

· 经验与教学 ·

心理治疗中非意愿事件的表现与对策

伍 翀, 杨 垲, 刘博雯, 曹玉萍*

(中南大学湘雅二医院精神卫生研究所, 国家精神心理疾病临床研究中心, 精神疾病诊疗技术工程实验室, 湖南省精神病学与精神卫生重点实验室, 湖南 长沙 410011)

* 通信作者: 曹玉萍, E-mail: caoyp001@csu.edu.cn)

【摘要】 心理治疗中的非意愿事件容易被临床治疗师忽视。目前国内相关研究较少。本文综述了国内外心理治疗中非意愿事件的表现、分类及对策, 以期减少和预防其发生提供参考。

【关键词】 心理治疗; 非意愿事件; 对策

中图分类号: R395.5

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2018.02.018

Unwanted events in psychotherapy and its intervention strategies

Wu Chong, Yang Huan, Liu Bowen, Cao Yuping*

(Mental Health Institute of the Second Xiangya Hospital, Central South University, The China National Clinical Research Center for Mental Health Disorders, National Technology Institute of Psychiatry, Key Laboratory of Psychiatry and Mental Health of Hunan Province, Changsha 410011, China)

* Corresponding author: Cao Yuping, E-mail: caoyp001@csu.edu.cn)

【Abstract】 The unwanted events in psychotherapy were ignored by most clinical therapists. At present, relevant research are limited. This review will summarize the patterns, classifications and intervention strategies of the unwanted events in psychotherapy.

【Keywords】 Psychotherapy; Unwanted events; Intervention

非意愿事件(unwanted events, UEs)是指来访者在心理治疗过程中或治疗后所经历的负性事件, 这些事件引起了来访者直接或间接的躯体和心理的症状以及对来访者的家庭、社会和职业功能等产生了负面影响^[1-2]。心理治疗中的 UEs 容易被临床治疗师忽视, 目前国内相关研究较少。本文通过对国内外心理治疗中 UEs 的表现、分类及对策进行综述, 为减少和预防心理治疗 UEs 的发生提供参考。

1 心理治疗非意愿事件的主要表现

UEs 的表现复杂, 诸如病耻感、治疗依赖、新症状的产生, 在治疗过程中来访者出现主要功能的下降、治疗无效、治疗被迫中止和人际关系困难等均应归属于 UEs^[3-4]。Linden^[5]在《心理治疗非意愿事件-治疗负效应评估清单》中, 将心理治疗中 UEs 的主要表现归纳为以下几类。

1.1 短期不良反应

心理治疗可能诱发来访者出现强烈而短暂的不适感。如现实暴露疗法可引起来访者焦虑情绪短时

加重。虽然不少治疗师认为短暂不适感的增加是心理治疗过程中不可避免的, 但来访者可能并未做好心理准备而提前结束治疗, 这可能导致来访者在未来遇到困难时, 不愿寻求心理治疗师的帮助。

1.2 治疗无效

进入治疗后未得到任何积极的效果。因为接受无效治疗会浪费来访者的时间与精力, 妨碍其获得有效治疗的机会, 而且可能引起来访者的无助感。

1.3 治疗进展过缓

治疗师技术不熟练或未选择最佳治疗方法均可能引起治疗进展过缓。或者, 即使来访者治疗后有所好转, 但若他们原本可接受另一种更有效的治疗, 则当前的治疗措施也是不利的, 因为该治疗延缓了来访者的康复。

1.4 病情恶化

一些来访者治疗后情况更差, 出现如失眠、低自尊和疾病角色加重等新症状。应注意鉴别这是治疗引起的病情恶化还是疾病本身的发展过程。

1.5 治疗依赖

来访者对治疗产生依赖,把治疗师当作“生活导师”,没有治疗师的建议则无法独立作出选择,使治疗次数增加且不愿结束。

1.6 影响其他领域功能

主要是来访者的家庭、社会和工作等重要领域功能受到影响,如人际交往能力、工作和照顾家庭的能力或产生病耻感等。

2 心理治疗非意愿事件的分类

2.1 与治疗关联分类

Linden^[5] 根据与治疗有无关联,将 UEs 分为治疗诱发反应(treatment-emergent reactions, TERs)和与治疗无关的 UEs。前者又可分为治疗负效应(adverse treatment reactions, ATRs)、治疗实施不当(malpractice reaction, MPR)和非伦理行为(unethical conduct)。见图 1。

ATRs 是指在正确、规范的治疗下发生的 UEs。其特点如下:①非意愿性,即不希望在治疗过程中发生的;②由治疗所致;③治疗选择与过程是正确和规范的。在某些情况下,治疗负效应可能是不可避免或必然发生的,如治疗中的哭泣。而 MPR 则是由于治疗师选择了错误的治疗方法或错误、不熟练地施行治疗措施而产生的不良反应。此时治疗方法本身与负性事件无关,类似于药物治疗中的用药错误和药物中毒^[5]。

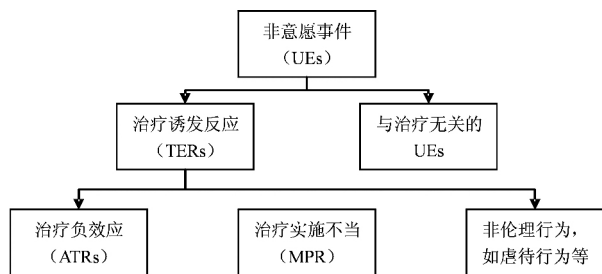


图 1 心理治疗非意愿事件的分类

2.2 与治疗师-来访者联盟相关的 UEs

心理治疗产生疗效是通过基本治愈机制和特殊治愈机制产生的。基本的治愈机制与治疗施行的方式关系不大,它是在治疗原理与技巧之外无形中产生的治疗效果^[6],包括治疗师对来访者的关心、来访者对治疗师的信任,让来访者视其为精神后盾等, 万方数据

这些非特殊性因素往往在不知不觉中发挥出很大的作用,不管基于哪种治疗流派,均积极发挥其基本治愈机制。而特殊治愈机制是指治疗师利用治疗原理与技巧,有意执行某种治疗方法,希望产生特别的疗效,治疗师应有目的地让其发挥作用,与来访者之间产生良性互动,给来访者带来脱离痛苦的信念与机会^[7]。

研究显示,心理治疗疗效中 60% 是基本治愈机制所致,特殊治愈机制和来访者本人的因素各占 20%。无论何种机制,均是通过治疗师与来访者之间积极有效的交流实现的。治疗师任何言行、包括非语言交流均可能对来访者产生影响,差别只在于这种互动是否有利于来访者^[8]。

治疗联盟正是基本机制的具体表现,建立良好的治疗联盟是心理治疗的核心内容。治疗联盟不仅是治疗师与来访者之间的纽带,也需要双方对治疗任务和治疗目标达成共识,具有协作性质^[9]。治疗大部分的收益来源于一个良好的治疗联盟关系。不良或过于“融洽”的治疗关系均可能对治疗产生不利。比如治疗师的严厉僵化、紧张、挑剔等特点以及心理治疗的过分结构化、不恰当的移情解释和不合时宜的沉默对治疗联盟均有消极影响^[10]。而过于“融洽”的治疗关系也可引起 UEs。比如导致来访者对心理治疗的依赖性,类似药物的“戒断症状”,虽然来访者的症状明显改善,但治疗结束后,来访者要求进行更多的治疗会谈,脱离了治疗师,他们甚至无法为自己的生活做决定,他们将治疗师当作自己的“人生导师”。因此,治疗师需引导来访者培养独立解决问题的能力,避免承担来访者行为或生活状况的责任。治疗周期过长也是产生依赖的重要因素。

同时,治疗师应当避免与患者进入朋友关系、商业关系甚至性关系。这类关系对治疗不利,且有伦理、法律上的风险。

2.3 与治疗技术相关的 UEs

2.3.1 潜在有害治疗

Lilienfeld^[11] 通过分析研究文献,认为某些疗法,包括实证支持疗法对不少来访者可产生消极后果,并将其总结为“潜在有害治疗(potentially harmful treatment, PHTs)”。PHTs 是指与不良事件发生相关或在某些情况下逻辑推断可能会导致不良事件的心理治疗措施,并提出其判断标准为:①治疗对来访者或其周围人群造成心理或躯体上的有害效应;

②这种有害效应是持久的,而不仅是治疗过程中的短期症状恶化;③治疗的有害效应能被独立的研究团队所重复验证。

同时,将 PHTs 分为两个等级: I 级,对部分来访者极可能有害 (probably harmful for some individuals); II 级,对部分来访者可能有害 (possibly harmful for some individuals)^[11]。见表 1。有学者认为这可能是对实证支持疗法的补充,但也有人怀疑在随机对照研究 (RCTs) 中发现的不良反应是否与

现实相符^[12],因为心理治疗要求治疗师以一种近于“刻板”的方式实施治疗,这与真实的治疗过程相比,就像在驾校参加考试与真正在外开车相比较,两者相去甚远。

原本这些疗法经过实证研究证实了对相应疾病的疗效,PHT 的说法让临床治疗师在运用这些方法时,应注意相应 UEs 的发生,防患于未然。同时,也说明了建立评估与反馈系统的重要性(下文有具体介绍),及时调整治疗方案,早期识别 UEs。

表 1 潜在有害疗法的暂定清单^[11]

干预方法	潜在伤害	证据主要来源
I 级(对部分患者极可能有害)		
紧急事件应激晤谈(critical incident stress debriefing)	对创伤后应激综合征高风险	RCTs
恐惧直接干预(scared straight intervention)	行为问题剧增	RCTs
易化沟通(facilitated communication)	虚假指控家人虐待儿童	重复个案报道的低基线概率事件
依恋疗法(attachment therapies)	死亡和对儿童严重伤害	重复个案报道的低基线概率事件
记忆恢复(recovered - memory)	产生对伤害的错误记忆	重复个案报道的低基线概率事件
DID 取向疗法(DID - oriented therapy)	引起人格“改变”	重复个案报道的低基线概率事件
个体正常居丧反应的哀伤咨询(grief counseling for individuals with normal bereavement reactions)	抑郁症状增加	Meta 分析
表达 - 体验疗法(expressive - experiential therapies)	情感痛苦剧增	RCTs
品行障碍的集中训练干预(boot - camp interventions for conduct disorder)	行为问题剧增	Meta 分析
DARE 计划(DARE program)	增加酒、烟等物质摄入量	RCTs
II 级(对部分患者可能有害)		
品行障碍的同伴干预(peer - group interventions for conduct disorder)	行为问题剧增	准实验研究
惊恐发作易感者的放松训练(relaxation treatments for panic - prone patients)	引起惊恐发作	RCTs

注:RCTs,随机对照试验;DID,身份解离障碍;DARE,药物滥用与抵制教育

2.3.2 误诊

来访者在接受心理治疗之前,首先需要临床医生仔细排除其他器质性疾病或药源性疾病导致的精神症状。

例如一位 55 岁的来访者主诉失眠、气促、乏力和注意力难以集中,他认为是工作量太大引起的。心理治疗师表示赞同,并将治疗侧重于压力管理。在治疗过程中,来访者辞去了工作。而经过近一年的心理治疗后,来访者被诊断为多发梗塞性痴呆^[5]。在这个案例中,由于治疗师没有按照规范的诊断流程,不仅延误了患者最佳治疗时机,还面临医疗纠纷的风险。因此,治疗师需要对疾病诊断进行

等级排列,首先按疾病症状严重性的金字塔排列方式分清主次,再从金字塔顶端排除其他各类疾病。

2.3.3 阐释技术

阐释技术是指在心理治疗中,心理治疗师运用心理学理论分析来访者的思想、情感和行为,这些心理成分存在于来访者的体验之中,但来访者并未充分意识。在阐释过程中,可能会“强加”某种使来访者十分难以接受的说法,以引起强烈的扰动,如暗示分离转换障碍患者“正是因为患者本人长期获得好处,所以疾病才一直不好”。

理论解释还可能诱导错误记忆的发生,比如夸大甚至是对童年性虐待经历的错误记忆。理论假设

易变成来访者的信念,甚至是“记忆”^[13]。

2.3.4 治疗目标的选定

治疗目标的选定和对治疗结果的评估需要全面考虑来访者的情况。对来访者最关键问题的错误认识或未能正确评估来访者重要的人格特征均可能导致治疗失败。因此,并非靶症状的改善就是治疗的成功。当治疗使来访者的靶症状改善而其他症状恶化,治疗师须仔细考虑治疗的成本收益比,以及是否存在整体状况恶化的风险^[14]。

2.4 与来访者相关的 UEs

2.4.1 非正常的期望与治疗态度

大部分来访者对心理治疗的期望值较高。这种期望来自于来访者对心理治疗提前勾画的标准,包括对治疗成功的期待、来访者对本人和咨询师双方在治疗中扮演的角色、咨询偏好、治疗方法的期待以及咨询师个人特征。其中,疗效期望是引起来访者改善的首要因素,治疗结果中 15% 的变异可由此解释^[15]。

因此,若来访者对治疗失去了信心与期望,将会失去坚持治疗的动力,使治疗提前结束。此外还可能出现治疗关系紧张、症状未改善或恶化等。

2.4.2 不了解治疗原理及正常治疗周期

虽然来访者对治疗效果抱以正面期待是有利的,但盲目的乐观也可能导致不良预后^[16]。此外,如果来访者认为治疗效果与治疗次数呈线性正相关,当治疗进入瓶颈期,来访者则会认为治疗已失效。这些现象可使来访者对治疗失去信心或产生期望与现实的落差感。研究表明,来访者期望治疗持续时间能预测实际治疗时间,进而可能导致治疗过早终止^[17]。

3 如何减少心理治疗中的非意愿事件

3.1 治疗师方面

3.1.1 临床督导

临床督导(clinical supervision)是资深的治疗师协助该领域的下级或初级工作者工作能力提升的一种具有评价性、长期性工作,旨在促进治疗师专业能力的提高并确保来访者健康利益的干预活动。若督导者能合理发挥自己的职能,就可以帮助新手治疗

师预防和减少心理治疗中 UEs 的发生^[18]。

3.1.2 同伴督导小组

同伴督导小组(Peer group)是指一组同行在一起讨论他们有关治疗的各种情感体验。参加同行小组讨论的成员处于平等地位。

同伴督导小组强调互相支持(专业支持与情感支持)。参加同伴督导小组可以通过减少因孤立、职业倦怠和处理困难的来访者而产生的压力进而提高治疗效力^[19-20],提升归属感、成就感等积极情感^[21]。心理治疗不仅是一种专业活动,也会引起治疗者的情感体验。治疗师在心理治疗过程中常常需要处理许多负性情绪,缺乏情感支持的治疗师可能是非常危险的。甚至有人认为,没有专业网络支持的治疗师,不是真正的心理治疗专业人员。

3.1.3 继续教育

在我国,之前心理咨询师的考试门槛仍较低。其他专业本科及以上学历都在取得正规培训结业证书后即可报名参加三级心理咨询师考试,心理治疗师职业素质良莠不齐。

在美国,从事心理咨询与治疗工作主要有四类人员:执业临床社工、执业临床专业咨询师、执业临床心理学家和精神医学博士。他们均必须在大学附属医院精神科和社区心理健康服务中心完成心理咨询与治疗的实践训练。具有心理学博士学位者接受 1 000 个工作小时或大约一年的临床督导心理咨询与治疗实践训练,然后通过考试获取执业资格,每年需要 30~50 分的继续教育学分,每两年重新申请执业资格。

我国目前以非学历培训为主,多为短期培训,与欧美等发达国家需接受正规的学历教育和长时间的继续专业教育培训相差甚远。

3.1.4 监测反馈系统

Lambert 开展了一项长达十年聚焦来访者的研究,在来访者每次开始治疗前,简单询问他们对治疗进程的感觉和对疗效的评价,并将反馈结果与平均水平比较,判断其处于“正轨”还是“脱轨”状态。若识别出疗效不佳的来访者,研究者会要求来访者完成随后的问卷调查来寻找引起问题的原因(如与治疗师的关系、动机和社会支持等),接下来会将监测

结果和诊疗建议反馈给治疗师,为临床治疗提供方向。这种监控反馈系统可以将不良后果发生率由 10% 降低至 5% 左右,部分原因是由于治疗师通常不认为来访者会出现恶化的后果,通过系统的监测反馈可提高治疗师对此的重视^[22]。一项 Meta 分析亦显示,在每次治疗结束后,使用标准的问卷调查来访者的治疗效果并及时将未达到预期疗效的信息反馈给治疗师,与无反馈组相比,反馈组症状恶化率减少了 4% ~ 8%^[23]。Lambert 把监控反馈系统比作高血压患者常规监测血压一样重要^[12]。

3.2 来访者方面

3.2.1 帮助来访者进行自我调整

治疗开始前,应鼓励来访者主动与治疗师交流并了解治疗相关信息,共同制定治疗目标。来访者可了解治疗所涉及的内容,并对治疗过程中可能出现的特殊情况提前预知,减少或避免不必要的担心^[24]。

3.2.2 向来访者解释治疗原理

首次治疗时,治疗师可以向来访者解释引起困扰的根源、治疗原理,采用特定的干预帮助他们解决问题。当来访者相信治疗技术可能给他们带来好处,来访者本身亦将更有动力地投入治疗^[24]。

3.2.3 帮助来访者对结果合理预期

治疗师可以通过告知来访者典型治疗周期和改善模式来帮助来访者形成正确的结果预期。Howard 等^[25]曾收集研究了 30 年来超过 2 400 例来访者,提出心理治疗会话次数与来访者改善百分比的关系曲线,即心理治疗次数越多,改善的可能性越大;而“剂量”越高,则收益递减。Lambert 等^[26]分析了 10 000 例来访者,结果显示 20% 的人在 5 次会谈后康复,35% 的人在 10 次会谈后康复,50% 的人在 20 次会谈后康复,而 70% 的人在接受 45 次会谈后得到康复。Swift 等^[27]研究显示,50% 的来访者需要大约 13 ~ 18 次会谈以达到临床治疗效果。让来访者了解:一些人可能对治疗很敏感,而一些人可能需要更长时间达到康复。

4 结语与展望

综上所述,心理治疗中 UEs 的表现形式多样、发生因素复杂,然而目前国内尚缺乏有效的识别与

评估工具,更缺乏相应的反馈系统,使之难以被治疗师及时发现。因此,在未来的研究中,不仅要注重对心理治疗进行过程研究,同时,需要调查研究治疗师在心理治疗过程中最常出现的 UEs、产生原因和对疗效、治疗关系等方面的影响,比如医源性因素对目标症状及来访者其他方面(如生活领域、社会能力等)的影响、治疗同时存在的利弊问题、来访者对待治疗结果的不同态度、来访者个性特征、对治疗的理解决程度等因素与 UEs 的关系。进而建立一套心理治疗 UEs 的识别、评估与反馈系统,以更好地提高心理治疗的效能。

参考文献

- [1] Linden M, Schermuly - Haupt ML. Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects[J]. World Psychiatry, 2014, 13(3): 306 - 309.
- [2] 陈发展, 赵旭东. 心理治疗的不良反应[J]. 中国心理卫生杂志, 2017, 31(1): 72 - 76.
- [3] Hadley SW, Strupp HH. Contemporary views of negative effects in psychotherapy. An integrated account [J]. Arch Gen Psychiat, 1976, 33(11): 1291 - 1302.
- [4] Aveline MO. Negative outcome in psychotherapy and what to do about it[J]. Int J Group Psychother, 1990, 40(2): 233 - 236.
- [5] Linden M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions[J]. Clin Psychol Psychother, 2013, 20(4): 286 - 296.
- [6] 曾文星, 徐静. 心理治疗: 理论与分析[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1994: 362.
- [7] Frank JD. Therapeutic components of psychotherapy. A 25 - year progress report of research[J]. J Nerv Ment Dis, 1974, 159(5): 325 - 342.
- [8] 郝伟, 于欣. 精神病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 93.
- [9] Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance[J]. Psychother Theory Res Pract, 1979, 16(3): 252 - 260.
- [10] Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance[J]. Clin Psychol Rev, 2003, 23(1): 1 - 33.
- [11] Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm[J]. Perspect Psychol Sci, 2007, 2(1): 53.
- [12] Jarrett C. When therapy causes harm[J]. Psychologist, 2008, 21(1): 10 - 12.
- [13] Nutt DJ, Sharpe M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy[J]. J Psychopharmacol, 2008, 22(1): 3 - 6.
- [14] Anderson NB. Evidence - based practice in psychology[J]. Be-

- havior Analyst Today, 2006, 61(4): 271 - 285.
- [15] Norcross JC. Psychotherapy relationships that work: evidence - based responsiveness[M]. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, 2011: 178 - 179.
- [16] Swift JK, Callahan JL. A delay discounting measure of great expectations and the effectiveness of psychotherapy[J]. Prof Psychol Res Pr, 2008, 39(6): 581 - 588.
- [17] Ibaraki AY, Hall GCN. The components of cultural match in psychotherapy[J]. J Soc Clin Psychol, 2014, 33(10): 936 - 953.
- [18] 李林英. 心理治疗与咨询中临床督导工作的探讨[J]. 中国临床心理学杂志, 2004, 12(1): 96 - 99.
- [19] Linehan MM, Kanter JW, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: efficacy, specificity, and cost effectiveness[J]. Psychotherapy Indications and Outcomes, 1999: 93 - 118.
- [20] 陈祉妍, 沈东郁, 吴和鸣, 等. 对心理治疗工作中进行小组督导工作的探讨: 心理治疗初学者同行小组的现状与思考[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(7): 515 - 516.
- [21] Butterworth T, Faugier J. Clinical supervision and mentorship in nursing[M]. Springer US, 1992: 230 - 239.
- [22] Lambert M. Presidential address: what we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care[J]. Psychotherapy Res, 2007, 17(1): 1 - 14.
- [23] Lambert MJ, Whipple JL, Hawkins EJ, et al. Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta - analysis[J]. Clin Psychol - Sci Pr, 2003, 10(3): 288 - 301.
- [24] Swift JK, Derthick AO. Increasing hope by addressing clients' outcome expectations [J]. Psychotherapy, 2013, 50 (3): 284 - 287.
- [25] Howard KI, Kopta SM, Krause MS, et al. The dose - effect relationship in psychotherapy [J]. Am Psychol, 1986, 41 (2): 159 - 164.
- [26] Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE. Patient - focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects [J]. J Consult Clin Psychol, 2001, 69(2): 159 - 172.
- [27] Swift JK, Callahan JL. Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length[J]. Psychother Res, 2011, 21(2): 193 - 200.

(收稿日期:2018 - 02 - 20)

(本文编辑:陈 霞)