

Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji

Formularz dla kwalifikacji - podgląd

Typ wniosku

Wniosek o włączenie kwalifikacji do ZSK

Nazwa kwalifikacji*

Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych

Skrót nazwy

Rodzaj kwalifikacji*

kwalifikacja cząstkowa

Proponowany poziom Polskiej Ramy Kwalifikacji*

7

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

Osoba posiadająca kwalifikację "Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych" jest przygotowana do prowadzenia diagnozy i terapii osób po traumach złożonych. W swoich działaniach koncentruje się na przywracaniu zdrowia psychosomatycznego pacjenta. Rozróżnia mechanizmy warunkujące zaburzenia powstałe w wyniku traum relacyjnych oraz zaburzenia powstałe w wyniku traum związanych z zagrożeniem życia czy/i konfrontacją ze śmiercią. W swoich działaniach stosuje przewidziane procedurami formy zaawansowanej pomocy psychologicznej rekomendowanej przez Światową Organizację Zdrowia wobec osób po doświadczeniu traum złożonych. Osoba posiadająca kwalifikację "Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych" może znaleźć zatrudnienie na oddziałach szpitalnych w szpitalach psychiatrycznych, w poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach interwencji kryzysowej, organizacjach pozarządowych świadczących pomoc osobom dotkniętym przemocą. Koszt uzyskania kwalifikacji 4750 złotych.

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

950

Grupy osób, które mogą być zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji*

Uzyskaniem kwalifikacji "Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych" mogą być zainteresowani psychologowie kliniczni, lekarze

psychiatrzy, psychoterapeuci

Wymagane kwalifikacje poprzedzające

Opis

Posiadanie kwalifikacji pełnej z poziomem 7 PRK - dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich na kierunku psychologia lub łącznie dyplomy ukończenia studiów I i II stopnia na kierunku psychologia lub dyplom lekarza medycyny i ukończona lub rozpoczęta specjalizacja w dziedzinie psychiatrii. Osoba przystępująca do walidacji przedkłada: ● dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji "Prowadzenie terapii indywidualnej z młodzieżą osobami dorosłymi po jednorazowym doświadczeniu traumatycznym"; ● zaświadczenia wskazujące na posiadanie uprawnień do stosowania rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia procedur psychoterapii traumy po jednorazowych doświadczeniach traumatycznych.

Lista

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

Posiadanie kwalifikacji pełnej z poziomem 7 PRK - dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich na kierunku psychologia lub łącznie dyplomy ukończenia studiów I i II stopnia na kierunku psychologia lub dyplom lekarza medycyny i ukończona lub rozpoczęta specjalizacja w dziedzinie psychiatrii. Osoba przystępująca do walidacji przedkłada: ● dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji "Prowadzenie terapii indywidualnej z młodzieżą osobami dorosłymi po jednorazowym doświadczeniu traumatycznym"; ● zaświadczenia wskazujące na posiadanie uprawnień do stosowania rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia procedur psychoterapii traumy po jednorazowych doświadczeniach traumatycznych.

Zapotrzebowanie na kwalifikację*

Zasadność włączenia kwalifikacji "Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych" opiera się o dane dotyczące m.in. rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych i konsekwencji potraumatycznych, wskazujących na częstotliwość zaburzeń psychicznych, uzależnień oraz liczbę osób korzystających z Poradni Zdrowia Psychicznego. Trauma złożona definiowana jest jako powtarzające i kumulujące się doświadczenia traumatyczne pojawiające się w specyficznym kontekście relacji interpersonalnych. Przykłady traum złożonych to: utrzymująca się przemoc domowa, wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, zaniedbanie w okresie dzieciństwa lub adolescencji czy bycie obiektem handlu ludźmi, przetrzymywanie/ uwięzienie jako akt terroryzmu lub przestępstwo etc. To, co odróżnia traumy proste od złożonych, to: - fakt, iż ekspozycja na krzywdę trwa w czasie, jest powtarzalna i często ulega intensyfikacji wraz z utrwalaniem się zależności pomiędzy sprawcą a ofiarą; - w przeważającej mierze są to traumy interpersonalne powodujące bezpośrednią krzywdę w postaci nadużyć, maltretowania, molestowania, zaniedbania, odrzucenia przez osoby znaczące - rodziców, opiekunów, partnerów lub innych osób posiadających wpływ na osobę poszkodowaną; - fakt, że tego typu traumy zdarzają się najczęściej w krytycznych okresach rozwojowych - wczesnym dzieciństwie czy okresie adolescencji lub w okresie dorosłości, kiedy na bazie dysproporcji władzy pomiędzy dwojgiem dorosłych pojawia się chroniczna przemoc. Powtarzające się doświadczenia traumatyczne prowadzą nie tylko do rozwoju objawów typowych dla PTSD (zaburzenia po stresie traumatycznym), ale także zaburzeń complex PTSD, jak również głębokich zaburzeń osobowości oraz zaburzeń zachowania. Typowa dla osób z takimi doświadczeniami jest niemożność samodzielnego pokonania skutków ciężkiego urazu psychicznego, a próby prowadzenia

normalnego, zdrowego życia często okazują się nieskuteczne - poszukiwanie bezpieczeństwa i ochrony kończy się kolejnym urazem psychicznym. W Polsce brakuje niestety wiarygodnych danych na temat liczby osób, u których można zdiagnozować występowanie traum złożonych, a także rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego na skutek takich doświadczeń. Wyrwykowe badania wskazują jednak na dużą wagę problemu. I tak, w badaniach Widery-Wysoczańskiej, przeprowadzonych wśród kobiet w wieku 21-51 lat, aż 71% doświadczyło jakiejś formy przemocy w dzieciństwie - przemoc emocjonalna zaczynała się około 6. roku życia, a fizyczna około 7. roku życia. Wg tych badań minimalny wiek dziecka, w którym pojawiła się przemoc, to 2-3 lata. W tych samych badaniach, aż 61% kobiet zadeklarowało, że doświadczyło przemocy seksualnej (30% bezpośredniej, 31% pośredniej) [1]. Badania prowadzone w innych krajach wskazują, że wielokrotna wiktymizacja jest częstym zjawiskiem. National Survey of Adolescents przeprowadzone w USA wskazują, że aż 20% młodzieży doświadczało wielokrotnie różnych typów traum [2]. Obecnie wiele badań dotyczy związków traum wczesnodziecięcych z zaburzeniami zdrowia psychosomatycznego. Przyjmuje się, że traumy relacyjne, jakich doświadcza dziecko od wczesnego okresu niemowlęcego, mogą skutkować rozwojem wielu zaburzeń zdrowia wynikających z deficytów w rozwoju afektywnym [3, 4, 5]. Prowadzono także wiele badań nad współwystępowaniem uzależnień i PTSD, np. w grupie pacjentów leczących się z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wskazuje się na znaczne rozpowszechnienie PTSD. Szacuje się że w od 30 do 58% tych pacjentów ma rozpoznane PTSD w ciągu życia [6, 7, 8, 9]. Badaczki polskie wykazały, że 25% badanych pacjentów uzależnionych od alkoholu zaklasyfikowano jako osoby spełniające kryteria rozpoznania PTSD [14, 15]. Fakt zaburzeń regulacji i samoregulacji afektywnej wynikającej z wczesnodziecięcych urazów potwierdzony został w szeregu badań prowadzonych wśród dużych grup pacjentów uzależnionych od alkoholu [9, 10, 11] - szeroki przegląd badań zamieszczono w polskiej publikacji [11]. Skala zjawiska wykorzystywania seksualnego dzieci (WSD) w Polsce jest trudna do oszacowania. Jak zauważają autorzy raport dotyczącego wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie „Rocznie Policja wszczyna kilka tysięcy postępowań w sprawach, gdzie jest podejrzenie przestępstwa wobec wolności seksualnej małoletniego. Znacznie większą skalę problemu pokazują badania. Wyniki badań retrospektywnych, realizowanych na próbach dorosłych Polaków, mówią o kilkunastu procentach osób, które doświadczyły wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, w zależności od przyjętych definicji i metodologii [12]. Natomiast według danych z badań 12,4 % nastolatków w swoim życiu padło ofiarą WSD; wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym doświadczyło 6,4% młodych ludzi, zaś bez kontaktu fizycznego — 8,9% [12]. Osoby, które padły ofiarą wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, mogą doświadczyć różnych konsekwencji - zarówno bezpośrednich (za takie uznaje się te pojawiające się w ciągu dwóch lat od zdarzenia), jak i długofalowych [13]. Długofalowe konsekwencje WSD również dotyczą wielu sfer życia. Często objawiają się także w życiu dorosłym poprzez (Finkelhor, 1986, [13]: zaburzenia emocjonalne i zaburzenia obrazu własnej osoby (depresja, zachowania autodestrukcyjne); zaburzenia somatyczne i dysocjacyjne (lęk i napięcie, koszmary nocne, zaburzenia snu i odżywiania, różne postaci dysocjacji); zaburzenia samooceny (poczucie izolacji i alienacji, skrajnie niska samoocena); zaburzenia interpersonalne (trudności w kontaktach z ludźmi, spadek zaufania wobec ludzi, poczucie zdrady, lęk wobec partnerów seksualnych, podatność na ponowne wykorzystanie); zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym (uzależnienie od alkoholu i narkotyków, prostytutka); zaburzenia seksualne (lęki wobec seksualności, poczucie winy, brak satysfakcji, obniżenie pragnienia seksualnego, zaniżona ocena siebie jako partnera seksualnego, zaburzenia orgazmu, kompulsywne unikanie lub kompulsywne poszukiwanie kontaktów seksualnych). Literatura odnosząca się do źródeł wykorzystanych przy opisie zapotrzebowania oraz szersze uzasadnienie zapotrzebowania wraz z analizą danych statystycznych na temat występowania przemocy i potencjalnych konsekwencji traum znajduje się w załączniku do wniosku. Powyższe dane wskazują na duże zapotrzebowanie na usługi z

zakresu psychoterapii i pomocy psychologicznej dla osób po traumach złożonych. Zapotrzebowanie to znacznie przewyższa możliwości polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pacjenci oczekują w długich kolejkach, a brak dostępu do profesjonalnej pomocy zaostrza problemy psychiczne pacjentów. Ponadto, chociaż w Polsce wiele uczelni kształci na kierunkach związanych z opisywaną kwalifikacją, np. psychologii czy kierunku lekarskim, to formalne ścieżki kształcenia nie są wystarczające do osiągnięcia kompetencji pozwalających na prowadzenie terapii osób po doświadczeniach traum złożonych. Osoby chcące rozwijać swoją wiedzę i kompetencje w tym zakresie muszą poszukiwać na rynku możliwości dokończenia się i jednocześnie nie są zaznajomione z minimum wymagań jakie musi spełnić osoba pracująca terapeutycznie z osobami po traumach złożonych. Dodatkowo, niepokój budzi aktywność firm i środowisk proponujących metody terapii traumy, które nie mają zbadanej skuteczności lub wręcz w świetle dostępnych wyników badań mogą pogarszać stan pacjentów. Brak standardów opisujących kwalifikacje osób mogących prowadzić psychoterapię osób po traumach złożonych związany jest z dużym ryzykiem podejmowania takiej pracy przez osoby niekompetentne, a tym samym może prowadzić do dalszej wiktymizacji pacjentów. Wysoka częstość występowania traum złożonych w populacji, a także przedstawione wyżej problemy dotyczące jakości oferowanych usług wskazują na społeczną rangę problemu i konieczność jak najszybszego opracowania kwalifikacji dla profesjonalistów zajmujących się psychoterapią osób po traumach złożonych. Włączenie kwalifikacji „Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji zapewni pacjentom dostęp do rzetelnej diagnozy i terapii, opartej na metodach i technikach o udokumentowanej naukowo skuteczności. Umożliwi również pacjentom łatwiejsze rozpoznanie właściwego terapeuty i szybszy dostęp do leczenia. Bibliografia: 1. Widera-Wysoczańska, A. (2003). Health problems of women victims of complex childhood abuse. *European Psychotherapy. Scientific Journal for Psychotherapeutic Research and Practice. Abstracts of the VIII European Conference on Traumatic Stress, Berlin.* s. 150. 2. Ford, JD, Elhai, JD, Connor DF, et al. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a National Survey of Adolescents. *J Adolesc Health.* 46:5, 45-52. [PubMed: 20472211]. 3. Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 41, 472-486. 4. Frewen, P., Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized Self. Consciousness, neuroscience, treatment.* New York. W.W. Norton & Company. 5. Zdankiewicz-Ścigała, E. (2017). Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych. Warszawa: Scholar. 6. Triffleman, E. G., Marmar, C. R., Delucchi, K. L., Ronfeldt, H. (1995). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 183, 172-176. 7. Brown, P. J., Recupero, P. R., Stout, R. (1995). PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive Behaviors,* 20(2), 251-254. [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)00060-3](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(94)00060-3). 8. Mills, K.L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug & Alcohol Dependence,* 77(3), 243-249. 9. Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 251-258. 10. Dragan, M., Lis-Turlejska, M. (2007). Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addictive Behaviors,* 32, 902-911. 11. Dragan, M. (2007). Współwystępowanie zaburzenia po stresie traumatycznym i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. *Roczniki Psychologiczne,* X, 2, 39-55. 12. Włodarczyk, J. (2016). Wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie a konsekwencje w życiu dorosłym. Raport z badań. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 13. Beisert, M., Izdebska, A. (2012). Wykorzystanie seksualne dzieci. *Dziecko*

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

Brak kwalifikacji o zbliżonym charakterze

Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji*

Osoby posiadające kwalifikację "Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych" mogą znaleźć zatrudnienie na oddziałach szpitalnych w szpitalach psychiatrycznych, w poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach interwencji kryzysowej, organizacjach pozarządowych świadczących pomoc osobom dotkniętym przemocą, w tym seksualną, uzależnieniami i wykluczeniem, w domach dziecka, ośrodkach pomocy społecznej, w placówkach penitencjarnych, jako wyszkolona kadra wyjeżdżająca z żołnierzami na misje pokojowe, między innymi ONZ, w ośrodkach dla uchodźców oraz migrantów.

Wymagania dotyczące walidacji i podmiotów przeprowadzających walidację*

1. Etap weryfikacji. 1.1 Metody: Zestawy efektów uczenia się są sprawdzane wyłącznie za pomocą następujących metod: - analiza dowodów i deklaracji (weryfikacja efektów uczenia się z zestawów 02, 03): - dyplomy i/lub zaświadczenia o posiadaniu uprawnień do stosowania rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia procedur psychoterapii traumy po jednorazowych doświadczeniach traumatycznych - zapis samodzielnej pracy z pacjentami - nagranie video/audio 3 sesji terapeutycznych wskazujących na pracę w różnych obszarach pracy z pacjentem po doświadczaniu traumy złożonej, w tym jedno z nagrań dokumentujące przeprowadzony wywiad kliniczny, - dokumentacja pacjenta, - zapis wywiadu klinicznego. - obserwacja w warunkach symulowanych: zadanie praktyczne wykonywane na podstawie dostarczonego przez komisję walidacyjną opisu przypadku (weryfikacja umiejętności „Posługuje się klasyfikacją zaburzeń współwystępujących charakterystycznych dla osób po traumach złożonych” z zestawu 01), - test teoretyczny (weryfikacja efektów uczenia się z zestawów 01), - wywiad ustrukturalizowany - rozmowa z członkami komisji (weryfikacja efektów uczenia się z zestawów 01, 02, 03) 1.2. Zasoby kadrowe: Weryfikację efektów uczenia się przeprowadza komisja składająca się z min. 3 osób. Wszyscy członkowie Komisji muszą posiadać wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku psychologia (dyplom magistra psychologii) lub wykształcenie medyczne (dyplom lekarza medycyny ze specjalizacją z psychiatrii) oraz posiadać udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie praktyczne w zakresie psychoterapii traumy młodzieży i osób dorosłych po doświadczeniu traum złożonych zdobyte w ciągu ostatnich 10 lat. Dodatkowo: Przewodniczący(a) Komisji musi się legitymować się tytułem doktora w dyscyplinie psychologia lub nauki medyczne lub nauki o zdrowiu oraz udokumentowanym dorobkiem naukowym w zakresie psychotraumatologii. W skład komisji wchodzi osoba specjalizująca się w nurcie terapeutycznym opartym na dowodach i rekomendowanych przez WHO, wskazanym przez osobę ubiegającą się o certyfikację. 1.3. Sposób organizacji walidacji oraz warunki organizacyjne i materialne: Instytucja Certyfikująca musi zapewnić salę do przeprowadzenia testu wiedzy, dostęp do komputera z opcją odtwarzania nagrań video, głośniki, drukarkę oraz salę, w której przeprowadzona zostanie rozmowa z członkami komisji i osobą przystępującą do walidacji. 2. Etapy identyfikowania i dokumentowania. Instytucja certyfikująca musi zapewnić kandydatom dostęp do doradcy walidacyjnego. Osoba pełniąca funkcję doradcy walidacyjnego powinna posiadać wiedzę dotyczącą: (1) efektów uczenia dla kwalifikacji (2) metod walidacji dla danej kwalifikacji (3) systemie kwalifikacji psychoterapeutycznych i z obszaru pomocy psychologicznej w Polsce i za granicą

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

Nie dotyczy

Syntetyczna charakterystyka efektów uczenia się*

Osoba posiadająca kwalifikację "Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych" samodzielnie prowadzi wywiad diagnostyczny odnośnie rodzajów przeżytych doświadczeń traumatycznych (w tym rozwojowych). Posługuje się pogłębioną wiedzą niezbędną do rozpoznania sytuacji podwójnej diagnozy pacjentów po traumach złożonych. Korzysta z rekomendowanych testów i narzędzi diagnostycznych. Przygotowuje szczegółową diagnozę zawierającą informacje na temat stwierdzonych objawów i zaburzeń oraz wskazania do dalszej pracy psychoterapeutycznej. Konsultuje z innymi specjalistami stan psychiczny, somatyczny i występujące objawy oraz uwzględnia to w diagnozie pacjenta po traumach złożonych. Przeprowadza sesję terapeutyczną zgodnie ze standardami nurtu, w którym pracuje (evidence based), ukierunkowanego specyficznie na pracę z pacjentem po traumie złożonej. Posługuje się wiedzą na temat zjawisk dysocjacyjnych i metod pracy ze stanami dysocjacyjnymi oraz wykorzystuje je w praktyce. Jest gotowa do tworzenia stabilnego aliansu terapeutycznego z osobami ze strukturalnymi zaburzeniami osobowości. W pracy z pacjentem stosuje działania ograniczające ryzyko związane z występowaniem dysocjacji. Ze względu na charakter problemów, jakie zgłaszają pacjenci, osoba ta styka się podczas wykonywania zadań zawodowych z szeregiem sytuacji nowych i nieprzewidywalnych. Jest gotowa do współpracy w zespole interdyscyplinarnym, jeśli wymaga tego dobro pacjenta. Przedstawiając wyniki diagnozy oraz proponując poszczególne kroki psychoterapii, kieruje się dobrem osoby zgłaszającej się po pomoc oraz zasadami etyki zawodowej.

Zestawy efektów uczenia się

Numer zestawu w kwalifikacji*

1

Nazwa zestawu*

Posługiwanie się wiedzą kliniczną na temat psychologicznych konsekwencji doświadczenia traum złożonych

Poziom PRK*

6

Orientacyjny nakład pracy [godz.]*

150

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia*

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia

Efekt uczenia się

A. Posługuje się klasyfikacją zaburzeń współwystępujących charakterystycznych dla osób po traumach złożonych

Kryteria weryfikacji*

● Omawia zjawisko współwystępowania zaburzeń w traumach złożonych. ● Na podstawie opisu objawów wskazuje jednostkę diagnostyczną. ● Omawia zaburzenia najczęściej współwystępujące z traumami złożonymi.

Efekt uczenia się

B. Wykorzystuje osiągnięcia nauki w pracy z pacjentami po traumach złożonych

Kryteria weryfikacji*

● Omawia teorie psychologiczne dotyczące mechanizmów rozwoju zaburzeń jako konsekwencji traum złożonych, w tym zaburzeń towarzyszących. ● Posługuje się fachową terminologią z obszaru psychologicznych konsekwencji traum złożonych. ● Omawia kluczowe pojęcia i modele rozwoju zaburzeń po traumach złożonych. Opisuje mechanizmy łączące uraz psychiczny z zaburzeniami funkcjonowania. Charakteryzuje aktualnie dostępne i rekomendowane formy farmakoterapii. ● Omawia procesy dysocjacyjne typowe dla osób po doświadczeniach złożonych traum. ● Omawia ryzyko związane z występowaniem dysocjacji i potrafi wskazać działania ograniczające to ryzyko. ● Analizuje podstawy teoretyczne pracy terapeutycznej w preferowanym przez siebie nurcie psychoterapii traum złożonych opartej na dowodach i rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia.

Efekt uczenia się

C. Charakteryzuje zagadnienia prawne związane z pracą z pacjentami po przebytej traumie

Kryteria weryfikacji*

● Omawia kwestie prawne dotyczące obowiązków terapeuty w razie pozyskania informacji o możliwości popełnienia przestępstwa (przemoc w tym nadużycia seksualne). ● Omawia wpływ podejmowanych działań prawnych na przebieg terapii.

Numer zestawu w kwalifikacji*

2

Nazwa zestawu*

Diagnoza różnicowa pacjentów po traumach złożonych.

Poziom PRK*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]*

300

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia*

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia

Efekt uczenia się

A. Prowadzi wywiad kliniczny

Kryteria weryfikacji*

● Omawia problematykę podwójnej diagnozy. ● Przeprowadza wywiad kliniczny z pacjentem po doświadczeniu traum złożonych. ● Analizuje wywiad kliniczny z pacjentem po doświadczeniu traum złożonych. ● Formułuje diagnozę w oparciu o dane z wywiadu. W przygotowanej diagnozie uwzględnia: o rozpoznanie kliniczne, o historię traum rozwojowych, o aktualne czynniki spustowe, o aktualne zasoby pacjenta, o zwyczajowe sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Efekt uczenia się

B. Współpracuje z innymi specjalistami

Kryteria weryfikacji*

● Konsultuje ze specjalistami stan psychiczny, somatyczny i występujące objawy oraz uwzględnia to w diagnozie pacjenta po traumach złożonych. ● Odwołując się do własnej praktyki pracy z pacjentami, podaje przykłady i zasady współpracy z innymi specjalistami.

Numer zestawu w kwalifikacji*

3

Nazwa zestawu*

Prowadzenie psychoterapii pacjentów z uwzględnieniem aktualnych metod i procedur zweryfikowanych w badaniach naukowych.

Poziom PRK*

7

Orientacyjny nakład pracy [godz.]*

500

Rodzaj zestawu

obowiązkowy

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia*

Poszczególne efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ich osiągnięcia

Efekt uczenia się

A. Przygotowuje opis celów i plan terapii

Kryteria weryfikacji*

● Przygotowuje i omawia listę celów i plan psychoterapii z uwzględnieniem potencjalnych trudności w ich realizacji. ● Uzasadnia wybraną przez siebie sekwencję działań psychoterapeutycznych, odwołując się do wiedzy teoretycznej z zakresu psychopatologii traum złożonych.

Efekt uczenia się

B. Stosuje interwencje psychoterapeutyczne oparte na dowodach naukowych

Kryteria weryfikacji*

● Omawia przykłady interwencji odnosząc się do oceny ich skuteczności. ● Na przykładach z własnej praktyki: o analizuje zastosowane procedury specyficzne dla osób z zaburzeniami dysocjacyjnymi. o analizuje interwencje związane z przywracaniem równowagi psychicznej w kryzysie presuicydalnym. o analizuje interwencje w odniesieniu do pacjenta uzależnionego od substancji aktywnych (z podwójną diagnozą).

Efekt uczenia się

C. Przeprowadza psychoterapię pacjenta zgodnie ze standardami nurtu w którym pracuje (evidence based)

Kryteria weryfikacji*

● Prowadzi sesje psychoterapeutyczne z pacjentem po traumach złożonych i omawia ich przebieg. ● Omawia i uzasadnia działania podejmowane w trakcie sesji terapeutycznych. ● Analizuje stan psychiczny pacjenta pod kątem świadomości czasu, miejsca i siebie. ● Różnicuje czynniki wyzwalające z terażniejszości, które aktywizują traumę z przeszłości. ● Analizuje stany wyobcowania i alienacji w obrębie pofragmentowanych stanów Ja. ● Buduje stabilny alians terapeutyczny z osobami doświadczającymi dysocjacji i strukturalnych zaburzeń osobowości. ● Wspiera pacjenta w budowaniu i podtrzymywaniu prawidłowych więzi i rozwiązywaniu problemów rozwojowych wynikających z destrukcyjnych relacji z obiektami przywiązania, doświadczeń odrzucenia, nadużycia i zaniedbania w dzieciństwie i młodości. ● Stosuje techniki odkrywające i wzmacniające zasoby pacjenta.

Efekt uczenia się

D. Prowadzi psychoedukację pacjenta

Kryteria weryfikacji*

● Prowadzi psychoedukację pacjenta mającą na celu wsparcie go w normalizacji i stabilizacji. ● Na podstawie własnej praktyki omawia przykłady psychoedukacji pacjentów. ● Udziela wsparcia informacyjnego w sprawach dotyczących aktualnych problemów życiowych pacjenta mogących mieć znaczący wpływ na sukces terapii (np. informacje na temat pomocy prawnej, ośrodków udzielających wsparcia materialnego, domów samotnej matki, fundacji i stowarzyszeń).

Efekt uczenia się

E. Podsumowuje postępy terapeutyczne

Kryteria weryfikacji*

● Weryfikuje obecność i natężenie objawów PTSD i zaburzeń współwystępujących oraz innych związanych z urazem dolegliwości i problemów pacjenta ● Przedstawia pacjentowi podsumowanie przebiegu terapii ze szczególnym podkreśleniem wysiłków pacjenta, jego zasobów i możliwości adaptacyjnych oraz działań zabezpieczających przed nawrotem objawów.

Efekt uczenia się

F. Prowadzi dokumentację pacjenta

Kryteria weryfikacji*

● Omawia przepisy i zasady prowadzenia dokumentacji pacjenta. Omawia zasady i przepisy dotyczące dokumentacji medycznej ● Przedstawia i omawia przykładową dokumentację pracy z pacjentem w wersji papierowej lub elektronicznej.

Informacje o instytucjach uprawnionych do nadawania kwalifikacji

Wnioskodawca*

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Minister właściwy*

Ministerstwo Zdrowia

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

Certyfikat jest ważny 5 lat. Warunkiem przedłużenia ważności certyfikatu jest przedstawienie: 1. dokumentów potwierdzających pracę w charakterze psychotraumatologa w obszarze traum złożonych przez co najmniej trzy lata w ciągu ostatnich pięciu lat oraz 2. udokumentowanego uczestnictwa w szkoleniach doskonalących z zakresu psychotraumatologii, psychoterapii, psychologii klinicznej lub psychiatrii obejmujących w sumie co najmniej 100 godzin dydaktycznych oraz uczestnictwo w minimum 2 konferencjach lub seminariach naukowych oraz 3. zaświadczeń potwierdzających odbycie superwizji pacjentów po traumach złożonych w wymiarze co najmniej 50 godzin

Nazwa dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji*

Certyfikat

Uprawnienia związane z posiadaniem kwalifikacji*

Nie dotyczy

Kod dziedziny kształcenia*

311 - Psychologia

Kod PKD*

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

Status

Dokumenty

#	Tytuł dokumentu
1	Informacje dodatkowe dotyczące kwalifikacji z obszaru terapii traumy
2	Potwierdzenie dokonania opłaty.

#	Tytuł dokumentu
3	Status Uczelni (Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS)
4	Wniosek "Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych" w sformatowanej wersji pdf.
5	ZRK_FKU_Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych
6	ZRK_FKU_Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych
7	ZRK_FKU_Prowadzenie terapii dla młodzieży i osób dorosłych doświadczających konsekwencji traum złożonych



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

Dane o podmiocie, który złożył wniosek

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Siedziba i adres: Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa
NIP: 1180197245
REGON: 011947981
Reprezentacja: Rektor: prof. dr hab. Roman Cieślak, Pełnomocnictwo: Krzysztof Rzeńca

Adres elektroniczny osoby wnoszącej wniosek: krzenca@swps.edu.pl