

**操作性心理动力诊断2**  
**( Operationalized Psychodynamic Diagnosis , OPD-2 )**  
**诊断和治疗计划手册**

英文版主编：Matthias von der Tann

翻译：Eva Ristl

英文版主编：Matthias von der Tann

## 目录-概况：

### 目录概况

### 序

### 目录

1. 理论背景
2. OPD-1的体验和经验性发现
3. OPD-2的操作轴
4. OPD-2各轴的使用
5. OPD访谈
6. 案例：“从天堂驶出”
7. 焦点选择和治疗计划
8. OPD关于改变的测量
9. 使用范围和质量保证
- 10.继续教育和研究学习（一些地址）
- 11.参考文献
- 12.作者地址
- 13.运用OPD所需的工具
- 14.附录

## 序

“特殊往往是一般的主体，而一般必须为特殊服务。”

——歌德（Johann Wolfgang von Goethe）

十年前，在OPD首次国际展示会上，Norman Sartorius被问及他对OPD未来的展望时，他的回答是：请在五年后再来问这个问题。这样的一个时间跨度才能显示出一个系统的存在是否能经受得住科学批判的考验。如果一切正常，届时将有可能有第二版出版。到现在，不是五年时间，而是花了十年才有这本使用手册式的第二版出版。究其原因，本版本不仅仅是对第一版的修订，它还增加了一些治疗计划工具来完善诊断，从而变成了一本新的手册。

新的手册从心理治疗师的立场出发，提供了许多有临床实用价值的方案。较第一版而言，第二版关注于确定诊断，它不仅准确描述和区分个体，更重要的是，它可以作为心理治疗师的行动指南。心理治疗的任务就是在诊断的基础上找到心理治疗的工具，或者制订具体的治疗任务或目标，并规划合适的治疗性干预。因此，在临床中，诊断总是为治疗服务的。

根据OPD-2可以确定治疗目标和选择治疗焦点。这使得我们可以按照患者的这些指标来追踪患者的病情变化。对与治疗结果相关的治疗过程进行描述可以作为治疗评估的基础。与前一版相比，新的版本合并过程和结果双重研究，也可以作为符合标准的质量控制系统。

事实上，第二版保留了OPD的概念性结构。这个多轴心理动力学诊断系统仍然建立在“疾病体验和治疗前提”、“人际关系”、“冲突”、“结构”和“ICD-10第V章（F）精神和心身障碍”这五个轴的基础上。OPD-2的改变是，它不再仅仅是明确诊断的工具，

而是更多地聚焦于治疗过程，通过OPD-2可以确定治疗焦点从而启动治疗计划。

操作性心理动力性诊断（OPD）系统现在不仅已经在德语国家获得成功。这个工具也不仅仅只在临床中得到运用，在心理治疗研究中同样也得到关注。第一版手册有4个版本问世；同时被译成多种语言（英语、西班牙语、意大利语、匈牙利语和中文）。新版和前一版一样，在德语版问世后不久就有英语和西班牙语译本问世。2002年，一些儿童和青少年心理治疗师以及发展心理学家出版了评估儿童和青少年的OPD手册。

它的成功主要依赖于临床学家对多轴诊断分类系统作为日常必要工具的肯定。为了该手册使用的信度，运用者必需进行60小时的培训（在不同时期进行三个培训课程）。该培训非常重视通过对录像实例的学习，或者对患者进行现场访谈所习得的实战技巧。到现在为止已经有3000多名医生和心理学家接受了该培训，并且在他们的实际工作中或多或少地运用该系统。

同时，OPD也被运用于多项研究项目中。其运用于科学研究的先决条件是有收集在多个研究中心的信度测量依据。那么手册概括了大量的研究结果，迄今已发表在本书单独的一章中（第二章）。

OPD专职小组也意识到心理动力性诊断的操作化有其局限性。可操作性诊断只能在非常有限的范围内掌握人类精神生活的丰富性与复杂性。结构、冲突和关系诊断只能给我们一种认知模式，可以给治疗师提供一个定位点，或者可以作为治疗过程的指导，而对于个体经历更具深远意义的链接信息却丢失了。OPD限定了它的目标在于理解个体在他的个人生活中与实际的诊断和治疗计划焦点相关的内容。

在过去的几年中，一些动力性心理治疗师从精神分析、精神病学和心理治疗领域来发展新的OPD系统，试图更好地从心理动力学的临床视角阐述操作化。在作者名单中我们将看到他们的名字，以及他们在OPD专职小组中所做的工作。并非所有OPD的创始者都仍然活跃在此专职小组中。除不能在此提名的成员外，专职小组要特别感谢OPD的第一发言人Sven Olaf

Hoffmann，以及Ulrich Rüger，感谢他持续承担这项非凡的工程。

现在的OPD小组已经成长为一个本着友好、合作的精神，为将此工具概念化而工作的团体，他们为此讨论了很多年。值得骄傲的是，这个小组成功地在这几年的课题研究中一直保持着他们的创造力。

小组成员们将以开明的态度继续致力于OPD的概念研究及其进一步发展。我们根据从培训研讨会和对OPD的经验性研究结果中获得的一些经验，以校正目前OPD版本中的一些概念。OPD-2不是最终的结果，再次强调，它只是OPD发展过程中的一步。我们深信，该工具只是通往有科学基础和质量保证的心理动力性治疗的一大步。

Manfred Cierpka, 海德堡

OPD发言人

## 目录

### 目录—概况

### 序

### 目录

### 1. 理论背景

## 1.1 从OPD-1到OPD-2

过程取向

确认资源

轴与轴之间的交界

焦点和治疗计划的确定

## 1.2 OPD专职工作小组的目标

## 1.3 OPD的概念

为什么是这五个轴？

轴I：疾病体验和治疗前提

轴II：人际关系

轴III：冲突

轴IV：结构

轴V：精神和心身障碍

## 1.4 多轴诊断的基本考虑

## 1.5 精神分析构建的操作化

## 1.6 过去对于精神分析构建操作化的一些方法

## 1.7 OPD的局限

## 2. OPD-1的经历和经验性发现



2.1 OPD-1的质量标准

2.2 轴I：“疾病体验和治疗前提”

2.3 轴II：“人际关系”

2.4 轴III：“冲突”

2.5 轴IV：“结构”

2.6 结论

### 3. OPD-2轴的操作化

3.1 轴I：疾病体验和治疗前提

3.1.1 引言

3.1.2 疾病体验和治疗前提

3.1.2.1 目前疾病的本质和严重程度

3.1.2.2 社会环境的重要性——医患关系

3.1.2.3 人格特质

3.1.2.4 关于轴I的相关理论结构

主观痛苦

疾病观念

社会资源

心理学头脑

心理社会支持

疾病的继发性获益

改变的动机

3.1.2.5 OPD中关于疾病体验和治疗前提的操作化

3.1.2.6 OPD-2中轴I的变化

## 3.2 轴II：人际关系

3.2.1 引言

3.2.2 关系体验及其内心结构

3.2.3 内在冲突和结构在人际中的表现

3.2.4 患者移情关系的诊断

3.2.5 移情和再现之间的关系

3.2.6 研究关系模式的经验性途径

3.2.7 OPD诊断中关于关系的概念

3.2.7.1 人际间行为的分类

3.2.8 小结

## 3.3 轴III：冲突

3.3.1 哪些是冲突？

经典分析性发展理论中的冲突

冲突和结构的关系

冲突和诊断

冲突和主导感情

3.3.2 什么在驱使个体——从动机到冲突

3.3.3 以往诊断冲突的方法

3.3.4 OPD中的冲突

3.3.5 OPD-1和OPD-2中冲突轴的异同

3.4 轴IV：结构

3.4.1 结构

3.4.2 作为心理学词汇的结构

3.4.3 具有心理分析意义的结构

3.4.4 发展心理学中的结构

3.4.5 OPD中结构的操作化

3.4.6 结构和结构性障碍：整合的不同水平

3.4.7 结构性诊断

3.4.8 关于结构轴的一些经验以及其导致OPD-2的一些发展

3.4.9 OPD-1和OPD-2中结构轴的异同

3.5 轴V：精神和心身障碍

### 3.5.1 引言

### 3.5.2 理论背景

### 3.5.3 精神病学中的多轴诊断

### 3.5.4 OPD轴V的结构和操作化

#### 3.5.4.1 诊断及共病诊断原则

#### 3.5.4.2 轴V诊断的前提

#### 3.5.4.3 ICD和DSM诊断展望

### 3.5.5 OPD中与ICD分类诊断系统相关条目的补充和澄清

## 3.6 轴与轴之间概念的相互参照和相互作用

### 3.6.1 采集和整合诊断资料的过程

### 3.6.2 轴与轴之间的相互关系

冲突和结构 ( 轴III与轴IV之间的关系 )

掌握人际关系模式中的冲突和结构 ( 与轴II的关系 )

症状的形成 ( 与轴V的关系 : “精神和心身障碍” )

疾病体验和治疗前提 ( 与轴I的关系 )

## 4. OPD-2的各轴评估手册

### 4.1 轴I : 疾病体验和治疗前提

#### 4.1.1 障碍/问题的近期严重程度

4.1.1.1 症状的严重性

定义

操作化

4.1.1.2 功能全面评估 ( Global Assessment of Functioning, GAF )

定义

操作化

4.1.1.3 EQ-5D

定义

操作化

4.1.2 障碍/问题的持续时间

4.1.2.1 近期问题的持续时间

4.1.2.2 疾病的首发年龄

4.1.3 患者对疾病的定义、体验和表现

4.1.3.1 主观不适

定义

操作化

4.1.3.2 躯体不适和躯体问题的表现

定义

#### 4.1.3.3 心理不适和心理问题的表现

定义

操作化

#### 4.1.3.4 社会问题的表现

定义

操作化

#### 4.1.4 患者对于疾病的看法

##### 4.1.4.1 患者对于生理因素相关疾病的看法

定义

操作化

##### 4.1.4.2 患者对于心理因素相关疾病的看法

定义

操作化

##### 4.1.4.3 患者对于社会因素相关疾病的看法

定义

操作化

#### 4.1.5 患者对于改变的看法

##### 4.1.5.1 患者渴求治疗的评估（躯体治疗）

定义

操作化

#### 4.1.5.2 患者渴求治疗的评估（心理治疗）

定义

操作化

#### 4.1.5.3 患者渴求治疗的评估（社会领域）

定义

操作化

### 4.1.6 改变的资源

#### 4.1.6.1 个人资源

定义

操作化

#### 4.1.6.2 （心理）社会支持

定义

操作化

### 4.1.7 改变的障碍

#### 4.1.7.1 改变的外在障碍

定义

操作化

4.1.7.2 改变的内在障碍

定义

操作化

4.1.5P 患者关于改变的观念 ( 心理治疗模式 )

4.1.5.p1 症状减少

定义

操作化

4.1.5.p2 对动机/冲突导向的反射性澄清

定义

操作化

4.1.5.p3 情绪支持

定义

操作化

4.1.5.p4 积极直接的干预

定义

操作化

4.1.6p 患者关于改变的资源



#### 4.1.6.p1 心理学头脑

定义

操作化

#### 4.1.7p 改变的障碍

##### 4.1.7.p1 疾病继发性获益/环境维持问题现状

定义

操作化

### 4.2 轴II：人际关系

#### 4.2.1 引言

#### 4.2.2 OPD-1中关于轴II的变化形成了OPD-2中的轴II

#### 4.2.3 标准程序

##### 4.2.3.1 经验视角

##### 4.2.3.2 人际定位

##### 4.2.3.3 条目表

##### 4.2.3.4 人际行为的模式

##### 4.2.3.5 动力性人际关系形成

##### 4.2.3.6 实践步骤

##### 4.2.3.7 临床案例

#### 4.2.4 主题和资源评级

##### 4.2.4.1 关系主题

##### 4.2.4.2 实践步骤

##### 4.2.4.3 反移情

##### 4.2.4.4 临床案例

### 4.3 轴III：冲突

#### 冲突等级

A ) 无可靠诊断

B ) 无特异性冲突

C ) 由于防御而使其对冲突和感情的洞察缺损

D ) 冲突性应激 ( 应激原诱导的冲突 )

应激原诱导的冲突——被动模式

应激原诱导的冲突——主动模式

#### 4.3.1 自主与依赖

自主与依赖——被动模式

自主与依赖——主动模式

#### 4.3.2 服从与控制

服从与控制——被动模式

服从与控制——主动模式

#### 4.3.3 照顾与自给

照顾与自给——被动模式

照顾与自给——主动模式

#### 4.3.4 自身价值

自身价值冲突——被动模式

自身价值冲突——主动模式

#### 4.3.5 负疚冲突

负疚冲突——被动模式

负疚冲突——主动模式

#### 4.3.6 俄底浦斯冲突

俄底浦斯冲突——被动模式

俄底浦斯冲突——主动模式

#### 4.3.7 同一性冲突（认同不协调）

混杂的被动和主动模式

### 4.4 轴IV：结构

#### 4.4.1 引言

#### 4.4.2 操作化

结构整合水平的一般特性

结构整合的高水平

结构整合的中等水平

结构整合的低水平

不整合

#### 4.4.3 结构评估的个体维度

认知能力：自体知觉和客体知觉

结构整合的高水平

结构整合的中等水平

结构整合的低水平

不整合

调节能力：自我调节和与客体关系的调节

结构整合的高水平

结构整合的中等水平

结构整合的低水平

不整合

情感能力：与内在世界和外在世界的交流

结构整合的高水平

结构整合的中等水平

结构整合的低水平

不整合

亲附能力：内在和外在客体

结构整合的高水平

结构整合的中等水平

结构整合的低水平

不整合

另外：防御的结构功能

结构整合的高水平

结构整合的中等水平

结构整合的低水平

不整合

#### 4.4.4 临床案例

结构整合的高水平的例子

结构整合的中等水平的例子

结构整合的低水平的例子

不整合的例子

## 5. OPD访谈

### 5.1 心理动力学访谈的理论

### 5.2 实行OPD访谈

#### 5.2.1 前提

#### 5.2.2 原则

#### 5.2.3 访谈阶段

##### 5.2.3.1 初始访谈

##### 5.2.3.2 认同关系事件

##### 5.2.3.3 患者现实生活的自体知觉、自我体验和传记性事实

##### 5.2.3.4 客体体验，对于外部世界的体验和处理

##### 5.2.3.5 心理治疗的动机、治疗的前提、以及内省力

##### 5.2.3.6 精神和心身障碍

## 6. 临床案例：“驶出天堂”

### 6.1 访谈简介

### 6.2 案例评估及相关资料

#### 轴I（基础模式）疾病体验和治疗前提

对患者疾病/问题的客观评估

患者的体验、表现和疾病观念

改变的资源和障碍

患者的体验、表现和疾病观念

改变的资源和障碍

## 轴II：人际关系

前提A：患者的体验

前提B：其他人的体验（也包括观察者）

关系：动力性模式

## 轴III：冲突

使治疗师能对冲突评级的初始问题

反复的功能失调性冲突

## 轴V：精神和心身障碍

# 6.3 关于评估的评论

## 6.3.1 疾病体验和治疗前提

## 6.3.2 关系

患者的经验性看法

其他人的经验性看法

动力性关系模式

## 6.3.3 冲突

6.3.4 结构

6.3.5 精神和心身障碍

6.3.6 多轴的整合

## 7. 选择焦点及治疗计划

7.1 在OPD轴I的基础上建立治疗指征

7.2 在OPD轴II至轴IV的基础上确定焦点

关系

冲突

结构

7.3 焦点选择原则

7.4 焦点构成部分

7.5 治疗计划和心理治疗目标

主要的冲突紊乱

设置

治疗姿态

确定焦点层次

工作于功能失调性关系

干预



## 主要的结构紊乱

设置

治疗姿态

确定焦点层次

工作于功能失调性关系

干预

## 因结构局限并发的冲突紊乱

设置

治疗姿态

确定焦点层次

工作于功能失调性关系

干预

## 7.6 工作于潜在功能失调性关系的特殊心理动力学工作

## 7.7 结束评论

## 8. 用OPD评估改变

### 8.1 OPD以及评估改变的基本考虑

### 8.2 以OPD为基础的评估改变模式

焦点选择

## 海德堡结构式改变量表 ( Heidelberg Structural Change Scale )

### 8.3 信度和效度

### 8.4 临床运用

## 9. 运用领域及质量保证

### 9.1 心理治疗和法律的质量保证

### 9.2 动力性心理治疗的质量保证

### 9.3 OPD在德国心理治疗指南专家评估程序中的运用

### 9.4 OPD在心身病房和心理治疗医院住院病人中的应用

### 9.5 OPD在心身康复治疗中的运用

### 9.6 培训、继续教育和研究学习

### 9.7 OPD和专家建议

## 10. 继续教育和研究学习 ( 附地址表 )

### 兴趣和需要

### OPD培训组织和研究学习培训课程

#### OPD结构基础课程

#### OPD结构提高课程

#### 特别提高班

### 培训目录及重点

证书

以往培训课程的经验

形势

培训中心

认证的培训人员

## 11. 参考文献

## 12. 作者地址

## 13. OPD工作工具

### 13.1 轴I：法医因素

### 13.2 轴II

#### 13.2.1 人际关系轴条目表

#### 13.2.2 主题和资源评级

### 13.3 OPD-2冲突分类名录

因为防御而致对冲突和情感知觉的缺损

冲突性应激 ( 应激原诱导的冲突 )

C1 自主和依赖

C2 服从和控制

C3 照顾与自给

C4 自体价值冲突

C5 负疚冲突 ( 自我责备和客体责备 )

C6 俄狄浦斯冲突

C7 同一性冲突

### 13.4 OPD-2结构分类名录

1.1 认知能力：自体知觉

1.2 认知能力：客体知觉

2.1 控制能力：自我调节

2.2 控制能力：客体关系调节

3.1 情感能力：内在交流

3.2 情感能力：与外部世界的交流

4.1 亲附能力：内在客体

4.2 亲附能力：外在客体

### 13.5 海德堡结构式改变量表

### 13.6 访谈工具

13.6.1 轴I访谈工具

13.6.2 轴II访谈工具

13.6.3 轴III访谈工具

因为防御而致对冲突和情感知觉的缺损

应激原诱导的冲突

C1 自主和依赖

C2 服从和控制

C3 照顾与自给

C4 自体价值冲突

C5 负疚冲突 ( 自我责备和客体责备 )

C6 俄狄浦斯冲突

C7 同一性冲突 ( 认同紊乱 )

#### 13.6.4 轴IV访谈工具

1.1 认知能力：自体知觉

1.2 认知能力：客体知觉

2.1 控制能力：自我调节

2.2 控制能力：客体关系调节

3.1 情感能力：内在交流

3.2 情感能力：与外部世界的交流

4.1 亲附能力：内在客体

4.2 亲附能力：外在客体

### 13.7 OPD-2数据评估

#### 轴I ( 基础模式 ) 疾病体验和治疗前提

对患者疾病/问题的客观评估

患者的体验、表现和疾病观念

改变的资源 and 障碍

患者的体验、表现和疾病观念

改变的资源 and 障碍

#### 轴II : 人际关系

前提A : 患者的体验

前提B : 其他人的体验 ( 也包括观察者 )

关系 : 动力性模式

#### 轴III : 冲突

使治疗师能对冲突评级的初始问题

反复的功能失调性冲突

#### 轴V : 精神和心身障碍

### 13.8 数据评估表法医模块

#### 轴I ( 法医模块 )

对患者疾病/问题的客观评估

患者的体验、表现和疾病观念

改变的资源和障碍

### 13.9 OPD-2焦点选择评估表

关系焦点

冲突焦点

结构焦点

选择3-4个焦点

该患者的基础心理治疗途径

## 15. 附录

### 14.1 全面功能评估量表

### 14.2 EQ-5D

### 14.3 防御机制表

防御高适应水平

含精神抑制防御水平（形成妥协）

有观念轻度扭曲的防御水平

否认水平

有观念严重扭曲的防御水平

行为水平

防御失调水平



## **OPD工作小组**

工作小组成员及其在小组工作中的职能

**发言人：**

Manfred Cierpka (海德堡)<sup>1</sup>

**秘书：**

Reiner W. Dahlbender (索尔陶)<sup>2</sup>

Michael Stasch (海德堡)<sup>1</sup>

**指导委员会：**

---

<sup>1</sup> 海德堡大学附属医院，心身协调研究和家庭治疗研究所。（脚注为德语）

<sup>2</sup> 索尔陶康复医学中心，心身医学和心理治疗病房。

Peter Buchheim (慕尼黑)<sup>3</sup>

Manfred Cierpka (海德堡)<sup>1</sup>

Reiner W. Dahlbender (索尔陶)<sup>2</sup>

Harald J. Freyberger (格拉夫瓦尔德 , Greifswald)<sup>4</sup>

Tilman Grande (海德堡)<sup>5</sup>

Gereon Heuft (明斯特)<sup>6</sup>

Paul L. Janssen (多特蒙特)

Gerd Rudolf (海德堡)<sup>5</sup>

Henning Schauenburg (海德堡)<sup>5</sup>

Wolfgang Schneider (罗斯托克)<sup>7</sup>

Gerhard Schüßler (因斯布鲁克 , Innsbruck)<sup>8</sup>

Michael Stasch (海德堡)<sup>1</sup>

Matthias von der Tann (伦敦)<sup>9</sup>

## 各轴发言人：

---

<sup>3</sup> 慕尼黑科技大学附属精神病和心理治疗医院。

<sup>4</sup> 格拉夫瓦尔德大学附属医院，精神病学和心理治疗中心。

<sup>5</sup> 海德堡大学附属医院，心身医学和临床综合医院。

<sup>6</sup> 明斯特大学附属医院，心身治疗和心理治疗中心。

轴I：

Wolfgang Schneider (罗斯托克)<sup>7</sup>

轴II：

Manfred Cierpka (海德堡)<sup>1</sup>

轴III：

Gerhard Schüßler (因斯布鲁克)<sup>8</sup>

轴IV：

Gerd Rudolf (海德堡)<sup>5</sup>

轴V：

Harald J. Freyberger (格拉夫瓦尔德)<sup>4</sup>

**工作小组成员：**

轴I：

Reiner W. Dahlbender (索尔陶)<sup>2</sup>

Matthias Franz (杜塞尔多夫，Düsseldorf)<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> 罗斯托克大学附属医院，心身医学和心理治疗医学中心。

<sup>8</sup> 因斯布鲁克大学附属医院，医学心理学和心理治疗中心。

<sup>9</sup> 伦敦波特曼医院，塔维斯托克与波特曼全国医疗服务机构。

<sup>10</sup> 杜塞尔多夫大学附属医院，心身医学和心理治疗临床研究所。

Karsten Hake (罗斯托克)<sup>7</sup>

Reinholde Kriebel (格尔德恩 , Geldern)<sup>11</sup>

Doris Pouget-Schors (慕尼黑)<sup>12</sup>

Wolfgang Schneider (罗斯托克)<sup>7</sup>

轴II :

Manfred Cierpka (海德堡)<sup>1</sup>

Reiner W. Dahlbender (索尔陶)<sup>2</sup>

Tilman Grande (海德堡)<sup>5</sup>

Henning Schauenburg (海德堡)<sup>5</sup>

Michael Stasch (海德堡)<sup>1</sup>

Matthias von der Tann (伦敦)<sup>9</sup>

轴III :

Markus Burgmer (明斯特)<sup>6</sup>

Reiner W. Dahlbender (索尔陶)<sup>2</sup>

Gereon Heuft (明斯特)<sup>6</sup>

Sven Olaf Hoffmann (汉堡)

---

<sup>11</sup> 格尔德恩州立医院，心理治疗和心身医学专科医院。

<sup>12</sup> 慕尼黑科技大学，心身医学、心理治疗和医学心理学研究所及治疗中心。

Paul L. Janssen (多特蒙特)

Elmar Mans (巴德克鲁兹纳赫 , Bad Kreuznach)<sup>13</sup>

Gudrun Schneider (明斯特)<sup>6</sup>

Gerhard Schüßler (因斯布鲁克)<sup>8</sup>

轴IV :

Stephan Doering (明斯特)<sup>14</sup>

Tilman Grande (海德堡)<sup>5</sup>

Thorsten Jakobsen (海德堡)<sup>5</sup>

Marianne Junghan (图恩 , Thun)

Joachim Küchenhoff (巴赛尔 , Basel)<sup>15</sup>

Doris Pouget-Schors (慕尼黑)<sup>12</sup>

Claudia Oberbracht (法兰克福)

Gerd Rudolf (海德堡)<sup>5</sup>

轴V :

Harald J. Freyberger (格拉夫瓦尔德)<sup>4</sup>

Wolfgang Schneider (罗斯托克)<sup>7</sup>

---

<sup>13</sup> 巴德克鲁兹纳赫心身专科医院。

<sup>14</sup> 明斯特大学附属医院，牙医中心，包括牙科服务的心身治疗。

<sup>15</sup> 巴赛尔大学附属医院，精神病院心理治疗部门。

访谈：

Reiner W. Dahlbender (索尔陶)<sup>2</sup>

Cord Benecke (因斯布鲁克)<sup>16</sup>

Stephan Doering (明斯特)<sup>14</sup>

Tilman Grande (海德堡)<sup>5</sup>

Paul L. Janssen (多特蒙特)

Gudrun Schneider (明斯特)<sup>6</sup>

## 1. 理论背景

1992年，德国的一些精神分析师和心身取向的治疗师以及精神科医师建立了名为“操作性心理动力学诊断”的专职小组。该专职小组的目标是扩展以症状为基础的、增加一些基础心理动力学维度的精神障碍描述性分类。该小组为资深治疗师培训和临床运用制定了诊断性问卷和手册( OPD专职小组, 1996 )。此外，个体多轴核对表的出版( Grande/Oberbracht, 2000; Rudolf et al., 1998 ) 使评估过程更可行和可靠。

该多轴心理动力性诊断仍然建立在“疾病体验和治疗前提”、“人际关系”、“冲突”、“结构”和“ICD-10第V章( F ) 精神和心身障碍”这五个轴的基础上。在一到两个小时的初始访谈后，由临床医生( 或内在观察者 ) 通过这五轴和评估资料记录来评估患者心理动力性描述。

可能很多读者都已经对OPD-1的一些特征比较熟悉了，本书简要的概括了OPD-1导致OPD-2的一些改变。在序言之后，我们简要地回顾OPD的历史、目的和结构轴。在这之前先会讨论一下心理动力性诊断与其操作化的一些文献。已经熟悉OPD-1

---

<sup>16</sup> 因斯布鲁克大学心理学研究院。

的读者可能会希望直接进入第二章，此章总结了OPD-1的一些研究发现。OPD-2各轴的操作化将在第三章中讲到。

## 从OPD-1到OPD-2

本书将介绍OPD的再版。综合第一版在培训、研究学习、门诊和病房、质量保证以及科学研究领域的使用经验，在第一版出版十年后（OPD小组，2004），出版了这本修正版。除了提供理论和概念上的考虑，它还运用与OPD-1相似的四个心理动力轴（轴I到轴IV）来确定患者心理动力性相关的特性，从而形成了有用的诊断手册：首先是患者如何体验他们的疾病，以及与此相关将患者带入治疗的前提；其次，患者功能失调的关系模式；第三，他们潜意识的冲突；第四，患者的结构特点和以结构为基础的脆性。

OPD的再版不仅仅是对原版的修订。经过多年对OPD-1的研究，从现有的研究结果（参见第二章）出发，并定期进行培训讲座反馈和积累临床使用经验，将OPD从一个单纯的诊断工具发展成为制定治疗计划和测量治疗变化的工具的必要性变得越来越明显。OPD-2的改变表现为以下四个突出方面：

OPD-2不再仅仅是一个横断面的诊断工具，而是更多地延伸于治疗过程。

OPD-2试图考虑患者的资源和有利优势。

OPD-2能够概念化，更大程度上是在轴与轴之间的概念化

OPD-2通过让治疗师确定治疗焦点而使治疗计划变得可能

## 过程取向

治疗计划制定的过程必须依赖于治疗目标的三大支柱性诊断陈述，并确定适当的治疗步骤。如果需要，可以在日常临床

实践中评估这些步骤的效应。诊断在此用以描述问题关键特性以及可能变好的特征，但同时也承认患者的资源和能力。从这里可以看出治疗计划制定过程或多或少都是发生在治疗师和患者相互交流的框架下。

治疗计划和治疗性干预的效果评估要求诊断性概念能被研究者依次定义并操作；这些变量可以在治疗过程中测定。横向的诊断通过对个体的描述让我们可以将个体情况与原先的经验标准相比较。这样才能确定个体与样本的相关性。横向诊断对特定时间点很有帮助，特别是在治疗开始和结束的时候，横向诊断可以找出问题或症状，并评估其严重性。这包括确定所有对治疗有贡献的因素，不仅仅是维持因素，还包括消除症状的因素。主诉、问题和症状分类需一个更高的症状分类系统（例如：ICD-10）格式以组成状态诊断的一部分。从这个意义上来说，OPD-1主要是作为“症状诊断”而被概念化。

本手册超越了这点而描述患者的变化过程。运用OPD可以找到患者功能失调的关系模式、紧张的内部冲突构建和结构环境，如果这些与患者的症状和痛苦相关，都可以用以推断治疗的焦点。心理治疗带来的变化将在OPD分类中逐一显现。

OPD跟随目前对心理治疗研究的要求而突出心理治疗过程中的变化结果，以证实心理治疗起作用的机制。考虑到治疗方法和适当的干预措施，对治疗过程的认识要纳入治疗的每一步。其目的在于使治疗过程更适合患者。

新体系OPD-2正在走向Strupp和Schacht(1998)命名为“问题-治疗-结果一致”的原则。这就意味着在临床问题评估、渴望通过治疗而改变的概念化以及临床成功描述之间必有相似性和一致性。这种成功不仅仅是被任意的客观性问卷或观察方法来测定，而是用最初用以阐述临床问题的分类和概念来衡量。这样，就有一个共同的概念基础用以处理问题、干预过程和评估疗效。接纳新的OPD-2目的在于用更直接的方式反映心理治疗师的临床实践。

心理动力性诊断在本质上绝非止于诊断本身，它应该被理解为在治疗展开时作为行动向导的一个工具。

## 确认资源



OPD-2的一个改变就是更多的考虑患者自身的资源。在轴I中患者的应激是与患者的可用资源相提并论的。轴II不再局限于阐述功能紊乱的关系；它还用于鉴别对于患者而言可以成为资源的关系。同样的，按照现在的观点，也在结构轴上描述患者允许自身和外界适当交流的能力。

### 轴与轴之间的交界

本手册改变的第三个方面在于试图在轴与轴之间进行理论整合。第2章第6节就试图概念化描述各轴间的交界。第5章到第9章逐渐显现出诊断和选择焦点的实践重要性。直到现在，各轴都被或多或少想象成各自独立且在概念上互不相关的。然而，我们总是能清楚地发现个体的各轴之间是有关联的。例如：功能失调的关系经历和关系中的失调性行为，不仅是内在冲突上升到患者现实生活的结果，也是结构缺损以及以结构为基础的脆性所致的结果。这个概念化在治疗师方面需要不小的决定：我是否看到患者痛苦的关系模式表现为症状的内容是由于冲突或结构而引起，或者我是否看到冲突和结构的特征象扳机点一样维持着患者的心身症状？这些诊断决定将导致不同的治疗策略。

### 焦点和治疗计划的确定

OPD-2的治疗计划将在单独的一章中介绍。在新手册中，所有的轴都允许确定一个焦点。焦点被视为OPD的特征性发现，该发现对心理障碍的原因和维持有影响，并在疾病的心理动力中起到至关重要的作用。这些发现跟随治疗假设：实质性的治疗过程开始的时候，这些焦点需要有所改变。

当焦点被确定，相关结构或冲突方面的影响就依赖于心理障碍的种类；这种比例需要反映在焦点选择上。在明确的案例中可以确定唯一的冲突或结构焦点。然而，在更多的案例中，两个方面都很重要。OPD假设随着治疗过程的展开，焦点会改

变。在治疗开始的时候制定焦点可以指导治疗计划，而治疗计划在治疗过程中可以做必要的修改。最重要的是，治疗师自身对治疗策略的运用，使其对患者的改变更清楚。

OPD-2必须通过临床实践测试。新版本不同于OPD-1，它提供了一个简短的版本，其中每个轴都适合临床常规使用。此外，扩展版尚可以用于研究和编制专家意见。这样，OPD正发展成为诊断和治疗的模块化系统，并被运用于不同的领域。

### OPD专职小组的目标

动力性心理治疗根据精神分析的（元）心理构建理论来将心理现象进行分类。弗洛伊德（1923b）在其结构理论中首次将人格描述为自我、本我和超我，从而创建了精神分析对心理现象分类的基础。同样地，性前期和性驱力的概念发展也被用于分类。以后发现，“退行至固着点”、特殊的防御机制和结构都与不同的疾病类型相关。至今，近期的精神分析文献加入了自我心理学、客体关系理论和自体心理学，从而运用驱力理论来鉴别人格和区分心理疾病（参见，Shapiro，1991）。

在临床情况下，这些建构都被用于找出心理功能和障碍。例如，心理治疗师通过初始访谈过程概念化来访者的生平，从而描述患者在情绪认知发展中产生的症状和障碍之间的链接。患者带给诊断和治疗情境的资料、治疗师的观察和感知以及患者和治疗师之间的相互作用都将被综合起来形成心理动力性诊断。

随着时间的流逝，很多元心理理论被描述为高抽象层次的理论而越来越远离临床观察现象，并变成纯理论性的。这导致了很多不同种的理论出现，并使精神分析的许多术语和概念变得模棱两可。

此外，构建观察诸如移情模式、情感结构或特殊行为都是被以低抽象水平描述，仅仅是临床医生间意见一致是不合适的。这些问题提供了一个起点，一个倡议，如“操作性心理动力诊断（OPD）”。

进一步促进OPD专职小组成立的原因是现有的描述性分类系统（DSM-III、DSM-IV和ICD-10）对心理动力性治疗师治疗

患者所提供的指导非常有限。

这些诊断系统不仅放弃了神经症的概念，而且大体上都保持现象学和生物学的概念，而忽视了可靠有效的诊断分类（参见 Schneider/Freyberger, 1990；Schneider/Hoffmann, 1992）。重申一次，纯粹的以症状为中心的描述性诊断为临床医生和开展心理治疗提供的指导很少。譬如说，心理动力性取向的心理治疗师就丢失了以下信息：内心和人际间冲突的陈述、患者人格结构整合程度、或者患者对疾病的主观体验。

对于拥有大量之前提及的精神分析概念的治疗师而言，这种缺陷就显得更明显。在这些概念的帮助下，治疗师在症状、扳机点冲突、功能失调的关系以及患者的生活之间最大程度地进行链接。

随着精神疾病分类系统的发展，需要一个同样考虑到其他相关层面的系统出现。由此心理动力性诊断应运而生，它可以用以鉴别，反过来，也可以用以类似观察的构建。

1992年9月，由Manfred Cierpka和Wolfgang Schneider发起，OPD专职小组成立。成员从多中心项目来一起合作，他们通过增加心理动力性维度：目标、结构和条例性规定，以扩展症状取向的描述性分类ICD-10种关于精神疾病的分类。整体上专职小组的责任是支持整个项目，保证其在可靠的立场上是科学可靠的，能代表该专科，并且与国际分类系统ICD和DSM相关的精神疾病概念之间进行协调。专职小组决定发展哪个轴，以及决定组织结构。1998年前，S.O. Hoffmann是OPD小组发言人和代表，此后是M. Cierpka，发言人负责整个小组的协调工作并组织召开例会。另外，专职小组选举出一个执行委员会，用以处理有关OPD的主要目标和成果的所有任务。还有几个专家组负责现实的各轴和访谈的操作化，另外他们还对已更新的手册负责，包括其中的临床案例。除了这些工作小组外，还设有研究小组、质量保证小组和OPD培训小组。

从OPD小组成立伊始，就会为保持项目运转而召开例会。当然，小组的成员也有所变化，但是核心小组一直比较恒定。完成OPD第二版花了4年时间。目前的成员表名单列在本书的最后。创始小组商定的原则直到今天仍然有效，即：

1. 工作大致遵循ICD模式，因为此模式是心理治疗机构运用的传统模式。
2. 对ICD-10分类进行补充，发展和评估心理动力性相关的诊断轴。

由于有共同的概念框架，工作小组同意在考虑和适应现有办法的基础上创建一个临床相关、心理动力取向的工具。

这样的工具应该在“中等抽象水平”的同时，是可操作的，介于“纯粹”的行为描述和“纯粹”的元心理学概念之间。

专职小组还努力去建立一个统一精确的语言和术语跨学派参照系统，这样就不依赖于任一治疗学派的术语。

在这种情况下，操作性诊断有以下目的：

1. 以相对开放的态度提供临床诊断准则，为使用者留下足够的空间以适应自己的判断。
2. 用于精神动力性心理治疗的培训，因为它提供了关于心理动力性和现象学的分类。
3. 改善科学界与心理动力理论的沟通。
4. 在科学研究中用作研究工具，从而通过运用严格的诊断标准对同质样本的研究项目作出更大贡献。它在研究开始的时候、病情记录过程中、治疗指征的诊查和不同治疗指征时、不同生活领域的不同个体模式的鉴别时、以及调查治疗的效果和/或效益时通过收集现象学和心理动力的“基础资料”为研究作出贡献。
5. 通过确定心理动力相关焦点，OPD可以用于制定治疗计划。如果在过程取向的OPD-2框架下的潜意识冲突、结构局限或关系中的功能失调行为被确定为主要问题的范围，就可以制定治疗计划的焦点目标。

### **操作性心理动力性诊断的概念**

OPD由前四个心理动力轴和一个描述轴组成。前四个轴建在源于精神分析的心理动力学理解的基础上。我们假设这四个轴上的决定因素与部分精神分析的概念符合（人格结构、内在冲突、移情），由此推断出潜意识水平以作为各自操作化的参

考。

为什么是这五个轴

轴I：疾病体验和治疗前提

选择轴I是因为其明显与此分类的现实相关，某种程度上是从认知心理学而来：必须“从他在的地方或者他的期望所在的地方带走他”，也就是说，我们的工作必需着手于与主诉相关的症状和患者对治疗的期望。在此较少强调疾病行为，而是更多的强调体验、动机和现有资源。这些组成要素已在心理学上比较清楚并相对容易操作。

轴II：人际关系

轴II部分根植于精神分析性诊断，同时它也一直是对移情和反移情相互影响至关重要的关系诊断。与轴III和轴IV不同，此轴并不提供原型或模式，而是提供了一系列易于观察并可以随意合并的行为模式分类体系。

轴III：冲突

OPD主张将冲突这一经典的精神分析诊断用于轴III中，即内在冲突的核心作用。运用此轴，生活决定的内在冲突能与更多的外在现实冲突情境同时存在。修通冲突可以被认为是治疗的目的。

轴IV：结构

此轴描述心理结构的性质和/或缺陷。例如：它包含设置内部和外部边界的可能性和/或不可能、自我知觉和自我调节的

能力或无能。作为治疗焦点，结构的延伸部分在范畴上可以与冲突相连接，或者也可以没有这种连接。

#### 轴V：精神和心身障碍

轴V将ICD-10和DSM-IV的描述性现象学诊断纳入到OPD中。此举强调了对精神病理学现象精确鉴别的必要，其必须在心理动力性诊断中占有一席之地。此外，专职小组运用此轴建议怎样提高ICD-10在心身疾病（F54）领域的价值。

仔细看这些轴就会发现它们在某些内容上相互重叠且彼此影响：例如，心理结构形成背景来对抗冲突，而冲突用他们适应或适应不良的解决模式表现出来。从副现象学而论，关系模式比心理结构和内在冲突更容易观察。习惯性的关系紊乱模式可以被理解成内在冲突和结构特征的表达，同时也是对控制应对策略的表达；因此它反映出问题的两方面。在轴与轴之间和条款不同水平的内在关系中OPD整体结构将变得清楚。第3章第6节“多轴之间的内在关系”将会有进一步阐述。

#### 多轴诊断的基本考虑

多轴诊断提供我们一个途径以更好的反映多数心理现象和心理障碍的复杂情况。基本考虑需要理解这些轴之间的相互作用和并用效应，同时必须处理该轴是什么以及我们怎么理解心理现象和心理紊乱的问题。

心身医学、心理治疗和精神病学以及OPD的多轴都是建立在主管心理体验和个体行为之上的。理解心理现象和它们与躯体因素之间的相互关系的基础是双相生物心理社会模式：所有这些现象和紊乱都是生物学的，主观体验由大脑的功能而生（脑-心），而心理现象同样影响大脑（心-脑）。多轴分类来自神经生物学家的发现：大脑赖于它的运用，也就是说，系统越多激活，越能持久地存于必然功能（例如：弹钢琴、恐惧动员等）。更高的心理功能的发展得益于从简单模式到复杂模式。更高系统的发展以更高基础性系统健康发展为前提（结构→冲突）。由于不同的系统的核心特征发展有着不同的时期，所以不

同的功能（自我的构建、调节、抽象思维等）也有不同的关键发展阶段。由于这些发展阶段多数是在儿童时期，大脑神经网络的基础在此之前就应该已建成(Schübler, 2004)。因此心理和心身障碍是习得性行为功能的偏位（失调），这种失调必须是文化/社会/统计模式可以描述的。

在整个心理社会领域没有固定不变的“疾病单元”。现在被广泛接受的观点是：主要的心理现象（焦虑、抑郁、智能等）能被描述成一个连续谱(Beutler et al., 2000)。这样的连续谱可以解释从一个现象到另一个现象的过渡是流动性的，也是复杂的。在这样连续谱的框架下，出现了在正常（健康）和心理紊乱之间没有清晰边界的阈值模式，但是该模式在多数重要症状之间有一些天然的边界，据此它最有意义并在科学术语进程中能走得最远。这个连续谱当然可以鉴别（例如：抑郁始于临界X，冲突强度为X，而冲突控制紊乱始于环境X）。

这种立体连续的方式运用原型构造（分类）以保证其足够可靠，即临床适用性（Kendell/Jablensky, 2003）。这种在结构轴和冲突轴基础上的描述模式就是原型，而事实上我们只发现了与之相近的模式。这样的程序可以保证比单纯的理论性分类（如DSM-IV，ICD-10）所得的数据更可靠。

心理现象和紊乱复杂且具多因素的。多因素的交互复杂性要求对从不同切入点搜集相关信息进行多元化的解释。OPD的多轴方式就是基于这种多元化的解释。

按照数学理论观点，轴是彼此独立的，且往往是互相垂直的（例如x轴和y轴）。这并不适用于临床轴，临床轴是用于捕捉心理现象的各种深度（例如：意识/潜意识的体验和行为）。OPD的多轴方式类似于印度寓言故事盲人摸象。所有部分都是属于大象，这些部分彼此影响，每个人都正确的认识了某个部分，但却不是全部。因此，OPD轴I到轴V的记录内容和方式并非彼此独立的。它们从不如同的视角、不同的观点或更深的（潜意识）现象来记录。

## 精神分析构建的操作化

试图精神分析的操作化总会令人怀疑。为评估过去在精神分析构建操作化的努力，我们需要知道研究的程度以及相关的科学研究结果。例如：它们是否适合更广或更具体的理论或术语，或应该作为不足之处而拒绝之？

因此，决定性的问题是，是否该学科领域和理论构建仍然保留着精神分析的狭窄概念和理论观点，或者流于操作化的程序，而丧失了精神分析构建和研究的基本对象之间的关系。这个问题曾被Eagle讨论，其出现不仅与一般的理论模式相关（例如：在精神分析人格理论中关于潜抑的概念），而且与治疗概念或其他精神分析变量的有效性假设相关，就像在治疗过程中移情过程及其在治疗中的作用。

操作化的研究也遭遇了同样的问题，其核心任务就是在理论水平和观察之间建立链接。为此，有必要详细说明相关构建，然后将其转化为研究操作。这就形成了理论概念的经验性检查的前提。

按照将统计结果作为测试假说和产生假说的传统实验心理学，操作化研究首先考虑实验设计逻辑，因此会大大影响原理论操作化术语的翻译。造成先前的理论框架和操作观察之间的差异性描述。

这并没有给实证心理学带来问题，他们明白本身是一种不懂“优先”的科学（Herrmann，1979）；它的假设构建仅仅被理解为经验性获取的“操作化计划”（Herrmann，1972）。

对于精神分析而言，这与其复杂的人格和发展心理学以及疾病和治疗理论是不同的。由于其理论和概念的范围在很大程度上限制了他们被纳入科研设计。潜意识、潜抑过程、情感或移情这样的东西不能被直接观察到，而必需通过推断得出。这种情况就需要研究程序能灵活地处理各种可能的观测数据，并能对任务有良好的系统观察方法、评估方法以及合理的解释。当然，各种数据与它们之间的关联性不同，其标准不仅仅是使统计数据更安全。例如：推测如何科学有效地用统计证明无意义的事实（如：大样本的无显著影响的主诉量表），与高度复杂主题事务（就如医患关系模式的发展）的假设生成相比较时，



就可以在脚本的基础上进行定性分析。

效果判断有赖于假设（常有争议）。该问题在兼顾生理社会心理“硬性”数据和浓缩着患者生平的个体主观视角两者的多种方式情况下，同样也可以运用定量研究方法，它是一种多水平的整合。一方面，心理社会出版物只允许基于定量操作（例如：标准化问卷结果）有说服力的结果出版，而另一方面，这些结果都来自于开放的“叙述性”访谈。经常发现解释性结论是不可避免的，或者在这些不同水平内容中有明确的差距。不过，如果我们允许自己将注意焦点游离于这些水平间，我们就能更多的关注个体。尤其是试图形成一个躯体、心理和社会信息的整体图象。确信这些结合成心身整体。正如强调的，功能性因果解释和策划解释方式揭示不同的层面，尽管它们都代表着“真实的认识”，但是它们不能被认为是对于一个人的同质性解释的部分。我们必需操作，因此笔者认为，在不同的科学语言中同时存在着对人类研究的因果分析和理解性解释的方法。这些方法正如它们的结论一样是彼此的补充。重要的是在研究中创建它们的视角和相关领域以识别两个层面之间的交差点，并且在需要的时候以系统方式重访每个点。

如果精神分析/精神动力学概念的实验研究适用于“检验”精神分析性假设，就必需问问精神分析师或者精神分析取向的心理治疗师多大程度上愿意处理这些不一致？将理论或临床发现适当地整合到各自的理论框架和理论行为中。发表的研究结果很少被记录，许多临床学家都否认这些工作和结论，或者不留意那些正性的结果，也许是因为他们很少关注相关的杂志。精神分析和心理动力性取向的心理治疗团体已经对临床研究结果不能影响临床实践争论了很久（如：见Luborsky，1969）。如今这种观点已经转变。Kächele (1995)提出，精神动力性心理治疗研究表现出大量的类似“治疗性实践的复杂需要”，其具体反映如《心理动力性治疗研究手册》的出版(Miller, 1993)。

与现象学的合作表现在诊断词汇目前主导我们跨越关于操作性定义的心理分析性内涵。在努力下，一些精神分析性词汇可以“明确下来”以纯粹的描述性方式来理解。例如：超我转变成良心或道德，超我冲突变成内疚感。这样就丢失了一些精神

分析性词汇中的一些动力性概念，但是在这个例子中并不是仅仅只有这些字面意义，如内疚感实际上就是超我冲突的绝大部分。如果有人盲目的将超我的概念置换成内疚感，可以有利于理解但是却丢失了动力性的内容。实践中很有可能，不在少数的精神分析师会走到妥协的路上来。然而，他们可能不能接受创作者的观点，例如，潜意识的概念变成“不能用言语表达”。现在，潜意识的概念，特别是动力性潜意识，它的定义非常困难，远远比“不能用言语表达”的概念更深远。

因此精神分析概念的操作化的创造者必需找到一个折衷的途径，既可以非常清晰，又不会远离其动力性的内涵。也因此有理由假设心理动力性操作化分类的使用者首先会接受动力性的术语如潜意识、内在冲突、防御、心理结构、自我和自体、自体 and 客体表象等。理论而言，对这些基础性术语的理解应该在意见一致的基础上才能明确，而不是在真实或者假定真实的程度上。这就意味着，直截了当地说或者不偏离操作化的范围，动力性假设会成为概念的一部分。需要强调的是，操作化定义严格意义上讲，总是能在没有事实资源的情况下处理它们不能被操作性确定的。但是，对于精神分析性含义的操作化，严格遵守规则是不能不扭曲其确定而不能识别的一些特质。在这个意义上，说心理动力性操作化是合理的（更确切的说：包含心理动力性结构的操作化）。这样一个程序的目的是尽可能在这种矛盾中获得更多自由度的同时，尽可能多的保留其动力性的内涵。可能更准确的不是说“意见一致”，而是说“最小公倍数”。在精神分析师中达成广泛一致实在是件很希罕的事情！这里所谓的妥协，在今天快速简单的和解能力贬值看来，有位精神分析师Zacharias（1974）将其视为创造和平的先决条件。在这个意义上，OPD对操作化的建议就是一种妥协。

## 1.6 过去精神分析构建操作化的一些方法

科学家们长期以来都抱怨精神分析术语的含糊和不清晰。这也就不奇怪从弗洛伊德时代开始，精神分析就更成功于分化出新的理论而不是确认那些已存在的理论。美国精神分析协会会长A. Kaplan已经提出严重的警告，说我们这个时代的任务是

去证实精神分析理论，而不是无休止地创造新的理论。即使有人阐述一个事实：精神分析概念形成就是在解释学和经验学领域中寻找平衡，但是也不可避免的给人以众多精神分析师不仅仅忍受这些术语的模糊而且积极维护之的印象。一个潜在的原因可能是没有一种理论和实践能够最小程度的伤害精神分析的自恋，每个精神分析师都有以满意的方式进行临床讨论的需要，由于术语的自然运用，可能会没有抵触，因此要求没有观点的修正。

这并不排除有研究兴趣的精神分析师总是苦于刻画精神分析概念的模糊状态。因此，几乎所有关于概念形成甚至操作化的尝试都是研究计划的结果。

在弗洛伊德（参见Sandler，1962）索引中，其意图是按照诊断区分症状、传记性数据、驱力发展、自我功能和超我特征、固着点和推行趋势，以及冲突特征。与此相符，笔者找到了发展病理学和更成熟发育水平的神经症性病理学之间的区别。

Blank和Blank（1974，1979）的描述性发展诊断模式是自我心理学取向的，因此它努力地描述自我功能的发展水平。在自我功能操作化的基础上，Bellak及其他人（Bellak/Goldsmith，1984；Bellak/Hurvich，1969）发展出一个多测定的测量工具，该工具将患者归为自我发展三种分类中的一种（神经症性的、边缘性的、精神病性的）。该工具在精神分析诊断系统化上的成就可主要运用与治疗计划，同时也可以用于治疗效果的测定。

在Hampstead索引著作中，Sandler写到：“这导致了大量新的概念形成，这些新的概念在那时的文献中是不正确、不清晰，或者是矛盾的”（Sandler，1962，317页）。忠于精神分析的作者们希望能恢复与国际科学界的连接，自从开始痛苦的新的表达征程这种连接就很少了。描述这个轨迹是在此工作范围之外的，然而一些简短的解释可能会有用。回溯到60年代早期的一个例子是G. Bibring工作小组，他们工作于怀孕和母婴亲附之间的可能联系。他们发展出完整的观察变量区间，更有意思的是他们发展出防御机制目录的新版本，其中包括一些操作化的定义（Bibring et al. 1961）。类似的方法还有同时代的Prelinger及其同事（1964），他们定义了一系列的精神分析性人格变量用以系统评估。此后，精神分析术语表出版，最有名的版本是在

Moore和Fine之后的Laplanche和Pontalis的版本 ( Laplanche/ Pontalis , 1991 ; Moore/Fine , 1968 )。以前评述性地定义都是根据弗洛伊德的著作而来，也就是说，是完全说明性的定义；后续发展是在意见一致的基础上；这是一个工作小组努力的结果，该工作小组排除万难记录了大多数美国精神分析师对所定义术语的理解。Rycroft ( 1968 ) 的评论性精神分析词典中，许多实例都以合理评论的方式定义，并常常与一致意见相左，尽管其质量不错，但是在德国很少被人知道。

Perry及其同事发展的类似的系统性步骤聚焦于基础冲突的定义。Perry同样对防御机制的系统化作出了贡献。Haan( 1972 ) 发展了防御和应对之间的关系，但是与其他人相比他仍然流于理论性的层面。相反的，Valliant及其同事 ( 1986 ) 经验性地调查了防御机制分级模式的效度。Ehlers及其同事介绍了更进一步的关于防御机制分类的试验方法 ( Ehlers et al. 1995 ; Ehlers/Peters , 1990 )。这是至今为止最为有深度的操作化 ( 见Hoffmann的一般观点，1987 )。OPD工作小组将Perry关于防御机制的分类纳入到OPD系统中。这将会在附录中再次出现 ( 见14章第3节 )。

在心理治疗研究中，产生了一系列操作化方法试图从心理动力性观点去捕捉人际行为 ( 见Schauenburg/Cierpka的概论，1994 )。Lester Luborsky关于“核心冲突关系主题”模式 ( CCRT ) ( Luborsky/Crits-Christoph , 1990 ) 提出了人际诊断的操作化方法，该方法比较适合科研，但是很少运用于临床诊断程序。基于半结构式访谈，病人 ( 先证者 ) 被要求描述对其而言特征性的人际片断，然后基于分类系统将该人际关系分类。在访谈中，冲突关系主题凸现能被作为治疗计划的基础。在轴II人际关系轴中指出，在一般的OPD访谈框架中访谈者必需至少问及两个这样的关系片断。随着时间的推移，CCRT被不断修正并进一步发展 ( 如，Albani et al , 2002b )。尽管如此，问及是否及何时更多的详尽诊断标准将开始失掉他们的吸引力并变得与临床实践诊断无关是有根据的。

人际关系轴也用社会行为结构分析或者SASB ( Benjamin , 1974 ; Tress et al , 1990 )，其同样聚焦于关系的诊断。这种方法首先由人际心理学理论背景发展而来。这种关系诊断有高度的区分方法，包括外部观察、自体观察和描述，但能将其整合

到精神动力性诊断方法中是很有意义的。它用以演绎治疗目标和治疗方法同样是合适的，其在科研领域保留了比临床实践更多的适用范围，适用于许多方面需要很多输入。

进一步的人际心理动力性诊断操作化能在人际关系轴的理论部分找到（参见第3章第2节）。

Kernberg及其合作者（Clarkin et al, 1999；Kernberg et al, 1989）发展出一种治疗方法（尤其针对边缘性患者），移情焦点治疗（TFP），该治疗方法来自限定和系统化诊断特征以清晰地描述治疗目标，由这些问题的明确表达来推断相关的治疗本质。

在人格结构访谈（STIPO，Clarkin et al, 2004b）的帮助下可以确定治疗目标。这种由Otto F. Kernberg发展出的特殊工具展现出结构式访谈的操作化。在访谈过程中，访谈者提问，探究关于结构性问题的100个条目，然后根据描述定位点评估结果。这些条目被概括为8个维度（同一性、客体关系、原始防御、应对、僵化、攻击、价值观、现实检验以及知觉扭曲）。每个维度的评估都是在数学和临床基础上由进一步的定位点得出。最后，患者的人格结构按照6个水平来记录（正常，神经症性1、2，边缘1、2、3），然后在先前描述性分维度的基础上，人格结构的维度性描述就以结构层面的形式表达出来。

根据Karolinska心理动力性轮廓或KAPP（Weinryb/Rössel, 1991），我们被提议在精神分析背景下发展更广泛的诊断工具。这种校外评定系统，如OPD，就是基于与Kernberg的结构式访谈相近的临床访谈。KAPP的18个副量表的评定包括以下方面：人际关系的质量、心理功能的水平、识别影响、自身体验以及人格结构。

假设评定者充分受训，KAPP将有较高的内在信度，其效度也被认为是满意的。首次研究显示出在KAPP的个体领域与OPD的结构轴之间存在正相关（Grütering/Schauenburg, 2000）。

## 1.7 OPD的局限

OPD特别强调人际行为模式的反映。它也聚集了从冲突和结构特征而来的行为和体验模式。由此，要准确收集患者近期生活情况下的心理环境。OPD也免除了许多被认为是精神分析讨论中的特质性东西。人际际遇与直觉方面就变得不再重要。首先要根据个体轴收集详细的内容，而不是获取患者的全盘意见，在以后的过程中这些发现才被概括性的组合。

诊断重点首先不是基于传记性的内容、叙述的生活、过去有意义的构建。因此，受训于精神分析的检查者最初感觉相比于他们常规对患者的处理似乎丢失了什么东西，这是有可能的。依次，受训于OPD的诊断专家常常感觉到，在临床中很重要的内容成为了治疗目标，与患者共同解决的工作模式在精神分析性检查中丢失了。

如所有的诊断系统一样，OPD也有其局限性。心理动力性诊断，例如判断主要冲突的重要性或结构的局限，永远只是在及时收集治疗性访谈中患者人际状态经验的基础上的一种假设。它可能只是碰巧发生，因此，当治疗开始并按照正常程序进行，可能正好其他的冲突凸现出来或者其他结构特征涌现出来。OPD的操作化对于观测的标准化有重要贡献，尽管如此，心理动力性的任何陈述残留仍紧密连接于对于他人内在世界进行解释的理论导向。该局限适用于OPD，就像它适用于其他心理动力性诊断系统一样。虽然如此，行为取向的OPD描述由相当可行的内在信度作为发现，从心理动力性考虑可能比在非操作化假设描述下对预防变疯有帮助。有时能看到个体治疗师用特定的“私有”想法和意念与OPD术语（如个体化、俄蒂普斯或同一性）相连接。因此，必须频繁地在培训课程中指出，提到手册和清单中的操作化有多重要，甚至如果个别观点偏离个体既得的习惯性观点。我们的经验是，刚被培训过的治疗师更容易被引导到这条路上来，而经验丰富的治疗师倾向于坚持他们个人对术语的用法及其同龄治疗师的理论信仰。

## 2. OPD-1的经验和实践发现

OPD不单单评估病人的状态，而且还可用于过程诊断。鉴于OPD的诊断分类及其可操作性，OPD大大丰富了诊断的内涵，尤其是OPD对与治疗 and 改变相关的精神动力学结构的测量有非常大的贡献。它同时也可以用来设计和评估心理治疗。

在临床实践中，运用OPD对病人进行全面的评估，可以为决定和实施心理治疗计划提供有用的线索。比如，对轴I的评估结果反映了病人如何体验疾病，病人对疾病的概念，以及病人对改变的动机。基于此，临床医生能够决定病人是否在当时可以接受某种特殊的心理治疗，或者先给与更基本的干预来稳定病情，随后逐步引导病人进入心理治疗。OPD其他轴的评估结果可以揭示病人的核心问题，这有助于形成治疗目标的假设，同时有助于开展治疗性干预。那些核心问题领域可以是失功能性的关系模式（轴II），生活中决定性的冲突（轴III），或者“关键的”导致病人特别易感或功能受限的人格结构特征（轴IV）。这些在OPD中分类列出的问题领域能够被聚焦，并指导心理治疗。而且，评估病人的结构水平，从本质上说也可用来判断病人是否适合接受结构取向的心理治疗，或者适合聚焦于失功能性的潜意识冲突取向的解释-揭示性干预(Rudolf, 2004b)。

判定治疗焦点以及治疗目标的OPD模式是从一项长程的分析性治疗实践研究中发展出来的。该研究在德国起源于：“Praxisstudie Analytische Langzeittherapie”这个项目 (Grande et al., 2004b; Leising et al., 2003; Rudolf et al., 2001a; Rudolf et al., 2002a)。在科学评估心理动力学取向心理治疗的临床实践和运用中，OPD在住院和门诊病人中都被证实是有价值的。这个系统运用“海德堡结构变化量表”作为追踪病人治疗后应对问题领域的能力改变的评定工具(Grande, 2005; Grande et al., 2001; Grande et al., 2003; Rudolf et al., 2000)。另外，对人际关系动力学方面的焦点假设有利于住院病人的治疗，可以在团队中促进以病人为中心的态度(Stasch, 2003; Stasch & Cierpka, 2006)。

### 2.1 OPD-1的质量标准

随着OPD手册的出版(OPD Task Force, 1996), 开始了一个深化研究的阶段。第一个信度研究获得了非常满意的结果, 并且已经写入了第一版的OPD手册(Freyberger et al., 1996a)。这项研究的结果是通过对住院治疗病人的初始临床访谈录像, 收集轴II至轴IV评判者间信度。

通过对该系统的教学和临床运用获得的经验提示, 包括培训, 手册测评的质量以及评判者临床训练和专业经历都对OPD评定的质量起到重要的作用。

OPD-1工作小组的一项研究(cf. Cierpka et al., 2001)招募了来自6个心身医学临床机构的269位病人, 测试了轴I至轴IV的信度。由于不同临床机构对一些重要参数的评价条件不同, 试验者能够同时看到什么样的条件提高或降低了评估的信度。他们使用的方法是加权的Kappa值(Cohen, 1968), 其与组间相关系数(intraclass correlation coefficient, ICC)相比不需要参数并且更适合本科的数据处理。为了决定加权, 量表等级的间隔各自包括四个等级, 轴I, III和IV的间隔都是等距离的; 由此产生的Kappa值可理解为类似于Pearson相关系数(Fleiss/Cohen, 1973)。试验者同时对轴II“人际关系”计算了加权Kappa。该研究的程序符合社会行为的结构性分析(SASB, Benjamin, 1974)标准程序; 在SASB中, Kappa的偏离权重用Grawe-Gerber和Benjamin(1989)描述的方法被调整以符合人际行为环形丛模式的逻辑。

以诊断为目的的访谈数据以及录像拍摄的访谈数据都有很高的信度。信度测定是通过对这些录像资料的独立评估来进行的。比如轴II“人际关系”, 6个临床机构中有2个符合这些条件; 加权的Kappa值分别为0.62和0.56。轴III“冲突”的信度旨在符合上述条件的1家临床机构中进行。该轴的9类冲突平均值为0.61, 有关个体冲突的范围在0.48到0.71之间。信度最好的是轴IV“结构”。在2个临床机构中, 6个结构维度的总均值分别为0.71(0.62 - 0.78)和0.70 (0.60 - 0.81)。目前还没有用录像诊断性访谈的形式对轴I做过研究。

根据Fleiss (1981)和Cicchetti (1994)的分类, Kappa值在0.40到0.59之间被认为是“好”, Kappa值在0.60到0.74是“很好”。高于0.74的Kappa值被认为是“极佳”。这个分类标准接近于Landis和Koch (1977)的标准, 即把“极佳”的判定点定为更加严格的0.80。根据这些对信度的评价标准, 轴II人际关系和轴III冲突的信度被认为是“好”或者“很好”, 而轴IV结构的信度则被认为是“很好”或者“极佳”。



6个临床机构中2个机构的访谈是在每天常规的临床工作条件下进行的。也就是说，访谈是在常规可获得的医疗机构资源范围内，这也就意味着时间有限。评估时由访谈者自己进行的，同时有另外一个评估者坐在旁边参与评估。在这两个机构中，所有四个轴的均值都在0.30到0.50之间（轴I：一个加权Kappa=0.47，另一个为0.43；轴II：0.50/0.45；轴III：0.40/0.43；轴IV：0.30/0.48）。这些数字大致上和更早OPD可行性研究结果相一致(Freyberger et al., 1996a)，当时的研究也是在常规临床工作的条件下进行的。

在进一步的临床工作中，评估是基于录像诊断访谈，但评估者是没有经验的学生。这项研究提示，轴II“人际关系”的均值为0.42，“冲突”轴为0.33，“结构”轴为0.55。由于这些学生已通过标准化培训，可以由此得出结论：缺乏临床经验对OPD评估是一项非常不利的因素。正如这些评估研究所揭示的，熟练有效地运用OPD系统所需要的必要前提除了全面的OPD培训以外，还需要2到3年的前期临床经验。总之，如果进行以OPD为目的的临床访谈评估，轴II“人际关系”和轴III“冲突”的信度令人满意，轴IV“结构”则为良好。另外，这种特殊的评估不是直接的，而是通过看录像来进行的。因此，这些是研究的条件。我们还必须考虑另外一些评估工具，比如日常临床工作一直使用的ICD-10，其同样具有中度水平的信度。以下的叙述和讨论是关于OPD各轴的效度。所有的研究都是运用第一版的OPD。

## 2.2 轴I：“疾病的体验和治疗前提”

就本轴的实证效度而言，事实上这方面的研究数量有限，只能用做外部标准。轴I的特征或项目与“Fragebogen zur Psychotherapiemotivation” (FMP, Schneider et al., 1989)至少部分具有高度类似性。对不同临床疾病的研究发现，不同临床设置以及不同年龄组的病人(Schneider et al., 1998)都对轴I的显示了良好的临床效度。这些组轴I的区别是治疗前的预期。年长的病人或者所谓心身会诊服务机构的病人对精神动力学或心身关系具有较少的内省力，对心理治疗具有较少动机，并显示出较高的躯体治疗动机。Franz和他的同事(2000)研究发现OPD定义的心身方面、精神方面以及社会交流领域有缺陷的病人，可以在专业人员评定的缺陷评分量表(BSS)以及病人自评的量表(SCL-90)中得以体现。研究预测效度，前后对照研究接受心理治疗的住院病人，同时评估SCL-90 and IIP诊断。为了确定轴I的特征与其他临床参数可能存在的互相作用，病人按轴I特征相应地被分为高、低两组。差异的单向分析存在多种重要影响，而且总体严重度指数 ( GSI ) 和SCL-90的分量表 ( OPD项目7，对精神动力学知识的内省能力，以及重要的项目15，症状表现-强调精神症状，同时包括IIP总分 ( 项目9, 10, 13, 14, 15 ) 及其分量表也存在一系列的微小影响 ( 改变 )。项目“症状表现-强调精神症状” ( 15 ) 是治疗成功与否的最佳预测因素。检验轴I的结构效度，为了突出各项目间的联系，要进行因子分析。Franz和他的同事(2000)发现了三因素模式 ( 方差贡献率为54% )。三

因素为“内省力”、“资源和强度”以及“身体相关的项目”。另外一个因子分析(Wietersheim, 2000)发现了五个因素(中断标准值 $<1$ ), 其方差贡献率为68%。因子I(躯体体验和疾病应对)方差贡献率为30.6%, 且包括了躯体发现的严重程度, 躯体缺损的范围, 以及症状的躯体化表现、更愿意接受躯体取向的治疗。因子II(精神体验和疾病应对), 方差贡献率为13.3%)包括对精神症状缺乏体验, 自体感的缺乏以及对心理治疗动机的缺乏。因子III(内省力; 方差贡献率11.2%)包括病人对精神动力学、心身关系以及身心关系的内省思考能力。第四个因子(资源和强度, 支持, 方差贡献率6.8%)包括与心理社会整合以及支持有关的项目。最后一个因子(依从性)说明了来自于疾病的继发获益与依从性的主要项目存在负相关。通过上述因子体现的结构效度说明其有显著可信性, 同时也证实了基于该轴的概念假设。

总之, 这些结果证实了轴I的临床适用性。本轴可以评估病人是否有能力并做好准备参加心理-心身治疗。基于此, 在必要时可以提供, 比如提高病人的治疗动机或应对疾病的能力等特殊的干预。这些干预可能从某些特殊方面有助于病人准备好接受心理治疗。

### 2.3 轴II: “人际关系”

OPD的人际关系轴要诊断和评估的人格特征是, 人际关系中失功能的行为模式。我们使用“人际关系问题调查表”(IIP; Horowitz et al., 1993)和“社会行为的结构分析”(SASB; Benjamin, 1974)两个比较公认的量表, 并使用公认的方法评估其涉及的条目, 最后研究其平行效度(也就是内部标准相关的效度)。由于IIP是一个自评量表, 只有病人的体验方面, 即A部分: “病人长期体验到 he 自己是...”被Stasch和同事(2004)用于一项OPD人际关系轴效度控制评价的研究。由于IIP量表的描述(比如“极度占有”或“极度有同情心”)与OPD环形矩阵的分类丛相类似, 他们就有一定的可比性。其相关是基于一个274例病人的样本得出的。评估是在一次详细诊断性访谈或者特殊“关系时刻访谈”以后进行的。比较自评和他评过程后得到的效度系数, 其平均相关为0.21并在可接受的范围内。在解释这些结果的时候, 需要同时考虑两个比较的工具在结构和应用的领域内有显著的差异。另一项独立研究(Leising et al., 2000)要解决的问题是, 在同一个OPD访谈下, OPD人际关系诊断和与之相独立的SASB人际关系片断评估结果有多大的一致性。其结果示, OPD人际关系诊断比SASB个别片断评估具有更高的随机一致性。

另外, 可以得出结论, OPD轴II中评价病人的体验方面(A部分)常来自于病人自己提及的那些行为。从测试的理论角度看, 对提高OPD人际关系轴有很多建议(Cierpka/Stasch, 2000)。

从心理病理学的人际关系角度理解, 需要从病人对人际关系的想象和准备付诸的行为中去理解病人当前的人际关系(预测效度)。尤其是病人带到人际关系中的愿望和要求, 与对方作出的反应比较, 常被认为更固定不变(Crits-Christoph et al., 1994)。Cierpka和同事(1998)证明了与心理病理学程度有正相关的人际关系愿望具有刻板性。Crits-Christoph和Luborsky (2001)能够说

明所谓他人反应的恒常性（持续的优势），以及同样不变的自体的反应（可以通过CCRT分类来评估其严重度）可以通过心理治疗来改变。这些改变导致人际关系更高的可变性随后可以和症状预后成正相关。把OPD描述行为丛的环形矩阵模式作为起点来研究其环形方差，一项研究通过100例病人接受心理治疗来改变其人际关系可变性(Stasch/Cierpka, 2000)。不同诊断的亚组分别进行治疗前后比较，并且研究人际关系结局和症状进步之间的关系。正如预料的，结果提示在情感障碍组(n=28)和适应障碍组(n=13)，人际关系可变性提升与症状缓解正相关。对抑郁障碍亚组的病人，症状缓解（通过GSI和SCL-90R来评估）与人际关系可变性的改变间的Pearson 相关系数为0.39，单侧检验p值为0.02。适应障碍亚组的相关系数为0.57，单侧检验p值0.02。焦虑障碍组病人(n=12)结果和预期相反。这些病例中，症状缓解和可变性成负相关( $r = -0.42$ , 单侧 $p = 0.08$ )。也就是说，焦虑障碍的病人通过他们在人际关系中体验到逐步僵化的自体来获益，这个发现可以解释为，病人不断增加地对他人愿望的武断及划清界限。总之，由此得到的OPD诊断和评估能够由不同的症状预后来区分诊断亚组。OPD人际关系的诊断是基于所谓“人际关系行为环形矩阵模型(cf. Kiesler, 1983; Leary, 1957)”，该模型在人格心理学、社会心理学以及临床心理学界使用时间很长，且都有很好的临床和实证研究。如同不同作者(Foa, 1961; Guttman, 1954)的研究发现，环形矩阵模型是一个非常有效的评价模型，并且是一个可以用于测定结构效度的规则的网络。如果有人想要测定一个基于某些假设之上的环形结构的适合度，那他必须证实这个环形矩阵是否反映了结构所预见的关系。这个环形矩阵结构-关系曲线在数字上和图形上都毫无疑问的显示为余弦函数(for procedure cf. Gurtman, 1992; Kiesler, 1996)。评定结构效度使用德文版的人际关系问题调查表(IIP)，其环形矩阵结构被临床所证实。其结果涉及到“一致率效度”下描述的样本（参见2.5节）。该结果示，OPD描述人际关系轴的内容与结构部分一致，即具有环形的特征，且拥有特殊的人际关系内容。人际关系轴和IIP的行为、经验分量表的标准比较，可以发现其内容，包括结构（自评或他评）存在明显的差异，这可能揭示了更高或更低的临床conciseness。OPD亚量表在内容上同时做了修改，这不单包括更切合实际，同时调整了IIP不确切的部分，也强调了临床的重要性，这样可以显示其在评估痛苦的人际关系片断方面的特殊意义。

## 2.4 轴III：“冲突”

关于OPD中描述的无意识冲突的一致率效度，使用其它评价方法导致一个基本的问题，这里只能做部分的说明：目前没有公认的有效方法用来测定无意识的冲突(Schüßler, 2000)。在OPD-1中，比较了成人的依附模式，特别在冲突I“自主与依赖”以及冲突III“需要照顾与自己自足”中，对其各自的界限也是经常讨论的问题。尽管表达的方式不同，这两个冲突都围绕着基本和冲突的依附主题。依据依附原型量表(BPR; Pilkonis, 1988)，可以划分出依附的三个主要类别：安全型依附，矛盾型依附（过度依赖，冲动不稳定以及过度照顾），以及回避型依附（回避恐惧，理性的控制和过度要求自主）。Müller (1999)用OPD和

依附原型量表研究55例人格障碍的病人。自主-依赖冲突( $\kappa=0.64$ )和需要照顾-自己自足冲突( $\kappa=0.56$ )评估者的一致性水平可以认为是好的。由于这个样本的疾病构成比较严重,正如预料的,没有病人为安全型依附;而22%为矛盾型依附,31%为回避型依附,另外47%为混合型依附。依附关系越是矛盾型,研究者发现其冲突越是“需要照顾与自己自足”;依附关系越是回避型,其冲突越是“自主与依赖”且越不可能是“需要照顾与自己自足”。对安全型依附的总体评估提示,安全的依附分值越高,越发现冲突为“需要照顾与自己自足”,安全的依附分值越低,则发现“自主与依赖”的冲突越明显。这些结果提供了区分自主/依赖与需要照顾/自己自足冲突的信度的初步指征。德国乌尔姆(Zlatanovic, 2000)一项对44例女性心理治疗住院病人的研究比较OPD冲突和“核心冲突人际关系主题”(CCRT)之间具有良好的一致性。在Heidelberg和Münster (Rudolf et al., 1996; Schneider et al., 1998)的研究能够提示在临床工作中冲突I-IV最常见。需要照顾与自己自足的冲突常具有较轻的躯体损害以及较短的住院时间,如果具有这两项特征的病人也可以有助于确认其问题的领域是在上述的这个冲突中。与之相反,在“对冲突和情感的感知受限”冲突领域里,其强度越高则躯体损害程度也越重;这同时强化了对冲突的特殊描述。考虑到在轴III中所描述的典型“最重要的情感”冲突的概念,前面提到的由Leising 和同事(2000)通过描述性方法进行的效度验证研究提示:在临床情感列表(Leising, 2000)的帮助下,为每一个病人的自评情感体验建立频度图。由一个独立的评估者将该图与轴III最重要的两个冲突和处理冲突的模式作比较。随后另加入一个外部情感图,并随机分配。13个研究中有9个为正确分配( $p=0.087$ ; 二项式检验),可见没有达到 $p$ 值小于5%的显著性水平。由此,作者得出结论内心冲突和确认占主导地位的情感之间的关系至少不像OPD手册所假设的那样明确无误。在心理治疗体系里,预测效度尤为重要。在30例住院心理治疗病人中,没有发现主要冲突和治疗成功之间有很大的联系—这要除了“对冲突和情感有限的感知”这一类的冲突类型,因为这类病人没有一例显示治疗获得成功。Rudolf等人(1996)的研究发现以“自主和依赖”为主要冲突的病人治疗难以获得成功。“俄狄浦斯/性”以及“控制与服从”冲突的病人显示与治疗结果呈正相关。由于结构效度还包括内容相关效度和标准相关效度,我们迄今为止只能提供个体冲突尝试描述和界定潜在的结构方面的初步线索。

总之,科学的测定效度的困难非常大,这是由于每个冲突的唯一客观标准能够建立,但鉴别无意识冲突的综合测试方法并没有建立。目前建立的冲突体系对培训和临床都非常合适有效。目前个体冲突研究提示相关的测试过程有较好的一致性。另外,这些个体冲突可以用相关的测试过程区分出来。由此可以假设,定义明确、可操作的冲突和“动力学冲突”概念具有充分关联。

## 2.5 轴IV:“结构”

由于结构特征是基于所观察的行为且并不需要特殊的理论解释,本轴具有特别好的临床实用性,与其他轴比较其评定者间信度最高(Freyberger et al., 1998; Rudolf, 1996; Rudolf et al., 1997; Rudolf et al., 2000)。另外,对这六个结构维度的评估证实在一

项用海德堡焦点列表(Heidelberger Fokusliste)进行的治疗学研究(Grande et al., 1997)中使用21项结构特征是有有效的。在结构清单中(Rudolf et al., 1998)呈现出对不同整合水平的结构特征进行更详细地区分。对个体特征进行直接的描述有利于准确评价个体特征的结构水平。海德堡工作小组的心理治疗研究清楚地显示了住院和门诊病人结构水平的分布,同时也揭示了结构水平与OPD冲突和人际关系模式之间的关系特征。这些研究还揭示了什么样的诊断(特别是人格障碍)与此有关(Grande et al., 1998b; Grande et al., 2001; Grande et al., 2002; Rudolf/Grande, 2002; Rudolf et al., 2004a; Rudolf et al., 2002b; Spitzer et al., 2002)。有证据表明严重的人格障碍(比如边缘人格障碍)经常会给予较低的结构水平诊断。同样,评定人际关系的能力(比如,OPD轴II或IIP)常常提示明显的负性特征,包括敌对,拒绝,孤立或攻击等特征。相对而言,评估者同样会出现负性的反移情(Oberbracht, 2005)。

一系列的研究都关注于结构评估和其他同时收集到的数据的一致性(一致性效度)。这些研究进一步被划分为外部(客观评定标准),和内部效度标准(判别其他有效的评价过程)两大组。第一组的研究者是Nitzgen和Brünger(2000)。作者评估了刚入院的171例男性长期物质成瘾病人。这些病人具有很低的自我调节分值(均分2.2; 2是“中度”, 3是“低”整合水平)。这个结果与理论推测相符,因为这个部分的结构包括了情感耐受和冲动控制等其他方面。Reymann和同事(2000)在一项对22例酒精依赖的男性病人研究中证实了上述结果,同时发现了低自我调节水平(均分2.32)和低客体感知水平(均分2.44)。第一个研究还进一步证实了与ICD-10诊断的一致性。诊断神经症谱系障碍的病人(均值1.97)要比人格障碍的病人(均值2.37)具有更好的结构( $p<0.01$ )。在一项基于ICD-10的症状学诊断与OPD诊断的关系的研究中,Rudolf等人(1996)没有发现其具有显著的联系。然而,该研究提示结构整合水平越低,精神疾病的持续时间越长( $-0.38, p=0.06$ ),可能是由于这类病人在结构上具有更低的自我调节能力。第二项内部效度的研究是由Schauenburg(2000)进行的。他研究了49例心理治疗病房中持续有记录的住院病人,发现安全型依附(通过Pilkonis诊断依附关系)( $-0.30, p=0.05$ )以及过多的依赖需要( $-0.29; p=0.06$ )常见于结构整合水平较高者中,同时边缘特征( $0.27; p=0.08$ ),极度需要自主( $0.32; p=0.03$ ),以及反社会特征( $0.55; p=0.00$ )都常见于结构整合水平较低者中。Grütering和Schauenburg(待发表)利用同样的样本并通过独立评估者比较了OPD结构轴和Karolinska精神动力性量表(KAPP; Weinryb/Rössel, 1991)分值的强度,发现其内容的预期相关性:自我调节能力和量表中亲密及忍受挫折相关,同时也和量表中(缺少的)情感的需求体验和归属感相关。同样,客体感知和交流结构整合水平高和有能力和体验到亲密之间相关。进一步的结构效度研究是来自于一个48例住院心身疾病病人,用Wallerstein(Rudolf/Grande, 1999)设计的“心理力量表”(SPC)进行比较。不同于OPD,SPC包括了后来构成OPD结构轴内容的基于结构的缺陷,以及应对冲突的习惯模式,或者防御模式,并将其分别纳入到“结构能力”下。这样造成了一个有趣的结果,即如果找到结构所致的缺陷(比如,SPC量表“驱力”和OPD结构维度“自我调节”之间 $r=0.30; p<0.05$ ),SPC中病理性的行为只和结构轴的维度相关。然而,如果出现了缺陷导致的冲突,可以在OPD轴III的冲突强度上发现各自的关联(比如,SPC量表中“道德标准”和冲突中“服从和控制”间相关 $r=0.41; p<0.01$ )。作为

进一步较科学的结果，经验性的试验揭示总体结构水平越低，表达情感的共鸣越困难(-0.41;  $p<0.01$ )，同时依赖他人的能力越困难(-0.43;  $p<0.01$ )。这两项SPC项目较这个工具的其他项目更能够反映一个人的人际关系能力，并且和OPD结构轴的理论概念特别接近，OPD结构轴把自体处理人际关系能力和缺陷作为结构分析的核心。前面提及的Rudolf等人(1996)对预期效度有所研究。对住院病人治疗前的结构评估被证实对病人(0.30)和治疗师(0.40;  $p<0.05$ )最终感到治疗成功都是很好的预测因子。评估个体结构维度可以提示其形成依附关系的能力（病人0.42，治疗师0.46;  $p<0.01$ ），且和预后非常有关。研究显示对他人持久投入正性情感的能力是导致人际治疗成功的有效保证。

Schneider和同事(2002)揭示结构水平的不同时决定病人接受门诊或住院心理治疗或精神科治疗的因素。Schulz (2000)发现在一个8例病人的试验性小组中，结构整合水平越高的病人明显面部表情越丰富。对30例住院心理治疗病人的研究揭示，结构整合水平越高的病人更能够且可能从治疗中获益(Strauß et al., 1997)。

另一项对确立结构效度的贡献来自于海德堡的因素分析研究（未发表），其结果揭示其中一个主要因素的条目具有非常高的特征值。结构维度具有较高的内部一致性（0.87），并且结构性焦点为0.96也指向同一个方向。这些结果也说明“结构”在本质上是一个独立的维度，且结构的不同功能部分存在互相作用。在理论上和临床上，结构的构成或形态代表了一个人长久和稳定的性格特征；结构轴效度的进一步证据是一项对12周住院心理治疗病人结构的前后对照研究（总体结构评估前后一致率为84.4%），且结果随时间的推移仍很稳定(Grande et al., 2000)。

总之，就目前得到的研究结果而言，可以认为OPD结构轴适合描述精神动力学概念下的人格结构。

## 2.6 结论

对我们的分类工具的初步经验提示，我们设计的多轴系统对临床实践是有用的且能够通过信度检验。基于OPD临床实际工作和经验，以及通过OPD培训课程获得的信息，促使我们将OPD作根本性的修订和扩展，形成了OPD-2。OPD系统还将基于研究结果和临床实践的反馈继续做出修改。通过我们不断的修改，使得该工具更具有延续性和清晰性。我们希望通过创造性和便于使用者方式来解决以后的问题。

### 3. 根据OPD-2各轴的操作化

#### 3.1 轴I – 疾病体验 and 治疗的先决条件

##### 3.1.1 简介

为了获得治疗指征，（不管有器质性疾病的病人是否需要躯体治疗，或者我们是否需要澄清不同方法心理治疗的指征），我们都需要考虑一个非常重要的因素，即病人体验和um理他的疾病的方式。每种治疗方法都对病人是否在情绪和认知上做好配合的准备，以及他如何承受相关的应激提出了或多或少的要求。对于心理治疗的不同的指征，很重要的是，比如，要考虑病人的主观上的痛苦，要判断他对和他疾病有关的、在特定的环境中的精神动力学的相互关系是否有内省力；他是否能激发出动机进行有计划的心理治疗，以及他是否能够获得必要的个人和社会资源。不过，在精神科联络会诊服务中，这些问题实际上更常见、更普遍。首先，我们必须检查在多大程度上一个深入的、心身的心理治疗诊断是病人所需要的。同时与这种专家的、心身的心理治疗评估指征的标准相关的还有病人疾病体验以及治疗的前提条件等方面的因素。只有这个问题在诊断上得到很好地澄清，我们才能回答关于什么时候鉴别诊断是相关的和必要的这个问题。

在从精神动力学的角度决定一个心理治疗指征时，除了存在着的疾病和它的症状外，同样重要的是相关的、潜在的心理状况，它们可能是疾病的原因，而且会影响疾病的病程。对于精神动力学理论来说，这些心理状况主要指的是人格结构，以及典型的各种潜意识冲突主题或动机，以及它们导致的人际关系类型。除此之外，OPD也引入了冲突的外在生活应激的概念，它是一种致病结构，它看待疾病的原因不是经历生活的过程而获得的某些条件，而是实际的应激性的心理社会结构。

但是，某个个体案例需要某个特定的心理治疗方法不能仅仅由一系列特定的、具体的因果事实得出，而且还通常受到病人对治疗的期望和动机的影响。在此我们常常发现在病人的个人特征，即病人体验疾病的方式，与病人的治疗动机之间有相互联系。特定的疾病体验模式和治疗动机模式也许反映了特定的结构特征，或特征性的体验或行动的冲突类型( Schneider, 2002 )。在做出治疗指征的临床实践中，一个成功的决定是经过一系列不同的步骤来做出的。通常而且

首先，我们必须根据当前的疾病，或一系列的问题，以及各种心理因素询问病人需要哪种治疗。下一步，我们需要研究病人表现出了什么样的治疗前提和改变的动机。建立治疗指征的过程需要考虑各种与治疗有关的资源或障碍，以及病人具体的治疗动机，结合通常的、都需要的方法过程，把它们的关系理顺。这意味着对于一个病人，治疗的选择是一个以冲突为中心的、以理解为导向的过程，由于在精神疾病开始时存在着的状况，下面的问题必须得到澄清：1) 在自我反省或承受应激性情绪体验的水平方面，病人目前拥有多少与这种治疗方法的先决条件有关的必要的资源，以及2) 他与这种冒有一定风险的治疗进行配合的动机有多强。如果存在着相关的、内在或外在的障碍或局限妨碍了病人的投入，那么在这种治疗过程当中，这时治疗

师可能必须选择一种不同的治疗方法（如，情绪支持性的或更加结构化的步骤），或者，治疗师也许必须在治疗的第一个阶段与病人一起工作，发展出进行以冲突为中心的心理治疗在情感及认知上的前提条件（包括治疗的动机）。

在这个背景的基础上，病人如何体验疾病以及治疗的前提条件的操作化就变得非常必要了，同样必要的是如何开始诊断的过程以及如何做出某个特定的病人需要哪种特定的治疗方法的决定。从术语上看，我们倾向讨论“疾病体验”，而不是“疾病行为”，我们引入了前者这个术语，因为根据我们的理解，它更好地强调了情绪和情感过程的重要性。

病人配合治疗的问题已经在依从性研究中受到关注（Basler, 1990; Becker et al., 1982）。关于处理疾病的问题，从二十世纪60年代起，以“应对疾病”为题目的应激研究为背景，已经发展出了一系列的理论和实证研究。它们为我们的各轴提供了很重要的发现。不过根据我们的观点，由于模型的复杂性，到目前为止在应对研究中，其他相关方面被忽视了。

早期的应对模型可以根据“以刺激为中心”或“以反应为中心”的概念来进行区分。以刺激为中心的应激模式把单独的或广泛的刺激看作是应激，它来源于以下的假设，即这些刺激导致应激大部分是独立于个体的。对于心身医学来说，以刺激为导向的应激模式的“生活事件研究”在很长时间里都处于最重要的位置。经典的以反应为中心的应激概念认为一个有机体的非特定的激活状态是应激，它受到体液和生理反应的调节（Selye, 1974）。应对模式强调处理事件的个体的因素，尤其检查受影响个体对事件归因的意义（如，想要的还是不想要的）（Thoits, 1983）。

阐述的最为详尽的应对模式是Lazarus以相互作用的途径提出的（Lazarus, 1966; Lazarus/Folkman, 1984），这种模式假定在环境和个人变量之间存在着一个双向的过程关系。它把认知评估过程看作是一个个体在适应应激性的个人-环境关系（如，疾病）时最核心的机制；这些过程既可以是个体的主观幸福感，也可以指他所具有的应对机制。根据Lazarus和他的同事的观点，在对应对行为进行分析时，不管是关注情境性因素还是个体的应对机制都是武断的，因为两者不断地相互作用，它们一直都在变化。对Lazarus来说，历时不变的“稳定的”人格“特征”与由情境决定的“状态”相比，并没有起到特别的作用。

应对的概念令人困惑，一方面，它具有更多的生物学意义，被用于一种成功的适应过程（如，Levine, 1983），另一方面它又被用于各种类型的、为了应对某种情境而被激活的反应（Lazarus/Folkman, 1984）。它们或多或少都是适应性的。因此关于在应对和掌握应对的效果之间有多么紧密的联系上我们发现了许多不同的观点。很自然地在建立适应性的和成功的应对的标准上存在着许多困难。关于应对反应的范围和它们的系统化，不同的作者观点差异很大（cf. Billings/Moos, 1981; Carver et al., 1989; Lazarus/Folkman, 1984）。比如，Steptoe基于目前相当有限的关于应对过程的知识，建议分类的维度应该比较宽泛，对关注问题的应对反应和关注情绪的应对机制进行区分。这两种活动都可以在行为和认知水平上表现出来。他的方法，类似Lazarus的早期方法，不仅考虑公开的关注行动的过程，同时也考虑内心的再组织过程，这部分地借鉴了精神分析的防御的概念。在评估这些适应机制的功能性上也有许多不同意见。Haan（1972）观察了个体在应对疾病时的情感部分，认为目标指向的、灵活的以及现实取向的适应是应对过程的结果，而僵硬的、对现实和情感歪曲的适应被看作是防御机制的结果。



Vaillant (1971)使用一个防御的成熟模式作为背景，并根据它们的成熟程度区分了适应的不同过程，以及它们在冲突处理过程中的适应价值。

应对的研究者肯定都借鉴了精神分析的防御的概念。相比之下，精神分析师对“应对”和掌握的概念参考得却很少。

考虑到防御并不仅仅被看作是一个功能失调性的病理过程，而且还是一个有助于适应的自我功能(比如参见Steffens/Kächele, 1988)，因此Haan 把防御和应对并列不太合理。防御和应对两者每一个都可以被理解为截然不同的自我功能，每一个都可以发展并整合入个体的人格。因此防御主要被看作是服务于内心调节（情感的处理），而应对更多地被认为与适应任务有关，处理与日常现实有关的问题，尤其是对疾病的掌握(Steffens/Kächele, 1988)。因此对威胁自体完整性的、危险的情感或体验的恰当防御，就成为一个个体建设性地处理与疾病有关的需要（应对，修通）的能力的前提条件。

即使我们在此尝试着在共同理解的基础上描绘应对和防御的结构，但我们离在理论上和经验上详尽地阐述这个问题还差得很远。有一些问题仍需要澄清，还普遍地经受不起检验。比如，这些问题涉及以下方面(参见Rüger等，1990；Schüßler，1993)：

- 在处理疾病时情绪、认知和行为因素之间的相互作用；
- □在处理疾病时长期稳定的人格因素（特质）和更情境性的因素（状态）介入的程度；
- 在处理疾病时更为综合的应对方式和更为特定的方式之间的关系；
- 在多大程度上特定的疾病形式（如，慢性躯体疾病或精神紊乱）有它们自己特征性的应对方式□；
- 根据它全部的症状和损害，疾病是否必须得到处理，和/或对一个人的完整性造成的威胁；□

根据目前理论性和经验性研究的现状，OPD并不想广义地使用应对和疾病行为这些概念。我们把我们的方法局限在疾病是如何体验的以及治疗的先决条件这些方面，它们是获得比较深入的、心身性的心理治疗诊断（基本模块）指征的当务之急，或者是，在有心理治疗指征的情况下，它们对于特定的心理治疗方法的不同指征很重要（心理治疗模块）。在司法精神医学领域，心理治疗的指征受到更为特定的因素的影响，这些因素汇编在一个单独的模块里（参见4.1和13.1）。

### 3.1.2 疾病体验和治疗的的前提

在对轴进行概念化时，我们从下面的假设开始，即疾病的体验和治疗的的前提可以来自于在特质变量意义上的、特定的人格特征，来自于一方面是社会条件，即心理社会环境的因素，另一方面是医患关系。

轴I 描述了疾病的实际的体验，和应对中和变化有关的方面，以及各自的指征。

我们理解疾病体验只是处理和应对疾病这个更大的主题下的一部分，它一方面影响个体的应对能力，另一方面，根据过程模式，它反过来又受到个体应对机制的影响。疾病体验包括情绪、认知和行为过程，它们与其它事情一起，受到下列因素的影响：现有疾病的性质和严重程度，社会环境，医患关系，人格特征，心理社会环境，以及治疗的动机。

这些因素以一种非常复杂的方式相互作用，它们在一个单独的个体身上以及在不同个体之间都会有变化。下面我们简要地描

述这些个体方面的特征以及它们可能的相互作用。

### 3.1.2.1 现有疾病的性质和严重程度

疾病（这里我们不把疾病理解为典型的疾病，而是在医学体系内生病的过程）通常可以以许多方式影响疾病体验：

- 通过与急性或慢性疾病有关的躯体或心理症状及损害；
- 通过诊断；医学诊断通常都带有不同的意义，比如，它可能意味着“致命的危险”，（严重的威胁，如癌症），或者意味着“病耻化”（社会歧视或隔离）。象AIDS这样的疾病目前存在着很大“病耻化”的可能性，就如同精神障碍一样；
- 通过所需的不同的治疗过程。这些治疗方法能导致相当大的躯体和精神紧张（如，当进行器官移植，或在使用抗精神病药物后出现迟发性运动障碍这样的副反应时）；
- 通过以上各个方面，它们可以导致个体的社会适应许多方面的损害（失去工作，社会隔离等，还有许多）。

正如我们上面所列举的，疾病的不同方面会同时起作用，或依次作为“应激源”或“威胁”，因此 躯体、心理和社会应激的程度在某个疾病的过程中会因为不同的时间而不同，并进而影响一个人的疾病体验。因此，可以说，在疾病的严重程度，对威胁的体验，以及病人的主观痛苦之间没有线性的关系。症状的表现本身通常不足以成为寻求医学帮助的原因。其它的因素也必须考虑，虽然有些常常被忽略。

### 3.1.2.2 社会情境的重要性——医患关系

社会参考框架在其经济的、社会的和规范的需要上全面地影响所有的社会过程，并进而影响个体发展的心理社会条件。它对在其中社会化的个体发展出的性格特征起着很重要的作用。

与患者体验和处理疾病尤其相关的是卫生保健体系中物质的和机构的条件，卫生保健部门的科学导向和标准（医学，心理学等），以及它们有关健康和疾病各自的心态和取向。不仅仅是重要的疾病概念和治疗，包括可能会对个体应对健康、疾病和治疗的方式产生影响的特征性的病耻化和偏见，都是在这个背景下发展出来的。任何一种疾病行为是否被判断为不正常，取决于医务人员和机构的思考方式，而且在某些情况下还取决于社会政治考虑。除了现存的卫生保健体系造成的影响外，与医学相关的、科学以前的概念和行为类型也会影响个体关于疾病和治疗的概念，以及在个体水平上疾病是如何体验和处理的。在我们如何处理疾病上面媒体也起了很重要的作用。比如它会影响我们总体上对某些症状、特定的疾病概念和治疗过程进行关注的水平。

我们的医疗服务和卫生保健体系，以及我们当前进行躯体治疗的特征，通过医患关系直接地对病人如何体验和處理疾病施加了影响。这里，总体上以器质性疾病模式为取向的医疗保健体系在诊疗过程中为病人分配了一个被动接受的角色。病人只能尝试建立一种技术上中性的关系，这种关系鼓励病人以躯体的方式进行思考，但忽略了在他的主诉的起源和维持上他的情绪的作用。因此，他自己个人的体验很少被考虑到。更常见的是，医患关系去帮助确认躯体的正常，进而引导喜欢这种疾病概

念的患者倾向于躯体化。(Franz/Bautz, 1990)。我们的意见是这种医患关系通常会鼓励躯体化, 并导致发展出医源性损害意义上慢性疾病。病人从这种观点学到的是他只有通过报告更严重躯体主诉及新的主诉才能确保医生对他的注意和关心。按照这样的理解, 利用医疗保健体系这种行为将不太可能是躯体主诉的结果; 躯体症状的处理和表达更可以被看作是在诊断和治疗过程中获得的经验的结果(医源性躯体化, 如Simon, 1991)。在某些人群中躯体形式障碍的频率增加就成为特定的卫生保健系统的组织的结果, 而很少有医生了解这个事实。

精神分析特别地强调了医生和患者在这个领域的特殊的动力学(Beckmann, 1984)。据此得出的一个推论是, 如果医生和患者之间由情绪决定的相互作用没有得到关注的话(移情/反移情冲突), 治疗性努力在多大程度上会无法取得成功。想接受某种特定的治疗的病人必须根据他以前的治疗经验来看待。

### 3.1.2.3 人格特质

根据精神动力学理论, 体验和处理疾病首先被看作是在情绪、认知以及行为资源或限制水平上, 特征性的人格特质的结果。其中尤其重要的是人格结构。

这包括了在结构轴中描述的一些维度。其中包括自我感知的过程, 应激的承受, 或一个个体的自我功能的储备, 其中包括防御机制的类型, 挫折和焦虑的承受(自我调节的能力), 现实检验, 以及建立关系的能力。这些功能影响患者情感和认知的灵活性或僵硬性。与健康有关的信念或偏见与这些因素有密切的联系。

病人的自我形象, 或他在疾病情况下如何处理他的自我形象起着更为重要的作用。在这种情况下, 尽管患有疾病, 病人是否有能力保持, 或恰当地调整他的自我形象非常重要。根据精神动力学的观点, 人格特征和内心冲突结构对于疾病的表现既是影响因素, 同时也是原因, 而且对患者如何体验和处理疾病也很重要。同样地, 患者特定的期望或关系模式, 通常它们会与特征性的人格特质相互作用, 再加上患者的冲突性动机, 会影响他对疾病变化的期望。此外, 性别、年龄或教育也可以是影响患者体验和处理疾病的因素。病人体验或处理疾病的方式可能有潜在的个体的、动机的或结构性情况, 但我们现在不讨论这个假设。其它轴更关注这些主题, 而且会分别在整合的章节(3.6)中讨论。

原则上, 人格的性质在很大程度上为疾病体验的情绪、认知和行为的先决条件以及处理疾病的资源提供了结构。这适用于所用三种疾病, 即精神的, 心身的, 以及器质性的疾病。与这些过程有关的人格特征通常都是特质变量; 不过, 人格特征同时又为情境因素(状态变量)在多大程度上能够对疾病体验和应对策略产生重要影响提供了一个参考框架。

下面我们对构成轴I的与疾病和治疗相关的特征进行说明, 通常这些特征都与相关的人格特征有紧密的联系。

### 3.1.2.4 轴I相关的理论架构

#### 主观性痛苦

从历史的观点上说, Freud认为主观性痛苦是患者愿意进入治疗的一个必要的前提条件。以后他又提出“治疗中基本的动力是

患者的痛苦以及由此而产生的治愈的愿望”(Freud, 1925 (1913)), 而且认为这个愿望在治疗过程中也是治疗动机的一个必要的前提条件。Heigl (1977) 把一个重要的预后功能归因于主观性痛苦。在这些情况下, 治疗师必须检查“患者是因为他实际的损害或症状而痛苦, 还是因为对他的症状的不现实的、纯粹主观性的意义而痛苦。对于后一种情况我们其实是在处理一种严重的神经症。”(Heigl, 1977, p. 40; tr. E.R.) 我们这里要给主观性痛苦的定量评定 (患者主观性痛苦有多大?) 补充的是一种定性的观点 (主观性痛苦的性质), 询问患者什么让他最痛苦。

这样的鉴别对治疗或治疗的预后的问题尤其相关, 因为主观性痛苦的性质是推测患者对治疗所带来的改变有什么期望的指标。根据传统的精神分析观点, Heigl (1977) 询问患者是期望改变他的人格呢, 还是在神经症性-非现实的主观性痛苦的基础上只是想改变他的症状。Heigl 通过举例说明了这一点, 在自恋型人格及其相关的高易感性的基础上, 一个很小的症状就可以导致很大程度的主观性痛苦, 但患者并没有改变他的人格的愿望。

我们并不认同这种来源于精神分析的关于疾病和人格概念的“判断性”的观点, 但我们认为把主观性痛苦进行定量和定性的区分对治疗计划是很重要的。毫无疑问, 某种“定量”程度的主观性痛苦是病人寻求改变和帮助的相关的前提条件。而患者想要改变什么则更可能与是什么使他痛苦有关。

在制定治疗计划的过程中, 我们通常必须以患者的主观性痛苦为起点, 同时, 我们还必须寻找能带来改变的共同的方法, 也就是说, 我们通常会为尽量减少患者的主观性痛苦而努力。事实上, 在治疗的过程中, 患者的主观性痛苦的性质, 以及他的治疗的性质会根据患者自身的发展过程而改变。

#### 疾病概念

关于外行人的模式的基础研究出现在上世纪80年代(Bishop, 1987; Millstein/Irwin, 1987; Rutter/Calnan, 1987)。有许多研究是关于病因归因、解释模式, 或关于人们如何看待精神障碍的原因的(Brewin/Furnham, 1986; Furnham, 1984; Rippere, 1981)。

Furnham and Wardley (1990) 发现在治疗动机与关于心理治疗的原因、效果以及对实际的疗程的态度和信念之间有着密切的联系。研究表明, 外行人对心理治疗的效果和实际操作的概念和态度, 根据这些作者的观点, 与外行人关于精神障碍的原因的理论密切相关。当做出进行心理治疗的决定时, 或什么时候进行心理治疗时, 对许多基本的决定性因素的期望, 包括对心理治疗服务的使用, 都要考虑进去。

患者和治疗师对在相互作用的过程中没有表达的或没有注意到的存在着的障碍的不一致的解釋模式是导致对治疗接受程度低的重要因素。如果治疗师认为有治疗的指征, 那么很重要是治疗师要了解患者对疾病的概念。

接受或整合认知心理学关于疾病相关行为以及医疗服务的使用的概念在上世纪80年代逐步出现在精神分析的领域里。比如, Rosin (1981) 或 Streeck 及其同事 (1986) 指出了与对治疗的期望有关的解释模式、对治疗需要的主观内省、对治疗目标和过程的

选择以及病人角色的塑造的重要性。根据Rosin的观点，患者各自的解释模式能够使患者理解他的障碍，并允许他在症状和病因概念之间建立起一种联系。患者关于疾病的主观性的理论代表了患者影响心理治疗服务使用的主要的概念。Becker (1984) 区分了疾病的前意识或潜意识理论，并指出医师对患者的潜意识-魔术性的疾病理论的敏感性以及是否做好准备非常重要。根据作者的观点，这是医师和患者的疾病理论能够走近并进而增加对治疗的接受的前提条件。Becker认为患者对疾病和健康的主观性的看法和态度是影响他们健康行为或接受与治疗相关的行为的最重要的因素之一。

Ahrens (1982) 研究了不同患者人群的疾病模式。在心身的和躯体疾病的患者中，他发现存在着一种应激取向的，更多指向外界或躯体因素的解释模式。而神经症患者倾向于表现为更相信内在的控制，并有一种指向心理因素的解释模式。相应地，神经症患者对治疗的期望（他们期望获得在咨询过程中对他们的人格及批评性的态度相关的支持）也与心身性疾病的患者的期望不同（他们期望以药物为基础的躯体治疗，很少推迟看病，极少更换医师）。

我们可以谨慎地说，指向心理或社会（相互作用的）因素的疾病概念与对心理治疗积极的期望以及做好准备利用心理治疗帮助相关。这就是为什么对患者现有的、意识层面的对疾病的解释模式的理解对心理治疗的指征和预后同样很重要。

#### 个人资源

个人资源是指所有的人格特征以及由此获得的能力，它们可以帮助患者建设性地及适应性地应对他的疾病、障碍，或分别地应对他的症状和问题以及它们带来的结果。就应对疾病而言，我们在此所要表达的是我们在以自我结构为基础的人格特征和他们的心理社会表现之间做了区分。以人格结构为基础的健康相关的特征，从精神动力学的观点来看，实质上是：自主的自我价值调节，客体恒定的体验，灵活的冲动控制，挫折和冲突的承受，以及情感的区分。

这些人格特征会在轴IV结构进行了不同地评定。在这里概述的个人资源部分中，我们只对这些人格特征转化为与行为相关的东西感兴趣，因为它们已经在健康心理学概念中被确认了(Schwarzer, 1996)。这其中包括：自我效应的体验，积极的和健康的生活方式，享受快乐的能力，适应性的关系，做你自己的能力，和自己保持距离的能力，放送的能力，对待生活乐观的态度，承受痛苦的能力，以及社会交流和情绪能力。

#### 心理学头脑

这里心理学头脑被理解为一个人对现存的躯体的、心理的以及与行为相联系的问题的原因和意义的心理学思考保持开放。心理学头脑，作为一种基本的可以利用的资源，就是指心因性疾病的患者把他们的疾病与他们的主诉的心理反应性起源建立联系的能力和倾向。一个人在患病的过程中的想法，感受，以及潜意识的或长期的反应、处理和关联方式的意义至少得到基本地承认（个人方面），而且患者能够和愿意与精神动力学取向的治疗师讨论这个话题，与治疗师的解释建立联系（人际关系方面）。

心理学头脑已经被定义为像心理自知力的能力、内省力或自我觉察这样一些概念。Silver (1983)把心理学头脑定义为：“患者

学习他内在和外在体验可能的意义和原因的愿望,以及患者向内查看精神因素而不是仅仅向外查看环境因素的能力,……【以及】潜在地概念化想法、感受和行动之间的联系的能力”(Silver, 1983, p. 516)。心理学头脑的结构在经验上是可以操作的,可以通过由McCallum和Piper (1997)提出的,经过验证的、根据录像来评定的方法(PMAP,即心理头脑评估程序)进行测量。

在精神动力学和深度心理学文献和研究中,病人心理学头脑的水平被认为对成功的治疗有预测价值(McCallum等,2003)。因此心理学头脑就成为精神动力学取向治疗指征的基本的标准,因为病人必须至少能够利用目的为提高内省的精神动力学心理治疗技术,使他们能从心理治疗中获益。精神动力学心理治疗的技术和过程目的是向病人传递内省,关于他们的问题与他们的愿望、焦虑以及防御/应对行为之间的内心冲突相联系的方式的内省,这样,他可能在更完整的自我形象的基础上发展出新的行为选择。

通过对比病人潜意识的、在成长过程中形成的根深蒂固的感知、信息处理和行为模式,解释病人当前的主诉/治疗关系内外的行为模式,这个过程会在其它事情中继续进行。因此,病人把当前的问题、想法、感受以及行为与老的模式想联系的基本能力和愿望就是成功的精神动力学治疗的一个重要的前提条件。治疗师的任务是给予解释性的线索(解释)以引起特定的联系,在治疗师这样的帮助下,病人就有能力完成这个过程(Appelbaum, 1973)。

在这样的情况下,病人的疾病模式就可能非常重要了,因为它可能会影响病人和治疗师之间协调一致的过程,病人感到能够在多大的开放程度上对治疗师的解释做出反应。一个涉及相互作用的心理学解释模式更可能和病人对心理治疗的积极期望,对获得心理治疗的帮助做好准备,以及有相对成熟的、就像自我反省和内省能力一样的自我功能联系起来。这也就是为什么对于心理学头脑评估来说,病人现有的疾病模式(理性前的,僵硬的,魔术性的,等等)非常重要的原因。

当操作性地确定结构时,有关项目以某种方式被分成不同的等级,目的是一方面考虑个体病人的特征(目的是获得内省,疾病模式),另一方面考虑人际关系的因素(处理解释)。

#### 心理社会支持

我们认为心理社会支持是一种相互作用的变量,不仅仅人格因素,同时环境因素(家庭,朋友和熟人,职业助人者)都在其中相互作用,相互影响。与应激的认知交互影响概念相一致,社会支持必定会被看作是一种资源。社会和个人资源都是保护性因素,如同社会环境资源一样,必须与应激需求相比较,而且它们本身也都是有效结构(Lazarus,1991,1993)。它们的功能是缓冲应对过程,比如,推动或加速这个过程。在轴I的框架内,我们在应激的影响下来看疾病/紊乱,也就是说,诊断轴把握社会支持如何在应对疾病/紊乱时如何变得很重要。社会资源可以以两种方式对体验到的应激施加影响:首先,对疾病或扰动(情境性需求)造成的威胁的评估;其次,直接对应过程。

当谈论社会支持时,我们必须在术语上对这个概念的结构方面和功能方面进行区分。结构方面是指我们在社会整合的情景中

讨论的内容。它们包括范围（可获得帮助的人数，接触的频率），以及结构方面的情况（接触的强度和持续时间，可获得帮助的人的质量），一个人可以得到帮助的社交网络方面的情况，或者一个重要的人。在社会资源谱系的另一端我们看到的是社会隔离。

社会整合是社会支持的一个重要的前提条件，具有积极的，当然也可能是消极的相互作用的可能性。在社交网络或支持这个意义上，社会支持的量化结构方面已经在健康研究中被证明其本身的价值极为有限（Leppin/Schwarzer，1997）。相对地，社会支持的质的功能方面是指通过寻找一个帮助者以改变寻求帮助的某个人的痛苦的问题，或使得这个问题变得更能够承受的相互作用。（Schwarzer，

1996）。社会相互作用可以有许多内容。所指的支持可以是情绪上的，方法上的，或信息上的（如，关注或安慰一个人，或帮他们做家务，购物，或提供信息和建议）。有证据表明在结构网络方法和功能性的支持方法之间相关性较低（Pierce等，1996）。在感觉到的支持和实际获得的支持之间进行区分很重要。在前一种情况中我们谈论的是认知方面，也就是说，对可获得的社会网络的信念；而后一种情况我们指的是与行为相关的方面，也就是说，所给与的支持的频率和性质。

这些方面可以从不同的观察角度进行操作，可以从主观的/回顾的以及从一个观察者的角度来操作。帮助者，接受者以及观察者的角度只在很有限的程度上相一致（Leppin/Schwarzer，1997），这样说是因为只有接受者的认知感知水平得到了最多的研究。这种观点特别地重要，是因为社会支持对亲密关系和社会联系的作用受到越来越多的关注（Stroebe/Stroebe，1995）。这个方面同时还强调社会支持不是一个被动的，而是一个主动的相互作用过程。

因此我们可以强调，社会整合必须被看作是一种终末变量，正如流行病学研究所揭示的，一方面它可以通过享有社会网络的良好感觉以及有归属感，另一方面，通过施加其上的社会控制来减少危险行为。

相反，觉察到的社会支持与体验到的应激或遭受的疾病关系紧密，并作为最接近的变量直接地影响正在进行的过程。觉察到的社会支持有这样的作用，可能是通过对病人的躯体健康和情感状态施加影响，进而强化积极的健康行为以及对神经内分泌过程施加有利的影响而达到的。而且，觉察到社会支持受到关系模式以及个体依恋方式的影响，因此它也可以被看作是一种人格特征。

从病人是否适合做心里治疗以及对相伴随的应激的消化吸收的角度来看，按照我们的观点，是否存在着一个潜在的、可以利用的社会网络不那么重要，而更重要的是，病人因为疾病/障碍，他的感知能力受到局限，在这样的情况下，这样一个社会网络病人是否感觉到它的存在，而且在必要的时候病人是否感到能够调动这个网络为他所用。这就是为什么在这个问题上我们对病人的感知整合模式感兴趣的原因。我们最关心的是在多大程度上病人有一个社会网络的内在表象，以及在多大程度上他能够利用这些社会资源。

从疾病中继发获益

传统上，精神分析区分了原发的和继发的疾病获益。根据驱力心理学的观点，不受欢迎的驱力冲动通过症状形成获得了某种程度的满足，使得紧张得以减轻。“不愉快”的驱力冲动没有在外部世界中直接表现出来，因为这个事实，个体会体验到进一步的放松。Laplanche and Pontalis (1991)认为真正的“神经症动机”是从疾病中原发获益。

相反，从疾病中继发获益被认为是个体，或多或少“有意识地”，通过他的疾病所获得的所有的满足的产物。这可以包括来自个体所在环境的支持性的或减压性的反应。按照认知行为治疗的观点理解，适应不良的行为（在神经症性发展的例子中）被正性的心理社会结果所强化。

通过疾病以及由疾病带来的对工作场所的压力的缓解，持续的、冲突性的内心动机，比如，“拒绝”服从感觉是错误地施加到一个人身上的要求，就可以得到满足：“复仇的冲动”或“修复的愿望”可以被按例行事了。另外，退行的模式和愿望可以通过疾病以及发展成慢性疾病而继续存在并得到满足。

扮演病人的角色通常都包含了一系列的满足。这些包括无法去工作，因为收入能力下降得到补助，在个人及卫生机构环境中的情感关注，所有这些都会驱使个体保持他的疾病和作为病人的角色。个体被免除了一系列的在个人和工作环境中的责任和义务，在他生病期间，这些责任和义务都由卫生保健机构来承担 (Horn等，1984)。

对于慢性疾病，处理程序起着很重要的作用。它们的构成不仅仅通过个体的能力或资源，而且还通过社会情景的条件，它们包括个人和家庭生活，工作生活，以及最后，但并不是不重要，卫生保健系统和/或社会福利系统（如，补助保险公司）不过，根据“成本-效益分析”，疾病处理行为同样也可以是一种适应不良的过程，比如，如果一个疾病转为慢性，以及如果这种发展与离开应激性的工作条件而获得解脱有关。类似地，由于收入能力下降而获得补助所导致的对经济及社会状况缺乏洞察，以及因为失业而被歧视的危险，会因为所获得的社会权利以及对社会归因过程的重新定义而得以减轻。在这些情况下，疾病处理行为也可以变得适应不良。

从1995年起，精神或心身疾病的患病天数有了相当大地增加，而患其它疾病的病人因病请假的时间减少了。后面这种情况被一致地认为与就业市场压力增加有关。

另外，考虑到因为收入能力下降而批准发放补助的原因，精神障碍和心身障碍前面还有很长的路要走。它们是继结缔组织、肌肉和骨骼系统疾病之后，为妇女发放补助的主要原因，而对男性则位列第二位的原因(WHO，2001)。

当然，考虑到剧烈变化的劳动力市场，以及由之而来的工作不安全感，这种发展在很多情况下也受到了从疾病中继发获益各个方面的推动。

进一步要说明的是，从疾病中获益并不仅仅使受疾病影响的个人获益，从不同的角度来看，它同时对他自己的家庭也有积极的意义：经济压力减轻，社会福利，由于歧视的消除而带来的社会接受增加。

从系统的观点来看，作为从疾病中继发获益的根源的各种条件取决于不同社会团体和机构与实际的个体之间的复杂的相互作用



用。在这种情况下，不同的价值体系，以及社会政治和经济利益都可以在这种情景中得以表现出来。一个很好的例子就是，一种疾病转变为慢性的疾病的过程中，经治医师可能会经常证明某个人不适合工作，或建议他去申请补助，因为他想帮助病人消除应激性工作条件带来的负担，或避免病人失业。这种行为可能由同情以及为病人提供实际的支持的愿望所激发，也可能由“取悦”病人的愿望所激发。为德国联邦劳动办公室工作的医生，他们发现很难为丧失劳动能力的找工作的人安排工作，就会经常支持或鼓励那些人申请补助的愿望，而指导他们行为的主要是他们自己机构有限的安置能力。

已经在申请补助的病人很少表现出改变的动机，因此也就很少会从康复措施中获益，这一点在医学康复领域是众所周知的。从疾病中继发获益的概念倾向于带有歧视和贬低病人的含义，如果它使得疾病得以维持，而且他们的治疗医师或专家已经证明他们是没有疾病的。在做最后的分析时，我们必须要考虑在每种情况下疾病的结果对所涉及的个人和他的环境具有不同的意义。同样一个因素，比如获得补助，因为社会和经济安全感的建立，在主观上可能被看作是一种获益，或者因为“脱离”社会环境以及失去职业认同，也可以被看作是一种损失。

在实际的情景中或在疾病病程的不同阶段，疾病的结果最终所带来的主观的意义在每一个单独的案例中都必须进行仔细的检查。任何评估肯定都会受到我们自己的评价标准的影响。

#### 改变的动机

治疗的动机的构成是建立在我们上面讨论过的、与疾病体验和改变的期望相关的因素基础之上的。对治疗的可能的期望的范围基本上涵盖了所有形式的辅助医学、医学以及心理治疗等治疗选择。不过，病人也可能拒绝所有的或任何的治疗，也会被激发去尝试各种治疗方法（比如，躯体治疗和心理治疗）。

总而言之，我们可以说研究在很大程度上忽略了心理治疗动机这个名词。尤其是，几乎没有以结构的操作化为基础的实证研究。作为应对，我们有心理治疗动机的认知解释模式(如 Krause, 1966; Künzel, 1979)以及同时考虑治疗动机的情感和认知因素的模式(Muck/Paal, 1968; Schneider 等, 1989b)。按照Schneider的观点，心理治疗动机可以理解为以信息处理的方式出现的一种特征，由相互影响的情感和认知因素所构成。主要的情感成分包括主观的痛苦以及从疾病中的获益，反映了患者疾病体验的相关要素。病人的主观痛苦是一个有精神或躯体疾病的个体主动地寻求改变的可能性的前提或动机。

在这样的背景下，病人建立起一种关于障碍的起源的主观的理论（疾病的概念），发展出对可能的治疗过程的态度，并寻找与问题有关的信息。发展出主观的疾病理论，对治疗的一般性的态度，以及改变的动机，不仅仅受人个特征的影响，同时我们先前讨论过的疾病、社会以及医疗环境各个方面的影响。

比如，Schneider和Klauer (2001) 证明，考虑到他们的疾病观念和对治疗的期望，躯体形式障碍病人总是把他们自己引向器质性医学的过程

特别地，心理治疗过程对病人是否做好准备承受治疗压力，他承受挫折和焦虑的能力以及病人的内省和反省（心理学头脑）

提出了很高的要求。不过，不同的心理治疗方法在对病人提出的治疗前提条件方面有明显的不同(参见Nübling, 1992; Rudolf/Stille, 1984; Schneider, 1990; Schneider等, 1989b)。

大体上，我们可以根据病人表现出的是更多地指向躯体治疗模式，或更多地指向心理治疗，还是他在应对社会问题领域需求支持和帮助来区分病人的治疗动机。我们在整个轴I的操作化的过程中使用这个分类。

#### 3.1.2.5 OPD中关于疾病体验和治疗前提条件的操作化

在此我们已经报告了有关疾病体验和治疗前提条件的模式的观点，并在这个基础上对轴I进行了修正。

对轴I的修正的一个重要的目标是取得和临床实践高度的接近和相关。轴I的中心就是找出对不同临床情景和各种类型问题的与治疗相关的陈述。把轴I区分为一个基本的模块和更多的模块的观点就在这个基础上产生了。

在临床工作中使用OPD-1的轴I时，尤其在精神科联络会诊服务时，首先必须回答的一个问题是一个深度的心身医学的心理治疗诊断对病人是否是必要的，这一点已经是很明确的了。这个问题要么由专家治疗医师澄清，只要他们有足够的资格做这样的心身医学的基本诊断，要么由联络会诊精神科医师来澄清。只有在这个指征确立之后，才会给予病人一个全面的心身医学的心理治疗诊断（初始访谈和可能的诊断测试），一个可能是不同的心理治疗指征的结果。为了使这个做出诊断和指征的连续过程更为合理，我们在OPD-2中把轴I分为一个基本的模块和一个针对心理治疗中一些特定的深入的问题的扩展模块。

为了使轴I的使用对心理治疗工作其它特殊的领域(如治疗物质成瘾或司法病人)更以问题为中心，OPD提供了在基本模块的基础上进一步发展更为特定的、可以作为对基本模块的补充的模块。表4.1的图解介绍了附加的模块如何与基本的模块相互联系。作为第一个例子，我们已经提到心理治疗的模块。另外，现在已经有了司法心理治疗领域的模块，它能够反映这个病人群体的特定的情况。这个模块作为一个由情景决定的附加模块的例子已经整合入表4.1。

为了操作，对人格特征进行了分组，这样做的目的是使它们适用于精神障碍以及心身疾病或躯体疾病的病人。

对具体的(心理)治疗指征的区分，并不仅仅依靠来自轴I的信息，它只是代表了一种整合的做出决定的过程，在这个过程中，来自所有5个OPD轴的信息和结果都会被采用，它只是在对OPD全部评定结束时才会得出结论。

#### 3.1.2.6 OPD-2中对轴I的修正

OPD-2中“疾病体验和治疗前提条件”轴已经根据OPD-1在相关内容和形式上做了修正。

从内容的角度来看，我们的目的是建立一个更严格的、理论上更坚实的轴I结构，同时对特定的特征做更系统的探索。在这样做的过程中，我们整合了两个已在国际上被确认的评定量表来“客观化”对障碍严重度的评定，即GAF和EQ-5D。这些量表能够在心理社会领域(GAF)和躯体和功能损害领域(EQ-5D)做比较好的系统性的评定。同时也可以让我们与使用这些工具的其它研究结果进行比较。

轴I还包括了疾病体验方面的因素，疾病的表现，疾病概念，以及改变的动机，它们各自都可以有躯体的、精神的或心理社会

的特征。

假定改变的资源 and 可能的阻碍也都与指征的鉴别有着密切的联系，因此我们扩大了特征这个领域，与OPD-1相比，它更具有针对性。

为了使轴I具有更好的应用性，更少歧义，在确立指征时，我们提出了一种系统的评估方案，它包括了作出决定的标准（参见4.1节）。

考虑到应用的问题，对轴进行修正的主要目的是增加轴I对指征区分的检验相关性，能够对进一步的心身医学诊断/咨询，以及在更具有针对性的意义上对心理治疗的指征进行区分。类似地，这种修正也是为了能够澄清可能会在特定的临床领域，如治疗成瘾或司法病人，确定指征时出现的问题。为了达到这个目的，我们以模块结构包的方式建立了轴I，它除了基本模块外，还包括其它特定的模块，如心理治疗和司法模块。将来根据临床和科研的需要，我们还可以建立对其它特定问题领域的另外的模块。比如，成瘾领域的模块可以在Nitzgen (2003)和Sporn

(2005)工作的基础上建立起来。

在运用轴I的实际工作中，基本模块时必须总是使用的，而使用一个或更多的附加模块是可以选择的。基本模块尤其可以在整体上帮助去澄清多大程度上一个病人需要一个更为深入的心身的/心理治疗诊断和干预。这是一个尤其在精神科联络会诊服务领域中出现的问题。只要有心理治疗的指征，心理治疗模块就会加以使用，因为它提供了鉴别心理治疗指征的最初的线索。

### 3.2 轴II-人际关系

功能失调的人际关系模式的诊断对心理治疗至关重要，因为当病人看心理治疗师时人际关系的紊乱构成了他们的主诉的很重要的一部分。它们塑造由病人提供的移情关系，塑造将要发展的治疗关系，病人成长过程中重要的人际关系人物会在这个关系中被再次扮演。因此它们就变成了治疗工作的材料和主题，这样的情景和努力通过治疗工作被挑选出来表明对病人的意义。它们最终都是治疗过程最为显著而且可以非常清晰地感受到的地方。

OPD中的关系诊断既是指病人自己觉察到的有问题的人际关系行为，同时也包括他人，包括检查者，在与病人接触过程中体验到人际关系方面的问题。所谓功能失调的、习惯性的人际关系模式，我们是指一种病人为此感到痛苦的特定的结构，它来自于他不断地人际关系行为以及他的社会伙伴的典型反应模式。

#### 3.2.1 简介

所有主要的心理治疗流派都把人际关系行为看作是精神障碍的起病和持续的基本因素。某个人如何塑造和体验他和别人的关系在精神动力学心理治疗中尤其具有核心的重要性。内心的冲突在很大程度上导致了功能失调性的人际关系行为，反过来，它们又可以通过病人处理人际关系的特定方式来推断出来。另外，关系模式总是病人可能的结构和局限性的表达，比如，当它们在暴露病人自我调节上的软弱或用于保护某些弱点时。

在操作化的精神动力学诊断的情景下，关系诊断选择了内心和人际关系水平界面上的这些复杂的事件。这么做主要借助于可观察的和可描述的人际关系行为，但也包括了尤其是检查者在与病人接触时体验到的那些人际关系方面，也就是说，他在病人形成的关系中以及在反移情中觉察到的东西。

我们把关系行为理解为病人或多或少意识到的关系愿望，病人内心出现的并产生影响的焦虑与担心他人如何对这些愿望做出反应之间的动力学的表达。我们这里所说的焦虑和担心可能与冲突有关，或是结构性地造成的。因此习惯性的关系行为就可以理解为在关系中愿望和相关的焦虑之间达成的一种正在进行的心理社会性妥协形成。这样，习惯性的关系行为就描述了一种人际态度，在病人身上它表现为一种占主导地位的对他的外在世的态度，它具有或多或少的持续效应。

我们所指的功能失调的习惯性关系模式是一种特定的结构，对病人来说相当痛苦，它来自于病人的习惯性的关系行为，以及他的社会伙伴的典型的反应模式。

在初始访谈时，检查者从病人对他与重要的其他人的关系片段的描述中获得诊断信息。就是在这些每天发生的片段中，那些僵硬和重复的关系体验变得明显起来。更多的信息可以从移情关系开始在病人和访谈者之间展开中获得。

根据访谈者在她自身观察到的反应和冲动，她可以得出其他人在与病人接触时会如何感受以及可能的行为表现的结论。通过这种方式，反移情体验被用作是诊断功能失调性关系的工具。因此，习惯性的关系行为总是包括了这样两个方面：关于病人的和关于他人的，包括访谈者。

### 3.2.2 关系体验和他们内心的组织

从发展心理学的观点出发，关系体验是以多种方式获得的，是通过各种感知方式传递的，而且部分保存在程序记忆中(如依恋模式：Ainsworth等，1978)，部分保存在情节记忆中。有许多理由支持下面的事实，即主观体验在很大程度上是由情绪体验来组织的。什么东西被记住了，在每一种特定的情况下某件事情的哪些特定的意义被记住了，取决于在其它事情当中，过去和现在与记忆相联系的感受状况和感受强度(Stern，1985)。在主观上被组织起来的记忆和意义结构会整合入并调节一个人如何处理当前的和预期的关系信息。关系体验，尤其是那些与一个人在童年和青少年时的重要的依恋人物的关系体验，会在内心形成持久的内化的客体关系(如，自体或客体表象)。内化的形象在这里会被组织进一种与主体和客体相关的感受、愿望、期望、关心以及习惯性人际互动的情景中。按照Jacobson(1964)和Mahler(Mahler等，1975)的传统，Kernberg(1992)把这种“自体-客体-情感-三者组合”理解为内心结构形成的主要决定因素。这种内化的图式反映的是人际体验和相互作用的主观的处理过程，而不是反映了“客观现实”。作为妥协形成，它们还可以起到防御的作用，如果某些关系与不愉快的情感或焦虑联系在一起的话。当这样的图示形成后，某些(但不是唯一的)婴儿性的关系体验的可靠的重复特别重要。尤其在发展的早期阶段，它是获得“客体恒定”和随后的“同一性”的前提条件(参见轴IV结构)。

Kernberg把早期的自我形成描述为原始的没有分化的自体与主要客体母亲的分界，而Stern(1985)和Emde(1988)把婴儿从一开

始就看作是与照料者不同的一个有情感的、主动的而且有调节能力的人。他们把它的发展理解为自体的一系列的不断增加的、复杂的、与照料者相互交换的主体间的调节过程。根据这个传统，我们还发现了依恋理论，在过去几年里这个理论已经被广泛地接受了。它来源于这样的假设，即儿童发展出持久的行为方式以适应与他们的主要的照料者的关系，据此，这样的行为倾向于和为他们提供安全的成年人保持紧密的关系。这些模式以“依恋的内在工作模式”的形式建立起来，并通过相互作用得到放大和修正(如Bowlby, 1988)。

儿童不仅仅与照料者及家庭的关系和功能认同，他们还从生命的一开始就影响和改变着他们。我们可以说，儿童与他们自己做出了重要贡献的关系模式认同(Cierpka, 1992)。因为记住的关系体验也包含了相互矛盾的自体 and 客体形象，它们就变成了内心冲突组织方式形成的很重要的部分(参见“冲突”轴)。Dahlbender (2002)通过使用OPD各轴并为下面的临床假设提供了实证的证据，即精神病理的严重度是经验塑造生活历史这个事实的结果。

这些体验以关系的精神表象的形式被储存起来，可能会成为病人体验和行为的失调性的易患素质，同时它又会限制他通过心理治疗发生改变的敏感性。

### 3.2.3 内心冲突和结构的人际关系表现

在与别人的相互交往中，人们一般喜欢创造出一种安全、个人幸福和信任的情景。在相互交往中伙伴喜欢创造一种满足这些基本需要并为每个参与其中的人保持内心平衡的情景。只要这样的条件得到满足，关系愿望就比较容易带入进关系。

无法建立关系可以有多种原因。临床上，我们经常认为在关系中可能受到歪曲的体验和行为是因为移情的缘故，(这就是说，过去的关系在现实的关系体验中占据优势)。(Freud, 1925(1912))。建立在潜意识愿望基础上的移情过程决定性地决定了一个人在人际关系中可能占据的位置，以及他可能给其他人分配的角色。最近，Albani和他的同事(2002a)表明一种精神障碍的严重程度和消极的核心关系模式的强度密切相关。据认为，结构易感性在这里起着很重要的作用，在其它因素当中，它可能会导致在某些情景中情绪的自我调节更容易失败。这就需要突然的防御反应，因此会使得任何相互作用变得更为困难，并给关系造成了连续和持久的紧张(Rudolf/Grande, 2002)。在一个年轻女性住院心理治疗的例子中，Dahlbender (2002)使用了OPD的各轴，并在经验的基础上，提出了分级的相互关系模式；他证明了内化的关系模式是内心冲突的结果，而这些内心冲突又深植于精神结构和它们的防御或掌握中。

一个人的自我能力和防御可能性越局限，他就越依赖于沿着他熟悉的方式塑造与他人的交往，目的是缩小新的和消耗心力的体验的范围。他也会在过去没有取得积极结果的情景中尽力去建立类似的情景。组织和整合新的、有时也会是冲突的信息的能力越局限，一个人就越有必要以某种方式塑造和他的伙伴的交往情景，在他的方式中，他自己对另一个人的幻想、愿望以及行动模式总是以或多或少相同的方式实现的。因此我们经常可以观察到病人他们努力制造相对稳定和不变的主题，行动的趋势，感受以及对他们交往伙伴的幻想。同样地，一个人在关系情景中的体验和行为越僵硬和极端，以及这些关系结构越是

以一种“自动的”、病人没有意识到的方式操作，它们越有可能持续和持久 (Cierpka等，1998)。

如果病人只能有不稳定的，或两极分化的关系，就像边缘性人格障碍的例子，那么关系的安排可以发展到瓦解的地步。这使得对他人的愿望和需要，以及总的情境的觉察几乎不可能。在这些情况下，对关系模式的诊断性的识别即使可能，也非常困难，而对客体关系破碎的精神病人则几乎是不可能的了。

与此相反，当病人有多样的和不同的关系时，我们说的是人际关系的灵活性。这种灵活性很关键地取决于自我在个体内在需要，超我的要求与环境之间进行调节的能力，其前提条件是具有足够好的结构整合水平。防御机制(A. Freud, 1987 (1936))保护了自我的这个功能，并对稳定的内在平衡作出了重要的贡献。如果这是成功的，一个人就能够或多或少地与另一个人的经验世界保持一致，察觉那个人的愿望、焦虑以及行为策略等。一个具备这种能力的人就有更强的根据情景和环境因素调节他的社会关系的能力。

在关系诊断中，这种灵活性可能表现在以下的事实中，即为了处理和塑造关系病人求助各种可能的办法，而且确实存在相互作用的伙伴，他们不会以典型的、被病人描述为功能失调的方式去反应。除了描述功能失调的关系模式这个中心任务外，访谈者应该寻找这种例外，因为它们是病人资源中比较健康的那部分的表达。

#### 3.2.4 病人对移情关系是否做好准备的诊断

如上所述，精神动力学诊断主要是建立在以下的假设之上的，即当病人建立治疗接触时，一种核心的关系模式被潜意识地诱导出来，它给治疗师分配了一个特定的移情角色(参见Sandler 1976年的角色响应的概念)。它是在模仿分配给重要的其他人的角色。Krause和他的同事把移情定义为“一系列特定的行为方式，目的是迫使社交伙伴按照特定的潜意识愿望去行为”(Hans等，1986，tr. E.R.)。同时这也是指König (1982)描述的“移情的相互作用部分”(tr. E.R.)。在病人这部分，这通常是导致妥协的行为，不仅仅病人的愿望和冲动，他的焦虑、担心以及有关的防御都会参与其中。来自人际关系的体验通过主观地处理，然后被内化为一种“实现某种移情结构的“准备就绪”(所谓的移情“准备就绪”)。在人类的相互作用中，神经症性的歪曲可以导致产生适应不良的恶性循环，导致从一开始就注定要失败的个人期望，以及必然的消极自我评价(Strupp/Binder 1993)。在心理治疗中神经症性的移情的特征是病人选择性地注意他人的行为和人格的某个方面，尤其是对治疗师，并潜意识地以一种在对方身上激起和自己的期望一致的反应的方式去行为(Gill/Hoffmann, 1982)。治疗的任务则是创造一种人际空间，在这里面治疗师很明确地没有按照所期望的去行动(Weiss/Sampson, 1986)，也许会解释病人的移情“准备就绪”，并帮助他在安全的关系中获得新的经验。在这个地方我们必须有深刻的反省能力，要考虑到治疗师的移情准备就绪也会对治疗关系产生影响——在不顺利的案例中的一种导致歪曲的影响。

#### 3.2.5 移情和现场再现之间的关系

从历史的观点上说，移情这个词是由移置的概念发展来的。它是指来自于原始客体的体验被移置到另外的客体上，或是指对

一个内在客体表象的能量投注转移到另一个上面。根据这个概念，移情被看作是当回忆起病理性的早期客体关系时的一种对自我的防御和保护 (Bettighofer, 1998)。在Freud的关于精神分析技术的文章发表后的很长时间内，移情都被理解为只和病人有关的单方面的事情。在英国和美国的作者当中的Gill (1982)和德国的作者中的Thomä (1981)是第一个认为在每一个治疗情景中，在“相互作用对称”的意义上 (Ermann, 1992)，病人和治疗师都对塑造在每一个案例中被激活的移情做出了他们各自的贡献。现场扮演是指在治疗关系中实现泛化的相互作用图式的相互作用部分。这种“mise en scène”或现场扮演，在英美文献最为相近的词就是“扮演”。对Jacobs (1999)来说，扮演是指为了应对在治疗过程中被唤醒的、病人以及治疗师的冲突和幻想而出现在治疗师-病人关系中的行为。这些行为模式不仅仅与移情和反移情的相互作用有关，通过记忆，它们还与过去的想法、幻想以及人际体验有关。Jacobs很明确地表示，这样的扮演的定义也包含了再现的含义，也就是说，头脑中过去体验的片段的复活。其他作者 (Sandler, 1983; Stolorow, 1992)也强调移情的关系特点只有在考虑整个主体间关系的情况下才能被理解。OPD的关系诊断强烈地指向在人际关系情景中的现实体验和行为，结合了“重新上演”，也就是再现的概念。在这个意义上，“再现”不仅仅包括移情现象，同时还包括在关系的实际塑造中的现场复制，根据定义，这部可能是单方面的。再现作为精神动力学心理治疗的核心概念，可以得到经验的证明 (Stasch等, 2002)，而且从心理治疗技术的角度出发它非常有用，因为再现的种类和方式可以让我们就病人的移情“准备就绪”，并进而对病人关系体验的内心表象得出结论(Stasch, 2004)。

### 3.2.6 研究关系模式的经验方法

不管在个案中如何令人信服，习惯性的功能失调关系模式理论除非能够可靠地识别这些模式，否则它对日常的临床工作几乎没有什么实际的意义。从上世纪70年代早期，一些研究者和临床医师已经努力开始从精神动力学的角度提出对人际关系问题的描述和表现的系统性假设 (Schauenburg/Cierpka的总结, 1994)。

我们阐述我们关于关系诊断工具的建议是在一个框架内进行的，为了描述这个框架，下面我们主要描述那些起源于精神分析和人际心理学传统的程序。我们也参考了其它领域的文献，比如社会心理学(如SYMLOG ;Bales/Cohen ,1982) ,家庭研究(Cierpka的综述, 2003 ; Cierpka等, 2005)，以及行为治疗(如Caspar, 1989)。对于我们所描述的操作化的精神动力学关系诊断，下述的方法尤其重要，并对我们有很大的影响：

1. “社会行为的结构分析- SASB”(Benjamin, 1974 ; Benjamin, 1982 ; Tress等, 1990 ; Tress, 2000) ;
2. “核心冲突的关系主题- CCRT”(Luborsky/Crits-Christoph, 1990) ;
3. “计划公式化方法”(Weiss/Sampson, 1986) ;
4. “角色-关系冲突”(Horowitz, 1991) ;
5. “治疗师的病人体验-PERT”(Hoffmann/Gill, 1988)和
6. “循环的适应不良的代谢模式- CMP”(Strupp/Binder, 1993)。

所用方法的观察焦点都在于人际相互作用。这些方法的范围包括了从对个体言语动作的微观检查，以及对个体的相互作用成分（CCRT 或CMP中的愿望、焦虑、客体的反应以及给自体带来的结果），到内心及人际关系图式的结构（Horowitz），直到那些以捕捉精神动力学治疗中的复杂的移情事件为目的的方法(如“计划公式化方法”，PERT)。

所有的程序都是从病人的一个或几个可能的核心人际模式的假设开始的。临床判断是所有这些程序的一部分，根据必要的解释性结论的范围会有一些变化。基本上情况是，任何复杂性的增加都会导致主观性结论的量的增加（“推论水平”，Luborsky/Crits-Christoph，1998），这会对评定人员之间的效度质量产生影响。被评定的分类越抽象，则越难取得一致。

“社会行为的结构分析- SASB”(Benjamin，1974；Benjamin，1982, 1993)可以对更复杂的关系事件做鉴别性的同时有可靠的描述。这种方法也可用于在观察性的两人相互作用过程中识别刻板印象，以及描述个体相对稳定的人际以及内心的行为模式。对于使用SASB所做的评定来说，很关键的是对两个正交维度现实关系行为的分配，即爱-恨（联系轴）和控制-顺从（相互依赖轴），它们形成了一个循环的两个轴。SASB是根据人际行为的极性模式的传统发展出来的。(Leary，1957)。Luborsky的核心冲突的关系主题(CCRT)的方法检查病人描述的关系片段，捕捉存在于这些片段中的愿望，以及其他人对这些愿望的反应，病人对他人的反应。这三个元素通常构成了人际交往故事的基本结构（“叙事”）。这种程序也有困难，因为潜意识愿望常常无法直接从观察到的行为来推测，而表面可见的动机与产生这些动机的复杂的内心事件相比，往往又显得微不足道。

对于SASB和CCRT这两种方法，已经有一系列的研究证明了它们的信度和效度(参见Albani等，2003；Schauenburg/Cierpka，1994)。

循环的适应不良模式(CMP)的方法(Strupp/Binder，1993)同样对我们的OPD关系诊断概念影响很大。这个模型也来自于童年冲突的神经症性的重复这样的概念，而决定性影响则归结为核心冲突。它的意图基本上是注重实效。与对移情的人际关系理解一致（如Gill，1982），在很大程度上，治疗工作就是要考虑在病人和治疗师的关系中发生了什么。与当前和实际的关系行为相比，早期生活环境的信息被认为并没有那么重要。因此，循环的适应不良模式具有显著的行动取向，并主要地使用与行动相关的假设。它描述一个人对一个相互作用的期望和想法，他人对这些期望和想法的反应，以及这些对自己和他人的反应是定型的或如何强化了他自己的观点。因此，循环的不良适应模式就被定义为一种以自我强化的反馈环的方式聚集的、不断重复的人际关系事件序列。我们在我们的手册的关系 - 动力学假设的说明中使用了这个模式。从CCRT传统和CMP中，我们借鉴了“主体的反应”和“客体的反应”这样的分类，以及系统地使用关系片段作为诊断的材料。

人际关系行为的极性模式，与其它模式一道，尤其是社会行为的结构分析（SASB），为捕捉习惯性的关系行为所必要的项目和项目表的产生奠定了启发性的基础。

### 3.2.7 OPD中关系诊断的概念

下面我们简要地描述一下OPD关系诊断的概念；具体内容读者可参见手册（第4章）。关系诊断的目的是识别病人的习惯性



的功能失调的关系模式。功能失调的关系模式可以理解为特定的人际关系结构，在这种结构中，病人的行为模式与他人的行为模式以一种形成了不断重复的完形 ( gestalt ) 的关系交织在一起。这些结构基本上可以从病人体验观点，以及他人 ( 他的相互作用的伙伴 ) 的观点来描述。另外，每种角度也都可以用来观察不仅仅是病人的，还有他的客体的行为模式。根据这些区别，我们可以得出我们所说的人际关系状态的四种分析性的单位：

病人如何体验他自己：此处的焦点在于病人的关系行为，所描述的人际行为是指病人反复体验他自己，以及他以一种正在进行的方式在他的关系叙述中和他自己联系起来的行。

病人如何体验他人：这是指病人不断地在他的关系中体验到他人，而且很可能会进行抱怨的关系行为。

他人如何一贯地体验病人：这包括他人，包括检查者，如何反复地体验病人。通常，这个观点不仅仅包括病人他能够描述他自己，也就是说，它还包括他提供了他自己都没有意识到的关系。

他人在和病人一起时如何反复体验他们自己：这包括病人作为一种角色在另一个人身上引起的反应。这个成分与精神分析的反移情诊断的程序一致 ( 参见 Mertens , 1993 ; Thomä/Kächele , 1989 ) 。

这四个人际关系状态在关系动力学假设中是相互联系的，这就建立了一种事实之间的心理学上的相互联系，这种相互联系与关系模式的功能失调和稳定性一致，并可以解释它们。在这种假设中，与病人自己的体验的观点相反，我们寻找他事实上 ( 潜意识地 ) 如何处理他的关系，在这些关系中，他不断地造成他人做出让他感到痛苦、失望或害怕的反应。

#### 3.2.7.1 人际行为的分类

精神动力学诊断的操作化必须满足的一个要求是对人际状态的描述应该是以标准化的方式做出的。这可以通过使用由所谓的人际行为的极性模式而发展出的项目清单来获得。极性模式来自于以下的假设，即人们以一种适合他们确定某种状态或安排一种渴望的接近的方式来指导他们的人际行为。这些模式共同的特点是每种人际行为状况都被安排在一个圆的区域上 ( 见图 3-1 ) ，它由两个垂直相交的维度组成，每一个都是有两极的，而且代表了两个基本的状态和接近的分类：控制 ( 主导的/控制的与服从的/顺从的 ) ，及联系 ( 爱的/亲附的与敌意的/遥远的 ) 。人际行为各种各样的性质可以由这两个基本的纬度的比例来决定，就象它们在圆的区域上形成的位置。这些极性模式，以及根据它们发展出来的测量工具，已经在人格、社会以及临床心理学领域得到深入的研究和验证 (Wiggins , 1991) 。最近的研究支持它们对于捕捉心理治疗研究中相关人格变量的重要性 (Gurtman , 2004) 。更进一步，它们构成了维度模式的核心结构，这个结构是为了从人际角度描述人格障碍而发展出来的 (Widiger/Simonson , 2005) 。

图3-1 在两个圆圈中显示了关系行为主动水平和反应水平。这样的区别是建立在人际行为的极性模式的进一步发展的基础上的，这可以追溯到 Benjamin (1974) 的研究，而且对我们使用的模式有着重要的影响。在每一个圆的区域里水平轴代表了联系的维度，在最右边，它与爱以及友好的方法有关，在最左边，它与拒绝或敌意的的方法有关。垂直的轴反映了相互依赖的维度，

一端由自主和自我肯定构成，而另一端由控制和服从构成。

图3-1：人际极性模式的两个水平(根据Benjamin, 1974)

对这些项目的仔细研究显示了人际行为极性模式的内部次序 (cf. Benjamin, 1993)：位于相对的两端的行为方式意味着相互对立的行为。每一个位于45度角的分类都意味着表达了相对比例的联系和控制维度的关系性质。在这些位置上友谊/敌意或控制/顺从的程度比我们在两个轴的顶端发现的要弱。位于圆的上下相同的位置的人际行为模式彼此是互补的。这意味着在每一种情况下关系的发出与对关系的反应是匹配的。另外，还存在着复杂的关系形式，它们结合了不同的，甚至相反的关系方式。这可以理解为有两种或更多的类型在同一时间被激活。

### 3.2.8 总结

对病人的关系行为的评定是在临床诊断访谈之后进行的。这个访谈应该有助于澄清病人在他生命中不同的领域里反复建立的核心功能失调性的关系模式。这种模式是通过检查四种人际状态捕捉到的，也就是说，通过从两个经验的角度，即从病人他自己和从他人（他的客体）的角度，对病人的行为以及对他的相互作用的伙伴的行为的描述。这种描述使用一种标准化的关系项目清单，它是根据借鉴了Benjamin(1974, 1993)的研究的极性模式而发展来的。通过一个关系动力学的假设，四种状态最后就可以相互联系，使得病人的功能失调的性格可以被理解，而且能够解释它的持续性。

## 3.3轴III-冲突

### 3.3.1什么是冲突？

冲突的一般含义（来之拉丁文的clash）是指一个人内心不同部分之间（内在动机、愿望、价值和观念之间的挣扎）或几个人之间（Brockhaus德国百科全书1990）发生的关系。冲突是一种普遍存在的经验，心理学家将冲突定义为相反倾向和行为（动机、需要、愿望）之间的碰撞。不同理论如生物行为理论、田野理论中的冲突观点，或者认知失调理论均对冲突产生的原因进行了解释。然而从心理动力学理解的视角看，冲突的概念尤其重要。自弗洛伊德以后，心理动力学将个体内心冲突置于核心位置。在癔症的研究中（弗洛伊德1952（1895）），弗洛伊德和布洛伊尔将冲突描述为神经症的病因，不相容的观点导致冲突，也就是说这些观念与规范、价值和思想相违背。这些令人窘迫的观念被压抑、防御，进而成为潜意识。弗洛伊德把冲突的普遍性解释为快乐原则和外现实之间的矛盾性。如果这些冲突被成功解决，则自我学会了在内在和外在要求之间进行调节。如果自我没有能力调节，潜意识的神经症性冲突将出现。与认知理论相一致的是，这些冲突被认为是“功能失调”性冲突，

也就是说由于对防御能量的动用，或对人际关系的影响，冲突阻碍了个体的发展。

因此，心理动力学意义上的冲突是内在、潜意识的冲突，它呈现了外部和内心应激性的冲突要求。内心潜意识冲突在精神和心身疾病起病过程中起着决定性作用。当然，当意识的、外在的和内心的冲突持续存在，或达到一定强度，则将导致疾病障碍，也就是产生冲突性的结果。

潜意识内心冲突是潜意识中截然对立的动机之间的撞击，例如被照料愿望对应自足愿望。

对于上述建构的冲突关系的另一个解释，我们还可以例举以下例子，“如果我完全投入另一个人，我早晚会感到失望，而之后对分离的恐惧或者真实分离的痛苦将难以承受，因此我发展出防御机制，避免与他人发生那种有朝一日足以让我依赖于此的亲密关系。”(Nerthebs, 1992b) 这种根植于相反动机之间的内心紧张，使内心进行着持久的相互稽查工作，致使张力逐步升级。心理动力学的冲突概念是关于动力、潜意识和精神活动的基本假设，即人的行为持续受到潜意识思想、愿望、观念的影响。另外，一个现行的冲突反映了个体固着在以下僵硬的和未解决的状态：要么问题没有解决，要么其本身就一种决定。

冲突性应激通常是意识的，并且能够被处理和解决。在这个意义上，Duhrrssen(1981)称之为“正常和自相矛盾”的冲突。她理解个体所意识到的内心和人际困难，犹如快乐原则支配之下饱餐美食的愿望，以及与此同时出于美和健康愿望的瘦身需求。矛盾性冲突是由外在原因所致的无法解决的冲突，例如女性结婚和成家的愿望和发展职业之间的矛盾，而问题解决只能通过局部的牺牲获取。

持久的冲突反映了个体先前的经验模式，在相应的情境之中，出现连续相似的行为方式，而个体对此并无意识，或者通过自由意志加以克服（“神经症性固着”）。这里对于行为自觉性的影响，可以用来区分心理动力学意义上的冲突以及刺激性、外来施加性冲突。

我们假设的潜意识过程是什么？我们是否能够捕捉潜意识内容？弗洛伊德本人从三个不同框架描述潜意识：潜意识，从动力学角度首先是指被压抑的潜意识，它不仅包括本我，也包括了部分的自我和超我，也就是潜意识的驱力冲动、防御态度和冲突。其次，他解释了潜意识包含本我中潜意识那部分，这部分并没有被压抑，但它本身永远处于潜意识状态。第三，弗洛伊德用前意识来指那些可以达到意识范围之内内的所有思想和感受，当然通常情况下，它们处在潜意识之中(Freud, 1925(1915))。

我们对潜意识有什么证据？我们认为存在的潜意识所指的又是哪一部分？绝大部分的大脑活动是潜意识的，而且这些潜意识活动既不是

前意识的，也不是动力性的潜意识（见前文）。在一定程度上，认知科学也考虑到了潜意识的过程（Posner/Rothbarth,1989）。所有的精神活动本质上都是潜意识的，也就是说个体不能追踪大脑运行轨迹，以及记忆、语言的工作方式。信息处理以象征和亚象征方式进行，而其中只有象征化的处理过程可以进入我们的意识层面。象征化过程可以呈现为语言和图像，相应的，信息储存系统或记忆亚系统可以被区分为陈述性记忆（外显）或过程性（内隐）记忆。内隐（过程性）记忆就是潜意识的行为和习惯。从生命最初到整个成年，我们生活经验在不断重复的相互交流中被提炼浓缩。这些相互交流涉及到客体（依恋和相互作用的对象）的意识和潜意识部分，对于客体的动机和情绪经验，它们决定了个体未来的经验和行为。上述持续重复的被体验的交流和场景，构建出个体认知-情感的先验图式，Stern(1985)称之为“被泛化的相互作用的表征”（Representations of Interactions that have been generalized(RIGS)”。父母亲意识和潜意识的行为，经由姿势、幻想，被转化成父母冲突，在儿童的内心形成先验性的人际交往的表象，这其中包含行为、感知和情感的成分。

因此潜意识过程可以被推断和操作性地定义为：被动力性地压抑，或者被内隐和潜意识地学习的内容。但是不仅是潜意识，事实上意识范围内的内容也必须通过推断而获得。对于病人的意识经验，治疗师甚至没有直接抵达的方法，而更多依赖于病人的报告和行为。观察者必须通过交流和间接指示推断出意识或者潜意识的内容。如果潜意识的内容表达为所有的行为和人际关系，那么经由内心以及人际关系推断潜意识是必须的，也是可能的：即关系模式和关系图式不仅在内心进行表征，并通过相互关系表达。因此关系和移情不再仅仅是分析情境中的现象，它们使得对潜意识和前意识的基本冲突关系模式和结构性问题的描述成为可能。当冲突经妥协转换为潜意识适应不良性认知-情绪图式时，则结构性障碍一词指的是认知-程序-情绪过程的基本障碍(见Schubler综述,2002)。

### **经典分析性发展理论中的冲突概念**

心理动力学的冲突在弗洛伊德所发展的结构模式中，被认为主要是系统间的冲突，也就是说冲突发生在自我和本我、自我和超我，以及自我和现实之间。后来，他补充了系统内的冲突，比如冲突可以发生在超我的不同部分之间。

传统的精神分析理论通过力比多和攻击概念，试图描述一小部分的冲突内容，并认为其源自特定的性心理发育阶段。同时通过上述分析，建立了驱力冲突和神经症类型之间的特殊关系。今天，我们可以说这样的尝试是失败的，至少将表现出一定症状的神经症断然归因于某一发展

阶段（如将强迫和肛欲期相联系）有失妥当。我们不能在如下假设中工作，如个体化冲突仅仅起源所谓的“口欲”阶段，或者说攻击和自主的冲突只是出现的“肛欲期”。同样，“俄底浦斯”冲突不仅限于性器期-俄底浦斯阶段，它在儿童形成符号和承担角色之时已经开始(Dornes, 1993; Hoffmann/Hohapfel, 1995; Schubler/Bert.-Schubler, 1992)。即便我们假设所有动机系统作用于整个生命过程（Stern, 1995），但是它们首先是对发展作出反应（自我功能、自体发展、象征化）。其次必须指出，某些动机在特定发育阶段尤其重要，远胜过其与其他发展阶段的重要性（如青春期认同的形成和冲突）。虽然安娜·弗洛伊德（1965）牢固坚持力比多-攻击-驱力的理论系统，但是她的发展理论第一次尝试性地描述了在个体发展过程中，这些动机系统是如何彼此影响，以及如何现时现地相互作用（cf. 3.3.3节）。

### 冲突和结构的关系

之所以存在内心、潜意识和持续的冲突，这与自我结构的状态有关，不然无从谈起冲突的过程以及修通。如果不存在自我结构的障碍，则无论在阈值性境遇下，还是面对内在和外在诱发因素（“诱发情境”Dührssen, 1954/55），均不会出现典型的冲突。另一方面，当客观上微弱刺激导致的冲突性压力足够强烈，则将出现临床上相应的疾病。因此从病因学来讲，冲突和结构起着共同的致病作用，并且互为条件。这同时适用于与个人生长史相关的持久冲突，以及结构性疾病。个人史相关的冲突来源于冲突性的关系经验，例如重复的关系模式，可以严重到导致创伤。而儿童期的重大创伤最有可能造成突出的结构缺陷，也就是阻碍和延迟发育（缺陷）。

对神经症功能失调性冲突可以作出如下假设：

- 强烈的、内化的潜意识冲突导致功能失调性行为、体验，也包括症状
- 具有基本情感的调节能力
- 具有基本的自我调节能力（self-regulation, Fonagy, 2005）

当冲突和结构成为现代临床理论的标杆时（Mentzos, 1991），冲突和结构的关系就犹如人物和背景，或者象在舞台上（结构）表演的一出表演（冲突），舞台是表演的先决条件（cf. 见3.6节）。每天的临床实践也提供了许多结构和冲突相互作用的例子。儿童的被忽略将产生持久的负面作用，阻碍一系列发育任务的整合性解决（结构），而这又将羁绊平衡整合的动机系统，以及克服与此相关困难的能力发展。

比如发育阶段中创伤性分离将干扰个体化和依赖为主题的任务解决，结果是我们不仅处理结构性的缺陷，同时还要解决冲突性问题（在依赖和强制性的自主之间的摇摆）。当然这不是真正的潜意识冲突，是病人能够意识到的冲突性情形，从描述角度，也许应该称为冲突性图式。简而言之，在结构整合处于低水平时，动机系统更多处于失功能和冲突之中，当然完全稳定的冲突模式也是不存在的。

我们可以画出一条渐进线，从亚临床的冲突压力（个人对冲突性动机的个人化的体验和处理方式）到神经症性的冲突（重复、功能失调的、人际和内心的模式），再到结构性低整合水平的冲突性图式。图式一词是指整体状况（如图式的“建立”需要房顶和墙壁的存在），而冲突性图式指的是对模式总体和大致的认知：存在条件性的一组冲突，但深入分析可以发现其特异和稳定的表达，就好比“三明治”，我们通过以下自我价值的冲突例子来解释。

表3-2

每个人都有得到他人接受和认可的愿望，并同时具有认可他人的能力。文化和个体社会化的差异形成了个人化的解决方式和内心模式，并可能一次又一次地导致冲突性的紧张（比如，每天受到羞辱会降低个人的自我价值感），它需要通过适应来加以解决。

神经症性的冲突是个人成长中形成了不恰当或者片面的“是或否”的解决问题方式，例如积极的过度补偿、过于积极的冲突处理方式。这些方式用于处理前面提到的涉及自我价值的情形时，将形成重复的应对情感的模式（如：自恋性愤怒、贬低别人）。

如果是一个低水平的结构整合，那么个体就不存在稳定的自我系统，其个体在自我价值和客体价值之间冲突性地摆荡，有时甚至非常剧烈。常常是微小的刺激，就会引发出极端的来回变化，如夸大和贬低、无价值感和理想化，对别人施虐性攻击也可以被用来作为对抗恐惧分离的防御，因此冲突图式中的动机性意图不能就此被固定地归集到某一冲突模式。

冲突性的紧张、模式、图式是发生在人际之间（如被别人伤害），也可以是内在事件之间（观念、幻想、情感，如丢失牙齿的幻想）。当处在严重的生活事件带来的压力之下，许多人会在个体经验和行为模式的背景下（冲突性紧张）发展出明显的动机性冲突，但是这些由应激源导致的冲突必须和神经症性的、重复出现的冲突模式加以区别。现用以下例子说明：病人X对被照料和独立自主（后来在他生命

中极为重要)的冲突已经形成了自己的适应性应对模式。但在他罹患严重的癌症之后,被动接受照料成为他想要的一切。虽然临床中,病人的冲突性行为十分突出,但是病人既往没有冲突和行为的神经症性体验。

一方面在诱发因素下,体验和行为的重复性冲突模式可以导致临床症状,另一方面,如果上述冲突十分强烈,它们会表现出冲突性人格,甚至导致人格障碍(如依赖性人格障碍)。过去,这被命名为“性格神经症”,而现在按照ICD-10,被诊断为人格障碍。同样,这里还必须考虑到结构性标准。强迫性人格不仅是一种冲突性人格(神经症性),这类病人对控制和服从之间的矛盾采取了适应不良的解决方式,从而导致临床上个体的体验和行为的相应受损(当然症状不明显),但同时它也是存在突出结构缺陷的人格障碍。

### **冲突和诊断**

动力性冲突的诊断需要同时运用归纳法和演绎法。归纳法是通过病人个人史和病史追溯,从可观察的现象中得出一系列重复性的经验和行为模式。与此同时,我们通过观察病人适应性解决冲突的方式进行演绎推理(对生活环境成功性适应、富有成效性地工作和人际关系)。从病人的功能失调中可以识别出不良的解决方式,由此导致与临床症状和/或人格障碍相联系的社会问题(如:在亲密关系中)。

### **冲突和重要情感**

冲突可以在治疗情境中的移情、反移情以及主要情感中呈现(Heigl-Evers/Henneberg-Monch, 1990),如被侮辱后的自恋性愤怒。情绪和动机系统之间的关系需要仔细分析,而事实上动机和情绪是密切联系的(Krause, 1998);“如果情绪是由适当的刺激触所发,那么它们就是潜在动机的实现”(Buck, 1998, p.25;tr. E.R.)。

这尤其适用于一些基本情绪:愤怒、悲伤、害怕、厌恶、兴趣、惊奇和快乐。比如,当愿望受阻,就会出现愤怒,目的是减少愿望实现的障碍,而悲伤是由客体的丧失引起。情绪是服务于生存目的的生物、心理、社会的调节机制,它是告之自身和他人的信号(如:攻击前的愤怒性警告)。情绪还在下述方面发挥功能:关系(快乐、悲伤、失去快感)、个体内在主观指向(好奇、失去兴趣),或者保护性功能(惊奇、害怕)。情绪不仅具有象愤怒那样短暂的情感作用,同时还作为背景性的情绪(Damasio, 2003)或心境。背景性情绪具有持久的作用,比如紧张、放松、不安、沮丧、失望、期望,它们象所有情绪一样呈现在身体变化中,但不一定通过面部表情表现。持

久的情绪带来或好或坏的心境（如抑郁）。它们与一般情绪一样伴随身体反应，即自主神经系统、内分泌系统和肌肉骨骼系统的变化。

在基本情绪的基础上，人们在更具决定作用的社会交往情境中发展了愈发复杂的社会性情绪：共情、羞愧、骄傲、嫉妒、感激、羡慕和轻视。以社会性情绪轻视为例，它是以基本情绪厌恶的身体反应为基础，依赖个体-社会因素所产生的情绪。内疚和羞愧是伴随冲突的社会性情绪，同样取决于个体的文化和个人背景模式（如羞愧或内疚的文化）。羞愧是自体的一种缺陷，因为原则上自身并没有做错什么。羞愧导致羞辱，甚至愤怒，同强烈的自主反应相联系。内疚感来之违背道德（超我）及自身确有不当之为，内疚感可导致愤慨，但不伴随自主反应（Krause，1998）。内疚感通过自我惩罚和/或弥补来抵消。

情绪包含了数个不同成分，从运动的、自主性的和面部表达，到对（情感）意识和行为调节。对不想要的情绪的意识，尤其取决于个体的高级精神功能（皮层中枢），是最重要成熟发育之一（情感识别和调节结构）。如果发育成熟，情绪还可以通过防御机制（合理化、情感隔离、转向自身等）进行转换，或者进行最大程度上的抵抗（压抑）。

如果上述防御机制被过多使用，将导致对自己和他人情感和需要的识别困难。通过认识这种“处理冲突”的特殊形式，可以对被防御的冲突和情感进行识别。因此在此模式中，最主要的情感没有被呈现，表面上最重要的情感往往是缺失的。对情感进行防御的目的是回避不愉快的情感，这是一种保护性的功能，防御自我、甚至自体对某些冲突或情感的意识。

### 3.3.2 什么驱动了个体——从动机到冲突

动机系统是从驱力发展和进化而来的，因此具有生物学的基础，而人类的特殊性在于通过学习进行改变和塑造。一个基本假设是，所有动机系统（不是朝向自体的动机）的目标更多指向的是“客体”，而不是纯粹的“快乐”（Fairbairn，1952）。人类动机系统的发展（与结构并行）是一个进行式、持续终身的过程，它们承载历史，呈现于现时现刻，并指向未来。从构成来讲，早期发展与后来不同：从最初关系中获得的人际经验中，个体建立了模式和原型，即如何对亲密和照料性的客体作出反应，以及预期性的满足和挫折是什么（Emde，2005；Stern，1995）。这些人际中主体间关系创造了个人经验内化的先决条件，并且这样的内化过程贯穿了整个儿童和青少年时期。到了成年，上述“自身和他人关系”情绪图式的原型在相似的人际经验中被激活。Sandle夫妇（1978）将驱力（或动机）译为一种呈现的愿望，包含了



所希望和期待的来之重要客体的反应。所唤起的愿望中，不仅包含了指向他人的目的和行动，也包含人际关系。即便动机具有生物学基础，其中性、感官愉悦尤其如此，但性只有在关系性的经验中才具有意义。如果神经症性冲突发生于充分发展的结构之上，那么冲突将被定位于较晚的发展阶段，在更具备结构-象征化能力的儿童后期和青少年期。

在关于动机的普通心理学中，Maslow ( 1970 ) 成就最高。他发展了需要的层次理论 ( 先满足基本需要，然后才能实现更高层次的需要 )。最基本的需要是生物性的需要 ( 食物、性 )，然后是安全的需要、关系的需要 ( 从属的需要、和他人联系和被爱的需要 )，最后涉及自我价值动机系统 ( 自我价值和被他人认识 )。与此同时，认知的需要构成另外一个更基本的需求 ( 对知识、理解和新经验的需求 )。

按照Emde的观点 ( 2005 )，儿童早期有以下基本的发展性需要：活动、自我调节、社会定向、情感调节和认知成熟。有关动机系统的发展，神经科学的基础研究几乎没有提供一致性的证据：“动机因此是一个复杂的行为过程，同时取决于内在刺激和外在刺激的平衡，而后者往往依赖于学习。这些刺激共同促使状态依赖的、并经由协调的行为后果，这些行为既具有预期性成分，但同时具有固定性的末端成分 ( Squire et al., 2003,p.1125 )。其中最重要的一点是，人类行为 ( 末端成分 ) 是由潜意识决定，并且是个人化的。Panksepp ( 1998 ) 曾经定义了5种基本神经生物性的动机系统：寻求系统 ( 好奇 )、愉快系统 ( 性 )、愤怒系统 ( 自我主张 )、害怕系统 ( 安全性 ) 和与照料亚系统相连的分离痛苦系统 ( 依恋 )。

从生物性发展和社会心理的角度，存在着不同的动机系统概念。Lichtenberg ( 1989 ) 在神经生物学和婴儿研究的基础上，描述了另外一种由5种成分组成的动机系统，主要依据于从出生后就可观察到的行为；

- 1、 满足生理需求的需要
- 2、 亲附的需要
- 3、 自我主张和探索的需要
- 4、 抵触和退缩的需要
- 5、 感觉愉快和性兴奋的需要

每种功能性的动机系统都具有生物学的基础，但其中情感是最重要的。情感是除了语言以外人类沟通中最关键因素，当然情感本身和语言相连。自个体出生后，每种功能性动机系统藉由沟通方式学习发展。之后，各个动机系统通过主体间沟通经验进行塑造，顺利发展的结果是形成稳定的动机系统。如果动机需要、愿望、及其满足之间出现明显的不和谐，冲突性的模式就会形成。

在Kong的模式中 ( 1988 )，他试图将精神分析的驱力理论、自我心理学和客体关系理论中的概念做整合。一方面，他区分出对于熟知和对于新异的愿望，并作为一对“基本的关系性愿望”，另外一对愿望是对于融合、被照料、被控制的愿望，以及对自身性特征的认识愿望，它们是一对核心性的关系愿望。

Bischof建立了较为精细的动机模式 ( 1985 )，他结合了精神动力学关于个性形成的理论。与寻求安全相联系的亲附需求，以及与寻求兴奋相随的冒险需求是个体最初的需求，然后发展出好奇、自我效能和性的需求。Bischof认为动机之间彼此互为条件，各种动机之间相互联系和相互作用。( 熟悉和信任防止家庭内性的发生，乱伦禁忌 )。

如果将上述的生物、心理、社会理论做总结，则发现人类发展最初的需求是生理性的满足、自我保护、调节，以此通向主体间世界的 ( 好奇、兴奋和安全 ) 需求。这再次反映出 Schultz-Hencke ( 1931 ) 所说的目的阶段理论，即每个阶段有主导性的主题，所有的交集都是指向环境的。

接下来是亲附需求 ( Bowlby , 1969 ; Harlow , 1971 )，是指对接近、舒适、健康、安全、归属、被照料、亲密和温柔的愿望。Bowlby的亲附理论指出，以生物学为基础的为达到安全状态为目的的亲附需求是人的基本需求，但不是复杂的动机系统的全部。相反，动机系统中存在独立、自主、自我主张、拥有和占有的愿望 ( 控制、权利 )。

之后在生命第3至第4年发展的是自我判断以及自我价值的需要，正如Stern ( 1985 ) 所归纳的，随着自体、核心自体、主体自体 and 言语自体 (“I”)，构建出个人自体。自体 and 客体价值是相互补充的，从成功、正性的客体经验中发展出客体价值。

儿童晚期和青春期，认同的形成意味着自体发展的结束 ( 但不是最终的 )。自体发展的目标是达到明确、独特的、尽可能摆脱冲突的认同，其中包含自我保存、自我主张、自我意识和社交能力的部分。动机系统中照料 ( 爱护弱小 ) 和利他需要的形成是与超我发展相联系的。

性的动机系统从最初的身体愉悦开始，到了儿童期发展性认同（父母和社会网络中男人/女人），直至青春期开始表现，目的是性活动和性诱惑、观赏和显示的性愉悦。

动机系统内相互作用可以通过性动机的发展过程说明：即如果没有之前成功亲附关系和安全自体发展，则个体的性动机不可能顺利发展（Bischof, 1985）。这些基本的动机系统是复杂的社会情感以及特异性个体社会性情感的基础（见上面）。Anna Freud（1987（1936））在其心理发展路径中第一次尝试性地进行描述，试图说明发展过程中各动机系统之间是如何相互作用的，以及它们如何现时现地地相互影响。

Anna Freud的心理发展路径如下：

- 从婴儿式的依赖到成人爱的生活（生物性连续）：依附式、客体关系阶段、肛欲-施虐阶段的矛盾关系、俄低浦斯阶段、潜伏期、前青春期、青春期）
- 达到身体自主（从幼儿式的到独立的进食，从清洁训练到清洁，从对自身身体的无责任到承担责任）
- 从自我中心到参与人类团体
- 从自我爱恋（autoeroticism）到玩具，和从游戏到工作

上述的发展路径会因为外部冲突发生改变（之后被内化）

Anna Freud给出了以下时间路径：

外部冲突的时间顺序：

- 失去母爱的被毁灭的恐惧（恐惧分离，恐惧客体丧失）
- 对失去爱的恐惧（在建立稳定关系之后）
- 对批评和惩罚的恐惧（肛欲-施虐阶段）
- 对阉割的恐惧（性期-俄低浦斯阶段）

上述发展犹如编制挂毯，从一根丝线（动机系统）到和其他丝线的汇集，并形成个体

化风格，其中的丝线彼此互为条件、相互影响。Bischof曾以某一情形绘制过一张复杂的流程表 ( Bischof, 1985, p.467 )。

### 3.3.3对冲突既往诊断方法

缺乏清晰的定义以及没有建立系统的冲突诊断和动力学分析方法，阻碍了动力性心理治疗进一步的临床和研究发展，这一现实是令人痛心的。1959年，Weisman曾描述了包含心理动力性冲突分析的三条基本标准：

- 1、心理动力学的分析必须出之描述性 ( 现象学 ) 的和动力性的观察
- 2、心理动力学分析的语言必须准确、可理解的，可以被标准化
- 3、第三，心理动力学的冲突分析必须是通过临床面谈进行推断的

对心理动力性冲突进行系统全面的概念化和分析努力中，Anna Freud的研究内容最为广泛且最具影响力。和来之Hampstead诊所的同道合作 ( Eissle等, 1977 )，她编制了一个“诊断性大纲”，大纲中她超越了本能理论，指出了自我的形成、超我作用，以及与冲突相关联的固着、退行。虽然，该工具由于篇幅较长，并且仅仅引用了经典精神分析理论，因此工具的使用有限。但是Anna Freud对心理发展过程的描述却得到了广泛的运用 ( Anna Freud, 1968 )。

A Freud 对动力性的心理发展的评估构架：

- 检查的原因
- 对儿童的描述
- 家庭史和儿童的个人史
- 环境因素
- 驱力发展的各阶段时间
- 力比多 ( 力比多发展、力比多分配，客体力比多 )
- 攻击 ( 范围、形式、方向 )

- 自我、超我发展 ( 自我功能，自我防御 )
- 固着点和退行
- 冲突 ( 外部、内部和深层的内部冲突 )
- 一般性格和态度
- 诊断性标准

Malan ( 1979 )、Strupp和Binder ( 1993 ) 主要以短程心理治疗为工作模式，通过临床资料的收集和分析，着重围绕对核心冲突进行修通。以上两种方法具有一个共同的假设，即病人目前的问题是某种愿望和恐惧之间核心冲突的重复。在此，结构的重要性往往被忽略，而分析的主要是以下三个因素：愿望 ( 冲动 )、相关的恐惧和防御，它们明显地呈现在病人的个人史、目前问题和移情之中。

Perry ( 1990 ) 提出另外一种方法，他在他的“心理动力性冲突评定量表”中，尝试对心理冲突进行客观化评定。按照他的定义，心理冲突包含了最为重要的愿望和恐惧，且彼此冲突，也就是说，个体试图回避这些冲突以及他对某种压力的敏感性。Perry描述了14种冲突，包括，例如，控制他人的冲突、客体饥饿、对融合的恐惧，对性愉悦和性内疚的冲突、或者对反移情的冲突。每种冲突都附有简短的描述。在此，我们以反移情为例，“具有这一冲突的个体通过否认他们自身对依赖的需要，来感受到对自主的需求。他们的主要冲突在于，当出现依赖他人的情感和愿望时，害怕失去自我控制和自主性。

这个工具的信度没有被充分地研究。但是在临床研究中，对冲突进行定义十分有用，可以区分出不同的诊断亚群。( Perry等，1989a；Perry等，1987；Perry等，1989c )。Perry在对冲突的分析中，不仅描述关于冲突的意识或潜意识的表现，而且加入了结构的部分，因此很难达到严格的诊断性区分。

前文中，Weisman提出了他对于一个理想的心理动力学评定工具所应该具备特性的看法，照此标准，除了OPD外，应该是Karolinska的心理动力学纲要 ( KAPP；Weinryb/Rossel，1991 ) 满足了要求。他的工具对人际关系质量、人格、情感区分、身体意识、性及社会等相关方面进

行分析。

描述的冲突如下：

- 1、亲密和相互性
- 2、依赖和分离
- 3、控制性人格特质
- 4、情感表达不能特质
- 5、对身体外表，以及对自尊的重要性的看法
- 6、性满足
- 7、归属感觉
- 8、被需要的感觉

这些动力性的基本冲突被进行了现象学的定义。以下的例子是“依赖和分离”冲突及其三种解决方案一栏：

“建立成熟依赖关系的能力，以及对重要的人、理想人物、身体部分及功能、物质丧失的哀伤和修通能力。

- 1、能够建立成熟的依赖关系
- 2、能够建立依赖关系
- 3、只能建立婴儿式的依赖关系

就这个类别为例，它对结构的评定多于冲突。虽然KAPP只在很小范围内进行了评定者一致性检测，但一致性系数达到0.7到1.00。

### 3.3.4 OPD中的冲突

考虑到迄今为止我们所介绍的理论及实践基础，OPD给出了下述关于“持续”冲突的定义：

1. 个性化对依赖
2. 顺从对控制
3. 照顾和自给自足
4. 自我价值冲突（自体价值对客体价值）
5. 内疚感冲突（自私对重社会趋势）
6. 俄底浦斯冲突
7. 身份冲突（同一性对不和谐）

这种选择，一方面是传统心理动力学选择，特别是对于依赖、支配、内疚感和俄底浦斯冲突而言。但是，这种选择的新意在于强调了很少被识别但又与临床相关的动机系统，并且强调了需要被照顾对自给自足之间的冲突以及传统上被我们的意识所低估的“纯粹的”身份冲突。

需要被照顾和自给自足通常被并入到自主和依赖的冲突中，这是与弗洛伊德学派和行为主义学者的假设相符合，即情感联结是个体如何体验被照顾的结果。但是据Bowlby（1969）的理论，依恋（因此产生的依赖体验）是一个真正的动机系统，是所有灵长类和大部分哺乳动物进化的遗传。这个理论在精神分析中已有雏形，应该视作被确定的理论。不能在临床情境中忽视它，或是，一旦在某种程度上熟悉了下列区别，就必须在依赖和被照顾的需要之间做出区分。同样的，个性化的需要和依赖之间也能被区分。我们认为自我价值的冲突在病因上的重要性也一直被低估了。导致这一问题的似乎是某个事实即，在Kohut（1971）的理解中，它们代表了“系统内的张力”而不是内心的冲突。身份冲突承担了同样的命运，它们在发病机理中的作用也被低估；通常被放置到自我价值冲突的分类下，意味着“自恋的混合物”。

沿着相似的路径，我们所选择的冲突群的发展顺序和频度也是不同的。看起来最高频度的冲突是依赖-个性化冲突。

很明显，我们的冲突定义并不是指传统的、精神分析的心理发展假说。而是与基本的动机系统一致；而且，尽管也提到系统间和系统内

的冲突，但是与经典的精神分析三要素模式（自我，本我，超我）之间没有任何联系。我们尽可能的避免使用传统的精神分析术语，因为我们的定义是与心理发展假设分开的，而且也是因为特定学派的不明确性（如像肛欲冲突或口欲冲突这样的术语）。我们这里提出的冲突模式利用了个体作为一个基本单位对冲突间相互作用的体验。这些体验可以从他们的现象学（表面）中推论出，而且可以借此推断和阐述他们的潜意识含义。

我们发现了所谓的应激诱发的冲突（生活事件应激），与这些“持续”冲突是互补的，是应对激烈的生活变化和应激的。这里所说的是，尽管没有个人史所决定的持续的无意识冲突，但是应激事件由于它们的严重性，通常会激发情感、思想和体验之间的斗争，因此看起来是“冲突的”。尽管Anna Freud也考虑外在的冲突（A. Freud, 1965），但是经典的精神分析把如此多的重点都转向强调内在或内化冲突，以致于外在冲突的相关性只能完全消失了。争论点在于，作为一种规则，很显然外界冲突只可能在它们有一个内在的（冲突的）表象时，也就是说如果它们首先是内在的或内化的冲突时，才可能在动力学上起作用。这种说法既是正确的也是错误的：个体的每个特殊的生活事件应激当然都会触碰他或她的动机和结构情况；而如果当时的应对机制有效，要指出的是一个以生活事件为基础的冲突动力学并不是一种持续的神经症性情况（Heuft等，1997a；Heuft等，1997b）。

### **3.3.5 OPD-1和OPD-2中的冲突轴之间的相似性和区别**

重要的新进展有：进一步有效地澄清在冲突中提到的内容，如增加的躯体/性的活动领域，以及进一步描述相关的内容（个性化/依赖而不是OPD-1中的自主/依赖）。OPD-2的目标是将神经症性的冲突放在一个超越精神分析力比多理论的基础上，放在一个动机的发展模式中。它在一个连续谱模式上为冲突和结构领域提供了一个更好的概念和区分，即从冲突导致张力，通过重复的神经症性冲突，再到冲突模式的表象。

## **3.4 轴IV- 结构**

### **3.4.1 术语-结构**

结构描述性地表示了总体中的部分结合在一起的秩序；为了解释结构，可以参考决定它们的规则和历史起源。

在这个意义上，结构这个术语被用于很多不同的学科，例如在“莱茵河断层中历史的地质学结构”，晶体的分子结构，人群的年龄结构，社



会的统治结构，文章、符号系统、语言和交流的结构。

按照惯例，为了切题地、有目的地理解结构，我们求助于它们的发展史，也就是说，在过去的历史条件中它们组织和功能的起源。由于功能、组织和结构的历史总是服从于假设的形成，因此也许可以说结构不易直接检查或考察，它具有模式和解释建构的特点，而后者只能在理论假设的框架下被阐明。这就是为什么这些结构模式总是涉及到特定的理论而且是用它们特殊的语言和术语来阐述的原因。因此，对待结构相关的术语总是需要严格的检查它们潜在的理论假设。

把结构作为一个亚结构的集合体可以最大程度的理解结构，这些亚结构又可以被作为一个影响变量的网络中按更高秩序排列中的一部分。它们形成了信息片断的整体，接下来组织和加工体验。这里已经接近系统的概念，即强调稳态的动力过程，意味着反馈系统以及开始生效的非线性过程。

### 3.4.2 结构作为心理学术语

结构的心理学意义是指心理倾向的整体组织或排列，包括所有那些在个体的体验和行为中支配了一个规则、重复的过程者（意识的或是远离意识）。结构形成了持续的个人风格的基础（Shapiro, 1965），个体通过这种风格一次又一次重建其内心和人际间的平衡。一个没有受到阻碍的结构具有灵活和创造性的功能，从而对于内心和人际的情境具有调节或是适应的作用。

结构并不是僵化和不可变的，它在个体一生中会呈现发展的过程。尽管如此，这些过程的变化速度是如此缓慢，以致于恒久不变的印象占了上风；因此与身份、性格或人格这样的术语相联系。为了抵消结构的这个太僵化的概念，我们求助于将结构放在动力学下考虑的建议：从发展的观点看，心理结构是动态的，因为它们是在个体的一生中持续形成的。它们确实是基于由遗传决定的人格特征，但是，它们在儿童期时才成型，并且在生命的发展中，经历或多或少重要的变化。心理结构是倾向，而且无法被观察到；只有在实际的真实生活场景下它们才变得明显，并由此可以得出持续的结构特征的归总和结论（结构的情境-动力分析）。这样的结论永远不会穷尽；对人格结构的描述总是初步和不完全的（就象我们知道的，当有逻辑的限制时，稳定性可以被假定）。此外，结构这个术语暗示了一种持续的稳定性，但是在心理学水平上可能只和有限的内容一致：基于人格具有终生发展潜能的背景假设，结构这个术语也意味着动态发展的观点，具有与时间相关、可能是缓慢变化的潜

能(缓慢-变化模式)。结构通过整合新的信息而变化,然后建立新的一系列规则,直到再通过整合新的信息而变化。

### 3.4.3 精神分析意义上的结构

与其他学科相似,在精神分析的文献中找不到结构的统一术语。但是,目前讨论内容的历史演变可以对一些主要观点进行区别:

地形-结构模型:例如在“自我和本我”(Freud, 1923a)中,或是在“新引论”(New Introductory Letters)中弗洛伊德描述自我、本我和超我之间的相互影响时,谈到了“心理人格的结构关系”。这个结构模型并没有描述单独的部分,而是,描述了不同部分之间的相互影响,描述了在“心理结构”的地形学中心理功能的编码规则,例如,为了区分意识/潜意识系统。

性格结构:这是有一些术语以一种简化的形式描述了性格态度的类型学。其中的类型学有理论基础,也就是说源于超心理学和发展心理学(口欲期人格,肛欲期人格等, cf. Abraham, 1925)。作为一个诊断分类,性格神经症这个术语构成了与冲突性神经症相对的一个类型,与现在诊断系统中描述的人格障碍有重叠。

神经症结构:Schultz-Hencke (1951)的关于神经症的心理概念谈到了神经症的癔症、强迫、抑郁、分裂结构。这是一个趋力-理论的概念,描述了压抑某种趋力后与性格相关的后果。作为一个规则,临床诊断是并排存在许多结构部分(如抑郁-癔症神经症结构)(cf. Schwidder, 1972a, 1972b)。

自我结构:与精神分析自我心理学的表述相符合,自我功能的系统化变为可能(Bellak/Hurvich, 1969),而且随后也能实施自我功能,由此可以得到对自我-结构功能(“自我-力量,自我-弱点”)的评估。

客体关系的结构:Kernberg系统阐述了精神分析关于内化过程的理论及其成熟的步骤,如建立客体和自体表象,而且在关于人格障碍上,这个理论可以用于临床-治疗的实践(Clarkin 等, 2004a; Kernberg, 1976, 1977, 1980, 1984)。Kernberg负责尽可能多地把被证实的、可信的精神分析概念整合入这种陈述中,并且用它们作为建立人格功能水平的标准。

### 3.4.4 结构的发展心理学

在最近的几十年里,对于结构概念理解的特殊重要性被归因于婴儿研究。婴儿研究是基于科学的发展心理学及依恋研究的背景之上进展

而来的，并越来越多的被精神分析师所从事 ( Dornes , 1997 ; Emde , 1981 ; Fonagy等 , 2002 ; Fonagy/Target , 1997 ; Gergely , 2002 ; Grossmann等 , 1989 ; Lichtenberg , 1983 ; Papouse , 1989 ; Stern , 1979 ; Stern , 1985 )。研究发现强调了婴儿天生的、寻求客体的行动和在交往互动中使成人照料者参与的能力的早期发展。这些令人愉快的互动游戏也包含了身体照料和喂食，这二个程序是被经典理论 ( 意味着口欲或早期的力比多关系 ) 赋予核心重要性的。在这些早期发展阶段，自我通过采取一种有趣的、准备行动的和情感的方式使自己转向一个非我，从而开始组织自己，非我也就是客体世界 ( 自我的有目的的交流功能 ( Rudolf,1977 ) )。婴儿和它的可获得的、具有情感支持的客体之间的重复互动能够锻炼结构功能，特别是通过在情感上被理解和被适当对待的体验。当自我能够把它自己当作一个客体而且自发地转向它自己时，自体结构的发展就达到一个暂时的终点。从大约18个月起就可以观察到一个心理空间的展开和其中的用词语和象征对经验世界的早期表达。

在这种情况下，Fonagy的工作组突出了一个逐渐心理化的情感和，这种心理化最终在获得的自我反思功能中得到表达 ( Fonagy等 , 2002 )。在与客体世界恒定的关系中，一方面自我的调节组织功能变得分化，另外一方面，自体 and 重要客体的形象 ( 自体 and 客体表象 ) 开始形成。客体被体验为与自体分离，被识别、赋予情感并且被内化。由重要客体所体验到的情感态度，特别是孩子和照料者充满情感的互动，不仅影响了这些客体的形象和孩子对之的态度，还影响了自体 and 自我 - 价值的形象。因此自体的结构和客体关系的结构是用一种紧密的互相缠绕的方式发展性地成熟的。自体继续获得连贯性、分化和自我组织的能力。相伴随的是对给与安全的他人的依恋被加强。对客体依恋的安全感又会对自主的发展产生有利的影响，接下来进一步导致加强的自体开始脱离客体并学会来对待这些客体。发展到最后，出现了一个自治的自体，形成了身份感而且能够调节它的自体形象和自我价值以及在每种新情况下的控制能力。

### 3.4.5 OPD中结构的操作性

与Rudolf ( 1993 ) 的工作一致，OPD尝试整合前面所描述的关于结构的精神动力学概念；这样做的时候，为了尽可能贴近观察来测定病人的行为和体验，它尽可能地限制传统精神分析术语的使用。这种方法导向一种对结构的功能性描述，就像自体在它与客体的关系之中 ( Rudolf,2002a; Rudolf 等 , 1995 )。

同样，由于所有的心理过程都是同时在躯体水平上表达的，这个事实引起了一种明显的二元论，所有的结构功能不仅和精神的内在世界

相连，而且和社会关系的外在世界相连，也就是说不仅和自体相连，还和客体相连。

自体的结构：自体的特征在与它的反思功能（自体反思）：自我把它自己视作内在感知的一个客体。这样它就获得了关于自己的一个形象，而且由于这个过程的持续性和连贯性，获得了一个身份的体验。自体把自己视作被他人评判并且因此评判自己（自我价值）。它把所有的心理功能和倾向整合成一个连贯的整体并且调节内在的过程（情感调节、冲动控制、自我价值调节）。一个灵活的防御系统的获得形成了调节活动的一部分，这个防御系统是关于规范的一个内化系统。

作为重要的关系体验的沉淀物，内化过程从婴儿期就开始，而且不只是建立了重要客体的内在表象（客体表象），还塑造了自体的形象（自体表象）。

内化的、足够好的客体对于自体的功能中扮演了一个重要的角色，并且影响调节，特别是自我平静和自我安慰。自体反思和一个人内在世界的关系意味着，在结构的意义上，内在交流、内在对话的能力使个体的情感、需要和幻想的世界以及所有的身体体验都有了特殊的重要性。

与客体的关系：到目前为止提到的关于自体的所有方面与和外界客体的关系是一致的。从发展心理学的观点来看，关系的体验形成了自体发展和调节的基础。与自体反思的感知类似，也有着关于客体的现实感知。在成熟的意义上，它是通过自体和安全客体的安全分化、通过对这二者的描述，通过对客体自己的真实性及其独立于自体的接受而变得现实的。

关于存在于自我控制过程中的和谐性，是指塑造关系的结构能力，采用这样一种方式，使个体自己和外界的兴趣能够被恰当的保护，并且同时能保护一个在情感上重要的关系免于遭受个体自己冲动和情感的干扰。这包括预期他人反应的能力。

考虑到他人和自己不是一个人而且彼此无法了解对方的每件事，把他人体验成为分化的、分离的客体，需要让自己能够通过交流的方式被他人理解。这种交流或是通过能够触及到他人的情感表达，或是在情感上被他人触及，而在这种情况下，把自己暂时置于他人内心世界的的能力（共情）扮演了至关重要的角色。

因此根据OPD，可以沿着四个纬度描述结构，每一个都区分了与自体的关系和与客体的关系。

自体感知和客体感知

自我反思的能力

把他人视作现实和整体的能力

控制自体 and 关系

调节自我冲动、情感和自我价值的的能力

调节和另一个个体关系的能力

内在的情感交流和与外部世界的交流

通过情绪和幻想进行内在交流的能力

与他人交流的能力

内在的依恋和外在的关系

利用好的内在客体来进行自我调节的能力

依恋和分离的能力

#### 3.4.6 结构和结构障碍：整合的不同水平

从发展心理学的角度来看，成熟的结构被理解为成熟过程的结果。成熟过程的特征是逐渐的分化和整合，也是具有逐渐“心理化”的特征。这是关于对外在客体世界的内心表象（客体表象）的建立，也是自体在对待客体世界时的体验和态度（自体表象，互动的表象）。

一个没有问题的结构意味着个体可以利用这种心理空间并且通过内心的过程调节它，以这种方式他也能够用一种令人满意的方式建立和维持人际关系。在很大程度上，结构是个体化形成的，不只是关于限制和弱点，还关于个体所发展的资源和力量。

结构障碍可能意味着特定的结构分化和整合步骤没有发生，也就是发育缺陷。自体既不能够自主，也不能充分调节自己或是反思自己；也不能建立与支持性的他人之间的可靠的依恋。

如果出现结构弱点，结构能够发展，但是不够稳定。结果就是，在内在或外在应激的情况下，依靠结构的功能就会丧失，紧张的情绪状

态和瓦解就会被激活。

从鉴别诊断的观点，重要的是区别习惯性的结构能力和那些在严重的应激情况下可能出现的显著状态。真实的情感应激的冲突（例如关系危机，争论或应激生活事件）与其他应激如缺乏睡眠、紧张的体力劳累、过度享用酒精、尼古丁、药物和毒品等联合在一起，能够引起退行的过程，变成明显的结构不规则（如失去情绪控制 and 自我价值调节，怀疑自己的身份，交流隔阂，自体 and 客体投射性的混乱等）。这些对于应激的真实生活事件的反应和可能引起的结构缺陷不是结构水平评估的目标。结构水平是指在过去的一或二年时间里个体结构功能持续的、典型的方式。

文献显示使用不同的结构水平的原理是基于不同的理论基础上的。例如，Kernberg的结构式访谈（Kernberg，1977，1981），区分了神经症性的边缘水平和精神病性的结构水平，并提供了对于这些水平的一个描述性操作，而且重要的是通过认同、防御和现实检验的概念定义了这些水平。而在一个不同的背景下，Kernberg又采用了超我、自我认同、现实检验、驱力发展、防御、性格表现、客体关系和情绪的评估标准，区分了不同的结构水平（高水平，中间水平，低水平，精神病性）（Kernberg，1970，1998，2001）。Lohmer和他的同事描述了基于相似的精神分析原理的鉴别系统（1992）。他们的目标也是通过评估客体关系、自我结构、防御机制、超我的发展、焦虑的性质和医患关系的类型和病理学，从而能够区分神经症性结构、中度整合的结构以及边缘障碍。

OPD建议区分四个阶段的结构水平的等级：

结构整合的高水平

结构整合的中等水平

结构整合的低水平

结构的瓦解水平

关于不同结构水平的操作，读者们可以参考4.4.2章节。用于研究和培训目的而发展的结构检查清单（Rudolf等，1998），已改编用于OPD-2，并列于13.4章节。

### 3.4.7 结构诊断

患者的结构模式在互动的行为中变得明显。对于诊断而言，这意味着访谈者在直接的治疗场景下体验了她的病人的部分结构，而且从病人对他日常生活和个人史的描述中获得了关于他的结构的一幅图画。选择与病人谈论他的结构功能的有效性并且让病人自己提供一幅关于他的典型体验和行为的图画，会使得结构诊断更为容易。

对于心理结构的识别是通过与交流 and 互动相连的需要的。诊断性访谈可使病人在与访谈者的关系中展现自我，是评估结构方面的前提。为了反映现象学并且能够解释它们，检查者必须具备人格理论的基础知识并且具有诊断经验。如果可行的话，她应该进行自我体验以便对于自身的反移情有体验和判断，能够在观察和内省之间转换。

对于结构的诊断性评估并不是定位于那些已经达到了临床疾病水平的障碍，而是定位于能够从病人在过去的一到二年内的互动中推断出来的潜在的结构倾向；急性障碍并不会自动决定对于结构的评估，它们只是潜在结构的指示剂。

### 3.4.8 结构轴的使用经验和进一步的发展产生了 OPD-2

作为第一个治疗研究，当发现心理治疗中OPD诊断并没有显示巨大变化( 停止冲突、显著提高的结构水平 )这一点变得明确时，Heidelberg的研究组开始采用焦点相关的重建原理( Grande 等，2000；Grande等，2001)。出于这个目的，从关系、冲突和结构轴中得出的OPD的焦距被定义和评估为治疗过程的强度、他们变得有意识、为之承担的责任以及可能的整合。这一切的发生是受到了Heidelberg结构变化量表的帮助( Rudolf等，2000)。重建不仅意味着在结构领域的变化，还指人格整体组织的可被证实的变化，也就是在所有的OPD轴上的变化。

OPD结构轴的定义和相关的工具使得在临床心理治疗领域内可以对结构问题进行彻底的诊断性的记录；它把注意力如此的集中在对这些问题进行有目标指向的心理治疗的修通，以至于用结构相关的动力性心理治疗，来补充重点在于以冲突为核心的心理动力学治疗。

在许多情况下这样所获得的经验被用于实践中并且被概念化( Horn/Rudolf,2002; Rudolf,2002b,2002c)，并最终作为一种基于OPD的、结构相关的精神动力学治疗的治疗手册而付印( Rudolf,2004b)。讨论中的书根据结构的主题进行修改，已经包含了OPD-2的一些重要方面，特别是治疗计划，以及基于OPD诊断的开展焦点相关的治疗。在这种情况下，关于司法病人的临床经验被纳入结构清单的修改，而且特别是在瓦解水

平的领域 ( Rudolf,2004b )

### 3.4.9 OPD-1和OPD-2的结构轴的相似和区别

在OPD-1的六个结构纬度上，前三个是与自我相关的 ( 自我价值、自我调节、防御 )，后三个是指和客体的关系 ( 客体感知、交流、依恋 )。Heidelberg焦点清单中与结构相关的 21个条目是用于这些纬度。在实践中处理这些结构的焦点以及尤其是焦点相关的心理治疗的经验，使得我们建议重新思考这些条目的内在连贯性。结果采用了一种系统方法的形式，列出了四个基本的结构纬度：感知能力、调节能力、情感交流能力、与客体联系的能力；每种纬度包括一个自体 and 客体导向的焦点 ( Rudolf,2004 , p.161 )。删掉的是防御的结构功能，对它的观察发现与行为不那么接近，而且是用一种更为理论导向的方式进行评估。它现在在14.3章节里作为一个补充模式。

这样建立的体系，它的四个结构纬度直接指向自体 and 客体，现在可以轻易的吸取OPD-1中的焦点，添加了某些条目。与2004年出版时相比，第一次使用这个系统的经验导致OPD-2的最终版本中有少量的改编内容。这些都是在OPD-2的目标下进行的，即把所有与计划的心理治疗相关的特征都纳入考虑。

## 3.5 轴V-精神障碍和心身障碍

### 3.5.1 指导语

轴V旨在诊断性反应与ICD-10第V ( F ) 章一致的描述综合征式的诊断。为了达到该目的，“研究标准”必须应用于临床文件和临床科学问题。为了保持与DSM系统的操作概念的可比性，我们选择了一种能够记录轴Va的精神障碍和轴Vb的人格障碍 ( 分类F60和F61 ) 的方式。为了符合心身医学和心理治疗的特殊需要，心身障碍 ( 分类F54 ) 的分类方法已经得到扩展并区别开来。

### 3.5.2 理论背景

ICD-10的第V ( F ) 章 ( Dilling/Freyberger,2001;Dilling et al.,1993;Dilling et al.,1994;WHO,1993a,1993b,1993d ) 将精神障碍遵循描述性原则来描述，该描述性原则是建立在简单定义的诊断、比较性地表达、从病理心理学观点来看、疾病的时间和病程等基础上。

在这些特点上非常清楚地强调相对容易观察和探索的资料。更复杂的病理学现象或那些可能需要更高级的理论或解释性抽象概念的经验方面在很大程度上被忽略了。如果遵循某些规则 ( 推断程序 )，经过某些结合，那些标准就构成单一的诊断。



按照病情严重程度进行的再分类都很稳定，至少在情感性障碍和焦虑障碍中，为相互联系的诊断性规则的一个不可缺的部分。诊断的其他分类（Fxx.8x和Fxx.9x）能诊断性反映那些不能被分配到特异性障碍诊断中的患者的情况，在诊断等级系统中，成为该分类方法的必要组成部分。

DSM-III和IV的分类系统不仅放弃了神经症的概念，而且建立了一种强烈地以生物精神病性原则为导向的分类系统，该分类系统注重诊断标准的信度而忽略了其效度（Schneider/Freyberger, 1990; Schneider et al., 1995; Schneider/Hoffmann, 1992）。重要是由于这种方式明显地提高信度（Schneider/Freyberger, 1990; Schneider et al., 1995; Schneider/Hoffmann, 1992），导致诊断的可交流性更好，以及对症状学的记录更精确（Freyberger et al., 1992; Stieglitz et al., 1992），安全起见，至少为了科学应用，在医学心理学的各个领域体现出样本更好的可比性。

与所应用的不同领域相适应，ICD-10根据不同的手册和工具提供了多样的“工具组合”，这些工具都与心理治疗和心身医学领域相关：

1. 适用于临床的临床诊断指南，由于其具有相对开放的公式式诊断标准（即“指南”），给使用者留下了一定的诊断空间。
2. 适用于科学研究的研究标准，与DSM-III-R (APA, 1987)或 DSM-IV (APA, 1994)相匹配，通过更严格的诊断标准，以期获得更加同质化的样本。
3. 适用于操作的简化版本，根据完整的ICD-10 (WHO, 1993d)的系统目录的框架进行编制。该版本不仅对第五章（F）内容有简短描述，对ICD-10中的躯体疾病的诊断分类也有描述，因此也可以对躯体疾病进行编码。
4. 适用于初级卫生保健的初级卫生保健分类( Primary Health Care Classification ,PHC ) (Müßigbrodt et al., 1994; WHO, 1993c)。除了诊断标准外，该手册还有对24种主要疾病的治疗指南。而且还有大量结构化和标准化的临床访谈（Gülick-Bailer-von Maurer, 1994；WHO, 1993e；WHO, 1991；Wittchen/Semmler, 1992），前者如神经精神疾病的临床评估量表（Schedules for Clinical Assessments in Neuropsychiatry，SCAN），后者如复合性国际诊断访谈量表（Composite International Diagnostic Interview，CIDI）。通过这些访谈量表，不仅可以记录完整的精神障碍，而且对某些特定领域的精神疾病也可以进行记录（Mombour et al., 1994; Zaudig/Hiller, 1993），其中部分疾病还可以进行计算机化诊断。尽管这些访谈量表对科学研究有着不可否认的优点，但它们针对诊断标准的特殊症状定向势必减少对有心理动力学意义的资料的描述，例如其部分排除了对关系方面的描述。症状在某种程度上反映了相关的诊断维度，而诊断维度对疾病的类型和本质提出了假设，对于心理治疗而言，这是非常重要、值得考虑的变量。尽管我们的治疗工作不是基于症状导向的，但减少症状也是精神分析取向的心理治疗的相关治疗目标。与症状和症状导向相一致，ICD-10在其内部结构中也采用描述取向。分类方法采用α-数字系统：在ICD-10系统中，字母F用于编码精神疾病章节，在该章节内部基于理论和现象学分类的不同疾病分别以字母和数字Fx编码：

- ☐☐F0 器质性精神障碍，包括症状性精神障碍
- ☐☐F1 精神活性物质所致精神和行为障碍
- ☐☐F2 精神分裂症，分裂型和妄想障碍
- ☐☐F3 情感障碍
- ☐☐F4 神经症，应激相关障碍，躯体形式障碍
- ☐☐F5 生理因素相关行为症状
- ☐☐F6 成年人人格和行为障碍
- ☐☐F7 精神发育迟滞
- ☐☐F8 心理发展障碍
- ☐☐F9 发生于儿童和青少年期的行为和情感障碍

第三个数字 (Fxx) 指示的是主要的诊断群 (例如F40 恐怖症)，第四个数字用句点隔开，表示诊断分类 (例如F40.0 广场恐怖症)，第五个数字用于指示进一步的亚分类，通常是参照严重程度 (例如F40.00 不伴有惊恐障碍的广场恐怖症)。

### 3.5.3 精神疾病的多轴诊断

世界卫生组织已经公布了其认可的精神卫生领域的多轴系统，并将其加入ICD-10 (Siebel et al., 1994, cf. table 3-1)。在轴II中，ICD-10提供了评定不同领域社会功能损害的相关量表 (与WHO的残疾诊断量表WHODDS相一致)。遵循对生活事件的研究概念，轴III旨在反映与症状发生和延续相关的生活方式的环境影响因素，其在ICD-10中被列在Z编码的章节“影响健康状态及与健康保健相关的因素”中。在DSM-IV中被列为操作轴。ICD-10的轴II与全球功能评定量表 (GAF) 相一致，该内容是DSM-III和DSM-III-R中的一部分。ICD-10的轴III与DSM-IV中对心理社会和环境因素相关问题的编码纲要相一致。该内容在DSM-IV中被列为其他轴中，作为附录出版 (防御功能量表；全球相关功能评定量表；社会和职业功能评定量表)。这些分类轴往往用于对精神科领域中某些特定问题进行研究时对参考样本进行评定 (参见Mezzich, 2005)。

### 3.5.4 OPD中轴V的结构和操作

我们工作组的目的是修改ICD-10中第五章节的当前版本，使其能够适应精神病学和心身医学的诊断要求。特别要强调的是在这里我们避免对这些改变做过多介绍，以免两种诊断之间的交流和比较不能很好地开展，而该操作性取向理论正是要对其进行比较和沟通。因此对新概念进行精心解释变得非常必要，不仅仅是为了诊断和记录，而且是为了进一步区分有疑问的诊断分类。

#### 3.5.4.1 制定诊断和共病原则

通常ICD-10遵循这样的规则：尽可能按照描述临床疾病特征的需要来进行编码。主要诊断应该排列当前最重要的诊断，

或那些被称为“终生诊断”的诊断。在额外或补充诊断中需要进一步阐明下级诊断(cf. Dilling et al., 1993)。

对ICD-10广泛适用性的研究(Dittmann et al., 1992; Freyberger et al., 1995; Schneider et al., 1993)表明：每个病人平均约有3至4个诊断描述，一些极端的例子甚至有8至10个诊断，而这些诊断都没有能够将病因学和发病机制整合在一个理论框架中。这就呈现出了很多问题，例如对于人格障碍而言，由于诊断标准的骑跨，一个病人往往满足多个分类的诊断标准，或基于传统地理解，有些病人往往需要多个诊断，这些现象让我们对这些疾病的实质产生了质疑。

为了记录心身医学/心理治疗领域中主要的和额外的诊断，除了主要诊断以外应该另外编码不超过三个的下级诊断，这样才能确保临床使用。原则上，主要诊断应该能够反映临床特点和动力学观点的最高相关性。下级诊断只有在它能够对理解总体疾病提供大量帮助，亦或它所描述的内容能够修改疾病病程时，才给出诊断。对于研究而言，遵循共病原则，往往需要进行精神检查之间的比较，并且根据严格的描述原则往往需要编码5个额外的诊断。在这样的情况下，应该考虑使用诊断工具，除了上述的访谈工具外，我们还可以选择使用诊断核对清单(例如：Dittmann et al., 1995; Hiller et al., 1990; Stieglitz et al., 1992)。

如果是作为临床记录，可以使用临床诊断指南，若用于研究，与样本的均质性相关，则要求使用研究标准。如果是对躯体疾病进行记录，可以使用ICD-10的系统分类目录(DIMDI, 1994)。与 DSM-III-R (APA, 1987) 及DSM-IV (APA, 1994)不同，ICD-10在临床使用时同时在一个轴中对精神疾病和躯体疾病的诊断进行编码，而DSM系统则使用不同的独立轴对躯体疾病和人格障碍等进行编码。为了确保与DSM系统的可比性，特别是在进行科学研究时，ICD-10中的症状诊断被编码在OPD的轴Va，人格障碍诊断编码在轴Vb，躯体疾病编码在轴Vc。总而言之，ICD-10分类中最多考虑F60和F61两种人格障碍分型，但主要的和额外的诊断应该加以区分。该取向与ICD-10的多轴诊断系统中精神疾病诊断的发展相适应，该分类方法也越来越盛行。在这样的诊断分型中，临床上就必须独立区分是否轴Va或轴Vb更加相关。

如果遵循操作性动力性诊断的多轴诊断系统，必须指出的是根据ICD-10人格障碍的诊断是纯描述性的，这样人格障碍的诊断就可以和轴IV的结构诊断平行记录。根据精神分析的理解，这些描述性的诊断本质上是用于记录持续紊乱的社会行为。在研究时，为了能够同步记录DSM-IV 的诊断，在记录单上也可以添加根据DSM-IV 诊断所编码的其他诊断选项。考虑到不同诊断间的顺序和权重，应该根据ICD-10进行同样的诊断程序。

#### 3.5.4.2 轴V诊断的先决条件

众多应用和信度研究(例如：Dittmann et al., 1992; Freyberger et al., 1990a; Freyberger et al., 1995; Schneider et al., 1993)显示，为了合适有效地使用与ICD-10相一致的描述性诊断，进行一定的使用培训是非常必要的。这些培训可以是自助式的，也可以在工作小组内完成，可以通过使用指南对患者进行诊断评估和讨论，也可以通过范例对ICD-10的每个独立部分进行学习，如通过现场访谈和录像访谈来学习使用ICD-10。许多在研讨会中使用到的补充材料(Freyberger/Dilling, 1993; Freyberger et al., 1993a, 1993b; Schneider/Freyberger, 1994)可以用于该培训中。另外也有一些工作小组提供ICD-10使用培训研讨班(联系：H.J.

Freyberger or W. Schneider), 研讨班上随着课程进展, 这些描述性诊断可以得以系统的培训。

### 3.5.4.3 ICD和DSM诊断的发展前景

自从ICD-10和DSM-IV出版, 大量关于这些系统中诊断分类的信度、效度研究相继发表。美国精神病学协会和世界卫生组织都成立了国际工作组, 致力于对ICD-11和DSM-V进行设计研究(Mezzich/Berganza, 2005)。他们的工作不仅带来了大量的改变, 特别是诊断标准和个别障碍分类都有所变化; 而且与心身医学和心理治疗相关概念上的一些变化在以下领域变得越来越明显: 不仅仅在人格障碍领域 (Widiger/Simonson, 2005), 而且在对焦虑障碍、抑郁障碍以及躯体化障碍的分类上, 除了运用了系统的分类取向外, 还运用了维度模型。这样的分类更有可能考虑所谓的亚-症状障碍, 例如ICD-10中的混合型焦虑抑郁障碍 (F41.2和F41.3), 以及复发性短暂抑郁发作(F38.10)。特别在多轴诊断领域中, 该取向更广泛运用于对与精神障碍的病程和可治疗性高度相关的健康资源的记录中(Mezzich, 2005)。

### 3.5.5对ICD-10诊断分类与操作性心理动力学诊断之间联系的补充和澄清

根据心身医学和心理治疗的理念, 介绍对ICD-10诊断系统在三个领域的补充。在特定的人格障碍分类 (F60) 中, 鉴于自恋型人格障碍的特殊理论和临床相关性, 增加其诊断并编码为F60.81。为了保护ICD-10诊断系统描述性分类取向的内部一致性, 我们运用了ICD-10研究标准手册的诊断标准。

第二个补充是根据分类F54 (心理及行为因素相关的精神障碍) 的进一步分类而进行的补充, 以更精确地描述ICD-10第五章中的心身疾病。在这里依然沿用ICD-10的概念是为了进一步澄清躯体障碍章节中的疾病。分类F54没有再继续细分, 而被作为由于精神障碍所致临床症状但同时又不能满足第五章中疾病诊断标准者的二级分类。根据Wietersheim 和 Jantschek (1994)的建议, 我们认为: 首先使用F54分类的前三位数, 症状命名使用第四位数, 然后使用第五位数字来分类不同的心身交互作用。通过这样的方式, 我们以期在描述水平上获得更好的鉴别诊断陈述, 不仅仅是关于症状表现, 而且包括病因学和病理学的相互关系。实验研究能够提供证据证明是否以及在多大程度上生物心理社会模型和心理动力学模型能够获得。

第三个补充是基于对适应障碍和创伤后应激障碍更广泛的理解。在适应障碍和创伤后应激障碍中, 起病和以下因素存在密切的关系:

- 1) 非常严重的创伤性事件 (ICD-10 诊断指南), 或
- 2) 重大的生活变化或应激事件, 或严重的躯体疾病 (“适应障碍”与ICD-10 诊断相同)。

因此根据个体经历的应激事件的严重性可以区分这两种障碍。尽管如此, 在这两种障碍中个体脆弱性都起着决定性的作用: 不是所有经历严重创伤的人都会发生创伤后应激障碍, 也不是所有经历过同样躯体及精神紧张压力 (例如急性心肌梗塞)

的人都会出现适应障碍，而只有20-30%的人才会出现这些症状。

那些有过危及生命的急性创伤性应激，处于无望、无助境地的人，是否出现防御功能崩溃、结构性退行主要取决于病前人格的影响。在这样的情况下，创伤性事件对每个受累者都是一样的，都可以作为诱发因素导致短期反应。然而是否发生创伤后应激障碍与个体的经历及其对应激的应对方式有关。

当相对严重的外部事件发生，而该事件的严重程度尚不足以构成创伤性威胁，则会随之发生伴随有躯体症状和/或精神症状的适应障碍。患者的内部易感性甚至比创伤后应激障碍患者更为明显，这是导致适应障碍的先决条件。因此适应障碍发生的可能性取决于以下因素：

- 1、内部激发性冲突的紧张程度及外部应激强度
- 2、防御结构、恢复力、社会支持及其它的有效性。

总而言之，对应激事件耐受力的减少与易感性有关。易感性由以下因素决定：首先取决于激发性冲突的紧张性；其次，取决于个体结构的发展；第三，取决于社会支持系统；第四，取决于个体生物学基础（例如先天性轻度精神发育迟滞，老年人的痴呆进程等）。这里提到的动机冲突相关的易感性可能与个体人格结构和生物学基础相关联。许多情况都有可能导致适应障碍的发展。也有可能仅仅因为结构或生物易感性导致适应障碍的发生。对许多个体而言，存在大量严重的应激源可以导致适应障碍。应激所致冲突（冲突性应激）是指继发于应激而不是重复的功能不良的冲突模式的能够导致临床症状的矛盾性动机。

ICD-10为那些主导症状不清、也没有能够进行独立诊断的外显症状的患者保留了适应障碍诊断（抑郁型适应障碍，焦虑型适应障碍）。换言之，如果存在中度抑郁症状，则应诊断为抑郁障碍，而不是适应障碍。也就是说，适应障碍代表了严重程度较轻的剩余分类。从临床实践来看这种诊断程序是错误的，例如当适应障碍和中度抑郁症状共存时，医生应该使用适应障碍的诊断，然而根据ICD-10的逻辑，这是不可以的。因此，根据ICD-10，适应障碍总是被认为是“轻度”障碍。

作为一个原则，当同时使用ICD-10和OPD 诊断系统时注意不要机械的“跨诊断”，也就是说不是每个根据ICD-10诊断出来的强迫型人格障碍都同时表现出较低的结构融合（OPD结构轴）。而且，人格障碍诊断也必须由冲突背景和人格特质共同组成。

### 3.6 轴间概念的交叉和交互作用

#### 3.6.1 诊断材料的编译及其整合过程

OPD的诊断过程可以追溯到两个相反的趋势或运动方向。第一条通往编译和记录诊断材料的路径起始于对患者基本诊断信息的探索，这些方面在轴I被描述为“疾病过程及治疗的先决条件”。例如在这里最重要的是患者对疾病的认识以及心理学头

脑。然后调查患者的人际关系史，这是进行动力性诊断的核心要素，并且为进一步深入的OPD访谈提供了具体指导。根据轴II的描述，我们不仅可以从患者自己的描述而且可以直接从可观察到的患者处理人际关系的方式来推断其特征性的人际关系模式。这些人际关系模式是其潜在冲突浮现的表面，而患者用妥协的方式来应对这些冲突，也用同样的方式来应对其它人或事。这些应对方式最终主导了他人对患者功能水平的评价，也就是说其结构的可能性和局限性或多或少地给心力的动态交互作用设置了坚固的框架。

旨在整合诊断材料的第二条路径与第一条路径的方向恰恰相反。它开始于结构的先决条件。作者认为这些先决条件代表了最基本的诊断维度，而该诊断维度在很大程度上决定了OPD描述的其它特征的本质。结构局限性的程度影响并限制了个体发展过程中获得的冲突处理的能力，而该能力与患者疾病主诉的产生及发展相一致。它决定了习惯的关系模式，而当结构局限性水平较高时，该关系模型变得越来越无效，越来越脆弱，以至于任何长期关系的建立都注定走向失败。个体结构状态决定了“疾病”在神经症症状的形成过程中是否具有重要意义，或主诉的类型、变化、强度及波动是否说明了基本精神功能的损害，以及个体的调节能力不断地被摧毁。所有这些都与心理治疗的先决条件和可能性有关，心理治疗必须严格遵照结构的本质和严重性。

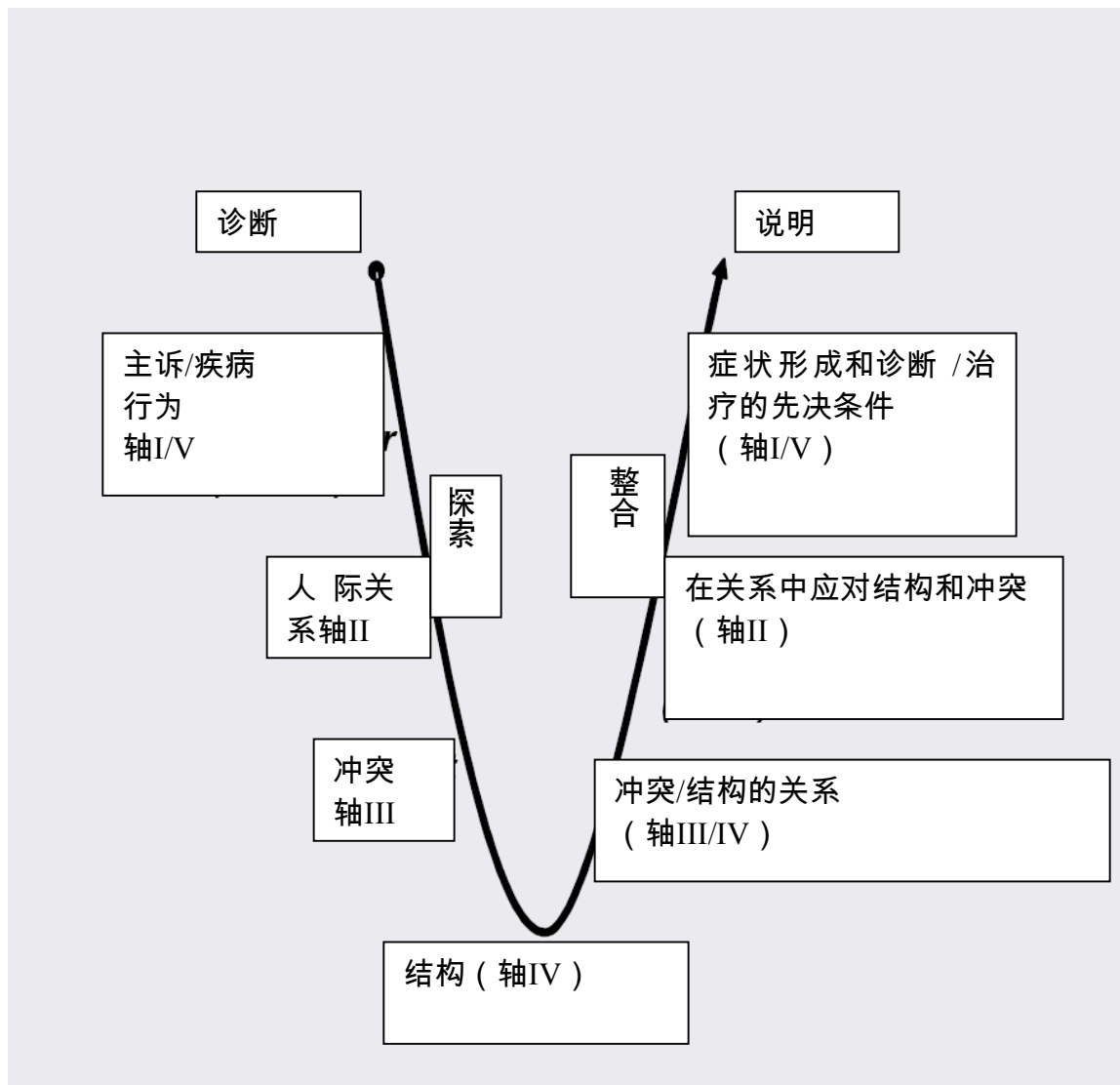


图3-3: 诊断材料的编译和整合

图例：表述了诊断过程，从曲线左侧高处主诉及诊断材料的记录开始，向下至结构性先决条件的调查，然后从基底向上将与轴心相关发现整合成连贯完整的图片作为说明的基础。

### 3.6.2 轴间的相互关系

#### 冲突和结构（轴 III 和轴 IV 之间的关系）

正如之前的说明，OPD 冲突诊断是基于一个连续模型，该模型显著的临床相关冲突来自于主题冲突（见 3.3.1）。主题冲突认为当精神功能状态处于较低或未整合的结构水平时可能发现冲突张力并不是对疾病起决定性作用的因素，例如在结构整合较好的患者中这些冲突张力依然存在。他们总是在变化的，并且缺乏清晰的界限，在诊断访谈中它们所起的重要性也总是在变化，缺乏清晰、恒定的“格式塔”规律。根据这一现象我们认为主题冲突比终生冲突更能表达内在意义。要界定一个冲突是终生的神经症性冲突首先要预先假定内化的无意识冲突能够导致功能失调性体验和行为甚至是症状，并能够影响基本的情绪调节能力和自我控制能力(Fonagy, 2005)。冲突和结构代表了临床互补系列的两极(Mentzos, 1991)。和冲突诊断一样，结构整合也是一个连续体，安全的有效性在一极，结构功能的严重损害在另一极。对于那些能够毫无困难地利用自己这些功能的患者，结构整合的兴趣不是在于获得诊断，而是为冲突发生提供背景，冲突成为注意的焦点。如果患者的功能是有限的或不能整合的，诊断方向则应从对冲突的动态发生（无意识的动机、焦虑和防御）的关注转向患者的结构能力。冲突和结构的关系就像内容和框架，也就是说，一个说的是疾病的“为什么”，另一个说的是疾病的“怎样”。如果结构是固定的，则内容和意义占主导，如果结构是脆性的，则功能进程的损害是主要的。

舞台的比喻(Rudolf/Grande, 2002)可以说明以上内容：想象下一位参观者来到剧院，但他不知道将要上演什么剧目。在这样的情形下，他可能本能地尝试寻找对舞台上表演（也就是演员的冲突动机和行为策略）进行解释的戏剧内容介绍。这就是冲突定向。在这个过程中，没有人事先会认为表演会被干扰，更不用说会被一些毫不相关的琐碎事件所决定，例如：舞台系统无法支持演出，摆设错误，家具破损，演员没有准备或不合适等，这些都一定会被避免的。然而如果是在结构上有一系列问题，那么想通过戏剧行为来理解舞台上所发生的事是不可能的。人们会被不断发生的不合时宜的事所激惹，最后意识到由于设置或演员的功能损害打断了表演，也正是通过这样的方式，使内容不再是决定性因素。这样框架因素就被推向前台，而不再被想当然地当作行为发生和发展的背景。这就是结构定向。

如果表现出疾病障碍，功能失调性冲突和结构损害对此承担不同比例的责任。如果表现为低水平或未整合的结构问题占主导，那么所谓的主题冲突一定会反复地表现出冲突特征，而主题冲突仅仅只是“舞台表演的一小部分”，对理解整个疾病起不了多大作用。在这里冲突性要求起了重要作用，如果在这个过程中调入或过度使用个体结构功能，它会使结构性问题更加



突显；尽管冲突性要求是过度使用结构功能的原因，但与它们所揭示的结构脆性相比，它们在诊断作用上仅居第二位，而结构脆性才是患者真正的问题。随着结构能力水平的增高，冲突的重要性也逐渐增长，就像一个潜在的剧本逐渐可以越来越多地决定舞台上发生的故事，这样就使得冲突表现得有意义而且可以理解。当然混合形式是最常见的，它对诊断医生提出了更高的要求。然而OPD中定义的结构水平和冲突类型不能够随心所欲地结合在一起。正如 Grande及其同事(1998b)在一项100名门诊患者的研究中所发现的，特定的OPD冲突（所有依赖对自主冲突）发生在较低的结构整合水平，这在设置是脆性的时候也是可以诊断的；而其他冲突仅仅发生在中度结构整合水平（如关心对自给自足冲突），或高度水平（如俄狄浦斯冲突）。

舞台比喻或多或少地将患者的结构状态特征化为冲突事件潜在形成的单方面的先决条件。然而从不同的优势观点来看，冲突和结构更倾向于互相随行出现。首先从发展的方面来看，假定处理冲突的特定方式（例如心理社会的安排，回避，或僵化的防御）导致结构功能的发展不足或延期达到有限的有效性。“限制”从时效观点来看是用妥协形成的方法来解决冲突，可能后来会成为结构无能的指标（例如精神功能的损伤或低度开化）。诊断医生的任务不是将这种类型的交互作用进行关联，而主要是要反映了个人真实状态相关冲突处理和检验结果，是否原则上有效的功能由于冲突而受到损害，是否结构功能库中缺少该项功能，或是否结构功能的有效性是有限的。

进一步深入考虑结构印象的局限性就可以理解冲突的动态变化的另一面，由于特殊激烈的冲突，结构能力耗竭了，或在冲突的压力下结构的脆弱方面退让了。即使是一场完整的表演，也不可能包含所有类型的剧目。即使是包含在结构能力事实中的延伸思想也可能作为无意识的一部分而被放弃，主动地呈现应对机制或防御功能，以至于退行性地达到神经症性的冲突解决方式（回到自我退行概念，Freud，1916）。如果患者是冲突相关的问题，这些模型就可以为心理治疗实践提供大量结果，也就是说，通过解释说明结构功能可以恢复，也提示了必须先假定这些功能的有效性。尽管要区分个体的结构功能水平是非常困难的，OPD的结构诊断与其他模型不同，它运行的基础是在冲突导致功能受限时，它能够积极地显示出患者存在结构功能。在冲突负担较小时通常更有效。当广泛的冲突发生时，应该寻找是否这是个体的诊断材料的“窗口”，通过这个窗口可以观察到患者实际使用的模范式行为。可观察到的能力越好，受限制的功能中就有越广泛的部分可以被安全地认为不是结构损害的指征，而是被患者无意识处理内部冲突所造成的。

### **冲突和结构的关系模式的掌握（和轴II的关系）**

我们通常理解的外部表现的功能不良的关系模式主要是通过对人际关系中适应调节的测量，患者往往不仅用适应调节来应对他们的冲突倾向，而且用于应对结构脆性。目的是通过这样的方式来控制人际关系形势，以获得人际需要和利益的最大程度的满足，同时为自己寻求充分的保护。习惯性的关系行为的结果经常被概念化为希望和焦虑的和谐形成（例如，Luborsky，1988）。从操作性心理动力学诊断的角度，必须考虑到保护性措施不仅仅指由于冲突希望所引起的焦虑，而且指基于结构性条件的焦虑和恐惧体验(Rudolf, 2000)。进一步来说，必须考虑到在患者的关系行为中，他可能同时应对不同的冲突素质和/

或结构敏感性。如果考虑到这些可能性，会产生许多影响关系模式形成的要素：

简单的妥协形成：在主要以冲突为基础的障碍中，关系模型能够被理解为希望和相关焦虑的妥协形成。例如：一个患者无意识中经历了希望被关照而不被别人接受，并且害怕他人拒绝，于是表现得特别地自我依赖。他的妥协形成在于事实上他高度在乎他人，而无意识中又企望获得直接的关心和关注。

冲突的交织：当两个或更多冲突素质交织时，会产生更为复杂的以妥协形成为特点的相互影响。在上述例子中，如果另外在控制或服从、利他等方面存在主体冲突，患者可能表现得更为奉承和忠实，他对他人的帮助行为可能同时是在无意识地执行控制的需要。

结构脆性的保护：在结构所致障碍中，关系模式可能具有保护患者与人交往时会遇到的脆弱方面的作用。这些模式也能被描述为妥协形成；当任何种类的客体关系需要不一致时，与人交往时就会产生焦虑和恐惧，使结构功能耗竭，妥协形成就会以非特定的方式出现。例如在能够产生亲密、依赖的情景中，或相反，处于重要客体无效用的恐惧中时，这种焦虑就会产生。除此以外，这些要求通常代表了对结构功能的压力测试。

冲突和结构的交织：当结构弱点被关系形式弥补，初步肤浅地来看，这主要是由冲突激动的，于是就进一步产生了重要的临床相互影响。例如，在主题冲突控制的关系模式中，可能很容易忽略恒定的力量斗争是应对结构相关的对亲密的恐惧非常有效的方式（例如不安全的自我-客体分化）。结构的局限性往往与广泛的自我价值问题相联系，因此与嫉妒、怨恨、竞争相联系的动机都有可能给关系留下冲突的印迹。在对关系模式功能不良进行分析时，必须考虑到患者在进行应对时仅仅只能用到对他们来说结构上有效的能力。例如以服从/控制显著冲突为特征的关系模式可能通过非常不同的方式表现出来，这主要取决于共情或冲动控制能力发展的程度。患者的结构发展水平对其处理人际关系的方法有双重影响：其一是通过对与人交往时的脆弱性的保护；其二是通过他所能够运用来控制冲突素质和结构脆性的功能能力。

正如不同作者所展示的，关系模式功能就如同适应不良的反馈回路(Schacht/Henry, 1994; Strupp/Binder, 1984)。这些回路能够自己调节对任何改变的稳定性、坚定性和回弹性。这些回路的核心是无意识的，对自己和他人歪曲的信念已成为个人发展史的结果而固化下来，并在运行中起主导作用：关系模式在无意识中通过这样的方式安排下来，并使其他人确信这一无意识的信念 (Anchin, 1982; Strupp/Binder, 1984)。这一观点对上述原则进行了重要补充，因为它解释了功能不良的关系模式的起源和发展。有严重结构损伤的患者的不良回路可能表现得更为紊乱（例如更加不稳定及可变），因为在这样的情形下自我的情绪控制会更快地失败，突然的防御反应也变得必要。明显缺乏结构的患者可能让人感觉构成良好、可重复的关系模式类型几乎不存在，而且其关系模式经常会出现关系的突然中断，这种现象会重复发生。

**症状的形成（和轴 V 的关系：精神和心身障碍）**

基于以上内容，接下来可以讨论症状是如何形成的(cf. Rudolf, 2000, p. 137)。对于个体案例，我们必须首先假定以上因素对患者有着联合作用，而且症状是由多重作用决定的：

- 1、在以动态冲突为背景的障碍中，必须对神经质的冲突性人格与重复神经症性冲突的个体进行鉴别。在冲突性人格身上，我们可以清楚地发现以动机为基础的张力的痕迹，它会造成体验和行为临床上永久的损害，例如，强烈的回避、刻板、恐惧态度。体验、人际关系及伴随产生的行为范围变得如此狭隘，以至于产生症状的特性。例如强迫型人格障碍，他可能缺乏相关症状，但会有体验和行为的相关损害。冲突性人格的重要特点有：特征化、习惯性的功能不良的人际关系模式，他运用这样的关系模式以妥协的方式来应对冲突相关的希望和焦虑，而该应对方式产生的行为具有症状的特性。
- 2、传统的神经症性冲突伴随着临床症状，而该症状对内心世界和/或人际关系起着一定作用。诱惑和拒绝就像阀门和内外部的触发扳机，能够激发矛盾心理，从而使原先的平衡削弱或崩溃。症状形成可以理解为是希望、焦虑和防御等冲突驱力之间的妥协形成，因此，从心理动力学的观点来看，症状对适应具有积极意义。
- 3、在结构障碍的内容中，那些不能通过应对机制来掩盖的特点在某些特定情形下会呈现出症状的特性。例如冲动爆发、情感泛滥、客体认知扭曲，或乐于承受伤害。总之这些症状经常呈现在“戏剧性”人格障碍中(DSM-IV, Cluster B)，例如边缘型人格障碍。
- 4、从表面上很难发现结构脆性，因为它们往往被重新塑形从而变得可以被修通过程接受。正如最后章节所描述的，这种修通的核心目的在于调节和他人的交互影响，以确保自我及其敏感性处于充分的保护中。然而这样的方式所发展出的处理模式可能将体验和行为塑造成带有自身症状特点，例如分裂样和自恋型人格的人际关系模式。对比上述提到的“冲突性人格”概念，我们在这里处理的是旨在保护结构脆性的防御性的应对方式，然而冲突性人格是一个复杂的、妥协形成的性格固化体，他的积极的驱力相关或希望为基础的努力与防御结合成一体。在前一个章节已经描述了习惯性行为模式中结构敏感性和潜在冲突的交织情况。
- 5、最后，正如Rudolf (2000, p. 137)所指出的，症状往往由于应对机制的削弱而出现。通过补偿来应对是非常花费能量的，必然会导致耗竭，因此在生命长河中也不可能承受不可避免变化和压力。应对能力的崩解导致多种症状的形成：例如，自恋型人格的急性戏剧性症状——自杀危机，或躯体化障碍患者的慢性症状。

如果引起应对机制崩溃的急性应激是出人意料的或是非常极端的，我们可以确定没有外部事件发生不可能造成临床障碍。这样的案例我们可以诊断为由于冲突性应激（或应激所指冲突）所致适应障碍，也就是说，应激带来动机矛盾，结果导致疾病发生。与OPD的应激所致冲突的概念相同，这种案例并不是终生功能不良的性格模式重复的结果。

这些症状形成的原则运用在轴V“精神和心身障碍”的疾病发展中是有效的。很显然，正是处于两极的神经症性冲突和结构局限性的又一次权衡决定了障碍的类型。基于这个逻辑，Rudolf (2004b, pp. 177) 提出了障碍的类型学说，从高水平的神经

症性冲突开始，向上至处于结构整合碎裂水平的结构障碍，后者分类包括大多数严重的人格障碍。

### 疾病体验和治疗的先决条件（和轴I的关系）

疾病体验和改变的期望都是由多因素决定的，不仅仅来源于OPD所列出来的心理特征（结构、冲突、关系）。除了OPD所列出的可供选择的个体变量特征外，在个体人格特征的交互影响下患者对疾病的体验和改变的动机都是由心理社会因素决定的。其中包括与疾病和疾病治疗相关的社会规范，以及通过患者的社会网络、媒体或治疗医师所传播的社会价值观。

在对疾病体验进行诊断和对治疗的先决条件进行判断时，有大量能够反映患者如何安置自己和访谈者位置的特征可以被记录下来，如他期望从访谈者那里得到什么，他认为访谈者应该做些什么。这些信息间接地表达了患者习惯性的潜在关系模式，因此我们可以假定OPD关系诊断和症状之间存在紧密的联系。然而这种联系不可能，因为对习惯性功能不良的关系模式的诊断是一个个体化诊断。对与轴I联系的调查必须是以个案为基础的，它们不能够以总体方式来进行讨论。然而我们可以期望以“服从”行为为主导关系的患者能够带着各自的期望来寻求治疗师帮助，从治疗师那里，他们能够被动地获得治疗性“治疗”的期望，有退缩倾向的患者要建立可靠的工作关系非常困难，因此依从性较差。

与轴III“冲突”的联系也能够进行描述。患者处理疾病的方式也是OPD诊断轴中的内容，并且在OPD诊断手册中明确地描述了诊断标准。这样就存在一个直接的诊断界面。手册还描述了患者在与疾病和治疗师遭遇过程中发展出来的冲突及其并发症状。并且区分了每个案例修通的被动和主动模式：在被动模式中，冲突管理的退行形式占主导，在主动模式中，患者更多表现为反向形成、反恐惧或补偿。当我们将各种冲突的诊断标准进行比较时，可以清楚地发现冲突管理的主导模式在疾病体验中起着重要作用，并且可以作为治疗的先决条件。

总的来说，以被动冲突模式（不依赖冲突类型）占主导地位的患者更加强调自己的痛苦，有更多的主诉，并认为治疗师对此要承担责任。因此我们可以发现患者更有可能将病因诉诸于外界影响，而不是自己的责任。因此导致的疾病可能包括大量的躯体或社会（外界）的应激因素，对治疗的期望也更可能指向躯体治疗。如果需要心理治疗，可能更多的是期望积极支持和咨询。患者的被动态度本质上携带者一定危险因素，它使障碍通过继发性获益在一定程度上持续存在。

那些以积极模式主导各种冲突的患者，他们的危险因素是不同的。这类患者更多体验到的是自主性、自我决定和控制受到威胁。他们倾向于通过减小困难、拒绝帮助或控制治疗师来抵消恐惧。如果他们偏爱疾病的躯体模式，可能是有防御被质疑和被恐吓的目的，而这些是预期在心理模式路径上会遭遇的。如果偏爱心理治疗，他们会更喜欢能让自己感觉可以控制或是诉诸能力的治疗形式，这样他们能够有重新获得自我决定的感觉。适合的治疗方法是许诺可以教授技术，内省力-定向的治疗方法可能也适合，这两种治疗分别含有认知控制和自我控制的意义。

“疾病体验和治疗的先决条件”当然和轴IV“结构”也存在广泛联系。原则上，包含在结构轴中的所有维度或多或少地都对疾

病体验有着显著作用。而治疗的先决条件也是非常重要的，因为在精神或心身障碍疾病中，它牵涉到患者能够在精神层面和/或躯体层面多大程度上感受到自己的问题。除此以外，主诉的类型和内容主要取决于患者自我领悟能力。个体能够在多大程度上接近“内心世界”，这取决于情感是否或以怎样的方式被精神组合了。在我们看来，一个“生动的内心世界”能够承认情感、精神主题、冲突、动机或矛盾，这样的内心世界首先是一个相对好（整合良好）的结构表达。患者对自己的困难、疾病模型以及发展出的变化的认识本质上取决于自我领悟能力。患者个体对认知和情感不和谐状态的耐受力以及接受程度也起着重要作用。这是涉及自我控制能力的另一个重要的结构维度，它包含情感耐受功能、自我价值调节、以及冲动控制。除此以外，患者的自我控制能力为两个有助于治疗的性格特征的形成奠定了基础，这两个特征是：活力和耐力。

疾病体验和治疗的先决条件最后受到症状类型（轴V）的影响。躯体定向的主诉提示患者的疾病概念首先是躯体导向的。如果归因于躯体领域，医生或通过躯体药物进行诊断和治疗的措施就会变得更加有效，这个概念就会被强化，与此相联系的对躯体治疗的期望也会以同样的方式增加。这样我们可以预测“躯体”和“治疗”会变成付诸行动的场所，在这里个体冲突、关系模式以及结构困难会一一呈现出来。

## 4 . 依据OPD - 2的多轴操作标准

### 4 . 1 轴I——疾病体验及治疗先决条件

OPD轴I由多个单元构成。其基本单元包含19个项目，反映了当前疾病的严重程度和持续时程、病人对疾病的体验和呈现及其对疾病的观念，还有改变的资源和阻碍。评估还可能利用到心理治疗单元以及/或者其他单元中的特殊项目。心理治疗单元反映了病人从疾病中可能获得的次级获益、对特定治疗方法的意愿及其对心理治疗的心理感悟力。

OPD还包含一个特定的情境单元作为范例，这就是司法单元，目前用于为特殊情况的司法病人提供更详细的检查机会。

表4 - 1是单元概况，该表列出了附加单元与基本单元的典型交织形式。

表4 - 1：轴I单元概况

基本单元	心理治疗单元	司法单元
对疾病/问题的客观评估		
1 . 当前障碍/问题的严重性		
1 . 1 症状的严重性		
1 . 2 GAF		不评估20 - 11的GAF

1 . 3 EQ - 5D		
		1 .F1 性欲倒错/反常障碍的类型和严重性
		1 . F2 物质滥用的类型和严重性
		1 .F3 违法和/或反社会行为的类型、严重性和频率
		1 . F4 安全的水平/性质
		1 . F5 强制治疗的水平 / 性质
2 . 障碍/问题的持续时程		
2 . 1 障碍的时程		
2 . 2 障碍首发的年龄		
		2 . F1 首次出现反社会行为的年龄
		2 . F2 首次犯罪、首次成为少年犯或首次出现备

		案反社会行为的年龄
病人对疾病的体验和呈现；疾病观念		
3 . 疾病体验和对疾病的呈现		
3 . 1 主观痛苦		
3 . 2 躯体疾病和问题呈现		
3 . 3 心理疾病和问题呈现		
3 . 4 社会问题呈现		
		3 .F1 关于违法/反社会行为模式的呈现
4 . 病人对疾病的观念		
4 . 1 躯体因素取向的疾病观念		
4 . 2 心理因素取向的疾病观念		



4.3 社会因素取向的疾病观念		
5. 病人对改变的观念		
5.1 渴望的治疗类型： 躯体治疗		
5.2 渴望的治疗类型： 心理治疗		
	5. P1 减轻症状	
	5. P2 反思性澄清、冲突 取向性治疗	
	5. P3 情感支持性治疗	
	5. P4 以主动教育为核心的 治疗	
5.3 渴望的治疗类型： 社会/社区治疗		
		5. F1 对安置的态度
		5. F2 对强制治疗或契约

		体系的态度
		5 . F3 对减少反社会行为 改变前景的态度
改变的资源/阻碍		
6 . 改变的资源		
6 . 1 个人资源		
6 . 2 ( 心理方面的 ) 社 会支持		
	6 . P1 心理感悟力	
		6 . F1 在考虑心理因素对 违法/反社会行为的影响 时所持的开放态度
		6 . F2 在将违法/反社会行 为与后续心理状态进行 联系时所持的开放态度
7 . 改变的阻碍		
7 . 1 改变的外部阻碍		

7 . 2 改变的内部阻碍		
	7 .P1 维持疾病/问题状况的次级获益	
		7 . F1 共病
		7 .F2 违法/反社会行为带来的心理社会方面的好处
		7 . F3 因 ( 法庭 ) 指定的措施和包含的服务所带来的心理社会方面的好处
		7 . F4 利用心理障碍进行违法/反社会行为

#### 4 . 1 . 1 当前障碍/问题的严重性

##### 4 . 1 . 1 . 1 症状的严重性

## 定义

对于躯体和心理方面发现的情况，不仅仅要评估器质性疾病的严重程度，还要评估身心和心理疾病的严重性。而且，那些不能归入心理障碍（依据ICD - 10）的心理问题也应该在此处得到评估。这些问题包括诸如人际关系问题、职场中的人际冲突以及社会环境下的很多调节问题（例如，违法行为）。

评估只对发现的内容进行等级评价，或分别对躯体、心理以及社会方面的损害进行评估，而并不考虑现存疾病的类型。所以，发现内容较之疾病分类学更为重要！

要评估的是当前障碍或问题的严重性。

## 操作化

心理和/或躯体障碍的严重性有赖于障碍及个别症状的类型、范围以及持续程度。

对躯体疾病的评估应着眼于当前的躯体症状、对躯体功能的损害或躯体方面的残疾。此处，需要评估的是当前的躯体损害。损害可能与躯体疾病的严重程度相一致，也可能不一致。

下面两个方面之间存在联系，一方面是心理症状或问题及其引发的个体内心压力，另一方面是社会心理调节水平的问题。举例来说，当个体置于内心的极度压力之下时，可能会体验到大规模的焦虑发作，然而焦虑障碍也可能源于回避行为，因为回避行为确实导致个体在行为和人际关系中存在制约。所以，评估心理障碍严重性的意义就在于人格整合或瓦解的程度，以及个体在职场、业余以及家庭领域中的社会调节能力。

评估的时段通常设定为会谈前的一周之内。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>躯体和心理症状仅在有限范围内呈现。</p> <p>例：</p> <p>一个有轻度焦虑障碍的病人，伴有恐惧和担忧的感觉，仅在躯体的自主性唤起水平上有少量征候。</p>
2 - 中度	<p>病人在心理和/或躯体方面表现出相关症状和损害。</p> <p>例：</p> <p>一个有焦虑障碍的病人，伴有轻度现实感丧失和人格解离的感觉，并伴有明显回避行为。</p> <p>在愈发频繁出现的焦虑状态中，病人在躯体水平上展示出明显的自主神经过度刺激迹象（心动过速、出汗、晕厥等）。</p>
4 - 非常高	<p>病人表现出广泛的躯体和/或心理症状。</p> <p>例：</p> <p>一个有广泛性焦虑障碍的病人，伴有间歇发生的惊恐发</p>

	作。他表现出很高水平的“基线恐惧”，事实上这种恐惧一直都存在，并与自主性症状相连。与此相伴的是，他的活动大幅度削减，表现出一种显著的退缩和回避倾向。在不规律出现的惊恐状态下，他有濒死的恐惧感，害怕要发疯，并表现出大量与恐惧有关的躯体症状。
--	---

4 . 1 . 1 . 2 整体功能评估 ( GAF )

定义

GAF ( 整体功能评估 ) 量表与DSM - IV的轴5相一致 ( Sass et al. , 2001 )。它评估的是在心理、社会以及工作相关的功能领域的总体功能水平。

操作化

功能水平评估涉及的是最近一段时间 ( 面谈前一周之内 )。假设心理、社会和职业功能是一个连续体，其变化范围是从心理健康到患有疾病，此处要评估的是功能水平的最大值。

100 - 91        在广泛的活动领域中具有出色的功能。

90 - 81        在所有领域中都具有良好功能。

- 80 - 71 仅有轻微功能受损。
- 70 - 61 某些轻微症状或少许困难。
- 60 - 51 中度症状或中度困难。
- 50 - 41 严重症状或严重受损。
- 40 - 31 在若干领域显著受损。
- 30 - 21 在所有领域严重受损或丧失功能。
- 20 - 11 有些许伤害自己或他人的危险。

( 鉴于司法病人总是满足这一点，所以这一项不被用于评估这类病人群体 )。

- 10 - 1 持续危险 ( 严重自我伤害或伤害他人 ) 或持续丧失功能。
- 0 有效信息不足。

过去7天的最大值 : [ ] [ ] [ ]

4 . 1 . 1 . 3 EQ - 5D

## 定义

EQ - 5D是一个健康问卷，是测量生活质量的一种线性测量工具。EQ - 5D的原始版本是EuroQol小组发展的一个自评工具

( Rabin , 2001 )。我们将原始EQ - 5D五个维度按照我们的目的重新应用 , 成为一种外部评估工具。

### 操作化

问卷要在五个维度上指出哪些陈述最符合对病人健康状况的描述。这些描述来源于病人当前 ( 访谈时 ) 的健康状态 ( Rabin/de Charro , 2001 )。

**表4 - 2 EQ - 5D**

1 . 适应性/灵活性	
病人没有行动困难。	[ ] 1
病人有某些/中度行动困难。	[ ] 2
病人卧床。	[ ] 3
2 . 自我照料	
病人没有自我照料的困难。	[ ] 1
病人自己洗衣服有某些/中度困难。	[ ] 2
病人不能自己洗澡或穿衣。	[ ] 3
3 . 日常活动 ( 例如 , 工作、学习、家务、家庭或业余活动 )	



病人在完成每日正常活动方面没有困难。	<input type="checkbox"/> 1
病人在完成日常活动方面有某些/中度困难。	<input type="checkbox"/> 2
病人不能完成日常活动。	<input type="checkbox"/> 3

4 . 痛苦/不适	
病人没有痛苦或不适。	<input type="checkbox"/> 1
病人有中度痛苦或不适。	<input type="checkbox"/> 2
病人有极度的痛苦或不适。	<input type="checkbox"/> 3

5 . 焦虑/抑郁	
病人没有焦虑或抑郁。	<input type="checkbox"/> 1
病人中度焦虑或抑郁。	<input type="checkbox"/> 2
病人极度焦虑或抑郁。	<input type="checkbox"/> 3

#### 4 . 1 . 2 障碍/问题的持续时程

##### 4 . 1 . 2 . 1 当前问题的持续时程

主诉疾病/问题的持续时程既关乎到对困扰严重程度的评估，又影响到对设计方案改善效果的预后。此处我们只考虑病人陈述

的主要病症或问题。我们发现一个规律，对于持续时程较长的慢性困扰，在躯体、心理和社会层面的功能失调性调节过程（例如伴有慢性疼痛的疾病），将发展其自身的动力，并极大地影响个体的人格整合和心理社会状态。在这种情况下，持续时程就要说明疾病开始成为长期性问题的时间跨度。

< 6个月	6 - 24个月	2 - 5年	5 - 10年	> 10年
-------	----------	--------	---------	-------

#### 4.1.2.2 疾病首次出现的年龄

此处要记录当前问题或疾病首次出现时的年龄（比较第13.7章节的评估单）。问题首次出现的年龄看似一种线索，表明疾病变成长期性问题，但事实未必如此。如果一个病人在20岁时第一次出现广场恐怖，第二次在50岁时出现，那肯定不是长期的慢性疾病。

### 4.1.3 病人对疾病的体验、呈现以及疾病观念

#### 4.1.3.1 主观痛苦

##### 定义

此处的目的是记录病人的主观痛苦程度，这可能是求治动机的一个潜在资源。在绝大多数情况下，主观痛苦程度不仅仅是症状严重性、诊断类型和印象以及进入治疗程序的结果，同时还是病人对疾病（描述）的特殊态度以及社会对此的一般态度的结果。高水平的主观痛苦程度意味着病人对所描述的疾病方面感到强烈的痛苦。重要的是，此处强调的是主观性。所以，即

使病人仅仅表现出最低限度的症状，如果他报告的是巨大的痛苦感受，其主观痛苦水平仍然需要被评价为高分。评分的原则是，主观痛苦程度既可以是由病人言语表达出来的，也可以来源于会谈中病人的明显行为。对未经言语表达的主观痛苦（例如，被否认或轻视的主观痛苦）的评分，要求有高水平的明确证据！主观痛苦程度在病人发展对治疗的期待与合作方面具有重要的动机性功能。

### 操作化

我们需要评估的是病人所体验到的主观痛苦，无论其是否与“客观”不适相一致。重要的是要评估某个既定时刻存在的主观痛苦。评估的时段应涉及会谈前的一个月內。对这一项目的评估通常既包括躯体方面，也包括精神方面。如果病人人格的多种功能领域中整合了愈多症状，则病人的自我体验就会愈少地受到负性影响。在会谈过程中，要注意病人如何谈论其主观痛苦，如何通过其面部表情、手势以及/或者行为层面表现痛苦。如果与痛苦有关的情绪显示出被轻视/掩饰，或者被夸张/扩大，甚至在考虑到病人的社会文化背景之后仍然如此，会谈者应尝试使用更深层的探询问题或进一步观察来检验这种印象。如果言语和非言语，或者这方面的场景呈现出的内容之间存在差异性，就要按照首要印象或突出模式来应用权重进行评估。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	这一评分适用于在会谈过程中没有展现出任何类型痛苦的病人。有些情况是病人没有表现出任何明确的迹象。然而，这也有可能发生于对自己有内在要求（比如“男孩不哭”）的病人身上，这些内在要求严厉地抑制了任何情

	<p>绪卷入的迹象。病人在认知上并不关注于压力或问题。</p> <p>例：</p> <p>病人在婚姻关系中经历了妻子的抑郁危机，但完全感受不到这样一场疾病及其后果对他的生活有任何损害，所以认为任何治疗都是不必要的。他拒绝进一步诊断，因为他通常感觉不到任何紧张。</p>
2 - 中度	<p>如果病人从疾病或其相关损害中曾经明确地感受到痛苦，或者当前仍然感到痛苦，则评估为中度水平的主观痛苦。</p> <p>例：</p> <p>一位女性病人有持续的睡眠障碍和工作压力，经常看医生，每次都含着眼泪；她虽然未曾言明，但这种行为是要求指导性帮助的一种信号。</p>
4 - 非常高	<p>由于内部和外部/情境相关的干扰性压力（如焦虑、大规模症状恶化、极度有压力的治疗程序、社会支持完全中断），病人主观痛苦程度很高。在痛苦的原因与表达之间</p>

	<p>可能存在差异。此时病人使用所有可用的手段来表达内容和影响，努力寻求他人的帮助，不断通过手势或重演场景（例如通过类自杀行为）来表达其痛苦，并且/或者施压要求立即获得治疗措施。</p> <p>例：</p> <p>一位女性病人，伴有重复出现的剧烈惊恐发作，报告说她无法抗拒有关的想法和感受，她感到被自己对恐惧的恐惧所困扰。她静坐不能，在会谈室中走来走去，脸上一副受惊吓的表情。她的声音嘶哑，要求接受注射，还要求立即转移到急诊室，因为她再也不能忍受这种状态了。</p>
--	---

#### 4 . 1 . 3 . 2 躯体疾病和问题呈现

##### 定义

此处要记录的是，在会谈中，病人在多大范围内表达了苦恼困扰的躯体方面，其形式包括躯体疾病、症状描述，尝试解释疾病起源或受到的影响、还有治疗情况，以及他对疾病给予了多少关注。

## 操作化

在会谈的互动过程中，重要的是要注意病人在多大程度上用言语报告躯体方面的问题，以及/或者他在多大程度上场景性地演出这些问题。

此处评估的只是外显的躯体方面的问题，而并不考虑该病人得到过何种根本的（躯体或心理的）疾病诊断。

此处纯粹是关于身体疾病的呈现；心理或社会性症状呈现的范围与所呈现的躯体症状的评估不相关。如果言语和非言语，或者场景呈现出的内容之间存在差异性，就要按照首要印象或突出模式来应用权重进行评估。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>如果躯体抱怨或问题并没有出现在病人的描述中，或者只出现在极小范围之内，使用这一评分。</p> <p>例：</p> <p>“我不知道我到这儿来是否合适。我家里人告诉我应该来看看医生，因为我肚子里有些东西感觉不对头。”病人这样回答访谈员的开放式提问。访谈员不得不询问病人，才得知他已经腹部疼痛四个月，但是没有做任何处置，因为他感到“并没有那么糟糕”。最终访谈员能够拼</p>

	<p>接起他的既往疼痛史以及医疗数据 ,然而在探索该疾病的心理社会因素方面 ,访谈员徒劳无功。病人似乎并不理解访谈员想了解什么 ,“一切都挺好的”。</p>
2 - 中度	<p>如果病人用言语、手势或场景充分表达了躯体疾病和问题以及/或者对疾病推测的躯体原因 ,但是这个方面并没有主导或排他地占据病人的注意 ,则使用这一等级的评分。病人可能能够充分地意识到这些躯体问题 ,并从这种观点出发找到了某种减轻的方法。然而 ,他并没有利用这一角度产生一种理解 ,从而应对他的障碍或问题——此外的其他问题也需要他的关注。</p> <p>例 :</p> <p>“最近三周我感觉不好。我胃疼、恶心 ,还呕吐过几次。我不再喜欢食物和咖啡。到目前为止我体重减轻了3公斤。而且 ,因为胃痛的缘故 ,我的睡眠也比以往更糟糕了。”病人如此回答访谈员的开放式提问。他给人的印象是有一点担心 ,而且还很肯定地补充道 :“我希望你们能彻底地给我做检查 ,对于我这个年纪来说 ,这可能变成</p>

	<p>严重的问题！当访谈员询问这方面的信息时，他毫不犹豫地给予回答，并以一种实事求是的态度报告了关键的体检信息。访谈员可以不费力气地明确病人当前的心理社会状况。在会谈对话中，病人能够告诉访谈员，他现在正处于职业上的转型期，这引发了一定程度的焦虑。</p>
4 - 非常高	<p>如果病人在会谈中未经访谈员的很多提问，就使躯体疾病和问题的呈现及/或通过言辞/手势/场景试图解释的躯体痛苦占据了会谈的主导地位，那么就使用这一等级的评分。</p> <p>例：</p> <p>“我彻底地疲惫了、垮掉了。我再也不能承受这种工作了。我已经五十岁了，这种随时待命的任务快要整死我了。我再也干不动了！”病人在会谈中爆发出来。他一副苦大仇深的表情，在几乎没有任何提示的情况下便详细地叙述了躯体问题的历史，清楚地描述了大量治疗并反复揣测这些治疗可能对他的身体产生了什么作用。他长篇大论地叙述了一次腹部手术以及康复过程中的详细</p>



	情况/困难/并发症。他用一种责备的语气评论说，自那之后，他肚子里的所有东西就一团糟，没有一样儿正常的，而且他也做不了任何事情了。访谈员最终仅仅澄清了病人总是犯肚子痛，而且这“严重地”局限了他的日常生活。访谈员试图强调疾病的心理社会方面，结果徒劳无功。病人毫不厌倦地表达躯体疾病。他一遍遍地用双手在肚子前比划，说，“我跟你说，所有的问题都是因为我的肚子，而且我已经承受不了了。”
--	--

#### 4.1.3.3 心理疾病和问题主诉

##### 定义

此处要记录的是，在会谈中，病人在多大范围内表达了苦恼困扰的心理方面，以及他给予这方面多大程度的关注。这些可能以诸如心理疾病、症状描述、试图解释疾病的起源或受到的影响、或者疾病的治疗等形式出现。

##### 操作化

在会谈过程中，重要的是，首先记录病人在互动中在多大程度上用言语描述心理方面，以及/或者他在多大程度上用场景将它们表现出来；其次，记录访谈员能够在多大程度上领会病人所报告的痛苦，或者根据病人的社会文化背景，这些痛苦在多大

程度上可能被轻视/掩饰或夸张/扩大。躯体或社会症状的呈现范围与对心理症状的呈现不相关。如果言语和非言语，或者场景呈现出的内容之间存在差异性，就要按照（曾经使用过的）首要印象或突出模式来应用权重进行评估。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>如果病人在叙述中并没有呈现心理方面的疾病或问题，或者非常有限，则使用这一评分。尽管心理障碍确实存在，但病人可能利用疾病本身、心理防御机制或成功的调适，也可能使用药物和/或治疗方法，不给心理方面的加工留下余地，或者只保留极少的余地。</p> <p>例：</p> <p>根据病人妻子的说法，病人四个月来一直抑郁，已经一周没有去工作，在家里“打洞（藏身）”。病人用一句“我很好”阻断了访谈员关于精神既往史的提问。在访谈员的质询下，病人报告说自己有难以控制的糖尿病：“医生说应当开始考虑给自己订购一个新肾脏。但除此之外，我很好。我没有心理问题。”他并不理解为何他的妻子因为他不想说话、只想一个人呆着感到如此愤怒。</p>

2 - 中度	<p>如果病人明显地留出空间，可以通过词语/手势/场景呈现心理疾病和问题以及其当前状况的心理原因，那么就给予中度的评分。然而，这种空间并不仅仅被疾病所占据。病人很可能意识到这些心理问题，并通过这一视角找到某种缓解的办法。</p> <p>例：</p> <p>一个女性病人，明显带有焦虑和烦躁不安，报告说最近三个月感觉不好，对所有事情都失去兴趣，而且害怕人多的地方。她甚至得强迫自己带着狗出门散步，这是她过去很喜欢做的事情。当她坐在电视机前时，她报告说所有节目都只是从她眼前掠过，“因为在我的脑子里，所有的时间都在想事情”。她自发地补充说：“人们有时可能会碰到些问题，但是我从没想到过会发生这样的事情。我一直在怀疑是不是什么事情打击了我，没准儿是我女儿的青春期。”然后她又转换了话题，广泛地报告了躯体方面的问题，后来又经过访谈员适当的介入回到了这个话题，自相矛盾。</p>
--------	--

4 - 非常高	<p>对于以心理症状和疾病为主导的病人应给予这一等级的评分。他们能够对自己的症状做出以心理为基础的解释和理解，这是他们视角的一部分。在访谈中，这是核心主题，病人能够在未经询问的情况下独立地向访谈员证明，他们的症状源于心灵层面，需要进行单独的心理治疗。——这些在访谈员看起来可能是适宜的，也可能是构造出来的，严重地偏离现实。</p> <p>例：</p> <p>一个病人在描述他的抑郁情绪时非常紧张，因为这种抑郁情绪以及思虑而引起的睡眠问题，他已经有八周的时间不能从事销售员工作。他害怕自己长途开车的过程中不能保持冷静。他过去进行过心理治疗，以前那位治疗师的思想至今仍然对他有帮助。那段为期三年的治疗使他能够解决严重的人际冲突，他有十年没有出现症状了，直到半年前他与妻子分居，症状才再度出现。他陈述了从青春期晚期开始的背景信息，这些信息显示出他是一个有觉察力但依赖于他人的人，而且，除了当前的危机</p>
---------	--

	之外，他在绝大多数时间里都能理解和应用自己的心理症状及触发扳机。
--	----------------------------------

4 . 1 . 3 . 4 社会性问题主诉

定义

此处要记录的是，在会谈中，病人在多大范围内表达了苦恼困扰的社会方面，以及他给予这方面多大程度的关注。例如，这可能表现为家庭中的社会性压力（关系很近的亲属生病/需要照料）、工作压力（面临失业的威胁/失业、欺压）的问题，或是影响了朋友和熟人圈子的某些压力（如疾病、死亡和分离等），也可能表现为试图解释在疾病的起源中包含着社会偏见、对其产生的影响以及处理。

操作化

在会谈过程中，重要的是，首先要记录病人在多大程度上能够用言语报告出社会性方面，以及/或者他在多大程度上通过场景将它们表现出来。第二点要注意的是，访谈员在多大程度上能够充分理解病人所报告的痛苦，病人对社会性原因所做的归因是否恰当，还有根据病人的社会文化背景，这些可能在多大程度上被轻视/掩饰，或夸张/扩大。如果言语和非言语、或者场景呈现出的内容之间存在差异性，就要按照（曾经使用过的）首要印象或突出模式来应用权重进行评估。

症状水平分数与定点描述
-------------

0 - 从缺到极少	<p>如果病人的叙述中并没有出现社会方面的困扰或问题，或者非常有限，就使用这一评分。有些病人可能虽然存在非常严重的社会性压力，但却在其社会性痛苦方面吻合从缺或极小范围的标准，这有赖于他们的疾病过程、心理 - 社会防御机制或成功的调试，以及/或者治疗措施。</p> <p>例：</p> <p>一个病人在罹患癌症之后出现抑郁，在他的社会领域没有问题。他的家人支持他应对病魔。重新进入职业生涯完全不成问题，而且他在经济上也很有保障。</p>
2 - 中度	<p>如果病人留出了充分的空间，在言语上、手势上或设定的场景中报告其社会性困扰和问题以及/或者他对困扰所推测的社会性原因，但是并没有占据主导地位，或排他地占据了病人的全部注意力，那么就给予这一等级的评分。病人自己可能意识到这些社会性问题，并根据这种观点寻找到某种缓解之道。然而，他并没有使用这些感知来形成一种理解，从而使其能够克服其障碍或问题</p>

	<p>——此外的其他事情同样也要求他的关注。</p> <p>例：</p> <p>病人报告在失业之后出现抑郁心境和焦虑状态。工作一直是支撑他生活的重要支柱，自从青春期之后，他在几次失业后的自我怀疑都显著增加。</p>
4 - 非常高	<p>如果病人对社会性困扰和问题的主诉，以及/或者通过言辞/手势/场景试图从社会层面上给予的解释，在访谈员没有引导的情况下就占据了会谈中的主导地位，则给予这一等级的评分。</p> <p>例：</p> <p>一位58岁的病人报告了他的绝望和无助，他发现自己无法入睡。问题始于三年前他离职的时候，后来所有的工作应聘都因为他的年龄而没能成功。他害怕如果只能领到失业救济金的话，他将不得不卖掉他的房子。因为低收入缘故，他被迫取消了戏剧订阅和一个运动俱乐部的会员资格。这些导致他的社交接触越来越少。</p>

#### 4.1.4 病人的疾病观念

##### 4.1.4.1 躯体因素导向的疾病观念

###### 定义

这一项目描述的是一种有意识且主观的模式，病人用这一模式来向自己和他人解释其疾病和困扰起源和过程。

此处要记录病人对于疾病的理解在多大程度上是依赖于医学 - 躯体领域的解释模型。它描述了病人的多大程度上把他的疾病和问题视为受到下列因素影响：身体缺陷、失调、疾病造成的过程和机制等等。

###### 操作化

在与病人的会谈中，访谈员要获得病人关于疾病观念的印象。这样做时，访谈员一方面要记录病人的自发性想法：疾病是如何触发的，或者它是如何发展的；另一方面，对于病人在其疾病和问题的起源和发展方面的看法要进行特殊询问。病人的想法在医学上是否成立并不相干。此处更多是要找出病人在多大程度上发展了关于其疾病的触发扳机和因果关系的想法，以及它们的详细程度如何。在这一量表上的低分表示对于疾病的理解仅仅在最低限度上源于躯体因素，或者仅仅混杂了一些关于触发性躯体因素的模糊想法，而高分则表明相对详细而连贯的躯体疾病和归因模式。

此处并不需有意记录病人在多大程度上固着于对其疾病原因的特定解释。这一方面的结论会从三个心理动力学轴2、3、4的剖图中得出。



症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>如果病人在解释他的疾病时 ,没有假设他的疾病与任何躯体原因有关 , 则给予这一等级的评分。在特定的询问下 , 他仍然拒绝考虑其疾病的躯体原因。</p> <p>例 :</p> <p>一个患有慢性支气管炎的病人每天抽30支烟 ,他一再被他的医生告诫要减少吸烟量。他回答说 ,咳嗽不可能是由于抽烟引起的 ,他的祖父和父亲都比他抽得更多 ,但从来不开嗽。“我们家的男人都有强健的肺。”</p>
2 - 中度	<p>对于那些考虑了症状的躯体原因 ( 例如通过传染或病毒源 ) ,但是又并不是很确信的病人 , 给予这一等级的评分。</p> <p>例 :</p> <p>病人描述了疲惫、抑郁以及清晨恶心的症状。他从互联网上看到过所谓“恶心综合征”, 现在希望能够通过一个彻底的检查来确诊或否认这一诊断。</p>

4 - 非常高	<p>如果病人确信他的症状和疾病有躯体原因 ,则给予这一等级的评分。他能够陈述结果与诊断、或与生物物理性外部影响之间清晰的相互关系。</p> <p>例：</p> <p>病人声称自己罹患了疏螺旋体病。他参加了一个疏螺旋体病自助小组，再三要求处置医生给予他新的抗生素治疗。处置医生拒绝了他，因为既没有典型的刺痛迹象，也没有在他体内找到抗体。他用从互联网上找来的关于血清反应阴性的疏螺旋体病案报告来反驳医生。</p>
---------	---

#### 4 . 1 . 4 . 2 心理因素导向的疾病观念

##### 定义

这一项目要记录的是，病人在多大程度上认定心理和人际（心理的互动方面）的因素对于其疾病和问题的形成与发展具有影响，以及他对心理学的解释方法抱有多大程度的开放度。病人是否认为自己的态度、思维方式以及行为模式与疾病和问题的形成和发展有关，以及/或者他能否从身处的社会环境的角度思考自己的反应。

## 操作化

评估者要在会谈中尝试获取一幅图景，至少基本上要了解病人对心理学的解释方法有多大开放程度，以及他在多大程度上产生出这方面的观点，也就是说，这些因素在多大程度上影响了他的疾病观念（与环境的交互作用在此处也很重要，只要它们并没有完全被当作是外部因素）。

这一量表上的低分表明病人对疾病仅有边缘水平的心理（身心）理解，以及/或者关于心理触发扳机只有模糊的概念；高分数则表明相对详细而连贯的基于心理因素的疾病模型或归因。这一项目并不需刻意记录病人在多大程度上固着于对其疾病原因的特定解释。这一方面的结论将从三个心理动力学轴2、3、4的剖面图中得出。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>病人没有意识到其疾病的精神/心理或者基于互动的原 因，当被问及时，他直接把这一可能性排除在外。</p> <p>例：</p> <p>一个病人描述了抑郁症状，但在这些症状可能与什么有 关这一方面，病人认为“没有线索”。治疗师对病人反馈 说，她所描述的夫妻关系冲突可能是一种原因，但病人 否认这一点。“我和我丈夫之间的问题已经这么久了，为 什么我现在才因为这些问题抑郁？”</p>

2 - 中度	<p>病人并不确定精神、心理或人际互动的因素是否对其疾病的起源有因果影响。然而，他能够思考这种可能性，接受访谈员关于这方面的提示。</p> <p>例：</p> <p>一位糖尿病病人总是“忘记”用药，治疗师提示说，这可能与病人感到来自于母亲那里的无意识拒绝有联系，而病人的母亲也有糖尿病。病人起初认为“记忆障碍”是糖尿病的一个延迟后果，但能够理解治疗师的解释，随后就报告了他在小时候如何被患病而且苛求的母亲所厌恶。</p>
4 - 非常高	<p>病人确信对于他所报告的疾病来说，精神/心理或人际互动的影响在因果上是有效的触发扳机。病人在访谈员面前呈现出的疾病观念是心理或人际互动取向的，而当访谈员引入修正性提示时，病人能够灵活地对待这一观念。在各种情况下，病人都将自己视作是现存关系冲突中的一部分，能够反思他自己在这一情境中的冲突性参与。</p>

	<p>例：</p> <p>一个有广场恐怖症的病人说明了她的假设，她的焦虑在此时出现，可能是为了“唤醒她”，思考她的未来。很多年来，她都生活在一种不满意的婚姻关系中，她维持这种婚姻关系只是为了孩子。她基本上是想分居，但又恐惧一个人生活。</p>
--	---

#### 4 . 1 . 4 . 3 社会因素导向的疾病观念

##### 定义

这一项目要记录的是，病人在多大程度上确信他的疾病和问题是由于他所处的社会环境所引起的。关于社会状况以及群体影响这些想法，可能是以一种非常不明确的方式表达出来（社会、社会体系、“上边的那些人”），也可能是以非常详细和具体的形式。

##### 操作化

评估者要试图获取一幅图景，病人在何种程度上将社会体系和状况（失业、失业管理机构、法律状况、裁员）以及他人（“乌合”的女同事们、可耻的上司）视作其疾病和问题的触发扳机，以及他在多大程度上考虑这些影响（工作场所、上司、工作降

级、不利的工作条件等等 ) 对他产生的作用——是特定性的还是一般性的。

这一量表中的低分表示对于社会环境的影响只有模糊的概念。中等的评分表示病人能够意识到压力和过劳感方面的影响，无论他认为一般性影响多些还是特定性影响多些。高分则表明病人体验到环境不受他自己的控制。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>病人没有意识到社会或其环境中的外部因素对于他所报告的疾病发展和过程具有因果关系。他拒绝承认个别提示。</p> <p>例：</p> <p>“我的背痛怎么可能与我的工作状况有关系？事实上我对于没能成为部门领导感到很高兴，这样我就不用跟那帮毫无动力的同事作斗争了。”当访谈员问及疼痛与没能晋升的关系时，病人如此回答。</p>
2 - 中度	<p>病人并不是完全确信社会因素或来自于环境的影响是他所报告的疾病的原因。然而，他能够思考这种联系，接受个别提示，他对自身因素和外部诱发因素的思考或多或少地彼此相对平衡。</p>

	<p>例：</p> <p>当治疗师提示之后，病人认可在心悸的发生和失业之间存在联系。“嗯，是的，你说得对。我过去失业过几次，但是现在我更担心在我这个年纪是否还能再找到工作。而且债务也令我担心，我无法再像我过去一直告诉自己的那样，我可以轻而易举地偿还贷款。”</p>
4 - 非常高	<p>病人排他地将疾病的起源与发展归因于社会因素或环境中的因素，或者归因于他直接的环境。他深信疾病的实际原因在他自身之外，认为特定的外部压力源是其根源。适度的提示或其他可能的替代性解释不能改变他对这一方面的确信。</p> <p>例：</p> <p>“一年又一年，你把工作干完，这弄伤了你的背，但甚至到现在这还没有得到公认。我看了一个又一个专家，他们总是告诉我，我的背痛不能成为得到退休养老金的理由。好吧，我是不是一定得先弄得半死不活的？政客</p>

	们在尽情享受，像我们这样的人就得去支付他们，这实在让人绝望透顶。这个政府吃光了我！”病人如此回答访谈员的开放式提问，显然很激动。
--	--

#### 4.1.5 病人的改变观念

##### 4.1.5.1 病人渴望的治疗形式的评估（躯体治疗）

###### 定义

这一项目记录的是病人在多大程度上渴望通过躯体治疗来处置他的障碍/问题。此处不评估评估者本人是否也认为这样的治疗方法是适宜的。关于躯体治疗，我们是指干预的类型直接导致身体的改变，例如进行药物治疗、医学程序（如手术等）或理疗手段。此处不包括在心理治疗框架下的以身体为核心的干预手段（例如亚历山大技术、躯体意识等）。

轴1中所列出的病人描述的不同治疗类型并非要做单选。这意味着病人可能希望躯体以及/或者心理治疗处置，以及/或者在社会领域中得到支持。

###### 操作化

在诊断的过程中，注意力应该放在病人直接表达的希望躯体治疗的愿望上。此外也要关注场景方面的信息，它们有可能泄露出进行躯体治疗的愿望。此处的重点在于评估病人当前的治疗要求。如果病人大量叙述过去的躯体治疗的经历，这可能也说



明当前进行躯体治疗的愿望非常积极。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>如果病人在会谈中似乎没有表达躯体治疗的愿望，就给予这一等级的评分。这可能发生在病人只想进行心理治疗或只想得到社会支持的情况下，然而，也有可能是病人对于什么类型的治疗能够帮助他解决问题毫无概念。</p> <p>例：</p> <p>一个患有溃烂性肠道炎的病人渴望心理治疗，目的是找到其疾病的“心理原因”和精神后果。他拒绝药物治疗。</p>
2 - 中度	<p>中度水平出现在病人既想进行躯体治疗，同时也想进行其他形式的治疗的时候。他们认为单一形式的治疗对于解决问题并不足够。这一水平的评分同样适用于对躯体治疗表达了某种保留态度的病人。</p> <p>例：</p> <p>一个癌症病人在广泛会谈之后同意进行化疗。此外，他希望</p>

	与病房的心理学家进行会谈，因为他认为自己只能在心理治疗的帮助之下才能应付化疗所带来的压力。
4 - 非常高	<p>“非常高”的水平用于评估那些明确渴望躯体治疗的病人。此处评估的是对躯体治疗的高期待存在与否，而无论访谈员认为这是否适宜。这种期望可能出现在那些只要求进行躯体治疗的病人身上，以及对心理治疗显示出巨大阻抗的病人身上，也可能出现在还准备还不充分、了解的信息较少的病人身上，他们不知道还有什么其他可供选择的治疗形式。显然，在身心疾病或躯体和心理疾病并发的情况下，进行躯体治疗的显著愿望也可能伴有对心理治疗的要求。</p> <p>例：</p> <p>一个有躯体化障碍的病人被送到心理治疗师那里。他很难进入会谈，在会谈结束时他评价说，他“脑子没有问题，而是持续的背痛”。他拒绝治疗师推荐的疼痛管理治疗计划，并且表达说他很失望，因为没有人向他推荐新的有效的止痛药，也没有人推荐其他躯体取向的疼痛管理治疗。</p>

#### 4.1.5.2 病人渴望的治疗形式的评估 ( 心理治疗 )

##### 定义

这一项目记录的是病人对心理治疗的愿望。同样，此处评估的仅仅是愿望，而并不涉及这种愿望是否适宜。

##### 操作化

当评估心理治疗的愿望时，注意力应该放在对这种愿望的各种直接表达，以及可能暗示了心理治疗愿望的间接线索上。病人的教育水平和人格结构需要被纳入考虑，因为它们会影响到病人如何表达心理治疗的愿望。病人在谈及生活中的个人和社会方面时所显示出的兴趣，也能够反映出对于心理治疗的开放程度。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>如果病人在会谈中似乎没有表达心理治疗的愿望，就给予这一等级的评分。这可能出现的情况是，一方面，当病人只想进行其他形式的治疗（如躯体治疗）时，另一方面，也可能是因为病人对于何种形式的治疗能够帮助他解决问题没有概念。</p> <p>例：</p>

	<p>一个患有心脏恐怖症的病人拒绝向他提供的心理治疗。他认为自己的心脏有问题，而其中的原因尚未被发现。他要求访谈员向他推荐侵入性诊断方法，并认为心理治疗是“危险的浪费时间”。</p>
2 - 中度	<p>中度水平出现在病人既想进行心理治疗，同时也想进行其他形式的治疗的时候。他们认为单一形式的治疗并不足以解决他们的问题。</p> <p>例：</p> <p>一位病人因躯体化障碍得而遭受疼痛的困扰。他出现在心理治疗门诊，要求疼痛管理治疗。他希望学会如何优化使用止痛药物。他认为心理治疗方法是有帮助的，但是单纯使用心理治疗不足以处理他的疼痛。</p>
4 - 非常高	<p>“非常高”的水平用于评价那些对于心理治疗有显著且持续渴望的病人。这可能是由于病人具有出色的内省力，对心理因素有充分的理解，但也可能是因为病人恐惧药物或侵入性躯体治疗，或者是对这些治疗有阻抗。</p>

	<p>例 I :</p> <p>病人描述了广场恐怖症状和被动性/自主性焦虑症状。她认为与伴侣的关系问题是这些症状的原因，并表达了希望参加团体治疗来解决焦虑的愿望，为的是处理这些让生活受到限制的症状。之后，她还希望进行个别的心理动力性治疗，以解决她的这场充满冲突的伴侣关系。</p> <p>例II :</p> <p>另一个病人报告了心跳过速等症状，他常常突然出汗，并且有腿部无力感。他渴望针对焦虑问题进行心理治疗，因为在他看来，没有解决的婚姻问题显然是导致问题的全部根源。他拒绝把甲状腺诊断也作为附加治疗，以确定可能存在的甲状腺机能亢进状况。</p>
--	--

#### 4 . 1 . 5 . 2 病人渴望的治疗形式的评估 ( 社会领域 )

##### 定义

这一项目记录的是病人在多大程度上渴望在社会领域得到帮助。 例如，病人可能希望指派一位社工人员，或者对一些诸如债

务缩减、工作场所、养老金申请、复职选择等担忧进行咨询。这一项目也包括希望通过公共机构进行咨询、而并非进行特定心理治疗的愿望，如儿童养育建议/父母课堂等。

## 操作化

对于社会类型干预的愿望很难通过场景方面进行表达，所以此处需要注意的是病人在会谈中的具体讲话方式。访谈员很可能需要询问更多的问题。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>在会谈中，病人没有表达对社会领域的处置/咨询的任何愿望。此处再次强调，这可能意味着没有客观的需求，也可能是一种拒绝，显示了病人的阻抗。</p> <p>例：</p> <p>一位病人拒绝采取社工人员所建议的所有行动，拒绝逐步采取措施重新就业。在治疗过程中，治疗师发现他想申请养老金。</p>
2 - 中度	<p>中度水平出现在病人既想进行躯体或心理治疗，同时也渴望进行社会治疗/咨询的情况下。</p>

	<p>例：</p> <p>一位边缘型的病人通过治疗意识到，他频繁地改变工作和居所，并因此导致债台高筑，都是因为疾病所导致的混乱的冲动控制。除了通过心理治疗处理这些问题之外，他还想寻求债务咨询，并参加逐步再就业指导。</p>
4 - 非常高	<p>“非常高”的水平用于评估那些只表达了社会照顾/咨询愿望的病人。这些病人不接受可供选择的其他方法，即使有人向他们推介这些方法。</p> <p>例：</p> <p>一个患有心脏恐怖症的病人再三访问父母指导中心，希望获得一些“贴示”，以便了解如何对待他患有厌食症的女儿，“她的禁食几乎快要让我心脏病发作了”。</p>

#### 4.1.6 改变的资源

##### 4.1.6.1 个人资源

## 定义

这一项目评估的是，当前病人在多大程度上拥有能使其健康获益、并帮助他调整障碍的能力和行爲模式。此处并不评估病人过去在多大范围内拥有这些能力。

具有高水平个人资源的病人能够积极关注他的疾病，维持他现存的生活方式，甚或改变到另外一种对健康更有益的生活方式中。疾病及其后果仅仅适度动摇了他的自我效能感。即使在（严重的）疾病面前，他也将保持基本乐观的态度，并能够以灵活的、在情绪上负责任的方式为自己展开崭新的生活前景。

## 操作化

在诊断性会谈中，注意力应放在那些应对活动上，因为这些活动就发生于病人的日常生活中，建设性地帮助病人进行调节；注意力还应该放在病人能否在尽管存在限制的情况下，仍进行一种积极的生活（或者有足够的信心这样做）。此处并非评估个体的应付机制，而是要对病人所拥有的应对资源进行总体评估。会谈要聚焦于对障碍及其后果所带来的紧张和压力进行日常处理的精确描述。评估的范围是最近六个月。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	如果病人对于如何建设性地处理障碍，无论从主观上还是从客观上，都没有或者只有很少的个人资源，则给予这一等级的评分。



	<p>例：</p> <p>一位被动攻击的病人伴有慢性的躯体形式疼痛，他感到自己对于疾病在很大程度上是孤立无助的。他悲观地关注于自己的疾病，无法投入地与任何人进行有意义的会谈。他急剧减少了活动，不能放松或转移自己，感到必须拒绝任何无效而无用的应对方式。</p>
2 - 中度	<p>中度水平的个人资源出现的情况是，尽管存在疾病和损伤，但病人能够在生活的某些领域中维持积极的方式，并通过补偿的方式部分使用这些资源。他努力展开新的生活视野，而不受疾病的约束。</p> <p>例：</p> <p>一个患有慢性疾病的病人同时还伴有纤维肌痛，但经过身体锻炼后能够活动。他通过进行放松训练获得了一些经验，并开始接受持续存在的疼痛状态，以一种并非全神贯注于疼痛状态的方式生活。他开始设想，可以将持续的疾病整合入他的生活前景中。</p>

4 - 非常高	<p>“非常高”的水平用于评估这样的病人，他们能够利用广泛而可观的个人资源来帮助自己应对疾病。尽管存在严重的精神和心理压力，但他们能够维持积极的生活态度。他们拥有有益健康的习惯以及/或者开始形成这些习惯。他们能够使用独特的情绪能力和高质量的社会关系来完成这一目的。</p> <p>例：</p> <p>一位女性病人患有焦虑障碍，偶尔出现惊恐发作。她发挥多种活动（分心、放松、自我平静）来帮助自己渡过这些发作。她彻底地教育自己，她的疾病从根本上来说不会威胁生命，而且她感到能够通过练习达到某种程度的改变，以克服这些症状。她对发作的出现有所准备，并把这些准备工作纳入到日常例行范畴。伴随着这些限制，她能够基本上继续她的工作和休闲活动。她还能够与男友以及另外一位女性朋友谈论自己的焦虑。</p>
---------	---

#### 4 . 1 . 6 . 2 （心理）社会资源

## 定义

此处要评估的是，病人当前是否能够从所处的社会环境中动员并使用客观上可利用的支持资源。所以访谈员既需要评估支持的表面形式（社会网络的存在），也要评估支持的主观方面（对支持性资源的意识和利用），这些支持可能来源于关系、家庭以及社会资源，还有它们之间的交叉部分。

所以，评估并非要关注社会网络的客观（结构化）参数，而更多应该关注病人在应对其障碍和问题时，是否有能力认识到环境中的这些支持，并能够把它们当作资源加以利用。

## 操作化

这个项目一方面包含了社会支持的可能性，这是外部观察者能够识别出来的；另一方面，它记录了病人自己认识到的可以为他所用的社会支持。进而，它涉及到病人应用这些社会资源的能力。这些社会支持内容位于彼此的人际关系之中。不同类型的社会支持（工具性或情感性）此处也要纳入考虑。

访谈员必须获得如下印象：首先，病人是否能够在早期阶段形成高质量的支持性互动依恋模式，而这些依恋现在能否依然潜在地为他所用（正式方面）。第二，他必须评估病人在当前的障碍之下，是否能够认识到他实际上可以利用这些支持性资源（对社会支持的意识）。第三，他是否展示出一些行为，使得他的需要对于提供支持的人来说显而易见（动员社会支持）。这意味着病人必须能够谈论他的压力，能够请求帮助，能够对提供支持者表现出积极的反应，能够对这些支持者以建设性的方式行事。

支持性交换可以分为两种类型：情感性支持和工具性支持。情感性支持包括与他人的亲近、理解、共情、情感、欣赏、同情、

安慰、支持性会谈、诸如电话等维持关系的行为，以及即使对方患病也会继续关系的保证。情感性支持还可能包括寻找信息或给予建议，只要这类帮助被病人体验为增进关系。工具性支持是指他人为病人做家务琐事，例如，帮助购物、应付机构要求以及诸如浇花等邻里支持。工具性支持同样也可能包括给予建议或寻找信息，只要这类帮助被病人体验为对解决问题有所帮助。信息支持在评估中并不作为单独的一项。评估范围是最近六个月内。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>在图景中没有或几乎没有人能使病人得到工具性及/或情感性支持。病人明确地强调，他觉得敞开可能获得支持的途径对他来说是不必要或不可能的。</p> <p>例：</p> <p>一个带有自恋 - 分裂型人格的病人在他的公寓中过着一种与世隔绝的生活。他只能容忍他的母亲来看他，带给他干净的换洗衣服，除此之外他与家庭再没有任何接触。病人离异并且失业。他与仅存的几个朋友也闹翻了。他只想独自一人生活，认为每个人都只是想利用他。</p>
2 - 中度	病人可以从一些人那里获得工具性及/或情感性支持。病人能使自己从这些人的帮助中获益，并时而与他们进行

	<p>接触。然而，他不能把这些接触视为是应对障碍或问题的工具性或情感性支持。</p> <p>例：</p> <p>一个患有抑郁障碍的病人在他妻子去世之后就退回到自己的生活中。尽管他们夫妇俩的朋友和熟人圈儿仍可成为实际的支持（购物、帮忙做家务杂事），并提供情感性支持（“在任何时间来看望他”），但病人拒绝他人帮助自己走出悲痛，因为这意味着他对丧失客体的忠诚。他不知道怎样谈论丧失的痛苦，因为在过去，他的妻子一直代替他说出任何事情。</p>
4 - 非常高	<p>在病人的报告当中，呈现出几个人，病人可以从他们那里获得工具性及/或情感性支持。病人能够积极地使自己和从这些可能的支持中获益，不仅是在工具性方面，还有情感的方面，目的是应对他的障碍或问题。</p> <p>例：</p> <p>一位患有广场恐怖症的女性病人，有一个关系非常密切</p>

	<p>的朋友和熟人圈子。在恐惧日常活动（如购物、上班）这个方面，她能够从这个圈子中的任何一个人那里获得积极帮助。特别是，她能够把她的焦虑讲给母亲，并感到母亲非常理解她。</p>
--	--

#### 4.1.7 改变的阻碍

##### 4.1.7.1 改变的外部阻碍

##### 定义

从进入治疗这个意义上来说，为了能将病人改变的动机转化为行动，环境上的变量非常重要。例如，这些变量包括能够利用或者可以提供的心理治疗，或深度身心诊断性会谈——这种会谈的目的是为了澄清心理治疗是否适宜，还包括可能促进治疗开始的各种社会背景（工作环境），还有病人身边环境对深度身心诊断性过程或心理治疗的接受态度。如果上述任何一项个体环境因素呈现的程度很有限，或者完全没有呈现，那么它们就可能成为进入治疗的外部阻碍。在每一例个案中，病人都会权衡期望的获益与开始治疗的代价。这些代价包括现实生活中对利用身心会谈、心理治疗、动机转化成行动以及改变动机的存在本身等等各种妨碍。此处还必须考虑的是，个案所需的特定治疗方法是否缺乏、或其可利用性是否受到限制，还有，要到达一位心理治疗师或身心医师门诊所需花费的时间是否不成比例。此外，没有资金或资金有限也是一种妨碍，妨碍本来存在的改变动机转化成行动。其他外部限制可能包括，当病人打算进行住院式心理治疗时，可能面临丧失工作的危险，或者是每

人能够帮助其看护子女，或是病人有亲属需要照顾。对歧视和不良社会后果（例如，工作场所中他人的反应）的恐惧，也可以归于影响动机的外部状况。

## 操作化

此处必须评估的是，所推荐的诊断性或心理治疗性方法在到底多大程度上是可以利用的，或者举例来说，开始治疗是否会付出其他代价，例如那些需要长时间交流所花费的代价。类似的情况还有，缺乏医疗保险资金或资金很有限可能是另一种限制。社会性阻碍有时会变得很明显，例如，当病人恐惧因为开始治疗而遭遇明显的职业劣势（当开始住院心理治疗时，面临失业威胁或晋升机会减少），或者，孩子的母亲因为无法为孩子找到照料者，而不能开始住院治疗。此外，评估治疗在多大程度上能为病人的社会网络所接受也很重要；此处，真实的、恐惧的或想象的歧视都可能构成阻碍。外部阻碍的大小由个别阻碍损害的强度或多个阻碍之间的相互影响来决定。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>没有相关外部阻碍。</p> <p>例：</p> <p>一个带有心理或身心障碍的病人，总的来说有动机要改变，并打算进行心理治疗。他在当地找到了一位合适的治疗师，或合适的心理治疗设置。谁来付费的问题已被</p>

	澄清，计划的治疗能够充分地整合入他的家庭和工作环境，而且基本上没有问题。
2 - 中度	<p>存在个别外部阻碍，但能够被有效地克服。</p> <p>例：</p> <p>一个患有焦虑障碍的病人，有动机进行心理治疗，但在当地无法找到被推荐的门诊行为治疗。开始治疗对他来说意味着必须接受费时费钱的长途跋涉。作为一种替代选择，他可以开始住院治疗。</p>
4 - 非常高	<p>存在严重的外部阻碍。</p> <p>例I：</p> <p>一位年资较高的行政主管患有心理或身心障碍，他本来有动机进行心理治疗，但发现当地没有合适的心理治疗师，而不得不将住院治疗作为一种替代方法。这为他增加了一系列严重的问题。病人恐惧在已经较长时间的病假之后，再缺勤很长一段时间，可能会在职业的晋升方面导致不利因素。另外，他还恐惧他的同事和雇主可能</p>



会发现他有心理问题，从而可能给他带来职业和个人方面的不利。

例II：

一位有两个孩子的单身母亲，孩子分别是10岁和12岁，因为严重的焦虑障碍打算进行住院心理治疗。病人本来有进行这种类型治疗的动机，然而，她看不到开始治疗的可能性，因为没有人能够全面且可靠地在她住院期间照顾她的孩子。

例III：

一位失业的病人有慢性疼痛障碍，从其相关的角度来说，这种疼痛障碍显然是通过身心因素造成的。他在几次躯体治疗和复原方法“失败”后填写了养老金的申请表。他基本上对一位身心医学专家推荐的心理治疗 - 身心复原方法持开放态度，因为他能够想像通过这种方法获得帮助。然而，他害怕如果自己的健康状况有所改变的话，他的养老金申请将会遭到拒绝，而他将不得不继

	续保持不稳定的失业状态，或者甚至成为一个社会保障金接受者。
--	-------------------------------

#### 4 . 1 . 7 . 2 改变的内部阻碍

##### 定义

这个项目由病人的“内部阻碍”组成，可以通过回溯他特定的心理发展路径来发现。它们包括诸如性格、心理动力活动、无意识冲突，还可能包括典型的心理结构特征（例如，有限的自我调节能力，或有限的容忍压力的能力）。这些可能成为产生改变阻抗、或显示出退行性发展的先决条件，可能使得参与治疗变得困难，或者甚至可能完全阻止参与治疗。

##### 操作化

要确定病人内心中改变的阻碍，一种方式是寻找内心的冲突性动机，这可能使得参与治疗对病人来说变得更加困难。这些冲突可能包括个体化与依赖的冲突，或者服从与控制的冲突（与轴III比较）。另一种评估治疗合作的方式是，确定特定的结构性因素在多大程度上与病人在心理治疗中的参与相对立。当病人进行反思性和动机澄清性治疗是，非现存情绪性或认知性来源的阻碍也可能出现，因为病人的内省和反思能力有限，所以他只能不充分地利用治疗，或者完全不能利用。类似地，在长程治疗中，如果病人缺乏内部调节能力和容忍压力的能力，那么对其经受治疗的能力来说可能也是有害的。此外，自恋性动机对于心理治疗的外显动机来说可能具有负性效果。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>没有相应的内部阻碍。</p> <p>例：</p> <p>一个有焦虑障碍的年轻病人表现出对心理治疗的良好动机，同时也展示了良好的进入心理治疗的情绪与认知先决条件。总体来说，他似乎具备足够的压力容忍性。对于他来说，有计划的心理治疗象征着良好的未来发展机会，象征着他自身、对家庭和工作环境的立足点。</p>
2 - 中度	<p>病人要么展示出大量“内部阻碍”，要么展示出强度相当大的个别阻碍。</p> <p>例：</p> <p>一位律师有很好的情绪和认知资源，同时，又从疾病中有可观的复杂二级获益。这些获益包括，例如，因为他不能工作而获得的养老金，还有他的家人在很大程度上不再让他做令他讨厌的日常家务。</p>
4 - 非常高	<p>存在一系列非常显著的“内部阻碍”。</p>

	<p>例：</p> <p>一位有躯体化障碍的病人只能非常有限地认识到疾病的心理社会状况。总体上来说，他的情绪表达范围非常狭窄。此外，他感到向他推荐躯体化诊断这件事是一种“污蔑”。他害怕自己被环境中的他人认为是“疯了”，所以对心理治疗采取拒绝的姿态。</p>
--	--

#### 4.1.5P 病人关于改变的概念 ( 心理治疗模块 )

这一项目关注的是病人当前想要获得的改变。此处需要考虑的是，病人对改变的目标或愿望将涉及到并依赖于多种影响。治疗目标的发展将显示出类似加工过程的特点。特别是，在初始心理治疗性会谈中、或者在心理治疗过程中获得的经验，能够导致病人转变奋斗的目标。相对来说，初始访谈的核心任务是与病人一起找出治疗目标，并详细地加以描述。不仅仅是会谈，还有心理治疗的过程本身，都将会详细描述并进一步发展对病人来说适宜的目标。我们所描述的改变模式决不该被视为必须做出排他性选择的选项；病人可能同时在几个方面都渴望改变，或者在全部层面都渴望改变。

#### 4.1.5.P1 症状缓解

## 定义

按照一般规律来说，有心理或身心障碍的病人对于根除或减轻症状都具有特殊兴趣。然而，病人也可能在尽管存在症状的情况下，对于改变个人性格、经验模式以及人际关系和行为模式也具有兴趣。在很多情况下，病人对改变症状和改变个人或互动性因素都怀有动机。病人所希望的改变本身并不能说明病人是否对所有心理治疗怀有动机。

## 操作化

病人想要改变的类型可以根据他在会谈中如何陈述自身问题来进行评估，还可以根据改变目标的表达方式。除了会话的实际内容之外，场景信息（例如症状表现的性质和范围）对于评估病人想要获得什么类型的改变也很重要。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>病人希望改变或提高。症状本身仅仅产生了很小的改变压力。</p> <p>例：</p> <p>一个有较轻微疼痛问题的病人，对于心理治疗性的修通、或是澄清与其症状可能有关的心理社会状况感兴趣。这些可能包括长期持续的压力或当前的心理压力。症状的迅速改变在此时对于病人来说是次要的。</p>

2 - 中度	<p>病人认为迅速并持久地缓解其疾病和症状是很重要的。他也强调要修通和澄清与这些症状相关的心理社会压力。他期待治疗能够对他的这两个领域的问题都有同等的效力。</p> <p>例：</p> <p>一位抑郁的病人意识到自己依赖性问题的，并渴望对这一毕生的人格特性进行治疗。此外，他认为通过快速并持久的方式减轻其抑郁症状(冥思苦想、精神低落、缺乏内心投入)也很重要。</p>
4 - 非常高	<p>病人所期望的全部内容就是快速并永久地缓解他的症状，除此之外，他对于针对任何其他精神或心理社会压力进行的治疗没有兴趣。这种情况的一个原因可能是症状的压力如此巨大，没有可以利用的资源能够应付其他潜在值得改变的问题，或者，也可能是病人对于任何更进一步的心理社会压力没有认识，或认识有限。然而，我们也可能发现有些病人对于他们的问题有判断和认识，但是，在当前特定的情境下，他们只</p>

	<p>想要迅速且明确的症状缓解。</p> <p>例I：</p> <p>一位有躯体形式障碍的病人只希望改变身体症状，因为他没有认识到此外的心理社会问题领域。按照“心理学头脑”这个概念来说，他可以说是对于心灵内部的问题领域没有或者仅有非常有限的认识。</p> <p>例II：</p> <p>一个对考试有很多恐惧的病人很快就要参加考试。他感到对于减轻症状有很高的需要，所以对可能带来改变的所有方法都持欢迎态度，只要它们能够快速且成功地解决问题。</p>
--	---

#### 4 . 1 . 5 . P2 反思性 - 澄清性动机/冲突取向

##### 定义

此处涉及到心理动力学理论，要记录的是病人对于自身的症状/问题可能的心理社会（心理动力性）背景，在多大程度上希望

从治疗中获得情感性和认知性的认识。

这可能不仅包括内心动机、冲突和人格维度，在更详细或更广泛的意义上，还包括有问题的人际事宜。

### 操作化

这一项评估的是，当病人在治疗性帮助下努力改变某种冲突性体验或动机时，他在多大程度上能聚焦于该体验、动机以及认知态度。此处要评估的是病人的一般性准备情况，而与他的能力无关。病人应该显示出一定数量的自我反思，还要对投入紧密治疗性关系以及退行过程具有准备和能力。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>病人对于自身症状可能的心理社会背景，没有动机获得情感性或认知性认识。他没有反思他对于自身障碍的态度。他对识别和治疗生活中的冲突性领域并不感兴趣。治疗师所指出的冲突与症状之间的可能联系被病人拒绝。</p> <p>例：</p> <p>一个病人明确地表达了“不要挖掘太深”的愿望，或者显示出显著的（无意识）阻抗，例如“遗忘”已被找出的连</p>



	接。原因可能是病人没有认识到、或者恐惧内心中 或 人际间的压力。
2 - 中度	<p>病人对自身的症状显示出在心理社会/心理动力方面的兴趣。所以他的改变动机也包含了对症状背景的情感性和认知性认识。病人渴望理解潜在的背景，并希望解决冲突性领域。</p> <p>例：</p> <p>一个病人能够描述其症状的心理社会/心理动力背景，以及与其相连的情绪情感。在各种方法中，他认为包括澄清动机的治疗性帮助是解决其冲突的重要手段之一。</p>
4 - 非常高	<p>病人强烈地渴望对自身症状的潜在背景获得情感性和认知性认识。在其改变动机中，他特别强调了一种愿望，希望对问题领域及其关键的内心和人际精神方面进行理解。</p> <p>例：</p> <p>一个病人利用对自身问题良好的认 知性和情绪性理解</p>

	认识，独立地构建出它们与外显症状之间的联系。他的主要治疗目的是理解冲突性领域。
--	---

#### 4 . 1 . 5 . P3 情绪支持

##### 定义

此处评估的是，病人在多大程度上是以从治疗中寻求情绪支持以及缓解、安慰或辅助为主。虽然有人认为，寻求支持性心理治疗的动机与反思性动机 - 澄清的心理治疗并不绝然对立，但一般来说，主要动机是进行支持性心理治疗的病人对于针对内部冲突性动机进行治疗的兴趣较小。

##### 操作化

在诊断过程中，注意力应该放在病人在多大程度上表现出无助、依赖、寻求支持，或直接表达要求得到应付问题方面的情绪指导和支持。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	病人没有表现出动机，要寻找能使自己获得情绪缓解、支持、安慰或帮助的治疗。他可能不需要这类治疗元素，或者是没有兴趣。他防御上述各种需求。

	<p>例：</p> <p>一个处于危机情境的病人并没有接受治疗师或病房中其他人员提供的帮助，因为他情绪相对稳定，并且/或者在他的社会环境中找到了充足的情绪支持，所以他并不需要以一种治疗性形式来获得它们。</p>
2 - 中度	<p>病人有兴趣通过治疗获得情绪缓解和支持，但是也能够投入治疗过程，强调其他治疗性元素。不过，他对其他治疗性元素的愿望并不那么强烈。</p> <p>例：</p> <p>一个病人进行反思性和动机 - 澄清性治疗，目的是为了获得情绪缓解。他时不时地通过直接或间接的行为重演，要求治疗师支持他的情绪需要。</p>
4 - 非常高	<p>病人首要的兴趣在于通过治疗获得情绪缓解，在与治疗师的关系中获得安慰和辅助，以及在情感上被容纳和支持的感觉。他拒绝缺乏支持性元素的治疗。</p>

	<p>例：</p> <p>一个病人再三地在心理治疗病房挑选治疗师或工作人员，目的是为了使自己获得情绪缓解。如果没有他人帮助的话，他在降低紧张方面就会有困难。解释性和对峙性的治疗对他来说要求太多，可能引起症状的增加。</p>
--	---

#### 4 . 1 . 5 . P4 主动 - 指导性干预

##### 定义

为了应对问题，病人寻求的是以主动和指导为主的支持类型。他的准备性，还可能包括他自己通过反思的方式解决问题的能力，在当前都很低。病人务实地倾向于能够直接产生行为改变的方法，而不是期望通过心理治疗得到来自于治疗师的深度情绪支持。

##### 操作化

此处要评估的是病人在多大程度上想寻求能够帮助自己应对问题的主动辅助。他期望这些辅助是以信息或练习的形式（例如疼痛训练项目、焦虑管理项目），由一个或多个治疗师传达给他。这可能包括像放松训练、自我肯定训练以及诸如物理疗法等调动性方法。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>病人认为主动 - 指导性方法并不重要。这对于有反思能力的病人来说可能是恰当的，因为他并不需要主动 - 指导性方法。但在其他情况下，这可能是人际困难或阻抗的一种表现。</p> <p>例：</p> <p>一个有自恋性障碍的病人拒绝参加治疗，在这种治疗中他必须遵从详细的指导。他拒绝的理由是，这些治疗方法“过于陈腐”，而且与他的问题毫不相干。</p>
2 - 中度	<p>病人想在特别广泛的范围内获得信息帮助，或通过躯体调动及治疗方法获得帮助，这些方法的目标在于直接的行为改变。病人排斥不包含这些元素的治疗，但能够参与那些并非以调动和指导性元素为核心焦点的治疗。</p> <p>例：</p> <p>一个疼痛的病人寻求疼痛管理的手册性治疗方案，来</p>

	获得特定的帮助。他也准备好针对治疗中触及的更深层潜在冲突进行工作。
4 - 非常高	<p>病人感兴趣的只是通过调动或指导、或是可执行的方法来获得帮助。其中包括以身体为中心的治疗，诸如物理疗法或药理学疗法，训练和问题管理治疗方案，还有社工人员的辅助。</p> <p>例：</p> <p>一个有疼痛障碍的病人反复要求按摩和注射。他在个体和团体治疗中只是反复重申这些愿望，要么就是认为治疗对“实际问题”没有帮助。那些能满足他的指导性要求的治疗师和工作人员都被他理想化。</p>

#### 4 . 1 . 6P 病人的改变资源

##### 4 . 1 . 6 . P1 心理学头脑

##### 定义

这个项目记录的是病人具有多少开放性，能够对现存心理/身心疾病进行心理性、冲突性以及基于互动的思考。它既能反映病人对自身疾病的心理反应起源（个人方面）认识的能力和倾向，也能反映病人处理来自于心理动力学取向治疗师的个别解释（人际方面）的能力和倾向。

### 操作化

此处的评估是，病人在多大程度上能够反省性地认识和表达心理过程（愿望、想法、感受），并且能够从人际上认识和表达，还有他在多大程度上将这些与他的疾病和阻碍相联系。为了达到这个目的，关键是要了解病人在多大程度上确实能够体验到，他所认识到的那些根源，包括无意识心理和人际过程，对于自己拓展对疾病的理解方面很重要，而且有所帮助。此外，此处还要判断的是，病人是否准备好以一种接纳和建设性的态度处理访谈员的建议（恰当的试探性解译，也即聚焦于防御而不是冲动的解译），这些建议涉及到内心和人际事件与问题或症状之间的可能联系。

在会谈中，注意力必须放在病人是否能够将其内心体验、感受、想法及人际关系与其疾病建立联系，还有他在多大程度上建立了这种联系。所以，以会谈的段落为基础，使病人对其症状的起源和改变，在心理社会环境、个人传记、性欲或情绪体验方面进行反思，其准备性就可以得到良好的判断。

在对扳机情境进行详细询问时，需要仔细记录病人的反应是否带有拒绝、无兴趣、惊愕、思虑或激起了好奇：病人是保持相当被动的状态、还是自己积极地探索例如在人际或性冲突情境下的可能联系。同样重要的是，病人如何处理访谈员关于可能的心理动力性联系提示。所以，注意力必须放在病人对于反思可能的心理动力性联系的兴趣和准备性上，还要放在病人对解译性陈述的场景、情绪、非语言以及语言的反应上。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>病人不能或很难确定内心或人际事件与其问题/症状的任何联系，并拒绝对这种影响的任何提示。同样，在听到这样的提示之后，他不能想象这种类型的联系对他可能有什么重要性。</p> <p>例：</p> <p>病人局限于对基本躯体疾病的描述，而叙述功能失调性人际关系时，他同样也只是叙述外部事实。病人对自己的内心世界缺乏认识（没有内省能力）。病人拒绝承认其症状的起源有人际性因素，适当的试探性解译并没有被理解，或者被拒绝。（“疼痛想来就来，想走就走，绝大多数时间就在这儿移动，从骨盆的上边边缘到脊椎和后背。我什么都做不了，尽管我已经尝试过所有方法。我的医生曾经问我，是否觉得疼痛与我的家庭环境有关。我想他只是像我一样无能为力，尽管他上过大学。”）</p>
2 - 中度	病人能够区别并命名心理内部事件（例如愿望、想法、感觉），但是他自己不能在它们和问题/症状之间建立联



	<p>系。病人带着惊讶倾听提示，但并没有利用这些提示使自己对症状有更广泛的理解。</p> <p>例：</p> <p>病人描述他的疾病或功能失调性人际关系。在这个方面，他成功地整合了他的内心体验（“我有时觉得，当事情对我来说太多的时候，疼痛就更加糟糕”）。然而，他自己并没能成功地认识到他的体验与环境影响之间的联系。对于这种可能联系的提示并没有刺激病人进一步反思，但是他考虑了这些提示，例如把它当作专业权威的一种看法。</p>
4 - 非常高	<p>病人描述了他的愿望、感受以及想法与症状/行为模式之间的条件化联系。病人使用治疗师的提示，对自己的经验模式以及行为做出进一步内省，在这样做的过程中，他能够认识到个人史中固定的加工和行为模式。</p> <p>例：</p> <p>病人将自身的疾病或功能失调性人际关系，与内心体验</p>

	<p>(内省地)建立联系,同时还涉及到他的个人史。在这一过程中,他还能够考虑自己的某些矛盾性愿望、感受和想法。(“今天我费劲照料我那精神错乱的父亲时,又感受到了疼痛。这让我想起了我小时候从这个男人那里遭受了多少痛苦。现在,就像小时候一样,他的目光只是穿透我,尽管我如此强烈地希望他哪怕只有一次看我一眼。”)病人建设性地采纳访谈员的试探性解译,并利用解译来做进一步的自我探索。</p>
--	---

#### 4.1.7P 改变的阻碍

#### 4.1.6.P1 疾病/维持问题状况的次级获益

##### 定义

这个项目指的是病人(无意识或意识地)从他的疾病及结果中获得社会性受益。例如,这种获益可以表达为更频繁的病假、拖延住院时间、遵照医嘱频繁地去健康机构、多次逐渐康复以及回避日常工作生活的正常方面。“保险涵盖范围”这一事实(“诸如由于不能工作而获得养老金,要求获得意外保险等)经常导致病人有意识或无意识地维持疾病或其后果,目的是为了要求这些获益。在上述方面上,从疾病中获得高水平次级获益的病人,相较与其他症状相似的病人,倾向于对施加给他们的要求

展示出更强烈的回避行为。对于这些病人，退行也常常成为一种无意识的应付疾病的尝试。

## 操作化

评估一个事件（例如被鉴定为不适合工作，或可接受养老金的身份）对于特定的病人来说是否代表着疾病获益，需要按照“个体获益和丧失”分析的参数来判断。个体获益和丧失计算既可以发生在意识层面，也可以发生在无意识层面。要记录的是特定事件、经历或其他方面的总和在多大程度上代表了某事对于病人是“正性的”。病人常常可能被发现存在有意识或无意识的意图，使其固着于或进一步扩展从疾病中的获益。为了发现这些意图，有效的做法是判断病人“关键的”事件或者性格，这些与个体发展背景以及整体心理社会状态相反。观察的窗口应该包括迄今为止的疾病发展全过程。“疾病的次级获益”是由访谈员来判断的，与病人在会谈中自己如何表达无关。必须注意不要把疾病的常见典型后果机械地解释为获益，例如住院、医生证明病人不适合工作、获得养老金等。疾病的高水平获益经常能够被访谈员在反移情中觉察到，因为病人经常阻止自己，拒绝对情境有任何改变。

症状水平分数与定点描述	
0 - 从缺到极少	<p>没有发现从疾病中的次级获益。当前的疾病对于病人来说只有负性后果。病人没有或几乎没有显示出从疾病中有任何次级获益，即使他因为疾病获得了社会救济。</p> <p>例I：</p>

	<p>病人有严重的反复发作性抑郁。在长期疾病中，他失去了工作，对养老金的申请尚未解决。因为反复出现的抑郁阶段，他的妻子离开了他，朋友们也都离他而去。</p> <p>例II：</p> <p>病人在医生的建议和申请下获得了养老金。他希望留在工厂里，因为他一直觉得工作对他来说非常重要。</p>
2 - 中度	<p>除了疾病带来的压力之外，还存在明显可以察觉的意识及/或无意识的“好处”，这些好处维持了疾病或问题。</p> <p>例：</p> <p>一个有广场恐怖焦虑障碍和惊恐发作的病人体验到这些极端的威胁。如果没有人陪伴的话，她无法出门。她觉得丈夫对她的支持不够，脑子里只有他自己的工作。现在她的丈夫不得不购买所有东西，还得送孩子去上学。</p>
4 - 非常高	<p>因疾病而带来的可观益处个人生活领域中变得很明显（例如获得养老金等经济上的好处、社会性获益，亲</p>

	<p>属的支持)。或者，获益显示在生活的几个方面，在总和上体现出来自于疾病的巨大获益。</p> <p>例：</p> <p>一个失业的病人在一场汽车追尾事故后报告了“无法忍受的头痛”，尽管医生没有发现任何躯体方面的问题，而且其痛苦也显得不可理喻。他设法多次获得被推荐住院的资格，每次都从保险中获得了可观的经济支持，还申请了养老金，并且因为损伤而起诉追尾事故的另一方。</p>
--	--

## 4.2 轴II：人际关系

### 4.2.1 导论

OPD提供两种类型的关系诊断，这两种诊断在概念上紧密联系，但在所需的评估量上则有所区别：第一种，即对功能不良的关系模式所进行的个人化诊断是一标准化的程序，这一诊断能够将病人和其发生互动的对象 ( partner ) 之间典型的人际缠结模式加以甄别地描述出来，并能将这些模式重新构建成为适应不良循环事件。这一程序仅仅关注于病人在处理关系中的功能不良的方面。第二种，即对于主题和资源的评定，则允许对病人的关系主题进行确定，这些主题或是对于病人来说是十分有问题的，或是病人应对地特别出色的。后一种诊断不仅更简单一些而且允许评估者做出一种方向性的诊断，而鉴于许多实际原因，这种诊断已经足够了。

对于两种评估而言，一个共同的前提条件是进行一次和OPD-访谈的指导方针相一致的临床诊断性访谈（见第五章）。诊断性评估应包含下列两种信息来源：

- 首先是在访谈中病人所描述的关系经历。病人的报告阐释了在人际互动中他是如何体验自己和他人的，以及这些人际互动过程通常是如何呈现出来的。
- 其次是在病人和诊断者之间的直接互动中所得到的情境性互动信息。这使得访谈者能够直接通过观察来对病人的关系行为进行评估。除了病人可被观察到的行为之外，诊断者也可使用他自己的体验和反应（反移情）作为信息来源。

### 4.2.2 OPD-2版本中轴II部分对OPD-1版本中轴II部分所做的变动

轴II“人际关系”保持其根本结构不变：就像在OPD-1中一样，OPD-2仍然关注于从两方面对一个病人核心的、重复出现的、功能不良的关系模式进行描述，即从病人自身体验的视角，以及从他的互动对象的视角进行描述。和在OPD-1中一样，访谈

者以关系条目列表为基础推进其访谈进程，即从这一张关系条目列表中，选择能充分描述每一个个案的描述。同时，OPD-2也做出了以下的改变和内容的增添：

- 对于列表的编纂现在能更严密地符合人际行为的环状 ( circumplex ) 模型的基本原则，从而能更为连贯一致地使用环形模型的结构。基于这一调整，项目的内容进行了略微修改，其数量也从30条增加到32条。以关爱 ( loving care ) 为标题的条目群仍然包括了一定数量的条目。
- 在如何对两种体验性的视角——即在条目的帮助下对于人际位置所作的描述——进行总结或将其整合为一种关系动力表述的问题上，OPD-2提供了指导说明。这使得关系动力表述得以作为一个完整的部分被纳入轴II的诊断之中 ( 在OPD-1中此仅为 任选部分 )。
- 作为一种常规的诊断，这种方法现在有了另一个版本，使用这一版本所需的时间和资源均更少，但其仅限于用来确定一个病人的核心关系主题。
- 在对关系主题进行评定的框架之下，现在也可以确定那些病人能够完全把握，继而成为其资源的关系形态 ( modalities )。

#### 4.2.3 标准程序

OPD关系诊断使用了一系列的术语和方法学的工具：即病人和他人的体验性视角，所谓的人际位置，用以形容关系的各个方面的条目列表，在这一列表背后蕴含的环状 ( circumplex ) 模型，以及用以做出关系动力表述的图式。下文将对这些术语和方法学的工具进行介绍和解释。

##### 4.2.3.1 体验性的视角

在确定核心的关系模式时，和所描述的两种不同来源的信息——即病人对关系的描述，以及在访谈中可观察到的行为——

—相对应的是，我们对病人的体验性视角和他人（包括调查者在内）的体验性视角进行了区分。

- 病人的体验性视角（视角A）

病人对自己关系体验经历的描述揭示了其如何处理关系的内部概念。从这些描述中，我们可以确定关系的哪些方面是病人自己能够体验，并能够在他自己的行为以及和他互动的对象的行为中识别出来的。访谈者应去理解这一体验性的视角，并在自己的关系诊断中反映出这一视角。

- 他人的视角——同样包括调查者的视角在内（视角B）

这一视角所考察的问题是其他人（病人的互动对象）如何重复体验到病人所提供的关系，以及如何对此进行反应。为了回答这一问题，我们可以使用不同类别的信息。调查者的第一种选择是将自己置于病人所描述的客体的位置之上，然后体察一下他将会如何体验病人和如何回应病人。第二种选择是，他可以审视一下在和病人的接触中他自身的体验，并且尝试去理解病人在他身上所唤起的冲动和感受。最后，他可以尝试将自己的体验和他对他人如何体验病人的有关想法进行匹配。如果他能够成功地这些匹配起来，那么他很有可能就已经鉴别出了功能不良的模式中所具有的代表性的特征。如果他在这一步上失败了，那么他就需进行进一步地澄清：此时，调查者必须检查自己是否忽视了病人所提供的关系所具有的某些重要的方面；或者需要确立病人是以何种特定的方式扭曲了对自己关系的体验，这样一来所产生的差距便可以被解释为是由于这样一种不正确的知觉所造成的。

在刚才所描述的测评过程中还增添了另一个进一步观察的水平。如果（例如在研究情境中），测评是基于录像带来完成的，那么在这种情况下，在病人进行描述的时候，调查者首先可以尝试理解客体（即他人）的体验性视角；其次他可以检视一下调查者在录像中的行为和他的反应；第三，他可以观察他自己对病人的感受和冲动。在这种测评情境中，就客体在一般情况下是如何体验病人，以及他们会对他有何典型的反应这一问题上，为了做出确实可信的判断，同样也有必要去整合不同的信



息，让这些信息能够彼此吻合。

#### 4.2.3.2 人际位置

功能不良的关系模式会表现为两种特定的行为人际模式**聚类 ( constellation )**，即a ) 病人的行为人际模式类别以及b ) 他人 ( 其客体 ) 的行为人际模式类别。这对两种体验视角都适用，因此可以区分出四种人际视角：

在病人的体验视角下的位置：

- 病人反复将自己 ( 面对他人或和他人在一起 ) 体验为.....

这里的关注点是病人的人际体验和行为。在病人对自己的体验中，那些看上去占据主导地位的与人产生关系的模式，或者或多或少持续有效的与人产生关系的模式会被加以描述。

- 病人反复体验他人为.....

这里的关注点在于客体面对病人所表现出的行为模式，即这些模式或多或少被病人持续体验并加以描述的方式。

在访谈者的体验视角下的位置：

- 其他人 ( 包括访谈者在内 ) 反复体验病人为.....

这里的关注点在于病人向其他人 ( 包括访谈者在内 ) 所提供的关系。这里所描述的是他人所知觉到的病人的行为模式。

- 其他人 ( 包括访谈者在内 ) 反复体验他们自己 ( 在面对病人时 ) 为.....

这里的关注点在于病人在其他人身上 ( 包括访谈者在内 ) 所激发起的反应、冲动和感受。这里所描述的是病人似乎总能指出的其他人可能会对他做出的那些反应。

#### 4.2.3.3 条目列表

对于体验视角的测评是在条目列表中所包含的条目的基础上做出的，这一列表也可见于附录13.2.1。在这张列表上，四个人际位置由表格中的四列所代表，在这四列中可以标出病人产生关系的模式。反映病人体验的列是浅底色的，而那些记录其他人体验的列则是深底色的。

表格的左边用于标注病人的行为，右边用于标注他的客体（其他人）的行为。在中间的列中，左边和右边的条目在内容上是一致的，其唯一的差异在于其措辞形式（取决于病人或其他人是否构成主语）。在这张列表的帮助下，治疗师能够对四个人际位置中的每一个进行标注，标出那些对于描述病人功能不良的关系模式而言重要的条目。按照规定，最多标出三个条目，因为三个条目已经足以把握住任何一个人际位置的情况了。

鉴于这些条目是用以描述功能不良的行为，因此它们表现出了一个基本的病态化取向。条目中的某一些通过强调条目的性质来表现这一取向（如，病人反复体验自己攻击他人/对他人造成损害），另一些则强调其数量或强度（如，病人反复体验自己非常担忧别人/关心别人）。

病人反复体验自己（面对他人或和他人在一起时） 为 .....		关系主题	病人反复体验他人为 .....	
—	其他人（包括访谈者在内）反复体验病人为 .....		—	其他人（包括访谈者在内）反复体验他们自己 （在面对病人时）为 .....

—	—	1.	允许有大量空间，让他们做他们自己的事情	允许有空间	—	—	1.	允许有大量空间，让他做他自己的事情
		2.	很少给予指导，避免施加影响	指导他人			2.	很少给予指导，避免施加影响
		3.	赞赏、理想化	承认他人			3.	赞赏、理想化
		4.	表现出谦卑的姿态，回避责备	归属责任			4.	表现出谦卑的姿态，回避责备
		5.	表现出侵入式的强烈情感	展示情感			5.	表现出侵入式的强烈情感
		6.	维持和谐，避免表现攻击性	表现攻击性			6.	维持和谐，避免表现攻击性
		7.	非常关心他人，担忧	关爱			7.	非常关心他人，担忧
		8.	不得体地迫使他人注意到他自己	进行接触			8.	不得体地迫使他人注意到他们
		9.	限制空间，进行干涉	允许有空间			9.	限制空间，进行干涉
		10.	进行控制，提出主张和要求	指导他人			10.	进行控制，提出主张和要求
		11.	轻视、贬低、为难他人	承认他人			11.	轻视、贬低、为难他
		12.	指责和责备他人	归属责任			12.	指责和责备他人
		13.	撤回他的情感	展示情感			13.	撤回他们的情感
		14.	做出攻击和破坏	表现攻击性			14.	做出攻击和破坏
		15.	忽略、抛弃	关爱			15.	忽略、抛弃
		16.	不予注意、忽视	进行接触			16.	不予注意、忽视

病人反复体验自己（面对他人或和他人在一起时）	关系主题	病人反复体验他人为……
------------------------	------	-------------

为.....								
其他人( 包括访谈者在内 )反复体验病人为.....					其他人( 包括访谈者在内 )反复体验他们自己( 在 面对病人时 ) 为.....			
		17.	为自己要求空间和独立	要求有自己的 空间			17.	为他们自己要求空间和独立
		18.	公然反抗和抵制	服从			18.	公然反抗和抵制
		19.	自我吹嘘，让他自己成为注意的中 心	做到有自我决 断力			19.	自我吹嘘，让他们自己成为注意的中 心
		20.	否认有任何内疚感	承认有内疚感			20.	否认有任何内疚感
		21.	当他人展示情感时迷失了他自己	接受情感			21.	当他展示情感时迷失了他们自己
		22.	没有给予他自己足够保护，让危险 得以发展	做到自我保护			22.	没有给予他们自己足够保护，让危险 得以发展
		23.	极其依赖他人，黏附	依赖他人			23.	极其依赖他，黏附
		24.	空间里很少有边界，过度卷入	允许进行接触			24.	空间里很少有边界，过度卷入
		25.	避免具有自主性，寻求指导	要求有自己的 空间			25.	避免具有自主性，寻求指导
		26.	顺从、受制于人、放弃权利	服从			26.	顺从、受制于人、放弃权利
		27.	轻视和贬低他自己	做到有自我决 断力			27.	轻视和贬低他们自己
		28.	责怪他自己	承认有内疚感			28.	责怪他们自己

		29.	封闭他自己，从他人的情感中逃离	接受情感			29.	封闭他们自己，从他的情感中逃离
—	—	30.	保护自己，尤其是保护他自己不受攻击，保持警惕	做到自我保护	—	—	30.	保护他们自己不受他的攻击，保持警惕
		31.	不依赖他人，做到自己自足	依赖他人			31.	不依赖他人，做到自己自足
		32.	自我孤立，断绝关系，退缩	允许进行接触			32.	自我孤立，断绝关系，退缩

#### 4.2.3.4 人际行为的环状 ( circumplex ) 模型

条目列表基于的是人际行为的环状模型，这一模型可以追本溯源至Benjamin( 1974 , 1993 )。在这个模型中( 见图4-2 )，不同的人际特质被安置在两个圈中，上面那个圈包含的是与人产生关系行为中主动的模式，指向的是其他人。在下面那个圈中的条目描述的是与人产生关系行为中反应性的，或不涉及客体的模式( 指向其自体 )。每一个圈都有一个横轴，左轴点为“敌意”，右轴点为“友善的依恋”。在上面那个圈中，纵轴的一端代表的是认可自主性的行为，另一端代表的是控制行为。在下面那个圈中，纵轴的一端代表的是自我决断的行为，另一端代表的是对他人服从的行为。在这两个有关**附属关系 ( affiliation )**( 横轴 ) 和相互依赖 ( 纵轴 ) 维度之间任意特定的组合都能够在圈上确定某种关系行为的确切位置。条目的选取和规划设计遵循的是特定的逻辑，在这里我们想简要地说明一下。为了举个例子，让我们来看一下条目7“非常关心他人，担忧”，这一条目的位于上面那个圈中右边的下半象限，这一象限是由正向的附属关系和控制影响 ( 负向的相互依赖 ) 混合组成的。和条目7相对的我们可以找到条目15“忽视、抛弃”，表现的是负向的附属关系和正向的相互依赖 ( 所谓的正向是指的其他人让他一个人去面对和处理问题 )。这两个条目在主题上是彼此相关的，因为它们描述了一个共同关系主题的两种相反的表达方式，这一主题即“关爱”。两个条目下的括号内都列出了这一主题。所有其他在同一个圈中处于相对位置的项目也同样是与一个共同的关系主

题相关联的。

这一模型的逻辑还隐含的另一点是，在上下两个圈中处于相同位置的条目所描述的是彼此互补的关系特质。和刚才所提到的“关爱”的主题互补的“依赖他人”的主题是由条目23“极其依赖他人，黏附”和条目31“不依赖他人，企图做到自给自足”所代表的，而这两条条目都在下面的圈中。因此，每一个关系主题的条目对都有其互补的条目对，用以描述与这一关系主题互补的主题，并且处于另一个圈中和它们相对应的位置上。这意味着两个圈中共32个条目中的每4个在主题上总是相互关联的；与此相对应的是存在八对互补的主题（例如，关爱/依赖他人）。

这种在主题上对条目的分组在临床上是很有意义的，因为我们常常会发现，在功能不良的关系模式中，一个主题领域的几个条目常常是组合在一起的。一些例子可以说明这一点：一个病人能够对其曾经被忽略（条目15）的体验进行这样的加工，以至于她不怎么依赖他人（条目31），她同样也极其关心他人（条目7），而其他人则转而依赖她（条目23）（主题对：关爱/依赖他人）。另一个有着自我价值感问题的病人能表现出这样一种模式：一方面他贬低自己（条目27）并且让他自己看上去极其重要（条目19），与此同时则对其他人又贬低（条目11），又理想化（条目3）（主题对：承认他人/做到有自我决断力）。

图4-2：人际行为的环状（circumplex）模型

## 指向他人的人际行为

- 1、允许有许多空间  
( 允许有空间 )
- 2、尽量少的指导，避免施加影响  
( 指导他人 )

- 15、忽略、抛弃  
( 关爱 )
- 16、不予注意、忽视  
( 进行接触 )

- 13、撤回情感  
( 展现情感 )
- 14、攻击和破坏  
( 表现攻击性 )

- 11、轻视、贬低、为难他人  
( 承认他人 )
- 12、指责和责备他人  
( 归属责任 )

- 9、限制空间，进行干涉  
( 允许有空间 )
- 10、进行控制，提出主张和要  
求

此处的圈图  
是根据图3-1  
所绘

- 3、赞赏、理想化  
( 承认他人 )
- 4、表现谦卑的姿态，回避责备  
( 归属责任 )
- 5、表现出侵入式的强烈情  
感  
( 展现情感 )
- 6、维持和谐，避免表现攻
- 7、非常关心他人，担忧  
( 关爱 )
- 8、不得体地迫使他人注意到他自  
己

### 指向自体的人际行为

17、为自己要求空间和独立

( 要求有自己的空间 )

18、公然反抗和抵制

( 服从 )

31、不依赖他人，做到自己自足

( 依赖他人 )

32、自我孤立，断绝关系，退

29、封闭他自己，从他人的情感中逃离

( 接受情感 )

30、保护自己，尤其是保护自己不受攻击，保持警惕

( 做到自我保护 )

27、轻视和贬低自己

( 做到有自我决断力 )

28、责怪自己

( 承认有内疚感 )

19、自我吹嘘，让他自己成为注意的中心 ( 做到有自我决断力 )

20、否认有任何内疚感

( 承认有内疚感 )

21、当他人展示情感时迷失了自己

( 接受情感 )

22、没有给予自己足够保护，让危险得以发展

23、极其依赖他人，黏附

( 依赖他人 )

24、空间里很少有边界，过度卷入

25、避免具有自主性，寻求指导

( 要求有自己的空间 )

4.2.3.5 关系动力表述

26、顺从、自制、放弃权利

此处的圈图  
是根据图3-1  
所绘



诊断的目的在于形成一个关系动力表述，这一表述能够将四种人际位置互相联系起来。这已经超过了纯粹去描述在关系中发生了些什么，而是对其的扩充和深入，使其成为一种动力性的理解（见Grande 等人，2004a）。当建立了这种联系时，应受到在图4.3中所呈现的图式的指导。图4.3的图式展示了这些人际位置之间的一些典型的联系方式。

从病人的视角来看，时间发生的顺序通常是从右至左的（I.关系动力链环（link））：

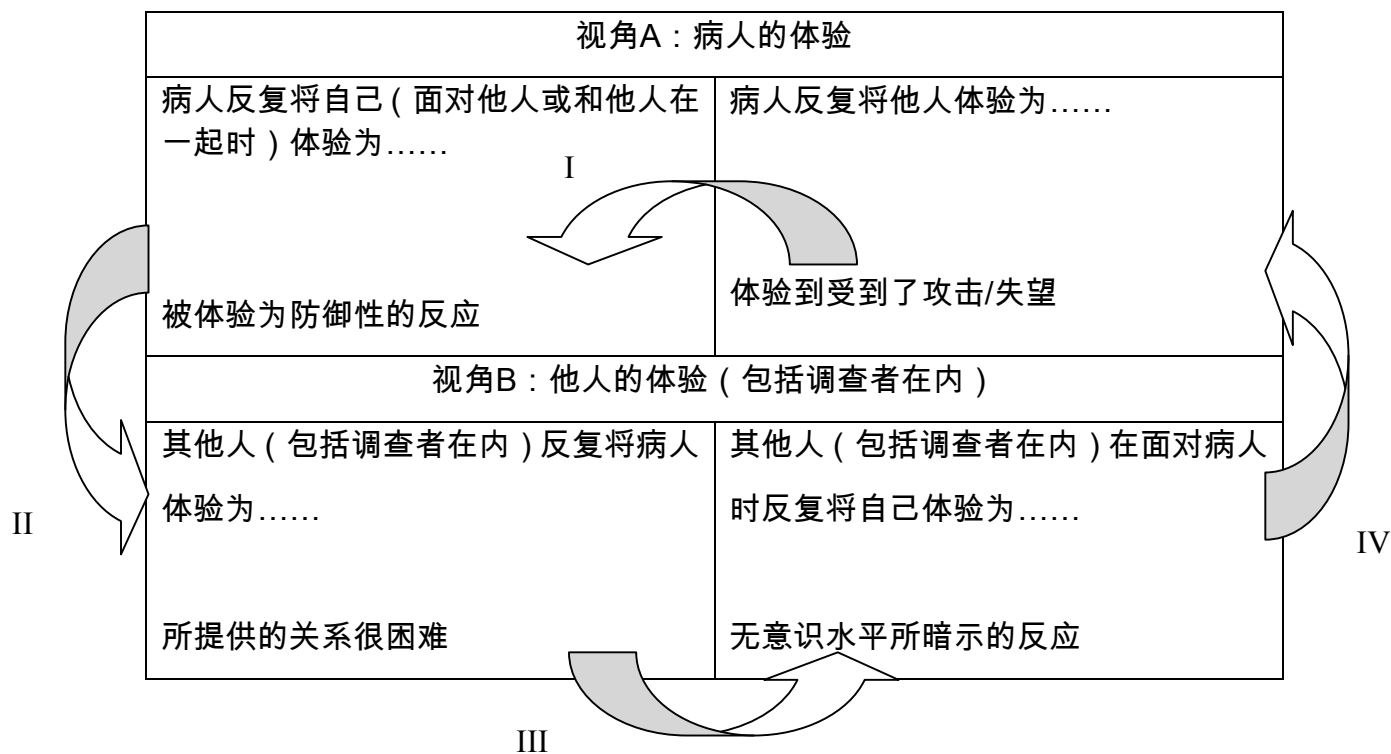


图 4-3：根据OPD而来的关系诊断图式

病人会描述其他人重复和他们产生关系的方式，这些方式可能是让人失望的，不愉快的，或是充满敌意的，而对于这些方式他们则不可避免地会依照自己的体验做出反应。这意味着，从病人自己体验的视角出发，更为主动的行为模式常常会被归结于其他人身上，而更为反应性的模式则被归结于自己。( I.动力关系联结 ( connection ))

从他人的视角和访谈者的视角出发，大多数情况下所看到的则恰恰是截然相反的情况：在这里，病人所描述的对客体的反应似乎是一种有问题的提供关系的方式，这种方式会给其他人带来挑战，让他们陷入混乱纠结的关系之中，或者给他们造成压力等等。在大多数的情况下，正是这些关系行为中病人自己发起行为和积极主动的时刻会被病人所遗忘或忽略，也正是这些导致了在病人自己的知觉和他人的知觉之间产生了显著而特有的差异 ( II.链环 )。

第三个 ( III. ) 动力关系联结从左至右将图表的下半部分的两个区域连了起来。在提供关系的同时，病人也在暗示某些反应，而这些反应可以在反移情中以感受、幻想以及行动的冲动的形式被体验到。

至此，调查者可以来检验一下：如果我顺应了那些病人所暗示的冲动，即我对他所提供的关系应如何做出反应的冲动；那么他对我的行为的体验是否会和他在其他人的行为中所反复体验到的如出一辙呢？这个问题则和将图表的右下部分和右上部分连在一起的IV.链环有关。

如果得以确立这最后一个联结，即它可以和其他的情境相吻合，那么对于关系动力事件的解释也就完整了。现在可以将它总结为一个缩略的表述形式：它描述了一个反馈圈，并且解释了病人如何通过提供关系的方式恰好产生了那些他事实上十分害怕，并且希望避免的反应。就功能不良的关系模式诊断是否成功而言，在反移情中所体验到的冲动与病人对其客体的体

验之间是否匹配是一条决定性的标准。

#### 4.2.3.6 操作程序

关系诊断的标准程序需调查者完成以下三个步骤：

- 第一步，在条目列表中，所有与对功能不良的模式所进行的描述相关的条目都进行了标注，并且完成了对四个人际位置中的每一个位置的标注。这些是在病人体验（与他自己的行为及他人的行为有关的）的视角下其关系中有问题的方面。在这一步骤中，可以选择出的条目数量尚无限制。在评定中，需要注意的是只标注出那些非常典型的和功能不良的条目。
- 第二步，确定四个位置的每一个位置中最为重要的条目，并将它们记录在数据采集单中（表4-4）。每一个位置最多允许选择三个条目。为了尽量简明扼要地把握住功能不良的关系模式，推荐在选择条目时将数量限制在两个以内，甚至仅选择一个，当然，这仅在特定的个案情况允许做出如此选择的情况下才适用。
- 第三步，在一个关系动力表述中确立并总结出像在表4-3中人际位置间所画出的链环。在这里，必须核实之前所展现出来的在反移情的冲动和病人体验其客体的方式之间的联结是否能最终站的住脚。如果这一尝试失败了，那么可能就有必要重新检查对条目的选择；如果有必要的话，必须对其进行更正从而切实可信地完成关系循环圈的绘制。

当选择条目时，必须注意到是不仅要确保一个条目的内容含义的正确性，还应确保其在环状（circumplex）模型中的位置是正确的。这意味着所把握住的关系的某个方面必须和在附属关系及相互依赖这两个维度上的那些特质相对应，而这些特质则是由这一条目在圈上的位置所代表的。举例来说：一个病人报告他自己“十分顺从，听天由命”。这一词属于条目26，而这一条目指向的是“服从”这一关系主题。

然而，这一陈述的上下文背景却显示，病人所谓的“顺从，听天由命”是指他不再想要付出许多努力来满足他人的需要，

他想要做他自己的事情。假设是这样的话，那么他便变得更为独立（正向地相互依赖），而与此同时会和他人拉开距离（负向的附属关系）。这一行为是具有反应性的，并且被置于下圈中的左上象限。在审视了处于这一象限的其他条目之后，发现条目32“自我孤立，断绝关系，退缩”非常契合病人的行为，因此也即成为更为正确的选择。

## 轴II：人际关系

视角A：病人的体验					
病人反复将自己（面对他人或和他人在一起时）体验为……			病人反复将他人体验为……		
条目编号		内容	条目编号		内容
1、	_____	_____	1、	_____	_____
2、	_____	_____	2、	_____	_____
3、	_____	_____	3、	_____	_____

视角B：他人的体验（包括调查者的体验）			
其他人（包括调查者在内）反复将病人体验为……		其他人（包括调查者在内）在面对病人时反复将自己体验为……	
条目编号	内容	条目编号	内容

1、 _____	1、 _____
2、 _____	2、 _____
3、 _____	3、 _____

图4-4：数据评估单——人际关系

4.2.3.7 临床案例

一位32岁的病人在一次抑郁性的自杀危机后被收治入院进行治疗。当他不得不因为某种疾病入院治疗数周时，和他在一起6年之久的女友离开了他——从他的角度来看，这是一次完全出乎其意料之外的举动，他也无法解释其原因。与他如何处理他的关系相关的问题在他的工作关系中表现得很明显：根据他自己的说法，他会担负起十分重要且费神费力的工作，并且能够很好地胜任，但是总是再三地和他的上级起冲突。他们会修改他的决定却又不告知他，而且还会对他所做的安排视而不见，这在他看来，实在是对他的一种约束。这种情况会无端地发生，并且完全是因为这些人有更为权威的地位，这让病人感到很恼怒，而且促使他会不顾一切地、固执地为自己所处的位置而辩护。他觉得自己完全是正确的。这种局面最终会升级为病人收到终止合约的通知，或者病人自己愤然离职。

在与他直接的互动中，他给人的印象是不屈不挠，无坚不摧，就像一块顽石一样。实际上，面对任何问题或是质疑，他都不为所动。他难以置信的镇定是非常具有挑衅意味的，很快就能让别人觉得自己对他无能为力，而且还低他一头。在反移情中，先出现的冲动是和他进行一场权力和控制权的争夺，但随着而来的便是迅速的放弃，因为他实在难以触动。最后，最为强烈的冲动是希望从和他的接触中撤回来。

为这个例子所选择的条目见于图4-5中的评估单中。参考在表4-3中所列出的图式，可以形成以下的关系-动力联结：

病人确信他在工作中干得很出色，并且有权利期待自己的工作得到尊重和承认。但是，他却体验到别人忽视这一点( 16 )，武断地支配他( 10 )，而且很有可能会占他的便宜( 14 )。

## 轴II：人际关系

视角A：病人的体验			
病人反复将自己( 面对他人或和他人在一起时 ) 体验为.....		病人反复将他人体验为.....	
条目编号	内容	条目编号	内容
1、 18	公然反抗和抵制	1、 10	控制他，对他提主张和要求
2、 32	自我孤立、断绝关系、退缩	2、 16	对他视而不见，忽视他
3、 _____	_____	3、 14	攻击他，对他造成损害

视角B：他人的体验( 包括调查者的体验 )			
其他人( 包括调查者在内 ) 反复将病人体验为.....		其他人( 包括调查者在内 ) 在面对病人时反复将自己体验为.....	
条目编号	内容	条目编号	内容
1、 10	进行控制，做出主张和要求	1、 18	公开反抗和抵制
2、 17	要求有自己的空间和独立性	2、 26	顺从、受制于人、放弃权利

3、 11 轻视、贬低和为难他人	3、 32 孤立、断绝关系、退缩
------------------	------------------

图4-5：数据评估单：一位32岁病人的例子

从外部的视角来看，病人所表现出的顽固是对于他人的不合理的要求（17）所做出的合理的反应，这一顽固实际上是一种不可辩驳、不可商量的、支配性的主张（10）。他以居高临下的姿态做出了这一主张（11），而且没有任何自我怀疑的迹象。

通过这样的行为表现，病人让其他人感到愤怒，从他们身上激发起了一种顽固的抵制（18），但是，这一抵制毫无用处，所以便加深了他们无能为力的感受（26）。这导致其他人断绝和他的协商与谈判，转而离开他（32）。（和病人上级认同的调查者可以想象到，鉴于和病人协商谈判是毫无结果的，这些上级最终会在不和他商量的情况下做出决定。同样，他也可以想象，病人的女友之所以选择了这样一个时间分手，是为了让自己避免一次争吵。）

每当其他人断绝和病人的联系（32），并且停止和他进行协商谈判时，这在他看来意味着他又一次被忽视了（16），再次受到了攻击和损害（14），并且被其他人随心所欲地支配了（10）。

这最后一个联结（IV.）和上面的联结相吻合，因此也就证实了所被选择用来描述功能不良的关系模式的条目是正确的。

#### 4.2.4 对于主题和资源的 评定

实际使用OPD的经验表明，在其某些应用领域中，标准的程序过于费时费力，而不那么复杂的关系诊断就能够符合这些领域的需要。例如，对病人处理其关系的某些有问题的方面所进行的常规诊断只是为了确定其大体方向，便是上面所提到的一种情况。在一个研究情境下，对关系模式进行个人化的评定是否有意义则要取决于每个研究的兴趣所在。因此，对于主题和资源的评定所代表的是一种极大简化了诊断程序，但与此同时又完全符合个人化诊断的基本结构的工具，

#### 4.2.4.1 关系主题

对于确立关系主题之间的链环联系而言，最为简单的方法可能便是通过在图4-2中呈现的人际行为环状 (circumplex) 模型的方式来确立。正如已经解释过的那样，来自这一模型中的条目可以被归类为四个一组，这四个条目之间在主题上是彼此相联系的。例如，关系主题“关爱”是和两种互相对立的产生关系的形式联系在一起的，这两种形式都描述了偏离了恰当的“关爱”方式因而变得有问题的行为偏差：“忽略、抛弃”(条目15)意味着没有给予足够的关爱，而“非常关心他人，担忧”所表达的则是过多的关爱。与之相对应的，在与“关爱”互补的主题“依赖他人”中，也有两种变异形式(条目31“不依赖他人，做到自给自足”，条目23“极其依赖他人，黏附”)。在OPD-2简化的关系诊断中，系统地使用了被称之为对于关系主题和资源的评定，即存在一种恰当的产生关系的方式和其朝向“过多”和“过少”两端的、有问题的行为偏差的概念。完整的评定表格可见于第13.7 章节。图4-6呈现的是表格的一部分，在这一部分中展现的是两个主题及其相应的互补主题：“关爱/依赖他人”及“指导他人/服从”。在图中，两个主题对都分别以加粗的表格线相互隔开。

中央一列描述的是作为一种能力的关系主题，即其表现为一种恰当的行为。如果一个病人能够让自己从这种能力中获益，并能使用这种能力，他便拥有了一种关系资源，并可在“R”(=“资源 (Resource)”) 栏中进行标注。关系资源或许可以具有治疗的意义，因为它们建立起一个完好的基础，而治疗师可以将他和病人的合作关系建立在这一基础之上。左面和右面的表格栏描述的是关系主题功能不良的变异形式，每一边都包含两个水平。将行为定级在这些水平之上使得我们可以去描述，就功能良好的行为的偏离而言，其程度之间的差异，从而在诊断上能够标定更为广阔的有关不恰当的关系行为的谱系。不过，在评定时，将行为标定为功能不良的类型是按照类型来分的，并没有考虑其强度。因此，图4-6中最左和最右一栏均只留了一个用于标注的空间。



图4-6：对关系主题和资源的评定

功能不良的变异形式 “过少”		P	关系 主题	R	功能不良的变异形式 “过多”	
	根本不关心他人，抛弃他人		很少关心他人，忽略他人		对他人表现出恰当的关心和担忧	
	声称自己完全自给自足，完全无需任何帮助		很少表现出需要和依靠他人		表现出非常需要他人，很依赖他人	
	躲避对他人造成任何影响		更倾向于避免给人造成影响，尽可能少地指导他人		控制他人，提出主张和要求	
	公开抗拒和抵制任何规则		很快表现出抵制的姿态，喜欢公开抗拒他人		（根据其各自的角色）能够给予他人恰当的教导和指导	
			（根据其各自的角色）能够恰当地表现出服从和顺从		很快就顺从他人，很快就收回自己的意见	
					完全屈服，妥协和放弃自己的权利	

#### 4.2.4.2 操作程序

在关系诊断中，对于主题和资源的评定需要四个步骤：

- 诊断者从左面和右面两列靠外的栏目开始对病人所有功能不良的关系模式进行标注。做法是——核实这些描述是否符合病人。在这一阶段中，标注的数目是没有限制的。

- 在下一步中，诊断者要决定在这些模式中，哪些是和病人的障碍最为相关的，然后开始在标有“P”(=问题( Problem ))的一栏中对关系主题进行标注。通过这种方式，他应标注出两个主题，即这两个主题便被作为问题而选择出来。
- 然后，根据以下这个一般化的形式“病人倾向于[功能不良的行为]，而非[关系主题]”，做出一种表述。例如，“病人倾向于公开反抗任何的规则，而不是恰当地服从他所被期待扮演的角色”。这一表述在描述层面对所存在的问题以及治疗目标进行了界定，因而便为治疗确定了一个方向。
- 最后，调查者应检查病人是否在某一个关系主题中存在特别出众的能力，且在这一关系主题上没有标出任何功能不良的情况。如果是的话，那么这种能力应在“R”栏中被作为一种资源标注出来。

#### 4.2.4.3 反移情

和标准程序不同的是，对于主题和资源的评定并没有明确地考虑到其他人（及调查者）对病人的反应。尽管如此，当确定问题主题时，反移情也有着重要的作用。调查者必须考察，病人通过其所提供的关系向自己暗示了自己应采取何种反应，而这些反应又应归属于哪些主题。例如，他可以在评定单上标出病人在关系中有严重的黏附行为，从而带给其他人压力。同时，他可能会注意到，他被诱使对病人放手，并且注意不到其所处的困境。黏附的行为，以及因此而导致的拒绝或忽略的冲动属于一对互补的主题“关爱/依赖他人”（见附录13.2.2）。通过将反移情考虑在内，这对主题即被确认为有问题的关系主题。

#### 4.2.4.4 临床实例

在刚才所描述的32岁病人的例子中，最为重要的问题被确定为：“病人倾向于公开反抗任何的规则，而不是恰当地服从他所被期待扮演的角色”。位居第二且有些类似的问题是：“病人倾向于用自己的方式做所有事情，而不是以恰当的方式灵活而独立地发展，并能同时尊重他人。”在这个案例描述中所引述的反移情反应（表4-5）“公开反抗和抵制”（18）及“顺从、受制于人、放弃权利”（26）确认了第一个问题主题。对于这个病人来说，无法标注出任何人际资源。

### 04.3 轴III——冲突

与ICD-10和DSM的分类性诊断体系相反，几乎所有的经验研究都显示出精神现象是有连续性的（如抑郁的严重性可以表现为由中度到重度）。有关冲突的诊断也是如此，纬度的连续性模式可以把人类正常的与张力有关的作为亚临床现象的冲突和这些冲突的转换体——与临床相关的可描述的冲突区别开来。另外，运用连续性模式，可以更好的理解结构水平较低或未整合水平的个体的冲突性图式。运用纬度的模式，结构性缺陷也表现为从功能正常到严重缺陷的连续性。

所有个体都是其与生俱来的以动机为基础的有意识和无意识的冲突所编织的网络的一部分。由于个人的经

历不同，张力性冲突有其自身的特点，反映在个体的经验和行为模式中。传统上，用精神动力学的术语，这被描述为神经症性结构，即个体成长过程中形成的动机性结构间的相互作用。

健康相关		神经症性障碍		结构性障碍
( 1 . )与压力相关的亚临床性冲突 ；可能“强调人格”或	→	( 1 . ) 神经症性冲突，在人际间和个体内部有功能失调性的重复模式。	→	有时多种冲突性图式交互存在于结构水平较低的个体 ( OPD轴IV )
新出现的动机相关的冲突 ,缺乏有关冲突的功能失调性的重复模式。				
( 2 . )应激相关的冲突 ( 应激产生的冲突 )	→	( 2 . )神经症性( 冲突相关的 )人格障碍		

表4-7：冲突水平的模式

第一水平的冲突难以进行临床性的描述，因为既没有症状，也没有障碍的其它征兆。在OPD访谈中，这些个体能够追忆他们生命中具有冲突性和应激性的阶段。他们能够以与访谈者反移情相一致的方式回忆相关的情感，他们能够试图掌控或者解决这些冲突性的应激。于是，这种包含应激阶段的访谈将有可能识别出没有障碍却有冲突的“健康”个体。在严重的应激状态下，这些个体可能发展出与冲突相关的心身症状，这属于适应障碍。这些应激性冲突(应激所致的冲突)必须区别于病人持久的功能失调性的神经症性冲突，这在其经历中有所体现。

持久的功能失调性冲突见于冲突相关的人格障碍和/或重复性神经症性冲突的个体。在冲突相关的人格障碍中，有长期的与临床相关（通常是自我和谐）的体验障碍和行为障碍（如缺乏复杂临床症状的强迫性人格障碍患者有不同的体验障碍和行为障碍）。而传统的神经症性冲突伴有的临床症状对个体内部和/或人际均有影响。这些冲突不是最佳的解决方式，而是功能失调性的（从疾病中获益），在个体经历中不断重复出现（强迫性重复；习得行为）。当环境充满诱惑、挫折、达到某种极限、或者由内部和外部扳机事件激发时（扳机环境），动机就会产生矛盾。例如，当个体借助外部幸运的环境，能够成功的平衡矛盾性的动机时，临床症状也就产生了。

回忆性场景和实际的诊断性场景对于冲突的诊断都很重要，前者可以被重新激活，对于后者，冲突的动力

性在人际间和个体内部都很明显 ( 移情——反移情 )，接近于体验的水平，并且决定着行为，这依赖于冲突的主题，通过明显的主导情感表达出来。在诊断冲突时，诊断者还需要把自己的冲突、偏见、价值判断和标准 ( 有关自己的移情；Heuft，1990 ) 与病人和诊断者之间产生的神经症性冲突性张力区别开。评估冲突模式 ( 主动与被动 ) 的时间窗是过去的两个月，在这个时间段内，个体重复性的功能失调性的冲突模式通过可以辨别的体验障碍和行为障碍或神经症性症状得以展示。

对于结构水平较低或结构未整合的患者，几乎所有的冲突主题都会在关系阶段中识别出来 ( cf. Ch. 3.6.2 )，并且有一个个体发展所形成的焦点。通常，冲突的主题是朦胧的，在诊断中，其重要性会迅速变化，缺乏稳定的形态。这一观察显示出低结构水平的患者没有持久的重复性的冲突，对于这类患者的冲突，我们不妨称为冲突图式 ( schemas )。

### 冲突评估

在冲突轴的临床应用中，只需要诊断两个重要的冲突和第一冲突的模式 ( 主动和被动 )，评估的时间窗是此时此地，即访谈中可以证实的过去两个月内的重复性冲突。也就是说，所评估的不是过去几年中已经平衡的很好的矛盾，而是此时此刻的冲突 ( 如，从长远看，病人显示出照顾和自给自足冲突的主动模式，然而，临床上代偿不全的被动模式更显突出，于是给出被动模式的诊断 )。

#### 评估冲突的初步问题

A ) 由于缺乏诊断保证 , 不能评估冲突。	是	否
B ) 由于结构的整合水平低 , 不能清晰的识别出功能失调性的冲突模式 , 而只能识别出冲突性图式。	是	否
C ) 由于承认冲突和防御了情感 , 不能评定冲突轴。	是	否
D ) 引起冲突的应激 ( 应激引发的冲突 ) , 而没有任何重大的功能失调性的重复性冲突模式。	是	否

E ) 重复的失功能性冲突	缺失	不重要	重要	非常重要	不可评估
1 . 个体化与依赖	①	②	③	④	⑤
2 . 屈从与控制	①	②	③	④	⑤
3 . 需要照顾与自给自足	①	②	③	④	⑤

足					
4 . 自体价值冲突	①	①	②	③	⑨
5 . 内疚冲突	①	①	②	③	⑨
6 . 俄狄浦斯冲突	①	①	②	③	⑨
7 . 身份冲突	①	①	②	③	⑨

主要冲突：\_\_\_\_\_第二冲突：\_\_\_\_\_

处理主要冲突的模式	主要是 混 合 混 合 主要是 不可评 主动的 的，但 的，但 被动的 估 主要是 主要是 主动的 被动的				
	①	①	②	③	⑨

表4-8：冲突评估图式

冲突评估图式 ( 表4-8 ) 清楚地显示出冲突轴的诊断步骤。以下是详细的解释和用法说明。



#### A) 无诊断保证

在评估冲突前，评估者必须检查轴III是否能够评估。例如，经历了严重交通事故的病人存在急性应激反应，评估者经过30分钟的访谈，从专业的角度，确信这是一种“正常化”的精神反应。或者，由于病人的不合作得不到足够的材料（评：“是”）。

#### B) 无明显冲突

如果病人的结构水平较低，从操作的意义上讲，一般不能发现他们有明显的冲突。甚至对于结构整合水平低等到中等的患者，其多种形式的冲突图式在很大程度上决定了症状，从而影响到对冲突的评估（评：“是”）。

#### C) 防御损害了患者对冲突和情感的感知。

需要进一步检查防御是否损伤了患者对冲突和情感的识别能力。

表4-3：防御损害了对冲突和情感的感知

防御损伤了对冲突和情感的感知
一般描述

指忽略了存在于自身的以及人际间的冲突 ,对感知自己和他人的情感与需要有困难。在这里 ,文化 ( 对于精神症状和疾病的描述 ) 的影响非常重要。我们处理的是夸张的防御 ,从保护功能的意义上讲 ,这种防御带有回避的目的 ,并试图处理个体内部和人际间的张力。由于缺乏情感或情感被拒绝 ,所以没有主导情感。 防御 ( 压抑、合理化、隔离、否认 ) 的主要目的是回避痛苦的情感 ,享乐的情感在最小程度上与防御整合在一起。所以 ,访谈中很少有冲突性的材料可用。这些人的生活以及与人的关系好像完全避免了张力 ,并且受到习俗的强烈影响 ,尽管评估者有某种理由怀疑存在张力和冲突。他们的生活似乎从来没有任何问题。他们的体验和外部生活通常描述为“一切正常。”他们也从不提及有关他人的情感和冲突 (“一切很好 ,我很好”——“我与任何人关系很好 ,没有问题”;或者以一种技术性的方式解决冲突(“我将很好的处理 ,不用焦虑 !”;“我们会像成人一样很敏锐的挑选”)。他们把出现在自己和他人身上的强烈的情感看作是一种妨碍并且认为是可以忽略的。他们主动的处理应激性的生活环境和事件。当个体的防

御失败时 ,就会出现躯体化症状。当评估者识别出可能的精神症状时 ,病人往往认为这不重要。有时 ,病人会因为自己是“不容易激动”的人而感到某种程度的满意。

情感保持始终如一或者理性化 ,令评估者很难获得一个有关被评估者及其内心的清晰画面。乏味和厌倦是常见的反移情。由于病人的防御 ,评估者可能会产生愤怒。关于治疗 ,这些病人常常没有动机并且很困难。另外 ,结构能力下降的个体 ,他们对自体 and 客体的感知能力以及自我调控能力受到损伤 ,所以对自体和他人的情感的识别能力也下降。结构受损的个体 ,有明显的痛苦情感 ,而对于因防御损害了对冲突和情感的识别的个体 ,这些痛苦情感是不存在的。

生活领域

原生家庭

家庭关系以不变的、低情感的、实际的方式描述为“没有问题”, 尽管有时存在真实的困难。习俗决定个体如何与他人的交往。明显的代际冲突要么被忽略 ,要么以极大的努力在实际水平解决。与原生家庭分

离或继续留在原生家庭似乎都很实际，并无摩擦。
伴侣关系/家庭
强调家庭生活的正常性和功能性。关系的改变，如分离，仅仅看作是事实。丈夫/妻子/孩子被简单的看作是正常生活的一部分，伴侣关系常由于外部的原因而变化。
工作
这些人选择以事实为取向的工作。如果与他人的关系处理的好，他们一般是成功的。他们把做事情看得很重要。由于出色的表现和强调事实，同事和上级都很欣赏他们，但是由于他们不关心关系中的情感，偶尔会陷入不可思议的冲突中。
社会环境
在社会生活中，强调功能性，主动回避情感和冲突。
财产
以关注事实的方式处理财产，强调功能性(“个体必须因其所有而幸福”；

金钱不是“一切”)。有时，他们对物质比对有生命的客体更有情感。
身体/性
以事实和理性的方式对待自己的身体。身体必须像机器一样运行。几乎不可能感觉到身体的愉悦，性“功能”对于显示正常性很重要。否认改变和衰老，或求助于美容。
疾病
把疾病体验为是命中注定的事情，没有明显的情感卷入，或者认为疾病是一个需要技术性解决的问题。表面上，他们对医生的“修理工作”具有较好的依从性。他们关于疾病的躯体的概念使得他们倾向于选择技术性治疗，很难有动机接受理治疗。

防御损害了对冲突和情感的感知

典型病例：不知道一切的女人

A 女士，50岁，是由大学诊所的肠道科医生介绍来的。她有一年多的腹部不适，如痉挛性疼痛、腹泻与便秘交替、分泌粘液、入厕频繁。彻底的胃肠检查未发现有引起这些症状的器质性原因。诊断是“肠激惹综合

症”。

当问到为何来心身门诊时，A 女士说她不知道为什么，毕竟她的问题在腹部而不是脑子里。

她是个家庭主妇，有两个儿子，小儿子一年前搬出家住。当问到她对此有何感觉时，她说：“很好啊，生活就是这样。”他的丈夫是个电气工程师，并经常因为工作而离开她。她说自己对此并不在意，这是他工作的一部分。他们相处得很好，没有关系问题。

她以老调的方式，尽可能做好家庭事务，她认为与邻居保持好的关系同样很重要。过去，她的父母教育她要与所有人保持良好的关系。

小儿子离开后，她在面包店找了一份工作，直到最近才引起了她的注意。她的同事对她有抱怨，直到现在她也不知道为什么。她总是尽自己最大努力尽可能的按照规章制度工作，对同事的闲谈却不感兴趣。对于腹部不适她并不焦虑，因为她确信医生最终会找到原因并解决。此时评估者开始感到厌倦，并连续打了几个哈欠。在进一步的访谈中，谈到他的丈夫，评估者了解到她的丈夫最近告诉她有了婚外情并打算与她分开。他丈夫试图与她谈论这些话题，但她拒绝相信这些。丈夫接近并感受与妻子的亲密是困难的：她会花费更多的时间用于家务，确保家里井然有序，却很少与丈夫一起活动。尽管结婚30年，丈夫对她的过去却了解很少。从她姐姐那里得知当她们还是孩子的时候，没有得到父母情感上的照顾并经常挨打。

#### D) 引起冲突的应激 ( 应激引发的冲突 )

在评估许多具体的冲突前，必须最终确定患者的症状是否或多或少的可以追溯到应激引发的冲突。

表4-4：引起冲突的应激 ( 应激引发的冲突 )

引起冲突的应激 ( 应激引发的冲突 )
一般标准
重大或者非常严重的应激可导致病人的动机系统产生矛盾，病人所呈现出的具体的内在和外在需求，可以充分解释这种矛盾，从适应障碍的角度 ( 观察期：过去六个月 )，这通常又可以解释病人的精神和/或躯体症状。不是每一个生活应激源 ( 如配偶死亡、离婚 ) 都是冲突性应激。重要的是有关特定应激的主观性意义 ( 通过早已存在的关于动机的冲突性张力来理解 )。引起适应障碍的可能性是由以下因素决定的： ( 1 . ) 内在关于动机的冲突性张力的强度和外部应激的强度。 ( 2 . ) 可获取的资源 ( 易患性、防御、结构、弹性、社会支持等 )。

应激引起的冲突是一个真实的冲突,因为它在表达时带有人类动机的矛盾性(个体化与独立,照顾与自给自足,自体价值调节等),并且使先前存在的冲突处于张力之中。主导情感与重复性功能失调性的冲突所伴有的情感相似。应激引发的冲突具有冲突性的外观,就像基本的动机性的模式一样,如个体化与独立,照顾与自给自足,决定了内部体验,但是从前述的意义上讲,没有一个冲突会作为一个持续的功能失调性的模式呈现。此外,可能会呈现出不同类型的功能失调性的内在冲突模式。但是,必须清楚:如果内在和/或外在的应激事件激活了一个明显的、重复的或者持续的功能失调性的冲突模式并导致症状形成,我们面对的就是一个引发关于动机的重复性冲突的扳机情景而不是一个引发冲突的应激源。

一般来说,处理应激能力的下降称为易感性。首先,这是由动机的冲突性张力所决定的。第二,由个体通过自身的社会交往长期发展起来的结构性能力所决定。第三,由个体的生物遗传性(如天生的智力低下,老年性痴呆)所决定。动机系统冲突的易感性是指结构因素和生



物学因素相互作用，大多数病例符合ICD——10适应障碍的诊断。然而，适应障碍同样可发生于没有结构或生物易感性的病例（见轴V）。应激引发的冲突必须与创伤后应激障碍（PTSD）相鉴别。导致PTSD的创伤情景是强度最大的应激。这些病例的精神压力非常明显（对我功能和防御能力有过度的要求），以至于动机性冲突很难发展，却出现了典型的临床症状：侵入、情感淡漠和分离症状。不是所有的创伤性情景都会导致PTSD，所以还需把注意力重新放在动机系统的冲突性张力、结构功能和个体的生物性上。一般说来，主动模式和被动模式都有可能用来处理外部应激。

模式/类型/主导情感/反移情/交互作用：就其强度而言，与其它冲突一致，决定于涉及哪一个动机系统。

被动模式	主动模式
一般标准	
面对严重应激，个体常以退缩、	积极的、反恐惧的体验、行为和

调节和放弃的形式被动应对。	动作，强调防御。
生活领域	
关于个别生活领域的标准，就其强度而言，与其它冲突的被动模式的强度一致，取决于涉及哪一个动机系统。	关于个别生活领域的标准，就其强度而言，与其它冲突的被动模式的强度一致，取决于涉及哪一个动机系统。

### 应激引发的冲突——被动模式

#### 典型病例：高级主管

几年前，45岁的B先生更换了工作，在一家大型工厂担任了高级主管。这个工厂处于经济薄弱的地区，被看作是一个有着很大潜力的创新型公司。他在公司的管理工作给他带来长期的收入，他有一个妻子、两个女儿（分别是七岁和九岁），在公司附近贷款盖了房子，之所以没有租房子，是因为工厂附近没有可供一个家庭租用的空间。

在初始访谈的两年前，公司由于管理层不择手段的犯罪行为，资金崩溃，最终破产了。某些负责任的人也消失了。B先生被突然解雇，他从此难以支付房屋贷款。在这个经济薄弱的地方不可能再找到另外一家公司

了。卖房子也失败了，因为在这个地方许多人都失业了，也不可能期望感兴趣的人来这里买房子。B先生的妻子带着两个孩子回到她的父母家。夫妻双方对于婚姻的前途也不能确定。B先生感到一种无助的愤怒：“我不知如何处理，好像陷入一种被压迫的状态。”

与此同时，这种崩溃的感觉导致了一种顺从的行为，一种宿命论。这与自我贬低有关：无论职业还是经济，都是一个失败者。B先生在认知上有这样的观念：他无法预知公司因管理层的犯罪而破产。然而在情感上，他看不到任何方式能让自己走出这些情绪。在症状水平上，被认为是中度抑郁。

在初始访谈和随后的诊断性会谈中，这种印象不断的得到验证，即直到公司破产前，B先生都有能力处理他的情感伤害，以灵活的方式努力获得权利而不是顺从。没有迹象表明他有重复性功能失调性的冲突和关系模式，结构整合水平为中到好。

### 应激引发的冲突——主动模式

#### 典型病例：一个寡妇

病人70岁，曾因慢性结膜炎，角膜混浊和泪液缺乏而在大学的眼科诊所就诊。然而却没有器质性的解释。持续的视力损害迫使她不能再开车了。与此同时，中度的关节炎又使她不能行走，她住在郊区，与为数不多的几个只有开车才能到达的朋友断了联系。从精神病理的角度看，她有明显的无助和失望的抑郁情绪。

在访谈中，给人的深刻印象是她在寻求帮助但对未来失去的信心，没有急性自杀。既往无任何精神病史或持久的冲突性行为模式。三年前，他丈夫因为心脏病发作突然死去。他们曾经在一起有意识的适应守寡的状态，丈夫死后，她试图继续保持自己过去井然有序的生活（主动模式）。于是，她的心理社会方面能够很好的适应。眼部疾病的巨大限制全面削弱了她的应对能力，并且导致了抑郁症状。在门诊的短期心理治疗中，病人成功的稳定住自己。眼部疾病也得到明显改善。与此同时，由于她澄清了这种应激引起的冲突(照顾与自给自足)，她有意识的走出家门与一位邻居建立起朋友关系。

#### 4.3.1 个体化与依赖

表4-5 ;: 冲突1——个体化与依赖

个体化与依赖
依恋和关系对个体存在具有重要意义，分布在两极之间，一极是渴望亲密关系和共生性亲近（依赖性），另一极是努力获得独立性和保持明显的距离（强有力的个体化）。个体化和依赖是人类生活和体验的基本成分，与生俱来的体现在生活的各个方面。当这个基本的双极性张力转化成冲突性的极化状态时，就会产生持久的冲突。只有当个体

化和依赖在个体经历中起到重要的存在意义并被固化时,才会出现冲突:这一冲突包含了对寻找或回避亲密体验的激活,而不是形成照顾或缺乏照顾的关系。个体化和依赖的主题是处理与自己在一起/与他人在一起的问题。在病理性的冲突中,这个问题有些不同。从存在的必要性来讲,它是指不得不与自己在一起/不得不与他人在一起。这一点需要和照顾——自给自足的冲突相区别:后者是照顾自己与照顾他人的冲突(有能力这样做)。

被动模式	主动模式
一般标准	
病人不惜一切代价地努力建立与他人亲密和安全的关系。回避责任和独立,个人的愿望服从于重要的他人,避免对亲密关系造成威胁。淡化或否认关系中的冲突	在与人的关系中,努力建立情感上以及现实中有些夸张的独立性。生活的所有方面都体现着争取自主和独立的持续努力。必须压抑自己向别人学习的需要、亲

和分歧。自体感知具有无助、虚弱和依赖他人的特点。主导情感是对实际的和有威胁性的客体性丧失、分离和孤独的恐惧。反移情是体验到担心和责任感，同时融合了对建立亲密关系有着强烈愿望的恐惧和窒息中的挣扎。	密感和依恋。自体感知为强有力的自理能力，确信不需要任何人。主导情感是恐惧亲密感、被吞没感和窒息感。反移情是对病人几乎不需要负责任，不需要照顾和保护，却担心（病人）防御了依赖的愿望。
生活领域	
原生家庭	
内在的态度是不想长大，在自体理解和实际的人际关系中，主要地位是“孩子”（持续住在父母家中，或经常与自己的原生家庭保持联系）。关于个体早期关系的评价，这些病人常在积极和消极间波	个体内在和外在均有强烈要求从家中搬出，接受丧失和不利决定了与原生家庭的关系。常过早的离开家庭（“很早就离开家”）。与家庭经常有强烈的冲突并导致关系破坏。否认儿子/女儿的角色。常

动。维持自己的家庭背景没有一点儿不利因素，也没有阻力。	贬低个体早期关系的重要性。在一定程度上，为了防御重复出现的痛苦记忆，他们表面上显得很积极。
家庭/伴侣	
病人自愿处于从属地位，通过选择合适的伴侣及相应的关系，病人才感到安全。在亲密关系中，放弃自己的主动性和利益，并把责任交给对方。必须阻止或否认分歧。通常，他们试图平衡存在的差异，淡化冲突或者通过顺从迅速的终止冲突（“我不想争吵”）。否认变化或对变化进行合理化，尤其是那些导致独立性的变化。	在选择伴侣和处理关系中，只有获得了充分的独立性，才会发展出亲密的关系。在这个条件下，双方平等的自理性依恋需求可能会使关系长期保持稳定。当依恋需求彼此相反时，就会出现依赖愿望并产生张力。由于这种倾向的差异性以及这些病人不得不以他们的关系模式生活，往往会产生强烈的冲突。这些冲突的出现

	<p>是为了确保个体的独立性和保持距离，与此同时还要维持关系。</p> <p>朝向独立的努力，一方面使得独立性得到发展，另一方面也损害了伴侣的利益。</p>
工作/职业生涯	
<p>在职业生涯中，这些病人倾向于寻找次要的和能够做出贡献的任务，羞于承担责任和接受成绩。回避竞争和晋升，因为这会威胁到亲密和依恋。工作中具有合作性，但绝不试图超越平均水平。他们甚至倾向于没有事业。与同事的团结以及归属公司的感觉对他们很重要。他们长时间保持一</p>	<p>在职业中，这些病人努力争取独立和自治。他们努力选择小型职业，因为这有可能提供最大程度的自治和独立，而没有合作的必要性和竞争的可能性。职业或经济的成功是第二位的。在实施工作任务时，他们倾向于独立。他们在团队中工作时常常出现问题，他们常与同事和上司发生冲</p>



份工作，与公司共度危机，并常常接受不利条件。甚至当健康状况不佳时或成绩下降时，也不愿停止他们的职业活动。	突。经常变换工作或职业。尽管有这些限制，他们仍能获得经济上的成功。
财产和金钱	
财产和金钱用于建立关系和确保依恋。所以对于财产和金钱，他们既追求又放弃。当关系受到威胁时，就会很快的放弃财产和金钱。慷慨和慈善可能与建立和加强亲密关系有关。反过来，如果财产约束了他们，或者说财产导致承担责任和必须积极参与，他们就可能放弃财产。	争取好的经济状况的目的是建立独立的基础。财产用来获得必要的独立性。财产可作为关系的替代。或者，因为经济会产生依赖，他们回避经济责任。在极端的例子中，他们追求没有财产的状态，这代表了理想的完全的独立，从现象上与被动模式一样。
社会环境	

<p>在社会环境里，寻求与多种群体的联系。在这一背景下，有强烈归属感和共同理想的群体具有特别的吸引力。病人努力与该群体融合，归属感非常重要。他们参与组织（在有限的程度上）和管理这些群体。</p>	<p>避免归属某个群体。全面的社交比较少。倾向于变化的和短期的社交。他们寻找符合独立思想的社交机会，比如“闲聊”。一般来讲，他们倾向于忽视或贬低社会义务。</p>
<p>身体/性</p>	
<p>身体的需要（如躯体照顾、性）及其维持从属于亲密关系的需要。身体的需要和受限只有在不妨碍亲密关系的时，才被认可。身体的需要也被用于产生依赖和亲密关系。身体的改变和受限制（残疾，衰老）被用于加强依恋</p>	<p>尽可能忽视身体的需要和受限制，否则会产生依赖和紧密关系。锻炼身体是获得独立性的一种方法。尤其忽视与年龄有关的受限制和工作能力的下降，并常以夸大的年轻来掩饰。性行为不忠实或被压抑。</p>

<p>和亲密关系 (“我依赖你”)。性被用于保护亲密关系的需要，个人愿望不被重视。</p>	
<p>疾病</p>	
<p>疾病使得依赖和紧密关系的可能性更强。他们提供了医学上和客观上合理的依赖需要。这些病人的特点是经常看医生，一连数年接受内科医生的治疗，他们是“忠诚”的病人。治疗中，他们几乎不能自立，以持续生病为代价争取持续的治疗。他们试图与“他们的”内科医生建立非常紧密的关系。</p>	<p>疾病对独立性是有威胁的。他们常常忽视症状和后果，在疾病后期，绝对需要治疗时，他们才接受治疗。他们害怕治疗会威胁到他们的独立性，他们经常公开的拒绝或隐蔽的破坏治疗计划。治疗依从性很差。这些病人尽量保持与医生的距离，常产生医患冲突，为了避免对医生的依恋，他们经常更换医生。</p>

## 个体化与依赖——被动模式

### 典型病例：一个家庭主妇

L女士，52岁，在初始访谈时给人以谦虚的印象。开始给她安排的是澄清性的访谈，可她却想证实这是否就已经属于每周都要进行的常规性的心理治疗。她说她的家庭医生上周建议她看心理治疗师，她也确信这样会得到帮助。一年以来，她感到沮丧、怀疑自我价值、容易哭泣、有孤独感、疲劳感和枯竭感。另外，有睡眠障碍，关节痛和头痛。针对可能引起这些症状的原因已经做了医学检查，并未发现异常。这些不适开始于她24岁的女儿离开家，与男友生活在一起，尽管离家不是太远。从那时起，她们彼此很少见面，尽管以前她们的关系很亲密，就像姐妹一样，分享彼此的信心。她不理解女儿为何离开她，她猜测可能是她男友的原因。随后，20岁的儿子去上大学，他去了一个很愿意去的大城市，虽然离家很远，但他好像并不在意。现在，他很少回来，仅仅在需要拿物品的时候才回来，而且这样的次数也越来越少。以前，当儿子在中学的时候，她总是分享他的兴趣，当他与女友发生问题时，她就支持和安慰他，给他许多建议。她想念两个孩子，这好像是她的整个世界。

如果仅仅是这些，还不是足够的糟糕，与丈夫的关系也出现了问题。他突然变得很奇怪。他们的婚姻不顺已经有几年了，但也快维持到银婚了。她18岁结婚，婚后很快就怀孕了。她并不太在意，因为这样可以很快离开她原来的家。因为在她家里，每一个人都以自己的方式生活，没有让整个家庭聚在一起的温暖，没

有真正的凝聚力。很快，他丈夫开始明显的酗酒，有时打他。作为一个男人，他总是满足自己的需要，而她总是依着他，尽管有时自己并不喜欢，她认为这就是婚姻和生活的一部分。然而，他丈夫还有其它的女人，对此她也接受了，因为他总还是回到她身边的。然而，六个月前，他好像有了“第二个”春天。他又有了外遇并打算离开她——至少她这样认为。这令她很恐惧。她自己搬到花园里的小棚子里住（这样才有可能在表面上仍假装与丈夫生活在一起），丈夫依然住在房子里。现在他们是住在了一起，但却是分居的。她依然为他做饭，洗衣并收拾家务。有时在傍晚，她被允许短时间与丈夫一起呆在屋子里，看看电视，说说话。当丈夫外出时，她喜欢呆在屋子里，她依然能体会到一点儿丈夫和孩子也在那里的感觉。然而在傍晚和整个黑夜，她就要住在花园里的小棚子里了。她非常悲伤，但更害怕丈夫把她赶出小棚子或者离开她。她在一个老年公寓里做一份兼职的家庭主妇，已经干了15年。她喜欢那里，喜欢这份工作，因为这里是一个女性相互支持的群体。五年前，因为“我太有能力了”，她被要求离开这个老年公寓，但是她不愿意，她不愿失去这么好的一个女性的群体。她总愿意去工作，尽管后来她经常遭受疼痛，她认为这就是正常的生活。她相信她的身体还能坚持很长一段时间，无论是工作还是在家里。现在，工作对她有很大支持，这就是为什么她无论如何也不愿让医生给她诊断疾病的原因。

L女士现在已没有重要联系了，因为她把自己的所有都给了她的家庭并总想呆在家里。过去，由于巧合，她接触了一个与她年龄相仿的女性群体。在那里她被接纳，属于这样的群体感觉很好。她希望经常去那里，

但实际上，她更想念她的家庭曾经给她的。她很希望这些都能回来，至少能拥有丈夫。

### 个体化和依赖——主动模式

#### 典型病例：一个旅行推销员

I先生58岁，在其家庭医生强烈的建议下，来接受访谈，其实他的家庭医生数年来一直动员他接受心理治疗。然而，他从未能接受这样的建议，因为他工作很忙并经常出差，他不能接受常规的约定治疗。但是，他很快就退休了，他将会有时间做这样的事情了。另外，他的症状最近加重了，他也不得不来做这件事了。他说从青春期就开始有周期性的沮丧、奇怪的弥散性的坏情绪、孤独感、莫名的焦虑、广泛的枯竭感。近几年来有耳鸣，尤其是在人多的场合。消化道不舒服和胃痛已有15年，近两年还有严重的睡眠障碍。

在他的过去史中，可以发现持续的争取独立的迹象。I先生从未让自己从事持久的工作或维持持久的关系。作为一个旅行推销员，在他职业的范围内，他经常更换老板，到处走动，人际关系变化很大，但这都与职业有关并且获得相当的成功。对于反移情，一方面能够体会到他对自主的愿望，但另一方面，他也有对安慰和依恋的愿望。

#### 4.3.2 屈从与控制

表4-6：冲突2——屈从与控制

屈从与控制
一般描述
<p>控制自己和他人是人类的一个基本需要。这一冲突重点强调个体的核心动机是控制他人还是屈从于他人。从这个角度说，公开的或潜在的攻击性的冲动扮演了核心角色。这一动机水平必须与结构整合水平较低的患者为了补偿结构缺陷所表现出的重复现象相区别（“否则，一切将与我无缘”）。在“被他人领导”和“领导他人”的连续谱系上，屈从和控制是非适应性的极端情况。行为准则、他人以及社会的规则是非常重要的。</p> <p>对于权力和/或无助的体验可能影响个体以一种特定的方式体验自体价值，所以必须注意该冲突与自体价值冲突的不同。在被动模式中，必须区别是否有来自于被征服的尴尬或害羞，还是直接引起了病人有意识或无意识的贬低感的体验。在主动模式中，必须区别是否有明显的控制动机和渴望权力的动机，还是为了显示自己很好而需要打败别</p>

人，贬低别人。

被动模式	主动模式
一般标准	
总体上，被动攻击性屈从是主要特点。反移情中的主导情感是无助的愤怒。在交互作用中，这可以体验为潜在的攻击行为和导致愤怒感。体验到自己被征服可能会引起受伤害和害羞的感觉，然而主要的动机依然保持在关于“上——下”的动力性的努力上。	为了主导而攻击，以期持续的获得对他人和对环境的控制。反移情中的主导情感是感受到公开的挑衅性攻击。在交互作用中，突出表现是为了消除对被控制的恐惧，会利用每一个可以利用的方式来争夺权力。丧失权力被体验为一种威胁。贬低和侮辱他人是出于对体验和显示控制他人的需要。
生活领域	



原生家庭	
<p>为了保持“规则和秩序”，屈从于家庭传统。接受家庭内部等级化的关系。代际间的关系通过责任和义务来调节。不加选择的接受既定的规则降低了彼此间的争执。不存在反抗。</p>	<p>代际间的规则有强烈的苛刻性，在此条件下，通过对有关照料的争执而把使用权力进行合理化。当代际间出现张力时，可能会很激进的中断关系，并有强烈的愤怒言辞（“他/她是谁/是他们告诉我吗！”）。通过谈话以平衡彼此的利益是不可能的。适当的屈从是困难的。</p>
家庭/伴侣	
<p>不能说“不”。个人的想法和愿望处于从属的地位。为了控制挫折导致的愤怒以及对愤怒的恐惧，家庭中的“决定者”必须坚持严格的</p>	<p>思想的独立可能强化到挑衅性的攻击并希望根据自己的利益和观点安排一切。异己的建议会引起他们的抗议并产生规则是由外部</p>

<p>规则，从而被束缚住（“如果你总是决定我穿什么衣服，你就永远给我买衣服！”）。个体在关系中显得谦虚，对自己的从属地位是满意的。通过拖延、懒散、固执的方式间接被动的表示反抗，在很大程度上是无意识的。然而，这种行为很容易被对方看作抵抗并经常引起反感。由于他们不能与别人产生矛盾，常常成为家庭的牺牲者。</p>	<p>决定的感觉。依赖于具体情景，这些个体的行为极具有控制性和调节性，常常是干扰性的、令人担心的、甚至是反社会的，或者，持续给人一种“什么都知道”的态度。他们自己的规则是没有问题的（“我所说的都是正确的”）。在与那些摇摆不定的或者互补性的伴侣的亲密关系中，最初这种专制可能被忽略，或者给人好像很亲切、很睿智、过于参与到家庭/伴侣的印象（“没有我，别人处理不了！”）。</p>
工作/职业生涯	
<p>尽管有晋升的机会，依然维持从</p>	<p>从事主管职位或能提供较大自主</p>

<p>属的地位。因为害怕实施权力，从而回避独立和做决定。反过来，亦如此，他们被动的破坏工作要求（如，以过于精细却极其缓慢的速度处理事情）。经常，区别实际的或明显的工作量的下降又特别困难。在混合的、显著的被动模式中，成功地保持“永远第二”是一个不错的选择。</p>	<p>性的职位（自我决定的小范围职业；自由作家、记者）。以个人的判断和领导方式对待所有的事情。甚至将他人建设性的批评和建议（某个领域的权威）认为是对个人的攻击。工作、成绩和专业对满足个人控制的需要有重要价值。他们明显的野心可能导致行为上的冲突性。</p>
<p>财产和金钱</p>	
<p>尽管财产和金钱在生活中有重要角色，却有明显的放弃的愿望。有时，这仅指财产的有限的一部分，为了降低焦虑，他们要极度的保护其“核心”财产。基本的信念</p>	<p>财产和金钱被看作是实现个人愿望的重要的工具：“金钱就是权力”；“为了金钱，别人会为我做一切事情！”一旦发现依从性不好的人，就会以这个人“一无所有”而不顾一</p>

是：“在我受到攻击和掠夺之前，我宁可自愿的放弃对我的生活而言不是绝对必须的财产。”	切的把他推开。
社会环境	
在邻里、社区、协会和朋友圈子里，也是处于从属的地位（“事情计划好后，他们才做”）。他们服从或不加批评的对待哲学、信仰或者政治，甚至可以违背自己的意愿。他们能镇定地容忍一个让人感到羞耻的情景。	他们会考虑社团、协会或者朋友圈子能否增加或施展他们的权利和影响。为了在这些团体中达到有权力的地位，他们会显得很“社会化”和无私。然而，当出现不同的观点、新的选举、或者与继任者发生争执时，对权力的主张就会浮现出来（甚至是荣誉性的位置）。丧失权力是一种威胁。
身体/性	
把身体体验为一种客体，个体屈	身体是可以开发利用的，忽视身

<p>             从这个客体的要求和需要，或者它必须得到照顾。例如，强迫性的保持睡眠节律，或坚持一种武断的进食方式，或者严格遵守一个既定的计划，否则，就会受到“障碍”或症状的威胁。个体屈从于身体的需要。这有些躯体崇拜的特点。以同样的脉络理解，他们需要逐字逐句的服从医疗指南。有时，会采取被动的拒绝（“忘记了服药”）。如果不能控制身体上的信号，就会产生无助感。另外，身体本身可以以一种非言语的姿势传递屈从性（“耸肩”）。屈从于他人的性要求或无意识地对之拒           </p>	<p>             体的有限性（“个体的软弱性”）。体貌可以展示权利（体型、尤其通过衣着强调躯体的特点）。医生被迫采纳“修理”身体这一角色（“医生，把它推回到轨道上！”）。把性作为权力的工具。           </p>
--	---

绝。	
疾病	
疾病被看作是命中注定的，个体必须服从。在医患关系中，服从性是明显的，但是他们可能被动的破坏医生的指导和共同达成的合作。对于严重的疾病，这些病人可能忍受明显的副作用，而不去看医生（“医生给我开了这些药，所以我必须忍受这些副作用而不能有抱怨”）。在随后的阶段，这有可能导致对医生的责备。	通过各种方式与疾病作斗争，相信：“我不会认输的”。除了这种积极的、主动的处理疾病的方式，这些病人的顽强达到了僵化或者困难的程度。在医患关系中，当感到医生是“正确的（有权力的）和控制的”，便与医生争辩，坚持“自我决定”是合理的。这可以扩展到整个医院或医疗行业。对于严重疾病的处理方式主要包括对失去控制感的威胁进行挑衅性反应（“那会让我做更多的决定”）。

## 屈从与控制——被动模式

### 典型病例：文明的仆人

A先生，45岁，在候诊室里突然从椅子上站起来，以一个鞠躬的方式恭迎访谈者。开始，他说了很多消化道的问题：他不能控制自己的便秘。他的肠子会迫使他在洗手间里呆很长时间。所有以前见过的医生都不能帮助他，尽管他有意识的服用医生开的药并服从治疗。他甚至屈从于得不到帮助的事实并料想本次谈话也绝对没有任何效果（潜在的攻击性拒绝很明显）。当问及他的生活中是否有些愤怒时，他立即回答：“没有，我不愤怒，只有顺从；我问自己医生们是否得到了足够的培训，意思就是医生的知识是否能与时俱进。”

他属于工人阶层，他的父母希望两个儿子都过上更好的日子。他是老大，在很早的时候就极力做到最好。总而言之，父母认为他听从规则是很重要的。有许多次，那些规则被浓缩成至理名言（“不能使守旧的人接收新事物”）。“这是一条重要的有指导意义的原则，我要把它传给我的孩子。”在青春期，与父母当然会有争吵，但是他很快意识到对自己的弟弟要负责任，他要给弟弟做个模范，不能成为弟弟违规的原因。在整个谈话过程中，A先生在访谈室里如同一个文明的仆人，很明显被纪律威胁着，就像他有时不能达到工作要求一样。尽管有时在休息室里，他还要工作很长时间，还是努力做到很严谨，毕竟他的工作涉及到公众安全（“防止边界间的冲突”）。A先生特别强调说他这样已经很疲倦了，他经常反复阅读各个规章制度，过多的呆在办公室里，但没有人因此而感谢他！（渴望屈从）。他感到他的新老板两年来过多的给他安排工作。一次他曾考

虑交上一份白纸代替一份**必需**的报告，为了表明这些报告需要额外的时间，而他迫切需要这些时间用于他的工作（无助的愤怒）。

这就是为什么在业余时间他感到很疲倦的原因，如果他的家人或朋友强拉他出去参加活动，他会很高兴。他妻子有时会责备他没有好的职业和收入，与他发生性关系也不是很开心（他有些害羞）。他尽职尽责的做事情，却不是为了金钱。

### 屈从与控制——主动模式

#### 典型病例：一个企业家

B先生，56岁，进入诊室后，刚坐到椅子上，就立刻拿出一大堆检查报告，放到桌子上，滔滔不绝的说了许多症状，医生被这些报告淹没了（挑衅性攻击）。医生对他评估前通常的开场白迎来了无尽的抱怨：“我想你没有足够的时间真正理解我！你需要时间……！”（反移情：我将不得不考虑如何度过这次会谈，或者如何能插上话。）他的内科医生推荐他来这里，因为他的高血压有些失控。他曾经想更换医生，因为他从互联网上得到证据，有研究表明还有其他的治疗高血压的方法。

最终，他来这里接受会谈是因为他妻子威胁他要离开他。但在他的思想里，他认为已经给了她一切：一座美丽的房子，一辆大轿车，两个健康的孩子。毕竟，作为一个独立的代理商，他是一个成功的商人。开始，



他在一家保险公司工作，但是他不愿持续“听从命令”。他需要自由，希望掌握自己的命运。开始他妻子也赞成他挣很多钱。而现在她希望把他拴在家里，希望他能关心两个孩子。他给孩子提出明确的指导：好成绩会有金钱奖励。“他们很清楚，如果做不到，将一无所有！与父母也是这样交往的：当他们干涉我时，我就与他们断绝关系。”他妻子与他父母的接触令他很愤怒。

此时，他妻子变得很控制，检查他的手机记录，以确定他是否有了其他女朋友。她的嫉妒不是毫无根据的：“当我旅行时，我需要休息——我妻子不能给我性满足”(对权利的欲望)。

他是许多协会的成员，所以经常不在家。“你知道，一个商人不得不保持一定的关系，作为协会的主席，我能够安排许多职位，一些人因此而感激我并给我提供一些商业联系……古语：你帮助我，我就帮助你。”他的医生曾告诉他让他的生活节奏慢下来。他对此的反馈是“还不如死了呢！”

#### 4.3.3 照顾与自给自足

表4—7：冲突3—照顾与自给自足

照顾与自给自足
一般描述
照顾与自给自足是个体的一种基本需要，即获得某物、确信被关注、

被照顾或者是给予别人关注、照顾，而自己不需要任何照顾。被照顾的愿望是人类生存的基本主题。照顾和自给自足的冲突体验说明个体基本上有能力进入一种关系，或者说，能够与他人建立依恋和关系。然而，如何形成和体验这种关系，分别遵循对照顾和安全的特定愿望或对之防御的特定愿望。处理对照顾和安全的愿望不能形成客体关系，只是修饰已经建立起来的关系。照顾与自给自足必须与个体化和依赖相区别，主要区别是关系中的依赖性，而不是从关系的角度。对于照顾和安全的强烈愿望可能表现为“依赖”，但是从依赖的存在形式上看，还是有根本不同的，在个体化和依赖冲突的框架内，其依赖性表现为与客体融合的需要达到顶点。由于两个动机系统都是在个体的初始发展阶段就出现了，在许多方面也有重叠，二者的区别有时是困难的。精神分析的口头概念对此有所涉及，但没有一个统一的说法。该冲突在“卷入”(剥削他人)和“保持”(完全自给自足)两极间摆动。主导情感是悲伤、抑郁，伴有为他人担心或害怕失去他人。丧失在扳机情形中扮演了核心角色。交互作用/反移情也由于照顾和自给自足

的主题出现的非常迅速。

被动模式	主动模式
一般标准	
这种类型指个体在情感上与亲密关系中的他人强烈地捆绑在一起，有对安全和照顾的强烈渴求。被拒绝、被遗弃、分离都会导致抑郁和/或恐惧。这些个体表现出明显的依赖、粘着或苛求。以这种方式建立的关系可以描述为“依赖和苛求”。“联系饥渴”是明显的：这是指试图通过尽可能多的联系填充抑郁的内心中那份空虚感。这导致暂时的或短期的（有时甚	这种类型的主要特点是自给自足，就修饰关系而言没有苛求、很谦虚。这种行为可以描述为一种“利他性态度”。这一点必须区别于有意识或无意识对于内疚感的赎罪和/或受虐倾向。这里的关键点是非苛求和照顾他人的态度是为了获得（无意识的）照顾和安全。所以，主导情感是为他人而焦虑，同时防御了的潜在的抑郁又很明显。嫉妒（“我付出很多，

<p>至是寄生性的 ) 关系 ( 与独立——依赖冲突的区别是后者的“<b>存在性</b>依赖”是突出的，与自体价值冲突的区别是在后者，这种关系起到了稳定自体的作用 )。主导情感是悲伤和抑郁，伴有对丧失客体或内心空虚感的恐惧。嫉妒 (“他们得到的更多”) 很常见。在交互作用和反移情中，评估者常体验到控制、粘着、敲诈、焦虑或无助感。</p>	<p>却一无所获”) 很常见。在反移情中，尽管这种行为方式很明显，评估者能够觉察到病人的伤心或渴望被照顾。在交互中，会出现“为他人做一切事情”、“不是负担”的情景。</p>
<p>原生家庭</p>	
<p>对照顾有明显的愿望并超越了代际的界限，尤其表现在原生家庭中。年轻的成年人过久的与家庭</p>	<p>为了自给自足的努力会使个体很早的离开家庭 (“早期离家”)，另一方面，也可能导致个体表现出无</p>

成员在一起，并且过于忠诚（在空闲时间也是如此）。对多种必要性给予合理化。缺乏这样的认识：这种方式可能是有问题的。注意：文化和社会差异。	私性态度，“利他性”的关心和照顾父母。最终，怀着一种对安全和照顾的持续体验的希望，他们积极主动的照顾父母（自我牺牲性的看护式的照顾）。
家庭/伴侣	
在亲密关系中，表现出明显的对照顾的愿望。与伴侣分离似乎不可能，“一个人”依赖于另一个人。过度的亲密（“总是在一起”）被合理化。伴侣最轻微的对分离的描述或分离性想象都会激发病人的抑郁以及不充分感、被抛弃的恐惧感并导致病人冲动性的粘着和控制，甚至可能出现严重的指责，	在亲密关系中完全否认对安全的需要。个体表现出自给自足和自我牺牲，“总有一天会有回报”的无意识愿望却很明显。为了总是“为了他人”，他们需要亲密的关系。关系中的这种倾向以及对于粘着的倾向有时导致经常更换关系（“我会从其他人那里得到”）。

<p>具有暴力性的愤怒。面对病人的粘着和苛求，伴侣常体验到被“敲诈”，回应的方式要么是过度的照顾，要么是防御性的攻击。如果伴侣也有强烈的对照顾的需要，双方都会形成症状，互相表示有权利被照顾。</p>	
<p>财产和金钱</p>	
<p>对于财产有明显的冲突：需要“拥有”物质和人，焦虑性地回避“放弃”。然而，财产提供了被照顾和安全的感受，是永远不会满足的。这适用于所有其它形式的关注和照顾。如果反向形成是主要的反应形式，对财产和照顾的渴望会</p>	<p>个体对财产的无私行为常包含着无意识的算计。放弃财产是一种内部投资，有很多贷款的特点，除了必须偿还之外，还需要支付额外的利息。</p>

<p>表现为不需要。在社交场合，这种行为经常引起被他人积极主动的照顾。</p>	
<p>工作/职业生涯</p>	
<p>个体寻求能提供支持和安全的工作环境。所以，他们自己不做决定，往往在远低于他们的能力之下工作。他们总是寻找同盟或帮助者，有时为了安全，避免涉入职业生涯。他们把别人对他们的要求体验为失去了支持，感觉卑微并予以拒绝。</p>	<p>在职业生涯中，这些个体表现为不可替代性、有自我牺牲精神、很有能力、不怕吃苦，反过来，却期望别人对他永远保持善意。如果这种永久的自我剥削式的付出得不到回报，就会出现抑郁甚至严重的自我怀疑。这种职业上的自我剥削也会威胁到他们的健康。在经济低迷时期（失业、公司破产）这些个体的健康会受到严重威胁。</p>

社会环境	
在社交方面，他们相当的退缩，仅仅有几个亲密的富有同情心的关系。在团体中，尽管他们经常简洁的表达对照顾的需要，还是给人一种苛刻和繁重的感觉。	在社交中，这种类型的人常表现出对他人的照顾——却并未建立真正永久关系。利他行为经常出现终止（针锋相对）。这些人经常得不到他们所期望的关注，却得到辱骂和贬低。这种反应与隐秘的（无意识）对被照顾者的蔑视或嫉妒相一致。
身体/性	
通过自己身体的需要向他人传递对照顾的需要（“我需要这种特别的照顾”）。身体于是成为被持续关注的理由。然而，在现实中，就真正的照顾而言，身体得到的却	不承认身体有需要、信号和限制，而是期望它“有功能”。持续超越身体的极限可能导致个体的健康受到威胁。另外，身体本身可能成为照顾的客体，如同其它事物一



很少。照顾主要通过食物、成瘾物质等实现。性也是需要照顾的，以“性饥渴”的形式实现性的功能化。	样，被主动的照顾。 通过反向形成，可以想象，性是不需要的。另外，个体有可能隐秘的体验照顾和安全。
疾病	
疾病和意外事故需要“更多”的照顾。对医生有一种粘着性期望。其他照料者也会体验到这些病人对照顾的繁重要求，令其感到困难甚至愤怒。对于多数病例，鼓励他们积极的进行康复活动是困难的。一个生病的继发性获益经常是直接针对取得抚养金，他们主观的认为生病后得到一些权力是完全合理的。	生病时，这些人有不适当的退行行为（充当病人角色）并经常拒绝别人提供帮助。与此同时，无意识的被照顾的愿望常常表现为对实际的照顾不满意。在医院里，他们经常帮助其他病人（利他性），同时对自己得到的照顾以及医务人员的工作有无意识的批评。

照顾与自给自足——主动模式（与内疚冲突——被动模式）

典型病例：一个工程师的妻子

A女士，48岁，介绍来这里是因为有持续多年的日间腹泻。述说不适症状的同时，描述了日益恶化的婚姻关系。丈夫对她不忠，与多名女子有染，并有言语侮辱：“你是一块狗屎，我将废了你”。她不想承认自己女性的柔弱，但是从丈夫反复的虐待中受到了极大伤害。情况继续恶化，丈夫现在开始拿东西扔她，她再也不能把一切都责怪自己，她撤回了给丈夫的巨大担保。从那时起，丈夫堆积了更多的罪行和对她的愤怒并搬出了家。她开始出现痛苦，并体验到与日俱增的强烈抑郁。

访谈开始，A女士给人的印象是浅薄的自信和坦诚。很快，她明显表现出试图做好所有事情的愿望，甚至在访谈过程中。如果别人拒绝她提供帮助或者她有部分失败，她都认为自己应受到批评。潜在的悲伤很明显。只有在接受治疗的过程中，她才有勇气面对分离。在治疗结束时，她最终能够离婚。

她丈夫来自南欧，与她同岁，是个成功的个体工程师。除了照顾他本人，她还要管理他的财务。在他上大学时，他们相识。他追求她，但从一开始，他们就是一种“照顾的关系”：她照顾他，支付他整个大学的生活费，为他做一切事情。她总是调整自己的行为，为整个家庭做出牺牲，当有争执时也倾向于退缩，接受所有的指责，甚至当他的丈夫变得越来越具有攻击性和冲动性，她也是如此。她给予唯一的儿子大量的照顾

和关注，他在几年前搬了出去。他丈夫从未参与对孩子的抚养，却把儿子当作与自己争夺照顾的竞争者。丈夫认为自己需要照顾和关注，而她是提供者。

她的生活史揭示她为了保持一种亲密的关系，需要不断地照顾他人。所以，这个病人能够建立并把握关系，但是对照顾和安全有强烈渴望或者防御。进一步讲，这个病人总是被动的承受指责。从她的个人史中，可以看到这些冲突的根源：她出生在一个小乡村，父亲从战场上退役，是个残疾和有病的人。母亲是个女强人——不得不每时每刻的工作——开了一家商店，以支撑整个家庭的开销。病人的大部分童年是和自己的外祖母生活在一起的，这个人非常抑郁并且爱哭泣。病人睡在外祖母身边是为了照顾她，外祖父是个巡警，战争后期被拘捕了，整个家庭不得不搬迁。之后，她外祖母得了抑郁症，几次试图自杀。病人不断地被告诫要照顾好外祖母。然而，有一天，外祖母真得自杀了，没有人能体会到那时病人由于自己的内疚而产生的痛苦有多深。从那时起，她就感觉到自己必须为别人做事情并承担内疚。

照顾与自给自足——被动模式（与俄狄浦斯冲动——被动模式）

典型病例：一个司法部门的官员

K先生，36岁，因为持续了一年并逐渐加重的抑郁前来治疗。当有自杀观念时，就会出现麻木的抑郁情绪。从童年时期就有恐惧感，如害怕失去父母。第一次有抑郁症状是在10年前，那时他的第一任妻子因为有了新

欢而离开他。之后他经历了三年的精神分析。期间，他与第二任妻子结婚，很快他们唯一的女儿就出生了。此后，K先生感觉到他再也得不到任何关注了。在他的思想里，他认为目前日益加重的症状与女儿日益增加的独立性（“她再也不需要我了”）和自己在司法部门的晋升有关。这次晋升，他将不得不把其他同事抛在后面并且自己很可能移居另一个城市。

访谈中，K先生给人的印象是乏味的和没有吸引力的，外表有点儿不整洁，与此同时表现出粘着的行为和持续的要求减轻“糟糕的”抑郁：“你能帮助我吗。”主导情感是持续的恐惧他人离开，恐惧会失去他人，恐惧抑郁会加重。他能体验到对他人的爱和照顾的依赖，尽管他不断地努力给予他人。很明显，K先生强烈的压抑了自己对情感和需要的表达。

K先生在一个小城镇里长大，是家里唯一的孩子，他的父亲曾试图开自己的商业公司但失败了，此后他母亲不得不支撑整个家庭。他与母亲的关系直到今天还是很密切。她被理想化了，尽管她看起来显得很谦虚、不是很固执，却是一个“提供者”的角色。他父亲后来从事旅行推销员的工作，很少回家，所以儿子和母亲的关系进一步加深。K先生在他的职业培训中遇见了第一任妻子。（“她就像我的妈妈”）。他们的性生活有很大问题（K先生很害羞），这导致妻子找了另外的男人。在职业领域，他遇见了第二任妻子，她也能为他提供支持和照顾。女儿出生后，他们的性生活变得可有可无。他的同事关系是屈从性的，维持还好。在职业中，他能感到安全，而这次晋升却对他构成威胁。在社交方面，他少有接触，没有大的冲突。他的抑郁症状迫

使他不断地看医生。

#### 4 . 3.4 自体价值

表4-8：冲突4——自体价值冲突

自体价值冲突 ( 自体价值与客体价值 )
一般性描述
<p>相对于其他水平的冲突类型，自体价值冲突更具有普遍性：每个人都希望他们的自体价值被认可和得到满足。在过去和/或当前如过度地希望自体价值被认可，或自体价值不能得到认可，或不能被足够认可时，就会出现自体价值冲突。这种冲突指非适应性的“质疑自己”和“赋予自己价值”的两个极端状态。在程度上，自体价值冲突的重要性远远超越了那些其它冲突水平中的自恋性问题。所以，其它冲突中涉及的基本的自恋性动机系统 ( 自恋性“隐喻”) 就不在这里陈述了。</p> <p>随着年龄的增长，自恋性的不稳定常导致补偿性努力。</p> <p>就自体价值 ( 结构 ) 而言，如同所有的冲突，个体必须有足够的调节</p>

能力，以应付特定扳机情景所引发的动机基础上的冲突。

被动模式	主动模式
一般标准	
被动模式为主时，病人体验到自己毫无价值（“我一无是处”）。通常症状直接与此有关。自恋性要求有所下降，强调个体的不重要。然而，对他人、尤其是医生和公共机构有公开的或间接的指责。病人的主导情感是明显的羞耻感。这一模式还可能是一种慢性的防御性态度，自我贬低在无意中提升了自己。这会在移情和反移情中表现出来，如，理想化	主动模式为主时，病人有一种强有力的自信。病人给人的第一印象是自信的，但是内在的不安全感很快就会表现出来（“假性自信”）。主导情感是易激惹和愤怒（“自恋性愤怒”），此时往往是因为正性的自恋性的自体形象受到了挑战。在交互中，评估者经常被质疑并到了被侮辱性贬低的程度。在反移情中，由于病人的贬低，评估者有被伤害的感觉并有

和带有明显尴尬成分的钦佩（对于评估者）的移情，希望提供支持（也许伴随着潜在的贬低感）或制服对方的反移情。	辩护的冲动，继而还可能产生愤怒以至于想把病人打倒。
生活领域	
原生家庭	
家庭传统常有消极的自体形象（“事情是可以忍受的！”）。病人常常是家庭补偿性期望的载体，尽管承受了痛苦并做出了努力， <b>依然保持着驱逐和自卑的故事。</b> 病人可能倾向于显示持续的自我贬低以对抗家庭带给他的永远不可能达到的过高的价值标准。	家庭是平凡的，或被病人忽视、或否认以至于到了没有家庭记忆的程度。回避谈论原生家庭的潜在羞愧感可能很明显。
家庭/伴侣	

<p>在亲密关系中，这些人经常寻求稳定的伴侣，这些伴侣常常是与他们共同经历过侮辱、羞耻、其自体价值尤其是社会声望亦受到影响的人。通过一种“总是忽略”的共同主题以及与生活的更好的人有所区别，达到稳定的关系。</p>	<p>以自体客体的方式选择关系和伴侣，主要是为了稳定自体价值感。让自己成为羡慕的客体，或者让伴侣值得羡慕（希望与伴侣在一起而提升自己）。持续的贬低伴侣也可能是为了提升自己的形象（“和这样的人在一起我不知道我在做什么”）有这种模式的人倾向于把世界分成朋友和敌人。</p>
<p>工作/职业生涯</p>	
<p>这些病人有强烈的工作和取得成绩的动机以期补偿受到的伤害，通常很成功。当努力被忽视时，他们对于侮辱有潜在的高度的易感性。所以，症状的出现经常与</p>	<p>在职业中，这些病人有夸大他们的地位和能力的倾向。他们否认工作中出现的问题和能力的不足，或者把问题归咎于他人。通常，实际的位置不是很高，由于</p>



<p>工作中遇到的挫折、侮辱、痛苦有直接的联系。</p> <p>病人也可能公开显示出拒绝工作或成绩的态度，这与他们的自体形象（“我无论如何都不会处理好事情）一致。</p>	<p>对侮辱很敏感，他们倾向于破坏关系并且使事情更糟糕。</p>
社会环境	
<p>在社团中，他们宁可选择下属的位置，社团中的成员往往都有同样的不幸。他们选择的社团可能取代了个体的要求（取代个体的团体）。但是，他们往往很早就退出社团，因为他们遇到了挫折，不得不依靠自己，或者得到的支持很少。他们倾向于回避新的社</p>	<p>他们尤其选择与社会名流接触，借助别人的光环，确定自己的价值（“你的光彩让我更明亮”）。同样，这些病人主动与那些假定的“失败者”分开，因为他们担心这些失败者的不足会玷污他们的形象。</p>

会交往。	
财产和金钱	
他们积累财产，拥有自己的房子等，所有一切似乎是无意识的补偿自己的不足或自卑感。然而，他们没有建立起自恋性满足的基础，不满足的主观感觉得到不断的验证。	财产和金钱能够体现自体价值（“富裕的偶像”）。但是，这并不实际，往往仅仅是病人的愿望和幻想而已。
身体/性	
病人认为自己的身体低下，以至于身体经常受到忽略（“身体已经得到了它应得的”）。或者，外科手术可能有些帮助。他们频繁地试图修正身体的某个部位以提升自体形象（“要是我的鼻子挺直就好	这些病人有着过度强烈的倾向来对待自己的身体，试图令自己看起来年轻、漂亮、有吸引力，以弥补感觉上的不足或有时真正的不足。在运动的背景下，他们收集一些躯体仪式、现象和线索，

<p>了”)。这些病人确信他们没有性吸引力。</p>	<p>籍此用来幻想身体能够刀枪不入并且充满了性能量。衰老通常会带来一些问题，他们会努力弥补。他们把自己的性能力 / 性吸引力过高的估计为自体价值的滋补剂。</p>
<p>疾病</p>	
<p>疾病通常验证了病人感觉自我不足的观念 (“活该”)。通过别人，如医生，他们经常把疾病或者意外事故有意识无意识的体验为不公平、武断或对自己的故意伤害。这可能导致放弃治疗或产生要求医生或其他权威人士给他们补偿的攻击性愿望。</p>	<p>甚至是很轻微的疾病都会威胁到病人自体价值感并可能导致他们垮掉。任何这类病人，他们都会强烈地要求防御和做出补偿，这远远超过实际所需。在一个极端的例子中，补偿不全可能导致病人转变成被动模式。疾病行为常常被否认和淡化。</p>

对于两种模式都适用的是，对自体价值有威胁的影响，如“我一文不值了”，或对自体价值有稳定作用的影响，如“没有这个痛，我就完美了”，这些描述远远超出了临床理解的范围。

于是，生命可以围绕疾病来“组织”。在病人的幻想里，症状的意义可能不是减轻痛苦，而是一种惩罚。

### 自体价值冲突——主动模式

#### 典型病例：一个金融顾问

D 先生，52 岁，他的心脏病专家建议他来这里，因为这个专家找不出他反复心动过速的器质性原因，并猜想可能有心理因素。在候诊室里向他问候时，他用了很长的时间才从他正在看着的杂志上把视线转移到评估者身上，时间长的足以让人感到吃惊。他给人的印象好像是个观众。在往诊室走的路上，病人掩饰不住对这个评估者很年轻的失望。实际上，他期望一位临床专家为他检查。但他还是允许评估者与他谈话，因为他感谢别人与他在一起。他开始了谈话，在前 15 分钟，询问了评估者的资质和访谈的程序。他报告说，在过去两个月，感到情绪低落、昏昏欲睡、没有动机，再也不能从事以前的活动。反复出现发作性的心率不齐、出汗、胸闷，伴有濒死的恐惧。这种状况很不熟悉，他以前从未得过病，对自己的健康颇为关

注。

他从不允许自己生病，作为一个独立的金融顾问，他总是非常紧张。他的顾客总是很苛刻。在这个领域只有付出百分之一千，才能生存下来。“与别人的数百万打交道，就不能犯错误”。只有当问及最近的工作情况时，病人才说在症状出现之前，他破产了。不仅损失了顾客的钱，还损失了自己的钱，在某些隐蔽的金融交易里，是没有安全保障的。他看起来很努力，也很害羞，但二者好像是分裂的，他财政上的狼狈包括高高的债务以及面临法庭的诉讼都很明显。病人淡化了他的问题，他认为很容易就能走出困境：“毕竟唐纳德不也是能摆平吗？”

然而，某些好事情也来自于他的问题。只有现在，他才意识到在过去两年中，他是如何的让他自己和他的家庭遭受苦难。他忽略了家庭，除了工作没做任何事情，没有注意到家庭对他是多么重要。没有妻子的帮助和支持，它不可能度过最近的几个星期。只有现在，他才意识到他有一个多么神奇的妻子。她不仅相貌好看，每个人对她都很鲁莽，而她则百分之百的支持他。她就是他的“珠宝”。

由于他目前“有些困难”，他注意到他实际上不需要享受。过去，他认为巨大而奇异的汽车很重要。现在他开着一辆哥哥给他的破旧的小汽车，但它能用于工作。他曾想象浮华的生活对他很重要，而现在他再也不需要了。他不断地注意到生活中许多小事情，如路边的花儿，都是幸福的源泉。

没有收集有关他过去的太多资料，因为他把更多的时间放在了细节上。他不想第二次来这里了接受诊断性

访谈了。他能够自己处理这些“小问题”。临走时，他微笑着开了个玩笑——他再也不做评估者用以练习的愚蠢的猪了。他，评估者，都将不得不寻找下一个牺牲者。

### 自体价值冲突——被动模式

#### 典型病例：一个失望者

K先生，32岁，神经科医生介绍来的，之前他接受了针对痉挛发作的治疗。那里的医生感到他心情好像抑郁。见面时，病人很友好，但有些不安全感和不信任感。抑郁症状得到病人的证实，数年前他得了中风（一种血栓形成的疾病，以前并未发觉），之后就出现了抑郁症状。当时，他的整个世界崩溃了，女友因不愿与一个跛子生活在一起，离开了他。在这种低落的情绪中，他承受了很大的困难，当他恢复功能，重新工作时，才得以康复。此后的几年，又发生了一次中风和两次心脏病，最终把他摧毁了。于是，他开始靠退休金维持生活，他感到生活已没有意义，曾经有一次企图自杀。他的工作是在一个精神科病房里做护士长，这份工作对他总是很重要，这给他的生命带来一些意义。现在这种感觉没有了，他感到自己毫无价值。在接受精神科治疗时，他不得不意识到自己是和这些病人在一起的，过去他从未想象过。他非常的失望，女友不断的抛弃他，甚至自己的兄弟姐妹也不支持他。他感到自己不能相信任何人，他害怕再一次失望。在过去两年中，他有16个关系，但每一次都是自己的主动中断的。每一个关系建立之初，他感觉还好，

但他知道事实上，他不应该享受这种幸福，他的伴侣迟早会离他而去。在这样的状况下，他有这样的先占观念，即失望一定会发生。

他回忆说，即使在躯体疾病出现前，他都是个相当敏感和保守的人。儿童时期，他很少得到父母的照顾和爱。他的父亲死得很早，此后他与妈妈关系密切。妈妈就像一个好朋友，总是在他遇到困难时支持他。他经常征求妈妈的建议，因为做一些重大决定时总是感到不安全。与别人相处时，他能把自己的不安全感隐藏的很好，行动起来反而很利索。如果某个人因为自己的问题不支持他，他就认为与他在一起便没有任何价值了。他的生活一直处理的很好，直到他第一次有了一个来自“良好家庭”的女朋友。她很富裕，这让他第一次怀疑自己的价值。毕竟自己只是一个护士。他试图保持稳定的心态，通过强调朴素的生活来反抗女友的价值判断，如开着一辆近乎成为废料的汽车。

过去两年中，他多次试图接受门诊心理治疗。然而，每一次，对治疗师都很失望。其中一个医生告诉他如果想死，就去自杀；另一个医生在他们谈话时，关注其它的事情。他对治疗不感兴趣，很长时间后才接受治疗。现在，它能够想象治疗可以开展下去，因为他感到被治疗师理解了。

#### 4.3.5 内疚冲突

表4-9：冲突5——内疚冲突（自责与责备他人）

## 内疚冲突（自责与责备他人）

### 一般性描述

当个体存在实际上或想象的伤害了别人或妨碍了别人的需要和权力时，就会产生内疚感。在这一冲突中，内疚感产生于自我为中心和社会化两个倾向之间。伤害不一定是实际的，也可以是想象的，或者是对价值和标准的内化系统的伤害。内化的标准的内涵和外延以及所产生的内疚感受到社会文化的强烈影响。这一冲突的前提条件是个体有能力体验内疚。

这一冲突不是满足那些围绕需要照顾和稳定自体价值的动机系统，而是当道德冲突出现时是让自己承担还是让别人承担。

通过内疚意识到社交中的每一次侵犯和伤害，这些侵害可能是由于自我专注、自私、也可能是为了独立和自给自足。这促使纠正了对幻想或行为的态度，或通过压抑、置换、对现实的再检验或投射等形式防御内疚感的产生。这样，病人就会经常责备别人，冲突也就在自责和责备别人之间表现出明显的矛盾性。这种冲突性的张力在日常生活中



随处可见。

这里比较有趣的是非现实性的固着和承受，结果是倾向于持续的偏离内疚，或相反，倾向于持续和顺从的接受内疚。高度利他的态度可以是攻击性和反社会倾向的反向形成。这可能是适应性的行为，但更可能伴随着冲突。与自体价值冲突的区别是困难的。主导情感可能有所帮助：内疚冲突中，内疚感是主要的，自体价值冲突中，羞耻感是主要的。

为了能体验内疚感，需要一定水平的结构整合能力。道德和内疚感的体验隶属于心理的成熟过程。

被动模式	主动模式
一般标准	
“内疚”很明显，这些病人以一种夸大的方式，持续的接受内疚。他们总是为别人找到理由而倾向于	否认和压抑内疚，并把责任归咎于他人。这是一种无意识的故意“阻碍”对内疚感的体验和承认。必

<p>持续地责备自己。他们表现出顺从、过度的适应和无私的态度。他们的内疚常常通过自作主张地自我惩罚、接受别人的惩罚或自责而得到补偿。对他们的表扬或道歉会很荒谬地引发病人的自我批评和自责。主导情感是内疚。另外，可能还会出现对丧失和惩罚的恐惧、以及悲伤的情绪。反移情是同情、极度谨慎、试图对抗病人的自我控诉，或者过高评价他们。也许会有攻击性冲动。</p>	<p>须注意：这必须与缺乏内疚感相区别，例如，反社会性人格障碍，因为有结构方面的原因而缺乏内疚感。对于内疚——主动模式的人，表面上给人的印象是“冷血”，只关心自己的利益，“不顾一切，毫无内疚和责任感”地争夺权力。对内疚或多或少的压抑导致对他人产生愤怒，或者愤世嫉俗的姿态，这就是主导情感。反移情表现为有一种冲动，想迅速与这些人对质、从道德上评判他们或对他们反而有一种内疚感。</p>
生活领域	
原生家庭	

这些人感到有责任承担家庭中的问题和困难，常常自以为是家里的“害群之马”，而接受责备。他们时刻准备为家庭做很多事情，为了家人的利益宁可牺牲自己的利益。能很快地原谅别人，对自己却不断地指责。通过自己制定的或想象的惩罚来补偿内疚感，其苛刻性常常让目睹者不得不压抑自己的愤怒和抱怨。	常常把个人的不足和问题怪罪于家庭或家庭成员。内疚被压抑或转移到他人身上。不愿接受任何一点的内疚感。对家庭起源和代际冲突的判断和描述常常表现出自以为是的态度。
家庭/伴侣	
倾向于接受指责，原谅伴侣和孩子，向自己问罪，或营造一个令自己自动产生内疚感的情境。行为表现为顺从，甚至有些卑微。	其伴侣或孩子常常有内疚感。这种模式的人倾向于让伴侣每时每刻都感到内疚。根本不承认自己有内疚感，如果有内疚，则很快

	予以限定 (“是的，但是……”)。
工作/职业生涯	
害怕并回避领导职位。不仅仅把表扬和赏识体验为对他们的支持，更体验到一种不愉快、尴尬和不安全感。职位的提升和职业的成功常常带来症状 ( 害怕、躯体化症状，等 )，有时病人会退行到原先的职位。他们最明显的倾向是责备自己，甚至犯错误的是别人而不是他们自己时，亦如此。他们常常因同事或上司的失误而承受责备。把工作量的下降解释为由于自己的拖沓，或能力不够，而不是客观地归于糟糕的工作环	由于明显地防御了内疚感，他们常常表现出自大或自我为中心的行为。在极端的例子中，他们对待他人往往不考虑人际界限和不计后果。为了忽略自己的错误，他们倾向于让别人承担责任。他们自己的行为出现了错误或成绩不满意时，就会责备别人，让同事感到内疚。他们不肯承认自己的拖沓和错误，有时即使承认也是有限的。他们会立即回避对自己的批评。

境或对他们的要求过高了。	
社会环境	
他们会轻率地承认自己的错误，很快接受内疚。这些人会被别人嘲笑、贬低和利用。他们经常进行社会性投资，喜欢那些能让内疚感“逐渐消除”的群体。	他们把内疚归于社会环境。对于内疚感的防御会让他们认为接受“社会的有利条件”是理所当然的，甚至到了滥用和剥削的程度。某些人会“稍稍在法律之外”(“不这样我什么也做不了”)，但又不会做出犯罪的行为。
财产和金钱	
对于财产，给予和获得是有冲突的，因为这会产生责任感和良心上的痛苦。接受礼物和赞扬是不道德的，会引发不安全感并需要立即偿还。经常给别人赠送东西	自私和占有行为被认为是正当的(“我不应该受到责备”)。他们努力超越别人，总是寻找行为上的“讨价还价”(“那是他们的过错”)。但是，他们倾向于感觉自己处于不利的

或带去娱乐，却放弃自己的那一份，或把它转给别人，籍此是让自己主观的“内疚水平”保持很低。	地位，被欺骗了(“都是他们的错”)。
身体/性	
生长在强调内疚感和 <b>标准化</b> 的国家里，许多人对于处理自己的身体及其需要包括性的需要，都是有问题的。最紧要的事情，是必须克服和抗击肉体的欲望。所以，躯体需要，尤其是性需要，会引起内疚感，对此，他们会努力赎罪，这常常导致忽视基本的身体需要和有损健康的行为。	努力克服身体相关的责任和内疚有可能导致过度利用身体，因为他们否认了自己的责任(“烟草公司应该为我的烟草依赖承担责任”)。对满足性需要的越轨行为“没有内疚”，却责怪别人。
疾病	
他们谦卑的接受疾病，忽略或淡	他们很难忍受疾病。经常责备别

<p>化医生的玩忽职守或缺点。把疾病看作是自己做错事的结果或者是对自己的合理惩罚。侵入式的医学检查或治疗是很痛苦的，但对此很少抱怨。他们很难表达不满意。在医患关系中主要是遵守和顺从，坚决服从对他们的要求。在医院里，这些病人很容易管理。他们对自己给医务人员带来工作而道歉。</p>	<p>人让他们得了病。经常控诉医生弄错了诊断或治疗有误。淡化或否认自己不好的（如缺乏依从性）或者有害于健康的行为。在医院里，这些病人常因为难以管理而引起人们的注意。他们要求自己的权利，给护士带来过多的负担，在他们看来，这好像是世上最自然不过的事情了，却常常损害了别人的利益。他们是“困难”的病人。</p>
---	--

## 内疚冲突——被动模式

典型病例：**成功中的失败**

病人，36岁，寻求心理治疗是因为她有严重的抑郁、失眠、思虑重重、失业导致的内疚、头晕和心悸。她

被确定为有病，不再工作，服用由内科医生开的抗抑郁药。

一年前，她回到家乡。她提到两个理由：首先是90岁的祖母病了，第二个原因是她撤回了到国外大学申请职位的报告。因为在这个大学里，她是一名讲师的助理，而这个讲师给予她太多支持，以至于这个讲师自己对此都有些冲突了，开始显得有些后退，给予的帮助也少了。她感觉到是自己破坏了与这个大学讲师的关系（倾向于幻想人际关系的破坏与己有关）。她感觉自己是个“狂妄者”，作为一个矿工的女儿，她不允许自己在职业上提高。

祖母在她生命里非常重要。父母属于工人阶层，很有野心，嫉妒富人。他们都在工作，所以病人小时候就跟祖父母在一起。祖父母都很爱她，但对她要求严格。父母周末会来接她，但她不愿意回家（有时都不想活了）。回应父母对待生活的嫉妒、贪婪和自私的态度，病人发展出利他、善良的态度。她是个优秀的学生，能够在神学和社会学方面做事情。她彻底谴责自己有对母亲的怨恨，当有争执时，就重重的指责自己。

她在家乡接受了一个新的远远低于她的能力的职位。她与老板之间出现了冲突，因为老板利用她的资格为自己谋利益，忽略了她的能力在其他人之上。她试图支持自己，但同时又因为自己有了竞争的态度而轻视自己，这把自己贬低了。她认为自己是“无法忍受的”，她是顺从的，努力调整自己并表现出无私，但同时她却在帮助一个很自我为中心的同事。

在移情方面，她寻求治疗师的帮助。反移情方面，她激发出医生的同情和感激，有一种想帮助她成为有价



值的和有竞争力的同事的需要。在家里，她从事护理的事情，因为她可爱的老祖母病了，而父母因为自己有病不能来照顾。她的理由是父母也需要照顾。她不敢变换自己的职业岗位，尽管曾经被邀请做管理的角色。她对这些承诺表示怀疑。她给人的印象是梳洗整洁，毫无女性的柔弱感。因为接受了心理治疗她感到一些轻松，但同时因想到还有比她更糟糕的人而感到内疚。

### 内疚冲突——主动模式

#### 典型病例：关系愿望

病人60岁，其全科医生介绍她来这里做心理治疗。开始给她介绍的是一个神经科医生，但这个医生不愿意给她做心理治疗。多年来由于躯体疾病，她接受过一个全科医生、一个内科医生、一个妇科医生和一个整形外科医生的治疗，她的不适与心身疾病有关：“背部问题、雌激素缺乏、发冷感、臀部疼痛”，等等。她开了12种不同的药物，她明显不满意，指责医生对待她不如对待他们自己的病人那样尽心尽责。20年前，她曾因为焦虑障碍（害怕死亡）接受过精神分析治疗。因为对医生和治疗师不满意和愤怒而中断了治疗。现在她抱怨各种不适，就像惊恐发作一样，担心小便失禁、怕人、抑郁、麻木、自杀观念。多数抱怨还是关于他的丈夫。多年来，丈夫不接受她想与他亲近的愿望，总是退缩并拒绝她。他们之间有6年没有性生活了。她对丈夫的愤怒是显而易见的，这意味着丈夫是她感到麻木和无用的最主要的原因。她出生于但泽，

还是婴儿的时候，就不得不与父母一起在二战后期逃到基尔。在那里一直到上中学。1953年，她搬到鲁尔，中学毕业后，成了一个女售货员。访谈中，她特别强调与父亲的关系很紧密，父亲很严厉，是个人忠实的天主教徒。她感到很需要与父亲有亲近的关系，但是父亲未能满足她。她因为自己有这种强烈的需要，而谴责父亲。他父亲10年前去世了，母亲一年前也去世了。母亲是一个很倔强的人，拒绝并经常打她。她指责母亲贬低她。但同时，她又希望与母亲亲近。当她还是个孩子的时候，她害怕死亡，曾问母亲：“我能与您一起睡吗”。她有一个大两岁的姐姐和一个小两岁的妹妹，但彼此之间很少有联系。

她认为自己与丈夫的关系是主要问题。她结婚35年了，婚前，她爱另一个男人，这是她一生中所爱的人。然而就在他们准备登记结婚前，他离开了。她不爱现在的丈夫，他只不过是她曾爱过的男人的替身而已，与他结婚，她感到内疚。她指责丈夫不追求她，或者也仅仅是开始的时候追求她而已，不能给她温馨或者友善，也不支持她，不与她说话，多年没有性生活。他们的关系是暗淡的。对丈夫的指责和愤怒充满了整个谈话的过程，尽管丈夫供养着她、支持他们的孩子，正常工作。

访谈中，病人有些内疚地说到，过去曾与一个牧师有过很亲近的发生过性关系的爱恋关系，最后，她承认现在与一个酒依赖的人有这种关系。这个人对她的态度变化很快，有时非常爱她，有时很粗鲁并且攻击她。在治疗过程中，她中断了与他的关系。在她看来，她找这些男人，应该责备那个不爱她的丈夫。

他们有三个孩子，两个儿子和一个女儿。她感受不到被孩子充分的认可，尽管她为他们做很多事情。例如，

她对遭受摩托车事故，徘徊在生死边缘的儿子照顾很多。但他并不感激她。她与年轻的女儿的关系也有问题。她不与女儿说话已经10年了，因为女儿曾指责她不能很好的照顾她，指责她只是按照自己的意愿做事情。

只有在她与另一个男人的关系中，虽然伴有内疚，她才能感受到被认可、爱和有价值。她的家庭并不能给予她这些感受。在移情方面，病人希望得到父母般的强烈而认真的照顾，尤其是认可和爱。当治疗师会不能达到这些要求时，会感到内疚。如果治疗师让病人的希望落空了，她就会出现对丧失的恐惧和抑郁的情绪，这反过来又加重了治疗师的内疚。指出她生命中一些积极的方面，如在合唱团里感受到欢乐，并不能从根本上改变她对自己的负性评价。30个小时（大约1年）的治疗后，她以一封控诉信结束了治疗。指责治疗师是不可靠的，因为治疗师曾经因为生病而取消过治疗。后来试图与病人联系，站在治疗师的角度给她写信，并未能消除她对治疗的愤怒情绪。

#### 4.3.6 俄狄浦斯冲突

表4-10：冲突6——俄狄浦斯冲突

俄狄浦斯冲突
一般性描述

对获得关注以及对男人或女人的性别认可的需要是人的一个基本的动机，与获得躯体愉悦感和性兴奋感的需要联系在一起。这不仅包括性器官的体验，还包括所有向他人展示自己的努力和感觉，被他人所评价，以能够提供身体愉快感的性的方式与他人建立关系。这些需要必须与依恋、照顾和自体价值相关的动机领域相区别。

俄狄浦斯系统预示着真正的或想象的三人关系，这个关系受到欣赏、竞争和性之间的张力的约束。俄狄浦斯系统的特点是个体希望被早期的照料者认可，尤其表现在个人的人格和身体特征方面。这是指作为男人或女人的认可，而不是对个体“价值”的认可（自体价值）。对父母禁止的特定性别角色的要求给予认同和展示，形成了其中的一部分。这起源于和最初照料者有关的性系统和随后的发展。这里所分析的冲突还包括让自己身体的性吸引力得到认可，对男人或对女人的认可，以及对此排斥的努力和限制。但是，这不是性障碍，因为在许多情景下，性可能被用作一种动机。

交互作用表现为以下几个方面：希望成为某个人（尤其是指性角色方

面)，相对于保持不引人注目；有能力竞争相对于默许；有能力享受身体快感相对于禁欲的生活。这些具体的冲突会导致很大的变化，为了确保自己被关注和认可，不仅要有某种程度上的戏剧性的夸张，还需要进行肤浅的情绪表达。这些人不依赖自己的力量和聪明智慧来吸引人和影响人，而是依靠把自己打扮的富有魅力和诱惑力。

然而，关注和爱护可以通过多种方式获得，甚至是情绪或躯体上的悲伤。

这里，就像其他冲突一样，可能会出现内疚感。内疚感具有冲突性，因为同时有对父母的忠诚和竞争，不是孤立的内疚冲突。

被动模式	主动模式
一般标准	
由于自身的身体特征和性格特征（尤其是作为男人/女人），这些人感受不到羡慕、认可或有性吸引	这些人通过外表和不适当的带有色情或煽情的行为，试图（尤其作为男人 / 女人）成为注意的焦

<p>力。所以他们躲在“幕后”，感到自卑和屈从，在意识、交流和情感上压抑性。他们的主要特点是没有吸引力，没有伤害性，像小孩子一样。他们的自我体验决定于放弃或缺乏关于竞争——赏识和性特征的知识。然而，在潜意识里对此还是有兴趣的，表现在一些轻浮的行为、犯错和反移情中。被动的回避也可导致完全没有吸引力，缺乏性的基调。</p> <p>从严格意义上说，主导情感是缺乏的。突出的情感特点是缺乏适当的情感。病人和评估者都能明显感受到害羞和（害羞为基础的）</p>	<p>点。这些人喜欢哗众取宠、占据中央舞台、希望成为“歌剧中的首席男 / 女主角”，希望光彩夺目并具有诱惑力。与自体价值冲突不同，可能经常迅速的改变表演的主题，他们需要观众。在一个强有力的性欲化过程中，性的参照物和达到满足的可能性可能会遇到同等的阻碍。煽情行为经常令观看者很尴尬。主导情感表现为极具变化和富于戏剧性的情绪，充满色情性、毫无羞耻感的竞争。反移情表现为被迷人的吸引和失望的愤怒交替出现。</p>
---	---

害怕忍受明确与性有关的能力，甚至有时害怕阉割。反移情中，感觉到自己的情绪在“性中立”和缺乏性兴趣之间。	
生活领域	
原生家庭	
与早期的 其中一个照料者之间的关系常以一种“孩子”式的、去性化的方式理想化，同时，另一个照料者在实际中或想象中是可有可无的。家庭历史是灰色的和没有生机的，压抑家庭冲突以及兄弟姐妹之间的竞争，他们有焦虑性的保守主义。	经常有非常情绪化的家庭关系，主要是引起异性的关注和认可。在多数病例，病人是父母的“最爱”的角色持续到成年，或持续为此角色而斗争。兄弟姐妹之间充满着竞争。
这两种模式中，病人与其原生家庭都有很强的联系并受其影响，无论	

是其外部还是内部世界。	
家庭/伴侣	
亲密关系是稳定的，与保护和安 全有关，不考虑认可、竞争和色 情化（极端的情况即所谓的白色 婚姻）。所以，通常选择年龄大的 与最初的照顾者有相似性的伴 侣。由于伴侣年龄渐长而病人的 角色必须改变时，常会引发危机。	为了获得关注和认可，他们在关 系中表现出持续的哗众取宠。戏 剧性的情感或矛盾性的性行为 （诱惑和阻碍，陷入永远的三角 关系）会令所有的参与者感到很 痛苦。选择伴侣主要是模仿早期 的客体，伴侣常常是不适当的。 由于伴侣年龄渐长而病人的角色 必须改变时，常会引发危机。（如 “舞会女儿”变成了母亲，“唐璜”变 成了父亲）。
财产和金钱	
表面上，他们回避把钱花在提高	为了成为关注的中心，财产和金



自己的吸引力和竞争力上。然而，却悄悄的或无意识的进行这方面的补偿。	钱用于竞争和获得认可。所以，房子、汽车等必须要格外醒目，物质要根据形势而变化，他们却缺乏与这些物质的内在依恋（只是“小道具”）。
工作/职业生涯	
如同在家里，工作很不显眼，他们有相当好的关系，但是为了避免竞争，个人的能力，尤其是人际间的能力，却没有完全发挥出来。所以，他们寻找非常次要的职位。	这些人多通过哗众取宠，在一定程度上带有色情的行为，而不是持续的做事情，来争取在职业上得到认可和关注。过度强烈的竞争只能增加职业上的压力。这导致经常改变职业群体和职位，这又往往远低于个体的能力。
社会环境	

<p>在社会群体里，他们选择稳定的关系，撇开竞争和有关性的情境，或完全回避掉(和谐的兄弟姐妹般的关系；“夹起尾巴”)。这导致不会被人讨厌，但也不会给人留下深刻的印象。</p>	<p>社会群体、协会和朋友都用来炫耀自己，并且根据需要，会迅速的改变。从这个意义上讲，人际关系比起实际显得更具有私人性。可能会出现三角关系的破坏，希望破坏另两个人的亲密依恋关系是他们的动机。</p>
<p>身体/性</p>	
<p>很少关注身体的特征和外表，但并非忽视对身体的照顾。为了忽略竞争，包括认可和色情化，他们努力隐藏可能的吸引力、性特征和竞争。这些问题可能持续到老年，到那时肉体的放弃会因为年老而认为是正当的（“在我这个</p>	<p>身体或身体的一部分，被用来获得认可和竞争。所以，身体受到过度的关注，带有某种意义地进行打扮，有时是煽情性的，哗众取宠的。身体吸引力受到限制或者因衰老而丧失，都意味着巨大的威胁，因而尽量掩饰（“永葆青</p>

年龄，不再需要这些！)。在极端的例子中，性冷淡是很常见的。	春”)，在最糟糕的例子中，达到了歪曲的程度。对性有明显的兴趣（包括下流的笑话、色情狂）。
疾病	
疾病和痛苦提供了一个无意识的机会来实现获得关注和认可的愿望。这些病人给人的印象是虚弱和假性退缩。有时他们努力接受治疗，这是一种潜在的对他们无法得到的认可或性满足的替代。	为了得到关注和爱的照顾，疾病可能以戏剧性的方式来俘获每一个人。与此同时，没有一个照料者能在实际上满足这些需要，所以他们需要找到每一个新出现的专家。病人角色进一步提供了各种认可的机会。在医患关系中，疾病常导致色情化和竞争。

俄狄浦斯冲突——主动模式

典型病例：急诊室里的病人

B女士，30岁，由于过度换气导致抽搐而送往急诊室。两年多来，她这种由于过度换气导致的抽搐越来越频繁，到了几乎每天都要发生的程度。第一次发作是在与一个朋友打电话的过程中发生的，当时女友告诉她生了个儿子。

B女士在访谈中有很多抱怨。她很迷人，假装生病，反复去看男医生。有时在完全不合适的时刻，她会大笑，或者没有任何预兆地突然陷入抑郁并哭泣。她的名字列在了突发事件者的名单里，也就是说她引起了事故和急诊部门的警惕，她需要立即得到一个专家的帮助。评估者一方面感受到被她吸引的愉快感，另一方面对其不适宜的表演而感到愤怒。

她的个人经历是一系列“野蛮的”和“疯狂的”计划。她出生在一个很简单的家庭，排行第二，是六个孩子中唯一的女孩。这让她总是很特殊，并成为父亲的最爱。但是父亲却是家里不重要的人，患有慢性病，从她出生后就靠救济金生活。母亲是一个家庭主妇，经常生病。尽管持续地争夺爱和关注，整个家庭还是很团结的。19岁时，她与第一个男友生活在一起：怀孕、流产，参加“狂热的聚会”，越来越多的饮酒。她遇到第二个丈夫后，就离开了原来的男友，并成了一名禁酒者。在这两件事情之间，她曾因为很疯狂的计划与另一个男人结婚（第一次婚姻）。这个计划就是通过与他结婚把他从监狱里救出来。与他结婚的真正原因，她至今不清楚。很快他们就离婚了，在他们的婚姻里没有什么美好的回忆。她是主动出击，遇到了的第二个丈夫。曾经很长时间，他们挨着身子睡觉，却没有亲密的行为，丈夫是一个很好的人，害羞和保守。婚后，

她很想生个孩子，却未能怀孕。她从事过很多的职业，有些是远低于她的能力的。她有许多朋友，但除了丈夫外，没有人能与她分担忧愁。她能感觉到自己很有魅力，但有时从男人那里得到的关注对她而言也太多了。

### 俄狄浦斯冲突——被动模式

#### 典型病例：一个学生

病人是一个学法律的学生，26岁，由于抑郁症状来这里寻求帮助。她刚进诊室时，看起来是一个面色苍白，带有孩子气的年轻女人，衣着灰黯，语气柔弱，总体给人一种没有生机、缺乏吸引力的印象。抑郁不明显，倒是害羞、压抑、拘禁很突出。访谈中，她相当被动，对她的问题很犹豫，评估者不得不反复询问以获得更多信息。

两年前，症状开始变得很糟糕。在学历方面，她感到逐渐强迫自己与她的同学比较，却又越来越多的回避这种比较。另外，学生会上有一个男同学显示出对她很感兴趣。为了逃离这种带有色情的诱惑，她试图把自己更加的掩盖起来，穿不起眼的衣服让自己看起来不像一个女人。他努力做到只希望与他保持“好朋友”的关系，这个男孩子最终选择了另一个学生。这验证了她低微和缺乏魅力的自我感觉。从那时起，抑郁症状变得明显了，在本质上，病人并未看出之间的联系。

此后，她进一步加强了与家人的亲密关系，每天都与父母通电话，每个周末都与他们在一起。尽管她以一种爱的方式描述她的父母，仍给人一种没有生机，色彩单调的印象。她与父亲的关系是一种“充满爱的、最好的伙伴式”的关系。他好像是她终生最好的朋友而不是父亲，母亲在家里处于从属的角色，好像没有冲突。家庭中的整个氛围是一种具有保守性的保护性。童年时期，病人喜欢与男女朋友们在一起，在小团体中往往倾向于“不显眼”。从青春期开始，她主要与女性朋友在一起，同样是喜欢“不显眼”。她参加有明确性别的发展性活动，如舞蹈课，因为这是“合乎礼仪”的事情，但多数时间她都感觉这对她“太早了”，并且有些不合适。此后的阶段，直到诱发的环境出现，没有男人对她有性方面的兴趣。在她的意识里，这样很好。然而，另一方面，她希望从某个伴侣那里得到保护和安全感，而不是性的欲望。

4.3.7 （自体）身份冲突（身份紊乱）

表4-11：冲突7——（自体）身份冲突（身份紊乱）

身份冲突——（身份紊乱）
一般描述
通过自体，我们能够理解一个个体内部形象的整体性。这个“自体”——身份系统在质上必须分成两个领域：调控自体价值感的领域（自恋）

和自体身份领域。在这两个领域中，没有张力的状态与幸福安全感联系在一起（Sandler/Joffe，1970）。一个有着充分的连续性和凝聚力的成功的身份会产生幸福感和安全感。矛盾的自体形象所导致的冲突与不安全感和不愉快感联系在一起。这种自体的冲突性紊乱必须严格与身份弥散相区别。身份弥散是一个结构的问题，在OPD“结构”轴里有描述。从更加明确的意义上讲，紊乱性冲突涉及个体的身份，这些冲突不是完全的无意识，经常是有意识或前意识的。所以，这涉及到那些没能成功地建立起自己身份的缺乏幸福感的人们。这里没有提到日益增多的对所有人都会形成内部——外部冲突的情况，如在移民的范畴内，（例如穆斯林人加入到西方社会），这建立在生命的社会结构中早期真实的矛盾之上。

自我结构和自体障碍的患者（如，边缘性或其他人格障碍）会在结构轴中有所反映，然而身份——（自体）冲突强调了个体赋予自体形象和客体形象充分完整的自我功能，只是彼此之间的形象导致了冲突。身份形成是一个伴随一生的过程，反映在对同一性和连续性的主观感

受的每一个发展阶段。身份总是和客体关系联系在一起，也就是说，有许多不同的身份，如果没有冲突，个体就会表现出凝聚的和连续的自体身份。如性别身份，父亲身份，宗教身份，家庭成员身份，民族和种族身份等。

因为人是社会化的，在个体发展的过程中，各种不同的身份不仅是有意意识的，有时是一种更强烈的无意识的表达 ( S c h u b e r , 1 9 9 5 )。特别提及的是以下身份障碍：身体、性别、家庭身份、种族、宗教、社会、政治、情绪、职业身份。例如，冲突可能发生在作为儿子的父亲和作为父亲的儿子之间，或者作为外来移民和希望融合之间 ( 民族归属 )，或者希望成为一个成功的男人，却保留着女性特征，或者在社会活动中由于晋升带来新的身份与对原来社团的忠实之间。其它身份冲突包括各种有关躯体形象的身份之间：女性运动员相对于女性身体，身体残疾相对于完整的身体，纯粹的永恒相对于衰老、手术后的状态，如乳腺切除术后。

当一个基本的动力学现象出现在身份冲突的领域而不是以上描述过



的其它冲突领域（如内疚冲突）时，必须诊断为身份冲突。

被动模式	主动模式
一般标准	
被动模式的人会体验到一种慢性的或反复的无身份感（“我是谁？我归属哪里？”）。应对策略主要是淡化与合理化，以至于否认不和谐的身份，在极端的例子中表现为缺乏身份感。然而，这必须与故意隐藏身份相鉴别。这些人回避影响身份安全感的生活情景。	主动模式的人一般倾向于掩饰其身份的不安全感。在大多数的角色中，努力应对基本的身份不安全感的方式是求助于补偿并回避身份的不和谐性（构建传奇的家庭、幻想性的家族、借来的身份）。主要的情感是由于个体身份系统遇到反驳而处于危险之中所带来的焦虑和恐惧。
生活领域	

原生家庭	
<p>原生家庭的身份似乎也是缺乏色彩和黯淡的，或者是明显不稳定的。身份没有吸引力，缺乏重要的角色。在他们的报告里，整个家庭常常有模糊的或矛盾的身份，如父亲可能同时或继而是一个成功的商人，一个无掩饰的骗子，一个破产者，一个卑微的社会安全的容纳者。</p>	<p>通过主动构建，使自己所维持的身份在家庭中突出，从而掩饰家庭中的矛盾身份。在他们的叙述中，其原生家庭的历史常包含理想化和充满想象的故事。例如，经济的衰落可能是由于敌人的阴谋或者是因为有一个非常高贵的父亲（“对这个世界太好了”）。如果感觉自己的原生家庭是不重要的或者是丢人的，个体就会有一种无意识的愿望与其分离并建立一个新的家庭（改朝换代，“单独行事”）。</p>
家庭/伴侣	

<p>伴侣要能够给予病人身份感和支持因为病人自己回避了清晰和令人羡慕的身份。这种持续的<b>矛盾性很难被接受</b>并且不断地提醒病人其身份是不安全的。然而，如果病人找到一个身份稳定的伴侣，他就会无意识的把自己的身份至于其下。</p>	<p>寻找伴侣、关系和家庭，因为他们能更好的提供给病人身份感和支持。在最好的情况下，这导致稳定地解决问题，如新的姻亲成为自己的家庭历史。这种强有力的和夸张的对新家庭身份的采纳可能导致适应不良（如过去的“新富”一族）。</p>
<p>工作/职业生涯</p>	
<p>在他们学习和工作的成功故事中，这些病人常表现出矛盾性。至于成功，他们缺乏一种内在的稳定性和角色的安全性。有时他们给人的印象是虚假的或者与他们的职业角色和功能不一致（“他</p>	<p>职业生涯被过度的用来承担给予角色的角色（“总在使用中”）。这就是为什么这些病人的工作经常出现问题并且是不灵活的，他们有时以夸大观念的形式追求自己的价值和特点（狂热者和发明家）。</p>

穿得像医生”)。他们在一定程度上尝试许多角色和职业。	立足于事实和眼下的任务不如个人的身份重要。
财产和金钱	
固有存在的财产可能起到代替个体的自体组织中缺乏的安全感(拥有代替成为)的作用。有时不知道如何处理挣来的钱(“和我没有关系”)	财产基本上用来稳定自己的身份(“我拥有这件收藏品,是一个有鉴赏能力的收藏家。我是个先驱者——为他建造了这座房子”)。获得财产是因为它能提供身份的功能。这必须与财产提升自体价值感(自恋)的事实相区别。
社会环境	
这些人努力适应环境的过程就像变色龙一样,这给人一种相当乏味的感觉(“良好适应”)。他们缺乏社会形象,这可能会引起与他人	他们寻找并保持在团体中的成员角色,因为认同感会起到作用(“我们是艺术家”)。由于他们夸大了角色的认同,因而他们显得很突出。

<p>的摩擦 ,但这对于别人“识别”他们很有必要性。这就是为什么在最后的分析中 ,他们不被尊重的原因。这也是他们为什么回避社交的原因。</p>	<p>这可能具有讽刺意味。(“物理学天才”可能因为其衣服肘部的破损而被认出来 )。</p>
<p>身体/性</p>	
<p>就身份而言 ,缺乏华丽和笨拙会形成一种忽视身体的态度。这里没有典型的模式。如果一个被拒绝的破产的父亲肚子很大 ,他强调身材苗条或“有意识的进食习惯” ,可能是对他自己的无意识的否认。这里的一些多样性仅仅是因为早期和现实生活的偶然的一致性所产生的。沿着相似的线索 ,</p>	<p>这种强烈的对待自己身体的方式必须要能够起到给予身份的作用。如果一个受过训的身体 (“强大”)、三天不修理胡须和光头是男人的社会属性 ,这为那些有男性不安全感的个体提供了身份稳定的可能性。服饰总是能提供身份感 (“衣服造就成功”)。制服、民族服饰和设计师的标志形成了个体</p>

<p>用服饰展示个体人格的方式是有限的和不固定的。强烈改变外表趋向是一种相当被动的决定的身份的方式 (“需要做一个潮流追随者”)。</p>	<p>身份类型的一部分，正如“做作的破旧”或低劣的发型。特点是缺乏选择性和固着。</p>
<p>疾病</p>	
<p>由于被动性，这些病人不能成功地寻找和接受一个新的充分（疾病）的角色。他们对此避免任何的面对，大多数是无助的和被动服从的。</p>	<p>这些病人倾向于积极的承担和形成疾病角色（疑病症）。如果他们至今一无所有，现在却得病了。整个的自体形象通过得病的事实给予定义。在另一个极端，病人强烈地否认病人角色，因为得病与个体的身份观念不一致（“我不是得这种病的人”；“我不可能卧病在床”）。这样，不仅因为疾病会转</p>

	化成慢性，而且因为否认疾病的直接后果，都会使病人处于危险之中。
--	---------------------------------

### 混合的主动和被动模式

#### 典型病例：一个瑞士移民

病人，36岁，因为处理关系有困难而来接受访谈。她的丈夫告诉她说她不知道想要什么。丈夫感到很奇怪的是她上过大学，工作了好多年，并且很成功，但是现在却想着从头开始学心理学。在其它方面也是如此。丈夫说她一直在寻找什么，但不知是什么，她所拥有的并不能令她感到幸福。这些谴责导致两个人相互争吵。

病人是个瑞士人，出生于苏黎士，并在那里长大。在开始访谈时，她给访谈者的印象是她的语言，甚至她的语调，并没有显示出她来自哪里：她说着一口标准的德语。更令人惊奇的是，作为一个典型的瑞士家庭的女儿，她六年前嫁给一个德国人后，就一直生活在德国。当问及此事时，她友好地笑着说，这是她的超适应。许多人都羡慕她的这种适应能力。然而，她自己对此有怀疑。如，她讲了一个故事，当她有一次回到瑞士时，在一个商店里购物。她理所当然用当地的语言与售货员交流，但是让她很吃惊的是售货员竟用

德语回答她——好像她是一个试图说瑞士语言却带着德语味道的外国人。

病人还能举出类似的好多例子。在她的公司里，每一个人都都会想当然的认为她是一名律师，尽管她是学国民经济的。她的父亲是一个律师，虽然是父亲喜爱的女儿，但她努力使自己远离父亲希望她从事他的职业的愿望。她评论道：“我现在也不是完全的成功。”在过去，她学习法律知识，用法律的方式思考问题，好像对法律非常感兴趣。所以，“狂乱的情景”在她的公司里迅速出现。她的老板会问她如何评价法律专家的陈述。所以，主管法律的顾问可能会因此憎恨她，但是这个顾问也很聪明，知道她在这里是“喜爱的女儿”，偶尔在进午餐的时候，也愿意与她讨论所要起草的法律文书的事情。几乎不用说，她的丈夫肯定也是个律师。学习心理学对这个聪明的爱思考的病人来说是一个双重愿望：希望进一步努力让自己远离，不再总是身份混淆，希望通过学习而了解自己更多。“过去我是这样做的，我应该成为一流的心理学家”，她带有一丝自嘲的口气说。

为了来这里做诊断性访谈，病人穿着打扮的像个管理人员。表现出明显的女性特色和具有鉴赏力。很难理解她说工作之余她的“穿着几乎像个男性”，因为“这样穿着更舒服”。在反移情中，病人给人以卖弄风骚的感觉，但这尚未证明是正确的。

她是家中最小的孩子，有三个哥哥（“你不得不为了生存而调整”。这是隐藏在冲突之后的少有的几句评论之一）。父亲是个成功的商业律师，母亲是个家庭主妇。她的童年经历显得很苍白（“我们有所需要的一切”）。



三个哥哥都学习法律，却从事非常不同的职业。成为医生是父亲可以容忍的职业，但是她知道自己害怕见血，所以从事这个职业是根本不可能的。妥协的结果是学了国民经济，但这并不是自己十分喜欢的。家庭的身份是由父亲及其语言决定的。他是瑞士的民族主义者，竞选参加反移民党派。没有一个儿子能够回避“这种身份的礼物”，但都能满意的找到自己的解决方式。病人却摇摆在调节（+）和反抗（—）之间。她的丈夫是个德国人（—）和律师（+）。国民经济是非常不重要的（-），却没有一点反抗的意思（+）。她曾考虑做一名律师（+），但又不允许自己成为律师（—）。她出生在瑞士（+），却能够很好的适应外国人的角色并不再被认出是个瑞士人（—）。她的性别出错了（—），但不想要孩子，这在一定程度上弥补了那种伤害（+）。所以，她不能给这个家庭带来孙子孙女（—），而她的哥哥们早已做到了。然而，她的父亲对此很高兴（+），只有她的母亲好像很伤心。在36岁时，病人开始试图寻求新的身份，这一次，她的观念相当的具有革命性（-）。所以，她保留着学习法律的想法，毕竟，在她看来，这对她并不困难（++）。“我所要做的就是重新学习合理的瑞士德语！”

反移情主要是无助感和缺乏清晰感。上面清楚强调的动力性，只有经过了数次的诊断性访谈之后，才越来越明显，是以完全乏味的方式呈现出来的。在任何时候，如果一个人愿意，强烈的主观痛苦是很容易被忽略的。除了有迹象表明患者存在需要照顾和自给自足的冲突、自体价值冲突、俄狄浦斯冲突外，身份冲突是最明显的。其它冲突没有如此的明显。表面上，冲突表现在职业领域，而较少表现在国籍上。在更深层

次上，更多猜测而未被证实，是性身份冲突——无论选择什么职业，她都会感到自己像穿错了鞋子似的（性别错了）。

## 4.4 轴IV——结构

### 4.4.1 引言

结构是指自体以及自体与客体的关系，或者更精确地讲，是指负责调节自体及其与内、外部客体关系的心理功能的可获得性。根据所谈论的心理功能在结构上的整合水平，我们来描述可获得性的程度或它的缺陷。

结构和冲突这两个概念描述了精神系统的不同方面。作为一种反复出现的模式，冲突描述了以内容为基础的事件的精神动力学方面，以及可触发症状的条件。结构指人格的易感性、疾病的易感素质以及处理内部冲突和外部应激事件的能力。

在不同结构整合水平，同样的冲突主题表现出不同的强度（例如，不同的情感品质、不同的客体表象、不同的需要的性

质和强度、不同的防御的成熟水平等)。在某种程度上,研究已经发现个体冲突要求特定水平的结构整合(例如,个体化——依赖冲突和自我价值冲突发生在较低结构功能水平,俄底普斯——性冲突发生在较高结构功能水平)。结构整合水平越低,识别稳定的冲突模式越困难。在结构功能的瓦解水平,通常缺乏明确的可识别的冲突。

在结构评估中使用何种观察?观察期需要多长时间?

从结构的视角检查“临床资料”可包含下列各项:

- 互动和病人报告的生活经历
- 病人在诊断关系中展现的结构能力
- 治疗师体验到的反移情
- 通过询问或自发表达获得的病人对他自己以及他的行为的内省性评估

对结构的评估不必针对当前的紊乱和/或它作为疾病的性质,而是针对潜在的结构可能性,在过去1年或2年的相互作用行为中,这些结构可能性已经变得显而易见。当前的紊乱(包括退行状态和危机)自身不能决定结构整合水平,它们仅是结构可能性的指标。

对于结构水平的评估,必须明确手册中给定的哪项操作最适合病人。在这种背景下,可以从各个结构纬度来描述不同结构整合水平。最后,对结构的全面评估用于从临床角度整合各个结构纬度的评估。

#### 4.4.2操作化

**结构整合水平的一般特征**

**高水平结构整合**

高水平结构整合提供了一个内部心理空间，在这个心理空间内能够有区别地感知心理体验（认知、情感、幻想、记忆、判断等）。以同样的方式，可在精神内部与冲突作斗争。一方面是不同的需要和需要的搅动，另一方面是内化的标准（以完全成熟的超我的形式），斗争发生在两者之间。

高水平结构整合的特征为：对病人而言，调节功能主要是可获得的，并且在病人的长期生活中可被维持着或被重新获得，即使在内部或外部应激情况下也是如此。

主要恐惧集中在对客体的爱的丧失。

对这类病人的反移情特点为：治疗师意识到自己情感的扰动，这种情感重现了病人过去生活中的人所经历的相关体验。

### **中度水平结构整合**

中度水平结构整合的一个特点是：对病人而言，上面描述的能力和功​​能仍然主要是可获得的，但是能力和功能有所下降。在这个水平，仍然是精神内部冲突占主导，但是它以不同的形式出现，并且比在高水平结构整合时处理起来更困难：就愿望而言，我们贪求、施加权力、顺从等愿望的潜意识努力；在另一端，以明显夸大的形式，我们看到严格刻板的惩罚性标准（“不成熟的超我”），以及夸大的理想。

主要恐惧是客体的丧失，或与重要客体分离，并结合对自身强烈冲动的恐惧。

这与下面的反移情体验相对应：有时候感觉到很难承受这种反移情，但是，通过随后的治疗性自我反思，它总是能与病人的相关关系体验相联系。

### **低水平结构整合**

与先前描述的结构整合水平相对，在这个水平，调节功能的可获得性显著下降，实际上或者是永久性的下降（从发展缺陷的意义上）或者在应激性环境或事件中（结构易感性）反复下降。与上面提到的结构整合水平相比，心理内部空间发展不

良。自体是非常贫瘠的、非常容易受伤害、非常冲动的，客体表象是威胁性、迫害性的，或者是以渴望的方式被理想化的。标准和规范结构（超我）是分裂的。潜意识愿望的搅扰不是在精神内部被处理，而是直接指向了外部。因此，精神内部冲突较少，而是以人际间冲突占主导（在亲密关系中、工作中和在社会环境中）。

主要恐惧是因坏的客体或因丧失好的客体而造成自体的毁灭。

反移情特点为：情感的强烈、体验的突然性、情感反应具有后续效应，持续时间超过病人的实际存在。这些病人不会传记性地重复他们关系中的相关冲突，而是在他人不知晓的情况下，倾向于通过投射性认同来调动他人的心理体验。

### 瓦解

瓦解不是指缺乏组织。从重建的角度，精神病后、创伤后或性变态等组织形式掩盖了自体凝聚性的缺乏和淹没性的情绪。自体 and 客体表象显得混乱，没有共情性地客体感知，不能体验对个体冲动行为的责任感（随事情发生）

在短暂性精神病性失代偿框架内，可能存在投射性加工处理。

术语“瓦解的”指结构功能的当前缺陷，不指特殊状态，也不指某一精神疾病或它的残留物。

主要恐惧指向神秘怪诞的客体，客体更像一个介质，而不是一个具体的客体，此外，恐惧自我丧失和自体分解。

反移情特点为：体验到不能被理解，体验到奇怪，和带有危险的怪诞。

表4 - 12：评估结构整合水平的标准

①	高	相对自主的自体；结构良好的内部心理空间，精神内部冲突可发生在此；自我反思的能力和以现实为基础的感知他人的能力；自我调节的能力；共情能力；足够好的内部客体；主要恐惧：恐惧丧失客体的关心和关注。
1.5		从高到中
②	中	精神内部冲突更加具有破坏性；自我贬低和自主性破坏倾向；获得自我表象和身份的困难；过度调节和自我价值调节下降；客体表象限于少数模式；共情能力减低；二人关系占主导；

		主要恐惧：恐惧丧失重要的客体。
2.5		从中到低
③	低	几乎没有发展内部心理空间，对心理亚结构的区分非常有限；冲突是人际间的而不是精神内部的；缺乏自我反思；身份弥散；不能耐受负性情感；冲动性爆发和对情感上受伤或被伤害的高度敏感； 防御：分裂、理想化、贬低；缺乏共情，沟通能力受限；内部客体主要是迫害性和惩罚性的； 主要恐惧：因丧失好的客体或因坏的客体，造成自体的毁灭。
3.5		从低到瓦解
④	瓦解	从重建的角度，精神病后、创伤后或性变态等组织形式防御性地掩盖了自体凝聚性的缺乏和淹没性的情绪。自体 and 客体表象显得混乱，几乎没有共情性地客体感知，不能体验对个体冲动行为的责任感（随事情发生）  主要恐惧：自体 and 客体表象的共生性融合导致自体的丧失。

#### 4.4.3 结构评估的各个纬度

##### 认知能力：自体感知和客体感知

**关于自体：**认知纬度描述了形成有关自体的分化的表象和相关内部过程的能力，特别是形成关于自己情感的分化的表象的能力。就它的性心理和社会方面（身份）而言，这也包括随着时间不变地维持自体表象恒定的能力。

**关于客体：**就客体而言，这是有关形成对他人的现实描述的能力，特别是将他人感知为具有独特特征的人的能力。现实的客体感知的重要前提是：有能力明确区分什么是自己的和什么是他人的（自体 - 客体区分）。当然，这不只是现实的客体感知的前提，也是现实的自体感知的前提。

表4 - 13：自体感知和客体感知

自体感知和客体感知

感知自体	感知客体
1.1反思和区分自体表象	1.4自体 - 客体区分：将自己的想法、需要、冲动从他人的想法、需要、冲动中区分出来。
1.2区分自己的情感	1.5从不同的方面感知他人，也就是说将他人感知为整体的人
1.3构思和进一步发展自己的身份感	1.6有能力构思关于他人的现实图像。



### 高水平结构整合

在这个水平，可能存在对自我的分化的、反思性的感知。基本上，表象随着时间恒定且连贯一致。通过个人的参与可观察到内部过程，就相关的情感而言，可有所区分地感知这些情感。体验到的情感包含整个情感谱系，从快乐、好奇、自豪到恐惧、鄙视、愤怒、厌恶、悲伤、内疚和羞耻。因为冲突的存在，自我反思能力受限，但是并非完全不能发挥作用。

病人能够自发的或者当被询问时说出个人的特征和能力，这显示了他对自己的表象，即“他是什么样的人”，什么特征可将他从其他人中区分出来。他能够区分自己情感体验的不同方面。调查者得到一种印象，在病人身上可调动自我反思的兴趣并可使其利用自我反思。

分别保存属于自我或客体的情感、冲动和想法。可确切地区分一个人自己的兴趣和他人的兴趣。以这种方式，形成了对他人的一种分化的感知；他人的表象基本上是随着时间恒定存在的，并且是连贯的。在冲突的情境下以及在来自与驱力相关的压力下，它也保持稳定。在关系冲突的影响下，像愤怒、失望、悲伤等情感可能变得更加强烈，但仍不失去对他人的现实感知。

在病人的描述中，他能够鲜明地描述与他关系亲近的人。可形成重要关系人物的图像，包括他们的局限性和可能性、他们的优点和缺点。

### 中度水平结构整合

对自我的反思性感知有所下降。最重要的是，自我作为自身行动的发起者。对自己情感的内省能力下降。应激情境和事件可危及自我表象的一致性。在描述哪些是自己的哪些是他人的时候有困难。

在询问下，病人较少描述他是谁，而是描述在某种情况下他做了什么或说了什么。因此，形成的自我表象有个很老套的外表，它是依赖于情境和情绪的。病人明显地受到情境和情绪的强烈影响，或者会试图通过回避情感而保持自身的稳定。

每个病人都有自己的情感和需要，这使得病人很难将他人感知为一个整体客体以及现实地感知他人。根据情况不同，会形成片面的或老套的他人形象。

病人基本上能够描绘关于他人的适当的图像，但这幅图像是不稳定的，特别是当他了解自己的强烈愿望时，或当他感到被逼至绝路时图像更为不稳定。在这些情况下，他人的表象“倒塌”了，因此，关系中的困难暂时浮现出来了。病人有可能将自身与那些强烈的反应再次拉开距离，以便感知他人的兴趣并考虑他的现实性。

### **低水平结构整合**

如果存在反思性的自体感知的话，它也不能帮助建立可理解的个体表象。病人以分化不良的方式感知自己的情感。负性情感决定了自体体验的性质，其多表现为藐视和厌恶。

情感的疏远和空虚取代了情感的体验。当情感浮现的时候，不能清晰区分它们是属于内部还是外部。不能获得身份感，自体的相对立方面相互之间分裂的存在。

即使在帮助下，病人也不能描述自己，不能以一种可理解的方式从想法和情感方面向调查者描述在他内部发生了什么。没有一致的表象：“我是门门精通，样样疏松”。病人的自体表象是扭曲的，情况可能是夸大狂样夸大的或者是贬低的，有时也是弥散的且与重要他人表象混合在一起。包括性偏好在内的内在偏好仍是含混的。病人承担了矛盾的社会角色。在几天后的咨询中，传达的形象可能是具有不同期望的完全不同的人的形象。在调查者的体验中，可能会发生不能回忆起病人，将病人忘记的情况。

在对他人的感知方面，自体 and 客体感知是混乱的。特别是不能理解他人有自己的优点和缺点，以及有他自己的历史。另一个人必须达到病人的全部期望，否则这个人就不是好的（理想化/贬低）。以简化或者夸大的方式对他人进行描述，具有木质雕刻品的品质，也就是说，它们缺乏可信性。理想的伴侣是具有下面特点的人：他或她自身不会提出要求、没有缺点，

并且有了他任何事情都是可能的。当病人描述其他人时，值得注意的是，听者很难想象这些人是什么样子。对病人而言，他人的行为和反应是不可理解的。因此，有关他人的图像仍然是苍白的，或者是在正性和负性方面完全夸大的。再次，难以分清病人是在谈论他自己还是在谈论另一个人。

### **水平：瓦解**

病人没有能力描述自身的特点。无法描绘出一个具有心理、社会和性方面身份的人格形象。相反，所描述的是自体方面，这些方面或者是非常规范的（因此难以置信）、古怪的（因此难以理解），或者是片面地过分夸大。

一个被送到司法机构的病人，会把自己描述为“安静的市民”，来这里参加心理训练项目，并认为他很快会出去。

正如自我感知一样，对客体的描述同样是空洞的或难以理解的、疏远的、威胁性的。这可能是由于单个特征代表了整个客体的缘故（蓝眼睛代表灵魂的纯洁性）。病人自己的需求完全主导了对外部客体的感知，认为客体是迫害性的且使人痛苦的，并相应地对客体感到恐惧或感到需要与之战斗。

尝试对与客体相关的恐惧进行定性是不成功的。客体表象可以是完全僵化的，但也是模糊的，好与坏混淆在一起。病人似乎不能感知他人的特征、甚至不能感知他人的兴趣。病人自己和其他人的人格特征和需要融合在一起，以这种方式使得在性方面具有攻击性的病人确信受害者得到了他们想要的东西。

### **调节能力：自体调节和客体关系调节**

**关于自体：**调节纬度描述了心理体验的一个综合方面。从中发展出下列能力：将自己体验为胜任行为的发动者、从自我效能体验中发展出自信和自我肯定。

调节是个双向的概念：如果过多（过度调节），一个人行动的能力和与他人沟通的可能性会受到限制；如果调节太弱，情感和冲动的整合会受到抑制，其结果是无目的或冲动性的将情感和本能冲动付诸行动。

对自我价值感的调节也是自体调节的一部分。

自体调节能力强调有效的调控功能。例如，在控制自身的冲动或情感的能力方面，这是特别明显的。可以理解的是，自体调节能力越是不可获得，结构整合水平变得越低。就任由事情发生，使得自体被动地顺从于事情的发生，而不是作为对自己心理过程的负责人。

**关于客体：**对客体的调节任务，不只涉及保护关系免受自身冲动的破坏，还涉及保护自身的兴趣，以便不会因为其他人对自己施加影响而丧失自己。预测他人反应的能力（预期）影响了一个人的行为。在人际关系领域，与自己保持距离、仔细审视和做决策方面与处理和调节自己的情感或冲动或情感伤害同等重要。调节功能使得一个人不会长期的沉浸在事情中或被事情“带走”，而是能够使得自己与正在发生的事情保持距离，好像去审视自己，并从这个位置获得新的态度。

表4 - 14：调节

调节	
调节自体	调节与客体的关系
2.1使得自己与冲动保持距离，控制和整合冲动。	2.4保护关系远离自己令人不安的冲动；精神内部防御取代人际间防御。
2.2使得自己与情感保持距离，调节情感。	2.5在关系中，保持自己的兴趣，并考虑他人的兴趣。
2.3使得自己与情感伤害保持距离，调节自我价值感。	2.6有能力形成关于他人的现实的表象。

高水平结构整合

自体将自己体验为胜任行为的发起者。可整合本能冲动；寻求满足，但可延迟或取代满足。忍受矛盾，寻求妥协的解决

方案。不需要回避不愉快的情感。可维持自我价值感，或当它变得不稳定的时候可重新获得。

在与调查者的会谈中，病人能够反思他自己的愿望和他人的兴趣之间的差别。他能够解决内部的矛盾，而不会情绪化地做出反应或在情感上受到伤害。

与他人的关系不受到人际间防御态度的消极影响，也不受到将自己的冲动付诸行动的消极影响，因此可同等地考虑他人的兴趣以及自身的兴趣。在这种背景中，可预期他人行为中的重要方面。

例如，一个病人报告他在自己与另一个人之间设置了适宜的界线，以及以一种友谊没有遭受损害的方式，他成功地引导了他的愤怒。

### 中度水平结构整合

在这个水平，以社会可接受的且与自身价值判断相符的方式，满足本能愿望的可能性明显减小。过度调节倾向占主导，也就是说，在意识中很难承受情感和本能愿望，于是强烈地对此进行防御，以至于它们既不能作为信号被感知，也不能用于指导行动。导致的后果是更强的自我控制和情绪灵活性受限。除了过度调节，也可出现冲动性爆发。同时，因为对某些压抑的愿望的固着是强烈的，故限制了对本能愿望和情感的更灵活处理。相应地，延迟或替代驱力满足的可能性有所下降。Unlived攻击性可在精神内部导致自我贬低、自我惩罚以及“受虐的”自主 - 攻击倾向。在调节失败的情况下，自主 - 攻击倾向变得更加明显。对自我价值感的调节明显容易受到紊乱的影响，其表现为个体容易情感上受伤、自体夸大或自体贬低。

与病人的对话进行得很艰难，病人外表表现得礼貌亲切，但是具有控制性且沉闷乏味。很明显，他只能间接要求对他的关注和关怀，他不能表现出对关怀的需要。调查者顺便获悉他有偶尔的过度酗酒和大量进食的情况。

调节自身冲动和情感以及自我价值感的能力受损，这使得对重要关系的调节变得更加困难，因此，重要关系受到了负面影响。在关系中，不能清晰地感知，或僵硬地过度强调一个人自身的兴趣或他人的兴趣。预期他人对自己行动所做反应的能

力受限。

病人经常感到他人对他施压和利用他，他不能够对此进行防卫，总是陷入困境。病人遗漏了对近期分离的描述。

### **低水平结构整合**

在这个水平，以社会可接受的且与自身价值判断相符的方式，满足本能愿望的可能性最小。延迟或替代驱力满足的可能性也是如此。随之产生的行为是冲动性的，受累的个体将这些行为体验为自我不协调的、无法抵抗的和痛苦的，或者这些行为的敌意和极端性因与环境不相适应而遭到反对。发现尝试进行调节是唐突且无效的。在幻想和行为中，明显存在自我破坏性倾向和指向他人的破坏性倾向。内疚感没有在精神内部得以解决，而是导致了自我惩罚，可采取自主 - 破坏倾向的形式。与中度水平结构整合相反，在这里调节不足占主导。冲动性行为经常被不愉快情绪触发，这些不愉快情绪在精神内部不能被耐受，导致了突然的行为改变。

非常脆弱的自我价值调节表现在：病人对情感伤害高度敏感或病人怀有无所不能的非现实想法。

在初期会谈中，当触及情感上的应激话题时，病人面部呈现痛苦的表情。当调查者（男性）谈到这些话题的时候，病人立即向他喊，让他闭嘴，病人不想继续谈话，总之，病人不善于与男性交谈。当病人突然极其详细地谈论他的私人生活时，只有在极大的努力下，谈话才能继续下去。

病人与他人的关系是以人际间防御为特征的。他不能在精神内部处理他以冲突为基础的需要和恐惧，而是让它们直接进入关系之中，这样关系就处于极大张力之下。因此，在关系中不能平衡病人自己的兴趣和他人的兴趣。特别是不会考虑他人的兴趣。不能预期他人的可预期的反应，因此不能使用他人可预期的反应来调节自己的行为。

## 瓦解

关于病人自己的行为，病人没有自身行动的根源感。从病人的角度，调节不是个问题，事情就是随它发生。

攻击性冲动不能被整合到整体行为之中。病人表现得充满破坏性的恨，然而，他不把这体验为自己的攻击性，而是作为对他人行为的正当反应。

性冲动不是与客体相关的，而是建立在部分驱力基础上的行为冲动，它们被付诸行动，具有角色样的特征（例如在性倒错中）。在过失行为中或通过暂时使用酒精和药物，存在显著的丧失调节状态。病人会出现情感和行动是来源于外部的感觉，这种感觉强烈到可使病人感到受外界影响控制的程度。好像缺失了通过标准例证对一个人行为的内部判断。从病人自己的角度，他的行为是完全自然的、必要的、合理的，或者被完全否认了。

自我评价在无所不能和强烈贬低的自我价值感之间来回移动。羞辱或情感伤害是毁灭性的，如同其它负性情感一样，它要求快速的行动来进行反应。

由于动机不清楚，病人无法追求学业目标。他反复从大学辍学，随意开始其他训练课程。他声明他的上级不能应对他的表现，对他的表现没有什么办法，并已经暗示(“来自狙击手的危险”)他转换职业。

在结构上处于瓦解水平的病人，他很难描述有目的的自体。除此之外，从病人的角度，更不可能识别被描绘的客体并考虑客体的兴趣和预期他们的行为。

### 情感能力：内部交流和与外部世界交流

**关于自体：**从精神内部的角度，情感能力可被理解为进行内部对话和理解自己的能力。允许出现和体验情感的能力是做到这点的前提条件。

在一个人内部的交流中，作为情绪状态的调节者，一个人的幻想扮演了重要角色，并设计了与这些相联系的行为（包括

创造性的解决)。对一个人躯体自体的体验在此也是重要的(不是将躯体作为客体,而是主观体验自己的躯体和活力)。

**关于客体:**谈到交流,通常指自体和他人之间的情感交流。从这个意义上讲,结构纬度处理下列方面:在人际-情感水平进行接触、将自己的情感传达给他人、使自己被他人的情感触及到的能力、以及相互理解和在相互关系中内在的“我们-感觉”。

共情是人际间的过程,同时也是精神内部的过程。共情是关于使用自身心理体验的能力,暂时将自己置身于另外一个人内部生活的位置上,使得他对事情的看法与自己的看法相符——这是有能力真正理解另一个人的前提。

表4 - 15 : 情感交流

情感交流

情感的内部交流	与他人的情感交流
3.1产生和体验自己的情感	3.4进行情感接触:允许对他人的情感,敢于做出情感投注,取得“我们”感觉(相互性)。
3.2创造和利用自己的幻想	3.5表达自己的情感,允许自己被他人的情感所触及
3.3情感上生动地感知自己的躯体或躯体自体	3.6体验共情

病人能够体验与情境相适宜的鲜活的情感,因此在他躯体上感觉到有生命力;他生动地报告与此相伴的幻想。

情感上进行接触的能力以及激发沟通性交流的能力是存在的,这使得与他人的关系感觉很真实。依据情境,神经症性冲突和相关的恐惧、羞耻和内疚感可损害交流,但不会使其突然停止。可带有兴趣地承认他人的心理过程。就共情能力而言,



有可能将自己放在另一个人的位置并分享他们的体验。

一个病人经常和她的配偶因某一话题而争论，她们对此意见不同。调查者得到一种印象，伴侣们能够获得对话题的理解，并对此进行讨论，营造了一种活泼的而不是令人沮丧的印象。病人能够想象她的配偶对这个问题会如何感受，并带着生动地想象力讨论她可以采取的下一步骤。

### **中度水平结构整合**

产生情感的能力明显受限，对幻想也是如此。普遍的情感限制使得病人很难理解自己。对躯体的体验是没有生气的，可能是自我不协调的。

因病人低沉的情绪使其交流受限，就交流的内容而言，因僵化拘谨的行为使得交流更加困难，借此，病人表现得易怒，且对情感伤害敏感。共情能力同样受限。病人倾向于从自己的角度来考虑他人的兴趣。不容易获得“我们 - 感觉”，也就是说，需要努力争取才能取得。

病人不能理解他妻子为什么抱怨，当她不承认他想努力按她说的去做时，他变得很失望。伴侣间的对话常以不一致结束，两个人也常回避之间的对话。调查者也得到一种印象，伴侣们在字里行间间接地告诉他很多信息。丈夫以注重事实的方式报告了与妻子的争论，他因“很好的理由”拒绝了妻子对孩子的希望。他不能具体描绘做个父亲是什么样子。当问及他的疑病性主诉时，他认为他需要坚定的医学建议“以便我的躯体可再次适当地发挥功能”。

### **低水平结构整合**

在体验清晰可识别的感受方面，病人存在困难。他缺乏的是温暖、友好和亲切的感觉，但也缺乏悲伤和内疚感。他存在着冲动性情绪激发，这可描述为绝望、恐慌、愤怒。对躯体的体验可能是僵硬的或是片断的。

如果已经建立了情感接触的话，也是容易突然停止的，或者根本就很难建立情感接触，存在着误解和谈论之事与本意相

背的情况。病人表现出他完全不能够体验另一个人的内部世界。因此，治疗师不得不帮助调节与病人的关系。病人不能够与自己拉开一定距离，病人可能是操纵性的和破坏界线的。好争论或者“好像”交流掩盖了混乱和空虚。“我们 - 感受”不出现（相互性）。

调查者发现越来越难理解病人在谈论什么，他怀疑是他不能理解，还是病人不能交流。调查者很难区分病人激烈的攻击每次是指向他，还是指向他正在报告的话题。调查者感到相当大的压力且不舒服，或者感觉被切断，或者感到空虚。他交替出现过分卷入和内部退缩的冲动。

### **水平：瓦解**

在情感上，病人表现得暴露于他强烈的无组织的情感状态，这些不能以语言的方式表达出来。与弥散的情感激发状态交替出现的是情感的死一样的状态和情感的僵硬。幻想碎片是很难从记忆和事实中区分出来的。躯体自体被体验为疏离的或奇怪的，在一些情况下因控制而改变。

没有接触，或者是形式上的接触，且像角色扮演一样，没有情感的卷入，或接触是敌对且疏远的。不带任何共情地忽略他人的需要。同时，为了自己的目的而去感觉和使用他人的内部状态。真正的沟通性交流是不可能的；但是，在病人和他人之间发生的任何事情可承担交流的目的。

治疗师试图与病人谈论病人生活早期所做的脸部整形外科手术。开始时，病人说这不是外科手术，而是一种自然的发展。后来，病人谈到他想做另一个手术，因为“一块塑料仍留在手术的位置”。治疗师的问题是：这真是一块塑料还是它指的是术语“整形外科”，病人不能理解这个问题。

### **形成依恋的能力：内部和外部客体**

**关于自体：**这些结构功能是关于在现实关系中、精神内部以及在人际接触中与重要他人形成情感依恋的能力。这开始于

形成重要他人的内部表象（客体表象）的能力，在它们身上投注正性情感并维持着它们的能力：即内化的能力。使自己能够利用这些正性内部客体的能力是发展出镇静、安慰和保护自己的能力的前提。

如果内化功能能够积极地发展，将可得到不同的内部客体。这些代表了不同的关系性质（像父母形象、自己的孩子、兄弟姐妹、恋爱伴侣、竞争对手等表象）

**关于客体：**内化客体的能力是在现实关系中与重要他人形成情感依恋的前提。与此相互补充的是：从关系中脱离出来的能力和能够与同伴分离的能力。

情感关系稳定的一个指征是：有能力体验对一个人内部客体表象以及外部真实客体的亲社会情感；这些情感包括团结、感激、责任感、表示爱意的关怀，并且，当违背了伦理标准时，能够体验内疚感。它也包括在丧失重要的内部或外部客体时体验悲伤的能力。

形成内部和外部依恋能力的一个重要后果是：能够使用外部世界中可获得的好的客体，也就是说，能够寻求和接受他人的帮助、他人善意的支持和关怀。

表4 - 16：依恋

依恋

依恋内部客体	依恋外部客体
4.1内化：正性的自体表象、正性的客体表象、建立和维系与客体相关的正性情感的能力。	4.4形成依恋的能力：情感上依恋他人（感激、表示爱意的关怀、内疚、悲伤）
4.2正性内射物：照料自己的能力；镇静、安慰、帮助、保护自己的能力和代表自己的能力。	4.5接受帮助：接受他人支持、关心、关怀、指导、道歉的能力。

4.3可变的和三角依恋：不同内部客体性质； 依恋某人并不意味着离开另一个人。	4.6割断依恋并耐受分离的能力。
---	------------------

#### 高水平结构整合

病人能够在内部保持重要的关系体验，这可导致朝向重要客体以及自身的正性情感态度。重要人物的内部表象是容易区分的。即使出现应激性的冲突，对他人内部表象的积极投注仍可保持稳定。朝向客体的归属感和责任感是存在的。在正性内部客体的帮助下，病人能使自己镇静下来，并以一种聚焦的方式行动。

社会关系是丰富的，有关于几个重要人物的描述。病人能够维系三人关系。描述的关系模式不受客体依赖性所支配。因依恋于不同个体所造成的矛盾不能得以解决，如在竞争、嫉妒、争夺第三人的爱和关注等情况下，可能会出现冲突。个体有能力形成稳定的依恋，如果必要的话，能够允许他人的支持和帮助，但也有能力割断客体关系，能够对丧失和分离感到哀伤，能够耐受分离或再见。主要恐惧是对客体的爱的丧失。

一个病人描述了当她丈夫表现出嫉妒时，她被其紧紧束缚的感受。她在情感上依恋她的丈夫，并且相信她能够找到一个解决问题的方法。她没有注意到的是：通过她与其他男人调情的行为，她给了丈夫嫉妒的理由。

#### 中度水平结构整合

建立重要他人的稳定内部表象的能力存在困难，这样，在外部世界中难以独立于他们而存在。在冲突情境下可能会丧失这些表象。同时，他人的情感重要性可能过多，以至于存在显著的客体依赖性。在好的内部客体帮助下调节自己的能力显著受限，以至于现实客体的存在变得很重要。内部客体表象的变异性减少，内部表象只限于几种模式，这些模式是由一个人自己的观点、愿望和需要支配的。

因关系情境是以一种相当标准化的方式来描述的，故很难评估对他人的情感依恋。与他人建立关系的能力受限，病人表

现得不需要他人，即他看起来只在相当特定且局限的功能方面需要他人。回避分离，分离的意义被掩饰了，或因强烈的黏附变得复杂化。病人不能或者只在有限程度上形成三人关系，并倾向于寻求原始的二人关系模式。

主要恐惧是与重要的支持性和调节性客体分离，或自己的冲动行为会毁坏这样的客体。

一个病人描述他与男性的关系都是一样的。对于所有男性：父亲、兄弟、同事，他都会根据他们是比他做得好还是做得差来判断他们，以及根据他们是想要支配还是想轻视他来判断。事实上，他期望他妻子能倾听他这些抱怨，但是害怕“她不能再忍受这些”。在他第一次婚姻结束的时候，他说“事情了结了”。

### **低水平结构整合**

与中度水平结构整合相比，在这个水平，形成内部表象的能力和因此可独立于他们实际存在的能力严重受损。客体的内部表象带有威胁性和迫害性的特点。对内化的客体的社会责任感通常是缺失的。在内部客体帮助下平静自己的能力也明显下降，因此导致了对现实他人的依赖，这种依赖是有关存在的。随之产生的是对重要个体的情感依恋不恒定。对他们的描述导致了自身相互矛盾的表象，这些表象在极端的爱与强烈的恨或巨大距离感之间来回波动。恨的感受被体验为特别具有破坏性，对他人的依赖被认为是好像一个人被完全取代了。

主要恐惧是自体可能被坏的客体或好客体的丧失所毁灭。

一个病人报告了他迅速地不断变化的短期恋爱关系；对女朋友的描述是矛盾的，且这些描述不能相互分离出来，描述了爱的方面，突然地以不连贯的方式对此插入了完全负性的描述。病人感觉到被女人利用和欺骗。他强调他将不再有恋爱关系。

### **水平：瓦解**

很难获得关于病人内部客体的印象，因为这些内部客体不能被对客体的明确定义的概念所代表，而是作为情感和易行动倾向的模式所呈现，偶而还作为熟悉事物中的陌生事物。结果是，他们不能承担自我调节功能，完全相反，他们是焦虑和冲

动的源泉。

根据这种内部情况，对他人的长期情感依恋是不可能的。在人际关系中，他们表现为奇怪的、不可理解的，并且完全忽视他人的兴趣。主要恐惧是关于自体 and 客体表象的共生性融合，随之会丧失自己的身份感。

一个病人表情非常僵硬阴沉，他不带任何距离感地报告，晚上在他出了办公室后，有时，他会上妓院does the book keeping for a brothel，并且他想娶其中一个女孩。然而，他从来没有邀请她到家里来，因为你不能信任陌生人。在他家入口处，他装了视频监控系统来保证安全，“为了应付紧急情况”他准备了一些枪炮，这些枪炮是他使用诡计从他的射击俱乐部搞到的。当问及对他来讲重要的人物时，他说道：“如果一个人想从我这儿得到一些东西，我就会和他结束关系。在我的社区我是受到尊重的市民。”

### **作为旁白：防御的结构功能**

在所有结构纬度中，防御都是重要的。因此，经常对防御加以考虑，而不把它看作一个单独的类别。尤其需要关注在不同结构水平防御性质上的变异和防御的效能。

### **高水平结构整合**

在这个水平，防御发生在精神内部，它是针对内部的本能愿望和情感发生的防御。病人的自体 and 客体表象不因防御而改变。因为冲突的存在，某些满足以及认知操作水平可能受到限制。防御模式是持续可获得且灵活的，因此，根据相应的情境，防御非常有效。

典型防御机制有：压抑、合理化、置换。一个病人已经完全忘记了一次令人尴尬的体验，在这次体验中他明确地有色情的带有渴望的幻想，而这是禁忌的。他的自体调节和他与他人的关系几乎不受这影响。

### **中度水平结构整合**

精神内部的防御牢固存在，并且是僵化的。因为这些，获得满足的可能性显著受限，有时会有冲动性爆发。防御模式的灵活性显著受限，且不能根据环境进行调整。在危机情况下，防御可暂时性失败，这可导致更低水平的防御机制在当前发挥效应（理想化、贬低、分裂）。

典型防御机制有：否认、转向自身、反向形成、隔离、投射。不带有任何可注意到的情感卷入，病人报告他妻子最近离开了他。现在，他在考虑如何设法保住他们共有住房的租赁契约。只是在后来的谈话中，他谈到了他不能解释的哭喊发作。

### **低水平结构整合**

在这个水平，在精神内部防御是不充分的，因此，防御在人际间发挥作用；自体 and 客体表象因防御的缘故而变得扭曲。这导致被需要和本能冲动所淹没，并引发冲动性行为，然而这不能带来持久的满足。

典型防御机制有：自体 and 客体表象分裂。从这种分裂中，衍生了同一水平的其他防御机制，例如，投射性认同和对客体的理想化或贬低。

以极端矛盾的方式，病人向调查者描述他女朋友：在性方面他发现她完全没有吸引力，而且她不理解他，因此他或多或少忽视了她。他没有使用“一方面，但是另一方面”衔接他的陈述，在不同的背景中，他谈到他非常地想念她，当她离开2天去看她母亲的时候，他感到非常孤独。

### **水平：瓦解**

在以严重现实扭曲为代价的情况下，防御达到了内部的平衡。特定的防御形式可在较长时间内维持着，但是，甚至在表面上存有很微弱触发因素的情况下，可导致短暂精神病性体验。

在会谈的第一部分，一个病人报告了艰难的儿童期经历，这些经历对他而言是非常重要的。随着这些，他逐渐变得说话单音节，表情紧张、忿怒。在咨询时间结束的时候，他要求治疗师最后应该倾听他，同时他声称所有的医生都是骗子和小偷。

治疗师努力在病人的体验之间做出情感连接，但是一直没有成功。

表4 - 17：结构水平的评估

		高		中		低		瓦解	无法评分
轴IV结构									
		①	1.5	②	2.5	③	3.5	④	⑨
1 a	自体感知	①	●	②	●	③	●	④	⑨
1 b	客体感知	①	●	②	●	③	●	④	⑨
2 a	自体调节	①	●	②	●	③	●	④	⑨
2 b	客体关系调节	①	●	②	●	③	●	④	⑨
3 a	内部交流	①	●	②	●	③	●	④	⑨
3 b	与外部世界交流	①	●	②	●	③	●	④	⑨
4 a	依恋内部客体	①	●	②	●	③	●	④	⑨
4 b	依恋外部客体	①	●	②	●	③	●	④	⑨
5	总体结构	①	●	②	●	③	●	④	⑨



#### 4.4.4 案例

##### 高水平结构整合的案例

4个月以来，这个20岁的大学生一直遭受躯体上的焦虑感，伴有心悸、恐惧患有威胁生命的疾病，害怕因注意力受损而不能完成课程要求。因为他以前从来没有过这样的体验，他感到非常没有安全感。

在学校，他总是刚好在平均水平以上，但是，他对自己要求很高。现在，他开始攻读法律，想在一家国际性机构工作，例如布鲁塞尔。他有一个朋友，但是这个朋友已经去另一个地方上学。他和他的女朋友（一个比他大2岁的幼儿园老师）近3年来一直处于“稳定”的关系，她很多时间都在他家（病人仍然和他父母生活在一起），并是“家庭的一员”。

母亲（53岁）是个小学老师；父亲（56岁）对计算机和生态学问题感兴趣，但是事实上是个家庭妇男。病人是独生子，在他的成长过程中没有特别值得注意的事情。他非常依恋他的祖母，他祖母和他们生活在一起。因为父亲的“天才”，他表达了对父亲的敬慕；他把父亲职业生活上的困难归结为“社会状况”。母亲对病人期望很高（“她只有我”）。

**冲突动力学：**对于这个年轻人，从家庭中分离的困难是显而易见的，他仍然非常依恋他的父母。他想要探索世界，同时又强烈依恋他的家庭。这个年轻人非常努力地表现得理性和实际，他对这种作为大学生的新生活显得非常焦虑，因为这种新生活对他至今尚未良好形成的男性身份感带来新的可能性和挑战。当前，表面的焦虑症状以退行的方式将他捆绑在父母家。但在这里，我们将谈论结构动力学，而不是个体冲突。

##### 结构功能：

**自体感知：**建立良好。在谨慎的干预下，病人能够描述他冲突性的情感，并审视他的矛盾性。

**客体感知：**关于对父母和女朋友的感知，因为冲突而受到限制，但是，他能够描绘出有关他们的生动且现实的画面。

**自体调节：**在过去数年，自体调节能力没有达到临床水平。当前，因为焦虑症状带来的压力而使得自体调节能力有些受

限。通过表现为典型的“酷儿”，病人的行为是与年龄和性别相适宜的。

**客体关系调节**：在与父母的关系中，病人以神经症性地体贴周到的方式做事，但是，他基本上能够区分关系中他人的兴趣和自己的兴趣。

**内部交流**：看起来可以接触情感和幻想。病人在情感上是生动的，并能良好接触他是怎样体验他的躯体的。

**与外部世界的交流**：在访谈中建立了可以承受的接触，治疗师似乎能够在情感上很好地接触到病人。

**依恋内部客体**：对于这个病人，重要他人在内部被代表，并从情感上积极对其进行投注。

**依恋外部客体**：在这里突出的是病人与来自原生家庭的客体的分离困难，能够分离才能使他将注意力集中在学习课程设置的目标上。他的症结带有冲突地神经症性特征，并不提示有结构上的易感性。

**随着时间观察**：在试验性治疗会谈中，证实了随着高度整合的结构冲突更加恶化的假说，病人很快了解了他的冲突主题，将他生活规划的各个方面进行现实检验。在与女性治疗师做治疗的时候，他能够利用对母亲的移情，他母亲不是紧紧抓住儿子，而是鼓励他独立。在25小时短程心理治疗设置之内，症状消退。关于他的大学学习，现在病人表现得更有非现实的野心，而是更多以现实为取向。他重新开始参加他过去常练习的一项团体运动，他在他的同级小组中感觉特别轻松。

### **中度水平结构整合的案例**

病人46岁，主要主诉为右肩和右臂处肌肉疼痛。在过去2年内明显加重。在几年前一场自行车意外之后出现了这种情况，整形外科和神经科检查没有发现器质性原因。病人报告有抑郁情绪、虚弱和衰竭感，以及持续存在的紧张感。他花大量时间考虑他的健康和他的将来。作为一名管理者，他不知道如何达到他办公室工作的要求。2年前，当他公司的高层管理发生变动之后，每件事情变得更加困难了。他妻子不能再忍受他对躯体不适的抱怨，她更担心他们的女儿，他们的女儿有学习障碍。

他21岁的儿子因为抗议几个月前搬出去了，这让病人感到特别沮丧。在他生活的所有领域，他都感到无法忍受。

他是家中的长子，有3个妹妹。他总是认真地对待任何事情，有自我疑虑和自我谴责的倾向，总是想把任何事情都做对，认为公正地做事是重要的，总是试图做到特别的自我控制。3年前他曾丧失了自我控制，因不必要的花费而对他妻子大喊。自从那次以后，他害怕妻子会和他离婚。

**冲突动力学：**神经症性动力学可见于超我和内疚感背景中，但也与遗漏感和拒绝感相联系。在这里我们主要谈论对结构能力的评估，所以不详细讨论相关的冲突。

### **结构功能**

**自体感知：**病人能够感知他内部的情形且能区分他的情感，只是有些困难。尤其，他不能够区分情绪的躯体表达与原发性躯体应激。他对自己的描述比较单一，几乎不能看到冲突性矛盾。尤其是，他会报告他对他妻子、老板、儿子说了什么，而不报告他说这些的时候他的体验。

**客体感知：**从病人关于期望和失望的情感视角，对他人的描述也是单一纬度的。这样，不能形成一个真实的、分化的、现实的他人表象。

**自体调节：**病人存在显著地过度调节，只有很少的冲动性爆发，但是他很少承认对情感伤害的明显敏感性。他试图根据现存的准则来调节每件事情。

**客体关系调节：**尽管病人力争公平，但他没有平衡关系中另一方可能具有的兴趣。病人很难注意或考虑他人的兴趣和需要。

**内部交流：**病人没有情感的卷入，像扮演角色一样遵循着行为标准。他认为幻想是不理性的。关于他的躯体，他对整形外科医生很愤怒，“医生仍然没有治好它”。

**与外部世界的交流**：与病人的关系是理性的，并且是以事实为基础的，而潜在地，失望和不信任是显著的。没有“我们”的感觉。

**依恋内部客体**：在病人的描述中，内部客体表象都是相似的。它们全都是关于以下方面：某人批评、责备、补救某事或没得到某物。

**依恋外部客体**：病人试图表现得特别独立。他没有表达对关系的任何愿望，没有寻求帮助。他回避有关分离和悲伤的话题，他似乎对这些话题非常不舒服。

**随着时间观察**：在试验性会谈中，病人的矛盾性加剧：他逼迫着做躯体检查和治疗，并怀疑“心理会谈”的意义。除了这些贬低，治疗师注意到病人强烈地未谈出来的对帮助的请求。最初时，他组织了住院病人的心身治疗，其可治疗和减轻病人的疼痛综合症。建议病人做精神动力性心理治疗，精神动力性心理治疗应考虑围绕对关心的需要这一冲突主题，以及考虑在病人如何体验情感方面的结构缺陷。

### **低水平结构整合的案例**

病人23岁，她主诉已经不能再掌控任何事情。在她实习的社会培训机构，因她太支持个人而受到骚扰。她生活在对持续的攻击和指责的恐惧之中。她也担心他们已听说她因饮酒引起的车祸。有时她感到内部有极大的张力，在这种情况下，她会割伤前臂皮肤。有时她会连续躺在床上几小时，她觉得自己的身体是“令人厌恶的”。晚上独自一人的时候，她感觉更糟糕，她根本不能忍受这样。她试图让她男朋友尽可能地陪着她。男朋友对她是非常关爱的，但有时也会打她。1年前，她与一个女人发生了性关系，然而，那个女人的嫉妒破坏了这段关系。

在她成长过程中，她有个非常年轻的母亲，母亲是个服务员且有过很多伴侣，从病人5岁起，她母亲就因一些病人不知

道的原因在不同的诊所接受治疗。她主要由一个姑姑照顾，这个姑姑对她非常严厉。在病人8岁到12岁期间，她姑姑的丈夫对她有性虐待。在14岁时，她离家出走，在15岁时，她由一对老夫妇照顾。在那里她感觉很快乐。当她17岁时，她出现了进食障碍，19岁时，在她男友离开她后，她企图自杀。

**冲突动力学：**最可辨别的冲突是个体化 - 依赖冲突。此外，病人存在自我价值问题和身份不确定感，这较少考虑为精神内部冲突的表现，多认为是结构缺陷的后果。

#### **结构功能：**

**自体感知：**非常有限，病人不知道她是谁，不知道她内部发生了什么。特别是，她完全不能有所区分地感知自己的情感。大多数时间她感到内部空虚，有时她感到难以承受的紧张。

**客体感知：**没有关于他人的整合的或现实的表象。他们或者是“友好的”，或者是令人困惑地攻击性的，并且经常在两者之间变换。

**自体调节：**需要和情感被体验为强烈且势不可挡的，或完全丧失的。在很大程度上，病人对情感伤害的极度敏感决定了自我价值体验。无法耐受的情感状态导致了病人的自残行为，病人对此不能做任何事情。

**客体关系调节：**在关系中没有相互性，没有对兴趣的平衡，不能保护关系。关系受到损害，且只有短期关系。

**内部交流：**当独自一人时，病人经常感到情感空虚或者感到被内部的混乱所淹没。因为她的幻想主要是“充满恐惧的”，她试图回避幻想。她很难感到身体健康或对外表感到满意。

**与外部世界的交流：**因为病人不能理解自己，她认为很难被别人理解。她的态度是拒绝性的和不信任的。有时候，她试图对她自己和她的情况做出心理学上的说明，但是这对理解没有什么帮助。会谈不能使其变得明晰，也不能提供解脱，一种不愉快的张力一直存在，仍担心会发生更糟糕的事情。

**依恋内部客体：**病人不能描述积极关系体验的许多内部特点。没有可以安慰自己的积极情感投注的客体。相反，占主导的是内部批评、指责、攻击的声音，以及与这些带给她的威胁相关的恐惧（例如“变疯”）。

**依恋外部客体：**病人试图通过黏附或性化的行为与他人建立关系，但是这不会导致依恋，而且会迅速消失，并增加了她对人的不信任。她根本不能想象从他人处获得帮助，更不用说去寻求他人的帮助。分离作为解开情感依恋的过程，并伴有悲伤的情感，所以对病人而言分离是不可能的。

**随着时间观察：**一系列试验性会谈可以澄清是什么导致了当前的急性问题（工作中对受害者过分卷入，这引起了对同事要求过多和病人自己劳累过度）。明确病人的主要结构缺陷，以及如何处理和应对它们的方式。尤其是，这涉及她恐惧不能够再容忍自己。会谈后病人感到缓解，因此，在几次会谈后，她声明治疗完成了。3个星期之后，她又来到门诊，充满恐慌和责备，因为“治疗根本没有帮助”。然后，建议做低频心理治疗，治疗目标是结构取向的。

### 结构瓦解的案例

病人29岁，在司法机构接受检查。在他住的地方，因为一个居民音乐声音放得太大，他用刀子威胁他，并企图焚烧门厅的手推车。病人对此解释说，他是个安静的人，任何人都不会激怒他。2年前，病人出现异常的行为，他将一个9岁男孩带到他的住所，并把他锁在那里，“为了保护他远离街道”。周围居民怀疑他是恋童癖，他对此进行反驳，认为这是对他的诽谤。病人独自生活，大体上，与他人没有任何往来。他在一家搬运公司不定期的工作。他偶尔在射击俱乐部观看训练。采集的病史揭示，在19岁到22岁期间，他有药物成瘾，随后接受了几项对药物成瘾的治疗。现在无药物成瘾。

病人兄弟3人，他位居老二。父母都是农民：他父亲有酒依赖；他母亲长期抑郁，当他7岁时母亲自杀了。他的兄弟被送到亲戚家生活，病人留下来和他父亲一起生活，他父亲常用棍棒教导他，直到青少年福利机构设法把他送到一个家庭。此后，

他开始了园林工人的学徒生活，但他没有完成学徒。

**冲突动力学**：从显著内部对立的意义来讲，难以识别边界清楚的潜意识精神内部冲突。

**结构功能**：

**自体感知**：病人不能提供对他个性的描绘。他笼统地谈论自己，他说自己是“一个自由的市民和一个喜欢锦衣玉食者”。他不能说出可以区分自己和其他人的特点：“他们也都是自由的市民”。在情感分化方面，他的感觉是不需讨论的，他认为他的感受总是对的。

**客体感知**：他觉得很难描述他人。他更能够表达的是一个人不得不持续地防着“他们”。

**自体调节**：调节似乎不成为一个问题。病人不能将自己视作自身行动的发起者。他不认为不良行为是自己意图的表达，并部分上否认了不良行为。他不能描述他的性需要的种类，也不能描述他如何处理这些。很明显，他是敏感且易激惹的，但他自己不这么认为。

**客体关系调节**：在特定意义上，关系不是有生命的。因此，关系中也没有给予和接受或兴趣的平衡。他认为他不得不保护让他锁起来的孩子；同时，怀疑他对孩子有性虐待。

**内部交流**：病人不能描述与他自身之间的情感关系。有很长时间，他曾经试图通过强化的肌肉训练将他的躯体转变成“战斗机”。

**与外部世界交流**：病人通常回避接触，他感到被他周围的居民“不断地激怒”。在诊断性访谈中，他表现得非常紧张，他不得不一次次站起来喝水，他挑出单词“访谈”，并说明：“我正给你一次访谈”。对他人的共情性理解是不可能的，例如对他住处的其他居民。

**依恋内部客体**：当问及他认为对他特别重要的人时，他提到了“终结者”。内部客体界线不清楚，内部状态伴有高度攻击

性张力。

**依恋外部客体**：对他而言，他人似乎代表了一种弥漫性的威胁。当他是男孩的时候，他曾带回家一只受伤的小鸟：“然后，父亲杀死了它”。

**随着时间观察**：首先，在与病人接触中，外在的且奇怪的情况仍然很显著。对诊断特征的反思最初没有产生明确的结果。

在病人所在的机构设置内，与病人进行了会谈，会谈是要明确是否有任何可以尝试的治疗方法。关于针对他人的破坏性行为，目的是要澄清和强调他人的感知和兴趣，关于病人的结构能力，其预先假定病人在治疗关系中可体验到对他自己的兴趣。



## 5 OPD访谈

在介绍了OPD的五个轴之后 ,接下来的这一章讲述的是如何获得评估个体每个轴所需要的信息。OPD1的发展已经表明 ,以标准的临床心理动力性的初始访谈为基础是无法充分地评估所有的OPD轴的 ( Freyberger等 , 1996a ; Freyberger等 , 1996b )。因此我们萌发了发展OPD访谈和访谈指南的想法。简而言之 , OPD访谈是心理动力性访谈和一系列更加结构化的访谈方式的整合 , 这些更加结构化的访谈方式借鉴了现存的诊断系统并在需要之处做了适当的修改。我们将首先描述一下心理动力性访谈 , 它的特别之处 , 以及发展的历史 , 然后谈谈其他与OPD访谈有关的访谈系统。接下来介绍如何进行访谈 , 先是一般的访谈方式的基础 , 然后是访谈指南。在13.6章中将再次讨论每个轴的工作材料或访谈工具 , 因为这些对学习OPD访谈可以提供有用的帮助。

### 5.1 心理动力性访谈的理论

进行诊断性访谈有两种根本不同的方法：1 探索性的方法，旨在通过提出特定的问题来收集事实信息，这种方法植根于生物学基础的精神病学；2 关系动力的方法，基于真正的精神分析的态度，从“心理治疗师和病人的移情和反移情中再现的婴儿客体关系”中获取信息（Janssen等，1996）。在这两种截然不同的方法创造的张力领域中，精神病和心理治疗的诊断性访谈的发展进行了一百余年。

在20世纪之初，科学的精神病学视病人为“观察的客体”，并竭力于“以可能的最大的精确性识别和描述疾病的症候”（Kind，1978）〔tr.E.R.〕。早在1887年，Kraepelin就叹息，在这样的氛围中，“精神症状的检查看起来是这样的没有前途和令人不满意”（Buchheim等引用，1994）〔tr.E.R.〕。但是即便是Sigmund Freud在诊断方面也表现出惊人的沉默（Freud，1925〔1913〕）。一方面，他想要回避在治疗开始之前就引起病人太强烈的移情反应的可能性；另一方面，他不相信以探索性的诊断访谈作为精神分析的治疗指征的基础会是有用的，并推荐实验性地治疗一周或两周（1913, p.125）。Freud在他的时代是可以这样“诊断性的虚无”的，因为除了精神分析外，别无其他治疗措施可供选择。他所需要做的就是确定治疗指征是合适的：病人是否合适做精神分析？为了回答这个问题，实验性的分析自然是合适的方法。而在今天，我们有着非常多的不同的治疗形式，我们就必须细化治疗指征，也就是说，我们得问自己，哪一种治疗是适合病人的。从有多种治疗方式可供选择的现状看，对诊断性访谈来说，症状探索本身或者纯粹地描述病人是否具有“可分析性”都不足以做出适当的治疗指征。

发展一个现代、多模式和多轴的访谈形式经历了几个步骤，接下来我们将对此进行简要概述（参阅Janssen，1994）：

第一个发展这样的访谈的是Deutsch（Deutsch，1939；Deutsch/Murphy，1955），他采用了联想回溯的方式，访问者的角色是作为背景的倾听者，使得病人的内心冲突能够展开。他的这个方法专门用于心身科的病人。

之后是Sullivan（1954），Gill及其同事（1954）所发展出来的模式。Sullivan在他的精神科访谈的高度结构化的技术中，强调了会谈的人际关系过程以及访问者作为“参与的观察者”的角色（比较Schüßler，2000, pp.92）。在沙利文的访谈中，收集病人的生活史，生活状况的重要性要远比Gill，Newman和Redlich的方法来得大。这些作者在精神科临床工作中把他们的初始访谈总结为一种社会 - 心理情境，独立于治疗，其中访问者和病人的关系成为了关键的主题；访谈的一个重要目的是识别病人的治疗动机。这是第一次不仅强调初始访谈的诊断功能，还强调了其治疗功能。

二十世纪七十年代，Hans Kind（1973, 1978）把心理动力性访谈的方法再次引入到欧洲的精神病学界。1973年他发表了专著《精神病学研究指南》〔tr.E.R.〕，这在本质上是基于Sullivan的工作，至今有很多修订版本（6th ed. Kind/Haug, 2002），广受欢迎。

在美国的发展主要在精神病学界，与此相平行，在欧洲的精神分析学界也进行着类似的过程。Paula Heimann（1950）在

她1950年的研讨会论文中首次明确指出反移情作为精神分析诊断工具的巨大的重要性，“我的观点是，在分析情境中分析师对病人的情感反应是他的工作的最重要的工具之一。分析师的反移情是探索病人潜意识的工具。〔……〕分析师的潜意识理解了病人的潜意识。这种在深层次的和谐一致以分析师注意到的对病人的情感反应，即他的反移情这一形式上升到表面。”

即便Paula Heimann没有把这些观点与诊断性访谈结合在一起，它们对精神分析诊断性访谈的进一步发展有着根本性的影响。Balint和Balint在伦敦的Tavistock医院发展了他们的诊断性访谈（Balint和Balint，1961），这种访谈强调对人际关系的了解，并首次明确指出了移情对诊断的重要性。Argelander(1970)在他的专著《心理治疗的初始访谈》（tr.E.T）中对这一方法进行了进一步的阐述。他辨别了收集信息的三个不同层面：客观的，主观的，和情景层面。前面两个层面有着言语内容 - 在客观层面上可以证实的事实，在主观层面上病人内心体验的言语交流，第三个或情景层面上指的是以“情景”形式做的非言语交流（病人做了什么，他是怎么说的，他说了些什么？）Argelander认为，第三个层面对初始的诊断性访谈是最为重要的，“初始访谈的核心结构，那创造性激活了的情景，是理解在另一个人的心灵中发生了什么的至关重要的信息。在本质上，它有自己的源于潜意识的动力或戏剧性。”（p.63）[tr.E.R.]

从一开始反移情这一概念就不断地演变成现在这样一个全面的模式（Gabbard,1995）。Freud仅仅提到治疗师潜意识冲突的移情，Heimann主要把反移情看作理解病人潜意识过程的诊断工具，今日，反移情和移情被视为在病人和分析师之间的彼此互动的过程。它是一个真实的，在现实中体验着的，病人和治疗师的“神经症性移情”的复杂的互动。

为了在初始访谈中激活起病人相关的内在心理过程，治疗师必须使自己可以成为投影的对象 - 由此产生了“双人游戏”。由于治疗师一开始不知道投的是“哪一块”，她必须在开始的时候平衡地进行角色反应（Sandler,1976），这使得她，通过她实际的反移情体验，能够认识并接受分配给她的角色。

今日精神分析学界广泛地把情景理解完全地放在精神分析访谈的中心位置上（参阅如Mertens,1992a）。Laimböck（2000）认为，生活史的信息仅仅是帮助“进一步支持关系诊断，然而并不是基础”（p.11）。她告诫在此不要混淆两者，即“进行精神分析性的初始访谈”和“诊断”，并建议把理解情景和问问题的访谈过程截然分开。

在德国，心理治疗的申请必须符合规范心理治疗的联邦法则和条例所设定的程序，“深度心理生活史”（depth-psychological biographical anamnesis）形成了心理动力诊断的另一个基石。这种病史框架是二十世纪四十年代由Schultz-Hencke在柏林所创（1951），随后由不同的研究者加以发展（Dührssen，1981；Rudolf，1981）。它是基于经典的神经症模式的诊断方法，它把心理疾病理解为被防御着的冲突激活重现的结果，而这种冲突源于病人的生活史。因此，根据锁和钥匙原则，这里起作用的不仅是早年生活获得的神经症性位点，还有起扳机作用的情境（比较 Doering，2003）。对这些人际关系的理解需要获得病人的社会情境的信息，以及他的生活发展的信息。这些信息可以在深度心理生活史的访谈框架中获得，包括人际关系，爱的关系，目前的家庭生活，原生家庭，与工作相关的问题，工作表现问题，学习困难，对物质占有的体验及表现，以及社

会 - 文化环境。最后，通过收集到的信息，以“心理动力图景”的形式，形成关于早期生活和目前的情境扳机之间的相互作用的假设 ( Dührssen , 1981 )。

近年来提出了整合的访谈模式，这种模式特别应用于临床机构，如这里，而不是私人诊所，因为在这些机构中区分不同治疗的适应证和转诊是首当其冲的。Janssen(1994)创立了精神分析初始检查技术，该技术是精神分析初始访谈，生活史及精神分析发展诊断的结合。这样的一个过程不仅可以进行心理动力性诊断，还可以做ICD诊断。Doering和Schüßler ( 2004 ) 以类似的整合的方式描述了心理动力性初始访谈，认为其是精神分析初始访谈，探索性的精神病理检查和生活史的连续结果。

Otto F.Kernberg六十和七十年代在Topeka的Menninger医院工作期间发现，传统的精神分析治疗技术，以及通常用的精神分析初始访谈均不适用于他的病人。在他对有着严重的结构紊乱的边缘性人格障碍患者的工作中，他发现自己几乎不可能持续一个小时处在平衡悬浮注意的状态；而且在一个适当的时间框架中收集到完整的生活史信息也是同样困难的。因此Kernberg发展了他特别应用于结构紊乱病人的“结构性访谈”( Buchheim 等，1987；Kernberg，1981，1984 )。定语“结构的”指的是该访谈主要是识别患者的结构水平。Kernberg区分了神经症性，边缘性和精神病水平的人格组织 ( = 结构水平 )。在边缘水平的整合上我们可以发现一些典型的非整合的认同 ( 认同混乱 )，以及原始的防御机制，而他们的现实检验能力并未受损。这种结构性访谈的一个特别点在于，它的开放部分在循环阶段持续地与探索性访谈方式交替。焦点在于病人的人际互动，特别是移情关系。不仅是内化的关系体验“放到了情景中”或者通过转换分析性和结构性访谈态度被激活演绎了，而且还获得了病人如何体验自己，他人，这些感受是否与现实相符，他如何应对工作要求，如何处理性和道德价值等等这些信息。Buchheim及其同事 ( 1987 ) 中肯地把这些归到第二代的诊断性访谈中，因为这是第一次，探索性和动力关系性访谈风格不仅仅是按顺序放在一起，而是在一个新的，循环的访谈概念下，形成了新的整合的模式。

循证科学要求心理治疗的疗效要有定量的证据，在此压力下，发展了一系列的研究导向的结构性诊断访谈，Buchheim及其同事把这些称为第三代的访谈方法 ( Buchheim等，1987 )。这里将以举例的方式提到其中的几种。DSM-IV的结构性临床访谈 ( SCID-I和II；Fydrich等，1997；Wittchen等，1997 ) 是用以获得做DSM-IV诊断的现象学信息的。它要求访谈者逐项地问到DSM-IV操作规程的各个条目。成人依恋访谈 ( AAI；George等，1985 ) 是一种半结构式的访谈，用以对成人的依恋做诊断性评估，旨在识别早期依恋体验在目前的表现。为此，它围绕着与父母，早期的依恋客体，及与病人自己的孩子的关系提出了18个问题。**该访谈的评估是根据记录，由此谈话的连贯性成为编码记录的主要标准 ( The interview is evaluated on the basis of transcripts, whereby the coherence of the discourse forms the main criterion for coding the transcript )**。核心的冲突性关系主题方法 ( The Core Conflictual Relationship Theme, CCRT；Luborsky/Crits-Christoph,1990；Luborsky/Kächele,1988 ) 引用了清楚定义的标准来确定所谓的“关系事件”，叙事性的材料，通过这些，决定人际关系行为的内化的关系结构变得可以测量了。人格组织的结构性访谈 ( The Structured Interview for

Personality Organization, STIPO; Caligor 等, 2004; Clarkin等, 2004b) 尝试着使Kernberg的结构性访谈更具操作性。访谈者在人格结构的七个维度上问了一百个问题, 然后根据人格组织的六点量表来评分。

这些定形的访谈方法在轴的一端是探索性的, 另一端是关系动力的方法; 如果与精神分析初始访谈相比, 它们就处在图谱的另一端。后者是一种尽可能开放的方法, 它设置了一个舞台, 让移情关系的情景能够展开, 操作性的访谈形式穿插在现实的访谈情境中“此时此地”的关系动力材料中, 使得小的、细致的可供测量的心理病理单元能够得到准确的评估。根据Buchheim和同事(1994)的类型学, OPD访谈可被定为第四代的心理动力访谈(Dahlbender等, 2004b)。它尝试着对之前各代的访谈方式进行整合。首先, 它要求有精神分析的态度作为基础, 这样可以“在心理治疗师和病人之间的移情 - 反移情中重现婴儿期的客体关系”(Janssen等, 1996)。然而, 与Kernberg的结构性访谈类似, 更加探索性的访谈时段以循环的方式交叉在开放的过程中。这些有一部分取自于现存的工具, 如根据CCRT方法的关系事件认定。除此之外, OPD访谈包括了以结构化的方式获得生活史和心理病理症状的信息。OPD访谈是多轴和多模式的: 它通过应用不同的访谈方法获得了对五个轴进行评估的信息(请看表5-2 见: Dahlbender等, 2004b)。精神分析性的批评是, OPD访谈过于多模式了, 因而牺牲了太多的情景信息, 因为访谈中比较结构化的部分无法真正允许移情 - 反移情关系的发展(Mertens, 2004)。尽管不能对这些讨论不加以重视, 我们还是相信OPD访谈的实施是以足够的心理动力态度为基础的, 有足够的空间来使对诊断有用的移情活动发展出来。也许OPD访谈甚至通过使用目标导向的干预措施来鼓励这一点, 就如同Kernberg在他的结构性访谈中用类似的方式来利用这些(Dahlbender等, 2004b)。

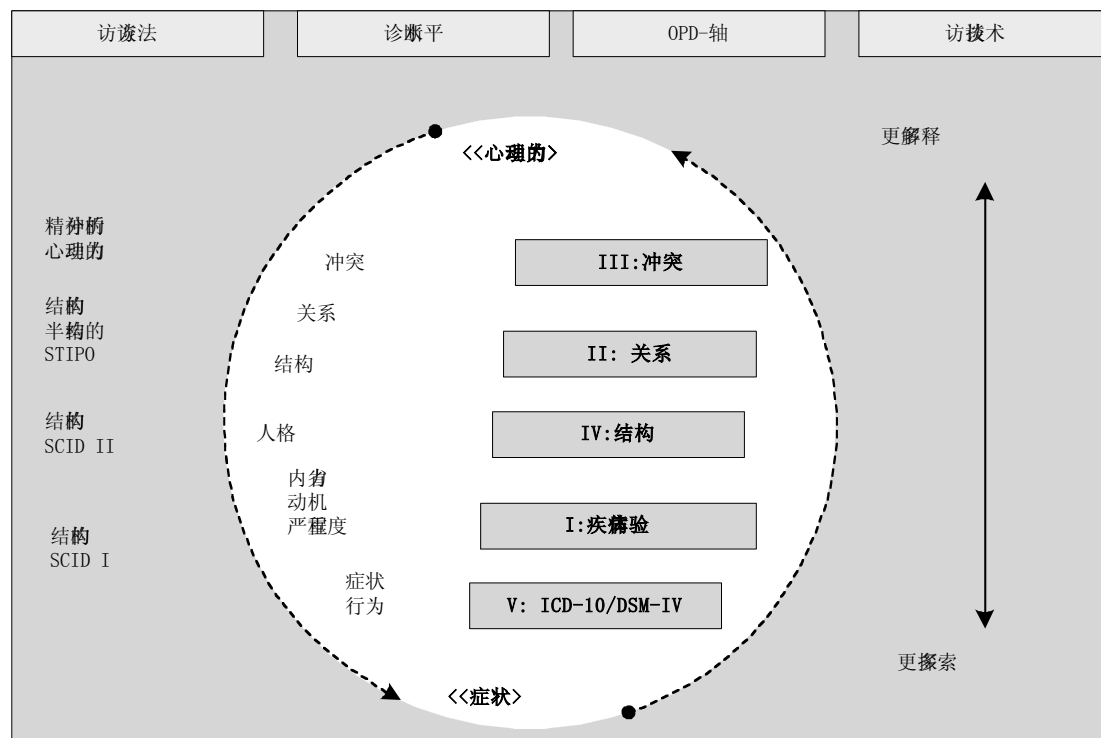


图 5.1与其他访谈方法相比，OPD

访谈的诊断水平和技术策略

## 5.2 实施OPD访谈

### 5.2.1 前提

OPD访谈的目的是收集信息，使得五个轴上的所有项目和维度都尽可能可靠地被评估。为了实现这个，访谈者可以使用一些访谈策略，这些策略的使用与下列前提紧密相连：

- 访谈者本身必须有基本的心理动力学理解。这并不是说，进行心理动力性心理分析的学位后培训是必不可少的，尽管这样的培训自然会带来一些优势。它需要访谈者有共情的能力，使他能够识别和理解访谈情景“此时此地”中的关系侧面，并把症状与“彼时彼地”的相关体验联系在一起。这要求访谈者在Sandler ( 1976 ) 的自由悬浮角色反应

( free-floating role responsiveness ) 意义上，对自己在访谈关系中的体验开放。

- 访谈者必须精通轴I到轴IV的内容，这样他才能够知道，在访谈中哪些领域他已经获得了充足的信息，而哪些领域所获得的信息还不足。一般来说，他能够在三次20小时的OPD培训过程中获得足够的技能，假定在两次课程之间他可以去实践和应用他学得技能。

为了对轴V进行可靠的评估，访谈者必须熟悉ICD-10或DSM - IV的诊断标准，要么要有充足的临床经验，要么就是接受过分类系统应用的培训。

### 5.2.2 原则

如同之前提到过的，OPD的访谈程序是多轴，多模式的，当中穿插着结构性访谈。访谈者的基本态度首先是心理动力性初始访谈的态度，在访谈关系中有情景发展的平台，很少结构性，不去进行探究。尽管这样的态度会暂时地在结构性访谈的部分被抛弃，它是OPD访谈的基本原则，必须不断地重返到这一点上。对这个过程的最佳描述可以是注意焦点在关系动力性的和探索性的访谈态度间摇摆。因此结构化的程度可以很不一样：

- 开放，非结构化的程序，使得病人的内心体验和他提供的关系可以自发地展开。
- 适度结构化的程序，在访谈中聚焦于个体的主题区域。通过在干预上持保守态度，以某一种方式引导病人的思维，比如说在收集生活史资料，探索关系事件，自我感知以及通过他人的感知。
- 结构化的程序，致力于了解特定的细节，比如说，通过对病理心理迹象和症状的探索来进行ICD-10的诊断。

OPD访谈细分了不同的访谈阶段，而每个个体的访谈阶段都应该以开放性的会谈态度开始。是由病人本人来决定哪些特定的内容是重要的，什么是他一开始愿意谈的，在哪些地方他愿意扩展开来，而哪些他只愿意简略地提提。此外，非结构化的访谈阶段为移情和反移情的“激活表现”创造了展开的空间。在这个阶段，除了所说的那些明确的信息之外，访谈者要特别观察情景信息，比如说病人的面部表情和动作，主观判断，强调处以及遗漏处。矛盾处经常出现在心理动力相关的地方，在所言及的内容和语气所包含的情感之间。要很仔细地去注意病人提供给治疗师的关系，以及治疗师的情感反应。从在互动中发生的可以做出病人的神经症性冲突和功能失调性的关系模式的假设，这些可以进一步在结构性较强的访谈中探索。

诊断中涉及结构的部分较不关注病人陈述中或表现中的开放或隐藏的意思，更加关注的是他含蓄表示的或者是在访谈情境中直接表现出来的结构性的能力或缺陷。他处理压力和冲突的方式显示他准确地感知自己和他人的能力，他的自我调节能力，他根植于自身和外部世界以及良好导向的能力。因此诊断者要较少关注潜意识的内容，潜意识内容决定了病人报告的表面内容以及和访谈者的即刻互动；访谈者要较多关注的是病人面临要求时如何掌控的方式。

在访谈的非结构性和开放部分可以使用常用的心理动力性干预策略：澄清，面质和解释。澄清指的是探究病人陈述中弥

散、不清晰、自相矛盾的部分。澄清讨论这些因素，但并不质疑这些。这里我们处理的是在最为“事实”层面，最接近我们意识的互动。

举例：“你告诉我偶尔你也想和其他女人外出。上周你和你的伴侣有不愉快的争执，在这当中这个问题又出现了。是因为你的女友非常嫉妒，或者是还有其他别的原因让她如此恼怒？”

面质则是向前走了一步。它向病人指出冲突的潜意识或前意识内容，而这些在病人的想法里是完全正常或毫无问题的。这样的原因通常是一个防御过程，矛盾的自体 and 客体表象，或结构的限制。面质有时候会被病人视为冒犯，因为这对他的观点和行为提出了质疑。面质创造了一种情境，在这一情境里，病人的结构能力（如情感，自我价值调节，感知）能够被直接地评估。

举例：“你很坚持说你不愿失去你的伴侣。与此同时，你不断地与其他女人有亲密接触，并把这些告诉给你的伴侣。你这两者是怎么协调一致的呢？”

解释是最深地走到潜意识的干预方式。在此，不仅让病人意识到他的冲突，还给出了假设，他的动机和潜在的心理动力原因可能在问题的产生中起了一定的作用。因为在OPD访谈阶段，一般还未设定一个安全的治疗框架，为了不让病人变得不稳定，解释要很小心地给出，而且是做诊断之用。

举例：“我们看到你总是在你觉得与伴侣特别亲近的时候开始与其他女人有关系。在我们的会谈中，在情感特别强烈的时刻，你也重复说你会去找其他的治疗师进行至少两次初始访谈。是否有可能当重要关系的亲密程度变得太大了，因此对你太有威胁性时，你就要开始一段新的关系？”

尝试性的解释在一方面可以帮助更深入地去理解潜意识的过程，如了解神经症性冲突；在另一方面，它们为轴I诊断中了解病人的内省力和治疗动机提供了重要的信息。

在访谈中的适度结构化部分，访谈者先选择或聚焦于个体的一些主题。这里重要的是不要很快地去问一些封闭性的问题，一开始要以尽量开放的方式讨论那些相关的问题。在问生活史时，可以这样说：



“能否告诉我你是怎么长大的？你的童年过得怎么样？”

之后可能就需要比较有聚焦性的问题了。

“你能否举个例子描述一下当你还是孩子时和你父亲的关系？”

如果需要的话，还要问更细节的问题，以澄清孩子时的真实情境。

“你父亲曾经拿皮带、藤条等什么东西打过你吗？”

在访谈阶段还用同样的结构性和聚焦性的程序来确认关系模式，以及对自体 and 客体的感知（看下面）。

为了进行ICD - 10的症状诊断，在访谈中要了解病理心理的迹象和症状，这就需要特别结构化的程序。这时为了准确地澄清事实，询问一些甚至是封闭性的、选择性的问题就变成有必要的了。比如说，当怀疑患者罹患抑郁时。

治疗师：你说你最近感觉很“沮丧”。具体来讲是怎么回事呢？

病人：嗯，我觉得情绪低，精疲力竭，与我之前的感受很不一样 - 一般情况下我是享受生活的。

治疗师：听起来似乎你失去了生活的所有乐趣。现在还有什么能让你感到快乐的吗？

病人：老实说，我实在是想不起有什么能让我高兴的。

治疗师：你觉得情绪很低？

病人：是的，非常严重。所有的一切都是黑色的。

治疗师：地平线上没有任何银色之光？

病人：没有，所有的都是黑色的。我甚至不能够悲哀，不能够哭泣。

治疗师：都是黑色的 - 是否有时候糟糕到你甚至不想活了？

病人：是的，有过这种想法.....

治疗师：你曾经认真想过要自杀吗？

病人：哦，没有。我不能对家人做这种事。此外，我有宗教信仰，你也知道，我不能这样做的。

治疗师：所以你从未尝试自杀或计划这样做？

病人：是的，从来没有。

除了这些一般的访谈策略外，OPD访谈还规定了一些特别的，强制性的访谈程序。这当中是确定关系事件以对轴II进行评估，以及对自体 and 客体的描述以评估轴IV上的自体 and 客体感知。这些技术将在下面的段落中进行讨论，也能够附录中找到（工作材料）。在“访谈工具”这个抬头下，13.6章为每一个轴或者同一轴内的亚维度提供了进行识别的表格，这些可以给访谈提供帮助。

### 5.2.3 访谈阶段

访谈划分为五个阶段，如前所述，每个阶段以问题或干预开始。初始阶段的结构是最少的，在访谈过程中逐步增加。在每一个阶段都有可能提出结构性的问题。经验显示要少于90分钟完成完整的OPD访谈是不可能的，在某些情况下甚至需要2到3个小时。对第一次访谈来说，治疗师需要1个小时。如果在这段时间无法获得充足的信息来做临床诊断，也无法获得令人满意的资料来对五个轴进行评估，治疗师要与病人再约1次或2次的咨询/访谈。在访谈之间治疗师可以提醒自己在OPD诊断的哪些领域他还需要继续收集信息。

#### 5.2.3.1 初始阶段

在访谈的初始阶段病人被告知咨询的目的以及时间框架，比如说用下面的语句：

“我们这次的会谈有1个小时。该访谈的目的是与你一起去理解你的疾病/问题。”

通常病人会以主诉开始，因为他是带着一定的心理或躯体问题来到治疗师这里的。治疗师应该具备根据ICD-10识别核心症状的能力（Dilling等，1993）。如果他不确定，可以问一些很仔细的问题，但不要用纯粹的探索性的态度。病人要在任何时候都有机会开放、自由地谈论他的症状。

在这个阶段，治疗师在初始评估之后，将能够判断心理和/或躯体疾病的严重程度以及病人的主观痛苦程度。他会对病人现实生活情境受损和自我感知受损情况有初步的印象。

当治疗师在倾听病人的主诉，了解病人的现实生活情境时，她（原文用she，之后也一直用She，前面用He，这样前后有不一致）也了解了病人生活经历的一些细节，以及他现在的社会心理情境，如他的亲密关系，或工作能力。可能对生活起决定作用的冲突在这个阶段中可以在病人生活中的几个领域看出来。它们可以在随后的阶段中继续探索，而且随着访谈进展，逐渐深入。治疗师还应该注意症状的最初表现是否与一定的诱发情境联系在一起，如离开父母的家，开始职业培训，提升到

领导岗位，组建家庭或退休。

病人A在初始阶段结束时说了这些：“现在我在这里……”她细致地讲了她的焦虑、抑郁心境以及无助，以及她试图重拾自己力量的努力，特别是她从住院接受心身治疗后返家，与丈夫见面时感受到的内在张力。该阶段结束时她哭着描述了自己的现状：“我再也受不了了。”

病人B以无动于衷的语气精确地描述了她过去由于溃疡性结肠炎所作的监察和接受的躯体治疗。她让治疗师看了转诊的内科医生给她的X线。她强调期待换一种新的治疗形式 - 心理治疗后能够被治愈，尽管在那时内科医生的治疗已经让她失去了信心。

病人C是因为在职业再教育中出现了危机而来就诊的。他是自杀性的抑郁。在谈到他目前职业中的失败时他表现得对受伤害极其敏感。他失望而愤怒地谈到了他的再教育的情况。他对外部环境的描述是混乱的。他对疾病的体验是无助和绝望。

在治疗师和病人第一次见面的“初始情景”( Wegener, 1992 )，以及初始阶段，治疗师注意观察病人的情景表现，因为从接触伊始它们就开始被表达出来了，病人的主诉以及他如何体验和处理自己的疾病都与此相关。这些情景表现为治疗师进一步的访谈提供了方向。

比如说，病人A在访谈一开始就拿出一张转诊的纸条，上面写着她的诊断，但是她自己看不懂。她让访谈者读这个并解释给她听。由此，她通过把自己表现为无知的、等待检查者来填满她的方式来与检查者建立关系。这种关系结构的模式是由她渴望依赖的愿望决定的，而这也表现在她与丈夫和父亲的关系中。

病人B的描述就像标准的医学检查程序，在她的叙述中几乎觉察不到任何关系人物。

病人C很快地就会表现出对伤害的巨大敏感性，并把这个与社会心理情境联系在一起（重教育）。

#### 5.2.3.2 确认关系事件

在试图确认关系体验和关系事件时，治疗师必须从两个方面工作：一是她必须能够利用目前的移情 - 反移情，二是她能够利用自己对病人目前或生活经历中的关系体验的分析。后者主要是把目前的事件与重要他人的关系联系起来。这里要特别关注的是持续、重复性（习惯性）、功能不良的关系模式。因此治疗师要特别注意的是关系中的神经症性重复，过度泛化，中断和矛盾，以及病人内心体验中客体的分化程度。因此她一方面可以询问现实的正在经历的人际关系，另一方面询问累积的关系体验，这些累积的体验结合在一起形成了一种重复性的模式。

为了获得这些资料，OPD访谈强制性地要求对这些关系事件进行确认。为此，我们应用了源于CCRT的方法（Luborsky/Crits - Christoph，1990；Luborsky/Kächele，1988），并让病人叙述让他感到困难，冲突或压力的现实的关系互动。对OPD访谈来说，至少要选择2到3次的关系事件。（对这一点如何实施的建议在附录中，对轴II的访谈工具）。

当询问关系事件时，治疗师要借助之前访谈阶段的内容来获得一些线索以了解病人的客体关系，或者询问现实的关系情况，或者如果病人没有提到与他关系和谐的人时，治疗师可以通过询问他人对其疾病的反应来把他对主诉的描述与关系体验的描述联系在一起。

病人A与丈夫的关系显示了她对依赖的渴望与自主的倾向之间的矛盾。

病人B则在于她与女儿的关系。她的女儿是私生的，病人费了很大的劲来当个好母亲。女儿到目前为止没有办法让她感受到一种爱的关系。

病人C叙述了他如何反复地去追求与理想中的女人建立关系，结果感到非常的失望。这种模式并不仅限于与女性伴侣的关系，也适用于任何其他的客体，比如说，也适用于职业培训情况。因此，这一点对最终的治疗来说是非常重要的。

治疗师应该一直对个体的互动，关系体验保持关注，特别是对于那些因防御的缘故，倾向于只做概括性的描述的病人。下面有一个很重要的问题：

“我不大能够想象出你与X的关系是怎么样的。也许你能给我举个例子。”

随着访谈继续治疗师可问更加细致的问题，或者问一些有代表性的事情，或者是发展情况。她也可以问过去或者现在关系的发展情况。她可以对此形成印象，即病人所描述的关系究竟是独一无二的，还是可以与其他的关系相类比。

为了更好地了解关系动力中的动机，问个体一些他自己和他人的期待、愿望、和焦虑等是很重要的。此外，治疗师可以问一些对他人行为的外部反应，以及相应的内心体验，对发生在关系中的情感和认知反应。在此下面的问题可能是恰当的：

“你能告诉我在那个时刻你期待或害怕X的什么吗？”

“你觉得你的伴侣在那个特别的时刻是什么感受呢？”

“你能否告诉我你和/或者你的伴侣在那个时刻说了些什么？”

如果说这些是关系事件开始展开的主要阶段，从现实的关系情境中出发，治疗师也能够初步地接近患者的内心，去了解他如何感受客体的，他期待什么，害怕什么，其他人是怎么对他的，在接下来的阶段中，特别是在第三和第四阶段，治疗师还能够进一步地去确定更多的关系事件。因此治疗师也应该在后面的访谈中关注现实的中的关系事件。

在关系事件中已经展现了大量的有关重复的冲突模式的必要信息。一般来讲，冲突是无需用放大镜才看得清的。它们在整个访谈中都会留下痕迹，渗透到访谈内容和情景中。询问越来越明确的问题（包括那些检验假设/设想的问题）帮助审查访谈者所假定的冲突是否影响到了生活的其他方面（“这个是否影响到了你的工作？你是如何与其他人相处的？在这方面你和你父亲更像还是母亲？你的疾病又把你带到了类似的情境中，你觉得是这样吗？”）

#### 5.2.3.3 自我感知，自我体验，病人的生活史

检查的第三阶段聚焦于病人对自身的体验，而这在本质上是评估结构特点（轴IV）。与此同时，还要收集病人的生活经历以及生活史的信息，如原生家庭，目前的家庭，工作和职业生活等。在接下来的段落中，细致、明确地询问病人对自己的看法，以及对客体的看法，这是OPD访谈中的第二个强制性的策略。这也是Otto F. Kernberg在他的结构性访谈中所应用的策略（Kernberg,1981,1984;也请参阅Buchheim 等，1987）。可以应用下面的建议（也请参阅13.6.4章，对轴IV的访谈工具）来展开这一阶段的访谈：

“你和我诉了很多苦，也谈了你的人际关系。不过我还想更好地了解你是怎么看现在的你和过去的你的。”

如果病人接了这个话题，治疗师就不仅能够了解病人是否有能力以分化的方式来描述自己，还了解他是否能把与自己与客体划分开来，也就是说，他是否有一个清晰的自体概念。当病人在特定的情境下大部分在谈论自己时，治疗师也能够了解到与家庭或工作相关的领域。此时更加深入的问题不仅有助于确认生活史情况，如与父母，兄弟姐妹，和伴侣的关系，以及与

领导和同事的关系，还有助于了解病人在这些社会和生活史范围内对自己的体验。这部分以及第四阶段的访谈是非常有延展性的，在随后的访谈中可能需要进一步的澄清。

可以问病人这样的一些细致的问题，如病人在现在的家庭中的生活愉快否，过去和现在的职业活动，感受到的压力，薪水，他与领导和同事的关系等。治疗师应该保证问及生活的几个领域，这样影响生活的冲突就能够比较宽广地展现出来。

病人A感到自己没有能力独立地制订计划并加以执行，并感觉被婚姻拖垮，而这些决定了她对自我的体验。她在父亲死后结的那次婚姻中，她丈夫经常把她锁在家中，直到他下班回家。他给的理由是，她不需要做任何事，他会为她做所有的事情的。那时，病人觉得这“很有趣”。她觉得自己是“被珍爱的人”。然而，她在几次尝试分离未果后患了广场恐惧症。他丈夫的疾病给婚姻带来了巨大的张力。

病人B渴望在工作中服从，对女儿悉心照料同时又忧虑重重，觉得自己不是一个好母亲因而感到内疚，同时又愿意为了原生家庭而在，这些决定了病人对自我的体验。她为别人牺牲了自己。

病人C把自己视为牺牲品，不时地碰到“不公平的待遇”。他的巨大的努力没有被认可。尽管他身体不便，他学习了一门手艺，他失去工作这让他非常惊讶。他现在的职业目标是进入到助人的行业，“因为现今的世界有这么多的困难。”病人无法形成一个对自己和对他的现实生活情境的真实映像。

这些例子清晰地显示，这个阶段的访谈已经揭示了评估冲突（轴Ⅲ）和结构（轴Ⅳ）的一些根本侧面。

#### 5.2.3.4 对客体的体验，对外部生活的体验和处理

第四阶段是与第三阶段联系在一起的。在所有的可能性中，对自我的体验总是与对客体的体验联系在一起。然而，在第四阶段，治疗师应该更多地关注病人是如何感受和体验他的客体的。她应该去发现病人如何在“此时此地”和“彼时彼地”感受他人。这还包括去确认生活的其他领域，如原生家庭，目前的家庭和目前的伴侣，职业生活，朋友，进一步的社会接触。通过与前面对自己描述的类比，这里强制性地要求要有对客体的描述。这一阶段可以以下面的问题开始（也可参阅附录，访谈工具，轴Ⅳ）：

“你告诉了我你现在是怎么看待和体验自己的，以及你过去又是如何看待和体验自己的，你也提及了别人是如何看你的。

你能否详细地告诉我你是怎么看X的？”

治疗师要把在访谈的初始阶段对客体的描述与现在的联系起来。然而，如果病人尚未深入地谈到他的生活领域，治疗师得问一些澄清和引导性的问题，来激发病人谈他目前和过去生活中的关系和其他生活内容。用以澄清的问题可能是必要的，以了解他过去的职业生活，他对目前工作的满意程度，相关的压力，薪水，他如何与领导相处，他与同事的关系等。可以从问这样的开放性问题的开始：

“你跟我说了你所选择的职业，并告诉了我你开始职业培训时的情况。你能否更加准确地告诉我你是怎么选择这个职业的，以及现在你在工作中对自己的感受。”

如果应用非结构化、非探索性的访谈程序的话，有些病人会遗漏生活中某些领域的信息。然而，在试图确定影响生活的冲突时，有必要对生活的几个领域都进行检查。因此，下列的问题会是很有必要的：

“你给我描绘了你的家庭生活的美好图景。然而我对你的工作情况没有什么清晰的概念。你能跟我谈谈吗？”

治疗师应该意识到，这并不是要去获得“历史的真实”，而是要去确认主观的体验和记忆，特别是对客体的体验。在某些情况下，病人很可能仅仅暗示一些重要的情况。治疗师应该对此加以注意，但是没有必要催促病人去谈对他来说很不愉快的事或者是那些也许只有过一段时间才能和治疗师谈的事情。还一定会反复发生的情况是，病人一点也不去谈及与重要客体有关的重要事件，或者是这些被切断了。治疗师可以提到这些，但是她必须意识到有时候她可能只得到一些线索，在与“真实”的关系联系在一起时可能会遇到一些阻抗。

对病人A来说，重要的客体是她的丈夫。对病人B而言则是她的女儿。在访谈中，对病人A来说，她的丈夫又导向了被她高度理想化的父亲，她的父亲在她结婚前不久去世。对病人B来说，他们通过她的女儿导向了同样被高度理想化的母亲，她的母亲在病人患病前不久去世。在病人A的描述中，她的父亲是个理想的客体；她永远可以去找他，他对任何事情都是那么善解人意。她还没有学习怎样应对他的死亡。

对病人B来说，母亲可以为家庭做任何事，她牺牲了自己，总是为孩子而在。病人觉得要和她分离很困难。当母亲去世

而病人却无法去探望她的家人时，病人感到非常的内疚。

病人C很难以现实的方式正确地去感受他人。他在两个极端之间摇摆：巨大的理想化的希望和痛苦的失望。无法看出他在内心中与哪一个重要的个体处于情感和谐状态，包括对他的两个处于青春期的孩子。他在一个失败的婚姻中得到了这两个孩子。

在进行结构维度的探索时，对自我和客体的体验是一个主要部分。对那些结构整合程度低的病人来说，有必要不再继续采用一开始的开放、非结构化的访谈态度。因此治疗师可以采用更加主动的态度来探寻究竟在病人的内心中发生了什么，因为这些病人常常没有意识到他们的内在心理过程或内在缺陷，或者无法适当地给这些命名。在这种情况下，使用比喻、故事、电影情节来做例子会很有帮助（参阅工作材料，对轴IV的访谈工具，13.6.4章）。

#### 5.2.3.5 心理治疗的动机，治疗前提，内省能力

在访谈结束之前，治疗师应该再次在脑中过一遍与病人访谈的情景以及病人所叙述的故事。她可以自己记录一下到目前为止，她是怎么感受这个病人的，她所确认的那些主要问题是什么。根据到目前为止所收集到的材料，她可以做出一些干预。根据病人的结构整合水平，干预也可以是利用与移情相对的反移情来给予解释。

对病人A，解释可以是这样的：

“你希望能够独立生活，但觉得累垮了，觉得自己在依赖丈夫。此外我们的会谈显示，你在依赖我。你在期待我帮助你走出这一困难情境。”

对病人B的干预可以如下所示：

“在你失去母亲的很多年来你一直在隐藏你的哀悼和内疚感。在我们的会谈中这些又浮到了表面，这似乎让你感到恼怒，因为你觉得你不能很好地控制自己。”

可以用这样的方式来回答病人C：

“到目前为止，你的生活一直很困难。尽管你很努力，你常常没有得到回报，觉得失败，没有面子。我想，去找出为何如此是很重要的。也许你在什么地方错过了点什么，或者说没有真正认识到你所交往的人的一些特点。”



这些概括性的干预的目的是“试验性地”引导病人到问题领域，并试探他们对这些干预的反应。这些对明确病人的内心冲突，结构，以及对判断病人进入下一步的治疗的准备情况是必需的。因此治疗师要判断病人是否能够接受这样的干预。在共同理解的基础上，治疗师得与病人一起，在目前病人与治疗师的关系中，尽量去发现病人习惯性的模式被激活，并对其进行工作。因此，访谈的这个阶段会讨论到冲突和结构整合的水平，以及到目前为止轴I中未被澄清的部分。可以在附录中找到访谈帮助（轴I的访谈工具，13.6.1章）。

如果治疗师在这个阶段结束时觉得能够对结构，冲突，人际关系，疾病体验和治疗前提进行评估，她就可以结束访谈了。否则她得安排下一次的访谈。

当这些检查是作为初始访谈时，在访谈结束时要讲清楚下一阶段要采取的步骤。要与病人简要地讨论目前已经澄清和还需进一步进行澄清的内容。此外，如果在前面阶段结束时，治疗师已经对治疗程序有了判断，她要让病人知道这个。

#### 5.2.3.6 精神障碍和心身障碍

根据ICD-10对精神障碍进行描述性的诊断（轴V）需要全面地对ICD-10各个章节所列疾病的核心症状进行检查和识别，包括了解症状、持续时间、及症状在整个病程中的变化。一般而言，每个病人都有一定的核心症状，根据症状学可以在相应的章节中找到与之符合的诊断，但这样做的前提是对症状进行完整的检查。然而，完整的症状检查的实施不能离开有利于结构性过程的访谈态度。

治疗师必须熟悉ICD-10的诊断标准，对此进行培训会是有意义的，对ICD-10的使用所作的信度研究也显示了这一点（Dittmann等，1992；Freyberger等，1990a；Schneider等，1993）。

在临床研究的框架下，也可以使用症状调查表作为补充（如Dittmann等，1992；Hiller等，1995）。

这些是客观的评估程序，必须要有其他信息来做补充，如客观的病史资料、行为观察等。用症状调查表识别出的症状或症状群大部分是与诊断相关的，因此根据检查表对病人的情况有了总体轮廓的治疗师可以在之后的访谈中了解到更多的信息。

如果因为研究的关系在OPD访谈之外，还需要有标准化的结构性诊断访谈（如同质性的样本，共病），这样的访谈必须放在OPD访谈之后，而且可能要由另外一个访谈者来实施，以免症状检查干扰病人与OPD访谈者的关系。

## 病例：“逐出天堂”

### 6.1 访谈简介

病人准时来参加初始访谈。她穿着打扮得很时髦、很有活力，可是她的脸看起来却是疲惫和厌倦的。她详细地讲了她的躯体不适。有六年的时间她一直为结肠出血所苦。出血是阶段性的，有“高峰时期”。当她在工作压力下处于应激状态时，就没有出血；但是在休息时，就又出现出血现象了。她的医生跟她解释说，这就像一种动物，能够跑得非常快，而且在危险情境下其功能能够发挥到极致。她的个性是这样子的，一方面，她带着极大的热情投入到工作中，另一方面，在工作中累得筋疲力尽。她每天要教授七个小时的计算机课程，四天之后她觉得自己耗竭了。治疗师简洁地澄清了她的主诉。根据她所说的，她并没有疼痛或者腹泻。结肠镜检查提示存在不典型的慢性结肠问题。书面报告称有粘液和血的排泄物，结肠有轻微的炎症，而这些得到了直肠镜检查的证实。结果她开始服药治疗。消化科的医生给她的诊断是“弥漫性原发性结肠炎”。她只接受了一次的可的松治疗，没有住院过。

治疗师问她关于自己的自我意象。她把自己描述为“白羊座，在很久以前就已经变老了”。她的职业专长是计算机。她描述了她在培训团体中的工作，在工作中她非常成功。但是，她觉得自己像个“秀女郎”，不得不在培训团体面前做秀，而且显得“很权威”。她经常觉得自己没有这样做的心情，结果感觉自己像个“妓女”，不得不去做这件事。她认为工作把她拖垮了，但同时又说

她对工作热情高涨。

有一个阶段当她丈夫突然失业时，她结肠出血的现象变得更加严重。她当时深受影响，完全失控，不时地哭闹。就像前面说的，就是这一次她用了可的松治疗。她觉得这样的情况威胁到她的生存，而且他们正打算在几天后买一套新房子。她的丈夫也严重受到影响。他对他的状态感到害怕，因为她丈夫一直是一个安静平和的人，她从未见到他这样的表现。她有一段时间非常难以让自己的教职工作继续，但最后还是成功地渡过了这段时间。为了更好地应对自己的处境，她在那之后读了很多书，比如《爱得太多的女人》。

治疗师在这里进行了干预，解释说，她用自己的身体和灵魂来哭泣，以表达非常巨大的压力，对她来讲，这种压力威胁到了她的生存。她接受了这一点，并开始讲她的生活史。她来自东欧的一个国家，在那里是个老师。大约十年前，她移民到了德国。德国政府支付了大量的钱来为像她一样的德国后裔买得自由。然而，病人和她的家人还要付相当的钱才能被允许离境。她的丈夫先离开德国，她和儿子在两年后才来到德国。

她在东欧故乡的生活被理想化了。她描述了一份充满舒适、安全的田园生活。她描述的一些生活图景就像在天堂。金钱一点也不重要，重要的是其他的东西。德语区是一个“理想的世界”，人和动物都有巨大的空间。这个区域在强制性的国家主义政策实施进程中被摧毁了，随后知识分子先离开这个国家。很快这个社区群体不再聚集在一起，村庄荒芜了，家庭破裂了。最后在德国的熟人帮助她和家人离开了这个国家。

当病人开始描述她在不熟悉的西方世界的生活和遭遇时，她的神色变得严肃而凝重。她必须拼命学习和工作。所有的东西都是新鲜而陌生的。之前她从来没有见过计算机。对这里的人来说很熟悉的词汇对她来讲是完全陌生的，她对市场经济的生活一无所知。她必须要努力前行。有两年时间因为工作的关系她离开丈夫和儿子到另外一个城镇生活。她特别强调了她如何错过了儿子的一段成长经历，他在这段时间“成长为一个男人”。在这段访谈中能感觉到她有一种痛苦的失落感。由于她是一个非常投入，甚至有点过度投入的母亲，她的缺席在另一个方面给了儿子独立和与她分离的机会。她和一般的母亲不一样，在任何事情上都表现得有些过度。她总是非常强烈地依附着什么，总是拥有一个完全“属于她”的人：比如说，当她还是小姑娘时，她有一个女伴，多年来这个女伴总是在去学校的路上停下来接她一起去。她14岁时就认识了她丈夫。

治疗师让她描述一下她的丈夫，她称他为“孩子王”。他信赖自己。她插入一句话，问治疗师能否想像一个与她完全相反的人？她是个外向的人，而且很爱炫耀（比如说开着红色的跑车），而这些对她丈夫一点也不重要。他很节制，一点也没有这方面的野心。她儿子的性格和她也很不一样，有时候她觉得和他难以相处。他很少表露情感，显得很疏远，她认为，这也许就是如今所说的“酷”。她自己则是非常情绪化，而且很激烈，不管是正性还是负性情绪，就如同格言所说的，“前一分钟情绪高涨，后一分钟情绪低落。”

治疗师问他们之间的冲突以及她是如何来处理的，她觉得很难讲，因为基本上她和丈夫及儿子之间没有争执。她丈夫性情随

和，很容易相处，就算你想和他吵架也吵不起来。然而在重要的事情上他会很坚持，不会让步。她最终讲了一件存在冲突的事情。他儿子和他的朋友闹翻了，她曾经试图帮助他们和解。她讲完后发现，她努力这样做主要是由于不和谐让她难受，而不是为了儿子。儿子对她的干涉也强烈地表达了抗议。她无法忍受和处理紧张及不和谐的状态。她提到了在以前的一个公司碰到的困难处境。在这个公司中她开始做得非常好，但是这家公司突然破产了。这个事件让病人深感震惊，尽管她很快又换了一家公司而且同样很成功。最后她谈到了她对批评高度敏感。尽管她不断地获得别人对她的认可，但即便她的学生仅仅是持轻微的保留意见，她都会立马对自己深感怀疑。

在治疗师问及她的家庭时，她开始谈了起来。她原来的生活与一个大家庭联结在一起，同样地，说这个时，她也是用理想化的方式，然后就是哀叹现今的地理距离把她和父母和其他家人分开了。她又一次提到她在一个陌生的国度的“断根”之感。尽管有趣的是，她与这些人接触根本就不存在问题。她谈到了因为工作关系离开丈夫和儿子时，和一个同事成了好朋友。两人关系紧密，听者不禁想这是否是恋爱关系。然而，与性有关的事似乎被隔得很远，不仅是在这一部分，还在整个的访谈中，而且病人从未明确地谈到这些。

治疗师把会谈重新转到她的原生家庭中并问及她的父母。她的母亲是“纯净的爱”。她的父亲有点“奇怪”，但她喜欢他。她的外貌像他，比如说她的头发。她隐隐提到了一些家庭故事：她的父亲生于一个富有的家庭。然而她爷爷负了债并因此开枪自杀，但是子弹仅仅伤及他的视神经。她的父亲因为这件事以及爷爷成为盲人而深受折磨。在战争结束后他不得不在俄罗斯做了五年的苦力。那时候他17岁，工作非常辛苦。治疗师试着把病人介绍的情况做了一下总结：她在一个安全的、受到庇护的环境中成长，依然强烈地感觉到归属于原来的国家和原生家庭。由于政治形势她与原来的生活切断，并来到一个全新的环境中，在这里她不得不为自己的生存和独立做斗争。她在这个过程中失去了很多东西。病人静静地听着，过了一会儿说，是这样的。在另一个短暂的沉默后，她讲了一个来自东德的女人的故事，在GDR政权时期，由于政治形势她被捕入狱了。在那里她被犯刑事案的女人虐待，而且与自己的孩子分离。但是这个女人从来不想回自己的祖国，尽管这是可能的。对于病人自己来说，她是不能回到自己的国家了，因为它已经不存在了。那里，一切都发生了变化，她的同胞大部分已经离去。她只回去过一次，但在那里只是哭泣。

访谈最后讨论了进一步的计划。她是由一个医生介绍前来进行评估的，这个医生之前把她介绍给了一个心理学家，一个“很出名的人”，但是她不愿意说出他的名字。她和他进行了六到七次的治疗。她最后结束了治疗，因为她认为他其实是不大情愿给她做治疗的。

治疗师认为病人的分化和自我反省能力很好。她的自我批评的态度很明显，这表明她的不安全感很强。移情显示她在寻求友好的、像父亲一样的联系，这种关系在一定程度上是色情化的。她的表情和态度让她看起来像是被控制的，情感上很容易受到伤害。在反移情中，治疗师觉得他得小心翼翼地照顾、处理这个病人。

## 6.2 病例评估和记录

操作性心理动力诊断 ( OPD-2 ) 数据评估表格

轴 I (基本模式)疾病体验和 治疗前提	没有/几乎不存在(缺如)	轻度	中度	重度	非常严重	不能评估
	①	②	③	④	⑤	⑥

### 对病人疾病/问题的客观评估

1. 疾病/问题目前的严重程度						
1.1. 症状的严重程度	①	X②③	④	⑤	⑥	⑦
1.2. GAF: 过去7天内的最大值		→	75			⑦
1.3. EQ-5D 总分: __6__ 项目值→	1.1	2.1	3.1	4.2	5.1	⑦
2. 障碍/问题的持续时间						
2.1. 障碍的持续时间	<6 月	6-24 月	2-5 年	5-10 年	>10 年	⑦
2.2. 困扰开始出现的年龄	岁	→	__36__			⑦

病人对疾病的体验，表达和疾病观念

3. 对疾病的体验和表达						
3.1. 主观受痛苦的程度	◎	①	X②	③	④	⑨
3.2. 躯体主诉和问题的表达	◎	①	X②	③	④	⑨
3.3. 心理主诉和问题的表达	◎	①	X②	③	④	⑨
3.4. 社交问题的表达	◎	①	X②	③	④	⑨
4. 病人的疾病观念						
4.1. 基于躯体因素的疾病观念	◎	①	②	③	④	⑨
4.2. 基于心理因素的疾病观念	◎	X①	②	③	④	⑨
4.3. 基于社会因素的疾病观念	◎	X①	②	③	④	⑨
5. 病人对改变的想法						
5.1. 渴望的治疗方式: 躯体治疗	◎	①	②	③	④	X⑨
5.2. 渴望的治疗方式: 心理治疗	◎	X①	②	③	④	⑨
5.3. 渴望的治疗方式: 社会环境	X⑤	①	②	③	④	⑨

改变的资源和阻碍因素

6. 改变的资源						
6.1. 个人资源和力量	◎	①	X②	③	④	⑨
6.2. (心理)社会支持	◎	①	X②	③	④	⑨
7. 改变的阻碍因素						
7.1. 外部的阻碍	X⑤	①	②	③	④	⑨
7.2. 内部的阻碍	◎	①	②	X③	④	⑨

轴 I (心理治疗模式)	没有/几乎不存在(缺如)	轻度	中度	重度	非常严重	不能评估
(可选择的)	◎	①	②	③	④	⑨

病人对疾病的体验，表达和观念

5. 病人对改变的观念						
5.P1. 症状减轻	◎	①	②	③	④	X⑨
5.P2. 对动机的反省 - 澄清/冲突导向	◎	X①	②	③	④	⑨
5.P3. 情感支持	◎	X①	②	③	④	⑨
5.P4. 主动 - 指导性	◎	①	②	X③	④	⑨

改变的资源 and 阻碍因素

6. 改变的资源
----------

6.P1. 心理学头脑	◎	①	X②	③	④	⑨
7. 改变的阻碍因素						
7.P1. 疾病继发获益/使问题维持的情况	X⊕	①	②	③	④	⑨

## 轴 II— 人际关系

角度 A: 病人的体验			
病人体验自己为		病人体验他人为	
项目号	内容	项目号	内容
1.	26: 服从，抑制，顺从	1.	10: 控制的，提要求的
2.	7: 非常照顾他人，忧愁	2.	12: 责备的、谴责的
3.	_____	3.	11: 轻视她，贬低她，让她感觉尴尬

角度 B: 他人的体验 (包括访谈者)			
他人体验病人为		他人体验自己为	
项目号	内容	项目号	内容
1.	10: 控制的，提要求的	1.	26: 服从，抑制，顺从
2.	11: 轻视他们，贬低他们，让他们感觉尴尬	2.	32: 隔离，让自己抽身，退缩
3.	12: 责备和谴责他们	3.	12: 责备和谴责她

对关系的动力性表述:

请描述	
... 病人是如何反复地体验他	病人体验他人是苛求的，害怕自己不能满足这些要



人的:→	求并为此觉得尴尬。
...她对自己的体验是如何应对的:→	她试图通过适应他人，照顾他人来对此进行回避。
...带着这样的一种反应病人在人际中的表现( 潜意识地 ): →	与她自己的这一看法相反，她表现得难以取悦，高要求且爱挑剔。
...她的方式会( 潜意识地 )让别人怎么待她: →	这使得他人要么小心翼翼地待她，保护自己；要么表现得有些冒犯要去纠正她。
... 如果他人如她所期待的那样反应 ,病人又是如何体验的 :	存在着这样的危险，她把两种反应都视为她没有符合别人的要求，她失败了的迹象。

### 轴 III – 冲突

让治疗师能够对冲突进行评估的基本问题

A) 由于缺乏诊断的确定性不能对冲突进行评估。	是 =①□否= X⊕
B) 由于低水平的结构整合，所识别的冲突主题并非明确的功能不良的结构模式，而更是一种冲突框架。	是 =①□否= X⊕
C) 由于冲突和情感被防御了，不能对冲突轴进行评估。	是 =①□否= X⊕
D) 冲突性应激（应激导致冲突），没有主要的功能不良的重复性冲突。	是 =①□否= X⊕

重复的功能不良冲突	缺如	不明显	明显	非常明显	不能评估
1. 个体化 - 依赖	X⊕	①	②	③	⑨
2. 服从 - 控制	⊙	①	X②	③	⑨
3. 对照顾	⊙	①	②	X③	⑨

的需要 - 自给自足					
4. 自我价值冲突	◎	①	②	X③	⑨
5. 内疚冲突	X④	①	②	③	⑨
6. 俄底浦斯冲突	◎	X①	②	③	⑨
7. 身份冲突	◎	X①	②	③	⑨

主要冲突: \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 根据重要性, 依次是: \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_

主要冲突的处理方式	积极主动占主导地位	混合的, 但是以积极主动为主	混合的, 但是以消极被动为主	消极被动占主导地位	不能评估
	①	②	X③	④	⑨

轴 IV – 结构	高度	1.5	中度	2.5	低度	3.5	瓦解	不能评估
1a 自我感知	①	X	②		③		④	⑨
1b 客体感知	①	X	②		③		④	⑨
2a 自我调节	①		X②		③		④	⑨
2b 客体关系调节	①		X②		③		④	⑨
3a 内在交流	①		X②		③		④	⑨
3b 与外部世界的交流	①		X②		③		④	⑨
4a 与内部客体的	①		X②		③		④	⑨

依恋关系								
4b 与外部客体的 依恋关系	①		X②		③		④	⑨
5 总体结构	①		X②		③		④	⑨

轴 V: 精神障碍和心身障碍

Va: 精神障碍	ICD 10(研究标准)	DSM-IV (可选择的)
主要诊断:	F 54.13	_____. ____
附加诊断 1:	F _____. ____	_____. ____
附加诊断 2:	F _____. ____	_____. ____
附加诊断 3:	F _____. ____	_____. ____

Vb: 人格障碍	ICD 10 (F60xx 或者 F61.x)	DSM-IV (可选择的)
主要诊断:	F _____. ____	_____. ____
附加诊断 1:	F _____. ____	_____. ____

为了对Va 和Vb轴进行诊断:

哪一种障碍是临床常见的?

为了根据DSM-IV做出诊断

哪一种障碍是临床常见的?

①= Va轴

②= Vb轴

①= 精神障碍

②= 人格障碍

Vc: 躯体疾病:

主要诊断:

附加诊断 1:

ICD 10 (不是章节 V (F)!)

F \_\_\_\_\_. \_\_\_\_

F \_\_\_\_\_. \_\_\_\_

DSM-IV (可选择的)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_

附加诊断 2:	F	_____.	_____.	_____.	_____.
附加诊断 3:	F	_____.	_____.	_____.	_____.

病人:	编码:	年龄:	性别:	日期:
	缺省 ..._	___42___	X①= 女性	
			②=男性	
诊断医生:	编码:	年龄:	性别:	机构:
	OPD-2 工作	_____	①= 女性	_____
	组		②= 男性	

### 6.3 对评估的评述

#### 6.3.1 疾病体验和治疗前提

疾病的严重程度相对来讲是“轻度”。在结肠炎的病程中几乎没有并发症。到目前为止，只有一次病情严重，需要用可的松进行治疗。目前有一些出血的表现，但没有严重症状。心理主诉是抑郁心境，但是并不是很严重。在GAF量表上，根据主观体验到的与教学活动相关的应激，项目总分值是75分。EQD-5显示在四个领域都没有什么问题（编码1）。在躯体主诉的领域，是“中等强度”（编码2）。主要症状（结肠炎）持续时间6年（5-10年这一类），首次出现症状时病人36岁。

主观的痛苦程度为“中度”，因为病人明显受到疾病的折磨。对躯体和心理不适的表达也是评为“中度”：病人明确陈述了结肠炎症状和心理压力与应激（特别是那些与病人的工作相关的）。病人的社交问题被评为“轻度”，因为根据病人的介绍，在客观的外部环境（比如说，工作相关领域）上她没有困难，但是在处理这些问题时她会对自己要求过高。

在访谈中病人的疾病模式并不完全清晰。她似乎认为，心理状态对她的结肠炎有影响，并寻求通过心理治疗来获得改善。但是这种倾向似乎又不是很真实，至少一定程度上是医生的建议让她有了这种想法。在多大程度上病人的疾病观念是基于躯体因素，这一点在访谈中并没有涉及，因此这个项目“不能评估”。基于心理因素的疾病观念似乎只有“轻度”。病人究竟是否认识到在访谈中谈到的这种联系是与她的疾病相关的，直到最后还是不清晰的。支持这一点的证据是，病人讲了她应对应激的方式，比如当她面临这种需要时，她能够尽善尽美地工作，但是之后心理就垮了。病人的疾病观念与社会因素的关系这一项也是评为“轻度”。

在过去，这样的应激被归结为移民及其后果，但现在被归为与背景有关。

关于病人期待的治疗方式，无法了解其是否有接受躯体治疗的愿望（“不能评估”）。对心理治疗的愿望被评估为“中度”，因为病

人自己的动机有限。病人并没有渴望在社会领域获得支持（“缺如”）。

病人的个人资源被评估为“中度”，因为不管是在职业还是在个人的生活领域，病人的生活并未受到影响，而且总体上还是相当成功的。她能够认识到自己的脆弱，然而却没有办法采取必要、切实可行的方式来更好地照顾自己。她的社会支持被评为“中度”，因为她似乎能够从家庭获得良好的支持，但是除此之外，她给人这样的印象，就是她是一个孤独的战士，独自一人在与生活做斗争，她只能在有限的程度上利用周围人，包括治疗师对她的帮助 - 为她应对她的问题提供情感上的支持。

没有发现病人存在阻碍改变的外部因素 - 除了她对职业的积极投入之外（没有/几乎不存在（缺如））。内心对改变的阻碍评估为“重度”，因为访谈和之前的治疗显示，尽管她有基本的兴趣，她无法接受病人角色，或者说，她是被迫接受了病人角色，而这使她感觉到了巨大的压力。因此她无法体会到心理治疗给她带来的帮助和益处。

访谈的目的毕竟是为了判断要不要建议病人做心理治疗，因此也涉及到“心理治疗模式”这个项目。从前面所获得的印象来判断，很可能病人前来访谈主要是由于躯体症状，她希望在此获得缓解。但是这一点并不明确，所以在病人对改变的想法中“症状减轻”这个项目为“不能评估”。同样的，尽管没有明确问及“对动机的反省 - 澄清/冲突导向”和“情感支持”，根据之前的讨论，可以把其评估为“轻度”。病人有很强的控制和自我依靠的倾向，使得访谈者没有机会以情感支持的方式来和病人进行访谈。当病人谈到以前的治疗情况时，她想获得主动 - 指导性的帮助的愿望就显得很清晰了。病人让治疗师给她专业性的建议，给她指点迷津，而不是把主观能动性留给自己（主动 - 指导性：重度）。病人的心理学头脑评估为“中度”。病人能够分辨自己的心理过程，但是最终没有办法把这些与主诉及自己的问题结合在一起。疾病继发获益似乎“缺如”，或“几乎不存在”，因为在主观上病人通过自己的疾病似乎什么也不能得到，而且她的自我意象还明显受到了影响。

### 6.3.2 关系

病人描述的关系各种各样，但是她提到了不断让其感到痛苦的一个特别的关系情景：在工作中她总是试图满足别人对自己的要求和期待，以至于到让自己精疲力竭的地步。作为一个培训老师，她有时候觉得自己像个“妓女”，让自己供他人所用，而本身却没能感受到快乐。尽管她获得了广泛的认可，她总是觉得自己处于压力之下。即便是最小的批评，她也会感到非常的不安，每次都需要好几天来让自己平静下来。但是在表面上她无论如何也不会显示出任何弱点；无论发生什么，她似乎总是像机器一样在运作。

病人所描述的关系情景在访谈中也体现出来了。她似乎尽量要给访谈者精确的答案。15分钟后出现了这样一幕：病人谈到了她移民到德国以及相关的一些压力，访谈者问她第一次结肠出血是否出现在这个时候。病人否认了。之后有一个相对较长的沉默，病人看起来挺尴尬的。最后她说她以前在没有出血的时候，也曾去看过医生。在这一点上，她的主诉（结肠出血）处于紧急状况时，她去就医就挺有理由了。她觉得访谈者的问题是带着批评意味的，也许她觉得访谈者在问，你在这里所说的

这些与你的主诉有什么关系吗？你到这里是想干什么呢？她担心自己不能够满足他的期待。在这一材料的基础上，病人的人际体验可以归纳如下：

#### 病人的人际体验角度

她觉得他人是批评、苛求，因此也很有控制性（项目10）。如果她不能满足他们的要求，在她的感受里，其他人就会不满意，会批评她（项目12）；由于失败，她会感到羞耻。她觉得自己在适应、满足这些需求（她“运作”着），并照顾着其他人（项目26和27）。

在外部世界中，病人是个授课老师，意志坚强，难以取悦。访谈者则觉得自己得好好守护着她，避免表现出忽视的态度，才不会被责备和贬低。在访谈结束时，她讲到以前心理治疗中的一个事件，这更肯定了这个印象。从各种迹象，她认为自己可以得出这样的结论，即治疗师对她感到厌烦，而且想甩了她。有一天她正在等待治疗，门被重重地关上了，她觉得这更证明了她的感受是正确的。当她激动地与治疗师面质这一点时，治疗师否认了她的设想。在那之后，她就结束治疗了。

有了这样的一个观点，并根据病人在访谈中的表现，在反移情中出现了这样的两难局面：一方面，访谈者试图抚慰病人，以减轻她的怀疑，并保护自己免于受攻击。另一方面，这样似乎是危险的，因为她可能会把其他人的小心翼翼视为对她持保留态度并感到怀疑。另一种选择是，访谈者会冒犯地去纠正她被歪曲了的感知，然而她把这体验为更让其尴尬的批评，并用攻击来进行回应（就如同她与之前的治疗师的经历）。

#### 他人的人际体验角度

他人觉得病人是个苛求、控制性强的人（10），并担心自己做了什么错事因此被她批评和贬低（11,12）。他们的反应要么是顺从、抑制、服从（26），要么就是谴责（12）。

整合了病人和他人的体验角度，对关系的动力性表述如下：

病人觉得他人是苛求的，害怕自己满足不了这些要求而遭到失败，并感到羞耻。她通过去适应别人、照顾别人来回避这些。与这种自我感知相反，她表现得非常难以取悦，苛求，对外部世界很挑剔。这迫使别人要么对她小心翼翼以保护自己，要么用一种冒犯的方式来纠正她。但是存在这样的危险，她会把这两种反应都作为她没有符合要求，遭到了失败的迹象。

#### 6.3.3 冲突

在进行轴III的评估前，首先要从四个标准判断是否可以进行冲突的评估。A：必须确定是否根据现有的材料来做出诊断是足够安全的；目前的这个病例是这样的。B：必须要确定结构整合的水平是否足够高，能够确定一定的功能不良的冲突；本病

例是这样的。C：接下来要了解是否由于对冲突的错误感知，以及受到防御机制的影响，而没有办法评估冲突。这个问题的回答是否定的。因为在访谈中已经清晰地识别了冲突及其相关的情感意义。D：最后必须要确定是否存在一个应激诱导的冲突，而不是功能不良的重复的冲突模式。对这个问题的回答同样是否定的。病人的确因为移民而体验了相当的应激，她的困难是由持续的、决定生活的潜在冲突引起的。此外，所讲述的应激明显地是在手册提到的六个月的时间窗之外。由此可以得出结论，对冲突进行评估是可能的，而且不仅是大概的冲突模式，还有非常明确的冲突类型。

在前面提及的病人的关系动力模式主要是自我价值所决定，其次是控制性。羞耻感对这两种冲突都是很重要的，而且很明显，此外还有自我贬低的倾向，以及社会声望和社会名誉。自我价值的冲突评估为“非常明显”，应对方式是“积极主动”。此外，病人极度的自我控制，而且依据内心的准绳来做事；在访谈过程中她要细致审查所说的话，并且有教导的倾向。从她的谈话中还可以看出她在私人生活中控制性很强。因此“服从”与“控制”之间的冲突评为“明显”，处理这个冲突的模式主要也是“积极主动”。这两种冲突在直接可以观察到的关系行为中占主导地位，病人的描述基本上关注的还是照顾这一主题。她的生活史的主要特点是家庭遭受的移民的命运，以及由此带来的断根之感，和失去祖国。她举了几个例子来说明家庭、朋友和亲戚对她的重要性，他们给她带来了安全和舒适感。她和居住在另一个城市的父母之间的地理距离让她感到痛苦。在情感层面上，能够感受到的是丧失和哀悼。照顾与自给自足之间的冲突也评估为“非常明显”。对这一冲突主要的应对模式是“消极被动”，尽管有时候也会有积极主动的表现，主要在于对他人的“过度照顾”的行为。对参加培训的临床医生来说，存在着忽视这一冲突的危险，因为他们很可能被病人在访谈中的外表和行为所打动，因此没有适当地评估她言谈中的内容。

还有两个不是那么重要的冲突：病人表现出了对父亲的亲密和爱的忠诚，而对母亲则很苍白。除了母亲之外，她一点也没有提到其他的女性。性的主题被回避了，而且是很奇怪的遥远，即便是在访谈者的兴趣被勾起来的时候（比如说与一个同事的密切情谊）。与所言谈的东西中表现出来的“天真纯洁”相比，病人的外表和行为表现出“阴茎崇拜”的特点，她穿着短裙，语气带有挑逗意味。俄底浦斯冲突的其他重要特点并不甚清晰，而那些可以察觉的则“不明显”。她的外表和行为体现出来的应对方式是积极主动的，而她的言语内容所表现出的则是消极被动的，因而在这方面总的应对方式是混合的。移民和她努力适应西方社会，去符合市场经济的要求在一些方面上可以被理解为过度补偿地想要获得外国的社会文化角色，是对身份冲突的积极应对方式。然而，这一冲突的一些重要方面已经被前面提及到的冲突所掩盖了（特别是照顾，自我价值和控制），这个冲突就被评估为“不明显”。所有的其他冲突被评估为“不存在”。

主要的冲突是“照顾”-“自给自足”，第二重要的冲突是自我价值冲突。应对方式的评估必须与主要冲突相对应，因此是“消极被动占主导地位”。从其他冲突的角度来讲，特别是自我价值冲突，以及服从-控制的冲突，病人使用最多的是积极主动的应对方式，而这种方式也渗透在病人整个访谈的言谈举止中。

#### 6.3.4 结构

在这个病人身上有着几个可以清晰描述的冲突，这说明病人的结构整合能力达到了一定的水平。尽管有一些功能，比如说，客体感知能力在冲突和压力之下会明显受到限制，那种在根本上所具备的结构能力在应激不那么明显的时候还是反复呈现出来。

自我感知以及客体感知的整合水平在认知能力上被评估为在“良好”和“中等”之间。然而必须考虑到，由于她的表演性方式，病人的叙述方式经常表现得相当夸张和大胆；在个人的一些事件中，她所真正具备的能力才表现得比较突出。在这些事件中病人能够清晰地感受自己，即她的倾向性和敏感性，也能够描述与这些过程联结在一起的内在心理过程。病人的自我感知普遍地偏向了负性的一端（自我批评），这带来了一定的局限性。她的身份感似乎是足够的坚定，尽管她努力地去适应一个对她来说完全陌生的社会，并努力要获得这个社会对她的认可。客体感知的能力在根本上也是存在的，然而她的感知强烈地被她自己的需求所主宰，因此在压力状态下多多少少是有些歪曲的。

调节能力在总体上评估为“中度”。病人表现出明显的过度调节。在自我调节领域，她情感的灵活性以及对自己情感、驱力冲动的接纳相应地是下降的（对情感接纳和调节也见下面对情感交流的反思）。攻击冲动是活跃的，特别是在内心中，如自我贬低。它们只有在特定的领域以及在巨大压力下才会表现到外部世界中（如上面所示的进行治疗这个例子）。自我价值感是很脆弱的，由此表现出一种虚弱，这给人际关系带来了一种压力，但不会具有持久的破坏性。然而我们可以确定的是，这代表了病人在调节能力这一点上最大的局限性。在客体关系的调节这一领域，我们注意到的是非常明显的高度的控制和刻板。在病人的主观体验中，其他人的利益和要求被过度强调了。病人对情感上的伤害极其敏感，这种情况特别容易激起她导向客体的攻击冲动，而这种冲动又通过过度调节被抑制了，只有在特别的情况下才会表达出来，因此她与其他人的关系持续处于紧张状态。要评估情感交流的其他侧面需要更加细致的检查。病人的刻板使得其与外部世界的交流明显受损，而这一点因为她对情感伤害特别敏感而变得更为困难。病人有非常明显的从自己的角度去理解他人的言行的倾向。这些都是“中度”结构整合能力的迹象。更加受限制的是她的内在交流能力，或者说，在内心的对话中重现、激活自体。病人的自我指引能力主要在认知方面比较成功（自我感知），在生动地与她的情感、幻想和身体联结在一起的方面比较弱。她讲了她结肠炎最严重的阶段是在丈夫突然失业的时候，那时她需要用可的松治疗。病人说她从来没有见过一直以来从容、坚如磐石的丈夫会处在这样一种崩溃状态。这是唯一的一次她必须表现为夫妻中强大的一方。她的表述清晰地展现了她的安全感是如何严重地受到震动，而这个所带来的威胁是如此之大，以至于她表现得惊恐不安，对此她自己也难以理解。尽管在这个例子中照顾 - 自给自足这个冲突也起了重要作用（失去安全和舒适），它同时显示的是一种结构上的脆弱，表明病人的结构整合能力是偏低的：病人的生存依赖于环境，以及能够支持她、给她提供安全、并且绝对可以信赖的人；对她来讲，在内心中呈现这样强烈的情感状态，忍受这一情境带来的情绪（自我调节这个侧面，如上），并进行修通是非常困难的。由于她还是基本具备了内心交流的一些能力，尽管这



种能力在其他的领域受到了限制，在这个维度上总体评估为“中度”整合。

在依恋这一维度上，她对内部客体的依恋和外部客体的依恋都是“中度”。病人强烈地依赖支持性的客体；她的核心害怕在于失去支持性和调节性的客体。此外，病人在好的内部客体帮助下调节自己的能力与其适当地让自己去获得外部帮助的能力是同样受到限制的。考虑到所有这些讨论到的结构性特点之后，病人的结构整合能力也得被评为“中度”。

### 6.3.5 精神障碍和心身障碍

对该病人的诊断编码为F54.13，在对心理和行为的影响引起了归类为其他疾病的诊断这一类里，在这个病人身上，引起的疾病是原发性结肠炎。第三和第四位数字表示的主要是抑郁症状。考虑到病人的基础疾病，抑郁症状对它发病、病程以及疾病稳定均有影响。病人还表现出了表演性人格的特点，但是这种异常还不足以做出人格障碍的临床诊断。

### 6.3.6 各轴的整合

病人的特点在于各种冲突的特定的集合，主要是采用积极主动的模式来处理冲突（即通过补偿，反向形成或反恐惧行为）。这些适用于自我价值冲突、身份冲突、控制 - 服从的冲突，很大程度上也适用于俄底浦斯冲突。与这些冲突的应对方式相反的是对照顾 - 自给自足这一冲突的应对方式，主要是消极被动。因此只要病人以积极的应对方式屈从于对控制、威望和俄底浦斯竞争的需求，她就丧失了对舒适、安全的被动的需求，让自己负担过重，弄得精疲力竭。病人的积极应对方式首先表现在病人习惯性的关系模式中，这些关系的特点为控制、威望、贬低和竞争。相反方面的对安全的渴望几乎难以在病人讲到的关系中察觉出来，而只能从她所讲的生活史，以及听她叙述时浮现的照顾感觉这种反移情体验推断出来。

病人所讲的诱发她症状的情境表明，她最显著的弱点在于照顾和安全这一问题。如上所述，她的可信赖的、支持她的丈夫的一次严重的危机导致了严重的结肠炎症状。进一步的恶化出现在她休息时，在工作压力过去之后。显然，在基本的不安全或退行性诱感情境下，对生存的不安全感以及生存受到威胁的感觉出现了，而这些又不能够充分地在心理上呈现。因此，它们仅能以弥漫性的、类似惊恐发作的激越方式或者通过躯体症状如结肠炎来表达。这些冲突事件被特定的结构脆弱性给进一步复杂化了，这首先表现在情感的自我指引上（内在的交流），此外情感耐受性（自我调节）和内射（依赖于调节性客体：依恋）这些结构侧面交叠其上。一方面，症状是一种妥协形成，无法到达意识层面的需求以躯体的形式来进行表达。同时，症状直接表达了所述的结构局限性或脆弱性（比较6.3.4节）。

病人的习惯性的关系行为可以被看作是对冲突和结构脆弱性进行控制的一种尝试。它的特点是积极补偿，由此回避了与被动 - 依赖位置相关的核心敏感性。这种关系行为本身就是一种症状，它表现得过于显而易见而且坚持，还显示了表演性人格的特点，尽管这些不足以在临床上诊断为障碍。考虑到治疗的前提（轴I），这种模式的应对由于其积极的主导性而显得颇

有问题，因为就如6.3.1节所阐述的，病人别无选择，不得不把自己的疾病体验为对她的自我价值、她的自我有效性以及自我调节的威胁。从病人所显示出来的关系模式看，在尝试与其建立心理治疗的工作联盟时会出现困难，这一点在讨论病人的不良关系模式时已经呈现出来。

## 7.焦点选择和治疗计划

自1996年出版了OPD第一版之后，OPD得到了进一步发展，它从一种诊断系统发展为用于实际治疗工作的结构化和规划工具。在这个方面的一项重大进展是两项治疗研究(Grande et al.,2001; Grande et al., 2003; Rudolf et al., 2001b)，在这两项研究中，使用OPD来评估症状以外的治疗改变。为此，根据OPD评估结果确定针对每位病人的个体焦点，并使用这些焦点来观察治疗过程和记录治疗进展。

在第八章中描述了用于评估治疗改变的详细操作。在实际治疗工作中可以使用这些操作，而不会遇到很大困难。为了这个目的，进行了OPD评估，从这些评估中，选择了那些引起或维系紊乱的特别有问题的项目，这些可作为治疗的起点。同时，

选择的那些焦点对治疗过程也有影响，例如对选择适宜的治疗设置、治疗立场和适当的干预都有影响。

因此，赋予区分一个特殊角色，需要区分因冲突所致的紊乱部分和因结构所致的紊乱部分，以及随之发生的治疗后果(cf. Rudolf, 2004b)。可以系统阐述明确的指导原则，并确定对每个焦点的治疗方向。当然，这所做的是描绘出非常广泛的综合的规划。下面将介绍每个轴的基线情况，焦点阐述中的决策就是以这些基线情况为根据的。然而，在我们做这些之前，我们先使用轴I的例子介绍获得治疗适应症的步骤。

### 7.1 根据OPD轴I确定治疗适应症

轴I的目的是根据病人的疾病或问题的严重程度、病人体验疾病的方式、病人对疾病的解释以及病人对治疗的期望等内容来确定哪种治疗适用于他。在这一阶段需做如下区分：心理治疗究竟在多大程度上适用于这个具体的病人；是否需要从心身的角度对他做进一步的诊断或是否需要会诊；在多大程度上适合采用躯体取向的治疗，这种治疗也许需要通过激发动机来支持；或者，也许根本不需要进一步治疗。不过，关于每个案例适合哪种心理治疗的问题是不能仅仅根据轴I的结果来做出回答的，而必须考虑整个OPD诊断过程所获得的所有结果。

如果确定可以进行心理治疗，接下来就要制定治疗计划。治疗计划包括确定治疗目标（焦点）以及选择合适的治疗方法以实现这些目标。治疗目标的确定是过程性的，也就是说，在治疗过程的不同阶段，要确定相应的治疗目标或焦点，两者通常相互依存。本章描述了根据轴I结果确定心理治疗适应症时，应如何对结果进行评估，之后将介绍在阐述人际关系、冲突和结构轴的焦点时所涉及的选择和判断过程。

在OPD轴I结果的基础上，当澄清具体病人的治疗适应症时，必须依次做出如下判断：

1. 澄清是否存在需要治疗的紊乱，特别是需要心身治疗/心理治疗的紊乱。如有证据表明病人存在需要治疗的疾病或

问题，则需要检查以下内容：

2. 病人的主观痛苦足以促使病人说“我必须做出一些改变！”吗？

3. 病人所显露的问题也包括心理社会方面的内容吗？

4. 病人在解释自己的疾病时考虑心理社会因素了吗？

5. 病人有足够的动机来接受某种形式的心理治疗吗？

6. 病人有足够的内部资源来积极参与心理治疗吗？

7. 有无内部或外部的障碍阻止病人开始心理治疗或阻止他可靠的、连续地接受心理治疗，或者，也许疾病可以带来明显的继发性获益？

轴I中的项目与不同适应症之间相关性不同。

对疾病/症状当前严重程度（1.1、1.2和1.3）和持续时间的评估首先是当前是否需要进行治疗的指征，并可据此判断相关的躯体功能和（心理社会）适应能力(GAF)的受损程度。我们可以假定，疾病严重程度越高、功能损害越严重，以及适应问题越多，那么就越需要更深入的心身疾病诊断过程、咨询或心理治疗。

“主观痛苦”这一条目也只是间接地与鉴别指征相关。如果一个病人非常痛苦，那么他可能会有更强的改变动机；为了明确病人改变的目标是什么，以及他是如何想象改变的过程（即治疗）的，就必须采用轴I中的其他条目。无论如何，作为治疗的指征（心理治疗或躯体治疗），病人主观上应该有一定程度的痛苦感。

为了强调轴I中编号介于3 - 7之间、关于指征问题的条目的关联，我们有代表性地创建了理想的条目组合，第一个组合描述的是非常希望进行心理治疗的病人（心理治疗-取向的病人）具有的特征；另一个组合则描述的是总认为自己得了躯体疾病，因而需要接受躯体治疗的病人。

表7 - 1 “心理治疗-取向的病人”

在下列条目中，病人得分从中等到很高 ( 2 - 4 ):

3.1	主观痛苦
3.3	有心理主诉和心理问题
3.4	有社会问题
4.2	认为疾病源于心理因素
4.3	认为疾病源于社会因素
5.2	希望的治疗形式：心理治疗
5.P1	症状减轻
5.P2	针对动机/冲突进行反思 - 澄清
5.P3	情绪的 - 支持性的
5.P4	主动的 - 指导性的
6.1	病人的内部资源
6.2	心理 - 社会支持
6. P1	心理学头脑

在下列条目中，病人得分低 ( 2 - 4 ):

7.1	对改变的外部阻碍
7.2	对改变的内部阻碍
7. P1	疾病的继发性获益/维系症状的条件

表7 - 2 “躯体取向的病人”

在下列条目中，病人得分从中等到很高 ( 2 - 4 ):

3.2	有躯体主诉和躯体问题
-----	------------

4.1	认为疾病源于躯体因素
5.1	希望的治疗形式：躯体治疗
7.1	对改变的外部阻碍
7.2	对改变的内部阻碍
7. P1	疾病的继发性获益/维系疾病的条件

在下列条目中，病人得分低 ( 2 - 4 ):

6.1	病人的内部资源
6. P1	心理学头脑

通常，病人会表现出“混合的”特征/分级，也就是说，某位病人的某些条目特征提示更多的是躯体取向，而其他条目的特征则标示更多的是心理治疗取向。在这样的案例中，可以对不同取向（躯体取向对心理治疗取向）的项目数进行比较。

如果评估所有条目后病人明显倾向于躯体取向，那么在最初决定是否做心理治疗的问题上要谨慎。在这种情况下，原则上病人当前的疾病或症状适合做心理治疗，但首先他们需要接受躯体治疗以便提高他们接受心理治疗的动机。

心理治疗指征的“主要条目”为：“希望的治疗形式：心理治疗(5.2, 5.P1-5.P3)、病人的资源(6.1)和心理学头脑”(6.P1)。于是，从调查者的角度，病人在这些条目中显示出心理治疗的取向，应该考虑心理治疗或者依据当前的症状选择心身治疗。

用于确定心理治疗指征的明确表述可见于下列条目，例如“对改变的外部阻碍”(7.1)、“对改变的内部阻碍”(7.2)和“疾病的继发性获益/维系症状的条件”(7.P1)。对改变的显著外部阻碍，例如不能提供治疗或费用不能报销，这可导致有良好治疗动机的病人不能接受心理治疗。如果疾病的继发性获益很突出，这甚至会诱使认为疾病源于社会因素的病人仅表现出有限的动机和意愿去改变，对心理治疗和躯体治疗都是如此。

## 7.2根据OPD 轴 II-IV决定焦点

根据三个精神动力性OPD轴（关系、冲突和结构）的诊断结果选择治疗焦点。下面再次简要总结这些结果背后的逻辑：

只要澄清了治疗的必要条件，确保了心理治疗的指征，并与病人预定了治疗，就可以计划心理治疗并决定治疗的焦点和策略。对于访谈者做决策和与病人商议而言，在轴I上收集的特征，例如主观痛苦、病人对疾病的认识、病人对改变的认识、所希望的治疗形式、对改变的阻碍和疾病的继发性获益，到目前为止这些特征即使不是决定性地至关重要的方面，也是非常重要的内容。现在，它们退居到一个不重要的位置，所计划的治疗内容和目标成为更重要的方面。在这点上，OPD关系、冲突和结构轴，其在更具体的意义上来讲是精神动力性的，变成了关注的中心。它们共同代表了精神动力学结论并因此形成了焦点选择的基础，治疗工作将沿着这个方向进行。下面将讨论选择治疗焦点的程序以及对治疗策略的考虑。然而，作为第一



步，我们需要将这些与诊断结果联系在一起，在诊断结果中，简要总结了与OPD一致的精神动力学结论的重要成分。

## 关系

本文4.2.3.5章节是关于功能失调性关系模式的诊断识别，图7 - 1显示了这个章节介绍的图式。右上框是模式的入口点：病人通常认为他人的行为是烦人的或失望的，对此他必须做出反应。他通常将自己体验为被动的或只是对事情做出反应，也就是说，他不是采取主动行动的人，因而不是承担责任的人（连接I）。相反，其他人绝非将病人体验为只是做出反应，而是认为病人提供了困难的关系（II）。随着病人建立的关系，他正在促成某种特定的反应，在反移情中这种反应被体验为冲动（III）。如果其他人屈服于这些冲动，并相应地进行反应，病人可能将这体验为那些他一直预想且恐惧的失望再次出现了（IV）。以这种方式，形成了适应不良的反馈回路。

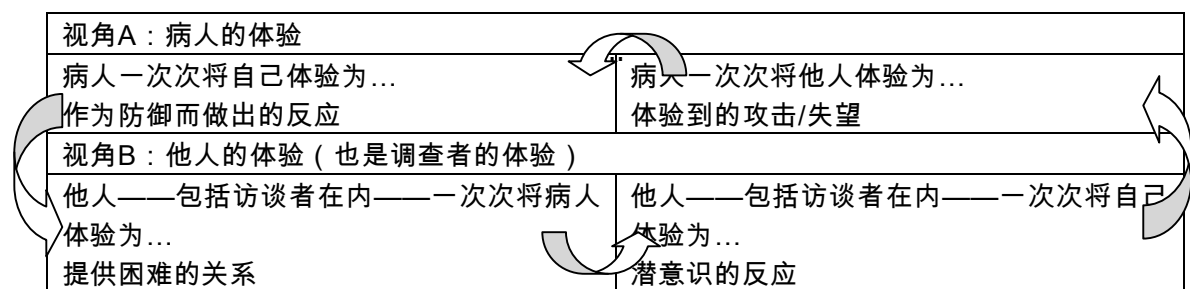


图7 - 1关系诊断图式

通过第6章的例子（参见第6章），与上面图式相一致的关系 - 动力学解析如下：“病人将他人体验为高要求的，并且害怕自己不能满足这种高要求以及害怕感到羞辱的感觉。她试图通过调整和非常照顾他人而回避这些。与这种自我感知相反，她对

外表现得很难取悦、高要求和爱指责。结果是，在与她的关系中，其他人很谨慎并注意保护自己，或者会带有攻击性的纠正她。这里存在下面的危险：她将这些反应体验为她不能满足他人要求的信号和她失败的信号。”

## 冲突

从OPD结果中推断潜在的冲突焦点是相对比较容易的工作：基本上，考虑为焦点的那两个冲突，在评定中被指定为主要冲突和第二主要冲突（参见4.3章节）。

- C1. 个体化对依赖
- C2. 服从对控制
- C3. 对照顾的需要对自给自足
- C4. 自我价值冲突
- C5. 内疚感冲突
- C6. 俄底普斯冲突
- C7. 身份冲突

## 结构

选择结构焦点时，首先，我们必须检查在病人的实际紊乱中结构缺陷占据了多大分量，其次，检查哪个紊乱方面是以冲突为基础的。8个结构纬度中包含了结构整合的整体水平以及冲突的强度，一旦这些被分级和评估并变得可获得（参见表4 - 8和表4 - 17），就可以决定以结构为基础的缺陷所占权重。对结构诊断和冲突诊断进行了比较，比较结果揭示了结构特征对于诊断性理解和选择治疗目标的重要性。如果在病人的紊乱中结构问题占重要地位，那么可根据结构能力列表对其进行详细说明（参见表7 - 3）。

表7 - 3：结构能力概述

自我感知和客体感知

自我感知	客体感知
ST1.1 自我反思	ST1.4 自体 - 客体分化

调节

自体调节	客体关系调节
ST2.1 冲动控制	ST2.4 保护关系
ST2.2 情感耐受	ST2.5 平衡兴趣
ST2.3 自我价值调节	ST2.6 预期

情感交流

内部交流	与外部世界交流
ST3.1 体验情感	ST3.4 与他人建立联系
ST3.2 使用幻想	ST3.5 情感交流
ST3.3 躯体自体	ST3.6 共情

依恋

依恋内部客体	依恋外部客体
ST4.1 内化	ST4.4 形成依恋的能力
ST4.2 使用内射物	ST4.5 接受帮助
ST4.3 依恋的变化性	ST4.6 割断依恋

### 7.3 焦点选择的原则

在选择治疗焦点时，许多方面都发挥作用，不只与紊乱类型有关，并且与治疗的限制性条件也有关系：例如，治疗可能

是限时的，这样在阐述治疗任务的时候要考虑到这种限制，应阐述在限制的时间内可以完成的治疗任务。当特定生活环境和事件将紊乱的特定方面现实化的时候，这些方面可能变得很突出，并带有特殊的强度，因此也可以作为治疗焦点。最后，开始处理那些病人已经了解的问题可能是有道理的，因为在处理这些问题时，病人更可能成为治疗联盟中的合作者。在这些情况以及类似情况下，操作程序是：从一系列原则上可获得的焦点中，选择那些根据特定的环境可供选择的焦点。稍后，尝试接近可能更为重要的其他紊乱方面。

另一方面，重要的是：首先审视紊乱，不缩窄对这些局限性的考虑，要解决病人在下列方面的基本困难：处理他的关系、他的冲突潜在性和结构特征，制定出在所有这些方面他改变的目标，因此确定应针对哪方面开展治疗工作。在这样的分析中，OPD结果给予了重要的支持。OPD结果中的那些特征可作为治疗的焦点，这些特征（与其他因素结合在一起）引起并维系着紊乱，因此在临床现象的心理动力学中发挥了重要作用。这里的假设是，如果想取得实质上的治疗进展，必须要改变与那些焦点相关的某些东西。根据这个条件，可以从OPD结果中选择一个或多个焦点。本章开始时提到的研究经验显示，通常会需要几个焦点，以便从不同方面描绘一个综合的紊乱表现(Grande et al., 2001; Rudolf et al. 2000)。

为了选择与治疗相关的焦点，治疗师需要了解紊乱不同方面之间的动力性相互关系和依赖，这些在OPD结果中有所记录。它们之间可能是相互联系和相互作用的。例如，可能会出现下面的情况：从表面上看，一个有问题的冲突主题进入治疗师头脑中，如果更深入地对此研究，会发现它是为了应对背后的另一种冲突，或是为了应对结构上的易感性，因此，后者将代表实际的或潜在的更深层问题。

举例：一位40岁的病人通过表现公正和控制性行为来处理他的关系，因此在过去的关系中，曾反复出现令人沮丧的权利争斗，最终导致了分离（冲突：服从对控制）。进一步分析揭示，病人使用这些行为来调节关系中的亲密感和距离感，以这样的方式，病人处理对丧失自己界线的恐惧，以及处理由于他人的亲密接近而被淹没的恐惧（个体化对依赖是深层的冲突，因此是主要焦点）。

有时候会因为下面事实而使结构焦点的选择变得更加困难，即病人的几种或多种结构能力同等受限，因此，面临的问题是应该优先选择哪个焦点。导致这种困难的原因是：各种结构特征经常紧密相连并彼此依赖，以至一种功能的受限与其他功能的缺陷常相伴发生。选择焦点时，需要决定哪种特定功能受限是造成整体结构缺损的主要原因。在大多数案例中，从中可派生出其他与结构相关的问题，但派生的问题是次重要的，因此不太适合作为治疗的焦点。举个例子：一个病人存有客体感

知缺陷，其原因可能是，他的身份感脆弱，他好像是在与他人的关系中“丧失”了自己。

在这个案例中，发展和分化出哪些是他“自己的”是种前提，这是他获得客体世界稳定的前提，也是他能够更安全地确立自己身份的前提。这将意味着，当与客体感知缺陷相比较时，他在自我感知领域的缺陷（身份感）将构成主要焦点，同时，在对主要焦点（自我感知缺陷）进行工作的过程中，一个人会期望这些客体感知缺陷会主动发生改变。

## 7.4 焦点组成部分

如在3.6章节所描述的那样，功能失调性关系模式将病人所有以冲突为基础的素质因素和病人的结构问题整合到复杂的格式塔之中。因此，关系模式经常是治疗的中心。下面将更详细介绍，根据关系模式更多是由结构特征决定还是由冲突决定，对关系的治疗类型可以非常不同。

当在其他两个心理动力学轴上（也就是轴III和轴IV）决定焦点时，应该注意到下面事实，即根据紊乱类型，与结构和冲突相关的部分所占比重可以不同，这个比率应反映在焦点的选择上。在明确的案例中，可以单独选择冲突焦点或单独选择结构焦点。但是，在大多数案例中，这两个方面都是重要的，因此混合焦点是常见的。研究显示，在总体上低水平结构整合的案例中，某些冲突特别常见（个体化对依赖）。与此相反，在高水平结构整合的案例中，相对来讲俄底普斯冲突最常见(Grande et al., 1998a; Rudolf et al., 2004a)。根据我们至今为止的经验(Grande et al., 2001; Grande et al., 2003; Rudolf et al., 2002a)，我们建议根据下面的指导原则选择5个焦点：

- 在关系动力学解析中总结的功能失调性关系模式是必须加以考虑的，因此构成了焦点之一。
- 从“冲突”和“结构”轴，最多可以选择4个焦点。根据以结构为基础的或与冲突相关的缺陷的程度，从每个轴中选择的焦点

数可以不同。这意味着在极端的案例中，所有4个焦点都选自结构轴，但是，也可以选择任意其他组合。在那些明显因冲突所致的紊乱中，可能会出现下面情况：2或3个冲突对于描述紊乱已经足够，完全放弃了结构焦点。这种情况是可能的，并导致只选择3或4个焦点，而不是5个焦点。

7.5治疗计划和治疗目标

借助OPD轴I的帮助 ( 治疗前提 )，从诊断上可以澄清：病人的紊乱类型和强度是否可为心理治疗适应症提供依据，以及澄清病人在这方面具有的态度和期望。如果有心理治疗的指征，应根据诊断结果选择适宜的治疗方式，以及确立相应的治疗目标。

在治疗过程中，困难经常来自于下面事实：在病人身上结构缺陷占重要位置，并使得对冲突动力学的工作复杂化。在OPD中，借助关于冲突和结构的详细诊断，格外清晰地解决了这方面的问题。因此，治疗师能够评估冲突所致紊乱或与结构相关的紊乱所占相对权重。我们建议，首先，在这些评估基础上，在治疗的规划阶段对下列方面做出战略性决策：主要治疗方法是否需要与冲突更为相关还是与结构更为相关；如果存在混合性紊乱，从诊断上讲，与冲突相关的治疗工作会因结构缺陷的存在而变得更加困难。下面图表描述了这种决策：

表7 - 4：确立结构或冲突取向

对这个病人的基本治疗方法是

	肯定	更多	混合	更多	肯定	
--	----	----	----	----	----	--



与结构相关	□	□	□	□	□	与冲突相关
-------	---	---	---	---	---	-------

从对这个问题的回答中，可推导出治疗策略，根据情况不同，治疗策略可以强调与结构相关的工作，或者挑战和聚焦于活动性冲突（参见表7 - 4）。这些策略指：

- 治疗设置
- 治疗立场
- 所选焦点的等级
- 处理功能失调性关系
- 治疗技术

根据冲突或结构所致缺陷的权重，可区分下面的紊乱原型：第一，主要以冲突为基础的紊乱，第二，主要与结构相关的紊乱，第三，因以结构为基础的缺陷而更加复杂化的以冲突为基础的紊乱

**主要以冲突为基础的紊乱**

在这类紊乱中，心理过程发生在高水平或中度水平结构整合背景下；紊乱主要以冲突为基础。从心理动力学角度，这可理解为病人潜意识意图或愿望的表达。病人的某种东西“创造”了愿望、防御，以及随后发生的妥协形成。即使病人最初因为压抑不能对此负责任，这里的假设是，他至少有能力承担这样的责任。这对心理治疗策略会有什么影响？

**设置**

根据病人主要可获得的内部心理空间和结构功能，可在个别或小组治疗设置中开展治疗工作。根据适应症，可以在强调退行和移情的精神分析性心理治疗设置中，或在聚焦的、揭示冲突、限制退行的精神动力性心理治疗设置中，开展心理治疗。

这种设置下，主要是病人对他自己的行为负责任，然而，对结构功能缺失或不足的病人，从他需要外界供给的意义上讲，这样的治疗设置没有一个给予、限制或支持任务的结构。因为冲突取向的治疗工作在于鼓励病人潜在的能力，而给予、限制或支持任务等做法不能充分地挑战病人。这里，设置确立了一种框架，治疗应该在这种框架内发生，治疗双方应对此达成一致；即使在高张力时期仍然维系着这种框架。如果需要的话，可以从治疗的角度谈论对治疗框架的破坏，这种破坏可解释为当前潜意识冲突基础上的移情现象。

### **治疗立场**

治疗师可以假定病人将其潜意识的冲突体验转移到他身上。因此，治疗师关注自己的反移情并审视病人转移给他的潜意识意图。重要的治疗选择在于指出这些意图或与此相连的恐惧，并使得它们意识化。这里的假设是：病人一旦理解并承认了潜在的潜意识动机，他基本上能够承担对他自己行为的责任。治疗工作是要促进这种治疗选择并在这方面积极挑战病人。因此，在开展治疗的时候，治疗师表现出善意的节制态度，治疗的目的是保护病人，比如通过主要以支持性和包容性为主的治疗方式保护病人，对这类病人而言，这种治疗也许不能给予足够的挑战。

### **决定焦点等级**

任务是系统阐述下面假说：即哪种冲突构成了紊乱的核心，哪种冲突与核心冲突相关或是从核心冲突演变而来。这种冲突的交错是常见的，现在用OPD更容易对其进行分析，因为，借助OPD的帮助，复杂的临床现象变得明晰，可以视其为一层层可辨别的简单冲突。揭示冲突的工作可以从相关的冲突开始，因它与核心冲突的关系，它通常作为一种应对机制。第一步，承认并积极构建以这种方式进行的应对。第二步，通过分析这些应对努力的代价，可接近核心冲突。在解释被防御的潜意识意图之前，首先解释这种应对的防御作用。

举例：一个抑郁的女病人表现出照顾对自给自足的冲突，这可能来自与她父母的关系，且弥漫到她与配偶、孩子和朋友

等所有当前关系中。在她身上同样也可识别出自我价值冲突和内疚感冲突，这些冲突是次重要的且来自于她对照顾的需要。与照顾对自给自足的核心冲突有关，自我价值冲突和内疚感冲突更具有补救和修复的特征。在这个案例中，揭示冲突的工作是从衍生的冲突开始的（从内疚感中解脱，自我价值的稳定），因为这样的处理方式不会影响病人对自身的重要理解，也不会使她感觉不安全，而是可以用于给她提供解脱和稳定。

### **处理功能失调性关系**

治疗师自己思考病人正将对关系的哪种愿望和恐惧指向了他以及其他的人。然后，他形成了下面假设，即病人建立关系的方式可理解为一种妥协形成。在他的反移情中，他发现病人触发出来的他的感受和冲动。最后，他设法了解，如果他屈从于这些感受和冲动的话，可能会出现困境。与病人一起，他审视了病人对他人以及对治疗师的焦虑，并区分了相关的情感。在下一步中，治疗师聚焦在：因这些焦虑，病人在关系中为了保护自己所做出的努力，这里的关系指治疗关系和与他人的关系。治疗师认可了这些努力，并以积极的方式构建了它们。然后，他能够让病人看到这种努力的功能失调性方面，特别让他看到下面可能性：从自我实现的预言来讲，他的防御性行为可导致其他人以令他失望的方式做出反应，因此，病人所焦虑的事情真的实现了，并且他对关系的愿望仍然未实现。在这种情况下，重要的是帮助病人看到，在包括治疗师在内的其他人身上，他触发了或可能触发了哪些感受和冲动，以及如果其他人对这些冲动做出反应，所导致的后果或可能出现的后果。

### **干预**

治疗师可以运用一些治疗干预，这些干预主要用于促进和挑战病人主要可获得的能力，然而，防御和妥协形成可掩饰和限制这些能力。因为这个原因，倾向于激活和现实化潜意识冲突情境的所有干预都是适宜的。这包括了情感动员技术。在长程心理治疗中，可使用鼓励退行和加强移情关系的干预和治疗策略。病人会出现带有征兆性质的症状和问题，因这些症状和问题倾向于被特定情境所触发，而这些情境在他的生活史中带有主观的意义，也就是说是由潜意识冲突所决定，那些适用于

找出这些意义的解释因此变得重要。

在广泛的精神分析文献中已经详细阐述了以冲突为取向的干预技术；在Woller and Kruse (2005)的文章中，可找到其在精神动力性心理治疗中的应用。

### **主要以结构为基础的紊乱**

这类紊乱非常明确的特征为：与结构相关的功能的可获得性受限，例如自我反思和情感分化能力、现实的客体感知和共情能力、自我调节和成熟的防御的能力、情感交流和内化关系的能力。结构整合的整体水平较低（中度水平到低水平整合、低水平整合、低水平整合到瓦解）。冲突主题是可识别的，但是，在个体案例中，它经常是变化多样且不能被清晰描述的。

理解这类病人精神动力学的关键是：不要把病人的问题考虑为来自于潜意识的意图（愿望、防御），而是将其理解为获得性发展缺陷以及自我调节和处理关系能力薄弱的后果。感到潜意识意图可被归咎于他，所以不认为病人对他的问题负主要责任。病人在处理以结构为基础的缺陷时，他有时表现出功能失调性行为，这些行为本身是有问题的（例如破坏性行为），它代表了病人作为发起者承担责任的一种活动。因此，在与这些病人的治疗性接触中，对下面两个方面进行区分非常重要：一方面是他们以结构为基础的能力缺陷，另一方面是，尽管如此，他们可采用一些选择，用以继发性建设性或破坏性地处理那些情境。

### **设置**

结构紊乱越严重，越有必要提供外部的结构（住院病人心理治疗、日间诊所、康复阶段训练、住进社区生活），越有必要鼓励逐步建立胜任能力并提供社交学习的可能性（培训课程和休闲时间活动）。一方面，门诊病人心理治疗应该提供一个稳定的结构（可靠的可获得性），另一方面，应该有能力足够灵活地对下面情况做出反应：病人的焦虑、病人为了使自身感到安全所采取的付诸行动倾向、在危机时期病人健康状态的波动。应谨慎讨论治疗的外部形式和治疗应如何继续进行，并使得治疗

师和病人对此达成一致。在“协议”中可对一些关键之处达成一致（例如，关于自杀行为、进食行为、物质滥用和其他形式的自我 - 破坏行为）。所有这些提供结构的外部环境必须镶嵌在（治疗）关系中，并被治疗师个人（治疗团队）所保证，因此，这些功能变得可获得并且可作为结构能力（例如，在保健服务中进行调控、设置界线、耐受困难的情感），病人可为自己接管这些能力（例如，调节能力、设置界线、情感耐受）。对于违反规则的情况，不是从病人隐藏的意图来审视，而是以设置界线和坚守界线对其做出反应。但是，因为设置指派给病人一种自我责任感，这超出了他的结构能力，所以必须经常检查病人是否感到工作过度，是否感到不能坚守规则。

### **治疗立场**

考虑到病人的退缩倾向，或经常贬低和破坏性行为，主要目标是要发展一种治疗立场，其有助于使得治疗关系和治疗合作成为可能，或不会毁坏它。这包括，特别是在治疗开始时，采取“养育”的态度，这提示治疗师接管了容器功能，采取了辅助性自我功能、照顾、使用自己的感知和情感进行镜映和反应、或者设立稳固的界线。同样重要的是，要谈论和讨论病人可用来建设性或破坏性地处理他结构问题的现行能力。但是，这意味着治疗师不应将病人的行为视作指向他个人的移情，也就是说，如果可能的话，他与病人一起学会把它视作有问题的体验模式和行为模式，病人需要学会更好地应对它。部分上，养育态度是：以“与孩子相适宜的”方式，使用更积极的治疗立场对病人的谈论做出反应。通过治疗师不仅从“另一个人”的立场做出反应，也从养育的立场做出反应，从而维系治疗性节制。

### **决定焦点等级**

开始时必须检查，为了病人能够调节自身和调节他的关系，我们在治疗上需要支持病人的哪项结构功能。在这种情况下，可应用下面几点：结构紊乱越严重，它越适用于OPD中描述的自我方面（自我感知、自我调节）。治疗师的任务是促进病人自我参照的能力和自体的自主性。这类病人一旦获得了自身内部更好的定位和稳固性，不需任何其他帮助，他们经常表现出

客体关系的改善。在结构紊乱不那么严重的案例中，客体关系占重要位置（客体感知、交流），在病人与治疗师这种特定人际关系背景下，可以对此进行治疗。治疗师可以应用治疗方法推动治疗过程，其中一种方法是通过将自己作为会谈的一方或者作为“他人”带入到治疗中。下面也适用：紊乱越严重，OPD依恋结构所描述的那些紊乱特征就越重要。大部分上，通过言语内容只是不完全地接触到这种体验水平，因此，在这种情况下，治疗师的态度和行为（喜欢、可信性、坚定、善意）比实际的谈话内容对治疗效果更为重要。

### **处理功能失调性关系**

治疗师与病人一起审视，在病人的关系行为中，以结构为基础的哪项困难、缺陷和易感性变得显而易见。治疗师不认为有问题的关系是针对他个人的，其目的是建立一个关系轮廓，这样可审视和具体化治疗过程中出现的问题，好像是作为第三方站在病人旁边。治疗师鼓励病人使用他学到的新知识，承担对他关系行为的责任，并相应地调节他的关系。特别是在攻击性和破坏性行为中，把这些行为考虑为某种意义上的本我表达是有帮助的，也就是说，认为这是病人身上仍不能被整合或调节的部分或力量。这种想法促进了前面讨论的三角关系的形成，并帮助病人在他自身与他的行为之间做出区分，然后使他与他的行为保持距离。即使在病人仍完全认同他自己的行为时，治疗师需要能够在内心勾勒一个能抓住这种差异的模型。否则，很容易认为病人是有意地破坏性的。

然而，这里重要的是前面已经提过的警告，例如，由于剥夺体验所致的情感受伤，使得病人在结构功能水平存有缺陷，病人可能继发地发展出带有攻击性、贬低或破坏性特征的应对方式。在那种情况下，病人对他们的行为负责任（如果只是部分上），因此，必须指出他们是这些功能失调性应对机制的发起者。在这里，不是“本我”发起的行动，而是病人自身发起的行动。

但是，在结构缺陷基础上的关系模式并不经常是攻击性的，而经常是防御性或回避性的。退缩和对关系的僵化控制，其

目的是要保护以结构为基础的敏感性，比如身份感脆弱、自我价值低。在这种情况下，治疗师与病人一起工作，目的是详细探讨易感性，以便可以使用语言将其表达出来。尤其是，治疗师要了解哪个事件、哪种环境和关系情境触及了这种易感性。病人会采取一些方式来保护他在关系中的易感性，治疗师接受了这种方式并积极构建了它，以便适当地强调病人的应对能力。在下一步中，帮助病人看到，这些自我保护行为是有代价的，例如，它使得对关系的愿望不可能实现，或者严重限制了它们的实现。

## 干预

结构紊乱越严重，越应该谨慎使用情感动员技术，越少提供鼓励退行和依赖（躺在躺椅上、高频治疗）的治疗。相反，在这种情况下，倾向于应用能够引起自体稳定化的技术，而只在治疗晚期才加强与客体间的相互作用。在给予病人“他是谁”的真实感觉方面，非言语干预通常比言语干预更适合。通过非特异的应激，结构缺陷变得明显，也就是说，不是在神经症性冲突基础上被情景所触发（根据病人的生活史，这种情景带有个体化的主观意义），这时，解释“背后的”事情，如潜意识动机或病人的生活史，发挥较少作用。焦点是指向“如何”（也就是说，指向具体化和区分缺陷），而不是指向“为什么”（Grande, 2002）。病人不是被“质问”，而是，病人在他与他的问题之间创建距离，并学会调节它。在很大程度上，治疗立场决定了治疗的特殊后果，在前面已经描述了治疗立场，更详尽的描述见于Rudolf(2004b)。

关于结构轴纬度，为了加强和发展各项结构功能，可区分不同的治疗目标和导致那些目标的干预技术。

■在自我感知和客体感知的认知水平，治疗目标是：病人获得对自体 and 客体的现实感知，并通过这些获得内、外部的支持和定位。这同样意味着他不仅获得对现实的洞察，而且也能接受和考虑现实。治疗师的干预是：通过镜映、展示、区分和面质，支持病人的感知。

■在关于自我调节和防御的调控水平，治疗目标是：使病人获得内在的距离感，即与他自己的冲动、情感、自我归因和

对关系的愿望保持距离。从这个角度，认为他能够设立界限、进行自我调节、做出决策以及发挥功能。治疗师的干预是：帮助病人采取清晰明确的、观察性的、自主性位置，并使其远离淹没性或空虚的状态。

■在情感交流水平，治疗目标是：使病人能够情感卷入，并允许自己在情感上被抱持和受到影响，以这样的方式，病人的体验世界变得更具动力性和更为活跃。治疗师的干预是：激活病人的情感，鼓励病人与情感接触，并使得因此触发的不愉快和令人不安的情绪变得可以忍受。

■在依恋内部和外部客体水平，治疗目标是：让病人学会与好的内、外部客体发生联系。在这里，目标为：在内化的积极客体的帮助下，进行自我调节，发展使用外部关系资源的可能性。治疗师的干预是：把病人的注意力引向那些重要的可获得的可能性上面（在外部世界、在治疗情景中、在病人的生活体验中），并促进对它们的使用，以及影响或修正与此相反的生活体验。

### **因以结构为基础的缺陷而更加复杂化的以冲突为基础的紊乱**

在这类紊乱中，我们发现清晰可识别的冲突。但是，谨慎的诊断揭示，这里也存在着结构缺陷。通常，随着治疗进展，这种复杂性变得明显：病人觉得很难解决以建设性方式揭露出来的冲突主题，很难接受不同的自我形象，很难使得他自身与他的处境和解。在这些情况下，显而易见的是，缺乏能够处理冲突主题的稳定结构，为了整合这些冲突主题，首先要建立一个稳定的结构基础。

举例：一个抑郁病人表现出黏附和强烈希望被她的客体照顾的愿望（照顾对自给自足冲突，被动模式），这些显示病人对下列方面存有疑虑：即自己作为自主性自体且独立于客体存在。在她不能直接说出她的要求、不能对她的客体抱怨的时候，她对“她存在”存有怀疑。在这个案例中，对有关照顾的冲突开展了治疗，治疗提出了关于不能进行内化的基本主题，不能内化导致了一种感觉，即在再见和分离之后没有任何事情能存留下来，她的自我一致感丧失了（结构焦点：依恋/割断依恋）。



对于这个病人，在核心冲突领域进行重建是不可能的，因此，反复修通对客体的需要和害怕分离这些主题，并没有带来显著变化。

### **设置**

在这里没有关于设置的明确建议。通常，治疗是在门诊病人设置中进行的，治疗可以是个别治疗，也可以是小组治疗。对于混合性紊乱，治疗师和病人都倾向于将可见的问题归入冲突 - 神经症范畴内，因此会出现高估结构可能性和使病人过度工作的风险，或出现病人使自己过度工作的风险。因此，可以想象，如果中间时期代偿性应对机制变得不稳定，那么住院病人治疗变得很有必要。此外，住院病人治疗包含了提供结构框架和非言语治疗等成分，这些更适合这类病人，可以说这使得病人在她的结构发展水平重新开始她的发展。

### **治疗立场**

采取的治疗立场依赖于实际需要，也就是说，依赖于病人当前问题的性质。但是，它主要是结构导向的，即对冲突主题的处理遵从下面潜在假设：这里的进展只是相对的，迟早要解决结构问题，以便能够更好地进行准备，然后再回到以冲突为基础的主题。这意味着，最初时候会带有保留的聚焦于冲突，不带有充满希望的期盼，通常病人会有这些期盼，事实上，最初时候是要找到一种可以忍受的解决问题的方法。

### **决定焦点等级**

因没有足够的结构能力，处理冲突经常是不可能的，任务是：除了冲突主题以外，还要关注结构主题，使之作为治疗焦点。如果一方面，因结构缺陷的原因，对明显的冲突主题的处理仍毫无成果，而另一方面，因与冲突有关的复杂性，使得聚焦于结构问题很困难，那么在治疗工作中可能会出现愤怒。如果存有怀疑，应该首先考虑结构主题。如果病人提出了一个冲突主题，重要的是要注意冲突主题中所含的结构方面，并引导病人感知和承认它们。根据上面的原则，第一步应该是：肯定

和积极构建冲突主题中所含的病人应对能力。第二步应该是：通过分析应对努力的缺点和无效性，从而使得接近结构问题成为可能。

举例：病人35岁，他一次次地发现自己完全卷入到令他难以理解的互动关系中，在这种互动中别人经常忽略他，且在做重要决策时把他排除在外。他对此的反应是表现得倔强和拒绝。但是，他没有注意到他拒绝的态度使得其他人感到沮丧，并诱使其他人不与他商量就做出决策。除了屈服对控制的冲突主题，在这个病人的人际关系紊乱中，明确缺乏共情能力（一种结构缺陷）也扮演了重要角色。在住院病人治疗中，在小组治疗设置内，他能够逐渐认识到，从必要的反应来讲，他的倔强是有利的，但是，也是因为这种倔强，使得他不能参与其他人所做的事情以及与他人之间的相互分享。

### 处理功能失调性关系

如上面案例所示，我们需要检查病人是否存在结构缺陷（在案例中是否缺乏共情能力），结构缺陷会使得冲突处理的人际关系模式更为不良，且加重它的功能失调性特征。特别是如果出现了攻击性行为，治疗师应该审视，这些行为从潜意识意图来讲是否是病人的责任，或它们是否是结构缺陷的主要征兆。

在其他案例中，情况可能是关系行为正在保护着以结构为基础的易感性。在这两种变体中，首先是治疗师接受和积极构建冲突处理方式。在前面的抑郁病人案例中，这将意味着下列情况：病人采用黏附于客体这种方式来获得他人的帮助，从表面上看，这是对客体提要求和抱怨客体的一种方式，是为了获得关心和关注的一种努力。但是，从一个孩子的角度，它代表了为了应对丧失和毁灭这些基本焦虑而非常值得去做的一种尝试。因此，最初的治疗目标不是修通病人对照顾的需要，而是帮助她处理更深层的潜在的自体脆弱性。

### 干预

根据前两种紊乱背景下提到的内容，可以对冲突或结构主题进行修通。当呈现出结构问题时，即使病人主要表现为冲突

的特征，治疗师也应该有能力离开冲突主题。治疗师应该能够意识到，在这类病人中处理关系冲突本身不应是最终目标，最终目标应是揭示问题的结构核心，并与病人一起从第三方的角度审视它。最后，他不应该沉迷于对“为什么”(动机及其防御)的解释，相反，在任何必要的时候，聚焦于“何种”结构缺陷，并与病人一起分离出它的组成成分。

### 7.6在功能失调性关系可能性方面，精神动力性工作特点

在这篇文章中的不同地方，已经指出：紊乱的关系方面以及相应治疗计划中的关系焦点，从冲突动力学意义上可被理解为神经症性态度和防御过程的表达，从结构动力学意义上也可被理解为结构缺陷及相关应对机制的后果。这可解释为什么会在前面章节分别聚焦于冲突或结构方面，对功能失调性关系进行治疗性修通。

下面继续讨论对功能失调性关系的治疗，并根据不同治疗目标对其进行了区分。这种区分再次参考了关系诊断图式(参见图4-3)。表7-6中(Grande et al., 2005)分3个部分列出了潜在的关系焦点：

表7-6：以OPD为基础的治疗关系焦点列表

感知和从情感上丰富关系体验	区分自己的体验性看法 区分自己的看法和他人的看法 承认和忍受看法之间的矛盾性
感知和理解关系情境中行为的影响和后果	感知自己行为和他人行为中主动的方面和反应性的方面 洞察观察者对关系事件的构建 洞察功能失调的、循环性相互关系的作用
理解和承认意图和潜意识动机	识别和承认自己维系功能失调行为的意图和潜意识动机。

	识别在反馈环路中关系模式所加强的功能失调性信念 洞察一个人建立的关系的测试特性
--	--

第一部分包含一些治疗焦点，在这些焦点中，例如感知、具体化、区分和从情感上丰富功能失调性关系体验等目标处于最显著位置。在这个领域，治疗师的干预首先是描述性和说明性的。治疗师不去解释复杂的相互关系或动机。

■区分病人自己的体验性看法，这是指感知、言语化和进一步区分关系体验，以及发现和激活伴随的情感。在以人为中心的治疗中，有项技术称作“将体验的情感内容言语化” (Tausch/Tausch, 1990)，这个焦点与此技术具有相似性。

■区分病人自己的看法和他人的看法，这是关于从他人的角度感知关系情境。它也是关于共情地理解他人的体验，以及比较和区分不同的体验性看法。

■承认和忍受看法间的矛盾性，这是有关感知自己建立的关系（它们被赋予意义和呈现的方式）和他人建立的关系（它们的意义和病人如何感知它们）之间的矛盾性，和有关忍受自己看法和他人看法之间的这些矛盾性。

第二部分包含一些治疗焦点，治疗目标是：通过感知和理解它们的因果关系而将关系事件相互连接。这可能以描述性和说明性的方式开始，没有明确触及根源和责任感问题。只能在下一步问及这个问题，以便和病人一起解决这是怎样被影响或被调节的：

■感知一个人自己行为 and 他人行为中主动的方面和反应性的方面，这是关于感知和承认下面事实，即作为反应而体验到的个人行为同时也产生了自己的效应。相反的情况也适用，他人不仅通过他们的行为追求自己的目的，并且也使用这些行为对病人做出反应。

■洞察观察者为关系事件的构建，这指承认相互作用是循环的，因果归因依赖于观察者的立场(Watzlawik et al., 1971)。

■洞察功能失调的、循环性相互关系的作用，这是关于感知和承认下面事实：在功能失调性适应不良反馈环路中，一个

人自己的交流行为和他人的交流行为被连接在一起(Strupp/Binder, 1984)。

第三部分包含一些治疗焦点，在这些焦点中，根据病人的意图和潜意识动机解释了关系模式的内部逻辑或意义。因此，病人被选来扮演演员或导演的角色，参与对他人际关系困境的责任，因为，病人部分上想要这样的关系模式（潜意识的）并因此鼓励了这种模式的形成，即使病人对它们的后果感到痛苦：

■识别和承认自己维系功能失调模式的意图/动机，这是关于洞察到：一个人自己建立的关系模式是其愿望和焦虑之间妥协的结果。它也是关于洞察到：一个人的意图支配了他的行为，这种意图潜意识地引发了功能失调模式，或妨碍了以更具建设性的方式处理关系(移情可能性, cf. Dahlbender/Kochele, 1994; Luborsky, 1988)。

■识别功能失调性信念（自体表象、内射物），这是关于洞察到：一个人自己建立的关系有助于促进人际间的相互影响，这些互动再次验证了自己的某些信念，或错过了潜在地修正性体验（Anchin, 1982; Schacht/Henry, 1994; Strupp/Binder, 1984）。

■最后，就洞察一个人建立的关系的测试特征而言，这是关于病人的潜意识计划，通过建立有问题的关系，病人想要测试其他人是否以与他的负性信念相一致的方式进行反应，或他们的反应是否反驳了那些信念(Curtis et al., 1994; Weiss/Sampson, 1986)。

选择哪个选项作为焦点，这依赖于与致病性冲突所占权重有关的结构受损程度。在冲突取向的心理治疗中，可选择所有3个部分，第三个部分（理解和承认意图和潜意识动机）大多数直接触及了关系紊乱的冲突方面。在结构取向的心理治疗中(Grande, 2002; Rudolf, 2002a, 2004a; Rudolf, 2004b)，不认为这种类型的干预是种合理的选择：如果结构功能可获得性受限构成了问题的核心，澄清动机没有治疗作用。

这些病人会表现出功能失调性关系，因为不是潜意识意图所致，所以病人不能从这种干预中获益。这意味着，当期望这

些病人具有那种责任时，会使得他们工作过度。如果使用前两部分那些带有描述性和说明性特征的聚焦性解析，这类病人会更加受益。这促进对结构缺陷的感知，使其因此获得了客观的特性，以及获得了使自身与之保持距离的能力。这样，在面对这些缺陷时，病人能够应用自我调节和应对机制。

## 7.7 总结性评论

当然，我们需要将前面的建议理解为一种方向，而不是一种命令。在焦点取向的治疗中，治疗师应该保持一种开放的基本态度，以便在任何给定时刻理解病人所处位置。治疗焦点不是一个外部的东西，治疗师可以提供给或开给病人，它应该包含在病人带来或提供的材料中。焦点定位使得更容易在材料中追踪核心主题，并在与病人的工作中证明这些核心主题。这意味着治疗师应该交替持有下面两种态度：更为容纳的态度和积极焦点导向的态度。

这里的主要建议是审视以冲突为基础或以结构为基础的缺陷所占相对权重，并决定它们与病人紊乱的相关程度。这个决定对病人的治疗具有广泛影响，也就是说，对设置的选择、治疗立场、焦点选择和将会使用的治疗技术都有影响。这里介绍了在住院病人和门诊病人设置中，开展焦点导向治疗的经验，这些经验显示，使治疗技术适应于病人的结构潜力很重要。之所以重要是因为它有助于避免弯路和避免在开始时犯错误，而这些弯路和错误会导致病人和治疗师的失望和气馁。它也有助于确定在各种情境中什么是可行的，并界定可完成的治疗任务。

## 8.使用OPD评估改变

### 8.1OPD和评估改变：基本着眼点

与OPD的精神动力学取向相一致，OPD识别的是疾病中隶属于人格、并因此相对稳定的方面(Grande et al., 2000)。这一点可以从手册中有长达1到2年的较大的时间窗来对人格结构做出诊断这一事实中得到体现；在这一背景下，对冲突的诊断明确是指“当前正在发生的冲突”(参见3.3章节)。

根据疾病基本的精神分析模型，这种OPD的结论随着时间延长而保持不变似乎是恰当合理的。然而，这的确也表明对改变的评估存在困难，因为治疗效果只有在改变的关系、冲突和结构诊断中留有痕迹才能得以体现。无论如何，单单基于OPD是不能反映微小的治疗进展的。

但是，有一更基本的问题，即从“特质减少”的意义上，那些经由OPD识别的人格特征通常不会改变。即使从临床的角度认为治疗成功，它们也不会改变。例如，轴III用于诊断生活决策方面功能失调的冲突。成功的心理治疗所带来的结果是，冲突的主题仍然是生活决策方面的，但是它已经被成功地处理，能够被建设性地发展，并且可以在病人的生活中被有效地运用。在这种情况下，对改变的评估不是依据致病性冲突在多大程度上减轻或消失，而是依据冲突在何种程度上被成功的整合。这同样适用于结构缺陷或易感性以及功能失调性关系，即，积极的治疗改变并非体现在它们的消失或减轻上，而是体现在更可能以建设性方式调节和处理它们。

## 8.2以OPD为基础的评估改变的模型

以上内容提示，应该考虑记录心理治疗过程中病人在处理其关键问题方面所取得的进步。这一程序含有两个方法学的步骤。作为第一步，那些对他的疾病来说很重要的特征要在OPD的结论中加以选择。作为第二步，记录他如何处理这些问题以及他处理它们的方式是如何随着时间发生改变的。

### 焦点选择

因为关键问题可作为评估改变的参考点，所以它们被定为焦点。它们可以与治疗的焦点保持一致，但未必非要如此。被认为“关键”的问题是那些引起和维系病人疾病的问题，因此如果要获得持久的改善，这些关键问题的某些方面就需要改变。原则上，可按需要决定所选择的焦点数目。不过，我们的调查研究显示，从轴II、III和IV的结果中最多选择5个特征就足以全面地识别病人的问题(Grande et al., 2001; Grande et al., 2004b; Grande et al., 2003;



Rudolf et al., 2002a)。建议在任何情况下选择惯常的功能失调性关系模式作为一个焦点(Grande et al., 2004a)，而其余的焦点可从冲突和结构中选择(参见7.4章节)。这包括，在结构存在更严重损害的病人中，可能只从或者主要从结构轴的结果中选择焦点，而对于在更高水平上达到结构整合的病人，则会更多选择冲突焦点。如在7.4章节中所阐明的那样，5个以下焦点可能足以描述某些案例中与疾病有关的内容。例如，当疾病明显是基于冲突的，且倘若在关系焦点之外可以找到两个(或三个)重要冲突的时候便是如此。

海德堡结构改变量表：

图8 - 1中的量表是用来描述病人对焦点的处理。它是Stiles和他的同事们对“问题体验吸收量表”进行修订后的量表(Stiles et al., 1990; Stiles et al., 1992)，在修订中，更紧密地关注将其吸收~~吸收~~到过程 and 改变的精神分析模型中(Rudolf et al., 2000; Rudolf et al., 2001c)。在7个阶段中，量表描述了病人处理焦点问题的不同形式，开始于成功地隔绝对焦点问题的感知或不把它感知为焦点问题，然后慢慢地开始感知它，带有某种兴趣地探索它，最后扩展到积极努力地应对它。前几个阶段描述了松弛惯常防御模式的过程，因为它们能够重新组织人格而有助于治疗。它们因此也能够展现像“重塑”或“结构改变”这种精神分析概念中所指的变化。

这个量表用于在每个评估时点独立评估所选择的焦点。如图8 - 1所示，中间阶段也可被采用。对于评估，可采用在前面研究中应用的多种策略(Grande, 2005)。其中之一是a)估算重塑水平的前后差异，将其作为对治疗成功的一种评定。选择几个焦点的时候，可采用重塑评分的均数；在这种情况下，是通过比较治疗前后的均数差异来对成功进行评估(Grande et al., 2001)。因量表中进展的更高阶段描述了渐趋更高水平的治疗成功，所以采用的另一个策略是 b) 将治疗结束时的整体评估独立作为一种疗效评估。如果采用了几个焦点，就可以用量表上所有焦点得分的平均值进行评估(Grande et al., 2003)。

结构改变量表的一个特殊性是：早在达到阶段3或阶段4的时候，“应对”意义上的积极的治疗改变就在概念上成为可能，也就是说，一旦病人在这个阶段获得了对其问题的洞察力，那么尝试积极的调节以便应对问题的努力便会随之而来。相比之下，阶段5到7描述的改变则是指人格结构更基本重塑，这通常是自发产生的，也就是说，病人没有付诸努力，并且常常对这种改变感到惊讶(cf. Rudolf et al., 2000)。这个量表的设计原则允许将阶段4中评估的治疗结果归类为作为治疗改变模式的“应对模式”，以及将阶段5或6中评估的治疗结果归类为“结构改变模式”(cf. Rudolf et al., 2005)。

海德堡结构改变量表 ( HSCS )

焦点问题被掩盖	1 1 +	完全防御或回避焦点问题；病人对关键方面“没有问题”	
对焦点的厌恶观念	2 - 2 2 +	症状带来的压力、人际关系的困难：不合理的要求， <b>体验到被排斥在外</b>	
对焦点的模糊觉察	3 - 3 3 +	对焦点的被动观念；有承认问题和责任的迹象	
对焦点的接受和探索	4 - 4 4 +	对理解问题、工作关系、积极“应对”和积极观念感兴趣。	应对
在焦点问题方面旧有结构的瓦解	5 - 5 5 +	防御变弱， <b>“热衷于”过程，悲伤，感到( 内在问题的 ) 暴露和混乱。</b>	结构改变
对焦点问题的重塑	6 - 6 6 +	与问题和解，自发地出现新的体验方式和行为方式。	
焦点的瓦解	7 - 7 +	自体的整合、体验与现实相符、新的形式	

图8 - 1海德堡结构改变量表

### 8.3信度和效度

不同的研究已经显示了从良好到非常好的评分者间的信度， $r=.77$ 、 $r=.78$ 和 $r=.88$  (Rudolf et al., in preparation; Rudolf et al., 2000)。在一项有关住院病人心理治疗的研究中，治疗群体的总体结果评估不仅与治疗结束时平均焦点量表得分呈高度相关，而且与治疗前后得分差异呈高度相关；这种相关性显著高于其他所有结果的评估(Grande et al., 2001)。在同一研究中，在治疗开始时，测得平均焦点得分和提示良好预后的特征呈高度正相关，这些提示良好预后的特征包括“治疗动机”、“情感可接近性”和其他方面。对诊后病历的研究显示，在治疗结束时焦点的平均重塑得分与病人在出院后的外部生活中所能取得的进步之间呈显著相关，同时，焦点的平均重塑得分也是可以预测这些进步的唯一的测量结果(Grande et al., 2003)。Rudolf和他同事的一个研究显示，从这个量表的意义来讲 ( 也就是说阶段5或更高 )，接受高频长程精神分析心理治疗的病人比接受

每周只有1次的精神动力学治疗的病人，更多地达到重塑。这一结果有统计学显著性。

#### 8.4临床应用

一旦从OPD结果中选择了引起或维系紊乱并因此需要治疗性改变的一个或多个问题，就可应用海德堡结构改变量表。这也使得量表易于为从业者所用。它可在治疗开始时用于检查病人在处理其核心问题方面已经取得了多少进步，并用于建立治疗工作继续开展的始点。在阶段2“对焦点的厌恶观念”，一些主观痛苦是存在的，但是，困境被体验为不合理的外部要求，这就是为什么病人表现出更被动的态度，主要是期望治疗能够帮助他消除这种要求。只有病人起码具备了“对焦点的模糊觉察”(阶段3)，即他猜测并有迹象承认他是问题的一部分并且自身应该对问题负一定责任，这时心理治疗性合作才有可能。在开始治疗之前进行的尝试性访谈或初始访谈的目的是：要在至少一个焦点领域建立对焦点的模糊觉察。

在治疗过程中，治疗师可以参考量表回忆在不同的问题方面他与病人究竟有多少进展。如前所述，达到阶段4(对焦点的接受和探索)和阶段6(对焦点问题的重塑)可被认为是有效的治疗目标。在阶段4，病人对他的困境获得了内省力，因此获得了通过调节的方式来处理它们的能力；在图8-1中这种治疗改变模式被称为“应对”。

阶段5描述了去稳定化过程，它对治疗有益，可以使惯常的应对和防御模式瓦解。这招致了一种没有出路的处境：病人不在“做”心理治疗，他在“遭受”心理治疗。相应的，他的处境是一种完全的困惑、疑虑、悲伤甚至是无望。但是，同时，他人，也包括治疗师会体验到病人在积极地改变，也就是说，体验到病人更柔和、更坦率和更真实。病人自己只能够在晚些时候注意到这种积极的转变，即在阶段5末，或在阶段6之初。然后他通常会将这些改变体验成是自发出现的，而他并没有对此做任何事情。他注意到他突然能够去做和去感受先前他无法触及或他一无所知的事情。这些是人格已经发生基本改变和重组的指征。这种改变是强化的长程精神分析性治疗的目标，并被称作“重塑”或“结构改变”。

识别和记录与焦点相关的改变不只是为了科研的目的，同样也是为了日常的心理治疗实践。具体操作是在治疗开始时评估重塑的状态，在治疗期间和在治疗结束时重复这些评估。这样，治疗的效果就可以以焦点进步的形式反映在量表上。

案例：病人37岁，在事业上取得进展后出现了抑郁。她没有注意到这种（事业与抑郁之间的）矛盾联系。在交谈中，病人流露出对群体感的怀念，这在她以往由年龄相仿的同事组成的团队中曾经体验过。在对这种丧失作（与过去的）连接时，病人谈到1年前父亲去世了。原生家庭作为一种支持和力量的源泉已被损害或丧失了，病人对此表达了哀伤。在治疗师将这些事件进行连接之后，她有显而易见的触动，并认为这可能和她的抑郁有关（焦点：照顾对应自给自足，量表的阶段3“对焦点的模糊察觉”）

在访谈中，病人有时表现出不情愿和缺乏耐心：她发现自己完全无法忍受她目前的状态，她憎恨她的自我怜悯，并指出她目前对此无法承受！对过去生活的回忆揭示出病人与父亲关系密切，并敬佩父亲的力量，而病人的母亲是软弱的，依赖于病人的父亲，当病人描述她的母亲时，则流露出批评贬低的口吻。在病人当前的脆弱中，她潜意识地变得像她的母亲，这对她来说是无法接受的。她完全无法觉察这些交互关系，根本不能注意到治疗师对这些结论的提示（俄底普斯冲突，阶段2“对焦点的厌恶观念”）。在精神动力性心理治疗框架下，病人能够承认她对安全和舒适的渴望，并能够心怀这些渴望来逐步安排她的生活。她在个人生活中发现并发展了信任关系，并且在某种程度上设法缓解她**这种对专业治疗的需要**（照顾对应自给自足，阶段4“对焦点的接受和探索”）。再一次，她的情绪大体上恢复了正常。她继续因没有一个伴侣而受到伤害。由于男性对她缺少兴趣以及她对男性的苛求，她在与男性的交往中屡遭失败。有迹象表明她理解自己感受到被迫塑造出自己与母亲不同的女人形象，而且，由于作为一个女人她感觉并不太好，因此她感受到了限制。病人不想对这一问题有更深入的联系，这一点在治疗过程中逐渐突显。在50次访谈后，她最终决定结束治疗（俄底普斯冲突，阶段3“对焦点的模糊觉察”）。

## 9 应用领域和质量保证

### 9.1 心理治疗和法律领域中的质量保证

作为卫生保健体系中的一部分，精神动力学和认知行为心理治疗都需要有资质的治疗师进行，同时必须在有质量保证的合适结构体系中开展。就德国的卫生保健体系而言，从1989年1月1日开始质量保证就成为了法律规定。这样可以保证病人所获得的治疗是依据最新的研究结果，并最适合病人个体的情况。德国卫生保健体系改革行动从1988年开始，并对医学的所有领域都强制实施质量保证评估。作为医学卫生保健体系的一部分也运用在心理治疗领域。质量保证和质量管理永远不会停止，而且其并不是单纯以控制和训诫为目的。最后的分析提示，病人从质量保证中获益。接纳一个质量管理框架内可使用的工具和该工具是否能敏感有效的工作密切相关，同时也和临床收集到的数据密切相关。

OPD多轴诊断系统不单单可以进行独立可靠的诊断评估；而且与传统评定工具联合，其还可以有助于制定治疗计划。在德国的很多心理治疗机构中，OPD正用于诊断，甚至制定治疗方案及评估疗效。OPD因而成为了专业心理治疗领域中评估结构，过程和预后质量的有效工具之一。下文重点描述OPD对门诊心理治疗的潜在质量保证，以及强调其在培训，研究生培训以及心理治疗指南中制定的合同有关的专业步骤中的现况。关于住院病人精神动力学（多模式）治疗的质量保证问题，OPD也建立了很好的地位；就康复治疗计划而言，OPD也有很好的正性结果。令读者吃惊的是，OPD还被证实几乎是对要求接受专科心身医学和心理治疗的病人不可缺少的专业评估工具。

### 9.2 精神动力学心理治疗的质量保证(QPP)

门诊精神动力学心理治疗的质量保证主要集中在疗效的质量，假设一个已经确立的治疗方案：减少现存的症状，生活质量的提高或维持，以及为了达到这个目标而改变当前不适应的人际关系模式、重复的失功能性冲突以及结构的限制(Dahlbender et

al., 2004a)。为了实现精神动力学心理治疗的质量保证(QPP; [www.opd-online.net](http://www.opd-online.net); [qpp@gmx.de](mailto:qpp@gmx.de))，建立了一套可操作的系统来对门诊心理治疗的疗效进行描述，随后进一步在海德堡心身医学临床机构对住院病人的治疗研究方面积累了经验(Jakobsen/Rudolf, 1998)，并且在长程精神分析治疗实践中也积累了经验(Rudolf et al., 2001b; Rudolf et al., 2004b)。

在日常临床实践的条件下，有资质的心理治疗师能够运用有质量保证的特殊治疗流程。除了病人的问卷以外，治疗师的病例记录也都是基于OPD的术语和概念来撰写的(进一步的说明见Heuft et al., 2005)。海德堡结构改变量表(Grande et al., 2000; Rudolf et al., 2000)对反映精神动力学相关的变化具有核心的地位(见第8章)。OPD对冲突的描述以及关于结构特征的衍生量表(Rudolf et al., 1998)，治疗师可以标注出病人四个相关的问题领域。随着治疗的进展这些领域也可有所发展，以便实现病人困难/症状的有效改变(也见于Grande et al., 2004b)。在治疗后期评估整个治疗过程时，结构整合水平的总体评估会起作用。并不需要掌握OPD四个轴评估的详细知识，因为并不需要完整的OPD评定。

提供给治疗师一些反馈是其核心理念，即给予症状学和精神动力学取向的诊断和系统的门诊治疗过程记录。为了这个目标，数据评估中心对记录的结果做了修改，更清楚系统地把病人和治疗师的观点并列出来，这为治疗师提供了一个及时的反馈。这样允许治疗师对病人最初的状态或治疗过程中进行鉴别诊断。QPP不是为了对治疗过程产生直接和控制的效果。对质量管理起到首要作用的是对治疗或已开展的治疗部分的回顾。因此，QPP系统收集了治疗师丰富的经历，同时记录的信息对治疗师本人是完全易于理解的，就好像一个成熟的治疗督导师。他只是意识到所做治疗以及病人的特殊性。

精神动力学心理治疗从某种程度上讲是个体化的，这是因为治疗总是要去考虑个体生活史以及心理动力因素的特殊性。对心理治疗过程的评估不可能脱离作为基础的统计学的资料。和同事讨论治疗结果，特别是某些“问题”病例的预后，是非常明智的。由于个案记录可能和对照组的评估进行比较，个体化的考虑同样可行。收集的资料不能给第三方(比如，投资方)看到，这点必须达成一致。因为没有治疗师就不可能提供一个有意义的解释，同时治疗师和病人都不愿意公开谈论他们的内心世界。为了获得一个全面的理解，在每个个案中，尽可能少的治疗师参加QPP系统的研究：比如，所有最近加入的治疗师(除了只获得尝试性访谈的病人)。如果接受检查的病例总数得到限定，下一轮的新治疗将过一段时间再开展，直到这一轮病例数都完成(连续的样本)。如果由数据评估中心来完成关键的预备和评估工作的话，QPP系统要求治疗师部分的工作只是很小一部分。把每一个个案以图表的方式汇总是可能和明智的；如果有足够的治疗病例数进行质量评价，参与者就能够获得资格认证。

评分的时间节点对病人和治疗师是一样的：每个病例都必须在治疗开始和结束时收集数据。建议至少在治疗的中间点进行一次评估，并且最好对治疗以后做一次数据收集。治疗中期和治疗结束后的数据收集可以在实践中自由选择；但最好对所有参加的病人统一标准。应该注意，两次数据采集的间隔最小应为2个月。除了治疗开始和结束这连个时间点意外，短程心理治疗推荐旨在治疗的开始和结束两次评估；当短程治疗转向长程治疗，25小时以后，然后50小时后，或80小时分别进行评估；长程心理治疗（1小时）50小时以及80小时后进行评估；高频率的长程治疗则160小时后和240小时后评估。治疗结束后通过邮寄问卷的形式评估，最早应该为半年以后，最好在治疗结束一年后再次评估。这样的实践一定会被基于心理治疗循证医学（EBM; Leichsenring/Rüger, 2004）研究所支持。

### 9.3 OPD在德国心理治疗指南中专业评估程序

众所周知，德国心理治疗指南的专业评估程序(overview in Rüger/Bell, 2004)对保证心理治疗服务的质量起到重要作用。该程序通过反复镜映治疗师的专业技术，包括疾病以及对病人的心理治疗能力。其依据心理治疗指南由专业评估者进行评估（Rudolf/Schmutterer, 2003）。比如一分设计好的治疗计划，治疗师对病人形成临床判断，对问题进行精神动力学假设，建立治疗目标以及治疗计划，同时对疗效做出评估。在心理治疗指南的范围内，专业评估者对这份治疗计划进行审查，也就是说，对所认定的障碍评估其定义的心理治疗过程的必要性，有效性以及经济适用性。他审查公共卫生保险者对特殊案例付费的职责，并且在必要时建议为心理治疗的某个单次付费。

在精神动力学心理治疗和分析性心理治疗领域中，关于诊断过程和诊断分类的问题并不是非常确定的(Rudolf, 2001)。使用OPD系统对提高诊断质量，治疗水平，以及判断适应症有用吗？下文将会详细论述，专业评估者是如何对病例记录中的OPD评估作反应的。通过心理治疗师提供的申请经费的报告所做出的初步评价揭示，30%至40%的初次申请报告中，治疗师运用OPD体系强调各自不同的内容：

相对而言，我们很少发现病人人际关系轴（轴II）的特征。如果这些报告属实，我们可以认为治疗师对轴II感兴趣并能够运用轴II对人际关系进行详细描述，特别是由此来形成治疗关系。

我们更多发现OPD冲突轴（轴III），而且最常被引用的冲突是自主-独立（OPD-2：个体化-依赖）。对自主-依赖的说明看来



误导了读者，他们不顾OPD对这个冲突的操作化定义，给那些需要依附以及努力变得独立的病人贴上了这个诊断标签（来自心理治疗实例中的例子：“病人强烈地否认依赖母亲，同时有个大部分时间缺失并会带来恐惧的父亲，这会导致早年自主-依赖冲突解决失败”；“在他的人际关系中，病人显示出很强的自主-依赖冲突。他想用对他妻子过度要求的方式来设定界限，由此实现追求自己自主性的目标，但他又担心这样做会失去他的妻子”）。

由此可知，专业评估者经常批判性地关注自主-依赖冲突的使用也就不足为奇，特别是被用于那些描述性-关联性的地方，并且由现实材料得到的精神动力学理解并不非常确定。这些困难更多见于精神动力学心理治疗的实践中（低频度），而不是精神分析心理治疗中（高频度）。与之相反，其他更少使用的OPD冲突（比如照顾-自给自足，内疚，俄狄浦斯-性冲突）在精神动力学里常被描述得非常精确，并且这也导致了不同治疗目标假设的形成。OPD冲突主题比结构整合水平（即OPD轴IV）更频繁地被提及。结构整合水平多数和问题的严重程度以及治疗目标的设定有关。讨论结构特征，其对诊断和预后的重要性，以及对治疗技术和过程的影响在精神动力学心理治疗和精神分析心理治疗的实践中都可以看到。作为一个标准，结构诊断也在进展报告中被提及：目的是为了详细说明一个稳定的结构是否以及如何有利于治疗的完成。有些治疗师喜欢精神动力学和精神分析性心理治疗的结构相关修正(Rudolf, 2004b; Rudolf/Rüger, 2001)，这也进入了心理治疗指南的首选推荐中(Rüger et al., 2003)。

当OPD评估被用做为精神动力学的速记符号，而不是真正OPD意义上相关的精神动力学参考，就可以看到同样的现象，即当诊断名词如“边缘人格障碍”、“躯体化障碍”或者“创伤后应激障碍”被使用：它们不是用于OPD操作性定义，而是各自特有的意义。这就将成为专业评估者的工作：迫使治疗师在治疗计划实施前，不能只考虑病人的利益，而且要为了OPD的实施必须精确地使用这些诊断名词。具有丰富OPD使用经验的治疗师运用这个分类来突出他们报告中诊断的关键点，比如如何处理人际关系，如何体验冲突，以及结构整合水平。使用这些分类首先可以参考制定治疗计划并且在心里利用这些关键点更加精确地确定治疗过程中的焦点问题。随着时间的发展，专业评估小组对操作性诊断过程越来越感兴趣，并且通过OPD培训课程更加熟悉这个体系。在心理治疗的任何时候，利用OPD手册都可以对治疗计划和治疗行为的精神动力学实质的理解给出评价。

#### 9.4 OPD在心身科住院病人治疗中的运用

几乎所有精神动力学取向的医院的心身医学科和心理治疗科都系统地使用OPD并利用其潜在的能力——类似于QPP——运用于住院病人治疗疗效的关键质量管理评估中。另外对社会人口统计的数据(Heuft/Senf, 1998)，是一项基于症状学诊断(ICD-10)

的住院病人的指数，侧面对疾病严重程度(德国BSS；GAF；Lange/Heuft, 2002)以及OPD诊断做了评估。特别是结构部分的诊断，就不同的治疗适应症而言，去对选择治疗方式有指导作用(Rudolf, 2004b; Rudolf et al., 2004c)。那些在门诊开始治疗之前已经做出诊断具有重复性失功能的人际关系和冲突模式的病人，可以明确地把这些信息传递给相关的医生和病房治疗小组，比如“A先生具有用积极模式进行自我价值表达的冲突，同时具有中到高度的结构整合水平。可以推断，他可以很快地卷入到破坏病房的动力。在同意他住院之前，从认知上，他存在于潜意识里的冲突模式应该被指出(HSCS: 阶段2; Rudolf et al., 2000)。如果以共情的方式指出他的模式，十有八九他会更好地利用这个模式。”

这个案例同样说明了OPD在制定住院病人治疗计划中的作用，在门诊—住院—门诊的全程治疗计划框架内，住院治疗总是有其侧重点。正如前文在QPP中提到的，住院部分的治疗焦点也会涉及到轴II，III和IV。在上面的病例中即是：“识别病人自己在发展有害的动力学部分(HSCS: 阶段3)以及对提供某种进展的可能性的成功预期(HSCS: 阶段4)。”治疗成功与否可以用HSCS来体现。由已完成的治疗来重新评估诊断的严重性，同时依据病人的感受和行为（可能的话与病人一起）来制定个体治疗的目标(Heuft/Senf, 1998)并完成最终的病例报告，这样即便对于其他考评者也提供了有意义的信息，例如既可以用于保险公司专家评估服务，也可以用于医疗过程。下一步将进行更深入的研究，在不同机构间比较目标是发现：一组被定义的病人平均需要多少治疗时间，什么量的治疗(OPS 301, 2.1; Heuft et al., 2002)，从而达到HSCS定义的哪一阶段？还有：“治疗哪一部分的成功能够经得起时间考验？”

OPD进一步可能运用的领域是不同科室的（躯体的）住院病人的精神科联络会诊服务：什么因素可能影响心理问题共病率，例如住院病人的结构（轴IV）是否对其住院时间，依从性，治疗过程和康复有影响(Burgmer et al., 2004)？

## 9.5 OPD在心身康复治疗领域中的运用

预防，住院治疗和护理之后，康复是卫生保健体系中另一个重要组成部分。康复的目标是让病人恢复社会功能和生理功能，并且在他每天的生活中和工作中恢复人际关系。康复和治疗学的区别在于组织和基本结构，技术和硬件配备，不同的人员构成，以及源于“Krankheitsfolgenmodell”（一种关于疾病转归的模式）的概念定位(Kriebel/Paar, 1999)。由此可见，心身医学的康复概念代表了住院病人心理治疗服务的一种特殊形式：不仅仅提供了一组特殊精神障碍的医疗服务，而且对那些已经获得治疗的或转为慢性的疾病进行治疗，已达到治疗的特殊目标。

如果门诊或随后住院药物治疗以及心理治疗没有能够缓解病人的症状或修复缺损，那就意味着需要康复治疗。当疾病相关的

障碍导致了在工作或社会生活中活动功能的暂时缺损（执行工作或行为时功能受限）。

“Krankheitsfolgenmodell”（一种关于疾病转归的模式）在以后的概念发展中逐步靠近有心身医学界提出的生物-心理-社会模式，该模式认为健康和疾病是生理、心理和社会相互作用的结果。其对作为疾病转归结果的缺损较少关注，而是更强调现存资源（功能、缺损和健康的国际分类，ICF）（cf. Gerdes/Weis, 2000）。

在精神动力学背景下的心身康复学聚焦于短期的动力学心理治疗（Kriebel/Paar, 1999）。而且其非常强调团体心理治疗（Günther/Lindner, 1999; Tschuschke/Mattke, 1997）。团体心理治疗的工作目标是让病人能够体验到一贯的，失功能的人际关系模式，并认识到这是由于自我功能缺陷、自体 and 自体价值紊乱等形成的，他们每一天都会出现，包括每天的工作人际交往中。其目的是为了对紊乱的社会关系造成积极的影响，并通过现场演示专业性的技术使自体价值变得稳定（Lindner, 1992）。与康复的特殊目标一致，其关注工作中的冲突，过度需求的状态，以及工作和行为的紊乱。认同冲突，与权力有关的冲突，以及导致病人对自己和他人的态度存在长期歪曲的自恋冲突都起了一定作用。目前，由于德国国家养老金体系非常成熟和稳定，故很少考虑把OPD整合到现有的体系中去。相反，OPD可以在临床的或卫生保健机构的并行内部质量保障系统框架内作出贡献，该体系通过一下方式提高治疗过程和治疗结果的质量：

1. 运用OPD诊断补充精神动力学诊断；对“困难的”治疗过程有进一步的理解，以及在康复小组内提出焦点问题（治疗过程质量）。
2. 运用OPD诊断把不同结构整合水平（轴IV）的病人分配到不同治疗中去：（1）中高度结构整合水平的病人：分配到冲突病理学治疗组；（2）低结构整合水平的病人：分配到自我-结构缺陷治疗组（发展受限的自我功能，能够正确表达情感（Günther/Lindner, 1999））。
3. 运用OPD诊断在社会医学评价中评估潜在的改变可能性，即结构整合水平的功能以及慢性冲突动力学程度的改变可能性（Bückers et al., 2001）。
4. 运用OPD诊断作为基础的文件（补充ICD-10开始和最终的诊断），这样可以反映改变的过程，同时可以供咨询医生参考并提供疗效的新线索。

## 9.6 培训，继续教育以及研究生教育

无论是对心理治疗师的培训，或对心身医学及心理治疗领域的研究生教育，或对精神病学和心理治疗学而言，本章描述大量OPD应用的一个重要原因是OPD教育已成为其主要的组成部分（例如，是心理治疗师课程的一个补充）。同样通过足够的培训过程，也可以让本专业初学者接受精神动力学治疗的基本概念（比如，通过Heuft et al., 2006; Jaeggi et al., 2003等人的教科书）。OPD通过对以症状学诊断为主的ICD-10系统的补充，以临床上明确的形式，描述了例如心境恶劣的潜在冲突基础，或不同“人格障碍”的“结构水平”（依据ICD-10），这样与描述性的冲突动力学相比，更容易理解“结构障碍”的成因。这不仅仅是为了满足科学性的要求——与OPD最初的目标一致。同时也能够阐明对门诊或住院病人提供不同心理治疗的适应症的问题。

近年来，许多多年临床上致力于行为治疗或精神动力学心理治疗的同道们接受了OPD培训(另见第10章)。这代表了与临床相关的OPD。至少，有质量保证的学院间交流都围绕着“可操作的”基本治疗步骤进行，该操作步骤被认为很有帮助。

## 9.7 OPD和专家意见

在心身医学和心理治疗学界，在不同法律领域中提供专家意见变得越来越重要（例如，在刑法，民法，或社会法领域）。对于所有这些法律领域中，作为描述性精神科诊断的补充，OPD能够帮助理解病人内心的发展。从精神动力学和/或行为治疗角度，那些可能并不太符合个体内心发展的法律观念可能无法说明一个“关键事件”的动机，理由，或者预后（比如，一个犯罪行为）。

社会立法的问题同样包括对受损的健康是否需要治疗或康复的问题，其结果可能会是生产能力的降低，或丧失劳动力（参见功能的国际分类，WHO，2001）。如果对养老金的发放，健康或失业保障等问题咨询专家意见，这特别涉及到对病人工作能力或是否适合工作的评估。另外，对法律调节的社会权利和利益，或强制的第三方及私人事故保险而言，有些案例需要评估破坏导致的伤残程度。目前为止，在不同的法律领域里，还没有统一的标准负责协调专家意见，只要心理社会维度的因素存在，就需要作为常规来考虑专家意见，或者至少要考虑收集相关数据的方法。

下面我们重点讨论社会法的问题，因为这是笔者需要强调的地方。心身医学和心理治疗学专家建议构成以下几点：

在ICD-10系统中，描述性疾病诊断反映了精神科和心身症状或综合征，同时也考虑躯体的诊断（可能先前已经诊断）。

对起源于冲突，结构以及行为的诊断，并可以描述重复失功能性的人际关系（轴II）以及冲突模式（轴III），或生命周期中结构能力的缺失（轴IV）。这为审判法院提供了一个易于理解的方式。存在某些冲突的证据是依据ICD-10给出的综合征诊断的一部分，例如在躯体化（疼痛）障碍的诊断中。而且，如果要对个体表现或资源等因素的预后做出评价，为了能够评估一个可能的心理社会背景（比如，对情感伤害的增加的易感性），依据当前的感受、关系以及行为模式可以得到结论。

病人应对疾病的能力方面常常同样重要，在很多案例中，专家一贯的观点是紊乱和问题模式通常是以慢性的形式存在的。OPD轴I注意到疾病的体验（主管的感受，对疾病的继发获益）并聚焦于和疾病的改变相关的方面，比如，病人在病中利用内心及人际间的因子，以及随后对他们行为的评估。在建立专家意见以及病人对治疗的期待的过程中，系统地收集这方面数据不仅对该障碍的预后，而且对病人整体功能的预后都有帮助。

在社会法领域内鉴定疾病的病因学(Schneider et al., 2001)，假设导致疾病的因素有很多，如果认为其它各种致病因素具有同等地位，只存在一个关键的因素（比如破坏性事件）。如果某个因素对发病具有非常重要的作用，这个因素就被认为是单一致病因素。不单单要评估破坏性事件激起特别潜在的破坏可能，而且还要评估病人心理社会发展及其能力，或缺陷，应对与破坏事件相关的躯体、心理或社会应激的方式。在参考专家意见的过程中，以下各方面需要详细澄清：

- 在破坏性事件之前，个体发展到什么阶段（正常或临床上异常）？
- 在破坏性事件发生前，有没有线索表明病人曾暴露于心理社会或躯体的应激，并可能影响到专家意见涉及的心理或心身障碍？
- 破坏性事件（比如，车祸）是否导致一种疾病意义上的障碍，也就是说该事件是否可以认为是根本的原因？

要回答这个问题，具有特殊性质并且对个体造成相应结果的破坏性事件必须进行审查，并要放在个体相应的心理社会发展维度中考虑。如果某些应激早已存在，并独立于破坏性事件，但对当前障碍具有非常严重的影响，他们也会被认为是根本的致病因素。这同样说明应对疾病/破坏性事件的非适应性过程起源于个体持续一生的心理发展。为了符合社会法原则，破坏性事件也就不再被认为是根本致病因素。

至于前面两点，有必要说明一下当前事件发生之前的心理发展。为了达到这个目的，排除或仅对以前存在的心理或心身障碍的聚焦通常是不够的。必须收集病人的基本发展材料。我们认为，特别是OPD轴II-IV（人际关系，冲突，结构）非常适合用来说明个体某些基本特征的发展，由此可以得到，随后发生的心理或心身障碍的相关病因学结论。相应心理特征的可操作性及其随后结构化和系统化的评估，能够获得一个更高效的结论，这有利于更好的互相交流和比较。这使得对病因学的评估更

容易给与回顾和评价。与之相反，轴I（疾病的体验和治疗的前提条件）在判断病因学的问题上几乎没有提供任何信息，这是由于这个轴的特点是关注病人的“此时此地”。

OPD的推广者特别强调其通俗易懂，易交流和可比较的特点，这对于形成专业的意见特别有价值。通常，法官的工作就是努力去理解专业的意见以及评估其质量。获得一个可操作性的诊断模式，会让法官的工作变得很容易。我们可以看到法官召集某病人的亲属和邻居来审判其一大笔养老保险金的争议，而对于病人的重复失功能的人际关系和冲突模式则每个人有每个人的描述。由此专业人士的意见就变成了法庭上的证据。

总之，可以说尽管OPD最初是用于临床心理治疗的一个评估工具，但其可以应用的领域是难以完全想到的；这是真的，至少它可以用于质量保证。

## 10 继续教育和研究生学习（附地址清单）

尽管OPD的主题部分是关于我们熟悉的疾病分类的，但因其非常复杂，所以必须给临床和科研工作者独立进行特定的培训。经验显示：OPD培训和在督导下进行诊断都能不断改进它的应用质量。这种学习过程也允许一些批评性的、反对的和建议改变的“反馈”。OPD工作组从一开始就特别强调持续培训和进一步学习，同样也证实介绍ICD-10和其它精神病学诊断工具是值得的。

### 兴趣和需要

从1996年OPD手册出版之后，几年时间内大家对OPD的兴趣越来越浓，这可能也表达了对培训的需要。在

所有特别感兴趣的专业群体中，正在接受精神病学和心身-心理治疗培训的年轻同道对此的兴趣是最浓的，非常令人鼓舞的是我们已经多次证实即使是从未受过精神动力学诊断培训的同道也可以通过曝露于OPD的背景而学会精神动力学的思考。这与最初的观念正好相反，最初认为这个系统仅仅适合于在本领域内具有丰富经验的治疗师。多年来，有许多心理治疗培训机构相继出现（首先是精神动力学取向的治疗，其次是精神分析），因此培训常常是由多个不同的人指导的，，也就是说培训的领导者来自于多个学派。年轻的科研工作者组成了对OPD较感兴趣的团体，他们学习在研究项目中运用这些方法。随着OPD被翻译成多种语言并出版，其它一些国家也对OPD培训很感兴趣，这些国家包括意大利、英国、匈牙利、智利和中国。

### OPD培训和研究生培训课程的组成

在精神动力学治疗领域形成统一的诊断习惯长期以来一直是一个困难。尤其因为精神动力性诊断是治疗过程中在治疗师的头脑内形成的，它较少涉及到描述性方面和症状性方面。诊断过程被理解为可能是形成和证实医患关系，此外它也用于激发病人进行心理治疗的动机。仅仅在这个背景中需要详细说明相关的精神动力学结构。因此在OPD这个框架下的培训必须尝试去整合诊断的这两个核心方面，也就是疾病分类和相互作用这两个成分。

培训和研究生培训课程应设计为：使参加者理解OPD各轴的内容；澄清和讨论现有的诊断习惯；提供直接的实践机会来验证新的系统。培训分为一个基础课程和两个高级培训课程，每个课程均为20个学时。坚持这个安排表是值得的，但为了适应各地的状况还可以有一些变动。总的来说，这个培训的范围和培训的量也是与当代精神病学诊断系统相适应的。

## OPD基础培训课程的结构

1. 介绍精神动力学诊断和OPD的特殊性及其历史，
2. 通过录像资料介绍OPD各轴，按惯例涉及到它们的起源、分类，
3. 评定和讨论一到二个完整的访谈（录像或现场），
4. 最终讨论，
5. 可选择的内容：关于访谈的特殊模块。

## 一个OPD高级培训课程的结构

1. 借助选择好的案例材料进一步深入学习OPD各轴，为了特定的教授目的可应用录像的某些段落，
2. 评估和讨论完整的录像或现场访谈案例，
3. 最终讨论，
4. 按照个人的需要讨论特定的临床和研究问题，如用Heidelberg结构变化量表评定病人的变化，借助人际关系轴选择治疗焦点，在研究项目中进行应用等。

## 特殊的高级课程

介绍OPD-2中新的变化的课程。

其他的教授和培训形式，包括：

- 让权威的培训者组织已有的简单信息做报告或演讲，或是□"take-a-snoop"



- 针对整个临床团队的培训课程，可以是长期进行的全天或半天的OPD取向的定期督导，
- 为培训机构提供目标取向的研讨会或讲座，
- 对以OPD为一种研究方法的科研进行督导，等等。

## 培训的内容和主要的重点

受训者理解到OPD描述的是人格的相关方面，依次可追溯到不同的理论和临床惯例。它们起源于普通健康心理学（疾病体验）、人际关系模式研究（人际关系轴）、传统的精神分析驱力和客体关系理论和自我心理学理论（结构轴）。这形成了理解这个系统的基础，也是在课程的介绍部分要教授的内容。

介绍完信息来源之后需要进行OPD评定了。在这个背景中，不仅要运用来自于临床检查和医学检验的“客观调查结果”，而且要用到“硬的”生活史数据。同时还要重视访谈中的信息，重视病人选择和报告信息的方式，重视语言和非语言的元素，重视所有的“科学信息”。在许多课程中，都有独立的模块教授OPD访谈的技巧（见第5章）。

OPD诊断试图运用描述性疾病分类来对人格特征进行识别和分类，通过例子进一步进行澄清。为了这个目的，必须有意识和有意地把原初的理论简单化，从而使它在检查和交流中能被理解。因此从一开始，OPD使用者就需要认真接受这种简单化。只有这样才能严格坚持指定的定义和操作化，根据理论验证信、效度，从而能大致达到需要的质量标准。在教授每一个轴的开始阶段就要讨论这些问题。至此，有许多材料可以用于这个部分的授课，包括编辑过的录像、手稿（如检查清单、报告等），这样在日常的临床实践中能便利地运用。

总的来说，讨论和评估的最佳基础是案例。几年来，OPD工作组已经制作了“标准化的”录像案例并进行了评估，因而课程参加者可以将自己的评估和“专家组的”评估进行比较。此外，许多临床工作者和机构工

作者可能会运用现场访谈的材料。这不仅可以介绍关于会谈的问题，也可以对相关的治疗师进行“准”案例督导。在此背景下，构思治疗焦点和评估变化（Heidelberg 结构变化量表）的工作也可以成为培训的一部分。

## 证书

完成三部分课程的受训者在必要时可以使用标准化案例从而获得一张证书，这张证书可以允许他们在科研中使用这个系统。工作小组先评估某个案例，然后受训者对这个案例进行充分可靠的评估，最后受训者才能获得这张证书。在过去经验的基础上，这个可靠性考试的“通过”标准仍在不断的修改和发展中。

当然，不进行科研项目的受训者也可以获得这样的一张证书，它用于证明他们熟悉OPD系统的程度。举例来说，这张证书可以被看作是能否合法使用OPD的一份特批证据。在受训者提交培训课程需要的材料及被确认其评估可靠后，由OPD培训代表颁发这张证书。

## 在培训课程中获得的经验

上面已经描述了课程参加者的背景趋向。在过去的几年中，几千名从事心理治疗工作的同道在开放的课程框架中接受了培训，在课程中和临床上则作为心理治疗培训的一部分。在许多临床实践、研究生的医学培训和心理治疗师的培训中，在培训者的督导下，OPD已经成为改善“诊断质量”的一个工具。来自于法院精神病学领域和德国心理治疗指南框架下的评估专家对OPD的兴趣逐渐增加，这也为OPD扩大了新的应用范围。

我们最初几年的经验显示，许多同道认真地投入到OPD中并参加案例取向的培训课程，他们从课程中获益非浅。运用OPD可以将一个高度复杂的分类系统进行适当的简单化。具体案例的讨论使参加者能思考

他们自己的诊断习惯，也能使他们与同道在同一个范畴内讨论有争议的问题。培训者和OPD工作组吸取了许多培训课程中出现的反对意见，并将它们放到了OPD-2中。

在诊断分类和临床治疗实践之间建立快捷联系是非常需要的。因而在OPD-2中放入了Heidelberg 结构变化量表，从而能详细描述运用OPD所进行治疗焦点选择。我们最初担心OPD会诱使治疗师做“低-复杂性的”诊断，但事实并非如此。在培训课程中的讨论显示，在“OPD-体系”留出了足够的空间来考虑个体的复杂性；与我们担心的正好相反，它起到了推动和便利作用。

## 展望

现在和将来，在整个德意志联邦共和国的特定区域会定期开展培训课程（基础和高级课程）。也会断续给私人诊所的工作人员提供培训，或者给他们进行督导。令人期待的是正在进行的研究项目将会是一个开端，它会在一些特定障碍领域内建立应用模块，如涉及法律的病人、物质依赖的病人（例如见第4.1章）。除此之外，也会详细阐述针对各个临床应用领域所形成的相应培训模块。

## 培训中心

当前的OPD培训课程结构具有地区性。应该直接向各地的培训中心代表提出参加培训请求。

North Germany (Nordniedersachsen, Schleswig-Holstein, Nordbrandenburg,

Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Hamburg):

Leiter: Prof. Dr. Dr. med. Wolfgang Schneider

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universität Rostock

Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

Tel. 0381/4949671

[wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de](mailto:wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de)

Central/South Germany (Mittel- und Südniedersachsen, Südbrandenburg, Thüringen,

Sachsen-Anhalt, Nord- und Mittelhessen, Berlin, Baden, Südhessen, Bayern, Sachsen, Württemberg):

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka\*, Dr. phil. Dipl.-Psych. Tilman Grande\*\*, Prof. Dr. med. Henning Schauenburg\*\*\*

\*Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Universitätsklinikum Heidelberg

Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg

Tel. 06221/564700, Fax 06221/564701

[manfred\\_cierpka@med.uni-heidelberg.de](mailto:manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de)

\*\*Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg

Tel. 06221/565876

[tilman\\_grande@med.uni-heidelberg.de](mailto:tilman_grande@med.uni-heidelberg.de)

\*\*\*Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg

Tel. 06221/565865

[henning\\_schauenburg@med.uni-heidelberg.de](mailto:henning_schauenburg@med.uni-heidelberg.de)

West Germany (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Westliches Niedersachsen):

Leiter: Prof. Dr. med. Gereon Heuft

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie u. Psychosomatik Universitätsklinikum

Münster

Domagkstraße 22, 48149 Münster

Tel. 0251/8352902, Fax 0251/8352903

[heuftge@mednet.uni-muenster.de](mailto:heuftge@mednet.uni-muenster.de)

Switzerland:

Prof. Dr. Joachim Küchenhoff

Abt. Psychotherapie und Psychohygiene

der Psychiatrischen Universitätsklinik

Socinstrasse 55a, CH-4051 Basel

Tel. +41/61/2726331, Fax +41/61/2726775

[joachim.kuechenhoff@unibas.ch](mailto:joachim.kuechenhoff@unibas.ch)

Austria:

Page 312 of 438 Created on 7.3.2007 6:20 PM

Prof. Dr. med. Gerhard Schüßler

Klinik f.Med. Psychologie und Psychotherapie

Sonnenburgstraße 9, A-6020 Innsbruck

Tel. +43/512/58633520, Fax +43/512/5863356

[gerhard.schuessler@uibk.ac.at](mailto:gerhard.schuessler@uibk.ac.at)

Italy:

Alessandra De Coro, Ph.D.

University of Roma «La Sapienza»

Department of Dynamic and Clinical Psychology

Via dei Marsi, 78, I-00185 Roma

[alessandra.decoro@uniroma1.it](mailto:alessandra.decoro@uniroma1.it)

Chile:

Dr. med. Guillermo de la Parra

Assistant Professor

Chair Psychotherapy Unit

Universidad Catolica de Chile, Santiago

[gdelap@vtr.net](mailto:gdelap@vtr.net)

Hungary:

Janos Harmatta

Tündérhegyi Pszichoterapeuta Képzés

Szilassy Ut 6, Budapest 1121

[harmatta@hu.inter.net](mailto:harmatta@hu.inter.net)

United Kingdom:

Dr. Matthias von der Tann, MRCP

Portman Clinic

8 Fitzjohns Avenue, London NW3 5NA

[mvondertann@tavi-port.nhs.uk](mailto:mavondertann@tavi-port.nhs.uk)

## 权威培训者

被委任为权威培训者的先决条件是不仅申请者必须具有多年的精神动力学或精神分析治疗及运用OPD的临床经验，而且他们在OPD各轴的工作组中进行积极的工作。当前，委任以下人员指导OPD培训课程：

Prof. Dr. Cord Benecke  
Institut für Psychologie  
Universität Innsbruck  
Innrain 52, A-6020 Innsbruck, Österreich  
+43 (0)512 507-5575  
[cord.benecke@uibk.ac.at](mailto:cord.benecke@uibk.ac.at)  
Prof. Dr. Peter Buchheim  
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie der TU München  
Ismaninger Straße 22, 81675 München  
Tel. 089/41404241  
Fax 089/41404888  
[P.Buchheim@lrz.tu-muenchen.de](mailto:P.Buchheim@lrz.tu-muenchen.de)

Dr. med. Markus Burgmer  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Domagkstraße 22, 48149 Münster  
Tel. 0251/8352909  
Fax 0251/8352903  
[burgmem@mednet.uni-muenster.de](mailto:burgmem@mednet.uni-muenster.de)  
Prof. Dr. med. Manfred Cierpka  
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg  
Tel. 06221/564700  
Fax 06221/564701  
[manfred\\_cierpka@med.uni-heidelberg.de](mailto:manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de)

PD Dr. med. ReinerW. Dahlbender  
 Zentrum für RehabilitativeMedizin Soltau  
 Klinik für PsychosomatischeMedizin und Psychotherapie  
 OeningerWeg 59, 29641 Soltau  
 Tel. 05191/800215  
 Fax 05191/800785  
[dahlbender@soltau.mediclin.de](mailto:dahlbender@soltau.mediclin.de)  
 Prof. Dr. med. Stephan Doering  
 Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde  
 Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik  
 Universitätsklinikum Münster  
 Waldeyerstraße 30, D-48149 Münster  
 Tel.: 0251/83 47075/47074  
 Fax: 0251/83 45730  
[Stephan.Doering@ukmuenster.de](mailto:Stephan.Doering@ukmuenster.de)  
 Ph. D. Alessandra De Coro  
 University «La Sapienza»  
 Dept. of Dynamic and Clinical Psychology  
 Via dei Marsi, 78, I-00185 Rome  
 Italy  
 Tel. +39/06/4991/7622  
 Fax +39/06/372/4520  
[alessandra.decoro@uniroma1.it](mailto:alessandra.decoro@uniroma1.it)  
 Prof. Dr. med. Matthias Franz  
 Klinisches Institut für PsychosomatischeMedizin und Psychotherapie  
 Universität Düsseldorf  
 Postfach 101007, 40001 Düsseldorf  
 Tel. 0221/8118338  
 Fax 0221/8116250  
[matthias.franz@uni-duesseldorf.de](mailto:matthias.franz@uni-duesseldorf.de)  
 Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger  
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 der Universität Greifswald  
 Postfach 2341, 18410 Stralsund

Tel. 03831/452101

Fax 03831/452105

[freiberg@mail.uni-greifswald.de](mailto:freiberg@mail.uni-greifswald.de)

Dr. phil. Dipl.-Psych. Tilman Grande

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg

Tel. 06221/565876

Fax 06221/5633842

[tilman\\_grande@med.uni-heidelberg.de](mailto:tilman_grande@med.uni-heidelberg.de)

Dr. med. Karsten Hake

Klinik u. Poliklinik für Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin

Universität Rostock

Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

Tel. 0381/4949661

Fax 0381/4949603

[karsten.hake@medizin.uni-rostock.de](mailto:karsten.hake@medizin.uni-rostock.de)

Prof. Dr. med. Gereon Heuft

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum Münster

Domagkstraße 22, 48149 Münster

Tel. 0251/8352902

Fax 0251/8352903

[heuftge@mednet.uni-muenster.de](mailto:heuftge@mednet.uni-muenster.de)

Prof. Dr. med. Sven Olaf Hoffmann

Sierichstraße 175, 22299 Hamburg-Winterhude

Tel. 040/478192

[s.o.hoffmann@hamburg.de](mailto:s.o.hoffmann@hamburg.de)

Dipl.-Psych. Thorsten Jakobsen

Institut für Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung Heidelberg

Gerbergasse 43/Postfach 710



CH-4001 Basel  
Tel. +41/61/2633350  
Fax +41/61/2633352  
[jakobsen@gmx.de](mailto:jakobsen@gmx.de)  
Prof. Dr. med. Paul L. Janssen  
Kraepelinweg 9, 44287 Dortmund  
Tel. 0231/458765  
Fax 0231/4462325  
[paul.janssen@ruhr-uni.bochum.de](mailto:paul.janssen@ruhr-uni.bochum.de)  
Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Reinholde Kriebel  
Gelderland-Klinik  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Clemensstraße, 47608 Geldern  
Tel: 02831/137214  
Fax 02831/137302  
[r.kriebel@gelderlandklinik.de](mailto:r.kriebel@gelderlandklinik.de)

Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff  
Abt. Psychotherapie und Psychohygiene  
der psychiatrischen Universitätsklinik  
Socinstr. 55a, CH-4051 Basel  
Tel. +41/61/2726331  
Fax +41/61/2726775  
[joachim.kuechenhoff@unibas.ch](mailto:joachim.kuechenhoff@unibas.ch)  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Claudia Oberbracht  
Hohemarkstraße 27, 60439 Frankfurt  
Tel. 069/95502654  
[claudia.oberbracht@t-online.de](mailto:claudia.oberbracht@t-online.de)  
Dr. med. Doris Pouget-Schors  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische  
Psychologie der Technischen Universität München  
Langerstraße 3, D-81675 München  
Tel. 089/4140□7421  
Fax 089/4140□4845

[D.Pouget-Schors@lrz.tu-muenchen.de](mailto:D.Pouget-Schors@lrz.tu-muenchen.de)

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

Thibautstraße 2 69115 Heidelberg

Tel. 06221/565814

Fax 06221/565330

[gerd\\_rudolf@med.uni-heidelberg.de](mailto:gerd_rudolf@med.uni-heidelberg.de)

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg

Tel. 06221/565865

[henning\\_schauenburg@med.uni-heidelberg.de](mailto:henning_schauenburg@med.uni-heidelberg.de)

PD Dr. med. Gudrun Schneider

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum Münster

Domagkstraße 22, 48149 Münster

Tel. 0251/8352904

Fax 0251/8352903

[schneig@medsnt01.uni-muenster.de](mailto:schneig@medsnt01.uni-muenster.de)

Prof. Dr. phil. Dr. med. Wolfgang Schneider

Universität Rostock

Klinik u. Poliklinik für Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin

Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

Tel. 0381/4949671

Fax 0381/4949672

[wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de](mailto:wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de)

Prof. Dr. med. Gerhard Schüßler

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

Sonnenburgstraße 9, A-6020 Innsbruck

Tel. +43/512/58633520

Fax +43/512/5863356  
[gerhard.schuessler@uibk.ac.at](mailto:gerhard.schuessler@uibk.ac.at)  
Dipl.-Psych. Michael Stasch  
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg  
Tel. 06221/564713  
Fax 06221/5633513  
[michael\\_stasch@med.uni-heidelberg.de](mailto:michael_stasch@med.uni-heidelberg.de)  
Dr. Matthias von der Tann, MRCP  
Portman Clinic  
Tavistock & Portman NHS Trust  
8 Fitzjohns Avenue, London NW3 5NA  
Tel. +44/20/77948262  
Fax +44/20/74473748  
[mvondertann@tavi-port.nhs](mailto:mavondertann@tavi-port.nhs).

## 11 参考文献

P317-342(不翻译)

## 12 作者通讯地址

P343-347(不翻译)



## 13 OPD工作工具

### 13.1 轴 I— 涉及法律的模块

在第一次接触中，需要用到法庭精神健康服务的人通常有令人不愉快的或反社会的行为。这适用于在安全状况下的拘留所或监狱人员或在社区中的释放人员。其中的大部分人员不会以传统的方式表现他们的痛苦。他们可能几乎不会意识到具有精神健康问题，也因此常常极少或没有动机去做心理治疗，并不是对自己需要的东西自动遵守与否的问题。这之中也进一步混合了强制接受治疗的情况。许多人的背景缺少教育和滥用或混乱或他们仍与这些背景有联系，这可能会干扰治疗。许多有这种人格起源局限的人，他们进入治疗的能力也受到了阻碍。这就是为何要将附加因素放入OPD的原因，从而能公平地对待涉及法律的病人在治疗中的特殊要求和挑战。问题的严重度和风险评估与犯罪的严重度、次数和需要的安全水平紧密相关。性变态倾向和精神活性物质滥用的严重度对治疗策略的决定和预后是非常重要的。此外，这与病人将自己和罪行拉开距离同时又对此负责的能力非常相关——有时这只可能发生在许多年之后。在不同水平对轴I中涉及法律的模块分别进行评定（同时评定基本模块和心理治疗模块及其它OPD轴）可评估病人的心理学状况，这与采用哪种特定的治疗形式和评估预后特别有相关性。其理论背景和法律模块的操作化将涵盖在独立的刊物中。

### 涉及法律的模块

对疾病/问题的主观评定
1. 当前疾病/问题的严重度
1.F1 性变态/性倒错的类型和严重度
1.F2 物质滥用的类型和严重度
1.F3违法和/或反社会行为的类型、次数和严重度
1.F4安全水平/种类
1.F5强制治疗的水平/种类
2. 疾病/问题的持续时间
2.F1 第一次出现反社会行为的年龄
2.F2 第一次作为青少年罪犯被判刑和入狱的年龄，或反社会行为被第一次备案的年龄
病人对疾病的体验和陈述；关于疾病的概念
3. 对疾病的体验和陈述
3.F1 对违法行为和/或反社会行为模式的陈述
5.病人关于改变的概念
5.F1 定位的态度
5.F2 对强制治疗或契约结构的态度
5.F3 对减少反社会行为的前景的态度
改变的资源/阻力
6. 改变的资源

6.F1 考虑犯罪/反社会行为的心理影响因素的开放性
6.F2 考虑犯罪/反社会行为和后来的精神状态之间联系的开放性
7. 改变的阻力
7.F1共病
7.F2 违法/反社会行为的心理社会获益
7.F3 （法庭）措施和有关服务的心理社会获益
7.F4 对与违法/反社会行为有关的精神紊乱的利用

## 13.2 Axis II

### 13.2.1人际关系项目清单

病人长期体验到自己（对别人及与别人在一起时）是...				关系主题	病人长期体验到他人是...			
他人-包括访谈者 -长期体验到病人是...					与病人的关系中，他人 -包括访谈者 -长期体验到他们自己是...			
○	○	1	允许较大的空间，让他们做自己的事	允许有空间	○	○	1	允许较大的空间，让他做自己的事
○	○	2	很少指导，回避影响	指导他人	○	○	2	很少指导，回避影响
○	○	3	羡慕，理想化	认可他人	○	○	3	羡慕，理想化
○	○	4	感觉抱歉，回避责备	承担责任	○	○	4	感觉抱歉，回避责备
○	○	5	侵入性的关爱	显示情感	○	○	5	侵入性的关爱
○	○	6	和谐，回避攻击	显示攻击	○	○	6	和谐，回避攻击

○	○	7	照顾很多，担心	照顾	○	○	7	照顾很多，担心
○	○	8	不老练的强迫自己接受	建立联系	○	○	8	不老练的强迫自己接受
○	○	9	限定空间，干涉	允许有空间	○	○	9	限定空间，干涉
○	○	10	控制，主张权利和要求	指导他人	○	○	10	控制，主张权利和要求
○	○	11	轻视，贬低，使其他人困窘	认可他人	○	○	11	轻视，贬低，使他困窘
○	○	12	控诉和责备	承担责任	○	○	12	控诉和责备
○	○	13	撤回他的情感	显示情感	○	○	13	撤回他们的情感
○	○	14	攻击和破坏	显示攻击	○	○	14	攻击和破坏
○	○	15	疏忽，抛弃	照顾	○	○	15	疏忽，抛弃
○	○	16	忽略，忽视	建立联系	○	○	16	忽略，忽视
○	○	17	为自己要求空间和独立	要求自己的空间	○	○	17	为他们自己要求空间和独立
○	○	18	蔑视和抵抗	遵守	○	○	18	蔑视和抵抗
○	○	19	自夸，使他自己成为注意的中心	自信	○	○	19	自夸，使他们自己成为注意的中心
○	○	20	否认任何内疚	接纳内疚	○	○	20	否认任何内疚
○	○	21	当他人表达情感时自我迷失	接受情感	○	○	21	当他表达情感时迷失他们自己
○	○	22	不能充分保护自己，允许危险发展	自我保护	○	○	22	不能充分保护他们自己，允许危险发展
○	○	23	很依赖他人，粘着	依赖他人	○	○	23	很依赖他，粘着
○	○	24	空间上很少有边界，过分卷入	允许接触	○	○	24	空间上很少有边界，过分卷入
○	○	25	回避自主，寻求指导	要求自己的空间	○	○	25	回避自主，寻求指导
○	○	26	顺从，犹豫，放弃	遵守	○	○	26	顺从，犹豫，放弃



○	○	27	轻视，贬低自己	自信	○	○	27	轻视，贬低他们自己
○	○	28	责备自己	接纳内疚	○	○	28	责备他们自己
○	○	29	与他人的情感隔绝，并逃离	接受情感	○	○	29	与他的情感隔绝，并逃离
○	○	30	保护自己，尤其对于攻击，保持警觉	自我保护	○	○	30	保护自己，尤其对于攻击，保持警觉
○	○	31	不依靠他人，自力更生	依赖他人	○	○	31	不依靠他人，自力更生
○	○	32	隔离，切断，撤回	允许接触	○	○	32	隔离，切断，撤回

### 13.2.2 主题和资源的评定

#### 关系主题和资源的评定 ( 人际关系轴 )

A) 从左侧和右侧的外面两列是病人所有的失功能的关系模式，从此开始评定。	D) 然后对两个问题进行一般性的描述： “病人倾向于[失功能的变量],代替了 [关系主题]”。例如：Example:
B) 确定其中的哪一条与病人的疾病最相关。	
C) 确定中间一列中相关的关系主题。在注有P ( 问题主题 ) 的一列中选择两个最主要的主题，对最重要的标"1"，第二位重要的标"2"。	E) 最后，在注有R ( 资源 ) 的一列中选择，从资源的角度看这是病人具有的人际关系能力。对资源的一般性描述是：“病人能 ( 关系主题 )”。

失功能的变量： "太少"		P	关系主题	R	失功能的变量： "太多"	
<input type="checkbox"/> leave no space for others, patronize them	restrict space for others, interfere	<input type="checkbox"/>	允许较大的空间，让他们做自己的事	<input type="checkbox"/>	allow a lot of space for others	let others cope all by themselves
<input type="checkbox"/> seek guidance with others always	avoid independence	<input type="checkbox"/>	在他人面前自由和独立的发展	<input type="checkbox"/>	claim a lot of space and independence for oneself	do everything totally independently and in one's own way
<input type="checkbox"/> totally devalue, scathingly criticize others	devalue and embarrass others	<input type="checkbox"/>	重视和认可他人	<input type="checkbox"/>	admire and particularly acknowledge others	idealize others, totally overrate others
<input type="checkbox"/> 完全贬低、否定自己	贬低、轻视自己	<input type="checkbox"/>	以恰当的方式向他人炫耀自己的优点	<input type="checkbox"/>	声明大量的自我重要性	持续自我重要的行为方式，使自己成为注意的中心
<input type="checkbox"/> 因为利益从他人那里撤回情感	从他人那里撤回情感	<input type="checkbox"/>	向他人展示情感	<input type="checkbox"/>	入侵性的情感	用自己的情感迫害他人
<input type="checkbox"/> 当他人显示情感时逃跑	当他人显示情感时关闭自己的情感	<input type="checkbox"/>	他人展示情感时能卷入	<input type="checkbox"/>	当他人显示情感时很快卷入	当他人显示情感时就失去自己
<input type="checkbox"/> 忽视和抛弃他人	很少照顾他人，忽视他人	<input type="checkbox"/>	恰当地照顾他人，担心	<input type="checkbox"/>	非常照顾他人，担心他人	一直照顾他人，担心他人
<input type="checkbox"/> 完全独断独行，根本不需要他人	很少显示需要和依靠他人	<input type="checkbox"/>	显示信任和学习他人的需要	<input type="checkbox"/>	显示很多需要，非常依靠他人	强烈地粘着、依靠他人
<input type="checkbox"/> 完全回避影响他人	相当回避影响他人，不太指导他人	<input type="checkbox"/>	恰当地指导他人，做领导	<input type="checkbox"/>	控制，难以满足，提出要求	非常控制和难以满足，对他人要求苛刻

<input type="checkbox"/>	非常抵抗和反抗规则	很快拒绝，喜欢反抗他人	<input type="checkbox"/>	恰当地与角色一致，遵守	<input type="checkbox"/>	很快适应，踌躇 <sup>a</sup>	完全顺从，放弃，服从	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	回避所有的责备，立即原谅他人	相当回避责备，原谅他人	<input type="checkbox"/>	因为内疚适当地对他人负责	<input type="checkbox"/>	很快责备和频繁谴责他人	立即谴责他人，一直抱怨	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	完全不接受内疚	快速转移内疚	<input type="checkbox"/>	恰当地接受自己的内疚	<input type="checkbox"/>	很快接受内疚	立即为所有的事承担责任	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	回避任何攻击	相当回避攻击，协调	<input type="checkbox"/>	充分显示拒绝和攻击	<input type="checkbox"/>	很快变得有攻击性，攻击他人	攻击性地威胁或伤害他人	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	一再使自己陷入危险，完全不保护自己	曲解和忽视威胁	<input type="checkbox"/>	充分保护自己不受攻击/威胁	<input type="checkbox"/>	对攻击非常小心害怕	对攻击持续很警惕	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	忽视与他人的界线，不老练地强迫自己接受	与他人太近，不老练	<input type="checkbox"/>	充分与他人接触	<input type="checkbox"/>	对他人很少有兴趣，易于忽视他人	根本不注意他人，忽略他人	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	对他人完全透明，呈现所有的东西	与他人接触中很少有界线	<input type="checkbox"/>	与他人接触中足够开放又有界线	<input type="checkbox"/>	切断自己，从接触中撤回	切断自己，隔离自己，离开	<input type="checkbox"/>