

世界认知行为治疗联盟（WCCBT）
认知行为治疗（CBTs）培训指南

于 2023 年 5 月 12 日提交给世界认知行为治疗联盟
于 2023 年 6 月 2 日在第十届世界认知行为治疗大会上通过

由 WCCBT 培训与认证委员会撰写，该委员会成员包括 Andrea R. Ashbaugh, Julie Obst Camerini, Jacqueline N. Cohen, Helen MacDonald, Firdaus Mukhtar, Luis Oswald Prez Flores, 和 Mehmet Sungur。

该指南中文版由西南大学心理学部杨发辉博士团队翻译，成员包括：杨发辉、胡雯、唐倩

世界认知行为治疗联盟（WCCBT） 认知行为治疗（CBTs）培训指南

1. 序言

世界认知行为治疗联盟（WCCBT）致力于通过开发和实施基于证据的认知行为治疗（cognitive and behavioural therapies, CBTs），促进全球人口的健康与福祉（详情请参见 WCCBT 使命声明，<https://wccbt.org/aims-and-mission>）。WCCBT 由多个区域协会组成，各协会都有一个总体的目标，即推进 CBTs 领域的科学知识和研究，并促进在其所在国家或地区普及对健康和心理健康问题的循证评估和干预。

WCCBT 的总体目标如下：（a）支持 CBTs 在全球范围内的发展和提升影响力；（b）建立一个全球性的网络，用于分享与 CBTs 相关的新闻、信息和议题；（c）更广泛地促进并倡导心理健康、CBTs 以及心理障碍的循证治疗方法，以提升全人类的整体幸福感；（d）促进和支持 CBTs 领域的研究；以及与本文件最密切相关的研究；（e）通过教育和培训，发展并推动 CBTs 的有效实施。

为推进后一个目标，培训和认证委员会（Training and Accreditation Committee, TAC）于 2020 年成立，旨在制定有关成为 CBT 从业者所需具备的知识和能力的指导方针。委员会由下列成员组成（按字母顺序排列）¹：

- **Andrea Ashbaugh**，博士、注册心理学家、加拿大认知行为治疗协会（Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies, CACBT）前任主席，代表北美地区；
- **Julio Obst Camerini**，博士、拉丁美洲分析、行为矫正以及认知行为治疗协会（Latin-American Association of Analysis, Behavioral Modification, and Cognitive and Behavioral Therapies, ALAMOC）主席，代表拉丁美洲；
- **Jacqueline Cohen**，博士、注册心理师、加拿大认知行为治疗协会（CACBT）主席，代表北美地区；
- **Helen MacDonald**，博士、特许心理学家、高级临床顾问、英国行为认知治疗协会（British Association of Behavioural and Cognitive Therapies, BABCP）、欧洲认知行为治疗协会（European Association for CBT, EABCT）欧洲地区培训协调员，代表欧洲；
- **Firdaus Mukhtar**，博士，顾问临床心理学家，亚洲认知行为治疗协会（Asian Cognitive Behaviour Therapy Association, ACBTA）主席，代表亚洲地区；
- **Luis Oswald Perez Flores**，临床心理学管理，WCCBT 执行委员会成员、TAC 主席，ALAMOC 成员，代表拉丁美洲；
- **Mehmet Sungur**，医学博士，土耳其认知行为心理治疗协会（Turkish Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapies, TACBP）主席，代表国际认知心理治疗协会。

1.1 培训指南的制定

制定本培训指南的倡议出于以下方面的考量。首先，正如世界卫生组织（2022 年 6 月）明确指出的那样，“采取行动应对精神健康问题的必要性毋庸置疑且迫在眉睫”（详情见 <https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction>）。确实存在有效的干预措施来促进心理健康，以及满足患有精神健康疾病的患者的需求。其中诸多干预措施明确为认知和/或行为干预，或者根植于认知或行为理论。在全球范围内推广这些循证干预措施的呼声，表明需要对 CBTs 及其从业者的工作范畴作明确且统一的阐述。

其次，WCCBT 的许多成员组织以及致力于推动 CBTs 发展的其他组织已经制定或正在制

定各自的 CBTs 培训指南。本文件旨在推荐一套应包含在 CBTs 培训中的内容及技能的最低标准指南。

¹ TAC 还希望对 Gabriel Perez（秘鲁）和 Joseph Inhaber（加拿大）所做的贡献表示感谢。

希望本培训指南够提供一套被 CBT 相关组织广泛采用的定义和标准，从而在全球范围内，建立对 CBT 从业者所特有的知识和能力的共识。最终目标是通过为 CBT 培训设定标准，推动 CBT 的全球化发展，提升 CBTs 及其他循证心理干预措施的可获取性。

TAC 在 2022 年 6 月至 2023 年 5 月期间定期召开会议。该委员会首先审阅了现有的培训指南，包括 BABCP 指南、英国心理治疗可及性提升（Improving Access to Psychological Therapies, IAPT）的项目指南、马来西亚卫生部国家心理治疗工作小组指南、欧洲行为与认知治疗协会认知与/或行为治疗师培训及认证标准指南，以及由 CACBT 制定的针对 CBT 培训的国家指南。同时参考了由认知行为治疗学会、澳大利亚认知行为治疗协会、BABCP、贝克研究所以及 CACBT 共同制定的认证建议。

在 2022 年夏季明确了 CBTs 的定义之后，TAC 提取并归纳了 CBTs 培训的共同要素进行了归类——既包括知识基础，也涵盖相关能力。由此产生的分类构成了本文件的主要内容。随后，TAC 成员分小组，完成指南初稿的制定。WCCBT 理事会成员对初稿进行了审查，他们的反馈意见被采纳以完善当前版本。2023 年在韩国首尔举行的世界认知行为治疗大会的研讨会上，当前版本被提出来的。它还被分发到 CBTs 相关组织，以征求反馈意见。2023 年 6 月，终稿获得 WCCBT 理事会及会员的批准。

1.2 假设

鉴于 CBT 的实践以及更广泛的心理干预的应用实际上均受限于地区和国家特定法规的约束，这些指南的主要假设之一是：CBT 从业者须在其所在地区/国家持有相应的执业许可/注册资格。在有些情况下，这可能意味着要持有能够从事心理治疗执业资格的证书（例如在某些国家，可能是医师、心理学家或社工证书）；而在其他情况下，则可能意味着要持有专项认证（例如，CBT 治疗师证书）。

在部分地区/国家，缺乏正式的法规和从业者资格认证，一些未经注册的提供者可能在经过培训后独立或在督导下提供 CBTs 的相关服务。无论如何，这些指南假定从业者受过基本的培训，具备技能以及在所在地区/国家开展心理干预的适当资质。

WCCBT 认识到，通用的心理治疗技术以及 CBTs 特有的技术同时存在，并且这些技术的运用需依据不同的精神健康状况和人群特征进行针对性的调整。本指南基于以下假设：（a）CBT 从业者已经掌握通用的治疗技能（例如，建立和维持治疗关系、风险评估和管理）；（b）

CBT 从业者遵循伦理和专业实践指南；（c）CBT 从业者会主动获取知识和技能，以针对其服务对象的具体问题及人群特征实施 CBTs 及其他干预措施。

另一个假设是认知和行为理论、模型以及干预措施将持续演进。CBT 从业者有责任持续关注该领域的科学及其他方面的发展动态，并根据现有的最佳证据优化干预措施。

此外，WCCBT 认识到，认知和行为模型及干预措施，很大程度上是在特定的社会文化背景下，以相对的优势人群为对象而开发和研究的（涉及如种族、民族、传统价值观、社会经济地位、教育程度、性别、性别认同和能力等因素）。越来越多的证据表明，认知和行为的干预方法适用于不同种族背景、少数族裔以及处于其他边缘群体（例如原住民、黑人、西班牙裔以及其他有色人种、性少数群体、智力残疾人士、老年人）。然而，还需要进一步推动对这些模型和干预措施的改进与研究，以适配不同的人群和情境。本指南假设 CBT 从业者会主动了解现有证据在其服务的人群以及他们所面对的问题中适用局限，了解并响应文化及个

体差异，保持文化谦逊，并在与多元文化、少数族裔或边缘群体的工作中，践行文化适应性的临床照护。

这些指南的最后一个假设是，CBT 从业者具备将 CBT 技能运用于自身的能力，因而他们能够主动识别、审视并修正任何妨碍 CBT 有效应用和实践的态度。他们还被期望在与来访者的工作中能够对自己的情绪有所调控。

1.3 定义

在文献中对于如何定义以下这些术语存在着相当大的差异。为确保表述的清晰，对指南中反复出现的几个关键术语定义如下。

- 1.3.1 **认知行为治疗（CBTs）**。WCCBT 将 CBTs 定义为基于实证的治疗方法的集合，这些方法基于认知、行为以及人类经验的情境理论和模型。尽管为了简便，通常使用“CBT”这一缩写，但也认识到，在整个认知行为治疗领域内，包含着多种不同的模型和方法。协作性实证主义是 CBTs 的核心，这一点尤其体现在该领域对不断发展的人类行为科学的重视上。CBTs 强调认知、行为、感觉、情绪和生活事件，以及这些要素之间的相互关联在心理健康的发展和维持过程中的作用机制，同时也重视个体对这些要素的应对方式。CBTs 的目标是通过增强思维的灵活性，提升情绪体验、表达和调节的能力，以及增强功能性行为，实现缓解痛苦、提升生活质量、减轻人类苦难。此定义会随着新的实证研究结果而不断演进。
- 1.3.2 **CBT 从业者**。鉴于不同地区和国家对提供 CBT 服务的人员所使用的称谓各不相同（例如，临床医生、心理咨询师、心理健康护理提供者、心理治疗师、治疗师），我们在此使用 CBT 从业者这一术语，相信这是对在治疗实践中应用 CBT 技术的专业人员最为准确且简洁的描述。
- 1.3.3 **指南**。本文件提供了有关培训内容、CBT 从业者应具备的最低核心知识以及临床能力方面的指导。它并非旨在作为 CBT 培训的监管标准，而是希望为组织标准的制定、培训项目的开发与评估，以及个人从业者的培训决策和自我评估提供参考。
- 1.3.4 **培训**。培训广泛涵盖在专业心理健康项目、专业继续教育工作坊、课程、认证项目、督导与咨询、以及其他教学方式中所开展的各项活动。此类培训可以在综合学习的课程框架内进行，也可以是单独的课程，或是以多种教学方式相结合的形式开展。
- 1.3.5 **培训师**。不同的地区使用不同的称呼（例如，临床督导、讲师、临床顾问）来描述传授 CBT 知识和技能的人员。在这些指南的语境中，培训师是指那些已经具备成为 CBT 从业者所需的知识和能力，并且能够向他人（例如受训者、学生、住院医师）传授如何在 CBT 实践中，发展自己的知识和技能的人。
- 1.3.6 **受训者**。在这些指南的语境中，受训者是指正在进行或接受培训以获取 CBTs 应用方面的知识和能力的任何人。CBT 受训者可以包括在正式医疗保健专业培训项目中的学生，也可以包括那些决定学习 CBT 或在 CBTs 领域获得进一步培训的从业者。
- 1.3.7 **知识**。知识指的是基于理论和科学证据，对人类经验以及人类变化过程的理解。随着该领域的不断发展和演变，知识将会随着时间的推移不断积累。
- 1.3.8 **能力**。能力是指受训者在培训结束时应当展现的核心能力集合、行为表现或技能水平。能力取决于核心知识，以及知晓何时以及如何运用该知识的经验。能力并非一成不变的，而是会随着时间的推移以及该领域的发展而不断演进。
- 1.3.9 **遵从性**。遵从性指的是临床医生实施特定干预措施的精准性（即，他们紧密遵循特定治疗原则和规程的程度有多高）。遵从性是提供循证治疗的关键要素。

- 1.3.10 **胜任力**。有别于遵从性，胜任力指的是有效执行具体治疗原则和操作规范的能力。
- 1.3.11 **多样性**。多样性指的是不同特质和不同社会群体之间的差异。差异性的例子包括但不限于：种族、民族、传统价值观、语言、文化、宗教、社会经济地位、种姓、教育程度、性别、性取向、关系状况、年龄、心智和体能、体重以及外貌。

2. 基础和能力

本节构成了《培训指南》的主要内容，旨在明确 CBT 从业者在完成培训时应掌握、并能够展示的知识和能力。²

首先，认知行为治疗的基本原理和核心知识被列了出来（2.1）。这些清单涵盖了每位从业者都应掌握的核心 CBT 知识，以及评估、建立承诺和干预策略。

本节的第二部分（2.2）聚焦 CBT 特有的能力要求，即 CBT 从业者在完成其 CBT 培训后应当能够展现的能力。这包括在与来访者沟通、评估和个案概念化、一般干预措施以及特定干预措施等方面所具备的技能。为了清晰起见，具体的干预措施被细分为行为干预为主的策略、认知干预为主的策略以及改变情境为主的策略。WCCBT 承认这些类别之间存在重叠之处；此外，还有多种其他的分类方式。

2.1 CBT 基本原理与核心知识

受训者们应当掌握的 CBTs 基本原理以及 CBT 核心知识如下。

2.1.1 CBT 知识

- a) CBT 的发展和历史；
- b) 如何阅读科学文献并将其应用于实践，以及如何及时跟进 CBT 理论与实践方面的最新进展；
- c) 循证治疗的原则与实践；
- d) 描述临床问题及精神病理学的发展与维持过程的 CBT 模型，包括以下内容：
 - i. 情绪的进化模型；
 - ii. 有关学习的行为理论（包括诸如经典条件反射和操作性条件反射、观察学习、经验学习、习惯化以及抑制性学习等概念）
 - iii. 有关心理健康问题的发展与维持的行为理论；
 - iv. 关于假设、信念、评价、解释以及价值观发展过程的认知理论；
 - v. 信息加工模型；
 - vi. 情境理论；
 - vii. 强调认知与行为之间相互影响的整合模型；
 - viii. 目标达成与功能改善。

2.1.2 CBT 评估

- a) CBTs 的适用性和禁忌症；
- b) 评估工具和访谈技巧（例如，客观测量、苏格拉底式对话）；
- c) CBT 个案概念化的原则及其对治疗的指导意义；
- d) 案例进程监测及干预效果评估（例如，基于测量的心理治疗）；
- e) 根据个体和文化因素（例如性别、文化背景、信仰、种族、年龄、性取向、社会经济地位、教育程度、职业、神经多样性），以及这些因素之间的交叉影响，调整概念化、模型和干预措施；
- f) 考虑文化、心理过程以及心理健康问题之间的相互关系；
- g) 针对共存的问题和复杂的临床表现进行调整

² WCCBT 认识到这并非一份详尽无遗的清单。

2.1.3 建立对参与 CBTs 治疗的承诺

- a) 治疗关系在 CBT 中的作用，包括协作性实证主义；
- b) 对 CBT 中常见挑战的认识
- c) CBT 中结构化的作用，包括治疗会谈的结构和形式；
- d) 评估来访者的参与度和对改变的准备情况；
- e) 激发治疗动机和建立对投入治疗过程的承诺；
- f) 协作确定治疗目标；
- g) 设定治疗框架

2.1.4 CBT 干预

- a) 认知、行为、减少唤起、基于接纳以及体验式策略；
- b) 将干预过程中习得的原则和技能迁移至日常生活的重要性；
- c) 反思性和刻意练习在取得和维持疗效方面的作用；
- d) 有效使用疗程间任务及其他家庭作业；
- e) 维持治疗效果和预防复发的 CBT 模型；
- f) 咨询及/或转介专科医生的决策标准；
- g) 根据循证原则结束治疗

2.2 CBT 特定能力

在 CBT 培训结束时，受训者们应当具备以下 CBT 特定能力。

2.2.1 来访者参与和协作

- a) 将治疗与来访者的需求相匹配；
- b) 评估并提升来访者的治疗动机；
- c) 建立并维持对治疗同盟的重要因素（例如，就治疗目标和治疗任务达成共识）；
- d) 建立并维持协作性实证主义的治疗框架

2.2.2 评估与个案概念化

- a) 使用经过实证验证的评估工具（包括自评量表、访谈、观察、病史和相关资料信息、特定行为的功能评估）来评估以下内容：问题出现的频率、持续时间和强度；问题的诱发因素和维持因素；应对策略；以及共病情况；
- b) 基于评估制定 CBT 个案概念化；
- c) 协同制定具体、可衡量、可实现、相关且有时间限制（SMART）的治疗目标；
- d) 随着治疗的进展，评估和调整个案概念化；
- e) 进行治疗进展和效果监测；
- f) 评价和评估自我监控和自我管理技能

2.2.3 一般干预方法

- a) 提供基于 CBT 模型和概念化的心理健康教育；
- b) 提供有关生理学和神经可塑性的心理健康教育；
- c) 解释 CBTs 的理论基础；
- d) 合作制定会谈的结构化流程，包括设置并遵循议程；
- e) 适当指导和掌控会谈；
- f) 评估治疗进展，并根据需要调整干预措施；
- g) 对具体问题进行了功能评估；

- h) 增强动机和承诺；
- i) 教授问题解决的技能和相关概念；
- j) 识别、探索并处理僵化、缺乏灵活性且无益的想法、态度、信念和假设；
- k) 识别并修正无益的行为；
- l) 关注、确认并管理情绪，包括帮助来访者识别、理解并有效地表达、管理以及回应情绪；
- m) 设计会谈内和会谈之间的行为实验、暴露以及其他任务安排；
- n) 共同回顾并检查会谈之间的任务完成情况；
- o) 识别并解决执行会谈之间任务过程中遇到的障碍；
- p) 帮助来访者做好结束治疗的准备，并制定预防复发的计划；
- q) 调整 CBT 以适应于个体差异和文化因素；
- r) 调整 CBT 以适应共病情况和复杂的症状表现；
- s) 解决治疗过程中出现的挑战。

受训者们应当能够运用以下部分或全部具体策略：

2.1.4 具体干预措施：行为策略

- a) 应急管理，包括刺激控制、识别并整合自然强化物以及塑造复杂的行为链；
- b) 技能训练，包括社交技能训练、人际效能以及自信表达训练；
- c) 基于暴露的策略，包括构建暴露层级、把握节奏和渐进式分级暴露、现场暴露、内感受暴露、想象暴露、反应阻止，以及靶向安全行为、逃避和回避的干预；
- d) 行为激活，包括提升掌控感、愉悦感和合理安排活动节奏；
- e) 习惯逆转；
- f) 唤起水平管理策略，包括呼吸练习、渐进式肌肉放松、心理和行为上的分散注意力、专注当下和痛苦耐受技能、以及情绪调节技能。
- g) 问题解决，包括识别和界定问题、生成解决方案、权衡决策利弊、执行行动步骤以及评估决策的实施结果；
- h) 行为监测与改变（例如，睡眠、饮食、运动）

2.1.5 具体干预措施：认知策略

- a) 识别认知内容和过程，包括苏格拉底式对话、引导性发现和思维监测；
- b) 对认知内容进行标记和分类，包括识别常见的有益/有效的和无益/无效的思维模式，识别并评估想法中的信念；考察其对情绪、感觉和行为的影响；
- c) 识别、描述和标注情绪，理解情绪的组成部分，以及对情绪的强度进行评级；
- d) 通过活动安排、行为实验和调研，增强心理灵活性，识别替代性想法，注意力再训练和矫正认知偏差，意象重构，以及生成和评估新的信念等策略来调整认知内容和过程；
- e) 元认知策略

2.1.6 具体干预措施：情境策略

- a) 基于正念的策略；
- b) 基于接纳的策略；
- c) 基于慈悲的策略；
- d) 认知解离与距离化；
- e) 价值识别；
- f) 承诺行动；
- g) 以己为景；

h) 发展心理韧性与个人优势

3. 培训与评估

培训师应当了解其受训者的背景，并且只选择具有其所在地区/国家心理健康服务资质的受训者。

在培训结束时，CBT 受训者应当能够有效地运用他们所学到的技能和能力。CBT 培训应当持续进行，直至受训者展现出遵从性和胜任力。

实现遵从性和胜任力所推荐的培训策略会被首先讨论；随后，将介绍评估遵从性和胜任力的推荐策略。

3.1 培训策略

培训应当根据受训者个体情况定制，以确保他们不仅掌握 CBT 的技术，而且还能以合乎伦理且有效的方式加以运用。现有的研究尚不足以明确达成 CBT 遵从性和/或胜任力所需的最低培训时长。不过，确有研究表明督导对于学习遵从规范以实践 CBTs 至关重要。CBTs 培训/督导与胜任力之间似乎存在一种剂量效应关系，即接受更多培训并进行反思性、刻意练习的受训者能够获得更高的胜任力水平。

虽然讲授式策略对于传授 CBT 知识，包括其历史、证据基础以及原理十分重要，但应用型的培训策略（例如督导、刻意练习）对于 CBT 技能培养则是必不可少的。CBT 案例督导被视为 CBT 培训中尤为必要的环节。因此，WCCBT 强烈建议受训者针对不同的案例和不同的来访群体，接受督导/咨询，且在较长时间跨度内持续接受督导。倘若受训者将服务于特定群体或特殊环境，那么针对该群体和环境的督导就是必不可少的。

WCCBT 推荐 CBT 的培训应涵盖以下内容：

- 讲授式策略，如讲座、网络研讨会和阅读；
- 体验式策略，如个案概念化活动以及角色扮演；
- 对多个（至少三个）应用 CBT 的案例进行督导，其中每个案例都接受了指定治疗的充分尝试（至少进行六次会谈）。

关于最后一点（督导），督导工作应由至少两名不同的 CBT 培训师/督导师来提供。此外，理想情况是受训者能够治疗各种不同主诉问题的来访者（例如焦虑、抑郁、创伤相关压力）。督导可采取多种形式（例如团体或个人）；但督导应当包括对受训者工作的直接观察、对其临床决策的讨论，以及对所培训的 CBT 模型的实施情况的评估。受训者应当定期获得关于其自身优势以及有待进一步提升的反馈。

3.2 评估策略

评估工作不仅应当涵盖受训者 CBT 知识的掌握度，还应当评估其在临床实践中运用 CBT 的胜任力。对遵从性和胜任力的评估应当由多位（至少两名）培训师共同完成。

WCCBT 推荐以下评估策略。

- CBT 知识评估：可以通过多项选择题测试、短篇和长篇论述题、反思报告、汇报演示以及特定主题的文献综述等方式进行；
- 案例报告、撰写个案概念化、回顾会谈记录以及朋辈督导/咨询均有助于评估运用 CBT 策略的能力；
- 然而，对受训者胜任力的评估必须包括对受训者应用 CBT 的观察（可以通过现场观察、会谈录制或者角色扮演来进行）。评估要素应当包括：建立治疗关系的技术、CBT 个案概念化、会谈结构化、多种 CBT 策略的应用、在保持精确性的前提下对

CBT 方案作适应性调整、以及调整干预措施以确保文化适应性。

- 此外，强烈建议采用标准化评分量表对受训者进行评估，可以包括经过验证的遵从性测量工具，例如认知治疗评定量表-修订版（Cognitive Therapy Rating Scale - Revised, Miller, 2022）或认知治疗量表-修订版（Cognitive Therapy Scale - Revised, James, Blackburn, & Reichelt, 2001）。所选评定量表应当与所应用的 CBT 模型以及所服务的人群相匹配。