

人际心理治疗

赵静波

季建林

(广东粤北第三人民医院, 韶关, 512200) (上海医科大学中山医院, 上海, 200032)

中图分类号: R395·5

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2000)01-0058-04

A Brief Introduction to Interpersonal Psychotherapy

ZHAO Jingbo, Yuebei Third People's Hospital, Shaoguan

Interpersonal psychotherapy (IPT) is a relatively new kind of psychotherapy which developed in 1970's by Klerman et al. Practice and research have proved its curative effects to emotional disorders. This article aims to briefly introduce the practical techniques and some relevant clinical issues.

Key words: Interpersonal psychotherapy, Emotional disorders

人际心理治疗 (IPT) 是由 Klerman 等人在 1970 年代发展起来的, 起初主要用于门诊重性抑郁病人的维持心理治疗。由于一系列临床随机对照研究证实了 IPT 对抑郁症病人治疗的有效性, 使其逐渐发展并用于精神疾病的治疗, 与认知行为治疗 (CBT) 一道成为 1980 年代以来最引人注目的有肯定疗效和能进行临床对照研究的心理治疗。然而, 尽管 IPT 疗效肯定, 临床上却只有少数医师受过这方面的训练。本文将概述 IPT 的操作技巧、临床应用步骤及要点。

1 人际心理治疗的特点

IPT 是一种限时、可操作性的抗抑郁心理治疗, 治疗时间可以与药物治疗相对应, 对急性期的治疗通常为每周 1~2 次 (每次 50~60 分钟) 的门诊治疗, 共持续 12~20 周; 维持治疗每月一次, 可持续几年。其治疗目标针对病人的核心症状, 即情绪障碍, 而非改变性格。IPT 与其他心理治疗方法不完全一样, 它不强调病因学和因果关系, 如假设不幸的社会事件引起抑郁, 而是让病人学会把情绪与人际交往联系起来, 通过适当的人际关系调整和改善人际关系来减轻抑郁。

1.1 时间限制

IPT 用于急性期治疗时, 要求过去习惯于长程治疗的心理治疗师作自我调整, 即在治疗过程中病人和医师都不应该采取观望的态度, 长时间的沉默对抑郁寡言的病人没有帮助。时间限制能给病人和医生以压力。但治疗师也不能太急躁, 否则会破坏治疗联盟或扰乱病人的情绪。一般来说, 治疗师经过一定的实践练习之后, 都能掌握时间的合理分配。

用于维持治疗时, 如果抑郁已经缓解, 则对时间的限制不严格。

1.2 直接、积极的观点

明确治疗的时限和目的后, 确定某个问题来治疗则更为重要。治疗师把治疗的重点放在病人的情感调节上, 注意抑郁症状与人际事件的相互作用。治疗师可以采取积极鼓励、尝试多种选择, 并在适当的时候直接提供建议等方式。另外, 角色扮演对病人建立新的人际交往模式通常也是有帮助的。

1.3 不同专业心理治疗师使用 IPT

人际心理治疗在临床上可以由各种心理治疗流派的治疗师操作和应用, 不过, 不同背景的治疗师侧重点有所不同。因此有必要引起重视。如精神动力学心理治疗师有较好的洞察力, 更容易接近病人, 明确表达感觉, 他们侧重于被动的观望、对先天遗传素质、内心冲突、梦和移情的解释和分析, 而 IPT 则注重在“此时此地”。

另外, 一些精神动力学治疗师不赞成公开地支持病人的行为。问题是抑郁病人不会客观的评价他们过去的行为, 对结果和预后皆悲观。因此, 治疗师对病人的进步和成功给予表扬是合理的, 这并不意味着治疗师“站在病人一面”。

直接提供建议可能违反中立原则。大多数治疗师在治疗中带着自己的主观偏见, 在 IPT 治疗中, 这有时是公开的。关键是要明确: 病人想要达到什么目的及有哪些办法能达到那些目的, 这样能够减少治疗师直接提供建议。当病人能迅速独立地解决一个问题时, 说明病人的情况是较好的。然而, 有时当一个解决问题的办法很明显但病人却看不出来时, 可以直接给出建议。抑郁病人有时需要轻轻的推一

下。这样一个 IPT 治疗师不是中立的, 至少在为减轻病人的精神症状而积极的工作。

接受过认知行为治疗 (CBT) 训练的治疗师学习 IPT 时, 应注意调整他们在人际关系中的感觉, 而不是自动的想法和基本的纲要。在病人没有弄清情绪和人际事件的关系时, 认知训练可能会使情绪低落。IPT 和 CBT 技巧的不同在于 IPT 总体上结构较少, 分项解决程序和正式的家庭作业少。

一种特殊的技巧侧重于心理治疗的一个方面。正如精神动力学方法能帮助 IPT 更好的理解, 在其他心理治疗中, IPT 又能增加对病人的理解。另一种趋势是把人际、认知、行为、精神动力学和其他干预方式综合, 作为整合心理治疗模式。

2 人际心理治疗的过程

IPT 可以分为三个阶段。治疗初期通常为 1~3 次会谈, 主要工作为采集病史、做出诊断及介绍 IPT 治疗的一般情况; 治疗中期为治疗的主要阶段, 重点在四个人际问题中的一个或二个以上——悲伤反应、人际角色的困扰、角色变化或人际关系缺乏; 治疗后期为回顾治疗的全过程, 巩固疗效并准备结束治疗。

2.1 治疗初期

(1) 诊断: 遵循医学模式, 按照正式的诊断标准, 用汉密尔顿抑郁自评量表或贝克抑郁问卷对病人的病情进行评估, 以及向病人说明抑郁症的严重性。

(2) 人际问卷: 弄清楚病人过去重要的生活事件和现在的关系, 制定一个“人际关系详细目录”。特别要清楚病人在人际关系中的亲密度、信任度、期望值、人际功能失调模式及履行承诺的程度, 知道病人在人际交往中期待什么? 信赖谁? 在抑郁发生前和抑郁期间关键的人际关系发生了怎样的变化?

(3) 确定人际问题: 以病人和人际问卷为基础, 治疗师应选择四个人际问题中对病人困扰最大的一个做为治疗重点。从临床实用的观点出发, 治疗重点太多可能使治疗重心分散, 疗效降低, 因此治疗目标应该明确和具体。人际关系缺乏一般应作为治疗选择中最后要解决的问题。

(4) 选择治疗方法: 有经验的治疗师会考虑多种治疗方法, 如: 是否用药治疗, IPT 一般不排斥用药治疗, 心理治疗和药物治疗结合会更容易被病人接受。IPT 较适合于严重的抑郁症病人, 尤其是伴有社会功能失调、人际关系缺乏及缺少人际交往动机等

情况。

(5) 确定病人角色: 正如 Parsons 所说, 病人角色通常没有改变病人的社会角色和义务, 而是要求他们去坚持工作来恢复健康。IPT 承认病人角色并认为它是抑郁的本质。由于抑郁症病人本身及其周围的人都可能认为患者的抑郁症状就是绝望和虚弱 (如把疲乏看作懒散, 把不恰当的罪恶感看成是理所当然等), 对这些所谓的实际问题治疗师可以从医学的角度给予解释。

(6) 对治疗的解释: IPT 开始的关键是综合从诊断和人际问卷所收集到的信息, 简短地向病人解释其抑郁情绪和人际问题的关系, 即情绪低落、压抑、睡眠障碍、疲乏、自杀观念和无助、失落感以及无价值感等都是抑郁症的症状, 并且与其人际交往方式有关。另外, 对治疗没有信心也是抑郁症的一个表现。

可以这样说, 人的抑郁情绪与其人际关系是互相影响的, 而 IPT 就是针对这种情况的一种有效的治疗方式。

(7) 建立良好的治疗关系: 治疗早期应建立一个较好的治疗同盟, 治疗师应该多给病人以积极支持、耐心解释和唤醒希望。由于抑郁症病人经常呆在家里, 长期存在失落和无价值的体验。因此治疗师应鼓励病人多走出家门与人交往, 虽然他们感觉信心不足, 可解释行动总比不行动感觉好, 让他们想象成功的感觉, 而较少有时间担心。另外, 在治疗过程中也可提供人际交往的机会。

2.2 治疗中期

重点在四个人际问题中的一个或二个以上, 是治疗的核心阶段。每次治疗性会谈开始时治疗师可向病人问这样一个问题: “上次会谈以后到现在这段时间内发生过什么吗?” 这样提问可使治疗的重点集中在“此时此刻”, 病人有两种回答: 即对他们心境或最近事件的描述。治疗师的主要工作是帮助病人找出心境与人际事件之间的关系。如果病人情绪好转或变差, 应进一步提问: “有什么事情发生过吗? 病人做了些什么? 治疗期间要改变什么方面的问题?” 如果病人叙述一个事件, 则询问他的情感反应怎样? 一句话, 此治疗阶段的关键是找出病人在人际关系上存在的问题, 向病人提供对抑郁症状的理解, 结束时概括总结治疗的关键点。当然, 四个人际问题都有不同的处理策略。

(1) 悲伤反应: 一般来说, 丧失并不导致精神障碍, 尽管病人可能伴随长期的抑郁情绪, 但是有少数

的抑郁症与丧失事件有关。在 IPT 中悲伤被定义为丧失了重要亲人的反应, 即丧恸, 其他的丧失: 如失业、理想破灭、离婚, 则在角色变化中讨论。丧失一个重要的亲人无疑是巨大的打击, 可能迅速导致抑郁。治疗师应该判断病人是否丧失了重要的亲人, 如果确认, 应弄明白事情发生在什么时候, 在什么情况下, 病人当时有什么反应。如果病人当时没有悲伤反应, 则可判断目前的抑郁可能是他们逆境的一种特殊反应形式。治疗可使得病人度过难关, 鼓励情绪的渲泄, 同时需要弄清楚这种丧失对病人意味着什么, 在他们的关系中好的和坏的方面, 以及死者给病人生活留下的缺憾。一旦病人认识到悲伤反应与他们抑郁状态的关系, 他们通常希望从治疗师处得到更多的帮助。治疗师治疗起到移情角色的作用, 干预丧失与病人症状的联系。治疗师还应帮助病人寻找新的支持和关系来补充对丧失者的需要, 这当然不能代替丧失者, 但病人已经能够重新开始培养兴趣、建立关系、开创幸福的生活。

(2) 人际角色的困扰: 抑郁症病人通常存在多种人际困扰, 与性伴侣、家庭成员、朋友、同事等的角色困扰。如抑郁症的社会退缩可使病人与知心朋友的关系疏远, 性欲减退可使婚姻关系恶化, 思维减退可导致工作困难等。相反, 任何功能不良的社会关系都可能使抑郁症状加重。因此, 治疗师帮助病人理解其人际角色相互间的冲突, 及角色冲突与抑郁症状之间的关系, 然后挖掘资源鼓励病人改变这种关系, 关键是帮助病人找出想要建立什么关系及达到此目的的最好的方法。当然, 首先要弄清病人的关系问题是否真的到了非常糟糕的地步, 有时治疗师只要澄清交往方式或简单的解释就够了。如果人际关系真的处于绝境和不能改变, 则应让病人认识到结束这种人际关系更为合适。

在角色困扰中一个有意义的主题是伦理犯罪。有些人际冲突较复杂, 没有一方真正“错误”。例如, 国外象这样的伤害性事件——患者让无辜的性伴侣同时染上 HIV 病毒, 或者有婚外的性行为。当一个人犯错误的时候, 他会用道德标准去判断, 得到报应, 或至少去道歉。抑郁症病人通常描述由于没有保护自己而受到不公正的伤害, 这可能由于病人自我判断的困难和作为情绪障碍的一个症状——罪恶感。治疗师帮助受伤害的病人纠正自我判断, 面对伤害者宣布他们在伦理上的权力。动员病人建立积极的人际关系, 避免被更深的伤害, 增强自信。

(3) 角色变化: 广义的社会角色变化包括人际

关系和社会生活中的任何变化, 如结婚或离婚, 升学或毕业, 雇佣或解雇, 患病就诊或治疗、康复等。每种角色的转变都会给病人带来心理上的压力和紧张, 尤其是曾患过抑郁症的病人。IPT 治疗过程中治疗师可帮助病人了解角色变化有积极和消极二方面, 以便使病人更好的适应新的人际关系。第一步是让病人认识变化的事实, 及与情绪低落等症状之间的联系。帮助病人找出原来角色丧失的原因, 回忆它的好处, 祝贺它的成绩, 然后探讨实现愿望的可能性, 逐渐看到角色变化的有利方面。

(4) 人际关系缺乏: 这是 IPT 中最困难的问题。病人往往有严重的性格问题, 而且亲密和支持性的人际关系很少, 治疗中应向病人解释其个性特征, 病人的人际交往困难反映了其病态的人格障碍和较差的预后。有些人可能符合精神分裂症或分裂样人格障碍的诊断标准, 缺少亲密的人际关系。另外, 如果病人患有情绪抑郁, 长期的慢性情绪障碍可导致显著的人际关系缺乏。对于这样的病人, 通常可以用建立或培养新的人际关系的方式来取代固有、单调的社会角色。尽管这样, 人际关系缺乏的抑郁症病人仍可能对治疗有效。鼓励病人建立新的社会关系和行为方式, 避免与社会隔绝, 回顾受挫折的过程, 找出病人在所处人际关系中不良的行为方式, 及在目前的情况下可改变的方面, 不要过分追究过去。

2.3 治疗后期

在 IPT 的最后几周里, 大多数病人的抑郁症状已经缓解, 此阶段的任务是回顾治疗经过并展望未来。此期的治疗有几个目的: 巩固疗效, 培养独立性, 减轻对预后的担心, 以及提高自信, 使病人感到有能力控制他们的情绪和人际关系。第二个目的是帮助病人回顾抑郁症状和人际问题, 使他们认识到潜在的抑郁复发和恢复及其性格上易受伤害等特点。

2.4 维持治疗

Frank 等人提出 IPT 用于抑郁症病人的维持治疗有预防价值, 即每月治疗会谈一次, 对有三次或以上的重症抑郁发作的病人可防止病情复发。由于重症抑郁是较易复发的疾病, 维持治疗则显得尤为重要。已有对照研究证实, IPT 的维持治疗与抗抑郁药的维持治疗疗效接近, 特别是与药物合用, 疗效巩固, 复发率最低。有关维持治疗的疗程, 近年来国外主张每 1~2 月 1 次, 维持半年到 1 年, 也应该象急性期治疗一样制订有关计划。因为随着急性期治疗任务的完成, 病人已经有较强的承受能力, 能维持良

好的情绪并继续解决存在的人际问题。另外,在 IPT 急性期治疗结束之前,治疗师和病人应对维持治疗的时间和频度达成一致。

3 总 结

已经证明 IPT 在重性抑郁的急性期和维持治疗中均有显著疗效,目前 IPT 可适用于成人、老年人、青少年的情绪障碍、HIT 阳性的病人、进食障碍、人格障碍及精神分裂症康复病人等。对精神活性物质滥用病人的心理社会康复治疗只有少量报道,疗效不肯定。

急性期的 16 周左右的治疗时间对于情绪障碍的缓解通常是足够的。但是,期望在此治疗期间把病人生活中的症结全部解开则是不现实的。悲伤反应、角色困扰、角色变化及人际关系缺乏在治疗之外的生活中仍然可能存在。对病人来说,治疗至少是使其对自身的问题有所理解并开始克服,在治疗结束后病人仍然可以继续。

有些治疗师对简单的治疗结束有困难。他们刚刚开始真正了解病人,病人和治疗师共同完成了令人非常满意的,都可能因为即将面临的结束而难过。病人不再被抑郁症状困扰,但由于其不适当的人际交往特征,可以要求进一步深入治疗。

然而,关键问题是治疗师不能简短结束治疗,这样会逐渐破坏病人自我满意的情感,使复发的风险加大。因此, IPT 的维持治疗是十分重要的。当然,治疗师应该说明结束有时是悲伤的时刻,尤其他们在一起工作的非常好并且取得成功。让病人回忆最初治疗的目的已经完成,结束是一个自然和适当的步骤,而非失败。病人已经得到了抑郁症和人际干

预的知识,以防止复发。IPT 结束时病人的抑郁症状可能仍存在,但治疗师应充分相信病人的作用,把治疗失败的自我挫败的可能性减到最小。

参 考 文 献

- 1 Klemman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal therapy. Washington, DC: American Psychiatric Press 1993
- 2 Markowitz JC. Psychotherapy of the postdysthymic patient. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1993, 2(2): 157—163
- 3 Klemman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books 1984
- 4 Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Archives of General Psychiatry, 1991, 48: 1053—1059
- 5 Markowitz JC. Psychotherapy of dysthymia. American Journal of Psychiatry, 1994, 151: 1114—1121
- 6 Fairburn CG, Jones R, Peveler RC et al. Psychotherapy and bulimianervosa: Longer—term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. Archives of General Psychiatry, 1993, 50: 419—428
- 7 Mufson L, Moreau D, Weissman MM et al. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. New York: Guilford Press 1993
- 8 季建林, 徐俊冕. 人际心理治疗. 中国心理卫生杂志, 1991, 5: 276—278

(1999 年 7 月收稿)

(上接第 57 页)

但在应激状态下,分泌量则大大增加,甚至可以达到基础分泌量的 100 倍^[4]。

醛固酮是由肾上腺皮质球状带分泌。受体内血钠和肾素—血管紧张素水平的调节,主要参与水盐代谢。从理论上讲,血中儿茶酚胺升高,肾血流量降低均能引起肾小球旁器细胞分泌(释放)肾素,随之产生血管紧张素 II,导致醛固酮分泌增加。本研究患者术前与入院初比较血浆中醛固酮明显增高,血管紧张素 II 也明显增高,而肾素无明显变化。这一结果需进一步探讨研究。醛固酮与 A II 增高,

说明应激时机体的水盐代谢机制可能会受到影响,是护理心理学需进一步探讨的问题。

参 考 文 献

- 1 何志晶, 汤盛钦, 吴其常等. 手术前焦虑与心理护理. 中华护理杂志, 1996, 7: 421
- 2 何志晶, 汤盛钦, 吴其常等. 90 例股骨髓上后倾角截骨术前焦虑情绪辅导的研究. 实用护理杂志, 1998, 3: 119
- 3 匡培梓. 生理心理学. 上海: 上海科技出版社, 1990

(1999 年 9 月收稿)