

我国心理咨询与心理治疗 发展现状、问题与对策*



陈祉妍 刘正奎 祝卓宏 史占彪

中国科学院心理研究所 北京 100101

摘要 心理咨询与心理治疗作为“大健康”的重要工作部分，有助于维护和改善国民心理健康水平，减轻疾病负担，促进家庭和谐，构建良好社会氛围。我国的心理咨询与治疗始于20世纪80年代，主要在医疗系统、教育系统、社会机构这3种模式中发展。近10余年来，对应着我国国民心理健康需求的大幅增长，我国心理咨询与治疗的工作队伍规模快速扩大，初步呈现职业化趋势，一些专业标准与服务模式逐步形成。但在工作队伍的快速扩大中，出现了工作人员良莠不齐，专业工作水平参差不齐的乱象。究其原因，在于对心理咨询与治疗工作的专业性认识不足，导致对这一高度专业化的工作规范化不足。具体包括：对工作伦理与标准流程的重视不足；对基础训练与实践技能的重视不足；对疗法疗效的科学研究重视不足；对专业工作的评估反馈机制重视不足等。为了应对我国未来继续发展的国民心理健康服务需求，文章提出了未来心理咨询与治疗发展的建议：（1）针对重点人群示范推广规范的工作方式；（2）在研究与实践中加强疗效评估；（3）完善并推行规范的专业教育培训；（4）借助互联网技术，促进优质资源支援落后地区。在规范发展心理咨询与心理治疗的基础上，将我国心理健康服务的各环节有机结合，提高国民心理健康水平。

关键词 心理咨询，心理治疗，心理健康，伦理准则，疗效研究

DOI 10.16418/j.issn.1000-3045.2016.11.003

健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件，是民族昌盛和国家富强的重要标志，也是广大人民群众的共同追求^[1]。在“大卫生、大健康”的概念中，心理健康是不可忽视的重要组成部分。心理咨询与心理治疗作为心理健康服务的重要形式，有助于维护和改善国民心理健康水平，减轻疾病负担，促进家庭和谐，构建良好社会氛围。

心理咨询与心理治疗在理论基础、工作形式等方面有诸多重叠，因此有时并不区分^[2]。而区分这二者的专家通常认为，心理咨询主要解决健康及亚健康人群的心理问题；而心理

*资助项目：中科院“率先行动”计划特色研究所项目 TSS-2015-06（Y5CX 234008）

修改稿收到日期：2016年10月23日

治疗主要服务于存在心理疾病的人群。但在现实操作中,由于求助者常无法区分自己是否属于病态,因而二者亦常重叠^[3]。在本文中二者相提并论,不做严格区分。

1 我国心理咨询与治疗现状

1.1 国民心理健康需求迫切,形势严峻

根据世界卫生组织《2001年世界卫生报告》,全球每4个人中就有1人在其一生中的某个时段产生某种心理疾病,心理卫生已经成为一个突出的社会问题^[4]。使用“伤残调整生命年”估算,我国的精神疾病已超过心血管疾病排在疾病负担首位,占20.8%,高于全球平均值(14.1%)。2002年,国际心理治疗大会保守估计,中国大概有1.9亿人在一生中需要接受心理咨询或治疗^[5]。

我国地区之间发展不平衡,在发达与落后地区,国民心理健康需求呈现不同特征。在发达地区,随着居民消费需求结构的变化,个人主动的心理咨询与治疗服务需求大幅上升。例如,北京、上海、广州等发达城市已于1997—2001年达到人均GDP 3 000美元/年,居民显现出对心理咨询的消费购买力,推动了心理咨询业的快速发展^[6]。而在贫困地区,居民无力承担心理健康服务费用,甚至因各种原因无法意识到自身心理健康需求,但其心理健康问题往往更加严重,衍生的躯体疾病、刑事案件等亦更沉重^[7]。这类地区的心理健康服务需求是被动的,需要政府及有关部门主动介入。

在当前基础上,可以预期我国未来的心理咨询与治疗的需求将继续增长,表现在3方面。(1)根据国际经验,伴随我国人均GDP水平进一步提高,医疗保健包括心理健康的服务需求将会增长^[6]。(2)随着我国国民心理健康意识的提高,掩盖在躯体疾病、意外事故等问题之下的心理疾病将会逐渐剥离出来,显现为心理健康服务需求^[8]。(3)部分人群的心理问题趋向堪忧,形势严峻。例如,笔者研究组在2010、2014年前后两次对科技工作者的调查显示,科技工作者的心理健康呈现

轻微恶化趋势^[9]。更为严峻的是,我国当前留守儿童已达6 102万^[10],流动儿童已达3 581万^[11],研究显示,早期处于不利环境的儿童,成人后罹患多种心理疾病患的几率高于普通人群^[12]。我国老年精神疾病的发病率达到1.5%^[13],而老年人在人口结构中所占比例不断增高,预期老年精神疾病及心理障碍的绝对数量将随之增加。

1.2 服务队伍规模扩大,初步趋向职业化

我国的心理咨询与治疗主要分为医疗、教育、社会3种机构运营模式。20世纪80年代初期,医疗机构中开始开设心理咨询门诊,医疗模式始见雏形^[2]。2002年,卫生部颁布《心理治疗师职称考核》,随后举行了正式考试,标志着医疗系统内心理治疗的专业化。教育模式,亦始于20世纪80年代,高等院校开始设立针对大学生的相关服务机构,其后又从高校逐渐发展到中小学^[4]。社会模式始于20世纪90年代,彼时出现我国最早的社会心理咨询机构。2001年,劳动部颁布《心理咨询师国家职业标准》,心理咨询师被正式列入《国家职业大典》,标志着社会模式走向职业化^[15]。除了上述3种模式,在公安、部队等系统内部的心理咨询与治疗也已逐步发展起来。

当前,我国的心理咨询与治疗队伍已积累了一定规模,持证心理治疗师约5 000余人,主要在医疗系统内工作^[6]。国家心理咨询师职业水平考试开展以来,获证人数迅猛增长,当前我国已有持证心理咨询师约90万。然而,调查显示,无论专业水平如何,其中真正从事心理咨询的不足1/10^[16]。在教育系统内,根据对已建心理咨询机构的高校的不完全统计,2007年心理咨询/治疗师与大学生的比例为1:5287,若按专业人员数量14.27%的同比增长率估计,到2015年为1:2364^[17]。如果参照西方发达国家现有水平,即每1 000—1 500人对应一位专业心理咨询人员的比例,估算我国需要心理咨询与治疗工作者总数约为86万—130万^[6],而目前我国在真正能够提供心理咨询与治疗的专业人员数量与质量上仍存在大大的不足。

除相关职业资格考試外,一系列专业标准也先后形

成。例如，2006年颁布的《中国心理学会临床与咨询工作伦理守则》^[18]，2007年7月1日起正式实施的《中国心理学会临床与咨询心理学专业机构和专业人员注册标准》^[19]，中国标准化研究院与中科院心理所于2013年底发布的《心理咨询服务》国家标准^[20]，有关专家在2014年出版的《心理咨询与心理治疗技术操作规范》等^[21]。尽管精粗不一，但这类关于规范标准文本的出现也是我国心理咨询与治疗走向职业化的表现。

1.3 针对特定人群的服务模式初步形成

根据特定人群的需求、不同系统渠道的特征、地区的发展状况，我国初步形成了一些针对特定人群的服务模式。例如，近年来，中科院心理所针对几类重点人群进行探索并初步推广了一些有效模式。

(1) 针对受灾群众。我国系统的灾后心理援助始于“5·12”汶川地震。此后，以中科院心理所为代表的专业机构又先后连续参与了多次灾害事件后的心理援助，从“生理-心理-社会-文化”视野出发，提出了“一线两网三级”的心理援助体系，即通过一条心理援助热线，依据全国心理援助联盟人才网络开展互联网和移动互联网的干预，以及基于心理创伤严重程度的三级干预模式。根据心理创伤的时空特点，提出了“时空二维”的心理援助工作模式，自主研发了一系列心理创伤评估工具、干预设备和网络平台，并分别在学校、城市社区和灾区开展应用示范工作^[22]。

(2) 针对农村老年人。通过中科院科技服务网络计划(STS)“医疗网底身心健康工程研发与示范”项目，探索了一种促进农村老年人心理健康的模式，形成了专家指导，医务工作人员为主体，乡村医生配合的三级心理服务团队。该项目完成了身心健康一体化检查系统的研发，在躯体健康检查的基础上，增加了抑郁、老年痴呆症的筛查工具。我国地区发展不平衡，偏远落后贫困地区需要依赖当地村医开展基层心理健康服务，而村医在心理服务上的专业水平不足，该系统为村医提供了可直接遵循的流程和评估内容，有助于促进基层心理健康

服务的规范化。

(3) 针对企业员工。中科院心理所建设了“组织与员工促进中心”，以“强健组织、幸福员工”为宗旨，围绕“健康、胜任、幸福”的员工支持与发展定位，为电力、金融、能源、教育、卫生等行业的40余家企事业单位提供了系统心理服务，服务覆盖人群超过30万人，逐渐探索并建立了一套适合中国国情的心理健康促进、组织与员工促进项目运作模式，在实践中取得了良好的效果。

(4) 针对国家公务员。2008年，中央国家机关工会联合会、中科院工委和中科院心理所联合组建了“中央国家机关职工心理健康咨询中心”，为中央国家机关76个部委职工及家属开展心理健康促进和咨询辅导服务，打造了独具特色的“一线两网三级四体系”服务模式。

“一线”指一条7×24小时免费心理咨询热线。“两网”指由督导专家团队、咨询师团队、心理指导员和心理志愿者组成的“人网”，以及由中央国家机关职工心理健康网络服务平台和微信服务平台组成的“互联网”。

“三级”指咨询中心服务的三个人群，对“一级”正常人群服务的目标是提高心理素质、维护心理健康以及预防心理疾患；对“二级”心理问题人群服务的目标是消除心理困扰、提供心理自助以及促进心理健康；对“三级”精神障碍人群服务的目标是及时发现问题、及时转介治疗以及预防危机事件。“四体系”包括了咨询、科、心检以及培训的服务体系。

2 心理咨询与心理治疗规范化方面的问题

有学者指出^[23]，“我国心理咨询队伍存在着‘一少三多’的现象：专业人员少；半路出家多，出于热情和兴趣的多，不规范工作的多”。专业水平的良莠不齐，导致心理咨询与治疗的质量得不到保障，求助者的利益和心理健康可能受到损害。例如，有调查发现^[24]，近40%的大学生认为本校心理咨询师“跟普通老师没什么区别”或“还不如其他老师”。另一项对社会心理咨

询机构的调研显示,求助者反馈了咨询师不能遵循专业规范(例如在咨询过程中接听或回复他人电话)与缺乏专业水平(例如不能很好地在咨询过程中解释自己使用的理论)等问题^[25]。

我国当前心理健康服务领域存在的“乱象”,根本原因是供需结构不平衡,面对迅速增长的国民心理健康服务需求,高质量的专业队伍不足,社会各类人员涌入心理咨询行业,五花八门的心理咨询与治疗方式应运而生。但“心理咨询与心理治疗是复杂的专业工作,需要长期、正规的院校教育、继续教育以及持续不断的临床督导,否则也会像其他医疗技术一样对服务对象造成严重危害”^[3]。我国目前正处于心理咨询业初级发展阶段,分析起来,在下列4个规范化方面存在着不足。

2.1 对工作伦理和标准流程的重视不足

心理咨询与治疗工作具有灵活性,例如因流派、个人风格不同而导致的差异。在多样灵活的特点下,要进行合理的规范引导,就必须厘清哪些是判定专业工作的核心特征。

(1) 伦理准则。无论流派、风格如何,心理咨询与治疗工作都应遵循伦理准则,维护求助者的心理健康。我国的《中国心理学会临床与咨询心理学工作伦理守则》已对知情同意、保密等基本原则进行了规范^[18],但在专业人员培训、临床实践操作上,还需推广和落实。只要从事专业活动,就会涉及到伦理决策。美国心理学会针对1319位会员的调查中,有679位心理学家指出遇到过伦理方面的问题或困境^[26]。我国也已经出现对咨询师违反伦理的投诉,但由于社会公众对于咨询师应遵循的伦理准则所知甚少,实际上可能有更多咨询师违反伦理的做法未被识别和报告。

(2) 标准流程。标准流程首先体现为设置,心理咨询的设置是指时间、地点、费用等方面的安排,是专业活动规范的基本表现^[27],但其在我国当前的心理咨询与治疗中也常常偏离。例如,心理咨询的面谈时间通常一次50分钟。但对10家社会机构的一项调查显示,普遍

的咨询时间都在1.5—2小时之间^[24]。这一偏离可能体现了咨询师能力、心态方面的问题。心理咨询的标准流程从与求助者的初始接触开始。例如,在咨询开始前,咨询机构应将咨询师的专业资格与经验、受过的训练与教育、证书、收费标准等信息向来访者详细说明;在咨询中咨询师应告知来访者有关咨询过程、所需时间、咨询的限制、可能的危险与益处^[28]。标准流程并不能确保心理咨询与治疗工作的有效性,甚至在特定情况下,僵化遵循流程而不能依据求助者的需求进行调整,未必是最佳的做法。但是,在当前心理咨询人员专业水平有限的状况下,遵循标准流程往往利大于弊。

此外,随着互联网技术深入生活的方方面面,心理健康服务也与互联网技术结合,出现多种形式。对于专业工作伦理和标准流程的制定与落实,也需要考量到新旧各种形式的心理咨询与心理治疗,例如电话热线、网络视频、自助训练等。网络心理咨询有其适用范围,判定求助者是否适合网上服务,也是工作伦理与标准流程的重要内容之一^[29]。

2.2 对专业能力的发展重视不足

心理咨询与治疗又称为“谈话治疗”,其主要手段是谈话。但这种专业性的谈话,需要厚积薄发,是以包含着理论、技术、经验乃至素养的专业能力为基础的。专业能力的积累,需要长时间扎实的理论学习进而形成理论素养、方法学基础,需要大量直接与间接的实践经验进而掌握实践技能,也需要个人的自我成长进而培养出专业精神与态度。

我国学者对北美、欧洲、澳大利亚、日本等心理咨询与治疗发展更为领先地区的培训及管理状况进行了梳理和探讨,作为提高我国心理咨询与治疗专业化水平的参考。在上述国家与地区国家,从事心理咨询与治疗的专业人员通常需要具备临床心理学或咨询心理学的博士学位或硕士学位,按要求完成实习并接受督导,再通过专业考试或资格申请而获得执业资格^[30-35]。欧美的心理治疗师培训至少包括3大部分:(1)理论学习,至少8个学期

的课程；（2）自我分析或自我体验，即接受培训治疗师的分析，例如精神分析学派一般要求接受 600 小时左右自我分析；（3）在督导指导下的临床实践，例如精神分析学派在申请资格论定时，要提交至少两份具有 300 治疗小时以上的病历报告^[23]。

相比之下，我国对心理咨询与治疗人员在专业能力发展的各个环节要求都很低，表现在 5 个方面。（1）**专业队伍不稳定**。在高校、医疗机构、社会机构中，心理咨询工作专职与兼职人员的比率为 1:1 至 1:10 不等^[25]。

（2）**学历偏低，教育背景不对应**。我国心理咨询工作者中具有硕士和博士学位的不足 2%。近年来虽有所提高，但学历水平仍然偏低^[36]。医疗领域的心理健康服务机构以医学背景的专业人员为主，仅有约 1/5 为心理学背景^[37]。而获得心理咨询师资格的人员超过 50% 既无心理学背景，亦无医学、教育学背景^[38]。（3）**培训时数过少**。我国的心理咨询师培训时长远远低于上述各国，不足国际水平的 1/10 甚至更低。一项对上海市 40 家心理咨询机构从业人员的调查表明，其培训时间以 6 个月以下者为多^[38]。医院卫生系统及高校的情况也相类似，据调查，从事心理咨询和心理治疗工作的专业人员有 78.1% 受到的专业训练少于半年^[25]。（4）**实践技能训练缺乏**。实践少，且在培训中亦没有或无法安排实习。（5）**特别需要单独强调的是，督导制度缺失**。心理咨询与治疗工作需要专业人员具备在实践中运用理论知识的能力，在督导下的实习是培养这一能力的重要方式。但一项对 1391 名来自 29 个省市自治区的心理健康服务从业者的调查显示，心理健康从业人员的 42% 从未接受过专业人员的督导，达到督导时数的要求更无从谈起^[39]。

2.3 对疗法疗效的科学研究重视不足

一项对社会机构的调查发现，各机构采用的咨询技术种类繁多，包括“催眠疗法、NLP（神经语言程序学）、意象对话心理治疗、萨提亚家庭治疗、音乐疗法、呼吸疗法、色彩疗法、芳香疗法、森田疗法、完形疗法结合灵气按摩、瑜伽养生、全息疗法、藏御火疗等

自然疗法”^[25]。我国心理咨询与治疗的疗法之纷乱，可见一斑。在专业培训领域，同样呈现疗法五花八门，某些冷僻的疗法反而比几大主要心理治疗流派更加兴旺。

疗效研究为心理咨询与治疗具有的效果提供了科学证据。只有通过充分数量的疗效研究结果的支持，心理咨询与治疗的效果才会为专业领域所认可；在疗效得到证实与专业认可后向公众推广使用，才是符合专业伦理的做法。精神分析学派或心理动力学的疗法，曾因其部分理论难以证实而受到质疑，是大量的疗效研究乃至元分析研究，为其疗效提供了可靠证据^[40]。国际上随着疗效研究数量的充沛，逐渐出现了很多元分析研究，证明虽然认知行为疗法的疗效研究结果最佳，但在治疗抑郁等问题上，几大主要心理治疗流派的疗效基本相等^[41]。专业人员的培训内容、医疗保险的覆盖内容等都与疗效研究结果关联。

我国当前的疗效研究数量还非常不足，社会上频频出现的许多疗法并无任何疗效研究。这不仅不利于验证来自西方的各种心理疗法在我国的适用效果，也不利于判断各种新兴甚至流行的疗法是否科学有效。

2.4 对评估反馈机制重视不足

对于单个机构、单个专业人员乃至单个咨询或治疗案例的效果评估，与疗法的疗效研究相似，但更具体而微。心理咨询效果的评估包括 3 个方面。（1）来访者咨询前后个人情绪、人际关系和社会功能方面的改变。（2）来访者对咨询的满意度。（3）咨访关系状况。其中，来访者对咨询的满意度是咨询效果评价非常方便和有效的方法，也常常用作心理服务机构的鉴定标准之一^[42]。

疗效的评估应得到充分反馈。面向专业人员的反馈，有助于咨询师或治疗师的自省与提高；面向机构的反馈，有助于机构对咨询师或治疗师的评价与管理；但最重要的是，面向社会的信息公布，有助于个体求助者、政府采购方等服务使用者在选择时有所依据，有助于去芜存菁，淘汰水平欠缺的服务机构与个人。

目前，国内绝大多数机构未建立评估反馈机制，

特别是缺乏从求助者角度收集的疗效评估信息，因而对聘任咨询人员的考评不全面甚至缺乏。从行业管理上来说，目前尚未建立对专业机构、专业人员的疗效评估机制，使行业治理与示范推荐缺乏依据。

3 对策与建议

医疗与教育系统内的心理咨询与心理治疗，因有所在系统的监管约束，其混乱程度较轻，并通过所在系统进一步支持其专业发展以提升服务水平；社会上的心理咨询与治疗服务，因情况多样、鱼龙混杂，是规范化工作中的重点与难点。

心理健康服务工作的规范，既有管理层面的规范，又有专业水平的限制。人员、制度、工作模式等方面的管理，较为外显，易于评估和规范；专业活动的实际执行方面，幽微隐秘、复杂多样、流动多变，难以评估和规范。当前亟需建立一套符合我国现实国情的心理咨询与治疗服务体系，促进行业的规范发展。

3.1 针对重点人群，示范并推广规范的工作方式

有学者指出，我国当前应“深入培养特色治疗师，如同临床医生分科一样，一个人很难同时是精神分析治疗师和行为治疗师。应培养专门人才，而非杂家”^[23]。

“学有所专，则更容易学有所精”，这是快速解决我国当前心理咨询与治疗专业力量不足的有效理念。我国当前存在大量专业基础薄弱而怀有强烈从业兴趣的潜在心理咨询师队伍，针对这一现状，除了疗法上的专长，亦应在服务所针对的人群、问题上有所限制，形成具体而规范的工作方式，以便推广应用。

规范的工作方式应包含3方面。（1）遵循基本的专业伦理和设置。专业伦理并非只有内心的道德操守，更体现在具体的操作流程中，咨询师或治疗师做了什么和没做什么。以知情同意为例，即表现为咨询师是否充分解释了相关内容，是否没有刻意的诱导，是否获得了书面签署。（2）遵循专业人员所应用的疗法流派的要求。可兼顾个人风格，但不宜随意违背疗法的基本原则或者

将各种疗法随意混搭。（3）将规范的工作方式进一步细化，成为针对特定人群的工作模式。例如针对受灾群众的工作，有推荐的工作次序和优先级别^[22]。

3.2 在研究与实践中加强疗效评估

在研究中加强疗效评估，目的在于对疗法流派的梳理；在实践中加强疗效评估，目的在于对机构和人员的梳理。这两个层面是提高我国心理咨询与治疗工作的科学性、专业性的基础。

针对疗法流派的疗效研究具有从宽泛到精细的发展过程。宽泛的疗效研究，目标在于验证某个疗法流派的有效性；精细的疗效研究，则探讨针对何种人群的哪类问题，何种疗法最为有效^[43]。通过对某类特定人群的特定问题，进行不同疗法的干预，并对比干预效果，是当前疗效研究的常用模式。针对疗法流派的疗效研究有3点价值。（1）心理咨询与治疗不可回避社会文化的影响，源自西方的疗法流派乃至具体技术是否适用于我国，效果是否相似，需要疗效研究来验证、探讨。（2）新创的疗法对于求助者是否具有积极效果，是否存在潜在的危害，适用或不适用于何种人群，也需要疗效研究的探索。（3）在大量疗效研究的基础上，可以进行元分析，得到较为可靠的结果，从而认证并推广有足够累计证据证明的有效疗法。

在临床实践中建立疗效评估机制，并进行日常使用，是促使心理咨询与治疗从数量发展转向质量发展的重要手段。在行业组织的引领下，推广标准的疗效评估方式，积累专业机构、专业人员的疗效评估信息，并向社会公布，有助于引导心理咨询与治疗行业的规范化发展。

3.3 完善并推行规范的专业教育培训

有学者指出^[42]，心理咨询师资格证书培训必须“严进严出”，并与心理学知识的普及性质的培训证书相区别。

“严进”对应着加强学历教育，而“严出”对应着加强实践技能培训，特别是加强督导制度。

“只有学历培养跟上去，心理健康服务质量才能

有保障。”有关专家研讨认为，当前应制定《临床与咨询心理专业研究生培养指南》，对临床与咨询心理专业研究生的培养目标、课程设置、实践教学、师资条件等作出明确规定。同时，鉴于“应用心理学”的培训中无法突出和针对心理咨询与治疗能力的培养，应考虑对临床与咨询心理学专业进行某种形式的单独管理，例如在应用心理学专业学位中单列“应用心理学（临床与咨询）”^[44]。

在督导制度下，新手咨询师或治疗师应当一边开始实习，一边接受资深咨询师或治疗师的督导。建立和完善督导机制和督导体系，不仅是为咨询师提供专业能力培养的必经之路，而且有助于保障新手咨询师或治疗师实习期间的工作质量，预防对咨访双方的可能风险。在制度上，要明确接受督导是心理咨询与治疗专业人员培养中不可缺少的环节，并确保充足时数；在实施中，为缓解督导人员不足的状况，要加强培养督导师，并鼓励督导工作的开展。

3.4 借助互联网技术，促进优质资源支援落后地区

我国心理咨询与治疗的服务资源存在显著的地区差异。2010年，一项研究在调查了全国31个城市的社会心理咨询机构后，根据专业机构发展规模大致分4类地区（表1）。

表1 我国城市的心理咨询机构数量

城市	社会心理咨询机构数量（个）
北京	≥ 21
上海 成都 广州 重庆	8—15
武汉 杭州 天津 长春 郑州 长沙 西安 南京 南宁 太原 哈尔滨 昆明 石家庄 合肥	3—7
福州 沈阳 海口 兰州 济南 贵阳 南昌 呼和浩 特 拉萨 西宁 银川 乌鲁木齐	0—2

咨询机构的发展情况与当地人均GDP、居民可支配收入、当地开设心理学专业的高校数量相关^[25]。总的来说，华北、华东地区好于西南、西北地区。城市之间的资源差异巨大，而城市与农村之间的资源差异更大。

借助我国高度普及的互联网技术，通过“互联网+心

理健康服务”的形式，可以将优质的心理咨询与治疗资源延伸到落后地区，尽快提高当地的服务水平。借助互联网而延伸的资源既可以包括人，也可以包括工具和制度。资深的心理咨询与治疗专业人员可以通过网络为落后地区提供视频与在线培训、提供远程在线督导；通过研制标准的网络自助训练模块，可以为不同地区的需求者提供自助式的心理咨询服务；通过编制心理咨询的辅助工具包，提供管理制度、标准流程、评估工具等，为落后地区的兼职人员开展心理健康服务提供支持。这些方式结合起来，有助于快速缓解优质专业资源不足、地区发展不平衡等问题。

4 结语

习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调^[1]，“要加大心理健康问题基础性研究，做好心理健康知识和心理疾病科普工作，规范发展心理治疗、心理咨询等心理健康服务”。发展心理健康问题的基础性研究，特别是疗效研究与本土化研究，有助于提高我国心理咨询与治疗的专业性、针对性；做好心理健康相关的科普工作，有助于提高公众的辨识力，形成心理咨询与治疗队伍优胜劣汰的社会环境；反过来，在心理健康科普工作里，心理咨询与心理治疗工作者必然参与其中，构成核心专业力量，在规范发展心理咨询与心理治疗的基础上，其他形式的心理健康服务也能提高科学性、专业性，并将心理健康服务的各环节有机结合、顺畅连通。

致谢 本文的写作中得到钱铭怡老师的支持，特此致谢。

参考文献

- 1 习近平. 在全国卫生与健康大会上的讲话. 人民日报, 2016-8-21.
- 2 黄希庭, 郑涌, 毕重增. 关于中国心理健康服务体系建设的若干问题. 心理科学, 2007, 30(1): 2-5.

- 3 赵旭东, 丛中, 张道龙. 关于心理咨询与治疗的职业化发展中
的问题及建议. 中国心理卫生杂志, 2005, (3): 221-225.
- 4 WHO. The world health report 2001 - Mental health: New
understanding, new hope. 2001.
- 5 李国军. 浅谈心理咨询师发展现状与对策. 人才资源开发,
2014, (17): 41-42.
- 6 倪子君. 中国心理咨询行业分析报告. 北京: 清华大学出版社,
2004.
- 7 Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, et al. Barriers to
improvement of mental health services in low-income and
middle-income countries. Lancet, 2007, 370(9593): 1164-1174.
- 8 谈钧佩, 华炳春, 周志英, 等. 综合性医院心理障碍躯体化调
查. 中国误诊学杂志, 2004, 4(1): 149-150.
- 9 中国科技工作者心理健康状况调查课题组. 中国科技工作者
心理健康状况报告. 合肥: 中国科学技术出版社, 2013.
- 10 全国妇女联合会. 我国农村留守儿童状况研究报告. 2014.
- 11 国家卫生和计划生育委员会. 中国人口流动发展报告 (2015).
2015.
- 12 Bifulco A, Bernazzan I, Moram P, et al. Lifetime stressors
and recurrent depression: Preliminary findings of the Adult
Life Phase Interview. Social Psychiatry and Psychiatric
Epidemiology, 2000, 35(6): 264-275.
- 13 陈立新, 姚远. 老年人心理健康影响因素的调查研究——从人
格特征与应对方式二因素分析. 人口与发展, 2006, 12(2): 63-
68.
- 14 陈红, 赵艳丽, 高笑, 等. 我国高校对心理咨询与治疗人才的培
养现状调查. 心理科学, 2009(3): 697-699.
- 15 劳动和社会保障部. 心理咨询师国家职业标准 (试行).
2001.
- 16 张黎黎, 杨鹏, 钱铭怡, 等. 不同专业背景心理咨询与治疗专业
人员的临床工作现状. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(12): 948-
953.
- 17 钱铭怡, 陈瑞云, 张黎黎, 等. 我国未来对心理咨询治疗师需求
的预测研究. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(12): 942-947.
- 18 中国心理学会. 中国心理学会临床与咨询工作伦理守则.
2006.
- 19 中国心理学会. 中国心理学会临床与咨询心理学专业机构和
专业人员注册标准. 2006.
- 20 中国标准化研究院, 中国科学院心理研究所. 心理咨询服务国
家标准. 2013.
- 21 张亚林, 曹玉萍. 心理咨询与心理治疗技术操作规范. 北京:
科学出版社, 2016.
- 22 刘正奎, 吴坎坎, 张侃. 我国重大自然灾害后心理援助的探索
与挑战. 中国软科学, 2011, (5): 56-64.
- 21 肖泽萍, 施琪嘉, 童俊, 等. 谁适合作心理治疗师?——对心理
咨询与心理治疗专业人员资格的讨论. 中国心理卫生杂志,
2001, 15(2): 214-216.
- 22 陶金花, 姚本先. 高校个体心理咨询现状研究. 中国卫生事业
管理, 2015, 32(10): 789-791.
- 23 周婧. 社会上的心理咨询服务现状与对策研究. 四川: 西南大
学, 2010.
- 24 Pope K S, Vetter V A. Ethic dilemmas encountered by members
of the American Psychological Association: A national survey.
American Psychologist, 1992, 47(3): 397-411.
- 25 王超, 李英, 孙春云. 心理咨询与治疗中时间设置问题讨论. 中
国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 67-70.
- 26 刘伟志, 袁玮, 万能武. 我国心理咨询业的伦理学探讨. 医学与
哲学, 2006, 27(19): 43-44.
- 27 崔丽霞, 郑日昌, 滕秀杰, 等. 网络心理咨询职业伦理研究概况
及展望. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(7): 510-512.
- 28 赵艳丽, 陈红, 刘艳梅, 等. 澳大利亚临床心理学的培训和管
理. 中国心理卫生杂志, 2008, 22(3): 224-226.
- 29 高隽, 钱铭怡. 欧洲心理咨询与治疗领域的培训状况. 中国心
理卫生杂志, 2008, 22(5): 372-375.
- 30 樊富珉, 吉沅洪. 日本心理健康服务体系培训与管理的现状及
发展趋势. 中国心理卫生杂志, 2008, 22(8): 588-593.
- 31 王丹君. 英国心理咨询及心理治疗协会的心理咨询师认证及
其他. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(10): 704-709.

- 32 姚萍, 钱铭怡. 北美心理健康服务体系的培训与管理状况. 中国心理卫生杂志, 2008, 22(2): 144-147.
- 33 江光荣, 夏勉. 美国心理咨询的资格认证制度. 中国临床心理学杂志, 2005, 13(1): 114-117.
- 34 秦漠, 钱铭怡, 陈红, 等. 国内心理治疗和咨询专业人员及工作状况调查. 心理科学, 2008, (5): 1233-1237.
- 35 张智丰, 易春丽, 钱铭怡, 等. 医疗与教育领域心理健康服务机构管理情况比较. 中国临床心理学杂志, 2009, 17(6): 773-776.
- 36 王维玲. 上海市心理健康咨询服务的现状和发展. 上海精神医学, 2005, 17 (增刊): 56-57.
- 37 梁毅, 陈红, 王泉川, 等. 中国心理健康服务从业者的督导现状及相关因素. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(10): 685-689.
- 38 Leichsenring K, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. JAMA, 2008; 300(13): 1551-1565.
- 39 Cuijpers P, Van S A, Andersson G, et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 2008, 76(6): 909-922.
- 40 李钰静, 骆宏. 心理咨询效果评估量表中文版的信度和效度. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(2): 105-107.
- 41 Ebert D D, Zarski A C, Christensen H, et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. PLoS One, 2015, 10(3): e0119895.
- 42 胡月香. 上海高校心理咨询现状研究. 上海: 华东师范大学, 2009.
- 43 全国应用心理专业学位研究生教学指导委员会. 临床与咨询心理学教学研讨会会议纪要, 2016.

Counseling and Psychotherapy in China: Current Status and Future Strategies

Chen Zhiyan Liu Zhengkui Zhu Zhuohong Shi Zhanbiao

(Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, Beijing 100101, China)

Abstract Counseling and psychotherapy, as an important part of the service for holistic health, help to improve people's mental health status, decrease the burden of disease, increase the quality of family life, and build up positive social environment. Beginning from the 1980s, counseling and psychotherapy in China have been developing mainly in medical system, educational system, and social institute. In recent decade or two, the need for mental health service increased dramatically, and the number of counselors and other mental health practitioners multiplied accordingly, taking the course to professionalization. A few professional standards and working pattern developed progressively. However, the rapid increasing of counselors and other mental health practitioners also bring about problems such as unqualified professionals and spotty mental health service. Part of the reason lies in wrong knowledge of counseling and psychotherapy. As a highly professional work, counseling and psychotherapy must be based on qualified professionals and strict professional standards. An analysis of present situation shows that the counseling and psychotherapy are in lack of development in several areas, including: not enough importance has been given to ethic code and standard process; not enough importance has been given to basic training and practice skills; not enough importance has been given to research on treatment outcome; and not enough importance has been given to the evaluation and feedback system of professional work. Thus, facing the increasing need of mental health service in the future, we should develop the counseling and psychotherapy in following ways: (1) promote effective evidence-based working patterns aiming at specific groups; (2) carry out more evaluation on treatment outcome both in research and

practice; (3) improve the professional training to a more systematic and standardized level; and (4) using the Internet techniques to extend high quality professional resources to less developed areas. Developing the quality of counseling and psychotherapy to a higher level, the whole system of mental health service will integrate more effectively, thus to improve the mental health status of Chinese people.

Keywords counseling, psychotherapy, mental health, ethic code, evaluation of therapeutic efficiency

陈祉妍 中科院心理健康重点实验室副研究员，中科院心理所副研究员，中国心理学会医学心理专业委员会委员，中国心理学会心理学标准与服务研究委员会委员，中国心理学会科普专业委员会委员，中国心理学会临床与咨询委员会首批注册督导师，中科院心理所国民心理健康评估发展中心负责人。主要研究领域包括：国民心理健康状况调查、青少年心理健康追踪研究、心理健康应用测评及干预。E-mail: chenzy@psych.ac.cn

Chen Zhiyan Received B.S. degree from Beijing Normal University and Ph.D. degree from Peking University, in 2003. She is currently an associated professor, the director of National Psychological Evaluation and Development Center in Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences. She is also a member of the Committee of Medical Psychology and the Committee of Popularization of Psychological Knowledge in Chinese Psychological Society. She is a certificated clinical supervisor by the Committee of Clinical and Counseling Psychology, Chinese Psychological Society. Her current research interests include national survey on mental health across different groups, longitudinal research on adolescent mental health, and psychological testing and intervention. E-mail: chenzy@psych.ac.cn