

**The World Confederation of Cognitive and Behavioural Therapies atau Konfederasi  
Kognitif dan Perilaku Dunia (WCCBT)  
Panduan Pelatihan untuk Terapi Kognitif dan Perilaku, atau *Cognitive and Behavioural  
Therapies (CBTs)***

Diajukan kepada Dewan WCCBT pada tanggal **12 Mei** 2023

Disetujui tanggal **2 Juni** 2023 pada Kongres Terapi Kognitif dan Perilaku Dunia ke-10.

Disusun oleh Komite Pelatihan dan Akreditasi WCCBT, terdiri dari Andrea R. Ashbaugh, Julie Obst Camerini, Jacqueline N. Cohen, Helen MacDonald, Firdaus Mukhtar, Luis Oswald Prez Flores, and Mehmet Sungur

## The World Confederation of Cognitive and Behavioural Therapies (WCCBT)

### Pelatihan Panduan Terapi Kognitif dan Perilaku (CBT)

#### 1. Pembukaan

The World Confederation of Cognitive and Behavioural Therapies (WCCBT) berdedikasi untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan populasi dunia melalui perkembangan dan implementasi terapi-terapi kognitif dan perilaku berbasis bukti (CBTs; lihat WCCBT Mission at <https://wccbt.org/aims-and-mission>). WCCBT terhimpun dari asosiasi-asosiasi regional, yang semuanya mempunyai tujuan umum yaitu meningkatkan pengetahuan ilmiah dan penelitian tentang CBT dan mempromosikan akses terhadap asesmen dan intervensi berbasis bukti atas hambatan-hambatan kesehatan dan kesehatan mental di negara atau wilayah mereka. Tujuan-tujuan utama dari WCCBT adalah sebagai berikut: a) mendukung pengembangan global serta profil CBT; b) mengembangkan jaringan dunia untuk berbagi berita, informasi, dan isu-isu yang berhubungan dengan CBT; c) mempromosikan dan mendukung kesehatan mental, CBT, dan penanganan-penanganan berbasis bukti untuk kelainan-kelainan psikologis yang lebih luas demi untuk meningkatkan kesejahteraan di seluruh dunia; d) memfasilitasi dan mendukung penelitian tentang CBT; dan, yang paling relevan dengan dokumen ini, e) mengembangkan dan mendukung implementasi CBT yang efektif melalui edukasi dan pelatihan. Untuk mendalami tujuan terakhir ini, Komite Pelatihan dan Akreditasi, atau Training and Accreditation Committee (TAC), dibentuk pada tahun 2020, dengan tujuan untuk mengembangkan panduan mengenai apa saja pengetahuan dan kompetensi yang harus dimiliki untuk menjadi praktisi CBT. Komite ini terhimpun atas anggota-anggota sebagai berikut (sesuai urutan abjad)<sup>1</sup> :

- **Andrea Ashbaugh**, PhD, CPsych, Presiden sebelumnya dari *Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies (CACBT)*, atau Asosiasi Terapi Kognitif dan Perilaku Kanada, mewakili Amerika Utara;
- **Julio Obst Camerini**, PhD, Presiden, *Latin-American Association of Analysis, Behavioral Modification, and Cognitive and Behavioral Therapies (ALAMOC)*, atau Asosiasi Analisa, Modifikasi Perilaku, dan Terapi Kognitif dan Perilaku Amerika Latin, mewakili Amerika Latin;

---

<sup>1</sup>TAC juga ingin memberi penghargaan pada para kontributor Gabriel Perez (Peru) dan Joseph Inhaber (Kanada).

- **Jacqueline Cohen**, PhD, RPsych, Presiden, CACBT, mewakili Amerika Utara;
- **Helen MacDonald**, PhD, Psikolog Terdaftar, Penasehat Klinis Senior, British Association of Behavioural and Cognitive Therapies atau Asosiasi Terapi Perilaku dan Kognitif Inggris (BABCP), Koordinator Pelatihan Asosiasi CBT Eropa , atau Training Co-ordinator European Association for CBT (EABCT) mewakili Eropa;
- **Firdaus Mukhtar**, PhD, Konsultan Psikolog Klinis, Presiden, Asian Cognitive Behaviour Therapy Association atau Asosiasi Terapi Kognitif Perilaku Asia (ACBTA), mewakili Asia;
- **Luis Oswald Perez Flores**, Ps Cl. Mg, anggota eksekutif Komite WCCBT, Ketua TAC, dan anggota ALAMOC, mewakili Amerika Latin; dan
- **Mehmet Sungur**, MD, Presiden, the Turkish Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapies atau Asosiasi Psikoterapi Kognitif dan Perilaku Turki (TACBP), mewakili Asosiasi Psikoterapi Kognitif Internasional.

### 1.1 Pengembangan Panduan Pelatihan

Inisiatif untuk mengembangkan Panduan Pelatihan muncul karena beberapa sebab. Pertama, seperti yang sudah diidentifikasi dengan jelas oleh World Health Organization (Juni, 2022), “perluinya tindakan untuk kesehatan mental tidak terbantahkan dan mendesak” (lihat <https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction> ). Intervensi-intervensi yang efektif hadir untuk mempromosikan kesehatan psikologis juga untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dengan kondisi kesehatan mental. Banyak dari intervensi ini secara jelas bersifat kognitif dan/atau perilaku atau berakar pada teori kognitif atau perilaku. Ajakan untuk menyebarkan intervensi-intervensi berbasis bukti secara global tersebut menunjukkan perlunya artikulasi CBT yang jelas dan seragam serta apa saja yang dilakukan para praktisi.

Kedua, banyak organisasi konstituen WCCBT juga organisasi-organisasi lainnya berdedikasi untuk memajukan CBT, sudah atau sedang mengembangkan panduan-panduan pelatihan CBT mereka sendiri. Tujuan dokumen ini adalah untuk merekomendasikan serangkaian panduan minimum mengenai materi dan kompetensi apa saja yang semestinya ada dalam pelatihan pemberian CBT.

Harapannya adalah bahwa Panduan Pelatihan ini bisa memberikan serangkaian definisi dan standar yang diterapkan secara luas oleh organisasi-organisasi CBT, dengan demikian dapat memberikan pemahaman yang seragam akan pengetahuan dan kompetensi-kompetensi yang

memberi ciri khas pada seorang praktisi CBT dimanapun ia berada. Tujuan utamanya adalah mempromosikan CBT secara global dengan menentukan standar-standar untuk pelatihan CBT dan dengan demikian bisa meningkatkan akses ke CBT dan intervensi-intervensi psikologis berbasis-bukti lainnya.

TAC secara rutin mengadakan pertemuan antara Juni 2022 dan Mei 2023. Komite mulai meninjau kembali panduan-panduan pelatihan yang sudah ada, termasuk yang dikembangkan oleh BABCP, Program dari Improving Access to Psychological Therapies atau Akses pengembangan Terapi Psikologis (IAPT) di Inggris, Tim Tugas Psikoterapi Kementerian Kesehatan Malaysia, Standar Pelatihan Asosiasi Eropa untuk Terapi Perilaku dan/atau Kognitif, dan Panduan Nasional untuk Pelatihan CBT yang dikembangkan oleh CACBT. Rekomendasi sertifikasi tersebut dikembangkan oleh Akademi Terapi Kognitif dan Perilaku, Asosiasi Terapi Kognitif dan Perilaku Australia, BABCP, Institut Beck, dan CACBT juga ikut dipertimbangkan.

Setelah merumuskan definisi CBT pada musim panas 2022, TAC bekerja untuk mengidentifikasi dan mengelompokkan elemen-elemen pelatihan dalam CBT yang umum menjadi satu--baik dalam istilah-istilah yang berbasis pengetahuan maupun kompetensi. Kategori-kategori yang dihasilkan membentuk materi utama dari dokumen ini. TAC kemudian dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil untuk mengembangkan draft pertama dari Panduan. Anggota Dewan WCCBT mengkaji ulang draft pertama, dan umpan balik mereka dipakai untuk menginformasikan versi terkini dari Panduan tersebut. Versi terkini dipresentasikan pada simposium di Kongres Terapi Kognitif dan Perilaku Dunia di Seoul, Korea. Versi tersebut juga disebarluaskan melalui organisasi-organisasi yang terlibat dalam CBT untuk dapat mengajukan umpan balik. Dokumen finalnya disetujui oleh Dewan WCCBT dan keanggotaan pada Juni 2023.

## **1.2 Asumsi**

Mengingat bahwa praktik CBT, bahkan juga, aplikasi intervensi-intervensi psikologis pada umumnya, diatur oleh perundang-undangan yang spesifik di setiap wilayah dan negara, salah satu asumsi utama dari Panduan ini yaitu bahwa para praktisi CBT memiliki lisensi atau terdaftar sesuai untuk melakukan praktik di wilayah atau negara mereka masing-masing. Dalam banyak kasus, ini bisa berarti memiliki lisensi yang memberi kewenangan untuk melakukan praktik psikoterapi (di beberapa negara, contohnya mungkin sebagai dokter,

psikolog, atau pekerja sosial); di negara-negara lainnya mungkin berarti memiliki sertifikat tertentu (contoh: sebagai terapis CBT).

Di beberapa wilayah/negara undang-undang resmi dan sertifikasi para praktisi tidak ada dan penyedia terapi CBT yang tidak terdaftar boleh memberikan layanan ini, baik secara mandiri setelah mendapatkan pelatihan atau dalam pengawasan. Terlepas dari itu, Panduan ini berasumsi bahwa mereka telah mendapatkan pelatihan dan keahlian mendasar, juga kualifikasi yang pantas untuk mempraktikkan intervensi psikologis di wilayah atau negara mereka.

WCCBT melihat adanya keterampilan terapeutik CBT yang umum dan spesifik, dan bahwa keterampilan-keterampilan tersebut beragam di antara kondisi kesehatan mental dan berbagai populasi. Panduan ini berbasis dari asumsi-asumsi berikut: a) bahwa para praktisi CBT sudah memiliki keterampilan terapi umum (contoh: mengembangkan dan memelihara hubungan terapeutik, menelaah dan menangani resiko-resiko yang ada); b) bahwa para praktisi CBT mematuhi panduan etika dan profesional; dan c) bahwa para praktisi CBT akan berusaha mendapatkan pengetahuan dan keterampilan untuk mempraktikkan CBT dan intervensi lainnya untuk masalah dan populasi yang spesifik yang mereka tangani.

Asumsi-asumsi lainnya yaitu bahwa teori, model, dan intervensi kognitif akan terus berkembang. Sudah semestinya pra praktisi CBT terus mengikuti perkembangan ilmiah serta perkembangan-perkembangan lainnya dalam bidang ini dan memodifikasi intervensi mereka demi mewakili bukti terbaik yang ada.

Selanjutnya, WCCBT juga melihat bahwa model-model serta intervensi kognitif dan perilaku, kebanyakan, dikembangkan dan dipelajari dalam konteks-konteks sosial budaya serta populasi dengan karakteristik tertentu (faktor-faktor seperti ras, etnis, keturunan, status sosial ekonomi, pendidikan, gender, identitas seksual, dan kemampuan). Semakin banyak kumpulan bukti yang menunjukkan perlunya adaptasi dalam pendekatan kognitif dan perilaku terhadap populasi dengan ras beragam, minoritas, dan tersisihkan (misalnya: pribumi, kulit hitam, hispanik, dan kelompok etnis non-kulit putih, seksual dan gender minoritas, kelompok dengan disabilitas intelektual, lansia). Masih banyak lagi yang perlu dilakukan untuk menyesuaikan dan mempelajari model-model dan intervensi-intervensi tersebut pada semua populasi dan konteks itu. Diasumsikan bahwa para praktisi CBT akan menemukan

keterbatasan bukti-bukti tersebut selagi mengaplikasikannya pada populasi tempat mereka bekerja juga masalah-masalah yang mereka hadapi, belajar bagaimana menjadi responsif terhadap perbedaan budaya dan individu, melatih *cultural humility*, dan melatih keterampilan pelayanan responsif klinis sesuai budaya di tempat kerja mereka dengan populasi beragam, minoritas, atau terpinggirkan.

Asumsi akhir dari Panduan ini ialah bahwa para praktisi CBT memiliki kapasitas untuk menggunakan keterampilan-keterampilan CBT mereka, dan dengan begitu, mereka siap untuk mengidentifikasi, memeriksa, dan mendalami sikap-sikap yang mengintervensi aplikasi efektif serta praktik CBT. Mereka juga diharapkan untuk bisa meregulasi emosi mereka sendiri saat bekerja dengan klien.

### **1.3 Definisi**

Terdapat cukup banyak variasi definisi untuk setiap istilah berikut. Demi memperjelas, dalam Panduan ini digunakan beberapa istilah kunci yang dijelaskan seperti dibawah ini.

**1.3.1 Terapi Kognitif dan Perilaku (CBT)** WCCBT mendefinisikan CBT sebagai sekumpulan pendekatan penanganan berbasis empiris yang didasari oleh teori-teori dan model-model kognitif, perilaku dan kontekstual akan pengalaman manusia. Meskipun akronim “CBT” mungkin dipakai demi kepraktisan, diketahui bahwa ada beberapa model dan metoda yang ada di seluruh bidang CBT. Empirisme kolaboratif menjadi dasar CBT, terutama mengingat penekanan dalam bidang ini ialah pada ilmu perilaku manusia yang selalu berkembang. CBT menekankan peran dan respon terhadap kognisi, perilaku, sensasi, emosi, dan kejadian-kejadian dalam hidup, dan interelasi diantaranya dalam perkembangan dan pemeliharaan kesejahteraan psikologis. Tujuan CBT adalah mengurangi stres, meningkatkan kualitas hidup, dan meredakan penderitaan manusia dengan cara meningkatkan fleksibilitas dalam berpikir, meningkatkan kapasitas untuk menjalankan, mengekspresikan, dan meregulasi emosi, serta meningkatkan perilaku fungsional. Definisi ini akan berkembang seiring dengan penemuan-penemuan empiris baru.

**1.3.2 Praktisi CBT** Mengingat beragamnya gelar yang dipakai untuk mendeskripsikan siapa saja penyedia CBT (contoh: klinisi, konselor, psikoterapis, terapis) di seluruh wilayah dan negara, di sini kami menggunakan istilah praktisi CBT, dengan meyakini bahwa ini adalah

istilah yang paling akurat dan deskripsi yang simpel untuk seseorang yang menerapkan CBT dalam praktik terapeutik mereka.

**1.3.3 Panduan.** Dokumen ini menyajikan panduan mengenai isi dari pelatihan, pengetahuan inti minimum, serta kompetensi-kompetensi klinis yang harus dimiliki praktisi CBT. Panduan ini bukan dirancang sebagai rangkaian standar regulasi untuk pelatihan CBT. Melainkan, harapannya adalah bahwa ini bisa digunakan untuk memberikan informasi mengenai standar-standar organisasional, pengembangan dan evaluasi program pelatihan, dan--untuk para praktisi individu--keputusan-keputusan pelatihan dan evaluasi diri.

**1.3.4 Pelatihan.** Pelatihan secara luas mencakup aktivitas-aktivitas yang berlangsung dalam konteks program kesehatan mental yang profesional, lokakarya-lokakarya pendidikan untuk profesional, kursus, program sertifikasi, pengawasan dan konsultasi, dan metoda-metoda pengantar lainnya. Pelatihan ini dapat berlangsung dalam konteks program studi yang sudah terintegrasi, kursus mandiri, atau kombinasi beberapa metoda pengantar yang berbeda.

**1.3.5 Pelatih.** Berbeda wilayah, berbeda pula istilah-istilahnya (contoh: pengawas klinis, pengajar, konsultan klinis) untuk mendeskripsikan individu-individu yang mengajarkan individu-individu lainnya (contoh: peserta pelatihan, murid, residen) akan keterampilan untuk mengembangkan pengetahuan dan kompetensi mereka sendiri dalam penerapan CBT.

**1.3.6 Peserta Pelatihan.** Dalam konteks di Panduan ini, seorang peserta pelatihan adalah semua orang yang menjalani atau menerima pelatihan untuk mengembangkan pengetahuan serta kompetensi dalam penerapan CBT. Para peserta pelatihan CBT bisa mencakup siswa resmi dalam programn pelatihan kesehatan profesional maupun praktisi yang memutuskan untuk mempelajari cara mempraktikkan CBT atau meningkatkan pelatihan CBT mereka.

**1.3.7 Pengetahuan.** Pengetahuan merujuk pada pemahaman akan pengalaman manusia dan proses perubahan manusia berdasarkan teori dan bukti ilmiah. Pengetahuan akan terus berakumulasi seiring berjalannya waktu selama bidang ini berkembang dan berevolusi.

**1.3.8 Kompetensi.** Kompetensi merupakan rangkaian utama yang terdiri dari kemampuan, perilaku, atau keterampilan yang harus diperagakan oleh peserta diakhir pelatihan. Kompetensi didasari pengetahuan dan pengalaman pokok untuk mengetahui kapan dan

bagaimana untuk menerapkan pengetahuan tersebut. Kompetensi tidak statik; melainkan, berevolusi seiring waktu dan sesuai perkembangan bidang ini.

**1.3.9 Kepatuhan.** Kepatuhan merujuk kepada ketepatan para klinisi dalam mengimplementasikan intervensi-intervensi tertentu (misal: seteliti apa mereka dalam mematuhi prinsip dan protokol tertentu). Kepatuhan adalah komponen kunci dalam menyediakan penanganan berbasis bukti.

**1.3.10 Kompetensi** Kontras dengan kepatuhan, kompetensi merujuk kepada implementasi prinsip dan protokol yang efektif.

**1.3.11 Keragaman.** Keragaman merujuk pada perbedaan dari ciri hingga kelompok sosial. Tanpa terbatas pada hal-hal ini, berikut contoh cakupan area keragamannya tersebut: etnis, keturunan, bahasa, budaya, agama, status sosial ekonomi, kasta, edukasi, gender, orientasi seksual, status relasi, usia, kemampuan mental dan fisik, berat, dan penampilan.

## **2. Dasar-dasar dan Kompetensi**

Bagian ini merupakan kandungan utama dari Panduan Pelatihan ini yang merangkum pengetahuan dan kompetensi apa saja yang harus dimiliki seorang praktisi CBT dan mampu untuk memperagakannya pada akhir pelatihan CBT mereka.

Pertama, dasar-dasar CBT dan pengetahuan CBT yang utama terdaftar pada (2.1). Daftar ini mencakup pengetahuan pokok CBT yang diharapkan dimiliki oleh setiap praktisi CBT, begitu pula dengan asesmen, membangun komitmen dan strategi-strategi intervensi.

Bagian kedua (2.2) fokus pada kompetensi-kompetensi CBT yang spesifik, yaitu, kemampuan para praktisi CBT harus bisa didemonstrasikan pada akhir pelatihan CBT mereka. Termasuk keterampilan-keterampilan dalam area keterlibatan klien, asesmen dan konseptualisasi kasus, intervensi umum, dan intervensi spesifik. Agar lebih jelas, intervensi-intervensi spesifik dibagi menjadi strategi-strategi yang sifat utamanya berfokus pada perilaku, kognitif, dan kontekstual. WCCBT menyadari bahwa ada tumpang tindih di antara kategori-kategori ini; lebih jauh lagi, ada cara-cara lain untuk mengelompokkannya.

## 2.1 Dasar-dasar CBT dan Pengetahuan Pokok

Peserta pelatihan harus mengetahui dasar-dasar CBT dan pengetahuan-pengetahuan yang melengkapinya.

### 2.1.1 Pengetahuan CBT

- a. Perkembangan dan sejarah CBT;
- b. bagaimana cara membaca dan mengaplikasikan literatur ilmiah ke dalam praktik, dan juga bagaimana cara mengikuti perkembangan terkini tentang teori dan praktik CBT;
- c. principles and practice of evidence-based care;
- d. model-model CBT mendeskripsikan perkembangan dan pemeliharaan masalah-masalah klinis dan psikopatologi:
  - i. model-model emosi yang evolusioner;
  - ii. teori-teori belajar berbasis perilaku (termasuk konsep-konsep seperti pengkondisian klasik dan operan, pembelajaran observasional, pembelajaran berbasis pengalaman, kebiasaan, dan pembelajaran inhibitori)
  - iii. teori perilaku tentang perkembangan dan pemeliharaan masalah kesehatan mental;
  - iv. teori kognitif tentang perkembangan asumsi, keyakinan, penilaian, interpretasi, dan nilai-nilai;
  - v. model pemrosesan informasi;
  - vi. teori kontekstual;
  - vii. model integratif yang menekankan pada kognisi dan perilaku yang saling ketergantungan; dan
  - viii. pencapaian tujuan dan peningkatan fungsional

### 2.1.2 Asesmen CBT

- a. kesesuaian dan kontraindikasi untuk CBT;
- b. alat asesmen dan keterampilan mewawancara (misalnya, pengukuran objektif, dialog Socratic)

---

<sup>2</sup> WCCBT mengetahui bahwa daftar ini belum lengkap.

- c. Prinsip-prinsip konseptualisasi kasus CBT dan implikasinya pada penanganan;

- d. pemantauan kasus dan evaluasi hasil (misalnya, perawatan berbasis pengukuran);
- e. mengadaptasi konseptualisasi, model, dan intervensi untuk faktor individu dan budaya (misalnya, gender, budaya, keyakinan, etnis, usia, seksualitas, status sosio demografi, pendidikan, pekerjaan, neurodiversitas) serta titik temunya;
- f. mempertimbangkan hubungan timbal balik antara budaya, proses psikologis, dan masalah kesehatan mental;
- g. beradaptasi untuk masalah-masalah yang sedang berlangsung bersamaan dan presentasi yang kompleks;

### **2.1.3 Membangun Komitmen untuk Terlibat dalam CBT**

- a. peran hubungan terapeutik dalam CBT, termasuk empirisme kolaboratif;
- b. pemahaman akan tantangan-tantangan yang umum terjadi dalam CBT;
- c. peran struktur dalam CBT, termasuk struktur dan format sesi;
- d. menilai keterlibatan klien dan kesiapan untuk berubah;
- e. membangun motivasi dan komitmen terhadap proses terapeutik;
- f. menentukan tujuan perawatan secara kolaboratif;
- g. menetapkan kerangka perawatan

### **2.1.4 Intervensi-intervensi CBT**

- a. strategi-strategi kognitif, perilaku, pengurangan rangsangan, berbasis penerimaan, dan eksperimental;
- b. pentingnya menggeneralisasikan prinsip-prinsip dan keterampilan dalam kehidupan sehari-hari;
- c. pentingnya peran *deliberate practice* dan *reflective practice* dalam merancang dan mempertahankan pencapaian;
- d. penggunaan yang efektif antara tugas antar sesi dengan pekerjaan rumah lainnya ;
- e. model CBT untuk mempertahankan hasil perawatan dan mencegah kekambuhan;
- f. kriteria untuk konsultasi dan/atau rujukan ke spesialis;
- g. mengakhiri perawatan sesuai dengan prinsip-prinsip berbasis bukti;

## **2.2 Kompetensi Khusus CBT**

Pada akhir pelatihan CBT, peserta pelatihan diharapkan telah mencapai kompetensi khusus CBT berikut ini.

### **2.2.1 Keterlibatan dan Kolaborasi Klien**

- a. mencocokkan kebutuhan klien dengan perawatan;
- b. mengevaluasi dan meningkatkan motivasi klien untuk perawatan;
- c. menetapkan dan memelihara faktor-faktor yang penting untuk aliansi terapeutik (misalnya, kesepakatan tentang tujuan dan tugas terapeutik);
- d. menetapkan dan memelihara kerangka kerja empiris yang kolaboratif

### **2.2.2 Asesmen dan Kasus Konseptualisasi**

- a. Menggunakan alat asesment yang telah divalidasi secara empiris (Ini mungkin termasuk ukuran laporan diri, wawancara, observasi, informasi historis dan tambahan, serta penilaian fungsional terhadap perilaku spesifik) untuk mengevaluasi hal-hal berikut ini: frekuensi, durasi, dan intensitas masalah; strategi the frequency, duration, and intensity of problems; precipitating and maintaining factors; strategi *coping*; dan komorbiditas.
- b. Mengembangkan konseptualisasi kasus CBT berdasarkan asesmen;
- c. Secara kolaboratif mengembangkan tujuan perawatan yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan terikat waktu (SMART);
- d. Mengevaluasi dan memodifikasi konseptualisasi kasus selagi perawatan menunjukkan kemajuan;
- e. melakukan pemantauan kemajuan dan hasil;
- f. Mengevaluasi dan menilai keterampilan pemantauan diri dan manajemen diri

### **2.2.3 Intervensi Umum**

- a. memberikan psikoedukasi berdasarkan model dan konseptualisasi CBT;
- b. memberikan psikoedukasi tentang fisiologi dan neuroplastisitas;
- c. menjelaskan dasar pemikiran untuk CBT;
- d. menyusun sesi secara kolaboratif, termasuk menetapkan dan mengikuti agenda;
- e. mengarahkan dan mengatur kecepatan sesi dengan tepat;
- f. mengukur kemajuan perawatan dan menyesuaikan intervensi yang dibutuhkan;
- g. melakukan penilaian fungsional terhadap masalah spesifik;
- h. Meningkatkan motivasi dan komitmen;
- i. Mengajarkan konsep dan keterampilan memecahkan masalah;
- j. Mengidentifikasi, mengeksplorasi, dan mengatasi pikiran, sikap, keyakinan, dan asumsi yang kaku, tidak fleksibel, dan tidak membantu;
- k. Mengidentifikasi dan memodifikasi perilaku-perilaku yang tidak membantu;

l. memperhatikan, memvalidasi, dan mengelola emosi, termasuk membantu klien mengidentifikasi, memahami, serta mengekspresikan, mengelola, dan merespons emosi dengan efektif;

m. mengembangkan eksperimen perilaku, paparan, dan tugas lainnya baik dalam sesi maupun antar sesi;

n. secara kolaboratif meninjau dan memeriksa tugas antar sesi;

o. mengidentifikasi dan memecahkan masalah yang menghambat penyelesaian tugas antar sesi;

p. mempersiapkan klien untuk mengakhiri terapi dan mengembangkan rencana pencegahan kekambuhan;

q. mengadaptasi CBT untuk mempertimbangkan faktor individu dan budaya;

r. mengadaptasi CBT untuk mempertimbangkan komorbiditas dan presentasi yang kompleks;

s. memecahkan tantangan yang muncul selama terapi

Para peserta pelatihan harus bisa menggunakan sebagian atau semua strategi spesifik berikut ini:

#### **2.1.4 Intervensi-intervensi Spesifik: Strategi Perilaku**

a. manajemen kontingensi, termasuk pengendalian stimulus, mengidentifikasi serta mengintegrasikan penguat alami, dan membentuk rangkaian perilaku yang kompleks

b. pelatihan keterampilan, termasuk pelatihan keterampilan sosial, efektivitas interpersonal, dan pelatihan asertivitas

c. strategi berbasis pemaparan, termasuk mengembangkan hierarki, pengaturan kecepatan dan pemaparan bertahap, pemaparan in vivo, interoseptif, dan imajinal, pencegahan respons, serta menargetkan perilaku, pelarian, dan penghindaran yang aman;

d. aktivasi perilaku, termasuk penguasaan, kesenangan, dan pengaturan kecepatan;

e. pembalikan kebiasaan

f. strategi pengelolaan rangsangan, termasuk latihan pernapasan, relaksasi otot progresif, distraksi mental dan perilaku, keterampilan grounding dan toleransi stres, serta keterampilan regulasi emosi

g. Pemecahan masalah, termasuk mengidentifikasi dan mendefinisikan masalah, menghasilkan solusi, menyelesaikan keseimbangan keputusan, melaksanakan langkah-langkah tindakan, dan mengevaluasi keputusan.

h. pemantauan dan perubahan perilaku (misalnya, tidur, diet, olahraga)

#### **2.1.5 Intervensi Spesifik: Strategi Kognitif**

a. mengidentifikasi konten dan proses kognitif, termasuk dialog Sokrates, penemuan yang dipandu, dan pemantauan pikiran

b. memberi label dan mengkategorikan konten kognitif, termasuk mengidentifikasi pola pikir yang umum bermanfaat/efektif dan tidak bermanfaat/tidak efektif, mengidentifikasi dan menilai keyakinan terhadap pikiran; serta memeriksa dampaknya terhadap emosi, sensasi, dan perilaku;

c. mengidentifikasi, menggambarkan, dan memberi label pada emosi, memahami komponen emosi, dan menilai intensitas emosi;

d. memodifikasi konten dan proses kognitif melalui penjadwalan aktivitas, eksperimen perilaku dan survei, meningkatkan fleksibilitas psikologis, mengidentifikasi pikiran alternatif, pelatihan perhatian ulang, dan memodifikasi bias kognitif, mengolah ulang imagery, serta menghasilkan dan menilai keyakinan baru

e. strategi meta-kognitif

#### **2.1.6 Intervensi Spesifik: Strategi Kontekstual**

a. strategi berbasis *mindfulness*;

b. strategi berbasis penerimaan;

c. strategi berbasis perhatian dan kebaikan;

d. defusi kognitif dan pengendalian jarak;

e. identifikasi nilai;

f. tindakan yang terikat;

g. diri sebagai konteks;

h. pengembangan ketahanan dan kekuatan pribadi.

### **3. Pelatihan dan Evaluasi**

Para pelatih harus awas terhadap latar belakang para peserta pelatihan dan hanya memilih peserta-peserta yang memiliki kualifikasi untuk memberikan pelayanan kesehatan mental di wilayah/negara mereka.

Di akhir pelatihan, seorang peserta pelatihan CBT harus bisa mengaplikasikan keterampilan dan kompetensi yang sudah dipelajarinya secara efektif. Pelatihan CBT harus dilanjutkan sampai peserta memperlihatkan kepatuhan dan kompetensi.

Strategi-strategi pelatihan yang disarankan untuk mencapai kepatuhan dan kompetensi dibahas di awal; kemudian, strategi-strategi untuk mengevaluasi kepatuhan dan kompetensi yang diperlihatkan.

### 3.1 Strategi Pelatihan

Pelatihan harus disusun untuk peserta secara individual untuk memastikan mereka mempelajari teknik-teknik CBT serta menerapkannya secara etis dan efektif. Penelitian yang ada tidak cukup untuk menunjukkan waktu minimum yang dibutuhkan untuk mencapai kepatuhan dan/atau kompetensi CBT. Selain itu, studi-studi yang ada memang menunjukkan pentingnya pengawasan dalam pembelajaran untuk menerapkan CBT sesuai aturan. Tampaknya ada hubungan dosis-respons antara pelatihan/penyeliaan dalam CBT dan kompetensi, di mana peserta pelatihan yang menerima lebih banyak pelatihan dan terlibat dalam praktik reflektif dan disengaja mencapai kompetensi yang lebih tinggi.

Sementara strategi-strategi didaktif penting untuk memperkuat pengetahuan CBT, termasuk sejarah, dasar bukti, dan prinsip-prinsip CBT, strategi pelatihan yang diterapkan (misal, pengawasan, *deliberate practice*), penting untuk melatih keterampilan-keterampilan CBT. Oleh karena itu, WCCBT sangat menyarankan agar peserta pelatihan menerima pengawasan/konsultasi pada sejumlah kasus dari berbagai populasi dan dalam jangka waktu tertentu. Jika peserta pelatihan akan bekerja dengan populasi tertentu atau dalam konteks tertentu, maka pengawasan dalam bekerja dengan populasi dan konteks tersebut sangat penting.

WCCBT menyarankan bahwa pelatihan CBT mencakup hal-hal di bawah ini:

- Strategi didaktis seperti kuliah, webinar, dan membaca;
- Strategi eksperimental seperti aktivitas konseptualisasi kasus dan permainan peran; dan
- Pengawasan terhadap beberapa (setidaknya tiga) kasus di mana CBT diterapkan dan setiap kasus menerima percobaan yang memadai (setidaknya enam sesi) dari perawatan yang ditunjukkan.

Terkait dengan poin terakhir (pengawasan), pengawasan harus diberikan oleh setidaknya oleh dua pelatih/supervisor CBT yang berbeda. Selain itu, peserta pelatihan sebaiknya menangani klien dengan berbagai masalah yang muncul (misalnya, kecemasan, depresi, stres terkait trauma). Pengawasan dapat dilakukan dalam berbagai format (misalnya, kelompok, individu); namun, harus mencakup pengamatan langsung terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh peserta yang sedang diawasi, diskusi tentang keputusan klinis yang diambil oleh peserta yang sedang diawasi, serta penerapan model CBT yang sedang dilatih. Peserta pelatihan harus menerima umpan balik secara reguler mengenai kekuatan mereka dan area yang perlu dikembangkan lebih lanjut.

### **3.2 Strategi Evaluasi**

Evaluasi harus mencakup bukan hanya evaluasi dari pengetahuan peserta pelatihan CBT, namun juga kompetensi mereka dalam menerapkan CBT dalam praktik klinis. Baik kepatuhan dan kompetensi harus dievaluasi oleh beberapa orang pelatih (setidaknya dua).

WCCBT menyarankan strategi-strategi evaluasi sebagai berikut.

- pengetahuan tentang CBT bisa dinilai dari berbagai cara seperti tes pilihan ganda, pertanyaan esai dengan jawaban pendek dan panjang, makalah refleksi, presentasi, dan rangkuman dari literatur pada topik tertentu.

- Presentasi kasus, konseptualisasi kasus tertulis, catatan kaji ulang sesi, dan pengawasan/konsultasi oleh rekan sangat membantu dalam mengevaluasi strategi penerapan CBT.

- Meski demikian, evaluasi kompetensi peserta harus mencakup observasi peserta dalam menerapkan CBT (observasi dapat berlangsung secara langsung, melalui sesi yang terekam, atau dengan permainan peran. Elemen-elemen yang harus dievaluasi termasuk keterampilan dalam membangun hubungan terapeutik, konseptualisasi kasus CBT, penyusunan sesi, penerapan berbagai strategi CBT, beradaptasi dengan protokol CBT sementara menjaga ketaatan, dan beradaptasi dengan intervensi-intervensi untuk memastikan responsivitas budaya.

- Selanjutnya, sangat disarankan agar para peserta dievaluasi menggunakan skala penilaian yang terstandar. Ini bisa mencakup pengukuran kepatuhan yang tervalidasi seperti

Skala Penilaian Terapi Kognitif yang sudah direvisi (Miller, 2022) atau Skala Terapi Kognitif yang sudah direvisi (James, Blackburn, & Reichelt, 2001). Skala-skala penilaian harus sesuai dengan model CBT yang diterapkan serta populasi yang dilayani.