

Cognitive Therapy for Challenging Problems:
What to Do When the Basics Don't Work

认知疗法 进阶与挑战

【美】Judith S. Beck◎著

陶璇 唐谭 李毅飞 唐苏勤◎等译
王建平◎审校



中国轻工业出版社

全国百佳图书出版单位

014003234

B842.1

43

Cognitive Therapy for Challenging Problems:
What to Do When the Basics Don't Work

认知疗法：进阶与挑战

【美】Judith S. Beck◎著

陶璇 唐谭 李毅飞 唐苏勤◎等译

王建平◎审校

 中国轻工业出版社



北航

C1688754

B842.1

43

图书在版编目 (CIP) 数据

认知疗法: 进阶与挑战 / (美) 贝克 (Beck, J. S.)
著; 陶璇等译. —北京: 中国轻工业出版社, 2014.1
ISBN 978-7-5019-9347-5

I. ①认… II. ①贝… ②陶… III. ①认知心理学—精神疗法 IV. ①B842.1 ②R749.055

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第148072号

版权声明

©2011 by Judith S. Beck
Published by The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

总策划: 石 铁
策划编辑: 戴 婕 责任终审: 滕炎福
责任编辑: 戴 婕 孙蔚雯 郑晓辰 责任监印: 刘志颖

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: 三河市鑫金马印装有限公司

经 销: 各地新华书店

版 次: 2014年1月第1版第1次印刷

开 本: 710×1000 1/16 印张: 25.00

字 数: 211千字

书 号: ISBN 978-7-5019-9347-5 定价: 56.00元

著作权合同登记 图字: 01-2012-1357

读者服务部邮购热线电话: 400-698-1619 010-65125990 传真: 010-65262933

发行电话: 010-65128898 传真: 010-85113293

网 址: <http://www.wqedu.com>

电子信箱: wanqianedu1998@aliyun.com

如发现图书残缺请直接与我社读者服务部 (邮购) 联系调换
120152Y2X101ZYW

译者序

随着认知行为疗法在我国逐步深入地发展，很多心理治疗师都感受到了认知行为疗法（cognitive-behavioral therapy, CBT）的魅力和效果，加入了 CBT 治疗师的队伍，在临床实践中对他们的患者运用认知行为疗法的理念和各种各样的技术。

多年来，我在科研和教学的同时一直不忘自己“医疗出身”的本色，坚持用“科学家-实践家”的临床心理学模式要求自己和学生，不论多忙都坚持每周亲自看个案、做督导，同时也致力于认知行为疗法的培训。在临床实践中，大家发现“好病人”已经越来越少了，所谓的“好病人”就是指症状典型、诊断单一以及认知能力好的患者。与之相反，大家见到的大多是比较复杂的个案，他们可能同时存在一种以上的诊断、伴有人格障碍，接受过各种各样的“咨询”或“治疗”，有过创伤经历，甚至正在服药。在面对这样的个案时，就不可避免地会遇到一些挑战性问题，需要对认知行为疗法有更灵活的把握，针对个案的情况做出调整。

这几年，市面上陆陆续续出版了一些适合新手 CBT 治疗师学习和运用的入门读物，其中不乏一些实用、操作性强的书籍，比如我的团队翻译的《认知行为疗法》（新手治疗师实操必读系列）（*Making Cognitive-Behavioral Therapy Work: Clinical Process for New Practitioners*），以及本书作者 Judith Beck 的《认知疗法：基础与应用》（第二版）（*Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond, Second*

Edition) 等。但当治疗复杂个案时遇到了挑战性问题 and 阻碍，读者却往往无法从中找到答案，获得指导——这正是我向各位同行和读者介绍本书的初衷。

在治疗中遇到棘手的问题时，经验丰富的治疗师似乎总能够巧妙地、近乎本能地予以解决。这个过程对新手治疗师来说却是未知而神秘的，这本书就将带领你揭开这层神秘的面纱。本书作者 Judith 对自己及同事的治疗过程进行观察和思考，发现这些看似本能的决定，实际上是治疗师基于对患者不断地进行个案概念化、做出的正确诊断及自己在会谈中的体验所做出的。本书体现了作者在《认知疗法：基础与应用》出版之后的所思所学和多年积累的临床经验，帮助治疗师了解，当基础的认知行为治疗似乎不起作用时，应如何去。阅读这本书，会帮助你完成由新手治疗师向熟练治疗师的过渡。

本书共有 13 章，教授治疗师识别并解决治疗中各个阶段可能遇到的典型挑战性问题，帮助治疗师在认知的框架下看待治疗进程中遇到的阻碍。首先介绍了应如何识别所遇到的问题，包括问题从何而来、问题的严重程度，尤其对由治疗师的错误导致的问题和由患者的功能不良信念导致的问题进行了区分，并提出了如何尽量避免挑战性问题产生的基本原则。第二章强调了概念化的重要性，以及如何对挑战性的患者进行概念化；第三章详细阐述了对人格障碍患者的治疗。接下来的章节，对治疗关系、目标设定、会谈结构化、问题解决、家庭作业、识别认知、修正想法和意象、修正假设、修正核心信念中可能出现的挑战性问题，一一进行了阐述和分析。治疗师对来访者产生功能不良信念，也会成为阻碍治疗的一个常被忽视的因素，本书第六章特别介绍了对这一问题的应对。附录 A 介绍了一些认知治疗的资源，强调了手把手的训练及督导是新手治疗师所必须经历的。本书的另一特点是，在每个章节都涵盖了非常丰富的案例。在比较抽象的治疗关系部分，专门用一章的篇幅（第五章）以案例的形式对可能存

在的挑战性问题进行讲解，通俗易懂、娓娓道来，兼具实用性和可读性。

本书的翻译全部由我的硕博士生完成。在翻译前，结合出版社的要求，我们对翻译风格以及用词等方面进行了统一。在翻译过程中，大家定期会在我的 CBT 实务例会上进行报告，一起讨论翻译过程中的问题，之后再互相校审。在翻译的同时，对这本书的学习和讨论也让学生们获益匪浅，我们很希望跟广大读者分享这份收获。各章翻译执笔的具体情况为：第 1 章，李毅飞；第 2 章，唐苏勤；第 3 章，唐谭；第 4 章、第 5 章，陶璇；第 6 章，孙凌；第 7 章，赵丽娜；第 8 章，张怡；第 9 章，王辰怡；第 10 章，孙凌；第 11 章，唐谭；第 12 章，李毅飞；第 13 章，陶璇。初译稿完成后，由陶璇对全书再次进行了集中校对与统一。在此过程中，非常感谢 Martha Chiu（李梅晓）博士（北京和睦家医院认知行为疗法中心主任，美国帕洛阿尔托大学副教授）和她的学生涂瑞娜（美国帕洛阿尔托大学心理健康咨询专业在读研究生）给予的帮助和指导。最后由我为全书做了审校。学生们在翻译过程中的努力、严谨、好学使本书得以顺利完成，在此对他们以及在本书翻译过程中提供了支持与帮助的各位老师 and 同学表达我深深的谢意。

尽管力臻完美，但由于能力和水平有限，译作中难免有不足之处，敬请各位专家和读者批评指正，我的邮箱是：wjphh@bnu.edu.cn，希望得到您的反馈。

王建平

2013 年 2 月于美国

推荐序

朱蒂·贝克（Judith S. Beck）博士撰写的这本书，对于帮助那些在认知治疗中遇到困难和问题的来访者而言是一个重大贡献。贝克博士通过从自己与病人的治疗工作及她对其他治疗师的督导中积累的经验，描绘了治疗中遇到的典型困难问题。这些问题使治疗师和患者都备感受挫，并且阻碍了治疗进程。直至最近，许多治疗师仍将这些问题理解为“阻抗”、“负性反移情”或“被动攻击倾向”。在这种背景下，许多治疗师倾向于举手投降，不知接下来应如何处理。

与此相对，贝克博士没有屈服于治疗中的这些困难，她不断归纳特定的界限与特点，将这些问题重新构建为可识别的、为大家所公认的问题。通过将这些问题归类，她为应对这些复杂的问题提供了简易可行的方法。贝克博士利用她丰富的经验为这些问题规划出了合适的应对方略：（1）依据患者的个人成长史、核心信念与假设不合理的认知与行为，将在治疗中遇到的这些问题概念化；（2）找到合适的策略与技术来解决这些问题。由于问题的多样性，治疗师需要根据不同情况对治疗方案进行相应的改变，这种技巧在本书中得到了充分的体现。

治疗师的负担并不一直是如此沉重。在认知治疗刚刚兴起的那些年，我们只需要专注于病人“此时此地”的问题，并提供相应的解决方案。对于抑郁患者，解决方案包括：通过活动安排表进行持续的行为激活，对功能障碍性思维进行完整记录，治疗师参与到实际问题解决中。一般而言，抑郁及焦虑障碍症患者的症状会在第10次会谈时消失，而这时，我们会再安排一次会谈，以防止复发（Rush, Beck,

Kovacs, & Hollon, 1977)。然而随着时代的发展,对于有共病、慢性病或症状复杂的患者,会谈次数逐渐增加至15、20、25次,甚至更多次。患者开始在抑郁症、惊恐障碍之外得到人格障碍的诊断。今天,来贝克认知治疗研究所寻求治疗的病人一般都已接受过两种精神科药物的治疗,并且在其以往的治疗史中,药物或心理治疗都未显出疗效。这种治疗相对无效的现象的核心是治疗中所遇问题存在多样性,贝克博士已在本书中对这些问题精妙地加以描述。

那些简单的个案都到哪里去了?多年来,我们也在思考这一问题。我们的推测是,大多数患者对一线治疗反应非常好。一线治疗一般由初级治疗医生、精神科药剂师负责。那些对一线治疗没有反应的人最终被转介至认知治疗,也就是现在说的二线甚至三线的治疗。在贝克博士看来,这类患者的问题,对于心理治疗师来说,是一个挑战而不是负担。在本书中,她极好地向治疗师展现了如何应对这些挑战,同时减轻自己的负担。

当然在前言中,我不能不介绍我与朱蒂·贝克特殊的关系。如大家所知,她出生于认知治疗师家庭。当她成长为青少年时,我对认知治疗的理论实践都已日臻完善。但是我当时并没有可以将这些想法加以应用并对其效果进行检验的对象,于是我将这些理论试用于我还在青少年时期的女儿朱蒂身上。她回应我说:“爸爸,这些很有用。”我并没有花精力鼓励她追随我的足迹。在大学之后,她投身特殊教育事业,并取得了一定的成就。然而我想认知治疗对她仍然“很有用”,因为她决定将职业生涯转入临床心理,并专攻认知治疗。我为她的第一本书《认知疗法:基础与应用》(*Cognitive Therapy: Basics and Beyond*)感到非常自豪。她的第一本书主要为新手治疗师所设计,而本书是为高级治疗师撰写的。我确信这两本书都是患者和治疗师的福音。

艾伦·贝克 (Aaron T. Beck), 医学博士

目 录

第一章 识别治疗中的问题	1
识别问题.....	3
判断问题的程度.....	6
考虑治疗会谈之外的因素.....	8
治疗师的错误及患者的功能不良信念.....	11
规避治疗中的问题.....	15
总结.....	19
第二章 对挑战性患者进行概念化	21
认知模型——简明版.....	22
核心信念.....	25
行为策略.....	31
假设、规则和态度.....	32
认知概念化图示.....	34
认知模型——详尽版.....	37
总结.....	46
第三章 人格障碍给治疗带来的挑战	47
人们怎么会患人格障碍.....	48
典型的过度发展和未发展的策略.....	49
每种轴 II 障碍的认知简介.....	51
总结.....	73

第四章 形成并使用治疗联盟	74
患者关于治疗的预期	75
建立治疗联盟的策略	76
识别并解决治疗联盟中的问题	81
利用治疗关系来达到治疗目标	91
处理治疗联盟中的问题并泛化到其他关系中	97
总结性案例	100
总结	106
第五章 治疗关系中的问题——案例	107
案例 1：觉得不被治疗师认同的患者	107
案例 2：担心治疗师会拒绝自己的患者	110
案例 3：感觉被治疗师控制的患者	113
案例 4：声称治疗师不理解自己的患者	117
案例 5：认为治疗师不在乎自己的患者	119
案例 6：对治疗师怀疑态度的患者	125
案例 7：感觉自己被强迫来参加治疗的患者	126
案例 8：那些给予消极反馈的患者	128
案例 9：回避给予真诚反馈的患者	129
案例 10：不愿透露重要信息的患者	130
总结	132
第六章 当治疗师对患者有功能不良反应时	134
识别治疗师反应中的问题	135
概念化负性反应	137
改善治疗师对患者的反应的策略	139
案例	144
总结	153

第七章 目标设定中的挑战	154
使用及改变标准策略来设定目标.....	155
患者对目标设定持有功能不良的信念.....	161
功能不良的行为.....	162
治疗策略.....	162
总结.....	186
第八章 将会谈结构化时遭遇的挑战	188
标准结构.....	188
运用和改变策略将会谈结构化.....	190
患者和治疗师的功能不良假设.....	192
在对会谈结构化的过程中解决问题.....	193
何时不需要将会谈结构化.....	214
总结.....	214
第九章 解决问题及家庭作业中的挑战	216
使用并调整标准的策略来促进问题解决.....	219
使用并调整标准的策略来促进家庭作业的完成.....	224
妨碍解决问题和完成家庭作业的功能不良的信念.....	230
案例.....	247
当患者看来好像没有进步的时候.....	254
当重点在于不去进行问题解决时.....	255
总结.....	256
第十章 识别认知中的挑战	257
识别自动思维.....	258
使用不同的标准策略引出自动思维.....	260
识别自动思维时遇到的问题.....	267
延迟识别自动思维.....	275
识别意象.....	276

	引出假设.....	278
	运用并改变引出假设的标准策略.....	279
	引出核心信念.....	281
	运用并变换引出核心信念的标准策略.....	281
	识别核心信念的问题.....	285
	总结.....	285
第十一章	改变想法和意象时的挑战	286
	使用并调整标准的策略来改变自动思维.....	287
	改变自动思维时碰到的问题.....	293
	与矫正自动思维有关的功能不良的信念.....	295
	在会谈外矫正想法时会碰到的问题.....	299
	使用并调整标准化的策略以矫正自发性意象.....	302
	总结.....	306
第十二章	在修正假设时遇到的挑战	307
	区分自动思维水平的假设与中间信念水平的假设.....	307
	使用并调整标准策略以修正假设.....	309
	详细的案例.....	310
	总结.....	324
第十三章	在修正核心信念中的挑战	326
	运用和变换标准策略来修正核心信念.....	328
	信念修正技术的案例.....	342
	修正对别人的核心信念.....	363
	总结.....	364
附录 A	认知治疗的资源、培训和督导	365
	贝克认知治疗研究所.....	365
	认知治疗学会.....	367
附录 B	人格信念问卷	369
参考文献	380

第一章



识别治疗中的问题

在写《认知疗法：基础与应用》这本书时，我就知道一本“标准的”认知治疗教材不可能覆盖众多患者表现出的所有复杂问题。标准的治疗程序确实难以让某些患者的治疗取得进展；而有些患者似乎不能理解认知治疗的关键，不能适应标准的治疗技术；有些患者则不愿意充分参与到标准的治疗过程中；而另一些则可能坚持自己对于自我、他人和世界长期形成的歪曲信念。对于这些病人，治疗必须做出改变。但治疗师怎样才能知道应在何时改变治疗计划以及应当如何改变呢？

当经验丰富的认知治疗师遇到棘手的问题时，他们似乎本能地知道应该如何去做。在别人多次要求我写一本书讲述如何应对这类问题之后，我开始更密切地观察自己在治疗会谈中做决定的过程。看起来，做出决定似乎是一个本能的过程。而实际上，这项工作基于不断对患者的问题进行个案概念化，基于对他们的诊断，基于会谈的经历。除了观察我自己的工作，我还非常有幸可以观察和分析我父亲艾伦·贝克博士的治疗会谈，以及我的同事及被督导者所负责的个案。

这本书反映了在《认知疗法：基础与应用》出版后我所学到的知识。《认知疗法：基础与应用》提供了应对具有明显的抑郁和焦虑症

状的患者的实践操作方法，也是本书非常重要的铺垫。本书则旨在帮治疗师明确：当基础认知治疗不起作用时应如何去做。

许多原因可以解释患者在治疗中表现出的棘手问题。有些困难可能是治疗师无法掌控的，例如，有的患者由于经济条件限制不能够按照计划的频率来治疗。另一些患者身处的环境非常恶劣，以致心理治疗对他们发挥的作用极其有限。但绝大多数问题，或至少有一部分，是处于治疗师的控制范围之内的。问题可能源于多种原因，既可能源于来访者歪曲的信念（例如，“如果我变得好起来，我的生活就会变得更糟”），也可能源于治疗师的错误（例如，对实际上患有其他障碍而非抑郁症的患者使用标准的抑郁治疗方案）。

在过去十年我开办的数百场工作坊中，我向心理健康专业人士询问他们与患者工作时遇到的具体问题，由此得到了两个重要结论。首先，许多治疗师最初倾向于用太过泛化的术语描述，而不是以清晰的术语界定问题。例如，治疗师断言某位患者有“阻抗”。其次，即使治疗师确实开始精细化地描述问题，他们仍倾向于不断重复同样的问题：患者不做家庭作业，患者对治疗师感到愤怒，患者在两次会谈之间的时间里再次回到自我打击的行为，等等。我发现，许多治疗师都需要学习用行为术语描述患者表现出的困难，并学会在认知框架下理解遇到的困难，同时基于他们对某一个案独特的概念化，设定相应的策略。这本书将会教授治疗师学会：

- 将问题具体化（并确定治疗师在多大程度上可以改善这一问题）。
- 对患者进行个案概念化，包括那些具有轴Ⅱ诊断的患者。
- 处理患者对治疗师有问题的反应，以及反过来处理治疗师对患者有问题的反应。
- 为表现出棘手问题的患者设定目标，安排结构化的会谈，帮助解决问题，并且提高家庭作业完成度（包括行为改变）。

- 识别并修正根深蒂固歪曲的功能失调性认知（自动化思维、意象、假设及核心信念）。

附录 A 介绍了在认知治疗中获得专业成长的时机。有时，手把手的训练及督导是不能被取代的。

识别问题

即使是最有治疗经验的认知治疗师，在面对某些患者时仍会感到棘手。然而我们很容易去责备表现出各种困难的患者，并将其态度及功能不良的行为归因于他们自身的性格缺陷，例如给病人贴上“阻抗”、“缺乏动机”、“懒惰”、“沮丧”、“具有操控癖”或“卡住不前进”的标签。但是过于泛化地描述问题通常并不能促进问题解决，例如“患者似乎不愿意参与到治疗中”或“患者期望我完成所有的工作”，这样泛化的描述太过宽泛。而**将行为具体化**，将阻碍治疗进展的行为具体地描述出来，站在解决问题的立场来看问题，会更有助于治疗。治疗师通过询问以下问题可以精确地界定问题：

- ❖ “患者在会谈中及在两次会谈之间究竟说了什么或做了什么（没有说或没有做什么），这是一个问题。”

患者在**会谈中**表现出的典型问题行为，包括以下内容：

- 坚持认为他们不能改变，或者治疗不会对他们有效果。
- 难以设定目标，或制订会谈日程。
- 因为他们的**问题**而抱怨、否定或责备其他人。
- 表现出太多问题，或者从一个危机跳到另一个危机。
- 不愿回答问题，或转移话题。

- 迟到或不来咨询。
- 争夺利益。
- 变得愤怒、急躁、吹毛求疵，或不作回应。
- 不能或不愿改变自己的认知。
- 不能集中精力，或总是打断治疗师的话。
- 撒谎或回避重要的信息。

许多患者会在两次会谈之间的时间出现功能不良的行为，例如：

- 不做家庭作业。
- 不服用需要的药物。
- 物质滥用。
- 在遇到问题时不断地打电话给治疗师。
- 采取自我伤害的行为。
- 伤害其他人。

对于自杀行为需要采取立即的危机干预，并且在急诊室里进行评估（这已超出本书的范围）。

案例

安德里亚，一个有双相障碍、创伤后应激障碍、边缘性人格障碍的病人，最近刚出院，而这次住院源于一次自杀行为。安德里亚刚刚开始接受门诊治疗，她从一开始就不信任她的新治疗师，并且对伤害过度警觉。她很有戒备心，抗拒设定目标，经常说治疗不会对她有帮助。她经常会对治疗师发怒，认为治疗师才是引起她负性动机的原因，是治疗师使她变得痛苦。她拒绝做家庭作业，并且拒绝吃精神科医生给她开的药。

当试着决定如何治疗像安德里亚一样的病人时，我们遇到了一系

列非常棘手的问题，而重要的是，我们需要评估这些问题是否源于多种可能性：

- 病人的病理学诊断。
- 治疗师的错误。
- 治疗中内在的因素（包括关注的水平、治疗的形式、会谈的频率）。
- 治疗中外在的因素（包括躯体疾病、患者所处环境的有害因素，或需要的辅助治疗）。

本书描述的许多问题都与第一种因素相关：病人的病理学诊断。在治疗中表现出棘手问题的患者，通常在与他人的关系中、工作中及管理自己的生活中长期遇到困难。他们通常对自己、他人及整个世界都持有非常负性的观点——这些观点在儿时或者青少年时就已开始发展并得到巩固。当这些信念占据他们的头脑时，病人就会以极其扭曲的方式感知、感觉及行动，这种情况可能在任何时间、任何情境下发生，也包括在治疗会谈中。治疗时，治疗师需要注意识别这些信念是否已被激活，并决定何时及如何调整治疗方案以对这些信念做出回应。患者也可能会由于自身疾病的因素表现出非常棘手的问题，例如自我和谐式的厌食症及受生物学因素影响的双相情感障碍。对这些患者进行特定的治疗也是非常必要的。

然而如果因为治疗时出现失误，治疗师没能合适地实施标准治疗流程，也可能使病人产生其他问题。而有些棘手问题可能同时源于以上两种原因。在假设问题主要源于患者自身的病情或源于治疗师的错误之前，需要先将问题具体化，思考其频率与持续时间，并评估是否有其他因素存在。本章接下来的部分将描述：

- 如何判断问题的程度。
- 如何判断治疗会谈之外的因素。