

有效的疗法

认知行为治疗丛书

主编 王建平

副主编 张宁 孙宏伟

儿童青少年强迫症

治疗师指南

约翰·佩森提尼 (John Piacentini)

〔美〕 奥德拉·兰利 (Audra Langley) 著

塔米·罗布里克 (Tami Roblek)

王玉龙 夏宇欣译

Cognitive Behavioral Treatment of Childhood OCD:
It's Only a False Alarm

 中国人民大学出版社

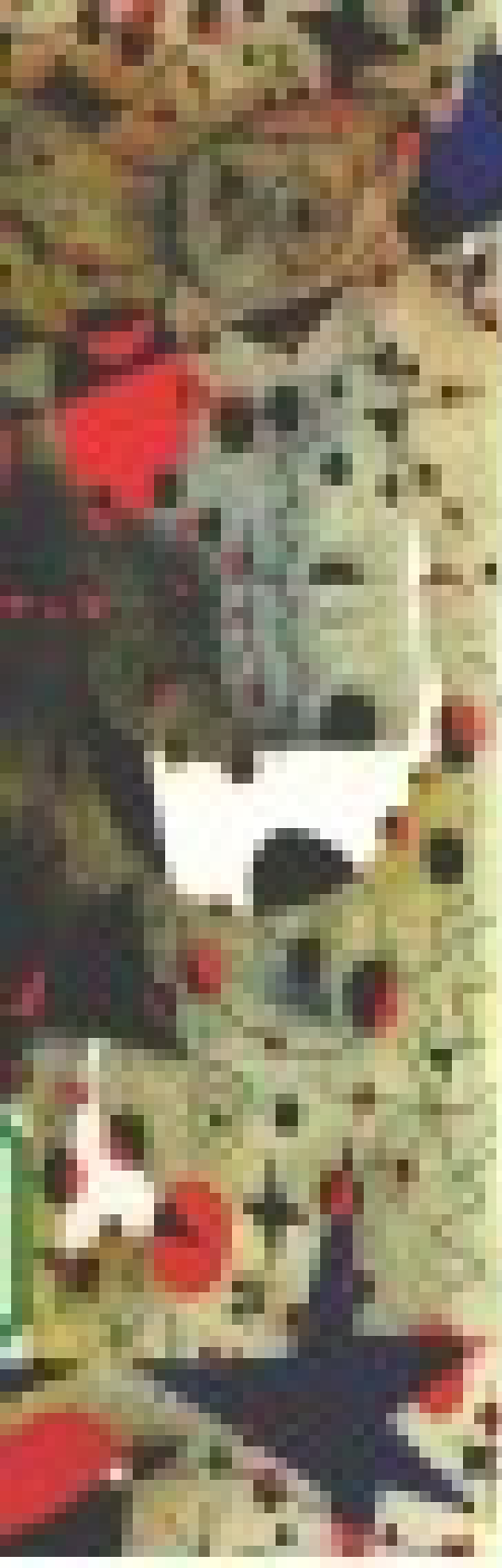
儿童青少年强迫症

治疗师指南

作者：[作者姓名]

译者：[译者姓名]

出版社：[出版社名称]



有效的疗法
认知行为治疗丛书

主 编 王建平
副主编 张 宁 孙宏伟

儿童青少年强迫症 治疗师指南

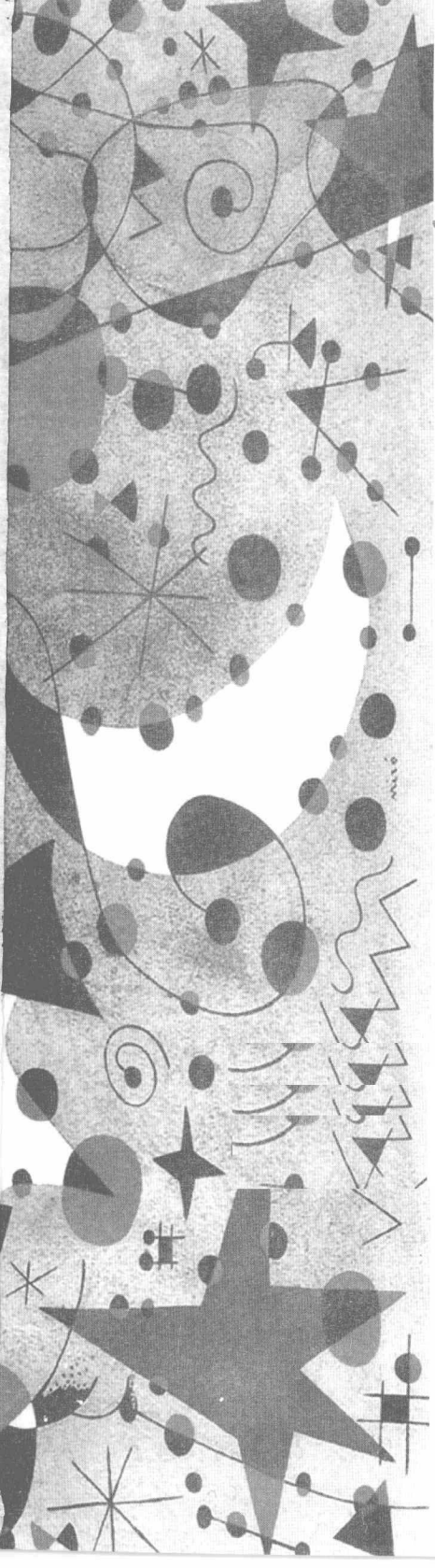
〔美〕 约翰·佩森提尼 (John Piacentini)
奥德拉·兰利 (Audra Langley) 著

塔米·罗布里克 (Tami Roblek)

王玉龙 夏宇欣 译

Cognitive Behavioral Treatment of Childhood OCD:
It's Only a False Alarm

中国人民大学出版社
· 北京 ·



图书在版编目 (CIP) 数据

儿童青少年强迫症：治疗师指南/自助手册/（美）佩森提尼等著；王玉龙等译.
北京：中国人民大学出版社，2009
（有效的疗法——认知行为治疗丛书/主编王建平）
ISBN 978-7-300-11467-5

- I. 儿…
II. ①佩… ②王…
III. ①儿童-强迫症-治疗 ②青少年-强迫症-治疗
IV. R749.940.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2009）第 216462 号

有效的疗法——认知行为治疗丛书

主编 王建平 副主编 张宁 孙宏伟

儿童青少年强迫症：治疗师指南/自助手册

[美] 约翰·佩森提尼 等著

王玉龙 夏宇欣 洪晔 译

Ertong Qingshaonian Qiangpozhen: Zhiliaoshi Zhinan/Zizhu Shouce

出版发行	中国人民大学出版社		
社 址	北京中关村大街 31 号	邮政编码	100080
电 话	010-62511242（总编室）		010-62511398（质管部）
	010-82501766（邮购部）		010-62514148（门市部）
	010-62515195（发行公司）		010-62515275（盗版举报）
网 址	http://www.crup.com.cn http://www.ttrnet.com （人大教研网）		
经 销	新华书店		
印 刷	北京山润国际印务有限公司		
规 格	160mm×230mm 16 开本	版 次	2010 年 1 月第 1 版
印 张	11.75 插页 2	印 次	2010 年 1 月第 1 次印刷
字 数	148 000	定 价	25.00 元

版权所有 侵权必究 印装差错 负责调换

当人们遇到问题时，首先会自助，想办法自己解决。然而，事情并不总是那么幸运，很多时候需要借助于外力的支持和帮助，在自助的同时求助。对于求助者来说，最重要的是找到针对自己问题的最适合的解决方法、最好的帮助者或者机构；对于助人者来说，最重要的是获得科学的、实用的、有效的治疗方法，并将其灵活地、个人化地、具体化地应用于求助者。“有效的疗法——认知行为治疗丛书”正是基于这样一个理念来做的。

丛书主编戴维·H·巴洛 (David H. Barlow) 是国际最著名的临床心理学家之一，既有很扎实的理论和研究基础，又有丰富的临床实务经验，是认知行为治疗 (CBT) 方面的国际顶尖领军人物，其相关著作被翻译成多国文字，在国际临床心理学领域具有广泛和深远的影响。在他的组织和指导下，在某一疾病治疗方面具有丰富经验的优秀的认知行为治疗师都参与了这套丛书的编写。因此，丛书中每本书的作者均为相关方面的杰出学者和治疗师，每本书都是他们的学术成果和临床经验的积累。

这套丛书按照问题或者疾病编排，每一种疾病都从两个角度提供帮助：助人者和自助者，即“治疗师指南”和“自助手册”，以期治疗师和来访者共同努力，协同作战，这将会收到意想不到的效果。

此套丛书根据患者和临床工作者的需要，还在不断地增编和更新中。目前这套丛书已经有 48 种，有的已经出了第三版。我们首批翻译出版了其中的 17 种，以后将会继续跟进。

作为这套丛书的引进者和中文译本的主编，我不敢说熟悉这套丛书的每一位作者，但知道绝大多数，部分很熟悉，他们都是值得信任的专家和治疗师。我有幸在巴洛教授的邀请和资助下于 2006 年 9 月至 2007 年 8 月在波士顿大学临床心理中心 (Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University) 进修访问。这个中心是巴洛教授创立和发展起来的，已经有 20 多年的历史，在美国的临床心理学领域以及民众中享有很高的声誉，每天都有大量的求助者，有些人甚至要排队等两三个月。我就是在这个中心第一次接触到这套丛书的。在这里，不论是临床工作者还是来访者都是人手一册。看到这套丛书如此广受欢迎，我当时就萌生了将其翻译成中文，介绍给我国的治疗师和求助者的想法。接下来的工作特别是与来访

者的互动一再证明，这套书的确像原作者前言中所写的那样，只要选对了适应症，将是非常实用、非常好用、非常有效的。它不仅对来访者有用，对咨询师和治疗师有帮助，对学习心理咨询与临床心理的学生也是非常有用的。

看到这套丛书顺利出版了，我非常高兴，这凝聚着所有参与者的心血，反映了所有参与者对我国心理咨询治疗事业的热情，也表明了所有参与者对我国民众心理健康的关注和爱心。在此，我首先感谢我三年美国之行的第一位导师戴维·H·巴洛的邀请、支持和指导；其次感谢丛书的两位副主编张宁教授和孙宏伟教授，以及我们所指导的研究生的努力工作；最后我要感谢中国人民大学出版社为这套丛书的出版所做的一切。感谢也祝贺我们大家的精诚合作！相信来访者和临床工作者一定会从此套丛书中受益匪浅。

由于时间等原因，翻译过程中难免有错误和用词不当之处，还望使用者谅解；更重要的是非常欢迎使用者（临床工作者和来访者）提出宝贵的意见、建议和批评。我的联系方式是：wjphh@bnu.edu.cn，我会尽快答复您，您的反馈对我们的工作是一个促进。感谢每一位参与的人。

王建平 教授

2009年12月3日于北京师范大学

几年来，医疗保健事业取得了惊人的发展，但也有很多过去已被广为接受的精神卫生和行为的干预策略正在受到质疑：它们不仅没有带来益处，甚至可能还有伤害。而另外一些干预策略经过当今最好的实证检验证明是有效的。随之，把这些干预策略更多地推荐给民众的呼声四起。最近的几项发展推动了这场革命。第一，我们对心理病理和生理病理都有了更加深入的理解，使我们能发展出新的、针对性更强的干预策略。第二，研究方法学取得了长足的进步，降低了内部效度和外部效度受到的影响，使研究结果可更加直接地适用于临床情境。第三，各国政府、医疗保健系统和决策者都认为医疗保健质量必须改善，这种改善应该是建立在循证基础上的，而确保医疗保健质量得到改善符合公共利益（Barlow, 2004; Institute of Medicine, 2001）。

当然，对于各国临床工作者来说，主要的障碍是能否获得新的、有循证基础的心理干预方法。研讨会和书籍在帮助那些认真负责的治疗师熟悉这些最新的心理卫生保健措施并将其应用到病人身上等方面作用有限。而“有效的疗法——认知行为治疗丛书”就是专门把这些令人兴奋的新的干预方法介绍给临床一线的治疗师的。

这套丛书中的“治疗师指南”和“自助手册”介绍了评估和治疗具体问题的详尽步骤以及各种诊断。本套丛书超脱于其他书籍和手册，还提供类似于督导过程的辅助材料，来指导治疗师在其临床过程中如何实施这些步骤。

在我们新兴的医疗保健系统里，越来越多的人认识到：循证实践为医疗保健专业人员提供了最负责任的行动计划。所有行为保健专业人员都深切希望为他们的病人提供尽可能好的诊疗，而这套丛书的目的就是消除人们在知识传播和掌握信息方面的差距，使之成为可能。

这本治疗师指南和与之配套的供患者使用的自助手册是针对儿童和青少年强迫症（obsessive-compulsive disorder, OCD）的。在美国，估计有

2%的儿童患有OCD。如果不予治疗，OCD对儿童的日常功能和家庭的应对能力有明显影响。OCD会导致焦虑和痛苦，降低生活质量。研究显示，认知—行为疗法（cognitive-behavioral therapy, CBT）对儿童青少年强迫症是一种有效的治疗方法。这本指南中概述的方案是以CBT的原理为基础的，适用于8~17岁的孩子。除了针对儿童的症状和行为，该方案还通过教授有关OCD的知识来帮助其家人和所爱的人发展更正常的家庭互动模式和功能模式。在一个训练有素的临床医生的帮助下，这一内容广泛的治疗方案能够大大改善儿童和青少年OCD患者及其家人的生活质量。

戴维·H·巴洛 (David H. Barlow)

马萨诸塞州波士顿市

约翰·佩森提尼 (John Piacentini), PhD, ABPP, 精神病学和生物行为科学教授, 儿童强迫症、焦虑和抽动障碍方案的负责人, 在加州大学洛杉矶分校 (UCLA) 塞米尔神经科学和人类行为研究院主管儿童青少年精神病学部的儿童心理学。他从佐治亚大学获取临床心理学的博士学位, 并在纽约州立精神病学学院/哥伦比亚大学完成博士后训练, 然后作为儿童青少年精神病学部的一员在这里工作了七年。Piacentini 博士在 1995 年来到 UCLA, 并很快创建了 UCLA 儿童 OCD 方案。Piacentini 博士在 UCLA 是一位活跃的 CBT 教师和督导师, 并在美国和世界各地主持了无数有关 OCD 及相关障碍的 CBT 工作坊。他出版了很多关于儿童 OCD、焦虑和抽动障碍治疗的成果, 并得到来自美国健康协会和其他研究这些障碍及相关障碍的机构的多次认可。Piacentini 博士是美国临床儿童青少年心理学委员会的成员之一, 并负责该学科资格认证, 创建认知治疗协会的特别会员, Tourette 综合征学会行为科学协会主席。

奥德拉·兰利 (Audra Langley), PhD, UCLA 塞米尔神经科学研究院儿童青少年精神病学部临床助理教授, UCLA 儿童 OCD、焦虑和抽动障碍方案的参与者。Langley 博士还负责 LAUSD/ UCLA/RAND 创伤服务自适应中心 (美国儿童创伤应激网络的一部分) 的培训。Langley 博士是一名专攻年轻患者焦虑障碍认知行为治疗的研究者和临床医生。Langley 博士在弗吉尼亚理工大学获得临床儿童心理学博士学位, 并在 UCLA 神经精神病学研究院实习期间, 继续专攻儿童青少年 CBT。她得到 NIMH 基金国家研究服务奖学金的支持, 这使她得以进一步接受博士后的研究训练, 训练内容是有关焦虑障碍循证治疗的临床评估。Langley 博士在多个针对患有创伤后应激障碍、OCD、焦虑和抽动障碍的儿童青少年的临床和学校的研究和试验中扮演着研究者、培训师、临床医生和临床督导师的角色, 并发表了相关的研究成果。

塔米·罗布里克 (Tami Roblek), PhD, 从路易维尔大学获取临床心理学博士学位, 在 UCLA 神经精神病学研究院完成实习, 在实习期间专攻儿童青少年焦虑障碍。在博士后的训练中, 她得到 NIMH 基金国家研究服务奖学金的资助, 致力于与 OCD 相关的家庭环境因素的研究。她现在是 UCLA 塞米尔神经科学和人类行为研究院主管儿童青少年精神病学部的临床医生和研究者。她在 UCLA 儿童 OCD、焦虑和抽动障碍方案方面的工作是为焦虑和抽动障碍的年轻患者提供评估和进行认知行为治疗。Roblek 博士已经提出和发表了多篇有关儿童期焦虑、OCD、拒绝上学和青春期拔毛癖的文章。

致 谢

我们感谢 R. Lindsey Bergman 博士、Susanna Chang 博士、James Mc-Cracken 博士，以及很多在这些年里与我们一起工作的儿童、青少年、家庭和 therapist，感谢他们在这本治疗手册的发展和验证中所作出的贡献。

- 绪论 / 1
- 第一章 第一次会谈：心理教育和基本原理 / 12
- 第二章 第二次会谈：创建一个症状等级体系 /心理教育 / 23
- 第三章 第三次会谈：开始 ERP /挑战消极假设 / 28
- 第四章 第四次会谈：认知重建 /减少自责 / 41
- 第五章 第五次会谈：处理强迫思维 /家庭对 OCD 的反应 / 49
- 第六章 第六次会谈：回顾治疗进程 /儿童的治疗责任 / 58
- 第七章 第七次会谈：为 ERP 练习扫除障碍 /二次获益 / 64
- 第八章 第八次会谈：继续 ERP 练习 /区分 OCD 与
非 OCD 行为 / 71
- 第九章 第九次会谈：解决困难的症状 /家庭自我照顾 / 77
- 第十章 第十次会谈：解决困难的症状 /家庭问题解决 / 83
- 第十一章 第十一次会谈：为结束治疗制订计划 /预防
复发 / 88
- 第十二章 第十二次会谈：治疗结束 / 95
- 附录：评估量表 / 100
- 参考文献 / 112

治疗方案的背景信息和目的

这本适用于儿童和青少年的治疗师指南和自助手册名为《儿童青少年强迫症》。它可供具有使用认知—行为疗法（CBT）治疗经验的治疗师使用。治疗师指南和工作手册都用于帮助儿童的治疗实践，并将治疗会谈中的概念具体化，还有助于追踪和报告布置的家庭作业（如暴露）。建议给患者一本自助手册的副本，并要求他/她在会谈内和会谈外使用，鼓励患者在每次治疗会谈中带上自助手册。治疗师指南详细介绍了一个标准化的针对儿童和青少年强迫症（OCD）门诊病人的多元治疗方案。这一方案由针对患者的个体暴露加反应阻止（ERP）和针对父母与兄弟姐妹的 CBT 家庭干预构成，两个部分在治疗过程中同时执行。治疗师指南简单介绍了治疗结果以及所有治疗程序和行为所要求的成分，它适用于 8~17 岁的孩子。

这一治疗方案由 12 次会谈构成，每次 90 分钟，历时 14 周。前面的 10 次会谈每周 1 次，在最后两次会谈，即归纳总结的会谈和顺利的会谈终止之间有一个为时两周的间隔。最前面的两次会谈大部分由治疗师和患者及其家人共同主持。第三次会谈开始个体 ERP。在干预的实际治疗阶段（第三次到第十二次会谈），治疗师在会谈的第一个小时会对患者作典型的个体治疗，然后在剩下的 30 分钟里进行家庭干预。

尽管我们发现 12 次会谈的治疗对很多儿童和青少年已经足够了，但是，治疗的理想长度不是绝对的，它事实上取决于患者及其家人的临床需要和实践需要。在临床经历中，我们发现

了几个能够预测需要更长期的治疗的因素。这些因素包括共病[如注意缺陷多动障碍（ADHD）、逆反性、情绪困扰、其他焦虑问题和/或学习无能]、更严重的家庭冲突、精神病理问题和人格解体，但对很多人来说不限于此，尤其是患有严重的OCD症状的个体。另外，根据患者在治疗后所改善的等级可以看出，对会谈外的暴露作业依从性较差（可能和上述任何因素有关）是一个明显的和重要的限制因素。相反，少部分患者会在少于12次的会谈中基本消除或完全消除症状。在这样的案例中，重要的是确定孩子的改善是事实上的，而不是不完整或错误报告的结果。

个体治疗是以分等级的ERP为基础的，这种分等级的ERP包括把患者系统地暴露于不同等级的恐惧刺激物，以及由治疗师和患者（如果合适，还可包括其家人）共同发展起来的症状等级。所以，每次进行的治疗会谈都以前一次的治疗会谈为基础。每次会谈布置每周的“实践任务”或“实践练习”，它们包括针对会谈中设定的情境和目标进行ERP，由患者在家里绘制成图，并在每次会谈中进行回顾和奖励。将家庭治疗的成分整合到个体治疗中，并由同一个治疗师进行操作，这种家庭干预分成三个模块：教育模块（Education Module）、避免卷入模块（Disengagement Module）和回顾与巩固模块（Review and Consolidation Module）。

强迫障碍

儿童强迫症（OCD）是一种慢性的，通常会导致衰弱症（Barrett, Healy-Farrell Piacentini, & March, 2004），在社区样本中的流行率为1%~2%（Rapoport, Inoff-Germain, Weissman, Greenwald, Narrow, Jensen, Lahey, & Canino, 2000）。OCD的症状包括反复发作的令人痛苦的强迫思维和强迫行为（这是儿童中最普通的问题），关注细菌或污染，担心自己或他人受到伤害，对宗教的极度虔诚/犹豫，仪式性的洗手、检查、反复数数、安排、排序、触摸、重读或重写，以及包括不可控制的祈祷、数数和重复在内的各种心理仪式。虽然只具

有强迫思维或强迫行为之一就足以作出罹患 OCD 的诊断，但大多数儿童还是会经历以上这两种情况的。发病时两种性别出现的症状是相似的，但在儿童期，男孩患病比女孩更普遍（美国精神病协会，2000）。儿童中 OCD 发病的典型年龄约在8~11岁（Hanna, 1995; Piacentini, Bergman, Keller, & McCracken, 2003a），但是在我们的临床实践中，也会偶尔看到三四岁的 OCD 患者。

儿童期的 OCD 通常具有渐发性和慢性病程的特点。症状的变化起伏并不少见，在应激、生病和出现变故的时候，症状一般会出现恶化。追踪研究发现，在作出最初诊断的 15 年之后，仍有 40% 的年轻人符合 OCD 的诊断标准（Stewart, Geller, Jenike, Pauls, Shaw, Mullin, & Faraone, 2004）。但是这一估计可能过于悲观，因为这些人中有很多没有接受过 CBT 的治疗。OCD 与很多领域的功能的明显受损有关，包括学校、家庭和人际功能（Geller, Biederman, Faraone, Frazier, Coffey, Kim, & Bellordre, 2000; Piacentini et al., 2003a）。OCD 与其他障碍的共病率非常高（几乎达到 75%），其中与其他焦虑障碍、心境障碍、ADHD 和抽动障碍的共病是最普遍的（Geller, Biederman, Faraone, Agranat, Craddock, Hagermoser, Kim, Frazier, & Coffey, 2000; Geller et al., 2001; Hanna, 1995; Piacentini et al., 2003a）。

OCD 的诊断标准

《精神障碍诊断和统计手册第四版修订版》（*DSM-IV-TR*）（美国精神病协会，2000）提供的 OCD 标准如下，必须符合以下标准才能确诊为 OCD。

A. 强迫思维和强迫行为必居其一：

强迫思维由 4 点来定义：

1. 在障碍期间的某些时候，体验到闯入性的不适当的反复和持续的想法、冲动或想象，并导致明显的焦虑或痛苦。
2. 这些想法、冲动或想象并不是简单的对真实生活中的问题的过度担心。

3. 个体试图忽视或抑制那样的想法、冲动或想象，或者用一些其他的想法或行为压抑它们。

4. 个体认识到这些强迫性的想法、冲动或想象是其头脑里的产物。

强迫行为由两点来定义：

1. 反复性的行为（如洗手、排序、检查）或心理行为（mental act）（如祈祷、数数、默默地反复言语），个体感觉被一种强迫思维所驱使，或者是根据必须严格遵守的规则进行这些活动。

2. 行为或心理行为的目的是为了阻止、减少痛苦，或阻止某种可怕的事情或情境；但是，这些行为或心理行为要么没有用现实的方法同个体要压抑或阻止的东西相关联，要么就是明显地过于极端。

B. 在 OCD 病程的某一时刻，个体认识到强迫思维或强迫行为是过度的或不合理的。**注意：这一点对儿童不适用。**

C. 强迫思维或强迫行为导致明显的痛苦，耗费时间（每天耗时 1 小时以上），或者明显地干扰了个体的正常生活、工作（或学业），以及平常的社交行为或关系。

D. 如果出现另一个轴 I 障碍，强迫思维或强迫行为的内容不受其限制（如，进食障碍中对食物的专注，拔毛癖中的拔头发，躯体变形障碍对外表的关注）。

E. 困扰不是一种物质（如，一种滥用的药物、一种治疗药物）或一般的医学情况直接导致的心理效应的结果。

调查还表明，如果儿童强迫症对家庭的消极影响证据充足，那么在大多数情况下，治疗至少在某种程度上还应该包括父母和其他家庭成员（Barrett et al., 2004; Piacentini, March, & Franklin, 2006）。

这一治疗方案的发展

这一方案最初是在纽约州精神病学会/哥伦比亚大学发展起来并接受检验的（Piacentini, Gitow, Jaffer, Graae, & Whitaker, 1994）。尽管这一治疗最初的规定相对限制了父母的参与，但我

们很快发现家庭环境因素同患者的痛苦程度和功能状况，以及患者对治疗的反应密切相关，这使我们深感震惊。最引人注目的是，大多数家庭对于 OCD 的致病原因、症状表现以及患者对症状的控制程度知之甚少。这种不了解使得我们看到很多父母为孩子的问题自责，敌视孩子，或者刚好相反，试图满足孩子与 OCD 相关的所有需求。而且，一些家庭完全卷入了孩子的 OCD 中，以致破坏了正常的家庭日常生活和活动。

基于这些最初的治疗经验以及对 OCD 的系统回顾和家庭疗法的治疗文献，我们设计了一种家庭干预成分，用于处理对积极和稳定的治疗反应起作用的最关键的特殊的家庭环境方面。设计完成后的干预成分有：（1）对家庭成员进行有关 OCD 的教育，以减少其自责、内疚和对患者的消极感受，慢慢灌输实际的期望，如 OCD 患者在每个治疗阶段应该做什么和不应该做什么；（2）促进家庭成员从患者的 OCD 行为中解脱出来，减少迁就，尽量增强暴露练习的作用；（3）强化正常的家庭日常生活和活动，以便能从患者的 OCD 的影响中解脱出来，尽量增强患者治疗反应的持久性，尽量减少复发的可能性。

在过去的十年间，我们在加州大学洛杉矶分校（UCLA）不断地通过对儿童 OCD、焦虑障碍和抽动障碍的研究，对治疗方案进行了改进和检验。总体上，用这一方案对 200 名以上的儿童和青少年进行了治疗，大约有 100 名心理学和儿童精神病学的实习生接受了培训。而且，这一方案被世界各地的很多临床和研究中心借鉴使用（如，Valderhaug, Larsson, Gotestam & Piacentini, 2007）。这本治疗师指南和自助手册源于一本治疗手册（Piacentini, Langley, Roblek, Chang, & Bergman, 2003b），拓展这本治疗手册本是为了用于一项国家心理卫生学会（NIMH）资助的治疗研究（Ro1 MH58459；主要调查人，J. Piacentini）。

这一治疗方案的研究

很多临床观察和控制试验都已经证明了以暴露为基础的 CBT 在儿童 OCD 治疗中的功效和持久性 [见 Piacentini 等