

Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy

人際心理治療

——理論與實務

Myrna M. Weissman

John C. Markowitz

Gerald L. Klerman／著

唐子俊 唐慧芳 何宜芳

黃詩殷 郭敏慧 王慧瑛／譯

憂鬱症治療的最新趨勢——人際心理治療，

是更加省時且有效的方式。

人際心理治療

——理論與實務

唐子俊 唐慧芳 何宜芳
黃詩殷 郭敏慧 王慧瑛

合譯

五南圖書出版公司 印行



五南

凝煉知識・品味閱讀

國家圖書館出版品預行編目資料

人際心理治療：理論與實務 / Myrna M. Weissman, John C. Markowitz, Gerald L. Klerman 原著；唐子俊等合譯。

——版。——臺北市：五南，民 94 面；公分。

參考書目：面

含索引

譯自：Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy
ISBN 957-11-3851-7 (平裝)

1. 心理治療

178.8

94000815

1BW7

人際心理治療：理論與實務

Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy

ISBN 957-11-3851-7

原著者 Myrna M. Weissman, John C. Markowitz, Gerald L. Klerman

譯者 唐子俊 唐慧芳 何宜芳 黃詩殷 郭敏慧 王慧瑛

責任編輯 王兆仙 蔣和平

發行人 楊榮川

總編輯 王秀珍

副總編輯 陳念祖

出版者 **五南圖書出版股份有限公司**

地址 台北市大安區(106)和平東路二段 339 號 4 樓

電話：(02)2705-5066 傳真：(02)2706-6100

台中市駐區辦公室 台中市區中山路 6 號

電話：(04)2223-0891 傳真：(04)2223-3549

高雄市駐區辦公室 高雄市新興區中山一路 290 號

電話：(07)235-8702 傳真：(07)235-0236

網址 <http://www.wunan.com.tw>

電子郵件 wunan@wunan.com.tw

劃撥帳號 01068953 戶名：五南圖書出版股份有限公司

法律顧問 財團法人資訊工業策進會科技法律中心

出版日期 2006 年 1 月初版一刷

定價 新臺幣 660 元

※版權所有・欲利用本書全部或部分內容，必須徵求本公司同意※

COMPREHENSIVE GUIDE TO INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY

MYRNA M. WEISSMAN, PH.D.,
JOHN C. MARKOWITZ, M. D., AND
GERALD L. KLERMAN, M. D.

COMPREHENSIVE GUIDE TO INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY

by Myrna M. Weissman, John C. Markowitz and Gerald L. Klerman

Copyright © 2000 by Basic Books

Complex Chinese translation copyright © 2005 by Wu-Nan Book Inc.

Published by arrangement with Basic Books, a member of Perseus Books L.L.C.
through Bardonia-Chinese Media Agency

博達著作權代理有限公司

ALL RIGHTS RESERVED

黃 序

人自出生之後，便與自己及他人產生密不可分的關係。首先他必須區別我與非我，在「我」這一邊，他會去認識生理上的我：如我的眼睛、鼻子、手腳等等，然後漸漸發展出心理的我：我的想法、我的感受、我的行動等等，在自我形成的過程中，個體同時也和外界的（非我的）人事物產生密切的關聯，尤其是生活周遭的重要人物，如母親、父親、兄弟姐妹，這樣人際關係的網路便形成它基本的模式，及至個體學會說話表達時，他的活動範圍擴大，溝通能力增加，他的人際關係網路更會擴大到鄰居、學校，之後踏入職場，更有社會國家甚至國際的人際關係網路。心理學家一直認為人際關係乃一個人處世立命之最高藝術，古今中外，一個人要想在社會上成功立業，無不從人際關係上得到最大的利益與支持。研究發現，一個人的成功，只有 15% 靠專門學識，85% 是依賴自己的品格、待人接物所構成的良好人際關係。人本心理學家 Rogers 更指出積極的正向人際關係能促進個人的成長，能協助個人完成自我實現的需求，為此他提出四項塑造良好人際關係的特質：

- 一、真誠：忠於自己感受，無虛無偽，真實誠樸對待他人。
- 二、溫暖：完全接納他人的情感、思考及行為，不加以批判。
- 三、同理：能站在對方的立場，設身處地去關心對方的感受。
- 四、自我開放：能將自己的想法、感受坦誠的告訴對方，而非隱藏迴避。

除了上述四項主觀的人際關係塑造特質之外，客觀的人際關係中的互動條件也是不可缺少的，例如(1)增進互動機會，以增彼此相悅的情緒；(2)態度、價值觀、社會條件與教育程度之相似，以及人格特質之類似或互補；(3)親密溝通及適度坦誠；以及(4)相互間對各項規則之遵守，如法律道德、民俗或禮節等，以維持良好人際關係，降低關係破裂之潛在原因。Parlee (1979) 的調查研究發現，在美國有 3/4 的人表示有六年以上的朋友，其中長達 20 年以上的有 5%，人們的年紀愈大，愈需要朋友，這種老友情操，在國內勸告退休的老人中亦提到要保有「老友、老伴、老本」才

會幸福快樂，是同樣的意義。

良好的人際關係在主觀的特質與客觀的條件之間，相互錯綜複雜的形成，它會終身不變、情誼長存嗎？答案是否定的。人際關係常常會遇到障礙，毀損了友誼，阻斷了人際交往，其中主觀的人格負向特質往往是我中心、不尊重不真誠、猜疑敵對、偏見固執及奉承或自卑等等；在雙方互動的缺失，則常是一方的過度依賴，形成負擔；時空距離拉開，接觸減少；背叛或出賣，破壞了互信；意見或觀點歧異，增加心理距離；嚴重羞辱，無法承受。凡此種種因素均根本阻礙了人際交往，中斷了和諧的人際關係。

人際關係失敗所形成的團體援助是心理諮商中最常見的問題，本書譯者唐子俊醫師與他的團隊在校園中的臨床案例也證實了此一觀點。人際關係的挫敗對個體而言，是一種損傷與失落，進而會引發情緒低落、憂鬱反應、哀傷反應或是雙極性的疾患。這些普遍而常見的疾患，不只常見於校園，也存在於我們生活的周遭，是急需要專業的協助。唐子俊醫師和他的團隊以精神醫學的治療作為基礎，應用了心理諮商的技術來處理個案，發現有極為良好的效果，這種由精神醫學跨越到心理諮商的模式正是本書作者 Weissman, Markowitz 和 Klerman 三位提出的人際心理治療的統合模式。在書中不只是呈現統合模式，更翔實的闡明各種人際關係疾患的形成理論，仔細地敘述臨床實務工作的步驟，甚至連諮商師對當事人的引導問句，都一一列出，更在許多章節中舉出實例，衡鑑治療的效果，並加以評論。由此可見本書兼顧了理論與實務，足可提供精神科醫師與心理諮商師的隨身參考與研讀。此外，設若檢視國人的關係，會發現傳統的模式已經式微，現代的模式尚未建立，因而產生了種種的脫序與價值衝突，所以這本書也讓迷失的人們找到方向。

在本書出版的前夕，有幸讀原稿，除了敬佩唐醫師子俊與其團隊的專業與翻譯事業辛勞之外，更為國內有人際關係困擾的人們慶幸，因為「人際心理治療」為大家帶來光明的願景。

黃正鵠 教授

高雄師範大學輔導與諮商研究所
高雄師範大學前校長

翻譯序言

在長期協助校園精神疾病的處理經驗當中，發現人際關係的問題，是相當常見而且是造成個案憂鬱或自我傷害行為的重要因素之一。雖然未必所有的個案都需要使用到家族治療，但是人際的主題，在所有個案的身上幾乎是難以避免的。

人際心理治療乍看之下和認知行為治療相當的類似，其實有許多不同的地方。這種治療方式需要有一些認知行為治療的基礎，也借用心理動力治療的一些概念。再加上有些部分協助個案的歷程，又運用到依附和分離等客體關係的概念。在牛津大學的精神醫學教科書當中，我們整理出了人際心理治療的一些概念，希望能夠協助相關的心理衛生工作人員，對於這個學派有比較完整的大概念，在運用的時候，可以更容易進入狀況。

在臨床實務的經驗當中，我們的校園團隊一直想要整合諮商心理治療，和精神醫學之間的界線，人際心理治療就是一個相當不錯的例子。它包括了以下幾個重要的特色：

- (1) 它是以診斷和醫療模式為基礎。
- (2) 它採取的是諮商和心理治療的技術。
- (3) 它所描述的狀況雖然是憂鬱症個案會遭遇的問題，也可以運用在一般非嚴重憂鬱症的個案上。
- (4) 這種治療可以採取個別、團體、配對，以及電話諮詢的方式來進行，未必需要採取住院的模式。
- (5) 它也可以配合藥物和其他的治療模式，因為一開始的診斷和臨床的診斷系統相通，在使用其他治療模式的時候，概念也可以相連結。

在翻譯的過程當中，我們也適當的使用在憂鬱和自我傷害行為的個案身上，收到了他們許多的回饋和修正。這樣的模式運用在本土的個案身上，當然需要更多專業人員來使用並且加以修正。在寫這篇序的時候，我們已經開辦了一系列的人際心理治療模式的訓練、個案研討以及督導，希望將這樣的治療模式，能夠實際操作和運用在本土的助人歷程當中。

很高興的是，此次序與翻譯及整理的工作人員均是長期投入青少年憂

鬱及自殺防治的專業人員。這些人員不僅在文字上斟酌之外，實務的人際心理治療操作及運用，也讓本書的文字更連接到我們實際處理個案的圖像。我們這一群工作團隊也以向 Dr. Weissman 團隊為榜樣，希望能找到自己本土的人際心理治療模式。

唐子俊 醫師

高雄醫學大學附設醫院精神科主治醫師及心理治療督導

高雄市高中職輔導團督導

高雄市國中輔導團督導

高雄市張老師督導

翻譯者補充：整理自牛津大學精神醫學教科書（2003）

■ 壹、定義

- 一、是一個限定時間、以診斷為取向，主要是用來治療嚴重憂鬱症。
- 二、發展於 1970 年代，以手冊操作為主，也可以用來長期治療並且運用於配偶、團體及電話治療。

三、操作的守則

- A. 美國精神醫學會：主要用在嚴重憂鬱症，尤其在最近和重要他人衝突、沒辦法適應生涯轉換、社會角色或其他生活的轉換加以使用。
- B. 基層醫師使用守則：基層醫師被建議使用人際心理治療、認知行為、行為以及短期動力治療加上婚姻治療來處理憂鬱症，並且可以用來治療非精神病的憂鬱症（減輕症狀、預防再發、矯正次發性的憂鬱症狀或憂鬱症的後遺症）。這些守則也提到單純使用藥物已足夠預防復發，並維持病患在沒有症狀的狀態。另外上述的人際、認知及行為可以適用在大部分輕到中度的憂鬱症，但是對於持續的心理治療效果則不明。

■ 貳、背景

主要來自於第二次世界大戰後，Adolph Meyer 以及蘇利文（H. S. Sullivan）的理論，最後再加上 Bowlby。人際心理治療這些原則運用在非病因導向介入方式，而協助連接當前的生活事件與情感疾患，希望藉由這種方式讓他們更能掌握當前的這種疾病，然後更將研究證實憂鬱症和失落、角色衝突（不好的婚姻關係）、角色轉換及人際關係缺陷有關，而且他是根據研究證實及系統的測試可以用在嚴重憂鬱症，其他情感疾患甚至是非情感疾患的範圍。

參、技術

一、憂鬱症的概念

認為憂鬱症是一種生理上的疾病不是病人的錯，主要是要解除病人得到憂鬱症的罪惡感，讓他們成為自厭性的狀態。也會採取漢彌爾頓憂鬱量表以及貝克憂鬱量表，讓個案呈現不是個人表現的失敗。讓憂鬱症的人進入生病角色，讓他們沒有辦法得到的目標和責任可以暫時免除，直到他們回復健康狀態。

二、策略和技術

- A. 主要的策略都放在人際問題的解決，一方面可以解決生活的困境，另一方面可以減輕症狀。
- B. 它是一種折衷式的治療，和心理動力重疊，但是有以下的差異：焦點放在真實的生活改變，是屬於醫療模式、避免轉移關係以及夢的解析。
- C. 和認知行為治療重疊之處，在於焦點集中在一定範圍的症候群、此時此刻、角色扮演；但是比較沒有結構、未必一定有家庭作業。
- D. 治療的四大主題為哀傷反應、角色衝突、角色轉換、人際缺乏。
- E. 主要的技術包括了：
 - I. 開放問句。
 - II. 對於溝通的分析：找出最近生活情境當中充滿情緒的人際互動溝通方式。
 - III. 探索個案的需求及解決方案。
 - IV. 決策分析（decision analysis）。
 - V. 角色扮演。

肆、適應症

對於急性、非精神病的嚴重憂鬱症以及後續的治療；對於青少年、老年、基層醫療、愛滋病、婚姻衝突的女性、暴食症的個案都有實驗證明有效。現在仍在研究的有情緒低落疾患、雙極性精神病的附帶治療、焦慮症

（恐慌、社交畏懼、PTSD）、邊緣人格疾患。

■ 伍、禁忌

用在精神病或雙極性情感疾患不會單獨使用，對於藥物階段沒有治療效果。

■ 陸、治療步驟

一、前期

- A. 總共分為三次。先評估精神病史及建立治療架構。
- B. 經由標準的診斷準則，診斷出憂鬱症並且給予個案生病角色。這個角色可以免除許多責任，但是需要接受心理治療來恢復功能。
- C. 採取人際問卷來回顧當前的社交功能及親密人際關係、人際型態以及相互的期待。對於發病前一段時間內的人際關係加以回顧（親人死亡、孩子離家、婚姻變化、和知心朋友分開），提供了解個案人際因素和憂鬱症的關聯並且決定治療焦點。
- D. 根據症狀的嚴重度、治療的反應性來決定是否用藥，治療師教育個案有關於憂鬱症的診斷、症狀的組態以及個案對於治療的期待。治療者於是將憂鬱的症候群連結到人際的情境，主要連結到前後所提到的四大領域。

二、中期：對於特定的人際領域找出對策

- A. 哀傷反應：治療室協助個案的哀痛歷程，而且協助個案逐漸參與別的活動，重新建立新的人際關係來取代舊的關係。
- B. 角色衝突：協助個案探索關係、衝突的本質、是否達到僵局、以及找到各種可能的解決方法。如果無效，雙方認為問題已經達到僵局，考慮如何改變僵局，甚至結束關係。
- C. 角色轉換：協助處理因為改變造成的失落，找出新角色的優點和缺點，找出方法協助他們掌握新的角色。
- D. 人際缺乏：將個案的問題定義成為缺乏社交技巧，尤其在新建立或者維持關係有困難，協助個案發展新的關係和技巧。

E.其他重點：

I.焦點放在此時此刻。

II.每次會談開始的問題：「上次我們談完之後，事情的進程如何」。
協助個案將焦點放在最近的人際事件和情緒，治療者主要擔任連結的角色。

III.治療者採取主動、非中立、支持、帶著希望的期待，直接來對抗憂鬱個案的悲觀。

IV.他們強調個案的生活當中就已經有可能的解決方案，並且這些方案能夠協助個案更加的清楚和完整的探索問題。

V.治療者要求個案將這些方案練習操作，以便改變他們的生活並且同時治療憂鬱症狀。

三、後期

A.完整的治療大約 12~16 週。

B.最後階段大約包括了最後幾週，支持個案新學會的獨立生活，經由認證個案新學會的能力以及鞏固治療的收穫。

C.協助個案期待並且能夠找出將來對抗憂鬱症狀的方法。

D.和心理動力不同的，人際心理治療不強調結案過程，只要成功的治療就可以畢業，因為結束時候的難過和憂鬱症狀不同。

E.如果治療無效，治療師強調還有其他的治療方式可以選擇。

■ 柒、效能

一、嚴重憂鬱症的急性期

A.大約都治療 16 週。抗憂鬱劑效果 > 人際心理治療、認知行為治療 > 安慰劑。人際心理治療有時候在 16 個禮拜仍然還沒有辦法達到 CBT 的迅速效果。

B.治療反應的預測因素：大型研究指出

I.輕度的人際缺陷對於人際心理治療效果較好。重度的人際缺陷（類似人際缺乏那一個主題），效果比較不好。

II.剛開始由於症狀較重、功能較差，因為無法專心，所以對於認知

行為治療效果不好。但是對於抗憂鬱劑和人際心理治療效果較好。藥物是影響功能恢復效果最快的方法。

III. 非典型憂鬱症對於藥物的效果反應較差，但是對於人際心理治療和認知行為治療效果好。

IV. 治療師能夠將焦點放在純粹的人際主題上，比較能夠有效的預防復發和維持治療效果。甚至在兩年之後仍然有治療效果，如果沒有辦法維持在人際的主題，效果只能維持不到 5 個月。

V. 個案在睡眠的腦電圖出現異常（睡眠效率、快速動眼潛伏期和密度異常），人際心理治療效果明顯差很多。這些效果反應不好的個案，有 3/4 對於抗憂鬱劑反應效果良好。

C. 持續治療、維持治療：

I. 在治療穩定後，接受人際心理治療和藥物治療，結果發現藥物可以減少症狀的復發和惡化；人際心理治療可以改善社交功能。社交功能的效果必須要是至少 6~8 個月的人際心理治療才會出現。

II. 後續追蹤階段由於沒有服藥的復發性很高，每個禮拜一次的人際心理治療雖然比藥物的服用效果差，但是明顯的優於安慰劑的復發率。

III. 產後憂鬱的個案，因為哺乳的需要，接受人際心理治療，可以維持由於症狀不出現達到 82 週。

二、老人憂鬱病人

剛開始需要先接受 6 個禮拜的藥物治療，個案才會願意繼續接受心理治療。老人的治療，焦點放在哀傷反應和角色的轉換。並且需要採取彈性的會談時間和內容（時間比較短、可能需要談論以前的生活事件而沒有辦法完全的此時此刻）、提供有效的建議和支持（安排交通、打電話給內科醫師）、了解那些重要的角色轉換是不實際的（到了 75 歲才離婚）。老人常常因為藥物的副作用，接受心理治療反而比較容易。如果老人的睡眠恢復正常，人際心理治療的效果在第一年當中，可以維持在八成的療效。

三、哀傷相關的憂鬱

需要修改詳細的了解早期和當前的關係和角色，決定對於失去配偶的

哀傷反應有那些可用的支持，必須要提供有用的生活品質相關資訊，例如付帳單、財務負擔；休閒活動安排、孩子撫養問題。

四、青少年憂鬱

加上第五個問題的領域，也就是單親家庭，常常發現青少年憂鬱症的個案有這樣的問題。

五、憂鬱青少年的母親

發現 12 個禮拜，每個禮拜一次的藝術、手工、心理衛教，持續 6 個月的追蹤。仍然在研究當中。

六、愛滋病的憂鬱

特別強調的議題包括了疾病、死亡、哀傷反應、角色轉換。採取 16 個禮拜、和認知行為、支持性、以及藥物等比較。所有的資料都可以減輕症狀，但是人際心理治療和藥物能夠比其他治療的效果還要明顯。

七、基層醫療的憂鬱

採取原來的手冊，但是加上護士小姐每次會談前量血壓，這些個案都儘量在醫院當中接受治療。接受藥物人際心理治療經過 16 個禮拜之後，有七成的改善。一般的治療方式則只有兩成改善。

八、婚姻衝突的聯合人際心理治療（IPT-CM）

婚姻衝突、分居、離婚會造成憂鬱症狀出現。經由手冊將焦點放在當前的衝突，要求配偶每一次會談都要到場。經過 16 個禮拜的治療，發現個案的婚姻適應，或因情感的投入、性關係，效果優於單獨出席的人際心理治療。

九、生產前、生產後憂鬱症

主要是角色轉換（擔心自己擔任父母親、因為懷孕造成的生理變化、懷孕和配偶的關係改變、和其他小孩的關係改變）。由於需要臥床休息、生產、婦產科的後遺症、照顧小孩，需要調整會談的時間和次數。出生的

小孩可以帶來會談，甚至是當場餵乳。有時候需要電話會談和居家訪視。

十、情緒低落疾患

協助個案將長期的人格缺陷，轉換成為自厭性的慢性憂鬱相關症狀。治療本身也當作是治療所造成的角色轉換，因為它將個案認為人格問題協助轉換成為到醫院接受情感疾患的治療。藥物治療可以改善一半左右的個案，另外一半則需要接受心理治療。這些個案當中，大約有一半的個案明顯的改善（抗憂鬱劑大約有六成、藥物加上心理治療也大約有六成）。因為人際心理治療後續的追蹤費用比較節省，雖然比藥物的治療效果較小，但是經濟考量優點多多。另外研究發現，對於人際心理治療進行每週一次，維持 12 個禮拜的治療。發現和嚴重憂鬱症的治療原則差不多，只是因為情緒低落疾患本來就比較慢性，就不容易治療一些。

十一、雙極性精神疾病

對於雙極性精神病的修正，是在於重新調整每天睡眠的型態，當作是使用鋰鹽治療個案的維持治療方式。為了調整個案社交節律的規則性，需要維持三年的治療。剛開始兩個禮拜一次，最後兩年每個月一次。

十二、藥物濫用

對藥物濫用的治療無效。

十三、暴食症

主要來排除生病角色、角色扮演。雖然認知行為治療的效果較快，但是人際心理治療的效果可以維持較久。進行的方式可以利用團體，大約是六種。或者是每週一次，總共進行 20 週。每次團體 90 分鐘。

十四、社交畏懼

沒有修改原來架構，包括原來的醫療模式、提供生病角色、支持的技術就能夠讓個案有改善。可以採取團體的方式進行，是比較非結構的人際情境（例如在宴會、和重要他人討論親密的話題），而不是在固定的工作場所。總共十次的團體，剛開始將這個診斷加以定義，讓個案有生病角

色，發展出面對害羞的處理策略（對於比較陌生的父親，如何開始會談的劇本、和太太的討論是否要有小孩）。由於疾病的慢性化，將焦點放在因為治療而產生的角色轉換，讓他們從功能嚴重障礙的個案，回到較不被歧視的角色。而且這些人的症狀類似，讓個案比較不會害羞。

十五、恐慌症

仍然採取標準化的手冊方式進行。

十六、身體畸型疾患

在倫敦進行 15 週，和認知行為治療比較，因為這些個案社會功能嚴重受損。研究進行中。

十七、基層醫療慢性身體化

加上了第五項的問題，也就是病患和醫療人員長期的關係。發現能夠讓個案很容易進入狀況，但是發現 12 次的會談並不容易建立足夠的工作聯盟。治療當中並沒有想要改變「個案疼痛的經驗」，而是想要協助他們更有效的處理疼痛。

十八、邊緣人格疾患

剛開始放在症狀的評估，例如憤怒和衝動以及人際關係的關聯性。加入第五個問題範圍，就是自我形象（尤其是認同障礙）。在危機的時候可以使用電話接觸，但是不鼓勵非規則的會談時間加以碰面。採取每個禮拜一次，總共 12 個禮拜的治療，焦點放在關係管理治療（relationship management therapy）。結果發現邊緣人格、情緒低落疾患、雙重憂鬱的個案，都可以產生類似而且明顯的症狀改善。

■ 捌、其他運用

一、人際諮詢（IPC）

A. 生活困擾：對於還沒有復合精神科診斷的個案，常常造成醫療流程的浪費。採取人際諮商（IPC），可以訓練沒有接受過精神科訓練

的護理人員，最多 6 次。第 1 次會談大約 30 分鐘，之後的會談都小於 30 分鐘。特別強調個案當前的功能、當前的事件、事業和家庭的壓力、人際關係的改變。諮商中假定這些事件造成個案情緒人身體的症狀。經過 3 個月之後，雖然只有 2~3 次的會談。可以看見明顯的改善（GHQ 問卷上的分數）。

B.還沒有到臨床診斷的老人住院病人：住院的老人，還沒有符合憂鬱症的診斷，進行 10 次的會談，每次 30~90 分鐘，可以從每個禮拜一次彈性地加以調節。雖然經過 3 個月的治療，接受人際諮商的個案沒有明顯改善，但是沒有接受這種諮商的個案症狀明顯惡化。研究證明經過 10 次之後仍然不夠，還需要後續的追蹤治療。

二、電話治療

在紐約提供嚴重身體問題的個案，又沒有辦法來醫院。例如乳癌的個案已經轉移，正在接受高劑量的化學治療。個案和配偶接受了每個禮拜 30 分鐘，大約 15 個禮拜。由於化學治療常常造成行動不便、對家人和自己的生活都有很多的困擾。需要離開工作、小孩、甚至配偶必須在家。研究發現人際心理治療解除了癌症相關的壓力而不是憂鬱。

三、病人手冊

簡單介紹什麼是治療、某些介紹協助每一次的會談如何進行，如何監控問題。

訓練：主要是在康乃爾醫學院、匹茲堡大學、多倫多。參加的人應該具備了醫師、博士、社工室、護理師的學位，必須要有好幾年心理治療的經驗，熟悉如何治療相關診斷的疾病。這種訓練主要是提供有經驗的治療師來學會新的技術，而不是教導新進的心理治療。治療師需要在嚴格的錄影帶督導，至少治療 2~3 個病人成功即可。工作人員可以被教導如何使用手冊，甚至接受同儕督導。