

Всемирная конфедерация когнитивной и поведенческой терапии (ВККПТ, WCCBT)

Руководство по обучению когнитивной-поведенческой терапии (КПТ)

Представлено Правлению ВККПТ (WCCBT) **12 мая** 2023 г.

Принята **2 июня** 2023 года на 10-м Всемирном конгрессе когнитивной и поведенческой терапии

Подготовлено Комитетом по обучению и аккредитации ВККПТ (WCCBT), в состав которого входят Андреа Р. Эшбо, Джули Обст Камерини, Жаклин Н. Коэн, Хелен Макдональд, Фирдаус Мухтар, Луис Освальд През Флорес и Мехмет Сунгур.

Всемирная конфедерация когнитивной и поведенческой терапии ВККПТ (WCCBT)

Руководство по обучению когнитивной и поведенческой терапии (КПТ)

1. Преамбула

Всемирная конфедерация когнитивной и поведенческой терапии ВККПТ (WCCBT) занимается укреплением здоровья и благополучия населения мира посредством разработки и внедрения научно обоснованных методов когнитивной и поведенческой терапии (КПТ; см. ВККПТ (WCCBT)). Представительство в <https://wccbt.org/aims-and-mission>).

В состав ВККПТ (WCCBT) входят региональные ассоциации, каждая из них преследует общую цель распространения научных знаний и исследований в области КПТ и расширения доступа к научно обоснованной экспертизе и вмешательствам в связи с проблемами здоровья и психического здоровья в своей стране или регионе.

Основными целями ВККПТ (WCCBT) являются следующие: (а) поддержка глобального развития и повышения авторитета КПТ; (b) создание всемирной сети для обмена новостями, информацией и вопросами, имеющими отношение к КПТ; (c) продвижение и популяризация психического здоровья, КПТ и научно обоснованных методов лечения для психологических расстройств в более широком смысле с целью улучшения благополучия во всем мире; (d) содействие и поддержание исследований в области КПТ; и, что наиболее актуально для данного документа, (e) разработка и поддержание эффективного внедрения КПТ посредством образования и профессиональной подготовки.

Для достижения последней цели в 2020 году был сформирован Комитет по обучению и аккредитации (КОА; Training and Accreditation Committee (TAC)), с целью разработки руководства с разъяснением необходимых знаний и компетенций, какие должны быть у практикующего КПТ терапевта. Текущие рекомендации были составлены для описания обучения, необходимого тем, кто способен оказывать когнитивные и поведенческие вмешательства при различных проблемах и обосновывать свои действия оценкой и концептуализацией случая.

В состав Комитета входят следующие члены (в алфавитном порядке)¹:

- **Андреа Эшбо**, доктор философии, CPsych, экс-президент Канадской ассоциации когнитивной и поведенческой терапии (КАКПТ; CACBT), представляющая Северную Америку;
- **Хулио Обст Камерини**, доктор философии, президент Латиноамериканской ассоциации анализа, поведенческой модификации и когнитивной и поведенческой терапии (ALAMOS), представляющий Латинскую Америку;
- **Жаклин Коэн**, доктор философии, RPsych, президент Канадской ассоциации когнитивной и поведенческой терапии (КАКПТ; CACBT), представляющая Северную Америку;
- **Хелен Макдональд**, доктор философии, дипломированный психолог, старший клинический консультант Британской ассоциации поведенческой и когнитивной терапии (BAVCP), координатор обучения Европейской ассоциации КПТ (EABCT), представляющая Европу;

¹ КОА (TAC) хотел бы также отметить вклад Габриэль Перес (Перу) и Джозеф Inhaber (Канада).

- **Фирдаус Мухтар**, доктор философии, консультант-клинический психолог, экс- президент Азиатской ассоциации когнитивной и поведенческой терапии (АСВТА), представляющая Азию;
- **Луис Освальд Перес Флорес**, кандидат медицинских наук, член Исполнительного комитета ВККПТ (WCCBT), председатель КОА (ТАС) и член ALAMOS, представляющий Латинскую Америку;
- **Мехмет Сунгур**, доктор медицинских наук, президент Турецкой ассоциации когнитивной и поведенческой психотерапии (ТАСВР), представляющий Международную ассоциацию когнитивно-поведенческой терапии (МАКПТ; IASBT).

1.1 Разработка руководства по обучению

Инициатива по разработке Руководства по обучению возникла по нескольким причинам. Во-первых, как четко указала Всемирная организация здравоохранения (июнь 2022 г.), “необходимость действий в области психического здоровья неоспорима и безотлагательна” (см. <https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction>). Существуют эффективные меры по укреплению психологического здоровья, а также по удовлетворению потребностей людей с психическими расстройствами. Многие из этих вмешательств явно носят когнитивный и/или поведенческий характер или уходят корнями в когнитивную или поведенческую теорию. Призыв к распространению этих научно-обоснованных вмешательств по всему миру свидетельствует о необходимости четкого и общего изложения КПТ и того, чем занимаются практикующие КПТ специалисты.

Во-вторых, многие организации, входящие в состав ВККПТ (WCCBT), а также другие организации, занимающиеся продвижением КПТ, разработали или разрабатывают свои собственные руководящие принципы обучения КПТ. Цель этого документа - рекомендовать набор минимальных руководящих принципов в отношении содержания и компетенций, которые должны быть включены в обучение по предоставлению КПТ. Мы надеемся, что данное Руководство по обучению предоставит набор определений и стандартов, которые широко применяются организациями, занимающимися КПТ, и, таким образом, обеспечит общее понимание знаний и компетенций, которые характеризуют практикующего КПТ специалиста в любой точке мира. Конечная цель состоит в продвижении КПТ во всем мире, устанавливая стандарты обучения КПТ и, таким образом, улучшая доступ к КПТ и другим научно-обоснованным психологическим вмешательствам.

В период с июня 2022 по май 2023 года Комитет регулярно проводил заседания. Комитет начал с рассмотрения уже существующих учебных пособий, в том числе разработанных (ВАНСР), британской программы улучшения доступа к психологической терапии (УДПТ; the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)), программы министерства национального здравоохранения Малайзии «Целевая группа по психотерапии», Европейской ассоциацией поведенческой и когнитивной терапии в виде стандартов подготовки и аккредитации когнитивных и/или поведенческих терапевтов, а также Национальные Рекомендации по обучению КПТ, разработанные Канадской ассоциации когнитивной и поведенческой терапии (КАКПТ; САСВТ). Учитывались также рекомендации по сертификации, разработанные Академией когнитивной и поведенческой терапии, Австралийской ассоциацией когнитивной и поведенческой терапии, Британской ассоциацией поведенческой и когнитивной терапии (ВАНСР), Института Бека и Канадской ассоциации когнитивной и поведенческой терапии (КАКПТ; САСВТ)

После формулирования определения КПТ летом 2022 года КОА (ТАС) провел работу по выявлению и объединению общих элементов обучения в области КПТ – как с точки зрения баз знаний, так и с точки зрения компетенции. Полученные в результате категории

составляют основное содержание этого документа. Затем КОА (ТАС) разделился на подгруппы для разработки первого проекта Руководящих принципов. Члены Правления

ВККПТ (WCCBT) рассмотрели первый проект, и их отзывы были использованы при подготовке текущей версии Руководящих принципов.

Эта актуальная версия была представлена на симпозиуме Всемирного конгресса когнитивной и поведенческой терапии 2023 года в Сеуле (Южная Корея). Она также была распространена с целью получения обратной связи среди организаций, участвующих в развитии КПТ. Окончательный документ был одобрен Правлением и членами ВККПТ (WCCBT) в июне 2023 года.

1.2 Предположения

Учитывая, что практика КПТ, как и применение психологических вмешательств в целом, регулируется региональным и страновым законодательством, одним из основных предположений данного Руководства является то, что практикующие КПТ имеют соответствующую лицензию/регистрацию для практики в своем регионе/стране. В некоторых случаях это может означать наличие лицензии, позволяющей заниматься психотерапевтической практикой (в некоторых странах это может быть работа, например, в качестве врача, психолога или социального работника); в других случаях это может означать наличие специального сертификата (например, как специалиста по КПТ).

В некоторых регионах/странах не существует официального законодательства и сертификации специалистов-практиков, и незарегистрированные поставщики услуг могут предоставлять некоторые аспекты КПТ либо самостоятельно после прохождения обучения, либо под супервизией. Как бы то ни было, эти Рекомендации предполагают, что они обладают базовой подготовкой и навыками, а также соответствующей квалификацией для проведения психологических вмешательств в своем регионе/стране. Также признаётся, что когнитивно-поведенческая терапия проводится в уникальных форматах и с разной степенью интенсивности для решения разных проблем, поэтому обучение должно соответствовать уровню сложности, необходимому для каждого конкретного случая. Данные рекомендации не предназначены для исключения обучения практиков конкретным проблемам и применениям.

ВККПТ (WCCBT) признает, что существуют как общие терапевтические навыки, так и навыки, специфичные для КПТ, и что эти навыки варьируются в зависимости от состояния психического здоровья и групп населения. Руководящие принципы основаны на следующих предположениях: (а) что практикующие КПТ специалисты уже обладают общими терапевтическими навыками (например, развивают и поддерживают терапевтические отношения, оценивают риски и управляют ими); (б) что практикующие КПТ специалисты следуют этическим и профессиональным рекомендациям; и (с) что практикующие КПТ специалисты будут стремиться к приобретению знаний и навыков для применения КПТ и других методов вмешательства к конкретным проблемам и группам населения, с которыми они работают.

Еще одно предположение заключается в том, что когнитивные и поведенческие теории, модели и методы вмешательств будут продолжать развиваться. Практикующие специалисты в области КПТ обязаны быть в курсе научных и других разработок в этой области и модифицировать свои методы лечения, чтобы они отражали наилучшие имеющиеся данные.

Более того, ВККПТ (WCCBT) признает, что большая часть когнитивных и поведенческих моделей и вмешательств разрабатывалась и изучалась в социокультурном контексте и среди населения, характеризующегося относительными привилегиями (с точки зрения таких факторов, как раса, этническая принадлежность, наследие, социально-экономический статус, образование, пол, сексуальная идентичность и способности). Появляется все больше данных, свидетельствующих об адаптации когнитивных и поведенческих подходов к различным в расовом отношении, миноритизированным и другим маргинализированным группам населения (например, коренным народам, чернокожим, испаноязычным и другим лицам с разным цветом кожи, сексуальным и гендерным меньшинствам, людям с ограниченными интеллектуальными возможностями, пожилым людям). Однако предстоит еще многое сделать для адаптации и изучения этих моделей и мероприятий в различных группах населения и контекстах. Предполагается, что практикующие КПТ специалисты узнают об ограниченности фактических данных, применимых к группам населения, которые они обслуживают, и о проблемах, с которыми они сталкиваются, узнают о культурных и индивидуальных различиях и будут реагировать на них, проявлять культурную толерантность и практиковать клиническую помощь, учитывающую культурные особенности, в своей работе с разнообразными, миноритизированными или маргинализированными группами населения.

Последнее предположение, содержащееся в этих рекомендациях, заключается в том, что практикующие КПТ специалисты сами способны использовать навыки КПТ, и, как таковые, они с готовностью выявляют, изучают и подвергают сомнению любые убеждения, которые мешают эффективному применению и практике КПТ. Ожидается, что они также будут способны регулировать свои эмоции в работе с клиентами.

1.3 Определения

В литературе существует значительное разнообразие определений каждого из следующих терминов. Для большей ясности ниже приведены определения нескольких ключевых терминов, которые используются во всем Руководстве.

1.3.1 Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). ВККПТ (WCCBT) определяет КПТ как набор эмпирически обоснованных подходов к лечению, основанных на когнитивных, поведенческих и контекстуальных теориях и моделях человеческого опыта. Хотя для простоты можно было бы использовать аббревиатуру “КПТ”, общепризнано, что существует множество моделей и методов, охватываемых общей областью КПТ. Коллаборативный эмпиризм является основополагающим для КПТ, особенно с учетом того, что в этой области особое внимание уделяется постоянно развивающейся науке о человеческом поведении. КПТ подчеркивает роль и реакции на когнитивные процессы, поведение, ощущения, эмоции и жизненные события, а также их взаимосвязь в развитии и поддержании психологического благополучия. Цели КПТ призваны уменьшить дистресс, улучшить качество жизни и облегчить страдания людей за счет повышения гибкости мышления, способности переживать, выражать и регулировать эмоции, а также развитие функционального поведения. Это определение будет дополняться новыми эмпирическими данными.

1.3.2 Практикующий КПТ специалист. Учитывая различные названия, используемые для описания тех, кто оказывает помощь в виде КПТ (например, врач, консультант, поставщик услуг в области охраны психического здоровья, врач-психотерапевт, терапевт) в различных регионах и в некоторых странах мы используем здесь термин "специалист практикующий КПТ", полагая, что это наиболее точное и простое описание человека, который применяет КПТ в своей терапевтической практике.

1.3.3 Рекомендации. Этот документ содержит рекомендации по содержанию обучения, минимальным базовым знаниям и клиническим компетенциям, которыми должны обладать практикующие специалисты в области КПТ. Он не является нормативным набором стандартов для обучения КПТ. Скорее, есть надежда, что он будет использоваться для обоснования организационных стандартов, разработки и оценки программ обучения, а также для индивидуальной работы со специалистами – решения об обучении/ повышении квалификации и для самооценки.

1.3.4 Обучение. Обучение в широком смысле включает в себя мероприятия, которые проводятся в рамках профессиональных программ для специалистов в области психического здоровья, семинаров по повышению квалификации, курсов, сертификационных программ, супервизии и консультаций, а также других методов оказания помощи. Это обучение может проводиться в рамках комплексной программы обучения, отдельного курса или комбинации различных методов обучения.

1.3.5. Преподаватель. В разных регионах используются разные термины (например, клинический руководитель, лектор, клинический консультант) для описания людей, которые обучают знаниям и компетенциям в области КПТ. В контексте настоящих Руководящих принципов преподавателем/тренером является любой, кто уже обладает знаниями и компетенциями, необходимыми для того, чтобы быть практиком КПТ, и кто обучает других (например, стажеров, студентов, ординаторов/резидентов) навыкам развития их собственных знаний и компетенций в области применения КПТ.

1.3.6 Обучающийся. В контексте настоящего Руководства обучающимся/стажером является любое лицо, проходящее или получающее подготовку с целью развития знаний и компетенций в области применения КПТ. В число слушателей КПТ могут входить слушатели официальных программ профессиональной подготовки в области здравоохранения, а также практикующие врачи, которые решили научиться практиковать КПТ или повысить свою квалификацию в области КПТ.

1.3.7 Знания. Знания - это понимание человеческого опыта и процессов изменения человека, основанное на теории и научных данных. Со временем знания будут накапливаться по мере развития отрасли.

1.3.8 Компетенции. Компетенции - это основные наборы способностей, моделей поведения или умений, которыми обладает стажер. должны быть продемонстрированы к концу обучения. Компетенции основаны на базовых знаниях и опыте, позволяющих знать, когда и как применять эти знания. Компетенции не являются статичными; скорее, они развиваются с течением времени и по мере развития отрасли.

1.3.9 Соблюдение (Приверженность). Соблюдение - это точность, с которой клиницисты проводят конкретные мероприятия (т.е. насколько точно они следуют определенным принципам и протоколам). Соблюдение/приверженность является ключевым компонентом в обеспечении научно обоснованного лечения.

1.3.10 Компетентность. В отличие от соблюдения/приверженности, компетентность относится к эффективному осуществлению особых принципов и протоколов.

1.3.11 Разнообразие. Разнообразие относится к различиям между чертами характера и социальными группами. Примеры областей различий включают, но не ограничиваются ими, расу, этническую принадлежность, наследие, язык, культуру, религию, социально-экономический статус, касту, образование, пол, сексуальную ориентацию, семейное положение, возраст, умственные и физические способности, вес и внешний вид.

2. Основы и компетенции

Этот раздел представляет собой основное содержание Руководства по обучению, поскольку в нем излагаются знания и компетенции, которыми должен обладать специалист практикующий КППТ и которые он сможет продемонстрировать к концу своего обучения по КППТ.²

Во-первых, перечислены фундамент КППТ и основные знания в области КППТ (2.1). Эти основы содержат базовые знания в области КППТ, которые, как ожидается, должен знать каждый практикующий специалист, а также методы оценки, формирования приверженности и стратегии вмешательства.

Вторая часть этого раздела (2.2) посвящена компетенциям, специфичным для КППТ, то есть способностям, которые специалисты практикующие КППТ должны быть в состоянии продемонстрировать к концу своего курса КППТ обучения. Это включает в себя навыки в области взаимодействия с клиентом, оценки и концептуализации кейса, общих и специфических техник/вмешательств. Для наглядности конкретные техники/вмешательства подразделяются на стратегии, которые в основном носят поведенческий, когнитивный и контекстуальный характер. ВККПТ (WCCBT) признает, что эти категории частично совпадают; кроме того, существует множество других способов их группировки.

2.1 Основы КППТ и базовые знания

Слушатели должны знать основы КППТ и базовые знания по КППТ следующим образом.

2.1.1 Знания о КППТ:

- а) развитие и история КППТ;
- б) как читать и применять научную литературу на практике, а также как быть в курсе достижений теории и практики КППТ;
- в) принципы и практика оказания научно обоснованной помощи;
- г) модели КППТ, описывающие разработку и поддержание клинических проблем и психопатологии, включая следующие:
 - і. эволюционные модели эмоций;

² ВККПТ (WCCBT) признает, что это далеко не полный список.

- ii. поведенческие теории обучения (включая такие концепции, как классическое и оперантное обусловливание, обучение на основе наблюдения, обучение на основе опыта, привыкание и ингибирующее обучение)
- iii. поведенческие теории, касающиеся развития и поддержания проблем с психическим здоровьем;
- iv. когнитивные теории развития предположений, убеждений, оценок, интерпретаций и ценностей;
- v. модели обработки информации;
- vi. контекстуальные теории;
- vii. интегративные модели, которые подчеркивают взаимозависимость когнитивных процессов и поведения;
- viii. достижение целей и функциональное совершенствование

2.1.2 Оценка в КПТ

- a. показания и противопоказания для проведения КПТ;
- b. инструменты оценки и навыки проведения интервью (например, объективное измерение, Сократовский диалог)
- c. принципы концептуализации случая КПТ и их значение для лечения;
- d. мониторинг случаев и оценка результатов (например, лечение, основанное на измерениях);
- e. адаптация концепций, моделей и вмешательств с учетом индивидуальных и культуральных факторов (например, пола, культуры, вероисповедания, этнической принадлежности, возраста, сексуальности, социально-демографического статуса, образования, рода занятий, нейроразнообразия), а также их взаимосвязи;
- f. рассмотрение взаимосвязей между культурой, психологическими процессами и проблемами психического здоровья;
- g. адаптация к сопутствующим проблемам и сложным проявлениям;

2.1.3 Формирование готовности к участию в КПТ

- a. роль терапевтических отношений в КПТ, включая совместный эмпиризм;
- b. осознание общих проблем в КПТ;
- c. роль структуры в КПТ, включая структуру и формат сессии;
- d. оценка вовлеченности клиента и его готовности к изменениям;
- e. формирование мотивации и приверженности терапевтическому процессу;
- f. совместное определение целей лечения;
- g. установление рамок лечения.

2.1.4 КПТ интервенции

- a. когнитивные, поведенческие стратегии, стратегии снижения возбуждения, стратегии, основанные на принятии, и экспериенциальные стратегии;
- b. важность обобщения принципов и навыков для повседневной жизни;
- c. роль рефлексивной и целенаправленной практики в достижении и поддержании результатов;
- d. эффективное использование заданий в перерывах между сессиями и других домашних заданий;
- e. модели КПТ для сохранения результатов лечения и предотвращения рецидивов;
- f. критерии для консультации и/или направления к специалисту;
- g. прекращение лечения в соответствии с научно-обоснованными принципами:

2.2 Компетенции, связанные с КПТ

К концу обучения по КПТ слушатели должны овладеть следующими компетенциями, связанными с КПТ.

2.2.1 Вовлечение и сотрудничество с клиентом

- a. соответствие потребностей клиента лечению;
- b. оценка и усиление мотивации клиента к лечению;
- c. установление и поддержание факторов, важных для терапевтического альянса (например, согласование целей и терапевтических задач);
- d. создание и поддержание эмпирической основы сотрудничества.

2.2.2 Оценка и концептуализация кейса

- a. использование проверенных эмпирическим путем инструментов оценки (это могут быть самоотчеты, интервью, наблюдения, историческая и сопутствующая информация, функциональная оценка специфического поведения) для оценки следующего:

частоты, продолжительности и интенсивности проблем; провоцирующих и поддерживающих факторов; стратегий преодоления; и сопутствующих заболеваний.

- b. разработка концептуализации кейсов КПТ на основе оценки;
- c. совместное формулирование конкретных, измеримых, достижимых, релевантных и ограниченных по срокам целей лечения (SMART);
- d. оценивание и модификация концепции лечения по мере продвижения терапии;
- e. проведение мониторинга прогресса и результатов;
- f. оценивание навыков самоконтроля и самоуправления.

2.2.3 Общие воздействия (интервенции):

- a. обеспечение психообразования на основе моделей и концептуализации КПТ;

- б. обеспечение психообразования по физиологии и нейропластичности;
- в. объяснение обоснования КПТ;
- д. совместное структурирование сессии, включая составление повестки дня и соблюдение ее следованию;
- е. направление и ведение сессий надлежащим образом;
- ф. оценка прогресса лечения и адаптация вмешательств по мере необходимости;
- г. проведение функциональной оценки конкретных проблем;
- h. повышение мотивации и приверженности;
- i. обучение концепциям и навыкам решения проблем;
- j. выявление, исследование и изменение жестких, негибких и неконструктивных мыслей, отношений, убеждений и предположений;
- к. выявление и изменение неконструктивного поведения;
- l. уделение внимания эмоциям, проверке их достоверности и управлению ими, в том числе помощи клиентам в выявлении, понимании и эффективном выражении эмоций, управлении ими и реагировании на них;
- м. разработка поведенческих экспериментов, экспозиций и других заданий во время сессии и между сессиями;
- н. совместный анализ и проверка выполнения заданий в перерывах между сессиями;
- о. выявление и устранение препятствий для выполнения заданий в перерывах между сессиями;
- р. подготовка клиентов к прекращению терапии и разработка планов профилактики рецидивов;
- q. адаптация КПТ с учетом индивидуальных и культурных факторов;
- г. адаптация КПТ с учетом сопутствующих заболеваний и сложных проявлений;
- с. решение проблем, возникающих во время терапии

Слушатели должны уметь использовать некоторые или все из следующих конкретных стратегий:

2.2.4 Специфические воздействия (интервенции): Поведенческие стратегии

- а. управление в чрезвычайных ситуациях, включая контроль стимулов, выявление и интеграцию естественных подкреплений и формирование сложных цепочек поведения
- б. обучение навыкам, включая обучение социальным навыкам, повышение эффективности межличностных отношений и асертивности.
- с. стратегии, основанные на экспозиции, включая разработку иерархий, регулирование темпа и градуирование экспозиций, экспозиция в естественных условиях (in vivo), interoцептивная и имажинативная экспозиции, предотвращение

ответных реакций и ориентации на обезопасивающее (охранительное) поведение, бегство и избегание;

d. поведенческая активация, включая мастерство, удовольствие и регулирование темпа;

e. изменение привычек

f. стратегии управления возбуждением, включая дыхательные упражнения, прогрессивную мышечную релаксацию, ментальное и поведенческое отвлечение, навыки заземления и переносимости стресса, а также навыки регулирования эмоций

g. решение проблем, включая выявление и формулировку проблем, выработку решений, балансирование решений, выполнение этапов действий и оценку решений

h. мониторинг и изменение поведения (например, режима сна, диеты, физических упражнений)

2.2.5 Специфические воздействия (интервенции): Когнитивные стратегии

a. выявление когнитивного содержания и процессов, включая сократовский диалог, направляемые открытия и мониторинг мышления;

b. маркировка и категоризация когнитивного содержания, включая выявление распространенных помогающих/эффективных и непомогающих/неэффективных моделей мышления, выявление и оценка веры в мысли; изучение их влияния на эмоции, ощущения и поведение;

c. выявление, описание и маркировка эмоций, понимание компонентов эмоций и оценка их интенсивности;

d. изменение когнитивного содержания и процессов посредством планирования деятельности, поведенческих экспериментов и вопрошания, повышение психологической гибкости, выявления альтернативных мыслей, переподготовка внимания и изменение когнитивных искажений, переписывание образов (имагинативный рескриптинг), а также формирование и оценка новых убеждений

e. метакогнитивные стратегии

2.2.6 Специфические воздействия (интервенции): Контекстуальные стратегии

a. стратегии, основанные на осознанности;

b. стратегии, основанные на принятии;

c. стратегии, основанные на сострадании;

d. когнитивное разделение и дистанцирование;

e. определение ценностей;

f. целенаправленное действие;

g. осознание себя как контекста;

h. развитие жизнестойкости и сильных сторон личности.

3. Обучение и оценка

Инструкторы должны быть осведомлены о прошлом своих слушателей и отбирать только тех, кто имеет квалификацию для оказания услуг в области психического здоровья в их регионе/стране.

К концу обучения слушатель должен уметь эффективно применять приобретенные навыки и компетенции. Обучение по КПТ следует продолжать до тех пор, пока слушатель не продемонстрирует как приверженность, так и компетентность.

Сначала обсуждаются рекомендуемые стратегии обучения для достижения приверженности и компетентности; затем представлены рекомендуемые стратегии оценки приверженности и компетентности.

3.1 Стратегии обучения

Обучение должно быть адаптировано к индивидуальным потребностям обучаемых, чтобы они могли освоить методы КПТ, а также научиться применять их этично и эффективно. Существующих исследований недостаточно, чтобы определить минимальное количество часов, необходимое для достижения приверженности к КПТ и/или компетентности.

Тем не менее, исследования указывают на важность супервизии в обучении последовательному применению КПТ. По-видимому, существует взаимосвязь между обучением/супервизией в области КПТ и компетентностью в том, что обучающиеся, проходящие дополнительную подготовку и занимающиеся рефлексивной, преднамеренной практикой, достигают большей компетентности.

В то время как дидактические стратегии важны для обучения знаниям о КПТ, включая историю, доказательную базу и принципы КПТ, прикладные стратегии обучения (например, супервизия, осознанная практика) необходимы для развития навыков КПТ. Наблюдение за клиентами, проходящими КПТ считается особенно необходимой частью обучения КПТ. В связи с этим ВККПТ (WCCBT) настоятельно рекомендует, чтобы обучающиеся проходили супервизии/консультации по ряду случаев из разных групп населения с течением времени. Если обучающийся будет работать со специфическими группами населения или в определенных ситуациях необходим надзор за работой с этими группами населения и в этих условиях.

ВККПТ (WCCBT) рекомендует, чтобы обучение КПТ включало в себя все перечисленные ниже методы:

- дидактические стратегии, такие как лекции, вебинары и чтение (литературы по КПТ);
- стратегии, основанные на опыте, такие как концептуализация конкретных случаев (кейсов) и ролевые игры;
- супервизия нескольких (по крайней мере, трех) кейсов, в которых применяются КПТ, и в каждом случае проводится адекватный курс (по крайней мере, шесть сессий) указанной терапии.

Что касается заключительного этапа (супервизии), то супервизию должны осуществлять как минимум два разных преподавателя/супервизора по КПТ. Кроме того, в идеале обучающийся должен видеть клиентов с различными проблемами (например, с тревогой, депрессией,

стрессом, связанным с травмой). Супервизия может проводиться в различных форматах (например, групповая, индивидуальная); однако она должна включать непосредственное наблюдение за работой супервизируемого, обсуждение клинических решений супервизируемого и внедрение супервизируемой модели КПТ, которой он обучается. Слушатели должны регулярно получать отзывы об их сильных сторонах и областях для дальнейшего развития.

3.2 Стратегии оценки

Оценка должна включать в себя не только оценку знаний обучающегося в области КПТ, но и его компетентности в применении КПТ в клинической практике. Как строгое соблюдение (принципов КПТ), так и компетентность (в области КПТ) должны оцениваться несколькими (по крайней мере, двумя) преподавателями.

ВККПТ (WCCBT) рекомендует следующие стратегии оценки:

- Знания по КПТ могут быть оценены с помощью тестов с множественным выбором ответов, вопросов для эссе с краткими и развернутыми ответами, рефератов, презентаций и кратких резюме литературы по определенной теме.
- Презентации кейсов, письменное изложение концептуализации кейсов, обзор заметок к сессиям и интервью/консультациям полезны при оценке применения КПТ стратегий.
- Однако оценка компетентности обучающегося должна включать супервизию того, как обучающийся применяет КПТ (супервизия может осуществляться вживую, с помощью записанных сеансов или в ролевой игре). К элементам, которые следует оценить, относятся навыки построения терапевтических отношений, концептуализация случаев КПТ, структурирование сеансов, применение различных стратегий КПТ, адаптация протоколов КПТ с сохранением точности и адаптация вмешательств для обеспечения учета культуральных особенностей.
- Кроме того, настоятельно рекомендуется оценивать обучающихся с использованием стандартизированных рейтинговых шкал. Это могут быть валидированные шкалы с подтверждением соблюдения критериев терапии, такие как Пересмотренная шкала оценки когнитивной терапии (Миллер, 2022; Cognitive Therapy Rating Scale – Revised; Miller, 2022) или Пересмотренную шкалу когнитивной терапии (Джеймс, Блэкберн и Райхельт, 2001; Cognitive Therapy Scale – Revised, 2001). Оценочные шкалы должны соответствовать применяемой модели КПТ и охватываемому населению.

Перевод на русский язык Д. В. Ковпака