Wytyczne Światowej Konfederacji Terapii Poznawczych i Behawioralnych (WCCBT) dotyczące terapii poznawczych i behawioralnych (CBT)

Przedstawione Zarządowi WCCBT 12 maja 2023 roku

Przyjęte 2 czerwca 2023 roku na 10. Światowym Kongresie Terapii Poznawczych i Behawioralnych

Zrewidowane 16 września 2024 roku

Autorem jest Komitet ds. Szkolenia i Akredytacji WCCBT, w składzie: Andrea R. Ashbaugh, Julie Obst Camerini, Jacqueline N. Cohen, Helen MacDonald, Firdaus Mukhtar, Luis Oswald Prez Flores oraz Mehmet Sungur.

Światowa Konfederacja Terapii Poznawczych i Behawioralnych (WCCBT)
Wytyczne szkoleniowe dotyczące terapii poznawczych i behawioralnych (CBT)

1. Preambuła

Światowa Konfederacja Terapii Poznawczych i Behawioralnych (WCCBT) jest organizacją, której zadaniem jest promowanie zdrowia i dobrostanu populacji ludzkiej na całym świecie poprzez rozwijanie i wdrażanie opartych na dowodach metod terapii poznawczych i behawioralnych (CBT). WCCBT skupia stowarzyszenia regionalne, których ogólnym celem jest rozwijanie wiedzy naukowej i prowadzenie badań w zakresie CBT, promowanie dostępności metod opartych na dowodach naukowych w zakresie zarówno oceny stanu psychicznego, jak i interwencji podejmowanych w problemach zdrowotnych, w tym problemach zdrowia psychicznego w poszczególnych krajach i regionach.

Nadrzędnymi celami WCCBT pozostają: (a) wspieranie globalnego rozwoju i wzmacnianie pozycji terapii poznawczych i behawioralnych; (b) budowanie ogólnoświatowej sieci wymiany wiadomości, informacji i zagadnień odnoszących się do metod poznawczo-behawioralnych; (c) promowanie i aktywne działanie na rzecz zdrowia psychicznego, metod poznawczo-behawioralnych oraz szerzej metod leczenia zaburzeń psychicznych opartych na dowodach w celu poprawy dobrostanu we wszystkich rejonach świata; (d) ułatwianie i wspieranie badań nad metodami poznawczymi i behawioralnymi; oraz – najistotniejsze dla niniejszego dokumentu, (e) rozwijanie i wspieranie skutecznego wdrażania metod terapii poznawczo-behawioralnych poprzez edukację i szkolenia.

Aby realizować ostatni z wymienionych celów, w 2020 r. powołano Komitet ds. Szkoleń i Akredytacji (TAC), którego zadaniem jest opracowanie wytycznych dotyczących wiedzy i kompetencji wymaganych do realizowania praktyki poznawczo-behawioralnej. Niniejsze wytyczne opisują minimalne wymogi, jakie powinno spełniać szkolenie niezbędne dla umożliwienia profesjonalistom prowadzenia interwencji poznawczych i behawioralnych w przypadku różnorodnych problemów, w oparciu o diagnozę i konceptualizację przypadku. W skład Komitetu wchodzili (w porządku alfabetycznym z zachowaniem stopni naukowych i instytucji w oryginalnym brzmieniu)

- **Andrea Ashbaugh**, PhD, CPsych, Previous President of the Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies (CACBT), representing North America;
- **Julio Obst Camerini**, PhD, President, Latin-American Association of Analysis, Behavioral Modification, and Cognitive and Behavioral Therapies (ALAMOC), representing Latin America;
- **Jacqueline Cohen**, PhD, RPsych, President, CACBT, representing North America;
- **Helen MacDonald**, PhD, Chartered Psychologist, Senior Clinical Advisor, British Association of Behavioural and Cognitive Therapies (BABCP), Training Co-ordinator European Associationfor CBT (EABCT) representing Europe;
- **Firdaus Mukhtar**, PhD, Consultant Clinical Psychologist, President, the Asian Cognitive Behaviour Therapy Association (ACBTA), representing Asia;
- **Luis Oswald Perez Flores**, Ps Cl. Mg, Executive Committee member WCCBT, Chair TAC, and member of ALAMOC, representing Latin America; and
- **Mehmet Sungur**, MD, President, the Turkish Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapies (TACBP), representing the International Association of Cognitive Psychotherapy

1.1 Opracowanie wytycznych dotyczących szkolenia

Inicjatywa opracowania Wytycznych dotyczących szkolenia zrodziła się z kilku powodów. Pierwszy powód jasno wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia (czerwiec 2022 r.): «potrzeba działań w obszarze zdrowia psychicznego jest bezdyskusyjna i pilna».
(zob https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction). Istnieją skuteczne interwencje wspierające zdrowie psychiczne oraz odpowiadające na potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi. Wiele z tych interwencji to metody z definicji poznawcze i/lub behawioralne lub metody wywodzące się z teorii poznawczych bądź behawioralnych.

Po drugie, wiele organizacji członkowskich WCCBT, podobnie jak organizacji działających na rzecz rozwoju metod poznawczo-behawioralnych, wypracowało własne wytyczne szkoleniowe. Celem niniejszego dokumentu jest rekomendowanie minimalnych wytycznych dotyczących treści i kompetencji, które powinny być uwzględniane w szkoleniu przygotowującym do stosowania metod terapii poznawczo-behawioralnych.

Mamy nadzieję, że niniejsze Wytyczne Szkoleniowe zostaną przyjęte przez organizacje poznawczo-behawioralne jako wspólny zbiór definicji i standardów, budując tym samym wspólne rozumienie zakresu wiedzy i kompetencji charakteryzujących osoby prowadzące terapię poznawczo-behawioralną na całym świecie. Nadrzędnym celem jest globalne rozwijanie metod poznawczo-behawioralnych poprzez ustalanie standardów szkoleń, a tym samym poprawa dostępu do metod poznawczo-behawioralnych i innych opartych na danych naukowych (dowodach) interwencji psychologicznych.

Komitet spotykał się regularnie od czerwca 2022 do maja 2023 roku. Komitet rozpoczął od przeglądu już istniejących wytycznych szkoleniowe, w tym opracowanych przez BABCP, czyli programu Poprawy Dostępu do Terapii Psychologicznych (IAPT) w Wielkiej Brytanii, Ministerstwa Zdrowia Malezji (Psychotherapy Task Force), Europejskiego Towarzystwa Terapii Behawioralnych i Poznawczych, wytycznych dotyczących szkolenia w zakresie CBT opracowanych przez CACBT, rekomendacji dotyczących certyfikacji opracowanych przez Akademię Terapii Poznawczych i Behawioralnych, Australijskie Stowarzyszenie
Terapii Poznawczo-Behawioralnych, BABCP, Instytut Becka oraz CACBT również były
uwzględnione. Po opracowaniu definicji CBT latem 2022 roku, Komitet zaczął identyfikować i grupować wspólne elementy szkolenia w CBT – zarówno pod względem kanonu wiedzy, jak i kompetencji. Powstałe kategorie stanowią główną treść tego dokumentu. TAC wtedy
podzielony na podgrupy, aby opracować pierwszy projekt Wytycznych. Członkowie Rady WCCBT przejrzało pierwszy szkic, a ich opinie zostały wykorzystane jako podstawa do opracowania obecnej wersji Wytycznych. Ta obecna wersja została zaprezentowana na sympozjum podczas Światowego Kongresu Terapii Poznawczych i Behawioralnych w Seulu, w Korei. Tekst był również rozpowszechniany do zaopiniowania wśród organizacji zaangażowanych w rozwój i kształcenie w terapiach poznawczo-behawioralnych. Ostateczny dokument został zatwierdzony przez Zarząd WCCBT i członków w czerwcu 2023 roku.

1.2 Założenia

Biorąc pod uwagę, że praktykowanie metod poznawczo-behawioralnych – podobnie jak stosowanie interwencji psychologicznych w ogóle – jest regulowane przepisami prawnymi właściwymi dla danego regionu i kraju, jednym z głównych założeń niniejszych Wytycznych jest to, że praktycy metod poznawczo-behawioralnych posiadają odpowiednie uprawnienia/rejestrację do prowadzenia psychoterapii w swoim regionie/kraju (w niektórych krajach jest ono ograniczone do lekarzy i psychologów lub pracowników społecznych w innych może oznaczać posiadanie np. certyfikatu psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego)

W niektórych regionach i krajach brakuje oficjalnych regulacji prawnych oraz systemów certyfikacji specjalistów. W takich miejscach usługi z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) mogą świadczyć osoby niezarejestrowane – robią to samodzielnie po ukończeniu szkolenia lub pod nadzorem merytorycznym. Mimo braku formalnej rejestracji, niniejsze Wytyczne zakładają, że osoby te dysponują podstawową wiedzą i umiejętnościami, a także posiadają kwalifikacje wymagane do prowadzenia interwencji psychologicznych w danym regionie. Przyjmuje się również, że terapia CBT jest realizowana w różnych formach i z różnym stopniem intensywności, zależnie od rodzaju problemu. Z tego względu szkolenie musi zapewniać poziom wiedzy dopasowany do konkretnego zastosowania terapii. Niniejsze wytyczne pozwalają na swobodne kształcenie specjalistów w zakresie konkretnych problemów i metod ich rozwiązywania.

WCCBT uznaje, że istnieją zarówno ogólne umiejętności terapeutyczne, jak i umiejętności specyficzne dla metod poznawczo-behawioralnych, które różnią się w zależności od zaburzeń psychicznych i populacji, w których są stosowane. Wytyczne opierają się na następujących założeniach: (a) praktycy metod poznawczo-behawioralnych posiadają ogólne umiejętności terapeutyczne (np nawiązania i utrzymania relacji terapeutycznej, oceny klinicznej ryzyka i adekwatnego postępowania); (b) praktycy metod poznawczo-behawioralnych przestrzegają wytycznych etycznych i standardów zawodowych; (c) praktycy metod poznawczo-behawioralnych poszukują wiedzy i umiejętności niezbędnych do stosowania metod poznawczych i behawioralnych oraz innych interwencji wobec konkretnych problemów i populacji, z którymi pracują.

Kolejnym założeniem jest to, że teorie, modele i interwencje poznawcze i behawioralne będą nadal rozwijane. Na osobach stosujących metody poznawczo-behawioralne spoczywa obowiązek śledzenia postępów naukowych i zachodzących zmian oraz modyfikowania interwencji zgodnie z najlepszymi dostępnymi danymi naukowymi (dowodami)

Ponadto WCCBT wskazuje, że modele i interwencje poznawcze i behawioralne były opracowywane i badane w określonych kontekstach społeczno-kulturowych i na populacjach charakteryzujących się względnym uprzywilejowaniem (**biorąc pod uwagę czynniki takie jak pochodzenie etniczne i kulturowe, dziedzictwo, status socjoekonomiczny, wykształcenie, płeć, tożsamość seksualna oraz sprawność)**.. Istnieje rosnący zasób dowodów odnoszących się do adaptacji podejść poznawczych i behawioralnych w populacjach rasowo zróżnicowanych, zmarginalizowanych i innych grupach mniejszościowych. Oczekuje się, że osoby stosujące metody poznawczo-behawioralne będą zaznajamiać się z ograniczeniami dostępnych dowodów i prowadzić praktykę kliniczną dostosowaną kulturowo.

Ostatnim założeniem niniejszych Wytycznych jest to, że osoby stosujące metody poznawczo-behawioralne są gotowe zastosować je wobec siebie, a co za tym idzie – chętnie identyfikują, analizują i kwestionują wszelkie postawy utrudniające ich skuteczne stosowanie w realizowanej praktyce zawodowej, w tym w pracy z konkretnymi problemami. Oczekuje się od nich również umiejętności regulowania własnych emocji w pracy z klientami.

1.3 Definicje

W literaturze przedmiotu sposób definiowania poniższych terminów jest bardzo zróżnicowany. Dla zachowania jasności, poniżej zdefiniowano kilka kluczowych pojęć, które są stosowane w niniejszych Wytycznych.

1.3.1 Terapie poznawcze i behawioralne (CBT). WCCBT definiuje je jako zbiór metod terapeutycznych opartych na danych - dowodach empirycznych, wywodzących się z poznawczych, behawioralnych i kontekstualnych teorii oraz modeli opisujących ludzkie doświadczenie. Choć dla uproszczenia stosuje

się akronim „CBT", przyjmuje się, że w szerokim obszarze terapii poznawczo-behawioralnych mieści się wiele różnorodnych modeli i metod.. Empiryzm oparty na współpracy stanowi fundament terapii poznawczo-behawioralnych, szczególnie ze względu na nacisk, jaki ta dziedzina kładzie na stale rozwijającą się naukę o ludzkim zachowaniu. Terapie CBT podkreślają rolę reakcji na myśli, zachowania, doznania, emocje i wydarzenia życiowe oraz ich wzajemne powiązania w rozwoju i podtrzymywaniu dobrostanu psychicznego. Celami metod poznawczo-behawioralnych pozostają: redukcja dyskomfortu, poprawa jakości życia i łagodzenie ludzkiego cierpienia poprzez zwiększanie elastyczności myślenia, poprawę zdolności przeżywania, wyrażania i regulowania emocji oraz wzmacnianie funkcjonalnych zachowań. Wraz z rozwojem wiedzy ta definicja również będzie ewoluować.

1.3.2 Praktyk metod terapii poznawczo-behawioralnych / osoba stosująca metody poznawczo-behawioralne. Biorąc pod uwagę różnorodność tytułów stosowanych do opisania osób prowadzących terapię poznawczo-behawioralną w różnych regionach i krajach, w niniejszym dokumencie używamy terminu praktyk metod terapii poznawczo-behawioralnych / osoba stosująca metody poznawczo-behawioralne, uznając go za najbardziej trafne i proste określenie osoby stosującej te metody w swojej praktyce terapeutycznej.

1.3.3 Wytyczne. Niniejszy dokument zawiera zalecenia dotyczące treści szkolenia, minimalnej wiedzy podstawowej i kompetencji klinicznych, które powinny posiadać osoby stosujące metody poznawczo-behawioralne. Nie jest on zaprojektowany jako regulacyjny zestaw standardów dla szkoleń CBT. Mamy raczej nadzieję na wykorzystanie zaleceń do formułowania standardów organizacyjnych służących opracowywaniu i ocenie programów szkoleniowych oraz – dla indywidualnych praktyków – do podejmowania decyzji szkoleniowych i oceny własnego warsztatu terapeutycznego.

1.3.4 Szkolenie/kształcenie. Szkolenie obejmuje szeroko pojęte działania realizowane w kontekście programów szkoleniowych w zakresie zdrowia psychicznego, profesjonalnych warsztatów kształcenia ustawicznego, doskonalenia zawodowego, kursów, szkoleń certyfikacyjnych, superwizji i konsultacji oraz innych form przekazywania wiedzy. Szkolenie to może odbywać się w ramach zintegrowanego programu studiów, samodzielnego kursu lub poprzez połączenie różnych metod kształcenia.

1.3.5 Trener/wykładowca/superwizor/dydaktyk. W różnych regionach stosuje się odmienne nazewnictwo (np. superwizor kliniczny, wykładowca, konsultant kliniczny) na określenie osób przekazujących wiedzę i kompetencje z zakresu CBT.W kontekście niniejszych Wytycznych to każda osoba posiadająca wiedzę i kompetencje praktyka metod poznawczo-behawioralnych / osoby stosującej metody poznawczo-behawioralne, która uczy innych rozwijania własnej wiedzy i umiejętności w zakresie stosowania metod poznawczo-behawioralnych.

1.3.6 Osoba szkoląca się/Uczestnik szkolenia. W kontekście niniejszych Wytycznych uczestnik szkolenia to każda osoba odbywająca lub otrzymująca szkolenie w celu rozwijania wiedzy i umiejętności w zakresie stosowania metod poznawczo-behawioralnych. Osobami szkolącymi się w zakresie CBT mogą być zarówno studenci/słuchacze oficjalnych programów kształcenia w zawodach medycznych, jak i praktycy, którzy zdecydowali się opanować umiejętność prowadzenia terapii CBT lub podnieść swoje dotychczasowe kwalifikacje w tej dziedzinie.

1.3.7 Wiedza. Wiedza odnosi się do rozumienia ludzkiego doświadczenia i procesów zmiany człowieka, kształtowanego na bazie znajomości teorii i danych empirycznych. Wraz z rozwojem i ewolucją tej dziedziny zasób wiedzy będzie się z czasem powiększać.

1.3.8 Kompetencje. Kompetencje to bazowe zestawy zdolności, zachowań lub umiejętności, które uczestnik szkolenia powinien umieć zademonstrować na koniec szkolenia. Kompetencje wynikają z

posiadania kluczowej wiedzy i doświadczenia umożliwiającego rozpoznanie kiedy i jak tę wiedzę zastosować. Kompetencje nie są statyczne; ewoluują one wraz z upływem czasu oraz w miarę rozwoju samej dziedziny.

1.3.9 Adherencja/ wierność/ zgodność z założeniami. Wierność odnosi się do dokładności, z jaką klinicyści wdrażają określone interwencje (tj. jak ściśle stosują się do konkretnych zasad i protokołów). Adherencja jest kluczowym elementem zapewnienia leczenia opartego na danych empirycznych (dowodach).

1.3.10 Biegłość (kompetencja). W przeciwieństwie do adherencji, biegłość odnosi się do skutecznego wdrażania konkretnych zasad i protokołów.

1.3.11 Różnorodność. Różnorodność odnosi się do zróżnicowania cech i grup społecznych. Przykłady obszarów zróżnicowania obejmują m.in.: rasę, etniczność, dziedzictwo kulturowe, język, kulturę, religię, status społeczno-ekonomiczny, kastę, wykształcenie, płeć, orientację seksualną, stan cywilny, wiek, sprawność psychiczną i fizyczną, wagę oraz wygląd.

2. Bazowa wiedza teoretyczna i kompetencje

Niniejsza sekcja stanowi główną treść Wytycznych dotyczących szkolenia, opisując wiedzę i kompetencje, które praktyk metod poznawczo-behawioralnych / osoba stosująca metody poznawczo-behawioralne powinien/powinna znać i być w stanie zademonstrować po zakończeniu całościowego szkolenia w metodach terapii poznawczo-behawioralnej.

W pierwszej kolejności wymieniono podstawy oraz fundamentalną wiedzę z zakresu CBT (2.1). Wykazy te obejmują bazowy zasób wiedzy, którego posiadania oczekuje się od każdego praktyka, a także strategie diagnozy, budowania zaangażowania i interwencji. Druga część tej sekcji (2.2) koncentruje się na kompetencjach specyficznych dla CBT, czyli umiejętnościach, którymi praktycy powinni się wykazać po zakończeniu szkolenia. Obejmują one umiejętności w obszarze angażowania klienta, diagnozy i konceptualizacji przypadku, a także interwencji ogólnych i szczegółowych.
Dla większej jasności interwencje szczegółowe podzielono na strategie o charakterze głównie behawioralnym, głównie poznawczym oraz głównie kontekstualnym. WCCBT uznaje, że kategorie te wzajemnie się przenikają; co więcej, istnieje wiele innych sposobów ich grupowania.

2.1 Podstawy metod poznawczo-behawioralnych i wiedza podstawowa

Uczestnicy szkoleń powinni znać założenia metod poznawczo-behawioralnych i wiedzę bazową w następującym zakresie.

2.1.1 Wiedza z zakresu metod poznawczo-behawioralnych

a. geneza i historia kształtowania się terapii poznawczo-behawioralnej
b. jak czytać literaturę naukową i wdrażać zawarte w niej informacje w praktykę oraz jak systematycznie poszerzać i aktualizować wiedzę obejmującą postępy w zakresie teorii i praktyki metod poznawczo-behawioralnych
c. zasady i praktyka leczenia opartego na danych naukowych (dowodach)\
d. modele poznawczo-behawioralne opisujące etiopatogenezę i podtrzymywanie zarówno problemów klinicznych, jak i zaburzeń, w tym:
- i. ewolucyjne modele emocji

- ii. behawioralne teorie uczenia się (w tym warunkowanie klasyczne i instrumentalne, uczenie się przez obserwację, uczenie się przez doświadczenie, habituacja i uczenie się hamujące)
- iii. behawioralne teorie dotyczące etiopatogenezy i podtrzymywania problemów zdrowia psychicznego
- iv. poznawcze teorie kształtowania się założeń, przekonań, ocen poznawczych, nadawania znaczeń i wartości
- v. modele przetwarzania informacji
- vi. teorie kontekstualne
- vii. modele integracyjne/integrujące, które podkreślają wzajemną zależność między poznaniem a zachowaniem
- viii. realizowanie celów terapeutycznych i poprawa funkcjonalna

2.1.2 Diagnoza nozologiczna i konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej

a. wskazania i przeciwwskazania do stosowania metod poznawczo-behawioralnych
b. narzędzia oceny i umiejętności osadzone w wywiadzie (np. pomiary obiektywne, dialog sokratejski)
c. zasady konceptualizacji przypadku i jej implikacje dla leczenia metodami poznawczo-behawioralnymi.
d. monitorowanie przebiegu leczenia i ocena wyników (np. opieka oparta na pomiarach)
e. dostosowywanie konceptualizacji, modeli i interwencji do czynników indywidualnych oraz kulturowych (np. płeć, kultura, wyznanie, pochodzenie etniczne, wiek, seksualność, status socjodemograficzny, wykształcenie, zawód, neuroatypowość), a także ich wzajemnych powiązań.
f. uwzględnianie roli wzajemnych uwarunkowań między kulturą, procesami psychologicznymi a problemami zdrowia psychicznego
g. dostosowywana do współwystępujących problemów i różnorodnych, złożonych prezentacji klinicznych

2.1.3 Kształtowanie zaangażowania, przymierza terapeutycznego i motywowanie do udziału w procesie terapii poznawczo-behawioralnej

a. rola relacji terapeutycznej w metodach poznawczo-behawioralnych, w tym empiryzm oparty na współpracy
b. znajomość typowych sytuacji utrudniających przebieg terapii metodami poznawczo-behawioralnymi
c. znaczenie struktury w metodach terapii poznawczo-behawioralnych, w tym struktura sesji i forma pracy
d. ocena zaangażowania klienta/pacjenta i gotowości do zmiany
e. budowanie motywacji i zaangażowania w proces terapeutyczny
f. ustalanie celów leczenia we współpracy
g. ustalanie ram terapii - kontraktu terapeutycznego

2.1.4 Interwencje w terapii poznawczo-behawioralnej

a. metody poznawcze, behawioralne, redukujące wzbudzenie, oparte na akceptacji i doświadczeniowe

b. znaczenie generalizowania reguł działania i umiejętności na życie codzienne
c. rola refleksyjnej i celowej praktyki w osiąganiu i utrzymywaniu postępów
d. skuteczne wykorzystanie różnorodnych zadań podejmowanych między sesjami oraz innych form pracy własnej
e. modele poznawczo-behawioralne służące utrzymaniu efektów leczenia i zapobieganiu nawrotom
f. kryteria konsultacji i/lub skierowania do specjalisty
g. criteria for consultation and/or referral to a specialist
h. kończenie leczenia zgodnie z regułami wynikającymi z praktyki opartej na dowodach naukowych

2.2 Kompetencje specyficzne dla terapii poznawczo-behawioralnej

Do końca całościowego szkolenia w metodach terapii poznawczo-behawioralnej uczestnicy powinni osiągnąć następujące kompetencje specyficzne dla metod terapii poznawczo-behawioralnej.

2.2.1 Zaangażowanie klienta/pacjenta i współpraca

a. uwzględnianie potrzeb klienta/pacjenta w leczeniu
b. ocena i wzmacnianie motywacji klienta/pacjenta do leczenia
a. ustalenie i podtrzymywanie czynników sprzyjających podtrzymywaniu przymierza terapeutycznego (np. uzgadnianie celów i zadań terapeutycznych)
c. ustalenie i podtrzymywanie ram empiryzmu opartego na współpracy

2.2.2 Diagnoza oraz konceptualizacja przypadku

a. użycie metod oceny weryfikowalnych empirycznie (zwalidowanych) (miary samoopisu, wywiady, obserwacje, informacje historyczne i dodatkowe, ocena funkcjonalna) w celu określenia częstości, czasu trwania i nasilenia problemów; czynników wyzwalających i podtrzymujących; strategii radzenia sobie; oraz współchorobowości
b. opracowywanie poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku na podstawie diagnozy i oceny
c. wspólne ustalanie celów leczenia spełniających kryteria SMART (konkretnych, mierzalnych, osiągalnych, istotnych, terminowych)
d. ocenianie i modyfikowanie konceptualizacji przypadku w ciągu trwania leczenia
e. monitorowanie procesu leczenia i jego rezultatów
f ocena umiejętności samomonitorowania i samoregulacji

2.2.3 Interwencje ogólne

a. prowadzenie psychoedukacji opartej na modelach poznawczo-behawioralnych i konceptualizacji
b. prowadzenie psychoedukacji z zakresu fizjologii i neuroplastyczności
c. podawanie uzasadnienia metod poznawczo-behawioralnych
d. strukturyzowanie sesji we współpracy, w tym ustalanie i realizowanie agendy
e. odpowiednie prowadzenie i zarządzanie czasem sesji terapeutycznych
f. mierzenie postępów leczenia i dostosowywanie interwencji w miarę potrzeb
g. przeprowadzanie funkcjonalnej oceny konkretnych problemów
h. wzmacnianie motywacji i zaangażowania
i. uczenie ram teoretycznych i umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów

j. identyfikowanie, badanie i kwestionowanie sztywnych, trwałych, dysfunkcjonalnych/niepomocnych myśli, postaw, przekonań i założeń
k. identyfikowanie i modyfikowanie dysfunkcjonalnych/niepomocnych zachowań
l. zwracanie uwagi na emocje, ich weryfikowanie i regulowanie, w tym pomoc klientom/pacjentom w identyfikowaniu, rozumieniu i efektywnym wyrażaniu, zarządzaniu i reagowaniu na emocje
m. rozwijanie w trakcie sesji i pomiędzy nimi eksperymentów behawioralnych, ekspozycji i innych zadań praktycznych
n. wspólne sprawdzenie i omówienie zadań praktycznych podejmowanych między sesjami
o. identyfikowanie i rozwiązywanie problemów z realizowaniem zadań między sesjami
p. przygotowywanie klientów/pacjentów do zakończenia terapii i opracowywanie planów zapobiegania nawrotom
q. dostosowywanie metod poznawczo-behawioralnych do czynników indywidualnych i kulturowych
r. dostosowywanie metod poznawczo-behawioralnych do współchorobowości i złożonych prezentacji klinicznych
s. rozwiązywanie problemów związanych z wyzwaniami powstającymi w trakcie terapii

2.2.4 Interwencje specyficzne: strategie behawioralne

a. sterowanie uwarunkowaniami (zarządzanie kontyngencjami), w tym kontrola bodźców, identyfikowanie i włączanie naturalnych wzmocnień oraz kształtowanie złożonych łańcuchów zachowań
b. trening umiejętności, w tym trening umiejętności społecznych, skuteczność interpersonalna i asertywność
c. strategie oparte na ekspozycji, w tym ustalenie hierarchii, regulowanie tempa i stopniowanie ekspozycji, ekspozycja in vivo, interoceptywna i wyobrażeniowa, ekspozycja z powstrzymaniem reakcji oraz praca z zachowaniami zabezpieczającymi, wycofywaniem się/ucieczką i unikaniem
d. aktywizacja behawioralna, z uwzględnieniem roli poczucia wpływu, organizacji czasu i uzyskiwania przyjemności
e. odwracanie nawyków
f. strategie zarządzania wzbudzeniem, w tym ćwiczenia oddechowe, progresywna relaksacja mięśni, techniki dystrakcji umysłowe i behawioralne, uziemienie i rozwijanie umiejętności tolerancji dyskomfortu i regulacji emocji
g. rozwiązywanie problemów, w tym identyfikowanie i definiowanie problemów, generowanie rozwiązań, przeprowadzanie rachunku zysków i strat, realizowanie zadań krok po kroku i ocenianie decyzji
h. monitorowanie i modyfikowanie zachowania/aktywności (np. sen, dieta, aktywność fizyczna)

2.2.5 Interwencje specyficzne: strategie poznawcze

a. identyfikowanie treści i przetwarzania poznawczego/procesów poznawczych, w tym dialog sokratejski, odkrywanie kierowane i monitorowanie myśli
b. nazywanie i klasyfikowanie treści poznawczych, w tym identyfikowanie typowych funkcjonalnych/pomocnych i dysfunkcjonalnych/niepomocnych wzorców myślenia, identyfikowanie i ocena nasilenia wiary we własne myśli oraz badanie ich wpływu na emocje, doznania i zachowania
c. identyfikowanie, opisywanie i nazywanie emocji, rozumienie składowych emocji oraz ocena nasilenia emocji

d. modyfikowanie treści i przetwarzania poznawczego poprzez planowanie aktywności, eksperymenty behawioralne, w tym sondaże, zwiększanie elastyczności psychologicznej, identyfikowanie alternatywnych myśli, trening uwagowy i modyfikowanie zniekształceń poznawczych, reskrypcja wyobrażeniowa oraz formułowanie i ocenianie nowych przekonań
e. strategie metapoznawcze

2.2.6 Interwencje specyficzne: strategie kontekstualne

a. strategie oparte na uważności
b. strategie oparte na akceptacji
c. strategie oparte na współczuciu
d. defuzja poznawcza i dystansowanie się
e. identyfikowanie wartości
f. zaangażowane działanie
g. „ja" jako kontekst
h. rozwijanie odporności psychicznej i mocnych stron osobistych

3. Szkolenie i ewaluacja umiejętności

Trenerzy powinni być świadomi bazowego wykształcenia uczestników szkoleń i wybierać jedynie osoby kwalifikowane do świadczenia usług w obszarze zdrowia psychicznego w swoim regionie/kraju. Po zakończeniu szkolenia uczestnik szkolenia CBT powinien być w stanie skutecznie stosować nabyte umiejętności i wykazać się kompetencjami. Szkolenie w terapii poznawczo-behawioralnej powinno trwać do momentu, gdy uczestnik szkolenia wykaże zarówno wierność modelowi (adherencję), jak i biegłość (kompetencję).
W pierwszej kolejności omówiono zalecane strategie szkoleniowe służące wypracowaniu wierności modelowi oraz kompetencji; następnie przedstawiono rekomendowane metody oceny obu tych parametrów

3.1 Strategie szkolenia

Szkolenie powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestników szkoleń, aby zapewnić opanowanie technik poznawczo-behawioralnych oraz umiejętność ich etycznego i skutecznego stosowania. Istniejące badania nie są wystarczające do określenia minimalnej liczby godzin wymaganych do osiągnięcia wierności (adherencji) i/lub biegłości (kompetencji) w metodach poznawczo-behawioralnych. Niemniej jednak badania wskazują na istotne znaczenie superwizji w nauce wiernego stosowania metod poznawczo-behawioralnych. Wydaje się, że istnieje zależność między superwizją i celową praktyką a biegłością (kompetencją).

Choć strategie dydaktyczne są ważne dla przekazywania wiedzy z zakresu metod poznawczo-behawioralnych, stosowane strategie szkolenia praktycznego (np. superwizja, refleksyjna praktyka) są niezbędne do kształtowania umiejętności w metodach poznawczo-behawioralnych. Superwizja przypadków z zastosowaniem metod poznawczo-behawioralnych jest uznawana za szczególnie istotny element szkolenia.

WCCBT zaleca, aby szkolenie w zakresie metod poznawczo-behawioralnych obejmowało wszystkie poniższe elementy:

- strategie dydaktyczne, takie jak wykłady, webinary i lektura

- strategie osadzone w doświadczeniu — praktyczne ćwiczenia konceptualizacji przypadków, odgrywanie ról
- superwizja wielu (co najmniej trzech) przypadków, w których stosuje się metody poznawczo-behawioralne i w których każdy przypadek otrzymuje odpowiednie leczenie wskazaną metodą (co najmniej sześć sesji)

Superwizja powinna być prowadzona przez co najmniej dwóch różnych dydaktyków/superwizorów terapii poznawczo-behawioralnych. W idealnym przypadku uczestnik szkolenia powinien pracować z klientami prezentującymi różnorodne problemy (np. lęk, depresja, stres pourazowy). Superwizja może odbywać się w różnych formatach (np. grupowym, indywidualnym); powinna jednak obejmować bezpośrednią obserwację pracy superwizowanego. Uczestnicy szkoleń powinni regularnie otrzymywać informacje zwrotne na temat swoich mocnych stron i obszarów dalszego rozwoju.

3.2 Strategie ewaluacyjne

Ewaluacja powinna obejmować nie tylko ocenę wiedzy z zakresu metod poznawczo-behawioralnych, ale także biegłość uczestnika szkolenia w ich stosowaniu w praktyce klinicznej. Zarówno wierność (adherencja), jak i biegłość (kompetencja) powinny być oceniane przez wielu (co najmniej dwóch) trenerów/dydaktyków/superwiorów.

WCCBT zaleca następujące strategie ewaluacyjne:

Wiedza z zakresu metod poznawczo-behawioralnych może być oceniana za pomocą testów wielokrotnego wyboru, pytań otwartych, prac pisemnych zawierających przemyślenia, prezentacji i przeglądów piśmiennictwa na konkretny temat.

Prezentacje przypadków, pisemne konceptualizacje przypadków, przeglądanie notatek z sesji oraz superwizje i konsultacje koleżeńskie są przydatne w ocenie stosowania strategii poznawczo-behawioralnych.

Ocena biegłości (kompetencji) uczestnika szkolenia musi obejmować bezpośrednią obserwację uczestnika szkolenia stosującego metody poznawczo-behawioralne (na żywo, poprzez nagrania sesji lub w formie odgrywania ról). Elementy podlegające ocenie obejmują: umiejętności budowania relacji terapeutycznej, poznawczo-behawioralną konceptualizację przypadku, strukturyzowanie sesji, stosowanie różnorodnych metod poznawczo-behawioralnych oraz dostosowywanie protokołów poznawczo-behawioralnych i zawartych w nich interwencji z zachowaniem kulturowej wrażliwości i wierności stosowanej metodzie.

Ponadto zdecydowanie zaleca się, aby uczestnicy szkoleń byli oceniani z wykorzystaniem wystandaryzowanej skali ocen, takiej jak *Cognitive Therapy Rating Scale — Revised* (Miller, 2022) lub *Cognitive Therapy Scale — Revised* (James, Blackburn i Reichelt, 2001). Skale ocen powinny być odpowiednie do stosowanej metody poznawczo-behawioralnej wynikającej z użytego modelu pracy i rodzaju klientów, z którymi pracuje uczestnik szkolenia.