



中国心理学会推荐图书

Comprehensive Guide to
Interpersonal Psychotherapy

人际心理治疗 理论与实务

默纳·M·韦斯曼 (Myrna M. Weissman)

[美] 约翰·C·马尔科维奇 (John C. Markowitz) 著

杰拉尔德·L·克勒曼 (Gerald L. Klerman)

唐子俊 唐慧芳 何宜芳 等译

兴界图书出版公司

第1版 (2013年12月第1次印刷)

Comprehensive Guide to
Interpersonal Psychotherapy

人际心理治疗

理论与实务

主编：JAMES MCDONALD, JR., PH.D.
副主编：JENNIFER L. HANCOCK, PH.D. & JENNIFER L.
BARNES, LYNNE THORNTON, L. DUBOIS
译者：陈永明 等



目錄 (CIP) 910

曼德拉, J. 著 木拉尔德·L·克勒曼 (Gerald L. Klerman)

杰拉尔德·L·克勒曼 (Gerald L. Klerman)

唐子俊 康慧芳 何宜芳 笔译

2000-01-01

图书在版编目 (CIP) 数据

人际心理治疗：理论与实务 / (美) 默纳·M·韦斯曼等著；唐子俊等译. —世界图书出版公司北京公司，2010.5

书名原文：Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy

ISBN 978-7-5062-9561-1

I. 人… II. ①韦… ②唐… III. 心理学—心理治疗 IV. R749.405

中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第035354号

COMPREHENSIVE GUIDE TO INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY

by Myrna M. Weissman, John C. Markowitz and Gerald L. Klerman

Copyright © 2000 by Basic Books

Simplified Chinese translation copyright © 2010 by Beijing World Publishing Corp.

Published by arrangement with Basic Books, a Member of Perseus Books Group

ALL RIGHTS RESERVED

人际心理治疗：理论与实务

著者：(美) 默纳·M·韦斯曼 约翰·C·马尔科维奇 杰拉尔德·L·克勒曼

译者：唐子俊 唐慧芳 何宜芳 黄诗殷 郭敏慧 王慧瑛

责任编辑：刘冰云

封面设计：青鸟意识艺术设计

出版：世界图书出版公司北京公司

发行：世界图书出版公司北京公司

(地址：北京朝内大街137号 邮编：100010 电话：64077922)

销售：各地新华书店

印刷：北京高岭印刷有限公司

开本：787 mm × 1092 mm 1/16

印张：23.75

字数：418千

版次：2010年5月第1版 2010年5月第1次印刷

版权登记：图字01-2006-6088

ISBN 978-7-5062-9561-1/C · 58

定价：45.00元

版权所有 翻印必究

前言

人际心理治疗（Interpersonal Psychotherapy, IPT）起初是一种限定时间的对于抑郁的治疗研究，主要由Gerald L. Klerman医师、Myrna M. Weissman博士及他们的同事所提出。由于它的效果已经在许多控制的临床研究当中得到证实，它也被修正来治疗很多种心境障碍及非心境障碍。这些研究有越来越多的进展，包括能够符合保险管理的需求，并减少心理卫生的支出，所以促进了人际心理治疗技术在临床上的应用。

人际心理治疗的基本概念是非常简单的：精神疾病的症状（包括抑郁）其实是多重原因所造成的，通常表现在社会及人际的背景当中。比如说婚姻破裂、朋友绝交、小孩离家、丢掉工作、爱人去世、搬家、升职或者是退休都有可能。在人际心理治疗中病人学会了解疾病的开始及变化与他们生活当中发生的事情之间的关系，也就是目前的人际问题，从而发现处理人际问题的方式，因此能够治疗他们的抑郁症。

人际心理治疗刚开始是在Gerald L. Klerman、Myrna M. Weissman、Bruce J. Rounsaville及Eve S. Chevron所著的《抑郁症的人际心理治疗》（Basic Books, 1984）一书中所提出来的。从那个时候开始它就成为一个快速成长的行业。因此我们想要修正这本书的概念，它已经成熟得可以编成一本综合性手册。本书先回顾了人际心理治疗的大纲、理论的架构及策略，这些部分特别适用治疗重度抑郁症的非住院病人。而核心的运用则比1984年的这本手册还要完整，我们增加了许多案例材料。临床的文本假设心理治疗师具有一般的临床技能，使用的时候必须深思熟虑。这些案例已经过修正与整理，以保护病人的隐私。

本书的第一部分描述了方法的核心，是每一个想要学人际心理治疗的人必须详读的。下面的章节提出了基本方法的修正或新用途。第二及第三部分介绍了核心方法的适应性改变，在不同的发展阶段，用来治疗不同年龄层、环境和特殊人群的心境障碍及非心境障碍。其余部分则包括了许多的资源，可以提供给不同的专业人员来操作人际心理治疗：新的治疗模式、治疗手

册、国际的参考文献、历史以及整个训练的步骤。

这本书凝聚了我们的专业经验，同时也有许多人对这本书有所贡献，包括主要参与1984年出版的那本论著的Bruce Rounsaville和Eve Chevron等人。还有许多人际心理治疗师与研究者提供了他们的各种研究成果。我们非常感谢一些大学能够支持我们，包括哈佛大学和康奈尔大学的医学院，耶鲁大学、哥伦比亚大学内科及外科医师学院，以及纽约州精神研究院。我们也非常感谢政府以及私人机构提供基金，让我们能够完成各项研究：包括国家精神卫生研究所、国家药物滥用研究所、Anne Lederer Pollack基金会、精神分裂症与抑郁症的国际研究联盟、John D.和Catherine T. MacArthur基金会、Nancy Pritzker基金会及DeWitt-Wallace担保的纽约社区信托。在心理治疗研究不很流行的时候，我们非常感谢在我们建立研究之前，以及在我们研究期间能获得这么多的支持。

Myrna M. Weissman, Ph. D.

John C. Markowitz, M. D.

New York, NY 1999

人际心理治疗的概论	1
第一部分 抑郁症人际心理治疗的操作	15
第一章 人际心理治疗大纲	17
第二章 治疗初期阶段	23
第三章 悲伤反应（复杂的哀痛）	53
第四章 人际角色冲突	65
第五章 角色转换	79
第六章 人际缺陷	91
第七章 治疗结束	103
第八章 特殊的技术	107
第九章 一般性问题	121
第十章 重度抑郁症急性治疗的效果数据	139
第二部分 人际心理治疗运用于心境障碍	147
绪论	149
第十一章 复发型重度抑郁症的维持性人际心理治疗（IPT-M）	151
第十二章 心境恶劣障碍的人际心理治疗（IPT-D）	159
第十三章 青少年抑郁症的人际心理治疗（IPT-A）	167
第十四章 老年抑郁症的人际心理治疗（IPT-LL）	181
第十五章 抑郁症合并婚姻冲突的联合治疗（IPT-CM）	189
第十六章 双相障碍	231
第十七章 初级护理和医学疾病的患者	241
第十八章 HIV阳性抑郁患者的人际心理治疗（IPT-HIV）	249

第十九章 产前及产后的抑郁患者	257
第三部分 人际心理治疗运用于非心境障碍	265
第二十章 物质使用障碍	267
第二十一章 进食障碍：神经性暴食症和厌食症	273
第二十二章 焦虑障碍	283
第二十三章 发展中的运用	293
第四部分 人际心理治疗的资源	309
第二十四章 人际心理治疗的新模式： 团体、电话、患者指南； 其他语言和文化中的翻译和应用	311
第二十五章 训练和治疗手册	321
第五部分 人际心理治疗的展望	337
人际心理治疗的未来	339
参考文献	345

人际心理治疗的概论



“我真的喜欢你，但是你却不喜欢你自己！”

Drawing by Weber; ©1965 *The New Yorker Magazine*, Inc.

我们从重度抑郁症的描述开始，这是人际心理治疗的起点。这幅漫画摘自《纽约客》，说明了不少抑郁症的临床特征。很明显这个女人是抑郁的。我们怎么知道呢？非语言与行为本身就传达了她的抑郁状态。她眉头深锁、眼睛往下看、鼻唇沟平坦与抑郁的表情，就如同达尔文最先描述的那样。她无力地坐在椅子上，这是“变迟钝”的表现，也就是所谓的精神运动性抑制。她看起来情绪低落、没有办法集中注意力，抑郁症患者丝毫不注意自己的穿着与打扮（另外，她并没有因为郁郁寡欢而麻痹，只是看上去凌乱）。

抑郁的女性其实比偶然发生的还要多：流行病学的研究发现抑郁更常发

生在女性而非男性，不同的文化中都是如此。再者这些女性都是中年，抑郁通常容易发生在青春期之后，高峰介于18~44岁之间，然后在年龄较大的时候又再下降一些。这可能不是她第一次发作。

虽然这些女性是抑郁的，我们通常也可以看到这些问题其实是一个家庭的事件。漫画中的男性看起来有一点生气而且很沮丧。他徒劳地说：“我真的喜欢你，但是你不喜欢你自己！”这种观察准确描述了所谓的抑郁症的临床现象：自尊心下降、自我贬低、无助感、无望感、无价值感。抑郁的人常常负向地曲解他人的态度。

当妻子抑郁且相当低落时，丈夫看起来不仅没有耐心，而且甚至不够友善。这也非常准确地描述了抑郁症影响人际关系的临床现象。在抑郁的早期阶段，这些患者可能得到家人、朋友和熟人的同情、关心和安慰。但是抑郁症如果没能经由所谓的“日常生活的心理治疗”得到解决时，这些直接环境的人马上会倾向于从支持和鼓励的反应变得十分生气与沮丧。这时患者容易被指责“根本没有努力”、希望“让每个人都感到悲惨”或“别用心地这样折磨我们”。这种假性的心理病识感，通常表现为这种贬抑的方式，反映出抑郁的人所遭遇的人际挫折。这是对于患者疾病的指责，而不是我们对于这个疾病复杂性的科学理解。

我们现在重新来建构这对夫妻之间所发生的事情。过了几个月之后妻子慢慢变得抑郁，可能是在她的孩子离开家之后的“空巢期”。作为日常生活的心理治疗的一部分，丈夫尝试着安慰她，并提出对于将来的乐观看法。他说：“我喜欢你，就像我们第一次见面时的感觉”，或者说：“你还是和以前一样美丽”。这些安慰显然已经毫无作用了。妻子仍然觉得沮丧和没有价值——抑郁。

迄今许多临床工作者和理论家几乎都同意这样的想法。然而根据理论的取向和训练，心理治疗师可能对于这个个案有不同的概念化和介入的方式。严格的生物精神病学家可能会解释成神经递质水平的问题，而非心理问题。生物精神病学家可能引用医学模型，把这个患者列为重度抑郁症，而且建议应用抗抑郁药来治疗。如果使用足够的剂量6~8周后仍然没有效果，就要考虑其他药物，或者是抑郁症对药物根本没有反应而且患者的症状加重，需要考虑电休克治疗。

精神分析师可能会将患者当下的状况解释成未解决的童年困境，以及对于母亲矛盾认同所造成的结果。无助和无望感可以当作是母亲照顾不够的后

果，尤其是在性心理发展的口欲期。随着停经的到来和孩子的离去，这些患者又重新经历无法认同母亲的角色，而且退化到早期的、口欲的、自恋的固着阶段。精神分析师可能会引导找出童年的经历，尤其是在前俄狄浦斯阶段和母亲的关系，修通理想母亲形象的丧失所造成的矛盾心理。

而认知行为治疗师则可能会认为抑郁使患者对当下状态的思考和感知受到扭曲。患者相信这些和情绪一致的、非理性的消极思考（“我真没用”、“没有一件事对我是顺利的”、“现在情况太糟糕了，永远都不会好起来”），因而消极地影响她的行为。如果她能从家庭作业中学会检查、测试和挑战这种非理性的想法，她就可以开始消除这些消极想法而重新过自己的生活（Beck et al., 1979）。

家庭治疗师可能认为这是夫妻在家庭系统中的问题。夫妻治疗被予以推荐，主要目标是改善他们之间的沟通，协助两人表达相互的挫折感和敌意，希望新的关系能够产生。

而一些激进的女性主义治疗师可能会认为患者不是抑郁而是被压迫。不是认为她生了病，而应鼓励她将自己的心理状态当作对于男性沙文主义统治的社会中女性地位的反应。如果她觉得无用和无助，这不是对现实的神经质扭曲，而是对于女性社会地位低的真实的感知。除去抚育后代的角色，她在社会中没有合理的地位。由于缺乏有市场需求的技能，她实际上没有价值，而感到无助反映了她无法改变她和丈夫之间的权力关系。她不需要药物或者心理治疗，而需要政治上的活跃和刚毅，以及在家庭之外独立地工作。

对于同样的临床症状可能有不同的反应，这表现出当下精神医学的多元化。在美国的精神医学界，并没有一个单一的、特别盛行的学派，而且对于抑郁症的病因、预防和治疗也并没有统一的看法。在这种情况下，精神卫生专业怎么能够有进展呢？

作者认为进步需要一种多元化的、非教条式的、经验的途径，建立在临床经验和研究证据的基础上。如果我们采取多元化的途径，我们就必须承认多重理论的临床观点。事实上，我们的工作就是经由这种方式来达到成长的。然而，我们相信所有的理论及学派都需要可以检验的证据，而最有用的证据其实来自小心设计、控制得好的实验研究。

治疗的选择需要考虑到广泛的可能，而不只是治疗师个人的推论，我们必须评估各种可能的效果：也就是说治疗应该考虑到各种不同的治疗学（Frances, Clarkin, & Perry, 1984）。有许多不同的心理治疗都被提出过用

来治疗特定的疾病，但是经过测试的只有几种。人际心理治疗及认知行为治疗都被证明对于治疗重度抑郁症是有效的，抗抑郁药亦是如此。我们希望本书再版期间，更多的治疗师转向了这样的看法，但这仍然不清楚。过多的治疗可能仍然被治疗师推荐为单一途径来处理所有来访者。

虽然人际心理治疗的许多原则来自比它更广泛的学派，但人际心理治疗作为一种心理的治疗模式，最初是特别用于处理抑郁的患者。它现在被用来治疗其他疾病。人际心理治疗是一种聚焦的、限定时间的心理治疗，强调情绪与当下人际关系以及抑郁症的关联性，同时承认遗传、生物化学、发展、人格因素会引起抑郁症及其敏感性。人际心理治疗并不是要解释抑郁症的因果关系，而是一种实际操作的治疗方式。我们相信根据临床的经验以及研究的证据，临床的抑郁症发生在人际背景中，针对人际背景的急性心理治疗干预能够促进患者从急性期中恢复，而且可以预防复发和反复。

在抑郁症中成功使用人际心理治疗的第一个步骤是认识什么是抑郁症——区分正常与临床的抑郁症，并观察通过医学模型诊断的临床抑郁症中的社会、生物、医疗背景。人际心理治疗原始手册（Klerman et al., 1984）详细描述了当时对于抑郁症的科学理解，以及在人际的背景中予以治疗的实证基础；依恋、连结、压力、人际冲突在抑郁发展中的重要性；抑郁症的人际心理治疗的理论基础，主要来自心理治疗的人际学派。

重度抑郁症：研究现状

心境障碍是指临床的状态群，最常见的特征是患者的情绪受到干扰，既可以被兴奋也可以被压抑（双相障碍）。这种区分并不表示它们有共同的病因。心境障碍可能有生理上的异质性，类似许多医学表象，如黄疸。心境障碍主要区分为双极性和单极性抑郁障碍，后者又可以区分为重度抑郁症和心境恶劣障碍。人际心理治疗刚开始是用来处理所谓的重度抑郁症。其他障碍的特征都可以通过各自的调整来描述。

重度抑郁症的基本特征是情绪的低落，或者对所有或几乎所有的日常活动和娱乐都失去了兴趣和快乐。这种障碍是相当明显的、持续的，而且和其他症状有关，包括饮食障碍、体重改变、睡眠障碍、精神运动性激动或迟滞、精力减弱、无用感或罪恶感、不能集中注意力或思考、犹豫不决、想到死亡或自杀，以及尝试自杀。重度抑郁症只能在现在或过去未出现躁症的情

况下才能够做出这样的诊断（见表2.1，参考DSM-IV诊断标准）。虽然我们一般同意重度抑郁症是一种异质性疾病，但是仍然没有在大多数亚分类的临床使用的有效性上达成一致，对此也没有实证的基础，如内源性抑郁症、忧郁型抑郁症和季节性抑郁症。

现在有相当多的重度抑郁症的发生率的信息，来自20世纪80年代不同文化中的流行病学研究（Weissman et al., 1996）。在美国大陆、加拿大、波多黎各、法国、德国、意大利、黎巴嫩、韩国、新西兰开展的研究都表明抑郁症在女性中的发生率比男性高，平均有两倍的差异。虽然抑郁症的发生率在不同的国家中而有所不同，女性为主在不同文化下是一致的。这一发现在20世纪90年代美国开展的研究中得到了重复（Kessler et al., 1994）。

这些研究也显示出抑郁第一次出现的发生率在性别之间的差异开始得很早，大约是13~14岁的时候，这种差异持续一生。第一次出现的高峰是在女性分娩的时候，45岁之后有所下降（Cross National Collaborative Group, 1992），没有证据表明停经之后发生率会上升。纵向研究发现抑郁症的女性的抑郁期比男性长，自然痊愈的比例较低。抑郁症的发生率为何有性别差异仍然不清楚（Wolk & Weissman, 1995）。流行病学数据证明了在女性怀孕期间治疗抑郁症的重要性，而且也发现抑郁症对于小孩的影响是相当大的（Weissman & Olfson, 1995）。曾经有人使用人际心理治疗来治疗怀孕期和产后期的抑郁症（见第19章）。研究也发现二战后的较近世代中抑郁症发生的年龄有所提前。虽然女性中抑郁症的比例比男性高，而且所有国家都是如此，但是美国的研究却发现在最近的数十年间，男性中抑郁症的发生率增长得更快。

重度抑郁症在全世界范围内日益被认为是疾病、损伤以及健康支出的原因。世界银行估计世界范围内女性中抑郁症占到所有神经心理疾病花费的将近30%，而男性中只占到12%（World Bank, 1993）。世界卫生组织估计抑郁症目前是造成能力丧失的第四大主因，只排在呼吸道感染、腹泻疾病以及女性周产期的并发症之后（Murray & Lopez, 1996）。到2020年，抑郁症预期将上升到第二位。

抑郁症治疗的进步已经能够减少住院治疗、缩短发病时间，以及避免反复和复发。许多心境障碍的治疗中患者都不必卧床。三环类抗抑郁药用来治疗已经有四十余年了，而血清素再吸收抑制剂有十余年。它们在急性抑郁症

或抑郁症维持期的治疗价值都无可置疑。有极好的证据表明抑郁的症状可以在2~4周的药物治疗后获得改善。给予抗抑郁药物后不久，治疗者发现如果只接受短期的治疗有很高比例的患者会复发。所以持续治疗的策略在临床实践中是常见的，也成为一些治疗研究的主题。持续治疗的目标在于维持急性治疗带来的症状的减轻，避免复发，促进社会 and 职业功能。在6~12个月之后，可以认为治疗是维持或预防性的（见第11章）。

理论和实证的来源

我们简要地总结一下人际心理治疗的理论和实证基础。人际学派的创建者之一是约翰·霍普金斯大学的Adolf Meyer和他的助手Harry Stack Sullivan。Meyer通过生物心理学途径来理解精神疾病，特别强调患者当下的心理社会与人际体验，与聚焦于过去和内心的精神分析有所区别（Meyer, 1957）。Sullivan将临床精神病学联系到人类学、社会学和社会心理学，将精神病学当作是人的科学性研究及其中的过程，而不只是研究一个人的心智或者是社会而已。Sullivan推广了“人际”的概念，平衡了当时占统治地位的内心途径（Sullivan, 1953）。在人际途径中，观察和治疗干预的单位是初级社会群体，患者与一个或几个重要他人的即刻性地面对面接触。

人际心理治疗强调抑郁的理解和治疗中人际和社会的因素，同时也促进了许多其他临床医生的工作，尤其是Fromm-Reichmann（1960）、Cohen等人（1954）以及Arieti和Bemporad（1978）。Becker（1974）和Chodoff（1970）也特别强调抑郁症的社会根源，而且需要关注疾病的人际方面。Frank（1973）将人际的概念应用于心理治疗，强调掌握当下的人际情境是一个重要组成部分。

人际途径特别被用来理解临床的抑郁症，我们认为其中有三个重要组成过程：

1. 症状的功能：抑郁情感的形成和自主神经系统的症状和表现（睡眠、饮食障碍、缺乏活力、情绪的昼夜差别，等等）。我们认为它们同时具有生理和心理的病因。
2. 社会及人际关系：作为社会角色与他人的相互作用，来自基于童年经验和当下社会强化的学习以及个人的控制和能力。
3. 人格和性格问题：持久的特质，如愤怒或内疚表达的压抑、和重要

他人的心理沟通不良、自尊心不足。这些特质会决定一个人对于人际体验的反应。人格的模式是抑郁症状期的部分诱因。

人际心理治疗干预了这三个过程的前面两个，即症状的功能以及社会和人际关系。由于人际心理治疗的持续时间相对较短，心理治疗的强度也较低，我们不期待它会对于人格的结构造成相当重要而且长期的影响，虽然我们会对人格功能作出评估。另一方面，许多人际心理治疗的患者获得了新的社交技巧，帮助他们克服人格方面的问题。此外，心境障碍，特别是慢性心境障碍——心境恶劣障碍——可能类似于人格障碍。因此抑郁患者不应被提前诊断为人格障碍：在第一轴的状态下诊断出第二轴的疾病是非常危险的。

在我的经验当中，大部分抑郁症患者的心理治疗都没有足够关注导向症状减轻的技术，以及改善患者当下的社会适应能力和人际关系。人际心理治疗师并没有尝试重建人格。他们依赖于发展完备的技术，如安慰、澄清情绪的状态、改善人际的沟通、测试人际接触的感知和表现。角色扮演可以提供患者重要的准备，作出生活的改变以使抑郁期消退。

大部分的这些技术传统上都会归为“支持性”的心理治疗。我们认为这是不恰当的。支持性心理治疗这个名词常常是不严密和带有贬义的，用以描述几乎所有的非领悟取向的心理治疗。大多数正式的“支持性”心理治疗是通过建立既已存在的防御来帮助患者作出调整以适应他们的人际关系。它们通常旨在协助患者适应当下的现实，而不是改变现实。

另一方面，人际心理治疗对症状的形成、社会适应以及人际关系进行干预，主要在意识和潜意识水平上对当前问题进行工作。虽然人际心理治疗师可能会发现某些潜意识的因素，但是他并不直接处理。他会强调人际情境中当前的冲突、沮丧、焦虑以及期待。人际心理治疗旨在协助患者作出改变，而不仅是了解或者是接纳当前的生活情境。早期童年生活经验的影响也是重要的，但是不会在治疗中特别强调。再者，工作的焦点是“此时此刻”。治疗的总体目标是促进对当前社会角色的控制及对人际情境的适应。

人际治疗的一个重要特征是把抑郁症处理成临床的疾病。我们之所以这样认为，不仅是因为抑郁症的普遍盛行，也是因为提供患者诊断的标签以使他们的“生病的角色”合理化，这对于治疗是重要的。这种途径将人际心理治疗放在广泛定义的医疗模式中，与其他心理治疗师的处理方法不同。一些心理治疗团体，虽然1984年以来有所减少，仍然保持反诊断的倾向而且对于症状不加以重视。

人际心理治疗的基础不只在理论，还在于抑郁症的心理社会层面的实证研究。以下三个关键的人际问题领域都得到证据的支持：在复杂的丧亲情境中人们会变得抑郁（Walker et al., 1977; Maddison & Walker, 1967; Maddison, 1968）、婚姻冲突（Paykel et al., 1969; Pearlin & Lieberman, 1977）以及人际角色转变促成生活的改变，尤其当缺乏社会支持时。社会支持——亲密关系，或者只是可以倾诉的知己——可以防止抑郁的发生（Henderson, 1977, 1979, 1981; Brown, Harris, & Copeland, 1977; Miller & Ingham, 1976; Prigerson et al., 1993）。早期的生活事件如亲人的死亡、父母之一有抑郁症（Brown & Harris, 1978; Tennant, Bebbington, & Hurry, 1980）、不好的养育方式都可能造成以后的生活中易于出现抑郁症，尤其是当面临压力时。不仅生活的事件可以诱发抑郁症，而且事实上抑郁症也可以造成生活的事件。一旦患上抑郁症，患者就无法有效地沟通（Coyne, 1976; Merikangas et al., 1979），也不能控制好他们的社会角色，导致关系的紧张，发生许多不利的生活事件（Weissman & Paykel, 1974）。

人际心理治疗与其他心理治疗的比较

人际心理治疗不是唯一的处理抑郁症的心理治疗的方法。还有其他一些心理治疗也专门用于治疗抑郁症。Roth 和 Fonagy（1996）描述了实证上得到支持的抑郁症的这些心理治疗。认知和行为治疗方法与人际心理治疗的相似处在于，它们都是专门用来治疗抑郁症，且经过验证，在随机的临床试验中也都有效。我们将在第9章描述一个案例来比较人际心理治疗和其他心理治疗（也可参阅 Hamilton et al., in press）。

与Frank（1973）一样，我们认为许多学派的心理治疗的步骤和技术都有共同的基础。重要的共同要素包括协助患者获得控制感、对抗社会隔离、重新找到社会归属感、发现生活的意义。这些治疗的主要差别在于，它们的概念中患者问题的起因是在遥远的过去、最近的过去，还是现在。人际心理治疗与其他治疗方法在技术以及整体的策略上也有所不同（Markowitz, Svartberg, & Swartz, 1998）。其中一些差别是重要的：比如，人际心理治疗比认知行为治疗更适合于某些抑郁患者，反之亦然（Sotsky et al., 1991）。

人际心理治疗的特点

限定时间的而非长期的

大量研究表明，短期而限定时间的心理治疗符合大部分患者的需求（Howard et al., 1986）。长期治疗对于处理人格障碍是必要的，尤其是适应不良的人际关系和认知模式，以及其他慢性疾病。对于即时性的问题以及很多第一轴的疾病，短期治疗其实就可以达到效果。长期治疗还有一些缺点是可能促进患者的依赖或强化回避行为。短期的时限治疗可以避免这些负面作用。

聚焦的而非开放式的

与其他短期心理治疗一样，人际心理治疗处理患者的当前人际功能中的1或2个问题领域。在最初的评估访谈后，患者和治疗师在这个焦点上达成一致。

当下的人际关系而非过去的

人际心理治疗聚焦于患者当下的社会环境、不久以前的情境和从抑郁症状开始到现在。过去的抑郁期、早期的家庭关系、以前的重要关系和朋友关系的模式，都可以进行评估，促进对于患者的人际关系模式的了解。在大部分的案例中，在简要地回顾患者过去的人际关系和交流后，治疗师将焦点主要放在当下的社会功能上。

人际的而非内心的

为了探索患者当下的人际问题，人际心理治疗师可能会发现一个人的内心防御机制如拒斥、隔离、投射、解脱、潜意识。然而治疗师并不试着将当前的情境视作内在冲突的表现，而是探索患者行为的人际关系方面。人际焦点的一个例子是对梦的处理。虽然治疗师并未要求，但患者可能会报告梦。如果是这样，治疗师可以处理梦，但是将焦点放在显现的内容和相关的情感上，并将这些与当前的人际关系相联系。