

心理治疗的循证实践与循效施治*

尹可丽^{1,2} 秦旻^{1,2} 黄希庭^{1,2}

(¹教育部认知与人格重点实验室, ²西南大学心理学院, 重庆 400715)

摘要 循证实践与循效施治是当前国外心理治疗的两种相互补充的模式,二者在理论假设、获取证据的来源、操作流程等方面存在着明显不同。从影响来看,循证实践的影响力超过了循效施治,它被美国提升推广为一种心理学运动,它的倡导昭示着目前临床心理治疗的一个关键性改革。然而,在心理治疗中要真正实施循证实践存在着很多困难和挑战,循效施治是解决这些困难和问题的方法之一。我国心理治疗的专业化水平不高,藉美国心理治疗循证实践提供的理念和方法去思考中国心理治疗的问题,我们亦可获得有益于中国心理治疗发展的思路。

关键词 心理治疗; 循证实践; 循效施治; 研究证据; 治疗效果

分类号 B849; R395

1 国外心理治疗循证实践的现状

1.1 心理治疗循证实践兴起的原因

心理治疗中的循证实践主要来自过去 20 多年循证医学所积累的经验——主张通过临床实践与相关研究的结合来促进治疗效果 (Woolf & Atkins, 2001)。循证实践 (evidence-based practice, EBP) 在医学领域获得了普遍、深入地实践和应用,并随之影响到临床心理治疗。2005 年美国心理学会将心理学中的循证实践定义为:“EBPP 是在患者的特征、文化和偏好中整合最佳可用研究证据与临床技能。”循证实践主席专责工作组对心理学循证实践的文件阐述主要集中于治疗方面。EBPP 的目标是通过应用心理评估的实证支持原则、案例解析、治疗关系和干预等,推进有效的心理学实践,增强公众的健康 (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。

心理学中的循证实践在美国快速发展有其背后的原因。2004 年 Kettlewell 总结了人们支持循证心理治疗的主要理由。它们是:(1)循证治疗为患者和咨询者提供了更好的服务指导;(2)为了将来更好的给人们提供服务,需要先进的知

识和方法,而采用科学方法评估治疗是促进知识更新的最好方法;(3)有必要明智地使用有限的心理健康资源;(4)大多数实践者没有使用奏效的治疗;(5)没有比采用科学标准去实践更好的选择 (Kettewell, 2004)。另外,由于大量的证据证明了药物治疗的有效性,使得美国精神病学会制订的心理健康治疗指南对药物的强调超过了心理治疗,所以成功地促进循证心理健康干预也许有助于解决对药物治疗的偏好 (Nathan, 1998)。尽管心理治疗的优点在 20 世纪 70 年代就通过元分析 (meta-analytic) 考查得以建立 (Smith & Glass, 1977),但在健康传播系统的许多领域却存在着心理治疗对特殊疾病既没有特效也不比药物治疗更好地看法。另外,来自市场的影响也使得心理学家们不得寻求新的途径以争取心理健康服务的地位和影响。制药公司大量投资于各种新药有效性的测试,迅速冲击了心理治疗的实践 (Chambless, 1999; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995)。由于药物有效性相较心理咨询与治疗的有效性易证明,见效快,喜爱和支持心理治疗与咨询的、藉心理治疗与咨询为事业和生活来源的心理学家有必要寻求新的途径为患者提供更好的服务。因此,心理治疗的循证实践获得了很快的发展。

收稿日期: 2009-03-23

*教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目《中国心理健康服务体系现状及对策研究》(批准号:05JZD00031)。

通讯作者: 黄希庭, E-mail: xthuang@swu.edu.cn

1.2 发展状况

循证实践促进了美国整个心理健康服务体系的发展,影响了临床心理学家的理论和实践研究,它使人们从研究、教育、培训、实践等方面重新去考虑心理健康服务的有效性。随着心理学中循证实践运动的开展,循证实践不再仅局限于实证支持治疗,而是继续推广到有关心理咨询,社会工作,人员培训等方面。这一理念的倡导激发了美国临床心理学家对循证实践的深入研究。如何使服务更具有文化胜任性,如何在真实环境中应用循证实践是近年来在心理健康服务领域讨论很多的两个问题(Whaley & Davis, 2007)。从业者们为EBPP专责组发布的政策声明和报告感到欢欣鼓舞。Brooke评论道,背景和临床专业知识的重要性再次被APA作为循证实践必备的专业能力被认识到(Brooke, 2006)。Hunsberger赞扬EBPP对心理学实践中临床技能与研究数据优点的认可,他认为通过与来访者每天的互动,临床医师是自然条件中获得心理学证据的真正的专家(Hunsberger, 2007)。循证实践日益强调将预防科学的概念与方法应用于解决各种心理学与教育的挑战性问题(Tolan & Dodge, 2005; Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005)。在循证实践的舞台上,一系列预防项目被鉴定为早期预防努力重要的、长期的、积极结果的最强有力的证据(Biglian, Mrazek, Carnine, & Flay, 2003; Greenberg et al., 2003; Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003)。对心理学工作者进行循证实践的培训导致了有研究生计划的系重新评估、重新设置培训课程和教学实践(Kratochwill, 2007)。

2 实践中实施循证实践存在的困难

在循证心理治疗备受关注和肯定的同时,不少研究者和实践者却认为在实践中要真正实施循证实践很难。正如Mechanic评价道,美国在过去的25年中,许多需要心理治疗的人没有得到以循证为标准的治疗,循证康复治疗(evidence-based rehabilitative care)往往是无效的。他指出“我们需要更好的循证治疗,也需要更多地使用现有可用的循证治疗”(Mechanic, 2007)。

2.1 对循证实践推崇的实证支持研究方法的质疑

APA虽然规定了获得最佳研究证据的多种

实证支持研究方法,也明确指出EBPP所包括的内涵比ESTs(实证支持治疗)丰富。但实际上,随机控制实验研究(RCTs)是最受推崇的方法。Miller等对各种方法的效验进行分析后指出,随机控制实验研究及元分析优于单个样本实验设计;单个样本实验设计优于准实验研究,而准实验研究优于相关研究、个案研究等(Miller, Zweben, & Johnson, 2005)。一些研究者反对人为构建证据层次,反对把实证研究证据的重要性远远凌驾于其他证据如合理的治疗理论、临床观察和经验、来访者的意愿和治疗反应等之上。如Hunsberger提出应该给予治疗师的主观经验更高的地位(Hunsberger, 2007),而Stuart和Lilienfeld赞扬EBPP专责组注意到了多样性,但却排除了广泛的科学哲学思考,这一疏忽导致专责组的一些认识论假设不是基于证据或逻辑依据,从而背离了以证据为基础的决策过程。虽然专责组表示使用实证支持的原则,但却不能证明为什么要使用这一决定。因此,假定一个实证主义的框架要求是没有任何理由的。定性研究技术有着与定量研究技术不同的认识论基础,但却被看作二等方法论,这是不合理的。他们建议建立一个最佳证据的明确客观的标准(Stuart & Lilienfeld, 2007)。

2.2 使用治疗手册带来的误解

美国在健康治疗系统中实施循证实践的一个方法是发展制定最好的实践指南。要想广泛推行循证实践,采用治疗指南和手册的形式无疑是一种好方法,但对于治疗手册的使用褒贬不一。治疗手册通常是建立在效验研究的基础上,而这些被证实的疗法与大多数从业心理治疗师实际采取的治疗方法有显著区别。如果将手册作为治疗唯一的圭臬,不仅会使一些患者由于病情不是标准治疗方法的最佳适应症而被挡在该疗法之外,甚至会扼杀研究开发新疗法的创造性。反对使用治疗手册的理由还包括研究确证的治疗效果是建立在疾病诊断分类之上而不是个案分析之上(Eifert et al., 1997);治疗手册让临床治疗师在治疗每个具体来访者时不知所措,因为它限制了治疗师和来访者之间灵活配合(Seligman, 1995)。以上批评部分源自对治疗手册本质的误解,治疗手册在多数情况下是允许治疗师根据来访者的特殊需要采取灵活多变的处置方法,只是要求限制在一个共同的理论、框架和一系列方法

措施范围内。当然,很重要的一点是,治疗手册不能过于刻板 and 太具指定性。英国国家卫生部也提出实践指南的使用者要明白指南中的建议仍有一定程度的不确定性,因为科学证据有缺陷、研究方法有局限、来访者不具临床代表性会导致来访者的异质性问题以及研究结果推广有问题等(Lucock, Hall, & Noble, 2006)。

2.3 心理治疗循证实践的理想要求与现实的差距

尽管 APA 发布了政策报告,明确界定了 EBPP 的含义,但仍有许多人将 EBPP 与 ESTs、EBP 等混为一谈((Levant & Hasan, 2008)。对 EBPP 的误解显然会影响其在实践中的正确运用与发展。有效的实践要求平衡患者的偏好与心理学家建立在可用证据和临床技能之上的判断,然后决定最合适的治疗。但在现实中,总有部分人喜欢将临床观察和判断以及来访者的特征、文化和偏好等作用最小化或者排除掉。Hansen 等曾比较了临床研究和日常心理治疗服务的数据,发现临床研究得出约 58%~67% 的来访者在平均 12.7 个疗程后好转,而来自美国国家数据库基于 6000 名来访者的数据显示日常治疗时平均疗程数低于 5 次,好转率约为 20%。研究提出如果常规治疗能遵循来自临床研究的书面证据,临床疗效还能提高(Hansen, Lambert, & Forman, 2002)。然而,将研究发现和治理建议运用到日常临床工作中面临许多难题,包括时间与经济方面的问题。Wendt 和 Slife 指出 EBBP 专责组忽略了 3 个重要的问题,即证据的可操作性、医源性治疗问题以及不断客观评价临床病例的需要(Wendt & Slife, 2007)。如果没有更加清晰的、具有可操作性的科学证据,没有在当前研究中排除有害方法的使用,没有使用客观标准对病例进行持续评估,是难于达到有效的循证治疗的。Hunsley 认为,EBBP 对希望提供循证治疗服务的心理学家是一种挑战,这些挑战包括在实践中如何使用证据?治疗研究中参与者的临床代表性如何等等(Hunsley, 2007)。如果临床心理学家不能解决这些问题,循证心理治疗仍然是一种理想。

3 从临床治疗效果出发的心理治疗模式——循效施治

3.1 循效施治的形成背景

当前心理治疗研究者和实践者共同面临的

困境是:研究者和临床治疗师普遍抱怨“断裂”。治疗师认为研究者没有联系临床实践进行研究,研究者认为治疗师没有将研究与实践整合(Harmon et al., 2007)。通过实证支持研究,努力为特定的心理障碍界定最有效的治疗证据是连接研究和实践的桥梁的一种方法,该方法为 EBPP 所提倡。然而临床治疗师认为来自临床研究的循证实践和依据实践中产生的证据都能够指导和提高治疗服务,遵循实践中产生的证据是对循证实践的最好补充,治疗师需要这两种模式提供优良证据,这有助于在研究和实际工作之间建起沟通的桥梁(Margison, Barkham, & Evans, 2000)。患者中心研究是连接研究和实践的一种方法,它关注把治疗实践中产生的证据反馈给从业者和管理者(Howard et al., 1996)。自从引入患者中心研究范式,一些用于检测和提供患者进步信息的质量保障系统发展起来(Barkham et al., 2001; Kordy, Hannover, & Richard, 2001; Lambert 2001)。尽管每个项目的方法和体系有其独特性,但这些项目的根本目标是提高个别患者的治疗效果(Beutler, 2001)。基于来访者应得到最好的治疗服务的前提以及治疗是否有效应该由来访者治疗的实际效果决定,Lambert 等研究者在当事人剖面图(Howard et al., 1996)的基础上发展出聚焦来访者的研究策略(Lambert, Whipple, & Smart, 2001),它通过在广泛日常心理治疗工作中对每位来访者产生、收集和使用来自实践证据,提高临床治疗效果和整个心理治疗服务质量,已逐渐形成一种新的心理治疗模式——循效施治。

3.2 循效施治及其模式

循效施治(outcome-informed care)指依据来访者报告的治疗效果提供相应的心理治疗措施和系统性服务。在治疗过程中,多次(最好是在每个治疗阶段)采用自评问卷测量来访者接受治疗的效果。从治疗师的角度看,循效施治是给治疗师提供监控和管理治疗效果的办法,从而给来访者提供提高疗效的机会;从管理的角度看,循效施治是机构在获知来访者的治疗效果处于何种水平时向治疗师提供信息和工具,以验证治疗在整个服务系统中的有效性(Minami & Brown, 2009)。一些健康行为服务管理机构(MBHOS)最早使用循效施治,为了尽可能给患者提供系统治疗,这些组织系统地收集来自真实环境中的治

疗效果数据 (Brown, Burlingame, Lambert, Jones, & Vaccaro, 2001; Brown, Jones, Betts, & Wu, 2003)。在循效施治中, 系列效果问卷 (Outcome Questionnaire), 包括 OQ-30, YOQ-30, and OQ-45 被广泛使用 (Vermeersch et al., 2004)。MBHOS 收集的大多数数据由不同机构的研究者们共享, MBHOS 与研究机构的持续合作使那些从例行治疗效果数据集中获得的信息的使用日益复杂。

循效施治的基本模式是每次治疗前采用来访者自评形式——用标准效果问卷测量来访者心理状态以及各项来访者变量和治疗变量 (治疗类型、次数等), 在基于每一位来访者治疗过程中各变量连续监测得到数据的基础上, 将大量数据汇总, 然后用复杂统计模型进行处理, 生成每一位来访者的期望复原曲线, 再将来访者每次治疗前心理状态测量值与其期望复原曲线对比, 采用临床显著性检验判断其治疗效果, 在治疗结束前把监测结果有针对性地反馈给治疗师。监测结果一般分为4类: 痊愈、好转、无效和消极后果。当来访者被识别为无效或者消极后果时, 该模式还向治疗师提供临床辅助工具 (clinical support tools), 帮助其判断治疗中哪些环节有问题, 例如是治疗联盟破裂、治疗动机不足还是缺乏社会支持, 然后将治疗建议如修改治疗计划或者及早改换治疗方式等提供给治疗师, 协助其做出正确选择 (Lambert, Whipple, & Smart, 2001)。当前, 多位研究者正致力于这方面的研究, 在以前研究基础上采用更复杂的统计技术以及分析这类研究可能存在的缺陷, 有针对性的改进 (Slade, Lambert, Harmon, Smart, & Bailey, 2008)。比如, Lambert和同事们正在进行的研究项目旨在通过提供每周的进步反馈给治疗师、患者, 以此减少治疗的失败 (Lambert 2005; Speilman, Masters, & Lambert, 2006) □

3.3 循效施治的意义

不同于实证支持治疗, 循效施治的证据来源于真实治疗环境, 研究的是临床治疗师实际使用的治疗方式, 提供了将来访者的特征、意愿与治疗师的临床技能进行有效整合的方法, 因此是对心理治疗中循证实践的有效补充, 并被有些研究者称为元循证实践方法 (Sackett et al., 2000: 34)。如果这种模式得到广泛运用, 常规实践中需要研究的问题将获得大量的研究数据, 心理治疗服务

质量也能够量化和彼此比较。有证据显示, 将常规收集的来访者治疗效果数据反馈给治疗师可以提高治疗效果。反馈干预能够将消极后果发生率由 10%减少到 5%左右, 其有效性的原因一部分是因为治疗师倾向于低估来访者会出现消极后果, 而通过监测和反馈可以引起治疗师对可能出现消极后果来访者的重视; 另一部分原因是提供临床辅助工具协助治疗师查明出现问题的环节 (Hannan, C. R., 2006)。使用患者自我报告治疗效果的治疗师能够主动地识别哪个患者的治疗最有可能失败 (Hannan et al., 2005; Harmon, Hawkins, Lambert, Slane, & Whipple, 2005; Lambert, Harmon, Slade, Whipple, J. L., & Hawkins, 2005)。对相似患者的治疗, 相比较不使用患者自我报告疗效方法的治疗师, 常采用此方法的治疗师可以增加治疗时间, 并且明显提高有失败风险患者的治疗效果 (Lueger, 1998; Whipple, Lambert, & Vermeersch, 2003)。收集源自实践的数据还能解决临床实验所不能研究的问题。例如, 该方法能在日常心理治疗服务场所中 (包括各类患者、治疗师和疗法) 评估治疗效果和评价治疗过程, 能评估为什么一些来访者没能接受心理治疗, 一些来访者在治疗过程中退出, 一些在治疗过程中出现消极后果等问题。

心理治疗有效性的证据使得 MBHOS 能够为雇主制定包括有利于行为健康的健康计划, 这使员工援助计划和其他心理健康服务更容易获得实施。循效治疗给治疗师提供了提高他们治疗效果的工具。通过单独使用效果策略或者联合使用其他治疗措施, 治疗师可以从患者那里得到有益的反馈。尽管这些措施不能替代临床诊断, 证据表明, 训练有素的治疗师能够使用这些措施提供的额外信息补充他们的临床判断, 帮助他们寻找适合个体需要的最好的治疗措施, 同时不断的监控治疗的作用 (Minami & Brown, 2009)。

4 循证实践与循效施治的区别与结合点

综上所述, 循证实践与循效施治是当前国外心理治疗的两种相互补充的模式。由于 EBPP 被美国心理学会作为一项政策批准实施, 循证实践运动已变为美国健康治疗体系和健康治疗政策的一个关键特征, 它的倡导昭示着目前临床心理治疗的一个关键性改革。在 APA 对 EBPP 的宽泛

界定和宏大目标之下，循效施治似乎都有被纳入其中。然而循效施治的一些特点是循证实践所不能替代的，值得我们对其进行思考和区分。

4.1 循证实践与循效施治的差异对比

表 1 是对二者在理论假设等方面进行比较的结果。

表 1 心理治疗的循证实践与循效施治在理论假设、成分等方面的比较

	循证实践	循效施治
理论假设	①只要有可能，经各种临床实证研究确证的治疗方法能够在真实情景中使用。 ②某些治疗方法比其他方法好，应该选择最好的治疗方法以最大地改进治疗效果，而该方法是经过临床实证研究证实的。	①获得来自实践的治疗结果的直接反馈可以改进治疗效果。 ②所有的治疗方法都可能是有效的
组成成分	最佳可用的研究证据；临床技能；患者的特征、文化和偏好	治疗期望；治疗效果
使用资源	APA 编制的各类手册、指南；会诊等	系列疗效评估问卷(OQ)；健康行为管理服务机构提供的帮助等
证据来源	基于各类量与质的研究获得的证据	基于真实情景中实践的证据
证据提供者	研究者、临床心理学家	患者、健康行为管理服务机构
对患者的关注点	性别、文化、族群、人种、年龄、家庭背景、宗教信仰、性向、社会阶层、目前的环境状况、价值、治疗偏好等	治疗期望、治疗结果

根据对所掌握资料的分析，我们认为，从临床治疗师的角度来看，心理治疗的循证实践与循

效施治的操作流程存在着明显不同，二者的简要操作流程如图 1 所示。

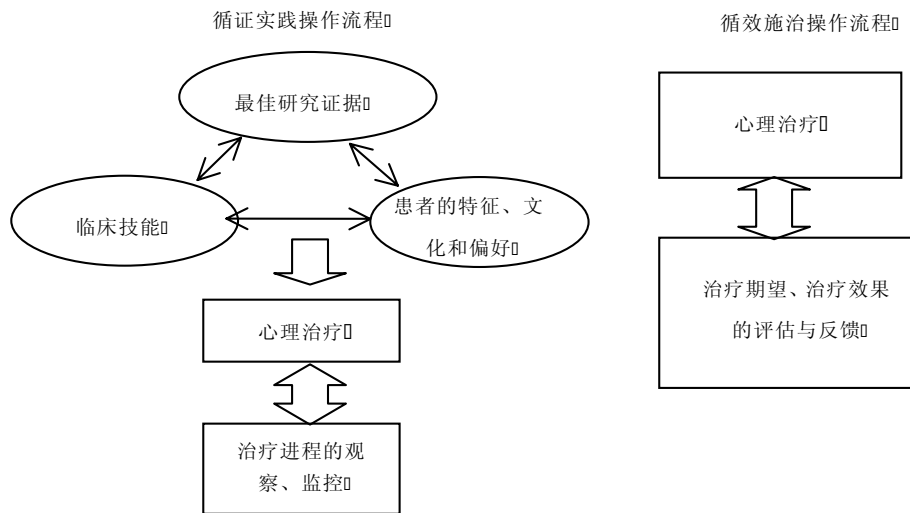


图 1 循证实践与循效施治的简要操作流程图

图 1 表明，当治疗师使用循证实践时，需要将最佳研究证据、临床技能和患者的特征、文化和偏好整合起来考虑治疗的方法和方案。在治疗进行过程中，治疗师要对患者的进步、环境的变化进行监察，以便调整治疗。也鼓励患者参与治

疗监控。如果有证据表明患者并没有显示出预期的进步，在需要时治疗师可以搜寻其他可用资源，如会诊、联合服务等，为患者提供进一步的治疗。如果治疗师采用循效施治，他可以从自己的专业经验出发，对患者进行治疗。当治疗进行

了一个阶段后,相关的健康行为管理机构对患者的治疗期望、该阶段的治疗效果进行评估,得到的信息将被反馈给治疗师和患者。治疗师根据这些反馈信息,以及健康行为管理机构的建议调整治疗策略,进行下一阶段的治疗,如有可能,这一过程将循环进行,直到取得治疗成功。

4.2 优势对比

循证实践通过增强治疗的成功性来提高治疗效果,而循效施治通过减少失败提高治疗效果。心理治疗的循证实践力求采用科学研究的方法解决治疗效果的问题。其规定的临床技能、患者的特征等都是围绕最佳可用的证据能够在现实世界中发挥作用而设计的。它试图对来访者、治疗过程、以及治疗中会遇到的问题进行大量研究,并期望将这些问题概念化,以供治疗师参考。可以说,心理治疗的循证实践是强调预设的,在此预设之下,治疗师再根据实际情况灵活调整治疗实践。在具备必要的临床技能、熟知治疗对象特征和倾向性的情况下,从预设好的方法中选择出最佳治疗方案,这是一种追求成功的做法。而循效施治重视治疗、治疗师和来访者的可变性,强调通过直接评估患者自我报告的治疗效果,根据实情增加或减少治疗时间,调整治疗措施;它重视识别潜在的失败者,试图通过减少治疗失败来提高治疗效果。

另外,循证实践有利于提高治疗师必备的专业能力,使心理治疗更专业化和科学化。它强调对不同社会文化中的各类人群的心理治疗问题进行研究,有利于开拓心理治疗在这些人群中的推广和使用。而循效施治关注的焦点只有一个:提供的治疗是否真正促进来访者的进步。来自患者治疗效果提高的证据可以增强治疗师的信心。

4.3 可能的结合点

前面已详细分析了实施心理治疗循证实践存在的困难。而作为一种讲求直接效果的心理治疗模式,循效施治同样存在着需要解决的问题,比如用于常规服务评估上的时间和资源是否值得?来访者是否准备不断地参与自我评估,是否有足够的自我分析和报告的能力,以及充分的耐心?过分强调反馈系统可能会增加治疗师和患者的负担,并可能导致治疗师对管理机构的依赖,就如同对治疗手册的依赖一样。实际上,循效施治也可以被看作循证实践收集最佳可用的

研究证据的一种方法。健康行为管理机构从真实情景中收集的实践证据,可以补充研究条件下获得的证据的不足;从患者报告的疗效信息中可以直接帮助治疗师对治疗过程进行监控和调整治疗方案。在循证实践风靡心理治疗的情况下,循效施治的观点和做法有益于进一步推进心理治疗的发展。

5 启示

对目前中国的相关文献检索表明,循证实践在我国医疗界得到了足够的重视和实施,但并未引起我国心理学者的重视。断断续续发表少量相关文章(刘兴华等人,2007;杨文登,2008a,2008b)不能让我们全面认识国外心理学中的循证实践运动的缘由和进展等问题。而循效施治还未见中文文献介绍。由于我国的心理学非本土产物,目前心理治疗的理论和方法绝大多数取自国外,从全国范围来看,心理咨询和治疗看似时髦,实则发挥的作用还很有限。学习国外心理治疗的循证实践和循效施治的理念和方法,给我们的启示是:

第一,美国心理治疗的循证实践和循效施治是在其科学主义和实用主义传统中形成的。既然我国没有现代心理治疗的传统,那么这几千年来,即便是在现当代,中国人是怎么保持心理健康的?靠什么维护心理健康?即,除了从国外传来的那些心理健康知识,现当代中国人真的没有自己的心理健康方面的世俗理论吗?如果有,这些世俗信念的内容、特征是什么?发挥着什么作用?我国心理学家也许需要研究这些根本问题,才有可能以此为根基创生出我国自己的心理咨询与治疗的理论和模式。

第二,既然我们免不了要在国外的影响之下建构心理健康服务的体系,那么,从获得最佳可用的研究证据、患者的特征、偏好等方面来看,我们要考查的问题是:当前我国心理咨询和治疗领域基本采用国外的方法和技术,哪些移植来的方法是有效的?这些有效的办法在其运用的过程中是否已被悄然中国化?哪些方面发生了中国化?中国人自创的理论和方法哪些是有效的?在实践中运用的情况如何?徐华春、黄希庭(2007)提出,应当分地区,分领域,实际调查我国心理服务及其需求现状,了解、检验和总结

出适合不同类别民众的服务理念与手段, 确保心理健康服务体系能够因地制宜, 贴近国民。另外, 对于西方已有理论和方法, 一定要通过临床检验, 充分证明其对中国人的适宜性后再实施推广。这一观点实际上涉及到获取最佳证据的问题, 以及服务对象的特征、文化、偏好的问题。由于我国心理健康服务人员的素质从总体上看专业化程度不高, 从现阶段看来, 通过对上述问题的研究编制适合我国人民使用的心理治疗实践指南和手册以供治疗师参考是可行的途径, 因为, 我国目前健康服务管理机构(为来访者提供健康计划、指导就诊等专门服务的中介机构)稀少, 要提供追踪性的治疗效果反馈和治疗建议显然还不具备条件。但引进和修订 OQ 这样的评估问卷, 以供有条件的临床治疗师自我反馈, 增强信心, 积累经验是有益的。

参考文献

- 刘兴华, 姚萍, 段桂芹. (2007). 临床心理治疗中的循证实践. *中国心理卫生杂志*, 21, 353-355.
- 徐华春, 黄希庭. (2007). 国外心理健康服务及其启示. *心理科学*, 30, 1006-1009.
- 杨文登. (2008a). 质化研究与循证实践: 心理学中研究与实践的关联及互动. *南京师大学报(社会科学版)*, 4, 97-102.
- 杨文登. (2008b). 循证心理治疗述评与展望. *中国循证医学杂志*, 8, 951-955.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-283.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., & Evans, C. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE—OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184-196.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 197-204.
- Biglan, A., Mrazek, P. J., Carnine, D., & Flay, B. R. (2003). The integration of research and practice in the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58, 433-440.
- Brooke, R. (2006, Summer). Controversial discussions: II. The return of expertise in evidence based practice. *Psychologist-Psychoanalysis*, 23-26.
- Brown, G. S., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Jones, E., & Vaccaro, J. (2001). Pushing the quality envelope: A new outcomes management system. *Psychiatric Services*, 52, 925-934.
- Brown, G. S., Jones, E. R., Betts, E., & Wu, J. Y. (2003). Improving Suicide Risk Assessment in a Managed-Care Environment. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24, 49-55.
- Chambless, D. L. (1999). Empirically validated treatments—what now? *Applied and Preventive Psychology*, 8, 281-284.
- Eifert, G. H., Schulte, D., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., Laua, W., & Iwamasa, G. Y. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. Commentary. *Behavior therapy*, 28, 499-515.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J., E., Frederick, L., & Resnik, H. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61, 155-163
- Hannan, C. R. (2006) Can clinicians predict patient deterioration? A psychotherapeutic investigation of clinical versus actuarial judgement. *Brigham: Brigham Young University*.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Harmon, C., Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Slane, K., & Whipple, J. L. (2005). Improving outcomes for poorly responding clients: The use of clinical support tools and feedback to clients. *Journal of clinical psychology*, 61, 175-185
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Slade, K. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17, 379-392.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Hunsberger, P. H. (2007). Reestablishing clinical psychology's subjective core. *American Psychologist*, 62, 614-615.
- Hunsley, J. (2007). Addressing key challenges in

- evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 113-121.
- Kettewell, P. W. (2004). Development, dissemination, and implementation of evidence-based treatments: Commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 190-195.
- Kordy, H., Hannover, W., & Richard, M. (2001). Computer assisted feedback driven-quality management for psychotherapy: The Stuttgart-Heidelberg model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 173-183.
- Kratochwill, T. R. (2007). Preparing Psychologists for Evidence-Based School Practice: Lessons Learned and Challenges Ahead. *American Psychologist*, 62, 829-843.
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 147-149.
- Lambert, M. J. (2005). Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 141-144.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients progress: Clinical results and practice suggestions *Journal of clinical psychology*, 61, 165-174.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Smart, D. W. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced. *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Levant, R. F., & Hasan, N. T. (2008). Evidence-Based Practice in Psychology. *Professional Psychology - Research & Practice*, 39(6), 658-662.
- Lucock, M. P., Hall, P., & Noble. (2006). Factors influencing the clinical practice of psychotherapists in the UK. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 123-130.
- Lueger, R. J. (1998). Using Feedback on patient progress to predict the outcome of psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 54, 383-393.
- Margison, F. R., Barkham, M., & Evans, C. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Mechanic, D. (2007). Mental Health Services Then and Now. *Health Affairs*, 26, 1548-1550.
- Miller, W. R., Zweben, T. J., & Johnson, R. (2005). Evidence-based treatment: Why, what, where, when, and how? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 267-276.
- Minami, T., & Brown, J. (2009). Outcomes-informed care 009-01-29. Retrieved Jan 29, 2009, from <http://www.psychoutcomes.org/bin/view/COMMONS/OutcomesInformedCare>, 1(29).
- Nathan, P. E. (1998). Practice guidelines: Not yet ideal. *American Psychologist*, 53, 290-299.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sackett, D. L., Strauss S. E., Richardson, W. S., et al.(2000). Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. *Second Edition. London, England: Churchill, Livingston.*
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: the use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 287-303.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Speilman, G. I., Masters, K. S., & Lambert, M. J. (2006). A comparison of rational versus empirical methods in the prediction of psychotherapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 202-214.
- Stuart, R. B., & Lilienfeld, S. O. (2007). The evidence missing from evidence-based practice. *American Psychologist*, 62, 615-616.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations, *Clinical psychologist*, 48, 3-23.
- Tolan, P. K., & Dodge, K. A. (2005). Children's mental health as a primary care and concern. *American Psychologist*, 60, 601-614.
- Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Is It Sensitive to Changes in Counseling Center Clients? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 38-49.
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psychologist*, 58, 424-432.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628-648.
- Wendt, D. C., & Slife, B. D. (2007). Is evidence-based practice diverse enough? Philosophy of science considerations. *American Psychologist*, 62, 613-614.
- Whaley, A. L., & Davis, K.E. (2007). Cultural Competence and Evidence-Based Practice in Mental Health Services.

American Psychologist 62, 563–574.
Whipple, J. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2003).
Improving the effects of psychotherapy: The use of early
identification of treatment failure and problem-solving
strategies in routine practice. *Journal of clinical*

psychology, 50, 59–68.
Woolf, S. H., & Atkins, D. A. (2001). The evolving role of
prevention in health care: Contributions of the U.S.
Preventive Service Task Force, *American Journal of*
Preventive Medicine, 20, 13–20.

Evidence-Based Practice and Outcome-Informed Care in Psychotherapy

YIN Ke-Li^{1,2}; QIN Min^{1,2}; HUANG Xi-Ting^{1,2}

(¹ Key laboratory of cognition and personality (SWU), Ministry of Education; ² School of psychology,
Southwest University, Chongqing 400715, China)

Abstract: Evidence-Based Practice and outcome-informed care are currently two types of psychotherapy models complementing each other which are obviously different in the theoretical assumptions, access to sources of evidence, as well as in operational processes. Evidence-based practice was promoted as a movement of psychology in US, indicating an important innovation in current psychotherapy. However, as there are a lot of difficulties and challenges to implement the evidence-based practice of psychology, outcome-informed care emerged as an effectively complementary way. In view of the relatively low professional level of psychotherapy in China, it would be beneficial to study the concepts and methods of the psychotherapies abroad for its future development in China.

Key words: Psychotherapy; Evidence-based practice; outcome-informed care; research evidence; treatment effect