The World Confederation of Cognitive and Behavioural Therapies (WCCBT)
Training Guidelines for Cognitive and Behavioural Therapies (CBTs)
Submitted to the WCCBT Board on May 12, 2023
Accettata: June 2nd, 2023 at the 10th World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies
Revisionata il 16 settembre, 2024

A cura del Comitato di Formazione e Accreditamento della WCCBT, composto da Andrea R. Ashbaugh, Julio Obst Camerini, Jacqueline N. Cohen, Helen MacDonald, Firdaus Mukhtar, Luis Oswald Pérez Flores e Mehmet Sungur.

---

1. Premessa

La Confederazione Mondiale delle Terapie Cognitive e Comportamentali (WCCBT) è dedicata alla promozione della salute e del benessere della popolazione mondiale attraverso lo sviluppo e l'attuazione di terapie cognitive e comportamentali basate sull'evidenza (CBT; vedere la Missione della WCCBT su https://wccbt.org/aims-and-mission). La WCCBT è composta da associazioni regionali, ciascuna delle quali ha l'obiettivo generale di promuovere la conoscenza scientifica e la ricerca nelle CBT e di favorire l'accesso a valutazioni e interventi basati sull'evidenza per le difficoltà di salute e salute mentale nel proprio paese o regione.

Gli obiettivi generali della WCCBT sono i seguenti: (a) sostenere lo sviluppo globale e il profilo delle CBT; (b) sviluppare una rete mondiale per condividere notizie, informazioni e questioni rilevanti per le CBT; (c) promuovere e sostenere la salute mentale, le CBT e i trattamenti basati sull'evidenza per i disturbi psicologici in senso più ampio, al fine di migliorare il benessere psicologico delle popolazioni mondiali; (d) facilitare e sostenere la ricerca nelle CBT; e, aspetto più rilevante : sviluppare e sostenere un'efficace implementazione delle CBT attraverso l'istruzione e la formazione.

Per perseguire quest'ultimo obiettivo, nel 2020 è stato costituito un Comitato di Formazione e Accreditamento (TAC), con lo scopo di sviluppare linee guida sulle conoscenze e competenze necessarie per essere un professionista CBT. Le presenti linee guida sono state redatte per descrivere la formazione necessaria per fornire interventi cognitivi e comportamentali per una varietà di problemi, e che fonda i propri interventi su valutazione e concettualizzazione del caso. Il Comitato è composto dai seguenti membri (in ordine alfabetico)[1]:

- **Andrea Ashbaugh**, PhD, CPsych, ex Presidente della Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies (CACBT), in rappresentanza del Nord America;
- **Julio Obst Camerini**, PhD, Presidente, Associazione Latino-Americana di Analisi, Modificazione Comportamentale e Terapie Cognitive e Comportamentali (ALAMOC), in rappresentanza dell'America Latina;
- **Jacqueline Cohen**, PhD, RPsych, Presidente, CACBT, in rappresentanza del Nord America;
- **Helen MacDonald**, PhD, Psicologa Iscritta all'Albo (Chartered Psychologist), Consulente Clinica Senior, British Association of Behavioural and Cognitive Therapies (BABCP), Coordinatrice della Formazione presso la European Association for CBT (EABCT), in rappresentanza dell'Europa;

- **Firdaus Mukhtar**, PhD, Psicologa Clinica Consulente, Presidente, Asian Cognitive Behaviour Therapy Association (ACBTA), in rappresentanza dell'Asia;
- **Luis Oswald Pérez Flores**, Ps Cl. Mg, membro del Comitato Esecutivo della WCCBT, Presidente del TAC, e membro dell'ALAMOC, in rappresentanza dell'America Latina; e
- **Mehmet Sungur**, MD, Presidente, Associazione Turca per le Psicoterapie Cognitive e Comportamentali (TACBP), in rappresentanza della International Association of Cognitive Psychotherapy.

[1] *Il TAC desidera inoltre riconoscere il contributo di Gabriel Perez (Perù) e Joseph Inhaber (Canada).*

1.1 Sviluppo delle Linee Guida sulla Formazione

L'iniziativa di sviluppare le Linee Guida sulla Formazione è nata per diverse ragioni. In primo luogo, come chiaramente indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (giugno 2022), "la necessità di agire sulla salute mentale è indiscutibile e urgente" (si veda https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction). Esistono interventi efficaci per promuovere la salute psicologica e per rispondere ai bisogni delle persone che abbiano sofferenza mentale. Molti di questi interventi sono esplicitamente cognitivi e/o comportamentali, oppure hanno le loro radici nella teoria cognitiva o comportamentale. L'appello alla diffusione mondiale di questi interventi basati sull'evidenza evidenzia la necessità di un'articolazione chiara e condivisa delle CBT e di ciò che i professionisti CBT effettivamente fanno.

In secondo luogo, molte delle organizzazioni costituenti la WCCBT, così come altre organizzazioni dedicate all'avanzamento delle CBT, hanno sviluppato o stanno sviluppando a lor volta, proprie linee guida per la formazione nelle CBT. Lo scopo di questo documento è raccomandare un insieme di linee guida minime riguardo ai contenuti e alle competenze che dovrebbero essere inclusi nella formazione per fornire le CBT.

La speranza è che queste Linee Guida sulla Formazione forniscano un insieme di definizioni e standard ampiamente adottati dalle organizzazioni CBT, offrendo così una comprensione comune delle conoscenze e delle competenze che caratterizzano un professionista CBT in qualsiasi parte del mondo. L'obiettivo finale è promuovere le CBT a livello globale stabilendo standard per la formazione CBT e migliorando così l'accesso alle CBT e ad altri interventi psicologici basati sull'evidenza.

Il TAC si è riunito regolarmente tra giugno 2022 e maggio 2023. Il Comitato ha iniziato esaminando le linee guida di formazione già esistenti, tra cui quelle sviluppate dalla BABCP, dal programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) nel Regno Unito, dalla Task Force Nazionale per la Psicoterapia del Ministero della Salute malese, dagli Standard per la Formazione e l'Accreditamento dei Terapeuti Cognitivi e/o Comportamentali della European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, e dalle Linee Guida Nazionali per la Formazione nella CBT sviluppate dalla CACBT. Sono state considerate anche le raccomandazioni di certificazione elaborate dall'Academy of Cognitive and Behavioral Therapies, dall'Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy, dalla BABCP, dal Beck Institute e dalla CACBT.

Dopo aver formulato una definizione delle CBT nell'estate 2022, il TAC ha lavorato per identificare e raggruppare gli elementi comuni della formazione nelle CBT, sia in termini di basi di conoscenza che di competenze. Le categorie risultanti costituiscono il contenuto principale di questo documento. Il TAC si è quindi suddiviso in sottogruppi per sviluppare una prima bozza delle Linee

Guida. I membri del Consiglio della WCCBT hanno esaminato la prima bozza e il loro feedback è stato utilizzato per definire la versione attuale delle Linee Guida. Questa versione attuale è stata presentata in un simposio al Congresso Mondiale delle Terapie Cognitive e Comportamentali del 2023 a Seoul, Corea. È stata inoltre distribuita alle organizzazioni coinvolte nelle CBT per raccogliere feedback. Il documento finale è stato approvato dal Consiglio e dai membri della WCCBT nel giugno 2023.

1.2 Presupposti

Dato che la pratica della CBT, e in effetti l'applicazione degli interventi psicologici più in generale, è regolamentata da normative specifiche per regione e paese, uno dei presupposti principali di queste Linee Guida è che i professionisti CBT possiedano la licenza/registrazione appropriata per esercitare nella propria regione/paese. In alcuni casi, ciò può significare possedere una licenza che consente la pratica della psicoterapia (in alcuni paesi, ad esempio, come medico, psicologo o assistente sociale); in altri casi può significare possedere una certificazione specifica (ad esempio, come terapeuta CBT).

In alcune regioni/paesi non esiste una normativa formale né una certificazione dei professionisti, e soggetti non registrati possono offrire alcuni aspetti delle CBT, sia autonomamente dopo aver ricevuto una formazione, sia sotto supervisione. In ogni caso, queste Linee Guida presuppongono che essi possiedano la formazione e le competenze di base, nonché le qualifiche appropriate per esercitare interventi psicologici nella propria regione/paese.

Si riconosce inoltre che la CBT viene erogata in formati specifici e a diversi livelli di intensità a seconda dei problemi, pertanto la formazione deve raggiungere un livello di complessità appropriato per ciascuna applicazione prevista. Queste linee guida non intendono precludere la formazione di professionisti per problemi e applicazioni specifiche.

La WCCBT riconosce che esistono sia competenze terapeutiche generiche sia competenze specifiche nella CBT, e che tali competenze variano a seconda delle condizioni di salute mentale delle popolazioni. Le Linee Guida si basano sui seguenti presupposti: (a) che i professionisti CBT possiedano già competenze terapeutiche generiche (ad esempio, sviluppare e mantenere una relazione terapeutica, valutare e gestire i rischi); (b) che i professionisti CBT seguano linee guida etiche e di pratica professionale; e (c) che i professionisti CBT cerchino attivamente le conoscenze e le competenze necessarie per applicare le CBT e altri interventi ai problemi e alle popolazioni specifiche con cui lavorano.

Un altro presupposto è che le teorie, i modelli e gli interventi cognitivi e comportamentali continueranno a evolversi. Spetta ai professionisti CBT mantenersi aggiornati riguardo agli sviluppi scientifici e di altro tipo nel campo, e modificare i propri interventi per riflettere le migliori evidenze disponibili.

Inoltre, la WCCBT riconosce che i modelli e gli interventi cognitivi e comportamentali sono stati per lo più sviluppati e studiati in contesti socioculturali e con popolazioni caratterizzate da un relativo privilegio (in termini di fattori quali razza, etnia, patrimonio culturale, status socioeconomico, istruzione, genere, identità sessuale e abilità). Esiste un corpus crescente di evidenze riguardanti l'adattamento degli approcci cognitivi e comportamentali a popolazioni razzialmente diverse, minoritarie e altrimenti marginalizzate (ad esempio, popolazioni indigene, nere, ispaniche e altre persone di colore, minoranze sessuali e di genere, persone con disabilità intellettive, anziani). Tuttavia, resta ancora molto da fare per adattare e studiare questi modelli e interventi alle diverse popolazioni e ai diversi contesti. Si presuppone che i professionisti CBT si

informino sui limiti delle evidenze applicabili alle popolazioni che seguono e ai problemi che affrontano, apprendano e siano sensibili alle differenze culturali e individuali, esercitino umiltà culturale e pratichino una cura clinica culturalmente responsiva nel loro lavoro con popolazioni diverse, minoritarie o marginalizzate.

Un ultimo presupposto di queste Linee Guida è che i professionisti CBT abbiano la capacità di utilizzare essi stessi le competenze CBT, e che quindi siano in grado di identificare, esaminare e mettere in discussione prontamente qualsiasi atteggiamento che interferisca con l'applicazione e la pratica efficace delle CBT. Ci si aspetta inoltre che siano in grado di regolare le proprie emozioni nel lavoro con i clienti.

1.3 Definizioni

Esiste una notevole variabilità nel modo in cui ciascuno dei seguenti termini viene definito in letteratura. Per chiarezza, di seguito vengono definiti diversi termini chiave utilizzati in tutte le Linee Guida.

1.3.1 Terapie cognitive e comportamentali (CBT). La WCCBT definisce le CBT come un insieme di approcci terapeutici basati empiricamente, fondati su teorie e modelli cognitivi, comportamentali e contestuali dell'esperienza umana. Sebbene l'acronimo "CBT" possa essere utilizzato per semplicità, si riconosce che esistono molteplici modelli e metodi compresi nell'ambito generale delle CBT. L'empirismo collaborativo è fondamentale per le CBT, specialmente considerando l'enfasi sulla scienza in continua evoluzione del comportamento umano. Le CBT enfatizzano il ruolo delle cognizioni, dei comportamenti, delle sensazioni, delle emozioni e degli eventi di vita, e delle risposte ad essi, nonché delle loro interrelazioni, nello sviluppo e nel mantenimento del benessere psicologico. Gli obiettivi delle CBT sono ridurre il disagio, migliorare la qualità della vita e alleviare la sofferenza umana, aumentando la flessibilità di pensiero, migliorando la capacità di sperimentare, esprimere e regolare le emozioni, e potenziando il comportamento funzionale. Questa definizione si evolverà con i nuovi risultati empirici.

1.3.2 Professionista CBT. Dati i vari titoli utilizzati per descrivere coloro che forniscono CBT, ad esempio, clinico, consulente, operatore sanitario mentale, psicoterapeuta, terapeuta, nelle diverse regioni e paesi, qui utilizziamo il termine professionista CBT, ritenendolo la descrizione più accurata e semplice di chi applica le CBT nella propria pratica terapeutica.

1.3.3 Linee Guida. Questo documento fornisce indicazioni sui contenuti della formazione, sulle conoscenze fondamentali minime e sulle competenze cliniche che i professionisti CBT dovrebbero possedere. Non è concepito come un insieme regolamentare di standard per la formazione CBT. Piuttosto, si spera che venga utilizzato per informare gli standard organizzativi, lo sviluppo e la valutazione dei programmi di formazione e, per i singoli professionisti, le decisioni relative alla formazione e l'autovalutazione.

1.3.4 Formazione. La formazione comprende in senso ampio le attività che si svolgono nell'ambito di programmi professionali di salute mentale, workshop di formazione continua professionale, corsi, programmi di certificazione, supervisione e consulenza e altri metodi di erogazione. Questa formazione può avvenire nel contesto di un programma di studi integrato, di un corso autonomo, o di una combinazione di diversi metodi di erogazione.

1.3.5 Formatore. Diverse regioni utilizzano termini diversi (ad esempio, supervisore clinico, docente, consulente clinico) per descrivere le persone che insegnano conoscenze e competenze CBT. Nel contesto di queste Linee Guida, un formatore è chiunque possieda già le conoscenze e le

competenze per essere un professionista CBT e che insegni ad altri, ad esempio, tirocinanti, studenti, specializzandi, le competenze necessarie per sviluppare le proprie conoscenze e competenze nell'applicazione della CBT.

1.3.6 Tirocinante. Nel contesto di queste Linee Guida, un tirocinante è chiunque stia seguendo o ricevendo una formazione per sviluppare conoscenze e competenze nell'applicazione delle CBT. I tirocinanti CBT possono includere studenti in programmi formali di formazione professionale sanitaria, così come professionisti che hanno deciso di imparare a praticare la CBT o di approfondire la propria formazione nelle CBT.

1.3.7 Conoscenza. La conoscenza si riferisce alla comprensione dell'esperienza umana e dei processi di cambiamento umano basata su teoria ed evidenza scientifica. La conoscenza continuerà ad accumularsi nel tempo man mano che il campo si sviluppa ed evolve.

1.3.8 Competenze. Le competenze sono insiemi fondamentali di capacità, comportamenti o abilità che un tirocinante deve dimostrare di possedere entro la fine della formazione. Le competenze si basano sulla conoscenza fondamentale e sull'esperienza necessaria a sapere quando e come applicare tale conoscenza. Le competenze non sono statiche; piuttosto, si evolvono nel tempo e con lo sviluppo del campo.

1.3.9 Aderenza. L'aderenza si riferisce all'accuratezza con cui i clinici implementano interventi specifici (ossia, quanto fedelmente seguono principi e protocolli specifici). L'aderenza è una componente fondamentale quando ci si riferisce a un trattamento basato sull'evidenza.

1.3.10 Competenza. A differenza dell'aderenza, la competenza si riferisce all'implementazione efficace di principi e protocolli specifici.

1.3.11 Diversità. La diversità si riferisce alle differenze tra caratteristiche presenti nei diversi gruppi sociali. Esempi di ambiti di differenza includono, senza limitarsi a: razza, etnia, patrimonio culturale, lingua, cultura, religione, status socioeconomico, casta, istruzione, genere, orientamento sessuale, stato civile, età, abilità mentali e fisiche, peso e aspetto.

---

2. Elementi Fondamentali e Competenze

Questa sezione costituisce il contenuto principale delle Linee Guida sulla Formazione, in quanto delinea le conoscenze e le competenze che un professionista CBT dovrebbe conoscere ed essere in grado di dimostrare entro la fine della propria formazione CBT.[2]

In primo luogo, vengono elencati gli elementi fondamentali delle CBT e le conoscenze CBT di base (2.1). Questi elenchi comprendono le conoscenze CBT fondamentali che ogni professionista dovrebbe possedere, così come le strategie di valutazione, costruzione dell'impegno e intervento.

La seconda parte di questa sezione (2.2) si concentra sulle competenze specifiche della CBT, ossia le capacità che i professionisti CBT dovrebbero essere in grado di dimostrare entro la fine della loro formazione CBT. Ciò include competenze nell'area del coinvolgimento del cliente, della valutazione e concettualizzazione del caso, dell'intervento generale e degli interventi specifici. Per chiarezza, gli interventi specifici sono suddivisi in strategie prevalentemente comportamentali, prevalentemente cognitive e prevalentemente contestuali. La WCCBT riconosce che vi è sovrapposizione tra queste categorie; esistono inoltre molti altri modi per raggrupparle.

2.1 Elementi Fondamentali e Conoscenze di Base della CBT

I tirocinanti dovrebbero conoscere gli elementi fondamentali delle CBT e le conoscenze CBT di base, come segue.

2.1.1 Conoscenza della CBT

a. lo sviluppo e la storia della CBT; b. come leggere e applicare la letteratura scientifica alla pratica, nonché come rimanere aggiornati riguardo ai progressi della teoria e della pratica CBT; c. principi e pratica della cura basata sull'evidenza; d. modelli CBT che descrivono lo sviluppo e il mantenimento dei problemi clinici e della psicopatologia, tra cui: i. modelli evolutivi delle emozioni; ii. teorie comportamentali dell'apprendimento (inclusi concetti quali condizionamento classico e operante, apprendimento osservativo, apprendimento per esperienza, abituazione e apprendimento inibitorio); iii. teorie comportamentali riguardanti lo sviluppo e il mantenimento dei problemi di salute mentale; iv. teorie cognitive dello sviluppo di assunzioni, credenze, valutazioni, interpretazioni e valori; v. modelli di elaborazione dell'informazione; vi. teorie contestuali; vii. modelli integrativi che enfatizzano l'interdipendenza tra cognizioni e comportamenti; e viii. Strumenti per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi e del miglioramento funzionale.

2.1.2 Valutazione nella CBT

a. idoneità e controindicazioni per le CBT; b. strumenti di valutazione e competenze di intervista (ad esempio, misurazione oggettiva, dialogo socratico); c. principi della concettualizzazione del caso in CBT e le sue implicazioni per il trattamento; d. monitoraggio del caso e valutazione degli esiti (ad esempio, cura basata sulla misurazione); e. adattamento delle concettualizzazioni, dei modelli e degli interventi ai fattori individuali e culturali (ad esempio, genere, cultura, fede, etnia, età, sessualità, status sociodemografico, istruzione, occupazione, neurodiversità), nonché alle loro intersezioni; f. considerazione delle interrelazioni tra cultura, processi psicologici e problemi di salute mentale; g. adattamento a problemi concomitanti e complessi.

2.1.3 Costruzione dell'impegno a partecipare allo sviluppo della CBT

a. ruolo della relazione terapeutica nella CBT, incluso l'empirismo collaborativo; b. consapevolezza delle sfide comuni nella CBT; c. ruolo della struttura nella CBT, inclusi struttura e formato delle sedute; d. valutazione del coinvolgimento del cliente e della disponibilità al cambiamento; e. costruzione della motivazione e dell'impegno al monitoraggio del processo terapeutico; f. definizione collaborativa degli obiettivi del trattamento; g. definizione di una cornice dentro la quale il trattamento si svolga.

2.1.4 Interventi CBT

a. strategie cognitive, comportamentali, di riduzione dell'attivazione, di strategie basate sull'accettazione ed esperienziali; b. importanza di generalizzare principi e competenze acquisite durante la terapia alla vita quotidiana; c. il ruolo della pratica riflessiva e deliberata nel raggiungere e mantenere i progressi; d. l'uso efficace dei compiti tra le sedute e di altri esercizi assegnati; e. modelli CBT per il mantenimento dei progressi terapeutici e la prevenzione delle ricadute; f. criteri per la consultazione con e/o l'invio a uno specialista; g. conclusione del trattamento in conformità con principi basati sull'evidenza.

2.2 Competenze Specifiche della CBT

Entro la fine della loro formazione CBT, i tirocinanti dovrebbero aver acquisito le seguenti competenze specifiche della CBT.

2.2.1 Coinvolgimento e Collaborazione del Cliente

a. far si che il trattamento corrisponda ai bisogni e alle richieste del cliente; b. valutare e potenziare la motivazione del cliente al trattamento; c. stabilire e mantenere fattori importanti per l'alleanza terapeutica (ad esempio, accordo su obiettivi e compiti terapeutici); d. stabilire e mantenere una cornice di empirismo collaborativo.

2.2.2 Valutazione e concettualizzazione del caso

a. utilizzare strumenti di valutazione validati empiricamente (che possono includere misure di autovalutazione, interviste, osservazioni, informazioni storiche e collaterali, valutazione funzionale di comportamenti specifici) per valutare quanto segue: frequenza, durata e intensità dei problemi; fattori precipitanti e di mantenimento; strategie di coping; e comorbidità; b. sviluppare concettualizzazioni del caso basate sulla valutazione del tipo di sofferenza che il cliente porta all'interno di una cornice CBT c. stabilire in modo collaborativo obiettivi di trattamento specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti e definiti nel tempo (SMART); d. valutare e modificare le concettualizzazioni del caso man mano che il trattamento procede; e. condurre il monitoraggio dei progressi e degli esiti; f. valutare e monitorare le competenze di auto-monitoraggio e auto-gestione.

2.2.3 Interventi generali

a. fornire psicoeducazione basata su modelli e concettualizzazioni CBT; b. fornire psicoeducazione su fisiologia e neuroplasticità; c. spiegare il razionale delle CBT; d. strutturare la seduta in modo collaborativo, inclusa la definizione e il rispetto di un'agenda; e. dirigere e ritmare le sedute in modo appropriato; f. misurare i progressi del trattamento e adattare gli interventi secondo necessità; g. condurre valutazioni funzionali di problemi specifici; h. potenziare la motivazione e l'impegno; i. insegnare competenze e concetti di problem-solving; j. identificare, esplorare e affrontare pensieri, atteggiamenti, credenze e assunzioni rigide, inflessibili e non utili; k. identificare e modificare comportamenti non utili; l. prestare attenzione, convalidare e gestire le emozioni, incluso aiutare i clienti a identificare, comprendere ed esprimere, gestire e rispondere efficacemente alle emozioni; m. sviluppare esperimenti comportamentali, esposizioni e altri compiti sia all'interno delle sedute che tra le sedute; n. rivedere e verificare in modo collaborativo i compiti tra le sedute; o. identificare e risolvere gli ostacoli al completamento dei compiti tra le sedute; p. preparare i clienti alla conclusione della terapia e sviluppare piani di prevenzione delle ricadute; q. adattare la CBT ai fattori individuali e culturali; r. adattare la CBT alla presenza di comorbidità e tipi di sofferenza complesse; s. risolvere le difficoltà che emergono durante la terapia.

I tirocinanti dovrebbero essere in grado di utilizzare alcune o tutte le seguenti strategie specifiche:

2.1.4 Interventi Specifici: Strategie Comportamentali *(nota: numerazione come da documento originale)*

a. gestione delle contingenze, incluso il controllo degli stimoli, l'identificazione e l'integrazione dei rinforzi naturali, e la modellazione di catene comportamentali complesse; b. addestramento alle abilità, incluso l'addestramento alle abilità sociali, l'efficacia interpersonale e l'addestramento all'assertività; c. strategie basate sull'esposizione, inclusi lo sviluppo di gerarchie, il ritmo e l'esposizione graduale, l'esposizione in vivo, interocettiva e immaginativa, la prevenzione della risposta, e l'intervento su comportamenti di sicurezza, fuga ed evitamento; d. attivazione

comportamentale, inclusi padronanza, piacere e ritmo; e. inversione dell'abitudine; f. strategie di gestione dell'attivazione, inclusi esercizi di respirazione, rilassamento muscolare progressivo, distrazione mentale e comportamentale, competenze di grounding e tolleranza al disagio, e competenze di regolazione emotiva; g. problem-solving, inclusa l'identificazione e definizione dei problemi, la generazione di soluzioni, il completamento di bilanci decisionali, la capacità di portare a termine azioni pianificate, e la valutazione delle decisioni; h. monitoraggio e cambiamento del comportamento (ad esempio, sonno, alimentazione, esercizio fisico).

2.1.5 Interventi Specifici: Strategie Cognitive

a. identificazione dei contenuti e dei processi cognitivi, inclusi il dialogo socratico, la scoperta guidata e il monitoraggio dei pensieri; b. il sapere etichettare e categorizzare i contenuti cognitivi, incluse l'identificazione di schemi di pensiero comuni utili/efficaci e non utili/inefficaci, l'identificazione e la valutazione del grado di adesione ai propri pensieri; l'esame dell'impatto di questi su emozioni, sensazioni e comportamenti; c. l'identificazione, descrizione capacità di etichettare le proprie emozioni, la comprensione delle componenti delle emozioni, e la valutazione della loro intensità; d. la modifica dei contenuti e dei processi cognitivi attraverso la pianificazione di attività ed esperimenti comportamentali il potenziamento della flessibilità psicologica, l'identificazione di pensieri alternativi, il riaddestramento attentivo e la modifica dei bias cognitivi, la ristrutturazione immaginativa (imagery rescripting), e la generazione e valutazione di nuove credenze; e. strategie meta-cognitive.

2.1.6 Interventi Specifici: Strategie Contestuali

a. strategie basate sulla mindfulness; b. strategie basate sull'accettazione; c. strategie basate sulla compassione; d. defusione cognitiva e distanziamento; e. identificazione dei valori; f. azione impegnata; g. sé come contesto; h. sviluppo della resilienza e dei punti di forza personali.

3. Formazione e Valutazione

I formatori dovrebbero essere consapevoli del background dei propri tirocinanti e selezionare solo tirocinanti qualificati a fornire servizi di salute mentale nella propria regione/paese.

Entro la fine della formazione, un tirocinante CBT dovrebbe essere in grado di applicare efficacemente le competenze e le abilità apprese. La formazione CBT dovrebbe proseguire finché il tirocinante non dimostri sia aderenza che competenza.

3.1 Strategie di Formazione

La formazione dovrebbe essere adattata ai singoli tirocinanti per garantire che apprendano le tecniche CBT, così come il modo di applicarle in maniera etica ed efficace. La ricerca esistente non è sufficiente per specificare in modo preciso un numero minimo di ore necessarie per raggiungere l'aderenza e/o la competenza CBT. Ciononostante, gli studi indicano l'importanza della supervisione per'apprendere ad applicare le CBT in modo aderente. Sembra esistere una relazione dose-risposta tra formazione/supervisione nelle CBT e competenza, nel senso che i tirocinanti che ricevono più formazione e si impegnano in una pratica riflessiva e deliberata raggiungono una maggiore competenza.

Sebbene le strategie didattiche siano importanti per insegnare le conoscenze CBT, inclusi storia, base di evidenza e principi delle CBT, la formazione pratica (ad esempio, supervisione, pratica

deliberata) è ritenuta essenziale per formare le competenze CBT. La supervisione dei casi CBT è considerata una parte particolarmente necessaria della formazione CBT. Pertanto, la WCCBT raccomanda che i tirocinanti ricevano supervisione/consulenza su un numero di casi provenienti da popolazioni diverse per un tempo adeguato alle necessità di apprendimento della CBT. Se il tirocinante lavorerà con popolazioni o contesti specifici, la supervisione nel lavoro con tali popolazioni e contesti è essenziale.

La WCCBT raccomanda che la formazione nelle CBT includa tutti i seguenti elementi:

- strategie didattiche come lezioni, webinar e letture consigliate;
- strategie esperienziali come attività di concettualizzazione del caso e giochi di ruolo; e
- supervisione di più casi (almeno tre) in cui vengono applicate le CBT e in cui ciascun caso venga spiegato nella sua gestione (almeno sei sedute).

Riguardo a quest'ultimo punto (la supervisione), essa dovrebbe essere fornita da almeno due diversi formatori/supervisori CBT. Inoltre, il tirocinante dovrebbe idealmente seguire i clienti diagnosi diverse, ad esempio, ansia, depressione, stress correlato al trauma. La supervisione può avvenire in vari formati (ad esempio, di gruppo, individuale); tuttavia, dovrebbe includere l'osservazione diretta del lavoro del supervisionato, la discussione delle decisioni cliniche del supervisionato e la implementazione del modello CBT con ciascun cliente. I tirocinanti dovrebbero ricevere feedback regolari sui propri punti di forza e sulle aree da sviluppare ulteriormente.

3.2 Strategie di Valutazione

La valutazione dovrebbe includere non solo la valutazione delle conoscenze CBT del tirocinante, ma anche la sua competenza nell'applicare le CBT nella pratica clinica. Sia l'aderenza che la competenza dovrebbero essere valutate da più formatori (almeno due).

La WCCBT raccomanda le seguenti strategie di valutazione:

- Le conoscenze CBT possono essere valutate mediante test a scelta multipla, domande a risposta breve e lunga, elaborati di riflessione, presentazioni e sintesi della letteratura su un argomento specifico.
- Presentazioni di casi, concettualizzazioni scritte del caso, revisione delle note di seduta e supervisione/consulenza tra pari sono utili per valutare l'applicazione delle strategie CBT.
- La valutazione della competenza di un tirocinante deve includere l'osservazione del tirocinante mentre applica la CBT (l'osservazione può avvenire dal vivo, tramite sedute registrate, o mediante gioco di ruolo). Gli elementi da valutare includono le competenze nella costruzione della relazione terapeutica, la concettualizzazione del caso in CBT, la strutturazione delle sedute, l'applicazione di una varietà di strategie CBT, l'adattamento dei protocolli CBT mantenendo la fedeltà al modello, e l'adattamento degli interventi per garantire la responsività culturale.
- Inoltre, si raccomanda vivamente che i tirocinanti vengano valutati utilizzando una scala di valutazione standardizzata. Questa potrebbe includere una misura validata di aderenza come la Cognitive Therapy Rating Scale – Revised (Miller, 2022) o la Cognitive Therapy Scale – Revised (James, Blackburn, & Reichelt, 2001). Le scale di valutazione dovrebbero essere appropriate per il modello di CBT applicato e per la popolazione servita.

[2] *La WCCBT riconosce che questo elenco non è esaustivo.*