

Ministerstwo Zdrowia

(nazwa ministerstwa przeprowadzającego konsultacje)

Formularz konsultacji z zainteresowanymi środowiskami

przeprowadzonej na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o ZSK

Nazwa kwalifikacji	Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej osób dorosłych
Wnioskodawca	SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Podmiot zgłaszający uwagi E-mail do kontaktów Telefon kontaktowy	Polskie Towarzystwo Integracyjnej Psychoterapii Doświadczeniowej i Edukacji Społecznej Stowarzyszenie Intra Ul. Bajana 40, 01-904 Warszawa e-mail: biuro@stowarzyszenieintra.org.pl tel. 22 826 35 34 Osoba kontaktowa: Sylwia Żyła, tel. 602 389 406, e-mail: s.zyla@osrodekkintra.pl

Uwagi do wybranych pól wniosku

Lp	Wybrane pole wniosku	Uwaga - uzasadnienie
1.	<p>Nazwa kwalifikacji</p> <p>Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej osób dorosłych</p>	
2	<p>Krótką charakterystyka kwalifikacji oraz orientacyjny koszt uzyskania dokumentu potwierdzającego otrzymanie danej kwalifikacji</p> <p>Psychoterapia poznawczo-behawioralna to psychologiczna metoda leczenia zaburzeń psychicznych, efektywnie poprawiająca jakość życia pacjenta. Ma ona ugruntowaną pozycję w obowiązujących na świecie standardach leczenia wybranych chorób psychicznych. Jej skuteczność potwierdzają m.in. badania prowadzone przez NICE – Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej w Wielkiej Brytanii oraz APA – Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne. Jest stosowana także w Polsce ze względu na liczne dowody skuteczności, zgromadzone na podstawie, rygorystycznych pod względem metodologii, badań naukowych. W wielu krajach psychoterapia poznawczo-behawioralna stanowi zbiór podstawowych i rekomendowanych metod leczenia m.in.: zaburzeń lękowych, afektywnych, schizofrenii, zaburzeń odżywiania, czy uzależnień. Opisywana kwalifikacja ma charakter specjalistyczny. Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” posługuje się specjalistyczną wiedzą z zakresu psychopatologii. Wykorzystuje umiejętności diagnostyczne, terapeutyczne oraz interpersonalne, pozwalające na zastosowanie metod terapii i profilaktyki zaburzeń zgodnie ze współczesnymi ustaleniami naukowymi, regułami sztuki i zasadami etycznymi. Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” może wykorzystywać swoje potwierdzone kompetencje w obszarze służby zdrowia i pomocy społecznej oraz wszędzie tam, gdzie wykonywane są zadania związane z prowadzeniem psychoterapii dla osób dorosłych. Uzyskanie i potwierdzanie tej kwalifikacji stanowić będzie</p>	

	<p>ważny krok w rozwoju zawodowym psychologów klinicznych, lekarzy psychiatrów oraz psychoterapeutów. Szacunkowy koszt zdobycia kwalifikacji wynika z konieczności wielowymiarowej oceny kompetencji kandydata. Na tę ocenę składają się m.in: 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. Korzysta z superwizji oraz posiada aktualny dokument potwierdzający nabycie przez niego umiejętności opisanych w kwalifikacji, zgodnie z polskimi i/lub międzynarodowymi standardami kształcenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (certyfikat psychoterapeuty PTPPB, EABCT lub towarzystw akredytowanych przez EABCT*, albo świadectwo ukończenia, w ciągu ostatnich 5 lat, studiów podyplomowych w psychoterapii poznawczo-behawioralnej zakończonych egzaminem**, zgodnych z rekomendacjami EABCT). W „ścieżce pierwszej” orientacyjny koszt uzyskania kwalifikacji to 1500,00 zł. Ścieżka druga zakłada, że kandydat odbył kształcenie i prowadzi praktykę terapeutyczną w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, lecz nie posiada dokumentu potwierdzającego nabycie przez niego opisanych w kwalifikacji umiejętności, zgodnie z polskimi i/lub międzynarodowymi standardami kształcenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (certyfikatu psychoterapeuty, świadectwa ukończenia studiów podyplomowych). Z uwagi na większą złożoność procesu walidacji orientacyjny koszt zdobycia kwalifikacji na „ścieżce drugiej” to 14 000,00 zł. Uwzględniając specyfikę psychoterapii w Polsce, można założyć, że większość osób zainteresowanych kwalifikacją będzie korzystać ze ścieżki pierwszej.</p>	
3.	<p>Grupy osób, które mogą być zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji</p> <p>Szczególnie zainteresowani uzyskaniem kwalifikacji „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” mogą być psycholodzy, lekarze (psychiatrzy), pielęgniarki a także 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, tj. w szpitalach, poradniach,</p>	

	<p>domach opieki, domach pomocy społecznej, gabinetach prywatnych, centrach interwencji kryzysowej, ośrodkach terapii uzależnień. Ponadto zdobyciem tej kwalifikacji mogą być również zainteresowani psycholodzy zajmujący się profilaktyką zaburzeń psychicznych w miejscach pracy, np. psycholodzy pracujący w służbach mundurowych i ratunkowych. Kwalifikacja jest również adresowana do psychologów pracujących w oddziałach szpitalnych leczenia chorób przewlekłych (onkologia, transplantologia, kardiologia, neurologia, reumatologia) i rehabilitacyjnych.</p>	
4.	<p>Wymagane kwalifikacje poprzedzające</p> <p>Kwalifikacja pełna na poziomie 7 PRK - dyplom ukończenia studiów magisterskich albo dyplom lekarza.</p>	
5.	<p>W razie potrzeby warunki, jakie musi spełniać osoba przystępująca do walidacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwalifikacja pełna na poziomie 7 PRK - dyplom ukończenia 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)* <p>*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:</p> <ul style="list-style-type: none"> – jako główny cel statutowy wskazuje rozwój wiedzy i praktyki klinicznej w obszarze psychoterapii poznawczo-behawioralnej 	

	<ul style="list-style-type: none"> – 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 	
6.	<p>Zapotrzebowanie na kwalifikację</p> <p>Psychoterapia poznawczo-behawioralna jest metodą z wyboru w leczeniu zaburzeń psychicznych: depresji, zaburzeń związanych z traumą i stresem, zaburzeń lękowych, zaburzeń osobowości, schizofrenii, uzależnień, pracy z osobami w kryzysie samobójczym oraz problemów emocjonalnych diagnozowanych jako zaburzenia adaptacyjne. Jest także stosowana wobec problemów występujących przejściowo u osób zdrowych, które znajdują się w kryzysie oraz u osób chorych somatycznie. Jest metodą stosowaną w profilaktyce zaburzeń psychicznych. Zapotrzebowanie społeczne na prowadzenie psychoterapii jest niezwykle szerokie. Analiza obecnej sytuacji w Polsce dotycząca:</p> <p>a) rozpowszechnienia i kosztów wynikających z występowania zaburzeń psychicznych w populacji polskiej[1,2,3],</p> <p>b) wiedzy na temat skutecznych, opartych na danych naukowych metod leczenia zaburzeń psychicznych metodami psychoterapii [4-8],</p> <p>c) dostępności specjalistycznych usług psychoterapeutycznych prowadzonych metodami o udokumentowanej skuteczności [9-13]</p> <p>wskazuje na potrzebę wprowadzenia rozwiązań skutkujących podniesieniem jakości opieki psychiatrycznej i psychologicznej w naszym kraju. Znaczne zapotrzebowanie na kwalifikację, rozumianą jako sposób weryfikacji umiejętności psychoterapeutycznych, mogą zatem wyrazić następujące grupy:</p> <p>(1) pracodawcy poszukujący psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych w placówkach medycznych i ośrodkach psychoterapeutycznych,</p> <p>(2) osoby chcące podjąć kształcenie w psychoterapii,</p>	

- (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:

W najszerzej zakrojonych badaniach EZOP – Zdrowie Psychiczne Polaków, dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce, stwierdzono, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie – z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) – można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób. Po ekstrapolacji na populację generalną daje to ponad sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym [1]. Dane dotyczące kompleksowych szacunków kosztów zaburzeń psychicznych nie są dostępne w Polsce. Koszty pośrednie ponoszone przez polskie społeczeństwo z tytułu depresji wahają się, w zależności od przyjętego podejścia implementacyjnego dla metody kapitału ludzkiego, od ok. 1,0 mld zł do ok. 2,6 mld zł rocznie [2,3]. Przykład systematycznego opisu umiejętności psychoterapeuty stanowi dokument opracowany w ramach programu Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), realizowanego przez brytyjskie ministerstwo zdrowia od roku 2007. Program IAPT powstał jako rezultat analiz ekonomicznych wskazujących na korzyści z zastosowania psychoterapii opartych na danych empirycznych w leczeniu przede wszystkim zaburzeń lękowych i depresyjnych [4,5,6,7]. Metodą o największej dotychczas liczbie danych dotyczących skuteczności jest psychoterapia poznawczo-behawioralna [8]. W latach 2008-2013 inwestycje w terapie psychologiczne w Wielkiej Brytanii rosły do 173 milionów funtów rocznie powyżej dotychczasowych wydatków. Środki te były wykorzystywane do szkolenia i zatrudnienia co najmniej 6000 nowych terapeutów – psychologów. Kolejny pięcioletni program zakłada przeszkolenie dodatkowych 4500 klinicystów. Brytyjskie Towarzystwo Terapii Poznawczych i Behawioralnych zrzeszało w 2017 roku 11000 członków. Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych i depresyjnych nie różni się istotnie w krajach europejskich. Populacja polska (38 mln) stanowi ok. 60% populacji brytyjskiej (66 mln). Opierając się na szacunkach brytyjskich – odpowiednia proporcja liczby terapeutów zakładałaby 6600 psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych w Polsce. Stan obecny: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej zrzesza 2500 członków – jedną trzecią oczekiwaną dla Polski liczbą, w tym ponad 600 psychoterapeutów posiadających certyfikaty psychoterapeuty PTTPB [9]. Nawet

jeśli program analogiczny do brytyjskiego nie będzie w Polsce dofinansowany ze środków publicznych, szacunki dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń i obecnych kosztów np. depresji wskazują na wzrost zapotrzebowania na terapię o udokumentowanej skuteczności, prowadzoną według zasad, które umożliwiają replikację badań i osiąganie podobnych wyników co do skuteczności metody. Temu właśnie – zwiększeniu szerszego monitorowania jakości usług psychoterapeutycznych zarówno w ramach środków publicznych, jak i poza systemem państwowej opieki zdrowotnej, ma służyć wprowadzenie kwalifikacji „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji. Obecnie istnieje kilka ośrodków w Polsce kształcących w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Większość z nich - ale nie wszystkie - jest zrzeszona w Polskim Towarzystwie Terapii Poznawczej i Behawioralnej [9], które przestrzega standardów EABCT (European Association for Behavioural and Cognitive Therapies) i wydaje odpowiednie certyfikaty psychoterapeuty [10]. Ośrodki niezrzeszone w PTTPB wydają własne dokumenty zwane także „certyfikatami psychoterapeuty” [11]. Kształcenie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej odbywa się także w ramach czteroletnich studiów podyplomowych na Uniwersytecie SWPS, których zakres, poza rekomendacją PTTPB, określa ustawa o szkolnictwie wyższym. 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 [12], a jedynie ogólną długość kształcenia i posiadany certyfikat psychoterapeuty [13]. W świetle przedstawionych wyżej danych włączenie kwalifikacji „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” do ZRK może pełnić co najmniej cztery istotne z punktu widzenia społecznego cele. Po pierwsze: ze względu na rażąco małą, w stosunku do potrzeb, liczbę wykwalifikowanych psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych w Polsce, pozwoli na zwiększenie ich liczby, poprzez umożliwienie uzyskania kwalifikacji osobom, które np. kształciły się poza Polską i bez powtarzania całego procesu kształcenia, chciałyby poddać ocenie swoje umiejętności i praktykować w Polsce. Po drugie: psychoterapeutom kształcącym się w różnych ośrodkach w Polsce pozwoli na uzyskanie dokumentu w jednolity sposób potwierdzającego posiadane umiejętności. Po trzecie: osobom zainteresowanym (pacjenci,

ich rodziny) skorzystaniem z psychoterapii ułatwi odnalezienie odpowiednio wykwalifikowanego psychoterapeuty. Po czwarte: osobom odpowiedzialnym za politykę zdrowotną na szczeblu lokalnym oraz ogólnopolskim umożliwi ocenę kwalifikacji specjalistów pracujących z wykorzystaniem metod i technik o udokumentowanej naukowo skuteczności [13,14,15].

Literatura:

1. <http://www.ezop.edu.pl/EZOP2013pdf> (dostęp 12.listopada 2018)
2. Gałązka-Sobotka, M. (red). (2014) Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.
3. Moskalewicz J, Stokwiszewski J, Świątkiewicz G, Zagdańska M. Badanie terenowe. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. red. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. s. 43–59. 12.
4. NICE. Common mental health disorders: identification and pathways to care. Clinical Guideline 123. www.nice.org.uk/guidance/cg123 (pobrano: listopad 12, 2018).
5. Layard R., Clark, D.M.(2014) Thrive: the power of psychological therapies. London: Penguin
6. Layard, R., Clark, D. M. (2015) Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*,
7. ISSN 1664-1078 7. Clark, D. M iwsp.(2018) Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet* , Volume 391 , Issue 10121 , 679 – 686
8. Popiel, A., Pragłowska, E (2008) Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat
9. <http://www.pttpb.pl> (pobrano Listopad, 12, 2018)
10. <https://www.eabct.eu/training-and-accreditation/training-standards/>(pobrano Listopad 12, 2018)
11. <https://www.ctpb.pl/>(pobrano Listopad, 12, 2018)

	<p>12. 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</p> <p>13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2013.1386 z późn. zm.).</p> <p>14. 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 [dostęp: 20.06.2018].</p> <p>15. Popiel A., Pragłowska E. (2012) Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Psychiatria W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J.Rybakowski, J. Wciórka (red.), Psychiatria. Psychiatria kliniczna (tom 4). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.</p>	
7.	<p>Odniesienie do kwalifikacji o zbliżonym charakterze oraz wskazanie kwalifikacji ujętych w ZRK zawierających wspólne zestawy efektów uczenia się</p> <p>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 osób dorosłych.</p>	
8.	<p>Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji</p> <p>Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” może zostać zatrudniona jako:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychoterapeuta w centrach zdrowia psychicznego (zgodnie z „Narodowym programem ochrony zdrowia psychicznego”), publicznych i niepublicznych zakładach opieki 	

	<p>zdrowotnej – szpitalach, poradniach, domach opieki, domach pomocy społecznej, gabinetach prywatnych);</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Psychoterapeuta w centrach interwencji kryzysowej; 3. Psychoterapeuta w ośrodkach wyspecjalizowanych w leczeniu konkretnych zaburzeń somatycznych i /lub psychicznych, na przykład: onkologicznych, kardiologicznych, w ośrodkach terapii uzależnień (jako kwalifikacja doskonaląca, uwzględniająca istniejące akty prawne) <p>Uzyskanie kwalifikacji może stanowić podstawę do prowadzenia psychoterapii zaburzeń psychicznych, do leczenia których wskazane jest stosowanie psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz tych zaburzeń i problemów, co do których stosowanie psychoterapii może być uzasadnione ze względu na mechanizmy działania psychoterapii.</p>	
9.	<p>Wymagania dotyczące walidacji i podmiotów przeprowadzających walidację</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Etap weryfikacji</u> <p><u>1.1 Metody:</u></p> <p>Do weryfikacji efektów uczenia się stosuje się następujące metody: analizę dowodów i deklaracji, test teoretyczny oraz wywiad swobodny (rozmowę z komisją walidacyjną).</p> <p>Ze względu na istniejące w Polsce zróżnicowanie sposobów zdobywania umiejętności charakterystycznych dla kwalifikacji prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej osób dorosłych 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).</p> <p>W ramach tej ścieżki kandydat zobowiązany jest dostarczyć komisji walidacyjnej następujące dokumenty:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Życiorys zawodowy z wyszczególnieniem uczestnictwa w co najmniej jednej konferencji naukowej poświęconej psychoterapii poznawczo-behawioralnej w ciągu ostatnich 5 lat. 	

2. Aktualny certyfikat psychoterapeuty wydany przez stowarzyszenie naukowe certyfikujące w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (PTTPB, EABCT) lub inne stowarzyszenie kształcące psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych* 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. Dokument potwierdzający prowadzenie praktyki psychoterapeutycznej od co najmniej dwóch lat.
4. 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 zrzeszające 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)

** 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 PTPPB, EABCT lub towarzystw akredytowanych przez EABCT*

*** Rekomendacja superwizora jest wystawiona przez superwizora psychoterapii poznawczo-behawioralnej (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 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. (por. Popiel A., Pragłowska E. (red)(2013). Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. WUJ, Kraków).

Walidacja w ścieżce drugiej obejmuje następujące metody:

- A. analiza dowodów i deklaracji
- B. test teoretyczny
- C. wywiad swobodny (rozmowa z komisją).

Ad A. W ramach tej ścieżki kandydat zobowiązany jest dostarczyć komisji walidacyjnej następujące dokumenty:

1. Życiorys zawodowy z wyszczególnieniem udziału w co najmniej 200 godzinach warsztatów i wykładów dotyczących psychoterapii poznawczo-behawioralnej i uczestnictwa w co najmniej jednej konferencji naukowej poświęconej psychoterapii poznawczo-behawioralnej w ciągu ostatnich 5 lat;
2. Zaświadczenie o stażu odbytym po uzyskaniu dyplomu magistra/lekarza w ośrodku leczenia zaburzeń psychicznych w wymiarze co najmniej 360 godzin, pod opieką psychologa lub lekarza psychiatry, wskazujące na nabycie wiedzy dotyczącej systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz umiejętności nawiązywania kontaktu i przeprowadzania wywiadów i formułowania diagnozy klinicznej z osobami z różnymi zaburzeniami psychicznymi;
3. Cztery opisy przypadków prowadzonej przez kandydata terapii dorosłych pacjentów z różnymi problemami klinicznymi prowadzonych w ciągu ostatnich dwóch lat*;
4. Dwa nagrania sesji psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dwóch różnych pacjentów prezentujących różne problemy kliniczne). Każda sesja trwa 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 stosowanych w wybranym problemie/zaburzeniu ich skuteczności przygotowany samodzielnie, zgodnie ze standardami APA***;
6. Rekomendację dwóch supervisorów 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 (według wystandardyzowanych 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 obejmować 20 poniższych pozycji i powinien zawierać następujące informacje:

1. Informacje ogólne o pacjencie
2. Lista problemów (zgłaszane 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/ rodzinnej; zawodowej/szkolnej i społecznej; Konceptualizacja problemu pacjenta
5. Czynniki wywołujące aktualne problemy lub zaburzenia;
6. 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;
7. Schematy poznawcze, utrwalone wzorce reagowania emocjonalnego i zachowań oraz ich rola w podtrzymywaniu problemów lub zaburzeń;
8. 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;
9. Wyodrębnienie aktualnych mocnych stron pacjenta;
10. Podsumowanie konceptualizacji; Plan terapii i jego realizacja;
11. Cele terapeutyczne (zgodne z listą problemów, diagnozą, mierzalne, możliwe do realizacji, określone wspólnie z pacjentem),
12. Plan terapii (w oparciu o jaki protokół, adekwatność wyboru);
13. Zaplanowane procedury (adekwatność, kompletność, uzasadniona kolejność);
14. Narzędzia oceny stanu psychicznego i/lub sposoby monitorowania zmian;
15. Realizacja planu: opis prowadzonej terapii kolejnych sesji terapeutycznych - zastosowane procedury poznawcze i/lub behawioralne. Praca osobista;
16. 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 strukturalizowanych narzędzi oceny nagrania.

Przykład pozycji w skali oceny nagrania sesji (por Popiel, Pragłowska 2013):

1. Zachowuje się profesjonalnie, utrzymuje granice,
2. Adekwatnie wyraża empatię i autentyczne zaangażowanie,
3. Nawiguje 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 cząstkowe 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 strukturalizowanymi metodami pracy z myślami i przekonaniami;
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 napinania 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.).

***Przegląd piśmiennictwa (przegląd musi zostać przygotowany zgodnie ze standardami APA).

****Rekomendacja superwizora: Wystawiona przez superwizora psychoterapii poznawczo-behawioralnej (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 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. WUJ, Kraków).

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). Ponadto co najmniej jednej 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,

	<p>4. organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii i psychoterapii w Polsce.</p>	
<p>10.</p>	<p>Opis efektów uczenia się obejmujący syntetyczną charakterystykę efektów uczenia się , zestawy efektów uczenia się, poszczególne efekty uczenia się w zestawach wraz z kryteriami weryfikacji ich osiągnięcia</p> <p>Syntetyczna charakterystyka efektów uczenia się</p> <p>Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” posługuje się aktualną wiedzą na temat psychoterapii poznawczo-behawioralnej, zna modele teoretyczne i wyniki badań dotyczące jej skuteczności. Samodzielnie prowadzi badanie stanu psychicznego, formułuje problemy do terapii, dokonuje ich conceptualizacji oraz identyfikuje podstawowe procesy podtrzymujące problem pacjenta. W obszarze umiejętności terapeutycznych i interpersonalnych osoba ta posługuje się technikami terapii poznawczej i behawioralnej we wprowadzaniu zmiany – z poszanowaniem autonomii pacjenta i we współpracy z pacjentem.</p> <p>Osoba posiadająca kwalifikację „Prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych” jest przygotowana do samodzielnej pracy z osobami w kryzysie emocjonalnym i osobami z różnymi zaburzeniami psychicznymi oraz do pracy we wszelkich zespołach terapeutycznych i zajmujących się profilaktyką zaburzeń psychicznych, z uwzględnieniem różnych miejsc i form zatrudnienia (szpitale, poradnie, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, stowarzyszenia itd.). 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 zawodowym kodeksem etycznym.</p> <p>Zestawy efektów uczenia się:</p> <p>Posługiwanie się wiedzą dotyczącą psychopatologii i problemów zdrowia psychicznego. (7 PRK, 300h)</p> <p>Posługiwanie się założeniami i zasadami terapii poznawczo - behawioralnej (7 PRK, 150h)</p>	

Diagnoza i konceptualizacja (sformułowanie) problemu. (7 PRK, 200h)

Prowadzenie terapii (7 PRK, 290h)

Stosowanie specyficznych technik terapii poznawczo-behawioralnej z zachowaniem zasady empiryzmu opartego na współpracy. (7 PRK, 400h)

Przestrzeganie zasad zawodowych i etycznych (6 PRK, 50h)

Korzystanie z superwizji (7PRK, 100h)

Zestaw efektów uczenia się:	1. Posługiwanie się wiedzą dotyczącą psychopatologii i problemów zdrowia psychicznego
Umiejętności	Kryteria weryfikacji
A. Posługuje się wiedzą o psychopatologii i problemach zdrowia psychicznego u osób dorosłych	<ul style="list-style-type: none"> – W opisach przypadków przedstawia i omawia spójny opis badania stanu psychicznego obejmujący: <ul style="list-style-type: none"> • przeprowadzoną diagnozę (opis wskazuje na zgodność listy problemów z diagnozą kliniczną), • obserwowane podczas badania stanu psychicznego objawy z zakresu wyglądu, zachowania, mowy, emocji, procesów poznawczych z zastosowaniem poprawnej terminologii, • diagnozę zaburzenia dominującego w obrazie klinicznym i diagnozę zaburzeń współwystępujących. – Wymienia kryteria diagnostyczne głównych zaburzeń psychicznych według aktualnych systemów klasyfikacyjnych, wskazuje obszary diagnozy różnicowej. – Analizuje czynniki wpływające na podatność, przebieg i rokowanie w schizofrenii, depresji, zaburzeniach nastroju, zaburzeniach lękowych, uzależnieniach oraz czynniki ryzyka samobójstwa. – Omawia akty prawne odnoszące się do leczenia zaburzeń psychicznych, np. leczenie wbrew woli.

<p>B. Posługuje się wiedzą na temat objawów zaburzeń w celu uniknięcia eskalacji lub pogorszenia kondycji klienta, gdy jego zachowanie prowadzi do trudności w relacjach interpersonalnych u osób dorosłych</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Omawia objawy zaburzeń mogące prowadzić do eskalacji lub pogorszenia kondycji klienta w kontekście relacji interpersonalnych. - Na podstawie przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia przykłady zidentyfikowania i pokonania trudności pacjenta w relacjach (w tym w relacji terapeutycznej) związanych z odczuwanymi przez pacjenta silnymi emocjami (złość, lęk, smutek) oraz zachowaniami (nieufność, agresja słowna, arogancja). 	
<p>Zestaw efektów uczenia się:</p>	<p>2. Posługiwanie się założeniami i zasadami terapii poznawczo-behawioralnej</p>	
<p>Umiejętności</p>	<p>Kryteria weryfikacji</p>	
<p>A. Charakteryzuje główne założenia teoretyczne i zasady terapii poznawczo-behawioralnej u osób dorosłych</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Omawia pojęcia terapii poznawczo-behawioralnej: przekonania, schematy, zasady, zniekształcenia poznawcze, specyfika poznawcza, treści i procesy poznawcze. - Analizuje definicje głównych konstruktów w terapii poznawczo-behawioralnej. - Omawia rolę zachowań zabezpieczających. - Omawia założenia teoretyczne teorii uczenia się: warunkowanie klasyczne, instrumentalne, uczenie się przez obserwację, główne składowe funkcjonalnej analizy zachowania. 	

		<ul style="list-style-type: none"> – Omawia podtrzymującą problem rolę zachowań, jakimi ludzie reagują na dystres (unikania ograniczenia aktywności) w kontekście teorii uczenia się. – Omawia rolę znaczeń, jakie ludzie nadają wydarzeniom (w formie przekonań, myśli) w kontekście teorii poznawczej. 	
	B. Posługuje się wiedzą dotyczącą planowania terapii, wyboru modelu i oceny jej skuteczności u osób dorosłych	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia znane z literatury modele i oparte na nich protokoły terapii w leczeniu zaburzeń (np. stres: Foa, Resick, Ehlers i Clark; zaburzenie paniczne: Clark, Barlow), wskazuje podobieństwa i różnice między modelami. – W opisach przypadków przedstawia adekwatne uzasadnienie dla wybranego sposobu terapii. – Przedstawia przegląd piśmiennictwa dotyczącego terapii poznawczo-behawioralnej wybranego zaburzenia psychicznego. – Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia wybór najskuteczniejszej formy terapii dla pacjenta, uwzględniając specyfikę pacjenta i kontekst terapii oraz podobieństwa i różnice między modelami. 	
	Zestaw efektów uczenia się:	3. Diagnoza i konceptualizacja (sformułowanie) problemu	
	Umiejętności	Kryteria weryfikacji	
	A. Zbiera wywiad i operacjonalizuje problem pacjenta dorosłego	W opisach przypadków przedstawia i omawia: <ul style="list-style-type: none"> • dane z wywiadu służące do zrozumienia kontekstu pojawienia się problemu pacjenta, • wspólnie z pacjentem ustaloną hierarchię problemów oraz behawioralnych miar nasilenia problemu i jego rozwiązania, • problem pacjenta wybrany do terapii. 	
	B. Formułuje konceptualizację problemu	W opisach przypadków przedstawia i omawia:	

pacjenta dorosłego	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
Zestaw efektów uczenia się:	4. Prowadzenie terapii	
Umiejętności	Kryteria weryfikacji	
A. Komunikuje się z dorosłym pacjentem	<p>Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kieruje do pacjenta pytania dotyczące dotychczasowego przebiegu sesji (np. „Co pan/i myśli o tym, o czym rozmawialiśmy do tej pory?”), „Czy praca osobista jest dla pani zrozumiała?” i możliwych negatywnych reakcji na sesję (np. „Czy jest coś co panią niepokoi?”); • zadaje pacjentowi pytania, których celem jest uzyskanie od niego opinii dotyczącej dotychczasowej pracy terapeutycznej, • prowadzi z pacjentem rozmowę, której celem jest uzyskanie od pacjenta informacji na temat jego opinii; • 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 i reakcje pacjenta na poszczególne aspekty sesji terapeutycznej; • wypowiada podsumowania informacji uzyskanych od pacjenta; 	

		<ul style="list-style-type: none"> • zachowuje się profesjonalnie, w tym m.in. utrzymuje granice, dba o to by relacja interpersonalna nie wykraczała poza granice określone zasadami i celem terapii. 	
	<p>B. Nawiązuje i utrzymuje z dorosłym pacjentem relację terapeutyczną z zachowaniem zasady empiryzmu opartego na współpracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia znaczenie relacji terapeutycznej, odnosząc te informacje do problemu pacjenta i 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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, • Prezentuje stosowną dawkę dyrektywności pozwalającą na realizowanie celów terapii, • Odnosi się do emocji pacjenta wyrażanych podczas sesji. 	
	<p>C. Określa wspólnie z dorosłym pacjentem cele terapii</p>	<ul style="list-style-type: none"> – W opisach przypadków przedstawia i omawia: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Podczas sesji odnosi się do celu terapii, • Formułuje pytania skierowane do pacjenta dotyczące rozumienia i akceptacji celu terapii. 	

<p>D. Planuje wspólnie z dorosłym pacjentem sesję terapeutyczną</p>	<p>Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ustala plan sesji i formułuje propozycje dotyczące planu, • formułuje pytania skierowane do pacjenta dotyczące rozumienia i akceptacji planu sesji, • zaplanowane interwencje skupione są na realizacji celu terapii. 	
<p>E. Zarządza czasem sesji terapeutycznej</p>	<p>Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prowadzi sesję, nie przekraczając zaplanowanego czasu, • utrzymuje tempo umożliwiające zrealizowanie planu i ważnych dla pacjenta kwestii, • odnosi się do kwestii niezrealizowanych i umieszcza je w planie kolejnej sesji, • utrzymuje strukturę sesji, • przeprowadza podsumowania częściowe i podsumowanie sesji. 	
<p>F. Stosuje u osób dorosłych pracę osobistą (zadanie terapeutyczne do wykonania między sesjami) z zachowaniem zasady empiryzmu opartego na współpracy</p>	<p>– W opisach przypadków przedstawia i omawia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pracę osobistą zaplanowaną stosownie do problemu, możliwości pacjenta, • rezultat pracy osobistej ustalonej z poprzedniej sesji, • wynikającą z sesji następną pracę osobistą; <p>– Oba nagrania sesji terapeutycznych wskazują na to że terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 i sprawdza, na ile pacjent rozumie korzyści i celowość wykonania pracy osobistej (np. “Co pan/i 	

	<p>myśli o tym, o czym rozmawialiśmy do tej pory? Czy praca osobista jest dla pani zrozumiała?”),</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokonuje częstych podsumowań informacji uzyskanych od pacjenta, • podsumowuje rezultaty pracy osobistej, • zadaje pytania stymulujące pacjenta do samodzielnego sformułowania wniosków z pracy osobistej. 	
G. Stosuje u osób dorosłych narzędzia oceny stanu psychicznego do badania skuteczności terapii	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia stosowane standardowo w danej metodzie terapii narzędzia do diagnozy i oceny nasilenia objawów (np. depresji, zaburzeń lękowych itd.). – W opisach przypadków przedstawia i omawia: <ul style="list-style-type: none"> • zastosowane skale samooceny i metody monitorowania zmian; • zastosowane narzędzia diagnostyczne np. ustrukturalizowane wywiady kliniczne, testy psychologiczne, kwestionariusze. 	
Zestaw efektów uczenia się:	5. Stosowanie specyficznych technik terapii poznawczo-behawioralnej z zachowaniem zasady empiryzmu opartego na współpracy	
Umiejętności	Kryteria weryfikacji	
A. Wykorzystuje u osób dorosłych techniki terapeutyczne: stopniowanie zadań, techniki ekspozycji in vivo, ekspozycji z powstrzymaniem reakcji lub	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia techniki (np. ekspozycji w wyobraźni): 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: <ul style="list-style-type: none"> • stosuje 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 umożliwia pacjentom ponowną ocenę przewidywanych konsekwencji i nauczenie się 	

ekspozycji w wyobraźni	tolerowania (zamiast unikania) strachu i niepokoju wywołanych zarówno przez sytuację, jak i bodźce somatyczne).	
B. Wykorzystuje u osób dorosłych techniki regulacji wzbudzenia autonomicznego układu nerwowego np. relaksacji stosowanej i stopniowanego napinania mięśni oraz inne techniki relaksacyjne, a także techniki uważności	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia technikę (np. trening oddechowy): 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: <ul style="list-style-type: none"> • stosuje jedną z technik regulacji wzbudzenia (techniki relaksacji stosowanej i stopniowanego napinania mięśni, inne techniki relaksacyjne, techniki uważności). 	
C. Wykorzystuje u osób dorosłych techniki monitorowania i planowania aktywności	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia techniki monitorowania i planowania aktywności (np. aktywizacji behawioralnej, dzienniczek aktywności, planowanie oceny przyjemności i radzenia sobie z daną sytuacją): ich założenia, zasady stosowania, w zależności od problemu pacjenta. – 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: <ul style="list-style-type: none"> • demonstruje technikę planowania i monitorowania aktywności. 	

<p>D. Wykorzystuje u osób dorosłych techniki restrukturyzacji poznawczej</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia techniki restrukturyzacji poznawczej (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: <ul style="list-style-type: none"> • stosuje jedną z technik restrukturyzacji poznawczej (np. dialog sokratejski, identyfikowanie i modyfikowanie przekonań kluczowych, praca z tabelą automatycznych myśli), • stosuje dialog sokratejski podczas pracy z myślami i przekonaniami. 	
<p>E. Planuje i przeprowadza eksperymenty behawioralne u osób dorosłych</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia na przykładach z własnej praktyki terapeutycznej założenia i zasady stosowania eksperymentów behawioralnych w zależności od problemu pacjenta. – 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: <ul style="list-style-type: none"> • planuje eksperyment behawioralny, • omawia z pacjentem przeprowadzony eksperyment behawioralny i jego rezultaty. 	
<p>F. Prowadzi psychoedukację na temat modelu poznawczo-behawioralnego i technik terapeutycznych dla osób dorosłych</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia założenia i cele psychoedukacji pacjentów. – W co najmniej jednym z dwóch nagrań sesji lub podczas odgrywania ról lub w trakcie rozmowy z komisją(egzaminu) terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • prowadzi psychoedukację dotyczącą problemu pacjenta (oswajanie z modelem terapii i technikami terapeutycznymi). 	

	Zestaw efektów uczenia się:	6. Przestrzeganie zasad zawodowych i etycznych	
	Umiejętności	Kryteria weryfikacji	
	A. Korzysta z wiedzy na temat kodeksów zawodowych i etycznych	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia zasady zawarte w kodeksach etycznych i przepisach prawa, dotyczące standardów właściwego postępowania w pracy z pacjentem. – Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia zagrożenia etyczne w pracy psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego i sposoby ich rozwiązania. 	
	B. Stosuje zasady etycznego i profesjonalnego postępowania w pracy z pacjentem	<ul style="list-style-type: none"> – Odwołując do przykładów z własnej praktyki terapeutycznej, omawia zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na podjęcie terapii i wdrażane procedury terapeutyczne. – Odwołując do przykładów z własnej praktyki terapeutycznej, omawia zasadę poufności i wyjątki od tej zasady. – Na podstawie opisów przypadków z własnej praktyki terapeutycznej omawia sposoby rozpoznawania problemów związanych z możliwością nadużycia pozycji w relacji terapeutycznej – 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 (np. wsparcie terapeutyczne lub rezygnacja z praktyki). 	
	Zestaw efektów uczenia się:	7. Korzystanie z superwizji	
	Umiejętności	Kryteria weryfikacji	

<p>A. Charakteryzuje zasady rozwoju osobistego i profesjonalnego psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego osób dorosłych</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Omawia rolę superwizji w terapii poznawczo-behawioralnej. – Podaje przykłady realizacji zasad: korzyści, jakie odniósł z własnej superwizji. – Podaje przykłady realizacji zasad: szkoleń, konferencji, seminariów, w których uczestniczył i omawia, w jaki sposób zdobytą tam wiedzę i umiejętności wykorzystał w pracy terapeutycznej z pacjentami. 	
<p>B. Przedstawia superwizorowi syntetycznie przebieg dotychczasowego procesu terapii</p>	<ul style="list-style-type: none"> – W formie pisemnej przygotowuje opis dotychczasowego przebiegu terapii obejmujący: <ul style="list-style-type: none"> • 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 	
<p>C. Rozpoznaje czynniki negatywnie wpływające na proces terapii</p>	<p>W trakcie rozmowy z superwizorem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identyfikuje problem/problemy związane zarówno z osobą pacjenta, jaki 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. 	

	D. Stosuje w terapii uzyskane w trakcie superwizji informacje.	<ul style="list-style-type: none"> – Na zakończenie spotkania z superwizorem przedstawia podsumowanie tego, czego się nauczył oraz wyjaśnia, jak planuje uzyskaną wiedzę zastosować w terapii. – Na kolejnym spotkaniu z superwizorem demonstruje, w jaki sposób 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. 	
11	Okres ważności dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji i warunki przedłużenia jego ważności Bezterminowo		
12	Nazwa dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji Certyfikat		
13	Uprawnienia związane z posiadaniem kwalifikacji Nie dotyczy		
14	Kod dziedziny kształcenia <i>Pole obowiązkowe (art. 15 ust. 1 pkt. 7). Kod dziedziny kształcenia, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591, z późn. zm.).</i> 72 - Ochrona zdrowia		
15	Kod PKD		

	<p><i>Pole obowiązkowe (art. 15 ust. 1 pkt 7). Kod Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD).</i></p> <p>86.90.E - Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana</p>	
<p>Inne uwagi</p>		
	<p>Nie przedstawiono uwag do powyższego wniosku z uwagi na brak argumentów dla poparcia wprowadzania szczegółowych kwalifikacji w obszarze psychoterapii.</p> <p><u>Istotne argumenty za odrzuceniem wniosku SWPS dotyczącego niniejszej propozycji kwalifikacji rynkowej przedstawiono w części Ogólne uwagi na temat kwalifikacji.</u></p>	

Ogólne uwagi na temat kwalifikacji

1. **Jedna kwalifikacja** będzie lepiej służyć zwiększeniu bezpieczeństwa pacjentów i jednoznaczności. Już i tak dziś mają oni ogromne trudność w odróżnieniu psychoterapeuty, psychiatry i psychologa lub psychologa klinicznego. Ważna potrzeba społeczna.
2. Wprowadzenie wielu kwalifikacji częściowych spowoduje **bardzo duży poziom dezorientacji pacjentów/klientów w zakresie wiedzy na temat tego czym jest psychoterapia i kto posiada kwalifikacje do prowadzenia psychoterapii**. Pacjenci powinni mieć jasny przekaz, że istnieje jedna psychoterapia – kwestie teoretyczne dotyczące pracy w różnych podejściach dotyczą dyskusji w gronie specjalistów (istnieje ponad 400 podejść psychoterapeutycznych).
3. Wielość kwalifikacji powoduje **wzrost ryzyka zaniechania sięgnięcia po pomoc. Powoduje niepewność i rozdarcie w podejmowaniu decyzji o leczeniu**. Jednoznaczność dokumentów w kontaktach między uczestnikami rynku – to ważna potrzeba społeczna.
4. Wprowadzenie szczegółowych, wielu kwalifikacji spowoduje także **wprowadzenie nadmiarowych i zbędnych kategorii w zakresie rynkowego opisu kwalifikacji psychoterapii np. kwalifikacja w zakresie psychoterapii traumy**. W obszarze psychoterapii można wyodrębnić niezwykle wiele podobnych kwalifikacji (istnieje kilkaset odrębnych odmian i wciąż powstają nowe), co będzie prowadzić do dezorientacji pracodawców i pacjentów/klientów i będzie sprzyjać komercjalizacji procesu certyfikacji.
5. **Ważną potrzebą jest odróżnienie osób prowadzących psychoterapię od działań innych specjalistów** (bez względu na to czy psychoterapeuta pracuje w konkretnym podejściu poznawczo-behawioralnym, czy humanistyczno-doświadczeniowym, czy psychoanalitycznym, psychodynamicznym, czy systemowym, czy też integracyjnym). Jedna kwalifikacja ogólna realizuje tę potrzebę. To ważna potrzeba społeczna.

6. **Jedna kwalifikacja pomoże wyeliminować z rynku osoby proponujące nierzetelne usługi w tym obszarze.** To ważna potrzeba społeczna. Różnorakie kwalifikacje stoją z tym w sprzeczności.
7. **Jedna kwalifikacja pozwoli na tworzenie jasnych opisów stanowisk w różnych podmiotach stosujących psychoterapię;** wprowadzanie zbyt szczegółowych kryteriów opartych w głównej mierze o założenia teoretyczne znane wąskiej grupie specjalistów uniemożliwi przeprowadzenie bezstronnego procesu rekrutacji i oceny pracowniczej., utrudni osobom zatrudniającym rzetelną kwalifikację i wprowadzi ogromne trudności na rynku pracy. To ważna potrzeba gospodarcza.
8. **Jedna kwalifikacja jest większą gwarancją wysokiego poziomu usług** przy jednoczesnym zachowaniu specyfiki prowadzenia psychoterapii w różnych podejściach. Nie ma konieczności opisywania kompetencji w każdym jednostkowym podejściu psychoterapeutycznym, gdyż wiele efektów uczenia jest wspólnych. Znajduje to **potwierdzenie w badaniach naukowych (tutaj badania z vademecum, że modalność nie ma znaczenia) oraz w dotychczasowej praktyce certyfikacji psychoterapeutów**, którzy zdają egzaminy w oparciu o opisy przypadków pracy prowadzonej w wyuczonym podejściu psychoterapeutycznym.
9. **Kluczowe jest zapewnienie w warunkach walidacji dla kwalifikacji dotyczącej prowadzenia psychoterapii szerokiej listy instytucji certyfikujących.** Nie pozwoli to na zawężenie do jednej czy dwóch instytucji, co jest sprzeczne z praktyką wolnego rynku. Wskazywanie na tzw. charakter naukowy stowarzyszenia jako jednego z wymogów dla instytucji certyfikujących nie odpowiada wypracowanym przez środowisko rozwiązaniom, warto nadmienić, że wnioskodawca nie spełnia tego kryterium. W ślad za przyjętym dokumentem CMKP, należy używać określenie „**towarzystwa lub stowarzyszenia zrzeszające psychoterapeutów**”, które pozwala jednoznacznie zidentyfikować o jakie podmioty chodzi. Mając na uwadze wysokie standardy stosowania psychoterapii należy wskazać czas istnienia organizacji minimum 5 lat.
10. W innych krajach Unii Europejskiej w **podobnych do ZSK systemach jest stosowana sprawdzona praktyka posługiwania się jedną kwalifikacją** opisującą psychoterapię.

Podsumowanie powyższych uwag

Dalsza praca nad kwalifikacją jest uzasadniona – głos aprobujący

Dalsza praca nad kwalifikacją jest nieuzasadniona – **głos negujący X**

Data	30.10.2019
Podpis osoby reprezentującej podmiot zgłaszający uwagi	<p>Wojciech Jakub Jabłoński</p> <p>Sybilka Zyja</p> <p>Polskie Towarzystwo Integracyjnej Psychoterapii Doświadczeniowej i Edukacji Społecznej STOWARZYSZENIE INTRA ul. Bajana 40, 01-904 Warszawa NIP 118-20-94-986, KRS 0000464733</p>

Uprzejmie proszę o przesyłanie skanu lub zdjęcia tego formularza z podpisem na adres: m.drenkowska@mz.gov.pl oraz dep-ns@mz.gov.pl

Termin 31.10 (czwartek) do końca dnia.