

心理治疗核心能力系列丛书

# 学习认知行为治疗 图解指南

---

Learning Cognitive-Behavior Therapy  
An Illustrated Guide

---

原 著 Jesse H. Wright, M.D., Ph.D.  
Monica R. Basco, Ph.D.  
Michael E. Thase, M.D.

丛书主编 Glen O. Gabbard, M.D.

主 译 武睿艳 张新凯

主 审 肖泽萍

 人民卫生出版社

---

論經濟學之基礎

---

心理治疗核心能力系列丛书

# 学习认知行为治疗

## 图解指南

---

Learning Cognitive-Behavior Therapy  
An Illustrated Guide

---

人民卫生出版社

Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide.  
Copyright © 2006 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件与损失负责。

### 图书在版编目(CIP)数据

学习认知行为治疗图解指南/(美)怀特著;武春艳等主译.  
—北京:人民卫生出版社,2010.6  
(心理治疗核心能力系列丛书)  
ISBN 978-7-117-12727-1

I. ①学… II. ①怀…②武… III. ①认知-行为治疗  
IV. ①R749.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 085670 号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	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:01-2008-4647

## 学习认知行为治疗 图解指南

主 译:武春艳 张新凯

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](mailto: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:14

字 数:251 千字

版 次:2010 年 6 月第 1 版 2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-12727-1/R·12728

定 价:32.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto: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的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](http://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**



# 引言

认知行为治疗(cognitive-behavioral therapy, CBT)自从20世纪50年代问世以来,其使用和影响一直在稳定地扩大。大量临床对照研究显示,在治疗抑郁障碍、焦虑障碍以及一系列其他病状方面,认知行为治疗是一种非常有效的治疗方法。另外,近期的研究已经表明在对患有难治性抑郁症、双相障碍以及精神分裂症等严重精神疾病的患者给予药物治疗的过程中,辅助进行认知行为治疗可以增加其疗效。这些发现,再加上这种疗法有聚焦、讲求实际以及高度协作性等优点,使得人们对学习如何实施认知行为治疗的兴趣越来越浓厚。

由于认知行为治疗已经被纳入了精神科住院医师为了证明其治疗能力而必须掌握的治疗方法,因此对于认知-行为疗法方面的有效培训就得到更进一步的动力。当本书的主要作者J. H. W. 自20世纪80年代开始向住院医师、研究生以及执业门诊医生等教授认知行为治疗时,这种疗法被看成是一种辅助性的或专科的治疗。而今天,认知行为治疗已经得到了广泛的认可,被视为治疗精神疾病的一种核心组织理论和方法。在心理学研究生培训以及其他心理健康职业人士的教育中,认知行为治疗课程已经成为精神科住院医师资格教学大纲的标准课程。在美国精神病学协会、美国心理协会以及其他组织的会议上充斥着为执业门诊医师安排的各种医疗继续教育课程。

我们写这本书的目的是为学习认知行为治疗的基本技能提供一个方便使用的指南,并帮助各位读者掌握这种治疗方法。在本书的开始,我们会追溯认知行为治疗的起源并概述认知行为治疗的核心理论和技术。接下来我们会对认知行为治疗中的治疗关系加以描述。说明如何运用认知行为治疗模型对个案加以概念化,并对组织治疗过程的各种方式详加描述。本书中间部分的各章节描述了

各种病状和行为,如果你理解了认知行为治疗的这些基本特点,你就已经打下了一个坚实的基础,可以进一步学习那些改变病状和行为的具体程序了(例如,修正自动思维的各种方法;治疗低能量、兴趣缺失和回避的各种行为策略;以及修正各种适应不良的错误信念的各种干预措施)。《学习认知行为治疗——图解指南》的最后三章旨在帮助你掌握先进的技术,诸如克服施治中的各种障碍,治疗形形色色的病状以继续积累认知行为治疗方面的知识和经验。

我们发现,掌握认知行为治疗精髓的最好方法是将读物和教学课程与目睹所进行的治疗相结合,我们可以通过录像、角色扮演和观察实际治疗过程等方式做到这一点。下一步是在患者身上实践这些方法。当然,最好是能在一位训练有素的认知行为治疗师的认真督导之下进行这些实践。本书的内容安排是要帮助你以这三种主要的方式学习认知行为治疗:阅读、观察和实践,本书还提供多种学习体验,有助于你发展运用认知行为技术的技能。

当我们在描述示例中所运用的各病史时,我们的陈述仿佛是真实的病例。实际上,这些病例只是以临床医生治疗有类似问题的患者的各种经验为基础而作出的模拟。我们在整本书中遵循这样的惯例,对这些患者的描述就如同他们真实存在一样。这是因为这种交流方式为我们写作和阅读案例材料提供了方便。在使用案例资料时,我们会更改性别、背景信息以及其他信息,以便保护我和同事们所治疗的患者的身份。另外,当我们不是在说明某个特定案例时,为了避免“他或她”这样累赘的用语,我们可能会在表示不同性别的两个人称代词中随便选取一个。

认知行为治疗的实施可以通过使用工作记录表、清单、思维记录和其他书写练习来提高。因此,我们也在书中为你列出了这样一些有用的表格,以便你在计划和实施认知行为治疗的过程中使用。有关案例举例列于正文和附件1“工作记录表和清单”之中。附件1可以从美国精神病学出版物网站 <http://www.appi.org/pdf/wright> 下载,只是其格式较大一些。

美国精神科住院医师培训督导协会(AADPRT)规定了执行认知行为治疗的各项具体技能。第11章“培养认知行为治疗的能力”中对这些技能进行了讨论。但是,我们并没有选择围绕这些技能组织本书的编写,这是因为我们希望编写的指南能够服务于更广大范围的读者,包括来自多个学科的临床医生和培训师。尽管如此,本书还提供了背景信息和习题,这些背景信息和练习题应当能够帮助精神科住院医师和其他人掌握AADPRT能力中所规定的技能。

感谢我们的许多老师和同事,《学习认知行为治疗》一书中融入了他们的许多观点。书中所描述的概念是许多研究者和临床医生们专注工作的成果,他们为认知行为治疗知识库增添了许多内容。我们的各位学生,作为认知行为治疗的教育者也在我们的发展中起到很大的作用。本书是我们在路易斯维尔大学、



得克萨斯州西南医学中心大学以及匹兹堡大学所教授课程及我们在专业机构会议中的工作坊演讲内容的产物。从学生和同事那里得到的反馈和建议促进了我们在许多方面的积极思考。

成为一个训练有素的认知行为治疗师的学习过程会令人非常兴奋并富有成果。阅读关于认知行为治疗的丰富历史有助于将你的治疗干预措施定位于一个更为宽广的心理学、科学和文化的框架。学习构建认知行为方法的理论有助于扩大你对精神疾病的心理学理解，并能为心理治疗的实践提供有价值的指南。学习认知行为治疗方法能够为解决一系列宽泛的临床问题提供实用的、经验性的检验工具。

我们希望，在你学习认知行为治疗的过程中，本书能成为你的一位有价值的伙伴。

**Jesse H. Wright, M. D. , Ph. D.**

**Monica R. Basco, Ph. D.**

**Michael E. Thase, M. D.**



# 目 录

引言 .....	i
1 认知行为治疗的基本原则 .....	1
学习练习 1-1 识别自动思维:一个三栏的思想记录 .....	7
2 治疗关系:合作经验疗法的运用 .....	23
3 评估与案例解析组成 .....	36
学习练习 3-1 认知行为治疗解析工作记录表 .....	46
4 制订治疗结构与教育方案 .....	51
学习练习 4-1 制订认知行为治疗结构 .....	62
学习练习 4-2 认知行为治疗中的心理健康教育 .....	65
5 处理自动思维 .....	69
学习练习 5-1 识别自动思维 .....	75
学习练习 5-2 使用思维改变记录 .....	79
学习练习 5-3 苏格拉底式询问及引出合理选择 .....	82
学习练习 5-4 验证,去灾难化,重归因 .....	87
学习练习 5-5 认知演练和应对卡片 .....	90
6 行为学方法 I:增加能量、完成任务和解决问题 .....	92
学习练习 6-1 活动时间安排表 .....	101
学习练习 6-2 完成任务 .....	106
7 行为学方法 II:降低焦虑及打破回避模式 .....	115
学习练习 7-1 放松训练 .....	121
学习练习 7-2 呼吸再训练 .....	123

学习练习 7-3 暴露治疗 .....	127
8 矫正图式 .....	130
学习练习 8-1 核心信念的询问方法 .....	135
学习练习 8-2 在自动思维模式中发现图式 .....	136
学习练习 8-3 制订思维图式清单 .....	139
学习练习 8-4 形成个人的思维图式清单 .....	140
学习练习 8-5 找出既有优点又有缺点的图式 .....	144
学习练习 8-6 矫正图式 .....	149
9 常见问题和缺陷:从治疗的挑战中学习.....	152
10 治疗慢性、严重或复杂性精神障碍 .....	165
11 培养认知行为治疗的能力.....	186
学习练习 11-1 认知行为治疗能力的自我评估 .....	188
学习练习 11-2 使用认知治疗量表 .....	190
学习练习 11-3 使用认知解析评定量表 .....	190
附录 1 工作表和清单 .....	198
附录 2 认知行为治疗资料 .....	209



# 1

## 认知行为治疗的基本原则

**认**知行为治疗(cognitive-behavioral therapy, CBT)的临床实践是以一套发展成熟的理论为基础的,这些理论被用于制订治疗计划并指导治疗师的行动。作为开篇,本章聚焦于解释这些核心概念并说明基本的认知行为模型是如何影响具体技术的开发的。一开始,我们将简要回顾一下认知行为治疗的历史背景。认知行为治疗的基本原则可以追溯到最早出现于几千年前的一些观点。

### 认知行为治疗的起源

认知行为治疗是一种来自于常识的方法,它以两条核心原则为基础:①我们的认知对情绪和行为具有控制性的影响;②我们的行为能够强烈影响思维模式和情绪。在认知行为治疗问世的两千年前,斯多葛派哲学家埃皮克提图、西赛罗、塞涅卡及其他人已经认识到了这一观点中的认知性元素(Beck 等,1979)。例如,希腊斯多葛派哲学家埃皮克提图在《指南》中写道:“扰乱人心思的不是那已经发生了的事情,而是关于这些事情的看法”(Epictetus 1991)。另外,在东方哲学传统譬如道教和佛教中,认知被看成是决定人类行为的一种主要的力量(Beck 等,1979;Campos 2002)。

形成一种健康的思维方式就能够降低应激或产生更多的幸福感,这种观点是许多文化中代代相传的一个共同主题。古代波斯哲学家琐罗亚斯德的学说建立在三个主要支柱之上:好好思想、好好做事、好好说话。美国的开国者之一本杰明·富兰克林就培养积极的心态有很多著述,他相信积极的心态能够对行为

产生有利影响(Isaacson 2003)。在 19 世纪和 20 世纪欧洲哲学家们(包括康德、海德格尔、雅斯帕斯以及富兰克)继续发展了这样一个观点:有意识的认知过程在人类的存在中起着基础性的作用(D. A. Clark 等,1999;Wright 等,2003)。例如,富兰克(1992)令人颇为信服地论证说,在生活中找到一种意义感有助于解除绝望和幻灭感。

贝克是就情绪性失调运用认知和行为干预形成完整理论和方法的第一人(Beck 1963,1964)。虽然贝克没有使用精神分析的概念,但他注意到他的理论受到几位后弗洛伊德分析师如阿德勒、霍妮、沙利文等人著作的影响。他们对于被歪曲的自我形象的聚焦预示了更为系统化的认知行为方法设计和人格结构的形成(D. A. Clark 等,1999)。凯利(1955)的个人建构(核心信念或自我图式)理论以及埃利斯的理性-情绪疗法也对认知行为理论和方法的发展有所贡献(D. A. Clark 等,1999;Raimy 1975)。

贝克的早期观点是以在抑郁和焦虑障碍中适应不良性信息加工的作用为中心的。在 20 世纪 60 年代早期发表的一系列论文中,他描述了一种抑郁的认知性概念化,在这个过程中各种症状在三个领域中与一种消极思维方式相联系,这三个领域是:自我、世界和未来(被称为“消极认知性铁三角”;Beck 1963,1964)。贝克提出了以认知为导向的疗法,其目的是扭转不良功能认知和相关的行为,这种疗法后来经过大量研究的证实(Butler 和 Beck 2000;Dobson 1989;Wright 等,2003)。理论和方法由贝克和其他许多贡献者勾画成的认知行为模型已被运用在了相当广泛的大量病症,包括抑郁、焦虑障碍、进食障碍、精神分裂症、双相障碍、慢性疼痛、人格障碍以及药物滥用。针对各种各样的精神障碍的认知行为治疗进行的对照研究已经超过了 300 项(Butler 和 Beck 2000)。

认知行为治疗模型中的行为要素开始于 20 世纪 50 年代和 60 年代,当时的临床研究者开始运用巴甫洛夫、斯金纳和其他实验行为主义者的观点(Rachman 1997)。在开拓诸如脱敏作用(逐级接触害怕的物体或情境)以及放松训练,沃尔普(1958)和埃森克(1966)是先驱者。在心理治疗中运用行为主义原则的许多早期方法,只是非常有限地关注了精神疾病过程中所涉及的认知过程。相反这些方法的焦点在于以强化物形成可测量的行为并通过暴露规则约定来消除恐惧的反应。

随着行为疗法研究的扩大,许多卓越的调查者如迈肯鲍姆(1977)、卢因森和合作者(1985)开始将认知理论和策略运用于他们的治疗计划之中。他们认为,认知的观点在行为干预中加深了上下文联系、深度和理解。另外,贝克在他工作的一开始就主张纳入行为方法,因为他认识到这些工具对于减轻症状是有效的,也因为他将认知和行为之间的亲密关系加以概念化。自 20 世纪 60 年代以来,

在心理治疗中逐渐出现了认知模式和行为模式的结合。尽管仍然有一些纯化论者主张单独运用认知方法或行为方法的好处,但大多数以实用主义为导向的治疗师认为不管是在理论上还是在实践上,认知方法和行为方法都是一对有效的伙伴。

对认知和行为理论相融合的一个良好的说明见于克拉克(1986;D. M. Clark等,1994)和巴勒(Barlow和Cerny 1988;Barlow等,1989)关于惊恐障碍治疗计划的著作。他们通过观察发现,患有惊恐障碍的患者通常会有一组认知症状(例如对于不幸事件或失控的灾难性恐惧)和行为症状(例如逃跑或回避)。广泛的研究已经证明,行为方法(包括呼吸训练、放松以及暴露疗法)与认知技术(用于修正害怕的症状)相结合的方法是非常有效的(Barlow等,1989;D. M. Clark等,1994;Wright等,2003)。

## 认知行为模型

认知行为模型的主要要素见图 1-1 所示。在这一模型中认知加工起着核心的作用,因为人类总是不断地对发生在周围环境中 and 发生在自己身上的行为的重要性进行评价(例如,产生压力的事件、他人的反馈或无反馈、对过去事件的回忆、待完成任务以及身体感觉),并且认知常常与情绪性反应联系在一起。例如,理查德患有社交焦虑障碍,他在准备参加一个邻里之间聚会的时候产生了这样的想法:“我不知道到时候该说些什么……所有的人都知道我神经紧张……我看起来就像是一个不合时宜的人……我会紧张得要死并想马上离开。”由这些适应不良的认知所引起的各种情绪和生理反应是可以预测的:严重焦虑、身体紧张以及自动唤醒。他开始流汗,感到他的胃里面有一些“蝴蝶”,口干舌燥。他的行为反应也出现问题。他不是面对情境并想办法掌握控制社交情境的一些技能,而是打电话给聚会的主办人说他得了流感。

对害怕情境的回避加强了理查德的消极思维并且变成思维、情绪以及行为恶性循环的一部分,这种恶性循环加深了他的社交焦虑问题,他认为自己无能力并脆弱的信念被加强。然后这些使他害怕的认知又增强了他情绪上的不适感,这就使得他更不可能参加社交活动了。理查德的认知、情绪和行为被图示于图1-2。

在治疗像理查德这样的患者时,认知行为治疗师可以采用多种不同的方法,以基本认知行为治疗模型中所认定的全部三个区域为目标:认知、情绪和行为。例如,治疗师可以让理查德学会如何认清并改变那些忧心忡忡的思维,运用放松或意象来减少焦虑情绪,或执行一个按步骤进行的分级系统以打破回避的模式并建立社交技巧。

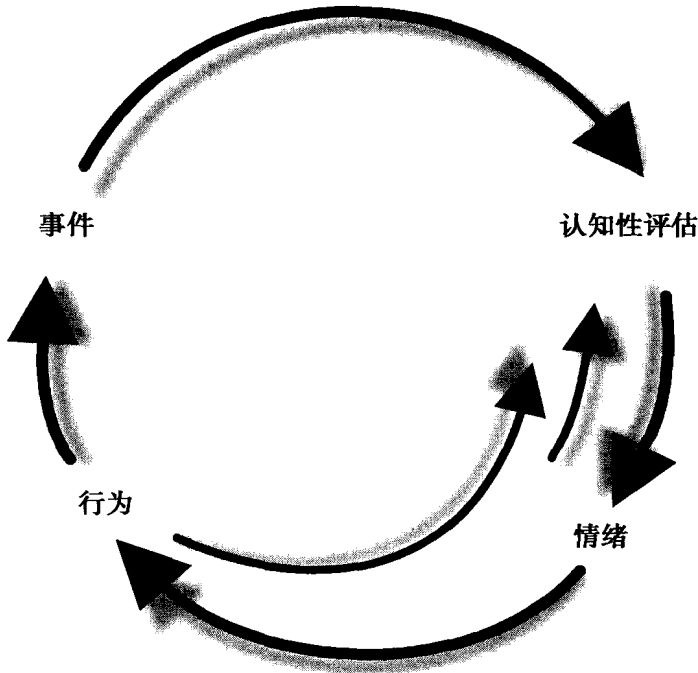


图 1-1 基本认知行为模型

在进一步详细说明认知行为治疗的理论和方法之前,我们想要解释一下图 1-1 中所描述的模型是如何被运用于临床实践的,以及它是如何与更广泛的病因学的概念和精神疾病治疗相联系的。这一基本的认知行为治疗模型是用来帮助临床医师对临床问题加以概念化并实现具体认知行为治疗方法的一个构念。作为一个工作模型,人们有意对它加以简化以把临床医生的注意力直接指向思想、情绪和行为之间的关系并指导治疗干预。

认知行为治疗师还认识到,在生物性过程(如基因、神经递质功能、大脑结构以及各神经内分泌系统)、环境影响、人际影响和认知行为因素在神经失调的起源和治疗之间存在着复杂的影响(Wright 2004; Wright 和 Thase 1992)。认知行为治疗模型假定认知和行为性的改变是通过生物性过程来加以调节的,并且神经药物治疗和其他生物性治疗影响认知(Wright 等,2003)。近期的研究支持了这一观点。

在一项研究中,正电子发射体层摄影(PET)在对使用西酞普兰或认知行为疗法治疗社交恐惧症的患者身上揭示了类似的发现(与面对威胁时的反应相联系的是一些大脑区域中减少的局部大脑血流)(Furmark 等,2002)。在另一项研究中发现,在使用行为方法或氟西汀治疗强迫症的患者中,PET 上的

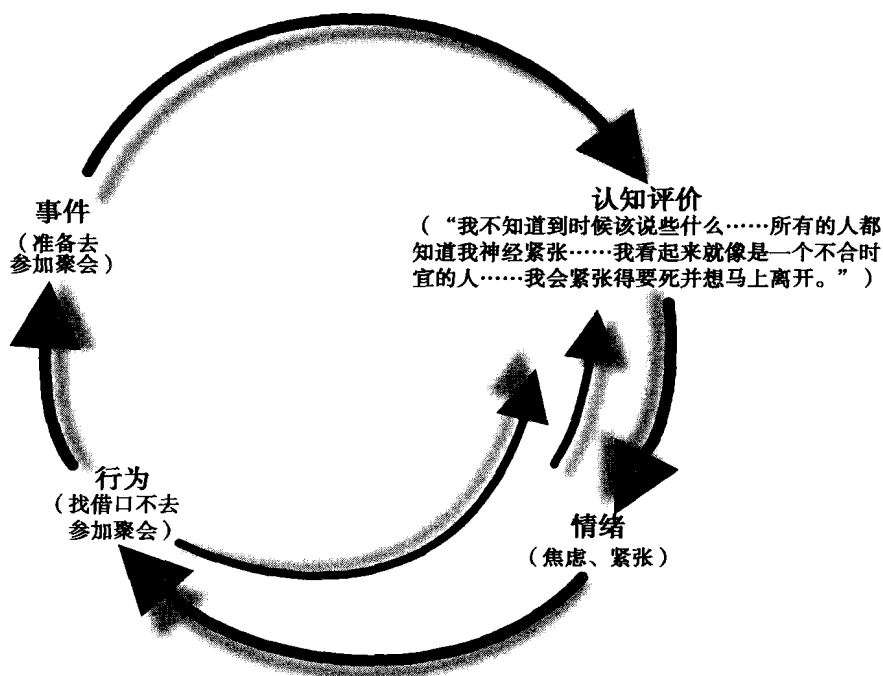


图 1-2 基本认知行为模型:一个患有社交恐惧的患者例子

眶额皮质代谢正常化与病情的改善程度相关(Schwartz 等,1996)。一项关于用认知行为疗法治疗抑郁的生物学效果的研究发现,对认知行为疗法治疗抑郁的生物学效果的一项研究发现了在边缘系统刺激之前的皮质活化作用(Goldapple 等,2004)。这些发现表明生物的和认知的干预可以影响精神疾病的治疗。

对药物治疗和心理治疗相结合的研究进一步支持了在实施认知行为治疗模型时考虑生物性影响的观点。认知行为治疗与药物治疗相结合可以改善疗效,特别是对长期的或阻抗治疗的抑郁、精神分裂症和双相障碍等严重病情时尤其明显(Keller 等,2000;Lam 等,2003;Rector 和 Beck 2001;Wright 2004)。但是,诸如阿普唑仑这样的高效能的苯二氮草类可能会损害认知行为治疗的治疗效果(Marks 等,1993)。

为了给治疗提供一个整体的方向,我们强烈推荐使用综合的、全面的治疗方案,治疗方案中应当包括认知行为、生物、社会和人际关系等方面的考虑。关于如何开发出多侧面案例概念化的各种方法,我们将在第3章“评估与案例解析组成”中加以讨论和说明。在本章后面的内容将用于介绍认知行为治疗的核心理论和方法。



## 基本概念

### 认知加工的各层次

贝克和他的同事们定义了认知加工的三个主要层次(Beck等,1979;D. A. Clark等,1999;Dobson和Shaw 1986)。认知最高的层次为“意识”,这是一种知觉状态,在这种状态中我们可以在理性的基础上作出决定。有意识的注意可以使我们:①监视并评估与环境之间的影响;②将过去的回忆和当下的体验相联系;③控制并策划将来的行动(Sternberg 1996)。在认知行为治疗的过程中,治疗师鼓励诸如理性思考和问题解决等适应性意识思想的发展和运用。治疗师也会投入大量精力来帮助患者在两个相对来说属于自动信息加工的层次上帮助患者认清并改变病态思维:自动思维和图式(Beck等,1979;D. A. Clark等,1999;Wright等,2003)。自动思维是我们在一些情境之中(或在回忆事件)时,迅速流过我们头脑的想法。虽然我们可能下意识地意识到自动思维的存在,尤其是那些没有经过理性分析的想法。图式是一些核心信念,它们就像一些用于信息加工的模板和潜在规则一样。当人类对来自于环境的信息进行筛选、过滤、编码和赋予意义的过程中,它们起着关键性的作用。

与心理动力导向的治疗方法相对照,认知行为治疗并不假定存在着具体的结构或防御机制使人们不能觉察他们的思想(D. A. Clark等,1999)。相反,认知行为治疗强调所设定的技术以帮助患者察觉并修正他们的深层思想,特别是那些与他们的抑郁、焦虑、愤怒等情绪症状相联系的深层思想。认知行为治疗教导患者“想他们所想”,以达到这一目的:使他们的自动思维能被他们的意识所察觉和控制。

### 自动思维

我们每天所产生的大量思想都是一个认知加工流的一部分,这个认知加工流刚好就在完全有意识的思想表面之下。这些自动思维具有典型的私密性或者说是没有说出口的,当我们对日常生活中事件的意义加以评估的过程中这些思想就像速射子弹一样涌现。D. A. 克拉克和他的同事们(1999)在描述自动思维时使用了“前意识”这一用语。因为如果我们加以注意的话,这些想法是能够被加以识别和理解的。患有诸如抑郁或焦虑等精神疾病的人经常会体验到潮水般涌来的自动思维,这些自动思维是不良适应或歪曲的产物。这些思想能够产生痛苦的情绪反应和行为失调。

自动思维可能正在涌现的一个重要线索是强烈情绪的出现。事件、自动思维和情绪之间的关系由治疗玛莎的一个例子加以说明,玛莎是一位患有抑郁症