

心理治疗的消极后果*

秦旻^{1,2} 郑涌¹

(¹西南大学心理学院, 重庆 400715) (²西南大学教育学院, 重庆 400715)

摘要 心理治疗消极后果是指由于心理治疗本身直接导致的来访者病情恶化。消极后果表现形式多样, 对其测量应全面而仔细确证。消极后果的影响因素众多, 包括来访者中有人格病理诊断、人际功能障碍、他评病情严重、对治疗期望不正确和动机低下; 治疗师缺乏共情、对来访者出现负性反移情、低估来访者病情和错误使用治疗技术; 潜在有害疗法。对其预防包括治疗前对治疗师和疗法进行规范和治疗中采用聚焦来访者的研究减少消极后果发生率。最后提出目前研究中存在测量、研究单位选择和伦理等难题, 未来研究应全面呈现研究数据、采用 RCT 研究确定消极后果发生率、用交互作用研究模式寻找消极后果影响因素以及对中介变量的研究探讨消极后果发生机制。

关键词 心理治疗; 消极后果; 潜在有害疗法; 聚焦来访者的研究

分类号 B849; R395

1 引言

当人们接受心理治疗时, 总是希望能通过治疗恢复健康。如果人们通过治疗没有得到康复, 那么可能出现的最糟糕的结果会是什么? 仅仅只是治疗无效吗? 事实上, 研究显示在心理治疗的各种治疗形式和各种理论流派的治疗方法中, 总有少数来访者在接受心理治疗后会出现病情恶化, 也就是说心理治疗可能是有害的 (Mohr, 1995; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass, & Miller, 1980; Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977)。然而至今, 心理治疗无害的观念仍然是普遍和顽固的。即使在美国, 2006 年 Boisvert 和 Faust 对全美 181 位从业心理学家进行调查, 28% 的专家们不知道心理治疗可能会导致来访者病情加重, 出现消极后果 (negative effect) 的问题 (Boisvert & Faust, 2007)。

心理治疗的消极后果是 Bergin 在上世纪 60 年代首次提出, Lambert, Bergin 和 Collins (1977) 对其进行界定, 认为消极后果是由于心理治疗本

身直接导致来访者病情进行性加重, 其精力、情绪和 (或) 功能状态较治疗前差。经过半个世纪的发展, 消极后果的存在得到各种研究的确证 (Boisvert, 2003; Boisvert & Faust, 2003; Ilgen & Moos, 2005; Moos, 2005), 尤其是心理治疗效果研究的元分析研究 (Shapiro & Shapiro, 1982; Smith et al., 1980) 得出约 9% 和 11.3% 来访者治疗效度是负的 (消极的), 这使消极后果的发生率在 10% 左右得到公认。心理治疗的消极后果在国外心理治疗领域已引起重视, 有关这方面的研究报道逐渐增多。

心理治疗于上世纪 80 年代进入我国心理卫生领域, 至今已得到广泛认可, 成为心理卫生界常用的治疗方法。在我国关于心理治疗的研究报道逐年增多, 尤其是心理治疗有效性方面的研究, 但关于心理治疗消极后果的文章目前还没有, 一方面说明心理治疗在我国还处于发展期, 另一方面也说明我国心理卫生界对心理治疗消极后果本身没有充分认识, 这对于维护来访者的健康权利和心理治疗更好发展是不利的。因此, 本文介绍国外关于心理治疗消极后果的表现形式和测量、影响因素及预防, 并分析研究中存在的难题和未來研究方向, 期望引起我国同行的重视和探讨。

收稿日期: 2009-02-20

* 教育部重大攻关招标课题“中国心理健康服务体系现状及对策研究” (05JZD00031); 西南大学国家重点学科建设基金重大课题 (NSKD06011); 西南大学心理学院震灾研究专项基金 (SWXLX08018)。

通讯作者: 郑涌, E-mail: zhengy@swu.edu.cn

2 消极后果的表现和测量

2.1 消极后果的表现形式

消极后果的表现形式多种多样, Mohr (1995) 的消极后果综述研究中对此进行了总结。Mohr 及之前的研究者 (Lambert et al., 1977; Strupp et al., 1977) 对消极后果的表现形式在表述上虽有不同, 但都有一共同特点, 即来访者治疗之后的状态较治疗之前有所下降。这类观点可统称为传统观点。此后, 随着心理治疗效果研究方法的发展, 对消极后果表现形式的认识又提出新的观点, 即心理治疗中好转的速度和 (或) 程度低于预测的治疗反应曲线 (treatment response curve) 或者不治疗的情况以及出现对他人的伤害, 也被认为是消极后果表现 (Lilienfeld, 2007), 这被视为激进观点。难怪有研究者提到, 识别消极后果比积极效果难得多 (Jarrett, 2008)。

2.1.1 传统观点

Strupp 等 (1977) 在全国范围内对 70 位有希望的心理治疗师进行消极后果表现形式的调查, 将其归为现有症状的加重、误用或滥用治疗、采取不现实的治疗目标和任务、对治疗和 (或) 治疗师失去信任、出现新的症状等 5 类。Mohr (1995) 认为消极后果可以是来访者就诊时所诉病情加重或者症状替代, 也可以是个人全面功能下降或者某方面功能下降, 还可能是某一特殊症状加重。另外心理治疗使来访者一些症状好转而另一些恶化, 或者出现对已有症状的过分关注、过度依赖治疗师, 不愿探讨将来的治疗等等也是消极后果表现。这些症状可以表现在治疗关系、个人或职业生活或者身体健康方面, 也可以出现于病人周围环境如家庭或社会系统改变。Ghraiba (2006) 对心理治疗引起的消极后果进行总结, 提出对治疗师的过度依赖 (某种程度类似于药物依赖或者滥用情况)、心理治疗引起来访者出现错误记忆、症状加剧和功能退化、治疗师对来访者灌输不当观念、来访者获得肤浅的洞察力、出现新症状和功能失常行为、医源性装病等 7 类。

2.1.2 激进观点

Lilienfeld (2007) 提出, 传统对消极后果表现的认识是有问题的。他提出消极后果不仅仅是来访者治疗后自身状况恶化, 还应该包括治疗后效果不如不治疗好的快或者说是未达到预测的治疗反应以及治疗引起的对来访者家人或朋友

带来的伤害。随着心理治疗研究方法不断推陈出新, 新的研究方法带来了新的成果。自 Howard 等 (1996) 提出了“当事人剖面图”的研究方法, 一种新的聚焦来访者的研究策略 (client-focused research) 日益得到重视, 其研究成果是为每位来访者提供其相应的期望复原曲线预测其治疗效果 (Lambert, 2001; Newnham & Page, 2007)。Lilienfeld (2007) 提出如果来访者心理治疗后虽然有效, 但好转的速度和 (或) 程度低于预测值或者不治疗, 也说明该位来访者治疗的效果为消极。因为来访者付出了“机会成本” (opportunity costs) 如时间、精力、费用以及更长时间忍受病痛。他举例说, 对一位惊恐障碍患者, 不采用满贯或者系统脱敏疗法 (为实证支持疗法), 而采用洞察力导向的治疗, 治疗无效导致患者忍受这类焦虑多年, 而采用暴露疗法治疗不到 3 小时症状消除。Lilienfeld 还提到, 一些治疗导致的消极后果表现为对来访者家人或朋友的伤害。例如, 一些其他方面都对来访者有效的疗法却可能让来访者出现对家人的虚假虐待指控。个别治疗中对不幸福婚姻的治疗使来访者改善却可能增加配偶伤痛, 这又算不算消极后果呢? 还有, 婚姻治疗中对经历极度苦恼的双方来说离婚是积极效果还是消极后果?

2.2 消极后果的测量

在各种关于消极后果的研究中, 都涉及到对消极后果的测量, 但研究至今, 如何准确测量仍是一个争议的难题。

首先, 消极后果的测量工具很难制定。前面提到消极后果表现形式变化无常, 涉及来访者各个领域, 因此当出现任何形式的消极后果都应该调查和报道。心理治疗效果评估通常采用全面结果测量, 如 SCL-90。这对消极后果评估有两个缺陷, 不能测出特定症状变化或者不能反映有意义的症状共变。尽管存在这些批评, Roback (2000) 仍然认为对消极后果应采用多维测量更适合, 并谈到消极后果研究方面的两位著名专家 Kazdin 和 Mohr 都赞成该观点。

其次, 对一个具体症状出现恶化, 怎样判断它达到消极后果的标准呢? 有人提出用 95% 的置信区间作标准, 但该标准过于严格, 在心理学试验中该统计效力仅 37%, 敏感性不高。再考虑统计效力向均值回归使得消极后果识别率更低。而

以没有效果作为识别消极后果的标准则被众人一致反对。对此问题一个相对好的解决方式是用临床显著性来处理,即通过测量工具测量治疗后值高于治疗前值1个标准差作为消极后果的判定标准(Mohr et al., 1990)。该标准也被用于激进观点中,即来访者每疗程的测量结果高于期望复原曲线预测值1个标准差以上提示该来访者可能出现消极后果。该方法适合选出目标人群数量少的情况,而且也足够避免因测量误差导致的误识别。

第三,即使有统计方法作保证,误识别仍难避免。研究证实评价者不同,评价结果可能不相关,处于消极后果风险中的来访者识别经常依靠谁是评价者来决定。例如强迫型人格障碍者倾向于自评为恶化,而治疗师倾向于将被动-攻击型来访者评价为治疗恶化,研究者则多把癔病患者评为恶化(Mohr, 1995)。因此对于谁来做评价这个心理治疗结果研究中常常忽略的问题,在消极后果风险评价中应该尤其重视。另外,来访者做效果自评时不再处于防备状态而真实反映病情或者为了延长限时治疗疗程而夸大病情,还有就是测量结果只是反映测量工具能测得内容,这些都会影响对消极后果的准确测量。因此即使统计显著性的消极后果,研究时也应该仔细检查和确证。

3 消极后果的影响因素

3.1 来访者因素

Lambert(1991)总结的临床和调查研究表明,心理治疗的失败并不一定是由某种特定方法和治疗师所引起的,而且如果一种疗法对患者治疗效果不佳时,其他疗法也不甚理想。这些都提示消极后果来访者有共同特点。

3.1.1 诊断和症状

Mohr(1995)对这类研究进行了回顾,总结出边缘人格诊断与消极后果联系密切。边缘人格根据病理学分为边缘人格结构和边缘人格疾病。边缘人格结构指的是精神结构介于神经症和精神病之间。他分析发现,被DSM-IV诊断为边缘人格结构的来访者与其他来访者相比较更易出现消极后果,但是大多数边缘人格结构的来访者仍能从心理治疗中获益。Mohr总结了这一诊断群体中易发消极后果危险的亚群体特征:自我力量

低下和人际关系严重受损;脆弱、精神上受过创伤、极度自恋或者有明显的精神病性特征;受虐待和药物依赖。Hilsenroth(2007)的研究却发现边缘人格病理不影响来访者接受心理动力疗法治疗的最终效果,只是其好转速度较没有该诊断的来访者慢。

对强迫症及其他人格障碍类型如戏剧人格、精神病性和对抗人格结构(oppositional personality structures)与消极后果的关系, Mohr总结出强迫症及其他人格障碍与消极后果似乎关系密切,但这类研究中消极后果的评价标准不清楚;另外就是强迫人格诊断的来访者在心理治疗中总是获得很好的效果。关于强迫症与消极后果的一个设计较好和结论较肯定的研究发现,强迫症诊断的来访者中出现消极后果者与治疗有效者之间有两个显著区别,一是消极后果来访者在治疗前常常期望治疗是无痛苦无副作用的,二是这类来访者治疗初期靶症状过快消失(Foa & Steketee, 1977)。

正如上所述,仅靠人格类型诊断不是识别消极后果风险最有用的指标,需要结合更多来访者变量来提高识别率。

3.1.2 人际功能

通常认为来访者人际关系紊乱程度越严重则心理治疗出现消极后果概率越高。Strupp(1980a-d)进行了治疗师与他的两位来访者的比较研究。两位来访者一例治疗成功,一例失败。对比来访者、治疗师及交互作用变量发现成功来访者与失败来访者的主要区别在于失败来访者很难与治疗师建立成熟的人际关系。Strupp分析认为心理治疗过程实际是一个人际关系过程,它反映来访者早年的人际关系状况,如果来访者早年的生活经历对形成良好人际关系起破坏作用,这将对形成亲密关系产生巨大障碍,而心理治疗获益依赖于来访者和治疗师形成亲密关系,因此对这类来访者的治疗很难有效。Mohr(1995)回顾此类研究时还发现消极后果来访者表现出过度依赖性。但是Strupp和Binder(1984)的研究却发现与症状性障碍(symptomatic difficulty)有关的人际功能障碍预示好的治疗效果。因此提出,人际功能障碍是双向指标,提示这类来访者既易于从心理治疗中获益,也容易出现消极后果。Mohr等(1990)按客观可靠的标准将心理治疗抑

郁症患者治疗结束时效果分为有效、无效和消极后果,发现建立亲密人际关系困难程度最高者易于出现消极后果,中等困难者多治疗有效,而困难程度低者易出现治疗无效。研究一方面证实人际功能障碍是双向指标,另一方面也提出治疗无效者和消极后果者的人际功能水平处于连续谱的两端,说明他们属于不同类型群体。

出现消极后果的来访者还表现为疑心重和缺乏人际间信任(Mohr et al., 1990)。他们对治疗师撒谎或隐瞒重要信息,更不确定治疗师共情的真实性。但有证据显示,疑心重的来访者与冷漠的治疗师匹配效果好于热情亲近的治疗师,提示该类来访者特征在治疗中得到很好控制仍能取得好效果(Kolb et al., 1985)。虽然对治疗师的高度怀疑不利于治疗,或者至少说不利于良好的治疗关系,但是对治疗过程的质疑则有益于治疗效果。Foa和Steketee(1977)发现没有预料到心理治疗会产生不适的来访者容易在治疗结束时出现消极后果。因此区分人际怀疑和对心理治疗过程质疑很重要,人际怀疑阻碍心理治疗中必要的依附关系形成,而过程质疑则反映对心理治疗中困难的现实评价。

来访者直接或间接表现出极端敌意,缺乏人际沟通技巧却对人际关系高度敏感,对这类人不管采用心理动力学派还是人本主义学派的疗法以及个别还是团体形式治疗,都容易出现消极后果,原因是不能建立良好的治疗关系(Mohr, 1995)。Dinger等(2007)调查来访者人际问题和治疗效果关系,发现来访者和治疗师在人际问题量表的支配性分量表上得分相似或者互补都不影响治疗效果,但是来访者支配性分量表得分低者在心理动力学治疗中效果差。

3.1.3 病情严重程度

现有研究数据显示他人(治疗师或外人)评价的症状严重与治疗失败相关而来访者主观自评的症状严重则与治疗有效相关(Mohr et al., 1990)。治疗师或外人评价的症状严重程度反映的是一种更全面的长期功能评价,而来访者主观自评更多是关于即时痛苦感受,反映治疗动机。这种不一致提示将两者结合起来可以作为预测消极后果风险的有效指标——病人自评病情轻而他评程度重则预示消极后果风险大。

3.1.4 来访者的期望和对治疗的态度

研究发现来访者最初对治疗过程和持续时间的期望和态度与消极后果有关。消极后果常出现在这类来访者身上,他们开始治疗时就对治疗效果不抱期望,或者认为心理治疗是安全无痛苦的(Foa & Steketee, 1977; Strupp, 1980a-d)。普遍认为来访者对心理治疗的期望是他们对世界期望的象征。对世界不现实的期望使这类患者就像盲人一样行走于世界,羁绊于一个又一个不幸的灾难,心理治疗只是又一个灾难。因此对这类来访者治疗的首要任务是教会他们应对和运用治疗(Mohr, 1995)。

来访者治疗动机低也与消极后果有关。Mohr等(1990)发现治疗初期来访者动机水平低,表现为主观苦恼感不强,这类患者治疗效果差。Strupp也发现,这类患者治疗卷入度低,不愿使用心理治疗,回避问题和不配合治疗师查明问题。然而,调查也显示该研究中的治疗师也被评价为更冷漠、缺少支持、更少的帮助性和对消极后果来访者缺乏重视。期望与治疗动机不仅受来访者自身影响,好的治疗师可以在治疗过程中诱导和促进正确的期望和动机。Zuroff等(2007)研究来访者自愿进行心理治疗——自治动机(autonomous motivation)与治疗结果的关系,发现自治动机水平不影响最终治疗结果,但预示症状更快消失。

3.2 治疗师因素

治疗师因素能在多大程度上导致消极后果仍然存在争议,但Lambert等(1977)回顾50多个研究指出治疗师的确对来访者病情恶化有影响。专门针对治疗师能力导致消极后果的研究中,以下3个研究都明确得出治疗师可能引起来访者的消极后果。一是Orlinsky和Howard(1980)对23名治疗师治疗143名女来访者进行分析,6名治疗师被评价为最有能力,他们治疗的来访者中70%改善,没有出现消极后果;被认为能力最差的5名治疗师治疗的来访者中,不到50%好转,超过10%出现消极后果。另一是Luborsky等(1985)对治疗师差异导致来访者不同治疗效果的研究。该研究调查9名治疗师治疗101位非精神病性男退伍军人,发现治疗效果好与差的治疗师有3个显著区别特征,分别是治疗师的适应能力、技巧和热心帮助来访者,提供疗法的完整性以及与来

访者关系的品质。第三个研究是Okishi等(2006)对某大学咨询中心6年期间149名治疗师对7628学生的治疗进行回顾,采用层次线性模型分析,发现治疗师的性别、训练年限、培训类型、所用疗法理论导向等与治疗效果无关,但对比被评价为能力强和能力差的治疗师时发现能力差的治疗师其来访者出现消极后果的概率是能力强的治疗师的两倍。

Mohr(1995)指出治疗师变量包括与治疗结果有关的治疗师的行为和价值观。对此有两种研究观点,一种是把治疗师变量看成特质,将不同的来访者效果与不同的治疗师联系起来,如治疗师人格;另一种是把治疗师变量看成状态,比较治疗师在成功与失败案例中的不同状态,如治疗师来访者间交互作用。Mohr认为尽管治疗师的特质和状态交互作用影响来访者的效果,但普遍胜任的治疗师与普遍不胜任的治疗师之间还是有很大区别。他将治疗师与消极后果有关的变量分为5类:(1)缺乏共情。治疗师特征中与消极后果联系最紧密的是缺乏共情或热情,而且无论是治疗师还是来访者对治疗师共情程度的评价都得出一致结论——即共情程度高的治疗师其治疗成功率明显高于共情程度低的治疗师。(2)负性反移情。研究公认如果治疗师在治疗中经历了负性反移情如失望、愤怒和(或)敌意,则来访者基本上出现消极后果。团体治疗研究中还提到治疗师表现出侵略性、超凡的感召力和急躁等容易造成一些脆弱的来访者出现消极后果,并提示这类治疗师可能是因为他们自身有问题。治疗师对反移情的处理能力也影响治疗效果,治疗师在对来访者揭示自己的负性反移情时应谨慎。

(3)治疗师对来访者和治疗过程的评价。研究显示出现消极后果的来访者往往被其治疗师评价不准确或者治疗师过于乐观。治疗效果差的治疗师容易出现对来访者低估病情、阻抗、苦恼和侵略性,高估他们的自控力和治疗效果。低估来访者心理病理情况导致不充分的治疗,且对改变治疗策略迟钝。(4)治疗师的经验。治疗师经验和消极后果这方面研究结论不一致。很少有研究检查治疗师的经验水平与消极后果的关系,而且这些研究也没有区分消极后果和无效者。经验不等于能力,因此研究很难得出肯定的结论。(5)治疗师的伦理道德。显而易见如果治疗师的行为

超出应有的伦理界限,会引起来访者的消极后果,例如治疗师与来访者的性接触。这类问题很难进行实证研究,但个案报道清楚显示这类来访者通常出现明显消极后果。

Mohr(1995)还提到治疗师的技术水平与消极后果有关,但将其归入过程变量。本文将其纳入治疗师因素。Sachs(1983)用Vanderbilt负性指标量表(The Negative Indicators Scale, VNIS;包括5个分量表:来访者特征、治疗师个人特征、技术失误、来访者治疗师交互作用和会谈评价)对18名来访者进行的限时动力疗法的前3个疗程进行检查,寻找与消极后果有关的特征。Sachs发现技术失误(例如治疗师不能提供每次会谈的中心和结构)与消极后果关系最密切,说明治疗师的能力和技巧对治疗效果影响很大。Eaton等(1993)发现技术失误减弱治疗联盟,随疗程延长,对联盟的负面影响加强。但对该研究应注意的是并没有提到任何病人治疗结束时出现消极后果。对心理动力疗法中的一个关键技术——移情解释进行的研究发现,高水平的移情解释导致消极后果,这与传统观点有悖,但提示治疗师对移情解释的内容、时机和质量值得注意(Piper et al., 1991)。

在治疗师引起的消极后果中,研究者一致认为对于治疗师错误使用和不当使用治疗技术不应该过多责备;而治疗师因为缺少共情、负性反移情以及治疗师引起的与来访者之间挑剔或敌意的关系以及这类行为导致治疗联盟破裂,并最终导致来访者感到被抛弃和病情恶化,这些才是治疗师应该引以为戒的问题(Lambert et al., 1977)。

3.3 疗法因素

心理治疗疗法与消极后果的关系有两种观点:一种观点类似心理治疗效果研究中提到的“渡渡鸟”论断(dodo bird verdict),即所有疗法在出现消极后果方面都一样,这被称为中立观点;另一种则类似实证支持疗法的观点,即一些疗法更多导致消极后果,该观点的倡导者将这些疗法称为潜在有害疗法(potentially harmful therapies, PHTs),这被称为潜在有害疗法观。

3.3.1 中立观点

中立观点认为从Freud的经典精神分析至今发展出400多种心理治疗方法,这一方面证实心

理治疗有效才会发展如此迅速,另一方面间接证实了每种心理治疗理论的不完善,没有一种理论可以解决所有人的问题。对心理治疗各种疗法的研究显示,所有疗法都能够产生改变,其中部分疗法较另一部分疗法对某些来访者产生的消极后果要多一些,一些特殊的人格特征可能使来访者在某种疗法中出现消极后果的风险更大,但不能认为某些疗法就比另一些疗法有害(Mohr, 1995)。Mohr对各种理论流派疗法中消极后果发生率进行了全面回顾,得出以下结论:(1)表达-体验疗法(expressive-experiential therapies)与其他疗法相比出现消极后果比例更高,说明该疗法强化情感经历对病情严重者有负面效果。这种疗法被发现易发生快速获益和快速恶化,恶化极可能是与其他变量交互作用结果,如急性严重症状,治疗无结构等。(2)行为疗法中一致认为负性强化和惩罚对一部分来访者会导致消极后果,聚焦和循序渐进的放松训练分别导致30%和50%的来访者焦虑增加,症状替代现象在行为疗法中出现较多。行为疗法关注症状本身可能加强来访者的不良人际沟通模式,即通过症状引起别人的关心,表面看治疗问题,实际上认同来访者的人际交往模式,强化症状。(3)研究证实认知疗法能够产生消极后果,其消极后果发生率比格式塔疗法或者是自我指导的读书疗法低,比人际疗法、药物治疗和不治疗组高。认知理论重视认知,但容易忽略动机和情绪在人格中的作用,因此常有来访者反馈说道理想得通,就是做不到。单独认知疗法所带来的副作用常常是使某些来访者更加纠缠在观念中,无法突破自我局限,没有行为上的实质变化。(4)心理动力学疗法非常强调人格组织理论,而人格病理、疑心和依赖都与消极后果有关,因此不适合严重来访者,尤其是有人格障碍诊断者。

3.3.2 潜在有害疗法观

潜在有害疗法是Lilienfeld(2007)提出的,他对最近一些研究文献进行分析,发现某些疗法对不少来访者产生消极后果,提出潜在有害疗法的观点,并提出识别标准。该标准包括3点,一是证实来访者出现消极后果,二是该消极后果长期存在而非治疗中一过性症状恶化,三是该消极后果被其他独立研究重复证实。根据证据的可靠性程度,Lilienfeld将潜在有害疗法分为两种类

型,第一类为极可能导致消极后果的疗法,第二类为可能导致消极后果的疗法。对第一类应禁止使用,对第二类应谨慎使用。证据可靠性标准包括研究的内部效度、其他独立研究的重复验证和心理治疗开始后很快出现新症状。根据这些标准,Lilienfeld列出了潜在有害疗法名单(见表1),并提出该名单是临时的,随时准备根据研究结果修改。对于Lilienfeld提出的潜在有害疗法观,支持者认为该观点是对实证支持疗法的补充,并认为如果实证支持治疗名单是有必要了解的,那么潜在有害疗法的名单就更值得重视;对该观点持保守意见者则认为,理论上潜在有害疗法应该被禁用这个观点是好的,但实际中有很多问题,如治疗师实际使用的疗法与名称并不一致,还有就是RCT研究的结论能否代表实际治疗中的情况(Jarrett, 2008)。

4 消极后果的预防

尽管对消极后果的原因研究还没有什么肯定的结论,但是既然消极后果是发生在心理治疗过程中,那么心理治疗师就有责任和义务减少其发生(Lambert et al., 1977)。对消极后果的预防方式按时间分为治疗前的预防和治疗中的预防。治疗前预防指的是对治疗师和治疗方法的关注,而治疗中预防,也称为聚焦来访者的研究,是Lambert等众多研究者十多年来研究的成果(Lambert, 2007; Lambert, Whipple, & Hawkins et al., 2003; Lambert, Whipple, & Smart et al., 2001; Lambert, Whipple, & Vermeersch et al., 2002; Sapyta, Riemer, & Bickman, 2005; Whipple et al., 2003)。

4.1 治疗前的预防

众多对消极后果防治的文献都提到治疗师比治疗方法对消极后果的影响更大,因此提出对治疗师进行督导、同行讨论、继续教育等措施管理监督心理治疗师,这类文献国内较多,本文不重点讨论。对预防治疗方法导致消极后果方面,实证支持治疗没有起到什么作用,因为大多数治疗师在实际临床治疗中不采用实证支持疗法。因此,Lilienfeld(2007)提出应先推出潜在有害疗法,其理由如下:一是因为治疗的首要前提是无害,因此对潜在有害疗法的推出比实证支持更迫切;二是因为“渡渡鸟”论断的存在,与其费力区分谁更有效不如区分谁更有害;三是因为禁止

表1 临时的潜在有害疗法名单(来自 Lilienfeld, 2007)

干预	潜在伤害	证据主要来源
紧急事件应激晤谈 (Critical incident stress debriefing)	水平 I (对部分来访者极可能有害) 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
依附疗法 (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	元分析
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	元分析
DARE 计划 (DARE program)	增加酒、烟等物质摄入量	RCTs
品行障碍的同伴干预 (Peer-group interventions for conduct disorder)	水平 II (对部分来访者可能有害) 行为问题剧增	准实验研究
易惊恐发作患者的松弛治疗 (Relaxation treatments for panic-prone patients)	引起惊恐发作	RCTs

注: RCTs=随机对照试验 (randomized controlled trials); DID=同一性解离障碍 (dissociative identity disorder); DARE=药物滥用与抵制教育 (drug abuse and resistance education)

采用某些疗法比指定使用某些疗法更容易实施;四是心理治疗领域不像医学领域有食品药品监督管理局 (FDA) 确保安全和质量, 因此需要更激进的对待潜在有害疗法。Lilienfeld 提出对 PHTs 名单美国心理学协会应该全国范围内推广, 对于属于第一类高危险性的疗法应禁止治疗师使用, 对于属于第二类可能有害疗法治疗师应谨慎使用; 当来访者提出希望采用 PHTs 名单上的疗法时, 治疗师应向来访者指出可能的危害, 让来访者更换更安全的治疗。

4.2 治疗中的预防——聚焦来访者的研究

Hansen 等 (2002) 研究发现即使在严格控制的实验研究中, 由有经验的治疗师提供目前认为最佳的治疗, 也不能够降低 10% 左右消极后果的发生率。针对消极后果原因不明无法从根源上杜绝, 一部分专家如 Lambert 致力于用聚焦来访者的研究策略、在每次治疗前询问来访者一些简单的问题例如他们这一周的感觉如何以及对治疗效果的评价, 将来访者的答案与对其的治疗预测值进行对比, 识别出无效和消极后果的来访者, 在

治疗结束前把监测结果有针对性地反馈给治疗师。当来访者被识别为无效或者消极后果时, 该预防系统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出了问题, 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 (换一种更适合来访者的心理治疗方法、合并药物治疗或改用药物治疗) 等提供给治疗师, 协助其做出正确选择 (Harmon et al., 2007; Lambert et al., 2002; Lambert et al., 2001; Slade, Lambert, & Harmon et al., 2008)。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。研究表明, 即使知道消极后果的平均发生概率是 10%, 治疗师在对来访者可能出现消极后果预测时, 极少有来访者被治疗师预测为可能出现消极后果 (Hannan, 2006; Hannan et al., 2005)。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。

Lambert等采用的预测方法不断发展, 早期 Lambert等(2002)在大样本人群(全国范围内上万进行过心理治疗的来访者)中常规进行每次面谈前完成效果问卷(OQ-45), 根据来访者治疗前变量用层次线性模型生成期望的治疗反应曲线, 并计算其容许区间。每一个特定来访者将每次治疗前完成的OQ-45得分, 与自己治疗前变量生成的期望曲线进行对比, 得出可能的四类预测结果(痊愈、好转、无效和恶化)中的一种。该方法预测准确, 但花费时间较长, 不利于临床治疗师门诊使用。后来Lutz等(2006)提出“近邻”(nearest neighbor)预测法, 其预测效力比前者更高, 但不费时。该方法也是在大样本人群基础上得出, 它将OQ-45分成两部分, 一部分15道题, 另一部分30道题。30道题是让来访者每次治疗前完成, 据此汇出治疗改变路线。15道题让来访者在开始接受治疗前完成, 然后将15道题输入计算机, 寻找与之答案最相似的10位来访者, 计算出其平均的期望治疗反应曲线。然后每一来访者每次所得30题的分数与期望曲线分数对比, 得出4类预测结果之一。

尽管研究不断证实采用聚焦来访者的研究对减少消极后果有明显效果, 但在临床推广时仍然有一定阻力, 大部分治疗师不愿意采用。对此, Lambert把监测和反馈来访者的治疗效果比喻为医疗中的测量血压, 他说病人到医生那里每次都会测量血压, 你不会说两个月前你测过而拒绝测量, 而向心理治疗师普及常规测量来访者心理也如测血压, 它能让你知道来访者波动的心理状况。支持Lambert方法的学者很多, 他们提出治疗师自以为了解来访者的状况, 但事实证明不是这样; Lambert的临床反馈系统迫使他们密切注视来访者的治疗反应, 这是非常有利的(Jarret, 2008)。

5 问题与展望

消极后果研究在心理治疗效果研究中只占极少数, 其中一个重要原因是这类研究本身存在困难。第一个困难已在前面提到, 即不容易对消极后果进行准确测量, 因此各研究得出的消极后果出现比例不太一致, 从 3%至 20%都有报道, 因此 10%这一数据可能对有些疗法估计过高, 对

另一些疗法则过低; 也可能包括一部分不是由治疗导致的恶化, 以及忽略一些消极后果者——不治疗好转得更快。第二个难题是研究单位(unit of investigation)的确定。Mohr(1995)提出心理治疗中不同研究单位(如一次干预、一疗程、几个疗程、整个治疗)考察消极后果, 其结论可能不同。他对放松治疗导致焦虑的研究分析发现, 一疗程放松治疗可使 30%-50%来访者焦虑增加, 而这部分焦虑增加的来访者尽管没有其他来访者效果显著, 但是治疗结束时并没有出现消极后果。众所周知, 心理治疗中来访者可能会出现一过性症状恶化, 但最终会出现康复, 因此评价单位不同会导致结论不同。第三个研究困扰是伦理问题。心理治疗研究都涉及伦理问题, 但消极后果的研究的确更难平衡研究的需要和来访者及治疗师的需要。研究项目中来访者出现消极后果, 该研究如何灵活满足来访者的需要, 研究计划能否被调整, 是否增加额外的干预措施、延长最后一次治疗时间、增加治疗次数? 消极后果出现多久后才让该来访者结束研究? 还有此类临床研究是否会对被研究的治疗师和治疗机构声誉有影响而得不到支持配合? 另外伦理上导致一些研究得出的消极后果研究结论不能被其他独立研究者重复验证, 使得这些研究结果得不到肯定。针对这些困难和问题, 未来的研究方向应有如下考虑。

5.1 详细呈现消极后果来访者数据

由于以上提到的消极后果研究难题, 很多研究中消极后果没有被识别, 通常被结果变异掩盖或者是因为研究单位导致未测出。心理治疗不仅可以使一群来访者测量的结果均值提高, 也增加变异性。这些增加的变异通常提示消极反应的发生, 但几乎没什么研究对此进行直接探讨。这些研究通常只报道消极后果比例, 没有其他辅助识别信息。因此, 对消极后果的评估应放在整个治疗环境中考虑, 如消极后果来访者与有效来访者的任何区别特征、人口学或者诊断信息, 测验分数等; 各种形式的消极后果表现都应该在数据中完全呈现, 让读者自己判断消极后果是否存在; 效果研究数据不仅包括治疗结束时, 对过程中及治疗后一定时间段内数据应详细测量呈现, 以防止评价单位对结论的影响。

5.2 加强随机临床研究

采用随机临床研究, 比较治疗组和安慰剂组出现消极后果的概率, 通过安慰剂组得出某特征人群自发恶化的概率作为基线, 则能明确到底多少来访者出现的消极后果是心理治疗导致。例如, 美国1989年进行的国家心理健康研究所抑郁治疗合作研究项目(TDCRP)将250名单相抑郁患者随机分派到4种条件之一: 认知行为治疗(CBT)、人际治疗(IPT)、丙咪嗪(一种三环抗抑郁剂)加临床管理(IMI-CM)、药物安慰剂加临床管理(PLA-CM)。其中3组CBT、IPT和IMI-CM中都报道有消极后果发生, 只有PLA-CM没有, 该研究证实心理治疗和药物治疗一样, 可以产生消极后果(Ogles et al., 1995)。通过这类研究可以得出某特征人群自发恶化概率, 某类型疗法是否更容易出现消极后果, 但是它不能查明出现消极后果的影响因素和原因。

5.3 加强交互作用研究

孤立的研究某一因素与来访者消极后果的关系在研究早期非常有用, 但是要想更深入了解导致消极后果的原因则必须同时考虑各种因素之间的交互作用, 因此建议对消极后果的研究应采用同时将来访者因素、治疗师因素和疗法因素与治疗过程变量以及消极后果联系起来考虑, 以便更清楚了解消极后果发生的机制。心理治疗效果研究中研究最多的是治疗联盟, 发现治疗联盟能稳定的预测治疗效果, 联盟破裂则来访者要么无效要么出现消极后果, 而治疗联盟是来访者和治疗师共同作用的结果。随着统计方法发展, 将纵向统计模型运用到消极后果研究中, 能增加研究结论的因果力度。采用“当事人剖面图”的研究(Howard et al., 1996), 结合纵向统计模型则更进一步促进了交互作用研究。

5.4 加强对中介变量的研究

Bootzin和Bailey(2005)提倡对消极后果中介变量的研究, 认为识别中介变量有利于对消极后果发生机制的认识。例如, CISD所致消极后果可能与让来访者暴露于导致焦虑的刺激的时间不够有关, 这使得来访者治疗结束时比治疗前处于更焦虑状态。而这种提前结束暴露的技术却可能给表达-体验疗法的来访者带来益处, 这些来访者还没有完全习惯暴露, 因此能将引起的焦虑充分表达出来, 有利于治疗。另外, 焦虑倾向的来

访者在松弛疗法中出现消极后果可能是因为增加了来访者对体内感觉的关注(如呼吸), 使得他们将其误解为焦虑症状(Lilienfeld, 2007)。目前还没有对消极后果中介变量的研究, 以上内容只是推测, 但是该方向研究会使得治疗师更好地了解消极后果原因, 设计出更好的治疗方法, 减少对来访者的危害。

参考文献

- Boisvert, C. M. (2003). Negative effects in psychotherapy: Research findings and clinical implications. *Directions in Clinical and Counseling Psychology, 15*, 37-48.
- Boisvert, C. M., & Faust, D. F. (2003). Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 508-513.
- Boisvert, C. M., & Faust, D. F. (2007). Practicing psychologist's knowledge of general psychotherapy research findings. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 708-716.
- Bootzin, R. R., & Bailey, E. T. (2005). Understanding placebo, nocebo, and iatrogenic treatment effects. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 871-880.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influence of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17*, 148-159.
- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research, 3*, 115-123.
- Foa, E. B., & Steketee, G. (1977). Emergent fears during treatment of three obsessive compulsives: symptom substitution or deconditioning? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 8*, 353-358.
- Ghraiba, N. (2006). Adverse effects and iatrogenesis in psychotherapy. *Arabpsynet E Journal, 9*, 69-71.
- Hannan, C. R. (2006). *Can clinicians predict patient deterioration? A psychotherapeutic investigation of clinical versus actuarial judgement*. Unpublished Doctorial Dissertation. Brigham Young University.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 155-163.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research, 17*, 379-392.

- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implication for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 329-343.
- Hilsenroth, M. (2007). The effects of borderline pathology on short-term psychodynamic psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research, 17*, 172-184.
- 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.
- Ilgel, M., & Moos, R. (2005). Deterioration following alcohol-use disorder treatment in Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol, 66*, 517-525.
- Jarrett, C. (2008). When therapy causes harm. *Feature, 21*, 10-12.
- Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M., & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 22*, 702-722.
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 1-12). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*, 1-14.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Collins, J. L. (1977). Therapist induced deterioration in psychotherapy patients. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: a handbook of research*. (pp. 452-481). New York: Pergamon Press.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 288-301.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., & Nielsen, S. L. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*, 49-68.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 91-103.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspective on Psychological Science, 2*, 53-70.
- Luborsky, L., McClellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602-611.
- Lutz, W., Saunders, S. M., Leon, S. C., Martinovich, Z., Kosfelder, J., Schulte, D., Grawe, K., & Tholen, S. (2006). Empirically and clinically useful decision making in psychotherapy: Differential predictions with treatment response models. *Psychological Assessment, 18*, 133-141.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 1-27.
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W., & Yost, E. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 622-628.
- Moos, R. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction, 100*, 595-604.
- Newnham, E. A., & Page, A. C. (2007). Client-focused research: New directions in outcome assessment. *Behaviour Change, 24*, 1-6.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Sawyer, J. D. (1995). Clinical significance of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 321-326.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, S. L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157-1172.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1980). The relation of gender to psychotherapeutic outcome. In I. A. Brodsky & R. Hare-Mustin (Eds.), *Women in psychotherapy*. (pp. 3-34). New York: Guilford.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 487*, 946-953.
- Roback, H. B. (2000). Adverse outcome in group psychotherapy: risk factor, prevention, and research directions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9*, 113-122.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 557-564.

- Sapyta, J. R., Piemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 145-153.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92*, 581-604.
- 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., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Strupp, H. H. (1980a). Success and failure in time limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison 1. *Archives of General Psychiatry, 37*, 595-603.
- Strupp, H. H. (1980b). Success and failure in time limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison 2. *Archives of General Psychiatry, 37*, 708-716.
- Strupp, H. H. (1980c). Success and failure in time limited psychotherapy with special reference to the performance of a lay counselor. *Archives of General Psychiatry, 37*, 831-841.
- Strupp, H. H. (1980d). Success and failure in time limited psychotherapy: further evidence (comparison 4). *Archives of General Psychiatry, 37*, 947-954.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. New York: Aronsom.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 59-68.
- Zuroff, D., Koester, R., Moskowitz, D. S., McBride, C. Marshall, M., & Bagby, R. (2007). Autonomous motivation for the therapy: a new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research, 17*, 137-147.

The Negative Outcome of Psychotherapy

QIN Min^{1,2}, ZHENG Yong¹

¹School of Psychology, Southwest University, Chongqing 400715, China)

²College of Education, Southwest University, Chongqing 400715, China)

Abstract: Psychotherapy negative outcome is defined as the process of worsening in psychotherapy, and implies an impairment of vigor, resilience, or usefulness from a previously higher state of functioning. The constitutions of negative outcome varied much and the identification should be carried carefully. Patient, therapist, and therapy variables are examined, and tentative conclusions are drawn from the existing data. Patients who are diagnosed personality disorders, have severe interpersonal difficulties, are judged more severe, have unrealistic expectation about psychotherapy, and who are poorly motivated, have been found at risk for negative outcome. On the part of therapist, lack of empathy, negative countertransference, underestimation of the severity of the patient's problems, and poor technique all have been associated with negative outcome. Potentially harmful therapies are thought to produce higher rates of negative outcome than others. The approaches that may help prevent or decrease the incidence of negative outcome in psychotherapy include supervision of therapists and therapies before a treatment and client-focused research in treatment. Issues in research are discussed, including negative outcome measurement, unit of investigation and the ethical dilemmas. The future research directions should include full presentation of research data, obtaining the actual incidence by RCTs, learning risk factors by an interactional model, and studying mediators to discover the mechanisms.

Key words: psychotherapy; negative outcome; potentially harmful therapies; client-focused research