

Ukończenie szkolenia i egzamin

końcowy – procedura Szkoły

Psychoterapii CBT EDU

INFORMACJE I PROCEDURA UKOŃCZENIA SZKOLENIA, DOPUSZCZENIA I PRZEBIEGU EGZAMINU KOŃCZĄCEGO 4-LETNIE CAŁOŚCIOWE SZKOLENIE Z PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W SZKOLE PSYCHOTERAPII CENTRUM CBT EDU

I. Przystąpienie do egzaminu końcowego – wymogi formalne

W celu przystąpienia do egzaminu końcowego niezbędne jest spełnienie przez Kandydata wszystkich poniżej wymienionych wymogów:

- a. Zaliczenie każdego roku kursu, tj. potwierdzenie uczestnictwa w wymaganej liczbie godzin szkolenia (na podstawie obecności w Indeksie lub w systemie „Wirtualny Sekretariat”).
- b. Zaliczenie, przedstawionych w trakcie zajęć superwizyjnych 8 procesów terapeutycznych, prowadzonych od momentu diagnozy do ukończenia terapii lub znacznego jej stopnia zaawansowania, dotyczących co najmniej 3 rodzajów problemów klinicznych wg aktualnej klasyfikacji zaburzeń; superwizji należy poddać co najmniej 200 h pracy z pacjentami, 3 procesy terapeutyczne muszą być poddane tzw. superwizji bezpośredniej – nagranie wideo, audio lub obserwacja sesji terapeutycznej na żywo.
- c. Zaliczenie z oceną pozytywną egzaminu cząstkowego z zagadnień teoretycznych (egzamin organizowany tuż przed zakończeniem 2 roku szkolenia).
- d. Realizacja wymaganych programem szkolenia godzin stażu klinicznego (potwierdzenie uczestnictwa na podstawie dostarczonych zaświadczeń, wydanych przez ośrodek prowadzący staż; zgodnie z aktualnie obowiązującymi Standardami PTPPB staż powinien zostać realizowany w formie

stacjonarnej – nie jest możliwe zaliczanie stażu realizowanego w formule online lub hybrydowej!!!).

- e. Przedstawienie na piśmie 4 opisów przypadków, tj. konceptualizacji i przeprowadzonych procesów terapeutycznych w nurcie poznawczo-behawioralnym, **co najmniej 3 różnych problemów klinicznych** według aktualnie obowiązującego systemu klasyfikacji zaburzeń (Klasyfikacja ICD-10, ICD-11) – opis sporządzany jest wg udostępnionego formularza opisu przypadku (**formularz: opis przypadku, konceptualizacji poznawczej problemu i przebiegu terapii**)
- Opisu konceptualizacji przypadku należy dokonać w ujęciu II fali CBT. Możliwe jest przedstawienie dodatkowo konceptualizacji w ujęciu III fali CBT, jeśli zastosowanie podejścia z III fali jest uzasadnione w odniesieniu do danego pacjenta i jest elementem realizowanego planu terapeutycznego.
 - **Zalecane** jest przedstawienie opisu pacjenta z rozpoznaniem z Osi I oraz Osi II (problem nieprawidłowo kształtującej się, rysu lub zaburzeń osobowości). W przypadku współwystępującego problemu osobowościowego dopuszczalne jest przedstawienie pracy jedynie z zaburzeniem z Osi I, przy czym opisany plan terapii powinien odnosić się do całokształtu problematyki pacjenta, a w Podsumowaniu opisu należy przedstawić dalszy plan pracy.
 - Przedmiotem opisu mogą być 2 terapie zakończone i 2 terapie niezakończone długich procesów terapeutycznych, np. w przypadku pacjentów z problemem osobowościowym, przy czym ich stopień zaawansowania musi być znaczny (np. zakończenie jakiegoś etapu pracy terapeutycznej i rozpoczęcie kolejnego).
 - Opis przypadku powinien odzwierciedlać wiedzę terapeuty w zakresie: diagnozowania, dokonywania konceptualizacji zgodnie z wybranym modelem, ustalania planu terapii bazującego na doborze lub dostosowaniu protokołu terapeutycznego wraz z uzasadnieniem wyboru, realizacji terapii, w tym interwencji terapeutycznych oraz oceny skuteczności zastosowanych interwencji i całej terapii.
 - Opisy konceptualizacji i terapii powinny odnosić się do **co najmniej dwóch osób dorosłych** (za osobę dorosłą zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą w zakresie psychologii rozwojowej należy uznać osobę, która ukończyła 23 r.ż.).
 - Opisu konceptualizacji problemu pacjenta w wieku rozwojowym, celów i obszarów oddziaływań należy dokonać **z uwzględnieniem kontekstu rodzinnego i edukacyjnego**, przy czym opis procesu terapeutycznego powinien przede wszystkim odnosić się do pracy z pacjentem w ujęciu terapii poznawczo-behawioralnej.
- f. Przedstawienie 2 nagrań sesji terapeutycznych prowadzonych w nurcie poznawczo-behawioralnym dwóch różnych pacjentów (nagrania mogą, ale nie muszą prezentować sesje przeprowadzone z pacjentami z opisów przypadków).
- g. Przedstawienie przygotowanej do druku publikacji dotyczącej przeglądu piśmiennictwa lub badań własnych w obszarze terapii i problematyki poznawczo-

behawioralnej lub kopii opublikowanego artykułu w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej (pierwszy autor lub współautor). Szczegółowe rekomendacje dostępne w „**Wytycznych do przygotowania artykułu egzaminacyjnego**”.

Dokumentację potwierdzającą spełnienie powyższych wymogów należy w wyznaczonym terminie dostarczyć do Sekretariatu Szkoły Psychoterapii Centrum CBT EDU (osobiście lub przesać pocztą) przy czym:

- a. przygotowaną do druku publikację w 3 egzemplarzach w wersji papierowego wydruku,
- b. opisy 4 przypadków, każdy w 3 egzemplarzach w wersji papierowego wydruku,
- c. nagrania 2 sesji terapeutycznych umieszczone na 3 osobnych zewnętrznych nośnikach danych (pendrive),
- d. na 3 nośnikach pendrive, na których zapisano nagrania sesji terapeutycznych, należy również umieścić edytowalne wersje 4 opisów przypadków oraz edytowalną wersję przygotowanej do druku publikacji.

Spełnienie wszystkich określonych powyżej wymogów pozwala na zakwalifikowanie do przystąpienia do egzaminu końcowego. **Na tym etapie nie jest dokonywana ocena merytoryczna dostarczonego materiału.**

II. Terminy sesji egzaminacyjnych

- a. Egzamin końcowy w Szkole Psychoterapii Centrum CBT EDU organizowany jest dwa razy w roku, w sesji wiosennej (zazwyczaj w terminie marzec-kwiecień) oraz w sesji jesiennej (październik-listopad).
- b. Terminy składania dokumentacji spełniającej wymogi formalne dopuszczenia do egzaminu są wyznaczane dla każdej grupy realizującej szkolenie i przekazywane do wiadomości przez Sekretariat Szkoły (zazwyczaj termin do końca września danego roku dla sesji jesiennej oraz termin do końca stycznia lub lutego danego roku dla sesji wiosennej).
- c. Termin egzaminu wyznaczany jest w porozumieniu z Dyrektorem Szkoły.
- d. Na co najmniej miesiąc przed wyznaczonym terminem o egzaminie powiadamiane jest Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczo-Behawioralnej, które każdorazowo deleguje na egzamin swojego przedstawiciela.
- e. Egzamin odbywa się w siedzibie głównej Szkoły w Warszawie, przy ul. Wołodyjowskiego 74a, w dni powszednie (najczęściej we wtorki, środy lub czwartki, zazwyczaj od godz. 13.00.). Sekretariat Szkoły, w miarę możliwości, stara się, w porozumieniu z Kandydatem, dostosować godzinę w wyznaczonym dniu, na którą należy zgłosić się na egzamin.
- f. Czas przeznaczony na egzamin jednej osoby to ok. 30 minut.
- g. W celu zapewnienia sprawności całego procesu bardzo prosimy o przyjście na egzamin na ok. 20-30 min. przed wyznaczoną godziną.

III. Ocena dokonywana przez egzaminatorów przed egzaminem

Złożone przez Kandydata materiały, zgodnie z regulaminem Szkoły Psychoterapii Centrum CBT EDU, sprawdzane są przed Egzaminem przez **2 Egzaminatorów** (tzw. pierwszy sprawdzający i drugi sprawdzający) powołanych przez Dyrektora Szkoły do Komisji Egzaminacyjnej.

Każdy Egzaminator niezależnie dokonuje:

- a. Analizy i oceny materiału przedstawionego w 4 opisach przypadków.
- b. Odsłuchania i oceny 2 nagrań sesji (każda po ok. 45-50 min.).
- c. Oceny przedstawionej pracy przeglądowej lub badawczej z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej.

Każda z tych części składowych egzaminu oceniana jest osobno przez każdego z Egzaminatorów.

A. Ocena opisów przypadków (konceptualizacji i przebiegu terapii)

Każdy Egzaminator dokonuje oceny materiału przedstawionego w opisach 4 przypadków, wg SKALI OCENY PRZYPADKU, z uwzględnieniem ustrukturyzowanych kryteriów. Oceniając przypadek zwraca szczególną uwagę na informacje dotyczące 12 poniżej zdefiniowanych punktów, przy czym każdy oceniany jest w skali od 0 do 2, gdzie:

- (0)** Opis nieobecny – terapeuta nie podał informacji odnoszących się do danego podpunktu.
- (1)** Opis obecny, ale nieadekwatny – informacje na dany temat występują, ale są niekompletne lub nieadekwatne.
- (2)** Opis obecny i adekwatny – pełna, adekwatna informacja na ten temat.

Oceniane obszary:

Przeszłość i informacje ogólne

- | | | | |
|-----|-----|-----|---|
| (0) | (1) | (2) | Informacje ogólne i lista problemów (problem, z którym pacjent się zgłosił na terapię, diagnoza, itp.) |
| (0) | (1) | (2) | Przeszłość (znaczące wydarzenia osobiste i społeczno-ekonomiczne, problemy, diagnoza, leczenie farmakologiczne, itp.) |

Konceptualizacja przypadku

- | | | | |
|-----|-----|-----|--|
| (0) | (1) | (2) | Czynniki wywołujące aktualne problemy lub zaburzenia |
| (0) | (1) | (2) | Aktualne schematy poznawcze (myśli automatyczne, przekonania pośredniczące, przekonania rdzenne) oraz zachowania, które przyczyniają się do podtrzymywania problemów lub zaburzeń u pacjenta |
| (0) | (1) | (2) | Uwzględnienie czynników rozwojowych, które mogły mieć wpływ na ukształtowanie się schematów poznawczych pacjenta, próba stworzenia profilu rozwojowego. |
| (0) | (1) | (2) | Wyodrębnienie aktualnych mocnych stron pacjenta |
| (0) | (1) | (2) | Hipotezy robocze (Poznawcza konceptualizacja przypadku) |
| (0) | (1) | (2) | Cele terapeutyczne i plan leczenia |

Plan terapii i jego zastosowanie w praktyce

- | | | | |
|-----|-----|-----|--|
| (0) | (1) | (2) | Zaplanowane procedury i zastosowane procedury poznawcze lub behawioralne |
| (0) | (1) | (2) | Relacja terapeutyczna |
| (0) | (1) | (2) | Trudności w realizacji planu terapeutycznego |
| (0) | (1) | (2) | Efekty terapii |

Maksymalna liczba punktów, którą można uzyskać podczas oceny opisu przypadku to 24 pkt., przy czym punktacja zaliczająca to 20 punktów.

B. Ocena nagrań sesji

Każdy Egzaminator dokonuje oceny umiejętności terapeuty na podstawie nagrań 2 sesji terapeutycznych, wg POZNAWCZEJ SKALI TERAPII, z uwzględnieniem ustrukturyzowanych kryteriów. Oceniając sesję zwraca szczególną uwagę na informacje dotyczące poniżej zdefiniowanych punktów, przy czym każdy z nich oceniany jest w skali od 0 do 6, gdzie:

- (0) Krytycznie źle**
- (1) Bardzo słabo**
- (2) Miernie**
- (3) Zadawalająco**
- (4) Dobrze**
- (5) Bardzo dobrze**
- (6) Doskonale**

Podczas oceny umiejętności terapeuty Egzaminator bierze pod uwagę poziom trudności związany z zaburzeniami lub problemami pacjenta. Poniżej wyszczególniono oceniane obszary i punkty:

I. Ogólne umiejętności terapeutyczne

1. Ustalenie planu spotkania – AGENDA

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie wprowadził planu spotkania do **(6)**, tj. terapeuta wspólnie z pacjentem wypracował plan spotkania, odpowiedni do etapu terapii, ustalił priorytety, a następnie przeprowadził sesje zgodnie z planem.

2. Informacje zwrotne – FEEDBACK

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie poprosił pacjenta o informacje zwrotne dotyczące jego odczuć oraz jego rozumienia tego, co działo się na poprzedniej sesji do **(6)**, tj. terapeuta w mistrzowski sposób doprowadził do ujawnienia odczuć pacjenta dotyczących tego, co się działo na poprzedniej sesji, korespondował zarówno z jego komunikatami werbalnymi jak i niewerbalnymi (np. zachęcał pacjenta do ujawniania reakcji na przebieg ostatniej wizyty, systematycznie sprawdzał czy pacjent podąża za „linią rozumowania” terapeuty, pod koniec sesji podsumował najważniejsze punkty wizyty).

3. Rozumienie problemów pacjenta (umiejętność słuchania, empatia)

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie rozumie, tego co pacjent dokładnie powiedział i dlatego też nie może dostrzec kluczowych problemów pacjenta; terapeuta jest

mało empatyczny, do **(6)**, tj. terapeuta potrafi doskonale zrozumieć „wewnętrzny świat” pacjenta oraz zakomunikować pacjentowi to zrozumienie za pomocą komunikatów werbalnych i niewerbalnych (np. w tonie głosu terapeuty można było zauważyć zrozumienie i współczucie wobec problemów pacjenta); bardzo dobre umiejętności słuchania i empatii.

4. Umiejętności interpersonalne terapeuty

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta prezentował słabe umiejętności interpersonalne; sprawiał wrażenie oceniającego, poniżającego lub w jakiś inny sposób miał destrukcyjny wpływ na pacjenta, do **(6)**, tj. terapeuta prezentował optymalny poziom ciepła, uwagi, zaufania, autentyczności i profesjonalizmu, jaki był potrzebny w stosunku do tego szczególnego pacjenta podczas tej konkretnej sesji.

5. Współpraca

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie próbował nawiązać współpracy z pacjentem, do **(6)**, tj. współpraca wydawała się być idealna; terapeuta zachęcał pacjenta, na ile to było możliwe, aby podejmował aktywną rolę podczas sesji (np. poprzez proponowanie wyborów), tak aby mogli funkcjonować jako „zespół”.

6. Wyznaczenie sobie tempa pracy i efektywne wykorzystanie czasu podczas terapii

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie nadał struktury wizycie; sesja nie miała konkretnego celu, do **(6)**, tj. terapeuta wykorzystał czas w sposób efektywny; taktownie limitował czas sesji na tematy poboczne i bezowocne dyskusje; wyznaczył tempo pracy odpowiednie do możliwości pacjenta.

II. Konceptualizacja przypadku, strategie i techniki terapeutyczne

7. Ukierunkowane dochodzenie do prawdy

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta w pracy z pacjentem uciekał się przede wszystkim do debaty, perswazji lub udzielania wykładu; sprawiał wrażenie jak by egzaminował pacjenta, „spychał pacjenta do defensywy” lub forsował swój punkt widzenia, do **(6)**, tj. terapeuta wyjątkowo umiejętnie używał „ukierunkowanego dochodzenia do prawdy”, aby zgłębić problemy pacjenta i pomóc mu wyciągnąć swoje własne wnioski; zaprezentował doskonałą równowagę pomiędzy umiejętnym zadawaniem pytań a innymi interwencjami.

8. Koncentracja na kluczowych przekonaniach i zachowaniach pacjenta

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie próbował pomóc pacjentowi ujawnić charakterystyczne dla niego myśli, przekonania, wyobrażenia lub zachowania

do **(6)**, tj. terapeuta w sposób umiejętny skupił się na kluczowych myślach, przekonaniach, zachowaniach itp. pacjenta, praca nad nimi zapewniła najbardziej obiecujący postęp w terapii.

9. Strategia nakierowana na wprowadzenie zmiany

Uwaga! Strategia zmiany powinna w logiczny sposób wynikać z konceptualizacji problemu; ocenie poddawane jest, czy zastosowana technika jest odpowiednia do potrzeb i deficytów pacjenta oraz czy zmierza do wprowadzenia zmiany na jednym z trzech poziomów: testowania myśli automatycznych, modyfikacji przekonań lub zmiany zachowania. Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie stosował technik poznawczo-behawioralnych do **(6)**, tj. terapeuta zastosował spójne i adekwatne strategie prowadzące do zmiany, które wydają się być najbardziej obiecujące oraz wykorzystał do tego najbardziej odpowiednie techniki poznawczo-behawioralne.

10. Umiejętne zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie zastosował żadnej techniki poznawczo-behawioralnej, do **(6)**, tj. terapeuta stosował techniki poznawczo-behawioralne w sposób umiejętny i fachowy.

11. Praca domowa

Ocena od **(0)**, tj. terapeuta nie próbował włączyć pracy domowej do terapii poznawczej, do **(6)**, tj. terapeuta sprawdził poprzednią pracę domową oraz zadał odpowiednio dopasowaną do indywidualnych potrzeb pacjenta na następny tydzień (zadanie pomoże pacjentowi spojrzeć na problem z innej perspektywy, przebadać nową hipotezę lub przeprowadzić eksperyment z nowymi zachowaniami omawianymi podczas sesji itp.).

III. Rozważania dodatkowe

- 14.** Czy podczas sesji pojawiły się jakieś specyficzne problemy (np. nie odrabianie prac domowych, wypląnęła jakaś interpersonalna kwestia pomiędzy terapeuta a pacjentem, nastąpił nawrót objawów)? Czy terapeuta poradził sobie z nimi w sposób adekwatny i sprawny, czy zastosował odpowiednie strategie poznawcze?
- 15.** Czy podczas sesji wystąpiły jakieś specyficzne czynniki, które usprawiedliwiałyby odejście terapeuty od standardowego postępowania terapeutycznego?
- 16.** Na ile trudny do pracy poznawczej to był prezentowany pacjent?

Egzaminator po przesłuchaniu sesji na podstawie powyższych kryteriów ocenia ogólne umiejętności terapeutyczne zaprezentowane podczas nagranej sesji, w skali od 0 do 6, przy czym punktacją zaliczającą jest ocena na poziomie 3.

C. Ocena pracy przeglądowej lub badawczej z zakresu terapii CBT

Każdy z Egzaminatorów dokonuje oceny w skali od 2 do 5 w zakresie:

- Sprawdzenia zgodności przedstawionej pracy przeglądowej lub badawczej z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej z kryteriami dotyczącymi przygotowania i druku takich prac w czasopismach naukowych oraz oceny merytorycznej artykułu.
- Oceny umiejętności korzystania z literatury przedmiotu i wyników badań naukowych.



UWAGA!

Szkoła Psychoterapii Centrum CBT EDU nie informuje wcześniej (tj. przed egzaminem) o wynikach oceny dokonanej przez Egzaminatorów przed egzaminem **(tj. o spełnieniu lub nie spełnieniu wymogów merytorycznych dla otrzymania pozytywnej oceny na egzaminie końcowym)**. Przekazanie przez Sekretariat Szkoły osobie przystępującej do egzaminu informacji o dopuszczeniu do niego i jego terminie jest informacją o spełnieniu wymogów formalnych (tj. przesłaniu całej wymaganej dokumentacji). Szkoła nie udziela informacji dotyczącej tego, kto będzie Egzaminatorem w danej sesji egzaminacyjnej.

OCENA DOKONYWANA PRZEZ EGZAMINATORÓW PRZED EGZAMINEM – PODSUMOWANIE

I. OCENA OPISÓW PRZYPADKÓW (KONCEPTUALIZACJI I PRZEBIEGU TERAPII) – SKALA OCENY PRZYPADKU

Skala punktacji od 0 do 2

(0)	Opis nieobecny – terapeuta nie podał informacji odnoszących się do danego podpunktu.
(1)	Opis obecny, ale nieadekwatny – informacje na dany temat występują, ale są niekompletne lub nieadekwatne.
(2)	Opis obecny i adekwatny – pełna, adekwatna informacja na ten temat.

Zakres oceny

Przeszłość i informacje ogólne	1. Informacje ogólne i lista problemów (problem, z którym pacjent się zgłosił na terapię, diagnoza, itp.) 2. Przeszłość (znaczące wydarzenia osobiste i społeczno-ekonomiczne, problemy, diagnoza, leczenie farmakologiczne, itp.)
Konceptualizacja przypadku	3. Czynniki wywołujące aktualne problemy lub zaburzenia 4. Aktualne schematy poznawcze (myśli automatyczne, przekonania pośredniczące, przekonania rdzenne) oraz zachowania, które przyczyniają się do podtrzymywania problemów lub zaburzeń u pacjenta 5. Uwzględnienie czynników rozwojowych, które mogły mieć wpływ na ukształtowanie się schematów poznawczych pacjenta, próba stworzenia profilu rozwojowego. 6. Wyodrębnienie aktualnych mocnych stron pacjenta 7. Hipotezy robocze (Poznawcza konceptualizacja przypadku)
Plan terapii i jego zastosowanie w praktyce	8. Cele terapeutyczne i plan leczenia 9. Zaplanowane procedury i zastosowane procedury poznawcze lub behawioralne 10. Relacja terapeutyczna 11. Trudności w realizacji planu 12. Efekty terapii

II. OCENA NAGRAŃ SESJI – POZNAWCZA SKALA TERAPII

Skala punktacji od 0 do 6

(0)	Krytycznie źle
(1)	Bardzo słabo
(2)	Miernie
(3)	Zadowolająco
(4)	Dobrze
(5)	Bardzo dobrze
(6)	Doskonale

Zakres oceny

Ogólne umiejętności terapeutyczne	1. Ustalenie planu spotkania – AGENDA 2. Informacje zwrotne – FEEDBACK 3. Rozumienie problemów pacjenta (umiejętność słuchania, empatia) 4. Umiejętności interpersonalne terapeuty 5. Współpraca 6. Wyznaczenie sobie tempa pracy i efektywne wykorzystanie czasu podczas terapii
Konceptualizacja przypadku, strategię i techniki terapeutyczne	7. Ukierunkowane dochodzenie do prawdy 8. Koncentracja na kluczowych przekonaniach i zachowaniach pacjenta 9. Strategia nakierowana na wprowadzenie zamiany 10. Umiejętne zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych 11. Praca domowa
Rozważania dodatkowe	12. Czy podczas sesji pojawiły się jakieś specyficzne problemy? Czy terapeuta poradził sobie z nimi w sposób adekwatny i sprawny, czy zastosował odpowiednie strategie poznawcze? 13. Czy podczas sesji wystąpiły jakieś specyficzne czynniki, które usprawiedliwiałyby odejście terapeuty od standardowego postępowania terapeutycznego? 14. Na ile trudny do pracy poznawczej to był prezentowany pacjent?

III. Ocena pracy przeglądowej lub badawczej z zakresu terapii CBT

Skala punktacji od 2 do 5

(2)	Miernie
(3)	Zadowolająco
(4)	Dobrze
(5)	Bardzo dobrze

Zakres oceny

1. Zgodność przedstawionej pracy przeglądowej lub badawczej z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej z kryteriami dotyczącymi przygotowania i druku takich prac w czasopiśmie naukowych oraz oceny merytorycznej artykułu.
2. Ocena umiejętności korzystania z literatury przedmiotu i wyników badań naukowych.

IV. Przebieg egzaminu końcowego, ocena końcowa, rekomendacja

Skład Komisji Egzaminacyjnej

W skład Komisji Egzaminacyjnej wchodzi:

- a. Dyrektor Szkoły Psychoterapii Centrum CBT EDU (Przewodniczący Komisji);
- b. 2 Egzaminatorów (z grupy superwizorów Szkoły Psychoterapii Centrum CBT EDU), którzy dokonywali ocen przedstawionych konceptualizacji przypadków, nagrań sesji i artykułu (Członkowie Komisji);

Uwaga! W celu zapewnienia obiektywności oceny, egzaminatorem – pierwszym sprawdzającym nie może być superwizor, u którego osoba zdająca egzamin pozostaje w regularnej superwizji indywidualnej lub grupowej lub osoba spokrewniona z egzaminatorem, bądź osoba pozostająca w stosunku służbowym wobec niej).

- c. Przedstawiciel PTTPB (Członek Komisji) – Zewnętrzny Delegat (którym jest certyfikowany Psychoterapeuta Poznawczo-Behawioralny PTTPB z ważnym certyfikatem) z ramienia PTTPB, który przedstawia Komisji Naukowo-Dydaktycznej protokół z egzaminu według formularza zatwierdzonego przez KND.

Przebieg egzaminu

- a. Egzamin rozpoczyna się przedstawieniem członków Komisji Egzaminacyjnej oraz złożenia podpisu przez Kandydata na liście obecności przedstawionej przez przedstawiciela PTTPB.
- b. Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej wyznacza, spośród dwóch Egzaminatorów, którzy sprawdzali dokumentację danego Kandydata, głównego Egzaminatora, który będzie odbierał egzamin.
- c. Egzaminator w pierwszej kolejności udziela feedbacku dotyczącego przedstawionej pracy pisemnej (artykuł) i informuje o wystawionej ocenie (podobnego feedbacku udziela również drugi Egzaminator).
- d. Następnie omawiane są nagrania dwóch sesji terapeutycznych – Egzaminator/ Egzaminatorzy udziela/ją feedbacku, informując o mocnych i słabych stronach nagrania oraz o wystawionej ocenie (w oparciu o POZNAWCZĄ SKALĘ TERAPII – opis jak wyżej).
 - W trakcie takiego omówienia osobie egzaminowanej mogą zostać zadane pytania, dotyczące, np. konceptualizacji pacjenta z nagrania, wyboru zastosowanych technik, rozumienia mechanizmów dekompensacji/zamiany, itp. **Bardzo prosimy o ponowne, dokładne przesłuchanie obu sesji przed egzaminem!**
 - Egzaminator może również w tej części egzaminu zadawać pytania

teoretyczne z zakresu teorii i praktyki terapii poznawczo-behawioralnej, modeli zaburzeń, sposobów postępowania oraz zagadnień etycznych i prawnych. Szczegółowe wytyczne dostępne w „**Zagadnieniach teoretycznych do egzaminu końcowego**”.

- W całkowitej ocenie z tej części egzaminu, oprócz oceny wystawionej przez Egzaminatorów w oparciu o POZNAWCZĄ SKALĘ TERAPII, uwzględniana jest również (1) ocena umiejętności osoby zdającej w zakresie prowadzenia dyskusji nad przedstawionymi nagraniami, formułowania alternatywnych hipotez, doboru adekwatnych metod prowadzących do zmiany, rozumienia mechanizmów poprawy/pogorszenia/przerwania terapii, itp. oraz (2) ocena znajomości zagadnień teoretycznych.
- e. Kolejnym elementem Egzaminu jest omówienie przedstawionych opisów przypadków – Egzaminatorzy wybierają 2 przypadki do dokładnej analizy w trakcie egzaminu. W pierwszej kolejności Egzaminator/Egzaminatorzy udziela/ją feedbacku, informując o mocnych i słabych stronach opisu oraz o wystawionej ocenie (w oparciu o SKALĘ OCENY PRZYPADKU – opis jak wyżej).
- W trakcie omówienia przypadków Egzaminator zadaje pytania dotyczące np. uzasadnienia diagnozy nozologicznej, konceptualizacji problemu opisanego pacjenta, celów i planu terapii, zastosowanych strategii i technik, rozumienia mechanizmów dekompensacji, zaobserwowanej zmiany/poprawy/zakończenia terapii, itp. **Bardzo prosimy o dokładne przeczytanie i przypomnienie sobie przedstawionych przypadków przed egzaminem! Osoba zdająca egzamin może posiadać przy sobie powyższe opisy, jak również z nich korzystać w trakcie egzaminu (Uwaga! Odpowiedź na zadawane pytania nie może polegać na czytaniu fragmentów opisu!).**
 - Egzaminator w tej części egzaminu zadaje również pytania teoretyczne, tj. dotyczące teorii, modeli i terapii poznawczo-behawioralnej oraz zagadnień etycznych i prawnych – **Bardzo prosimy o wnikliwe przygotowanie się do odpowiedzi na pytania dotyczące przede wszystkim teoretycznego modelu zaburzenia, które zostało zdiagnozowane u danego pacjenta, adekwatnych metod postępowania, w tym protokołów leczenia, a także dotyczące teorii i praktyki terapii poznawczo-behawioralnej (zakres zgodny w wykazem zagadnień do egzaminu końcowego).**
 - W całkowitej ocenie z tej części egzaminu, oprócz oceny wystawionej przez Egzaminatorów w oparciu o SKALĘ OCENY PRZYPADKU, uwzględniana jest również (1) ocena umiejętności osoby zdającej w zakresie prowadzenia dyskusji nad przedstawionymi opisami, formułowania alternatywnych hipotez, umiejętności doboru adekwatnych metod postępowania, rozumienia mechanizmów dekompensacji, poprawy/pogorszenia/przerwania terapii, itp. oraz (2) ocena znajomości zagadnień teoretycznych. **Uwaga! Bardzo istotnym elementem poddawany ocenie jest umiejętność dokonania konceptualizacji w zakresie funkcji objawów z Osi I w schemacie poznawczym pacjenta, jak również rozumienia ich roli w schemacie osobowościowym.**

- f. Pozostali członkowie Komisji Egzaminacyjnej, jak również przedstawiciel PTPPB, mogą zadawać pytania, w tym pytania teoretyczne dotyczące teorii, modeli i terapii poznawczo-behawioralnej oraz zagadnień etycznych i prawnych.
- g. Po zakończeniu tej części egzaminu następują zamknięte obrady Komisji Egzaminacyjnej, w czasie których dokonywana jest ostateczna ocena wiedzy i umiejętności osoby zdającej, ustalana jest ocena końcowa i podejmowana decyzja o udzieleniu rekomendacji superwizorów (informacje poniżej). Członkowie Komisji Egzaminacyjnej wypełniają protokoły egzaminacyjne – protokół egzaminacyjny Szkoły Psychoterapii Centrum CBT EDU oraz protokół sporządzany przez przedstawiciela PTPPB (przesyłany Komisji Naukowo-Dydaktycznej PTPPB).
- h. Egzamin kończy się poinformowaniem osoby zdającej, przez Przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej w obecności pozostałych Członków Komisji oraz przedstawiciela PTPPB, o **wystawionej ocenie końcowej** (wraz z podaniem krótkiego uzasadnienia) oraz o decyzji w zakresie udzielenia **Rekomendacji Superwizorów** (informacje poniżej).

Ocena końcowa

Powiadomienie o wynikach egzaminu następuje bezpośrednio po zakończeniu zamkniętej części posiedzenia. **Na ocenę końcową z egzaminu, zgodnie ze standardami prowadzenia szkoleń oraz egzaminowania wyznaczonymi przez PTPPB składa się:**

- a. Ocena przygotowanej pracy przeglądowej lub badawczej z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej;
- b. Ocena 2 nagranych sesji terapeutycznych;
- c. Ocena opisu 4 procesów terapeutycznych w nurcie poznawczo-behawioralnym (opis przypadków);
- d. Ocena ustnej dyskusji nad opisanymi przypadkami terapii i przedstawionymi nagraniami sesji;
- e. Ocena odpowiedzi na **co najmniej 3 pytania** z zakresu modeli i terapii poznawczo-behawioralnej oraz zagadnień etycznych i prawnych;
- f. Ocena z cząstkowego egzaminu teoretycznego.

Każdy z powyższych elementów egzaminu oceniany jest w skali od 2 do 5

(2 – ocena niedostateczna, 3 – ocena dostateczna, 4 – ocena dobra, 5 – ocena bardzo dobra).

Ocena końcowa nie jest średnią arytmetyczną z uzyskanych poszczególnych ocen. W celu przyznania szczególnego wyróżnienia komisja może wystawić ocenę celującą (odpowiednik oceny bardzo dobrej +).

Niezaliczenie którejkolwiek z części składowych egzaminu końcowego (tj. uzyskanie oceny niedostatecznej), zgodnie ze standardami PTTTPB, jest równoznaczne z uzyskaniem oceny niedostatecznej z całego egzaminu.

Rekomendacja superwizorów

- a. W części podsumowującej egzamin osoba zdająca jest informowana o udzieleniu Jej pisemnej **Rekomendacji** dwóch superwizorów (w tym Kierownika Szkolenia), której otrzymanie umożliwia przystąpienie do Zewnętrznego Egzaminu Certyfikacyjnego PTTTPB i ubieganie się o przyznanie certyfikatu psychoterapeuty PTTTPB.
- b. W Rekomendacji superwizorzy zobowiązani są do potwierdzenia, że zaprezentowane przez osobę kończącą szkolenie:
 - umiejętności w zakresie pracy terapeutycznej, w tym dotyczące konceptualizacji przypadku oraz posługiwania się technikami terapeutycznymi,
 - wiedza w zakresie zagadnień teoretycznych dotyczących terapii poznawczo-behawioralnej,
 - postawa wobec procesu uczenia się,
 - gotowość do wzbudzania autorefleksji, standardy moralne zarówno w obszarze działań zawodowych jak i osobistych pozwalają Jej na samodzielne prowadzenie terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym pacjentów z różnymi problemami klinicznymi i uprawniają Ją do ubiegania się o Certyfikat Psychoterapeuty PTTTPB.
- c. W Szkole Psychoterapii Centrum CBT EDU w szczególnych przypadkach otrzymanie Rekomendacji po zdanym egzaminie może być warunkowe i wiązać się z koniecznością spełnienia dodatkowych wymogów.
- d. Oznacza to, że osoba, która zadała egzamin może zostać poproszona o (1) dokonanie pewnych poprawek w zakresie przedstawionego materiału (np. poprawienie dwóch analizowanych podczas egzaminu opisów przypadków zgodnie ze wskazówkami sformułowanymi przez Egzaminatorów, uzupełnienie opisu terapii, dokładniejsze opisanie mechanizmów zmiany, itp.) lub (2) dostarczenie jeszcze jednego nagrania sesji (np. w sytuacji, gdy obie przedstawione do egzaminu sesje zostały ocenione bardzo słabo).
- e. Zakres powyższych wymogów jest dokładnie wytłumaczony i przekazany osobie zdającej egzamin i odnotowany w protokole egzaminacyjnym.
- f. Po ich spełnieniu (bez ograniczeń czasowych) Superwizorzy bezzwłocznie udzielają pisemnej Rekomendacji.
- g. W celu uzyskania rekomendacji należy, po zdanym egzaminie końcowym, skontaktować się z Sekretariatem Szkoły Psychoterapii Centrum CBT EDU.

- h. W sytuacjach poważnego naruszenia przez osobę zdającą egzamin Kodeksu Etycznego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-behawioralnej lub Kodeksu Etyki Centrum CBT i CBT EDU superwizorzy mogą odmówić udzielenia Rekomendacji. Jest to równoznaczne z uzyskaniem oceny niedostatecznej z egzaminu końcowego.

Negatywna ocena końcowa

- a. W przypadku negatywnego wyniku egzaminu osoba zdająca może ubiegać się o wyznaczenie terminu egzaminu poprawkowego.
- b. Przystąpienie do egzaminu poprawkowego wiąże się z uiszczeniem kolejnej opłaty egzaminacyjnej.

V. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia

- a. Po zakończeniu szkolenia wydawane jest zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w Szkole Psychoterapii Centrum CBT EDU, które zawiera wszystkie informacje dotyczące jego przebiegu (w tym tematyka i wymiar godzinowy) oraz spełniania warunków dotyczących jego ukończenia.
- b. Na zaświadczeniu wydawanym przez Szkołę Psychoterapii Centrum CBT EDU, poświadczającym ukończenie całościowego 4-letniego szkolenia z psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zdaniu egzamin końcowego nie jest umieszczana ocena końcowa.
- c. W przypadku otrzymania na egzaminie oceny końcowej **dobrej** lub **bardzo dobrej** przy informacji o zdaniu egzaminu pojawia się dopisek **cum laude** (łac. z pochwałą), w przypadku otrzymania oceny **celującej** pojawia się dopisek **magna cum laude** (łac. z wielką pochwałą).

VI. Zewnętrzny Egzamin Certyfikacyjny w PTPPB

- g. Ukończenie szkolenia w Szkole Psychoterapii Centrum CBT EDU, rozumiane jako spełnienie wymagań programowych i zdanie egzaminu końcowego umożliwia przystąpienie do Zewnętrznego Egzaminu Certyfikacyjnego PTPPB.
- h. Osoba, która ukończyła szkolenie i zdała egzamin kończący może zwrócić się z wnioskiem o przeprowadzenie Zewnętrznego Egzaminu Certyfikacyjnego, którego zdanie uprawnia do ubiegania się o Certyfikat Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego PTPPB.
- i. W tym celu należy złożyć dokumenty zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących aktualnie Standardach PTPPB.

- j. Egzamin przeprowadzany jest przez niezależną Zewnętrzną Komisję Egzaminacyjną powoływaną przez PTPB, która rekomenduje kandydatów Zarządowi PTPB do przyznania certyfikatu.
- k. W skład Zewnętrznej Komisji Egzaminacyjnej wchodzi co najmniej trzech członków KND PTPB niezwiązanych z Ośrodkiem, w którym Wnioskodawca ukończył Szkolenie.
- l. Szczegółowe informacje dotyczące procedury Egzaminu Zewnętrznego i uzyskiwania certyfikatu psychoterapeuty opisane są w Standardach PTPB (STANDARDY PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA TERAPII POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ IM. PROF. ZDZISŁAWA BIZONIA DOTYCZĄCE SZKOLENIA, EGZAMINOWANIA, PRZYZNAWANIA I ODNAWIANIA CERTYFIKATÓW, A TAKŻE ATESTOWANIA I REKOMENDOWANIA OŚRODKÓW I SZKÓŁ WYŻSZYCH; www.pttpb.pl).

Opis przypadku, konceptualizacji

poznawczej problemu i przebiegu terapii

Terapeuta	
Inicjały pacjenta	
Data	
Liczba przeprowadzonych sesji	

Sformułowanie diagnostyczne

1. Informacje ogólne

Należy podać podstawowe informacje na temat płci, wieku pacjenta, wykształcenia, sytuacji rodzinnej i zawodowej, powodów zgłoszenia.

.....

2. Diagnoza kategorialna

Należy odnieść się do czterech wymiarów wg klasyfikacji DSM-IV, stanowiących pomoc w opisie diagnozy kategorialnej.

Oś I – zaburzenia kliniczne

.....

Oś II – zaburzenia osobowości, zaburzenia rozwojowe

.....

Oś III – stany ogólnomedyczne

.....

Oś IV – problemy psychospołeczne i środowiskowe

.....

3. Powody i problem zgłaszany przy przyjęciu, ogólna ocena obecnego funkcjonowania

Należy przedstawić opis objawów klinicznych uzasadniających diagnozę kategoryczną, inne (poza objawami) zgłaszane przez pacjenta skargi, trudności, sytuacje problematyczne; opisać, jak występujące objawy/problemy wpływają na obecne funkcjonowanie w różnych obszarach; opisać, dlaczego pacjent podjął decyzję o zgłoszeniu się po pomoc?; czy miało to związek z jakimiś zdarzeniami krytycznymi?; czy nastąpiło pogorszenie funkcjonowania, nasilenie objawów, zwłaszcza gdy objawy są obecne od dłuższego czasu?; jakie są oczekiwania pacjenta w związku ze zgłoszeniem się na terapię?

.....

4. Wykorzystane skale pomiaru (jeśli były stosowane):

Skale pomiaru	Przy przyjęciu	Sesja nr____	Sesja nr____		Sesja nr____	Sesja nr____	Ostatnia sesja

Sformułowanie kliniczne

5. Profil rozwojowy

Przeszłość (rodzina, wykształcenie, uprawiany zawód, ważne wydarzenia i doświadczenia życiowe, w tym traumatyczne, historia leczenia psychiatrycznego, choroby somatyczne), **związki z innymi** (rodzice, rodzeństwo, rówieśnicy, osoby znaczące, autorytety)

.....

Podsumowanie i wnioski

Uwzględniając uzyskane dane należy opisać, które doświadczenia pacjenta (tj. w zakresie relacji interpersonalnych, wydarzeń życiowych, przeżyć traumatycznych) terapeuta uznaje za znaczące dla kształtowania się systemu poznawczego i rozwoju zaburzenia

.....

6. Profil poznawczy

6.1. Sytuacje problematyczne, myśli automatyczne, emocje i zachowania w tych sytuacjach

Należy podać co najmniej trzy przykładowe sytuacje problematyczne oraz związane z nimi myśli automatyczne (w tym ich znaczenie odnoszące się do przekonań), emocje i zachowania, zgodnie z modelem poznawczym ABC. Wskazane jest podanie sytuacji związanych z różnymi emocjami (np. lęk, smutek, złość).

A Sytuacja	B Myśli automatyczne i ich znaczenie odnoszące się do przekonań	C Reakcje		
		Emocja	Reakcje fizjologiczne	Zachowanie

6.2. System przekonań, strategie radzenia sobie i kompensacyjne

Przekonania charakterystyczne dla zaburzenia	
Przekonania rdzenne/kluczowe (np. „Cała moja wartość to mój wygląd i szczupła sylwetka”)	
Przekonania warunkowe (np. „Jeśli przytyję chociaż kilogram, to będę nikim”)	
Zasady, postawy i powinności (np. „Muszę uważać na to, co jem”)	
Przekonania pacjenta (osoby chorującej na dane zaburzenie) odnoszące się do „Ja”	
Przekonania rdzenne/kluczowe (np. „Jestem bezwartościowy”, „Jestem nieważny”, „Jestem słaby”)	

Przekonania warunkowe (np. „Jeśli odniosę porażkę, jestem nikim”, „Jeśli nie pyta mnie o to, czego chcę, to znaczy, że zupełnie się nie liczę”, „Jeśli nie mogę nad tym zapanować, to znaczy, że nie radzę sobie”)	
Zasady, postawy i powinności (np. „Nie mogę popełniać błędów”, „Muszę walczyć o swoje potrzeby”, „Powinienem unikać wyzwań”)	
Przekonania pacjenta odnoszące się do innych ludzi	
Przekonania rdzenne/kluczowe (np. „Ludzie akceptują warunkowo, krzywdzą i odrzucają”)	
Przekonania warunkowe (np. „Jeśli ludzie nie robią tego, co chcę, to znaczy, że mnie nie akceptują”)	
Zasady, postawy i powinności (np. „Muszę trzymać ludzi na dystans”)	
Przekonania pacjenta odnoszące się do świata, zjawisk, otaczającej rzeczywistości	
Przekonania rdzenne/kluczowe (np. „Świat jest zagrażający”)	
Przekonania warunkowe (np. „Jeśli nie będę ostrożny, to spotka mnie coś złego”)	
Zasady, postawy i powinności (np. „Muszę przewidzieć wszystkie niebezpieczeństwa”)	

Inne przekonania pacjenta	
Przekonania rdzenne/kluczowe (np. „Bliskość rani”)	
Przekonania warunkowe (np. „Jeśli pozwolę się komuś zbliżyć, to zostanę odrzucona”)	
Zasady, postawy i powinności (np. „Powinnam unikać bliskich relacji”)	
Przekonania pacjenta o zaburzeniu (tj. funkcja objawów w schemacie poznawczym)	
Przekonania rdzenne/kluczowe (np. „Odkąd jestem chora, ludzie akceptują moje porażki”)	
Przekonania warunkowe (np. „Jeśli mój stan zdrowia się poprawi, to będę musiała starać się bardziej”)	
Zasady, postawy i powinności (np. „Choroba chroni przed wyzwaniem”)	
Strategie radzenia sobie i kompensacje (w odniesieniu do systemu przekonań opisanego powyżej)	
(np. unikanie behawioralne i zachowania zabezpieczające, rozbudowa nadmiernej kontroli i perfekcjonizmu)	

7. Podsumowanie historii rozwoju i profilu poznawczego (konceptualizacja)

Uwzględniając historię rozwoju pacjenta i wiedzę o jego automatycznych myślach, przekonaniach, strategiach radzenia sobie, należy wg poniższych punktów opisać sposób poznawczego funkcjonowania pacjenta, mechanizmy, w jakich dochodzi do dekompensacji, powstawania objawów zaburzenia i ich podtrzymywania.

.....

7.1. Sposób widzenia siebie i innych, interakcje wydarzeń życiowych i „czułych punktów” w systemie poznawczym pacjenta

Należy opisać, jakie przekonania wykształcił pacjent? (o sobie, o innych ludziach, o świecie i otaczającej go rzeczywistości); jak rozwijały się przekonania; jak to się stało, że w taki sposób myśli, zachowuje się i reaguje, jak interpretował istotne wydarzenia i sytuacje jako dziecko; co na to wpłynęło, jakie wydarzenia, jakie doświadczenia w relacjach z ważnymi obiektami, w tym obiektami przywiązania, rówieśnikami, innymi ludźmi; jak utrwały się przekonania, dlaczego przetrwały, jakie dowody na ich prawdziwość pacjent brał pod uwagę, jakie dowody przeciw ich prawdziwości ignorował?

.....

7.2. Strategie radzenia sobie i kompensujące (w odniesieniu do schematu poznawczego):

Należy opisać, w jaki sposób pacjent próbuje poradzić sobie z trudnościami, negatywnym myśleniem i trudnymi emocjami?; jakie strategie i style radzenia sobie rozwinął w odniesieniu do schematu/poszczególnych przekonań, strategie unikania (poznawczego, behawioralnego, emocjonalnego), nadmierną kompensację, podporządkowanie się schematowi?

.....

7.3. Rozwój i podtrzymywanie obecnego zaburzenia

Należy opisać, w jakich mechanizmach dochodzi do dekompensacji, narastania trudności/powstawania objawów zaburzenia, ich podtrzymywania (poznawczo-behawioralny model zaburzenia); w jaki sposób przekonania/rozwinęte strategie radzenia sobie i kompensacyjne uwrażliwiają pacjenta na wystąpienie zaburzenia/problemu/trudności, które z przekonań/myśli są źródłem dekompensacji/wpływają na utrzymywanie się zaburzenia; jakie zniekształcenia poznawcze występują u pacjenta (należy podać konkretne przykłady).

.....

Sformułowanie dotyczące interwencji

8. Czynniki wpływające na proces terapii

8.1. Sposób widzenia siebie i innych, interakcje wydarzeń życiowych i „czułych punktów” w systemie poznawczym pacjenta

Należy opisać, jakie cele i oczekiwania wobec terapii sformułował pacjent, jak terapeuta ocenia motywację pacjenta i jego gotowość do realizacji sformułowanych celów?

8.2. Przewidywane trudności i modyfikacje standardowej terapii poznawczej:

Należy opisać, jakie trudności w realizacji sformułowanych celów przewiduje terapeuta, czy i jak trudności te są związane z osobą pacjenta (niskim obiektywizmem/samoświadomością/możliwościami adaptacyjnymi), z osobą terapeuty, z rodzajem zaburzenia, w jaki sposób terapeuta zaplanował poradzenie sobie z nimi?

.....

9. Cele terapii i zaplanowane interwencje/procedury

Należy opisać, jakie cele terapeuta zaplanował do zrealizowania w trakcie terapii (w tym cele strategiczne oraz cele taktyczne), jakie interwencje i procedury poznawczo-behawioralne, jeśli cele/oczekiwania pacjenta były niedoprecyzowane/nierealistyczne, należy opisać, w jaki sposób zostały przeformułowane/doprecyzowane/urealnione. Cele należy przedstawić wg poniższego schematu:

Cele terapii	
Cel strategiczny Cele taktyczne służące realizacji celu strategicznego/ zaplanowane procedury	
Cel strategiczny Cele taktyczne służące realizacji celu strategicznego/ zaplanowane procedury	
Cel strategiczny Cele taktyczne służące realizacji celu strategicznego/ zaplanowane procedury	

Opis przebiegu terapii

Opisu przebiegu terapii należy dokonać zgodnie z zamieszczonym poniżej schematem (proszę uwzględnić opis poszczególnych etapów terapii związanych z realizacją sformułowanych celów).

Przykład

1. Etap pracy.
2. Cel pracy w trakcie sesji (np. od 1 do 4).
3. Zadania zaplanowane do wykonania na sesjach (np. od 1 do 4).
4. Przebieg sesji (np. od 1 do 4), ze szczególnym uwzględnieniem i opisem realizowanych zadań, wykorzystanych technik poznawczo-behawioralnych, odniesieniem się do wykonywanych przez pacjenta zadań domowych z uzasadnieniem celu zaplanowanej pracy domowej i omówieniem jej wykonania.
5. Trudności związane z realizacją poszczególnych zadań odnoszące się do osoby pacjenta lub terapeuty w trakcie sesji (np. od 1 do 4).
6. Wprowadzone w planie terapii modyfikacje lub zmiany w czasie sesji (np. od 1 do 4) z uzasadnieniem ich przyczyn.

Podsumowanie

Należy uwzględnić ocenę realizacji poszczególnych celów, wyszczególnić zaistniałe trudności, ewentualne modyfikacje przebiegu terapii, korzyści, jakie pacjent osiągnął z tytułu uczestniczenia w terapii (na poziomie behawioralnym, w zakresie schematu poznawczego); wyjaśnić, w jaki sposób terapeuta rozumie mechanizmy poprawy lub braku poprawy?; dodać ewentualny komentarz dotyczący powodów przerwania terapii oraz dalszych planów terapeutycznych w stosunku do pacjenta.

Wytyczne do przygotowania

artykułu egzaminacyjnego

Problematyka tekstu

Przegląd piśmiennictwa lub opis badań własnych **w obszarze psychoterapii i problematyki poznawczo-behawioralnej**. Generalnie – pomijając prace badawcze – tematykę artykułów możemy podzielić na dwie grupy:

- **Terapia danego zaburzenia (co?)** – krótki opis zaburzenia, jego konceptualizacja i terapia w CBT (np. można porównać 2. i 3. falę), np. perfekcjonizm kliniczny, konceptualizacja poznawcza i protokół terapii CBT.
- **Praktyka terapeutyczna (jak?)** – techniki, narzędzia, specyfika relacji terapeutycznej itp., np. praca na krzesłach jako technika doświadczeniowa – historia, założenia i cele, procedury i przebieg.

Wytyczne redakcyjne

- Czcionka Times New Roman, 12 pkt, interlinia 1,5 pkt.
- Struktura: tytuł, autorzy, streszczenie, wstęp, kolejne części, wnioski, bibliografia (z zachowaniem zasad cytowania APA).
- Objętość pracy nie powinna przekraczać 20 stron (z bibliografią) i powinna spełniać standardowe wymagania prac kierowanych do druku.

Co ważne?

- Artykuł powinien dotyczyć psychoterapii, a nie psychopatologii, czyli np. nie spełnia celu artykułu przegląd literatury dot. specyfiki ADHD u dziewcząt.
- Praca może być przygotowana samodzielnie lub w zespole maksymalnie trzyosobowym.
- Przegląd piśmiennictwa powinien uwzględniać najnowsze artykuły i prace badawcze dotyczące danej problematyki.

Sugerujemy

- Wybierać wąskie zagadnienia, które pozwolą na skupieniu się na psychoterapii, a nie definiowaniu wielu pojęć i szerokiego wstępu do artykułu (objętość!).
- Kierować się własnymi zainteresowaniami, żeby wzmacniać motywację – wiele z Was interesuje się terapią 3. fali – proszę to wykorzystać!

Zagadnienia teoretyczne

do egzaminu końcowego

Część I: Teoria i praktyka psychoterapii poznawczo-behawioralnej

Założenia i specyfika terapii poznawczo-behawioralnej

1. Formułowanie celów terapii, diagnoza poznawcza i kliniczna, określanie problemów, z którymi zgłasza się pacjent, docieranie do oczekiwań pacjenta wobec terapii.
2. Praca domowa – założenia, cele, zasady, potencjalne trudności i sposoby radzenia sobie z nimi.

Trzecia fala CBT

1. Podejścia z 3. fali CBT (Terapia Schematu, Terapia Akceptacji i Zaangażowania, Terapia Dialektyczno-Behawioralna) – założenia, specyfika, podstawowe modele konceptualizacji problemów pacjenta, techniki pracy.
2. Techniki doświadczeniowe – specyfika, mózgowy mechanizm oddziaływania, rodzaje technik doświadczeniowych.

Terapia poznawcza

1. Definicja schematu poznawczego – powstawanie schematu oraz podtrzymywanie.
2. Organizacja poznawcza i jej składowe: myśli automatyczne, przekonania rdzenne (kluczowe) – definicje, powstawanie i znaczenie, przekonania pośredniczące, strategie radzenia sobie ze schematem. Model ABC Ellisa, jego składowe oraz ich wzajemne powiązania (metafora kajzerki). Techniki wydobywania myśli automatycznych, dyskusji myśli automatycznej i formułowania myśli alternatywnej, dialogu sokratejskiego, w tym techniki „strzałki w dół”.
3. Zniekształcenia poznawcze: definicja, funkcje, rodzaje, przykłady.
4. Przekonania pośredniczące – definicje, specyfika, funkcje, rodzaje, przekonania pośredniczące a strategie radzenia sobie, techniki pracy z przekonaniami rdzennymi.
5. Przekonania rdzenne – definicje, specyfika, funkcje, rodzaje, przekonania rdzenne a strategie radzenia sobie, techniki pracy z przekonaniami rdzennymi.

Relacja terapeutyczna

1. Definicja, rola, znaczenie, charakterystyka, czynniki rozwijające i stanowiące o właściwej relacji terapeutycznej, ustalanie kontraktu (zasady w trakcie i poza sesją), budowanie bezpieczeństwa, partnerstwa i wyznaczanie granic, interwencje w relacji terapeutycznej, nakładanie się konceptualizacji pacjenta i terapeuty.

Terapia behawioralna, eksperyment

1. Rodzaje ekspozycji, zastosowanie tej formy terapii, możliwe trudności. Procesy wpływające na zmianę.
2. Zasady planowania terapii ekspozycyjnej: systematyczna desensytyzacja, ekspozycja z powstrzymywaniem reakcji, terapia implozywna.

Część II: Terapia poszczególnych zaburzeń

Zaburzenia afektywne – modele i leczenie w podejściu poznawczo-behawioralnym

1. Charakterystyka pacjenta z depresją – obraz kliniczny. Kryteria diagnostyczne ICD-10 vs ICD-11, DSM- 5.
2. Wstępna konceptualizacja depresji – stawianie hipotez dotyczących przekonań (w tym konceptualizacja w oparciu o triadę Becka), strategii oraz dekompensacji.
3. Psychoterapia depresji – interwencje behawioralne (planowanie aktywności, pozytywne wzmocnienia, trening umiejętności społecznych, relaksacja) i interwencje poznawcze.
4. Charakterystyka pacjenta z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym na przykładzie klinicznym – CHAD typu I i II.

Model i terapia poznawczo-behawioralna zespołu lęku uogólnionego, napadów paniki, fobii prostych

1. Zniekształcenia poznawcze w zaburzeniach lękowych, typowe myśli automatyczne, przekonania pośredniczące i kluczowe.
2. Lęk paniczny – klasyfikacja ICD oraz DSM – typowe objawy, różnicowanie, czynniki predysponujące do rozwoju lęku napadowego.
3. Model poznawczy Clarka.
4. System poznawczy pacjenta z napadami paniki, typowe zachowania zabezpieczające.
5. Zaburzenie lękowe uogólnione – kryteria diagnostyczne, geneza zaburzenia, czynniki predysponujące.

Terapia poznawczo-behawioralna fobii społecznej

1. Fobia społeczna – definicja, diagnoza, różnicowanie, czynniki predysponujące do ukształtowania się fobii społecznej.
2. Składniki lęku społecznego (poznawczy, behawioralny, fizjologiczny, emocjonalny).
3. Osobowość unikająca a lęk społeczny (różnicowanie i współwystępowanie).
4. Model lęku społecznego Clarka i Wellsa.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne i zaburzenia z nim związane w ujęciu poznawczo-behawioralnym

1. Kryteria rozpoznawania OCD wg DSM-5, ze szczególnym uwzględnieniem kryterium dotyczącego wpływu objawów na funkcjonowanie oraz kryterium poziomu prezentowanego wglądu. Różnice między OCD a osobowością typu obsesyjno-kompulsyjnego (OCPD).
2. Postacie objawów obsesyjno-kompulsyjnych (obsesje, kompulsje, rytuał jawny i utajony, ukryte czynności natrętne, pierwotne spowolnienie, ruminacje myślowe). Cechy myśli natrętnych.
3. Model behawioralny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (źródła i rodzaje wzmocnień).

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń związanych z czynnikami stresowymi

1. Kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych ze stresem wg klasyfikacji ICD-10, ICD-11 i DSM-5.
2. Definicja i rodzaje traumy. PTSD a trauma.
3. Teoria emocjonalnego przetwarzania jako podstawa terapii ekspozycyjnej PTSD – główne założenia. Etapy terapii ekspozycyjnej PTSD.
4. Zaburzenia dysocjacyjne a PTSD.

Zaburzenia somatyzacyjne i konwersyjne – koncepcja i terapia poznawczo-behawioralna

1. Kryteria rozpoznawania zaburzeń hipochondrycznych, somatyzacyjnych, dysocjacyjnych według DSM-5.
2. Model poznawczy zaburzenia hipochondrycznego, somatyzacyjnego, zaburzenia dysocjacji.
3. Model behawioralny zaburzenia hipochondrycznego, somatyzacyjnego, zaburzenia dysocjacji (błędne koła, rola redukcji otuchy).

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania

1. Kryteria rozpoznawania anoreksji (AN), bulimii (BN) oraz EDNOS w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych (ICD-10 i DSM-5).
2. Obraz kliniczny pacjenta z zaburzeniami odżywiania (AN i BN).
3. Mechanizmy powstawania objawów i ich podtrzymywania: model poznawczy AN i BN: model transdiagnostyczny Fairburna (2003).
4. Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania.

Osobowość i jej zaburzenia w koncepcji poznawczo-behawioralnej

1. Osobowość i zaburzenia osobowości jako kontinuum od normy do głębokiego zaburzenia osobowości.
2. Zaburzenia osobowości wg klasyfikacji DSMV oraz ICD10 w podziale na wiązki A – B – C.
3. Diagnoza ZO wg ICD-11, od podejścia kategoryjnego do dymensjonalnego.
4. Nieprawidłowo kształtująca się osobowość.
5. Konceptualizacja zaburzeń osobowości w podejściu poznawczo-behawioralnym: profil poznawczy, strategie radzenia sobie dla poszczególnych zaburzeń wiązki B i C.

Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów w wieku rozwojowym, zaburzenia lękowe i depresyjne u dzieci i młodzieży – model i terapia poznawczo-behawioralna

1. Różnice w terapii dzieci i młodzieży a terapii osób dorosłych: rola rodzica, uwzględnienie potrzeb i etapów rozwojowych pacjenta.
2. Przedstawienie i omówienie modelu konceptualizacji pacjenta w wieku rozwojowym.
3. Zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu samookaleczeń i prób samobójczych.
4. Zachowania autodestrukcyjne (zachowania samobójcze oraz samouszkodzenia z intencją lub bez intencji samobójczej) – rozpoznanie, definicje, epidemiologia, miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych (ICD- 10, DSM-5, ICD-11).
5. Ocena ryzyka suicydalnego – standardy postępowania i wskazania do hospitalizacji.

Zaburzenia eksternalizacyjne dzieci i młodzieży – model i terapia poznawczo-behawioralna

1. Pojęcie zaburzeń eksternalizacyjnych i internalizacyjnych, rodzaje zaburzeń eksternalizacyjnych.
2. Kryteria diagnostyczne ADHD (DSM-5) a zaburzenia hiperkinetyczne (ICD-10), różnice i podobieństwa, etiologia i epidemiologia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Obraz kliniczny oraz zmienność objawów w zależności od wieku pacjenta. Cel terapeutyczny oraz model leczenia ADHD.

Terapia poznawczo-behawioralna w zaburzeniach ze spektrum autyzmu

1. Zaburzenia ze spektrum autyzmu w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych (DSM-5, ICD-11, różnice w stosunku do poprzednich wersji klasyfikacji).
2. Kryteria rozpoznawania ASD, funkcjonowanie pacjenta w zakresie komunikacji, interakcji społecznych i stereotypowych wzorców zachowania (deficyty i nadmiary behawioralne w ASD). Zaburzenia teorii umysłu, centralnej koherencji i funkcji wykonawczych oraz ich wpływ na zachowanie osób z ASD. Ograniczenia w zakresie stosowania technik poznawczo-behawioralnych.
3. Zmienność obrazu klinicznego ASD w kolejnych fazach rozwoju od dzieciństwa do dorosłości. Różnice w obrazie klinicznym w zależności od płci.
4. Wyzwania terapeutyczne w pracy z pacjentami z ASD – odmienności terapii poznawczo-behawioralnej, jakość kontaktu terapeutycznego, wpływ deficytów komunikacyjnych, zaburzeń teorii umysłu, centralnej koherencji oraz zaburzeń funkcji wykonawczych na proces terapeutyczny. Nieprawidłowy obraz ja osób z ASD. Zachowania trudne. Edukacja emocjonalna.