High-Yield Cognitive-Behavior Therapy for Brief Sessions An Illustrated Guide

高效短程认知行为治疗图解指南

原　著　Jesse H. Wright, M.D., Ph.D.
Donna M. Sudak, M.D.
Douglas Turkington, M.D.
Michael E. Thase, M.D.

主　译　张　宁

网络增值服务
ONLINE SERVICES

人民卫生出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

南京医科大学学术著作出版资助项目

High-Yield
Cognitive-Behavior Therapy for Brief Sessions

An Illustrated Guide

高效短程认知行为治疗图解指南

原著 Jesse H. Wright, M.D., Ph.D.
Donna M. Sudak, M.D.
Douglas Turkington, M.D.
Michael E. Thase, M.D.

主译 张 宁

译者 （以姓氏笔画为序）
史 闻 曲海涛 朱 越 刘 刚 李鸿磊
杨 娟 张文瑄 张秀娟 高 雁 滕昌平

审校 （以姓氏笔画为序）
马 辉 王 纯 乔慧芬 李 飞 杨 倩
张 宁 柳 娜

藏書

人民卫生出版社

First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2004. All rights reserved.
First published in the People's Republic of China by People's Medical Publishing House in simplified character Chinese. People's Medical Publishing House is the exclusive publisher of High-Yield Cognitive-Behavior Therapy for Brief Sessions, First Edition, Copyright ©2010, authored by: Jesse H. Wright, M.D., Ph.D., Donna M. Sudak, M.D., Douglas Turkington, M.D., and Michael E. Thase, M.D. in simplified character Chinese for distribution Worldwide.
Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by People's Medical Publishing House.
The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the simplified character Chinese language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

图书在版编目（CIP）数据

高效短程认知行为治疗：图解指南 /（美）杰西·H·赖特（Jesse H. Wright）著；张宁主译 .—北京：人民卫生出版社，2017
ISBN 978-7-117-24699-6

Ⅰ.①高… Ⅱ.①杰…②张… Ⅲ.①行为治疗 - 图解
Ⅳ.①R749.055-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2017）第 149632 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康，购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有，侵权必究！

图字号：01-2015-1085

高效短程认知行为治疗：图解指南

主　　译：张　宁
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）
地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编：100021
E - mail：pmph @ pmph.com
购书热线：010-59787592　010-59787584　010-65264830
印　　刷：三河市博文印刷有限公司
经　　销：新华书店
开　　本：710 × 1000　1/16　　印张：19
字　　数：330 千字
版　　次：2017 年 8 月第 1 版　2017 年 8 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号：ISBN 978-7-117-24699-6/R · 24700
定　　价：76.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

译　序

虽然医学的各种基本理念均要求我们不能把患者与疾病割裂开来，要整体对待，但实际上在临床实践中医生们还是不自觉地把“疾病”或“障碍”与人分割开来。人们看待精神障碍的态度依然是“生物源性”或者“社会心理源性”的，处理方式也要么是药物，要么是心理干预。

其实，精神医学界也一直在两种对精神障碍的见解之间进行着痛苦的抉择，生物学派与社会心理学派的影响此消彼长。20世纪50年代以前，由于缺乏有效的药物，美国一直是精神分析学派把持着精神疾病的分类体系、疾病概念和描述，以及治疗理念。近几十年来精神医学在诊断和治疗方面取得了长足的发展。自20世纪50年代开始的第二次生物精神医学浪潮，尤其是氯丙嗪、碳酸锂、丙米嗪等代表性药物的应用，极大地提高了药物治疗的疗效，改善了治疗结局。20世纪70年代以后生物学派终于颠覆了精神分析学派的影响，占据了主导地位。1970—1990年以氟西汀、利培酮等为代表的，不良反应大幅降低、方便服用的新型药物的出现，让人们对药物治疗寄予极大的期盼。

同期，英国著名心理学家艾森克1952年发表的《心理治疗的有效性：一个评估》回顾了涉及8053例心理治疗病人的24份研究报告，报告认为：患者在接受精神分析治疗时，治愈或显著改善的只有44%；接受折中主义方法治疗的改善率为64%；仅仅加以妥善看管或一般处理的病人的自愈率为72%；治愈率与心理治疗之间存在负相关，即心理治疗越多，治愈率越低。艾森克据此提出了对心理治疗有效性的质疑，引发了对心理治疗疗效广泛、激烈且意义深远的争议。在有关精神障碍生物学机制研究迅猛发展，以及循证医学概念的提出及发展的情况下，精神分析在美国受到强烈的质疑。源于对精神分析缺乏依据的猛烈批评与抛弃，精神医学界唯恐避之不及，并变成一种“趋势”及“文化”现象。然而，“城门失火，殃及池鱼”，不仅仅是精神分析，其他各种心理治疗在美国精神医学界的作用与地位也随之大幅度下降，心理治疗就像“婴儿随着洗澡水一并被倒掉”了。心理治

疗不再“时尚”，医生们不再重视心理治疗，兼做心理治疗的医生大幅下降。虽然经典的精神科专科医师培训中，心理治疗一直就是重要的内容，但由于药物治疗的“神奇”疗效、心理治疗不受待见，在精神医学体系中心理治疗慢慢地失去了原有的地位。由于不再重视也不再限制其他人员进入，同时由于心理学家和社会工作者的介入，心理治疗似乎变成了“非医学性活动”。

然而，著名的美国有关抑郁症治疗 STAR*D（sequenced treatment alternatives to relieve depression）研究以及欧洲关于精神分裂症的 EUFEST（The European First Episode Schizophrenia Trial）研究等众多研究结果，明确地告诉人们虽然经过多重努力，抑郁症、精神分裂症等精神障碍的近期疗效仅达三分之二有效，远期疗效不尽如人意。此外，虽然有关精神障碍的神经生物学研究依然日新月异，神经影像学、光遗传学等生物学研究进展令人惊叹，但距解释病因及完善治疗尚有待时日。在期盼着通过神经递质学说、神经内分泌学说、基因组学等纯粹生物学手段彻底弄清楚精神障碍病因及治疗方法的愿望未能实现的情况下，有关精神障碍的生物学研究进入了瓶颈期，许多医药企业暂停了新药的研发；众多研究证实即使是经过药物治疗，具有“诊断”价值的症状消失了，但患者仍然无法恢复原有的心理社会功能水平，治疗目标应调整为不仅要达到症状消失，更重要的是应该关注功能恢复。

缘自药物治疗的局限性、对药物治疗结局期盼的落空、重新认识症状与功能的关系、既应把症状当成是疾病的一部分也应把症状当成是新的应激并认为需要加以管理等，精神医学的专业人员开始考虑将心理治疗与药物治疗进行结合的尝试，结果非常令人鼓舞。大量的研究及系统综述证实心理治疗与药物治疗联合的疗效远大于单独药物治疗的效果，联合心理治疗的预后好于单独的药物治疗，联合心理治疗后依从性更好、起效更快、疗效更佳，心理治疗再次回到了人们的视线里。

由于发现药物并不能如愿解决所有问题，尤其是功能康复等，以及意识到对心理治疗的做法有点矫枉过正，美国精神医学界自 2000 年以后重新开始重视心理治疗的培训，并要求将心理治疗重新列为专科医生培训的基本内容，鼓励心理治疗与药物治疗联合。但心理治疗的流派和疗程却时过境迁，发生了很大的变化。在面对心理治疗的疗效缺乏证据的冲击，以及受到循证医学理念的影响下，心理治疗界也相应地开展了一场循证心理治疗运动，以认知行为治疗（CBT，cognitive-behavior therapy）为代表的具有循证证据的心理治疗逐渐被精神医学主流认可并接纳，被纳入了绝大多数精神障碍的治疗指南。此外，由于生活节奏加快，心理治疗的平民化，尤其

需要全本请访问 www.ertongbook.com

是保险支付的介入，有关心理治疗的疗程也在发生着巨大变化，心理治疗的疗程不再是动辄几百小时的精神分析了，而是倾向于短程化。这也是为什么在本书一开始的前言中作者就提到：人们会问“为什么开处方药的精神科医师和其他科临床医师需要考虑在短程治疗中应用认知行为疗法？”答案不言而喻，CBT 可以产生更好的结局，提高依从性，帮助控制主要疾病的共病或伴随症状，预防复发，并在短期内可以达成这些目标。

由于历史的原因，国内绝大多数精神科医生没有接受过心理治疗的充分训练，所以，真正理解、掌握并可以熟练应用心理治疗的人很少。国内精神医学界对心理治疗的态度一直较为复杂，没有人坚决否认，但好像也没有多少人充分肯定心理治疗的作用。如果谈及焦虑、恐惧等焦虑性障碍，大家对心理治疗的作用多数可能持肯定意见，但是，如果谈及抑郁症，尤其是精神分裂症，大多数人可能就会持否定意见了。

心理治疗在中国的起步与发展不同于欧美国家，缺少一个自然成长壮大的过程。按照钱铭怡教授的划分，中国的心理治疗真正的发展差不多是从 1980 年代中期开始，而且是“空降”的。由于众所周知的原因，当时及后来相当长的时间段，心理治疗被当成一种个体和群体自我探索的手段和过程，未能充分体现出“干预性”特征；加上中国的医学教育体系生物学导向明显，精神医学体系中心理治疗的接受度依然存在相当多的问题。精神科医生本该是疾病或障碍治疗的领导者，统筹协调药物治疗、心理治疗以及社会康复，但由于重视不够、缺乏训练，不足以担当这样的角色。

本书的 4 位作者都是精神医学领域的顶级专家、精神科医生，同时也是倡导认知行为治疗与药物联合治疗的先行者。正如他们所说，现在是转化与个体化医学的时代，就是要把最有证据、最好的治疗方案提供给患者；就是要针对独特的障碍、独特的个体运用最适合的方案；就是要把效果最好的治疗手段整合起来；就是要更快地应用已有的知识。本书颠覆了传统的 50 分钟疗程，详细阐述了如何在 15~30 分钟的短程治疗中，将高效的 CBT 方法与药物治疗紧密联系，以及如何实践 CBT 干预以减轻症状和促进健康。

本书除了介绍短程认知行为治疗的基本情况外，用大部分的篇幅介绍了如何在药物治疗的同时增强短程治疗的影响、案例解析和治疗计划、提高依从性、抑郁的行为疗法、聚焦适应不良思维、治疗无助感和自杀观念、焦虑的行为疗法、失眠的 CBT 疗法、矫正妄想、应对幻觉、物质误用和滥用的 CBT、建立健康习惯、躯体疾病患者的 CBT 应用、预防复发等。本书另外一个特征就是提供了大量的图表、工作清单和练习，并附有实际操作的视频录像生动展示了如何运用 CBT 短期治疗，有效地治疗临床实践中的常见

问题，如抑郁、焦虑、精神病性症状、自杀、睡眠障碍、物质滥用以及应对身体健康问题等。

在中国精神医学迎来大发展和治疗方式转型的机遇期，我和我的学生们将这本具有极高价值的书翻译出来呈现给大家，希望藉此为中国精神医学及认知行为治疗的发展贡献一点力量。参与翻译和校对的有：前言、序言张文瑄译，柳娜校；第一章张文瑄译，柳娜校；第二章张文瑄译，柳娜校；第三章高帅译，柳娜校；第四章高帅译，柳娜校；第五章杨娟译，杨华校；第六章杨娟译，李飞校；第七章曲海涛译，王纯校；第八章曲海涛译，李飞校；第九章张秀娟译，乔慧芬校；第十章张秀娟译，乔慧芬校；第十一章滕昌军译，马辉校；第十二章滕昌军译，马辉校；第十三章李鸿磊译，马辉校；第十四章李鸿磊译，马辉校；第十五章刘刚译，杨华校；第十六章刘刚译，柳娜校；附录、封底张文瑄译，张宁校；视频史闻、朱越译，最后由成颢、张宁统校和统稿。限于能力和水平有限，缺点和错误在所难免，敬请专家和读者批评指正。

借此表达对原书作者崇高的敬意，也要感谢所有为 CBT 在中国发展做出努力和贡献的人。让我们继续携手，共创未来。

张 宁

2017 年 3 月于南京

前　言

作者们动笔写作此书时，也许会受到以下的重要质疑，那就是“为什么开处方药的精神科医师和其他科的临床医师需要考虑在短程治疗中使用认知行为疗法（CBT，cognitive-behavior therapy）?”他们会长篇大论地给出肯定的回答，会说 CBT 预后更佳，可以提高患者的依从性，帮助患者控制其主要疾病的共病或其伴随症状，预防复发，并可以在短期内即达成这些目标。这样的叙述可能已经足够回答上述质疑了。但为了鼓励读者进一步学习更多的知识，我会从另一个角度来证实使用短程认知行为疗法的合理性。为求简洁，我将聚焦于抑郁症和双相情感障碍，但值得注意的是，我所描述的短程 CBT 同样适用于其他的诊断。

我们正处于转化与个体化医疗这个令人兴奋的时代。这个时代的目标之一便是产生与重要的临床问题相关的、可靠的新知识，比如最快、最好地治疗临床抑郁症，并预防复发。第二个目标就是发展个体化的治疗方案，即最适合“我”的治疗——针对独特的障碍类型，识别基因和应对机制，以及个体面临的、有别于他人的压力。第三个目标就是整合来自不同领域的基础研究进展以及临床知识经验。这个目标非常有趣，它迫使我们把效果最好的治疗手段整合在一起，而不是不断争论“孰优孰劣”，诸如药物治疗和心理治疗到底哪个更好之类的问题。最后的一个目标就是要更快地运用我们正在积累的知识：只有当其转化时，知识才会具有治疗作用。本书向大家提供了短程 CBT 的一个发展蓝图。它为读者提供了目前我们所熟知的最好方法，让临床医师得以采用个体化的、整合的一线治疗方案，高效地帮助患者达到他们渴望的结果。就这一点而言，它是我们治疗蓝图的重要组成部分。

为什么选择在这个时候写作这本书呢？先让我们来看一组观察结果：在有文献支持的治疗方法之中，药物疗法和 CBT 是治疗抑郁障碍及其相关病症以及其他大部分精神障碍的最佳途径。这两种治疗方式组合起来就好比是心境障碍治疗循证工具的“父母”。其次，精神病学家、心理学家、精神病学的社会工作者以及各个学科的精神卫生工作者在这样一个讲求循

证的时代有时候甚至是为了获得政府和保险公司的补贴才能完成他们的工作。最后一点，临床医师在时间方面的压力依然持续未减，虽然我们并不乐意承认这一点。这些观察结果如果得以整合，我们就可以解释为什么几乎所有的精神卫生专业人员都只能选择学习 CBT 并将其整合到他们的“治疗装备”之中了。

我们以抑郁症和双相情感障碍为例来进一步回答“为什么选择这个时候”。比如，有关抑郁症和双相情感障碍的数据显示：在美国，21% 的患者使用药物和 CBT 的联合治疗效果更佳。这就好比两种“药丸”的有机结合。本书的目的就是要通过图解案例的方式来指导临床医师实现两者的联合。作者在书中还会提到一个经常被忽视但却很重要的临床挑战：患者的症状改善之后，我们该如何维持，使这种状态得以稳定呢？ 大部分研究显示，维持药物治疗可以达到这个目标。症状改善之后维持 CBT 的效果研究相对少见，所以我们仍需在这一方面进行更多的研究。但是，与新兴趋势始终一致的是：早期证据显示，药物治疗和 CBT 可能是维持健康的最佳途径。

Wright 医师、Sudak 医师、Turkington 医师以及 Thase 医师就是研究以下领域的代表：发展、完善、检验、教学以及整合药物和 CBT 治疗的最佳方案。他们研究实践过程并学以致用，持续挑战自己的假设是否正确，跟踪新进展并整合到治疗中。这种迭代连续的研究模型也促使研究得以不断进步。

最好的时代尚未真正到来。如果精神病学家和其他精神卫生专业人员想要获得比本文所描述的收益更为巨大的突破，我们必须在极大的样本量中评估治疗策略，同时还要评估标准生物指标（比如基因 / 染色体、压力测试、神经影像学、睡眠和免疫反应等）。从研究癌症、心脑血管疾病、糖尿病及其他疾病的同事那里，我们学到：只有发展大型的、整合的、标准化的、可持续发展的、卓越的多中心工作网络才能取得重大的突破。令人感到高兴的是，一个针对抑郁症、双相情感障碍及其相关病症的网络已经建立：国家抑郁症中心网络（NNDC，National Network of Depression Centers）（http://nndc.org）。Wright 医师和 Thase 医师也是网络成员，他们与 NNDC 的其他同事正开展着密切的合作。我们对本书的未来版本有着乐观的预期，它将会着重描述基于上万患者的研究，而不是像现在一样，仅限于我们个人的几十个患者得出来的结果。最好的时代尚未到来，而本书将会助我们一臂之力。

John F. Greden，医学博士
Rachel Upjohn 精神病学与临床神经科学教授
密歇根大学综合抑郁症中心创始人及执行理事
国家抑郁症中心网络创办主席
密歇根大学分子和行为神经科学研究所教授，安阿伯市，密歇根州

序　言

我们会以课程和工作坊的形式教授认知行为疗法(CBT),在这个过程中,我们听到这样一种呼声越来越高:要求我们帮助医师学会在短程治疗中将 CBT 的关键技术与药物治疗有效地结合起来。这些要求是切乎实际的,因为:①在精神障碍治疗中,使用药物治疗的精神科医师与其他科医师的大部分会谈时长比传统时长(50 分钟)更短。②因为药物治疗不但花费较高,往往还不能完全缓解精神障碍的症状。除去症状评估和药物管理等方面的相关内容之外,如果医师还想在会谈中提供更多的信息,他们应当如何有效地应用 CBT 来增强治疗的过程呢?

作为接受过药物疗法和 CBT 训练的精神科医师,我们联合使用这两种方法已经有很多年了,而且已经找到了将 CBT 这一协同验证的形式融合到会谈之中的方式。针对特定的症状或问题,我们也一直致力于有效地利用"高收益"技术,并将这些治疗经验写进了联合药物和 CBT 的短程治疗指南之中。这里介绍的是治疗建议或临床技巧,而不是经过科学实证的治疗方法。CBT 的随机对照试验主要侧重于 45~60 分钟的会谈。研究短程 CBT 治疗显然是必要的,但我们认为,联合药物的短程 CBT 其临床经验已经足以构成这一指南了,现在,我们要将这种方法提供给想要使用它们的实践者。

本书以这样的章节开头:①描述在短期疗程中联合药物疗法和 CBT 的基本原则;②解释针对治疗的认知—行为—生物—社会文化这个综合模型;③描述短程治疗的适应证及应用。由于 CBT 是以案例解析为基础的,即便是在短程治疗也是如此。因此,我们用了一个章节来介绍如何进行简明的案例概念化,构建"微型的解析"并设计治疗干预计划。此外,前几个章节还会讨论如何在短程治疗中有效地改善治疗关系。前四章涵盖了联合 CBT 和药物治疗的核心方法,为后续章节的具体应用提供了坚实的基础。

本书的部分内容将重点讲述焦虑、抑郁障碍、精神病性障碍等一系列

临床问题的治疗中 CBT 的应用问题。其中最重要的章节之一是药物治疗的依从性。在这种情况下，短程 CBT 的应用合情合理，因为精神科药物治疗依从性不高的比例较高，而我们有强有力的证据可以证实 CBT 能提高治疗的依从性。我们认为 CBT 为药物管理提供了非常实用且简单可行的方法。

还有一些章节聚焦于 CBT 的某些关键因素，我们发现这些因素在短期疗程中极有益处。其中包括针对抑郁和焦虑的行为疗法、认知重建技术以及减少绝望和自杀行为的干预措施。诸如安排活动、布置逐级任务、暴露和反应阻止以及呼吸再训练等行为疗法都会在短程治疗、布置家庭作业及随访环节中加以介绍。简而言之，有针对性的认知重建可以纠正心境障碍患者适应不良的思维模式，或者协助其他治疗任务（比如提高依从性）的完成。CBT 的方法对那些绝望而且有自杀想法的患者也非常有帮助。虽然患者在自杀风险很高的时候可能需要长程治疗和住院治疗，但我们仍将向大家阐述如何让 CBT 在无望和绝望患者的短程治疗中占据一席之地。

短程 CBT 可以有效地应用于失眠的治疗。失眠的 CBT 与安眠药一样有效，而且没有副作用、药物耐受或失眠反弹等难题的困扰。我们在第 10 章（“失眠的 CBT 方法”）中列出了失眠的 CBT 疗法，其中包括睡眠卫生教育、睡眠的认知重建、使用放松和意象策略、睡眠日志以及其他一些很有价值的技术。

第 11 章（“修正妄想”）和第 12 章（“应对幻觉”）专门介绍针对妄想或幻觉症状的 CBT 干预。通常而言，短程治疗更适合精神障碍患者，因为这类患者身上注意分散、专注或激越等引起的问题可能会降低长程干预的作用。建立协作治疗关系之后，临床医师可以帮助患者消除症状，进行有效的心理教育，修正妄想，并向患者教授应对幻觉的方法。如前所述，提高依从性的 CBT 疗法尤其适合精神病性的患者。

在物质滥用的治疗中，CBT 逐渐获得了认可。在某些情况下，短程治疗可与其他方法联合实施，如药物治疗和 12 步法。例如，笔者对酒精成瘾患者的治疗取得了积极的成果，这些患者每周都会参加以 CBT 为导向的短程治疗，参加戒酒协会会谈并服用纳曲酮。在第 13 章（“针对药物误用和滥用的 CBT”），我们会详细介绍针对药物滥用的多种 CBT 技术的高效应用。

人们常常会因为习惯或生活方式引起各式各样的问题。在第 14 章中，我们就如何解决这些问题展开了讨论，即“生活方式的改变：建立健康习惯”。这些技术包括帮助患者坚持运动，遵守节食方案，或者打破拖延的模式等。在第 15 章（“躯体疾病患者的 CBT”）中，我们将阐述如何将 CBT 的

需要全本请访问 www.ertongbook.com

方法整合到长期的用药管理之中，以及如何使用 CBT 来构建患者的优势资源以防止症状反复。

最后一章介绍了短程 CBT 治疗最有价值的应用之一——预防复发。我们在临床实践中看到许多患者都面临这样一个困境：需要无限期的维持药物治疗，如碳酸锂、非典型抗精神病药物、抗惊厥药和抗抑郁药等。如果这些患者能够学会压力管理和早期识别复发征兆的 CBT 技能，这对治疗方案来说将会是一个非常有益的补充。

与之前出版的两本书一样，我们在本书里也采用了视频例证的方式来讲授关键概念和方法。之前书籍的读者告诉我们，视频例证生动地呈现了 CBT，并且对治疗师实施治疗提供了实用的示范。视频例证与书中的具体内容是相一致的，因此，当你按照书中推荐的次序进行观看的话，你会发现它们对于理解 CBT 来说是最有效的方式。这些视频是在我们同事的倾力协助之下完成的，视频中被各种各样的精神疾病所困扰的病人们全部都是由他们扮演的。我们采用自然式的拍摄方式，试图尽可能地展示出实际临床实践中的干预状态。这些视频是在肯塔基州的路易斯维尔大学和英国的纽卡斯尔大学的临床办公室摄制的，这两个机构的视频制作部门给予了我们极大的帮助。

视频中的例证或本书其他地方出现的案例有些是完全虚构的，有一些则是我们治疗过的案例进行混合之后的结果，为了保护隐私，与患者身份有关的信息内容已经进行了修改或者删除。为了提高文章的流畅性和可读性，我们以对话的形式进行描述，这样，这些患者看起来就像是真的在接受我们的治疗一般了。在非特定的案例中，我们会交替使用人称代词，而不会只使用代词他或她。

在 CBT 中，很多工具都对患者和临床医师极有益处，如工作清单、表格和资源等，我们对这些工具的讨论贯穿了全文。这些材料被我们收集在附录 1（“工作表格和清单”）和附录 2（“患者和家属的 CBT 资源”）中以飨读者。我们已把这些附录上传至网络，提供免费下载而且支持多种格式，详见美国精神病学出版社的网站：www.appi.org/pdf/62362。我们准许读者在临床实践中使用这些工作表、讲义以及各种清单。不过，当诸位想要用作任何其他用途时，请先获得版权持有人的许可。

为了帮助您使用本书和学习 CBT 方法，本书还提供了另外两个附录。其中附录 3（“临床医师的 CBT 教育资源”）列出了课程和工作坊、认证、奖学金机会以及计算机辅助的 CBT 培训资源等，便于为诸位读者提供参考。

本书为大家介绍了 CBT 和药物治疗的短程疗法，但我们并不推荐或倡导大家用这一 CBT 治疗模式代替更为传统的方法。事实上，我们也会对部

分患者采用50分钟的会谈治疗，并且经常安排其他治疗师为患者提供这种形式的治疗。本书旨在帮助使用药物治疗的精神科与其他科的医师将CBT融入到短程治疗之中，在他们常规的临床管理当中增加CBT的内容。我们在第2章（“短程CBT的适应证和模式”）中解释了下面这个问题：在哪些临床情况下，短期疗程可能会被指定为主要的治疗手段，而在哪些情况下，它可以只作为长程治疗的一种辅助手段。

我们的临床实践会凭借CBT的实用性及其引人注目的方法而变得游刃有余，我们希望您也会发现，CBT可以帮助您的患者在有限的会谈中受益良多。

致　谢

本书能够得以出版在很大程度上依赖于视频演示中扮演患者的志愿者们所做出的技巧性工作。我们非常感谢这些医师，他们让精神科的常见情况得以生动而真实地再现。Leigh Ann Doerr 是一位精神科护士，她会给住院的患者们提供认知行为疗法（CBT），她扮演的是 Barbara，这个角色表现了一名刚刚出院的双相情感障碍患者。Virginia Evans 是一位通过认证的认知治疗师，同时也是路易斯维尔大学抑郁症中心临床队伍中非常重要的一个成员，她扮演的患者名叫 Grace，这是一名因为丈夫去世而患上抑郁症的女性，她现在正面临刚刚换了一个新工作的压力。Sara Tai 是一名临床心理学家，也是曼切斯特大学的心理学家，同时她也是为 CBT 的理论和实践发展作出贡献的专家，她扮演了 Helen，这是一名存在幻想和妄想症状的女性。Alphonso Nichols 是一名来自肯塔基州的医学博士，也是路易斯维尔的儿童精神科医师，他扮演了 Darrell，这是一名患有抑郁症并且存在酒精滥用问题的青年男性。Christopher Stewart 是一名医学博士，同时也是一名认知行为治疗师和精神病学专家，他扮演了一位名叫 Rick 的男性，他患有社交恐惧症。David Casey 也是医学博士，他是一名老年精神病学家，同时也是路易斯维尔大学精神和行为科学系的资深副主任，他会在治疗方案中应用短程 CBT，在视频中他扮演了 Allan，这是一个经历心脏病发作后患上抑郁症的男人。

解说部分大多都是由 Randy Cissell 和 Ron Harrison 在路易斯维尔大学协助完成的。新增的那一部分是由 Stephen Bradwel、Urwin Wood 和 Kevin Dick 在英国的纽卡斯尔大学拍摄完成的。Ann Schaap、Leslie Pancratz 和 Deborah Dobiecz 是路易斯维尔诺顿健康护理机构的图书管理员，他们在文献检索方面给了我们很多帮助。认证认知行为治疗师 Mary Hosey 和医学博士 Christopher Stewart 在本书的许多章节中都提供了很有价值的反馈意见。Carol Wahl 和 Christine Castle 协助我们完成了本书手稿的准备工作，我们也要向他们的杰出贡献致以特别的谢意。

当我们在书中提出在短程治疗中使用 CBT 这个概念时，我们很好奇其他的医师们会如何反应。我们的观点是这样的：精神科医师和其他开具处方的医师能够使用 CBT 使得治疗工作更有价值，而所消耗的时间却比传统的 50 分钟疗程更短。他们会批判这个观点吗？也许情况恰恰相反，他们会不会很欢迎这样一本书能够给那些希望将药物治疗和 CBT 整合起来的精神科医师以具有现实指导意义的临床实践呢？最终结果证明，我们收到了很多医师的鼓励，他们来自各个专业领域，其中包括生物精神病学家、心理动力学治疗师等，当然，他们都会把 CBT 作为关键的治疗途径。当我们准备出版此书时，同行们的支持和鼓励对我们来说意义非常重大。

最后，我们要向美国精神病学出版有限公司这些顶尖的编辑人员致以谢意。在我们完成这本实用 CBT 书籍的过程中，医学博士 Robert Hales、John McDuffie 和 Ann Eng 给了我们极大的鼓舞，并在编辑工作方面给予了我们细致的指导。

目　录

第 1 章　概述…… 1
第 2 章　短程 CBT 治疗的适应证和模式 …… 14
第 3 章　增强短程治疗的影响…… 29
第 4 章　案例解析和治疗计划…… 53
第 5 章　提高依从性…… 67
第 6 章　抑郁症的行为疗法…… 82
第 7 章　聚焦适应不良思维…… 95
第 8 章　治疗无望感和自杀观念…… 120
第 9 章　焦虑的行为疗法…… 141
第 10 章　失眠的 CBT 疗法 …… 164
第 11 章　矫正妄想 …… 177
第 12 章　应对幻觉 …… 194
第 13 章　物质误用和滥用的 CBT …… 205
第 14 章　改变生活方式:建立健康习惯…… 218
第 15 章　躯体疾病患者的 CBT …… 235
第 16 章　预防复发 …… 249
附录 1　工作表格和清单 …… 264
附录 2　患者和家属的 CBT 资源 …… 275
附录 3　临床医生的 CBT 教育资源 …… 279
索引…… 281

学习练习目录

学习练习 2-1　选择 CBT 合并药物治疗的短程会谈…… 17
学习练习 2-2　选择 CBT 合并药物治疗的模式…… 27
学习练习 3-1　日程设置 …… 36
学习练习 3-2　建立教育手册库 …… 41
学习练习 3-3　应用精神药物治疗增强 CBT 的疗效…… 48
学习练习 4-1　建立综合案例解析 …… 57
学习练习 4-2　发展微型解析 …… 63
学习练习 5-1　应用 CBT 提高依从性…… 78
学习练习 6-1　规划抑郁的行为干预 …… 91
学习练习 7-1　在短程治疗中识别自动思维 …… 102
学习练习 7-2　回应识别自动思维过程中的挑战 …… 104
学习练习 7-3　在短程治疗中矫正自动思维 …… 109
学习练习 7-4　制作应对卡片 …… 110
学习练习 7-5　建立材料手册库 …… 117
学习练习 8-1　建构希望 …… 125
学习练习 8-2　制订防范自杀计划 …… 138
学习练习 9-1　在短程治疗中练习渐进式放松 …… 145
学习练习 9-2　使用积极意象 …… 148
学习练习 9-3　使用逐级暴露疗法 …… 160
学习练习 10-1　使用睡眠日记 …… 168
学习练习 11-1　制订一个干预妄想的 CBT 计划 …… 190
学习练习 12-1　制订一个应对幻觉的 CBT 干预计划 …… 202
学习练习 13-1　物质滥用或误用的 CBT 疗法 …… 215
学习练习 14-1　把自我监测作为行为改变的工具来使用 …… 225
学习练习 14-2　使用 CBT 战胜拖延 …… 232
学习练习 15-1　了解患者对躯体疾病的想法 …… 239
学习练习 15-2　找寻关于躯体疾病的学习资源 …… 240
学习练习 16-1　找出复发的诱因和早期症状 …… 252
学习练习 16-2　发展应对策略以防症状升级 …… 256
学习练习 16-3　发展预防复发方案 …… 260

需要全本请访问 www.ertongbook.com