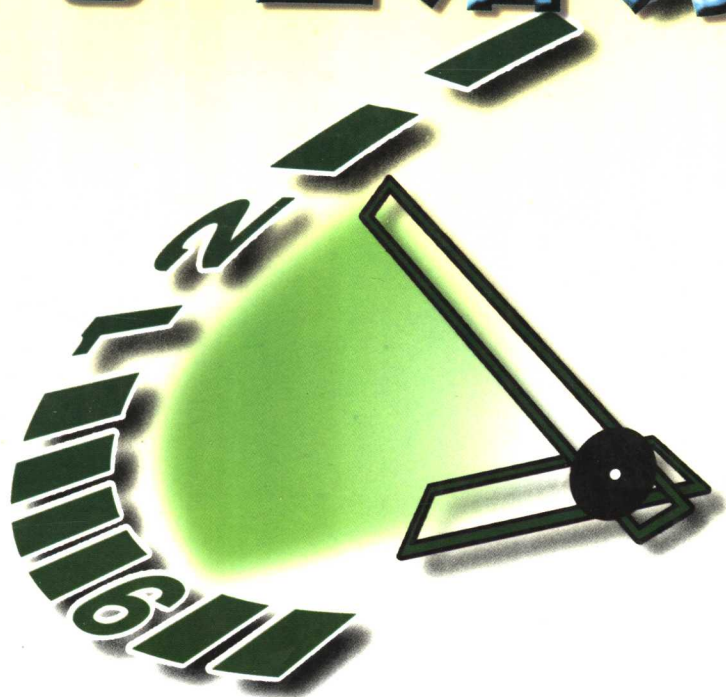


程灶火 唐秋萍 编著

# 实用短程 心理治疗



人民卫生出版社

# 实用短程心理治疗

**编著**（按所写章节先后顺序排列）

**程灶火**（中南大学湘雅二医院）

**唐秋萍**（中南大学湘雅三医院）

人 民 卫 生 出 版 社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

实用短程心理治疗/程灶火, 唐秋萍编著.

—北京: 人民卫生出版社, 2003

ISBN 7-117-05244-9

I. 实... II. ①程... ②唐... III. 精神疗法

IV. R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 092464 号

## 实用短程心理治疗

编 著: 程灶火 唐秋萍

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph@pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 13.5 插页: 2

字 数: 326 千字

版 次: 2003 年 1 月第 1 版 2003 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05244-9/R·5245

定 价: 25.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

## 编著者简介



程灶火，安徽绩溪人，医学博士，临床心理学教授。1983 年皖南医学院毕业，1991 年和 1997 年分别在湖南医科大学获得硕士和博士学位，从事精神科和临床心理学工作近 20 年，发表专业论文 40 余篇，参编著作 3 部，获国家级和省部级科技成果奖 4 项。现任中南大学教授，中国心理卫生协会理事，心理评估专业委员会委员，湖南省心理卫生协会常务理事，中国心理学会心理咨询与治疗专业委员会委员，湖南省心理学会常务理事。

## 编著者简介



唐秋萍，湖南衡阳人，医学博士，临床心理学教授。1984年湖南医学院毕业，1990年和1996年分别在湖南医科大学获得硕士和博士学位，从事精神科和临床心理学工作近20年，发表专业论文20余篇，参编著作4部。现任中南大学教授，中国心理卫生协会心理评估专业委员会委员、秘书，湖南省心理卫生协会常务理事，心理咨询与治疗专业委员会主任委员，湖南省心理学会理事。

# 前 言

近些年来，心理治疗工作在我国各地已开展起来，陆续出版的心理咨询专著也不少，但这些专著多数偏重于心理咨询理论方面，有关具体治疗过程和程序的描述很少，对实际心理咨询工作实践指导价值有限。现有的心理咨询专著所介绍的精神动力治疗方法都是长程的，从经济和时间角度考虑，很多病人都难以接受，对精神动力治疗方法的最新发展——短程动力治疗未作介绍。国外从 20 世纪 60 年代起，心理咨询领域发生三个主要变化：越来越多的治疗家采用短程治疗，其疗效也不亚于长程治疗；治疗方法的程序化，至少科学研究中要求对治疗步骤和程序作详细描述，以便使其他研究者可以重复；理论定向的综合化，现在很少治疗家把自己局限于某一理论定向，而是根据病人的具体情况，灵活地选用最有效的方法。我们在实际工作中也体会到，多数病人很难接受超过 10 个会期治疗，而国内又没有一本短程心理咨询的专著。

基于上述原因，我们编写了这本《实用短程心理咨询》。这本书主要是为有一定理论基础和实践经验的临床医师而写，希望对初涉心理咨询领域的新手也有帮助，突出实用性，对心理咨询理论只作简单的介绍，目的仍是为实践服务，全书分三篇（概论篇、技术篇和实践篇）22 章。在概论篇，介绍了短程心理咨询的历史和最新进展、心理咨询生效的机制、心理咨询的疗效评价和心理咨询过程中药物应用等。本书所介绍的治疗方法都是短程的、操作性强、实用，并力求程序化，但在写

作过程也遇到许多困难，有些章节自己也不太满意，若能再版将进一步完善。在实践篇中，对常见心理问题结合病理心理阐明治疗的原则，这些心理问题都是公认的能在心理治疗中受益的，如情绪问题、婚姻家庭问题、性心理和性功能障碍等，同时对精神疾病和躯体疾病所致的心理问题的心理治疗也做了一些探讨。

本书历时两年，对书稿作过多次修改，但限于个人的知识面和临床经验，书中肯定会有许多不当或错误之处，诚请同道和读者指正，期望再版时能更完善、更具可读性，以飨读者。

程灶火

2002年10月于长沙

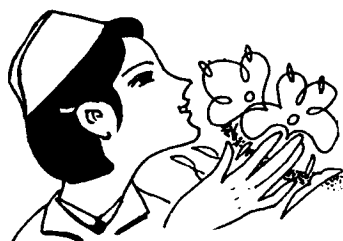
# 目 录

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| 概论篇 .....                 | 1   |
| 第一章 心理治疗的发展趋势 .....       | 3   |
| 第二章 短程心理治疗的简史 .....       | 10  |
| 第三章 短程心理治疗的评价 .....       | 24  |
| 第四章 心理治疗生效的共同因素 .....     | 45  |
| 第五章 心理治疗过程中药物的应用 .....    | 53  |
| 技术篇 .....                 | 59  |
| 第六章 Wolberg 短程动力治疗 .....  | 61  |
| 第七章 Mann 限时性心理治疗 .....    | 84  |
| 第八章 Horowitz 应激反应治疗 ..... | 98  |
| 第九章 Sifneos 焦虑激发治疗 .....  | 114 |
| 第十章 Klerman 人际心理治疗 .....  | 131 |
| 第十一章 Ellis 理性情绪行为治疗 ..... | 146 |
| 第十二章 认知治疗 .....           | 171 |
| 第十三章 行为治疗与矫正 .....        | 189 |
| 第十四章 生物反馈治疗 .....         | 215 |
| 第十五章 家庭治疗 .....           | 241 |
| 第十六章 性治疗 .....            | 258 |



|                           |     |
|---------------------------|-----|
| 实践篇 .....                 | 285 |
| 第十七章 情绪问题的治疗 .....        | 287 |
| 第十八章 家庭、婚姻问题的心理治疗 .....   | 313 |
| 第十九章 精神疾病的心理治疗 .....      | 335 |
| 第二十章 儿童青少年学习行为问题的治疗 ..... | 350 |
| 第二十一章 性障碍的心理治疗 .....      | 374 |
| 第二十二章 躯体疾病所致心理问题及处理 ..... | 396 |
| 参考文献 .....                | 415 |

# 概 论 篇





# 第一章 心理治疗的发展趋势

近二十年来,无论是心理治疗理论,还是治疗技术方面都取得了很大的进展(Parloff et al 1986,程灶火 2000,季建林 1994,1996)。在理论方面,越来越多的研究支持这样一种观点:任何一种单一的理论(情绪的、认知的、生理的或行为的)都不足以解释心理障碍的原因和心理治疗生效的机制(Simons et al 1984)。同样,能够改变病人某一方面功能的治疗方法,也能改变其他方面的功能。因此,对某些心理治疗作了相应的修正,以指导治疗实践。例如,认知和合理情绪治疗最初的理论基础是建立在认知(对事件的解释)影响个人的情绪,先有认知,后有情绪反应,认知和情绪是同一系统的两个成分,现在研究表明情绪反应可以在认知前发生,情绪和认知是两个相互影响的独立的系统,所以单纯改变认知来治疗情绪的效力是有限的(Zajonc 1980);另外,Greenberg 和 Safra (1984)从信息加工角度的研究提示:情绪体验是知觉运动反应,情感图式记忆和事件意义的概念性解释等心理过程的整合,许多心理问题是整合过程失调所致,治疗目标应是调整不同水平的整合失调。在治疗技术方面,新的治疗技术不断问世,据不完全统计,目前的心理治疗方法已达 400 多种,而这些新的治疗技术具有更强的理论基础和实验研究支持,这些新的治疗方法多数是短程、整合的治疗,如认知行为治疗和认知分析治疗。在应用方面,心理治疗应用领域越来越广,从最初限于精神科病人中的应用,现已扩展到各个领域的各种心理障

碍、人际关系问题、婚姻家庭等一般性心理卫生问题的处理。在疗效研究方面,不再单纯考查心理治疗是否有效,而是更深入地研究改变的过程,治疗生效的因素和机制、治疗方法对疾病和症状特异性问题。在方法学方面,随机对照研究已被广泛接受,量效关系研究已被引入心理治疗领域,治疗效果评价更趋客观化和数量化,二次分析技术、临床显著性分析方法和序列分析技术的发展和运用。以下介绍近年心理治疗实践中的四个主要发展趋势:治疗短程化、理论和技术整合化、方法标准化和疗效评价客观化。

## 第一节 治疗短程化

经典精神分析治疗的过程是漫长的,已不适应现代人的生活节奏,其实弗洛伊德最初的治疗案例疗程是非常简短的。如弗洛伊德曾以六个会期成功地治愈了乐队指挥 Bruno Walter 的慢性右臂痉挛;在荷兰 Leyden 镇旅游时,仅用 4 小时就一次性治愈了作曲家 Gustav Mahler 的强迫性神经症和严重的婚姻问题。行为治疗也有类似情况,开始疗程较短,以后逐渐延长。如 Wilson (1981) 发现纽约市行为治疗研究所的平均疗程为 50 个会期。

1963 年,正值社区心理卫生运动发展之际,短程心理治疗应运而生,目的在于为众多的病人提供帮助,以满足社区心理卫生的需要,在实际应用中也发现短程治疗具有较好的效果。短程治疗作为一种系统的治疗方法是有计划性的,不是单纯的疗程缩短,而是有理论依据的,同时伴有治疗目标的改变。主张短程治疗的临床家多数是心理动力定向的,因多数行为治疗和认知治疗本身就是短程的,这对传统的精神分析治疗是一个大的挑战。在 B. L. Bloom (1992) 的《计划短程治疗

手册》中就介绍了 9 种心理动力定向的短程治疗。

短程治疗的会期数差别很大,如 Malan (1963) 的简易心理治疗为 20~40 次, Davanloo (1980) 的限时动力心理治疗为 15~30 次, Sifneos (1984) 的短程焦虑诱导治疗为 12~15 次,但很少有人把超过 20 个会期的作为短程治疗,一般提倡会期数在 10~20 次以内,个别可达 40 次。Lazare (1972) 等报告第一次交谈后的脱治率 >50%,因此也有人提出开放性一次性治疗。所谓“一次性”是指想到病人看过不再来了,尽量利用这仅有的时机对病人施加影响;开放性是指病人可能再来,所以治疗者向病人表示,一次性治疗对病人帮助有限,欢迎再来。

虽然对短程治疗会期的看法不一致,但对短程治疗基本特征的看法是比较一致的,均认为短程治疗有五个基本特征 (Bloom 1992):

- (1) 及时干预;
- (2) 治疗家的活动水平相对较高;
- (3) 明确、有限的治疗目标;
- (4) 清晰明确焦点的确认和保持;
- (5) 与病人共同商定治疗时限。

尽管不同学者对“焦点”一词的用法、治疗家活动的内涵及商定时限的方法有差异,但都遵循这些基本特征。

## 第二节 理论和技术的整合化

早在 20 世纪 30 年代,心理治疗整合的思想就开始萌芽,但直到 20 世纪 80 年代前,心理治疗整合只是少数人关心的事情。20 世纪 80 年代起,心理治疗整合趋势发展迅速,一些严谨的学者从理论角度支持整合,在实践中被部分心理治疗家接

受，方法学家赞成这是心理治疗研究的合法维度，并成立了专业组织——心理治疗整合研究学会（The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration），有关心理治疗整合的论文和专著逐年增多。

心理治疗整合的主要焦点是行为治疗和心理分析治疗的整合，经多方尝试和努力，目前这两个阵营趋于联姻。行为治疗家把心理分析学的语言、理论、技术融合到行为主义的刺激—反应模式中，心理分析学家也接受了学习理论，环境因素的致病作用和行为主义学派的语言。认知行为治疗是心理治疗整合的典范，他们（Beck, Ellis, Meichenbaum）既反对行为主义的刺激—反应模式，也不完全接受心理动力学的观点，特别注意人的思想和理念，认识到人的外在表现实际上是深层认知结构的反映。这种认知结构的形成与过去的经历有关，Safran和同事（1990）把这种认知结构区分为按层次排列的外周结构和核心结构，其中核心结构类似于心理动力学模式中的基本动力学。他们用功能分析，领悟和理解解决一般的心理问题。在实践中，认知行为治疗家，通过辩论、教育、摆事实和实践检验等技术，产生矫正性情绪体验，而不去探查病人内在生活的动力学。在理论整合方面，有人试图寻找一种综合的理论，用更熟悉和合理的概念来解释心理障碍的成因和心理治疗生效的机制，指导临床实践。也有人认为在整合的同时，要考虑和保留各种治疗的特殊性，无原则的杂合和拿来主义不利于心理治疗的发展。到目前为止，尚没有一种能包治百病的心理治疗方法，将来也不会有，不能强调共性，而抹杀特殊性。另一个整合趋势是行为治疗家对人格障碍的关注，与早期行为治疗形成明显对比，早期行为治疗根本不承认人格结构，也无意处理人格障碍问题。现在他们认为人格健全与否关系到轴Ⅰ障碍治疗的成败，人格障碍本身是需要干预的目标之一。在人格障碍治

疗中, Linehan (1984) 创建一种治疗方法——辩证行为治疗 (dialectical behavior therapy), 一方面通过分析, 使来访者认识到自己对批评过于敏感, 另一方面使他们学会更好的应付方式。采用的技术包括接受、理解和认同, 同时坚持要他们以更有效的方式应付生活事件。

整合虽然是一种发展趋势, 但也存在一些隐患, 在不了解各种治疗生效的特异因素之前, 盲目地整合并不能提高治疗效果, 正像年轻医生喜欢开大处方一样, 因为对疾病的诊断没有把握, 对药物的作用不甚了解。各种整合疗法的发展, 随之而来是大量新名词涌现, 使治疗家或研究者之间发生交流障碍, 治疗方法也无法推广。Lief 提出, 心理治疗领域里更需要的是取消隔阂, 增进交流, 而不是整合。这样可更深入地研究各种治疗生效的机制和特异成分, 了解何种治疗对哪类疾病更有效, 以便合理选用。

### 第三节 治疗方法标准化

从某种意义上说, 心理治疗是一种艺术, 而不是一种科学的治疗方法。同一学派的不同治疗者使用同一种治疗方法治疗同一疾病, 在实施的具体细节上却有很大差别, 在不同学派之间, 或用同一方法治疗不同疾病时的差别就更大。问题在于各种治疗方法缺乏标准化的操作程序, 只有理论和技术的介绍, 至于对某个病人, 这些技术如何使用却有各人的理解。因此, 各治疗方法的创建者用自己的方法治疗各种疾病, 似乎都有效果, 而别人用他的方法治疗病人则可能根本无效, 似乎治疗效果来源于治疗者本身, 而不是治疗方法的效果。

针对上述情况, 近年在治疗效果评价研究中有一种趋势——要求治疗方法标准化。在研究中选用的治疗方法必须有



详细操作指导手册，使参加研究的治疗者有章可循，尽可能减少个人经验对治疗效果的影响。对比较复杂的治疗方法，参加研究的治疗者尚需要接受统一的技术培训和指导，以确保各治疗者真正掌握该项治疗技术。同样，对培训者而言，必须要有一套正式考查受培训者临床技能的标准。只有这样，不同研究的结果才具有可比性，研究结果才能被重复，研究发现对临床实践才有指导价值，这是近年许多临床治疗家的共同呼声。现在有些国家对心理治疗研究项目资助，要求附详细操作手册或类似操作指导书，有些刊物也规定心理治疗研究论文在投稿时必须附治疗操作手册。

治疗方法标准化的另一优点是有益于培训年轻的心理治疗者及促进治疗技术的推广应用。在心理治疗领域内，治疗者的培训和治疗技术的推广是一大难题，过去只能通过带学徒式的个别化传授，悟性高的学徒可能会领悟到技术的精髓，偏离正统不远。我国目前多数从事心理治疗的医师都是自学成才的，对引进的治疗技术是否达到真正掌握也只有他们自己知道，在向下一代传授时更是困难重重。这些问题将随着各种治疗技术的标准化而得到解决，但这只是一种趋势，是否能实现这一愿望尚待全体心理治疗家的共同努力。

#### 第四节 疗效评价客观化

在心理治疗领域中，疗效评价的客观性是一个有争议的问题，因各种心理治疗的目标不同，疗效的评价标准也不同。例如行为治疗的目标是消除症状或行为模式的改变，所以只要症状改善就认为治疗有效，而精神分析则认为症状改善是表面的，暂时的，不能认为治疗有效，只有从根本上改变病人的态度或人格的治疗才是有效的。正因为如此，所以在疗效评价研