

临床心理学指导丛书

Guidelines in
Clinical Psychology

抑郁症患者系统治疗方针

[美] 拉里·E. 博伊特勒 [美] 约翰·F. 克拉金 [美] 布鲁斯·邦加尔 主编

刁 静 甘志筠 译

Guidelines for
the Systematic Treatment of
the Depressed Patient



上海教育出版社
SHANGHAI EDUCATIONAL
PUBLISHING HOUSE

抑郁症患者系统治疗方针

[美] 拉里·E. 博伊特勒 [美] 约翰·F. 克拉金 [美] 布鲁斯·邦加尔 主编

刁 静 甘志筠 译

Guidelines for
the Systematic Treatment of
the Depressed Patient



上海教育出版社
SHANGHAI EDUCATIONAL
PUBLISHING HOUSE

Guidelines For The Systematic Treatment Of The Depressed Patient

Edited by Larry E. Beutler, John F. Clarkin, Bruce Bongar

ISBN: 978-0-19-510530-8

Copyright © 2000 by Oxford University Press, Inc.

“GUIDELINES FOR THE SYSTEMATIC TREATMENT OF THE DEPRESSED PATIENT”

was originally published in English in 2000. This translation is published by arrangement with Oxford University Press. 《抑郁症患者系统治疗方针》英文版出版于 2000 年, 简体中文版由牛津大学出版社授权出版。

上海市版权局著作权合同登记号 图字 09-2010-161 号

图书在版编目(CIP)数据

抑郁症患者系统治疗方针 / (美) 拉里·E. 博伊特勒, (美) 约翰·F. 克拉金, (美) 布鲁斯·邦加尔主编; 刁静, 甘志筠译. —

上海: 上海教育出版社, 2016.12

(临床心理学指导丛书)

ISBN 978-7-5444-4929-8

I. ①抑... II. ①拉...②约...③布...④刁...⑤甘... III. ①抑郁
症—治疗 IV. ①R749.405

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第317299号

责任编辑 金亚静

书籍设计 陆 弦

临床心理学指导丛书

抑郁症患者系统治疗方针

[美] 拉里·E. 博伊特勒

[美] 约翰·F. 克拉金 主编

[美] 布鲁斯·邦加尔

刁 静 甘志筠 译

出 版 上海世纪出版股份有限公司

上 海 教 育 出 版 社

官 网 www.seph.com.cn

易文网 www.ewen.co

地 址 上海市永福路 123 号

邮 编 200031

发 行 上海世纪出版股份有限公司发行中心

印 刷 昆山市亭林印刷有限责任公司

开 本 700×1000 1/16 印张 34.25 插页 2

版 次 2017 年 2 月第 1 版

印 次 2017 年 2 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-5444-4929-8/B·0088

定 价 72.00 元

(如发现质量问题, 读者可向工厂调换)

向宋晓霞女士和邱东茂先生致谢，他们的努力促成了本书的出版。

自弗洛伊德(Sigmund Freud)开始,心理治疗和非医药类的心理健康干预在人们眼中更像一种艺术,而非科学。在临床科学的批判眼光中,这些治疗的范围、种类和使用愈益扩大、丰富和频繁起来。起初,所有的独特方法皆被视为冒险进入这个国度的“艺术家们”的表演。然而,几乎从一开始,那些各自持有超前的不同观点的人就陷入不停的争论中,这种争论与艺术无关,他们争辩的是各自理论背后的真相。他们争辩精神病理学的本质、变化的机制、疗效的实质和他们能争辩的所有事情。弗洛伊德的门徒们经常同他们的导师决裂,发展出各自的学说,他们的导师自然十分愤怒,但最终这些门徒同样会面对新弟子与其的决裂。因此,新的理论引出更多的反对者和拥护者,每一方都声称自己有关于真相的全新观点。在20年前,当大多数人甚至都弄不清什么是心理治疗的时候,就有500多种心理治疗理论,每一种理论都有各自的信徒、衍生理论、评估效果的方法。这实际上是一个巴比塔,所有人都声称自己为科学代言。

然而,在理论方法优劣之争的背后,心理治疗领域的大部分理论家和实践者怀有这样的愿望:希望为心理治疗寻找或建立一个更客观的基础,使其不再仅仅是一种艺术。至少,弗洛伊德和其他一些持“关怀”和“治疗”概念的学者一直朝着这样的目标迈进——治疗心理疾病的非医学的主要干预方法应是基于科学而产生的。一开始,西方世界中心理治疗的从业者既未接受科学训练,也未接受医学训练,他们试图依据当时的科学发现验证其艺术和理论。与此同时,随着科学理论的发展,他们开始意识到其行为中的主观性。因此,他们开始重新评价精细的案例研究,甚至对所谓的“科学方法”进行反省。

早期的精神病理学理论看起来更像一种宗教意识,而非科学。随着时间的推移,科学术语和观点不断被引入,逐步发展成为今天所理解的行为健康。在

科学调查的支持下,对失调行为和痛苦行为的理解得以提升,因此人们面临更大的压力去仔细检查主要的治疗方法,并对其准确性和有效性作出评估。最初使用科学方法来评估心理治疗的效能是科学和艺术的奇妙组合,大部分早期研究致力于更好地理解治疗师和患者的特征。在这些早期研究中,研究者更关注治疗师与患者的关系、促使患者变化的因素、治疗师如何实践等,但最近研究者的注意力转移到不同宗派和学派间的论战上,开始对持有不同哲学观点的治疗师及其患者的实际治疗成效进行比较研究。然而,这一过程令人相当沮丧,凸显出两个清晰可见的事实:治疗师所拥护的哲学理论并不能完全说明他们会做出什么样的行为;使用不同的哲学模型对患者进行治疗,其受益基本相同。

20世纪70年代晚期,心理治疗研究的焦点和范围有了明确的转变。很多科学研究方法被应用到心理治疗中,在无数的疾病识别和开发有效药物的过程中,这些研究方法已被证实是有效的。由于使用随机临床试验研究方法研究心理治疗已被普遍接受,心理治疗终于坚定不移地朝科学学科这一方向迈进。虽然在成为科学学科方面,心理治疗获得了一些称赞,但要保持这一状况则较为困难。有两个具有普遍性的研究结果浮出水面:心理疗法聊胜于无,这是一个确切的、相当无聊的结果;所有名称各异的心理疗法似乎产生了相似的结果,这是一个有悖常识的结论。

根据所采用的科学方法的不同,心理治疗研究者分为三个阵营。在第一阵营中,心理治疗的研究结果被有效但不加区分地用于科学研究,以寻找根植于所有理论和实践方法中的产生相似结果的公共因子。第二阵营由那些致力于更好地比较不同理论间差异的研究者组成,他们坚持寻找理论上存在的治疗师行为模式。近来逐渐涌现出第三阵营,他们摒弃了不同心理疗法间的宗派系别之分,而用“以研究为基础”这一概念来界定对个体的干预。这也是本书要着重阐述的——从众多心理疗法中萃取出一组可操作的原则,这些原则可以无视各种不相干的理论间的区别,识别出参与者、情境以及导致间接、稳健变化的干预措施的经验效度。

本书以如实回顾研究文献开篇,所选文献中困扰患者或来访者的症状都是抑郁。之所以挑选抑郁,是因为它似乎是被大量描述的、最普遍的症状,在几乎

所有行为失调中出现,是紊乱因素中的固有元素。它并不是因为代表被包含于其中或独立的心理失调而被挑中,文献中并没有支持抑郁是一种独立的心理疾病的证据,但在任何情况下,当个体与所生活的社会的要求和期望不一致时,抑郁就不可避免地出现,已有证据支持这一点。抑郁伴随其他症状出现,它不是某种独立疾病,它实际上不能脱离社会情境而被单独治疗。

因此,在本书中,我们回顾了很多有关抑郁的文献,在这些文献中,作者们对患者的抑郁程度、特征和环境因素等进行了详细分类,这些分类基于科学的研究方法,且被大量的研究证实。

在列出影响心理治疗效果的患者因素和情境因素后,研究者们开始致力于识别干预的种类,这些干预并不是空有理论意义而缺乏解释和辨别能力,它们代表着治疗师可控制的行为。在获得了患者因素、情境因素和干预种类后,我们又根据科学文献研究这些具有不同维度的特定项目是如何相互作用的,在什么样的条件、情境和干预下,具有特定特征的患者才可能发生变化。

结果就是对15种假设的描述,即面对特定患者时,有效疗法的决定因素是什么。随后,这些假设又通过了科学测试,参与测试的患者病情混杂多样,每个患者都曾参加过5种数据收集实验中的1种实验,这些实验有共同的方法论特征,确保了结果的可靠性、科学性和临床有效性。实际上,有13种假设获得了实验数据的支持,这也使13种研究的基本情况和准则能被了解,并指导治疗师实施最佳干预治疗。干预也可以调整,以适应患者的特质,并确保其应用的可靠性。

以列出的13条准则为基础,本书作者根据专家们的一致意见补充了另外5条准则,以帮助那些处在危机中或对自己、他人造成危险的患者。本书共描述了18条准则,可以作为对患者进行诊断和治疗的方法的补充,它们体现了科学方法在行为健康领域的实践特色。

本书有配套书籍。本书编辑了相关的研究发现并解释了这些准则的起源,配套书籍是由博伊特勒(Larry E. Beutler)和哈伍德(T. Mark Harwood)撰写的《处方性心理治疗》(*Prescriptive Psychotherapy*),它是一本指导手册,阐释了如何在个人心理治疗实践中运用18条准则中的10条。

需要指出的是,本书描述的 18 条准则不能作为最终的有效原则。实际上,之后的科学调查发掘出更多的指导治疗师的准则,但更重要的是,关于这些准则彼此之间如何互相作用的最初描述,使得对患者的变化的调节和控制更完善。从初始的工作到随后其范围的扩展,云系统被一步步开发出来,临床医生根据该系统评估患者,并得到优化的治疗方法。Innerlife.com 就是一个患者评估系统,它提供了两份报告和大量补充事宜。其中一份报告是给患者的,为患者提供自助指导,包括阅读材料和网页资料,可以根据患者的特殊需要和偏好进行调整;另一份报告是给治疗师的,治疗师可以和患者一起确认有效的选择,这份报告还可以帮助治疗师调整治疗理念,补充支持性项目,监控变化和风险。治疗师可以得到一些信息,以制定适合每一位患者的治疗方案,帮助他们痊愈。本书及其配套书籍、网站共同为患者和治疗师提供最科学的信息,帮助患者康复,也帮助治疗师成长。

拉里·E.博伊特勒(Larry E.Beutler)

约翰·F.克拉金(John F.Clarkin)

布鲁斯·邦加尔(Bruce Bongar)

2013 年 8 月

这是首次以指导丛书的形式为从业者制定治疗计划提供一些治疗方针。从某些方面来说,这些治疗方针不同于以前开发的那些治疗方针。以前的治疗方针要么是以专家调查为基础,要么是以从业者的观点为基础。这样的方针常与实证性的研究结果相去甚远,有时还与特定群体偏好的治疗密切相关。当前的治疗方针是以一系列假设开始的,这些假设出自目前已有的各类研究。我们对这些假设进行了独立的效度研究,所提出的治疗方针是根据治疗原则而非特殊的治疗模型或理论来制定的。这些治疗方针并不主张心理病理学或心理疗法的某一个理论优于另一个理论,而是阐释了可被纳入全面治疗计划的一些策略和思考,这样得出的治疗计划能够超越狭隘的理论流派观念。

本书是这套指导丛书中的第二本,它致力于抑郁症的治疗。抑郁状况很常见,它与大多数其他心理疾病不同,因而对这一问题予以关注是非常恰当的。本指导丛书会遵循这种模式:先介绍现有的实证性研究的结果,然后对当前文献的研究结果进行独立验证,最后总结新的研究结果。本指导丛书涵盖了多个主题,包括焦虑障碍、物质滥用、酒精滥用和对严重心理障碍的治疗。

丛书的编排是为了给从业者提供基础治疗方针和最佳治疗方针。基础治疗方针和最佳治疗方针的区别在于它们的可推广性。前者在应用时并不依赖于治疗师,它能够被建构为一种常规决策,由医疗保健管理者进行管理。而后者通常更为详细,如果治疗师想要应用这些最佳治疗方针,可能需要接受特殊训练和监控。

需要注意的是,使用这些治疗方针并不是要将治疗限定于特定的形式或程序。我们建议将它们融入到不同的治疗模式中。当按这种方式使用这些方针时,我们相信它们会使治疗变得更有效。

本书由六部分构成。我们特意将治疗方针本身放在了前三部分,相信这是

我们最重要的贡献;后三部分提出了一些更具争议性的主题,这些主题通常来说较有吸引力。第一部分介绍了作为开发治疗方针的基础的问题和标准。在第二部分,我们依据对现有研究的理解,确认了一些我们认为最有可能用于计划和选择治疗的类特质维度,并对这些维度的测量和评估提出了建议和方针。第三部分介绍了基础治疗方针和最佳治疗方针。这些方针是我们通过对文献综述揭示的维度进行交叉效度分析得出的。第四、第五、第六这三部分包含了一些容易引起辩论和争议的背景材料,介绍了有关抑郁症的本质、治疗研究中的议题、当代治疗的本质以及对教育和培训的启示等方面的问题。这些材料对于理解我们提出的治疗方针以及使用本书作为治疗非双相抑郁障碍的教科书来说是非常重要的。

有很多人为本书作出了贡献,在此谨表谢忱。尤其要感谢牛津大学出版社以及琼·博塞特(Joan Bossert),因其首肯和支持,本书才得以顺利出版。我们还要感谢新标准有限公司及该公司的主席里克·卡普兰(Rick Kaplan),本书涉及的多项研究均得到了他们的支持,我们同样感谢他们作出的贡献。本书文献的撰写和综述工作得到了美国国家药物滥用研究所(National Institute for Drug Abuse)基金的支持(基金号 No. DA-09394)。本书的文献综述工作还得到了很多学生的协助,他们不仅总结和组织了相关材料,还帮助我们澄清了思路。我们以各章合著者及其他方式向其中的部分学生致谢,但一些人的贡献是默默无闻的,感谢他们给予我们机会,让我们能够表达自己的想法。

还要感谢我们的顾问委员会,在完成本书的过程中,他们给予了大量反馈和协助。顾问委员会成员包括杰姆斯·科因(James Coyne)、肯尼思·I.霍华德(Kenneth I. Howard)和爱德华·沃特金斯(Edward Watkins)。

拉里·E.博伊特勒

约翰·F.克拉金

布鲁斯·邦加尔

1998年12月

第一部分 治疗方针导论

第一章 治疗方针的要点	> 3
治疗方针和医疗标准的历史发展	> 5
心理健康专业人士反对治疗方针的声音	> 7
法律系统对治疗方针的看法	> 9
尊重少数学派法则	> 11
系统治疗选择的方针	> 17
第二章 当前治疗方针的本质	> 20
开发治疗方针的模板	> 21
美国精神医学会的抑郁症治疗方针	> 22
治疗方针的内容	> 22
治疗方针的评估	> 23
美国医疗保健政策与研究处的治疗方针	> 23
治疗方针的内容	> 23
AHCPR 的方针与美国精神医学会的治疗方针的对比	> 24
专家共识方针	> 26
心理治疗服务的对策性政策回顾	> 27
内容	> 27
总结	> 28
治疗方针的使用方式及适用对象	> 28

第二部分 用于治疗评估的方针

第三章 确定治疗维度	> 33
患者的心理倾向与治疗调节变量	> 40
患者的机能损害	> 40
患者的主观痛苦度	> 64
患者的社会支持	> 70
患者问题的复杂性/长期性	> 88
患者的对抗/阻抗倾向	> 102
患者的应对方式	> 117
总结和结论	> 133
第四章 治疗评估的主题	> 136
个案说明	> 136
爱丽丝	> 136
哈罗德	> 139
系统治疗选择:用于制定治疗计划的一种模型	> 140
系统治疗选择模型概述	> 141
备选的治疗计划模型	> 143
测量患者易感素质	> 145
寻求治疗的生态学	> 145
抑郁的症状和诊断	> 148
制定治疗计划所需的其他分支	> 150
收集资料的方法	> 152
分支 1:抑郁的原因	> 153
分支 2 和分支 3:抑郁及躁狂症状的严重程度及持续时间	> 154
对症状的综合测评	> 155
症状学的特定领域	> 157
分支 4:机能损害和问题复杂性	> 160
分支 5:社会支持	> 162

分支 6:患者反应的独特模式	> 162
对治疗计划的意义	> 164
对改变的评估	> 165
第五章 治疗评估的整合及有效利用	> 167
利用计算机进行辅助评估	> 167
系统治疗选择:对整合后计算机辅助评估程序的描述	> 172
系统治疗选择治疗师评估表的有效性检测	> 173
患者样本	> 174
匹配样本变量	> 178
心理测量工具	> 179
系统治疗选择治疗师评估表	> 181
系统治疗选择治疗师评估表的评估者间信度	> 182
系统治疗选择治疗师评估表的效度	> 183
讨论	> 185
治疗变量在个案样例中的应用	> 186
机能损害	> 186
主观痛苦	> 187
社会支持	> 188
问题复杂性	> 188
阻抗特质	> 189
应对方式	> 189
对制定治疗计划的意义	> 190
分支逻辑在制定治疗计划中的应用	> 191
分支 1:抑郁的原因	> 191
分支 2 和分支 3:抑郁与躁狂症状的严重程度和持续时间	> 192
分支 4:机能损害	> 192
分支 5:应对方式、阻抗和主观痛苦	> 192
分支 6:社会支持和自尊	> 193

第三部分 用于管理和治疗的方针

第六章 合理的基础治疗方针	> 197
预测预后情况的方针	> 199
指派医疗水平的方针	> 202
指派治疗情境	> 202
风险程度	> 206
总结	> 210
第七章 能够提升疗效的最佳治疗方针	> 212
对匹配性维度进行整合:验证性研究的结果	> 212
结论	> 217
共同因素治疗模型	> 217
心理治疗程序治疗计划模型	> 218
技术—折中治疗匹配治疗计划模型	> 219
系统治疗选择模型	> 220
整合基础治疗方针和最佳治疗方针	> 223
总结和结论	> 229

第四部分 抑郁症的本质

第八章 抑郁症问题的重要性	> 237
抑郁状态的发生及流行	> 237
抑郁症的花费	> 239
初级护理师对抑郁症的检测和治疗	> 239
与抑郁症有关的花费	> 240
治疗的成本收益	> 242
支出、收益和管理型医疗保健	> 243
抑郁症的特异性及非特异性	> 244

界定心理病理学和抑郁症的社会价值	> 244
抑郁的定义	> 246
抑郁症诊断的特异性和敏感性	> 248
抑郁和共病情况	> 252
爱丽丝和哈罗德——案例评述	> 253
讨论	> 254
第九章 抑郁基础研究中的概念	> 256
抑郁症的作用机制	> 257
社会性别角色机制	> 257
抑郁中的认知因素	> 259
抑郁中的人际交往机制	> 264
抑郁的生物学机制	> 268
总结和结论	> 279
 第五部分 当代治疗模型	
 第十章 治疗效益:研究问题	> 287
研究设计	> 288
选择患者样本	> 293
分配治疗方法	> 295
选择和分配治疗师	> 296
治疗的规范化	> 298
控制组和对照组	> 299
识别测评结果	> 302
协调研究设计中的差别	> 303
数据的统计和管理	> 305
统计检测力	> 305
评估变化	> 307

区分因变量的优先次序	> 309
变量之间的独立性	> 309
数据损耗和缺失	> 310
选择统计流程	> 312
总结和结论	> 313
第十一章 治疗的效益——是什么在起效	> 315
研究类知识的状况	> 316
治疗的有效性	> 316
疗效的持久性	> 325
治疗高风险群体:各种临床知识	> 326
风险和共病情况	> 327
特定诊断风险剖析	> 329
结论	> 335
第十二章 组织治疗:从管理型医疗保健到治疗手册	> 337
打包治疗:将治疗与治疗者分开	> 338
临床治疗的标准化	> 340
管理型医疗保健的出现和发展	> 342
心理干预的标准化	> 347
结构化的维度:含义和应用	> 350
手册化和结构化的结果	> 351
总结和结论	> 355
第十三章 临床实践中的治疗模型	> 357
治疗模型中的变化维度	> 357
个体治疗的现代模型	> 361
诊断模型	> 362
心理动力学模型	> 364
人际取向模型	> 369
行为模型	> 373
认知模型	> 378

体验性模型	> 382
生物学模型	> 384
混合或实用模型	> 387
总结和结论	> 391

第六部分 对教育和培训的启示

第十四章 治疗方针的持续发展问题	> 395
规范化心理治疗的指导目标	> 397
成功的关键	> 397
训练的原则	> 397
训练的结构	> 399
治疗改变的原则	> 400
我们的治疗方针与其他治疗方针的比较	> 402
个体执业者或医疗系统的治疗方针	> 403
抑郁症状进程扮演的角色	> 405

参考文献	> 408
------	-------

主题索引	> 474
------	-------