

第 3 版


认知行为治疗手册

Handbook of
Cognitive-Behavioral Therapies

主编 Keith S. Dobson

主审 汤宜朗

主译 李占江

 人民卫生出版社

认知行为治疗手册

Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies

第3版

主 编 Keith S. Dobson

主 审 汤宜朗

主 译 李占江

译 者 (按姓氏笔画排序)

冯 媛 任 帅 米 丝 李 艳

李 颖 李晓苗 黄芳芳

秘 书 任 帅

译者单位 首都医科大学附属北京安定医院

人民卫生出版社

Copyright © 2010 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc

图书在版编目(CIP)数据

认知行为治疗手册/(美)杜布森(Dobson, K.S.)主编;李占江译. —北京:人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21315-8

I. ①认… II. ①杜…②李… III. ①行为治疗—手册
IV. ①R749.05-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第215735号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

图字号: 01-2011-7358

认知行为治疗手册

主 译: 李占江

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: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 26

字 数: 466 千字

版 次: 2015 年 11 月第 1 版 2015 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21315-8/R · 21316

定 价: 88.00 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市场营销中心联系退换)

目 录

第一部分 历史、哲学及科学基础

第一章	认知行为治疗的历史与哲学基础·····	2
第二章	认知行为治疗的循证基础·····	34
第三章	认知科学与认知行为治疗的理论基础: 发展演化·····	65
第四章	认知行为治疗与其他心理治疗的整合·····	82

第二部分 评估的若干问题

第五章	认知评估及其方法·····	116
第六章	认知行为治疗的案例解析·····	150

第三部分 治疗方法

第七章	问题解决治疗·····	170
第八章	理性情绪行为治疗·····	196
第九章	认知治疗·····	241
第十章	图式治疗·····	278
第十一章	认知行为治疗中的正念和接纳技术·····	303

第四部分 在特殊人群中的应用

第十二章	青少年认知行为治疗·····	328
第十三章	夫妻认知行为治疗·····	360
第十四章	不同种群的认知行为治疗·····	388

索引·····		405
---------	--	-----

第一部分

历史、哲学及科学基础

第一章

认知行为治疗的历史与哲学基础

Keith S. Dobson, David J. A. Dozois

尽管认知行为治疗(cognitive-behavioral therapy, CBT)最早于20世纪60年代初兴起(Ellis, 1962),然而第一篇有关“认知行为矫正”的重要著作直到20世纪70年代才出现(Kendall & Hollon, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977)。在此期间人们对认知以及将认知理论应用于行为改变产生了浓厚的兴趣。比如Mahoney(1977)曾指出,尽管20世纪60年代心理学界普遍经历了一场认知革命,然而相同的理论观点却在一段时间后才开始对临床心理学产生影响。作为临床心理学认知革命的一部分,不同的理论家和实践者开创了大量与认知和行为改变有关的模型,以及一整套真正的临床技术。

本章将对认知行为治疗的主要发展史进行回顾,时间集中于20世纪60年代初至今。我们将首先简要地界定认知行为治疗的范围和该治疗模型的本质,回顾认知行为治疗的历史基础。其次提出并讨论促成认知行为治疗发展的六个主要原因。然后我们总结不同形式认知行为治疗的主要哲学基础,以及这些治疗方法共有原则及各自的差异。本章最后依据每种方法的历史发展及其提倡的行为改变原则对主要的认知行为治疗流派进行描述。

认知行为治疗的界定

认知行为治疗包括三个核心命题:

1. 认知活动影响行为。
2. 认知活动可以被监测和改变。
3. 认知改变可以产生预期的行为改变。

尽管Kazdin(1978)采用了稍微不同的名称,但从其对认知行为矫正的定义中可以看出他的主张与认知行为治疗相似:“‘认知行为矫正’这一术语包含了那些试图通过改变思维、解释、假设以及反应策略来改变外显行

为的治疗”(p.337)。因此认知行为矫正和认知行为治疗的前提假设和治疗方法几乎完全相同。也许唯一能够把他们区分开来的地方就是对于治疗结局的看法。认知行为矫正将外显的行为改变作为其最终的结局(Kazdin, 1978; Mahoney, 1974), 而一些当代的认知行为治疗仅仅关注认知本身, 相信随后即会产生相应的行为改变。例如, Ellis (1962, 1979a; Dryden, David & Ellis, 本书第八章) 创立的治疗方法涉及信念的改变, 因此它不属于 Kazdin (1978) 的认知行为矫正。由此可见“认知行为治疗”这一定义要比认知行为矫正范围更广, 并将后者包含在内(同时见于 Dobson, Backs-Dermott, & Dozois, 2000)。

认知行为治疗第一个核心命题即认知活动影响行为, 是对基本中介模型(basic mediational model)的重述(Mahoney, 1974)。尽管早期的认知行为理论家不得不努力收集资料以证明中介观点在理论和经验上的合理性(如: Mahoney, 1974), 现在已有众多的证据表明个体对于事件的认知评价会影响他们对事件的反应, 且改变这些评价的内容具有临床价值(如: Dobson et al., 2000; Dozois & Beck, 2008; Granvold, 1994; Hollon & Beck, 1994)。尽管人们对于个体在不同情境中认知评价的程度和确切性质仍然存在争议(cf. Coyne, 1999; Held, 1995), 但认知作为中介影响行为这一事实已不再受到强烈的怀疑。

认知行为治疗的第二个核心命题是认知活动可以被监测和改变。这一陈述隐含的假设是我们可以意识到认知活动, 认知是可知、可评价的。然而有理由相信人们对认知的自我认识并不完美, 人们可能根据发生的预期可能性而非真实发生的情况来报告某些认知活动(Nisbett & Wilson, 1977)。尽管如此, 认知评价领域的大多数研究者仍然试图将现有的认知评价策略作为可靠并且有效的手段使用, 并通常依据个体的行为来判定(Merluzzi et al., 1981; Segal & Shaw, 1988; Dunkley et al., 本书第五章)。因此, 尽管对认知的报告通常可以接受, 但有理由相信认知报告在某些情况下会出现偏差, 所以需对患者的某些认知报告加以验证(Dunkley et al., 本书第五章)。

从这一命题得出的另一推论是认知评价是认知改变的前奏。尽管从概念上看似乎很合理, 即一旦对认知活动进行评价, 接下来我们就要对其进行控制, 但实际上二者并无必然的联系。就人类的行为改变而言, 认知评价并非必然促成改变。正如其他作者所述(Dunkley et al., 本书第五章; Mischel, 1981; Segal & Cloitre, 1993; Shaw & Dobson, 1981), 大多数认知评价策略强调的是认知内容和认知评价的结果而非认知过程。然而对于认知过程的监测, 以及认知、行为和情感系统相互依存关系的监测, 最有可能深化我们对于改变的理解。遗憾的是, 这种形式的认知监测与认知内容的

评价相比,尚未得到充分的发展。

认知行为治疗的第三个核心命题是应用中介模式的直接结果,它指的是认知改变将会导致预期的行为改变。因此,尽管认知行为理论家承认外部的偶然强化可以改变行为,但他们强调有替代方法来改变行为,其中突出的就是改变认知。

基于认知改变可能会影响行为这一观点,认知行为研究者的早期工作大多是在证明认知的中介效应。比如,Nomikos等(1968)证明了相同音量的噪音会产生不同程度的心理干扰,心理干扰的程度取决于研究参与者对于噪音的预期。与此类似的,Bandura(1997)发现参与者对于自己接近一个恐惧物体能力的预知能够预测其真实的反应,并将这种预知能力定义为自我效能。在一系列实验室以及临床实验中认知的中介作用已得到了大量的验证(Bandura, 1986, 1997)。

尽管有关认知活动的这些推论已被广泛接受,进一步证明认知改变能够调节行为改变这一假设仍然极其困难。为了证明这一观点,就必须做出独立于行为的认知改变评估。例如,假如一位恐惧症患者可以靠近其害怕对象3.05米(10英尺)内,经过系统脱敏(包括逐级暴露的方法)治疗后,那么他就可预测或证明自己可进一步靠近恐惧的对象。但是,如果以这一例子来推论其行为改变是由认知为中介所致则至少很困难或不充分,甚至非常牵强。另一方面,如果同一位恐惧症患者经过某种形式的认知干预治疗以后(比如,利用想象疗法想象自己靠近恐惧的对象),然后个体产生了相同的行为改变,那么行为改变是以认知为中介的观点则更为可信。如果同一恐惧症患者能够接近之前害怕的、但在治疗中并未专门涉及的对象,那么导致这一行为改变的认知中介则至关重要,因为在患者心中,一定存在某种机制将治疗中涉及的对象与泛化的对象进行认知上的“匹配”。遗憾的是,认知中介的检验在方法学上往往存在着不足,很多检验都难以得到令人信服的结果(DeRubeis et al., 1990; Longmore & Worrell, 2007),因此这些模型持续存在争议。

认知行为治疗的构成

如前定义的那样,认知行为治疗领域有着多种治疗方法。这些方法具有共同的理论观点,那就是假设存在被称为“思维”或者“认知”的内隐过程,这些认知事件是行为改变的中介。事实上许多认知行为理论家明确表示,鉴于认知中介这一假说,认知不仅能够改变行为,且一定会改变行为,因此行为改变可以作为认知改变的间接指标。与此同时,这些方法也认为

行为改变并非一定涉及复杂的认知机制。在某些形式的治疗中,其干预方法很少涉及认知评价与评估,更多依赖于来访者活动和行为的改变。认知行为治疗的实际结局自然会因为来访者的不同而有所差异,但总的来说,用于测量改变的两个主要指标就是认知和行为。也有少数情况用情绪和生理的改变来代表认知行为治疗的结局,尤其当情绪和生理紊乱是治疗中的主要问题时(比如焦虑障碍和心身疾病)。认知行为治疗目前的发展趋势是,人们越来越多地关注认知中介是如何对行为、情绪和生理过程产生影响,以及三者是如何在实践中彼此强化的。

认知行为治疗主要分为三类,各类的改变目标稍有不同(Mahoney & Arnkoff, 1978)。它们是应对技能治疗、问题解决治疗和认知重建治疗。稍后我们将会对上述三个领域内的治疗方法进行详细讨论,故不在此处赘述。然而值得注意的是,不同类别的治疗对认知和行为改变的重视程度不同。例如,应对技能治疗主要用于处理来访者的外部问题。在这种情况下,治疗关注的是识别和改变某些行为方式,这些行为方式可能会加剧负性事件的影响(如陷入诱发焦虑的思维和想象;回避),或者采取一些策略以减小负性事件的影响(如学习放松技巧)。因此,对于应对技能治疗来说,治疗成功的主要标志包括应对能力的提高以及负性事件影响的相应减少(如焦虑表现的减少),其中应对能力的提高属于行为学标志。相比之下,认知重建技术更多地用于处理个体的内部问题。这些技术关注的是那些长期的信念和特定情境下的自动思维,相信正是这些信念和思维造成了负性的结局。

尽管认知行为治疗的主要目标包括认知改变和行为改变,但并非所有认知和行为的改变都属于认知行为治疗。例如如果一名治疗师在治疗一名具有自毁行为的孤独症患儿时应用了经典条件反射,那么他所采用的方法就不属于认知行为治疗;这种方法可能被称为“行为分析”或者“应用行为治疗”。实际上,任何采用了刺激-反应模式的治疗方法都不能算是认知行为治疗。只有当治疗中存在着认知中介的作用,并将其作为治疗计划的重要组成部分时,才可应用“认知行为”这一术语。

正如严格的行为治疗不属于认知行为治疗,严格的认知治疗也不属于认知行为治疗。比如一种治疗模式认为过去创伤性事件的记忆导致了现有的情绪问题,因此要以改变这些记忆为治疗目标,这种治疗就不属于认知行为治疗。值得注意的是这个例子可能假设现在的问题和过去的创伤没有联系。如果过去有过创伤且与近期的事件高度相似,同时来访者因为过去创伤和近期事件的共同作用而痛苦,那么认知有可能具有中介作用,治疗也自然属于认知行为。当然,也确实存在针对创伤的认知行为治疗(Resick et al., 2008)。

最后,基于过度情绪表达理论的治疗,比如情感宣泄治疗,也不属于认知行为治疗。尽管这些治疗假设情绪来源于极端或者负性的认知中介过程,但治疗却不涉及认知改变,因此并不属于认知行为治疗。

认知行为治疗的历史

认知行为治疗分为两条历史线索。主线是行为治疗,它被视为认知行为治疗的前身。此外,认知行为治疗也受到心理动力学治疗模式的影响。这两个历史主题将依次在本节中讨论。

首先,行为治疗是对激进行为治疗的改进(Bandura, 1986)。它吸取了行为主义中经典条件反射和操作条件反射的原理,发展出一套针对行为改变的干预措施。然而20世纪60年代、70年代行为治疗开始发生转变,这种转变使认知行为治疗理论的发展成为可能,甚至可以说是逻辑上的必然。首先,尽管行为理论作为心理治疗领域的主导力量已经有一段时间,但20世纪60年代末以来,人们越来越多地发现非中介的方法不足以全面地解释所有人类行为(Breger & McGaugh, 1965; Mahoney, 1974)。Bandura(1965, 1971)的替代学习挑战了传统行为理论对于行为的解释,Mischel等(1972)关于延迟满足的工作也证明了相同的观点。人们还发现,儿童学习语法规则的好坏不取决于家长和教育者的强化能力(Vygotsky, 1962),即使语言学习的行为模式遭受严重破坏也可以学好语法规则。行为学观点令人不满的另一个原因是它试图将“内隐”行为(如思维;Homme, 1965)也纳入到行为模型中。尽管这种做法有值得肯定的地方,但这明显与行为主义对于外显行为的强调不符。

其次,一些问题的特殊性质使得认知行为治疗的发展成为可能,比如强迫性思维,非认知的干预就没有效果。可以说只有那些与行为相关的障碍才能应用行为治疗。与此同时,对于具有多种表现的疾病行为治疗师也只以行为症状的改变为目标(如Ferster, 1974)。在过去的工作中,这种对于行为的重视显著地增加了治疗潜能,但是治疗师们对行为治疗并不完全满意,因为他们发现主要问题,或者问题的主要方面并没有得到处理。认知行为治疗干预措施的发展帮助临床工作者填补了治疗技术上的空白。

第三,心理学领域正在发生普遍的改变,而认知主义或者“认知革命”是其主要组成部分。目前实验心理学已经发展、研究并建立了一系列中介概念(Neisser, 1967; Paivio, 1971)。其中最有力量的可能是认知的信息加工模型,显然它属于中介模型,并且得到了认知实验的支持。信息加工模型向临床领域的扩展是一个自然的发展过程(如Hamilton, 1979, 1980;

Ingram & Kendall, 1986)。

20 世纪 60 年代、70 年代很多研究者对疾病的认知中介做了基础性的研究,这些研究甚至超越了一般认知模型的发展。如这一时期的 Lazarus 和她的同事开展了大量的研究并最终证明焦虑包含认知中介的作用 (Lazarus, 1966; Lazarus & Averill, 1972; Lazarus & Folkman, 1984; Monat, Averill, & Lazarus, 1972; Nomikos et al., 1968)。总而言之,上述有关认知心理学的研究,也可以称为“应用认知心理学”,挑战了行为理论家对于心理现象的解释。使行为主义认识到自己的局限性,并试图将认知现象纳入到行为模型中。自我管理和自我控制的相关文献出现于 20 世纪 70 年代初,我们可以从中看到将认知和行为结合起来的尝试,也许这是两者结合的最早标志之一 (Cautela, 1969; Goldfried & Merbaum, 1973; Mahoney & Thoresen, 1974; Stuart, 1972)。所有这些试图在行为矫正中加入自我控制观点的尝试都具有相同的看法,那就是个体有能力监控自己的行为,设定内部行为目标,通过协调环境和个人变量,最终实现某种形式的目标行为管理。为了发展这些自我控制模型,必须对一些认知加工过程做出假设,例如为了定义自我控制策略,不得不假设个体本身具有“控制”的能力 (如 Jeffrey & Berger, 1982)。

除行为主义以外,共同促成认知行为治疗发展的第二条历史线索是心理动力学的理论和治疗。正如人们对严格的行为主义越来越不满一样,关于人格和治疗的心理动力学模型作为另一种最为强大并可供选择的观点,也开始遭到人们的质疑。认知行为治疗领域的早期工作 (如 Beck, 1967, pp. 7-9; Ellis, 1973, 1979a, p. 2) 包括总结历史材料以否定精神分析理论对于无意识过程的强调以及长期治疗的需要,长期治疗根据的是治疗依赖于内部洞察力的发展,并涉及移情 - 反移情的治疗关系。然而一个有趣的事实是,认知行为治疗领域两个重要人物, Aaron Beck 和 Albert Ellis 最初接受的都是心理动力学的训练,后来他们各自发展出了自己的认知行为治疗模型,强调认知重建以及对特质性的持久信念和图式进行分析和改变的需要。

除了与心理动力学模型基本原理在哲学上有分歧之外,对于文献结果的分析表明,传统的心理治疗并不是特别有效 (Eysenck, 1969; Luborsky et al., 1975; Rachman & Wilson, 1971, 1980)。对心理动力学治疗效果最大胆的批评可能来自于 Rachman 和 Wilson (1980),他们指出“仍然没有可接受的证据表明精神分析是一种有效的治疗手段”(p.76)。对于短期症状缓解和问题解决的重视是早期认知行为治疗师的治疗主题之一,尽管他们的工作起源于心理动力学的。

和其他社会运动一样,认知行为治疗最初形成的关键在于大量理论家和治疗师队伍的出现与壮大。开启这个过程的人物包括 Beck (1967, 1970), Cautela (1967, 1969), Ellis (1962, 1970), Mahoney (1974), Mahoney 和 Thoresen (1974), 以及 Meichenbaum (1973, 1977)。认知行为观点主要支持者的确立,对这一时代思潮的创建产生了影响,并引起了心理治疗领域其他人的关注。此外为新兴的认知行为治疗创建一本专门的杂志有助于深化这一趋势。成立于 1977 年并由 Michael Mahoney 作为首任编辑的《认知治疗与研究》就提供这样一个平台,“以促进和交流人类适应和调节领域内认知作用的研究和理论”(来源于杂志的封面)。认知行为治疗与矫正相关出版物的定期发行,使研究者和治疗师能将他们的先进思想和研究成果呈现给广大读者。

研究发现,认知行为治疗与严格的行为治疗同样有效甚至更为有效,这是最后一个导致认知行为观点持续受到关注的重要历史因素。Ledgewidge 复习了 13 项研究,发现认知行为治疗和行为治疗的效果没有差异,尽管他指出他所复习的研究都是基于相似的人群,而要做出一个综合的判断还需要更多的临床试验。很多人对 Ledgewidge 的综述做出了相反的回音,他们认为 Ledgewidge 的评论是不成熟的 (Mahoney & Kazdin, 1979)。早期人们对认知行为治疗的效果有很多争议,但后来大量的综述证明认知行为治疗的确有效 (Berman et al., 1985; Dobson & Craig, 1996; Dush et al., 1983; Miller & Berman, 1983; Shapiro & Shapiro, 1982)。事实上认知行为治疗显然属于以实证为支持的治疗 (Chambless et al., 1996; Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001)。然而值得注意的是,治疗效果的荟萃分析对认知行为治疗优于行为治疗的程度存在质疑。(Berman et al., 1985; Glogucen et al., 1998; Miller & Berman, 1983)。随着数据资料的不断累积,对不同治疗疗效的确切陈述将成为可能 (Epp & Dobson, 本书第二章)。我们希望从后续的研究中得到确定的结论,包括认知行为治疗的整体效果,不同类型认知行为治疗的相对效果及其认知行为治疗针对不同临床问题的相对效果。

从这些评论中我们可以清楚地看到,对于功能失调和治疗的认知行为模型的发展,存在并且会持续出现很多令人信服的理由。这些理由包括对先前治疗模式的不满,临床问题对认知行为观点的需要,对人类机能认知方面的研究导致有资质的认知行为理论家和治疗师以及不断发展的支持认知行为干预具有临床疗效的研究组织。在了解了认知行为治疗的一般发展趋势后,对过去 40 年中逐步发展起来的大量特定类型的认知行为治疗,下面提供一个更为深入的总结。

主要的认知行为治疗方法

认知行为治疗指的是行为策略和认知过程的整合，目的是实现行为和认知的改变。然而即使是一个简短的回顾也会发现不同的认知行为治疗具有不同的原则和过程。认知行为治疗的多样性部分原因在于其不同的理论取向，而干预策略正是根据这些理论取向发展来的。例如，Ellis 和 Beck，这两位理性情绪行为治疗和认知治疗的创立者都具有精神分析的背景。与此不同的是，Goldfried, Meichenbaum 和 Mahoney 最初接受的就是行为矫正的训练。

Mahoney 和 Arnkoff(1978)将认知行为治疗分为三类：(1) 认知重建治疗；(2) 应对技能治疗；(3) 问题解决治疗。“认知重建治疗”假设情绪困扰来源于适应不良的思维。因此其临床干预的目标就是监测并挑战适应不良的思维模式，建立更为适应的思维模式。相比之下，“应对技能治疗”强调整整套技能的发展，以帮助来访者更好的应对一系列压力情境。“问题解决治疗”可以作为认知重建技术和技能应对训练的结合。问题解决治疗强调一般策略的发展，这些策略的适用范围很广，同时还重视来访者和治疗师在制定治疗计划时的积极协作。本章接下来的部分讨论了主要认知行为治疗的演变与发展。本介绍不求面面俱到，因此排除了那些没有经过大量研究证实以及临床应用不多的治疗方法。

理性情绪行为治疗

很多人认为理性情绪行为治疗(rational emotive behavior therapy, REBT)是认知行为治疗的先驱。50多年前, Albert Ellis 建立了 REBT 的基本理论并将其应用于实践。Ellis 在接受了大量精神分析理论的训练和实践之后, 开始质疑经典分析方法的有效性。他观察到病人通常对精神分析技术(如自由联想和释梦)存在抵抗, 并且倾向于长时间停留在治疗中。此外, 精神分析理论假设洞察力的获得能够使患者的病情得到改善, 而 Ellis 对其是否会导致持久的行为改变存在质疑:

然而我仍然对我得到的结果不满意。因为尽管很多病人短期内得到了显著的改善, 并且在获得了某些貌似关键的自我洞察力后感觉好了很多。但是他们当中很少有人真正被治愈, 即最小限度地遭受焦虑和敌意的困扰。正如之前接二连三的患者地对我说:“不错, 我清楚地知道什么在困扰我以及我为什么会因此困扰; 但问题并未解决, 症状依旧。现在我该怎么办?” (Ellis, 1962, p. 9)

Ellis 因为精神分析方法的局限性而对其失去信心,并开始进行试验以寻找更为积极和指导性 REBT 的治疗技术。经过临床上的反复尝试,他提出了情绪干扰理论和一套治疗方法,这些治疗方法强调应用实用的技术处理生活中的问题。尽管精神分析理论的支持者认为 Ellis 的理论是非正统的,然而 20 世纪 60 年代行为治疗的出现以及人们对认知在理解人类行为中作用的认同,促使 REBT(以前称为理性情绪治疗[rational emotive therapy, RET])最终被接受,并作为是可以代替传统心理治疗的一种更为有效的方法。

REBT 的核心假设是人类的思维和情绪是显著相关的。根据 Ellis 的 ABC 模型,症状是个体非理性信念系统(B)对特定刺激性经历和事件(A)产生的反应(C)。治疗的目标在于识别和挑战作为情绪困扰根源的非理性信念。REBT 假设个体具有非理性的思维和行为倾向,这些倾向是先天或后天获得的。因此为了保持情绪健康的状态,个体必须不断地监控和挑战他们的基本信念系统。

Ellis(1970)确定了 12 种基本的非理性信念,这些非理性信念具有一般的特征,即不切实际或绝对化的期望。REBT 假设用现实的期望代替那些不切实际、过度概括的期望,就能够产生情绪和行为上的显著改变。然而由于个体强烈地倾向于保持他们非理性思维模式,要产生持久有效的改变就需要强有力的干预手段。

REBT 采用多维的治疗方法,将认知、情绪和行为技术结合起来。然而其主要治疗手段仍然是“一种逻辑与经验的方法,包括科学地质疑,挑战和辩论”(Ellis, 1979a, p. 20),这些方法用来帮助个体战胜非理性信念。除了辩论,治疗师还会选择运用一系列更为广泛的技术,包括思维的自我监控、阅读疗法、角色扮演、榜样化、理性情绪想象、羞耻攻击练习、放松训练、操作性条件反射和技能训练(Ellis, 1979b)。REBT 的理论和实践与其最初建立时基本一致,因此, Ellis 在《心理治疗中的理性与情绪》中对理性情绪治疗的定义,仍然可以作为该治疗方法的重要参考。将 RET 重新命名为 REBT 并不代表其哲学原理或关注重点的改变,而是代表了 Ellis 的一种期望,即期望这一概念能够更准确地反映理性情绪行为治疗师的治疗理念。

REBT 与其他认知行为治疗相比,一个重要的差别在于它们各自具有不同的哲学重点。Ellis(1980)为 REBT 确立的主要目标清楚地反映了其哲学观点:自我利益,社会利益,自我指导,容忍自我及他人,灵活性,接受不确定性,对切身利益的承诺,自我接纳,科学的思维以及对生活非理想化的观念。REBT 假设采用这种理性哲学思维的人将会经历最少的情绪困扰。

REBT 有大量的文献研究(参见 Dryden et al., 本书第八章),并被应用

到不同的领域,包括领导、商业(Criddle, 2007; Greiger 和 Fralick, 2007)以及学校(Vernon 和 Bernard, 2006)领域。遗憾地,大多数已发表的文章都来自于 REBT 的支持者,而不是关心 REBT 有效性和实用性(Mahoney, 1979)而客观地收集到数据的研究者。不过已有文章表明,REBT 正在接受客观验证,而这是过去所缺乏的(Haaga 和 Davison, 1993; Dryden et al., 本书第八章)。

认知治疗

认知治疗(cognitive therapy)的创立者 Aaron Beck 最早接受的是精神分析的训练。与 Ellis 一样,Beck 也开始质疑精神分析关于神经症,尤其是抑郁的理论解析。Beck 在 1963 年观察到,由于精神分析对动机-情感概念化的强调,与抑郁相关的认知因素被极大地忽略了。然而通过对精神病患者认知内容的调查,Beck 成功地区分出不同神经症性障碍(包括抑郁)之间具有恒定的差异。他还发现患者的思维模式出现系统的歪曲,因此为了更好地描述这些系统化的认知歪曲,他对其进行了分类和总结,其中包括任意推断、选择性概括、过度概括化、夸大和缩小这些现在为人们所熟知的概念。

1967 年,宾夕法尼亚大学一项 5 年的研究项目结束,发表了《抑郁:原因和治疗》一书。Beck 在书中概括了抑郁和其他神经症的认知模型和治疗方法。在他的第二本书《认知治疗和情绪障碍》(Beck, 1976)中,Beck 更详细地提出了每种神经症特有的认知歪曲,描述了认知治疗的原则,尤其是抑郁症的认知治疗。1979 年,Beck 与人合著了一本针对抑郁症的综合治疗手册,他总结了过去 10 年的临床工作和研究并由此提出认知干预这一治疗方法(Beck, Rush et al., 1979)。《抑郁的认知治疗》这本书现在仍然是本领域的重要参考著作,并被很多研究者作为疗效研究的治疗手册。

Beck 认知模型(1970)早期关注的是抑郁症,后来扩大到其他障碍和问题中,包括焦虑(Beck & Emery, 1985),双相障碍(Basco & Rush, 2005),婚姻问题(Beck, 1988),人格障碍(Beck et al., 2003; Layden et al., 1993; Linehan, 1993),物质滥用(Beck et al., 1993),危机管理(Dattilio & Freeman, 1994),愤怒(Beck, 1999)以及重性精神病(Beck et al., 2008)。通过以上内容可以发现,认知模型强调的是歪曲的思维和对事件不切实际的评价会对一个人的情绪和行为产生负面的影响。认知模型假设个体构建现实的方式决定了他的情绪状态。此外,认知模型认为情绪和认知存在相互作用,能够彼此强化,进而扩大认知和情绪的损害。

“图式”(schemas)被定义为一种组织和加工输入信息的认知结构。图

式代表了经过组织的思维模式,其在个体发展的早期获得,并随个体经验的积累而终身发展。适应良好的图式让个体对生活事件产生现实的评价,适应不良的图式会导致个体歪曲的认知,错误的问题解决方式以及心理障碍(Beck, 1976; Dozois & Beck, 2008)。例如,抑郁个体的图式化加工过程包括三个特有的负性认知,即对自我的看法(我是一个“失败者”),对世界的看法(世界是残酷和严苛的,因此人类是无助的),对未来的看法(未来是暗淡无望的)是歪曲的(Hollon & Beck, 1979)。

认知治疗的首要目标是用更为现实和适应性的评价替换来访者对于生活事件的歪曲评价。治疗是协作式的,包含心理教育,即设计一些特殊的课程去教育来访者(1)监测自动思维;(2)识别认知,情绪和行为的关系;(3)检验自动思维的正确性;(4)用更为现实的认知代替歪曲的思维;(5)识别和改变使个体陷入错误思维模式的潜在信念、假设以及图式(Kendall & Bemis, 1983)。

与REBT不同的是,Beck的病理心理认知理论和技术已经得到了很大程度上的实证检验(Clark et al., 1999; Ingram et al., 1998)。现在人们认为对于抑郁症来说,除了行为治疗和药物干预外,认知治疗也是一种可行的选择(Hollon & Beck, 1979; Hollon et al., 1996; Hollon et al., 2006)。事实上对于焦虑障碍而言认知治疗比药物治疗更为有效。Beck认知模型和治疗方法的普遍性以及对其他心理障碍的治疗效果还需要更多的研究来证实(Clark et al., 1999)。尽管如此,Beck及其同事的杰出工作已经显著地影响了研究人员和临床医生,并将肯定会继续促进相关的研究。

自我指导性训练

行为治疗盛行之后,Ellis(1962)和Beck(1970)以及其他认知治疗支持者的观点开始引起新一代临床工作者的关注,Donald Meichenbaum对于心理治疗的兴趣就是在这一时期发展起来的。1969年Meichenbaum开展了一项博士研究项目,他训练住院精神分裂症患者进行“健康谈话”,随后调查这一操作性治疗过程的疗效。他观察到,那些自发地参与自我指导从而“谈话健康”的病人在各种测试中均表现出较少的干扰和更好的任务表现。这一观察结果推动了一项关注认知因素在行为矫正中作用的研究(Meichenbaum, 1973, 1977)。

Meichenbaum的研究很大程度上受到了Luria(1961)和Vygotsky(1962)这两位苏联心理学家的影响。Luria和Vygotsky研究的是语言、思维和行为的发展关系。他们认为个体对于行为的随意控制是一个逐渐发展的过程,即从重要他人的外部控制(如父母指导)到自我控制,而这种控制的转

变是言语指令内化的结果。因此, Meichenbaum 主要关注的是言语自我指导和行为之间的关系。他指出, 内隐行为的操作原则与外在行为相同, 因此那些改变外在行为的行为策略同样适用于内隐行为的矫正 (Homme, 1965; Meichenbaum, 1973)。

为了探索这种观点的正确性, Meichenbaum 早期的工作包括对自我指导性训练 (self-instructional training, SIT) 项目的开发, 并利用其治疗冲动儿童的调节缺失 (Meichenbaum & Goodman, 1971)。治疗目标有四个: (1) 训练冲动儿童生成言语的自我指令并对其做出适当的反应; (2) 加强儿童内部语言的调节特性, 以使其行为得到言语控制; (3) 克服任何言语理解、产生和调节缺乏; (4) 鼓励儿童对其行为做出合适的自我控制。他按照 Luria (1961) 和 Vygotsky (1962) 的随意行为发展顺序设计了治疗程序: (1) 训练者执行大声谈话的任务, 同时儿童观察其行为; (2) 训练者给出言语指令, 儿童执行相同的任务; (3) 儿童高声自我指导, 并执行任务; (4) 儿童低声自我指导, 并执行任务; (5) 儿童不出声完成任务。治疗中采用的自我指导包括 (1) 对任务的性质和要求提问, (2) 以认知演练的形式回答这些问题, (3) 执行任务时以自我引导的方式完成自我指导, (4) 自我强化。在一系列测试中, Meichenbaum 和 Goodman (1971) 发现与注意组和对照组相比, 自我指导训练显著地提高了冲动儿童的任务表现。

受到早期研究成果的鼓舞, Meichenbaum 和他的同事试图扩大并改善自我指导训练。他们设计了一系列试验来检验自我指导训练推广到其他心理障碍中的能力, 包括精神分裂症, 演讲焦虑, 考试焦虑和恐惧症 (Mahoney, 1974)。

显然 Meichenbaum 的工作具有行为学背景, 因为自我指导训练强调逐级完成任务, 认知建模, 指导式中介训练和自我强化这些程序。自我指导训练提供了一个基本的治疗范式, 经过修正可以适用于某些具有特殊需求的临床人群。总的来说, 需要全面训练来访者与自我指导相关的六个技能: (1) 问题定义, (2) 问题处理, (3) 关注点聚焦, (4) 应对陈述, (5) 修正错误选择, (6) 自我强化 (Kendall & Bemis, 1983)。自我指导训练的灵活性可能是它最为吸引人的特性之一, 已有大量文献证明自我指导训练对于多种心理障碍都是有效的 (Meichenbaum, 1985)。

最近几年, 自我指导训练主要用于治疗具有心理缺陷的年轻个体, 并用于需要特殊技能训练的领域, 比如运动员。的确, 自我指导训练通常不作为一种独立的治疗使用, 但是在发展自我效能和培养能力上却经常被采用。有趣的是, 随着自我指导训练的发展, Meichenbaum 的兴趣发生了转变。他创建了一种结构式的叙事疗法来处理创伤后应激障碍 (Meichenbaum,