

成人心理治疗方案

*The Complete Adult Psychotherapy
Treatment Planner*

第3版

原著 Arthur E. Jongsma, Jr.
L. Mark Peterson

译者 傅文青 李 茹



人民卫生出版社

成人心理治疗方案

The Complete Adult Psychotherapy Treatment Planner

第 3 版

原 著 Arthur E. Jongsma, Jr.
L. Mark Peterson

译 者 傅文青 李 茹

校 者 王育强

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

成人心理治疗方案/傅文青等译. —北京:

人民卫生出版社, 2003. 8

ISBN 7 - 117 - 05687 - 8

I. 成… II. 傅… III. 精神疗法 IV. R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 072136 号

The Complete Adult Psychotherapy Treatment Planner

Copyright © 2003 by Arthur E. Jongsma, Jr. and L. Mark Perterson.

All rights reserved.

Authorized translation from the English language edition published
by John Wiley & Sons, Inc.

图字: 01 - 2003 - 2463

**成人心理治疗方案
第 3 版**

译 者: 傅文青 李 茹

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 14

字 数: 308 千字

版 次: 2003 年 8 月第 1 版 2003 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05687-8/R·5688

定 价: 21.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

译者前言

随着社会的发展，人们对心理咨询和心理治疗的认识和要求不断提高。中国的心理治疗师在工作中面临着极大的不确定性和挑战。当你在治疗室中接待咨询者时，不管是否有经验，都面临着一系列的困惑和难题：病人的问题是什么？哪些是表层问题，哪些是深层问题？治疗干预的要素有哪些，步骤怎样，需要多长时间？引起病人改变的共同治疗因素是什么？治疗的目标是什么？显然，无论心理治疗师属于哪种学派，在治疗实践的层面都需要某种共识与交流的平台。从另一方面看，来诊病人常常要求治疗能迅速奏效，节省时间，要求对心理治疗的目标、进程有更多的了解，医疗保险机构要求有清晰的治疗规划和目标等等。如何解决这些问题？本书针对成年人的 42 个心理问题和心理疾病制订了各种详细的治疗线路和正规的心理治疗方案。

正规的治疗方案不仅是生物医疗的一个重要组成部分，也是心理治疗必不可少的要素。在我国，从事心理治疗的专业人员接受专业正规训练的为数不多，绝大多数心理治疗师在实施治疗中是“摸着石头过河”，即使是接受过专业训练的心理治疗师也只有一个“梗概”式的治疗计划。而且它们看起来大同小异，似乎可以适用于每个患者。结果，患者不能确定心理治疗会给他们带来什么样的变化，长期目标模糊不清，短期目标也没有，致使患者与治疗师的期望值相差许多，患者对治疗师的信任度也大打折扣。这不但不利于治疗的合作，而且也可能导致以后的医患纠纷。治疗师“跟着患者走”，往往会迷失方向，致使医患双方都不知道治疗进行到哪一步，什么时候结束，以及是否成功。一种治疗方法可以尝试医治所有患者，疗效无法测评。因此心理治疗需要有一个治疗方案为蓝本，有计划、有步骤、有目标地进行。

所谓的治疗方案是指为帮助患者达到一定目标的一种或多种治疗的组合方案。每个患者都应该有一个治疗方案。DSM-IV 是对心理障碍的分类，而不是依据心理障碍将人进行分类，即使被诊断为同一类障碍的患者，也不是说他们在各个方面都一样。就像糖尿病患者的相同之处是有糖尿病症状一样，抑郁症患者也只是抑郁症状相似。症状与指征反映某一类障碍的共性，作为诊断的依据之一，也是设计治疗方案的基础。但是，尽管症状相同、指征相似，但治疗方案也不尽相同。每个心理治疗方案都应具有它的个性，因为它是为具有个性的个体设计的帮助计划。例如，两位同是抑郁症患者，都有绝望的症状，但甲患者的绝望是因为欺骗妻子 20 年的负罪感所致，而乙患者的绝望是因为奋斗多年还不是明星，甲将一切过错，不管自己还是他人造成的，都归咎于自己，而乙则相反，完全归罪于他人。显然二者的治疗方案设计就不能相同。

心理治疗作为健康干预系统的一个重要分支，正在步入正轨。心理治疗方案是心理治疗规范化的必然要求。心理治疗的研究者需要依据治疗方案了解治疗的全过程，对治疗的进展和结果进行客观的测量和评价。作为治疗的执行者，治疗方案对治疗师而言，

就像建筑师的设计图，没有这个蓝本，治疗就谈不到系统和有序。作为服务的对象，患者则希望能尽快地帮助他们解决问题，满足他们的需要。因此，要求治疗师需在短时限内制订出行之有效的治疗计划。虽然每个治疗师在头脑中都有一个大概的治疗计划，但由于缺乏撰写心理治疗方案的经验，国内又没有可参照的样本，所以落实到书面上还有些困难。我们在这方面的尝试，其目的—是为心理治疗方案提供可借鉴的信息，促使心理治疗规范化和治疗研究的交流；二是抛砖引玉，引起心理治疗界对此给予足够的关注，促使心理治疗方案更有效、简洁、完善，使心理治疗有本可依、有章可循。

一、治疗方案的作用

详细的治疗方案不仅有益于患者、治疗师、治疗机构，而且对整个心理治疗专业都有利。治疗方案之所以有益于患者，是因为它确定治疗的核心问题，是经患者与治疗师充分考虑后一致认可的。在治疗过程中，患者会有许多问题，而治疗过程不会、也不可能集中在所有的问题上。因此必须有所选择，确定优先考虑的问题。主要解决酗酒的问题还是抑郁的问题？病因主要起源于早期的创伤经历、现时的家庭冲突还是突发的应激源？在治疗时，患者和治疗师很容易迷失核心，而常常陷入细枝末节的问题。这不仅浪费患者的时间和金钱，而且还有可能使问题更加复杂化。当然，随着治疗的进展，问题可能发生变化。所以我们要将治疗方案视为一种动态的文件。它在反映核心问题、行为界定、最终目标、短期目标以及干预措施的变化时能够、也必定是最新的。

治疗方案有利于治疗同盟的建立。治疗方案是在治疗师的指导和患者的参与下确立的，这不仅使患者有一种责任感，而且还会获得一些控制感。恢复患者的控制感是心理治疗的目的之一。治疗结果不再是治疗师单方面考虑的事。患者知道治疗要达到什么目标和为达到长期目标而设置的短期目标。明确的短期目标可使患者对某一改变作出专门的努力；为达到解决问题的长期目标，患者可以忍受治疗必经的痛苦。治疗不再只是让患者坦率地、诚实地谈谈自己的情感和认知，使他们感觉好受一些这样的模糊契约。患者与治疗师密切配合，根据明确的短期目标，实施特定的干预。

治疗方案之所以能帮助治疗师，是因为它迫使治疗师深入分析和批判性地思考所要采用的干预措施是否适宜患者，能否达到预期的目标。接受传统心理治疗训练的治疗师是“跟着患者走”，但是正规的治疗方案要求他们在作出初步诊断的基础上，搜索治疗患者的心理线索，瞻前性地考虑构成干预的技术、方法和任务。在治疗方案的指导下，治疗的实施会减少随意性，增强目的性。

治疗方案对治疗师而言还有一种用途，它提供一种额外的保护措施，以防止可能发生的诉讼。现在人们的法律意识日益增强，医疗诉讼案也日渐增多。第一道抵御诉讼的防线就是完整、详细的治疗过程的临床记录。正规的、个体化的书面治疗方案是治疗过程的指导手册，经由患者审阅和签字。这样一个有案可考的记载就是一个有力的、防止夸大或虚假诉讼的工具。

一份明确提出时问题和干预措施的书面治疗方案有利于其他的治疗人员在住院或门诊条件下执行治疗过程，保证治疗的一致性和连续性。治疗师之间对于应采用何方法，谁负责哪项治疗及治疗进展状况等信息准确无误地交流是很重要的。讨论患者治疗的小组会议通常是治疗师之间相互交流的惟一途径，而且治疗的结果或任务也没有记录

在案。现在有了完整的治疗方案，它详细记载了治疗师要了解的问题、目标、不同的干预（药理学的、环境的、群体治疗、个体治疗等等）以及由谁负责实施。这样，治疗师就不至于在不甚明了的情况下作出相反的干预。就像在个体心理治疗中，治疗师告诉一位少年患者“要帮助他摆脱父母的控制”，而家庭治疗师可能对他父母说“要为他们孩子立些规矩”。

心理治疗界对各种心理治疗效果的评价莫衷一是，究其原因，其一就是没有可测量的、具体的指标来衡量治疗成功与否。人们在不断地提高临床记录文献的质量和一致性，这就需要一个标准的、规范的书面治疗方案。有了这样一个治疗方案，就比较容易搜集一些可测量的资料，也增加了资料的可比性，孰优孰劣也清晰可辨。

二、治疗方案的制定

治疗方案是由一系列有逻辑关系的步骤组成的。根据评价材料，有效的治疗方案需要6个具体步骤：问题的选择，问题的界定，制订治疗总目标，制订分目标，干预的实施，诊断的确定（详见“如何设计治疗方案”）。

需要注意的是，在选择干预措施时，总的指导方针是治疗的选择应该主要基于实用而不是病因学的考虑。将治疗方法与病因学理论联系起来的主要困难在于：（1）绝大多数的心理障碍的病因尚不清楚；（2）强调治疗与理论一致，它将决定什么能得到医治而什么则得不到。例如弗洛伊德早期对精神分裂症病因的理解将此疾病排斥在精神分析治疗范围之外；（3）完全拘泥于单一病因理论和与之相随的治疗会限制治疗师的干预范围；（4）治疗目标可能会更加完善，但却不是患者实际需要或希望得到的；（5）即使了解了某种障碍的病因，也未必能矫正患者目前的障碍。例如，某患者的抑郁是由于童年母爱剥夺造成的。患者明了起病的原因也不能改变他多年养成的自我毁灭行为模式。当过分强调治疗理论而忽视治疗的实用性时，治疗师可能固执地认为那些自我感觉基本康复的患者并没有真正地好起来，因为患者没有认识到他的问题的起源，只要他还在“阻抗”，他就不会真正好起来。换句话说，患者除非接受治疗师的理论，否则他就不可能好起来。

此外，为了心理治疗的成功，在评估资料，确定心理治疗方案时，临床医生还应关注7条有利心理治疗的心理病理线索。它们是：

（1）责任定位

那些总认为他们的问题应由他人负责的患者，即所谓“外归因者”。他们不论在医学治疗还是在心理治疗中，都不是很好的合作者。这些患者改变别人可能比他们改变自己要容易些。

（2）对人的习惯看法

患者对那些帮助他的人——医生、护士、老师、父母的感受如何可以用来预测他将如何对待心理治疗师。有些患者非常不信任帮助他们的人，偏执地想“医生声称他喜欢我，要帮助我的真正理由是什么？”与这样多疑的患者相处，治疗师应该与他保持一段安全的心理距离，以防患者将无条件的积极关注视为伪装亲密。这些患者对多次解释或试探性的解释也颇为敏感，认为治疗师有侵犯和玩弄之嫌。相反，有些患者则认为帮助他的人无

所不能,可以给予他不尽的满足和依赖。对于这样的患者,治疗师应该避免无条件地满足他们的需要,限定他们与治疗师通话次数,治疗初期安排会谈的间隔要长一些,以免让他们缠住不放。

(3) 防御机制和应对模式

主要依赖不成熟的防御机制,像以投射、否认来应对问题的患者不适宜接受倾向于心理动力学的心理治疗。因为过去的行为是未来行为最好的预示,所以治疗师应该问患者“你过去是如何处理重大问题和应激事件的?”然后治疗师就可能确定患者是否使用回避、否认、过度补偿(例如,反向形成)、合理化等不成熟的防御机制。这些反应经常预示“闪电式的康复”。几次会谈以后,患者就有了显著的改善并要求终止治疗。但是当他们发现原来的问题依然存在,立刻会故态复萌。

(4) 患者的治疗期望

虽然我们认为患者对治疗的期望会影响治疗方案的设置,但是迄今鲜有研究证实有关治疗结果与患者最初期望相关。因此,我们不能仅凭患者预期治疗无效这一点,就认为治疗可能会失败。当然,负性的期望肯定不是成功的前提。如果患者或治疗师不能肯定心理治疗是否有效,可以进行一段时间的尝试,一般大约6周。尝试其间,双方都可能看到他们之间有一些“化学变化”,这种变化可能具有治疗意义。

(5) 捕捉情感

注意在讨论什么话题时患者的情感突然发生变化,治疗师会从中察觉出真正困扰患者的问题。例如,一个男人说他已经完全摆脱了离婚的阴影,但是当他提起前妻时情不自禁地哭起来。泄露情绪的开关是很微妙的,通常是非言语的,像流泪、点烟、腿动、身体僵硬等。通过敏感地倾听任何突然触发强烈情感的话题,治疗师能获得相当多的信息。

(6) 搜索联想

当患者在谈话时,突然扯到一个明显与谈话主题无关的话题,或反复谈论一个话题,这样的话题就值得注意。例如一位65岁的老人在不停地抱怨他女儿不报考医学院时,禁不住就要提起自己退休的话题。乍一看两个话题似乎并没有什么联系,但是搜索联想揭示出这位老人生女儿的气是因为“放弃”。意识到这一点,他不再生女儿的气并且也能客观地看待退休这件事。

(7) 治疗师充当情绪“晴雨表”

一个治疗师对患者的感觉如何常常可以代表绝大多数人对这个患者的感觉。如果治疗师被患者搞得很恼火,即使治疗师不清楚怎么会这样或为什么,可以说,这个患者大概是令人不快的(如果所有的患者都使治疗师恼火,那么问题可能在治疗师而不在患者身上。用精神分析的话说,这就是反移情,它意味着治疗师应该去接受治疗)。治疗师对患者的反应不是无关的情感而是相关的临床资料。例如,当一个偏执的患者情绪激动地抨击治疗师时,他可能是在无意识地表达在现实世界里他受抨击时的感觉。在许多情况下,

治疗师要接纳这些情感,利用这些情感来了解患者此时正在经历什么,他是怎样看这个世界的。

本书主要供心理咨询、心理治疗、精神科、医学心理学、大学心理系或教育心理学专业人员使用。虽然译者十几年来致力于医学心理学教学和心理治疗工作,但毕竟水平有限,译文中难免有错误和不妥之处,谨希读者批评指正。我们在翻译本书时学到了很多新鲜思想和治疗经验,同时也经历了很大挑战,但感到欣慰的是总算为我国心理治疗朝向有章可循,朝向量化的目标前进,尽了一份责任。

李 茹 傅文青

2003 年 4 月 28 日

作者前言

从20世纪60年代初期开始,正规的治疗方案逐渐成为整个卫生保健体系一个至关重要的组成部分。不管有关生理健康、心理健康、儿童健康的治疗,还是有关物质滥用的治疗都要求有案可依。20世纪60年代初,美国医学界开始使用治疗方案,到70年代已扩展到心理卫生领域,遍及各个诊所、精神病院、医疗机构等等。作为第三方授权赔偿机构,诸如卫生保健鉴定联合委员会(JCAHO),也开始将治疗方案作为鉴定的依据。随着80年代治疗管理的发展,治疗方案发挥了更为重要的作用。治疗管理体系要求治疗师能迅速地从问题评估阶段转移到治疗方案的制定和实施阶段。大多数治疗管理机构的目标是通过鼓励患者参与治疗方案的设计,与方案的设计者一道尽快澄清问题的性质,改变行为问题,以加快治疗的进程。治疗方案的制定必须具体到当前的问题、界定行为症状、治疗的总目标与分目标,以及干预措施等方面。治疗方案必须个性化,以满足不同患者的需要,达到各自的治疗目标,而且可观察的分目标必须考虑设置能够用来标志患者进展程度的“里程碑”。由于第三方付款人、授权机构及其他界外组织的需求,在短时间内拿出有效的、高质量的治疗方案是对每个治疗师的必然要求。然而,许多心理治疗师还没有丰富的设计治疗方案的经验。我们写这本书的目的是阐明、简化并促进治疗方案的发展。

治疗方案概要

《成人心理治疗方案》为18岁以上的成年人,包括住院病人和门诊病人的治疗提供了可供选择的“菜单”。治疗方案中的短期目标及治疗性干预并不限于某种治疗形式,而是包容了各种治疗方法,如家庭治疗、个别治疗、药物治疗、领悟疗法、认知和行为技术等。治疗师可根据患者的具体情况和需要,从“菜单”中选出最适宜自己使用的治疗方法。

本书中的“边缘性人格”样本,使用了更多可测量的、量化的表述。在当今医疗进入了市场经济,医疗卫生管理机构(或第三方付款人)和医疗卫生鉴定机构两者日益强调治疗方案具有行为上的直观性和(或)量化特点。究其原因,这是一个普遍的、全国性的缩短住院时间和简化门诊治疗程序的潮流,其着眼点是解决病人的具体症状。如果你正经受着这个压力,就有必要把治疗方案从对行为直观性描述转化成更便于测量的、量化的语言表述方式。

治疗师可能需要寻找机会,将患者行为中那些可测量或量化的部分纳入他们的治疗方案。在这种情况下,你可以在症状水平(如行为界定)和(或)治疗结果上(如短期目标)采用定量描述。诸如重复的、经常的、倾向、模式、一致的、过度地、高水平的、持续的、表现的、增强的、复发等等这类行为界定的术语。甚至像口头表示、表现、证明、拒绝、不能、回避、尝试、难度、增多的或减少的这样的词语都可以用频率或情景加以量化。某些界

定条目,例如“口述自杀意念”,可将其改变成“口头叙述最近两周每天一至两次有自杀想法”,这种描述更为量化一些。

除了频率之外,治疗师可以在症状界定的陈述中加入严重程度,以便使其更具有测量性,例如“叙述最近两周每天四、五次出现忧郁念头,用1至10分(10分是最严重)等级评定为8分”。换言之,治疗师可用患者心理测量分数作为量化症状的标准。常用的症状筛查工具有BPRS、BDI、Ham-D、BSI、SCL-90-R以及GAF等,利用症状筛查工具有助于减少治疗师的主观性。

治疗方案中表述短期目标的语言也可做些改变,以配合更为量化的方法。比如,可以把“多从事能激发活力和兴趣的体育、娱乐活动”这类句子变成“在一周内至少有五次变换着参加能增强活力和兴趣的体育和娱乐活动(到1/20/2004)”,同样可以把“口头表示理解抑郁心境与压抑悲伤及愤怒之间的关系”,变成“口头表示理解抑郁心境与压抑悲伤及愤怒之间的关系(到1/18/2004)。”

如何设计治疗方案

治疗方案是由一系列有逻辑的步骤组成的,如同建房子一样,一个有效的治疗方案是建立在全面的生物心理社会评价的基础上的。当患者寻求治疗时,治疗师必须认真倾听并搞清困扰患者的问题到底是什么?它来源于何处?家庭、社会关系、人际冲突、应激源、生理健康、情绪状态、应对能力、自尊等等都可能是问题的发源地。评估资料主要来源于个人生活史、躯体检查、心理测试、临床会谈以及对患者至关重要的人所提供的信息。治疗师以及由多学科成员组成的治疗小组对收集资料的整合关键在于理解患者,因为这是了解困扰患者问题的基础。根据评估资料,我们确定了有效治疗方案的6个步骤:

第一步:问题的选择

在评估阶段,患者可能有诸多问题,治疗师必须筛选出最重要的问题,也就是治疗要解决的核心问题。通常浮在表面是初级问题,次级问题也比较明显,其他不太紧要的问题也可以先搁置一边。有效的治疗方案只能针对几个核心问题,否则治疗就会迷失方向。该方案提出了42个问题,治疗师可从中选出最能代表患者当前状况的问题。

一方面,治疗师或治疗小组要清楚所选择的问题,另一方面,更重要的是倾听患者对所选择问题的意见,因为患者优先考虑的问题正是他寻求帮助的问题。患者参与和配合治疗的动机在一定程度上取决于治疗能否满足他最大的需要。

第二步:问题的界定

至于心理问题在日常生活中是以怎样的行为表现出来的,每个患者都有别于他人。因此,选择的每个治疗焦点问题都需要一个专门的界定,说明在某患者身上是如何表现的。症状模式应该能在《诊断与统计手册》第四版(*Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR*)或《国际疾病分类》(*International Classification of Diseases*)中找到相应的诊断标准和条款。根据DSM-IV-TR建立的模式,方案的设计者对行为方面的特别界定加以阐述、选择或作为一个为你自己特有的说法建立的模式。你可能发现所列举的几个症状或综合征可能具有42个问题中的某一问题的特征。

第三步:制订治疗总目标

治疗计划的下一步是为解决靶问题制订长期总目标。长期总目标表明治疗要达到的理想的、积极的结果。因此,表述该目标不必字斟句酌。该治疗方案为每个问题提出几个可能的目标并加以阐述,但你在设计治疗计划时,只需要提出一个目标,加以阐述。

第四步:制订分目标

与长期总目标相反,短期分目标的表述必须用可测量的行为语言,必须清楚患者达到指定目标的时间。因此,含糊的、主观意测的目标是不可取的。审查机构、健康维持组织(HMOs)和治疗管理机构坚持认为,心理治疗的结果应该是可测量的。方案中分目标的设计满足了量化的要求。这里大量可供选择的分目标,为同一问题建立不同的治疗方案提供了可能。临床医生必须对哪些目标最适合哪位患者作出专业判断。

每个分目标都是向总目标迈进的阶梯。实际上,我们认为分目标是实现总目标所必经的一系列步骤。分目标全部达到以后,总目标也就实现了。每个问题至少有两个短期分目标,但为确保总目标的实现,临床医生有必要建立多个分目标。每个分目标达到的时间应该确定下来。治疗是一个动态过程,随着治疗的进展,治疗方案会有新的分目标补充进来。当达到所有必要的分目标以后,患者可能已经成功地解决了靶问题。

第五步:干预的实施

干预措施是由治疗师设计的,用以帮助患者完成分目标的行动。每个目标至少应有一项干预措施。如果患者经最初的干预后没有完成分目标,那么就要在治疗方案中增加新的干预措施。治疗措施应建立在患者需要和治疗师熟练的治疗技术的基础上。本方案包含的干预措施多种多样,包括认知的、行为的、药理的家庭治疗的,以及只注重问题解决的简易疗法。治疗师也可以根据自己的训练和经验选择其他的干预措施,不限于书中所举。我们希望治疗师给我们的治疗方案增加一些新的问题、界定、总目标、分目标和干预措施,这样会丰富我们的信息储备,以供今后参考和使用。

该方案中列出的那些建议性的干预措施涉及一些具体的书,这些书可以作为对患者进行辅助阅读疗法的工具。当某本书被用作干预计划的一部分时,在患者读完书后,治疗师应与患者一起再回顾一遍,以便把书的内容渗透到患者具体的情境中去。关于这类自助参考书的其他信息,心理卫生专业人员可以查阅桑特罗克、明尼特和坎贝尔的《权威自助指南丛书》(*The Authoritative Guide to Self-Help Books*, by Santrock, Minnet and Campell, Guilford Press, 1994)。

治疗师采取何种干预与病人所在地方有关,如病人是在医院、社区医疗及较大的门诊,通常接受治疗小组的治疗。这种情况下是治疗小组的全体成员,而不是某一个治疗师对具体的干预措施负责,审查机构要求每项干预都要由治疗负责人签名。

第六步:诊断的确定

恰当的诊断建立在对患者全面的临床表现的评估上。治疗师必须将患者表现的行为、认知、情绪和人际交往的临床症状与 DSM-IV-TR 所描述的心理障碍状态的诊断标准加以对照比较。鉴别性诊断公认比较困难,有研究表明各评定者之间的一致性比较低。由于专业训练所致,心理学家考虑更多的是适应不良的行为而不是疾病的名称。尽管有这些因素,诊断是心理卫生保健领域存在的事实,对医疗管理部门来说也是必要的。为了最大限度地提高诊断的可信度和有效性,要求临床医生全面掌握 DSM-IV-TR 标准,充分理解患者的评估材料。DSM-IV-TR 的每个轴为治疗设计强调一个关键的问题。对行为

指征的准确评估也有助于制定更为有效的治疗方案。

治疗方案的使用

我们的经验告诉我们学习书写治疗方案,掌握撰写的技术对许多临床医生来说是个困难而冗长乏味的工作。但是现代心理治疗模式要求患者积极参与整个治疗过程,缩短治疗时间,因此对书面治疗方案的要求是势在必行的。在方案中,我们必须具体说明如何以及何时实现短期目标,每个患者将会有什么样进展和改善。本方案为心理治疗师提供一个工具,帮助他们按照下列顺序快速地写出简明、具体、富有个性的治疗方案。

1. 通过你的评估,选择出你已经确定的问题(步骤一)。在该方案的目录表中找出有关此问题的页数。

2. 从列举的行为界定中选择两至三个定义(步骤二),并将它们填写在你的治疗方案中适当的地方。如果你认为本方案没有对你的患者的行为表现作出界定,你可以补充说明你自己的界定。

3. 选择一个长期总目标(步骤三),然后按照本方案的样子,或作出某些适当的修改,将其书写在你的治疗方案中的适当地方。

4. 浏览为该问题设立的所有短期分目标,然后选出你认为与患者的临床表现相吻合的目标(步骤四)。记住,我们建议每个问题至少选择两个目标,另外还要标明达到每个目标所需要的时间和治疗次数。

5. 选择有关的干预措施(步骤五)。本计划书为每个目标建议的干预措施以其序号写在每个干预措施下面的括号里。但是不要局限于本书所提议的干预措施。你可从所列出的干预措施中选择适合你的理论方法或你比较喜欢的、熟悉的方法。同时,就像界定长、短期目标一样,这里也留下一定的空间,来记录你自己的干预措施。当你制订某个问题的治疗计划时可参照这些条目。如果治疗由多学科组成的小组来进行,应该指定专人负责,将每项干预填写在本栏内。

6. 每章后面列举若干 DSM-IV-TR 诊断,他们一般与患者的问题有关。这些诊断旨在作为临床考虑的提示。从 DSM-IV-TR 中选择一种诊断或确定更适宜的选择(步骤六)。

注意:为了给那些倾向按照诊断名称而不是出现的问题设计治疗方案的治疗师提供方便,附录中列举了 DSM-IV-TR 有关各种问题的诊断,以供参照。每个诊断都附着与诊断有关的问题。为了审慎考虑根据诊断而作出的界定、长期目标、短期目标和干预是否适宜患者的情况,治疗师可以查找该诊断提出的问题。

祝贺你,现在你有了一个完整的、个性化的治疗方案,可以随时提交给患者并便于及时实施治疗。这个治疗方案应该与第一个样本即标准治疗方案样本相似。如果你想把我们方案中的标准语言变成更具量化色彩的语言,那么第二个样本即定量治疗计划样本可作为一个更好的参考。

最后注意的问题

设计治疗方案最重要的一点是方案应该是为某一患者的特定的问题和需要而制订的。即使患者的问题相似,治疗方案也不能雷同。设计治疗方案时,我们要考虑患者个人的优势和劣势、独特的应激源、社会网络、家庭环境以及症状模式。凭借多年的临床经验,

治疗师可以将各种不同的治疗策略整合在一起,制订出一个详细的、全方位的治疗方案。依靠良好的判断,治疗师从中选择出适宜治疗患者的策略也并不困难。除此之外,我们欢迎读者在现有的治疗方案的样本中添加自己的界定、总目标、分目标和干预措施。我们希望本手册能促进治疗研究人员制订出更有效的、更有创造性的治疗方案。此项工作对患者、治疗师和心理卫生机构都有所裨益。

标准治疗方案样本

问题：边缘性人格

行为界定

1. 很小的压力可导致极端的情感反应(愤怒、焦虑或者沮丧),通常会持续几小时到几天不等。
2. 一种紧张的、混乱的人际关系模式。
3. 周期性地表现出自杀意念、威胁或自伤行为。
4. 长期感到空虚和厌烦。
5. 频繁爆发紧张和不适当的愤怒。

目标

1. 培养并显示出能运用应对技巧来处理不稳定情绪。
2. 掌握愤怒调控技巧并付诸实施。
3. 学习和实践人际关系技巧。
4. 终止自我破坏行为(比如物质滥用、鲁莽驾车、不当性行为、吃喝无度或自杀行为)。

短期目标

1. 描述极易激起恐惧、抑郁和愤怒的情境。
2. 确认作为强烈负性情绪中介的歪曲的负性认知。

治疗干预

1. 探索激发患者恐惧、抑郁和愤怒情感的情境。
2. 给患者布置作业,要求他或她记日记,把每天对环境反应时所体验的情感记录下来;处理记录资料,以确认情绪反应的诱发因素。
1. 帮助患者确认歪曲的认知图式及相关的自动思维,以调节他或她的焦虑反应。
2. 要求患者记日记,将每天自我挫败的想法记录下来(例如失望、无助、灾难化曲解、消极地看待将来),对每种想法的准确性提出挑战性的质疑,然后用积极的和自我增强的观念取代功能障碍观念。

3. 诉述现实的、积极的自我言语来取代歪曲的、消极的信息。
 1. 训练患者运用认知重建技术修改核心认知图式。
 2. 强化患者积极的、现实的、认知性的自我言语，使患者内心获得平静。
 3. 给患者布置作业，要求他或她记录成功使用矫正的、建设性的认知模式的事例；讨论分析积极后果并予以强化。
4. 利用认知方法控制冲动行为。
 1. 教给患者认知方法（例如，思维暂停、思维替代、认知重组等），以获得和改善对冲动行为的控制；鼓励患者在日常生活中运用这些认知方法。
5. 诉述受到虐待、忽视或遗弃的童年经验对目前的感情或人际关系产生的影响。
 1. 探察患者童年时受到的虐待、忽视或心身遭受遗弃的事件；处理与这些经验有关的情感。
 2. 促使患者领悟自己曾遭受的忽视或虐待的童年经验对现时驱使自己作出愤怒或控制反应有一定的因果关系。对此认识给予强化。
6. 用语言表达出驱使自己作出自伤行为的强烈情绪以及如何通过这种行为释放那些情绪。
 1. 查明患者自伤行为的性质及病史。
 2. 将患者的自伤行为理解为一种愤怒和无助感的表达方式，这些是童年受到情感遗弃或虐待的伤害而没有表达过的情感。

诊断：300.4 心境恶劣障碍

定量治疗方案样本

问题：边缘性人格

行为界定

1. 患者（MJ）报告很小的压力可导致极端的情感反应，包括每天生气 2 至 4 次，每周表现出焦虑 1 至 2 次，每周表现出抑郁 3 至 4 次。
2. MJ 报告一种紧张的、混乱的人际关系模式，大约 75% 出现于她的人际关系和工作关系上，主要是与她母亲的关系。
3. MJ 有自杀企图和自伤行为（她的前臂表面有伤痕），每月有 1 到 2 次，通常发生在与母亲争吵之后。
4. MJ 抱怨感到空虚和厌烦，每周 3 至 7 次。
5. MJ 特别提到有强烈的、不适宜的愤怒爆发，每周 3 至 4 次。这种情感往往是直接冲着她母亲来的。

目标

1. 培养并显示出能运用应对技巧来处理不稳定情绪。
2. 掌握愤怒调控技巧并付诸实施。
3. 学习和实践人际关系技巧，尤其是与母亲的交往。
4. 终止割腕的自我伤害行为。

短期目标

1. 到 10/05/05，MJ 要确认并口述激起她恐惧、抑郁和愤怒情感的情境。特别提到经验了哪些情绪，及经验每种情绪状态的发生率达 75%。
2. 到 10/05/05，MJ 要确认并口述作为强烈负性情绪中介的歪曲的负性认知，特别提到经验了哪些情绪，及该情绪的发生率达 75%。

治疗干预

1. 探索激发患者恐惧、抑郁和愤怒情感的情境。
2. 给患者布置作业，要求她记日记，把每天对环境反应时所体验的情感记录下来；处理记录资料，以确认情绪反应的诱发因素。
1. 帮助患者确认歪曲的认知图式及相关的自动思维，以调节她的焦虑反应。
2. 要求患者记日记，将每天自我挫败的想法记录下来（例如失望、无助、灾