

# Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji

## Formularz dla kwalifikacji - podgląd

Typ wniosku

Wniosek o włączenie kwalifikacji do ZSK

Nazwa kwalifikacji\*

Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży

Skrót nazwy

Rodzaj kwalifikacji\*

kwalifikacja cząstkowa

Proponowany poziom Polskiej Ramy Kwalifikacji\*

7

Krótką charakterystyka kwalifikacji, obejmująca informacje o działaniach lub zadaniach, które potrafi wykonywać osoba posiadająca tę kwalifikację oraz orientacyjny koszt uzyskania dokumentu potwierdzającego otrzymanie danej kwalifikacji\*

Psychoterapia poznawczo-behawioralna to psychologiczna metoda leczenia zaburzeń psychicznych, która zajmuje stałe miejsce w obowiązujących na świecie standardach leczenia zaburzeń psychicznych u osób dorosłych, dzieci i młodzieży. Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży” wykorzystuje wiedzę o specyfice terapii dzieci i młodzieży oraz umiejętności diagnostyczne, terapeutyczne i interpersonalne stosowane w terapii dzieci i młodzieży. Stosuje metody terapii dzieci i młodzieży zgodnie ze współczesną wiedzą, regułami sztuki i zasadami etycznymi. Posługuje się aktualną wiedzą na temat psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży, zna modele teoretyczne i wyniki badań dotyczące jej skuteczności – ze szczególnym uwzględnieniem problemów wieku rozwojowego. W swojej pracy wykorzystuje wiedzę na temat aspektów prawnych dotyczących funkcjonowania dziecka w społeczeństwie i w systemie edukacji. Prowadzi badanie stanu psychicznego dziecka (młodego człowieka) z uwzględnieniem specyfiki wieku rozwojowego oraz czynników środowiskowych, w tym czynników rodzinnych, szkolnych i rówieśniczych. Integruje dane z wielu źródeł – rodziców, szkoły, innych specjalistów. Formułuje problemy do terapii dzieci i młodzieży, dokonuje ich konceptualizacji, identyfikuje podstawowe procesy podtrzymujące problem młodego pacjenta. Posługuje się technikami terapii poznawczej i behawioralnej we wprowadzaniu zmiany – z poszanowaniem autonomii pacjenta w wieku rozwojowym, jednocześnie ze szczególnym uwzględnieniem jego sytuacji rodzinnej, szkolnej i rówieśniczej. W zakresie prowadzonej terapii komunikuje się z opiekunami prawnymi (rodzicami) pacjenta niepełnoletniego. Orientacyjny koszt zdobycia kwalifikacji to 14 000,00 zł. Orientacyjny koszt zdobycia kwalifikacji wynika z konieczności wielowymiarowej oceny kompetencji kandydata. Na tę ocenę składają się min: weryfikacja umiejętności terapeutycznych na

podstawie przedstawionych przez kandydata opisów przypadków, nagrań sesji, testu wiedzy, superwizji i rozmowy ustnej oraz ocena złożonych przez kandydata dokumentów. Z tego powodu przewidywane są dwie ścieżki wiodące do uzyskania kwalifikacji: Ścieżka pierwsza zakłada, że kandydat odbył kształcenie i prowadzi praktykę terapeutyczną w psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży, korzysta z superwizji oraz posiada aktualny dokument potwierdzający nabycie przez niego umiejętności opisanych w kwalifikacji, zgodnie z polskimi lub międzynarodowymi standardami kształcenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (certyfikat psychoterapeuty PTPPB, EABCT lub towarzystw akredytowanych przez EABCT\* lub świadectwo ukończenia studiów podyplomowych w psychoterapii poznawczo-behawioralnej\*\* zgodnych z rekomendacjami EABCT, wydane w ciągu ostatnich 5 lat). W „ścieżce pierwszej” orientacyjny koszt kwalifikacji to 1500,00 zł. Ścieżka druga zakłada że kandydat odbył kształcenie i prowadzi praktykę terapeutyczną w psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży, lecz nie posiada dokumentu potwierdzającego nabycie przez niego opisanych w kwalifikacji umiejętności zgodnie z polskimi lub międzynarodowymi standardami kształcenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (certyfikatu psychoterapeuty, świadectwa ukończenia studiów podyplomowych). Z uwagi na konieczną złożoność procesu walidacji orientacyjny koszt zdobycia kwalifikacji w „ścieżce drugiej” to 14 000,00 zł. Uwzględniając specyfikę psychoterapii w Polsce, można założyć, że większość osób zainteresowanych kwalifikacją będzie korzystać ze ścieżki pierwszej.

Orientacyjny nakład pracy potrzebny do uzyskania kwalifikacji [godz.]\*

1450

Grupy osób, które mogą być zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji\*

Szczególnie zainteresowani uzyskaniem kwalifikacji „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży” mogą być psycholodzy, lekarze (psychiatrzy), pielęgniarki oraz pracownicy socjalni zatrudnieni lub ubiegający się o zatrudnienie w centrach zdrowia psychicznego (zgodnie z „Narodowym programem ochrony zdrowia psychicznego”) lub w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej – szpitalach, poradniach dzieci i młodzieży. Ponadto zdobyciem tej kwalifikacji mogą być również zainteresowani psycholodzy zajmujący się profilaktyką zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz psycholodzy i pedagodzy pracujący w placówkach systemu oświaty (np. szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne).

Wymagane kwalifikacje poprzedzające

Opis

Kwalifikacja pełna na poziomie 7 PRK - dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich albo dyplom lekarza.

Lista

W razie potrzeby warunki, jakie musi spełniać osoba przystępująca do walidacji\*

1. Kwalifikacja pełna na poziomie 7 PRK - dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich albo dyplom lekarza. 2. Zaświadczenie o niekaralności. 3. Zaświadczenie poświadczające przynależność do uznanego stowarzyszenia naukowego zrzeszającego psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych (zawierające także informację o tym, że wobec kandydata nie toczyło się i nie toczy obecnie postępowanie przed sądem koleżeńskim/komisją etyki\*). \*Stowarzyszenie naukowe zrzeszające psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych to stowarzyszenie

zarejestrowane na terenie RP lub poza granicami, od co najmniej dziesięciu lat na mocy „prawa o stowarzyszeniach”, które: ● jako główny cel statutowy wskazuje rozwój wiedzy i praktyki klinicznej w obszarze psychoterapii- poznawczo-behawioralnej (osób dorosłych, dzieci i młodzieży lub specyficznie dzieci i młodzieży), ● posiada kodeks etyczny, struktury i procedury pozwalające na interwencję w przypadku podejrzenia o nieprzestrzeganie zasad profesjonalnych i etycznych (sąd koleżeński i/lub komisję etyki), ● posiada standardy kształcenia psychoterapeutów i superwizorów zgodne ze standardami European Association for Behavioural And Cognitive Therapies (EABCT), ● jest zrzeszone w organizacji międzynarodowej o podobnym charakterze np. EABCT – European Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies.

#### Zapotrzebowanie na kwalifikację\*

Psychoterapia poznawczo-behawioralna jest metodą z wyboru w leczeniu większości zaburzeń psychicznych występujących u dzieci i młodzieży. Według rekomendacji brytyjskiego instytutu NICE w leczeniu dzieci i młodzieży terapię poznawczo-behawioralną, jako leczenie tzw. pierwszego rzutu, zaleca się w następujących zaburzeniach psychicznych: epizodzie depresji (także w przebiegu zaburzenia dwubiegunowego), zaburzeniach lękowych (zaburzenie paniczne i zaburzenie lękowe uogólnione, fobia społeczna), zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym oraz zaburzeniu obrazu ciała, w pourazowym zaburzeniu stresowym (PTSD), zaburzeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, anoreksji, bulimii, ADHD, autyzmie ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)). Jest także stosowana wobec problemów występujących przejściowo u osób zdrowych znajdujących się w kryzysie oraz u osób chorych somatycznie. Jest metodą stosowaną w profilaktyce zaburzeń psychicznych. Zapotrzebowanie społeczne na prowadzenie psychoterapii jest niezwykle szerokie, zwłaszcza w kontekście danych dotyczących dostępności specjalistycznej opieki psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce. Znaczne zapotrzebowanie na kwalifikację, rozumianą jako sposób weryfikacji umiejętności psychoterapeutycznych, mogą zatem wyrazić następujące grupy: (1) pracodawcy poszukujący psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych w placówkach medycznych i ośrodkach psychoterapeutycznych, gdzie leczone lub objęte opieką są dzieci i młodzież (np. centra zdrowia psychicznego, publiczne i niepubliczne poradnie zdrowia psychicznego, oddziały psychiatryczne, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, szkoły i przedszkola integracyjne, centra pomocy rodzinie, ośrodki terapeutyczne specjalizujące się w pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi, ośrodki socjoterapii i ośrodki wychowawcze), (2) osoby chcące podjąć kształcenie w psychoterapii, (3) pacjenci poszukujący terapii o gwarantowanej jakości oraz (4) decydenci wprowadzający rozwiązania w systemie opieki zdrowotnej (przez możliwość odwołania się do treści zawartych w opisie kwalifikacji). Uzasadnienie: Według Janas-Kozik (2017) „dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są dość zgodne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia. Występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową, zwłaszcza w zakresie całościowych zaburzeń rozwoju (spektrum zaburzeń autystycznych) oraz zaburzeń zachowania (zwłaszcza wśród dziewcząt). Niepokojąca jest w Polsce liczba dokonanych samobójstw w latach 2012 i 2013, po okresie względnej stabilizacji, oraz dramatyczny wzrost ostrych przyjęć nastolatków po próbach samobójczych na oddziały szpitalne, co wydłuża okres oczekiwania na miejsce w trybie planowym do wielu tygodni”. Ten stan wskazuje na zapotrzebowanie na specjalistów posiadających wiedzę w zakresie diagnozowania i terapii zaburzeń wieku rozwojowego. Według Zaleceń NICE psychoterapia poznawczo-behawioralna jest metodą z wyboru w leczeniu większości występujących u dzieci i młodzieży zaburzeń psychicznych. Najczęściej podkreśla się brak psychiatrów, jednak należy

podkreślić, że w systemie opieki zdrowotnej wykwalifikowani psychoterapeuci poznawczo-behawioralni mogliby wypełnić lukę w zakresie diagnozowania i terapii znacznej części zaburzeń psychicznych, występujących u dzieci i młodzieży, w których, według zaleceń NICE, powinny mieć one szansę skorzystania z psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Obecnie istnieje kilka ośrodków w Polsce kształcących w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Kształcenie obejmuje najczęściej zaburzenia występujące zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i młodzieży. Większość z ośrodków, ale nie wszystkie, jest zrzeszona w Polskim Towarzystwie Terapii Poznawczej i Behawioralnej, które przestrzega standardów EABCT (European Association for Behavioural and Cognitive Therapies) i wydaje odpowiednie certyfikaty psychoterapeuty. Ośrodki niezrzeszone w PTTTPB wydają własne dokumenty zwane także certyfikatami psychoterapeuty. Kształcenie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej odbywa się także w ramach czteroletnich studiów podyplomowych na Uniwersytecie SWPS, a także w węższym nieco zakresie w Polskim Towarzystwie Terapii Behawioralnej. Istniejące obecnie akty prawne w Polsce (art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.2), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) nie definiują umiejętności psychoterapeuty, a jedynie ogólną długość kształcenia i posiadany certyfikat. Z punktu widzenia pracodawców poszukujących psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych w placówkach medycznych, a także w placówkach należących do systemu oświaty (np. poradnie psychologiczno-pedagogiczne), z punktu widzenia osób chcących podjąć kształcenie w tej dziedzinie, pacjentów poszukujących terapii oraz decydentów wprowadzających rozwiązania w systemie opieki zdrowotnej, możliwość odwołania do definicji kwalifikacji pozwoliłaby na wprowadzenie rozwiązań skutkujących podniesieniem jakości opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Temu właśnie – szerszemu monitorowaniu jakości ma służyć kwalifikacja „Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży”. O zainteresowaniu kwalifikacją może świadczyć liczba szkoleń i studiów podyplomowych w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Na Uniwersytecie SWPS prowadzone są w sposób ciągły czteroletnie studia podyplomowe, w każdym z wydziałów psychologii – jednocześnie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej kształci się około 600 osób (z czego 450 pracuje z dziećmi i młodzieżą). Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej rekomenduje, oprócz Uniwersytetu SWPS, pięć mniejszych ośrodków kształcących w psychoterapii (gdzie kształci się w sumie około 300 osób, również ze znacznym odsetkiem psychoterapeutów prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) (2005) liczba psychologów dziecięcych w krajach średnio rozwiniętych powinna wynosić 17/100000. Realna liczba psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych dzieci i młodzieży w Polsce jest trudna do oszacowania. Nawet gdyby przyjąć, że połowa członków PTTTPB pracuje z dziećmi i młodzieżą, dałoby to nie więcej niż 1500 osób, czyli wartość pięciokrotnie mniejszą niż rekomendacje WHO. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, wielomiesięczne oczekiwanie na psychoterapię poznawczo-behawioralną nawet w gabinetach prywatnych, a także rosnąca w społeczeństwie wiedza na temat skuteczności terapii sprawia, że sami pacjenci poszukują psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych. Można zatem sądzić, że w najbliższych latach zapotrzebowanie na kwalifikację będzie rosło. Literatura: Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP - Polska <http://www.ezop.edu.pl/EZOP2013.pdf> [dostęp: 20.06.2018]. WHO (2005). Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package, Janas-Kozik M (2017). Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych. *Psychiatria*, 14, 1: 61-63. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2011. [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/npoz\\_zdrpub\\_03112011.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf) [dostęp: 20.06.2018]. National Collaborating Centre for Mental Health (2018). The Improving

Access to Psychological Therapies Manual. Author Roth, A.D., Pilling, S. (2007). The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders. Department of Health, Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Programme, UK. Popiel, A., Pragłowska E. (2008). Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat. Kazdin, A., Weisz, J. R. (2006). Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kendall, P. (2004). Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Gdańsk:Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Stallard, P. (2007). Czujesz tak jak myślisz. Praktyczne zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą. Warszawa: Zysk i S-ka. Foa, E., Chrestman B., Gilboa-Schechtman, K.R (2013).Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. [Podręczniki terapeuty i pacjenta]. Gdańsk:Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Friedberg RD, Gorman AA, Hollar-Wilt L, Buickians A, Murray M. (2011). Cognitive behavior therapy for the busy child psychiatrist and other mental health professionals. New York: Routledge. Friedberg RD, McClure JM. (2002). Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts, 2nd Ed. New York: Guilford Publications. Kendall, P.(red). (2010).Terapiadzieciimłodzieży.Procedury poznawczo-behawioralne. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Suchowierska, M., Ostaszewski, P., Bąbel. P.(2012). Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria badania i praktyka stosowanej analizy zachowania. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Odniesienie do kwalifikacji o zbliżonym charakterze oraz wskazanie kwalifikacji ujętych w ZRK zawierających wspólne zestawy efektów uczenia się\*

Część efektów uczenia się właściwa dla kwalifikacji może być wspólna z efektami kształcenia na studiach z zakresu psychologii lub określanych innymi ustawami specjalizacji medycznych (z zakresu psychiatrii, psychologii klinicznej). Charakter efektów uczenia się jest na tyle różny, że bezpośrednie odniesienie ich do efektów uczenia się wymaganych dla opisywanej kwalifikacji nie jest zasadne. Odnosi się ona bowiem do wyspecjalizowanego zakresu kompetencji potrzebnych w prowadzeniu psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży.

Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji\*

Zapotrzebowanie społeczne na prowadzenie psychoterapii dzieci i młodzieży jest niezwykle szerokie. Przykłady potencjalnych miejsc zatrudnienia osób posiadających kwalifikację: - psychoterapeuta w centrach zdrowia psychicznego (zgodnie z „Narodowym programem ochrony zdrowia psychicznego”), publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej - szpitalach, poradniach, gabinetach prywatnych, - psycholog w strukturach pieczy zastępczej, - psychoterapeuta w centrach interwencji kryzysowej, - psychoterapeuta w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, - psycholog szkolny. Uzyskanie kwalifikacji ogólnej może stanowić podstawę do prowadzenia psychoterapii zaburzeń objętych programem kwalifikacji, uzupełniania kwalifikacji psychoterapeutycznych o pracę ze szczególnymi grupami wiekowymi (np. zdobycie kwalifikacji z zakresu prowadzenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych) lub doskonalenia umiejętności w formie kształcenia w superwizji.

Wymagania dotyczące walidacji i podmiotów przeprowadzających walidację\*

1. Etap weryfikacji 1.1 Metody Do weryfikacji efektów uczenia się stosuje się wyłącznie następujące metody: analizę dowodów i deklaracji, test teoretyczny oraz wywiad swobodny (rozmowę z komisją walidacyjną). Ze względu na istniejące w Polsce zróżnicowanie sposobów zdobywania umiejętności charakterystycznych dla kwalifikacji „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży” przewiduje się dwie ścieżki walidacji. Walidacja w ścieżce pierwszej polega na analizie dowodów i deklaracji dostarczonych przez kandydata oraz

na rozmowie z kandydatem (wywiad swobodny). W ramach tej ścieżki kandydat zobowiązany jest dostarczyć komisji walidacyjnej następujące dokumenty: 1. Życiorys zawodowy z wyszczególnieniem uczestnictwa, w ciągu ostatnich 5 lat, w co najmniej jednej konferencji naukowej, której program naukowy obejmował zagadnienia psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży. 2. Aktualny certyfikat psychoterapeuty wydany przez stowarzyszenie naukowe certyfikujące w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (PTTPB, EABCT) lub inne stowarzyszenie kształcące psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych dzieci i młodzieży\* lub świadectwo ukończenia studiów podyplomowych w psychoterapii poznawczo-behawioralnej zakończonych egzaminem\*\* w ciągu ostatnich pięciu lat (studia podyplomowe prowadzone w oparciu o przepisy określone w ustawie o szkolnictwie wyższym). 3. Zaświadczenie wydane przez stowarzyszenie opisane w pkt 2 lub rekomendowany przez nie ośrodek, w którym odbywało się kształcenie do certyfikatu, lub przez uczelnię wyższą prowadzącą studia podyplomowe stanowiące wykaz godzin kształcenia teoretycznego, praktycznego, stażu i superwizji terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży. 4. Dokument potwierdzający prowadzenie praktyki psychoterapeutycznej dzieci i młodzieży od co najmniej dwóch lat. 5. \*\*\*Rekomendację dwóch superwizorów terapii poznawczo-behawioralnej z czego jedna dotyczy pracy w ciągu ostatnich dwóch lat przed złożeniem dokumentów do walidacji. Ponadto komisja przeprowadza z kandydatem rozmowę dotyczącą prowadzonej praktyki w zakresie psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym oraz w trakcie rozmowy weryfikuje przedstawione przez kandydata dokumenty. Analiza przedstawionych dokumentów, sprawdzenie zgodności zawartych w nich treści ze stanem faktycznym, oraz z programem kwalifikacji jest podstawą walidacji w ścieżce pierwszej. \*Stowarzyszenie naukowe certyfikujące/kształcące psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych to stowarzyszenie zarejestrowane na terenie RP lub poza granicami, od co najmniej dziesięciu lat na mocy „prawa o stowarzyszeniach”, które: (1) jako główny cel statutowy wskazuje rozwój wiedzy i praktyki klinicznej w obszarze psychoterapii poznawczo-behawioralnej; (2) posiada kodeks etyczny, struktury i procedury pozwalające na interwencję w przypadku podejrzenia o nieprzestrzeganie zasad profesjonalnych i etycznych (sąd koleżeński i/lub komisję etyki); (3) posiada standardy kształcenia psychoterapeutów i superwizorów zgodne ze standardami European Association for Behavioural And Cognitive Therapies (EABCT) i obejmujące kształcenie w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży. \*\* Studia podyplomowe w psychoterapii poznawczo-behawioralnej – studia podyplomowe organizowane przez uczelnię wyższą posiadającą uprawnienia do nadawania tytułu doktora habilitowanego w dziedzinie psychologii, których program spełnia łącznie trzy warunki: (1) program jest zgodny ze standardami szkolenia EABCT, (2) obejmuje minimum 300 ECTS, (3) kierownikiem merytorycznym programu jest osoba posiadająca certyfikat superwizora stowarzyszenia naukowego zrzeszającego psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych oraz co najmniej stopień naukowy doktora w dziedzinie psychologii lub medycyny, (4) studia kończą się egzaminem przy którym jest obecny przedstawiciel PTTPB, EABCT lub towarzystw akredytowanych przez EABCT\*. \*\*\*Rekomendacja superwizora jest wystawiona przez superwizora psychoterapii poznawczo-behawioralnej (certyfikat stowarzyszenia naukowego zrzeszającego - certyfikującego/kształcącego psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych lub EABCT lub świadectwo ukończenia podyplomowych studiów w superwizji terapii poznawczo-behawioralnej zgodnych ze standardami EABCT na podstawie co najmniej 100 godzin superwizowanej praktyki terapeutycznej kandydata (co najmniej 5 pacjentów), prowadzonej w ciągu ostatnich dwóch lat przed złożeniem wniosku o przyznanie kwalifikacji. W rekomendacji powinno znaleźć się potwierdzenie przestrzegania zasad etycznych i profesjonalnych oraz potwierdzenie nabycia umiejętności terapeutycznych wystarczających do samodzielnego prowadzenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Przedstawienie rekomendacji jest jednoczesnym wyrażeniem zgody na ewentualne wyjaśnienie wątpliwości przez komisję poprzez skontaktowanie się z wydającym rekomendację superwizorem. Przedstawienie rekomendacji jest

jednoczesnym wyrażeniem zgody na ewentualne wyjaśnienie wątpliwości przez komisję poprzez skontaktowanie się z wydającym rekomendację superwizorem (por. Popiel A., Pragłowska E. (red)(2013). Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Kraków: WUJ). W ścieżce drugiej walidacji wykorzystuje się wyłącznie: A) analizę dowodów i deklaracji, B) test teoretyczny, C) rozmowę z komisją walidacyjną (wywiad swobodny). Ad A. W ramach tej ścieżki kandydat jest zobowiązany do dostarczenia komisji walidacyjnej zestawu dokumentów, w skład którego wchodzi:

1. Życiorys zawodowy z wyszczególnieniem udziału w co najmniej 200 godzinach warsztatów i wykładach dotyczących psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży i uczestnictwa w co najmniej jednej konferencji naukowej poświęconej psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży w ciągu ostatnich 5 lat;
2. Zaświadczenie o stażu odbytym po uzyskaniu dyplomu magistra/lekarza w ośrodku leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w wymiarze co najmniej 360 godzin, pod opieką doświadczonego psychologa lub lekarza psychiatry wskazujące na nabycie umiejętności nawiązywania kontaktu i przeprowadzania wywiadów diagnostycznych z osobami w wieku rozwojowym z różnymi zaburzeniami psychicznymi;
3. Cztery opisy przypadków terapii pacjentów w wieku rozwojowym (dwa przypadki muszą dotyczyć pracy kandydata z pacjentami przed okresem dorastania i dwa z adolescentami) z różnymi problemami klinicznymi prowadzonych przez kandydata w ciągu ostatnich dwóch lat\*;
4. Dwa nagrania sesji psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dwóch różnych pacjentów w wieku rozwojowym prezentujących różne problemy kliniczne (dwa nagrania łącznie). Każda sesja powinna trwać 50-60 min (wyjątek sesja terapii ekspozycyjnej – do 90 min). Nagrania dotyczą terapii prowadzonej przez kandydata w ciągu ostatnich 2 lat\*\*;
5. Opis przeglądu piśmiennictwa dotyczącego metod terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży stosowanych w wybranym problemie/zaburzeniu ich skuteczności Przygotowany samodzielnie, zgodnie ze standardami APA\*\*\*;
6. Rekomendację dwóch superwizorów terapii poznawczo-behawioralnej z czego jedna dotyczy pracy w ciągu ostatnich dwóch lat przed złożeniem dokumentów do walidacji\*\*\*\*. W ramach analizy dowodów i deklaracji komisja dokonuje oceny przedstawionych dokumentów, oceny umiejętności terapeutycznych zaprezentowanych w nagraniach i opisach przypadków (za pomocą wystandaryzowanych skal oceny). Pozytywna ocena tych elementów stanowi podstawę dopuszczenia kandydata do testu wiedzy (B) oraz (C) rozmowy ustnej z komisją. \*Standardy według który powinna być dokonywana ocena opisów przypadków: Pełny opis przypadku (maksymalnie 15 stron standardowego maszynopisu) powinien zawierać następujące informacje: . 1. Informacje ogólne o pacjencie 2. Lista problemów ( problemy, z którym pacjent się zgłosił na terapię, wyodrębnienie głównych problemów); 3. Opis badania stanu psychicznego obejmującego dane z wywiadu oraz ocenę aktualnego stanu psychicznego; 4. Ocena bieżącego funkcjonowania pacjenta w sferze interpersonalnej i rodzinnej oraz szkolnej; społecznej; 5. Konceptualizacja problemu pacjenta 6. Czynniki wywołujące aktualne problemy lub zaburzenia; 7. Aktualne sposoby myślenia (myśli automatyczne, przekonania pośredniczące, przekonania kluczowe) oraz zachowania, które przyczyniają się do podtrzymywania problemów lub zaburzeń u pacjenta w ilustrujących problem sytuacjach; 8. Schematy poznawcze, utrwalone wzorce reagowania emocjonalnego i zachowań oraz ich rola w podtrzymywaniu problemów lub zaburzeń; 9. Profil rozwojowy uwzględnienie czynników, które mogły mieć wpływ na ukształtowanie się schematów poznawczych pacjenta. Przeszłość i związki z innymi, znaczące wydarzenia, czynniki mogące wpływać na proces terapii. Czynniki wyzwalające zaburzenie; 10. Wyodrębnienie aktualnych mocnych stron pacjenta; 11. Podsumowanie konceptualizacji; Plan terapii i jego realizacja; 12. Cele terapeutyczne (zgodne z listą problemów, diagnozą, mierzalne, możliwe do realizacji, określone wspólnie z pacjentem), 13. Plan terapii (z podaniem i uzasadnieniem wyboru protokołu); 14. Zaplanowane procedury (adekwatność, kompletność, uzasadniona kolejność); 15. Narzędzia oceny stanu psychicznego i sposoby monitorowania zmian; 16. Realizacja planu: opis prowadzonej terapii kolejnych sesji terapeutycznych - zastosowane procedury poznawcze i behawioralne. Opis pracy osobistej;

Relacja terapeutyczna, współpraca w terapii; 17. Trudności w realizacji planu terapeutycznego i sposoby ich pokonania; 18. Zakończenie terapii, procedury „zapobiegania nawrotom”; Podsumowanie efektów terapii; 19. Efekty terapii, opis zmian, które zaszły i ich odniesienie do mechanizmów podtrzymujących problem pacjenta; Korzystanie z dodatkowych źródeł informacji; 20. Literatura (wiedza teoretyczna dotycząca psychoterapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do problemu tego pacjenta – adekwatność źródeł, wnioskowanie na podstawie dostępnej literatury przedmiotu).

**\*\*Standardy według który powinna być dokonywana ocena nagrań sesji psychoterapii poznawczo-behawioralnej: Ocena przez superwizora-dydaktyka terapii poznawczo-behawioralnej dwóch nagrań sesji terapeutycznych z różnymi pacjentami prezentującymi różne problemy kliniczne. Pozytywna ocena umiejętności na każdym z dwóch nagrań sesji terapeutycznych. Pełna ocena nagrania sesji powinna być dokonana według ustrukturalizowanych narzędzi oceny nagrania. Przykład pozycji w skali oceny nagrania sesji (por. Popiel i Pragłowska, 2013):**

1. Zachowuje się profesjonalnie, utrzymuje granice;
2. Adekwatnie wyraża empatię i autentyczne zaangażowanie;
3. Nawiązuje i utrzymuje relację terapeutyczną z zachowaniem zasady empiryzmu opartego na współpracy;
4. Wykazuje znajomość psychopatologii i rozumienie poznawczych i behawioralnych mechanizmów podtrzymujących zaburzenie;
5. Umiejętnie odnosi się do emocji pacjenta wyrażanych podczas sesji;
6. Wykazuje znajomość modelu poznawczego/behawioralnego, co przejawia się w psychoedukacji;
7. Skutecznie ustala plan i utrzymuje strukturę sesji;
8. Analizuje pracę osobistą z poprzedniej sesji i umiejętnie planuje adekwatną do problemu pacjenta, wynikającą z sesji następną pracę osobistą;
9. Stosuje techniki terapii poznawczej w sposób elastyczny, dostosowany do potrzeb pacjenta;
10. Stosuje techniki terapii behawioralnej w sposób elastyczny, dostosowany do potrzeb pacjenta;
11. Umiejętnie przeprowadza podsumowania częściowe i podsumowanie sesji;
12. Ustala cel i plan terapii na podstawie konceptualizacji problemu;
13. Prowadzi adekwatną psychoedukację na temat modelu i technik terapeutycznych;
14. Wykazuje umiejętność dialogu sokratejskiego podczas identyfikowania i pracy z zapisem myśli automatycznych albo innymi strukturyzowanymi metodami pracy z myślami i przekonaniem;
15. Umiejętnie planuje i przeprowadza eksperymenty behawioralne;
16. Umiejętnie stosuje planowanie aktywności, ocenę i planowanie przyjemności;
17. Umiejętnie stosuje stopniowanie zadań, techniki ekspozycji in vivo, ekspozycji z powstrzymaniem reakcji lub ekspozycji w wyobraźni;
18. Umiejętnie stosuje relaksację stosowaną lub trening stopniowanego napięcia mięśni oraz inne techniki relaksacyjne;
19. Umiejętnie stosuje skale samooceny i metody monitorowania zmian;
20. Wykazuje umiejętność zastosowania metod zapobiegania nawrotom i zakończenia terapii (por. Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., et al. (2001). The revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): psychometric properties. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 431-446 albo Manual for the Cognitive Therapy Rating Scale for Children and Adolescents (CTRS-CA) Robert D. Friedberg, Ph.D., ABPP, ACT Center for the Study and Treatment of Anxious Youth at Palo Alto University September 2014).

**\*\*\*Przegląd piśmiennictwa (przegląd musi zostać przygotowany zgodnie ze standardami APA) . \*\*\*\*Rekomendacja superwizora: Wystawiona przez superwizora psychoterapii poznawczo- behawioralnej (posiadającego certyfikat stowarzyszenia naukowego zrzeszającego psychoterapeutów poznawczo- behawioralnych lub EABCT lub świadectwo ukończenia podyplomowych studiów w superwizji terapii poznawczo- behawioralnej zgodnych ze standardami EABCT) na podstawie co najmniej 100 godzin superwizowanej przez superwizora psychoterapii poznawczo-behawioralnej praktyki terapeutycznej kandydata (co najmniej 5 pacjentów), prowadzonej w ciągu ostatnich dwóch lat przed złożeniem wniosku o przyznanie kwalifikacji. W rekomendacji powinno znaleźć się potwierdzenie przestrzegania zasad etycznych i profesjonalnych oraz potwierdzenie nabycia umiejętności terapeutycznych wystarczających do samodzielnego prowadzenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej pacjentów w wieku rozwojowym. Przedstawienie rekomendacji jest jednoczesnym wyrażeniem zgody na ewentualne wyjaśnienie wątpliwości przez komisję poprzez**



skontaktowanie się z wydającym rekomendacje superwizorem. Przedstawienie rekomendacji jest jednoczesnym wyrażeniem zgody na ewentualne wyjaśnienie wątpliwości przez komisję poprzez skontaktowanie się z wydającym rekomendacje superwizorem (por. Popiel A., Pragłowska E (red.).(2013). Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Kraków: WUJ.). Ad B) test teoretyczny. Ad C) wywiad swobodny (rozmowa z komisją na temat psychoterapii poznawczo-behawioralnej na podstawie złożonych nagrań opisów przypadków).

1.2 Zasoby kadrowe: Komisja składa się z minimum trzech osób posiadających certyfikaty superwizora-dydaktyka stowarzyszenia zrzeszającego psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych lub ukończone podyplomowe studia w superwizji (zgodnie ze standardami kształcenia superwizorów EABCT i przepisami ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym) i specjalizującego się w psychoterapii dzieci i młodzieży. Ponadto co najmniej jeden z członków komisji musi posiadać stopień naukowy doktora w dziedzinie psychologii lub psychiatrii.

1.3 Sposób organizacji walidacji oraz warunki organizacyjne i materialne: Nie określa się.

2. Etapy identyfikowania i dokumentowania: Instytucja certyfikująca musi zapewnić kandydatom dostęp do doradcy walidacyjnego. Osoba pełniąca funkcję doradcy walidacyjnego powinna posługiwać się wiedzą dotyczącą: (1) standardów kształcenia w zakresie psychoterapii poznawczo-behawioralnej w Polsce i za granicą, (2) metod walidacji dla danej kwalifikacji, (3) systemu kwalifikacji i certyfikacji w zakresie psychoterapii w Polsce i zagranicą, (4) organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii i psychoterapii dzieci i młodzieży w Polsce.

Propozycja odniesienia do poziomu sektorowych ram kwalifikacji (o ile dotyczy)

Nie dotyczy.

Syntetyczna charakterystyka efektów uczenia się\*

Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży” posługuje się aktualną wiedzą na temat psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży, zna modele teoretyczne i wyniki badań dotyczące jej skuteczności. Samodzielnie prowadzi badanie stanu psychicznego, formułuje problemy do terapii, dokonuje ich konceptualizacji, oraz identyfikuje podstawowe procesy podtrzymujące problem pacjenta w wieku rozwojowym – z uwzględnieniem jego funkcjonowania w szerszym kontekście społecznym (np. rodzina, środowisko szkolne lub przedszkolne, grupa rówieśnicza). Posługuje się technikami terapii poznawczej i behawioralnej dzieci i młodzieży we wprowadzaniu zmiany – z poszanowaniem autonomii pacjenta w wieku rozwojowym i zasad empiryzmu opartego na współpracy. Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży” jest przygotowana do samodzielnej pracy z osobami w wieku rozwojowym w kryzysie emocjonalnym lub z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Ponadto może podejmować współpracę z innymi specjalistami w zespołach terapeutycznych, zajmujących się profilaktyką zaburzeń psychicznych, np. w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, szkołach itd. Bierze odpowiedzialność za podejmowane działania, mające na celu zabezpieczenie życia i zdrowia pacjenta. Jest przygotowana do reagowania w sytuacjach kryzysu emocjonalnego lub wystąpienia nagłych wydarzeń życiowych doświadczanych przez pacjenta. W ramach swoich działań korzysta z superwizji i doskonali swoje metody pracy tak, aby podejmowane przez nią działania były zgodne ze współczesną wiedzą, regułami sztuki i zasadami etycznymi.

### **Zestawy efektów uczenia się**

Numer zestawu w kwalifikacji\*

1

Nazwa zestawu\*

Posługiwanie się wiedzą dotyczącą psychopatologii wieku rozwojowego i problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Poziom PRK\*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

300

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

### **Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

Efekt uczenia się

A. Posługuje się wiedzą o psychopatologii i problemach zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● W opisach przypadków przedstawia i omawia spójny opis badania stanu psychicznego pacjentów (będących na różnym etapie rozwojowym i prezentujących różne) problemy kliniczne obejmujący : - przeprowadzoną diagnozę (opis wskazuje na zgodność listy problemów z diagnozą kliniczną), - obserwowane podczas badania stanu psychicznego objawy z zakresu wglądu, zachowania, mowy, emocji, procesów poznawczych z zastosowaniem poprawnej terminologii, - diagnozę zaburzenia dominującego w obrazie klinicznym i diagnozę zaburzeń współwystępujących. ● Omawia główne etapy rozwojowe i charakteryzuje specyfikę badania stanu psychicznego dzieci i młodzieży. ● Podaje kryteria diagnostyczne głównych zaburzeń psychicznych według aktualnych systemów klasyfikacyjnych, wskazuje obszary diagnozy różnicowej. ● Analizuje czynniki ryzyka samobójstwa, schizofrenii, depresji, zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych oraz przebieg i rokowanie w określonych zaburzeniach u pacjenta w wieku rozwojowym. ● Omawia akty prawne odnoszące się do leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, np. leczenie wbrew woli pacjenta.

Efekt uczenia się

B. Posługuje się wiedzą na temat objawów zaburzeń w celu uniknięcia eskalacji lub pogorszenia kondycji pacjenta, gdy jego zachowanie prowadzi do trudności w relacjach interpersonalnych u dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia objawy zaburzeń mogące prowadzić do eskalacji lub pogorszenia kondycji pacjenta w kontekście relacji interpersonalnych. ● Na podstawie przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia przykłady zidentyfikowania i pokonania trudności pacjenta w wieku rozwojowym w relacjach ( w tym w relacji terapeutycznej) związanych z odczuwanymi przez pacjenta silnymi emocjami (złość, lęk, smutek) oraz zachowaniami (agresja słowna, agresja fizyczna, arogancja, unikanie sytuacji problemowych). ● Posługuje się

strukturyzowanymi metodami opisu zachowania dziecka w środowisku.

Numer zestawu w kwalifikacji\*

2

Nazwa zestawu\*

Posługiwanie się założeniami i zasadami terapii poznawczo-behawioralnej z uwzględnieniem specyfiki wieku rozwojowego

Poziom PRK\*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

150

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

### **Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

Efekt uczenia się

A. Charakteryzuje główne założenia teoretyczne i zasady terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia pojęcia terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży: przekonania, schematy, zasady, zniekształcenia poznawcze, specyfika poznawcza, treści i procesy poznawcze. ● Analizuje definicji głównych konstruktów terapii CBT dzieci i młodzieży ● Omawia rolę zachowań zabezpieczających, ● Omawia założenia teoretyczne teorii uczenia się: warunkowanie klasyczne, instrumentalne, uczenie się przez obserwację, główne składowe funkcjonalnej analizy zachowania dzieci i młodzieży. ● Omawia podtrzymującą problem rolę zachowań, jakimi dzieci i młodzież reagują na dystres (unikania ograniczenia aktywności) w kontekście teorii uczenia się. ● Omawia rolę znaczeń jakie dzieci i młodzież nadają wydarzeniom (w formie przekonań, myśli) w kontekście teorii poznawczej.

Efekt uczenia się

B. Posługuje się wiedzą dotyczącą planowania terapii, wyboru modelu i oceny jej skuteczności u dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia znane z literatury modele i oparte na nich protokoły terapii w leczeniu zaburzeń dzieci i młodzieży (np. lęk szkolny, bezradność intelektualna, depresja młodzieńcza, zaburzenia opozycyjno-buntownicze), wskazuje podobieństwa i różnice między modelami. ● Przygotowuje i przedstawia przegląd piśmiennictwa dotyczącego terapii poznawczo-behawioralnej wybranego zaburzenia psychicznego występującego u dzieci i młodzieży. ●

Omawia oparte na badaniach empirycznych modele zaburzeń związane z nimi protokoły terapii dzieci i młodzieży. ● Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej uzasadnienia wybór modelu i protokołu terapii dzieci i młodzieży w odniesieniu do konkretnego pacjenta w wieku rozwojowym. ● Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej przedstawia uzasadnienie dla wybranego sposobu terapii omawianych pacjentów w wieku rozwojowym

Efekt uczenia się

C. Wybiera najskuteczniejszą formę terapii dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Analizuje założenia metodologiczne badań nad skutecznością terapii dzieci i młodzieży i wytyczne dotyczące uznawania metod za oparte na danych empirycznych. ● Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej dzieci i młodzieży wskazuje metody terapii w zależności od zdiagnozowanego problemu klinicznego. ● Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej dzieci i młodzieży omawia wybór najskuteczniejszej formy terapii dla pacjenta uwzględniając specyfikę pacjenta i kontekst terapii oraz podobieństwa i różnice między modelami.

Numer zestawu w kwalifikacji\*

3

Nazwa zestawu\*

Diagnoza wraz z konceptualizacją (sformułowaniem) problemu zgłaszanego przez dziecko/młodego człowieka/rodzinę

Poziom PRK\*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

100

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

### **Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

Efekt uczenia się

A. Zbiera wywiad i operacjonalizuje problem pacjenta w wieku rozwojowym

Kryteria weryfikacji\*

● W opisach przypadków przedstawia i omawia: - dane z wywiadu od dziecka i od rodziców niezbędne do zrozumienia kontekstu pojawienia się problemu u pacjenta w wieku rozwojowym; - listę problemów pacjenta w wieku rozwojowym; - wspólnie z pacjentem ustaloną hierarchię problemów, określa behawioralne miary nasilenia problemu i jego

rozwiązania; - problem pacjenta wybrany do terapii.

Efekt uczenia się

B. Formułuje konceptualizację problemu pacjenta w wieku rozwojowym

Kryteria weryfikacji\*

● W opisach przypadków przedstawia i omawia mechanizmy podtrzymujące problem pacjenta w wieku rozwojowym w formie konceptualizacji problemu pacjenta: - przykład zależności myśli-emocje-zachowania-objawy fizjologiczne w sytuacji ilustrującej problem; - mechanizmy podtrzymujące problem -utrwalone wzorce myślenia, emocji i zachowań; - rolę zniekształceń poznawczych; - główne schematy poznawcze i wskazuje na ich rolę w podtrzymywaniu problemu; - rolę zachowań podtrzymujących problem w tym zachowań odzwierciedlających procesy schematów; - zachowanie dziecka w kategoriach funkcjonalnej analizy zachowania.

Numer zestawu w kwalifikacji\*

4

Nazwa zestawu\*

Prowadzenie terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży

Poziom PRK\*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

300

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

### **Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

Efekt uczenia się

A. Komunikuje się z pacjentem adekwatnie do wieku rozwojowego

Kryteria weryfikacji\*

● Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że w terapii pacjenta w wieku rozwojowym terapeuta: - kieruje do pacjenta pytania dotyczące dotychczasowego przebiegu sesji (np. "Co o tym myślisz, o czym rozmawialiśmy do tej pory?", "Czy zadanie domowe jest dla Ciebie zrozumiałe?" i możliwych negatywnych reakcji na sesję (np. „ Czy jest coś co cię niepokoi?")); - zadaje pacjentowi pytania, których celem jest uzyskanie od niego opinii dotyczącej dotychczasowej pracy terapeutycznej; - wyraża empatię i zaangażowanie podczas sesji; - adekwatnie reaguje na wyrażane przez pacjenta emocje; - uzyskuje informacje od pacjenta dotyczące problemu, który jest przedmiotem pracy terapeutycznej; - analizuje reakcje pacjenta na poszczególne aspekty sesji terapeutycznej; - wypowiada podsumowania

informacji uzyskanych od pacjenta; - zachowuje się profesjonalnie, w tym m.in. utrzymuje granice, dba o to by relacja interpersonalna nie wykraczała poza granice określone zasadami i celem terapii.

#### Efekt uczenia się

B. Nawiązuje i utrzymuje relację terapeutyczną umożliwiającą terapię pacjenta w wieku rozwojowym

#### Kryteria weryfikacji\*

● Omawia znaczenie relacji terapeutycznej, odnosząc te informacje do problemu pacjenta w wieku rozwojowym i do celu terapii; ● Omawia zasadę empiryzmu opartego na współpracy; ● W opisach przypadków przedstawia i omawia jakość i rolę relacji terapeutycznej w terapii pacjenta; ● Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta: - Prezentuje pozytywną postawę w stosunku do pacjenta z uwzględnieniem kontekstu terapii i sesji (przyjazny, autentyczny, wykazuje szacunek dla pacjenta, adekwatne poczucie humoru); - Utrzymuje skupienie na ważnych kwestiach, jest wrażliwy na nieoczekiwane wydarzenia ważne dla pacjenta.

#### Efekt uczenia się

C. Określa wspólnie z pacjentem w wieku rozwojowym i jego opiekunami cele terapii

#### Kryteria weryfikacji\*

● W opisach przypadków przedstawia i omawia: - cele terapii sformułowane wspólnie z pacjentem i adekwatnie do problemu (proste, możliwe do zmierzenia, możliwe do osiągnięcia w zaplanowanym czasie terapii); - plan terapii na podstawie konceptualizacji problemu; ● Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta: - Podczas sesji odnosi się do celu terapii; - Formułuje pytania skierowane do pacjenta dotyczące rozumienia i akceptacji celu terapii.

#### Efekt uczenia się

D. Planuje wspólnie z pacjentem w wieku rozwojowym sesję terapeutyczną

#### Kryteria weryfikacji\*

● Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta: - Ustala cel i plan terapii na podstawie konceptualizacji problemu. - Omawia rolę włączenia otoczenia dziecka (rodzice, opiekunowie, nauczyciele) w proces planowania terapii oraz ustalania jej celów. - Formułuje cele terapii adekwatnie do problemu pacjenta w wieku rozwojowym (proste, wyrażone adekwatnym do wieku pacjenta językiem, możliwe do zmierzenia, możliwe do osiągnięcia w zaplanowanym czasie terapii).

#### Efekt uczenia się

E. Zarządza czasem sesji terapeutycznej

#### Kryteria weryfikacji\*

● Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta: - Prowadzi sesję nie przekraczając zaplanowanego czasu; - Utrzymuje tempo dostosowane do potrzeb pacjenta w

wieku rozwojowym umożliwiającym zrealizowanie planu; - Odnosi się do kwestii niezrealizowanych i umieszcza je w planie kolejnej sesji; - Utrzymuje strukturę sesji; - Przeprowadza podsumowania częściowe i podsumowanie sesji.

#### Efekt uczenia się

F. Stosuje pracę osobistą (domową) z pacjentem w wieku rozwojowym z zachowaniem zasady empiryzmu opartego na współpracy

#### Kryteria weryfikacji\*

● W opisach przypadków przedstawia i omawia: - pracę osobistą zaplanowaną stosownie do problemu, możliwości pacjenta w wieku rozwojowym; - rezultat pracy osobistej ustalonej z poprzedniej sesji; - wynikającą z sesji następną pracę osobistą; ● Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta: - analizuje pracę osobistą z poprzedniej sesji; - planuje pracę osobistą („co, gdzie, kiedy, jak i jakie są oczekiwania?”) wynikającą z bieżącej sesji stosownie do problemu i możliwości realizacji zadania; - udziela informacji i zadaje pytania dotyczące szczegółów planowanej pracy („co, gdzie, kiedy, jak i jakie są oczekiwania?”); - przedstawia uzasadnienie pracy osobistej odnosząc ją do problemu pacjenta oraz jego potrzeb rozwojowych; - sprawdza na ile pacjent w wieku rozwojowym i/ lub jego opiekun zrozumiał pracę osobistą; - dokonuje częstych podsumowań informacji uzyskanych od pacjenta; - podsumowuje rezultaty pracy osobistej, zadaje pytania stymulujące pacjenta do samodzielnego sformułowania wniosków z pracy osobistej; - wskazuje na korzyści z zastosowania np. nowych umiejętności przez pacjenta.

#### Efekt uczenia się

G. Stosuje narzędzia oceny stanu psychicznego pacjenta w wieku rozwojowym do badania skuteczności terapii

#### Kryteria weryfikacji\*

● Omawia stosowane standardowo w danej metodzie terapii narzędzia do diagnozy i oceny nasilenia objawów u pacjenta w wieku rozwojowym (np. depresji młodzieńczej, zaburzeń lękowych, fobii szkolnej itd.). ● W opisach przypadków przedstawia i omawia: - zastosowane skale samooceny i metody monitorowania zmian wskazując na ich specyfikę w kontekście oceny stanu psychicznego dzieci i młodzieży; - zastosowane narzędzia diagnostyczne np. ustrukturalizowane wywiady kliniczne, testy psychologiczne, kwestionariusze wskazując na ich specyfikę w kontekście oceny stanu psychicznego dzieci i młodzieży.

#### Numer zestawu w kwalifikacji\*

5

#### Nazwa zestawu\*

Stosowanie specyficznych technik terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży z zachowaniem zasady empiryzmu opartego na współpracy

#### Poziom PRK\*

7

#### Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

## Rodzaj zestawu

obowiązkowy

## Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

**Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

## Efekt uczenia się

A. Wykorzystuje techniki sterowania uwarunkowaniami w terapii dzieci i młodzieży

## Kryteria weryfikacji\*

● Omawia zastosowanie metod modyfikacji zachowania dzieci i młodzieży z zastosowaniem rozkładu wzmocnień. ● W co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub odgrywaniu ról podczas rozmowy z komisją (egzaminu) terapeuta: - Opisuje zachowanie niepożądane, identyfikuje miejsca i sposoby interwencji u pacjenta w wieku rozwojowym; - Przeprowadza edukację wobec rodziców (opiekunów) dotyczącą założeń procedur kontyngencyjnych - sterowania uwarunkowaniami zachowań.

## Efekt uczenia się

B. Wykorzystuje u osób w wieku rozwojowym stopniowanie zadań, techniki ekspozycji in vivo, ekspozycji z powstrzymaniem reakcji lub ekspozycji w wyobraźni

## Kryteria weryfikacji\*

● Omawia techniki (np. ekspozycji w wyobraźni): jej założenia, zasady stosowania, w zależności od problemu pacjenta w wieku rozwojowym. ● W co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub odgrywaniu ról podczas rozmowy z komisją (egzaminu) terapeuta: - Stosuje w sposób elastyczny, dostosowany do potrzeb pacjenta w wieku rozwojowym: stopniowanie zadań, techniki ekspozycji in vivo, ekspozycji z powstrzymaniem reakcji lub ekspozycji w wyobraźni; - Prowadzi psychoedukację na temat danej techniki (np. ekspozycji, jako sposobu który umożliwi pacjentom w wieku rozwojowym ponowną ocenę przewidywanych konsekwencji i nauczenie się tolerowania (zamiast unikania) strachu i niepokoju wywołanych zarówno przez sytuację, jak i bodźce somatyczne.

## Efekt uczenia się

C. Wykorzystuje w pracy z dziećmi i młodzieżą techniki relaksacji stosowanej i stopniowanego napinania mięśni oraz inne techniki relaksacyjne i techniki uważności

## Kryteria weryfikacji\*

● Omawia technikę (np. trening oddechowy): jej założenia, zasady stosowania, w zależności od problemu pacjenta w wieku rozwojowym). ● W co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub odgrywaniu ról podczas rozmowy z komisją(egzaminu) terapeuta: - Wprowadza jedną z technik podczas sesji z pacjentem w wieku rozwojowym (techniki relaksacji stosowanej i stopniowanego napinania mięśni, inne techniki relaksacyjne, techniki uważności) w sposób elastyczny, dostosowany do potrzeb pacjenta w wieku rozwojowym.

## Efekt uczenia się



D. Wykorzystuje techniki monitorowania i planowania aktywności u dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia techniki (np. dzienniczek aktywności): jej założenia, zasady stosowania, w zależności od problemu pacjenta w wieku rozwojowym). ● W co najmniej jednym z przedstawionych opisów przypadków lub w co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub podczas odgrywania ról w trakcie rozmowy z komisją(egzaminu) terapeuta: - demonstruje technikę planowania i monitorowania aktywności w sposób elastyczny, dostosowany do potrzeb i wieku pacjenta.

Efekt uczenia się

E. Wykorzystuje techniki restrukturyzacji poznawczej w terapii dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia techniki restrukturyzacji poznawczej u dzieci i młodzieży (np. dialog sokratejski): jej założenia, zasady stosowania, w zależności od problemu pacjenta). ● W co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub odgrywaniu ról podczas rozmowy z komisją (egzaminu) terapeuta: - Wprowadza jedną z technik podczas sesji z pacjentem w wieku rozwojowym (dialog sokratejski, identyfikowanie i modyfikowanie przekonań kluczowych, praca z tabelą automatycznych myśli); - Posługuje się dialogiem sokratejskim podczas identyfikowania i pracy z zapisem myśli automatycznych; - Posługuje się innymi strukturalizowanymi metodami pracy z myślami i przekonaniem.

Efekt uczenia się

F. Planuje i przeprowadza eksperymenty behawioralne u dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia na przykładach z własnej praktyki terapeutycznej założenia i zasady stosowania eksperymentów behawioralnych w zależności od problemu pacjenta w wieku rozwojowym. ● W co najmniej jednym z przedstawionych opisów przypadków lub w co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub podczas odgrywania ról w trakcie rozmowy z komisją(egzaminu) terapeuta: - planuje eksperyment behawioralny u pacjenta w wieku rozwojowym; - przeprowadza eksperyment behawioralny u pacjenta w wieku rozwojowym; - omawia z pacjentem przeprowadzony eksperyment behawioralny i jego rezultaty.

Efekt uczenia się

G. Prowadzi psychoedukację na temat modelu poznawczo- behawioralnego i technik terapeutycznych dla dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia założenia i cele psychoedukacji pacjentów w wieku rozwojowym. ● W co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub podczas odgrywania ról lub w trakcie rozmowy z komisją(egzaminu) terapeuta: - Prowadzi psychoedukację dotyczącą problemu pacjenta w wieku rozwojowym (oswajanie z modelem terapii i technikami terapeutycznymi ); - Prowadzi psychoedukację opiekunów prawnych (rodziców), dotyczącą problemu pacjenta w wieku rozwojowym; - Prowadzi psychoedukację nauczycieli i innych specjalistów zajmujących się dziećmi i młodzieżą, dotyczącą problemu pacjenta w wieku rozwojowym.

Numer zestawu w kwalifikacji\*

6

Nazwa zestawu\*

Przestrzeganie zasad profesjonalnych i etycznych w terapii dzieci i młodzieży

Poziom PRK\*

6

Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

50

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

### **Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

Efekt uczenia się

A. Korzysta z wiedzy na temat kodeksów zawodowych i etycznych dotyczących pracy z osobami niepełnoletnimi

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia zasady zawarte w kodeksach etycznych (dedykowanych psychoterapeutom) i przepisach prawa dotyczące standardów właściwego postępowania w pracy z pacjentem w wieku rozwojowym. ● Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia zagrożenia etyczne w pracy psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego dzieci i młodzieży i sposoby zapobiegania tym zagrożeniom. ● Omawia specyfikę i zakres odpowiedzialności prawnej psychoterapeuty prowadzącego terapię pacjenta w wieku rozwojowym.

Efekt uczenia się

B. Stosuje zasady etycznego i profesjonalnego postępowania w pracy z pacjentem w wieku rozwojowym i jego rodziną

Kryteria weryfikacji\*

● Odwołując się do przykładów z własnej praktyki terapeutycznej, omawia zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta w wieku rozwojowym na podjęcie terapii i wdrażane procedury terapeutyczne. ● Odwołując się do przykładów z własnej praktyki terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą, omawia zasadę poufności i wyjątki od tej zasady oraz zasady komunikacji z opiekunami prawnymi (rodzicami). ● Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia sposoby rozpoznawania problemów związanych z możliwością nadużycia pozycji w relacji terapeutycznej z pacjentem w wieku rozwojowym. ● Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia sytuacje, w których osobisty problem lub zaburzenie terapeuty mogą wpłynąć na zdolność do praktykowania i podejmowanie odpowiednich działań u dzieci i młodzieży (np. wsparcie terapeutyczne lub rezygnacja z praktyki).

Numer zestawu w kwalifikacji\*

7

Nazwa zestawu\*

Współpraca z innymi osobami i instytucjami włączonymi w proces diagnozy i leczenia, w zależności od potrzeb i zgodnie z prawem

Poziom PRK\*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

50

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

#### **Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

Efekt uczenia się

A. Współpracuje ze specjalistami włączonymi w proces leczenia nieletniego pacjenta

Kryteria weryfikacji\*

- Omawia rolę innych profesjonalistów np. lekarzy, pracowników socjalnych, pedagogów, nauczycieli włączonych w proces diagnozy, leczenia i superwizji w terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży.
- Podaje przykłady zagadnień, pytań z którymi należy zwrócić się do innego specjalisty (członka zespołu leczącego) oraz oczekiwanych zakresów odpowiedzi.
- Na podstawie własnej praktyki omawia przykłady współpracy z dwoma różnymi specjalistami np. lekarz, pedagog, kurator sądowy.
- Podaje przykłady odpowiedzi na zagadnienia, pytania z którymi należy zwrócić się do innego specjalisty (członka zespołu leczącego) oraz oczekiwanych zakresów odpowiedzi.

Efekt uczenia się

B. Współpracuje z instytucjami włączonymi w proces leczenia nieletniego pacjenta

Kryteria weryfikacji\*

- Omawia sytuacje kliniczne w terapii dzieci i młodzieży wymagające zgłoszenia podejrzenia nadużycia do odpowiednich organów.
- Podaje przykłady informacji udzielanych organom.
- Podaje przykłady informacji udzielanych pacjentowi, rodzicom/opiekunom pacjenta.

Numer zestawu w kwalifikacji\*

8

Nazwa zestawu\*

Korzystanie z superwizji

Poziom PRK\*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]\*

100

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia\*

### **Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia**

Efekt uczenia się

A. Charakteryzuje zasady rozwoju osobistego i profesjonalnego psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego dzieci i młodzieży

Kryteria weryfikacji\*

● Omawia rolę superwizji w terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży. ● Podaje przykłady korzyści, jakie odniósł z własnej superwizji. ● Wymienia szkolenia, konferencje, seminaria, w których uczestniczył i omawia, w jaki sposób zdobytą tam wiedzę i umiejętności wykorzystał w pracy terapeutycznej z pacjentami.

Efekt uczenia się

B. Przedstawia superwizorowi syntetycznie przebieg dotychczasowego procesu terapii

Kryteria weryfikacji\*

● W formie pisemnej przygotowuje opis dotychczasowego przebiegu terapii obejmujący: - konceptualizację problemu; - poznawczo-behawioralny model zaburzenia; - plan według, którego jest prowadzona terapia; - problem (pytanie do superwizora) - ilustrację problemu może stanowić nagranie lub fragment nagrania sesji terapeutycznej. ● Omawia z superwizorem-dydaktykiem terapii poznawczo-behawioralnej przebieg terapii.

Efekt uczenia się

C. Rozpoznaje czynniki negatywnie wpływające na proces terapii

Kryteria weryfikacji\*

● W trakcie rozmowy z superwizorem: - identyfikuje problem/problemy związane zarówno z osobą pacjenta jak i własną, które według niego mogą utrudniać proces terapii; - rozpoznaje własne przekonania i zachowania (dotyczące osoby pacjenta jak i relacji terapeutycznej), które wpływają na proces terapii; - odnosi się do uwag superwizora dotyczących prowadzonej terapii w tym zachowań związanych z przestrzeganiem etyki zawodowej.

Efekt uczenia się

D. Stosuje w terapii uzyskane w trakcie superwizji informacje

Kryteria weryfikacji\*

- Na zakończenie spotkanie z superwizorem przedstawia podsumowanie tego czego się nauczył oraz jak planuje uzyskaną wiedzę zastosować w terapii.
- Na kolejnym spotkaniu z superwizorem demonstruje jak uzyskana wiedza została zastosowana praktycznie w terapii i z jakim skutkiem.
- Formułuje hipotezy dlaczego wiedza z wcześniejszej superwizji zastosowana w terapii nie przyniosła oczekiwanych efektów w prowadzonej terapii.

### Informacje o instytucjach uprawnionych do nadawania kwalifikacji

Wnioskodawca\*

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Minister właściwy\*

Ministerstwo Zdrowia

Okres ważności dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji i warunki przedłużenia jego ważności\*

Bezterminowo

Nazwa dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji\*

Certyfikat

Uprawnienia związane z posiadaniem kwalifikacji\*

Nie dotyczy

Kod dziedziny kształcenia\*

72 - Ochrona zdrowia

Kod PKD\*

86.90.E - Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana

Status

Dokumenty

#	Tytuł dokumentu
1	Informacje dodatkowe dotyczące kwalifikacji z obszaru prowadzenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej
2	Potwierdzenie dokonania opłaty.
3	Statut Uczelni (SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny).
4	Wniosek o włączenie kwalifikacji "Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży" w sformatowanej wersji pdf.
5	ZRK_FKU_Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży
6	ZRK_FKU_Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży
7	ZRK_FKU_Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży



Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o włączenie kwalifikacji rynkowej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.\*

Dane o podmiocie, który złożył wniosek

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Siedziba i adres: Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa

NIP: 1180197245

REGON: 011947981

Reprezentacja: Rektor: prof. dr hab. Roman Cieślak, Pełnomocnictwo: Krzysztof Rzeńca

Adres elektroniczny osoby wnoszącej wniosek: [krzenca@swps.edu.pl](mailto:krzenca@swps.edu.pl)