

心理咨询与治疗系列

短程心理治疗实践

The Practice of Brief Psychotherapy
(Second Edition)

【美】 Sol L. Garfield 著

章晓云 译

心理咨询与治疗系列

**The Practice of Brief
Psychotherapy (Second Edition)**

短程心理治疗实践

【美】Sol L. Garfield 著

章晓云 译

图书在版编目(CIP)数据

短程心理治疗实践 / (美)加菲尔德 (Garfield, S. L.) 著,
章晓云译. —北京: 中国轻工业出版社, 2005.4
(心理咨询与治疗系列)
ISBN 7-5019-4778-3

I. 短... II. ①加... ②章... III. 精神疗法 IV. R459.9

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第010279号

版权声明

Copyright ©1998 by John Wiley & Sons, Inc.

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: 李峰

责任编辑: 张乃东 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4月第1版 2005年4月第1次印刷

开本: 850 × 1168 1/32 印张: 8.75

字数: 160千字

书号: ISBN 7-5019-4778-3/B · 044 定价: 16.00元

著作权合同登记图字: 01-2004-5528

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

加菲尔德 (Sol L. Garfield) 博士是短程心理治疗的创始人之一,目前是华盛顿大学 (Washington University) 的退休教授。他 1942 年在西北大学 (Northwestern University) 获得临床心理学博士学位,之后曾在多所大学的心理系任教。加菲尔德博士在很多专业学会中拥有显赫的位置,他曾担任过美国心理学会临床心理学分会 (American Psychological Association's Division of Clinical Psychology) 的主席、心理治疗研究学会 (Society of Psychotherapy Research) 主席等等。加菲尔德博士在他长期、杰出的职业生涯中也获得了非常多的荣誉和奖励,发表了大量的文章和著作。

《短程心理治疗实践》是加菲尔德博士的经典之作,自从问世以来,就成为短程心理治疗领域权威的培训教材和专业指导手册。全书介绍了治疗过程的基本方面,详细阐述了治疗的四个阶段 (包括首次访谈、初始阶段、中期阶段和结束阶段),也涉及了有关短程心理治疗的评价,为临床工作者提供了清晰而有力的指导。加菲尔德博士强调折衷主义观点,认为只要能够获得积极疗效,治疗师可以使用任何学派的方法和技术,强调治疗师要使治疗方法适应特定来访者的需要。本书的第一版取得了巨大的成功,《当代心理学》(Contemporary Psychology) 曾

赞扬道，它“对短程心理治疗的每个组成部分提供了清晰且平实的讨论”。这本译作是第二版。

非常荣幸能够翻译这本书，它对我本人的临床实践起到了指导作用，希望同行们也能够受益于它。由于时间仓促，疏漏之处必定很多。如果给读者造成阅读不便，希望大家多多指正。

在全书的翻译过程中，有很多人需要感谢。首先，感谢我的导师钱铭怡教授，她带我进入了奇妙无穷的心理治疗领域；感谢临床心理实验室的每个成员，包括钟杰、易春丽、刘兴华、黄峥、张黎黎、叶冬梅、陈曦、聂晶和邓晶等；还要感谢已经毕业离开实验室的刘鑫师姐。他们都给了我实质性的支持和帮助。

章晓云

北京大学心理系

2005年1月

前 言

多年以来，心理治疗界盛行的观点是，要使来访者获得稳定、积极的改变需要相当长时间。依据这个观点，由于来访者病情发展了很长一段时间，因此不可能在短期内治愈。在精神分析理论和实践的主要影响下，为了使病人获得真正的改变，治疗师必须洞察病人的防御机制，挖掘病人压抑的潜意识内容，帮助病人接受治疗带来的领悟。换句话说，治疗——有价值的治疗——是无法快速进行的。强度大、领悟—取向的疗法才是治疗的选择，其他疗法都被认为是表面化、支持性和症状取向的。

在20世纪50年代早期，当我在一个门诊部工作的时候，上述观点是主流观点。然而，当时我的病人中只有两个持续治疗了大约两年的时间，大多数病人的治疗次数都没有超过15次——整个诊所的情况都是如此。“治疗应该是什么样的”以及“治疗应该持续多久”，显然治疗师和病人在这些问题上的认识差异很大。不管怎样，对于短程治疗的态度逐渐变得越来越肯定。大多数与治疗时程有关的报告都清晰地显示，在美国进行的大部分心理治疗都是短程或者限时治疗。此外，从50年代早期开始，我们可以积累大量研究数据（稍后会在本书中讨论），这些数据对一些形式的短程心理治疗给予了实证支持。毋庸置疑，由于各种原因，我们社会中的其他一些组织，即医疗保健和健康维

护组织也非常支持短程心理治疗。

在本书的前一版本中,提到了心理治疗的折衷主义方法。对于一个给定的案例,任何看起来适合并且有研究证据支持的方法都可以使用。我自己的观点是,大部分能够获得积极结果、但是形式不同的心理治疗方法都包含共通(common)的治疗性因素,因此,在治疗过程中,这些治疗性因素非常重要,本书对此做了特别地强调。本书还涉及了一些重要心理治疗方法的具体程序,这些程序得到了实证研究的支持。在书中,我还参考了近期的研究结果、当前心理治疗领域的一些主题以及该领域一些近期的发展。近年来心理治疗领域出现了很多新的期刊以及新的观点和方法,人们若要跟上所有这些发展的步伐是很困难的。我真诚地希望这本书能够引起短程心理咨询与治疗工作者的兴趣,并对他们有价值。我还希望,这本书对心理咨询师和治疗师的研究生培训方案有所助益,也希望这一版和前一版一样受欢迎。

我要再一次感谢很多在过去参加心理治疗课程和实践的研究生,感谢我在治疗中曾经督导过的实习医生、住院医生和学生,他们丰富了我本人的治疗经验。尤其令人高兴的是来自以前学生的正性评价,与研究生期间相比,他们在做了几年开业医生之后更加同意我的观点。与前一版一样,为了表明心理咨询和心理治疗领域从业者的多样性,我交互使用了“病人”和“来访者”两个术语。最后,我要表达对玛格丽特·麦克莱兰德(Margaret McClelland)的感谢,她不仅打印了这本书的手稿,并且在该书的创作过程中,给予了我殷切的帮助。

加菲尔德 (SOL L. GARFIELD)

哲学博士

目 录

第一章	短程心理治疗的发展	1
	埃沃特报告	9
	近期发展	11
	短程心理治疗的目标和目的	15
	谁可以从短程治疗中获得帮助	18
	治疗师的角色	22
	总结	25
第二章	心理治疗中的治疗性因素	29
	折衷主义与折衷的方法	32
	共通和特定的治疗性因素	37
第三章	治疗师的活动	53
	倾听与观察	53
	反映	55
	提供建议	57
	说明和解释	58
	提供信息	60
	面质	62
	安慰	65

	家庭作业	66
	模仿和角色扮演	69
	提问	71
	自我暴露	72
	放松技术与应对技巧	73
	总结	74
第四章	初始访谈	77
	病人的优势、弱势和个人风格	80
	来访者的预期	85
	治疗的评估	88
	引导来访者进入治疗	91
	临床管理和基本规则	94
	总结	96
第五章	治疗的早期阶段	99
	初始治疗与疗效	104
	识别行为模式	107
	矫正早期印象	112
	保持对问题的敏感性	116
	家庭作业和自我—监控	126
	方法的灵活性	128
第六章	治疗的中期阶段	133
	初始治疗阶段的继承	135
	治疗中可能出现的问题	139
	治疗进展和方法的评估	147
	治疗过程的继续	153

	可能出现的治疗危机	161
	考虑结束治疗	168
	总结	169
第七章	治疗的结束	171
	治疗结束的计划	174
	可能出现的问题	175
	结束治疗中的一些考虑	185
	缺乏进展与治疗结束	192
	总结	193
第八章	治疗的评价	195
	来访者做得怎么样	200
	从每个案例中我们可以学到什么	209
	现实的自我评价	212
第九章	短程心理治疗：评估、总结和评论	215
	心理治疗中的疗效研究	218
	短程心理治疗的评估	221
	消费者报告研究和功效、效力问题	231
	短程心理治疗从业者的一些基本思考	236
	短程心理治疗的前景	240
	参考文献	247

第一章

短程心理治疗的发展

对心理问题的有效治疗应该花费多长时间？多年来这个问题一直在探讨和争论。尽管弗洛伊德在精神分析疗法所需时程的问题上倾向于有些保守（认为需要花费6个月到1年的时间），但是随着这种方法的完善，还是出现了一线曙光，即所需时间可以缩短。他的一些早期追随者（Ferenczi & Rank, 1925）在减少治疗时间方面做了一些尝试。但是，这些尝试并没有受到大多数精神分析治疗师的认可。事实上，随着精神分析疗法越来越受欢迎，治疗时程在加长，尤其在美国更是如此。40年前，史密德博格（Schmideberg, 1958）注意到，“在过去的50年里，精神分析治疗在实践中被越来越多地采用，个体治疗的时程越来越长，有时长达5年、10年、15年。”

仅仅是近些年来，短程心理治疗才开始被重视。这种情况的出现有一些原因。早期精神分析以及心理动力学观点的盛行导致人们持有这样一个期望，即有效的治疗必须花费很长时间。由于精神分析疗法假定病人的个人问题由来已久，因此，为了使病人获得显著的进步，治疗需要花费相当长的一段时间。伴随这个观点，人们认为只有让病人领悟引发其问题的无意识冲

突,才是对他(她)的帮助。因此,治疗是一个长期的过程,不能快速进行,以免病人感到过于受威胁,从而放弃治疗。过于快速地挖掘无意识内容,可能会导致病人防御机制的破坏,还可能导致病人人格的瓦解。此外,如果治疗师不去追溯神经症问题的根源,只是集中治疗症状,那么,最后的结果是出现替代症状。分析取向的治疗师经常会用这点来批评行为治疗,尽管目前这种批评已经显著地减少。

简而言之,有效的治疗被认为必须是彻底的、重构性的,并且要花费大量时间。另一方面,短程治疗往往被认为是支持性或者指导性的治疗方法,倾向于被认为是低效的——一般来说,更少地受到人们的欢迎,并且不足以激发来访者的治疗动机。从传统的心理动力学观点来看,这类治疗的效果主要是起到缓解症状的作用。

尽管存在这些传统的观念,但还是有人在缩短心理治疗时程方面做了一些尝试。在20世纪20年代,菲润兹(Ferenczi)和瑞克(Rank)做了较早尝试。在此之后,两位杰出的精神分析治疗师——弗朗兹·亚历山大(Franz Alexander)和托马斯·M. 弗伦奇(Thomas M. French, 1946)——在设计短程心理治疗方面做出了最为突出的贡献。他们分别是芝加哥精神分析协会(Chicago Institute for Psychoanalysis)的主任和副主任。尤其是亚历山大坚决拥护缩短治疗时程和提高治疗疗效。然而,他这方面的工作没有受到同行的欢迎。显然,没有精神分析师愿意让短程治疗这一“低级的金属”稀释精神分析治疗的“纯金”。亚历山大的一些坦率和批评性的言语是很多分析师所不愿意听到的:

近来,在治疗の時程、频率和疗效上产生的巨大分歧,使

很多精神分析师感到迷惑,他们感到需要对这些治疗性因素重新进行全面的、批判性的考察……

某些病人,一到两次富于情绪体验和领悟的治疗性面谈,对他们具有非常启发性的效果,这种效果比对另外一些病人几个月的分析都有效。我曾经遇到过不只一个这样的病人,在几次面谈的影响下,就可以足够自如地应付生活中的困难,并且可以参加以前从来不敢参加的活动。这些新的体验对他人格的影响与很多案例中长期分析的影响一样大。(Alexander, 1944)

两年后,在亚历山大和弗伦奇合作的著作《精神分析治疗:原则与应用》(Psychoanalytic therapy: Principles and Application)的绪论部分中,亚历山大大道,“一些精神分析师认为,快速的治疗效果不能表明人格的动力学结构发生了深刻、彻底的改变,只有长期的治疗才会带来这种根本性的改变。另外一些人认为,病人的‘阻抗’是导致对其进行长期的分析却没有产生疗效的原因。这些精神分析师通过声称病人还没有被‘完全地分析’来安慰自己,让自己相信进一步的治疗会最终带来满意的疗效。然后,当进一步治疗仍然没有疗效时,他们经常袒护自己,得出结论,认为病人是一个‘潜在的精神分裂症患者’”(Alexander & French, 1946)。

在20世纪40年代,还有一些其他文献报告了旨在缩短治疗时程的尝试。例如,弗若曼(Frohman, 1948)在一本名为《短程心理治疗》(Brief Psychotherapy)的书中介绍了自己的治疗程序。他使用折衷主义的方法来使治疗程序适合具体案例的需要。弗若曼称他的治疗方法通常需要20~30小时。然而,他

的书相对来说并没有在业内产生多大影响。

另外一个改变来自1946年赫兹博格 (Herzberg) 的工作。赫兹博格称他的方法为活跃的心理治疗 (Active psychotherapy)。其特征之一包括治疗师指定一些任务让病人去做。尽管在这种形式的治疗中, 治疗师要扮演非常活跃的角色, 但是, 相信病人通过执行和完成各种任务强化了其自身的独立性。显然, 这种治疗方法与近来的一些技术具有相似性, 比如行为排练和布置作业技术。按照赫兹博格的做法, 治疗师在治疗中不允许病人拖延完成规定的任务, 这些任务也使得病人不如在精神分析治疗中那样舒服。与精神分析治疗相比, 这种方法很大程度上缩短了治疗时程。尽管, 赫兹博格的这本书具有创新性和鼓动性, 但是直到很多年后我才看到对它的提及。汉斯·埃森克 (Hans Eysenck, 1991) 提到, 他曾受到赫兹博格观点很大的影响, 但是“在美国, 没有看到任何相关著作中对这本书的提及”。

在心理治疗领域, 还有一些其他改进方法的例子。这些方法不是相对没有受到关注, 就是仅仅在后来才受到一些认可。20世纪20年代 (Franks, 1969; Yates, 1970) 和40年代 (Salter, 1949) 出现了条件性治疗方法的报道, 但显然在当时没有引起足够的反应。只是在过去的30年里, 行为治疗才开始成型, 并且在近几年, 我们才看到了认知行为治疗的盛行。

尽管介绍了一些这方面改革的尝试, 但是, 短程治疗仍一直被看做是表面化的心理治疗。然而, 在过去的大约30年里, 对短程治疗的看法已经发生了显著的变化。引起这种变化的因素不只一个, 很多事件都起了作用, 在此简单地介绍一下每个因素的影响。

总的来说,一个原因是近年来心理治疗的普及和平民化。因此,长程、密集的治疗太昂贵和苛求了,显然不适合每个人的需要,只适合很小一部分人。然而,随着二战后对心理服务需求明显的增多,为了更好地满足社会上大部分人的需要,就需要改进心理健康服务系统。例如,心理疾病与健康联合会(Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961)的报告中就曾指出心理健康服务设施和人员的不足与局限。精神分析从业人员需要长期的受训准备,并且这种治疗方法需要花费漫长的时间,这两点都极大地限制了它的影响力,无法满足大众需要,因此,在报告中精神分析疗法作为一个典型被列了出来。“精神分析疗法主要对一小部分精心挑选的病人有效,这些病人并没有完全丧失能力,并且不需要住院治疗”(心理疾病与健康联合会,1961)。显然需要培训更多的人员来从事心理治疗和发展社区心理健康中心,以及发展出更为有效的治疗方法。

20世纪60年代的社区心理健康运动也带来了很多创新性的观念,诸如危机干预、全天候急诊部门服务、地方性咨询人员以及辅助性的咨询人员等等。随着这些革新性的尝试,相对来说也极大地强调了短程心理治疗的重要性。

随着社区心理健康服务的发展和不同渠道心理健康工作人员数量的增长,心理治疗服务的对象不仅扩大了,而且也发生了变化。心理治疗不再像某个流行杂志说的那样,被认为是为“富人或者疯子”服务的,相反,它被看做是适合每个人需要的治疗方法。伴随这个变革而来的对治疗的预期,倾向于强调更为短程的治疗。在20世纪60年代这10年里,出现的许多短程治疗形式使用了精神分析疗法的理论框架,现对其中一些做简

短的论述。

贝拉克和斯莫 (Bellak & Small, 1965) 发展了一个提供全天候急诊服务的短程治疗方法。这种方法可以让危机中的个体能够得到即时的帮助,而不必被列到候诊名单 (waiting list) 上。在危机时刻提供治疗有以下几点原因:

1. 一些个体在危机过了之后,就不再愿意寻求帮助。
2. 通过接受帮助渡过危机情境的个体能够更为迅速地重新整合他(她)自己,可以回到先前的适应水平。
3. 危机干预也可以作为预防机制,阻止更为慢性或者严重的不良适应模式出现。

贝拉克与斯莫方法中的治疗次数从1~6次不等。由于这种治疗确实很短,因此,心理治疗师必须特别注意与来访者的互动。他必须迅速评估来访者的优势、弱势和生活处境,并对来访者的问题做出一些假设。治疗师的活跃性角色可以用以下方式来描述:

在短程心理治疗中,治疗师没有时间慢慢发展病人的领悟力,他必须加强这种领悟力。他没有时间等待病人的“修通”(working through),必须加速这种“修通”。治疗过程中这些基本方面不会自然来临,他必须创造这些机会。(Bellak & Small, 1965)

圣佛朗西斯科 (San Francisco) 的兰利·珀特神经精神病学学会 (Langley Porter Neuropsychiatric Institute) 的一个小组发展了另外一种形式的短程治疗。(Harris, Kalis & Freeman, 1963, 1964; Kalis, Freeman, & Harris, 1964)。大多数形式的短程心理治疗所选择的重点之间有所差异。尽管存在这些差

异，但是，所有的短程心理疗法都强调一个问题，即哈里斯（Harris）和他的同事所强调的，要确认病人为什么在这一特殊时刻来寻求帮助。因此，关键是当前的病人遇到的危机，它扰乱了病人以往的功能。治疗师需要在危机时刻提供治疗，并且要强调治疗师的活跃（active）性角色。尽管这个小组不认为短程心理治疗适用所有病人，但是，对所见到的大约 2/3 的案例来说，他们认为 7 次甚至更少次数的治疗已经足够。

还需要提及另外一种分析取向的短程治疗形式，因为在一些方面它与刚刚提到的两种形式不同。这是由西弗诺斯（Sifneos, 1965, 1981）发展的一种短程疗法。这种方法用来快速处理那些被神经症困扰的病人。它的设置是每周一次，为期 2~12 个月，治疗师关注病人症状下的冲突领域，可以忽略病人深层的人格问题（例如，消极性或者依赖性）。尽管治疗师的角色和“一个无情绪卷入的老师”一样，但是，很难理解在长达 1 年的心理治疗中，治疗师能够一直保持无情绪卷入的状态。西弗诺斯也相当强调选择合适的病人，这种选择性限制了该疗法的广泛应用。此外，这种疗法要持续 1 年，只是与长程心理治疗（long-term psychotherapy）相比是短程治疗，许多人并不认为它是短程疗法。

在 20 世纪 60 年代还发表了很多其他有关短程心理治疗的报告，因此，这点可以表明人们对短程治疗越来越感兴趣（Haskell, Pugatch, & McNair, 1969; G. Jacobson, 1965; Malan, 1963; Rosenbaum, 1964; Swartz, 1969）。许多报告倾向于强调将当前危机或者当前问题作为治疗的焦点。一些报告也对治疗的时程或者治疗次数有具体的限制，人们可以据此区分限时