

心理治疗核心能力系列丛书

短程心理治疗的艺术与科学 临床指南

The Art and Science of Brief Psychotherapies
A Practitioner's Guide

原 著 Mantosh J. Dewan, M.D.
Brett N. Steenbarger, Ph.D.
Roger P. Greenberg, Ph.D.

丛书主编 Glen O. Gabbard, M.D.

主 译 仇剑峯

主 审 肖泽萍

 人民卫生出版社

中国图书馆学会图书馆学分会 2011 年学术年会论文集

目录

1. 图书馆学理论	2. 图书馆学教育
3. 图书馆学实践	4. 图书馆学历史
5. 图书馆学未来	6. 图书馆学国际
7. 图书馆学其他	8. 图书馆学附录

心理治疗核心能力系列丛书

短程心理治疗的艺术与科学

临床指南

The Art and Science of Brief Psychotherapies
A Practitioner's Guide

人民卫生出版社

The Art and Science of Brief Psychotherapies: A Practitioner's Guide, by Mantosh J. Dewan, et al.

Copyright © 2004 American Psychiatric Publishing, Inc.

All rights reserved

敬告:本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读药物使用说明书,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

图书在版编目(CIP)数据

短程心理治疗的艺术与科学 临床指南/仇剑崧主译. —北京:人民卫生出版社,2010.5

ISBN 978-7-117-12678-6

I. ①短… II. ①仇… III. ①精神疗法 IV. ①R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 037607 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

图字:01-2008-4648

短程心理治疗的艺术与科学 临床指南

主 译:仇剑崧

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷:北京汇林印务有限公司

经 销:新华书店

开 本:710×1000 1/16 印张:15 字数:265 千字

版 次:2010 年 5 月第 1 版 2010 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-12678-6/R • 12679

定 价:34.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



总序

近年来,随着神经科学和精神药理学不断取得进步,一些精神科培训项目已不再强调心理治疗的教育培训,许多住院医师和教师不由地在日益强调精神疾病的生物学基础和转而将躯体治疗作为精神病学核心治疗策略的同时,却轻视了“精神、内心(mind)”可能丧失的危险,这种观念的转变在日常临床实践中表现为“分治治疗(split treatment)”,意味着精神科医师给患者看病就好像是一个简单的药物处理过程,而心理治疗则交给另一学科的精神卫生专业人员去执行,这种观念的转变已经引起了包括精神科教育者和精神科受教育者——住院医师本身相当多的关注。

心理治疗在精神科医师培训过程中的重要性近来已得到再度证实,而且,作为一项普及运动的结果,正朝着贯穿于所有医学专业建立心理治疗核心能力的方向发展。1999年,美国医学教育学分委员会和美国医学专业委员会均已认识到在医学教育中建立对资格认定的组织体系十分有必要,这一体系由6项要素构成,即对患者的护理、医学知识、人际和交流技巧、结合实际的学习和提高、专业化和系统化实践,目前也常称之为医学教育的核心能力。

这项医学教育的变革始于20年前美国教育部门所发起的一系列改革,包括学分在内的教育项目,必须发展为对结果的测评,那些与内科医师培训有关的项目无一例外。

精神病学如同所有医学专业一样,不失时机地将核心能力的观点引入到精神科,像“能力或资格”这类本身含义不清的术语在精神病学教育者中引起了热烈的讨论,这一术语是否意味着执业医师能熟练到哪怕对自己的家庭成员进行治疗也无任何犹豫呢?或者说是否意味着所学的基本知识和实际能力将能确保

医疗安全达到合理的程度？这些问题至今尚无法完全得到解决，对核心能力的基本认识应该是在今后数年内努力使其成为医学和精神病学内不同团体用于教育的合理标准之一。

2002年7月，美国精神科住院医师审核委员会明文要求所有精神科住院医师培训项目必须将6项核心能力内容在临床和教学课程中执行，如果不执行就可能在学分调查中不能被接受，这项规定也要求培训师能发展更为成熟的方法来评价住院医师在其所参加的学习项目中所获得的进步和学习能力。

在将核心能力作为精神科培训的过程中，美国精神科住院医师审核委员会认为以下5种心理治疗应首先纳入资格认定内容，即长程心理动力学心理治疗、支持性心理治疗、认知行为心理治疗、短程心理治疗和心理治疗结合药物治疗，认为对所有精神科住院医师将产生较好的专业教育结果。

许多培训项目已不得不忙于寻找具有符合这些模式教育的师资人员和教材来加强学习课程，美国精神病学出版社认为出版上述5项内容的基础教材对专业培训项目意义重大，因而在2002年，其主编 Robert Hales 先生与我约稿出版5本专著，并冠名为“心理治疗的核心能力系列”，分别由每一种心理治疗的学术带头人负责编写，每一本专著将包括治疗实践的关键原理，同时也提出评定经过培训的住院医师是否达到每一种心理治疗所要求的能力水平（更多的信息可通过 www.appi.org 来获取）。

扎实的心理治疗专业技术需要多年的临床经验，并需在熟练的专业督导和专家指导下才能获得，但为了使年轻的精神科医师在临床实践中面对各种不同的精神疾病患者应用必要的治疗手段，在住院医师阶段学会基本的专业技术还是十分必要的。

这套培训教材有助于结合传统的心理治疗教育方法的使用，包括督导、课堂教学和对不同患者的临床经验，我们相信在掌握了这5本专业教科书的内容之后，对获得心理治疗能力资格是非常重要的步骤，最终能让患者获得更具人文情感的医疗和护理。

Glen O. Gabbard, M. D., 系列丛书主编

布朗精神分析基金会主席

贝勒医学院贝勒精神科诊所主任、精神病学和行为科学系精神病学教授

休斯敦，得克萨斯



编者名单

Donald H. Baucom, Ph.D.

Professor and Director, Department of Psychology, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina

Judith S. Beck, Ph.D.

Clinical Associate Professor of Psychology in Psychiatry, University of Pennsylvania; and Director, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Philadelphia, Pennsylvania

Bernard Beitman, M.D.

Professor and Chair, Department of Psychiatry and Neurology, University of Missouri, Columbia, Missouri

Peter J. Bieling, Ph.D.

Assistant Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Donald A. Bux Jr., Ph.D.

Research Associate, National Center on Addiction and Substance Abuse, Columbia University, New York, New York

Mantosh J. Dewan, M.D.

Professor and Chair, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, State University of New York, Upstate Medical University, Syracuse, New York

Rubén J. Echemendía, Ph.D.

Director, The Psychological Clinic, Department of Psychology, Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania

Norman B. Epstein, Ph.D.

Professor, Department of Family Studies, University of Maryland, College Park, Maryland

Edna B. Foa, Ph.D.

Professor and Director, Center for the Treatment and Study of Anxiety, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Roger P. Greenberg, Ph.D.

Professor and Head, Psychology Division, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, State University of New York, Upstate Medical University, Syracuse, New York

Elizabeth A. Hembree, Ph.D.

Assistant Professor, Center for the Treatment and Study of Anxiety, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Hanna Levenson, Ph.D.

Director, Levenson Institute for Training; and Director, Brief Psychotherapy Program, Department of Psychiatry, California Pacific Medical Center, San Francisco, California

John Manring, M.D.

Associate Professor and Director, Residency Training Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, State University of New York, Upstate Medical University, Syracuse, New York

Joël Núñez, Ph.D.

Graduate student, Department of Psychology, Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania

Deborah Roth, Ph.D.

Assistant Professor, Center for the Treatment and Study of Anxiety, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Brett N. Steenbarger, Ph.D.

Associate Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences,
State University of New York, Upstate Medical University, Syracuse,
New York

Scott Stuart, M.D.

Associate Professor and Co-Director, Iowa Depression and Clinical Re-
search Center, Department of Psychiatry, University of Iowa, Iowa City,
Iowa

Laura J. Sullivan, M.A.

Graduate student, Department of Psychology, University of North Caro-
lina, Chapel Hill, North Carolina



目 录

1. 引言	1
-------------	---

第一部分

6 种核心的短程心理治疗

2. 认知治疗;理论和实践介绍	11
3. 短程行为治疗	40
4. 焦点解决短程治疗;做有用的事	66
5. 短程人际心理治疗	94
6. 限时动力性心理治疗;分析与干预	123
7. 短程夫妻治疗	147

第二部分

特殊主题

8. 成功心理治疗的基本要素;共同因素的作用	179
9. 多种文化背景下的短程治疗	188
10. 短程治疗合并药物治疗	198

11. 评估短程治疗的能力	204
---------------------	-----

第三部分

回顾和综合

12. 短程治疗:回顾和综合	215
----------------------	-----



引 言

Brett N. Steenbarger, Ph. D.

Roger P. Greenberg, Ph. D.

Mantosh J. Dewan, M. D.

有近十多年,我们一直在给精神科住院医师以及轮转的临床心理学博士进行短程心理治疗的教学和督导。在整个那段时间中,我们意识到缺乏一本可以用来指导成长中的临床实践者学习短程治疗核心概念和技术的书籍。这一必要性直接促成了撰写此书的想法,因此我们决定倾注努力来弥补这一空白。本书中,你将学习 6 种短程心理治疗的方法以及与临床运用相关的问题,而这 6 种治疗被公认为易于传授和学习。我们的目标决非单纯地编写这些治疗方法本身,而是希望本书能够提供给你短程治疗作为一个整体的操作感,亦即它的科学性和艺术性。

有很多次,我们听到精神卫生专业的被培训者提出这样的要求:他们已经知道理论,需要的是如何在治疗室中进行操作的指导。因此对于本书作者,我们要求他们给出的是实操的指南。我们不仅要求本书是一本关于短程治疗的书籍,更要求能够指导短程心理治疗的临床操作。这意味着本书的目标有别于许多其他书籍,本书既没有打算复习短程治疗的所有文献,也不会覆盖到当今所有

短程治疗的流派。我们挑选深入短程治疗临床一线教学和培训的专家作为本书作者,恰如其分地满足了读者对他们自身实践心理治疗临床一手知识的需要。在本书心理治疗方法的选择中,我们纳入了不同的治疗模式,强调这些治疗方法具备循证研究的支持,并且是真正能够被学习的。本书中各种心理治疗的出现次序,直接参照了我们在纽约 Syracuse 的 Upstate 医学院精神病学和行为科学系已经开展了十余年的短程心理治疗教学课程:认知治疗、行为治疗、焦点解决短程治疗、人际心理治疗、限时动力性治疗和夫妻治疗。作为老师,我们的经验是从较为结构化的治疗起步对初学者会非常有益,并能增强其信心。一旦当他们内化了这些结构,他们便感到做好了脱离手册的准备,在更为流动性的动力学和夫妻治疗中作出即兴技术的发挥。总体上,本书中的治疗方法提供了极为宝贵的工具,以解决私人开业、临床诊所和医院机构中所遇到的最为常见的问题。

我们相信本书作者非常好地呈现了短程心理治疗的实际操作,而不仅仅是对指南的本能性运用。本书编辑的任务是补充每个章节中实践操作背后的共同主题,提供读者以自身实践将操作的原理和技术相结合。无论你是一个希望学习短程心理治疗的新手,或者是一个希望自我拓展的有经验的临床工作者,我们相信你一定可以在本书中找到极好的起点。

为什么是短程心理治疗?

历史上,心理治疗师从来没有像现在这样,被要求以如此快的速度完成如此多的任务。社区门诊、咨询中心、医院,尤其是投保人紧缩的经济条件使得大部分心理治疗发生转变并更具有目的性。事实上,调查显示超过 3/4 的治疗师进行的是有计划的短程治疗,并且他们临床工作时间中的 40% 是短程治疗(Levenson, 1995)。病人有限的时间和状况使得许多治疗变为短程。其实,即便心理治疗的次数不受医疗和保险政策的限制,病人实际治疗的总次数也已经下降到通常认定的短程治疗范围(Steenbarger 和 Budman, 1998)¹。因此如果你的临床工作涉及心理治疗,那几乎一定会用到短程治疗。

短程治疗理论和技术的发展当然还有一些其他的原因。最重要的是短程治疗被证实对于一系列情绪障碍的治疗是有效的(Barlow, 2001; Dewan 和 Pies, 2001; Koss 和 Shiang, 1994; Steenbarger, 1992),而且短程治疗不仅在治疗症状和功能失调上具有和药物相当的疗效,同时它也以相应的方式改变大脑功能。

¹ 鉴于人们同时在医疗和非医疗机构中寻求治疗的事实,在本章中病人(患者)和咨客的称呼可以相互替代

强迫症的行为治疗和抑郁症的人际心理治疗已经证实了这一点(Baxter 等, 1992; Brody 等, 2001)。虽然改变的轨迹取决于许多因素, 包括结果评估方法, 但明确的是, 短程治疗可以成功地治疗许多适应、焦虑、心境和关系问题(Steenbarger, 1994)。就像一些作者所观察到的, 心理治疗大部分的研究结果来之于短程治疗, 它们使得大部分的文献成为短程治疗的研究结果。

第三, 同时也是促使我个人学习短程心理治疗的原因, 它开启了崭新的机会, 以富有创造性和有效的方法帮助个人和夫妻。文献中另一个常见的主题是关于短程治疗中治疗师的角色。当干预时间缩短时, 治疗师被预设以更实际、主动的立场促成改变, 而这时常要求治疗师重新组织问题, 创造治疗性的体验, 布置家庭作业, 传授应对技巧。许多被培训者告诉我们, 他们发现这样的训练特别富有成效, 即挑战他们充分利用每一节的治疗, 以新的策略解除病人的问题模式, 以全新的积极方式取而代之。短程治疗师通常会整合许多种治疗方式, 包括认知、行为、策略式的, 而方法的整合是为了迎接每天的挑战, 即帮助人们改变他们的生活。

什么是短程心理治疗?

定义短程心理治疗就如同实际操作它一样困难。行为治疗的简短, 如通常在 10 次治疗以内, 并不代表认知重建治疗也一样短程, 它时常需要 10~20 次的治疗时间。更令人困惑的是, 我们发现短程动力性治疗通常在 20 次以上, 而焦点解决治疗只需 3 次甚至更少。健康维持组织(Health maintenance organization)的条文规定, 精神卫生服务性质的门诊病人, 其心理治疗次数 1 年不超过 20 次。有了这样的规定, 是否将所有心理治疗都变成了短程治疗?

更为矛盾的是, 当治疗间断进行, 治疗的间隙被延长, 使得病人有时间演练技术和巩固发生的改变, 对短程治疗师而言, 总共不到 10 次的治疗时常会扩展到需要 12 个月来完成。那么这算作是短程还是长程治疗?

由于上述这些原因, 对短程的界定更应该依据治疗师的意图, 而不是治疗的绝对次数。治疗师的意图中应包括以下几个元素:

- 计划——短程的治疗是计划性的, 而不是由错误导致的(Budman 和 Gurman, 1988), 有计划的策略加快了改变的发生。
- 效率——短程治疗师的目标是时效性, 即达到一系列目标的效率(Budman, 1994)。20 次的人格障碍治疗可能比 10 次的适应问题治疗更有时效性。
- 聚焦——治疗师和咨客追求短时间内特定的改变, 而不是广泛的人格改变。治疗师有责任集中于焦点, 并确保这是双方共同的目标。
- 病人选择——正如我们在本书后面章节中所看到的, 短程治疗并不适用

于所有的病人和疾病,治疗师有责任在治疗开始前筛选合适的病人。

简而言之,当时间确实成为治疗计划中需要考虑的因素时,那么治疗就落入了短程治疗的范围,治疗师将承担更为主动的激发性以及促成改变的角色。治疗师的意图和方向决定了治疗的短程,而不是治疗时间的限制。

什么时候适用短程心理治疗?

回顾临床操作和研究,短程心理治疗具有如下一些潜在的适应证和禁忌证:

1. 问题的持续时间 当问题成为慢性时,它是过度习得的结果,通常需要更长时间的干预,而不像新近形成的或情境性的问题。

2. 人际关系史 如果要求治疗具有时效性,那么治疗师和病人之间就必须迅速建立联盟。而如果咨客的人际关系史中存在明显的虐待、忽略或暴力经历,那么将要花费较多的治疗时间建立足够的信任,使得病人能够进行暴露。

3. 问题的严重程度 严重的疾病往往干扰到咨客生活的许多方面,同时疾病的严重程度也将影响到个体在治疗间隙中积极主动运用治疗性策略的能力,而这是咨客发生改变的关键因素。

4. 复杂性 一个非常复杂的问题,即病人的症状表现丰富,这时常要求干预是广泛性的,而不是问题聚焦的。例如,进食障碍的咨客可能伴有药物滥用、酒依赖和抑郁问题。通常这样复杂的问题需要联合治疗——心理治疗和精神药物治疗——来处理问题的不同部分,因此治疗时间会延长。

5. 理解 短程治疗对于对自己问题了解清晰、治疗动机强烈的病人最为适合。当病人没有做好改变的准备(Prochaska 等,1994)、加入治疗却否认改变的需要、对他们需要作出的改变不清楚或者对改变感到矛盾,这些病人在开始全身心投入注重行动的短程治疗之前,需要花费许多时间进行探索治疗及自我发现。

6. 社会支持 许多咨客加入治疗不仅是为了改变其个人和人际关系生活,同时也希望获得持续的社会支持。缺乏社交技巧而社会孤立以及(或)害怕拒绝和被抛弃的病人尤其如此。虽然社会支持是必须的,它也是心理治疗的合理结果,但如果是一个需要广泛大量社会支持的情况,高度简练的短程治疗可能不合适。事实上,对人际丧失特别敏感的咨客可能难以承受工作联盟的迅速解散。

这6条标准,缩写成 DISCUS,对短程治疗初学者具有启发作用。存在上述标准中任何一个单一因素,并不能完全排除短程治疗的可能性,而病人时常需要的是与短程治疗技术相关联的长程干预。如果咨客完全符合 DISCUS 标准,则可以肯定的是,高度精简式的治疗将增加未来复发的危险性(Steenbarger,1994)。

正如前所述,短程治疗的策略可以用于慢性疾病人群,甚至成为其长程干预的一部分。感谢认知行为治疗对人格障碍的探索性工作(Linehan 等,2001),相对于单一方法的长程治疗,人们对于运用目标取向的短程干预治疗慢性、复杂和严重疾病的兴趣与日俱增。例如,在 Linehan 的工作中,先给予技能训练以减少自杀行为以及影响治疗和生活质量的行为,之后是以暴露为基础的训练以减少创伤后应激,以及解决生活问题和提升个人自尊的认知治疗。将具有不同目标的短程治疗整合,而其中的每种治疗着力解决疾病的某一方面,这样即便是对于最具挑战性的病人,短程治疗也能够成为非常有用的治疗。

短程治疗需要医患双方的高度投入,因此有必要评估病人对这种即刻倾注努力以发生改变的治疗所具备的能力和愿望。许多短程治疗要求病人重新体验他们的问题,甚至是排练应对技巧,这可能会超出病人能够或愿意承受的范围。为了评估病人是否适合接受主动的短程治疗,可以给病人布置一个初始的实验性练习和(或)家庭作业。而能否成功并乐观地完成治疗中的试验或家庭作业,是病人今后能够依从短程治疗要求的极好的预测指标。

短程心理治疗中最简洁的治疗——焦点解决和行为治疗——常用于适应、焦虑、哀伤和关系冲突问题的治疗。至于长期及影响广泛的问题——抑郁症和进食障碍,通常是以短程治疗中的长程流派技术来治疗,如认知重构和短程动力性治疗。当短程治疗用于最为慢性和严重的疾病时,包括人格障碍,他们常常是长程治疗和康复计划中的组成部分。事实是,虽然短程治疗不能解决所有的问题,但却在所有疾病的治疗中都具有其价值。

什么使短程治疗成为短程?

本书中的一个重要主题,也就是在第 12 章中所讨论的,短程治疗的简洁性来源于它浓缩了心理治疗中促成改变的元素(Steenbarger,1992;Steenbarger 和 Budman,1998)。换言之,短程治疗并非完全不同于长程开放性治疗,就好比快棋的下法其实是脱胎于它传统的方法。当然,对治疗师来说,从事短程治疗的感觉有别于长程治疗,非常类似于在跑道中驾驶赛车和在露天高速上开车的差异。

为了加速改变过程,也许治疗师要从思想上作出的最大转变是,力图承担起在短期内作出改变的责任。短程治疗缩减用于分析与当前问题相关的阻抗和过去生活史的时间,通过增强治疗联盟,制定能被病人接受的治疗措施和目标来积极回避阻抗。并且一旦对治疗的方法和结束达成共识,短程心理治疗师便会主动切入病人的旧模式,引入新方法进行打断和改善。更为重要的是,非指导性短程治疗是一种矛盾性干预,而最好的话,短程治疗应如同协同驾驶,咨客和治疗师以积极方式共同探索变化。

如果短程心理治疗确实如之前所说,将所有被证实有效的心理治疗中的改变过程进行浓缩²,那么接下来我们要问的第一个问题是,“人们在治疗中如何发生改变?”

我们发现了改变过程的图式,它们来自心理治疗过程和结果研究的文献,对学习短程心理治疗特别有帮助(Steenbarger, 1992; Steenbarger 和 Budman, 1998)。这一图式强调治疗性改变的3个阶段:

1. 投入 这一开放的治疗阶段在于发展治疗师和病人之间良好的工作联盟,讨论咨客问题和治疗师收集信息,探查病人存在问题中的模式,以及建立针对问题的治疗计划。

2. 差异 治疗就如同下棋,开始是从周围布局,以使得中盘运行更自由。在治疗中期,咨客日常生活中和(或)治疗中呈现的适应不良模式成为改变的焦点。治疗师协助咨客发现不同于适应不良模式的新的、建设性的思考和行为方式,鼓励他们探索及进行可能的调试。

3. 巩固 一旦咨客发现了他或她的适应不良模式,发现了崭新的、区别于旧有模式的思考、情感和交互作用,治疗的目标就变成了对新模式的巩固,即对日常生活以及治疗室情境中获得的新的内省力、技巧和经验进行反复运用。在“修通”旧模式,发现建设性的替代方法过程中,病人能够内化和维持一个新的行为、人际和情感方式。

当我们阅读第12章,不同治疗方法的独特性在于它们对这3个阶段的操作不同。有的更注重现在,而其他的更注重过去和现在。有的强调改变的发生立足于与治疗师的交流,有的强调治疗以外的经验。有的制定的治疗目标比较宽泛,有的则目的性更强,更为聚焦。

识别所有治疗之下的共同过程,能帮助我们理解短程治疗师如何将治疗变得简洁。短程治疗还利用了以下事实,情感性情境中的学习比日常生活经验中的学习效果更持久(Greenberg 等, 1993)。通过主动唤起问题模式,短程治疗师使咨客感到痛苦,并突出他们的情感体验。在这样的情境之下,个体更愿意尝试新的思考、情感、行为以及与其他相关的新方式。事实上,我们认为短程治疗的不同流派代表的是殊途同归:非寻常觉知状态下的加速学习过程(Steenbarger, 2002)。

这一分析有助于解释为什么短程治疗对有些咨客不适合,即有退行危险以及面对应激失代偿的个体不能承受对于短程治疗来说关键性的症状聚焦。他们可能需要支持性的干预来构筑防御,而不是挑战已有的问题。仔细回顾治疗的开始有助于区分哪些咨客能够从痛苦性的挑战中获益,而哪些咨客需要从痛苦

2 我们更加认为治疗本身是每天所遇到的改变过程的浓缩