

<<认知疗法>>

图书基本信息

书名：<<认知疗法>>

13位ISBN编号：9787501930463

10位ISBN编号：7501930465

出版时间：2001-1

出版时间：中国轻工业出版社

作者：贝克

页数：353

译者：翟书涛

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<认知疗法>>

内容概要

本书力图以简洁和循序渐进的方式提高心理治疗师的各种技能，帮助他们更有效地安排治疗。全书提供了大量的临床实例和治疗过程片段，具体阐明描述性和解释性认知治疗的作用。心理治疗师在制定治疗方案，诊断问题、运用意象技术和开展行为改变工作时，都能从本书提供的策略与见解中受益。

此外，大量的图表、患者作业单和心理治疗师工作指南，将充分证实本书的实用性与独到性。

本书既是心理治疗师的重要参考书，也是学习心理咨询的医生和学生的必读之书。

<<认知疗法>>

作者简介

作者Judith S.Beck博士是美国Beck认知治疗与研究中心主任，也是费城大学心理学与精神病学系的教授，从事心理咨询及心理治疗师培训工作已达十余年，是知名的心理治疗专家。她的父样Beck大夫恰为认知疗法的创始人，在国际心理咨询界享有盛誉，因此她深得其父的真传与指点。

<<认知疗法>>

书籍目录

第一章 绪论第二章 认知的概念化第三章 第一次会谈的结构第四章 第二次会谈及其他会谈：结构和格
第五章 制定会谈的问题第六章 识别自动思维第七章 确认情绪第八章 评价自动思维第九章 对自动思
反应第十章 识别并矫正中间信念第十一章 核心信念第十二章 其他认知和行为技术第十三章 意象第十
章 家庭作业第十五章 治疗结束和复发预防第十六章 治疗计划第十七章 治疗中的问题第十八章 认知
师的进步附录 病例总结工作单

<<认知疗法>>

章节摘录

书摘 20世纪60年代初期, A. T. 贝克在宾夕法尼亚大学创立了认知治疗法作为一种定式的、短期的、针对抑郁症提供的针对现在(present-oriented)心理治疗方法, 这种方法直接解决目前的问题并修正功能障碍的想法和行为。

从那时起, 贝克和其他人已经成功地将这种疗法适用于完全不同的精神病性障碍和人群。

这些变化已经改变了这种疗法的关注焦点和技术以及治疗时间的长度, 但是, 其理论上的假设本身仍保持不变。

概括而言, 这种认知模式提出歪曲的或功能障碍的想法(它影响患者的情绪和行为)是各种心理紊乱中常见的现象。

现实的评价和矫正这种想法能产生情绪和行为上的改善。

持久的改善来自修正患者基本的功能障碍的信念。

其他主要的理论家已经建立了不同形式的认知-行为疗法, 值得注意的有A.埃丽斯的理性情感疗法、D. 梅钦鲍姆的认知行为矫正法和A. 拉扎鲁斯的多模式疗法。

其他许多人也做出了重要的贡献, 包括迈克尔·马霍尼(1991), 和维托里奥·桂达诺和乔瓦尼·利奥蒂斯(1983)。

认知治疗的不同分支是如何起源和发展的, 我们通过对该领域进行历史性的回顾, 为我们提供了丰富的说明。

A.T. 贝克创立并精炼的认知疗法正是强调这方面的内容。

它是唯一的具有人格和心理病理学的统一理论的心理治疗体系, 这种理论已被牢固的经验所证实。

它是一种可被操作的疗法, 该疗法具有广泛的应用, 也得到经验资料的支持, 该疗法正是从这种理论中产生而来。

自从1977年有关认知治疗的预后研究首次发表以来, 认知治疗已经得到大量的证实。

对照研究显示出认知治疗对治疗下列疾病的有效性: 重性抑郁症, 广泛焦虑障碍, 惊恐障碍, 社交恐怖, 物质滥用, 进食障碍, 配偶问题以及住院抑郁患者。

对于其他许多障碍, 认知治疗作为唯一的治疗或一种附加治疗正被世界各地广泛应用。

这里有几个例子, 如: 强迫症, 创伤后应激障碍, 人格障碍, 复发的抑郁症, 慢性疼痛, 疑病症和精神分裂症。

认知治疗对公众而不是对精神病患者的研究也正在进行: 监狱犯人、学龄儿童、综合医院中各种疾病患者以及其他许多人。

坡森斯·伯恩斯和坡罗夫已经发现, 认知治疗对具有不同教育水平、收入和经历的患者均有效。

从学龄前期到老年期, 它适应于各个年龄阶段的患者。

虽然本书关注的焦点均在个体治疗上, 但是, 认知治疗也已经针对集体治疗、配偶问题和家庭治疗进行了修正。

有了如此之多的适应症, 认知治疗如何保持其可辨认性呢? 在所有源于贝克模式的认知治疗中, 治疗是基于某一特定障碍的认知系统阐述和把它应用到个别患者的概念化或理解中。

治疗师寻找各种方式以产生认知改变——患者思想和信念系统的改变——以便导致情感和行为的持久改变。

为阐述认知治疗的许多概念和过程, 本书通篇引用一个例子。

“莎丽”是一位18岁的独身女性, 白种人, 她几乎在各个方面都是位理想的患者, 而且她的治疗过程清晰地显示了认知治疗的各种原理。

她在大学第二学期寻求治疗, 因为她在此前四个月一直感到非常抑郁和中度焦虑。

而且她在日常活动中遇到了困难。

的确, 根据精神障碍诊断和统计手册第四版(DSM-IV美国精神病学会, 1994), 她符合中等严重度的抑郁发作。

莎丽的全面情况将在下一章和附录A中描述。

认知治疗师的主要手段是使治疗师和患者都了解治疗过程。

<<认知疗法>>

治疗师也应尽可能寻找最有效的治疗方法。

依附于一个标准的格式(也为了教会患者使用此治疗工具)将促进这些目标的实现。

当他们知道治疗中期望得到的结果,清楚地了解了他们的责任和治疗师的责任时,当他们具有治疗将如何进行的清楚的期望时(这些既包括单一会谈也包括整个治疗的跨会谈),多数患者感到舒服而踏实。

治疗师通过解释会谈结构,然后依附于此结构而使患者最大限度地理解这些。

那些不习惯使用本章节描述的日程设置和会谈结构的有经验的治疗师,经常感到不习惯这些认知治疗的基本特征。

这些不习惯通常与消极的预测有关:患者将不喜欢它;患者将有被控制感;它将使我漏掉重要的资料和信息;它太死板和严格了。

因此,这些治疗师为了急于验证这些想法,直接草率地完成这个结构,并作为特殊例子记录下结果。最初对严谨的结构化会谈感到不熟练的治疗师,反复使用后经常会发现,这个过程逐渐变为自然,尤其当他们记录治疗结果时。

一个认知治疗会谈的基本要素包括当前概要(包括心境评定和医药依赖性检查),连接前面的会谈,日程设置,家庭作业复习,问题讨论,布置新的家庭指定作业,概括和反馈。

有经验的治疗师有时可能偏离这个格式,但是对初学者来说,根据这个特殊的结构进行治疗通常更有效。

在制定会谈时总会出现诸多问题。

当治疗师意识到问题出现时,他首先要确定是个什么样的问题,然后弄清楚为什么会出现这个问题,最后想办法解决这个问题,同时不要损害他与患者之间的治疗合作关系(Therapeutic alliance, 又称“治疗同盟”)。

坚持既定会谈时常见的一个难点就是治疗师没有充分地将患者“社会化”(socialization)。

治疗师也许只需磨炼一下他的社会化技巧,或者就是要评价检查一下他自己关于制定会谈的自动思维。

有一点非常重要,就是治疗师必须意识到:一个新接受认知治疗的患者事先并不知道治疗师会希望她以简明扼要的方式来汇报一周的情况、描述她的心情以及设置日程;她不知道治疗师会希望她总结一个会谈、提供反馈、牢记会谈的内容且坚持每日的家庭作业。

此外,认知治疗师不仅要教会患者某些技巧,而且也要教会她以新的方式处理与治疗师的关系(针对那些接受过其他治疗的患者)或以新的方式处理她的困难,因而使患者变得更为客观,更有利于问题的解决。

所以,治疗师对会谈中的各个要素必须经常地反复地描述、说明理由并用温和而带有纠正性的反馈来加以监察。

不这样做的话,其结果将是患者提供的有用信息减少,会谈失效。

第二个常见难点就是患者不愿服从既定的治疗结构,因为她对自身、对治疗师、和/或对治疗本身有自己的看法或错误的信念。

在这种情况下,治疗师要弄清问题出现的原因并寻求解决。

一个极端是,他可能会置患者的不适于不顾而鼓励她顺从既定的会谈,权当这是一种实验。

另一个极端是,治疗师在会谈一开始即让患者主导并控制会谈的走向。

而在大多数情况下,治疗师会与患者协商寻求折中的办法让双方都满意,再经过一定的时间设法、将患者引向标准的会谈结构。

治疗师如何才能断定患者难以遵循会谈结构是出于不理解熟悉还是出于依从性差呢?首先他采取进步让患者理解熟悉认知治疗的办法,再观察她的语词性和非语词性反应。

患者如果只是不理解熟悉会谈结构,她的反应就会是中性的(或许还会有点自我批评),随后依从性会有所改善。

如果患者的反应是消极的,毫无疑问她是以消极的方式来对待治疗师的要求,治疗师则应该引导并探讨她的反应。

维持会谈结构时出现第三个常见难点就是因为治疗师对会谈结构过于控制及要求过高。

<<认知疗法>>

治疗师通过复习会谈录像或录音带后可以发现这个问题并在刁：一次会谈中加以纠正：“我想上周我是过于苛刻了，很抱歉，我非常想证实您也同意我们的会谈该如何来进行。

”会谈各个阶段可能出现的典型问题都罗列于下，这些问题当中并不包括治疗师所犯的明显错误在内。

简述当前情况 常见的——个难点是，会谈一开始患者就不厌其烦地或杂乱无章地讲述她一周来的情况。

如此数句过后，治疗师应温和地插话，以示集中谈论某些特殊问题在治疗中的重要性。

T：“请允许我才丁断您一会儿，了解您一周来的概况并在会谈稍后一些时候了解些具体情况对我来说很重要。

现在您能不能仅用二句、三句或四句话给我讲一讲这周的情况?这一周总的来讲还不错吗?彳良糟糕吗?或者这一周有什么让人振奋和沮丧的?发生了什么重要事情?”如果患者仍们纠缠r细节而不是讲述概况，治疗师可以表明他想知道的是什么。

T：“听起来您像是在说：‘我这周过得真累。

我与一个朋友打了一架，真想出去走走，我无法专心于工作。

’这就是我所说的概况，它能帮助我弄清哪些是真正重要的，应列入日程并进一步加以发掘。

现在您是不是更清楚在会谈之初我希望从您的汇报中听到些什么了?这样做您觉得还行吗?”治疗师在会谈后期可以建议患者在下一次会谈之前准备个腹稿，用寥寥数语回顾下一周概况。

有些患者很清楚也能够简要回顾但却不这么做。

如果治疗师有资料表明询问患者对治疗的勉强性可能会损害与患者的治疗合作关系(这些资料可能包括：患者对治疗师先前制定会谈的努力所作的语词性和/或非语词性反应、在会谈中带有强烈倾向性的直接陈述或者有报告说明过去看到别人主导控制时会有强烈的反应)，那么开始时他可以让患者控制会谈中的情况汇报部分。

然而，对会谈制定的极端反应并不多见。

治疗师通常都能够平和地探讨患者对治疗的勉强性并加以解决。

在要求患者更简要地回顾一周情况并记录患者情感的消极变化后，治疗师可问：“我刚才要您向我描述概况时您心里是怎么想的?”确认了患者的自动思维后，治疗师即可：(1)帮助她评估该思维的效用

；(2)用箭头向下技术(the downward arrow technique, 见第十五章)揭示这些思维的含义；和/或(3)从患者的角度讲一些话并指向问题的解决，如下： T：“很抱歉我又打断您了。

我知道您有很多想法，我也很想听听。

您现在能不能继续讲讲最新的情况，或者能不能把‘本周最新情况’列入日程，在检验过您的心情以及决定还有哪些话题您也需要列入日程之后再好好地谈一下?”如果患者非常烦恼，这后一种做法通常要好于当时就帮患者评估她的思维。

通过表示关注及妥协的愿望，治疗师通常可以矫正患者的看法(准确或不准确)：即他的控制过多。

心境检查 常见的问题包括患者没有填表、对表格厌烦或难以主观表达其一周来的总体心境(以简要的方式)。

如果问题只是出于没有充分地让患者理解熟悉填表，治疗师就会问患者她是否还记得并同意填表的理由，还应看看是否有些需要解决的实际困难(比如时间不宽裕、遗忘或文化水平问题)。

如果患者对填表要求感到烦恼，治疗师可以找一找她在想到填表时或实际正在填表时的自动思维。如果自动思维不易找到，他也可以问问填表对患者的含义：“填写这些表格对您意味着什么?”治疗师可以站在患者的角度来理解患者所关心的，帮助她评估相关的想法和信念，和/或解决问题，以下三例可以说明。

P：“填这些表格是在浪费时间，有一半的问题是毫不相干的。

” T：“是的，我能理解这些表格在您看来似乎是在浪费时间，因为有些问题并不实用。

然而，这样做可以节省很多的时间，因为我看过以后可以很快得到一个总体印象，而不必再问您几十个问题搞得您不胜其烦。

下周您是否愿意再填表?如果还是彳良烦的话，到时候我们可以再多谈谈。

”在下一个例子中，患者通过她的用辞、语调以及身体语言明确表示出她的烦恼。

<<认知疗法>>

P：“填这些表格是在浪费时间，有一半的问题毫不相干嘛。”

” T：“您觉得让您填这些表格意味着什么呢？” P：“我很忙，要做的事情很多，如果我一生中尽做这种毫无意义的事，那就什么也干不成了。”

” T：“看得出来您很恼火，把这些表格填完要花多少时间？” P：“……不知道，可能10分钟吧。”

” T：“我知道您觉得这些表格毫不相干，但实际上这能在会谈中节省大量的时间，因为我自己不必再向您提许多的问题了。”

我们能不能努力解决问题，看看您能否在一周之内花个10分钟把表填完？” P：“没那么费事，我会填表的。”

下一次我稍微早点下班就是了。”

” ……

<<认知疗法>>

媒体关注与评论

译者序认知治疗是经过数十年探索而发展起来的，它吸取了行为科学的理论和分析性心理治疗的技术而日趋完善和系统化。

一开始，认知治疗被作为治疗抑郁症的一种定式、短程的“针对现在”，心理治疗，用以解决目前的问题和矫正功能障碍思维和行为(Beck, 1964)。

在此前后，一些学者发展了各种形式的“认知—行为治疗”如A·埃利斯(Albert Ellis, 1962)的合理化情绪治疗(Rational—emotive nerapy)，D·梅钦鲍姆(Donald Meichenbaum, 1977)的认知行为纠正(Cognitive-behavioral modification)和A·拉扎鲁斯(Arnold Lazarus, 1976)的多模式治疗(Munltimodal Therapy)。

A·贝克(Aaron Beck)等(1979)提出认知行为治疗(Cognitive- behavloral Therapy)，主张矫正行为应与矫正认知相结合，他们认为抑郁症患者倾向把问题看得过分严重，容易把别人的无意和善意理解为有意，自然也会产生相应的情绪和行为。

J·贝克(Judith Beck)是A·T·贝克(Aaron T· Beck)的女儿，当她还是少女时即聆听其父阐述认知治疗的新理论，经过多年的实践，她继承并发展了其父引用的认知治疗。

在本书中她详细而有系统地介绍了认知治疗的基本知识和其他方面，它的意义是超越国界的，对我国广大心理卫生工作者也是适合的和有用的。

认知治疗的目的是试图矫正患者存在的功能障碍性思维，这种思维反映在患者对解释特殊体验方式上所存在的系统偏差，而且是身临其境时立刻出现的，称之为自动思维。

认知治疗通过指出患者的这种有偏见的解释，而提议他们采用较为可能的解释，以使症状改善或减少。

例如缺乏兴趣和缺乏精力(疲乏无力)是抑郁症的常见症状，患者通常不参加家务劳动。

其时患者往往从消极角度解释这一行为是由于自己懒惰，为此情绪低落。

如果医生主张患严重躯体疾病患者不能做家务事为例，指出这些患者并不懒惰，则显然患者能够联系自己有病的情况而接受这种解释，从而减轻思想负担。

当然认知治疗还要纠正深层次的认知偏差，如内在设想和策略思维。

说起来简单，认知治疗操作起来并非如此，需要具备基础知识和操作技术，本书正好提供给心理治疗师和精神卫生工作者这一需求。

在这里感谢中国轻工业出版社组织翻译并出版发行，并将此书推荐给精神病学界。

本书由南京脑科医院精神科医师翟书涛、陈进、张志珺、唐勇、孙静、袁勇贵、金利波、乔慧芬翻译，由翟书涛统审全部译稿，袁勇贵对统审后的译稿在计算机上修改、打印并制成软盘。

认知治疗涉及的专业术语较多，虽然工作前对本书所涉及到的术语尽量做了统一要求，但有少许术语未能预先包括在内，致使个别名词术语在不同章节的译名不完全一致(但不影响原意)。

译作中难免有错误和不当之处，译者欢迎读者批评指正。

翟书涛

2000 . 8 . 1

<<认知疗法>>

编辑推荐

《认知疗法:基础与应用》既是心理治疗师的重要参考书,也是学习心理咨询的医生和学生的必读之书

。

<<认知疗法>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>