

# 接受与承诺疗法干预抑郁的效果追踪

赵文<sup>1</sup>, 周雅<sup>2</sup>, 刘翔平<sup>3</sup>, 冉俐雯<sup>3</sup>

(1.西南科技大学心理咨询中心, 绵阳 621000; 2.香港中文大学  
教育心理系, 香港; 3.北京师范大学心理学院, 北京 100875)

【摘要】 目的:旨在追踪比较接受与承诺疗法(ACT)与认知行为疗法(CBT)对于抑郁的干预效果。方法:选取 27 名高抑郁且高穷思竭虑大学生进行为期 6 周的团体干预, CBT 组 14 人(8 男, 6 女), ACT 组 13 人(4 男, 9 女), 分 3 个时间点(干预前 1 周、干预结束当天、干预后 9 周)追踪测量被试的抑郁与穷思竭虑。结果:数据分析采用多元多层线性模型, 固定效应结果显示, ACT 组抑郁与穷思竭虑均呈持续下降趋势, 而 CBT 组仅有抑郁下降趋势显著; 随机效应结果显示, ACT 组抑郁与穷思竭虑的斜率呈正相关, 而 CBT 组二者斜率呈负相关。结论: CBT 不能有效缓解抑郁个体的穷思竭虑, 因而干预抑郁的即时效果显著但长期效果可能欠缺; ACT 干预抑郁的即时与长期效果都很显著。

【关键词】 接受与承诺疗法; 认知行为疗法; 抑郁; 穷思竭虑

中图分类号: R395.5

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2013)01-0153-05

## Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression

ZHAO Wen, ZHOU Ya, LIU Xiang-ping, RAN Li-wen

Psychological Counseling Centre, University of Science and Technology, Mianyang 621000, China

【Abstract】 **Objective:** To compare the effectiveness of the Acceptance-and-Commitment Therapy (ACT) and the Cognitive-Behavior Therapy(CBT) in alleviating depression and rumination. **Methods:** 27 college students with severe depression and intense rumination were chosen to receive group intervention. Among them 14(8 male, 6 female) participated in a 6-session group-administered CBT and 13(4 male, 9 female) participated in a 6-session group-administered ACT. Participants' depression and rumination were assessed at 3 time points, i. e. one week before the intervention, the day the intervention ended, and 9 weeks after the intervention. **Results:** Hierarchical Multivariate Linear Model was used to analyze the data. The fixed effects revealed that continuous declines in both depression and rumination were observed in ACT group, while only depression significantly decreased in CBT group. The random effects showed that in ACT group the slope of depression positively correlated with that of rumination, while in CBT group the slopes of these two variables were correlated negatively. **Conclusion:** These findings suggest that ①CBT may lack long-term effectiveness in curing depression because of its failure in relieving individuals from rumination; ②ACT turn out to excel in both short-term and long-term effectiveness in curing depression.

【Key words】 Acceptance and commitment therapy; Cognitive-behavior therapy; Depression; Rumination

抑郁是一种常见的情感障碍, 在临床上的表现为情绪低落、精力减退, 以及愉快感与兴趣感的丧失。抑郁认知理论<sup>[1]</sup>认为, 抑郁之所以产生, 是因为个体在认知自我、他人以及世界时具有一些根深蒂固的错误与偏差。基于认知理论的认知行为疗法(Cognitive Behavior Therapy, CBT)<sup>[1]</sup>是目前应用广泛的抑郁心理疗法之一, 它的主要策略在于矫正认知偏差。CBT 对抑郁的治疗效果已被反复验证, 然而高复发性是关乎抑郁的不容忽视的一个问题。CBT 是否能够有效防止抑郁复发呢? 研究表明, 经过 CBT 治疗的抑郁患者, 即使完全康复之后, 其复发率仍在 20%~36% 之间<sup>[2,3]</sup>。也就是说, CBT 治疗抑郁可

能具有显著的即时效果, 而长时效果却不尽理想。究其原因, 抑郁个体在认知加工中一个典型特征是穷思竭虑(rumination)<sup>[4]</sup>, 意即个体总是不自主地反复思索自身遭受的消极应激以及由此引发的抑郁症状, 将认知资源过分倾注在这些问题上而无法自拔。大量研究证明, 穷思竭虑会使个体陷入抑郁体验与消极认知的恶性循环, 这种沉浸式的自我关注与抑郁症状的持续和复发都有显著的相关<sup>[5,6]</sup>。就此可以推断, CBT 过分强调说理和辩驳的认知自省, 可能不能从根本上缓解抑郁个体的穷思竭虑, 反而可能在治疗过程中加重抑郁个体的认知负担, 诱发对负性认知的反复关注, 使其更加陷入穷思竭虑的认知困境中, 这或许是 CBT 不能有效防止抑郁复发的原因所在。那么, CBT 治疗抑郁的长时效果是否真的有所欠缺, 同时, 这种欠缺是否真的由于 CBT 不能有

【基金项目】 西南科技大学 2012 年度学生教育管理 with 改革研究项目(12sxb167)

通讯作者: 刘翔平, 周雅

效克服抑郁个体的穷思竭虑所致,这是本研究关心的问题之一。

而近年来,在 CBT 基础之上出现了一系列新兴疗法,其中颇具代表性的是美国治疗师 Hayes 创立的接受与承诺疗法<sup>[7]</sup>。ACT 的理论基础是关系参照理论(Relational Frame Theory),该理论主张人类心理的独特之处在于能够任意建立刺激间的联系。由于人类的语言能力,所有外部/内部的事件不论何时都可以通过语言表征变成“当前正在发生的事件”,如果这些事件被进一步赋予或利或害的价值意义,就将对个体产生巨大的心理影响。因此,人们会对当前没有发生并且将来也未必发生的事情感到害怕或担忧。并且,由于这种建立联系的能力,任何刺激都可能与消极情绪联系起来。总之,人类语言表征和建立联系的能力大大增加了有害刺激的范围,是人类各种心理痛苦的产生根源。

基于上述理论观点,ACT 的治疗目标并非改变干扰性心理事件的形式、内容或出现频率,而是改变这些事件的功能以及个体与这些事件的关系,通过提高个体心理灵活性来解决各种心理问题<sup>[8]</sup>。ACT 涉及六个核心治疗过程:①接受(acceptance),即建立一种积极而无防御地拥抱各种经验的态度;②认知去融合(defusion),即改变想法和其它心理事件的消极功能,而非改变它们的形式、频率或情境敏感性,帮助当事人退后一步观察这些心理事件而不陷入其中;③观察自我(self as context),即改变当事人关于“自我”的概念,从一种概念化的被评价的自我变成作为各种心理事件载体的自我;④关联此刻(contact with the present moment),即将注意力放在当前正在发生的事情上,而不是过去和将来,学会以一种非评价的方式感受当下;⑤澄清价值观(value),即价值观是一个不断被实现的方向,而不是某个具体可实现的目标,帮助当事人在生活不同领域寻找方向,创造有意义的生活;⑥承诺的行动(committed action),即帮助当事人将价值观落实到具体的短期、中期、长期目标并加以实践<sup>[9]</sup>。迄今为止,ACT 已被证明能够有效治疗精神分裂、社交恐惧、工作压力、慢性疼痛等诸多障碍<sup>[8]</sup>。

前面论及,CBT 治疗抑郁的长期效果往往不尽理想,其中原因可能在于 CBT 强调认知辩驳与矫正,这可能会加重抑郁个体的穷思竭虑,使得个体反复关注自身所经历的负性认知及抑郁症状,无法真正获得解脱。而从上文不难发现,ACT 与 CBT 有着截然不同的治疗理念与策略。Hayes 等<sup>[7]</sup>认为,认知

辩驳会使语言产生的关系网络更具有复杂性和真实性,心理僵化正是由于对负性认知的过度分析所致。据此,ACT 核心的治疗策略在于跳开认知改变的屏障,运用接受、内观等体验过程,使个体的心理灵活性得到整体提升,以此来缓解个体的认知僵化及情感痛苦。显而易见,与 CBT 不同,ACT 并不关注减轻症状和改变认知本身,它的治疗思路更为宏观,它着眼于个体整全的心理状态,竭力避免个体陷入过度的认知分析。有鉴于此,ACT 应该要比 CBT 更能有效缓解抑郁个体的穷思竭虑,进而推知,ACT 干预抑郁效果可能要比 CBT 更为持久。那么,ACT 治疗抑郁的长时效果是否真比 CBT 更为优越?这是本研究试图探寻的另一问题,也是本研究最为核心的意旨所在。

## 1 方 法

### 1.1 被试

通过自愿招募、新生心理普查等途径初步选取四川省某高校 206 名在校学生,而后从中筛选抑郁和穷思竭虑得分均高于平均分的学生,并且考虑个人意愿及性别匹配,确定 40 名高抑郁且高穷思竭虑的学生作为干预对象,随机分到 CBT 组和 ACT 组,两组各 20 人,将测量指标的前测均值进行差异检验,发现两组被试在各个指标上均无显著差异,可以认为两组被试的初始状况基本同质。辅导过程中,两组中均有被试因课业与辅导时间冲突的原因,无法全程参与辅导,造成被试数据流失。剔除流失数据之后,CBT 组 14 人(8 男,6 女,平均年龄 19.43 岁),ACT 组 13 人(4 男,9 女,平均年龄 19.15 岁),最终被试情况见表 1,两组前测的抑郁症状( $P=0.73$ )、穷思竭虑( $P=0.25$ )均无显著差异。

表 1 被试描述统计

	抑郁症状前测			穷思竭虑前测		
	M	SD	F	M	SD	F
ACT(n=13)	27.07	12.27	0.12	56.31	13.05	1.38
CBT(n=14)	25.64	9.35		51.57	7.37	

### 1.2 工具

1.2.1 抑郁量表 流行病学研究中心抑郁量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)<sup>[10]</sup>用于评价当前抑郁症状的发生频度,共有 20 个项目,从“偶尔或无”到“多数时间或持续”计 0 至 3 分,得分越高说明抑郁程度越高。

1.2.2 穷思竭虑量表(Ruminative Response Scale, RRS)<sup>[11]</sup> 共有 22 个项目,可以分为三个因子:症状

反刍、强迫思考、反省深思。采用 4 级计分,得分越高说明穷思竭虑倾向越严重。

### 1.3 程序

团体干预前 1 周,组织 206 名初选被试在统一的时间、地点完成抑郁量表、穷思竭虑量表,获取被试筛选及前测的数据。而后,CBT 组和 ACT 组分别进行 6 次团体干预,每周一次,每次 2.5 小时。两组辅导老师均为经验丰富的高校心理咨询师。CBT 组

主要任务在于帮助成员改变消极思维,建立理性认知,从而驱除抑郁体验。ACT 组主要任务在于帮助成员学会辨识和有效处理不可避免的痛苦,解决可以解决的问题,接受无法解决的问题,用行动创造生活的价值。团体干预结束当天,对 CBT 组和 ACT 组进行后测,测试内容同前测。团体干预结束约 9 周后,对 CBT 组和 ACT 组进行追踪,测试内容同前测。

### 1.4 ACT 组与 CBT 组的干预方案对比

表 2 ACT 组与 CBT 组的干预方案对比

	ACT	CBT
干预重点	情绪与行为的改变	认知的改变
活动内容	帮助成员接受“幸福不是人生的常态”这一事实,学习和体验如何摆脱对痛苦的挣扎,从而聚焦于建立并实现自己的价值观。	帮助成员检查、驳斥导致抑郁状态的预先假设,促使其以科学和理性的方式进行思考。
具体技术	对想法的两方面进行角色扮演、思维监测、回顾对过去负性事件的处理、发展积极图式、全面看待事物等。	认知去融合(想法不是事实)、认知缓解、区分思考自我和观察自我、扩展情绪空间、情绪冲浪、呼吸联结、澄清价值观等。

## 2 结 果

### 2.1 模型描述

本研究采用多变量重复测量设计,追踪了被试的抑郁状态与穷思竭虑在团体干预之前、干预结束当时以及干预结束 9 周之后的变化情况。传统的重复测量方差分析在处理追踪数据时存在很大局限,仅能比较每次测量的样本均值有无差异,而不能深入到个体水平。重复测量数据是一种嵌套数据,同一个体的每次测量均受到该个体的共同特征的影响,即测量嵌套于个体。多层线性模型(Hierarchical Linear Model, HLM)是处理这种嵌套数据的最佳选择,它能在考虑个体层面变异因素(如性别、年龄)的前提下,对测量变量随时间的变化趋势,以及这种变化趋势的个体差异进行分析和探讨。此外,对于本研究中涉及多个测量变量的情况,多元多层线性模型(Hierarchical Multivariate Linear Model, HMLM)可以解释在个体水平上,多个变量各自的变化趋势,以及不同变量变化趋势之间的关系<sup>[12]</sup>。有鉴于此,我们采用 HMLM 对本研究的追踪数据予以分析,以此探寻以下研究问题:在 CBT 与 ACT 两种干预条件下,抑郁症状与穷思竭虑各自有着怎样的变化趋势,以及它们的变化趋势之间有着怎样的关联。

采用 HLM 7 软件,就 CBT 组与 ACT 组的数据分别建立模型。两个模型结构相同,都包含有三个层次:层-1 用于描述测量变量的多元结构,用虚拟变量来定义抑郁与穷思竭虑两个变量(当测量变量对应抑郁时,“抑郁”虚拟变量取 1,其他情况取 0;当

测量变量对应穷思竭虑时,“穷思竭虑”虚拟变量取 1,其他情况取 0);层-2 为线性增长模型,先将 3 次测量时间依照先后顺序定义为 0、1、2,而后用增长曲线来分别描述抑郁与穷思竭虑的变化趋势;层-3 为个体层次模型,在层-3 中首先拟合无条件模型,即将层-2 中的各个增长参数作为结果变量,而不设置任何个体特征变量作为预测变量(这可以为确定一个适当的增长模型,以及评价后续的层-3 模型提供参照),而后我们在层-3 预测变量中加入性别、年龄等,以此考察这些个体特征对于增长参数的个体间变异的解释程度,但是后续模型的整体拟合度经检验并不显著优于无条件模型。故此,模型最终确定为无条件增长模型,公式表示如下:

$$\text{层-1: } Y_{ij} = \sum_p \pi_{pij} a_{pij} + \varepsilon_{ij}$$

其中, $Y_{ij}$  即被试  $i$  于时间点  $j$  在项目  $t$  上的潜在得分; $a_{pij}$  即观察变量  $p$  所对应的虚拟变量,其中  $p=1,2$  分别指代观察变量抑郁与穷思竭虑; $\pi_{pij}$  即被试  $i$  于时间点  $j$  在观察变量  $p$  上的潜在得分; $\varepsilon_{ij}$  即残差项。

$$\text{层-2: } \pi_{pij} = \beta_{p0j} + \beta_{p1j} * (\text{时间})_{ij} + r_{pij}$$

其中, $\beta_{p0j}$  即观察变量  $p$  的增长曲线的截距; $\beta_{p1j}$  即观察变量  $p$  的增长曲线的斜率; $r_{pij}$  即观察变量  $p$  的增长曲线的个体内残差。

$$\text{层-3 无条件模型: } \beta_{p0j} = \gamma_{p00} + u_{p0j}$$

$$\beta_{p1j} = \gamma_{p10} + u_{p1j}$$

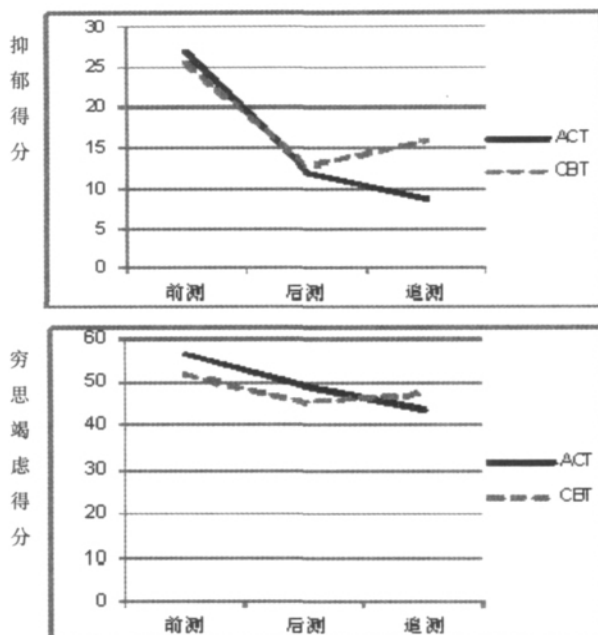
其中, $\gamma_{p00}, \gamma_{p10}$  表示性别这一个体变量对于观察变量  $p$  的增长参数的个体间变异的解释程度; $u_{p0j}, u_{p1j}$  即观察变量  $p$  的增长参数的个体间残差。



表 3 无条件增长模型的固定效应

固定效应	ACT			CBT		
	系数	se	$t_{d=12}$	系数	se	$t_{d=13}$
抑郁症状						
截距 $\gamma_{100}$	25.15	2.90	8.67***	23.01	2.32	9.93***
斜率 $\gamma_{110}$	-9.15	1.54	-5.94***	-4.96	1.36	-3.66**
穷思竭虑						
截距 $\gamma_{200}$	56.03	3.07	18.28***	50.23	2.03	24.70***
斜率 $\gamma_{210}$	-6.23	1.66	-3.74**	-2.11	1.32	-1.59

注:\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ,\*\*\* $P<0.001$ ,下同。



附图 抑郁水平与穷思竭虑的 3 次测量均值的折线图

表 4 增长参数个体水平残差的相关矩阵

$\tau\beta$ 相关	ACT				CBT			
	$\beta_{10}$	$\beta_{11}$	$\beta_{20}$	$\beta_{21}$	$\beta_{10}$	$\beta_{11}$	$\beta_{20}$	$\beta_{21}$
$\beta_{10}$	1				1			
$\beta_{11}$	-0.99	1			0.80	1		
$\beta_{20}$	0.69	-0.75	1		0.76	0.41	1	
$\beta_{21}$	-0.72	0.74	-0.83	1	-0.57	-0.72	0.09	1

## 2.2 模型结果

抑郁症状与穷思竭虑的无条件增长模型的固定效应参数估计结果参见表 3。从中可见,对于 ACT 组:①抑郁症状与穷思竭虑的截距估计值分别为 25.15 ( $t_{1,12}=8.67, P<0.001$ ) 与 56.03 ( $t_{1,12}=18.28, P<0.001$ ),意即二者的初始状态分别为 25.15 个 logit 单位与 56.03 个 logit 单位;②抑郁症状的斜率估计值为 -9.15 ( $t_{1,12}=5.94, P<0.001$ ),表明被试经过 ACT 干预,抑郁症状的线性下降趋势显著,在前测、后测、追测 3 阶段中以平均每阶段 9.15 个 logit 单位的速度下降;③穷思竭虑的斜率估计值为 -6.23 ( $t_{1,12}=-3.74, P=0.003$ ),表明 ACT 使得被试的穷思竭虑也呈现显著的线性下降,下降速度为平均每阶段 6.23 个

logit 单位。对于 CBT 组:①抑郁症状与穷思竭虑的初始状态分别为 23.01 个 logit 单位 ( $t_{1,13}=9.93, P<0.001$ ) 与 50.23 个 logit 单位 ( $t_{1,13}=24.70, P<0.001$ );②抑郁症状表现出显著的线性下降 ( $\gamma_{110}=-4.96, t_{1,13}=-3.66, P=0.003$ ),下降速度为平均每阶段 4.96 个 logit 单位;③穷思竭虑的下降趋势并不显著 ( $\gamma_{210}=-2.11, t_{1,13}=-1.59, P=0.135$ )。

综合而言,ACT 与 CBT 都能即时有效地缓解抑郁症状,并且二者的效果都能在一段较长时期内得到持续。不同的是,ACT 组抑郁的平均下降速率几乎要比 CBT 组高出一倍之多,就此可以借助抑郁水平 3 次测量均值的折线图(见附图),来更为直观地揭示 ACT 与 CBT 对抑郁干预效果的差异,显而易见,ACT 组抑郁水平的下降趋势显得更为稳定,而 CBT 组在追测时抑郁水平出现相当程度的反弹上升,由此不难理解两种干预条件下抑郁的平均下降速率差异悬殊的原因,而且基于 CBT 组的这种变化趋势,可以预测倘若追踪时间延至更久,CBT 组抑郁复发的可能性极高。至于穷思竭虑,ACT 可以持久有效地减轻穷思竭虑,CBT 则不具备这种效果,此结果验证了 CBT 无法有效缓解穷思竭虑的研究假设。研究假设还有提出,CBT 不能防止抑郁复发正是因其无法消除穷思竭虑,那么这一联系是否成立,将在下文有关模型的随机效应部分进行探讨。

固定效应描述的是抑郁症状与穷思竭虑的平均增长轨迹,即估计的平均截距与平均斜率,随机效应则会考察这些增长参数是否存在显著个体差异。从表 4 中,增长参数个体水平残差的相关矩阵估计结果可知,对于 ACT 组:①抑郁的截距与斜率呈负相关( $r=-0.99$ ),穷思竭虑的截距与斜率也呈现负相关( $r=-0.83$ ),表明抑郁与穷思竭虑的初始水平越高的个体,抑郁与穷思竭虑的下降速度就会越慢;②抑郁与穷思竭虑的截距呈正相关( $r=0.69$ ),表明抑郁的初始水平越高的个体,穷思竭虑的初始水平也就越高,反之亦然;③抑郁与穷思竭虑的斜率也呈现正相关( $r=0.74$ ),表明抑郁的下降速度越快的个体,穷思竭虑的下降速度也就越快,反之亦然;④抑郁的截距与穷思竭虑的斜率呈负相关( $r=-0.72$ ),表明抑郁的初始水平越高的个体,穷思竭虑的下降速度就会越慢;⑤抑郁的斜率与穷思竭虑的截距也呈现负相关( $r=-0.75$ ),表明穷思竭虑的初始水平越高的个体,抑郁的下降速度就会越慢。

对于 CBT 组:①抑郁的截距与斜率呈正相关( $r=0.80$ ),穷思竭虑的截距与斜率也呈现正相关( $r=$

0.09), 表明抑郁与穷思竭虑的初始水平越高的个体, 抑郁与穷思竭虑的下降速度就会越快, 这一联系不同于 ACT 组; ②抑郁与穷思竭虑的截距呈正相关 ( $r=0.76$ ), 表明抑郁的初始水平越高的个体, 穷思竭虑的初始水平也就越高, 反之亦然; ③与 ACT 组不同, CBT 组的抑郁与穷思竭虑的斜率呈负相关 ( $r=-0.72$ ), 表明抑郁的下降速度越快的个体, 穷思竭虑的下降速度就会越慢, 反之亦然; ④抑郁的截距与穷思竭虑的斜率呈负相关 ( $r=-0.57$ ), 表明抑郁的初始水平越高的个体, 穷思竭虑的下降速度就会越慢; ⑤抑郁的斜率与穷思竭虑的截距呈正相关 ( $r=0.41$ ), 表明穷思竭虑的初始水平越高的个体, 抑郁的下降速度就会越快, 这一联系也与 ACT 组相悖。

概观上述随机效应, ACT 组与 CBT 组所呈现的在个体层面上的增长轨迹不尽相同。其中, 较为重要的结果包括, ACT 组抑郁状态与穷思竭虑初始水平越高的个体, 两个变量的下降速度越慢, 而对于 CBT 组的个体, 如果抑郁状态与穷思竭虑初始水平越高, 二者下降速度却会越快, 这意味着两种疗法发生作用的机制可能不同, ACT 似以一种较为温和、循序渐进的方式来消除抑郁症状与穷思竭虑, 对此 CBT 则表现得立竿见影。此结果进一步佐证了上文论及的 ACT 与 CBT 在抑郁平均增长轨迹的差异, ACT 治疗历程循序渐进因而能使抑郁水平持久而稳定地线性下降, CBT 作用机制更为激进因而治疗抑郁的即时效果相当突出, 但在长时效果 CBT 不如 ACT。

此外, 抑郁症状与穷思竭虑的斜率之间有着何种关联也是我们尤为关注的问题。ACT 组抑郁与穷思竭虑的斜率呈正相关, 即抑郁下降速度越快的个体, 穷思竭虑下降速度也就越快, 这意味着 ACT 是以相同的效用机制作用于抑郁症状与穷思竭虑, 它在使抑郁症状得到最大程度缓解的同时, 也能最大程度地帮助个体摆脱穷思竭虑。然而, CBT 组抑郁与穷思竭虑的斜率呈负相关, 即抑郁下降速度越快的个体, 穷思竭虑下降速度就会越慢, 表明 CBT 所强调的认知辩驳在对抑郁症状产生立竿见影的干预效果之时, 却不能对穷思竭虑发挥同样效果, 个体的穷思竭虑得不到驱除必然成为抑郁复发的隐患, 由此便验证了本研究另一假设, 即 CBT 干预抑郁的即时效果显著而长时效果欠缺正是因为它不能像 ACT 一样持续有效地缓解穷思竭虑。

### 3 讨 论

ACT 被称为“第三代行为疗法”的代表, 国外有

关 ACT 的理论和实证研究已很丰富, 但在国内这一新兴疗法却甚少被关注。本研究试图在国内样本中考察 ACT 对于抑郁的干预效果, 并通过与 CBT 对比来发掘 ACT 的独特或优势之处, 从而为抑郁心理治疗的研究与实践提供新的思路。最终研究结果证实, CBT 不能有效缓解抑郁个体的穷思竭虑, 因而干预抑郁的即时效果显著而长期效果欠缺; 而 ACT 的即时与长期效果都很显著, 在 ACT 条件下抑郁症状与穷思竭虑均表现出持续而平稳的线性下降趋势。

本研究揭示了 CBT 固有的局限性, 它太过强调认知的辩驳与自省, 即便能在短期内压制住抑郁症状, 却无助于个体从根本上摆脱诱发抑郁的一大隐患, 即穷思竭虑的思维方式, 这注定了 CBT 无法有效防止抑郁复发。针对 CBT 的局限, Hayes 等<sup>[7]</sup>如是评价, 认知重构是认知模型的充满危险的过度扩张, 意思是说认知辩驳及其带来的认知改变可能会使语言产生的关系网络更加复杂化和真实化, 这使个体自己“凭空”制造出更多的心理痛苦。由此看来, 若想真正改变抑郁个体的消极认知, 就应跳出认知本身, 从更大的心理系统中寻求突破, 不应“头痛医头脚痛医脚”似的陷入过度认知分析之中, 这是弥补 CBT 不足的可行途径, 也正是 ACT 秉持的治疗理念。

本研究证实了 ACT 的干预效果, 它相比 CBT 的优势尤其体现在长期效果上。ACT 的作用机制不像 CBT 那样激进, 它以一种温和而渐进的方式, 使得抑郁症状与穷思竭虑呈现平稳而持久的线性下降。ACT 之所以具备这种优势, 正因为它在治疗理念上克服了 CBT 的弊端并且有所超越。ACT 并不关注抑郁症状与消极认知本身, 而是引导个体认识痛苦的普遍性, 注重接纳与改变的辩证关系, 帮助个体从认知的纠结转向当下的事实, 与此时此刻紧密联结并遵循自己的价值观念努力行动。ACT 的这种理念需要个体在实践中不断地领悟与练习, 因此它的效用会随时间累积而日益凸显。此外, 在治疗技术上, ACT 吸纳了内观等东方宗教中的修习方法, 这些方法不针对具体症状, 而是更多指向自我的探索与提升, 因此相比 CBT, ACT 可以从精神或灵性的更高层面来指导个体的思维方式, 影响个体的人生态度, 这个过程也需要一定的时间积淀才能发挥效用。总而言之, ACT 的治疗理念与技术都围绕着整体心理状态的调整与提升, 它使个体跳出穷思竭虑的认知困境, 因而它能具备优于 CBT 的长期效果也就毋庸置疑。

(下转第 169 页)

至正确的、有益治疗的方向,并通过给予来访者适时的指导,促使来访者对自身问题构建新的认识,实现认知重构。

### 参 考 文 献

- McGee D, Vento AD, Bavelas JB. An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2005, 31: 371-384
- Frege G. On sense and reference. In Greach PT, Black M. *Translations from the philosophical writings of gottlieb frege*. Oxford: Blackwell, 1952. 69
- Levinson SC. *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983. 167-225
- Karttunen L. Presuppositions and linguistic context. *Theoretical Linguistics*, 1974, 1: 181-193
- Walton DN. *Question-reply argumentation*. New York: Green Wood, 1989a
- Nevin B. Quandary and abusive questions. *The linguist Discussion List*, 1994, 5: 754
- 何兆熊. *语用学概要*. 上海:上海外语教育出版社,1999. 281-283
- 姜学林,等. *医疗语言学*. 香港:世界医药出版社,2000. 213
- 廖美珍. 法庭问答及其互动研究. *北京:法律出版社*,2003. 491-499
- Clayman S, Heritage J. *The news interview: Journalists and public figures on the air*. Cambridge: Cambridge University

(上接第 157 页)

本研究也存在一些局限性。例如,在团体辅导的设计方面,每次辅导的时间过长,这使团体成员(尤其是 ACT 组)可能没有足够的缓冲、消化过程。由于课业冲突的原因,本研究的被试流失较多,最终完成辅导的两组被试在性别构成上未能保持一致,这可能会对两种疗法的效果对比造成一定影响。此外,追溯与后测的间隔时间较短,两种干预条件的追踪效果可能尚未得到完全体现。

### 参 考 文 献

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979
- Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49: 802-808
- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 2004, 35: 639-665
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. *Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*, 2006, 44: 1-25
- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commit-*

*ment therapy*. 2002

- Labov W, Fanshel D. *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press, 1977. 62, 100
- 高华,张惟. 汉语附加问句的互动功能研究. *语言教学与研究*,2009,5:45-52
- O'Hanlon B, Wilk J. *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. New York: Guilford, 1987. 120
- Bartesaghi M. *Conversation and psychotherapy: How questioning reveals institutional answers*. *Discourse Studies*, 2009, 11: 153-177
- Gale JE. *Conversation analysis of therapeutic discourse: The pursuit of a therapeutic Agenda*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1991. 43
- Martin CM. *Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies*. In Perakyla A, Antaki C, Vehvilainen S, et al. *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. 80-99
- Rambo A, Health A, Chenail R. *Practicing therapy: Exercises for growing therapists*. New York: Norton, 1993
- Clark H, Schöber M. *Asking questions and influencing answers*. In Tanur J. *Questions about questions: Inquiries into the cognitive bases of surveys*. New York: Russell Sage Foundation, 1992. 15-48
- 胡妹婧,江光荣. 当事人自我探索、咨询师指导与会谈效果的关系. *中国临床心理学杂志*,2010,18(5):683-685

(收稿日期:2012-06-22)

*ment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press, 1999

- Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, 69: 176-190
- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100: 569-582
- Nolen-Hoeksema S. Growth and resilience among bereaved people. In: Seligman MEP, Gillham J. *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin EP Seligman*. PA: Templeton Foundation Press, 2000. 107-127
- Shea MT, Elkin I, Imber SD, et al. Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49: 782-787
- 汪向东,王希林,马弘. *心理卫生评定量表手册(增订版)*. 北京:中国心理卫生杂志社,1999. 178-180
- 韩秀,杨宏飞. Nolen-Hoeksema 反刍思维量表在中国的试用. *中国临床心理学杂志*,2009,17(5):549-551
- 郭志刚译. *分层线性模型:应用与数据分析方法(第 2 版)*. 北京:社会科学文献出版社,2007

(收稿日期:2012-08-15)