

【美】尼克·卡明斯 珍妮特·卡明斯 著 崔琳琛 译

REFOCUSED PSYCHOTHERAPY AS THE FIRST LINE INTERVENTION IN BEHAVIORAL HEALTH

重新聚焦心理治疗

作为行为健康的第一线干预



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

警 告

如果你害怕创新，只想死守着一种心理学信仰，
或者认为心理治疗是没有效果的，

请不要阅读本书。

序



一个不用书本钻研医学的人像航行在未知的海洋。如果他学习医学而不接触病人,就是根本没有下过海。

——威廉·奥斯勒先生

从事心理学和从事医学是一样的,可惜的是,很多心理学专业方面的书是由那些可能是好老师或研究者这类学术型医生撰写出来的,这些人从不看病人。正是这些学者们培训着我们未来的心理治疗师,所以今天的心理治疗可能有更多的实验性研究,但在效率和效果上可能就远远不如非学者培训出来的心理师。而这本书是由能将病人作为中心,把干预放在第一位,也能积极地为病人提供有效证明的治疗师撰写的。本书作者们有近一个世纪的从业经验,也影响了成千上万的病人、学员和接受过督导的人。我们从卓越的 Cleveland 诊所的心脏外科经验学到,如果一个医生没有成功治愈过1 000个病人,无论他看过多少本书甚至写过多少本书,都不能称为一名卓越的医生。

本书的上一个版本叫《聚焦心理治疗》(Focused Psychotherapy)。它是为了适应治疗师应对快速发展的管理式医疗(managed care)的需求,从而教授他们非凡的技巧,让他们得到提高,能逾越管理式医疗报销框架的限制下的服务体系。该书写于1995年,因为在当时,管理式医疗已经成为满足心理健康的普遍方式,药物治疗成了心理健康的新威胁。这导致了心理治疗服务的减少,因为药物取代了心理



社会(psychosocial)服务,并成为主要的治疗模式。

由于我们认为能为我们治愈心理疾病的抗抑郁药物和其他精神抑制药物是失败的,心理治疗再次有机会复活,能恢复为行为治疗的第一线干预方式。但它也需要由有效和高效的心理治疗师在医疗保险系统中,显示治疗效果,并能体现治疗的成本效益。为此,经修改的 1995 年版本的《聚焦心理治疗》(Focused Therapy)被重新命名为《重新聚焦心理治疗》(Refocused Psychotherapy)来表现这些改变。

尼克·卡明斯

2012 年 3 月 1 日

于里诺,内华达州

目 录

导 论	过去:心理治疗的黄金时代	1
第一章	回归精神病理学和病理生理学:效验性和有效性	10
第二章	因果关系心理治疗:不止治疗症状	21
第三章	新生模型的重新聚焦心理治疗	30
第四章	心理柔道:走在病人抗拒之前——比病人的抗拒更先一步	40
第五章	深入的、有效的治疗	78
第六章	洋葱/大蒜心理动力学:可开导的洋葱型病人	99
第七章	洋葱/大蒜心理动力学:可开导的大蒜型病人	136
第八章	洋葱/大蒜心理动力学:不可开导的洋葱型病人	169
第九章	洋葱/大蒜心理动力学:不可开导的大蒜型病人	190
第十章	治疗自杀病人	201
第十一章	同一地点的综合行为/保健医疗:走廊转介	215
第十二章	极端疗法	231
第十三章	行为健康医疗人员的心理病理学	246



附录 1 尼克拉斯 A • 卡明斯行为健康博士中国项目	250
附录 2 The Biodyne Research Model for Determining Efficacy, Effectiveness, and Efficiency	252
参考文献	258



过去：心理治疗的黄金时代

让我们将时光倒流到 20 世纪 50 年代和 60 年代早期，看看心理健康服务的治疗曾经是怎么样的。当时精神病学已经成功建立，心理治疗正在舒展筋络，开始大展拳脚；社会工作也受到重视，但很少有社工像精神病学家和心理学家一样以私人从业方式提供心理治疗。咨询师和婚姻/家庭治疗师不作为独立的专业人士存在。由于美国人对心理治疗趋之若鹜，心理治疗师广泛缺乏。没有人会料到后来会出现我们所知的管理式医疗（managed care），会将心理治疗排除在健康保险政策之外。要自己掏腰包做心理治疗并没有阻止需要它的病人，而这个费用只是象征性的：有经验的精神病学家的 50 分钟治疗收费 15 美元，而新手心理学家的费用是 10 美元。

社会倾心于心理治疗。电影、电台、早期的电视，还有平面媒体的文章都赞美心理治疗。整整 20 年，民意调查都显示，心理学家是年轻女性最想要的交往对象，人们毫不羞涩地将自己的心理治疗师介绍给周围的朋友。大众都认为心理治疗是长期的，著名的精神分析家们都有着长达数月的等待名单，病人急切地希望能接到电话去看诊。心理治疗在第二次世界大战期间在威廉·门宁格将军（William



Menninger)的指导下得到了发展,威廉·门宁格将军也是后来位于堪萨斯州托皮卡(Topeka)的著名的门宁格诊所(Menninger Clinic)的创始人。这些军方的精神病学家和心理学家们的成功影响,在20世纪60年代的一系列畅销书和受欢迎的电影传播开来,然而公众对心理治疗的需求似乎是无法满足的。本书的老作者于1948年作为一名心理治疗师新手在加州开始私人执业,也乘着这股潮流与那些受惠于政府退役军人资助项目并接受了专业训练的同事们一起工作发展。

当一个病人想要看病时,他/她会直接给精神病学家或者心理学家打电话,然后会在电话中完成预约。他/她会被安排坐在等待室中,直到被叫到,病人很少能在约见时间准时见到医生,但访谈一定会在50分钟后结束。心理治疗师需要有10分钟的时间去写笔记、听电话,做好准备见下一位病人。很少的心理治疗师有接待员,很大一部分都是自己一个人工作。儿童和精神病患者会有人陪同前来,当然,是一起见医生的。大约60%的病人由他们的医生转介而来,而有高达40%的病人是自己来的,他们从朋友处得到心理治疗师的电话号码,偶尔也有病人是从黄页中获得信息。儿童治疗中的玩耍治疗非常流行,儿科医生常常会做转介,因此很多心理学家会保留一间游戏室。心理测评占了所有心理学家业务的很大一部分,精神病学家也往往会转介自己的病人来做测评。同样,心理学家会将精神病患者转介给合作的精神病学家去获得药物。

在心理治疗的黄金时期,心理学家们很成功。精神抑制药很少用到,即使需要用到都会在见过心理治疗师(或者精神病学家)后才会获得。病人的治疗方案都是先用心理治疗,再结合相关的药物,很少的情况是病人会需要用药物结合心理治疗。

但是,那个年代存在以下两个问题:一是心理治疗的主要病人都是中产和富有家庭,他们都有较高的学历。那些工薪阶层或所谓的蓝领阶层很少会去寻求心理治疗的服务。二是精神病病人让精神科医院人满为患,在州立医院里更为严重。所有这一切都需要改革心理健康服务方式,这也引起了用精神科药物取代心理治疗去提高效率的呼声,也就是让药物取代心理治疗,成为第一线的干预。

将心理治疗扩展到普通人群

这一系列的问题先由凯撒医疗机构(Kaiser Permanente)*健康系统开始着手解决,当时在20世纪50年代的后期,心理治疗开始包括在医疗保险内。本书的老作者通过医疗费用抵消研究证明心理治疗不但是经济的,它的加入可以节省医药/手术的费用——这些都是在计算了行为医疗服务的费用后的结论(Follette & Cummings, 1967; Cummings & Follette, 1968)。在这个研究的基础上,尼克·卡明斯在1959年撰写了美国第一个预付心理治疗的保险法案,这也是在医疗产业将心理治疗看为可实施且经济上可行的基础(Cummings & VandenBos, 1981)。凯撒医疗机构的医药拓展研究很快复制了随机控制的夏威夷项目,其中包括整个夏威夷人口的医疗补助,也包含整个州的政府雇员(Cummings, Dorken, Pallak, & Henke, 1991; 1993)。这两个服务系统(凯撒医疗机构和夏威夷项目)变成了20世纪80年代开始的一个预支付管理式行为医疗服务系统的雏形,其在10年内在50个州中增长到5000万个注册会员。这个系统成为了美国新生系统,它是以心理学家为主导的系统。尽管每个州都有一名医学主管,他/她上面要报告的临床主管是一名心理学家。

这三个服务系统(凯撒医疗机构,夏威夷项目,美国新生)在超过40年间扩展到有成千上万的心理治疗师来为病人提供服务,覆盖了成千上万的人口,有着无数次的治疗,但没有一次治疗失当的记录。这个记录在医疗行业中仍是无法被复制的,而在医疗行业中医疗诉讼一直是司空见惯。新生模型的驱动力是,在预付服务系统中提供心理治疗服务的心理学家和社工,总是第一线的干预,而不是应用药物。药物是在少有的、必需的情况下从属配给的。心理学家虽然接受过精神药学的培训,但他们无处方权,这就要求他们通过从同一中心任职的精神病学家处获得

* 又称“凯撒医疗集团”,美国的一个预付费的会员制医疗机构。——译者注



处方。这个处方由精神病学家开列,然后交给心理治疗师,由治疗师连同用药的指南给予病人,并且会与病人一起讨论药物的副作用。这就保证了处方不会干扰心理治疗的移情(therapeutic transference)或避免病人从心理治疗为主要治疗的方式中因添加药物而分散。这个流程在过去 50 年中都应用在凯撒医疗机构的系统中,它只经历过一次挑战。在 2001 年,一位因为不满意裁员的医生在加州奥克兰(California Oakland)起诉指控凯撒医疗机构的心理学家和社工事实上在开处方。法庭裁定认为这个流程已经持续了 40 年,并没有对任何病人造成伤害而取消其申诉。

在新生模型的早期,精神病学家(如凯撒医疗机构)是与心理学家和社工一起工作的心理治疗师。在 20 世纪 80 年代,精神病学开始用药物治疗,心理治疗不再包含在他们的训练中。所以在美国新生模型中没有受过心理治疗训练的精神病学家不可以提供心理治疗。事实上,这些新的精神病医生轻蔑地将心理治疗称为“空谈治疗”,他们强调说行为问题是因为脑袋中的化学物质不平衡,心理治疗是与其不相关的。本书的老作者曾发现一名精神科医生在做心理治疗,并且这名精神科医生拒绝改变时,这名精神科医生马上被解雇了。

面对超负荷住院的精神病人的挑战

凯撒医疗机构(Kaiser Permanente)的项目领导着几乎是普遍应用的第三方支付心理治疗,并将它的用途延伸到工薪阶层和少数人种,与此同时夏威夷项目说服了政府将心理治疗服务纳入为医疗补助的一部分。然而过度住院的精神病人以及人满为患的州立医院的问题都没有得到巧妙的解决。最后,这些问题导致了医院让该住院的精神病患者出院,到了 20 世纪 80 年代,街道成为了精神病医院,监狱系统也受到牵连。

更重要的是,尽管国家心理健康研究所(National Institute of Mental Health, 缩写 NIMH)决心要通过研究以社区为基础的行为健康服务来解决这个问题。社

区的心理健康系统,是在肯尼迪执政期间设计,肯尼迪总统被杀后,在约翰逊总统任期内通过法案。它设计为在社区给不在精神病院住院的病人提供扩展的门诊行为干预服务。另外,国家心理健康研究所(NIMH)大胆地给出项目研究经费,如在20世纪60年代和70年代在加州进行的索特瑞雅(Soteria)项目。这个项目由国家心理健康研究所有前瞻性的精神病学家罗兰·莫舍(Loren Mosher)领导兼设计,其中两个索特瑞雅之家(Soteria Houses),起名于希腊词“deliverance(解放)”,是作为住院治疗可选择的行为改变为导向。在它随机控制的研究设计中,每第三个到圣克拉拉镇(Santa Clara)精神病医院要住院的病人都会被建议到两个索特瑞雅之家中的一家。这个项目以行为为基础,采用环境疗法,实行社区自我管理,配合心理治疗和家庭治疗以及其他适当的行为技巧,当中不到10%的人要服用精神科药物,就算服药也只是短期的(Mosher and Hendrix, 2008)。

在索特瑞雅项目进行的30年间,本书的老作者有幸成为位于帕洛阿尔托(Palo Alto)的著名心理研究所(Mental Research Institute,简称MRI)的主管。他花了相当多的时间在他们的场地观察不应用药物的情况下病人如何快速减少精神病症状,也通过数年的跟踪表明病人在治疗后没有再重复出现症状。这个项目非常有效地在没有依赖药物的情况下减少了病人住院率。而国家心理健康所也有意在美国的其他地区复制这个模式。这威胁着迅猛发展的精神药物治疗,这些事件将在第一章中详细说明。国家心理健康所的新一任领导如杰拉尔德·克勒曼(Gerald Klerman)、酒精药物成瘾及心理健康管理署(Alcohol, Drug abuse and Mental Health Administration 简称ADAMHA,现在重新命名为SAMHSA)贬低心理治疗来推崇以药物为基础的大脑化学不平衡理论。罗兰·莫舍被国家心理健康所解雇,索特瑞雅的资金一夜间断掉了。这个项目也忽然中止了。国家心理健康所亲自确认总结报告没有写出来,现在索特瑞雅项目的数据和其非凡有效性的证明已无从获取。精神健康历史学家罗伯特·惠特克(Robert Whitaker)也全面地记录了这一次溃败(Whitaker, 2010)。过后不久,一种新药物能代替精神科住院并让住院精神病人出院的做法迅速发展起来。



一个不常见到的有效减少精神病住院的方法是,无论多么晚,都在急诊室中进行门诊心理治疗。几乎无效率可言的标准程序是这样的:当一个有严重精神问题的病人到急诊室时——这往往出现在深夜,急诊室的医生会给值班的精神科医生打电话。在一个简短的电话讨论后,精神科医生会建议让病人入院,然后他/她会在早上检查这个住院的病人。等精神科医生出现的时候,病人已经在一个“疯子呆的地方”住了一晚上。病人断定:“我肯定是比我想象中还要疯。”用一个简单明显的方法,这个程序可以被中断,几乎能让所有不需要住院的病人都得到好处。一个专门受过训练的博士学位的心理学家或者精神科护士,而不是精神科医生,无论多晚都会到急诊室。在那里,门诊心理治疗开始。如果病人能积极回应,很明显住院治疗是不需要的,病人会被带到急诊室让陪同人员送回家。然后病人会在第二天适当的时间再来,这样给了他们机会睡觉,还可以在接下来的几天每天都接受治疗。所有这些都比只是一天住院治疗的费用少得多。这个程序被凯撒医疗机构成功地应用,后来应用在美国新生模型中。后者成功地降低住院率达到九成,也前所未有地将很大比例的节约经费转移到覆盖门诊的心理治疗,这包括往往被排除在外的婚姻和职业咨询(Cummings, 2011)。

被管理式医疗侵占的心理治疗

在 1990 年代的早期,管理式医疗扩展其工业化。到今天,它能控制心理治疗——能决定通过网络预约多少次访谈,什么干预可以得到报销。通过确认的治疗计划几乎都是由不专业的案例经理决定的。他们是通过表面上的限制服务来降低费用。美国心理学协会(American Psychological Association,简称 APA)没有注意到医疗系统的工业化警报(Cummings, 1986),而美国精神病学协会(American Psychiatric Association,简称 ApA)则欢迎这个趋势,这样它还能继续在此行使自己的影响。因为药物的统治取代了心理治疗,美国心理学协会现在面临着行为科学和业务的递减,这符合了美国精神病学协会推崇药物的目的。

在 20 世纪 80 年代和 90 年代,唯一一个保持着忠诚于行为治疗的管理医疗公司是以心理学为主导的美国新生模型。它的发展是那些缺乏执业知识,只依赖精神科和强调精神科药物,被华尔街控制的管理医疗系统所无法复制的。这个模型数次被美国精神病学联合会(ApA)挑战,每次它都能通过其有效的行为医疗服务成功地在法律上和经济上赢得挑战。因为自己的美国心理学联合会跟美国精神病学联合会之间无休止的争吵,本书的老作者,也是美国新生公司的联合创始总裁,与他的同事一起,在 20 世纪 90 年代中期卖掉了公司。销售条件中就含有了在这个医疗系统中要有限制性条款,且必须继续保持的规定。可是对限制性条款的侵蚀几乎是马上就开始的,承诺也在六个月内全面瓦解。

将心理治疗作为第一线的干预

本书将探讨心理治疗再次作为行为医疗第一线干预的需要,并提供指导性的方法。心理治疗将其地位让给了药物,导致了治疗中不尽如人意的结果。现在社会都已经准备好迎接改变,也需要有行为医疗的从业者能在这个机会中崛起。但是,放弃心理病理学的基础,心理治疗就会迷失方向,这会导致无法避免地增加应用药物来紧急处理所有焦虑症和抑郁症,因此现在医生开处方时不再考虑行为导致这些感觉的心理因素。反复无常的症状集合都有了听着很科学的名称,并取代了真正疾病或者状况的准确性。在第一章中,这些大同小异/反复无常的症状集合会被重组,从一种 DSM 到另一种中获得新命名。对所有这些重组的症状的干预总是用最新的精神抑制药物,而它们的效果还面临很严峻的挑战,让人担忧的副作用也正在堆积。

这就需要我们再次强调在行为医疗中,要有坚实的精神病理学基础,将它融入成为主流综合医疗保健系统的一部分。很大部分的情感苦恼病人都在初级医疗保健系统中发现,2010 年的国家医疗改革方案必不可少地将初级医疗保健医生(PCP)去主导行为健康医疗的服务,这就强调了行为保健医师(BCP)能在单独的



执业办公室走出来,与医生们一起并肩工作。在这个角色中,行为保健医师不仅作为初级医疗保健的心理治疗师,也同时根据需要培训医生,提供各种及时和适当的行为干预。这需要有有效验(意为已经证明有效的干预),经历过临床测试(意为有效性)并且最后是有效率的(意为不是死板的 50 分钟治疗)。换句话说,行为保健医师会更像医生一样,而同时不放弃将行为健康作为基础。简单地说,初级医疗保健系统会呈现的局面,就体现为如英国心理健康先驱迈克尔·巴林特(Michael Balint)在半个世纪前说的:“心理学家需要变得更像医生,而医生需要变得更像心理学家”(Balint, 1957:43)。

以上所描述的系统,就是我们所熟知的新生模型,它不仅以实证为基础,也有超过 40 年的实践经验,是覆盖全美国有超过 3 000 万到 4 000 万的覆盖人群的医疗保健体系。它在 1959 年起源于凯撒医疗机构,在那里他们有先见之明的发起医生——西特尼·加菲尔德(Sidney Garfield),发现了心理学超越精神病学的价值,而他的后来人和得意门生,莫里斯 F·科伦(Morris F. Collen)本身也是医生,给了尼克·卡明斯自由去创建一个模型,后来该模型有了 400 万人的覆盖率(Cummings & VandenBos, 1981)。后来在 1980 年到 1987 年间政府有 12 万个研究对象的随机化夏威夷医疗补助项目中经受了测试(Cummings et al., 1991; 1993)。在 1985 年,他成立了国家专利的行为医疗体系,美国新生的基础,它在 10 年内覆盖了 50 个州的 2 500 万人的心理健康需求。就如前面提过的,这个经验是零失误,也没有因病人投诉需要走司法程序,这个成绩在任何国家级的医疗保健公司中是空前绝后的。有了这个历史,新生模型是效验、效果和效率的卓绝的范例。它的行为治疗模型会在本书中描述。

关于本书作者

本书作者是父女档的心理学家,这已经是他们一起合作的第九本书了。尼克(Nick)是 1979 年美国心理学联合会会长,曾经是凯撒医疗机构的行为健康负责人,

夏威夷项目的主研究人,专业心理学运动的发起人,有四个校区的加州专业心理学学院(现在的阿里安特大学 Alliant University)的创始人,位于帕洛阿尔托(Palo Alto)的心理研究所分所的负责人,美国新生的创始总裁。最近,他是亚利桑那州立大学尼古拉斯 A·卡明斯行为健康博士课程的设计师。在这个课程中珍妮特(Janet)是创始协作主管,并继续在大学中担任副教授。珍妮特是精神病药理学、精神病理学、病理生理学上的权威,她曾经在成为心理学家前学习分子生物学,曾经获得其取得博士学位的莱特州大学的年度校友称号。父女两人都是位于里诺(Reno)的内华达大学的教授,尼克是荣誉教授而珍妮特是副教授。他们治疗过成千上万的病人,指导过上千的心理治疗师,也在研究生院教过许多的学生。他们是一心一意,亲力亲为的治疗师。除了以上所做的一切,他们还继续自己的私人心理咨询服务和在行为医疗行业中执业。

第一章 回归精神病理学和病理生理学：效验性和有效性



今天心理治疗的缺失是因为缺乏了真正的因果精神病理学。症状都只看表面。不管是 Axis I 还是 Axis II 病人，都是应用认知治疗来配合动机访谈的治疗方法来代替真正了解病人的抗拒，再用技巧的治疗去回应这个抗拒。结果是，我们的精神健康服务陷入了被边缘型人格病人操纵的困境中，年复一年，这些病人根据自己的利益去操控系统，或利用系统来逃避麻烦。

现在的心理治疗，离开了主流医疗体系，躲到心理治疗办公室中，甚至将病人这个名称改为“客户”。医生、牙医、护士、验光师、足科医生、兽医，甚至是按摩技师都要面对病人，而律师、会计、股票经纪人、经济师以及心理学家、咨询师、社工们针对的是客户。这难道不奇怪么，还是我们堕落到今天最多只能提供不完善的学习性或者带着政治上永远正确的毫无效用的建议。我们不再“治疗”病人；我们给病人提供“意见”。事实上，极受吹捧的心理治疗方法是接受同意治疗（ACT）。这其中传递的意思是不开心是人的自然情况，客户越早接受越好。这最早由史蒂夫·海斯(Steve Hayes, 2000)提出，他是一个彻底的行为学家，30 年前他不会采取认知行为学，我们已经看到 ACT 注重并复制了现在过时的格式塔治疗，更甚的是，有时难以在流行心理学中将它区分开来。这只是众多在这个年代流行的心理治疗的一种，精神病理学和病理生理学的准确性是不存在的。

一时间,所有药物都似乎以症状为导向。在 20 世纪,医学行业在发现疾病的原因和治疗上迅猛地进行,21 世纪只将精神病学看作医学的一个分支,并仍然保持着是以症状或综合症(不能确诊为一种疾病的随便一堆症状)来命名和治疗的习惯,就如同它们就是疾病。为了说明,精神病理学家和病理生理学家会说:

- 发烧不是一个诊断,但是一个可能有多重不同疾病引起的症状。
- 抑郁也可能是一系列疾病伴随而来的一个症状。
- 焦虑也是一个症状,而不是一个诊断。
- 丧亲不是病,是回应失去重要的人的自然恢复反应。
- 很可能创伤后应激障碍不是一种失调症,而是人在面对无法承受的严重压力的自然恢复过程。就如丧亲,释放压力可能需要一到两年,这可能是极痛苦的恢复过程并且需要配合药物的干预。
- 可能 ADHD 和自闭症都不是疾病,是一个还没有确诊的疾病或者一些疾病的症状。让人质疑的新版 DSM 对这些情况的延伸造成了很多错误的确诊。

今天,症状等同病,而且每个症状都能配到一种药物。这就相当于诊断头痛为失调症,阿司匹林就是针对这头痛的处方,而不去弄明白头痛是由哪一系列的原因引起的,如眼张力紧张、偏头痛,或者一个快速长大的脑部肿瘤。如果是前面的两种情况,阿司匹林就能暂时减轻头痛,但对偏头痛患者是没有帮助的,病人还会继续受罪,直到偏头痛发作过去。而在第三种情况,病人很可能会死。

过去,心理治疗师不仅仅评估病人的信念和烦恼,也会帮助病人钻研是什么将他们引到了今天这一步(所谓的起因)。我们是怎么从心理治疗的黄金时代到了今天缺乏了所有的精神病理学的呢?现在偏向用药物治疗一串随机的症状,而不用必不可少的技巧性心理治疗的过程稳定地蚕食着确定性的过程长达 30 年。在这个年代:

- (1) 很难能碰到年龄在 50 岁以下还会采用心理治疗的精神科医生。
- (2) 精神科已经变成了“15 分钟确诊,给病人开药”的行业,已经不再受研究生院医学生欢迎并被选择作为他们的职业。这导致的结果是,现在我们严重缺乏精