

心理治疗指导计划系列

自杀与凶杀的危险性评估 及预防治疗指导计划

The Suicide and Homicide
Risk Assessment & Prevention

Treatment Planner

•【美】 Jack Klott

Arthur E. Jongsma, Jr. 著

•周亮 陈继萍 罗丹 主译

•肖水源 审校



中国轻工业出版社

心理治疗指导计划系列

The Suicide and Homicide
Risk Assessment & Prevention
Treatment Planner

自杀与凶杀的危险性评估 及预防治疗指导计划

【美】 Jack Klott, Arthur E. Jongsma, Jr. 著

周亮 陈继萍 罗丹 主译

肖水源 审校

 中国轻工业出版社

图书在版编目(CIP)数据

自杀与凶杀的危险性评估及预防治疗指导计划 / (美)
克劳特 (Klott, J.), (美) 琼斯玛 (Jongsma, A. E.) 著;
周亮等译. —北京: 中国轻工业出版社, 2005.7
(心理治疗指导计划系列)
ISBN 7-5019-4906-9

I. 自... II. ①克... ②琼... ③周... III. ①自杀—精神
障碍—防治②杀人—精神障碍—防治 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 048034 号

版权声明

Copyright © 2004 by Arthur E. Jongsma, Jr. and Jack Klott

All Rights Reserved

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

总策划: 石 铁

策划编辑: 张乃柬

责任编辑: 张乃柬 孙 琦 责任终审: 杜文勇

版式设计: 陈艳鹿 责任监印: 刘智颖

出版发行: 中国轻工业出版社 (北京东长安街6号, 邮编: 100740)

印 刷: 北京天竺颖华印刷厂

经 销: 各地新华书店

版 次: 2005 年 7 月第 1 版 2005 年 7 月第 1 次印刷

开 本: 740 × 1050 1/16 印张: 13.75

字 数: 160 千字

书 号: ISBN 7-5019-4906-9/B · 065 定价: 30.00 元

著作权合同登记 图字: 01-2005-1138

咨询电话: 010-65595090, 65262933

发行电话: 010-65141375, 85119845

网 址: <http://www.chlip.com.cn>

E-mail: club@chlip.com.cn

如发现图书残缺请直接与我社读者服务部 (邮购) 联系调换

译者序

近年来,心理治疗的发展在美国出现一种很明显的趋势,治疗所需要的时间逐渐缩短,治疗过程的描述越来越清晰,治疗目的在开始心理治疗以前就已经明确地定义好。总的来说,心理治疗正在逐渐“科学化”。短程精神分析治疗的出现,认知行为治疗的繁荣,对治疗计划的要求越来越高,正是这一“科学化”趋势的结果。这些变化在很大程度上是由于来自付费的保险公司的压力。在我国,虽然目前还不存在这样的压力,但是心理治疗越来越具有可操作性和可理解性,更加有利于我国的心理治疗从业者学习和传授心理治疗的技术。

自杀和凶杀是与精神障碍密切相关的病态行为,需要精神卫生工作者高度重视。实际上,几乎所有的精神卫生工作者在日常工作中都有可能遇到工作对象的自杀和凶杀问题。近20年来,在我国的一些大中城市,例如北京、上海、南京、杭州、长沙和深圳等,都成立了危机干预中心和自杀预防中心等组织,但是总的来说,精神卫生工作者对于自杀和凶杀这类行为问题的理论和实践水平仍然有待提高。

中国轻工业出版社继出版了一系列有影响的心理治疗与心理咨询的理论书籍以后,在去年年底又开始组织翻译JOHN WILEY & SONS出版公司的心理治疗指导计划系列从书中的一部分,并希望由我们来翻译其中的《自杀与凶杀的危险性评估及预防治疗指导计划》一书。我们认为治疗计划正是心理治疗发展新趋势的集中表现,本书不但可以帮助我国的自杀预防与危机干预专业工作者更好地开展自杀预防的心理治疗工作,同时对于所有从事心理治疗的专业人士来说,都可以从中学习到如何应用治疗计划来更好地进行心理治疗。

原书一共27章,因为其中有8章涉及的是不同人种的问题,例如“亚裔美国人”、“西班牙裔美国人”等,并不适合我国国情,因此我们选择翻译了其中的19章,组成本书。需要提到的是本书中client一词的翻译。我国常常将其翻译为患者、来访者、咨询者等。我们认为“患者”未能体现出心理咨询与心理治疗的特殊性,把心理治疗的服务对象和精神障碍患者等同起来;“来访者”未能体现出其寻求帮助的特点;“咨询者”则容易把服务的提供者和接受者混淆起来。因此,本书的译文中统一翻译为“求助者”。

本书的作者长期在美国从事自杀与凶杀者的临床心理治疗工作,具有较高的理论水平和丰富的实践经验。在本书中,他们以一种新的分类方式,把自杀和凶杀者根据临床治疗的侧重点分为不同特征的人群,而不是像我们所熟悉的那样,按照临床诊断来分类。这是因为即使诊断同样是抑郁症,求助者的心理问题却千差万别。针对

每个人群，他们都提出了特定的行为界定、评估、干预措施、治疗的长期和短期目标，以方便读者使用。因此，我们相信本书既可以作为自杀预防与危机干预专业工作者的高级参考书，也可以作为所有精神卫生工作者用于学习治疗计划写作和治疗自杀凶杀求助者的工具书。

本书由中南大学自杀预防研究所从事心理治疗和自杀预防工作的专业人员翻译，由周亮负责统稿，肖水源教授对全书进行审校。本书专业性较强，在翻译过程中，我们竭尽全力体现原作者的思想和意图。但是，由于个人学识有限，加之时间匆忙，错误和疏漏在所难免，敬请读者指正与谅解。

译 者

2005年5月于长沙

目 录

导读	1
----------	---

第一部分 自杀人群 /11

一、双相情感障碍患者	13
二、边缘性人格障碍患者	23
三、物质依赖者	33
四、儿童	43
五、慢性疾病患者	53
六、大学生	63
七、老年人	73
八、男性同性恋 / 女性同性恋 / 双性恋者	83
九、无家可归的男性	93
十、被囚禁的男性	103
十一、执法人员	111
十二、病理性赌博者	121
十三、医生	129
十四、住院精神疾病患者	139
十五、精神分裂症患者	147
十六、自杀 / 凶杀人群	155
十七、自杀幸存者	165

第二部分 攻击 / 凶杀人群 /175

十八、攻击 / 凶杀男性	177
十九、凶杀 / 自杀男性	187

附录 A 阅读治疗文献	195
附录 B 专业阅读文献	199
附录 C 各章中出现的 DSM- IV -TR 编码索引	205

导 读

本书的重点

自杀与凶杀这些悲剧性的人类行为是极端复杂的,《自杀与凶杀的危险性评估及预防治疗指导计划》正是以对这一点的认识为基础的。几年前,自杀研究的代表性人物,埃德温·施耐德曼在他的两本著作(《自杀的定义》,1985;《自杀的心灵》,1996)中宣称,对于自杀或凶杀的求助者,治疗者只需要问两个问题:“你觉得哪里受伤了”和“我怎样才能帮助你”。本书的结构就是基于这一简单而又深刻的方法。在全书19章中,读者会发现重点并不在于诊断或疾病,而是在于个人。每个来到治疗者桌前的求助者都有着他自己的应激源,并导致无法忍受的心理痛苦。一个19岁的大学生和一个52岁的无家可归的酒精滥用者的自杀,虽然其结局相同,但是导致结局产生的途径截然不同,因此,在检查和治疗中的重点是不同的。当前很常见的一种趋势是放弃探索求助者个人独特的痛苦体验。相反,临床医生们依赖于标准化和公式化的危险性评估和治疗计划,把所有的自杀或凶杀求助者归为一类。每一个自杀求助者的复杂性没有得到考虑。

因此,治疗者的首要任务是了解求助者,并探索其伤痛的独特特征。本书中每一章的开始部分都是危险性评估阶段。检查者必须全面地检查那些将求助者置于自杀或杀人危险境地的个人因素。读者将发现在所有19章中,评估的部分都提到了与目前研究结果一致的、导致每一个特定人群自杀或凶杀意图的特异的因素。

无论男性或女性,向咨询师或治疗师寻求帮助,都是因为他们体验到的痛苦达到了无法忍受的程度,并导致他们感到失控。具有讽刺意味的是,自杀以及在某种情况下的攻击或凶杀行为,都成为对于这些看似无法忍受的心理痛苦的问题解决策略。治疗联盟开始阶段的目标是为求助者提供希望。在治疗者的帮助下,让求助者认识到除自杀或凶杀以外,还有其他控制痛苦的方法可以选择,这将使求助者产生希望。在这一过程中关键的问题是“控制”。自杀或凶杀意图的最终目标是消除痛苦。治疗者应该帮助求助者获得内省力,即心理上的混乱是一种人类无法避免的体验。对于生活中不得不经历的痛苦体验,自我价值感和自信心的增强可以提高安全应付的能力。这就是治疗的目标。

埃德温·施耐德曼主张治疗中应该优先做的是识别并减少自杀或凶杀的求助者感到无法忍受的“混乱”的程度。这个任务可以用很多方法来完成。一个常用的方法是

评估求助者的潜在的精神障碍，并接受药物治疗。然而，这其中陷阱。当前的环境似乎太过热切地要把人类所有的适应不良行为简单地归结于生化的紊乱。一个例子就是抑郁症。可悲的是，我们正在用药物来治疗自杀和凶杀意图。问题是我们就停在这里了。我们没有意识到，虽然在一个治疗计划中，药物治疗有着其重要的地位，但不会是惟一的重点。抑郁症和其他精神障碍在与自杀和凶杀行为有关的多维度不适中起着重要作用，但是除了通过药物治疗来减少精神障碍的症状以外，其他什么也没有的自杀或凶杀治疗计划是不能接受的。我们还需要检查求助者的应对技巧的缺陷和既往对适应不良的问题解决策略。通常治疗者将发现求助者在这些方面有所缺陷。通过这一过程，我们教育了求助者。我们制定计划，识别那些求助者当前感觉到最具有伤害性的问题，帮助求助者学会为他们个人制定应对策略。我们给他们提供了除自杀和凶杀以外的问题解决技巧。通过这一过程，我们为求助者提供了希望。

在这一教育的过程中，很重要的一点是认识到我们的求助者还带着过去的包袱。那就是基本上形成于儿童早期阶段的人格特征，而在生活的后期就变成了个人的弱点，并阻碍求助者有效地应付生活中的灾难。一个例子是求助者人格中的完美主义所起的作用，这一人格特征会导致无法应对失败。完美主义通常是在童年早期儿童努力满足所爱对象的过高要求的经历中发展起来的。然而，到了成年期，完美主义可以变成一个人的弱点，并严重妨碍健康适应。在我们对求助者的教育中，如果不花一些精力来揭示这一问题，并找出解决的方法，就很难成功。

最后，本书还强调了治愈过程中的特定问题。鼓励求助者对文化适应的努力、与社会保持紧密联系以及增强心灵的力量等，可以在整个治疗策略中起到至关重要的作用，使得求助者享受完整的人生。

编写本书的目的，在于反对象自杀和凶杀人群的公式化治疗计划。因此，我们鼓励在尊重作为特殊个体的求助者以及那些导致其自杀或杀人愿望的特定文化、环境、医疗、保险、性别和精神问题的基础之上，来发展治疗策略。本书集中于对所提到的19个特殊人群的研究，读者可能在这些人群中发现许多共性。然而，他们之间的差异更为重要。本书就是用来帮助你面对那些遇到危机的求助者时，集中注意其特异性，并且评估和治疗这些特异性。

历史背景

自从20世纪60年代以来，在与躯体健康、精神卫生、儿童福利、物质滥用有关的治疗中，正式的治疗计划逐渐成为整个卫生保健服务提供系统中非常重要的一个方面。60年代出现在内科领域，以后逐渐在70年代发展到精神卫生领域，如诊所、精神病院等，开始寻求一些组织（例如，卫生保健认证组织联合委员会，Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO）的认证，以满足第三方

偿付者的要求。对于绝大多数要得到认证的治疗提供者来说，他们不得不开始提高和加强写作文书的技巧。在过去，绝大多数精神卫生和物质依赖治疗提供者最多写一份计划梗概，而且他们治疗的大多数患者的计划看起来都差不多。求助者不清楚他们在精神卫生服务中试图得到的是什么。目的含糊不清，具体目标并不实在，干预则以同样的方式提供给所有的求助者。治疗的结局无法评估，而无论治疗者还是求助者都不能够确切地知道治疗什么时候结束，这些不成熟的治疗计划无法解决其中的一些问题。

随着管理医疗（Managed Care，MC）在 20 世纪 80 年代的出现，治疗计划变得更加重要了。MC 系统坚持临床医生要更迅速地从问题的评估转向制定和实施治疗计划。绝大多数 MC 公司的目标是通过促使求助者和治疗提供者集中于尽可能快地识别和改变行为问题，来加速治疗过程。治疗计划必须针对问题，干预必须具有特异性，并以个体化的方式来满足求助者的需要和目标，要具有可以测量的标志用来记录求助者的进步。来自第三方付费者、认证机构和其他外界组织的压力使得临床医生需要在很短的时间内制定出有效的、高质量的治疗计划。然而，许多精神卫生服务提供者在制定治疗计划方面缺乏经验。我们编写这本书的目的是在面对自杀或凶杀危险的求助者时，澄清、简化和加速制定治疗计划的过程。

治疗计划的应用

详细的、书面的治疗计划不但对于求助者、治疗者、治疗小组、保险公司和治疗机构有好处，对于整个心理治疗的职业也有好处。一个书面的治疗计划约定了在治疗过程中要集中在哪些问题上。治疗提供者和求助者都很容易忘记到底是什么问题使得求助者接受治疗。治疗计划是用来安排治疗协议的焦点的指南。由于问题可以随着治疗的进展而改变，治疗计划必须被看做为动态的文件，可以而且必须更新，以反映问题、定义、目标、目的或干预的任何重大变化。

求助者和治疗者可以从把结局作为重点的治疗计划中获益，以行为来表达的、可以测量的目标明确地指明了治疗努力的方向，求助者不再担心治疗能否达到目的。明确的目标还可以指导求助者努力进行特定的改变，并将导向解决问题的长期目标。心理治疗不再是一个模糊的合同，仅仅是诚实、坦率地讨论其情感和认知，直到求助者觉得好些了。求助者和治疗者都集中精力用特定的干预达到特定的目标。

治疗计划还可以通过强制治疗者分析性、批判性地考虑最合适达到求助者的目标的治疗性干预，以帮助治疗者。传统的训练让治疗者“跟随求助者”，但是现在一份正式的治疗计划指导着治疗过程。治疗者必须进一步注意到技术、方法、作业或宣泄的对象，因为这些将形成干预的基础。

由于清晰的治疗文书可以为求助者可能提起的诉讼提供一定的保护，治疗者还

将从中获益。针对治疗提起的诉讼频率正在增加，而保险金正在飞涨。对于指控的第一道防线就是一份详细记录整个治疗过程的、完整的临床记录。书面的、个人的、正式的作为治疗过程指南的治疗计划，求助者看过并签名，结合对治疗进展的记录，就成为对夸大或虚假索赔的有力防御。

第三方付费者和健康维护组织（health maintenance organizations, HMOs）对心理治疗的可理解性的要求，可以通过书面治疗计划和对求助者进步的完整记录得到部分的满足。越来越多的MC系统要求一份定式的治疗合同，其中包括可以测量的目标和明确的干预措施。心理治疗要能够被治疗过程以外的人所理解，临床医生不可能避免这一趋势。

通过应用更精确的、可测量的目标来评估精神卫生治疗的效果，心理治疗从业者也可以从中获益。随着详细的治疗计划的出现，能够有效地达到特定目标的心理治疗就更容易收集到治疗结局的数据。

制定治疗计划

制定治疗计划的过程就像建筑房屋一样，有一系列有逻辑关系的步骤，且互为基础。任何有效的治疗计划的基础都是通过全面的生物、心理和社会因素的评估收集的信息。当求助者前来接受治疗的时候，治疗者必须敏感地倾听，并且理解求助者所面临的家庭问题、当前的应激源、情绪状态、社交网络、躯体健康、应对技巧、人际间冲突以及自尊等问题。评估所需要的信息可以通过询问病史、体格检查、临床晤谈、心理测验或与求助者的监护人、社工或学校有关人员联系来获得。和了解求助者的痛苦一样，由医生或者多学科治疗小组的成员来整合这些信息是至关重要的。我们列出了以下六个步骤，在评估所获得的信息的基础之上制定一个有效的治疗计划。

第一步：确定人群归属

虽然求助者可能在最开始属于某一个特定的人群，但是治疗者仍然可能发现某些特殊的属于另一个人群的问题。这样就将揭示作为治疗重点的其他问题。例如，一名年轻男性表现出自杀冲动。然而，治疗者可能发现导致他产生自杀意念的是性取向问题，这个问题包括在男性同性恋/女性同性恋/双性恋者一章中。因此，治疗者可以建立一个最主要的重点，来关注那些在评估过程中表现出来的和某一特定人群关系最为密切的问题。让治疗计划具有灵活性，把其他人群的问题包含进来，可能对同一个求助者更有好处。

在任何时候，下面这一点都很重要：在治疗计划中，要把求助者认为是其自杀或凶杀意图核心的、需要治疗的问题包括进来。求助者对治疗过程的参与和合作依赖于治疗在何种程度上能够满足其最迫切的需要。

第二步：问题的界定

每个求助者的问题都以行为的方式表现出独特的差异。因此，如果选定某一个人群作为治疗的焦点，就需要界定在特定的求助者中表现出的是哪些行为。症状类型应该与DSM-IV中的诊断标准联系起来，并给予相应的编码。本书根据DSM-IV所制定的症状类型，提出了这样的行为界定以供选择，或者说为你自己所制定的行为描述提供了一种模式。你将会找到一些行为的症状或者综合征，概括了19种人群中的一种。

第三步：确立目的

制定治疗计划的下一步是确定解决目标人群的问题的概括性目的。这样的描述并不一定是可以测量的，而可以是大体上的、长期的目的，提示治疗过程所需要达到的积极的结果。本书为每一个人群提出了一些可能的目的，但是在一份治疗计划中可能只需要一个目的。

第四步：构建目标

与长期目的不同，目标必须是从行为上可以测量的。求助者要达到的必须是清楚的目标，因此，含糊的、主观的目标是不行的。检查记录的机构（如JCAHO）、HMOs以及MC强调心理治疗的结局必须是可测量的。本书所设计的目标可以满足这种对于可理解性的要求。对于同一个问题，有许许多多的选择可以用来建构很多种治疗计划。治疗者必须进行专业的判断，以决定哪些目标最合适某一个求助者。

每一个目标应该作为达到长期的治疗目的的步骤。实质上，治疗目标应该被看做是一个个的步骤，当全部完成以后，就可以达到长期的治疗目的。对于每一个问题，至少应该有两个目标。当然，治疗者可以为了实现治疗目的而构建多个目标。对于每一个目标，完成的时间应该列出来。随着治疗的进展，新的治疗目标应该添加到治疗计划中去。当所有的治疗目标都达到以后，求助者应该已经成功地解决了目标问题。

第五步：干预措施

干预措施是治疗者设计的用来帮助求助者达到治疗目标的行动。对于每一个目标至少应该有一种干预措施。如果在最初的干预措施以后，求助者仍然未能达到治疗目标，则应该在治疗计划中增加新的干预措施。

干预措施应该在求助者的需要以及治疗者的全部治疗技能的基础上加以选择。本书提供的干预措施来自许多不同的治疗方法，包括认知的、动力学派的、行为的、多系统的、药物的、家庭的以及求助者中心的治疗。其他的干预措施可以由治疗者自己书写，以反映他/她所受的训练和经验。在本书的内容以外增加新的行为、界定、短期目标、长期目标和治疗性干预措施是很有好处的，因为这样可以为将来的参考和应用增加新的资料。

有人建议，可以指定与本书列举的干预措施有关的书籍给求助者，作为辅助的阅读治疗。本书的附录 A 中包括了许多可以作为阅读治疗的参考书目。当用一本书作为治疗计划的一部分时，在求助者阅读完以后，治疗者应该和求助者一起复习一遍，让书的内容可以更好地应用于求助者所处的特定情境。如果要得到更多的自助读物的信息，精神卫生工作者可以参考由 Santrock、Minnett 和 Campbell 所著的《自助读物的权威指南》一书。

在本书的附录 B 中列举了一系列供专业工作者参考的书目。这些参考书目详细阐述了某些章节中提到的方法。

把一种干预措施分配给某个治疗者最常见于求助者由一个医院或门诊小组治疗的时候。在这种情况下，可能是其他人而不是最初的治疗者负责实施某种特定的干预措施。检查机构要求在治疗计划中指定实施每种干预措施的治疗者姓名。

第六步：确定诊断

确定一个合适的诊断，是以对求助者临床表现的全面评估为基础的。治疗者必须比较求助者的行为、认知、情感以及人际关系的症状与 DSM-IV 中描述的某种精神障碍的诊断标准。鉴别诊断是一个公认的难题，因为有研究表明评定者之间的一致性较低。精神卫生工作者所接受的训练也让他们更多地考虑适应不良的行为，而不是诊断标签。虽然有这些因素，诊断仍然存在于精神卫生工作之中，而且对于第三方偿付来说是必要的（然而，最近以来，MC 机构对于求助者表现出来的行为问题比实际的诊断更有兴趣）。只有临床医生全面地掌握了 DSM-IV 的诊断标准，并彻底了解了求助者的评估结果以后，才能做出最可信的和最有效的诊断。对于行为特征的准确评估也有助于制定更有效的治疗计划。

如何使用本书

经验告诉我们，对于许多临床医生来说，掌握写出治疗计划的技巧是一个乏味而且困难的过程。如果要在 MC 所带来的更多求助者和更短时间安排的压力下掌握这种技巧，就更加困难了。当我们必须迅速地评估阶段进入到治疗计划，然后进入到进展的记录时，文书上的要求可能是很困难的。在这个过程中，我们必须很清楚治疗目标要怎样才能达到、在什么时候能够达到、每个求助者表现出了怎样的进展。本书可以作为一个工具，依据以下步骤，帮助治疗者迅速地写出清楚的、详尽的和高度个体化的治疗计划：

1. 根据在评估过程中所发现的特征，选择一个给定的人群（第一步）。根据本书的目录，翻到相应的页码。
2. 选择两个或两个以上列举出来的行为界定（第二步），记录在治疗计划的表格中

相应的地方。如果所发现的求助者的问题没有列举出来,加上自己界定的描述(要注意到虽然本书所设计的治疗计划是纵向的,但是横向的治疗计划表格同样有用)。

3. 选择一个长期目标(第三步),写下你的选择。既可以写在和本书一样的位置,或者按照你自己的治疗计划格式写在合适的地方。
4. 查阅所列举出来的这个人群的治疗目标,选择那些你认为对于你的求助者来说有临床意义的目标(第四步)。记住,我们建议你为每一个问题选择至少两个目标,写下达到每一个目标预计的日期或者治疗的次数。
5. 选择有关的干预措施(第五步)。本书在每一个目标旁边,提供了一些与该目标有关的干预措施,但是不要把自己限制在这些干预内。列举出来的干预措施是折衷主义的,可能为你的理论取向或所喜欢的治疗方式提供选项。和行为界定、短期目标、长期目标一样,这里也有空间让你写下自己的治疗性干预措施。将来你围绕这一问题制定计划时,就可以查阅这些记录。如果是一个由多学科成员组成的小组进行治疗,你还要把每一种干预措施的责任分配到个人。
6. 在每一章最后都列出了由这个问题的求助者常见的DSM-IV诊断。这些诊断为临床考虑作出建议。在列出的诊断中选择一个,或者给出一个更加合适的DSM-IV诊断(第六步)。

为了方便那些更加倾向于依据诊断标签而不是特定人群来制定治疗计划的治疗者,附录C列出了不同人群章节中出现的所有DSM-IV诊断,以供参考。每一个诊断后面都有出现过的人群。对于有某个诊断的求助者,治疗者可以参考这个诊断人群的行为界定、长/短期目标和治疗性干预措施。

祝贺你!现在你应该已经有了一份完整的、个体化的治疗计划,可以立即用于求助者的治疗。这份计划应该按照后面“治疗计划范例”的格式重新组织好。

最后的说明

在一份有效的治疗计划中,很重要的一个方面是每份计划都应该符合求助者所属特定人群的需要。即使求助者有着类似的问题,也不应该一次制定许多治疗计划。在制定治疗策略的时候,必须考虑到个体的长处和弱点、特殊的应激源、社交网络、家庭环境以及症状类型。根据临床经验,我们把许多治疗选择放在一起。这些描述可以以数千种方式排列组合起来,从而制定出详细的治疗计划。根据他们自己的良好判断,治疗者很容易选择适合其治疗对象的选项。我们希望本书能够促进有效的、创造性的治疗计划的制定,而这一过程将最终有益于求助者、治疗者和精神卫生事业。

治疗计划范例

求助者：大学生

行为界定：在他人（如朋友、咨询者、居民协会助理、求助热线、教师）的交谈中表达出死的意愿（如“活着真不值得”“我觉得想放弃”，“我希望我的生命终结”“除了自杀，没有别的办法可以解决我的问题”）。

因为与家离得太远而表达出孤独感（如外国留学生或外地学生）。

由于要在学业上或体育上求得表现优秀以赢得接纳和自我价值，而感到极大的压力。表现出需要在学业上或体育上表现优秀来赢得父母的爱和/或认可。

长期目标：表明想活下来的愿望。

建立一个完整的自我概念，而不是错误地认定只有通过成绩才能获得关爱、得到肯定和实现自我价值。

建立和谐和自我概念，可以接受自己暂时的失败，并能将失败视为自身成长的经验。

短 期 目 标

治疗性干预

1. 了解求助者对大学生活的总体感受。

1. 与求助者讨论选择当前这所大学就读的动机（如学校离家的远近、学术水平、可提供的参与体育运动的机会、学校的声望排名、父母的压力或是希望与亲近的朋友在一起），并且找出任何一个可能影响他们进行健康适应的动机。

2. 从总体上了解求助者当前的、对大学生活的大致感受（如非常满意、一般、不满意或非常不喜欢），并且找出可能存在的问题的情感反应（如想家、缺乏朋友关系、丧失感或怀念高中时期的身份）。

2. 发现求助者个人经历中与大学生自杀相关的高危行为特征。

1. 评估求助者具有高危自杀特征的逃避或回避行为（如逃课、独自一人使用成瘾物质、消极态度或由于刻意避免被人注意导致社交隔离）。

2. 评估求助者具有高危自杀特征的与死亡或自杀有关的想法（如在学习小组中、与室友的讨论中或者是在班级的命题作文中，以不易被人察觉的方式流露出来）。

3. 评估求助者具有高危自杀特征、过度进行医疗咨询的行为（如疲劳、厌倦和缺乏精力的主诉，但又回避或拒绝讨论有关抑郁或自杀意念和/或自杀企图的内容）。

3. 发现求助者个人经历中与大学生自杀相关的高危情感特征。

1. 评估求助者所表现出的具有高危自杀特征的无望感和绝望感（如因目前的应对策略不足以摆脱困境而造成的严重的绝望感）。

2. 评估求助者所表现出的具有高危自杀特征的抑郁情绪（如悲伤、指向自我的愤怒、食欲减退、睡眠障

		碍、自尊降低、抑郁症或其他精神疾病的家族史)。
		3. 评估求助者所表现出的具有高危自杀特征的精神分裂症症状(如社会退缩行为、感到被迫害、插入性思维、难以集中注意力或思维破裂)。
		4. 评估求助者所表现出的具有高危自杀特征的社会性完美主义的个性特征(如:注意检查完美主义与抑郁、无望感之间的直接联系,找出其完美主义所指向的客观对象,探查其社会性完美主义表现的历史,并检查其与自杀意图之间的联系)。
4. 发现求助者个人经历中与大学生自杀相关的高危社会特征。		1. 评估求助者中因为大学的某些限制,而导致其原有的恋爱关系或社交圈子破裂的情况。
		2. 评估求助者是否有严格而苛刻的家庭期望(如:由于家庭传统或家庭声望,由父母作主来选择其学校和学习课程;父母的期望过高,远远超出了其能力所及范围)。
5. 找出不包括自杀或寻死在内的应付方式和解决办法。		1. 帮助求助者在他/她的治疗日记中记录一些详细的、有针对性的方案(如:自我平静技巧;学会将注意力放在为了完成任务而做出努力的积极方面;通过认知重建,将他/她对失败的关注转为“我已经做得够好了”“我已经做到我能做的最好”等认知),同时还应包括具体措施,来应对和控制由当前最主要的症状带来的情绪不安;这些措施应该详细且易于操作,能够让求助者在情绪极其不安的时候获得帮助(如一些安全、简单的技巧)。
		2. 通过角色扮演、模仿以及行为排演,让求助者学会如何执行治疗日记中所提到的症状控制技巧。
6. 让求助者更多地表述:大学经历变得更自在,对于学业要求有着适度的焦虑,向自主独立更顺利地过渡。		1. 帮助求助者发现并享受大学生活的乐趣(如在学习与娱乐之间找到平衡);通过强调那些反映自己作主的能力的决定,来鼓励求助者体验到自主独立的感觉。
		2. 通过强调参加集体活动和交朋友所能获得的好处,来鼓励求助者把自己看做是一个社交环境中的人;要求求助者参加某些校园活动或社区志愿者活动。强化他们的成功体验,并学会以新的观点来看待失败的经历。
诊断:	296.22	主要抑郁障碍,单次发作,中度

第一部分

自杀人群