WÊRELD KONFEDERASIE VAN KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPIEË (WKKGT/WCCBT)

Opleidingsriglyne vir Kognitiewe Gedragsterapieë (KGTe)

1. Voorwoord

Die Wêreld Konfederasie van Kognitiewe Gedragsterapieë (WKKGT/WCCBT) is toegewy aan die bevordering van die gesondheid en welstand van die wêreldbevolking deur die ontwikkeling en implementering van bewysgebaseerde Kognitiewe- en Gedragsterapieë (KGTe; sien die WKKGT-missie by https://wccbt.org/aims-and-mission). Die WKKGT bestaan uit streekverenigings, elk met die algemene doel om wetenskaplike kennis en navorsing in KGTe te bevorder en toegang tot bewysgebaseerde assessering en intervensie vir gesondheids- en geestesgesondheidsprobleme in hul land of streek te bevorder.

Die oorhoofse doelwitte van die WKKGT is soos volg: (a) om die globale ontwikkeling en profiel van KGTe te ondersteun; (b) om 'n wêreldwye netwerk te ontwikkel om nuus, inligting, en kwessies relevant tot KGTe te deel; (c) om geestesgesondheid, KGTe, en bewysgebaseerde behandelings vir sielkundige versteurings meer breedvoerig te bevorder en te bepleit ten einde welstand regoor die wêreld te verbeter; (d) om navorsing in KGTe te fasiliteer en te ondersteun; en, wat die mees relevant vir hierdie dokument is, (e) om effektiewe implementering van KGTe deur opvoeding en opleiding te ontwikkel en te ondersteun.

Om laasgenoemde doelwit verder te bevorder, is 'n Opleidings- en Akkreditasiekomitee/OAK (Training and Accreditation Committee - TAC) in 2020 gevorm met die doel om riglyne te ontwikkel oor watter kennis en bevoegdhede nodig is om 'n KGT-beoefenaar te wees. Die huidige riglyne is geskryf om die opleiding te beskryf wat nodig is vir iemand wat kognitiewe en gedragsintervensies vir 'n verskeidenheid probleme kan toepas en wat hul intervensies grondvest met assessering en geval-konseptualisering. Die Komitee bestaan uit die volgende lede (in alfabetiese volgorde):

▪ **Andrea Ashbaugh**, PhD, CPsych, vorige president van die Kanadese Assosiasie van KGT (Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies/CACBT), verteenwoordig Noord-Amerika;
▪ **Julio Obst Camerini**, PhD, president van die Latyns-Amerikaanse Assosiasie van Analise, Gedragsmodifikasie, en Kognitiewe- en Gedragsterapieë (Association of Analysis, Behavioral Modification, and Cognitive and Behavioral Therapies (ALAMOC), verteenwoordig Latyns-Amerika;
▪ **Jacqueline Cohen**, PhD, RPsych, president van die Kanadese Assosiasie van KGT, verteenwoordig Noord-Amerika;
▪ **Helen Macdonald**, PhD, Geoktrooieerde Sielkundige, Senior Kliniese Adviseur van die Britse Asssosiasie van Gedrags- en Kognitieweterapieë (British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP), Opleidingskoördineerder van die Europese Assosiasie van KGT (European Association for CBT/EABCT), verteenwoordig Europa;
▪ **Firdaus Mukhtar**, PhD, Konsultant Kliniese Sielkundige, president van die Asiese KGT Assosiasie (Asian Cognitive Behaviour Therapy Association/ACBTA), verteenwoordig Asië;
▪ **Luis Oswald Perez Flores**, Ps Cl. Mg, Uitvoerende Komiteelid van WKKGT, voorsitter van OAK, en lid van ALAMOC, verteenwoordig Latyns-Amerika; en
▪ **Mehmet Sungur**, MD, president van die Turkse Assosiasie van KGT (Turkish Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapies/TACBP), verteenwoordig die Internasionale Assosiasie van KGT (International Association of CBT/IACBT).

Die OAK wil ook die bydraes van Gabriel Perez (Peru) en Joseph Inhaber (Kanada) erken.

1.1 Ontwikkeling van die Opleidingsriglyne

Die inisiatief om Opleidingsriglyne te ontwikkel het uit verskeie redes ontstaan. Eerstens, soos duidelik geïdentifiseer deur die Wêreldgesondheidsorganisasie (Junie 2022), “is die behoefte aan optrede op geestesgesondheid onbetwisbaar en dringend” (sien https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction). Effektiewe intervensies bestaan om sielkundige gesondheid te bevorder asook om die behoeftes van mense met geestesgesondheidsprobleme aan te spreek. Baie van hierdie intervensies is uitdruklik kognitief en/of gedragsgebaseer of het hul wortels in kognitiewe- of gedragsteorieë. Die oproep tot wêreldwye verspreiding van hierdie bewysgebaseerde intervensies dui op die behoefte aan ’n duidelike en gemeenskaplike formulering van die KGTe en wat dit is wat KGT-beoefenaars doen.

Tweedens, baie van die WKKGT se saamgestelde organisasies, sowel as ander organisasies wat toegewy is aan die bevordering van KGTe, het hul eie riglyne vir opleiding in KGTe ontwikkel of is besig om dit te ontwikkel. Die doel van hierdie dokument is om ’n stel minimum riglyne aan te beveel vir die inhoud en bevoegdhede wat in opleiding vir die lewering van KGTe ingesluit moet word.

Die hoop is dat hierdie Opleidingsriglyne ’n stel definisies en standaarde sal bied wat breedweg deur KGT-organisasies aanvaar word, en sodoende ’n gemeenskaplike begrip van die kennis en bevoegdhede wat ’n KGT-beoefenaar wêreldwyd kenmerk, sal skep. Die uiteindelike doel is om KGTe wêreldwyd te bevorder deur standaarde vir KGT-opleiding te stel en sodoende toegang tot KGTe en ander bewysgebaseerde sielkundige intervensies te verbeter.

Die OAK het gereeld vergader tussen Junie 2022 en Mei 2023. Die Komitee het begin deur reeds bestaande opleidingsriglyne te hersien, insluitend dié ontwikkel deur die Britse Assosiasie van Gedrags- en Kognitiewe Psigoterapieë, die ‘Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Program’ in die VK, die Maleisiese Ministerie van Gesondheid se Nasionale Psigoterapie Taakspan, die Europese Assosiasie van Gedrags- en Kognitieweterapieë se Standaarde vir Opleiding en Akkreditasie van Kognitiewe- en/of Gedragsterapeute, en die Nasionale Riglyne vir Opleiding in KGT ontwikkel deur die Kanadese Assosiasie van KGT. Die sertifiseringsaanbevelings wat deur die Academy of Cognitive and Behavioral Therapies (A-CBT), die Australiaanse Assosiasie van Kognitiewe en Gedragsterapieë, die Britse Assosiasie van Kognitiewe en Gedragsterapie, die Beck Instituut en die Kanadese Assosiasie van KGT ontwikkel is, is ook oorweeg.

Na die formulering van ’n definisie van KGTe in die somer van 2022, het die OAK gewerk om gemeenskaplike elemente van opleiding in KGTe te identifiseer en groepeer – beide in terme van kennisbasisse en bevoegdhede. Die gevolglike kategorieë vorm die hoofinhoud van hierdie dokument. Die OAK het toe in subgroepe verdeel om ’n eerste konsep van die Riglyne te ontwikkel. Die WKKGT Raadslede het die eerste konsep hersien, en hul terugvoer is gebruik om die huidige weergawe van die Riglyne te informeer. Hierdie huidige weergawe is aangebied in ’n simposium by die 2023 Wêreldkongres van Kognitiewe- en Gedragsterapieë in Seoel, Korea. Dit is ook aan organisasies betrokke by die KGTe versprei om terugvoer te versoek. Die finale dokument is deur die WKKGT Raad en lede in Junie 2023 goedgekeur.

1.2 Veronderstellings

Aangesien die praktyk van KGT, en inderdaad die toepassing van sielkundige intervensies meer algemeen, deur streek- en landswye wetgewing gereguleer word, is een van die hoofveronderstellings van hierdie Riglyne dat KGT-beoefenaars die toepaslike lisensie/registrasie het om in hul streek/land te praktiseer. In sommige gevalle kan dit beteken om ’n lisensie te hê wat die praktyk van psigoterapie toelaat (in sommige lande mag dit wees as ’n dokter, sielkundige, of maatskaplike werker, byvoorbeeld); in ander gevalle kan dit beteken om ’n spesifieke sertifikaat te hê (bv. as ’n KGT-terapeut).

In sommige streke/lande bestaan daar nie formele wetgewing en sertifisering van beoefenaars nie, en nie-geregistreerde verskaffers mag aspekte van KGTe bied, hetsy outonoom na opleiding of onder toesig. Hierdie Riglyne neem ongeag dit aan dat hulle die basiese opleiding en vaardighede, asook die toepaslike kwalifikasies het om sielkundige intervensies in hul streek/land te beoefen. Dit word ook erken dat KGT in unieke formate en op verskillende vlakke van intensiteit vir verskillende probleme gelewer word, en dus moet die opleiding op ’n geskikte vlak van kompleksiteit wees vir elke beoogde toepassing. Hierdie riglyne is nie bedoel om opleiding van beoefenaars vir spesifieke probleme en toepassings uit te sluit nie.

Die WKKGT erken dat daar beide generiese terapeutiese vaardighede is sowel as vaardighede spesifiek aan die KGTe, en dat hierdie vaardighede oor geestesgesondheidstoestande en bevolkings verskil. Die Riglyne is gebaseer op die volgende veronderstellings: (a) dat KGT-beoefenaars reeds generiese terapievaardighede het (bv. die ontwikkeling en handhawing van ’n terapeutiese verhouding, assessering en bestuur van risiko); (b) dat KGT-beoefenaars etiese en professionele praktykriglyne volg; en (c) dat KGT-beoefenaars die kennis en vaardighede soek om KGTe en ander intervensies toe te pas op die spesifieke probleme en bevolkings waarmee hulle werk. ’n Ander veronderstelling is dat kognitiewe- en gedragsteorieë, modelle, en intervensies sal voortgaan om te ontwikkel. Dit is die verantwoordelikheid van KGT-beoefenaars om op hoogte te bly van wetenskaplike en ander ontwikkelings in die veld en hul intervensies te wysig om die beste beskikbare bewyse te weerspieël.

Verder erken die WKKGT dat kognitiewe en gedrags-modelle en intervensies hoofsaaklik ontwikkel en bestudeer is in sosio-kulturele kontekste en met bevolkings gekenmerk deur relatiewe voorreg (in terme van faktore soos ras, etnisiteit, erfenis, sosio-ekonomiese status, opvoeding, geslag, seksuele identiteit, en vermoëns). Daar is ’n groeiende hoeveelheid bewyse rakende die aanpassing van kognitiewe- en gedragsbenaderings vir rasgewys diverse, minderheidsgroepe, en ander gemarginaliseerde bevolkings (bv. Inheemse, Swart, Hispano, ander mense van kleur, seksuele en geslagsminderhede, mense met intellektuele gestremdhede, ouer volwassenes). Meer moet egter gedoen word om hierdie modelle en intervensies oor bevolkings en kontekste aan te pas en te bestudeer. Dit word aanvaar dat KGT-beoefenaars hulleself inlig oor die beperkings van die bewyse soos dit van toepassing is op die bevolkings wat hulle bedien en die probleme wat hulle in die gesig staar, leer oor en reageer op kulturele en individuele verskille, kulturele nederigheid uitoefen, en kultureel sensitiewe kliniese sorg in hul werk met diverse, minderheids of gemarginaliseerde bevolkings beoefen.

’n Finale veronderstelling van hierdie Riglyne is dat KGT-beoefenaars die vermoë het om self KGT-vaardighede te gebruik, en daarom gereeld enige houdings identifiseer, ondersoek, en bevraagteken wat die effektiewe toepassing en praktyk van KGTe belemmer. Hulle word ook verwag om hul eie emosies in hul werk met kliënte te kan reguleer.

1.3 Definisies

Daar is aansienlike variasie in hoe elk van die volgende terme in die literatuur gedefinieer word. Vir die doel van duidelikheid word verskeie sleutelterme wat dwarsdeur die Riglyne gebruik word, hieronder gedefinieer.

1.3.1 Kognitiewe- en gedragsterapieë (KGTe). Die WKKGTe definieer KGTe as 'n versameling empiries gebaseerde behandelingsbenaderings wat gebaseer is op kognitiewe, gedrags-, en kontekstuele teorieë en modelle van menslike ervaring. Alhoewel die afkorting "KGT" vir eenvoud gebruik mag word, word erken dat daar verskeie modelle en metodes binne die algehele veld van KGTe is. Samewerkende empirisme is fundamenteel tot die KGT, veral gegewe die klem van die veld op die voortdurend ontwikkelende wetenskap van menslike gedrag. KGT beklemtoon die rol van en reaksies op kognisies, gedrag, sensasies, emosies, en lewensgebeure, en hul onderlinge verhoudings in die ontwikkeling en handhawing van sielkundige welstand. Die doelwitte van die KGT is om nood te verminder, lewenskwaliteit te verbeter, en menslike lyding te verlig deur denke meer buigsaam te maak, die vermoë om emosies te ervaar, uit te druk, en te reguleer en funksionele gedrag te bevorder. Hierdie definisie sal met nuwe empiriese bevindinge ontwikkel.

1.3.2 KGT-beoefenaar/praktisyn. Gegewe die verskillende titels wat gebruik word om dié wat KGT toepas te beskryf (bv. klinikus, berader, geestesgesondheidsverskaffer, psigoterapeut, terapeut) in verskillende streke en lande, gebruik ons hier die term KGT-beoefenaar, wat na ons mening die mees akkurate en eenvoudige beskrywing is van iemand wat KGTe in hul terapeutiese praktyk toepas.

1.3.3 Riglyne. Hierdie dokument verskaf leiding oor die inhoud van opleiding, minimum kernkennis, en kliniese bevoegdhede wat KGT-beoefenaars behoort te besit. Dit is nie ontwerp as 'n regulatoriese stel standaarde vir KGT-opleiding nie. Die hoop is eerder dat dit gebruik sal word om oor organisatoriese standaarde, die ontwikkeling en evaluering van opleidingsprogramme, en – vir individuele beoefenaars – opleidingsbesluite en selfevaluering in te lig.

1.3.4 Opleiding. Opleiding sluit breedweg aktiwiteite wat in die konteks van professionele geestesgesondheidsprogramme, professionele voortgesette onderwyswerkswinkels, kursusse, sertifikaatprogramme, toesig en konsultasie, en ander leweringsmetodes plaasvind. Hierdie opleiding kan in die konteks van 'n geïntegreerde studierigting, 'n afsonderlike kursus, of 'n kombinasie van verskillende leweringsmetodes plaasvind.

1.3.5 Opleier. Verskillende streke gebruik verskillende terme (bv. kliniese toesighouer, dosent, kliniese konsultant) om individue te beskryf wat KGT-kennis en -bevoegdhede leer. In die konteks van hierdie Riglyne is 'n opleier enigiemand wat reeds die kennis en bevoegdhede het om 'n KGT-beoefenaar te wees en wat ander (bv. leerders, studente, inwoners) die vaardighede leer om hul eie kennis en bevoegdhede in die toepassing van KGT te ontwikkel.

1.3.6 Leerders. In die konteks van hierdie Riglyne is 'n leerder enigiemand wat opleiding ondergaan of ontvang om kennis en bevoegdhede in die toepassing van KGTe te ontwikkel. KGT-leerders kan studente in formele gesondheidsorgberoepsopleidingsprogramme insluit sowel as beoefenaars wat besluit het om te leer hoe om KGT toe te pas of om hul opleiding in die KGTe te bevorder.

1.3.7 Kennis. Kennis verwys na die begrip van menslike ervaring en menslike veranderingsprosesse gebaseer op teorie en wetenskaplike bewyse. Kennis sal oor tyd verder opbou soos die veld ontwikkel.

1.3.8 Bevoegdhede. Bevoegdhede is kernstelle van vermoëns, gedragswyses, of vaardighede wat ’n leerder teen die einde van opleiding behoort te demonstreer. Bevoegdhede is gebaseer op kernkennis en die ervaring om te weet wanneer en hoe om daardie kennis toe te pas. Bevoegdhede is nie staties nie; eerder ontwikkel hulle oor tyd en soos die veld ontwikkel.

1.3.9 Nakoming. Nakoming verwys na die akkuraatheid waarmee klinici spesifieke intervensies toepas (d.w.s. hoe hulle spesifieke beginsels en protokolle volg). Nakoming is ’n sleutelaspek in die lewering van bewysgebaseerde behandeling.

1.3.10 Bekwaamheid. In teenstelling met nakoming verwys bekwaamheid na die effektiewe toepassing van spesifieke beginsels en protokolle.

1.3.11 Diversiteit. Diversiteit verwys na verskille oor eienskappe en sosiale groepe. Voorbeelde van verskille sluit in, maar is nie beperk tot, ras, etnisiteit, erfenis, taal, kultuur, godsdiens, sosio-ekonomiese status, kaste, opvoeding, geslag, seksuele oriëntasie, verhoudingstatus, ouderdom, geestelike en fisiese vermoëns, gewig, en ander.

2. Grondbeginsels en Bekwaamhede

Hierdie afdeling vorm die hoofinhoud van die Opleidingsriglyne aangesien dit die kennis en kompetensies uiteensit wat ’n KGT-praktisyn behoort te ken en teen die einde van hul KGT opleiding behoort te kan demonstreer. Die WKKGT erken dat dit nie ’n volledige lys is nie. Eerstens word die grondbeginsels van KGT en kern KGT kennis gelys (2.1). Hierdie lyste bestaan uit die kern KGT kennis wat elke praktisyn verwag word om te ken, sowel as assessering, verbintenisbou, en intervensiestrategieë.
Die tweede deel van hierdie afdeling (2.2) fokus op KGT-spesifieke kompetensies, dit wil sê, die vermoëns wat KGT-praktisyns behoort te kan demonstreer teen die einde van hul KGT-opleiding. Dit sluit vaardighede in die gebied van kliëntbetrokkenheid, assessering en geval-konseptualisering, algemene intervensie, en spesifieke intervensies in. Vir duidelikheid word die spesifieke intervensies verdeel in strategieë wat hoofsaaklik gedragsmatig, hoofsaaklik kognitief, en hoofsaaklik kontekstueel van aard is. Die WKKGT erken dat daar oorvleuelings tussen hierdie kategorieë is; verder is daar verskeie ander maniere om dit te groepeer.

2.1 KGT Grondbeginsels en Kernkennis

Leerders behoort die grondbeginsels van KGT en kern KGT kennis soos volg te ken.

2.1.1 KGT Kennis

a. die ontwikkeling en geskiedenis van KGT;
b. hoe om die wetenskaplike literatuur te lees en toe te pas in die praktyk, sowel as hoe om op hoogte te bly van die vordering in KGT teorie en praktyk;
c. beginsels en praktyk van bewysgebaseerde sorg;
d. KGT-modelle wat die ontwikkeling en instandhouding van kliniese probleme en psigopatologie beskryf, insluitend die volgende:
  i. evolusionêre modelle van emosies;

ii. gedragsleerteorieë (insluitend konsepte soos klassieke en operante kondisionering, waarnemingsleer, leer deur ervaring, habituasie/aanpassing, en inhiberende leer);
iii. leertoerieë rakende die ontwikkeling en instandhouding van geestesgesondheidsprobleme;
iv. kognitiewe teorië t.o.v. die ontwikkeling van aannames, oortuigings, evaluasies, interpretasies, en waardes;
v. inligtingsverwerkingsmodelle;
vi. kontekstuele teorieë
vii. integrerende modelle wat die onderlinge afhanklikheid van kognisies en gedrag beklemtoon; en
viii. doelbereiking en funksionele verbetering

2.1.2 KGT Assessering

a. geskiktheid en kontra-indikasies vir KGT;
b. assesseringsinstrumente en onderhoudvaardighede (bv. objektiewe meting, Sokratiese Dialoog)
c. beginsels van KGT geval-konseptualisering en die implikasies daarvan vir behandeling;
d. geval monitering en evaluering van uitkomste (bv. metingsgebaseerde sorg);
e. aanpassing van konseptualisering, modelle, en intervensies inaggenome individuele en kulturele faktore (bv. geslag, kultuur, geloof, etnisiteit, ouderdom, seksualiteit, sosio-demografiese status, opvoeding, beroep, neurodiversiteit) sowel as hul verwantskappe;
f. oorweging van die onderlinge verwantskappe tussen kultuur, sielkundige prosesse, en geestesgesondheidsprobleme;
g. aanpassing vir ko-morbiede probleme en komplekse voorstellings;

2.1.3 Bevordering van verbintenis tot en betrokkenheid by KGT

a. rol van die terapeutiese verhouding in KGT, insluitend samewerkende empirisme
b. bewusheid van algemene uitdagings in KGT
c. rol van struktuur in KGT, insluitend sessiestruktuur en formaat.
d. assessering van kliëntbetrokkenheid en gereedheid vir verandering;
e. bou van motivering en verbintenis tot die terapeutiese proses;
f. kolaboratiewe bepaling van behandelingsdoelwitte;
g. opstel van ’n behandelingsraamwerk

2.1.4 KGT Intervensies

a. kognitiewe, gedragsgebaseerde, opwekkingvermindering, aanvaarding-gebaseerde, en ervaringsgerigte strategieë;
b. die belangrikheid van die veralgemening van beginsels en vaardighede na die daaglikse lewe;
c. die rol van reflektiewe en doelgerigte praktyk in die maak en behoud van vooruitgang;
d. die effektiewe gebruik van huiswerkopdragte tussen sessies;
e. KGT modelle vir die behoud van behandelingsvooruitgang en voorkoming van terugval;
f. kriteria vir konsultasie met en/of verwysing na ’n spesialis;
g. beëindiging van behandeling in ooreenstemming met bewysgebaseerde beginsels

2.2 KGT Spesifieke Vaardighede

Teen die einde van hul KGT-opleiding behoort leerders die volgende KGT-spesifieke bekwaamhede verwerf te hê.

2.2.1 Kliëntbetrokkenheid en Samewerking

a. pas kliëntbehoeftes by behandeling aan;
b. evalueer en verbeter die kliënt se motivering vir behandeling;
c. vestig en handhaaf faktore wat belangrik is vir die terapeutiese verbintenis (bv. ooreenkoms oor doelwitte en terapeutiese take);
d. vestig en handhaaf 'n saamwerkende empiristiese raamwerk

2.2.2 Assessering en geval-konseptualisering

a. gebruik empiries gevalideerde assesseringsinstrumente (dit kan selfverslagmaatreëls, onderhoude, waarnemings, historiese en bykomende inligting, funksionele assessering van spesifieke gedrag insluit) om die volgende te evalueer: die frekwensie, duur, en intensiteit van probleme; voorspellende en instandhoudende faktore; hanteringstrategieë; en komorbiditeite
b. ontwikkel KGT geval-konseptualiserings gebaseer op assessering;
c. kolaboratief behandeldoelwitte wat spesifiek, meetbaar, haalbaar, relevant, en tydgebonde is (SMART) vasstel;
d. evalueer en wysig geval-konseptualiserings soos behandeling vorder;
e. voer vordering- en uitkomste-monitering uit;
f. evalueer en assesseer selfmoniterings- en selfbestuursvaardighede

2.2.3 Algemene Intervensies

Leerders behoort in staat te wees om sommige of al die volgende spesifieke strategieë te gebruik:
a. verskaf psigo-onderrig gebaseer op KGT-modelle en konseptualisering;
b. verskaf psigo-onderrig oor fisiologie en neuroplastisiteit;
c. verduidelik die rasionaal vir KGT;
d. struktureer die sessie kolaboratief, insluitend die stel en volg van 'n agenda;
e. rig en pas sessies toepaslik aan;
f. meet behandelingsvordering en pas intervensies aan soos nodig;
g. voer funksionele assesserings van spesifieke probleme uit;
h. verbeter motivering en verbintenis;
i. leer probleemoplossingsvaardighede en konsepte;
j. identifiseer, ondersoek, en spreek stywe, onbuigsame en onbehulpsame gedagtes, houdings, oortuigings, en aannames aan;
k. identifiseer en wysig onbehulpsame gedrag;
l. let op, valideer, en bestuur emosies, insluitend om kliënte te help om emosies te identifiseer, verstaan, en effektief uit te druk, te bestuur, en daarop te reageer;
m. ontwikkel in-sessie en tussen-sessie gedragsproewe, blootstellings, en ander opdragte;
n. hersien en doen kolaboratiewe terugvoering oor tussen-sessie opdragte;
o. identifiseer en los probleme op wat die voltooiing van tussen-sessie take belemmer;
p. berei kliënte voor op die beëindiging van terapie en ontwikkel terugvalvoorkomingsplanne;
q. pas KGT aan om vir individuele en kulturele faktore ruimte te maak;
r. pas KGT aan om vir komorbiditeite en komplekse voorstellings ruimte te maak;
s. los probleme op wat tydens terapie ontstaan

2.1.4 Spesifieke Intervensies: Gedragsmatige Strategieë

a. gebeurlikheidsbestuur, insluitend stimulusbeheer, identifisering en integrasie van natuurlike versterkers, en vorming van komplekse gedragskettings
b. vaardigheidopleiding, insluitend sosiale vaardighede, interpersoonlike doeltreffendheid, en selfgelding
c. blootstellingsgebaseerde strategieë, insluitend die ontwikkeling van hiërargieë, tempobeheer en gegradeerde blootstelling, in vivo, interoseptiewe, en beeldingsblootstelling, responsvoorkoming, en teiken van veiligheidsgedrag/ontvlugting/vermyding
d. gedragsaktivering, insluitende bemeestering en plesier, asook tempo bestuur
e. gewoonte omkeer
f. opwekkingbestuurstrategieë, insluitend asemhalingsoefeninge, progressiewe spierontspanning, geestelike en gedragsafleiding, gronding/ankering en noodverdraagsaamheidsvaardighede, en emosie-reguleringsvaardighede
g. probleemoplossing, insluitend die identifisering en definiering van probleme, generering van oplossings, voltooiing van besluitbalanse, deurvoer van aksiestappe, en evaluering van besluite
h. gedragsmonitering en verandering (bv. slaap, dieet, oefening)

2.1.5 Spesifieke Intervensies: Kognitiewe Strategieë

a. identifisering van kognitiewe inhoud en prosesse, insluitend Sokratiese Dialoog, begeleide ontdekkingsproses, en gedagtemonitoring
b. etikettering en kategorisering van kognitiewe inhoud, insluitend identifisering van algemene hulpvolle/doeltreffende en onbehulpsame/oneffektiewe denkpatrone, identifisering en gradering van oortuigings in gedagtes; ondersoek van impak op emosies, sensasies, en gedrag;
c. identifisering, beskrywing, en etikettering van emosies, begrip van die komponente van emosies, en gradering van die intensiteit van emosies;
d. wysiging van kognitiewe inhoud en prosesse deur aktiwiteitskedulering, gedragsproewe en opnames, verbetering van sielkundige buigsaamheid, identifisering van alternatiewe gedagtes, aandagsoefening en wysiging van kognitiewe vooroordele, beeld-herskrywing, en generering en gradering van nuwe oortuigings

2.1.6 Spesifieke Intervensies: Kontekstuele Strategieë

a. meta-kognitiewe strategieë
b. bewustheid (mindfulness)-gebaseerde strategieë;
c. aanvaarding-gebaseerde strategieë;
d. medelye-gebaseerde strategieë;
e. kognitiewe losmaking en afstandname;
f. waardebepaling;
g. toegewydheid tot aksie;
h. self-as-konteks;
i. ontwikkeling van veerkragtigheid en persoonlike sterkpunte

3. Opleiding en Evaluering

Opleiers moet bewus wees van die agtergrond van hul opleidingskandidate en slegs kandidate kies wat gekwalifiseer is om geestesgesondheidsdienste in hul streek/land te verskaf.
Teen die einde van hul opleiding behoort 'n KGT-kandidaat in staat te wees om die vaardighede en bevoegdhede wat hulle geleer het effektief toe te pas. KGT-opleiding moet voortgaan totdat die kandidaat beide nakoming en bevoegdheid demonstreer.
Aanbevole opleidingsstrategieë om nakoming en bevoegdheid te bereik word eerstens bespreek; dan word aanbevole strategieë aangebied om nakoming en bevoegdheid te evalueer:

3.1 Opleidingsstrategieë

Opleiding moet aangepas word vir individuele kandidate om te verseker dat hulle KGT-tegnieke sowel as hoe om dit eties en effektief toe te pas, leer. Bestaande navorsing is onvoldoende om 'n minimum aantal ure wat benodig word om KGT-nakoming en/of bevoegdheid te bereik, te spesifiseer. Nietemin spreek studies oor die belangrikheid van toesig in die aanleer van die toepaslike toepassing van KGTe. Daar blyk 'n dosis-reaksie verhouding (blootstelling) te wees tussen opleiding/toesig in KGTe en bevoegdheid, in die sin dat kandidate wat meer opleiding ontvang en betrokke is by reflektiewe, doelbewuste oefening groter bevoegdheid bereik.

Alhoewel didaktiese strategieë belangrik is om KGT-kennis te onderrig, insluitend die geskiedenis, bewysbasis, en beginsels van die KGTe, is toegepaste opleidingsstrategieë (bv. toesig, doelbewuste oefening) noodsaaklik vir die opleiding van KGT-vaardighede. Die toesig oor KGT-gevalle word beskou as 'n veral noodsaaklike deel van KGT-opleiding. Gevolglik beveel die WKKGT sterk aan dat kandidate toesig/berading ontvang oor 'n aantal gevalle van verskeie bevolkings en oor tyd. As die kandidaat met spesifieke bevolkings of in spesifieke kontekste gaan werk, is toesig in die werk met hierdie bevolkings en in hierdie kontekste noodsaaklik.

Die WKKGT beveel aan dat opleiding in KGTe al die volgende insluit:
▪ didaktiese strategieë soos lesings, web-gebaseerde opleiding, en lesingsmateriaal;
▪ ervaringsstrategieë soos gevalle-konseptualiseringsaktiwiteite en rolspel; en
▪ toesig oor meerdere (ten minste drie) gevalle waarin KGTe toegepas word en waarin elke geval 'n voldoende proefperiode (ten minste ses sessies) van die aangeduide behandeling ontvang.

Met betrekking tot die finale punt (toesig), moet toesig verskaf word deur ten minste twee verskillende KGT-opleiers/toesighouers. Verder behoort die kandidaat ideaal kliënte met 'n verskeidenheid van aanbiedende probleme sien (bv. angs, depressie, trauma-verwante stres). Toesig kan in verskeie vorme plaasvind (bv. groep, individueel); dit moet egter direkte observasie van die toesiggewer se werk insluit, bespreking van die toesiggewer se kliniese besluite en die toesiggewer se implementering van die KGT-model wat opgelei word. Kandidate moet gereeld terugvoer ontvang oor hul sterk punte en areas vir verdere ontwikkeling.

3.2 Evalueringstrategieë

Evaluering moet nie net die kandidaat se KGT-kennis evalueer nie, maar ook hul bevoegdheid om KGTe in kliniese praktyk toe te pas. Beide nakoming en bevoegdheid moet deur verskeie (ten minste twee) opleiers geëvalueer word.

Die WKKGT beveel die volgende evalueringstrategieë aan.

▪ KGT-kennis kan beoordeel word deur middel van meerkeuse-toetse, kort- en langantwoord-opstelle, refleksie-opskrifte, aanbiedings, en opsommings van die literatuur oor 'n spesifieke onderwerp.

▪ Geval-aanbiedings, geskrewe geval-konseptualiserings, hersiening van sessie-notas, en mede-toesig/berading is nuttig in die evaluering van die toepassing van KGT-strategieë.

▪ Die evaluering van 'n kandidaat se bevoegdheid moet insluit die waarneming van die kandidaat se toepassing van KGT (waarneming kan lewendig, deur opgeneemde sessies, of deur rolspel plaasvind). Elemente wat geëvalueer moet word, sluit in vaardighede in die bou van die

terapeutiese verhouding, KGT geval-konseptualisering, struktuur van sessies, toepassing van ’n verskeidenheid KGT-strategieë, aanpassing van KGT-protokolle terwyl getrou gebly word aan die model, en aanpassing van intervensies om kultuursensitiwiteit te verseker.

▪ Verder word dit sterk aanbeveel dat kandidate geëvalueer word met ’n gestandaardiseerde graderingskaal. Dit kan ’n gevalideerde maatstaf van nakoming insluit soos die Cognitive Therapy Rating Scale – Revised (Miller, 2022) of die Cognitive Therapy Scale – Revised (James, Blackburn, & Reichelt, 2001). Graderingskale moet geskik wees vir die model van KGT wat toegepas word en die bevolking wat bedien word.

Hierdie vertaling is deur Shane Pienaar-Du Bruyn geskep. Vir verdere inligting, kontak shanepienaar@cbtasa.co.za