

国家卫生计生委办公厅关于印发精神障碍治疗指导原则（2013年版）等文件的通知

国卫办医函〔2013〕525号

各省、自治区、直辖市卫生计生委（卫生厅局），新疆生产建设兵团卫生局：

为落实《精神卫生法》相关要求，进一步规范精神疾病、心理疾病诊疗行为，我委组织制定了《精神障碍治疗指导原则（2013年版）》和《心理治疗规范（2013年版）》（可从中华医学会网站 <http://www.cma.org.cn/col/col41/index.html> 上下载）。请各省级卫生计生行政部门通知医疗机构登陆该网站下载，在诊疗活动中遵照执行。

国家卫生计生委医政医管局联系人：王勋、张萌

电 话：010-68792206、68792200

中华医学会科技评审部联系人：王莹莹

电 话：010-85158560

国家卫生计生委办公厅

2013年12月23日

心理治疗规范

(2013年版)

为加强医疗机构心理治疗的规范管理，提高医疗质量，保证医疗安全，根据中华人民共和国《精神卫生法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗技术临床应用办法》《预防医学、全科医学、药学、护理、其他卫生技术等专业技术资格考试暂行规定》及《医疗机构临床心理科门诊基本标准（试行）》等有关法律、法规和规章制度，制定本规范。

第一章 总 则

一、心理治疗的定义

心理治疗是一类应用心理学原理和方法，由专业人员有计划地实施的治疗疾病的技术。心理治疗人员通过与患者建立治疗关系与互动，积极影响患者，达到减轻痛苦、消除或减轻症状的目的，帮助患者健全人格、适应社会、促进康复。心理治疗要遵循科学原则，不使用超自然理论。

二、心理治疗的人员资质

以下两类在医疗机构工作的医学、心理学工作者可以成为心理治疗人员：（一）精神科（助理）执业医师并接受了规范化的心理治疗培训。（二）通过卫生专业技术资格考试（心理治疗专业），取得专业技术资格的卫生技术人员。

三、心理治疗的对象和场所

（一）心理治疗的服务对象是心理问题严重、需要系统性心理治疗的人员，以及符合精神障碍诊断标准《国际疾病分类（ICD-10）精神与行为障碍分类》的患者。

心理治疗的适应证包括以下种类：

1. 神经症性、应激相关的及躯体形式障碍；
2. 心境（情感）障碍；
3. 伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征（如进食障碍、睡眠障碍、性功能障碍等）；
4. 通常起病于儿童与少年期的行为与情绪障碍；
5. 成人人格与行为障碍；
6. 使用精神活性物质所致的精神和行为障碍；
7. 精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍；
8. 心理发育障碍，以及器质性精神障碍等。在针对以上各类精神障碍的治疗中，心理治疗可以作为主要的治疗方法，也可以作为其它治疗技术的辅助手段。

心理治疗的禁忌证主要包括：

1. 精神病性障碍急性期患者，伴有兴奋、冲动及其它严重的意识障碍、认知损害和情绪紊乱等症状，不能配合心理治疗的情况。

2. 伴有严重躯体疾病患者，无法配合心理治疗的情况。

(二) 心理治疗属于医疗行为，应当在医疗机构内开展。

(三) 医疗机构应该按照心理治疗工作的需要，设置专门的心理治疗场所。

四、心理治疗的伦理要求

(一) 心理治疗人员应有责任意识，在自身专业知识和能力限定范围内，为服务对象提供适宜而有效的专业服务。如果需要拓展新的专业服务项目，应接受相应的专业培训和能力评估。应定期与专业人员进行业务研讨活动，在有条件的地方应实行督导制度。当自身的专业知识和能力以及所在场所条件不能满足服务对象需要时，应及时转介。

(二) 心理治疗人员应当建立恰当的关系及界限意识。尊重服务对象（包括患者及其亲属），按照专业的伦理规范与服务对象建立职业关系，促进其成长和发展。

1. 应平等对待患者，不因患者的性别、民族、国籍、宗教信仰、价值观等因素歧视患者。

2. 应对自己的专业身份、所处的位置对患者可能产生的潜在影响有清楚的认识；应努力保持与患者之间客观的治疗关系，避免在治疗中出现双重关系，不得在治疗关系之外与服务对象建立其他关系，不得利用患者对自己的信任或依赖谋取私利。一旦治疗关系超越了专业的界限，应采取适当措施终止这一治疗关系。

(三) 应当尊重服务对象的知情同意权，让服务对象了解服务的目的、主要内容及局限性、自身权益等信息，征得服务对象同意后提供服务。

(四) 应当遵循保密原则，尊重和保護服务对象的隐私权；向接受治疗的相关人员说明保密原则，并采取适当的措施为其保守秘密。但法律、法规和专业伦理规范另有规定的除外。

1. 以下情况按照法律不能保密，应该及时向所在医疗机构汇报，并采取必要的措施以防止意外事件的发生，及时向其监护人通报；如发现触犯刑律的行为，医疗机构应该向有关部门通报：

(1) 发现患者有危害其自身或危及他人安全的情况时；

(2) 发现患者有虐待老年人、虐待儿童的情况时；

(3) 发现未成年患者受到违法犯罪行为侵害时。

2. 心理治疗人员应该参照医疗机构病案管理办法，对心理治疗病案作适当文字记录。只有在患者签署书面同意书的情况下才能对治疗过程进行录音、录像。在因专业需要进行案例讨论，或采用案例进行教学、科研、写作等工作时，应隐去那些可能会提示患者身份的有关信息(在得到患者书面许可的情况下可以例外)。

3. 心理治疗工作中的有关信息需妥善保管，无关人员不得翻阅。

(五) 心理治疗过程中应避免下列行为:

1. 允许他人以自己的名义从事心理治疗工作。
2. 索贿、受贿, 或与患者及其亲属进行商业活动, 谋取专业外的不正当利益。
3. 与患者发生超越职业关系的亲密关系 (如性爱关系)。
4. 违反保密原则。
5. 违反法律、行政法规的其它行为。

五、法律责任

心理治疗以治疗疾病、促进健康为目的。违反国家有关法律规定, 给患者或他人造成损失的, 依法承担法律责任。

第二章 心理治疗的分类

心理治疗的理论流派、临床技术很多, 按学术思想分类可分为精神分析及心理动力学心理治疗、人本主义治疗 (或咨客中心治疗)、认知行为治疗和系统式治疗; 按治疗对象分为个别治疗、夫妻治疗或婚姻治疗、家庭治疗和团体治疗等; 按言语及非言语技术使用情况分为言语性技术和非言语性技术; 按心理干预的强度、深度、紧急程度分为一般支持性治疗、深层治疗和危机干预; 此外, 还可按照文化背景进行分类。

本规范以上述各种传统分类方法为基础, 根据临床用途、实施范围、对治疗师的技术要求等主要指标, 选取 13 种心理治疗技术作为医疗机构内的适宜技术进行推广, 并实施规范化管理。这些心理治疗技术可以大致分为三组:

一、基本心理治疗技术

指综合上述各个流派的基本共性特点, 在临床工作中对多数患者, 尤其是对较轻的心理问题具有普遍实用性的一般性心理治疗技术。主要包括建立治疗联盟的关系技术、用于心理健康教育及解决一般心理问题的支持-解释性心理治疗等。属于心理治疗人员必须熟练掌握、运用的通用技术。

二、专门心理治疗

指针对有适应证的患者, 根据一定的流派理论进行的较有系统性、结构性的特殊心理治疗, 包括精神分析及心理动力学治疗、人本主义治疗、认知行为治疗、系统式家庭治疗, 以及催眠治疗、危机干预、团体治疗、表达性艺术治疗等。心理治疗师应受过相应技术的专门训练。

三、其它特殊心理治疗

指在本土传统文化基础上融合了现代心理学原理和技术, 在相应的文化群体中有成功应用经验的某些心理治疗理论和方法, 以及一些基于传统的或创新的心理学原理开发的治疗技术。对于这些心理治疗方法, 宜进行充分的科学探索, 在严格规范管理之下谨慎使用, 经充分验证、论证后再加以推广。

第三章 心理治疗的操作技术

一、支持性心理治疗与关系技术

(一) 概述。支持性心理治疗与关系技术指心理治疗人员在医疗情境中，基于治疗的需要，在伦理、法律、法规和技术性规范的指导下，与患者积极互动而形成支持性、帮助性工作关系。治疗关系不等同于日常发生的社会行为，是心理治疗操作技术的有机组成部分，其本身具有向患者提供心理支持的作用，在精神卫生领域的临床工作中作为各种心理治疗的共同基础性技术。关系技术适应于各类心理治疗的服务对象，无绝对禁忌证。

(二) 操作方法及程序

1. 进入治疗师的角色。心理治疗人员要以平等、理性、坦诚的态度，设身处地理解患者，建立治疗联盟，避免利用、操纵性的治疗关系。

2. 开始医患会谈。建立让患者感到安全、信任、温暖、被接纳的治疗关系。

3. 心理评估与制定治疗计划。在了解患者的病史、症状、人格特点、人际系统、对治疗的期望、转诊背景等基础上，进行心理评估，与患者共同商定治疗目标，制定可行的治疗计划。

4. 实施治疗。采用倾听、共情与理解、接纳与反映、肯定、中立、解释、宽慰、鼓励、指导等技术实施心理治疗。

5. 结束治疗。简要回顾治疗过程，评估疗效，强化治疗效果，帮助患者与治疗人员完成心理分离，鼓励患者适应社会。

(三) 注意事项。

1. 使用支持、保证的技术时，要尊重患方自主性，注意自我保护，承诺须适当，不做出过分肯定、没有余地的担保与许诺。

2. 在鼓励患者尝试积极行为时，避免根据治疗人员自己的价值观代替患者做出人生重大决定。对于具有攻击行为、妄想观念等症状的患者，要慎用鼓励的技术。

二、暗示—催眠技术

(一) 概述。暗示是不加批判地接受他人情感和思想影响的现象。暗示疗法是运用暗示现象获得疗效的治疗方法。催眠是持续地对患者进行暗示，以诱导催眠状态、达到催眠治疗目的的技术。本条所述规范限于临床专业人员针对特定问题，旨在诱导意识状态改变而有意地、系统地使用的暗示及催眠技术。

催眠是心理治疗的基础技术，可以单独使用以达到镇静、降低焦虑水平、镇痛的目的，也可以与其它技术联合使用。

按照使用暗示治疗的用途，可以分为直接暗示和系统催眠治疗，应用于广泛的精神障碍及部分躯体问题。

(二) 操作方法及程序。

1. 前期准备。评估暗示性及合作意向：通过预备性会谈、暗示性实验或量表，检验受试的个体性反应方式，评测接受暗示的程度，以及有无过度紧张、怀

疑、犹豫、不情愿等负性情绪或态度，避免出现副作用。

2. 直接暗示。在排除器质性障碍，或确认器质性病变基础与当前症状、体征不甚符合时，可以利用业已建立的医患关系及医师的权威角色，营造合适氛围，直接使用言语，或借助适当媒介，如药品、器械或某种经暗示即能诱发的躯体感觉，实施直接针对症状的暗示，而不一定刻意诱导意识改变状态。

3. 催眠诱导。

(1) 建立关系：运用关系技术，建立信任的关系。

(2) 注意集中：请其盯视某点，同时用讲故事或强化躯体感觉的方法诱导内向性注意集中，促进入静。

(3) 使用合适的语音模式，如节律性同步、重复、标记、困惑、分离和批准等。

4. 判断催眠程度。通过观察感觉、认知、运动、生理四个方面变化，判断催眠的程度。

5. 治疗阶段。入静达到合适的深度后，进一步做催眠性治疗。主要包括：催眠后暗示；促进遗忘；重新定向。

(三) 注意事项

1. 以下情况不宜做催眠治疗：早期精神病、边缘型人格障碍、中重度抑郁；急性期精神病；偏执性人格障碍。对抑郁障碍患者有可能加重病情，包括自杀倾向。

2. 分离性障碍患者及表演性人格障碍者慎用。

3. 在滥用的情况下，在医疗机构之外实施的群体性催眠，有可能使具有依赖、依恋、社会不成熟、暗示性过高等人格特征的参与者发生明显的退化、幼稚化，损害社会功能，加重原有问题。

4. 注意处理副作用：少数患者可能出现失代偿、头痛、激越等副反应。

5. 治疗师必须接受过规范、系统的催眠技术培训，且在督导师指导下治疗过病人。

6. 在患者暗示性极低、医患关系不良情况下，不宜使用；

7. 不是对于器质性疾病的对因治疗方法。

8. 对儿童要慎用。

9. 不推荐采用集体形式的催眠治疗；不应在医疗机构外以疗病健身术名义，使用群体性暗示技术有意或无意地诱导意识改变状态。

三、解释性心理治疗

(一) 概述。解释指对心理、行为及人际情境中的关系或意义提出假设，促使患者用新的词汇、语言及参照系，来看待、描述心理和行为现象，以帮助患者澄清自己的思想和情感，以新观点看待和理解病理性问题与各种内外因素的关系，获得领悟，学习自己解决问题。

该疗法适用于以下情况：

1. 增加患者对自身人格发展、当前临床病理问题及其处理策略的认识，改变功能不良的信念、态度和思维方式。

2. 健康教育，指导康复。

3. 临床其它专业领域参考、借用于日常医患交流，保障患者知情同意及知情选择权，增加依从性。

(二) 操作方法及程序。根据施用于患者时引发的感受、干预的力度和发挥作用的时间的不同，解释分为以下 4 个层次：

1. 反映：治疗师给患者的解释信息不超过公开表达出来的内容。

2. 澄清：只是稍微点明患者的表达中所暗含、暗示的，但自己未必意识到的内容。

3. 对质：治疗师利用患者呈现出来的情感和思想作为材料，提醒病人注意暗含的，但没有意识到或不愿承认的情感和思想。

4. 主动阐释：按照与当前临床问题有关的理论，治疗师直接导入全新的概念、意义联系或联想。

5. 隐喻性阐释：通过利用譬喻、象征的方法进行交流，以促进病人及其相关系统产生自己对问题的理解的方法。

(三) 注意事项。

1. 重视对方反应，注意其接受力，避免说教式的单向灌输；

2. 注意避免过多指责、批评患者。

3. 对有意识障碍、明显精神病性症状和中重度精神发育迟滞、痴呆的患者不适用。

4. 对心理分化程度低，自我强度弱，缺乏主见，暗示性、依赖性高的患者，引导、干预力度较高的解释释宜配合其它旨在促进自我责任能力的疗法使用。

四、人本心理治疗

(一) 概述。人本心理治疗是一组体现人本心理学思想的心理疗法的总称，主要包括以人为中心疗法、存在主义疗法、完形疗法等，其中以人为中心疗法的影响最大。本条仅涉及罗杰斯所代表的以人为中心疗法。该疗法可用作一般的发展性咨询和精神疾病的心理治疗。

(二) 操作方法及程序。

1. 确定治疗目标：加深自我理解，在整合现实的方向上，达到自我重组、发展更自在和更成熟的行为方式。

2. 建立治疗关系：核心要素是真诚一致、共情、无条件的积极关注。

3. 实施治疗过程：以如何对待个人感受为指标，分阶段进行循序渐进的互动、访谈，使患者从僵化且疏远地看待自己及内心活动，直至其内心不受歪曲、束缚，达到自由的状态，实现以人为中心疗法去伪存真的治疗目标。

(三) 注意事项。

1. 患者表现出依赖治疗师或其他人的倾向时，应帮助当事人为自己接受治

疗负起责任，进而担负起解决问题的责任。

2. 在患者陈述自己的问题，并表达相关的负面情绪的过程中，应鼓励患者自由地表达出与问题有关的情感，接纳、承认和澄清这些消极情感。

3. 当患者对可能的决定和行动进行澄清时，帮助澄清可能会做出的不同选择，并认识到个体正在经验的恐惧感和对于继续前进的胆怯，但不督促个体做出某种行动或者提出建议。

4. 患者逐渐感到不再需要帮助，应该鼓励结束治疗。

五、精神分析及心理动力学治疗

（一）概述。精神分析及心理动力学治疗是运用精神分析理论和技术所开展的心理治疗活动。精神分析指高治疗频次的，以完善人格结构、促进心理发展为目的的经典精神分析疗法；心理动力学治疗由经典精神分析疗法发展而来，是相对短程、低频次的治疗方法，通过处理潜意识冲突，消除或减轻症状，解决现实生活情境中的问题。

（二）操作方法及程序

1. 治疗设置。精神分析的设置通常为长程、高频次的精神分析，每周 3-5 次、每次 45-50 分钟。

心理动力学治疗的设置为低频，通常为每周 1-2 次，每次 45-50 分钟，治疗疗程相对灵活。

2. 治疗联盟。治疗联盟为患者与治疗师之间形成的非神经症性的、现实的治疗合作关系。

3. 初始访谈与诊断评估。通过心理动力学访谈，对患者的人格结构、心理防御机制、心理发展水平、潜意识的心理冲突、人际关系等进行评估和动力学诊断，确定治疗目标。

4. 治疗过程与常用技术。将移情与反移情、阻抗作为探索潜意识的线索和治疗工具，通过自由联想、梦的分析、肯定、抱持、反映、面质、澄清、解释、修通、重构等技术达到治疗目标。

心理动力学治疗在不同程度上使用经典精神分析的基本概念和技术，但方法较为灵活；治疗过程中更关注现在与现实，注重开发患者的潜能和复原力，促进人格完善与发展。

5. 结束治疗。回顾治疗过程，评估疗效，强化治疗效果，帮助患者与治疗人员完成心理分离，促进患者适应社会。

（三）注意事项。

1. 处于急性期的精神病患者、有明显的自杀倾向的抑郁患者、严重的人格障碍患者，不宜做精神分析或心理动力学治疗。

2. 精神分析及心理动力学治疗是一类以追求领悟和促进心理发展水平为主要目标的疗法，对患者智力、人格、求助动机和领悟能力等要求较高。对于心理发展水平较低、人格结构有严重缺陷的患者，要避免使用经典精神分析技术。要

注意克服过度理智化的过程在患者方面引起的失代偿，促进认知与情感、行为实践的整合。

3. 治疗关系与技巧同样重要。防止治疗师过分操纵、以自我为中心。

4. 注意民族文化背景的影响。

六、行为治疗

(一) 概述。行为治疗是运用行为科学的理论和技术，通过行为分析、情景设计、行为干预等技术，达到改变适应不良行为、减轻和消除症状、促进患者社会功能康复的目标。

(二) 操作方法及程序。

1. 行为治疗基本原则：建立良好的治疗关系；目标明确、进度适当；赏罚适当；激活并维持动机。

2. 常用技术。

(1) 行为的观测与记录：定义目标行为：准确辨认并客观和明确地描述构成行为过度或行为不足的具体内容。

(2) 行为功能分析：对来自环境和行为者本身的，影响或控制问题行为的因素作系统分析。以分析为基础，确定靶行为。

(3) 放松训练：①渐进性放松：采取舒适体位，循序渐进对各部位的肌肉进行收缩和放松的交替训练，同时深吸气和深呼气、体验紧张与放松的感觉，如此反复进行。练习时间从几分钟到 30 分钟。②自主训练：有 6 种标准程式，即沉重感；温暖感；缓慢的呼吸；心脏慢而有规律的跳动；腹部温暖感；额部清凉舒适感。

(4) 系统脱敏疗法：①教患者学会评定主观不适单位(SUD)。②松弛训练：按前述方法进行放松训练。③设计不适层次表：让患者对每一种刺激因素引起的主观不适进行评分(SUD)，然后按其分数高低将各种刺激因素排列成表。④系统脱敏：由最低层次开始脱敏，即对刺激不再产生紧张反应后，渐次移向对上一层刺激放松性适应。在脱敏之间或脱敏之后，将新建立的反应迁移到现实生活中，不断练习，巩固疗效。

(5) 冲击疗法：又称为满灌疗法。让患者直接面对引起强烈焦虑、恐惧的情况，进行放松训练，使恐怖反应逐渐减轻、消失。治疗前应向病人介绍原理与过程，告诉患者在治疗中需付出痛苦的代价。

(6) 厌恶疗法：通过轻微的惩罚来消除适应不良行为。对酒依赖的患者的治疗可使用阿朴吗啡(去水吗啡)催吐剂。

(7) 自信训练：运用人际关系的情景，帮助患者正确地和适当地与他人交往，提高自信，敢于表达自己的情感和需要。

(8) 矛盾意向法：让患者故意从事他们感到害怕的行为，达到使害怕反应不发生的目的，与满灌疗法相似。

(9) 模仿与角色扮演：包括榜样示范与模仿练习。帮助患者确定和分析所

需的正确反应，提供榜样行为和随时给予指导、反馈、强化。

(10) 塑造法。用于培养一个人目前尚未做出的目标行为。

(11) 自我管理。患者在行为改变的各个环节扮演积极、主动的角色，自己对改变负责任。

(12) 行为技能训练。结合使用示范、指导、演习和反馈，帮助个体熟悉有用的行为技能。

(三) 注意事项

从条件化作用的角度对精神病理现象做出过分简单化的理解和处理，可能对于存在复杂内心冲突的神经症患者产生“症状替代”的效应，在消除一些症状的同时导致出现新的症状。

冲击疗法引起强烈的心理不适，部分患者不能耐受，尤其对于有心血管疾病的患者和心理适应能力脆弱者，要避免使用。厌恶疗法的负性痛苦刺激可能有严重副作用，应慎用，而且须征得患者、家属的知情同意。

七、认知治疗

(一) 概述。认知治疗起源于理性—情绪治疗和认知治疗。焦点是冲击患者的非理性信念，让其意识到当前困难与抱持非理性观念有关；发展有适应性的思维，教会更有逻辑性和自助性的信念，鼓励他们身体力行，引导产生建设性的行为变化，并且验证这些新信念的有效性。认知治疗使用许多来自其它流派的技术，特别是与行为治疗联系紧密，以致二者现在常被相提并论，称为认知行为治疗。

(二) 操作方法及程序。认知治疗强调发现和解决意识状态下所存在的现实问题，同时针对问题进行定量操作化、制订治疗目标、检验假设、学习解决问题的技术，以及布置家庭作业练习。

1. 识别与临床问题相关的认知歪曲。

(1) “全或无”思维；

(2) 以偏概全，过度泛化，跳跃性地下结论；

(3) 对积极事物视而不见；

(4) 对事物作灾难性推想，或者相反，过度缩小化；

(5) 人格牵连；

(6) 情绪化推理。

2. 识别各种心理障碍具有特征性的认知偏见或模式，为将要采用的特异性认知行为干预提供基本的努力方向。

3. 建立求助动机。

4. 计划治疗步骤。

5. 指导病人广泛应用新的认知和行为，发展新的认知和行为来代替适应不良性认知行为。

6. 改变有关自我的认知：作为新认知和训练的结果，患者重新评价自我效能。

7. 具体的基本技术。

- (1) 识别自动性想法。
- (2) 识别认知性错误。
- (3) 真实性检验（或现实性检验）。
- (4) 去注意。
- (5) 监察苦恼或焦虑水平。
- (6) 认知自控法。

(三) 注意事项。有明显自杀倾向、自杀企图和严重思维障碍、妄想障碍、严重人格障碍的患者，不适合做认知治疗。

认知和行为二者做到“知行统一”最为关键。应避免说教或清谈。在真实性检验的实施阶段，患者易出现畏难情绪和阻抗，要注意在治疗初期建立良好的治疗关系。

八、家庭治疗

(一) 概述。家庭治疗是基于系统思想，以家庭为干预单位，通过会谈、行为作业及其它非言语技术消除心理病理现象，促进个体和家庭系统功能的一类心理治疗方法。家庭治疗有多种流派，如：策略式或行为家庭治疗、结构式家庭治疗、精神分析、系统式家庭治疗及家庭系统治疗等。

各流派共同的理论观点主要是：

1. 家庭是由互相关联的个体和子系统，以复杂方式自我组织起来的开放系统和因果网络。
2. 个体的异常心理及行为与生理功能、人际系统处于循环因果关系之中。它们不仅是作为后果发生于个体内部的过程，还受到人际系统内互动模式的影响，而且其本身也是对于系统过程的反应或干预调节。

(二) 操作方法及程序。

1. 一般治疗程序

(1) 澄清转诊背景，重点评估以下方面特点：

①家庭动力学特征。②家庭的社会文化背景。③家庭在其生活周期中的位置。④家庭的代际结构。⑤家庭对“问题”起到的作用。⑥家庭解决当前问题的方法和技术。⑦绘制家谱图：用图示来表现有关家庭信息。

(2) 规划治疗目标与任务，旨在引起家庭系统的变化，创造新的交互作用方式，促进个人与家庭的成长。

(3) 治疗的实施。每次家庭治疗访谈历时 1 到 2 小时左右。两次座谈中间间隔时间开始较短，一般 4 到 6 天，以后可逐步延长至一月或数月。总访谈次数一般在 6 到 12 次。

2. 系统家庭治疗的言语性干预技术。

- (1) 循环提问；
- (2) 差异性提问；

- (3) 前馈提问;
- (4) 假设提问;
- (5) 积极赋义和改释;
- (6) 去诊断。

3. 非言语性干预技术

(1) 家庭作业。为来访的家庭布置治疗性家庭作业。常用的有:

①悖论(反常)干预与症状处方;②单、双日作业;③记秘密红账;④角色互换练习;⑤厌恶刺激。

(2) 家庭塑像、家庭“星座”,以及其它表达性艺术治疗技术。

(三) 注意事项。与个别治疗相比,家庭治疗的实施有以下特殊问题要加以重视:

1. 治疗师须同时处理多重的人际关系。保持中立位置或多边结盟很重要。

2. 干预对象和靶问题不一定是被认定为患者的家庭成员及其症状。此点可能产生阻抗。要在澄清来诊背景基础上,合理使用关系技术中的“结构”和“引导”。

3. 部分干预技术有强大的扰动作用,应在治疗关系良好的基础上使用,否则易于激起阻抗,甚至导致治疗关系中断。

4. 家庭治疗适应证广泛,无绝对禁忌证。在重性精神病发作期、偏执性人格障碍、性虐待等疾病患者中,不首选家庭治疗。

九、危机干预

(一) 概述。危机是个体面临严重、紧迫的处境时产生的伴随着强烈痛苦体验的应激反应状态。危机干预是对处于困境或遭受挫折的人予以关怀和短程帮助的一种方式。常用于个人和群体性灾难的受害者、重大事件目击者,尤其是自杀患者和自杀企图者的心理社会干预。强调时间紧迫性和效果,在短时间内明确治疗目标并取得一定成效,即:围绕改变认知、提供情感支持,肯定当事人的优点,确定其拥有的资源及其已采用过的有效应对技巧,寻找可能的社会支持系统,帮助当事人恢复失衡的心理状态。

精神病性障碍的兴奋躁动、激越,严重的意识障碍,不属于单独使用心理治疗性危机干预的范畴。

(二) 操作程序及方法。

1. 危机干预的一般目标:

- (1) 通过交谈,疏泄被压抑的情感;
- (2) 帮助认识和理解危机发展的过程及与诱因的关系;
- (3) 教会问题解决技巧和应对方式;
- (4) 帮助患者建立新的社交网络,鼓励人际交往;

(5) 强化患者新习得的应对技巧及问题解决技术,同时鼓励病人积极面对现实和注意社会支持系统的作用。

2. 特殊心理治疗技术：

根据患者情况和治疗师特长，采用相应的治疗技术，包括综合性地运用关系技术、短程心理动力学治疗、认知治疗、行为治疗、家庭治疗、催眠、放松训练，配合使用抗焦虑或抗抑郁药物、建议休养，等。主要分为三类技术：

(1) 沟通和建立良好关系的技术。

(2) 支持技术。旨在尽可能地解决目前的危机，使当事者的情绪得以稳定。可以应用暗示、保证、疏泄、环境改变，以及转移或扩展注意等方法。如果有必要，可使用镇静药物或考虑短期住院治疗。

(3) 解决问题技术。使当事者理解目前的境遇、他人的情感，树立自信，引导设计有建设性的问题解决方案，用以替代目前破坏性的、死胡同式的信念与行为；注意社会支持系统的作用，培养兴趣、鼓励积极参与有关的社交活动，多与家人、亲友、同事接触和联系，减少孤独和隔离。

3. 危机干预的步骤。

(1) 第一阶段：评估问题或危机，尤其是评估自杀危险性，评估周围环境一家庭和社区。

(2) 第二阶段：制定治疗性干预计划。针对即刻的具体问题，考虑社会文化背景、家庭环境等因素，制定适合当事者功能水平和心理需要的干预计划。

(3) 第三阶段：治疗性干预。首先需要让有自杀危险的当事者避免自杀的实施，认识到自杀不过是一种解决问题的方式而已，并非将结束生命作为目的。

(4) 第四阶段：危机的解决和随访。渡过危机后，应及时结束干预性治疗，以减少依赖性。同时强化、鼓励应用新习得的应对技巧。

(三) 注意事项。在治疗初期注意保持较高的干预力度与频度，以保证干预效果逐步巩固，不致问题反弹。特别要防范已实施过自杀行为的人再次自杀；非精神科医师在紧急处理自杀行为的躯体后果（如中毒、外伤、窒息）后，应提供力所能及的心理帮助，或申请精神科会诊。

如危机当事人因经历创伤性应激事件，经危机干预后仍持续存在某些心理或行为问题，应建议当事人继续接受专业的创伤治疗，以促使个体进一步康复。

十、团体心理治疗

(一) 概述。团体心理治疗是在团体、小组情境中提供心理帮助的一种心理治疗形式。通过团体内人际交互作用，促使个体在互动中通过观察、学习、体验，认识自我、探讨自我、接纳自我，调整和改善与他人的关系，学习新的态度与行为方式，发展生活适应能力。

团体治疗依据的治疗理论可以有多种，如心理动力学理论、系统理论及认知-行为治疗理论。

现代团体治疗主要有三种：心理治疗、人际关系训练和成长小组。心理治疗的重点是补救性、康复性的，组员可以是患者，也可以是有心理问题的正常人。社交行为障碍明显者，以及治疗师担心个别治疗会加剧患者依恋的情况，比较适

合团体治疗。后两种团体是成长和发展性的，参加者是普通人，目的是为了改善关系，发挥潜能，自我实现，广泛应用在医院及其它场所，适于不同的人参加。

（二）操作程序及方法。

1. 形式。由 1~2 名心理治疗师担任组长，根据组员问题的相似性，组成治疗小组，通过共同商讨、训练、引导，解决组员共有的发展课题或相似的心理障碍。团体的规模少则 3~5 人，多则 10 余人，活动几次或 10 余次。间隔每周 1-2 次，每次时间 1.5~2 小时。

2. 治疗目标。一般目标：减轻症状、培养与他人相处及合作的能力、加深自我了解、提高自信心、加强团体的归属感凝聚力等。特定目标：每个治疗集体要达到的具体目标。每次会面目标：相识、增加信任、自我认识、价值探索、提供信息、问题解决等。

3. 治疗过程。团体心理治疗经历起始、过渡、成熟、终结的发展过程。团体的互动过程会出现一些独特的治疗因素，产生积极的影响机制。

（1）起始阶段。定向和探索的时期，基本任务是接纳与认同。

（2）过渡阶段。协助组员处理他们面对的情绪反应及冲突，促进信任和关系建立。

（3）工作阶段。探讨问题和采取有效行为，以促成组员行为的改变。

（4）终结阶段。总结经验、巩固成效，处理离别情绪。

4. 组长的职责。注意调动团体组员参与积极性；适度参与并引导；提供恰当的解释；创造融洽的气氛。

5. 具体操作技术：

（1）确定团体的性质，如结构式还是非结构式，小组是开放式还是封闭式，组员是同质还是异质。

（2）确定团体的规模。

（3）确定团体活动的时间、频率及场所。

（4）招募团体心理治疗的组员。

（5）协助组员投入团体。

（6）促进团体互动。

（7）团体讨论的技术，如：脑力风暴法；耳语聚会；菲力蒲六六讨论法；揭示法。

（8）其他常用技术，尤其是表达性艺术治疗的方法。

（三）注意事项。团体心理治疗对于人际关系适应不佳的人有特殊用途。但应注意其局限性：

1. 个人深层次的问题不易暴露；

2. 个体差异难以照顾周全；

3. 有的组员可能会受到伤害；

4. 在团体过程中获得的关于某个人的隐私事后可能无意中泄露，给当事人带来不便；

5. 不称职的组长带领团体会给组员带来负面影响。因此，团体治疗不是适合于所有的人。

6. 有以下情况者不宜纳入团体治疗小组：有精神病性症状；有攻击行为；社交退缩但本人缺乏改善动机；自我中心倾向过分明显、操纵欲强烈。这些情况有可能显著影响团体心理动力学过程。如果是在治疗过程中才发现这些情况，需及时处理。

7. 在团体治疗中使用表达性艺术治疗的技术时，必须注意艺术性、科学性原则的结合，注意伦理界限。要防止出现强烈的情感反应失控、非常意识状态（或意识改变状态）；避免在治疗师与被治疗者之间发展不恰当的崇拜、依恋关系；不可引入超自然和神秘主义的理念和方法；避免不恰当的身体接触；

十一、森田疗法

（一）概述。森田疗法是融合了东西方文化中的医学和哲学思想与技术的一种心理治疗方法。具体操作程序与方法包括：

1. 准备。选择有适应证及神经质个性特征的患者，建立治疗关系。

2. 实施。住院式森田疗法可分为绝对卧床期、轻作业期、重作业期和社会康复期 4 个阶段，共 40 天在家庭式的环境中进行住院治疗。

十二、道家认知治疗

（一）概述。道家认知治疗是在道家哲学思想的引导下，通过改变个体的认知观念和调整应对方式来达到调节负性情绪、矫正不良行为和达到防病治病的目的。

（二）操作程序与方法。可分为五个基本步骤：

1. 评估目前的精神刺激因素；

2. 调查价值系统；

3. 分析心理冲突和应付方式；

4. 道家哲学思想的导入与实践。让患者熟记 32 字保健诀，并理解吸收。先向患者简单介绍老庄哲学的来龙去脉，以及儒道两家哲学的互补性。然后逐字逐句辨析解读道家认知疗法的四条原则，即 32 字保健诀，与其现实事件或处境相结合：

①利而不害，为而不争；②少私寡欲，知足知止；③知和处下，以柔胜刚；④清静无为，顺其自然。

5. 评估与强化疗效。

（三）治疗时间与疗程。标准的道家认知治疗疗程分五次完成，每次 60~90 分钟，每周可安排 1-2 次。

（四）注意事项

道家认知治疗是基于我国悠久的传统文化，结合现代认知治疗理念发展而来的新型治疗方法，要求治疗师对传统哲学有深刻理解，并且对当代社会竞争性生活方式、工作方式的利弊有丰富的体会和反思。要在鼓励患者进取、勤奋、合群、

执着探索精神的前提下，发展均衡、全面、达观、灵活的心态和心理能力，避免鼓励消极避世的人生态度，防止过度使用应对挫折及冲突时的“合理化”心理防御机制。

十三、表达性艺术治疗

（一）概述

表达性艺术治疗简称为表达性治疗或艺术治疗，是将艺术创造形式作为表达内心情感的媒介，促进患者与治疗师及其他人交流，改善症状、促进心理发展的一类治疗方法。其基本机制是通过想象和其它形式的创造性表达，帮助个体通过想象、舞蹈、音乐、诗歌等形式，激发、利用内在的自然能力进行创造性的表达，以处理内心冲突、发展人际技能、减少应激、增加自我觉察和自信、获得领悟，促进心理健康、矫治异常心理。表达性艺术治疗适用于大多数人群，从一般人群到适应困难者，再到多数精神障碍患者。

表达性艺术治疗包括很多形式，常见的如绘画治疗、戏剧治疗、音乐治疗、舞蹈治疗、沙盘治疗、诗歌治疗、园艺治疗等。

表达性艺术治疗可以以个别治疗方式进行，也可以以团体治疗方式进行。

由于表达性艺术治疗的异质性，没有明确统一的禁忌症。一般而言，精神障碍急性发病期，兴奋躁动、严重自伤和自杀倾向的患者，不宜接受表达性艺术治疗。

（二）操作程序及方法

1.表达性艺术治疗的主要形式。根据不同的理论取向，表达性艺术治疗有多种形式。

（1）舞蹈治疗：利用舞蹈或即兴动作的方式治疗社会交往、情感、认知以及身体方面的障碍，增强个人意识，改善个体心智。舞蹈治疗强调身心的交互影响、身体一动作的意义。

（2）音乐治疗：在音乐治疗过程中，治疗师利用音乐体验的各种形式，以及在治疗过程中发展起来的治疗关系，帮助被治疗者达到健康的目的。可分为接受式、即兴式、再创造式音乐治疗等不同种类。

（3）戏剧治疗：系统而有目的地使用戏剧、影视的方法，促进心身整合及个体成长。戏剧疗法通过让治疗者讲述自己的故事来帮助他们解决问题，得到宣泄，扩展内部体验的深度和广度，理解表象的含义，增强观察个人在社会中的角色的能力。

（4）绘画治疗：通过绘画的创作过程，让绘画者将混乱、困惑的内心感受导入直观、有趣的状态，将潜意识内压抑的感情与冲突呈现出来，获得纾解与满足，而达到治疗的效果。

（5）沙盘游戏治疗：采用意象的创造性治疗形式，通过创造和象征模式，反映游戏者内心深处意识和无意识之间的沟通和对话，激发个体内在的治愈过程和人格发展。

(6) 其他方法：应用表达性艺术治疗的原理，还可以结合其他的创造性、娱乐性方法，如陶艺、书法、厨艺、插花艺术等，为患者提供丰富多彩的心理帮助。

2.表达性艺术治疗的过程大多数表达性艺术治疗大致可分为四个阶段：

- (1) 准备期：热身、建立安全感；
- (2) 孵化期：放松，减少自主性意识控制；
- (3) 启迪期：意义开始逐渐呈现，包括积极方面和消极方面；
- (4) 评价期：讨论过程意义，准备结束。

四个阶段大体是一个从理性控制到感受，再到理性反思的过程。

(三) 注意事项

1. 表达性艺术治疗师需要受到专门训练；
2. 对于严重患者，有时只是其它治疗的一种补充，需要和其他专业人员一起合作；
3. 注意艺术性、科学性原则的结合，注意伦理界限。表达性艺术治疗很多时候会强调身心灵一体，要防止出现强烈的情感反应失控、非常意识状态（或意识改变状态）；避免在治疗师与被治疗者之间发展不恰当的崇拜、依恋关系；不可引入超自然和神秘主义的理念和方法；避免不恰当的身体接触；
4. 根据不同对象选择合适的表达性艺术治疗种类。