

الملحق ١

الاتحاد العالمي للعلاجات المعرفية والسلوكية (WCCBT)
إرشادات التدريب على العلاجات المعرفية والسلوكية (CBTs)

١. التمهيد

يكرّس الاتحاد العالمي للعلاجات المعرفية والسلوكية (WCCBT) جهوده لتعزيز صحة ورفاهية سكان العالم من خلال تطوير وتنفيذ العلاجات المعرفية والسلوكية المبنية على الأدلة (CBTs)؛ انظر مهمة WCCBT على الرابط: <https://wccbt.org/aims-and-mission>.

يتكوّن WCCBT من جمعيات إقليمية، تهدف كل منها بشكل عام إلى تعزيز المعرفة العلمية والبحث في مجال العلاجات المعرفية والسلوكية، وتعزيز الوصول إلى التقييم والتدخل المبنيين على الأدلة لعلاج الصعوبات الصحية والنفسية في بلدانهم أو مناطقهم.

الأهداف العامة للاتحاد العالمي للعلاجات المعرفية والسلوكية هي كما يلي:

- (أ) دعم تطوير وانتشار العلاجات المعرفية والسلوكية على المستوى العالمي.
 - (ب) إنشاء شبكة عالمية لتبادل الأخبار والمعلومات والقضايا ذات الصلة بالعلاجات المعرفية والسلوكية.
 - (ج) تعزيز والدفاع عن الصحة النفسية، والعلاجات المعرفية والسلوكية، والعلاجات المبنية على الأدلة للاضطرابات النفسية بشكل أوسع من أجل تحسين الرفاهية في جميع أنحاء العالم.
 - (د) تسهيل ودعم البحث في مجال العلاجات المعرفية والسلوكية، وهو الأهم في هذا المستند.
 - (هـ) تطوير ودعم التنفيذ الفعال للعلاجات المعرفية والسلوكية من خلال التعليم والتدريب.
- ومن أجل تحقيق هذا الهدف الأخير، تم تشكيل لجنة التدريب والاعتماد (TAC) في عام ٢٠٢٠، بهدف وضع إرشادات حول المعرفة والكفاءات المطلوبة لكي يكون الممارس مؤهلاً لتقديم تدخلات معرفية وسلوكية لمجموعة متنوعة من المشكلات، باستخدام التقييم وبناء التصور الحيّ للحالة.

تكوّنت اللجنة من الأعضاء التالية أسماؤهم (حسب الترتيب الأبجدي):

- أندريا آشبوه (Andrea Ashbaugh)، دكتوراه، أخصائية نفسية مرخصة، الرئيسة السابقة للجمعية الكندية للعلاجات المعرفية والسلوكية (CACBT)، ممثلة عن أمريكا الشمالية.
- خوليو أوبست كامريني (Julio Obst Camerini)، دكتوراه، رئيس الجمعية اللاتينية لتحليل وتعديل السلوك والعلاجات المعرفية والسلوكية (ALAMOC)، ممثل عن أمريكا اللاتينية.
- جاكلين كوهين (Jacqueline Cohen)، دكتوراه، أخصائية نفسية مرخصة، رئيسة CACBT، ممثلة عن أمريكا الشمالية.
- هيلين ماكدونالد (Helen MacDonald)، دكتوراه، أخصائية نفسية معتمدة، مستشارة سريرية أولى في الجمعية البريطانية للعلاجات السلوكية والمعرفية (BABCP)، ومنسقة التدريب في الجمعية الأوروبية للعلاجات المعرفية والسلوكية (EABCT)، ممثلة عن أوروبا.
- فردوس مختار (Firdaus Mukhtar)، دكتوراه، أخصائية نفسية سريرية استشارية، رئيسة الجمعية الآسيوية للعلاجات المعرفية والسلوكية (ACBTA)، ممثلة عن آسيا.
- لويس أوسوالد بيريز فلوريس (Luis Oswald Perez Flores)، أخصائي نفسي سريري، عضو اللجنة التنفيذية للـ WCCBT، رئيس لجنة TAC، وعضو في ALAMOC، ممثل عن أمريكا اللاتينية.
- محمد سونغور (Mehmet Sungur)، دكتور في الطب، رئيس الجمعية التركية للعلاجات النفسية المعرفية والسلوكية (TACBP)، ممثل عن الجمعية الدولية للعلاج النفسي المعرفي.
- كما تود لجنة TAC أن تُشيد بمساهمات كل من غابرييل بيريز (Gabriel Perez) (بيرو) وجوزيف إنهبر (Joseph Inhaber) (كندا).

١,١ تطوير إرشادات التدريب

نشأت مبادرة تطوير إرشادات التدريب لأسباب عدة. أولاً: كما أوضحت منظمة الصحة العالمية (يونيو ٢٠٢٢) بوضوح، فإن "الحاجة إلى اتخاذ إجراءات في مجال الصحة النفسية لا جدال فيها وعاجلة" انظر (<https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction>).

هناك تدخلات فعالة لتعزيز الصحة النفسية وكذلك لتلبية احتياجات الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية. العديد من هذه التدخلات تنتمي صراحة إلى المدرسة المعرفية و/أو السلوكية أو تستند جذورها إلى النظريات المعرفية أو السلوكية. إن الدعوة لنشر هذه التدخلات المبنية على الأدلة على نطاق عالمي تعكس الحاجة إلى توضيح مشترك وواضح لماهية العلاجات المعرفية والسلوكية (CBTs) وما يقوم به الممارسون في هذا المجال.

ثانياً: قامت العديد من المنظمات الأعضاء في الاتحاد العالمي للعلاجات المعرفية والسلوكية (WCCBT)، وكذلك منظمات أخرى مكرسة لتطوير العلاجات المعرفية والسلوكية، بوضع أو تعمل على وضع إرشاداتها الخاصة لتدريب الممارسين في هذا المجال. الغرض من هذا المستند هو تقديم مجموعة من الإرشادات الأساسية المقترحة لمحتوى التدريب والكفاءات التي ينبغي تضمينها لتقديم العلاجات المعرفية والسلوكية.

والأمل هو أن توفر هذه الإرشادات التدريبية مجموعة من التعريفات والمعايير التي يتم اعتمادها على نطاق واسع من قبل منظمات العلاجات المعرفية والسلوكية، مما يتيح فهماً مشتركاً للمعرفة والكفاءات التي تميز الممارس في هذا المجال في أي مكان في العالم. الهدف النهائي هو تعزيز انتشار العلاجات المعرفية والسلوكية على المستوى العالمي من خلال وضع معايير لتدريب الممارسين وبالتالي تحسين إمكانية الوصول إلى هذه العلاجات النفسية المبنية على الأدلة.

عقدت لجنة التدريب والاعتماد (TAC) اجتماعات منتظمة بين يونيو ٢٠٢٢ ومايو ٢٠٢٣. وبدأت اللجنة بمراجعة إرشادات التدريب الموجودة مسبقاً، بما في ذلك تلك التي وضعتها الجمعية البريطانية للعلاجات المعرفية والسلوكية (BABCP)، وبرنامج "تحسين الوصول إلى العلاجات النفسية" (IAPT) في المملكة المتحدة، وفرقة العمل الوطنية للعلاج النفسي التابعة لوزارة الصحة الماليزية، ومعايير التدريب والاعتماد التي وضعتها الجمعية الأوروبية

للعلاجات السلوكية والمعرفية (EABCT)، والإرشادات الوطنية للتدريب في العلاجات المعرفية والسلوكية التي وضعتها الجمعية الكندية للعلاجات المعرفية والسلوكية (CACBT).

كما تم النظر في توصيات الشهادات التي وضعتها أكاديمية العلاجات المعرفية والسلوكية، والجمعية الأسترالية للعلاج المعرفي والسلوكي، والجمعية البريطانية (BABCP)، ومعهد بيك، والجمعية الكندية (CACBT).

بعد وضع تعريف للعلاجات المعرفية والسلوكية في صيف ٢٠٢٢، عملت لجنة TAC على تحديد وجمع العناصر المشتركة لتدريب الممارسين في هذا المجال – سواء من حيث الأسس المعرفية أو من حيث الكفاءات، وتشكل الفئات الناتجة المحتوى الرئيسي لهذا المستند. بعد ذلك، انقسمت اللجنة إلى مجموعات فرعية لتطوير المسودة الأولى من الإرشادات.

قام أعضاء مجلس إدارة الاتحاد العالمي WCCBT بمراجعة المسودة الأولى، وتم استخدام ملاحظاتهم لتشكيل النسخة الحالية من الإرشادات. وقد تم تقديم هذه النسخة الحالية في ندوة خلال مؤتمر العالم ٢٠٢٣ للعلاجات المعرفية والسلوكية في سيول، كوريا. كما تم توزيعها على المنظمات المعنية بالعلاجات المعرفية والسلوكية بهدف جمع الآراء والتغذية الراجعة. وقد تمت الموافقة النهائية على المستند من قبل مجلس إدارة الاتحاد WCCBT وأعضائه في يونيو ٢٠٢٣.

١,٢ الافتراضات

نظرًا لأن ممارسة العلاجات المعرفية والسلوكية (CBT)، بل وتطبيق التدخلات النفسية بشكل عام، يخضع للتنظيم وفقًا للتشريعات الخاصة بكل منطقة وبلد، فإن أحد الافتراضات الرئيسية لهذه الإرشادات هو أن ممارسي CBT يمتلكون الترخيص/التسجيل المناسب لممارسة المهنة في منطقتهم/بلدهم. في بعض الحالات، قد يعني هذا الحصول على ترخيص يُمكن من ممارسة العلاج النفسي (في بعض البلدان قد يكون ذلك كطبيب أو أخصائي نفسي أو أخصائي اجتماعي، على سبيل المثال)؛ وفي حالات أخرى، قد يعني ذلك الحصول على شهادة محددة (مثل شهادة معالج CBT).

في بعض المناطق/البلدان، لا توجد تشريعات رسمية أو شهادات معتمدة للممارسين، وقد يقدم مقدمو الخدمات غير المسجلين بعض جوانب CBT، إما بشكل مستقل بعد تلقي التدريب أو تحت إشراف. ومع ذلك، تفترض هذه الإرشادات أنهم يمتلكون التدريب الأساسي والمهارات،

بالإضافة إلى المؤهلات المناسبة لممارسة التدخلات النفسية في منطقتهم/بلدهم. كما يُعترف بأن العلاجات المعرفية والسلوكية يتم تقديمها بأشكال فريدة وعلى مستويات مختلفة من الكثافة حسب نوع المشكلة، وبالتالي يجب أن يكون التدريب المستخدم بمستوى مناسب من التعقيد لكل تطبيق مقصود. لا تهدف هذه الإرشادات إلى منع تدريب الممارسين لمشاكل وتطبيقات محددة.

يعترف الاتحاد العالمي للعلاجات المعرفية والسلوكية (WCCBT) بأن هناك مهارات علاجية عامة بالإضافة إلى مهارات خاصة بـ CBT، وأن هذه المهارات تختلف عبر الاضطرابات النفسية والفئات السكانية. وتستند الإرشادات إلى الافتراضات التالية:

(أ) أن ممارسي CBT يمتلكون بالفعل مهارات علاجية عامة (مثل: بناء والحفاظ على علاقة علاجية، وتقييم وإدارة المخاطر).

(ب) أن ممارسي CBT يلتزمون بالإرشادات الأخلاقية والمهنية في الممارسة.

(ج) أن ممارسي CBT يسعون للحصول على المعرفة والمهارات لتطبيق CBT والتدخلات الأخرى على المشاكل والفئات السكانية التي يعملون معها.

كما يُفترض أيضًا أن النظريات والنماذج والتدخلات المعرفية والسلوكية ستستمر في التطور. ويقع على عاتق ممارسي CBT مسؤولية البقاء على اطلاع دائم بالتطورات العلمية وغيرها في هذا المجال وتعديل تدخلاتهم لتعكس أفضل الأدلة المتاحة.

علاوة على ذلك، يعترف الاتحاد WCCBT بأن النماذج والتدخلات المعرفية والسلوكية قد تم تطويرها ودراساتها في الغالب ضمن سياقات اجتماعية وثقافية ومع فئات سكانية تتمتع بامتياز نسبي (من حيث العرق، الأصل، التراث، الوضع الاجتماعي الاقتصادي، التعليم، النوع الاجتماعي، الهوية الجنسية، والقدرات).

وهناك أدلة متزايدة تتحدث عن تكيف الأساليب المعرفية والسلوكية مع الفئات السكانية المتنوعة عرقيًا، والمهمشة، وغير الممثلة تمثيلاً كافياً (مثل: السكان الأصليين، السود، ذوي الأصول الإسبانية، وفئات أخرى من الأشخاص الملونين، والأقليات الجنسية والجنسدية، والأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية، وكبار السن). ومع ذلك، لا يزال هناك الكثير مما يجب القيام به لتكييف ودراسة هذه النماذج والتدخلات عبر مختلف الفئات والسيئات.

ويُفترض أن يقوم ممارسو CBT بإعلام أنفسهم بالقيود التي تفرضها الأدلة عند تطبيقها على الفئات التي يخدمونها والمشاكل التي يواجهونها، وأن يتعلموا ويستجيبوا للاختلافات الثقافية والفردية، ويمارسوا التواصل الثقافي، ويوفروا رعاية سريرية تستجيب ثقافيًا عند عملهم مع فئات متنوعة، مهمشة، أو غير ممثلة تمثيلاً كافياً.

الاقتراض الأخير لهذه الإرشادات هو أن ممارسي CBT لديهم القدرة على استخدام مهارات CBT بأنفسهم، وبالتالي يمكنهم بسهولة تحديد وفحص والتشكيك في أي مواقف أو اتجاهات تعيق التطبيق والممارسة الفعالة لـ CBT، ومن المتوقع أيضًا أن يكونوا قادرين على تنظيم انفعالاتهم أثناء العمل مع العملاء.

١,٣ التعريفات

يوجد قدر كبير من التباين في كيفية تعريف كل من المصطلحات التالية في الأدبيات. ومن أجل التوضيح، يتم تعريف عدة مصطلحات رئيسية تُستخدم في هذه الإرشادات كما يلي:

١,٣,١ العلاجات المعرفية والسلوكية (CBTs):

يعرف الاتحاد العالمي للعلاجات المعرفية والسلوكية (WCCBT) العلاجات المعرفية والسلوكية بأنها مجموعة من الأساليب العلاجية المبنية على الأدلة التجريبية والتي تستند إلى نظريات ونماذج معرفية وسلوكية وسياقية للتجربة الإنسانية.

وعلى الرغم من استخدام الاختصار "CBT" لتبسيط التسمية، فإنه يُعترف بوجود نماذج وأساليب متعددة تندرج ضمن هذا المجال الواسع من العلاجات المعرفية والسلوكية.

يُعد التعاون التجريبي (Collaborative empiricism) مبدأً أساسياً في CBT، خاصةً نظرًا لتركيز المجال على العلم المتطور باستمرار لسلوك الإنسان.

تركز CBT على دور الاستجابات المعرفية والسلوكية والحسية والعاطفية، والأحداث الحياتية، وتفاعلاتها في تطور واستمرار الرفاه النفسي.

تهدف CBT إلى تقليل المعاناة، وتحسين جودة الحياة، وتخفيف المعاناة الإنسانية من خلال تعزيز المرونة في التفكير، وتحسين القدرة على الشعور والتعبير وتنظيم الانفعالات، وتعزيز السلوك الوظيفي.

وسيتطور هذا التعريف مع ظهور نتائج تجريبية جديدة.

١,٣,٢ ممارس CBT:

نظرًا لاختلاف المسميات المستخدمة لوصف مقدمي العلاجات المعرفية والسلوكية (مثل: المعالج، المستشار، مقدم خدمات الصحة النفسية، المعالج النفسي)، فإننا نستخدم هنا مصطلح "ممارس CBT"، باعتباره الوصف الأبسط والأكثر دقة لمن يطبق العلاجات المعرفية والسلوكية في ممارسته العلاجية.

١,٣,٣ الإرشادات:

يوفر هذا المستند توجيهات حول محتوى التدريب، والمعرفة الأساسية، والكفاءات السريرية التي ينبغي أن يمتلكها ممارسو CBT.

ولا يُقصد بهذه الإرشادات أن تكون مجموعة معايير تنظيمية للتدريب في CBT، بل يُؤمل أن تُستخدم لإرشاد المعايير التنظيمية، وتطوير وتقييم برامج التدريب، واتخاذ قرارات التدريب والتقييم الذاتي للممارسين الأفراد.

١,٣,٤ التدريب:

يشمل التدريب بشكل عام الأنشطة التي تحدث في سياق برامج الصحة النفسية المهنية، وورش العمل المهنية المستمرة، والدورات، وبرامج الشهادات، والإشراف والاستشارات، وغيرها من وسائل التقديم.

ويمكن أن يحدث هذا التدريب ضمن برنامج دراسي متكامل، أو كدورة مستقلة، أو كمزيج من وسائل تقديم مختلفة.

١,٣,٥ المدرب:

تستخدم المناطق المختلفة مصطلحات مختلفة (مثل: المشرف السريري، المحاضر، المستشار السريري) لوصف الأفراد الذين يُدرّسون معارف ومهارات CBT.

وفي سياق هذه الإرشادات، يُعد المدرب أي شخص يمتلك بالفعل المعرفة والكفاءات ليكون ممارسًا لـ CBT ويقوم بتعليم الآخرين (مثل: المتدربين، الطلاب، المقيمين) المهارات اللازمة لتطوير معرفتهم وكفاءاتهم في تطبيق CBT.

١,٣,٦ المتدرب:

في سياق هذه الإرشادات، يُعد المتدرب أي شخص يخضع أو يتلقى تدريبًا لتطوير المعرفة والكفاءات في تطبيق CBT. ويمكن أن يشمل متدربو CBT الطلاب في برامج تدريب مهنية صحية رسمية وكذلك الممارسين الذين قرروا تعلم كيفية ممارسة CBT أو تطوير تدريبهم في هذا المجال.

١,٣,٧ المعرفة:

تشير المعرفة إلى فهم التجربة الإنسانية وعمليات التغيير البشري استنادًا إلى النظرية والأدلة العلمية. وستتراكم المعرفة بمرور الوقت مع تطور المجال.

١,٣,٨ الكفاءات:

تشير الكفاءات إلى مجموعات أساسية من القدرات أو السلوكيات أو المهارات التي يجب أن يُظهرها المتدرب بنهاية التدريب. تستند الكفاءات إلى المعرفة الأساسية والخبرة التي تتيح معرفة متى وكيفية تطبيق تلك المعرفة. والكفاءات ليست ثابتة، بل تتطور مع مرور الوقت ومع تطور المجال.

١,٣,٩ الالتزام (Adherence):

يشير الالتزام إلى مدى دقة تنفيذ الأخصائيين لتدخلات محددة (أي مدى اتباعهم للمبادئ والبروتوكولات المحددة بدقة).

ويُعد الالتزام عنصرًا رئيسيًا في تقديم علاج قائم على الأدلة.

١,٣,١٠ الكفاءة (Competence):

على النقيض من الالتزام (Adherence)، تشير الكفاءة إلى التنفيذ الفعال للمبادئ والبروتوكولات المحددة.

١,٣,١١ التنوع (Diversity):

يشير التنوع إلى الاختلافات بين السمات والمجموعات الاجتماعية. ومن أمثلة مجالات الاختلاف، ولكنها لا تقتصر عليها، العرق، والإثنية، والأصل، واللغة، والثقافة، والدين، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والطبقة، والتعليم، والنوع الاجتماعي، والتوجه الجنسي، وحالة العلاقة، والعمر، والقدرات العقلية والجسدية، والوزن، والمظهر.

٢. الأساسيات والكفاءات

تشكل هذه الفقرة المحتوى الرئيسي من إرشادات التدريب، حيث توضح المعرفة والكفاءات التي ينبغي على ممارس العلاج المعرفي السلوكي (CBT) معرفتها والقدرة على إظهارها بنهاية تدريبه. تدرك الجمعية العالمية للعلاج المعرفي السلوكي (WCCBT) أن هذه ليست قائمة شاملة.

أولاً، يتم سرد أساسيات العلاج المعرفي السلوكي والمعرفة الأساسية به (٢،١). تتضمن هذه القوائم المعرفة الأساسية التي يُتوقع أن يعرفها كل ممارس، بالإضافة إلى استراتيجيات التقييم، وبناء الالتزام، والتدخل.

الجزء الثاني من هذه الفقرة (٢،٢) يركّز على الكفاءات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، أي القدرات التي ينبغي أن يكون ممارسو العلاج المعرفي السلوكي قادرين على إظهارها بنهاية تدريبهم. ويتضمن ذلك المهارات في مجال التفاعل مع العميل، والتقييم، وتصوّر الحالة، والتدخلات العامة، والتدخلات المحددة. ولتوضيح ذلك، تم تقسيم التدخلات المحددة إلى استراتيجيات تُعد في الأساس سلوكية، أو معرفية، أو سياقية بطبيعتها. وتُقر الجمعية العالمية للعلاج المعرفي السلوكي بوجود تداخل بين هذه الفئات؛ كما أن هناك طرقاً متعددة أخرى لتصنيفها.

٢،١ أساسيات العلاج المعرفي السلوكي والمعرفة الأساسية

٢،١،١ المعرفة بالعلاج المعرفي السلوكي:

a. تطور وتاريخ العلاج المعرفي السلوكي.

b. كيفية قراءة وتطبيق الأدبيات العلمية في الممارسة، وكذلك كيفية البقاء على اطلاع بالتطورات في نظرية وممارسة العلاج المعرفي السلوكي.

c. مبادئ وممارسة الرعاية المبنية على الأدلة.

d. نماذج العلاج المعرفي السلوكي التي تصف تطور واستمرار المشكلات السريرية والاضطرابات النفسية، بما في ذلك:

i. النماذج التطورية للعواطف.

ii. نظريات التعلم السلوكية (بما في ذلك مفاهيم مثل: التكييف الكلاسيكي، التكييف الإجرائي، التعلم بالملاحظة، التعلم من التجربة، التعود، والتعلم المثبّت).

iii. النظريات السلوكية المتعلقة بتطور واستمرار مشكلات الصحة النفسية.

iv. النظريات المعرفية المتعلقة بتطور الافتراضات والمعتقدات والتقييمات والتفسيرات والقيم.

v. نماذج معالجة المعلومات.

vi. النظريات السياقية.

vii. النماذج التكاملية التي تؤكد على الترابط بين العمليات المعرفية والسلوكية.

viii. تحقيق الأهداف وتحسين الوظيفي.

٢, ١, ٢ تقييم العلاج المعرفي السلوكي:

a. مدى ملائمة العلاج المعرفي السلوكي وموانعه.

b. أدوات التقييم ومهارات المقابلة (مثل: القياس الموضوعي، الحوار السقراطي).

c. مبادئ تصوّر الحالة في العلاج المعرفي السلوكي وآثارها على العلاج.

d. مراقبة الحالة وتقييم النتائج (مثل: الرعاية القائمة على القياس).

e. تكيف التصورات والنماذج والتدخلات بناءً على العوامل الفردية والثقافية (مثل: النوع

الاجتماعي، والثقافة، والدين، والإثنية، والعمر، والميول الجنسية، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، والتعليم، والمهنة، والتنوع العصبي) ، بالإضافة إلى التدخلات بينها.

f. أخذ العلاقة بين الثقافة والعمليات النفسية ومشكلات الصحة النفسية بعين الاعتبار.

g. التكيف مع المشكلات المصاحبة والعروض السريرية المعقدة.

٢, ١, ٣ بناء الالتزام بالمشاركة في العلاج المعرفي السلوكي:

a. دور العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي، بما في ذلك التعاون التجريبي.

b. الوعي بالتحديات الشائعة في العلاج المعرفي السلوكي.

c. دور البنية في العلاج المعرفي السلوكي، بما في ذلك بنية الجلسات وصيغتها.

d. تقييم تفاعل العميل واستعداده للتغيير.

e. بناء الدافعية والالتزام بالعملية العلاجية.

f. تحديد أهداف العلاج بشكل تعاوني.

g. وضع إطار علاجي.

٢, ١, ٤ تدخلات العلاج المعرفي السلوكي:

a. استراتيجيات معرفية، وسلوكية، وتقليل الاستثارة، و استراتيجيات قائمة على التقبّل، و استراتيجيات تجريبية.

b. أهمية تعميم المبادئ والمهارات على الحياة اليومية.

- c. دور الممارسة التأملية والواعية في تحقيق التحسن والمحافظة عليه.
- d. الاستخدام الفعال للمهام بين الجلسات والواجبات المنزلية الأخرى.
- e. نماذج العلاج المعرفي السلوكي للحفاظ على مكاسب العلاج والوقاية من الانتكاس.
- f. معايير الاستشارة مع مختصين و/أو الإحالة إليهم.
- g. إنهاء العلاج وفقاً للمبادئ المستندة إلى الأدلة.

٢,٢ الكفاءات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي

بحلول نهاية تدريبهم، ينبغي أن يكون المتدربون قد اكتسبوا الكفاءات التالية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي:

- ٢,٢,١ التفاعل والتعاون مع العميل :
- a. مطابقة احتياجات العميل مع العلاج.
- b. تقييم وتعزيز دافعية العميل للعلاج.
- c. إنشاء والحفاظ على العوامل المهمة للتحالف العلاجي (مثل: الاتفاق على الأهداف والمهام العلاجية).
- d. إنشاء والحفاظ على إطار تعاوني تجريبي.

٢,٢,٢ التقييم وتصوّر الحالة:

- a. استخدام أدوات تقييم تم التحقق من صحتها تجريبياً (وقد يشمل ذلك مقاييس التقرير الذاتي، المقابلات، الملاحظات، المعلومات التاريخية والمرتبطة، التقييم الوظيفي للسلوكيات المحددة) لتقييم ما يلي: تواتر المشكلات ومدتها وحدتها، العوامل المسببة لها والتي تجعلها تستمر، استراتيجيات التكيف، والأمراض المصاحبة.
- b. تطوير تصورات حالة علاج معرفي سلوكي بناءً على التقييم.
- c. تحديد أهداف علاجية تعاونية تكون محددة وقابلة للقياس وقابلة للتحقيق وذات صلة ومؤثرة زمنياً (SMART).
- d. تقييم وتعديل تصورات الحالة مع تقدم العلاج.
- e. إجراء مراقبة للتقدم والنتائج.
- f. تقييم مهارات المراقبة الذاتية والإدارة الذاتية.

٢,٢,٣ التدخلات العامة

يجب أن يكون المتدربون قادرين على استخدام بعض أو كل الاستراتيجيات المحددة التالية:

أ. تقديم التثقيف النفسي بناءً على نماذج وتصورات العلاج المعرفي السلوكي.

ب. تقديم التثقيف النفسي حول الفسيولوجيا والمرونة العصبية.

ج. شرح الأساس المنطقي للعلاج المعرفي السلوكي.

د. هيكلة الجلسة بشكل تعاوني، بما في ذلك تحديد جدول الأعمال واتباعه.

هـ. توجيه الجلسات وتسريعها بشكل مناسب.

و. قياس تقدم العلاج وتعديل التدخلات حسب الحاجة.

ز. إجراء تقييمات وظيفية للمشكلات المحددة.

ح. تعزيز الدافعية والالتزام.

ط. تعليم مهارات ومفاهيم حل المشكلات.

ي. تحديد واستكشاف ومعالجة الأفكار والمواقف والمعتقدات والافتراضات الصارمة وغير المرنة وغير المفيدة.

ك. تحديد وتعديل السلوكيات غير المفيدة.

ل. الانتباه للعواطف والتحقق منها وإدارتها، بما في ذلك مساعدة العملاء على تحديد وفهم والتعبير عن العواطف والتعامل معها والاستجابة لها بفعالية.

م. تطوير تجارب سلوكية، وتعرضات، ومهام أخرى داخل الجلسة وبين الجلسات.

ن. مراجعة المهام بين الجلسات والتحقق منها بشكل تعاوني.

س. تحديد وحل المشكلات التي تعيق إتمام المهام بين الجلسات.

ع. إعداد العملاء لإنهاء العلاج وتطوير خطط لمنع الانتكاسة.

ف. تكييف العلاج المعرفي السلوكي ليتناسب مع العوامل الفردية والثقافية.

ص. تكييف العلاج المعرفي السلوكي ليتناسب مع المشاكل المصاحبة والعروض الإكلينيكية المعقدة.

ق. حل التحديات التي تظهر أثناء العلاج.

٢,١,٤ التدخلات المحددة: الاستراتيجيات السلوكية

- أ. إدارة التبعات، بما في ذلك التحكم بالمشيرات، وتحديد ودمج المعززات الطبيعية، وتشكيل سلاسل سلوكية معقدة.
- ب. التدريب على المهارات، بما في ذلك التدريب على المهارات الاجتماعية، والفعالية الشخصية، والتدريب على الإصرار.
- ج. استراتيجيات قائمة على التعرض، بما في ذلك تطوير التسلسلات الهرمية، وتيرة والتعرض المتدرج، والتعرض الواقعي، والتعرض الداخلي، والتعرض التخيلي، ومنع الاستجابة، واستهداف سلوكيات الأمان والهروب والتجنب.
- د. التنشيط السلوكي، بما في ذلك الشعور بالإتقان، والمتعة، وتنظيم الإيقاع اليومي.
- هـ. عكس العادات.
- و. استراتيجيات إدارة الاستثارة، بما في ذلك تمارين التنفس، والاسترخاء التدريجي للعضلات، والإلهاء الذهني والسلوكي، وتقنيات الاستبصار بالواقع وتحمل الضيق، ومهارات تنظيم العاطفة.
- ز. حل المشكلات، بما في ذلك تحديد المشكلات وتعريفها، وتوليد الحلول، وإجراء موازنة القرار، والمتابعة على خطوات العمل، وتقييم القرارات.
- ح. مراقبة وتغيير السلوك (مثل: النوم، والنظام الغذائي، والتمارين الرياضية).

٢,١,٥ التدخلات المحددة: الاستراتيجيات المعرفية

- أ. تحديد المحتوى والعمليات المعرفية، بما في ذلك الحوار السقراطي، والاكتشاف الموجه، ومراقبة الأفكار.
- ب. تصنيف وتسمية المحتوى المعرفي، بما في ذلك تحديد أنماط التفكير المفيدة/الفعالة وغير المفيدة/غير الفعالة، وتحديد درجة الإيمان بالأفكار؛ ودراسة تأثيرها على العواطف، والإحساسات، والسلوكيات.
- ج. تحديد ووصف وتسمية العواطف، وفهم مكوناتها، وتقييم شدة العاطفة.
- د. تعديل المحتوى والعمليات المعرفية من خلال جدولة الأنشطة، والتجارب السلوكية والاستطلاعات، وتعزيز المرونة النفسية، وتحديد الأفكار البديلة، وإعادة تدريب الانتباه وتعديل الانحيازات المعرفية، وإعادة تشكيل الصور الذهنية، وتوليد وتقييم المعتقدات الجديدة.

٢,١,٦ التدخلات المحددة: الاستراتيجيات السياقية

- أ. استراتيجيات ما وراء المعرفة.
- ب. استراتيجيات قائمة على اليقظة الذهنية.
- ج. استراتيجيات قائمة على القبول.
- د. استراتيجيات قائمة على التعاطف.
- هـ. التشتت المعرفي والتباعد.
- و. تحديد القيم.
- ز. الالتزام بالسلوك.
- ح. مفهوم الذات كمراقب.
- ط. تنمية المرونة النفسية ونقاط القوة الشخصية.

٣. التدريب والتقييم

يجب أن يكون المدربون على دراية بخلفية المتدربين لديهم وأن يختاروا فقط المتدربين المؤهلين لتقديم خدمات الصحة النفسية في منطقتهم/بلدهم.

بحلول نهاية تدريبهم، يجب أن يكون المتدرب في العلاج المعرفي السلوكي قادرًا على تطبيق المهارات والكفاءات التي تعلمها بفعالية. يجب أن يستمر التدريب على العلاج المعرفي السلوكي حتى يُظهر المتدرب كلاً من الالتزام والكفاءة.

سيتم مناقشة استراتيجيات التدريب الموصى بها لتحقيق الالتزام والكفاءة أولاً، ثم يتم عرض الاستراتيجيات الموصى بها لتقييم الالتزام والكفاءة.

٣,١ استراتيجيات التدريب

يجب أن يكون التدريب مخصصًا للمتدربين الأفراد لضمان تعلمهم لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي وكذلك كيفية تطبيقها بأخلاقية وفعالية. الأبحاث الحالية غير كافية لتحديد عدد ساعات الحد الأدنى المطلوبة لتحقيق الالتزام و/أو الكفاءة في العلاج المعرفي السلوكي، ومع ذلك، تشير الدراسات إلى أهمية الإشراف في تعلم تطبيق العلاجات المعرفية السلوكية، ويبدو أن هناك علاقة جرة-استجابة بين التدريب/الإشراف في العلاجات المعرفية السلوكية والكفاءة، بحيث

أن المتدربين الذين يتلقون تدريبًا أكثر ويشاركون في ممارسة تأملية ومتعمدة يحققون كفاءة أعلى.

في حين أن الاستراتيجيات التعليمية مهمة لتعليم المعرفة بنظام العلاج المعرفي السلوكي، بما في ذلك تاريخه، وقاعدته العلمية، ومبادئه، فإن استراتيجيات التدريب التطبيقي (مثل الإشراف، والممارسة المتعمدة) ضرورية لتدريب المهارات، يُعتبر الإشراف على حالات العلاج المعرفي السلوكي جزءًا ضروريًا بشكل خاص من التدريب. بناءً على ذلك، توصي WCCBT بشدة بأن يتلقى المتدربون إشرافًا/استشارات عبر عدد من الحالات ومن فئات سكانية متنوعة ومع مرور الوقت، وإذا كان المتدرب سيعمل مع فئات سكانية محددة أو في سياقات محددة، فإن الإشراف على العمل مع هذه الفئات والسياقات يكون ضروريًا.

توصي WCCBT بأن يتضمن التدريب على العلاجات المعرفية السلوكية جميع ما يلي:

- استراتيجيات تعليمية مثل المحاضرات، والندوات عبر الإنترنت، والقراءات.
- استراتيجيات خبراتية مثل أنشطة تصور الحالات والأدوار التمثيلية.
- إشراف على عدة (ثلاثة على الأقل) حالات يتم فيها تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، ويجب أن يحصل كل منها على دورة علاج كافية (ست جلسات على الأقل) للعلاج الموصى به.
- فيما يتعلق بالنقطة الأخيرة (الإشراف)، يجب أن يُقدّم الإشراف من قبل مدربين/مشرّفين مختلفين اثنين على الأقل في العلاج المعرفي السلوكي، علاوة على ذلك، يُفضّل أن يرى المتدرب عملاء يعانون من مشكلات متنوعة (مثل: القلق، الاكتئاب، الضغط المرتبط بالصدمات)، ويمكن أن يحدث الإشراف بأشكال متنوعة (مثل: فردي، جماعي)؛ ولكن يجب أن يشمل ملاحظة مباشرة لعمل المتدرب، ومناقشة قراراته السريرية، وتطبيقه لنموذج العلاج المعرفي السلوكي الجاري تدريبه عليه، ويجب أن يتلقى المتدرب ملاحظات منتظمة حول نقاط قوته ومجالات تحسينه.

٣,٢ استراتيجيات التقييم

يجب أن يشمل التقييم ليس فقط تقييم معرفة المتدرب بالعلاج المعرفي السلوكي، بل أيضًا كفاءته في تطبيقه في الممارسة السريرية، ويجب أن يتم تقييم كل من الالتزام والكفاءة من قبل مدربين (اثنين على الأقل).

توصي WCCBT باستراتيجيات التقييم التالية:

- يمكن تقييم معرفة العلاج المعرفي السلوكي من خلال اختبارات متعددة الخيارات، وأسئلة مقالية قصيرة وطويلة، وأوراق تأملية، وعروض تقديمية، وملخصات للأدبيات حول موضوع محدد.
- العروض التقديمية للحالات، والتصورات المكتوبة للحالات، ومراجعة ملاحظات الجلسات، كما أن الإشراف/الاستشارات بين الأقران تكون مفيدة في تقييم تطبيق استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي.
- يجب أن يشمل تقييم كفاءة المتدرب ملاحظة تطبيقه للعلاج المعرفي السلوكي (يمكن أن تكون الملاحظة مباشرة، من خلال جلسات مسجلة، أو عبر الأدوار التمثيلية)، ويجب تقييم العناصر التالية: المهارات في بناء العلاقة العلاجية، تصور الحالة، هيكله الجلسات، تطبيق استراتيجيات متنوعة للعلاج المعرفي السلوكي، تعديل بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي مع الحفاظ على الالتزام، وتكييف التدخلات لضمان الاستجابة الثقافية.
- علاوة على ذلك، يُوصى بشدة أن يتم تقييم المتدربين باستخدام مقياس تقييم موحد، قد يشمل ذلك أداة مقننة لقياس الالتزام مثل مقياس تقييم العلاج المعرفي – المنقح (Miller، ٢٠٢٢) أو مقياس العلاج المعرفي – المنقح (James، Blackburn، Reichelt، &، ٢٠٠١)، كما يجب أن تكون مقاييس التقييم مناسبة لنموذج العلاج المعرفي السلوكي المطبق والفئة السكانية المستهدفة.