)	1,36 (-0,93; 3,65)	80,62 (77,27; 83,97)	81,27 (77,89; 84,65)	80,57 (77,10; 84,05)	-0,65 (-3,12; 1,81)	0,05 (-2,56; 2,65)
Drugorzędowe	Pomiary wstępne populacji (T1)	Pomiary po zastosowaniu leczenia (T2)	Kontrola pomiarów (T3)	T1-T2	T1-T3	Pomiary wstępne populacji (T1)	Pomiary po zastosowaniu leczenia (T2)	Kontrola pomiarów (T3)	T1-T2	T1-T3
	Interwencja					Kontrola				

TABELE EKSTRAKCJI

Trudności związane z problemami behawioralnymi i emocjonalnymi (perspektywa dzieci)										
Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ)	16,54 (15,10; 17,99)	15,87 (14,41; 17,33)	14,96 (13,49; 16,43)	0,67 (-0,39; 1,72)	1,58 (0,51; 2,65)	18,17 (16,58; 19,76)	18,31 (16,71; 1,91)	16,07 (14,42; 1,72)	-0,14 (-1,28; 1)	2,10 (0,89; 3,31)
Trudności związane z problemami behawioralnymi i emocjonalnymi (perspektywa rodzica/opiekuna)										
Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ)	17,71 (16,35; 19,07)	14,81 (13,45; 16,17)	14,3 (12,93; 15,67)	2,9 (1,77; 4,02)	3,41 (2,27; 4,55)*	16,85 (15,36; 18,33)	14,92 (13,44; 16,41)	14,33 (12,80; 15,85)	1,93 (0,71; 3,14)	2,52 (1,26; 3,79)
Objawy lęku i depresji										
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	15,29 (13,45; 17,12)	14,7 (12,89; 16,59)	13,67 (11,81; 15,54)	0,55 (-0,76; 1,86)	1,61 (0,28; 2,94)	16,61 (14,59; 18,62)	16,42 (14,39; 18,44)	15,99 (13,90; 18,08)	0,19 (- 1,23; 1,61)	0,62 (-0,89; 2,13)
Problemy ze snem										
Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ)	16,98 (15,07; 18,88)	18,08 (16,15; 20)	17,92 (15,98; 19,87)	-1,10 (-2,59; 0,38)	-0,95 (-2,46; 0,55)	16,66 (14,56; 18,75)	15,42 (13,31; 17,53)	16,37 (14,19; 18,56)	1,24 (-0,37; 2,85)	0,28 (-1,43; 1,99)
Postrzegany stres										
Pressure Activation Stress scale (PAS)	22,54 (20,36; 24,72)	22,93 (20,73; 25,14)	22,14 (19,92; 24,36)	-0,39 (-2,07; 1,29)	0,40 (-1,13; 2,11)	24,95 (22,56; 27,35)	25,60 (23,19; 28,01)	24,15 (21,66; 26,65)	-0,65 (-2,48; 1,17)	0,80 (-1,14; 2,74)
Farmakoterapia										
Większość pacjentów w obu grupach miała stabilne leki podczas badania (62% w SSTG i 72% w grupie kontrolnej). U 1/5 pacjentów wprowadzono poważne zmiany w farmakoterapii (21% w SSTG i 18% w grupie kontrolnej), a nieco mniej nie miało leków na ADHD w całym badaniu (17% w SSTG i 10% w grupie kontrolnej).										
Liczba sesji terapeutycznych										
Średnia frekwencja w SSTG wyniosła 8,7 sesji (62% wszystkich uwzględnionych sesji), podczas gdy średnia frekwencja w grupie kontrolnej wyniosła 2,3 sesji (76% wszystkich uwzględnionych sesji), ujawniając istotną różnicę między grupami w proporcji frekwencji ($t = 2,76$, $p = 0,007$).										
Praca domowa										
45% zadań domowych zostało wykonanych w SSTG, podczas gdy 43% prac domowych wykonano w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach leczenia między miejscami.										

Tabela 16 Opis metodyki i wyników badania Dabrowski 2018

Dabrowski 2018 The Long-Term Effects of Group-Based Psychological Interventions for Children With Tourette Syndrome: A Randomized Controlled Trial		
Charakterystyka badania		
Metodyka	Populacja	Interwencja / komparator
Dwuramiennie RCT	<p>N=28 pacjenci pediatryczni ze zdiagnozowanym zespołem Tourette'a (<i>ang. Tourette Syndrome, TS</i>)</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pierwotne rozpoznanie TS lub przewlekłego zaburzenia tikowego (<i>ang. Chronic Tic Disorder, CTD</i>), Dzieci w wieku 9–13 lat (w okresie szczytowego nasilenia tików), Wyjściowy wynik >13 w skali Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS), IQN80 w pełnej skali. <p><u>Kryteria wyłączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Obecna/przeszła diagnoza psychozy lub nadużywania leków; Dzieci, które wcześniej otrzymały więcej niż 4 sesje behawioralnego leczenia tików; Dzieci, które uczęszczały na sesję edukacyjną w poradni tików w ciągu ostatnich 2 lat; <p>Rodziny, których poziom znajomości języka angielskiego utrudniałby realizację sesji.</p> <p>Zaburzenia tikowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> TS (E: n=13; HRT: n=13) Przewlekły zespół tików (<i>ang. chronic multiple tic disorder, CMTD</i>) (HRT: n=2) 	<p><u>Interwencja:</u></p> <p>Technika odwracania nawyku (<i>ang. habit reversal training, HRT</i>): n=15</p> <p>Obejmuje elementy samokontroli i budowania świadomości, których celem jest dostrojenie świadomości pacjenta do impulsu, aby ułatwić wczesne wykrycie tików. Pacjentów uczy się stosowania określonego fizycznie niezgodnego ruchu lub dźwięku, zwanego reakcją konkurencyjną, w celu skutecznego zablokowania wytwarzania tiku.</p> <p><u>Komparator:</u></p> <p>Edukacja grupowa (<i>ang. education, E</i>): n=13</p> <p>Edukacja ma na celu zwalczanie pogarszających się trudności psychospołecznych i współwystępujących.</p> <p><u>Czas trwania sesji:</u> jednorazowa 3-godzinna sesja prowadzona przez 1 terapeutę.</p> <p><u>Okres obserwacji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 12 miesięcy [T2], 30 dni po T2 [T3].
Wiek, zakres		10-14 lat (MD=12.06)
Płeć żeńska, n (%)		N=7 (25%)
Ograniczenia badania		
<ul style="list-style-type: none"> Stosunkowo niewielka próba, 		

TABELE EKSTRAKCJI

- Mimo zaślepienia uczestnicy jak i oceniający wiedzieli, że grupa interwencyjna i kontrolna otrzymali jakąkolwiek formę leczenia,
- Średni wiek w ocenie T1 i T3 mieścił się w okresie szczytowego nasilenia objawów między 10 a 12 r.ż. lub bardzo blisko tego okresu, co sugeruje, że zmniejszenie w nasilenia t ków jest mało prawdopodobne,
- Wskaźnik obecności w szkole był mierzony jedynie w 2 punktach czasowych (T1 i T3).

Skuteczność i bezpieczeństwo

Punkt końcowy		E			HRT			Główny efekt	Efekt czasu	Interakcja
		T1*	T2**	T3***	T1*	T2**	T3***			
Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)	Nasilenie tików ruchowych	15,92 (3,23)	15,54 (2,33)	13,77 (4,46)	17,60 (4,53)	14,73 (3,83)	12,20 (5,07)	p=0,382	p=0,011	p=0,630
	Nasilenie tików fonicznych	12,92 (6,41)	11,15 (6,3(5))	9,23 (7,28)	12,33 (7,19)	12,33 (5,64)	10 (7,10)	p=0,670	p=0,059	p=0,851
	Całkowite nasilenie tików	28,85 (8,70)	26,69 (7,50)	23 (10,83)	29,93 (10,05)	27,07 (8,44)	22,20 (10,84)	p=0,715	p=0,012	p=0,948
The Gilles de la Tourette Syndrome–Quality of Life Scale for Children and Adolescents (C&A-GTS-QO)		36,15 (14,37)	≈34,2	≈27,2	32,33 (17,14)	≈28,49	≈25,13	p =0,220	p =0,942	p =0,315
Obecność w szkole		93,69%	-	95,99%	92,34%	-	95,22%	p = 0,723	p=0,004	p = 0,484

*dane bazowe

**12 miesięcy po interwencji

***30 dni po T2

Olson 2017		
Social Skills Training for Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial		
Charakterystyka badania		
Metodyka	Populacja	Interwencja / komparator
Wieloośrodkowe RCT	N=296 pacjenci ze spektrum autyzmu (<i>ang. autism spectrum disorder, ASD</i>)	Interwencja: Grupowe szkolenie umiejętności społecznych (<i>ang. social skills group training, SSGT</i>) + opieka standardowa (n=150)

TABELE EKSTRAKCJI

	<p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choroba psychiatryczna (ADHD, lęk i depresja), • Wiek od 8-17 r.ż., • IQ > 70. <p>Kryteria wyłączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samookaleczenie, • Zaburzenia zachowania, • Zaburzenie osobowości lub jakiegokolwiek zaburzenie psychotyczne, które zakłócałoby uczestnictwo lub wymagałoby alternatywnego leczenia, • Brak motywacji do uczestnictwa w badaniu, • Brak wystarczającej znajomości języka szwedzkiego. 	<p>SSGT to zinstruowany, ustrukturyzowany program dla dzieci i młodzieży z ASD w normatywnym zakresie IQ. Ma na celu poprawę umiejętności interakcji społecznych i komunikacji, motywacji społecznej, świadomości siebie i innych, umiejętności rozwiązywania problemów i pewności siebie. Program wykorzystuje elementy terapii poznawczo-behawioralnej (<i>ang. cognitive-behavioral therapy, CBT</i>), komputerowego treningu poznawczego, aktywacji behawioralnej, psychoedukacji, obserwacyjnego uczenia się i zaangażowania rodziców poprzez różne formy leczenia.</p> <p>Czas trwania sesji: 1 sesja/tydzień (60 min. u dzieci w wieku 8-12 lat; 90 min. u młodzieży w wieku 13-18 lat)</p> <p>Komparator: Opieka standardowa (n=146)</p> <p><u>Czas leczenia:</u> 12 tygodni <u>Follow-up:</u> 3 miesiące</p>				
Wiek, zakres	SSGT: 12,06 (SD=2,59); Standardowe leczenie: 11,61 (SD=2,66)					
Płeć, n (%)	SSGT: mężczyźni, n=108 (72%), kobiety, n=43 (28%); Opieka standardowa: mężczyźni, n=101 (69%), kobiety, n=45 (31%)					
Ograniczenia badania						
<ul style="list-style-type: none"> • Wnioski opierają się na ocenach odślepionych, • Brak spójnych wyników we wszystkich pomiarach i podgrupach, • Dołączenie do grupy rówieśników z podobnymi trudnościami może stanowić o obserwowanych korzyściach, • Duża liczba analiz zwiększa ryzyko błędów typu I, • Grupa standardowej opieki otrzymywała więcej indywidualnej CBT i poradnictwa, co mogło prowadzić do niedoszacowania rzeczywistego efektu SSGT. 						
Skuteczność i bezpieczeństwo						
Punkt końcowy		SSGT + opieka standardowa (n=150)	Opieka standardowa (n=146)	Różnica między interwencją, a grupą kontrolną	p	Efekt
Pierwszorzędowe						
Perspektywa rodzica/opiekuna						
SRS (<i>ang. social responsiveness scale</i>)	Przed interwencją	87,9 (83,8-92)	87,9 (83,8-92)	-	-	-
	Po interwencji	78,7 (74,4-82,9)	81,8 (77,6-86)	-3,1 (-7,2; 0,9)	0,13	0,13
	Follow-up	77,3 (72,9-81,6)	81,1 (76,7-85,4)	-3,8 (-8,1; 0,4)	0,08	0,16

TABELE EKSTRAKCJI

Perspektywa nauczyciela						
Social Responsiveness Scale (SRS)	Przed interwencją	71,6 (66,3-76,9)	79,3 (74,1-84,5)	-	-	-
	Po interwencji	71,6 (65,8-77,5)	73,6 (68-79,2)	5,8 (-1,3; 12,9)	0,11	-0,22
	Follow-up	71,2 (65-75,5)	73,6 (67,5-79,8)	5,3 (-2,4; 13,1)	0,18	-0,21
Drugorządowe		SSGT + opieka standardowa (n=150)	Opieka standardowa (n=146)	Różnica między interwencją, a grupą kontrolną	p	Efekt
Zachowanie adaptacyjne (rodzice/opiekunowie)						
ABAS-II (ang. Adaptive Behavior Assessment System II)	Przed interwencją	370,9 (360,5-381,3)	373,3 (362,8-383,8)	-	-	-
	Po interwencji	390,4 (379,7-401,1)	380,8 (370,2-391,5)	11,9 (3,3-20,6)	0,01	0,40
	Follow-up	397,2 (386-408,1)	388,9 (378-399,8)	10,7 (1,5-19,8)	0,02	0,36
Zachowanie adaptacyjne (nauczyciele)						
ABAS-II	Przed interwencją	346,8 (336,2-357,4)	341,3 (330,8-351,8)	-	-	-
	Po interwencji	355,5 (344,2-366,9)	350,9 (340-361,7)	-0,9 (-13,3; 11,6)	0,89	-0,02
	Follow-up	353,4 (341,4-365,4)	348,6 (336,7-360,5)	-0,7 (-14,4; 13)	0,92	-0,01
Redukcja stresu rodzicielskiego (rodzice/opiekunowie)						
PSS (ang. perceived stress scale)	Przed interwencją	24,8 (23,5-26,1)	24,6 (23,3-25,9)	-	-	-
	Po interwencji	22,9 (21,5-24,3)	24,3 (22,9-25,6)	-1,6 (-3,6; 0,4)	0,11	0,22
	Follow-up	20,7 (19,3-22,2)	24 (22,6-25,5)	-3,6 (-5,6; -1,5)	<0,001	0,50
Ogólne funkcjonowanie (perspektywa nauczyciela)						
DD-CGAS (ang. Developmental Disabilities modification of the Children's Global Assessment Scale)	Przed interwencją	58,2 (57-59,5)	57,2 (55,9-58,4)	-	-	-
	Po interwencji	61,9 (60,6-63,3)	58,4 (57,1-59,7)	2,4 (0,8-4,1)	0,004	0,34
	Follow-up	63,1 (61,7-64,4)	58,8 (57,4-60,1)	3,2 (1,5-4,9)	<0,001	0,45
Nasilenie choroby (perspektywa nauczyciela)						
	Przed interwencją	4,2 (4,1-4,3)	4,3 (4,2-4,5)	-	-	-

TABELE EKSTRAKCJI

CGI-S (<i>ang. Clinical Global Impression Severity</i>)	Po interwencji	3,8 (3,6-3,9)	4,2 (4,1-4,4)	-0,3 (-0,5;-0,1)	<0,001	0,41
	Follow-up	3,7 (3,6-3,9)	4,2 (4-4,3)	-0,3 (-0,5; -0,1)	0,002	0,38
Stres (dzieci)						
CiS (<i>ang. children in stress</i>)	Przed interwencją	2,3 (2,3-2,4)	2,4 (2,3-2,4)	-	-	-
	Po interwencji	2,3 (2,2-2,4)	2,3 (2,2-2,4)	0 (-0,1; 1)	0,76	-0,03
	Follow-up	2,2 (2,2-2,3)	2,2 (2,2-2,3)	0 (-0,1; 1)	0,97	0
Zdarzenia niepożądane (<i>ang. adverse events</i>)	Absencja szkolna	19 (13,3%)				
	Zwiększony stres	6 (4,2%)				
	Zwiększone problemy behawioralne	1 (0,7%)				
	Zmniejszenie uwagi	1 (0,7%)				
	Wzrost niepokoju	1 (0,7%)				
	Wzrost zmęczenia	1 (0,7%)				

5.2.2. Sesja psychoterapii wielorodzinnej

Tabela 17. Opis metodyki i wyników badania Terache 2022

Terache 2022							
<i>Promising effect of multi-family therapy on BMI, eating disorders and perceived family functioning in adolescent anorexia nervosa: an uncontrolled longitudinal study</i>							
Charakterystyka badania							
Metodyka	Populacja			Interwencja			
Niekontrolowane badanie longitudinalne	N= 150 Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym <ul style="list-style-type: none"> Brak danych o szczegółowych kryteriach włączenia/wyłączenia z badania 			Psychoterapia wielorodzinna dedykowana pacjentom z jadłowstrętem psychicznym zdiagnozowanym zgodnie z kryteriami diagnostycznymi zaburzeń psychicznych DSM-5. Program obejmował kilka dni terapii oraz aktywności na przestrzeni blisko roku. Brak dostępu do załącznika zawierającego pełny opis schematu terapii.			
Wiek, lata, średnia (SD)				15,57 (1,54)			
Płeć żeńska, n (%)				144 (96%)			
Początkowe BMI, średnia (SD)				15,62 (1,57)			
Ograniczenia badania							
W badaniu występował duży odsetek rezygnacji pacjentów z badania, dodatkowo, duża część rodzin nie wypełniła kwestionariuszy poprzez proces terapii. Wysoki wskaźnik rezygnacji mógł spowodować wystąpienie błędu systematycznego. Brak grupy kontrolnej. Celem badania nie był wyłącznie cel badawczy, ale wyn ki miały dostarczyć również dane dotyczące ewaluacji programu nowego ośrodka zajmującym się leczeniem młodzieży z zaburzeniami odżywiania.							
Skuteczność i bezpieczeństwo							
Punkt końcowy	Bazowo	Połowa leczenia (~6 miesięcy)	Koniec leczenia (~12 miesięcy)	6 miesięcy po leczeniu	12 miesięcy po leczeniu	Analiza statystyczna	
PEBW (<i>Percentage of Expected Body Weight</i>) – procent oczekiwanej masy ciała, średnia (SD), n (PEBW = BMI/50 percentyl BMI odpowiedni dla wieku i wzrostu x 100)	76,90% (7,68), n=149	86,11% (9,89), n=113	88,67% (11,14), n=141	91,55% (12,13), n=95	92,32% (11,18), n=65		
Ocena kwestionariuszem zaburzeń odżywiania (EDI- Dążenie do bycia szczupłym	1,64 (0,94), n=148, α=0,86	1,07 (1,04), n=114, α=0,92	0,95 (0,98), n=130, α=0,91	0,75 (0,92), n=99, α=0,92	0,88 (0,99), n=76, α=0,93		
	0,25 (0,47), n=148, α=0,77	0,23 (0,50), n=114, α=0,86	0,23 (0,51), n=130, α=0,86	0,20 (0,44), n=99, α=0,82	0,23 (0,54), n=76, α=0,90		

TABELE EKSTRAKCJI

II), średnia (SD), n, alfa Cronbacha	Niezadowolenie z własnego ciała	1,46 (0,92), n=148, α=0,90	1,27 (1,01), n=114, α=0,94	1,15 (1,04), n=130, α=0,95	1,02 (1,05), n=99, α=0,96	1,00 (1,05), n=76, α=0,95	
	Nieefektywność	0,93 (0,66), n=148, α=0,85	0,72 (0,71), n=114, α=0,92	0,66 (0,68), n=130, α=0,90	0,47 (0,46), n=99, α=0,89	0,43 (0,58), n=76, α=0,91	
	Perfekcjonizm	0,90 (0,66), n=148, α=0,72	0,64 (0,62), n=114, α=0,73	0,65 (0,67), n=130, α=0,76	0,58 (0,64), n=99, α=0,78	0,58 (0,67), n=76, α=0,81	
	Nieufność w relacjach międzyludzkich	0,97 (0,63), n=148, α=0,76	0,54 (0,55), n=114, α=0,78	0,51 (0,62), n=130, α=0,84	0,38 (0,48), n=99, α=0,66	0,39 (0,57), n=76, α=0,70	
	Świadomość interoceptywna	1,10 (0,74), n=148, α=0,85	0,55 (0,57), n=114, α=0,83	0,51 (0,62), n=130, α=0,87	0,38 (0,48), n=99, α=0,81	0,39 (0,57), n=76, α=0,88	
	Obawy przed dojrzeniem	0,95 (0,63), n=148, α=0,77	0,59 (0,62), n=114, α=0,84	0,52 (0,62), n=130, α=0,88	0,35 (0,48), n=99, α=0,82	0,36 (0,53), n=76, α=0,85	
	Ascetyzm	0,88 (0,61), n=148, α=0,77	0,65 (0,61), n=114, α=0,79	0,58 (0,53), n=130, α=0,72	0,45 (0,47), n=99, α=0,71	0,49 (0,90), n=76, α=0,76	
	Impulsywność	0,49 (0,48), n=148, α=0,78	0,38 (0,53), n=114, α=0,87	0,31 (0,45), n=130, α=0,83	0,25 (0,40), n=99, α=0,82	0,23 (0,39), n=76, α=0,84	
	Niepewność społeczna	1,01 (0,65), n=148, α=0,80	0,71 (0,61), n=114, α=0,82	0,67 (0,63), n=130, α=0,85	0,48 (0,51), n=99, α=0,82	0,39 (0,48), n=76, α=0,84	
Kwestionariusz oceny funkcji rodzinnych FAD - <i>Family assessment device</i> , średnia (SD), n, alfa Cronbacha	Rozwiązywanie problemów	1,90 (0,51), n=130, α=0,79	1,83 (0,57), n=100, α=0,84	1,80 (0,56), n=120, α=0,83	1,71 (0,56), n=97, α=0,86	1,79 (0,60), n=76, α=0,83	
	Komunikacja	2,05 (0,57), n=130, α=0,86	1,88 (0,43), n=100, α=0,89	1,91 (0,56), n=97, α=0,89	1,91 (0,56), n=97, α=0,89	1,86 (0,55), n=76, α=0,88	
	Rola	2,02 (0,40), n=130, α=0,69	1,88 (0,43), n=100, α=0,76	1,88 (0,48), n=120, α=0,81	1,80 (0,51), n=97, α=0,88	1,78 (0,64), n=76, α=0,80	
	Reakcje afektywne	2,06 (0,63), n=130, α=0,85	1,88 (0,66), n=100, α=0,87	1,87 (0,65), n=120, α=0,87	1,87 (0,66), n=97, α=0,88	1,78 (0,64), n=76, α=0,88	
	Zaangażowanie emocjonalne	1,94 (0,45), n=130, α=0,75	1,79 (0,50), n=100, α=0,82	1,80 (0,54), n=120, α=0,81	1,74 (0,49), n=97, α=0,78	1,70 (0,50), n=76, α=0,82	
	Kontrola zachowania	1,74 (0,45), n=130, α=0,74	1,52 (0,47), n=100, α=0,83	1,56 (0,53), n=120, α=0,87	1,45 (0,45), n=97, α=0,84	1,45 (0,43), n=76, α=0,82	
	Ogólne funkcjonowanie rodziny	1,83 (0,54), n=130, α=0,90	1,87 (0,47), n=100, α=0,88	1,71 (0,53), n=120, α=0,90	1,71 (0,57), n=97, α=0,92	1,69 (0,53), n=76, α=0,89	

TABELE EKSTRAKCJI

Tabela 18 Opis metody i wyników badania Fristad 2018

Fristad 2018 <i>Adaptation of Multi-Family Psychoeducational Psychotherapy (MF-PEP) for Adolescents with Mood Disorders: Preliminary Findings</i>				
Charakterystyka badania				
Metodyka	Populacja		Interwencja / komparator	
Prospektywne badanie obserwacyjne	N= 26; Główne rozpoznania - ciężkie zaburzenia depresyjne (n=9), zaburzenia afektywne dwubiegunowe, nieokreślone (n=6), zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu 1 (n=2), zaburzenia depresyjne, nieokreślone (n=1), zaburzenia nastroju, nieokreślone (n=1). 19 osób skończyło program Kryteria włączenia: <ul style="list-style-type: none"> • Występowanie zaburzeń nastroju, • Możliwość komunikacji po angielsku, • Rodzic/rodzice chętni do uczestnictwa oraz z możliwością komunikacji po angielsku, Kryteria wyłączenia: <ul style="list-style-type: none"> • IQ < 70, • Główna diagnoza inna niż zaburzenia nastroju, • Przewlekłe zachowania suicydalne lub samookaleczające, • Niedostępność rodzica/rodziców lub brak chęci w uczestnictwie w minimum 7 sesjach. 		Interwencja: Psychoterapia wielorodzinna psychoedukacyjna. Czas trwania sesji: osiem 90-minutowych sesji raz w tygodniu. Sesja prowadzona przez psychologa klinicznego, pracownika socjalnego z wykształceniem magisterskim, psychologa ze stopniem poddoktorskim, licencjonowany zawodowy doradca kliniczny.	
Wiek, zakres			12,1-18	
Płeć żeńska, n (%)			14/19 (74%)	
Ograniczenia badania				
Brak grupy kontrolnej; duże zróżnicowanie stosowanej przez uczestników farmakoterapii; brak ustandaryzowanej metody diagnostycznej na początku badania; różnorodność grupy pomiędzy sesjami, w tym różnorodność charakterystyki; brak długoterminowego follow-up;				
Skuteczność i bezpieczeństwo				
Punkt końcowy	Pretest		Posttest	Analiza statystyczna (d Cohena; chyba, że wskazano inaczej)
Perspektywa rodzica/opiekuna				
Kwestionariusz oceny Ohio Scale - Ohio Youth Problems, Functioning, and Satisfaction	Obszar problemów (zakres pkt 0-100)	25,3 (14,5)	16,2 (9,8)	SMD=1,19
	Obszar satysfakcji (zakres pkt 4-24)	13,2 (3,9)	9,9 (3,3)	SMD=1,55

TABELE EKSTRAKCJI

Scales, średnia (SD)	Obszar nadziei (zakres pkt 4-24)	9,0 (4,4)	6,4 (3,0)	SMD=0,93
	Obszar funkcjonowania (zakres pkt 0-80)	43,6 (14,7)	50,4 (17,1)	SMD=-0,68
Skala <i>Child Mania Rating Scale</i> (CMRS) (zakres 0-66 pkt)		14,0 (11,3)	12,8 (11,3)	SMD=0,21
Kwestionariusz <i>Understanding of Mood Disorder Questionnaire</i> (UMDQ) (zakres 0-59)		47,5 (8,0)	52,9 (5,6)	SMD=-0,85
Kwestionariusz <i>Mood and Feelings Questionnaire</i> (MFQ) (zakres 0-68)		25,1 (10,0)	15,7 (9,3)	SMD=0,92
Perspektywa pacjenta				
Kwestionariusz COPE (<i>Coping Orientation to Problems Experienced</i>) (zakres 28-112)	Adaptacyjne	36,3 (9,7)	46,9 (9,1)	SMD=-1,02
	Nieadaptacyjne	13,0 (3,6)	13,1 (5,2)	SMD=-0,02
Kwestionariusz oceny Ohio Scale - <i>Ohio Youth Problems, Functioning, and Satisfaction Scales</i> , średnia (SD)	Obszar problemów (zakres pkt 0-100)	30,4 (12,6)	19,4 (10,6)	SMD=0,78
	Obszar satysfakcji (zakres pkt 4-24)	11,4 (3,9)	9,6 (3,6)	SMD=0,60
	Obszar nadziei (zakres pkt 4-24)	8,4 (4,4)	8,2 (4,1)	SMD=0,07
	Obszar funkcjonowania (zakres pkt 0-80)	49,9 (13,4)	55,6 (12,3)	SMD=-0,40
Kwestionariusz <i>Understanding of Mood Disorder Questionnaire</i> (UMDQ) (zakres 0-59)		40,4 (9,8)	45,7 (12,4)	SMD=-0,68
Kwestionariusz <i>Mood and Feelings Questionnaire</i> (MFQ) (zakres 0-68)		26,3 (14,3)	21,8 (14,1)	SMD=0,45

Tabela 19. Opis metodyki i wyników badania Smith 2018

Smith 2018					
<i>Transitioning Together: A Multi-Family Group Psychoeducation Program for Adolescents with ASD and their Parents</i>					
Charakterystyka badania					
Metodyka	Populacja		Interwencja		
Randomizowane badanie kontrolne z listą oczekujących	N= 45 pacjenci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu Kryteria włączenia: <ul style="list-style-type: none"> • Wiek 14-17 lat, • uczestnictwo do szkoły ogólnokształcącej przez co najmniej 50% dni szkolnych, • płynna umiejętność wypowiedzi, rozumiana jako umiejętność formułowania złożonych zdań, • pacjent zamieszkuje obecnie z rodzicem lub opiekunem prawnym, • potwierdzenie niezależnej diagnozy medycznej lub edukacyjnej nastolatka w zakresie zaburzeń ze spektrum autyzmu za pomocą Kwestionariusza Komunikacji Społecznej 		Interwencja (n=19): Wielorodzinna psychoedukacja; program „Transitioning Together” – 8 tygodniowy program, skupiający się na strategiach rozwiązywania problemów związanych z wiekiem dojrzewania. Sesję obejmują ćwiczenia praktyczne skupiające się na osiągnięciu celów, problemach społecznych oraz radzenia sobie ze stresem oraz uczestnictwa w aktywnościach społecznych. Kontrolna lista oczekujących (n=26): Brak		
Wiek, zakres, średnia (SD)			14-17, 15,44 (1,03)		
Płeć męska, n (%)			35 (78%)		
Ograniczenia badania					
Brak randomizacji; istotne różnice w IQ pomiędzy grupami; młodzież z grupy interwencyjnej miała wyższe IQ niż kontrola; niewie ka wielkość próby; niska różnorodność etniczna uczestników.					
Skuteczność i bezpieczeństwo					
Punkt końcowy	Interwencja		Kontrola		Analiza statystyczna ANCOVAs, test F
	Przed interwencją	Po interwencji	Przed interwencją	Po interwencji	
Punkty końcowe dotyczące rodzica/opiekuna					
Symptomy depresyjne - <i>Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)</i> , średnia (SD), n	19,90 (3,04), 14	14,46 (2,97), 14	13,25 (2,40), 21	13,36 (2,35), 21	4,87; p=0,035
Ogólny stres życiowy - <i>Perceived Stress Scale (PSS)</i> , średnia (SD), n	20,16 (2,20), 14	17,67 (2,30), 14	17,83 (1,74), 21	16,61 (1,80), 21	0,33; p=0,572

TABELE EKSTRAKCJI

Rozwiązywanie problemów – podpunkty dotyczące rozwiązywania problemów ze skali <i>Family Empowerment Scale</i> , średnia (SD), n	2,41 (0,24), 14	2,85 (0,20), 14	2,70 (0,19), 21	2,72 (0,16), 21	4,42; p=0,04
Punkty końcowe związane z relacją rodzic/opiekun - dziecko					
Jakość relacji - <i>Positive Affect Index</i> , średnia (SD), n	45,08 (2,12), 14	43,58 (1,86), 14	43,90 (1,68), 21	43,42 (1,47), 21	0,20; p=0,659
Obciążenie w interakcjach – podpunkty dotyczące ww. z <i>Zarit Burden Interview</i>	0,68 (0,13), 14	0,47 (0,11), 14	0,49 (0,10), 21	0,52 (0,09), 21	3,35; p=0,077
Poczucie szczęścia / dumy - <i>Five Minute Speech Sample (FMSS)</i>	2,06 (0,24), 16	2,60 (0,17), 16	2,52 (0,18), 25	2,34 (0,13), 25	6,55; p=0,015
Serdeczność/ciepło - <i>Camberwell Family Interview</i>	3,42 (0,30), 16	3,80 (0,31), 16	3,88 (0,25), 22	3,65 (0,26), 22	1,35; p=0,254
Pozytywne uwagi - <i>Positive remarks</i>	3,08 (0,44), 16	2,5 (0,51), 16	1,85 (0,37), 22	2,01 (0,42), 22	0,53; p=0,470
Krytycyzm - <i>Criticism</i>	1,76 (0,56), 16	2,01 (0,17), 16	2,54 (0,47), 22	1,72 (0,47), 22	1,69; p=0,202

5.2.1. Superwizja procesu diagnostycznego

Tabela 20. Opis metodyki i wyników przeglądu systematycznego Snowdon 2017

Snowdon 2017		
<i>Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies</i>		
Charakterystyka przeglądu systematycznego		
Typ	Metodyka	Interwencja / charakterystyka
Przegląd systematyczny z syntezą jakościową	<p>Wyszukiwanie w bazach: MEDLINE, PsychINFO, CINAHL, EMBASE, AMED.</p> <p>Liczba badań: 17 (w niniejszym raporcie zaprezentowano wyniki 3 badań dotyczących punktów końcowych zdrowotnych pacjenta, dotyczących populacji pacjentów zgodnej z przedmiotem zlecenia)</p> <p>Kryteria włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superwizja kliniczna wykwalifikowanych, zarejestrowanych pracowników ochrony zdrowia, lub podczas stażu dyplomowego 	3 badań oceniających punkt końcowe zdrowotne pacjenta;

TABELA EKSTRAKCJI

	<ul style="list-style-type: none"> Punkty końcowe obejmujące pomiar skuteczności procesu skuteczności klinicznej względem pacjenta lub doświadczenia pacjenta z opieką zdrowotną Uwzględnienie grupy kontrolnej lub porównanie retrospektywnego do grupy pracowników ochrony zdrowia, którzy nie brali udziału w procesie superwizji lub była ona z mniejszą intensywnością Publikację w języku angielskim Kryteria wyłączenia: Ocena skuteczności superwizji studentów lub rewizji na poziomie podstawowym (entry level), Badanie wpływu superwizji klinicznej na wyniki pracy superwizora klinicznego Punkty końcowe wyłącznie dotyczące bezpieczeństwa pacjenta oraz środowiskowe (np. wykorzystanie wsparcia społecznego), Pomiar jakości opieki wyłącznie z wykorzystaniem samooceny terapeutów, Badanie z wykorzystaniem scenariusza symulowanej opieki nad pacjentem, Badanie efektu wykorzystania superwizji nad innymi osobami niż pracownicy ochrony zdrowia, Badanie modelu superwizji „koleżeńskiej”. 	
Wiek, zakres, średnia (SD)		14-17, 15,44 (1,03)
Płeć męska, n (%)		35 (78%)
Ograniczenia badania		
Brak badań RCT; metodyka włączonych badań opiera się najczęściej na ocenie retrospektywnej dokumentacji medycznej pacjentów; wysoka heterogeniczność pomiędzy badaniami; analiza szerokiego zastosowania interwencji wśród zróżnicowanej populacji pacjentów.		
Skuteczność i bezpieczeństwo		
Badanie	Punkt końcowy / metoda pomiaru	Analiza statystyczna <i>(SMD > 0 – na korzyść interwencji; OR > 1 – na korzyść interwencji)</i>
Martino 2016	Dni absencji od substancji uzależniającej; samodzielnie raportowana przez pacjenta (n=385)	SMD=-0,06 (95% CI -0,26; 0,14)
Bradshaw 2007	Objawy psychiatryczne u pacjentów psychotycznych; skala Krawiecka, Goldberg i Vaughan (KGV)	KGV symptomy afektywne: SMD=0,32 (95%CI -0.10; 0.73) KGV symptomy pozytywne”

TABELE EKSTRAKCJI

		<p>SMD=0,48 (95%CI 0.06; 0.90) KGV symptomy negatywne: SMD=0,06 (95%CI -0.36 ; 0.47) KGV wynik całkowity: SMD=0,47 (95%CI 0.06; 0.89)</p>
Bambling 2006	Ciężkość depresji; skala depresji Becka	<p>Skills Foci Supervision BDI SMD=0,50 (95%CI 0.02; 0.99) Process Foci Supervision BDI SMD=0,76 (95%CI 0.28; 1.24)</p>

5.2.2. Podsumowanie

Z uwagi na szeroki zakres analizowanej populacji, a także różnorodność stosowanych interwencji oraz analizowanych punktów końcowych, odstąpiono od syntezy ilościowej danych. W poniższym rozdziale przedstawiono najważniejsze wnioski w formie syntezy jakościowej.

Sesja treningowa – grupowa

W ramach analizy skuteczności sesji treningowo-grupowej, włączono do analizy łącznie 3 badania, oceniające skuteczność technik stosowanych w ramach ww. sesji treningowych. Jedną z technik jest grupowe szkoleniową umiejętności społecznych zawierająca w sobie elementy terapii poznawczo-behawioralnej wraz z terapią dialektyczno-behawioralną dedykowana pacjentom z ADHD. Ukierunkowana jest na radzenie sobie z podstawowymi objawami ADHD oraz związanymi z tym trudnościami. W badaniu Meyer 2021 dokonano porównania ww. metody ze standardową sesją psychoedukacyjną prowadzoną przez dwóch terapeutów. Do badania włączono łącznie 164 pacjentów, z czego 85 znajdowała się w grupie interwencyjnej, a 79 w grupie kontrolnej. W badaniu nie zaobserwowano istotnej różnicy pomiędzy pierwszorzędowymi punktami końcowymi (kwestionariusze oceny pomiaru m.in. symptomów ADHD, jakości życia, funkcjonalne, uważności) we wszystkich okresach pomiaru (maks. 6 miesięcy), a siła efektu oceniana była jako brak lub niewielka (*d Cohena* pomiędzy 0,01 a 0,33). Obie grupy zwiększyły swoją wiedzę na temat ADHD, poprawiły umiejętności radzenia sobie z problemami. Obie interwencje są skuteczną opcją terapeutyczną.

W badaniu Dabrowski 2018 badano skuteczność terapii obejmującej techniki odwracania nawyku (HRT) w formie terapii grupowej do sesji edukacji. Analiza wykazała, iż obie interwencje charakteryzowały się podobną skutecznością w czasie obserwacji (13 miesięcy) i brak było istotnych różnic pomiędzy grupami. Zastosowanie HRT skutkowało średnio redukcją o 8 punktów wg skali WGTSS, a zastosowanie edukacji – 6 pkt. Redukcję o minimum 6 punktów przyjmuje się jako istotną klinicznie. Wyniki wskazują, iż zastosowanie obu interwencji przynosi pozytywne skutki w ograniczeniu występowania tików w zespole Touretta.

Badanie RCT Olsson 2017 analizowały wpływ treningu umiejętności społecznych wśród dzieci i młodzieży z autyzmem, w porównaniu do standardowej opieki. Pierwszorzędowym punktem końcowym była ocena według skali responsywności społecznej (SRS), zarówno z perspektywy rodzica/opiekuna oraz nauczyciela. Wykazano, że SRS (w opinii rodziców) zmniejszyło się z 87,9 do 77,3 z wielkością efektu 0,13 w grupie interwencyjnej (SSGT+standardowa opieka), a w grupie kontrolnej (standardowa opieka) z 87,9 do 81,1 z wielkością efektu 0,16. Drugorzędowe punkty końcowe wskazywały na umiarkowany wpływ na funkcjonowanie adaptacyjne i nasilenie kliniczne. Zastosowanie SSGT przewyższało standardową opiekę w wynikach zachowania adaptacyjnego ocenianych przez rodziców w skali ABAS-II [10,7; 95%CI (1,5; 19,8); $p=0,02$, $ES=0,36$] oraz redukcji stresu rodzicielskiego w skali PSS [3,6; 95%CI (5,6; 1,5); $p<0,001$, $ES=0,50$]. Nie wykazano znaczącego wpływu SSGT na wzrost zachowań adaptacyjnych ocenianych przez nauczycieli w skali ABAS-II lub zgłaszany przez uczestników spadek stresu w porównaniu ze standardową opieką. Oceny trenerów wskazywały na istotnie większą poprawę w grupie SSGT w zakresie globalnego funkcjonowania w skali DD-GAS [3,2; 95%CI (1,5; 4,9); $p<0,001$, $ES=0,45$] oraz nasilenia klinicznego w skali CGI-S [0,3; 95%CI (0,5; 0,1); $p=0,002$, $ES=0,38$]. Zdarzenia niepożądane obejmowały opuszczony czas w szkole z powodu treningu ($n=19$), zwiększony stres ($n=6$), zwiększone problemy behawioralne ($n=1$), zmniejszenie uwagi ($n=1$), wzrost niepokoju ($n=1$) oraz zwiększone zmęczenie ($n=1$). Wyniki wskazują, że SSGT dla dzieci i młodzieży z ASD w ramach regularnych świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego jest skuteczne i bezpieczne.

Sesja terapii wielorodzinnej

Skuteczność stosowania terapii wielorodzinnej we włączonych badaniach, oceniana była u pacjentów z m.in. jadłowstrętem psychicznym (Terache 2022), gdzie zastosowanie interwencji w badaniu pretest-

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

posttest (150 pacjentów), wykazało istotną poprawę we wszystkich domenach kwestionariusza zaburzeń odżywiania EDI-II (poza bulimią), a efekt leczenia utrzymywał się w czasie ostatniej obserwacji po leczeniu (12 miesięcy). Wyniki zgodne są z hipotezą, iż terapia wielorodzinna wiąże się ze zmniejszeniem symptomów zaburzeń odżywiania. Również oczekiwana masa ciała odpowiedniego dla wzrostu i wieku pacjenta uległa zwiększeniu z 76,90% do 92,32% w chwili ostatniego follow-up.

W badaniu pretest-posttest Fristad 2018, obejmującym pacjentów z zaburzeniami nastroju (n=26), w tym ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi oraz zaburzeniami dwubiegunowymi badany był wpływ wielorodzinnej psychoedukacji. Wyniki z perspektywy pacjenta wykazały silny efekt zastosowania interwencji (*d Cohena*) na adaptacyjne radzenie sobie z problemami wg kwestionariusza COPE (SMD=1,02) oraz średni efekt na poprawę w obszarze problemów (SMD=0,78), satysfakcji (SMD=0,60) według oceny Ohio Scale oraz poprawę nastroju według kwestionariusza UMDQ (SMD=0,68). Mała siła efektu została zarejestrowana w przypadku nieadaptacyjnego radzenia z problemami (COPE), obszaru nadziei (Ohio Scale) oraz funkcjonowania, a także w kwestionariuszu nastroju i uczuć (MFQ). Ocena z perspektywy rodzica również wskazuje na istotną poprawę po leczeniu.

Ocena skuteczności terapii wielorodzinnej (n=19) wśród pacjentów ze spektrum autyzmu opisano w badaniu RCT Smith 2018, gdzie skuteczności porównywała była do grupy kontrolnej w postaci listy oczekiwania (n=26). Wyniki analizy ANCOVAs wykazały, iż z perspektywy rodzica istotnie zmniejszone zostały symptomy depresyjne (skala CES-D) po interwencji względem grupy kontrolnej (F=4,87; p=0,035), gdzie w grupie kontrolnej nie zanotowano zmiany w czasie. Punkt odcięcia dla depresji wg skali CES-D wynosi 16; średni wynik dla grupy interwencyjnej przed interwencją wynosił 19,9, a po zastosowaniu 14,46, co wskazuje na istotność zarówno kliniczną jak i statystyczną stosowania interwencji. Istotna różnica również zanotowana została w zmianie skali dotyczącej rozwiązywania problemów w rodzinie wg skali *Family Empowerment Scale* (F=4,42; p=0,04). Dodatkowo rodzice wskazywali, iż częściej odczuwali poczucie dumy/szczęścia według skali *Five Minute Speech Sample* (F=6,55, p<0,05).

Superwizja procesu diagnostycznego

W ramach przeglądu systematycznego dotyczącego oceny skuteczności superwizji procesu diagnostycznego, nie odnaleziono badań dotyczących bezpośrednio oceny skuteczności stosowania ww. na skuteczność diagnostyczną wśród wnioskowanej populacji pacjentów pediatrycznych. Do analizy włączono przegląd (Snowdon 2017), oceniający skuteczność superwizji dowolnego etapu procesu diagnostyczno-terapeutycznego wśród populacji pacjentów m.in. z zakresu zdrowia psychicznego. We włączonej publikacji zidentyfikowano 3 badania wśród populacji dorosłej pacjentów (nadużywanie substancji psychoaktywnych; depresja; stany psychotyczne), superwizja stosowana była jako część procesu terapeutycznego. Uwzględnione badania wskazują, iż zastosowanie superwizji wpływa w pozytywny sposób na zmniejszenie symptomów psychiatrycznych u pacjentów w stanach psychotycznych (efekt słaby; skala KGV; SMD=0,47); zmniejsza objawy depresji zarówno przy superwizji umiejętności prowadzącego oraz procesu (efekty średnie; skala Becka; umiejętności SMD=0,5; proces SMD=0,76). W przypadku pacjentów nadużywających substancji psychoaktywnych nie wystąpił efekt wpływu zastosowania superwizji na odstawienie substancji.

6. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

6.1. Stanowisko Prezesa NFZ

Prezes NFZ wskazał, że zakres danych w Kartach Problemu Zdrowotnego nie pozwala na sporządzenie opinii w zakresie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych⁷

6.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia oszacowanie własne AOTMiT

W poniższym rozdziale przedstawiono oszacowanie przewidywanych wydatków związanych z ewentualnym objęciem refundacją świadczeń opieki zdrowotnej pn. „Sesja treningowa-grupowa”, „Sesja psychoterapii wielorodzinnej”, „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” z perspektywy płatnika publicznego.

6.2.1. Wielkość populacji docelowej

Oceniane świadczenia: „Sesja terapii treningowo-grupowej” oraz „Sesja terapii wielorodzinnej” są przeznaczone dla pacjentów z rozpoznaniem F00-F99 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) oraz Z03 (obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne) wg. klasyfikacji ICD-10. świadczenie „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” jest związana z monitorowaniem i wsparciem procesu diagnozy psychologicznej bez udziału pacjenta. W trakcie sesji omawiane są przypadki pacjentów z niejasny obrazem klinicznym prezentowanych objawów (brak kodu ICD-10) w celu wsparcia psychologa klinicznego w prawidłowej diagnozie.

Tabela 21. Zestawienie danych dotyczących szacowanej wielkości populacji docelowej w skali roku (ICD-10 F00-F99, Z03 z rozszerzeniami oraz pacjenci z niejasnym obrazem prezentowanych objawów).

Lp.	Źródło oszacowania	Szacowana liczebność populacji docelowej
Sesja treningowa-grupowa, Sesja psychoterapii wielorodzinnej		
1	KPZ	Brak danych
2	Opinia eksperta 1	co druga osoba (w biegu życia)
2	Opinia eksperta 2	15% populacji dzieci i młodzieży w wieku 6-17 lat.
4	Opinia eksperta 3	20% populacji dzieci i młodzieży
4	NFZ	Brak danych
Sesja superwizji procesu diagnostycznego		
1.	KPZ	Brak danych
2.	Opinia eksperta 1	co druga osoba (w biegu życia)
3.	Opinia eksperta 2	15% populacji dzieci i młodzieży w wieku 6-17 lat.
4.	Opinia eksperta 3	20% populacji dzieci i młodzieży
5.	Opinia eksperta 4	Brak danych
<p>Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie KPZ, opinii KW w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, stanowiska NFZ</p>		

6.2.2. Koszt świadczenia.

⁷ Pismo Prezesa NFZ znak DSOZ-SOPS.401.342.2022 2022.364123.CANPz 19 października 2022 r.

Tabela 22. Zestawienie danych dotyczących szacowanej kosztów.

Lp.	Źródło oszacowania	Koszt świadczenia
Sesja treningowa-grupowa, Sesja psychoterapii wielorodzinnej		
1.	KPZ	Świadczenie ma poszerzyć wachlarz dotychczasowych oddziaływań finansowych fee-for-service, przez co będzie realizowane alternatywnie do innych świadczeń w ramach budżetu przeznaczanego na realizację świadczeń bez konieczności dodatkowego zwiększania budżetu.
2.	Opinia eksperta 1	Brak danych
3.	Opinia eksperta 2	Brak danych
4.	Opinia eksperta 3	Brak danych
5.	NFZ	Brak danych
Sesja superwizji procesu diagnostycznego		
1.	KPZ	Trudno oszacować skutki finansowe, z uwagi na innowacyjne rozwiązanie i trudności w oszacowaniu potencjalnego zapotrzebowania.
2.	Opinia eksperta 1	Brak danych
3.	Opinia eksperta 2	Brak danych
4.	Opinia eksperta 3	Brak danych
5.	Opinia eksperta 4	Brak danych
Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie KPZ, opinii KW w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, stanowiska NFZ		

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie danych kosztowych świadczeń realizowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2017-2021.

Tabela 23. Zestawienie danych dotyczących udzielonych świadczeń z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2017-2021 na podstawie bazy danych ŚWIAD

Zakres danych	2017	2018	2019	2020	2021
Liczba pacjentów	137 597	139 730	142 554	147 639	238 337
Liczba udzielonych świadczeń	1 513 327	1 575 201	1 675 251	1 865 400	3 186 677
Wartość udzielonych świadczeń	197 388 016 zł	221 295 406 zł	256 427 849 zł	239 000 986 zł	286 126 252 zł
Średnia liczba świadczeń udzielonych jednemu pacjentowi	11,0	11,3	11,8	12,6	13,4

6.2.3. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy

Poniżej przedstawiono założenia i metodykę analizy potencjalnych skutków finansowych w przypadku ewentualnego objęcia refundacją ocenianego świadczenia.

1. Założenia ogólne:

- a. Realizacja świadczeń będzie odbywać się w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży
- b. Świadczeniami „Sesja terapii treningowo-grupowej” oraz „Sesja terapii wielorodzinnej” zostaną objęci pacjenci z rozpoznaniem F00-F99 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) oraz Z03 (obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne), którzy obecnie objęci są świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych. Świadczenia te będą stanowić świadczenia komplementarne i alternatywne do zastosowania względem obecnie finansowanych świadczeń. Wdrożenie tych świadczeń nie powinno wpłynąć na zmianę liczby dotychczas leczonych pacjentów, ani na intensywność prowadzonych procesów terapeutycznych.
- c. Świadczeniem „Superwizja procesu diagnostycznego” jest związana ze wsparciem psychologa i monitorowaniem procesu diagnozy psychologicznej bez udziału pacjenta. W związku z tym, zostaną nią objęte procesy diagnostyczne pacjentów z niejasny obrazem klinicznym prezentowanych objawów (brak kodu ICD-10). Świadczenie to stanowi wartość dodaną względem dotychczasowych procedur, gdyż według obowiązujących zapisów dotyczących superwizji osób

(obecnie wskazanej w koszyku świadczeń gwarantowanych) nie obejmują psychologa klinicznego, a dedykowane jest psychoterapeutom.

2. Horyzont czasowy: jeden rok

- a. Przyjęto roczny horyzont analizy z uwagi na trudną do oszacowania liczebność populacji pacjentów potencjalnie kwalifikujących się do wnioskowanego świadczenia ze względu na ograniczone dane w tym zakresie.
- b. Przyjęto stałą wysokość środków publicznych przeznaczanych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w kolejnych latach oszacowania.

3. Perspektywa: płatnika publicznego

4. Liczebność populacji:

- a) Założenia populacyjne oparto na danych zawartych w bazie danych ŚWIAD, będącej w dyspozycji Agencji wg strategii wyszukiwania:
 - Okres czasu 2017-2021
 - Kod 04 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
 - Dzieci, młodzież, nieletni w nazwie produktu kontraktowego lub rozliczeniowego

5. Koszt procedury:

- b) Koszt procedury oparto na danych zawartych w bazie danych ŚWIAD, będącej w dyspozycji Agencji wg strategii wyszukiwania:
 - Okres czasu 2017-2021
 - Kod 04 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
 - Dzieci, młodzież, nieletni w nazwie produktu kontraktowego lub rozliczeniowego

6.2.4. Wyniki

Z uwagi na organizacyjny charakter wnioskowanych świadczeń, których celem jest poszerzenie wachlarza dotychczasowych oddziaływań finansowanych fee-for-service o sesje terapeutyczne w formie terapii wielorodzinnej oraz sesje treningu grupowego. Sesje będą realizowane alternatywnie do innych podobnych świadczeń w ramach budżetu przeznaczonego na realizację świadczeń bez konieczności dodatkowego zwiększania go.

Produkty rozliczeniowe dla obecnie finansowanych świadczeń uwzględniają finansowanie ze względu na czas poświęcony na realizację świadczenia przez m.in. psychoterapeutów, a nie ze względu na liczbę pacjentów obecnych podczas terapii. Nie jest zakładany wzrost kosztów jednostkowych prowadzenia sesji (niezależnie od wybranego na potrzeby procesu leczenia rodzaju), ani wzrost liczby pacjentów objętych dotychczasowymi świadczeniami. Wprowadzenie wnioskowanych świadczeń jako świadczeń finansowanych ze środków publicznych, nie powinno wpłynąć na dotychczasowe koszty realizacji świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień, a co za tym idzie, wpływ na budżet powinien być neutralny.

Sesja superwizji procesu diagnostycznego w założeniach realizowana jest przez psychologa klinicznego wspierającego innego psychologa w procesie diagnostyki. Obecnie sesje superwizji osoby uwzględnione były w ryczałcie, który jednocześnie zawierał inne elementy, m.in. konsylium lub koordynację. Wnioskowana sesja, w przypadku kwalifikacji jako oddzielne świadczenie stanowiłaby wartość dodaną do procesu diagnostycznego. Stanowić może to dodatkowy koszt dla płatnika publicznego, jednakże z uwagi na konieczność przeprowadzenia formalnego procesu taryfikacji, nie jest znany zbliżony koszt realizacji. Z uwagi na rozliczanie świadczeń poprzez czas realizacji świadczenia przez określonego specjalistę, wycena wnioskowanego świadczenia powinna być nie niższa niż dotychczasowa porada psychologiczna diagnostyczna (II poziom referencyjny – około 186 zł).

Biorąc pod uwagę, liczbę sprawozdanych zrealizowanych porad psychologicznych diagnostycznych w ramach I poziomu referencyjnego, wynoszących 65 811 pacjentów w roku 2021 oraz przyjmując arbitralne założenie, iż 5% pacjentów wymaga przeprowadzenia procesu superwizji procesu diagnostycznego, daje to łącznie 3290 świadczeń superwizji procesu diagnostycznego. Przełożyć się to może na koszt w wysokości około 612 tys. złotych. Jednakże, rzeczywisty koszt dla płatnika publicznego, powinien pozostać neutralny,

gdyż świadczenie obejmujące superwizję procesu diagnostycznego najprawdopodobniej realizowane będzie w zastępstwie innych świadczeń gwarantowanych, realizowanych przez psychologa klinicznego.

6.2.5. Podsumowanie

W obecnie istniejącym koszyku świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień brak jest procedur „Sesja terapii treningowo-grupowej”, „Sesja psychoterapii rodzinnej”, „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” tym samym nie są one finansowane ze środków publicznych. Zgodnie z przeprowadzonymi analizami, wprowadzenie ww. świadczeń jako świadczeń gwarantowanych nie wpłynie na koszty płatnika publicznego, gdyż realizacja odbywać się będzie w sposób alternatywny i komplementarny do obecnie finansowanych świadczeń. Superwizja procesu diagnostycznego stanowi wartość dodaną do procesu diagnostyki pacjenta, natomiast ostateczny koszt wdrożenia jest niepewny, natomiast z perspektywy płatnika publicznego powinien pozostać neutralny.

6.3. Przegląd analiz ekonomicznych

Z uwagi na organizacyjny charakter wnioskowanych świadczeń, szeroki zakres wnioskowanej populacji (rozpoznanie z zakresu F00-F99) oraz szereg procedur, mogących być realizowanych w ramach wnioskowanych świadczeń, odstąpiono od przeprowadzenia formalnej analizy ekonomicznej, a także od przeglądu analiz ekonomicznych.

7. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W celu odnalezienia rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych dotyczących organizacji i refundacji wnioskowanych świadczeń w innych krajach dokonano wyszukania wolnotekstowego na stronach internetowych następujących agencji HTA oraz instytucji działających w ochronie zdrowia:

Szkocja – <http://www.scottishmedicines.org.uk/>,

Walia – <http://www.awmsg.org/>,

Irlandia – <http://www.ncpe.ie/>,

Kanada – <http://www.cadth.ca/> oraz <http://www.pcodr.ca/>,

Niemcy – <https://www.g-ba.de/> oraz <https://www.iqwig.de/>,

Australia – <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/>,

Wielka Brytania – <http://www.nice.org.uk/>; <https://www.nhsbsa.nhs.uk/>,

Portugalia – <https://dre.pt/>,

Litwa – <https://e-seimas.lrs.lt/>,

Estonia – <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>,

Chorwacja – <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/popis-ugovorenih-zdravstvenih-partnera-usluga/>.

USA – <https://www.medicare.gov/>

Ponadto dokonano wyszukiwania wolnotekstowego w ogólnodostępnych wyszukiwarkach internetowych (w tym www.google.com). Wyszukiwanie przeprowadzono w dniach 24.10.2022 r. przy zastosowaniu m.in. słów kluczowych: *multifamily therapy, multifamily treatment, multi family, supervision, training program, group program*.

Nie odnaleziono informacji dot. finansowania ze środków publicznych w innych krajach oraz warunków realizacji swoich dla wnioskowanych procedur.

8. Bibliografia

Badania i przeglądy włączone do przeglądu	
Terache 2022	Terache J, Wollast R, Simon Y, et al., Promising effect of multi-family therapy on BMI, eating disorders and perceived family functioning in adolescent anorexia nervosa: an uncontrolled longitudinal study, <i>EATING DISORDERS</i> https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2069315
Meyer 2021	Meyer J, Ramklint M, Hallerback M, et al., Evaluation of a structured skills training group for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomised controlled trial., <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> (2022) 31:1143–1155
Fristad 2018	Fristad M, Ackerman J, Nick E, Adaptation of Multi-Family Psychoeducational Psychotherapy (MF-PEP) for Adolescents with Mood Disorders: Preliminary Findings, <i>Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health</i> . 2018 ; 3(4): 252–262. doi: 10.1080/23794925.2018.1509031.
Dabrowski 2018	Dabrowski J, King J, Edwards K, et al., The Long-Term Effects of Group-Based Psychological Interventions for Children With Tourette Syndrome: A Randomized Controlled Trial, <i>Behavior Therapy</i> 49 (2018) 331–343
Smith 2018	Smith L, Greenberg J, Mailick M, Transitioning Together: A Multi-Family Group Psychoeducation Program for Adolescents with ASD and their Parents, <i>J Autism Dev Disord</i> . 2018 January ; 48(1): 251–263. doi:10.1007/s10803-017-3307-x.
Olsson 2017	Olsson N, Flygare O, Coco C, Social Skills Training for Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial, <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> 2017;56(7):585–592.
Snowdon 2017	Snowdon D, Leggat S, Taylor N, Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review, <i>BMC Health Services Research</i> (2017) 17:786 DOI 10.1186/s12913-017-2739-5
Rekomendacje kliniczne	
CBT 2022	Standardy organizacyjne oraz standardy i rekomendacje merytoryczne dla ośrodków I poziomu referencyjnego, Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży/Zespoły Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży, CBT 2022 https://cbt.pl/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-jednostek-ii-i-iii-poziomu-referencyjnego/
KNPB 2021	Guidelines on Supervision, New Zealand Psychologist Board 2021
APA 2020	THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, American Psychiatric Association 2020
MOH 2019	Management of Major Depressive Disorder, Clinical Practice Guidelines, Ministry of Health Malaysia 2019
UKCP 2018	Generic Practice Guidelines for the Supervision of Psychotherapists, Psychotherapeutic Counsellors and Trainees Working With Adult Clients ,UKCP Practice Guidelines for Supervisors (2018)
BAP 2016	Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology, British Association for Psychopharmacology 2016
EPA 2015	EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses, European Psychiatric Association, 2015
NEPS 2015	Setting Up a Social Skills Training Group, National Educational Psychological Service 2015
RNAO 2015	Engaging Clients Who Use Substances, Registered Nurses' Association of Ontario 2015
APA 2014	APA GUIDELINES for Clinical Supervision in Health Service Psychology, American Psychological Association 2014
NICE 2014	Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management, National Institute for Health and Care Excellence 2014
NICE 2013	Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. National Institute for Health and Care Excellence 2013
SIGN 2013	Management of schizophrenia. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2013
OISE 1996	A Social Skills Training Program, Department of Applied Psychology and Human Development Ontario Institute for Studies in Education University of Toronto,
CCI	Social Skills training for Severe Mental Disorders – a Therapist Manual, Centre for Clinical Interventions
Inne	
WHO 2022	World mental health report: Transforming mental health for all, World Health Organization 2022
Reisigner Walker 2015	Walker E, McGee R, Bruss B, Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis, <i>JAMA Psychiatry</i> . 2015;72(4):334-341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502

**Sesja treningowa – grupowa,
Sesja psychoterapii wielorodzinnej
Sesja superwizji procesu diagnostycznego**

9. Strategia wyszukiwania

9.1. Sesja treningowa-grupowa

Tabela 24 Strategia wyszukiwania PUBMED

Search number	Query	Results
#13	Search: (((training[Title/Abstract] AND (group*[Title/Abstract])) AND ((children) OR (adolescent))) OR (((training[Title/Abstract] AND (T-group*[Title/Abstract])) AND ((children) OR (adolescent)))) AND ("Psychotherapy, Group"[Mesh]) Filters: in the last 10 years	191
#12	Search: (((training[Title/Abstract] AND (group*[Title/Abstract])) AND ((children) OR (adolescent))) OR (((training[Title/Abstract] AND (T-group*[Title/Abstract])) AND ((children) OR (adolescent)))) AND ("Psychotherapy, Group"[Mesh])	478
#11	Search: ((training[Title/Abstract] AND (T-group*[Title/Abstract])) AND ((children) OR (adolescent)))	7
#10	Search: ((training[Title/Abstract] AND (group*[Title/Abstract])) AND ((children) OR (adolescent)))	27,451
#9	Search: (children) OR (adolescent)	4,171,764
#8	Search: adolescent	2,309,828
#7	Search: children	3,021,997
#6	Search: (training[Title/Abstract] AND (T-group*[Title/Abstract]))	188
#5	Search: (training[Title/Abstract] AND (group*[Title/Abstract]))	133,911
#4	Search: T-group*[Title/Abstract]	2,088
#3	Search: group*[Title/Abstract]	4,325,814
#2	Search: training[Title/Abstract]	514,103
#1	Search: "Psychotherapy, Group"[Mesh] Sort by: Most Recent	27,651

Tabela 25 Strategia wyszukiwania EMBASE

Search number	Query	Results
1	group therapy/	34589
2	T-groups.ab,kf,ti.	1352
3	training.ab,kf,ti.	1359189
4	psychotherapy group.ab,kf,ti.	2118
5	1 or 2 or 4	36400
6	3 and 5	3371
7	children.ab,kf,ti.	3056047
8	adolescens.ab,kf,ti.	38
9	7 or 8	3056067
10	6 and 9	369

9.2. Sesja terapii wielorodzinnej

Tabela 26 Strategia wyszukiwania PUBMED

Search number	Query	Results
---------------	-------	---------

#3	Search: (multi* fam*[Title/Abstract]) OR (multifamily[Title/Abstract])	543
#2	Search: multifamily[Title/Abstract]	536
#1	Search: multi* fam*[Title/Abstract]	262

Tabela 27 Strategia wyszukiwania EMBASE

Search number	Query	Results
1	multi-family.ab,hw,kf,ti.	350
2	multifamily.ab,hw,kf,ti.	372
3	3 or 4	694

9.3. Superwizja procesu diagnostycznego

Tabela 28 Strategia wyszukiwania PUBMED

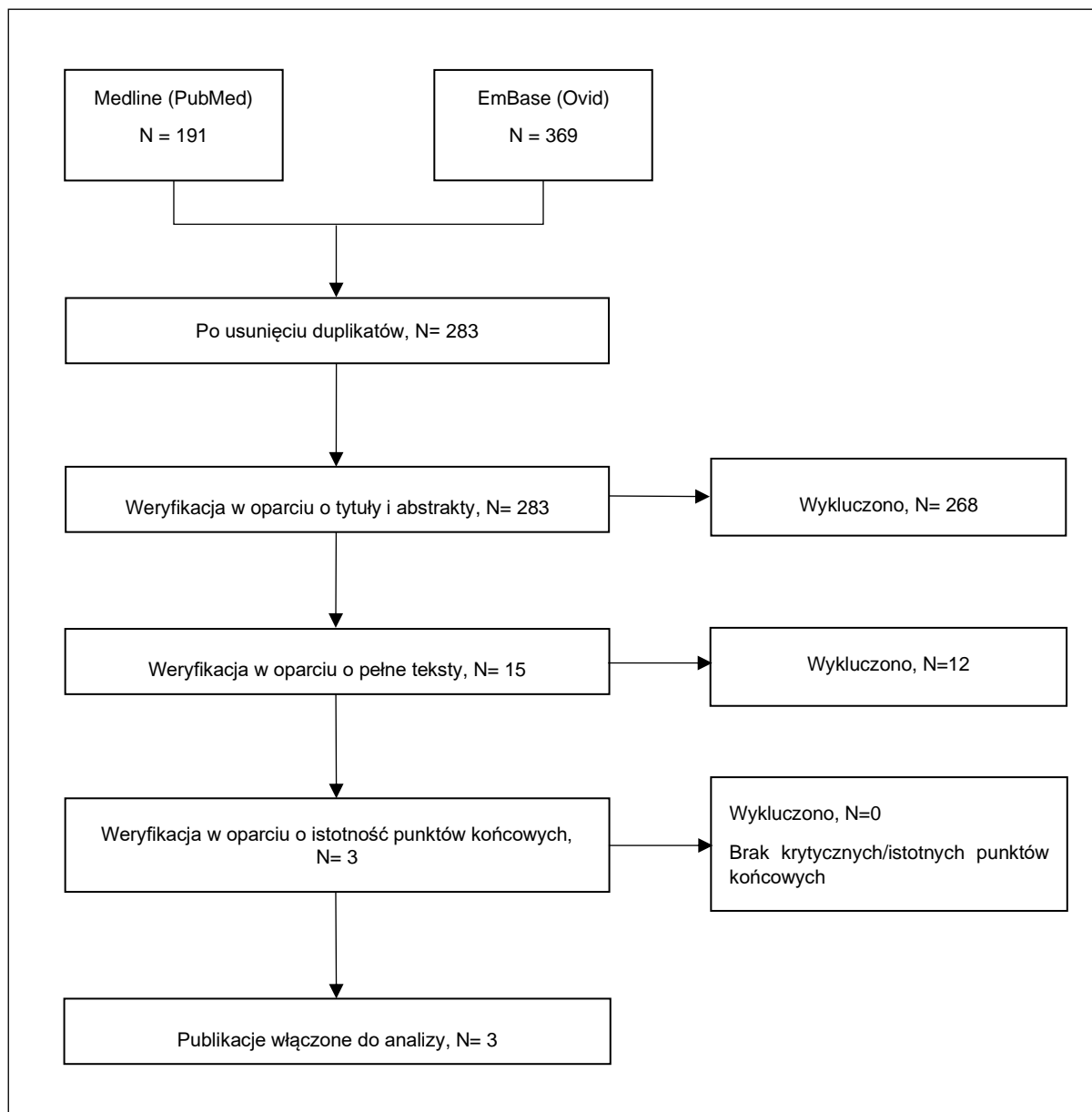
Search number	Query	Results
#1	Search: (supervisio*[title]) and (psychother*[title])	177

Tabela 29 Strategia wyszukiwania EMBASE

Search number	Query	Results
1	(supervisio* and psychother*).ti.	252

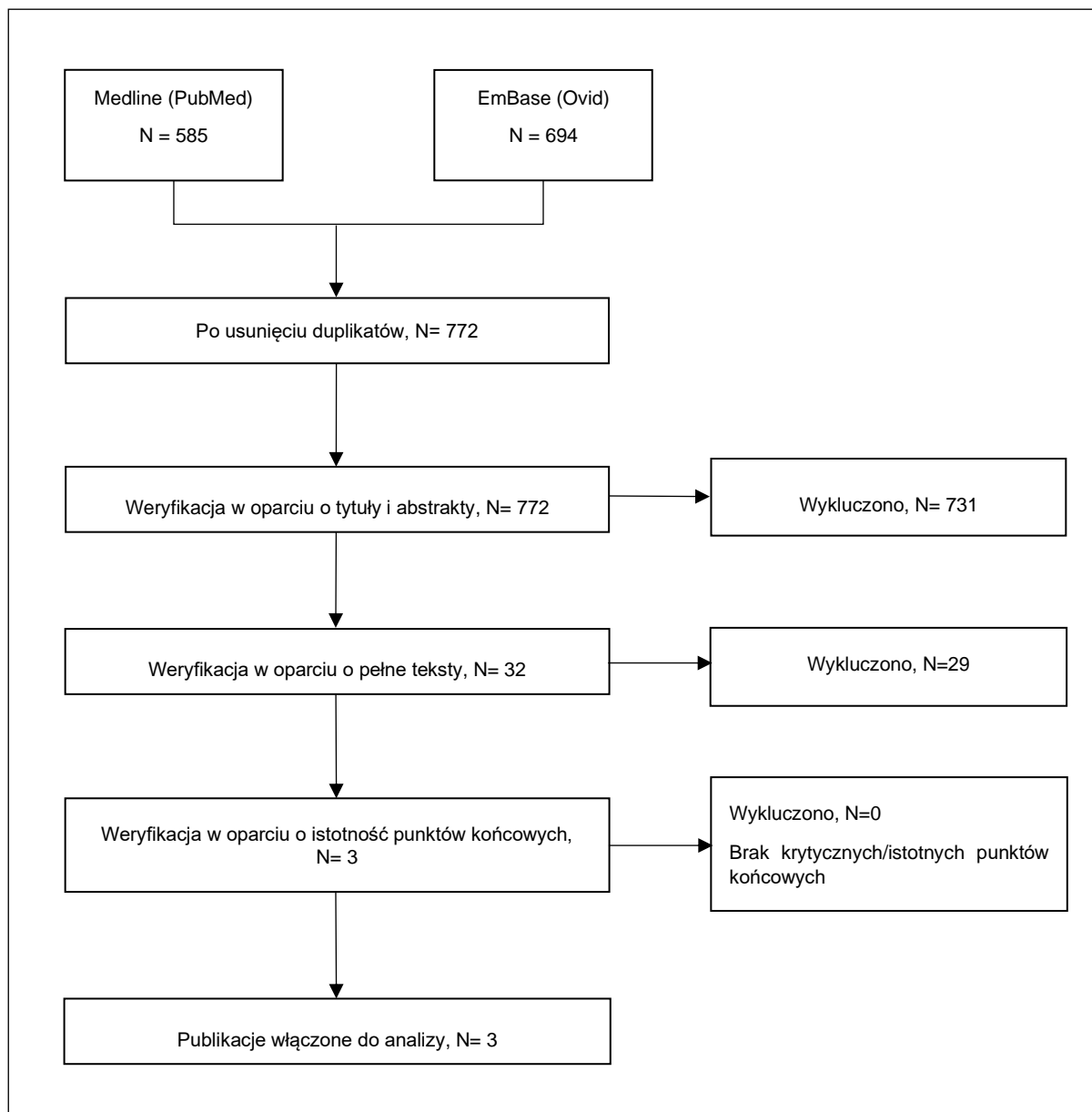
Rycina 6. Diagram selekcji badań PRISMA

9.4. Selekcja badań PRISMA - sesja treningowa - grupowa

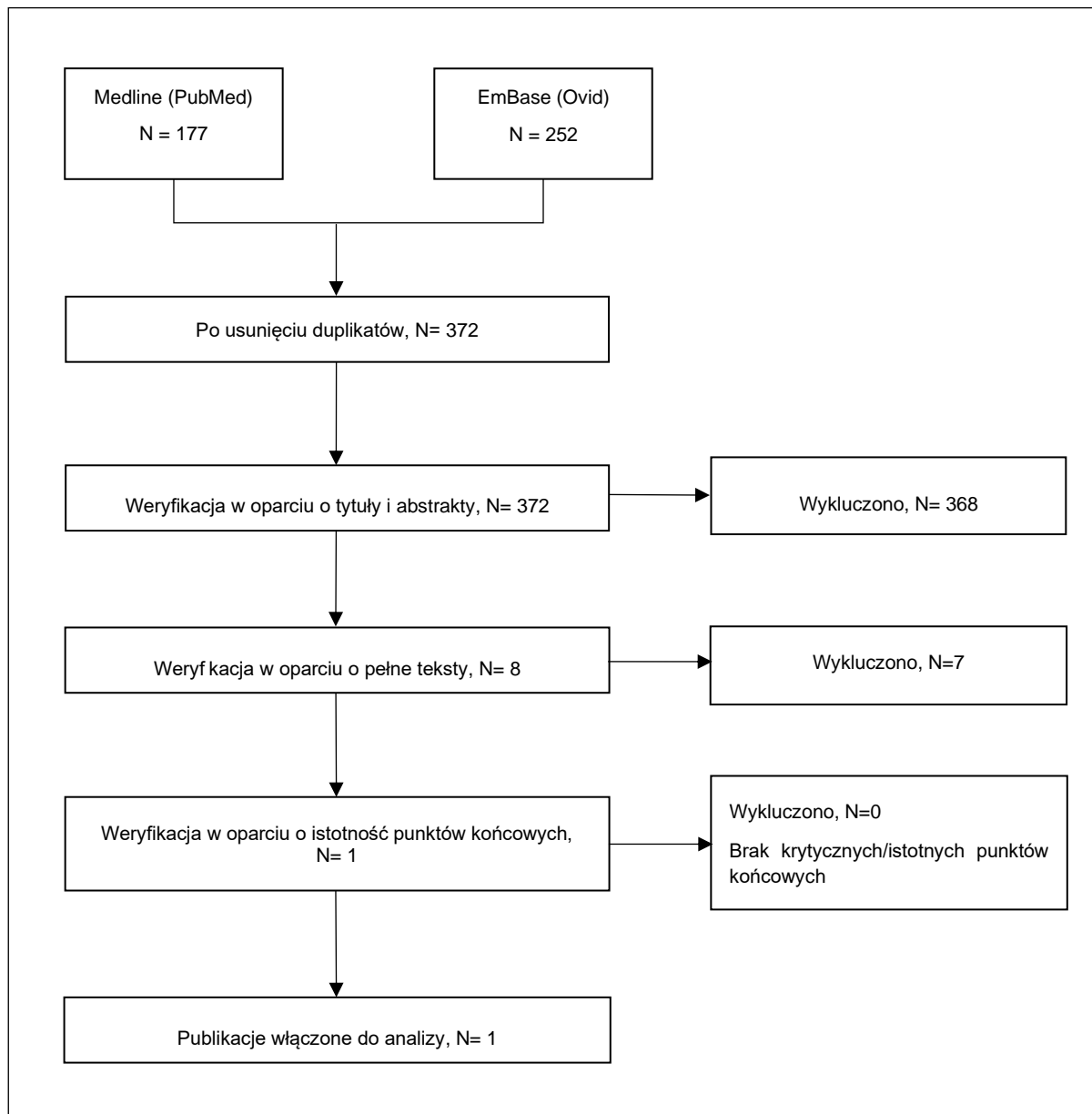


Rycina 6. Diagram selekcji badań PRISMA

9.1. Selekcja badań PRISMA - sesja terapii wielorodzinnej



9.1. Selekcja badań PRISMA – superwizja procesu diagnostycznego



Rycina 6. Diagram selekcji badań PRISMA