

北京出版社

(美) 罗伯特·厄萨诺 等著 杨华渝 译

治疗指南

精神分析

PSYCHODYNAMIC PSYCHOLOGY PSYCHOTHERAPY



责任编辑 刘久平 装帧设计 二可 责任印制 司徒志

本书原名
《简明精神动力心理治疗指南》。
是由美国精神病学会
委托 Robert J. Ursano 等人
为临床医师而编写的
精神动力心理治疗实践指导用书。
精神动力心理治疗
向来都是在精神分析的
理论指导下进行的。
为了与偏于理论的
《精神分析入门》相匹配。
将本书简名为《精神分析治疗指南》。
本书曾作为
中德高级心理治疗师连续培训项目
培训教材。
与《精神分析入门》互为姊妹篇。

ISBN 7-200-04074-6



9 787200 040746 >

定价：9.00 元



精神分析

北京出版社

治疗指南

(美) 罗伯特·厄萨诺 等著 杨华渝 译

陕西中医学院图书馆藏书

陕西中医学院图书馆



0061256

图书在版编目(CIP)数据

精神分析治疗指南 / (美)厄萨诺(Ursao, M. B. R.)
等著;杨华渝译. —北京:北京出版社, 2000

ISBN 7-200-04074-6

I. 精... II. ①厄... ②杨... III. 精神分析 -
精神疗法 - 指南 IV. R749.055-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 23974 号

精神分析治疗指南

JINGSHEN FENXI ZHILIAO ZHINAN

(美) 罗伯特·厄萨诺等 著 杨华渝 译

*

北 京 出 版 社 出 版

(北京北三环中路 6 号)

邮政编码:100011

北京出版社出版集团总发行

新 华 书 店 经 销

北 京 瀛 洲 印 刷 厂 印 刷

*

787×960 毫米 32 开本 5 印张 76 000 字

2000 年 7 月第 1 版 2000 年 7 月第 1 次印刷

印数 1—4 500

ISBN 7-200-04074-6/R·168

定价:9.00 元

感 谢

汉堡促进科学文化发展基金会理事长

The Hamburg Foundation for
the Advancement of Science
and Culture

席佳琳女士

Ann Kathrin Scheerer

德中心理治疗研究院主席

German-Chinese Academy
for Psychotherapy

玛加丽女士

Margarete Haaß-Wiesegart

著作权登记号：

01—2000—1094

CONCISE GUIDE TO
PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY

Robert J. Ursano, M. D.

Stephen M. Sonnenberg, M. D.

Susan G. Lazar, M. D.

©2000, 本书中文简体字版经由

American Psychiatric Press, Inc.

授权北京出版社在世界范围内出版发行

版权所有，不得翻印

译 序

近些年来，国内有关心理治疗的书出得不少，其中包括了精神分析及其原理指导下的心理治疗，即本书所指的精神分析治疗（亦称精神动力心理治疗）。可是，在内容上则还是多偏重于理论上的阐述，讲自由联想，讲梦，讲人格结构等。至于具体怎样操作，则讲得很少。治疗者只能按自己的领会在实践中摸索着去做，既不得要领，又往往被治疗过程中出现的问题搞得束手无策。尤其是作为一个初学者，对如何开始心理治疗，如何掌握治疗中关键性的问题和技巧，什么时候该结束治疗，以及如何安排结束阶段的治疗等等，均无师可从。这本小册子正好可以填补国内心理治疗著作的这个空白。

本书是美国精神医学出版社在 20 世纪 90 年代出版的系列丛书中的一册，目的是使低年资医生和医学生掌握一些精神分析治疗的知识，也适合于初学心理治疗者学习参照。因而，在行文上言简意赅、通俗易懂，内中既讲理论又重实践，既讲原则又具体地指导初学者如何

一步一步地开展治疗，以及处理治疗过程中出现的各种实际问题。书中每一章里都将所述重点内容列表说明，使读者一目了然，易懂易记。

与传统的精神分析不同，本书还包含了一些新近的观点，引用了许多新近的文献资料。这些参考文献以及作者精心挑选出来的补充读物，原书均分列在每一章之后。像所有精神分析著作一样，这些读物的原文均相当深奥难懂，初学者不必为此费力，故而未列入这本小册子里。

由于德国汉堡大学 A. Haag 教授和 M. Berger 教授的推荐，汉堡促进科学文化发展基金会理事长席佳琳 (Ann Kathrin Scheerer) 女士和德中心理治疗研究院主席玛加丽 (Margarete Haass-Wiesegart) 女士的帮助，本书得与国内读者见面，在此深表谢意。

对于译者来说，精神分析治疗也是一门新的学问，难免会有领会得不深、翻译得不妥之处，诚恳地希望同道们提出宝贵意见，以便改正。

杨华渝

1999 年 9 月

前 言

当今，对精神疾病虽然有了各种各样的治疗方法，初学者依然像在过去的那些年代里一样，缺乏一定的精神分析训练。可是，临床医生还是希望对精神分析治疗有所了解，并将它运用于临床实践的。这种治疗方法为临床医生提供了一个观察事物的窗口，通过它可以认识到用其他方法无法解释的行为的真正含意。这种治疗方法要求治疗者实实在在地去认识人际间的相互关系，而不要异想天开地盼望有那么一天会出现什么“戏剧性的变化”。至于精神分析治疗技巧上的提高，则需要终生的探索，通过不断地实践才能达到。治疗者将会体会到，他们自己的反应从治疗一开始就已经不知不觉地影响了治疗的过程，有时还会阻碍治疗的顺利进展。精神分析治疗的知识和技巧也可以运用于精神科其他的治疗，包括其他种类的心理治疗、用药、联络会诊、门诊和急诊的诊断，以及住院病人的治疗。

本书为临床医疗提供了精神分析治疗的概念和技术。我们相信，本书将有助于临床医生

治疗精神疾病，解除病人的痛苦。我们希望，本书将使临床医生了解到精神分析治疗的功效，同时也了解到进行精神分析治疗会有多么的艰难。

目 录

译 序.....	(1)
前 言.....	(1)
第一章 概述.....	(1)
精神分析治疗的重点.....	(3)
精神分析治疗的安排.....	(6)
精神分析治疗的技术.....	(7)
第二章 病人的评估	(11)
开始评估	(12)
精神动力学评估	(16)
选择标准	(19)
第三章 开始治疗	(22)
教和学	(22)
节制和自由联想	(24)
安全的气氛	(26)
医生似的关心	(27)
开始阶段的失望	(29)
移情、防御和阻抗的早期体验	(31)
治疗中梦的初步运用	(34)
第四章 阻抗和防御	(36)

阻抗	(36)
防御	(38)
解释阻抗和防御机制	(42)
移情阻抗	(45)
第五章 移情	(50)
需要重现过去	(51)
精神分析治疗中的移情	(53)
移情的形式	(54)
在移情中开展治疗	(55)
移情如同阻抗	(58)
色情的和攻击的移情	(61)
移情的修通	(62)
第六章 反移情	(64)
一致的和互补的反移情	(68)
对边缘型人格障碍病人的反移情	(74)
其他反移情	(76)
治疗者需要精神分析和督导	(77)
第七章 梦	(79)
心理治疗中梦的运用	(80)
梦是潜意识冲突的指示物	(84)
梦是移情的指示物	(86)
结束阶段的梦	(88)
注意事项	(89)
第八章 结束	(90)
如何判断结束阶段的到来	(90)

结束阶段的任务	(92)
结束阶段的失望	(95)
什么情况下治疗不算成功	(98)
告别：治疗者的反应	(100)
第九章 实际问题及处理	(102)
治疗室的布置和位置	(102)
收费	(105)
医疗保险	(106)
通电话	(107)
休假安排	(107)
自杀病人	(108)
危险病人	(109)
礼物	(110)
给予忠告：心理治疗者应像医生 一样	(110)
躯体疾病	(112)
治疗者的失误	(112)
一般原则	(112)
第十章 短程精神分析治疗	(114)
选择病人	(115)
疗程和终结	(120)
技术	(121)
第十一章 边缘型等严重人格障碍的 心理治疗	(124)
诊断	(124)
冲突	(126)

开始治疗·····	(129)
边缘型人格障碍病人防御机制的	
心理治疗·····	(130)
反移情·····	(136)
自恋型和分裂样型人格障碍·····	(137)
小结·····	(139)
第十二章 支持性心理治疗 ·····	(140)
选择病人·····	(141)
技术·····	(143)

第一章 概述

思维、情感、幻想、活动等行为，直接地或间接地影响着人们的健康。精神疾病表现为行为的紊乱。这种精神病理状态通常会使人们观察和处理事物的能力受到局限，使感情、思想和活动受到限制，产生痛苦，并且会反复发作。被称为“谈话治疗”的心理治疗，是通过语言来使行为得以改变的一种治疗手段。通过谈话，心理治疗为病人提供了理解和支持，使病人学到新的经验。任何心理治疗的目的，都是使病人在行为上有更大的选择余地，改变那些造成发病的模式，从而缓解症状。

只有弄懂了行为和健康之间的关系，才能对健康与疾病有全面的理解。心理治疗的靶器官是大脑。情感、思维和行为都是以脑的功能为基础的。因此，如果心理治疗改变了行为，必然也会在某种程度上改变了脑的功能和结构。如果说，某种行为是神经元 A 作用于神经元 B 的结果，当行为发生改变时，必是神经元 A 作用于神经元 C 所致。这个简单的例子强调了认识心理治疗复杂的生物学效应的重要性。

行为的改变可能是生物因素直接作用于大脑的结果（如中毒、肿瘤），或生物学上未发育成熟的表现，也可能是既往及现在生活经历与生物体相互作用所致。就心理治疗本身来说，它是一种生活经历，能够将“外部的”事物变成“内部的”事物。时至今日，我们对“外部”作用于“内部”这个过程的本质，在认识上还仅仅是处于初级阶段。拿“再认”做个例子：当你乍一看“美女—巫婆”的图片时，很可能把它看成是一幅清晰的美女图像。可是，当有人向你指出图像的某些阴影部分之后，你就可能辨认出丑巫婆的下巴来了，这图像就不再是一张美女的面孔了。此时，到达你大脑中的视觉信息并没有任何的改变，所改变的只是图像的结构，从而造成所体验到的意义和所表达的行为发生了改变。

婴儿的活动水平、觉醒程度、脑神经生化等的变化等，是在母婴相互作用下而逐渐发展完善的。同样，成人的社会活动也作用于人们的行为和疾病。比如，恐怖症患者在外界支持之下敢于频频地接近所害怕的事物。为什么会这样呢？治疗者是如何改变病人的大脑功能，使这种根深蒂固的行为发生变化的呢？这说明精神、象征及其所代表的希望、惧怕、记忆、期望、幻想等也与现实生活中的事物一样，起重要的生物调节作用。

许多年前，有人批评心理治疗缺乏肯定的功效，同时又难以进行研究。如今，争论的焦点已不再是心理治疗有没有疗效的问题了，而是哪一种病人适合做哪一种心理治疗的问题。我们对外部世界（心理治疗）如何改变内部世界（生物体）的认识正在增长，但依然处于早期阶段。我们对心理治疗的科学知识，已经从感情、思想、行为、意向、记忆、期望，以及人际间交往是否影响到健康和行为的水平，进展到了它们如何影响健康和行为的阶段。

精神分析治疗的重点

不同的心理治疗方法，侧重于改变不同的心理功能。精神分析指导下的精神动力心理治疗侧重于既往经历的作用，通过对特殊过程（防御）和人际间相互作用（移情）的认识，使之形成健康的行为模式（见表 1-1）。

个人的既往经历通过记忆和生物原理作用于现今。期望（对现在和将来的预期）也是由于个人既往的经历以及生物原理所形成的。同样，病人在谈话中用隐喻的方式，可能反映了既往所形成的思维、情感和行为对现在知觉和行为的作用。通过探索事物的既往和现今的前后关系及其含意，精神分析治疗者就可以改变行为的“组织者”，重组信息和经验。

表 1-1 精神动力心理治疗

重点	既往经历对目前行为的作用（认知、情感、幻想、活动）
目的	理解防御机制以及病人的移情反应，特别是它们在医患关系上的表现
技术	建立治疗联盟 自由联想 解释防御和移情 经常会晤 疗程：数月至数年

精神动力心理治疗* 亦称精神分析心理治疗、探索心理治疗或领悟心理治疗。它是一种运用语言交流而使病人的行为发生改变，从而达到治疗精神疾患的方法。它与其他心理治疗一样，都是主要通过语言的作用，在两个人之间由一方给予帮助，另一方接受帮助，以期达到阐明病人生活中某些问题，改变其行为的目的。但是，精神分析心理治疗以其独特的技术和对心理功能独特的见解，去指导治疗者的治疗和干预。当然，像别的医学治疗一样，这种治疗也有其适应症及禁忌症。

虽然精神分析治疗总的目标是改变病状、改变行为、缓解疾病痛苦，但在不同的治疗阶

* 以下均称精神分析治疗——译者注。

段其目标不尽相同。就像在外科手术时，虽然总的目标是切除病变、止血和止痛，而具体的某一种手术应如何操作，则各有各的特点。外科医生在做手术过程中应如何处理出血和疼痛，只有通过操作才能体会。同样，在精神分析治疗中，只有靠治疗者去理解疾病的发生过程，并在不同的治疗阶段运用相应的办法进行干预，才能使病人达到长期康复的目的。

精神分析治疗是以弗洛伊德所创立的心理功能原则和心理治疗技术为基础的。弗洛伊德开始是用催眠治疗，以后转而以自由联想作为手段，来理解潜意识的冲突。这些冲突是个人在心理发展过程中形成的，并持续地存在于成人的生活中。也就是由这些冲突，决定了个人的思想、感情和行为的模式。

这些潜意识的冲突，最典型的是存在于力比多的或攻击的愿望与惧怕失落、惧怕报复、现实世界的限制之间，或者说存在于冲突愿望的对立面之间。在这里，力比多愿望应理解为渴望性的和情感上的满足。而攻击的愿望跟力比多愿望不同，是一种破坏的愿望，它或是原发的，或是由于察觉到了挫折或剥夺而形成。初学者往往分不清力比多愿望与生殖有关的性欲望，把它们混为一谈。其实，精神分析所指的“性满足”涉及广泛意义的身体上的快感——从婴儿起在身体上所体验到的兴奋和愉快的状

态。人们谈到的高兴、兴奋、愉快、期望、爱、渴求，就是在形容力比多的愿望；而破坏的愿望，或者由愤怒、仇恨、痛苦而体验到的快感，通常就是攻击愿望的表现。

神经症冲突会造成：焦虑、抑郁和躯体症状，工作、社交和性的抑制，以及人际关系的适应不良。这些潜意识里的神经症冲突会表现于思想、感情、幻想和活动之中，从儿童期的角度来看，这些行为表现与病人儿童期时对世界的看法是一致的，并且是生存所必须的，因而在当时来看是合适的。虽然病人起初对这些行为还不很了解，通过心理治疗工作，将会逐渐地清晰。

某些精神动力心理治疗比经典的精神分析治疗更侧重于此时此地所发生的事情。然而，在技术上均以理解病人冲突的性质为目标。也就是说，都致力于理解儿童期起始的不良适应行为（也称为婴儿神经症），以及它们对于成年生活的作用。

精神分析治疗的安排

精神分析治疗可以是短程的，也可以是长程的。时间从几个月到几年不等。典型的长程治疗不在开始阶段决定结束治疗的期限，其治疗时间的长短视冲突的多少以及治疗进展的速

度而定。长程治疗一般每周安排 2~3 次治疗，而短程治疗则以每周 1 次为宜。经常地会晤可以对病人的内心生活深入地探索，可以更好地发展移情关系，对病人也是一种支持。

治疗过程中可以辅以药物。用药的目的是减轻病人持续存在的破坏性的症状，增加心理治疗效果。对于某些病人，药物可以缓解原有疾病的过程，这样就能有利于针对疾病的起因进行心理治疗，提高病人对家庭和社会的再适应、康复及整合的能力。在心理治疗期间，对用药应有明确的目的，一旦不需用药，就应及时停掉。

精神分析治疗的技术

精神分析治疗时，主要通过两个阶段使行为发生变化：①理解儿童期所形成的认知和情感活动模式（防御机制）；②理解儿童期显示出来的冲突关系会在医患关系中再度体现（移情）。理解病人的防御机制和移情，是治疗技巧的关键。为此，治疗的安排都应该有利于这些模式的表现，使得它们易于被分析，不要由于医患关系的问题而把事情搞乱了，也不要由于事情琐碎而疏忽大意。

精神分析指导下的心理治疗，成功的关键在于病人投入到治疗之中去，与治疗者建立信

任的关系（见表 1-1）。这种治疗联盟是建立在治疗现实的基础上，为了共同的目标，病人与治疗者携手合作。只有建立了良好的治疗联盟之后，病人才能觉察到自己的移情，才能体验到移情所造成的曲解。

对于临床医生来说，重要的是要投情地倾听病人到底想说什么，以及理解这些话到底对病人意味着什么。一般说来，病人所谈的问题，就是治疗所应该处理的问题。

在解释这些问题的时候，要考虑到病人当务之急的事件。解释既不要超前于病人的思想和感情，也不要落后于病人的思想和感情。初学者往往一发现了什么，就急于告诉给病人。千万不可如此性急。要掌握好火候，在适当的时机才点给病人，这是治疗技巧中很重要的一条。因此，治疗者应在慎重考虑之后才能决定什么时候告诉病人。而这取决于什么时候病人能够“听”进治疗者的话，并理解治疗者的话。

治疗过程中要鼓励病人自由地联想，告诉病人他们想说什么就说什么。治疗者的主要任务是听出病人联想内容的弦外之音。这往往出现在病人说话犹疑不决、突然中断的时候。另外，由病人在谈到某一个人时的特殊体验，以及病人与治疗者之间的互动也可以得知。从病人在联想时所说的模棱两可的话，往往可以找到潜意识的冲突，以及既往与潜意识冲突有关

联的那个人。

比如，有一个病人在与女友分手后不久来做心理治疗。他说：“我想让她退回来。”这句话有两重意思：重新和好，或者对她进行报复。开始时，病人表示只不过是想让女友回到他身边的意思。可是，在一次治疗结束之时，他终于承认了自己的报复幻想。这个幻想受启示于一个老影片，他幻想把一个橙子砸到女友的脸上。病人这种冲突的感情——又爱又恨——在治疗一开始时就显露了出来。这种在被拒绝之后所表现出来的反应方式与病人幼年经历有关。他母亲就是这样的一个人：时而疼爱他，时而又拿着刀赶他出去。虽然病人此时还听不进关于自己行为模式与幼年经历之间的联系，随着治疗的进展，事情变得越来越明显，病人终有一天会认识到的。

对于治疗者来说，移情像一种压力，会迫使治疗者以某种形式对待病人。初学者往往很难发现病人对自己那份缺乏理性的感情和认识。因而，就像学滑雪时应当标明哪里会摔倒一样，应当向初学者明确地指出移情之所在，以免治疗时出现失误。但是，也应当向初学者指出，通过移情可以了解到病人过去感知和反应的形式。因而一旦移情出现，表明病人反映了真实的情况。这个时候，则可以不去理会那些与其相悖的信息，而是通过这个途径去探索病

人的潜意识冲突。需要提醒的是，病人对治疗者的移情认识往往是恰如其分的，使得治疗者所体验到的只是病人认识的合情合理，却意识不到这是病人既往经历的表现。

探索移情是了解病人人际关系的一种途径，由此可以理解病人的“内部世界”，理解病人的心理状态，理解病人是如何看待别人和事物的。移情不仅仅发生在心理治疗之时，它贯穿于人的一生，存在于所有种类的医疗活动之中。事实上，一个人来到不熟悉的医院里，脱去了原先的衣服，这时谁也不认识谁，然后按照要求去做这个做那个，就是造成移情的一种强有力的手段。心理治疗独特之处在于力图理解移情，当移情出现时则对移情进行研究，而不是否认它的存在，对它视而不见。

治疗者也可能体验到自己过去的感情指向了病人。这被称为反移情。治疗者生活中的应激事件和未解决的冲突会形成反移情。反移情可能成为治疗者的“朋友”，帮助治疗者察觉医患关系中那些经历到了的却未被注意到的微妙之处。反移情也可能阻碍治疗的成功，导致治疗者对病人的误解。

第二章 病人的评估

开始心理治疗之前，应当对病人进行精神病学的评估。像开出别的处方一样，在精神病学评估之后开出心理治疗的“处方”之时，治疗者必须对有利因素、不利因素、靶症状、疗程、禁忌症等做到心中有数。临床医生还应当评估有无引起精神障碍的器质性因素、需要用药否、存在的危险（自杀、杀人、离婚、工作中断），以及病情恶化的可能。初学者在忙碌的门诊工作中，要避免忙中出错，把不适合做精神分析治疗的病人也纳入这种心理治疗中来。

评估能给心理治疗提供重要的信息。在开始心理治疗之前，特别要了解严重躁郁症病人既往的自杀企图。没有这些信息，就无法了解为什么病人深更半夜打来电话，无法理解为什么病人在治疗不顺利时违约不来。另外，评估也为心理治疗定下了基调。在良好的评估之后，病人感到被尊重、感到安全、感到治疗者的关心，只有这样，才能让病人对治疗者畅所欲言。

询问身体上的不适、自杀及杀人的念头等，往往能使病人从独自默默忍受的痛苦感情中得

以解脱。病人往往不知道是否治疗者会问他们这些问题，往往会用是否询问这一类问题作为评判治疗者是否认真地倾听和关心他们的标准。应当知道，病人对治疗者是否完成评估还是十分敏感的。当他们发现自己所有的问题（医学上的和行为上的）、所有的危险都被治疗者直截了当地询问，并且被治疗者所理解之后，就会感觉到这种治疗关系一开始就建立在互相信任和尊重的基础上。对于随后进行的心理治疗来说，这种良好的开端十分重要，可以免去心理治疗过程中医疗关系上的种种麻烦。通常在经过较长时间的治疗之后，甚至在治疗的结束阶段，病人会回想起治疗者询问的某一个问题的，或者治疗者在门口迎接他的方式等，使他感到有合作的可能。

开始评估

治疗者与病人初次会晤就开始了评估。门诊的情况下，最好介绍一下你自己，并且向病人表示你愿意了解他们的问题。此时，病人并没有意识到已经开始评估了。治疗者再进一步说明愿意花些时间听听病人遇到了什么麻烦，并请病人讲得稍微详细一些（见表 2-1）。

表 2-1 开始评估

告诉病人评估的过程
一般用 1~4 次治疗时间
评估对危及生命的行为
评估疾病的器质性原因
精神病学诊断
治疗者运用询问和倾听
倾听病人对开始治疗有何顾虑

评估一般需要 1~4 次治疗时间,但有时需要更多一些。评估期间的长短,取决于收集诊断及精神动力学评估材料的进展情况,也取决于开始治疗实践安排的情况。初学者通常易犯的错误是评估时间过短,还没有完成评估就开始了治疗。当然,没有必要把评估时间拖得过长。否则,病人在治疗还没真正开始之前,就可能对治疗者产生移情。问题在于,评估阶段并不像治疗阶段那样对移情的出现和分析已有所安排,如果在此时期出现了移情,肯定会妨碍评估的进行。再有,如果此时的移情变成为持续的阻抗,那就很难开始治疗了。这种情况下,治疗者应当谨慎地用病人能够听得懂的语言和能够接受的方式向病人解释,以便对移情进行控制。

当临床医生只做评估的工作,而后病人则被转到别的治疗者那里去做心理治疗的情况下,应当让病人在一开始时就知道这种安排。这

样做，既有利于评估的进行，也有利于治疗的成功。因为，这种情况下，病人可以决定自我暴露的程度，决定是否把那些说出来比不说出来更为痛苦的经历告诉临床医生。有时，由一个不进行心理治疗的临床医生来做这种最初的评估会有好处。比如，对那些需要以非常直接的、强有力的方式做心理治疗的病人进行评估时，不对病人进行心理治疗的临床医生会感到比较随便，可以机敏地运用“装糊涂”的态度去了解情况。当然，有经验的治疗者善于处理这种前后角色上的变化，知道在治疗中还应该注意什么。

治疗者在评估时要同时运用两种手段来收集材料：询问和倾听。对于情绪抑郁的病人，在第一次评估晤谈时务必询问其抑郁的严重程度，以及自杀的危险性有多大。通常，在这种情况下是采用直接询问的方式。值得注意的是，对生命造成威胁的问题必须尽早采集，以得到必要的诊断信息。当然，与此同时，也要收集病人既往生活的经历。收集材料时，要让病人自己去描述他们自己的情况，治疗者不要进行过多的提示。治疗者过多的干预，或者过分地沉默，都会影响材料的准确性，并把病人的头脑搞乱。

治疗者技巧的高低，往往在收集生活史和诊断材料的本领上就显示出来了。治疗者愈有

技巧，就愈能理解病人，从而有能力与更多的病人打交道。一个有本领的治疗者能够跟不同社会经济阶层、性别、种族、宗教、文化、情绪的人建立友好的关系。然而，人无完人，任何一个治疗者在医患关系上都有其局限性，都有其难以克服的弱点，这也就是为什么有的治疗者会把某些病人转给旁的治疗者的缘故。

在第一次晤谈时，治疗者应当听听病人对开始治疗有什么顾虑，还担心什么，还害怕什么。这些担心和顾虑应当早早地得到了解。只有这些担心和顾虑被治疗者了解、被治疗者尊重之后，病人才会有安全感，才能继续评估和治疗。另外，知道了这些担心和顾虑，治疗者就能解释为什么病人会突然不来。在治疗前的评估阶段，不少病人脱落。据统计，大约有 50% 的病人在第 5 次会晤之前脱落。这也就是为什么有人称此阶段为“候选期”的缘故。早期脱落的原因有：①抗拒寻求帮助的防御；②移情反应；③认为这种治疗不合适；④通过评估使症状缓解。

通常在第一次会晤之后，治疗者应该有一个如何进行评估的计划。比如，还需要做什么躯体检查？要否排除精神病的可能性？目前或者今后有否威胁生命的问题？这时，治疗者还应当向病人讲明大约需要多少次的评估性会晤，以便病人心中有数。

精神动力学评估

精神动力学评估是通过了解病人的生活经历而来的。通过病人发生问题的诱因，以及寻求帮助的原因，可以看到病人儿童时期尚未解决的、目前仍在活动的潜意识的冲突（见表 2-2）。详细地探索起病的条件，对于理解病人的问题来说非常重要。例如，一个病人以胸痛作为焦虑的表现，经过了解，胸部疼痛是在电影院里看到一个人心脏病发作后不久才发生的，这就找到了起病的诱因。又例如，另一个人在提升后不久出现抑郁症状，则是另一种诱因。治疗者可以通过这些起病的条件，去发现潜意识的冲突。

表 2-2 精神动力学评估

倾听并探索：

发病及寻求帮助的原因

生活史

既往生活中的重要人物

最初的记忆

经常的和近来的梦

对先前治疗及治疗者的体验

观察病人如何与治疗者发生关系

尝试性解释

要求病人共同理解

病人与治疗者发生关系的方式也提供了病人人际关系的状况,以及可能发生的移情反应。比如,一个男病人小心翼翼地问男治疗者下一次什么时间来做治疗比较合适,生怕得罪了他。而另一个女病人在离开女治疗者的治疗室时,随随便便地问她在什么地方买到脚上穿的那双鞋子,还添了一句:“对我来说,恐怕太贵了一些。”虽然上面两个例子的意思治疗者在开始时并不清楚,可治疗者必须把它们记下来。因为,这些医患之间的互动形式能为了了解病人的性格及冲突提供资料。初学者可能会急于了解这些互动的本质而进行探索。这样做是不合适的,因为将病人的注意力引到这种治疗早期的关系上来往往会吓着病人,抑制了病人的好奇心,并出现移情。其实,治疗者在这个时期根本不必要作出什么反应,而只需要倾听,或婉转地提个问题,如“你愿意什么时候来呢?”之类。至于那些互动,它们在日后的治疗过程中还会再出现的,届时则可更深入地去了解。

病人的生活史为了解当前的医患关系,以及病人的防御形式是如何形成的提供了线索。精神分析治疗者要倾听病人的生活史,以了解病人整个心理发展过程中所体验到的冲突,了解生活史中造成这些冲突体验的重要人物:母亲、父亲、祖父母、兄弟姐妹等。治疗者应详

细地收集病人每一个家庭成员的情况，以及病人对他们是如何体验的。当过去发生的经历重现于现在时，这些冲突将在治疗进程中形成移情而显现出来。

回忆5岁时父亲的情况，这比回忆15岁时父亲的情况要重要得多。这种回忆，应包括父母在生活事件发生时的态度，比如又有孩子出生、工作变动、他们自己父母的表现等。应当按生活中各个重要时期，如学前期、小学、中学、大学、就业、结婚成家等顺序收集生活史，了解病人在每一个时期的经历，在每一个时期里谁是重要人物，有什么重要事件造成早年的感情特点和人际关系模式，而这些又造成病人当前生活中的问题。

1、询问病人所能记起的最早的记忆，往往可以揭示重复发生于病人生活中的事情。它也可以用来评估病人的愿望和幻想。同样2、请病人讲述近来所做的梦和经常所做的梦，可以知道冲突的形成，以了解病人的内心世界。3、治疗者也可以询问病人对某些困惑不解的行为是如何看的，试着做解释，或者在晤谈开始时询问病人对上一次晤谈的看法。这些技巧均有助于跟病人建立关系，也有助于了解病人想知道自己问题的意愿有多强，以及运用自己对问题的理解去改变自己行为的能力有多大。

5、如果病人以前做过心理治疗，必须了解既

往治疗的情况。因为，病人在过去治疗中的体验会影响到目前所进行治疗。同样，了解病人与先前治疗者的关系，可以推测病人对目前治疗者的愿望，以作为理解将来移情的借鉴。

选择标准

精神分析治疗对“神经症”障碍的疗效最佳。这些障碍起源于病人内心的恋母冲突。虽然美国精神障碍诊断标准第三版修订本（DSM-Ⅲ-R）并没有按心理发展的冲突水平（或防御的成熟程度）来对这些障碍进行分类，某些神经症障碍则更容易表现出原始神经症的冲突。在 DSM-Ⅲ-R 中，经常表现出原始神经症冲突的障碍有强迫障碍、焦虑障碍、转换障碍、心理生理障碍、心境不良（抑郁性神经症）、轻至中度心境障碍、适应障碍、轻至中度人格障碍等。在病人选择上，那些有心理学头脑、能够体察自己的感情、能够通过领悟使症状得到缓解的病人较适合于做精神分析治疗（见表 2-3）。而有着环境支持（家庭、朋友、工作）的病人则疗效更佳，因为他们有较强的治疗意识。这些病人可以不需要治疗者作为主要支持者，以应付现实生活中的应激。

表 2-3 选择标准

病人标准：

患有神经症障碍

有心理学头脑

能够体察自己的感情

能够运用理解而使症状缓解

有环境支持

良好的医患配对

严重的抑郁症、精神分裂症、边缘型人格障碍的病人也可以做精神分析治疗。此时的治疗措施通常是矫正起病的条件，使病人更好地适应社区生活，促进康复和整合。可以运用药物及面对面的晤谈，给予支持和反馈以克服这些病人的退化倾向。但是，有着严重前恋母（Preoedipal）病态的病人不太适合于精神分析治疗。这种病态表现为无法与治疗者分开，完全依赖于治疗者，生活方式混乱、为所欲为或危险行为。这种病人很难完成精神分析治疗的基本要求——病人要有较强的自我体察能力，以及形成支持性治疗关系的能力。

病人具有心理学头脑十分重要，而聪明才智却不是作为选择的标准。事实上，后者有时会造成难以治疗的固执的强迫性格。社会经济地位也不能预示成功与否。一个治疗者应当善于处理不同社会经济地位的病人，去体验、去了解各种病人的生活和内心世界。因而，医患

配对就显得十分重要，尤其是治疗的开始阶段及治疗联盟建立之时。一般地来说，喜欢自己治疗者的病人、病程短的病人、愿意寻找自己的问题并盼望病状得到缓解的病人疗效较佳。在评估阶段运用尝试性解释，可以了解到病人应用理解去矫正症状的情况，并可以了解到在解释的支持和帮助下，病人运用理解能达到什么样的程度。

第三章 开始治疗

教和学

在评估阶段结束之时，应当向病人介绍不同的治疗方法，共同探讨到底哪一种治疗方法对病人比较合适。精神分析治疗也应该如此，因为将要开始心理治疗的病人通常是不熟悉精神分析治疗的。可以向病人介绍：精神分析治疗是一种新的解决问题的学习过程，它是建立在对个人生活的经历、对意识觉察以外的心理活动，以及对个人世界观进行探索的基础之上的。也就是说，它是建立在一个人心理现实基础上的学习过程。在个人心理现实中，过去的经历总是无意识地作为现在行为（思想、感情、幻想、活动）的模版。

把精神分析治疗的目的和过程教给病人，是成功地开始心理治疗的关键（见表 3-1）。这种做法也跟医生处理其他疾病的做法一样。比如，医生发现一个除了胆固醇高之外其他方面均为正常的病人，应必须教病人建立起一个合

作的关系。这样，结合治疗措施，就可以消除潜在的发病危险。

表 3-1 建立安全的气氛：治疗者的任务

教病人：

过去作为现在的模版

移情、防御、阻抗

介绍和解释治疗者节制的作用

保持医生似的关心，以加强治疗联盟

处理病人最初的失望

治疗开始阶段，要让病人得知精神分析治疗将会有效果的，因为通过与治疗者的移情关系，病人将再次地体验既往的经历。通过治疗时对感情的检查，病人会逐渐理解到个人既往的经历如何在生活中不断地再现，理解到过去的经历会以象征的形式出现于此时此地，引起感情冲突和焦虑，从而造成心理上的痛苦。病人通过体验也得知，认识了这些潜意识过程，痛苦的感情就会消失，新的行为就可能建立。

在教病人时，可以采取直接讲解的方式，也可以采取举例子说明的方式。有时，治疗者应以直截了当的方式帮助病人了解治疗的过程。讲过之后，不要再重复，而是听听病人在理解这些话时可能出现的感情上的阻碍。有经验的治疗者总是在治疗的早期就能根据情况做出判

断：是教病人，还是听病人提供进一步的材料，而不急于给予指导和评论。作为初学者应当知道如何安排开始的几次治疗中，教病人和听病人的比例分布。在明确地向病人解释之后，就不要再认为病人听不明白了。但是，治疗者不要在刚开始治疗时就下此推断，尤其是对待那些天真幼稚的病人。理解治疗的目的和过程之后，病人就会与治疗者的探索合作，并忍受治疗中出现的焦虑。

节制和自由联想

经过了教病人的阶段，病人对治疗过程有一个大概的了解之后，治疗者就应少讲话，更多地倾听病人关于内心世界的描述，这种技术称为“节制”。如果此时病人问起为什么治疗者变得沉默少语，应当向病人讲明道理，可以告诉病人：“我正在注意听你说呢。我想更好地了解你如何看待这个世界，而不想过多地打搅你。”

治疗者还鼓励病人尽量自由地、无拘无束地讲，不要理会所说的是否正确或是否合乎逻辑（见表 3-2）。可以这样对病人讲：“你想说什么就说什么。事实上，想到什么就说出来才最有帮助。我知道，做到这一点很难。”治疗者坚持让病人说出心中所想的事情，不要琢磨，甚

至说出那些他们认为是不真实的，可能伤害治疗者的或者他们所爱的人的内容。

表 3-2 开始治疗：病人的任务

与治疗者建立工作联盟
学习自由联想
对安全的气氛感到满意
认识开始治疗时的失望
逐渐理解移情、防御和阻抗
学习运用梦

这种交谈方式被称为自由联想。这是经典精神分析所用的思考与谈话的方式。精神分析治疗之时，病人也要达到同样的境界，虽然在经典精神分析时的自由联想“更为自由”。

不可避免地，“自由联想”只是相对而言。病人潜意识里的冲突是自由表达思想、感情和幻想的主要阻力。那些阻碍不舒服的感情和冲突再行体验的思想方式被称为“防御机制”。治疗者在倾听病人自由联想之时，要仔细地分析，以发现病人没有意识到的蛛丝马迹，以及阻碍思想自由表达的障碍物。这样，经过一段时间的细致观察，治疗者就会发现病人思想和感情的模式，以及阻碍思想和感情表达的障碍。在治疗中，病人的防御机制像一种“阻抗”。通过对阻抗（病人的防御机制）活动的理解，就

面临治疗中的移情问题。

在治疗过程中，治疗者和病人要共同致力于认识病人的思想和感情。这种密切配合，使得病人最终认识到自己的任务是分析防御机制，进而改变自己的行为方式。初学者有时还没弄清情况就急于发表意见，使病人认为治疗者过于自信，给今后的治疗带来麻烦。

治疗者的沉默寡言有时会使病人失望。这时候，应当让病人认识到治疗者始终是跟他们站在一起的，有了治疗者的帮助，他们会有能力掌握那些存在于意识之外的力量。在治疗的开始阶段就帮助病人理解到这些情况至关重要，否则病人就很有可能由于对治疗感到失望而中断治疗。当然，要在较短的时间内教病人明白这一点，则需要有一定的技巧。

安全的气氛

精神分析治疗提供了一个安全的气氛，让病人充分地表现其精神生活。治疗中，病人所谈出的一切内容都是供治疗者分析之用的，不要去评判谈话内容的对与错，更不要对病人提出批评指责。要明白，精神分析治疗者的职责既不是安排病人的生活，也不是评价病人的生活。

治疗者在治疗中要做的事情——至少部分

地——是为病人提供一个“退化”的机会。由于这种心理治疗安排的独特性，加上病人正常精神生活过程的作用，病人就可能用较为随意的、结构松散的思维方式来接近潜意识的感情和思想。同时，病人还可以在治疗联盟的安全保证下，仔细地检查自己对于治疗者的感情、思想和幻想。

虽然，为达此目的需要治疗者相对地被动和沉默，这种技术并不意味着不近人情。通过治疗者适当地关心和解释，医患协调的关系依然会继续发展，治疗者和病人依然会携起手来共同理解病人的体验，以达到减轻病人精神上痛苦的目的。这种在病人与治疗者之间发展起来的共同的理解，有时被称为“契约（合同）”。然而，这个术语表示的是各负其责的意思，缺乏共同协作的内涵，而共同协作恰恰是精神分析治疗的灵魂。因而，更准确地形容治疗者和病人在心理治疗中关系的术语，应当是“工作联盟”或“治疗联盟”。

医生似的关心

许多精神分析治疗的初学者错误地认为：在治疗过程中，治疗者不应该表现自己的人格或者人性，而是严肃地板着脸孔、面无笑意，一副无动于衷、一本正经的样子；一旦发表“高

见”或解释之类的话，就要一直刺到病人的内心深处。

其实，事情根本不是像这个样子。精神分析治疗者不是像上面描述的那样冷冰冰、不可接近、专横独断、麻木不仁。治疗者之所以在治疗时相对地“被动”或“节制”，绝不是对病人冷漠，而是为了创造一个治疗环境，以便病人去探索隐藏的愿望和冲突。

治疗者在做这种治疗时，要表现出医生似的关心和温柔。经过一次次地合作，让病人领悟到他们所经受的精神上的痛苦不仅存在于日常生活中，也存在于心理治疗之时，因而不论会引起多大的痛苦，都要把治疗坚持下去。

下面这个例子就说明了病人对这种医生似的关心的觉察：

一个 30 多岁单身男病人因工作时频频发作的焦虑而来精神科就诊。他虽然是一个受过高等教育的技术人员，却从来也没有跟精神科医生有过任何接触，也根本不懂得什么是精神分析治疗。经过评估，他开始了治疗。几个月过后，他对治疗者说：“现在我明白了，为什么在评估时你不怎么跟我说话。你想给我更多的时间，让我说出心里的事情。当我这么做的时候，我总感到我过去的感情又重新出现了，感到在我成长过程中对朋友和大人们的感情又重

现了。我想，如果你当时回答我所问的问题，或者对我的谈话立即做出反应，我们就不会知道我心中所想的事情，我们就不会知道这些感情。由于我们所做的一切，我更加了解我自己了，明白了我为什么会变成那个样子。”

开始阶段的失望

开始阶段，病人在治疗者带领下接触到各种治疗情境。当治疗者变得比较“节制”时，病人的第一个反应就是失望。产生这种反应的一部分原因是，病人感到失去了治疗者在评估阶段时那样的感情支持；另一部分原因是，病人在开始治疗时抱有的不切实际的希望破灭了，使病人陷入失望困惑的情绪状态。“这种治疗会有效果吗？”他们怀疑。虽然某些时候这种怀疑十分强烈，但大部分情况下只是将信将疑而已。这是由于，病人还是相信治疗者的权威和专长的。当治疗者变得比较沉默而病人被要求在治疗中比较独立地工作之时，病人过去所经历的感情就会重新显现出来，病人在心理上也就逐渐地成熟起来。

这就像病人又上了一次学，不论是否害怕跌倒和受伤，都要继续前进。其间出现某些变故是不可避免的。治疗者就是利用这些变故，让

病人明白心理治疗是如何把过去的感情带到现今意识中来的。对病人来说，这往往是第一次通过自己的参与来了解和学习心理治疗的机会。

下面的例子说明了病人起初的失望：

有一个 20 多岁的女性病人在很远的城市找到了一份工作。犹豫了一年之后，她终于搬了过去，离开了家乡及亲朋好友。不久，她感到情绪低沉、焦躁不安，于是来到精神科就诊。经过一段时间的评估之后，开始了精神分析治疗，每周来诊两次。第二个月，她感到情绪更为低沉，从而认为给她做治疗的治疗者对她不会有什么帮助了。

治疗者为此进一步地询问。病人想到在搬家前几个月她征求过父母的意见，但是不论他们怎么劝说，她还是搬走了，当然心里并不痛快。治疗者考虑，她离家表明了她独立的愿望，希望在心理上成熟起来，同时也产生了对独自生活以及前程的担忧。病人同意这个分析。对治疗者来说，这是个好开端。因为，病人不再发愁治疗者对她不够关心，没有给她足够的劝告，从而能促使治疗者和病人一同探索病人成长的愿望，以及她对成长带来的挑战存有什么样的担心害怕。

移情、防御和阻抗的早期体验

上面这个例子涉及到工作关系或“联盟”的发展，也提出了“移情”这个命题。移情是进行心理治疗的关键，但它却很难为病人所理解。弗洛伊德认为，人们所有的关系都是移情的关系。据此，他认为，人类总是把过去生活中对某些人的感知和体验按到新近相识的人的身上。今天，虽然在精神分析领域里对移情有着各种各样的看法，一般认为，所有的人际关系都是由过去的记忆激活的。也就是说，过去生活经历中某些重要的人际关系无意识地在现今的人际关系中表现了出来。

由于精神分析治疗者是“有节制”的，跟病人又没有私下交情，就像一张白纸一样，任凭病人按自己的意愿在上面涂抹“移情的图画”。这在治疗的早期阶段就明显地表现出来了。一旦这种情况被指出，治疗者和病人都会把注意力集中到这上面来，于是乎病人对治疗如何进行就有了更深入的了解。由于治疗者的“节制”而使病人感到失望的移情往往是很独特的，下面是一个例子：

刚开始治疗时，病人注意到治疗室的墙上有一张联合国人权的海报。据此，病人认为治疗者在政治上是开明的，而自己

则是保守的。询问之后，治疗者发现，病人担心治疗者会不同意他对外交政策的观点，担心治疗者会把他看成是一个缺乏感情、残忍好战的人。治疗者默默地听着，不理睬病人所说的细节，终于发现病人其实是担心自己的攻击冲动会遭到反对。

治疗者向病人指出，可能他是担心治疗者会反对他的攻击性。病人回答说，他母亲就不同意他的攻击性，因而他为治疗者对他的态度而担心。治疗者提醒自己，病人可能还会以这种反应来对待她（治疗者），而且随着治疗的进行，这种移情会变得越来越突出。这种在治疗开始阶段的相互作用，可以作为病人和治疗者共同协作的基础，并且随着治疗的进展，随着病人的理解，去探索更深的感情。

心理治疗者应力争澄清病人的感情，以及病人谈话内容真正的含意，有时还可以明确地表示没有弄懂而与病人进行支持性的对质。这两种情况下，治疗者都希望弄明白病人模糊不清的思想和感情，以及到底是什么使这些思想和感情模糊不清。通过这种过程，病人“防御”式的思想问题的方法才能被阐明。病人最严重的防御表现在提前退出治疗。这种情况可能会使初学者很不高兴，因为初学者往往对自己的“第一例”病人非常投入，抱以极大的希

望。但只要治疗者把病人希望中断治疗作为病人的一种防御去理解，并探索其根源，就能弄懂这种防御，病人也就能轻松地把治疗继续下去。

治疗者在开始阶段是有机会去了解防御和阻抗模式的，并且必须引导病人认识到可以运用这些防御和阻抗的模式去认识自己，尤其是那些病人自己难以认识思想和感情，如自疑、自恨、无望、迁怒于人、依恋于人等。

一个中年男子经过评估之后，由一位女精神科医生做心理治疗。从开始起，他就无法畅快地谈话，50分钟一次的治疗往往要沉默10分钟。治疗者认为病人的沉默是一种阻抗，因而询问病人在沉默的时候是否在想她。起初，病人被这个问题搞得十分难堪。治疗者坚定地告诉病人，她理解他，不论他在想什么都对他们的协作会有帮助。此时，病人承认自己发现她很诱人，并且说，既然她已经把这层窗户纸捅破了，他再谈起这个话题也就没有什么可顾虑的了。

这个例子中，病人想的是给他做治疗的精神科医生。当然事情并非均是如此，所想的可以是一个人也可以是一件物。不过，病人往往想的是治疗者，因为病人非常想与治疗者建立起关系，以便解除自己的疾苦。与此同时，移

情的气氛也容易造成这种情况。对治疗者来说，重要的是要投情地倾听病人表达的移情思想和感情，并与病人一起深入地理解它们。

治疗中梦的初步运用

治疗者也要注意病人的梦中生活。虽然并非所有的病人在心理治疗中都涉及到梦，但对许多病人还是可以以梦作为心理治疗的工具。在治疗过程中，应当让每一个病人有机会运用自己的梦作为一种治疗的途径。在治疗初期所报告的梦往往能揭示病人核心的冲突。通过这些梦，可以让病人知道潜意识的过程。随着治疗的进展，在防御机制的作用下，梦会变得艰涩难解。

下面是一例发生于治疗初期的梦：

病人是一位新近离婚的年轻女性，由于抑郁、焦虑而每周两次来做精神分析治疗。第三周时，她报告说，来治疗的前一天晚上，她躺在床上考虑着第二天的治疗，充满感情地想着自己的女治疗者，不久就睡着了。梦中，她看见两架飞机在蓝天上高高地飞翔，当那架小飞机的燃料快要耗尽时，另一架比它大得多的飞机抛出了一条燃料添加管伸进小飞机里。但是，添加燃料的装置出了故障。病人因担心那架小

飞机会坠毁而急醒。

由于这个梦充满了象征，在治疗的初期不可能深入地被理解。治疗者做了许许多多的假设：梦的象征代表着治疗可能会失败；梦的象征代表着病人婚姻的失败；梦反映着受虐的愿望、罪恶的愿望……但治疗者知道，这些想法都只不过是假设而已，必须有确切的材料才能证实。因而，治疗者只是向病人解释道，梦是睡眠中的一种思想方式，可能代表一个人现在和过去所关心的事情。也就是说，这时治疗者并不急于引导病人探索梦的本意，而是让病人对自己的潜意识过程发生兴趣。治疗者还告诉病人，这个梦可能与病人心里及讲出来的恐惧有关。因为在睡着之前病人正考虑着治疗者既可能帮助她，也可能会使她失望。从而感到自己的生活处于危险之中。至此，病人才道出真相，原来是她丈夫抛弃了她，使她大为失望。离婚使她变得十分脆弱。

她的治疗持续了几年。在治疗的过程中，病人有效地运用梦作为认识自己的工具。她对自己认为有教养的妇女和善良热情的男人产生了移情，愿意与这些人交往。显然，这些移情是产生于早年生活经历。追溯自己那种害怕失败的原因，她最终认识到不仅是离婚所致，也有早年生活经历的影响。这些都在治疗初期她的梦里表现出来了。

第四章 阻抗和防御

阻抗和防御是指病人内部对治疗的抗拒力。病人来做分析治疗，一方面是因为他们希望去除神经症症状，一方面是因为他们乐意跟自己所信任、所尊重的治疗者合作。然而，不论病人有多强的动机，他们对治好自己的疾病都持模棱两可的态度。这是因为，情感上的症状总是跟造成创伤性记忆、冲突性冲动以及痛苦情感的潜意识冲突联系在一起的。那些形成病人症状的力量，会阻碍这些记忆、冲动和感情在意识里再现，会阻碍通过治疗将这些痛苦的情绪内容带进病人的意识。心理治疗要求病人有勇气面对由于痛苦的记忆和感情的复现而带来的情绪上的苦恼。由此，就不难理解为什么病人害怕心理治疗了。

阻 抗

阻抗系指病人抵制痛苦的治疗过程的各种力量，其中包括1、安于现状，惧怕任何的变化；2、害怕引起良心上过分的谴责；3、不肯放弃那些形

成情感疾病的幼稚的冲动。上述第二种情况是由于害怕体验那些由治疗而揭示出来的强烈的幼稚的冲动所造成。第三种情况往往见于色情的或怨恨的移情。此时，病人可能对治疗者产生色情的移情，以满足感情的需要，而不是去理解自己的感情。病人也可以产生怨恨的移情，以求挫败治疗者，而不是去解释自己为什么会采取攻击的行为。色情的移情和怨恨的移情是特殊形式的阻抗，称为“移情阻抗”。这在后面还要继续讨论。

潜意识冲突以行动的方式表现出来，并由此而产生愉快的感觉，也起了阻抗治疗的作用。这种以行动的方式而不是以语言的方式来表达潜意识的冲突称为“见诸行动”(acting out)。它见于各种癡癖和性变态，病人通过这些行为来满足自己冲突性的冲动。它也见于某些具有冲动性的更为严重的病人。比如，一个对治疗者时而产生敌意移情，时而产生色情移情的病人，在平时则会对别人以行动的方式表达自己的感情，而不是像在治疗时那样采取讨论、解释和控制这些感情的方式。

“见诸行动”也可能发生在治疗关系中，对治疗者产生强烈的感情之时。此时，病人可能常常开车经过治疗者的家门，或者热衷于收集有关治疗者私生活的信息。这种“见诸行动”是另一种特殊形式的移情阻抗。

由疾病而带来的继发性收获也是妨碍康复的一种阻抗。某些病人习惯于别人给他们安排的休养环境，习惯于别人的照顾，不愿意放弃疾病给他们带来的好处。同样，由于精神疾病而带来的经济上和情绪上的依赖，也是康复的障碍。

防 御

所有的人都用“防御机制”将痛苦的感情和记忆排斥于意识之外，那些正在进行心理治疗的病人也不例外。可以说，防御机制是一些独特的花招和思想方法，使人们避免与引起情绪痛苦的事物接触。在心理治疗中，病人的防御机制是造成阻抗的一种重要的原因。1936年，安娜·弗洛伊德在《自我与防御机制》一书中描述了许多种防御机制的表现。从那时起，人们又列出了一些。下面介绍最为普遍、最为重要的几种防御机制（见表 4-1）。

1. 压抑

作为弗洛伊德所描述的第一种防御机制，**压抑**系主动地将痛苦的记忆、感情和冲动排斥到意识之外。例如，一个患性欲缺乏的女癔症病人压抑了所有可能导致性唤起的感情，也可能压抑了幼年造成心理冲突的性感记忆。

表 4-1 防御机制

压抑	退化
否认	升华
反向作用	原始的机制
转移	分离
逆转	投射
抑制	投射认同
与权威认同	无所不能
禁欲	贬低
理智化	原始的理想化
感情隔离	

2. 否认

与压抑相似，否认阻挡了病人对痛苦的观念或感情的注意，暂时地使它们与意识分隔开来。运用否认，病人不再理会痛苦的现实，就像它们根本不存在一样。比如，一个不光彩地下了台的领导人依然摆出过去那副首长的架子；在家庭里大家缄口不谈病危的亲人，以免心情痛苦等，均属于否认的表现形式。

3. 反向作用

所有病人都有某种程度的反向作用。它以夸大一种情绪倾向的方式来压制与其相对立的另一种情绪倾向。强迫症病人的反向作用尤为突出。他们以守时、节俭、整洁来抗拒疲塌、奢侈、脏乱的愿望。

4. 转移

指将一个人的感情从真实的对象转到较为

安全的对象上去。生了上司一肚子气的人，回家之后大喊大嚷，并踢狗一脚，就是一个大家熟悉的例子。治疗期间，病人往往将自己体验到的感情转移到了治疗者（移情），或者在日常生活中向别人表述。此时，病人向别人表述的爱、恨、愤怒、敌对等感情，往往也是对治疗者所表现的感情。

5. 逆转

将冲动由主动变为被动（或由被动变为主动）或由朝向别人变为朝向自己（或由朝向自己变为朝向别人）。运用主动施虐来取代没被意识到的受虐愿望就是一个很普通的例子。以谴责自己来表达对别人的失望则是另外一个例子。

6. 抑制

将思维或者活动缩小，以免由于这些思维或者活动惹起焦虑。常见于恐怖症。这种病人回避引起恐怖的情境，如高处、乘飞机、某些动物等。也见于为避免焦虑而表现的不敢作主、不敢与异性来往等情况。

7. 与权威认同

指模仿权威，以势压人。比如刚刚学习控制自己冲动的小孩子，往往模仿大人的口吻和姿态，批评自己的小伙伴。同样，病人可能以过分苛严的态度来掩盖自己对权威的恐惧。

8. 禁欲

安娜·弗洛伊德认为，禁欲这种防御机制特别被青年人用来控制青春期强烈的性冲动。禁欲是自己对愉快的否认。这种否认，可能涉及食物、睡眠、运动以及性的满足，并由此而产生优越感，认为对自己有益处。

9. 理智化

指在体验和谈论冲突的话题时，就事论事，不带有相应的感情色彩。

10. 感情隔离

与理智化有关联，是对与特殊思想相联系的感情的压抑。理智化和感情隔离都是强迫症病人的典型表现。

11. 退化

指退回到心理发展的早期阶段，以避免体验随后的发展而带来的冲突。退化到口欲期和肛欲期，以避免恋母冲突的情况，在临床上十分常见。

12. 升华

一种成熟的防御机制，是儿童期原始冲突健康地进化到了成熟的、没有冲突的水平。比如画家或陶瓷技师将涂抹大便的愿望升华；摄影师将窥视欲升华；舞蹈家和演员将暴露欲升华；政治家将攻击愿望升华；正常成人之间的友谊，部分是同性恋和乱伦冲突的升华。

13. 分离、投射、投射认同、无所不能、贬

低、原始理想化

这些原始的防御机制将在第十一章叙述。

解释阻抗和防御机制

进行精神分析治疗时，治疗者力图理解造成病人情感症状的潜意识冲突。这些冲突产生于儿童时期，当儿童正常的冲动与不愉快的感情（如害怕惩罚、担心被拒绝、失望等）联系在一起时，就产生了冲突。每一个人生来就有素质上的不同，比如在驱力和愿望上、在对挫折的耐受力上均不相同。每一个人还由于社会环境不同，在父母、家庭等的相互作用下，有其独特的个人生活史。没有一个人在成长过程中没有过冲突（冲动与禁律之间的碰撞）。这些冲突存在于潜意识之中，并且可能发展成为神经症症状。

由于防御的作用，使得病人过去的冲突变得模糊难辨。而在心理治疗中，治疗者的工作就是帮助病人解释这些防御机制，使病人再次从意识上体验到那些与冲突有关联的、被禁止了的冲动、记忆、恐惧、失望，以及痛苦的感情（见表 4-2）。治疗者通过观察病人在自由联想中的停顿、语结等表现来探索阻抗之所在。但如果病人在自由联想中像背流水账一样只谈日常生活中的琐事，而不触及个人情感生活的深

处，就会给这种探索造成一定困难。阻抗也表现在感情的阻抑或缺乏、气氛的死板、不愿谈及与情感有关联的事情、沉默不语等状况。应当注意到，不论何时，不论用什么方式，只要病人表现出了阻抗，就说明病人不愿回忆起与过去被禁止的冲动有关联的那些危险和恐惧。

表 4-2 解释阻抗的原则

承认现实对阻抗所起的作用
将阻抗和防御视为病人性格强度的指征
牢记病人必须认识和体验阻抗，然后才有可能解释阻抗
先认识阻抗，后解释内容(什么是病人的阻抗，或为什么出现阻抗)

许多阻抗源于病人的人格结构。比如，强迫性格特征的病人会将痛苦的体验转变为过分地注意琐碎细节并不厌其烦地去做，以这种方式将痛苦的感情与意识隔离开来。治疗之时，病人会以其特征性的人格类型进行防御，以避免产生焦虑。另外，癔症人格类型的病人则不能准确地描述自己情感上重要的事件。这是因为具有这种性格特征的人偏向于运用压抑的防御机制，而且总是以模模糊糊的印象去体验事件和加工信息。

造成治疗中阻抗的防御产生于两方面的因素：其一是避免心理上的痛苦，其二是人格结

构的强度。上述的强迫人格类型的人由于善于将痛苦的感情与意识隔离开，并且特别细心，就有能力准确地描述出和冷静地处理千头万绪紧张的事务。而癯症人格类型的人由于对事物的认识采取含糊的印象，则善于带有情绪的表演。

性格和防御都是为了减轻心理痛苦，同时能使一个人内心功能、人际关系符合外界现实。治疗者应当把特殊性格结构的防御看作适应外界现实的人格强度的表现。虽然防御通过阻抗的作用，阻挠了分析治疗的进展，它仍然是病人情况的重要来源，治疗者应当慢慢地对它进行解释，不可急于求成。

精神分析的早期，弗洛伊德在解释潜意识时没有注意到病人阻抗的作用。他很快地认识到，对潜意识内容进行解释固然重要，然而如果此时病人的防御依然拒绝承认这些潜意识内容，也还不能够使这些心理冲突整合在一起。于是，这些心理冲突很快又会遇到同样的防御而再次进入潜意识。为此，弗洛伊德提出了一个至今在分析治疗中仍十分重要的原则，称为“先于内容解释阻抗”或“表面地解释”。也就是治疗者首先要指出病人的阻抗，让病人注意到自己的阻抗。以后，在适当的时机，治疗者再探索病人为什么要采取阻抗，以及病人想防御的是什么。

移情阻抗

除了建立在病人性格类型基础上的防御，以及由此而产生的阻抗之外，还有几种“移情阻抗”。这些阻抗产生于病人对治疗者产生强烈的感情体验之时。这种强烈的感情会使治疗改变方向，使病人偏离旨在揭示和解决导致他们症状的冲突的目标。移情阻抗源于强烈的正性或负性移情态度。色情移情的病人会想跟治疗者发生性关系，或者为避免察觉自己在移情中强烈的性色彩而出现阻抗。自恋型和依赖型人格障碍的病人倾向于接受表扬、认可和支持，而不是产生领悟。如果这种病人的移情得不到满足，就会勃然大怒，对治疗采取报复手段，拒绝与治疗者合作，以使治疗者受挫。

下面是一个移情阻抗的例子：

一个女教师在几年的精神分析治疗中都避免与治疗者在感情上有任何过分的接近。可是，几个星期以来她一反常态，对治疗者非常热情。一天，她高高兴兴地来做治疗，谈起新买的小狗所表演的滑稽动作。突然，她打住话题，说：“我感到你要跟我掰了。过去我从男朋友那里就有这种感觉。这也是过去我从母亲那里所感受到的体验。”如果在刚开始治疗的头几个月

里，病人的这种感情可能会持续几个星期。可现在，经过了几年的治疗，病人已经有能力认识自己的阻抗了。她说：“我想，我之所以打住话题，是因为你没有笑，也就是说，对我的小狗不感兴趣。我母亲从来没有在我高兴的时候也跟我一起高兴过，只有在我倒霉的时候才跟我一同分忧。有时她也笑，可那是在笑我，而不是跟我一块儿开心地笑。母亲会说，一个有出息的女孩应该沉稳少语。”

尽管有这些重要的联系，病人依然与治疗者敌对，因为治疗者没有对她的小狗发笑。她处于移情阻抗阶段，一方面反映了她爱的冲动受挫，更深的一方面是她害怕自己扩展爱的感情。治疗者问：“昨天你在这里的感觉怎么样？”病人回答：“很好。啊，我明白了。是的，我感到你平静而热情，那样子总让我焦虑。我时而对你感情上接近，时而又对你十分生气。我感到我必须花大力气才能将你拉过来并保持住。”治疗者问：“你过去也花了这么大气力去保持住你母亲的注意吗？”病人答道：“是的，但是我从不相信她的注意，我也从不去保持它。”

通过对移情阻抗成功的解释，我们弄清了病人在生活中总是追求那些三心二意的和感情

上无法得到的男子。如同这个例子表明的那样，包括移情阻抗在内的所有阻抗都可能成为治疗的危机，当然，也可能成为理解既往冲突的机会，如果解释成功的话。

这个例子也说明了应该如何处理病人的阻抗。治疗者首先应让病人知道他们正在阻抗。因为，如果病人认为自己在治疗中的反应是合理的话，就不可能与治疗者一同去解释阻抗。有时，我们必须等待到阻抗变得足够强烈和明显之时才能使病人承认阻抗的存在。

下面两个例子，表明治疗者掌握时机的重要性：

一个病人总是比约定时间晚 7~8 分钟来做治疗，而且每一次都能为自己的迟到找到借口。治疗者明白，这是对治疗的一种阻抗。几个月之后，情况不但依然如此，而且迟到的时间有所延长。病人承认自己的行为有点儿成心，意识到自己是有意地回避触及深层的感情世界。

处理阻抗的第一步，是向病人指出他们在阻抗。在还没有解释什么被阻抗和为什么被阻抗之前，就必须向病人指明这一点。

一个带有偏执和精神分裂临床相的病人体验着强烈的敌对移情阻抗，并准备中断每周两次的治疗。她找碴儿说治疗者不值得信任、剥削她、只知道要她的钱。治

疗者让病人注意到自己的敌对情绪。随后，治疗者让病人注意到，这种敌对情绪始于她病情好转，又找到一份待遇不菲的工作之后，而在她买了房子之后这种敌对情绪则达到了顶点，为什么病情好转之后发生的这一切却使病人感到焦虑呢？

病人承认，平时她就非常害怕被人欺骗和伤害。在买房之后，她十分不安，怀疑卖房的人会骗了她，尤其害怕在搬进新居后会有人从一楼破窗而入。在几次梦见与母亲拼斗之后，她更为焦虑。通过梦境，病人再度体验母亲对她的妒忌、贬低和占有。这种体验也出现在她与治疗者之间，并且与买房时的恐惧也有相似之处。病人担心母亲会对她的成就不满，会阻碍她的独立自主。治疗者成功地让病人注意到她正在阻抗的事实，然后通过对梦的理解，找到了移情阻抗与这种强烈焦虑的关系。

在处理阻抗之时，要尊重防御，要避免与病人争执，要在认识阻抗的真实成分之后才去解释它们的潜意识动机（见表4-2）。比如，病人常说没有时间或没有钱做治疗。当然，这些问题是实际存在的，并往往造成治疗的障碍。治疗者遇到病人提出这一类困难时，首先应当承认这个现实，然后再去询问详情，了解事情的真相。对于强迫症病人来说，要看到有能力做

细致的思考是这种病人有利的方面，然而，治疗者可以向他们指出：“有时一块过分粗壮的肌肉也会干扰其他肌肉的运动。”总之，老练、尊重、充分地利用病人的理智，是处理阻抗的关键。

第五章 移情

弗洛伊德曾致力于移情概念的理解。目前，精神分析家们均同意这个精神分析奠基人关心移情是全部人际关系的观点。由此看来，移情是个非常重要的概念。也就是说，不仅仅在精神分析和心理治疗的时候，无论在何时何地，人际关系都是人们重要情感关系的重现。

我们可以用透明胶片解剖图谱册来生动形象地比喻移情。当图谱被翻开时，读者最先看到的是一幅体表的图像。翻过第一页，见到肌肉，并可透视到下面的血管。再翻过一页，见到血管和神经，透视到下面的骨骼。翻过这一页，就全是骨骼图像。移情与此极相似：“各种各样的人际关系在记忆里都是一件件地添加上去的，就像我们所看到的前面图像受后面图像的影响一样。当然这个过程本人是意识不到的。”

对移情的另一种理解是：人的心理是由个人既往重要记忆所形成的。这些集合在一起的记忆被称为“客体表现（object representations）”。无论在什么时候，只要一个人初次遇

见另一个人，就会开始形成一个新的客体表现。当然，这个过程必须进行到较深的程度，那个新认识的人才会在观察者的心中占据重要的位置。但是，一旦这个过程开始了，观察者就会在自己的记忆中扫视，将新认识的人与过去的客体表现进行比较与评价。很快，新的和老的客体表现在心理上联系在一起。因而，对新认识的人的看法和感情，实际上就是对老朋友、亲属、所爱的人或者仇敌的看法和感情。

我们观察人们，听他们谈到有关他们目前的生活和各种关系，都仅仅是他们心理生活的表层。表层之下，是他们既往各种关系的记忆。这些记忆，就像皮肤下面的肌肉、神经、血管、骨骼一样，是他们人际世界“有机体”的重要组成部分。这个人际世界，既包括现在的，也包括过去的。但是，个人只能察觉到自己现在的关系，以为这就是事情的全部。至于现在的关系与过去的关系之间发生的联系，由现在的关系而引发出过去的关系，都是人们所意识不到的。出于这个原因，治疗者在治疗中会体验到，移情就像一种压力，驱使你以病人过去的人际关系去对待病人。

需要重现过去

在所有的人际关系基础上，人们形成了移

情。这是因为，我们需要运用过去的经验作为模式来理解现在的问题；也因为所有的人在心理上都需要重现过去，以便处理目前所遇到的困难和情感上的痛苦。由于心理发展不可避免地会遇到困难和痛苦，这种“强制重现”，以及由此而造成的移情，是人类的普遍现象。经典的精神分析中，分析家与病人之间会产生非常强烈的移情——移情神经症。这种情况下，被分析者对于分析者这个客体表现产生了依恋，于是，组成他们情感障碍核心的那些过去的记忆、思想、感情、冲动和冲突就显露了出来。病人就会向分析家详细地谈出自己的冲突。与此同时，病人在精神分析时也会表现出人际交往时的其他特征性模式——反映病人人格结构的模式。这种人格结构至少部分地反映了病人儿童时期的冲突（见表 5-1）。

表 5-1 影响移情发展的因素

病人需要重现过去
心理治疗者的节制
病人相对自由的联想
解释防御
解释移情

进行精神分析时，整个过程是强化进行的。病人躺在长沙发椅上，不看那个相对来说保持

沉默的分析家，这样，就减少了病人此时此地的现实感。同时，病人自由地联想，将潜意识的想法及感情带到意识中来。这个过程还包括分析家对病人阻挡潜意识移情在意识中出现所运用手段的解释。总而言之，精神分析家支持“强制重现”的活动。在精神分析治疗中，治疗者既保持相对的沉默，也进行解释。这样，就创造了一个环境。在这个环境中，意识到的移情反应虽然没有精神分析的移情神经症那么强，它们还是相对地强于一般的关系。

精神分析治疗中的移情

精神分析治疗中，发展移情和理解移情是治疗者最重要的手段之一。通过它，能使病人的困难问题重现，能了解病人的深层内心世界。可以说，这个过程也是精神分析治疗与其他形式心理治疗最大的区别之处。

从另一个同样重要的角度看，通过移情能使病人回忆起所忘却的事情——潜意识里的冲突和心理痛苦的原因。通俗漫画里，病人会在心理治疗中戏剧性地回忆起童年生活时的事情。这种回忆，实际上是逐一分析被长久忘却的片断记忆的结果，有时是在移情关系中再次体验既往生活事件的结果。通过移情，病人既了解了既往所经历的事情，也理解了这些经历

是如何在此时此地重现的。

一个人的心理活动中，有很大一部分是通过运用个人的思考方式，使意识之外的事物保存在潜意识之中。由于移情通常涉及人际关系中被长久忘却了的冲突，病人往往不愿再体验那些冲突所包含的感情、思想和记忆，这就是造成他们拒绝与精神分析治疗者合作、甚至中断治疗的原因。因此，如果要想有效地运用移情使治疗获得成功的话，就必须理解这种阻抗性的移情观念。

移情的形式

在第三章里已经讨论过治疗联盟或工作联盟的形成，随着病人的受挫，往往会形成最初的移情。再随着治疗的进展，不同的病人会有不同的移情方式，每一个病人与治疗者之间都有其独特的移情关系。初学者过去往往没有体验到来求治的病人会有这么多的爱、性欲、受挫感、恨、贪得无厌、绝望等等表现，以至于会一时不知所措。

如果初学的精神科医生以往没有考虑到精神科医生与医学临床各科医生在医疗过程之中角色上的差异的话，面对如此强烈的移情，将会一筹莫展。因为，在其他临床各科的治疗过程中，没有任何一个医生会把自己作为病人强

烈感情的客体，允许病人在自己身上体验病人痛苦的成因，同时会产生如此强烈的感情反应（反移情）（见第六章）。

精神分析治疗者必须有信心把移情作为一种治疗手段。初学者往往担心帮助病人建立起移情之后反而会伤害了病人。这种担心是没有必要的。因为，事实上，治疗者只是创造了一个条件，让病人将内心深层的活动表现出来而已；只是通过这种途径来探索出一条如何使病人达到心理平和之路而已。

在移情中开展治疗

在跟病人讨论了最初失望的移情，并初步建立了治疗联盟之后，心理治疗者必须对病人的许多相互作用保持警觉。虽然这些相互作用表面上看来像是例行公事，或者看来像是促进治疗的开展，其实，病人将运用一切可能的相互作用去表现过去，让“强制重现”，对治疗者形成并表现出移情反应。

在此阶段，病人开始对治疗者表现出好奇，或者抱怨治疗者对他的问题不够关心。有的病人会拒绝与治疗者合作，或者委婉地宣称治疗者已经获得了成功，该是结束治疗的时候了。总而言之，在此阶段，几乎所有的反应形式都可能发生。

下述这些原则有助于心理治疗者处理这样的移情。首先，治疗者必须始终保持头脑清醒，知道病人对治疗者是怎么想的，有什么样的感情，而不要简单地认为病人对治疗者的评论都是客观的、公正的、不偏不倚的。另外，为了帮助病人理解移情并促使病人处理移情，治疗者必须把病人的注意引导到病人自身，让病人知道自己的想法。为此，治疗者可以请病人谈一谈自己对治疗者的看法和感情（见表 5-2）。这样，就可以使病人和治疗者的注意都集中到同一个问题上，使移情更为清晰可辨。

表 5-2 精神分析治疗中移情的运用

使过去经历重现
帮助回忆既往生活史
帮助理解在所有处境中的个人反应

下面是一个处理移情的案例：

一个 30 多岁的男子在妻子初次怀孕之后越来越焦虑而来做治疗。大约 6 个月之后，他妻子临近预产期，他提出在妻子分娩之后就结束治疗。他声称，治疗者已经给他很大的帮助了，使他能够继续生活下去，并且万般地感谢治疗者。然而，治疗者心理明白，病人依然为许多冲突所苦恼，使他认识不到在学校里、工作单位，以

及与亲朋好友之间在关系上的一系列问题。而这些情况，治疗者都已经告诉过病人。因此，治疗者认为，病人想终止治疗是一种阻抗，为的是避免由于治疗的进展而揭示出病人潜意识中的冲突和恐惧。

为了让病人注意到自己的移情，治疗者问道：“你说我给了你很大的帮助，还感谢我，你能再告诉我你目前对我的看法吗？你对我是怎么看的，特别是自从我告诉你我们还有许多事情要做之后？”病人很生气，认为治疗者的问话过于唐突。治疗者请病人仔细地想一想。尤其是想知道，为什么会认为治疗者是一个冒失鬼。病人谈出，他认为治疗者并不是真心地想帮助他，而只是想拿他来做研究。接着，治疗者很有分寸地指出，病人以前总不愿意暴露自己的想法，可能还有不少问题还没谈出来。由此而引出病人一大堆抱怨治疗者的话题，暴露了先前积压在心中的怨恨。

病人把事情都摆了出来，治疗者并不予以反驳。这个病人继续接受治疗。随后的两年里，主要集中于他与专横、自私的父亲之间的关系上，这是他早期移情反应的根源。通过这个案例主要是说明，要把病人的注意引到移情上来，让病人认识到这种移情已经阻碍了对事物进一步的揭示，以使治疗得以继续进行下去。如若

此时治疗者容忍不了病人的怨恨之情，不能心平气和地对待病人的指责，治疗就有可能流产。

移情如同阻抗

精神分析治疗中，病人往往对移情矢口否认。他们会声称，自己对治疗者的感情十分恰当，没有必要去深究；或者即使有移情，也都是无关紧要的，并且早已消逝，不值得浪费时间和精力去追究其根源。这时，治疗者应该向病人介绍一个移情的范例，使病人由此而得到启示，从而暴露自己移情的本质。

在这个范例中，应当告诉病人：心理治疗是一种特殊的情境，一种提供观察事物并使事物发生变化的情境。其间，虽然病人所注意不到的那些体验被放大了，可移情的情境仍然是遵循人类心理活动的规律。也就是，我们现在的感情和观点，都是从过去关系中的感情和观点转化而来的。从心理学的观点来看，这些感情是十分真实的。不论这些感情是被什么引发出来（包括治疗者的行为），在心理治疗中看到它们是十分有用处的，因为，由此可以了解到病人的困难是怎么造成的。下面的例子就说明了这一点：

一个高级知识分子，女物理学家，在她丈夫一再催促下很不情愿地来做精神分

析治疗。她丈夫发现她越来越怪僻，越来越缺乏感情上的交流。她对她的女治疗者声称：她根本不相信精神病学，并且坚决不让治疗者了解她的困境。治疗者征求她对治疗者的看法，她不但不谈，而且指责治疗者对她纠缠不休。确实，在这么强烈的移情下，很难建立必要的治疗联盟。治疗者花了几个星期的时间向她讲解上述的范例，最终，病人谈出她的丈夫像她的父亲一样粗暴而固执。她承认，从第一次治疗起，她就试着学丈夫的样子，用粗暴的态度对待治疗者。从此以后，病人就能较好地运用移情去了解自己。她的治疗得到了进展。

这个例子也说明了，在移情中会把另一个性别成员的问题转到治疗者身上。确实，如果充分地了解了移情，就会发现治疗者既有可能被当作病人的父亲，也有可能被当作病人的母亲；既会被病人所爱，也会被病人所攻击。下面就是这样的例子：

一个 50 多岁的妇女由于无法适应女儿们长大成人先后离家而来做精神分析治疗。治疗进行得很成功。当快要结束治疗时，她对她的男治疗者说，她感到与治疗者之间产生了她长大成人时对母亲的那种爱。她感到治疗者帮助她摆脱了与女儿们

难舍之情。她记得，在她离家上大学时，她母亲曾经帮助她摆脱与母亲难舍之情。治疗者并没有把这一番话简单地理解为充满感激之情的赞扬，而认为是一种新的移情，将对母亲的感情指向了治疗者。由于病人已经学会如何处理在治疗中的移情，治疗者问病人是否对母亲还有别的感情。她随后发现，只要她想到母亲让她离家就生气，对父亲也是这样，病人回忆起女儿离开她时她的气愤。当治疗者将要结束治疗时，这气愤就指向了治疗者。这样，通过移情，就可以深入地理解病人对父母亲、对女儿们的气愤。

经过治疗，病人认识到自己由于分离而产生的气愤，并且认识到自己对母亲、父亲、女儿们，以及任何要跟她分手的人——不论是男性还是女性——的感情里既有气愤又有爱。

移情是复杂的。它可以有性别交叉。它可以包含对不同性别、不只一个人的体验而产生的感情。它可以是正性的，也可以是负性的感情。需要指出的是，一旦它由此时此地所发生的事情引起，就必须了解它到底来自何方——这是研究个人既往经历影响现今体验的一个途径。

色情的和攻击的移情

当移情较强烈时，正性的或爱的感情就可能含有色情的愿望，而负性的或攻击的感情则可能含有破坏的或恨的愿望。这些强烈的感情，代表着病人在儿童心理发展关键时期与父母、兄弟姐妹，以及别的重要人物之间关系的再次体验。由于“强制重现”的作用，将它们带进与心理治疗者的关系之间。如果不去注意它，绝大多数病人是不会意识到这一层关系的。正是由于治疗者巧妙地揭示了病人移情的机制，才使这些感情得以进入意识，使得造成病人心理痛苦、形成病人人格的重要原因暴露了出来。

下面是一个说明色情的和攻击的移情的例子：

一个 25 岁的男子在完成学业、即将开始职业生涯之时变得抑郁、焦虑，并出现恐怖症状。经过 6 个月精神分析治疗之后，他发现有些不喜欢自己的女治疗者。在治疗过程中，他谈了许多梦的内容。在梦中，他与不少女人相好，但没有一个女人对他来说具有吸引力。同时，治疗者发现病人来做治疗时开始讲究修饰打扮，注意到病人每次来做治疗都要换一套衣服，而且谈了许多有关女人们是多么喜欢他，多么喜

欢与他发生性关系之类的话。治疗者有好几次想到，是不是病人在向她显示自己的吸引力。经过一些努力，病人终于承认：他发现治疗者很有吸引力，并很想跟她交朋友。

随后两年，病人总对治疗者表述爱及性的愿望，并对治疗者拒绝与他约会十分恼火。这种感情一直持续到治疗的第三年（每周两次），病人才意识到在儿童时母亲对他总是百依百顺，而他当时总想：若是没有父亲该有多好。他害怕开始自己的事业，实际上是不愿意投身于成人社会，不愿意在情场上与男人们较量的表现。

移情的修通

虽然强烈的移情可以被病人当作“防御”的手段，用以避免想到形成病状的困难问题和冲突。但更多的是，移情提供了一个理解和“修通”病人早年重要生活经历的机会。许多障碍，尤其是被传统精神分析家称为“神经症”的那一种，主要是由于对父母强烈的爱和恨的恋母感情而造成的。这种病人的移情虽然可以在治疗中重现，而被模模糊糊地认识到，却强有力地影响了病人的思想、感情和行为。治疗者必须将它们提到意识水平上来，让病人认识和理

解这些冲动到底是怎么回事儿，这样一来，这些愿望也就不会像在幼儿期那样如同洪水猛兽势无可挡了。这就是“修通”。

应该知道，即使修通过程已经发生了，婴儿冲动还能在潜意识中再找到庇护所，还能引起心理冲突和痛苦。为此，成功的精神分析治疗的目的，在于教病人如何在结束治疗之后自我探索，以解决今后生活中可能发生的心理困难。在揭示移情的过程中，病人将学会许多自我探索的技巧，而这些技巧在治疗的结束阶段将更趋完整。

第六章 反移情

反移情是治疗者对病人的情感反应，是治疗者对病人的移情，是治疗者对病人移情的反应。就像所有的移情一样，治疗者的反移情也是潜意识冲突的结果。然而，这些未解决的冲突是治疗者的，而不是病人的。问题在于，在给病人做心理治疗时，这种“反相的移情”会搞乱治疗者的判断，影响治疗的正常进行。

反移情有许多种，并且可以发生变化。它们往往由发生于治疗者生活中的事件所形成。治疗者成长阶段中的诸如亲密关系、成就、年龄等情况也可能影响到治疗者对待病人的态度，使得治疗者对病人的某些事情更为敏感；而病人一切种类的强烈移情，如色情、攻击、贬低、理想化等，都可能激活治疗者既往生活中的事件。治疗者会发现：病人所谈的事情都在治疗者自己的生活中发生过，因此治疗者也会有相应的情感反应，而且对其中某些事情的情感反应尤其强烈。

对于初学者，反移情往往会发生在结束治疗的阶段。此时，治疗者和病人都面临如何安

排结束治疗的问题。对病人来说，是治疗的结束；对治疗者来说，既是治疗的结束，也是某一个生活阶段的结束。因为，治疗结束之后，治疗者在获得成就感的同时，面临即将离去，与同事们和朋友们告别的问题。这种复杂的情感互动，会使病人感到治疗者忘记该是结束治疗的时候了，就像下面这个例子：

一个年轻的治疗者正准备结束学习精神分析治疗，然后搬到另一个城市去。他感到已经取得了很大的成功，同时又有些伤感。这时，病人准备再次结婚。治疗者担心起病人此举过于莽撞，害怕会发生什么不幸的事情而“伤害”了病人。治疗者发现自己的这种感情有些不对头，就与一个同事探讨此事。这个同事听完他的叙述之后说，看来病人的决定是对的，而且病人所说的不过是治疗如何帮助了他，以及他将会想念治疗者之类的话，并没有什么更深的意思在里面。当晚，治疗者做了一个七月份下大雪的梦。他思考自己为什么会做这样的梦，从而依稀记起与父亲的分离。那是一个寒冬腊月，当时他才3岁，身染重病，幼小的生命岌岌可危。治疗者认识到自己所焦虑的实际上是分离，把自己与父亲分离的焦虑安到的病人身上了。认识到这些之后，他对病人的过虑大大地减

轻了，重新确定病人所取得的成功。

这个例子中的治疗者，开始时从病人那里看到自己所关心的和所害怕的事情，防止了因取得成就而产生的骄傲。但由于他既强调了错误的内容（即焦虑），又忽略了重要的内容（即成就、成功和竞争），因而曲解了病人的话。好在他适时地找了一个同事帮助他解决了这个反移情。

最近，反移情这个词的含意已扩大到治疗者对病人几乎所有的情感反应。这种反应，可能阻碍对病人的了解，也可能帮助对病人的了解。治疗者可能就是通过观察自己微妙的情感反应而注意到病人的主要冲突，随后再通过自我分析去探索这些感情。这些感情，作为治疗者潜意识的反映，也表现在对隐藏在病人的言语、行为或幻想中的意思特别的关注上。下面就是一个例子：

一个孤僻的中年女教师冷冷地指责治疗者，这儿也不对那儿也不对。她说：“我不想跟你谈，我觉得你无法接近。你根本不关心我。”而治疗者对此的反应则是疏远病人，感到跟病人在一起枯燥无味，很没意思，并被病人的指责所恼怒，因而妨碍了治疗的进展。不久，病人认识到与人感情上的疏远是由于家庭成员之间的关系所造成的。她感到在家里从来也没有被人爱

过，总是受家里人的指责，尤其是她母亲。于是，她将自己的感情封闭起来，认为今生今世再也不可能与别人会有亲密的关系。治疗者一直考虑，为什么病人用她母亲那样的吹毛求疵和感情上疏远的态度来阻碍自己实际上所渴望的赞扬和被人所爱。了解了这一切之后，治疗者才认识到，原来自己对病人的感情也带有伤害性，也像病人一样无法接近。

初学者经常担心自己的能力、害怕督导的批评、对学习新技术信心不足，因而一旦病人责备他们缺乏经验或者方法不对头的时候，就会感到大失面子。他们在具有敌意的病人面前显得特别的脆弱。这种病人专门伤害治疗者的感情，使治疗者感到跟他们打交道索然无味，就像前面这个例子中那样，治疗者感到病人枯燥无味、无法接近，从而妨碍了治疗的进展。可是，好在治疗者能够认识到自己的体验是病人长年情感态度的翻版，及时地纠正了。精神分析治疗者要善于体察自己的情感反应，把它当作理解病人体验的一种渠道。往往有这样的一种情况：治疗者的反应越强烈、越尴尬，就越能反映出病人所隐藏的关键性的冲突。

一致的和互补的反移情

反移情反应有“一致的”和“互补的”两种形式。前者是指治疗者与病人的感情认同；后者是指治疗者与病人过去生活中的某一个人（通常是父母之一方）认同（见表 6-1）。上述的例子中，治疗者被病人所激怒而产生伤害对方、贬低对方的态度，称为一致的反移情。也就是说，此时治疗者与病人通常具有的情感态度产生共情。如果治疗者抵制住这种一致的认同，而是以自我防御的批评和敌意进行反击，就是互补的反移情。也就是说，采取了病人过去生活中某一个重要人物的态度。在前面所举的例子中，如果治疗者产生的是互补的反移情，那就将采取病人母亲那种吹毛求疵的态度。而病人则已经把母亲这种态度内化成了自己过分严厉的良知。

表 6-1 反移情反应的形式

一致的：治疗者与病人的情感态度发生共情

互补的：治疗者与病人生活中某个重要人物的
感情发生共情

反移情中蕴藏着巨大的情感力量。互补的

反移情能够破坏治疗者善良中立的态度，延缓治疗的进展，而不是帮助病人解决婴儿时期的冲突。如果治疗者善于处理自己的反移情，则可以作为治疗的最有力手段，对病人的症状进行解释，如下面的例子所述：

经过几个月的治疗之后，前述的那个为人孤僻、与人疏远的女教师苦涩地谈到她可能永远不会结婚，因为世界上的男人没有一个是好东西。她告诉治疗者，她的整个爱情生活都令她感到失望，她曾经受过专横独断、吹毛求疵的男人的虐待等等。治疗者指出，她的这些遭遇是她自己造成的，由于她有施虐和受虐的性观念，在找男人的时候，潜意识里所找的都是先诱惑她而后背叛她的男人，而且这种情况一而再、再而三地重复。病人听到这里不禁勃然大怒，认为治疗者在对她进行“诋毁”，并冲向前去攻击治疗者。治疗者也被病人凶狠的攻击所激怒，同时又为自己讲话过于直率惹来的麻烦隐约感到内疚。他控制住自己的感情，冷静地思考事情的经过，然后对病人说，他很佩服病人克服了种种阻力最终将自己的性愿望讲了出来，可能病人还没意识到已经把治疗者当作另一个引诱她、想跟她套近乎，然后又轻蔑、虐待她的男人。病人同意治疗者的解释。同时

承认，惹得她勃然大怒的第一个解释也是对的。

若是正视自己的幻想生活，病人就会发现是她自己把事情搞糟的，却反而怪罪所有的男人都不是好东西。治疗者意识到，自己的第一个解释一方面出于建设性的共情冲动，另一方面则出于病人令人生厌的抑郁、失败主义、对人性的贬低所激惹。如果对自己这后一种态度感到的内疚持续时间过长，就会使治疗者陷入困境，使刚刚开始显露出来的冲突无法继续暴露，因而必须及时认识，予以纠正。从这一案例可以看到，治疗者既体验着互补的反移情，又体验着一致的反移情：与病人的抑郁、无望、受挫的认同是一致的反移情；而被病人的愤怒、伤害的态度所激惹，则是与病人既往生活中爱挑剔的父母的认同。这两种反移情的同时存在，有助于对移情-反移情的处境做出解释。

应当注意到，病人不是想隐藏地就是想公开地击败治疗者。其目的是让治疗者也尝尝生活中被击败的滋味。正是这种生活中的被击败，使得病人来做心理治疗。使治疗者的努力一事无成，也是病人与治疗者竞争的手段之一，因为治疗者的权威让病人妒忌。一个年轻的治疗者要讨好督导，要克服缺乏经验而引起的焦虑和内疚，还要面对病人的这种挑战，因此心理治疗工作对他们来说绝不轻松。那些病情严重、

充满敌意、富于攻击的病人伤害了治疗者的自尊，必然会导致治疗者产生怨恨的反移情。通常，这种怨恨表现为治疗者对治疗失去兴趣、畏缩不前、心里暗暗地盼望病人提出中断治疗等。对于边缘型人格障碍、精神病和有自杀企图的病人来说，治疗者这种冷冰冰的态度会增加病人自杀的可能。因此，经验丰富的治疗者在这种情况下则善于把握住自己的情绪，谦虚、谨慎，以免发生危险的移情-反移情态度。

我们应该认识到，连最好的治疗者也无法完全地控制治疗的成功与否，因而采取关心病人的态度总是能够保护治疗者不受攻击移情的伤害。有的病人会说：“如果对我的治疗失败了，这证明你这个治疗者是个失败者。”这无疑对治疗者是一种职业自尊的挑战。对于一个曾经成功地治疗过许多病人的有经验的治疗者来说，抵挡住这种挑战并不很困难。对于一个年轻的治疗者来说，则应该记住：这种移情是极其普遍的，每一个治疗者在职业生活中都会不只一次地遇到这一类的问题，特别是那些最终将取得良好疗效的病人更会如此。积极的态度是深究这种移情的原因，探索其潜意识的冲突。

治疗者需要有一种“分裂”的本领来包容和加工反移情；其一半是对病人作出情感反应，另一半是诚实地观察自己，了解自己反移情的感情，以便作出有用的解释。这里，特别要注

意自己被病人所激起的恼怒，不要在被恼怒的感情所控制时讲些不该讲的话、做些不该做的事。也就是说，在这种情况下，不要感情用事。要注意病人往往会抓住治疗者此时讲的一句话而断章取义、大做文章。另外，即使治疗者在生气时所做的判断是正确的、所做的解释是正确的，也会被认为是早年创伤的重现，而不被认为是**对病人的帮助**。

治疗者应当学会会有意识地去发现一致的反移情和互补的反移情的技巧。强烈的移情，会使病人把治疗者当作反派人物，就像病人既往生活中的反派人物一样。治疗者此时就要抵制住自己互补的反移情，同时还要发现自己感情中那些与病人一致的体验，以便探索病人通常的情感态度。

一个聪明而有成就的精神分裂症女病人小声地抱怨道：“我不想每周来两次，也不想支付因为有事而失约的治疗费用。我想就到此为止，或者去做别的治疗。我之所以到这儿来，是因为我不能与人建立亲密关系，现在看来我仍然不能。”这个病人还小声地抱怨治疗者剥削了她、不诚实、十分傲慢，因为治疗者的脸上总是一副冷冷的表情。对于病人在技术上以及伦理上的无端挑衅，治疗者心中不禁涌起一股强烈的愤怒。然而，治疗者很快遏制住自己这

股感情，回想起病人谈到她母亲来信、来电话和来访时的情况。病人的母亲对病人事事不满意，对病人的穿着打扮、姿势动作、头发颜色、身体体型、居室布置、社会交往、生活方式等整天地碎嘴子唠叨。于是，治疗者指出，病人过去有许多被贬低的体验，并且询问病人是否觉察到自己的愤懑，因为她是小声地以间接的方式来表达内心的不满。病人承认自己平时总在生气，认为自己处于孤立无援之中，而且被人剥削。到此为止，治疗者终于通过这种途径发现了病人的家庭经历，以及家庭对她攻击行为的影响。

这个例子里，治疗者被当成了一个剥削病人的反面人物，于是在互补的反移情里感到强烈的敌意。然而，治疗者还是能够包容和加工这种感情，找到了与病人认同的途径（见表6-2）。

如同上述例子表明的那样，治疗者首先应当解释和解决负性的反移情，然后再去解释和解决负性的移情。在解释病人的敌意时，治疗者必须把自己放在病人的位置，设身处地地去理解为什么病人会这样表现。如果只是指出病人的攻击表现，而不去探索其原因，病人所体验到的只不过是一个批评或攻击而已，什么问题也解决不了。

表 6-2 反移情的加工

治疗者应该：

对自己的心理发展及生活事件保持清醒的
头脑

不要把病人的感情往自己身上揽

不要让反移情见诸行动

运用反移情以帮助解释

运用反移情愤怒去理解病人的敌意

检查自己的情感反应，作为了解病人动力
学的线索

将移情和反移情结合起来诊断边缘型人格
障碍病人自我与客体分离的形象

当体验到互补的反移情时，要寻找一致的反
移情

对边缘型人格障碍病人的反移情

针对不同诊断的病人会出现不同类型的反移情。边缘型人格障碍病人是一组难以将自己的爱和恨的感情整合在一起的人。他们对自己是这样，对别人也是这样。在分析治疗的过程中，边缘型人格障碍病人最典型的表现是对自己以及别人既有正性的又有负性的形象。这些正性的或负性的形象往往是分别地表现，而不是兼合为一体同时表现出来。由于病人在感情上前后矛盾、捉摸不定，使得治疗者的反移情

也就由前后不同、无所适从的情感反应所组成。下面是一个例子：

一个边缘型人格障碍的女病人抱怨自己情感上孤独、抑郁、性压抑和剥夺，出身于一个虔诚的清教徒家庭，病人注重良心和母亲严格的宗教禁忌。在许多次治疗中，病人都谈到母亲的批评。一次，病人谈到梦中母亲站在桌子上面，用手指着桌子下面畏缩着的病人。第二次来做心理治疗时，病人要求治疗者解释她的症状。病人坚持说，几个月过去了，治疗者应该对她有一个全面的了解。还说，治疗时间太长了，可能做别的治疗会好得更快。治疗者为还不能给病人一个满意的解释而感到难堪，希望能做些什么去平息病人的怒气。不难看出，这时候的治疗者已处于病人平时的位置，就像梦中“畏缩在桌子底下”一样，而病人则扮演了母亲的角色，“站在桌子上”指责和恫吓。

由上面这个例子可以看到，边缘型人格障碍病人在不同的时候会扮演不同的角色。前一天，病人还是一个受气包似的小孩子，第二天就会变成颐指气使的母亲，把自己那一股小姑娘似的恐惧感情整个地按到治疗者头上。治疗者的任务是将前后不一的移情，以及随后而产生的反移情整合在一起，以便理解病人真正的

内心活动。

其他反移情

当然，除了激怒和防御的反移情外，还有许多其他形式的反移情。通常，治疗者的厌烦情绪就是一种，表明病人正在处理重大的冲突性的和防御性的感情和冲动，而且时常发怒。对病人保护的感情，表明病人情感上脆弱，需要小心谨慎和老练圆滑地对待。但这也可能是潜意识里移情-反移情的结合，以避免与病人产生冲突。治疗者在独自面对此时此地具体的事情时，会陷入一种反移情的圈套，忘记了自己的角色和治疗契约，不去探索病人原始的冲突和动力学的因素。

自恋型人格障碍的病人往往会把治疗者理想化到超人的程度。治疗者既不要为病人那些过头的奉承话而发窘，也不要为这些话而冲昏头脑。两种态度都会妨碍治疗的进展，因为这两种态度都使治疗者不再去探索、不去与病人对质。

色情的移情会激起色情的反移情。这对初学者来说，是最难处理的问题之一。他们往往感到窘困，不敢将这种色情的感情告诉督导，同时又认识不到这种感情是理解病人性（往往是恋母的）或攻击防御机制的途径。那些高级的

色情移情和反移情往往不被认识，因为治疗者将它们理想化了，使它们看起来不具有性的色彩。色情的感情往往表达了病人在治疗关系中害怕分离、攻击等感情。这种感情应该被尊重，以便从中了解病人的冲突和早年生活。治疗者运用反移情能力的增强，意味着他治疗技巧的提高。

治疗者需要精神分析和督导

精神分析治疗反过来也会作用于治疗者本身的潜意识和意识里的愿望、恐惧和冲突。治疗者对自己没有深入地了解，就不可能进行此项工作。弗洛伊德认识到了这一点，特别嘱咐准备从事精神分析的人在经过训练之后还要定期继续接受精神分析。他还提出自我分析的实践。他之所以提出这种建议，是因为他感到在治疗过程中，处理病人的潜意识过程必然会引起自己潜意识的反响。如果不认识、不了解这一点，治疗者就不能有效地进行工作。而今，这个原则往往被忽视，也就影响到治疗的进行。

从事精神分析的治疗者只有从工作中去提高自己的认识能力，以及提高运用反移情的技巧。对那些只想做一点点精神分析治疗、只想给少数几例病人做心理治疗的精神科医生来说，要考虑到投入精神分析心理治疗的时间和

精力可能与成果会不成比例。对自我的理解是进行精神分析治疗的不可缺少的先决条件。若
要找个代替的办法的话，只有找一个这方面的
专家定期进行督导。在这种情况下，精神科医
生才有可能学会处理反移情，才有可能理解这
种心理治疗。

第七章 梦

弗洛伊德称梦的精神分析为“通向潜意识的捷径”。在精神分析治疗中，治疗者可以通过梦帮助病人了解内心的活动（见表 7-1）。治疗者也可以通过梦来了解病人是如何进行思考、感受、防御和阻抗的。梦提供了一个窗口，透过这个窗口，可以看到病人生活经历中非常重要的潜意识的观念和记忆。对病人来说，梦的分析也是帮助他们进行自我检查的一种重要手段。

表 7-1 心理治疗中运用梦的目的

澄清防御机制和阻抗
帮助认识和解释移情
将病人潜意识的动力学、冲突、记忆提到意识水平
帮助自我探索的学习

心理治疗中梦的运用

1. 治疗早期梦的运用

治疗早期，在最初的询问还没有引起病人出现强烈的防御反应之前，梦就可能揭示病人的问题和冲突。治疗开始阶段，梦的解释只应该局限于梦者的经历、梦的显意，就像揭示现实生活中的幻想一样（见表 7-2）。精神分析治疗者在这个阶段更注重病人目前的经历而不是过去的经历，对于梦也是一样，更注重于病人目前生活中可能构成梦的材料。

表 7-2 心理治疗中运用梦的技术

治疗早期：

局限于目前生活经历和梦的显意

认同和说明梦的防御机制和阻抗

局限于梦的移情表现

治疗后期：

运用梦去指出潜意识愿望、恐惧和冲突

这种将梦局限于病人目前生活的做法，会使病人认识到，梦是与醒觉的现实生活经历相联系的，是可以被觉察、被理解的。这种初步的理解，为病人更深一步地理解梦的潜意识意义做了准备，使病人今后能够认识到梦是儿童期愿望和恐惧的反映。通过这个途径，那些隐

藏的困扰着病人的问题就会慢慢地被揭露、被觉察、被理解，并在此基础上被病人所掌握。从这个角度上来看，梦也是一种供病人“表演”和理解的心理功能模式。下面是一个例子：

一个年轻的单身女实习医生在前些年一直感到学习成绩满意，心情愉快。可是，毕业后的第一年实习期间，她却为经治一个重病人而感到越来越焦虑。尽管她的学习成绩优秀，却认为自己知识贫乏，无法胜任工作。为此，她在6个月前开始了每周两次的心理治疗。

一天，她被分配去负责一个患病毒感染病人。尽管她全力救治，病人还是死了。参加治疗的医生，包括有经验的高级医生，都认为这个实习医生已经尽了全力，但她却认为是自己延误了病人。当晚，她精疲力竭地上床，很快就进入梦乡。梦中，她独自一人在一个陌生的地方——一个谁也不认识、哪儿也不熟悉的城市。开始时，她感到不知所措，接着为自己缺乏主见而羞愧。她注意到自己是在一个火车站附近，于是决定走进去问问这里到底是什么地方。她想，她能够找到一个书店，去买一本地图册。她盘算着下一步怎么做。这样，在梦中的她就感到踏实多了。

第二天，在开始心理治疗时，她就谈

到病人的死对她的情绪的影响。很快，她想起了前夜的梦，并讲了出来。治疗者想到她在治疗中很少涉及梦，于是问她对自己的梦是怎么看的。女实习医生说，这让她记起前一天病人死时的感觉：当那个重病人被收进病房时，她感到不知所措，紧接着就感到羞愧。治疗者指出，她的梦反映了她的情绪，同时，梦也表明她正在寻求解脱这种情绪的办法。

2. 治疗中期梦的运用

上述女实习医生在大约 6 个月之后又有一次相似的经历，还是因为一个重病人使她感到困惑和羞愧。这时，治疗者对她已有了进一步的了解，知道她为人谦让而多思，不愿当众显示自己的医疗技术，尤其是这些技术引起别人注意之时。在这一次讨论梦的时候，治疗者注意到她把自己形容为迷路而困惑，即使还可能有别的解决办法，依然是在寻找一个书店。治疗者很奇怪为什么她总是这样做。此时，女实习医生对自己的防御机制和阻抗有了一些认识，说她不愿意想到自己是一个活跃而能干的人，以免惹人注意。她的人格，以及由人格而派生出来的防御机制在梦中完全显露出来了。

3. 治疗后期梦的运用

一年之后，这个女实习医生依然不愿成为人们所注意的目标，尤其是她与男同事们一起

工作的时候。这种情况也在她对她的男性治疗者的移情中明显地表现了出来。虽然她常有约会，可是在社会生活中，她总是腼腆而谦让。她在与男朋友交往时总感到关系上不够满意，因为她总也不能热情奔放地去享受生活。

她又一次经历了相似的病人，又做了一个同样的梦。治疗者在治疗的第二个年头里与她讨论过许多她的梦，这一次又回到这个不断重复的梦中来了。治疗者请她详细地谈谈对梦中每一件事情的看法，比如那座陌生的城市、火车站、书店等等。这样，她过去的生活经历又被召唤了回来。梦中的火车站，使她想起从7岁起每年夏天都到火车站乘车去农村参加夏令营的生活经历。那时，她母亲总是眼泪汪汪的。她补充说，她已经有许多年不再想这件事情了。

回忆起这个情节，她谈到与母亲的关系。她母亲为人谦和，总是鼓励她努力学习，成为一个有学问的人。可是当她母亲发现她长大成为一个活跃进取的年轻人时，又陷入困惑之中。她母亲绝没想到她会上完大学，而且离开了家。虽然母亲口头上答应了这些，心里却为她的离去而悲伤。而她，在整个儿童时代都为与父母分离而内心冲突。想到这里，她注意到，在那个重复的梦中没有男人的形象，没有一个值得她放心大胆、热情奔放地去爱的男人。

通过对梦的认识，女实习医生想象的能力

增强了，能够更自由地进行联想。她逐渐认识到什么是她真心想要的，认识到自己在临床实践中产生的困惑和羞愧都是由她对母亲的感情中派生出来的，都是由她希望活跃进取以及对男人有吸收力的冲突而来的。

这个案例里重复的梦表明，早期梦的材料可能包含一个人人格核心动力学的线索，也表明梦的材料可以被用于精神分析治疗。先是运用梦的显意和病人目前的生活经历，随后理解移情和防御机制。随着治疗的深入，最后去探索、揭示潜意识的愿望、恐惧和冲突（见表 7-2）。这个案例中的梦成为心理治疗的关键，不断出现新的概念，从而产生新的前景，推动治疗的进展。这是个挑选出来的典型而清晰的案例。大多数案例的梦都不系统、缺乏这种戏剧性的结果，然而它们依然为精神分析治疗提供了理解病人的途径。

梦是潜意识冲突的指示物

在进行精神分析治疗的时候，由于防御的作用而使梦变得模糊不清。可是，当防御和阻抗被理解、被抛弃之后，梦就变得清晰起来。这种情况下，治疗者就能够把梦当作“路标”去发现潜意识里的愿望的冲突，像下面的例子所示的那样。

一个30出头的男病人，做精神分析治疗已是第三个年头。他已经觉察到自己总跟男性领导作对，反映了为赢得母亲的注意而与父亲竞争的感情。在有了这个认识的同时，他频频与女人们约会。这个现象特别有意义，因为病人最初的主诉是社交困难，尤其是见到女人时十分腼腆，可以说，病人是一反常态，变了一个人。一天晚上，在跟他十分喜欢的某个女人约会并发生性关系之后，他做了一个梦。梦中，他和他的男治疗者都打扮成健壮的苏格兰人，穿着苏格兰式的短裙去参加化装舞会。

治疗者问病人对梦中两个人的看法。病人说，这没有什么可奇怪的，因为治疗者是个苏格兰人。经过一段时间深思之后，病人谈出了对治疗者的看法，认为治疗者健壮有力，并幻想有一天自己也能成为治疗者这样的人。病人联想到自己对父亲也有相同的看法。无论他在什么时候想到自己与父亲有多么相似，很快就转到他们之间的差异上来，因为他总认为自己虚弱而父亲强壮。正是为了这个原因，他尽量避免与异性来往。他认为，可能是对母亲的罪恶感使得他避开那些可能与女人发生性关系的场合，由此可以看出，虽然男人可以穿苏格兰式短裙，而病人的苏格兰式短

裙则完全是女性化的象征。

此例的梦打开了新一层的潜意识冲突。病人通过梦而了解到自己目前的冲突和过去行为的模式。弄清了病人的梦，附带也弄清了病人的性关系，还可以看出治疗时防御在背后所起的作用。只有去掉这一层防御，才能看到潜意识的内容。治疗者应当知道，只有在材料充足的情况下才能进行深入地讨论，绝不可只凭一个梦就轻率地下结论。当然，如果梦意很清楚，治疗者也不要放过时机，因为这意味着，病人此时已经具备讨论这个新话题的条件了。

梦是移情的指示物

精神分析治疗的任何阶段，梦都是揭示移情本质的重要途径。不论移情表现为爱或恨、亲昵或愤怒、厌烦或兴奋、性的欲望或逃逸的愿望、合作或反对，均可通过梦的解释来看清其面目。下面的两个例子展示精神分析治疗过程中对待梦的技术。

例1：一个中年妇女在治疗的第一个年头里经常抱怨心理治疗对她毫无帮助。她谈起了一个梦。梦中，她是个小学生。下午，她和同学们在校园里玩。这时天空突然阴暗下来。她看见老师在远处朝她们招手。但是，病人不明白老师到底想跟她说

什么。

了解病人目前的生活经历之后，治疗者请病人谈谈对梦境中每一个情景的看法。病人指出，在梦中她不明白老师到底想跟她说什么，接着又说，虽然她不愿讲出来，她与治疗者之间也有同样的感觉。这说明，治疗者与病人之间的关系有问题，病人认为治疗者既不理解她，也缺乏与她交谈的能力。治疗者由此得到提示，又设法重新了解病人尚未被发现的事情。于是，治疗有了新的进展。

例2：一个40多岁抑郁、焦虑的病人梦见自己被一队士兵所追杀。他们用刺刀扎他。他躲到一张桌子底下。几个小时后，他从藏身之处溜了出来，逃走了。治疗者请他详细谈谈对梦中每一个情景的看法。病人想到，梦中的那张桌子很像目前治疗者所用的这一张。关于士兵和刺刀，他联想到治疗者在治疗之时常常抽烟斗，并用通条通烟斗。治疗者问病人，是否治疗者的评论就像刺刀一样，使他必须躲起几个小时。经过了一段时间讨论，病人承认了这一点。接着，病人记起与父母亲之间的经历是这种移情的基础。随后的几个星期里，只要病人认为治疗者伤害了他，就直率地告诉治疗者。这样，就有可能了解病

人在那些次治疗的情况，并了解病人过去的经历。

上述两个例子中的病人知道了自己的梦是怎么一回事儿，学会了如何运用梦去加深对自己的理解。如果病人已经能够运用梦中的情景作为出发点做些自由联想的话，就能学到很多，尤其是自己的移情。这样，也就大大地提高了病人对自己内心冲突的理解。

结束阶段的梦

精神分析治疗快结束的时候，有时可以看到另外一种梦的现象，即结束阶段的梦。在梦中，病人体验到自己的问题减轻了、被控制了，甚至消失了，体验到自己的移情被解决了，并与治疗者建立了成熟的关系。这种梦往往提醒治疗者和病人差不多可以结束治疗了。

下面是一个结束阶段的梦的例子：

一个 35 岁的妇女因心绪不良和焦虑而来做了两年精神分析治疗。一天，她告诉治疗者一个梦：“我跟你一起吃晚饭。我说，我已经不再感到焦虑和悲伤了。我们刚刚讨论过以往我缺乏自信心的问题。可是，我记得在梦中我很能干，当账单送到我面前时，我坚持要付款。然后，我走出来，进了我的车，开走了。”

从梦中的情境不难看出，病人已经表示是结束治疗的时候了。于是治疗者安排在一个月之内结束了治疗。

注意事项

最后谈些注意事项。没有一个病人是无师自通的，可以不经过治疗者的指点就能知道自己为什么做梦和为什么做这样的梦；也没有一个病人有能力理解自己的每一个梦。更何况还有一些病人，经过指点之后还不善于理解自己的梦。

需要注意的是，本章所举的例子都是经过挑选出来的意思上显而易见的梦，并非所有的梦都是这个样子。但是，心理治疗者不要因为梦意难解而灰心失望。重要的是在心理治疗中要努力尝试，运用这条途径使潜意识的内容上升到意识中来。这样，病人才能知道梦是另外一种思考形式，并由此而联想到内心的冲突所在。对于治疗者来说，只有在学会理解自己的梦的潜意识内容之后，才能解释病人的梦。别无它路。

第八章 结束

精神分析治疗绝大多数不预先安排结束的时间。在治疗开始的时候，治疗者就应当向病人讲明，治疗将一直持续到把病人潜意识里的冲突统统揭示出来，得到解决为止；持续到病人理解自己的内心活动为止，因而往往要持续几年。

随着病人与治疗者关系的加深，越来越多的事情被理解。而那些长期难以理解的事情逐渐被理解之后，病情就会发生变化。当病人感到人格中惹起麻烦的那一部分已经分离出去，那些曾经造成病人出现困难的问题已被排斥出去，病人学会了理智而又赋予感情地自我觉察的本领的时候，如果病人和治疗者都同意，就可以结束治疗了。

如何判断结束阶段的到来

治疗者必须记住，虽然治疗的目标跟病人的生活目标有关联，却又不同于病人的生活目标。但治疗目标总是以生活的需要和可能性

——某一段时间里可能达到的生活标准——为依据的。治疗的结束并不意味着病人已经认识到自己所有的企求和愿望。实际上，病人经过成功的治疗而进入结束阶段时，将体验到的是心理障碍大大地解除。这种解除，在病人和治疗者看来都应该是明显的。另外，病人内心的冲突以及所表现出来的症状应该得到解决，从而在行为上应该有持久性的变化。

不可避免地，结束治疗之后，病人生活中还会有些不尽人意之处。某些病人由于年龄或生活环境的缘故，可能会失去教育、婚姻、职业的机会，甚至在内心冲突已经得到解决之后，上述问题也不能够求得称心如意的解决。这些人应该从心理学的角度去理解和解决生活中的冲突。

在治疗中期结尾的时候，治疗者会注意到病人能够较深刻地理解自己的移情，并能认识不同的移情表现（见表 8-1）。病人对自己的心理活动有较深入的了解，并开始运用自我探索的方式去解决问题。这时，病人虽然不是在所

表 8-1 精神分析治疗结束的指标

病人感到症状消除；感到症状被排斥了
病人理解自己的防御
病人认识和理解自己的移情反应
病人能从事自我探索，作为解决内心冲突的方法

有方面都有所收获，至少在这些方面会有所长进。病人可以运用这种日益增强的领悟，去解决新的冲突。在此期间，病人和治疗者都会注意到没有新的内容出现，也没有任何新的阻抗。病人每天都在卓有成效地运用所学到的技巧去解决自己存在的问题。较为理想的是，由病人自己提出终结治疗。如果确实到了结束治疗的时候，病人仍然不愿意谈及此事，治病者就应该认为这是一种防御的表现。

当然，在病人提出可以结束治疗的情况下，治疗者也必须判断，这是一种阻抗，还是真的到了该结束治疗的时候。如果确实到了结束治疗的时候，治疗者应向病人表示：“是的，似乎我们该结束治疗了。”这表示终结治疗的开始，并将导致一系列新的想法和感情。至于具体什么时候结束治疗，则应由病人和治疗者双方协商。如果治疗已经进行了几年，这个时期可以长到6个月。

结束阶段的任务

对病人和治疗者来说，结束阶段有几项主要工作（见表8-2）。

表 8-2 结束的工作

病人：

回顾治疗经过

体验和掌握分离和失落

再度体验和掌握移情

开始自我探索

病人和治疗者：

确定治疗中令人失望的、局限性

的和失败的方面

讨论今后心理治疗的可能性

讨论今后的计划

1. 回顾治疗经过

病人回顾治疗的经过，再度考虑自己的生活史和冲突，将所学习到的东西巡视一遍。病人应自觉地意识到为什么来做治疗，通过治疗对自己的人格和心理发展有什么了解。这样做，能使病人体会到治疗的收获。对于病人和治疗者共同合作了一段时间的工作来说，这种回顾的过程通常充满着感情。病人感到骄傲、坚强、并感激治疗者的帮助。回顾的过程也帮助病人今后的自我探索，使病人对自己更加了解。

2. 体验失落心理治疗和治疗者的感受

病人在结束阶段会体验到强烈的分离之情，感到失去了与善解人意、热心助人的治疗者之间的联系。这种失落的体验会引起病人对另外一些人的移情认同，从而帮助了病人的成

长。治疗者此时往往也会感到失落——失去了一个成功的合作伙伴。因而，治疗者要注意自己在这时候的反移情。

3. 再度体验和掌握移情

在结束阶段，病人的病状常常复发，以前与治疗者之间的那些移情形式也往往会返回。治疗者不必惊讶，也不要为此而沮丧。因为，这种情况能够为病人提供一个练习新技巧和知识的机会。此外，分离的体验会产生新的移情，而这种移情有时会帮助回忆起儿童时期的移情对象。

4. 提高自我探索的技巧，作为解决问题的一种方法

自我探索是病人用自我深省的办法去发现冲突，去解决已被理解的冲突，是病人行使治疗者功能的开始，并将持续一生。这个过程需要治疗者细心的指导和帮助，鼓励病人克服独立自主时的移情阻抗。

无论病人多么有能力、多么聪明，移情总会干扰病人的治疗，尤其是病人往往会把治疗者当作父母一样的权威，认为治疗者充满智慧，能指引自己的将来，对治疗者产生依赖的感情。因此，治疗者必须向病人指出这种移情的残余，指出它们将阻碍病人的独立思考能力。下面是一个例子：

一个 35 岁非常聪明能干的专业人员，

由于难以与别人保持亲密关系而来做治疗。经过3年的治疗，病人工作表现明显改善，订了婚，并准备结婚，于是安排在6个月后结束治疗。当治疗者请病人回顾治疗过程中都学到什么时，病人突然变得疏远起来，还表示最好立刻终止治疗。他认为，回顾是一种对理智的挑战，他无法忍受。病人和治疗者立刻认识到这种疏远举动是另一种移情反应，病人经常用这种举动来保护自己，也正是由于这种疏远举动而来做治疗的。然而，病人是第一次受这种体验所影响而认为自己智力不行的。对这种新形式的旧移情有了认识之后，病人开始回顾整个治疗的过程，理解到由于治疗者提出结束治疗而使他心情不悦。

结束阶段的失望

生活中不可避免地会有失望，心理治疗也不例外，而且是结束阶段一种非常重要的体验。应该让病人（以及治疗者）认识到生活中有些事情是永远做不到的。治疗者必须认识到自己治疗的局限性（见表8-2），而这种认识对于解决病人的失望至关重要。

有时，治疗者由于对治疗的结果不满意，或者由于意识里或潜意识里对病人的治疗感到内

疾而不愿结束治疗，即使是治疗成功了，对病人的感情，或者病人对治疗者技术上的看法，也会影响治疗者做出结束治疗的决定。治疗者不愿意与病人分离、不愿意失去病人时，也会推迟结束治疗的时间，使治疗者忽视了病人独立的能力。

某些情况下，外界事件决定了结束治疗的时间。比如治疗者正处在实习阶段；治疗者所工作的诊所有规定的治疗期限；医疗保险所限等。当然，不论治疗者做得多么好，只要病人坚持要终止治疗，也只能单方地提前结束治疗。在这些情况下，治疗者可能会感到很难完成结束阶段的工作。而治疗者潜意识里对结束治疗的阻抗会以各种各样的形式表现，这样更增加结束阶段的复杂性。因而，治疗者要了解自己在结束阶段时的内心活动，以便更好地掌握治疗的进行，更好地帮助病人。

结束阶段，治疗者必须以适当的方式向病人讲明治疗的局限性，以帮助病人现实地面对未来。病人可能会问：“我是不是永远不会再感到这么焦虑了？”“我再想得到帮助该怎么办？”这种情况下，治疗者必须帮助病人了解这些话哪些是属于移情，哪些是现实的问题，至于今后的计划，则应包括如果生活环境改变或出现新的问题时下一步所应该进行的治疗。现实就是这样，因而不能不事先有所考虑。

如果确定还要进行下一步的治疗，而病人又不愿意接受的话，治疗者就应当向病人讲明利害关系，尽量说服病人以取得合作。结束阶段，无论病人想躲避下一步治疗，还是想提前进入新的治疗，都应引起治疗者的注意。对一个已经治疗很长时间的病人，最好还是告诉他结束过程实际上只是前面治疗的继续而已。那些已经能够把握住自己的病人，即使在治疗结束之后，也会感到自己依然处于结束阶段那样的整合状态。

下面是一个治疗者失落感和失望造成阻碍治疗结束的例子：

一个实习治疗者在正在医院里完成他的毕业训练，并打算私人开业。他的病人是一个跟小孩子打交道就焦虑的小学教员。治疗进行了两年。治疗还没完成，病人就提出无力偿付治疗费用。治疗者提出减收费用后，病人仍表示无力支付。这意味着病人不可能继续在医院里完成心理治疗。在结束阶段，治疗者和病人都只得加紧工作。虽然病人回顾自己在治疗中已有不少的收获，治疗者则认为病人还有许多问题没有解决，于是陷入深深的伤感、内疚的情绪状态之中，甚至还出现强迫性洗手的症状。他去找院长，院长安排他去找一位经验丰富的高年资的精神分析家做心

理治疗。很快，实习治疗者了解到是自己几时的经历造成了内疚感，并了解到是他自己的感情妨碍了给病人安排今后的治疗。治疗者认识到这一点之后，与病人之间的治疗立刻有了进展。病人也决定去找一份周末工作。虽然他依然无力支付已经减低了的治疗费用，他还是计划积蓄一些钱，然后再开始治疗。

什么情况下治疗不算成功

到目前为止，所给的例子和情况都有一个成功的结尾。但事实上，并不是所有的病例的心理治疗都能收到满意的效果。这时，治疗者还是要决定结束治疗的，或者病人在治疗者一再解释、劝说下依然决定结束治疗。在这种情况下，治疗者和病人不仅仅感到失望，有时会很生气——互相生气，生自己的气、生治疗理论的气、生督导的气。

如何对待这种情况，不是简单的几句话就能解决的。这时，重要的是治疗者要创造一种气氛，让病人能够充分地表达失望和气愤。做到这一点之后，就应当帮助病人考虑做别的治疗，或者做别的治疗安排。不论是经验缺乏的精神分析治疗者还是经验丰富的精神分析治疗者都会遇到一个共同的问题，就是他们对治疗

成功的期望值过高。于是乎，他们不可避免地都会给病人一种印象，就是如果治疗不起作用，就意味着失败。事实上，某些病人产生失败感是无法避免的。这是因为，不论治疗者怎样保持中立的态度，精神分析治疗绝不会一帆风顺、毫无周折的。

在治疗不成功的情况下，治疗者在结束阶段还是可以采取一些措施以减轻病人的失败感。首先，治疗者必须记住，不论病人的人格如何特殊，也不论病人存有什么样的心理问题，病人是一个不断变化的个体。某一次治疗不成功的病人，很有可能在以后的某个时候获得治疗的成功。如果治疗者明白这一点，并向病人讲清楚，不仅能减轻病人的失败感，还能增强病人寻求下一步治疗的意愿。

其二，到底什么样的治疗者给什么样的病人“配对”做治疗好，至今仍然是个谜。如果治疗者明白这一点，并向病人讲清楚，病人就会去找别的治疗者做治疗。在治疗结束阶段与病人坦诚地讨论这个问题，会使某些病人提出转到别的心理治疗者那里去的要求。这样，治疗者和病人都会认为这种做法只不过是“转诊”而已，并不是结束治疗。

如同别的任何治疗一样，精神分析治疗也不可避免地会有失败的时候。此时，治疗者采取支持性的、非说教性的、关怀的态度，将会

大大减轻病人的负性效应，增强病人今后治疗的可能性。

告别：治疗者的反应

精神分析治疗的结束阶段，包括了对病人和治疗者来说都要动感情的告别。众所周知，精神分析治疗时病人和治疗者之间有很浓厚的关系，这不仅促使病人心理上的成长，治疗者也会有同样的体验。既然所安排的治疗是为病人创造这种心理成长的环境，治疗者在与病人深厚的关系中，在帮助病人心理上成熟的过程中，不可避免地会对自己有新的理解，心理上会发生变化。因而，在治疗结束病人将要告别之时，治疗者会产生一连串复杂而相互矛盾的情感反应。

结束治疗时，治疗者一般都会体验到失落；为自己的成长而欣喜；幻想将来与病人相见等反应。对这些反应，治疗者必须心中有数。重要的是，应当让病人知道治疗者对他今后还会有所帮助的，如果病人还想回到治疗者这里寻求帮助的话。为此，如果治疗者与以前的病人不期而遇，还是应当互相问候，说说话，但是最好不要向这些病人要求慈善捐献、职业咨询之类的活动。因为，心存感激之情的病人虽然表面上不会拒绝治疗者的请求，却会大生治疗

者的气，而再也不愿去找治疗者寻求帮助。

可以运用自省的方法来帮助精神分析治疗者了解结束治疗时的感情。理解了自己与病人的关系，认识到了治疗的局限性，就会有助于治疗者做出适当的反应（见表 8-3）。另外，老师督导及与同事讨论既有助于治疗者的领悟，又可消除孤独感。无可置疑，个别精神分析或深层精神分析治疗在帮助治疗者了解自己的情感反应上的作用也是无法估价的。

表 8-3 结束阶段帮助治疗者的技术

训练有素的自省
熟悉精神分析治疗的局限性
督导
个别精神分析或深层精神分析治疗

第九章 实际问题及处理

所有治疗者在运用精神分析治疗时都会遇到一些实际问题。初学者往往感到这些问题棘手难办(见表 9-1)。这些问题有的属于基本的,比如治疗室的选择和布置、定治疗费、处理医疗保险、回答电话、安排休假等,有的则比较困难,比如如何对待自杀和危险病人、是否接受病人的礼品,什么时候给病人忠告、如何处理病人的躯体疾病、如何对待自己的失误等。

表 9-1 精神分析治疗中的实际问题

治疗室布置和位置	危险病人
收费	礼物
医疗保险	给予忠告
通电话	躯体疾病
休假安排	治疗者的失误
自杀病人	

治疗室的布置和位置

治疗室的布置应当简单、舒适,既不能太

严肃，缺乏人情味，也不能过分地表现治疗者的私人生活情趣。不要有治疗者家庭成员的照片，因为病人的移情往往也包括了对治疗者家庭成员——父母、配偶、子女——的看法。

治疗室的光线应适中。室内光线昏暗，会使病人产生诱惑之感；光线过强，则会使病人感到过分严肃而不舒服。

治疗者不要坐在办公桌后面的椅子上，与病人隔着一个办公桌而谈话。病人和治疗者的椅子都应以舒适为宜，并放在一定的距离，使病人感到亲切又不过分。

治疗室的位置可设在医院、诊所及家庭里。但对那些有冲动行为的病人或危险的病人，最好是在医院或诊所里治疗，以便得到及时而必要的帮助。

这里特别要提一下运用家庭治疗室的注意事项。由于来家庭治疗室的病人会知道许多有关治疗者的私人情况，因而必须有所选择，必须先通过电话里把情况了解详细。不要让有暴力行为、精神病移情以及冲动性性格障碍的病人来家庭治疗室。具有强烈的移情，再加上自我控制能力很差，易于采取行动的病人往往会侵犯治疗者及其家庭生活，比如他们会一而再、再而三地开车经过治疗者的家门；尾随治疗者的家庭成员；总想去破坏治疗者的宁静生活等，造成治疗者的诸多不便，有时甚至难以对付。

在电话里，治疗者可以问未来的病人如下问题：

①目前你有什么症状？

②你以前做过心理治疗吗？

③你用药治疗过你的精神障碍吗？如果有，什么药？（对这个问题的回答，可以提供诊断的线索，特别是应用抗精神病药物者。）

④你住过院吗？是在什么情况下住的院？

电话里病人说话的条理性、严谨程度、合适与否、前后是否连贯等都提供了是否可以来家庭治疗室的依据。比如，一个住在城市另一端的病人在报纸的一篇文章里得知治疗者的工作后，即给治疗者挂了电话，要求马上见到治疗者。这个病人就不一定适合来家庭治疗室，因为病人的行为表明他很容易迅速产生强烈而不合情理的移情。另一个病人在要求转诊的过程中从医生、朋友或亲属那里得知治疗者的名字。这个病人就适合来家庭治疗室。

对治疗者来说，在家庭治疗室工作有其舒适方便的一面，但有时病人的移情过于强烈也会构成一定的危险，而且治疗者防御的和过分自我保护的反移情，也会影响到治疗的进行。因而，若在家庭里设置治疗室，治疗者必须感到家庭和生活都有安全保障才行。

收 费

在医院和诊所外私人开业的心理治疗者一般根据地域的标准收费。治疗费用的规定应实事求是，一经确定下来，就不要随便改动。钱财往往与依赖、情感满足、罪恶感、贪婪、剥夺、权利等联系在一起，大部分病人都有这方面的冲突，并表现在心理治疗的内容中，因而心理治疗者应该对收费问题有清楚的认识。

不同的治疗者对收费持不同的态度。长程心理治疗的治疗时间表是预先安排好的，也就是说，病人预先“租”下了治疗者的时间，病人如果不能按时来做治疗，依然要支付预定时间内的治疗费用。治疗者这样做完全是公平合理的。当然，如果治疗者认为病人的缺席情有可原，则可另行安排治疗或在经济上作出牺牲。如果病人为支付缺席时间的费用而气恼，治疗者可通过这件事而了解病人气恼的原由，以及病人认为治疗者应该承担病人苛求的理由。

不是说治疗者不应该降低收费。为了治疗的顺利进行，对某些病人的收费可以降低。每一个治疗者在规定收费标准时，既应当考虑到自己的经济状况，也应当考虑到病人的承受能力。一般说来，治疗者与病人一起根据生活费用增长的情况每年规定一次治疗费用。对于那

些交费低的病人，治疗者可在病人经济条件允许的情况下进行调整。应该注意到，交费低的病人往往感到自己被婴儿化了，感到自己被治疗者特殊关照了，因而认为自己有责任用别的方法去关照治疗者，比如尽量忍让而不要生治疗者的气等。因此，治疗者必须把这些问题向病人解释清楚，打消病人的自卑感和顾虑。

通常，在评估阶段结束，还没有开始心理治疗之前，治疗者应该明确地与病人一起讨论收费问题。应向病人讲清楚为什么不能按预约的时间来诊所仍要收费。以“租”出治疗者的时间做比喻向病人进行解释，将有助于把问题讲清楚。较好的办法是让病人按月、按年去考虑费用，而不要让病人按小时去考虑费用。

鉴于经济上的原因，或者治疗时间按排上看法的分歧，病人有权去找别的治疗者。这种情况下，治疗者应帮助病人另找一个更合乎病人意愿的治疗者。然而，由于这时仍处于治疗早期，病人还没有跟治疗者形成巩固的治疗联盟，这种努力往往会不成功。

医疗保险

治疗者常常要与保险公司打交道，要填写各种各样的表格，要写报告等等，事情相当复杂。但是，治疗者也要让病人去保险公司处理

自己的账单。如果需要向保险公司报告病人的情况，应当得到病人的许可，并且要尊重病人的要求。

通 电 话

在治疗期间，当病人挂电话给治疗者，原则上是接电话或很快地挂回去。这时要仔细地倾听，以发现有什么问题，而不要在电话里做什么解释。然后，在下一次治疗时再了解病人挂电话的原因，并进行解释。

治疗者应当清楚，与病人的交往和了解病人的情况都应按治疗的计划进行。然而，如果发生紧急情况，治疗者必须立即采取必要的措施。发生紧急情况的有：

- ①精神病或自杀病人；
- ②有意的或无意的犯罪；
- ③对自己或对别人危险的病人；
- ④医学上急症，应立即转诊。

在紧急情况时，应迅速妥当地处理。当情况稳定下来之后，再对病人的电话进行解释。

休假安排

应当尽早地提前告诉病人治疗者的休假日程。在休假期间，应安排好值班治疗人员，以

帮助那些急性的和病情较重的病人。在某种特殊的情况下，病人可以去找正在休假的治疗者，但一般情况下不要这样做，也不鼓励这样做。

通过病人对治疗者休假的反应，可以了解到病人对待分离及对待独立的态度。治疗者的离开，能引发病人早年分离时的记忆，也给病人提供了巩固以前效果以及体验独立自主的机会。

自杀病人

无论是处于学习阶段的治疗者，还是从业后的治疗者，都应将评估病人自杀的可能性和防范病人的自杀企图放在重要地位。仔细地了解病史，是判断自杀危险性最好的途径。既往有过自杀企图的病人，无疑依然存在这种危险，特别是在强化心理治疗的过程中。这可能是在治疗中那些关键性的冲突被揭露出来的缘故。另外，有过自伤行为的病人，哪怕是在很久以前有过这种行为，也比只有自杀观念而无行动的病人要危险得多。总之，对于病史上有过自杀观念的病人都要慎重对待，绝不可以掉以轻心，误认为病人只是说说而已。

治疗期间，一旦怀疑病人有自杀念头时，就要直截了当、开门见山地询问，不要因害怕这种直率的问话方式会刺激病人而在询问时闪烁

其词。这样一来，有自杀想法的病人明确地知道治疗者对他的情况一直关注，并已经掌握了他的想法，就会产生一种安全感。下面这些措施也有助于预防自杀：

①与病人订下协议，在危险举动之前要立即告诉治疗者，以得到帮助。

②夜间、周末、休假期间安排值班人员。

③知道在紧急情况时可以往哪个医院送。

让病人知道治疗者对病人住院已经有了准备，有些病人反而不需要住院了。对那些高度怀疑会采取自杀行动的病人，或者已经认真地谈出自杀行动计划的病人，治疗者应将此情况通知病人家属，将病人强制送进医院。

危险病人

有过伤人企图和举动的病人，或者对治疗者有攻击倾向的病人，对任何一个心理治疗者都是一种挑战。对付这种病人的原则是：不要逞能。治疗者此时的职责一方是通知可能受害的人，一方面通知有关部门，以防止危险的发生。同时，治疗者也要采取防御措施，以保障自己的安全。在治疗室内，当病人有威胁举动时，应把门打开，让病人出去得容易些。

对这种病人的治疗最好是在医院、诊所等人多一些的地方进行，以便出现问题能及时

得到帮助。同时，在这种环境里，病人也会有安全感。

礼 物

是否接受病人的礼物，是一个普遍存在而又难以处理的问题。最理想的办法是不要接受礼物，而去探索隐藏在病人送礼物背后的愿望和幻想。然而，有的病人很脆弱，拒绝礼物会伤害病人的自尊心，给治疗带来不利的影响。这时，就需要进行明智地权衡利弊。在这种情况下，不妨把礼物接受下来，同时，把理解和解释礼物的意义作为治疗的一部分。显然，如果病人的礼物过于昂贵，从道理上来说就不应该接受。总而言之，在这个问题要让病人充分地表达自己的感情，不要阻抑病人出于对治疗者的特殊感情而产生的联想。

给予忠告：心理治疗者应像 医生一样

精神分析治疗者应该以中立、共情、非指导的态度对待病人，需要给病人以忠告的紧急情况并不多。但是，在医疗急症时，治疗者就应该给予忠告。比如，病人诉说柏油样便（表明消化道出血）或者视觉及某些神经功能的不

正常（表明颅内病变），却还意识不到这些症状的严重性时，治疗者应当给予直接而明确的忠告，指出到什么地方去把症状查清楚。偶尔，伴有心身疾病的病人也需要紧急地转到医生那里。比如一个患有肉芽肿结肠炎的病人在对治疗者产生激怒的移情时出血了，就属于这种情况。可是，许多这种病人在躯体症状表达内心的冲突和情感上的困难达几个月甚至几年之后才领悟到其缘由。因此，应该跟病人的内科医生紧密配合，共同工作，才能为病人提供健康而安全的环境。

病人家庭中的紧急情况，包括儿童危险的行为，也需要给予忠告。有时，需要把这种病人转到精神科医生那里去。治疗者应当向这种病人指出，他们天真的行为或者潜意识里自我毁坏的行为，会给自己造成经济上和身体上的危害。

所有这些事情都需要深思熟虑和干练的技巧。当心理治疗进行到一定深度时，这些事情的意义，包括医生的干预，就都会被理解了。要记住，不论治疗者决定给予忠告还是决定不给予忠告，最终都必须与病人一起讨论，并与以前的检查联系起来。

躯体疾病

病人因躯体疾病而需要住院，或者因躯体疾病而有较长一段时间不能来做心理治疗时，应当重新安排治疗计划。此时，治疗者应当继续关心病人，比方说寄一张慰问卡之类的以维系治疗联盟。

治疗者的失误

治疗者发生疏忽时，比如忘记了预约好的治疗；同一时间安排了两个病人；开错了收费账单等，应当承认自己的失误，向病人道歉，然后看看病人的反应。这种情况下，病人一般不愿意表示这是治疗者的疏忽，也不愿意承认自己受到了轻视而气愤。与此同时，治疗者还必须进行自省，弄清自己这种疏忽意味着什么。了解到自己的这种反移情态度，能帮助治疗者看到病人被忽略了的潜意识内容，因为治疗者自己过去也会有相似的情况。

一般原则

在治疗过程中，可能发生的实际问题将不胜枚举，然而还是有几条一般的处理原则（见

表 9-2)。首先，不论病人有医疗急症还是家庭成员有医疗急症（如为病人所伤），都必须立即采取必要的措施。同样，病人患有躯体疾病时，先要将病人转去医院进行治疗，然后再去了解病人愿不愿意治疗，以及对待转诊的态度等动力学情况。一般来说，在一个实际问题被处理之后，它就必须被治疗者记住，并在随后的治疗中观察和了解对它的反应。不论事情活动抑或不活动，都需要了解它对病人意味着什么。通常，应当像医生那样关心病人，培养病人独立自主的能力，不要使病人处于过分的危险之中。只有这样，才能维持住治疗联盟，以利于今后进一步地了解病人的情况。

心理治疗者应当记住，心理治疗总的目标是让病人深挖自己的感情、幻想和行为的意义。遵循这个目标，就能处理好所出现的各种实际问题。精神分析治疗者应当引导病人在安全的情况下谈出自己的感情、思想和行为。

表 9-2 精神分析治疗中处理实际问题的一般原则

医疗急症时要立即采取必要措施
不论活动的还是不活动的冲突都需要了解
像医生那样关心病人
培养病人独立自主
创造一个安全的环境，以便了解情况

第十章 短程精神分析治疗

第二次世界大战以后，对心理治疗的需求迅速增加，社区心理卫生运动的开展，以及对卫生保健费用的考虑，使短程精神分析治疗大为发展。目前，它已成为每一个临床医生必须掌握的技巧。这种治疗方式，要求治疗者克服自身的完美主义以及使人格功能理想化的抱负。因为，它已侧重于解决某个方面的冲突，以达到改变某种行为的目的。它与长程精神分析治疗的区别，在于有时间上的限制。这种时间上的限制，使这种治疗方式具有独特的目标、病人选择和治疗技术。

短程精神分析治疗侧重于病人心理发展的连续性，认识病人生活经历中某个精神动力冲突的出现会使得心理发展受到阻碍。治疗者通过解决病人生活中这个最关键的冲突而使得病人整个成长和发展过程得到改变。因而，短程精神分析治疗比长程心理治疗更依赖于病人自身的能力，并应用在治疗过程中所获得的进步去扩大治疗的效果。

弗洛伊德最初所做的精神分析时间相当

短，只有 3~6 个月。以后，精神分析的时间大大延长了。弗兰兹·亚历山大 (Franz Alexander) 是最早从事短程精神分析治疗者之一。晚近以来，戴维·马兰 (David Malan)、彼得·西弗尼奥斯 (Peter Sifneos)、詹姆士·曼 (James Mann) 和哈比伯·戴万罗 (Habib Davanloo) 等人的工作形成了现今短程精神分析治疗的基础。虽然不同的学者有不同的选择标准及技术，但他们之间有许多共同之处。

选择病人

有能力识别焦点冲突是病人进行短程精神分析治疗的必要条件。此外，病人必须有从感情的关系上考虑问题的能力，以及强烈的治疗动机。病人的主诉越单一，冲突就越可能在短期内被解决；而复杂的、深藏的问题则需要较长的时间才能发现和解决。在生活中至少能与一个人建立密切关系的病人，在治疗中也比较容易与治疗者建立关系，也就比较能够容忍由于心理治疗而激发起来的难以对付的感情（见表 10-1）。对尝试性的解释反应良好，是预后良好的指征。马兰 (Malan) 强调，如果治疗者缺乏与病人建立感情交往的能力，就很难在短程心理治疗那么短的时间里与病人建立起治疗联盟。

表 10-1 短程精神分析治疗病人的选择

病人：

- 能识别焦点冲突
- 能从感情关系上去思考
- 强烈的治疗动机
- 至少与一个人有密切关系
- 对尝试性的解释反应良好

治疗者：

- 能与病人建立感情上的交往
 - 排除重性抑郁症、精神病及“见诸行动”的病人
 - 排除边缘型、自恋型人格障碍及偏执障碍的病人
-

西弗尼奥斯（Sifneos）强调恋母是焦点冲突，通常涉及成功、获胜、扩展、失落等竞争的内容。然而，其他的学者则认识焦点冲突涉及更大范围的心理发展。

虽然疾病的严重程度不作为选择病人的标准。但许多选择标准都不包括严重的精神病人。如果发现病人可能患有严重的抑郁症或精神病，如果病人有“见诸行动”的倾向（如物质滥用、自杀行为），都不适合于做这种时间有限的治疗，因为不可能在这样短的时间内为病人提供必要的灵活机动的支持。同样，具有投射、分离、否认防御机制的病人也很难在这样短的

时间内形成治疗联盟。这也就是说，边缘型人格障碍、自恋型人格障碍，以及偏执障碍的病人不可能通过短程精神分析治疗取得满意的效果。

焦点冲突的选定是短程精神分析治疗评估工作中最重要的部分。绝大多数的治疗者在焦点冲突还不清楚之前是不会开始治疗的。治疗者可以通过了解起病诱因、早年心理创伤、重复的行为模式等去发现焦点冲突，偶尔也可以通过病人的梦去发现它。此外，当前生活中的冲突与儿童时期的冲突之间有紧密的联系，由此也可以作为发现焦点冲突的一个途径。在治疗中，往往发现不止一个焦点冲突区，这就要看治疗者的经验和技巧去决定哪一个是最关键的、最容易解决的。一般来说，冲突被发现的机会越大，在移情中被分析的机会越大，治疗成功的把握就越大。

在评估阶段结尾之时，应当用通俗易懂的语言向病人讲明他的焦点冲突，让病人知道自己的焦点冲突，以便针对性地开展治疗。曼(Mann)将焦点冲突描述为病人“现存的长期忍受的痛苦”，涉及“愉快、悲伤、疯狂、惊恐、罪恶”等感情，并认为它是属于前意识范畴。焦点冲突决定了治疗协议及治疗目标，下面是一个例子：

一个 41 岁已婚男子，事业上颇有成

就，是一个不大不小的经理，却在婚姻上不断出现问题而来治疗。他诉说，近几年来他觉得自己婚姻很没意思，与妻子关系明显恶化。他有一个儿子，12岁，很不听话，总自以为是。每当儿子与妻子争吵时，他就躲开。在性生活上，他对妻子一点儿兴趣也没有，而是喜欢看《花花公子》杂志。从病人的生活史中治疗者得知，病人12岁时父亲自杀身亡。病人的工作经历与父亲相似。病人的母亲是一个娴静保守的女人，一直守寡到10年前才再次结婚。可是婚后5年，第二个丈夫又在一次飞机失事中丧生。

这个病人可能的焦点冲突是什么？一种可能，是在他儿子的岁数接近当年他父亲自杀时他的岁数，引起他对父亲死亡的失落感，从而他疏远了与妻子的亲密关系，变得更加沉默寡言。然而，他已经活得超过了父亲当年的岁数，因而这似乎不像是他的焦点冲突。另一个不同于失落感的冲突，可能是由他活得超过父亲岁数的得意所造成感情上的冲突。这种情况下，将产生父式的或竞争的移情。第三种可能是当他看到儿子与妻子争吵，就想起当年母亲抚养他时他自己的种种困难。这种焦点冲突将产生母式的移情。

由此看来病人可能有几种活动的冲突，治

疗者的任务是判断其中哪一种是焦点冲突。虽然这不是一件容易完成的任务，有几条原则还是会有帮助的（见表 10-2）。

表 10-2 精神分析治疗中焦点冲突的识别

起病诱因、早年心理创伤、重复行为可显示
焦点冲突

焦点冲突在病人生活中应是活动的
对焦点冲突的尝试性解释往往引起情感反应
要警惕成功时的冲突，不要仅看到失落时的冲突

一个移情对象选定一种焦点冲突
揭示引起抑制的冲突

被选定的冲突区应该是活动的。对一个活动的冲突的尝试性解释往往会引起强烈的情感反应，由此而得知是触及到了活动的冲突区。短程心理治疗倾向于揭示失落时的体验。如果是恋母的失落，而不是前恋母关系，在治疗中则比较容易被揭示出来。初学者容易理解病人失落时的感情，而不理解成功给病人带来的恐惧。为此，应经常地想到成功时的恐惧，不要只看到失落之时，以免忽略了这种冲突。

由于移情只朝向某一个人，病人的焦点冲突也只应该朝向某一个人，治疗者的移情解释也就只应该局限于过去生活中的某一个，而不

要扩大化到其他的人。因此，在治疗中应该只处理一个冲突区而已。最后一点，治疗者应当帮助病人揭示出引起抑制的那些冲突，使病人重新获得解决生活中问题的能力。

疗程和终结

在所有的短程精神分析治疗著作中均认为应每周一次，10~20次为一疗程，特殊病例可高达40次。如果超过了40次或50次，治疗者就应做长程治疗的准备。治疗期间的长短取决于焦点冲突解决的快慢。当治疗超过20次时，治疗者可能会发现自己进入了性格的分析，而不仅仅是针对焦点冲突（见表10-3）。

表 10-3 短程精神分析治疗的疗程和技术

疗程：

10~20次（可达40次），每周1次

技术：

有目标的防御分析、移情解释及再建

有益的忽略

如何结束很重要

治疗开始后再决定治疗次数或结束治疗
的时间

如何结束短程心理治疗是个十分重要的问题。由于治疗时间那么短，病人（以及治疗

者)很自然地在脑子里总在考虑结束治疗的那一天,因此,结束治疗和失去移情对象的问题必须妥善地处理,以帮助病人把移情转到现实的生活中去。

开始治疗之后,不同的治疗者对何时结束治疗处理的方式不同。有的治疗者在病人没有按预约来诊时才告诉病人结束治疗的时间;有的治疗者只告诉人总的治疗次数;高年资的治疗者只跟病人讲治疗的时间很短、治疗的次数有限,而不告诉病人具体在什么时候结束治疗。制定了治疗期限,可以使病人珍惜每一次治疗的机会,能减少某些重病患者的退化表现。虽然限定了治疗时间会给治疗者造成一定的压力,却也使治疗者从没完没了的治疗烦恼中解放了出来。

技 术

所有用于精神分析治疗的技术,如防御的分析、移情的解释、再建等(见表 10-3)均被用于短程治疗。对于悟性较高的病人,也可运用解释梦的方法。解释移情需要病人受过一定的教育、有一定的领悟能力,而且治疗者要用病人能够理解的语言进行解释。通常在 10~12 次治疗的期间解释 1~2 个移情。解释得太多,就显得过于琐碎,病人既听不进去,也领会不

到这些移情是既往经历在目前情感上的表现。

治疗成功的关键还在于运用“有益的忽略”。许许多多精神分析上感兴趣的事情都会在短程治疗过程表现出来。然而，治疗者在如此短的时间内只能集中解决核心的问题，而把那些非主流的问题先放在一边。同时，许许多多令人感兴趣的解决问题的途径都会在短程治疗中见到，而治疗者已无暇顾及，只能装不知道而让它们过去，将治疗工作集中于一条主要的途径，以解决病人的问题。

治疗者应对治疗过程的各个阶段做到心中有数，这样才有助于识别病人在不同治疗时期的情感反应。治疗过程的早期，病人通常极盼治疗者能像施魔法一样使情况发生巨大的变化。这时，治疗者不要跟病人一起着急，过早、过多地进行评论。治疗过程的中期，病人往往联想广泛，会想到离开焦点冲突很远很远的地方去。这时，治疗者就需要把握住需要解决的核心问题，以免离题太远，不成为一个短程治疗。治疗中期会出现阻抗，治疗者应针对一个关键性的防御形式进行解释，让病人知道这种防御形式在现在以及在过去是如何表现的。治疗中期的末尾或结束阶段的开始，某种移情会变得十分突出，应该给予直接的、支持性的、共情的解释，以使病人既往生活经历中形成的、而目前又重现的焦点冲突清晰地显露出来。

在结束时期，总是需要处理病人失去移情对象及治疗者的体验。初学者往往会感到自己在“遗弃”病人，他们会想：“这样就够了吗？病人还需要别的帮助吗？我应当继续帮助病人吗？”在大多数情况下，治疗者对病人的移情会有所反应，因而应该考虑到由于病人的实际情况而使治疗者产生的反移情。最后的几次治疗，常常用来解释病人那种希望继续治疗、希望与治疗者来往的移情。

如果病人要求增加几次治疗的话，应该耐心地听，但不急于回答，应当分析这种情况是移情表现，还是一种新的焦点冲突。当然，如果病人确有困难，治疗者也不要拘泥于原有的治疗安排，置病人于不顾。有些原则还是有会帮助的。比如说，治疗者只要能耐心地听，并且对病人所谈的延长治疗的理由表示理解，病人就会感到病去三分。还有，治疗者可以把电话号码告诉病人，以使病人在出现问题时能够得到及时的帮助。治疗者应当明白，即使接着还要进行新的治疗，有这样一段时间让病人自己去尝试新学到的技巧和知识也是必要的。

第十一章 边缘型等严重人格障碍的心理治疗

无论对于初学者还是有经验的治疗者来说，边缘型、分裂样型，以及自恋型人格障碍的病人都是一组很难对付的病人。大概还没有别的病人像这一组病人那样，需要治疗者花费极大的气力才能进入他们的情感世界。由于病人的基本焦虑强烈而原始，临床相经常地变化，以及很容易对治疗者产生强烈的移情，因而对这一组病人进行治疗确实是一种情感上的挑战。

诊 断

边缘型人格障碍系指一组症状表现多种多样的病人，其症状包括强烈泛化而持续的焦虑、恐怖症状、强迫仪式动作、转换症状、疑病症状等。这些病人主要运用原始的防御机制，在人际关系上明显地表现他们特有的内化了的“客体关系(object relationships)”。他们在精神分析治疗的移情中，也具有同样的防御和客体

关系模式（见表 11-1）。其中，近几十年来讨论得最多的，而且也是在对这些人进行心理治疗时需要特别注意的是，他们运用“分裂”防御机制。分裂是指主动地把正性的自我和客体的形象与负性的自我和客体的形象分离开来。这种防御机制是这些病人缺乏完整的心理结构的重要原因。

表 11-1 边缘型人格障碍病人的防御机制

分离：将正性和负性的自我和客体的形象

分裂开来

否认：有意地不理睬重要的现实

贬低：极度地轻视和抵消

原始理想化：夸大别人的力量和威望

无所不能：夸大自己的力量

投射：把自己冲突的冲动归咎于别人

投射认同：投射到病人想控制的某个人

边缘型人格障碍病人缺乏牢固的、现实的自我形象，缺乏自尊，对母亲（或养育者）缺乏基本的信任感。因而，成人之后，他们对所有的人，尤其是与他们亲近的那些人，都不信任。由于分裂，他们的临床表现上瞬息即变。比如，刚刚还认为治疗者有多么的好，转眼的功夫就把治疗者贬得一文不值；或者刚刚还骂治疗者是一堆臭狗屎，一转眼又把治疗者夸成一朵鲜花。同样，病人的人际关系的变化也毫无

章法，原先的好朋友会一夜之间变成为仇人。有鉴于此，处理边缘型人格障碍病人的分裂，就成了对这些人进行心理治疗的重点。

边缘型人格障碍病人其他比较重要的防御机制有否认、贬低、原始的理想化、无所不能、投射和投射认同。贬低和原始的理想化往往表现为轻视或夸大治疗者的能力和威望。无所不能见于病人夸大自己的思想和感情。治疗进程中，投射会使病人把自己的冲动、感情，以及别的心理内容归咎到治疗者身上。投射认同是一种“漏了气的”投射。比如，病人可能把敌意投射到治疗者，害怕会遭到治疗者的攻击。与此同时，病人又感到自己要对敌意承担责任。也就是说，病人始终与敌意认同，感到有必要遏制治疗者可能会采取的攻击行为。

冲 突

边缘型人格障碍病人内心主要冲突的性质是属于原始的或“前恋母期的”，并以此作为与神经症病人的分界。神经症病人是在这个时期之后的心理发展上发生了问题，比如在巩固性别认同、解决恋母渴望和抗争、建立成熟的有肯定价值的自我观念和良知（或超我）上发生了问题。而边缘型人格障碍病人则从来也没有感到世界是安全的。精神分析学派的发展理论

家指出：边缘型人格障碍病人早年生活经历中有明显的母-婴关系紊乱。

在心理发展中，分离-个体化“建立和睦关系”的时期特别脆弱。在这个时期，刚刚学步的小孩开始自己去探索世界，感到只要有母亲（或养育者）在场就有了安全，就能够回到母亲（或养育者）那里得到情感的支持。但由于将来发展成边缘型人格障碍的儿童具有高度的攻击性和/或在母-婴关系上过分强烈的情感矛盾和敌意，使得他们从来就没有彻底的安全感。他们从来没有感到母亲（以及在他们以后生活中的相应对象）会满足他们的需要，给予他们所需要的一切。

得到“基本信任”或“客体经久不变”的感情，是人格发展早期阶段的重要任务。在人格发展的关键时期，没有获得这种感情的儿童（以及将来的成人）就非常容易焦虑。这种势不可挡的“灭绝性”焦虑，能使苍蝇变成大象，把生活中普普通通的紧张体验变成威胁终生的情境。由于存在有这种焦虑，使得边缘型人格障碍的病人力图用自己的分裂、否认、投射等原始的防御机制对它进行控制。这种强烈的焦虑使得病人的防御机制十分顽强，从而给治疗以及移情-反移情造成一定的难度。

边缘型人格障碍病人最大的问题是不信任别人，没有安全感，感到在这个世界上自己处

于极不稳定的状态。然而，也要看到，这种病人也会有神经症病人那样的恋母冲突。这是因为，心理发展早期阶段的紊乱也会延续到随后心理发展中的巩固性别认同、解决性的抗争（恋母冲突）的阶段。在生活舞台上，没有一个人是绝对的“不及格”而升不了“级”的，因此也就没有一个人永远地停留在原先的阶段而不进入下一个阶段的生活中。不论他们愿意还是不愿意，准备好了还是没有准备好，我们都会被时间的巨手推着向前走，带着过去还没有解决的问题去面对新的问题。这些未解决的问题与随后的焦虑融合在一起，形成一种特殊形式的焦虑。

那个对母爱产生怀疑，感到世界不安全的儿童（未来的边缘型人格障碍病人）转过来会过早地接近父亲，提前体验到恋母冲突。这些儿童试图以这种方式来解决性别和性的冲突，并获得从母亲那里得不到的母爱。于是，在边缘型人格障碍病人的治疗过程中，一旦性的冲突在移情中被激发，治疗者就必然会看到处于深层的关键性的冲突。

在心理治疗中，与边缘型人格障碍病人公开讨论色情冲突、攻击、妒忌等的机会要比神经症病人多得多。这是因为，病人往往用对性关心的表面现象来掩盖隐藏在深层的、更为严重的不信任感。

开始治疗

在开始给边缘型人格障碍病人做心理治疗时，治疗者必须善于发现病人“见诸行动”的危险，并加以控制。由于病人会很快地产生强烈的移情，因而很容易在治疗早期阶段发生“见诸行动”。判断病人会不会暴怒和自戕的最好办法是去了解病史，尤其是要了解既往那些导致病人住院、自杀企图及其他退化表现的诱发事件。

治疗者应对病人的退化及自戕行为的处理有所准备（见表 11-2）。可以找一位医生帮助处理用药问题；找一个社会工作者帮助病人安排日常生活。附近有随时提供精神科急症处理的诊所或医院也非常有用，尤其是在周末和休假期间。这种病人基于对别人缺乏信任，以及对痛苦的感情持否认的态度，一般是不会直截了当地在情感上表现出自己的自杀或别的危险行为的企图，而只能从他们拐弯抹角、闪烁其词、不动声色的言语举止中去发现。因此，治疗者在了解边缘型人格障碍病人的生活事件与交往时要十分的理智才行。

表 11-2 边缘型等严重人格障碍病人的治疗原则

处理破坏性的冲动，通过：

住院

急诊

药物

环境安排

医生来诊

由理智和情感两方面来理解病人的交往

迅速而机智地对负性移情及歪曲现实作出
解释

解释原始防御（见表 11-1）

遏制和理解反移情反应

治疗者在情感和理智上应持关怀、中立的
态度，头脑保持冷静，不要给什么建议，不要
想指挥病人，也不要急于用所掌握的病史资料
做不恰当的解释。治疗者此时应当小心谨慎地
将病人早年生活中的经历与当前的问题联系起
来，从“发生学”的角度进行解释。同时，应
当揭示此时此地的负性移情，并作出解释。正
性移情可以被用于帮助治疗的进展，因而不需
要做什么解释。此外，还要澄清病人的认识，阻
止病人的冲动行为，小心地解释病人的原始防
御机制。

边缘型人格障碍病人防御 机制的心理治疗

在给边缘型人格障碍病人做心理治疗时，

大部分精力将放在对付原始防御机制上。由于病人的自我和客体形象时而是正性的，时而是负性的，而不是将这两者兼合为一体，因而在治疗中明显地表现出分裂特征。当病人对治疗者的态度和感情跟前一天或前一个星期完全不同时，应当想到是分裂防御机制的结果，而不要以为是真的发生了什么变化，如下例：

一个 25 岁漂亮的已婚女人由于无法解决对母亲强烈的依赖而来做心理治疗。她母亲生活在自己的国家里，而且病危垂死。病人长期患有胃肠症状和焦虑，近来更由于她感到论文导师（女性）的压力而恶化。她形容这个女导师是个固执的好吹毛求疵的“巫婆”，还比她老——言外之意是妒忌她的美貌和天资。病人对婆婆和几个相识的女人也有同样的负性看法。治疗开始后，她很快地把治疗者理想化为热情、聪颖的指导者。但是，当她得知治疗者还要她支付她回国探亲而缺席的治疗费用时，则幻想破灭，来了个 180 度的大转变，把治疗者描绘为没有感情的冷血动物、剥削者、不诚实等。此时，治疗者体会到病人是一个吹毛求疵的、不讲理的、傲慢的、气量狭小的人，就像她所痛恨的论文导师和婆婆一个样子。

她母亲去世之后，病人对治疗者和生

活中几个比较重要人物的看法，在正性和负性的体验之间明显地摆动。对治疗者，病人时而感激为她额外增加治疗，时而又怀疑治疗者企图在经济上欺骗她。对她的父亲，病人爱他，认识到应该照顾好他。可是，当父亲开始与女人约会时，病人又恨他，希望他立刻死去。

几个月过去了，病人还是时时对治疗者和自己的父亲充满怨恨。治疗者通过提醒病人她所具有的正性感情，以及她所容忍不了的兼合为一体的感情来对分裂进行解释。终于，在病人眼里治疗者变成兼合正性和负性于一体的人物，就像任何一个人那样，既不是好得没有任何缺点，也不是坏得一无是处；病人也能够体验到母亲去世的悲痛。经过几年对病人恨与爱之间进行的“分裂修复”工作，终于发现病人的敌意是针对过分呵护她的“圣洁的”母亲的。

跟治疗整合较好的病人相比，治疗边缘型人格障碍病人的治疗者，必须把病人的那些缺乏联系的形象和情感状态集合起来、组织起来，必须将它们整合到一起。只有这样做，才有可能让病人恢复被防御所分裂的感情。

除了澄清和解释分离防御机制外，治疗者还要对边缘型人格障碍的其他防御机制进行对

质和解释（见表 11-1）。下面的例子说明了这些情况：

例 1：一个酒精依赖的女病人在婚姻关系中处于顺从、受虐的地位，丈夫是一个不成熟、不负责任的人。婚姻破裂后，她发现自己承担的经济压力越来越重。她要上全天班，还要照顾家庭和年幼的孩子。在许多次治疗中，病人总是把自己的焦虑、无望和怨恨归咎于越来越重的负担上。然而，治疗者注意到，有好几个星期病人避而不谈喝酒的事，而实际上有时她喝到了有可能出危险的程度。治疗者提请病人注意这个问题。克服了自己的否认之后，病人痛哭失声，承认她终有一天会醉死。这说明了在否认喝酒的同时，病人也把强烈的恐惧一块儿否认了。

例 2：一个接受强化治疗已有几年的 53 岁妇女已经逐渐地摆脱了孤独和自杀观念。她感谢治疗者的帮助。但几周以后，病情又退回到原来的样子。一天上午，治疗者比预约时间晚到了 11 分钟。病人绷着脸不断地抱怨，显得十分生气。治疗者设法让病人冷静下来，谈谈自己的感触。病人偏执地说了一大套治疗者如何傲慢、固执、难以接近、自以为了不起、瞧不起她、置她繁忙的工作于不顾之类的话。治疗者

随后问病人：是不是这几年来一直有这种感觉。病人一时语塞，承认事情并非如此，但有时这种情况跟她与母亲之间的体验相似。最重要的还是，病人与自己的雇员之间也有这种体验。病人也承认，最近几次治疗的时候，焦虑破坏了她对治疗者的好印象。

在最后这个例子里可以看到治疗边缘型人格障碍病人时的几种重要情况。

首先，可以明显地看出病人运用了投射认同。她将自己傲慢、苛刻、惩罚性的想法投射到治疗者身上。但是，病人还是对自己这样做感到焦虑，害怕她所表现出来的敌意会惹火烧身。

其次，这个例子显示尽快地解决负性移情的重要性。因为，如果不及及时地解决，这种负性移情会逐步升级，破坏治疗联盟，使治疗无法继续进行。

第三，此例病人在重新与治疗者和好之后，在移情中表现出典型的退化，先前与治疗者疏远、对治疗者敌意的病人尤其会有这样的表示。正如病人解释的那样，她在情感上与别人隔绝以及被别人所不信任，虽然很痛苦，却已习惯了，她害怕在与别人信任和爱的关系中失去自己。

第四，这个例子也说明了澄清病人认识的重要性，尤其是这些认识与现实相去甚远之时。

如果对此例病人的移情反应不去干预、任其存在，将有可能变成“移情精神病”。也就是说，病人在丧失现实体验的同时，对治疗者产生了妄想。但是，边缘型人格障碍病人不同于精神病人。他们的移情精神病一般只局限于在做治疗的时候，而不涉及到治疗以外的场合。然而，若不及时地予以纠正，也有可能发展到精神病的程度，故而需要及时地处理、谨慎地对待。

边缘型人格障碍病人往往不理解治疗者所讲的话。这种病人的家庭成员之间也往往言不由衷、不说实话。因而，治疗者要特别注意自己讲话的技巧，尤其是在病人产生强烈的移情反应之时。当负性移情很强的时候，行动往往比说话有力。比如，对付敌意、指责、让人感到可怕的病人，不是采取退让的态度，而是采取再额外增加治疗次数的办法。有时，这样做反而有用。此外，治疗者以平静的语气重复病人对他的“指责”，也可以慢慢地证明治疗者对病人根本不存在那种“坏”意。

由于许多边缘人格障碍病人的冲突很强烈，加上他们的自我又很脆弱，他们举动轻率、不经考虑，很容易产生负性移情和阻抗，根本听不进治疗者的解释。比如，一个病人听到治疗者的解释时大吃一惊，产生敌对情绪，责问治疗者“那是什么意思？”以后，她才承认这个解释是千真万确的。另外一个病人情况相似，他

是这样说的：“你说的我只听进一半，而我却感到被你纠缠了整个上午。”为此，进行心理治疗的时候，一定要小心谨慎、干练圆滑，在心里时时刻刻要牢牢记住，跟这种病人打交道不可避免地会遇到负性情感。

反 移 情

如何对边缘型人格障碍病人运用移情—反移情关系，是治疗者最难学、最消耗感情的技巧之一。对于年轻的治疗者来说，由于缺乏经验而被这种病人看不起，往往会损害了他们之间的关系，使治疗者对治疗失去信心。以下态度将有助于治疗者处理与这一类病人的关系（见表 11-3）。

表 11-3 有助于治疗边缘型人格障碍病人的态度

1. 记住，病人对治疗者的体验大部分是来自过去的生活经历
2. 保持医生应有的关心，不要为自己的反移情所左右
3. 不要把病人的负性感情往自己身上揽，应该设法对它进行解释
4. 充分利用每一次治疗的机会去取得进步和理解。但不与病人的防御对质将会使治疗停滞不前
5. 老实地分析自己对病人的愤怒和怨恨，并认识导致这种反应的移情

总之，治疗的目标是一步一个脚印地让病人建立安全感、信任感，以及对治疗者的开诚布公。之后，这种安全和信任将扩展到病人的生活中去，扩展到与其他人的关系中去。边缘型人格障碍病人的依赖性非常强，而这种依赖性往往在表面上被他们强大的防御机制所掩盖。治疗者应当认识到，要解决这个问题非一日之功，必须慢慢地来。只有这样，才能使儿童早期所遗留下来的依赖性减轻，使他们逐渐地增加自立和自尊。

自恋型和分裂样型人格障碍

自恋型和分裂样型人格障碍病人在基本焦虑的性质上以及所运用的防御机制上，与边缘型人格障碍病人有许多相似之处。像边缘型一样，自恋型人格障碍的病人对别人也缺乏信任。但自恋型病人的个人经历比边缘型病人要来得稳定些，尤其是在工作经历上，而且那种势不可挡的“灭绝性焦虑”的倾向较轻。因此，在治疗上只需要集中解决某些个问题，而不像边缘型病人那样需要涉及许许多多方面的问题。此外，自恋型人格障碍病人很在乎自己脆弱的自尊，故而能与治疗者建立多种移情。比如，一些人表现出“夸大”，要求治疗者不断地予以赞

扬；另一些人则把治疗者理想化，认为治疗者了不起，是自己学习的榜样。

以上这两种形式的移情被称为“镜映”移情和“理想化”移情，是自恋型人格障碍病人的特征。这种病人往往把治疗者当作自己的延伸，就像婴儿那样，总要求母亲守在自己身旁，而认识不到母亲有时也需要离开他一会儿。一般说来，治疗中应针对病人缺乏自尊、渴望父亲（或权威）的表扬、指导、示范等人格特征进行解释。通过治疗，病人的自尊心增强了，自律的能力、情感深化的能力，以及与别人建立亲密关系的能力也就增强了。反移情的困难在于：治疗者被当作病人的延伸而被病人时时纠缠时，会感到不舒服；由于病人总要求赞扬和保护而难以抵挡。

分裂样型人格障碍病人像是安静的边缘型人格障碍病人，情感淡漠少变，很少轻举妄动，生活经历虽然并非无序，却也一样地对人缺乏基本的信任。由于这种病人对人缺乏信任，治疗者很难与他们坦率地交往，往往只能从表面上看他们很安静，而看不到病情的严重性。与这种病人交往，治疗者必须十分理智，也必须充满感情，提防病人为生活中的事件（如失业，甚至为失去一个普通的朋友）而引起自杀观念。治疗的目的是提高这些病人的情感交往能力、信任感以及自尊心。

小 结

给边缘型、自恋型、分裂样型病人做心理治疗是一项艰巨的工作，尤其是对待这一组自尊心脆弱的病人，治疗者既要从理智上去理解，还要从情感上去理解。此外，治疗者必须监控病人的日常生活，以保障病人的安全，最终将病人分裂的正性的及负性的自我和客体形象整合在一起。重要的是要指出病人分裂、否认、负性移情、歪曲现实和原始防御机制等。而共情、干练、谨慎、掌握时机是治疗技巧的关键。但是，即使这些都做到了，也不可能完全避免负性移情。因而，治疗者的反移情往往很强烈，难以遏制。然而，容忍这些反应并检查这些反应将有助于治疗的进展。总之，通过对这些病人的治疗，可以显示出治疗者理解、遏制、整合病人强烈而痛苦的感情能力。

第十二章 支持性心理治疗

支持性心理治疗是临床实践中用得最多的心理治疗。可是，有关这种治疗方法的著作却少得可怜，而对这种治疗方法的系统研究则更是凤毛麟角。这种心理治疗的许多基本观点和技术是来自精神分析对心理功能的理解，它要求治疗者有娴熟高超的技巧，要求治疗者弄懂心理发展史在形成病人疾病过程中所起的作用，弄懂医患关系上治疗联盟和移情在治疗过程中所起的作用。由于治疗者与病人的关系不像其他治疗那样固定，还总会有一些预料不到的情况发生，这种治疗往往很难像所要求的那样维持较长的时间。

支持性心理治疗是以其目标和技术而得名的，与别的精神分析治疗旨在“改变”病人的某些方面相比较，支持性心理治疗的目的是帮助病人重建自己最高水平的功能、能力、身体状况和生活环境（见表 12-1）。它与其他心理治疗的区别，就像治疗病毒感染和治疗细菌感染的区别一样。通常，治疗病毒感染是用支持疗法，帮助病人保持体质，在不增加病人危险的

条件下，创造一个易于自然康复的环境。而细菌感染的治疗则运用抗生素杀死病原体。事实上，所有的治疗，包括所有的心理治疗（自然包括精神分析）都有支持的成分，其区别只在于程度不同而已，而不是乍看时那样绝对的不同。

**表 12-1 支持性心理治疗的目标、病人
选择和治疗期间**

目标：

保持或重建过去的功能水平

病人选择：

健康但有严重应激或者自我缺乏的重
病人或慢性病人

对安全有所认识，并能够建立信任的
关系

治疗期间：

几天到几年

选择病人

做支持性心理治疗的病人分为两种情况：
一种是精神上十分健康、适应良好，却由于重
大的生活事件而出现精神障碍；另一种是患有
严重精神疾病或者慢性疾病，同时自我功能明

显缺乏（见表 12-1）。精神十分健康的人经历了重大的创伤事件，如战争、地震、车祸、人为的灾难等，虽然暂时地被打垮了，但关键性的心理功能依然保存，可以经过支持性心理治疗恢复原来正常的功能。而对于那些典型的病人，平时困难重重，又加上缺乏某些能力，这时就不能光靠支持性治疗了，而必须用别的治疗方法使得他们的状况得到改变。

这里所说的典型病人，是指他们缺乏现实检验能力、缺乏控制冲动的能力、人际关系差、情感退缩或过度强烈、冲突外化等。由于他们不能深入地考虑问题，也不能举一反三地运用所学来的知识，因而支持性心理治疗很难收到明显的效果。他们的分裂、投射认同、否认等原始防御机制往往使他们感到所生活的世界里充满了威胁，毫无安全感。在这种情况下，治疗联盟很难维持。治疗者必须采取主动干预的办法以表明自己对病人的关心，以证明治疗关系对病人是安全的。

应该认识到，病人的冲突和行为往往是长期以来与周围环境交往的方式，比如受虐的病人出现施虐的攻击行为；愤懑的病人拒人于千里之外；边缘型癔症病人则喜欢占别人的便宜等。由于这种复杂的人际交往方式，在治疗过程中认识和处理移情及反移情就成了支持性心理治疗成功与否的关键。

所选择的病人尽管有这些方面的问题，还是应当有能力建立起相互信任的人际关系；尽管缺乏安全感，还是应当在说明解释之后能够对安全有所认识，对现实有所认识。有稳定的工作及人际关系的病人预后较好。跟父母兄弟姐妹关系好的病人治疗效果较好。

治疗者应当知道，虽然严重自我缺乏的病人不适合于做支持性心理治疗，还是可以用咨询、康复服务、环境安排等有效的干预手段来帮助他们。此外，药物也会十分有用。然而，没有心理治疗的话，这些慢性病人在遵从用药方面，以及人际关系、社会生活方面都很难有所改善。这些问题均可通过心理治疗去解决。

技 术

与其他精神分析指导下的心理治疗一样，深入地了解病人的心理发展史和防御形式是支持性心理治疗的关键。掌握了这些情况之后，治疗者才能确切地了解为什么治疗联盟时时发生变化，才能知道怎样去增强病人的防御机制，才能明白在什么时候、用什么方式去对付移情。

首先要与病人建立起良好的工作关系。由于支持性心理治疗的医患关系与精神分析治疗不同，属于指导和辅导的性质，治疗者有规律的工作制度，使病人能在预定的时间里找到治

疗者，是建立治疗关系的基础（见表 12-2）。

表 12-2 支持性心理治疗的技术

了解病人的防御机制和心理发展的冲突
建立和保持治疗联盟
提供一个“支持环境”
组织病人的认识：将治疗者的自我借给病人
经常地注意移情状态
将调整了的病人的感情表达出来
探索替代的活动
有节制地和支持性地运用解释
运用药物，并了解遵从的程度

治疗者只有对病人复杂的感情状况有了认识之后，才能建立工作关系并产生信任感和安全感。当病人运用投射把周围说成充满危险的时候，有见识的治疗者就会明白这个病人充满了攻击性，并设法去发现什么是病人未满足的愿望，又是什么激活了病人破坏性的愿望。这样，在运用精神分析的方法去理解病人的生活的基础上，治疗者就可以根据具体情况而将调整了的病人愤怒的感情表述出来：“你感到你的上司发怒了，你也必须把你的愤怒表达出来。”或者问：“你计划下一步怎么找工作？”

治疗者之所以能够支持病人，是建立在
对病人目前冲突、防御机制以及移情理解的基
础上。了解了这些，治疗者才能以适当的方式将

病人的感情表述出来，认识病人的成功之处，给病人提供一个“支持环境”。在这个“支持环境”中，病人可以不急于去行动，而是以逸代劳来缓解冲突。

治疗中一般不给病人以忠告，因为在支持性心理治疗中，病人也像在其他心理治疗那样，对忠告采取将信将疑甚至拒绝的态度。况且，做支持性心理治疗的治疗者并不见得比做其他心理治疗的治疗者会聪明多少！在治疗中，治疗者只是起组织和探索的作用而已。

治疗者请病人来治疗室，实际上是为病人内心世界和外部环境提供一个如同暂时住院似的场所。这往往被称为“把治疗者的自我借给病人”。当病人要做一个复杂的决定，如离婚、再婚、改变工作时，治疗者通常给予最大的帮助，帮助病人分析有利因素与不利因素。这样也就能够保持良好的治疗联盟。

事实上，支持性心理治疗技术与精神分析心理治疗的做法并没有多大区别。只是，在精神分析心理治疗中，这部分的工作通常是病人在认清了神经症的问题后自己提出来的。而在支持性心理治疗中，治疗者不仅帮助病人看到自己所忽视的问题，还帮助病人发现解决问题较好的途径。

病人有可能在成功之时却退到治疗者的关心和保护之下。治疗者在此时可能会由于病人

的病情时好时坏而产生受挫的反移情。这种反复无常的情况，需要治疗者能从病人生活经历的角度去探索，而不是靠主观臆测。经过反复多次之后，治疗者就可以发现一条途径，既能与病人共同探讨病情反复波动的原因，又不使病人感到治疗者是在拒绝他，或者认为治疗者在为他的情况而感到灰心失望。

虽然在支持性心理治疗中主要不是靠解释的办法，可这种技法在治疗中依然是不可缺少的（见表 12-3）。然而，支持性心理治疗中的解释，在做法上、在使用频度上以及在如何使病人相信方面都有其独特之处。治疗时的解释往往在病人的情绪强度有所减轻，能够听得进解释之时进行，以减轻病人的焦虑。需要的话，还应当允许病人拒绝治疗者的解释。此外，治疗者在解释之后不要就此沉默下来，而是应当继续地关心病人，跟病人交谈，以帮助解释的修通。

表 12-3 支持性心理治疗中解释的运用

有节制地运用解释
准备病人
解释的同时给予保证
给病人有拒绝解释的余地
在修通时，启发病人进行解释

支持性心理治疗中可以使用药物。即使用了药，治疗者也要了解病人的想法和感情，以帮助病人遵从用药。应及时发现那些可能导致中断用药的神经症性的或精神病性的冲突，并给予支持性的解释，给病人以正确的信息。当病人不愿意服用某种药物时，有时改用另外一种药物则可使病人接受。当然，对于不愿用药的问题，如果能从动力学的角度去理解，将会更有帮助。

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 精神分析治疗指南

作者 =

页数 = 1 4 7

S S 号 = 1 1 1 8 5 6 9 5

出版日期 =

封面
书名
版权
前言
目录
正文