



33974546

WILEY

An Introduction to Modern CBT

Psychological Solutions to Mental Health Problems

[美] 斯蒂芬·G·霍夫曼 (Stefan G. Hofmann) 著

王觅 余苗 赵晴雪 译 李松蔚 审校

# 认知行为治疗

应对之道  
心理健康的

认知治疗之父亚伦·贝克

北京大学钱铭怡教授

作序推荐



电子工业出版社  
PUBLISHING HOUSE OF ELECTRONICS INDUSTRY  
<http://www.phei.com.cn>

作者简洁明了地向学生和专业人士介绍了一个模型，以及如何将其应用于一系列常见的行为和精神障碍。书中对每种障碍的解释都符合以下这个过程：不适应性的图式及注意力集中在诱发事件上可产生不良的认知评价，从而导致问题情绪和行为的产生，对这些精神障碍的治疗就是在这个模型上，就其中一些特定环节进行工作。全书语言清晰、简明，内容循序渐进，如果你想了解心理病理学以及治疗的认知模型，那么世上再也没有比这更好的书了。

——雷纳·霍夫曼 (René A. Hofmann) | 美国麦吉尔大学心理学教授  
《走出大脑过生活》(Get Out of Your Mind and Into Your Life) 的作者

如果在不同的精神障碍背后存在着某种原理，那么临床工作者就必须理解每种障碍背后的特定认知模型，如此才能针对患者进行有效的干预。霍夫曼教授这本出色的书为大家提供了极好的指引。

——朱迪·罗宾 (Judi S. Robin) | 美国贝勒医疗中心心理治疗师

本书摈弃了详细的治疗指南或冗长的教科书章节式写法，文辞优美流畅、紧贴时代、科学性强，而且结合了案例研究。临床工作者在接诊个案时需要的所有知识都可以在这本书中找到。本书对于培训治疗师极具价值，也值得每位治疗师拥有。

——戴维·胡因斯·布伦特 (David H. Hunsley) | 心理学和精神病学教授  
麦吉尔大学焦虑及情绪障碍研究中心创始人

据调查，认知行为治疗是我国专业人员应用最多的心灵治疗方法。但因培训的缺乏，许多专业人员虽然会使用一些认知行为的治疗技术，却不知如何对来访者的问题或障碍进行概念化的工作。本书恰恰可在此方面提供参考的模板，帮助专业人员厘清不同障碍、问题的形成机制，更提供了进一步干预的策略。

——钱铭怡 | 北京大学心理学系教授  
中国心理学会常务理事 世界心理治疗学会副主席

近几十年来，心理咨询与治疗的发展方向之一，就是针对不同的问题或障碍发展制订心理干预方案，以提高干预的成效。本书介绍了常见的十种心理问题或障碍的认知行为疗法，这些方案的疗效已获得实证研究的支持。作者结合案例，提供了这些问题或障碍的认知行为干预概览，科学而又浅显地介绍了每个问题或障碍的干预技术和原理，并且展示了干预的要点。此书是心理咨询与治疗实践中值得参考的宝贵资料。

——刘兴华 | 擅长：督教授，首都师范大学教育学院应用心理研究所副所长  
中国心理学会临床与咨询心理学专业委员会委员

WILEY



策划编辑：李欣  
责任编辑：刘声峰  
封面设计：刘艳南

交流请登录新浪微博@影响力读者俱乐部



上架建议：◎ 心理咨询与治疗

ISBN 978-7-121-21366-3



9 787121 213663 >

定价：38.00元

3974546  
WILEY

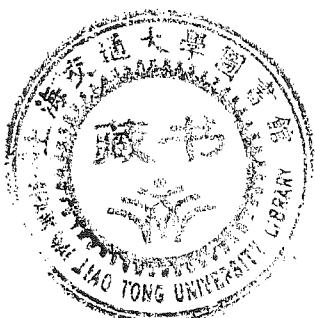
R74P.05/A2P

An Introduction to Modern CBT  
Psychological Solutions to Mental Health Problems

[美] 斯蒂芬·G.霍夫曼 (Stefan G. Hofmann) 著  
王觅 余苗 赵晴雪 译 李松蔚 审校

认 知 行 为 治 疗

心 理 健 康 问 题 的  
应 对 之 道



电子工业出版社  
Publishing House of Electronics Industry  
北京·BEIJING

An Introduction to Modern CBT: Psychological Solutions to Mental Health Problems,

ISBN: 978-0-470-97176-5, Stefan G. Hofmann

This edition first published 2012

©2012 Stefan G. Hofmann

All rights reserved. This translation published under license.

Authorized translation from the English language edition published by John Wiley & Sons, Ltd.

Copies of this book sold without a Wiley sticker on the cover are unauthorized and illegal

本书简体中文字版专有翻译出版权由 John Wiley & Sons, Ltd. 授予电子工业出版社。未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

版权贸易合同登记号 图字：01-2012-4713

#### 图书在版编目（CIP）数据

认知行为治疗：心理健康问题的应对之道 / （美）霍夫曼（Hofmann,S.G.）著；王觅，余苗，赵晴雪译。—北京：电子工业出版社，2014.1

书名原文：An introduction to modern CBT:psychological solutions to mental health problems

ISBN 978-7-121-21366-3

I. ①认… II. ①霍… ②王… ③余… ④赵… III.①精神障碍—精神疗法

IV. ①R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2013）第 207461 号

策划编辑：李 欣

责任编辑：刘声峰 文字编辑：李 欣 特约编辑：韩 敬

印 刷：三河市鑫金马印装有限公司

装 订：三河市鑫金马印装有限公司

出版发行：电子工业出版社

北京市海淀区万寿路 173 信箱 邮编 100036

开 本：720×1000 1/16 印张：12.5 字数：200 千字

印 次：2014 年 1 月第 1 次印刷

定 价：38.00 元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：(010) 88254888。

质量投诉请发邮件至 [zlts@phei.com.cn](mailto:zlts@phei.com.cn)，盗版侵权举报请发邮件至 [dbqq@phei.com.cn](mailto:dbqq@phei.com.cn)。

服务热线：(010) 88258888。

谨以此书献给亚伦·贝克 (Aaron T. Beck)，他的开创性工作永远地改变了心理治疗领域。他从事临床治疗工作，帮助无数人克服心理障碍；他提出的新治疗理论，激励了一代又一代临床心理学家和科研工作者。



## 本书荐辞

国际知名研究者和临床心理学家斯蒂芬·G·霍夫曼（Stefan G. Hofmann）所著的《认知行为治疗》非常适合忙碌的临床心理医生，用于了解CBT的最新研究进展与临床实践的关系，以及与需要帮助的病人之间的关系。这本书内容清晰严谨，语言简明生动，对那些对寻证实践方法应用感兴趣的研究生和想要了解CBT最新治疗方法的有经验的临床医生来说，都是非常有价值的。

——罗伯特·莱希（Robert L. Leahy），美国认知治疗研究协会会长

作为治疗社交恐惧的世界顶级专家，斯蒂芬·G·霍夫曼（Stefan G. Hofmann）为21世纪的认知行为治疗写了一本完美的引论。这本书内容清晰，简明易懂，对于那些想要了解针对常见心理障碍的最新寻证实践干预策略的学生和经验丰富的治疗师来说是无价之宝。

——理查德·麦克纳利（Richard J. McNally），哈佛大学心理学系教授，  
《心理疾病是什么》（What is Mental Illness）一书的作者



## 作者简介

斯蒂芬·G. 霍夫曼（Stefan G. Hofmann），博士，美国波士顿大学心理学系教授，主持波士顿大学心理治疗与情绪研究实验室。他的研究主要聚焦于治疗引起改变的发生机制，他还把神经科学的研究成果应用于临床实践、情绪调节策略、心理治疗的文化表达等，主要研究领域是认知行为治疗和焦虑障碍。他的研究得到了美国国家心理健康研究院、美国国家精神分裂症和抑郁症联合研究中心、药物公司和其他私人机构的支持。他发表过 200 多篇学术论文，撰写了 9 本科学书籍。他曾担任认知和行为治疗杂志的主编，现任咨询与临床心理学杂志副主编，认知治疗学会董事会成员，DSM-V 开发顾问。他还是一位认知行为流派的心理治疗师。详细信息请登录 <http://www.bostonanxiety.org/>。



## 推荐序一

认知治疗是一个不断发展的领域。在经历了最初暴风雨般的青春期之后，现在进入了成熟阶段。尽管药物治疗被证明是有效的，但它也有不可避免的局限性，显然，永远都不可能有一种“神奇的药丸”能够治疗所有的精神疾病。因此，一个越来越明显的趋势是，许多精神疾病都需要心理干预手段才能得到更有效的治疗。

近年来，研究者们提出许多针对具体精神障碍的认知治疗方案。这些治疗方案针对不同的问题，包括疼痛、睡眠障碍、性功能障碍、抑郁、焦虑和物质使用等。尽管这些认知治疗方案都关注不同的具体症状，但是，它们有一个共同特征，即都是基于相同的理论框架。认知治疗的基本方法几乎适用于所有精神障碍，这些基本方法可以分为三部分：第一，能够引发非适应性信念并导致自动的、非适应性思维的外部刺激；第二，对这些信念和思维的注意聚焦；第三，非适应性的控制机制。例如，一个人有疼痛障碍，外部刺激可能是心悸的感觉，他认为，身体症状可能是有害的、不能控制的。为了控制这些感觉，他可能会采取回避行为，这就是一种非适应性的控制机制，可能会使问题恶化。这样做很可能导致的结果就是，这个人被迫关注他所恐惧的症状，于是采取更多的回避行为，而这又会进一步导致问题的持续。

从这三个方面对精神问题进行概念化，临床心理学家们发展了很多心理治疗方法。例如，治疗师可以发现并评估病人的非适应性信念，针对非适应性控制机制工作，或者要病人转移注意力，如鼓励病人将注意力转向非威胁性刺激。

## 认知行为治疗：心理健康问题的应对之道

这本书将认知治疗的基本原则运用于许多心理障碍的治疗。尽管针对某一问题和某一病人的具体治疗方法是特定的，但是所有这些方法都基于相同的基本治疗模型。我相信这本书会是有价值的治疗师培训教材，也会是临床心理学家便利的参考书。

亚伦·贝克（Aaron T. Beck）博士

精神病学教授

宾夕法尼亚大学精神病学系

## 推荐序二

冥冥之中，我们的实验室好像与本书及其作者有着某种缘分。

一年多以前，我的博士生，也是本书的译者之一王觅拿着这本书的英文原著找我，说是美国出版社向中国的出版社推荐此书，出版社负责此书的编辑李欣是北大中文系的毕业生，认为北大师生的翻译能保证质量，因此辗转通过认识的人找到我的学生，希望我能够牵头翻译此书。我当时手头有多件事情在忙，没有答应此事。王觅看了此书，感觉很好，所以最终在我并不知情的情况下，和我的另外两个硕士研究生余苗、赵晴雪一起完成了本书的翻译。

翻译完成之后，王觅找我写序，我先是推辞，之后又同意了。其原因是，我看了一下书里的主要章节，发现写得很好；因其写得简单明了，深入浅出，我就注意了一下作者，发现他是美国波士顿大学的教授，而我的另一位博士生林沐雨恰恰此时正由北京大学的一个项目支持在波士顿大学做交流学生，我就写邮件询问林沐雨是否认识这位写书的教授。旋即收到林沐雨的回复，她感叹“世界真小”，原来这位斯蒂芬·G. 霍夫曼（Stefan G. Hofmann）教授正是她在波士顿大学的导师！此前林沐雨一定是和我提到过这位教授的，但我没有记住他的名字，兜兜转转，却以这种方式与其书结缘，虽未谋面，却知其人，也许这就是人们常说的缘分？

因此，我觉得应该为本书写这个序，而且建议告知出版社编辑，也找霍夫曼教授为本书的中文版写一个序，出版社编辑很乐意，霍夫曼教授也已欣然接受邀请。

霍夫曼教授在本书前言中论及，从研究开发而言，对于焦虑障碍，与药物治疗相比，认知行为治疗（CBT）疗效更长久，更便宜，副作用更少，却一直

## 认知行为治疗：心理健康问题的应对之道

无法成为治疗精神障碍的首选方法之一。在美国，由心理学家所开发的认知行为治疗方法也常常无法获得研究经费的支持以进行疗效的检验，这与药物公司的利润和利益有关。而对于来访者而言，选择药物治疗，使疾病的假设从个人的行为及非适应性思维转变为大脑中某些生化物质的失衡，也使来访者无需为自己的思维和行为负责，这也是来访者更愿意付费服药的原因。霍夫曼教授的这些话，虽然寥寥数语，却鞭辟入里。这些内容一下子就打动了我，因为这正是我们现在在中国也同样面临的境遇。

认知行为治疗是当今世界上心理治疗的主流学派之一，认知治疗的创始人亚伦·贝克（Aaron T. Beck）指出，认知治疗是一个不断发展的领域。在经历了最初暴风雨般的青春期之后，认知治疗现在进入了成熟阶段。他认为：认知治疗的基本方法几乎适用于所有精神障碍，这些基本方法可以分为三部分：第一，能够引发非适应性信念并导致自动的、非适应性思维的外部刺激；第二，对这些信念和思维的注意聚焦；第三，非适应性的控制机制（见推荐序一）。本书很好地将这三个方面以图示的方式表达出来，针对恐怖症、强迫症、广泛性焦虑障碍等不同的焦虑障碍、抑郁症以及性、疼痛、酒精问题等概念化的内容，也一一用图示表示，同时配以文字说明；进一步针对某种障碍或问题的情况将可以采用的认知、行为的干预策略加在其中，使概念化过程清晰易懂，干预策略明确、针对性强。上述内容汲取了认知行为治疗最新的研究成果，反映了认知行为治疗的发展带来的治疗模型及方法的变化，却通篇没有生涩难懂的术语及理论论述，表明作者对所论述内容的良好把握，以及他在认知行为治疗理论和实务上的扎实功底，这样才能以一种简明扼要的方式介绍出针对每种障碍或问题的概念化理解及治疗方法等相关内容的精髓。

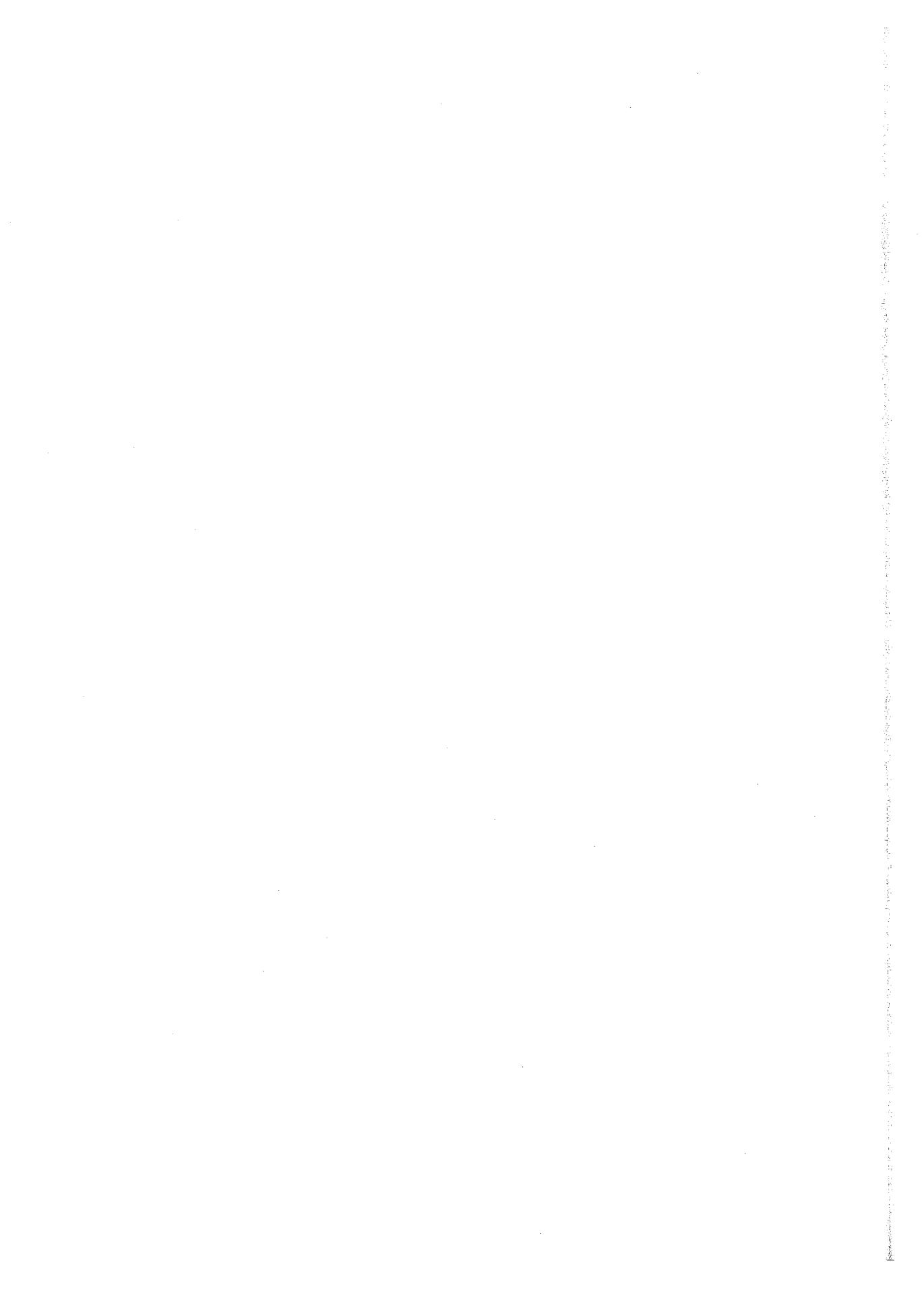
国内不同研究者的调查都表明，认知行为治疗是我国专业人员应用最多的心理治疗方法。虽然许多专业人员都认为自己了解认知行为疗法，也在使用这一方法，但因专业培训的缺乏，常常是会使用一些认知行为的治疗技术，却不知如何对来访者的问题或障碍进行概念化的工作。本书在此方面恰恰可提供参考的模板，只有很好地对来访者的问题、障碍进行概念化，才能确定更明确的干预目标，才能选择更有针对性的干预技术和方法，也才能更有效地进行心理治疗的干预。仅会使用一些技术方法，而不清楚来访者的问题形成的机制，很可能陷入头痛医头、脚痛医脚的境地之中。而本书在这些方面会帮助专业人员

厘清不同障碍、问题的形成机制，更提供了进一步干预的策略。

正如前面所述，本书的译者王觅、余苗、赵晴雪，是我的博士生、硕士生，她们都学习过认知行为治疗的课程，英语良好，他们为翻译此书做了大量工作，付出了辛勤的努力。本书的翻译通畅，语言简洁明快，与原书作者的写作风格相吻合。译稿虽然仍存在一些瑕疵，但我发现自己拿到的版本已经经过了5次校验，这表明了译者对待此书的翻译工作是努力认真的。同时需要提及的是，本书的审校者李松蔚博士，他曾是我的博士生，现在在清华大学樊富珉教授的指导下进行博士后研究，他是中德班认知行为治疗三期学员，经过了认知行为治疗的系统培训。他的加盟使本书在翻译质量上有了更进一步的保障。

本书作者霍夫曼教授在本书中所反映的在认知行为治疗方面的深厚功底，加上我的研究生们的认真校译，我相信此书会给国内从事认知行为治疗的专业人员对认知行为治疗的学习和理解增益。

钱铭怡  
北京大学心理学系教授



# 致 谢

在这里，我想感谢所有在我写作这本书的过程中帮助过我的人，但是这似乎不可能。因此，下面的名单肯定是不完整的和主观的。首先，我要感谢我的妻子罗丝玛丽·图米博士（Dr. Rosemary Toomey）和两个儿子本杰明、卢卡斯对我的支持和关爱。其次，我要感谢我的病人，他们的勇气，对我的信任，他们的内省能力以及愿意跟我分享他们的个人痛苦，让我成为他们治愈过程的一部分，等等，这些都让我心怀感激。我还想感谢我的老师、朋友和同事，我就是站在他们这些巨人的肩膀上才得以完成这本书。他们是亚伦·T. 贝克（Aaron T. Beck）博士、莱斯利·索科尔（Leslie Sokol）博士、安可·埃勒斯（Anke Ehlers）博士、沃尔顿·T. 罗夫（Walton T. Roth）博士、C. 巴尔·泰勒（C. Barr Taylor）博士、大卫·H. 巴罗（David H. Barlow）博士、迈克尔·W. 奥托（Michael W. Otto）博士及理查德·J. 麦克纳利（Richard J. McNally）博士，你们的思想让这个世界更美好。最后，我想感谢我现在的学生和同事完成了对这本书的校对，他们是（按字母先后顺序）伊丹·阿德卡（Idan Aderka）博士、安努·阿斯纳利（Anu Asnaani）、汉斯-雅克比·波尔（Hans-Jakob Boer）、杰奎琳·布利斯（Jacqueline Bullis）、米歇尔·卡波佐利（Michelle Capzzoli）、安吉拉·方（Angela Fang）、卡西迪·古特那（Cassidy Gutner）、安吉拉·尼克尔森（Angela Nickerson）博士及爱丽斯·索亚（Alice Sawyer）。我为能够有机会同这样一批了不起的朋友、杰出的导师、优秀的学生以及不同寻常的病人一起工作而深感荣幸。



# 前　　言

思想高于物质：如果你都没有思想了，那么还有什么事是要紧的呢？

——本杰明·富兰克林（Benjamin Franklin），演员，马萨诸塞州，波士顿

精神障碍是一种常见疾病，会给个人带来很大痛苦，也会给社会造成很大的经济负担。精神病药物是治疗这些疾病的常用方法，这些药物是这个高利润行业最成功的产品。

心理治疗，尤其是认知行为治疗（cognitive behavioral therapy, CBT），相对于药物治疗来说更有效。CBT 是一种非常简单、直观和透明的治疗方法，包含许多干预策略，而这些干预策略都基于基本相同的思想，那就是“认知对情绪和行为有重要影响，从而导致持续的精神障碍”。具体的治疗模型和治疗方法因针对的障碍不同而有所不同，而且治疗方法还会随着对目标问题了解的深入而改变。这本书将会介绍当前流行的、针对一些常见精神疾病的认知行为治疗方法。尽管 CBT 已广为人知，但是仍存在一些对这种治疗方法的误解和“认知错误”（没有别的意思），而这种治疗即将成为治疗精神障碍最主要的方法。我写这本书，意在总结一些已经确定的实证支持证据和有效的 CBT 治疗策略，同时也关注正在发展中的现代 CBT 治疗方法，尽管它们的有效性仍需要来自控制良好的临床试验和实验室研究的支持。

这本书想要传达的主要信息非常简单：CBT 是一个整合的模型，不是一种简单的方法。随着知识的积累，CBT 也在不断发展和变化。CBT 与其说是一系列具体治疗技术的集合，我想，把它看作一门正在走向成熟的学科才更准确。CBT 为科学领域做出了巨大贡献，而且对于有关某一具体障碍心理病理的最新

实证研究成果始终持开放态度，并积极地将其整合到 CBT 治疗模型中。这是一个曲折前进的过程，例如，十年前治疗焦虑症的 CBT 方法和现在的治疗方法差别很大。尽管 CBT 的核心假设仍然相同——认知的变化会引起心理病理的变化，但是具体的治疗技术确实发生了变化，而且随着心理病理基础研究的进展还会继续发展变化。

我希望这本书将会促进 CBT 的传播。长期以来，CBT 和药物治疗疗效的比较研究一直显示，CBT 至少和药物治疗同样有效，而且在很多案例中，CBT 甚至比药物治疗更有效，尤其是考虑长期效应时。而且病人对 CBT 更有耐受力，与药物治疗相比，CBT 更加便宜，副作用更少。然而，药物治疗仍然是常见精神障碍的标准治疗方法。

CBT 一直无法成为治疗精神障碍的首选方法（或者至少是首选方法之一）的原因颇多。药物公司能够通过药物销售获得既得利益，通过给予病人药物治疗，药物公司会获得巨大利润，还有一大批人也会由于开发和销售药物而获得暴利，这些人包括开发药物的研究者、为药物治疗行业工作的研究者和销售人员以及开药的医生和护士。相反，CBT 的利润少得可怜。这些治疗方法通常由心理学家开发，作为其研究项目的一部分。如果研究者很幸运，他可能会得到国家心理健康研究院的支持经费来检验治疗的有效性。然而，这些经费很少且极难拿到。与药物行业的亿万利润相比，提供给这些试验的经费实在是九牛一毛。因此，我希望这本书能够让知识分子阶层对 CBT 有更多的了解。

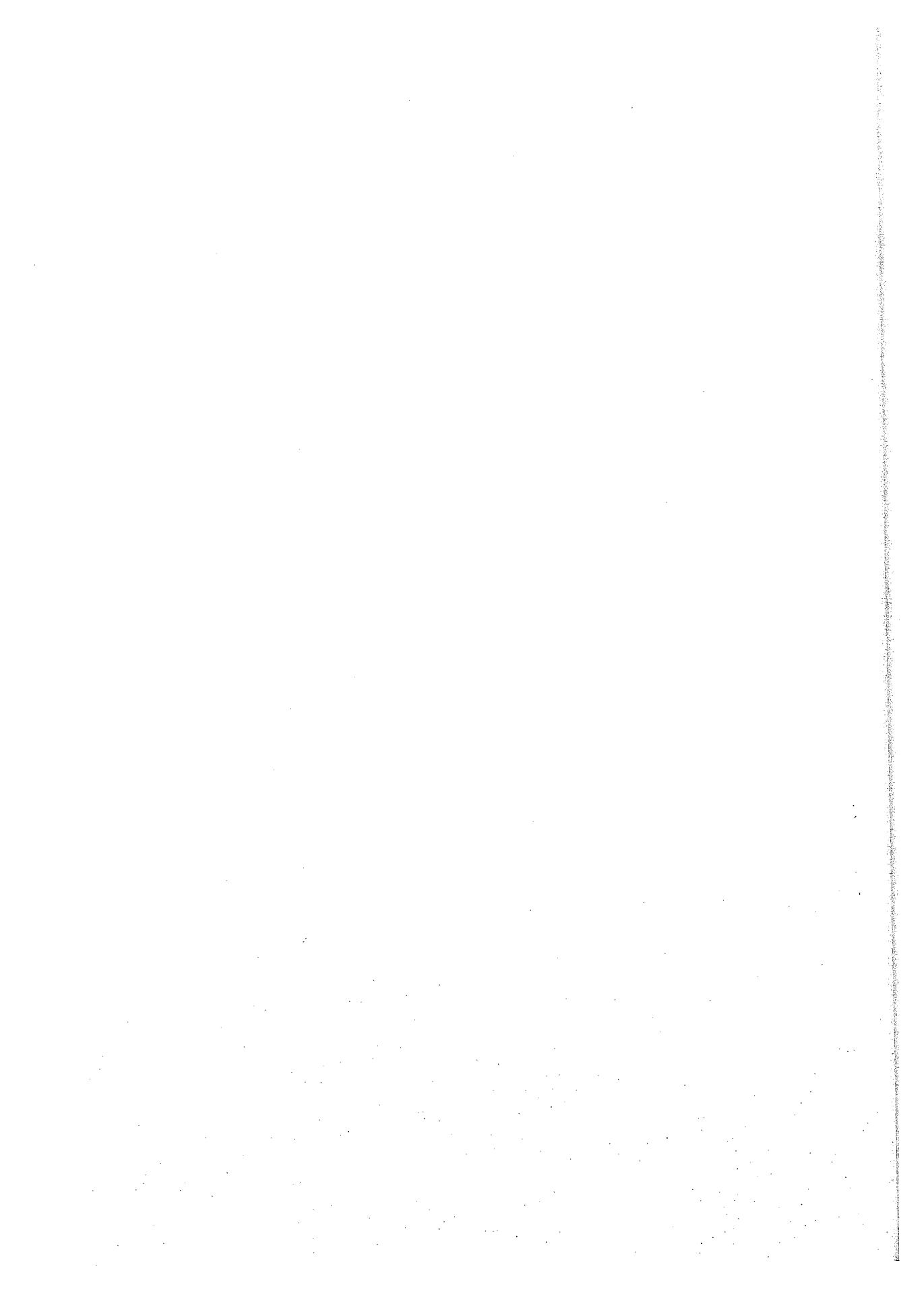
由于心理治疗所背负的污名，长期以来人们都更愿意选择药物治疗而不是心理治疗。如果某种疾病可以通过服药解决，说明这种疾病是一个医学上的问题。这就将人们对疾病的假设从与个人的行为和非适应性思维有关转变为与生化失衡有关，从而将病人解放，无须对疾病负责。将精神障碍与生化失衡联系起来，这与带给人类痛苦的普遍医疗模型也是一致的，而且给人一种印象，即药物能够治疗该疾病的根源。心理卫生保健专家知道事实并非如此，因为心理模型同样能够（有时候更好）为精神疾病给出合理和科学的有效解释。这本书将会提出一些针对精神障碍的现代心理模型。

最后，人们对药物治疗的偏爱似乎与这样一个错误的假设有关，即药物治疗比心理治疗有更好的科学基础。精神科药物要经历几年甚至几十年的研究才能确证其安全性和疗效。这些研究通常先在动物身上试验，随后用来检验对人

类的疗效。相反，心理治疗方法的开发过程很大程度上不为公众所知。在这本书中，我试图澄清这个过程，并总结心理治疗方法开发的实证基础。

这本书主要是作为学生和临床心理学家学习之用，同时对那些想要了解心理治疗疗效的政策制定者和消费者也适用。我的意图并不是再出一本自我帮助的书。相反，我的目的是要为那些想要学习常见精神障碍心理治疗方法的人提供一个针对最常见的和最严重的精神病症状的单步实践治疗指导方案。而且我并没有对 CBT 的文献资料进行详尽的回顾，而是为读者简要介绍了一些已经发展完善和一些正在发展中的 CBT 治疗模型和方法。本书意在呈现一个实践取向的整合模型，重点介绍一些已经发展完善的和新的、正在不断发展的 CBT 技术。就我个人而言，我会用这本书培训和督导临床心理学家，同时利用这本书更新我自己的 CBT 知识，尤其是有关 CBT 治疗某一精神障碍的知识。我希望读者也能像我一样从中有所收获。

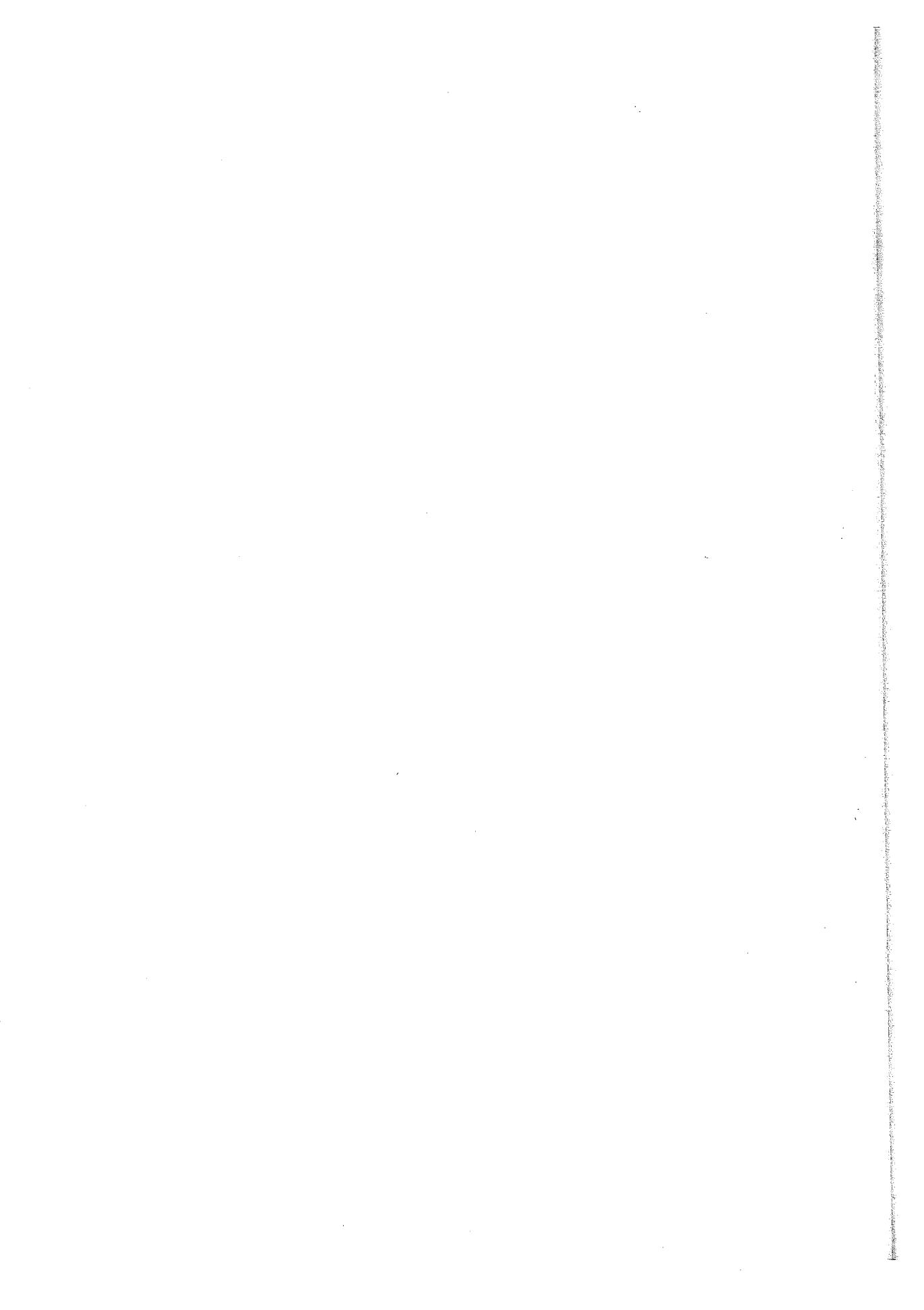
斯蒂芬·G. 霍夫曼（Stefan G. Hofmann）博士  
波士顿，马萨诸塞州



# 中文版序言

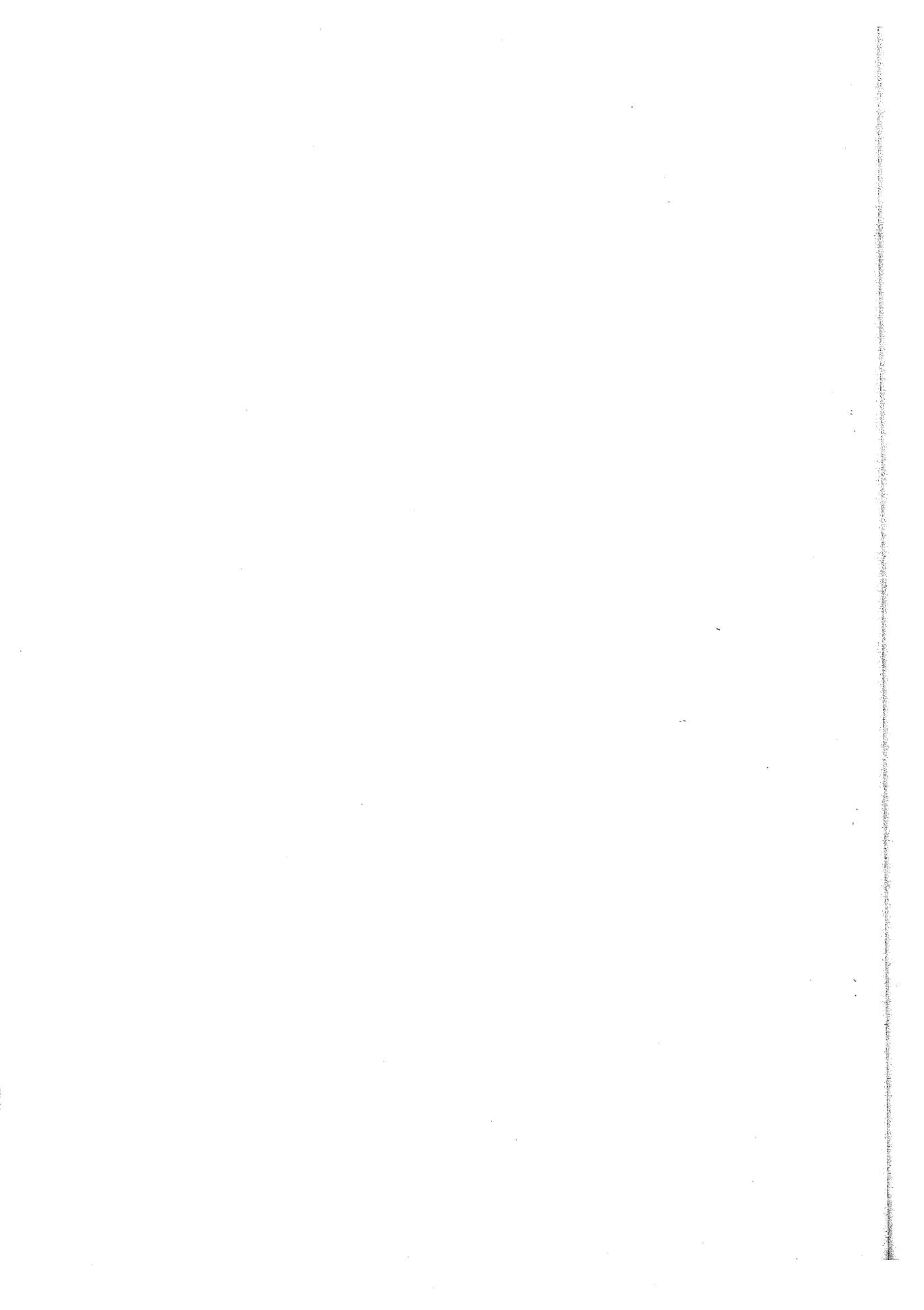
非常高兴看到自己的书可以译成中文出版。

中国是一个历史悠久、哲人辈出的国家，这些伟大的思想家对哲学和科学的发展都有着深远的影响。在精神卫生领域，很多现代的认知行为疗法（CBT）也深受这些源于东方的哲学思想的影响。例如，现代的正念技术就是源于东方传统，尤其受到佛教影响。佛教强调联系自身和宇宙，并且提倡一种平和、喜乐、超脱苦难、净化和般若（觉悟）的生活方式。类似的概念我们也能在瑜伽、禅和其他东方传统中找到。这种生活方式的特点是平和，对自己的身体、感受和想法保持觉察。正念让一个人与现实和谐共处，避免了无知或自寻烦恼（这些都被认为是寻求幸福之路上的障碍）。现代认知行为治疗才刚刚接受了这些深刻思想的洗礼。我希望在未来在临床科学当中，我们可以成功结合西方思想和东方整体方法，以改进对于心理障碍的治疗，并提升人类的幸福感。



# 目 录

第一章 基础理论	1
第二章 提升思维力量	22
第三章 直面恐怖症	40
第四章 与惊恐障碍及场所恐怖症战斗	51
第五章 战胜社交焦虑障碍	66
第六章 治疗强迫症	79
第七章 打败广泛性焦虑障碍和担忧	89
第八章 应对抑郁	102
第九章 克服酒精问题	114
第十章 解决性问题	128
第十一章 处理疼痛	140
第十二章 掌控睡眠	151
参考文献	162



# 第一章 基础理论

## 乔

乔是一名 45 岁的汽车销售员，他和妻子玛丽住在波士顿的郊外，他们有两个孩子，一个 9 岁，一个 12 岁。乔三个月前下岗了，在此之前，他家的经济状况良好。玛丽一直在一位牙科医生那里做兼职接待员，一旦她的丈夫失去工作，她便可以转为全职。至少从目前来看，靠着玛丽的收入，一家人是可以维持生计的。

自从下岗之后，乔一直呆在家里。早上他负责送两个孩子上学，但是到家后就又回到床上待到下午一两点。他通常会一边看电视一边等妻子和孩子回家，有时甚至连电视都懒得看。他认为自己很没用，这样下去以后肯定也找不到工作了。玛丽非常关心乔。尽管由于乔的无精打采，两人时常在家务和做饭的问题上产生冲突，但玛丽还是会尽一切可能让乔感觉好受一点儿。虽然有时对于玛丽来说，由于乔丢了工作使她觉得自己肩上的责任更重了。

乔陷入了抑郁的状态。他常与自己的心境、动机以及能量做抗争。但此时，他的这种抑郁状态却比往常严重许多。显然，是下岗这件事触发了乔抑郁症的发病。每个人在下岗后都会有一段时间的情绪低落，但是对乔而言，这种悲伤的情绪水平和持续时间已经明显超过了正常范围。而且这也不是乔

第一次有这种感觉了，在他们的小儿子出生后不久，乔就曾经历过一段持续了几乎一年时间的抑郁症。除了他们小儿子出生这件事以外，那段时间里并没有明显的使其发病的扳机事件。

最严重的时候，乔甚至想到了自杀，幸运的是，他并未将这个想法付诸行动。为了治疗抑郁症，他尝试过很多药物，但是都没有用，而且这些药物带来的副作用令他很难受。

玛丽最近在一本杂志上看到了一篇介绍谈话疗法的文章，这种疗法叫做认知行为疗法（cognitive behavioral therapy, CBT）。她得知这个消息非常兴奋，认为应该让乔尝试一下。于是，那天一回到家，玛丽便让乔看这篇文章，但乔认为这种疗法对他不会有作用。两人对此事做了激烈的争论，最终玛丽说服了乔，乔承诺他会去尝试这种疗法。于是，玛丽为乔预约了一位在波士顿的心理学家，这位心理学家同时也是认知行为疗法领域的专家。

乔在治疗后康复了，这并非是特例。他接受的治疗——认知行为疗法（CBT），是一种高效、短程的心理治疗方法，对很多严重的心理问题都有效，包括抑郁、焦虑障碍、酒精依赖、疼痛以及睡眠问题等。针对这些常见的心理障碍，CBT技术使用的策略和技巧将会在下面的章节中详细介绍。在本章当中，我们将首先回顾一下提出这些具体治疗策略所基于的基本原则。

## 创始人

亚伦·贝克（Aaron T. Beck）和阿尔伯特·艾利斯（Albert Ellis）各自独立研究并发展出此种疗法，也就是后来被广泛知晓的 CBT。贝克从前接受的是弗洛伊德式的精神分析训练，随后渐渐对这种缺少实证研究支持的疗法感到不满意。在与自己的抑郁病人接触时，贝克发现他们会报告一系列消极的想法，而这些想法的出现通常是一个自动的过程。贝克把这些想法称为自动式思维（automatic thoughts）。这些想法的出现基于的是个体最基本的核心信念——图式（schemas or schemata），也就是一个人对自己、对这个世界以及对未来的看法。

这些图式决定了个体如何理解一个特定的情境，从而引起特定的自动式思

维，这些特定的自动式思维使个体对情境或事件作出非适应性的认知评价 ( maladaptive cognitive appraisal )，而正是这样的评价引发了情绪反应。基于以上大体阐述的模型，贝克发展出了一种治疗方法，帮助病人识别并评估这些自动式思维和图式，从而鼓励病人从更实际的角度出发去思考、做出更多有意义的行为并且在心理上的感觉更好。

艾利斯与贝克一样，在最初均接受了弗洛伊德式的精神分析训练，但后来艾利斯受到了新弗洛伊德学派卡伦·霍妮 ( Karen Horney ) 的影响。与贝克观点相似的是，艾利斯的治疗方法强调认知过程的重要性，是一种形式主动、直接的心理治疗方法。治疗师帮助病人认识到，正是他们的自我信念产生、维持甚至导致了这些心理问题。这种方法引导病人去识别他们不合理的、僵化的思维并鼓励他们主动去改变这些自我挫败的信念和行为。艾利斯起初称其为理性疗法 ( Rational Therapy )，随后更名为理性情绪疗法 ( Rational-Emotive Therapy )，并最终命名理性情绪行为疗法 ( Rational-Emotive Behavior Therapy )，以强调认知、行为及情绪三者的相关是很重要的。贝克倾向于使用非适应性或功能失调 ( maladaptive or dysfunctional )，而不是非理性的 ( irrational )，来描述那些被歪曲的认知的本质，这是因为一些非适应性的想法并不一定是不合理的。例如，有些抑郁症患者会对生活中的潜在危险做出切合实际的评估，然而，由于这种“抑郁性的切合实际”扰乱了患者的正常生活，它却是非适应性的。

令人遗憾的是，艾利斯博士已于 2007 年 7 月 24 日过世了。如今已迈入耄耋之年的贝克博士依旧是一位保持着对知识不懈渴求的积极实践者和科学家。贝克和艾利斯，两人在 20 世纪 60 年代创立的这两种治疗方法对当代临床心理学和精神病学有着巨大的影响力。面对在当时具有压倒性优势的精神分析疗法，这两位学派先锋首先对精神病学的一些基本假设提出质疑。他们直觉地认为人类面对的问题最终也会被人类想出的方法完美地解决，受到这种想法的驱使，贝克和艾利斯开始使用实证方法治疗心理问题，审慎地研究精神病学领域那些令人不安的问题。作为一名职业心理学家，艾利斯在曼哈顿市区开办了他的诊所，就像当时其他许多地方一样，纽约被精神分析根深蒂固地占据着。与此同时，宾夕法尼亚大学的学院派精神病学家贝克，面对着同样被传统弗洛伊德学派占领的精神病学界的重重阻力，继续推行着他自己的理论。他申请用来验证自己理论假设的科研津贴被拒绝，贝克便在没有政府或其他资助机构的财

## 认知行为治疗：心理健康问题的应对之道

政支持下，聚集朋友和同事的力量完成了研究。学术期刊拒绝接收贝克的论文，他便去说服编辑以书籍的形式发表他的科研成果。

为表彰其巨大影响力，贝克获得了 2006 年艾伯特·拉斯克医学研究奖 (The Lasker Award)，这是医学领域的一项久负盛名的奖项，有着“诺贝尔奖风向标”之称。评委会主席称“认知疗法是近 50 年以来精神疾病治疗领域最具重要性的进展之一”(Altman, 2006)。

尽管该种疗法是有效的，且其影响是确定的，但大部分患有心理疾患的人还是不容易获得 CBT 服务。由于 CBT 并不像那些精神药物行业有着可观的行业发展和利润，所以，为了提高 CBT 的可用性；一些国家的政客提出不要让那些制药公司为了利益掌握精神卫生领域的命运，要使精神卫生领域独立出来。2007 年 11 月，英国卫生局局长宣布一个计划，拨款 3 亿英镑（6 亿美元）发起一项为期六年的项目，该项目的目的是为了培养出一批能够为那些有心理疾患的英国民众提供 CBT 服务的心理治疗师。这一变化的发生是基于一系列经济数据的提示——对于治疗常见精神疾病来讲，CBT 的花销总体上要小于精神分析的药物治疗的花销。无独有偶，澳大利亚政府于 1996 年起极力推广 CBT，并推出了一项便于推行 CBT 服务的计划。

### 一个简单但有力的想法

尽管贝克和艾利斯开创性的工作受到了肯定，但其提出并最终发展成为心理治疗新方法的基本理论并不是什么新观点了。甚至可以说 CBT 的这些基本理论仅仅是将一些常识性的东西付诸于临床实践而已。最早对 CBT 观点的表述也许可以追溯到公元 55—134 年希腊时期斯多噶学派哲学家埃皮克提图 (Epictetus)，他有一句箴言是这样说的：“人们并非为事物本身烦恼，而是为他们自己对事物所持的想法而烦恼”。西方哲学家马可·奥里利乌斯 (Marcus Aurelius, 公元 121—180 年) 在其著作《沉思录》中写道“如果你因外在的任何事物而痛苦，搅乱你的并不是事物本身，而是你自己对它的判断”。威廉·莎士比亚 (William Shakespeare) 的哈姆雷特中有这样一句话，“事无善恶，思想使然”。历史上还有很多哲学家、艺术家和诗人也表达过同样的想法。

CBT 的核心理论很简单，即我们的行为和情绪反应皆受到认知因素的影响，这些认知因素决定着我们对事物的看法。也就是说，我们之所以会焦虑、愤怒、悲伤，是因为我们相信自己有焦虑、愤怒和悲伤的理由。换句话说，要为我们的情绪负责的是我们对事件的认知、预期和阐释（如认知评价），而不是我们每分每秒所处的情境。这一观点可以用以下由贝克（1976）提出的例子进行说明：

### 家庭主妇（Beck, 1976, pp234-235）

一位家庭主妇听见一扇门被砰地一声关上了。对此，她也许会出现如下假设想法：“可能是 Sally 放学回来了”、“可能是小偷”、“可能是风吹的，把门给撞上了”。她需要考虑所有相关的周边环境来做出判断。然而，这种假设检验式的逻辑思维过程可能会被这位家庭主妇的心理定式破坏。如果她现在满脑子都是恐惧，她就会马上得出结论“一定是有小偷进来了”，这是一种武断的推论。虽然这样的推论并不见得不正确，但它不是基于客观刺激作出的推论，而主要是基于内部认知过程做出的。如果她后来逃跑藏起来，那么她就失去或推迟了证实或证伪这一假设的机会。

这样看来，相同的初始事件（听见门被砰地关上）可以引起截然不同的情绪体验，这取决于她如何解释所处的情境背景信息。不管怎样，门被砰地关上这件事本身并未引起任何情绪。但是，当这位主妇确信门被砰地关上这件事暗示着家里进小偷了，她就会觉得害怕。假如她之前受到了某种程度的启示，比如说看了报纸上关于窃贼的报道，或者假如她的核心信念（图式）是她认为“这个世界是危险的，自己家进小偷这件事迟早会发生”，她便会更容易得出这个结论。当然，假如她觉得这件事并没有什么特别的含义，那么她的行为也就会不一样了。这就是埃皮克提图（Epictetus）所说的“人们并非为事物本身烦恼，而是为他们自己对事物所持的想法而烦恼”这句话的意思。使用更为现代的术语来讲就是，对某一情境或事件的认知评价决定了我们如何对这一情境或事件作出反应，包括我们的行为、生理反应以及主观体验都取决于认知评价。

贝克将个体作出的这些关于情境或事件的假设称为自动式思维（automatic thoughts），因为这些思维内容通常是在下意识的情况下做出的、未经过推理过

## 认知行为治疗：心理健康问题的应对之道

程的（1976）。艾利斯把这些假设称为自我陈述（self-statements），因为这些想法是个体自我报告出来的（1962）。这些自我陈述解释了外部世界发生的事件并激发出对这一事件的情绪和行为反应。这一关系在艾利斯的ABC模型中展示了出来，A是指诱发性事件（antecedent event，如“门被砰地一声关上”）；B是指个体在遇到诱发事件之后相应而生的信念（belief，如“一定是进小偷了”），即她对这一事件的看法、解释和评价；C是指特定情景下，个体的情绪及行为的结果（consequence，如“害怕”）。B也可表述为脑海中的一片空白感（blank，大脑中自动产生的思维、观念和想法），个体在面对一些诱发性事件时，其脑海中往往迅速地、不自觉地“飘过”一些想法，这些想法是自然而然出现的，它们无须努力就会产生。这也就是为什么贝克会称之为自动式思维的原因，因为此时我们在大部分时间都意识不到这些想法的存在。正因为如此，个体要想“抓住”这些想法就必须付出努力，仔细体察事件的发生，体察自己对这一事件的反应，从而去探索这一存在于意识之下的信念系统。因此，在CBT的进行过程中，常常需要病人具有一双侦探或是科学家的“慧眼”，去发现那些容易被我们漏掉的想法，来填补脑海中的这片空白感。

尽管贝克和艾利斯使用了不同的术语来阐释他们各自的治疗理论，但两种理论在本质上却是相通的，即歪曲认知（distorted cognitions）是一个人产生各种心理问题的主要原因。这些认知之所以会被歪曲，是因为个体对一个情境或事件做出了错误的知觉和错误的解释，而并不是“这件事实际上是什么样的”，这些认知是非适应性的，它们会给我们的正常生活带来困扰，导致情绪、行为问题或是生理上的不良反应。由于上述过程造成的这些情绪问题、行为失调和不良生理反应的特定模式，就对应了心理障碍的症状。

## 起病因素和维持因素

一种心理问题的起病原因和致使它持续不恢复的原因通常是不同的。我们总是很好奇心理问题最初是怎么产生的，但是在CBT的治疗背景下，关注于一种心理问题的维持因素才是更重要的。因为知道心理问题怎么产生这件事对治疗没有什么帮助。举一个简单的例子：一个人的胳膊骨折了，可能有多种原因，也许是因为他从楼梯上摔下来了，或是滑雪的时候不小心摔断了，也可能

是由于一场车祸。这时我们要去看医生，医生可能会很好奇地想知道“你到底干了什么能把胳膊弄成这样”，但是知道这一点对于他该如何把你的胳膊治好是一点儿用都没有的。

当然心理问题要比骨折复杂得多，在前面提到的乔的案例里，他的抑郁症并非单纯是由一个原因造成。他有着某种抑郁倾向，当他经历下岗，他无法承受这件事给他带来的压力。然而，还有很多同样经历了下岗的人，但只有一小部分在经历这件事时会发展出抑郁症状；其他人则不会出现抑郁症状，但有可能会出现物质使用问题、焦虑障碍或者性方面的问题。换句话说，不同的人对同样一种应激源会有不同的反应。大多数人对应激源作出应对，他们不会在行为或情绪方面有持续的（不良）反应，而只有一少部分人在经历应激源后产生心理问题，当心理问题确实出现时，造成这一问题的应激源却又很少与这一特定心理问题一一对应出现。这一说法的一个例外情况是创伤后应激障碍（PTSD），这是一种经历了异乎寻常的威胁性或灾难性事件后——例如遭到强奸、经历战争或意外带来的精神创伤——而引起的一系列精神疾病症候群。然而尽管这是一种极其极端的案例，也只有一少部分人会经历 PTSD。大部分情况下，应激源对心理障碍如果有作用的话，那么这种作用或影响都不会空泛的。

一个应激源是否会导致一种特定的心理问题的出现取决于个体对这一心理问题的易感性，而这种易感性是由个体针对这一特定心理问题的遗传因素决定的。在心理病理学中，这一表述被称作应激模型（diathesis-stress model），应激模型在解释心理问题最初是如何产生的这一问题上很好用。然而，从超过2万个基因编码中确定到底是哪个基因会让一些人天生有心理问题，这是一项足以使几代科学家为之奋斗的课题。即使我们早就知道这些基因都是什么以及它们之间是如何联系的，去预测谁会或谁不会有心理问题也是非常困难的；除了要了解这个人的基因是如何构成的，我们还需要知道他/她是否或何时会暴露在确定的应激源下，以及他/她是否有足够的能力去应对这一应激源。为了使问题进一步深化，表观遗传学认为环境经历能够造成一些基因的表达和失活，这些变化不仅会致使个体的特质（traits）改变（且这种改变是会持续一段时间的），而且还可能会遗传到下一代。这一观点从心理病理学的代际间的角度强调了在CBT进程中学习和经历的重要性。

在大部分心理问题案例中，起病因素和维持因素是不同的，这是因为一个

问题最初到底为什么会出现和为什么会持续存在这两者间通常是什么关系的。例如，乔的案例中，抑郁症状的维持在很大程度上是由于他的自我贬低的想法、活动减退以及睡眠过多造成的。精神病学家会将自我贬低的想法、活动减退以及睡眠过多看成是他的抑郁症症状；然而 CBT 治疗师会认为这些因素是造成其抑郁症的部分因素，而乔是有能力去改变它们的。

## CBT 与精神病学

认知行为治疗（cognitive behavior therapy, CBT）对许多心理问题都十分有效。事实上，对于本书中提到的一些心理问题，CBT 至少和药物治疗一样有效，而且没有任何副作用，在不受限制的一段时间内使用也不会有任何危险。CBT 的目标是改变来访者非适应性的思维和行为方式，提升心理幸福感。在一语境中，非常有必要解释一下“非适应性”这个词。“非适应性”是定义心理障碍的核心。长期以来，精神病学家和心理学家对“如何更好地定义心理障碍”进行了激烈的争论，这一争论仍在继续。杰罗姆·韦克菲尔德（Jerome Wakefield, 1992）将“心理障碍”定义为一种有害的功能失调，这一定义在当时最广为人们所接受。说它是“有害的”，一方面因为其对个体带来了负性后果，另一方面也因为功能失调本身就被社会认为是不好的。说它“功能失调”，是因为心理障碍会使个体进化而来的自然机能受损（进一步批判性讨论，参考 McNally, 2011）。

在这场争论中，最极端的观点甚至是质疑心理障碍的存在。托马斯·沙茨（Thomas Szasz）是这一观点最早和最强有力的支持者之一。他认为，社会给心理障碍下的定义从本质上来说是随意的、人为编造出来的，没有明确的实证基础。心理问题，如抑郁症、惊恐障碍和精神分裂症，只不过是社会给人们的正常经历贴上的标签。同样的经历，在一种文化或某一历史时期被认为是疾病，在另一种文化或另一历史时期则可能被认为是正常的，甚至是受人喜爱的。

CBT 的支持者们承认文化会影响某一病症的表现，但他们并不认为人类的痛苦只是社会编造出来的概念。相反，他们认为心理障碍是人类面临的真实问题，而且能够通过具体的方法得到治疗。同时，CBT 对过度依赖药物来治疗人类问题持批判态度。在 CBT 的理念中，是否将某一干扰了个体正常功能的心

理问题定义为心理障碍并不重要。心理障碍的名称变化不定，用来定义某一具体心理障碍的标准也是随意的和人为的。但是人类的痛苦、情绪低落、行为问题和认知扭曲都是真实的。不管给人类痛苦一个怎样的名称——或者不管是不是存在一个确切的名称——CBT 都会帮助受到其影响的人们理解并减轻这些痛苦。

这一争论中的另一极端观点则认为心理障碍属于医学范畴。精神分析取向的临床医生认为这些障碍扎根于深层冲突。根据弗洛伊德学派的思想，这些冲突一般都产生于对不想要的想法、欲望、冲动、情感和愿望的压抑 (repression) (如压制, suppression)。例如，乔的冲突也许可以被认为是源自他与父亲或母亲的关系，他的抑郁情绪也许是将对父母的愤怒转向自己的结果。许多现代精神分析学家自称是顿悟取向或精神动力学取向的心理治疗师，他们可能更强调现时的或未解决的人际冲突，而经典弗洛伊德学派的治疗师则更关注童年的早期经验。例如，现代心理动力学派的治疗师会认为乔的抑郁是因为未解决其与重要他人（如父亲或母亲）丧失依恋关系的痛苦。问题在于，尽管是在精神分析学派产生一百多年之后的今天，这些观点几乎还没有得到科学的研究的支持。

与精神分析不同，CBT 并不通过探究过去经历来发现任何可能导致现在问题的早年亲子关系。相反，认知行为治疗主要关注此时此地，除非现在的问题明显由过去经验引起。例如，乔最近失业的情况、之前尝试应对抑郁的一些行为和任何过去发生的，对现在问题的产生可能有影响的事件都是很重要的。然而，和心理动力学治疗也不同，CBT 对问题不会有这样一个预先的假设：即乔现在的抑郁一定跟其与父亲、母亲或其他依恋对象之间未解决的冲突有关，或者乔的抑郁是他将一股隐蔽的能量转向自己的一种表现形式。相反，CBT 用科学的和探索性的方法试图去理解人们的痛苦。通过这种方式，病人被看作是有能力改变问题的专家，而不是无助的受害者。

生物学取向的精神病学家认为心理障碍是生物学概念。这一观点的支持者认为心理障碍都是由特定的生物因素引起的，例如大脑某一特定区域功能失调和神经递质失衡。神经递质是将信号从一个神经元传递到另一个神经元的小分子。例如，5-羟色胺是一种与焦虑和抑郁相关的神经递质。现在许多生物学取向的精神病学家认为很多情绪障碍是由 5-羟色胺不足引起的。关于与情绪障碍

相关的特定脑区，杏仁核——大脑内部一个较小的杏仁状结构——得到了最多关注。随着基因技术的发展，一些研究者开始定位引起心理障碍的基因。认知行为治疗学派承认生物学因素在心理问题和人类痛苦中的重要性。然而，找到情感的生物学基础并不意味着就能解释情感。我们只是简单地将“情绪是如何产生的”这一问题从心理学水平转换到了生物学水平。情绪低落的真正原因仍然是未知的。我们通常很难接受这一事实。为了阐明这一观点，让我们看另一个也许更明显的例子。头痛可能有很多原因，例如宿醉、睡眠不足和咖啡因脱瘾等。阿司匹林作为一种止痛药，在所有这些情况中都能起作用。人们可能会认为阿司匹林起作用是因为我们的身体需要它，或头痛是由某种阿司匹林缺乏综合征引起的，或如果我们体内没有足够的阿司匹林，我们就会头痛（无双关语意）。又或者我们可以认为阿司匹林抑制了前列腺素的分泌，带来整体的止痛效果（这似乎是某一行为产生的机制）。其他治疗头痛的方法可能有喝一杯血玛丽（在宿醉情况下）、小憩一下（在睡眠不足的情况下）或喝两杯浓咖啡（在咖啡因脱瘾的情况下）。

同样，当服用了能够延长 5-羟色胺分泌的药物之后，有些人通常会感到抑郁减轻。最广为人知的药物就是百忧解，它属于一种选择性 5-羟色胺吸收抑制剂。正如阿司匹林治疗头痛的例子一样，我们不能因此而得出结论说抑郁是由 5-羟色胺分泌不足引起的。但是有理由认为，抑郁和 5-羟色胺的水平相关，服用选择性 5-羟色胺吸收抑制剂有助于减轻抑郁症状。然而，治疗抑郁症还可能有其他方法，因为服用选择性 5-羟色胺吸收抑制剂并不是减轻抑郁症状的唯一途径，百忧解也并不是对每个人的抑郁症都有帮助。正如前面插入的乔的例子一样，有些人不喜欢药物的副作用，或者他们因为其他原因而停止服药。有研究显示，同时使用传统药物治疗和 CBT 的效果不是很理想，因为增加传统的药物治疗后，对 CBT 的效果即使有帮助的话，也是很小的。另一些研究甚至发现，在 CBT 的基础上增加安慰剂比增加一种标准的抗焦虑药物更有效（Barlow *et al.*, 2000）。为什么会出现这些奇怪的结果，原因还并不是很清楚。这很可能与状态依赖学习有关。因为在 CBT 结合安慰剂的治疗中，病人发生的学习受到了某种心理动因的影响，而在 CBT 结合药物的治疗中，病人发生的学习受到了药物的影响。因此，当在治疗外要求病人提取治疗中学习到的信息时，在前一种治疗中，提取状态与治疗中是一样的，而在后一种治疗中，提

取状态不再受药物的影响，与治疗中的状态是不一样的。另外一个可能的原因是归因效应，即如果病人将其症状的改善归因于某种活性药物，当他停止服药时，他可能会因此而增加对药物的期待，随后其症状就会有复发的危险。相反，病人通常认为安慰剂就只是安慰剂，于是他们就会将症状的改善归因于 CBT。最近几年，我和我的同事使用的另一种研究策略是在 CBT 中增加一种认知增强剂（d-环丝氨酸），这种药物似乎能够促进病人在 CBT 中的学习。我们的第一项实验研究以恐高症病人为对象，得到了比较积极的结果 (Ressler, et al., 2004)。自此之后，我们积累了大量的研究证据，这些研究结果都一致地证明了这一方法的有效性 (详见 Hofmann, 2007b; Norberg et al., 2008)。然而，本书的目的在于介绍当代 CBT 针对多种心理障碍的治疗方法。CBT 结合其他治疗的方法也会提及，但不做重点介绍。

## 关注情绪

过去二十年，整个心理学领域开始关注情绪和情感。情绪神经科学的兴起就是最好的例子。作为心理学领域一门新兴的子学科，情绪神经科学主要研究情感状态和情绪的生物学相关性。情绪和情感这一课题成为研究热点的其他证据还有《情绪》杂志的创刊和约瑟夫·雷杜克斯 (Joseph LeDoux) 的《情绪 - 大脑》一文的发表。这本书由一流的神经科学家编写完成，是最受普通大众欢迎的教科书。情感神经科学的理论和研究对很多 CBT 理论家（包括我自己）来说都很有启发性，因为它为我们理解为什么 CBT 能够有效地调节情绪——以及怎样进一步改善 CBT 的治疗方法——提供了生物学理论框架。

情绪一直都是 CBT 关注的核心。与一个常见误解相反，CBT 并不都是局限于改变思维和行为。它的核心观点是：我们的情绪反应受我们的认知和我们对世界、自己、他人及未来感知的调节和影响。因此，改变对某一对象、事件和情境的评价能够改变相应的情绪反应。自从贝克和艾利斯治疗了第一个案例之后，CBT 逐渐发展成为一个独立的科学分支，并且对心理治疗领域产生了史无前例的影响。与其他心理治疗方法不同，CBT 主张运用科学的研究方法，并开放地接受实践检验。CBT 模型的基本假设已经在实验室和实践中得到了验证。而且随着实验室研究积累越来越多有关具体障碍的新知识，CBT 取向的治

疗师发明了更多针对具体心理问题的特定技术。在其发展的最早期，CBT 的疗效在从前属于药学研究领域的临床试验中得到了严格验证。最初，在治疗被确诊的心理障碍（抑郁、社交焦虑障碍等）时，研究者将具体认知行为技术组与控制组（如病人不接受任何治疗）和心理安慰剂组（如不含具体认知行为治疗技术的一般心理治疗，或看起来像真药的安慰剂药片）进行比较。后来，在一项随机安排的安慰剂-控制组研究中，研究者比较了 CBT 与最有效的精神药物的治疗效果。这些研究探索治疗效果的方法是最严格的，因为被试是被随机分配到治疗组（认知行为治疗或药物治疗）或安慰剂组的。精神病学中的安慰剂效应十分明显。30%~40% 患有心理障碍的病人在服用非激活性的安慰剂后康复了。即使用最严格的标准来衡量，这些研究结果都是非常可信的。研究者还多次发现，CBT 明显比安慰剂治疗更有效，而且与最有效的药物治疗同样有效，有时效果甚至好于药物治疗。

如今，CBT 是一个涵盖性术语，它包括了许多不同的与其有相同基本原则的实证支持疗法。然而，CBT 并不是适合所有问题的治疗方法。不同的策略适用于不同的具体问题。但是，尽管不同心理问题的概念和治疗方法都不同，基本的策略还是深深扎根于 CBT 的基本方法之中——例如，不良认知导致情绪、行为和生理上的问题，所以纠正不良认知就能消除心理问题，提升一般幸福感。这一基本模型最强有力的科学证据来自情感神经科学和情绪调节领域。

## 情绪的神经生物学

最近的神经科学研究表明，认知加工过程与特定的大脑活动有关。根据在动物身上所进行的实验研究，雷杜克斯和其他研究者认为大脑中心一个较小的杏仁状结构——杏仁核在情绪的加工和表达过程中起着极其重要的作用。雷杜克斯的模型假设情绪线索在两种不同的加工通路中得到加工，这两种通路的加工速度和深度都有所不同。例如，假如你在徒步旅行的途中看到一个看起来像一条大蛇的物体。首先，这一物体的视觉信息将被传递到下丘脑，下丘脑是视觉信息输入的中央中继站，然后视觉信息通过下丘脑直接传递到杏仁核，而杏仁核与自主神经系统密切相关。由于这一物体看起来像一条蛇，于是杏仁核就会被激活，人们就会立刻做出战斗或逃跑的反应（fight-or-flight response），这

一过程几乎不受意识控制。雷杜克斯将这一加工过程称为杏仁核下行激活通路，因为高级皮层没有参与这一加工过程。除了这一皮质下加工通路外，视觉信息还能通过丘脑传递至视觉皮层，使信息得到进一步的加工。如果这一物体仅仅只是看起来像一条活蛇，事实上却是一根木棍或一条死蛇，高级皮层对这一信息进行加工之后就会抑制杏仁核的激活，从而阻止战斗或逃跑反应的产生。由于信息达到杏仁核的这一通路有高级皮层中枢的参与，雷杜克斯将其称为杏仁核上行激活通路。这一模型与 CBT 的原理是相容的，因为认知加工需要高级皮层功能的参与，它有可能会抑制在进化意义上更原始的皮质下脑区的活动。

可想而知，研究 CBT 的生物学机制或 CBT 与生物学的相关性是很不容易的，因为治疗过程受很多因素的影响，包括病人的动机、治疗师的共情以及治疗师和病人之间的治疗关系等，甚至并不仅仅局限于这些因素。然而，我们可以单独研究 CBT 中的某一具体技术或方法，如认知重评。这方面的研究已经开始做了，而且这些研究基本上都证明了这一观点。例如奥什纳和他的同事（2002）以健康女性为被试，为其呈现中性图片（如灯泡）和负性图片（如伤残身体），并通过 fMRI 扫描仪测量被试的大脑激活情况。在实验的第一阶段，实验者要求被试看图片并充分感受图片可能引发的情绪体验。在第二阶段，图片会继续呈现在屏幕上，实验者指导一部分被试只是简单地看图片，另一部分被试则要重新评价图片刺激。在重评指导下，女性被试被要求重新解释负性图片信息，使其不再引发负性情绪反应（如伤残身体的图片是一部恐怖电影中的画面，并不是真实的）。正如雷杜克斯的模型所预测的，重评负性图片能降低负性情感反应，使高级皮层结构（包括背侧和腹侧的左侧前额皮层及背侧中央前额叶皮层）活动增强，杏仁核活动减弱。而且，腹外侧前额皮层活动增强与杏仁核活动减弱相关，这说明这一部分的前额皮层可能在有意识的、自主的情绪调节过程中起重要作用。

## 情绪调节策略

情绪调节是人们控制自己情绪的过程，包括控制产生什么情绪，什么时候产生，以及如何体验和表达情绪。格罗斯及其同事（Gross, 2002; Gross

& Levenson, 1997) 进行了许多设计良好的实验研究, 结果发现, 人们能够通过有意识地运用一些处理情绪材料的方法改变自己的情绪反应, 包括生理反应。典型的实验过程是, 健康的被试被要求看不同的图片, 其中一些图片(如被砍断的手)可能会引发强烈的负面情绪反应, 例如恶心。在实验过程中, 我们可能会在被试看这些图片之前、看这些图片的过程中和看完这些图片一段时间后测量被试的心理生理反应。通过这一实验范式, 格罗斯和他的同事发现, 在被试看这些图片时, 仅仅只是给不同的指导语就能使被试产生完全不同的主观感受和生理反应。一个有效的策略就是认知重评。例如, 如果我们能够找到另外一些不那么悲伤的解释, 图片或事件等传递的信息引发的负面情绪会少一些。相反, 当被试被要求在观察图片时压抑他们的情绪, 即让任何人都无法分辨他们的情感时, 与那些不需要压抑情绪的被试相比, 这些被试主观感受到的痛苦增加了, 心理生理唤起也升高了。

这似乎和我们的直觉不符, 但是它和大量关于压制的矛盾效应的研究结果相符: 我们越努力试着不受某事物的困扰, 它反而会更困扰我们。这可以感受想法、图像或者在我们周遭环境中的事件(如水龙头的滴水声, 钟表的滴答声)。这个现象曾被丹尼尔·威格纳(Daniel Wegner)所研究, 威格纳设计了白熊实验来说明这点(Wegner, 1994)。这是一个非常简单可靠有效的实验: 请想象一头毛茸茸的白熊。好, 接下来的一分钟里, 除了毛茸茸的白熊, 你可以想任何你想要想的事情。每次这头毛茸茸的白熊冒出来的时候, 记数1。这一分钟里面, 白熊一共出现了多少次呢? 一头白熊一般不会形成一个闯入性的图像(intrusive image), 除非个体的生活中有与白熊相关的个人经历, 尤其当这个经历是包含强烈情绪的。显然, 如果我们选择对个人有意义或者有情绪效价的想法或者图像, 这个实验的效果还会更好。在这个小实验中, 为什么一个中性的图像——白熊会变成一个闯入性的图像? 原因仅仅是因为我们要试着压制它。这个矛盾效应和压制过程中的认知活动是显著相关的。我们要不去想某事物, 我们需要监察我们的认知过程。在这个监控过程的一个部分是: 我们要关注我们试着不要关注的东西, 这导致了此矛盾的发生。而当它常规发生的话, 有可能会导致情绪障碍。威格纳之后的研究中展示了尝试压制白熊的想法的后续效应, 抑制会让后抑制(post-suppression)时期那些被抑制的想法更多地出现: 在被要求抑制关于白熊的想法之后的后抑制的时段中, 让他们自由想任何

他们要想的事情，他们想起白熊的次数反而增加了 (Wegner, 1994)。后续的研究在实验室情景和临床情景中都发现了这种反弹效应。例如，想法的抑制导致了情绪想法的皮电反应 (Wegner, 1994)，这反映了交感神经唤醒水平的提升。相似地，反复思虑 (ruminating) 不愉快的事件延长了愤怒和抑郁的情绪状态 (Nolen-Hoeksema& Morrow, 1993; Rusting and Nolen-Hoeksema, 1998)，而尝试抑制疼痛也基本是徒劳 (Cioffi& Holloway, 1993)。

整体来说，许多心理问题是和无效地尝试调节不想要的体验（例如情感、想法和图像）有关。有效的心理治疗聚焦于增加有益的调节策略以及阻止对于无效策略的使用。CBT 的方法包括了一系列不同的技术，取决于治疗的目标，有些技巧是针对不良的情绪调节策略，例如体验性回避 (experiential avoidance) 和尝试通过抑制和其他功能失调的策略去管理不愉快的情绪，而另外一些策略聚焦于诱发情绪的刺激本身——产生情绪体验的情境或事件。

格罗斯的情绪过程模型强调了对于外部或内部情绪线索的评价 (Gross, 2002; Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1997)，一旦这些线索被加工，一系列的体验的、生理的和行为的反应会被激活，并且受到情绪调节倾向的影响。个体进行情绪调节的时间点影响了他们努力调节的效能。相应的，根据它们在情绪产生上的时间先后，情绪调节的策略可以分为：前期关注 (antecedent-focused) 和反应性关注 (response-focused) 的策略。前期关注的情绪调节策略发生在情绪反应被完全激发前，例如：认知重评、情境修正、注意分配。与此相反，反应性关注的情绪调节策略是在反应倾向已经产生后，尝试去改变情绪的表达或体验。例如：抑制或者忍受被激发的情绪反应的策略。实证调查结果表明：前期关注策略能相对有效地调节短期的情绪反应，而反应性关注的策略往往是适得其反 (Gross, 1998; Gross & Levenson, 1997)。

另外一个有效地调节情绪的策略是鼓励个体把自己和想法分离。这可以通过正念或者冥想练习达到，它们对于想法和感受都是保持一种关注当下的 (present focused)、不评价的状态。在近期的研究中，通常会把这些过程称为去中心化 (decentering)。这个概念和传统 CBT 中的拉远距离 (distancing) 紧密相关 (Beck, 1970)。虽然两者在实践应用上很相似，但是在结构上有很精细的区别，尤其是在它们各自的理论基础上。拉远距离 (distancing) 是指通过学习分辨现实和想法之间的差异，个体对于想法获得客观性的过程。因此，拉远距

离假设真的知识可以通过评估一个人的想法来获得，它常以预测性陈诉的形式来呈现（如假设）。相对地，在有些研究者的用法中（如 Hayes, 2004），拉远距离假定了一个理论模型，模型中并未在概念水平上区分想法和行为（如想法被看作言语行为）。

无法进行去中心化和拉远距离可能导致想法-行动混淆（thought-action fusion, TAF），它是指把认知和行为分离的困难。TAF 有两个单独的部分（Shafran *et al.*, 1996）。第一个成分是：认为有特定的想法会增加该事件真实发生（的机会）的信念，而第二个成分是：想象某个行为和实施这个行为是等同的。例如想着杀某个人和真的实施了这个想法是一样的。这个道德成分被认为是由错误的结论（体验某个“坏”的想法反映了一个“真实”本质和意图）导致的。

## CBT的一般性方法

虽然 CBT 是一种流行的治疗方法，但是世人对于（现代）CBT 还有一些错误观念（认知错误，如果你愿意这样说的话）。和流行观念不同的是，CBT 不是只限于认知修正的治疗。它仅意味着识别和修正认知歪曲是治疗中的重要目标，因为 CBT 基于一个原则：认知是情绪痛苦和行为问题之间的因果连接。CBT 同时也把情绪体验、生理症状和行为作为目标。根据治疗策略的本质，贝克区分了理智的、体验的和行为的治疗方法，三者都是 CBT 重要的方面。作为理智的治疗方法，来访者学习去识别他们的错误概念、考察他们想法的正确性，用更适应性的想法来替代它们。体验的治疗方法帮助来访者允许自己感受，从而改变他们的错误概念。在乔的案例中，CBT 治疗师探索了他无价值感和他之前尝试自杀的原因。一个重要的治疗目标是要提升乔的能量和动机水平。因此通过给乔布置家庭作业来初步完成这个目标，开始是一些简单的任务，然后是更复杂一些的任务，任务包括：温和的身体锻炼、家务活、购物、发出工作申请、参加工作面试、培养嗜好。行为治疗方法的核心是鼓励特定形式的行为的建立从而改善个体的幸福感。作业通常是指行为激活（behavioral activation）。它可以打破消极思维、低能量、低动机之间的循环。行为激活提升了乔的能量

水平，改变了他的自我知觉，改善了他的心境。因为对于很多心理问题强调了行为方面，CBT一词看起来比认知治疗（cognitive therapy）或者理性疗法（rational therapy）更适合。而它最早是由两位创建人所提出的。

CBT最初关注此时此刻，来访者是一个主动的合作者，他们被认为是他们自己心理问题的专家。治疗师和来访者之间的关系是温暖、真诚，可以直接沟通且相互尊重的。来访者不会被看作是有缺陷的，而治疗师也不被看成是全能的治愈者。实际上，治疗师和来访者建立一个合作的关系，一起来解决一个问题。所以CBT治疗师的最初角色通常是非常主动，他/她教授来访者关于这个治疗方法的潜在原则。然而，在治疗过程中，来访者被期待在他们的治疗中会变得越来越积极主动、独立。

一般来说，来访者会因为各种不同的问题来寻求协助。一个细心的治疗师常常展示出一些不同的问题是彼此联系的，或者一系列的子问题可以归于一个更大的问题下面。例如乔缺乏动机，能量低落、过度睡眠的倾向显然适合他的首要问题——抑郁和低自我价值感有关。如果CBT的首要目标是他的睡眠问题，他们这就显然错过了乔心理问题的重点。看来乔的低自我价值感是主要的问题，需要列为治疗的目标。乔的一些核心信念（图式，schemas）是：“除非我能养家，否则我是没有价值的”，以及“我是无能的”。通常这些核心信念会在治疗的后面阶段变得更明显，当它变得明显时，自动化想法会呈现共享特定的共通之处。这个过程需要来访者细心的自我探索以及治疗师引导式的提问（或引导式的发现），引导式提问是指贝克学派CBT中的苏格拉底式提问。随着治疗的进展，CBT的目标越来越聚焦、指向来访者的核心信念。但是，这些目标并不是由一个人决定的。整个治疗过程中，治疗师和来访者会经常触及这些治疗的目标，包括确定哪些干预的方法能够最有效地达到这些目标，以及描绘出具体、可观察的成果，以显示每个目标已经达成。来访者是完全参与这些决策的过程。

有一个常见误解是CBT会用一个积极想法完全替代一个消极想法，而这些会奇迹一般地解决了所有的心理问题。这在几个水平上都是不正确的。CBT不能也不应该尝试让一个不好的情境变好。CBT也不鼓励来访者把现实中痛苦的事件想成好的，或者忽略一个发生在他们身上的悲剧。而CBT治疗师要帮助来访者去认真地检验他们对于一个情境的反应是否适宜，如果确实有很值得

产生负面情绪反应的事因，那么 CBT 鼓励这些来访者去调用他们的资源来处理这个负面事件，活得有意义。

美国密苏里州一个伤心的母亲在伊拉克战争中失去了两个儿子，这就是很值得哀伤的事件。失去儿子是绝对没有任何积极面的，因此这个母亲有一个非常值得经历一段巨大哀伤时期的理由。坏的事情会发生，它们也会在好人身上发生。但是，我们多数人可以去应对生活中的逆境，并总会找到方法去继续我们的生活。在战争中失去孩子是极端的例子，我们多数人可以幸免于这些悲剧。在乔的案例中，他的抑郁的扳机事件是失业。虽然失业并不是一个愉快的事件，但是也不是大灾难，而多数人是可以应对这个挑战的。但是抑郁的扳机事件并不一定都是发生在现在的。实际上，很多人甚至不记得他们抑郁的扳机事件了。对于其他心理问题也是一样的。很多来访者会报告说他们的心理问题就是这么发生了。CBT 治疗师鼓励来访者去确认他们问题存在的原因，以及激发他们改变这些原因的动机。

通过把想法当作假设，来访者被放到一个观察者或者科学家的位置，而非他们心理问题受害者的位置。为了挑战这些想法，治疗师和来访者讨论支持和反对一些特定设想的证据。这可以通过以下方式来达到：使用来访者过去的经历（如：根据你过去的经历，这个几率有多大？）传达更准确的信息（如：我们对于这个事件知道哪些？），重新评估情境的结果（如：可能发生最坏的情况是什么？）以及通过让来访者暴露在他们害怕和回避的活动或情境中，给予他们机会去检验他们的假设。

很多来访者报告的关于情绪问题的自动式想法是和一些导致高估几率（probability overestimation）的思维模式相关的。高估几率是指一个认知错误，指人们相信一个不太可能发生的事件很可能要发生。例如，有惊恐障碍的人或健康焦虑的个体可能会把一个无害的心跳加快知觉为马上发生的心脏病。一个广泛性焦虑的女儿可能会因为丈夫没有在平常回家的时间到家，而认为她丈夫一定遇到了车祸。虽然这些事件（心脏病发、车祸）不是不可能，但是发生的可能性是非常低的。但是，如果这个女人有某些理由让她担心丈夫（例如他是个糟糕的司机并且常发生车祸，如果他一直都非常准时，或者如果他答应她一定会准时回家），那么这些事情发生的可能性可能更高些。

另外一种常见的思维模式叫灾难化思维 (catastrophic thinking)，它是指“把事情过分放大”或者“小题大做”，即使它根本不是什么大问题。换个说法就是，犯这种认知错误会把一个结果知觉成灾难，即使它不是。举个例子：一个患有社交焦虑障碍的男人在邀约女人被拒后，会相信他这辈子永远都不会找到伴侣了，因为没有一个女人会对他感兴趣。

一旦这些非适应性的想法被识别、挑战后，来访者必须把他们旧的信念拿出来检验，例如一个社交焦虑的来访者要面对那些他们一般会以一种功能失调方式解释的情境或事件（可能包括图像或活动），然后这些来访者会得到机会去进行现场实验 (field experiment)，去检验他们假设的正确性。例如一个社交焦虑的人被要求在书店，去跟随机的 10 个女人开始一段对话。在之后的练习中，他可能被要求要故意让自己被女人拒绝，以处理他关于被拒绝后果的担心。在这些一般性的认知错误后，之后的章节会讨论其他障碍特定的认知功能失调，以及对于这些认知功能失调的干预。在所有章节中，认知功能失调会在行为实验的情境中被探索并修正，在行为实验中，来访者会面对一些可以检验他们信念正确性的情境。这些行为实验多在治疗室之外，一个相对没那么安全的环境中进行。

认知行为治疗中最难的一部分就是用适应性想法取代非适应性的想法。为了产生这些替代的想法，来访者必须要问自己“这个特定事件还有没有其他可能的解释？”或者是“其他人是怎么解释这个事件？”通过反复的练习，来访者学会了改变他们的解释，从一个心理问题的被动受害者，变成了一个主动观察者。在这个过程中，常常需要使用自我监察的形式来进行指引。

就像所有的坏习惯一样，我们解释事情的倾向也很难改变。而改变的第一步就是意识到有很多不同的方式可以解释同一个事件。为了解释一个事件，我们要形成假设，这些假设最终决定了我们对这个事件的情绪反应。就像我们之前讨论的一样，我们治疗的目标是去检验来访者的假设，以及如果这些假设是不正确的，要改正它们，以建立其对真实世界更现实性的解释。认知方法的一个假定是，预测和自我陈述 (self-statements) 是具有影响行为和体验的力量。因此为了确保一个练习在挑战来访者功能失调的想法时能够产生最好的效果，对于练习的准备是必需的。此外，对于暴露后的体验的加工也是同样的重要。

CBT 的一般模型会在本书中用到，如图 1.1 所示。这个模型展示了：当注

意力集中在特定扳机事件的某些方面时，例如情境、事件、官感或者其他想法时，非适应性的信念（图式）可以导致非适应性的、特定的（并且经常是自动化的）认知。这些注意过程通常显示了高程度的自动化以及可以是潜意识水平上发生的。一旦这个过程到达了意识，这个扳机事件会被评估、解释。这个评价会导致一个主观的体验、生理症状和行为反应。例如一个保持着“我是社交无能的”人更可能把一个事件（例如：一个观众打呵欠）解释成与他的这个信念或图式一致的。这个对于情境的解释导致了生理症状（心跳加速），行为反应（结巴）和主观体验（害怕和尴尬）。生理、行为和情绪的主观体验和真实的任务表现是脱离的，它们之间互相加强，并在未来支持了对于这个情境的非适应性的认知评价，以及此人认为自己无能的图式，形成了一个正反馈的恶性循环。这种正反馈循环可以通过一种称为情绪性推理（emotional reasoning）的加工机制进一步建立。情绪性推理是指，使用一个人的情绪体验作为想法正确的证据，例如：一个怕狗的孩子，会在事后使用这种恐惧作为“狗一定是危险的”这一信念的证据。情绪性推理论证是这个正反馈循环里面关键的一步，因为它把一个想法的结果（如对狗的恐惧）变为了这个想法的前因（如“狗一定是危险的”）。我们会在所有的情绪障碍中发现这样的正反馈循环。

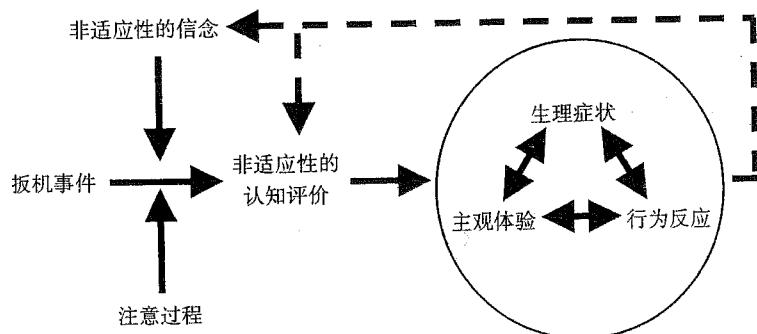


图 1.1 CBT 模型

生理、主观体验和行为的区分是建基于情绪的三重模型。把情绪反应分为三个成分看起来似乎是人为的，有些心理学流派认为做这种区分是没有必要的。例如一个行为治疗师可能会认为每一个对于事件或情境的反应都是行为反应，甚至假定认知评价先于反应，以及主观体验、生理反应和外显行为反应是不同的都是无用处的。无论如何，实证研究提供了充足的证据支持这个模型，

而且它在设立治疗目标以及形成案例干预策略时是非常有用的。这三个成分：行为、生理和主观体验一起形成了一个系统，但是可以被独立成为目标。行为成分可以被表达为情绪体验的外显迹象。在焦虑的案例中，这些行为可能是以改善或消除个人体验到的不愉快状态的回避策略。另外一个回避策略可以是体验性的，例如回避一个情绪反应的主观体验或者生理官感（sensation）。无论如何，这些策略维持了对于外部经验的非适应性的加工方法，导致了正反馈循环不允许系统考虑任何驳斥的证据从而改变。一个正反馈可以进一步由情绪性推理和自我知觉建立，生理症状、行为和主观体验取决于对于情境的认知评价，同时也决定了这种评价，一个有长期研究传统的观察（Bem, 1967; Festinger and Carlsmith, 1959; Schachter and Singer, 1962）。

## 第二章 提升思维力量

### 改变的准备

精神障碍是让人不愉快、不想要的，它们会导致主观痛苦，影响了个体以及他（她）的家人朋友，也会严重限制人们的个人生活、职业生涯和总体幸福感。尽管存在这些不良后果，人们还是经常从事一些导致这些令人不快状态维持的活动。他们往往意识到了这点，但仍然继续这些活动，就像是一个肺癌病人无法戒烟。其他可能不那么戏剧化的例子可能是一个抑郁病人一天睡 12 个小时，白天也不活动，或者一个社交焦虑的人回避聚会。虽然人们往往意识到很多行为会恶化他们的状况，还是很难去做改变，而其中有很多原因。例如：缺乏动机或抑郁时缺乏活力、社交焦虑情况下的回避行为，它们不止是症状的维持因素，也是他们症状的表现。

### 改变的阶段

一个深具影响力的模型：改变的跨理论模型（transtheoretical model of change）描述了这个改变过程。这个模型确定了改变的不同阶段，这些阶段在改变的准备上存在不同（Prochaska *et al.*, 1992）。虽然这个模型最初是为成瘾行为发展的，但它并不局限于此领域，它可用于任何特定的心理问题或者治疗

改变过程(故名为：“跨理论”模型)，而且这个问题并不需要局限于外显行为，也适用于认知及知觉的改变。

更具体来说，这个模型提出改变的过程包括了六个阶段：前意向阶段、意向阶段、准备阶段、行动阶段、维持阶段和结束阶段。在前意向阶段，个体并无意在一个可预见的将来去发起一个改变。在意向阶段，个体有意在一个可预见将来采取行动(就成瘾行为而言，是指在未来6个月)。他们开始权衡这个非适应性行为或认知的代价和利益。在准备阶段，人们有意在近期改变他们的行为或认知(一般在一个月内)。他们可能开始实验性地进行一些小改变，但是还没有准备好去进行任何重大改变。只有当人们进入了行动阶段，他们才会采取确切的行动去改变他们的非适应性的行为或认知。处于维持阶段的人们会持续努力使用改变的策略。最后，在结束阶段是指个体已经没有诱惑，并且很确定他们不会回到旧的、非适应性的行为或者认知模式。

发起一个改变需要巨大的动机和勇气，因为往往用于克服困难的策略本身都是艰难、痛苦的，并且人们无法肯定这个治疗策略会真的收到想要的结果。为了使病人准备好改变并完全投入治疗，治疗目标必须要是个体渴望的，并且是可达成的。我们可以通过分析、比较问题行为和摆脱问题的代价-收益，来促进改变的准备。就行为改变而言，当保持行为的代价-收益比高于改变行为的代价-收益比时，个体则很可能进行改变(如保持行为比改变的代价更大，收益更少)。在这个代价-收益分析时需要考虑的重要因素有：个体价值观、幸福感、人生决策和未来计划。

## 增强动机

一个在行为代价-收益分析时可以帮助病人的具体干预策略是：增强动机或者动机会谈。动机促进的技术最早是从酒精、物质滥用障碍的病人身上发展出来的(Miller & Rollnick, 2002)。但是它们的原则也适用于任何痛苦的心理问题，并且对处于意向阶段的人们尤其有用，且对于其他跨理论模型阶段的人们也有增强动机作用。这些技术是建基于四个一般性治疗原则上的：1) 共情表达；2) 强调差异；3) 绕过防御；4) 支持自我效能感。

### 共情表达

病人会对于改变自己的行为持矛盾心态，这是很正常的现象。治疗师对于病人的挣扎要持共情的态度，不进行任何评价。有些策略可以达成这个目标，包括：使用开放性问题，使用反馈式倾听技术以及创造一个尊重的合作性治疗关系。

### 强调差异

患有情绪障碍的病人一般都对改变他们病理性行为有某程度的矛盾心态。例如强迫症患者可能意识到他们的强迫行为是过度的、非适应性的，但是他们也可能同时感到如果不进行这些强迫行为，一些可怕或灾难性的后果更可能发生（强迫思维的内容）。相似地，广泛性焦虑症患者可能在他们担心时感到痛苦，但同时也可能把担心作为一种控制他们焦虑的方法。治疗师可以通过以下方法帮助病人把这个天平推向行为改变的一端：通过帮助病人看到使用新的、更适应性的方法代替旧的、非适应性的行为获益更多，以及呈现、突出个体现状和他理想状况之间的差异来达到。如果能让个体把他（她）目前的行为视为是和其目标、价值观相违背的，那这些行为则更可能被改变。治疗师可以促进某个特定行为和个体目标或价值观之间的差异被知觉的程度，从而导致这个行为被改变的可能性。实现这个原则的一些重要治疗技术包括有：识别（identification）、选择性反馈支持行为改变的陈述或情绪（sentiments）。

### 绕过防御

动机会谈的目的是鼓励病人解除他们的矛盾心态，选择更适应性的行为。为了达到这个目标，治疗师不要为行为改变辩解，因为这可能会导致病人站在反对行为改变的立场。治疗就变成了病人和治疗师之间的角力，而非一个合作的过程。为了避免这种情况，治疗师对阻抗或者矛盾性不使用面质（confrontation），而要通过理解和对其目标的共情，探索来自病人的其他替代性观点。这个改变策略需要由病人发起而非治疗师。病人出现阻抗是可预料的事，而对于阻抗的反应，治疗师通常会跟病人讨论，以探索解决这种矛盾心态，通过讨论解决问题的策略，同时确认病人的忧虑，使用开放性问题去引发新的观点促进问题解决的策略。

### 肯定自我效能感

班杜拉（Bandura, 1997）的研究非常有说服力地演示了：个体对于自己成

功改变行为能力的信念对实际行为改变的预测力，要大于改变行为的意图的预测力。因此，个体对于自己能成功改变问题行为能力的信念（例如他（她）的自我效能感）对引发行为改变是至关重要的。治疗师通过强化积极行为改变，给病人指出他们已经做出的步骤或朝行为改变正在做出的努力，这可以鼓励病人的自我效能感。总体来说，在动机会谈时的行为改变被认为是发生在两个分离的阶段（Miller & Rollnick, 1991）。第一个阶段关注：建立行为改变的动机，包括：为识别重要个人目标或价值观而设计的技巧。它同时也强调了现在行为和个人目标之间的差异，并探索行为改变的代价和获益。第二个阶段关注提高病人对于自己能成功改变非适应性行为能力的信念。这个阶段会利用改变决策天平的平衡（这通过促进个体的成功改变非适应性的行为的自我效能感来实现）。这个阶段有用的策略包括：设立具体的行为改变目标、设立以及探索对于行为改变的不同计划和致力于完成行为改变计划。在这个阶段 CBT 的策略需要为个体量身定做。这些策略将在后面章节涉及。所有的策略都将在一般 CBT 的过程中实施。

病人会在他们动机水平上有波动，他们会在跨理论模型的不同阶段间转换跳动。不过，在对病人进行治疗时，用这个模型以形成一些工作假设是很有用的。如有需要，可以实施动机会谈方法去提高人们继续治疗的动机。

## 评估

一旦病人有了动机并且投入到治疗中，任何治疗的第一步都应该是一个细心的诊断评估。理想的情况是，诊断评估是以半结构化访谈的方式进行的，例如 DSM-IV 的临床结构访谈（SCID-IV）（First *et al.*, 1995）。或由一个受过培训的、具有相关技能的临床工作者可以直接使用 DSM 的诊断标准来判断一个人是否患有某种障碍。重要的是，在评估过程中不仅要评估临床工作者认为的病人患有的障碍，还要对其他看似不相关的障碍进行排除。有经验的临床工作者会保持一个开放的态度，并且愿意修正他们对于病人问题的最初临床诊断，这也就意味着，临床工作者不应该只试着找出支持他（她）假设的证据，同时也要收集一些可能会否定其最初假设的信息。在一个彻底的诊断评估之外，请病人每天（最少）记录一下以下信息：时间、情境、治疗问题的描述（如心境水平、焦虑等）。它除了可以作为改变的指标外，这些记录可以识别出问题的

任何情况或触发事件。至少，这些评估应该可以回答以下基本问题：

- 主诉是什么？病人经常带着一系列不同但相关的问题而来。识别出主要的问题是走向康复的重要一步。
- 为什么病人决定在这个时间点来寻求治疗？精神障碍是严重的疾病，病人往往会报告在寻求心理健康的帮助前，他们已经受心理问题折磨多年了，那么为什么在这个时间点来寻求治疗，了解这个问题往往能为治疗提供重要的信息。例如：一份新工作可能意味着患有社交焦虑的个体需要处理更多社交互动了，或者一个患有抑郁症妇女的丈夫已经无计可施了，他威胁着要离婚，除非她可以克服她的疾病。
- 这个问题的过往史是怎样的？虽然精神障碍是严重的疾病，但具体症状会有起伏。对于问题过往史的详细的评估可以给临床工作者重要的提示，其中可以窥见问题的贡献因素。例如一个抑郁的病人可能和其工作或家庭环境的改变相关。如果症状的改变可以和一个具体的外部改变联系起来，那问题本身有没有带来任何获益将会是很值得探索的。例如，抑郁可能导致工作时间减少，但同时也会降低和具体工作活动相关的压力。这些症状的次级获益是问题维持的一个重要因素。
- 病人以往的精神状况如何？在病人来诊问题的过往史之外，临床工作者也该收集病人精神状况过往史的详细信息，即使它看起来和目前问题无关。即使病人不相信，但其他心理问题和目前主诉之间存在直接关系也并非是不可能的。例如：一个病人的极度害羞就可能对其抑郁起作用，因为病人回避社会交往，而这导致了没有太多积极互动的孤绝的生活。
- 病人的重要家庭史和社会史有哪些？了解病人的家庭史和社会史可以给临床工作者一些线索：基因以及其他环境因素是如何起作用的。但是，即使这个家庭报告有一系列的心理问题，甚至包括和病人同样的症状表现，它也不意味着这个问题没有办法通过有效的心理干预治疗。问题最初形成的原因往往和其维持的原因不同。

### CBT的一般过程

一旦详细的评估完成后，病人又有动机，那么治疗就可以开始了。具体的策略取决于主要问题是什么，而以下部分将会谈及这些策略。虽然这些策略都

是指向具体的障碍，但它们也呈现出了一些关于一般过程的共性。这些共性是以下这些：

### 建立良好的治疗关系

一个好的治疗师-病人的互动来源于一个合作关系。一般来说，治疗师的行为应该是诚实、温暖的。病人不是被视为无助、被动的，他们是他们问题的专家。因此，病人是主动参与到治疗中。例如，他们被鼓励着去规划对于具体假设的测试，以便对真实世界及他们的问题有一个更好的了解。治疗中的重点是基于问题解决的。治疗师的角色是和病人一起工作，对可解决的问题找出适应性的解决方案。治疗的每一步都是透明并被清楚解释的。病人被鼓励着去问问题，确保他们明白并同意治疗方法。

CBT 治疗师一开始的角色是非常主动的。治疗师要教育病人关于治疗方法背后的原则。除此之外，治疗师常常发现病人在治疗的开始阶段需要很多的引导，以帮助他们识别出他们的错误观念和与其相关的自动式想法。随着治疗进行，病人被期许要在他们治疗中增加主动性。一个有经验的 CBT 治疗师会强化他们病人的独立性，同时也意识到需要继续支持和教育，就像病人刚开始学习使用 CBT 的概念应对他们的困难一样。

### 找出问题的关键

CBT 是一个问题解决的过程。这个过程包括了澄清呈现问题的状态，定出想要达成的目标，找出达成该目标的方法。因此，治疗师需要和病人在治疗开始时就讨论一下治疗目标，并确定为达成目标而应采取的干预方式，以及描述出怎样的结果（清楚、可观测）会说明该目标已经达成。CBT 案例建构可以促进这一步。一个以案例建构为基础的评估，其目标是识别出潜藏在歪曲信念和自动式思维背后的核心信念，从而在治疗中能有效进行干预。在这个简化问题的过程中，治疗师和病人接着要识别出有相似原因的问题，并把它们归纳在一起。一旦识别出主要问题，治疗师一般会把它打散成一系列在特殊情境中出现的小问题。在整个治疗过程中，治疗师会频繁地询问病人以获得反馈，从而确保问题解决的努力是针对确立的目标的。

### 识别非适应性的认知

一旦病人确定了他们的问题以及治疗目标，CBT 治疗师会鼓励他们去回顾

他们的想法以及思考过程。就像在第一章提到的一样，认知通常被分为负性自动式思维以及非适应性的（有时也被称为非功能性或非理性）信念，负性自动式思维是指：在某个个体觉得某方面受威胁的具体情境中，他们脑海中涌现的想法或者影像。另一方面，非适应性的核心信念则是指个体对于世界、未来以及自己的假设。这些更整体的、涵盖性的核心信念提供了一个图式（schema），而图式决定了一个人可能会怎样诠释一个具体情境。就像对待自动式思维一样，治疗师可以通过引导式提问识别出非适应性的核心信念。

### 挑战非适应性的认知

通过把非适应性的认知当成是假设，病人被放到观察者（科学家或侦探）而非他们问题受害者的位置上。为了挑战这些想法，治疗师和病人会讨论支持和反对某个假设的证据，进行辩论并进行（贝克称为的）苏格拉底式对话（Socratic dialogue）。挑战非适应性的认知可以用不同的方法来做，一般通过使用病人过去经历的信息，实证性地评估一个情境，评估情境的结果，通过把病人暴露在其害怕的和/或回避的活动或情境中，以给他们机会去测试他们的假设。

一开始，病人常被要求对挑战性的情境形成一些（非理性反应之外的）其他的理性反应。这个技巧练好之后，病人被鼓励在他们遇到困难情境当下以及遇到困难前使用这些技巧。除此之外，由于他们负性思维具有预设性、自动性和习惯性的特质，因此在完全挑战他们的负性思维前需要持续、重复的重构过程。其中的假设是：通过持续的练习，更适宜的思维会变成自动的反应模式。

### 测试想法的有效性

一旦非理性的想法被识别出来并挑战后，病人会被要求去测试他们之前的认定以及非适应性的信念。通过直面触发负性情绪（如焦虑、尴尬、内疚）的刺激（如情境、身体官感、影像、活动），病人有机会去实地考察一下他们假设的有效性。

## 用适应性代替非适应性认知并引发反馈

CBT其中一个最难的步骤是：用适应性的认知代替非适应性的。这是因为

习惯（诸如自动式思维）是很难被改变的。CBT 的目标既不是给病人证明他们的想法有多荒谬，也不是教他们正性思维的技巧。而是测试病人的假设，如果这些假设是无效的话，就去修正它们，以对现实世界获得一个更现实的看法。直接通过行为实验测试获得反馈结果，这是用理性思维替代非理性思维中必要的一步。

### 非适应性认知的分类

非适应性的认知可以扭曲现实，因为它们会导致对于情境的误解和夸大。在第一章中，我们识别出了非适应性思维模式的两种一般类型：高估概率（高估了一个不好事情发生的概率）以及灾难化思维（把一个不好但非灾难性的事件灾难化）。这两种思维模式通常会导致一系列具体典型的自动式思维（摘自 Burns, 1980）。这个表并不全面，也并不需要在治疗中和病人讨论每一个类别（虽然早期的治疗要做这些讨论）。此表的目的是给读者提供一些治疗中可能会遇到的典型非适应性思维的例子。为了演示每个错误，我们会举一个有公开讲话焦虑的人的小例子。

### 非黑即白式思维

这种非适应性的认知把现实分割成两种不连续的类别。每件事物都被看作：要么是黑（坏）的要么是白（好）的，没有灰色地带。例如，一个人的社交表现不是完美无瑕，那么就会被解读为是完全失败的。

### 个人化

负性事件被个人化。例如一位观众打了呵欠，讲者就会认为每个人都要被无聊死了。而事情的另一个可能性是：某人打呵欠可能是因为昨晚没睡饱。

### 关注负面

个体只关注某情境或事件的一个负性细节，忽略了所有积极的方面。于是对于现实的知觉会变得灰暗，就像一滴墨水染黑了整桶水。例如讲者极端关注打哈欠的那位观众，在没有任何该情境负面的信息的情况下，就坚信每个人都觉得很无聊。

### 忽略正面

个体忽略了情境的积极面。例如即使一位观众明显很喜欢该演讲，讲者还

是只关注打哈欠的那位观众。

### 跳到结论

个体从事件得出一个负性解释，而并没有足够的证据支持该解释。例如，讲者可能预期演讲会是一场灾难，并且确信这个假设是一个已经发生的事，这也被称为“算命师式错误”。另一个错误的表现会是：讲者深信观众对于讲者的反应是负性的，即使没有明显的证据支持这点。这又被称为“读心术式错误”。

### 过度概括化

讲者把单一负性事件看作是一个永不结束的模式。例如她可能会相信一个糟糕的演讲意味着她是个糟糕的讲者并且应该换个职业方向。

### 灾难化

相似地，灾难化发生在个体把一件事实比例放大时。例如：讲者可能会相信仅仅是一次工作表现不好，她老板就会辞掉她，而这会意味着她职业生涯也完蛋了。

### 情感归因

这个错误在理解为何非适应性的认知以及精神障碍是如此顽固难以改变是尤其重要的。当个体把对于一个想法的情绪反应作为该想法成立的证据，这个错误就发生了。因此，如果一个想法（例如：担心被辞退）导致了苦恼，然后犯这个情感归因错误的人会把这种苦恼作为一个证据，支持她该好好担心她是否会丢掉工作的好原因。

这些类别作为一般性的描述语，和病人讨论例子会帮助他们理解他们的非适应性认知并不是独有的，也是很多人共同经历的。

## 一般性 CBT 策略

CBT 用不同策略来处理 CBT 模型中的不同成分。图 2.1 描述了一个一般性策略的总结。具体使用策略取决于要解决的问题是什么，这将在接下来的章节有所涉及。

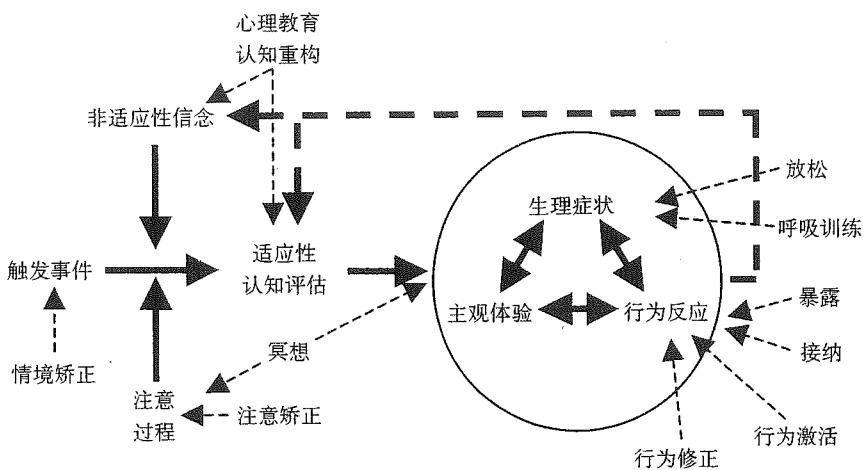


图 2.1 CBT 策略

这些策略包括注意矫正和情境矫正以改变触发刺激。认知重构（cognitive restructuring）是其中一个用来矫正非适应性思维、图式的核心策略。冥想策略（meditation strategies，包括慈心禅）是非常有用的情绪调节策略，因此，它可以帮助认知重构。行为激活（behavioral activation）和行为矫正（behavioral modification）程序更直接针对情绪反应的行为成分。相似地，放松和呼吸训练是和精神障碍相关。回避倾向在这个精神障碍的维持中扮演了一个重要角色。接纳和暴露策略可以直接针对体验性或外显的回避行为，因此打断或干扰了这个正反馈会导致障碍的维持。图 2.1 所示对这些策略做了一个图解，这些技巧更详细的解释如下。

### 注意和情境矫正

对于某个事件或情境的反应可以通过修正导致这个痛苦的事件或情境来处理。例如工作压力可以通过调整工作或者换工作来降低或消除。相似地，婚姻问题可以通过改善关系或离婚来解决。也可以通过关注该事件（或情境中）更不痛苦的方面，或更多地关注令人愉悦的方面，从而改变对于该事件（或情境）的整体体验来解决。

### 认知重构

CBT 的一个核心成分是图式（Schema）的认知重构。图式是指个体对于世界、自己以及未来的核心信念。这些认知图式决定了对于某情境（或事件）

的认知评价。例如，一个人过去经历了很多不稳定的、痛苦的人际关系，她更可能因为新男友决定加班而不是和她待在一起就觉得她的男友不爱她了。类似的重复经历可能会让这段关系变紧张，导致了自我实现预言（self-fulfilling prophecy）。

在 CBT 中，非适应性的评价被看作是一个假设，并不一定是真的。为了探索这些想法的真实性，病人被放到一个观察者（科学家或者侦探）的位置，而非这些想法的受害者的位置。为了检验这些非适应性认知的正确性，可能会用到不同来源的信息。例如，治疗师和病人会讨论支持和反对某个假设的证据，进行辩论、进行（贝克（Beck）称为的）苏格拉底式对话（Socratic dialogue）。这可以以不同的方法来做，一般通过使用病人过去经历的信息，实证性地评估一个情境，评估情境的结果，通过把病人暴露在其害怕的和/或回避的活动或情境中，以给他们机会去测试他们的假设。正如第一章所述，这些不同类非适应性认知在不同障碍中表现出了相当多的差异，可以被归类为：因为高估几率导致的错误认知（一个认知错误，当人们相信一个不太可能发生的事件很可能发生的时候，他们就犯了这个错误了）和灾难化思维（当个体夸大了某情境的负性结果时，他就犯了这个认知错误）。

图式是涵盖性的信念，它引起了具体的非适应性思维。例如，抑郁的人可能有一个图式“我是无价值的”，有焦虑障碍的人可能把世界看成是一个危险的地方。图式可以通过认知形式来表现。例如患有广泛性焦虑障碍的病人一般会极度担忧他们的财政、未来和健康。非适应性的元认知（meta-cognitions）是对这些担忧可能有的功能的信念，例如，有些人会相信有某些不好的情境会让这个情境发生的可能性变小。我们可以用处理担忧或其他非适应性思维模式相似的方法来处理这些元认知。

一个有效识别非适应性图示的策略是箭头向下技术（downward arrow technique）（Greenberger & Padesky, 1995）。这个方法首先识别了自动式思维，但不是去质疑这个想法，而是鼓励病人去加深他（她）的情感（affect）水平，通过提问探索这个想法，例如“如果这个想法是真的话，它将意味着什么？”这往往会使一个隐藏的条件式假设浮上水面，在认知水平会以“如果……则……”的陈述来表现，这些“规则”往往会指定了一个情况和一个情绪结果，它们往往是非功能性的。

一般来说，这些规则在较低的意识水平上，所以病人很少能够反思它们。在这些情况下，往往是治疗师侦查出来一种在病人问题中反复出现的情绪规律。一系列的情境可能共享了一些特征，并导致了共同的情绪反应。往往这意味着一些相似的规则在这些情境中起作用。治疗师可以首先指出这个规则，然后和病人共同努力去修正这个条件假设句中的具体行文。其他时候，病人可以意识到他们的条件式信念，并可以说出看似操控了他们对情境情绪、行为反应的规则。

相对于条件式规则，核心信念代表极端、片面的对自己、他人以及世界的看法，它导致了条件式假设和自动式思维的产生。核心信念被假定是从早期经历形成的原始的、极端的看法。每个人的这些信念内容都不同，但是值得强调的是：核心信念是理解世界的方式，并且在其形成的情况下是理性的。识别核心信念最重要的原因是要在治疗中解释这些概念。病人被鼓励把他们自动式思维看作是某些深刻影响他们对时间解读的事物的结构。这些理性（早期习得的）的部分也该被呈现出来，因为让病人理解他（她）的负性核心信念并非意外或随机结果，而是早期经历的结果（例如：在早期是功能性的、理性的已经无法达到同样的目的了，或者并不是建立在不同具体情况的基础上）。核心信念往往是以绝对式的陈述句出现，例如：“我是失败者”、“我是不值得被爱的”、“我深陷一个永恒的危险中”。当病人暴露在他们的核心信念前时，他们往往会体验到相当剧烈的情感，他们往往会掉泪、伤心或者非常焦虑。这些通常是一个信号，表明一个高度突出的加工过程已经被标识出来了。

很多用来改变自动式思维的（如检验扭曲性、收集证据）技术也可以用于深层次的认知。虽然改变信念比改变一个负性自动式思维要花更长的时间，更多努力。除了这些技术之外，还有另外三个过程可以用于改变核心信念。首先，病人需要有一个关于这些信念发展的叙述；其次，病人需要以更客观、共情的态度看待这些经历，承认他们习得了一些负性、可能有破坏性的东西；第三，很重要的是要创造希望：在治疗中习得的技术的帮助下，这些信念是可以被“重学”的。一旦病人承认了需要改变核心信念，可以鼓励他们创造一个替代性的核心信念，就像他们对自动式思维、条件式假设所做的一样。一旦识别出替代信念，病人要为旧的核心信念和这个更适应性的替代性的核心信念收集证据。这会鼓励病人通过一个新的视角来审视后续的经历，评估两个信念哪个更吻合他（她）的当前现实。

聚焦于深度认知的治疗时段往往比早期时段更不结构化，这部分是因为这阶段的讨论涵盖了生命更多范围，并且没有一个统一主题一般的思维记录。讨论可能包括反思他们的早期生活事件，关注于某些僵化的条件式假设，或者探索某核心信念，但可以在这些主题间灵活转换。与此同时，治疗师需要注意机会，去实施不同的工作表和练习，例如箭头向下技术（downward arrow）、积极事件日志（positive events log）、核心信念工作表（core belief worksheets）（见 Beck, 1979）。

### 冥想（Mediation）

来源于佛教修行、正念治疗（Mindfulness-Based Therapy, MBT），例如，正念认知治疗（Segal *et al.*, 2002）和正念减压（Kabat-Zinn, 1994）已经成为当代心理治疗非常流行的一种形式（参见 Baer, 2003; Hayes, 2004; Hofmann *et al.*, 2010; Kaba-Zinn, 1994）。正如在当代文学作品中的意义，正念是指一个内部心理过程，特征是不带批判性的态度觉察当下的体验，其中包括：个体的（躯体）官感、思维、身体状态、意识以及环境，在此过程中，个体是抱着鼓励、开放、好奇以及接纳的态度（Bishop *et al.*, 2004; Kabat-Zinn, 2003；墨尔本学术正念网络团体, 2006）。比舍普等人（Bishop, 2004）区分了两种正念的成分：其一是包括了注意力的自我调节，另一成分包括了以一种好奇、开放和接纳的态度指向当下的指向性。

一篇近期的文献综述指出 MBT 是一个有效降低负性心理状态（如压力、焦虑、抑郁）的有益干预（Hofmann *et al.*, 2010）。这篇综述收集了 39 项研究共 1140 位在不同条件下（如癌症、广泛性焦虑障碍、抑郁、其他精神障碍或躯体疾病）接受 MBT 的被试。效应大小的估计值显示：MBT 对于患有焦虑或者情感障碍病人的焦虑以及情感症状的改善有显著作用，对于其他患者来说，对于他们的焦虑或情感症状的缓解，MBT 是中等有效的。这些效应大小是稳健的，和治疗时数或研究发表年份无关，并且这些疗效在追踪阶段也能维持下来。这些发现显示：正念治疗对治疗临床人群的焦虑和情感有一个有效的干预。另一种有很高治疗性价值的冥想练习是慈心禅。在慈心禅练习中，人们培养在冥想过程和生活中练习正性情绪的意向。目标是要学习个体内心以及驱逐对于个人快乐来源的错误假设（Dalai Lama 和 Cutler, 1998）。这些体验可以（依次）转化个体对于（与他人关系中）自己的基本看法，增加了一般性共情。这种特

殊的冥想技术看起来对于治疗愤怒、攻击性和人际冲突尤其有用。

### 接纳 (Acceptance)

接纳技术是在接纳和承诺治疗 (Acceptance and Commitment Therapy, ACT, Hayes, 2004) 中非常重要的策略。ACT 是源于行为分析的一种新的治疗流派。虽然 ACT 和认知模型相对立,但是接纳策略肯定是和 CBT 能兼容的 (Hofmann 和 Asmundson, 2008)。ACT 的一般性目标是促进对于不想要的想法以及情感的接纳,并且触发有利于改善生活状态的行为倾向。更具体来说,ACT 的目标是阻止体验回避 (它是指不愿意去体验负性评估的情感、躯体官感和想法)。接纳的策略可以看作是抵消非适应性聚焦反应的情绪调节策略 (如压抑) 的技术。病人被鼓励去体察、(欣然) 接受其不想要的想法和情感 (诸如: 焦虑、痛苦和内疚),以此作为体验回避的一个替代性选择,其目标是以不尝试改变或降低不想要的想法、情感的方式终结此纠结。

### 呼吸训练 (Breathing Retraining)

过度换气 (Hyperventilation) 被认为是和一系列的精神障碍有关系的,例如,1929 年过度换气被用于解释达科斯塔综合征 (神经性循环衰弱 DaCosta's syndrome) 或“应激性心脏综合征” (irritable heart syndrome),这些综合征在美国内战时期导致很多士兵丧失行为能力。相似地,1938 年,过度换气被用于解释“神经循环性无力” (neurocirculatory asthenia) 或尽瘁综合症 (effort syndrome) (Roth *et al.*, 2005)。自那时起,呼吸训练已经成为很多心理干预的普遍成分,尤其多用于治疗焦虑障碍,例如惊恐发作。

### 行为矫正 (Behavioral Modification)

如图 2.1 所示,主观感受、行为和生理症状之间相互影响。例如,不只是主观体验影响生理唤起和行为,同时行为和生理唤起也会影响主观体验。因此,改变行为会导致生理唤起和主观体验的改变。

修正行为是心理学的核心,这就是为什么很多心理学家自诩为行为科学家。不像主观体验和生理症状,行为是相对容易直接控制的。在此之外,本文所涉及的所有精神障碍明显是被相关联的非适应行为所影响。强化适应性并劝阻非适应行为对于问题有非常直接显著的效果。

行为对于生理唤起的效果是显著的,行为对于主观体验的影响则相对不那

么明显。无论如何，行为激活是一种改变抑郁的有效方式，换句话说就是治疗师指导抑郁病人动起来，参与更多愉快的活动或者联系，抵挡他们想要一直躺在床上、孤立自己的倾向，这是一个很有效应对抑郁的方式，它直接打破行为不活跃和抑郁的主观和生理症状之间的恶性循环。相似地，其他的心理问题可以通过行为方法有效地改变，就像这个问题没有出现过一样。

### 放松（Relaxation）

放松策略过去被普遍用于干预一系列心理问题，包括焦虑和压力相关的障碍。严格控制的实验研究和治疗成果实验显示：一般来说，放松治疗对于治疗精神障碍并不是一个过于有效的策略，但也有一些例外（睡眠障碍、广泛性焦虑障碍）。对于某些精神障碍，它甚至可能是有反治疗作用的。例如，患有惊恐发作的病人在放松训练后更可能出现惊恐发作，因为有些病人会很关注他们的身体症状，而这会无意间导致惊恐发作。如果病人已经发展出一个应对、管理身体症状的适应性方式，那么这些放松触发的惊恐发作可以在治疗中被作为一个挑战步骤。但是如果还没有发展出这些更适应的策略，放松本身作为唯一干预手段，那么它对于惊恐障碍是有反效果的，而对于很多其他问题则是无效的。这一点是令人诧异的，因为呼吸训练对于惊恐障碍有显著疗效，而呼吸训练包含了放松的成分。但两者的关键差异是呼吸训练的成分，它并非是以一种简单放松技术的方式呈现，它会鼓励病人去关注愉快的意象或逐步拉紧和放松肌肉群。

值得注意的是：通常来说，任何只针对某些病人而被提出的治疗方法往往都只能帮到一小部分的病人——主要是因为安慰剂效应。换言之，有些病人获得改善仅仅是因为他们接受了一个他们认为能帮到他们的治疗。这和药物研究中用糖片作为一个安慰剂控制组相似，有些临床研究把放松训练作为控制组，以考察某治疗方法的有效性，而放松训练组也产生了稳定的中等强度的效果（Smits & Hofmann, 2009）。

### 暴露（Exposure）

在治疗恐惧和焦虑障碍时，暴露就算不是 CBT 中最重要的成分，至少也是必要的成分。暴露起效的具体机制仍是未知的。暴露是指当不使用任何回避策略（如安全信号、安全行为），反复、持续地呈现个体害怕的、之前一直回

避的刺激。当内部恐惧线索和其他明显的情境是系统产生的时候，这些改变更可能出现，因为它会驱使个体重新评价情境的实际威胁。这个过程和动物、人的消退学习有很多相似性，因此无论是早期的实验心理学研究（Watson & Rayner, 1920）或当代的神经科学领域（如 Myers & Davis, 2002），都将暴露作为治疗的主要手段。

现代的学习消退理论任务条件是在相关线索表征（条件刺激和非条件刺激）和情境的环节产生作用的，需要这些线索和情境之间的联结的信息，（Myers & Davis, 2002）这些联结可以是兴奋性的（如一个表征激活了另一个）或抑制性的（如一个表征抑制了另一个的激活）。条件反射的习得可以通过条件刺激（CS）和非条件刺激（US）表征的联结来解释：非条件刺激的表征通过和条件刺激的联结被间接激活，依次触发条件反射。消退被认为是通过多重机制起作用的（Myers & Davis, 2002），它包括了新的学习，而新学习打断了CS和US之间的兴奋性联结。新的学习其中包含个体改变了CS-US之间的偶然性，所以CS不再预示一个厌恶性时间的来临，由此抑制了害怕反应的表达（Myers & Davis, 2002）。人类的暴露是有益的，至少有以下原因：

暴露有助于识别和测试非适应性认知：暴露使人们有机会去识别非适应性认知，并测试其真实性。

暴露改变了情绪体验：重复持续的暴露，同时按捺住逃避行为的冲动，而这些经历会降低不愉快的情绪。

暴露增强了控制感：缺乏控制导致了痛苦。相对地，暴露使人们对于情境及对其情绪反应有了控制力。当个体开始学习新的应对情境或事件及其相关的情绪时，对于情绪以及触发刺激的控制感也会随之增加。和自控相联系的概念是自我效能感（self-efficacy），自我效能感是指个体对于自己能够驾驭某处境能力的信心（Bandura, 1977）。

### 监控治疗改变

为了在治疗过程中追踪病人的进展，监控最初锚定的症状是很重要的。我们不可能就本书提及的各种精神障碍都给出综合的测评工具清单。因此推荐的工具只能是有限的。这些选择主要是基于实施的容易度和流行程度而定。表2.1给出了一些简短、著名和临床常用的测量工具。

## 认知行为治疗：心理健康问题的应对之道

表 2.1 推荐的追踪治疗过程工具

障碍	测量工具	作者	描述
惊恐障碍	惊恐障碍严重程度量表 Panic disorder severity scale	Shear 等人 (1997)	这是一个 7 条目的临床量表, 用于测量惊恐发作的频率, 惊恐发作时的痛苦, 预期焦虑和恐惧的严重程度, 回避广泛恐怖的情境、恐惧及回避惊恐相关的情境, 工作以及社会功能受损程度。此量表可改为自陈量表。
广场恐怖症	流动调查表 Mobility Inventory	Chambless 等人 (1985)	这是 26 条目的量表, 填表者需要评定广场恐怖症患者典型回避的不同情境。每个条目需要评定两次, 第一次是测量当个体有陪伴时的回避, 第二次评定当他们独自面对时的回避。
社交焦虑障碍	Liebowitz 社交焦虑量表 Liebowitz Social Anxiety Scale	Liebowitz (1987)	24 条目的量表, 填表者需要评定他们恐惧以及回避不同社交场合的程度, 此量表可用为自陈量表 (Baker <i>et al.</i> , 2002)。
恐怖症	害怕调查表-III Fear Survey Schedule-III	Wolpe 和 Lang (1964)	共 72 个条目, 测量一系列害怕的物体和情境。有一系列用于测量具体恐怖症的量表可用于替代这个相对较长的量表 (见 Antony 等人, 2001)。
强迫症	莫兹利强迫症调查表 Maudsley Obsessional Compulsive Inventory	Hodgson 和 Rachman (1977)	共 30 个条目, 测量一般性仪式。此量表包括总分以及检查、清洁、迟缓和怀疑分量表。
广泛性焦虑障碍	滨州担忧问卷 Penn State Worry Questionnaire	Meyer 等人 (1990)	共 16 个条目, 测量一般性的过度担忧倾向。
单向抑郁	贝克抑郁量表 Beck Depression Inventory	Beck 等人 (1979)	这是 21 个条目的自陈量表, 测量抑郁症状的严重度。反向的版本已发售。
酗酒问题	时间线追踪日程表 Timeline Followback Calendar	Breslin 等人 (2001)	时间线追踪日程表要求填表者表明他们在一段固定时间段内, 每一天摄入的酒精量。此量表可用于监测来访者治疗期间每天使用的酒精量。
勃起功能障碍	国际勃起功能索引 International Index Erectile Function	Rosen 等人 (1997)	15 个条目的自陈问卷, 用以测量勃起功能。
慢性疼痛	疼痛灾难化量表 Pain Catastrophizing Scale	Thorn (2004)	共 13 个条目, 用于测量与慢性疼痛相关的灾难化信念。
失眠	睡眠记录表	Edinger 和 Carney (2008)	睡眠记录表包括 11 个关于睡眠的问题, 包括: 一般睡眠卫生、白天小睡、睡眠时间、起床时间和睡眠质量。

在这些工具之外，我们也高度推荐在临床治疗中原创一些监控的工作表给病人用以日常记录具体问题、行为或者症状。监控过程给治疗师提供了重要的反馈，但是也不要让其太占用时间成为负担。如果监控症状每天需要花费 15 分钟，这个负担可能就太重了，病人很可能过早放弃治疗或者被迫每天以一种快速但不可靠的方式填写这些监控问卷。

## 第三章 直面恐怖症

### 斯图尔特的蜘蛛恐怖症

斯图尔特是一名 25 岁的研究生，就读于美国西北部某私立大学的国际关系学院。他和他的同学爱丽丝订婚了。他们和另外两名学生合租了一座独栋房子。斯图尔特健康状况良好，除了高血压前期和胆固醇略微偏高之外，并不患有慢性疾病。虽然他没有做任何体育锻炼，他的体重还在同等身高人群的正常值范围内，他也没有服用任何药物。斯图尔特唯一涉及健康的问题就是对于蜘蛛极度恐惧。他从记事开始就害怕蜘蛛。他会回避任何他认为会有蜘蛛的地方，比如地库、阁楼、旧仓库和某些户外地点，尤其是林地。他甚至在看蜘蛛的图片、玩具蜘蛛或任何包含蜘蛛形象的电影和纪录片时都会感到不舒服。为了保证他的卧室没有蜘蛛，他每天在睡觉之前都会用吸尘器打扫房间和衣柜，并且在晚上留一盏灯，因为他认为蜘蛛害怕灯光，同时他也要整晚保持房门和窗户关闭。他很害怕蜘蛛会爬、跳过来咬他。他说自己在 10 岁时有一次和父母一起露营的时候被蜘蛛咬了。他意识到自己对于蜘蛛的害怕程度比必要的程度高出很多，并且干扰了他的生活。他的未婚妻（爱丽丝）督促他就这个问题采取措施。她一开始认为他这样很可爱，但目前这个问题使他们关系转趋紧张。

## 定义

特殊恐怖症是指面对某个害怕的物体或情境的时候有极度的恐惧。斯图尔特对于蜘蛛有极度的恐惧。面对蜘蛛时会立即有恐惧的反应，而斯图尔特是能意识到这反应是过度的和不理性的。除了恐惧之外，斯图尔特还感到极度的恶心，这让他回避蜘蛛。其他人可能会涉及惊恐发作的情况，他们在面对恐惧的物体或情境时会感到焦虑被唤起、失控甚至晕倒。因此患有特殊恐怖症的病人报告在面对恐惧的刺激时有惊恐发作并不少见。晕倒的反应在对于血或者注射有恐怖症的人中很常见。

出于对蜘蛛的恐惧，斯图尔特回避一些他可能会见到蜘蛛的场所，例如地库、阁楼、旧仓库、林地和某些特定的户外地区。他对于蜘蛛的恐惧已经引起了他的痛苦，影响了他的正常功能。

DSM-IV 区分了 5 种特殊恐怖症：动物型（如怕狗、蜘蛛、蛇）、自然环境型（如怕高、闪电、接近水）、血液-注射-受伤型（如害怕打针、看血、接受手术）、情境型（如害怕飞行、封闭空间、家、驾车）和其他型（如吐、穿戏装的角色，例如小丑）。斯图尔特的特殊恐怖症显然就是属于动物型。就像是特殊恐怖症的一般情况一样，斯图尔特的蜘蛛恐惧在童年就开始了。

特殊恐怖症是焦虑障碍中最流行的一种，终生患病率为 12.5% (Kessler *et al.*, 2005)，没有接受治疗的话，它会伴随慢性过程。有些特殊恐怖症的亚型（如动物、闪电、封闭场所）女性报告的高于男性，这可能是因为男性会低报他们的恐惧。在高度、飞行以及血液-注射-受伤恐怖症并未见性别差异 (Stinson *et al.*, 2007)。此外，亚裔及西班牙裔成人中特殊恐怖症的流行率低于白种人，而其原因未明 (Stinson *et al.*, 2007)。

从进化学的角度来说，为了种族的延续，人类先天有倾向去习得对于某些与生存有关的物体或情境的恐惧，例如对于有毒蜘蛛、蛇的恐惧回避，其他危险物品（如车、出水口、火警）的恐惧更容易产生 (Seligman, 1971)。跟这个观点一致的（例如）一个实验显示：给恒河猴放一段剪接录像，录像显示一只猴子在看见实验刺激时完全被吓坏了，在生理相关刺激（玩具蛇）组的猴子发展出了对玩具蛇的恐惧，而生理无关刺激组（花）没有 (Cook & Mineka, 1989)。

但是一些别的研究显示生理相关的刺激可能没有最初假设的那般容易地达到恐惧所需的影响程度 (Koerner *et al.*, 2010)。

特殊恐怖症的发展一般联系到莫瑞尔 (Mowrer, 1939) 的恐惧发展两阶段理论。根据这个模型所述，特殊恐怖症的发展需要一个本来中性的刺激 (如狗) 通过经典条件反射的过程和一个厌恶性刺激联系起来 (被狗咬后的痛)。这种联结之后通过回避害怕的刺激 (狗) 而得以保持。无论如何，除了它的简易性，莫瑞尔的理论不能解释所有 (甚至大部分) 的人类特殊恐怖症的情况 (如 Field, 2006)。拉赫曼 (Rachman, 1991) 同样认为经典条件反射并不足以解释特殊恐怖症的形成，因为很多患有特殊恐怖症的个体不记得一个导致他们恐惧的具体条件反射事件。相反地，很多有创伤经历的人并没有发展出恐怖症。拉赫曼假设：通过信息通路 (如学习狗的危险) 以及替代学习 (如观察到妈妈害怕狗) 来习得恐怖症。这个解释和之前的动物研究结果一致 (例如 Cook Mineka, 1989)。除了这些学习途径外，还有可能其他恐惧是先天的，且恐怖症是透过“非联结通路”形成的 (Poulton & Menzies, 2002a)。无论如何，这个议题目前还是有争议的 (Davey, 2002; Mineka & Öhman, 2002; Poulton & Menzies, 2002b)。例如非联结通路假设并没有考虑到内感受器线索 (如身体症状) 在条件事件中的重要性 (Mineka & Öhman, 2002)，以及它太依赖于演化学的解释，而演化学则不得不建立于事后比较的基础上 (Davey, 2002)。

## 治疗模型

基于现有对动物及人类的研究的基础上，我们可以总结说：认知过程是在形成恐惧和恐怖症消退的一个必要方面 (Hofmann, 2008a)。更具体地说，看起来在恐惧习得的过程中有两个更高级的认知过程：伤害预期和对于预测性、可控性的感知。这些认知过程在所有的恐惧学习中似乎都占有一个非常关键的角色，甚至在基本的巴普洛夫条件反射中也是如此。例如斯图尔特报告他在 10 岁某次曾经被蜘蛛咬到。虽然我们难以测试这个事件的真实性，他还是会相信蜘蛛是危险的动物，蜘蛛会直接攻击他、咬他、导致疼痛和伤害。

和之前研究一致的是，斯图尔特对于蜘蛛显示出了注意偏向。像是蜘蛛或者是蛇的物体特别容易和这些注意偏向联系起来，因为它们的演化相关性

(Öhman *et al.*, 2001)。这种注意偏向的结果本质还没有被完全理解。而有些研究结果显示：恐惧蜘蛛的个体的这种注意偏向有所增强。另外的研究认为怕蜘蛛的人也更可能会回避和蜘蛛相关的刺激（综述，见 Mogg 和 Bradley, 2006）。斯图尔特的注意偏向是搜索环境中的蜘蛛，以及有时错误认定或者感知到有蜘蛛在场。这之后会导致一系列典型的恐惧反应，特征是：心跳加速、主观体验恐惧和强烈想要离开该情境的愿望。在这些恐惧情绪之外，斯图尔特面对蜘蛛时也感到恶心。图 3.1 演示了斯图尔特的蜘蛛问题。

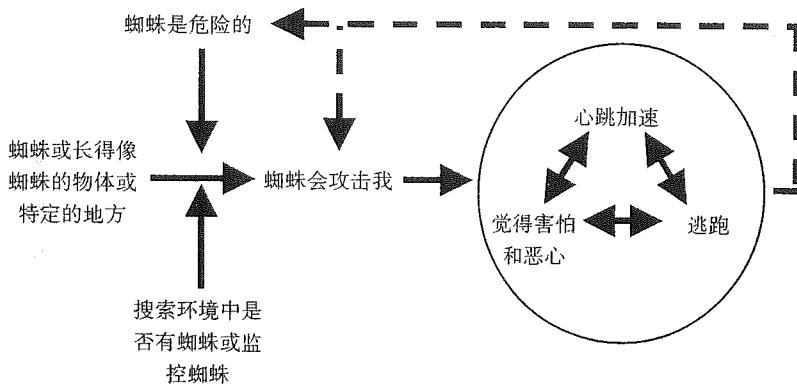


图 3.1 斯图尔特的蜘蛛问题

## 治疗策略

特殊恐怖症的主要问题是过度地不理性地害怕某些物体或者情境。治疗特殊恐怖症最有效的策略是通过反复、延续地现场暴露而不使用任何回避策略。接纳指导可以进一步打消体验回避并鼓励病人全面体验情绪。

另外一个有效的策略就是纠正病人对于恐惧物件或情境潜在危险性的错误信息。这通过心理教育和认知重建来完成。通过鼓励病人去改变注意方向，关于不可怕的刺激而非可怕刺激来进行注意重塑，这可以是治疗中非常有用的部分。最后呼吸训练可以有效降低过度唤起，过度唤起往往和恐惧反应相联系的，而呼吸练习并非作为回避策略。图 3.2 演示了可以怎样治疗斯图尔特的蜘蛛问题。

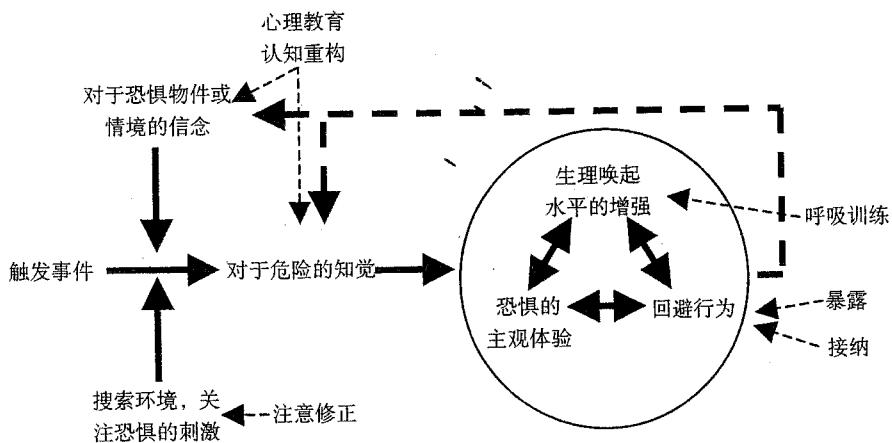


图 3.2 针对特殊恐怖症的策略

### 心理教育和认知重构

患有特殊恐怖症的人经常有关于恐惧物体或情境的不合理信念。例如患有飞行恐怖症的人经常高估机毁人亡的可能性。当患有飞行恐怖症的人获悉最近的飞机失事，他/她会把这个信息作为他/她认定飞机失事是常事的信念，而实际上飞机失事是很少发生的事件。其中一个获得死于飞机失事准确几率的方式是：把一段时间内死于空难的人数除以总体乘机的人数。根据算数结果，实际上美国每年死于飞机失事的几率是一千一百万分之一。相较而言，每年死于地面交通意外的几率是五千分之一。换言之，坐飞机比开车要安全得多。对于这些事实的简单讨论就可以动摇对某些情境或物体潜在危险的长期非适应性的信念。治疗师可以指导病人到网上找恰当的网站来学习事实。

相似地，很多患有蜘蛛恐怖症的人对于蜘蛛的危险性有不正确的不合理信念。蜘蛛咬人是非常罕见的，世上有 40,000 种、109 科的蜘蛛。在美国有好几百种蜘蛛，不同的州有所不同。例如在德萨斯州，有大概 900 种蜘蛛。只有少数是对人类有危险的。而在那些对人类有危险的种类中，至少有两种生活在美国：黑寡妇蜘蛛和褐皮花蛛。被它们咬到的确是非常痛，但是并不致命，除非受害者对毒液过敏或者免疫系统非常脆弱。就像是死于空难一般，被危险的蜘蛛咬到是很罕见的，更不用说致命的蜘蛛了。

### 注意和情境修正

特殊恐惧只是和诱发刺激的认知加工过程中的登记阶段的偏差有关，因为注意力通常反复地自动集中在危险信息上。虽然这种危险信息转换的方式具有演化适应性，但是当其变得过度警觉的话就会成为问题了（MacLeod *et al.*, 2002; Mogg & Bradley, 1998）。麦克劳德和同事（MacLeod, 2002）通过计算机程式训练非临床样本的人群关注威胁刺激，结果发现成功增加了他们的焦虑症状。后续研究显示鼓励人们去关注不可怕的刺激可以成为一个有效的方法，用以修正注意偏差，缓解焦虑症状。在斯图尔特的案例中，治疗师可以让他去算一下蜘蛛有几只脚，描述一下蜘蛛毛的颜色，检验一下它腹部的运动，或者给蜘蛛取一个名字。

### 呼吸训练

暴露在一个恐惧的刺激前常会诱发惊恐发作。惊恐发作的现象和对他们的治疗会在第四章再详述。被害怕的物体或者情境诱发的惊恐发作被称为情境性惊恐发作。惊恐发作的一个特征就是过度换气，这和典型的惊恐发作的症状联系在一起，例如觉得脚步轻浮、心跳加速、刺痛。呼吸训练可以有效缓和和恐惧反应相联系的生理过度唤起。调节呼吸的有效策略将在第四章涉及。

### 暴露

暴露是一个治疗焦虑障碍极为有效的干预手段。在进行暴露练习前，治疗师要确定诱发恐惧的线索。在特殊恐怖症的情况下，线索是指情境性诱因。

在进行暴露练习前，治疗师要很好地了解病人的诱发恐惧以及回避情境。经常使用的方式是请病人评定一下他们的恐惧以及回避的程度（例如按 0~10 分算）。

这个信息之后将用于暴露练习。治疗师有必要让病人了解这些练习的重要程度。下面的例子讲述了基本暴露原理。

### 临床案例：回避的结果和暴露的原理

焦虑和回避往往是紧密联系的，我来用一个例子解释一下（图 3.3）。在你逃跑（回避）之后的当下，你的焦虑下降了，你感到松一口气。这是短期的正

性结果（松一口气），但是回避会有长期的负面结果：你未来每一次再面对该情境都会感到焦虑，因为你从来没有给你的身体去习惯和学会这种情境或物体并不危险的机会。因此回避会让你的焦虑一直保持下来，这就是为什么你面对某个情境或物体时总感到焦虑。这也是为什么每次回避后焦虑都会持续恶化，以及为什么回避会泛化到其他情境以及你的生活维度中（引发例子）。

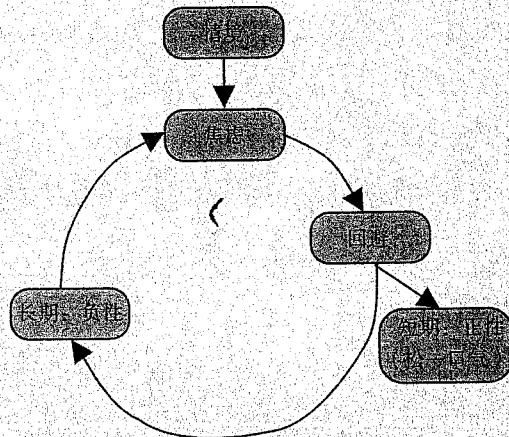


图 3.3 回避的恶性循环

我们来做一个小思想游戏，一起来想象两个场景。在第一个场景中，对一个可怕的情境或物体，你的焦虑变得越来越强，直到回避缓解了焦虑让你松一口气（图 3.4）。

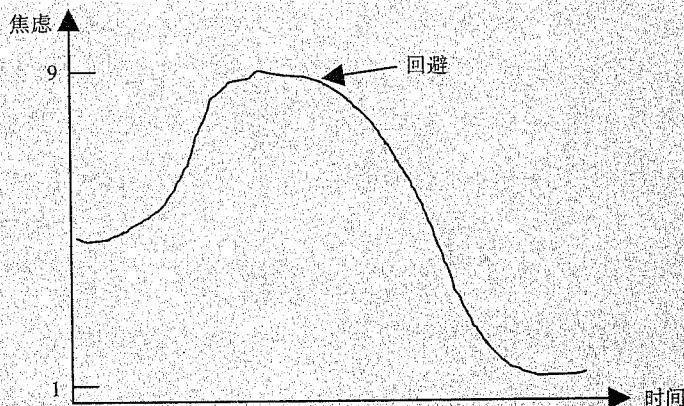


图 3.4 伴有回避的焦虑周期

但是，如果你在未来再次面对同样的情境或物体，没有东西改变。每当你面对类似的情境或者物体时，都会感到同等强度的焦虑。

好，现在假定另一个场景。让我们假定你可以留在这个诱发焦虑的场景，或者可以暴露在这个可怕的物体前。你觉得如果不回避焦虑，你的焦虑会怎样（1小时、8小时、20小时、1周等时间段后）？

最终，你的焦虑会缓解。焦虑的缓解会自然发生（图3.5）。你知道背后的生理机制是什么吗？原因是你的身体调节机制在一段暴露时间后已经激活。生理方面，副交感神经系统被激活，让你的唤起水平降了下来。换言之，你的身体终于适应了诱发焦虑的情境或物体，但是这个过程只会在你充分体验了焦虑后才会发生。这就意味着，要在不适用任何回避策略的前提下，面对该情境或物体一段足够长的时间。

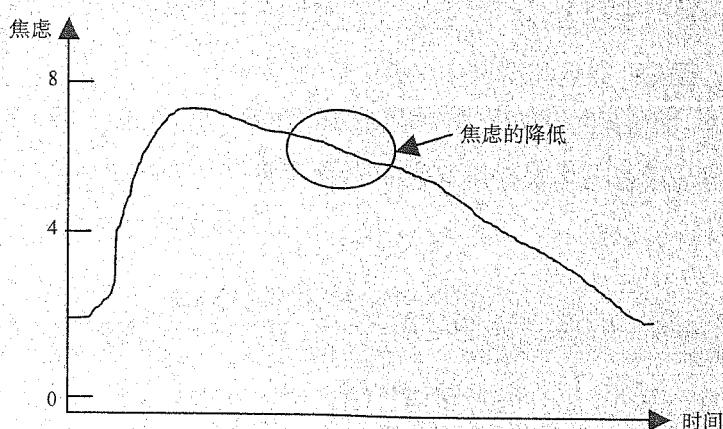


图3.5 没有回避的焦虑周期

在此之外，这会给你机会去测试一下你的信念，看看你害怕的结果是否终究会出现。因为你之前一直在回避充分体验焦虑，所以你也一直没有机会去看看到底会发生什么。

因此，暴露起作用是因为你的身体自然缓解了焦虑，也因为你有了机会去测试你的信念。你可以看看害怕的结果是否真的会发生，或者如果它真的发生了，它是否就像你想象中的糟糕。

你觉得在你第一次暴露成功之后几次面对相同的情境或物体会发生什么？你会体验到较小的预期焦虑，焦虑的最大程度也较小、平复也较快。你的焦虑不会那么糟，因为你已经经历过一次焦虑的降低，这是一个学习过程，而且就

像所有学习过程一样，你练得越多就变得越容易。

暴露是唯一缓解焦虑的方式，如果有更容易更不痛苦的方式的话，我们就那么做。我知道这听起来很可怕。但是，如果你只有两个选项：你要么选择继续回避下去，结果很可能越变越糟，不会变好，或者你迈出最后最勇敢的一步，试一次这非常有效的方式。无论如何，这个治疗只有在你愿意投入的情况下才会有效。一旦我们开始了，就要坚持到最后。

在准备暴露的阶段，很重要的一点是要发展出病人害怕和回避的情境等级表。理想的话，这种等级表会包含 10~15 个条目，底部从低难度（如在 0~100 分量表中的 30 分）到顶端非常困难（如 90~100 分）。这些等级的条目必须要非常特殊、具体，并且考虑病人关注的因素。例如“看着蜘蛛”的任务要分解成几步，并且按照难度来排列：运动、生理属性、蜘蛛的实体，假若这些是影响病人恐惧的因素。在这些情况中，有些在等级表中的条目可能包含看一幅蜘蛛动画、看着一幅蜘蛛的照片、看一段蜘蛛不动的影片、看一段蜘蛛快速移向摄像头的影片、拿着一个塑料蜘蛛和隔着玻璃杯看活蜘蛛。表 3.1 给出了一个等级表的例子。

表 3.1 斯图尔特蜘蛛恐惧等级暴露表

项目	描述	害怕程度 (0~100 分)
1	把一只狼蛛握在手上	100
2	让狼蛛在手上爬	95
3	用食指摸狼蛛的腹部	90
4	用棍子碰狼蛛	75
5	碰一下装蜘蛛的玻璃杯杯壁	70
6	站在装有狼蛛的玻璃杯前	65
7	站在装有狼蛛的玻璃杯前 4 尺处	50
8	拿着一根狼蛛毛	50
9	看着塑料蜘蛛	40
10	看着有狼蛛近镜头的影片	30

斯图尔特被要求从他等级表的轻到中度恐惧水平开始暴露。最初，他要看纪录片《荒野上的捕食者》，里面有狼蛛的近镜头，然后要求他去直接看一个塑料狼蛛。最初的暴露任务应该挑选 0~100 分量表中 40~60 分的任务。这些初

始暴露的任务应该是有点挑战性，但是病人应该能成功完成的。病人可以使用他的害怕评分去测量他们是否准备好移向下一步。斯图尔特被要求要在一个难度的任务停留，直到他的恐惧程度下降到他愿意试提升一个等级的任务。斯图尔特注意到他越快在等级表上移升，他体验到的恐惧下降越快。其他病人可能会倾向于逐步提升暴露等级，随着时间流逝，他们也能感到害怕的降低。

为了检查病人的进度，我们可以时不时让病人回到之前的暴露任务上，以确保他们可以驾驭等级表上较容易的任务了。病人已经被鼓励停留在情境中，直到他们的不舒服程度有所缓解。如果他们离开了这个情境，应该鼓励他们尽快回到这个情境。我们希望但不是必须要求说单次暴露治疗的时段就会有不舒服程度的下降。在这种情况下，病人的害怕仍能够在治疗中得到缓解。

为了最大程度地从暴露中获益，暴露练习应该是频繁的、事先计划的。病人要留出 1—2 个小时做暴露练习。较长的暴露往往比较短的暴露时间效果要好。重点是病人暴露时不使用任何回避策略，例如安全行为。安全行为是指个体在面对他们害怕的物体或情境时用作降低抗拒或者预防恐惧结果（如被伤害）的明显或微细的行为。长期来看，使用这些行为可能降低治疗效果，因其阻止病人以为实际上害怕并危险的情境并不危险。

## 实证支持

相比于等待组和安慰剂组，现场暴露是最有效治疗特殊恐怖症的手段 ( Choy *et al.*, 2007; Wolitzky-Taylor *et al.*, 2008 )。治疗获益至少能维持一年，尤其是治疗后还继续练习暴露的个体 ( Choy *et al.*, 2007 )。在血液和针恐怖症的情况下，选择的治疗是应用张力，应用张力包括在面对害怕刺激时收紧肌肉，这样会使血压短暂上升并且预防晕倒。一个研究比较了伴随应用张力的暴露和没有应用张力的暴露，结果显示应用张力对于血液恐怖症的疗效更好 ( Öst *et al.*, 1991 )。

最近对于特殊恐怖症治疗的创新包括了虚拟现实。这种治疗使用了计算机程序虚拟害怕物体或情境的一个三维的电子影像，使来访者可以在一个刺激环境中进行暴露练习 ( Rothbaum *et al.*, 2000 )。这个治疗形式可以有效帮助那些害怕情境或物体难以再现（或再现花费较高）的病人做暴露（例如飞行恐怖症

的飞行气流）。这也进一步为拒绝现场暴露的个体提供了又一个选项。

常见的精神科药物（抗焦虑和抗抑郁药物），要么是单独药物治疗或者结合 CBT 使用，并没有发现对治疗特殊恐怖症极度有效 (Choy *et al.*, 2007)。无论如何，近期的证据支持使用 D-环丝氨酸 (DCS) (一种作用于甘氨酸的谷氨酸能 N-甲基-D-天冬氨酸受体识别位点的局部兴奋剂) 能有助于虚拟执行现实飞行恐怖症的暴露治疗 (Ressler *et al.*, 2004)。

## 推荐阅读

### 给治疗师

Craske, M. G., Antony, M. M., and Barlow, D. H.(2006) Mastering your fears and phobias. Treatments that work, 2<sup>nd</sup> edition, therapist guide. New York: Oxford university Press.

### 给病人

Antony,M. M.,Craske, M.G., and Barlow D. H.(2006) Mastering your fears and phobias. Treatments that work, 2<sup>nd</sup> edition, workbook. New York: Oxford University Press.

## 第四章 与惊恐障碍及场所恐怖症战斗

### 萨拉的惊恐问题

萨拉是位 45 岁的白人女性，已婚，是 2 名青少年的母亲。她是一位兼职会计。在过去 5 年中，萨拉反复经历了极端的恐惧，它们看似都是无意之间发生的。她记得她的第一次惊恐发作是在上班时候发生的，大概在她开始上班 2 个月后。她当时被要求向另一个办公室提交一些文书。当她送文件时进入一个站满人的电梯，她有一种窒息感。她记得自己觉得喘不过气、心跳加速、流汗和发抖。电梯中的人注意到她的异状，有人叫了救护车把她送到急诊室。当时没有检查出任何导致该事件的生理原因。自此之后，她开始大概一个月有一到两次的惊恐发作。在这些惊恐发作时，她一般会体验到心悸、觉得喘不上气、胸口疼、觉得不真实和出汗。她进行了很多的医学检查，但是没有任何医学原因能解释这些惊恐发作。无论如何，她还担心未来会有更多的惊恐发作，并深信将来有一天某位医生能够确认这些惊恐障碍的生理原因。萨拉注意到这些惊恐发作更可能在她离开家之后发生。她知道附近有医院时会感到某种程度的放松，她在人群中觉得尤为不舒服，例如商场和地铁。她回避坐火车或飞机出行，她回避这些情境是因为万一她惊恐发作，身处这些情境不容易得到救助。她只能和她的丈夫以及姐妹出行。在好的时候，如果她带着手机，她能够进入一个小商场或者坐地铁。她觉得自己的害怕惊恐

发作的程度有些不理性，她也希望自己不这样。她的丈夫很支持，也希望她能够免受惊恐发作的痛苦。她有一个精神科医师，精神科医生给她开了不同的抗抑郁以及 5-羟色胺再摄取抑制剂，但是这些药物都无效。

## 定义

DSM-IV 定义惊恐发作是一段不连续的强烈恐惧或不舒服发作期。在惊恐发作时，4 个或者更多的生理症状会突然发作，并在 10 分钟内达到高峰。典型的生理症状包括：心跳加速或者心跳加重、出汗、发抖、颤抖、对呼吸敏感或者觉得呼吸短促、窒息、胸口疼或者胸口不舒服、恶心或者腹痛、晕眩、感觉不稳或手脚轻浮、感觉不现实或者和自己解离、害怕失控或变疯、害怕死亡、麻痹或官感刺痛、发冷或者发热。

惊恐发作是强烈的、立即的恐惧发作，这些发作并非是惊恐障碍独有。实际上惊恐发作可以在一系列情境中发生，可以由不同的疾病病人所报告。例如一个害怕社交情境的人可能会报告在社交场合惊恐发作。一个有蜘蛛恐怖症的人可能报告在看到蜘蛛后惊恐发作。惊恐障碍有三种类型，它们的区别在于有没有情境触发事件：无预期（无线索）的惊恐发作、情境限定（或提示）的惊恐发作、情境倾向的惊恐发作。患有蜘蛛恐怖症的人在看到蜘蛛时惊恐发作就是一个情境限定的惊恐发作例子。而情境倾向的惊恐发作更可能暴露在某个情境触发事件时发作，但并不是总和它联系在一起。例如一个害怕开车的病人可能报告：有时在开车的时候会惊恐发作，但是并不总是如此。无预期的惊恐发作没有明显的情境触发事件或者突然出现。这些惊恐发作往往由患有惊恐障碍的人报告，患有特殊恐怖症的较多汇报的是情境限定的惊恐发作。

患有惊恐障碍个体的惊恐发作往往是无预期或情境限定的。在萨拉的案例中，她的第一次惊恐发作是在电梯中，事先毫无征兆。这些惊恐发作更可能在拥挤的地方发生，例如商场和地铁、火车和飞机。就像典型患有惊恐障碍或场所恐怖症的人一样，萨拉开始回避这些地方和情境，因为这些情境可能是难以逃跑或逃跑是尴尬的，或者在这些场所，她惊恐发作时是难以得到帮助的。典型的场所恐怖症恐惧的场所是：飞行、独自在家里、开车过桥、到人群拥挤的

地方、开车、使用公共交通工具、搭乘电梯。通常，患有场所恐怖症的人要么是完全回避这些场所或者他们在这些情境中会非常担心、焦虑，会有惊恐发作。为了在这些场所中能最小化或应对这些痛苦，患有场所恐怖症的人往往在进入这些情境前会服用药物或酒精，或者要求有一个安全人物在场（如他们的配偶或者朋友）、或有一个安全的信号（如一个“幸运”手镯或手机）。在萨拉的例子中，她的丈夫就是作为一个重要的安全人物，要注意当代对于“场所恐怖症”的定义和原来希腊语翻译的“害怕开放场所”的定义已经不同了。

场所恐怖症和惊恐障碍在 DSM 系统中被联系起来，目前已经有讨论：是否应该在未来的 DSM 诊断系统中，把它们作为独立的障碍。DSM-IV 报告：全世界的流行病学研究一致显示有或没有场所恐怖症的惊恐障碍的终生患病率在 1.5%~3.5%。1/3 到 1/2 的惊恐障碍病人同时患有场所恐怖症。在临床样本中，场所恐怖症的患病率更高。临床样本和流行病学调查之间的差异可能显示：伴有场所恐怖症的惊恐障碍病人比起不伴有场所恐怖症的惊恐障碍病人，更可能寻求专业帮助（Barlow, 2002）。

如果有以下情况，那么惊恐障碍的诊断就基本落实了：病人报告反复出现毫无预期的惊恐发作，并且至少一次惊恐发作在某次发作后一个月内，在此期间病人会非常担心有另一次惊恐发作、担心惊恐发作的后果，或者在惊恐发作之后有和惊恐发作显著相关联的行为改变。如果这个惊恐发作并不是由于某些医学原因或者某些物质的影响（如药物、毒品、酒精），那么很可能这个人是患有惊恐障碍或者相关的焦虑障碍，如果病人同时又符合了场所恐怖症的诊断标准，他的诊断将会是：伴有场所恐怖症的惊恐障碍，否则将是不伴有场所恐怖症的惊恐障碍。在临床实践中，95%的场所恐怖症的病人目前或之前就有惊恐障碍的诊断。

不伴有场所恐怖症的惊恐障碍必须要和其他焦虑障碍所区分，是否惊恐发作是其所患焦虑障碍的其中一个表征。具体来说，在某些案例中，惊恐障碍和特殊恐怖症是难以区分的。特殊恐怖症病人和伴场所恐怖症的惊恐障碍病人出于不同的原因，可能都害怕同一个情境（如飞行，惊恐障碍病人害怕飞行途中惊恐发作，而特殊恐怖症病人害怕飞机失事）。无论如何，害怕惊恐发作不一定就能够区分出惊恐障碍病人。例如一份研究以害怕驾驶汽车的人为被试，调查了他们主要害怕的因素，结果发现：即使害怕开车的人群中多数（69.6%）

符合特殊恐怖症的诊断标准，但其实 53% 的人怕的主要是在开车时惊恐发作，15% 的人害怕出车祸（Ehlers *et al.*, 1994）。报告主要是怕开车时惊恐发作的人尤其关注开车时的焦虑症状。同样的结果也能在社交焦虑和害怕公众演讲的人群中发现（Hofmann *et al.*, 1995）。那些公众演讲焦虑主要是因为担心惊恐发作的人，比起因为其他原因害怕公众演讲的人更专注讲话时的身体反应。看起来特殊恐怖症病人与惊恐障碍病人最主要的差异是在于导致他们焦虑的线索不同。内部线索（例如身体官感、认知影响）看起来对于惊恐障碍更起作用，而外部线索对于特殊恐怖症的作用更突出（Craske, 1991）。换言之，惊恐障碍病人往往怕的是他们的身体官感。

惊恐障碍和场所恐怖症的起病年龄大约是青春期后期到 30 多岁不等，差异颇大。在少数情况下，障碍可于童年期起病或 45 岁之后。在萨拉的案例中，她的起病年龄就挺晚的。致病原因也随个体而有所不同。有些病人会报告在两次起病期间有几年的间隔，而另外的病人会有连续的严重症状发作。一般来说，场所恐怖症会在惊恐发作开始后一年左右形成，但是再次重申，个体差异还是非常大的。在萨拉的情况下，她的场所回避在惊恐发作后不久就开始了，并且她的发病是持续且严重的。

惊恐障碍是 DSM 确定的诊断分类。此障碍的最初概念是来源于医学模型：它假设存在不同而相互独立的症状，伴有内在器质病因和具体的治疗指标（Klein, 1964; Klein & Klein, 1989）。Klein 发现患有焦虑神经症的人对于抗抑郁剂丙咪嗪有良好的反应，有些则没有，在 Klein 的发现之后，这个诊断才被确立下来。Klein 认为：就像是抗生素能治疗细菌感染但是对于病毒感染无效一样，对于丙咪嗪不同的反应识别出两种本质不同的障碍。Clark (1986) 提出了一个惊恐的认知模型，这个模型认为惊恐发作是对于身体官感（如心悸、呼吸困难、晕眩）的灾难化错误诠释的结果。举个例子，例如一个健康个体会把心悸灾难化地错误解释成即将心脏病发的证据。这种认知模型的恶性循环显示：不同的外部刺激（如感到被困在超级市场）或者内部刺激（如身体官感、想法、意象）如果被知觉为威胁，就会诱发一种恐惧状态。这种恐惧状态有时伴有可怕的身体官感，如果把这些官感诠释成灾难化的形式，就会进一步加深恐惧状态以及身体官感。这个影响模型进一步假定：毫无预兆突然发生的惊恐发作是因为病人没能识别出身体官感触发事件、后续的惊恐发作以及对于这个惊恐发作的意义想法之间的联系。这个模型解释了药学治疗的成功，因为药物

降低了身体起伏的频率同时降低了可能导致惊恐发作的触发事件。但是，一旦停药，病人就可能复发，除非病人把身体反应灾难化解释的倾向也改变。这个模型在焦虑障碍领域就像是引发了一场认知革命一样。

## 治疗模型

惊恐的触发事件可以是身体症状，例如心跳乱了、刺痛感或者呼吸改变，这可能会导致手脚轻浮感。这些症状很可能会导致过度换气甚至呼吸频率和深度的细微改变。患有场所恐怖症的病人，触发事件可能是一个被困住或者当有生理或心理灾难发生时无法到达一个安全的地方的想法。

如果一个人认为自己是脆弱的、易感的，但是相信自己必须要表现得坚强、有复原力，那么这些触发事件就很可能被知觉为危险的。例如典型的对于心悸的非适应性评价是“我心脏病要犯了”，或者感到晕眩就代表“我要疯了”或者“我会晕倒的”。这将进一步增加生理症状、焦虑行为，并强化了主观感受到的焦虑。综合起来，这让一开始的不舒服和焦虑螺旋上升到惊恐的状态，而这强化了个体对于无害刺激的不合理评价。同时也强化了个体认为自己是脆弱的，无法应对危险世界以及无法控制身体官感的图式。图 4.1 给出了萨拉的惊恐发作的循环。

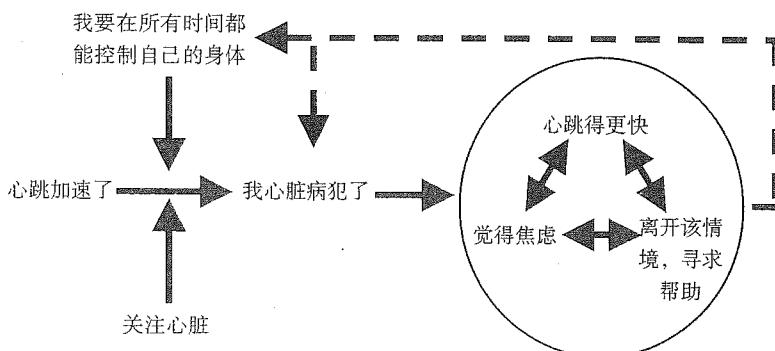


图 4.1 萨拉的惊恐发作的循环

惊恐障碍一个重要的特质变量是：焦虑易感性。焦虑易感性决定了个体对于焦虑症状的反应是害怕倾向的。这个结构是建基于预期模型（Reiss, 1991）。相对于认知模型，预期模型提出：高焦虑易感性的个体相信高唤醒（arousal）本身就会导致有害的后果，而不需要错误诠释任何身体官感（McNally, 1994）。

虽然预期模型和认知模型有重要的理论差异，但是模型所建议的治疗策略是相似的。最大的差异是：认知模型更强调对于身体症状的错误解释，而期望模型更强调暴露策略，非适应性的信念和与焦虑症状相关的预期。

## 治疗策略

图 4.1 所示的惊恐的恶性循环可以在不同点解释。如果一个人没有把一个无害的触发事件刺激解释成威胁，这个循环一开始就不会启动。出于这个原因，对病人进行的心理教育（惊恐发作本质、身体症状和呼吸对于生理的影响）是惊恐障碍治疗模式中的重要一环。认知重构是另一个重要成分。认知重构探索并挑战非适应性的图式（如“我一直要表现得坚强”或者“我要在所有时间都能控制我的身体”）和对于无害身体症状的非适应性、灾难化的认知评价（如“我的心跳加速是心脏病犯的一个征兆”或“我的晕眩表示我会发疯”）。呼吸训练可以有助降低惊恐发作的生理方面，从而打断恶性循环的发展。此外，改变呼吸一般来说可以降低呼吸频率和深度地改变引发生理症状、诱发惊恐发作的几率。最后让病人暴露在惊恐相关的、诱发恐惧的身体官感或情境中，鼓励他们不适用任何回避策略，接纳这些体验，这些都是治疗惊恐发作非常有效的方法。暴露练习的类型和次数很大程度取决于场所回避的程度，情境暴露是病人治疗中最能获益的部分。如果场所回避的程度低，暴露练习往往会聚焦于引发恐惧的身体症状的活动和情境。更新的治疗模式也会包含以接纳为基础的策略。这些策略在图 4.2 中有所总结，并在下面展开阐述。

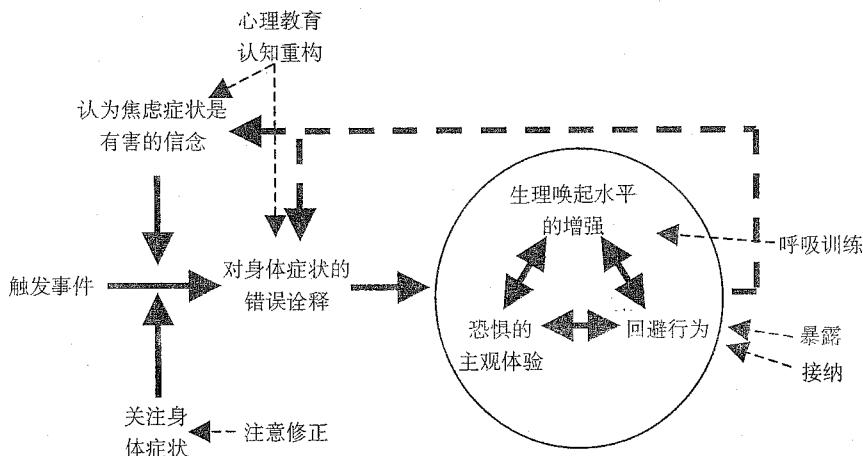


图 4.2 针对惊恐的策略

## 心理教育

惊恐发作是极度可怕的经历，自然，病人会尝试去解释这些不明现象，甚至在不同的医学检查都得出了阴性结果后，仍然认定这些惊恐发作是严重生理健康问题的信号或症状。非常有效的初始治疗干预就是：教育病人关于惊恐发作的本质。病人一般会很诧异地获知也有其他人有同样的痛苦，而惊恐发作和面对危险时的极度恐惧并没有质的差异，而这些惊恐发作实际上是演化适应性的战斗—逃跑反应系统的一部分，战斗—逃跑的反应系统的功能保护个体。正常和适应性的恐惧发作是在我们面对危险情境时（如几乎撞车）产生，而惊恐发作是没有明显的原因时发生的。因此我们可以把惊恐发作看作是我们生理战斗—逃跑系统的一次错误警号，就像在恐惧时一样，这些生理的症状本身并无危险也无伤害性。相反，它们是适应性的、保护性的，因为它们把我们机体调动起来了。这种对于惊恐发作本质的讨论可以正常化、去神秘化这些体验，并且为探索其他观点提供了基础。为了去神秘化惊恐体验，你们可以提供以下的这些惊恐障碍本质的信息。

### 临床案例：对于惊恐的心理教育

惊恐障碍是当人们在没有明显原因的情况下体验到强烈的恐惧或不舒服的状况。当人们在这些惊恐发作之后回避该情境或活动的话，那么诊断将是伴有场所恐怖症的惊恐障碍。惊恐障碍和场所恐怖症是常见问题。虽然这些惊恐发作很可怕，但是它并不会真的给你的身体健康带来危害。这并不表示你体验到的惊恐发作不真实。它们绝对是真实的，而你正在为一个真实的问题而痛苦。但是，好消息是：这些惊恐发作并不会给你的身体健康带来任何生理危害，它们可以被一种叫做认知行为治疗的心理干预有效治疗。

在我们讨论具体治疗策略之前，你应该要对这些惊恐发作有所了解：首先，惊恐发作并非非常罕见。实际上每个人都知道惊恐发作是什么样子，因为每个人都偶尔会有极端恐惧的体验。一般来说，这些惊恐发作是在你感知到有危险时发生，例如想象一下你在高速公路的左边车道上开车，突然，你前面的车急刹车，你看到刹车灯亮了，你也急刹车，差点就撞上前面的车，而你后面的车也做了同样的处理。你和另外两辆车都差点卷入到一个严重交通事故中。这种情况下，你很可能就体验到强烈的焦虑。你的呼吸会变快变

重，你可能会感到潮热，你的心会跳得很快，你可能开始手心出汗。这些极度恐怖症状以及你体验到这些症状是因为你差点就撞到前面的车，这些感觉是正常的、适应性的，是由我们的大自然母亲设计好的，让我们的身体做好回避危险的行动准备。这些感觉对我们的祖先有重要的生存意义，他们需要向可能的捕食者或敌人做出逃跑或战斗的反应。在惊恐发作的情况下，这些症状在没有原因的时候发生。这并不代表这些感受更不真实。但是，很重要的一点是，我们要了解焦虑发作和面对明显威胁时的恐惧发作是没有质区别的。而在惊恐发作时，提醒存在危险、诱发恐惧发作的线索是微细而更不明显的。但是它们和其他强烈的恐惧并没有区别。我们治疗的一个重要目标就是：找出这些惊恐反复发作的原因。

### 注意和情境修正

惊恐发作往往被认为是突然发生，没有明显原因的。但是当要求病人非常紧密地监控这些惊恐发作的时间、情境以及环境，模式就会变得显著。例如萨拉注意到她的惊恐发作更多在她情绪感到不安的时候发生，事实上，有几次最糟糕的惊恐发作是在她和丈夫吵架之后的几个小时。了解了这些后，让惊恐发作本质不再神秘，并且给了萨拉一种控制感。

她也报告到：她在上瑜伽课时感到非常不舒服，因为她不喜欢关注她的身体，她发现紧密关注心跳以及呼吸很容易诱发惊恐发作。再一次，当她了解到惊恐发作可以被关注具体症状而诱发后，这给了萨拉一种控制感，让惊恐发作变得更有预测性，并降低了她对此的焦虑。此外，提升对于经历的好奇可以帮助她降低对其的恐惧心理。

### 呼吸训练

很多惊恐障碍病人都过度呼吸（过度换气），因此有些理论会认为这种呼吸异常，过度换气以及低二氧化碳血（低于正常的二氧化碳分压水平）导致了惊恐发作（Klein, 1993；Ley, 1985）。例如 Ley (1985) 提出长期的过度换气给惊恐发作提供了一个更低的门槛。Klein (1993) 认为惊恐发作是窒息警号系统过敏的反应。因此呼吸训练是心理干预的一个普遍成分。更近期的研究显示：呼吸训练对于治疗惊恐障碍有独特贡献 (Meuret *et al.*, 2010)。

呼吸的结果是交换氧气和二氧化碳。身体对于二氧化碳浓度的改变尤为敏

感。过度换气的结果是血液碱度太高（酸度不够），血管收缩，运送到各个组织（包括脑部）的氧气变少，这会导致典型的过度换气综合征，包括：晕眩、觉得脚步轻浮、喘不过气来、感到不现实感。

呼吸训练教会病人一种呼吸策略，这种策略是专门设计来放慢他们呼吸节律、加深横膈膜呼吸的方式。这种方式的目的是通过把他们症状归因于过度呼吸，以及教会病人纠正他们呼吸习惯（从而减弱这些症状的强度）的方式降低惊恐发作的频率。以下呼吸训练的指导语可以帮助病人不要过度换气：

### 临床案例：呼吸指导

你呼吸的方式对你的身体有直接的影响。具体来说，过度呼吸可能诱发或恶化惊恐发作。如果你呼吸得太快太深，那你就是在过度换气了。呼吸是要把氧气带进你的身体，把二氧化碳排出身体。当你过度换气时，你的身体里面有比你实际需要的更多的氧气。与之矛盾的是，你的身体为了弥补这种改变，它会向身体各部分输送更少的氧气，其中包括你的大脑某些部位。这之后会引发一系列的自动化生理机制，从而导致典型的过度换气的官感：刺痛、潮热、出汗、晕眩、感到不真实感（你感觉自己在某种梦一般的状态中，不是真实发生的）。当你停止过度换气后，这些症状会快速消失，你的身体会恢复正常。有些人会有不健康的呼吸方式：他们呼吸得太用力、太深、太频繁、太无规律。这在某些情境中可能会诱发或者恶化惊恐发作。有些人会习惯性地用这些不健康的方式呼吸，这导致你身体的小改变就可能诱发惊恐发作。

为了训练自己以一种更健康的方式呼吸，你每天可以至少留 10 分钟。舒服地坐在椅子上，把你的右手放在胸上，左手放在腹部。注意你的手的运动。一种健康的呼吸会让放在腹部的手左右缓慢上下移动，而胸口的右手是不动的。慢慢地、轻轻地呼吸，尽量不要深呼吸。在你吸气前停顿一秒。如果这个练习太无聊，你可以边听放松的音乐边做。

### 认知重构

惊恐障碍病人很多非适应性的认知是：他们的错误认知是来源于认知错

误：错误估计几率（高估不可能和不良事件的发生概率）、灾难式思维（把事情不成比例地放大）。我们会在第五章涉及灾难式思维。这里，我们会更详细地讨论高估几率。

在认知重构时，病人的非适应性想法被当作假设。病人被鼓励成为一个客观的观察者，就像一个科学家一样，带着找出有效克服方法的目标去探索他们焦虑的本质。为了识别和挑战这些非适应性的想法，治疗师和病人要通过辩论（或苏格拉底式提问）严谨地讨论支持、反对某个认定的证据。这都需要用到病人过去经验的信息（如基于你过去经验，这个几率应该是多大？）以及传达恰当的信息（如哪些是心血管疾病的高危因素？）。这个讨论的目的是要纠正非适应性认知。如果可能，治疗师应该要找出方法去测试这些想法的真实性，例如鼓励病人自己去暴露在这些害怕的和/或回避的活动、情境中。接下来的萨拉和治疗师的对话演示了如何用苏格拉底式提问的方法来探索高估几率。

### 临床案例：高估几率

治疗师：当你体验到这些症状时会发生什么？

萨拉：我会非常害怕。

治疗师：你怕的具体是什么？

萨拉：我觉得我有些不妥了，我可能正在心脏病发。

治疗师：为什么你觉得这些症状是由心脏病发引起的呢？

萨拉：好吧，因为这些是心脏病发的典型症状啊。

治疗师：你之前有过心脏病发吗？

萨拉：没有，我的医生说一切都OK。

治疗师：那你是怎么知道这些是心脏病发的典型症状的呢？

萨拉（笑）：好吧。我猜我不知道。但是我怕它们是。

治疗师：所以你觉得这些症状是和一种医学状况有关。那如果用0~100来评分，你觉得这些症状和心脏问题有关的几率是多大呢？

萨拉：好吧，我知道我的医生没有检查出什么。所以，我只会说几率是40%吧。

治疗师：所以你说你相信有40%的机会，当你体验到这些心悸、胸疼和

喘不过气的症状时，你正经历一次心脏病发。

萨拉：听起来没错。

治疗师：我们总结一下。一个 40% 的几率，实际上你是在说，10 次中有 4 次，你有这些症状是因为你犯了心脏病。我们来从你过去经历里面找一些证据来支持这点吧。你觉得你总共有过几次惊恐发作了？

萨拉：啊！老天爷！大约 50 或 60 次？

治疗师：OK，所以根据你的估计，到目前为止，你应该至少有过 20 次心脏病发了，因为 50 次的 40% 是 20 次，但是你现在有过几次心脏病发？

萨拉（微笑）：没有过。

治疗师：对。所以根据你的过去经验，你觉得这些症状实际上是一次心脏病发的几率是多少？

萨拉：我猜，一定是低于 40%。

治疗师：我同意。如果我们用过去经验，那就会是 0 除以 50，那就是 0%，对吗？

萨拉：对。

治疗师：那我们要不从现在开始记录。我想请你在每周开始的时候以及每次惊恐发作后，都估计一些你会死于心脏病发的可能性，我想请你写下来，你觉得这次最终会变成心脏病发的可能性，从 0（完全不可能）到 100（极度可能）。我们就可以更多地实验这些惊恐发作了，我建议你可以进入一些更可能发生惊恐发作的情境，你觉得呢？

## 暴露

暴露是治疗焦虑障碍非常有效的干预方式（见第三章，查看更多暴露指导语）。在进行暴露练习前，治疗师要识别引发恐惧的线索。在惊恐障碍中，这些线索往往是生理症状，在场所恐怖症中，线索往往是情境触发事件。

在进行暴露练习之前，治疗师要很了解病人的引发恐惧以及回避情境。一般请他们评定一下他们恐惧以及回避的程度（例如 0~10 评分）会很有用。例如同图 4.1 模型所示的方法，萨拉把她的心跳加速错误解释成了心脏病发，这导致了惊恐发作，从而导致了回避行为。

### 暴露在躯体官感

当萨拉感到她的心跳得很快时会感到不舒服。由此，她回避了身体锻炼，之后进一步探索，萨拉报告她也会回避其他引发强烈生理症状的情境，包括桑拿（因为感到窒息）、喝浓咖啡（因为咖啡引发的唤起）。在萨拉的案例中，有些害怕的场景可以在治疗室中引发。有一些例子包括：屏住呼吸（从而引发喘不上气、窒息感）、用鸡尾酒吸管呼吸（引发窒息感）、旋转（引发晕眩）、盯着亮光后试着阅读（引发不真实感）以及（当然）过度换气。重复暴露在这些练习中（例如每天三次过度换气，每次1分钟）可以使病人对某些情节的恐惧下降。其他练习可以包括看恐怖电影以及去坐过山车。

### 暴露在场所恐惧的情境

暴露是治疗场所恐惧回避的最有效方法。这个治疗最有挑战的部分是：鼓动病人在不适用任何回避策略的情况下，参与他们害怕的活动。出于这个原因，病人了解面对一些他们最恐惧的事物的原因是很重要的。接下来的例子中可以看出，一个有技巧的治疗师如何鼓励病人去参与这些不愉快的练习，并且澄清“回避”这个术语的意思。

### 临床案例：定义回避

你在不会引起别人焦虑的不同情境中感到焦虑。因为某些情境会让你觉得很不舒服、焦虑，你要么是从这些场合里面尽快逃开，要么你就回避进入这些场合，好让你不用体验这些焦虑。

今天，我想讨论一下回避的正面和负面。“回避”这个词一般是指“不做某事”，但是我们也会更广泛地用“回避”这个词。现在，我们可以一起把“回避”定义成：让你不用面对自己恐惧的任何行为。这包括：逃开某个情境、不进入某个情境、服用药物、喝酒、分散自己注意力、有好友或者伴侣陪同。因此，回避的行为可以是主动（离开某个情境）或被动（不进入某情境）的。

回避有两个结果：一个短期正性结果和一个长期负性结果。我来给你讲一个回避短期正性结果的例子。X轴代表时间（事件），Y轴代表你的焦虑程度（0~10），请你画出你的焦虑水平，来表示你在某个时间点你感到的焦

虑程度（如一开始、最糟的时候、最近一段时间），然后写下你做的或者发生的任何让你焦虑下降（如吃了药，安全行为和信号，分心）或者增加（如情况改变了，生理官感变得更强）的事情。图 4.3 给出了回避行为的例子。

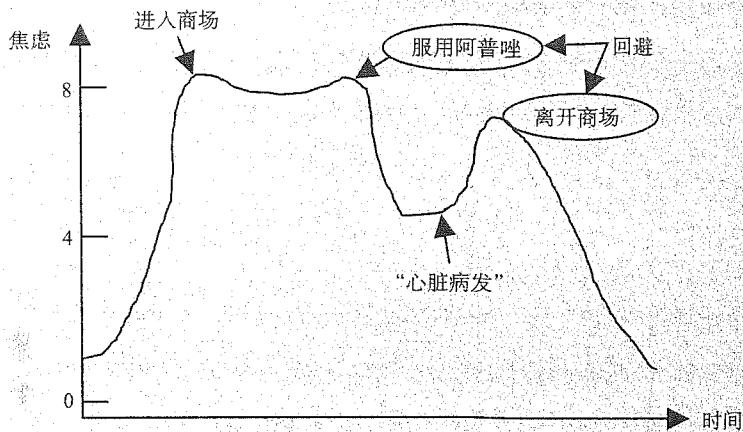


图 4.3 回避行为的例子

回避行为并不是总能消除你的焦虑，它只是让你的焦虑降到一个更能忍受的水平而已。你也注意到了，有时在你进入这些害怕的情境之前，焦虑已经增加了。这种焦虑水平的原发提高被称为“预期性焦虑”，这是回避行为的另一个结果。你回避得越多，你未来的预期焦虑会越强。

一旦清楚定义出回避，治疗师应该介绍一个概念：回避是和短期的正性结果以及长期的负性结果结合在一起的。所以并不是简单地打消病人使用回避策略的尝试，或者假定病人一定能够清楚意识到他们非适应性的应对策略的负性后果。就像第二章所述，即使人们意识到行为的非适应性本质，他们还是不会轻易改变或消除问题行为。人们需要经过改变的几个阶段。意识到行为后果是导致长期行为改变的必要但非充分条件。要让行为改变发生，病人要完全意识到非适应性行为的长期结果，以及需要意识到这些非适应性的后果比暴露练习的短期负性后果要更严重、更有问题。

对于病人来说，暴露治疗是痛苦的。逐步暴露（如慢慢提升暴露等级）可以增加脱落的可能性，因为每次成功都被将要面对更可怕的情境恐惧所染色。所以，有些治疗师，包括我本人，会倾向于使用简短非渐进的密集暴露。要进

行集中暴露，病人要腾出大约 3~5 天，每天 4~6 个小时，进行治疗师引导的暴露练习。和逐步暴露相反，非渐进密集暴露并不是从较易（更不可怕）的情境入手，相反，第一次暴露是要面对一个强的恐惧。一开始选择好逃跑恐惧的情境会是一个明智的做法。例如电梯、火车或者一次飞行会比开车或者站直线要适合，因为这些焦虑线索更在治疗师的掌控下，而且病人可以操控的脆弱更少。如果治疗师决定要做非渐进密集暴露练习，那么推荐做法是直到在治疗师指引下快要进入该情境时，治疗师才与病人进行简短讨论，告知他们：为了降低他们的预期焦虑，只在他们快进入暴露情境时他们才会被告知暴露情境是什么。

因为这需要很大的承诺以及病人的信任。很重要的是病人签署知情同意确保有进行治疗的坚定承诺。我一般会给病人三天时间去考虑，然后三天后我们会通电话去决定要不要进行这些暴露。这个策略的拒绝率是非常低的（见第二章的动机策略部分）。

## 实证支持

Clark (1986) 的文章是一个简短的理论性论文，它在 1986—1990 年，成为整个心理学界引用率第二高的文献，超过 50,000 篇文章引用了它 (garfield, 1992)。其他这个模型的突出支持者，包括有：Beck 和 Emery (1985), Barlow (1988) 和 Margraf 等人 (1993)。一系列的研究使用随机控制实验的方式显示了 CBT 模式有效性（例如 Hofmann & Smits, 2008）。其中最大的治疗实验比较了丙咪嗪、安慰剂和 CBT 结合丙咪嗪及 CBT 结合安慰剂 (Barlow *et al.*, 2000)。

312 个有轻到中度场所恐怖症的惊恐障碍患者被随机分配到丙咪嗪、CBT、CBT 加丙咪嗪、CBT 加安慰剂或者纯安慰剂组，参与组被试接受 3 个月的每周治疗，此外，反应组被试接受 6 个月的治疗，每个月碰面一次，治疗终止之后有 6 个月的追踪。研究结果显示：结合丙咪嗪和 CBT 的组在短期的获益有限，但是长期有实质的获益，在治疗的短期内无论丙咪嗪或 CBT 都优于安慰剂组，在 6 个月的保持阶段中差异更明显。治疗终止 6 个月后，接受 CBT 治疗的被试更可能保持治疗的获益，无论是只接受 CBT 或者结合安慰剂组。接

受丙咪嗪治疗的个体比没有接受抗抑郁药物治疗的人更可能复发。有意思的是，1/3 符合资格的病人拒绝参加实验，因为他们不想服用丙咪嗪。相反的是，300 位潜在被试中只有 1 位因为可能要接受心理治疗而拒绝参加研究( Hofmann et al., 1998 )。

相似的研究也报告 CBT 的方法更关注认知重构。例如一个由 David M. Clark 和他的同事做的研究比较了 CBT、应用放松技术、丙咪嗪和等待—控制组。在治疗后，75% 的 CBT 病人不再有惊恐发作，比丙咪嗪组的 19%，应用放松组的 40%，等待—控制组的 7% 要高。CBT 组比等待—控制组的被试在所有惊恐以及焦虑测量的表现都要好，而丙咪嗪和应用放松组在半数测量上比等待—控制组的被试好。9 个月后的追踪，而丙咪嗪也已经停止后，85% 的 CBT 组被试不再有惊恐发作，丙咪嗪组是 60%，应用放松组是 47%。这些结果和综述以及使用现场情境暴露治疗结果研究的元—分析结果一致：60%~75% 的治疗完成者体验到临床改善，在治疗追踪阶段，治疗获益较为稳定。近期，我们检验了使用 d-环丝氨酸作为 CBT 治疗的辅助策略，结果发现在进行暴露练习时使用，这种药物可以增加 CBT 对于惊恐障碍的疗效 ( Otto et al., 2010 )。

不同的 CBT 对于惊恐障碍的治疗略有差异，取决于具体临床情况。虽然所有的治疗都是建基于同样的治疗理念。他们在治疗小时数、治疗长度以及治疗元素的关注不同（如暴露的数量和类型）。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Craske, M. G., and Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

### 给病人

Barlow, D. H., and Craske, M. G. (2006) *Mastery of your anxiety and panic, 3<sup>rd</sup> edition, workbook*. New York: Oxford University Press.

## 第五章 战胜社交焦虑障碍

### 西摩的害羞

西摩是一名 50 岁的单身男性，从事邮递工作。由于他的过分害羞和抑郁，他最近决定去看精神病医生。在诊断会谈中，西摩告诉医生他一直以来都非常害羞，他感觉自己很无能，心情抑郁。他跟治疗师说，在社交场合，他从未感到过舒适。甚至在小学时，有人要他在他父母的一群朋友面前讲话，他的大脑就一片空白了。他尽量避免参加一切生日聚会和其他的社交活动，如果必须要参加这类活动，他总是一个人静静地坐在一旁。从前上学时，他是一个非常安静的孩子，老师课上提问时，只有当他把问题的答案提前写好了，他才会回答。但是，即使在提前写好答案的情况下，他回答问题还是会常常含含糊糊，或者不能清楚地说出自己的答案。通常，面对新来的同学，他总是低下目光，不敢看他们，因为他担心这些同学会捉弄他。

渐渐长大后，在他家附近，西摩有了很多玩伴，但是他从来都没有一个真正的好朋友。除了一些要求课堂参与的科目外，他的学习成绩非常好。在青少年时期，他在与异性伙伴交往时尤其紧张。尽管他很想和一位女性谈恋爱，但是他从没有约会过或者邀请女性跟他一起出去，因为他害怕被拒绝。上大学后，西摩有一段时间适应良好。但是，当被要求在课堂上做口头报告时，他逃课了，后来终于辍学。几年后，他找工作也出现了麻烦，因为他认

为自己没办法参加工作面试。最后，他找了一些只要求笔试的工作。很多年前，他在邮局找到了一份值晚班的工作。曾有过几次升职的机会，但是他都拒绝了，因为害怕社会压力。西摩告诉治疗师，他在工作单位有很多熟人，但是没有朋友，而且他回避所有工作之外与同事的社交活动。

西摩对多数社交情境感到恐惧，他通常都尽力回避。如果无法回避，他就会做很多的准备，提前写好很多话语，以便知道在社交场合中该说些什么。但是，尽管这样，面对社交情境，他还是会感到极端的恐惧。他通常在社交场合中监督和观察自己，也常常会讨厌自己的无能。他不相信自己能够很好地应对社交情境。他常常感到自己的焦虑不受自己控制，随后他会产生强烈的生理反应，如心跳加速、手心出汗、浑身发抖等。他曾经尝试过服用心得安（一种 $\beta$ 受体阻滞剂）来控制自己在社交情境中的焦虑情绪。最近，医生建议他试试帕罗西汀。然而，他并不想吃药。

## 定义

社交焦虑障碍（social anxiety disorder, SAD；也称社交恐怖症）是一种常见的精神障碍。流行病学调查显示，西方国家的终生患病率为7%~12%。男女患病率几乎相等。SAD通常起病于青少年中期，但也有可能发生于童年早期。在童年期，SAD通常与过度焦虑症、拒学症、缄默症、分离焦虑以及极度害羞相关。如果不加治疗，社交焦虑障碍通常会发展成一个慢性的、不间断的过程，从而对个体职业和社会功能造成很大损害（见 Hofmann & DiBartolo, 2010）。

许多不同的社交情境都会引发社交焦虑，包括表演情境如在公共场合讲话、吃饭或写字，发起或维持交谈，参加舞会，约会，与陌生人见面或者与权威人士互动等。如果一个人恐惧大多数或所有的情境，就属于广泛型社交焦虑障碍。除此之外，有的人可能符合轴II<sup>\*</sup>的回避型人格障碍的诊断。因此，社交焦虑障碍的诊断分类有一定程度的宽泛性。然而，诊断分类是在种类上不同还是在严重程度上不同，这一点尚不清楚（见 Hofmann et al., 2004）。西摩同时符合广泛型社交焦虑障碍和回避型人格障碍的诊断。

\* 精神医学 DSM-VI 多轴向诊断系统中的第二轴项目，即人格疾患与智能障碍。

## 治疗模型

SAD 患者通常认为社交场合是一个危险情境。他们认为自己应该以某种方式行事从而达到某一社会标准，这个社会标准很高，他们没有能力达到。当进入社交场合时，SAD 患者通常会将注意力集中于这些所谓的缺陷上，关注自己不好的一面。因此，他们担心他人的负面评价，认为这些负性评价会导致负性的、持久的、无法挽回的后果。

同其他 SAD 患者一样，西摩认为社会标准是无法达到的，自己没有足够的能力应对这种威胁。他将注意力集中于自己不好的一面，忽视了任务相关的信息，这进一步加强了他对负性评价的恐惧。他担心负性评价将会导致持久的、负性的社会后果。

由于这些不良认知和认知加工过程，西摩在某些情境下会体验到类似惊恐发作的恐惧反应，在另一些情况下则极端回避他人。然而，类惊恐症状更典型，包括心率增加、出汗、颤抖以及强烈的恐惧和焦虑。为了应对这种焦虑反应，西摩采取了少量回避策略。例如他为预期的社交情境做过度的准备，提前准备了很多交谈的话语，他还服用  $\beta$  受体阻滞剂让自己保持冷静。尽管这些回避策略在短期能够减轻他的焦虑，但是长期来说会带来负面后果。主要的负面后果是强化了他社交焦虑的维持。由于这些回避策略的使用，西摩永远没有机会检验最坏的情境是不是真的会发生，如果真的发生了，真正的后果又会是什么。

像其他 SAD 患者一样，西摩认为社交失误将会产生持久的、无法挽回的灾难性后果。然而，事实上社交情境通常都是无害的。他人的负性评价几乎不会导致任何实际负性后果，即使真的有负性后果，影响也是短暂的。有些重大社交失误会导致离婚、失去工作或朋友，但这是极少数的例外情况。然而，如果任何不幸事件都一定会导致这种后果，这是难以想象的。显然，恐惧刺激是想象出来的、虚幻的，而不是真实的。社交情境是人们自己创造的，情境中的规则有很大程度的容忍度和灵活度。然而，西摩并没有看到这一点。他认为这些规则是刻板的，而且难以遵守。其中一个规则就是不要在社交情境中表现出焦虑。很矛盾的是，这反而会引发更强的焦虑。由于他从主观感受上和生理唤起上都体验到强烈的焦虑，通过情绪推理和自我感知，情境似乎就变得具有威胁性了。而且，高社交焦虑的人通常会反复回想过去的社交情境。这个过程被

称作事后加工，通常关注事件的负面信息，将模糊甚至原本积极的刺激感知为不好的、负面的刺激。这一过程会强化负性自我感知和焦虑引发的自我表述，从而形成了一个正性反馈圈和自我维持系统。西摩的社交焦虑维持如图 5.1 所示 (p82)。

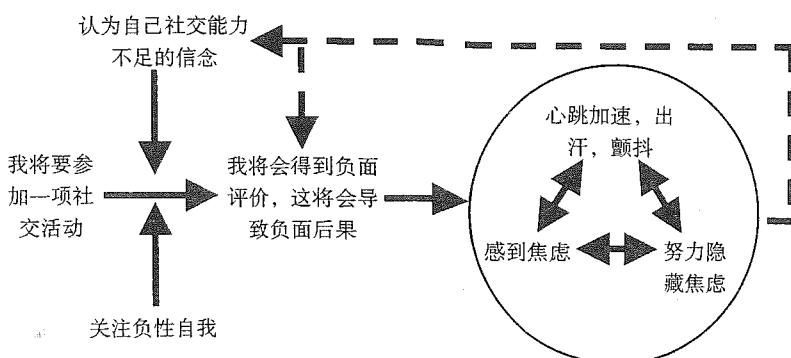


图 5.1 西摩的社交焦虑

## 治疗策略

有效的心理治疗会提供给病人很多引发焦虑信念和期望的学习经验改变，同时也让病人获得其他的解释和信念。我最近提出了一个综合性的治疗 SAD 的心理模型 (Hofmann, 2007a)，这一模型已经被转化成了具体的治疗策略 (Hofmann & Otto, 2008)。早期模型由 Clark 和 Wells (1995) 及 Rapee 和 Heimberg (1997) 提出。

我们的模型 (Hofmann, 2007a; Hofmann & Otto, 2008) 认为，SAD 患者在社交情境中感到担忧不安，部分是因为他们认为社会标准（期望和社会目标）很高。他们想给他人留下特殊的印象，但是又怀疑自己是否能够做到。部分是因为他们没能设定具体的、可实现的目标，也没能选择具体的、可实现的行为策略来实现这些目标。这进一步增加了他们的社交担忧和自我关注，从而激发了许多其他的认知加工过程。可以预测，一旦一个社交情境被认为存在潜在的社会评价，SAD 患者将会关注对自己的负性思考和他人对自己的看法。负面印象通常被认为产生于一种来自“观察者”视角的想象，在观察者视角中，SAD 患者仿佛站在他人的视角上观察自己。因此，我们认为，运用系统的 CBT 治疗，直接针对不合理认知，对社交焦虑障碍是最有效的。

一些研究与这一观点一致，这些研究发现，社交焦虑个体认为负性社交事

件比正性社交事件更有可能发生。而且，他们认为大多数人天生就喜欢批评他人，更可能对他们进行负性评价。社交焦虑障碍患者的这种信念系统扩大了人际关系竞争性的一面，而缩小了其合作性和支持性的一面。我的模型是以大量的、结果一致的研究文献为基础的（见 Hofmann & Otto, 2008），基本干预策略、心理教育、注意修正、认知重构和暴露程序都得到了充分验证。而且，最近有关基于接纳的治疗策略（acceptance-based strategies）的研究结果十分可观（Darymple & Herbert, 2007）。

### 心理教育

如前文所述，在谈及社交焦虑障碍的种类、恐惧情境的数量以及其他与社交焦虑相关的问题（如自我感知和社会技能）时，它是一个宽泛性障碍。然而，图 5.2 描述的模型适用于多数——如果不是所有的话——有这些问题的个体。病人对其社交焦虑解释的理解和接受很重要。有些病人一开始不相信运用这些策略能够帮助他们克服社交焦虑，因为他们通常认为害羞是一种人格特质，社交焦虑只是他们人格的一部分。这种观点也许确实是对的，但是这并不意味着社交焦虑一定会带来痛苦，并干扰他们的生活。而且，同任何形式的焦虑一样，在不使用回避策略的情况下，通过反复暴露于恐惧情境，社交焦虑水平会下降。暴露原理是干预方案中十分重要的一部分，下面会详细讨论。除了暴露练习，许多其他策略给病人提供机会去更正那些错误感知和归因。因此，治疗并不是想改变个体的人格，而是教会病人一些具体技术以更有效地应对社交情境，最终克服社交焦虑。以学习目标的形式阐述治疗的具体目标和期待十分有益。

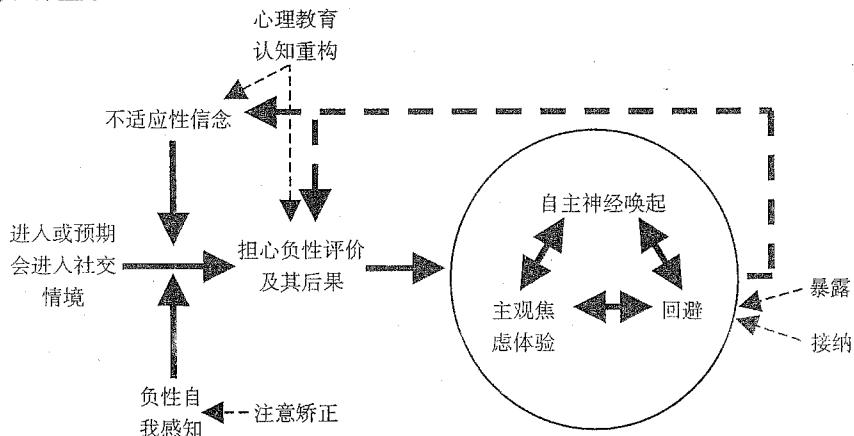


图 5.2 针对社交焦虑的治疗策略

## 学习目标

下面是你将会学习到的内容：

- 你将意识到社交焦虑是一个恶性循环圈，你能够停止这种循环。
- 你将明白你对自己比他人对你更苛刻。因此，你对自己的状态（包括你在社交表现场合中的不完美）感到舒适十分重要。
- 你会看到当你不再将焦虑作为你社交表现的晴雨表时，你在社交情境中会有怎样的表现。
- 你将认识到你在社交情境中的焦虑感受是一种十分私密的体验。其他人并不能看到你心跳加快、手掌出汗或者双腿颤抖。
- 你将意识到你在多大程度上过高地估计了他人能够看出你身上发生的事情。
- 你将认识到即使一次社交活动在客观上确实不太完美，其实也没有关系。遭遇社交失误很正常，这种事情经常会发生。但是，失误事件（或者情况更好一点，失误发生的可能性）对人们个人生活的影响是不同的。
- 你还会明白，你在社交场合中的实际表现并不是真的像你想象的那么糟糕。事实上，世界上有很多人的社交技能比你差多了，但是他们都没有社交焦虑。
- 你将有机会待在社交情境中足够长的时间，让你的焦虑自然缓解。
- 你将有机会学习如何在社交表现活动之前、过程之中和之后更准确地指导自己。
- 你将会明白使用回避策略（或公开或隐蔽）是社交焦虑得以维持和泛化的部分原因。

### 注意和情境修正

当 SAD 患者预感到社交威胁刺激或必须面对某一社交情境时，他们通常都会将注意力转向对自己细致地监控和观察，尤其关注自己的缺点和不足。这种注意修正加强了对恐惧焦虑反应的觉察，从而干扰对情境和他人行为的加工。例如上周当西摩必须发表一个演讲时，他将注意力都集中于自己不好的一

面。这让他感觉到更强烈的焦虑，原本应该用来完成一次成功社交表现的注意资源被用来监控他自己的焦虑。这就形成了一个恶性循环圈，让他感觉失控。因此，他采取回避行为策略和借助药物来缓解他的焦虑。这些回避策略能够在短期内减轻他的焦虑，但是从长远来说，这些策略是无效的、有害的。

最开始阻止这一恶性循环圈形成的一个有效策略是鼓励西摩将注意聚焦在与任务相关的事情（如在交谈中思考想问的问题或思考某一演讲过程和内容）而不是与恐惧相关的事情（如心跳加速、负性自我关注思想）。要实现这一点，可以通过指导西摩在焦虑状态时有意识地注意不同的刺激。例如在发表演说或参与社交互动之前，可以指导西摩将注意聚焦于：（1）他自己和他的焦虑；（2）引起他焦虑的环境因素（如听众、讲台）；（3）不会引发焦虑的环境因素（如墙上的图画）；（4）将要发表演说的过程和内容。对西摩来说，不使用任何压抑焦虑的策略（如回避策略）十分重要。相反，指导他停留在当下情境，放弃尝试压抑焦虑，毫无评判地观察注意焦点的改变如何导致焦虑的改变。

### 认知重构

SAD 患者通常都会过高估计他人对自己的负性评价。而且，在一个社交事件之前和之后，他们都会思考情境中的细节，主要关注于过去的失败、情境中自己的负面形象以及其他对表现不好和被拒绝的预期。而且，SAD 患者认为自己被限制在一个由刻板和模糊规则组成的社交环境中。他们经常想违背社会规范。他们认为，他人期望他们达到某些社会标准，而这些标准很难达到，因为他们缺乏必要的社交技能或者不清楚这些标准的精确定义。

认知重构在发现、挑战和更正非适应性信念上十分有效，这些非适应性信念包括关于社交情境可能带来负性结果的信念，更重要的是，关于负性结果将产生不良后果的信念。例如西摩担心在社交情境中会被给予负性评价。他的首要信念是，社交情境是危险的，他没有能力应对这些情境。他将更加关注自己不好的一面。下面的例子是治疗师与病人之间的一段对话，展示了挑战西摩对负性结果发生的过高估计。

西 摩：当我必须要跟一个陌生人聊天时，我想不出要说些什么。

治疗师：“我想不出要说些什么”是什么意思？

西摩：意思是说，我没什么可说的。我的大脑一片空白。

治疗师：那么让我们更具体一些。假设你的一位同事邀请你参加一个聚会，你决定参加。然后你就只是站在那里，无法跟任何人交谈。

西摩：这简直糟透了。

治疗师：真的是灾难？

西摩：是的。

治疗师：但是，真正变得如此糟糕的到底是什么？

西摩：那将会十分尴尬！

治疗师：为什么会感到尴尬？

西摩：因为我看起来像一个傻瓜，人们会觉得我很古怪。

治疗师：如果人们认为你很古怪，那又会怎么样？

西摩：他们会取笑我，认为我是一个彻底的失败者。

治疗师：你怎么知道他们如何看待你？

西摩：什么意思？

治疗师：你在这里有很多的假设，或许是对的，也或许是不对的。有趣的是，你从众多的选择中挑选出了那些最具威胁性的和最不好的。尤其是，你认为如果你没有什么话可说，所有人都会嘲笑你，认为你很古怪。首先，你不知道所有人是不是会认为你很古怪。事实上，其他人因为你不说话而认为你很古怪的可能性是极其低的。你知道为什么吗？

西摩：也许是因为人们不说话还有其他的原因。

治疗师：完全正确，其他可能的原因有哪些？

西摩：也许人们保持安静是因为他们累了，或者对话题不感兴趣。

治疗师：对，非常好。事实上，很有可能大多数人都没有注意到你，因为他们忙于自己的事情，他们或谈话或思考。但是，假设有一个人、两个人甚至更多人注意到你不说话，认为你很古怪。这会有多糟糕？

西摩：很糟糕！

治疗师：确实，但是有多糟糕？这对你、你的生活、你的未来等等意味着什么？

西摩：我不知道。

治疗师：好吧，这将是一件改变人生的事情吗？由于许多人认为你很古

怪，这将会产生持久的、不可挽回的、灾难性的后果吗？

西 摩：（笑）

治疗师：会吗？

西 摩：不会。许多人认为我很古怪。

治疗师：我相信也有很多人认为我很古怪。那又怎样呢？人生的目标不是取悦所有人，要求你人生中遇到的每一个人都喜欢你是不合理的。许多人可能不会喜欢你，有些人可能认为你很古怪。但这不是人生的目标。对吗？

西 摆：不是，我想不是。你不可能取悦每个人。

治疗师：完全正确！所以我们要做的是让你熟悉他人不支持你和拒绝你的体验。也就是说，我们想让你经历这样一些情境，在这些情境中，非常非常有可能最坏的情节变为现实，这样你将体验到，社交情境完全没有危险性。社交失误和尴尬情境十分常见，每个人身上都会发生。人与人之间的不同并不体现在失误本身，而是这些失误困扰人们的方式。如果这些失误事件发生了，其实也没什么大不了。生活照常继续。这些事件的后果是短期的，很微小的。一旦你认识到这一点，你将能够冲出你自己建立的社交牢笼。你准备好踏出自建的社交牢笼，享受自由了吗？

### 暴露

暴露在恐惧情境中是最重要的，很有可能是唯一最重要的治疗成分之一（见第三章暴露原理的基本描述）。为什么暴露技术这么重要，有很多原因。

第一，在不使用任何回避策略的情况下，暴露引发了一个高水平的情绪唤起，从而让病人有机会使用接纳策略应对焦虑。

第二，暴露提供了一个机会展示注意聚焦于主观焦虑上带来的影响。在每次情境暴露之前，治疗师要病人关注自己及自己的焦虑症状，并给焦虑评分（0~10分）。然后要求病人关注自己的生理感觉，并描述这种感觉，再次给自己的焦虑打分。

第三，暴露让病人有机会重新评价自己的社交表现。为此，可以通过录像反馈重新检查病人对自己表现的预期。特别的是，这项技术包含一项看录像前的认知准备活动，这项活动要求病人详细预测自己在录像中将会看到什么。然后，治疗师会指导病人形成一幅自己发表演讲的图像。为了比较想象中的自我

陈述和实际的自我陈述，治疗师将会要求病人从观察者的角度（如好像他们在看一个陌生人）看录像。其他针对自我感知的策略包括镜子暴露练习和听自己演讲的录音带。在镜子暴露过程中，要求病人客观地描述镜子中的形象，并将这些描述录音。这些练习都是为了纠正病人扭曲的自我感知，接受自己的外表。

第四，暴露提供了一个机会练习目标设定和重新评价社会标准。为此，治疗师应该和病人一起讨论某一情境的社会期待（标准）是什么，应该帮助病人至少表述一个清楚的（行为的、可计量的）目标（如问一个具体的问题）。就暴露任务是什么应该给予非常具体的指导，这一点很重要。因此，在暴露的早期，治疗师的角色与电影导演相似，即给病人提供一个他或她所期待行为的清晰剧本。如果情境要求复杂的社交互动（如将某一商品归还给你刚购买这一商品的同一售货员），治疗师应该清楚地指出什么时候应该做出什么行为。例如在要求病人归还刚买的一本书时，治疗师应该指导病人“买一本最新版的哈利波特，拿着这本书向门口走去。当你走到门口时，转过身，再次找到同一个售货员，并要求退还之前买的那本书，对售货员说：‘我想用这本书换我刚才买的那本书，因为我改变主意了’”，而不仅仅是指导病人说“归还一本你刚买没多久的书”。这个任务的目标也许就是说出这句话。

最后，或许是最重要的，在现场暴露情境中可以模拟一些社交失误事件（如将点心掉在地上），提供一个理想的机会检验关于社交损失的扭曲假设和其他假设。安全行为会不利于不良认知接受现实检验，因为安全行为会妨碍人们批判性地评价他们恐惧的后果（如“我将无法控制地颤抖”）和灾难化信念（如“我将会很丢脸，再也不能见人”）。

### 暴露任务示例

去一个拥挤的餐馆，问五位坐着吃饭的女性：打扰一下，你是凯瑟琳吗？  
(目标：问五位女性)

走进一家餐馆，找到座位坐下。服务员过来时，对服务员说：我想要一杯自来水。当服务员送水过来后，喝一小口，站起来，然后离开。(目标：只喝水，不点其他任何东西)

点一块比萨，“不小心”将比萨掉在地上了，对服务员说：“我的比萨掉了，我可以换一块干净的吗？”(目标：不付钱，再来一块比萨)

去一家餐馆，坐在吧台处。问一位常客他是否看过电影《宿醉》(The Hangover)。如果他/她没有看过，告诉他/她故事情节。如果他/她看过，问他/她是否喜欢这部电影，他/她最喜欢的场景是什么。(目标：讨论电影有趣的地方)

站在一个街角，大声唱“老麦当劳有一座农场”十分钟。

问一个书店售货员找《性爱圣经》这本书。当他/她帮你找到这本书后，继续问：“你能不能给我推荐一个现代版本的？”

治疗 SAD 的暴露情境与治疗其他恐惧障碍的暴露情境不一样。主要不同在于：(1) 社交暴露通常需要表现一系列复杂的人际交往行为；(2) 社交恐惧患者的焦虑诱发情境并不总是那么容易创造。例如一位广场恐怖症患者可能在多数时候都要离开家出去散步，但是社交恐怖症患者也许每周只能遇到一次令其恐惧的同事聚会，其他情境更少发生。因此，治疗师可能需要创造暴露情境。公共演讲就是特别创造的情境。治疗师对这些情境有很大的控制度（如选择不同的演讲主题，通过引入其他观众或指导观众以某些方式行事来改变情境），而且这些情境都是真实的（而不是角色扮演）。

暴露练习不应该仅仅局限于治疗过程中，而应该作为系统的家庭作业。当回顾家庭作业练习情况时，治疗师应该注意，不要花太多时间回顾练习过程。事实上，太多的回顾可能会起到事后反复回想的作用。因此，治疗师不应该鼓励病人对练习情境给予过长和过细的描述。相反，应该简明扼要地总结练习情境，并根据下列目标提出具体而又有指导性的问题。

1. 情境中引发焦虑的因素是什么？总结到底是情境中的什么能够引发焦虑。
2. 病人想要实现的主要目标是什么？病人如何看待他人的期待？
3. 病人害怕哪种社交失误？这些社交失误的社交后果是什么？
4. 病人关注自己和自己的焦虑吗？情境对他/她的自我感知有什么影响？
5. 病人使用了哪些安全行为和回避策略？
6. 情境及社交后果的影响会持续多久？情境会不可逆转地改变病人未来的生活吗？

## 实证支持

许多设计巧妙的研究都证明了 CBT 早期模型治疗 SAD 是有效的。治疗失误的概率通常很低，与任何病人变量无系统关联。传统的团体 CBT 治疗由 2 名治疗师和 4~6 个病人组成，持续 12 周，每周一次，每次 2.5 小时。有研究比较了氟西汀（一种选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂）、CBT、安慰剂、CBT 结合氟西汀或 CBT 结合安慰剂的治疗效果，结果发现，所有积极治疗都比单纯用安慰剂的效果好。有趣的是，联合治疗并不比其他治疗方法效果好。对意向性治疗样本的反应率进行分析，结果分别为 50.9%（氟西汀）、51.7%（CBT）、54.2%（CBT 结合氟西汀）、50.8%（传统 CBT 结合安慰剂）、31.7%（安慰剂）。尽管这些研究证明，单独使用 CBT 和 CBT 结合药物治疗对治疗 SAD 都有效，但是这些数据也表明，许多病人症状依然存在（Davison *et al.*, 2004）。最近研究显示，在暴露练习之前快速给予 d-环丝氨酸能够显著提高 CBT 对 SAD 的治疗效果（Hofmann *et al.*, 2006; Guastella *et al.*, 2008）。

治疗 SAD 的最新 CBT 模型明确针对一些核心维持因素、安全行为、自我关注注意以及感知到的社交损失。与早期的、传统的 CBT 治疗方案相比，这些有针对性的 CBT 治疗方案的疗效有了极大的提高。它的治疗方向主要是系统地教会病人另一种理解社交情境、社交表现和社交风险的认知框架。因此，有很多针对认知的干预，例如要求病人检查自己对社交情境和不完美社交表现将带来的社交损失的预期。随后，病人会具体地检验这些预期的准确性，通常利用逻辑性评价来评估，尤其还可以通过专门设计的“行为实验”来检验焦虑性预期的准确性。对这种有针对性的 CBT 治疗的效应量进行分析，结果显示，在目标 CBT 团体中，基于临床会谈的严重性评分中未控制的效应量是 1.41（前测对后测）和 1.43（前测对 12 个月后随访）。合成分与前后测中未控制的效应量 2.14 相关（Clark *et al.*, 2003）。研究结果显示很强的效应，这说明，具体针对障碍的某一维持因素能够显著提高 CBT 治疗 SAD 的效果。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). Cognitive-behavior therapy of social anxiety disorder: Evidence-based and disorder specific treatment techniques. New York: Routledge.

### 给病人

Hope, D. A., Heimberg, R. G. & Turk, C. L. (2010). Managing social anxiety: A cognitive-behavior therapy approach, 2<sup>nd</sup> edition, workbook. New York: Oxford University Press.

## 第六章 治疗强迫症

### 奥利维亚的强迫症

奥利维亚是一名 42 岁的已婚女性，有三个孩子。丈夫年长她 25 岁，是一名牙医。自从丈夫退休后，奥利维亚就开始了一项赚钱的买卖：卖古董家具。从奥利维亚记事开始，她就在与强迫症（obsessive-compulsive disorder, OCD）做斗争。她不能自己开车，因为她担心撞到别人。以前，当她必须开车送孩子上学时，她就会反复检查开车的路线，以确保她没有撞到任何人。她常常认为自己可能听到了一声尖叫，透过眼角余光看到了一个黑影，或者感觉路上有奇怪的隆起之处。她还会频繁地检查当地肇事逃逸事故的新闻。她甚至反复给当地警察打电话确认肇事逃逸事故，警察局的人全都认识她了。除了她在“肇事逃逸”上的强迫外，奥利维亚还担心自己的行为可能会给他人带来伤害和死亡。当谈及她的身体状况时，她很担心她会歪曲真实信息，其他人会因为她提供虚假信息而死亡。在牙科问题上这种想法尤其严重，因为她觉得别人会认为她在这方面很渊博，因为她丈夫是一名牙医。这让她与朋友和家人之间的关系变得十分紧张，因为每次与他们讨论完身体状况之后，她都有一股无法控制的冲动想要联系他们，确认他们没有曲解她提供的信息。除了强迫症外，奥利维亚还被抑郁所困扰。过去她偶尔出现过轻躁狂发作，但是，大多数时候，她的抑郁发作是单向的，一次持续多周。在抑郁

发作期间，她觉得自己没有价值，感到自责，没有精力，很想躺在床上，经常从早上一直躺到下午。丈夫很支持她。奥利维亚尝试过很多抗焦虑和抗抑郁药物，效果很不稳定。

## 定义

强迫观念是自动闯入患者头脑中的，持续的、不必要的和不受意志控制的思想、表征和冲动意向，给患者带来很大痛苦。相反，强迫动作是患者为减轻痛苦或防止恐惧事件发生而有意做出的反复的行为和心理动作。流行病学调查显示，OCD 的终生患病率为 1.6%~2.5%（如 Kessler *et al.*, 2005）。男女患病率基本相等，女性稍高。男性通常在 13~15 岁起病，女性通常在 20~24 岁起病。

OCD 是一种异质性疾病。例如强迫观念包括不必要的想要伤害自己或他人的攻击性思想、表征和冲动意向（如随机推倒一个人），有关性的和宗教亵渎性的想法（如想耶稣基督的生殖器），持久的怀疑思想（如我把煤气关了吗？），或者担心被细菌和脏物伤害和污染（如碰门把手时手上沾满了细菌怎么办？）。相反，强迫动作包括过度洗手、打扫卫生、检查（如炉子、灯）、计数、保持秩序和条理、储存、拍打、触摸和精神仪式（如反复祈祷、念念有词和唱歌）等。这些行为都以固定的仪式完成，例如反复祈祷某一固定的次数，或者以某一固定程序洗手（如先洗左手，后洗右手，从某一特定手指开始），因为他们很担心，如果不按照某种仪式完成这些动作，就会发生灾难性后果（如“如果不把鞋子摆成整齐的一条线，我的父亲就会死”）。

与 OCD 相关的一个常见特征是病人难以区分认知和行为。也就是说，想到“不好”的思想同做出“不好”的行为一样，让人感到恐惧和痛苦。这种现象被称为思想—行为融合（thought-action fusion, TAF）。研究者认为，TAF 由两个独立的成分组成（Shafran *et al.*, 1996）。第一个成分是关于可能性的信念，即想到某一想法会增加这一事件实际发生的可能性，然而第二个成分是关于道德的信念，即从道德上来说，想要做某一行为与实际做出某一行为是等同的。例如想要杀人的想法在道德上与杀人行为是一样的。这一道德信念导致了一个错误结论，即“不好”的思想反映了一个人最真的本质和意图。

与 TAF 相关的重要因素包括过度膨胀的责任感、宗教虔诚、迷信和奇幻想法 (Rachman, 1993; Rassion & Koster, 2003)。奥利维亚的例子很好地反映了这种膨胀的责任感。她认为如果她传递给他人错误信息，就会导致伤害和死亡，因此她应该对此负责任。奥利维亚也有很多奇幻和迷信思想。这种思想是这样一种信念，即想到一件事情可能发生，就会增加这件事情发生的可能性。因此，个体就会努力压制这种思想，反过来又会加强这种思想冒出来的可能性（见第一章；Wegner, 1994）。正念和冥想练习能够促进去中心化（即，关注当下，以不评判的态度看待自己的想法和感受；见第七章），针对这些不合理认知十分有效。

## 治疗模型

不必要的思想、表征和冲动意向十分常见。在社区及类似群体做调查时，90%以上的人都报告自己曾出现过这些闯入性思维，包括想要伤害和攻击他人的冲动，以及不适当的性行为思想 (Salkovskis, 1985)。OCD 患者认为这些闯入性思维是有意义的。作为一个典型的 OCD 患者，奥利维亚有一种夸大的责任感。她还认为不能阻止伤害（即，“不做之罪”）同有意造成伤害（“做之罪”）一样糟糕。这种夸大的责任感与闯入性思维会相互产生负面影响。例如奥利维亚认为“我是不是撞着别人了？”，这让她很痛苦，控制不住想要检查开车路线，想要给警察打电话确认她是否开车撞伤或撞死人了。因此，在奥利维亚看来，只有通过不断的检查才能阻止他人的死亡，不检查就意味着她会伤害他人。

OCD 的另一个特点是过度看重出现的想法，只要一个想法出现，就说明它很重要（即，“它很重要因为我想到了它，我想到了它因为它很重要”）。而且，OCD 患者会过高估计伤害发生的可能性和程度。如果没能证明情境的安全性，OCD 患者通常认为情境是危险的，尽管大多数人认为很安全也没用 (Foa & Kozak, 1986)。这些不同的错误信念并不互相排斥，而是经常同时出现，这取决于某一特定闯入性思维及其随后的认知评价 (Freeston *et al.*, 1996)。例如奥利维亚认为给他人传达错误的医疗信息就会伤害他人，这种想法就涉及对危险的过高估计、TAF 及夸大的责任感。

由于 OCD 患者认为强迫想法很重要，因此，他们有很强烈的愿望想要压制这些痛苦思想，并用这些思想抵消强迫动作。然而，尝试压制这些想法只会

让这些想法更容易闯入。同样，尝试用这些思想抵消强迫动作，以减轻痛苦和瓦解任何令人恐惧的灾难性后果，从长远来说是无效策略。由于强迫动作能够暂时减轻痛苦感受，因此，它们很快就会成为一种应对机制，从而增加随后使用抵消策略的可能性。而且，由于抵消策略之后并不会出现恐惧性后果，这可能会强化强迫观念，并且证明了强迫观念的重要性。因此，错误评价则因为没能充分评估其他情况而得以维持（Salkovskis, 1985）。图 6.1 描述了奥利维亚强迫性“肇事逃逸”得以维持的循环圈。

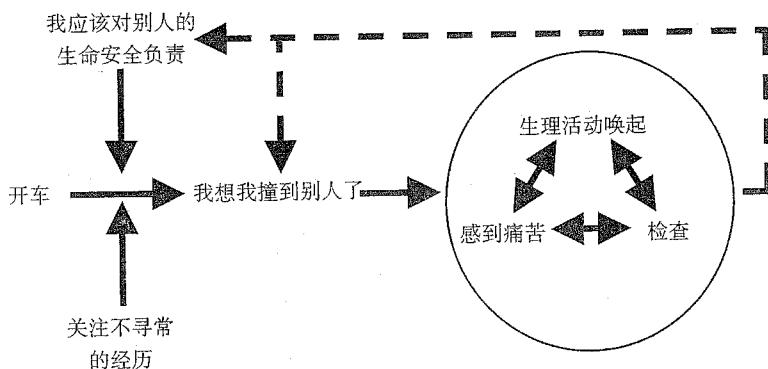


图 6.1 奥利维亚的强迫焦虑

## 治疗策略

OCD 患者通常对他人有一种膨胀的责任感和类似的非适应性信念。而且，为了避免伤害，他们会努力严格按照这些信念行事。心理教育和认知重构能够有效治疗膨胀的责任感、迷信信念及对灾难事件的过高估计。

当情境中的诱发事件出现时，患者就会产生有关具体情境的强迫观念，随后他会将注意集中于证明强迫观念的刺激。在这一加工过程的早期阶段，可以通过关注与这些信念不一致的刺激或直接改变情境中的诱发刺激来阻止后续加工。然而，情境中可能有无数潜在诱发因素，并且都是与非适应性信念一致的刺激。因此，非适应性信念应该是治疗的主要目标。认知重构技术能够有效地挑战和改变这些非适应性信念和强迫观念。而且，正念冥想鼓励病人关注当下，而不是未来（灾难性后果）或过去（可能造成伤害的行为），这对强迫观念中的反复回想有潜在的疗效。放松策略对自动唤起也十分有益。最后，暴露

和接纳策略能够打破由痛苦、注意唤起及强迫动作之间自我强化所形成的恶性循环圈。图 6.2 总结了这些策略，其中一些将在下面详细介绍。

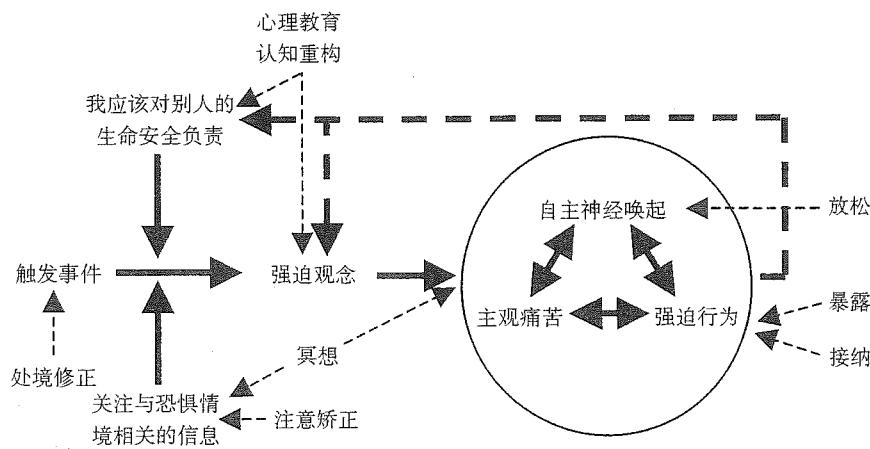


图 6.2 针对奥利维亚强迫观念和强迫行为的治疗策略

### 注意和情境修正

奥利维亚频繁地看电视新闻，为的是检查是否有撞车事故或无法解释的死亡事件发生。她将注意力集中于环境中与她的强迫观念相一致的信息，这进一步强化了她的问题。显然，尽管奥利维亚有股冲动想从环境中为其强迫信念寻找证据，但是她可以自主控制是否这样做。因此，有效的治疗策略就是帮助她抵制这种冲动，并学会如何接纳强烈的冲动。在这种情境下，正念冥想十分有用（见第七章）。奥利维亚可以将冲动当做练习正念冥想的信号，而不是通过反复检查新闻来回应这种冲动，通过正念冥想，病人可以学会如何逐步延长检查冲动和检查行为之间的时间间隔。

### 心理教育

在治疗的心理教育阶段，要传达的最重要的两个信息是：(1) 不寻常的、奇怪的想法表征和冲动意向是正常的，有这些体验并不能预示一个人的人格和将来的行为；(2) 努力抑制这些想法、表征和冲动意向反而会增加它们产生的可能性。正如第一章所述，白熊实验 (Wegner, 1994) 说明了思维抑制的矛盾效应。

### 白熊实验

闭上眼睛。在脑海中想象一只毛茸茸的白熊。想象它的皮毛、它的鼻子、它的耳朵、它的爪子。想象的画面尽可能清晰。记住这一画面。接下来，你可以想任何事情，除了这只白熊。每次这只白熊闯入你脑海时，请说出“白熊”。我将会计时，并记下你在接下来一分钟时间里说白熊的次数。因此，你可以想任何事情，除了这只白熊。当它闯入你脑海时，请说“白熊”。现在开始。

这个实验说明，越是想要抑制某一想法，就越会增加这种想法产生的可能性。在给予抑制指导语几分钟、几小时或几天前，病人可能一次也不会想到白熊，因为没有任何理由想它。白熊成为闯入性图像的唯一理由是病人在努力抑制这一图像。

每个人都可能产生很多奇怪的表征、想法和冲动意向，比如将一位老太太推向车流，这样的想法肯定是奇怪的。但是当我们认为这一想法有特殊意义时，它就成了强迫思维。例如某些想法可能被看作是某种人格特征的反映。再例如一位虔诚的天主教徒可能认为拥有某些想法是有罪的，因为“想到”和“做到”几乎一样糟糕——思想行为融合的本质。

因此，OCD 病人会努力抑制某些想法，反而导致这些想法更频繁地出现，甚至变得更重要。

### 认知重构

同其他焦虑障碍病人一样，OCD 患者过高估计负性结果发生的可能性（即，认为负性结果很可能发生），也会夸大负性结果的严重性（即，认为负性结果可能会是灾难性事件）。前一种认知错误通常被称为高估可能性，后一种认知错误被称为灾难性想法。奥利维亚认为给予他人医疗建议就会引起死亡，这就是高估可能性。下面的例子展示了如何通过鼓励奥利维亚批判性地检验她的思维逻辑性，从而针对高估可能性这一错误认知进行工作。在这个例子中，治疗师对最坏情境进行探索，确定导致最坏情境发生的一系列必要事件。病人要评价每件事情导致最坏结果的可能性。尽管奥利维亚仍然高估了一些事情，但是，由于所有这些事件都是一体的，作为最坏情境的最后一环的灾难性结果（即，他人的死亡）是显然非常不可能发生的。

## 临床案例：针对高估可能性

情境：奥利维亚告诉莎拉的丈夫，阿司匹林可以用来治疗炎症。她很担心，他会服用过多阿司匹林，引起胃部不适，从而导致内脏失血过多死亡。

主观可能性：莎拉的丈夫误解这个信息，导致死亡的可能性：75%

现实可能性：

1. 他会服用过多阿司匹林：1/5
2. 服用阿司匹林后他会产生胃部不适：1/5
3. 他会因胃部不适而出血：1/100
4. 尽管感到胃部不适，他还是会继续服用阿司匹林：1/20
5. 他不会因胃部不适咨询任何人：1/1000
6. 胃部出血会导致死亡：1/2

逻辑可能性：

$$\frac{1 \times 1 \times 1 \times 1 \times 1}{5 \times 5 \times 100 \times 20 \times 1000 \times 2} = \frac{1}{100,000,000} = 0.000001\%$$

这个练习的目的是发现与强迫观念相关的具体负性假设。通过问一些诸如“你认为将会发生什么？”和“接下来将会发生什么？”等具体的问题，能够让这一过程更加顺畅。这个练习想要传达的主要信息是，真正的灾难不可能发生。即使单个事件引发灾难性结果的可能性被高估或者相对较高（如胃部出血导致死亡的可能性是 50%），这些不同的小事件合起来最终引发死亡的可能性相当小（0.000001%）。然后，将这一可能性与病人主观估计的可能性（75%）进行对比。

### 冥想和放松

正念练习的基本前提是，毫无评判地、开放地体验当下有助于有效应对压力。因为在应对压力时，过分关注过去和现在都会带来心理上的痛苦。正念练习中特别重要的一个成分是慢节奏的深呼吸，它可以平衡交感神经和副交感神经反应，减轻躯体症状（Kabat-Zinn, 2003）。

在正念冥想时，通常要求人们关注当下在自己内部及周围环境中发生的事

情，接纳自己的想法和感受，放弃批判性评价，放弃改变的需求，接受自己的内在体验。病人应该在日常生活中确定一个特殊线索，帮助他们在当下集中注意。这个线索通常是病人的呼吸，但是也可以是钟表的滴答声，海浪的声音，或任何其他有节律的、反复出现的声音。这一线索并不是用来分散病人的注意力，而是帮助他们在当下将注意集中于自己。病人逐渐将这一线索与对当下情绪体验毫无评判的觉察联系起来。下面这个正念练习的例子展示了治疗师如何引导正念练习。

### 正念练习

请保持舒服的姿势，闭上眼睛，跟随我的声音。将注意力集中于此时此刻。感受自己坐在椅子上的感觉，注意自己身体的感觉和其他感官体验。感受你的身体靠在椅子上，脚接触地面。注意自己的呼吸，感受你的胸随着呼吸上下起伏。注意你吸气时冷空气的流动和呼气时暖空气的流动。只是注意它们，不要试图改变任何事情（暂停）。感受你当下自然的呼吸过程，用你的呼吸帮助自己关注此时此地（暂停）。让你的思维自由来去，只是关注你在想些什么，不要试着留住某一想法或者将其赶走。只是让它们自由来去（暂停）。花一点时间观察你的想法，关注它们如何来，如何去（保持一小段时间沉默）。在你注意这些想法时，体会自己的感受。同思维一样，情绪也在不断变化。有时情绪像波浪一样涌过来，有时又缓缓而逝；有时情绪由某些想法引发，有时又似乎从四处冒出来。接纳自己在当下的感受（暂停）。毫无评判地观察自己当下的情绪。观察情绪的起起伏伏（保持一小段时间沉默）。继续用你的呼吸集中注意力，试着观察自己的整体感受——你的身体感觉怎么样，你在想什么，你感受到的情绪是什么。感受你现在所有的体验（暂停）。注意你的呼吸，让自己关注当下。觉察你的所有感觉，感受周围发生的事情。感受自己的体温（暂停）。注意倾听环境中的声音（暂停）。如果你准备好了，就带自己回来。想象现在的自己，然后睁开眼睛。

### 暴露和接纳

实事求是地评估恐惧事件的潜在危险时，针对性的行为实验非常有用。在行为训练前，让病人提出一个关于结果的假设。例如奥利维亚认为，在超市的

停车场单独开车，她几乎肯定会撞倒或撞死别人。治疗师可以和病人一起假设，如果奥利维亚在停车场的某一区域开车，她会撞死多少人。为了阻止病人的检查行为（即所谓的反应阻止法），可以让病人在停车场的某一区域开一次车。用这种方式建构行为训练是明智的，因为它将病人体验到最坏结果的可能性最大化了。

这个练习中很重要的一点是，将最坏结果产生的责任转移到治疗师身上。换句话说，如果奥利维亚撞死了人，由治疗师对这一结果负全责。将这一承诺作为一个约定明确写下来，非常有用（如，“如果撞车事故发生了，由治疗师负责任”）。这一约定应该与病人共同协商，认真制定。当病人面对一些无法控制的事情，往自己身上揽过多的责任时，要反复向病人提及这一约定。

暴露练习的关键第一步是构建恐惧等级，即列出一系列病人恐惧的情境。这些不同恐惧等级的情境将被用来完成实际的暴露练习。列出这样一个单子对确定病人相关的恐惧维度十分重要。例如，对奥利维亚来说，人越多、越缺乏交通规则的情境，她越觉得不舒服（即，在超市停车场开车比在高速公路上开车挑战大）。而且，很显然，她丈夫在场时她体验到的恐惧比她自己单独开车时少一些。因此，丈夫起到了安全信号的作用，这一点在治疗中要跟病人解释清楚（即，暴露要在她丈夫不在场时进行）。

如表 6.1 所示，通常一个等级表应该从让病人感觉到相对较少焦虑的情境开始，而且病人相信自己能够成功完成这个暴露练习。随后情境的挑战级别逐步增加。治疗师的示范和完整的反应干预也非常有效。

表 6.1 临床案例：奥利维亚开车的恐惧等级表

项目	SUDS
1. 独自在超市停车场开车，到处都是行人。	100
2. 和丈夫一起，在超市停车场开车。	95
3. 单独在住宅区开车。	90
4. 和丈夫一起，在住宅区开车。	85
5. 在拥挤的高速公路上开车，丈夫是乘客。	80
6. 在空旷的高速公路上开车，丈夫在讲电话。	70
7. 在空旷的高速公路上开车，丈夫全神贯注地坐在我身边。	60
8. 一位没有经验的司机在空旷的高速公路上开车，我是一名乘客。	50
9. 一位有经验的司机在拥挤的高速公路上开车，我是一名乘客。	40
10. 一位有经验的司机在空旷的高速公路上开车，我是一名乘客。	30

其他的暴露练习可以鼓励现场检验。尤其是，汽车撞到人，通常都会引发撞车事故。非强迫症患者通常都不会将路面小凸起与撞到人或物联系起来。因此，可以让病人坐在驾驶座上，发动引擎，挂停车挡，将脚放到加速器上，而治疗师则用手狠狠撞击汽车引擎盖，发出尖叫声。这种练习很有用，它能够大致让病人体验到开车撞人的情境，从而将之与撞到路上凸起处的情境作对比。

这种练习还有利于鼓励病人全面体验并接纳他人站在汽车前发出噪声、撞击声和尖叫声时自己不舒服的感受。鼓励病人用正念的、接纳的姿态面对痛苦刺激，能有效抵制自动反应出的回避策略（包括情绪回避策略）。因此，当治疗师创造了一个大致的最坏情境时，应该指导病人全面地体验自己不舒服的感受。如果奥利维亚体验到自己的闯入性画面，并产生强烈的冲动想打开汽车的开车挡，直接从治疗师身上开过，那么，这个练习还提供了一个治疗 TAF 的机会，让病人领会行为与思想之间的差别。

## 实证支持

研究显示，CBT 治疗 OCD 很有效 (van Oppen & Arntz, 1994; Whittal *et al.*, 2005)。一项随机控制的元分析 (Hofmann & Smits, 2008) 结果显示，与安慰剂组对照时，CBT 治疗 OCD 的效应值很大 (Hedges'  $g=1.37$ )。

当结合使用传统的抗焦虑药物（如，Hofmann *et al.*, 2009）和诸如 d-环丝氨酸的附加药物 (Kushner *et al.*, 2007; Wilhelm *et al.*, 2008) 时，CBT 治疗 OCD 的效果有一定程度的提升。

## 推荐阅读

### 给治疗师

Foa, F.B., & Kozak, M. J. (2004). Master of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavior therapist guide. Treatments that work. New York: Oxford University Press.

### 给病人

Abramowitz, J. S. (2009). Getting over OCD: A 10-step workbook for taking back your life. New York: NYL Guilford Press.

## 第七章 打败广泛性焦虑障碍和担忧

### 沃尔特的担忧

沃尔特是一名 42 岁的已婚白人男性，有两个女儿，分别是 8 岁和 5 岁。他在一家财政服务公司担任财务顾问，主要处理个人客户的退休账目问题。他和 37 岁的妻子琼结婚 7 年了，两个孩子都是收养的。沃尔特说自己是一个杞人忧天的人。他过度地担心家里的财政状况、健康状况、孩子的大学费用、政治问题、环境问题等，他还担心诸如汽车修理和买衣服等小事情。沃尔特很担心这些事情，因此，他喜欢为未来做计划。例如他已经为孩子的大学教育制订了一个完好的计划。从前，由于很担心汽车修理的问题，除了常规的检查次数之外，沃尔特还会经常去汽车维修店检查汽车，即使在这之前汽车没有出现任何故障。在很多情况下，汽车维修点确实发现了潜在的问题。他的其他担忧，如对世界政治和环境问题的担忧，无法通过提前计划来解决，这让他十分沮丧。沃尔特常常睡不好，感到过度紧张和劳累。琼认为这些担忧是过度的，因此常常取笑他。然而，她也很感激沃尔特为家庭所作的贡献，她认为沃尔特把她和孩子照顾得很好。同时，她也希望沃尔特能够不为小事过度紧张，能够放轻松一些，享受生活。沃尔特尝试过很多精神科医生开的抗焦虑药物。尽管这些药物能在某种程度上帮助到他，但是，他不喜欢药物的副作用，便停止服药了。

## 定义

广泛性焦虑障碍（generalized anxiety disorder, GAD）的基本特征是过分地焦虑和担心许多事情，如工作、家庭、财政状况、健康、社会、国际事务及一些小事情（如汽车修理和买衣服）。

根据 DSM-IV 对 GAD 的诊断标准，“担忧”必须至少持续 6 个月，通常伴有坐立不安、感到紧张、易疲劳、注意力难以集中、易激惹、肌肉紧张及睡眠问题。这种担忧在临幊上给患者带来明显痛苦，并且干扰到患者的人际交往、工作和其他重要社会功能。在 DSM 体系中，广泛性焦虑障碍比较少见，因为当这种担忧与其他心理问题有关时，就要排除 GAD 的诊断。流行病学调查研究显示，GAD 的平均发病年龄为 31 岁，其中 50% 的病人报告在 20~47 岁之间发病（Kessler *et al.*, 2005）。而且，这些研究普遍发现，GAD 在女性、白人及低收入群体中更常见。

显然，沃尔特的担忧是过分的。尽管他有一份稳定的、待遇不错的工作，他的家人都很健康，他住在一个安全的国家，他依然过分地担心自己家庭的财政状况和健康状况，担心政治问题和一些小事，如他的汽车。他发现他无法控制自己的担忧，并且这影响到了他的生活。沃尔特倾向于担忧许多事情，担忧似乎是他人格的一部分。同时，这些担忧让他感到痛苦，并干扰了他的生活。在多数情况下，他感到自己无法控制这种担忧。在另一些情况下，担忧似乎是适应性的，因为它有助于避免未来不好情况的发生。例如沃尔特很担心他的汽车，即使汽车没有出现问题，他也会要维修工检查他的汽车，在某些情况下，维修工会发现并修理好一些小故障，而这些小故障很可能在将来引发更大的问题，需要花费更多的钱来应对。

担忧是一个有趣的现象。担忧将来事件发生与单纯期待一件事情是不一样的（Hofmann *et al.*, 2005）。担忧是一个认知过程，主要涉及一些言语活动，也包括少量的想象活动。想象和言语加工是两种认知加工，对情绪的心理生理反应有不同的影响。例如用言语描述一个恐惧情境通常比想象一个恐惧情境引发的心血管反应更少，可能因为言语表达起到了分心和转移注意力的作用。这意味着，与想象相比，担忧时的言语活动与情感、生理和行为系统的联系不那么

紧密，因此，言语表达不是一个好的加工情绪信息的工具（Borkovec *et al.*, 1998）。例如在 Borkovec 和 Hu (1990) 的一项经典研究中，要求一组焦虑的学生想象一个令其恐惧的公共演讲，以诱发其主观焦虑体验，并记录被试心率。在想象之前，一组学生进行放松思考，另一组学生进行担忧思考，第三组进行中性思考。担忧思考组被试的主观焦虑最强烈，而生理反应则比中性思考组低，中性思考组的生理反应又低于放松思考组。这些结果似乎说明，担忧抑制了对痛苦刺激的情绪加工，从而保留了认知—情绪恐惧图式。因此，担忧可以被看作是一种认知回避策略。例如沃尔特对失去工作的担心，也许是回避思考另一更具灾难性的事件。例如他也许很担心，如果他失去工作，他的妻子和孩子可能会离开他，他将会被抛弃，像乞丐一样死于桥下。因此，对经济、工作和健康的担忧是回避最坏情境的一种方式。通常，这种最坏的情境是以一个瞬间的画面出现的（如孤独地死去和被遗弃在桥下的乞丐）。

许多研究者认为，担忧的另一方面是对不确定性的不耐受，这可能是一种认知易感性和倾向性因素。对不确定性的不耐受是一组关于环境不确定性的信念。对不确定性有高不耐受性的个体在面对生活中的不确定或模糊情境时，可能感知到更多的危险因素。例如有的人很担心一件无法预料的事情可能会毁坏一个人的人生或个人生活，他们会感到焦虑，对这些事情感到过分担心，而他们的焦虑和过分担心可能是对这种不确定的反应（Ladouceur *et al.*, 2000）。这一概念与认知模型完全一致。

## 治疗模型

许多不同的事情都会引发担忧——工作中的事、国际时事、政治、经济新闻、关于疾病的报道等。在沃尔特的例子中，经济衰退让他担心会失去工作。同许多过分担忧的病人一样，沃尔特有这样一个潜在的信念，即担忧可以阻止最坏情况发生（即，“担忧我的工作将会帮助我保住我的工作”）。这种关于担忧功能的核心信念叫元认知。元认知是有关控制、监督和评价性思维的认知（Wells, 2009），可以分为积极元认知信念（如“担忧未来意味着可以避免不好的事情发生”）和消极元认知信念（如“担忧会损害我的大脑”或“我无法控制我的担忧”）。

过分担忧通常会导致焦虑不安、肌肉紧张，还会引发诸如寻求安慰的安全行为。因担忧而引发的情绪反应的主观层面、行为层面和生理层面会相互强化，同时还会强化关于担忧对象和担忧本身的元认知信念。因此，通过情绪推理，负性思考模式会得到强化，部分是因为它引发了负性情绪。例如思考一个未来事件会引发痛苦（肌肉紧张、焦虑、寻求安慰等），那么，容易焦虑的个体更有可能认为这是他们需要担忧这件事情的一个理由。这事实上封闭了正性反馈圈，使担忧维持下来。图 7.1 展示了沃尔特的主要担忧之一——对失去工作的担忧得以维持循环圈。

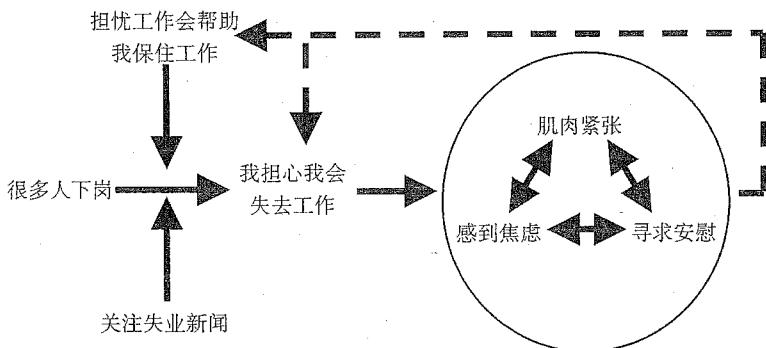


图 7.1 沃尔特的担忧循环圈

## 治疗策略

这一模型的核心是对担忧的加工，关于担忧的信念以及担忧的后果，包括心理生理后果、焦虑体验和寻求安慰行为。不同的治疗策略能够有效地应对担忧循环圈的不同成分。首先，要提高病人对担忧功能的意识，然后和病人讨论关于担忧可以在一开始阻止循环圈形成的非适应性信念。例如沃尔特的担忧似乎是他人格的一部分。他是一个杞人忧天的人，一位有爱的丈夫和父亲，他很担心家庭的幸福。他认为他被人爱、被人欣赏部分是因为他的人格特质。沃尔特的经历确实证明，担忧能够防止不好的事情发生。例如通过在常规检查次数之外定期给汽车做检查，沃尔特避免了昂贵的汽车修理费和由汽车故障引起的不便。因此，担忧除了会产生消极影响外，似乎也会带来积极影响。沃尔特对失去工作的担忧对其产生了负面影响，增加了他的焦虑，引发了他寻求安慰的行为。例如沃尔特会密切关注经济新闻，与同事讨论。这进一步增加了他的担

忧，并且强化了这样一个信念：对工作的担忧是工作被保住的原因之一。

很多治疗策略能够针对这一恶性循环圈中的担忧、关于担忧的信念，以及担忧的心理生理反应、主观体验和行为后果等给予干预。这些治疗策略包括心理教育和认知重构（针对担忧和关于担忧的元认知）、冥想（针对担忧及其相关的后果）、放松策略（针对与担忧相关的固定反应）。通过使用担忧暴露和接纳策略，这些成分还会进一步发生变化。图 7.2 总结了这些策略，下面将会详细介绍。

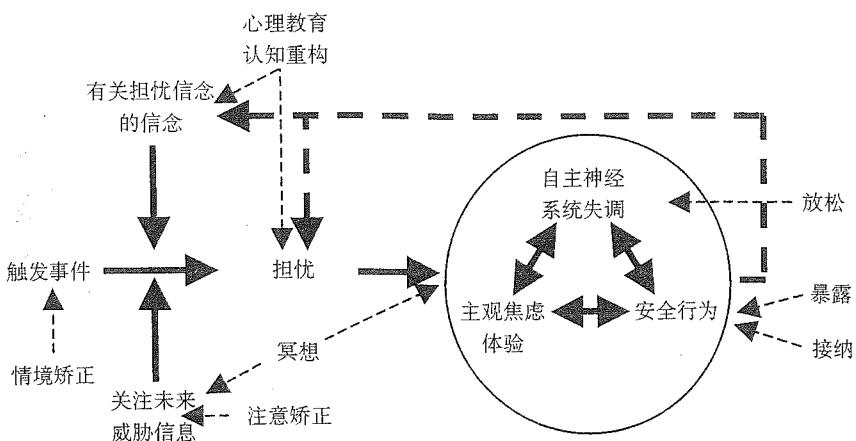


图 7.2 针对担忧的治疗策略

### 注意和情境转换

担忧是对外部的、被认为具有潜在威胁性的刺激的反应。因此，如果诱发事件发生了变化，担忧反应自然也会受到影响。在沃尔特的案例中，关于经济状况的新闻诱发了他的担忧。努力压抑对诱发事件的关注，显然是一种无效的控制策略。同压抑思想一样，有意识地努力不去关注某件事情反而只会增加对该事件关注的可能性。因此，要求沃尔特不去关注关于经济状况的新闻只会起到相反的效果。然而，指导他关注其他更美好的事情是合理的。除了看关于政治和经济的电视节目外，还可以指导沃尔特看其他电视节目，也许可以尝试情景喜剧、电影或者（甚至更好）到户外做一些小运动，如徒步远足、打高尔夫或做园艺。治疗师不要明确指导沃尔特压抑任何想法、欲望和冲动，要帮助他将注意力集中到与担忧无关的积极任务上。沃尔特参加了一个高尔夫的初级班，非常享受这项新运动。这个课程还带动他做一些温和的户外锻炼，对他整

体的幸福感都十分有益。沃尔特还从中体会到，生活绝不是担忧和担忧行为的积累，生活中还有很多美好的事情值得我们去探索。

### 心理教育

在治疗初期，沃尔特认为担忧的利大于弊，一般来说，担忧是一个阻止最坏事件发生的适应性策略。毕竟，担忧让我们为未来做准备，帮助我们避免在未来必须面对不愉快的事件或情境。沃尔特认为担忧的负面后果是一个适应性反应，通常都有不好的一面。当治疗师告诉沃尔特担忧也许是主要的问题时，他有些怀疑和惊讶，在下面的例子中可以看到。下面是沃尔特和治疗师之间的一段对话，展示了比较担忧的利弊所用到的技术。

### 临床案例：担忧的利弊

治疗师：能不能再多谈一些你对工作的担忧。我感觉你的工作很安全，为什么你很担心呢？

沃尔特：我觉得这就是我的特点，我就是一个杞人忧天的人。

治疗师：你的意思是说担心很多事情？

沃尔特：是的，这就是我的本性。

治疗师：你喜欢担心吗？

沃尔特：我想世上没有任何人会喜欢担心吧。不，我不喜欢担忧担心，但是我确实很担心。

治疗师：你想担心少一些吗？

沃尔特：当然，我很想。最好是一点也不担心。

治疗师：但是我们并不是生活在完美世界里。总是会有不好的事情发生，对吗？

沃尔特：对。

治疗师：有些很糟糕的事情确实会发生，对吗？

沃尔特：是的。

治疗师：你能不能告诉我，你生活中有哪些不好的事情会发生？

沃尔特：哦，太多了。

治疗师：比如说？

沃尔特：我可能会生病，或者失去工作，这样就不能养家糊口了。

治疗师：你的意思是说你可能会失业，再也找不到另一份工作？

沃尔特：是的。

治疗师：这件事情发生的可能性有多大？

沃尔特：很难说。经济新闻让人发愁。到现在，我保住了我的工作。但是美国失业率仍然接近 10%，所有的经济预测报告都显示我们仍然处在经济衰退中。

治疗师：到目前为止，你在经济衰退中依然保住了你的工作。

沃尔特：是的，我很幸运。

治疗师：只是幸运的缘故吗？

沃尔特：也许不是吧。我认为我比大多数同事和朋友对现在的状况有更好的觉察。

治疗师：你准备得更充分？

沃尔特：是的，我认为是这样。我密切关注新闻，避免了糟糕事情发生。

治疗师：你是如何阻止糟糕事情发生的，例如下岗？

沃尔特：我做所有我能做的事情避免它发生。我看报，定期观看 MSNBC，在互联网上浏览新闻，和同事甚至老板讨论这些事情。

治疗师：所以，担心下岗让你提前做好准备，因此你能避免下岗。你非常担心下岗，但是担忧似乎起到了作用，因为你没有下岗。显然，我们不知道，如果你没有担心下岗并为其做这么多准备，是不是真的会失去工作。只有生活在平行宇宙里，我们才能确切地知道这件事情。事实上，要想知道你的担忧是不是真的帮你保住了工作，唯一的方法是什么？

沃尔特：不知道。也许是停止担忧。

治疗师：对！确切了解你的担忧是不是真的帮你保住了工作的唯一方法就是停止担忧。如果你停止担忧，然后失去了工作，那么提前的担忧就很可能帮助你保住了工作。显然，这是一个罕见的实验，因为失去工作是我们都想避免的。但是，让我们想象一下，所有事情都是一样的，事实上，担忧与你的就业状况完全没有关系。如果是这样的话，你会选择什么——担忧还是不担忧？

沃尔特：如果我很确定我能保住工作，我当然不愿意为此担忧。

治疗师：为什么？

沃尔特：因为担忧并不好受。当我担忧时，我非常焦虑和紧张，每天都睡不好。

治疗师：好。所以，担忧可能有积极影响，但是显然也会带来负面后果。担忧可能会帮助你避免最坏情况的发生，例如被开除。另一方面，担忧也有许多消极影响。你常常感到紧张、焦虑，向你的老板和同事寻求安慰。在最好的情况下，担忧是必要的一部分，在最坏的情况下，担忧让你无缘由的痛苦，甚至让最坏的事情更有可能发生。这叫做自我实现预言——越是努力避免最坏情境发生，事实上最坏情境越有可能发生。你觉得呢？

### 认知重构

为了找到并修正非适应性信念，可以鼓励病人积极担忧（Borkovec & Sharpless, 2004）。

### 临床案例：担忧练习

1. 治疗师和病人找到一个病人经常担忧的问题。
2. 要求病人闭上眼睛，像平常一样担忧这个问题，持续1分钟。
3. 治疗师要病人详细描述自己在担忧时产生的具体想法、表象和思维联想。
4. 重复1分钟的担忧过程，要病人说出自己的认知活动。
5. 要求病人在每次开始担忧时，关注担忧的具体内容，鼓励病人发现担忧的诱发刺激。

这个练习的目的是，发现伴随担忧产生的具体负性认知。可以通过提问实现，如“你认为接下来将会发生什么？”，“你跟自己说了什么？”在最后一步，将会用前面章节中提及的方法纠正非适应性信念，并用适应性信念替代之。

### 冥想和放松

冥想练习可能对很多疾病都有治疗效果，尤其对与反复思虑（想过去的事情）相关的问题（如SAD和抑郁）和与担忧思维（想将来的事情）相关的问题

题（如 GAD 和 OCD）。正念练习能够帮助个体关注当下，鼓励病人毫无评判地觉察当下的状态，以此直接对抗个体对过去和将来的关注。

意象中心冥想策略能进一步帮助个体转移对不必要的想法、表征和冲动意向的注意（见第六章）。正如第一章所述，思想行为融合之所以会发生，是因为个体无法转移对这些内部体验的注意力。意象中心冥想策略可以引导病人转移对这些体验的注意力。例如可以要求病人将一个令其担忧的想法转化成漂浮于小溪水面上的一片叶子，然后看这片叶子飘走，或者可以将担忧想法转化成空中的一朵云，看着风将这片云带走。这种方法能够有助于病人转移对内部体验的关注，在这个过程中，病人也会明白“我并不是我想的那样”，“想法和担忧来自精神层面，而不是现实”，“我可以放下担忧，不会有事的”。

许多冥想练习和正念练习都可能有用，并没有哪一种练习优于另一种练习，效果的好坏主要取决于具体的人和具体的问题。而且，选择哪一种练习，在很大程度上和个人喜好有关，因为有些练习是聚焦感官的，有些是聚焦呼吸，还有一些是聚焦想象的。传统的禅和瑜伽练习有助于个体熟悉冥想练习过程。有些瑜伽练习是聚焦呼吸的，能够有助于减轻一些 GAD 患者的自主神经过度唤起。

## 临床案例：瑜伽呼吸练习

（呼吸法）

以瑜伽姿势（双腿于前交叉，背部挺直，双臂自然放于大腿上）坐在地板毯子上或瑜伽垫上。然后做如下动作：

1. 吸气时，关注气体进入身体的过程。自然呼吸，不要故意放慢或加快速度。
2. 清除大脑中不必要的想法和表象。让这些想法自由来去。静静地关注你的呼吸。
3. 通过鼻子做深呼吸。
4. 保持胸腔不动，通过腹部扩张和收缩，练习腹式呼吸。通过吸气和呼气来扩张和收缩你的腹部，像充气球一样。注意你腹部的扩张和收缩。继续做深呼吸，保持胸腔不动。按这样的过程，做五次深呼吸。
5. 接下来，保持腹腔不动，通过胸腔收缩和扩张，练习胸式呼吸。注

意你胸腔的起伏。保持腹部不动，继续深呼吸。这样做五次深呼吸。

6. 呼气时，首先让气体从上胸部出去，然后从胸腔出去，让肋骨慢慢靠拢。最后，让气体从腹部出去。

7. 将这个三步呼吸练习重复十次。

### 暴露和接纳

担忧从本质上来说是一种迷信行为，是一种努力而无法控制的事情（即，未来）的行为。担忧不可能阻止不好的事情发生。每个人迟早都会遭遇各种灾难、家人离世、生病、失败和失望等。我们终将独自面对这些事情，只是时间的问题。从某种程度上来说，通过预测和积极投入，可以降低事件发生的可能性，避免这些事情的发生。然而，有些事情并不能轻易预测，或者尽管采取了预防措施还是会发。人类很想掌控自己的命运，阻止灾难性事件（如死亡、疾病、自然和人为灾害）的发生，这也是为什么保险行业利润如此之高的原因。

想要为未来做打算，以避免不好的事情发生在自己或亲人身上，这是一种自然的，具有适应意义的愿望。正如前文所述，担忧是这种愿望不正常的表现方式。然而，过度的担忧是非适应性的。尽管担忧本身就是一件不好的事情，但是担忧之所以得以维持，是因为与其相伴的痛苦通过情绪推理证实了担忧本身的存在。而且，安全行为是一种回避策略，可以避免对担忧真实性的质疑，从而使担忧维持，因为病人无法检验担忧的结果是不是真的会发生。

担忧的暴露和接纳策略主要针对维持担忧的过程。担忧暴露鼓励病人想象因担忧而得以避免的最坏情况。换句话说，担忧是一种通过言语调节的认知回避策略，用以应对最坏情况。运用想象剧本能够有效考察这些最坏情境。下面是一个运用担忧暴露技术的例子。

### 临床案例：担忧暴露

治疗师：让我们来看一下你对失业的担忧。你担忧的到底是什么？

沃尔特：我担心我无法找到另一份工作。

治疗师：然后呢？

沃尔特：这样的话就太可怕了。我要养家糊口，要还房贷，要还信用卡，还有汽车贷款，孩子的学费。

治疗师：你承担了很多责任。如果你没有钱支付这些项目，那将会怎样？

沃尔特：我不知道。可能会花光我们的积蓄。

治疗师：如果你花光了所有的积蓄还是无法找到另一份工作，那将会怎样？

沃尔特：啊，我不知道。可能我会抵押房子，拿到现款。

治疗师：倘若所有的钱都花光了。你没有任何积蓄了，没人愿意借给你钱，那将会怎样？

沃尔特：我不知道。可能我的妻子会带着孩子离开我，去找一个能够养活他们的人，我可能就必须流浪街头了。

治疗师：是的，那将是很糟糕的情况。你认为如果你丢掉工作，最终被抛弃，并且流浪街头的可能性有多大？

沃尔特：我不知道。也许不太可能发生。

治疗师：能不能从 0%（完全不可能）到 100%（非常有可能）的量表上估计一个数字？

沃尔特：可能 30% 吧。

在治疗师和病人讨论了高估可能性（见第四章）的概念之后，沃尔特承认最后流浪街头的可能性是非常小的。通过一些讨论，他认为大概是 1%。

治疗师：现在让我们先想一想这个最坏情况。想象一下你最恐惧的事情发生了，你失去了工作，无法找到另一份工作，花光了所有积蓄。你的妻子和孩子都离开了你，你露宿街头。你能想到某一个画面包含所有这些事情吗？

沃尔特：可以。我坐在波士顿大学桥下，盖着一条灰色的毯子。

治疗师：很好。那是什么季节？

沃尔特：很冷，可能是秋末。我在颤抖。天很冷，我被雨淋湿了。

治疗师：你做得很好！所以你很冷，身上淋湿了，裹着一条灰色的毯子，坐在桥下，很可怜，很孤单。现在闭上你的眼睛，想象那个场景。尽量让自己进入这个情境，全力体验自己在其中的感受。接纳它的本来面貌。如果你的思维已分散，或者想要推开这些想象，那么接纳它，轻轻地重新关注你的想象。体验想象产生时的感觉，不加评判，也不要试图让它变得更好。像之前做正念练习那样感受它。但是这次，把自己融入情境中，独自一人坐在桥下，很冷，身上被淋湿。试一试，可以吗？

这个练习可能会诱发负性感受。人的自然倾向就是压抑负性情绪，或者用其他的方法缓解负性体验。在这个练习中，引入接纳策略，作为另一种处理负性情绪的方法，将会很有帮助。下面就是一个引入接纳策略的例子（摘自 Campbell-Sill *et al.*, 2006）。

### 临床案例：接纳策略

人们通常认为，负性情绪是可以控制和遏制的。在很小的时候，人们就知道他们能够也应该控制自己的负性想法和感受。人们常被劝慰“不要担心”或“先放在一边吧”。而且，你也会看到，人们在很多场合下都要控制自己的感受，如葬礼或危机情境中。于是，你开始相信，人应该努力控制自己的情绪。

由于大多数人在生活中都可能经历过一些情绪上的困境，如焦虑和伤心，想要控制这些感受的行为是非常可以理解的。然而，尽管自我控制在生活的很多方面都很有用，但是，在面对一些与情绪相关的事情时，自我控制可能很难，甚至不可能做到。事实上，与一些自然的情绪反应回抗可能会加强和延长你的痛苦，而不会让情况变得更好。

因此，我有建议你放弃改变你的情绪体验吗？没有。我给你的建议是，还可以用其他的方法对抗你的情绪，那就是接纳。接纳你的情绪，意味着你愿意全力体验你的情绪，你不想通过任何方式努力控制和改变你的情绪。

我有建议你忍受你的不适和痛苦吗？没有。我给你的建议是，保持健康的方式之一并不是把情绪当作必须要忍受和控制的，而是把它当作一种自然反应，它的产生、发展和消失都不会给你带来任何不好的后果，你也完全不必与自己的感受对抗。

接纳诸如焦虑和伤心这些情绪可能很难，尤其是当你的常识告诉你这些情绪很糟糕时。然而，人生当中有些时候正是我们的常识让我们陷入困境。你是否曾经在冰上开过车，并且失去控制？通常，人们犯的错误是，将汽车朝与打滑方向相反的方向开。这看起来合乎常理，但是更有效的方法却恰好相反——将轮子朝着打滑的方向开。

我的建议是，有效应对你的情绪与在冰面上开车是类似的。让你自己体验到负性感受违背了你的自然反应。然而，正如朝打滑的方向开车是应对冰

面情况的有效方法一样，理解你的情绪并全力体验你的情绪是更好的应对情绪的方式。

因此，如果在看到下面一组图片时，你的情绪产生了，接受这些情绪，与它们待在一起，不要试图回避它们。不要转移自己的注意力，或者弱化你的情绪感受，相反，让自己尽可能的感受自己的情绪。让你的情绪自然发展，看它如何发生变化。

## 实证支持

很多元分析研究考察了 CBT 治疗 GAD 的效果(如 Borkovec & Ruscio, 2001; Hofmann & Smits, 2008)。这些研究显示，CBT 在短期和长期都能有效减轻 GAD 的症状。例如 Borkovec 和 Ruscio 回顾了 13 项有关 CBT 治疗 GAD 的研究，结果发现，接受 CBT 治疗后病人的焦虑水平与等待治疗控制组相比平均多降低了 1 个标准差 (1.09)。对比 CBT 和可靠安慰剂的治疗效果，发现治疗后的效应值处于中等水平 (Hedges'  $g=0.51$ ) (Hofmann & Smits, 2008)。然而，值得注意的是，这些 CBT 治疗方案都没有引入一些更新的治疗策略，如正念训练、元认知策略 (针对认为担忧有益的信念)。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Crask, M. G., & Barlow, D. D. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Workbook*. New York: Oxford University Press.

### 给来访者

Leahy, R. L. (2005). *The worry cure: seven steps to stop worry from stopping you*. New York: Harmony Books.

## 第八章 应对抑郁

### 玛莎的心境低落

玛莎是一名 39 岁的白人已婚妇女，有一个 14 岁的儿子。她获得了英国文学学士学位，自从儿子弗雷德里克出生后，她就一直待在家做全职妈妈。空余时间她会写诗，写戏剧剧本。她的丈夫（老弗雷德里克）是一名建筑师。她和丈夫的关系有时不那么和睦。丈夫也承认有时他们婚姻中存在冲突，但是他并不认为这些冲突意味着他们的婚姻有严重问题。她和丈夫都知道，她的抑郁常常对她与丈夫的关系产生负面影响。同样，与丈夫的分歧常常也会引发她的抑郁发作。事实上，即使是很小的争吵，也有可能引发抑郁发作。这些争执强化了她的无价值感和不值得被爱的感觉，有时候她甚至确信丈夫肯定会离开她。然而，她丈夫从来没有说过他会离开她。当感到抑郁时，她通常会回避与丈夫的关系和整个家庭，并且体验到一种强烈的空虚感和无望感。她常常认为自己是没有价值的，不可爱的。她还时常为与丈夫的争执而责备自己，认为他们之所以会发生分歧，是因为自己不是一个合格的女人和妻子。在抑郁发作期间，她对自己的爱好（写作、阅读、与丈夫一起看戏剧表现）失去兴趣，食欲下降。她唯一想做的事情就是躲起来。躺在床上睡觉会让她觉得舒服点。每次抑郁发作可能会持续半年或一年，在这期间，她没办法打理家里的基本家务。有时她还想到自杀，但是从没有过计划，她否认

自己存在自杀风险。她不会自杀，因为她还有家，她有时只是想通过自杀摆脱空虚感。玛莎说她在 25 岁第一次抑郁发作，就在生下她儿子后不久。从那之后，每年她的抑郁至少复发一次。尽管她的抑郁发作更可能发生在重大生活变故之后，如搬家后，但是，每次抑郁发作的时间还是难以预测。

## 定义

抑郁症是最常见的精神障碍之一。单相抑郁的年患病率为 6.6%，终生患病率为 16.2% (Kessler *et al.*, 2003)。玛莎的抑郁是非常典型的。女性患病率是男性的两倍。抑郁症多起病于青少年中晚期和成年早期。25%的成年人报告于成年早期之前起病，50%的成年人报告 30 岁之前起病 (Kessler *et al.*, 2005)。与这些统计数字一致，玛莎的抑郁症起病于 25 岁，随后发展成为长期持续复发状况。尽管大多数人（约为 70%）在发病后一年内痊愈，但是很多人在初次发病 5 年后还会出现严重问题 (for a review, 见 Gotlib & Hammen, 2009)。如果不给予全面治疗，抑郁症通常会持续 4 个月到 1 年。抑郁症复发是很常见的，多数(50%~85%)抑郁症病人经历过多次发作(Coyne *et al.*, 1999; Solomon *et al.*, 2000)。在玛莎的例子中，抑郁发作多与应激事件有关，但是，抑郁发作并不总是和应激相关。不幸的是，只有少数(21.7%)病人在发病后 12 个月内得到了全面治疗。

玛莎的抑郁似乎与人际关系问题有关。抑郁症通常与社会和人际关系问题或生活变迁有关，如结婚、离婚或婚姻冲突、重要他人丧失、失业、搬迁或孩子出生。因此，理解抑郁发作的社会和人际关系背景，能够提供给治疗师和病人新的方式来应对现在的抑郁状况和将来的抑郁发作。人际关系治疗 (IPT; Weissman *et al.*, 2007) 的基本治疗策略就是探索和改变引发抑郁的人际和社会因素。尽管 IPT 与传统的认知行为治疗并不冲突，但是二者有明显的不同。最重要的是，IPT 并不认为抑郁与非适应性认知相关。相反，IPT 把抑郁症看作是一种医学上的疾病，人际关系问题导致了这一疾病症状的出现。因此，人际关系治疗不太关注认知，而是重视哀伤、人际角色冲突、人际关系冲突和角色转换。

## 治疗模型

我们有很多理由变得抑郁，但是只有一小部分人经历了重度抑郁发作。出乎意料的事情常常发生，很多事情都让人非常痛苦，甚至是创伤。我们可能会失去工作，一段关系可能会结束，孩子也可能得重病。这些事情都不可能在某一个固定的时间发生，但是，人们却很有可能在将来某一时刻经历这些事情，只是因为，我们的世界在很大程度上是难以预测的，我们对将来的控制是十分有限的。更糟糕的是，尽管我们的生活在任何时候都很好，所有的事情也都将会结束，因为我们迟早会死，所有美好的事物都将会结束。显然，我们有很多理由抑郁。问题是，“为什么没有更多的人得抑郁症呢？”

健康的人之所以没有得抑郁症，是因为受到了积极偏见的保护。健康的人倾向于将积极结果归因于自己，而将消极结果归因于其他原因 (Menzulis *et al.*, 2004)。抑郁的人似乎缺少自利归因偏差 (self-serving attributional bias)，他们倾向于将负性结果归因于内部的（与自己相关的事情）、稳定的（持久的）和整体的（一般的）原因（如缺乏能力、人格缺陷等）。这种归因风格暗示，负性结果可能在将来很多情况下再次发生，从而引起一种广泛性的无望感 (Abramson & Seligman, 1978)。除了自利归因偏差外，健康的人还存在应激控制错觉 (Alloy & Clements, 1992)。抑郁的特征之一就是积极认知偏差受损或缺失，导致抑郁症患者对应激源无法控制和难以预测的特性有更现实的评价，这叫做抑郁现实主义 (depressive realism) (Alloy & Clements, 1992; Mischel, 1979)。与抑郁症病人相反，健康的人在面对悲剧性事件时有更强的韧性，这个观点与前面的观点一致。当要我们预测将来的事情时，人们通常都无法忽视现在的状态，我们对未来的预测会部分地以现在为基础 (Gilbert, 2006)。当处于抑郁情绪状态下进行预测时，抑郁症患者无法想象出未来的美好事件 (Macleod & Cropley, 1996)。

压力是抑郁的常见诱发因素。在玛莎的例子中，长期压力（如搬新家或新工作）和短期压力（如与丈夫争吵）很容易导致抑郁发作。人际压力是非常强大的诱发因素。同典型的抑郁症患者一样，玛莎有强烈的负性自我信念（图式）

(如我是毫无价值的,不可爱的),这种负性信念通过她对人际关系的负性预测(如我丈夫将要离开我)表现出来。人际关系问题是不是导致玛莎抑郁的主要问题,这一点尚不清楚。她丈夫承认夫妻关系存在一些问题,但是他并不认为这些问题是否正常的。而且,他认为,抑郁不仅是争吵的结果,也可能是争吵的原因。如果玛莎的抑郁能够得到控制,他们的关系会有很大改善。然而,关键问题是玛莎似乎不满意他们的关系。流行病学数据显示,在一年中,对婚姻不满意的配偶发生重度抑郁发作的可能性是对婚姻满意的配偶的三倍,大约30%的抑郁首次发作与婚姻不满意有关(Whisman & Bruce, 1999)。因此,在治疗抑郁症时,尤其是针对老年抑郁症的持续治疗(Reynold *et al.*, 2006),如果将重要他人纳入治疗计划(O'Leary & Beach, 1999)并考虑人际关系治疗,将会十分有效。在玛莎的案例中,治疗师考虑了人际关系治疗、夫妻治疗及个体的认知行为治疗。通过仔细分析玛莎的抑郁,发现CBT结合人际关系治疗将是最好的选择。

当治疗师和玛莎一起探索导致其抑郁发作的诱发因素时,清楚地发现,社会因素是最主要的因素。例如当她决定成为全职妈妈时,这给她带来许多挑战。尽管她很爱她的家庭,愿意为她的儿子做任何事情,但是她觉得她要为家庭放弃很多自己的梦想。在治疗过程中,她表达了她的怨恨,混合着她因自己怨恨和“自私”而产生的内疚感。在与丈夫争吵之后,玛莎会出现一些比较严重的抑郁发作。当治疗师和玛莎一起探索原因时发现,对被抛弃的恐惧导致了她的抑郁。玛莎回忆,自己与父亲的关系也充满冲突,她常常觉得自己被父亲误解,父亲并不爱自己。尽管她认为丈夫可能不会离开她,但是她很担心丈夫找到另一女人后就会将她抛弃。玛莎意识到,她对被抛弃的恐惧和不被父亲爱的担心可能与她在夫妻关系中的恐惧和担忧有关。尽管她与丈夫的争吵似乎并不是很激烈,但是,她常常会过多地回想这些事情,甚至在几周之后还是会不断回想。玛莎说,有时候当她回想起几周前的一次争吵时,她丈夫甚至都不记得了。

玛莎对人际关系问题也存在一些非适应性信念和想法。尤其是在争吵过后,她会很快跳入灾难性信念中(如“我的丈夫将要离开我”)。这导致她精力减退、情绪低落和社会隔离。她回避社会关系,抑郁给她的婚姻带来了负面影响。

响。婚姻关系冲突似乎诱发了她的抑郁，甚至导致了她的抑郁。通过仔细检查玛莎的抑郁发作，结果发现，玛莎的人际关系压力、非适应性信念（“我是毫无价值的，不可爱的”）、自动思维（“我丈夫将会离开我”）与她的情绪低落、精力减退和社会隔离有紧密联系。这些抑郁症状强化了她的非适应性信念和自动思维。之所以会这样，部分原因是她通过情绪推理为她的抑郁情绪找理由，另一部分是因为她的抑郁导致了与丈夫的冲突，这似乎证实了她对夫妻关系的担忧。图 8.1 展示了玛莎的抑郁形成和维持过程。

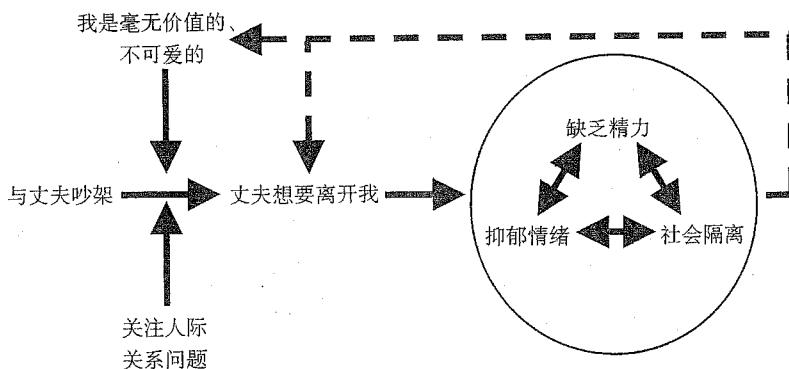


图 8.1 玛莎的抑郁

## 治疗策略

在人的一生中，负性事件、灾难和个人失败等几乎是无法避免的。这些事情发生后，个体体验到情绪低落和短暂的抑郁状态都是很正常的。然而，很少有人因为这些正常反应而发展成为心理疾病和重度抑郁。将抑郁症患者与正常人区别开来的并不是个体所体验到的压力本身，而是个体对压力的反应。因此，一般来说，抑郁是非适应性压力应对策略的结果，再加上对自己、对世界和对未来的负性信念，加强了对诱发事件负面信息的关注。应对策略可大致分为问题聚焦策略和情绪聚焦策略（如 Carver *et al.*, 1989; Lazarus, 1993）。问题聚焦应对策略的例子是改变情境和诱发因素，其他可能的治疗策略都是情绪聚焦的干预方法。图 8.2 总结了这些治疗策略，下面将会详细讨论。

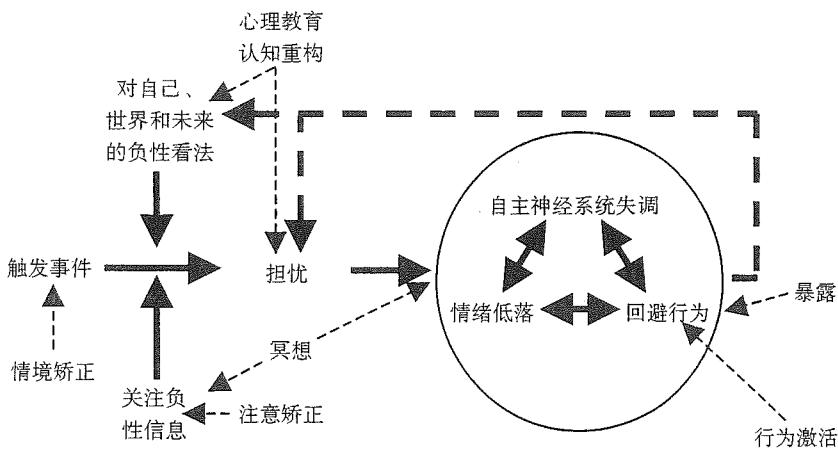


图 8.2 针对抑郁的治疗策略

### 情境转换

玛莎的抑郁与其夫妻关系问题密切相关。这些婚姻关系冲突常常引发她的抑郁，而抑郁又会加强这种冲突，形成一个恶性循环。通过与其丈夫一起进行工作，发现并解决一些婚姻问题，能够有效地改变一些导致玛莎抑郁的诱发因素。

### 注意修正

一个有效的治疗方法是鼓励玛莎关注生活中她当作理所当然存在的积极方面，包括她的人际关系、家庭及整个生活中的积极部分。关注这些积极方面，替代对抑郁诱发因素的关注，能够在早期干预抑郁的形成过程。为了鼓励玛莎关注这些积极方面，可以要她记录一些她感觉积极的和值得感激的人和事。

### 心理教育和认知重构

最初的抑郁症 CBT 治疗模型提出，抑郁症患者对自己、未来和世界都持有负性信念。这些图式让病人在具体情境下产生具体的非适应性自动思维。CBT 从发现和挑战非适应性认知开始，然后探索并最终矫正非适应性信念和图式。研究者认为，矫正非适应性自动思维和信念也会改变与之相关的情绪反应，这一点也得到了证实 (Beck *et al.*, 1979)。

## 临床案例：探索和挑战非适应性抑郁信念

治疗师：能不能跟我谈一谈你们上周发生的争吵？

玛莎：弗雷德周五晚上说周末他要去公司加班。这让我们整个周末的计划都泡汤了。我现在还非常伤心。

治疗师：他去公司待了多长时间？

玛莎：周六大概待了3个小时，如果没有提出周末的计划，他还会待得更久一些。

治疗师：所以你很生气，因为他周六去公司加班，而你有其他的计划。

玛莎：是的，我想和我们的儿子做一些户外活动。我仍然很生气，因为他把家庭放在第二位。

治疗师：你很生气，因为他没有把和你共度周末放在第一位，对吗？

玛莎：是的，和我及我们的儿子一起。

治疗师：他没能花足够的时间和你们待在一起，这说明了什么了？

玛莎：我不知道。您的意思是什么？

治疗师：我在试图理解，你难过的感受来自于哪。我能理解你很失望，因为你希望和丈夫及整个家庭在一起。但是，我有一种感觉，你不仅对丈夫有些失望，而且还感到生气，甚至有些愤怒。你认为你生气和愤怒的感觉来自于哪儿呢？

玛莎：我不知道。可能是我不喜欢他不尊重我，不重视我。

治疗师：我明白了。在觉察和表述你的情绪上，你做得非常好。所以你感到生气和愤怒，因为他不重视你。让我们进一步探索这种感觉。想象你的丈夫坐在你旁边，请对他说出你内心的感受，以及为什么会产生这些感受，用第一人称陈述。

玛莎：我很受伤，很生气，因为你对待我就像对待垃圾一样。我不想当第二位的角色。我有权利得到你的尊重。

治疗师：非常好！听起来好像当他做出这种行为时，你觉得自己是没有价值的。

玛莎：是的，非常没有价值。

治疗师：还有呢？

玛莎：他并不真的在乎我。

治疗师：也就是说，他不爱你？

玛莎：是的。

治疗师：如果有人爱你，那应该就是你的丈夫，对吗？

玛莎：是的，但是我认为没有人爱我。我自己甚至都不爱我自己。

治疗师：所以你觉得没人爱你，你自己也不值得其他人的爱。这种无价值感和不值得被爱的感觉是你的抑郁中很重要的一部分。你对周围事物的理解很大程度上取决于你持有的信念。所以，如果你认为自己是无价值的、不可爱的，那么，你更有可能将你丈夫对待你的中性的，甚至积极的行为解读为负性的行为，甚至当作他不爱你的标志，尽管事实可能并不是这样。我在想，我们是不是可以先澄清你丈夫表现出来的不在乎你的具体行为，然后我们可以设计实验，看我们关于他不在乎你的假设是否正确。他的哪些具体行为让你觉得他不在乎你？

### 冥想

抑郁是一种不好的状态。人的自然反应就是压抑这种感受，并反复回想过去可能导致这种状态的事件。结果，个体就会陷入抑郁之中，只关注他/她自己，与外界失去联系，尤其是与社交圈子失去联系。这会导致社会隔绝，从而恶化抑郁循环圈中的社会隔绝和思维反刍。正念练习鼓励人们用毫无评判的、开放的态度关注当下。因此，抑郁导致隔离、刻板和疏远，而正念练习鼓励开放、灵活和好奇心。

正念练习可以打破抑郁的恶性循环。它鼓励人们放下负性思考模式和感受，而不是反复思虑过去的失败、失去的机会和未来。它鼓励认知和情感的灵活性，允许病人体验而不是压抑负性感受，鼓励病人探索未来的选择，然后勇敢地往前走，不再沉溺于过去的错误。

有些抑郁症病人的症状可通过抗抑郁药物得到缓解，而有些病人则是通过CBT治疗得以缓解，研究表明，这两种病人在负性心境推理下的认知反应模式不同，而认知反应能够预测抑郁症的复发（Segal et al., 2006）。与对CBT起反应的病人相比，对药物起反应的病人认知反应更大。而且，对治疗有反应的病

人，不管他们接受的是什么治疗，都有较大的认知反应，与那些认知反应很小或没有认知反应的病人相比，他们在随后 18 个月抑郁复发的风险更大。这些研究结果表明，伴随情绪挑战性任务的认知反应让病人获得一种抑郁复发易感性，针对这种易感性，CBT 比药物治疗更有效。

认知重构能够有效针对认知反应进行治疗，除此之外，正念也十分有效，它能够促进去中心化。去中心化是指个体毫无评判地关注自己当下的想法和感受，并接受它们的能力 (Segal *et al.*, 2002)。在前面的章节中，我们讨论了担忧——一个与反复思虑密切相关的认知过程，并提到了一个关注当下/聚焦呼吸的正念练习。

抑郁及其相关的问题，如自杀 (Joiner *et al.*, 2009)，除了与非适应性的思维反刍过程相关外，还与人际关系和社会困境相关。源自传统佛教的慈爱冥想 (loving kindness meditation, LKM) 是一种针对人际关系问题非常有效的正念冥想策略。值得注意的是，LKM 还没有——至少据我所知——被运用到抑郁症治疗的临床试验中。尽管如此，鉴于它是一种非常有潜力的治疗方法，在此我将会详细介绍它。

现在的正念冥想练习鼓励人们关注自己的呼吸或其他感觉，毫无评判地觉察自己当下的体验，而 LKM 则鼓励人们关注他人的幸福。更具体地说，它会涉及很多的想法和想象，目的在于诱发某种情绪（即爱、满足、怜悯）。LKM 的一个重要目标是，通过培养对他人的积极感受来获得幸福。这反过来消除了人们对幸福源泉的错误信念，改变了他们对人际关系中自我的基本信念，增强了他们的基本共情能力 (Dalai Lama & Cutler, 1998)。

### 慈爱冥想 (LKM)

LKM 过程有不同的阶段，每个阶段聚焦于不同的练习。一般包括以下步骤：

- (1) 关注自己
- (2) 关注一个好朋友（即，一个依然活着，并且不会引起性欲望的朋友）
- (3) 关注一个和你关系不远不近的人（即，你平常都会和这个人碰面，但是他/她不会引起你任何积极或消极感受）

- (4) 关注一个比较“麻烦”的人（即，这个人通常都会引起你的负性感受）
- (5) 关注你自己、你的好朋友、和你关系不远不近的人以及一个“麻烦”的人（将你的注意资源平均分配到每个人身上）
- (6) 最后，关注所有人。

在每个阶段，冥想练习包括默想下面一些具体的祝福（愿望）：

- (1) 希望他/她不再怀有敌意
- (2) 希望他/她不再遭受精神痛苦
- (3) 希望他/她不再遭受身体折磨
- (4) 希望他/她照顾好自己，开心地生活（Chalmers, 2007）。

这个练习一般时长 1 小时，最佳坐姿是标准的莲花坐（即双腿交叉坐着，脚底朝上，背部挺直，双手放于腿上，手掌朝上，放于膝盖处）。

### 行为激活

抑郁通常与行为退缩和意志减退有关。因此，抑郁症患者的生活毫无活力、满足感和愉悦感。由于抑郁症病人会表现出精力减退，他们没有足够的精力去检验自己的信念、自动思维和其他可能维持抑郁的因素。因此，行为激活对抑郁症病人十分必要，尤其对治疗初期提升病人的精力水平十分有效。

行为激活的第一步是要求病人监测自己一周的行为活动。简单地说，就是写活动日志，包括时间和日期、地点、活动简介、活动愉悦程度评分（0 非常不愉快，100 非常愉快）。接下来，治疗师和病人一起讨论，为什么有的活动令人愉快，而有些活动则不会。这样做的目的是增加一周中愉快活动的数量，减少不愉快活动的数量和不活动的时间。另外，最好能够给病人的日常生活制定规律作息，并保持饮食和睡眠规律。

### 临床案例：行为激活

下面是玛莎某一天的部分活动日记。

玛莎的日记，2010 年 12 月 12 日

时间	活动	情绪评分 0(低) 100(高)
6:00—7:00	起床，做准备	10
7:00—7:30	叫弗雷德和朱力起床，准备早餐和午餐	10
7:30—8:00	吃早饭	40
8:00—9:00	躺在床上	50
9:00—11:00	看电视	20
11:00—12:00	打扫卫生	10
12:00—1:00	看报纸	20
1:00—2:00	与保拉交谈	60
2:00—3:00	重新过目银行对账单	40
3:00—5:00	去商店买生活用品，帮别人跑腿	20
5:00—6:00	做晚饭	30
6:00—7:30	与弗雷德和朱力吃晚饭	40
7:30—9:00	看电视	50
9:00—10:00	和弗雷德为钱争吵	0
10:00—11:00	准备睡觉	20

回顾一下玛莎的日记，我们列出了许多讨论话题：（1）她的情绪评分整体都很低，在看电视时情绪评分最高；（2）在她的所有活动中，令其感到愉快的活动很少，主要集中于做家务、吃饭和看电视；（3）她的作息不规律，她在早上起床后又回去睡觉；（4）与丈夫争吵让她的情绪急速变低落；（5）进一步考察发现，她情绪低落的时候大部分出现在无固定安排的时间和周末，这个时候她在反复思考她的生活、她的人际关系和她的未来。最后，显然玛莎没有做任何锻炼身体的活动，而身体锻炼能够给她的情绪带来很大变化。

活动日志可以回答很多重要的问题，包括：病人对日常活动的回避和隔离达到了什么程度？病人是否有足够的机会经历愉快的情境？病人的日常生活作息由于抑郁变得有多混乱？最后，病人是否有足够的动机和资源实施这些行为策略？最后一点非常重要，因为抑郁症的主要症状通常是缺乏动机和快感。然而，愉快的活动能够促进自我强化。通过循序渐进地、持续地用创造性的方式引导病人参与一些愉快的活动，能够有效地打破不爱活动、社会隔离和抑郁之间形成的恶性循环。

治疗师给玛莎布置家庭作业，要求其列出一个愉快事情的清单。这个清单包括读英国文学、读当代戏剧剧本和看当代戏剧、写小说和诗、散步、与朋友

打牌、看最近发布的电影。家庭作业练习中会逐渐加入这些活动。治疗师还指导玛莎要开始并维持规律的饮食和睡眠习惯，每周去体育馆做两次有氧运动，不去体育馆的时候就出去散步。由于体育馆周末关闭，治疗师和玛莎商量后都认为周六和周日最好做长时间的散步（至少 40 分钟），周二、周三和周四就散步去体育馆。后来她开始邀请一两个朋友跟她一起散步，散步活动就成了她的重要社交活动。

## 实证支持

许多研究都证实，CBT 治疗重度抑郁障碍十分有效（Butler *et al.*, 2006）。CBT 相对于抗抑郁药物的一个特别好处是较少病人（大约少 50%）复发（Glogcuen *et al.*, 1998）。Glogcuen 及其同事通过元分析研究 CBT 治疗抑郁症的疗效，结果发现，CBT 治疗后的平均复发风险（基于随访 1—2 年）为 25%，而抗抑郁药物治疗后则是 60%。还有一些研究数据也显示，单独使用 CBT 治疗的病人抑郁复发的可能性不会高于继续接受药物治疗的病人（Dobson *et al.*, 2008; Hollon *et al.*, 2005）。也有研究者比较 CBT 与抗抑郁药物（SSRIs）对重度抑郁的治疗效果（DeRubeis *et al.*, 2005; Hollon *et al.*, 2005），结果发现，两种干预方式在急性发作期缓解症状的效果相同，但是比较一年后的复发率，接受 CBT 治疗的病人甚至比继续接受药物治疗的病人更低。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). Depression: Causes and treatment, 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

### 给病人

Leahy, R. L. (2010). Beat the blues before they beat you: How to overcome depression. Carlsbad, CA: Hay House.

## 第九章 克服酒精问题

### 查克的酒精问题

查克是位 35 岁的白人男性。他是一名建筑工人，已婚但没有孩子。他的妻子，罗斯，是一名打零工的秘书。查克的体重略微有些超标，还患有高血压、轻微肝硬化（脂肪肝），以及慢性的背部疼痛。这种慢性背部疼痛是由多年来的体力劳作导致的。查克和罗斯结婚已经有 10 年了，他们都将兩人之间的关系形容为“坚如磐石”。罗斯最不能容忍的是查克的那些朋友。他会定期与他们在当地酒吧聚会。查克最好的朋友叫乔，乔是查克在高中时代的老同学，他与查克的两位同事，大卫和汤姆，也是非常好的朋友。因此，查克时不时地会在工作结束后与他们喝上几杯。查克还频繁地与乔在他非常喜欢的酒吧喝酒，每周一到两次，经常是在周末。查克和乔通常会喝很多酒，主要是啤酒，周末喝的最多。查克说他对酒精的耐受性很高，尤其是啤酒。查克估计他一周大概能喝 30 瓶啤酒（39 standard drinks，一瓶啤酒等于 1.3 standard drinks），而且不觉得这有什么问题，甚至还会开车去开来回。他认为自己开车是很安全的，甚至在他“喝了一些啤酒”之后。罗斯不喜欢查克这样喝酒，也不喜欢他这帮喝酒的朋友。他们经常在这个问题上争吵，尤其是在星期天，当查克从宿醉中醒来后。除了他们的关系问题外，喝酒还导致查克耽误工作。不仅他的老板敦促他在喝酒问题上寻求帮助，他的医生也强烈要求他停止喝酒。

## 定义

物质使用障碍是最常见的精神障碍之一，并且是公共健康问题的主要构成成分。美国的流行病学调查报告，依据 DSM-IV 的标准，普通人群中的终生患病率为 14.6% (Kessler *et al.*, 2005)。酒精是最普遍而且最具危害的物质，不仅会使个体健康受到损害，还会给整个社会造成经济负担。

查克的行为符合酒精滥用的诊断标准。酒精滥用的诊断基于至少在四个方面出现问题：没有完成工作、家庭或学校中应履行的主要社会角色（查克在工作上经常迟到）；反复地以一种可能产生潜在伤害的方式饮酒（查克经常在喝酒后开车）；尽管知道是因为喝酒导致自己出现社交或人际问题，但仍继续饮酒（查克喝酒造成夫妻争吵）；反复地引起与酒精相关的法律后果。尽管查克符合了酒精依赖的一些标准（符合 7 条中的 3 条），但是他并未达到酒精依赖诊断的最少数量的条目要求。酒精依赖诊断标准包括控制能力衰退（对减少或停止饮酒的渴望或者尝试反复出现）；生理的耐受性；生理的戒断反应；对其他活动的忽视；使用酒精的时间增加；以及尽管知道经常发作的生理或心理问题与酒精的使用有关，也仍然继续使用酒精。尽管他显示出对饮酒的控制能力衰退，但他花在饮酒上的时间一直持续没变以及与朋友有限的接触。尽管他能喝很多酒，但他尚未发展出生理上的耐受性以及没有显示出生理上的戒断反应，除了他在星期天的宿醉。

饮酒和物质使用都是一种行为，知道这一点是非常重要的。滥用是一种适应不良的行为，因为他对一个人的社会生活、事业以及自我知觉有负性影响。为了改变这种适应不良行为，个体需要认识到这种行为是有问题的，必须有动力去改变它，并且采取一些特殊的策略去改变它。

## 治疗模型

饮酒是查克生活中的重要组成部分，饮酒还维系着查克与他最好的朋友乔以及同事汤姆和大卫的友情。然而，饮酒也导致了查克与他的妻子罗斯以及他的雇主之间出现问题。由于查克在和朋友一起喝酒这件事上花费了大量时间，

他陪伴妻子的时间随之减少了，从而加剧了两个人之间的冲突。而且，查克在周末会喝更多的酒，这样的话星期天的大部分时间，查克都会在床上等待从宿醉中醒来。此外，查克以前也出现过因为喝了酒而与他的雇主发生矛盾的事情。

查克还没有完全意识到，或者说他还不知道他未来将面对这么多由于饮酒给他带来的问题。目前，查克面临的风险有离婚、失业以及未来可能的健康问题（如肝病变等问题）。查克不相信自己存在饮酒问题，对他来说，与朋友们去喝点儿酒没什么大不了；喝酒是释放压力和寻开心的一种方式。他认为自己工作努力，有权享受生活中的快乐时光。饮酒能使他放松，对此查克感觉很好，这一点进一步维持了他的饮酒行为。然而，查克也承认他一旦开始喝酒就很难停下来，特别是当他与乔在一块儿，在他们都特别喜欢的酒吧里的时候。一天当中只要一想到这件事，查克就会有想喝酒的冲动，然后他就会去找乔再安排一次。图 9.1 显示了维持查克饮酒问题的一些重要因素。

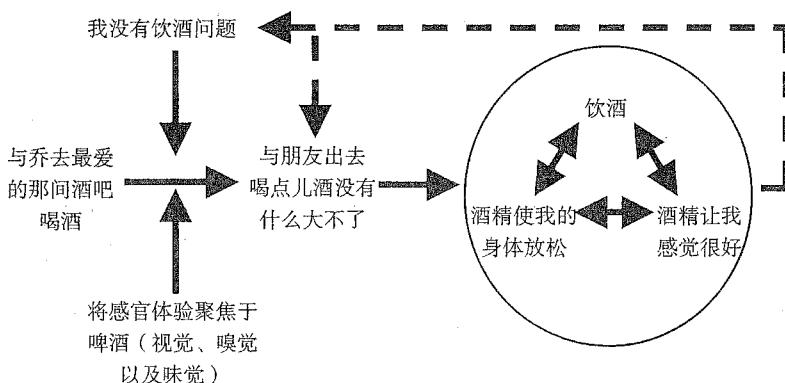


图 9.1 查克的酒精问题

## 治疗策略

查克的酒精问题的治疗可以有效地针对三个主要方面展开：(1) 心理教育 (psychoeducation)，认知干预 (cognitive intervention) 以及动机会谈 (motivational interviewing)，提高对自己行为的负性后果的觉知力，构建适应性的认知失调；(2) 线索暴露，以降低对饮酒的渴望；(3) 使用后效强化 (contingency reinforcement) 技术强化非饮酒行为。图 9.2 显示了这一治疗策略。

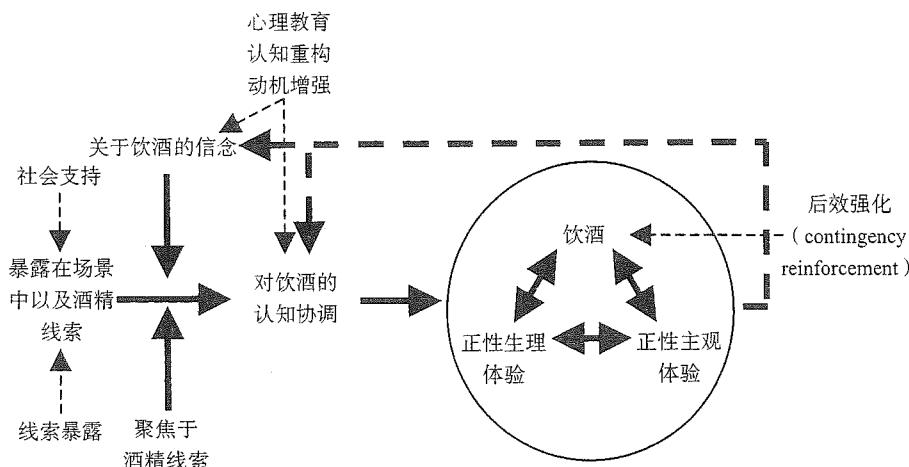


图 9.2 对查克的酒精问题的策略

### 心理教育

酒精是一种社交性药剂，它频繁出现在人们视野中的一个原因是由于它引发人们日常生活中出现的高患病率，以及其他一些微小的原因。实质上，每一个社交聚会都包括酒精饮料，人们或被啤酒狂轰乱炸，或陷入其他酒类商业活动。由此看来，酒精是组成我们“正常”社交生活的一部分。因此，那些酗酒的人通常会分不清正常和异常或不受控制的行为。因此，为病人提供简单且真实可靠的关于酒精饮料的平均消费水平以及酒精问题的诊断定义的信息是十分重要的。治疗师应该意识到病人可能会有防御心理或否认有任何问题。这些障碍可以通过使用动机会谈的技术有效解决，这一点我们将在后面提到。治疗中心理教育的部分应该使用一种中立的、基于事实的、非评价的以及非议论性的方式进行。下面是一个例子，从例子中可以看到我们如何将这些信息表达出来。

### 临床案例：心理教育

治疗师：查克，你今天能来我很高兴。我知道是你妻子敦促你才来见我的，但是你好像并不理解她的担心，是这样的吗？

查克：是的，她认为我是个酒鬼，但我不是。

治疗师：你的评估显示你并未达到酒精依赖的诊断标准。然而，你每天

都会喝很多的酒，一周之内你会喝 30 瓶啤酒，对吗？

查克：是的。

治疗师：你知道正常的饮酒量是多少吗？

查克：不知道，我猜可能是很少一点点。

治疗师：是的，成年男性的饮酒量上限是一天两瓶或一周 14 瓶；成年女性则是每天一瓶或每周 7 瓶。所以你的量快达到大部分人饮酒量的 3 倍了。很明显，还有很多人是根本不饮酒的。每周 30 瓶啤酒的量让你超过 92% 的人。也就是说在 100 个人里，有 92 个人比你喝的量要少。

查克：但是这不能让我变成酒鬼。

治疗师：是的，现在不会，但这并不代表将来不会。酒精是高成瘾性物质，人们对酒精产生耐受性和依赖性。耐受性是指个体需要喝越来越多的酒来达到自己想要的效果。依赖性是指个体需要用酒精来回避不开心的感觉。一些对酒精产生依赖性的人，甚至会为了一整天保持好状态而晨起饮酒，当然也不是所有的都会这样。宿醉是由酒精带来的最明显的负性影响。其他负性影响还包括戒断症状，它会在那些已经对酒精产生依赖性而现在停止饮酒的人身上出现。对酒精的依赖性会在心理和生理层面同时存在。我告诉你这些的原因并不是在暗示你已经对酒精产生了依赖性，而是我要确保当我们两人在谈论诸如依赖性、滥用、戒断症状之类的概念时，我们说的是同一回事。那么，到现在为止，你有什么问题要问我吗？

查克：没有。

治疗师：非常好，不知道我这样理解你的想法是否正确——你并不认为自己有酒精依赖问题。然而，在一段时期内，你确实要比大部分的人消费更多的酒。你同意我这个说法吗？

查克：我想也许是的，你说的对。

为了给出来访者每周消费酒精饮品在普通人群中标准饮用量的百分位数，可以使用表 9.1 中的数据作为指导。标准的饮用量是一听 12 盎司的罐装酒（1 英制液体盎司=28.41 毫升，1 美制液体盎司=29.57 毫升），一杯 5 盎司的葡萄酒或者混合了一口杯烈酒的混合酒。查克喝的 16 盎司的啤酒瓶容量就已经是标准饮用量的 1.3 倍了（具体见美国国家酒精滥用与酒精中毒研究所，2011）。

表 9.1 部分男女性酒精使用标准百分位数（修订自 Epstein &amp; McCrady, 2009）

每周标准饮用量	男性	女性
1	46	68
2	54	77
7	70	89
9	73	90
15	80	94
28	90	98
41-46	95	99
49-62	97	99

### 认知重构

通常来讲，我们的行为方式与我们的信念是保持一致的。如果信念和行为不一致，我们就会产生不舒适的心理上的紧张感。这种紧张感可以通过改变我们的行为或者信念而解决。根据著名的认知失调理论（如 Festinger, 1957; Festinger & Carlsmith, 1959），行为的改变取决于个体与该行为不一致的信念（失调认知）和与该行为一致的信念（协调认知）之间的关系。如果失调认知的出现频率以及重要性高于协调认知，这一行为就很可能发生改变。然而，当人们不得不去做一些与他们的信念不一致的行为，并且没有选择的余地无法调整自己的行为的时候，人们可能就会改变自己的信念，以确保与自己的行为相一致。

认知失调理论可以预测一个人是否会改变自己的行为，依据协调及失调的认知出现的频率和重要性（认知失调比率）。例如我们都知道吸烟有害健康，并且人们都希望自己身体健康，寿命更长。这样一来，希望活得健康寿命更长的愿望与吸烟的行为就是不协调的。这一不协调的局面可以通过改变行为（如戒烟或减少吸烟）或改变关于吸烟的认知来解决或调整。一个想要继续吸烟的人为了改变自己关于吸烟的认知，可能会搜寻一些怀疑健康与吸烟之间存在联系的报告（减少失调认知的出现频率），他们会争论说吸烟可以降低心理上的紧张感，这一点对一个人的健康是有好处的（增加协调的认知），他们会说与发生车祸面对的死亡威胁相比，由吸烟带来的健康风险微不足道（降低失调认知的重要性），他们还会认为吸烟只是一个人生活中的重要组成部分（增加协调认知的重要性）。

查克还不相信自己在酒精使用方面存在问题（如他认为那些失调认知不重要）。也许更重要的是他将饮酒置于生活中的重要位置。对查克来说，饮酒在他与好友乔以及同事大卫和汤姆间扮演着重要角色。这是一个非常坚定的协调认知（“当我们在一起喝酒时，我和我的好朋友们度过了一段美好时光”），其中包括了他的饮酒行为。查克的饮酒行为不协调的认知与他的妻子有关（“我不想离婚”），与他的雇主有关（“我想要继续这份工作”），也和他的健康有关（“我不想死得这么快”）。如果失调认知的出现频率和重要性高于协调认知，查克可能就会去改变他的行为。

就像我们在第二章中提到的，普罗查斯卡（Prochaska）和他的同伴（1992）发展出一个模型，用于描述人们如何对存在问题的行为作出改变。那些没有考虑过要作出改变的人被认为是处在前意向阶段（precontemplation stage）。对处于这个阶段的来访者最有帮助的是，提高他们对目前自己的行为存在风险和问题这一点的认识水平。一旦他们认识到目前行为会带来负性后果，就进入了意向阶段（contemplation stage）。进入这一阶段的人会考虑是否应该改变自己的行为。他们会将行为改变的优点和确定与不改变他们的问题行为两者进行比较。通常处在这一阶段的来访者内心会很矛盾，因为他们正在改变行为或继续饮酒两者之间挣扎。一旦这一内部斗争减弱了，矛盾的心理也会随之削弱。来访者会有这样的评价，“我知道我应该做些什么来改变，但是我不知道具体该做什么”。这一阶段被称为准备阶段（preparation stage），也被认为是“机会之窗”。一旦来访者做好了准备，就进入了为达到最终目标而作出改变行动阶段（action stage）。下一阶段是维持阶段（maintenance stage），来访者发展出新习惯并且正处在保持这一行为的过程中。最后的结束阶段是来访者达到了这种状态，就是他们经得住诱惑并且相信自己不会再退回到过去，不再有那些非适应性的行为或认知模式。这一模型假设在行为被永久改变之前，很多人会多次退回到以前的行为模式中。

### 动机会谈（Motivational interviewing）

动机会谈（或动机强化疗法，motivational enhancement therapy）对提升对非适应性行为（在查克的例子中指他的饮酒行为）负面结果的觉知力有特别的帮助，并且可以进一步增加查克个人目标、价值感和信念之间的不协调（享受

生活、做一个好丈夫好雇员等), 以及他的非适应性失调行为(饮酒可能导致离婚、失业和贫穷)。

动机访谈或动机强化疗法(MET)是一种短程干预方法, 直接发展自普罗查斯卡及其同事提出的改变阶段模型(Prochaska *et al.*, 1992)。MET直接针对改变的整个过程, 帮助来访者一步一步接近最终目标。这一疗法特别关注来访者早期改变的矛盾心理, 推动来访者从思考走向行动。并且基于这一内在假定, 即在治疗过程中, 来访者有实现积极自我的基本能力以及做出负责任的改变。治疗师的任务是创造一个环境, 这一环境要有利于提高来访者努力改变行为的可能性。动机访谈的四个基本原则:(1)表达共情,(2)发现矛盾,(3)松动阻力,(4)鼓励自我效能感(Miller & Rollnick, 1991)。提高改变的动机的六个基本方法可以总结缩写为FRAMES。分别代表了:(1)对来访者当前状态的个体化反馈(F),(2)强调改变的发生是来访者自己的责任(R),(3)对改变的必要性提供明确的建议, 给出支持的方式(A),(4)为来访者提供一切可供选择的治疗方法(M),(5)在共情、温暖和支持的环境下进行治疗(E),(6)提高来访者对于改变的自我效能感(S)。

### 临床案例：动机会谈技术

治疗师：我想了解一下饮酒有哪些好处。

查克：我不知道，它让我感觉很好。更像是一个习惯，在工作之后，我、大卫和汤姆就会在一块儿喝酒，因为我们在一起的时候就做这个事情。

治疗师：所以你在工作之后饮酒是因为这就是你如何与工友们打发休息时间的方式。

查克：是的。

治疗师：如果当你们聚在一起的时候不喝酒会怎么样呢？

查克：我不知道，没有试过。可能就不会那么有乐趣了，他们会离我而去，会说“嘿哥们，你这是怎么了？”

治疗师：所以你很难去想象如果你们在一起时不喝酒会怎么样，而且没有酒会让你觉得无聊。

查克：是的。

治疗师：有没有其他选择呢？如果你不出去和大卫、汤姆在一起喝酒，

你会做些什么呢？

查克：我不知道，在家呆着？但这没什么意思。

治疗师：待在家对你来说不是一个选择，因为你觉得这很无聊？

查克：是的，不仅是无聊，还会感觉抑郁。

治疗师：你一个人呆着的时候会觉得很抑郁？

查克：我猜是的。

治疗师：也许喝酒能帮助你应对抑郁。

查克：当然。

治疗师：但是喝酒也会带来一些不好的后果，对吗？

查克：是的，它会让我陷入麻烦。

治疗师：它会让你与你的妻子和老板之间产生问题对吗？

查克：是的。

治疗师：是什么样的问题？

查克：就是我的妻子会对我说如果我不停止喝酒她就会离开我。我的老板也说会炒了我。

治疗师：所以你可能会因为喝酒而离婚和丢掉工作。对于这件事你有什么感觉？

查克：愤怒和抑郁。

治疗师：看起来喝酒在短时间内能帮助你应对抑郁和孤独，但是从长期来讲会导致可能的负性后果。短期内，当你和朋友们出去时，喝酒是一个很好的让大家聚在一起的方式；而长时间喝酒带来很多不好的人际、社交和工作上的后果。我这样理解对吗？

将饮酒和不饮酒带来的好处和坏处放在一起进行对比将是一件非常有帮助的事情。表 9.2 显示的是饮酒或不饮酒的一些积极和消极方面的例子。表中列出的饮酒和不饮酒带来的好处和坏处让我们看到那些强化了饮酒行为的因素。这也为治疗师去探索饮酒带来的短期后果和长期后果提供了素材。这里尤为重要的是饮酒带来的长期负性影响。查克与他的妻子和老板之间的问题会很容易地导致不希望的严重后果，比如，但不仅限于离婚、失业、贫困和无家可归。一旦查克认识到这些由他的行为带来的负性后果，就会愿意去接受改变行

为的做法。

表 9.2 饮酒的好处和坏处

好处		坏处
饮酒	让我感觉很好；对维系友情很重要。	与罗斯和老板发生矛盾；宿醉的感觉很糟。
不饮酒	改善与罗斯和老板的关系； 自我感觉会更好。	不能借助饮酒释放压力。 和朋友们出去的乐趣少了。

### 线索暴露

提高对于改变的觉知力和动机是治疗中的一个重要方面。其他有助于萌生和维持改变的重要因素还存在于环境背景中。在查克的案例中，与乔、大卫和汤姆在一起是一个强烈的要去喝酒的情境线索。当查克处在这一情境设置中，当他最喜欢的啤酒就摆在面前时，这一冲动会特别强烈。重复暴露在这一特定线索下（他最爱的酒）并且克制住想要喝酒的冲动，会对查克的饮酒行为有很好的治疗效果。在线索暴露练习中，查克需要重复端起啤酒杯（例如在 20 分钟时间内每隔 3 分钟做一次），闻啤酒的气味并且克制住想要喝掉它的冲动。

其他线索比较复杂，可能需要全部改变或排除环境背景因素。这意味着可能需要改变他用来打发时间的地点、在一起的人以及他惯例会做的事情（如他决定下班后不去见大卫和汤姆）。为了动摇他与朋友的维持因素，查克可能需要决断训练（assertiveness training）来帮助他在对待与朋友去喝酒这件事上学会说“不”。

### 社会支持

查克的饮酒问题与他处的社会群体联系密切，特别是与乔、大卫和汤姆。所以，也许提供一个不同的社交环境是很必要的，以防查克的朋友不接受他在饮酒习惯上的改变。一个很有前景的为了增加社会支持的干预方法是通过嗜酒者互诫协会（Alcoholic Anonymous, AA），以及在成员互助下使用的干预方法，针对酒精使用问题的 12 个步骤促进疗法（Twelve Step Facilitation Therapy, TSF）（Nowinski & Baker, 1998）。TSF 是一个短程的疗法，通常需要 12 至 15 次治疗，酒精滥用、酗酒或其他物质滥用问题可以得到早期恢复。这一疗效与 AA 的 12 个步骤和成员内协作关系的行为、精神上的支持以及认知原则紧密相关。这些

原则强调保持意志力清醒和在精神上保持一个支持性的群体环境。每一个新加入的成员都会被指派给一个正处在恢复过程中的老成员，他们会在过程中给新成员一些指导。下表中展示的就是 AA 的基于 TSF 的 12 个步骤。

### AA 基于 TSF 的 12 个步骤

1. 个体承认自己在酒精使用的问题上已经无能为力，并且他/她的生活已经变得难以掌控。
2. 个体开始相信有一个比自身更强大的力量，这力量能够使他/她自己恢复神智清醒和健康。
3. 个体决定把自己的意志和生活，托付给我们所认识的“上帝”。
4. 作一次彻底的和无惧的自我品德上的检讨。
5. 向“上帝”，向自己，向他人承认自己错误的本质。
6. 要完全准备好，让“上帝”除去自己一切人格上的缺点。
7. 谦逊地乞求“上帝”，除去自己的缺点。
8. 列出一份所有我们伤害过的人的名单，并使自己甘愿对这些人作出补偿。
9. 在不伤害他们的前提下，尽可能直接向曾经受到我们伤害的人士当面认错。
10. 经常自我检讨，若有错失，要迅速承认。
11. 透过祈祷与默想，增进与我们所认识的“上帝”的有意识的接触。祈祷中只求认识“上帝”对我们的旨意并祈求有力量去奉行旨意。
12. 实行这些步骤的结果是我们拥有一种精神上的觉醒。我们设法把这些信息带给别的酗酒者，并在我们的一切日常事务中实践这些原则。

改编自：Twelve Steps and Twelve Traditions of Alcoholics Anonymous World Series, Inc., [www.aa.org](http://www.aa.org).

注释：12 个步骤指导原则已被改动，为了用来强调这些原则的重要性，集体利益优先，并且消除性别歧视或特殊宗教语言。

### 后效强化 (Contingency reinforcement)

酒精使用可以被部分看作是一种习得行为，这一行为被一些具有强化作用的因素所维持，这些因素包括酒精的药理作用以及社交或其他来自于酒精滥用生活方式的因素。习得行为可以被个体的行为后果所改变（如偶然性，contingencies）。后效强化的方法通过改变行为后果，或改进那些在维持个体有问题的饮酒行为方面发挥作用的技能和社交背景来治疗饮酒问题。这一方法已被发展用于治疗违禁药品使用，例如可卡因依赖 ( Higgins & Silverman, 1999 )，但也被应用于治疗酒精使用问题。治疗的首要目标是系统性地降低来自于酒精使用和酒精滥用生活方式的强化影响，并且增加一些更健康的活动的强化频率，特别是那些与继续物质使用和滥用问题相反的活动。

作为后效强化方法的一部分，我们鼓励来访者通过认识他们自身使用酒精之前的事情和之后的后果，来对酒精使用问题作出功能性分析。饮酒被概念化为一种行为，这种行为更可能在一些特定的环境下发生。通过学习去识别这些更可能出现饮酒行为的环境，就会减少未来酒精使用的可能性。

我们鼓励来访者重新规划自己的日常活动，以最小程度地避免与已知的饮酒的先行事件接触（例如要与朋友们去熟悉的酒吧喝酒），或找到饮酒带来的积极影响的替代品，或使饮酒的负性后果更明确。在这种背景下，教给来访者拒绝酒精的技巧是十分重要的，因为他们更可能在未来的某一天有机会去使用酒精。教会来访者如何带有决断性地应对这类情境。治疗师应该向来访者解释为什么要做拒绝酒精的技巧训练，让来访者亲身参与讨论作出有效拒绝的关键因素是什么，帮助来访者建立他/她自己的拒绝方式（结合那些关键因素），以及在潜在的来访者会被提供酒精的情境下进行角色扮演。

另外，帮助来访者发展新的支持他/她更健康的生活方式的社交网络是很重要的。让他们参与一些娱乐活动是改变行为的关键，这些活动应该是有趣的并且和酒精或其他药品使用无关。与来访者一起探索他/她愿意去谈论的其他活动将是很有帮助的，这些改变在帮助他们减少或消除酒精消费上起到重要作用。

对于查克的情况，饮酒问题不是唯一需要干预的方面，更多的是与之相关的问题，这是一个更复杂的系统。在查克的案例中，饮酒有多重功能，其中包括它是查克应对抑郁的方式。因此，为了有效根治查克的饮酒问题，同时干预他的抑郁情绪、婚姻问题以及事业上的不如意也是很有必要的。

## 实证支持

一个叫 MATCH 的研究项目对比了传统 CBT、MET 以及 TSF 的疗效( Allen *et al.*, 1997, 1998 )。根据患者的众多基本信息，将酒精依赖病人作为被试匹配到传统 CBT、MET 及 TSF 三组中，为了测量他们在接受三种治疗后的获益，进行了两个平行的但是独立随机的临床试验，一个是接受门诊治疗的患有酒精依赖的来访者 ( N=952, 其中男性比例为 72% ), 一个是在接受了住院或日间医院治疗出院后进行病后调养治疗的病人 ( N=774, 男性比例为 80% )。这些病人被随机分入三个治疗组，每组治疗持续时间为 12 周。治疗结束后，三组被试接受了研究人员超过一年时间的病情改善情况的跟踪记录。结果显示，三组被试从基线到治疗后一年的饮酒情况有显著且持续的进步。三种治疗方法间只有微小差异。仅有精神病性的严重性这一个被试属性与治疗效果存在交互作用，具体表现为，对于那些精神病性比较轻的门诊病人来说，与接受了传统 CBT 治疗的病人相比，接受 TSF 的病人禁酒的日子持续得更长些。然而，对于那些精神病性比较严重的病人来说，三种治疗方法的效果没有差异。另外两个患者属性显示出了随时间变化的匹配效应：门诊病人的动机性以及病后调养病人的寻求意义。随着时间的进程，病人的动机准备、支持饮酒的社交网络、酒精使用程度、性别、精神病性严重程度以及反社会性都可以预测饮酒预后效果。大体来讲，在一年的跟踪记录中，所有三个治疗方法都会使患者获益( Allen *et al.*, 1997 )。

这一研究在三年的随访中进一步检验了患者匹配属性和大体结果的预后效果 ( Allen *et al.*, 1998 )。病人的愤怒显示了一致稳定的交互作用，在一年和三年的随访中都显示出了显著的匹配效应。愤怒水平比较高的病人接受 MET 的疗效更好。相反的，愤怒水平比较低的病人接受了传统 CBT 和 TSF 的预后更好。在三年后的随访结果分析中，对饮酒的支持性这一变量表现出显著的匹配效应，相比于 MET，那些有对饮酒会提供更多支持性的社交网络的病人从 TSF 的获益更多。精神病性的严重程度这一变量的匹配效应出现在第一年的随访结果中，而不是三年后的。对改变的准备以及自我效能感是饮酒的长程预后效果的最强的预测变量。从总体结果来看，饮酒的减少在治疗后一年与三年后

随访结果中得到了保持：将近 30% 的被试在三年中完全没有饮酒。那些报告了饮酒行为的个体在平均 2/3 的时间内也没有饮酒。在一年后随访中，三种治疗方法疗效几乎没有差异，尽管 TSF 在随后显示出了些微的优势。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Daley, D. C., and Marlatt, G. A. (2006). Overcoming your alcohol and drug problem: Effective recovery strategies. Therapist guide, 2nd edition. New York: Oxford University Press.

### 给病人

Epsten, E. E., and McCrady, B. S. (2009). Overcoming alcohol use problems: A cognitive-behavioral treatment program workbook. New Yourk: Oxford University Press.

# 第十章 解决性问题

## 戴维的勃起问题

戴维是美国非裔高中的一名老师，副校长。他与他的妻子凯伦有四个孩子，年龄分别是 13 岁、15 岁、35 岁和 38 岁。戴维的身体很健康，不需要任何药物的帮助。戴维和凯伦的性生活问题已经存在 10 年了，在这期间他得到了副校长的职位。也是在这段时间戴维开始出现性勃起功能障碍。特别是他经常无法被完全唤起，并且在性交时无法勃起。戴维对此表现得十分苦恼。他觉得羞耻和尴尬，因为他认为自己应该是一个各方面都很完美的爱人。戴维和凯伦平均每周有两次性生活。在他有性功能障碍之前，他描述自己的性生活是非常令人满意的。然而，现在与妻子的性生活次数减少到每周一次，有时一个月一次，部分是因为他对这件事感到很紧张。他把自己的这个问题归结于工作压力和责任重。在单独与他妻子的访谈中，她说她支持和接受丈夫的一切，并且在性方面她并不需要丈夫来满足她。然而，她也非常怀念与丈夫的亲密时光。戴维和凯伦在孩子、财务和家庭事务的问题上的争吵越来越多，并把这一点归结于他们亲密性的减少。然而，他们都知道两个未成年的女儿也使问题严重化。戴维尝试过用伟哥，但不喜欢它的副作用。他觉得用伟哥的效果也不怎么好。他尝试向心理学家求助。

## 定义

性功能障碍是指男性和女性在性欲和与性反应周期相关的心理生理变化方面存在问题。性功能障碍的分类是基于卡普兰 (Kaplan, 1979) 的性反应周期的三阶段模型 (性欲期、唤起期和高潮期)。所以，性功能障碍被划分为性欲缺乏障碍 (包括性欲低下和性厌恶)；性唤起障碍 (包括女性唤起障碍和男性勃起障碍)；性高潮障碍 (包括男性性高潮障碍、早泄和女性性高潮障碍)；此外，还有与性交相关的疼痛障碍 (包括阴道痉挛和性交疼痛障碍)。

性功能障碍可被分为几种亚型，包括一般性或情境性的，终生的 (原发的) 或获得性的 (继发的)，以及心理上的还有药物因素的。例如原发的心因性勃起功能障碍指在一生当中都不能获得成功的性体验，而继发的心因性勃起功能障碍发生在一段满意的性体验时期之后。继发的心因性勃起功能障碍的一个例子是，勃起问题与物质滥用和重型精神障碍有关 (如抑郁、广泛性焦虑障碍)。在戴维的案例中，勃起功能障碍开始于 10 年前，在一段满意的性生活之后才出现。他的性问题在他接受那个具有挑战性的副校长职位期间发生。药物检验没有显示任何身体上的问题，而且他也没有使用任何会影响性功能的药物。因此，他的问题更可能是继发的心因性勃起功能障碍。

戴维在勃起和维持勃起方面都存在问题是。勃起功能障碍被定义为持续或复发性的阴茎不能勃起或不能维持足够时间达到满意的性交。然而，有这一问题的并不只有戴维一人。勃起功能障碍是常见的男性性功能问题，特别是对于老年人。大体上，美国居民中有性功能障碍的比例相当高，43%的女性和 31%的男性报告有性功能障碍 (Laumann *et al.*, 1999)。

勃起功能障碍是到性治疗诊所寻求治疗的男性中最常见的性功能问题 (Rosen & Leiblum, 1995)。社区调查显示，勃起功能障碍的终生患病率是 5%，在男性性功能障碍中排名第二，仅次于早泄 (21%)，即进入阴道时不能延迟射精 (Laumann *et al.*, 1999)。射精通常发生在进入阴道之前，或进入阴道之后很短时间内，并且与焦虑和挫败感有关。流行的药物，例如西地那非 (sildenafil, 伟哥)，能通过放松海绵体平滑肌组织来帮助完成勃起。然而，这些药物也可能带来不愉快感以及潜在的危险的副作用。对女性来说，最普遍的性问题是性欲低下

(22%)，性唤起障碍(14%)，以及性交疼痛(在性交过程中产生疼痛感；7%)。

性功能障碍与许多人口学变量相关。对女性来说，性问题的患病率倾向于随着年龄的增加而减少，除了那些润滑方面的问题。作为对比，男性的勃起困难和性欲低下的问题会随着年龄的增加而增加。例如与年龄在18—29岁的男性相比，50—59岁的男性患有勃起功能障碍和性欲低下问题的概率要高3倍(Laumann *et al.*, 1999)。

大体说来，教育程度比较低的女性和男性会在性体验上报告更少的满意感，和更高水平的性交焦虑。在民族和种族之间这一比率是相似的，在性问题方面，与白人相比，黑人报告得更多而西班牙裔美国人报告得略少。有意思的是，在这一问题上婚姻是一个保护因素：与未婚人士相比，已婚的人有性问题的可能性更小。其他可能对性问题产生作用的因素还包括，一般健康状况(特别是心血管问题和糖尿病)；精神疾病，特别是性创伤；抽烟以及其他物质使用问题；教育水平；社会人口学变量。报告性问题最少的群体是健康的、受良好教育并且无创伤经历的人，他们社会阶层较高，不吸烟也没有其他物质使用问题(Laumann *et al.*, 1999)。

因为性功能障碍的范围很广，所以发展出了很多专门针对这一问题的治疗策略。自然，在这短短一章中不可能囊括所有方法。尽管年代比较久远了，但卡普兰(1987)的综述对这些方法的过程作了比较详尽的描述。

## 治疗模型

戴维非常害怕失败。他将自己看做是一个“真正的”男人，但是性方面的问题干扰到他，使他不能再生活在这一标签下。他将自己看做是一个平和、自信、坚强和强硬的男性角色，支持和保护着他的家庭，并且他非常享受这一角色。这一男性角色中的重要方面是能够满足他的妻子，并且在性交时能够表现得很好。为了性交，他需要阴茎勃起并保持勃起状态。不能做到这一点对他来说意味着他有问题，特别是他的阴茎。这一想法让他很有压力，他对自己达不到一个正常男人的基本功能而感觉羞愧。另外，他对自己的表现很焦虑，对自己感到很挫败，对他的阴茎很愤怒。当他觉得他无法勃起或当他不能持久勃起时，他觉得害怕，有时甚至觉得惊恐。害怕导致他身体上的症状，例如流汗、

心悸和呼吸加快。为了避免早泄，他尝试大力地刺激自己并且在性交时很用力。对可能导致戴维的性问题的心理因素总结在图 10.1 中。

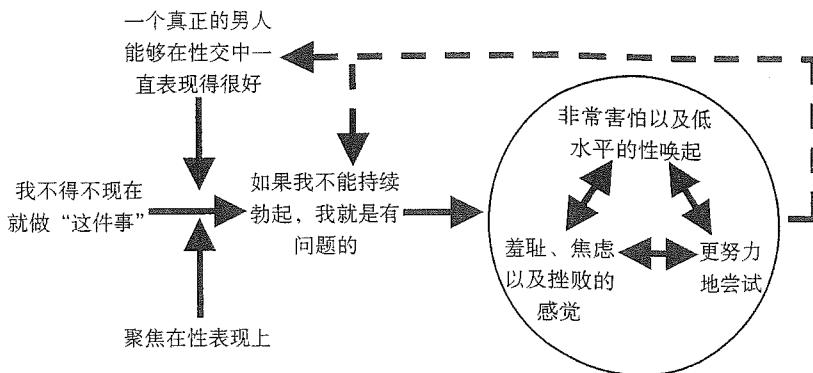


图 10.1 戴维的性问题

## 治疗策略

打破这一恶性循环的有效策略是通过注意和情境修正、纠正非适应性信念以及具体化他对于性表现的担心、冥想、放松、足够的激励，以及性感集中技术。图 10.2 总结了这些策略，以下将做更细致的说明。

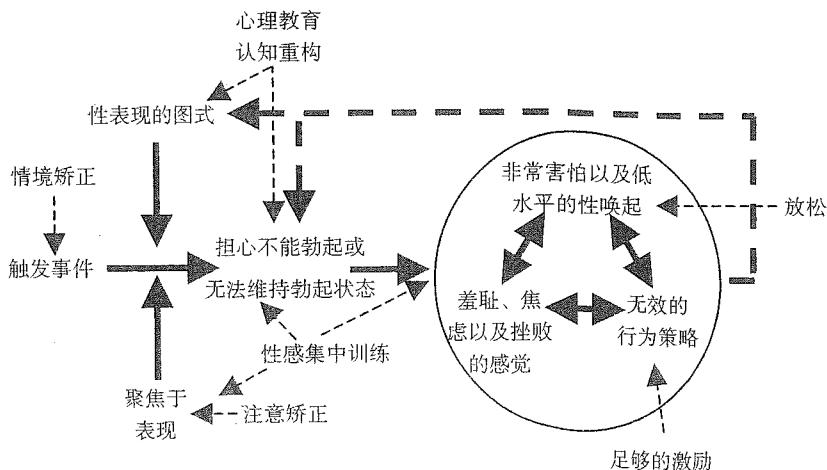


图 10.2 针对戴维的性问题的策略

### 注意和情境矫正

性活动是在原始的进化过程中形成的，它的发生是人类本能，不需要事先的训练。而且，会受到特定的和已知的外部（性方面的）刺激的控制。尽管刺

激一反应模式是明确的，但重要的一点是，这一过程可以在任何时刻中止，一旦在某些情境下要求个体将他/她的注意力转移到其他资源上。例如动物会很快地停止性活动，当有捕食者接近它们时。它们这种通过将注意力重新聚焦到与性无关的刺激上，以停止性活动的能力在进化上是具有高适应性。如果不能将注意力重新聚焦，那么这一物种很可能就会被淘汰。换句话说：在一个物种中，性活动可以很容易地被发起和进行，除非没有抑制性活动或从性刺激上转移注意力的因素。因此，注意与性无关的刺激（如认知分心）能够很容易地破坏性唤起（如 Barlow, 1986）。在勃起功能障碍的案例中，这位男性像一个旁观者一样严格审查着自己的行为，他会表现得很焦虑，从而注意力会从与性爱相关的刺激上重新指向与焦虑相关的线索上（Masters & Johnson, 1970）。相比于女性，男性倾向于对焦虑的分散注意力的作用更敏感，并且对性交表现更在意（Rosen & Leiblum, 1995）。情境性背景也起到重要作用，因为它提供了个体能够注意到的性刺激的范围。因此，一个“浪漫的”环境设置（如烛光伴随着轻柔的音乐）以及对性唤起有辅助作用的刺激（如一个特定的香气），可能会提升性唤起水平，减少注意力分散。

### 心理教育

人类，特别是男性，经常对什么是“正常的”性交以及性交“应该是”什么样有明显的误解。他们经常会在以下方面受到误导，如勃起功能的基本机制和过程以及性功能障碍的原因（如疾病、药物以及年龄的影响）。男性性功能通常被看作是每一次的性检验的基础以及必要条件（Zilbergeld, 1992）。因此，为病人提供有关性的真实正确的信息是很重要的。金赛性学研究所（Kinsey Institute，美国专注于性健康研究的机构）的网站以及劳曼等人的研究报告（Laumann, 1994）是获取这些信息的很有用的资源。以下列出关于性的一些重要事实。

### 临床案例：关于性的十大事实

1. 性交频率：大部分人（90%的男性和 86%的女性）在过去的一年都有性活动。不同年龄和婚姻状况的人的性交频率也不同，通常已婚的年轻人群比年龄较大的未婚人群有更高频率的性生活。在已婚人群中，45%的人报告了一个月当中有几次性生活，34%的人报告一周中有 2—3 次性生活，13%

的人一年中有几次，7%的人报告一周有4次或更多的性生活。

2. 不忠诚和滥交：超过80%的女性和85%的男性报告除了他们的配偶以外没有其他性伴侣。超过一半的男性（56%）和30%的女性在他们的一生当中有5个或更多的性伴侣，而20%的男性和31%的美国女性在他们的一生中只有一位性伴侣。

3. 手淫：在有性伴侣的人群中，大概85%的男性和45%的女性报告在过去的一年中有手淫行为。只有5%的男性和11%的女性从没有过手淫。18~39岁的男性当中，超过1/3（37%）的人“有时会”手淫，28%的人每周有一次或更多次，35%的人没有手淫。

4. 性高潮：男性比女性更容易在性交中达到高潮（75%：29%）。

5. 女性性高潮：通常，充分刺激阴蒂对女性达到高潮很重要。然而，对女性生殖器其他部位的刺激也能产生强烈的快感。对于女性能够获得两种不同的高潮体验的说法还存在争议——阴蒂和阴道性高潮。一些女性会在高潮时会射出液体，这可能是膀胱或女性前列腺样组织分泌出的液体。

6. G点：G点是以德国医生Ernst Gräfenberg的名字的首字母命名的，位于耻骨后的一处性敏感区。女性是否存在所谓的G点的说法还有争议。刺激这一区域被认为与阴道高潮和女性射精有关。

7. 阴茎大小：勃起阴茎的平均长度在5~6英寸（1英寸等于2.54厘米）之间。松弛的阴茎长度在1~4英寸间。

8. 男性的多次高潮：男性的多次高潮，特别是在几分钟内的伴随射精的多次高潮是很少见的。男性射精后，正常来讲，需要至少30分钟的恢复时间。在一次高潮和射精后，完全勃起的时间和到达高潮的时间会推后。多次高潮更多的发生在女性身上。

9. 性交持续时间：大部分性功能正常的男性在进入阴道后4~10分钟内会射精，在这点上存在个体差异。典型的过早射精的情况是在进入阴道后一分钟之内射精。持续20分钟以上是非常少见的（在两个标准差以外），而且可能会到达延迟射精的诊断。然而，射精是否太早或太晚的重要标准是男性对射精的自控程度，以及两个人对性交的满意或不满意程度。

10. 肛交和口交：只有10%的男性和9%的女性在过去一年中有过肛交。口交略微普遍一点，但不是很频繁；调查中27%的男性和19%的女性在过去一年中有过口交。

### 认知重构

导致性功能障碍——例如勃起功能障碍——的心理因素包括直接原因和间接原因 (Laumann *et al.*, 1999)。例如直接原因包括害怕失败、表现焦虑、反应焦虑（如对无法被唤起的焦虑）、缺少足够的刺激以及关系问题。为了找到间接问题，治疗需要导向性创伤的作用、性身份认同和性取向的话题、未解决的亲密关系或亲子依恋关系问题、宗教信仰、社会及文化方面的问题。这些问题应该在治疗初期进行探索，以便找到特别针对这些问题的治疗策略。

在戴维的案例中，我们能很快确定的是他显然在秉持着非常传统的性别角色。他强烈地认同自己有着男性的生理性别和性别角色。作为这一角色的一部分，他将自己看做是主导者，包括在性交当中。与其他有着很强的性别认同的男性相似，他相信一个“真正的”男人在任何时候都能有有效的性生活。反之，如果一个男人不能这样，他就不是一个真正的男人。因此，能够有满意的性生活对他来说是验证他还只是一个真正的男人的证据，在性生活中表现得不好这件事挑战到了他认为自己是一个真正的男人的想法。这一核心信念引起了一个特定的想法，如果他在性方面表现不好，那么他一定有什么严重的问题了。以下是寻找戴维的核心信念的一个例子：

### 临床案例：寻找核心信念

治疗师：对于昨晚不能保持勃起状态这件事，你为何如此沮丧？

戴维：那感觉糟透了，让我无地自容。

治疗师：哦，但是到底是什么让你觉得无地自容呢？谁看到了？你的妻子？

戴维：我不知道。我的妻子一直很支持我。只是我觉得自己是个失败者。

治疗师：因为你本应该在性生活中做得更好？

戴维：当然了。

治疗师：因为你是男人，真正的男人应该表现得好？

戴维：是的。

治疗师：如果一个男人在性生活中表现得不好呢？

戴维：那他就不是一个真正的男人，我猜。

治疗师：所以如果我理解对了的话，你的意思是，如果你不能维持勃起状态，你就会觉得很沮丧，因为任何时候一个真正的男人都应该在性交中表现得很好。如果你不能有有效的性交的话，那么你就不是一个真正的男人，是这样吗？

戴维：是的。

治疗师：看起来你对一个男人应该或不应该做什么有着非常清晰的认识。一个男人应该总能勃起并维持勃起，不管什么时候。如果不是这样的话，他就有严重的问题。那些“应该的”和“不应该的”事情引起了很多问题。我想仔细地去看一看这些“应该的”和“不应该的”事情，如果你不介意的话。你能识别出你的那些关于性的应该和不应该的事的想法吗？

## 足够的激励

戴维的非适应性信念，男人应该在任何条件任何时间下都能有有效的性表现，这一信念使他在与妻子的性生活中无法尝试那些能提高他自己愉悦体验的不同的策略。更重要的是，在戴维的想法中，保持性活力与性交是同义词。这更限制了他的选择和他认为的可能性。在接下来戴维、凯伦与治疗师的互动中，他想法的局限性完全地展现出来，并且他们尝试用一些其他的方法激励戴维。这一互动也为与一对夫妇讨论与性有关的话题提供了示例，使用恰当的词汇感觉不是很舒服。治疗师要确保自己在使用这些词汇的时候是舒服的，这一点很重要，这些词汇包括肛门、乳房、阴蒂、阴蒂高潮、勃起、包皮、龟头、乳头、口部刺激、性高潮、阴茎、阴囊、精液、性交、睾丸、阴道、外阴、振动器，这里只指出一些。

### 临床案例：寻找足够的激励的策略

治疗师：戴维，能请你描述一下你与凯伦上一次发生亲密和性行为的情况吗？

戴维：两天前的晚上。我们尝试了，但是我放弃了。还是不行。

戴维：它甚至都不够硬，所以我放弃了。感觉很糟。

凯伦：别说了，戴维，没有那么糟糕。

治疗师：所以你感觉沮丧是因为你无法勃起，对吗？

戴维：是的。

治疗师：我明白的。让我看看你可以做些什么来改变这种情况。让我们更细致地来分析一下当时的情境，告诉我是如何发生的，越详细越好。是谁采取的主动，然后发生了什么？

戴维：嗯，我们上了床，看了会儿电视，关上灯，然后亲吻互道晚安。然后我们开始拥抱。我抚摸她，然后我们尝试开始，但是没有进行下去。

治疗师：你抚摸凯伦的什么部位？

戴维：我抚摸她的乳房和下面。

治疗师：她的阴道？

戴维：是的。

治疗师：然后你刺激了她的阴蒂？

戴维：是的。

治疗师：你喜欢这样吗，凯伦？

凯伦：当然了，我喜欢。

治疗师：很好，那你是怎么做的，凯伦？

凯伦：我也抚摸了他。

治疗师：你触摸他的阴茎？

凯伦：是的。

治疗师：你喜欢这样吗，戴维？

戴维：我说了，它不起作用。

治疗师：我明白这对你来说感觉很挫败。但是我知道有一些简单的技巧，可以让你重新获得快感。让我们使用这个假阳具来示范如何刺激你的阴茎，我还有一瓶宝宝油能帮助提高性体验。首先，凯伦，向我展示你是怎么刺激他的阴茎的……

## 放松

令人愉悦的性生活和应激是不相容的。性可以帮助释放压力和应激，而压

力和应激会干扰性。保持放松状态可以提高性生活质量。提高性欲望和愉悦感。我们之前讨论过的一般的放松练习能帮助减缓压力，例如渐进式肌肉放松和意象放松。很明显，想象一个性场景是十分有帮助的。然而，如果想象的场景中包括了害怕、羞耻或其他矛盾的情感，就不推荐使用意象放松的策略。治疗师的原则是提供一个令人愉悦的环境，并且以一种开放的、非评价性的方式和来访者探讨与性有关的问题。

### 性感集中训练

这一术语由 Masters 和 Johnson (1970) 提出，指的是鼓励人们（通常是夫妻）聚焦于性带来的愉悦体验而不是把高潮作为性交的唯一目的一种特定的练习。性感集中训练由不同阶段组成。初期阶段，夫妻轮流触摸对方除了乳房和生殖器的身体其他部位。非生殖器的触摸的目的是提高对伴侣的皮肤和纹理的知识。进行触摸的一方要专注于他/她的身体什么地方最有意思，而不是关注他们的伴侣是不是喜欢这样。夫妻双方被要求不能进行性交或其他生殖器刺激，即使这时候确实被唤起了。这一最初阶段是安静地完成的，因为交谈会使感觉分心。

第二阶段，可以触摸乳房和生殖器。但性交和高潮还是不被允许的，强调身体上的感知，而不是对性唤起的预期。为了交流，被触摸的一方用手引导对方，让对方知道自己什么地方最敏感，用什么样的节奏和力量触摸感觉最好。下一阶段包括逐步提高对伴侣生殖器的刺激，然后进行完全的性交，并且专注于感受愉悦体验。不要聚焦于高潮。

### 其他策略

有很多针对性功能障碍的药物治疗方法。对勃起功能障碍，例如一些技术包括手术安装假阴茎、阴茎植入、腔内注射血管活性药物（如注射药物，如盐酸罂粟碱，帮助放松动脉壁肌肉细胞，扩张和增加阴茎内血液流量）、应用肛门括约肌和负压阴茎拉伸器，当然还有口服药物，如伟哥。

除了以上说过的心灵策略以外，其他心理学技术也被发展用于治疗男性和女性性功能障碍。瑜伽和正念技术开始应用于治疗多种性功能障碍。这些策略的实证研究支持尚不充分。然而，以下列出一些最普遍的和支持性策略：

## 性功能障碍的具体治疗策略

### 治疗女性高潮障碍的技术

- 自慰训练和指导自慰
- 凯格尔练习 (Kegel exercise): 训练耻骨尾骨肌 (盆底肌) 来治疗女性性欲低下障碍。
- 桥梁技巧 (Bridge maneuver): 在性交进行的同时，男性用手刺激阴蒂。
- 阴蒂定点刺激 (Coital alignment): 使用男性在上女性在下的“高骑”体位，同时对准敏感点，以给女性最大强度的刺激。

### 治疗早泄的技术

- 停止—开始技术 (Stop-start technique): 男性开始自慰，在接近射精的时候，要求他注意射精前的麻刺感，这时候可能会停止射精。然后停止刺激阴茎至少 15 秒，然后再开始自慰直到再次体验到麻刺感。
- 挤压技术 (Squeeze technique): 在阴茎完全勃起后，女性用手指按压阴茎龟头下的部位，以至于男性失去勃起，然后再次刺激阴茎。

## 实证支持

尽管本章中叙述了很多心理学策略，但在这一领域，药物治疗研究仍旧占了大部分。罗斯和雷柏鲁姆 (Rosen, Leiblum, 1995) 对这些研究做了综述。例如最近对于勃起功能障碍的元分析研究 (Melnik *et al.*, 2007)，正是戴维有的问题，有九个随机控制试验，比较了心理治疗、其他治疗 (伟哥、负压阴茎拉伸器、注射) 和控制组 (不进行任何治疗)。结果显示接受了任何一种治疗的 95% 的人都有了勃起反应，而控制组被试的数据是 0%。心理治疗加上传统治疗组与单纯的伟哥治疗组对比，结果显示药物合并心理治疗在提高性交成功率和减少勃起不能上显著优于单纯伟哥治疗组。各种积极治疗与单纯药物治疗之间都没有发现显著差异。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Kaplan, H. S. (1987). *The illustrated manual of sex therapy*, 2nd edition. New York: Brunner/Mazel.

### 给病人

Heiman, J., and LoPiccolo, J. (1992). *Becoming orgasmic*. New York: Fireside.

# 第十一章 处理疼痛

## 皮特的疼痛问题

皮特是一位 49 岁的公交司机，他的妻子叫珍。他们有两个已成年的孩子，两个孩子不住在同一个州。皮特忍受了多年的慢性疼痛的折磨，主要是在腰背部，最近他的肩膀、脖子和胳膊也开始疼了。皮特的这个毛病从 10 年前他经历了在等红灯时被另一辆车追尾这件事之后就开始了。X 光和其他身体检查只显示了他的背部有轻微擦伤，并且身体上受的伤在一个月之内就愈合了。然而，从车祸发生后，皮特的疼痛就一直持续并且越来越严重。他越来越受到疼痛问题的困扰，因为它影响了生活的方方面面，包括他的工作、业余爱好以及和妻子的浪漫生活。皮特以前常打保龄球，保养那台他有时会用于旅行的摩托车。然而，疼痛严重限制了他去做这些和其他一些事情的能力，所以他在过去的 7 年时间里都没有打保龄球和骑摩托车旅行。皮特的疼痛还严重干扰了他与妻子的性生活。因为疼痛，他与珍已经很少有性生活了，并且他害怕他的妻子会离开他或者有外遇。珍对皮特的态度是支持性的，并且没有迹象显示她会有什么婚外恋；然而，她对皮特的疼痛问题也感到十分挫败，因为这也干扰了珍自己的生活。皮特经常感到悲伤、挫败以及无助，因为在咨询过的医生当中没有一个能够帮助他解决这个问题。他感到自己的生活痛不欲生。他只想要摆脱这个疼痛的毛病，但是目前还没有找到有效

的方法。皮特已经尝试吃了 11 天的处方药了（镇痛药、精神科药物以及其他药物），没有任何一种药物使他的疼痛有所缓解。除了咨询很多医生以外，他还找了一个脊椎按摩师做了超过一年的按摩，但也没有任何改善。事实上，他所做的这一切反而加重了他的痛苦，因为这些努力让他大伤元气。作为一个公交司机，他不得不暂时离开工作岗位至少两个月的时间。三年前，其中一位他看过的医生告诉他可能患有纤维肌痛症。最终皮特重新回到了公交司机的工作岗位，但是决定只做兼职。这使他的家庭面临着巨大的财政压力。结果皮特处在了近于崩溃的境地，目前在一位专业治疗慢性疼痛的心理学家那里接受治疗。

## 定义

每个人都对疼痛的经历很熟悉。疼痛具有适应性功能，它促使人们有能力去识别物理上的伤害，对此作出有效反应以及避免受到伤害。然而，有接近 10% 的成年人在已诊断出的器质性病变痊愈后还长时间地存在持续疼痛感，提示我们有一些其他的因素维持着疼痛的存在 (Waddell, 1987)。传统的医学模型认为疼痛是在物理损害或其他病理发生时唤起的一种感官体验。现代观点整合了心理学因素，以更好地理解疼痛体验 (Fordyce, 1976; Gamsa, 1994a, 1994b; Melzack and Wall, 1982)。根据这些模型，疼痛是一个复杂的知觉现象，包括了众多的心理学因素。皮特的疼痛起自一场小型车祸。尽管物理损害微不足道，他的疼痛问题在痊愈后还是没有消失。疼痛反而变得更加厉害，从脖子和后背遍布到身体的其他部位，包括胳膊和肩膀。他看了很多医生和按摩师，这些经历看上去还让他的问题更加严重。最终他收到的诊断是纤维肌痛症。

纤维肌痛症是一种慢性疼痛综合征，它的定义是没有任何可识别的器质性基础的，在身体一些部位感受到的广泛性的疼痛。处于这种情况下的病人通常还会报告一些其他症状，诸如睡眠问题、疲劳以及抑郁。这一障碍影响着人群中 2%~7% 的人，并且与高水平的社会经济负担有关 (Bennett et al., 2007; Spaeth, 2009)。

## 治疗模型

皮特身体上的很多部分都经受着慢性疼痛，特别是他的腰背部、肩膀、脖

子以及胳膊。与其他有慢性疼痛的人相似，皮特的疼痛始自一个特别的事件，但是离物理损害痊愈还存在段时间。在皮特的案例中，标志着疼痛问题的起始点的事件是 10 年前的一场车祸。自从那时起，疼痛就一直严重影响着他的生活，干扰他的工作、业余爱好，甚至性生活。作为结果，皮特开始变得抑郁无助。他的工作是公交车司机，这份工作要求他在驾驶位置上一坐下来就是几个小时，这点更加重了他的疼痛问题。可以说，皮特的疼痛问题主导了他的生活。他已经在治疗他的疼痛病上花费了大量的金钱，然而，他接受的这些治疗没有一个能帮助他。其中一些干预，特别是在脊椎按摩师那里接受的治疗甚至还让他的疼痛加重了。

很明显地，在皮特目前的生活中，疼痛扮演着一个中心且决定性的角色。身体上受到的伤害是疼痛最初的触发因素，其他因素维持这一问题继续存在。他将自己经受着疼痛折磨的生活看作是痛不欲生、不可忍受的。疼痛持续地并且永远存在于他的脑海里。他有很强的愿望想要消除疼痛，让自己从中解放出来。然而，他做不到。持续频繁的疼痛体验让皮特感到很有压力，表现为高水平的生理唤起，愤怒感和挫败感。皮特也尝试去做一些避免引起疼痛体验的事情，如制作东西、打保龄球和骑摩托车，还有与妻子的性接触。这些行为的后果强化了皮特关于他的生活不值得继续的看法，以及更进一步强调了他想要消除疼痛的愿望。皮特非常绝望。图 11.1 显示了对皮特的疼痛问题有贡献的因素。

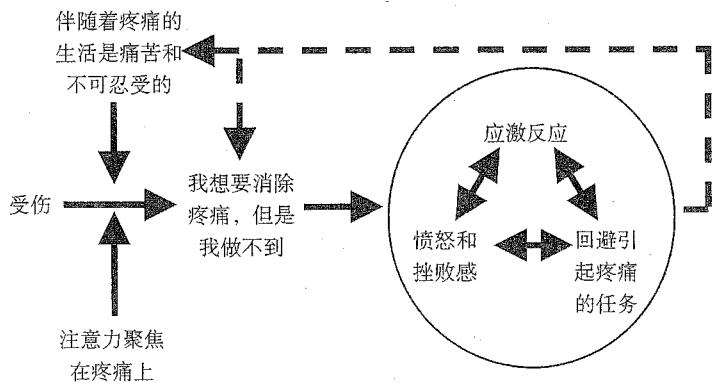


图 11.1 皮特的疼痛问题

## 治疗策略

皮特的疼痛是真实的。他迫切想要从慢性疼痛问题中解放出来。与疼痛的持续斗争使皮特处在强大的应激当中。研究显示，与疼痛相关的应激加强了个体对于疼痛的灾难化信念，并对疼痛的严重性和疼痛干扰日常生活都有贡献 (Sullivan et al., 2001)，在疼痛、与疼痛相关的应激以及与应激相关的疼痛之间建立了一个恶性循环。

与其他的疼痛患者面临的情况相似，皮特的疼痛与一起身体损伤相关。在最初的触发因素解决之后，当他在车祸中受的伤痊愈之后，他的疼痛变成了慢性病，这主要是由于维持疼痛问题存在的一些因素。其中最重要的维持因素是皮特对于疼痛体验的灾难化信念。与其他疼痛病患相似，皮特关于疼痛的认知让他的体验放大了。例如他感到疼痛让他的存在十分痛苦，并且让他的生活变得没有意义。作为结果，他的注意力集中在疼痛的体验上以及疼痛局限了他的生活范围。他反复回想有关疼痛的体验，这成为他的存在感的中心体验。我们之前讨论过（在第七章），反复回想和不住地担心疼痛会维持问题的存在，因为它导致图 11.2 中描绘的恶性循环。皮特为了消除疼痛所做的很多努力的失败也导致了他的挫败感和抑郁。此外，他对于疼痛的灾难化信念对于应激、高水平生理唤起以及愤怒和挫败感都有贡献。皮特为了避免疼痛使用了止痛药和其他一些策略，但是这些方法并不成功而且还进一步强化了他的负性思维以及认知。很多有效的干预策略能够打破皮特关于疼痛的恶性循环。这些策略在下文中进行了总结并且展示在图 11.2 中。

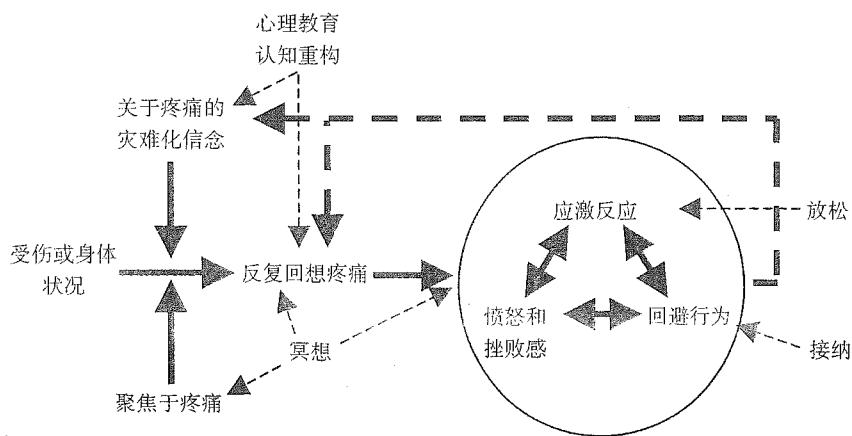


图 11.2 针对治疗疼痛的策略

### 心理教育

治疗的关键部分，特别是在整个治疗的开始，是与来访者讨论作为维持问题存在的因素的应激与疼痛之间的联系。正如在第一章概述中提到的，诱发因素 (initiating factors)，即问题最开始出现的原因(如皮特的背部在车祸中受伤)与维持因素 (maintaining factors)，即问题持续存在的原因，两者是不同的。

维持因素通常与导致最初受伤的因素不同。一个问题通常是由一个原因所引起，但却由于很多因素而持续存在。一个非常重要的维持因素是应激反应和疼痛之间的联系。事实是由应激导致疼痛并不意味着疼痛是不真实的。它只代表应激加剧了疼痛体验，并且相应的，疼痛可以触发应激体验。应激可以被看作是好事也可以是坏事，这取决于一个人如何看待疼痛。换句话说，应激能够加剧疼痛，严重了的疼痛反过来可以产生应激。这一恶性循环被灾难化的和非适应性的信念和认知过程所维持。这与负性情绪反应和避免疼痛的努力相关。

综上所述，尽管疼痛是真实的并且被物理损害所引发，心理因素也是很重要的。应激和负性思维对于维持疼痛体验有很大作用。通过识别和调整这些非适应性过程能够显著减少疼痛问题。

### 临床案例：对于疼痛的心理教育

为了理解疼痛体验，我们不仅要关注与疼痛相关的物理和生理层面的问题，还要认识到心理因素也是很重要的。我想要花几分钟时间说一说这些因素，因为它们对维持你的疼痛问题的作用很大。就像你所了解到的，疼痛会在你的生活引起明显的应激。例如你之前常打保龄球、骑摩托车旅行，而现在，你基本上停止了这两项活动。你也提到，疼痛对性生活也有负面影响。发生的所有这一切让我能够完全理解你为什么会变得如此抑郁。

知道疼痛和应激是两个联系紧密的事情是很重要的一点。疼痛让你很苦恼并且抑郁，而且你还提到当你感受到压力时这种疼痛会更频繁地发生，程度也更强烈。所以，现在让我们一起来对付疼痛—应激—疼痛这个恶性循环。

### 认知重构

皮特相信伴随疼痛的生活是无法忍受且这样的生活是没有意义的。这是一

个灾难化的信念。然而，不管他如何努力，他都不能消除疼痛，这进一步触发了应激反应、愤怒以及挫败感。作为回应，皮特努力尝试避免能引起疼痛的任务，这意味着皮特的疼痛问题严重干扰了他的生活。此外，疼痛还占据了他生活中的重要角色。这进一步加强了他的关于疼痛的影响的非适应性的信念，以及回避任何可能引起疼痛或导致更多的苦恼活动的意愿。

疼痛不能被理性地赶走。然而，突出强调灾难化思维和负性感受之间的联系是必要的。以下给出了一个例子。

### 临床案例：关于疼痛的灾难化信念

治疗师：你说你的生活是充满苦难的并且疼痛让你觉得无法生存。这听起来很严重。

皮特：是的，但是这是真事儿。

治疗师：这听上去像是一个奇怪的问题。但是如果伴随着疼痛的生活不能继续下去的话，那么为什么现在你还活着呢？我没有取笑你的意思，我是在试图理解是什么让你能够继续生活下去。

皮特：我猜可能是希望情况会有所改变吧。

治疗师：那要是你确切地知道情况不会发生改善呢，要是疼痛永远都不会消失呢？

皮特：我会自杀的。

治疗师：让我们花些时间来考虑一下这个问题。所以如果你知道疼痛永远都不会消失，你觉得你会自杀，这是为什么？

皮特：因为疼痛是不可忍受的。

治疗师：我完全理解，疼痛是一个很恐怖的体验。你的意思是说如果疼痛持续存在的话，你没有什么理由再活下去了，对吗？

皮特：我想是的。

治疗师：你自杀的好处是什么呢？

皮特：疼痛就会消失了。

治疗师：对！那坏处是什么呢？

皮特：你的意思是？当然是我就死了啊。

治疗师：是的，但是让我们想想那些你爱的人，你喜欢做的事情，那些

你错过的事情。

皮特：我猜我会想念一些事情，我的朋友和家人会很伤心。但是这将是一种解放。

治疗师：是的，但是从本质上来说疼痛不仅干扰了你目前的生活，它还夺走了你的未来，因为你会因为疼痛而死。重要的一点是：你所经历的疼痛是非常恐怖的体验。然而，你对疼痛的回应让它变得比你的力量还要强大。你会因为它而自杀。我们不能有效地控制你的疼痛，然而，我们可以阻止疼痛控制你！这一点是否有意义？你能告诉我你是怎么理解我刚才所说的话吗？

### 放松和冥想

针对疼痛引起的应激反应的一个有效策略是放松和冥想技术。对慢性疼痛病人来说，冥想练习（如第七章里提到的瑜伽呼吸法和第八章说过的 LKM）是一个有效的减缓应激的技术。而且，一个对疼痛病人非常受益的放松练习是渐进式的肌肉放松。这种技术不仅仅是一种有效的减缓应激的技术，而且它还能通过放松特定肌肉群来对付疼痛问题。以下给出的是渐进式肌肉放松练习的例子。

### 临床案例：渐进式肌肉放松

假设你正在一个安静的环境中，以一个舒服的姿势坐在一个舒服的椅子上。脱掉你的鞋和让你有束缚感的衣服。闭上眼睛。按以下步骤，紧张和放松每一肌肉群：

1. 前额：皱紧你的前额肌肉，就好像要将你的眉毛拉到发际线；保持五秒。然后放松，注意去感受前额肌肉在紧张状态时和松弛状态时的区别。
2. 眼睛和鼻子：尽量紧地闭上双眼。保持五秒，然后放松，注意去感受肌肉在紧张状态时和松弛状态时的区别。
3. 嘴唇、面颊和下颌：嘴角向后拉，就像你在做鬼脸。保持五秒，然后放松，注意去感受紧张和松弛的区别，体会脸部的放松感。
4. 双手：双臂伸平。双手紧握拳，保持五秒，然后放松，注意去感受

在紧张状态时和松弛状态时的区别。

5. 大臂：胳膊肘弯曲。紧张肱二头肌，保持五秒，然后放松，注意去感受在紧张状态时和松弛状态时的区别。

6. 肩膀：耸肩并保持五秒，然后放松。

7. 后背：背部和颈部紧靠座椅，有意识地绷紧这部分肌肉。保持五秒，然后放松，注意去感受在紧张状态时和松弛状态时的区别。

8. 腹部：绷紧腹部肌肉保持五秒，然后放松，绷紧这部分肌肉。保持五秒，然后放松，注意去感受在紧张状态时和松弛状态时的区别。

9. 髋部和臀部：绷紧髋部和臀部肌肉保持五秒，然后放松，注意去感受在紧张状态时和松弛状态时的区别。

10. 大腿：绷紧腿部肌肉，尽量紧地靠在一起。维持五秒或更长时间，然后放松，注意去感受在紧张状态时和松弛状态时的区别。

11. 脚：脚尖向身体方向绷紧。保持五秒或更多时间，然后放松，注意去感受在紧张状态时和松弛状态时的区别。

12. 脚趾：蜷曲脚趾五秒钟，然后放松。

13. 感觉身体上的每一部分肌肉，看看还有哪部分处在紧张状态。如果需要的话，再对该部分肌肉做4—5次紧张和放松。

## 接纳

慢性疼痛的传统干预方法主要针对的是控制疼痛症状；例如使用手术、冥想或放松技术。然而，对于许多疼痛患者，疼痛对这些干预并不那么敏感。如果疼痛主导了病人的家庭生活、工作或其他重要的生活方面，这一情况会变得严重（McCracken *et al.*, 2004）。而且，过度的回避疼痛经历与更多的身体或精神上的障碍和痛苦有关（Asmundson *et al.*, 1999）。

接纳的策略对那些非适应性的尝试很有作用，对于那些看上去无法控制的情境来说，它能帮助增加控制感。对慢性疼痛的接纳被定义为，“对参与生活中有意义的活动的一种积极的意愿，无视那些与疼痛相关的感受、想法或其他可能会阻碍你参与活动的感觉”（McCracken *et al.*, 2004, p. 6）。在这一背景下，接纳并不是说让病人屈服于疼痛，认为这是自己的宿命或对此持消极态度，也

不代表让病人尝试将疼痛重构成为一种积极体验。而是它鼓励病人以一种新的视角来看待自己的疼痛体验和疼痛对自己生活的影响。接纳疼痛是指病人被鼓励作出如下决定，即放弃为了控制疼痛而做的挣扎，并且作出将生命活出价值的行动，同时接纳自己的疼痛体验（Hayes, 2004）。接纳的策略对精神障碍有特别的帮助，这些精神障碍是通过尝试去回避或压抑个人体验（如疼痛、担忧或强迫思维）而部分维持的，导致这种回避和压抑的体验此起彼伏。接纳的策略帮助病人认识到，所有对于控制个人时间的控制都是问题的一部分，而不是解决方式。这种策略在东方医学中有很长的一段历史记载，例如佛教禅宗和森田疗法（Hofmann, 2008b）。

### 临床案例：接纳策略

以下摘自森田疗法（Morita 1998/1874, pp. 8-9），对接纳策略的描述：

一头拴在柱子上的驴为了挣脱绳子不停地绕着柱子走，这只会让它越来越靠近柱子而最后无法动弹。对有着强迫想法的人来说也是一样，当他们尝试摆脱恐惧和不舒适感时，反而会陷在自己的痛苦中越来越深。然而，如果他们忍受疼痛并且将它看作是有某种必然性，就不会陷在其中；这与那头被拴在柱子上的驴的情况是一样的。

从这个例子中我们可以感受到接纳的策略——对付疼痛的策略。为了不再重复那些不成功的控制疼痛的尝试，包括心理的（如分散注意力）、生理的（如物理疗法）和药物（如吃药或手术），病人被鼓励去接纳疼痛，体验原本的样子，而不是尝试去回避或修正它。不尝试去控制它后，病人反而增加了对这种体验的掌控力。

值得注意的是，这一方法只能很困难地被部分执行，因为它显然有悖常理并且部分干扰其他可能对控制疼痛有效的策略，包括心理方法（放松策略）和药物治疗。因此，接纳策略仅在其他有效或更便捷的控制疼痛的策略不起作用之后才被推荐使用。基于接纳的策略可作为一种可行的后备策略在其他技术使用之后再使用。

## 实证支持

对慢性疼痛的治疗是具有挑战性的，并且其预后很差（Goldenberg *et al.*, 2004）。研究显示药物疗法对疼痛障碍是一种有效的治疗方式，如抗抑郁药物（Hauser *et al.*, 2009）。然而，药理学干预常会导致治疗的脱落和反向效果（Marcus, 2009）。已发现心理干预对慢性疼痛的有效性（Abeles *et al.*, 2008；Eccleston *et al.*, 2009；Richmond *et al.*, 1996），包括慢性腰背部疼痛（Hoffman *et al.*, 2007）和纤维肌痛（Glombiewski *et al.*, 2010）。对慢性腰背部疼痛的元分析的心理干预视角随机检验了 22 例控制试验（Hoffman *et al.*, 2007）。心理干预的积极结果，与各种控制组对比，在疼痛强度、疼痛相关的困扰、健康相关的生活质量以及抑郁上都观察到了。CBT 和自我调节治疗是特别有效的。疼痛干扰的短期积极效果和返回工作的长期积极效果也在多学科方法研究中被观察到了，这些方法包括了心理学成分。总体来说，在这一研究结果中可以看到，对腰背部慢性疼痛的心理干预是有效果的。特别是与这个案例相关的一个元分析研究，检验了对纤维肌痛做心理治疗的短期和长期疗效（Glombiewski *et al.*, 2010）。这个研究包含了 23 个试验，30 个心理治疗条件和 1396 名病人。在心理干预后平均超过 7.4 个月的随访研究中（Hedge's  $g=0.47$ ）结果显示短期疼痛减轻是显著的，但是其统计效应相对较小，以及在长期的疼痛减轻上的效应大小为小到中等程度。这些干预也对减轻睡眠问题（Hedge's  $g=0.46$ ）、抑郁（Hedge's  $g=0.33$ ）以及改善功能状态（Hedge's  $g=0.42$ ）是有效的，这一疗效在随后的测量中也能保持稳定。调节分析显示了在短期疼痛减轻上传统 CBT 比其他心理治疗方法的效果更优（Hedge's  $g=0.60$ ），治疗时间越久效果越佳。除了传统 CBT 技术，接纳策略也是潜在地解决慢性疼痛问题的有效方法。例如对疼痛的接纳度更高则知觉到的疼痛感越轻、与疼痛相关的焦虑和回避越少、抑郁越轻、身体上和社交无能感越轻，而且工作状态越好（McCracken, 1998）。所以，对纤维肌痛进行心理治疗的疗效是相对小的，但是效果是稳健的，与有报告结果的其他疼痛和药物疗法具有可比性。更重要的是，传统 CBT 有更强的效应。鼓励病人接纳慢性疼痛，而不是回避它，可以进一步提高对慢性疼痛治疗的有效性。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Thorn, B. F. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain: A step-by-step guide.* New York: Guilford.

### 给病人

Otis, J. D. (2007). *Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach (workbook).* New York: Oxford University Press.

## 第十二章 掌控睡眠

### 托尼的睡眠问题

托尼是一名 24 岁的研究生，商业管理专业，自己住在校外。托尼是一个严于律己的学生，成绩平平。除了睡眠问题，总体上他很健康，并且没有任何不寻常的焦虑、抑郁或其他心理问题。托尼的睡眠会被来自学校或社交中的压力所干扰。然而，即使没有任何不寻常的压力，托尼也会觉得入睡困难。自从开始上大学，他的睡眠问题就越来越糟。他需要花很长时间才能睡着，并且有时会在午夜或凌晨醒来，醒来后就再也睡不着了。结果一到该去睡觉的时间，他就开始担心万一他睡不着怎么办。他卧室里有一台电视，有时可以帮助他减轻这种焦虑。几乎每天晚上，他都是 6 点就早早吃完晚饭，学习到 7 点然后准备去睡觉，给自己留出足够的时间进入睡眠。他通常自己做饭吃，喝两到三杯酒以便让他自己平静下来。他通常在晚饭后和睡觉之前看一个小时的电视，大概在 8—9 点左右。然后他就开始辗转反侧，在他真正睡着之前这个过程要持续 4 个小时左右。托尼通常在 6 点左右起床。有时他会在午夜或凌晨 3、4 点醒来，然后就没法再睡着了。这时他会看电视或查邮件。为了补足睡眠，他一周中要睡一到两次，一周中的三天中午会打会儿盹。他也会在周末的白天睡很长时间为了补足睡眠。他通常会在周五和周六晚上和他的朋友去泡吧或者看体育比赛。托尼有些超重。他喜欢做饭和看

体育节目。他没有任何惯例的运动计划，除了时不时地和朋友打打垒球。他尝试过许多药物来解决睡眠问题，但都没有作用。

## 定义

睡眠问题，通俗叫法是失眠。流行病学调查结果显示在一年的时间节点中至少有 30% 的人有睡眠问题，接近 7% 的人达到了失眠诊断 (LeBlanc *et al.*, 2006)。大体上，失眠被定义为不能入睡、无法维持睡眠状态以及不能获得满意的睡眠质量。这些睡眠问题会导致个体明显的不适感，扰乱个体正常生活，即使个体想睡但就是睡不着。失眠与许多不同的心理问题相关，包括抑郁、焦虑、物质使用问题以及一些药物使用情况。接近 1%~2% 的人口经历着原发性失眠，原发性失眠被定义为一种显著的睡眠问题并与其他合并症是独立的关系。一般性失眠会发生在任何年龄阶段，而原发性失眠在年轻人中更常见，像托尼的年龄。

DSM-IV 对原发性失眠的诊断标准是：(1) 不能入睡或维持睡眠状态至少一个月；(2) 睡眠问题导致了明显的苦恼和影响了社会或职业功能；(3) 这一问题不是任何其他睡眠或精神障碍的结果，也不是物质使用或药物的副作用。就像前面讨论过的，托尼在入睡和维持睡眠状态上存在问题，这对他来讲很苦恼。他的睡眠问题与其他精神障碍或药物使用无关，托尼看上去达到了原发性失眠的诊断。

我们晚上睡觉是因为我们的身体遵循着内部生物钟（生物节律）。生物钟调节着睡眠—清醒的循环，还有消化和体温的节律性变化。如果我们在倒时差或工作到昼夜颠倒，这个自然的内部循环就会被打破。而且，这一节律性还可被一些不健康的习惯所破坏。包括白天睡觉、睡觉太早、没有足够的放松时间、睡觉之前进行太多脑部劳动、看电视或在床上进行与睡眠无关的活动、太努力尝试去睡觉、担心无法入睡以及担心缺觉的后果。

矛盾的是，我们越是努力尝试进入睡眠，就越难入睡。这更可能是与下述情况有关，即当尝试入睡时，实际上是增加了认知负载。这种作用在安斯菲尔德及其同事的研究中被证实 (Ansfield, 1996)。在这一研究中，睡眠良好的被试被分成两组，一组告诉他们尽可能快地入睡，一组告诉他们想什么时候睡都

行，然后将两组被试随机分别分入以下两个实验组，一个是高认知负载组（听进行曲），一个是低认知负载组（听新时代音乐）。结果显示那些高认知负载组的被要求尽可能快地入睡的被试更难进入睡眠，表明认知负载在睡眠困扰中起到关键作用。

## 治疗模型

托尼有很多典型的不利于睡眠的行为。他担心无法得到足够睡眠，并且相信如果他不获得至少六个小时的睡眠时间的话，就无法正常工作。他担心睡眠缺乏会对他集中学习的能力有负面影响，会导致他得到很差的分数，甚至在重要考试中不及格。因此，他每天很早就去睡觉。并且，托尼还会做一些会导致不良睡眠习惯的行为；他在睡觉前吃得饱、喝酒，还在睡前关灯看电视。白天他也不会进行体育活动。托尼睡眠问题的倾向性，他在学校里经历的压力，以及他不良的睡眠卫生习惯，结合对于睡眠的非适应性认知信念，都会导致他的原发性失眠。图 12.1 描绘了托尼的睡眠问题的循环。

## 治疗策略

一个有关原发性失眠的著名的认知模型由哈维（Harvey, 2000）提出。这个模型与克拉克（Clark, 1986）关于惊恐障碍的模型有很多相似之处。这个模型提出有失眠问题的人通常都想要尽快入睡并且睡得越多越好。结果他们会担忧不能得到足够睡眠以及太少的睡眠会对健康和职业功能有损害。过度的负性的认知活动会导致过度的生理唤起以及主观苦恼。作为结果，失眠的人会选择性地注意和监控与睡眠相关的线索，例如与入睡一致或不一致的任何身体迹象，以及持续记录他们清醒着的时间。这些选择性注意和监控过程，与被扭曲的对于睡眠和白天精力衰竭的知觉、非适应性的信念以及适得其反的增加睡眠的努力联结在一起，导致与生理唤起和主观体验相关的过度担忧的升级。

打破托尼的恶性循环的有效策略包括：(1) 矫正他非适应性的认知，告诉他什么是睡眠以及睡眠问题的本质是什么，(2) 刺激控制指令（如白天不再打盹以及周末避免过多的睡眠），(3) 减少躺在床上尝试入睡的时间。其他可能

有效，但是还未被验证的策略包括正念冥想。就像之前讨论过的，对于睡眠的担忧是造成睡眠问题的主要原因，并且，就像第七章提到的，正念疗法是对抗担忧和反复回想的有效策略。图 12.2 中对有效的策略做了总结，以下将对每一策略进行具体说明。

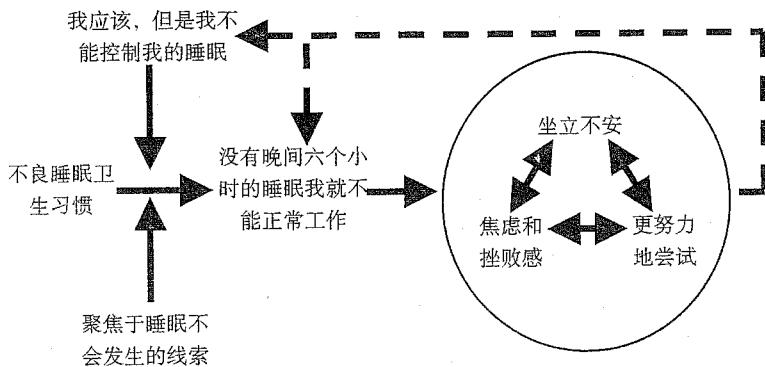


图 12.1 托尼的睡眠问题

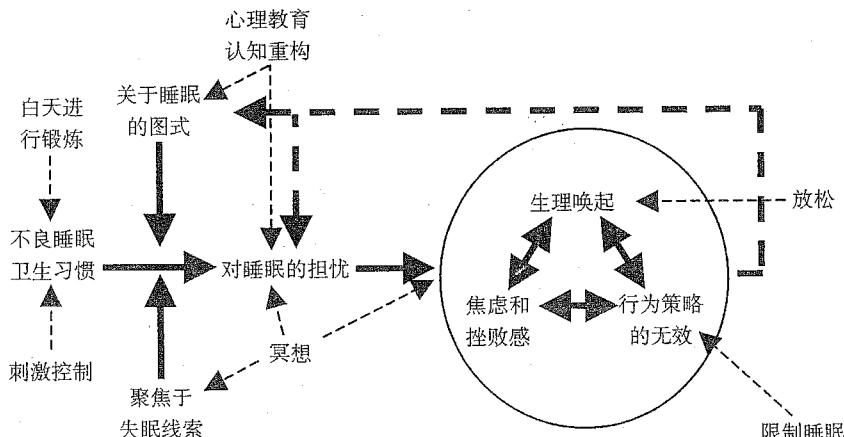


图 12.2 针对失眠的策略

## 心理教育

长期存在的机制（如不良睡眠卫生习惯），突发事件（如应激），以及易感因素都会作用于失眠。有睡眠问题的人常会对以下方面做出错误知觉，即所需的睡眠时间、睡眠的生物机制、太少睡眠带来的可能影响以及对提供给身体足够的睡眠有帮助的策略。关于这些话题的心理教育是一项很基本的有效的治疗策略。病人会有这样的倾向性，即过高估计太少睡眠可能会存在危险，这通常

会使睡眠问题长期存在。睡眠是一个自然的生理过程。在原发性失眠的案例中，病人矛盾地使用非适应性的睡眠策略，作为控制他们睡眠的方式。以下是一个关于睡眠的心理教育的例子。它更进一步地解释睡眠的作用，说明了托尼为了增加睡眠的许多尝试实际上加重了他的睡眠问题。

### 临床案例：关于睡眠的心理教育

基于我们的评估，你达到了原发性失眠的诊断标准。它被称为是“原发性的”是因为，你的睡眠问题没有确切的原因，就像抑郁。好消息是我相信我们将要一起进行的治疗会对你的失眠问题产生作用。在我们讨论具体策略之前，我想花一点时间去澄清睡眠的作用，并且与你讨论你用以控制睡眠的策略。

睡眠是一个自发过程。如果我们的身体需要食物，我们就会觉得饿，想吃东西；如果我们的身体需要水，我们会觉得渴，如果我们的身体需要休息，我们会觉得疲惫，想要睡觉。这些基本动机受到我们的初级大脑皮层的管控，特别是下丘脑，下丘脑是自主神经系统的控制中枢。自主神经系统的活动具有自主性，不受自愿意识的控制。它控制呼吸和体温。决定我们什么时候饿或渴，并且控制我们的睡眠。尽管这些过程是无意识的，它们也会被高级皮层过程所扰乱，高级皮层受到我们的意识控制。例如尽管你饿了，但是你能够决定吃什么或喝什么。相似地，你可以通过做或回避一些事情来扰乱你的睡眠。这些通常是你用来帮助你睡眠的特定的思维或行为方式，但是在不经意间维持了你的睡眠问题。

在我们讨论这些导致你睡眠问题的行为和思维方式之前，我想向你介绍一些有关睡眠的信息。请告诉我你所知道的睡眠是什么。你认为你需要多少睡眠时间？不良睡眠的后果是什么？你认为克服睡眠问题的有效策略有哪些？（探索和讨论病人关于睡眠的信念）

我希望我们的讨论对你有帮助。所以总结一下，让我指出其中的关键点：（1）睡眠是一个自发过程，是不受我们的意识控制的；（2）没有特定的人所需要的最少睡眠这一概念；许多人需要7—8个小时。一些人只需要5个小时或更少的睡眠时间，还有些人则需要9个或更多小时的睡眠；（3）你需要的睡眠时间基于你的生物钟（节律）；（4）生物节律可以被另一个时区（倒时差）、应激、药物疗法、酒精、药物或者你的睡眠卫生习惯所扰乱。

### 认知重构

有关睡眠的心理教育可以有效修改很多长时间持有的但不正确的有关睡眠的信念。例如人们通常会很惊讶，当他们学习与睡眠发生本质有关的、平均睡眠时间以及睡眠剥夺的短期和长期影响。

人们很多非适应性的关于睡眠的认知都是被错误知觉的，由于与灾难化思维相关的错误（夸大一个事件情境的负性后果，或一件事情的发生概率）。与使用在其他精神问题上的认知技术相似的，治疗师询问一些问题来识别和挑战非适应性的思维，目的是鼓励病人批判性地评价他/她非适应性的信念和假设（苏格拉底式提问）。对上床睡觉的担忧尤其是一个有问题的过程，因为它维持了睡眠问题的存在。以下这段对话表达了苏格拉底式提问是如何使用的。

### 临床案例：担忧的作用

治疗师：你跟我说当你躺在床上时你觉得很担忧。你能向我描述一下你具体担忧些什么呢？

托尼：我非常担心不能得到充足的睡眠。对其他事情我也担心，这些事通常与我的学业有关。

治疗师：当你担心不能得到充足睡眠时，你害怕的是将要发生什么事情？

托尼：看情况，当我第二天有一个重要项目要做的时候，我会担心我不能完成，或者我会担心白天太累了而考试考不好。

治疗师：如果你考试感觉不好或不能完成这个项目，那又会发生什么呢？

托尼：我猜我可能会不及格。

治疗师：然后呢？

托尼：我就不能拿到学位。

治疗师：然后呢？

托尼：这将会是一件很不好的事情。我的父母会觉得很愤怒。

治疗师：我猜他们会的。你看，基于我们讨论过的有关睡眠的信息，这一情境是不太可能的。我们说了怎样，甚至何时你觉得自己没有得到足够的睡眠，你通常可以完成第二天的重要任务。然而，为了了解你为什么认为得到一个好的睡眠是一件很重要的事情，我们需要去了解如果你不能得到充足的睡眠，你害怕将要发生的是什么。为了回答这两个问题，我想要探索最坏的

可能情境和后果。所以让我们假设你辍学了并且你的父母恼羞成怒。然后会发生什么？

托尼：我不知道。我从没想过。我猜我可能会找工作。

治疗师：什么样的工作？

托尼：我不确定。我得想一想。我猜我会在餐厅工作——我曾经做过，在我刚开始上大学的时候。

治疗师：我知道辍学不是一个想要的结果，并且这会让你的父母失望。然而，听上去即使这种情况真的发生了，你也会找到方法去解决它。另外，我们都知道这是一个不太可能发生的情况。你同意吗？

托尼：是的。

治疗师：所以，这件事发生的概率是很低的，而且即使它发生了，你也能处理好。讽刺的是，对这件事的担忧让它显得更可能发生。担心不能获得充足睡眠是你睡眠不好的一个原因。所以我们需要做的是说服你自己，担忧是没有帮助的。实际上，担忧只会让事情变得更糟糕，因为它会干扰你想要入睡的自发需要。

托尼：我该怎么停止担忧？

治疗师：好问题。我们将要讨论很多策略来减轻你的担忧。第一步是认识到担忧是构成你睡眠问题的主要部分。认识到以下这一点也是很重要的，那就是不充足的睡眠是不会导致灾难化事件的发生的。我鼓励你跟随你的身体并且慢慢地训练你的身体入睡，而不是强迫你的身体去睡觉。

### 刺激控制

刺激控制策略强调抑制机制，它的出现是由于与失眠相关的条件性唤起。例如卧室和床的情境线索会与睡眠问题联系在一起，感受也和这些问题联系在一起（如焦虑或担忧），当一个人很多个晚上在同一情境中与睡眠问题做斗争的时候。刺激控制策略基于这样一个假设，时间和睡眠设置（如上床时间和卧室）与重复的不成功的入睡尝试联结在一起。一段时间后，这些刺激就成为唤起失眠问题的条件化线索。刺激控制的目的是将床、上床时间和卧室重新与成功的睡眠尝试联结在一起。刺激控制是一个基本的有效的重新建立睡眠的行为

规则。有很多相对简单的，但同时是非常有效的将睡眠和床与卧室联结在一起的策略。以下是刺激控制的有效方法。

### 临床案例：刺激控制

1. 只有当你困了的时候，才能上床。
2. 床用来睡觉和做性事，而没有其他的用途（例如看书或看电视）。
3. 如果你 30 分钟内不能入睡，就从床上起来，去另一间屋子做一些事情让自己变困（例如听音乐或看有趣的书）。
4. 每天早上按时起床。
5. 白天不要打盹。

### 睡眠限制

睡眠限制策略针对的问题是，一个人躺在床上很长时间都不能入睡。睡眠限制的目的是，用实际需要的睡眠时间来调整花费在床上躺着睡不着的全部时间。为了确定需要的睡眠时间，记录两周的睡眠日志是很必要的，列出去睡觉、进入睡眠以及醒来的时间。基于这个睡眠日志，平均睡眠时间就可以被计算出来了。在床上花费的时间需要被控制在平均睡眠时间加上 30 分钟之内。例如，托尼的睡眠日志显示他的平均睡眠时间是 6.5 个小时，那么他在床上的时间不能超过 7 个小时。因为他把闹钟设置在早上 6 点，他就要每晚 11 点睡觉。尽管人们对他们需要的睡眠时间很在意，在床上的时间也不能少于 5 个小时。然而，治疗师应该灵活地决定这一时间从而调整在床上的时间，依据就是这一方法的成功。

### 放松和冥想

很多技术都对降低与对睡眠的焦虑相关的生理唤起有帮助。与民间说法不一致的是，数羊是无效的，因为它需要很多认知活动，虽然无聊。取而代之的是，关注于身体的放松策略更有效。需要指出的是，尽管一些放松练习在听一些录音脚本时是最有效果的（如通过一个音频轨道），例如渐进式肌肉放松，这是需要认知资源的。典型的是，没有完美的有助于睡眠的放松方式，因为它们不会降低认知唤起。其他方法，包括收紧脚趾、想象和呼吸策略（如下）。

只要需要就可以做这些练习，但推荐的方式是在入睡前 15 分钟进行。根据病人的需要，这些练习可以相互结合（如收紧脚趾的同时呼吸和想象一个轻松场景）。最后，很多在之前的章节中讨论过的冥想练习也可以在此使用，或结合使用。下面展示的是一些有效的策略。

### 临床案例：收紧脚趾

1. 躺好并闭上眼睛。
2. 将脚趾向上身方向拉伸。
3. 慢慢地数到 10，然后放松你的脚趾。
4. 慢慢地数到 10。
5. 重复以上四步。

### 临床案例：呼吸训练

1. 闭上眼睛躺好。
2. 一只手放在肚子上，另一只手放在胸部。在你呼气和吸气的时候注意肚子和胸腔的起落。
3. 将注意力集中在呼吸上。如果其他想法进入你的脑子，就随它们去，就集中在呼吸上。
4. 放慢呼吸节奏，吸气后停留两秒再呼气。

### 临床案例：想象

1. 闭上眼睛躺好。
2. 想象你置身于一个安静的地方（例如沙滩，森林，高山或大草原）。
3. 想象这个地方的声音、闻到什么或者能看到什么（如波浪，森林中沙沙作响的树叶，山上凉爽的风）。
4. 这种感受可以通过听录有大自然声音的磁带来提高（有很多可以免费下载到大自然声音的网站）。

### 改善睡眠卫生习惯

不良的睡眠卫生习惯是指干扰到睡眠的习惯。这些习惯包括很多我们在之

前讨论过的因素。其他因素列在下面。

### 临床案例：改善你的睡眠卫生习惯

1. 避免饮酒、喝咖啡（包括苏打水和茶）以及吃巧克力。如果你不能避免这些，至少在上床睡觉前 4—6 个小时内不要吃这些东西。巧克力和咖啡是精神兴奋剂。酒精起初会产生困意，然而，几个小时之后就会有刺激作用，当血液中的酒精浓度下降时。
2. 避免含糖、辣椒的刺激性饮食。如果你不能避免这些，至少在睡觉前 4—6 个小时内不要吃这些东西。吃一些低脂的有助于消化的简餐（比如鸡肉、米饭、面包、蔬菜、鸡茸汤或意面）。
3. 在睡觉前给自己一些放松时间，避免在睡前做脑力活动。
4. 避免处理感情唤起的情境，包括在睡前看情感电影。
5. 确保你的卧室的环境舒适。你的床也应该是舒适的。卧室的温度和湿度要适宜，并且通风要好（如不能是闷的或有异味的）。
6. 卧室应该黑暗且安静。如果有很多噪音，就用耳塞或换一个房间睡。
7. 建立一个睡眠仪式行为，在睡前做。这可以是很多事情。你可以尝试：听特殊的音乐或专辑（例如听放松的古典音乐或爵士乐）、听收音机或洗个热水澡。试着不要看电视，因为这个刺激太强烈了。而且在入睡前喝东西要谨慎（如热牛奶或茶），因为如果你中途要去上厕所就会打扰到你的睡眠。有研究称睡前喝水不会打扰睡眠，因此可以尝试热牛奶加蜂蜜。
8. 关注一下自己哪种姿势睡觉最舒服。一些人发现平躺最适合；其他人喜欢面朝右侧睡。当面向左侧时，会更容易感知到心跳，因此对一些人来说这也是一个分心刺激。

### 在白天进行身体锻炼

一个令人惊讶的还在研究中的针对失眠的策略是锻炼身体。基本上做一些体育锻炼是推荐的（如慢走），但是越临近睡觉时间越要避免做一些强度大的体育运动。由于睡眠的修复作用，早上或白天的运动（至少 30 分钟的慢跑）是有助于治疗失眠的。身体上的劳累可以使人体维持节律性的循环，这是有助于短期的睡眠的，而且会提高睡眠的维持。

## 实证支持

对原发性失眠最普遍的治疗是药物治疗,例如安眠药和抗抑郁药(Walsh & Schweitzer, 1999)。可以替代药物治疗的一个有效的、健康和持久的治疗方法是CBT,这一点在很多研究中已被证实(如Morin et al., 2006;综述见,Lacks & Morin, 1992; Edinger & Means, 2005)。这些研究表明心理和行为疗法在治疗原发性失眠以及与药物使用和某些精神障碍相关的睡眠问题上,是有作用的。此外,治疗后的睡眠改善效果也是持久的。例如一个双盲的安慰剂控制组与CBT组(包括心理教育、刺激控制和睡眠限制)对照,以及渐进式肌肉放松和心理安慰剂干预,包括一个准脱敏疗法用以消除条件性唤起(Edinger et al., 2001)。75名病人被随机分入三个实验组,治疗持续6周时间。在治疗前、治疗后以及治疗结束6个月后做三次评估。CBT在治疗后和治疗结束6个月后的评估结果显著优于其他两个实验组。这一结果的数据来自于病人记录的睡眠日志、自我报告问卷和多导睡眠图数据。

## 推荐进一步阅读

### 给治疗师

Esinger, J. D., and Carney, C. E (2008). Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach. Therapist guide. New York: Oxford University Press.

### 给病人

Silberman, S., and Morin, C. M. (2009). The insomnia workbook: A comprehensive guide to getting the sleep you need. Oakland, Ca: New Harbinger.

## 参考文献

- Abeles, M., Solitar, B. M., Pillinger, M. H., and Abeles, A. M. (2008). Update on fibromyalgia therapy. *American Journal of Medicine*, 121, 555–561.
- Abramowitz, J. S. (2009). *Getting over OCD: A 10-step workbook for taking back your life*. New York: NYL Guilford Press.
- Abramson, L. Y., and Seligman, M. E., (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
- Allen, J. P., Mattson, M. E., Miller, W. R., Tonigan, J. S., Connors, G. J., Rychtarik, R. G., Randall, C. L., Anton, R. F., Kadden, R. M., Litt, M., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Carbonari, J., Zweben, A., Longabaugh, R. H., Stout, R. L., Donovan, D., Babor, T. F., Del Boca, F. K., Rounsville, B. J., Carroll, K. M., Wirtz, P. W., Bailey, S., Brady, K., Cisler, R., Hester, R. K., Kiylahan, D. R., Nirenberg, T. D., Pate, L. A., and Sturgis, F. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity. Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Allen, J. P., Anton, R. F., Babor, T. F., Carbonari, J., Carroll, K. M., Carroll, K. M., Connors, G. J., Cooney, N. L., Del Boca, F. K., DiClemente, C. C., Donovan, D., Kadden, R. M., Litt, M., Longabaugh, R., Mattson, M., Miller, W. R., Randall, C. L., Rounsville, B. J., Rychtarik, R. G., Stout, R. L., Tonigan, J. S., Wirtz, P. W., and Zweben, A. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- Alloy, L. B., and Clements, C. M. (1992). Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 234–245.
- Altman, L. K. (2006, September 17). Psychiatrist is among five chosen for medical award. *New York Times*, <http://www.nytimes.com/2006/09/17/health/17lasker.html>.
- Ansfield, M. E., Wegner, D. M., and Bowser, R. (1996). Ironic effects of sleep urgency. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 523–531.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., and Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Antony, M. M., Craske, M. G., and Barlow, D. H. (2006). *Mastering your fears and phobias: Treatments that work*, 2nd edition, workbook. New York: Oxford University Press.
- Asmundson, G. J. G., Norton, P. J., and Norton, G. R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97–119.
- Astin, J. A., Berman, B. M., Bausell, B., Lee, W. L., Hochberg, M., and Forsy, K. L. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Rheumatology*, 30, 2257–2262.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H.-J., and Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: A preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 701–715.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140–148.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., and Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic*, 3rd edition, workbook. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., and Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529–2536.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184–200.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library/Meridian.
- Beck, A. T., and Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*, 2nd edition. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74, 183–200.
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J., and Matallana, L. (2007). An Internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 8, 27.
- Bishop, M., Lau, S., Shapiro, L., Carlson, N. D., Anderson, J., Carmody Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., and Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.

- Borkovec, T. D., and Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69–73.
- Borkovec, T. D., and Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37–42.
- Borkovec, T. D., and Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive behavioral therapy into the valued present. In S. Hayes, V. Follette, and M. Linehan (Eds.), *New directions in behavior therapy* (pp. 209–242). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., and Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561–576.
- Breslin, F. C., Borsoi, D., Cunningham, J. A., and Koski-Jannes, A. (2001). Help-seeking timeline followback for problem drinkers: Preliminary comparison with agency records of treatment contacts. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 262–267.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: HarperCollins.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., and Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., and Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251–1263.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., and Weintraub, K. J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Chalmers, L. (2007). *Buddha's teachings: Being the sutta nipata, or discourse collection*. London, UK: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jassin, S. E., Gracely, E. J., and Williams, S. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35–44.
- Choy, Y., Fyer, A. J., and Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266–286.
- Cioffi, D., and Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274–282.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.
- Clark, D. M., and Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, and F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., and Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067.

- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., and Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930–959.
- Cook, M., and Mineka, S. (1989). Observational conditioning of fear to fear-relevant versus fear-irrelevant stimuli in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 448–459.
- Coyne, J. C., Pepper, C. M., and Flynn, H. (1999). Significance of prior episodes of depression in two patient populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 76–81.
- Craske, M. G., and Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Antony, M. M., and Barlow, D. H. (2006). *Mastering your fears and phobias: Treatments that work*, 2nd edition. New York: Oxford University Press.
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D., and Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1219–1229.
- Dalai Lama, and Cutler, H. C. (1998). *The art of happiness: A handbook for living*. New York: Riverhead Books.
- Darymple, K. L., and Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543–568.
- Davey, G. C. L. (2002). “Nonspecific” rather than “nonassociative” pathways to phobias: A commentary on Poulton and Menzies. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 151–158.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., Zhao, N., Connor, K., Lynch, T. R., and Kishore, G. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005–1013.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., and Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414–419.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalming, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L., and Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468–477.
- Eccleston, C., Williams, A. C. D., and Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 108.

- Edinger, J. D., and Carney, C. E. (2008). *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach (workbook)*. New York: Oxford University Press.
- Edinger, J. D., and Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 539–558.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., and Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1865–1864.
- Ehlers, A., Hofmann, S. G., Herda, C. A., and Roth, W. T. (1994). Clinical characteristics of driving phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 323–339.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotzky, S. M., Watklins, J. T., Pilkonis, P. A., and Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841–847.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Epstein, E. E., and McCrady, B. S. (2009). *Overcoming alcohol use problems: A cognitive-behavioral treatment program workbook*. New York: Oxford University Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Festinger, L., and Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 203–210.
- Field, A. P. (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review*, 26, 857–875.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., and Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder—Patient Edition (SCID-IV)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., and Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. B., and Kozak, M. J. (2004). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral therapist guide. Treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: Mosby.
- Fordyce, W. E., Shelton, J. L., and Dundore, D. E. (1982). The modification of avoidance learning in pain behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 405–414.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., and Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433–446.
- Gamsa, A. (1994a). The role of psychological factors in chronic pain: I. A half century of study. *Pain*, 57, 5–15.
- Gamsa, A. (1994b). The role of psychological factors in chronic pain: II. A critical appraisal. *Pain*, 57, 17–29.
- Garfield, E. (1992). A citationist perspective of psychology. Part 1: Most cited papers, 1986–1990. *APS Observer*, 5, 8–9.

- Gilbert, D. (2006). *Stumbling on happiness*. New York: Alfred Knopf.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., and Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., and Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151, 280–295.
- Goldenberg, D. L., Burckhardt, C., and Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 292, 2388–2395.
- Gotlib, I. H., and Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Greenberger, D., and Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
- Gross, J. J., and John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Gross, J. J., and Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95–103.
- Guastella, A. J., Richardson, R., Lovibond, P. F., Rapee, R. M., Gaston, J. E., Mitchell, P., and Dadds, M. R. (2008). A randomized controlled trial of d-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 63, 544–549.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 860–893.
- Hauser, W., Bernardy, K., Uceyler, N., and Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 301, 198–209.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Heiman, J., and LoPiccolo, J. (1992). *Becoming orgasmic*. New York: Fireside.
- Higgins, S. T., and Silverman, K. (Eds.) (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency-management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hodgson, R. J., and Rachman, S. (1977). Obsessive compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389–395.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., and Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, 1–9.
- Hofmann, S. G. (2007a). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 195–209.

- Hofmann, S. G. (2007b). Enhancing exposure-based therapy from a translational research perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1987–2001.
- Hofmann, S. G. (2008a). Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: Implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28, 200–211.
- Hofmann, S. G. (2008b). ACT: New wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 280–285.
- Hofmann, S. G., and Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16.
- Hofmann, S. G., and DiBartolo, P. M. (2010). *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives*, 2nd edition. New York: Elsevier/Academic Press.
- Hofmann S. G., and Otto, M. W. (2008). *Cognitive-behavior therapy of social anxiety disorder: Evidence-based and disorder specific treatment techniques*. New York: Routledge.
- Hofmann, S. G., and Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621–632.
- Hofmann, S. G., Ehlers, A., and Roth, W. T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 567–571.
- Hofmann, S. G., Barlow, D. H., Papp, L. A., Detweiler, M., Ray, S., Shear, M. K., Woods, S. W., and Gorman, J. M. (1998). Pretreatment attrition in a comparative treatment outcome study on panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 43–47.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N., and Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 24, 769–797.
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Litz, B. T., Kim, H.-J., Davis, L., and Pizzagalli, D. A. (2005). The worried mind: Autonomic and prefrontal activation during worrying. *Emotion*, 5, 464–475.
- Hofmann S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A. J., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., Shiekh, M., and Otto, M. W. (2006). Augmentation of exposure therapy for social anxiety disorder with d-cycloserine. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298–304.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Korte, K. J., and Smits, J. A. J. (2009). Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 160–175.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A., and Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., and Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs.

- medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417–422.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., and Turk, C. L. (2010). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*, 2nd edition, workbook. New York: Oxford University Press.
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., and Spitzer, R. L. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.
- Joiner, E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., and Rudd, D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kaplan, H. S. (1987). *The illustrated manual of sex therapy*, 2nd edition. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., and Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095–3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., and Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Klein, D. F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397–408.
- Klein, D. F., and Klein, H. M. (1989). The definition and psychopharmacology of spontaneous panic and phobia. In P. Tyrer (Ed.), *Psychopharmacology of anxiety* (pp. 135–162). New York: Oxford University Press.
- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 306–317.
- Koerner, N., Rogojanski, J., and Antony, M. M. (2010). Specific phobias. In S. G. Hofmann and M. Reineck (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy with adults* (pp. 60–77). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kushner, M. G., Kim, S. W., Donahue, C., Thrus, P., Adson, D., Kotlyar, M., McCabe, J., Peterson, J., and Foa, E. B. (2007). D-cycloserine augmented exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 62, 835–858.
- Lacks, P., and Morin, C. (1992). Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 586–594.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., and Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933–941.

- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., and Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Paik, A., and Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537–544.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Leahy, R. L. (2005). *The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you*. New York: Harmony Books.
- Leahy, R. L. (2010). *Beat the blues before they beat you: How to overcome depression*. Carlsbad, CA: Hay House.
- LeBlanc, M., Merette, C., Savard, J., Ivers, H., Baillargeon, L., and Morin, C. M. (2006). Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep*, 32, 1027–1037.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
- Ley, R. A. (1985). Blood, breath and fears: A hyperventilation theory of panic attacks and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 5, 271–285.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
- Lovibond, P. F. (2004). Cognitive processes in extinction. *Learning and Memory*, 11, 495–500.
- MacLeod, A. K., and Cropley, M. L. (1996). Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 286–289.
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., and Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 107–123.
- March, J. S. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 807–820.
- Marcus, D. A. (2009). Fibromyalgia: Diagnosis and treatment options. *Gender Medicine*, 6 (Suppl. 2), 139–151.
- Masters, W. H., and Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21–27.
- McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleton, C., and Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4–7.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford Press.

- McNally, R. J. (2011). *What is mental illness?* Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285–294.
- Melnik, T., Soares, B., and Nasello, A. G. (2007). Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, DOI: 10.1002/14651858.
- Melzack, R., and Wall, P. (1982). *The challenge of pain*. London: Penguin.
- Menzulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., and Hankin, B. L. (2004). Is there a universal positive bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural difference in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, 130, 711–747.
- Meuret, A. M., Rosenfield, D., Seidel, A., Bhaskara, L., and Hofmann, S. G. (2010). Respiratory and cognitive mediators of treatment change in panic disorder: Evidence for intervention specificity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 691–704.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., and Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487–495.
- Miller, W. R., and Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mineka, S., and Öhman, A. (2002). Born to fear: Non-associative versus associative factors in the etiology of phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 173–184.
- Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality beyond the person-situation debate. *American Psychologist*, 34, 740–754.
- Mogg, K., and Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 809–848.
- Mogg, K., and Bradley, B. P. (2006). Time course of attentional bias for fear-relevant pictures in spider-fearful individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1241–1250.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., and Lichtenstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*, 29, 1396–1414.
- Morita, S. (1998/1874). *Morita therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu)*. Albany: State University of New York.
- Mowrer, O. H. (1939). Stimulus response theory of anxiety. *Psychological Review*, 46, 553–565.
- Myers, K. M., and Davis, M. (2002). Behavioral and neural analysis of extinction. *Neuron*, 36, 567–684.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2011). What is a standard drink? Available at [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/pocketguide/pocket\\_guide2.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/pocketguide/pocket_guide2.htm).

- Nolen-Hoeksema, S., and Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561–570.
- Norberg, M. M., Krystal, J. H., and Tolin, D. F. (2008). A meta-analysis of d-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry*, 63, 1118–1126.
- Nowinski, J., and Baker, S. (1998). *The twelve-step facilitation handbook: A systematic approach to early recovery from alcohol and addiction*. San Francisco, CA: Josey-Bass.
- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., and Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 1215–1229.
- Öhman, A., Flykt, A., and Esteves, F. (2001). Emotion drives attention: Detecting the snake in the grass. *Journal of Experimental Psychology*, 130, 466–478.
- O'Leary, K. D., and Beach, S. R. H. (1999). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183–186.
- Öst, L. G., Fellenius, J., and Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561–574.
- Otis, J. D. (2007). *Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach*, workbook. New York: Oxford University Press.
- Otto, M. W., Tolin, D. F., Simon, N. M., Pearlson, G. D., Basden, S., Meunier, S. A., Hofmann, S. G., Eisenmenger, K., Krystal, J. H., and Pollack, M. H. (2010). Efficacy of d-cycloserine for enhancing response to cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Biological Psychiatry*, 67, 365–370.
- Poulton, R., and Menzies, R. G. (2002a). Non-associative fear acquisitions: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 127–149.
- Poulton, R., and Menzies, R. G. (2002b). Fears born and bred: Toward a more inclusive theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 197–208.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., and Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Rachman, S. (1991). Neoconditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, 11, 155–173.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility, and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149–154.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385–401.
- Rapee, R. N., and Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.
- Rassin, E., and Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 361–368.

- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153.
- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., Hodges, L., and Davis, M. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: Use of d-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1136–1144.
- Reynolds, C. F., Dew, M. A., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Miller, F. E., Houck, P. R., Mazumdar, S., Butters, M. A., Stack, J. A., Schlernitzauer, M. A., Whyte, E. M., Gildengers, A., Karp, J., Lenze, E., Szanto, K., Bensasi, S., and Kupfer, D. J. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 354, 1130–1138.
- Richmond, J., Berman, B. M., Docherty, J. P., Goldstein, L. B., Kaplan, G., Keil, J. E., Krippner, S., Lyne, S., Mosteller, F., Oconnor, B. B., Rudy, E. B., Schatzberg, A. F., Friedman, R., Altman, F., Benson, H., Elliott, J. M., Ferguson, J. H., Gracely, R., Greene, A., Haddox, J. D., Hall, W. H., Hauri, P. J., Helzner, E. C., Kaufmann, P. G., Kiley, J. P., Leveck, M. D., McCutchen, C. B., Monjan, A. A., Pillemer, S. R., MacArthur, J. D., Sherman, C., Spencer, J., and Varricchio, C. G. (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 276, 313–318.
- Rosen, R. C., and Leiblum, S. R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877–890.
- Rosen, R. C., Ryley, A., Wagner, G., Oserlow, I. H., Kirpatik, J., and Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for the assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822–830.
- Roth, W. T., Wilhelm, F. H., and Pettit, D. (2005). Are current theories of panic falsifiable? *Psychological Bulletin*, 131, 173–192.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Smith, S., Lee, J. H., and Price, L. (2000) A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1020–1026.
- Rusting, C. L., and Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 790–803.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M., and Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549–552.
- Schachter, S., and Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379–399.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., and Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., and Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749–755.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307–320.
- Shafran, R., Thordarson, D., and Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379–391.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomksas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., and Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571–1575.
- Silberman, S., and Morin, C. M. (2009). *The insomnia workbook: A comprehensive guide to getting the sleep you need*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Smits, A. J., and Hofmann (2009). A meta-analytic review of the effects of psychotherapy control conditions for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 39, 229–239.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229–233.
- Spaeth, M. (2009). Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy*, 11, 117.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., June Ruan, W., and Grant, B. F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 37, 1047–1059.
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B. E., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L., and Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52–64.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Hoeber-Harper.
- Thorn, B. F. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain: A step-by-step guide*. New York: Guilford.
- van Oppen, P., and Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79–88.
- Waddell, G. (1987). A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine*, 12, 632–644.
- Walsh, J. K., and Schweitzer, P. K. (1999). Ten-year trends in the pharmacologic treatment of insomnia. *Sleep*, 22, 371–375.
- Watson, J. B., and Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–34.
- Wegner, D. M. (1994). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Guilford Press.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373–388.

- Weissman, M., Markowitz, J., and Klerman, G. L. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Whisman, M. A., and Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 674–678.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., and McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559–1576.
- Wilhelm, S., Buhlmann, U., Tolin, D. F., Meunier, S. A., Pearson, G. D., Reese, H. E., Cannistraro, P., Jenike, M. A., and Rauch, S. L. (2008). Augmentation of behavior therapy with d-cycloserine for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 335–341.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M., and Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021–1037.
- Wolpe, J., and Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behavioural Research and Therapy*, 2, 27–30.
- Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality*. New York: Bantam Books.

