

Treatment for Chronic Depression
Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

長期性憂鬱症之 診斷與治療技巧

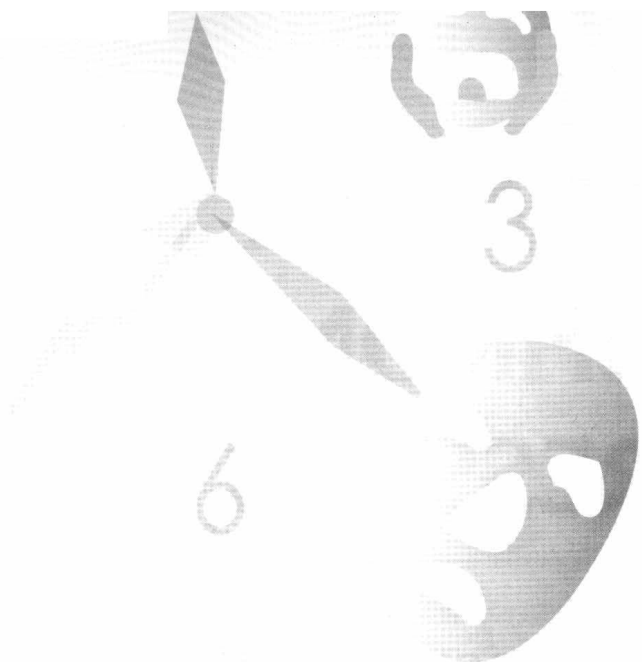
心理治療的認知行為分析系統

James P. McCullough, Jr. 著

杜家興、吳淑真 譯



心理出版社



長期性 **憂鬱症** 之診斷與治療技巧

心理治療的認知行為分析系統

James P. McCullough, Jr. 著
杜家興、吳淑真 譯

長期性憂鬱症之診斷與治療技巧

——心理治療的認知行為分析系統／

James P. McCullough 作；杜家興, 吳淑真譯.

-- 初版. -- 臺北市：心理, 2009.03

面；公分.-- (心理治療；107)

參考書目：面

含索引

譯自：Treatment for chronic depression: cognitive

behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)

ISBN 978-986-191-233-2 (平裝)

1.憂鬱症 2.診斷 3.心理治療 4.認知治療法

415.985

98000500

心理治療 107 長期性憂鬱症之診斷與治療技巧——
心理治療的認知行為分析系統

作 者：James P. McCullough

譯 者：杜家興、吳淑真

責任編輯：晏華璞

執行編輯：李 晶

總 編 輯：林敬堯

發 行 人：洪有義

出 版 者：心理出版社股份有限公司

社 址：台北市和平東路一段 180 號 7 樓

總 機：(02) 23671490 傳 真：(02) 23671457

郵 撥：19293172 心理出版社股份有限公司

電子信箱：psychoco@ms15.hinet.net

網 址：www.psy.com.tw

駐美代表：Lisa Wu Tel：973 546-5845 Fax：973 546-7651

登 記 證：局版北市業字第 1372 號

電腦排版：臻圓打字印刷有限公司

印 刷 者：正恒實業有限公司

初版一刷：2009 年 3 月

本書獲有原出版者全球繁體中文版出版發行獨家授權，請勿翻印

Copyright © 2009 by Psychological Publishing Co., Ltd.

定價：新台幣 420 元 ■ 有著作權・侵害必究 ■

ISBN 978-986-191-233-2

TREATMENT FOR CHRONIC DEPRESSION

*Cognitive Behavioral Analysis
System of Psychotherapy
(CBASP)*

James P. McCullough, Jr., PhD

Foreword by Marvin R. Goldfried, PhD

Copyright © 2000 by James P. McCullough, Jr.

Published by arrangement with The Guilford Press

獻給 Rosemary，多年來，我一直深愛也珍惜著妳，妳也回以我深切濃厚的愛意，開啟了我的心扉，也豐富了我的心靈。

關於作者

我從來沒想過自己會成為大學教授，直到我完成位於 Atlanta 的 Georgia 心靈健康機構（Georgia Mental Health Institute）的臨床實習訓練之後。時間是 1968 至 1969 年，那時行為治療在心理學的崇高地位有了轉變。我在 Georgia 大學的臨床訓練方案是擁護圓石訓練模式（Boulder Model）；不過，從來沒有人給過我滿意的詮釋，一個人可以如何用某種專業角色來整合研究和實務工作。在那些日子裡（或許到了今日也是），博士畢業生必須做出選擇：成為一位研究學者然後埋首於大學或醫學院當中，還是變成一位私人開業的心理治療師。

臨床實習訓練讓我首次接觸到行為治療。我臨床實習的督導 Douglas Slavin 博士，要求我選出一種心理學學習理論（psychological learning theory）（這項選擇是我自己的選擇），然後依循該理論的原則來理解我所有的個案。此外，我還被要求將這些學習理論的原則套用在門診及住院個案的心理治療當中。

不必訝異，我選擇了 B. F. Skinner 的操作制約模型，並整個人浸淫在 Skinner 取向心理學當中。一段時間後，我瞭解到操作制約方案提供一種整合研究和實務工作的方法。現在，我會使用操作制約程序和個案一起將治療的整體描繪（treatment formulations）加以操作定義化，並且使用單一案例方法學（single-case methodology）來蒐集資料，並測量個案的改變。簡言之，操作制約心理學提供我一種研究臨床個案的方式。在我執行臨床工作的職責時，研究和實務工作因此「結合在一起了」。



我也瞭解到（對我來說），最重要的臨床研究必須是「從實務工作浮現出來」（emerges out of practice）的研究——也就是，有關個案的諸多議題必定變成我臨床研究的焦點。就在這樣的結合之下，我決定進入大學校園，並嘗試建立一種以臨床實務工作為中心的研究生涯。我在 1970 年進入校園，而變成 Southern Mississippi 大學臨床心理學訓練師資的其中一員。1972 年，我來到 Virginia Commonwealth 大學（VCU）擔任心理系助理教授。在三十年的歲月裡，我的個案持續提出迫使我找出解答的研究問題。隨著時間過去，治療長期性憂鬱個案並研究他們的診斷特質，已花費了我大多數的研究心力和能量。

我現在不再像從前那樣是一位強調精準的行為治療師，但讀者們也將在整本書當中發現，我仍舊有明顯操作制約學習理論的氣息。身為一位圖石訓練模式的心理治療師，直到今天仍令我激奮不已，因為這已是三十年前在 Atlanta 的往事了。我希望我多少有將這種身為科學家—心理治療師（scientist-practitioner）的激奮之情傳遞給我的臨床學生們。

關於譯者

杜家興（除第六章外之其他章節）

臨床心理師 juiahsin@yahoo.com.tw

現職：行政院衛生署嘉南療養院公職臨床心理師、台南市臨床心理師公會理事、台南縣家庭教育中心團體輔導種子教師培訓課程之講師與督導師。

經歷：台南市社區大學講師；長榮大學、嘉南藥理科技大學兼任講師。

專長：人本、認知和人際動力取向的個別和團體心理治療，經常帶領憂鬱症患者和校園適應不良學生（國中與大學生）之人際動力取向團體輔導、教師及企業之情緒管理與壓力調適的講座或工作坊、心理助人工作者之培訓與督導工作。一方面喜歡將心理學的好處介紹給社會大眾，經常於演講中結合心理治療學、發展心理學、神經心理學和身心靈理論，尤其是活腦健腦小活動、情緒釋放技術（Emotional Freedom Techniques, EFT）以及近年風行的正念技術（Mindfulness，或譯為正念），講題包括「壓力和情緒調適之原理和實作」、「憂鬱與自殺防治」、「親密關係的經營、衝突和調適」等等；一方面也經常出席國中小學舉辦的輔導個案討論會，推廣依附心理學、客體關係理論、人際動力取向和相關輔導技巧，希望大家從這些心理學知識中找到讓「健康成長、幸福生活」的秘方。

吳淑真（第六章）

臨床心理師 existenceshuchen@yahoo.com.tw

現職：國立成功大學學務處學輔組臨床心理師。

曾任：行政院衛生署嘉南療養院心理科臨床心理師；嘉南藥理科技大學
社工系兼任講師。

專長：將人際關係取向、心理治療取向和敘事取向運用到女性、兒童及青少年的心理諮商與治療工作，並從事大專校園學生義工之培訓與督導、碩博士生壓力與情緒紓解的講座與工作坊。

前言

對心理治療師和研究人員來說，憂鬱症的治療仍是一項挑戰，當個案是屬於長期性憂鬱症時尤為如此。目前在心理社會層面，也發展出許多不同的介入方式——像是認知治療或人際心理治療，但目前尚未有明確的證據指出哪一種方式優於其他方式。同樣的，對於偏好哪一種治療方式，就看心理治療師和研究人員自己是相信憂鬱症是扭曲思考的結果，還是相信憂鬱症是出了問題的人際關係造成的。我自己的觀點則是，這種「二選一」的思考方式，比較像是反映了這個領域裡的政治與意識型態之爭，而不是代表一種良好的臨床判斷。實際上，我曾經詢問過兩位知名的認知治療師，他們是否會在面對因無法哀悼某種失落的個案時使用認知治療。他倆毫不遲疑地回答：「當然不會！」然後當他們被問到將會怎麼做的時候，他倆都指出將會協助個案為失落而哀悼——這種介入方式正好有納入人際心理治療手冊的內容裡！

ix

在 Davison 和我撰寫的書籍《臨床工作之行為治療》（*Clinical Behavior Therapy*, 1976）中，我們都承認憂鬱症有多重的根源，指出憂鬱症的各種特徵可能是個案有了以下的信念：自己沒有能力影響他們所處的世界——包括他們和其他人之間的關係。這可能是由於各種錯誤信念、能力的缺乏，或兩者都是。長期性憂鬱症不只是由於錯誤的思考而已，還包括某種在行為及情感方面發展不足的風格，使得他們無法從其他人那裡獲得到自己想要的東西，這也就是 James P. McCullough 博士這本令人激賞的書籍裡的一項主要題材。複雜的問題無法以單純的解決之道輕易排除，而我們目前可用的諸多介入（只有非常單純的理論依據），可能在概念和程序上沒有足夠的廣度來提供長期

x

性憂鬱個案所需要的部分。McCullough的方法卻做到了。他所提出的方法聚焦在憂鬱症個案的日常生活問題上，並且雖然承認生理因素的影響，卻也創造性地將「那些由 Sullivan、Piaget 和 Skinner 等看似不同的人，各自對於理解人類行為這項任務所做出的貢獻」整合起來。

我覺得 McCullough 的治療方法有好幾個層面非常迷人。特別是「強調要促進自我肯定能力」（assertiveness；譯註：或譯為維護／伸張自己的權益）這個部分，「自我肯定」是 1970 年代裡極為流行的臨床工作焦點。因為各種不同的理由，最近幾年「自我肯定」這項主題已經從認知行為取向文獻裡消失了。其中一項理由可能是因為從 1980 年代起，國立心靈健康協會（National Institute of Mental Health）贊助的臨床研究必須要有 DSM 診斷，因此造成以「無法自我肯定」這類不可診斷（且不被贊助）的問題為主的研究力量逐漸消失。近幾年沒有提及自我肯定議題的另一項理由是，因為近來大受歡迎的 Beck 認知治療——不幸的是，這種治療在大範圍共同合作的憂鬱症治療研究裡，被錯誤標籤為「認知行為治療」（Elkin et al., 1989）——大多將焦點集中在各種扭曲的認知上，而不是個案「從其他人那裡獲得到他們想要的東西」的能力。可是，沒有閱讀文獻資料的憂鬱症個案們卻一直有著自我肯定方面的諸多問題。因此，虛心且有所覺知的認知行為治療師會持續找出自我肯定方面的困難，因為這是個案生活中的一項重要議題。很幸運地，McCullough 正是一位這樣的治療師。

McCullough 有關「從被動模式轉變成自我肯定模式，將如何在心境上產生一種戲劇性的——如果只有暫時性的——轉變」的臨床描述，正好相似於我自己在臨床工作上所觀察到的情形。相對於將自己看成是無法控制的生活事件之下一個被動且無助的受害者，個案現在則是感覺到被充能（empowered），個案通常會這樣形容自己：「有了中心點的」（centered）、「強壯的」和「有自信的」。McCullough 引用此現象當作「負性增強」（negative reinforcement）的一個範例，於其中，個案那種屬於自我肯定的互動方式，減輕了一般與他們順從特質有關的苦惱情緒狀態。雖然我內心的行為取向治療師可以充分瞭解這項概念，但我內在抱持其他觀點的部分，則比較會將此種現象看成是「矯正性經驗」（corrective experience；譯註：這樣的說法比較是

心理動力取向或人際歷程取向的觀點）的一個範例。

若要充分說明為什麼我相信矯正性經驗位居治療性改變歷程（*therapeutic change process*）的核心位置，將會超過為本書前言的範圍。不過，在此簡單描述一下矯正性經驗，以及在矯正性經驗裡，個案過去的生活歷史背景，或許可讓讀者清楚瞭解為什麼我會認為這點如此重要。根據早期有關社會學習的經驗，人們在認知、情感和人際上因而發展出諸多模式，以作為「他們將如何與其他人相處」的原型（*prototypes*）。就「這些早期經驗沒有使他們具備透過人際來滿足他們自己需求的能力」來看，他們是抱持「我無法從其他人那裡獲得自己想要的東西」這樣的信念，來面對當前的生活環境。雖然在面對早年生活裡的人際事件時，在認知—情感層面和行為層面的這種姿態可能是適當的反應，但在當前生活情境裡，卻可能不再算是適應性的（*adaptive*）。正是這樣的歷史脈絡，「自我肯定」可以促進某種矯正性經驗，其中涉及到下面的過程：(1)有一種「向他人表達自己需求是很危險的」的預期和害怕；(2)一種「知道這樣的預期和害怕是過去生活的殘留物」的理性覺察；(3)一種「想要冒險表達自己」的渴望；(4)真正去冒險並開始採取不一樣的作為；(5)因為瞭解到一個人最糟的害怕實際上沒有發生，而體驗到驚喜和解脫；(6)有一種自己被充能的觀感，而不是像平常那樣又開始依著自己的順從反應而開始自我責怪（*self-recrimination*）；以及(7)將此經驗當作一個平台（基礎），重新評估自己過去那些在認知、情感和行為上屬於適應不良的模式。

如同你可以預期到的那樣，要使一項多年來慣用的順從模式有所轉變，對人們來說並不容易，而且若要這麼做，需要來自一位善解人意且充滿關懷之情的治療師的支持和鼓勵。實際上，這個領域一般都同意，治療關係（*therapeutic relationship*）是治療性改變歷程裡一項絕對必要的層面。在探討治療關係之角色的出版品裡，「同盟」（*alliance*）這項概念被用來描述「治療師和個案之間的親身聯繫（*personal bond*）」、「雙方對治療目標達成協議」，以及「對於如何在治療中達成這些目標，雙方達成協議」所具有的重要性。就此觀點，傳統上我將治療同盟（*therapeutic alliance*）看成是治療技術可以運用的程度，好比麻醉提供了可以有效使用外科手術程序的背景脈絡。

雖然「將治療關係看成是發生真實治療工作（這屬於前景）的背景脈絡」

這樣的觀點可能有一些好處，但我最近才開始見識到，一些屬於背景的事情所具有的重要性竟比我們所理解到的還多。經過我在「探索心理治療之整合工作的社群」（Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, SEPI）的會議上，和心理動力取向及經驗取向同僚們的持續討論，以及經過我自己和一位特別有涵養的治療師之間的個人體驗，可逐漸明顯看見我更大力讚賞個案—治療師關係所具有的治療性角色（therapeutic role）。

不像傳統的認知行為治療，McCullough的治療方法大力地將治療關係安置於介入的前景裡。實際上，治療關係是矯正性經驗的一部分。透過以某種受訓過的方法（a disciplined way）來和長期性憂鬱個案之間達到個人性的涉入（personally involved），透過以充滿關心情懷的方式，將個案對治療關係產生的負面衝擊回饋給個案，以及透過親身示範了同理心和親密，治療師得以提供與個案過去慣有情形不同的人際經驗。McCullough將此稱為「人際區辨練習」（interpersonal discrimination learning）。我的心理動力取向同僚們稱此為「重新養育」（reparenting）。

在提醒認知行為治療師要注意「關係」可能具有的矯正性質時，McCullough特別提醒治療師的姿態不要變得過於辯證（didactic）和指導性（directive）。治療師實在是太容易因為體諒憂鬱症個案那種無助之下的順從特質，而被「拉向」治療性的支配姿態（therapeutic dominace）。McCullough強力主張，如果目標是要促進人際間的自我肯定能力，那麼就可以理解為什麼也要在治療關係裡努力促發相似的情景。不這麼做，可能不利於自我肯定能力的發展，這就好像教練努力在身體上協助他／她的舉重學員舉起重物一樣沒有建設性。就如McCullough所說的，「讓個案親身做治療的工作」。

將認知行為取向與人際焦點結合起來，為這個領域掀起一股持續統整這些當代的治療取向的運動。McCullough的貢獻因此成了這類相關工作名單中的一員，像是Kohlenberg和Tsai（1991）的《功能性分析心理治療》（*Functional Analytic Psychotherapy*）、Linehan（1993）的《邊緣型人格疾患的認知行為治療》（*Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*）、Safran和Segal（1990）的《認知治療裡的人際歷程》（*Interpersonal Process in Cognitive Therapy*），以及Wachtel（1977）的《心理分析與行為治

療》（*Psychoanalysis and Behavior Therapy*）。

在McCullough創造性地整合認知行為和人際之概念及歷程的工作中，他給了我們一個適合臨床工作且具有實證基礎的長期性憂鬱症治療法。然而除此之外，他的貢獻極為中肯，就像是對苦惱的夫妻進行治療工作一樣。當你閱讀到本書對臨床工作的洞察與見識，將明顯看見他還聚焦於以下各點：個案自己在有問題的互動裡所扮演的角色；就像戲劇裡的獨白一樣，語言在某種人際情境裡的非合作性使用方式（noncooperative use）；在真正同理他人時所遇到的各種問題；在維持對情緒的調控時的各種困難，全都和夫妻治療時的介入有關。簡言之，你將讀到的不只是介紹臨床上創新且具實證基礎的長期性憂鬱個案治療法，還介紹了一種具有廣泛運用之潛能的介入方式。

xiii

Marvin R. Goldfried 博士

位於 Stony Brook 的 New York 州立大學

致謝

xv

許多人間接或直接幫助本書的撰寫。我的研究所學生們（許多人都在本篇致謝裡有被提及）是首先啟發我心靈的人們，用的就是他們對於心理治療及其效果的無數疑問。我們一同走過 1970 年代行為學派的改革，然後是 1980 年代認知及人際取向的變革，一直都在嘗試尋找最好的方法來矯正長期性憂鬱個案的行為。我私人執業裡的長期性憂鬱個案，全部有二百二十五位，一直使我注意到，若要找到一種有效治療他們疾病的方法，其中的賭注相當高昂，還有「改善他們的生活品質」這個部分，值得我投入全部的時間與心力。

如果沒有我和「人際心理治療先生」（Donald J. Kiesler 博士）之間多年來的分享關係，本書可能無法完成。對我來說，在 1980 年代期間，與 Don 之間的關係尤其給我支持的力量，當時要出版我的單一心理治療個案研究是很困難的。在此期間，我們之間的討論幫助我看見，治療師一個案關係可以如何用來當作一種矯正個案行為的工具。

1980 年代末期發生的兩個事件，明顯衝擊到我的臨床研究和實務工作。1988 年，Hagop S. Akiskal 邀請我到位於 Memphis 的 Tennessee 大學醫學院召開的大型精神醫學圓桌會議，報告我關於長期性憂鬱症的資料。Hagop 多年來持續鼓勵我的工作，並持續挑戰我的想法及點燃我對長期性憂鬱症的興趣，尤其是低落性情感症（dysthymia）。他對憂鬱症的生理心理社會觀點，在我對長期性憂鬱症的心理病理學概念裡扮演重要的角色。隔年，Cornell 大學精神醫學系 James H. Kocsis 博士和 Brown 大學精神醫學系系主任 Martin B. Keller 博士，邀請我擔任 DSM-IV 心境疾患田野試驗委員會（Mood Disorders Field

xvi

Trial Committee) (探討低落性情感症、重鬱症和兩種輕度憂鬱症)的成員，並擔任田野研究專員 (field site coordinator) 的工作。田野試驗委員會由一群對長期性憂鬱症有著同樣興趣的心境疾患調查員所組成。Marty Keller 一直都是我們的「領導者」——從 DSM-IV 田野試驗開始，持續到由 Pfizer 藥廠資助的全國性長期性憂鬱症研究，然後帶領我們完成 Bristol-Myers Squibb (B-MS) 全國性長期性憂鬱症研究 (Bristol-Myers Squibb, 1996)。在 1980 年代與 1990 年代裡，Marty 的工作明顯影響到長期性憂鬱症研究的工作方向。他長期以來集中研究長期性憂鬱症，並熱情積極投入科學工作，成為我個人的優秀模範。

我持續和田野試驗委員會的最初成員們保持合作 (M. B. Keller 博士、D. N. Klein 博士、J. H. Kocsis 博士和 R. M. A. Hirschfeld 博士)，還有其他合作夥伴——Bruce Arnow 博士、Steve Bishop 博士、Janice A. Blalock 博士、John E. Carr 博士、David C. Clark 博士、David L. Dunner 博士、Greg Eaves 博士、Jan Fawcett 博士、Baruch Fishman 博士、Alan J. Gelenberg 博士、Robert H. Howland 博士、Gabor Keitner 博士、Lorrin M. Koran 博士、Rachel Manber 博士、John C. Markowitz 博士、Ivan W. Miller 博士、Philip T. Ninan 博士、Larry Paoe 博士、Barbara O. Rothbaum 博士、James R. Russell 博士、Alan F. Schatzberg 博士、Michael E. Thase 博士、Madhukar Trivedi 博士、Dina Vivian 博士和 John Zajecka 博士，還有 M. Paige Young 女士——一直推動我進入最初的田野試驗團隊裡。總和來看，這些合作經驗加深了我對長期性憂鬱症的瞭解，並提供我機會在一項大型隨機性質之臨床試驗裡測試我的 CBASP 模型。本書描述了這些事件，並強調這些同僚對我的工作的貢獻。

有多位人士直接幫助本書的撰寫。Daniel N. Klein 博士是位於 Stony Brook 的 New York 州立大學心理系教授，曾閱讀其中幾個章節，並給予充滿見識的評論；Dan 和我都喜愛我們之間窩心且建設性的關係。在 Pittsburgh 大學之西方精神醫學協會及診所 (Western Psychiatric Institute and Clinic) 任職的 Michael E. Thase 博士，其臨床研究的悟性總是在我們研究團隊裡扮演重要的角色；Mike 是我的好友兼同僚，在許多方面幫助了我對長期性憂鬱症的看法。我特別感謝 A. John Rush 博士，沒有他的支持，CBASP 鐵定不會被 B-MS 全國性

長期性憂鬱症研究遴選上；John 是精神醫學教授，也是位於 Dallas 的 Texas 大學西南醫學中心精神醫學系的老師。我也要感謝 John C. Markowitz 博士，他是心理治療工作的同僚之一，也是 Gerald Klerman 之人際心理治療的專家。他目前是 Cornell 大學精神醫學系的助理教授。John 持續協助並支援我的工作，也是當代少數研究長期性憂鬱症之心理治療效果的心理治療研究人員。

我想要答謝我們系主任 Steven B. Robbins 博士的直接貢獻，並對於他從 1990 年代早期以來不算短的時間裡，在我的工作及研究所給予的強力支持，我深深感激。Steven 一直詢問我本書何時完成，但他一直以耐心等待我緩慢的進度。我要感謝 Janice A. Blalock 博士（一位優秀的研究者及心理治療師）以及 James A. Schmidt 博士幫忙閱讀第八章，並提供他們非常有助益的回饋。Jim Schmidt 是 Western Illinois 大學心理學系助理教授，也是 Don Kiesler 先前的博士班學生。他的建議使我免於對人際環形圖（Interpersonal Circle）做出好幾項將來會懊悔的論述。

我也要感謝我的女兒 Kristin R. McCullough，一位富有創意的電腦專家，運用她的繪圖專業幫忙設計出本書大多數的圖形和表格。對 Patricia E. Johnson 女士我也有著同樣的感謝之情，她是 Virginia Commonwealth 大學（VCU）單極型心境疾患協會（Unipolar Mood Disorders Institute）的執行專員（administrative coordinator）。Trish 在本書撰寫期間一直提供我協助。我在單極型心境疾患協會的同事暨助理督察／醫學督察 Susan G. Kornstein 博士，是我多年來的好友，同時也是 VCU 精神醫學系的助理教授。她和我在 1992 年創立單極型心境疾患協會，並一同工作至今。我們帶領該協會工作人員完成了兩項全國性長期性憂鬱症研究計畫，希望未來會有更多。我也必須提到一點，Susan 對於性別與憂鬱症之關係的研究享譽全國。

Marvin R. Goldfried 博士是位於 Stony Brook 的 New York 州立大學心理學系教授，親切地允諾幫忙撰寫本書的前言。由於 Marv 在心理治療領域裡的整合性工作，所以我邀請他幫忙撰寫前言。他是一位夢想家，我喜歡他的想像視野。我的工作也是一項整合性的事業，所以他很快看出我試圖做到的部分。我非常感激他文章裡提供的親切語句。

我也必須感謝 B-MS 公司的同事 Fran Borian，她是神經科學醫學手術之