

社会工作名著译丛学术顾问委员会

(按姓氏笔画为序)

- James Midgley 美国加州大学伯克利分校社会福利学院院长, 讲座教授
- Jim Barber 加拿大多伦多大学社会工作学院院长
- Marilyn Flynn 美国南加州大学社会工作学院院长, 美国卫生部顾问, 欧共体顾问
- Stanley Witkin 美国维蒙特大学(University of Vermont)社会工作系教授, 美国《社会工作》杂志原主编
- 王思斌 北京大学社会学系教授, 中国社会工作教育协会会长
- 邓伟志 全国政协常委, 中国社会学会副会长
- 齐 铤 香港大学老年研究中心主任, 世界卫生组织顾问
- 阮曾媛琪 香港理工大学应用社会科学系主任, 教授
- 吴 铎 上海浦东新区社会工作者协会会长, 中国社会学会副会长
- 宋林飞 江苏省社会科学院院长, 南京大学社会学系教授
- 陈丽云 香港大学行为健康研究中心主任, 社会工作及社会行政学系教授
- 杨罗观翠 香港特别行政区妇女委员, 中山大学社会学与社会工作系讲座教授
- 郑杭生 中国人民大学社会学系教授, 中国社会学会会长
- 莫邦豪 香港中文大学社会工作学系教授
- 梁祖彬 香港大学社会工作及社会行政学系主任, 教授
- 童 星 南京大学公共管理学院院长, 教授

图书在版编目(CIP)数据

家庭治疗 理论与方法/(美)尼科尔斯(Nichols, M. P.),
施瓦兹(Schwartz, R. C.)著;王羲影,胡赤怡译. 上海:华东
理工大学出版社,2005.3

(社会工作名著译丛/徐永祥主编)

书名原文: Family Therapy: Concepts And Methods

ISBN 7-5628-1671-9

I. 家... II. ①尼...②王...③胡... III. 精神障碍-精
神疗法 IV. R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 008292 号

Authorized translation from the English language edition, entitled FAMILY THERAPY:
CONCEPTS AND METHODS 6th ed, ISBN: 0205359051 by NICHOLS, MICHAEL P. ;
SCHWARTZ, RICHARD C. ; published by Pearson Education, Inc, publishing as Allyn
& Bacon, Copyright © 2004.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or
by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any
information storage retrieval system, without permission from Pearson Education Inc.
CHINESE SIMPLIFIED language edition published by EAST CHINA UNIVERSITY OF
SCIENCE & TECHNOLOGY PRESS, Copyright © 2005.

中文简体字版权由华东理工大学出版社独家拥有。

著作权合同登记号:“图字:09-2003-335号”

丛 书 名	社会工作名著译丛 上海市重点图书
丛 书 主 编	徐永祥
丛 书 副 主 编	何雪松
书 名	家庭治疗——理论与方法 Family Therapy: Concepts And Methods
作 者	(美) Michael P. Nichols Richard C. Schwartz 著 王羲影 胡赤怡 译
出 版 社	华东理工大学出版社
社 址	上海市梅陇路 130 号
邮 编	200237 电话(021)64250306
网 址	www.hdlgpress.com.cn
发 行 所	新华书店上海发行所发行经销
印 刷 厂	江苏句容市排印厂
开 本	787×960 1/16
印 张	33.75
字 数	529 千字
版 次	2005 年 3 月第 1 版
印 次	2005 年 3 月第 1 次
书 号	ISBN 7-5628-1671-9/C·93
定 价	45.00 元



丛书序言

社会工作是世界工业化和现代化的必然产物。它既是一门科学和一种专业方法,又是一项有效的社会制度安排。其工作领域广泛涉及学校、医院、社区、司法部门以及各种社会弱势群体、边缘群体和问题人群。其本质功能在于预防和解决社会问题,实现和维护个人与社会之间的和谐关系,提升个人、家庭和社区的生活质量,推动社会的文明与进步。

社会工作作为一种科学的助人方法,诞生于19世纪末、20世纪初的欧美国家。但作为一种制度安排,则是20世纪30年代以来的事情。综观许多国家和地区的现代化进程,我们发现一个共同的特点:当某个国家或地区经济起飞之时,亦即现代化的加速时期,必须面对和设法解决各种旧有的和新生的社会问题,必须创造经济和社会的协调发展格局。为此,仅仅依靠政府的行政力量是不足以担当这些任务的,而必须同时发挥政府和非政府组织(特别是非营利社会团体)的作用。这就需要一种制度安排,即既要有一套有利于非政府组织发育、发展的政策导向和法律规范,又要在社会分工与合作的基础上明确政府、非政府组织各自的角色以及两者合作互动的机制。正是在这一背景下,职业化、专业化与社会化的社会工作制度应运而生,作为非政府组织最重要载体的社会工作机构迅速发展;政府与社会工作机构之间形成了购买社会服务与提供社会服务的合作机制。战后的欧美国家是如此,20世纪70年代以来经济起飞的新加坡以及我国香港地区、台湾地区也是如此。

经过二十多年的改革,我国有效地实现了政府与企业的职能分离,培育了一个初步与国际接轨的市场,保持了经济持续增长的势头。相比之下,我国社会发育和发展的滞后情况却非常突出。尤其在社会服务与社会管理方面,“政社不分”、“以政代社”的体制性问题仍然非常严重。单一的行政化倾向,使得



社会服务与社会管理始终刚性有余而柔性不足,政府的经济成本、政治成本和道义成本始终高企不下。即使是近年来蓬勃开展的社区建设,虽然在形态文明上成效显著,但在素质文明、社会文明和体制文明上却步履蹒跚。不仅如此,在企事业单位的社会职能部分剥离以后,社区管理的单位化、行政化特征却愈发突出了。深究这些现象,根本原因还是“政社不分”的制度性缺陷及其导致的社会发育不足,以及缺乏现代社会工作制度和专业社会工作人才。应该看到,未来20年是我国现代化事业的起飞阶段,是全面建设小康社会的关键时期。这一时期对经济增长与社会发展的协调度要求将越来越高,社会发展的任务及其重要性亦将愈益突出。因此,以“小政府、大社会”为社会发展的体制性目标,营造政社职能分离的社会体制,充分借鉴发达国家和地区的成功经验,积极培育和发展非政府、非营利的社会组织,尤其是职业化、专业化和社会化的社会工作机构,理当成为我国今后现代化进程中需要着力解决的一项紧迫性课题。

当然,推动我国职业化、专业化社会工作制度的发展,既需要向公众普及和宣传社会工作学的理论、知识与方法,又需要以国际化和本土化的视野加强社会学的研究和社会工作学的学科建设,致力培养一大批通晓社会工作理论和专业的专业人才。正是基于这种考虑,我们在众多海内外著名学者的热情支持下,组织翻译和出版了这套“社会工作名著译丛”。所选之书多为英美著名社工界教授的具有国际前沿水准的著述。这些著述,比较全面地反映了当今西方社会工作学的基本理论、研究方法、实践领域及实践模式。

我们欣喜地看到,在华东理工大学社会工作系讲师、香港大学社会福利博士何雪松的具体组织下,来自国内外多个社会工作系、社会学系和心理学系的年轻教师以及博士生、硕士生加入了本丛书的翻译群体。作为我国社会工作学科薪火相传、走向成熟的年轻一代,他们以自己艰苦的学术工作,切实体现了社会工作高尚的价值理念!

我们还欣喜地看到,自华东理工大学社会学院社会工作系和应用社会学研究所教师撰写的国家十五重点图书“社会工作与管理丛书”出版以来,已被全国几十所高校选为本科生教材和研究生读物,更被众多地方政府、社区和专业机构选作指导其实际工作的参考读物。我们热切希望,这套“社会工作名著译丛”同样能够对他们有所助益!



近年来,华东理工大学出版社一直致力于编辑出版社会工作类的书籍,为我国社会工作学科的建设作出了重要的贡献。由于他们的前瞻性眼光和卓有成效的工作,本套译丛又荣幸地被列为上海市重点图书。对此,我们不能不表示由衷的感谢!

最后,有必要说明的是,本译丛的工作计划是一个开放的体系。为此,如果国内外更多的同仁能够加入这项计划(原著作者和译者),我们将感到莫大的荣幸!

是为序。

中国社会工作教育协会副会长
华东理工大学社会学院院长
丛书主编 徐永祥教授
2003年6月于上海



第 I 部分 家庭治疗的情境

第一章 家庭治疗的基础 3

英雄的神话	7
心理治疗的庇护所	8
家庭治疗与个体治疗	10
心理学与社会情境	11
家庭治疗的力量	12
线性思维,环状思维	13

第二章 家庭治疗的发展史 15

没有宣战的战争	16
小团体动力	18
儿童指导运动	23
社会工作的影响	25
对家庭动力和精神分裂症起因的研究	26
婚姻辅导	35
从研究到治疗:家庭治疗的先驱者	38
家庭治疗的黄金时代	57
小结	61

第三章 早期模式和基本技巧:团体过程和沟通分析 65

领军人物简介	66
理论建构	67
正常的家庭发展	69
行为障碍的发展	70
治疗目标	72



行为改变的条件	73
技巧	74
早期模式的经验	79
系统焦虑	82
家庭治疗的阶段	84
家庭评估	93
特殊问题的家庭治疗	103
与管理型照顾合作	109

第四章 家庭治疗的基本概念 111

控制论	112
系统理论	116
社会建构主义	119
依附理论	125
小结	128
家庭治疗的工作概念	129

第Ⅱ部分 家庭治疗的经典学派

第五章 Bowen式家庭系统治疗 145

领军人物简介	146
理论建构	148
正常的家庭发展	154
行为障碍的发展	155
治疗目标	159
行为改变的条件	161
治疗方法和技巧	163
评估治疗理论和成果	175
小结	177



第六章 策略家庭治疗	181
领军人物简介	182
理论建构	186
正常的家庭发展	188
行为障碍的发展	189
治疗目标	192
行为改变的条件	194
治疗	195
评估治疗理论和成果	209
小结	211
第七章 结构式家庭治疗	213
领军人物简介	215
理论建构	216
正常的家庭发展	220
行为障碍的发展	222
治疗目标	227
行为改变的条件	228
治疗	230
评估治疗理论和成果	244
小结	246
第八章 经验式家庭治疗	249
领军人物简介	250
理论建构	252
正常的家庭发展	254
行为障碍的发展	255
治疗目标	256

行为改变的条件	257
治疗	260
评估治疗理论和成果	273
小结	275

第九章 精神分析家庭治疗	277
--------------	-----

领军人物简介	278
理论建构	280
正常的家庭发展	285
行为障碍的发展	287
治疗目标	292
行为改变的条件	294
治疗	295
评估治疗理论和成果	305
小结	307

第十章 认知—行为家庭治疗	308
---------------	-----

领军人物简介	309
理论建构	311
正常的家庭发展	312
行为障碍的发展	314
治疗目标	316
行为改变的条件	317
治疗	320
评估治疗理论和成果	338
小结	341

第Ⅲ部分 家庭治疗的最新进展

第十一章 21世纪的家庭治疗	345
----------------	-----

界限消融	346
------	-----



后现代主义	347
男女平等主义者的批评	348
社会建构主义和叙说革命	350
家庭治疗对管理型照顾的回答：解决中心治疗	352
家庭暴力	353
多元文化主义	354
种族	355
贫穷与社会阶层	356
同性恋者的权利	358
灵性	359
为居民及问题制订治疗方案	359
基于住所的服务	361
医学家庭治疗与心理教育	364
管理型照顾	368
小结	369
<hr/>	
第十二章 解决中心治疗	372
<hr/>	
领军人物简介	374
理论建构	375
正常的家庭发展	377
行为障碍的发展	377
治疗目标	378
行为改变的条件	379
治疗	380
评估治疗理论和成果	390
小结	393
<hr/>	
第十三章 叙说治疗	395
<hr/>	
领军人物简介	397

理论建构	399
治疗	406
评估治疗理论和成果	414
小结	415

第十四章 整合模式 417

折中主义	419
选择性借鉴	420
特别设计的整合模式	422
小结	443

第IV部分 家庭治疗的评估

第十五章 比较分析 447

理论建构	449
正常的家庭发展	456
行为障碍的发展	458
治疗目标	464
行为改变的条件	465
治疗	472
小结	477

第十六章 家庭治疗研究的进展 479

家庭治疗的成果	482
小结与未来方向	507

词汇表 510

译后记	522
-----	-----

A stylized, light gray graphic of a person standing and holding a large sphere above their head. The figure is composed of simple geometric shapes: a circle for the head, a vertical bar for the torso, and a wide, flat base for the feet. The sphere is a large, light gray circle positioned directly above the figure's head. The figure's arms are extended upwards, holding the sphere. The overall style is minimalist and modern.

FAMILY THERAPY: CONCEPTS AND METHODS 第 部分

家庭治疗的情境



i

第一章

家庭治疗的基础

英雄的神话

心理治疗的庇护所

家庭治疗与个体治疗

心理学与社会情境

家庭治疗的力量

线性思维,环状思维

就诊单上并没有很多信息。只有一个名字：Holly Roberts,她实际上是名高年级大学生,她表述的抱怨是:难以做出决定。

Holly 坐下来对我说的第一句话是:“我不确信我需要来这里。你还有很多比我更需要帮助的人。”然后,她就哭了起来。

时值春天,郁金香正在绽放,树丛也开始舒展轻柔的绿叶,紫丁香花丛的芳香弥漫在空气之中,生命正以它无限的可能性展现在 Holly 的眼前,但她却陷身于纠缠不清、难以理解的抑郁之中,不能自拔。

Holly 难以决定在毕业后究竟做什么,她越想迅速解决,就越难集中精神去理清头绪。她开始晚睡、旷课。最后,她的室友劝她去寻求健康服务。“我不需要来这里,” Holly 说,“我能解决自己的问题。”

我那时迷信宣泄治疗,认为大多数的人都有故事要讲,有眼泪要流。我都怀疑,有些故事是故意戏剧化了以博取同情和关心。看起来,只有在那些可接受的理由下,我们才允许自己放声大哭。在人类引以为羞的所有情绪之中,为自己感到难过列为第一位。

我不知道 Holly 抑郁的背后究竟隐藏了些什么,但我确信自己能帮助她。我喜欢和忧郁的人相处。高中快毕业时,我的好朋友 Alex 去世,我也曾一度相当消沉。

Alex 去世后,那个夏天变得黑暗混沌。我总是不停地哭泣。当别人劝慰我,生活还在继续的时候,我就变得极为暴躁。Alex 的牧师说,Alex 的死亡并不是一个真正的悲剧,“因为他和上帝在天堂中”。我想尖叫,但不能,全部的感觉都麻木了。秋天,我进入大学,即使看起来这是对 Alex 某种程度上的背叛,生活的确在继续向前。我仍然不时哭泣,但随着眼泪而来的是一个痛苦的发现。我的悲伤并不都是因为 Alex。是的,我爱他;是的,我怀念他。但他的离去也为我提供了一个正当的理由去为日常生活中的悲伤而哭泣。也许悲伤大抵如此,但在那个时候,这一发现震惊地宣告了我对 Alex 的背叛,我在利用 Alex 的死亡为自己感到难过。

我很想知道,究竟是什么使 Holly 这么感伤。事实上,Holly 并没有一个戏剧化的故事。她的感受也无从聚焦。在第一次失态之后,她很少哭。当时的情境,更像是一次自然而然的无意识流露,而非一次哭泣时的情感释放。Holly 谈到了将来,并不知如何去何从,谈到了她没有男朋友,事实上,她几乎没

有约会过。她很少谈及自己的家庭。不过说实话,我对此也没什么兴趣。那时,我认为家不过是一个你为了长大而必须要离开的地方。

Holly 很脆弱,需要去依靠某个人,但某些东西阻碍了她,使她踌躇不前,尽管她没有安全感,也不十分信任我。这真是很令人沮丧,虽然我是那么想帮助她。

一个月匆匆而过,Holly 的抑郁症状越发糟糕,我开始一周见她三次,但却丝毫没有进展。一个周五的下午,Holly 感觉是如此忧郁,以至于我认为她根本不能独自回寝室。我让她在办公室的沙发上躺下,征得她的同意后,我给她的父母打了电话。

Roberts 太太接的电话。我告诉她,我认为她和她的先生应来一趟罗切斯特,与我和 Holly 面谈一次,并讨论一下 Holly 因病休学回家的可能性。由于不能确信我的威信,我表述观点时相当坚定。令我惊异的是,Roberts 太太答应立刻前来。

使我震惊的第一件事是 Holly 父母年龄上的差异。Lena-Roberts 看起来就像是 Holly 的一个稍年长的版本,她应该还不到 35 岁。她的丈夫看起来有 60 岁了。我这才知道,他是 Holly 的继父。他们是在 Holly 16 岁时结的婚。

回想起来,我已然不记得第一次与这一家人见面时说了一些什么。两位父母都非常关心 Holly,“无论什么,只要你认为是最好的,我们都会去做。”Roberts 太太说。Morgan 先生(Holly 的继父)说他们可以安排一个好的精神科医师“以帮助 Holly 度过危机”。但 Holly 说她不想回家,这是很久以来我听到的她最有力量的表达。那是周六。我建议他们不要仓促做决定,于是我们约好了下周一再见面。

周一清晨,当 Holly 和她的父母在我的办公室坐定之后,很明显,有些事情发生了。Roberts 太太的眼睛哭得红肿。Holly 怒视着她,然后别过脸去,嘴唇紧闭。Morgan 先生向我求助:“我们吵了一个周末,Holly 不停地辱骂我,当我想反击时,Lena 立刻站到她那边去了。从结婚第一天起,她就是这个样子。”

故事展现出家庭历史的悲伤一面,嫉妒和怨恨不仅将平凡的爱变为苦涩、受伤害的感情,还时常将家庭一分为二。Lena-Roberts 遇见 Tom-Morgan 时是 34 岁,那时他 56 岁,精力充沛,身体强壮。除了年龄,第二个明显的区别就

是经济状况。他是个成功的证券经纪人，退休后经营着自己的马场。她则是女侍应，除了养活自己外，还得照顾 16 岁的女儿。两个人都是再婚。

Lena 希望 Tom 可以成为 Holly 生命中缺失的角色模型和规则之源。不幸的是，当 Tom 觉得自己是按要求做一名严厉的父亲时，Lena 却不能接受了。Tom 自然成了恶毒的继父。他错误地以为自己可以接管一切，可当争吵随之而起时，Lena 却站在孩子那一边。故事充满了眼泪和深夜里狂暴的争吵。Holly 两次离家出走，去朋友那里住过一些时日。家庭中的三角关系几乎让 Lena 和 Tom 分道扬镳，但事情终于因为 Holly 上了大学而平息下来。

Holly 希望自己远离家庭，不再回头。她应该交一些新朋友。她应该努力学习找一份工作。她不要依赖男人养活自己。但不幸的是，她仓促离家，带着太多的未完成之事。她怨恨 Tom 的挑剔，怨恨他对待母亲的方式，怨恨他随时都要知道母亲要去哪里，和谁在一起，什么时候回来。如果母亲回来晚一点点，那就有好戏看了。为什么母亲要忍受这些？

谴责 Tom 是件很容易也很大快人心的事情。但另一种很难去面对的感受，正在侵蚀着 Holly。她怨恨母亲嫁给了 Tom，让他如此苛刻地对待她。母亲究竟看中了他什么？仅仅因为大房子和豪华轿车就出卖了自己？这些问题，Holly 都找不到答案，她甚至都不敢仔细多想。不幸的是，抑制的情绪并不像将物品深锁在橱柜中就能遗忘得一干二净。它消耗了 Holly 大量精力去压抑讨厌的情绪。

上大学后，Holly 找各种理由不回家，但大学毕竟不是家。她将自己淹没在学习之中。然而怨恨和痛苦还是不断地啮噬着她，慢慢地消耗着她的能量。直到毕业前夕，面对着未知的未来，家已然不能回去了，Holly 陷入了无望并放任自己坠入抑郁的深谷。

我知道整个故事都很悲伤。即使我不了解家庭动力学，也没有在一个再婚家庭中生活过，我还是想知道，为什么他们几乎不为对方施以同情心？不能“只是”和睦相处？为什么 Holly 不能接受母亲也有再次寻找爱情的权利？为什么 Tom 不能尊重他妻子将她与女儿的关系摆在首位？为什么 Holly 的母亲不能放下抵触防御的心态去聆听女儿青春期里的愤怒？

与 Holly 及其父母的会谈是我家庭治疗的第一课。家庭成员在治疗时的对话，不仅是关于具体经历，而且是以某种特定的方式去重建与最初经验相关

的记忆。Holly 与母亲记忆的联系非常少,与父亲就更不用说了。在他们真实故事之间的裂缝中,几乎没有空间去容纳理性,他们也没有欲望去追寻它。

尽管那次见面并没有很好的成果,但我们确实找到了 Holly 不快乐的缘由。我不再认为她是个悲剧性的年轻女人,孤独于世。但是,她当然也是一个被家庭纽带所系住的女儿,一方面,她希望能尽可能地远离那个从不属于自己的家庭;另一方面,她也惧怕将母亲丢在一个自己完全不信任的男人的身边。当我变成了一名家庭治疗师时,我方才明了此中深意。说我对家庭了解得并不多,也没有很多技巧去协助家庭有理性地聚合起来,这仅仅是一个谨慎的托词。但家庭治疗并不仅是一套新的技巧,它是理解人类行为的一种新方法——由社会情境塑造的基本方法。

英雄的神话

我们的文化是一个颂扬个体的独特性和寻求独立自我的文化。Holly 的故事可以被理解为因年龄而产生的戏剧性故事:一个年轻人使劲想挣脱童年和狭隘以操控成年、希望与未来。一旦她失败的话,我们试图观察年轻人的内心——失败的英雄。

虽然鼓励更多男性而非女性的“英雄不羁”的个人主义,但作为一种文化意念,对于每个人都有影响。即使 Holly 关注家庭关系不亚于自我独立,她也有可能受到社会流行的成就感形象的评价。

我们被养育于英雄的神话中:孤独的守卫者,罗宾汉,神奇女侠。长大之后,我们就开始寻找真实生活中的英雄角色:艾琳诺·罗斯福夫人(Eleanor Roosevelt,在其夫婿富兰克林·罗斯福去世之后的30年中,她一直是全美最具权力的女性),马丁·路德·金(Martin Luther King),纳尔逊·曼德拉(Jr. Nelson Mandela)等。他们都代表了某些事物,要是我们能够成长在他们的环境中间,可以成为这些超越生活的个人该有多好。

只有一部分人最后终于了解到这些我们所希冀成长的“环境”,不过也是人类环境的一部分——与家庭也有着不可分割的联系。英雄的浪漫形象是建立在幻想基础上的:我们真实的自我可以成就一个令人自豪、独立自主的个体。我们独自做了很多事情,包括一些自认为最英雄的表现,但依然被限定并

存在于人际关系网络中。我们需要崇拜英雄，部分是因为我们需要从渺小和自我怀疑中挣脱出来，也许只是对不受关系羁绊生活的想象的产物，但生活从来不像你我所希望的那样称心如意。

当想到家庭时，我们经常用负面的术语来形容它——作为独立的力量阻止我们前进或将之视为父母生活中的破坏性因素。我们关注的总是家庭的分歧和失调。家庭和谐的一面——忠诚、容忍、相互之间的帮助与协作——通常不引人注目，它们只不过是生活中想当然的基础而已。如果我们想成为英雄，就一定需要反叛。

近来有大量关于“丧失功能的家庭”的讨论。不幸的是，某些家庭失调就是过于遭受父母打击的结果。我们受苦于父母的所作所为：母亲酗酒，父亲粗暴冷酷——这就是我们痛苦的根源。也许这比在负罪感和羞辱感中自寻烦恼有所进步，但了解家庭中真正发生了什么仍然是一条漫长之路。

我们责难因父母的个人缺点而导致的家庭不幸的原因是，普通人很难通过了解个人过去的性格成为家庭的结构模式——由相互关联的生活结构起来的系统，被严格而又不可言说的规则操纵着。

人们感到受控制和无助，不仅因为他们是父母愚蠢和欺骗的受害者，而且因为他们不了解推动丈夫和妻子、父母与孩子在一起的力量。因焦虑和抑郁产生的痛苦，或仅仅是烦恼和不安，一些人寻求心理治疗的帮助与抚慰。在此过程中，他们忽视了究竟是什么刺激着他们去寻求治疗。困扰的核心是不愉快的关系——朋友之间，情侣之间，家人之间。我们的障碍是属于个人的不安。当退而寻求一种虚幻关系的安全感时，我们最不愿意做的事情就是带上自己的家庭。这有什么可怀疑的呢？那时，当弗洛伊德冒险去探视人类心智隐秘力量的时候，他是不是就已经将家庭锁在了咨询室的门外？

心理治疗的庇护所

心理治疗曾经是完全私人的事业。心理诊室是一处治疗的地方。是的，但它也是一处庇护所，一处远离烦恼和嘈杂世界的藏身地。

拼搏于爱情与工作之间，却很难在别处寻找到舒适与欣慰感，人们接受治疗，寻求失落的满足与意义。父母为孩子们的不良行为、害羞、缺乏成就感而

感到担忧,将他们送来接受指导。在许多方面,心理治疗取代了家庭的角色去解决日常生活中的问题。

回溯家庭治疗诞生前的时日很有意思,那些坚持将父母隔离在家庭之外的人是多么天真和固执己见,他们鼓吹精神障碍的陈腐观点,认为精神疾病深深扎根于人脑中。直到1950年代,临床心理学家们才开始将整个家庭纳入治疗,让人忍不住要问:“是什么使他们花去这么长的时间?”事实上,个人心理治疗的存在确实有它自己的道理。

20世纪中两个最具影响力的心理治疗方法,弗洛伊德的精神分析治疗(psychoanalysis)和 Carl Rogers 的来访者中心治疗(client-centered therapy),都预先假设了心理问题来源于与他人的不健康互动,这能在治疗师与来访者之间的私人关系中得到缓解。

弗洛伊德的发现显示家庭首先为儿童期诱惑产生的温床,而后是文化抑制的代理人。如果人们有了神经病症——害怕他们自己的天然本能——我们不责难父母还能怪谁?

既然神经冲突诞生于家庭之中,看来最自然的假设就是:去除其影响力的最好办法——将家属隔绝在诊疗之外,禁止家庭的影响力波及心理治疗室。

弗洛伊德发现,他越少透露自己的信息,病人就越容易对他作出反应,好像他是来自于他们家庭中的重要角色。起初,此种移情(transference)反应看起来是一种障碍,但很快弗洛伊德意识到它们提供了极有价值的审视。从那时起,分析移情成为精神分析治疗的基础。这意味着既然此种分析对病者的记忆和幻想很感兴趣,那么家庭的出现只能掩饰过往记忆的主观真实。弗洛伊德对鲜活的家庭是没有兴趣的,只对锁在潜意识中的、记忆中的家庭感兴趣。

通过进行私下的治疗,弗洛伊德用治疗关系的圣洁来保护患者的信任,于是扩大了患者对于重复的可能性,以便分析师理解或误解他们的早期童年。

Carl Rogers 也相信心理问题源于破坏了的早年互动。Rogers 说,我们每个人生而具有自我实现(self-actualizing)的倾向,这一理念成为所有人本心理治疗的假设。在自我创造力的引导下,我们倾向于跟随自我最感兴趣的东西。因为我们是好奇而聪明的,所以去探索并且学习;因为我们有强健的体魄,所以去游戏并且锻炼;因为与他人相处使我们快乐,所以我们外露、友爱并

富有感情。

Rogers 说,不快乐是源于我们健康的自我实现天性受到了追求认同的破坏。我们学习去做他人希望我们去做的东西,即使那些并不是对我们最好的。

渐渐地,自我实现和认同需求之间的冲突导致了我们的内心激励机制的否认与扭曲——即使是它们所象征的感受。我们吞咽着愤怒,抑制着勃勃的生机,将生活埋葬在大堆的期待之下。

由 Rogers 发展而来的治疗方法,设计用来帮助病者发现他们真实的感受与诚实的冲动。Rogers 认为治疗师就是一个助产士——被动的,但又支持的。Rogers 式的治疗师不会为患者做任何事,而是提供支持以协助他们去发现自己最需要去做的,主要通过提供无条件的积极关怀(unconditional positive regard)。治疗师仔细聆听,表达赞同,给予了解、温暖和尊敬。面对这样一个接纳的聆听者,病人会逐渐接触自己的感受和内在的激励。

像精神分析治疗师一样,来访者中心治疗师也坚持治疗关系的绝对保密,以避免任何可能因要赢得认同而破坏病人真实感觉的因素。只可依靠一个客观的局外人提供无条件的接纳去帮助患者重新发现他们真实的自我。这也是家庭成员为什么在来访者中心治疗中没有位置的原因。

家庭治疗与个体治疗

正如你所看到的,从过去、现在并持续下去,都有让心理治疗在私人和保密的关系下进行的正当理由。尽管对个体治疗强烈的需求依旧存在,但人们对家庭治疗也有着同样强烈的需求。

个体心理治疗和家庭治疗都能提供两样东西:治疗的方法和理解人类行为的方式。作为治疗的方法来说,两者都有优点。个体治疗可以提供足够的关注以帮助他们面对恐惧并学习成长为更完整的自我。个体治疗也是一直认为家庭生活在塑造人格方面的重要性,但又假定这些影响是内化的,心灵内部的动力是控制行为的主导力量。因此,治疗能够也应该直接指向个人以及他或她的伪装。另一方面,家庭治疗却相信我们生活的主导力量是外在的,是在家庭中的。治疗是建立在旨在改变家庭组织的框架内。当家庭组织转换时,每个家庭成员的生活也会相应作出调整。

最后这一点重要之极——家庭的变化改变了每个成员的生活，必须详细阐述。家庭治疗并不仅仅在情境中改变个体患者，它力图改变的是整个家庭。于是，改善是可以持久的，因为每个家庭成员都被改变了，并持续对彼此同时施加改变的影响。

尽管人类的困难可以用个体治疗或家庭治疗的方式予以疗治。但某些特定问题更适合运用家庭的方式，其中如孩子的问题（无论在治疗中发生了什么，他或她都要回家和父母住在一起）、对婚姻或其他亲密关系的抱怨、家庭宿怨、在家庭转换期间发生的个人症状等。

如果问题是因家庭的变化而引起的话，治疗师会首先考虑家庭的角色。如果所处的社会环境看起来是稳定的，人们辨别出自己的问题且无力去改变，个体治疗可能尤其有效。因此，如果一名女大学生在一年级的时候遭遇抑郁，治疗师们会怀疑，她的悲伤是否是因为离家、将父母留下单独相处的原因。但是如果同样一名女性在40多岁的时候遭遇抑郁，在她生活的很长一段稳定期中，我们可能会怀疑：是否她的生活方式不能让她满意是她不快乐的原因。远离纷乱的关系私下去检视她的生活，并不意味着她应该相信，只要将他人隔绝在自己的生活之外，她就可以实现自我。

将人类视为单独的实体、家庭作用于其上的观点是与我们体验自我的方式一致的。我们认识到亲密关系的影响力——尤其是责任和约束——但是这也很难使我们了解，我们是植根于关系的网络之中的，即是大于自我组织的那部分。

心理学与社会情境

家庭治疗的繁盛，不仅因为已经证实的临床效果，而且因为我们重新发现了人类社会的互相联系的特点。一般来说，运用个人治疗还是家庭治疗已衍生为技术的问题：究竟哪一种方法对于既定的问题更为有效？但这一选择也反映了我们对人类本质的哲学理解。尽管心理治疗聚焦在个人心理或家庭组织上都可以成功，两个视角——心理学和社会情境——对于全面了解人们及其问题是不可或缺的。

家庭治疗师教育我们：家庭是大于孤立的个体的总和，是一个系统的、有

组织的整体,它具有部分作用于超越个体人格的方式。但即使作为家庭系统的成员,我们也不能停止成为一个拥有自己心灵、思想和意志的个体。尽管我们不可能不考虑社会情境尤其是家庭环境去了解个人,这会误导我们将注意力聚焦在互动的表面——将社会行为与内在经验分离开。

与整个系统共同工作,意味着不仅要考虑家庭中的所有成员,而且我们必须关照他们经验的个人维度。想一想,父亲在讨论儿子的不良行为时却露出了微笑。也许这个微笑揭示了父亲的秘密喜悦,因为儿子做到了他所不敢为的反叛。另一个例子,丈夫抱怨妻子禁止他与朋友做任何事。妻子也许确实限制了他,但事实上丈夫毫无反抗的妥协也表明了他可能对获得快乐内心很矛盾。与妻子的协商是否有助于帮助这个男人理清做他自己的事时的内心焦虑?也许不。如果他解决了内心的束缚,他的妻子是否会突然鼓励他走出家门享受快乐时光?不可能。这些僵局,像大多数人类的问题,存在于个人心理之中并在互动中表现出来。重点在于,为了提供有效而持久的心理帮助,治疗师需要去理解并促进个体并影响他们的互动。

家庭治疗的力量

家庭治疗诞生于1950年代,成长于1960年代,成熟于1970年代。在家庭作为治疗单位的激情形成了最初的浪潮之后,多种治疗流派的出现,各持一块真理,服务市场的需要。

有一天,我们会回望1975~1985年,那是家庭治疗的黄金年代。那个年代见证了最富有想象力和最重要治疗模式的完美涌现。那是一个积极而又自信的年代。家庭治疗师可能在治疗技巧上有所区别,但他们却共享着乐观主义和相同的目标。但此后,几次剧变动摇了他们的热忱和自负。先驱模式受到了挑战(在临床与社会文化的背景上),他们之间的界限模糊了。今天,很少有家庭治疗师将自己排他地定义为某一特定的流派。就连个体治疗与家庭治疗之间的区别也不大清晰了,因为越来越多的治疗师两种方法都用。

在过去十年中,主导趋势是社会建构主义(social constructionism)(其理念认为我们的经验是我们思考方式的功能)、叙事治疗、整合模式以及对社会和政治问题的更多关注。随后几章会接着探讨这些以及其他的发展。在这

里,我们仅仅建议你,当你阅读了这些理论,你就可以思考一下可能性,就像所有的新生事物,它们都有正负两面。

线性思维,环状思维

心理疾病传统都是用线性术语予以解释的,无论是医学还是精神分析。两个范式都是将情绪困扰视为历史原因造成的内部机能障碍症。医学模式假定病症聚合引发的综合征将导致用生物学的方式去解决心理问题。精神分析的解释是,病症来源于患者过去的冲突中。在两种模式中,治疗都聚焦在个体身上。

线性解释采用的是由 A 引发 B 的形式。这种思索方式在某些情况下运作得非常好。如果你独自驾车上路,你的车突然停住,走上去看看就可以寻找到简单的解释,也许仅仅是因为车没油了。如果是的话,必然就有一个简单的解决方法。但人类的问题却比这要复杂得多。

一旦关系变得糟糕,大多数人一般都会怪罪于对方。因为我们都是立足自身去面对世界,所以我们可以清晰地看到对方做了什么导致了彼此之间的问题。指责是很自然的事情。单方面影响力的幻觉也吸引着治疗师,特别是当他们仅仅听到故事的一面之词时。但是,一旦他们理解了交互作用是关系中的支配原则,治疗师就能帮助人们超越恶棍和受害者的两分视角上思考问题。

假定有一个父亲抱怨青春期儿子的行为:

父亲:就是因为儿子。他粗鲁无理。

治疗师:谁教他的?

没有接受父亲的观点——认为他是儿子恶行的受害者,治疗师反而用挑衅式的问题邀请他去审视相互影响的模式。关键不在于将对一个人的责难转移到另一个人身上,而是要将责难全部化解。只要他认为是儿子造成的问题,他就几乎没有什么选择,除了希望儿子会有所改变(等待他人的改变就好像是在依靠彩票中奖来计划自己的未来)。学习以环状而不是线性思考,赋权于父亲看到他能控制到的一半。

家庭治疗的力量驱使将父母和孩子带到了一起,改变他们之间的互动。

家庭治疗并不将个人隔绝在他们冲突的情绪起源中,而将问题定位于根源上。

使人们裹足不前的最主要的困难是亲眼目睹自己介入问题并备受折磨。当视线牢固地胶着在对方的所作所为时,大多数人很难看清将他们束缚在一起的模式。家庭治疗师的部分工作是给他们一个提醒。当丈夫抱怨妻子唠叨不停的时候,治疗师就会询问他,是否是他养成了妻子的这一习惯?治疗师正在挑战丈夫,让他看到他们两人互动如何造成他与妻子的两位一体。

Bob 与 Shirley 来寻求婚姻辅导。Shirley 抱怨丈夫从来不与自己分享感受;Bob 抱怨妻子总是挑剔他。这是使夫妇双方卡住的经典抱怨交易,只要他们不能看到相互相处模式,在这一模式总是一方激发另一方做出自己最不能忍受的行为。于是治疗师对 Bob 说:“假如你是一只青蛙,如果 Shirley 将你变成一个王子,你要做什么?” Bob 反驳说他不大跟 Shirley 交谈是因为她太苛刻了,看来好像又进入了老一套的争论。但治疗师认为这是一个转变的开始——Bob 开始说出自己的想法。在僵持的家庭中,改变发生的一种方式,是支持被指责的人,并将他带入争吵之中。

所以当 Shirley 指责 Bob, Bob 试图撤退时,但治疗师说:“不,坚持住,你还是只青蛙。”

Bob 尝试着将责任推给 Shirley。“难道她不应该先吻我吗?”但治疗师说:“不,在真实生活里,它随后就到,你一定会得到它的。”

在《安娜·卡列尼娜》的开头,托尔斯泰写道:幸福的家庭都是相似的,不幸的家庭却各有各的不幸。也许每个不幸的家庭的确有其各自的方式,但他们都因面对家庭生活类似的挑战而感到困惑和失落。这些挑战已经不是秘密了——学会共同生活,与难缠的亲属相处,追赶自己的孩子,应对青春期等等。然而,不是每个人都能意识到的是,一旦理解了,相对微小的系统动力也会说明这些挑战,并使家庭成功渡过那些生活中可预测的困境。就像所有的医治者一样,家庭治疗师也会面对古怪和不可理解的个案,但他们很多的工作都是在与普通人一起去学习生命中痛苦的课程。他们的故事,用家庭治疗帮助男人与女人们的故事,组成了本书的主题。



第二章 家庭治疗的发展史

没有宣战的战争

小团体动力

儿童指导运动

社会工作的影响

对家庭动力和精神分裂症起因的研究

婚姻辅导

从研究到治疗：家庭治疗的先驱者

家庭治疗的黄金时代

小结

在这一章,我们要探索家庭治疗的先辈们和那些早年岁月。这将是两个精彩的故事:一个关于人格,一个关于理念。你将读到这些先驱者和他们的心理学,他们既是打破偶像者,也是具有开创精神的人。在某种程度上,他们打破了将个人视为整体的对待生活和看问题的模式。毫无疑问,从个人转向系统视角是个革命性的转变,这也为拥有这一新视角的人提供了理解和解决人类问题强有力的工具。

另一个在家庭治疗发展史中的故事则关于理念。第一代家庭治疗师永无休止的好奇心引导他们运用多种多样创造性的新方法去概念化家庭的喜怒哀乐。

在你阅读这段历史的时候,要随时等待着惊奇。做好准备重新评价即使是最简单的假设——包括假设家庭治疗始于支持家庭系统的慈善行为。真相是,治疗师首先是作为家庭系统的敌人出现的。

没有宣战的战争

尽管我们认为精神病院是个冷酷而又封闭的地方,但它们的建立最初是为了解救那些被家属迫害的精神病患者,他们被锁在家庭的阁楼上并遭受种种折磨。相应地,除了向家属伸手要钱,医院的精神科医生也尽量让家庭离得越远越好。然而,在1950年代,两个使人迷惑的发展迫使治疗师重新认识家庭在影响治疗过程中的力量。

治疗师开始注意到,当病人开始好转的时候,家庭中其他人就会变糟,就好像这个家庭需要一个有症状的人。就像玩捉迷藏的游戏,谁生病并不重要,只要有人扮演这个角色就可以。有这样一个例子,Don Jackson(1954)治疗一个患抑郁症的女人。当她开始好转时,她的丈夫抱怨她的情况变得更糟。当她继续改善时,丈夫失业了。最后,妇女完全好了,她的丈夫自杀了。显然这个男人稳定的基础在于他有个生病的妻子。

在Jackson的另一个个案中,丈夫催促妻子去治疗“性冷淡”,然而经过几个月的治疗,她有了性反应,他却变得性无能。



案 例

有一种很奇怪的病情转移(shifting disturbance)的现象,那就是病人常常在医院有所好转,但是一回家病情就会恶化。有这样一个俄狄浦斯再世的奇怪个案,Salvador Minuchin 治疗一个住院的年轻人,他因为试图抓瞎自己的眼睛而多次入院。这个年轻人在医院表现正常,可是每次回家就会有自残行为。似乎他只能在精神失常的世界,才能变得精神正常。

后来得知这个年轻人和母亲非常亲密,在父亲神秘消失的七年中,他们的关系变得越加紧密。父亲是个病态赌徒,他在被宣布失去法律的行为能力之后很快就消失了。有谣言说他曾被黑手党绑架。当父亲非常神秘地归来时,儿子却开始有了奇怪的自残行为。或许他是想将自己弄瞎,这样他就不能看到自己对母亲的迷恋和对父亲的憎恨。

但是这个家庭不在古代,也不在希腊,Salvador Minuchin 也比诗人要更加实用主义。所以,他首先通过和他妻子直接对话,挑战父亲去保护儿子,接着挑战父亲蓄意贬低妻子的态度,这使得她觉得更需要儿子的亲近和保护。治疗对于家庭的结构是个挑战,当时精神科的同事认为,将这样的年轻人送回家是很危险的做法。

Salvador Minuchin 质问父亲,“作为父亲,儿子在危险中,你所做的是不够的。”

“那我该做什么?”父亲问道。

“我不知道,”Minuchin 回答说,“问你的儿子。”接着,若干年来第一次,父亲和儿子开始对话。正当他们没什么话好说时,Minuchin 对这对父母作出这样的评论:“用一种很奇怪的方式,他在告诉你们他愿意被看成是一个孩子,当在医院的时候,他 23 岁;可是一回到家,他就变成了 6 岁。”

这一个案最戏剧性的地方在于彰显了父母有时候怎样运用他们的孩子——作为缓冲器去保护他们自己不能处理的亲密关系——孩子又是怎样接受了这个角色。

对于那个可能成为俄狄浦斯的年轻人, Minuchin 说, “你为了母亲要抓伤自己的眼睛, 于是她就可以有些事情可以担心。你是个好孩子, 好到要为父母牺牲自己的孩子。”

这些个案以及其他类似的个案说明家庭是由非常奇怪的联合组成, 他们互相伤害但却不轻易放手。很少有人用彻底的恶意来攻击家庭, 虽然这些观察背后存在着令人厌恶的潜流。家庭治疗的官方故事是尊敬家庭体系的, 但或许我们没有人能忘却青春期的那个想法: 家庭是自由的敌人。

病人的改善对家庭的影响也不总是负面的。Fisher 和 Mendell(1958) 报告了大量病人的改变对于其他成员的积极影响。然而, 无论对病人或对家庭的影响是良性的还是恶性的, 都不是问题的关键。关键在于, 改变了一个人, 就改变了一个系统。

小团体动力

那些最初寻求理解和治疗家庭的人从小团体中找到现成的类似物。团体动力与家庭治疗相关, 因为团体生活是复杂的, 也是个性不同的人和等级关系的综合。

在 1920 年代, 社会科学家开始研究社会中的自然团体以期望通过理解组织中的社会互动来解决政治问题。1920 年, 社会心理学家的先驱 William McDougall 出版的《团体精神》(*The Group Mind*) 一书认为, 一个团体的持续性是怎样, 依赖于它的成员认为团体是非常重要的; 因为界限和结构的需要, 不同的功能将会出现; 从风俗习惯的重要性的角度, 关系会被固定和界定。一个更科学地了解团体动力的方法在 1940 年代由 Kurt Lewin 引入, 他的《田野理论》(*Field Theory*) 引导了一代研究者、工业心理师、团体治疗师以及社会改变的倡议者。

吸收了格式塔学派的知觉心理学, Lewin 发展出这样一个概念: 团体大于部分的总和。团体的这一卓越特质和家庭治疗师有明显相关, 他们不仅必须既要和个人工作, 也要和整个家庭系统工作, 和他们著名的抵制改变力量做工作。

在分析被他称之为半稳定社会平衡的概念时(quasi-stationary social equilibrium),Levin 指出团体行为的变化需要“解冻”(unfreezing)。只有某些东西触动了团体信念之后,成员才会准备接受改变。在个人治疗中,这个过程始于因内心的忧虑而导致个人寻求帮助。一旦个人接受生病的现状并开始约见治疗师的时候,他们已经开始解冻旧的习惯。当家庭来寻求治疗的时候,情况则不相同。

许多家庭成员对症状者的困境非常不安,但是并没有准备改变他们自己的方式。此外,家庭成员带着多年形成的标准,有很多的传统、风俗和习惯。相应地,在家庭发生真正变化之前,要解冻或动摇需要付出更多的努力。解冻的需要预示了早年家庭治疗师都十分关注打破家庭的动态平衡(homeostasis),这个观念曾主导了家庭治疗好几十年。

Wifred Bion 是研究团体动力的另一重要人物,他强调团体是一个整体,有自己的动力和结构。根据 Bion 的说法(1948),大多数团体偏离了主要的任务,忙于相互争斗,从属或者结对。Bion 的基本假设很容易移植到家庭治疗中:一些家庭那么害怕冲突以至于只能围绕着困难兜圈子,就像猫看到了蛇。另外一些家庭寻求治疗只是为了发泄他们的脾气,情愿无休止地冲突而不愿意考虑妥协,很难有所改变。在依赖如化装舞台般的治疗中,过度积极的治疗师以解决问题的名义暗中破坏家庭的自主权。家庭中的结对常常是父母中的一方与孩子结盟以挫败、打击另一方。

团体动力中过程(内容)的区分对家庭治疗有着主要的影响。有经验的治疗师知道既关注家庭怎样谈话,也关注他们讨论的内容。例如,母亲可能对女儿说她不应该再玩芭比娃娃,因为她不应该希望自己成为一个傻乎乎的美女。母亲说话的内容是:尊重作为一个人的自己,而不是一件装饰品。但是如果母亲用伤害女儿感受的方式表达她的观点,她的话语的过程就是:你的感受不值一提。

不幸的是,一些讨论的内容是那么引人注目,以至于治疗师忽略了过程。假设一个治疗师邀请一位青少年和他的母亲谈他想退学之事。假设男孩只支吾说了几句学校很愚蠢之类的话,他的妈妈接着就开始长篇大论教育的重要性。如果治疗师开始支持母亲的立场就可能犯很大的错误。从内容的角度来说,母亲可能是正确的,一张高中的文凭确实唾手可得。但此刻更重要的可能

是帮助男孩说出心里话,并帮助他的母亲学会倾听。

在精神分析和团体动力的文献中,角色理论对于研究家庭有着特别重要的意义。角色期望更给复杂的社会现实带来一些规则性。

我们常常用单一的角色形容家庭成员(例如妻子或者丈夫),但是我们需要记住一个妻子可能同时也是母亲、朋友、女儿、职业女性。即使现在没有扮演的这些角色,但将来会扮演,于是也很重要。当不幸福的家庭成员陷入少而且固定的角色时,他们患了人际关节炎,这种病足以使得家庭僵化以及新鲜生活萎缩。

虽然角色固定化会让团体(家庭)生活的可能性萎缩,但如果要求团体成员承担过多的角色,他们也会负担过重(Sherif,1948)。在家庭的潜在角色中,例如父母、管家、挣钱养家者、厨师、司机,这些角色可以分工——一个挣钱养家,一个做饭打扫,或者是共同分担——都外出工作并分担家务。但是有时候妻子一方可能会遇到角色冲突,如果她必须要在留下与同事开会到半夜与回家做饭、驾车送孩子去练习橄榄球之间作出选择——因为,即使她有丈夫,但他却不扮演那些角色。

在大多数团体中,角色都会变得程式化,于是就有了团体成员的角色行为模式。Virginia Satir(1972)在她的《家庭塑造人》(*Peoplemaking*)一书中将家庭角色描述为“讨好者(the placator)”或是“指责者”等。你可能意识到在你成长的家庭中,你扮演了一个既定的角色。可能你是“大人的小帮手”“安静的”“搞笑的”“顾问”“反叛的”“成功的孩子”。问题在于,这样的角色一旦学会,就很难摆脱。对于“小帮手”来说,你总要负责完成别人交代的任务并耐心地期待肯定,但这一套在职场上可能不能奏效,因为那里需要更加决断的行为。

有一点使得角色理论对于理解家庭更加有用,因为角色倾向于相互的或者互补的。例如,一个女人比她的男友稍微想多一点时间在一起。或许,按照他的惯例,他会一个星期打两次电话。但如果她一个星期打三次电话,他可能会不想接电话。如果他们的关系发展下去,这种模式就会越演越烈,她可能永远是追逐者,他则会是疏离者。或者我们举一对父母的例子,这两个人都希望孩子们有良好的餐桌礼仪。父亲没什么耐心,他总是在孩子们开始吵闹后的十秒钟就要让他们安静,母亲或许会等半分钟。但是如果总是他先开口,她就

没有机会出声。长此以往,这对父母就会演化成两个极端:严父慈母。使得这个互补的角色抵制改变的关键在于:角色是相互强化的,每个人都在期待对方改变。

精神分析团体治疗师认为:团体是家庭的再创造,治疗师好像是父母,团体成员好像是兄弟姐妹。于是,具有讽刺意味的是,分析团体治疗变成了家庭治疗的原型,将团体视为人造的家庭。分析团体治疗运用挫败的、无组织的设计以唤起原来家庭团体中潜在的、无意识的冲突,并复活家庭中的问题。团体成员的基本动机被认为是爱与恨、痛苦与喜悦、超我的责难以及原始冲动的要求。需要留意的是重点依然在个体上,而不是将团体视为一个整体。

在 Foulkes、Bion、Ezriel、Anthony 于英国发展出来的团体动力取向中,焦点从个人转向了团体本身,并将其视为卓越的本体且有它内在的法则。这些治疗师研究团体动力不仅因为它揭示了个体的特征,而且因为它发掘了所有团体成员类似的主题和动力。这个团体过程(group process)被认为是社会互动的基本特征和其改变的主要工具。

与精神分析团体治疗不同的还有存在主义模式。存在主义团体治疗开创于存在主义精神科医生,包括欧洲的 Ludwig Binswanger、Medard Boss 和 Rollo May,美国的 Carl Rogers、Carl Whitaker 和 Thomas Malone,强调个人对病人的投入,反对将人们视为客体来解剖。现象学代替了分析;直接的经验,特别是情绪经验,被视为个人成长的康庄大道。

Moreno(1945)的心理剧,病人用其演出他们的冲突而不是讨论它们,是最早的团体治疗方法之一。心理剧用戏剧的方法活现(enactments)参加者的生活,运用技巧来促进情绪表达并澄清冲突。因为聚焦在互动行为上,心理剧是个直接而又有力的探索关系和解决家庭问题的方法。尽管心理剧和主流的团体治疗保持一定的距离,但是 Moreno 的角色扮演技巧被团体和家庭治疗师广泛采用。

Fritz Perls 的完形治疗旨在增强自我意识,增加自发性、创造性和个人的责任感。尽管被广泛运用于团体中,当一位成员和治疗师互动之时,完形治疗不鼓励成员之间的互动。虽然完形治疗多用于个人治疗而非团体和家庭治疗,但它也经常被一些团体和家庭治疗师借用以促进情绪的互动(e. g., Kempter, 1974; Schwartz, 1995)。

鉴于团体治疗师发展出那么广泛多样的程序以探索人际关系,很自然,家庭治疗师也运用团体治疗的方法进行家庭工作。这只是一小步:从观察病人对团体中其他成员的反应——只是类似兄弟姐妹或者父母的人——到去观察真正家庭中的互动。毕竟,什么是家庭?一个由不同的子团体组成的集体?

从技术的角度,团体和家庭治疗是类似的:两者都涉及多个人;两者都很复杂且没有固定形式,比个体治疗更似日常的社会现实。在团体和家庭中,每个病人必须对很多人作出反应,而不是只对着治疗师,互动的治疗使用无疑是两种环境的改变机制。相应地,许多团体和家庭治疗师努力保持相对的互动和去治疗中心,这样一来在治疗室中病人与其他成员就会相互发生联系。

在个体治疗中,治疗师是安全的而且是人造的心腹知己。病人期望治疗师是个理解、接纳、友好的听众。不像在团体和家庭治疗中,这两种情形更加自然,或许更有威胁性,也更像是日常生活。将咨询室讨论转移到生活中也更加直接。

然而,通过更仔细的观察,我们也不难发现家庭和团体的区别非常明显,团体治疗模式对家庭治疗的适用性也很有限。家庭成员有着相当长的历史——更重要的是——未来也联结在一起。在陌生人面前暴露自己比在你的家庭成员面前更加安全。实际上,治疗师如果天真地推动家庭成员总是“完全诚实和开放”会带来很大的伤害。因为一旦脱口而出,就覆水难收,一些话还是不说出来为妙,就像很久之前的婚外情,或一个女人承认她确实重视自己的职业超过孩子们。持续性、情感投入以及共享的扭曲真相,所有这些使得家庭治疗和团体治疗不尽相同。

在将小团体研究应用于家庭中,Strodtbeck(1954)验证了一些从陌生人团体中抽出的命题,并发现了主要的不同,他将这归因于家庭成员关系的持久性。Strodtbeck(1958)后来证实家庭互动的观点,不像那些特殊的群体,必须要在家庭团体历史的基础上去理解。

治疗团体设计用来提供温暖和支持的氛围。在感同身受的陌生人中产生的安全感在家庭治疗中是没有的;相反,与个人治疗将压力排除在外不同,家庭治疗是将有压力的环境带到治疗室。此外,在团体治疗中,成员们有着平等的权力和地位,然而民主的平等并不适合于家庭。在家庭里,总有人做主。还有,目标病人在家庭中容易觉得被孤立和打上烙印。毕竟,他或她就是“问

题”。由陌生人组成的治疗团体会给病人带来一种被保护的感觉,那是因为从来也不需要和团体中的其他成员日日相见,那种感觉是不会在家庭治疗中出现的,因此,在家庭治疗中坦率说话并不总是安全的。

尽管团体治疗被早期的实践者用作家庭治疗的模本,但只有过程/内容的分类和角色理论对主流家庭治疗有着持续的影响。团体方法的应用持续生效于家庭治疗的夫妻治疗中,我们将在后面的章节讨论这一治疗的形式。

儿童指导运动

弗洛伊德首先引入了心理障碍是未解决的童年期问题之后果这一观点。Alfred Adler 是弗洛伊德最早的追随者之一,他推动了这一概念的应用:认为治疗成长中的儿童可能是预防神经症的最有效方法。将这一观点付诸实施的结果就是 Adler 在维也纳成立了一家儿童指导诊所,给孩子、家庭和老师提供心理辅导。Adler 提供了一种乐观自信的气氛并给予鼓励和支持,帮助孩子减轻无能(inferiority)的感觉,以便他们在健康的生活方式中,通过对社会有用(social usefulness)的自我认知来获得能力和成功。

1909年,精神科医生 William Healy 在芝加哥成立了青少年精神病中心(现改名为青少年研究中心),这是众多儿童指导诊所的先驱。1917年,Healy 在波士顿成立贝克法官指导中心(Judge Baker Guidance Center),致力于评估和治疗失足儿童。

到了1920年代,儿童指导运动大规模推广,在联邦基金的资助下(Ginsburg, 1955),Adler 的学生 Rudolph Dreikurs 成为最有效的推动者。1924年,美国精神卫生联合会(American Orthopsychiatric Association)组织起来去共同预防儿童的情绪障碍。尽管儿童指导诊所直至二战结束之后还数量有限,但现在普及至每一个城市,为治疗儿童的心理问题以及造成这些问题的复杂社会和家庭动力提供了一个框架。治疗大多由关注孩子的家庭环境的精神科医生、心理治疗师和社会工作者团队来进行。

逐渐地,儿童指导工作者得出结论,真正的问题并不是那些明显的儿童的症状,家庭的张力才是症状的来源。首次出现指责父母的倾向,尤其针对母亲。

根据 David Levy(1943)的说法,造成儿童心理问题的主要原因是母亲的过度保护(maternal overprotectiveness)。母亲在自己成长的过程中被剥夺了爱,就会变得过度保护她们的孩子。有些是掌控,另一些则是过于放纵。掌控型母亲的孩子在家里非常顺从,但在学校很难交到朋友。过于放纵型母亲的孩子在家里很难管教,但是在学校却表现良好。

在这一阶段,Frieda Fromm-Reichman(1948)创造了精神病学历史上最有诅咒意味的用语之一:精神分裂症源性母亲(schizophrenogenic mother)。那些掌控型的、有攻击性的、被拒绝的和没有安全感的女人,特别当她们嫁给了不合适的、被动且冷淡的男人,就被认为会提供病态的教育子女的方式进而造成精神病患者。Adelaide Johnson(1954)描述的超我空隙(superego lacunae)传递是另一个责备父母是造成孩子问题的例子(Johnson 和 Szurek, 1954)。根据 Johnson 的说法,失足少年和精神病患者的反社会行为是因为他们父母在超我传递时出现了一些问题。

这种指责父母的倾向——特别是指责母亲是造成家庭问题的原因——是这个领域发展中的一个错误方向,但始终萦绕于此。然而,通过重视父母和子女相互发生之事,Fromm-Reichman 和 Johnson 为帮助家庭治疗的发展铺平了道路。

尽管认识到了家庭的重要性,母亲和孩子仍然被分开治疗,而且不鼓励治疗师之间的讨论,唯恐其可能会危及个人治疗关系。通常的安排是精神病医生看孩子,社工见母亲。给母亲提供辅导次于治疗孩子这个主要目的。在这个模式下,家庭被视为孩子的延伸,而不是孩子是家庭的延伸。

最后,儿童指导运动的重点从视父母为有害的动因转变为视疾病扎根在病人、父母和其他重要人物的关系之中。这一转变有着深远的影响。心理治疗不再集中在个人身上,父母不再是坏人,病人也不再是受害者。现在,他们之间的互动出了问题。

John Bowlby 在 Tavistock 诊所的工作是从个人取向到家庭取向转变的例证。Bowlby(1949)治疗一个孩子但进展甚微。因为挫败感,他决定一起见一次孩子及其父母。在 2 个小时会谈的前半部分,孩子和父母轮流抱怨,每人都在指责对方。在会谈的后半部分,Bowlby 向其轮番解释他们之间是怎样出现了这一问题。最后,通过一起交谈,家庭中的三个成员都对其他人的观点有

了一点认同感。

尽管这种联合治疗激起了他的兴趣,Bowlby 还是保持以前的一对一的方式。家庭会面可能是一个有效的分析工具,Bowlby 相信,但只是真正治疗的附属,即个人的心理分析治疗。

正当 Bowlby 开始实验的时候,Nathan Ackerman 已经看到了成果:家庭治疗会成为儿童指导运动的主要治疗方式。早在 1938 年,Ackerman(1938)提出将家庭视为整体去治疗其成员病症的价值。随后,他建议将研究家庭作为一种理解孩子的方法——而不是相反,通过研究孩子来理解家庭(Ackerman 和 Sobel,1950)。一旦了解到需要理解家庭来诊断问题,Ackerman 立即采取了下一步——家庭治疗。在我们深入下去之前,我们先来考察社会工作和精神分裂症的研究的平行发展是如何推动家庭治疗的出现的。

社会工作的影响

家庭治疗的历史不能毫不提及社会工作者的重大贡献以及他们为公众服务的传统。自从专业社会工作者的诞生开始,他们就开始关注家庭,无论是将其作为一个重要的社会单位,还是将其作为干预的重点(Ackerman,Beatman 和 Sherman,1961)。确实,社会工作的核心范式——治疗环境中的个人——在系统理论引进之前就已经采取家庭治疗的生态方法。

社会工作领域起源于英国和美国 19 世纪末期的慈善运动。从那时一直至今,社会工作者都致力于改善社会的贫穷和贫困阶层的现状。除了照顾衣食住行等基本需要,社会工作者还试图缓解来访者家庭的情绪困扰,弥补社会力量造成的贫困和权利两极分化。

这些友好的探访者(friendly visitor)是个案工作者,他们去访问来访者的家庭,评估他们的需要并提供帮助。通过将助人者带出办公室进入来访者的家庭,这些访问打破了维持很长时间的医生—病人的人为模式(现在的家庭治疗师正在重新认识走出治疗室、在来访者的住处见他们的价值)。

家庭个案工作(family casework)是早期社会工作训练中最为重要的焦点。实际上,美国社会工作的最初教授的第一堂课就是“在他们自己家里治疗

有需要的家庭”(Siporin,1980)。教授友好的访问者同时访问父母的重要性,以便得到全面、准确的家庭问题的图画——这种联合家庭会谈远比传统的心理健康工作者的实验要早。

在20世纪的转折点的时候,个案工作者们已经明白了精神科医生又花了50年才明白的——家庭应该被视为整体。Mary Richmond(1917)在她的经典著作《社会诊断》(*Social Diagnosis*)说明了治疗“整个家庭”的重要性并警告将家庭成员从成长的自然环境中孤立出来的危险性。Richmond的家庭凝聚力(family cohesion)的概念是个令人侧目的现代魔戒,预测后来在角色理论、小组动力,当然还有结构式家庭治疗中都有应验。根据Richmond的说法,家庭成员之间的情感联结的程度对于他们生存和发展的能力至关重要。

Richmond曾预测家庭治疗在1980年代的发展会将家庭视为系统中的系统。正如Bardhill和Saunders(1988)指出的那样:

她认识到家庭不是孤立的整体(封闭的系统),而是存在于一个特定的社会情境中,两者相互影响的同时它也受自身功能的影响(它们是开放的)。她运用一系列同心圆描绘从个人到文化不同的系统层次。她的实践方法是去考虑所有干预在每个系统层面的潜在影响,理解并运用系统等级之间的互惠之互动用以治疗目的。她确实是对人类的问题采取了系统的看法。(p. 319)

在家庭治疗运动开始时,社会工作者数目最多,他们是最主要的贡献者。在所有的领袖中,经过社工训练后进入家庭治疗领域的有Virginia Satir、Ray Bardhill、Peggy Papp、Lynn Hoffman、Froma Walsh、Insoo Berg、Jay Lappin、Richard Stuart、Harry Aponte、Michael White、Doug Breunlin、Olga Silverstein、Lois Braverman、Steve de Shazer、Peggy Penn、Betty Carter、Braulio Montalvo和Monica McGoldrick。(顺便提一句,即使列出那么长的名单,但还是不能将所有重要的名字都包括在内)

对家庭动力和精神分裂症起因的研究

有精神病患者的家庭被证明是个特别富饶的研究领域,因为他们奇怪的互动模式非常有戏剧性。然而,事实是,家庭治疗来源于对精神病患者的研究

导致过度乐观地希望家庭治疗可能是去治疗莫名其妙疯狂的方式。更重要的是,因为不正常的家庭非常抵制改变,早期的家庭治疗师倾向于夸大家庭生活动态平衡的特征。

家庭治疗师没有发现家庭在精神病患者生命中所扮演的角色,但他们实际上观察到了家庭的互动,他们也目睹了他们的前任仅仅是猜测的模式。家庭对精神病患者早在弗洛伊德(1911)对 Schreber 医生的著名论述中就有认识。在精神分析形成的初期阶段,弗洛伊德讨论了妄想症和精神分裂症,同时指出病人和父亲之间奇怪的关系在奇怪幻觉中扮演的角色。

Harry Stack Sullivan 治疗精神病患者的杰出工作聚焦在人际关系上。早在 1927 年,他强调“医院家庭”的重要性——医生、护士、助手——作为病人真实家庭的仁慈替代品。然而,Sullivan 没有再继续前行一步,直接将家庭拉入治疗。Frieda Fromm-Reichman 也相信家庭在精神病患者的动力中起到重要作用,并认为住院家庭对治疗精神病患者病症非常重要。尽管那些人际精神科医生重新认识到家庭生活在精神分裂症中的重要性,他们继续视家庭是致病的环境,病人必须远离它。

在 1940 和 1950 年代,对于家庭生活和精神分裂症之间关系的研究导致了早期家庭治疗师的工作。

■ Gregory Bateson——帕洛阿尔托

最早强力推动家庭治疗的团体之一是位于加利福尼亚州帕洛阿尔托的 Gregory Bateson。作为一个传统的科学家,Bateson 研究动物的行为、学习理论、进化、生态以及临床精神病治疗法。他和 Margaret Mead 在巴厘和新几内亚合作后,开始对控制论产生兴趣,他致信给 Naven,与其合作将人类学的数据和控制论的观点综合起来。Bateson 从此进入了精神病治疗的领域,他与 Jurgen Ruesch 一起开设 Langley Porter 诊所,并著书《沟通:精神病学和社会矩阵》(*Communication: The Social Matrix of Psychiatry*)。1962 年,Bateson 转而研究动物的沟通。从 1963 年一直到他 1980 年去世,Bateson 都在夏威夷海洋学研究所工作。

帕洛阿尔托项目始于 1952 年夏天,Bateson 得到了洛克菲勒基金会的基金,去研究不同层次沟通的本质。Bateson(1951)写道:所有的沟通都有两种

不同层次或功能——报告和命令。每条信息都有一个表述出来的内容,例如,“洗手去,该吃饭了”,但除此之外,这个信息还包含要怎样去做。在这个例子中,另一信息就是说话者做主。另一信息——元沟通(metacommunication)——是隐蔽的而且是不被人注意的。如果一个妻子责备丈夫洗碗机只放了半满就开始洗。他虽答应说,“好的”,但转头后重蹈覆辙。妻子可能很生气因为他没有听她的话。这里,妻子指的是信息,但是丈夫不喜欢的可能是元信息。或许丈夫不喜欢妻子告诉他应该怎样做,好像她是他的母亲。

1953年,Jay Haley 和 John Weakland 加入帕洛阿尔托。Haley 的主要兴趣在对幻想的社会和心理的分析;Weakland 是个化工工程师,对文化人类学有兴趣。不久之后,精神科医生 William Fry 加入他们的研究,他的主要兴趣是研究幽默。这一综合天才和天主教的团体不仅研究游戏中的水獭,训练带路犬,还探讨幽默的使用和意义、娱乐电影的社会和心理意义、精神病患者的说话方式。Bateson 给项目成员以充分的自由,尽管他们研究不同种类复杂的人类和动物的行为,但所有他们的研习都针对信息和使具有资格的信息之间可能的冲突。

1954年,Bateson 得到 Macy 基金会两年资金资助以研究精神分裂症者的沟通。随后不久,Don Jackson 加入这一团体,他是位杰出的精神科医生,担当临床顾问和心理治疗的督导。

这个团体的兴趣转向发展可能解释精神分裂症行为起源和本质的沟通理论,特别是在家庭的情境下。需要提及的是,在项目开始的最初,他们中并没有人想要去实地观察精神病患者和他们的家庭。

Bateson 和他的同事们假设家庭稳定通过规定家庭和成员行为的反馈来获得。不论何时家庭系统受到威胁——被打扰——它还是要维持稳定或者动态平衡。于是,表面上令人困惑的行为可能变得可以理解——如果它被认为是动态平衡机制。例如,如果不论何时父母发生争执,有一孩子就出现症状行为,症状可能会成为打断父母的争执使得他们联合起来关注这个问题的方式。于是,症状行为承担了维持家庭平衡的功能。不幸的是,在这个过程中,一个家庭成员可能不得不承担“目标病人”(identified patient)的角色。

假设精神分裂症可能是家庭互动的产物,Bateson 团体试图去辨别可能造成症状的沟通的顺序。一旦他们同意精神分裂症的沟通必然是从家庭学习

来的结果,团体寻找可能导致受混淆或者使混淆说话方式的环境。

1956年,Bateson和他的同事发表了著名的报告——“针对精神分裂症的理论”,其中介绍了这样一个概念:双向束缚(double bind)。这一概念假设精神病患者的行为在病态的家庭沟通中可能就是有意义的。病人不会自己一个人就发狂,他们是疯狂家庭环境的合理延伸。假设某人身处于一个重要的关系中,逃也不可能,不回答又不行,如果他或她收到两个相关的、但在不同层次上相互矛盾的信息,且意识到很难发现或评价不一致的地方(Bateson,1956),于是此人就处于双向束缚中。

因为这个艰涩的概念常常被误用为自相矛盾或简单矛盾信息的同义词,所以,值得仔细回顾作者列出的双向束缚的每一个特征。双向束缚有六个特征:

1. 两个或更多的人在重要的关系中;
2. 重复的经验;
3. 一个基本的负面的指令,就是说“不许做什么,否则我就要惩罚你”;
4. 第二个指令在更抽象的层面与上一个冲突,同时用惩罚和威胁的口气来强化;
5. 第三个负面指令是禁止逃跑并要求回答。没有这个限制,“受害者”不会觉得被束缚;
6. 最后,一旦受害者认为这个世界是双向束缚的,所有这些因素就不再需要了,任何一点小动静都足够引发惊慌或者愤怒。

文献中大多数双向束缚的例子都不充分,因为它们没有包括上述所有关键的因素。例如 Robin Skynner(1976)说“男生必须坚持自己的立场,不要女孩子气”,同时又说“不要那么粗鲁——不许对妈妈粗鲁”。令人困惑?是的。冲突?或许。但是这两条信息不能构成双向束缚;它们仅仅是矛盾。面对这两个说法,孩子可以自由选择遵守其中一个,或者抱怨这个矛盾。这个和许多类似的例子都忽略了两条信息是在不同层次上传递的特殊性。

一个较好的例子选自 Bateson、Jackson、Haley 和 Weakland(1956)等人原创的文章。一个年轻人在医院进行精神分裂症康复治疗,母亲来探访。当他拥抱她时,她很僵硬。但是当他退却的时候,母亲又问:“你不再爱我了?”他脸红了。她说:“亲爱的,你必须不那么容易尴尬和害怕你自己的感情。”这段

交流之后，病人开始沮丧。探访结束之后，病人袭击了医生的助手并被关到隔离室。

注意观察，在这一次的交流中，双向束缚的所有六个因素都有，而且年轻男子也明显受困。如果对象不受限制，就没有束缚可言。这个概念是互动的。

另一双向束缚的例子是一个老师催促学生积极参与课堂，但实际上学生问问题或者发言打断他的时候，他就显得很不耐烦。于是，令人不理解的事情就发生了。因为一些奇怪的原因，这些科学家还没有能解释。当他们的发言被忽略或者嘲笑时，同学们倾向于在课堂上不说话。当一个教授最后来上课，提问但没有任何应答时，他就很愤怒，“这些学生太被动！”如果有一个学生莽撞地批评教授缺乏接纳性，他会变得更愤怒。于是，这个学生可能会受到惩罚，就是因为他认为老师都只是想让自己的想法被听到、被欣赏（当然，这个例子是编造的）。

我们都偶尔受困于双向束缚，但精神病患者却要经常应对它——结果就是变疯。不能对这样的困境作出反应，精神病患者常常采取防御，或者仅仅直接、表面地给出隐晦的回答或者比喻。最后，精神病患者就像妄想症患者那样，会认为每一句话都有隐藏的涵义。

发现精神病患症状在某些家庭中有意义可能是个科学的进步，但同时又带有道德和政治的暗示。这些观察者不仅将自己视为杀死家庭怪兽解救“目标病人”的骑士，也将自己视为圣战中的战士来反抗精神病学的基础。面对众多敌对的批评，家庭治疗的拥护者挑战着认为精神病是生理疾病的传统假定，各地的心理治疗师们群起欢呼。不幸的是，他们错了。

对精神病患的行为观察似乎适合一些家庭，但并不意味着家庭造成了精神病。从逻辑的角度来说，这种推论过于轻率。令人悲伤的是，有精神病患成员的家庭长期以来苦于这一假定，他们还要为孩子的心理疾病灾难而受到责备。

在有关双向束缚的论文发表之后，很多项目开始一起访谈父母和他们的精神病患子女。这些会谈的探索性多于治疗性，但是确实代表了一个主要的发展：实际去观察家庭的互动而不是只去猜测。这些联合家庭会谈促进了家庭治疗运动的开始，我们将在下一个部分讨论它们揭示了什么。

Bateson 团体的所有发现都结合在一个点上：家庭作为一个组织的沟通

中心。他们总结认为,是病态的沟通使得家庭呈现病态。他们所不同意的是所观察到的模糊行为的潜在动机。Haley 相信偷偷摸摸地争夺人际控制是造成双向束缚的推动力;Bateson 和 Weakland 认为最急迫的是要揭示不能接受的感觉。但是他们都认为即使不健康的行为也可能适应于家庭环境。这个天才团队的两个最重大的发现分别是:(1) 沟通的多种层次;(2) 关系的破坏性模式可以保存在家庭互动的自我调节之中。

■ Theodore Lidz——耶鲁

Theodore Lidz 对精神病患者的家庭动力的观察聚焦在两个传统精神分析关注的问题上:固定的家庭角色和父母错误模式的自我认同。

Lidz 挑战传统的认为母亲的拒绝是精神病家庭的重要特征的看法,在其著名的发现中,他观察到更多破坏性的影响来自父亲。在其里程碑式的论著《精神病患者的家庭内部环境 I: 父亲》(*Intrafamilial Environment of the Schizophrenic Patient, I: The Father*)(Lidz, Cornelison, Fleck 和 Terry, 1957a)中,Lidz 和同事描述了精神分裂症患者家庭中病态父亲的五种模式。

第一种,父亲是极权而又固执的独裁者,与妻子有持续的冲突。第二种,父亲与孩子敌对而不针对妻子,他们认为是孩子夺去了妻子的关心和爱护,举止行为更像一个嫉妒的兄弟而不是一个父亲。第三种,父亲表现出明显的不可一世,他们冷淡而且疏远。第四种,父亲生活失败,就好像从来不在家里。这种家庭中的孩子生长在父亲缺席的环境。第五种,父亲被动而且消极,行为举止更似孩子而不是父亲。他们很快乐,几乎很母性化,但是给孩子的身份认同带来一个坏榜样。这些被动的父亲不能抵御妻子控制欲的影响力。Lidz 认为在一个没有父亲的家庭成长总好过与一个过于冷淡、虚弱而不能提供健康自我认同模式的父亲一起成长。

在描述了精神分裂症家庭父亲的几种病态性格之后,Lidz 将他的关注转向婚姻关系中的缺陷。他的发现揭示了另一个主题:角色互惠的缺失(an absence of role reciprocity)。在一对成功的关系中,你不仅可以完成你自己的角色——变成一个有效的人;同时也可以平衡你和伴侣之间的角色——变成一个有效的伴侣。在 Lidz 研究的精神分裂症的家庭中,配偶不能完成他们自己的角色,也不能支持伴侣的角色。

Lidz 发现,他研究的所有个案都有一对受到破坏的婚姻关系(Lidz, Cornelison, Fleck 和 Terry, 1957b)。聚焦在不能达成相互的、合作的角色这一层面上,Lidz 将之分为两大类型的不和谐。第一种是婚姻分裂(marital schism),这是长期不能顺应对方或实现角色互惠。那些丈夫与妻子长期诋毁对方的价值并公开争夺孩子们的忠诚和爱。他们的婚姻是战斗的堡垒。另一种模式成为婚姻倾斜(marital skew),一方有严重的精神病并控制另一方。于是,父母中,一方严重依赖另一方,另一方则变成了一个强大的父母形象,但实际上却是病态的特强凌弱者。在 Lidz 的个案中,虚弱的一方常常是父亲,与强悍一方母亲的病态扭曲相安无事。在所有这些家庭中,不快乐的孩子被冲突的忠诚所拉扯并承担着平衡父母不稳定婚姻的沉重压力。

■ Lyman Wynne——国家心理健康研究所

没有一位家庭治疗的领袖像 Lyman Wynne 一样拥有漫长而又杰出的事业。他那无可挑剔的学术风范以及对不幸的热忱关注使得他为 40 年持续而又大量卓有成效的研究奉献了诸多灵感。像前辈们一样,Wynne 也考察沟通与家庭角色。使得他的工作与众不同的是,他关注病态的思维方式是怎样在家庭中传递的。

1948 年,Wynne 结束在哈佛的医学训练,继续在社会关系系攻读博士学位。在那里他遇到社会学、心理学和社会系统研究领域的顶尖人物,其中有 Talcott Parsons。从他们那里,他开始认为个人的人格是家庭大系统的子系统。对于 Wynne 来说,认为“我们是比我们更大的系统的一部分”的想法成为他处理有困难个人的专业特点和致力于解决社会问题的动因。因为这两个关注点,Wynne 成为整个领域的模范人物。

(Lyman Wynne 的研究将家庭中沟通失常与精神病患者的思维障碍联结起来。)

1952 年,Wynne 加入国家心理健康研究所的 John Clauson 实验室进行社会环境研究,在那里他开始集中研究有心理病人的家庭(Broderick 和 Schrader,1991)。1954 年,当 Murray Bowen 来到国家心理健康研究所并成为精神病患者及其家庭的研究项目负责人时,Wynne 寻找到和他一样相信家庭应该成为治疗的整体的同事(即使他们在治疗的本质上观点不尽相同)。当

Bowen 1959 年离开国家心理健康研究所时, Wynne 接任为家庭研究的负责人, 一直到 1970 年代初。

在国家心理健康研究所任职期间, Wynne 在华盛顿精神分析研究所学习, 也是华盛顿精神病学院的成员。从 1950 年代至 1970 年代, Wynne 发表了很多研究报告并培训了很多有天分的临床研究者, 包括 Shapiro、Beels 和 Reiss。1972 年, Wynne 离开国家心理健康研究所成为罗切斯特大学精神病系的教授和系主任。1997 年退休。

Wynne 对精神病家庭的研究开始于 1954 年, 他从那时起开始每周见两次住院病人的父母。最让他感到震撼的是这些扰乱的家庭中都有着一种奇怪的、不真实的、既积极又消极的情绪, 他将其称为假相容关系(pseudomutuality)和假敌对关系(pseudohostility), 围绕它们的界限的本质是: 橡胶栅栏(rubber fence)——表面上容易屈服, 但是实际上不受外界的影响(尤其是治疗师)。

假相容关系(Wynne, Ryckoff, Day 和 Hirsch, 1958)是表面的团结掩盖了冲突并阻塞了亲密。假相容家庭不自然地害怕分离。他们过于关注团结在一起以至于没有空间给分离的自我身份或者多元的自我兴趣。这些家庭不能容忍深切、诚实或者独立的关系。表面的联结淹没了深沉的情感和性感受, 并将冲突和亲密一起拒之门外。

假敌对关系是运用类似的技巧去掩盖结盟(alignments)或者分裂(splits)的另一种伪装(Wynne, 1961)。假敌对关系是一种自救的手段。尽管嘈杂而又剧烈, 它代表的只是一种表面的分裂。假敌对关系更像是喜剧家庭中吵吵闹闹, 而不是真正的仇恨对方。和假相容关系一样, 它模糊了亲密、情感与深入的仇恨之间的界限, 假敌对关系破坏了沟通并削弱了对关系的真实理解和理性认识。

橡胶栅栏是一个看不见的障碍, 可以收缩, 允许必需的外来介入, 例如上学, 但是如果这一介入过于深入, 它又会弹回来。家庭的固定角色结构被家庭的孤立持续保护。橡胶栅栏最具破坏性的特点是那些最需要通过与外界接触以便纠正家庭扭曲现实的人是家庭最不允许的人。这些精神分裂症患者的家庭不是社会的子系统(Parsons 和 Bales, 1955), 而变成了病态的自我小社会。

Wynne 将一个新概念沟通失常(communication deviance)和一个旧概念

思维障碍(thought disorder)联系起来。他认为,沟通是传递思维障碍的工具,思维障碍则是定义精神分裂症的特征。沟通失常是一个比思维障碍更加互动的概念,且比双向束缚更容易直接观察到。截至1978年,他研究了超过600个家庭并收集了无可争议的证据,表明沟通失常形式是有青年精神分裂症患者家庭的最显著特点。类似的障碍也会出现在家庭的边界、神经症或者是正常的家庭之中,但是程度要弱很多(Singer, Wynne 和 Toohey, 1978)。这个观察——沟通失常并不局限于精神分裂症家庭,而是存在着一种持续性(越失常越病态)——和其他研究表明的“精神障碍的谱系”是一致的。

■ 角色理论家

家庭治疗的奠基者最初是从通过仅关注言语沟通起步而获得动力的。在那个阶段是适宜的,但只关注家庭生活的一个方面会忽略个人主体之间的相互影响以及更广泛的社会影响。

角色理论家,如 John Spiegel,说明了个人是怎样在家庭系统中区分社会角色的。这个重要的事实被过于简单的系统理论遮蔽起来。依其理论,个人仅被视为机器中的齿轮。早在1954年,Spiegel指出治疗中的系统包括治疗师和家庭[这个概念后来再次引入为“次级控制论”(second-order cybernetics)]。他也将“互动”(interaction)和“接触”(transaction)作出了有价值的区分。Billard认为互动——它们相互碰撞和改变对方的进程,但本质上没有变化。人们接触——聚在一起不仅改变了对方的习惯,也造成了内在的变化。

具有讽刺意味的是,在这个领域,循环因果成为最受欢迎的概念。它错误地将家庭的负面影响看成是线性的——责备父母拒绝,过度保护,或者双向束缚子女——这不仅不公平,而且对家庭治疗的声誉有着持久的破坏力。有心理疾病成员的家庭有理由对因为孩子的不幸而遭到的批评进行自我捍卫。

1951年,精神病学促进会(the Group for the Advancement of Psychiatry, GAP)认识到家庭一直被精神病学忽略,决定成立委员会,委任 John Spiegel 作为领袖在这个领域做调查研究并报告其发现。GAP委员会报告(Kluckhohn 和 Spiegel, 1954)强调角色是家庭的主要结构组成部分。他们得出结论,健康的家庭包括相对少而且固定的角色,因为这个模式是教导孩子去了解地位和身份的基础。每个角色都有规范,孩子要通过模仿和认同来学习

这些规范。

家庭角色之间不是彼此独立的,每个角色都被其他角色包围,都是相互的。例如,如果没有一个顺从的妻子,就没有一个掌控的丈夫。两个或多人卷入相互接触的角色行为定义并规范了他们之间的互动。一个常见的例子就是在许多家庭中,父母中的一方比另一方严格。他们的区别在一开始可能很细微,但是一方越严格,另一方就会越仁慈。精神病学促进会委员会说明角色作为一种功能,既受到外部社会的影响也受到内在需要的推动。于是,角色理论成为人际间和个人内部结构的桥梁。

1953年,Spiegel去哈佛医学院进修角色理论和家庭病理学。他观察到有症状的孩子倾向于卷入父母之间的冲突,没有症状的孩子的父母也可能有冲突,但是他们不直接卷入。Spiegel(1957)用精神分析的术语说明了他的观察:孩子认同了父母潜意识的愿望并表现出他们的情绪冲突。孩子表现出来的行为成为父母的防卫机制,这样,父母就不用面对自己的冲突以及他们之间的冲突。

R. D. Laing对家庭动力的分析常具更多的辩论性而非学术性,但是他的观察也使得家庭的角色在精神病理学中更广为人接受。Laing(1965)借用了马克思的概念神秘化(mystification,阶级剥削),并将其运用在“家庭政治学”中。神秘化是指通过否认或者重新标签去扭曲孩子的经验。有这样一个例子,父母对一个感觉很难过的孩子说,“你一定是累了”(去睡觉吧别来烦我)。类似地,“好”孩子总是安静的、顺从的,但这样的孩子也会是无精打采的。

神秘化的主要功能是为了维持现状。神秘化使得知觉和感觉相矛盾,更严重的是和现实相矛盾。当父母持续神秘化一个孩子的经验时,孩子的存在就变成了不真实。因为他们的感受不被接纳,这些孩子投射出一个虚假的自我(false self)以便隐藏起自己的真实自我(real self)。情况不严重的话,这会造成缺乏自主性,但是如果真实自我/虚假自我表现的分离到了极端,结果就是疯狂(Laing,1960)。

婚姻辅导

专业婚姻辅导的历史对家庭治疗的推动不大,因为它们多数是在主流精

神病学之外。许多年来,婚姻辅导员作为一个独立职业的存在似乎没有明显的必要。有婚姻问题的人们,过去是,现在依然更愿意去和医生、牧师、律师或老师交谈,而不是去找心理健康专业人士。第一个专业婚姻辅导中心成立于1930年左右。Paul Popenoe 在洛杉矶开设家庭关系研究院,Abraham 和 Hannah Stone 在纽约开设了类似的诊所。第三个中心是1933年由 Emily Hartshorne Mudd 在费城成立的婚姻辅导站(Broderick 和 Schrader,1981)。从1942年开始,这些新的专业人士每年聚会一次,并于1945年成立美国婚姻辅导员联合会。

当这些发展出现时,一些平衡的趋势在精神分析师中出现,他们倾向于开始联合婚姻治疗。尽管大多数精神分析师一直追随着弗洛伊德反对与病人家庭接触的禁令,少数打破了这些规定并开始实验:对夫妻进行协同(concurrent)和联合(conjoint)治疗。

最早的对已婚夫妇的精神分析报告是1931年由 Clarence Oberndorf 在美国精神病学联合会会议上所作(Oberndorf,1938)。Oberndorf 提出一个理论,认为已婚夫妻有连锁的神经症,一致治疗会取得最佳效果。这个观点对治疗夫妻有兴趣的分析在治疗界达成共识。“因为婚姻的持续性和亲密本质,每个已婚人士的神经症状都和婚姻关系紧密相关。这是一个有效的同时也是不可缺少的治疗手段,聚焦在互补模式的分析讨论上,如果需要的话,将双方都纳入治疗。”(Mittleman,1944,p. 491)

1948年,纽约精神分析学院的 Bela Mittleman 首次在美国出版了关于协同婚姻治疗的论述。在此之前,Rene Laforgue 曾在1937年报告过他针对同一家庭的几个成员的经验所作的个人分析。Mittleman 建议妻子和丈夫应该被一个分析师治疗,通过见他们双方可以重新考察他们对对方的非理性认识(Mittleman,1948)。从精神分析师的角度来说,这真是一个革命性的转变:认为对象关系的现实可能至少和他们的内在心理表述一样重要。Nathan Ackerman(1954)认为对已婚夫妇的同时治疗是个好主意,并提出母亲和孩子一起治疗也会从中获益。

其间在英国,客体关系(object relations)成为精神分析师关注的焦点, Henry Dicks 和他的助手在 Tavistock 诊所建立了家庭精神病治疗小组。治疗对象多由离婚法庭转介过来,帮助调解他们之间的不和(Dicks,1964)。随

后,Balints 夫妇将他们的家庭讨论事务所(Family Discussion Bureau)和 Tavistock 诊所合并。联合诊所的声望以及他们婚姻个案工作的经验,就这样间接地进入了婚姻辅导这个领域。

1956年,Victor Eisenstein(新泽西神经精神医学研究所的主任)出版了一本书,名为《婚姻中的神经症互动》(*Neurotic Interaction in Marriage*)。其中,好几篇文章都写到婚姻治疗的艺术。Frances Beatman(1956)(纽约犹太家庭服务中心的副主任)说明了治疗婚姻问题的个案工作方法(Beatman, 1956)。Lawrence Kubie(1956)写了婚姻动力的精神分析报告(Kubie, 1956)。Margaret Mahler(1956)说明了婚姻冲突对孩子发展的影响(Mahler 和 Rabinovitch, 1956)。Ashley Montague(1956)为婚姻的动力影响增添了文化视角(Montague, 1956)。

在同一本书中,Mittleman(1956)写了一篇内容更广的关于他对婚姻障碍及其治疗的看法。他描述了大量互补的婚姻模式,包括攻击/被动和疏离/苛求型。按照 Mittleman 的说法,一旦这些奇怪的搭配形成之后,这些夫妻会通过他们眼中的幻觉去扭曲对方的人格:她认为他的独立是一种力量,他认为她的依赖是一种崇拜。Mittleman 也指出配偶对对方的反应由他们和父母之间的关系所塑造。没有洞察力,潜意识的冲动会主导婚姻行为,导致相互间的神经症行为和反应。关于治疗,Mittleman 相信在 20%的情况下,治疗师可以一起治疗家庭中的所有成员;在其他的情况下,为每个成员提供不同的治疗师效果可能会更好。

同一时期,Don Jackson 和 Jay Haley 也从沟通分析的框架下著书论述婚姻治疗。因为他们的观点在所有治疗师中显得非常突出,婚姻辅导因此被纳入更广大的家庭治疗运动中。

许多作者不能区分婚姻治疗和家庭治疗。按照他们的思维方式,认为对于夫妻的治疗只是将家庭治疗套用到特定的家庭子系统上。我们倾向于同意这种想法,于是,你将发现我们对夫妻及其问题的许多描述包含在这本书对很多模式的讨论中。然而,有的案例也使得夫妻治疗更像一个独立的事业(Gurman 和 Jacobson,2002)。

从历史上来看,许多对于夫妻治疗有成效的流派都先于家庭治疗的出现。其中有认知—行为婚姻治疗、客体关系婚姻治疗、情绪中心夫妻治疗以及很多

第十四章讨论的整合的流派。除了谁先出现这个问题之外,夫妻治疗不同于家庭治疗的实践在于,允许更多深入聚焦在心理以及个人的经验。与全家人的会谈倾向于更加吵闹。在那种场合下谈他们的感受、愿望和恐惧是可能的,但是不可能花很多时间探索任何个人的心理,这种探索肯定少于只有两个人时。另一方面,在夫妻治疗时,应允许更聚焦在双方的交流以及他们的亲密关系的潜在经验。

从研究到治疗：家庭治疗的先驱者

我们已经知道家庭治疗怎样从医院精神病学、团体动力、人际精神病学、儿童指导运动、对精神分裂症的研究以及婚姻辅导的发展中预见出来。但是,实际上是谁开创了家庭治疗呢?尽管没有人去争夺这个荣誉,但这一声望应该由 John Elderkin Bell、Don Jackson、Nathan Ackerman 和 Murray Bowen 来分享。除了这些家庭治疗的创立者之外, Jay Haley、Virginia Satir、Carl Whitaker、Lyman Wynne、Ivan Boszormenyinagy、Christian Midelfort 以及 Salvador Minuchin 都是重要的先驱者。

■ John Elderkin Bell

John Elderkin Bell, 克拉克大学(伍斯特, 马萨诸塞州)的心理治疗师, 1951 年开始治疗家庭, 并在家庭治疗的历史上占据了独特的地位。他可能是第一位家庭治疗师, 但是在两篇重要的关于这一运动历史的报告中却很少被提及(Guerin, 1976; Kaslow, 1980), 因为尽管他在 1950 年代就开始治疗家庭, 但是直到 10 年后他才开始发表文章。此外, 和其他家庭治疗之父不一样, 他几乎没有接班人。他没有建立重要的临床中心, 没有发展出一个训练项目, 或者培训出知名的学生。

Bell 的方法(1961, 1962)直接取自团体治疗。“家庭团体治疗”主要依赖于促进公开的讨论以帮助家庭解决问题。和团体治疗师一样, Bell 的干预是鼓励沉默的成员说话, 他也说明他们阻抗的原因。

Bell 相信家庭团体治疗经过可预测的阶段就好像由陌生人组成的团体所做的那样。在他的早期工作(Bell, 1961)中, 他仔细设计不同阶段的治疗方

案,每个阶段都聚焦在家庭特定的部分。后来,他变得较少具有引导性,允许家庭进入一个自然伸展的过程。关于家庭团体治疗更详细的描述,请见第三章。

■ 帕洛阿尔托

Bateson 团体闯入家庭治疗领域或多或少是个意外。当这个团体 1954 年开始会见精神分裂症患者的家庭,希望去解释他们沟通的模式时,项目成员发现他们陷入了一个帮助解除那些不快乐的人的痛苦助人角色。当 Bateson 成为无可置疑的团体领袖的时候,Don Jackson 和 Jay Haley 成为发展家庭治疗最有影响的人物。

Jackson 拒绝了那些他从训练中获得的精神分析的概念,而聚焦在人们互动的动力上,沟通分析成为他的主要工具。到 1954 年,Jackson 发展了一个初步的家庭互动治疗,在被递交到在圣·路易斯召开的美国精神病学联合会大会的题为“家庭动态平衡问题”(The Question of Family Homeostasis)的文章中,Jackson 借用生物学和系统理论,描述家庭是一个动态平衡系统,维持内部功能的相对稳定性。(Don Jackson 说明有问题的沟通模式从某种角度看,现在还是有用的)

Jackson 的家庭动态平衡概念是一套抵制改变的系统,这成为家庭治疗前 30 年的代名词。现在看来,我们可以说强调动态平衡会过于强调家庭的保守性,低估了它们的灵活性。但在那时候,认识到家庭抵制改变和作为抑制作用的影响力,对于理解什么卡住了人们有很大作用。

尽管在实践上,Jackson 和他的同事可能过于简化了家庭动态平衡的本质,但他们的理论文章还是逐渐变得复杂起来。他们认识到,一致性并不一定等于僵化(早在 1939 年,生理学者 Walter Cannon 说,“面对外部的混乱,即使社会和工作组织也会维持一个相对稳定状态”)。家庭动态平衡是一个动态的状态,正如 Cannon 所说是相对的稳定性。家庭寻找维持或者恢复现状,家庭成员的功能就好像管理者以防止家庭按照刺激错误的路线行事(Haley, 1963)。结果就不仅是一成不变,而且带来行为变化的稳定性。

在《精神分裂症状和家庭互动》(*Schizophrenic Symptoms and Family Interaction*)(Jackson 和 Weakland, 1959)一书中,Jackson 描述了病人的症

状是怎样维持了家庭的稳定性。有这样一个例子,一个年轻女人被诊断为紧张性精神症患者,她最明显的症状就是极度的优柔寡断。然而,当她可以决定自己的行为时,她的父母分居了。她的母亲变得无助和依赖,她的爸爸也确实变成了性无能。在一次家庭会谈中,她的父母没有注意到病人做了一个简单的决定。直到听了三次会谈录音,他们才最终听到女儿的说法。病人的优柔寡断不是疯狂或无意义,而是在保护父母,不让他们面对自己的困难。这是最早发表的关于病症怎样在家庭系统中发挥作用的案例之一。这个案例还包含了一个敏锐的观察,孩子的症状常常是父母问题的夸大。

从心理推论到沟通顺序的行为观察,Jackson 发现他需要一种新的语言来形容互动。他的基本假设是所有持续关系中的人们发展成套互动的模式。他将这种模式称为“行为过剩”(behavioral redundancy)(Jackson,1965)。

这个术语“过剩”(redundancy)不仅捕捉了家庭行为的重要特征,也反映了 Jackson 的现象学的姿态。传统的精神科术语例如投射(projection)、阻抗(defense)和退化(regression)暗示内在的动力多于早期家庭治疗师的简单描述语言。即使在开处方使用的概念中,Jackson 依旧热衷于描述。他的规则假设(rules hypothesis)只是总结观察有过剩行为模式的亲密团体(两个、三个或者更多)的方法。规则(好像学哲学的学生学习何时学习决定论)能解释规律性而不是控制。规则假设的另一部分是家庭成员只用一些对他们方便的行为。这个看来无知的事实却恰恰使得家庭治疗存在成为可能。

来寻求治疗的家庭好像是卡在很少的选择之中,或是在不必要的顽固规则之中。既然大多数的家规是没有说出来的,没有人认可它们,所以它们也很难改变。然而,治疗师作为局外人可以帮助家庭看到和检测到其生活的规则。

Jackson 的治疗策略是建立在这一基础上的:精神病是源于人们在既定的框架中与他人接触的方式。他认为人类行为是相互的和在特定环境下产生的。问题解决包括转变问题发生的情境。尽管 Jackson 写的文章大多是关于理解家庭,而不是治疗家庭,许多他的解释性概念[动态平衡机制(homeostatic mechanism)、代替物(quid pro quo)、双向束缚(double bind)、对称(symmetry)和互补(complementarity)]依然说明了他的策略,并变成了系统取向家庭治疗师的早期语言。他最早尝试区分有功能的互动[多余的行为模式(redundant behavior pattern)]和无效的互动[维持问题(problem-maintaining)]。为

此,他观察什么时候问题出现,在什么情境下出现,谁来说这个问题,人们又是怎样回应这个问题。假设症状是动态平衡机制,Jackson 常常探究为什么问题在变好之后,家庭可能会变得更糟糕。个人可能希望变好,但是家庭可能需要一些人去扮演病人的角色。改善可能会威胁到事情的防御顺序。

Jackson 以家庭动态平衡系统的模式强调维持症状行为质的平衡。这会导致观点背离和失常,例如症状的和非理性的行为,不一定是负面的,至少对那些与此共存的人来说不是。例如,一个父亲吸烟,可能会使得他对妻子少提要求或者少强迫或约束孩子。不幸的是,跟随着 Jackson,一些家庭治疗师从症状的观察跳到假设的目的,即一些家庭需要一个患病的成员,因此,常常导致一个观点:父母导致替罪羊的孩子。尽管这句话听起来很漂亮,因为孩子的失败而责备父母是历史悠久的传统的一部分。如果一个6岁的男孩在家里有不良表现,或许我们应该去注意一下他的父母。丈夫的酗酒不一定是家庭的错误,如果暗示家庭对他们精神分裂患者的精神病行为有责任,这对家庭一定不公平。

回顾从前,我们能看到早期是如何强调动态平衡,以及家庭作为机器的控制论的比喻,这一取向导致了治疗师更多地被视为机械工而不是医治者。他们热切地要从病态家庭的束缚中解救出“家庭的替罪羊”,但早期的家庭治疗师引发了自我抱怨的抵制。治疗师认为自己是在解救家庭中的无辜受害者,采取了敌对的立场好像一个要去摧毁乌龟背上的壳,然后才发现这个生物根本不想从壳中爬出来。

Jackson (1965)最锋利、最有影响的文章当属“家规:婚姻补偿物”(Family Rules: Marital Quid Pro Quo)。根据 Jackson 的说法,婚姻中的角色分配不只是因为性别差异,而是他们起源于在长期关系中有效的系列代替品。传统的看法认为婚姻角色源于性别差异,将行为归因于性格,而不是认为关系的范围依赖于互动和在人们之间有效的互动规则。Jackson 的观点并不认为性别差异不存在,但是它相对不那么重要。正如其他任何关系一样,婚姻中的主要差异怎样运作,不是既定的模式。事实是许多婚姻的代替品不是有意识的或是明显的,所以家庭治疗师能够扮演一个有用的角色,寻找出无效的或者是不公正的安排。

Jackson 另一建设性的思想是对互补关系(complementary relationship)

和对称关系(symmetrical relationship)的两分(和许多重要的家庭治疗观点一样,这一概念也是由 Bateson 最先提出)。在互补关系中,人们不相同但互相吻合:如果一方是逻辑的,另一方则是情绪化的;如果一方弱,另一方则强。对称关系建立在平等和相似的基础上。如果一对夫妻都有职业且分担家务就是对称关系。

大多数 Jackson 的概念(互补/对称、代替品、双向束缚)说明了两个人之间的关系。尽管他的本意是发展出描述家庭互动的语言,但是他最成功之处还是在描述夫妻关系。只聚焦在婚姻关系的双方是帕洛阿尔托团体的一个局限性。他们对沟通的兴趣导致了一个成人中心的偏见,并且他们倾向于忽略孩子以及组成家庭的各种三角。

Bateson 团体的伟大发现彰显了家庭中不存在简单的沟通,每个信息都由另一个更高层次的信息来限定。在《心理治疗的策略》(*Strategies of Psychotherapy*)一书中, Jay Harley (1963)发现转换信息是怎样被用于争夺控制权,这是许多关系的特征。他认为,症状代表了不同层次之间沟通的不一致。有症状的人做一些事情,例如在开门之前碰了门把六次,然而同时他还在否认他真正做了。他情不自禁,这只是他的现状。然而,这个人的症状,虽然他控制不了,但却有了后果。对于一个患了类似强迫症的人,你是很难期待他在早晨走出房间的,不是吗?

既然症状行为不是“理性的”,Haley 也不依赖与病人讲道理来帮助他。相反,治疗变成猫捉老鼠的策略游戏。

Haley(1963)认为他的治疗是一种引导形式的治疗并将其归功于 Milton Erickson,因为从 1954~1960 年,他师从 Erickson 学习催眠。确实,从 Haley 的早期文献来看,很难区分 Erickson 何时“离开”,Haley 何时“诞生”。在他称为“快速治疗”中,Haley 几乎将环境对病人症状的影响可能降到最低。他的第一步设计常常是去控制治疗关系。Haley 引用 Erickson 的方法在第一次会谈中就建议病人:有一些事情他们愿意说,但也有另外一些事情他们不愿意说,所以,那些不愿意说的,就应该不说。因此,治疗师是在指导病人恰好去做他们能够做到的事情,于是治疗师在不自觉中就占据了上风。

快速治疗的决定性技巧就是引导(directives)的使用。正如 Haley 所说,向病人去解释问题是不够的,真正有用的是让他们做实际的事情。

Haley 的一个病人是自由摄影师,他强迫性地制造愚蠢的瑕疵以毁掉每张照片。最后,病人变得由于太希望避免错误以至于紧张得不能去拍照片。Haley 指挥这个人出去拍三张照片,要求是每张都要有明显的错误。这里的悖论就在于如果你有意去这样犯错误的话,你就不会无意犯错。

在另一个著名的案例中,Haley 告诉患失眠症的人,如果他半夜醒来就一定要起床然后去给厨房的地板打蜡。病人立刻痊愈!这里说明了一个控制论的原则:人们会做任何事情以便逃避做家务。

大多数来自帕洛阿尔托团体的概念——双向束缚、互补性、代替物——都聚焦在双方的关系上,但 Haley 也开始对三方的关系发生兴趣,正如他所说的联盟(coalition)。联盟和结盟(alliance)不同,后者只是双方的合作安排,并不以牺牲第三方为代价。在 Haley 观察到的有症状的家庭,大多数联合是“跨代的”(cross-generational),即父母中的一方集合孩子来反对另一方。例如,母亲常常在为孩子说话的时候贬低父亲。此外,孩子慢慢使得自己介入争吵的父母之间,要不就成为“小帮手”,要不就是变成“小病人”。

在《病态系统理论》(*Toward a Theory of Pathological Systems*)中,Haley 描述他所称的“倒三角”(perverse triangle),常常会导致暴力、精神病或者是系统的破坏。一个倒三角就是隐藏的联盟,破坏了跨代的等级关系。例如,每当母亲想惩罚孩子的时候,孩子都向奶奶寻求安慰,或者一方向孩子抱怨另一方的不好。倒三角遍布在组织中,例如,一个领导联合下属反对另一个领导,或者是教授向学生抱怨他们的系主任。超越控制论、二元到三元和等级关系,Haley 变成了家庭治疗的策略和结构学派的桥梁性人物。

另一在家庭治疗前十年扮演领导角色的帕洛阿尔托团体成员是 Virginia Satir。她是魅力超凡的创新者,其临床艺术比理论贡献更出名。对于那些有幸看到她的现场示范的人来说,对她的影响倍感鲜活。和帕洛阿尔托的同事一样,她的兴趣也在沟通,但是增加了感受的层面以便平衡相对冷静和思考的取向。

Satir 认为遇到问题的家庭成员受困于狭窄的家庭角色上,例如受害者、讨好者、叛逆者或救助者,这些角色抑制了关系并侵蚀了自尊。她关注的焦点是,怎样区分这些自我限制的角色并将家庭成员从羁绊中解放出来,这个焦点和个人密切相关。于是,Satir 在早年家庭治疗的发展中是一股人性化的力

量,因为当时许多人迷恋系统的隐喻而忽略家庭的情感生活。

Satir 关注澄清沟通,表达感受并培养一个相互接纳和温暖的气氛。她的伟大力量在于不仅将家庭的愤怒和怨恨联结起来,也要联结希望和恐惧、向往和失望。能够将愤怒暴发背后的孤独、渴望引发出来的治疗师就是可以将人们团结在一起的治疗师。

Satir 真正著名之处还在于她化消极为积极的能力。这是成为一名家庭治疗师的重要技巧。大多数家庭至少有一个成员,他们因为错误或失败变成了局外人。除非这些不太受欢迎的人能够被重新纳入家庭关系,否则很难治疗或者是合作。

在 Lynn Hoffman(1981)的书中,有这样一个例子,Satir 会见了当地牧师的家庭,这家有个青春期儿子,他使两名女生怀了孕。在会谈的屋子里,一边坐着男孩的父母和兄弟姐妹,男孩坐在对面的角落,头低垂着。Satir 自我介绍并对男孩说:“你爸爸在电话里和我讲了很多你的情况,在我们开始之前我想说一句,对有一点我们是确信的,我们知道你的本质是好的。”男孩抬起头非常吃惊,这时 Satir 转向男孩的母亲,响亮地问:“你可不可以先告诉我们你的看法?”

1964年,Satir的著作《联合家庭治疗》(*Conjoint Family Therapy*)的出版确实起到推广家庭治疗运动的作用。这本书以及《人类沟通的语用学》(*Pragmatics of Human Communication*)(Watzlawick, Beavin 和 Jackson, 1967)有助于推动帕洛阿尔托团体关于系统思考流派的影响。最终,Satir 变成人类潜能运动的领袖,我们将在第八章详细讨论。

■ Murray Bowen

和许多家庭治疗的创立者一样,Murray Bowen 是一个专治精神分裂症的精神科医生。然而和其他人不一样,在工作中他强调理论,至今为止,Bowen 的理论也是家庭治疗创始以来最丰富的系统。

1946年,Bowen 开始了他在 Menninger 诊所的临床工作,在那里,他研究小村庄里住在一起的母亲和她们患精神分裂症的小孩。那时他的主要兴趣是母亲—孩子共生现象,这引发他创造出一个自我分化(differentiation of self)的概念(独立于他人,情感和想法的分开)。后来,Bowen 去国家心理健康研

究所(NIMH)工作,设计出一个项目,让精神分裂症的全部家庭成员都住在医院。这个项目就将母子共生现象的概念扩展到包括父亲的角色,引发了三角化(triangles)的概念(通过将孩子拉进来,将两个人之间的冲突转移)。1959年,Bowen 离开 NIMH 去乔治敦医学院(Georgetown Medical School)做精神病理学的教授以及训练项目负责人,直至 1990 年去世。

在 NIMH 早年(1954)的项目中,Bowen 为家庭中不同成员提供不同的治疗师。然而,他发现这些努力好像要拆散家庭。家庭成员不是想怎样一起努力解决他们相互间的问题,反而会想,“我要和我的治疗师商量一下我的问题”(Bowen,1976)(当然也不会发生两个人一起去见我们的个人治疗师)。一年后,认识到家庭是个障碍的整体,Bowen 开始一起治疗家庭。于是,1955 年,Bowen 成为最早发明家庭治疗的人之一。

始于 1955 年,Bowen 开始为整个项目成员和所有家庭开设大型的团体治疗。在早年的网络治疗形式中,Bowen 假定团结而且开放的沟通会有治疗效果:对于家庭间的问题以及家庭与工作成员之间的问题。

起初,Bowen 雇佣了四个治疗师来处理多元家庭会谈,但后来觉得不满意,因为他注意到治疗师试图将家庭拖到不同的方向。所以,他让一个治疗师负责,委托其他治疗师起到支持的作用。然而,就像不同治疗师要拖向不同的方向一样,不同的家庭也是一样。当一个紧迫的话题在一个家庭展开时,另一个家庭中的一些人会变得焦急并渴望换话题。最后,Bowen 决定家庭要轮流,所以在一次会谈中,一个家庭会成为焦点,其他家庭则变成沉默的观众。

最初,Bowen 对单独家庭的治疗方法也类似于在大型会谈中运用的那样。他做大多数家庭治疗新手做的事情:将家庭成员带到一起并只是试图让他们说话。他起初认为,只要坐在一起谈论相互间的关系,家庭就会改善。但是他很快又抛弃了这个想法。没有结构的家庭谈天就好像几个实力悬殊的选手之间的拳击混战,对治疗没有建设性成果。

当 Bowen 让家庭成员坐在一起讨论他们的问题时,他受困于成员之间强烈的情绪反应(emotional reactivity)。情感战胜了理性,群体的嘈杂淹没了个人的独立性。Bowen 觉得家庭倾向于将他拖入不分化的家庭自我混乱(undifferentiated family ego mass)的中心,他必须要起到协调的作用去维持中立和客观(Bowen, 1961)。在家庭讨论中保持客观、关注过程而不是内容

的能力,是区分一个治疗师和家庭戏剧参与者的关键。

为了控制情绪的层次,Bowen 鼓励家庭成员和他说话,而不是彼此说话。他发现,对人们来说,如果他们的伴侣和治疗师说话而不是直接对他们说话,他们比较容易听得进去也不会急切地作出反应。

Bowen 也发现治疗师很难不陷入家庭的冲突中。这个觉察给他带来最好的顿悟:无论何时两人在不能解决的冲突中纠缠不清的时候,就会自然而然拉入第三方。实际上,Bowen 开始相信,三角是最小的稳定的团体关系。

每两个人的情绪系统会形成三个人的压力系统。丈夫不能忍受妻子习惯性的拖拉,但他也不敢告诉她他的想法,于是他开始向长子抱怨自己的妻子。他的抱怨可能使自己的压力有些降低,但向第三方抱怨的每个过程都使得他更不愿意去处理最初的问题。我们总在不停抱怨其他人,但 Bowen 认识到当这个“三角化”的过程变成了系统的常规特质时,它是具有破坏性的。

Bowen 发现三角化的另一个特征是它们的扩展性:如果关系压力不能维持在原先的关系中,它就有可能激发出越来越多的三角。在下列的例子中,一个家庭就纠缠在三角的迷宫之中。

一个星期天的早晨,迈克雷尔太太非常焦急,想让全家准时去教堂,于是向她 9 岁的儿子大叫大嚷,让他快点。当儿子对她说“闭嘴,老娘”时,她就打了他一巴掌。在这时候,她 14 岁的女儿麦姬拉住她,于是两人就扭打起来。然后,麦姬跑到隔壁朋友家去了。朋友的父母看到麦姬的嘴唇破了,问她发生了什么事情,然后就报了警。等到这个家庭来寻求治疗的时候,三角化情况如下:迈克雷尔太太,被家庭法院法官判处离开家,律师支持她反对法官,个人治疗师也支持她并认为保护孩子工作者对她的控诉不公平;9 岁的男孩依旧对妈妈很生气,爸爸支持他并责怪她对孩子过于急躁;迈克雷尔先生,一个正在恢复期的酗酒者,与保证人结盟,保证人认为,如果迈克雷尔太太不更加支持,他会重回酗酒的老路;麦姬和邻居建立了三角,他们认为她的父母相当可怕并且不应该有孩子。简而言之,除了家庭整体外,每个人都有自己的支持者。

1966 年,Bowen 家里的一场情感危机使得他开始自我探索的旅程,后来这也变成 Bowen 的重要组成部分,就好像弗洛伊德的分析与之后的精神分析。

成年的 Bowen 作为一个关系紧密的农村家庭的长子,和父母与延伸家庭保持着自己的距离。像我们许多人一样,他错认为避免接触就是一种解放。但他后来认识到,未完成的情绪之事仍和我们一起,使我们对那些我们从未真正去解决的、重复出现的家庭冲突非常脆弱。

Bowen 最大的成就是将自己从与父母之间的三角化关系中解脱出来,他们已经习惯于向他抱怨对方。大多数人在接受这份信任的时候感到受宠若惊,但是 Bowen 开始认识到三角化的本质之后,当他母亲向他抱怨父亲时,他就对父亲说:“你妻子对我讲了一件关于你的事情,我奇怪她为什么告诉我而不是告诉你。”自然地,他父亲会跟母亲讨论;相应地,她也会苦恼。

尽管他的做法会产生一些情绪的剧变进而打破家规,Bowen 的策略非常有效地阻止了父母试图让他偏袒某一方——使得他们很难避免讨论他们之间存在的问题。向某人重复另一个人说的关于他的话是阻止三角化进入轨道的一种方法。

通过在自己家庭的努力,Bowen 发现建立自我分化(differentiation of self)的最好方法是与父母双方、与尽可能多的延伸家庭的成员发展个人关系。如果探访他们有困难,写信或者打电话也有助于重新建立关系,尤其对自己较亲密的关系。从家庭中自我分化的完成,即关系得到维持但没有情绪融合或三角化。Bowen 在自己家庭中做的具体工作细节是复杂的,但有志于此的学生值得一读(Anonymous, 1972)。

于是,从 1971 年开始,研究自己的家庭成为 Bowen 训练方法的一个里程碑。目的是返回你的原生家庭,相互联系,和家庭中每个成员发展出诚实的个人关系,并学会在讨论家庭问题的时候不要变得情绪反应或参与到三角中去。

■ Nathan Ackerman

Nathan Ackerman 是个儿科精神病医师,他对家庭的开创性的工作还保持着他对精神分析传统的忠诚。尽管他专注于心灵深处的冲突看起来可能比帕洛阿尔托团体视沟通为反馈缺少创新性,他对家庭作为一个整体有一种敏锐的感觉。Ackerman 说,家庭可能赋予一种整体的外表,但是内在的情绪仍可能分裂为相互冲突的部分。这样一来,你可能认识到这和精神分析看待个人的模式很类似,尽管外观上是人格的整体,实际上它却是由不同的推力和阻

力之间造成的精神冲突。

Ackerman 后来成为 Menninger 诊所的工作人员,1937 年,他成为儿童指导诊所的主任精神科医生。他最初追随儿童指导模式,即让精神科医生治疗孩子,让社会工作者去见母亲。到了 1940 年代中期,他开始实验,让同一治疗师同时见双方。和 Bowley 不一样,Ackerman 不再将这些联合会面作为权宜之计,他开始视家庭为基本的整体来诊断和治疗。

1955 年,Ackerman 在美国精神卫生联合会会议上组织了第一次家庭诊断会谈。会议上,Jackson、Bowen、Wynne 和 Ackerman 知道了彼此的存在并建立了共同的目标。两年后,Ackerman 在纽约的犹太家庭服务中心下设家庭心理健康诊所并开始在哥伦比亚大学执教。1960 年,他成立了家庭研究院,1971 年他去世后,研究院更名为 Ackerman 研究院。

除了临床创新,Ackerman 还发表和出版了几篇重要的文章和几本书。早在 1938 年,他就写了《家庭的统一体》(*The Unity of the Family*)一书。一些人将其“家庭诊断:治疗学前儿童的取向”(Family Diagnosis: An Approach to the Preschool Child) (Ackerman 和 Sobel, 1950) 一文作为家庭治疗运动的开始(Kaslow, 1980)。1962 年,Ackerman 和 Jackson 一起创办了这个领域的第一本学术期刊《家庭过程》(*Family Process*)。

虽然其他家庭治疗师不重视个人的心理,Ackerman 却总在关注人们内心发生了什么,也关注人们之间发生了些什么。他从来不忽略感受、愿望和欲望。实际上,Ackerman 处理家庭的模式就好像放大了精神分析处理个人模式,Ackerman 讨论家庭怎样面对一些事情并避免和否认另一些事情,特别是涉及性和攻击的问题,而不讨论意识或潜意识的问题。他认为他作为治疗师的工作是可以激发他人的,可以将家庭的秘密公开化的。

在《治疗困难家庭》(*Treating the Troubled Family*)一书中,Ackerman (1966a)讲述了他对临床现场中出现的礼貌和虚假的不留情面。一个四口之家来寻求治疗,因为 11 岁的女儿和 16 岁的儿子间的冲突开始失去控制。女孩近来拿匕首威胁哥哥。父亲叹了口气坐了下来。Ackerman 问他为什么叹气并拒绝父亲用累了的理由来搪塞他,追问是否还有其他原因。于是,他的妻子插话说,她记录了这一周每个人的不良表现。她的挑剔完美地弥补了她丈夫温和的退缩。Ackerman 的反应让人吃惊,“好,既然你带着笔记本有备而

来,那么,开火吧!”

正当母亲开始读她的详细清单的时候,Ackerman 感觉到这些事情很普通,于是他对父亲的非言语行为作出评论,“你在□手指”。这引发了一场关于谁做了什么的讨论。讨论中母亲逐渐占据上风,开始控告父亲紧张时的许多习惯。这时,儿子打断控告,指着母亲说,“你打嗝!”母亲承认有这个毛病,然后试图转移话题。但 Ackerman 却不能轻易放手。

后来知道,母亲一躺下来就容易打嗝。父亲说,他很沮丧,每次她都对着他的脸打嗝。但他们间的争执被孩子们打断后又开始了争吵。Ackerman 问:“是不是很有趣,打断恰恰发生在你们开始讨论感情生活的时候?”父亲开始描述他的感受:当他想去吻妻子时,妻子却对着他的脸打嗝。“你需要一个防毒面具”,他说。女儿这时又试图要打断,但 Ackerman 让她将凳子挪远点,那样父母就可以继续谈话。

几分钟后,孩子离开治疗室,Ackerman 重新打开一扇通向父母卧室的大门。起初这对夫妻扮演他们熟悉的模式:她抱怨他退缩。他们是完美搭档,她硬他软。但是 Ackerman 打破他们间的平衡,开玩笑地逗弄妻子并激发丈夫为自己辩护。

尽管在事后描述中仍然有空间去指责治疗师偏袒一方,但值得一提的是,在这个例子中妻子并没有觉得自己被 Ackerman 批评或者贬低。丈夫也没有感觉到 Ackerman 在试图抬高他或压低他的妻子。甚至,在会谈快结束的时候,这对表情严峻、愤怒的夫妻开始微笑并欣赏对方。他们看到他们之间是怎样疏远并允许孩子来转移自己的视线。于是,尽管 Ackerman 的工作被基本上认为是精神分析式的,我们在这里已经看到重组家庭结构的努力的端倪。

Ackerman 建议生活在同一屋檐下的每个人都要在会谈中出现。正如他所说,“在最初与家庭中的每个成员建立有意义的情感交流是非常重要的,这样可以创造一个人们之间相互触动的气氛”(Ackerman,1961,p.242)。一旦这种联系建立起来,Ackerman 鼓励开放且诚实的情感表达。他是个积极的煽动者(agent provocateur),用他的智慧和意志去促进家庭的袒露和质问,密切关注私人的家庭事务。

Ackerman 指出每个人的身份都有好多方面:作为个人,作为家庭子系统的成员,作为家庭整体的成员。为了明确这些身份的组成部分,他对家庭访谈

中表现出来的联盟非常警觉。一条线索就是在位置安排中揭示出来的。当家庭成员进入治疗室时,怎样坐通常显示了他们的结盟关系。为了让这样的结盟关系表现得更加清晰,Ackerman 建议、动员家庭成员之间的交谈。一旦家庭成员开始谈论自己,就可以更清晰地看出他们的情绪是怎样分割、他们现在的问题和限制究竟在哪里。Ackerman 还密切关注非语言的信息,因为他相信,潜在的感受可以通过肢体语言传递,比言语更加准确。

为了促进诚实的情感交流,Ackerman 用轻松的办法对付家庭成员的阻抗,用他的话来说就是激发人们开口并说出他们的心理话。

为了鼓励家庭去放松情绪上的阻抗,Ackerman 自己先做到没有限制。他可能一开始支持家庭中的一方,后来又支持另一方。他不认为有必要或有可能一直保持中立,相反,他相信,通过这样反反复复,一会儿支持甲方,一会儿支持乙方,可以在最终达到一种平衡。有时候,他生硬且直截了当。如果他认为某人在说谎,他就直接指出。有人认为这样直接的批评会造成很多焦虑,Ackerman 回答说,相比较伪善的礼貌,诚实使人更加安心。

Ackerman 视家庭问题为冲突的结果。他说,如果要修复心理伤害的话,个人间的冲突、家庭成员间的冲突、家庭与更大社区之间的冲突必须被澄清或解决。家庭成员内心和之间的冲突与循环反馈系统相关,即心灵内部的冲突促进了成员之间的冲突,相反,成员间的冲突也会导致心灵内部的冲突(Ackerman,1961)。为了扭转症状的干扰,治疗师必须将冲突摆出来,摆到家庭互动的层面,这样就可以发现新的解决办法。Ackerman 认为,只要冲突还锁在个人的内心,精神病症就不会改变。

当然,很难简要总结 Ackerman 随心所欲的取向,以下几个一致的主题。一是治疗投入与介入深度的必要性。Ackerman 和家庭保持深入的情感投入,相反,Murray Bowen 却警告治疗师要保持恰当的距离,以避免三角化。Ackerman 关注的也是问题的深度、家庭的各种冲突、感受和幻想,但这些都深埋在个人的潜意识之中。精神分析取向使得 Ackerman 对家庭人际间潜意识中隐藏的主题非常敏感,其激发性的模式使得他可以帮助家庭让这些主题重见天日。

Ackerman 对家庭治疗的贡献是重大而又深远的:他是最早构想整个家庭治疗并有独创性与能量将其付诸实现的人之一。早在 1940 年代后期,他就

指出单独治疗家庭成员且不考虑家庭的结构常常是无效的。

Ackerman 另一主要的贡献是他那出类拔萃的治疗艺术。他是推动这一运动的最伟大的天才之一。那些跟他学习的人都可以证实他的临床魔力。他是个动力分析师,积极、公开、坦率,从不固执或害羞。他是充满热情的也是卓有成效的。他从不只局限于办公室,他建议并经常去做家访(Ackerman, 1966b)。

最后,Ackerman 作为传道者的贡献可能是最宝贵的遗产。在东海岸,整个 1960 年代,他的名字就等于家庭治疗。那些足够幸运可以跟他学习的人有 Salvador Minuchin,他公开将自己的成功归功于 Ackerman 的天分。

Ackerman 不停地促使治疗师在情感上和家庭接触,运用对质去将隐藏的冲突变为公开的讨论。治疗师要怎样才能激发坦率的自我表露呢? Ackerman 通过挑战逃避和情感不真实(tickling the defenses,“挠痒抵抗”)来做到这一点。或许他最持久的贡献在于持续强调个人和整个家庭,从来不忽略系统中的自我。

■ Carl Whitaker

即使在早期坚定地推动家庭治疗的开创者之间,Carl Whitaker 是个相对边缘的人物。他认为有心理困难的人通常疏远了自己的情感,将自己冻结在没有生命的规则之中(Whitaker 和 Malone, 1953)。Whitaker 关注人的情感层面。他的《针对荒谬的心理治疗》(*Psychotherapy of the Absurd*) (Whitaker, 1975)融合了温暖的支持和不可预知的情感刺激,设计用来使人们放松,帮助人们接触更深入、更私人的经验。

鉴于 Whitaker 在个人治疗中运用的创新取向,难怪他会成为最早打破精神病学传统去开始家庭治疗的实验者之一。1943 年,他和 John Warkentin 在田纳西州开始将配偶和孩子纳入病人的治疗。Whitaker 同样也最早使用协同治疗(cotherapy),他相信一个支持的伙伴可以帮助治疗师免于自发反应,免于不经思考的反移情。

1946 年,Whitaker 成为 Emory 大学的精神病学系系主任,在那里他持续针对精神分裂病患者及其家庭进行家庭治疗的实验。在这期间,Whitaker 组织了系列会议,最终导致家庭治疗运动的首次大会。自 1946 年起,Whitaker

和同事们开始每两年召开一次会议，观察和讨论彼此的家庭治疗工作。这个团体发现会议相当有用，通过单面镜来相互观察彼此的工作，开始成为家庭治疗会议的一大特点。

1955年，Whitaker 辞去了 Emory 的工作并和 Warkentin、Malone、Richard Felder 开设了私人诊所。他和伙伴们在亚特兰大精神病学诊所开创了心理治疗的“经验的”模式，使用一系列煽动性的技巧，结合他们自己的人格特质，治疗家庭、个人、团体和夫妻(Whitaker, 1958)。

1965年，Whitaker 离开亚特兰大成为威斯康星大学精神病学的教授，他一直在那里工作直至 1982 年退休。此后，他致力于治疗家庭，并周游世界主持工作坊。1970 年代末，Whitaker 日渐成熟，为他那“鲁莽行事干预”增添了很多对家庭动力的理解。在这一过程中，那个家庭治疗初期的“野人”变成一位年长的“发言人”。Whitaker 于 1995 年 4 月辞世，给这一领域留下一片心碎。

家庭治疗运动的初期，Whitaker 并不像其他第一代家庭治疗师那么有名。或许这要归因于他的非理论的立场。Jackson、Haley 以及 Bowen 发展出一系列理论概念，容易激起人的兴趣也容易掌握，然而，Whitaker 则避开理论，崇尚创新自发性。与同事相比，他的工作就很难被学生接受。然而，他总是得到同行们的尊敬。那些真正理解家庭中发生什么的人能够看出，Whitaker 总有些方法去了解他们的疯狂。

因为 Whitaker 相信压力对于改变是必须的，所以他通过戏弄和面质家庭来制造压力。但看起来，他并没有明显的策略，也没有使用可以预测的技巧，或者正像他所说的，宁愿让潜意识去主宰治疗(Whitaker, 1976)。尽管他的工作看来完全是自发的，有时甚至是蛮横的，但总有一个一致的主题：所有他的干预促进了灵活性。他并没有推动家庭向一个特定的方向改变，正如他挑战或哄骗他们开放，变成更加真我，更加团结。

■ Ivan Boszormenyi-Nagy

Ivan Boszormenyi-Nagy 从精神分析转入家庭治疗，成为早年最重要的思想家之一。1957 年，他在费城成立了东宾夕法尼亚精神病学研究所(EPPI)，那里吸引了很多极有天分的同事和学生。其中有 James Framo，早期家庭治

疗运动的少数心理治疗师之一；David Rubenstein, 后来开创独立的家庭治疗训练项目的精神科医生；还有 Gerldine Spark, 他和 Boszormenyi-Nagy 作为协同治疗师一起工作, 并合著了《看不见的忠诚》(*Invisible Loyalties*) (Boszormenyi-Nagy 和 Spark, 1973)。

1960年, Albert Scheflen 从 Temple 大学转到 EPPI 和 Ray Birdwhistell 一起研究心理治疗中的身体语言。Ross Speck 早在 1960 年代初受过精神病学的训练, 并和 Carolyn Attneave 一起开创了“网络治疗”(network therapy), 将治疗情境扩大到核心家庭之外。在这一方法中, 只要可以接触到病人的人都被邀请参加到治疗当中, 有时多达 50 人, 包括延伸家庭成员、朋友、邻居、老师都坐到一起, 约 3 次, 每次 4 小时, 至少 3 个治疗师来带领讨论、支持和帮助病人转变的方法(Speck 和 Attneave, 1973)。

除了对学生和助手的培养, Boszormenyi-Nagy 主要的贡献在于对于精神分裂症(Boszormenyi-Nagy, 1962)和家庭治疗的研究(Boszormenyi-Nagy, 1966, 1972; Boszormenyi-Nagy 和 Spark, 1973)。Boszormenyi-Nagy 描述自己作为治疗师, 最初是个精神分析师, 崇尚保密原则, 后来转变为家庭治疗师, 在公开的战场上与病态作战。他的一个重要贡献在于将伦理的责任加入到治疗的目标和方法中。按照 Boszormenyi-Nagy 的说法, 既不是享乐—痛苦的原则也不是互惠的原则, 就足以引导人类的行为。相反, 他认为家庭成员必须将关系建立在信任和忠诚的基础上, 而且必须平衡权利和恩惠之间的关系。

■ Salvador Minuchin

Minuchin 最初进入这个舞台是因为他那戏剧般精彩的临床演示让人们感到非常有吸引力。这个强势而又引人注意的、有着浓重拉丁口音的人, 如果情况需要的话, 他就会诱惑、煽动、威吓或者迷惑家庭进行改变。但是, Minuchin 的传奇本领的影响还是不能和他那精致简明的结构模式相比。

早在 1960 年代, Minuchin 作为一名职业家庭治疗师就发现有问题的家庭有两个共同的模式: 一些是“缠结的”(enmeshed)——嘈杂而又紧密互相联系; 另一些是“疏离的”(disengaged)——隔离且不相互联系。两个模式都缺少清晰的、权威的界限。缠结的伴侣与孩子牵扯过多以至于丧失领导和控制力; 疏离的父母过于疏远以至于不能提供足够的支持和指导。

家庭问题是顽强且抵制改变的，因为它们扎根于富有权力但又不可见的结构中。例如，一名母亲琐碎地抗议任性的孩子。这个母亲可以责备、惩罚、奖励五角星或表现仁慈，但是只要她是“缠结地”对待孩子，那么她的努力就会失去力量，因为她已经丧失了权威。此外，因为一个家庭成员的行为总是和他人相关，只要父亲是疏离的，母亲将很难后退。

社会系统中家庭形成结构，试图改变组成家庭的规则的行为，被家庭治疗师称为“初级改变”(first-order change)，在系统内改变，系统本身维持不变。前一个例子中的母亲开始实施严格的管教就是初级改变。这个缠结的母亲觉得自己好像可以选择严格或者仁慈，但结果是相同的，因为她已经陷入三角关系。现在需要的是“次级改变”(second-order change)——对系统本身的改变。

Minuchin 这样的构想起源于在纽约一男童学校处理失足青少年问题的个案。他对都市贫困家庭进行家庭治疗是个新的发展，其著作 (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman 和 Schumer, 1967) 的出版导致 1965 年他被邀请去担任费城儿童指导诊所的负责人。Minuchin 将 Braulio Montalvo 和 Bernice Rosman 带去，1967 年，Jay Haley 也加入进来。他们一起将传统的儿童指导诊所转变为家庭治疗运动的伟大中心之一。

Minuchin 在费城儿童指导诊所最著名的成就就是创立独一无二的项目：训练当地黑人社区的成员成为辅助专职人员的家庭治疗师。1969 年，Minuchin 取得培训资格，开始长达两年的深入培训，Minuchin、Montalvo、Rosman 和 Haley 一起发展出一个非常成功的培训方法，同时也发展出家庭治疗最重要的系统之一。按照 Haley 的说法，训练没有经验的人作为临床治疗师的一大优点是因为他们需要去忘记的少，因此他们对于系统的思考模式也会较少地抵制。Minuchin 和 Haley 寻求通过发展一种方法将现有一些理论概念利用起来。于是，概念的精致成为“结构式家庭治疗”的重要特点之一。

结构式家庭治疗的技巧分为两个基本的策略。首先，治疗师必须顺应家庭以便“进入”(join)它们。一开始就挑战家庭偏好的联系模式就几乎等于必然会激发阻抗。相反，如果治疗以理解和接纳家庭开始，他们会更容易接受（没有人愿意接纳别人的意见，如果他们觉得对方根本不了解他们）。一旦最初的“进入”完成后，结构式家庭治疗开始使用重构(restructuring)的技巧。

他们设计了积极的策略,通过强化散漫的界限和放松严苛的界限来破坏失效的结构(Minuchin 和 Fishman, 1981)。

1981年,Minuchin 搬到纽约并建立现在举世闻名的 Minuchin 家庭中心,在那里他致力于培训来自全世界的家庭治疗师,并通过培育保健系统推进社会公平。他也源源不断地写出在这一领域最有影响的著作。他 1974 年出版的《家庭与家庭治疗》(*Families and Family Therapy*)成为家庭治疗历史上最畅销的著作。他 1993 年出版的《治疗家庭》(*Family Healing*)也包含了一些迄今为止对家庭最为生动的描写。1996 年,Minuchin 退休,现与妻子 Patricia 居住在波士顿。

■ 其他早年的家庭治疗中心

在纽约,Israel Zwerling(曾经接受过 Nathan Ackerman 的精神分析治疗)和 Marilyn Mendelsohn(曾经接受过 Don Jackson 的精神分析治疗)在阿尔伯特·爱因斯坦医学院(Albert Einstein College of Medicine)和布朗克斯州立医院(Bronx State Hospital)组织家庭研究团体。1964 年,Andrew Ferber 被任命为负责人,后来,Philip Guerin(Bowen 的门下)也加入这个团体。Nathan Ackerman 是顾问,这个团体里拥有很多让人印象深刻但又有不同取向的家庭治疗师,包括 Chris Beels、Betty Carter、Monica Orfanidis(现在姓 McGoldrick)、Peggy Rapp 和 Thomas Fogarty。

1970 年,Philip Guerin 成为培训家庭研究团体的负责人。1972 年,他在 Westchester 开发一个对外的培训项目。1973 年,他成立了家庭学习中心,他在那里发展出美国最好的家庭治疗训练项目之一。

在加尔维斯敦(得克萨斯州),Robert MacGregor 和同事们发展出“多元冲击治疗”(MacGregor, 1967)。这是因为需要而发展出来的干预模式。MacGregor 的诊所为散布在得克萨斯州东南的众多人口服务,许多来访者来自几百公里之外。因为他们住得很远,大多数人很难一周来一次。于是,为了在最短的时间内获得最大的冲击,MacGregor 组织了大队的专业人士,给这个家庭进行两整天深入的轰炸治疗。尽管很少家庭治疗师使用这样马拉松式的治疗方式,团队的取向持续成为这一领域的一个重要特征。

在波士顿,两个最重要的家庭治疗的早期推动者都是来自运动的“存在主

义—经验主义”(existential-experiential)这一翼。Norman Paul 设计出一个“操作性的悲恸”(operational mourning)来揭开和表达没有解决的悲伤。按照 Paul 的说法,这种宣泄的方法对大多数家庭都会有用,而并不仅局限于那些近期丧亲而痛苦的人们。

此外,Fred 和 Bunny Duhl 也成立了波士顿家庭研究院(the Boston Family Institute),发展出“整合家庭治疗”(integrative family therapy)。Duhl 夫妇和 David Kantor、Sandy Watanabe 一起将几种家庭治疗的理论结合起来并加上许多表达性的技巧,包括家庭雕塑(family sculpting)。

在芝加哥,芝加哥家庭研究院(the Family Institute of Chicago)和青少年研究中心(the Institute for Juvenile Research)是早期家庭治疗发展的重要舞台。在家庭研究院,Charles 和 Jan Kramer 发展出的临床训练项目,后来被合并到西北大学医学院(Northwestern University Medical School)。青少年研究中心也设置了训练项目,由 Irv Borstein 负责,Carl Whitaker 作为顾问。

Nathan Epstein 及其同事的工作是推动问题中心取向(problem-centered approach),他们最早在汉密尔顿(安大略湖)McMaster 大学成立精神病学系(Epstein, Bishop 和 Baldarin, 1981)。“家庭功能的 McMaster 模式”(McMaster Model of Family Functioning)一步一步说明问题,收集资料,思考解决问题的其他出路,评估学习过程——帮助家庭理解它们自身的互动并运用学习到的新的应对技巧。Epstein 后来转到普罗维登斯(罗得岛)的布朗大学(Brown University)。

在美国之外,家庭治疗的早期重要的发展包括 Robin Skynner(1976)在伦敦的家庭治疗研究院运用心理动力进行家庭治疗;英国精神病医生 John Howells(1971)将家庭诊断系统作为设计治疗干预的必要一步;西德 Helm Stierlin (1972)经过整合努力,将心理动力和系统思想结合起来去理解和治疗有问题的青少年;在罗马,1970 年代,Maurizio Andolfi 从事家庭治疗并在 1974 年创办了家庭治疗的意大利协会;Mara Selvini Palazzoli 及其同事于 1967 年在米兰成立了家庭研究中心。

最后,我们需要提及 Christian Midelfort 的贡献。和 John Bell 的境遇相似甚至更不堪,Midelfort 在家庭治疗中的开创性工作很久以后才得到认可。他早在 1950 年代早期就开始治疗住院病人的家庭,在 1952 年的美国精神病

学联合会会议上做了可能是最早关于家庭治疗的报告。然而,作为威斯康星州的精神科医生,他孤立于其他家庭治疗运动之外。Midelfort 治疗家庭的方法是建立在团体治疗模式的基础之上,并包含了精神分析的顿悟、支持、鼓励的技巧。最初他关注的是去辅导家庭成员,用最好的方式去帮助目标病人,但逐渐他发展出一种系统的视角并将家庭视为一个病人。他的技巧是去鼓励家庭成员给对方爱和支持,治疗师则是爱和支持的最先提供者。

现在,你已经知道了家庭治疗是怎样在不同的地方同时出现,我们希望你不要忽视一件事情:理解人们的行为怎样在家庭情境中产生意义是让人十分兴奋的。和家庭初次见面就好像在黑暗的屋子里点亮一盏明灯。

家庭治疗的黄金时代

在最初的十年,家庭治疗师好像拍卖场的小孩,拥有所有的情感和自信。“看这个!”当他们每次发现整个家庭好像和个人的症状有潜在联系的时候,Haley、Jackson 和 Bowen 好像总在说这句话。这些新式的治疗者都是开创者,忙于开拓新的疆土并明确声明反对精神病学传统势力中的不友好的要素。

当他们要求合法化的时候,家庭临床治疗师们强调他们的共同信仰并忽略他们之间的差异。他们一致认为,困难是来自家庭。如果说 1960 年代的口号是“看这个!”——来强调视家庭为整体的理解的飞跃;那么 1970 年代的战斗口号就是“看我们可以做什么!”——好像一群小孩子开始舒展筋骨,开拓自己的疆场。

1970~1985 年,是家庭治疗著名学派争奇斗艳的时代,开创者们纷纷建立训练中心并发展各自模式的含义。在 1960 年代,家庭治疗的领导模式是帕洛阿尔托开发出来的沟通模式。这十年的著作是《人类沟通的语用学》(*Pragmatics of Human Communication*),这本书介绍了家庭治疗的系统观点(这导致一些人相信,只要读了这本书,就会变成家庭治疗师)。1980 年代的模式是策略治疗,十年中的三本著作代表了三个最重要的取向:Watzlawick 的《改变》(*Change*)、Jay Haley 的《解决问题为中心的治疗》(*Problem-Solving Therapy*)以及 Selvini Palazzoli 及其米兰同事合著的《自相矛盾与反自相矛盾》(*Paradox and Counterparadox*)。1970 年代则属于 Salvador Minuchin。他

的《家庭与家庭治疗》所描述的简单而又引人注目的家庭结构模式主导了这个十年。

结构式理论似乎只是提供了家庭治疗师所寻找的——简单说,用有意义的方式去描述家庭组织和一套方便易学的治疗步骤。《家庭与家庭治疗》中最引人注目的观点是:为改变家庭,似乎你要做的一切就是加入他们,掌握他们的结构,然后按照 Minuchin 说的那样去改变他们的平衡。当然,这就是困难之处。

以现在的眼光审视,我们可能要问的是:Minuchin 那令人印象深刻的权力究竟是因为方法还是因为他本人?(答案可能是两者皆有)但在 1970 年代,大家普遍认为结构式家庭治疗比较易学,于是费城儿童指导诊所的那十年成为学习家庭治疗的圣地,吸引全世界的人们蜂拥而至。

1980 年代,策略治疗开始繁荣,并以三个独特而又开创性的团体为中心: MRI 的快速治疗团体,包括 John Weakland、Paul Watzlawick 和 Richard Fisch; Jay Haley 与 Cloe Madanes 共同负责的华盛顿特区家庭治疗研究院; Selvini Palazzoli 及其同事在米兰设立的中心。但这十年对策略治疗最具影响的当属 Milton Erickson,即使他已经长眠地下。

Erickson 的天才得到很多的欣赏和模仿。家庭治疗师崇拜 Erickson 就好像小孩子将奇迹上尉马维尔船长^①(Captain Marvel)作为偶像。我们可能渺小,但世界很大,我们梦想着有一天自己变成英雄,足够强大拥有超能力或足够聪明可以战胜一切我们害怕的东西。我们从星期六的音乐会回家,充满力量,拿出我们的玩具宝剑,穿上我们的魔幻斗篷——变!我们变成了超人。但是我们只是孩子,不能将英雄的魔力变成自己的术语。不幸的是,很多人只是沉迷于 Erickson 的传奇治疗神话,做同样的事情。有太多的治疗师不去掌握技巧背后暗含的原则,只是一味模仿他那“不可复制的技巧”。要成为有能力的治疗师,你必须与至高的艺术家般的治疗师例如 Minuchin、Erickson、Michael Whites 保持一定的心理距离。否则的话,你只会去模仿他们治疗的魔力,而不能抓住他们观点的实质。

Erickson 用利用原则(utilization principle)去强调普通,甚至是潜意识、

① 源于 C·C·贝克的幽默漫画,后在 1941 年被改成 12 集科幻系列片。

自然的能力——运用来访者的语言和喜欢的方式去目睹他们逐渐降低阻抗。不是分析或阐述失去功能的动力，而是要让来访者积极参与。Erickson 相信辅导室之外发生的改变的可靠性，于是他大力利用两次会面之间的作业。类似的作业，或称“引导”(directives)，后来成为 Jay Haley 策略治疗的一大特色。

使得 Jay Haley 的策略引导非常有吸引力的部分原因在于它们是奇妙地获取权力并控制人们的方法——对他们自身有好处——没有惯常那种需要劝说他们去做正确的事情的挫败感(大多数人已经知道什么对他们好的，最困难的就在于怎样让他们去做)。例如一个暴食症的案例，策略引导可能让暴食症病人的家庭大设宴席，有烤鸡、法式油炸食品、饼干和冰激淋。然后在全家人的注视下，暴食症的病人用手将食物捣碎，象征这些食物都进入了她的胃里。当这些食物变成糊状的时候，她需要将这些全部倒到厕所里去。如果厕所阻塞了，她不得不请求自己最讨厌的一位家庭成员去将厕所疏通。这个任务不仅代表了暴食症给自己带来了什么，也说明了她将家庭推入怎样的境地。

因为这些智慧的干预是那么引人注目，所以这些干预方法常常被模仿，但不幸的是很少有人去欣赏事件背后的基本原则。人们常常被这些充满创意的引导所吸引，但是他们常常忽略了 Haley 的发展框架和重视等级结构。

策略阵营加 Erickson 解决问题的创新方法就为理解家庭为什么会在他们的问题中卡住提供一个简单的框架思考。按照 MRI 的模式，问题发展是来自对日常生活中遇到的困难处理不当，并一定存在着丧失功能的人或者系统。原本的困难成为一个问题，处理不当会使得人们不断陷入类似的困境。那个古老的谚语只能让困难越结越深，“如果你开始不能成功，试试，再试一次”。

干预最引人注目是症状的处方，或者说矛盾指引(paradoxical injunction)。为什么这样做？因为有趣(它们潜在的恩赐的态度不那么直接明显)。关键不是真的要活现这个症状，而是要扭转试图解决问题的方式。如果一个超重者节食的尝试失败，这个念头背后的声音告诉他停止否认他渴望的食物，而是去做一些其他的事情，这种尝试的方法有了 180 度的转弯。这与干预是不是自相矛盾并不相关。主要的思路是要改变解决问题的方法。将最基本的原则放在心里，而不是被所谓的新奇所迷惑，因为那可能会违背个人的心理，个人可能会得出更有效的解决方案。不仅是试图停止吃东西，或许应该鼓励

这个人开始做运动(停止做某一件事情常常比开始一件事情更加困难)。

米兰小组建立在MRI提出的概念基础上,特别是使用治疗的双向束缚,或者是被他们称为的“反自相矛盾”。《自相矛盾和反自相矛盾》(Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin 和 Prata, 1978)一书中有这样一个例子:作者描述了如何针对6岁的男孩及其家庭使用反自相矛盾的方法。在会谈结束的时候,观察团队写的一封信在家庭成员面前阅读。年轻的Bruno被表扬,因为他的行为疯狂保护了父亲:他用打架和发脾气来占据了母亲的时间,男孩仁慈地允许父亲有更多的时间工作和休息。Bruno也被鼓励继续做他已经做的事情,以免这个舒服的安排被打乱。

策略取向的魅力在于它的实用主义。使得人们来寻求治疗的抱怨被视为问题,而不是一些根本障碍的症状。运用控制论的比喻,策略治疗师以家庭系统怎样受到负向反馈的控制为基础。他们获得了非凡的成绩,只是通过打断围绕和保持症状的互动。最后使治疗师们放弃这一取向的原因在于治疗常靠小花招取胜。重构(reframing)常常是透明地操纵,结果好像在看一场笨拙的魔术表演,你能够看穿治疗师的欺骗手段。在结构式和策略取向的家庭治疗起起落落的期间,其他四种模式悄悄崛起。尽管它们从没占据中心舞台,经验式、精神分析、行为、Bowen模式也在发展繁荣。尽管这些学派从来也没有成为家庭治疗的风尚,但它们也都有力地促进了临床发展,我们将在下面的章节中详细论述。

回顾从前,很难传递是否是兴奋和乐观主义情绪使得家庭治疗在黄金年代充满活力。训练中心遍布全国,工作坊爆满,运动的领袖们受欢迎的程度好像摇滚歌星。他们是积极有力的干预者,自信而极具感染力。Minuchin、Whitaker、Haley、Madanes、Selvini Palazzoli,他们似乎已经超越了普通谈话治疗形式的局限性。年轻的治疗师们需要灵感,而大师们发现灵感;年轻治疗师向大师们学习,同时也将其神化。

1980年代中期,家庭治疗的热度开始降温。尽管有很多乐观的估计,但是很多激进的方法并不总是奏效。于是这个领域开始报复那些他们曾将其理想化的事物,并让它们的范围缩小。或许是Haley的操纵适得其反让家庭走开,或许是Minuchin有时更像专横的家长而不是才华横溢的治疗师。家庭治疗师们惊奇于大师们的创造性,试图复制它,但是创造性是不可复制的。

1980年代末,主要学派的领袖们都开始变老,影响力开始衰退。那些曾经被视为英勇的行为现在看起来是富有进攻性且负担过重。一系列的挑战,女性主义和后现代的批评,精神分析和生物学模式的重新出现,魔术药品抗忧郁剂(Prozac),康复项目的成功诸如匿名戒酒、虐待妻子和儿童都在挑战这样的概念——家庭问题总是关系的产物——所有这些都动摇了我们对家庭模式的信心——对那些我们曾经认为是真理的、认为能产生作用的概念的信心。我们将在下面的章节里仔细研究这些挑战。

小结

家庭治疗历史很短,但有很长的过去。许多年来,治疗师抵制要见病人的家庭成员的观点,以保护医患关系不受干扰。Freudian 排除真实的家庭去发现潜意识的、内心投射的家庭。罗杰斯主义将家庭排除在外,给予无条件的积极回馈。医院的精神科医生不鼓励家庭探访,因为他们可能会打乱医院的良性环境。

20世纪50年代几个趋同的发展导致新的观点,认为家庭是鲜活的系统,是个有机整体。医院的精神科医生发现,常常当病人的病情好转时,家里的其他人就会恶化。于是,可以比较清晰地看出,任何个人的变化会改变整个系统。最后变得明显的是,改变家庭可能是改变个人最有效的方法。

尽管医院和儿童指导诊所的临床实践者为家庭治疗铺平了道路,但1950年代实现的最重要的突破在于:工作者首先是科学家,然后才是治疗者。在帕洛阿尔托, Gregory Bateson、Jay Haley、Don Jackson 和 John Weakland 研究沟通并发现精神分裂症在病态的家庭沟通情境中是有意义的。精神分裂症患者不是毫无意义的疯狂,他们明显无意义的行为在家庭情境下就显得有意义。在耶鲁, Theodore Lidz 发现了精神分裂症的家庭惊人的不稳定和冲突的模式。婚姻的分裂(公开的冲突)(marital schism)和婚姻的倾斜(病态的平衡)(pathological balance)对孩子的发展会造成影响。Murray Bowen 对母亲怎样和有精神分裂症的子女经历紧密和疏远的循环的分析,就是“追逐者—疏离者”(pursuer-distancer)动力模式的前身。通过让全家人住院观察和治疗, Bowen 含蓄地将精神分裂症问题置于不分化的家庭自我混乱(undifferentiat-

ed family ego mass),甚至将其从核心家庭扩展到三代家庭。Lyman Wynne将精神分裂症和家庭联结起来,通过演示表明沟通失常是怎样导致思维障碍的。

这些观察推动了家庭治疗运动,但是先驱者的兴奋使得什么是他们观察到的,和什么是他们总结出的,两者之间的界限变得模糊。他们观察到的是精神分裂症适合于这个家庭,但是总结出来的却是更加重大。首先,既然精神分裂症适合(有意义)这个家庭,可能得出的推论是,家庭一定是造成精神分裂症的原因。另一个结论是更有影响力的,家庭动力——双向束缚、假相容关系、未分化自我混乱——开始被视为“系统”的产物,而不是因为他们住在一起所拥有的一些共同的特征。于是诞生了一个新的事物,即“家庭系统”。

一旦家庭成了病人,就需要有新的方法去思考人类问题。这个系统的比喻在这些努力中是关键。尽管很难将谁命名为家庭治疗的创始人,但对影响我们怎样去思考家庭的最重要的人当属 Gregory Bateson 和 Milton Erickson,一位人类学家和一位精神病学家。

Erickson 的遗产是实用的、解决问题的方法。他帮助我们去思考是什么使得家庭关系卡住以及怎样才能帮助他们走出困境——运用有创造性的,有时是逆向思维的方法——让家庭走出困境并继续下去。但是 Erickson 的催眠艺术同样造成了快速修复的传统,家庭变成了客体而不是参与的主体。

Bateson 是从事家庭治疗知识分子的守护神。他的概念非常深入人心,至今仍被认为是这一领域最优秀、最深刻的思想家。Bateson 也是抽象理论化并吸纳他人观点(从其他学科,或者引入更科学的)的典范。在家庭治疗的早年,或许我们需要从其他领域如控制论借用模式去帮助我们启程。但是当许多家庭治疗师持续依赖物理学和生物学的知识作为基础时,有人想知道,为什么要羡慕物理学?或许,许久以来,我们都对心理学的合法性有所怀疑,也担心用人文术语不失客观性地观察人类行为的能力。

另一使得家庭治疗师受机械或自然科学理论吸引的原因是他们拒绝关于人类心理学的主体文献:精神分析。精神分析学派对于那些针对其思考方式的新挑战一点也没有热情,在许多地区,家庭治疗师是为了使自己的信仰赢取一席之地在作战。或许这些阻力使得家庭治疗师进入一个反击的姿态。1970年代,家庭治疗师和心理动力治疗师的对立才冷却下来,因为家庭治疗已经为

自己在促进心理健康发展方面赢取了一席之地。家庭治疗得到承认的一个原因在于它所关注的是传统精神病学忽略的领域：为儿童和穷人提供服务。早期对立所遗留下来的不幸遗产就是造成精神分析的长期被忽略和不被重视的原因。1990年代，这一倾向有所回转。家庭治疗师开始发现，当他们试图了解家庭背后隐藏的动力时，关注组成家庭的个人的隐藏动力也是非常有效的。或许全面理解人类本质的行为，一定要全面了解个人和系统。

团体和家庭的明显平衡使得一些治疗师将家庭只是视为团体的另一种形式。他们有大量的关于团体动力和团体治疗的文献可以参考。一些人甚至认为团体治疗也是家庭功能的模式，治疗师好像父亲，团体成员是兄弟姐妹，团体整个就是母亲(Schindler, 1951)。当团体治疗师实验将已婚的夫妻纳入团体时，一些家庭治疗师开始做个别家庭的团体治疗。John Bell在这一方面有卓越表现，他的家庭团体治疗成为早期被广泛模仿的模式。

在治疗师获取与家庭工作经验的同时，他们发现团体治疗模式并不完全合适。治疗团体是由不相关的个人组成的，这些陌生人没有共同的过去也没有团体之外的未来。然而，家庭包括了一群拥有共同神话、阻抗和观点的并拥有亲密关系的人们。此外，家庭成员不是同辈，很难民主或者平等地相处，代际的差别造成的等级结构也不应该被忽略。因为这些原因，家庭治疗师最终放弃了团体治疗模式，取而代之的是一系列的系统模式。

儿童指导运动造成对家庭治疗的团队取向。最初，不同学科的成员组成的团队被指派去照顾不同的家庭成员，逐渐地，他们开始意识到要将独立的来访者行为模式相互联结起来。1909年，儿童指导运动在美国开始，起因是要成立青少年法庭去治疗那些被认为是捣乱的失足儿童。后来，临床师将治疗范围扩展到各种各样的障碍行为，同时也将治疗孩子扩展到治疗整个家庭。起初，家庭治疗被认为是一个帮助病人的好办法，后来被认为是一个服务于家庭整体需要的方法。

谁是最早的家庭治疗实践者？这是一个非常困难的问题。在不同的领域，都有认为预测到家庭治疗发展的可能的幻影。例如，弗洛伊德早在1909年治疗“小汉斯”的时候也将其父亲纳入。然而，这样的实验不足以挑战个人治疗的霸权，直到整个时代都开始接受才有可能。1950年代早期，家庭治疗在四个不同的地方作为独立的个体出现：John Bell在克拉克大学，Murray

Bowen 先在 Menninger 诊所后来转到 NIMH, Nathan Ackerman 在纽约, Don Jackson 和 Jay Haley 在帕洛阿尔托。

这些开创者有着相当不同的背景和临床取向。自然,他们发展出来的方法也会很不相同。多样性至今还是这个领域的特点。如果家庭治疗像精神分析学派那样始创于一个人,那么也就不可能有那么多有创意的竞争。

除了上面提及的人,其他对家庭治疗的创立做出杰出贡献的还有: Lyman Wynne、Theodore Lidz、Virginia Satie、Carl Whitaker、Ivan Boszormenyi-Nagy、Christian Midelfort、Robert MacGregor 和 Salvador Minuchin 等等。

被称为家庭治疗黄金时代的 1970 年代,各个学派进入成熟期。1980 年代进入自信的泛滥期。用 Haley 或 Minuchin 的近期著作来武装自己,治疗师们开始要宣誓效忠某一个学派并引发一系列的使命感。使得家庭治疗变成激进取向,是因为追求确定性和领袖人物的超凡魅力。这也使得治疗师们变得傲慢自大。对于一些结构式家庭治疗师——至少在他们工作坊的演示中——开始变得有点恃强凌弱。策略取向中的精明被视为计算的、疏远的和操纵的。这些策略很聪明但是很冷酷。家庭被描写成顽固的、不可理喻的。你不能告诉一个控制论的机器什么是你真正相信的。治疗师开始厌倦这样的思维方式。

在早年,家庭治疗师生气勃勃,充满了激情和信念。现在,面对后现代批评的觉醒、管理保健以及生物精神病学的复苏,我们越来越不确信自己。在下面的章节里我们将看到现今的家庭治疗师怎样将创造性的新想法和早期的模式最好地结合起来。但是当我们深入探索每一个著名的模式时,我们也同时看到一些好的想法被很不明智地忽略了。

所有家庭领域的复杂性不应该掩盖最基本的假设:家庭是人类问题的情境。和所有的人类团体一样,家庭有自然的特征——整体大于部分的总和。此外,不论自然特征的解释怎样转变,它们会分为两个部分:结构和过程。家庭的结构包括三角化、子系统和界限。过程描述了家庭互动——情绪反应、失效的沟通等——中心概念是环状。家庭治疗师认为,与其是担心谁先开始,还不如将问题理解为系列的运作和反运作,进入重复的循环。



第三章

早期模式和基本技巧：团体过程和沟通分析

领军人物简介
理论建构
正常的家庭发展
行为障碍的发展
治疗目标
行为改变的条件
技巧
早期模式的经验
系统焦虑
家庭治疗的阶段
家庭评估
特殊问题的家庭治疗
与管理型照顾合作

早年实践家庭治疗的大多数人使用团体治疗模式和沟通模式相结合，这一方法来自 Bateson 精神分裂症的治疗项目。在这一章，我们要探索这两种模式并考虑怎样改造它们去顺应治疗遇到困难的家庭的独特挑战。我们将总结家庭治疗的一些基本技巧。

在 1960 年代，从事家庭治疗的人常常看到一个奇怪的仪式。当家庭鱼贯而入，充满焦虑和不确定性地进入第一次面谈时，治疗师面带微笑，突然蹲在一个孩子的前面：“喂，你叫什么名字？”然后说，“你知不知道你为什么在这里？”这期间，治疗师往往忽略父母。对于这类问题最常见的答案是：“妈妈说我们要去看医生，”孩子的声音充满害怕或困惑，“爸爸说要去兜风”。然后，治疗师竭力不让自己的声音显得那么嘲讽，面对父母说：“或许你们能够向 Johnny 解释一下，为什么你们在这里。”

为什么搞这种小把戏的原因在于：他们在理解家庭的结构是怎样之前，许多治疗师将家庭视为一个整体，其中最年轻的成员被假定是最脆弱的，于是最需要“专家”帮助去表达自己——仿佛父母不是做主的，仿佛每个人的观点都是平等的。

另一常见的场面就是治疗师对家庭沟通的模式给出郑重的意见：“我发现当我问 Suzie 问题的时候，她首先转向妈妈，征求意见，看是否可以回答。”这一方法非常聪明。我们不仅期望家庭会受到这样睿智的评语的影响，还假设他们会立刻采取我们脑中认为是理想的模式去沟通，例如之后一直都采用第一人称。

这里的我们是否有一些优越感呢？当然如此。首批家庭治疗师之所以采用团体治疗和沟通分析的模式，因为实在没有什么其他的模式可以借鉴。

领军人物简介

不仅很多早期的家庭治疗师从团体治疗的文献中寻求治疗家庭的指南，许多家庭治疗的先驱者本人也受过团体治疗的训练。至今他们之间最有影响的当属 John Elderkin Bell。

Bell(1975)认为他成为家庭治疗师是一个幸运的错误。当 1951 年在伦敦时，Bell 听说 John Bowlby 在 Tavistock 诊所开始为家庭做团体治疗。Bell

很有兴趣,这也启发他尝试用这个方法去治疗有行为问题的孩子。正如 Bell 后来指出,如果像 John Bowlby 这样杰出的人都运用家庭治疗,那么这一定是个好的方法。但 Bell 直到很多年后才得知: Bowlby 只用一次访谈家庭的方法,作为治疗有问题儿童的辅助。

沟通治疗是最早且对家庭治疗最有影响的方法之一。发展出沟通模式的代表人物是 Bateson 的精神分裂症研究项目以及帕洛阿尔托心理研究院的成员,最出名的就是 Don Jackson 和 Jay Haley。

Virginia Satir 也是帕洛阿尔托心理研究院的杰出成员,但因为她的重点转向情绪体验,我们将在第八章详细讨论。

理论建构

尽管在研究个人心理上最为著名,弗洛伊德也对人际关系有兴趣,许多人认为他的《团体心理学和自我分析》(*Group Psychology and the Analysis of the Ego*)是团体心理学中最早最重要的文献(Freud, 1921)。按照他的说法,将一群人转变成一个团体的必要条件是领袖的出现。除了证明组织和方向的任务,领袖成为一个父母的角色,成员或多或少都要依赖他。成员们将领袖视为父母的替身,成员之间则是兄弟姐妹。当成员重复在其成长过程中形成的无意识态度时,移情(transference)将在团体中出现。弗洛伊德在个人治疗中的阻抗概念(resistance)也被运用在团体中,因为团体成员寻求避开焦虑,可能以沉默或敌对来反对治疗的进度。家庭团体通过下列行为来抵制治疗:替罪羊、肤浅的闲谈、长期依赖治疗师、拒绝听从治疗建议、允许困难的家庭成员停留在家里。

类似于弗洛伊德,Wilfred Bion(1961)试图去发展潜意识的团体心理,描述团体在显然的(manifest)和潜在的(latent)两个层次起到作用。团体正式的任务作用在显然的层次,而人们参加团体也是为了获得权力,虽然是潜在的,但也是最基本的需要。在这个潜在的层次,团体寻求一个领导能够允许他们去满足各种不同的需要:依赖(dependence)、结对(pairing)和战斗—逃避(fight-flight)。

按照 Kurt Lewin(1951)的场域理论(field theory),冲突是团体生活中不

可避免的特征,正如成员之间相互竞争以便获得足够的生活空间(life space)。就好像动物需要自己的地盘,人们也需要自己的“空间”(或者是壳),因为这个原因,个人和团体的需要之间有着内在的张力。与相互间赋予的支持相比,由张力造成的冲突依赖团体施加的约束(人们为家庭付出那么多就是期望得到很多的回报)。

使得 Lewin 团体张力的模式和以前理论不同的地方,就在于其脱离了历史脉络(ahistorical)。不去担心谁对谁在过去做了什么,Lewin 聚焦在此时此刻(here and now)发生了什么。这个聚焦在过程(他们怎样谈话,process),而在不在内容(他们谈了什么,content),是理解团体(家庭)如何运作的关键。

沟通治疗师借用了电讯中的黑箱(black box)概念,并将它运用于家庭中的个人之间。这个模式忽视了人际间的复杂性只聚焦在他们的输入和输出——也就是沟通。不是这些临床心理学家否认精神现象——想法和感受——他们只是发现忽略它们非常有用。通过将他们的关注放在家庭成员之间,而不是内部,沟通理论家被当成“系统纯化论者”(Beel 和 Ferber, 1969)。

当他们在寻求理解现在行为的模式的时候,沟通理论家同样抛弃过去,将过去留给精神分析师。他们认为去计算什么是因、什么是果不重要,倾向于运用循环因果来表达系列的行为,看起来好像每个行为既是因,也是果。

沟通理论家发现在一般系统理论(general system theory)(Von Bertalanffy, 1950)中,许多观点对解释家庭如何运作相当有用。但在理论表述中将家庭描述为一个开放系统(open system)的同时,他们(Watzlawick, Beavin 和 Jackson, 1967)倾向于在临床工作中将其视为封闭系统(closed system)。于是,他们将治疗的力量集中在核心家庭,很少或者不考虑社区、延伸家庭的输入。

沟通者之间的关系可以被描述为互补的或者对称的。互补(complementary)关系建立在相互配合的差异的基础上。一个普遍互补的模式就是一方过于自信,另一方则是顺从,一方会强化另一方的立场。理解这些只是描述性的而不是评估性的术语相当重要。此外,假设一方的行为造成另一方的行为是错误的,或者说一方比另一方弱也是错误的。正如 Sartre(1964)所指出的,只有施虐狂和受虐狂一起才能创造出施—受虐的关系。

对称(symmetrical)关系建立在平等的基础上,一方是另一方行为的镜

子。夫妻的对称关系即两者都自由追求职业、分担家务和照顾孩子，按照现代的标准被认为是理想模式。然而，根据沟通分析，没有理由假设这样的关系会比传统的、互补的关系对系统更稳定或者更有效。

沟通的另一层面在于它会被不同的方式打断(Bateson 和 Jackson, 1964)。外来的观察者可能听到一段对话，好像是没有被打断的流畅的沟通，但每个参与谈话的人都可能认为他或她说的话是由别人说的话而引起的。夫妻治疗师最熟悉这样的僵局：妻子说她唠叨是因为丈夫退缩；丈夫说他退缩是因为她唠叨。另一个例子，妻子说，如果丈夫更爱她，她才会有情绪做爱；丈夫则反驳道，如果她和他做爱次数增多，他自然会更爱她。

只要夫妻用这种方式中断他们的互动，就没有什么改变的可能性。每一方坚持认为是对方造成这个僵局，都希望对方先作出改变。这种僵局是由一种普遍的偏见决定的：如果谁先去打断这种互动，好像就让另一方获得了控制权——换句话说，权力。孩子们的行为最容易说明这一点，当他们打架时，总是争着跑向父母、哭着说：“他先动手的！”他们相互之间的幻觉建立在错误的想法基础上，认为这样的顺序有个连续的开始。于是，一个人的行为总是由另一个人造成的，行为之间是线性的关系。

沟通理论不接受线性的因果或寻找内在的动机，相反，这个模式采取循环因果并分析此刻出现的互动。考虑根本的因果会造成概念上的混乱，没有实际的治疗价值。沟通理论家观察到的是行为与外在的刺激和反应紧密相连的一种沟通模式。连续的因果关系使得治疗师认为行为链是一个反馈圈(feed-back loops)。当对家庭的问题行为作出了使问题恶化的反应时，这条链就被视为正向反馈圈(positive feedback loops)。这样建构的好处在于它聚焦在维持问题的互动上，问题可以改变，而不涉及根本原因，因为它是不可观察且不会改变的。

正常的家庭发展

现在我们拥有丰富的关于儿童发展和家庭生活周期的文献，好像不需要煞费周章地从团体动力文献中寻求对正常家庭发展的理解。然而，在家庭治疗早期，治疗师借用团体发展的概念并将其运用于家庭。其中大多数声名狼

藉的观点来自 Talcott Parsons(1950),认为团体需要一工具性的(instrumental)领导和一表达性的(expressive)领导去照顾团体的社会情绪需要。推测谁被选出来做什么角色——考虑怎样去使人为的和不公平的劳动分工合理化。

作为“系统纯化论”者,沟通治疗师认为行为是脱离历史脉络的。无论是描述还是治疗家庭的互动,他们的关注都是此时此刻,对于发展没有太多的兴趣。正常的家庭被描述为功能系统,好像所有的现存系统一样依赖两个重要的过程(Maruyama,1968)。首先,他们面对环境干扰的时候必须维持完整性。这是通过负向反馈(negative feedback)实现的,常常被比喻为家庭供暖系统的温度调节器。当温度下降到设定的标准之下时,自动调温器就要加热壁炉直至室内恢复到理想的温度。

如果没有常规的结构,没有一个现存的系统可以生存,但是一个过于呆板的结构使得系统不能适应变动的环境。这是为什么正常的家庭也要有正向反馈机制。负向反馈缩小了改变以维持一个稳定的状态,正向反馈改变系统以顺应新鲜的输入。例如,当孩子长大后,他们对家庭系统的投入就不再相同。最明显的例子就是在青春期,孩子要求更加独立。家庭系统如果受负向系统控制,就会抵制改变。另一方面,正常的家庭同样拥有正向反馈的机制并能够根据新的信息作出改变结构的反应。

在家庭生活周期的转变过程中,正常家庭会阶段性地失衡(Hoffman,1971)。没有家庭不受这些改变的打搅,但不是所有家庭在经历了压力、抵制改变之后,都发展出恶性循环。有灵活性的家庭就不会陷在这些循环之中,他们能够运用正向反馈去改变自己。有症状的家庭会一直被卡住,利用有症状的成员去避免改变。

来自一般系统理论的概念,例如正向反馈,有广泛的应用性和理论精美的优点,但常有一些抽象。当我们重新认识通向正向反馈的渠道是沟通时,可能会将这个案例说明得更明白些。健康的家庭能够改变因为有清晰而又灵活的沟通。当孩子说他们想长大后,健康的父母会倾听。

行为障碍的发展

从团体治疗的角度,症状被认为是被破坏的结果,也是破坏了的团体过

程。但通常人们并不认为团体会造成对成员的破坏,反而认为成员的行为是团体破坏行为的一部分。于是,团体研究者和治疗师拒绝线性的因果,更认同循环因果,即他们称为的“团体动力”。家庭团体治疗师很少考虑精神病的起源,更关注是什么使得精神病维持下去。这些包括性别刻板模式、沟通不畅以及给予和接受支持的渠道不畅等。

角色僵化使得团体动力在狭窄、刻板的模式中发生。如果个人的选择减少,团体的灵活性也受到了限制。当需要去处理变动的情况时,团体易于卡在导致故障的固定的角色和不变的结构中。此外,如果灵活性受到威胁,这样的团体就不能为没有得到满足的需要而沟通,结果常常是令人沮丧的或者团体成员受到症状的干扰。如果需要产生剧烈的干扰,并持续不能得到解决,症状可能用角色来维持住,团体将围绕“病人”来重新组织。

按照沟通治疗师的说法,症状的功能是维持家庭系统的动态平衡(正如我们所看到的,症状是有功能的观点——暗示家庭需要(needs)他们的问题——这变得很有争议)。病态的家庭看来被陷在失去功能的、顽固的、动态平衡的沟通模式中(Jackson 和 Weakland, 1961)。这些家庭依附于固定的结构并总对改变的信号作出负面反馈。也就是说,改变不被认为是成长的机会,而是倒退的威胁和信号。

在他们的论文中,沟通理论家持这样一个观点,病理学作为一个整体存在于系统中(Hoffman, 1971; Jackson, 1967; Watzlawick, Beavin 和 Jackson, 1967)。这个目标病人被认为是有互补反角色的角色,所有这些都利于维持系统。这个目标病人可能是受害者,但在这个框架中,“受害者”和“害人者”被认为是相互决定的角色,既不好,也不坏,也不是谁造成了谁。然而,尽管循环因果是他们理论的一致特点,沟通治疗师常常坠入将父母妖魔化的陷阱。

很难评价单一的沟通是正常的还是病态的。相反,评价必须在系列的沟通之中才能作出。人们能够考虑语法和涵义,也就是说,说话的内容,不管是为了澄清或者混淆。这个方法可以用 Lyman Wynne 的研究为例子,在研究中,他发现精神分裂症患者的说话可以分为正常和失常的两类(Wynne 和 Singer, 1963)。或者也可以看看沟通的语用学,正如帕洛阿尔托团体所做的。重点不在于清楚或满意与否,而在于语言的元沟通和命令的方面。

治疗目标

治疗家庭团体的目标和治疗陌生人组成团体的目标一样：使团体成员更加个性化并促进关系。当未满足的需要被说出来时，过于限定的角色被探索和扩大，就会促进个人的成长。一旦家庭成员从压抑中解放出来，假定会发展出更强的家庭凝聚力。注意下面两个基本观点之间的差别：(1) 认为家庭是个人组成的团体，每个成员都需要得到帮助去进一步发展；(2) 采取系统的看法，家庭是个整体。像其他团体一样，治疗家庭就不能觉察到等级和结构之间的需要。

改善沟通被认为是最基本的方法去满足改善团体功能的目标。这个方法的目的是让临床实践者在学会系统思考之前，先反省过去对家庭及其问题过于简单的看法。当 Bateson 及其同事为复杂的系统分析辛苦工作的时候，普通的治疗师仍然认为帮助遇到困难的家庭的方法就是让他们坐下来彼此谈话。

家庭治疗沟通的目标是采取“明显的行为去改变功能不好的互动模式”（Watzlawick, Beavin 和 Jackson, 1967, p. 145）。因为“互动的模式”等于沟通，这表明会改变沟通的模式。在沟通家庭治疗发展的早期，特别是 Virginia Satir 的工作，将改善家庭沟通转化为基本目标。后来，目标缩小为改变维持问题的特定的沟通模式。1974 年，Weakland 将治疗目标定义为解决症状，而不是重组家庭，他这样写道，“我们认为解决问题的基本要求是要替代行为模式，这样才能打断恶性的、正向的反馈循环”（Weakland, Fisch, Watzlawick 和 Bodin, 1974, p. 149）。

和其他行为治疗师一样，沟通治疗师的目标是要阻断促发和强化症状的行为。这两个模式也共享这样的假设：一旦病态行为被阻碍了，就会被建设性的行为所替代，而不是其他的症状。行为模式的局限性在于它视有症状的人为问题，并认为症状是互动链条中的反应，既是刺激也是反应。沟通模式的局限性在于它割裂了维持症状的行为的顺序，并聚焦在两个人的互动而没有考虑到三角化或者其他结构问题。例如，一个孩子害怕，因为父亲经常对她大吼大叫，父亲的这种行为是因为妻子在情感上一点都不关心他，所以改变父亲

的行为可能会造成孩子的症状不同,但如果他和妻子的关系不改善就不能从根本上解决问题。

行为改变的条件

团体家庭治疗师认为带来改变的方法是帮助家庭成员坦诚交谈。治疗师鼓励他们坦白交谈,支持那些沉默寡言的成员,挑战家庭的互动过程。治疗师支持性的力量帮助家庭成员在想退缩的时候变得坦白,且常常是轮流给成员指出新的方向,使得家庭中的其他人采取新的方法与其互动。例如,孩子不习惯大人听他们说话,惯于用破坏性的行为来表达自己的感受。但如果治疗师表现出倾听的意愿时,孩子可能学会用言语而不是行动来表达他们的感受。

团体取向的治疗师通过聚焦在过程(process)而不是内容(content)来促进沟通(Bion,1961;Bell,1975;Yalom,1985)。这是一个重要的观点。一旦治疗师被家庭的细节问题所捕获并思考怎样去解决时,他或她就失去了机会去发现家庭成员做了什么以阻止问题被解决的过程。

按照沟通理论家的说法,所有的行为都有沟通的特点:症状被认为是转变信息、评论关系(Jackson,1961)。即使头疼是由枕骨肌肉的长期压力发展而来的信息,它也是在描述个人的感受且要求回应。如果一个症状被视为交换的信息,那么暗示将信息公开就会排除症状的需要。于是改变行为的一个重要方法,就是将隐藏的信息公开化。

正如我们指出的那样,双向束缚的基本因素在于不可能逃避或者抽身,从外部去观看束缚的情形。但没有改变可以从内在发生,而只有从外面来改变模式。于是,根据沟通理论家的说法(Watzlawick,Beavin和Jackson,1967),心理治疗的范式是用外在干预去解决关系的困境。治疗师是个局外人,他提供关系所没有的改变规则。

治疗师不仅可以指出问题的顺序,也可以简单操纵它们以造成治疗的改变。第一个策略是依赖顿悟的力量和寻求改变的意愿;第二个策略则不是,它试图用家庭自身的游戏去击败家庭,不管有没有他们的合作。在第二个策略中有许多最聪明和有趣的沟通治疗战术,而且大多有书面论述而不是简单的阐述。然而,早期家庭治疗师更依赖指出沟通问题而不是其他的技巧。

第一个策略,简单地指出沟通问题,以 Virginia Satir 的工作为代表,并被家庭治疗师新学者广为使用。第二个策略,用较不直接的方法,以 Haley 和 Jackson 为代表,最后成为主流的策略。

Jackson 和 Haley 早期的家庭工作受到 Milton Erickson 催眠术的影响。催眠治疗师通过给予直接的指示来工作,但他们的目的却常常是不清晰的。然而,在病人接受指引之前,治疗师必须控制住关系。Jackson 有时通过给病人的症状建议开始治疗。他这样做是为了指出问题所在,正如诠释所做的,但同时他的评语会使病人聚焦在与治疗师的关系上——不管病人是接受还是拒绝这一建议。Haley(1961)建议让特定类型的病人去做一些事情以便激发反抗性的反应,这样会使得他们在与治疗师的关系中退缩。他提及这样一个例子,引导精神分裂症的病人去倾听声音。如果病人可以听到声音,他就要按照治疗师的要求行事;如果他听不到声音,就不能再声称疯狂。

技巧

家庭团体治疗的技巧类似于那些分析性和支持性的团体治疗。治疗师的角色是一个过程的领袖(process leader)。家庭的模式是一个民主的团体,治疗师和家庭成员的关系是民主的,正如成员所期望的,他们彼此之间也是如此。治疗师认为那些有话要说的人,通常需要帮助才能将话说出来。这里较少考虑结构或强化父母的等级地位。如果有什么特别的地方,那就是给孩子们特别的帮助和鼓励并希望他们在家庭互动中获得一个更加平等的角色。

John Bell(1961)最初的方法是由系列的阶段组成的。首先是以孩子为中心的阶段(child-centered phase),在这个阶段帮助孩子表达他们的想法和愿望。Bell 渴望帮助孩子参与为父母召开的简单会议,鼓励孩子们去倾听,也赞同他们的一些要求作为赢取他们合作的手段。

在孩子们讲出来并得到额外的奖励后,才轮到父母。在以父母为中心的阶段(parent-centered stage),父母通常一上来就抱怨孩子的行为。在这个阶段,Bell 非常小心地软化父母严厉的批评并聚焦于解决问题。后来,在以家庭为中心的阶段(family-centered stage),治疗师平均支持整个家庭,促进他们持续改善沟通并解决彼此间的问题。下面的故事说明了 Bell(1975)的干预引

导模式。

在几次会谈都保持沉默之后,父亲突然开始长篇大论地批评儿子、女儿和妻子。我注意到,在短短几分钟之后,每个人是怎样用自己的方式从会谈中退缩。于是我说:“现在我认为我们应该听一下 Jim 对你所说的有什么要说,Nancy 也应该有她的说法,或许我们也应该听听你妻子的感受。”这维持了家庭的参与但也没有将父亲驱逐出去。(p. 136)

家庭治疗的三种运用团体模式的特殊方法为:多元家庭团体治疗(multiple family group therapy)、多元冲击治疗(multiple impact therapy)和网络治疗(network therapy)。

1950年,Peter Laqueur 在纽约的 Greedmore 州立医院开始多元家庭团体治疗,后来又在 Vermont 州立医院改进了这一方法(Laqueur, 1966, 1976)。多元家庭团体治疗一起治疗 4~6 个家庭,一周一次,每次 90 分钟。Laqueur 及其协同治疗师开办多元家庭团体治疗,并和传统的团体治疗一样采用团体热身和心理剧的技巧作为辅助。结构的练习可以用来增强互动的层次和感情的深度;家庭成员被作为“协同治疗师”,从治疗师所不具有的更个人化的立场去帮助面对其他家庭的成员。

尽管 Peter Laqueur 的英年早逝使得多元家庭团体治疗失去了最有创造性的力量,但是这个方法依旧偶尔被运用,特别是在医院环境中,包括对住院病人(McFarlane, 1982)和门诊病人(Gritzer 和 Okum, 1983)。

Robert MacGregor 及其同事在加尔维斯敦的得克萨斯大学医学院开发出多元冲击治疗,采用这个在最短时间内可以给家庭带来最大冲击的方法,是因为这些家庭来自整个得克萨斯,路途遥远,迫使他们要在有限的几天内密集式地接受专业团队的治疗(MacGregor, Richie, Serrano, Schuster, McDonald 和 Goolishian, 1964; MacGregor, 1967, 1972)。团队成员会见不同的家庭组合(例如夫妻、兄妹),并将他们安排到一个大的团体里以便给出建议。尽管多元冲击治疗不再被使用,它的深入而又不频繁的会面对改变是一个强有力的刺激,并预示了后来经验式治疗和米兰学派的发展。

网络治疗是一个由 Ross Speck 和 Carolyn Attneave 发展出来的模式,通过聚集整个的社会网络(例如家庭、朋友和邻居,有的时候多达 50 个人)来帮助处于危机中的家庭。成队治疗师参与,重点在于打破破坏性的关系模式并

为新的选择提供动员和支持的力量(Speck 和 Attneave, 1973; Ruevini, 1975)。

治疗的团队会见网络成员时间长达 2~4 小时,一般要会见 3~6 次。团体热身技巧被用来降低阻抗并制造一个温暖的参与环境。在 5~10 分钟的握手、跳上跳下、叫、拥抱、前后摇摆之后,团体经历了压力的释放和凝聚力的产生。

分化阶段(polarization phase)始于领导者促发了网络中相互冲突的观点。通过将人们安排在同心中,邀请他们去面对彼此之间的不同,可能会很具戏剧色彩。在领导者的引导下,面质被妥协与综合所取代。在动员阶段(mobilization phase),任务被表述出来,子团体被要求去寻找解决问题的具体办法。如果目标病人需要工作,可能要成立一个委员会去帮助他;如果年轻的父母卡在家务的争吵在于谁应该去照顾孩子,可能会要求成立一个看护孩子的资源小组并允许夫妻可以一起出门。

在最初的热情减淡之后,网络团体常常觉得厌倦和失望,因为成员认识到问题是多么的根深蒂固。Uri Ruevini (1975) 描述了这样一个案例,在沮丧期来临的阶段,有问题的家庭觉得被整个网络隔离和抛弃。Ruevini 通过设置一个宣泄的团体练习(死亡告别仪式)来打破这个僵局,要求家庭成员闭上眼睛,想象他们已经死了。其他的网络成员被要求分享他们对这个家庭的感受:他们的力量;他们的弱点;对于他们的朋友,他们意味着什么。这个戏剧化的设计使得情绪汹涌而出,将网络从沮丧中唤醒。

Speck 和 Attneave(1973)描述将网络变成解决问题的子团体,使用行动而不是影响去走出失望。有一个案例,他们指派一系列朋友去监督一个吸毒的青少年,另一个小组则帮助他搬离父母的屋子。一旦取得突破,网络的能量得到释放,便直接造成问题的有效解决。网络会谈常常造成 Speck 和 Attneave 所称的“网络效果”——感觉到彼此之间愉快的连通性以及解决了过去认为不能解决的问题的满足感。一旦网络被激活之后,当有需要的时候,总是有人在那里。

大多数沟通家庭治疗的技巧包括教授清晰的沟通规则,分析和阐述沟通模式,通过一系列的策略安排来操纵互动。这些策略的发展从直接到间接都反映了家庭是怎样察觉并抵制不断增长的改变的。

在早期的工作(Jackson 和 Weakland, 1961)中,沟通治疗师通过暗示他们的信念开始:整个家庭卷入表述的问题之中。于是,他们解释所有家庭都发展出了沟通的习惯模式,其中一些是有问题的。治疗师发现,如果试图改变家庭的观念,由认为目标病人有问题转而接受相互间的责任造成了问题,就低估家庭对改变的抵制。后来,这些治疗师更倾向通过接受家庭对他们问题的定义来开始治疗(Haley,1976)。

在公开给出评论之后,治疗师询问家庭成员,通常让他们轮流讨论家庭的问题。治疗师聆听但关注沟通的过程,而不是内容。当家庭中的一些人用含糊其辞的方法说话的时候,治疗师应该指出并强调清晰沟通的特定规则。Satir(1964)是最直接的老师。当有人表达不清的时候,她会提出问题和澄清信息,并提供清晰表达的指导。

刚开始治疗精神病患者的家庭时,Don Jackson 最初认为他需要去保护病人不受家人的破坏(Jackson 和 Weakland, 1961),但后来发现父母和孩子以一种破坏性的方式捆绑在一起。即使现在,那些刚刚接触家庭治疗的人,特别如果他们还没有当父母,倾向于认同孩子并视父母为坏人。这不仅是错的,还会疏离父母并将他们逐出治疗。年轻的治疗师常常开始“心照不宣”地认为孩子的问题都是父母的错。只有到后来,当他们自己成为父母,是否会获得更加平衡的观点——也就是,家庭问题都是孩子的错。

Jackson 强调在家庭会面时结构和控制的需要。在第一次会谈中,他一开始就会说,“我们在这里一起工作以便更好地相互了解,这样你们就可以从家庭生活中获得更多”(Jackson 和 Weakland, 1961, p. 37)。这句话不仅给会面定了结构的基调,也传达了这样一个观点:所有家庭成员都要成为讨论的焦点。此外,它还揭示了治疗师的目的和祝愿,因此促成了父母内心的挣扎,他们可能厌恶自己是问题的一部分这个暗示。于是,我们看到 Jackson 是个积极的治疗师,他从一开始就给治疗设定规则,公开地解释他要做什么。今天大多数治疗师发现含蓄些会更有效,针对家庭的阻抗不仅要用心理的“空手道”,也要用“柔道”——运用他们自己的动力去平衡,而不要赶鸭子上架。

Jackson 可能发现太难处理精神病患者的家庭以至于他开始积极甚至进攻性地避免被他们的疯狂套牢。他的每个案例记录中都有对于战术的建议,好像视自己在击败家庭旧有的游戏(Jackson 和 Weakland, 1961)。他使用双

重信息(double message),激发他们做一些事情去反抗治疗引导,但是真正的目的可能是被掩盖的(therapeutic double binds)。

如果说 Jackson 是含蓄地和家庭作战,那么 Jay Haley 则是公开地宣战。他清晰明确地将治疗定义为夺取控制权的战争。Haley 相信治疗师需要夺取比病人更大的权力以便操纵他们进行改变。尽管操纵的概念可能令人不悦,但对于那些利用病人来偷偷实现私人目的的治疗师才要给予道德批评,而不应该针对这些寻求最有效帮助病人达到他们目标的治疗师。

尽管对人类关系的分析非常理性,Haley 相信家庭成员不能理性地对待自己的问题。他可能夸大了人们无力理解自己的行为。于是,他的治疗倾向于强加于病人而不是与他们协作。尽管 Haley 嘲笑顿悟是良药这一观点,但他相信简单、公开的沟通作为解决家庭问题的方式。

按照 Haley 的说法,治疗师仅仅作作为第三方的出现,就有助于夫妻解决他们的问题。通过公正地对待双方,不偏袒其中一方,治疗师缓和了通常的指责性的行为;换句话说,治疗师好像是一个仲裁人。除了做一个仲裁人,沟通治疗师重新定义家庭成员之间的行为。一个策略是重新定义家庭成员说的话,强调关系中的积极方面。Haley(1963)说,“如果丈夫抗议妻子的持续唠叨,治疗师可能说,妻子试图去接近丈夫并和他更加亲密。如果妻子抗议她的丈夫总是躲着她,丈夫可能被定义为一个试图避免争吵而寻求和谐关系的人。”(p. 139)这个技巧后来被称为重构(reframing),成为策略治疗的核心特点。

Haley 的一个策略是为控制家庭关系建立清晰的规则。失去功效的规则变清晰后会变得更难遵循。例如,一些人抱怨自己的伴侣不表达自己,那是因为他们自己说得很多而且批评得很多,所以伴侣很难获得机会。如果治疗师将这点指出后,更难去遵循这个模糊的规则:伴侣应该不讲话。Haley 相信对于要遵循什么规则的意见不同相对容易通过讨论和妥协解决。谁去制定规则的冲突则更加艰巨。因为控制权的问题是非常有爆炸性的以至于不能公开解决,Haley 建议给予含蓄的引导。

Haley 的引导有两种:建议采取不同的行为和持续过去的行为。Haley 建议让成员继续保持过去的行为是一个治疗的自相矛盾。当反抗的青少年得到的引导是“继续反抗”,他就进入了两难境地。继续反抗意味着顺从另一个权威角色的指示(并且承认他所做的是反叛性的)。只有通过放弃这个

行为,青少年才能维持自由的假象。有时候,让一方建议另一方维持症状行为也很有效。这可能造成重要的改变,因为它改变了谁定义这个关系的本质。

早期模式的经验

从团体治疗到家庭治疗最重要的贡献就是这样一个观点:所有团体,包括家庭,都拥有自然的特征。当人们在一个团体中,关系过程出现反映了个人的介入以及他们互动集体的模式。家庭治疗师使用系统理论去说明人际间力量的本质。在团体动力(group dynamics)中,家庭治疗师处理的是三角化、替罪羊、结盟、联盟和分裂。

团体理论家也教授我们角色(roles)的重要性,正式的和非正式的,以及角色是怎样组织团体中的行为的。家庭治疗师吸收角色理论,当他们支持父母作为领导者的角色或指出隐蔽的角色时,会减损团体的功能,例如一个父亲持续扮演喜欢开玩笑的角色会怎样破坏他妻子权威的角色和转移家庭讨论和解决问题的能力。家庭治疗师也帮助家庭成员认识到呆板的角色是怎样使他们困于固定且不灵活的表现的,例如青少年是那么忙于不要成为父母那样的人以至于他们不知道怎样才能成为自己。

过程/内容的区分对于家庭治疗师也有非常重要的意义。当家庭寻求帮助时,他们期望帮助解决他们的问题。他们可能希望知道怎样去帮助一个害羞的青年交朋友或怎样使逆反的青少年表现出更多的尊重。但是家庭治疗师试图解决的是:为什么这些家庭不能自己解决问题?为什么他们用来解决问题的方法是无效的?于是,当家庭讨论他们的问题时,治疗师在倾听内容的同时,也在倾听讨论的过程,例如谁对谁说话、用何种方式说话。

从关注人们说什么到怎么说的转变——坦白的还是抗拒的、合作的还是竞争的——是所有治疗形式中最重要的策略之一。换句话说,大多数家庭治疗师聚焦在此时此刻,用家庭成员彼此互动的形式将问题带入咨询室。

团体治疗的主要技巧——促进自由而又坦白的讨论——帮助家庭治疗师鼓励家庭中的对话和相互理解。尽管帮助家庭讨论问题可能会促进他们解决小冲突的能力,但交谈本身对于解决更困难的问题还远远不够。此外,民主团体模式中的技巧被认为是忽略了家庭独特的结构特点。与治疗团体不同,家

庭不是由平等的成员组成的。家庭中的每个成员可能对于他或她的感受有着平等的权利,但总得有人作主。治疗师邀请家庭中的每个人平等地说话就没有尊重家庭的领导和等级的关系。

团体治疗师的另一主要技巧是过程诠释,Bell(1961)描绘了四种类型:反思性的诠释(reflective interpretation)说明了在这一刻发生了什么:“我注意到当你太太说一些批评的话的时候,你只是垂着头,好像在说‘我真可怜’。”联结性的诠释(connective interpretation)指出在家庭成员各种行为之间看不见的联系:“你们有没有注意到,当你们开始争吵的时候,Jenny 就开始有不良行为。”重构诠释(reconstructive interpretation)解释了家庭历史中的事件怎样为最近的经历提供一个情境。标准化诠释(normative interpretation)通过将来访者的行为和大多数人比较,设计谈话来支持或挑战家庭成员:“大多数青少年对父母都很无礼,这是成长的一部分。”

我们能够对过程诠释作出最明显的评论,在于简单指出家庭成员现在的行为不可能帮助他们看到自己行为是无效的或去改变它们。人们通常不能改变的原因是他们被指出自己是家庭系统的无头脑的木偶,而且即使好意的批评也常常让他们觉得被批判而不是建设性的意见。

团体家庭治疗师有指导性地鼓励人们吐露心声,尤其当他们看起来好像有话要说的时候;否则的话,他们相对被动并限制自己去描绘所看到的家庭中发生的互动主题。在由陌生人组成的治疗团体中,他们拥有不一样的阻抗和人格类型,治疗师可能作为催化剂去促进成员去面对和挑战对方。然而,家庭常常有共同的阻抗和无效的态度,治疗师不能依赖成员去挑战家庭规范。这是为什么现代的家庭治疗师更加主动地治疗家庭,面对家庭的互动模式(而不是个人的沉默寡言)并寻找方法避开阻抗,因为家庭的阻抗比陌生人组成的团体更加强烈。

三种团体模式的特殊用法在这一章有比较详细的介绍——多元家庭团体治疗、多元冲击治疗和网络治疗——在1960年代有较多的实验。在同一时间治疗多个家庭允许同一家庭中的成员看其他家庭怎样处理类似问题。然而,如果其他家庭的存在会分散注意力的话,在任何时候很难聚焦在积习难改或引发焦虑的问题上。在团体治疗中有效的,在家庭中可能无效。

多元冲击治疗和网络治疗给危机中的家庭带来巨大的资源。尽管家庭治

疗师在诊所中常常采取团队工作，现在我们通常依赖一个治疗师去治疗一个家庭。或许这时候多元冲击治疗那种竭尽全力才能发挥效果。网络治疗的额外好处在于它动员运用家庭社区的自然资源。或许这个模式还是有效的：在治疗结束之后，它使用可以得到的社区资源，这是对抗很多家庭隔离的有效方法。

沟通治疗是最早和最有影响力的家庭治疗方式。它的理论发展和一般系统理论紧密相连。沟通是可见的输入和输出，治疗师用其来分析人际系统的黑箱。沟通被描述为反馈，好像人际权力争夺中的策略，也好像症状。实际上，所有的行为被视为沟通。困难在于，当所有的行为被认为是沟通时，沟通分析可能成“什么都是”，结果就变得“什么都不是”。人类关系不全是沟通，沟通可能是互动藏身的矩阵，但人类互动还有另外一些特征：例如爱、恨、恐惧、认知和冲突。

Bateson 团体让人印象最为深刻的可能是双向束缚(double bind)的概念，但是他们持久的贡献是运用沟通分析更大范围的行为，包括家庭动力。实际上，元沟通的想法是个比双向束缚更有用的概念，它不仅被家庭治疗师采纳，而且被普通大众接纳。不管他们是否熟悉元沟通这个术语，大多数人理解所有的信息都有报告和命令两种功能。

沟通治疗的另一有意义的观点是认为家庭是被规则控制的系统，通过动态平衡和负向反馈机制来维持。负向反馈说明了正常家庭的稳定性和丧失功能家庭的不灵活性。因为此类家庭没有足够的正向反馈机制，所以不能适应变动的环境。

沟通理论家从一般系统理论中借用开放系统模式(open systems)，但他们的临床干预是建立在控制论范式下的封闭系统(closed system)。关系被描绘成控制权的争夺。Haley 强调夫妻间的权力争夺；Watzlawick 说家庭中控制权的主要问题是认知的。治疗被认为是权力的争夺，治疗师获得控制权以智取胜维持症状的力量。

当沟通在封闭系统里发生时——一个人的幻想或家庭的私人谈话——只有很小的机会去调整这个系统。只有当系统外的人提供输入才能造成纠正。这是沟通家庭治疗所基于的假设。因为家规的功能很大程度上不为家庭所知，最好的办法是通过向专家咨询去检验且纠正它们。

Haley, Jackson, Satir, Watzlawick 虽然都致力于改变失去功能的沟通模式,但是他们的治疗策略还有很大的分别。他们通过直接或间接的方式去追寻目标。Satir 喜欢直接的方式,通过教授清楚的沟通使得家规变得清晰。这一方法被描述为建立基础规则,或元沟通的原则,包括一些让人们为自己说话的战略,并指出非语言的和多层次的沟通渠道。

正如 Haley 所说:“困难在于,让病人去做一些事实上精神病人明显不太愿意去做的事情。”因为这一原因,沟通治疗师开始依赖更间接的策略,用来激发改变而不是加强觉察力。让家庭成员为自己说话,例如,可能挑战一条家规于是遭遇阻抗。拥有这些认识,沟通治疗成为对阻抗的治疗。

阻抗和症状常被用许多自相矛盾的引导来治疗,被称为“治疗的双向束缚”。Milton Erickson 用来说明阻抗的技巧被用作获得控制权的杠杆,例如,治疗师告诉家庭成员不要在第一次会面时就吐露所有事情。类似的策略也被用来说明症状,使不能辨认的规则变得清晰,暗示这些行为是自愿的,并使得治疗师得到控制权。

最终,沟通治疗变得以症状为中心,简明且有指导性。聚焦在症状和一般系统理论中等效(equifinality)的概念一致,这意味着不管系统从哪里发生改变,最终结果都是一样的。

目前沟通治疗理论被纳入家庭治疗的主流,聚焦症状干预成为策略和解决中心模式的基础。不幸的是,当团体和沟通治疗师因家庭的不灵活性而感到挫败时,他们可能夸大了家庭系统的非理性的力量。

系统焦虑

治疗师最初是作为家庭的敌人出现的。弗洛伊德的发现显示家庭是天真孩童的诱惑者,后来成为文化压迫的动力、所有焦虑和负疚感的来源。住院精神科医生视病人为家庭的受害者,除了索取诊费,将家庭排除在外。儿童指导运动工作者带着固定的偏见去接触家庭生活。他们认为家庭中有问题的关系是导致精神病的关键,这一想法使得他们对目标孩童病人的忠诚看法变得模糊不清。因为决心要拯救孩子,他们视母亲为需要克服的敌人,视父亲为需要忽略的外围的角色。

通过证明精神病患者的疯狂谈话在令人绝望的家庭状况下是有意且令人绝望的解决方式,沟通家庭治疗将精神病患者从无用的精神病症中解救出来。不是病人而是家庭系统错乱了。家庭治疗旨在将心理疾病人性化,却创造了一个非人性的、机械的整体——系统——去治疗。

努力使家庭成员个体的权利不受压抑,临床治疗师跑到强有力的家庭的对立面推动个人的自主性。个人可能会好转,但是家庭可能需要有人扮演病人的角色。一些家庭显然需要一个替罪羊来维持他们的平衡。

Bateson 团体的观察是想要科学化的,然而他们描述家庭系统的语言却是战斗性的,常常认为家庭不仅是在阻抗,而且是故意在反对改变。将家庭置为敌对面的想法把家庭治疗师置于一个敌对的立场。因为家庭被视为没头脑的系统,要么顽固(死抱着自己的方式不放),要么圆滑(很难受到约束),于是访谈成为一场战斗。

即使家庭治疗师放弃了病人是坏心肠亲属的无辜受害者这一观点,他们也觉得自己站在家庭的对立面,因为家庭顽固抵制改变它们的努力。

从与个人工作转向与家庭工作是不持续的且要求新的思维方式。治疗师不习惯看到整体家庭的互动,渴望引入非临床的模式帮助他们使互动的模式概念化。

控制论和一般系统理论提供有用的比喻去帮助临床治疗师组织家庭生活的互动模式。描述家庭是帮助他们认识团体的互动特征能像单独的个体(或整体)那样发挥功能的系统。家庭就好像系统一样,其中每个成员的行为依赖于所有其他成员的行为。

系统思考的最大好处在于重新认识到人们的生活是相互联系的,于是家庭的行为成为相互影响的结果。忘记系统比喻的危险只是高估他们影响力的危险——并将个体家庭成员非人性化。系统的一个神话就是它是决定性的而不是影响性的。例如,过于投入照顾孩子的母亲要退一步,才能留出空间让丈夫变得更多地参与;但系统的改变并不能使得他变得参与。类似地,很难使疏离的父亲或母亲花更多的时间和孩子在一起,因为孩子已经和另一方在情绪心理上纠缠不清了。

系统比喻被认为有个优点,排除了批评个人,因为个人被视为陷于他们家庭的结构中。避免指责和挑剔总是好的,但如果否认自我表现决定的可能性

就不那么好了。这里的危险就存在于机制当中。

我们所做的很多事可能是自动地被互动模式所调节。但尽管我们不总是反省或采取理性行为,但有时候确实也这样做了。我们不能只是将事件联系成循环的链条,我们是有名有姓的人,也是有原创力的人。我们确实是和他人相联系的。大多数时候,我们按照脑中对他人的想象来行事,有时我们确实和他人一起做事,偶尔我们也会为了他人而做。但是“我们”作为行为主体,是有血有肉又有心灵的个体。

家庭治疗师教授我们:我们的行为是受到围绕着行为的看不见但强有力的方式控制着。人们像那样行事的观点是因为被诱使按照既定的角色生活,这个观点有解放性的效果,如果人们是在扮演角色,那么就可能扮演一个新的角色。例如,改变建立在性别刻板印象之上的男人和女人的角色,允许更宽广和更可信的自我定义。然而,如果过于扩展,这种思考的方式暗示角色就是一切。

系统思考发展到极端就会抛弃自我并将其视为幻觉。问题在于当角色被具体化为既定行为的决定性和独立的个人动力。系统思想家不幸地暗示角色扮演人,而不是人扮演角色。

早期家庭治疗师视家庭为控制论系统(cybernetic systems),通过反馈来统治家庭。或许他们过于强调,使得家庭抵制改变的负向反馈,部分是因为他们研究的是患有精神分裂症的家庭,倾向于格外的呆板。然而,正如我们开始认识到的,尽管系统思考使我们对彼此之间的相互联系变得警觉,死气沉沉的系统比喻是理解人类系统不足够的模式。当系统地思考时,我们认识到个人是系统中的系统,尽管对外界的力量作出回应,他们也是发起者,有想象力、记忆、理性和欲望。

家庭治疗的阶段

■ 最初的电话联系

最初联系的目的是要了解表述的问题的大致情况,并安排整个家庭来寻求咨询。聆听来电者对问题的描述并确定全家所有成员以及其他可能牵涉的人(包括转介来源和其他机构)的参与。然后安排第一次访谈,指明什么人要

参加(通常是所有家庭成员)以及时间和地点。

你需要学会作下面的表达,将个人治疗的要求转变为家庭个案,最重要的考虑就是态度。首先,理解和尊重那些希望你单独治疗孩子的父母或那些想和你单独谈话的父母,这些都是完全合理的要求,即使和你的想法不相同。其次,如果你希望会见整个家庭,关键原因这是你工作的方式,至少第一次的评估需要大多数家庭成员都加入咨询。

如果来电者表述的问题只局限于个人,一个有效的办法就是将焦点扩大到询问这个问题是怎样影响到家庭中的其他成员的。如果来电者为带全家来的想法所困扰,或者说家中的某位特定成员是不会参与的,你要强调你需要听到每个人的声音,至少在最初,以便得到尽可能全面的信息。大多数人接受这个需要去给出他们的观点,他们抵制的是他们要被指责的暗示。

如果孩子是目标病人,父母可能愿意参与但是不愿带兄弟姐妹一起,因为他们并不被视为问题的一部分。对家庭关注不够的丈夫可能因为“太忙”而不能参与,没有症状的兄弟姐妹可能对于帮助拓宽理解围绕着目标病人在家庭中的关系问题上的失败很重要。

拓宽这个焦点并不意味着拓宽指责。家庭成员常常能够承认有问题的家庭模式的角色,如果他们感觉到治疗师不是在批评他们的话。没有必要让每个人都卷入问题,重要的是使得每个人合作起来解决问题。

最后,因为大多数家庭不愿意坐下来一起面对他们的冲突,第一次会面前的提醒电话会帮助减少缺席率。另外的方法给予家庭更多的责任,让他们在见面的前一天打电话来确认每个人都会参加。

■ 第一次访谈

第一次访谈的目的是要建立与家庭的联盟并发展出维持表述问题的假设。最好在最初的电话后得出一个暂时的假设(运用技术术语,预感),并在第一次访谈中验证它(为了避免将令人不悦的理论强加于病人家庭,避免用个人的偏见去设想他们,对于反驳保持开放的态度相当重要,而不是只要去确认你最初的假设)。关键在于不要匆忙得出结论,而要开始积极地思索。

第一次访谈的主要目的是要建立友好的关系并获取信息。向联系人以及这个家庭的成员们作自我介绍。让父母去介绍孩子。问候每个人并和他们握

手。向家庭介绍这间屋子(例如观察镜、摄影机、给孩子玩的玩具)和会谈的形式(长度和目的)。简要复述来电者在电话中对你所说的内容(不至于让其他人觉得奇怪),然后询问是否需要纠正或补充。一旦你已经听到并认同了一个人的观点(“所以你说的是……”),依次询问其他家人的观点。

大多数的会谈应被对表述问题的讨论所占据,聚焦在问题上可能会带来令人沮丧的效果。于是,花费一些时间探索家庭成员的兴趣和成就是非常宝贵的,有时甚至会戏剧性地改变会谈的情绪能量。

为了获取信息,一些治疗师认为询问家庭历史非常有用,许多人使用家族图谱(genograms)去画出延伸家庭网络的详细图谱(第五章有详细的描述)。其他人相信不管历史是多么精要的,它都会出现在事件的自然过程中,所以他们宁愿更关注家庭所表述出来的关注点及其周遭环境。

家庭治疗师发展出了家庭成员可能怎样卷入所表述问题的假设,通过询问他们做了什么试图去解决它,并通过观察他们是怎样互动的。想法比行为更加重要,于是注意到对问题的无助解释和无效互动是非常有用的。

有两种信息(内容)是特别重要的:无效的解决办法(solutions that don't work)和生命周期的变迁(transitions in the life cycle)。如果不论家庭做什么都不能解决他们的困难,那么可能那些努力也是问题的一部分。一个典型的例子就是过多干预的父母试图帮助害羞的孩子交朋友,可他们用的方法却是哄骗或者是批评他。有时家庭成员会说,他们已经“尝试所有的办法”去解决问题。在这样的例子中,问题可能是前后不一致的,他们尝试了所有的方法但一遇到阻力就很快放弃(首次访谈的挑战在于建立与家庭的联盟且不接受家庭对个人是问题的表面价值判断)。

尽管自然的趋势是聚焦在问题和造成问题的原因之上,但要聚焦在家庭的力量而不是弱点,是成功治疗最重要的一点。于是,治疗师应该寻找家庭的弹性(Walsh, 1998)。为什么这些人以前可以做得很好?他们是怎样成功处理过去的困难的?一个有希望的未来会是什么样子?即使是最令人失望的家庭也有成功的时候,即使那些正面的事件也可能被他们目前面临的困难所带来的挫败感所掩盖。

尽管不总是立即出现,大多数家庭寻求治疗是因为不能适应变动的环境。如果在孩子出世后的最初几个月丈夫和妻子发生问题,很可能因为他们没有

有效地从二人世界转变为三人团体。一个年轻的母亲可能会抑郁，因为她没有获得足够的支持去满足一个新生儿的强烈需求。一个年轻的父亲可能嫉妒，因为妻子将注意力倾注在婴儿身上。

尽管有孩子的压力看起来是明显的，你可能会诧异一个抑郁的年轻母亲是多么经常地被认为自身存在问题——“没有解决的依赖需求”(unresolved dependency needs)，或许是抑郁缺乏(prozac deficiency)。同样，当孩子上学或进入青春期或在其他的变迁期，家庭也会遇到问题：如果你仔细考虑的话，你就会发现变迁对家庭的要求是非常明显的。

年轻的治疗师可能没有经历过他们的来访者苦苦挣扎的一些改变。如果是这种情况，需要强调治疗师对家庭的困境保持好奇和尊敬，而不能草率得出没有根据的结论。例如，作为一个单身的男人，我们可能不能理解许多有小孩的来访者很少有机会夫妻俩单独出门。他假设他们过于关注孩子或害怕单独相处。后来他自己的生活会给他上了完全不同的一课。当他有了小孩之后，他开始觉得奇怪，为什么那些夫妻能够那么经常地出去！

家庭治疗师探索家庭互动的过程有两个主要的策略：一是通过询问家庭成员是怎样和对方联系的；二是邀请他们在会谈中讨论彼此之间的问题。第一个策略是，问“过程”或“循环”的问题，Bowen 学派和系统治疗师最喜欢使用；第二个策略是结构式家庭治疗师经常使用的。在每个案例中，治疗师的关键问题是：什么使得家庭被卡住？什么力量使得他们不能适应发展和改变的压力？

一旦他们会见家庭，知道使得他们寻求治疗的问题，努力去了解家庭的情境，形成需要做什么去解决的推测，治疗师应该给家庭作出建议。这可能包括向其他专业人士咨询(学习障碍专家、医生、律师)，或者只是建议家庭不需要——或看起来还没有做好接受治疗的准备。然而，通常建议会成为家庭治疗的一节。尽管许多治疗师试图在第一次会面结束前给出建议，但这样做有点匆忙。如果用两次会面和家庭建立关系，理解他们的情况并发现你是否可以和他们一起工作，那么两次也是不错的选择。

如果你觉得自己可以帮助家庭解决问题，那么就给他们一个治疗合同。说明他们为什么来，说明这是一个好办法，说明你相信可以提供帮助。于是协商出一个固定的会面时间、频率、每次会谈花费的时间、谁参加、观察者的出

席、录音或录像、费用以及怎样来处理保险费。记住家庭的阻抗不会在第一次（或前四次）的会面中奇迹般地消失，因而需要强调遵守约定的重要性以及每个人的参与。最后，不要忘记强调家庭的目标以及你在会面中观察到的家庭的力量。

第一次会面备忘录

1. 和家庭每个成员联系并认可他们对问题的观点和寻求治疗的感受。
2. 通过控制访谈的结构和步骤来建立领导关系。
3. 通过平衡爱心和专业与家庭建立一个工作联盟关系。
4. 表扬家庭成员的积极行为和家庭的力量。
5. 对每个人保持同理心，尊重家庭的做事方式。
6. 聚焦于特定问题和尝试的解决办法。
7. 对围绕所表述问题的无效互动发展出假设。对为什么这会持续下去保持好奇心。
8. 不要忽略没有出席的家庭成员、朋友或帮助者介入的可能性。
9. 协商治疗的合约，认可家庭的目标，详细说明结构性治疗的治疗师框架。
10. 欢迎提问。

■ 治疗的早期阶段

治疗的早期阶段致力于重新定义治疗师的建构：假设问题存在的原因并开始继续工作以解决问题。现在的策略从建立联盟转向挑战行动和假设。大多数治疗师能够找到究竟是什么需要被改变。使得优秀治疗师独树一帜的是他们奋力争取改变的强烈意愿。

“奋力争取改变”可能表明了质问的形式，就好像 Salvador Minuchin 做的治疗。帮助人们冒险改变要求的并不是一个特定工作方式，而是说这种不松懈的助人责任会使得事情变得更好。这种责任在很多治疗师的身上都体现出来：Michael White 不依不饶地质问充满问题的故事；Phil Guerin 冷静地坚持家庭成员停止责备对方，开始反省自己的反应；Virginia Goldner 确定地坚持认为暴力的男人应该为他们的行为负责。

不管他们遵循哪个模式，有效的治疗师有个共同点：拥有强烈的意愿去

持续追求改变。这不仅意味着投入、责任感或维持家庭。它也意味着愿意去干预,并总是精力充沛。一些治疗师倾向于避免面质,并发现运用温和但执着的鼓励更有效。然而,不论他们是否直接工作(有时使用面质)或间接工作(避免它),好的治疗师是有始有终的。策略和技巧可能会改变,但使得优秀治疗师与众不同的是:他们对所做的事情的个人投入,陪伴家庭成功解决其问题。

有效的家庭治疗致力于解决人际冲突,第一步(特别在结构式家庭治疗中)是将冲突带入咨询室中并将其置于成员之间。通常这不是什么问题。冲突中的夫妻或与孩子长期不和的父母通常会直接讲出他们的不同意见。如果家庭是其他人或结构转介而来的(法庭、学校、保护性的服务部门),治疗师通过处理家庭和那些机构之间的问题开始。家庭必须怎样改变以解决与那些权威们的冲突呢?如果成员不是遇到困难,是否家庭一定要改变呢?

如果一个人被表述为问题,治疗师通过询问其他人是怎样卷入的(或受影响的)来挑战线性思维模式:在制造(处理)问题中,他们的角色是什么?他们又是怎样回应的?

例如,如果来访的父母说:“问题是 Malik。他不听话。”治疗师会问:“他是怎样逃避处罚的?”或“当他不听话的时候,你怎么办?”

较少面质的治疗师可能会问:“你是怎样注意到这点的?”“他做了什么看起来不听话的举动?”“他不听话是怎样影响你的?”

例如,来访者说:“是我,我抑郁。”

治疗师可能会问:“这家庭中谁导致了你的抑郁?”

“没人。”

“那么,谁帮你克服抑郁呢?”

挑战可能是生硬的或温和的,依赖于治疗师偏好的方式和对家庭的评估。顺便提一句,关键不是从责备一个人(例如,一个不服从的孩子)转向指责另一个人(父母没有管教好),是将问题拓宽成相互作用的。或许母亲对 Malik 过于仁慈,因为她觉得父亲过于严厉。此外,她过于关注男孩,可能是因为婚姻中的情感疏离。

挑战无效互动的最好办法就是指出那些看来使人们卡住的模式。一个有用的公式是:“你越做 X,他越做 Y——你做 Y 越多,他就做 X 越多。”(对于 X 和 Y,可以用唠叨和退缩或控制与反抗来替代)顺带提一句,如果治疗师指出

人们所做的是无效的,这时告诉他们应该怎样做就犯了战术上的错误。一旦治疗师指出这一点并给出建议,来访者的关注就从对自己的行为转向治疗师及其给予的建议上了。

治疗师:当你忽略你妻子的抱怨时,她觉得受伤和愤怒。你可能很难接受这个愤怒,但是她却感觉不到支持。

来访者:我应该怎么办?

治疗师:我不知道,问你的妻子。

拒绝给出建议,特别当询问的时候,制造张力以便鼓励家庭成员去发现自身的资源。解决中心治疗的一个方法就是去挑战无效的行动、询问成功的努力,并鼓励更多类似的行为。

即使有时挑战假设或行动,家庭治疗师也在持续聆听家庭成员的感受和观点。倾听是个沉默的活动,有时非常罕见,即使治疗师也难做到。家庭成员通常很难长时间倾听对方而没有变得防卫或者反应。不幸的是,治疗师也不总是聆听,或者,当他们过于急切以至于不能发现不同或给出建议。记住,人们不可能重新考虑他们的假设,除非觉得自己被倾听和理解。

家庭作业可以用来测验灵活性(只是看他们是否采取措施并愿意改变),使得家庭成员对他们在问题中的角色更加清醒(只是告诉人们要注意什么,没有必要试图去改变,是非常有指导性的),并建议相互关联的新方式。典型的家庭作业包括:对于投入过多精力在孩子身上的父母,建议他们雇个保姆并一起出门;让有争执的夫妻轮流讲出感受,另一方只可以听不可以说话(但是要留意对方的反应);让依赖的家庭成员练习花更多的时间自己一个人待着(或者和家庭以外的人一起),并为他们自己做更多的事情。家庭作业可能会造成冲突,例如应该避免让父母和青少年协商家规。困难的讨论应该留给治疗师在场的时候,这样,他也好担任仲裁人。

早期阶段备忘录

1. 识别主要的冲突并将其带到咨询室中。
2. 发展假设并将其精炼为一个建构,家庭做了什么造成问题的持续和不能解决。建构应该考虑过程和结构、家规、三角化和界限。
3. 持续聚焦在主要问题和支持它的人际现状。
4. 布置家庭作业,指出双方的问题以及维持其根本的结构和动力。

5. 挑战家庭成员,让其看到在困扰自己的问题中的自身角色。
6. 推动改变,不论在会谈中还是在会谈之间的家中。
7. 有效利用督导来验证建构的可靠性和干预的有效性。

■ 治疗的中期阶段

当治疗不仅是下达命令或者是解决问题时,大多中期阶段致力于帮助家庭成员表达自己并获得相互间的理解。如果治疗师在这个过程中扮演太积极的角色——通过他或她自己来筛选所有的交谈——家庭成员就不能学会怎样自己去处理彼此之间的关系,且只要在治疗关系中,他们就可以持续应付下去。因为这一原因,在中期阶段,治疗师应扮演不那么积极的角色并鼓励家庭成员之间更多的互动。因为这样做,治疗师可以退后一步并观察过程。一旦对话陷入困境,治疗师或者指出哪里出了问题,或只是简单鼓励他们继续对话——但较少打断和批评。

如果直接表明冲突,家庭成员会变得更焦虑或反应更强烈。焦虑是聆听的敌人。一些治疗师(例如 Bowen)试图让家庭成员只对治疗师说话以便控制焦虑。其他治疗师则倾向于帮助成员们学习怎样带有较少防卫性地说话(通过说出他们的感受,倾听并理解对方的说话),让他们处理自己的焦虑。然而,即使治疗师主要是让家庭对话来工作,当焦虑升级、对话变成了对抗性和破坏性的时候,治疗师还是要打断他们。

于是,中期阶段的治疗师承担了一个较少指导性计划的角色并鼓励家庭成员开始依赖自身的资源。焦虑的程度通过让家庭成员自己谈话或是和治疗师对话来调节。在每个案例中,治疗师鼓励家庭成员超越批评和指责去直接讲出他们的所思所想——学习认识在无效互动模式中的自身角色。

中期阶段备忘录

1. 使用强度来挑战家庭成员(或灵活性去逃避阻抗,用同理心去接触深层的防卫)。
2. 避免过于指导性和控制性,那样家庭就学会依赖,且不能发展出自己的方式来彼此相处。
3. 加强个人的责任感和相互理解。
4. 确信要促进关系的这些努力并对表述的抱怨有着积极的影响。

5. 即使你会见了团体,也要心怀家庭的整体图景,不要忽略任何个人或关系——特别是那些“困难的”且让人想绕道而行的个人或关系。

6. 治疗是否卡住了?这些会谈是否看来相似或被预想到的?治疗师是否在选择谈论什么上担当了过于积极的角色?治疗师和家庭是否发展出社交关系,这变得比处理冲突更加重要?治疗师是否成了家庭的固定角色(对夫妻充满同情心的聆听者或孩子坚定的父母的角色),替代了家庭丧失的功能(夫妻不能相互倾听,父母不能培养或控制他们自己的孩子)?当家庭治疗师陷入积极应对家庭成员的种种需要时,他们应该问自己,在这个家庭中,谁应该承担这个角色,并鼓励那个人去做。

■ 终止治疗

对于快速治疗师来说,只要表述的问题一解决,治疗就结果了。对于心理分析的治疗师来说,治疗是个长期的学习过程,可能会持续一年、两年或者更久。对于大多数治疗师来说,治疗的长短会在这两种极端的中间,终止治疗需要两方面的结合:家庭感觉到得到了所寻求的,治疗师觉得治疗已经到了结束的阶段。一个可能的信号就是:当家庭来的时候,没什么要说,即使说也是心平气和的(当然假定他们不是在回避冲突)。

在个人治疗中,和家庭治疗师的关系是改变的关键,终止治疗聚焦在回顾关系和告别上。在家庭治疗中,更多聚焦在评估家庭做得如何。于是,终止治疗是一个好机会去回顾和巩固家庭所学到的。尽管一些策略治疗师愿意去操纵变化,忽略了家庭的理解,大多数家庭治疗有一种教育的功能,终止治疗即是到了确信家庭已经学会怎样相处的时候。

让来访者去预期未来的挑战可能会造成挫败,但讨论将怎样处理这些困难对他们还是有帮助的。下面这个问题常用在这一情形,“怎样会知道事情是在变坏,你们会怎样做?”家庭要被提醒,他们现在的和谐并不一定能持久下去,人们容易在旧症复发的时候反应过于激烈。按照希腊的一句古话,“生活是一团麻烦”。活着就要面对困难。真正的考验就在于你怎样处理它们。

最后,尽管在治疗中,没有消息就是好消息,但最好还是在终止治疗后几个星期之内打电话去问问家庭的情况。可以通过写信、打电话、简短的后续会面等方法。家庭会欣赏治疗师的兴趣,治疗师也会感觉到一种终止。治疗的

关系,必然是有点不自然或者至少拘束的成分。但没有理由使得它变得不人性化——或者忘记那些你曾经治疗过的家庭。

终止治疗备忘录

1. 表述的问题是否得到改善?
2. 家庭是否满意? 他们是否已经得到他们要寻找的? 或者他们是否有兴趣继续了解自己并促进他们的关系?
3. 家庭是否对他们的无效行为有所理解,并知道怎样避免类似问题在未来发生?
4. 是否问题的反复反映了对根本的动力没有解决,还仅仅是因为家庭必须对没有治疗师的这一情况作出功能调整?
5. 家庭成员是否发展和改善了家庭环境外部和内部的关系?

家庭评估

家庭治疗师在作正式评估的深度上有很大的不同。Bowen 系统治疗师在开始治疗之前要做一个详细的三代家庭图谱,精神分析师要询问个人的历史,行为治疗师通常会运用一系列问卷和检查。结构、解决中心和叙事治疗师是另一个极端,他们几乎不作正式的评估。但不论不同模式在评估上采取何种正式的姿态,大多数家庭治疗师花很少的时间在治疗前作仔细的评估。

我们与其试图比较不同的评估过程,不如描述一下,治疗师应该在开始治疗前考虑到家庭功能的一些层面。这个总结的目的是要具有说明性而不是让人筋疲力尽,于是你可能发现至少有一两个重要的因素被我们忽略不提。

■ 表述的问题

很明显的是,首要的考虑应该是表述的抱怨。无论如何,表述的问题值得深入且进行有同理心的探索。当一些治疗师听说家庭的问题时,例如是不良行为或者沟通不畅,就已经准备开始行动了。所受的训练已经教他们如何处理不良行为的孩子或沟通问题的方法。他们渴望采取行动,知道需要做些什么。但在开始之前,他们应该认识到他们不是在处理“不良行为的孩子”或“沟通问题”,而是处理这些问题中的独特个案。

探索表述的问题始于简单聆听家庭的述说。所有家庭成员应该有机会表达看法——他们的描述和感受都应该得到认可。在开放的询问之后,应紧接着用具体问题去发现更多关于问题的精确本质。如果孩子有不良行为,他具体做了什么?发生的频率如何?在什么情形下?他的不良行为是发生在学校、家里,还是两者都有?

下面要探索的就是家庭试图怎样去解决问题。他们尝试做了什么?什么比较有效?什么无效?是否有其他人或机构介入去试图帮助解决这些问题?

■ 理解转介的途径

在最初的联系电话和随后的第一次会面中,知道谁转介你的来访者和为什么转介非常重要。他们的期望是什么?给家庭灌输的期望又是什么?

在许多案例中,转介是一个惯例,没有什么重要的意义。然而,了解下列情形非常重要:家庭是自愿求助还是被迫而来;是所有人还只是部分成员认识到治疗的必要;是否有其他机构会持续介入这个案例。

当个案治疗师作出家庭转介时,通常脑中会有特别的考虑。一个大学学生的辅导员转介年轻人做家庭治疗,因为揭露了被压抑的性侵犯的经验并认为侵犯者就是他的父亲。年轻人不知道谁应该为他那模糊的记忆负责,他的父母当然否认有这样的事情发生。不知何故,人们总假定家庭治疗师要为年轻人和父母作出调停。是否个人治疗期望面质、供认和救赎?其他的磋商协议?最好要去发现这些。

另一很重要的因素,是要发现来访者是否曾在其他地方寻求治疗。如果是的话,发生了什么?之前的治疗带来了什么期望或者关注?更重要的方面,发现家庭中是否还有其他人正在接受治疗。如果两个治疗师朝不同方向努力的话,事情更容易陷入僵局。

■ 识别系统情境

不论是什么样的治疗师来和家庭工作,都必须要对问题的人际脉络有个清晰的了解。家庭里有什么人?是否有关于这一问题的重要角色没有出现呢?是否有同居的男朋友?是否有爷爷奶奶住在隔壁?有什么其他社会机构介入这个家庭?他们介入家庭的本质是什么?家庭是否认为有用?

记住，家庭治疗是一种将人们放在情境中去看的方法。最相关的情境可能是直系亲属，但是家庭不是生活在真空中的。可能会见有不良行为的孩子的老师和辅导员，对于发现究竟发生了什么相当重要。有时候，核心家庭不一定是个人问题的最重要的情境。例如大学生的抑郁就与课堂以及宿舍中发生的事情更相关，而并不是因为家里发生了什么。

■ 生命周期阶段

家庭的情境是时间性的也是人际间的。大多数家庭来寻求治疗不是因为他们内部有什么问题，而是因为他们卡在了生命周期的转换阶段（请参见第四章）。有时，这会非常明显。父母可能会抱怨，例如，他们不知道 Janey 到底怎么了。她过去是个很好的女孩。但现在她 14 岁了，变得愠怒而又好争辩（一个原因就是教育子女好像是一场业余体育运动，当父母刚觉得开始摸到门道，孩子长大了一些，并使出一套新花招）。青春期是生命周期的一个阶段，年轻的父母不得不成长并放松对孩子的控制。

有时候，家庭适应生活周期新阶段的困难并不是那么明显。同居多年之后结婚的伴侣可能没有预想到婚姻可能激起许多关于什么意味着成为家庭的一部分的潜意识期望。不止一对夫妻吃惊地发现，在正式结婚之后，他们的爱情生活大幅跌落。另一个重要的生命周期转折点发生在爷爷这一辈，除非你去问，要不然你很难知道这些影响。

■ 家庭结构

最简单的问题系统情境是双方面互动的过程。她唠叨，他退缩；父母中一方仁慈以弥补另一方的严厉，或者一方严厉以弥补另一方的仁慈。但有时成对的视角仍然不能包含整个图景。

家庭问题变得根深蒂固是因为扎根在有力量而又看不见的结构中。不管治疗师采取什么方法，了解家庭的结构（structure）是非常明智的。什么是子系统（subsystem）的实际功能？什么是它们之间界限（boundaries）的本质？什么是夫妻之间或者家庭界限的本质？现在的关系中有什么三角化？

谁在家庭中扮演什么角色？这些个体和子系统是否受到界限的保护并允许他们在没有不恰当的干预下运作——但在需要支持时又可以得到？这里有

个时间的维度。如果妻子在家照顾孩子多年之后又出去工作,父母的子系统就会受到挑战,要从互补型模式转向对称的模式。不论家庭成员是否直接抱怨这些压力,他们可能和无论何时聚焦的问题相关。

■ 沟通

尽管一些夫妻来寻求治疗时只说他们有“沟通问题”(通常是一方不按照另一方说的去做),促进沟通成了家庭治疗的陈词滥调。因为沟通是关系的载体,所有治疗师针对的都是沟通。但澄清沟通对于解决家庭问题是远不够的。

然而,尽管家庭成员开始聆听对方,冲突也不能奇迹般地消失;但如果人们还没有开始互相倾听,那么冲突根本没有可能解决(Nichols, 1995)。如果在一两次的会面之后——在治疗师的“鼓励”下——家庭成员仍然不能倾听对方,那么谈话治疗就变成了升级的“战争”。

倾听的另一个重要原则是对双方都要有利。治疗师鼓励家庭成员倾听对方但自己并不按照自己鼓吹的方式来行事。一个家庭成员可能开始反对或想解释,治疗师打断说话的人,指示他去听其他人的观点。这个被打断的人可能在充满怨气地听,但是大多数人不会真正有兴趣去听其他人说什么,除非他们觉得自己被倾听和理解了。

家庭成员学习带有理解地去倾听对方,同时发现并不需要改变对方(Jacobson 和 Christensen, 1996)。许多问题能够被解决,但是和你住在一起的其他人采用不同的方式看事情,并不是问题的一种。

■ 药物滥用和酗酒

尽管没有必要询问每个来访者关于药物滥用和酗酒的问题,但如果有任何怀疑可能存在问题,一定要仔细地问清楚。不要过于礼貌。问直接而且具体的问题。如果家庭成员寻求夫妻或家庭治疗是要解决药物滥用和酗酒的问题,请在假设谈话治疗可以解决家庭的问题之前三思。

■ 家庭暴力和性暴力

如果有任何家庭暴力或性暴力的迹象,临床治疗师应该仔细考察。提问

的过程可以在全部家庭成员都在场的时候开始,但如果有虐待或者忽略的怀疑,可能个别会面家庭成员更明智,这样会允许他们更开放地交谈。假设是轻度的家庭暴力,例如有打耳光和推搡的行为,对于是否采取联合治疗还存在着疑义,必须要考虑的是一起见夫妻是否会带来不可避免的压力,使得妇女面对施虐伴侣承受更大的危险。

众所周知,大多数州要求专业人士汇报关于儿童受虐待的任何怀疑。任何临床治疗师不汇报涉嫌儿童受虐待的案例应该考虑到没有汇报的后果,因为一旦其他人汇报了,他就会被吊销执照。

■ 婚外情

在关系中,发现婚外情是个危机,对很多夫妻是个大的打击。虽然对伴侣不忠相当普遍,但仍然是个危机。它仍然可以摧毁婚姻。不涉及性行为的婚外情,即使不甚明显,还是会破坏治疗,如果一方或者双方都惯于向第三者寻求解决实际上是需要他们两个合作来处理的问题(一个线索就是外在的关系是三角化的一部分,当然这是不便于公开谈论的)。有帮助的第三方可能包括家庭成员、朋友和治疗师。

一对夫妻一旦寻求治疗,抱怨他们的关系不再亲密,可能并不一定是冲突,只是他们从不花时间在一起。在几周的缓慢进展之后,才发现妻子还在见个人治疗师。当夫妻治疗师问为什么这样做的时候,她说她需要有个人可以说话。

■ 社会性别

未被承认的性别不平等在很多方面导致了家庭问题。妻子的不满意可能很深地扎根在家庭的现有问题中。丈夫不愿更多地介入家庭可能更多的是因为文化期望的产物并运用职业的成功来弥补性格上的任何缺失。

每个治疗师必须要知道自己是怎样平衡两个极端的:单纯忽略性别间的不平等和将自己个人的观点强加在来访者身上。然而,假设进入婚姻的双方拥有平等的权利,或夫妻间的互补是维持关系的唯一动力都是不理性的。

性别期望的冲突,不论是直接或间接的讨论,在过去几年文化期望的巨大变迁的前提下非常风行。是否还是认为女人的职责就是追随丈夫的职业,无

论何时何地,只要是他升迁的需要,不论对她(以及孩子)的利益有什么影响?是否现在还是认为妇女被认为是婴儿或是孩子们的主要(主要只是唯一的委婉说法)照顾者?

不论治疗师的价值观或夫妻之间建立的性别角色是否对他们有效?或者没有解决的区别、冲突或者混乱是否是压力的来源?或许,关于性别不平等的最简单常见的问题就是:“每一方在关系中体验到的付出和获得之间的公平是怎样的呢?”

■ 文化因素

在评估来寻求治疗的家庭中,治疗师应该考虑和尊重家庭形成的独特的亚文化(McGoldrick, Giordano 和 Pearce, 1996)以及大文化毫无疑问对他们问题的冲击的假设(Doherty, 1991)。

在与少数民族家庭工作的时候,更重要的是发展出文化理解力(cultural competence)而不是文化的共振(cultural syntonicity)。即家庭可能倾向于信任治疗师肯花时间了解他们的文化背景,甚于那些碰巧是同一种族或者国籍的人。发展文化理解力的一个方法就是在工作之外的时间建立联系——例如,如果你碰巧是个白人,你可以通过参加你的来访者所居住社区的黑人教堂,参加拉丁舞培训,或者在亚裔的社区活动中心逗留。这些经验当然不能使你变成专家,但会帮助来访者家庭认为你关心且尊重他们的生活方式。同样很重要的,是要采取谦虚的方式去看待文化和种族的多样性——也就是说,让你的来访者教你他们的经验和传统。

对实务工作者的挑战是双重的:学习尊重多样性同时也对其他文化和种族团体的成员面对的问题发展出敏感性。现在有许多著作描写不同种族群体的特征和价值,许多被列在本书第十一章的多元文化主义中。除了这些学术书籍,一些小说——《霍乱时期的爱情》(*Love in the Time of Cholera*)、《宠儿》(*Beloved*)、《青木瓜飘香》(*The Scent of Green Papaya*)和《曼波之王的情歌》(*The Mambo Kings Play Songs of Love*)——都能带来其他文化鲜活的生活。

和来自其他文化的来访者工作,治疗师可能更重要的是要尊重差异性并对不同的做事方式保持好奇,而不是要成为种族方面的专家。然而,当尊重其

他人的差异性变得很重要时,就很难不加评判地接受这样的说法,“我们的文化就是这样做的(无效的事情)”。不幸的是,治疗师很难从异文化的角度来评论这样说法的真实性。或许最好的建议就是:保持好奇、开放,但继续发问。

即使和与你同文化的来访者工作,考虑文化假设的影响也相当重要。文化期望和渴望是怎样影响和你一起工作的家庭。一个病人近来抱怨他的妻子希望家庭生活像《布莱迪家庭》(*The Brady Bunch*)。他的妻子回答说,“也并不要总像是《天地无伦》(*The Jerry Springer Show*)”。

在所有的文化假设中,你可能要保持警戒的是:结婚就意味着要永远幸福地在一起;性满足是自然可以得到的;青春期的孩子必然是一场骚乱;青少年只是希望自由却不再需要父母的爱和理解。

■ 伦理尺度

大多数治疗师对他们专业的伦理责任有觉察力:治疗应该是为了来访者的福利,而不是为了解决治疗师没有解决的问题。来访者有权利要求保密。治疗师应避免滥用来访者(和学生)的信任和依赖,且必须付出全部努力避免双向关系。专业人士有义务提供尽可能最好的治疗,但如果在特别问题上没有通过专业训练并积累经验、不能满足特定来访者的需要,他们应该将来访者转介给其他人。

尽管大多数治疗师对自身的责任有高度的觉察力,但相对而言,他们可能较少思考来访者行为的伦理维度。这是另外一个没有严格规则的领域。然而,对于每个家庭全面而又尽责的评估应该包括对家庭成员权利和义务的考虑。成员对家庭有什么忠诚的义务?是否无形的忠诚(Boszormenyi-Nagy 和 Spark, 1973)限制了他们的行为?伴侣之间相互承诺的本质是什么?这些承诺是否清楚,平衡?家庭成员承担什么义务?是和孝顺、信任相关吗?这些义务能实现吗?

对临床实践的伦理义务了解的最好办法是通过学习专业指南。例如美国心理联合会的伦理法则列出了以下几条:

- 心理学家只能在他们的能力范围内提供服务,建立在所受教育、培训、督导或其他专业经验的基础上。
- 了解年龄、性别、民族、种族文化、国家起源、宗教、性取向、残疾、语言或

者社会经济状况对于提供有效的服务是最基本的,心理学家必须在其领域寻找培训或督导的机会——或作合适的转介。

■ 当心理治疗师意识到自己个人的问题可能会影响他的专业职责的时候,应该采取恰当的措施,例如寻求专业辅助,或者决定是否应该设立限定、延期或者终止这种工作关系。

国家社会工作联合会有如下的伦理要求:

■ 社会工作者不应该和来访者或者以前的来访者有双重的关系。

■ 社会工作者不应该要求得知来访者私人的信息,除非是和提供服务相关的。

■ 社会工作者不应该向第三方透露来访者的保密信息,除非来访者予以授权。

■ 当服务已经不再需要时,社会工作者应该停止为来访者提供服务。

这些原则可能看起来很简单,但它们为实务工作者应该怎样做提供了一个相当严格的指南。然而,当和夫妻或是家庭工作的时候,工作的复杂性也造成了独特的伦理困境。例如,家庭治疗师是否应该将在单独治疗中从父母那里听来的信息说给孩子们听呢?如果一个正值青春期的儿子参加了一个小团体,治疗师是否应该告诉他的母亲呢?如果一个12岁的孩子开始喝酒,治疗师是否应该告诉她的父母呢?

近来,专业指南也增加了一些条款用来指导治疗夫妻和家庭。例如,美国心理联合会特别指出:

■ 当心理治疗师给几个有关系的人提供服务的时候(例如夫妻、父母或孩子),他们需要在一开始就跟来访者讲明治疗师和其他成员之间的关系。

■ 如果心理治疗师可能被要求承担具有潜在矛盾的角色(例如家庭治疗师目击一方的离婚过程),例如试图去澄清与修正,或从角色中恰当地撤退。

国家社会工作联合会声明:

■ 当社会工作者在为夫妻或者家庭成员提供服务的时候,应该向每一方澄清对每个接受服务的个人的专业义务。

■ 当社会工作者为家庭提供辅导时,考虑到每个人都有要求保密的权利,应该寻求每一方的同意。

美国婚姻和家庭治疗联合会(AAMFT,1991)出版了它们自己关于伦理

方面的手册,其大部分内容和国家心理协会和社会工作协会一致。然而,美国婚姻和家庭治疗联合会直接说明了保密的复杂性,尤其当治疗师见了家庭中不止一位成员之后。

■ 没有书面的弃权书,家庭治疗师不应该揭露从其他成员那里听来的消息——包括向其他成员说个大概。

于是,和很多事情一样,在教室里详细解释伦理的原则,比在临床实践运用中可能容易很多,特别是在那些涉及强烈情绪的情形下。



案 例

非常清晰的一点就是,治疗师必须保护来访者要求保密的权利。但是,如果一个女人揭示了她有婚外情,但不能肯定是否要结束。当她继续说自己的婚姻已经恶化很多年了,治疗师建议增加一节夫妻治疗试试婚姻能否改进时,这个女人同意了。但当治疗师接着建议她要不停止这段恋情,要不向丈夫坦白时,这个女人坚决拒绝。治疗师应该怎么办?

当夫妻一方有婚外情时,治疗师是否可以提供一个有效的夫妻治疗?治疗师应该在他或她不想做的事情上施加多大的压力?治疗师应该施加多大的压力去让家庭成员揭示一个可能带来破坏性后果的秘密?什么时候治疗师才有权去结束一场来访者想继续的治疗,因为来访者拒绝接受治疗师的建议?

解决不确定的伦理困境的方法是运用你自己最好的判断。上面那位妇女,既要改善她的婚姻,但又不想结束婚外情或向丈夫坦白。那么,在这种情形下,治疗师可以拒绝提供服务,因为这种情况使得治疗很难有效。即使是这样的话,治疗师也有义务将来访者转介给其他治疗师。

AAMFT 的伦理手册的第一条第六款指出:

■ 如果其拥有恰当的理由,不能或不愿意去见要求获得专业帮助的人,婚姻和家庭治疗师应帮助个人获得其他治疗服务。

第一条第七款指出:

■ 在没有为继续治疗作出合理安排的情况下,婚姻和家庭治疗师不能抛弃和忽略治疗中的来访者。

同样情况下,尽管妻子拒绝结束她的婚外情,其他治疗师可能决定治疗这

对夫妻。因为夫妻关系的改进可能使得妻子或者结束婚外情或者对她丈夫坦白。在这种情景下,治疗师必须遵守保密的原则——直接或者间接的——不能吐露妻子在私下说的话。

尽管工作的伦理要求很清晰,但对于实践者的压力常常既强大又微妙。当处理有婚外情的来访者时(考虑到离婚或不离婚),不管是为什么,治疗师可能受到自己潜意识的感受和来访者的投射的影响。例如,如果那些抑郁的、已婚的来访者在接受治疗师的个人治疗之后都倾向于离婚,你会怎样想?你可能会猜测治疗师对自己的婚姻满意度究竟怎样?

相信自己判断的冒险性在于伦理的两难处境:将你自己的价值观摆在专业的决定之上。合理的伦理实践的原则很宽广,可能又很严格,超过了自身的道德观和好的用意。当心有疑虑的时候,我们建议临床治疗师们问自己两个问题:第一,假设来访者或者重要他人发现了你的行为后,会发生什么?如果你在单独面谈的时候“策略性”地告诉两兄妹,只有他或她才足够成熟去终止他们之间的战斗,这就是违反了“假设”原则,因为一方或双方都很有可能在向对方吹牛的时候说出治疗师说过什么(相信我们!)

第二,为了做正确的事情,你能否告诉其他你尊重的人,你现在正在做的或考虑要做什么?如果你担心去跟导师或者同事谈,你发现你正在治疗两对夫妻,其中一对的妻子和另一对的丈夫有婚外情,或者你在考虑借钱给来访者。你可能因为自大而感到内疚,因为采取了超越控制专业领域其他人规则的行为。如果感到将某事保密是被迫的,只能说明它可能是错的。否则的话,为什么不谈论它?通往地狱的道路铺满了假设:这种情形是独特的,这个来访者是独特的,或者你自己是独特的。

下面是一些潜在的缺乏伦理实践的红色警告:

- 特殊性——这个情形是非常特殊的,一般的规则并不适用。
- 吸引力——某种强烈的吸引力,不仅是浪漫的,而且是受到来访者思想的影响的。
- 治疗框架的改变——更长时间或者是更频繁的会面,过多的自我表露,不能对来访者说不,以及其他一些可能破坏专业界限的潜在信号。
- 破坏临床的规定——不转介在婚姻中受困的人去进行夫妻治疗,不接受督导的个人辅导等。

■ 专业隔离——不愿意与专业同事讨论自己的决定。

在大致浏览家庭评估的主题之后,你可能注意到没有个人动力的部分。这是显而易见的。个人与系统层次的经验之间的区别是有用的,但也是人为的。不论你治疗的是个人还家庭团体,有能力的治疗师应该牢记的是所有的人类经验中都既有人际的也有个人的维度(Nichols,1987)。

个人治疗师如果不能考虑到治疗关系(就好像办公室之外的关系)对病人具体的冲击,就失去了一个很重要的贡献。治疗师从来都不是空白的屏风。出于同样的原因,不能考虑到家庭成员行为的心理的家庭治疗师也是事倍功半。家庭从来不是黑箱。有时,当家庭的互动卡住了,考虑个人的精神病理学、心理动力学或只是因为紧张的失误,都对理解整个家庭相当重要。

特殊问题的家庭治疗

治疗师曾经常假设他们的方法可以用来解决几乎所有的问题。现在,这种一劳永逸的观点不再有依据,越来越有必要为特殊人群的特殊问题发展出特殊技巧。

下面的讨论是针对两个在临床中经常遭遇到的问题:婚姻暴力和儿童性侵犯。我们希望这些建议会给处理此类困难问题带来一些启发,提醒有责任的治疗师认清他们的专业限制,如果自己不能处理,就要将个案转介给其他更有经验的从业人员。

■ 婚姻暴力

怎样最好地处理婚姻暴力的问题会将这个领域两极化。目前的主要方法是将夫妻分开,将施虐者安排到愤怒控制小组,将妻子放在受虐妇女小组(Edleson 和 Tolman, 1992; Gondolf, 1995)。传统的夫妻治疗被视为有潜在的危险,将有暴力行为的男人及其受虐的配偶置于狭窄的空间,在邀请他们讨论关系中焦点问题的时候,会将妇女置于危险之中并给施虐者一个自我辩解的平台(Avis,1992; Bograd, 1984, 1992; Hansen,1993)。将夫妻放在一起治疗暗示两个人都要为暴力负有责任并传达了关系的合法性,这些可能都是有害的(在家庭暴力的案例中,并不建议采用夫妻治疗,除非男人的暴力不频

繁,没有身体上的伤害、心理上的威胁,也没有造成他的伴侣的恐惧)。

认为应该采纳夫妻治疗的想法称暴力是相互激化、升级的产物,虽然不被接受,但情绪上的破坏性行为是很多关系的特征(Golder,1992;Minuchin 和 Nichols,1993)。当夫妻双方一起接受治疗时,施虐男人可以学会去认识一些促使他们爆发的情绪激发点,并为控制自身的行为承担责任。他们的伴侣可以学会去识别同样危险的信号——并为确保自己的安全承担责任。

当只有轻微的暴力行为发生时,很多系统治疗师愿意去做夫妻治疗;当暴力行为超出推、撞的程度,很多人就不愿意了。提倡系统治疗和要求运用侵犯者-受害者模式之间的争论难分难解。然而对任何形式的家庭暴力,很多女性主义的思想家坚持反对夫妻治疗(Avis,1992; Bogard,1984;Hansen, 1993)。

缺乏经验证据证明,性别分离(gender-specific)团体治疗比夫妻治疗更安全有效(Brown 和 O'Leary, 1995; Feldman 和 Ridley, 1995),但一遇到婚姻暴力的个案,临床实践者还是分成两个阵营。然而这两大方法或通过试图解决关系中导致暴力的问题,或聚焦在为暴力的受害者提供安全和保护,是否有可能将两者整合起来呢?如果不能整合两者的话,尝试做传统的夫妻治疗要注意什么呢?

如果有暴力行为的夫妻工作的话,在安全问题上不能妥协或模棱两可。与其选择治疗中立——聚焦在关系问题上——或提倡代表受害者——并聚焦在安全上——才有可能达到两个目标。关系问题可能解释成是相互的,但因为施暴是犯法的,施虐者必须承担责任。

在与夫妻最初的会面中,如果怀疑有暴力,最好先一起见夫妻,然后再单独见他们。一起见夫妻给你机会看到他们之间的互动,然而跟妻子私下交谈会让你去询问她因害怕而漏掉的重要信息:暴力的程度以及她受到的其他威胁。这些单独的会面会帮助夫妻双方强化治疗联盟。

施暴的男人和挨打的女人对试图帮助他们的人有强烈的反应。当这样的夫妻寻求治疗时,他们的心情常处于多元的两级:爱与恨、指责与羞耻、希望逃跑并对对方痴迷。于是,难怪专业的助人者倾向于给他们极端的反应:支持一方反对另一方,拒绝轮流支持,夸大或者缩小危险,像对待孩子或魔鬼一样治疗夫妻。为了同夫妻双方形成联盟,表达对他们作为人的信任非常重要,即使你不能宽恕他们的所有行为。

为了评估暴力的程度和频率,需要询问直接的问题。“你们俩之间的冲突是否经常终止于某种暴力?”“最近一次何时发生?”“最严重的一次是怎样的?”发现这些事件是否造成伤害很重要,是否使用了武器,女人是否非常害怕她的配偶。

如果女人和男人一样有暴力行为,那么治疗师应该弄清楚,什么形式的暴力是女人不可以接受的。但是指出下列说法也很有效,除非她使用武器,否则攻击性不那么危险,因为在体力上弱过男性。这一点可以通过询问向男人强调,他是否在争执中从体力上惧怕过妻子(她的经验又是什么)?

使用越多的暴力去威胁,使用越多的暴力模式,这个男性就越危险。看他在家之外使不使用暴力也是个重要因素。与只对不能真正还手的人动武的男人相比,那些在外与别的男性打架的男人更加具有爆炸性。了解酗酒和药物滥用也是相当重要的,因为他们放纵自己,治疗就必须强调约束。

除了评估暴力的程度,治疗师必须能够评估配偶在治疗中的建构性工作的能力。男人是否愿意为自己的行为承担责任?他是否好辩且为自己辩护?他对治疗师的态度如何?女人是否可以负起自我保护的责任,将身体的安全放在第一位?这对夫妻能否一起谈话或轮流谈话,他们的情绪反应是否非常剧烈,以至于治疗师必须不停打断和控制他们?

如果治疗师决定冒险一起治疗夫妻,很重要的一点是要建立对暴力的零宽容机制。做到这点的办法是要求治疗期间不允许有身体暴力发生。Virginia Goldner 和 Gillian Walker 将第一次夫妻治疗称为“咨询”:决定是否可能去创造一个“治疗的安全地带”:既可以面对问题,但又不能将妇女置于危险的境地。他们使用最初的会面去深入聚焦在暴力的危机和对安全的质问,然而保留终止咨询并提议采取其他治疗方法的权利,如果他们觉得这个案例使用夫妻治疗太过危险的话(Goldner,1998)。

对于大多数夫妻来说,鼓励对话是个去探索他们之间是怎样沟通的好办法。但是暴力夫妻容易有激烈的情绪反应,在这种情形下,最好让他们轮流与治疗师说话。在与夫妻工作的早期,治疗师应该采取一切可能让他们冷静下来并开始思考的措施。

纠正情绪化的最好办法是询问特殊而且具体的细节。最好的出发点是最近发生的暴力事件。让他们每个人详细、具体地描述每秒钟都发生了什么。

对于言语的攻击性要敏感。一个有暴力行为的男性可能将他的行为描述为由于配偶“激起”的或者是“内在的压力”。于是,不是他打了太太,而是压力才是罪魁祸首。施虐者更含蓄的借口是将问题归结为一时冲动。当吵架升级的时候,他开始“忍不住了”。在这样的描述中,男人的一时冲动行为不是他的选择,而是内在情绪积累之后不可避免的后果。

一旦双方开始为自己的行为承担责任——他选择控制自己的暴力冲动,她要为自己的安全负责——才有可能探索导致情绪反应升级的关系问题。然而,这并不意味着可以像治疗其他夫妻一样去治疗有一定程度暴力行为的夫妻。探索双方伴侣参与互动的过程,并不意味着他们要为暴力行为承担相同的责任。

当夫妻有探索关系问题的心理准备时,应该鼓励对话,于是治疗师和夫妻能够理解在他们试图和对方说话的时候发生了什么。这就将关系带入了咨询室。必须要告诉男人的是,在变得很愤怒的时候,他应该离开。另外可以做的是,去实际观察情绪升级的开始点,询问他是否意识到自己的沮丧和打断伴侣。接下来,可以说:“在这样的時候,你应该离开。”在这时,可以询问女方,她是否开始感到紧张和害怕的最初信号。

在婚姻暴力辅导项目中,采取“暂离现场”(time-out)几乎是最常用的策略。认识到愤怒升级的信号(心跳加快,极度不安,起身,踱步),在暴力发生之前将自己带离现场,避免做出后来会后悔的破坏性行为。“我很愤怒(害怕),我要出去一下”的说法帮助将这一寻求安全的行为和简单避免说话区分开来。必须强调的是,每个人都要对他或她的暂离现场负责。让对方暂离现场是不可以接受的,也不要试图去阻止对方离开。

尽管消除升级的攻击性互动必须要放在第一位,夫妻必须要学会用更具建设性的方法去表达差异。这里有个矛盾。暴力的男人必须学会控制自身的行为,但并不是要控制感受,因为愤怒和抱怨积累到一定程度足以将其窒息。实际上,感受的压抑会带来情绪的升级直至暴力的爆发。此外,一个诉诸暴力的男人常常是虚弱的男人——不知道怎样用对方可以听到的方式表达自己。于是,帮助夫妻学会磋商他们的差异,最基本的是要确保双方都知道表达自己,聆听对方。

■ 儿童性侵犯

当治疗儿童受到性侵犯的家庭时，主要目的如下：第一，确保侵犯行为不再会发生；第二，降低创伤的长期影响(Trepper 和 Barrett, 1989)。好像婚姻暴力一样，治疗儿童性侵犯也包括两个部分：儿童保护方案，但会破坏家庭的完整性；或者家庭系统方案，不能保护受害儿童。我们建议尽量培育家庭，同时也尽量保护孩子。当这些目的势不两立时——例如，当父亲强奸女儿——保护孩子要放在第一位。

从不同的角度来看发生了什么以便评估性侵犯常常是很复杂的(Herman, 1992)。一个父亲可能说碰到女儿的阴唇只是一个意外，然而女儿说这不止发生一次，并且她觉得这是种侵犯。一个爷爷可能声称他对孙子抚爱是完全无罪的，然而区律师指控他猥亵儿童。儿童保护工作者可能认为母亲默许她的丈夫虐待孩子，然而家庭治疗师看到的是母亲在尽全力保护婚姻。这样的差别必须通过社会和法律控制机构来解决。

首要的是要限制侵犯者在无人监督的情况下接近孩子。其次必须要作一个详细的评估以便发现其他可能不恰当的性表达的侵犯或模式(Furniss, 1991)。侵犯者必须为他的行为承担责任(也可能包括法律处罚)。通常，这些措施都已经在家庭转介到治疗之前由儿童保护机构采取。

治疗的目的应该去建立一个支持系统去打破促使性侵犯和抑制揭发的孤立和隔离。因为这一原因，很多治疗项目钟爱多元模式，包括个人、团体和家庭不同的会面(Bentovim, Elton, Hildebrand, Tranter 和 Vizard, 1989)。家庭会谈应该调整到对受害孩子的逐步支持，因为他们可能承担父母作为一个整体的压力。

当孩子是性侵犯的受害者时，社会控制机构可能需要介入去保护孩子，可能会考虑取代父母的责任。然而，从长期来看，父母和家庭会为孩子负责。于是，支持父母，而不仅是取代他们，可能对孩子最有利。

有的案例，父亲或者继父会因对孩子性侵犯而被关进监狱，治疗师的部分工作是要帮助家庭划清和调整将犯罪者排除在外的界限。同样的还有，孩子被带出这个家庭送到亲戚或者养父母家。然而，如果随后有家庭团聚的计划，治疗包括通过探访和打电话逐步重新打开界限，这给家庭和治疗师一个机会

一起工作以便改进家庭的功能。

帮助解决受侵犯的创伤,关键之一是给予孩子一个安全的平台去表达和探索她的情结和对于所发生事情的复杂心情。除了感觉被侵犯而愤怒外,她可能会觉得内疚,因为将成年人带入烦恼。通常,孩子会从心底责备那位没有侵犯行为的父母,通常是母亲,因为她没有能够阻止。而且最后,孩子可能担心母亲对侵犯者的依赖会使得他回来,让孩子再度陷入被虐的脆弱困境。

结合个人和联合会谈帮助他们安全讨论感受并与他们分享。首先与没有侵犯行为的父母会面,允许母亲(或父母)描述发生了什么,并可以因为孩子不在场而不加掩饰地表达自己对侵犯的感受。母亲复杂的感受中一定有愤怒和背叛的感觉。但是,“部分的”她还爱着施虐者,如果他被判刑,可能还会思念他。她可能也因为不能保护孩子而感到内疚。重要的是,让她感觉安全地去分享所有这些感受。

在第一次见母亲和被虐的女儿时,说一些让她们安心的话:尽管最后可能会讨论侵犯的问题,但由她们决定从何处开始。这是非常有效的,如果给予父母和孩子一个机会去选择他们谈侵犯谈到什么程度,从何时开始谈,在个人治疗还是联合治疗中谈。如果孩子倾向于私下谈她的感受,可以向其保证,由他们来决定之后要和父母分享什么。

当私下会面被侵犯的孩子时,解释这样一点相当重要:就是如果越多谈论发生的事情,可能后来会有越少困扰他们的感受。然而,最基本的是让他们决定何时开放以及程度多大。记住,被虐的儿童急需要寻找到一种重新控制生活的感觉(Sheinberg, True 和 Fraenkel, 1994)。当家庭成员开始讨论他们的感受时,最明智的是将感受记在心中,而不要将其放入非此即彼的类别中。有一个方法既安全也可以帮助他们讨论复杂及矛盾的情绪,就是使用“部分的自己”的比喻(Schwartz, 1995)。于是,可能会问这个被侵犯的孩子:“所以,部分的你认为母亲应该知道发生了什么?”同样,也可以这样问母亲,“是否部分的你还在思念他?”

私下会见孩子的一个问题在于这样就制造了孩子和治疗师之间的秘密。在每次面谈结束前,询问孩子愿意将什么和家庭分享以及他愿意怎样做是非常有用的。一些孩子将让治疗师带头说一些他们愿意母亲理解的但又觉得自己很难去谈论的话题。最后,尽管帮助孩子说出感受很重要,因为他们可能对

发生的事情很内疚,在探索了这些感受之后,被侵犯的孩子需要一遍一遍地听到,发生的一切不是他们的错。

与管理型照顾合作

自从管理型照顾(managed care)出现之后,作为心理健康提供者的专业经历了少有的剧变。从业人员过去根据自己的临床判断去作出决定,现在需要让管理型照顾部门来决定:他们可以看什么病人,哪种治疗是首选,应收多少钱,应提供多少次会谈。专业人士一向是要对他们怎样看病保密的,现在需要和匿名陌生人通过电话来讨论协商治疗的安排。

管理型照顾本身具有延缓采取行动的作用。当早年管理型照顾产业倾向于通过拒绝而不是协调来管理的时候,我们也都听过一些恐怖故事,例如治疗不被批准,或者被生硬地打断。因为最初管理来源于抑制不断上涨的医疗保健费用,当请求同意超出最普通的治疗方式时,这个产业最初的动力只是简单说不。

现在,15年过去了,管理型照顾产业在两个重要的观点上达成妥协:第一,尽管要求抑制收费,他们根本的责任是要让病人得到有效的治疗;第二,尽管最初是在从业人员的对立面建立起来的,管理型照顾也发现了一些临床治疗师需要妥协的地方——双方在伙伴关系中互惠。

这是为什么我们将这一节称为与管理型照顾合作,而不是运用一些更能反映许多治疗师感受的说法,例如在管理型照顾下生存。在管理型照顾体系下成功的关键在于学会在体系内部工作并要克服将个案管理者们视为敌人的想法。实际上,对于那些学会与管理型照顾合作进行有效合作的人来说,个案管理者是最好的案例转介者。

对于学生来说,学会和管理型照顾工作应该开始于最初规划他们学业的时候。大多数管理型照顾公司接受有研究生学历以上的注册从业者,包括护士、社会工作、心理学、精神病学。一些而绝不是大多数的人,也接受其他专业——尽管不是他们首选。于是,当选择研究生教育的时候,要谨慎了解州立注册的要求,考虑一些主要管理型照顾的要求也是明智的。此外,因为大多数公司要求至少3年的研究生经验,所以按照监督机构的规定来规划你的职业

是比较明智的。

在心理健康服务高度密集的地方，必须要发展你面向市场的技能，以便被选择作为管理型照顾的提供者。即使管理型照顾的成员已经很多，个案管理者常常要寻找有能力的专业人士以便使得他们的工作简单些。愿意接受危机转介和处理困难的个案（边缘的、长期的和多种问题的来访者），随转随到，有特殊的经验使得治疗师在管理型照顾公司更有吸引力。

一旦你有机会成为心理健康提供者，记住要和个案管理者合作，不要反对他们。规则和文字工作可能使人充满挫败感，但是记住，个案管理者也有感情，也有记忆。他们也只是尽量在做分内的事情。从业者最大的错误是在和个案管理者谈话的时候，将自己放在了对立面。

个案工作者欣赏简洁、信息量很大的口头和书面报告。当受到挑战时，很多治疗师最后依赖这样证实请求：“这是我的临床选择。”让一些有经验的从业者证实他们的结论使得他们愤怒。我们在做的这一切都是为了病人。我们在尽量高效运作，但不习惯去解释说明。我们不习惯有人探过头来检查。习惯吧！如果你运用合理的临床判断，你应该能够为你的建议提供原因。

如果你不能和个案管理者达成一致，不要发脾气。如果你不能做到友善，那么至少不要敌对。跟随委屈的程序；做必需的书面工作并定期上交；写得简明、明确的治疗方案；容易接触和被找到；及时回复电话；与同事做好安排，如果你出差或不能接受转介时，能够有人替补。

除了保持一个积极的、建设性的态度，在现有的健康保健气氛下要成功必须得建立以结果取向的想法。如果你受的训练是解决中心的治疗，那么一切好办，但是你不要试图避开一些你无法逃避的。称自己为“折中的”，听起来失真而不失灵活。最重要的一点是要在既定的时间限制中为工作赢得名声——也就是获得成果。



第四章

家庭治疗的基本概念

控制论

系统理论

社会建构主义

依附理论

小结

家庭治疗的工作概念

家庭治疗常常被错认为是心理治疗的另一种方式，只不过让全家人都来治疗。当然是这样，但更重要的是，这里包含着对人类行为的全新思维模式，其基础完全建立在人际框架之中。

在家庭治疗发明之前，个人被视为心理问题的“聚居地”和治疗的明显目标。如果母亲打电话来抱怨说她15岁的儿子抑郁，那么治疗师会与儿子会面去发现他有什么问题。一个罗杰斯主义的治疗师可能看到的是低自尊，一个弗洛伊德主义治疗师看到的是压抑的愤怒，一个行为主义治疗师看到的是缺乏行动能力，但这些对男孩情绪的估测完全局限在他本身，于是治疗只需要治疗师和来访者两个人。

家庭治疗挑战这一切。如今，如果母亲为抑郁的儿子寻求帮助，大多数治疗师会一起会见男孩和父母。如果15岁的孩子抑郁，那么没有理由不认为是这个家庭可能出现了什么问题。或许孩子的父母相处不好，他担心他们会离婚。或许他生活在很成功的姐姐的阴影之下，不知如何面对父母的期望。

假设你是治疗师，你会见男孩和家庭，发现他既不为父母担忧也不嫉妒他的姐姐。实际上，家里“一切都很好”。男孩只是抑郁。现在怎么办？

这种“现在怎么办”的感受是你开始家庭治疗时遇到的最经常的感受。即使哪里都没有明显的错误——孩子是在担心父母，或者是每个人都在大喊大叫但没有人在倾听——这时候非常困难，不知从何开始。你可以从试图解决他们的家庭问题开始。但是对于这一点你也是无能为力的：为什么就他们有困难？

为了说明什么使得这个家庭处理自己的问题这么困难，你必须知道你要看什么。因此你必须理解什么造成了家庭的问题。你需要装备理论基础。

当开始观察整个家庭怎样探讨自身的问题时，治疗师立即看到每个人是怎样卷入家庭的。但在喧闹之中，治疗师很难看到性格背后的东西——闷闷不乐的少年，有控制欲的母亲，还有疏离的父亲——这些表象背后有某种模式将他们联结起来。家庭治疗师不是聚焦在个人和人格之上，而是思考关系是怎样或至少部分地造成问题的。怎样理解这些关系是这一章的主题。

控制论

对家庭起作用的最重要、最有影响的是控制论(cybernetics)，即在自我

调节的系统内研究反馈机制。家庭与其他控制论系统的共同特征是通过信息交换来维持家庭的稳定性。

控制论的核心是反馈圈(feedback loop),这是系统获得必要信息以维持稳定的过程。反馈包括系统与外部环境以及系统内部信息传递。反馈圈可以是正向或者是负向的,区别在于对稳定状态作用的方向不同,而无所谓谁好谁不好。负向反馈(negative feedback)表明威胁系统的整体性,显示系统需要维持现有状态。正向反馈(positive feedback)表示需要改变这个系统。

负向反馈的一个形象比喻是房屋的供暖系统。当气温降到一定程度,自动调温器会启动锅炉加热,使得房屋的温度保持原先的标准。这是一种自我纠正的反馈圈,它使得系统控制生效,系统对变化的反应表明了要保持原有的状态,即为负向反馈。

图 4.1 显示了负向反馈圈的基本运行情况。每个因素对下个因素起作用,直至最后的“反馈”对第一个因素起作用,形成循环圈。也就是说 A 影响 B,B 影响 C,C 又影响 A,循环往复。

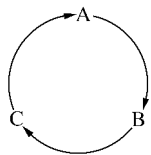


图 4.1 反馈圈的循环因果关系

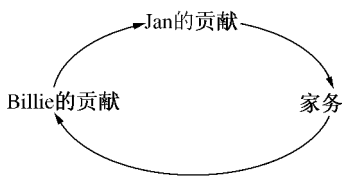


图 4.2 某对夫妻的家务努力反馈圈

在房屋供暖系统的这个例子中,A 是房间温度,B 是温度调节器,C 是炉子。图 4.2 显示了控制论负向反馈是怎样作用于一对夫妻的。在这个例子中,Jan 的家务努力(成果)影响她做了多少家务,随后影响 Billie 做了多少,最后的反馈是 Jan 认为 Billie 应该做多少家务,周而复始。

控制论系统是描述家庭如何维持稳定的一个有效比喻(Jackson,1959)。有时候,这是一件好事情,例如,尽管有冲突、有压力,家庭持续表现为紧密的整体。然而,有时抵制改变并不是件好事,特别是家庭不能调整以顺应家庭中某一成员的成长和改变时。后面我们会详细讨论这个问题。

如果说负向的反馈减少改变,那么正向的反馈可以加强改变。正如负向的反馈那样,正向的反馈能够带来理想或者不理想的后果。如果一个年轻女

子坠入情网并要和异种族的人结婚,父母就必须重新调整,要么接受她的婚姻事实并允许她的丈夫进入他们的内心,要么不和她说话将她赶出他们的生活。为了保持稳定性与灵活性,家庭要对正向和负向的反馈作出反应。正如我们可以看到的,然而早期的家庭治疗师过于强调负向反馈并抵制改变。

控制论运用于家庭聚焦在以下几个现象:(1)家规(family rules),这掌控着家庭系统可以容忍的行为范围(家庭的平衡范围);(2)负向反馈(negative feedback)机制,家庭用来加强这些规则(愧疚感、惩罚和症状);(3)围绕问题的家庭互动顺序(sequences of family interaction),说明系统的反应;(4)当系统习惯的负向反馈是无效的时,引发正向反馈圈(positive feedback loops)。

正向反馈圈的例子是那些令人烦恼的“恶性循环”,做什么结果都是让事情变得更糟糕。有名的“自我实现预言”(self-fulfilling prophecy)就是这样一个正向反馈,一个人的恐惧导致可能的可怕情形的行动的出现。然后,验证了他的恐惧,循环往复。另一个正向反馈的例子是“流行效应”(bandwagon effect),这正是一个获得支持的简单原因,因为有了一大批的支持者。你想想那些时尚追随者以及流行音乐发烧友,就可以明白流行效应的大众性。

作为自我实现预言的例子,我们来看看 Jerry 的故事。他很想找女朋友,但认为自己很郁闷。于是,他确信女人会拒绝他。每次鼓起勇气去和女孩子说话,他总是能找到她们对他说的没兴趣的例证。只要发现别人有一点走神,他就不自觉地紧张并开始不断说俏皮话。女孩子的烦扰再后来变得更明显的时候(正向反馈),他则开始确信自己本质上就是不讨人喜欢的。

下面是个家庭个案,这是个很容易表达愤怒的家庭,处于青春期的儿子 Marcus,突然向父母大发脾气,因为他们坚持让他夜里 12 点前回来。母亲因他的爆发而震惊并开始哭泣。父亲的反应则是和他争吵了一个月。结果,不仅不能减少他的偏差行为,也不能将他的愤怒压制到维持家庭动态平衡的范围内,这些负向反馈的结果适得其反: Marcus 开始爆发而且挑战权威。父母越多的哭泣和惩罚, Marcus 就越愤怒。所以说,父母期望的负向反馈(哭泣和惩罚)变成了正向的反馈。它们加强而不是削减了他的偏差行为。这时,家庭必须作出改变,否则的话,这会变成一种恶性循环,不断升级,直到 Marcus 离家出走为止。

后来,控制论专家 Walter Buckley 和 Ross Ashby 认识到正向反馈圈并不总是坏的。如果不失控的话,它们会帮助系统重新调整以适应新的环境。Marcus 的家庭可能需要面对孩子的愤怒重新制定家规以适应青少年不断增强的自我肯定的需要。危机在于,只有家庭能够走出旧有的反馈圈足够远,才能获得一些新的视角,正向反馈圈才能导致重新审视家庭规则。这样做是一种元沟通传递,他们必须交流他们的沟通方法,这样才能导致系统规则的转变(Batson,1956)。

应该清晰的一点是,家庭控制论聚焦在家庭的反馈圈上,即沟通的模式,它是家庭功能障碍的基础。于是,受控制论影响颇深的治疗师成为有名的沟通学派(communication school,见第三章和第六章)。不完美或者不清晰的沟通导致不准确或不完全的反馈,造成系统不能自我纠正,对于变化带来防卫过当或者不能作出确当反应。

控制论是麻省理工大学数学家 Norbert Wiener(1948)首创的,它的出现和发展在最初好像于家庭动力模式毫不相关。二次大战期间,有人希望 Wiener 解决这样一个问题:怎样让防空炮可以击中德国高速飞行的飞机。在当时,靠设立校准仪器,似乎不能快到让炮在极短的时间内击中目标。他的解决方法是:每次没击中后,结合一个内部反馈系统而不是依赖外部的观察去调整炮。

Gregory Bateson 接触系统论是在会议上(1946)听了 Wiener 的演讲。他们两人很快热络起来。他们的对话对于 Bateson 后来将这个理论运用于家庭治疗的系统理论有着深刻的影响。

因为控制论来自对机器的研究,它的正向反馈圈会造成破坏性的结果,使得机器瘫痪;它的重点在负向反馈圈,保持动态平衡。系统环境会改变,温度会上升或降低,这些变化都会引发负向反馈机制使得系统恢复动态平衡,然后温度又会上升或下降。负向反馈圈控制了内在和外在的系统。对于动物保持平衡来说,如果它们出生率上升,数量增多,就会带来食物短缺和外来侵犯,然后数量就会减少。胰岛素增加,血糖就会上升,当太高的时候,就使人没有胃口,然后血糖又会下降。

系统理论

对于每个治疗家庭的人而言,最大的挑战是寻找出了解过去模式的特点并知道它们如何在影响家庭成员的行为。我们非常习惯将家庭中发生的一切作为个人品性的结果,就像自私、慷慨、反叛、被动、宽容、顺从等等。学习认识关系的模式需要观点的迅速转变。

经验告诉我们,一个人的行为可能是关系的产物。一个人可能在某一关系中很顺从,在另一关系中却相当强势。许多品质我们只能说那是个人的,但像顺从这样的品质却只存在于两者的关系之中。实际上,家庭治疗师运用大量的概念去说明关系中的两个人怎样去维持他们的关系:包括追逐者与疏离者(pursuer-distancer),过于能干与一无所能(overfunctioning-underfunctioning),控制与反叛循环(control-and-rebel cycles)。这些概念明显的好处在于关系中的一方可以改变他们在模式中的角色。但是,发现两人之间的关系相对简单,难的是,看到更大的团体例如家庭之间的互动模式。这是家庭治疗师发现系统理论有用的原因。

1940年代,当理论家们开始去建构技术和生物系统的结构和功能的时候,系统理论是数学、物理和工程学的基础。这些理论家发现很多事物,例如简单的机器、引擎、变形虫和人脑都是一个系统,即有组织的部分形成一个复杂的整体。Bateson和他的同事们发现系统理论是一个完美的工具,说明家庭是一个组织起来的整体,而不仅仅是个人的集合。

根据系统理论,一个最简单的有机体,一个现有的系统,都是整体的一个部分,是其他部分所没有的。它们产生于互动,关系存在于各个部分之中。整体总是大于部分的总和。于是,从系统的角度来看,如果要理解孩子的行为,只访谈他一个人而忽略他的家庭是不可取的。

当其他人运用系统的(systemic)以及系统理论(system theory)来考虑作为整体的家庭时,系统实际上有许多更特别更有意思的特点。于是,从只看个人到视家庭为系统的转变意味着关注点由个人转移到他们之间的关系模式上。从系统的角度来看,家庭不仅是个人的集合而是一个关系网络。

让我们举个简单的例子。如果母亲批评儿子,而她的丈夫却说,对孩子不

要那么粗暴,那么孩子会持续他的错误行为,系统分析会聚焦在这个事件的发展上。因为这是一个可以观察到的互动(observable interaction),揭示了系统是怎样运作的。为了聚焦在输入和输出上,系统分析避免对个人猜想或者问他们为什么这样做。最基本的系统视角的表达是“黑箱”(black box)比喻:

黑箱概念是近年来从电信业中引用过来的,表明人们对思想如何运作的未知……就电子硬件而言,如果忽略内部装置的运作结构,只专注于输入-输出,那么是非常便捷的……如果将这个概念运用到心理学或者精神病学的问题上,它具有启发式的意义,不管有多少不可考证的内在心理分析的假设需要去探索,但是治疗师可以只让自己观察输入-输出的关系,也就是说沟通。(Watzlawick, Beavin 和 Jackson, 1967, pp. 43~44)

将人视为黑箱,这个表达可能有点机械性,但这个比喻有个优点,那就是简化对心灵和情绪的猜测,只关注人们的输入和输出行为(沟通、行为)。

在早期治疗师的系统运作的特征中,有一些概念比动态平衡(homeostasis)更有影响力,后来流传得更广泛。Don Jackson 的家庭动态平衡(family homeostasis)的概念强调遇到问题的家庭倾向于抵制改变,绕很大圈子去解释为什么付出很多努力,但很多病人依然卡在那里(Jackson, 1959)。现在我们回顾强调动态平衡就像在欺骗家庭,夸大了其保守性,低估了其灵活性和资源丰富性。

于是,尽管许多用来解释机器的控制论的概念可以用来类似地描述人类系统,例如家庭、生命系统,但是,运用于机器系统的那一套对于人类行为来说,远远不够。

■ 一般系统理论

1940年代,澳大利亚的生物学家 Ludwig von Bertalanffy, 尝试将系统思考和生物的概念整合成一个生命系统的通用理论——从人类的大脑到生物圈。基于他对生物圈的观察,他开始推断更复杂的社会系统,他发展出一个被称为一般系统理论的模式。

Mark Davidson(1983)在其巨著《不寻常的感应》(*Uncommon Sense*)中,总结了 Bertalanffy 关于系统的定义:

一个整体,内在部分存在互动的整体,从原子到大都市,包括这些普

通的例子就如电话、邮政和迅速传递系统。Bertalanffy 系统可以外形上像一台电视机,生理上像小猎犬,心理上具有人格,社会上像个劳动整体,符号上像一整套法律……一个系统可以由很多小系统组成,就如一个国家或省是由各个县市组成的,而且它们都是国家的一部分。相应地,相同结构的实体可以被视为一个系统和子系统,这视观察者的兴趣而定。(p. 26)

最后一点最为重要。每个系统都是更大系统的子系统。但当采纳这个系统观点时,家庭治疗师倾向于忘记影响的扩散网络。他们视家庭为一元系统,忽略更大的系统:家庭所处的社区、文化以及政治环境。

Bertalanffy 首先提出这样一个观点,系统大于部分的总和,也就是说一块表大于齿轮和指针的总和。这并不是什么奇迹,只是当一些东西组织起来,变成一个系统,一些新的东西必然浮现出来,就好像氢和氧组成了水。将这个理论运用在家庭治疗上,家庭系统应该大于家庭成员的总和,治疗师应该聚焦在互动而不是人格上,是这一领域的中心原则。

Bertalanffy 用有机体来比喻社会团体,但是有机体是个开放的系统,与环境之间不停互动。开放系统作为封闭系统的对立面,不停地与周围环境交换资源,例如吸收氧气吐出二氧化碳。机械论者还没有认识到生命系统的另一个特点,就是他们不仅仅是受到刺激才有反应,而是也会主动地促进系统的繁荣。相应地,一个健康家庭,父母欣赏孩子给家庭带来的新想法,认为这是一种丰富,这样的家庭才能寻找到方法从中获益并欣赏对方。

Bertalanffy 是个反对机械论关于生命系统的观点的长期改革家,特别是这些称为人的生命系统。他认为,和机器不同,生命有机体证实了殊途同归性(equifinality),这是一种通过不同的方法达到最后目标的能力(在机械论的系统中,目标、途径和方法都是固定的)。他和其他生物学家运用这个术语来证实有机体存在内在保护和维持整体性的能力,就像人本身就有一些抗体,可以自然地修复皮肤和骨头(von Bertalanffy, 1950)。

于是,生命有机体是积极的和有创造性的。他们工作以维持组织,但是并不是完全固守现状。家庭治疗师借用动态平衡的概念,但按照 Bertalanffy 的说法,过分强调有机体传统的一面就会将有机体降格为一个机器:“如果动态平衡维持原则被视为行为的一种原则,那么所谓适应力良好的个人也可以被

视为喝醉了的机器人……”(Davidson,1983)。

当动态平衡仍然是家庭治疗的一个重要概念时,它限制了多种多样的人类行为,也有很多家庭治疗师积极响应 Bertalanffy 的想法(Hoffman,1981; Speer,1970;Dell, 1982)。控制论者还提出一个新的概念,如形态发生(morphogenesis),以用来说明 Bertalanffy 所相信的有机体的基本特征——去寻求改变,而不只是抵制改变。

Bertalanffy 同样认识到观察本身对被观察者有影响。这种觉察力使得他更加确信,我们应该对自己的假设保持谦逊。一个 Bertalanffy 派的治疗师应该小心,不要将自己的观点强加给来访者并且努力理解他们对自身问题的看法。与后现代主义者不同,他们认为现实是不可知的,人们最好不要有强烈的价值观,因为无比有好。Bertalanffy 则相信,我们应该更多而不是更少关注自己的价值观和假设,因为有一些观点是具有生态破坏性的。于是治疗师应该仔细审查他们的假设和理论上的暗示,特别在他们对家庭和社会的影响上。

总结而言,Bertalanffy 带来很多观点,曾经并持续在影响家庭治疗:

- 系统大于部分的总和;
- 强调系统内部的互动而不是简化;
- 人类系统是个生态有机体而不是机械物;
- 殊途同归概念;
- 动态平衡反应与自发行为;
- 信念和价值观的生态重要性而不是无价值。

这些观点将会不停地出现在讨论中,甚至贯穿整本书。

社会建构主义

家庭治疗诞生的时期正是精神分析学派的鼎盛时期,它强调潜意识冲突是人类不快乐的根源。为了取得效果,治疗必须挖掘埋在深处的那些冲突——那是一个漫长而又缓慢的过程。为了抗拒这种医疗模式,家庭治疗师转向系统隐喻,关注行为、互动和反馈。正如我们所见到的,系统理论教我们看到人们的生活是怎样被围绕着他们的各种“交换”所塑造的。但是,为了聚焦家庭互动的模式,系统理论将一些东西排除在外,实际上是两样东西:一是

家庭成员的想法怎样影响他的行为；二是文化力量怎样塑造这些信念。

■ 建构主义

1980年代后,建构主义(constructivism)捕获家庭治疗师的想象力,关于大脑如何运作的研究显示,我们不可能真正知道外部世界,能知道的只是自己的主体经验。对神经系统的研究(von Foerster, 1981)和青蛙视网膜的实验(Maturana 和 Varela, 1980)表明人脑不能完全还原这个真实的世界,就像照相机一样,但是会将观察到的东西重新组织。没有东西可以被直接感知。每件事情都经过观察者大脑的过滤。

当 Paul Watzlawick、Paul Dell 和 Lynn Hoffman(1988)将这一新观点引入家庭领域的时候,其影响就如敲了一记警钟——提醒我们不能忽视家庭生活认知的重要性,触动治疗师放弃变成客体专家的假设。

建构主义是现代概念,其哲学传统至少可以追溯到18世纪。西方著名哲学家康德(1724~1804),认为知识是人们想象力组成的产物。正如洛克(1632~1704)所说,人脑就如白板,外部世界不只是简单地上面打上印记。康德却认为,我们的大脑可以是一切,但绝不是白板。它们积极地过滤、分类,然后阐释这个世界。

建构主义首先被应用于心理治疗当属 George Kelly(1955)的个人建构理论(personal construct theory)。按照 Kelly 的说法,我们通过自己对环境的独特建构来赋予世界意义。我们阐释和组织事件,作出预测,并在这些建构的基础上做出行动。你可以比较这个用主观方式去阐释经验和通过一副眼镜来看待世界。因为我们可能需要改变和抛弃建构,所以治疗变成建构的破旧立新过程——试图从不同的棱镜去了解什么使人可以用更满意、更有效的方式“行走江湖”。

建构主义在家庭治疗中的最早例证就是策略技巧中的重构(reframing)——重新标签行为根据家庭成员的反应而转变。同样一个孩子,如果被视为“多动”(hyperactive)或“品行不端”(misbehaving),父母对孩子会有明显不同的反应。同样地,如果面对10岁叛逆孩子的无精打采的父母开始相信孩子只是“多动”而不是“品行不端”,他们会对自我感觉好一些,因为他们不是“教子无方”,而只是有个“特殊的孩子”。首先开出的诊断说明,父母需要变得

更加严格,但是这一做法未必有效。其次的建议是:对付难缠的孩子必须要有策略。关键并不是说一种说法本质上比另一种好,但是如果用这一说法会导致无效的处理策略的话,或许新说法足以改变他们的观点并引发一个更有效的反应。

1980年代中期,当建构主义进入家庭治疗之后,引发了一些基本的变化。系统隐喻关注行动,建构主义强调认知的涵义以及个人的诠释。建构主义不是聚焦在互动模式上,而是最为关注人们对他们自己的问题的假设。

当然,建构主义是一种知识论,而不是一套技巧。然而,建构主义者的观点引导传统的治疗模式寻求意义。意义本身变成基本目标。治疗目的从打断行为的问题模式转向通过解放对话的过程帮助来访者发现他们生活中新视角。

这一运动的先驱当属 Harry Goolishian 和 Haelene Anderson,他们的“合作语言基础系统方法”(collaborative language-based systems approach)被定义为,治疗师做什么应少于他们不做什么。在这一模式中,治疗师不认为自己是专家,也不认为他们知道家庭应该怎样转变,所以不会将他们推向固定的方向。治疗的角色不是试图去改变人们,但是要替他们探索自己生活的意义打开另一扇门。

治疗师不通过影响谈话的方向以获得预计的内容或结果来控制访谈,治疗师也不对谈话方向的转变负责。治疗师的唯一职责在于创造一个空间,使得有意义的谈话得以进行(Anderson 和 Gollishian,1988, p. 385)。

建构主义教我们要超越行为,运用认识、阐述、建构我们经验的方式以便从中获得意义并引导我们的生活。建构主义的主要内容如下:看待事物不止一种方法,这是毋庸置疑的。另外,世界上的所有真理都是相对的,治疗师的观点并不一定比来访者的更加客观。本来,在人们心目中,治疗师是一个有特权的、知道原因和解决办法的客观权威,但是,建构主义将他们从这一神坛上拖了下来。

承认我们知道和理解的现实是建构出来的,并不意味着我们的认识和理解不真实。大棒和石头能够让你骨折。此外,即使是最忠实的建构主义者(例如 Efran, Lukens 和 Lukens, 1990)也提醒我们有一些建构比另一些更有用。建构主义不是为了达到治疗效果而不分青红皂白编造的通行证。

也有人挑战建构主义矛盾的暗示,即没有专家地位的治疗师是没有影响力的治疗师。在 Barbara Held 的《回归现实》(*Back to Reality*) (1995) 中,对后现代治疗的有思想性的分析指出,“……当然他们面对这样一个矛盾,一方面他们试图否认和缩小专家地位;另一方面他们显然希望自己拥有……治疗师确实不得不将他们的行为作为专业、学科来合法化”(p. 244)。

另一关于提醒治疗师不能放弃领导地位的说法令人印象深刻,因而不能不提:

治疗师和来访者真的是在联合做事的吗?他们真的是平等的吗?当然不是。来访者,按照 George Orwell 的解释,只有当他们的观点最后证明是有价值的,才能“更加平等”。治疗师是,或者应该是在训练、作为专家、作为客体时更加平等——然而在治疗时,他们是带头人。如果权力意味着主导和控制,那么批评它无可厚非,但是让治疗师放弃领导地位,那是匪夷所思。(Nichols, 1993, p. 165)

他进一步说道:

如果协商和主持谈话就是治疗师做的所有事情,那么治疗师不如改行做调停人或者是脱口秀的主持人的对手(他们的目的是协商污秽的、辱骂的谈话)。治疗师不仅是主持人,且有个被忽略的教师身份——很边缘,但是每一转变治疗的基本成分。治疗师的教授不是告诉人们应该怎样去做,而是帮助他们学会自己应该怎样去做。(p. 164)

但是“告诉人们应该怎样去做”却是 Anderson 和 Goolishian (1988) 所关心的。建构主义反对治疗的权威模式,也反对治疗师像一个恃强凌弱者。你不必为了尊重建构主义的警告,避免有攻击型的干预,就认为 Salvador Minuchin 或 Jay Haley 的干预方法过于权威主义。一个治疗师太焦虑,就好像在等待偷袭的猫,是不能改变人们的(这也不是一个好的方法去了解人们)。

Anderson 和 Goolishian 钟爱的是他们称之为“未知”(not-knowing) 的态度,他们将自己的专家身份降低,给空间让来访者的想法自然浮现。他们接触家庭不是按照事先确立的结构和功能的概念,他们只带着好奇。即使是那些我们对家庭生活最为珍贵的比喻,“系统”、“缠结”、“三角化”等等,都只是比喻而已。在客观世界中,它们并不存在,是建构出来的,只是比其他的概念更加

有用。

Anderson 和 Goolishian 钟爱建构主义的另一点是语言创造了而不是反映了现实。当然,这对描述治疗并不新鲜,“谈话治疗”——好像对话。新鲜的是,将个人叙事置于家庭治疗的高度——这一领域过去一直关注人际关系是如何塑造个人的。

为了强调个人的人格特质,建构主义者被一些人(例如 Minuchin)指责忽略社会情境。虽然建构主义不是对社会意识不敏感,但这一传承的作者确实关注个人如何看待自己的情形甚于自身生活的整个社会情境。一旦有人指出这一理论过于关注自我,建构主义领袖就这样澄清他们的立场:当他们说现实是构建出来的时,意思是现实是由社会建构的。

■ 社会建构的现实

社会建构主义从建构主义中衍生出来,就像家庭治疗从个人心理治疗中衍生出来。建构主义认为,我们是在自己的诠释基础上认知并与世界联结的。社会建构主义指出这些诠释是被我们所处的社会情境塑造的。

如果一个 14 岁的少年持续反抗他的父母,建构主义可能指出男孩可能认为他们不值得他的尊重。换句话说,男孩的行为不仅是父母约束的结果,也是孩子对他们的权威的构建。社会建构主义会在青少年态度上加上一点,父母权威不仅是由家庭中发生的事件决定的,也受到外界文化大环境的影响。

我们从学校、工作场所、与其他人吃饭、打电话、看电视电影等等活动中吸收很多态度和观点,并将它们带入我们的家庭。电视可能是对 14 岁孩子影响最大的,使得如今的孩子变得复杂而又愤世嫉俗。正如传播学学者 Joshua Merowitz(1985)在《没有感觉的地带》(No Sense of Place)一书中所指出的,如今的孩子目睹了成人世界过多的黑暗面,从电视上看到成人隐藏的怀疑和冲突、愚蠢和失败。这种启蒙削弱了青少年对传统权威模式的信心和信任。当看到 Homer Simpson 的父母形象时,那么在孩子面前很难保持成人的智慧偶像。

建构主义和社会建构主义关注对经验的诠释是一种对行为的调停。建构主义者强调个人的主体思维,社会建构主义更关注社会诠释以及语言和文化的主体间影响。按照建构主义,人们遇到问题不只是因为生活的客观现状,而

且因为对这些现状的诠释。社会建构主义所增加的是认识到在与其他人对话的过程中意义是怎样出现和变化的。

于是治疗变成了解构和重建的过程——将来访者从积习难改的信念的堡垒中解放出来并帮助他们建立新的和更有希望的视角。在两种家庭治疗中，这一理念表现得最为淋漓尽致：解决中心模式以及叙事治疗。

在许多治疗中固有一个想法，在问题解决之前，来访者和治疗师必须找出什么地方出了问题。这个想法看起来好像理所当然，这是一种建构——也只是看待事物的一种方法。解决中心治疗(solution-focused therapy)将这个假设倒转过来，运用完全不同的建构方式——即最好的解决问题的方法就是发现人们在没有问题的时候做了些什么，然后在这一基础上工作。

假设一个妇女抱怨她丈夫不和她说话。我们不去寻求什么地方出现了问题，解决中心治疗师可能问这个妇女，是否记得有例外(exceptions)的情形。当他们外出散步或者吃饭的时候，或许她和她的丈夫确实有过相当好的交流。于是，治疗师可能只简单地建议他们多做一些类似的活动。我们就可以看出解决中心治疗如何在建构主义顿悟基础上形成自己的干预手法(见第十二章)。

与解决中心治疗师类似，叙事治疗(narrative therapy)通过帮助来访者重新审视他们怎样看待事物的方式来创造经验的改变。解决中心治疗是将关注点从现在的失败转向过去的成功，以便从自身的经验学习解决问题的方法；然而叙事治疗的目的更为广大、立场更加鲜明。这一模式决定性的技巧就是外化(externalization)——包括真正激进的重建(reconstruction)的方法去定义问题，不是视人为问题所困，而是将问题视为外来入侵者。于是，一个男孩总是不完成家庭作业，父母可能会说他懒或拖拉，叙事治疗师可能会问，在他和“拖拉大王”的比赛中，什么时候“拖拉大王”占上风，什么时候他自己胜了呢？

注意父母的建构——孩子是个拖拉大王——这是相对宿命论的；而后一个，拖拉大王有时候占了上风——将孩子从负面的自我中解放出来，将治疗变成一个和拖拉大王作战的过程。我们将在第十三章详细讨论叙事治疗和外化的过程。

解决中心治疗和叙事治疗采取积极角色帮助来访者质疑自我挫败的建构。他们都建立在我们通过与其他人的交流发展出自己的想法的假设基础上

(Gergen, 1985)。此外,如果有些想法使我们在自己的问题中不能自拔,那么在叙事重建的摇篮中会有新的和更有效的观点浮现出来。如果问题是人们学会对自己说的那些故事,那么解构这些故事必然能有效地帮助人们解决他们的问题。

批评家,包括我们自己(Nichols 和 Schwartz, 2001),已经指出,通过强调认知维度的个体和他们的经验,社会建构主义者背离家庭治疗的一些既定的顿悟,即家庭是运作的复杂整体且心理症状常常是家庭冲突的结果。我们的经验和自我身份部分是由言语构建出来的,但只是部分而已。如果社会建构主义过于忽略系统理论的顿悟和忽视家庭冲突,那么社会建构主义就与家庭治疗毫无关联。40年前,Bateson、Jackson 和 Haley 首先描述的那种两级化的互动——术语为互补(complementary)和对称(symmetrical)——可以被理解为同时反映了行为互动和社会建构,而不是只能两者取一。

意大利的精神科医生 Valeria Ugazio(1999)描绘了家庭成员怎样自我分化,不仅通过他们的行为,也通过用“语义的极端”(semantic polarities)方式来谈论自己。于是,例如,在家庭中,他谈论自己和他人可以区分为极端依赖和独立,交谈倾向于被恐惧和勇气来组织,需要保护或渴求探险。作为这样交谈的结果,家庭中的成员慢慢定义自己为:害羞的、谨慎的或者大胆的、有冒险精神的。

依附理论

当这个领域变得成熟时,家庭治疗师又重拾对家庭成员的内在个人生活的兴趣。现在,除了上述理论帮助我们理解对家庭成员广泛、系统的影响,依附理论继而出现,成为描述最深层次亲密关系互动的有力工具。

依附理论对夫妻治疗尤其有效(例如 Johnson, 2002),说明健康平等的成年人是如何相互依赖的。在家庭治疗的早年,有夫妻治疗但没有理论。除了少数例外,大多数治疗师运用为家庭治疗设计的模式来治疗夫妻(例如 Bowen, 1978; Haley, 1976; Minuchin, 1974)。例外的是行为主义者,他们认为亲密是强化的结果;还有认知心理学家,他们认为如果改变夫妻思考和沟通的方式,情绪也会随之改变。很少有人讨论爱、渴望和信任。孩子要是依赖没有问

题,但对成人来说,人们会说,这是一种“缠结”(enmeshment)。

在情绪中心夫妻治疗中,Susan Johnson 运用依附理论去解构一方批评抱怨、另一方防御退缩的熟悉舞蹈。依附理论认为批评和抱怨者是要保护依附的纽带不受破坏,换句话说,唠叨的一方比愤怒的一方感到更不安全。一旦不安全的一方情绪放松下来,他和她可以显示自己的脆弱,另一方不再感到被威胁,就会更加愿意上前提供安慰并让其放心。

夫妻如何对待对方反映了他们的依附历史,这一观念最早要追溯到 John Bowlby 和 Mary Ainsworth 的开创性研究。1940 年代,Bowlby 从剑桥大学毕业,当时有这样一个假定,母乳喂养使得婴儿变得更加依恋母亲。但是 Konrad Lorenz(1935)认为幼鹅依恋不喂养它们的父母;Harry Harlow(1958)观察到小猴子并不喜欢单纯提供食物的器皿而是更喜欢人与它们之间的交流安慰。对于婴儿也是一样,单纯喂养并不能带来依恋(Ainsworth,1967)。

在 1940~1950 年代,一系列研究发现与母亲分离的小孩子会有一系列的反应,例如“反抗”、“失望”,最后是“疏离”(例如 Burlingham 和 Freud, 1944; Robertson,1953)。为了理解这种反应,Bowlby(1958)总结父母和孩子之间的紧密联系的形成经过了自然选择、适者生存的生物过程。当危险来的时候,靠父母最近的孩子总是最不容易被侵犯者杀死。

依附意味着面临压力时最先的寻求(你可能会紧抱着你的床单,但是它却不会抱紧你)。依附最好的解释就是婴儿抱着母亲柔软、温暖的身体,母亲也温柔地抱着他;婴儿凝视母亲的眼睛,母亲也怜爱地看着婴儿;婴儿靠着母亲,母亲也轻轻地靠着。这种经验显然是舒服而又让人安心的。

依附受强烈的情感的控制。“形成这个纽带可以说是坠入情网,维持这个纽带就如爱着某人,失去对方就好像哀悼某人。类似地,那种失去的威胁会带来焦虑,真正的失去会带来悲伤;同时,每种情形都可能引发愤怒。能保持住这种纽带而没有外在威胁,是一种幸福”(Bowlby,1979,p. 130)。认知的组成部分也会卷入依附中,Bowlby 将这一形成称为“代表性模式”(representational models)或“内在工作模式”(internal working models)。

根据 Mary Ainsworth(1967)的说法,婴儿将他们的依附对象(通常是母亲)作为探险的安全基础(secure base)。当一个婴儿觉得受到了威胁时,他会寻求照顾者的保护和安慰。在两种不同的不安全依附策略中,模式有着明显

的差别。在“回避”(avoidant)策略中,婴儿倾向产生依附行为;在“抵抗”(resistant)策略中,婴儿倾向于依赖母亲并避免探险。

安全依附关系显示一个婴儿在有需要的时候,可以依赖照顾者作为可靠的获得保护和安慰的资源。当遇到威胁的时候,处于安全关系中的婴儿会向照顾者直接采取“依附行为”(例如哭,或伸手寻求帮助)并从他们提供的安抚中获得安慰。安全依附关系中的婴儿更有信心获得照顾者的帮助,相应地,也对他自己与世界的互动更加有信心。

如果婴儿与照顾者之间是焦虑依附关系的话,婴儿的自信心就不明显。婴儿要求得到关注,回应却是冷漠或者是拒绝(Ainsworth, et al., 1978; Bowlby, 1973)。于是,这样的婴儿会对照顾者的有效性保持焦虑。另外, Bowlby 认为,因为依附关系是内化的,这些早年的经验会影响他们后来对友谊、亲子以及浪漫爱情关系的期望。

需要指出的是,依附理论被广泛地研究。有一点非常清晰:它的稳定性和影响力会贯穿整个童年。12个月的依附类型会预测:(1)18个月的依附类型(Waters, 1978; Main 和 Weston, 1981);(2)18个月时的抗挫折能力、持续性、合作性和好奇心(Main, 1977; Matas, Arend 和 Sroufe, 1978);(3)学前的社会能力(Liberman, 1977; Easterbrook 和 Lamb, 1979; Waters, Wipman 和 Sroufe, 1979);(4)自尊心、同情心和班级表现(Sroufe, 1979)。确实第一年的关系质量可以成功预测随后5年的相关因素,安全依附关系的婴儿比阻抗型或者回避型婴儿具有明显优势。

但这些研究并不能清晰证明童年的依附类型可以预测成年关系中的依附模式。然而,浪漫爱情的想法可以概念化为依附过程(Hazan 和 Shaver, 1987)相当引人注目,即使这只是一个没能证实的假设。研究发现的是对关系保持焦虑的个人会有更多关系冲突,而且这些冲突是由对爱、失去、被抛弃的基本的不安全造成的。对关系焦虑的人常常运用强迫或者破坏性的方法去处理冲突,于是就带来了他们最害怕的结果(Feeney, 1995)。

Lyman Wynne(1984)是最早使用依附理论的家庭治疗师,认为在关系发展中首要的是依附。依附理论通过将恐惧和愤怒的症状表达与依附关系中的被打断联结起来应用于临床治疗,可以帮助父母理解他们孩子的破坏性行为是源自孩子得不到父母的关注和照顾的焦虑,还可以帮助夫妻理解在愤怒和

防御互动背后的依附性焦虑和脆弱(Gottman,1994;Johnson,1996)。

Bowley(1988)列出治疗师的五个与依附相关的任务:(1)提供一个安全的治疗基础;(2)探索现存的关系;(3)探索治疗之中的关系;(4)回顾现有的关系模式可能怎样反映过去的经验;(5)认识从过去关系中来的形象是否适合现存的关系。

为提供一个安全的治疗基础,治疗师必须保护家庭成员在探索担心的情形时不受攻击。治疗师必须提供有效的帮助,使得家庭觉得足够安全去面对他们之间的冲突以及经历新的互动方法。治疗师可以运用依附理论通过展示孩子的不良行为怎样与不安全依附相关,从而说明现有的关系;或者说明丈夫的回避可能归咎于矛盾的依附;或者妻子的仇恨可能是焦虑依附的表达。当家庭治疗师觉得自己被拖扯去扮演家庭中缺乏的角色时,不仅要避免被拖扯进这个角色,还要使用依附理论去指出家庭成员需要被安全地关怀。除了要抚慰焦虑的孩子、安慰抑郁的配偶,治疗师还需要将责任放到父母或夫妻一方的肩膀上,鼓励他们少些防卫、多些同情和支持。

小结

在读完家庭治疗主要理论发展的编年史之后,读者可能对这个领域在短短几十年就发生的各种变化觉得无所适从。所以,指出表面不持续性的模式可能更有帮助。治疗的焦点是不停地扩大直至最广泛的情境。这个过程始于治疗师将视线超越个人扩大到家庭。于是,不可解释的行为变得有意义了。早期家庭治疗师聚焦在评估和改变围绕问题行为互动的顺序上。此外,他们认识到顺序是由家庭的内在结构造成的,于是改变结构成为主要目标。家庭结构是在一个信念系统之下长期、代际关系过程的产物,治疗师要将干预瞄准那些根本信念。近些年来,治疗师认为这些信念系统不是空穴来风,于是现在将兴趣放在文化影响上。

这一领域的历史不连续转换的另一个原因是,最初他们反对精神分析和医学模式,家庭治疗师试图寻求独立。只要家庭治疗开始与特定的范式结合形成一种占主导地位的叙事,这个领域就会改造自我。一个新的比喻出炉,旧的就会被抛弃。一批新的治疗师积极开拓边界,将引导前一次理论革新的领

袖驱逐出去。

目前,许多治疗师拒绝系统思考的方法,认为这一方法是现代性、机械论的,不如新的叙事比喻有效。多年的研究、结构改进以及技巧的发展一下子就被新的、更好的思考方式取代了。我们认为尝试和使用新的比喻并不断检验旧的非常重要,但并不意味着每一步前进都要将旧的抛弃。我们的目标是抓住新的令人兴奋的精神并对前辈们作出的巨大贡献保持尊重。

家庭治疗师是人类场景的自然主义者,揭示个人行为是怎样为我们所不常见的互动关系塑造的。系统概念——反馈、循环等——是非常有用的概念,使得复杂的互动关系可以预测。为了将我们的重点与临床实践使用的想法保持一致,我们现在要谈的是家庭治疗的一些基本工作概念。

家庭治疗的工作概念

■ 人际情境

家庭治疗的基本假设认为人们是其所处的情境的产物。因为只有极少数来访者对我们来说比自己的父母或配偶还要亲,也就是说,个人的行为深受与其他家庭成员互动的影 响。于是,情境的重要性变成了家庭的重要性。可能是这样,但不一定全是。

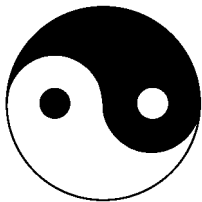
虽然直系家庭常常是理解行为最相关的情境,但并非总是如此。例如,一个抑郁的大学生,可能更多地因为宿舍里面发生的而不是家里的事情而感到不快。此外,尽管家庭治疗师最先关注的情境是行为,人际环境包括认知维度例如期望和假设,以及来自家庭之外的影响、上学、工作、交友和外部文化环境都不容忽视。

情境的临床意义在于:治疗一个人一周只跟他谈话 10 分钟,这个时间远远少于与其他人交流的 167 个小时。或者积极地说,最有效帮助人们解决其问题的办法是一起会见他和他生活中的重要他人,并帮助他们重新认识到彼此间的互动。

■ 互补性

互补性指的是各种关系既定特点的互惠。在每种关系中,一个人的行为

是和别人密切相关的。看下面的阴阳图谱，宇宙中的男性和女性力量？注意它们是如何联结、密不可分的关系就是这样。如果一个人变化了，关系就变了，另一个人自然会受到影响。如果约翰可以多做点家务，玛丽就可能少做点。



家庭治疗师应该考虑到互补性，无论他们听到是哪一方抱怨另一方。例如，丈夫抱怨妻子唠叨，“她总是追着我做这做那，她总是在抱怨。”从互补的角度，家庭治疗师可以假设妻子的抱怨不过是相互影响的一半模式。当一个人被认为唠叨时，可能是她觉得自己长久以来都没有被倾听。不被倾听使得她变得愤怒，觉得失去支持。难怪她会变得唠叨。

如果不是等待她抱怨，John 开始询问她的感受。Mary 将会觉得他关心她的感受。或者至少她可以感觉到这一点。互补性并不是意味着关系中的人们互相控制，而是表示他们互相影响。

治疗师能帮助家庭成员度过批评——和批评带来的无力感觉——通过指出他们行为的互补性。例如，“你越唠叨，他越忽略你。你越忽略她，她越唠叨”。

■ 循环因果

在家庭治疗出现之前，心理治疗解释是建立在线性模式之上的：医疗、心理动力和行为。原因也被认为是那些之前发生的事件——疾病、情绪冲突或者学习历史——这些造成了现在的症状。运用了循环的概念，Bateson 帮助我们改变了思考精神病理学旧有的方式：从现在是由过去造成的变为现在是正在进行的、循环反馈圈的一部分。

线性因果关系概念建立在牛顿模式的基础上，认为宇宙就像台球桌，球在上面无规则地滚来滚去。Bateson 相信线性因果对于解释力学和物体构成的世界是有效的，但对于生命系统世界来说，这是个没有说服力的模式，因为它根本就忽略了沟通和关系。

为了说明区别，Bateson(1979)运用了一个男人踢石头的例子。踢石头的影响当然可以通过测量踢的力度、角度以及石头的重量三者准确地预测出来。如果一个男人踢一只狗的话，这个影响就不好预测。这只狗可能对踢作出下列任何一种反应：畏缩、逃跑、咬或者想和他玩——这视狗的心情以及它怎样

理解这个行为。针对狗的行为,这个男人又会采取相应的行为,所以,可能性是无限的。

狗的反应(例如咬)回馈并影响了男人的下一个行为,这一行为又会影响狗,循环往复。最初的行为促使了循环的顺序,继而相应的行为反过来影响另一方的行为。线性的因果消失在相互影响的循环之中。相互或循环因果的想法对于治疗师非常有用,因为许多家庭来寻找问题的原因和谁应该为问题负责。不将整个家庭逻辑性地来看,单纯寻找原因常常是毫无成效的,循环因果表明问题是存在现有一系列的行为之中的。谁先开始的?没有必要追究。改变互动的循环也没有必要去追溯开始。

■ 三角化

大多数来访者用线性的术语表达他们的担心。比如说,这个4岁的孩子“很麻烦”,或者是前妻对探视权不合作。即使这样的抱怨显示问题是个人的,大多数治疗师更愿意寻找关系因素。“麻烦”的4岁孩子常常有一对教子无方的父母,前妻的“非理性”必然也有她自己的故事。所以作为治疗师,特别是家庭治疗师,愿意与孩子和父母、愤怒的父亲和前妻一起会谈。

假设治疗师会面4岁孩子和父母之后发现真正的问题是缺乏管束。母亲抱怨女孩从来不听她的话,父亲点头表示同意,孩子满屋子跑,就是不理母亲让她安静下来的要求。父母看来希望得到建议去处理这个问题。或许如此。但经验告诉我们,一个有不良行为的孩子常常是站在父母中一方的肩膀上。当小孩子持续不听话时,常常意味着父母在制定规则和怎样强化规则上有冲突。

或许父亲很严厉。如果这样的话,母亲觉得自己有责任保护女儿,反对丈夫的粗暴,于是她变成了女儿的盟友,而不是有效的母亲。一些父母之间对对方不满且矛盾一目了然。但是他们并不愿意谈自己的问题。他们的冲突很痛苦,所以将其掩盖起来。或许他们认为这些个人关系和治疗师无关,或许父亲觉得如果妻子不喜欢他的做法,“那为什么她自己也做不好!”关键在于:关系问题常常变成三角(Bowen,1978),即使不是很快就显现出来。

另一不那么典型的复杂三角关系常常发生在离婚夫妻当中,他们为探视权争执不休。大多数离婚者有很强的受伤害和愤怒的感觉,于是对前妻、前夫

必然充满仇恨。加上父母对孩子有点负疚感(无论是感到还是投射出来),双方都希望在假期的时候给孩子补偿,于是为是否该买运动鞋、或者什么时候接、什么时候送回,双方总达不成一致。每次遇到严阵以待的前妻(前夫),可能很难驳斥问题是存在于两者之间。两个人都很愤怒,最后会发现一个解决问题的办法——除非第三方出现了。

你是否可以想象,一个离婚的父亲向他的新女友抱怨前妻“失去理性”,这种事情司空见惯。女友当然同情他,常常不仅如此,还敦促他给前妻一点颜色看看。那一边,孩子的母亲有个朋友鼓励她对他不要那么客气。于是两个人不能解决他们之间的矛盾,只能将冲突升级。

三角化能够稳定关系,也会冻结冲突。是不是所有的关系都涉及第三方呢?不是,但大多数都有。

■ 家庭结构

家庭模式的互动是可以预测的——一些可能是顽固的——因为它们扎根在强大而又看不见的结构中。动态模式,例如追逐者/疏离者,说明了互动的过程;结构,定义为互动发生的组织。最初,互动塑造结构,但一旦结构形成了,就可以影响互动。

家庭和其他团体一样,有很多关系的选择。简单说,互动一开始是可以自由变动的,后来变得固定而又可以预测。一旦模式建立后,家庭成员只用他们常用的行为中的一小部分就可以了(Minuchin 和 Nichols, 1993)。家庭结构由子系统(subsystem)组成——决定于代际、性别、功能——被人际界限(boundaries)所划分,界限是看不见的屏障,规定着家庭之间人与人的联系(Minuchin, 1974)。界限保护了家庭和子系统的独立自主。例如,禁止在晚餐时间打电话就设立了一个界限,防止外在对家庭的入侵。子系统并不是完全受到界限的保护,有时候,界限也会限制关系技巧的发展。如果孩子可以在父母讲话的时候自由插嘴,那么代际界限就模糊了,夫妻关系也被亲子关系搅乱了。如果父母总是介入解决孩子之间的争执,孩子就不能学会自己解决问题。

严格的界限过于严格,并只允许有限的接触,导致脱离(disengagement)的子系统。脱离的系统是独立也是孤立的。从积极面来说,这锻炼了自主性。从消极面来说,脱离失去了温暖和爱。缠结的(enmeshed)子系统提供很多支

持,但付出的代价是独立和能力。缠结的父母与孩子很紧密,但是太紧密会削弱主动性。

我们也不能不注意到这些安排都跟性别有关。很难说这是对还是错。但是我们应该注意责备母亲是否受到文化期盼和安排的影响,因为女性的角色是孩子的主要照顾者(Luepnitz,1988)。认识到缠结母亲/疏离父亲模式的本质给母亲增加了很多负担之后,治疗师可以询问父亲,为什么这些压力没有出现在父亲身上,挑战父亲去承担更多。

■ 过程/内容

聚焦在沟通的过程(process)即人们怎样说话,而不是内容(content)即说了什么,可能是家庭治疗师要作的最有成效的改变。例如,治疗师鼓励忧郁的大一学生和父母交谈。假设进一步,这个年轻女孩几乎不能用言语表达自己但陷入消极并有攻击性的反抗,另一方面,她那忧心忡忡的父母太擅长表达他们的看法。假设年轻女孩最后开始表达自己的感受,说“上大学是浪费时间”,父母立刻给出强辩的理由留在学校有多么的重要。如果治疗师由于担心这个年轻女孩可能真的会退学,用支持父母的内容(content)来干预,于是就失去了一个重要的机会,支持年轻女孩学习用语言表达自己而不是做出自我破坏行为的过程(process)。

家庭来寻求治疗常常关注内容。丈夫希望离婚,孩子拒绝上学,妻子抑郁等。家庭治疗师与家庭谈论他们问题的内容,不如思考他们试图解决问题的过程。当家庭讨论孩子不去上学要怎么办的时候,治疗师注意到父母是否做主或者是否互相支持。治疗师告诉父母怎样去解决问题(例如怎样让孩子去上学)是在讨论内容而不是过程。孩子可能会去上学了,但是父母在决策过程中的能力毫无进展。

当然有时内容也相当重要。如果妻子借酒消愁或者丈夫骚扰女儿,治疗师需要知道并作出反应。如果只关注内容,治疗师就不能帮助家庭变成更有效的系统。

■ 症状的意义(功能)

当家庭治疗师发现目标病人的症状常有稳定家庭的影响,他们将这一动

态平衡影响称之为症状的功能(Jackson,1957)。在一篇重要的文章“心理受伤的孩子是家庭的替罪羊”(The Emotionally Disturbed Child as a Family Scapegoat),Ezra Vogel 和 Norman Bell(1960)观察到心理受伤的孩子几乎总是卷入父母的张力之中。通过将冲突转嫁到一个孩子身上,父母可以继续维持稳定合理的关系,然而孩子要付出极大的代价。

根据 Vogel 和 Bell 的说法,有某些特征的孩子会被挑选出来,并被过程中的焦虑的关注塑造成家庭中有失常行为的成员。这时,只要夫妻将注意力放在孩子身上,他们自己的冲突就会被忽略。

家庭成员的症状会变成维持家庭平衡的稳定器的观点使得治疗师要对表述的抱怨保持警惕,因为背后可能有潜在的冲突。如果孩子有行为问题,通常是父母在如何管教孩子这个问题上意见不一。然而,这不等于说孩子的行为问题有益于(benefits)家庭。父母的冲突可能是结果而不是造成孩子问题的原因。顺便我们要注意,使用替罪羊(scapegoat)这个词常常是单方面的而且带有道德评判的。

认为症状服务于家庭的后果会将治疗师和家庭置于敌对关系。这种敌对常常是同情孩子并认为父母是压迫者(这是不是我们每个人成长的感受呢?)。实际上,父母很为难,这是世界上最难做的一份工作。如果有个麻烦的孩子更是难上加难。在这时,父母如果要听治疗师的假设,孩子的病症有益于家庭,怎么能不大为光火呢?

现在症状服务于家庭这一观点已经不足信任,大多数治疗学派强调与来访者的合作关系。然而,如果说症状有益于维持家庭的平衡功能的话,值得考虑下列说法的可能性:母亲的抑郁和孩子不愿意上学可能都是为了保护家庭的功能。

■ 家庭生命周期

当提及生活周期时,我们会想到个人经历不同的时期,接受每个阶段的挑战,然后再过渡到下个阶段。人类生活周期可能是有顺序的,但不是稳定、持续的过程。我们经历稳定期、发展的困难并要求改变。成长和改变的过程常常是跟在一段相对稳定时期之后,然后,改变得到稳固。

家庭生活周期(family life cycle)的理念使得我们对个人发展增加了两个

理解：首先，家庭必须重组以顺应成员的成长和改变；其次，家庭中每一代的发展都会对一个或所有其他成员有影响。例如儿子或者女儿去上幼儿园或进入青春期，不仅孩子要学习怎样应对新环境、新情况，整个家庭都要重新调适。也就是说，这些变化并不只影响孩子也影响父母，甚至祖父母。14岁的孩子与父母关系紧张，可能和父亲的中年危机、母亲担心她自己父亲的退休都相关，而不仅是男孩要一个人面对的问题。

代际变化使得他们间的调整变得复杂。中年父亲不再对事业抱有幻想于是想更多关注家庭，可是孩子已经长大了，想要丰满羽翼。于是父亲希望和儿子亲近的愿望可能会受挫，因为孩子觉得阻碍了他的独立。另一个例子大家都很熟悉，正当一对夫妻在孩子离开之后准备更多地为自己生活时，可孩子又重新返回家庭（因为退学、买不起房子或者离婚等原因），于是他们面对第二次担当父母的尴尬图景。

家庭与其他复杂系统共同的特征在于：它们不是迅速发生变化，而是逐渐发生变化，有时也会发生突然的飞跃。例如坠入爱河与政治革命都是这样的飞跃，生孩子与上述两件事情的意义也差不多。

1940年代，社会学家 Evelyn Duvall 和 Reuben Hill 将发展框架运用于家庭，将家庭发展区分为清晰的几个阶段，每个阶段有不同的任务（Duvall, 1957; Hill 和 Rodgers, 1964）。家庭治疗师 Betty Carter 和 Monica McGoldrick (1980, 1999) 加入将代际视角深化这一框架，认可不同的文化模式，也考虑到离婚和再婚的阶段（见表 4.1）。

表 4.1 家庭生命周期

家庭生命周期	情绪发展转变：关键原则	根据过程发展带来的家庭变化
离开家庭：单身年轻人	自己接纳心理和经济上的责任	<ol style="list-style-type: none"> 1. 与原生家庭的自我分化 2. 发展亲密朋辈关系 3. 在工作与经济上取得独立
通过结婚建立家庭：一对新夫妻	投入新的系统	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立婚姻系统 2. 重新组织与延伸家庭和朋友的关系，以便接纳配偶
有婴儿的家庭	接纳新成员进入系统	<ol style="list-style-type: none"> 1. 调整婚姻系统，给孩子留出空间 2. 增加了养育孩子、财务以及家务的任务 3. 重组与延伸家庭的关系，包括接纳父母亲和祖父母的角色

(续 表)

家庭生命周期	情绪发展转变：关键原则	根据过程发展带来的家庭变化
有青少年的家庭	增加家庭界限的灵活性,以便允许孩子的独立和祖父母的身体虚弱	<ol style="list-style-type: none"> 1. 转变亲子关系,允许青少年在系统内自由出入 2. 重新关注中年婚姻和职业发展 3. 开始照顾老人
孩子离开	接受多数人离开并进入家庭系统	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重新认识作为二元的婚姻系统 2. 发展成年人之间的关系 3. 重组与公公婆婆、岳父岳母以及孙子辈的关系
晚年家庭生活	接受辈分角色的改变	<ol style="list-style-type: none"> 1. 面对心理失落保持自己、夫妻的功能和兴趣:寻求新的家庭和社会角色的选择 2. 更多支持中年一代 3. 给晚年的智慧和经验留出空间,在力所能及的范围内支持更老的长辈 4. 处理失去配偶、兄弟姐妹和其他同辈人的伤痛,准备迎接死亡

认识到没有固定的或者标准的家庭生命周期非常重要。不仅家庭有多种形式——单亲家庭、同性伴侣、继父母家庭等——但不同的宗教、文化和伦理团体在不同阶段也有不同的规范。生命周期概念的临床价值并不在于知道在特定阶段通常会有什么现象、什么期盼,而在于家庭常常在生命周期发生转换的时候出现问题,因为没有能力或者害怕这种变化(Monica McGoldrick的工作提醒治疗师家庭常常有困难应对家庭生命周期的变化)。

当家庭面对挑战时,不管是环境的还是发展的,如果不能改变结构以顺应改变的环境,就可能会出现问題。于是问題常常会被视为一个标志,不是说这是一个丧失功能的家庭,而只是说这个家庭在生命周期的转折关头的调整遇到问題。所以当个人有了心理症状的时候,家庭生命周期概念让我们思考或许家庭可能只是卡在了发展阶段的转折关头。

■ 阻抗

家庭常常害怕不知道会发生什么,如果他们的冲突被公开化,可能将抵抗的关注点放在敏感的问题上。早期的家庭治疗师将阻抗,或者称为害怕更为合适,误解为顽固或者抵制改变(动态平衡)。近来,治疗师认识到,如果认为是在冒险的话,所有人类系统是不愿意作出改变的。家庭应该抵制改变——

即使变化对于外人看来是有益的——直到清晰地看到变化的结果是安全的且治疗师是可信的。于是可以将阻抗看成一种谨慎,而不是顽固。治疗师认识到阻抗的保护功能,就会让家庭觉得安全去卸掉保护墙,而不是偷袭或将他们击败。他们会尽力创造一个温暖的、没有批评意味的治疗环境,给家庭成员带来希望,治愈最有威胁性的因素也是可能的。



案 例

Emily 是个单亲母亲,她想管教儿子,但是儿子受到姥姥的保护。Emily 避免和母亲讨论这件事情,因为她觉得没有用。她害怕如果挑战母亲,母亲将对她更挑剔,她自己也会变得更抑郁。这些害怕不是没有道理的。过去 Emily 批评母亲的话,事情总是这样发展的。所以,当人们反应好像不太理性的时候,只因为我们不知道他们的记忆。

对 Emily 而言,如果要让其尝试去让母亲知道自己的感受,治疗师首先要让她相信治疗必然能促进她和母亲的关系。为了建立起这种信任,治疗师需要尊重 Emily 的步调并认识到她的恐惧,而不是直接质问或操纵她的阻抗。治疗师如果将家庭视为同伴的话,而不是将自己视为专家只是给出建议和指出错误,就会受到较少的阻抗,试图帮助家庭辨别是什么约束了他们,使得他们得不到所希望得到的,而不是要像专家一样给出建议并指出缺点。

你可能假设,作为一个温和、受尊敬的治疗师,你在家庭治疗过程中,怎样随着时间的流逝,让愤怒的家庭成员互相之间不再尖声喊叫,也不再怒目而视。创造一个安全的气氛包括的不仅是建立信任和希望。治疗师必须显示出他有能力阻止家庭成员之间互相伤害,这样才能卸掉盔甲,不害怕受到攻击。在家庭治疗早期,治疗师们相信将家庭成员推入情绪危机中是打破家庭的动态平衡所必需的。过了这么多年,治疗师们知道,如果冲突是真实的、不应该被害怕的——正如俗语所说“不破不立”——如果家庭成员以相互尊重和关心的方式交流的话,改变同样是可能的。在这样的时候,他们因为觉得安全,所以才能以真心示人。

家庭治疗师最重要的特征就是对人的乐观态度。很多家庭治疗的模式也

证实了这样的假设：在人们愤怒和焦虑的堡垒背后，是有理性的、尊重的、有同情心的、宽容的和愿意改变的健康自我。当用这种方式互动时，家庭成员发现自己完全可以解决问题。因为他们的保护情绪造成了僵局。

不论治疗师的技巧，造成有效互动关键在于：即使在最苦难尖酸的面谈中，对每个人都有建设性的潜力抱有信念。在这一信念之下，治疗师才能承担起合作的角色，因为相信来访者拥有他们需要的资源。没有这个信任，治疗师将被置于专家的角色，负责提供各种缺少的原料，例如建议、顿悟、教育甚至药剂。这并不是说对人怀有尊重观点的治疗师从不需要提供上述这些东西，他们只是不假定自己总是知道什么才是最好的。

■ 家庭叙事

最初，家庭治疗师的目光从个人转到家庭关系上，解释问题是怎样产生和发展的。后来显示，行动是扎根在互动中的，也就是说最明显的互动都是行为的。双重束缚、问题维持的顺序、令人厌恶的控制、三角化、缠结和疏离，这些家庭治疗中的传统概念都是扎根在行为中。除了是彼此生活中的行动者，每个家庭成员也都是讲故事的人。

通过将生活中的事件重建成持续的叙事，家庭成员擅长将他们的经验赋予意义(White 和 Epston, 1990)。也就是说，不仅是行动和互动塑造了家庭生活，成员们也构建和讲述了他们的故事。父母说 2 岁孩子的是“反叛的”，或“勇气十足的”，可能带来很不一样的反应。

家庭叙事组织并使得经验有意义。他们强调特定的事件并强化这一事件，筛选出或者扭曲那些不适应的事件。父母将 2 岁的孩子视为“反叛的”的话，就更容易记得她说不的时候，而不记得那些她说好的时候。家庭互动和他们对事件的叙述是循环相关的：行为事件被叙事方式认知和组织，相应地，叙事也会转而塑造影响将来行为的期望。

对家庭叙事的兴趣形成了一个独立的学派，Michael White 的叙事治疗强调寻求治疗的家庭常常消极地形容问题，使得自己在问题面前更加束手无策。对个人叙事的重要性保持敏感度向来是治疗师的工作中有用的部分。治疗是通过对话来进行的。不管治疗师多么重视互动过程和家庭关系的结构，他或她必须也学会尊重他们所经历的事情的影响——包括治疗师所说的话。

■ 社会性别

当早期家庭治疗师开始运用系统比喻时——部分总和大于整体——他们更关注家庭整体的而不是部分的功能。于是，一些抽象的术语被用来形容家庭，例如“界限”、“三角化”、“父母子系统”，家庭成员好像变成了机器中的螺丝。家庭系统的“部分”从来都是独立的个体，如果过于强调家庭是有组织的，就会使得组成家庭的个人人格模糊不清：包括心理动力、心理健康、个人责任感以及社会性别。

常识告诉我们，社会性别是生命的事实（尽管没有人应该低估社会科学家超越常识的能力）。只要社会期望教育子女的责任主要由母亲来承担，女孩就会将自我塑造成母亲那样，而男孩则会根据与母亲的不同发展出男性的自我。这个结果就是被 Nancy Chodorow(1978)恰当称为的“养育子女的再造”(the reproduction of mothering)。传统而言，女人心理界限的穿透性更强，在互相联结的关系中形成自我，培育了同理心的能力，但容易在关系中失去自我。另一方面，男人倾向于有更坚固的心理界限，否认自己依赖的需要，害怕投入，相对而言，对他人也没有那么多的同理心。我们都知道，男人是培养的，女人是天生的，但也有例外情况。

社会性别觉醒和社会性别不平等长久以来不仅弥漫在家庭治疗中，也充满整个文化。将这一觉醒应用于具体的临床治疗中，不仅是复杂的，而且是有争议的。

这是一间充满争议的房子：有些人认为应该保持临床中立，还有一些人认为不能将社会性别拉入治疗中——社会性别和钱、权力、孩子、公正等所有概念一样——有强化传统角色和社会安排的危险(Walters, Carter, Papp 和 Silverstein, 1988)。然而，如果对社会性别因素如何影响家庭生活不敏感的话，是不可能成为一个公正、有效的治疗师的。一个忽略社会性别的治疗师，可能对妇女的职业发展既不敏感又漫不经心，认为孩子问题和教育主要是母亲的责任，采取双重标准对待婚外情，期望——至少容忍——父亲不出席家庭治疗。

如果说父权制起源于家庭，对社会性别敏感的治疗师必须认识到早年的经验和无意识幻想的持久意义。孩子们怎样回应父母意义重大，不仅因为他

们怎样才可以相处愉快,而在于他们将来会变成什么样的男人或女人。当一个女孩嘲讽她母亲“婊子”行径的时候,她不知道她在贬损自己作为女性的身份。在认同同性别的父母之外,孩子与异性别的父母的关系可以部分预测他们将来和异性相处的经验。

一个对社会性别敏感的治疗师必须也避免家庭治疗的一些基本假设中潜在的社会性别不平等。例如循环因果(circular causality)概念,它表明行为之间的相互影响会使得模式不断重复,但如果将这个概念运用于家庭暴力、乱伦、酗酒等问题上,就会绕过主导者的责任,并有指责受害者的嫌疑,没有考虑到外界对互动的影响,例如文化信念告诉我们,什么才是恰当的社会性别行为。中立(neutrality)概念显示系统各个部分都对问题有同样的影响,这就忽略了家庭成员的权力和影响力之间的不同。同样,互补性(complementarity)说明传统关系中的男女通过承担不同的角色形成一种平等。认识到这种矛盾不是那么容易,但是绝不能轻易忽略它们。

■ 文化

在影响家庭行为的众多因素中,文化情境非常重要。例如,一个来自波多黎各的家庭,对于成年子女的忠诚以及义务期望和一个来自明尼苏达中产阶级白人家庭的相去甚远。治疗师需要对文化多样性保持敏感,也就是说避免将大多数人的价值观和假设强加在少数群体上。现在有很多精彩的文章书籍让治疗师熟悉来自不同背景的家庭,包括美国黑人(Boyd-Franklin, 1989)、拉丁人(Falicov, 1998)、海地人(Bibb和Casimir, 1996)、美籍亚裔(Lee, 1996)以及城市贫民(Minuchin, Colapinto和Minuchin, 1998)等。这些及类似的文本好像为治疗师提供指南,告诉他们应该怎样涉足相对陌生的领域。尽管理解其他文化的人的最好办法就是花时间和他们在一起。

一些学生对于文化和种族的差异没有把握。文化指的是源自人们居住区域的共同行为模式和经验。种族指的是有共同的祖先,个人之间拥有共同的价值观和风俗习惯——尤指不是盎格鲁撒克逊人的后裔的团体。文化是更广泛的概念,我们在这里强调的是文化情境总是一个因素,即使家庭和治疗师来自类似的背景。

尽管文化影响力对于那些清楚来自外国背景的家庭尤其明显,但假定来

自相同文化的人就会拥有相同的价值观和想法也是错误的。例如,一个年轻的犹太治疗师很惊讶地发现:一对中年犹太夫妇对于他们的孩子决定领养一个黑人孩子漠不关心。即使治疗师是美国黑人、意大利人或爱尔兰人,也不意味着他们和来自相似背景的家庭对家庭拥有同样的经历或态度。每个家庭都是独特的。

认识到家庭文化情境的复杂性,大多数家庭受到多种情境的影响,这使得总结规律非常困难。例如,Nancy Boyd-Franklin (1989)指出,美国黑人中产家庭受到三种文化的影响:有追溯到非洲根源的文化传统,有部分占主导地位的美国文化,还有的反对主流文化中种族主义以求得有色人种的生存。更有甚者,每个家庭成员的文化情境都不相同。例如,在移民家庭中,上一代还想维持强烈的种族身份,下一代则想融入主流文化,于是难免会发生冲突。上一代父母可能会批评子女抛弃过去的方式,不重视家庭,孩子则指控父母过于顽固,沉湎于过去。后来,孩子的孩子们可能会对他们的文化和传统又有新的认识(在拉丁家庭中,对家庭忠诚常常是极为重要的品质)。

在与不同背景的家庭工作时,许多治疗师最经常犯的错误是将文化差异病态化。尽管对于中产阶级白人治疗师而言,家庭、邻居和亲属之间缺少界限是有问题的,但是对于美国黑人家庭来说,只包括核心家庭的网络就不那么典型。另一个错误是治疗师要变成不同文化的专家。如果治疗师可以了解他治疗的这一群体的语言、习惯和价值观当然很好,如果不是十分了解的话,对其他文化保持尊重和好奇绝对要好过将自己的伦理观强加在别人身上,或者自以为是地认为自己了解别人。实际上,承认我们无知也相当重要。

治疗师在与来自其他文化的家庭工作时犯的第三种错误是,接受任何视为文化规范的东西是有功能的。一个有效的治疗师必须尊重他人的做事方式,但同时不放弃对无效模式质疑的权利。尽管流动的界限对城市贫民家庭是典型的,但并不意味着这些家庭必然依赖各种社会服务设施或机构,也不能假定他们需要社会工作者不请甚至不告自来,在物质或者心理上介入他们的家庭空间(Minuchin, Lee 和 Simon,1996)。

A large, light gray silhouette of a family consisting of two adults and two children, positioned in the background. The adults are on the left and right, and the children are in the center. The overall style is minimalist and modern.

FAMILY THERAPY: CONCEPTS AND METHODS 第 部分

家庭治疗的经典学派

第五章

Bowen式家庭系统治疗



领军人物简介
理论建构
正常的家庭发展
行为障碍的发展
治疗目标
行为改变的条件
治疗方法和技巧
评估治疗理论和成果
小结



家庭治疗的先驱们认识到人类是社会情境之产物，但视线聚焦在核心家庭上。确实，我们的行为受到家庭的影响。但是，究竟是什么力量，过去的还是现在的，在锻造这些影响力？是什么使得丈夫将自己和家庭的需要疏离开来？是什么使得妻子忽略自己的发展去照顾孩子的生活？Murray Bowen 在更大的家庭网络中寻求这些问题的答案。

根据 Bowen 的说法，人类关系受到两种相反作用力的影响：独立(individuality)和团结(togetherness)。我们每个人既需要独立，也需要别人的关心和陪伴。如果要使得生活充满乐趣——或者充满挫折——倾向于将两种需要推向极端。夫妻之间，如果一方不停地渴求陪伴，那么另一方就会觉得生活过于喧闹而想退出。随着时间的流逝，一方追逐，另一方退缩，于是，他们的关系时而紧密，时而疏远。

人们是否能够成功协调这两种极端需要取决于他们是否知道怎样控制自己的情绪，或者用 Bowen 的术语来说，叫自我分化(differentiation of self)。稍后我们再详细论述。

没有人怀疑家庭对于个人成长、个人人格塑造方面的影响，因此很多人假定一旦他们长大了离开家庭，就称为独立的成人，不再受父母的影响。有些人珍视独立并将离开父母作为一种自我成长的标志。另外一些人希望自己可以和家庭更亲近，可是每次探望父母总是很痛苦，所以他们躲得远远的，以免自己失望和受伤。一旦离开直接的冲突，他们会忘记和否认矛盾。但是正如 Bowen 发现的，不管我们去到那里，家庭总是不离不弃。正如我们所知道的，对父母没有完结的情绪反应永远是一生最重要的未完成之事。

领军人物简介

Bowen 对家庭的专业兴趣源自 1940 年代末他在 Menninger 诊所做精神科医生的时候。当时，他的研究兴趣是神秘的精神分裂症，为病人与母亲之间强烈的情绪敏感性现象所困。其他人将这种反应称为共生(symbiosis)，仿佛这是一种寄生的变化。Bowen 认为这只不过是自然过程的夸大，更紧密、更长期，倾向于彼此情绪化的反应，在所有关系中都存在。

1954 年，Bowen 转到国家心理健康中心(National Institute of Mental



Health, MIMH)工作。在那里,他开始让精神病患者及其所有家庭成员住院的一个研究项目。他发现,在这些家庭中,几乎必然有个跟心理疾病患者情绪紧密联系的母亲。问题的核心在于“焦虑依附”(anxious attachment),这是由焦虑造成的病态的紧密关系。在这些遇到困难的家庭中,人们是其他人行为的心理囚徒。这些情绪困扰、融合(fused)的特点是关系中失去了自主性。

Bowen 的“母子共生现象”研究派生出的另一发现是观察到不断重复的图景:不论关系是疏远还是紧密,不论母亲或孩子对情绪张力敏感与否。分离和组合的焦虑是最根本的动力。

当 NIMH 的项目结束后,Bowen 去乔治敦(Georgetown)大学工作,在那里开始治疗问题不太严重的家庭。使他吃惊的是,他观察到许多和精神病家庭类似的机制。这使他确信在正常家庭和病态家庭中没有明确的分界,但是所有家庭从情绪融合到分化的程度不太相同(Murray Bowen 的延伸家庭系统模式是家庭治疗中内容最为广泛的理论)。

在乔治敦大学待了 31 年,Bowen 发展出一套内容广泛的家庭治疗理论,激发了一代学生的热情并成为国际知名的家庭治疗运动领袖。他在 1990 年死于慢性病。

在 Bowen 众多杰出的学生中首先当属 Philip Guerin 和 Thomas Fogarty,他俩于 1973 年在纽约的 New Rochelle 建立了家庭学习中心。在 Guerin 的领导下,这个家庭研究中心成为最重要的家庭治疗培训和实践基地之一。Guerin 是个懒散的治疗大师和老师,他的两本著作《婚姻冲突的评估和治疗》(*Treatment of Marital Conflict*)和《治疗关系中的三角》(*Working with Relationship Triangles*)具有极高的临床价值(Philip Guerin 运用 Bowen 理论创作了一些家庭治疗中最为有用的著作)。

Betty Carter 和 Monica McGoldrick (1999)因为她们关于家庭生命周期的经典著作而名声大噪,且在家庭治疗中拥护女性主义。Michael Kerr 是 Bowen 多年的学生和同事,自 1977 年以来,他担任了乔治敦家庭中心的主任。Kerr 可谓 Bowen 最忠诚的学生,其著作《家庭评估》(*Family Evaluation*)(Kerr 和 Bowen, 1988)是最有力的证明。



理论建构

大多数家庭治疗的先驱者是实用主义者,关注行动多于顿悟,关注技巧多于理论。Bowen 则是个例外。他总是更倾向于将系统理论作为一种思考方式,而不是一种干预方法。

Bowen 认为,我们情感生活的自主性要小于我们的想象。大多数人比我们想象的更加依赖、更加关注关系之间的互动。Bowen 的系统理论说明家庭作为一个跨代关系网络怎样通过六个相互联系的概念联结起来:自我分化、三角化、核心家庭的情感过程、家庭投射过程、代际传递过程和手足位置。1970 年代,Bowen(1976)增加了两个其他概念:情感阻断(emotional cutoff)和社会情感过程(societal emotional process)。

■ 自我分化

自我分化是 Bowen 理论的核心,既是心灵的也是人际的概念。与自我力量(ego strength)类似,分化具有思考和反思的能力,而不是对内在和外在的情感压力自发地作出反应(Kerr 和 Bowen,1988)。即使面对焦虑,也能很灵活和行动自如。

不自我分化的人们非常容易变得情绪化、失去自我控制。他们的生活完全受周围人对其反应所驱使。分化的自我可以平衡想法和感受,既有强烈的情感和自发性,也有抵制外来情绪推动力的自我控制。

与此相反,不自我分化的人们倾向于情绪化,对其他人不是顺从,就是逆反。他们没有独立的自我,相反容易将自己的感受与其他人融合(fusion)。他们发现很难保持自己的自主性,尤其是面对令人焦虑的事件时。如果问他们是怎样想的,他们会说自己的感受;问他们相信什么,他们可能会说那些他们听到的。他们不是同意你所说的一切,就是每件事情都要和你争论。与之相反,自我分化的人面对事件有自己明确的立场,决定自己相信什么并按照信念去做。

Guerin 将分化定义为将个人从家庭的情绪混乱中部分解放出来的过程。分析自己的角色,积极参与关系系统,而不是将所有问题都怪罪到其他人身上



或从不反省自己,才能真正从关系中解放出来。Guerin 运用了功能的适应层次(adaptive level of functioning)去定义和评估压力下持续应对功能的能力。功能的适应层次指的是面对情绪压力的时候使得意识客观化并采取理性行动的能力。

■ 情感三角

此刻花一分钟去思考一下你生活中最为困难的关系。实际上,这些关系绝大多数涉及一个或多个第三方。实际上,所有非常重要的关系都笼罩着第三方的阴影:亲戚、朋友甚至是记忆。

三角化行为的主要影响就是焦虑(anxiety)。一旦焦虑上升,人们就更需要情感的紧密——或者说,为了应对来自他方的压力,就需要更多的距离。他们越多感到焦虑,就越发不能容忍他人,差异也会越发将其推向两极。

当两个人遇到自己不能解决的问题时,渐渐明白有些事情是不能谈、不能碰的。一谈一碰,准保会发脾气、伤感情。可是,他们要怎样才能解决这个难题呢?通常最后,一方或者双方都会寻求其他人的同情。第三方卷入了冲突,要不试图解决问题,要不偏袒某一方。如果第三方只是暂时卷入或迫使双方迅速解决问题,那么三角化不会固定。但是如果第三方长期卷入,三角化就会变成关系固定的一部分。

第三方的卷入,将一条直线变成一个三角,自然降低焦虑。例如,妻子因为丈夫的疏远而难过,可能转而将注意力都倾注在女儿身上。于是,三角形成,妻子将本该投注到婚姻中的能量都转移到孩子那里。妻子花很多时间和孩子在一起,丈夫自然不需要去做那些他不想做的事情。但是,久而久之,丈夫和妻子就很少有机会去学习发展他们可以分享的兴趣,也会降低孩子的独立性。

Guerin 这样区分三角(triangles)和三角化(triangulation),前者是个稳定的结构,后者是一个反应的过程。在三角化的过程中,对夫妻之间的焦虑相当敏感的第三方进入关系之中,带来安心或者平息事态。“例如,有这样一个四口之家,父母、女儿和儿子,父母关系紧张、时有冲突,大女儿为缓解父母之间的紧张,分别和双方谈话,或者总是和她能有所影响的一位父母交谈。同时,小儿子可能吸纳了父母之间的紧张并诉诸于反社会行为。他的这一行为必然



使得父母亲可能联合起来去解决儿子的问题。”(Guerin et al., 1987, p. 62)

一些三角看起来单纯,我们几乎不觉得它的破坏性。大多数父母总是忍不住在孩子面前抱怨配偶。“你妈妈总是迟到!”“你爸爸从来不让别人开车!”这些交流看起来没有什么问题。但它们使得三角问题成为一种习惯,并破坏了原有的关系。

三角化使得冲突冻结。不是说抱怨或者寻求安慰是不对的,但是三角变成了长期转移方向的话就会破坏原有的关系。

许多家庭问题是三角的,这也说明从二元角度看问题的效果有限。教育妈妈如何约束孩子并不能解决根本的问题,因为丈夫的情感疏远,她投入过多的精力在孩子上面。

■ 核心家庭的情感过程

这个概念针对的是家庭中的情绪力量呈现重复的模式。Bowen 最初使用不分化的家庭混乱(undifferentiated family ego mass)来说明家庭中过多的情绪反应和融合。失去与原生家庭的分化导致与父母的情感阻断,后来会导致婚姻中的情感融合,因为拥有较少情感资源的人会将所有的需要投射在对方身上。因为新的融合是不稳定的,它会倾向于造成以下几个结果:(1) 伴侣之间的反应的情感距离;(2) 一方的身体或者情绪功能障碍;(3) 婚姻冲突;(4) 将问题投射到一个或多个孩子上。这些问题的强度和很多因素相关:不自我分化的程度、原生家庭情感阻断以及系统的压力状况。

■ 家庭投射过程

这是父母将他们之间缺乏区分的状态传递给子女的过程。夫妻的情感融合造成压力,导致冲突、情感的疏远以及相互之间功能太强或者失去功能。最通常的例子是如果丈夫从小和父母、兄弟姐妹的情感是阻断的,他会和妻子保持一段距离。妻子会倾向于将所有关注都放在孩子身上。因为被丈夫距在咫尺之外,会变得焦虑而依附孩子,尤其集中关注某个特殊的孩子。可能是长子或长女,也可能是最小的孩子,也可能是长得最像父母的孩子。这种依附不同于爱心的关注,它是焦虑的、缠结的关注。既然妻子的行为可以降低自己的焦虑,丈夫也接受妻子将过多关注倾注给孩子,相应地,加强了母子之间的纠缠



和夫妻之间的疏远。

投射过程的结果是孩子和母亲相依为命,造成了最小程度的自我分化,在面对问题的时候,他们变得非常脆弱。这并不意味着情感功能的模式造成了身体或情感的功能障碍;它意味着家庭情感过程对个人能力的主要影响让个人陷入失去功能状态、不能适应新的环境。

母亲将越多的焦虑聚焦在孩子上,孩子自身就越难发挥出功能。这种延缓发展鼓励母亲更加护住孩子,分散了自己的焦虑但是阻碍了孩子的情绪发展。

■ 跨代传递过程

这个概念说明了长期的焦虑跨代传递过程。在每一代中,与家庭融合投入程度最高的孩子,自我分化的水平最低(造成长期的焦虑)。与此相反的是,投入最低的孩子,自我分化水平较高(焦虑程度较低)。

当一个人(第二代)比他的父母分化程度低时,他就会和父母一样,选择一个类似分化程度的女子为妻。两个人在新家庭中建立起情感气氛并将孩子置于这种气氛之中。如果这对夫妻的自我分化程度低于他们的父母,那么新家庭的焦虑程度就会变得更高。因为有更多的焦虑,束缚机制(婚姻冲突、夫妻失调、孩子问题)在这一代就会比上一代更加严重。焦虑注定了每一个第三代孩子的情感分离程度。如果很多焦虑聚集在一个孩子身上,孩子就没有能力调节自己的情绪并成长一个成熟快乐的人。如果焦虑越少集中在孩子身上,孩子就越容易产生与父母不同的自我分化。于是,Bowen 理论不仅是在说过去影响现在,而是在说情感过程也是可以代际传递的。

父母的焦虑侵入孩子,给他们很少的选择,要么服从要么反抗。这些孩子不是为自己思考,而是要根据别人的反应做出动作。一旦这些孩子离开家,他们期望成为自己的主人。他们不想变成自己的父母。不幸的是,尽管人们常常与他们的继承物作战,但继承物常常还是俘获了他们。

■ 手足位置

Bowen 同意这一观点:孩子形成的人格特质与他们在家庭中的位置相关(Toman,1969)。虽然涉及的变量太多、结果太难预测,但如果将人格类型的



总体知识和特定家庭的专门知识结合起来的话,有助于预测孩子在家庭情感过程中处于什么样的位置。

Bowen 的理论为理解兄弟姐妹的敌对心理提供了一个有趣的视角。假设母亲很担心孩子之间的嫉妒心理,于是希望给他们同等的爱(尽管这几乎是不能完成的任务)。她的焦虑的表现形式就是对其一视同仁,可是保证完全公平的努力恰恰暴露了她心中的焦虑。每个孩子对于他和他的兄弟姐妹得到多少程度的关心是相当敏感的。结果必然是争吵和怨恨,而这正是母亲费尽心机想要避免的。更有甚者,因为母亲很焦虑,她会急于控制孩子们的感受并居中调停,于是就剥夺了孩子们自己解决问题的机会,加重了孩子没有被平等对待的感觉(“为什么要让我回房间去?明明是他先开始的!”)。

因此,同胞手足间的冲突好像是成长过程中不可避免的(兄弟姐妹之间的冲突吵闹是最自然不过的),但实际上是三角中的一环(当然,如果母亲将注意力过多投注在孩子身上就会造成其他三角:包括她与朋友、职业和丈夫的关系)。

近来, Frank Sulloway(1996)的一本颇具争议的书《生而反叛》(*Born to Rebel*)讲述了出生序列的重要性。Sulloway 遍览五百年传记史料,找出超过一百万份传记的复杂史料作为佐证。他认为,个人的人格特质是手足之间用来相互竞争、在家庭中寻求位置的策略。

长子女倾向于认同权力和权威:他们运用自己的体型和力量来巩固自己的地位并以掌控弟妹的方法来减少有弟妹的代价(Alfred Adler 认为长子女常常会成为“渴望权力的保守派”,因为他们总是在努力保持失去的优势地位)。丘吉尔、乔治·华盛顿、安·兰德(Ayn Rand, 哲学家和小说家)和罗须·林鲍夫(Rush Limbaugh, 著名政治评论家)是最典型的代表。

作为较晚出生的孩子,他们容易认同被压迫的地位或者要挑战现状。他们对新的经验较为开放,这种开放的心态也能帮助其寻找到新的立足点。他们中间出了好多冒险家、偶像破坏者以及异教徒。圣女贞德、马克思、列宁、伍尔芙、比尔·盖茨等都是次子女的代表人物。

发展学家一度认为家庭环境是共享的,实际上并非如此。每个家庭实际上是由众多微观环境、小生态环境以及显著的优势点组成的,兄弟姐妹经历同



一件事情,但是看法却相去甚远。

■ 情感阻断

情感阻断是代际之间处理不分化的方式。父母和孩子之间的情感融合越高,情感阻断的可能性也就越高。一些人用逃离来寻求距离,另一些人采取比较情绪化的做法,通过避免私下的交谈,或者将自己与其他人孤立起来。

Michael Nichols (1986)说明人们是怎样将情感阻断错认为成熟的:

我们将与父母的分离作为一种成长的标志,我们通过保持与家庭纽带的独立来衡量自己成熟与否。但很多人视家庭为放射性物质,那是造成巨大痛苦的来源。即使是短暂探访父母或者是父母的短暂来访,都会使得为数惊人的成年男女感到无助至极。(p. 190)

■ 社会情感过程

Bowen 预见现代人关注社会如何影响家庭的功能。Kerr 和 Bowen (1988)引用了高犯罪率给社会带来更大压力的事例。Bowen 承认性别、阶级和种族歧视是令人不快的社会情感过程,但是他相信,如果个人和家庭有很高的自我分化的话,就能较好地抵制社会影响的负作用。

基于理论的考虑,Bowen 式治疗师 Monica McGoldrick 和 Betty Carter^① 强调性别和种族的不平等。这些女性主义 Bowen 式治疗师认为不应该忽略性别不平等,也不能忽略让男性和女性陷入无弹性角色的先天限制。此外,她们还指出,认为男女两性同是性别偏见的受害者这一观点并不准确。妇女生活在一个受限制的社会环境中,男性在强化这一环境——男人可能并未意识到他们相对于妻子和母亲拥有的权力和优势,只是对此认为理所当然。确实,这一社会现实有利于男性,让他们去占领世界。

McGoldrick 在呼吁关注家庭中的种族问题上是个领袖。她的著作《种族和家庭治疗》是家庭治疗关注这一敏感问题的力作 (McGoldrick, Pearce 和 Giordano, 1982)。如果不能理解每个种族的文化规范和价值是不同的,那么治疗师的危险就在于将自己看待家庭的方式强加在家庭上,认为家庭的看法

^① Betty Carter 是很被尊重的 Bowen 式治疗师,极力推动性别平等。



不是标准不同,而是“功能失常”。

正常的家庭发展

最理想的家庭发展应该有这样几个特征:成员有很好的自我分化、焦虑度比较低、夫妻都还和原生家庭保持很好的情感交流。大多数人离家时,既进入了由青少年到成年的改变期,也进入了与父母关系的转变期。然而这个转变常常是不完全的,大多数即使成年后,还是与父母(或是其他促动同样按钮的人)保持青春期般的敏感。

通常的,但并非理想的,人们通过减少与父母亲以及兄弟姐妹的接触来避免焦虑。一旦离开旧家、建立自己的新家,人们常常认为那些过去的苦难全部抛在脑后了。然而,如果我们携带着未处理的事件和未了结的敏感,那么不管我们走到哪里,只要在深入的关系中,它们不小心就会被点燃。如果只是学着去忽略家庭冲突中的旧角色,那么很多人没有能力阻止冲突在新关系中卷土重来。

过去带来的另一遗产是亲密关系中的情感依附和原生家庭的格局非常相似。来自自我分化程度低的家庭的人照样会建立一个分化程度很低的新家庭。那些通过疏远和退缩来处理焦虑的人在自己的婚姻中也会如此。于是,Bowen认为,在原生家庭中形成的分化的独立人格是正常发展的标志,也是推进治疗的处方。

Carter和McGoldrick(1999)用家庭生命周期(family life style)来形容关系系统的扩张、收缩以及重新调整的过程以支持家庭成员的加入、离开和成长。离家阶段(leaving home stage)是年轻人的主要任务,是离开家庭,不是剪断与家庭之间的关系,也不是逃离到另一代替品。在谈恋爱、结婚建立自己的小家庭之前,这是建立独立自我的最好时机。在通过结婚建立新家庭的阶段,主要任务是对新夫妻相互承诺。这不仅仅是两个人的结合,也是两个系统的转变。如果前一阶段的问题还没有解决,两个年轻人不能与原生家庭分离或情感阻断,就会给夫妻带来很多的压力。

有婴儿的家庭必须作出调整,给新生儿留出空间,合作照顾新生儿,不让父母的角色淹没婚姻,重新定位与延伸家庭的关系。年轻的父母要满足孩子



的养育和控制需要,要合作成一个团队。这是一个极端有压力的阶段,特别是对新母亲而言,这个生命阶段拥有最高的离婚率。

如果父母安全度过这个阶段,孩子会成长为青少年。青春期是孩子不愿意成为父亲或者母亲的阶段,他们要成为自己。他们努力挣扎要成为独立的自我并且打破家庭界限,即使代价很大,也在所不惜。一些满意自己生活的父母欢迎(或至少宽容)这股清新空气打破家庭的旧有气氛。那些还将青少年看成小孩子、竭力控制他们的父母,会使得这一阶段的孩子的逆反心理日益高涨。

在这个孩子离家闯天下的阶段,父母必须让孩子离开自己并学会掌握自己的生活。对父母来说,这既可能是很有成就感的阶段,也是可能有中年危机的阶段(Nichols, 1986)。父母不仅要处理孩子们的变化和自己的生活,也要改变与其日益年长的父母的关系。祖父母会需要越来越多的照顾,行动做事也不会再那么像父母了。

晚年的家庭(families in later life)必须适应退休,这不仅意味着每天都是假期,且夫妻之间突然变得朝夕相处。因为两人日日相对,屋子突然变小。晚年的生活必须面对健康状况变差、生病、死亡以及一切趋于均衡。

生命周期的转变不包括一些偏差,例如离婚。鉴于离婚率 50% 以及再婚率 61% 的现状(Glick, 1984),离婚已经成为美国家庭生活的一部分。离婚夫妻的主要任务是婚姻结束但依旧要合作当好父母。一些离婚后的家庭变成了单亲家庭,主要由母亲和孩子组成,其中大多数都为经济所困。另一个选择就是再婚,形成继养家庭,通常是孤独被冲突所取代。

行为障碍的发展

压力导致的症状超过个人的解决能力。处理压力的能力是一种自我分化的功能:分化越成功的个人,会越有能力维持有弹性的关系。自我分化不成功的人,在产生症状前能够承受的压力越低。

如果将“分化”简化为“成熟度”,Bowen 阐明的原则无异于“素质—压力模式”(diathesis-stress model),意为一个人比较脆弱的话,就容易生病。区别在于分化不单单取决于一个人,也取决于整个关系。个人基本的分化程度是



由他或者她的家庭的自主性决定的,但是分化的功能层面(functional level of differentiation)受到现有关系质量的影响。于是,如果有两个同样不成熟的人,一位努力去发展健康的亲密关系,另一位孤独且处于不健康的关系,前者的风险会较低。如果焦虑超出了系统所能处理的范围,症状就会出现。

最脆弱的个人(从孤立和失去分化的角度而言)最容易吸收系统的焦虑并体现为症状。例如,一个有行为障碍的10岁孩子通常最为家庭的三角关系所困,长期情绪受困于父母之间的冲突且最受父母一方压力的影响。

按照 Bowen 的说法,心理问题起源的最根本因素在于情感的融合(emotional fusion),这种融合是代代相传的。如果融合得越多,个人的情感受到越多传统力量的影响,也会对他人情感更加脆弱。尽管从表面上看不出来,人们总是倾向于选择与自己同等分化程度的人作为自己的伴侣。

情感融合是建立在焦虑依附的基础上的,这可以通过相互间的依赖和疏远显示出来。过分依赖和过分疏远的人都会对压力有过高的情绪反应。下面是一个临床个案,说明了原生家庭中的情感融合是怎样传递的。



案 例

Janet 和 Warren Langdon 请求帮助,因为 Langdon 太太在 15 岁的儿子 Martin 放内衣的抽屉底层发现了一个放着大麻的塑料袋。治疗师提出要见他们一家三口,因为希望得到更多的信息,Langdon 夫妇没有反对。结果发现,发现大麻只不过是 Langdon 夫人和儿子 Martin 常年争吵的一个近期事件。许多 15 岁的孩子偷吸大麻,但没有人会将证据放在母亲可以找到的地方。

在会见家庭之后,治疗师分别会见男孩和他的父母,然后得出结论: Martin 并没有严重的吸毒问题。反而,他更大的问题在于与母亲之间的冲突以及在学校和交友过程中的不适应。治疗师对家庭说,她关注的不仅是大麻问题,也关注家庭中其他不快乐的因素,所以她需要分别单独见几次 Martin 和其父母。Langdon 夫妇同意了,虽然没什么热情。Martin 没有反对,尽管也不是那么期盼。



父亲去世以后,Langdon 先生和他的姐姐由母亲一手养大。他们是母亲的一切,母亲也投注所有的精力去塑造他们的生活。母亲要求很多、也很挑剔,对他们想做家庭之外的任何事情都表示厌恶。在青春期后期,年轻的 Langdon 再也不能容忍他的母亲。他的姐姐却始终没有逃脱而获得自由,她一直单身至今,还和母亲住在一起。然而,Warren-Langdon 下定决心要保持独立。最后,在二十四五岁时,他义无反顾地离开了家和母亲。

Janet-Langdon 来自一个大而紧密的家庭。她和她的四个姐姐彼此之间非常依赖而且是一直是最好的朋友。高中毕业之后,Janet 宣布要去上大学。这和家庭规范背道而驰,因为女儿应该留在家中,准备嫁人为人妻为人母。于是,Janet 与父母之间发生了激烈的冲突,他们努力要将她拴在家中,她则要努力获得自由。最后,她去上大学了,但是自此就和父母疏远了。

当 Janet 遇到 Warren 时,立刻为对方所吸引。他们俩都很孤独,都与家庭断绝了联系。在短暂且充满激情的恋爱之后,他们迅速结婚。然而,蜜月并没有维持很久。没有和独裁的母亲做好自我分化的 Warren,对于批评和控制极端敏感。即使 Janet 有一点点意图想改变他的习惯,他都会变得狂怒不止。然而,Janet 希望在婚姻中重建过去家庭的亲密。为了变得更紧密,Janet 和 Warren 应该分享兴趣并一起参加活动。但当她走近他,提议一起做一些事情时,Warren 就觉得厌恶而且愤怒,进而认为 Janet 是在侵犯他的独立。在几个月的冲突之后,进入了相对平静期。Warren 将所有的精力都放在工作上,让 Janet 自己去调整他们之间的距离。一年后,Martin 出生了。

夫妇俩都很高兴有了个孩子,但是对 Warren 来说,尤其高兴的是,孩子变成 Janet 无止境寻求亲密的一条出路。对她来说,孩子就是一切。当他是婴儿的时候,她是个完美的母亲,温柔地爱护他,照顾他的一切需要。当 Warren 想插手照顾儿子的时候,Janet 总是在旁边审视着,确保他不做错什么。这打消了 Warren 的积极性,经过几次不愉快之后,他渐渐让 Janet 一手去照顾 Martin。



在学习走路和说话的时期，Martin 和其他孩子一样调皮捣蛋。他乱抓东西，不愿意待在自己的游戏栏里，一不顺心就又哭又闹。Janet 根本听不得他哭，而且简直不能对自己的心肝宝贝制定规则。

Martin 在母亲的溺爱下长大，认为自己是宇宙的中心。只要他得不到自己想要的，就会发脾气。他的要求得到满足了，家庭也会恢复平静。Warren 被妻子和儿子排除在外，有的只是工作。Janet 疏远丈夫，因为有了孩子。Martin 开始上学后，问题出现了。由于一向为所欲为，他发现自己很难和其他孩子相处，也很难遵守规则。乱发脾气当然不会赢得老师和同学的喜爱。孩子们都离他远远的，所以他从小就没什么朋友。与老师相处时，他则搬出老爸“谁也别想控制我”的那一套。当 Janet 听到别人对 Martin 的批评时，总是袒护儿子，“那些人不知道应该怎样与有创意的孩子相处”。

Martin 在成长过程中虽然极难和学校、朋友相处，但和母亲很亲密。危机来自于青春期。就像他出生前的父亲一样，Martin 努力尝试要发展家庭之外的独立兴趣。然而，遇到的阻力更加大，母亲也不能让他随便离开。结果就造成了 Martin 和母亲之间的长期冲突。但即使又吵又闹，他们还是彼此的中心。Martin 在与母亲作斗争上花的心力超过了生命中的其他任何事情。

Martin 的故事说明了 Bowen 关于行为障碍的理论。正如 Betty Cater 所解释的(私人交流)，代际的焦虑以及有害的家庭议题等“垂直问题”与家庭生命周期转换“平行”压力一交会，就会成为症状爆发的焦点。于是，Martin 最脆弱的时期来到了，因为从母亲那里继承来的未解决的情感融合和青春期强烈要求独立的愿望相冲突。

即使是情感融合的孩子，到了一定的阶段，也会尝试逃离。但在这种情形下的逃离常常是情感阻断，而不是保持与家庭的成熟关系。在孩童时代，我们是父母的孩子，依靠他们照顾我们，没有批判能力地接受他们大多数的态度和信仰，也按照他们要求的方式去做事。这通常意味着表现好就会被奖励，或者达不到父母的要求就很沮丧。但是这些孩子气的行为在成人社会却行不通。然而，大多数人在离家之前，并没有和父母建立成人与成人之间的关系。我们



和他们只有到要离开的时候才刚刚开始要求改变。

一个温顺的、有耐心的孩子在青春期的时候可能会变得自负而又苛刻。显然,父母会失望和愤怒。但暴风雨过后,很多人觉得受到伤害并开始退缩。这就是情感阻断。确实,和父母建立一种成人之间的关系要花费很多时间和心力,所以很多人认为对付父母的唯一方法是离得远远的。不幸的是,这会造成独立的假象。

一个没有逃离父母的乖女儿形象的女性,即使在外面还是这副形象。当不能奏效时,她可能会发脾气,可这只能使事情变得更糟糕。她们只是剪断了和父母之间的联系,降低了压力,但是还是带着那套孩子气的处事方式。

根据 Bowen 的说法,人们倾向选择一个与自己同等分化程度的伴侣。当冲突发生时,他们都注意到对方情感不成熟的地方。每个人都希望对方发生改变。他会发现:她好像将自己作为爸爸的替身,不仅非常依赖,还将他作为絮叨和发脾气的出气筒。她发现:只要提出什么要求,他就退缩,她找不到热恋中的那种亲密感。他从父母的身边逃开,就是因为虽然需要亲密但是又不擅长处理。面对冲突,他开始退缩。让人觉得悲伤的是,那些曾经让他们惺惺相惜的因素,又成为他们逐渐疏离的原因。

接着,就是婚姻冲突、配偶中一方的功能失常、情不自禁地过于关注孩子,或者三者都有。当家庭来寻求帮助时,他们可能会讲述其中的一个问题。不管讲述的问题是什么,其中的动力是类似的,原生家庭中的未分化因素会传递到婚姻当中,结果就是出现症状明显的配偶或者孩子。那么,过去的问题又重回这个家庭。

治疗目标

Bowen 学派不设法去改变人们,也不关注解决问题。相反,他们认为治疗使人们更多了解自己和亲密关系的机会,让他们能够为自己的问题负起责任。然而,这不是说,治疗师躲在一边,让家庭去解决自身的问题。相反,Bowen 治疗师在家庭治疗的庞杂理论的指导下,用一种积极的探询帮助家庭成员度过相互批评、挑剔的阶段以便面对在家庭问题中自己的角色。

追随家庭问题的模式,意味着要注意以下两件事情:过程(process)和结



构(structure)。过程是指情绪反应的模式;结构是指三角的连锁网络。

为了改变这个系统,必须对家庭中最重要三角(通常卷入夫妻双方的三角)进行改变。为了达到这个目的,治疗师必须要创建一个新的三角,一个治疗三角。如果治疗师保持情感中立,持续与这对夫妻联系,他们就可以开始去三角化(detriangulation)的过程,发展出自我分化,这将会深入持久地改变整个家庭系统。

与去三角化紧密相联系的临床方法要求:(1) 增强父母亲处理焦虑的能力,进而学会更好地处理孩子的行为问题;(2) 通过加强双方合作,减少来自原生家庭的焦虑,增强夫妻之间的情感功能。

为逐渐改变这些目标,Guerin 和 Fogary 将治疗重点放在与有症状的孩子建立关系上,解决核心家庭中失去功能的冲突和相互的情感过程。如果不是和症状的形式和维持有着直接或明显的联系,就将延伸家庭排除在外。换句话说,Bowen 最基本的关注是原生家庭(family of origin),但第二代 Bowen 式治疗师却更关注核心家庭,倾向于以原生家庭为起点获得收益,并增强个人和家庭的功能。成年人的行为问题——例如不断失业、不可控制的愤怒、物质滥用、性或其他物的强迫性——被视为存在于夫妻之间的一方功能失调,或者是父母—子女三角的失调的情境之中。

婚姻治疗的目标是推进自我关注、降低情绪反应并改变丧失功能的模式。如果这些可以完成,夫妻会变成更好的伴侣、情人和朋友。在这个过程中,他们会逐渐认识到自己相信什么、反对什么,也学会欣赏自己和配偶的脾性,变得更能够接受自己和对方的优缺点。

Monica McGoldrick 从女性主义的立场认为在婚姻关系中只持中立的态度是不够的——要帮助每对夫妻以他们的方式相互妥协。只要婚姻关系是建立在内在不平衡的基础上的,尽职的治疗师都应该注意到其中的不平等并积极矫正它。

大多数男性有亲密障碍。这是因为他们是被这样社会化的。我们必须承认这一点,然后帮助男性改变。我们需要让他们看到主导价值系统的有害影响,使他们很难与家庭有效地沟通。同时我们需要帮助女性在很多其他领域上变得更加有效,学会挣钱、处理愤怒、积极介入劳动市场并获得成功(Monica McGoldrick, 1990)。



Monica McGoldrick 相信男女之间的经济不平等是个强有力但是在婚姻中一直被忽略的情境，使得妇女很难坚持去改变，因为她们不能在经济上自给自足。金钱意味着选择权。

如果妻子处于经济上不利的地位，婚姻治疗可能没有效果。如果她没有权力去从一个平等的地位磋商他们之间的关系，那么那些假装的磋商只是一场闹剧。但敦促她离开必须要小心什么，因为要考虑到她的局限性和选择余地。

对他的治疗可能要包括关注梦想、记日记、让他学会跟孩子与朋友亲密相处。

对她的治疗可能包括写简历、上卡内基课程或咨询财务策划顾问，或者从家务中暂时抽身(Monica McGoldrick, 1990)。

Betty Carter 这样描述性别敏感的重要性：“忽略性别歧视的婚姻治疗好像在‘泰坦尼克号’上没有足够的救生船。”

行为改变的条件

Bowen 式治疗的基础是增强区分思考和感受的关系的能力，以使用其解决关系中的问题。降低焦虑和增加自我关注——这是在人际过程中关注自我角色的能力——也是改变的主要机制。

理解，而不是行动，是治疗的媒介。于是 Bowen 式治疗最重要的因素对那些认为技巧最重要的人可能不那么适用。会面的气氛以及治疗师的立场旨在减少情绪化。治疗师会问一些问题，加强来访者的自我反思，有时也会引导个人层面的思考，而不是单纯鼓励家庭成员间有过于激烈的对话。因为来访者并不是唯一对家庭戏剧反应情绪化的人，Bowen 式治疗师要努力控制自我的反应以避免三角化。当然，这是说来容易做起来很难的事情。去三角化的关键在于不要偏向哪一边，而是敦促双方都承担更多的责任、让事情变得更好。

如果治疗师造成三角的形成，往往是因为他或她偏袒某一边。那么，无论因什么动机指责某人的行为(例如丈夫过于大男子主义)，超出个人过程的觉察就迷失了。除了采取游击战术之外(公然或私下)，治疗师用推进人们合作



去解决他们之间困难的方法来抵制三角化。首先,既然责备对方只会使得问题变得更难解决,当然也就鼓励个人去看待自己在过程中的角色。

Bowen 与大多数系统家庭治疗师的不同在于,他相信并不需要全家人的出席才能使得家庭出现有意义的改变。相反,他相信,改变源于一个人或者一对夫妻,他们有力量影响家庭中的其他人。治疗被视为一个从内到外的过程。自我分化开始作为私人的个别的过程,是改变关系和整个家庭系统的工具。

治疗并不要求全家人都出席,但确实需要意识到整个家庭的存在。“一个家庭治疗师可能会治疗一对父母及其患精神病的儿子,但没有重视这对父母与原生家庭情感阻断的事实。父母与过去的情感阻断破坏了他们停止聚焦在儿子问题上的能力;如果这样持续下去,治疗并不会有效。”(Kerr 和 Bowen, 1988, p. vii)

自我分化过程的部分就是要建立与延伸家庭的个人关系。这些联结的力量可能看起来有点神秘——尤其对于那些认为自己的福祉和家庭纽带没有什么关系的人。微小的反思揭示这些重要关系的增强会促进个人迸发出他或她的情绪能量。这样的话,个人的能量也不会只集中在一两个成员身上,可以分化到好几个层面。弗洛伊德在心灵层面也有类似的概念。在《科学心理学研究》(*The Project for a Scientific Psychology*)一书中,弗洛伊德解释了心智的神经学模式。不成熟的心智有较少精神舒缓的渠道,因此适应性和能力有限,造成反应延缓。相反,成熟的心智有许多反应渠道,允许较大的灵活性。Bowen 增加家庭情感网络的概念,显然和弗洛伊德的模式相类似。

夫妻治疗是建立在这样的假设之上的,如果可以与第三方建立稳定的关系(保持稳定的三角),夫妻间的压力将会扩散——如果这个人可以保持中立客观而不是加强情绪的三角化。于是,治疗三角也可能变成一个维持问题的三角。此外,这个三角中任何一方的转变都会改变整个家庭系统。

针对个人的家庭治疗是建立在这个家庭中的个人拥有很强的自我分化能力这一前提之下的,这也会使得家庭其他成员的分化程度提高。Bowen 式治疗师向个人讲授三角化的原理,然后训练他们如何在家庭中去三角化,树立更大的客观性,然后形成情绪反应的永久还原。个人的转变自然会对整个系统有着治疗效果。



治疗方法和技巧

Bowen 学派治疗的主要技术包括家族图谱 (genograms)、过程质询 (process questions)、关系实验 (relationship experiments)、去三角化 (detriangling)、训练 (coaching)、以第一人称分享 (taking “I positions”) 和故事置换 (displacement stories)。因为 Bowen 式治疗特别强调, 不仅要看到自己在家庭问题中的角色, 也要看到问题是如何扎根在延伸家庭的历史中的, 所以说, 评估在这一取向中相当重要。

■ 评估

对延伸家庭系统的评估开始于对表述问题的描述和历史回顾。特定的日子确立下来后, 接着就确立延伸家庭生命周期中的关系和事件。下一步就是探索核心家庭的历史, 包括父母亲是如何认识的, 他们的约会、婚姻和孩子抚养。要特别关注家庭住在哪里和搬家的时间, 尤其是如果和原生家庭的所在地相关的话。评估的另一部分就是夫妻的出生、在同胞手足中的位置、孩童年代的重要记忆、他们父母亲过去以及现在功能的全部历史。所有的信息被记录在“家族图谱”中, 包括过去三代的历史。

家族图谱是个包括所有家庭成员以及他们之间关系的示意图表。包括年龄、结婚时间、死亡时间、所处的地理位置。用方形代表男人, 用圆形代表女人, 将年龄写在图形中间。水平线代表婚姻, 结婚的时间写在线上, 垂直线代表父母和子女 (例如图 5.1)。

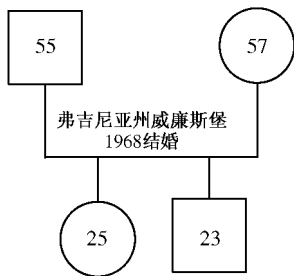


图 5.1 家族图谱的基本符号

使得家族图谱更加形象生动而非完全静态地描述家庭历史的原因是图中包括了冲突、阻断和三角化。例如, 叔叔 Fred 酗酒或者祖母 Sophie 从俄国移民过来这些看起来毫无意义的事实, 可能会帮助我们理解代际间的情感反应的传递。

重要事件的日子, 例如死亡、结婚和离婚, 都值得关注。这些事件带来的情感震惊波及全家, 它可能促进沟通和增强关系的紧密, 也可能成为负担, 将



成员间的情感纽带阻断。家族图谱带来的另一重要信息就是家庭中各个部分的位置。日期、关系和位置提供了一个框架去探索家庭中的情感界限、融合、阻断、重要冲突、坦诚的程度以及现有和潜在的关系。图 5.2 展示了一些符号,用来表示家庭成员之间的关系动力。

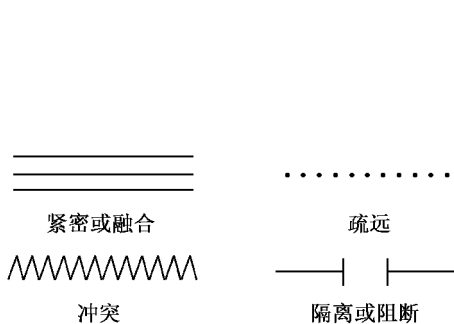


图 5.2 关于关系动力的家族图谱符号

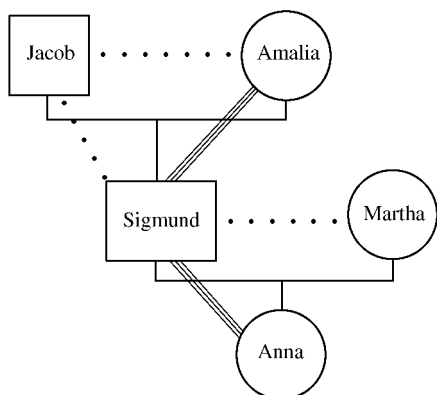


图 5.3 弗洛伊德的家族图谱

三条平行线表示关系非常紧密或融合,锯齿形波浪线表明冲突,点线表明情感疏远,断裂的线表明情感隔离或阻断,三代中的三角模式非常生动清晰,例如下图所示的弗洛伊德的家族图谱(图 5.3)。

正如大多数取向所表明的,Bowen 式家庭评估始于随目前表述的困难而来的家庭历史。治疗师让家庭讲述自己的故事并仔细倾听每个家庭成员对问题的看法。

家庭历史使得焦点由有症状的人转移到关系网络中的这个人,以 Langdon 一家为例,意味着不仅要跟 Martin 谈他在学校和同学的关系,也要谈他和父母的关系。只有将父母包括进来,才能将 Martin 现有问题放在他的关系情境中考虑。

核心家庭的历史开始于父母的相遇和约会:“什么使得他们相互吸引?”“他们关系的早期是种什么样的状态?”“在那个阶段有没有什么严重的问题?”“孩子出生的时候,父母是怎样适应这个新情况的?”

如果治疗师没有了解这些详细的历史,就可能会忽略一些对解决问题很有帮助的联系。例如搬家或其他一些重要事件,例如丈夫两年前的癌症手术,如果治疗师不问,来访者可能根本不会提及。一个妇女前来寻求个人辅导可



能认为有些事情似乎并不值得一提,她说:“我来寻求辅导和我女儿的问题有什么关系?”

特别要关注的就是这个家庭目前承受着什么样的压力,以及他们要怎样去适应。这些信息有助于认识到这个家庭长期焦虑的深度以及严重程度,是否已经使得家庭不堪重负,或者是否使得家庭已经丧失了适应能力。

正如图 5.4 所示,核心家族图谱只能提供一个框架,还需要增加一些关于 Langdon 一家很多鲜活的信息。

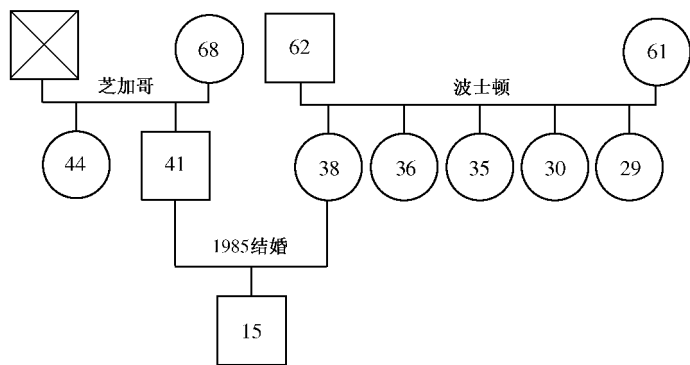


图 5.4 Langdon 家的家族图谱

决定是否将评估扩展到核心家庭之外取决于眼前这个家庭的冲突范围和焦虑程度。以 Langdon 家来说,父母双方都迫切需要探讨他们的家庭背景。

为了收集延伸家庭的信息,治疗师需要弄清楚家族中的哪位成员投入最多,因为他或她是理解延伸家庭和核心家庭之间纽带的实质,以及延伸家庭对核心家庭有什么影响的关键。相对来说,发现谁没有介入家庭同样重要,因为与被情感阻断的人相比较,仍旧维持联系的人可能是更大的焦虑来源。

■ 治疗技巧

Bowen 式治疗师相信理解家庭系统如何运作比任何技巧都更加重要。Bowen 自己常常是带着一点轻视的口吻谈起“技巧”,见到有些人依赖刻板的干预手法也很头疼。

如果说 Bowen 式治疗有什么神奇药方——就一个最基本的技巧——过程质问。过程质问的目的是让人沉淀下来,减少反应性焦虑并开始思考,不仅



思考别人怎样让他们不快，而且思考他们自己是如何介入这个人际中的角色的。



案 例

来访者是一对夫妻，丈夫在戒酒恢复期中，有虐待妻子和儿女的历史。治疗师问他：“对于你酗酒给妻子和孩子带来的伤害，你有什么感想？”

男人承认自己对虐待行为有责任，并看起来真心悔恨。治疗师询问他戒酒的进展，运用过程质问的方法将问题聚焦在理性安排和增强个人责任感之上。例如：

“什么使得这一步这么难？”

“自尊。”

“有什么表现呢？”

“我变得很暴躁。”

关注这样的系列问题不仅在探索男人的个人进展，也在探索他的问题是如何影响这个家庭的。关系会随着系统网络成形，但个人必须为自己的行为负责。

于是治疗师转而开始讨论该夫妻困境中妻子的角色。“所以，你现在愿意对酗酒以及相关行为承担更多的责任？你认为你的妻子赞赏你所做出的努力以及进步吗？”几分钟后，又问：“你妻子是否跟你谈过，她对关系变坏也有一点责任呢？”

当治疗师询问妻子的想法时，她将话题拉回丈夫做的那些让人烦恼的事情，例如迫使她原谅，还要和她复合。尽管治疗师的最终目标是要让她思考自己在这个过程中角色，但一开始，还是尽量用同理心来处理她的不快情绪。“所以，他就是不断烦你，想让你回心转意？”几分钟后，治疗师试图让妻子从情绪层面转到理性思考层面。“你能不能将你的想法总结一下——你是怎样得出这个结论的？”当妻子再次愤怒并开始责备丈夫的时候，治疗师只是听着。过一会儿他问道：“遭到虐待，你有什么反应？”

“我很生气。”



“你知道自己是怎样将他惹火的吗?”

“不知道。”

“他有没有告诉过你?”

请注意,治疗师运用这样一系列的问题试图去探索夫妻之间的关系过程,要求双方去思考他们之间发生了什么,对自己的行为有更多的自觉,并考虑要怎样承担起责任,使得事情向好的方向发展。

那些 Bowen 式治疗师也问问题,但是他们时常挑战、面质和解释。例如, Betty Carter 常常问一些设计好的问题,帮助夫妻去了解他们的处境。随后,为了深化过程,加快速度,她会解释什么做法有效,什么做法无效,也会布置一些任务让人们自己从三角化中解脱出来。例如,她会鼓励妻子去拜访她的婆婆,或者让丈夫开始给母亲打电话。Carter 最爱用的一招是鼓励人们写信,以讨论家庭中未解决的事务。为了预防信件带来的负面作用,她会让来访者先将信件给她看,帮他们去掉信中过于情绪化以及愤怒的情绪反应。

Guerin 可能已经不是单纯的 Bowen 学派,他推进了临床治疗模式,运用特殊技巧应对特殊情况。他将婚姻冲突按照严重程度分为四个阶段,对每个治疗阶段都给出了详细的建议(Guerin,1987),同时也将他的治疗技巧做出了精确的示范。

Bowen 提倡“殊途同归”,运用不同的方式是要达到同一个目标。不管治疗涉及了核心家庭、夫妻、个人还是多代家庭,努力的方向在于改变整个家庭系统。

Bowen 式夫妻治疗。如果可能的话,Bowen 式治疗师倾向于会见父母或者夫妻双方。当治疗师加入这对夫妻之间,一个治疗三角就自然形成了。如果治疗师避免偏袒某一方,夫妻将被迫处理他们之间的问题。会谈的情绪气氛应该鲜活到有意义,同时又要冷却到足够客观。这通过问或多或少的煽动性问题,并且调节夫妻之间的互动量来实现。当大家足够冷静时,才能更客观地处理冲突的感受,夫妻也可以更理性地对话。如果感受超过思考,最好问夫妻一些问题,让他们想得多些,感受得少些,对治疗师说话,而不是相互对话。那些为了老问题常年争执不休的夫妻,当他们第一次听配偶跟治疗师说话的时候,常常惊诧地发现这是自己第一次真正在听对方说话。如果你不急着想



要如何应对的话,倾听是非常容易的。如果做任何事情都不能让夫妻冷静下来,那么 Fogarty(1976b)建议分别会见这对夫妻(Bowen 式夫妻治疗设计用来降低焦虑并培育自我关注)。

与一般想法不同的是,夫妻并不能通过谈论问题就进而解决问题。如果让他们运用自己老一套的方式,将责任推给对方,抱怨而不是协商,对话常常是徒劳无功的。改变需要述说和倾听。因为惯常的做法只会看到是对方造成了问题,所以需要帮助家庭成员不仅看到互动的内容,而且要看互动的过程,看到自己在互动中的角色,而不是单纯地责怪对方,并最后带来改变。

Guerin(1971)推荐采用“置换故事”(displacement story)的办法来帮助家庭成员抽离出去看待自己在家庭系统中的角色。置换故事通常是关于有类似问题的其他家庭。例如,一对夫妻忙于攻击对方根本不能听对方究竟说了什么。这时,治疗师说道:“不能让对方听自己的,这种感觉一定很让人沮丧。去年我看到一对夫妻,不停地争吵,根本不能停下来听对方究竟说了什么。最后,我只好将他们分开,单独会见,让各自花上好几次会面的时间去发泄心中的不满,然后,他们似乎才能去听对方在说什么。”

置换也被用于设计过程质问以避免激起愤怒和防御的反应。为了帮助他们改变,当来访者处于沮丧和愤怒的痛苦之中时,不要问他们觉得什么时候可以克服这些情绪,而是要让其思考这些情绪背后隐藏的是什么。治疗师可能会问:“你是否认为每个人都能克服这些愤怒和沮丧?”或者,面对来访者的防御机制和不能采取行动,治疗师可能会问:“你认为什么使得这一步对人们来说那么困难?”

Guerin 也用电影作为置换工具。如果保持适当的审美距离,人们能够对电影有情绪投入,于是电影会对人们有影响,同时人们还能保持足够的客观性。如果距离不够,治疗过程或者是高度共鸣的电影会导致情绪体验而缺乏反省。如果距离太远,例如演讲或者传道的影片常常会造成情感投入和影响的匮乏。Guerin 常常选用的电影有《克莱默夫妇》(*Kramer vs. Kramer*)、《玫瑰战争》(*The War of the Roses*)、《我从来没有唱歌给父亲听》(*I Never Sang for My Father*)等,将它们作为置换工具,用在培训中教授家庭动力以及启发治疗中的家庭。

有三角化的理论作为支撑,治疗师努力保持中立和客观。这要求一个理



想的情感距离,如 Bowen(1975)所说,这一点使得治疗师能看到夫妻动力的悲喜剧。尽管我们不能去嘲笑别人的问题,但有时候运用反讽的口气可能比虚情假意的关心(很多时候非常常见)效果更好。

去三角化需要冷静的声音去讨论事实而不是感受。这种冷静客观性在 Bowen 式系统治疗师中通过一系列过程质问的使用来表达和加强——问题旨在切断情绪反应并使得家庭成员可以理性地沟通。

当夫妻说话的时候,治疗师关注的是互动过程,而不是讨论的细节。聚焦在讨论的内容上标志着治疗师的情绪纠缠在夫妻的问题之中。当讨论到钱、性或者家庭约束的时候,治疗师很难不被拖进去,但是治疗师的工作不是去解决争端,而是帮助夫妻自己去解决。目的是让来访者在配偶面前表达自己的意见、想法和观点给治疗师。如果一方开始哭,治疗师还得保持冷静并询问什么促发了眼泪。如果夫妻开始争执,治疗师要更加积极、冷静地质问一方,然后质问另一方,聚焦于他们相互的想法。让他们用一分钟去描述具体的事件是最好的方法,可以避免情绪化并给理性留出空间。

尽管 Bowen 认为保持严格的中立是最基本的要求,但是他的追随者尤其是女性主义者明确指出不平等的存在相当重要,即使夫妻没有提及。Betty Carter 通过提问使性别不平等浮出水面,例如在家庭中谁负责做什么,夫妻中每人每天花多少时间照顾孩子。她询问夫妻双方各挣多少钱。当这些普遍的不平等浮现出来之后,她问:“你认为这些因素在做决定过程中起什么样的作用?”

互补性的隐喻有助于说明在家庭互动中潜在的过程。例如, Fogarty (1976b)运用“追逐者-逃离者”(pursuer-distancer)来描述夫妻之间的动力,一方越追逐——要求更多的沟通和归属感——另一个就会逃得越远——看电视、加班或者和孩子出去玩。通常,夫妻追逐和逃离的领域有所不同。丈夫常常在情感上疏离但是在性上追逐。Fogarty 提供的策略就是,“不要追逐疏离者”。相反,帮助追逐者探索他或她内心的空虚。“除了那个人之外,你的生活中还有什么?”对于治疗师而言,不要追逐疏离者同样重要。如果没有人强迫他,疏离者反而更容易回归家庭。

为了强调客观性的需要,Bowen 将治疗师当成“教练”或者“顾问”。他并不是让治疗师冷酷或者冷淡,他只是强调中立以避免三角化。用传统的术语



就是“控制移情和反移情”。正如分析师可以自我分析一样，Bowen 式治疗师能够认识到自己的反移情。于是，Bowen 认为个人在家庭中自我分化的最好办法就是避免被夫妻情绪三角化。Guerin 认为最好的办法是对家庭概念建立真正的理解，并将它们运用到自己的家庭中去（Guerin 和 Fogarty, 1972）。

为了帮助夫妻实现自我分化，治疗师采用第一人称的说话方法非常有用（Guerin, 1971）。在论及与家庭的关系的时候，治疗师越多使用第一人称的说话方式，家庭成员也就越容易渐渐定义他们与家庭的关系。渐渐地，家庭成员会学会冷静地表达想法和信念，并在不攻击他人的情况下采取行动，也不会因为对方的反应而过于沮丧。

当一方变得自我分化时，另一方可能会觉得失去平衡并想竭力维持现状（Carter 和 Orfanidis, 1976）。如果情绪反作用力渐渐平息，没有变得屈服或者敌对，那么双方可以进入一种高层次的自我分化。这个过程的进展是缓慢的，夫妻间的转变也通过分分合合来实现。最终，当每个人都成为相当完善的自我时，会相互关心和尊重，而不是要求对方按照自己的想象和喜好来行事。

在双方自我分化的进展带来足够的和谐之后，Bowen 教授夫妻情绪系统是怎样运作并鼓励他们去探索和原生家庭的关系（Bowen, 1971）。让夫妻做好心理准备的要点是，他不时询问他们各自的家庭情况。当夫妻认识到现在的家庭问题和过去的家庭经验相关的时候，将焦点放在原生家庭就显得水到渠成。

例如，一位妇女受困于情感追逐者的角色，这时可以询问她和父亲的关系，并将这一关系与她和丈夫现在的关系进行比较。如果让她全身心投入丈夫和孩子的行为改变变得可行的话，治疗师或许可以鼓励她去接触原生家庭中情感疏离最远的成员，通常是她的父亲。这个做法不会使得她从一种依附转为另一种依附，但却能帮助她理解内心深层的需要是来自心底未完成的事件。理解并开始认识到自己原生家庭的令人不满意的渴望，常常会帮助一个人建立当下更加平衡的关系——开始更关注自己，关注自己的需要。

Kerr (1971) 建议当讨论核心家庭的关系问题时，治疗师应该时而询问原生家庭的类似问题。如果家庭成员能够认识到自己在重复过去的模式，就更能认清自己的情绪反应。近来，Nichols 会见了一对对于患心理疾病的青春女儿束手无策的夫妻。尽管女儿情况恶化且不可控制，母亲还是很难接受让



她住院治疗。当询问她的母亲过去遇到类似问题会怎么做的时候,她毫不犹豫地回答,她那吃尽苦头的母亲是多么天真以至于根本想不到要改变,“不论她自己或其他家庭成员要受多少苦”,顿时一目了然。

在从短期转向长期治疗的过程中,会需要更多说教性质的教诲。家庭系统理论的知识帮助人们探索固有的旧模式,然后才可能给自己松绑。当努力去消除紧张的时候,这些信息非常有效,但当夫妻处于焦虑和冲突的过程中时,试图传授这些信息则会变得有些冒险。在那时候,冲突中的夫妻易于扭曲任何关于家庭系统是如何支持一方或另一方的说法。因为“战争”的主要目的是要让对方全错、自己全对,所以治疗师的话会被“听”成支持还是反对他们。但当冷静下来时,他们不再认为自己全对、对方全错,才能受益于说教性质的教诲。在理解了系统理论后,他们都认识到自己还需要和原生家庭进一步自我分化。在治疗、培训过程中,Bowen 认为不经常的会面不是唯一的选择,但是是最理想的(1976)。将会面减少常常会迫使人们变得更有资源。

Bowen 式个人治疗。Bowen 个人的成功在于从他的家庭中自我分化出来,使他确信有很强动机的单独个体是改变整个家庭系统的支点(Anonymous,1972)。随后,他将针对个人的家庭治疗作为实践的重要部分。他将这一方法运用在夫妻中的一方(另一方拒绝参与治疗)或者单身成年人(父母住在外地或者是父母不能来参与治疗)身上。除了这些需要个人努力的个案,Bowen 还大量运用该手法进行心理健康专业人士的培训。在做夫妻治疗的时候,当他们的焦虑和症状消退之后,对于延伸家庭的工作也是一个重头戏。

治疗个人和治疗夫妻、家庭的目标一样:实现自我分化。治疗个人时,焦点在于解决延伸家庭的神经症模式。这意味着发展人与人之间的关系,将家庭视为个人而不是情绪指控对象,学会观察三角化中的自己,最后,帮助自己去三角化(Bowen,1974)。

与父母之间未解决的情绪依附的程度说明了没有实现自我分化的层次。如果自我分化程度越低,就越需要治疗师付出大量的努力使得来访者建立自己的情感距离:不论通过防御机制,还是通过空间距离。如果和父母间存在着轻微的焦虑,他或她可以通过保持沉默或者回避交流的方法来应对,如果焦虑上升到一定程度,他或她可能会觉得需要走出家庭甚至离开这座城市。然而,即使他或她逃离家园,但是情绪依附情况还是和那些停留在家中运用心理



疏远机制去控制依附的人非常类似。他们会从接触中退缩，渴望亲密但又不能处理亲密。当在另一种亲密关系中紧张提升的时候，他们又会退缩。

情感阻断有两个明显的标志：一是否认家庭的重要性；二是夸大自己独立的积极面。情感阻断的人们鼓吹他们的解放并减少和父母的接触。与情感阻断相反的是，在一个开放的关系系统中，家庭成员拥有真实但不是限制性或者情绪化的接触。Bowen 治疗是为了增加与延伸家庭的联系与亲密感。实际上，Bowen 发现将延伸家庭拉入治疗效果常常好过只关注核心家庭(Bowen, 1974)。

在延伸家庭中实现自我分化的两个先决条件是：一、拥有家庭系统如何运作的知识；二、拥有想要改变的强烈动机。如果缺乏具体的问题，是很难针对家庭关系进行辅导的，很多人聚在一起，冲突会此起彼伏(Carter 和 Orfanidis, 1976)。一旦问题冷却了，他们会放松点。当问题再出现时，他们才会再次想到寻求改变。

一个人如果准备更了解自己的家庭，常常知道要从哪里去看。大多数家族中有一两个“包打听”，知道人与事的来龙去脉——他们或许是终生未嫁的姨妈、族长，或者是以家庭为中心的表亲。给这些家族“保管员”打电话、写信，或者亲自拜访更好，就会得到更多的信息，有一些常常出乎意外。

收集家庭信息是通向自我分化的非常重要的第二步，进而有可能与尽量多的家庭成员建立个人之间的关系。这意味着与他们接触并私下交谈，而不是谈论其他人或一些无关痛痒的事情。如果这听起来很简单，就让他们尝试去做。当与特定家庭成员谈论私人话题时，大多数人都会感到一点焦虑。当这些发生时，我们总是试图退缩，不论是身体上还是情感上，都要将另一个人拉入三角化当中。逐渐地，这样真正的私人谈话时间会延长，也会促进关系，帮助实现自我分化。

与延伸家庭中的成员建立个人间的关系常常会带来巨大的益处，但是必须经历一个相互欣赏的过程。在这个逐渐开放和深入的过程中，你会明白这个家庭的情感动力。一些家庭三角化一目了然，另一些则要费心去观察。通常只能关注到表面的三角化，因为我们常常情绪过于投入而不能做一个很好的观察者。很少人能客观看待自己的父母。他们要么与其在情感上愉快地融合，要么很不舒服地做出情绪反应。常常做一些家庭访问，有助于你变成一个



更好的观察者。

很多对家庭的习惯性的情感反应阻碍了我们理解和接受他人的能力,更糟糕的是,使得我们不能理解和控制自己。当事情变糟糕的时候,变得愤怒或者是责备别人非常自然。然而,一个自我分化的人能够退后一步,控制情绪反应,并思考怎样去改善。Bowen(1974)将此称为“超越了责备和愤怒”(getting beyond blaming and anger),并认为如果一旦从家庭中学会这种能力,将其用于处理情绪的缠结,会受益终身。

最后,分化的自我需要认清你参与的那些人际三角关系,并从中挣脱出来。这个目标是让人们不要搬弄是非,或分派别,或反唇相讥,或自我辩护。Bowen 建议在家庭冲突发生时是训练自己的最佳时机,且任何时候都可以开始。

最常见的三角始于父母和孩子。假设每次探访亲戚的时候,妈妈都站在你这边并开始抱怨父亲。或许有人向你吐露秘密的感觉很好。或许你开始幻想要解救父母,尤其是你的母亲。实际上,这个三角对三种关系都是破坏性的:你和父亲;父亲和母亲,还有你和母亲。在三角中,一对之间变得紧密,另外两对就会变得疏离(图 5.5)。

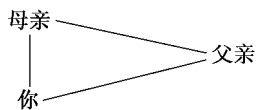


图 5.5 跨代三角

同情母亲意味着疏远你的父亲。这同样使得你母亲抱怨,但她不会去做任何事情改变和丈夫的关系。

最后,尽管这个三角给你一个和母亲很亲密的假象,但这种亲密同样是破坏性的。即使你帮助父亲辩护也于事无补。你越想离开母亲去更接近父亲一些,他们间的鸿沟就越深。只要三角存在,私人和公开的一对一的关系就难以建立。

一旦认识到三角化的破坏性,你就能制定行动计划,而不再参与其中。最基本的想法是去做任何事情,让另外两个人去解决他们自己的关系。最简单直接的方法就是去建议他们怎么做。在上面的个案中,你可以直接建议母亲将她的想法和父亲谈,或者拒绝听她的抱怨。可能更有效而间接一些的方法,就是告诉父亲,他的妻子对他有什么抱怨,而且说你不知道,她为什么不直接对他说。她可能很恼火,但不会持续很久。更迂回的策略是将母亲的抱怨进一步夸大。当她说他不太整洁时,你就说他简直就是个懒汉;当她抱怨他不够



体贴时,你就说他简直根本不关心她。一来二去,她就开始为他辩护。或许她决定去跟他当面解决自己的抱怨,或者即使她不这样做,但你至少从三角中挣脱出来了。

当开始注意到三角化时,你就会发现它们普遍存在。最普遍的例子就是抓住同事抱怨老板;告诉别人你的伴侣不了解你,不让你的配偶和孩子接触,看电视而不跟家人说话。从三角化中挣脱出来不容易,但回报是巨大的。Bowen 相信一个独立分化、自主的自我需要与原生家庭建立开放的关系,并停止参与三角化。这种回报不仅在于可以丰富这些关系,也能加强你和其他人接触的能力——例如朋友、同事、病人、你的配偶和孩子。此外,如果保持情感联系,但是改变你过去在家庭中扮演的角色——维持这种改变虽然给家庭带来一些改变的压力——但是家庭最终会做出调整来顺应你的改变。

遇到一些阻抗是意料之中的,特别针对一个人采取的行动方向不被其伴侣、父母、同事甚至其他人赞同的时候。这些阻抗是由对关系平衡的威胁形成的,并设计用来保持平衡(Kerr 和 Bowen,1988)。

一些有效的阻抗家庭让你变回无效但熟悉的过去模式的指南由 Carter 和 Orfanidis(1976)、Guerin 和 Fogarty (1972) 以及 Hertz(1991) 等列举出来。Lerner 写了两本奇异的书,《愤怒之舞》(*The Dance of Anger*)和《亲密之舞》(*The Dance of Intimacy*),教你如何通过解决自己的情绪敏感进而处理家庭的压力。

重新进入原生家庭是打开紧闭之门的神奇钥匙。有的时候需要去探访。另一些时候,只要提出那些沉寂的事件,系统的情绪被搅动,就会启动蛰伏的三角。如果你不能不顾父亲的退缩而向他靠近,那先走近与他亲近的人就启动了一个三角。如果你和父亲单独在一起很紧张,那就花一些时间和母亲单独在一起。这可能使得他希望可以拥有同样的时间来和你相处。

在重新进入的过程中,最好在改变有冲突的关系之前先打开紧密的关系。不要一开始就试图解决你和母亲之间的战争。开始应先寻找一个长时间没有联系的兄弟姐妹或者表兄弟姐妹。处理个人之间的事务,但要避免彼此胶着的冲突。如果你和家庭中的联系是惯常的、可以预测的,试图去做一些创新。那些尝试用解决冲突之外的新办法去处理家庭关系的人,就像奔放了崭新的学术兴趣,会给自己、家庭系统以及他在辅导中的进展带来巨大的变化。



评估治疗理论和成果

Bowen 理论之所以有效,在于描述和说明了内心的情绪力量是如何调节我们和其他人之间的关系的。最简单也是最大的妨碍就是:我们倾向于不聆听对方、有很多情绪反应或者是非常防御性的应对。正如关系中的所有要素一样,情绪化是把双刃剑:一些说话者用过于情绪化的表达方式使得听众更容易注意到他的情绪,而不是他所想要表达的内容。Bowen 理论解释这种反应根源在于缺乏自我分化,并说明怎样才能降低情绪化反应并形成成熟的自我控制:一是在家庭中建立各种各样的关系;二是要学会倾听,既不要防卫,也不要不忠实于自己的信念。

在 Bowen 理论中,焦虑是个多用途的解释(说明为什么人们依赖、回避,以及为什么会情绪反应剧烈),以回应弗洛伊德的冲突理论(认为所有的焦虑都来源于性和攻击的冲突)。Bowen 系统中另一个多用途的概念是分化。因为分化几乎是成熟的同义词,学生们可能会问,在何种程度上,这种说法是可信的?越是自我分化的人们,在循环的争论中是否会表现更好?考虑到 Bowen 学派的传统是问问题而不是给出答案,所以我们将此作为开放的问题,留待你们思考。

Bowen 方法的主要缺点在于过于关注个人与其延伸家庭的关系,忽略了直接治疗核心家庭的力量。在许多个案中,最直接的解决家庭问题的方法是让所有家庭成员坐在一起,鼓励他们直面对方,说出自己的内心冲突。这些讨论可能会是嘈杂而又没有成效的,但是有经验的治疗师能够帮助家庭成员认识到他们的行为并将其引到理解的轨道上来。当夫妻或是家庭成员的谈话变得对立和攻击,就需要打断他们,将他们从反唇相讥中拉出来,让深藏的受伤的感受浮现出来。这时,打断是绝对必要的,有助于避免成员之间的争论。Bowen 的做法是,鼓励治疗师每次只对一个家庭成员说话,这样也就减少了同时应对整个核心家庭的阻力。

延伸家庭系统治疗的现状和理论,不仅依赖于经验性研究,也依赖于 Bowen 理论的精致、成功治疗的临床报告以及个人的受益经验(将自我从原生家庭中分化出来)。Bowen 最初针对精神病家庭的研究更像临床观察,而



不是控制的实验。实际上,Bowen(1976)果断地冷却经验性研究,而倾向于改进理论并将其融合到实践中去。在乔治敦年度家庭研讨会上,他们报告了一个小型的工作。随后,一些项目评估和偶然性研究报告出台了。其中,Winer(1971)的一个发表在《家庭过程》(*Family Process*)上的研究引起了很多的关注。Winer报告了他对Bowen所作的四个家庭的多元家庭治疗的观察。在治疗过程中,实验者以自己作为对方的参照系,来追踪成员之间的自我分化。那些认为是自我分化的标准包括:说出自己的心声但不指责对方;处理变化或者自己渴望的变化而不是他人的;将想法和感受分开;有觉察力并有明确的目标。这其中有两个重要的发现,两者都支持Bowen的立场。第一,在早期面谈时,来访者很少用“我”,很多人使用“我们”,意思是夫妻之间没有明确的分化立场。第二,随着治疗过程的推进,代表更多分化的第一人称的说法越来越多。最初,这样的表述方法不足一半,在几次面谈之后,分化的说话方式就占据了上风。

尽管这个发现支持了Bowen治疗在增进自我分化这个层面上的有效性,但是这个研究不能验证这个假设:分化的自我等于积极的治疗效果。实际上,这是给Bowen增强信心的论文,它指出了这一理论的特定因果关系:症状显示了情绪融合,融合又通过症状来显现(Bowen,1966)。

Bowen多次强调在临床实践中理论的重要性(Bowen,1976),并欢迎对他的理论作出评价。因此,需要注意的是,虽然他的理论全面、一致、有效,它是建立在临床观察基础上的系列构建,但如果基本原则不被临床研究所支持,就没必要在控制实验中去证实或是证伪。就像精神分析理论一样,不能用正确还是错误来评判Bowen理论,而是要看其是否有用。保持平衡,永远是最有效的。

延伸家庭系统治疗的有效性的证据主要依赖个人经验和临床报告。Bowen治疗师的表现显然达到一般的标准:也就是1/3的病人情况变差或者没有好转;1/3的病人有些改善;还有1/3的病人得到明显改善。

发展系统治疗的人们受到他们个人情绪和经验的影响,Bowen对这一点有更多的觉察,对此也相当坦白(Anonymous,1972)。他来自中产之家,没有症状,关系缠结,他的技巧似乎对于这一类家庭最为相关。和Bowen一样,大多数在这一章中提及的其他治疗师的私人实践主要是针对中产阶级的来



访者。

Phil Guerin 和 Tom Fogarty 都作出了重大的贡献,不仅教授 Bowen 理论使其代代相传,也改进了治疗技巧。他们俩都是治疗大师。Betty Carter 和 Monica McGoldrick 为理解家庭怎样运作也作出了重大贡献:正常的家庭生命周期、伦理的多样性以及普遍深入的性别角色的不平等。因为既研究家庭也研究治疗,所以她们的一些干预有着明显的教育色彩。例如,在和继父母家庭工作的时候,Betty Carter 采取一种专家的立场,要求继父母不要期待获得与生父母同等的地位。继父母不得不去赢取道德上的权威,其间最有效的是要努力去支持生父母。正如 Bowen 的方法是受到他个人经验的影响,Carter 和 McGoldrick 也不例外,她们将自己既是家庭治疗师又是职业妇女的身份融合起来,宣告性别不平等给女性带来的代价有罪。

所有这些治疗师都是一流的临床心理学家,他们以及他们的学生拥有丰富的理论背景,提供了一个清晰的治疗框架。尤其现在家庭治疗非常风行,大多数人将不相干的概念和技巧搅在一起治疗家庭,好像一个随意搭配的大杂烩,而不是采取一个前后一致的理论或者策略。这样会造成一个不好的后果,家庭治疗师坠入家庭的情绪过程,并被家庭讨论的内容所吞并。治疗结果变成支持性或者是方向性的。

第二代家庭治疗师,例如 Guerin 和 Fogarty,其理论基础相当雄厚,可以从中抽身出来,增加一些东西,但是不失重点。然而,第三代家庭治疗师(学生的学生)常常没有清晰的理论基础,工作也常常为此受困。有趣的是,那些家庭治疗师先驱者的学生们似乎都没那么有开创精神。他们中没有一个超过自己的老师。这些观察强调了研究生的困境,他们接触各种各样的方法,常常受到更多的批评而不是有同理心的理解。相应地,他们离开了一个单一的、前后一致的取向。或许成为临床心理学家的最好办法就是成为一个特定学派的信徒。跟定一个你能发现的最好的专家,将自己沉浸在一个系统中。当你理解这个系统并实践一些年之后,你就开始修改它,但是不失去重点和方向。

小结

Bowen 的理论棱镜比多数家庭治疗师更加宽广,但实际上用于治疗的部分



分很少。他的关注总是在于跨代家庭系统,即使会见个人或者夫妻。自从首次介绍精神分裂症的三代假设(three generational hypothesis of schizophrenia),他察觉到连锁的三角将一代一代联结起来——就像一条条的线交织形成家庭结构。尽管 Bowen 式治疗师在将来访者送回家让他们自己去修复和父母的关系上的做法是独特的,但这个代际联结的想法对这一领域影响深远。

按照 Bowen 的说法,家庭的主要问题是情绪融合,主要的任务是自我分化。情绪融合来自对他人的本能的需要,但也会不健康地夸大这种需要。一些人直接明白地表示融合是归属感的需要,另一些人则给融合戴上假独立的面具。自我分化的人不需要被孤立,但也在保持与其他人联系的同时维持自己的完整性。相似地,健康的家庭是一代一代地保存让彼此呼吸的情感联系。

在 Bowen 的理论中,三角不仅在理论上,而且在实践中亦是一个独特的分析系统。和弗洛伊德一样,Bowen 强调早期家庭关系的重要性。自己和父母的关系被用一个三角来描述,并认为是生活中最重要的。Bowen 对三角的理解是对家庭治疗的一大重要贡献,也成为家庭治疗中一个重要的概念。

对 Bowen 来说,治疗是理论的逻辑延续。在可以为解决家庭问题铺平道路的时候,你必须对家庭系统如何运作有一个透彻的了解。治疗是要回头看,访问你的父母、祖父母、阿姨、叔叔,去学习和他们相处。

Bowen 的理论拥护在家庭的团结和独立之间寻找一种平衡,这在实践中需要高超的智慧。他认为焦虑是对精神均衡的一种威胁,于是他的治疗取向看起来很冷静。Bowen 常常将家庭关注的热点转到思索家庭关系的历史。就好像让人们从游戏场停顿下来,于是模式变得清晰可见,但是也可能很难很快就取得效果。

Bowen 的模式不注重症状,更注重系统的动力。治疗不鼓励治疗师试图去“修复”关系,而是鼓励来访者用毕生的努力去自我探索。然而,这不仅是自我反省,更是要跟整个家庭建立联系。在这个自我探索的过程中,来访者理解了自己情绪依附和疏离的模式。

在 Bowen 的家庭系统治疗中,以下七个技巧最为突出:

1. 家族图谱(genogram)。从早年在 NIMH 工作的时候开始,Bowen 运用“家庭图”(family diagram)来收集和组织与代际家庭系统相关的重要数据。在 1972 年的一份出版物中,Guerin 将家庭图重新命名为“家族图谱”,这个名



称从此固定下来。家族图谱最主要的功能就是在评估的阶段收集数据,并在整个治疗过程中跟踪关系过程和关键的三角。关于如何使用家族图谱,最全面的指南当属 Monica McGoldrick 和 Randy Gerson 合著的《家族图谱与家庭评估》(*Genogram in Family Assessment*)。

2. 治疗三角。这一技巧建立在这样的理论假设上:家庭中的冲突关系过程启动了与主要症状相关的三角并力图重新建立稳定;家庭会自发将治疗师卷入三角化的过程中。如果他们成功了,治疗将失去效果。另一方面,如果治疗师能够保持不受情绪反应羁绊的影响,换句话说,处于三角之外,家庭系统及其成员会冷静下来并开始想办法克服他们的困境。

在治疗夫妻的过程中,需要问每个人一系列过程中的问题,旨在缓和情绪并强化客观的观察和思考。要作一些努力去控制夫妻中过于活跃的一方,同时要接触疏离的一方使得他们开口或者更多地介入。同样的技巧也会用于以孩子为中心的家庭,治疗师将自己放在有症状的孩子和每个单独父母的潜在三角中,或者将自己置于父母之间(注意这个模式和结构式家庭治疗师的做法多么相似:将牵扯过多精力的母亲往回拉,让疏远的父亲卷入更多)。

3. 关系实验。关系实验是围绕关键三角的结构变化。目的是帮助家庭成员对系统过程更有觉察力——并学会认识在这一过程中他们自己的角色。或许最突出的例子是 Forgary 发展出来的处理情绪上追逐者和疏离者的实验。要鼓励追逐者抑制自己的追赶,停止提出各种要求,降低情绪联结的压力——然后再观察会发生什么变化,无论是自己还是关系。这个练习不一定带来魔术般的治疗效果,但可帮助澄清被卷入情感过程中。另外,鼓励疏离者和其他人靠近并开始沟通自己的想法和感受——换句话说,去发现另一些方法以逃避或者是有条件服从他人的要求。

4. 训练。和其他治疗方法一样,训练是 Bowen 学派针对情绪卷入的角色采取的另一个策略。就像教练一样,Bowen 式治疗师希望避免去接管病人并在情绪上卷入家庭三角。训练并不意味着告诉人们去做什么。它意味着问一些设计好的过程问题帮助来访者思考家庭的情绪过程和他们在其中的角色。目的是增强理解,增强自我关注,并更有效地依附主要家庭成员。

5. 第一人称。站在自己的立场,说你的感受,而不是其他人在做什么——这是一个最直接打断情绪反应循环的方法。“你太懒了”和“我希望你



可以多帮助我一些”，这两种说法是不同的。“你总是宠坏孩子”和“我认为我们应该对他们严格一些”的分别也是相当之大。

Bowen 式治疗师不仅鼓励来访者用第一人称说话，自己也身体力行。在下面的案例中，母亲将治疗师拉到一边，坦言她的丈夫已经到癌症晚期了，但是不想让孩子知道。这时应该做些什么呢？用第一人称，对这位母亲说，“我相信你的孩子有权利知道这些。”她要怎样做，当然还取决于她自己。

Bowen 学派的另一个假设是：面质增加焦虑并减少思考和看到其他选择的能力。于是，置换焦点，减少个人化以及威胁性，都是增强客观性的出色方法。与这个假设相关的两个技巧为：多元家庭治疗和置换故事。

6. 多元家庭治疗。在多元家庭治疗中，Bowen 与夫妻工作，轮流关注其中的一个，然后再关注另外一个，缩小他们的互动。这个想法是说夫妻中的一方可以通过观察另一方的情绪过程学习到更多——作为旁观者的时候，他们就不容易因为感受而遮蔽住视线。James Framo 运用了类似的方法。

7. 置换故事。这是 Guerin 的技巧，放电影或录像带，讲故事，教授家庭成员系统功能并顺带降低他们的防御性。

最后，尽管家庭治疗的学生希望根据它们究竟起到什么作用以及能够带来怎样的效果来评估不同的取向，Bowen 自己认为他最重大的贡献就是显示了将人类行为变成科学的方式。比家庭治疗的方法和技巧更重要的是，Bowen 在推进了解我们是怎样作为一个个人在行动的、怎样与家庭相处、这其中又是如何互相联系的等各方面作出了卓越的贡献。



第六章

策略家庭治疗

领军人物简介

理论建构

正常的家庭发展

行为障碍的发展

治疗目标

行为改变的条件

治疗

评估治疗理论和成果

小结



1970年代中期到1980年代中期,因为大量采用控制论和系统论,策略取向对家庭治疗有相当的吸引力。这个吸引力一方面来自它的实用性和以解决问题为中心;另一方面,策略的吸引力在于可以巧妙地克服阻抗并促发家庭的改变,不管其合作与否。也正是因为第二个原因有很多操纵的因素,使得家庭治疗师最终反对策略治疗。

1990年代以来,主流流派将认知提升到行为之上,鼓励治疗师合作而不是操纵。治疗师不是试图去解决问题促发改变,而是开始强化方法并引发改变。所以,那些为策略治疗作出杰出贡献的人们——Jay Haley、John Weakland、Mara Selvini Palazzoli——也渐渐地被淡忘了。实际上,这是件很悲哀的事情,因为策略取向给所有的家庭治疗带来两个强大的顿悟:家庭成员常常通过自己的行为来维持问题;给特定家庭一个恰当的引导有时会带来迅速和决定性的转变。

领军人物简介

策略治疗衍生于Bateson精神病研究项目的沟通理论,发展出三个不同的模式: MRI(Mental Research Institute,精神研究中心)快速治疗(brief therapy model)、Haley和Madane的策略治疗(strategic therapy)以及米兰系统模式(Milan systemic model)。这三个模式的发源地都是精神研究中心(MRI),在那里Gregory Bateson和Milton Erickson(前者是人类学者,后者是精神病医生)给策略治疗带来很多灵感。

1952年,在洛克菲勒基金会的资助下,Bateson邀请Jay Haley, John Weakland, Don Jackson和William Fry加入帕洛阿尔托,开始研究沟通矛盾。他们里程碑式的研究项目,堪称家庭治疗的精神诞生,该研究得出这样的结论:人们之间多层信息的交换定义了他们的关系。

对Bateson本人有重大影响的是人类学。他们的目的只是观察而不是改变家庭,闯进家庭治疗或多或少是一个意外。假设Bateson并不愿意改变人们,具有讽刺性的是,他又将这个项目介绍给了Milton Erickson。那时候,心理治疗被认为是费时费力,Erickson作为催眠治疗师的经验使他相信人们可以很快转变,于是他将治疗变得尽可能的简单。



许多现在称为自相矛盾的技巧(paradoxical techniques)来自于 Erickson 变阻抗为便利的催眠治疗原理(Haley,1981)。例如,催眠师在人们抵制进入催眠状态的时候,他们会给出这样的指令,让人们努力睁开眼睛,“直到眼皮重得承受不住”。

1959年,Don Jackson 成立精神研究院,招募了一批精力旺盛而又充满创造力的工作人员,包括 Jules Riskin、Virginia Satir、Jay Haley、John Weakland、Paul Watzlawick、Arthue Bodin 和 Janet Beavin。几年之后,几个成员为 Erickson 实用的解决问题取向所吸引。这导致 Jackson 在 Richard Fisch 的领导下成立快速治疗项目。最初的成员包括 Arthue Bodin、Jay Haley、Paul Watzlawick 以及 John Weakland。随之产生的是积极的取向,聚焦在表述的症状上并将会谈控制在十次以内。这一被称为 MRI 模式快速治疗的方法被详尽记录在《改变:问题形式以及解决的原则》(*Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*) (Watzlawick, Weakland 和 Fisch,1974)以及《改变的策略:快速治疗》(*The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*) (Fisch, Weakland 和 Segal, 1982)两本著作中。

1968年,Jackson 不幸英年早逝,年仅 48 岁。他留下了一些里程碑式的文章,一份这一领域的顶尖杂志《家庭过程》(*Family Process*) (他和 Nathan Ackerman 于 1962 年一起创办),以及众人心中面临英才早逝的巨大悲伤。1995年,MRI 团体和整个领域又一次遭受巨大的损失,John Weakland 死于鲁盖瑞氏症(Lou Gehrig's disease)。

Jay Haley 总是有点局外人的感觉。他没有临床基础就进入这个领域,名声来自于他是只“牛蝇”,是个批评家。他最初的冲击力来自写作,其中充满了对敏锐分析的讽刺挖苦。在《精神分析的艺术》(*The Art of Psychoanalysis*) (Haley,1963)中,Haley 重新将精神分析定义为胜人一筹(one-upmanship)的游戏:

通过将病人安置在沙发上,分析师让病人的脚悬在空中,然而治疗师的双脚落在地上,好像知识尽在他的掌握之中。病人发现自己需要躺下来说话已经够仓皇失措的了,还要发现自己实际上比治疗师低等,且这种低人一等的位置被空间安排所强调。此外,治疗师坐在沙发后面,能看见病人,病人却看不见他。这给病人一种惊慌失措的感觉,就好像知道对面



有敌人,但是却被蒙住了双眼。因为不能够看到他的故事带来什么样的反应,病人不能肯定自己是占上风还是处于劣势。一些病人试图通过讲这样的话来解决这个问题,例如“昨晚我和妹妹一起睡觉了”,然后突然转身想看看分析师有怎样的反应。这些“震惊”的故事常常不能达到效果。分析师可能大吃一惊,但在病人可以转过脸来看到他之前,他有足够的时间平复。大多数分析师都有一套办法对付这些突然转身的病人。在病人转身过来的时候,分析师或者凝视着空间,或者转动铅笔,或者玩弄皮带,或者盯着热带鱼。更为基本的是,病人很少有机会去观察分析师这种冷漠的行为(pp. 193—194)。

在 Bateson 项目 1962 年解散后一直到 1967 年, Haley 在 MRI 工作,直至加入 Salvador Minuchin 的费城儿童指导诊所。在那里, Haley 开始对培训和督导发生兴趣,也作出了自己巨大的贡献(Haley, 1996)。1976 年, Haley 移居到华盛顿特区,和 Cloe Madanes 在那里建立家庭治疗研究院(Family Therapy Institute)。Mदानes 是这个领域最有创造性的治疗师之一,之前也在 MRI 和费城儿童指导诊所工作过。1995 年, Haley 又搬往加利福尼亚。

Haley 和 Madanes 是那样杰出的人物,以至于总是罩住后继者的光辉。科罗拉多的 James Keim 发展出一套革新的方法去应对逆反的孩子,巧妙地传承了 Haley 和 Madanes 的衣钵。另一些表现突出的这一模式的实践者有密歇根的 Jerome Price, 他专攻困难青少年;还有弗吉尼亚州格洛斯特(Gloucester, Virginia)的 Pat Dorgan, 他将策略治疗和社区心理健康模式结合起来。

MRI 模式对米兰小组有深远影响,他们有 Mara Selvini Palazzoli、Luigi Boscolo、Gianfranco Cecchin 和 Guiliana Prata。Selvini Palazzoli 是个杰出的意大利精神分析治疗师,专长是进食障碍(eating disorder)。当摆脱了精神分析取向的挣扎之后(Selvini Palazzoli, 1981), 她开始发展自己治疗家庭的方法。1967 年, 她领导一个由八位精神科医生组成的小组, 吸收来自 Bateson、Haley 和 Watalawick 的观点, 成立米兰家庭研究中心, 发展出米兰系统模式。

1971 年, 当米兰小组聚集到一起的时候, 他们邀请 Paul Watzlawick 作为顾问, 这个团体基本跟随 MRI 模式, 总是坚持要见整个家庭。他们问的最基



本问题就是：“家庭在玩什么游戏使得症状得以维持？”一旦确定了家庭的游戏，他们首先通过为游戏提供正向解读(positive connotation)来消除家庭的阻抗，然后再布置一些仪式以消除游戏。这样的治疗进展是很聪明的，尽管在过程中这种构架形式有可能强化家庭维持问题的模式。

1980年，米兰小组经历另一种分裂，Boscolo和Cecchin继续朝培训的方向走，然而Selvini Palazzoli和Guiliana Prata对研究显示了更多的兴趣。这两派都成立了独立的中心，招募了新人，于是方法也开始有了分歧：女性追求对破坏性游戏的兴趣，相信家庭为此深受其害。男性逐渐减少策略并更有兴趣通过询问一系列的问题改变家庭的信念系统。这一转变偏离了互动模式接近信念系统，为1990年代占据重要位置的解决问题和叙事治疗的方法铺平道路。

Lynn Hoffmann成为一名治疗师的过程和策略系统家庭治疗的发展同步。1960年代，她与Haley合作。1977年，她加入Ackerman研究院(Ackerman Institute)，运用策略取向进行家庭治疗，后来又成为米兰模式的鼓吹者(Hoffmann, 1981)。随后，她离开Ackerman去马萨诸塞的阿默斯特(Amherst, Massachusetts)，同时也放弃米兰模式，选择了基于社会建构主义和叙事原则上的“合作”模式(见十三章)。

Ackerman研究院是策略学派和米兰模式的孕育温床。对这一研究院作出杰出贡献的人包括：创造性推动策略学派发展的Peggy Rapp(1980, 1983)；发展出许多基本的策略去应对困难家庭的Joe Bergman(1985)；创造了米兰模式革新式循环提问的Peggy Penn(1982, 1985)，还有因临床艺术而闻名遐迩的Olga Silverstein。

Karl Tomm(1974a, 1984b, 1987a, 1987b)，加拿大阿尔伯达州卡尔加里(Calgary, Alberta)的精神科医生，是米兰模式在北美最重要的诠释者。近来，在Michael White的工作(见十三章)影响下，Tomm开始发展自己关于治疗师对家庭影响的看法。Joseph Eron和Thomas Lund(1993, 1996)在纽约的金斯顿(Kingston, New York)尝试在建构主义者的原则基础上，通过整合策略治疗和叙事方法，使得策略治疗跟上时代。最后还有Richard Rabkin(1977)，在纽约做治疗的学者和折中的社会精神科医生，起初受到策略治疗的影响，最终影响了策略治疗。



理论建构

在《人类沟通的语用学》(*Pragmatics of Human Communication*)中, Watzlawick、Beavin 和 Jackson(1967)寻求发展出对人类沟通的精确计算,表述了关于人际间交谈涵义的系列公理。第一条公理就是人们总是在沟通的。既然所有行为都是沟通的,而且没有人可以例外,那么就可以得出结论,没有人可以不沟通。来看下面这个例子:

Rodriguez 先生开腔:“我只是不知道要拿 Ramon 如何是好。他在学校表现不好,在家也不做家务。他满脑子就是想着和他那群可怕的朋友出去玩。但是最糟糕的还是,他拒绝和我们沟通。”

这时,治疗师转而问 Ramon:“好,那你有什么想说的?”Ramon 一声不吭,懒散地坐在房间的角落里,一脸愠怒。

Ramon 不是“不沟通”,是用愤怒和拒绝谈话在沟通。沟通也常常在不是有意、有知觉的、成功的情形下发生——也就是说在缺乏双方理解之下发生。

第二条公理是所有信息都有报告和命令两种功能(Ruesch 和 Bateson, 1951)。语言的报告(或内容)是在传达信息,然而命令则是一种关系的表述。例如,这样一句话,“妈妈,Sandy 打我”传递的不仅是信息,也是一种命令——要针对此事做点什么。然而,要注意这些潜在的命令是非常模糊的。原因就是这些写出来的字既没有面部表情,也没有前因后果。同样是这句话,如果由一个满含泪水的孩子尖叫着说出,或者是由一个咯咯傻笑的孩子说出,涵义就大为不同。

在家庭里,命令式的信息被定格为规则(Jackson, 1965),可以通过长时间观察互动得出结论。Jackson 运用家规(family rules)来形容家庭的规律性,而不是规则。没有人可以“放弃规则”(lays down the rules)。实际上,家庭很少意识到这一点。

家庭互动的规则,或者说规律性常常用来保持家庭的动态平衡(family homeostasis)(Jackson, 1965, 1967)。在面对破坏的时候,动态平衡机制将家庭恢复原样,同时也抵制改变。Jackson 的家庭动态平衡概念说明了家庭系统保守的一面,好像类似控制论中的负向反馈(negative feedback)。于是,根据



沟通分析,家庭是作为有目的、有规则的系统在运作。

沟通理论家不寻求潜在的动机,相反假设循环因果和分析沟通模式与附加的刺激和反应联结在一起成为反馈圈(feedback loops)。如果对家庭成员问题行为的回馈会加剧这个问题,那么这个链条就是正向反馈圈(positive feedback loop)。这个理论建构的好处就在于它强调维持问题的互动,互动是可以改变的,不强调内在的原因,因为原因是主观的、难以改变的。

策略治疗师采纳了正向反馈圈的概念并使得其成为模式的中心部分。对MRI团体来说,将其转变为简单但十分有效的问题建构原则:家庭在他们的生活过程中遇到很多困难,但是困难是否能变成“问题”(需要干预)取决于家庭成员如何去回应这个困难(Watzlawick,Weakland和Fisch,1974)。家庭通常都是明白事理的,但总是采取错误的努力希望解决困难或者发现问题持续和变糟的原因,采取同样错误的努力。这只能使得问题升级,总在激发问题不断发生,日复一日,造成恶性循环。

例如,如果Jamel觉得受到刚出生的妹妹的威胁,可能变得爱发脾气。如果这样的话,父亲可能认为他很叛逆,并希望通过惩罚使得他按照年龄行事。但是父亲的粗暴只能使得他确信父母爱妹妹胜过自己,于是表现得更加无理。相应地,父亲变得更加严厉并采取更多的惩罚,Jamel变得愠怒而且疏远。这是个逐渐升级的正向反馈圈:家庭系统对家庭成员的偏差行为的反应常常抱着淡化偏差(负向反馈)的美好愿望,但总是事与愿违——加深了偏差(正向反馈)。

这里需要做的是让父亲改变解决问题的方法。如果他能够安慰而不是批评Jamel,并帮助其看到他不是被取代了,Jamel就会冷静下来。系统是被控制的,然而通过父亲没有说出的规则,只允许一种对Jamel行为的诠释——即无礼的。如果父亲改变了他的解决办法,规则也会随之发生改变。

在大多数家庭中,有许多没有说出的规则控制着所有的行为。当一个规则带来上述固定而又无效的解决方法时,那么不仅是行为,规则也应该改变。当系统只改变特定的行为时,是初级改变(first-order change);改变了系统的规则,才是次级改变(second-order change)(Watzlawick et al.,1974)。怎样才能改变这些规则?一个技巧就是重构(reframing)——改变父亲对Jamel行为的诠释,从不尊重到害怕被替代,从不听话到沮丧。



于是,MRI 解决问题的方法非常简单:第一,说明正向反馈圈维持了问题;第二,决定支持互动规则(框架);第三,发现方法改变规则。

Jay Haley 给控制论的诠释增加了功能主义的重点。随后,他增加了许多在费城跟 Minuchin 学习到的结构式概念。例如,Haley 可能注意到每次 Jamel 和父亲争吵,母亲总是袒护他并指责父亲不要太严厉。Haley 可能也同时注意到,当母亲批评父亲的时候,Jamel 会变得更加激动,并试图使父母将注意力从他们之间的争吵转移到自己身上。

Haley 相信围绕家庭等级(hierarchy)的规则是至关重要的,发现不恰当的父母等级潜伏着许多问题。实际上,Haley(1976)认为:“如果置身于一个功能紊乱的家庭等级之中,个人会受到直接的侵害。”

为了计算问题付出的代价,Haley 借用 Erickson 的受罪(ordeals)的技术处方,目的是要让维持症状的代价超过其所放弃的。为了说明这一点,Erickson 有个著名的处方,让失眠病患者每晚定上闹钟,起来给厨房的地板打蜡。Haley 试图解释所有的治疗都是建立在受罪的基础上的,建议人们去改变,以避免来访者内心种种的受罪(Haley,1984)。

Cloe Madanes(1981,1984)同样强调问题的功能方面,特别是援救工作牵涉到孩子用自己的症状来联系父母时。例如,当女儿看到母亲很忧郁时,可能会引发冲突刺激母亲负起责任。Madianes 的许多方法是帮助有症状的孩童寻找到公开帮助父母的方法,这样就不会将症状归结为牺牲品的下一代。

和 Haley 一样,Mara Selvini Palazzoli 及其小组成员(1978b)聚焦在家庭互动的权力游戏方面。类似地,这个症状的保护功能服务于整个家庭。他们访谈家庭的历史,有时多达好几代,寻找证据去证实他们的假设:孩子的症状怎样成为必然。这些假设通常包括对家庭联盟和联合的精密描述。他们通常得出结论:病人发展症状去保护一个或者几个其他家庭成员,以便维持延伸家庭联盟间脆弱的网络。

正常的家庭发展

根据一般系统理论(general systems theory),正常家庭与所有生命系统一样依赖两个重要的过程(Maruyama,1968)。首先,他们必须面对负向反馈



的挑战以保持环境的整体性。没有生命系统可以没有一致的结构而存在。其次,过于固定的结构使得系统不能适应改变的环境。这就是为什么正常家庭必须同时要有正向反馈的机制。负向反馈抵制破坏,维持一个稳定的主体;正向反馈增强创新能力,适应一个变动的环境。认识到正向反馈的渠道是沟通,使得解释这个原则更加明白晓畅:健康的家庭能够改变,因为能够清晰地沟通并有适应能力。

MRI 团体尽责地反对正常的标准:“作为治疗师,如果来访者没有表达不满意,我们不认为一些特别的功能、关系或者生计是个问题。”(Fisch,1978)于是,通过将任务限定在表述的问题上,MRI 团体避免采取任何关于家庭应该怎样做的立场。

米兰小组努力维持一个中立的态度(Selcini Palazzoli, Boscolo, Cecchin 和 Prata,1980)。他们不将预想的目标或者正常的模式套用在来访者家庭上。实际上,通过提出问题帮助家庭审视自身并揭示隐藏着的权力游戏,他们相信家庭可以用对自身较好的方式重组。

为了比较两种方式的相对主义,Haley 的分析建立在完整的家庭功能的假设基础上。他的治疗设计帮助家庭重组变得更有功能结构,有清晰的界限和基本的代际等级(Haley,1976)。

行为障碍的发展

根据沟通理论,症状的基本功能就是维持家庭系统的动态平衡。症状家庭被认为是陷入失去功能的、动态平衡的沟通模式(Jackson 和 Weakland,1961)。这些家庭依附在固定的方式上并对改变的信号作出负面反馈的反应。也就是说,改变不被认为是一个成长的机会,而是一个威胁,就像下面这个例子。



案 例

Laban 是个安静的男孩,一个传统犹太家庭中唯一的孩子,父母来自东欧。他的父母离开他们的小农庄来到了美国,在大城市的工厂里找到



工作。尽管现在免于宗教迫害,这对夫妻仍然觉得疏远,不能和新邻居步调一致。他们将自己封闭起来,唯一的乐趣就是养育 Laban。

Laban 身体瘦弱,还有一些怪癖,但对父母而言,他是最完美的。Laban 开始和其他孩子交朋友,希望被接纳,而且还染上了一些美国习惯。他嚼口香糖,看卡通片,骑自行车在邻里乱逛悠。他的父母为他嚼口香糖和爱看电视不胜烦扰,但他们最为烦恼的还是他渴望和非犹太的孩子一起玩。他们来美国是躲避政治迫害,而不是拥护多元主义,或者是同化。他们越是在乎,Laban 就越拒绝他们的价值观——“他肯定什么地方出了问题”,他们给儿童指导诊所打电话的时候这样说,确信 Laban 被带坏了,之所以求助是要“让 Laban 恢复正常”。

症状被认为是以下的信息:“不是我不想或者想做这些,而是有些事情不受我的控制——神经、疾病、焦虑、差的视力、酗酒、教养、共产主义或者是妻子”(Watzlawick, Beavin 和 Jackson, 1967, p. 80)。因为帕洛阿尔托团体变得越来越复杂,试图跨越过去批评父母使孩子受害的模式。症状不再被认为由家庭的沟通问题造成,而被视为是扎根在一个病态的情境中,在这个情境中这可能是唯一的选择。所有病态沟通的形式有:抵赖一个人在沟通,使得其他人的信息变得没有价值,混淆沟通的层面、沟通顺序的不同标识、竞争的对称升级、顽固的互补性以及自相矛盾的信息。

自相矛盾是逻辑假设和正确推论之间的矛盾。在家庭沟通中,自相矛盾常常采取自相矛盾的指令(paradoxical injunctions)这个形式。一个常见的例子就是要求一些只能是发自内心本性的一些行为——“你应该更自信”,“说你爱我”,“要自然!”一个人面对这些自相矛盾的指令就会进入一个两难的境地。如果服从的话,就是要表现得自然和自信,但是服从本身是在自我约束和急于讨好。唯一可以逃避两难困境的方法是走出这个情境并对此进行评论,但是这样的元沟通(metacommunication)很难发生(很难就沟通本身进行再沟通)。

少量的自相矛盾的沟通并没什么害处,但是一旦沟通进入双向束缚(double binds)形式,结果将是恶性的。在双向束缚中,两个矛盾的信息在不同的抽象层面,用含蓄的指令去反对差异的评论。一个熟悉的例子就是人们批评对方不表达自己的感受,但对方这样做的时候又去攻击他们。



长期处于自相矛盾的沟通中就像置身于噩梦的困境而不能脱身。做梦的人在做梦的时候做不了什么。唯一解脱的途径就是逃离这一情境,赶快醒来。不幸的是,对于那些处在噩梦中的人,醒来是多么困难的一件事。

在策略模式中三个对问题发展的基本解释。第一个是控制论的:因为长期采取错误的解决方法,困难将变成长期的问题,形成正向反馈升级(positive-feedback escalation)。第二个是结构的:问题是由不合适的等级(incongruous hierarchies)造成的。第三个是功能的:当一个人想偷偷摸摸保护或者控制另一方时,问题就会产生,这个症状具备维持这个系统的功能。MRI 团体将自己局限在第一种解释,然而 Haley 和米兰小组三种解释都用。

为了澄清三者的区别,来看以下的例子:16岁的 Juwan 近来开始拒绝离开屋子。一个 MRI 的治疗师可能问父母采取了怎样的努力让他出去。焦点在于父母试图采取的解决方法,治疗师的假设是父母的努力维持了 Juwan 拒绝出门的行为,用父母的解释或者“框架”来理解 Juwan 的行为,相信他们理解问题的框架可能会导致错误的解决办法。

Haley 类型的治疗师可能会对父母试图采用的解决办法感兴趣,但也会询问:他们的婚姻, Juwan 卷入父母或其他家庭成员之间冲突的方式,以及 Juwan 问题可能的保护性本质。治疗师基于这样的假设采取行动, Juwan 的行为必然是失去功能的三角化的一部分。治疗师可能进一步假设三角模式由于父母之间不能解决的冲突而得到强化。Madanes 会对三角化更有兴趣,此外,会对 Juwan 的行为是怎样保护父母不去面对一些威胁性的问题而感到好奇。

米兰系统的治疗师不会过于聚焦在试图采取的解决方法上,但是会询问家庭中过去和现在的关系。这样做的时候,治疗师会试图揭示一个权力联盟的网络,尤其重视组成家庭“游戏”的代际间的联盟。此类游戏将 Juwan 置于一个运用症状保护其他家庭成员的位置。家庭可能会发现,如果 Juwan 成长并离开家,他的母亲将卷入与她父母之间的权力争夺,然而这是母亲一直以来避免的,原因是家里有个病孩子。同样,通过自己生活的失败, Juwan 可能保护了父亲免受孩子在成就上超过自己的羞辱,就像他对自己的父亲所做的一样。

策略治疗的基本顿悟在于问题常常维持在自我挫败的行为模式之中。通



过在广泛的行为立场中增加一个结构视角，Haley 指出这样的自我挫败模式可能深藏在丧失功能的家庭组织中。不仅家庭要一个有效的等级格局——通常是父母做主——而且家庭必须也改变组织以顺应成员生活的转变。

按照 Haley(1976,1980)的说法,问题常常维持在家庭不完善的等级关系中。于是,当处理孩子的问题时,Haley 与他父母结盟并支持他们。Haley (1986)也相信表述的问题只是现存问题的一个比喻。一个男人神经质地担心自己的心脏,可能是在悄悄表达对婚姻的不快乐;一个女人的广场恐惧症可能既是一种症状,也是在试图处理她和成年孩子之间关系的问题。

Haley 还指出,如果家庭卡在生命周期的转折过程中,就容易出现症状(Haley,1973)。问题不仅是属于目标病人,而且是整个家庭在某种程度上不能根据生命周期另一阶段的需要而重组。Haley(1980)最后聚焦在离家阶段(leaving home stage),这常常是一个家庭最容易出现问题的阶段。

治疗目标

MRI 团体是骄傲的最低要求主义者。表述的问题一旦被解决,立刻结束治疗。即使治疗师还看到了其他问题的出现,如果家庭不因这些问题求助,他们也不会将其作为目标。MRI 治疗师这样为自己要求最低的立场进行辩护,强调他们认为遇到问题的人们是被卡住了而不是病了,工作只是帮助他们继续前进,而不是检查他们的家庭结构。

令 MRI 治疗师自豪的一点就是帮助家庭设定一个清晰的可以达到的目标,这样每个人就会知道成功的治疗何时以及怎么样可以结束。他们常常发现大多数治疗是在简单推动来访者去设定一个清楚的行为目标的过程中发生,因为这样做,来访者被迫去澄清表达模糊的不满。同样,为了让来访者去设定一个可以实现的目标,MRI 治疗师帮助人们摆脱乌托邦式的幻想,因为幻想只会造成失望。

MRI 模式是注重行为的,不仅是目标,而且焦点在可以观察到的互动上,同时小心翼翼避免对内意图的猜想。为了设法实现解决问题的更大目标,直接目标就是改变人们对问题的行为反应。更具体地说,就像前面所说的,MRI 治疗师试图打断(常常是倒转)日复一日的恶性反馈圈。为了达到行为



改变的目的,他们可能设法“重构这个问题”,并在某种意义上引入一个认知因素。但是许多认知的改变仍然是为了服务于行为改变这一主要目标。

Haley 的方法也是行为的,甚至更甚于 MRI 小组,不重视顿悟的重要性。他总是嘲笑那些治疗只帮助来访者理解为什么要这样做,而很少让他们做一些不同的事情。Haley 的最终目标常常是家庭的结构重组,特别是他们的等级和代际界限。与结构式家庭治疗师不一样的是,这些结构目标总是与表述的问题直接相关。例如,为了改进父母和反叛的青少年之间的两极关系,结构式家庭治疗师可能会让父母谈论婚姻问题,然而 Haley 只会让他们谈论处理这个反叛儿子的困难。只有在孩子的问题有了进展之后,Haley 才会允许将讨论转到婚姻上。

Haley 的倾向是将治疗分为不同的阶段、不同的面谈。他建议第一次会谈的形式应该包括几个不同的阶段:使家庭觉得舒服的社交阶段;问题表述以及家庭成员表达他们的目的和要求的阶段;家庭成员彼此之间谈论这个问题的阶段(1976)。

Haley 对阶段和他的系统方法的兴趣反映了策略治疗师的伦理,认为改变的责任全在于治疗师。策略治疗师相信治疗师不应该因治疗的失败而责怪来访者没有改变的动机,而是应该发现方法去激发它们。在这种理念下,治疗师的责任感是发展出针对不同问题的特定策略。

Madanes(1990)将策略治疗的目标扩展到超越解决问题或结构目标,而且包括成长取向的目标例如平衡、和谐和爱。她说,“治疗的目标是给人们的生活带来和谐和平衡。去爱和被爱,在工作中实现价值,去游戏和享受:所有这些都是平衡所必须的”(p. 13)。然而她的实践还是策略派的,但和标准的策略治疗目标已经有很大的区别。和 Madanes 比较接近的是 Satir 和其他存在主义治疗师。确实,她的治疗名称被改为“策略人本主义”,以强调治疗的柔和部分。

在治疗的目标和责任感方面,策略派和米兰治疗师最后分道扬镳。米兰小组的早期工作(Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin 和 Prata, 1978b)深受 MRI 团体和 Haley 模式的影响。米兰小组将扩展卷入维持问题的人们的网络,但是最有兴趣的还是在于发明方法去打断家庭游戏。他们发展出来的技术不同于其他策略学派,更少注重行为反而更重视家庭游戏以及重构



(reframe)奇怪行为的动机。于是,与其他的策略治疗师相比,原创的米兰模式较少重视解决问题并更多重视改变家庭的觉察力和信念,因此具备更多的操纵性:改变的责任在于治疗师,他的工作就是与家庭的阻抗斗智斗勇。

1980年代早期,米兰小组分裂为两个派别,Selvini Palazzoli及其后来建立的小组继续强调策略。然而,在整个1980年代,她一直保持低姿态直到验证了她的假设并发展出新的策略取向(Selvini Palazzoli,1986)。治疗的目标是破坏和揭露对家庭成员以及成员之间有破坏作用的“坏游戏”(dirty game)。后来,她既抛弃了快速,也抛弃了策略治疗。现在她开始做长期治疗,更聚焦在个人内心的顿悟(Selvini,1993)。

米兰小组分裂之后,Luigi Boscolo和Gianfranco Cecchin脱离策略操纵家庭的方法,开始与家庭合作并形成对问题的系统假设。治疗变成更多的研究冒险,治疗师进入的时候没有明确的目标或策略,相信自我回顾的过程会允许家庭选择改变而不是持续无效的模式。治疗师从要达到特定结果的责任感中解放出来,采取了一种“好奇”(curiosity)(Cecchin,1987)的态度去看待家庭,而不是策略治疗师的干预态度。

通过方向的改变,Boscolo和Cecchin采取了和策略派先驱截然不同的态度、立场和治疗目标。这些合作的哲学成为许多策略和米兰治疗师在1990年代通向叙事治疗的桥梁。

行为改变的条件

在早期,家庭治疗的目的很简单,就是促进沟通。后来,这个目标转化为改变维持问题的特定模式的沟通:“我们认为问题的解决主要是要寻找行为的替代模式,以便打断恶性、正向的反馈循环。”(Weakland,Fisch,Watzlawick和Bodin,1974,p.149)

一个治疗师能够既指出问题顺序,又简单操纵它们影响治疗改变。第一个策略依赖顿悟的力量以及改变的意愿。第二个策略则是,不管在有没有家庭的合作情况下,它试图击败家庭自身的游戏。

Jackson和Haley的工作受到从Milton Erickson学习来的催眠术的影响。催眠工作常常只给出指引,目的并不是那么明确。Haley(1961)建议让不合作的



病人做催眠以便唤起反叛的回应,使得他退让以承认自己和治疗师相关。他提及这样一个例子,引导一个精神病患者听声音。如果病人听见声音,于是他在跟随治疗师的指示;如果听不到声音,他就不能再声称自己的疯狂。

Haley(1961)对听声音的取向说明了给症状开处方的技巧。通过引导病人去扮演症状行为,治疗师是在要求病人故意去做“无意”的事情。这种自相矛盾的指令(paradoxical injunction)迫使病人在两者中选择一个。要么病人表现症状,要么承认不是无意的,这样病人就会放弃症状。

对 MRI 学派来说,解决问题的基本条件就是改变与问题相关的行为。相信通过看到改变固定行为反应的结果,来访者将在问题解决的策略上变得更加灵活。当这些发生时,来访者获得次级改变——改变控制他们行为反应的规则。

例如,Lateesha 和父亲为她睡觉的时间发生争执,父亲罚她睡在地上,于是她逃走并待在朋友家。此时,初级干预可能是帮助 Lateesha 的父亲发现一个有效的惩罚方式去教育不受控制的孩子。次级策略干预可能引导父亲不采取任何行动,只是表现得很忧郁,好像已经放弃了试图控制她的努力。这个改变使得 Lateesha 从觉得受父亲所控转向开始关心他,开始变得更加理性。她父亲学会了当采取的解决方法无效的时候,要尝试其他的方法。这一改变是次级改变,是父亲和女儿之间互动关系的转变。

Haley(1976)相信:告诉人们他们所做的是错的只能激发他们的阻抗。他相信行为的改变改变了认知而不是围绕行为的其他事物。Madanes(1980)说:“如果问题可以在家庭不知道怎样和为什么的情况下解决,那是非常令人满意的。”(p. 79)

米兰小组将行为主义转向思想。他们更有兴趣让家庭看到事情的不同(通过一个名为“正向解读”positive connotation 的重构技术,后面有详细论述),而不是只让家庭成员采取不同的行为。这种从行为到意义的转变给建构主义和叙事运动铺平了舞台(见第四章和第十三章)。

治疗

■ 评估

正式的评估不是典型沟通治疗的一部分,尽管 Watzlawick(1966)的确介



绍过结构式家庭访谈(a structured family interview)。在过程中,家庭有下列五个任务要完成,包括:

1. 决定他们的主要问题;
2. 计划家庭的外出;
3. 父母谈论他们是怎样相遇的;
4. 讨论一个谚语的涵义;
5. 辨别错误并批评一个应被批评的人。

当家庭完成这些任务时,治疗师观察家庭的沟通模式、做出决定的方法和替罪羊的出现。尽管这对研究相当有用,结构式家庭访谈从来不被认为是临床工具。

记住, MRI 模式是建立在两个连锁的假设之上的:

1. 人们带给心理治疗师的问题只存在于来访者和与其发生互动关系的人之间正在进行的行为中。

2. 相应地,如果问题维持行为相应地改变或减少,问题将会被解决。(Weakland, Fisch, Watzlawick 和 Bodin,1974,p. 144)。

于是, MRI 评估包括两个方面:一是定义这个问题,二是发现人们做了什么去试图解决这个问题。

第一步就是获得关于抱怨的清晰行为图景,谁认为这是一个问题以及为什么这是一个问题。当治疗师询问:“是什么问题让你今天来到这里?”很多来访者回答得模棱两可:“我们不沟通”,“我们认为我们 14 岁的孩子有点抑郁”,或者“Clarence 显得多动”。MRI 治疗师然后询问这些抱怨的具体意义。“我们不沟通”可能意为“我说什么,儿子都和我争辩”,又可能是“我丈夫装着看报纸,从不和我讲话”。“抑郁”可能意为悲伤、退缩、愠怒或不愉快。“多动”可能意为不服从或者不能集中。一个有效的程序是问:“如果有录像带的话,看起来会像什么?”

一旦问题被定义了,治疗师试图想了解谁在努力去解决和怎样解决这个既定的问题。有时候,试图采取的解决方法显然会使得事情变得更糟糕。例如,妻子唠叨,希望丈夫可以陪她更多,然而唠叨常常使得丈夫跑得更远。就好像父母惩罚和妹妹发生冲突的儿子,只能使得他更加确信爸爸妈妈爱妹妹多些。或者丈夫做妻子要求的一切,只是为了保持和平,但内心的怨恨可能使



他开始恨她。

Haley 的评估开始于对问题的仔细定义,表达了家庭每个成员的观点。但是和 MRI 团体不同,Haley 同时观察家庭成员如何在会谈中互动,以探索家庭中的结构安排导致问题的可能性……尤其是病态三角或者是“跨代结盟”(cross-generational coalitions)。正如 Haley 所说,“问题孩童倾向去决定家庭中发生了什么,这导致了等级的困难”(Haley,1996,p.96)。

除了结构问题,Haley 和 Madanes 同样也考虑人际互动可能带来的问题行为。按照 Haley 的理解,病人表面的无助常常变成与他人相处的非常重要的权力资源,他们的生活常常因病人的要求和害怕病人而受到控制。一个精神病人不想吃药,实际上可能是试图避免去工作。然而,不需要去决定是不是真的病症,Haley 试图假设所有的症状行为都是自愿的。有时候还有关键的区别,例如,假设个案是吸毒成瘾或者是“发脾气”。

在米兰模式中,评估开始于一个基本的假设,在最初的会谈中被探索、证实或者证伪。这些假设一般基于认为目标病人的症状是维持动态平衡或者保护家庭功能的基本设想之上。于是,评估表述的问题和家庭的反应是建立在设计问题以探索家庭作为一套互相联结的关系系统之上的。例如,治疗师对表述的问题的回答可能是,“谁更担心这个问题,你还是你太太?”这将给出一个关于家庭成员关系紧密还是疏远的假设。评估的最终目标就是从系统的视角看待问题。

■ 治疗技巧

大多数沟通治疗的实际技巧包括教授沟通规则和通过一系列策略调节来掌控互动。方法从直截了当到策略的发展反映了治疗师不断增长的关于家庭如何抵制转变的觉察力。

在开场白之后,治疗师往往在第一时间让家庭成员讨论他们的问题。治疗师倾听,关注沟通的过程而不是内容。当有成员的说法令人费解或者说方式很混乱时,治疗师应当指出来并强调清晰沟通的特定规则。Stair(1994)就是最直截了当的老师。当有人说一些不清楚的事时,她会质疑并澄清信息,这样做就是给家庭一个印象,最基本的清晰表达应该怎样去做。

一条规则就是当人们讲述自己的想法和感受的时候,应该永远用第一人



称。例如：

丈夫：我们一直喜欢 Celia 的男朋友们。

治疗师：我希望你只代表自己说话，过一会儿你的妻子会说她的想法。

丈夫：好，但是我们在这些事情上态度一致。

治疗师：或许是，但是你对你自己怎么想最清楚。你只代表你自己说话，让你的妻子代表她自己说话。

还有一条类似的规则就是让观点和价值判断应该被认可，而不是作为基本事实来普遍化。拥有自己的观点，是讨论允许有不同观点存在的必要步骤。

妻子：人们不应该不带孩子而自己出去玩。

治疗师：于是，你和丈夫出去的时候，喜欢带着孩子一起？

妻子：是呀，人人都这样想的吧？

丈夫：我不是。有时候，我想就我们两个出去。

另一条规则是人们应该直接对话，而不是好像在跟所有人说话。这样就可以避免忽略或者是使家庭成员丧失资格，并防止建立破坏性的联合。例如：

青少年：（对治疗师）妈妈总是对的。是不是这样，爸爸？

治疗师：你可以直接对她说吗？

青少年：我尝试过，但她不听。

治疗师：再对她说一次。

青少年：（对治疗师）啊，好吧。（对母亲）有时候，我觉得……（转头看治疗师）看，有什么用！

治疗师：我知道有多么困难，而且我估计你在想，如果她不打算听，你觉得尝试跟她说话没有用。但在这里，我希望我们可以更加直接地与对方对话，于是没有人会放弃直至将自己的意思表达清楚。

所有这些交流说明，很难只是通过告诉他们怎么做就能让人们更加清晰地沟通。往往看起来是个好主意，但是没有很好的效果。认识到家庭常常并不是作出直接反应，Haley 开始将焦点放在沟通问题潜在的家庭模式并使用更间接影响的方法。

在《心理治疗的策略》（*Strategies of Psychotherapy*）一书中，Haley（1963）说明了在冲突层面沟通的婚姻关系。夫妻常常为遵循什么规则而发生冲突，同时也为谁制定规则有冲突。Haley 的一个策略就是让掌管家庭关系



的潜在规则清晰化。丧失功能的规则一旦清晰化,就更加难以遵循。例如,一些人斥责伴侣没有表达自己,但是他们自己说得太多、批评得太刺耳,伴侣根本没有机会说话。如果治疗师指出这一点,使得这个固有规则更加难以遵循,这样的话,一个人只能说另一方想听的话。

Haley 为了改变作出的一些引导看起来很小以至于所有的分支都不能即刻显现出来。例如一对夫妻,丈夫看来总是我行我素,让妻子在一周内对几件小事情说不。这看起来微不足道,但是带来两种后果:使得妻子开始练习为自己说话;使得丈夫意识到他在掌控。

Haley 运用引导来调节家庭的改变,被认为是沟通治疗转向策略治疗的重要一步。尽管策略治疗师拥有这样一个信念即运用间接的方法诱使家庭发生改变,但也发展出不同的技巧,下面我们将逐个探讨。

MRI 取向。MRI 模式跟随以下六个治疗步骤:

1. 介绍治疗安排;
2. 询问并定义问题;
3. 评估维持问题的行为;
4. 设定治疗目标;
5. 选择和确定行为干预;
6. 结束。

一旦初步的安排就绪,治疗师开始要求给主要问题一个清晰的定义。如果问题用含糊不清的语言表达出来,例如“我们只是处不好”;或者是给出一个假定的原因,例如“爸爸的工作使他很沮丧”,治疗师会帮助将这些说法变成一个清晰具体的目标,问类似这样的问题:“如果事情好转的话,会有什么小的信号呢?”

一旦问题和目标确定之后,MRI 治疗师询问他们采取什么方式去解决,实际上他们的解决方法有可能是在维持这个问题。总体说来,成为维持问题的解决方案包括下面三大类:

1. 解决方案只是简单否认问题的存在;行动是必须的,但是没有采取。例如,父母没有采取任何行动,尽管很多证据显示他们青春期的儿子吸毒越来越严重。

2. 解决方案是在解决不是问题的问题,采取不应该采取的行动。例如,



父母为孩子手淫而惩罚他们。

3. 解决方案是努力在一个框架内解决问题,却使解决变得不可能;虽然采取了行动,但是在一个错误的层面。例如,丈夫给不快乐的妻子买越加昂贵的礼物,然而她想要的却是关爱。

这些维持问题的解决方法的三种分类同时也意味着不同的治疗策略。第一类,来访者需要行动;第二类,停止行动;第三类,采取不同的行动。一旦治疗师设想到改变维持问题顺序的策略,来访者必须要确信下述策略的价值。为了“兜售”他们的引导,MRI 治疗师需要重构这个问题以增强来访者顺从的可能性。于是,治疗师可能对一个愤怒的青少年说,当父亲惩罚他的时候,这是父亲表达爱他的唯一方法。

正如前面所述,为打断问题维持的顺序,策略治疗师可能让家庭成员做一些和常识相反的事情。这些违反知觉的技巧被称为自相矛盾的指令,因为它们看起来自相矛盾,人们必须反其道行之才能达到目的(Haley, 1973; Watzlawick, Weakland 和 Fisch, 1974)。

例如,Watzlawick 和他的同事(1974)讲述了一对年轻夫妻为父母所困扰,因为父母将他们看成孩子,为他们做一切事情。尽管丈夫有足够的薪水,父母还是持续寄钱和奢侈的礼物给他们,拒绝让他们付哪怕是部分的旅馆费用,等等。策略团队帮助夫妻解决和溺爱的父母之间的关系,不是让他们变得更有能力而是变得更加无能。不是试图向父母表达他们不再需要帮助,而是要显得更加无助和依赖,表现得过于真实以至于父母都觉得厌烦而最终望而却步了。

这些常常被认为是自相矛盾的技巧被认为是症状处方,让家庭持续或者是修饰他们抱怨的行为。在一些情境下,这样的处方可能带来一个希望,即家庭将试图照做不误,而不是逼迫家庭改变他们原来的解决方案。如果告诉 Jorge,让他一天抑郁几次,另外,让家庭鼓励他抑郁,很快他们就放弃让他高兴起来的无效努力,Jorge 也不会因为自己抑郁而内疚。

有时候,治疗师可能给症状开出处方,但在内心又期待来访者会反抗这些指令。治疗师可能会鼓励 Jorge 持续抑郁,这样做,他是在帮助他的兄弟(和 Jorge 竞争)感觉良好。

或者有时候,治疗师可能给症状开出处方,希望家庭在按照它的指令做的



时候,家庭关系网络怎样维持了这个问题将自动暴露。治疗师说 Jorge 应该保持抑郁,因为这样他才能持续得到母亲的关注,母亲就不会执著于从父亲那里得到爱和关怀,因为父亲依然在情绪上与自己的母亲纠缠,等等。

为了排除权力争夺,MRI 治疗师避免成为一个权威角色。他们的谦卑姿态(one-down stance)暗示着平等和邀请来访者减少焦虑和阻抗。虽然一些策略治疗师无诚意采用谦卑姿态,但这种谦逊的姿态和后来 John Weakland 本人谦逊的性格非常吻合。在他的吞云吐雾之中,Weakland 不鼓励家庭试图很快改变,警告他们要慢慢来,坦白地讲出如果改善太快也有复发的可能性。这种抑制(restraining)的技巧强化了治疗师谦卑的姿态。

Haley 和 Madanes 的取向。Jay Haley 的取向有点难以描述,因为他根据每个案例的独特要求量体裁衣。如果“策略”意味着系统的,正如 MRI 取向,它同样也意味着艺术的,这正适用于 Haley 的策略。正如其他策略取向,最后的技巧都是运用引导(directives)。但是 Haley 的引导不是那么简单的策略,不会智取家庭或者扭转他们的行为。相反,它们会根据每个个案的特别需要来给出深思熟虑的建议。

Haley(1976)相信如果治疗可以带来好的结果,必须有个恰当的开始。于是,他将大量的注意力放在治疗的开始阶段。不管谁被表述为目标病人,Haley 会访谈整个家庭或者尽量多的家庭成员。他最初的访谈取向有四个阶段:社交阶段、问题阶段、互动阶段以及最后目标设定阶段。

家庭第一次寻求治疗的时候常常是带有防御性的。家庭成员可能不知道他们为什么来以及有什么期待,他们也可能害怕治疗师因为问题而批评他们。于是,Haley 使用第一次会谈的最初几分钟去帮助每个人放松。他向每个家庭成员问好,确信他们是舒服的。他表现得像个主人,要确信每位客人都感到被欢迎。

社交阶段之后,Haley 开始进入问题阶段,询问每个人对问题的看法。既然母亲常常比父亲更为中心,Haley 建议对父亲先说话以便让他更多参与进来。这样的建议精细地说明了 Haley 的策略调节,开始于第一次见面并贯穿着随后的整个会谈。

Haley 仔细倾听每个家庭成员描述问题的方式和他们是如何介入这个问题的,确信没有人被打扰,且每个人都有机会。在这个阶段,Haley 寻找三角



化和等级的线索,但不鼓励治疗师根据观察作出评论,因为这可能会造成家庭的防御。

一旦每个人都有机会说话,Haley 鼓励他们自己讨论这些观点和看法。这就是互动阶段,治疗师可以观察而不只是听围绕问题的相互交换。在他们说话的时候,Haley 寻找家庭成员之间是如何联合反对另一方的。等级的功能是什么?父母是否可以合作得很好,还是在互相削弱?在这个阶段,治疗师像个人类学家,试图寻找家庭行动的模式。

有时候 Haley 在结束第一次会面之后给家庭布置一个作业。在随后的会谈中,引导将扮演中心角色。有效的引导常常不会采取简单的形式,因为问题持续常常是有原因的。

下面的两个作业摘自 Haley 的《解决问题为中心治疗》(*Problem-Solving Therapy*)。一对夫妻,没有关爱对方的习惯,布置给他们的作业是要表现彼此的关爱,并“教孩子怎样去表达爱”。另一个例子,一个母亲不能约束自己 12 岁的儿子,于是决定将他送去军事学校。Haley 建议既然男孩对军事学校的生活会多么艰苦没有任何概念,让母亲帮助他做好准备将是个好主意。他们都同意。Haley 引导她要教男孩怎样立正、有礼貌、早起并收拾床铺。他们遵循这些指令仿佛是在玩一场游戏,母亲是军官,儿子是卫兵。两周之后,儿子表现得非常好,以至于母亲都觉得没有必要将他送走。

Madanes(1981)观察到如果在游戏的框架下,人们常常会做一些在日常不会做的事情,于是发展出一套假装技巧(*pretend techniques*)。一个策略就是让有症状的孩子假装有这个症状并鼓励父母假装去帮助。孩子可能放弃现在这个实际的症状,假装服务于同一个家庭功能。我们用下面的两个摘自 Madanes(1981)的例子说明假装技巧。



案 例

最初,母亲因为她 10 岁儿子的梦魇来寻求治疗。Madanes 猜想男孩是在担心母亲,因为她很穷,不太会讲英语,失去了两个丈夫。既然男孩有梦魇,治疗师就让所有家庭成员讲述他们的梦。只有母亲和儿子做噩



梦。在母亲的噩梦中,有人闯进屋子。在男孩的梦中,他被一个巫师袭击。当 Madanes 询问当男孩做噩梦的时候,母亲做了些什么。她说,她让他到她的床上并向上帝祈祷。她解释道,噩梦是来自魔鬼。

Mandane 推测孩子的噩梦既是对母亲的恐惧的隐喻表达,也是在试图帮助她。只要儿子害怕,母亲就必须坚强。不幸的是,为了试图去保护他,她讲上帝和魔鬼使得他更加害怕。于是,母亲和儿子都在无效地帮助对方。

家庭成员要假装都在家,母亲害怕有人闯入,要儿子去保护母亲。母亲要假装非常需要孩子的帮助而不只是要去帮助他们。最初,这个家庭很难表现出这个场景,因为母亲总是在儿子作出帮助之前就去攻击这个“假想贼”。随后的沟通中,她说自己能够照顾好自己而不需要儿子的保护。排演了几次以后,这个场景终于可以按照设想完成,儿子可以去攻击这个贼。母亲解释为什么那么难去扮演这个角色,因为她是个有能力保护自己的人。Madanes 让这个家庭回家后每晚都排演这个节目。如果儿子在做噩梦,妈妈就要将他叫醒,全家一起来排演这一幕。Madanes 对家庭说,这样做非常重要,无论多晚,无论他们多累。儿子的梦魇很快就消失了。



案 例

另一个例子,母亲为 5 岁的孩子寻求精神治疗,因为他有难以控制的坏脾气。在和这个家庭交谈了几分钟之后, Madanes 让孩子在她面前假装发脾气。“好的,”他说,“我是大笨船!”他鼓起胸腔,弯曲四肢,做出怪脸,开始尖叫并踢家具。Madanes 询问妈妈通常在这种情形下她会做什么。妈妈的反应是用脆弱而又无效的方法让她的儿子冷静。她假装将儿子送到另一个房间,正如她在家里努力去做的那样。接着, Madanes 问母亲男孩是否假装得很好。她说是的。

Madanes 让男孩去重复这个场景。这次他是弗兰肯斯坦 (Frankenstein),他的脾气通过僵硬的姿势和鬼脸表现出来。Madanes



跟男孩讨论大笨船和弗兰肯斯坦,并恭喜母亲养育出这样一个有想象力的孩子。

讨论之后, Madanes 让儿子假装发脾气,母亲假装要将他拉回自己的房间。Mदानes 让儿子扮成大笨船,发出很多噪声。然后让他们假装关上门,拥抱对方,亲吻对方。接下来, Madanes 引导母亲假装发脾气,让男孩去拥抱并亲吻她。Mदानes 让每天早晨上学离家和下午放学回来的时候,母亲和孩子都扮演这个场景。如果演得好的话,母亲会奖励男孩一些牛奶和饼干。于是,母亲从一个无助的地位转化为一个权威的地位,她有权根据儿子的表演进行奖励或惩罚。过了一个星期,母亲打电话来说不需要再寻求治疗了,因为男孩的表现很好,他的脾气也消失了。

Haley(1984)将他的 Erickson 式思想写入《受罪治疗》(*Ordeal Therapy*)一书中,收集了很多个案,受罪就是要让症状变得比他们的价值更困难。“如果让一个人保持症状比放弃症状还困难,这个人就会放弃症状”(p. 5)。例如,对来访者来说,一个标准的受罪是让他每天夜里起来艰苦练习白天的症状。另一个例子是让来访者必须给一个与他关系很不好的人送礼物——例如岳母或者前妻——在每次症状发生的时候。

Haley 也使用受罪来重构家庭。例如,16 岁的男孩每天制造很多垃圾,让继母去收拾残局。Haley(1984)给出这样一个安排,每次这样的事情发生之后,父亲就将儿子带到后院,要男孩挖一个三英尺宽、三英尺深的坑,将他制造出来的垃圾埋掉。过了几个星期,这个症状就不见了,父亲和儿子的接触增多,继母和父亲也变得亲密起来。

目前流行的 Haley/Mदानes 治疗,也称为策略人本主义(strategic humanism),依然包括在治疗师假设的基础上给出一个方向。在这一点上,策略人本主义和现阶段家庭治疗的合作取向步调不是很一致。他们给出引导的目的更多的是要增强成员安慰和爱的能力,而不是获取对其他人的控制。这代表着一个巨大的转变,家庭治疗从权力的等级关系转向寻求增强和谐的道路。情绪的表达例如后悔、悲伤、同理心变成策略治疗的崭新组成部分。策略治疗师被人本主义化了。同理心的表达给来访者压力和能力去设想有效的解决



办法。

将同情和技巧绝妙结合起来的策略人本主义的最佳案例当属于 James Keim 与叛逆的孩子的工作(Keim,1998)。治疗师一开始让焦虑的父母安心,让他们不要去责怪孩子的叛逆行为。接着,他解释道,父母的权威有两面——管教和养育。为了加强父母的权威且避免权力争斗,Keim 鼓励他们多一些同情心,多一些支持。在孩子最初遇到问题的时候,父母不是要试图教授孩子应该怎样去做,而是安慰他们。在孩子冷静下来,尤其是通过打破了逆反的孩子和父母争辩的模式后,Keim 教授父母这时候才提出规则并推进结果。这个策略使得父母重新控制了那个不受约束的孩子,并且没有采用通常采用的高强度的情节剧。

米兰模式。最初的米兰模式是极端追求策略和刻板的。男女协同治疗师一起治疗家庭,同时还有一个治疗团队在观察。标准形式分为五个部分:会谈前、会谈、会谈中、干预以及会谈后讨论(the pre-session, the session, the intersession, the intervention and the post-session discussion)。Boscolo、Cecchin、Hoffman 和 Penn(1987)这样描述:

在会谈前,团队对家庭表述的问题有个最初的假设……在过程中,团队成员可能证实、修正或者改变假设。过了 40 分钟,全体团队会单独会谈,讨论假设并进一步去干预。治疗师然后回去给家庭干预,或者是通过正面解读的情况,或者通过让家庭做一个仪式来说明问题的现状,以期有所改变……最后,团队要会后讨论,分析家庭的反应并为下一次会谈做准备。(p. 4)

正如上述描述显示的那样,主要的干预方式是仪式或者是给出一个正面解读。正面解读(positive connotation)是米兰模式中最有特色的创新。衍生自 MRI 作为保护功能的重构症状的技巧——例如,Carlo 需要继续抑郁,以便让父母从他们自身的婚姻问题上转移注意力——正面解读避免暗示家庭成员会从病人的症状中受益。米兰小组认为这样的暗示会带来家庭的阻抗,于是倾向于将病人的行为解释为不是保护特定的人们而是要维持家庭的整体和谐。确实,每个家庭成员的行为都有为整个家庭系统服务的意味。

治疗团队会假设病人症状是怎样适合家庭系统的。在会谈间休息之后,治疗师会将这个信息传递给家庭,同时给出指令,他们不应该尝试去改变。



Carlo 应该继续牺牲自己维持抑郁,让整个家庭放心,他不会成为像祖父那样的暴虐男性。母亲应该继续保持她对 Carlo 的过分关注,以便使得他觉得自己牺牲是有价值的。父亲应该继续批评母亲和 Carlo 的关系,这样母亲就不会试图放弃 Carlo 而成为丈夫的妻子。

仪式(rituals)被用来了解整个家庭的一系列行为,可能是对固定的家规和家庭信仰的背叛或者是夸大。例如,一个家庭和他们的延伸家庭纠缠不清,于是让他们每隔一天晚餐后就关起门来,每个家庭成员谈论 15 分钟关于这个家庭的向往。其中,他们要加强对这个宗族中其他成员的效忠和谦卑。通过夸大对延伸家庭的家庭忠诚,同时又通过核心家庭的单独谈话自然而然与宗族拉开距离,这个家庭会发觉并打破使得这个系统丧失功能的规则。

仪式被用来戏剧化正面解读。例如,每个家庭成员可能必须每晚向病人表达他维持症状的感激之情(Boscolo, et al., 1987)。米兰小组甚至还以“单双日”的形式为基础设计了一套仪式(Selvini Palazzoli et al., 1978a)。例如,有这样一个父母失去控制力的家庭,于是,逢单日的时候,父亲应该负责病人的行为,母亲应该装作她不在那里。逢双日的时候,母亲要负责,父亲则不闻不问。就这样,家庭固定的顺序被打乱了,他们必须采取不同的反应。

正面解读和仪式是非常有效而具刺激性的干预。用这些方法的时候,是为了让家庭积极投入,治疗师与家庭的关系变得非常重要。不幸的是,米兰小组的最初出发点认为治疗是治疗师和家庭之间的权力争夺。他们给治疗师的主要建议就是要保持中立,避免支持家庭中某一方的成员。这种中立(neutrality)常常被表现为一种距离,所以当治疗师提出这种戏剧性的干预的时候好像显得很冷淡,不出意外的是,家庭也会变得愤怒而一去不回。

在 1970 年代末、1980 年代初,最初的米兰小组开始因为治疗的本质发生分歧。Selvini Palazzoli 保持这一模式的策略和对抗倾向,虽然她不再使用自相矛盾的干预。相反,她和 Guiliana Prata 开发出一个称为不变的处方(invariant prescription)的特殊仪式,并将其用于他们治疗的每一个家庭。

Selvini Palazzoli(1986)相信,精神病和厌食症的病人受困于一个“坏游戏”(dirty game),这个权力争夺起初是存在于父母之间,接着这些病人被扯入,最后,他们用自己的症状集中力量去击败父母中的一个以帮助另一个。在不变的处方中,指导父母告诉孩子他们有个秘密。他们需要一起出去一段时



间去处理神秘的事情,也不会告诉任何其他家庭成员。治疗会持续下去,直至病人的症状消失。

在1990年代早期, Selvini Palazzoli(1993)再次彻底改造她的治疗,这次抛弃了短期的策略治疗(包括不变的处方),更改为对病人和家庭的长期治疗。于是,她似乎绕了一个圈子,以心理动力的根源为起点,接着聚焦在家庭模式,最后回归至注重顿悟和关注个人的长期治疗。这个新的治疗围绕着对家庭秘密和家庭代际之间的痛苦的否认的重新理解。

Boscolo 和 Cecchin 同样偏离了策略干预,但是采取一种更加合作的治疗。治疗的产生在于他们越来越认识到米兰模式的引导性不强(无论正面解读或者是仪式),这些是模式的核心概念,但是只存在于会谈本身。他们的治疗以循环提问(circular questioning)为核心,该词是 Bateson 的双重解释(double description)的临床版本。循环提问通过引导他们从人际情境中看待自己,从其他成员的角度看待这个家庭,从而使得来访者不再称之为焦点。例如,治疗师可能会问:“如果你父亲开诚布公地和你讲的话,你觉得,他可能怎样描述你母亲和妹妹的关系呢?”这样的问题就是设计好以期望得到关于关系的描述。

通过这样询问关系的模式,问题的循环本质变得明显,家庭成员也会突破他们的局限和线性视角。后来, Pegg Penn(1982, 1985)和 Karl Tomm(1987a, 1987b)将询问提问改进并分类。Boscolo(Boscolo 和 Bertrando, 1992)保持以智取胜的传统。让我们来看下面这个例子,回到 Carlo 的家庭并设想下面的谈话(摘自 Hoffman, 1983)。

问:谁因为 Carlo 的抑郁最难过?

答:母亲。

问:母亲怎样试图去帮助 Carlo?

答:她和他成小时地说话,并设法帮他做事。

问:谁最同意母亲用这种方式帮助 Carlo?

答:给他开药的精神科医生。

问:谁不同意?

答:父亲。他认为不应该允许 Carlo 做他想做的事情。

问:谁同意父亲?



答：我们都认为 Carlo 简直是个婴儿，连祖母都这样认为。祖父可能会同意妈妈，但是他已经去世了。

问：Carlo 是在祖父去世前还是后开始抑郁的？

答：我估计是去世后不久。

问：如果祖父没死的话，家庭会和现在有什么不同？

答：嗯，母亲和祖母可能不会有那么多冲突，因为祖母不会跟我们住。母亲也不会整日很难过。

问：如果母亲和祖母不整日冲突，你认为 Carlo 会怎么样？

答：我估计他可能会高兴很多。但是，他也可能再会和父亲有很多冲突。

仅仅通过问问题，Carlo 问题的框架逐渐从精神病的框架转移到家庭结构的变化带来的症状问题。

Boscolo 和 Cecchin 变得意识到是这些问题中的精神实质决定了它们的有效性。如果治疗师只是满脑策略——使用提问过程只是为了获得特定的结果——家庭成员的反应会被局限住，因为他们感觉到治疗师在找寻什么。如果从另一个角度，治疗是出于真正的好奇心而向循环问题，就好像加入家庭在做关于他们问题的研究探险，这样的气氛才能使得家庭真正理解他们的困境。

其他贡献。策略治疗师开创性地运用团队取向来治疗家庭。最初，MRI 团体运用单面镜背后的团队帮助头脑风暴策略，就像米兰小组做的一样。Peggy Papp(1980)及其 Ackerman Institute 的同事将团队更直接地带入治疗过程，将观察者从七嘴八舌的讨论转变为真正对治疗过程采取反应。例如，这个团队可能从策略角度考虑，不同意治疗师。在观察团队和治疗师关于家庭是否应该改变的争论时，家庭成员可能觉得他们的矛盾的双方都被代表了。在会谈过程中，让团队公开和治疗师甚至于家庭互动为后来的一些方法铺平道路，例如团队直接进入治疗室，当着家庭的面进行讨论(Anderson, 1987)。

Jim Alexander 是个行为主义者，为了避免单一行为主义取向的限制，他采纳了一些策略想法。结果就是功能家庭治疗(functional family therapy)的诞生(Alexander 和 Parsons, 1982)，正如名称所暗示的，关注家庭行为期望达到的功能(参见第十章)。功能家庭治疗师假定大多数家庭行为是期望通过重新定义(relabeling, 是 reframing 的同义词)变得更亲密或者不那么亲密，帮助



家庭成员从良性的角度看待对方的行为。他们也帮助家庭成员设立一个偶然事件以帮助他们用更直接的方法得到他们需要的那种亲密。功能家庭治疗代表了策略和行为治疗的有趣混合,和其他策略治疗模式不同,保持行为主义的伦理,并将干预建立在扎实的研究基础上。

评估治疗理论和成果

沟通家庭治疗不只将个人的心理治疗应用于家庭,这是一个完全崭新的概念,改变了想象力的本质。新鲜的地方在于关注过程,沟通形成和影响的过程,而不是内容。沟通被描述为反馈、人际权力争夺的策略和症状。实际上,所有的行为都是沟通的。

当沟通在封闭系统中发生时——一个人的幻想或者是家庭的私下谈话——只有很小的可能性去了解这个系统。只有当系统外面的人输入信息,才能带来纠正的发生。因为家庭功能的规则很大程度上家庭是不知道的,检查和纠正它们的最好办法就是请教沟通方面的专家。当症状聚焦的干预成为策略和解决问题模式的基础之时,沟通治疗的理论已经被家庭治疗的主流吸收。

策略治疗的发展在1980年代早期达到顶峰。它们是智慧的、易于说明的和系统的……在治疗中为家庭情绪所困的治疗师非常欣赏这些品质。在1980年代中期,一些反挫出现了,人们开始批评策略治疗的操纵性成分。不幸的是,一方面,一些家庭的焦虑性顽固造就了沟通和策略治疗师;另一方面,他们可能夸大了家庭系统的非理性力量。

1990年代,更加合作性的取向取代了策略和系统取向在家庭治疗中的中心地位。尽管这一领域不再过分依赖技术和操纵,我们不应该忽略策略治疗中一些非常有价值的因素。这包括有一个清晰的治疗目标、预计家庭会对于干预产生怎样的反应、理解和追踪互动的后果、创造性地运用引导。

大多数关于策略治疗有效性的研究不那么严谨,也比较虚弱。不像这本书中的其他模式,关于策略治疗的信息总是随着个案报告的格式发生变化。几乎成百篇的关于策略治疗的文章和书籍至少包括一个成功的技术或治疗成果。于是,策略治疗似乎有大量的故事来证明它的有效性(尽管人们倾向于不写他们失败的个案)。



一些策略团体比较系统地追踪他们的结果。在名为《变化》(Change)的这本书中,记载了对MRI模式效果的追踪,Watzlawick(1974)和他的同事在治疗三个月后给97个持续个案打电话进行追踪调查。他们发现其中的40%报告症状完全消失,32%报告有好转但是没有完全消失,28%报告没有变化。Haley(1980)报告精神病症的年轻人的“离家”(leaving home)模式的效果,发现在中止治疗后的2~4年间,有3/4的人重新入院,其中还有一个人自杀。

对策略家庭治疗效果的早期研究促进了它的广泛性。在他们经典的研究中,Langsley、Machotka和Flomenhaft(1971)发现家庭危机治疗(类似于MRI和Haley模式)可以大幅度降低入院的需求。Alexander和Parsons发现功能家庭治疗比以来访者为中心的治疗、折中的动力治疗或非治疗的控制组都要有效。Stanton和Todd(1982)证实了将结构式和策略家庭治疗联合起来治疗吸毒患者的有效性。结果是非常令人印象深刻的,因为与采用镇定剂治疗法相比,采用家庭治疗戒除毒品的时间要少一半。

在1980年代早期,米兰小组提供了大量关于治疗厌食症、精神病以及不良行为的成功报道(Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin和Prata, 1978b, 1980)。后来,原先的小组成员对这个模式变得有所保留并且认为它并不像原先想象的那样有效(Selvini Palazzoli, 1986; Selvini Palazzoli和Viaro, 1988; Boscolo, 1983)。同期其他一些学习米兰模式的人也表达了这一模式的不尽如人意之处(Machel, Feldman和Sigal, 1989)。在讨论米兰模式让人失望的结果时,作者引用了来访者对治疗师和团队的负面反应。家庭时常觉得治疗师很疏远,团队也没有人情味。《自相矛盾和反自相矛盾》(Paradox and Counterparadox)一书推荐的相反策略的态度显然是要通过治疗师试图正面解读家庭成员而体现。然而如果人们觉得自己不被关心的话,看来是很难改变的。当最初的米兰模式到了穷途末路之时,还有两个策略阵营在苦苦挣扎:西海岸的MRI团体和由Haley和Madanes在东海岸创立的华盛顿学派。

人们反对的是固定的一套技巧花招。但是,花招并不是策略模式本身固有的。例如,MRI团体强调逆向解决办法,虽然在实践中常常无效,但确实是个合理的想法。人们只要追求自我挫败的策略,就必然卡在那里无法动弹。如果遇到某种情形就套用固定的逆反心理治疗的方法,那就不是控制论比



喻的错误,而是应用方法的错误。

到了 21 世纪,策略治疗师也开始整合其他观点以便跟上后现代的精神。Haley 出版了一本书,其中观点的进化是非常明显的(Haley,1996),在这一领域受 MRI 影响的新书也已经出版(Weakland 和 Ray,1995)。此外,一些作者还将 MRI 策略概念和叙事取向结合起来(Eron 和 Lund,1993,1996)。即使在这个不再有大师的家庭治疗年代,看到策略思考依然在发展非常令人欣慰,毕竟深思的问题解决策略和治疗方向还是有其存在的空间的。

小结

沟通家庭治疗是最早也是影响最深远的家庭治疗方法。它的理论发展建立在一般系统理论之上,治疗从卓越的系统取向脱身出来。沟通是可以看得见的输入和输出,治疗师用其来分析人际系统的黑箱。

另一个沟通治疗的重要观点认为家庭是用规则控制的系统,被动态平衡、负向反馈机制所维持。负向反馈说明了正常家庭的稳定性和丧失功能家庭的不灵活性。因为这样的家庭没有足够的正向反馈机制,不能根据变化的情况作出调整。

虽然 Haley、Jackson、Satir 和 Watzlawick 都致力于改变破坏性的沟通模式,但是他们的治疗策略有着很大的区别。他们通过直接或者间接的方式去达成目标。Satir 最常用的直接方法,是通过制定清晰的家规或者教授清晰的沟通模式来寻求改变。这个方法被称为建立基础的规则或者是多元沟通的原理,包括一些策略例如让家人说出自己的心里话以及指出非语言和多层次的沟通方式。

正如 Haley 所说,问题在于,“直接让病人做某事的困难对于精神病人最著名的就是让他们做什么他们偏不做什么”。因为这个原因,沟通治疗师开始更多依赖间接的策略,用来激发改变而不是提升自我觉察能力。例如,让家庭成员说出心里话可能会挑战家规并带来阻抗。有了这样的认识,沟通治疗便成了对阻抗的治疗。

采取相互矛盾的方向去治疗阻抗和症状被称为“治疗的双向束缚”。Milton、Erickson 描述阻抗的技术被用作获得控制的杠杆,例如,治疗师在第



一次见面的时候会告诉家庭成员不要什么都讲。同样的策略也用于治疗症状,这一行为可以使得隐藏的规则变得清晰,暗示这样一来的行为是自愿的,于是治疗师处于掌控地位。

策略治疗起源于 Erickson 的催眠术和 Bateson 学派的控制论,发展出一套治疗心理问题的有力程序。策略取向在理论和技巧上不尽相同,但是都以问题为中心,并实用地关注改变行为的顺序,其中治疗师承担治疗后果的责任。它们避开顿悟和理解,倾向设计一些引导以改变家庭成员互动的方式。

MRI 模式试图严格地保持互动性——更注重观察和干预围绕问题的互动过程,而不是推测参与互动者的感受与意图。Haley 和 Madane 对动机更有兴趣,Haley 的主要目的是想要控制对方,Madane 的目的是爱与被爱。此外,与 MRI 团体不同的是,Haley 和 Madane 在他们的模式中结合了结构式的目标,且不将努力局限于只解决问题上。他们相信成功的治疗需要结构的改变,重点在于改善家庭的等级。

和 Haley 类似的是,米兰小组独创性地看到家庭成员动机中的权力。他们试图去理解围绕着症状而精心构造的多代际的计谋。他们设计出有力干预——正向解读和仪式——去揭露这些计谋并改变问题的意义。后来,最初的米兰小组分裂,Selvini Palazzoli 经历了好几次的改变直到现在形成建立在家庭秘密基础上的长期方法。Cecchin 和 Boscolo 摆脱了刻板的干预方法,开始对运用提问过程帮助家庭有新的理解更感兴趣,这样做也为家庭治疗现在对谈话和叙事的兴趣铺平了道路。



第七章

结构式家庭治疗

领军人物简介

理论建构

正常的家庭发展

行为障碍的发展

治疗目标

行为改变的条件

治疗

评估治疗理论和成果

小结



家庭治疗之所以困难的原因之一，是家庭常常以几个人组成的集体的形式一起出现，而且以极具威力但又难以预测的方式相互影响。结构式家庭治疗为此提出了可以引导出顺序和意义的框架。家庭行为始终如一的模式使我们不得不认为，它们拥有一种结构，虽然这种结构只是一种功能上的形式。组成家庭结构的界限和联盟的确很抽象，但借助家庭结构的这些概念能够使治疗师以系统且有组织的形式进行干预。

前来寻求帮助的家庭所关注的，通常只是某一个特定的问题。问题也许是小孩行为不端，或者夫妻关系不良。家庭治疗师常常会忽略这些问题的细节，而关注家庭解决这些问题的尝试。这样能让治疗师看到家庭互动的动力结构。行为不端的孩子，其父母对他可能只是冷嘲热讽，而从不给予嘉奖。关系不良的夫妻可能陷入了追赶者—逃避者的动力结构中，或者不争吵便不能对话。

结构式家庭治疗对这种程式(equation)的贡献，在于揭示了支持和维持这种互动的整体结构。因为父母中一方全神贯注于孩子，另外一方便只能在外面愤而怒之地旁观，“冷嘲热讽的父母”因此有可能变成相互贬损的两个搭档。如果真是这样，除非结构式问题得以强调，而且父母成为一对真正的伴侣，否则任何旨在鼓动有效的惩戒的尝试，很可能都会失败。同样，关系不良的一对夫妻也不可能改善其关系，除非他们在他们自己和入侵的孩子或者姻亲之间创造了明确的界限。

家庭借助调节其成员相互接触的界限(boundaries)形成子系统(subsystems)，这一发现可以说是家庭治疗的真知灼见之一。活现(enactment)技术的引入也许同等重要，因为活现鼓励家庭成员在治疗过程中直面相对，使治疗师可以观察并且调整他们的互动。

Salvador Minuchin 首先是作为一位无与伦比的技术大师的身份进入家庭治疗领域视野的，并由此造成了振聋发聩的影响。不过，他影响力最深远的贡献在于其家庭结构的理论和一整套组织治疗技术的指南。在 1970 年代，结构式方法如此成功，几乎震撼了整个领域。Minuchin 使费城儿童指导诊所成为举世闻名的综合机构，有成千上万的治疗师在此接受结构式家庭治疗的培训。



领军人物简介

Minuchin 生长于阿根廷。他曾经在以色列的军队里做过医生,然后才到美国,在纽约与 Nathan Ackerman 一起培训儿童精神科医生。完成了研究之后,Minuchin 于 1952 年回到以色列,从事有关离家出走儿童的工作——从此他便全身心地投入到家庭和家庭治疗之中。他于 1954 年再次回到美国,在 William Alanson White 研究院开始精神分析训练,并学习 Harry Stack Sullivan 的人际精神病学。离开 White 研究院后,Minuchin 在 Wiltwyck 学校从事一份为违法男孩服务的工作,并向他的同事建议他们开始留心家庭。

在 Wiltwyck, Minuchin 与其同事——Dick Auerswald、Charlie King、Braulio Montalvo 和 Clara Rabinowitz——一起相互研习家庭治疗,并且随着研习的深入而有所创造。为了相互学习,他们设立了单面镜,轮流相互观察对方的工作。1962 年 Minuchin 对随后便成为家庭治疗麦加的帕洛阿尔托进行了一次朝圣。在那里,他遇到了 Jay Haley,开始了他们超乎寻常且富有成效的合作,他们的友谊由此结出了累累硕果。

Minuchin 在 Wiltwyck 与家庭一起工作的成功,催生了一本奠基性的著作——与 Montalvo、Guernsey、Rosman 和 Schumer 一起撰写的《贫民窟的家庭》(*Families of the Slums*)。Minuchin 作为一名家庭治疗的从业者由此声名鹊起,并于 1965 年成为了费城儿童指导诊所的主任。那时这个诊所只有近十名职员。Minuchin 将这个规模不大的诊所,变成了全世界规模最大且最具声望的儿童指导诊所之一。

在费城,Minuchin 的同事有 Braulio Montalvo、Jay Haley、Bernice Rosman、Harry Aponte、Carter Umbarger、Marianne Walters、Charles Fishman、Cloe Madanes 和 Stephen Greenstein,所有这些都对结构式家庭治疗的形成发挥了不同的作用。到 1970 年代,结构式家庭治疗便成为在所有的家庭治疗流派中最具影响力且应用最为广泛的流派。

Minuchin 在 1976 年从费城儿童指导诊所的主任岗位上退下,但继续留任培训主管直至 1981 年。离开费城后,Minuchin 在纽约建立了他自己的中心,继续家庭治疗的临床治疗和教学,直至 1996 年退休并移居至波士顿。因



为长期从事贫困问题及社会公正方面的工作,Minuchin 现在仍然担任麻省精神卫生科基于住所治疗项目的顾问。1996 年他与他的九位被督导者一起完成了他的第九部著作,《驾驭家庭治疗:成长和转变之旅》。在这本书中,他对他有家庭治疗和培训的艺术性的观点进行了阐释。

就像与有一位超级巨星在同一个团队的优秀演员一样,Minuchin 的一些同事也没有他们应有的知名度那样有名。Braulio Montalvo 便是其中最突出的一个被低估的家庭治疗天才。Montalvo 出生于波多黎各,与 Minuchin 一样,他也一直投身于治疗少数民族家庭。虽然他喜爱温和且更具支持性的方式,不过与 Minuchin 一样,他也是一名杰出的治疗师。Montalvo 在建立费城儿童指导诊所方面起了很重要的作用,因为他是一个寡言的人,喜欢在幕后工作,所以他的贡献鲜为人知。

Minuchin 退休后,为了表达对他的尊敬,位于纽约的中心被更名为 Minuchin 家庭中心,而且火把已经传递到了新一代。现在 Minuchin 中心的主要培训教师包括: Ema Genijovich、David Greenan、George Simon 和李维榕。他们的任务是在没有了其先驱者超凡魅力的领导情况下,在这一领域前沿保持结构式家庭治疗的领导中心地位。

Minuchin 的其他杰出学生还有: 现在纽约 Ackerman 研究院的 Jorge Colapinto、在 William 和 Mary 学院从事教学的 Michael Nichols、在特拉华州从事儿童福利工作的 Jay Lappin 以及在费城私人开业的 Charles Fishman。

理论建构

初学者因为没有理论帮助他们看到家庭动力的模式,很容易深入家庭问题的内容之中。结构式家庭治疗为分析家庭互动过程提供了一个蓝图。它为制定始终如一的治疗策略提供了基础,并避免了需要在每个不同时期采用特定的技术——这是其他学派经常采用的。结构式家庭治疗有三个重要的构造: 结构、子系统和界限。

家庭结构(family structure),家庭成员互动的组织模式,是一个决定论的概念,但并不指定或限定行为;它描述(describes)可预测的先后顺序。家庭行为的不断重复,催生了对下一个行为的预期,而预期的被证实则帮助建立了巨



古不变的模式。一旦模式建立,家庭成员只使用对他们来说可以采纳的广泛的行为范围中的一小部分。婴儿第一次啼哭,或者少年未赶上校车,此时,并不清楚谁将做什么。负担将会被分担吗?会发生争吵吗?会由一个人承担大部分工作吗?很快,模式便建立了,角色也分配了,事情也会按照相同的且可以预测的方式发生。“谁将……?”变成了“她很可能会……”接着便是“她总是”。

家庭结构因为期望在家庭内建立规则而受到强化。例如,一个诸如“家庭成员应该总是相互保护”的规则,将会因为情境的不同以及谁涉入其中,而有不同的表现形式。如果男孩与邻居的男孩打架,母亲将会向邻居投诉。如果少女需要早醒以便上学,母亲便会叫醒她。如果丈夫因醉酒而不能在早上去工作,妻子便会打电话说他患了流感。如果父母在争吵,他们的孩子便会予以干预。父母对孩子的所作所为是如此的全神贯注,以致夫妻没有时间可以单独相处。这些序列便是同晶型态(isomorphic):它们被结构化了。改变序列中的某部分未必影响基本结构,但改变潜在的结构将对所有家庭事物造成涟漪式的效应(ripple effects)。

家庭结构的形成部分是因为普遍的限制,部分是因为特定的限制。例如,所有家庭都有一定的等级结构,成人和儿童拥有不同数量的权威。家庭成员也倾向于进行功能弥补或者互补。所有这些常常变得如此根深蒂固,以致其来源已被遗忘,它们本身也成为必需,而不是具有可选择性。如果一位年轻的母亲,因为抚育婴儿的负担过重,变得心烦意乱并向丈夫抱怨,他有可能作出各种各样的反应。他也许会靠近妻子,并分担抚养孩子的责任。这样就形成了一个联合的父母式的小分队。另一方面,如果他真的认为他妻子“抑郁”,她最终也许会接受心理治疗以获得她所需要的情绪支持。这样就形成了一个母亲远离其丈夫而且学习转向家庭外面寻求同情的结构。不管选择什么样的模式,模式本身都将永恒不变。尽管存在多种选择,家庭不大可能予以考虑,除非环境的改变导致了系统出现紧张。

家庭不可能像他们带一个苹果给老师一样,走进治疗室,将他们的结构形式呈交给你。他们带来的是混乱和困扰。你必须去发现这个分版本——你必须对其准确性格外谨慎——是发现而不是赋予。两件事情是必须的:一件是能够解释结构的理论体系,另一件是在行为中观察家庭。知道了某个家庭是



有三个孩子的单亲家庭,或者父母两人与中间的孩子的关系出了问题,并不能告诉你,他们的结构是什么。结构只有当你观察家庭成员的实际互动时,才会凸现出来。

再来看看下面的情况。一位母亲打电话来,抱怨她 17 岁的儿子行为不端。她被要求带上她的丈夫、儿子和他们另外的三个孩子来参与第一次治疗。他们来到治疗室后,母亲开始以一系列详尽的细节,描述儿子如何桀骜不驯。他插嘴说,她总是找他的茬,他从来不冒犯她。这种在母亲与儿子之间自发性的争吵,揭示了他们之间一种紧密的牵连关系——一种相互吸引,但并不是简单的紧密,因为他们之间也存在冲突。然而,这种序列并没有说出整个故事,因为没有包括父亲或另外的孩子。必须观察他们在家庭结构中的角色。也许父亲站在母亲一边但似乎又漫不经心,这样也许表明母亲与儿子的缠结,与她丈夫的袖手旁观有关。如果他的弟弟们倾向于同意母亲的意见,而将他们的哥哥描述为坏孩子,则结构便开始明朗,所有的孩子与母亲关系密切——密切和顺从到一定的程度,然后就是密切和叛逆。

基于代际、性别和共同兴趣的不同,家庭分化成为不同的子系统(subsystem)。明显的分组,如父母、青少年,有时未必有隐藏的联盟有意义。母亲和最年幼的孩子可能形成一种紧密结合的子系统,并将其他人排除在外。另外一个家庭则可能被分成两个阵营,妈妈和男孩子在一边,爸爸和女孩子在另一边。虽然某些模式很普遍,但亚组的可能性是无穷尽的。

每一个家庭成员都可在几个不同的亚组中扮演许多角色。Mary 可以是一个妻子、一个母亲、一个女儿和一个侄女。每一个角色对她的行为方式都有不同的要求,她也会经常面临不同的人际选择。如果她成熟而且灵活,就有能力改变其行为,以适应不同的亚组。出自母亲之口的冷嘲热讽也许并无大碍,但如果来自妻子或者女儿则可能招致麻烦。

个体、子系统和整个家庭借助人际界限(boundaries)——调节相互接触的看不见的屏障——而得以区分。就餐时禁止接听或呼出电话的规定,可保护家庭免受外界侵入,从而建立了界限。也许在小孩可以随意地打断父母的交谈时,代际之间的界限便因此而消融。未能受到界限足够保护的子系统,将会制约在这些子系统内的人际技巧的发展。如果父母经常调停孩子之间的争执,则孩子们将难以学会在自己的战场上战斗。



人际界限程度从僵化到弥散有所不同(见图 7.1)。僵化的界限具有明显的约束力,限制与外部子系统的接触,这样就导致了疏离(disengagement)。疏离的个体或子系统虽然独立,但却被孤立。从积极的角度

僵化的界限	清晰的界限	弥散的界限
—————	-----
疏离	正常范围	缠结

图 7.1 界限

来看,这样促进了自立。而从另外的角度来看,疏离限制了情感和互助。疏离的家庭如果不能相互支持,必定面临严重的应激。

缠结的(enmeshed)子系统虽然能予以很大程度的相互支持,但却是以牺牲独立和自主为代价的。缠结的父母爱意浓浓且殷勤周到,他们为孩子奉献了大量的时间和精力。不过,与父母过于缠结的孩子,会变得依赖性很强。他们独处时便不舒服,而且在与家庭外的人建立关系时也会遇到麻烦。

Minuchin 在他最受欢迎的著作《家庭与家庭治疗》(Minuchin, 1974)中,对家庭子系统的部分特征进行了描述。两人开始结合时,家庭便成为一个配偶子系统。相爱的两个人,同意分享他们的生活、未来以及期望,但在他们完成从爱情关系向功能性的配偶子系统转变之前,常常需要一段困难的调适时期。他们必须学习调整相互的需要以及各自偏好的互动方式。一对健康的夫妻,每个人既有付出也有回报。他学会了以她所喜欢的方式吻别和行见面吻。她学会了在他早晨喝咖啡时,让他独处读报纸。这些小小的安排,重复了成千上万次,也许很容易或者需要大吵一场才能达成共识。不管是何种情形,这种调适的过程,帮助夫妻成为一个单元。

夫妻也必须发展相互支持的互补模式。一些模式只是暂时的,随后也许会颠倒过来——例如,一个人在工作,而另外一个还在完成学业。其他模式则更为稳定和持久。过度夸大互补作用有可能妨碍个人成长;适度的互补既能使夫妇分工,又能相互支持和丰富生活。当一个人患了流感,感觉很糟糕时,另外一个人就会替代其角色。一个人对孩子的宽容,也许可以因另外一个人的严厉而平衡。一个人火爆的气质,有助于融化另一个人的保守。互补模式在绝大多数的夫妻中均存在。当互补模式被过度夸大,导致子系统功能不良时,便成为问题。治疗师应当学会接受那些行得通的模式,而只对那些行不通的模式进行挑战。

夫妻子系统也必须发展出能与父母、孩子以及外面世界相隔离的界限。



孩子出生后,夫妻便放弃了需要相互支持的空间,这种现象太常见了。夫妇周围的界限过于僵化,则容易剥夺孩子所需要的照顾;不过,在当今以孩子为中心的文化中,父母与孩子之间的界限即使有,至多也只是模糊不清的。

孩子的出生常常会改变家庭的结构;必须制定出父母和孩子子系统之间的互动模式,然后进行修订,以使其适应正在变化的环境。清晰的界限既能维持孩子与父母之间的互动,又能将他们排除在夫妻的子系统之外。父母与孩子吃在一起,玩在一起,而且分享许许多多共同的生活。但配偶的有些功能却不必分享。丈夫和妻子应该继续作为一对相爱的伴侣,虽然已提升为父母,他们也应该有时间单独相处——交谈、偶尔到外面就餐、吵架和做爱。不幸的是,幼小孩子的吵吵嚷嚷,常常导致父母对建立维持他们关系的界限的需要视而不见。

除了维护夫妻隐私外,清晰的界限有助于建立父母能起领导作用的等级结构(hierarchical structure)。以孩子为中心的时代对这一等级的破坏极其普遍,以致对父母以及为之服务的专业人员都会造成影响。与孩子缠结的父母倾向于与他们争论谁应当负责,而且错误地分享——或者回避——做出父母式决定的责任。

在《住院化造就的疯癫》(Elizur 和 Minuchin,1989)一书中,Minuchin 从超出家庭范围包括整个社区在内的系统观点,对一个案例的家庭问题进行了分析。正如 Minuchin 所指出的,除非治疗师能学会超越他们的工作及其所植根的更大社会结构的片面生态学观点,他们的努力将不过是转动轮子而已,几乎没什么效用。

正常的家庭发展

正常家庭并非没有问题,而是有处理问题的功能结构。所有夫妻必须学习如何相互调适;如果他们选择要孩子,还得学习如何抚养孩子;如何与他们的父母相处;如何应付工作;如何适应社区。这些特征随着发展阶段和情境危机而有所变化。

当两个人结合组成一对夫妻时,对这个新联盟的结构要求就是适应和界限制定(accommodation and boundary making)。首要的是相互适应(accom-



modation)以处理应接不暇的日常琐事。每一个配偶都试图沿着自己熟悉的路线组织关系,并且向另一方施压,以促使其服从。每一个人必须适应另一个人的期望和欲求。他们必须在大问题上取得一致,如居住在哪里以及是否和何时要孩子;另一方面,并非显而易见,但也同样重要的是,他们必须在日常仪式方面予以合作,如看什么电视节目,晚餐吃什么,什么时候上床睡觉以及做些什么。

为了相互适应,一对夫妻必须在他们之间的界限,以及他们与外部世界界限的特征方面进行协商。如果他们在工作时经常互通电话,如果他们没有各自的朋友或者独立的活动,如果他们只将彼此视为一对而不是两个独立的个体,则他们的界限是弥散的。另一方面,如果他们很少有时间共处,各自睡各自的卧室,各自休各自的假,开设各自的银行账户,而且每个人对事业和外部关系的投入明显多于对婚姻的投入,则他们建立了僵化的界限。

每一个配偶倾向于希望在其自身的家庭内获得亲近带来的舒适。如果这些期望互不相同,一场争斗便会随之而来,而这也许是组成新的联合体的最为困难的一个方面。他想与男孩子们一起打高尔夫球,她会觉得被离弃。她想说会儿话,他却要看 ESPN(体育电视)。他的关注点是他的事业,她的关注点却是关系。每一个人都认为另外一个人不可理喻。

配偶们也必须设置一个界限,以便他们与其原生家庭分开。配偶们原先所赖以成长的家庭,也必须迅速对他们的新婚姻予以调适。无论是新婚夫妻,还是他们的父母,这都是一个困难的适应过程。接纳和支持这些新的联合体的难易程度因家庭而不同。

孩子的加入使得新家庭的结构发生变化,成为父母子系统(parental subsystem)和孩子子系统(child subsystem)。配偶们对待婴儿有不同的模式,这是很司空见惯的。女性卷入三人联合体很可能自怀孕便开始,因为身处她子宫内的孩子是不可避免的现实。另一方面,她的丈夫则只有当孩子出生后,才会觉得自己是一个父亲。很多父亲只有在婴儿大到能对他们作出回应的时候,才会接纳父亲的角色。因此,即使在正常家庭,孩子也会给父母带来潜在的压力和冲突。一位母亲的生活因之而发生的变化,通常远胜于父亲。她作出了很大的牺牲,自然需要从丈夫处得到更多的支持。而丈夫却仍然继续他的工作,新生儿对他的妨碍可以说微乎其微。虽然他也打算支持他的妻子,



但他很可能也会抱怨她的某些过分要求。

孩子们在不同的年龄阶段,需要不同的养育方式。婴儿最主要的是需要营养和支持。儿童需要指导和管制,青少年则需要独立和责任。对于一个2岁孩子的良好养育方式,可能完全不适用于5岁或者14岁的孩子。正常的父母能够适应这些发展过程中的挑战。家庭能够改变其结构,以适应新的成员,适应孩子的成长和发育,适应外部环境的变化。

Minuchin(1974)警告家庭治疗师不要将成长的痛苦错误地视为病态。正常的家庭在适应成长和变化时,也会经历到焦虑和混乱。许多家庭会在转变阶段寻求帮助,治疗师应当牢记,这些家庭也许不过是处在调整其结构,以适应新环境的过程之中而已。

所有家庭都将面临导致系统紧张的情况。虽然在健康家庭和非健康家庭之间并不存在一条清晰的分界线,但我们可以说,健康家庭能够调整他们的结构,使其适应变化了的环境;而功能不良的家庭,则反而会增加那些不再有任何效应的结构的僵化程度。

行为障碍的发展

家庭系统必须足够稳定,以保持连续性;同时也必须足够灵活,以便能适应正在变化的环境。当不灵活的家庭结构不足以适应成熟或者环境带来的挑战时,问题便出现了。当家庭或者其中的一员面临外界的压力以及因成长而达到某一变化点时,结构应当作出适应性的变化。

家庭功能不良是应激以及未能重新组合自己以应对应激两者结合的结果(Colapinto, 1991)。应激源可以是环境性的(父母中的一方被解雇,搬家)或者发展性的(孩子进入青少年期,父母退休)。家庭未能处理好不幸的事件,可能是由于其结构的瑕疵,或者仅仅是因为他们不能适应变化了的环境。

在疏离的家庭之中,其界限是僵化的,而且在有需要时,家庭不能动员其可以支持的力量。疏离的父母可能只有当问题很严重时,才能意识到孩子心情抑郁或者在学校遇到了困难。另一方面,在缠结的家庭之中,其界限是弥散的,而且家庭成员反应过度,相互之间变成侵入式的卷入。缠结的父母常常阻止孩子发展其更为成熟的行为方式,并干扰他们自己处理自己的问题,为此带



来了许多麻烦。

Minuchin 和 Nichols(1993)在他们的案例研究著作《家庭愈合》(*Family Healing*)中,描述了一个常见的缠结的案例,父亲挺身而出,调停他的两个男孩的无伤大雅的争执——“虽然 Cain 和 Abel 不过是兄弟而已,但父亲的妒忌有可能导致谋杀”(p. 149)。当然,问题在于如果父母们总是干扰孩子们的争吵,孩子们将无法学会在他们自己的战场上战斗。

虽然我们谈到了缠结和疏离的家庭,更为准确地应该说是缠结或者疏离的某个特定的子系统。事实上,缠结和疏离倾向于具有相互性,例如,对工作投入过多的父亲很可能对家庭的投入便会相对较少。经常会碰到的一个模式是缠结的母亲/疏离的父亲综合征——“有中产阶级家庭的典型安排;母亲与孩子的亲密替代了婚姻的亲密”(Minuchin 和 Nichols, 1993, p. 121)。

女权主义者已经对缠结的母亲/疏离的父亲综合征发起了批评,因为她们不同意刻板的劳动分工(父亲工具式的角色,母亲表达式的角色),她们认为 Minuchin 有关等级的想法,暗含了这样的分工;因为她们担心对母亲的谴责作为一种安排,可能已经植根于文化之中。这两方面的关注是有其依据的。不过偏见和谴责是基于对这些观念的愚钝的应用,而不是观念本身。扭曲的关系,不管是什么原因造成的,都是有问题的,虽然不应该为此对个别的家庭成员予以谴责,也不应该期望个别的成员单方面来改变这种不平衡。同样,需要等级并不意味着任何角色的特定分工,它仅仅表明家庭需要某些类型的结构、某些类型的父母的团队工作以及子系统之间某种程度的分化。

等级有可能微不足道和毫无效应,或者僵化不变和专横跋扈。在第一种情况下,因为缺乏指导,家庭中年幼的成员可能发现他们未能受到保护;在第二种情形,作为独立自主的个体的成长可能受到损害,或者权力斗争随之而来。正如功能性的等级对一个健康家庭的问题必不可少一样,灵活性对于他们适应变化也同样不可或缺。

当家庭成员为了保护自己,避免相互面对困难处境所带来的痛苦,羞于强调他们的不一致时,对这种恐惧变化的最常用的表达方式是回避冲突(conflict avoidance)。疏离的家庭通过避免接触而回避冲突;缠结的家庭则通过否认差异或者经常发生口角来避免冲突,而这些口角不过是使他们发泄情绪而已,并不能导致变化或者解决冲突。



结构式家庭治疗师借助一些简单的符号图示结构问题,而且这些图式常常能清楚地阐释应该改变什么。图 7.2 显示某些用来图示家庭结构的符号。

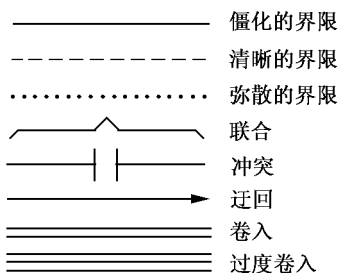


图 7.2 家庭结构符号

父母不能解决彼此之间的冲突时,便会将关注的焦点转向某个孩子,这是家庭治疗师常常碰到的问题。他们不为彼此担忧,却为孩子担心(参见图 7.3)。虽然这种方式减少了父亲(F)与母亲(M)之间的紧张,但为此牺牲了孩子(C),因而这种方式属于功能不良。

一个交替且同样常见的模式是,父母继续通过孩子进行争吵。父亲说母亲过于放纵;她说他过于严厉。他可能因此而退缩,这样便会使得她批评他缺乏关怀,由此导致他更进一步的退缩。缠结的母亲以过于关爱的方式回应孩子的需要。疏离的父亲则即使在需要作出反应时也不会予以反应。双方都对对方的方式加以批评,但双方都不会改变自己的行为方式。结果便在母亲和孩子之间造成了跨代联合(cross-generational coalition),由此将父亲排除在外。

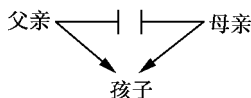


图 7.3 作为迂回冲突的替罪羊方式

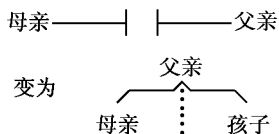


图 7.4 母亲-孩子联合

有些家庭在孩子尚处幼年时运作良好,但却不能适应长大了的孩子所需要的纪律和控制。年幼的孩子在缠结的家庭中得到了非同一般的关爱(图 7.5): 父母搂抱他们、热爱他们、为他们倾注很多心血。虽然这样的父母可能因为照顾孩子太过劳累,而没有更多的时间彼此相处,但他们的系统也许还算成功。不过,这些溺爱的父母如果没有教导孩子服从规则和尊重权威,孩子们也许因此尚未做好进入学校的准备。习惯于我行我素,他们也许会桀骜不驯或调皮捣蛋。这种情形有可能出现几种后果,而促使家庭来接受治疗。孩子也许不愿上学,他们的恐惧被允许他们留在家里的“理解的”父母潜移默化地给予了强化(图 7.6)。这样的案例也许会被诊断为学校恐怖症,如果父母允



许孩子留在家里超过 2~3 天,则问题有可能越来越顽固。

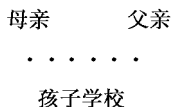


图 7.5 与孩子缠结的父母

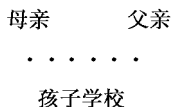


图 7.6 学校恐怖症

也有另外一种可能,这样一个家庭的孩子也许可以去上学,但是因为他们未能学会与其他人相处,他们也许会遭到同学的拒绝。这样的孩子常常易于沮丧和退缩。另外一种情形是,与父母缠结的孩子在学校不遵守纪律,学校当局有可能最先来咨询。

当家庭构成发生较大的变化,如离婚或者寡妇鳏夫再婚时,家庭结构也应作出调适。这样的“混合家庭”要么对其界限再次予以调整,要么很快就会经历变化带来的冲突。当女性离婚时,她和孩子必须首先学会调整结构,并建立清晰的界限将离婚的配偶分开,但又要允许父亲和孩子之间的接触;接下来,如果她再婚,家庭又必须予以调整,以便与新丈夫和继父相处(图 7.7)。有时对于母亲和孩子来说,很难让继父作为一个伙伴加入新的父母子系统。母亲和孩子长时间以来已经建立起一套行之有效的规则,而且学会了相互适应。新的父母有可能被视为外人,被认为应该学会“正确”(已经习惯了的)处事方式,而不能以新伙伴的身份在抚养孩子方面提出建议,得到忠告(图 7.8)。母亲和孩子愈是坚持维持他们所熟悉的模式,不为继父进入他们的家庭作出必需的调整,继父将愈加愤怒和沮丧。结果将导致孩子遭受虐待,或者父母之间出现旷日持久的争吵。这类家庭越快接受治疗,就越容易帮助他们适应所出现的变化。他们等待得越久,结构问题将会变得越顽固。

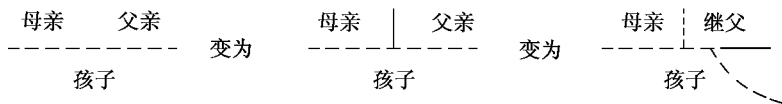


图 7.7 离婚和再婚

某一个成员的症状不仅仅反映他与其他人的关系,也说明这种关系维系家庭内的其他关系,这可以说是家庭结构问题的一个重要方面。16 岁的 Johnny 情绪抑郁,知道他与母亲关系缠结是很有裨益的。母亲要求他

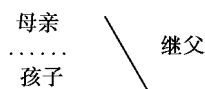


图 7.8 接纳继父失败



绝对服从,且不让他有自己的思想或者发展与外界的关系,知道了这样的事实有助于解释他的抑郁(图 7.9)。但所有这些不过是有关家庭系统的部分观点。

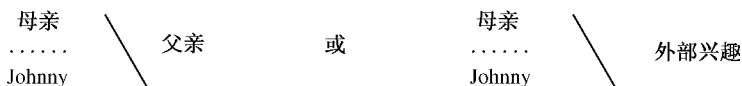


图 7.9 Johnny 与母亲缠结而与外部世界疏离

母亲为什么会与她的儿子缠结?也许她与丈夫过于疏离。也许作为一位寡妇,她没有找到新的朋友、工作或者其他兴趣。要帮助 Johnny 解决他的抑郁,最好同时帮助他的母亲与丈夫或者朋友建立亲密关系,满足她的需要。

因为所存在的问题常常是维系整个家庭结构的功能,所以对整个系统进行评估就显得十分重要。例如,面对一位父亲抱怨孩子行为不端的时候,治疗师如果单独会见孩子,将无助于父亲清楚地陈述规则或者予以有效的强化。也无助于观察父亲与孩子在一起时,如何停止母亲贬低父亲的权威。只有见到整个家庭的互动,才有可能得到他们的结构的整体印象。

有时即使观察整个家庭也未必足够。结构式家庭治疗强调对社会系统情境重要性的认识。家庭未必总是全部或者最相关的情境。如果父母中的一方存在婚外关系,这种关系就是家庭情境中的重要部分。未必一定要邀请婚外情人来参与家庭治疗,但是认识到婚外关系对结构的影响是非常重要的。

在某些情况下,家庭未必是所存在问题最有关联的场所。母亲的抑郁有可能更多地是工作关系,而不是家里的原因所导致。儿子的问题也许主要是学校的结构情境,而不是家里的问题所致。在这种情形下,结构式家庭治疗师应该让最有关联的部门参与治疗,以便减轻所存在的问题。

最后,有些问题也许可以作为个体问题对待。正如 Minuchin(1974)所写到的,“病态可能在于病人本身,在于他所处的社会情境,或者在于两者之间的反馈”(p. 9)。Minuchin 在另外的一本著作中(Minuchin, Rosman 和 Baker, 1978)也谈到了“崇拜系统,否认个体”的危险性。家庭治疗师不应当忽视某些问题是以个体为基础的可能性。治疗师也不应轻视个体的经验,这是最容易出现的问题,尤其当面对幼小的儿童时更是如此。与家庭访谈观察父母如何与孩子相处时,一个谨慎的临床人员可能就能注意到孩子罹患神经系统的毛病或者存在学习困难。这些问题需要弄清楚或者转介给合适的专业人员。孩



子在学校里出现困扰时,问题通常出在家里或者学校里。通常是这样,但也并不总是如此。

治疗目标

结构式家庭治疗师相信,家庭组织的功能失调是维持问题的主要因素。因此,治疗应该直接有针对性地改变家庭结构,以便家庭能够解决其问题。治疗的目标在于结构的改变;问题的解决只是整体目标的副产品而已。

家庭问题的根源在于家庭组织的功能不良,这一观念已经引起对结构式家庭治疗的批评,认为过于病态取向。批评者认为功能不良的组织的结构图谱,如同来访家庭的病态核心的肖像,这并不真实。结构问题通常被视为仅仅难以适应变化无常的环境而已。结构式治疗师远远不只是发现家庭固有的缺陷,还应该包括激发本已经存在于来访者家庭的潜在的适应性结构(Simon, 1995)。

结构式家庭治疗师进入家庭系统,帮助其成员改变他们的结构。通过改变界限和重塑子系统,治疗师改变每个家庭成员的行为和经验。治疗师并不解决问题,那是家庭的工作。治疗师帮助调整家庭的功能,以便家庭成员能够解决他们自己的问题。结构式家庭治疗的这种方式类似于动力心理治疗——症状的消除本身并非治疗的终极目标,只不过是持续性的结构改变的结果。精神分析治疗师调整了患者心理的结构;结构式家庭治疗师调整了患者家庭的结构。

改变症状最有效的方式,是改变家庭维持症状的模式。结构式家庭治疗的目标在于促进系统的成长,以消除症状并鼓励个体的成长,当然也维护家庭内部的相互支持。

短期目标也许是缓解急性问题,尤其是对生命有威胁的症状如神经性厌食(Minuchin, Rosman 和 Baker, 1978)。有时也可运用行为技术、建议或者操控,以便尽快获得效果。然而,除非家庭系统内的结构发生了变化,否则症状的短期消除也只会是昙花一现。

每个家庭的目标由其所呈现的问题以及结构性功能不良的特征而决定。虽然每一个家庭都是独一无二的,但也存在共同的问题以及典型的结构目标。



对于家庭的最重要的普遍目标是，创立有效的等级结构。父母应该肩负起其应尽的责任，不能与他们的孩子平起平坐。另外一个常见的目标是帮助父母一起建立一个有内聚力的执行子系统。当只有一个父母或者有几个孩子时，可以鼓励年长的孩子中的一个或几个，作为父母的助理。当然，孩子的需要也不能视而不见。

对于缠结的家庭，目标应当是强化围绕个体以及子系统的界限，以促使其分化。对于疏离的家庭，目标应该是使界限更具渗透性，以增加互动。

行为改变的条件

结构式治疗通过开启能够调整家庭结构的、另外一种形式的互动模式来改变行为。结构式治疗并非创立一种新的结构，而是激活已处于休眠状态的结构。当新的操作模式能够定期地重复，而且可以预测为有效时，这些模式将会使新的更具功能性的结构趋于稳定。

治疗师通过进入(joining)家庭，探索可以变化的灵活区域，然后激活休眠的另外一种形式的结构，来产生变化。进入意味着治疗师融入到家庭中去；适应(accommodating)他们的风格本身也会给他或她以力量；重建(restructuring)策略将使家庭结构发生转变。如果治疗师只是作为一个旁观者，或者采取过于不协调的干预方式，家庭将会拒绝他或她。如果治疗师过于融入家庭以致成为家庭的一部分，或者采取了过于协调的干预方式，家庭将会同化干预措施，并使其融入既往的操作模式。以上无论是哪种方式，都不会出现结构的改变。

进入和适应是重构的前提。要进入家庭，治疗师必须传达对家庭成员的接纳以及对他们处事方式的尊重。Minuchin(1974)将家庭治疗师比作人类学家，必须首先进入某种文化，才有可能对这一文化进行研究。

为了加入来访家庭的文化之中，治疗师作出了调整自己的表示——我们通常不假思索地所做的那种事情，虽然并不总是能成功。如果父母是因为孩子的问题而来求助，治疗师不会一开始就问孩子的观点，这样就传达了一种对父母缺乏尊重的意思，而且有可能导致他们拒绝治疗师。只有当治疗师成功地进入到家庭之后，再去尝试建构，这样才有可能成功——常常出现的戏剧性



的遭遇就是,挑战家庭并促使他们改变。

第一个任务是理解家庭对他们的问题的观点。治疗师通过探索所解释的内容和所表达的顺序的构架来达到这一点。然后家庭治疗师重构(reframe)他们的构架,使其成为能理解家庭结构的基础。

事实上,所有治疗师都运用重构。患者,不管是个体的还是家庭的患者,求助时都带着他们自己对他们所存在问题的原因的观点而来——只不过这些观点通常并没有帮助他们解决问题——而且治疗师会对这些同样的问题提供给他们一种全新的且很可能更富建设性的观点。是什么使得结构式家庭治疗别具一格?那就是在治疗过程中使用活现来促使重构发生。这是结构式家庭治疗所必备的条件:在治疗的现场情境中观察和调整家庭结构。结构式治疗师所要处理的是他们在治疗过程中所看到的,而不是家庭成员所描述的。治疗过程中的行为以及家庭动力特征,正是结构式家庭治疗师所要处理的。

在治疗现场,结构式家庭治疗有两种现象需要关注——活现(enactments)和自发的行为序列(spontaneous behavior sequences)。当治疗师促使家庭展示他们是如何处理某种特定的问题时,活现便发生了。活现通常以治疗师建议某一个特定的亚组,开始讨论某一个特定问题的方式开始。当家庭成员讨论时,治疗师便可以观察家庭过程。活现需要三个方面的操作。第一,治疗师限定或者指定一个序列。例如,治疗师观察到母亲与女儿交谈时像一对同伴,而且小弟弟被排除在外。第二,治疗师导演活现。例如,治疗师有可能对妈妈说“对你的孩子们说”。第三,也是最重要的,治疗师必须指导家庭调整活现。如果母亲与孩子们说话的方式看起来她好像不在重大决策上负责,治疗师就应当在家庭活现时指导她担负起责任。治疗师的所有举措应当为家庭创造新的选择,这些选择应该能够带来建设性的互动。

一旦活现出现停顿,治疗师可以选择下述两种方式中的一种予以干预:对不对头的地方予以评论,或者只是推动他们继续活现。例如,一位父亲接受建议,与其12岁的女儿交谈,讨论她遭受训斥后的感受,治疗师可以对父亲说:“恭喜!”父亲:“你是什么意思?”治疗师:“恭喜!你赢了,她输了。”或者治疗师只是对父亲说:“好的,继续谈,帮助她表达更多的感受。她还只是一个小姑娘,她需要你的帮助。”以鼓励和推动活现。



除了要注意活现的序列外，结构式治疗师对揭示家庭结构的自发序列也保持高度警觉。引起活现正如导演戏剧一样；注意观察自发的序列正如关注没有导演时所出现的精彩片段一样。在治疗早期，治疗师通过观察和调整这些序列，可以避免陷入家庭惯有的无效的处事方式。当问题行为出现时便立即予以处理，可以使治疗师更好地组织、强调以及调整治疗过程。

有经验的治疗师甚至在第一次访谈前，就可以对家庭结构作出一些推断。例如，如果家庭是因为“多动”的孩子来就诊，便有可能对家庭结构以及治疗开始后有可能出现的现象作出一些推测，因为“多动”行为常常是孩子与母亲过于缠绕的一种功能。母亲与孩子的关系可能是家庭内缺乏等级分化的结果，也就是说，父母和孩子相互之间的关系就像伙伴一样，而不像不同代际之间的成员的关系。更进一步，母亲与“多动”孩子的关系过于密切很可能既是与其丈夫的情感距离的原因，也是其结果。知道这是一种常见的模式，治疗师可以预料到，在第一次访谈的初期，“多动”的孩子便会开始出现行为问题，而且母亲将会对她孩子的行为问题束手无策。有了这些推测作为武装，治疗师便可以在行为问题出现时，立即予以放大（而不是活现）。如果“多动”儿童开始在房间内乱跑，而母亲除了表示不满外，并没有其他有效的措施。此时治疗师也许可以说：“我注意到你的孩子可以完全不理睬你的话。”这种挑战有可能促使母亲采取更为有效的措施。

治疗

■ 评估

诊断暗含着知识：对某些事情进行描述并且予以命名。评估则涉及假设。结构式的评估是基于以下假设：即家庭的困难常常反应家庭组织方式的问题。它同时还假设如果组织结构发生了变化，则问题也会相应发生改变。也许需要特别强调的是，困难常常反映整个(whole)家庭的组织方式。因此，也可以这样假定，即如果母女之间发生了变化，夫妻之间也会相应地发生改变。

结构式治疗师要作出评估，首先要进入家庭并与之结成联盟，然后采用活现的方式推动家庭系统出现运动，治疗过程中的对话可以使治疗师观察到家



庭成员实际上是如何进行互动的。

假如，一位年轻女性存在强迫性犹豫。在第一次家庭会谈回答治疗师的问题时，这位年轻女性变得犹豫不定，而且不时瞥望自己的父亲。父亲则常常要对她难以解释清楚的问题予以大声澄清。现在看来，女儿的犹豫不决与父亲的帮助有关，暗示着一种缠结的模式。当治疗师要求父母对女儿的问题进行讨论时，他们不能在没有任何反馈的情况下进行交流，而且讨论不能持续太久。这样标志着父母之间的疏离，而这种疏离又与父母一方和孩子之间的缠结有关(互为因果)。

需要注意的是，结构式评估应该超越目前的问题，进而包括整个家庭，而且——坦白地说——有问题的家庭常常存在某种类型的潜在的结构问题。然而，结构式治疗师对于家庭应当如何组织并没有任何假设，注意到这点非常重要。单亲家庭在功能上完全可以完美无缺，两个妈妈(或者两个爸爸)的家庭，或者其他任何形式的家庭也完全可以如此。家庭因其无法解决的问题来寻求治疗，这个事件本身就赋予了治疗师一个放大镜，用以假定这个特定家庭的组织方式已不足以维持其正常的运作。

虽然结构性评估完全是整体性的——也就是说，包括这个家庭的基本组织——但评估最好还是集中于目前的问题，然后再探索家庭对问题的反映。假设有一个13岁的女孩，她父母抱怨她撒谎。第一个问题可以这样问：“她对谁撒谎？”让我们假设回答是对父母双方都撒谎。接下来就可以这样问：“父母是如何发现她在撒谎的？”或者，也可以不带责难意味地问：“父母谁最擅长发现女儿撒谎？”也许，这样会将话题或者矛头转向母亲。事实上，母亲也许已沉湎于寻找女儿的谎言——其中大多数谎言是在寻求独立，而这种方式却增强了母亲的焦虑。这样，一个忧心忡忡的母亲和一个桀骜不驯的女儿，相互在为成长而争斗，并将父亲排除在外。

为了让评估进入更深一个层次，结构式治疗师将会探索父母之间的关系。不过，治疗师并不会将孩子的问题假定为婚姻问题的结果，而只会推定母女关系可能与父母关系有关。也许父母在他们的第一个孩子进入青春期前一直相处融洽，然后母亲才开始比父亲有更多的担忧。不管怎样，评估还应当包括与父母谈及有关他们各自家庭中的成长问题，由此探索他们的过去及其如何影响到他们现在采取这样的方式。



■ 治疗技术

在《家庭与家庭治疗》一书中,Minuchin(1974)教导家庭治疗师如何去观察他们所面对的家庭。借助于结构式家庭理论的镜头,先前尚是困惑难解的家庭互动,会突然游进聚焦的中心。在他人看到只是混乱和残忍时,Minuchin看到了结构:家庭借助于界限组成子系统。这本取得巨大成功的著作(印刷超过了20万册),不仅教导我们观察缠结(enmeshment)和疏离(disengagement),而且让我们期待改变缠结和疏离只不过是进入(joining)、活现(enactment)和去平衡(unbalancing)而已。Minuchin使改变家庭看起来很简单,但事实并非如此。

任何人只要在《家庭与家庭治疗》出版后10年或20年后,目睹过Minuchin的治疗工作,将会看到一位极具创造力的治疗师依然在变化和进步,而并没有将自己冰封在1974年。在治疗过程中,仍然会有一些具有首创性的回合(“谁是这个家庭的家长”),但鲜见活现,亦罕见舞台导演式的对话。我们也会听到借自Carl Whitaker的片段(“你什么时候与你的妻子离婚而娶了你的工作”)、Maorizio Andolfi的片段(“你为什么不也在地毯上撒尿?”)以及其他人的片段。Minuchin将许多东西融进了他的工作之中。那些熟悉他早期工作的人也许会问:Minuchin还是一位结构式家庭治疗师吗?这个问题当然很荒谬;我们提出这个问题是想指出:结构式家庭治疗并不是一组技术的结合,而是观察家庭的一种方式。

在本章的剩余部分,我们将描述结构式家庭治疗技术的经典框架,为了防止误解,也在此强调,一旦治疗师熟练掌握了结构式理论的基本原理,他们必须学会将这些原理和方法改变成适合他们自己个人风格的方式。进行干预是一门艺术,治疗师必须发现和创造适合每一个家庭实际风格以及治疗师本人性格的治疗技术。因为每一次治疗过程都有其独特的特点,如果忽略了背景,便毫无针对性可言。一味地模仿他人的技术是沉闷的,也是徒劳的——沉闷是因为他人的技术未必适合治疗师自己;徒劳是因为这一技术未必适合所治疗的

家庭。

在《家庭与家庭治疗》一书中,Minuchin(1974)列举了在结构式家庭治疗过程中三个有些重叠的术语。治疗师(1)以领导者的身份进入家庭;(2)勾画



出他们潜在的结构；(3) 采取干预措施改变这一结构。这一程序很简单，而且似乎有一个清晰的计划，但它又是极端复杂的，因为家庭的模式是变化无穷的。

通过实践观察发现，结构式家庭治疗是一个有机的整体，而且是由治疗师与家庭的非常真实的人际互动中创造而来。为了在治疗过程中体现治疗师的真诚并达到预期的效果，治疗师的举动是不可能事先计划好或者事先排练的。好的治疗师远胜于技术员。从另一方面来说，治疗策略又必须进行周密的计划。一般来说，结构式家庭治疗的策略包括下述七个步骤：

1. 进入和顺应(joining and accommodating)；
2. 引起并处理互动(working with interaction)；
3. 勾画结构(structural mapping)；
4. 强调和修饰互动(highlighting and modifying interactions)；
5. 明晰界限(boundary making)；
6. 去平衡(unbalancing)；
7. 挑战无效的假设(challenging unproductive assumptions)。

进入和顺应。因为大多数家庭已经建立了稳定的动态平衡模式，有效的家庭治疗需要挑战和直面。然而，对家庭习惯的方式予以攻击将会毫无用处，除非这些方式以接纳和理解的方式出现。家庭，就像你和我，会抵抗他们觉得不能理解和接纳他们的人，以及这些人所作出的要改变他们的种种努力。

单个的患者在进入治疗时，通常已经准备接纳治疗师的权威。在寻求治疗时，个体不言而喻地便认可了需要帮助，而且愿意相信治疗师。家庭却并非如此。

家庭治疗师是一位不受欢迎的外人。她为什么要坚持看整个家庭而不是只看已确定无疑的病人呢？家庭成员希望治疗师能告诉他们，他们到底做错了什么，而且他们已经做好了为自己辩护的准备。因此，家庭是由非病人组成的一个组织，他们感到焦虑，而且觉得过于暴露；他们随时准备抵抗，而不是合作。

首先，治疗师必须解除他们的防御，缓解他们的焦虑。这一点可以通过与家庭的每一个单个的成员建立理解的联盟得以实现。治疗师了解每个人的名字，并与每个人都打招呼，而且与他们进行友好的沟通。



最初的问候应该表达尊重,这种尊重不应该只是针对家庭中的个体,也应该包括他们的等级结构和组织。治疗师通过认可父母的权威来表达对他们的尊重。让父母,而不是孩子首先描述问题。如果家庭挑选出一个人来为另外的人作陈述,治疗师注意到这一点,但未必一开始就要对此进行挑战。

儿童也有其自身的能耐和特别的关注点。应当有礼貌地招呼他们,并用简单且具体的问题与他们交谈,“嗨,我是××;你叫什么名字?噢,谢利,这是一个很好的名字。谢利,你在什么地方上学?”对于年长的儿童,应该尽量避免常常是貌似成熟的问题(“你长大以后想做什么?”)。应该尝试问一些稍微新鲜一些的问题(如“你最恨学校什么?”)。对那些希望保持沉默的儿童应该“允许”他们如此。治疗师接纳他们的沉默将是让他们参与治疗的很有价值的一个步骤。“你对这个问题有什么看法?”(Grim 沉默)“我注意到,你好像现在不想说什么?那好,也许待会儿,你会有话要说。”

不能进入和适应,将会导致阻抗,而这种阻抗又常常被用来责怪家庭。当事情进展不顺的时候,责怪他人或许令人备感释然,但却于事无补。不能将家庭成员称之为“消极的”“叛逆的”“阻抗的”“对抗的”,也不能将之视为“没有动机”;更有用的办法是付出额外的努力去联结(connect with)他们。

进入家庭中有权势的成员和愤怒的成员,尤其重要。必须忍受特别的痛苦,去接纳认为治疗毫无用处的父亲的观点,或者接纳看起来像是应该受到谴责的罪犯一样的愤怒的青少年。每隔一段时间重新联结上述这些成员,尤其是当事情开始有所进展时,也颇为重要。

与家庭成员打招呼,并询问每一个成员如何看待问题是治疗的有效开端。仔细倾听,并通过回应你所听到的,来认可每一个人的观点。“我注意到,琼斯太太,您认为萨莉对发生在学校的有些事情必定会感到抑郁。”“琼斯先生,您也注意到您太太所看到的某些事情,但您似乎并不认为这是一个多么严重的问题,对吗?”

引起并处理互动。家庭结构会在家庭成员互动的过程中显现出来。家庭结构并非总是能从他们的描述中推断出来的。因此,询问诸如此类的问题“谁负责?”或者“你们两个同意吗?”似乎没有多大的用处。家庭成员常常以他们认为应当如此的方式,而不是以他们究竟是如何的方式,来描述他们自己。

让家庭成员相互交谈,恰好与他们的期待相反。他们期待将他们的案例



陈述给专家听,然后就等着专家告诉他们如何处理。如果要求他们在治疗过程中讨论某些事情,他们将会说:“我们已经对这个问题讨论了很多次了”;或者“没有用的,他(或她)不会听的”;或者“但是您是专家。”

如果治疗师开始给每个人都有说话的机会,他们通常会说另外有些人的某些事情,而这便有可能成为活现的跳板。例如,如果父母一方说另外一方过于严厉,治疗师便可以这样说:“她说你太严厉,你能回应她吗?”以此来促成活现。选择某一个具体观点或事件作出回应,比一个模糊的要求会更加有效,如“你们两个为什么现在不对此进行讨论?”

一旦活现开始,治疗师便可以发现许多关于家庭结构的事情。两个人可以不被打断地交谈多久——也就是说,界限有多清晰?是否出现一个人攻击,另外一个人防御?谁在中心,谁又在周边?父母会将孩子带入他们的讨论吗——也就是说,他们有缠结吗?

经常相互打断对方,替另外的家庭成员说话,为孩子做他们自己力所能及的事情,或者经常争吵,这些都表明家庭存在缠结。而在疏离的家庭里,我们也许可以看到当妻子哭泣时,丈夫坐在那里无动于衷;家庭内完全没有冲突;令人惊讶地忽视有关孩子的重要信息;相互之间缺乏对对方兴趣的关注。

如果在第一次访谈开始后,孩子便开始在治疗室内到处乱跑,而父母只能徒劳无益地呵斥,治疗师便没有必要听他们关于在家里如何毫无能耐。如果母亲和女儿相互破口大骂,而父亲却坐在角落里沉默不语,则毫无必要去询问他在家里如何处理母女冲突。事实上,询问并没有现场所揭示的图像准确。

勾画结构。家庭成员常常觉得问题出在发病的成员,而且由过去发生的事件所引起。他们希望治疗师能够改变发病的成员——尽可能对家庭少一些破坏。家庭治疗师将有病成员的症状视为影响整个家庭的功能不良模式的一种表达。结构性评估将问题由个人扩展到家庭系统,并将焦点由过去的具体事件转移到目前不断变化的处理方式上。

即使是家庭治疗师,也常常从个体而不是系统的角度对家庭分类。“这个家庭的问题在于母亲使孩子烦闷”,或者“这些小孩太反叛”,或者“他太不专注”。结构式家庭治疗师作出诊断是为了描述所有家庭成员之间的相互关系。使用界限和子系统的概念,对整个系统的结构进行描述,有可能由此指向可预期出现的变化。



通常在第一次访谈时,便应根据所观察到的互动特点作出初步评估,并在以后访谈时,相应地予以修改。虽然早期就将家庭归入一定的类型,不免存在一定的危险,但等待许久才予以归类则更为危险。我们在第一次与人接触并予以观察时,会非常明晰和新鲜。随着我们对他们的了解加深,我们对他们的一些特点便会见怪不怪,很快就不会再注意到这些特点了。

家庭会引导(induct)治疗师快速进入他们的文化。最初显得混乱和缠结的某个家庭,很快就会变成所熟悉的琼斯氏(Jones)的家庭。正因为此,尽快建立结构假设便显得尤其重要。

事实上,甚至在第一次访谈前便对家庭结构作出猜测也很有助益。这样可以开始积极思考,并能仔细观察将要访谈的家庭。例如,假设你将要去会见一个由妈妈、16岁大的女儿和继父组成的家庭。妈妈抱怨女儿行为不端。你会如何想象他们的家庭结构,你将怎样去验证你的假设呢?妈妈和女儿过于缠结,并将继父排除在外,可能是一个好的揣测。观察母亲和女儿在访谈中是否总是只谈彼此之间的事——不管是积极的还是消极的,便可以验证上述假设。如果继父和其妻子,没有女儿的介入便无法交谈,便可确认继父的疏离。

结构评估既应考虑到家庭所出现的问题,也应关注他们所呈现的结构动力,而且应包括所有的家庭成员。从这一点来看,知道母亲和女儿缠结并不够,你应当知晓继父在其中扮演什么样的角色。如果他与其妻子还算密切,但与女儿却较为疏远,寻找能让继父和继女相互取悦的活动,便会减少女儿对母亲的依赖。另一方面,如果母亲与女儿的亲近,导致其与丈夫的疏远,则这对夫妻应是关注的焦点。

缺乏结构的假设和计划,治疗师便会显得被动并处于守势,会对治疗方向茫然不知,也不会有意识地推动治疗。治疗师只会舒服地坐在治疗椅上,想方设法去应对这个家庭,去熄灭局部的战火,去帮助他们处理一件一件的琐事。经常留意家庭的结构,并对一个或两个结构变化予以关注,可以帮助治疗师看到家庭成员所呈现的一些事情或现象的潜在内容。

强调和修饰互动。一旦家庭开始互动,问题便会出现。欲知晓结构的弦外之音,应当关注过程而不是内容。倾听谁喜欢惩罚或者谁说了谁的好话,对了解结构毫无用处。通过了解谁对谁说了什么,用什么样的方式说的,方可以揭示家庭结构。



或许一个妻子抱怨道：“我们的沟通有问题。我的丈夫不再跟我说话，他从不表露他的感情。”治疗师便引发他们的互动，以便观察到底发生了什么事情。“你的妻子说你们的沟通有问题，你能对此作出回应吗？跟她说。”在他们交谈过程中，如果妻子盛气凌人且尖酸刻薄，丈夫便会越来越沉默不语，这样治疗师便看到了问题的所在：问题不在于他不说话，这只是单一的线性解释；也不在于她的唠叨，这也只是一个线性的解释。问题在于她越唠叨，他越退缩；他越退缩，她就越唠叨。

要改变这一模式，也许需要强有力的干预，或者需要结构派治疗师称之为强度(intensity)的策略。

Minuchin 对家庭所说的话，常常会产生戏剧性的有力冲击。他调节所给出的信息的强度，使其超过家庭平常所能遇到的挑战的阈限。Minuchin 说的的时候，家庭肯定在倾听。

的确，Minuchin 很具影响力，但强度并不仅仅是人格的作用；它反映目的的明晰。对家庭结构的了解以及愿意帮助家庭改变，便有可能作出有力的干预。

结构派治疗师通过选择性调整情感、重复和持续时间来获得强度。语调、音量、节奏以及选择适当的词汇，可用来提高表述的情感强度。如果你知道你要说什么，便会对增强所说话语的强度有所帮助。下面是一个毫无力度的表述的例子：“人们总是关注其自身，将自己视为注意的中心，只关心自己能得到什么。如果每一个人开始思考他们能为别人做些什么，从而作出一些改变，有什么不好呢？”再将这段话与下面一句话比较：“不要问你的国家能为你做什么——问问你自己你能为你的国家做些什么。”约翰·肯尼迪的话如此有冲击力，是因为这些话语经过了仔细的字斟句酌，而且表达清晰。家庭治疗师不必演讲，但他们的语言有时也必须有力，以便家庭能够接受。

情感强度并不单纯是遣词造句的问题。你必须知道何时以及如何挑起争端。例如，Mike Nichols 所碰到的一个家庭，其中一位罹患神经性厌食症的29岁女性是目标病人。虽然这个家庭表面上保持团结一致，实际上其结构很僵化；妈妈和厌食的女儿过于缠结，而父亲则被排除在外。在这个家庭里，父亲是唯一能够公开表达愤怒的人，这也能部分地解释为什么他被排除在外。他女儿坦承，她惧怕他的愤怒。尚不十分明了的是，母亲是否私底下教女儿回



避父亲,因为她自己作为母亲无法处理他的愤怒。结果,女儿在对父亲的惧怕中成长,因此也对一般男性有所惧怕。

在访谈中,父亲曾谈到他觉得女儿与他很疏远,他说他认为那是因为她惧怕他的愤怒。女儿表示同意,并说:“那完全是他的过错。”治疗师问妈妈如何认为,她回答:“那不是他的过错。”治疗师说,“你说得对!”接下来,母亲便开始否认她回避冲突的真实感受,并说:“那不是任何一个人的过错。”治疗师用一种能引起她注意的方式回答:“不是这样的。”母亲大吃一惊,问他是什么意思。“是你的过错,”治疗师说。

为了扰乱维持母女破坏性联盟回避冲突的僵化模式,的确需要前述所讨论的一定水平的强度。内容——谁惧怕愤怒——并不重要,重要的是结构目标——让女儿远离与母亲过度卷入的位置。

治疗师因为超越权限、道歉或者太过杂乱无章,而常常淡化了所采取的干预措施。这些对于个别治疗来说,本不是一个问题,因为这常常是引发病人作出解释的最好方式。家庭更像农民谚语中所说的骡子——有时需要击打其头部,才能引起它们的注意。

通过延长某一序列的持续时间,使其超越功能紊乱平衡的复原点,也可以获得强度。对发脾气的处理便是其中最普通的例子。父母的屈服使得孩子发脾气得以维持。多数父母试图不屈服,但他们难以坚持得足够长。一个4岁的女孩在其姐姐离开房间后,便开始杀猪似地尖叫。她要与其姐姐一起出去。她的尖叫让人几乎无法忍受,而且她的父母很快就准备改变态度。然而,治疗师坚持不让他们屈服,而且建议他们“让她知道谁才是说话算数的人”,直到她安静为止。她尖叫了30分钟!房间内的每一个人都已经疲惫不堪。但这个小姑娘终于认识到,这次她无法达到自己的目的,所以她安静下来了。接下来,父母便可以采用同样强度的持续时间,来打破她非常具有破坏性的坏习惯。

有时强度策略需要在不同的情境下重复同一个主题。应该告诉将孩子婴儿化的父母不要替他们的孩子挂外衣,不要帮她说话,不要抱她到浴室,不要帮她做她自己力所能及的事情。

塑造权限(shaping competence)是另外一种修饰互动的方法,也是结构式家庭治疗的标志。如果强度策略好比用来阻断不良互动的溪流,那么塑造权



限则犹如改变溪流的方向。通过强调和塑造各自的角色,结构式家庭治疗师帮助家庭成员在其已经具备的特点方面,作出有效的选择。

初学治疗者常犯的一个错误,就是试图通过指出错误来促进正确的行为。这种方式关注的是内容,而忽略了过程。告诉父母他们的做法是错误的,或者建议他们采取另外一种方式,无异于批评他们的能力。即使是精心策划的善意,这样做仍然是在贬低家庭成员。不过,这种干预方式并不能完全避免,更为有效的方式是指出,他们在哪些方面做得对。

即使人们所做的大多数事情都毫无效果,找出他们做得成功的事情也常常是有可能的。对时间的强化便有可能起作用。例如,在一个非常混乱的家庭里,父母对驾驭孩子束手无策。此时治疗师可以转向母亲并且说:“这里太吵了,你能否让你的孩子安静一些?”知道这个妇女在驾驭孩子方面有多困难后,治疗师可以对其所采取驾驭措施的有效步骤立即作出评说。母亲大喊一声:“安静!”孩子们暂时中止了他们正在进行的活动。治疗师便应快速——在孩子们重新开始他们的不良行为之前——对母亲予以表扬:“对孩子们严厉也是在爱孩子。”这样所传递的信息便是:“你是一个有能力的人,你懂得如何严厉。”如果治疗师等到混乱重新开始后,才告诉母亲她应当严厉些,所传递的信息便是“你没有足够的能力”。

无论如何,结构式治疗师应当避免帮家庭成员做他们自己有能力做的事情。这样所给出的信息也是:“你们是有能力的,你们可以做好。”有些治疗师将替家庭成员行使功能称之为“模式化”(modeling),以表明其正当性。不管如何称谓,这样做无异于告诉家庭成员,他们没有能力。近来,一位年轻的母亲承认,她不知道如何告诉她的孩子们,他们正准备去看一位家庭治疗师,只是简单地说带他们兜兜风。治疗师认为应该予以帮助,于是对孩子们说:“妈妈告诉我家里出了一些问题,所以我们在这里一起讨论一下,看能否找到解决的办法。”这个可爱的解释告诉了孩子他们为何而来,但却强化了母亲没有能力做这件事。如果治疗师代之以建议:“你愿意现在告诉他们吗?”这样,这位母亲而不是治疗师,便有机会学习做一位有效的父母。

明晰界限。功能不良的家庭动力常常是界限过于僵硬或者弥散的结果。结构式治疗师干预的方式是重新组合界限,增加家庭子系统之间的距离或者亲密度。



在缠结的家庭里，治疗师的干预是增强子系统之间的界限，增加个体的独立性。鼓励家庭成员自己说自己的话，尽量阻止别人的干扰，帮助两个人不受他人的侵入而完成对话。治疗师希望支持兄弟姐妹的子系统，保护其避免父母不必要的侵入，可以这样说：“Susie 和 Sean，继续说，其他人都会仔细听你们的谈话的。”如果孩子经常干扰父母，治疗师可以这样说：“为什么你们不让他们安静一些，以便你们两个大人能够来处理这个事情。”以此挑战父母，并强化等级界限。

虽然结构式家庭治疗第一次会谈常常需要整个家庭组织参与，此后的会谈也许只需要个别成员或者亚组织成员参与，以强化相互之间的界限。被母亲过度保护的青少年，需要参与一些个别会谈，以支持其作为一个独立的个体。与孩子过于缠结的父母，可能从来就没有属于他们自己的对话，治疗师需要与他们单独会谈以便让他们有相互交谈的机会。

当一位 40 岁的妇女因为抑郁来寻求治疗时，可以要求她与其他的家庭成员一起来参与会谈。这样很快就可以发现，这位妇女因为要照顾 4 个孩子感到负担重重，又得不到丈夫的支持。治疗师便应当强化母亲与孩子之间的界限，并且帮助父母相互靠拢。这些需要分步进行。首先治疗师进入(joined)年龄最大的孩子，16 岁的女孩，支持她多帮助母亲。完成了这一步后，女孩便可以承担很多照顾年幼的兄弟姐妹的责任，在访谈中可以这样，在家里也同样可以如此。

父母不再对孩子抱有成见，便有更多机会与他们相互交谈。不过，他们也许没有什么可说。这并非隐藏的冲突所致，而是反映婚姻是有两位相对少言的人所组成。经过几次试图让这对伴侣相互交谈的访谈后，治疗师认识到交谈对某些人是一种乐趣，对另外一些人则未必如此。为了支持这对夫妻的联盟，治疗师要求他们制订一项一起旅行的特别计划。他们选择在附近的一个湖里荡桨划船。当他们旅行归来再次接受访谈时，洋溢着微笑和光彩。他们拥有了一段美好的时光，与孩子们暂时分开，享受相互的陪伴。接下来，他们决定每周花一些时间外出一起度假。

疏离的家庭则倾向于避免冲突，并因此而减少互动。结构式治疗师的干预则是挑战对冲突的回避，减少迂回式的沟通，帮助疏离的成员增加相互接触。结构式治疗师并不是担当法官或裁判，而是鼓励家庭成员直面相对，与他



们之间存在的困难一起抗争。初学者遇到疏离,倾向于寻找增加良性互动。事实上,疏离通常是一种避免争论的方式。因此,原本已经相互孤立的配偶,常常需要经过战斗后,才能变得更加爱恋。

大多数人低估了他们自己的行为对周围人行为影响的程度。这在疏离的家庭中尤其如此。问题常常被视为他人行为的结果,解决办法也被认为需要其他人作出改变。下述抱怨是很典型的:“我们存在沟通方面的问题;他不告诉我他的感受。”“他不关心我们,他关心的是他该死的工作。”“我们的性生活很糟糕——我的太太性冷淡。”“有谁与她说话?她所做的一切只是埋怨孩子而已。”每一句这样的抱怨都无一不在暗示着,改变的力量完全取决于他人。从线性因果关系来看,这几乎是放之四海而皆准的观点。

尽管大多数人用这种方式来看待事物,家庭治疗师却在系统互动中看到了内在的循环因果关系。他不告诉妻子他的感受,是因为她太过唠叨和尖酸;而她如此唠叨和尖酸,是因为他不告诉她他的感受。

结构式治疗师通过强调互补性,来推动家庭的讨论从线性观点转向循环观点。治疗师会告诉埋怨儿子顽皮的母亲,应该考虑她自己的所作所为引发或者维持了他的行为。要求改变的一方必须学习改变他或她静观其变的方式。要求丈夫花更多时间陪伴他的妻子,必须学会增加让丈夫陪伴自己的吸引力。抱怨妻子从不倾听自己的丈夫也许应该先更多地倾听她的心声,这样她才会投桃报李。

Minuchin 通过要求家庭成员相互帮助以作出改变来强调互补性。一旦家庭出现了积极的变化,他就会对另外的人表示祝贺,以强调家庭的相互关联。

去平衡。在明晰界限时,治疗师旨在重新组合子系统之间的关系。而去平衡的目标则在于改变子系统内部成员的关系。导致家庭陷入僵局的往往是存在冲突的成员相互检查和平衡,最终导致家庭内的一潭死水。在进行去平衡时,治疗师加入并支持某个成员或者某个子系统,同时牺牲或忽略了其他成员或者其他子系统。

站在某一方(taking sides)——让我们暂时这样命名——似乎冒犯了治疗中立的神圣原则。不过,治疗师站在某一方去平衡以及重新组合系统,并非由于其对谁是谁非作出了评判。最终总会获得平衡和公正的,因为治疗师可



以轮流站在不同家庭成员的某一方。



案 例

MacLean 家因为一位先后被两所学校开除的“无法无天”的孩子来求诊时,Minuchin 博士揭示了父母之间隐藏的裂缝,因为不去谈论而使得这一裂缝保持平衡。10 岁大的男孩的行为问题十分显眼;他踢打着叫喊着由他的父亲拽着进入咨询室。与此同时,他 7 岁的弟弟静静地坐着,面带可爱的微笑,看起来就是好孩子一个。

为了将焦点从“无可救药的孩子”拓展到父母控制和合作的问题,Minuchin 询问 7 岁的 Kevin,这位看不出有行为问题的孩子。他曾经在浴室的地板上撒尿。不过,他爸爸声称,他在地板上撒尿是因为“疏忽大意”。当 Minuchin 说“没有人会瞄准如此糟糕的目标”时,妈妈笑了。

Minuchin 与男孩谈到狼是如何标记它们的疆域的,暗示他是通过将尿撒在家里房间内的所有四个角落,来扩充他的疆域。

Minuchin: 你有狗吗?

Kevin: 没有。

Minuchin: 噢,所以你便是你们家的狗。

在讨论撒尿的男孩——以及他父母的反应——的过程中,Minuchin 戏剧性地揭示了父母是如何相互两极分化的。

Minuchin: 为什么他会做那种事情?

父亲: 我不知道他是不是故意这样做的。

Minuchin: 也许他是处在一种恍惚状态中?

父亲: 不,我认为是疏忽大意。

Minuchin: 他的目标一定恐怖。

父亲认为孩子的行为是意外,母亲则认为是挑衅。影响父母控制孩子的其中理由之一,就是他们回避直面各自的差异。存在差异是很正常的,但如果父母一方贬低或者削弱了另一方对孩子的处理,则差异便会变得有害(这是对未言明的冤屈的一种懦弱的报复)。

Minuchin 没有将焦点放在孩子的行为上,而是柔和但坚定地対这对



夫妇施以压力,让他们谈论如何作出反应,让他们谈出积压已久但从未言明的怨恨。

母亲: Bob 为孩子的行为找借口,因为他不愿意参与进来,帮助我找到解决问题的办法。

父亲: 是的,不过,我曾经尝试过给予帮助,你总是批评我,所以过一会儿我就放弃了。

正如冲印盘内的照片一样,这对夫妻的冲突已清晰可见。Minuchin 为了避免父母出现尴尬(也为了让孩子避免承受负担),让孩子离开了治疗室。暂时不必再为身为父母而左顾右盼,这对伴侣可以相互面对,作为男人和女人——讨论他们的伤害和不满。一个孤独且疏离的悲伤故事便渐渐地呈现出来。

Minuchin: 你们两个有没有一致的地方?

他说有,她说没有。他是一个大事化小的人,她却是一个爱挑剔的人。

Minuchin: 你什么时候与 Bob“离婚”,而“嫁”给了孩子?

她变得沉默,他则环顾左右。她轻轻地说:“大约十年前。”

接下来便是一个痛苦但熟悉的故事,一段婚姻陷入了为人父母及其冲突之中。冲突永远也不可能解决,因为它从来就没有浮现出来过。裂隙也永远无法弥补,而且还在逐渐扩大。

在 Minuchin 的帮助下,这对夫妇轮流说出他们的痛苦——而且学习倾听。通过去平衡,Minuchin 制造了强大的压力,帮助这对夫妻突破他们的差异,相互开放,为他们的欲求而战斗,最后,终于走到一起——作为丈夫和妻子,也作为父母。

去平衡是争取改变的一部分,有时会发生战斗之中。当治疗师对父亲说,他做得不够,或者对母亲说,她不知不觉地排斥其丈夫时,战斗似乎发生在治疗师和家庭之间,也就是说,他或她在攻击他们。但真正的战斗却是发生在他们和恐惧之间——恐惧变化。

挑战无效的假设。虽然结构式家庭治疗从本质上讲并非采用认知模式,但其从业者有时也会挑战家庭成员看待事物的方式。改变家庭成员相处的方



式可以为其提供对所生活情境的另外一种看法。反之亦然：改变家庭成员看待其生活情境的方式，也能改变他们相处的方式。

6岁的Cassie的父母抱怨她的行为问题，说她“多动”、“敏感”、是一个“神经质的孩子”。这些标签传递了父母如何对孩子作出反应的信息，也具有极大的控制力。孩子的行为举止真的有问题吗，或者真的是“神经质”的一种症状吗？真的是“顽皮”吗，或者只是在“呼唤帮助”？这个孩子疯了还是很坏，谁应该为此负责？以什么名义负责？所传递的信息的含义极其丰富。

有时结构式家庭治疗师就像教师，讲解关于家庭结构方面的知识并且给予忠告。这种方式类似于重塑结构的策略，而且必须以一种能够减少阻抗的方式进行。治疗师首先以“敲”的形式开始，然后是“踢”。例如治疗师在处理替女儿说话的妈妈的家庭时，可能对她她说“你很乐于助人”（敲）。但却对孩子说，“妈妈拿走了你的声音。你本来是可以替你自己说话的”（踢）。因此妈妈被定义为乐于助人但却具有侵入性（一敲一踢）。

结构式治疗师也应用实用的虚构故事，帮助家庭成员形成不同的经验架构。其目标不在于教育或者蒙骗，而在于为了帮助家庭的变化提供一种姿态。例如，告诉孩子他们的行为显得比其实际年龄要幼稚，便是让他们改变的一种非常有效的方法。“你几岁？”“7岁。”“噢，我觉得你没有7岁；大多数7岁的孩子不再需要妈妈送他上学。”

矛盾处方是让家庭感到挫折或者混乱，并因此而寻求变化的认知建构。Minuchin极少使用矛盾处方，但它有时对表达人们是否能有所改变的怀疑态度的确有所助益。虽然挑战来访者的矛盾处方的效应，证明治疗师是错误的，其策略也不见得比单纯地对事实予以善意的陈述聪明。大多数人不会改变——他们在等待别人改变。

评估治疗理论和成果

当Minuchin还是费城儿童指导中心主任的时候，他便对研究有着浓厚的实用主义的兴趣。作为一个管理者，他知道能够揭示有效结果的研究，当然是家庭治疗合法性的最有力证明。他对心身障碍儿童的研究和Stanton对药物依赖的研究，均清楚地表明了结构式家庭治疗的效果。



在《贫民窟的家庭》一书中,Minuchin 及其同事(1967)描述了低层家庭的结构特点,并且揭示了家庭治疗在这一阶层居民中的效果。治疗之前,研究发现病人家庭的母亲要么过度控制要么无法控制;而这两种方式中不管是何种控制方式,与对照组的家庭相比,她们的孩子显得更具破坏性。治疗后,母亲控制的强制性便有所减少,但更为清楚,也更加坚定。在这个研究中,经过六个月到一年的家庭治疗,11 个家庭中的 7 个被认为有所改善。虽然没有使用对照组,但作者将其结果与在 Wiltwyck 50% 的治疗成功率相比,认为其治疗是有效的。作者也注意到被评定为疏离的家庭中,没有一个有所改善。

结构式家庭治疗最有力的经验支持来自一系列心身障碍儿童和成年药物依赖者。因为采用了生理学的指标,证实对严重心身障碍儿童的治疗有效性的研究便显得令人信服;因为治疗改变了所存在问题对生命极具威胁性的特点,而使得这些研究具有戏剧性。Minuchin、Rosman 和 Baker(1978)报道了一项研究,清楚地阐明了家庭冲突可以促使心身型糖尿病儿童酮酸症危象的急剧发生。在最早的访谈中,让父母在孩子不在场的情况下讨论家庭问题。正常的配偶表现出高水平的对抗,而心身障碍的配偶则表现出各种方式的冲突的回避。接下来,治疗师设法让父母增加冲突水平,并让他们的孩子在单面镜后观察。当父母在争论时,只有心身障碍的儿童表现出真正的沮丧。不仅如此,这些儿童在表现出难受的同时,其血液中的游离脂肪酸(该指标表示酮酸症)水平也出现戏剧性的增加。在访谈的第三阶段,病人与他们的父母一起参与。正常以及有行为问题的孩子的父母表现依然如故,而心身障碍的孩子的父母则会让孩子加入讨论或者将话题由他们自身转移到孩子,以便绕过他们之间的冲突。如此绕过冲突后,父母游离脂肪酸的水平便开始下降,不过孩子游离脂肪酸的水平却继续上升。这一研究为心身障碍的儿童被用来(以及让他们自己参与)调停父母之间的压力这一学说,提供了强有力的临床观察的佐证。

Minuchin、Rosman 和 Baker(1978)总结了用结构式家庭治疗处理 53 个神经性厌食症个案的结果。经过一段时间的住院治疗以及随后在门诊的家庭治疗后,43 名厌食症儿童有“明显改善”、2 名有“改善”、3 名“无变化”、2 名“恶化”、另外有 3 名脱落。虽然从伦理学的角度考虑,无法对这些罹患严重疾病的儿童予以对照治疗,与这类疾病 30% 的死亡率相比,90% 的改善率是相当



令人鼓舞的。不仅如此,治疗结束时的良好效果,在随后追踪的几年时间内依然维持不变。另外也有研究表明,结构式家庭治疗对心身障碍性的哮喘病以及心身障碍性的复杂的糖尿病病人均有疗效(Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman 和 Todd, 1975)。

尚没有任何经验性的证据表明,任何一种心理治疗方法始终如一地比另外一些方法更好。不过,已有大量研究证明,结构式家庭治疗在治疗包括通常被认为十分棘手的案例方面,都有显著的效果。Duke Stanton 的研究表明,结构式家庭治疗对药物依赖者和他们的家庭也有疗效。Stanton 和 Todd (1979)对家庭治疗与家庭安慰剂条件下的个体治疗进行了比较。结果表明,结构式家庭治疗症状减少明显;积极变化水平是其他方法的两倍有余;而且这些积极效应在随后追踪的 6~12 个月时间内依然维持不变。

近来,结构式家庭治疗已被成功地应用于帮助海洛因依赖者建立更具适应性的父母角色(Grief 和 Dreschler, 1993),而且作为一种方法减少了非洲裔美国人和拉丁美洲年轻人中毒品使用新增加的人数,也就是说抑制了服用毒品的年轻人数量上升的势头(Santisteban, Coatsworth, Perez-Vidal, Mitrani, Jean-Gilles 和 Szapocznik, 1997)。也有研究表明,结构式家庭治疗在减少诊断为注意缺陷多动障碍(ADHD)的青少年和其父母之间消极沟通、冲突和表达愤怒方面,与沟通训练和行为管理训练疗效相当(Barkley, Guevremont, Anastopoulos 和 Fletcher, 1992)。结构式家庭治疗在治疗一些属于青少年的特定障碍如品行障碍(Szapocznik et al., 1989; Chamberlain 和 Rosicky, 1995)和神经性厌食症(Campbell 和 Patterson, 1995)方面也具有疗效。

小结

Minuchin 因其临床技巧中显现出来的艺术天分而极负盛名,其结构式家庭治疗已成为这一领域应用最为广泛的概念性模式之一。结构式理论如此盛行的理由是它的简单、适用范围广(inclusive)和易于操作。其基本概念——界限、子系统、结盟和互补——既容易掌握,也易于应用。结构式家庭治疗重视个体、家庭和社会情境,同时可以为理解和治疗家庭提供清晰的组织构架。

这一方式唯一最重要的信条是,每个家庭都有其结构,而且这一结构只有



在家庭运转的活动当中才可以被揭示出来。根据这一观点,治疗师未能考虑整个家庭的结构,而且只对其中的某一个子系统予以干预,是不可能出现导致改变的效果的。如果母亲对儿子的过度卷入是家庭结构的一部分,这一结构中还包括她与丈夫的疏离,那么,任何针对母亲和儿子的治疗是不可能在家中引发基本的变化的。

子系统是家庭的功能单位。如果一个家庭的领导被父亲和女儿所接管,那么他们而不是丈夫和妻子,便是执行子系统。子系统受人际界限的制约和调节。在健康家庭中,界限常常足够清晰,既能保护独立性和自主性,同时也具有足够的渗透性,允许相互支持和情感的表露。缠结家庭的特点是界限弥散,疏离家庭则界限僵化。

结构式家庭治疗旨在通过重组家庭结构,以解决目前所存在的问题。因此,评估时便要求整个家庭都能出席,以便治疗师能够观察隐藏在家庭互动下的结构。在治疗过程中,治疗师应该能够区分功能良好的结构和功能紊乱的结构。在成长中痛苦的家庭,不应当视之为病态。当的确存在结构问题时,目标便是创造有效的等级结构。这意味着激活休眠的结构,而不是创造新的结构。

结构式家庭治疗进度之所以相对较快,是在于避免治疗师被引导(*being inducted*)成为他们所面对的家庭的成员。治疗师在开始时 would 努力适应家庭所习惯的行为方式,以便防止阻抗的发生。一旦治疗师获得家庭的信任,便开始促进家庭互动,因为他们应当承担分散角色(*decentralized role*)的责任。在这个角色中,他们可以观察家庭所呈现的特点,并作出结构性评估,包括对问题以及支持和维护问题的组织的评估。评估常常以界限和子系统为框架,这样便容易用来作为促进改变的概念化的二维地图。

一旦结构式治疗师成功地进入和评估某个家庭,他们接下来便会采用改变子系统内部以及子系统之间的联盟以及权力构架,以便激活休眠的结构。这种结构重建的技术具体而有力,有时甚至具有戏剧性。不过,这些技术的成功除了技术本身的影响力之外,加入和评估也同样重要。

结构式家庭治疗的普及,与其理论和治疗技术息息相关;其研究和培训计划则对巩固其在领域内的中坚位置好似如虎添翼。目前,有相当多的研究对这一学派的方法提供了大量的经验性的支持。而且,费城儿童指导诊所和在



纽约的 Minuchin 中心的培训计划,对世界各地家庭治疗的大量从业者颇具影响。

虽然结构式家庭治疗与 Salvador Minuchin 如此密切,以至于两者曾经一度被认为是同义词,但最好还是将方法和人物区别对待。当我们想到结构式家庭治疗时,常常倾向于记住出版于 1974 年的《家庭与家庭治疗》所描述的方法。该著作对结构式理论有充分的描述,但仅强调了 Minuchin 在那个年代所偏好的技术。Minuchin 作为一个思想家,总是以组织性的术语来思考家庭。他阅读了 Talcott Parsons、Robert Bales 和 George Herbert Mead 的著作;他在以色列看到来自毫无结构的 Moroccan 家庭的儿童如何变成违法者,而来自有组织的 Yemenite 家庭则不会。Minuchin 作为一名治疗师,则永远都是一位机会主义者,他会在治疗中采用任何可能有效的方法。现在,你可以在 Minuchin 的工作中看到 Carl Whitaker 和建构主义。从 Whitaker 那里,他借鉴了挑战家庭神话以及以富于同情的卷入方式与家庭交战的观念。年轻的 Minuchin 在行动中观察和跟踪家庭,这就是为什么他会使用活现。年长的 Minuchin 已经接诊过成千上万个家庭,观察事物远比以前快捷;因此较少使用活现,而更有可能用以前所接诊过的成百上千个类似案例的经验和方法,来面对现在的某个家庭。我们是否应当以同样的方式来追随他呢?是的,如果我们有着同样的经验的话。

Minuchin 永远都是一个建构主义者,虽然他并非通过阅读书籍、而是借助顿悟获得相关的知识。他挑战家庭,一针见血地指出他们错了,他们的故事太过狭隘。他帮助他们重写行得通的故事;他总是对文献和讲故事饶有兴趣;也许他之所以喜欢建构主义的信条,只是因为这一信条证明了他讲的故事具有合理性。不过,他警告,如果建构主义不是植根于结构性理解,如果它忽略了人类的情绪,则建构主义将变成枯燥的唯理智论者。Minuchin 已转向于折中主义,不过只是在技术上,而不是在理论上。虽然作为治疗师的 Minuchin 从 1974 年起就一直在改变,但在结构式家庭理论描述家庭的基本观点方面,则依然保持不变,而且继续担当理解核心家庭最广为使用的方式。



第八章 经验式家庭治疗

领军人物简介
理论建构
正常的家庭发展
行为障碍的发展
治疗目标
行为改变的条件
治疗
评估治疗理论和成果
小结



经验式家庭治疗来源于人本主义心理学和表达性治疗所赋予的灵感,注重此时此刻的经验。经验式治疗最受欢迎之时,家庭治疗还相当“年轻”,治疗师一边谈论系统,一边从个人和团体治疗中借用技术。它从完形治疗和团体治疗中获得煽动性的技巧:例如角色扮演(role-playing)和情绪面质(emotional confrontation);受到艺术以及心理剧影响的其他表达性的方法有家庭雕塑(sculpting)和家庭绘画(family drawing)。

经验式治疗师聚焦在情绪经验多于互动的动力,似乎和其他家庭治疗学派步调有些不一致。确实,通过强调个人及其感受,经验式治疗可能从来不像其他家庭治疗那样只关注系统和行为。随着精神领袖 Virginia Satir 和 Carl Whitaker 的去世,由他们带来风靡全球的方法开始有点过时,好像是 1960 年代的产物,而不属于现今世界。

然而,近来经验式取向又开始有所复苏,正如我们所看到的,两个较新的模式正在崛起:Greenberg 和 Johnson (1985)的情绪中心夫妻治疗(emotionally focused couples therapy)和 Schwartz(1995)的内部家庭系统治疗(internal family systems therapy)整合了对个人情绪冲击的关注以及对家庭系统更加复杂的理解。

作为最早、最伟大的宣泄治疗师,弗洛伊德发现,仅接触痛苦的感受本身不足以成为心理治疗。另一方面,忽略或者将不快的情绪理性化可能会骗取来访者获得机会去抓住问题的核心。于是,强调祛除情绪表达障碍的经验式治疗继续成为强调行为和认知的简化式治疗的平衡物,和现今解决问题的取向类似。

领军人物简介

在经验式家庭治疗发展的过程中有两个巨人: Carl Whitaker 和 Virginia Satir。Whitaker 是最主要的代表者,运用随心所欲、直觉的方法旨在揭穿伪装并解放家庭成员成为自己。他是最早治疗家庭的人之一,尽管曾被认为特立独行,他最终成为这一领域最受人景仰的治疗师。有时候破除偶像甚至是蛮横的,Whitaker 依旧在家庭治疗的确立中占据一席之地。他可能曾经做过顽童,但还是功勋卓著的元老。



Whitaker 生长在纽约郊区的奶牛场。农村的隔离既孕育了他特定的腼腆也使得他不拘泥于社会约束。医学院毕业并在妇产科实习之后,他转入精神学领域,并为精神病患者的心灵着迷。不幸——或者是幸运——在 1940 年代,Whitaker 不想依赖精神抑制药物去减弱病人的幻觉想象;相反,他倾听、学习去理解疯狂但不失人性的想法,那些通常大多数人会隐藏起来的想法。

在路易斯维尔大学医学院(the University of Louisville College of Medicine)和 Oakridge 医院工作后,从 1946 年一直到 1955 年,Whitaker 担任 Emory 大学精神病学系系主任一职。面临要将该系变得更加精神分析取向的越来越大的压力,Whitaker 及其整班人马(包括 Thomas Malone、John Warkentin、Richard Felder)一起辞职,建立了亚特兰大精神病诊所。经验式心理治疗就是以这个团体的形式产生的,这一团体也创作了大量有煽动性和挑战力的文章(Whitaker 和 Malone,1953)。在 1965 年,Whitaker 去了威斯康星大学的医学院。他在 1980 年代末退休,四处旅行,在会议和工作坊上广泛传播他的智慧和经验。他于 1995 年逝世,他的故世是个巨大的损失。Whitaker 最著名的助手有两位: August Napier,现在亚特兰大私人开业;David Keith,在锡拉库扎纽约州立大学任教。

经验式家庭治疗的另一顶尖人物是 Virginia Satir。作为心理研究院(MRI)的早期成员,Satir 强调沟通和情绪体验,所以她的工作必须要考虑到沟通(见第三章和第六章)和经验式的传统。

1951 年,Satir 开始在芝加哥的私人实践中治疗家庭。1955 年,她被邀请为伊利诺斯州立精神病研究院的医师做培训,其中一个学生就是 Ivan Boszormenyi-Nagy。1959 年,Don Jackson 邀请她去加入 MRI, Satir 成为那里的第一任培训导师。1966 年,她去了加州 Esalen 研究院并成为那里的负责人。

Satir 在这个领域是原创型的治疗师,醉心于抽象的概念和策略的机动。她的热情和天才使得其拥有巨大的魅力,她周游世界举办演示和工作坊。她带动听众的能力使得她的治疗最为倡导人本主义。Satir 于 1988 年死于胰腺癌。

最近的经验式取向有 Leslie Greenberg 和 Susan Johnson 的情绪中心夫妻治疗,吸收了 Perls、Satir、MRI 的观点(Greenberg 和 Johnson, 1985, 1986,1988)。另一关注家庭内部情绪生活的独立分支是 Richard Schwartz



(1995)的内在家庭系统治疗,其中来访者内在冲突的声音被人性化为“部分”,然后用系列心理剧技巧来重新整合。Schwartz 住在芝加哥,现在有自己的诊所和培训项目。

理论建构

经验式家庭治疗建立在家庭问题是一种情绪压制的因果假设之上。尽管孩子必须了解他们不能总是做自己喜欢做的任何事情,许多父母有个不合宜的倾向,将情绪的工具性和表达性的功能混淆。他们试图通过控制孩子的感受来管教孩子。作为结果,孩子学会钝化情绪体验来避免兴风作浪。尽管这个过程或多或少很普遍,失去功能的家庭倾向于比一般家庭更少容忍个人的情绪体验。于是,在这样的家庭中成长的孩子会变得与自己疏离,感受也只剩下与受压迫相关的:无趣、冷漠而且焦虑。

系统治疗师看到家庭互动舞蹈中症状行为的根源,而经验式治疗师看到这些互动是家庭成员之间阻抗投射舞蹈带来的结果。从这个角度看,如果家庭成员接触到自己的真实感受(他们的希望、欲望、害怕以及焦虑),那么,给家庭带来积极改变的尝试就会变得更加成功。于是,经验式家庭治疗由内而外生效——帮助个人揭示真实的情感,从增强真实性的角度锻造出更真诚的家庭。

Carl Whitaker 在一篇“临床工作中的障碍”的文章中总结了经验式的理论立场(Whitaker, 1976a)。Whitaker 说,理论可能对于初学者有用,但他的建议是要尽快地放弃计算,尽可能快地成为自己。

当然,反对理论本身也是一个理论立场。为了说明治疗不应该局限于理论,而应该有创造性和自发性。尽管 Whitaker 鄙视理论,然而经验式家庭治疗在很大程度上也是经验-人本传统的产物。

大多数经验式心理治疗师是在认识到精神分析学派和行为主义的缺点后才转向采取经验式理论取向的(Binswanger, 1967; Boss, 1963)。为了取代决定论,经验主义者注重自由和直接体验。精神分析为精神安置了一个结构模式,经验式治疗师将个人视为整体,提供一个积极的人本的模式,取代了他们认为是被动消极的精神分析模式。经验式治疗师认为治疗不是为了解决他们



的神经症,而是要帮助人们自我实现。

尽管厌恶理论,经验式治疗的立场有着确定的基本假设。Whitaker 强调自我实现依赖于家庭的凝聚力,Satir 强调家庭成员之间良好沟通的重要性;但最基本的义务是要个人自我表达(individual self-expression)。当讨论到家庭系统时(e. g., Satir, 1972),经验模式的家庭更像民主团体而不是结构组织。就家庭角色和权力的分布来说,更强调灵活性和自由。治疗一般设计用来帮助个体的家庭成员发现并实现自我的角色,而较少地考虑家庭作为一个整体。这不是说家庭的需要被毁坏,而是强调它们应跟随个人发展的脚步。

在阅读了前面的章节后,David Keith(在一封个人信件中)讲述了个人要求与家庭要求的经验式立场。

在个人和家庭之间有一种辩证的张力——存在于依赖与独立之中。无论是过于强调个人的独立性还是家庭的整体性,都是对人本主义的一种破坏。

家庭作为系统的理论被转化为促进沟通和互动的技巧。其重点在于改变互动,隐含着对已经存在的个人经历不管何种程度的接纳。这也是经验式治疗理论(以及精神分析理论)不同于大多数系统取向理论的地方。这里强调的重点是扩大的经验。假设在于:个人开放自己的经验是打破旧的建立新的家庭基础的前提。

经验式家庭治疗的基本假设在于:促进个人成长和家庭凝聚力的方法是要释放伪装和动力。努力去降低阻抗并开启深层次的经验是基于人性本善的假设。

在经验式家庭治疗轻视理论的潮流中也有例外,那就是 Greenberg 和 Johnson 的运用了依附理论(Bowlby, 1969)发展的情绪中心夫妻治疗。根据 Greenberg 和 Johnson 的说法,情绪组织了依附的回答,并为关系中的沟通功能服务。例如,当人们直接表达脆弱时,他们可能希望得到伴侣的爱护的回应。但当一个不安全依附的人害怕脆弱或反而表现出愤怒时,这一回答更像是一种退缩。于是,很需要依附的人可能因为害怕再表达这种需要,会将自己渴望接近的爱人推开。这个困境的故事就是经验式治疗力图要做的:帮助人们放松防御的恐惧,于是更真实的情感会浮现出来。

对依附理论的重新发现是和从更广泛的层面宣称依赖性是人自然倾向



相一致的。用 Bowlby(1969)的术语来说,依附安全感给人们提供一个安全的港口和可靠的基础——控制情绪的能力,对对方积极的期望,探索世界的信心,为亲密者冒险以及为他人奉献自己。当依附安全感受到威胁时,最初的反应是愤怒和抗议,接下来的就是对某种形式的墨守成规,最终会陷入失望。最后,如果被依附的人物没有反应,分离和分裂就会出现(Bowlby,1969)。

Bowlby(1988)认为,尽管依附安全可能建立在幼儿期,生活中和重要他人的每次有意义的互动持续塑造关于其他人有效性和支持性的信念。尽管依附安全可能相当普遍,人们也可能在与特殊伴侣交往的经验基础上发展出对某种特别关系的信念(Collins 和 Read,1994)。当然,过程是循环的。一个人越有安全感,越相信别人,就越可能向关系或在关系中开放;于是,就越可能建立关系,更加确立自己是值得交往的感觉。相反,很不幸,但是真的,如果伴侣害怕表达依附需要,可能会卡在负面的模式中,排除建立安全关系的责任感。

正常的家庭发展

经验式治疗师赞成人本主义对真实情绪自然智慧的信仰。按照这个观点,不管怎样,人们倾向于生活得更好。问题产生是因为内在自我实现(self-actualization)的倾向(Rogers,1951)与社会压力相冲突。社会强化抑制去驯服人们的本能,并使其服从团体的生活。不幸的是,自我控制是建立在“过剩压力”代价上的(Marcuse,1955)。家庭增强自我控制以获得平静祥和,保存过时的家庭神话(family myths)(Gehrke 和 Kirschenbaum,1967),并依赖神秘化(mystification)(Laing,1967)让孩子疏离自身的经验。

在理想的情况下,父母的控制不是表达性的,孩子在支持他们感受和创造力的气氛下成长。父母倾听孩子,接纳他们的感受,确认他们的经验,其影响是有意义的而且发展性的,应鼓励孩子全面体验生活并表达各方面的情绪。

经验式治疗师描述家庭是个分享经验的场合(Satir,1972)。有效的家庭提供足够安全去支持和鼓励大多数的体验;失去功能的家庭则充满害怕和冷血。无论是解决问题的技巧,还是特定家庭结构,都不能带来扩大的开放、自然以及自发的体验。简而言之,健康的家庭给成员提供了足够的自由。



行为障碍的发展

从经验式的角度来看,否认冲动和压抑感受是家庭问题的根源。失去功能的家庭被锁在自我保护和避免之中(Kaplan 夫妇,1978)。用 Harry Stack Sullivan(1953)的术语,他们寻求安全感(security),而不是满足感(satisfaction)。他们表述的抱怨很多,但基本的问题在于令人窒息的情绪和欲望。

按照 Whitaker(Whitaker 和 Keith,1981)的说法,没有一事情像婚姻一样——两个替罪羊从自己的家庭出发是为了保存自己;同时,他们必须在这一情形下解决自己内在的冲突。夫妻在一起最终要达到某种程度的妥协。不论是建立在妥协还是放弃的基础上,和对方协调一致减小了先前的摩擦。失去功能的家庭害怕冲突,固守他们共同制造出来的仪式。经历了不确定性的焦虑,他们现在紧紧依附着惯例。

在有问题家庭的描绘中,Satir(1972)强调死气沉沉的气氛。这样的家庭是冷酷的,将待在一起看成是习惯或者是责任。成年人不爱护孩子,孩子也学会不爱护自己或关心父母。在没有家庭温暖的情形下,人们逃避对方,将自己投身于工作或者其他事情。

重要的是,你要注意到,Satir 描述的“失去功能”的家庭不是那些能在诊断手册里发现的类型。和经验式阵营中的其他人一样,Satir 不仅关注那些公认的、大家都关注的病态家庭,而且关注那些过着平静而又绝望的“正常”人们。正如她(Satir,1972)指出的那样:

对我来说,跟这些家庭在一起是令人伤心的经验。我看到无望、无助和孤独。我看到那些试图被遮盖起来的勇敢——可是勇敢也只是徒劳地向对方咆哮、唠叨或哀鸣。其他人根本不关心。这些人就这样年复一年地活着,承受着他们的悲惨和绝望,并将其强加在他人身上(p. 12)。

Satir 强调沟通的破坏性角色带来的令人窒息的感受,并指出四种人们不诚实沟通的方式:指责型(blaming)、讨好型(placating)、打岔型(being irrelevant)和超理智型(super reasonable)。在这些不自然的沟通下掩盖着什么?低自尊(low self-esteem)。如果人们自我感觉不好,很难对于自己的感受说真话——别人告诉他真实的感受也是一种威胁。



治疗目标

成长而不是稳定,是经验式家庭治疗的目标。系统的放松次于个人的整体性和经验的丰富性(Malone, Whitaker, Warkentin 和 Felder,1961)。家庭表述的问题被认为是入门券(Whitaker 和 Keith,1981),真正的问题是情感的贫乏。

大多数经验式治疗师聚焦在个人和他们的经验而不是家庭的结构。在 Kempler(1981)的案例中,承认对个人的关注,“我认为我的主要责任是在人——和家庭中的每个人——家庭反而放在相对次要的地位”(p. 27)。强调个人高于家庭,很多更具系统眼光的经验式家庭治疗师,例如 Carl Whitaker、David Keith、Gus Napier,也不全赞同。

与经验-人本传统类似的是,经验式治疗师相信通向情感健康的道路是揭开深层次的经验。Virginia Satir(1972)这样说道:

我们试图造成家庭系统的三种改变。首先,家庭中的每个成员都应该在对方在场的情况下,能够一致地、全面地、真实地讲述出所看到、听到、感觉到、想到的对方和自己。其次,每个人应该根据他的独特性说话、行事、彼此相处,于是,决定是基于探索和协商的情况下作出的,而不是因为权力。最后,公开承认差异并用于成长。

当经验式模式应用于治疗家庭系统(而不是个人恰好适合这个系统)时,个人成长的目的被强化家庭整体的目标所吞没。Carl Whitaker 的工作精细地体现了这个双重目标。按照他的说法,个人成长需要家庭的和谐,反之亦然。归属感和个性化是并肩而行的两个目标。实际上,父母必须要关系紧密,孩子才能离开家。很多孩子不能离开,除非感觉到,父母没有他们也能快乐。

经验主义者强调人类本性的情感方面:创造性、自发性和游戏的能力——所以,在治疗中,经验的价值是非常宝贵的。

家庭成员的新经验被认为是打破僵化的期望和排除自觉性的障碍——所有这些都促进了个性化(Kaplan 夫妇, 1978)。Bunny 和 Fred Duhl(1981)谈到他们的目标是:提高能力感、福利和自尊。在强调自尊时,Duhl 夫妇回应了 Virginia Satir(1964),因为她认为低自尊、破坏性的沟通是不幸福家庭的主



要问题。

大多数家庭治疗师考虑个人增强敏感性和成长是服务于强化家庭功能这一更广泛的目的。一些经验式家庭治疗师将维持家庭系统的目标看成是暗含的,所以很少采取干预措施去促进;另外一些认为个人的成长和家庭成长密切相关,所以采取更多的行为以促进家庭的互动。Duhl 夫妇(1981)支持家庭成员之间“新的和更新的和谐”会相互强化治疗的目标。Witaker(1976a)假设家庭来寻求治疗,因为不能亲密,所以也不能个性化。通过帮助家庭成员发掘自身体验的可能性,他相信他在帮助他们恢复彼此关心的能力。

行为改变的条件

在初接触家庭治疗的人中,有个错误的概念,家庭是脆弱的,治疗师必须小心避免打碎它。许多经验就说明了相反的道理:有效的治疗必须要有强有力的干预——对于经验式家庭治疗师来说,权力来自情绪体验。

经验式临床师运用启发的技巧和他們自己的人格力量去创造治疗的碰撞。治疗师作为人的生命力是治疗中的一种主要力量;碰撞的生命力又是另一种力量。这些强有力的个人经验被认为是去帮助建立所有家庭成员中关心的人与人的关系。Gus Napier(Napier 和 Whitaker, 1978) 在《家庭的严酷考验》(*The Family Crucible*)一书中对经验式治疗师怎样造成改变有很好的描述。当家庭成员冒险变得“更多的分离,多元,更加愤怒”,或者“当他们冒险更加紧密和亲密”的时候,突破就会发生。为了帮助来访者敢于去冒险,经验式治疗师既有煽动性又有情感支持。这将允许家庭成员放弃防御,彼此开放。

经验式碰撞(existential encounter)被认为是心理治疗过程的基本力量(Kempler, 1973; Whitaker, 1976a)。这些碰撞必须是双向的;除了隐藏在专业角色背后,治疗师必须是个真实的人,能够运用自己个人去影响家庭以催化改变。正如 Kempler(1968)所说:

运用这种方法,治疗师在访谈过程中变成了家庭成员,尽其所能地参与,愿意接纳欣赏和批评,同时也愿意付出。他也笑,也哭,也愤怒。他感受和分享家庭成员的尴尬、困惑和无助(p. 97)。

对于 Satir 来说,关心和接纳是帮助朋友开放自己的经验并对他人开放的



关键：

一些治疗师认为人们来寻求治疗并不想寻求改变，我不认为这个说法是正确的。他们不相信自己能够转变。去一些新的地方或不熟悉的环境是件可怕的事情。当我首次开始和一些人工作时，我没有兴趣去改变他们。我有兴趣去发现他们的节奏，加入他们，帮助他们进入那些可怕的地方。阻抗主要来自害怕去你不曾去过的地方（引自 Simon, 1989, pp. 38~39）。

一些经验式治疗师关注家庭成员中阻抗的感受多于家庭系统改变的阻抗。Kempler 家庭模式的连锁概念在于：一旦指出来之后，它们就很容易改变。“常常在家庭中，仅关注一两个成员的模式已经足已阻止他们的参与，于是减少了持续连锁行为的可能性”（Kempler, 1981, p. 113）。Kempler 认为，经验式治疗的目的是要完成人们之间的互动。他试图通过简单推动成员度过僵局而促成目标。但正如其他的治疗团体（Lieberman, Yalom 和 Miles, 1973）一样，这些改变如果不经过重复、起作用并获得认知上的洞察力是维持不了的。失去功能的家庭有着传统（动态平衡的）的爱好；他们选择安全而不是满意。既然热情是一种混乱，不幸福的家庭对于淹没它们很乐意，经验式治疗师则不是。临床治疗师例如 Whitaker 相信安全不重要，有效才重要。于是，他慎重决定打破他所治疗的家庭的平衡。

正如压力制造了家庭的对话，使得改变成为可能，治疗的回归使得家庭成员能够发现并揭示他们隐藏的自我。多数方法旨在帮助家庭成员告诉对方，他们想些什么。但是，这意味着他们只分享其所意识到的感受。他们彼此之间有较少的秘密，但在潜意识的需要和感受的层面，他们仍可以保留自己的秘密。另一方面，经验式治疗师相信增加个体家庭成员的经验层面会导致更加诚实、亲密的家庭互动。下面的例子说明这些“由内至外”的改变过程。



案 例

在最初的、收集基本资料的会谈中，李家在讨论 10 岁的 Tommy 的不良行为。在开始的几分钟，李太太和 Tommy 的妹妹轮流讲了 Tommy



在家的种种劣迹。讨论开始之后，治疗师注意到，李先生好像都没有加入进来。尽管好像很尽职地点头表明同意妻子的抱怨，但他看起来忧心忡忡。当问他在想什么，他说没什么，治疗师得到的印象是：实际上，没想什么——至少在有意识的层面上。治疗师不知道他缺乏参与的原因，但是她知道有些什么在烦扰着他，于是她决定说出来。

治疗师：（对李先生）你在听吗？你在想什么？

李先生：什么？（他吃了一惊，他认识的人们通常不这样说话。）

治疗师：我在说，你在想什么？你的妻子非常关注和担心 Tommy，但你坐在那里像一块木头。你应该是家庭中重要的一部分，就好像墙角的那盏灯一样。

李先生：你没有权利这样对我说话（一刹那有点愤怒）。我为这个家努力工作。你认为谁让这个家有饭吃？我一周工作六天，每天开着送货车满城跑。整天我不得不听顾客抱怨这或那。然后，我回到家，得到什么？更多的抱怨。“Tommy 做了这，Tommy 做了那。”我厌倦透了。

治疗师：再说一遍，大声点。

李先生：我厌倦透了！我厌倦透了！

这个交流戏剧性地改变了会谈的整个气氛。突然间，李先生的没兴趣变得清晰起来。他对妻子不停地抱怨 Tommy 感到愤怒。相应地，她将很多对丈夫的感受错放在 Tommy 身上，因为得不到李先生的感情关注。在接下来的会谈中，李先生和太太花更多的时间谈论他们的关系，就越来越少讨论 Tommy 的不良行为了。

在她自己的情感推动下，案例中的治疗师在会谈中通过面质家庭中的一个成员增强了情感表达的力度。焦虑产生了，因为她做到足够揭露一个隐藏的问题。一旦问题被揭开，不需要很多的甜言蜜语就可使得家庭成员一起来解决问题。

尽管读者可能会为治疗师那么有攻击性地面质一个家庭成员感到不舒服，但这在经验式家庭治疗中却会经常运用。使得这样的行为有较少危险的原因在于其他家庭成员的在场。当整个家庭在那里时，对治疗师来说，有点煽动性



比在个人治疗中安全。正如 Carl Whitaker(1975)所指出的那样,一旦他们确信他或她是真的关心他们,家庭会更加接纳治疗师。

经验式家庭治疗师强调个人体验的扩展作为治疗改变的工具,现在开始鼓吹要在治疗中尽量多地包括家庭成员。作为经验主义者,他们相信直接的个人体验;作为家庭治疗师,他们相信家庭内在的相互联系。

Carl Whitaker(1976b)在做治疗的时候喜欢屋子里济济一堂。他总是争取至少有两次扩大的家庭网络会面,包括父母、孩子、祖父母以及离婚的配偶。邀请延伸家庭成员加入是一个有效的办法以帮助他们支持治疗,而不是反对或者破坏。

为了克服参加的勉强,Whitaker 邀请延伸家庭成员作为顾问“以帮助治疗师”,而不是作为病人。在访谈中,要请祖父母帮忙,问他们对家庭(过去和现在)的看法,并且有时讨论他们自己婚姻中的问题(Napier 和 Whitaker,1978)。父母可能开始看到祖父母和 20 年前自己内心想象的不同。相应地,祖父母可能开始认识到他们的孩子现在是成人了。

治疗

经验式家庭治疗师分享人本主义的信念,人们原本是很有资源的,如果按照他们的兴趣发展的话,会精力充沛,充满创造力、爱和创新性(Rogers,1951)。治疗的任务于是被认为是打通防御并释放人们内在的生命力。

■ 评估

因为经验式治疗师对解决问题没有强化家庭功能有兴趣,他们较少关注特定表述的问题。此外,因为关注个人和经验更甚于家庭的组织,他们对于评估家庭动力的结构没有太大兴趣。

下面的摘录说明了经验式治疗师怎样鄙视评估。“诊断是治疗师挫折的墓碑,例如阻抗、从属获益(secondary gain)等指控,只是摆放在隐藏的不满意坟墓上的鲜花。”(Kempler,1973,p. 11)这个说法似乎表明:正式的评估需要一个客观的距离来形成判断性的态度,并将治疗师和家庭的情感阻断。

对于大多数经验式治疗师而言,当治疗师开始了解家庭的时候,评估自然



发生。在发展关系的过程中,治疗师知道他/她在和哪种类型的人打交道。Whitaker 通过让每个家庭成员描述家庭和他们之间的互动开始。运用这种方法,他得到个体的家庭成员对家庭看法的复合的图景。但是这种质询是大多数经验式治疗师了解家庭比较正式的用法。在这个方法中充当评估大多数是在试图破解在不断变化过程中浮现出来的阻抗,并设法帮助家庭成员之间的彼此开放。

■ 治疗技巧

按照 Walter Kempler(1968)的说法,经验式治疗没有技巧,只有人。这一警句巧妙地总结了对治疗师人格的治疗性力量的信心。治疗师做了什么并不重要,但他们是誰非常重要。为了培养来访者的开放和真实,治疗师自己必须开放和真诚。然而,这个说法至少是部分修饰过的。不论他们是谁,治疗师必须也要做些事情,即使不是仔细计划过的,然而他们做的还是可以描述的。此外,经验式治疗师倾向于非常活跃,其中一些人(包括 Kempler)使用相当多的煽动性的技巧。

一些人使用有结构的设计例如家庭雕塑(family sculpting)和家庭舞蹈(choreography)去激发治疗的情感深度;其他人例如 Virginia Satir 和 Carl Whitaker 依赖这些成为他们自己的自发性。

Virginia Satir 具有非凡的沟通能力。和很多伟大的治疗师一样,动态的人格使得她从第一面开始就和来访者有着精力充沛的接触。但她不只依赖个人的热情。她还积极工作去澄清沟通,将人们从抱怨转向寻找解决问题,支持家庭中每个成员的自尊,指出正向意图[早于正向解读(positive connotation)成为策略技巧],并通过例子来显示家庭成员彼此关爱的方法(Satir 和 Baldwin, 1983)。她是一个充满爱心且很有力的治疗者。

Satir 的一个特点是运用触摸。她的语言充满温柔。她常常通过和孩子的身体接触开始,就好像其个案“关于岩石和鲜花”(of Rocks and Flowers)中所体现的那样。Bob,一个痊愈的酗酒者,两个男孩的父亲,孩子分别叫 Aaron(4岁)和 Robbie(2岁)。母亲经常虐待他们——将他们推下楼梯,用雪茄来灼烧他们,将他们的头朝水池中按。在访谈的时候,母亲正在接受精神病的治疗且不能看到孩子。Bob 的新太太 Betty,以前被前夫虐待过,此人也是个酗酒者。她怀孕



了并担心孩子们会虐待婴儿。男孩已经表现出对于他们所经历过的暴力的愤怒——打其他孩子的耳光和掐其他的小孩。Bob 和 Betty 将挫折和恐惧付诸行动,然而只能增加他们的暴力。

通过这个过程,Satir 向父母做示范,怎样去温柔地触摸孩子,当想阻止孩子们的不良行为时,怎样紧紧地抓住他们。当 Bob 开始很疏离地和 Aaron 说话时,Satir 坚持亲近和身体的接触。她让 Aaron 坐在他父亲的面前,并让 Bob 拉着小男孩的手直接对他说。(Virginia Satir 更多地聚焦在用心理和系统的力量帮助家庭成员彼此联结而不是将他们分开)

下面这个片段摘自 Andreas(1991)的著作。



案 例

那些小孩子知道很多事情,需要接受再教育。我们知道在那些小孩子心中有着巨大的能量,就好像你们心中一样。并且我们准备和你的治疗师讨论关于怎样给你一些空间,这样一来你和孩子之间会有一个缓冲。运用你获得的每个机会去做一些身体上的接触。而且我们能够建议你做的就是你们两个要对你们期待什么非常清楚。

如果你(Bob)可以从 Betty 那里学到怎样更迅速地关注孩子,我想你能够不含有“不许”地给出你的信息——当你抓住他们的时候运用你胳膊的力量——我不知道我是否可以向你说明,但是让我抓住你的胳膊一会儿(Satir 抓住 Bob 的前臂)。让我来告诉你其中的差别。抓住我的胳膊就好像你准备来抓住我的胳膊(Bob 抓住她的胳膊)。好的。现在当你这样做的时候,我的肌肉开始紧绷,想反击(Bob 点头)。现在你抓住我的胳膊好像是要保护我(Bob 抓住她的胳膊)。好的。现在我能够感觉到你的力量,但并不想从你那儿挣脱(Bob 说,是这样)。

我现在想让你做的就是尽可能多地触摸两个孩子。当事态开始不妙的时候,你就走过来——不要说什么——走向他们只是抓住他们(示范保护性地抓住 Robbie 的小臂),但必须知道你的内心不是要推开他们。(Aaron 暂时将手放在 Satir 的手上和 Robbie 的胳膊上)就好像这样(演



示),但是你不要用很大力气(用双手敲了 Bob 的胳膊),正如刚才你所了解到的区别。我会给你(Bob)做演示。首先,我准备开始这样抓住你(演示)。(Bob 说好的)你看到你挣脱。好,现在我准备做的是给你更多的力量(示范性地双手抓住他的胳膊。Robbie 轻拍 Satir 的手)。但我不准备让你去报复。这是你开始的最重要的一点。

(Satir 转向 Betty 并伸出她的前臂)好,现在我想和你做一样的事情。好,用力抓住我的胳膊……(Betty 抓住 Virginia 的胳膊, Aaron 也这样做)好,就这样,好像你真的在问我“为什么”。好,很好。现在好像给我一些支持,但同时也要给我一个界限。(Aaron 抓住 Betty 的一只手, Satir 用另一只手抓住 Aaron 的另一只手,三个人围成了一个圈)有一点点紧,只有一点点紧。

于是,下次你看到要发生什么事情时,你要做的就是走过去然后有个身体接触(Stair 示范式地抓住 Aaron 的小臂),很柔和地。(Stair 抓住 Aaron 的手并想将他从 Betty 的膝盖上拉下来)现在, Aaron,我想你站在这儿,我就可以教你妈妈一些东西(Aaron 说,好。)现在,让我们假设一些时候我不假思索就这样做了(突然用双手抓住 Betty 的胳膊)。你看,你们现在想做什么?(Betty 点头)好的。现在我要做另外一件事情。给你的是同样的信息(Satir 紧紧抓住 Betty 的双臂,盯着她的眼睛,并开始起身),我做的就是这些。我在看着你,我给了你一个直接的信息。好。此刻你的身体并不对我有负面的回应。你感觉到要停止,但并不负面。现在,我要这样做,(Satir 用一只手环住 Betty 的背,另一只手则抓住她的上臂)就好像现在这样(Satir 双手紧紧抱住 Betty)拥抱你。我要这样拥抱你一会儿。

这次会面之后, Satir 这样评价她的技巧:

过去发生了很多事情,如果你将他们想象成魔鬼,对孩子来说,恐惧是那样的强烈。于是,我想做的一件事就是也要看到他们有能力对于触摸作出反应,通过让他们将手放在我的脸上来置身其中——从某种程度上为家庭提供镜子,也为家庭中的人们提供镜子。并且允许他们、鼓励他们去这样接触父母。看,触摸,在那时营造出一种气氛,此时



无声胜有声。

为了鼓励同理心,并将家庭成员联结得更紧,Satir 常常使用下面的练习(摘自 Satir 和 Baldwin,1983):

1. 设想一个和你孩子相处的困难情境。或许你的孩子做了一些你不知道如何处理的事情,或者这件事让你很疯狂。

2. 从你的角度再将那个情形“放一下电影”。假设你和孩子再次经历那种情形。注意你的感受,你看到什么,听到什么。

3. 再次经历这个情形,但是这次作为孩子。将整个情形视觉化地表现出来,缓慢而具体地,好像你可以通过孩子的眼睛去看到整个事情。让你自己感受到你孩子肯定感受到的。你是否注意到你以前没有注意到孩子可能有的感受?你是否注意到你的孩子可能的愿望和需要是你以前没有注意到的?

4. 再次经历这一同样的情形,这一次你是一个观察者。看并倾听发生了什么,允许自己去观察孩子和自己。你是否观察到你和孩子互动的方式?你是否对于自己和孩子的关系变得更加清晰?

因为喜欢运用恰到好处的方法进行个人化的碰撞,所以 Whitaker 运用相同的方式来处理个人、夫妻或者团体也就不足为奇(Whitaker,1958)。他坚持避免指出真实生活中的决定,倾向于让家庭成员开放自己并分享他们的不确定性。这可能听起来很陈腐,但却是相当有用的一点。只要治疗师(或者其他什么人)急于去改变人们,就很难去帮助他们理解——甚至很难用同理心去理解对方。

Whitaker 早年(Whitaker, Warkentin 和 Malone,1959; Whitaker,1967)和后来(Napier 和 Whitaker,1978)工作的比较显示出他怎样随着岁月的流逝在改变。开始的时候他非常怪异。他可能在会谈的时候睡着,然后讲述他自己的梦;他和病人摔跤;他讲述自己的性幻想。在后期,他变得较少具有煽动性。在治疗师成熟之后,这些变化似乎顺理成章,因为较少需要迫使别人注意自己并更愿意倾听。

因为 Whitaker 的治疗非常深入、个人化,他相信两个治疗师一起工作是必需的。有协同治疗师去分担压力可以使得治疗师避免陷入家庭的情感漩涡之中。所有的家庭治疗倾向于刺激治疗师对于某种特定家庭成员的感受。一



个疏远的、分析的立场缩小了这样的感受；情感的介入则扩大了它们。

反移情的困难在于它会变成潜意识。在会谈结束之后，治疗师更需要意识到这样的感受。同样，观察到他人的反移情要容易得多。仔细考虑 Fox 博士的例子，他是个已婚男人，专长于个人治疗；但有时这也见之于困难中的已婚夫妇。75%的这类案例，Fox 鼓励他们离婚且很多来访者听从了他的建议。如果 Fox 对自己的婚姻很满意或有勇气去改变它，或许他会有较少的推动力去引导来访者们去采取他自己害怕的行动。

为了缩小反移情，Whitaker 建议家庭坦诚分享自己的感受。如果感受被毫不隐瞒地表述出来，他们就会较少采取行动。然而，有时大多数治疗师不能意识到自己的感受。这也是协同治疗师非常有用之处。通常，协同治疗师能够认识和中和同事的情绪反应。协同治疗关系的最大收益是防止治疗师被家庭吸纳(inducted)。没有协同者单独治疗家庭的治疗师要寻求督导、帮助维持平衡的客观性的需要。

Whitaker 的第一次会面(Napier 和 Whitaker, 1978)是相当具有结构性的且包括询问家庭的历史。对于他来说，和家庭的最初接触是在“结构之战”中打开保留地(Whitaker 和 Keith, 1981)。他努力获得足够的控制去施加最大的治疗杠杆作用。他希望让家庭知道是治疗师在掌控。这开始于第一次电话。Whitaker(1976b)坚持尽可能多的家庭成员参加；他相信三代的加入是必需的，确保祖父母的支持，至少不反对治疗，他们的出现能帮助纠正偏差。如果重要的家庭成员不能参加，Whitaker 会拒绝见这个家庭。为什么要从一张反对你的牌开始呢？

跟 Virginia Satir 一起，Whitaker 是最早的运用自己作为改变催化剂的治疗师代表。然而，Satir 提供了一个温暖的、支持性的出席，Whitaker 有时是弩钝的，甚至对抗性的。实际上，好像 Whitaker(或者 Minuchin)做的煽动性干预被家庭接受那样，必须要在治疗师被认为是理解并且关心他们的人之后。在挑战人们之前，最首要的是赢得他们的信任。

但是不管是煽动性还是支持性，经验式治疗师通常相当活跃。不是让家庭成员去自己处理他们的问题，而是告诉他们，“告诉他(或她)你的感受！”或问，“你现在有什么感受？”正如最能引起老师注意的方法是表现不好，引起经验式治疗师关注的最好办法是表露出没有实际表达出来的情感的迹象。



案 例

治疗师：我发现，不论你问妈妈什么问题，都朝父亲看一眼，这说明什么呢？

Kendra：噢，没什么……

治疗师：这必定意味着什么。来，你的感觉究竟是什么？

Kendra：没什么！

治疗师：你一定心中有些想法，究竟是什么？

Kendra：好，有时候，妈妈让我做什么事情，爸爸就很生气。但他不朝妈妈吼，只朝我吼（低声抽泣）。

治疗师：告诉他。

Kendra：（愤怒地，朝治疗师）让我一个人待着！

治疗师：不，非常重要。告诉你爸爸你的感受。

Kendra：（猛烈哭泣）你总是挑我的刺！你从不让我做任何事情！

经验式治疗师在他们的工作中运用大量的表达性的技巧，包括家庭雕塑（Duhl, Kantor 和 Duhl, 1973）、家庭木偶访谈（Irwin 和 Malloy, 1975）、家庭艺术治疗（Geddes 和 Medway, 1977）、联合家庭绘画（Bing, 1970）和完形治疗技巧（Kempler, 1973）。在经验式治疗师办公室里的装备中，有玩具、玩具室、黏土、泰迪熊、绘画纸和笔以及棒球棍。

家庭雕塑（family sculpture）由 David Kantor 和 Fred Duhl 首创，治疗师让家庭中的一个人将其他人安排在一个戏剧性的场面。这种图解方式描绘出每个人对家庭的认知和他们在其中的位置。这也是 Virginia Satir 最喜爱的办法，她还常使用绳子或眼罩去让家庭成员戏剧化地互相陷入被对方束缚的角色（Satir 和 Baldwin, 1983）。

下面雕塑的例子是当治疗师让 N 先生去安排他们的家庭成员进入一个场景：他刚下班走进家门。



案 例

N 先生：当我下班回家？好（对他的妻子），亲爱的，你是在炉子边，对吗？

治疗师：不，不要说话，只是将人们移动到你想让他们去的地方。

N 先生：好。

他引导妻子站在厨房炉子可能在的地方，并将孩子安置在厨房的地板上，画画和玩耍。

治疗师：好，现在，还是不要说话，让他们演起来。

N 先生于是让妻子假装炒菜，但不停回头看孩子们在做些什么。他告诉孩子们假装玩一会儿，但是很快就开始争吵并向妈妈抱怨。

治疗师：当你回到家时，发生了什么？

N 先生：没什么，我试图对我的妻子说话，但孩子们不停纠缠她，她很烦，说，让我一个人待会儿。

治疗师：好，演出来。

N 太太演试图一边炒菜一边调解孩子们的冲突。孩子们认为这是个很好玩的游戏，假装争吵，并试图阻止对方赢取妈妈的注意力。当 N 先生“回家”时，他走向妻子，但孩子们隔在中间，直到 N 太太将所有的人都赶走。

之后，N 太太分享她从未意识到她的丈夫觉得被忽略了。她只是想到他回到家，问好，并退回房间看报纸、啜一口啤酒。

家庭雕塑也常用来说明过去的场景。一个典型的说明是，“假设站在童年的家前面，走进去，并描述最典型的场景”。这个想法是要做出一个戏剧化的场景，描绘一个人对家庭生活的看法。这是一个提高自我觉察和增强敏感性的办法。如果它们唤起变化，这样的戏剧化可能最有效，也能够容易被演出来。

另一个表达式的练习是家庭艺术治疗（family art therapy）。Kwiatkowska(1967)引导家庭制造一系列的绘画，包括“联合家庭涂鸦”（conjoint family scribble），其中每个人潦草作画，然后全家人的涂鸦合并成一副完整的画。



Elizabeth Bing(1970)描述了联合家庭绘画(conjoint family drawing)作为一个给家庭热身的方法并让他们可以自由表达自己。在这个过程中,告诉家庭,“画一幅图画好像将自己看成家庭”。这一最后的图画可以揭露以前从来没有讨论过的看法,或者可能促使人们画一幅图画使他或她认识到以前没有想到的事情。



案 例

一位父亲画了幅家庭图,画中,他站在一边,然而他的妻子和孩子却手拉手站着。尽管他描绘了一个他妻子和自己都心知肚明的事实,他们从来没有坦白地交谈过。一旦他将这幅画给治疗师看,就不可避免要讨论。在另一个案例中,当治疗师让每个家庭成员去画家庭时,青春期的女儿不知道要怎么画。她从未想过多少关于家庭或她在家庭中的角色。当她开始画的时候,图画好像才自己浮现出来。她吃惊地发现她将自己画得离父亲和姐妹们更近而不是母亲。这引发了一个她和母亲之间关于她们之间关系的深入探讨。尽管她们花很多时间在一起,女儿不觉得和母亲很亲近,因为她觉得母亲将她看成小孩子,从来不跟她说她自己的想法,对女儿的生活也只有肤浅的关心。从母亲的角度,她有些吃惊,但一点也没有不高兴,因为她的女儿也做好准备要建立更成熟、更互相关心的关系。

在家庭木偶访谈(family puppet interviews)中, Irwin 和 Malloy(1975)让家庭成员中的一个运用木偶来编造故事。这个技巧最初是在给小孩子的游戏治疗中使用,被设计用作强调冲突和联合的工具。实际上,将它只用于与小孩子工作其作用可能有限。大多数成年人抵制用这么孩子气的中介来表达一些相当个人的想法。当治疗师说“告诉我一个故事”时,即使沉默的8岁孩子也知道发生了什么。

角色扮演(role-playing)是另一个受欢迎的办法。它的使用是建立在经验要是真实的假设之上,必须要将生活带入当下。在面对面的会谈中,角色扮演可以使回忆过去的事件和设想期盼的、害怕的未来场景变得更直接。Kempner(1968)鼓励父母去幻想并角色扮演他们儿童时的场景。可能会要母亲做



角色扮演,当她是小女孩时是怎样的;也可能会让父亲去假设他自己是个小男孩,被困在和自己儿子一样的困境。

当被提到的人不在场的时候,治疗师可能介绍完形的空椅法(empty chair technique)(Kempler, 1973)。如果孩子谈及她的爷爷,可能会让她跟椅子说话,假设它是拟人化的爷爷。Whitaker(1975)运用类似的角色扮演技巧,他称为“对荒谬者的治疗”(psychotherapy of the absurd)。这常常将人逼上悬崖,就好像下面的例子说明的那样:

病人:我不能忍受我的丈夫!

治疗师:为什么不离开他,或者找个男朋友。

有时候,这有种讽刺性的嘲弄形式在里面,就好像对一个难以取悦的小孩进行讽刺挖苦。希望来访者可以通过感受到治疗师的疏离而获得一种客观的距离;危险在于来访者因为感到被取笑而觉得受到伤害。

这些技巧在个人治疗中也证实是有用的(Nichols 和 Zax,1977),通过将回忆聚焦并表现出受压抑的反应而深化情绪体验。这样的方法在家庭治疗中是否必要还值得进一步讨论。在个人治疗中,来访者和生活中的重要人物隔离开来,角色扮演可能是很有效的方法去模拟和这些人在一起。既然家庭治疗中重要人物也是在场的,运用角色扮演或者其他幻想的方法是否必要值得怀疑。如果情绪反应是需要的,通过家庭成员之间的开放交谈就可以唾手可得。

家庭治疗的两个新近的流派情绪中心夫妻治疗和内在家庭系统模式代表了对于家庭动力更加复杂的理解。

情绪中心夫妻治疗。情绪中心夫妻治疗在两个连续的层面上工作——揭开伤害以及隐藏在愤怒和退缩等防御性表达下面的受伤和渴望,进而帮助夫妻理解这些感受是怎样在他们的关系中演绎出来的。在治疗的最初,治疗师接纳每个来访者的直接感受——受伤和愤怒,即让他们感到被理解(Johnson,1998)。



案 例

“你变得越来越愤怒。当你听到 Will 表白自己是无辜的时候,你非常沮丧,是吗?”通过打断夫妻之间的争吵和反思他们的感受,治疗师缓和



敌对并帮助聚焦在他们的经验而不是对方的错误上。于是,为了探索伴侣之间情绪反应下面的认知,治疗师仔细询问在家中发生了什么。

“喔,部分的你相信他,但部分的你还在怀疑?”

“部分的你正在观察并期望他不会伤害你?”

“你能否告诉我你相信哪部分的他是真实的?”

接着,治疗师指出夫妻的情绪怎样驱使他们进入逐步升级的循环。

循环是在 Will 通过保持距离和避免 Nancy 的愤怒来自我保护的,Nancy 警惕而又好战以避免再次被背叛。因为她变得更加没有安全感和不可信任,于是 Will 觉得更加无助和疏远。因为他疏远,她觉得被背叛,于是变得更加易怒。两个人构成了受害者的循环,而我要接着将其改装成夫妻需要彼此帮助的一个共同问题(Johnson,1988,pp. 457~458)。

夫妻对情绪反应增长的觉察阻碍他们设立一个揭开和表达埋藏在争吵下面深层情感的舞台。因而,宣泄的表达使得夫妻之间有可能去深化他们对彼此之间破坏性模式的理解,这一因果过程会在整个工作过程中被持续探索。

当夫妻讨论受到的伤害和内心的渴望时,依附理论帮助情绪中心夫妻治疗师查明引发问题的原因。

“可能你觉得没有人真正爱你?”

“你觉得无助而又孤独,是吗?”

唤起情绪的冲击被这一事实强化:配偶之间运用新且更有“感情”的方式在表达。

“那,你能告诉她吗?”

工作的最终目的是要促使伴侣通过承认和表达依附的需要来冒险承认对对方的不安。

“只有你能够面对恐惧并决定冒险依赖 Will。他不会这样做,是吗?唯一能够放下防御并冒险信任他的是你,不是吗?”

“最坏的话,会发生什么?”

此外,和夫妻工作意味着一旦伴侣冒险表达需要和害怕,伴侣也能



够受到鼓励而作出回应。

“Will,当听到这些时,你怎么想?”

对这个问题的回答当然不同于:一旦伴侣放下防护,开始去谈他们害怕的是什么,真正希望从对方那里得到的是什么。

情绪中心夫妻治疗师运用剥夺(deprivation)、孤立(isolation)和失去安全联结(loss of secure connectedness)等术语来形容家庭成员的经验。从依附理论的视角,帮助家庭成员聚焦在渴望而不是对方的错误和失败上。治疗干预的过程被描述为九个治疗步骤(Johnson, Hunsley, Greenberg 和 Schindler, 1999):

1. 评估-制造一个联盟并运用依附理论来说明在夫妻冲突中的核心问题。
2. 辨别维持依附不安全和关系困难的有问题的互动循环。
3. 揭示互动立场之下潜在的不被承认的情绪。
4. 根据有问题的循环以及潜在情绪和依附需要来重构问题。
5. 鼓励接纳和表达被否认的需要和部分自我。
6. 鼓励接纳伴侣的新的开放。
7. 鼓励对特定需要和愿望的表达并创造一个亲密的、情感的联结。
8. 促成对未解决关系问题的新方案。
9. 巩固新的立场并更真实地表达依附的需要。

在所有的步骤中,治疗师在帮助伴侣们揭示和表达他们的情感经验和帮助他们重组互动的模式。例如:

治疗师可能首先帮助一个退缩的、戒备的配偶构建他那被麻痹的无助感,所有这些为他的退缩做了准备。治疗师将通过将其置身于一个破坏性的循环中来证实这种感觉。治疗师将在过程中拔高这个感觉并帮助伴侣去听和接受,即使这和她通常体验配偶的方式有很大的不同。最后,治疗师转向围绕着这一无助的互动结构,正如,“那么,你能否向她求助,并告诉她,你觉得无助而又挫败,只想逃跑和躲藏”。这样的表述,话内话外都代表从被动退缩向主动情绪联结的一个开始(Johnson, Hunsley, Greenberg 和 Schindler, 1999, p. 70)。



内部家庭系统治疗。在内部家庭系统模式(Schwartz,1995)中,冲突的内在声音被赋予人格化成为子人格或“部分”。使得这一方法强有力的的是在于:尽管来访者家庭成员常常意见不一致,但他们的冲突常常是由于将他们的任何一种感受极端化。真相是:处于冲突中的人们,自己也常常陷入冲突之中。

青少年的反叛和父母的不信任只是他们对彼此复杂情感的一部分。或者说,选个不同的例子,陷入追逐者-疏离者模式可能演示出来的只是部分的他们,害怕被抛弃或吞没的他们。通过将内在的冲突和不平衡戏剧化地表现出来,内在家庭系统治疗帮助家庭成员整理出感受并运用不那么极端的方法与彼此再联系。

为了帮助来访者区分内在冲突的声音,Schwartz开始引入部分的语言。



案 例

“当你的儿子开始不喜欢自己时,部分的你觉得沮丧和愤怒。你是否认为如果这一部分不被激起的话,你去帮助他更容易一些?”

“听起来,部分的你同意你丈夫要对孩子更加严格的观点,但另一部分在说,他变得太苛刻了。这第二部分是什么?它对你说了什么?你害怕什么?”

通过仔细倾听来访者的感觉并解释不同的反应是来自部分的他们,治疗师发起家庭两极化的转变。对人们来说,相对于承认他们(作为一个整体)觉得愤怒、无助等情绪,承认“部分的他们”更加容易。父母有困难承认他们为儿子在学校表现不好而愤怒,但是承认部分的他们对儿子的失败有点愤怒要容易些——此外,愤怒部分常常挡住了同情部分的路。一旦将家庭成员的不同部分是互相作用的观点引入,而不是将其视为固有的不一致,他们就能够开始看到部分的个体是怎样引发另一个体的部分。明显的含义在于:如果他们夸张的情绪只被包含在部分的他们中,他们就有其他的感受和互动的可能性。

于是,“所以,父亲的愤怒部分看来引发了一个悲伤而又无助的部分的你,这样说对吗?”

而且,既然许多类似的两极变成三角,可能父亲的愤怒部分也会引发



妻子的保护部分。

“当看到你丈夫对儿子的愤怒部分也引发了你的保护部分时，部分的你觉得需要去反抗丈夫并保护儿子吗？”

于是除了看到失败的儿子、没有同情心的父亲和意见不一致的父母，家庭发现每一个人都有一部分存在问题。父亲从一个暴君转化为一个挣扎于挫败和愤怒部分的自我的人。他的妻子停止与他的争执，反而看到她的保护部分是由他的愤怒部分引起的。除了是个失败者，儿子在面对父亲的愤怒部分和父母之间的冲突时，成为一个有部分无助感的孩子。

类似于所有经验模式，内在家庭系统治疗建立在这样一个信念之上：在人们的情绪反应部分之下，在人格的核心处存在着健康的自我。当治疗师注意到不同的部分占据上风时，他或她首先帮助他们去看到它们，并帮助他们冷静下来。如果，例如，愤怒的部分被看成狂吠的狗，来访者可能发现，通过走近狗，爱抚它直到它感觉到安全和平静，自己也能够平息愤怒。或者我们运用另外一个例子（引用于 Schwartz, 1998），如果惊吓的部分被认为是布娃娃，来访者可能会通过拥抱和安慰布娃娃来放松自己的害怕。于是，通过将人们的极端情绪反应作为部分加以人性化，帮助他们看清并对反应的部分安心，内在家庭系统治疗将人们从愤怒和害怕的主导中释放出来，反过来允许他们更有效地工作并解决个人和家庭问题。

评估治疗理论和成果

经验式治疗帮助家庭成员将埋藏的互动带出表面，以便探索驱使它们的更深入的情感。这个方法最大的好处在于帮助人们放下阻抗并变得更加直接和自主。假定家庭治疗强调行为和认知，帮助来访者揭开他们经验中的感受也当然是个很好的补充。

不论家庭治疗采取哪种流派，转向个人和他们的经验是有力的方式去打破防御性的争论。一旦家庭成员发生争论，通常会带来阻抗。他们说“你让我发疯”，而不是说“我受伤了”；不是承认他们的害怕，而是批评对方的行为。打



断争论无效升级的有效方法是去探索对参与者的影响，一次一个人。通过让个人说出他们的感受——以及这些感受的根源——能够帮助家庭成员去超越使得他们分开的阻抗，并在更真实的层面开始联结。

但只聚焦在家庭和他们的互动的方法遗漏了一点，因为这样的方法过于集中在个人和他们的情绪体验上。1970年代是经验式治疗声望的高峰，治疗师接近家庭好像他们是由亲属组成的会面团体。他们过于重视个人情绪经验的价值，并忽略家庭结构在调控经验中扮演的角色。于是，不难预料，在1980和1990年代，家庭治疗更加重视组织、互动和叙事，经验式模式也就失宠了。

正如我们已经建议的，一个主要设计用来澄清感受的治疗可能更适合于团体而不是家庭治疗。然而，家庭治疗中主导的行为和认知模式也可以对人们的感受有更多的关注。如果“更关注人们的感受”听起来有点抽象，允许我们再具体一点。帮助家庭成员接触感受达成了两方面的实现：帮助作为个体的他们去发现他们真正的所思所想——他们渴望什么、害怕什么——帮助他们作为一个家庭超越阻抗并开始用更诚实和直接的方式来相互联系。

帮助个人和内在经验相互联结的特定的、有创造性的两个方法分别是：以情绪为中心的夫妻治疗和内在家庭系统治疗。使得 Johnson 和 Greenberg 的治疗区分开来的原因在于夫妻之间情绪表达、关注与互动的动力模式之间的复杂结合。与任何情绪的方法一样，情绪中心夫妻治疗开始于必须通过澄清和承认来访者拥有的情绪——即使或者尤其当这些情感是防御性的。你不能通过忽略来将人们的感受从隐藏带到表面。

发现更深、更脆弱的情绪和教夫妻认识到由情绪驱使的他们之间反应模式的联结，创造了一个更有意义的认知经验。正如 Lieberman、Yalom 和 Miles(1973)运用团体来演示的那样，一个情感强烈的治疗经验只有伴随着对这些情绪重要性的认知才能带来持续价值。我们可能提供的唯一忠告是：在揭开情绪重要过程之后，只有根据来访者的经验“量身定做”的解释才是最有效的——这才能将心理治疗和与邻居阿姨的聊天区分开来。

像情绪中心治疗一样，Schwartz 的内在家庭系统方法帮助家庭成员通过帮助个人发现他们内在冲突的经验来更加理解对方。将不受约束的情绪人性化为“部分”是个帮助人们获得澄清他们冲突间距离的强有力的方法。不像情



绪中心疗法,内在家庭系统治疗不依赖于说教的解释。在这个方法中,情绪的经验被澄清,是通过学会区分自己的情感而不是由治疗师提供的解释。

除了那些轶事般关于成功结果的报告(Napier 和 Whitaker, 1978; Duhl 和 Duhl, 1981)和描述在会面时有效地分析情绪表达技巧(Kempler, 1981),情绪中心夫妻治疗获得大量经验的支持(如 Johnson 和 Greenberg, 1985, 1988; Johnson, Maddeaux 和 Boluin, 1998; Johnson, Hunsley, Greenberg 和 Schindler, 1999)。

近来,研究者跟随 Mahrer (1982)的建议,聚焦在治疗的过程而不是结果,来寻求研究经验式技巧的有效性。因为相信对结果的研究对于从业人员有很小的影响(他们已经“知道”他们是怎样做的),Mahrer 建议研究“治疗中的结果”——即什么样的干预造成在会谈中比较理想的结果(情绪表达、更开放的沟通)。跟随 Mahrer 和其他一些人(Pierce, Nichols 和 Dubrin, 1983)将治疗结果带入个人治疗,Leslie Greenberg 和 Susan Johnson 发现帮助一个愤怒和攻击性的伴侣去揭示他或她的温和感受成为成功面谈个案的特点(Johnson 和 Greenberg, 1988),亲密的自我表露导致深入的情绪体验和更有成效的面谈(Greenberg, Ford, Alden 和 Johnson, 1993)。

曾经被感受和表达占据了心理治疗的中心舞台,今天被行为和认知所掌控。心理治疗师已经发现人们会思考和行动,但这并不意味着我们应该忽略直接的情绪经验,这是经验式家庭治疗最为关注的。

小结

经验式治疗从内至外的作用——通过鼓励个人的自我表达来强化家庭,改变家庭治疗的通常运作方向。经验式家庭治疗也被区分为是关注情绪健康而不是解决问题。个人的整合和自我实现被表现为人们与生俱来的能力,一旦阻抗被克服,能力就自然浮现出来。为了挑战相似和增强体验,治疗师运用自己真实的人格和大量的表达技巧。

尽管经验式模式在 1980 年代以后不再那么风靡,但现在正在经历一种复苏,特别是在情绪中心夫妻治疗和内在家庭系统取向的创新工作中更是如此。家庭是个系统的观点曾经是既新颖又有争议的,现在它变成了新的传统。如



今,钟摆已经在系统思考的方向荡出很远,个人和他们的欢乐与痛苦很少被提及。当然,经验式家庭治疗的一个主要贡献在于提醒我们不能忽略在系统中的自我。



第九章

精神分析家庭治疗

领军人物简介
理论建构
正常的家庭发展
行为障碍的发展
治疗目标
行为改变的条件
治疗
评估治疗理论和成果
小结



许多家庭治疗的先驱者,包括 Nathan Ackerman、Murray Bowen、Ivan Boszormenyi-Nagy、Carl Whitaker、Don Jackson、Salvador Minuchin 都受过精神分析的训练。由于怀着创新的巨大热情,他们逐渐背离了旧的心理动力(psychodynamics),转向新的系统动力(systems dynamics)。一些人,诸如 Jackson 和 Minuchin,离精神分析的根源非常之远;而另一些人,例如 Bowen 和 Nagy,他们的工作还保留着明显的精神分析的痕迹。

1960 年代到 1970 年代,跟随 Jackson 和 Minuchin 的家庭治疗不仅忽略精神分析学说,而且对之进行毁誉。Jackson 走得很远,宣称个人的死亡。Minuchin(1989)宣称:“我们认为去情境化的(decontexted)个人是个神话中的妖怪,是由心理动力眼罩造成的幻觉。”

1980 年代,一个令人惊奇的转变发生了:家庭治疗师重新重视个人的心理学。这一兴趣的复苏反映在精神分析学派的转变——从弗洛伊德个人主义的理论转向为更重关系取向的客体关系理论和自我心理学——就好像家庭治疗本身的变化,特别是对于控制论模式机械因素的不满。在所有的书中,提倡与精神分析学派友好的有:《客体关系:个人与家庭治疗之间的动力桥梁》(*Objective Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family Treatment*)(Slipp, 1984)、《客体关系家庭治疗》(*Objective Relations Family Therapy*)(Scharff 夫妇, 1987)以及《系统中的自我》(*The Self in the System*)(Nichols, 1987)。

心理动力的声音能找到接纳自己的观众是因为:当家庭治疗师发现系统互动的、意义深远的真理时,许多人相信回头运用深入的心理学是错误的,然而任何不能逃脱自我觉察的人知道内心的生活充斥着冲突与迷惑,其中大多数是从未表达过的。当系统治疗师注重内在生活的外在表现——家庭互动和沟通时——精神分析治疗师探索隐藏在家庭对话下的家庭成员个体的恐惧和渴望。

领军人物简介

弗洛伊德对家庭有兴趣,但将其视为陈年旧事——人们学到神经性恐惧的地方,而不是这一恐惧维持下去的现有情境。面对患有恐惧症的小汉斯,他



更有兴趣分析小男孩的俄狄浦斯情结,而不是试图理解在他的家庭中发生了什么(Freud,1909)。

儿童精神病学家在理解家庭动力上取得了主要的进步,首先开始同时分析母亲和孩子(Burlingham,1951)。这些研究成果的例证是 Adelaide Johnson 关于超我空隙(superego lacunae)的解释,个人道德上的空隙通过父母朝子女传递,他们做一些小事情:类似于告诉孩子为自己的年龄撒谎,以便在看电影的时候省几个美金。

随后对已婚夫妻的同时分析揭示了家庭是个连锁的、有心灵内部系统的组织(Oberndorf,1938;Mittlemann,1948)。这个内在联结心理的概念成为用精神分析视角看待家庭的一个重要因素(Sander,1989)。大多数家庭治疗师视家庭为整体,但相对于整体的工作,精神分析的治疗师更关注家庭成员的内心世界和过去如何塑造他们成为今天的个体。

从1930年代到1950年代,精神分析研究者开始对现有的家庭显示出更多的兴趣。Erik Erikson探索了自我心理学的社会学维度。Erich Fromm对个性追求的观察预示了Bowen关于自我分化的工作。Harry Stack Sullivan的人际理论强调母亲在给孩子传递焦虑中的角色。

1950年代,美国的自我心理学取代精神分析学而独领风骚(它关注内在的心灵结构),但客体关系理论(适合于人际分析)在大洋彼岸的英国广为流行。1940年代,Henry Dicks(1963)在英国的Tavistock诊所建立了家庭精神病学研究会,大批的社会工作者开始在那里调解从离婚法庭转介过来的夫妻。1960年代,Dicks(1967)开始运用客体关系理论去理解和治疗婚姻中的冲突。他的经典著作《婚姻的张力》(*Marital Tensions*)至今仍是对了解夫妻内心世界的最有影响、最有用途的一本书。

然而,帮助创造家庭治疗的精神分析师也远离心理动力,在他们的工作中,分析的影响明显减弱了。其中的例外者就是Nathan Ackerman,他是所有先驱者中对精神分析最忠诚的人。他的学生们,其中包括Salvador Minuchin,都聚集到纽约观察这位大师的工作。

Edith Jacobson(1954)和Harry Stack Sullivan(1953)将美国的精神病学带入了人际视角。没有Jacobson和Sullivan的名气大,但对家庭治疗的发展起到更重要作用的是国家心理健康研究所(NIMH)开展的工作。1953年,



NIMH 成立时, Irving Ryckoff 在 Chestnut Lodge 将精神分裂症患者的工作转过来,并在 Robert Cohen 的领导下开创了关于精神分裂症家庭的研究项目。这个团体引入很多概念,例如假相容关系(pseudomutuality)(Wynne, Ryckoff, Day 和 Hirsch, 1958)、分裂交易(trading of dissociations)(Wynne, 1965)、描绘(delineations)(Shapiro, 1968)。但或许他们最重要的贡献是将投射的认同(projective identification)(来自 Melanie Klein)引入家庭关系中来。

在 1960 年代, Ryckoff 和 Wynne 在华盛顿精神病学院开创了一个家庭动力的课程,使得家庭治疗成为一个培训课程。后来, Shapiro、Zinner 和 Robert Winner 加入了他们。1975 年,他们招募了 Jill Savage (现在姓 Scharff) 和 David Scharff。1980 年代中,华盛顿精神病学院在 David Scharff 的领导下成为精神分析家庭治疗的领导中心。Scharff 夫妇于 1994 年离开并成立了自己的中心。

其他试图将精神分析理论和家庭治疗结合起来的人有 Helm Stierlin (1977)、Robin Skynner (1976)、William Meissner (1978)、Arnon Bentovim 和 Warren Kinston (1991)、Fred Sander (1979, 1989)、Samuel Slipp (1984, 1988)、Michael Nichols (1987)、Nathan Epstein、Henry Grunebaum 和 Glifford Sager。

理论建构

精神分析治疗的本质是揭开和阐释潜意识的冲动和反对它们的阻力。不是分析个人或家庭动力的问题,而是要发现基本的愿望和恐惧怎样使得他们不能用成熟的办法交往。让我们来看看 Carl 和 Peggy 之间的故事。



案 例

不论什么时候 Peggy 和 Carl 讨论他们的关系,她都会很沮丧并开始指责。Carl 因感到被攻击,所以被迫顺从。Peggy 抱怨的越多,Carl 就变得越安静。只有在忍受她的长篇大论之后,Carl 才会发怒并向她大吼大



叫。于是,Peggy 得到了和她期望正相反的东西。不仅她所关注的事情没得到理解,Carl 也觉得受到了威胁并开始退缩。如果这没有用,他就发脾气。有时候他会打她的耳光。

治疗师聚焦在打断这个循环并帮助他们看到这个模式,这样就可以防止类似事件再次发生。不幸的是,虽然 Peggy 和 Carl 在治疗师的办公室里学会更有效地相处,在家的時候,他们又忘记了。一周又一周过去了,故事一成不变。他们在会谈中可以做到倾听对方,但是在家一个月至少发作一次。最后,当他们气馁了,不再来了。治疗师认为,他们只是没有足够的动力去制造必需的改变。

作为行动者,或许我们将自己看得太重要;作为观察者,我们又将其他人看得没有那么重要。作为家庭治疗师,我们看来访者的行为是互动的结果。是的,人们是互相联系的,但是相互联系不应该是模糊的,因为互动的本质部分是由不可预测的深度和复杂性来决定的。



案 例

为什么 Carl 不能停止打他的妻子呢?她挑衅他的事实并不能解释一切。不是每个被挑衅的丈夫都会打妻子。回顾以前,治疗师记得 Carl 怎样习惯用夸张的语气说,“必须控制住我的脾气!”她也记得他是怎样戏剧性地描述自己的爆发和妻子的畏缩。而且她还记得,当 Peggy 谈到 Carl 的野蛮行为时,一丝笑容出现在 Carl 的嘴角。关于 Carl 陋习的这些任性而有动机的暗示,用心理动力的行话来说,因为它是相异的,可能导致一些人放弃过时的思考。心理动力语言可能暗示 Carl 的潜意识对他虐待妻子有责任,但面对他内心的冲突,他是无助的。

心理动力理论可能对于理解系统中的自我有用,但没有必要有那么高的技巧。如果我们写一个关于 Carl 的戏剧性的叙事,我们可以说,他在说谎,即使是对自己,对自己的感受和意图。他愚弄他的妻子,愚弄自己,也愚弄治疗师。Carl 认为自己的脾气(他的说法是非人性的力量)实际上迎合了他有权力去胁迫妻子、感觉自己是个男子汉的要求。这些解



释不能替代互动的解释,只能变得复杂。Carl 的攻击是由互动引发的,但又受到他自身没发现的不安全感的驱使。知道他的行为背后的动机使得我们帮助 Carl 理解到打妻子是为了弥补内心的脆弱,并帮他发现其他一些觉得自己更有力量的方法。如果治疗师停留在简单的行为互动上,在这些特定的个案中,将举步维艰。

认识人们比打台球要复杂得多,这意味着有时候我们要更深入地探索他们的经验。心理分析理论变得越来越复杂,当你掌握了一些要点的,就不容易迷失方向。下面就是一些基础知识。

■ 弗洛伊德内驱力心理学

按照弗洛伊德的说法,在人性深处,性和攻击是驱动力。当孩子学习或误学时,在这些刺激下的行为可能会导致惩罚,从而引发心理冲突。导致冲突是不快乐的影响的信号:焦虑是与想法(通常是潜意识的)联系着的不满足,当特定的推动力起了作用时,常常有人受到惩罚——例如,你受诱惑表达的愤怒可能使得伴侣不再爱你。抑郁是不满足加上(通常是潜意识的)认为可怕灾难已经发生的想法——例如,你对母亲长期积累的愤怒使得她不再爱你;实际上,没有人爱你。

冲突的平衡能够转移到两条道路中的任一条:通过强化阻抗反对个人冲动;放松阻抗以允许少量、健康的满意。

■ 自我心理学

自我心理学的本质(Kohut, 1971, 1975)是每个人都渴望被欣赏的。如果,当年轻的时候,父母示范了他们的欣赏,我们就内化这种接纳形成一种强烈、自信的人格。但某些时候,父母不能足够示范欣赏和接纳,于是我们渴望维持在过去的方式。作为成年人,我们交替地压抑获取关注的欲望并允许不论何时在可以接受的观众面前就会突破。

幸运的孩子拥有欣赏自己的父母,长大将会安全、能够独立成为原创力的中心,并能够去爱。不幸的孩子被爱的断言所欺骗,会穷其一生渴望他或她被否认所关注。



■ 客体关系理论

心理分析是个人的研究、探索最深入的动力(渴望依附的需要);家庭治疗是社会关系的研究。它们之间的桥梁是客体关系理论。客体关系理论的细节可以很复杂,但本质很简单:我们在由早年经验形成期望的基础上互相联系。早年关系的残余留下了内在客体(internal objects)——自我和他人的心理印象从经验和期望中建构起来。

弗洛伊德的原本聚焦在身体欲望,尤其是性上。如果这些欲望可能包括其他人,主要是生理方面的,关系则是第二位的。性不能和客体关系分离开来,但性关系能够在生理上多于个人化的。这没有攻击真实(弗洛伊德后期的兴趣),因为攻击不是功能的欲望。正如 Guntrip (1971)所说,攻击是针对“坏”的客观关系的个人反应。于是,正如弗洛伊德的兴趣从性转向了攻击,他关于人际的思考就浮了上来。

Melanie Klein 将弗洛伊德的精神生物学的概念和她自身对儿童的心理生活结合起来以发展出客体关系思考的杰出洞察力。Klein 的理论(Segal, 1964)来自她对婴儿与第一个重要客体、即母亲建立关系的观察。根据 Klein 的说法,一个婴儿不能仅凭借真实的经验形成对母亲的印象,还要通过一个丰富的幻想生活来转变经验。

Klein 被批评,认为她没有根据自身的观察得出有逻辑的结论——即客体关系比直觉与人格发展更相关。Ronald Fairbairn 在客体关系的方向上更进一步并远离驱动力心理学。他的激进版的客体关系理论重新定义了作为课题追寻的自我以及不重视直觉的角色——使得爱比性更重要。

因为内在客体关系是从最早、最原始的人际互动的形式中演化出来的,所以说这个领域的主要进展是由被视为年轻的孩子和捣乱的年轻人的 Klein 和 Fairbairn 来推进的,一点儿都不奇怪。在 1930 年代末和 1940 年代,在针对精神分裂症患者的工作的基础上,Fairbairn(1952)详细描述了分裂(Splitting)的概念。弗洛伊德最初描述了分裂作为一种自我的防御机制,并将其定义为两个矛盾对立面的长期共存状态,彼此之间并不互相影响。

Fairbairn 对分裂(splitting)的观点是认为自我被分化为几种结构:(1)自我的部分;(2)客体的部分;(3)与关系相联系的影响。外在的客体经



历了三种方式：(1) 理想的客体，导致满意；(2) 拒绝的客体，导致愤怒；(3) 兴奋的客体，导致渴望。作为内化分裂的客体的结果，导致的自我结构是：(1) 中心的自我(a central ego)，有意识的，能适应的，对理想客体满意的；(2) 拒绝的自我(a rejecting ego)，潜意识的，不灵活的，因为拒绝的客体而受挫的；或(3) 兴奋的客体(an exciting ego)，潜意识的，不灵活的，总是受到很多诱惑而不满足的客体。在这个意义上，分裂不是下定决心，客体关系保留了一种“一切都好”或“一切都坏”的品质。

在对婴儿和儿童的观察中，Rene Spitz 和 John Bowlby 强调孩子对于一个单独而又持续的客体强烈依附的需要。如果孩子依附的需要被否认，结果就造成情感依附的抑郁症(Anaclitic depression)(Spitz 和 Wolf, 1946)，消极避世而又趋于冷漠。按照 Bowlby(1969)的说法，依附不仅是附属的现象或喂养的结果，而是所有生物最基本的需要。那些没有这些经验的人是脆弱的，甚至缺少最少的支持，并可能变得长期地依赖或孤立。用精神分析的术语来说，这可以解释为缠结(enmeshed)和疏离(disengaged)关系的起源。

Magaret Mahler 观察年轻的孩子并描述这是个分离个体化(separation individuation)的过程。在最初的完全合并阶段之后，孩子开始与母亲之间的逐步分离，逐步地断绝了与她共生的融合。成功分离和个体化的结果就是形成了分化很好的自我(well-differentiated self)(Mahler, Pine 和 Bergman, 1975)。不能实现个体化破坏了分化的自我身份的发展，导致情绪依附的过于剧烈。依赖不能分离的严重程度，危机在如下几个阶段容易出现：孩子到上学的年纪、进入青春期或者作为成人离开家。

驱动力到客体关系的转变也能在 Harry Stack Sullivan (1953)的人际心理学中看见，他强调早年母亲和孩子之间的互动是非常重要的。当母亲是温和而又有爱心时，孩子觉得很好；当母亲使得孩子对温柔的渴望遭受拒绝而又挫败的时候，孩子感觉很糟；当孩子面临极端的痛苦和挫败时，会用分离来躲避焦虑，否则的话就难以忍受。这个经历造成了自我物力论(self-dynamisms)：好的我、坏的我、不是我，这将变成人们对未来人际关系作出反应的部分。

客体关系的内在世界从不完全符合人们生存的现实世界。它只能是近似值，并深受早年客体印象、投射和认同的影响。内在的世界逐渐成熟和发展，



变得逐渐合成并接近事实。个体处理冲突和失败的内在能力和客体关系的深度和成熟度相关。相信自己和他人本善是建立在确认外在的好客体的爱的基础上。

正常的家庭发展

一个孩子不能在人际关系的异常冷漠下成熟。从一开始起，我们需要一个便利的环境去茁壮成长。环境不一定要很理想：平常的物质环境(average expectable environment)和足够好的母爱(good-enough mothering)(Winnicott, 1965a)就行了。父母为孩子发展自我提供的安全感依赖于他们自己是否觉得安全。在最初，母亲必须将能量足够安全地投入到照顾婴儿中。她对自己、对婚姻的兴趣收缩，将精力都投注在婴儿身上。

母亲和孩子之间早年依附被认为是健康发展最重要的一面(Bowlby, 1969)。对单一母体紧密的身体亲近和依附是在童年和成年期建立健康客体关系的先决条件。婴儿需要与母亲完全融合和认同(identification)的状态作为今后形成个人化自我的强大基础。

当孩子的需要减少时，母亲逐渐恢复自己的兴趣，这使得她允许孩子变得独立(Winnicott, 1965b)。如果与母亲早年的关系是安全和充满爱的，婴儿就会逐渐能够放手，以一种内在客体的形式保留她的爱和支持。在这个过程中，大多数孩子采纳了过渡性的主体(transitional object)(Winnicott, 1965b)以减轻损失——例如，当开始认识到母亲是分离的个体并能够走开时，孩子紧紧抱着的柔软的玩具或者紧紧裹着的床单就是这一性质的主体。母亲给的玩具使焦虑的宝宝安心，这表明它代表她，并在她回来之前保持心理图像的鲜活。当母亲说“晚安”，孩子抱着泰迪熊直到母亲第二天早晨再出现。

度过正常的孤独和共生的阶段之后，孩子进入了至少6个月的分离-个体化阶段(separation-individuation period)(Mahler, Pine 和 Bergman, 1975)。分离的最初努力是试探性的且短暂的，形象化地说，就好像藏猫猫一样。很快孩子学会爬，先是离开后来又回到母亲的身边。这使孩子练习分离，意识到母亲一直在那里给予安慰，就好像一个安全港。

近来，Otto Kernberg 和 Heinz Kohut 已经借用了自我的理论来进入精神



分析圈的中心舞台。根据 Kernberg 的说法,最早的内射(introjection)发生在与母亲分离的过程中。如果分离被成功并安全地协商,孩子就会形成独立的个体。母亲必须有能力去忍受分离以便接纳孩子越来越独立。如果孩子过于依赖并害怕分离,或者母亲因失去共生的关系而焦虑,或过分抗拒,这个过程就会被搅乱。有大量储备的好的客体关系的孩子有能力承受亲密与分离。

对很小的孩子来说,父母不是分离的个体,用 Kohut(1971,1977)的术语来说,他们是自我物(selfobjects),即经历部分的自我。作为自我物,母亲通过抚摸、声音、温柔的言语来传达爱,好像它就是孩子的自我感受。当她低语“妈妈爱你”时,孩子感受到:(1)他(她)是人;(2)他(她)是值得爱的。

在自我心理学中,两种教育子女的性质被认为对于发展安全和内聚自我是基本的。首要的是镜射(mirroring)——理解和接纳。留心的父母传达了对孩子的感受的深深欣赏。一句“我能理解你的感受”证实了孩子的内在经验。父母可以提供理想化(idealization)的模型。孩子认为,“妈妈/爸爸是最棒的,我是他/她的一部分”,为自尊建立了坚实的基础。在这种良好的环境下,孩子已经建立了最基本的安全感,在区分父母的权力和力量的时候获得额外的力量。

按照 Kohut 的说法,孩子最初都有夸大的自我和完美父母的幻想。当孩子长大了,这些幻想就被驯服并整合进了成熟的人格。浮夸让位给自尊;理想化父母成为我们强烈价值观的基础。但如果创伤出现,那么最原始版的自我一直存在着。夸大的自我没有被征服,结果就形成 Kohut 所命名的纳卡索斯(自恋)人格失调(narcissistic personality disorder)。

纳卡索斯人格失调——Christopher Lasch (1979) 描述具备以下几个典型的特征——孤独、渴望关注并容易愤怒。纳卡索斯人格的人渴望成为英雄。然而这种伟大的幻想又很难实现,相应的结果就是愤怒,就是与自己作战,与外部世界作战。弗洛伊德将此认为是自卫本能的生理基础的爆发。Kohut 认为愤怒是自恋病症的反应,是对我们是谁、做些什么的理想化理解的打击。通过分析愤怒——什么样轻微的事情会导致爆发——Kohut 相信,我们可能会看到自身的纳卡索斯幻想在哪里,或许甚至采取一些行动。

精神分析对正常的家庭发展研究最重要的近期贡献是 Daniel Stern (1985)的工作。Stern 通过对婴儿和幼儿的仔细观察,辛勤地追溯着自我的发



展。Stern最有革命性的发现是儿童发展不是一个渐进的分离和个性化的过程。更准确地说,婴儿几乎从一出生就分化出来,并且发展经历了逐渐复杂关联性的模式。从协调(attunement,感受并分享孩子的情感的状态)、移情(empathy)、依附(attachment)到依赖(dependency)是一生的需要。

从精神分析的角度来看,家庭的命运很大程度上取决于组成家庭的个体人格的早年发展。如果父母是成熟而又健康的成人,家庭就会变得快乐和谐。

一些最有趣和最有效的精神分析的观点包含在对婚姻的心理动力的描述上。在1950年代,婚姻的纽带被认为是潜意识幻想的结果(Stein,1956)。我们结婚是对现实和渴望伴侣的模糊的混合。但最近,更有趣的是,心理分析治疗师将其描述为重叠的和连锁的幻想和投射(Blum,1987; Sander,1989)。一些作者将其称为“相互投射的同一”(mutual projective identification)(Zinner,1976; Dicks,1967),其他则被认为是“神经性的互补”(neurotic complementarity)(Ackerman,1966)、“婚姻的共谋”(marital collusion)、“相互适应”(mutual adaptation)、“有意识的和潜意识的契约”(conscious and unconscious contracts)(Sager,1981)。

在心理动力家庭治疗师中,很少有人的贡献超过Ivan Boszormenyi-Nagy的情境治疗(contextual therapy),这一治疗强调家庭发展的伦理层面。Boszormenyi-Nagy认为关系的伦理是将家庭和社区维系在一起的基本动力。在这个领域,经常要在临床价值中立的幻想中寻求庇护,Nagy提醒我们恰当和公平的重要性。

对于夫妻来说,Boszormenyi-Nagy的健康标准是权利和义务之间的平衡。依赖于他们需要的整体性和互补性,夫妻可以建立一个相互信任的付出和得到(Boszormenyi-Nagy, Grunebaum和Urich,1991)。当需要发生冲突,协商和妥协是必需的。

行为障碍的发展

根据传统的精神分析理论,症状是试图去应对性和攻击的潜意识的冲突。正如精神分析思想家将重点从本能转向客体关系,婴儿期的依赖和不完整的自我发展替代俄狄浦斯情结并压抑了本能是发展中的主要问题。由害怕导致



的客体关系,开始于婴儿早期,现在被认为是心理问题最深层的根源。

关系问题的一个重要原因在于孩子通过将个人的品质归因于其他人的扭曲认知。弗洛伊德(1905)发现了这个现象并将其称为移情(transference),当病人Dora将对她父亲的感情转移到他身上时,他就生硬地终止了治疗,虽然治疗已经接近成功的边缘。其他人观察到类似的现象并将其称为“替罪羊”(scapegoating)(Vogel和Bell,1960)、“分裂交易”(trading of dissociation)(Wynne,1965)、“合并”(merging)(Boszormenyi-Nagy,1967)、“非理性角色作业”(irrational role assignments)(Framo,1970)、“描绘”(delineation)(Shapiro,1968)、“共生现象”(symbiosis)(Bowen,1965)、“家庭投射过程”(family projection process)(Bowen,1965)。无论叫什么名字,所有的都只是Melanie Klein(1946)的概念:投射认同(projective identification)的相关词语。

投射认同是一个主体凭什么认知客体的过程,好像包含了主体人格不受欢迎的因素而引发客体的反应并遵照这些认知。不像投射,投射认同是一个真正的相互作用的过程。不仅父母会将自身引发的焦虑投射到孩子身上,孩子也会通过表现出证实父母害怕的行为来实现同谋。通过这样做,他们可能被歧视或成为替罪羊,但同时也满足了攻击冲动,例如,他们会有一些不良行为(Jacobson,1954);实现他们自身全能的幻想;从他们的家庭中接受微小的强化;避免如果不顺从就被拒绝的极端恐惧(Zinner和Shapiro,1976)。其间,父母能够避免与家破人亡压力相连的焦虑,经历彼此同感的满意,并依旧通过惩罚孩子表达这些推动力。运用这个方法,内心的冲突被外化,父母在表现超我,惩罚孩子只是在遵照父母身份的指令。这是父母反应过度的原因:他们害怕自己内在的冲动。



案 例

J一家希望寻求帮助来控制15岁的Paul的不良行为。因为好几次恶意破坏行为而被逮捕,Paul看起来既不为他的行为感到羞愧,也不能理解他为什么强迫性地反抗权威。随着治疗的进展,逐渐清晰的是,Paul的父亲怀着强烈但又没有表达出来的对社会现实的憎恶,他每天长时间



地在工厂工作但工资微薄,然而,“硕鼠们什么都不做,却开着凯迪拉克到处闲逛”。一旦治疗师意识到J先生强烈但又压抑下去的对权威的仇恨,她开始理解为什么J太太在描述 Paul 最近做的坏事的时候,他嘴角露出一丝笑容。

父母不能接受孩子是分离的个体可能会采取极端的形式,导致更严重的心理疾病。Lidz(Lidz, Cornelison 和 Fleck,1965)描述了一个有同卵双生的双胞胎的母亲,当她便秘的时候,会给两个儿子用灌肠剂。

当寻求独立的发展压力和婴儿期的依附发生冲突的时候,自我分化差的孩子在青春期的时候会面临危机。结果可能会是退却为依赖或暴力的反抗攻击。但即使对于未解决依赖而采取反抗的青少年来说,依旧不足以建立成熟的关系。在他们为依赖自己而感到骄傲的背后,这样的个体拥有很强烈的对依赖的渴望。当他们结婚后,可能会寻求持续的赞成,自动拒绝任何影响,或两者都有。



案 例

B 先生和太太的抱怨简直是一对镜像。他抱怨她“专横而又苛求”;她则说他“做什么都要按照他自己的方式”。B 先生是一个关系紧密的家庭的 5 个孩子中最小的一个。他描述母亲是温和而又充满爱心的,但又说她的爱试图窒息他且她不鼓励他任何关于独立的努力。他的两个姐姐屈从于这样的压力并一直未嫁,和父母住在一起。然而,B 先生反抗她母亲的掌控,在 17 岁时离家加入海军。当他回想在海军部队的经历和后来成功的事业冒险时,很明显他非常为自己的独立而自豪。

一旦 B 先生成功摆脱有控制欲的母亲的故事被说开之后,B 先生和太太都对他倾向于对任何被认为有控制性的事情反应过度有了比较清晰的了解。通过深入的分析揭示出,当 B 先生坚定的拒绝成为“专横跋扈”的时候,他仍然渴望着认同。他已经学会害怕拥有扎根很深的依赖,并需要用正面的话语来保护自己,例如“我不需要其他人的任何帮助”;然而,需要依然在那里,实际上那是个最强有力的因素导致他选择了这个太太。

当谈到婚姻的选择时,心理分析专家断然地说,爱情是盲目的。弗洛伊德



(1921)认为,在将对方理想化(idealization)的基础上,一旦坠入爱河,我们容易过高估计恋爱对象并作出错误的决断。“坠入”爱河反应了纳卡索斯性本能的过度泛滥,于是我们爱的对象被认为是自身没实现的理想的替代品。自然地,我们的自我身份在理想化的伴侣反射的光辉下也在发光。

进一步复杂的婚姻选择在于:我们学会为了赢取赞同而隐藏自己的一些需要和感受。孩子们倾向于压抑他们害怕可能会导致拒绝的感受。Winnicott(1965a)将这一现象称为虚假自我(false self)——孩子们表现得好像是个完美的天使,假装成不是自己的那种人。在极端情形下,虚假的自我会导致精神分裂的行为(Guntrip,1969);即使不怎么严重的表现也会影响配偶的选择。在恋爱中,大多数人都将自己最美好的一面表现出来。过分依赖需要、自恋(narcissism)以及不受约束的冲动可能在婚前都被隐藏起来,但一旦结了婚,配偶便毫不掩饰地放松成为自己。

从表面来看,婚姻看起来是两个有责任的人缔结的契约;在更深入的层面上,婚姻是隐藏的内化的客体间的交换。婚姻关系中的契约通常被行为的或沟通的理论所解释;但 Sager(1981)对婚姻契约的治疗也考虑到了潜意识的因素:每个契约都有三个层次的自我觉察。

1. 言语的,虽然未必总是听见;
2. 意识层面但并未说出的,通常因为害怕、愤怒或不同意;
3. 潜意识的。

每个伴侣都理所当然地认为对方应该按照契约行事,如果配偶不遵循这些条件行事的话,就会感觉受到伤害,觉得愤怒。我们每个人希望配偶去遵循一个我们内化的模式,最后发现这些不切实际的期望只能带来失望(Dicks, 1963)。

强调关系中的个人权利和责任是相当有用的(Boszormenyi-Nagy, 1972),但同样在潜意识的层面,一对已婚夫妇可能代表了单独人格,每个人都扮演一半的自我角色以及一半的对方的投射认同。这就是为什么人们倾向于和互补型的人结婚(Meissner, 1978)。

一个类似的动力在父母和孩子之间运作。即使在未出生之前,孩子也存在于父母幻想的部分中(Scharff 夫妇,1987)。与其他事情相比,未出生的孩子可能代表比配偶更受宠爱的对象。一些人在父母失败的地方成功,或者带



来安宁,重建与祖父母之间的亲情。Zinner 和 Shapiro (1976) 创造了描绘 (delineation) 一词来说明父母和孩子们之间交换父母幻想的行为。病态的描绘是基于父母防御性的需要,而不是基于对孩子的实际期望;此外,父母有很强烈的动机去维持防御性的描绘,而不管孩子实际做了什么。于是,经常可以看到父母坚持认为孩子们很坏、无助或有病——或者聪明、正常、大胆——不论事实是什么。

在家庭中的孩子们可能都要忍受这样的扭曲,但通常只有一个会被认为是“病人”或者“病了”。他或她被选中是因为有一些特征使得他们成为父母投射情绪最恰当的目标。这些孩子不应该只被认为是无助的受害者。实际上,他们在投射认同中担任共谋角色以便巩固依附、缓和潜意识的内疚或者维持父母摇摇欲坠的婚姻。通常表述的症状是被否认的父母情绪的象征。有不良行为的孩子可能将父亲压抑的对妻子的愤怒表达出来;依赖的孩子可能表达母亲对于她要承担独立生活的恐惧;相反恃强凌弱者可能病态地弥补父亲投射出来的不安全感。

心灵深处的人格动力会被心理防御机制蒙蔽,掩盖个人情感的真实本质,不仅为自己还是其他人。家庭神话 (family myths) (Ferreira, 1963) 在家庭中担当了同样的功能,简化并扭曲事实。Stierlin (1977) 详细说明了 Ferreira 关于家庭神话的观点。并发展出对家庭评估和治疗的暗示。神话保护家庭成员不去面对特定痛苦的事实,同时也不让外人了解这个令人尴尬的事实。典型的神话是家庭和谐,家庭治疗师非常熟悉,特别是那些竭力避免冲突的家庭。在这种极端的情形下,神话造成了一种“假相容关系” (Wynne, Ryckoff, Day 和 Hirsch, 1958),这在精神病患者的家庭中比较常见。通常家庭和谐的神话是通过使用投射认同来维持的,一个家庭成员被指认为是坏的,而所有其他人坚持他们是经过很好适应的。坏种子可能被认为是病人或者只是已故的亲戚。

家庭和个人一样经历固着 (fixation) 和回归 (regression)。大多数家庭都能运转直到负担过重,直到开始卡在丧失功能的模式中 (Barnhill 和 Longo, 1978)。当面对过多的压力时,家庭往往在发展的早期层面上代谢失调。家庭能承受的压力依赖于发展的程度和成员固着的形式。

Ivan Boszormenyi-Nagy 相信家庭成员相互之间需要忠诚,且通过彼此支



持来获取优点。在这个层面上,父母是公正而有责任感的,带给孩子们忠诚。然而,当要求孩子忠诚父母中的一方并以牺牲另一方为代价(Ivan Boszormenyi-Nagy 和 Ulrich,1981)时,父母就制造了忠诚的冲突。

病态的反应可能起源于看不见的忠诚(invisible loyalties)——潜意识献身的孩子以损害自己的福利为代价担当起帮助家庭的责任。例如,孩子可能会生病,使得父母团结起来关注他。看不见的忠诚是有问题的,因为没有经过理性的觉察和审查。

治疗目标

精神分析家庭治疗的目标是将家庭成员从潜意识的束缚中解放出来,这样才能像健康个体那样彼此互动。显然这是一个野心勃勃的任务。在危机中的夫妻运用理解和支持来治疗,以帮助渡过目前的难关。一旦危机解除了,精神分析家庭治疗师希望促成夫妻参与长期治疗。一些夫妻接受,但很多不接受。如果家庭只是单纯受解除症状的驱使来寻求治疗,治疗师应该支持他们终止的决定。

当选择减轻症状作为解除危机的唯一目标时(例如,Umana, Gross 和 McConville,1980),精神分析家庭治疗师的作用与其他家庭治疗师更为类似。他们聚焦在支持阻抗和澄清沟通多于分析阻抗和揭开被压抑的冲动。总体而言,行为的改变在其他治疗模式中被认为是治疗的目标(例如,使得厌学的孩子重新上学),然而心理动力治疗师认为这只是解决根本冲突的副产品。

将心理分析治疗的目标说成人格的变化很容易,但很难清楚地解释这究竟意味着什么。最常见的目标被描述为分离-个性化(separation-individuation)(Katz,1981)或者分化(differentiation)(Skynner,1981),两个术语都强调独立于家庭,并反映了客体关系理论的深入影响(或许强调分离-个性化的额外原因是在于缠结的家庭比孤立或疏离的家庭更可能寻求治疗)。个人治疗师常认为个性化指的是身体上的分离。于是,青少年和年轻人可能因为在家庭中的孤立而寻求治疗以帮助他们更加独立。另一方面,家庭治疗相信感情的成长和自主可以通过加强家庭内部的情感纽带来获得最好的实现。不是将个人从家庭中清除,精神分析家庭治疗师召集家庭去帮助他们学会怎样用



一种方式对成员放手,允许人们彼此独立又相互关联。下面的例子说明了精神分析家庭治疗是怎样在特定家庭中实现了治疗的目标。



案 例

上大学三个月之后,Barry 第一次爆发精神病。短暂的住院使得有一点变得清晰: Barry 因不能忍受和家庭之间的分离而患病;于是,医生建议他应该和父母分开住以帮助他变得更加独立。相应地,他被要求参加为年轻人服务的支持团体家庭并接受每周两次的个人治疗。不幸的是,他又第二次崩溃并再次住院。

第二次快出院的时候,住院精神病医生决定召集家庭来讨论 Barry 出院后的适应计划。在这次会谈中,非常痛苦而又明显的一点就是家庭拥有强大的力量来抗拒任何导致真正分离的机会。Barry 的父母是快乐的而又给人深刻印象的人,单独来看每一个人都很有魅力并能给予帮助。然而,他们彼此之间上演着冷漠的互相轻蔑。会谈中,他们有几次彼此对话,而不是对 Barry 讲话,敌对情绪是显而易见的。只有他们对 Barry 的关心使得关系不至于变成战场——Barry 所害怕的战场,害怕他们中的一个或两个可能受到伤害。

在会谈之后,医生们开会并提出两个部署方案。一个小组建议 Barry 尽可能地远离父母并接受个别治疗。其他医生则提出反对,建议只有一起治疗他们,才能消除 Barry 和父母之间的共谋纽带。在长篇讨论之后,团体达成一致采取后一种方案。

大多数早期的家庭会谈被父母对 Barry 的焦虑所操控:关于他居住的房屋的结构、他的工作、他的朋友、他怎样度过自己的业余时间、他的衣服、他的外表——简言之,关于他生活的所有细节。渐渐地,在治疗师的支持下,Barry 能够只将部分的生活暴露给父母的审查。当这样做的时候,父母就较少将全部精力集中在他身上,开始关注他们自己的关系。在 Barry 能更成功地处理自己的事情后,父母双方便变得公开地敌对。

在下面几次会谈中,父母的关系变成了主要的焦点,治疗师建议他们接受几次单独的会谈。因为不要将关注转移到 Barry 身上,他们两个彼



此恶性斗争,无疑其关系是遭到严重破坏的。他们的关系在治疗中不但没有好转,反而变得更差。

在两个月两败俱伤的战争后——其间 Barry 持续好转——J 先生和太太开始诉诸法律要求分居。一旦分居了,两个人都显得更快乐,更多地投入与朋友的交往和事业中,并较少担心 Barry。当他们放松了对儿子的束缚后,父母双方都和他发展出更温暖、更真实的关系。即使夫妻离婚之后,他们依旧参加 Barry 的家庭会谈。

在 Boszormenyi-Nagy 的情境治疗中,目标是平衡成人生活的负担和收益之间的公平。个人的福祉被认为既包括付出和得到两部分。家庭成员获助去克服非理性的、没有成效的愧疚并要求自身的权利(entitlements)。然而,面对现实的内疚——建立在对其他人造成实际伤害的基础上,甚至不注意到——被视为家庭中扩大责任感的最基本因素。于是,每个人通过确认自己的权利并承担义务来努力实现自我。

行为改变的条件

正如每个学生都知道的,精神分析治疗通过顿悟来工作,但是顿悟治愈的观点却是一个神话。顿悟可能是必需的,但是并不足以成为成功的分析治疗。在精神分析家庭治疗中,家庭成员通过了解心理生活比有意识的经验更加丰富,通过逐渐接受被自己抗拒的人格部分,来扩展顿悟。正如在个人治疗中更加有效,诠释被局限在潜意识的事物中——这些大多是病人们意识到的(诠释潜意识事物会引发焦虑,这意味着他们将被拒绝)。无论获取什么样的顿悟,然而,必须去面对(Greenson,1967)——即转换新的并更有成效的互动方式。

一些学者(Kohut,1977)甚至认为,精神分析治疗奏效不是因为顿悟而是因为降低了阻抗,于是,病人能够成为更真实的自我。从这一观点来看,对于家庭成员来说可能更重要的是停止与潜意识的需要作战而是去分析他们。大多数治疗师两者都做——也就是,培养顿悟并鼓励人们接受自己(Ackerman,1958)。

分析治疗师通过超越行为去看背后的动机来培养顿悟。自然地,家庭抵



制将最深层的感受暴露出来。毕竟,让别人袒露旧伤口和深层的渴望需要做大量的工作。心理分析师通过制造信任的气氛和循序渐进来解决这个问题。一旦安全的气氛建立起来,分析治疗师能够开始区分投射机制并将夫妻带回婚姻关系。一旦不再需要去依赖投射认同,夫妻们能够承认和接纳先前被分裂的部分的自我。

投射认同可以被视为一个神秘的过程,使得一些人拒绝精神分析,好像它是个庞然怪物。但是不必认为投射认同是神秘的力量,好像一个人的经验传递给另一个,完全超出双方的意志。更准确地说,感受是可以沟通的并由微小但可以认出的信号来激发的。正像可以边在拥挤的高速公路上开车,边尽兴交谈或专心收听收音机中的小说连播,所以可能在没有仔细考虑的时候获取一些暗示。

对一系列投射认同的干预包括首次打断夫妻之间的争吵以便帮助夫妻中的一方或双方去思考:他们感受到什么和在回避什么。为了有效地干预,治疗师应该对每对夫妻的核心冲突有个基本把握。他们之间在争夺什么?他们最想否认的是什么?否则治疗师的干预也就好像黑暗中放枪那样无的放矢。

治疗师帮助夫妻开始认识到现在的困难来自于自己家庭的潜意识中存在的冲突。这个工作是痛苦的,如果没有支持性的治疗师提供的安全感是不能进行的。Nichols(1987)强调同理心的需要去为整个家庭创造一个“支持环境”。

治疗

■ 评估

分析治疗师直到做出详尽的研究才会停止治疗,相反,他们即使在最后的阶段也可能不能达成最后的建构。然而,尽管分析临床心理学家可能在整个治疗的过程中持续精炼他们的理解,没有一些动力的建构的话,效果治疗就不能进行。早期的治疗师们——既缺少理论也没有经验——有时进展只是依靠这样的假设:他们只要坐在那里倾听,理解就会浮现。这在个人治疗中不是事实,在家庭治疗中同样不是。下面是对家庭精神分析的缩略的描绘。



案 例

Sally G. 患有学校恐怖症,在两次家庭会谈后,治疗师对家庭动力作出了初步的假设。除了通常对家庭成员的描述之外,表述的问题、家庭的历史和建构包括对父母的客体关系评估和婚姻关系中的共谋的、潜在的互动。

G 先生最初受他妻子的吸引,是因为性本能的因素,因为她能满足他的性幻想,包括他的窥阴癖。弥补这一点使得他将妻子理想化。于是,他在与她的性关系上有着深深的冲突与激烈的矛盾。

在另一个层面,G 先生潜意识中期望妻子可以像母亲那样忍辱负重、自我牺牲。于是,他渴望母亲般的安慰。然而,这些依赖的渴望又威胁到他自己男性气质的感觉,于是他外在表现得就好像他很自立不用依靠任何人。他那依赖的内在自我物,只有在孩子或妻子生病时,他向他们表达温柔的关怀的时候才能表现出来。但是,他们必须处在生病且脆弱的位置,才能使得他克服自己的障碍去替代性地满足他自己婴儿般的依赖需要。

G 太太期望婚姻给她一个理想的父亲。在这种潜意识的期望下,她对男人的每一点性吸引力都是她希望受到被像一个小女孩那样对待的愿望的威胁。正像她的丈夫,她为性关系而冲突不已。作为家中唯一的孩子,她希望自己是被放在第一位的。她甚至嫉妒丈夫对 Sally 的温和,并试图用自己和 Sally 之间的紧密依附来维持父亲和女儿之间的距离。

在这个层次上,G 太太早年的自我物印象,是一个贪婪、苛求的小女孩。她对母亲的内射给她提供了一个模式:怎样去对待父亲角色。不幸的是,对母亲有效的那一套,对她并没有效果。

于是,在客体关系的层面,夫妻双方都觉得自己是缺乏照顾的孩子,每个人都理所当然地渴望被照顾。当这些不可思议的愿望不能实现时,双方都满腔怒火。最终,鸡毛蒜皮的小事点燃了埋藏起来的怒火,可怕的吵架就爆发了。

当 Sally 目睹父母暴烈的口角时,开始害怕自己杀人的幻想可能会



实现。尽管她的父母憎恨自己内化的坏父母的形象,可他们的表现似乎又和他们所憎恶的一模一样。此外,在冲突中羁绊的 Sally 的自我和母亲之间的界限模糊不清——几乎好像母亲和女儿共有一个人格。

戏剧性地,Sally 不去上学可能被看成是不顾一切地尝试去保护母亲(自己)不受父亲的攻击,也是防卫父母反对她自己的、投射的、杀人的幻想。

发展心理动力聚焦的最好模型是 Arnon Bentovim 和 Warren Kinston 在英国的工作(Bentovim 和 Kinston,1991),他们提供了五步策略去建构一个焦点假设:

1. 家庭是怎样围绕着症状互动的,家庭的互动又是怎样影响症状的?
2. 现有症状的功能是什么?
3. 家庭害怕什么样的灾难,这个灾难又是怎样阻碍他们更公正地面对冲突的?
4. 现在的情况是怎样和过去的创伤相联系的?
5. 治疗师是否可以用简短易记的说法去总结焦点冲突?

在用来描述心理分析治疗的比喻中,“深刻”与“开拓”是两个最重要的特点。所有的治疗师旨在揭示什么。每个行为主义治疗师在转变引导立场之前,都在探寻去揭开被人忽略的强化的权变(contingency)。使得分析治疗不同的是在于发现的过程是事先设定并引导的,不仅在意识的思想和感情上,而且在幻想和梦中。

David Scharff(1992)用在下面的例子中用梦来作为夫妻治疗的工具。



案 例

Lila 和 Clive 扮演那种非常常见的互补型角色,即她越寻求紧密,他越撤退。然而,不像系统治疗师,Scharff 关心的不仅是行为的同步性,也关心潜在的内心经验。因为 Clive 对自己的心灵世界有很少的觉察能力,也没有什么早年的记忆,治疗师在尝试去理解是什么推动 Clive 撤退时感觉很挫败。下面的梦启发了整个治疗。



Clive 梦到一个婴儿的屁股受了伤。一个女人,他想是他姐姐,假定要去照顾婴儿,但因为 she 没做什么,Clive 就插手将孩子抱走了。当问他的想法时——“当你做这个梦的时候,脑中有没有出现什么?”——Clive 的自由联想是他期望拥有这个孩子并且关注可能必须承担所有的责任。在表达了这种担心之后,治疗师指出,这个梦也表明 Clive 害怕某些事会变得极其错误和严重以至于不能够修补。这引发了一个记忆,Lila 很沮丧并开始哭泣。Clive 拉住她并试图安慰她,但当她不能止住哭时,他就很难过地去了另一间屋子。于是,这个梦可能象征 Clive 害怕照顾太太。当她难过的时候,他可能高估了她受伤的程度,觉得自己是唯一可以照顾她的人,但这种责任让人觉得无法抵抗。

现在 Lila 说话了,说当她感到难过时,Clive 试图去安慰她,她总是要向他保证她没问题了才结束,也就是说他做的已经足够了。于是,即使当她需要安慰的时候,她也是在照顾他(Lila 的反应证明,夫妻治疗中的梦不仅说明了做梦者是怎样经历了自我和对方,而且梦的讲述方式与会谈之间的关联为夫妻动力提供了额外的信息)。

当问她对 Clive 的梦是否还有其他想法时,Lila 有点犹豫,接着说,她怀疑 Clive 是否将她看成孩子。这导致了一个诠释:除了 Clive 在某种程度上认为 Lila 是婴儿,他也将自己看成婴儿,为童年的伤害所伤。这个顿悟变得至关重要,因为 Clive 一生惧怕女性的卷入被他自己的两种感觉所强化:婴儿期的需要和儿童期的失落。Lila 开始将他的退缩较少看成一种对她的拒绝,而是一种他自己脆弱的表现。她于是觉得不再有被抛弃的威胁,现在她将其视为一个没有真实可能的内心的忧虑。同时,Clive 开始理解在面对妻子情感需要的时候自己的焦虑,不是因为她做什么,而是他内心有什么,他自己的脆弱。有了这样的理解,他不再觉得在亲密和情绪出现的时候需要那么紧急撤退了。

■ 治疗技巧

尽管精神分析理论是很复杂的,但精神分析治疗相对简单——不是容易,



而是简单。有四个基本的技巧：倾听、同理心、诠释和分析中立。有两个技巧——倾听和分析中立——可能听起来和其他家庭治疗师做的没什么不同，但是确实不一样。

倾听是紧张的但又安静的工作，在我们的文化中很少见。大多数时候，我们也就是马马虎虎一听就急于插话。当治疗师感到巨大的压力要去做些什么来帮助他们治疗的困难重重的家庭时，这在家庭治疗中尤其真实。而这也是分析中立(analytic neutrality)的重要性的来源。为了建立一个分析的气氛，最基本的是要聚焦在理解而不是担心作出改变或者解决问题。改变可能会作为理解的副产品出现，但分析治疗师用效果来延缓焦虑的介入。在建立分析探索的气氛时，不可能高估头脑中框架的重要性。

分析治疗师抵制去安慰、建议或面对家庭要维持现状的诱惑，而是悄悄地潜入他们的经验。做干预时，分析治疗师表达同理心(empathy)以便帮助家庭成员更加开放，用诠释(interpretation)去澄清隐藏起来的部分经验。

大多数精神分析家庭治疗是针对夫妻的，夫妻之间的冲突被作为出发点去探索人际心理动力。例如，一对夫妻说他们在吃早饭的时候吵架。系统治疗师可能会让他们分别汇报发生了什么，希望观察到他们的互动，以及他们做了什么使得争吵不能解决。焦点可能在沟通和互动上。一个精神分析治疗师可能更有兴趣帮助伴侣之间理解他们的情感反应。为什么他们会发怒？他们希望从对方那里获得什么？他们的期望是什么？这些感受是从哪里来的？不是试图去解决争端，分析治疗师会探索在这背后的害怕和渴望。

内心冲突的信号是影响。不是聚焦在谁对谁做了什么，分析治疗师键入的是强烈的感受并以此为出发点去详细地探究它的起源。你的感受是什么？你此前有没有这样的感受？在那之前，又怎样？你能记起什么？不只是停留在夫妻现在行为的水平层面，治疗师也要寻找通道进入他们的内心经验。

总结而言，精神分析夫妻治疗师将他们的探索从四个渠道组织起来：(1) 内在经验；(2) 经验的历史；(3) 夫妻怎样引发这些经验；(4) 会谈的情境和治疗师的输入可能导致夫妻间发生的事情。下面有个简单的例子。



案 例

在夫妻治疗的前几节中, Andrew 和 Gwen 在理解对方取得大踏步的进步之后, 更加为他们之间无法讨论感到沮丧, 关于买不买一部新车的愤怒的争执无休无止。并不是车的问题, 而是怎样付钱的问题使得他们陷入极其狂怒的争执。Andrew 希望取一些存款来预付定金, 使得每个月的付款额减少。这使得 Gwen 愤怒。他怎么会想到动用存款! 难道他不理解共同基金的收益是他们要付汽车贷款利息的两倍?

不幸的是, 他们都倾向于改变对方的想法, 而不能做一点努力去理解究竟发生了什么。治疗师打断他们的争执, 问每一个人的感受和担心。治疗师主要的兴趣不是去解决争端——尽管询问争论下面的感受通常是一个有效的出发点去理解和妥协, 但是他觉得他们反应的强度显示了这件事触动了他们的关键关系。

探寻伴侣的内在经验揭示了 Andrew 担心每个月开销的压力。“你难道不明白,” 他解释道, “如果不能先拿出足够的钱来付定金, 我们每个月都要为付钱而担心?” Gwen 做好了反驳的准备, 但是治疗师打断了她。他更有兴趣治疗 Andrew 的担心的根源, 而不是夫妻怎样试图去说服对方。

后来发现, Andrew 一生都在担心没有足够的钱。有足够的钱, 不仅意味着华车洋房, 而且要花在被认为是奢侈的物件上面——精美的衣服、外出就餐、鲜花、礼物。Andrew 将用奢侈的物质奖赏自己的强烈欲望和生长在斯巴达式家庭的记忆联系起来。他的父母是大萧条时期的孩子, 认为外出就餐和买不必要的衣服都是奢侈浪费。在更深的层次上, Andrew 节俭的记忆也掩盖了他从未从他那相当矜持的母亲那里得到他渴望的爱和关怀。于是, 他学会在心情不好的时候用新衣服或者一顿美食来安慰自己。Gwen 的主要吸引力在于她的付出和表达性的本质。她的关爱很直白并且几乎总是很高兴地纵容 Andrew 为自己买东西的愿望。

Gwen 将她的焦虑作为对于意料不到的关于他父亲不是可靠养家者的记忆的缓冲。不像 Andrew 的父母, 他们可以随便花钱。他们一周出



去吃饭 3~4 次,参加很贵的旅行,家里每个人都穿好看的衣服。Gwen 记得,尽管她的父亲是个自由的花钱者,但总是缺乏自律和远见去明智地投资以将生意扩大取得更大的成功。尽管这从来不是她有意识的记忆的部分,尽管看起来他的父亲对她慷慨大方、给她很多关爱,但他从来不真正像成人一样重视她。他宠爱她,用家里常说的话说,就好像“爸爸的小娃娃”,可爱的、脆弱的——就好像一只小猫。这是她为什么那么被 Andrew 那种严肃而又自我约束的性格所吸引,而且他对她很尊重。

为什么这个事件会触发两个人剧烈的反应呢?不仅是因为 Gwen 焦虑不让提取银行的钱和 Andrew 需要花钱之间的冲突,而且是因为他们觉得被对方背叛。部分的 Gwen 潜意识地在和 Andrew 讨价还价,她是否能够依赖他作为安全、坚强的后盾,去建设自己的未来。部分的 Andrew 潜意识地对她的期望是她可以纵容他。难怪两个人会在这件事上反应那么激烈。

那么在这件事中,治疗师的角色是怎样的呢?通过反思,他认识到自己有点过于焦虑以至于不能使得这对夫妻之间的事情得到平息。出于他自己的愿望去看婚姻幸福,他在会谈过程中控制冲突的水平,并积极干预,好像是一个和平缔造者。夫妻之间内心深处的渴望和怨恨被抛在一边,没有得到积极的探索 and 解决。或许,治疗师想,他已经抓住了这对夫妻害怕去面对他们自己的愤怒。

治疗师应该怎样去利用这样的反移情的反应呢?他是否应该表露他自己的感受?说反移情(countertransference)可能包括一些有用的信息,而不能说是它是神谕的。或许最有用的事情是将反移情的假设看成需要从病人的经验那里得到证据。在这种情况下,治疗师承认他曾经试图去平息事件,并且他询问 Gwen 和 Andrew,他们是不是也有一些害怕去揭开自己的愤怒。

像许多临床工作的描述一样,这个个案可能看起来有点完美。我们怎样从一个关于买车的争论去挖掘出一个 Andrew 镜射的自我物和 Gwen 的理想化的自我。部分的解释存在于不可避免的浓缩的言语中。但这些促使治疗师们去透过表面看本质的事情知道从何处去看,认识到这点同样重要。



会谈开始于治疗师邀请家庭成员讨论现在的关注、想法和感受。在下列会谈中，治疗师可能通过不说话或者说模棱两可的话开始，“你们今天想从哪里开始？”于是，治疗师朝椅子上一靠，让家庭成员开始谈话。问题只局限于要求仔细描述或者澄清。“关于那一点，你可以告诉我多一些吗？”“你们俩是否讨论过你们对这件事情的感受呢？”

当最初的联想和自发的互动都耗尽了时，治疗师逐渐地探寻，引出历史、人们的想法和感受以及他们对家庭成员观点的想法。“你父亲怎样看待你的问题？他怎么向他们解释的？”这个技巧强调了分析治疗师对假设和投射的兴趣。他们对儿童时代的记忆和与父母的关系尤其有兴趣。下面的故事说明了怎样实现现在与过去之间的转变。



案 例

在对对方的不满中，S先生和太太同时抱怨对方，“生病的时候不关心我，从来听不进我说什么”。他们不仅都认为对方较少关心孩子，而且坚定地认为自己是支持的且理解对方的。S太太的抱怨非常典型：“昨天完全是个噩梦。小孩子生病了并很难取悦，而我又得了严重的感冒。所有的事情堆积如山，而我必须拿出几倍的力气去应付。一整天我就盼望着John回家。但当他真的回来后，似乎一点都不关心我的感受。他只听我讲了几分钟就开始告诉我他办公室里那些无聊的事情。”S先生则说了个类似的故事，但角色却倒转了。

在这时候，治疗师通过询问双方与母亲之间的关系来干预。引发出来的却是两个很不相同但很有启发作用的故事。

S先生的母亲是个沉默寡言的女人，自立、自我牺牲和不懈地斗争是她极为重要的美德。尽管她爱孩子，却从不纵容和抑制关心以免他们被“宠坏”。然而，S先生渴望得到母亲的关注并不断地寻求。自然地，他经常遭到拒绝。一个特别痛苦的记忆是，有一次他在学校被别人欺负了，就哭着回到家，结果不但没得到他期待的安慰，母亲反而责怪他“像个婴儿”。很多年来，他学会保护自己不受拒绝的伤害，也从中发展出独立和有力量积极面。



对于生命中的第二个重要的女人,他的妻子,S先生保持着很固定的防御。他从不谈论他的问题,但因为持续渴望一种富有同情心的理解,他怨恨妻子不能让他吐露心声。通过寻求支持作为自我实现的预言,他发现自己不能冒被拒绝的危险,这也确定了他的看法,“她根本不关心我”。

S太太的背景和丈夫完全不同。她的父母纵容她而且感情外露。他们宠爱自己唯一的孩子,通过表达对她持续、焦虑的关心来传递他们的爱。当她是小女孩时,小磕小碰都成为大量表达关心的机会。她进入婚姻后,习惯性地谈论自己的问题。最初,S先生对她着迷,他觉得“这是一个真正关心感受的人”。但当他发现她从不让他谈论他所关心的事后,就开始怨恨并逐渐没有多少同感。这使得她认为,“他真的不关心她”。

在现有家庭冲突的根源被挖掘出来之后,关于家庭成员怎样持续扮演过去并常常扭曲儿童时期印象的诠释就能作出了。这样的诠释来自于对治疗师或者其他家庭成员的移情反应,也来自真正的儿童记忆。精神分析治疗师较少处理对于过去的回忆,而是更多关注现在重演它的影响。

精神分析家庭治疗师明白影响并不局限于关系分析,而包括一种父母养育的方式。于是,治疗师可能表现更有控制力或更加宽容的形式,依赖于他对家庭的特定需要的评估。一个可以说准确地意识到他对家庭的影响的治疗师是 Nathan Ackerman。他的干预(Ackerman,1966)被设计用来打破家庭的阻抗,以便将隐藏的关于性和攻击的冲突浮出表面。不像传统保守的分析师,Ackerman 和家庭的联系有着非常个人化的风格。在这一点上,他写道:

在开始与家庭所有成员建立一个有意义的情感接触是非常重要的,要创造一种气氛,其中,每个人都被触动了,而且他们觉得自己也在触动别人(1961,p.242)。

Ackerman 用自我的真实鼓励诚实地表达自己的感受。他自发揭露自己的想法和感受以至于家庭成员很难不这样去做。Ackerman 充分利用他的感召力,但是他做的不仅是简单地“成为他自己”。他有准备地运用面质技术将家庭冲突从阻抗的层面引发出来。他最有名的说法将其描述为“挠痒阻抗”



(tickling the defenses)。

精神分析家庭治疗强调很多家庭中隐藏的对话不是有意识地保留,而是被压抑到潜意识中。这一方法被阻抗所看守着,通常以移情的形式得到证明。下面的故事说明了对阻抗的诠释。



案 例

Z先生和太太忍受了十年无爱的婚姻只是为了维持婚姻给他们带来的脆弱的安全感。Z太太完全出乎意料和异常的婚外情迫使这对夫妻承认关系中的问题,因此寻求家庭治疗师的帮助。

尽管他们不再否认冲突的存在,夫妻双方公然建立了面对问题的强大阻抗。他们的阻抗代表不愿意承认某种特定的感受,并共谋以避免对关系问题的坦诚的讨论。

在第一次会谈中,夫妻双方说他们的婚姻还“马马虎虎”;Z太太有一点“中年危机”;是她需要治疗。请求个人治疗被视为一种避免痛苦的婚姻检查的阻抗,治疗师这样说道:“看来,Z先生你宁愿责备太太而不愿意考虑可能是你们两个一起造成了你们的困境。你,Z太太,似乎愿意接受所有的责任以避免用你的不满和愤怒来面对你的丈夫。”

接纳治疗师的诠释并同意检查他们的关系剥夺了这对夫妻某种形式的阻抗,尽管好像为两个勉为其难上场的格斗士关上了逃生口。在下面几次会谈中,夫妻双方都用责骂来攻击对方,但是都只谈论她的婚外情而不谈论在关系中遇到的问题。这些争论没有成效,因为Z先生攻击妻子时总是变得焦虑,而她总觉得愤怒继而负疚、沮丧。

感觉到这样的争论是毫无效果的,治疗师说:“很明显,你们将对对方置于不快乐而自己也相当痛苦。但除非你们可以开始认真考虑讨论关系中特定的问题,否则你们之间几乎没有进展的希望。”

于是,开始聚焦,Z太太羞怯地迈出一步,说她从来没有享受过和丈夫之间的性爱,并希望前戏的时间可以长点。他反驳说:“是的,性生活不那么好,但这就是你抛弃十年婚姻出去鬼混的原因吗?”这时候,Z太太用手掩住脸不能控制地抽泣起来。在她的情绪平复之后,治疗师进行干预,



再次面质夫妻之间的阻抗。“看来,Z先生,当你难过的时候,你就攻击别人。什么使得你对于谈论性那么焦虑呢?”接下来,直到这次会谈快要结束,这对夫妻才能够讨论他们婚姻中对性的感觉。这时候,Z先生又开始猛烈攻击太太,骂她婊子和荡妇。

在下一次的会谈中,Z太太开始说她觉得抑郁和沮丧,整个一周,她时常哭泣。“我觉得很内疚,”她抽泣着说。“你应该觉得内疚!”她的丈夫反击道。治疗师再次加以干预:“你将你妻子的婚外情当牌打。你是否还在惧怕讨论你们婚姻中的问题?还有你,Z太太,总是用抑郁来掩盖住你的愤怒。你究竟为什么感到愤怒?你在这场婚姻中丢失了什么?你想要得到什么?”

这个模式持续了好几次会谈。在治疗过程中,这对十年来避免讨论甚至思考他们问题的夫妻使用很多的阻抗方法来转变问题的方向。治疗师坚持指出他们的阻抗并迫使他们开始讨论特定的问题。

精神分析家庭治疗师努力去培养顿悟和理解;他们也迫使家庭去考虑要为讨论的问题做些什么。这些努力——治疗过程中的一部分——在家庭治疗中比在个人治疗中更显著。例如,Boszormenyi-Nagy认为家庭成员必须不仅意识到他们的动机,也可以为行为作出解释。在情境治疗中,Boszormenyi-Nagy(1987)指出,治疗师必须帮助人们去面对沉闷的期望(包括无形的忠诚),再帮助他们发现更积极的方式去在家庭关系上作出忠诚的付出,即为建立公正的平衡。

Ackerman通过在治疗中鼓励家庭建设性地表达隐藏的攻击和性本能的冲动,也强调积极推动顿悟的出现。为减轻症状,冲动必须变得有意识的;但情绪经验必须与促使生活改变的不断增强的自我觉察相联系。精神分析治疗的基本任务是改变思考和感受,但家庭治疗师也同样关注监督和行为的改变。

评估治疗理论和成果

很多家庭治疗师通常忽略一般心理学尤其是心理分析的理论。无论治疗



师运用哪种方法,心理分析的著作一直是临床心理学家的丰富资源。

即使如此,我们还想作出一点警告。在受专业训练的精神分析的掌握中,教条主义的精神分析家庭治疗非常有力。然而,很多治疗师为家庭对话中常见的争吵感到气馁,倾向于用心理分析的模式作为打破阻抗的争吵的方法。打断家庭的争论去探索个人感受是避免争端的绝妙方法。但如果治疗师让自己变得过于中心(通过自己来引导所有的交谈),或者过于强调个人并忽略家庭的互动,于是,家庭治疗的力量——直接针对关系问题——可能会丢失。打断阻抗的拳击去揭开藏在下面的希望和恐惧一定会带来好处。但是,除非这些询问是跟随在家庭成员自身深入而又自由的交换意见之后,否则这些探索只会造成改变的幻觉,只要治疗师在场作为一名侦探或仲裁者。

精神分析治疗师通常反对试图运用经验的标准来评估他们的工作。因为症状减轻并不是目的,并不能成为衡量成功的标准。既然潜意识冲突的出现和消失不是观察者所能见到的,无论分析成功与否通常依赖主观的判断。精神分析临床工作者认为用治疗师的观察去评估理论和治疗是有效的方法。下面从Blanks(1972)著作中引的这段话说明了这一点。谈及Margaret Mahler的观点,他们写道:

技术上采纳她的理论的临床治疗师既不质疑方法论也不质疑发现,因为他们能够在临床中确认它们,这种证实的形式就好像实验主义者坚持强调可以复制是科学方法的标准。(p. 675)

这一观点的另一例证可以在Robert Langs的著作中发现,“对治疗师建构的最终考验存在于运用治疗师的印象作为干预的基础”(p. 186)。那什么决定了这些干预的有效性和效果呢?Langs没有迟疑;病人有意识和潜意识的反应构成了最终的催化实验。“真正的有效性包括病人在认知和人际两个层面的回应。”

对治疗的最终测试难道就是病人的反应?是或者否。首先,病人的反应是可以有多种诠释的——尤其不仅可在可证实的反应中也可在潜意识编码的派生物中寻求效度。此外,这一论点并不包括病人在咨询室外的生活改变。治疗师很少汇报精神分析家庭治疗的结果,但大多数用没有控制组的个案研究的方法。有一个例外的报告是,Dicks(1967)在Tavistock诊所中对精神分析夫妻治疗的结果进行调查,在随机抽样的个案中,治疗成功率达



到 72.8%。

小结

在最早开始家庭治疗实践中有很多人受过精神分析训练的临床治疗师,但开始治疗家庭之后,大多数人将兴趣从对精神分析学转向系统理论。从 1980 年代中期起,在家庭治疗师中有了对心理动力的兴趣的复苏,但兴趣点主要集中在客体关系理论和自我心理学。在这一章,我们描绘了这些理论的主要观点,并展示了它们是怎样与心理分析家庭治疗相互关联的,将精神分析和系统理论整合起来。一些从业者(e. g., Kirschner 夫妇,1986; Nichols, 1987; Slipp,1984)将两个因素综合在一起;一些人发展出简明精神分析方法(比较著名的有 Scharff 夫妇,1987; Sander,1989);但迄今为止,还没有人实现真正的整合。

第十章

认知—行为家庭治疗



领军人物简介
理论建构
正常的家庭发展
行为障碍的发展
治疗目标
行为改变的条件
治疗
评估治疗理论和成果
小结



1970年代,行为治疗师最初开始与家庭工作的时候,运用学习理论去培训父母的行为改变并教授夫妻的沟通技巧。对于不经常发生的、有行为问题且有很强改变动机的个人,这些方法被证实有效。然而,由于与个人心理学紧密相连,行为治疗师很少认为不良行为和很差的沟通扎根于关系问题之中。

除了不熟悉系统动力,行为治疗师通常在学术机构工作,尽管创造了一整套有用技巧的设备,但还和主流家庭治疗保持着相对的孤立。然而,在过去十年里,行为家庭治疗已经发生了巨大的变化,增加家庭动力的复杂性并结合了认知原则。不幸的是,认知—行为治疗的发展对于家庭治疗领域的影响还是相当有限,这一情形应当改变,因为现在越来越强调多种模式的相互交叉。

领军人物简介

行为治疗是在巴甫洛夫的工作观察中直接派生出来的,他是一名俄罗斯的心理学家,研究条件反射导致经典条件作用的发展(classical conditioning)。在经典条件作用下,一个非条件刺激(UCS, an unconditioned stimulus),例如食物,会导致非条件反应反射(UCR, unconditioned response),就好像唾液分泌总是和条件刺激(conditional stimulus)联系在一起,比如铃声。结论就是条件刺激促使相同的反应(Pavlov, 1932, 1934)。随后,John B. Watson 使用经典条件作用去实验性地治疗“小阿尔伯特”的恐惧症(Watson 和 Raynor, 1920),同时 Mary 代替 Jones 也成功解决了另一个案“Peter”的恐惧症。

1948年,Joseph Wolpe 引入系统脱敏(systematic desensitization)的概念,对恐怖症的治疗取得了巨大的成功并对行为方法产生了极大的兴趣。按照 Wolpe(1948)的说法,焦虑是自发的神经系统通过经典条件作用而得到的持续反应。系统脱敏通过相互抑制(reciprocal inhibition)来降低焦虑产生的条件,通过将焦虑反应同与造成反应的刺激不匹配来实现。例如,如果 Indiana Jones 害怕蛇,Wolpe 会教 Jones 深入地肌肉放松,接着让他想象在台阶上遇到一条蛇。每次 Jones 开始焦虑的时候,就让他放松。运用这个办法,由想象蛇唤起的焦虑就会系统性地消失。

系统脱敏被证明是降低焦虑的有力方法,如果将接近害怕的对象或情形的实际操作包括进来会更加有效。



采用经典条件理论来解决家庭问题,主要是用来治疗由于焦虑带来的失常,包括广场恐怖(agoraphobia)和性功能障碍。Wolpe 是这一领域的先驱者,后来 Masters 和 Johnson 将其进一步发展。对于遗尿的有效行为治疗也同样是使用经典条件作用(Lovibond,1963)。

至今对行为家庭治疗最有影响的当属 B. F. Skinner 的操作条件作用(operant conditioning)。操作指的是自觉的反应,不同于无意识的反应。自觉反应的频率是由他们的后果决定的。反应如果被正性强化就会更经常出现,那些被惩罚或忽略的反应则会消失。

操作条件者仔细观察目标行为并将其频率和比率量化。于是,为了完成对行为的功能分析(functional analysis of the behavior),行为的后果被用以决定强化相依关系(contingencies of reinforcement)。例如,一些人对孩子发脾气产生兴趣,可能开始观察什么时候发生,有什么样的后果。一个典型的发现可能是:无论什么时候,父母拒绝了他的要求,孩子就会发脾气,如果脾气持续很长时间,父母就经常会让步。于是,父母可能要强化每一个行为,最后才能得到他们所想要的。为了减少孩子发脾气,要教父母学会忽视孩子。如果他们越是让步,即使偶然地,也会使得孩子发脾气得到维持,因为行为即使被部分或者间歇地被强化(intermittently reinforced)也会变得很难消失。如果孩子意识到这个可能性,他可能会想:“他们现在不让步,如果我继续耍泼,他们最终会的。这次不会,下次也会的。”

操作条件作用对孩子特别有效,因为父母有相当大的强化或者惩罚的控制力。Boardman (1962) 训练父母有效运用惩罚去处理他们 5 岁孩子的反社会攻击行为。Wolpe(1958)描述了怎样将父母作为协同治疗师一起去处理焦虑管理的个案。Risley 和 Wolf(1967)培训父母对于孤独症的儿童进行强化操作语言训练。用技术术语来说,这些父母被培训以便降低维持失常行为的可能性并强化与失常行为不相称的行为模式(Falloon,1991)。简单地说,要教会他们忽视不恰当的行为并奖励恰当的行为。

尽管没有一个单独人物可以承担起行为家庭治疗的发展,但三位领袖扮演了重要的角色:心理学家 Gerald Patterson、精神科医生 Robert Liberman 和社会工作者 Richard Stuart。

Gerald Patterson 在俄勒冈大学工作,是发展父母行为训练最有影响的人



物。Patterson 及其同事发展出抽样家庭互动的阶段方法,用社会学习理论(social learning theory)的基本原则来训练父母,还编写了培训手册(e. g. Patterson, 1971b),并仔细设计方案,用令人满意的行为来取代令人不满的行为。在这一领域作出杰出贡献的还有 Anthony Graziano、Rex Forehand、Daniel 和 Susan O'Leary 以及 Roger McAuley。

在行为家庭治疗发展过程中的二号人物当属 Robert Liberman。1970年,在题为“家庭和夫妻治疗的行为取向”(Behavioral approaches to family and couple therapy)的论文中,他概述了如何运用操作性学习的框架对四个分别有抑郁症、难治的头疼、社会化不充分和婚姻不协调问题的成年病人的家庭问题进行治疗。除了运用相互强化的偶然性管理,Liberman 还将角色扮演(role rehearsal)和示范(modeling)(Bandura 和 Walters, 1963)引入家庭治疗。

在行为家庭治疗居第三位影响的是 Richard Stuart(1969)的权变契约行为(contingency contracting)的方法。Stuart 不是聚焦在怎样改变一个家庭成员的令人不满的行为,而是聚焦在怎样运用相互强化(reinforcement reciprocity)的原则最大化地交换积极的行为。

1970年代,行为家庭治疗发展出三个主要方面:父母培训、夫妻行为治疗和性治疗。现今夫妻行为治疗的领袖人物有 Robert Weiss、Richard Stuart、Michael Crowe、Ian Faloon、Norman Epstein 和 Gayola Margolin。

近来出现了将刺激—反应条件作用的模式和认知理论整合的趋势(例如 Epstein, Schlesinger 和 Dryden, 1988; Dattilo, 1998)。认知—行为治疗(cognitive-behavior therapy)指的是那些从 Albert Ellis 和 Aaron Beck 的工作中得到灵感的取向,强调需要态度的改变去促进和维持行为的变化。在认知—行为家庭治疗中的领袖人物有:北加州大学的 Donald Baucom, 马里兰大学的 Norman Epstein, 以及在宾夕法尼亚私人从业的 Frank Dattilio。

理论建构

行为治疗的基本假设是:行为是由后果来维持的。后果如果促进行为就被称为强化刺激(reinforcers),如果减少行为则被称为惩罚因素(punishers)。



一些反应可能不会被行为者认识到——做一些事情是为了得到一些事情——只是因为人们不太留意这个强化偿付机制。例如,抱怨常常由于得到关注而被强化,尽管人们在施加强化的时候并未意识到这点。实际上,很多令人不愉快的行为,包括唠叨、发脾气,也常常因为关注而得到强化。于是,家庭问题常常在违反直觉的情形下得以维持。

反应后如果没有得到强化,消退(extinction)就会产生。当然,忽略常常是对你不喜欢的行为的最好反应。一些人不能相信这点,是因为不作出任何反应很少导致自己不喜欢的行为的即刻消失。这是因为大多数行为已经被部分或者持续地强化,于是需要一些时间来消退。

不管“强化的步骤”或“控制行为”听起来多么机械化,行为治疗师也逐渐认识到人们不仅在行动,也在思考和感受。这一认识使得人们采取努力将纯粹的刺激—反应行为主义(Skinner, 1953)和认知理论(Mahoney, 1977)结合起来。认知理论的核心原则在于我们对他人行为的诠释影响我们对其产生反应。其中最棘手的自动化想法(automatic thoughts)是那些建立在“任意推论”(arbitrary inference)和扭曲的结论的基础上,由个人的先验模式(schemas)、关于世界及其如何运作的核心信念来塑造而成的。这些根本信念之所以出现问题在于尽管它们通常不在意识的层面,但它们使得我们行事的方法、怎样对他人作出反应存在偏见。

正如将关注从孤立的个人转向家庭关系,行为治疗师开始依赖 Thibaut 和 Kelly(1959)的社会交换理论(theory of social change),按照这一理论,人们在关系中总是追求“收益”的最大化和“成本”的最小化。在成功的关系中,双方努力去扩大对方的收益,同时尽量缩小成本。相反,在一对不成功的关系中,双方忙于保护自己不受伤害而不是思考使对方快乐的方法。按照 Thibaut 和 Kelly 的说法,行为的交换在一段时间遵循相互作用的标准,于是一方负面的或积极的刺激会造成另一方相应的行为。善有善报,恶有恶报。

正常的家庭发展

根据行为交换模式(Thibaut 和 Kelly, 1959),在好的关系中,付出和得到是平衡的——或者,用这一模式的术语,成本和收益是正相关的。一般说来,



对家庭幸福的常识概念并没有什么增添。但是行为主义者开始说出,在经验研究中,一些细节足以造成关系的满足。例如,Weiss 和 Issac(1978)发现关心、沟通和照顾孩子是婚姻幸福最重要的因素。更早些时候,Wills、Weiss 和 Patterson(1974)发现不愉快的行为降低婚姻的满足感远比愉快的行为增加它更意义重大。于是,一个好的关系是愉快反应的交换,更重要的是,尽量减少不愉快的发生。另一说法就是,好的关系是在正性强化控制(positive reinforcing control)之中。

沟通技巧——交谈的能力,特别是讨论问题的能力——被行为主义者认为是好的关系中最重要因素(Gottman, Markman 和 Notarius, 1977; Jacobson, Waldron 和 Moore, 1980)(这也是关系中最容易被观察到的特点)。好的沟通通过导致控制行为的有效刺激而增强关系中的收益。

既然每对夫妻都会有冲突,那么,维持家庭和谐的重要技巧就是解决冲突的技巧(Gottman 和 Krokoff, 1989)。不幸的是,问题是生活的一部分。健康的家庭不是没有问题,而是有能力去解决出现的问题。认识到这点,你才能明白为什么行为治疗师强调解决问题的技巧和处理冲突的能力是成功婚姻的关键(Jacobson 和 Margolin, 1979)。

在好的关系中,双方可以坦诚地谈论冲突。他们就事论事,比较公允,讨论关注的特定行为。他们说明自己的感受并要求对方改变行为,而不只是指责和抱怨。“我有点孤单,希望我们以后可以更多在一起,共同做些事情”相对于“你从不关心我想要的是什么!你从来就关心你自己”,前一句话更容易得到积极的回应。

一些人假设,如果人们真的很相爱、彼此合适,好的关系会自然发展出来。然而,行为主义者强调需要培养关系技巧。他们相信,好的婚姻不是天作之合,而是学会有效应对技巧的产物。后来,Neil Jacobson(1981)描述了好的关系在于伴侣的任何一方都得到很高的回报。

成功的夫妻……通过频繁地获取积极交换的新领域来扩展强化能力。依靠有限的花样和数量的强化刺激的夫妻必定要忍受厌倦的负作用。作为这样的结果,长时间的互动就会耗尽他们先前强化的价值。成功的夫妻通过变动共同的活动、分享新的共同的兴趣点、拓展性技巧,并发展出沟通技巧使得他们总是能够吸引对方。(p. 561)



行为障碍的发展

行为主义者视症状为学到的反应。他们不寻找潜在的动机，也不认为夫妻的冲突会导致孩子的问题。相反，他们关注症状本身并寻求强化问题行为的反应。

最初，家庭成员为什么会强化他们不喜欢的行为会让人觉得很困惑。为什么父母会在孩子的坏脾气之后给予补偿？为什么一个妻子会强化丈夫的退缩，但这一退缩看来使得她相当痛苦？答案不是因为人们愿意受苦，而仅仅因为人们在无意识间就特别强化那些可能会给他们带来更多麻烦的反应。

父母通常用责备和教训来面对孩子们的问题行为。这些反应看起来可能是惩罚，但可能是在强化，因为关注——尤其从重要的父母那里得到的——是一个强有力的社会强化刺激(social reinforcer)(Skinner, 1953)。一个有效的建议通过反思得到这样一条真理：“忽略它，它就自动走开了。”问题是，大多数父母都不能忽略坏的行为。例如，注意，孩子们是很快就知道特定的词会带来很大的反应。此外，即使当父母确实在学习忽略不良行为，但通常做得前后不够一致。这常会使得事情变得更糟，因为间歇的强化是最难导致消退的(Fester, 1963)。除了行为问题无意地被父母的关注所维持，其他问题的持续是因为父母没有意识到怎样有效地运用惩罚。他们做出威胁但并不采取行动；他们在事情发生之后惩罚过长时间；他们的惩罚过轻以至于没有效果；或者他们的惩罚过于严厉，以至于带来更多的焦虑而不是有辨别力的学习。

此外，学习不仅是一条单行线。看看下面这对母女在超市市场的行为吧。



案 例

小女孩向妈妈要一个糖棒。妈妈说：“不。”孩子开始哭和抱怨。妈妈说：“不要认为你这样哭闹，我就会给你买糖，你还是想点其他办法吧，小姑娘。”但是孩子发更大的脾气，哭得声音越来越大，母亲最后让步了：“好了，如果你安静下来，我就给你买点饼干。”

显然，孩子发脾气得到了强化。不太明显，但却也是事实的是，母亲强化



了让步——许诺买饼干让孩子平静下来。于是一系列的令人不悦的行为通过相互强化而得到维持。

运用厌恶控制(aversive control)——唠叨、哭泣、退缩——通常被认为是造成婚姻不幸福的主要决定因素(Stuart, 1975)。典型的是,夫妻常用这些令人厌恶的行为来相互应对,于是形成恶性循环(Patterson 和 Reid, 1970)。在关系紧张中的人们解决问题的能力常常较低(Vincent, Weiss 和 Birchler, 1975; Weiss, Hops 和 Patterson, 1973)。在讨论问题的时候,他们很快转换主题,用空洞而又有攻击性的方式来表达愿望和抱怨;而且常常陷入“针尖对麦芒”的相互抱怨。下面的个案展示了关系紧张的婚姻中的种种典型表现:转移目标、相互抱怨、骂人。



案 例

“我想和你谈谈关于近来你给孩子们的糖?”“什么糖?谈我,你总是板着脸。你为孩子做过什么?你回到家就只是抱怨。你干嘛不只待在你的办公室里。没有你,孩子们和我过得很好。”

大多数行为分析师指出,关系不好的家庭中缺少为努力适应做出的强化。有句老话在这里比较适用,“会叫的骡子多吃草”。抑郁、头疼和发脾气会带来关注,且比快乐行为更容易带来关注。因为这个过程是无意的,家庭成员常常为他们在强化不良行为中的角色感到迷惑。

根据认知—行为学家的看法,给关系带来麻烦的先验模式是在成长过程中学习到的。一些无效的信念是将个别家庭角色的假设推广到整个家庭生活中去。这些先验模式潜在的基础是“应该”,自我实现预言、读心术、嫉妒以及其他一些不好的信念扭曲了家庭成员对其他人的实际行为的反应,毒害了家庭关系。

Datillo (1998) 列出了下面八种认知上的扭曲:

1. 任意推论(arbitrary inference)。结论在没有证据支持的情况下已经得出。例如,一个妻子总是迟到的男人认为她不关心他的感受。
2. 选择性摘要(selective abstraction)。特定的细节被强调,但其他重要的因素被忽略。例如,青春期孩子的父母记得她什么时候反叛他们,却不记得



她用心讨好他们。

3. 过于概括(overgeneralization)。孤立的事件并不能认为是整体的模式。例如,妻子在一个月里两次拒绝了丈夫做爱的提议,他就得出结论:她对性没有兴趣。

4. 夸大与缩小(exaggeration and minimization)。事件的意义被不理性地扩大或缩小。例如,丈夫在一个月去买两次家用品就算是分担了家务活,然而妻子认为他“什么也没做”。

5. 个人化(personalization)。根据自己来随意解释事情。例如,青春期孩子要更多地与其朋友在一起,于是父亲认为儿子不喜欢要他陪。

6. 两分思维(dichotomous thinking)。经验被解释为全部都好或所有都坏。例如,Jack 和 Diane 关系时好时坏,但他都只记得好的,她则只记得坏的。

7. 标签化(labeling)。行为被归因为不良人格特征。例如,一个女人不愿意与母亲谈论工作,因为母亲常批评她“退让”。

8. 读心术(mind reading)。人们不交流是因为假设他们知道其他人在想什么。例如,男孩不向一个有吸引力的女同学发出约会邀请,因为他假设她不会有兴趣。

治疗目标

行为治疗的目标是为了改变特殊的行为模式以减轻现有的症状。和大多数系统家庭治疗比较起来,聚焦在行为而不是家庭的组织或关系的健康,这给认知—行为治疗一种更有技巧的感觉。

行为治疗师根据个案来改变治疗,但总体意图是要消除不良行为并强化家庭认为的积极的选择(Azrin, Naster 和 Jones, 1973)。于是,例如,发脾气小孩的父母可能被教会去忽略孩子的脾气,并鼓励孩子将感受用言语表达出来。

有时候,根据逐渐增加的、矛盾的积极反应,需要重新定义家庭减少负面行为的目标(Umana, Gross 和 McConville, 1980)。例如,夫妻常常表述降低令人厌恶的行为的目标(Weiss, 1978),但是,行为治疗师也能够确立帮助他们的目标,通过促进积极的行为来增加满意度。

行为治疗也有教育项目。除了将学习理论运用在减轻特殊的行为问题



上,行为治疗师也教授沟通、解决问题和协商的技巧。类似地,认知—行为治疗师不仅使用助人技巧去帮助来访者审视解决特定抱怨的扭曲的信念,而且努力教授家庭将来怎样运用认知的策略防止或者解决问题。

行为改变的条件

行为治疗的基本假设在于:如果强化相依关系发生改变,行为将会改变。行为家庭治疗旨在解决特定目标家庭问题,通过认定行为目标,学习理论技巧以便达成这些目标,并用社会强化刺激来促进这个过程。重要是他人被培训去使用权变管理技巧来影响家庭成员并为良好的行为提供恰当的结果。

行为家庭治疗的特点是:(1) 仔细并详尽地评估以决定问题行为的基本频率,引导治疗,并为成功治疗提供准确的反馈;(2) 设计出策略去改变每一独特的来访者家庭的强化相依关系。

治疗师的首要任务是要观察和记录问题行为的频率和持续性、之前的刺激条件和之后的强化条件。这需要治疗师设计一个量身定做的治疗方案。

从游戏室和办公室转移到家庭或教室的真实世界,行为治疗师发现先前对于孩子攻击行为的概念从本质上是错误的。例如,与 Skinner 的假设相反,惩罚确实有着长期的效果。这一数据显示对积极行为的强化,例如合作和顺从,并不能导致反社会行为的降低。引入惩罚(暂离现场、指出损失)造成了反社会行为的长期的降低(Patterson,1988)。

此外,行为家庭治疗师现在认识到:问题在家庭中得到强化的方式是非常复杂的(Falloon,1991)。除了紧随着特定问题行为后的强化反应,更遥远的强化刺激可能也会扮演某种角色。这可能包括默许攻击行为,尤其是男人在家庭中的,常常是伴随着这一行为的示范。因为孩子打架而搥他耳光,父母不希望鼓励暴力的行为反而使孩子的暴力得到强化。此外,受到同伴或者家庭之外的人赞同的行为在家庭中可能极其难以改变——尤其当家庭治疗师还不能将整个更大的情境都考虑进去时。

大多数行为家庭治疗使用操作的不是经典条件作用(在治疗性功能障碍的时候是个例外),聚焦点在于改变二元互动(父母与孩子或夫妻之间)。这些二元聚焦不同于系统取向家庭治疗的三元方式。尽管行为家庭治疗师



(Lieberman, 1970; Falloon 和 Lillie, 1988) 抗拒这一区别, 我们相信这是行为与非行为的家庭治疗师的主要区别。

尽管行为改变保持了主要的关注, 越来越多的行为家庭治疗师认识到认知在解决关系问题中的作用。在传统的研究中, Margolin 和 Weiss (1978) 通过对运用严格的行为取向和加入认知成分的小组的夫妻治疗进行比较, 首次展示了认知成分对行为家庭治疗的作用。包括认知重建的治疗证明比只用行为婚姻治疗要更加有效。

认知取向最初获得关注是作为行为取向的夫妻和家庭治疗的补充 (Margolin, Christensen 和 Weiss, 1975)。除了 Ellis 的工作, Margolin 和 Weiss (1978) 的研究点燃了运用认知技巧治疗功能失常的夫妻强烈的兴趣 (Baucom 和 Epstein, 1990; Baucom 和 Lester, 1986; Beck, 1988; Dattilio, 1990; Dattilio 和 Padesky, 1990; Doherty, 1981; Ellis et al., 1989; Epstein, 1992; Finchman, Bradbury 和 Beach, 1990; Schindler 和 Vollmer, 1984; Weiss, 1984)。对认知—行为夫妻治疗取向的兴趣最终导致行为家庭治疗师认识到认知在改变调节家庭互动中扮演了重要的角色 (Alexander 和 Parsons, 1982)。认知因素的重要角色, 不仅在决定关系的困难中而且也在调节行为的改变中, 成为一个逐渐增长的兴趣点 (Epstein, Schlesinger 和 Dryden, 1988; Alexander, 1988; Dattilio, 1993)。

尽管婚姻和家庭治疗师几十年前就开始认识到认知因素在于减轻关系中的障碍非常重要 (Dicks, 1953), 但还是过了很长时间, 认知才被正式地纳入治疗的主要部分。

Barton 和 Alexander 将自己的方法称为功能家庭治疗 (functional family therapy) (Barton 和 Alexander, 1981; Morris, Alexander 和 Waldron, 1988), 指出不幸福的家庭成员倾向于将问题归因为其他成员的负面特征 (懒惰、不负责任、易冲动)。将责备投射出去使得其他人不可能改变的观点阻碍了治疗改变。这些负面的和不全面的观点使得家庭成员对他们的生活只有有限的控制感。毕竟, 一个人能做什么去改变另一个人的“懒惰”、“不负责任”或“易冲动”呢? 虽然认知行为治疗师相信归因的转变对于造成行为转变是可能的, 但行为轮流改变对于强化新的和更有效的归因也是必需的。

总体说来, 行为主义者降低治疗“艺术”的重要性; 相反, 治疗主要是技术



的过程,更加依赖于学习理论的使用。一些行为主义的作者认为,不论被什么样的个性或风格的治疗师使用现有的行为原则,改变都会发生(Stuart, 1969; Hawkins, Peterson, Schweid 和 Bijou, 1966)。但当今行为治疗师认识到成功的治疗需要复杂的技巧和很好的应答。Ian Falloon 认为,支持性的治疗联盟对于维持有效治疗是最基本的:例如表达对家庭的尊重,严格遵守约好的时间、地点和贯彻治疗的焦点(这意味着如果没有得到夫妻明确的同意,不能由亲子教育的问题转向婚姻问题),欣赏家庭成员在尽全力。“治疗师的角色不是去面对那些努力中的美中不足,而是要促使努力去克服明显的缺陷并增进家庭成员反应的功效”(Falloon, 1991, p. 85)。Fallon 建议面质、强迫和批评要最小化,相反,治疗师要确认家庭成员所付出的努力。

虽然系统理论家建立起来的事实是:不论是内部还是外部,任何正在运行的社会系统都抵制改变,行为主义者传统很少关注阻抗。尽管行为治疗师近来认识到阻抗的重要性(Birchler, 1988),但他们中的大多数还是倾向于假设:人们寻求心理治疗能够有理性地、合作地寻求改变的努力。Spinks 和 Birchler(1982)曾指出:

大多数行为主义者认为被称为阻抗的现象是个案处理无效的结果。也就是说,阻抗是治疗模式或者治疗师不成功的标志,而不是来访者内心抵制改变,或者不愿意改变。(p. 172)

认知—行为治疗师更关注阻抗(Birchler, 1988),但与系统家庭治疗师不同之处在于下面两点:首先,他们视阻抗为个人的基本能力,而不是系统要维持动态平衡。其次,他们假设尽管家庭成员可能有会妨碍改变的信念和期望,这些信念相对来说是容易被重新审视和评估的。一旦处理了个人的关注,治疗就能够继续。然而这些快乐的乐观主义者似乎比系统治疗师更倾向于假设家庭成员是被机械力量盲目驱使的,他们没有力量去抵抗,这看来也是有点天真。

因为与家庭工作的经验在 1970 和 1980 年代有所增加,行为治疗师开始将更多系统理论的原理和技巧整合到工作中。例如, Gerald Patterson 学习 Minuchin 的结构式家庭治疗, Gary Birchler 整合系统理论和行为婚姻治疗(Birchler 和 Spinks, 1980; Spinks 和 Birchler, 1982)。按照 Birchler 的说法,单纯的行为家庭治疗过于结构化,不能处理潜在的关系动力。



行为家庭治疗的主要原则是在于行为改变更容易通过促进积极行为而不是消除消极行为来实现。尽管,正如我们所见,依旧有引入惩罚的需要去消灭有攻击性的孩子的反社会行为,行为治疗师总的来说试图通过厌恶控制或消退来缩小强迫。我们相信,大多数烦恼的家庭已经过多地使用了这些方法。于是,在行为家庭治疗中,只有正性强化是被持续而又广泛地使用。

行为治疗师直接操纵治疗的家庭中的强化相依关系,当家庭成员遵守他们的指导时,还可以为他们自己提供强化。一旦新的行为建立起来,治疗师辅导家庭成员去使用间歇的正性强化去淡化物质强化从而促使社会的强化。遵循直接的控制,治疗师教授家庭成员怎样去观察和改变他们的强化相依关系,并运用自我控制的程序维持他们最初的效果。

虽然通过观察实验室迷宫中的小白鼠可以发展学习理论,但将学习理论运用在家庭上又是另外一回事。在行为家庭治疗中,重要的一点是不要就什么会导致收益和什么会带来惩罚作出过于简单化的假设。相反,观察行为的人际间后果是很重要的。治疗师必须要发现对每个家庭和每个人来说,什么是强化,而不是假设特定事件导致普遍的收益。此外,许多不同的行为可能指向同一个收益。例如,孩子可能在不同的时候会发脾气、哭泣或摔东西,但所有这些可能都因父母的关注而得到强化。于是,为了理解怎样去帮助家庭改变,治疗师必须将关注从行为转移到后果。

治疗

■ 父母行为训练

大多数家庭治疗师对家庭的假设始于个人不是问题,所以需要召集整个家庭一起去解决问题。然而,行为治疗师接受父母的观点——孩子是个问题——并通常只约见一位父母(猜猜是谁?)和孩子,尽管有些行为治疗师(Gordon 和 Davidson,1981)建议父母双方甚至长兄长姐都应该被包括进来。

或许更准确地说,父母行为训练接受孩子有问题而不是孩子是个问题。假设孩子问题的根源在于:问题行为之后,父母提供了不持续的或不恰当的后果(Patterson 和 Brodsky,1966),也没有支持积极的行为(Patterson 和 Forgatch,1995)。



反社会的孩子的父母忽略了亲社会的行为,并倾向于采取无效惩罚。他们周期性地发作并体罚孩子。在没有问题的家庭中,亲社会的行为被经常强化,父母也持续为失常行为设定限制。正如孩子上学,家庭教育得到来自同伴和老师的丰富的正负性强化补充。(Forgatch 和 Patterson,1998,p. 86)。

最常用的干预就是操作条件作用,采用强化刺激可能是切实的或社会的。实际上,微笑、赞美和关注被发现与钱或糖果一样有效(Bandura,1969)。操作技巧可能进一步区分为塑造、代币经济学、权变契约行为、权变管理和暂离现场。

塑造(Shaping, Schwitzgebel 和 Kolb,1964)由小步骤的强化改变组成,逐渐接近理想目标。代币经济学(token economies)(Baer 和 Sherman, 1969)运用一系列的分数或者星星的系统来奖励孩子的成功行为。权变契约行为(contingency contracting)(Stuart,1971)指如果孩子作出一些改变后,那么父母同意作出特定的改变。权变管理(contingency management)(Schwitzgebel,1967)包括根据孩子的行为给予奖励或惩罚。暂离现场(time-out)(Rimm 和 Masters,1974)是个惩罚手段,即让孩子站在墙角或关在自己的屋子里。

评估。和其他行为治疗形式类似,父母培训始于一个彻底的评估。虽然每个诊所的确切步骤不太一样,但大多数评估都是建立在 Kanfer 和 Phillip (1970)的 SORKC 行为模式之上: S 是刺激(stimulus),O 是机体的状态(organism),R 是目标反应(response),KC 指的是后果的本质和权变(the nature and contingency of consequence)。下面的例子说明了评估模式是怎样被运用的。



案 例

在“父母抱怨儿子在吃饭的时候纠缠着要饼干,如果不给,他就发脾气”的案例中,脾气可能被认为是目标行为(R)。有机体的状态就是经常半饱或更可能是让人厌倦(O)。刺激,可能是看到饼干桶里的饼干(S)。后果的本质和权变可能是父母偶尔会让步给他饼干,尤其当他大吵大闹的时候(KC)。

在上面这种简单的个案中,运用 SORKC 模式是直截了当的,但在有一系



列相互关联行为的家庭个案中,关系很复杂,SORKC 模式也会更加复杂。



案 例

J 先生和太太抱怨两个孩子吃晚饭的时候哭闹。一次家庭观察揭示了当 J 先生为孩子的不良行为嚷嚷的时候,他们开始哭并站在母亲的椅子边。

这一过程不难采用 SORKC 的模式。然而,想象一下,上面的过程只是更复杂图画的一部分?

早晨,J 先生提议做爱,但太太由于照顾孩子累了,转过身去继续睡觉。J 先生觉得受挫,在对妻子颇有微辞之后出门工作。J 太太也觉得被丈夫拒绝,整天和孩子们一起玩以寻求安慰。到了做晚饭的时间了,J 太太累极了并被孩子激怒。忙了一整天的 J 先生回到家试图用拥抱来弥补妻子。她很马虎地敷衍了一下,因为要忙着做饭。当她在锅边忙得团团转的时候,孩子们和 J 先生都想得到她的关注,都想和她说话。最后,她对丈夫发火:“你看不到我正忙着吗!”他走进书房,心情郁闷,直到晚饭好了。正当 J 太太发现很难对孩子表达愤怒的时候,就转嫁给了他,J 先生也不能对妻子直接发火,于是将火头对准了孩子。在晚饭桌上,他因为一点小错就嚷嚷,这时候,孩子们哭了转向母亲求助。她让一个孩子坐在她腿上,并抚摸另一个孩子的头发。

在这个长一点但相当典型的过程中,究竟什么是刺激,什么是反应?显然,这些定义具有循环性,且它们的运用依赖观察者的视角。

父母行为训练中的评估伴随着定义、观察,并记录行为改变的频率,还有发生之前和之后的事件。面谈,通常是与母亲的面谈,被设计成询问问题的定义和系列的潜在强化刺激。观察可能在单面镜之后或者家访中。治疗开始前收集的基本数据可能由治疗师或家庭成员来做记录。典型的是,训练父母去查明问题行为,观察并记录其发生,同时注意可能作为刺激和强化刺激的事件发生和频率。备忘录和问卷可能会提供一些在访谈中遗漏或忽视的信息。评估的最终结果就是要选择改变的目标行为。

测量和功能分析的阶段包括:实际的观察、记录目标行为及其前因后果。



在家里可能由父母来做,在诊所里由治疗师来做——现在,越来越倾向于治疗师在自然环境下观察(Arrington, Sullway 和 Christensen,1988)。

治疗技巧。一旦评估完成了,治疗师决定哪些行为应该增加、哪些行为应该减少。为了促进某种行为,要运用普力马克(Premack,1965)原则,即高可能性的行为(特别是令人愉快的活动)被选来强化低发生可能性的行为。曾经认为强化刺激必须满足一些基本的驱动,例如饥饿或口渴,现今知道一些行为会被更多选择(在有很多选择的基础上)作为那些较少被选择到的强化刺激。



案 例

G太太申明无法让她5岁的儿子Adam在早晨清理自己的房间。她持续说,她试图奖励他糖果、钱和玩具,但“都没用!”对Adam行为的功能分析显示,他最喜欢的就是看电视、骑自行车和在自家后院玩泥巴。一旦这些活动成为整理房间的附带条件,他很快就学会怎么做了。

很多物质的和社会的强化刺激被用来促进良好行为的出现,但正如普力马克原则说明的,强化刺激必须是有问题的孩子熟悉的才能有效。虽然,钱和糖果看起来是有力的奖品,但对有些孩子而言可能不如玩泥巴有效。

一旦选定有效的奖励,教会父母通过强化持续的近似最终目标来塑造良好行为。还要教会他们逐渐地提升强化的标准,并陈述强化是直接附带在良好行为上的。一旦孩子习惯作出良好的反应,强化就变成间歇性的以便增强新行为的持久性。

减少行为最常用的技巧就是暂离现场(time-out)。这意味着在孩子有不良行为之后,要忽略或鼓励他们。研究显示,5分钟的长度是最有效的(Pendergrass,1971)。孩子最初被警告,以便在要被暂离之前给他一个机会去约束自己的行为。另一些技巧也被用来减少行为,包括言语斥责、忽略或者孤立。简单重复对孩子的命令被证实是要他们改变行为的最无效的办法(Forehand et al.,1976)。

因为强化行为的不方便性在发生后立即显现出来,代币制在父母培训中也会相当流行。良好的行为会得到一定分数,做了不良行为则会被扣分



(Christophersen, Arnold, Hill 和 Quilitch, 1972)。前面对父母行为培训的原则已经有了较明确的说明,下面我们要用个案研究作为例子来加以更清晰地描绘。



案 例

F 太太是两个孩子的母亲,她来到诊所抱怨头疼并断断续续地哭泣。干预访问者发现她有些抑郁,并得出结论认为这主要是因为很难应付孩子而造成的反应。Suzie, 5 岁,很害羞的孩子,几乎不和其他孩子玩并经常发脾气。Robert, 8 岁,更外向且擅长社交,但在学校成绩不好。孩子并不多,但 F 太太在应付他们的时候感到无助和怨恨。

行为的功能分析显示,Suzie 的害羞是因为她受到焦虑母亲的太多关注。Suzie 无论何时拒绝和其他孩子玩的邀请,她母亲就要花大量时间做大量的事情让她感觉好些。治疗师选择社交行为(而不是害羞)作为第一目标反应,教 F 太太强化社交并在 Suzie 避免社会接触的时候忽略她。于是,Suzie 无论何时做出一点要与其他小朋友交往的尝试时,F 太太立刻用关心和赞扬来强化她。当 Suzie 选择待在家里而不是和其他孩子一起玩的时候,她母亲忽略她,反而忙着做自己的事情。三周后,F 太太汇报说 Suzie“看起来已经不那么害羞了”。

在最初的成功之后,治疗师觉得是帮助 F 太太处理更难问题的时候了,那就是 Suzie 的坏脾气。既然脾气不容易在诊所或者家庭访问的时候发作,治疗师指导 F 太太做一周的观察笔记。笔记显示 Suzie 通常在父母拒绝了她的特殊请求或特殊纵容之后会发脾气,例如要熬夜看电视。此外,脾气通常容易在一天快要结束时发作,即 Suzie 和父母都很累的时候。至于父母要怎样应付这些发狂的爆发,F 太太说:“我们所有的都尝试了。有时候,我们试图忽略她,但是不可能,她一直尖叫直到我们不能忍受。有时我们搯她耳光,或给她要的东西,只是要让她闭嘴。有时在搯了她之后,她哭得特别厉害,我们只好让她看电视直到平静下来。这通常有用。”

听了这个描述之后,治疗师解释 F 夫妇是怎样无意地强化了她的脾



气,并告诉他们应该做什么去阻止这一切。接下来的一周,F夫妇按照指导,不理睬她的脾气,不论她在什么时候发作。如果发生在睡觉时间,Suzie还是会被放回到床上去。如果她继续哭闹,就让她一个人待着直到自己停止。只有她停止了之后,父母才和她说话并问她在想什么。一周后,F太太报告 Suzie 脾气确实减少了,但有一个晚上采取新办法遇到了新难题。当他们让 Suzie 不能熬夜看电视时,她像往常一样哭闹。F太太没有变得宽厚而将 Suzie 关到房间让她准备睡觉。然而,意识到父母准备不理她,就好像这一周一直对她的那样,Suzie 开始尖叫并打碎房间的东西。“太可怕了,她完全失控,甚至打碎我给她买的小狗形状的灯。我们不知道要怎么办,所以那一次只好让她熬夜。”于是,治疗师解释了这样行为的后果,并告诉 F 太太,如果下次 Suzie 再有这样的破坏性行为,父母应该抓住她直到脾气平息下来。

在下次会面中,F太太描绘 Suzie 是怎样“再次失控”的。然而,这一次,不是退让,父母按照治疗师教的那样抓住她。F太太惊讶于因脾气带来的愤怒和持久性。“但我们记得你说的——绝不能让步!”过了20分钟,Suzie 最终平静了下来。后来显示,这是 Suzie 最后一次在发脾气的时候表现得那么暴力。然而,她确实在下面几周里脾气都时有发作。根据 F 太太的说法,有几次是发生在不同地点或者不同情况下,而不是在家里的通常情况(因为 Suzie 已经知道不会被强化)。例如,一次是发生在超市里,因为拒绝给 Suzie 买糖棒。然而,这一次,F太太很清楚确信不要去强化脾气的必要性,但做不到,因为她实在为女儿在公众场所发出的噪音感到尴尬,所以赶紧将其带出了商店。但是,她让 Suzie 坐在车上去感受痛苦,而不要让这成为愉快的经验。在此之后,她就没怎么发过脾气。

治疗师接下来关注的是 Robert 在学校的成绩不好。仔细的评估显示,Robert 很少将作业带回家,当被问起的时候,他通常否认他有家庭作业。在与 Robert 的老师核实之后,治疗师发现,孩子们通常都有家庭作业,且期望他们每晚花半小时到一小时来完成。F太太选择了高可能性行为——看电视——将其作为 Robert 首次完成家庭作业的奖励。在前两周的控制下,F太太发现必须每晚给老师打电话去核实作业。但很



快就不需要这样做了。做家庭作业相当快成为 Robert 的习惯,他的成绩也由 D 进步到 C、B,到学年结束的时候,他都得了 A。这时候,每个人都幸福多了,F 太太觉得这个家庭不再需要帮助了。

秋天的跟踪会谈发现每件事情的进展都很好。Suzie 现在变得更爱交际了,好几个月都不发脾气。Robert 在学校表现很好,尽管他开始遗漏一些较难的功课。为了纠正这点,治疗师教 F 太太怎样去制定一个奖励系统,帮助她在短期内取得更好的效果。

上面的例子展示了一种父母行为培训方式,治疗师会见母亲并教她怎样使用操作条件作用原则。另一种方式是在诊所的单面镜后面去观察父母和孩子的互动。用这样的方法,治疗师可以亲眼看到实际发生的事情。运用这一方法,教会父母怎样和孩子玩耍,怎样管教他们,以及怎样和他们协商。有时观察治疗师可能通过远程麦克风和父母沟通,被称为“耳朵里的臭虫”。

目前,父母行为培训最广泛使用的方法包括通过使用权变激励图表来教授亲社会的行为。将不同的事情分为清晰的步骤,每一步都给出一定的分数。分数的总和能够反映行为的难度和父母赋予行为的价值。

通常的奖励有一顿大餐、和父母的特别时间、运用家庭资源(玩电脑或看电视)、特权、做一些花钱的事情。奖励的条款要经常变化以保证趣味性。当孩子学会既定的任务或责任时,表格中就应该添加一些新东西。

在强化积极行为为取得进展之后,约束技巧被引入。对于青春期前的儿童,最为广泛运用的约束技巧就是暂离现场。暂离现场通常开始于将其带到一个无聊的场所 5 分钟(大些的孩子要被送入大学并要选很多课)。如果孩子拒绝暂离,可让父母一分钟一分钟加长,最长 10 分钟。如果孩子还是拒绝,权利将被取消。如果父母保持一致的话,孩子立刻知道选择暂离,而不是失去看电视或者玩电脑一小时的机会。

鼓励家庭每周开一次会,讨论一些重要的事情,例如改变家规,协商权利和义务,并设计特别的事件(Forgatch 和 Patterson, 1998)。当孩子在学校或其他地方时,问题孩子的父母也要学会监控孩子,或者通过与孩子的朋友的家长形成网络,与老师联系,或成为课外家长活动的领导。治疗师可能每周给父母打个电话,检查进度并鼓励他们继续努力。



作为父母培训的教育组成部分,教授父母用一种增加合作可能性的方式作出请求。有效的请求是:短且甜蜜的;将孩子置于力所能及的范围内;用祈使句,而不是问句;一次只要做一件事情。例如,“请将盘子放到水池里去”,而不是“为什么你的盘子会在客厅的地毯上?”

上面描述的技巧对孩子尤其有效。对于青少年,使用权变契约行为(contingency contracting)(Alexander 和 Parsons, 1973; Rinn, 1978)更加普遍。达成契约作为家庭中每个成员通过妥协来得到某些东西的方法。父母和青少年都要指出他们最希望对方改变的行为。这些要求形成了最初契约的核心。为了帮助家庭成员达成契约,治疗师示范、促进并强化:(1)清晰的沟通内容和感受;(2)清晰地表达要求;(3)促成协商,每人让步一些以便得到一些。

Alexander 和 Parsons (1973)建议:当家庭在学习权变契约行为原则时,要从一些简单的事情开始。成功处理小问题能促使家庭更愿意处理更困难的问题。一些父母懒得去和孩子协商做事情,“无论如何,他们应该做,没什么好讨价还价的”。实际上,这些父母抱有传统的观点,应该帮助他们了解的是规则(Rules,这是不可协商的)和权利(privileges,这是可协商的)之间的区别。

父母的行为培训也包括设计用来预防性教育的整套培训项目。这些项目的内容从操作性行为的基本原则到处理特殊问题的特定技巧。许多项目包括教授用制图或画表的形式表现目标行为。使用积极强化的培训包括帮助父母增强他们运用强化刺激的频率和范围。为了增加孩子已经开始的行为,教授父母通过塑造、示范、指导、促进来发展出新的行为。

■ 夫妻行为治疗

评估。正如父母培训,夫妻行为治疗也开始于一个详尽的、结构完备的评估。这个过程通常包括临床访谈、为特殊目标行为划分等级和婚姻评估问卷。后者最广泛使用的是 Locke-Wallace 的婚姻调适量表(Locke 和 Wallace, 1959),这是由 23 个项目组成的问卷,包括沟通、性、关爱、社会活动和价值观。其他被广泛使用的自我汇报的量表包括婚姻满意度量表(Snyder, 1979),这是为夫妻双方提供的量表,在不同的维度衡量婚姻的功能;还有改



变区域问卷(Weiss, Hops 和 Patterson, 1973),让夫妻指出他们希望对方改变的行为。

Weiss 和 Patterson 设计了一个量表以帮助夫妻在家收集观察性的资料。夫妻观察备忘录(Weiss, Hops 和 Patterson, 1973)包括 12 类 400 种夫妻的行为:友谊、爱情、体谅、沟通、性、配合、照顾孩子、家务处理、财政管理、工作(学习)活动、个人爱好、自我或者配偶的独立。夫妻可以观察对方在既定 24 小时内发生的行为,并将每日的对关系的满意度分成九等来给分。

评估是设计用来揭示夫妻关系中的优缺点以及收益和惩罚互换的方式。访谈被用来详细说明用结构式评估工具最初揭示出来的目标行为。在访谈中,要试图去理解夫妻面临问题的原因,观察问题而不只是听他们解释。然而,总体而言,行为治疗师不重视访谈(Jacobson 和 Margolin, 1979),更关注书面的问卷和直接对夫妻互动的观察。Jacobson(1981)提供了一个预处理评估的框架(见表 10.1)。

表 10.1 Jacobson 婚姻治疗的预处理评估

1. 关系中的优势与技巧

关系中的主要优势有哪些?

请明确提出,这对夫妻有哪些资源可以解释他们对关系投入的现有程度?

夫妻中的每一方现有的去强化对方的能力怎样?

夫妻一方做的什么行为被另一方高度评价?

现在,夫妻间有什么共同参与的活动?

他们有什么共同爱好?

夫妻处理关系中基本任务的能力和技巧:解决问题、提供支持和理解、能够有效提供社会强化刺激、性能力、照顾孩子和亲子的技巧、理财能力、家务责任、与外人相处的人际技巧。

2. 表述的问题

什么是主要的抱怨,怎样将这些抱怨转译成具体外在的行为术语?

从每一方的角度来看,什么行为发生得过于频繁或者在不合适的时间发生?

在什么条件下,这些行为发生?

有什么强化刺激在维持这些行为?

从每一方的角度来看,哪些行为发生得不够频繁或者不能在恰当的时候发生?

在什么条件下,一方愿意看到这些行为发生?

目前这些行为带来了什么后果?什么时候发生?

随着时间的推移,现有的问题有怎样的发展?

现在通常是怎样做决定的?

是否有个共识,在关系的不同方面,谁做决定?

哪些决定是共同做的而不是单个做的?



(续 表)

3. 性和爱情

夫妻双方对对方有身体上的吸引力吗？
 对共同的性生活的频率、质量和多样性是否有不满？
 如果性现在是个问题,那么,什么时候你们相互满意呢？
 哪些性行为看起来和现有的不满相关呢？
 是一方还是双方对性以外的身体关爱的数量和质量不满呢？
 是一方还是双方现在有婚外性关系呢？
 如果这样的话,没有被卷入的一方知道对方的婚外情吗？
 夫妻间婚外情的历史是怎样的？

4. 未来期望

夫妻是否寻求治疗以改善他们的关系,是分居,还是决定关系是否值得再努力？
 不论现在的问题是什么,夫妻中每一方寻求继续关系的原因是什么？
 在离婚这个方向上,每一方采取了什么动作？

5. 评估社会环境

每个人对现有关系的其他选择是什么？
 这些其他选择对每个人的吸引力是怎样的？
 环境(父母、亲戚、朋友、同事、孩子等)对现有关系是支持继续还是瓦解？
 是否有孩子经受他们自己的心理问题呢？
 如果关系瓦解,可能给孩子带来的后果是什么？

6. 每一方的独立功能

是否任一方有很严重的情绪或行为问题？
 是否任一方有精神病的历史？详细说明。
 他们以前是否寻求过治疗,单独一个人还是两人一起？什么样的治疗？结果如何？
 每一方过去的亲密关系的经验是什么？
 和现在的关系有什么不同？

摘自 Jacobson, N. S. 1981, “夫妻行为治疗”一文,载于《家庭治疗手册》, A. S. Gurman 和 D. P. Kniskern 主编,纽约: Brunner/Mazel 出版社。

与大多数非行为取向不同的是,行为评估(1) 关注识别个别行为的泛滥或缺失造成现有的不满,以及造成这一现象的变量;(2) 依赖直接的行为尺度而不接受空洞的描述或聚焦在人格上;(3) 治疗计划和评估的结果直接相关;(4) 是持续的,在整个治疗中都运用,给治疗师和来访者提供进步的反馈,并检验和调整无效的治疗策略。



治疗技巧。在完成评估之后,行为临床心理学家运用社会学习术语向夫妻讲述对他们关系的分析。在做的过程中,治疗师尽力去强调积极面,努力去保持一个积极的期望并形成合作团队(Jacobson,1981)。

使得夫妻治疗变得困难的一点就是关系不好的夫妻常常将自己视为对方保留或苛求的受害者。通过运用学习术语来表述对关系的分析,治疗师引入一个焦点,暗示问题的相互责任以及相互改变的可能性。假设夫妻双方可以从将自己视为无辜中获利,就不可能去服从于分担责任的说法。行为分析师们提供的更广泛的观点是,每个人都有可能在某一点上获得更多的控制权从而支配关系。

夫妻通常陈述这样的负面目标:“我希望他不要总和我争吵”,或“她太唠叨了”。大多数很难表述出他们希望对方增加的行为。为了帮助他们做到这点,一些治疗师(Azrin, Naster 和 Jones,1973)让夫妻列出伴侣在过去一周做的让他/她开心的事情。在下面的面谈中将回顾这些条目提供强化积极反馈的重要性的机会。

Stuart(1975)为有问题的婚姻列出了五种策略去总结行为取向。第一,教授夫妻运用清晰的、行为的描述而不是空洞的、吹毛求疵的抱怨。第二,教授夫妻新的行为交换程序,强调用积极控制取代厌恶控制。第三,帮助夫妻去改善沟通。第四,鼓励夫妻建立清晰有效的方式去分享权力和做决定。第五,教授夫妻运用策略去解决进一步的问题,作为一个手段去维持和延展治疗带来的收获。

行为改变步骤被教授来帮助夫妻增加良好行为的频率。建议夫妻去详细表达愿望,指明期望对方采取的行为。例如,要将“你应该更关注我的需要”改成“我希望,你看到我沮丧的时候,能问我出了什么问题”。典型的设计要让每个人都列出他/她希望对方经常做的三件事情。对方每做一件,就记上一笔,就这样,夫妻通过积极强化刺激去暗暗地学会互相影响。另一策略是询问每一方去考虑对方可能希望的事情,去做,然后看发生了什么。Weiss 及其同事引导夫妻拥有“爱情日”,在那天,双方都要加倍做对方喜欢的行为(Weiss 和 Birchler,1978)。Stuart(1976)让夫妻轮流有“关怀日”,一方用尽可能多的方法去表现他/她的关心。

在一个精心设计的长期研究中 Gottman 和 Krokoff 发现,争执和愤怒是



交换的,这些通常被认为是对关系的破坏性因素,可从长期来看,并没有很大的害处。这个模式和直接不满相关,但在三年后却成为提高满意度的预测因素。另一方面,冲突中的防御、固执、退缩确实导致了婚姻关系的长期恶化。被动的顺从可能造成和谐的假象,但从长期看也会失效——就好像许多掌控的一方抱怨伴侣“过去很听话”,突然变得“很挑剔”。

面对冲突可能使得夫妻不安,但这也可能是一个基本的序曲去面对和解决问题。伴随着直接表达不满的愤怒可能很痛苦,但可能也是健康的。Gottman 和 Krokoff(1989)总结道:“如果妻子必须介绍和详细说明婚姻中的争议,我们的数据表明,为了对婚姻满意度的长期改善,她可能需要做的是,让她的丈夫去面对种种的不满并公然地表达不满和愤怒(p. 51)。”换句话说,面质只有在对方不抗拒的时候才会有效。不仅是诚实就可以了,而是要既诚实又要用对方可以接受的方式表达。

沟通技巧的培训可能以小组的形式做(Ely, Guerney 和 Stover, 1973; Hickman 和 Baldwin, 1971; Pierce, 1973)或给单独的夫妻做。培训包括说明、示范、角色扮演、结构式联系、行为演练和反馈(Jacobson, 1977; Patterson, Hops 和 Weiss, 1973; Stuart, 1976)。教授夫妻用积极的术语作出明确、简短的请求,直接批评而不要拐弯抹角地抱怨,谈论现在和将来而不是过去,不要打断对方的倾诉,减少惩罚性言语,排除那些听起来像声明的问题(O'Leary 和 Turkewitz, 1978)。

一旦夫妻被教授沟通的方式,使得操作有利于解决问题,就向他们介绍偶然性合约的基本原则——同意去作出改变,如果对方作出了改变。在等价交换合约中(Knox, 1971; Lederer 和 Jackson, 1968),一方在另一方作出改变之后同意作出改变。每一方都指明希望对方哪些行为发生变化,并在治疗师的帮助下,一起协商这个合约。在会谈的最后,制作一个书面的条款,双方在上面签名。这样的合约可能采取下面的形式:

时间_____

这一周我同意:

- (1) 每天 6:00 前下班回家。
- (2) 在晚饭后和孩子们玩半个小时。



丈夫的签名

如果发生上述的变化,我同意:

- (1) 每周陪老公去打一次保龄球。
- (2) 在周日晚上不用剩菜做晚餐。

妻子的签名

合约的另一种形式是真诚合约(good faith contract),双方同意作出改变,且一方不以另一方的改变为条件(Weiss, Hops 和 Patterson,1973)。每一方的单独改变都被单独强化。在上面的例子中,丈夫每天晚上 6:00 前回家,在晚饭后和孩子们玩半个小时,他可以在一周后买件衬衫来奖励自己,或者妻子用给他搓背来奖励他。

解决问题培训(problem-solving training)用来处理用单纯交换合约来说过于冲突或者过于复杂的问题。成功解决问题的关键在于发展出一个合作机制。在协商之前,先要给问题一个仔细而又专门的定义。只有夫妻同意了问题的定义,他们才能开始讨论解决办法。一次只讨论一个问题。每个人都以说明对方的意思来开口,教他们避免对于动机的推论——尤其是对恶意动机的揣测。也要鼓励他们避免令人厌恶的反应。定义一个问题,用积极表述来开始是最有效的,而不是说“你从不……”,教他们学会“我欣赏你做的……,此外,我希望你……”

进入 21 世纪,行为治疗最重要的发展就是认知—行为模式的增加使用和复杂化(Epstein, Schlesinger 和 Dryden,1988; Dattilio,1998)。认知协调模式(the cognitive mediation model, Beck,1976)指出情绪和行为都受特定的认知来协调。理解这些认知(信念、归因和期望)使得区分将家庭带入治疗的引发和维持失去功能的情绪与行为模式的因素成为可能。在实践中,这些归结为搜寻和面对使得人们卡住的负面假设。

■ 家庭治疗的认知—行为取向

认知家庭治疗紧随着认知夫妻治疗的发展——最初作为行为取向的补充



部分,接着就成为更加复杂的干预系统。Munson(1993)注意到不同从业人员运用了至少 18 种不同的认知治疗模式,但讨论的焦点将局限于下面两种:理性情绪(Ellis, 1978, 1982; DiGiuseppe 和 Zeeve, 1985)和认知—行为理论(Beck, 1988; Dattilio, 1993, 1994; Teichman, 1984, 1992)。

理性情绪取向由 Albert Ellis(1978)提出,聚焦在个人对于发生在家庭中的事件的诠释。理性情绪治疗师帮助家庭成员看到不合逻辑的信念是怎样造成他们情绪问题的基础。引入了 ABC 理论:A. 家庭成员针对特定激化事件来批评他们的问题;B. 教他们去寻找非理性的信念;C. 哪些是对这些信念的挑战。目标是为了将它们放在更理性的基础上,改变信念和期望(Ellis, 1978)。治疗师的角色是要教会家庭情绪问题是由不理性的信念造成的,通过改变这些自我挫败的想法,他们可能会改善家庭生活的总体质量。

运用理性情绪治疗,将难以将这个方法和它的创造者分开。Ellis 不只是挑战人们的假设,还用猛烈而又愉快的讽刺来刺穿它们。不一定需要去模仿 Ellis 的尖刻方式,而要利用他的洞察力。然而,很公平地说,理性情绪治疗师基本满足于自己向人们讲授分类假设而不是对信念进行更个人化的深入探寻。

认知—行为取向将认知和行为两大重点平衡起来,这是一个更广泛、内容更丰富的取向,并更加深入地聚焦在家庭互动的模式(Epstein, Schlesinger 和 Dryden, 1988; Leslie, 1988)。家庭关系、认知、情绪和行为都被认为是对对方施加相互影响,于是认知的推论会引发情绪和行为,且情绪和行为也能影响认知。

对家庭的认知—行为取向也是和系统理论一致的,包括了这样的假设,认为家庭成员既影响他人同时也受他人的影响。相应地,一个家庭成员的行为引发了其他成员的行为、认知和情绪,从而引起了反应的认知。正如这个过程演示出来的那样,家庭动力的挥发性增加,使得家庭对于负面升级的冲突变得脆弱。Epstein 和 Schlesinger(1991, 1996)引用了四种家庭成员的认知、行为以及情绪可能互动并造成不稳定的顶点的手段。

1. 关于家庭互动的个人自己的认知、行为和情绪(例如,人们会意识到他或她自己从家庭的其他人中退缩)。

2. 单独的家庭成员针对他或她的行为。



3. 几个家庭成员对他或她综合的(并不总是持续的)反应。

4. 在其他成员中的关系的特征(例如,注意到两个其他家庭成员通常支持彼此的观点)。

因为家庭成员的数目在增长,动力的复杂性也在增加,从而增加了升级过程的动力。

正如 Aaron Beck (1976) 指出的那样,认知治疗特别强调对于这个世界的先验模式或者“核心信念”及其运作方式(Beck, Rush, Shaw 和 Emery, 1979; DeRubeis 和 Beck, 1988)。治疗干预是针对扭曲的假设的:为什么家庭成员不能真实地诠释和评估对方。

就好像个人都对自己有个核心信念,对世界、未来,对家庭也同样抱有信念。Frank Dattilio(1993)认为个人对于家庭有着两套分裂的先验模式:一个与父母的原生家庭有关,一个与普遍的家庭有关。两种先验模式对于一个人在家庭中怎样思考、感受和行为都有很重要的影响。Schwebel 和 Fine(1992)详细说明了家庭先验模式的概念:

个人对自己的家庭生活以及普遍的家庭生活的所有认知。在这一系列的认知中,包括个人对家庭生活的先验模式,对于为什么事件会发生在家庭中的归因,以及关于什么应该在家庭整体内存在的信念(Baucom 和 Epstein, 1990)。家庭的先验模式也包括夫妻关系应该怎样运作的想法,婚姻中可能会遇到哪些类型的问题,应该怎样处理它们,建设和维持一个健康家庭包括哪些因素,家庭成员应该拥有哪些责任,如果不能履行责任或者实现角色应该承担什么样的后果,一个人进入婚姻应该期待什么样的成本和收益。(p. 50)

有意识的和潜意识的信念,从原生家庭向下传递,最终导致了现有家庭先验模式的发展。这套信念被传递并被用来抚养孩子,在和他们自己的想法、对环境和生活经验的看法混合之后,导致了家庭先验模式的发展。

在一些会谈中,认知—行为治疗师将重点放在认知上,其他会面的重点将转向行为,包括行为治疗所有常见的因素:培训相互强化、沟通培训、解决问题培训、行为改变合约、培训亲子技巧。认知干预设计用来增强家庭成员的管理能力并检验自身认知的有效性和恰当性。这是很重要的一点:认知治疗不应该变成类别的诠释(“依赖别人是不对的”;“当事情变坏的时候谁说这是灾



难性的?”)，治疗师也不应该做所有的工作。相反，为使得认知干预变得有效，必须要发现特定的认知扭曲，来访者也一定要学会去检验他们自己的假设。

认知取向的早期目标是帮助家庭成员发展识别在他们脑中自动闪动的想法。识别这些自动想法的重要性(她哭了——她肯定生我的气了)在于它们通常反映了根本的先验模式(“女人总是要让男人为她们自己的不幸负责”)，这些模式又通常是扭曲且无效的。

为改进他们识别自动想法的技巧，鼓励来访者写日记并简单记下引发自动想法的情形和导致的情绪反应。于是，治疗师的角色就是问关于这些假设的一系列问题，而不是直接挑战它们。



案 例

当 13 岁的 Frankie 的父母看到放学后男孩送她回家，这个男孩又是父母不许她与其交往的，他们反应是：“我们不能信任你！”并对她实行为期一周的“管制”。Frankie 的自动反应就是：“他们将再也不会信任我了。”自然，这使得她担心继而愤怒。跟随这一想法的就是下面这个结论：“以后我再也不会有任何自由了。”

在帮助 Frankie 识别了这些想法后，治疗师让她去检验这些假设并考虑出其他的解释。“现在有什么证据证实这一想法呢？”“是否可能有其他的解释呢？”“你将怎样去验证这些假设呢？”

Frankie 决定现在就确信父母以后怎样对她是过于早了，于是她决定去试验另一提议：如果不再对父母撒谎，他们将最终开始重新信任她，这样，就可以慢慢地赢得自由。

在 1980 年代末、1990 年代初，认知—行为取向被更广泛地应用在家庭治疗。由 Epstein、Schlessinger 与 Dryden(1988)主编的书和 Huber 与 Baruth(1989)编写的简单册子是将认知模式用于家庭治疗的早期著作。随后一些文章更详尽地说明了这一模式，例如 Schwebel 和 Fine(1992)，Dattilio(1993, 1994, 1997) 和 Teichman(1992)。近来，Dattilio(1998)写了一本个案研究著作，讨论将认知—行为策略与多种形式的夫妻和家庭治疗整合起来。这一重要的著作讨论了认知—行为治疗和更广泛的治疗形式的相容性。



■ 治疗性功能障碍

Wolpe(1958)引进的系统脱敏导致了治疗性功能障碍的主要进展。按照 Wolpe 的说法,大多数的性问题都是条件性的焦虑造成的。他的治疗包括指导夫妻进行一系列的逐步发展的亲密接触,不要去想勃起或者高潮。另一通常被证实为有效的办法是自信培训(assertiveness training)(Lazarus, 1965; Wolpe, 1958)。在自信培训中,鼓励社会的和性抑制的人去接受和表达他们的需要和感受。

虽然这些行为治疗常常有效,但真正突破性的进展是在关于 Masters 和 Johnson (1970)之方法的著作出版后。接着,就有很多后继者应用和扩展 Masters 和 Johnson 的基本步骤(Lobitz 和 LoPiccolo, 1972; Kaplan, 1974, 1979)。

尽管细节发生变化,大多数性治疗师都跟随基本方法。正如其他行为方法,第一步就是总体的评估,包括一个彻底的身体检查和详尽的访谈,以决定性障碍的本质并建立治疗的目标。在没有官能性问题的条件下,来访者如果是缺乏知识、技巧不够或沟通很差是最适合性治疗的。

追随 Masters 和 Johnson 的治疗师倾向于将性问题归结为一类——焦虑干扰了夫妻放松进入唤起和高潮的能力。Helen Singer Kaplan(1979)指出性反应有三个阶段,于是,有三种类型的问题:欲望的失常、唤起的失常和高潮的失常。欲望的失常包括的范围从“低性驱动力”到性厌恶。治疗聚焦在:(1)减轻条件性焦虑;(2)帮助来访者抵制负面的想法。唤起的失常包括情绪唤起的递减、有困难实现和维持勃起、变大以及润滑。这些问题通常用放松联系来辅助以帮助夫妻用抚摸和爱抚来关注身体感官,而不是要去担心下面会发生什么。高潮的失常包括高潮的时机选择(例如,提早还是延缓)、高潮的质量或高潮的必要条件(例如有的人只有通过手淫才能达到高潮)。早泄通常通过性治疗可以得到很好的解决;妇女没有高潮也可以通过性治疗来改善,通常是教妇女去自己联系并学会性幻想。

在评估之后,告诉来访者在性问题上的条件性焦虑,也告诉他们:焦虑是怎样形成的并在他们的性关系中得到维持。想法和态度的改变也是“行为”治疗的基本部分。



尽管性治疗必须为特定问题“量身定做”，大多数治疗最初始于感官关注(sensate focus)，教夫妻怎样放松去享受抚摸和被抚摸。让他们回家找一个两人都相当悠闲并没有干扰的时间，一起裸体上床。接着，他们轮流温柔地爱抚对方。告诉被抚摸的人只是放松并将注意力放在被抚摸的感觉上。接着，被抚摸的人要告诉伴侣哪种触摸是最舒服的，哪种有较少的愉悦感。最初，让夫妻不要去碰对方敏感的胸部或者是生殖器官，可以避免不恰当的焦虑。

在他们学会放松并交换温柔的、令人愉悦的抚摸后，鼓励夫妻逐渐变得更加亲密——但是要放慢速度以免有一方感到焦虑。于是，感官关注是一种生动的脱敏形式。高度紧张并害怕“做爱”的夫妻(一些人变成几分钟兴奋的插入和喘气)通过逐渐的、日益增多的相互爱抚的亲密经验来学会克服恐惧。当焦虑降低、欲望上升后，鼓励他们进行更多的亲密交流。在这一过程中，教会夫妻沟通他们喜欢什么而不喜欢什么。例如，不是要忍受一些不愉悦直至她最终生气了，打对方一耳光或避免再做爱，可以教女人学会温柔地告诉他：“不，不是那样，要这样。”

一旦感官关注练习进展顺利，治疗师就要教授处理特定问题的技巧。在有性功能障碍的女人中，大多数都体会不到高潮(Kaplan, 1979)。这些问题经常是因为缺乏信息。女人及其伴侣可能期望她的高潮依赖性交，而没有其他的阴蒂刺激。男人最常见的问题就是早泄，针对这一问题的治疗采用挤压技巧(squeeze technique)(Semans, 1956)，即女人刺激男性的阴茎直到他感觉到射精的强烈欲望。此时，她用拇指、食指和中指紧紧挤压龟头直到射精的欲望消退，再开始刺激直至下一次挤压。

处理勃起障碍的技巧用来减低性功能焦虑并增强性唤起。这些包括：男性焦虑的脱敏；夫妻描述他们期望的讨论；增强前戏的多样化和持久性；让女人来开始或停止刺激男人的挑逗技巧(teasing technique)(Masters 和 Johnson, 1970)；在性交最初，女人引导男人软弱的阴茎进入她的阴道。

成功的性治疗通常以夫妻的性生活得到改善而结束，但不会让性生活绝妙无比。这种假想是种令人挫败的期望——首先期望也是问题的一部分。如同任何的指导性治疗，重要的是性治疗师怎样从干预和控制中淡出。应通过复习已经发生的改变、预期未来的难点、根据治疗中学习到的原则提前制订计划来处理问题等方式，来巩固和扩展治疗的成果。



评估治疗理论和成果

行为家庭治疗师始于将学习理论技巧改进用来治疗个人；但在其诞生的30年内，行为家庭治疗的技术变得逐渐复杂且从业者逐渐意识到家庭生活比观察到个体成员的行为更加复杂。行为治疗师针对各种各样的家庭问题，发展出一套实验验证的技巧，但大多数重点仍集中在父母培训、夫妻行为治疗以及治疗性功能障碍。

行为家庭治疗与众不同的方法源自经典和条件的条件作用，逐渐地又加入了认知理论。目标行为被用操作性术语加以精确描述；操作性条件作用、经典条件作用、社会学习理论和认知策略都被用来促成改变。随着行为治疗师对家庭问题的了解拥有了更多的经验，他们开始将一些传统非行为的关注作为治疗的辅助，如同理心的需要、对问题的阻抗、沟通以及解决问题的技巧。然而，即使当处理主要问题时，行为主义者的方法也是与众不同的。和其他方法不同的是，行为治疗以仔细的评估为明显的特征。分析治疗前的行为顺序、评核进展中的治疗并评估最后的结果，都是行为治疗的特点。

行为治疗诞生并受益于研究的传统，所以行为家庭治疗作为家庭治疗中最被仔细研究过的形式一点儿也不奇怪。从大量的数据中演化出两个趋势。第一个趋势是父母行为培训和夫妻行为治疗已经证明了重复干预的有效性。最受支持的模式有 Gerald Patterson 的父母培训治疗(例如 Patterson, Dishion 和 Chamberlain, 1993; Patterson 和 Forgatch, 1995)和 Neil Jacobson 的夫妻行为治疗(Crits-Christoph, Frank, Chambless, Brody 和 Karp, 1995)。

行为家庭治疗研究的第二个趋势就是这一方法的领袖人物看到需要将他们的方法扩展出基本的权变契约合同和传统行为治疗的操作性学习过程。正如前面所提及的，认知理论和技巧已经合并进入更加传统的刺激—反应的行为主义中(例如, Baucom 和 Epstein, 1990; Dattilio 和 Padesky, 1990)。

行为家庭治疗的从业者采取的另一新方向是与更系统取向的家庭治疗原则的合并。例如, Gerald Patterson 开始在父母培训中运用策略家庭治疗的元素(Forgatch 和 Patterson, 1998)。当父母看来不能成功使用暂离现场或取消权利时, Patterson 及其同事介绍策略的设计如自相矛盾的任务和假装技巧,



来克服父母对这一方法的核心阻抗——改变强化孩子行为的偶然性。

近来,Neil Jacobson 与 Andrew Christensen 合作在改进传统的夫妻行为治疗方面沿着更传统的家庭治疗方法的道路走得更远。他们保留了行为改变技巧,但增加了新的策略使来访者增强在情感上的接纳。换句话说,在开始与夫妻工作并促成行为改变之前,他们努力去帮助其学会更加接纳对方。实际上,最后的方法和本章的方法有相当大的不同,倒更像在本书第十四章介绍的整合模式。

Gorden 和 Davidson (1981)总结了父母行为培训的研究并发现大多数的方法在大多数的个案中产生了积极的效果。他们汇报了成百上千个对问题儿童治疗记录成功的个案。结果的标准通常是建立在父母和观察者对社会和不良行为发生频率的计算之上。研究者发现,越优越的家庭在父母的行为培训中显示出明显更好的结果(O'Dell,1974)。如果考虑到这一方法是那么地强调教育,这点也并不奇怪。

一个典型的结果在于目标行为的改善,然而,只有意识的改变,可以被视为没有目标问题行为。显然对表述问题特别关注不仅起了解决核心抱怨的杠杆作用,而且最低限度地适用于家庭的整体功能。此外,改善不能从家庭扩展到其他场所,例如学校(Gurman 和 Kniskern,1978)。最后,在结束和跟进之间,治疗效果迅速降低。

行为主义的文献也包括了大量的夫妻治疗的经验研究。这些研究通常针对快速治疗(最多九次面谈),最常用的成功标准就是观察者的评估和夫妻的自我汇报。Gurman 和 Kniskern(1978)发现在七个自然比较研究中,有六个更倾向于夫妻行为治疗。这些结果支持了这一方法的有效性,然而,正如作者所说,在针对严重的婚姻问题上,行为治疗仍相对未得到证实。当更新他们的调查后,Gurman 和 Kniskern(1981)得出类似的结论,认为夫妻行为治疗对于轻度至中度的婚姻问题和非行为方法一样有效。

几个研究也显示,在任何夫妻治疗中,最有效的成分就是增强沟通技巧(Jacobson,1978; Jacobson 和 Margolin,1979)。Jacobson 的研究强力支持他那建立在观察的沟通尺度和自我汇报的婚姻满意度上的方法。Liberian 及其同事们(1976)发现在婚姻沟通的客观尺度上,夫妻行为治疗团体比其他以顿悟为取向的夫妻团体更加有效。然而,这两个方法在增强婚姻满意度上并



没有很大的差别。O'Leary 和 Turkewitz(1978)显示行为交换的程序是有效的,尤其对青年夫妻有效,年长的夫妻更倾向于接纳沟通训练。

尽管公众和专业人士对性治疗的兴趣都在增长,很少有经过精密控制的研究证明其有效性。在一个详细的综述中,Hogan (1978)发现大多数文献包括临床的个案研究。这些报告好像个人成功或失败的展示表,而没有前测、后测、详细的说明技巧、与其他治疗师的不同见解以及跟踪数据。此外,既然大多数的报告都来自少数几个治疗师,不可能去辨别什么是真正被评估的——性治疗的技巧还是这些特定治疗师的技术。根据后来的总结报告(Growe, 1988; Falloon 和 Lillie,1988),研究的本质至少到 1990 年还未改变。

性治疗成功率较高的是治疗阴道痉挛、高潮功能障碍和早泄。阴道痉挛指的是阴道肌肉的痉挛性收缩,治愈的成功率高达 90%~95%(Fushs et al., 1973)。85%~95%的从未获得过高潮的女性在治疗后达到了高潮。在以前在性交中获得过高潮的女性中,成功率要低得多,只有 30%~50%(Heiman, LoPiccolo 和 LoPiccolo,1981)。运用挤压技巧(Master 和 Johnson,1970)来治疗早泄的成功率一致很高,达到 90%~95%。

对于从未勃起的男性,成功率只在 40%~60%——正如 Michael Crowe (1988)指出的那样,尽管这个问题比我们通常想象的与医学更加相关。对于那些至少有过一次完全勃起功能后来有障碍的男性来说,成功率平均在 60%~80%(Heiman, LoPiccolo 和 LoPiccolo,1981)。射精延缓和不能射精相对少见,相应地也就比较少有这方面治疗个案的汇报。在这些很小的样本中,报告的成功率在 50%~82%之间(Heiman, LoPiccolo 和 LoPiccolo, 1981)。个人治疗也开始涉足性是相对较新的(Kaplan,1979),但显然这些个案对治疗的反应很好(LoPiccolo 和 LoPiccolo,1978)。

性治疗看来已成为解决一些很困惑的问题的有效办法。大多数观察者(Gurman 和 Kniskern,1981)认为如果对于夫妻间的性生活有明确的抱怨的话,应该考虑选择接受治疗。

家庭干预的三个研究领域看来准备进入发展的更高级阶段。这些领域包括:孩子的行为障碍(Patterson,1986; Morris, Alexander 和 Waldron, 1988)、婚姻冲突(Follette 和 Jacobson,1988)以及精神病患的成年人(Falloon,1985)。



小结

尽管运用技巧解决家庭问题已超过 20 年,但迄今为止,行为治疗师做的大多数还是线性的推论框架。家庭症状被视为学习到的反应,被不自觉地获得并强化。治疗基本上是有时间限定并聚焦在症状上的。针对家庭的行为方法建立在社会学习理论的基础上,理论认为行为是习得的并由后果来维持,通过改变这些后果能够改变行为。社会学习理论的基本附属是 Thibaut 和 Kelley 的社会交换理论,认为人们努力去维持成本和收益之间的最大化。

家庭行为治疗的基本目标就是增加收益交换的比重,减少令人厌恶的交换,并教授沟通和解决问题的技巧。特别的技巧会应用于目标行为,在这一过程中,教会家庭行为管理的基本原则。

行为主义者聚焦在改变问题行为的后果说明了这一方法的优势和劣势。通过聚焦在表述的问题上,行为主义者已经能够发展出有效技巧的令人印象深刻的部署。即使这些相对棘手的问题如孩子的不良行为和严重的性功能障碍也要屈服于行为技巧。另一方面,行为只是个人的一部分,问题人物也只是家庭的一部分。如果没有解决的冲突使他们卡住,你就不能简单地教人们去改变。

不幸福可能围绕着行为抱怨。但是解决了行为可能并不能处理不幸福。治疗可能在症状上取得成功却败在家庭上。态度和感受可能随着行为的改变而改变,但也并不一定。教授沟通技巧也可能不足以解决真正的冲突。只有行为的改变可能不足以使得家庭成员实现感觉到更好的最终目标。“是的,他是做家务了,”父母可能同意,“但我不认为他是在帮忙。他依旧不是我们家庭的真正的一部分。”行为不是所有不幸的家庭成员所关心的,为了迎合他们的需要,治疗师也需要处理认知和情感的因素。

行为主义者很少治疗整个家庭。相反,他们只看那些被认为是目标行为核心的子系统。不幸的是,在治疗中不能包括——甚至考虑——家庭作为整体是灾难性的。一个减少儿子对母亲攻击行为的治疗项目几乎不可能成功,如果父亲希望有个攻击性的儿子,或者如果父亲对妻子的愤怒不被处理。此外,如果家庭没有整体卷入变化,新的行为不可能得到强化和维持。



尽管有这些缺点,行为家庭治疗提供了治疗孩子问题与困境中的婚姻令人印象深刻的技巧。此外,它的缺点能够通过扩大对概念化的关注和将整个家庭作为系统纳入治疗的范围得到修正。行为主义者已经发展出很多可靠的评核技术并将其运用到评估、治疗计划以及管理进度和成果方面。第二个重要的进展是逐渐从消灭或强化明显的“目标”行为转向教授基本问题解决、认知和沟通技巧。第三个近期家庭行为治疗的主要进展是良好组织的标准化治疗干预满足个人和家庭特定且变动的需要。最后,转向认为扭曲认知可能是由有问题的家庭互动造成的,增加了行为方法的强有力的新维度。

A large, light gray silhouette of a family consisting of two adults and three children, positioned in the background. In the center, there is a smaller, darker gray silhouette of a family with three children. The Roman numeral 'III' is superimposed over the children in this smaller family.

FAMILY THERAPY: CONCEPTS AND METHODS 第 部分

家庭治疗的最新进展

第十一章

21世纪的家庭治疗



界限消融
后现代主义
男女平等主义者的批评
社会建构主义和叙说革命
家庭治疗对管理型照顾的回答：解决中心治疗
家庭暴力
多元文化主义
种族
贫穷与社会阶层
同性恋者的权利
灵性
为居民及问题制订治疗方案
基于住所的服务
医学家庭治疗与心理教育
管理型照顾
小结



家庭治疗从 1960 年代激进的新试验,成长为受到认可的一股力量,并完成了自己的文献、组织,且拥有大量的从业人员。与其他领域围绕单一概念模式组织和发展不同(如精神分析、行为治疗),家庭治疗一直是一项来源广泛的行业,拥有相互竞争的学派以及形形色色的理论。所有这些学派和理论的共同信条是问题存在于家庭之中。除此之外,每一个学派都是一个严格定义且泾渭分明的行业,拥有自己的领军人物、教材和治疗方式。

现在,所有这一切都发生了变化。这个领域已经不再是泾渭分明的学派,领域内的从业者也不再那么普遍坚持系统理论。正如家庭治疗师总是钟爱隐喻一样,我们也许可以说这个领域已经成熟。不再那么排斥异己,也不再那么信心十足,家庭治疗运动因一系列的挑战而震动和转变,这些挑战包括:认为一种方法便拥有所有答案的想法,有关男人和女人的秉性,有关美国家庭——的确如此,有关确切知晓任何事物的可能性。我们将在本章内检验这些挑战,并且审视 21 世纪家庭治疗的走向。

界限消融

家庭治疗各学派之间的界限在 1990 年代开始逐渐消融,以至越来越少的治疗师声称自己是纯粹的 Bowen 学派或者结构派。宗派主义日渐式微的理由之一是,随着经验的积累,从业者发现没有理由不在各自的技术宝库中相互取经。假定一位持证的结构治疗师阅读了 White 和 Epston 的袖珍著作《治疗终结叙说方略》(*Narrative Means to Therapeutic Ends*),而且开始花费越来越多的时间倾听访客诉说的关于他们生活的故事。这位治疗师仍然是结构主义者吗?或者是叙说派治疗师?或者两者兼而有之?

假设我们先前假定的那位治疗师在某个会议上,聆听了 Jim Keim 描述处理拥有逆反心理及行为孩子家庭的策略式方法,并且在她自己的临床实践中开始应用这一方法。现在我们应该如何称呼这位治疗师呢?结构—叙说—策略派?折中派?抑或是简单地称之为“一个家庭治疗师”?

对处理普通居民以及某些特定问题的技术,需要高度个体化的日渐清醒的认识,是正统学派消融的另外一个原因。家庭治疗师们曾经珍爱过他们的模式。如果某一特定家庭并不很符合这一图式,也许他们不过是不“合适治疗



的一个个案”。当今时代,靠“一个尺码走遍天下”的治疗已经不再可行。目前治疗师已不再以信心十足的专家身份,而是以伙伴的身份进入家庭,并希望能支持他们固有的资源。这些资源不仅受到家庭结构的抑制,更遭受到不在他们掌控之下的政治以及经济方面的压力。一些经典学派地位的变化是由于其先驱者的退休或者去世,由缺乏有影响的人物替代。教条式的模式未必总是与来访者特定的需要相符,对此越来越清醒的认识,使我们进入了一个充满疑问和不确定的时代。许多社会科学都已经被后现代革命弄得面目全非,家庭治疗便是其中之一。

后现代主义

20 世纪初科学的进步让我们觉得,通过客观的观察和测量可以揭示事物的真理。宇宙是一部机械装置,其运作法则正等待人们去发现。一旦宇宙的法则被人们所知晓,我们便能控制我们的环境。这种现代主义者的观点影响到家庭治疗宗师们进入治疗的方式——正如控制系统可以去编码以及重新编程一样。治疗师就是专家。结构派和策略派的行动纲领在于探寻需要修复的缺陷,而不管家庭成员是否能以同样的方式来看待他们自己。

后现代主义(postmodernism)就是针对这种傲慢自大所作出的反应。我们不仅失去了对科学、政治以及宗教真理的信仰,同时也在逐渐怀疑绝对真理究竟能否被察知。正如 Walter Truett Anderson(1990)在《现实并非过去之现实》(*Reality Isn't What It Used to Be*)中所说的那样:“撕碎正走向终结的现代纪元的绝大多数冲突,在于不同的信念系统,每一个系统均声称拥有真理:这种信念与另一种相对立,资本主义与共产主义相对立,科学与宗教相对立。各方均假定有人拥有真实信条,而且信条亘古不变,超乎人们的猜测。”(p. 2)在家庭治疗领域,便是结构真理对应心理动力论,Bowen 对应 Satir。

爱因斯坦的相对性低估了我们对确定的信仰。马克思对一个阶级可以支配另一个阶级的权力进行了挑战。在 1960 年代,我们便已失去了对包括那些通常意识在内的其他真实观念的信任。男女平等主义者运动挑战了有关性别的等级假设,而这曾经被认为是稟性法则。随着世界的缩小,以及我们日益面对不同文化的人,我们不得不重新检视我们关于他们“原始”信念的假设。



这种与日俱增的怀疑论调,在 1980 年代成为一种主要力量,而且动摇了人类每一种努力的支柱。在文学、教育、宗教、政治科学以及心理学领域,被认可的惯例是解构(deconstructed)——也就是,服从于人们在他们自己的日常活动中形成的社会传统。法国哲学家 Michel Foucault 将许多领域公认的原则,解释成为保护权力结构、扼杀另类声音的永恒的故事。在家庭治疗领域最先出现,而且也许是最有影响力的这类声音便是男女平等主义者的批评。

男女平等主义者的批评

男女平等主义激发了家庭治疗,使之如醍醐灌顶。1978 年 Rachel Hare-Mustin 在一篇文章中的启发性批评令人大开眼界,男女平等主义家庭治疗师不仅反对已有模式中固有的性别偏见,他们还倡导了一种称为质疑系统论本身的治疗风格。

控制论和机能主义使我们对女性特有的文化不公平视而不见,由此而形成了一种痛苦的清醒。控制论鼓励我们将家庭视为有瑕疵的机器。Judith Myers Avis(1981)将这部家庭机器描述为:

按照特定的系统规则运作而且与其历史、社会、经济和政治背景相脱离。通过撇开背景看家庭,家庭治疗师将家庭的不良功能完全定位于家庭内的人际关系,忽视了发生在不同家庭之间更广泛的功能模式,而且未注意到社会情境与家庭功能不良的关系。(p. 17)

Bateson 版的控制论声称,因为各种因素在重复反馈环中持续不断地相互影响,系统内的个人控制是不可能的。如果系统内的各个部分都均衡地涉及其所出现的问题,则没有任何一部分可以受到叱责。这种观念深深吸引住了家庭治疗师,因为家庭成员走进治疗便手指相对,相互指责而且看不到他们自己在困扰他们的问题中的作用。

然而,对于男女平等主义者来说,将问题的责任均摊的观念就像复杂的“指责受害者以及原来的状况合理化的版本”一样令人生疑(Goldner, 1985, p. 33)。这种批评尤其适合指向针对女性的犯罪,如殴打、乱伦和强奸,因为长期以来所应用的心理学理论都暗示,女性要么激发要么默许她们自己的被虐待(James 和 MacKinnon, 1990)。



被广泛引用的家庭星座,将问题归因于边缘的父亲、过度卷入的母亲以及卷入他们关系之中有症状的儿童。多年来,精神分析学家因为孩子的症状而非难他们的母亲。家庭治疗的贡献在于揭示了父亲的旁观如何导致母亲的过度卷入,因此治疗师便试图通过将父亲置于母亲的位置而解放母亲。这种做法并不能施恩于母亲,因为在多数情形下,母亲似乎一直被认为并非毫无负面影响。母亲依然身陷其中且又无法胜任,不过,现在一种新的解决办法出现了——让可靠的老父来进行援救。

男女平等主义者坚持认为,治疗师未能看到,也未能让他们的来访者看到的是“过度卷入的母亲和边缘的父亲的原型‘家庭案例’,不是作为临床问题被深刻理解,而是两百年来所制造的历史过程的产物”(Goldner,1985, p. 31)。母亲之所以既过度卷入又不可被依靠,不是因为某些个人的缺陷,而是由于她们在家庭中处于情感孤立、经济依赖、责任超负荷的位置,正是这些位置让人发疯。

性别敏感的治疗师试图帮助家庭成员重新组织,以便不再有人,无论是男性还是女性,依然固守在那些难堪的位置。因此,并不是通过边缘的父亲取代母亲(父亲很可能一直以来对她的父母大加责难),才导致其自尊进一步受损,男女平等主义治疗师可能帮助整个家庭重新检视导致母亲压抑和父亲疏离的角色。她们会鼓励父亲更多地参与父母的工作——并非因为母亲的不可靠,而是因为这本身就是父亲的责任(Goodrich, Rampage, Ellman 和 Halstead, 1988; Walters, Carter, Papp 和 Silverstein,1988)。

男女平等主义者不单要求治疗师在与家庭一起工作时对性别问题应当更为敏感,而且,他们还坚持认为,性别问题,或者更特定地说等级问题,已渗入治疗师的工作,即使他们已经习惯于不去注意它们。他们因此相信性别不平等应当是治疗师所首要关注的(Goldner,1988; Luepnitz,1988)。

只有当治疗师对性别变得敏感时,他们才会停止谴责母亲,才不会指望母亲作出所有的改变。治疗师应该能够直面以下对女性的潜意识偏见:必须在抚养孩子和操持家务方面负完全责任,需要忽略自己的工作而支持丈夫的事业,需要结婚或者在其生活中拥有一个男人(Anderson,1995)。治疗师应该能够停止将诸如理性、独立和好胜这些传统的男性特点作为其健康的标准,应该能够停止贬损或忽略传统的女性特点,如情绪化、教养后代以及专注关系。



正如人们所预料到的,男女平等主义者的批评最初并没有受到家庭治疗的欢迎。1980年代的早中期是男性和女性治疗师两极化的时期,男女平等主义者试图超越已经形成的“无声的阈限”。到了1990年代,这一阈限得以超越。男女平等主义者的主要观点已经毋庸置疑,而且这一领域正在向治疗的合作以及启发式的形式发展。

为避免我们对家庭治疗接纳男女平等主义过于志得意满,应当牢记住女性在其日常生活中仍然面对政治、经济以及社会方面的问题。女性在工作酬劳方面仍然少于男性。女性仍然被指派操持更多的家务。女性依然因为家庭问题而常受责备。男性针对女性的暴力仍然在许多家庭、同伴以及文化压力下受到包容。不仅如此,虽然某些男性持反对意见,男子汉目标仍然影响着绝大多数男性,他们力争成为“男人”,拒绝成为男子气不足的男人如杂耍、懦弱的人,或者 wusses。虽然多数男性并没有在其自身的家庭内体验到权力,男人依然可以从社会所赋予他们的任务中得益。正如 Rachel Hare-Mustin 所说“虽然男性现在的确可以哭泣,他们实际上还是在无病呻吟”。^①

社会建构主义和叙说革命

建构主义(constructivism)是将家庭治疗撬离其客观性信念的铁杆,所谓客观性就是假定某人在家庭中所看到的就是家庭所固有的。对行为的理解已不再纯粹就是观察、掌握和去编码的过程。从根本上来说,人类的经验是模棱两可的。经验的片段只有通过组织、择其突出点以及赋予其意义这样一个过程,方能被理解。

建构主义不再专注于家庭互动模式,而将重点转移至探索和重新评价存在问题的人如何看待问题。意义本身成为主要的目标。

1980和1990年代,Harlene Anderson和Harry Goolishian作为一种使治疗师—来访者关系民主化的方式,引进了建构主义。与Lynn Hoffman及其他同道一起,在反对控制论及其机械主义应用方式的旗帜下,这些协作式治疗师便结成了联盟。他们的后现代主义更关注照顾,而不是治疗;他们将治疗

^① 参见 Rachel Hare-Mustin(2001),“家庭治疗和未来 2001”,美国家庭治疗美洲学术会议全会,迈阿密,6月27日。



师从专家的位置推动至与来访者成为一种更为平等的伙伴关系。

也许这种治疗民主化最引人入胜的例子应该是挪威精神科医生 Tom Anderson, 他使操作平台变得平等, 不再向来访者隐瞒任何东西。他和他的团队公开讨论他们对家庭所陈述的事件的反应。这种反映团队(reflecting team)(Anderson, 1991)已经很有共识地成为协作治疗模式广泛应用的一个部分。观察者从单向玻璃后走出来, 与治疗师以及家庭一起讨论他们的印象。这种过程创造了一种公开的氛围, 在这种氛围下家庭觉得他们是一个更大的团队的一部分, 团队也觉得他们对家庭更具有同情感。

协作式治疗师所分享的是, 来访者在治疗师为他们治疗而不是与他们一起治疗时, 所不常听到的观念。为了重新评价这种权威式态度, Harlene Anderson(1993)建议治疗师采取一种“不知道”的位置, 以便与来访者真诚对话, 从而使“治疗师和来访者的双方专长都用来解决问题”(p. 325)。^①

这种新的观点来自于被称为语义学(hermeneutics)的圣经研究的传统方法。语义学源于希腊词汇, 意为翻译和解释。语义学在家庭治疗出现前, 便已经震撼了精神分析界。在 1980 年代, Donald Spence, Roy Schafer 和 Paul Ricoeur 便开始对弗洛伊德有关病人的症状、梦境和幻想存在一种正确且全面的解释的观念进行挑战。他们认为, 分析方法并不是考古或者重构, 而是建构的和合成的, 将所存在的现象和解释组织起来并将之整合于所提出的模式之中(Mitchell, 1993)。

从语义学的角度来看, 治疗师所知道的不单是通过自由联想和分析——或者活现和循环提问——的过程所发现或揭示的现象, 而是通过治疗师自己, 或者与病人或家庭一起组织、建构和整合。虽然有关语义学阐释并不存在固有的民主, 但其对实在论的挑战, 同时也对权威论进行了挑战。在家庭治疗领域, 语义学传统似乎是促使治疗更具协作性的完美帮手。

放弃确定性非常困难。为了对陈述者的故事保持真诚和开放, 倾听者被要求必须搁置他/她自己的信念, 至少暂时搁置, 以便进入他人的世界。这样做了以后, 倾听者可以发现有些信念受到了挑战, 而且出现了变化。这常常超出某些治疗师所愿意冒险的程度。

^① 协作式治疗师认为这些对话与非指导式、富于同情的罗杰斯风格不同, 因为他们不只是给予反馈, 也给予意见和建议, 尽管这些永远只是尝试性的。



建构主义(constructivism)专注于个体如何创造他们自己的现实,而家庭治疗却总是强调互动的威力。结果,另一门被称为社会建构主义(social constructionism)的后现代心理学现在仍然对许多家庭治疗师具有影响力。社会心理学家 Kenneth Gergen(1985),社会建构主义的主要倡导者,强调社会互动在人类萌生意义方面的威力。

Gergen 对我们都是拥有独立信念的自主个体这一观念提出了挑战,并且认为我们的信念是随着社会情境的变化而波动和变化的。Gergen(1991b)问道:“难道所有身份的片段不是关系的残留物?难道我们从一种关系过渡到另外一种关系时,不正经历持续的转变?”(p. 28)

这个观点有几方面的用途。首先是没有人能拥有真理的一角,所有真理都是社会建构的结果。这一观念要求治疗师帮助来访者理解他们信念的来源,即使那些被认定为禀性使然的信念也应如此。第二个用途是,治疗是语言的运用,如果治疗师能够引导来访者对他们的问题形成新的建构,问题便有可能显露出来。第三,治疗应该是协作式的。因为治疗师和来访者都不会将真理带到桌面上来,在双方分享意见而且相互尊重对方观点的情形下,通过对话,新的现实便会得以显现。

社会建构主义受到那些试图将治疗焦点从行为转移到认知的治疗师张开双臂的欢迎,而且成为 1990 年代给家庭治疗造成强烈冲击的叙说治疗(narrative therapy)(第十三章)方式的基础。叙说隐喻专注于经验如何产生期望,以及期望如何通过创造性地组织故事而塑造经验。叙说式治疗师跟随 Gergen,认为“自我”是一种社会结构的现象。

叙说式治疗师关注的问题不是真理,而是有用的观点以及如何引导出令人欣喜的结局。问题并不出在人本身(正如精神分析这样认为),也不在于关系(正如系统论这样认为),而在于有关个体及其情境的观点之中。叙说式治疗帮助人们重新审视这些观点。

家庭治疗对管理型照顾的回答：解决中心治疗

解决中心治疗(solution-focused therapy)是 1990 年代声名显赫的另外一种新的模式。Steve de Shazer 及其同事(第十二章)从不同的、更实用的方向,



采纳了建构主义的观念。这种方式的目标是让来访者从“问题谈话”——试图理解他们的问题——转移到“解决谈话”——专注于什么方法可行——而且越快越好。专注于解决问题本身常常导致问题的解决。

在公司预算大幅削减以及从业者可以报销的治疗次数被限定于一定数量时,解决中心模式便陡然普遍起来。这样就导致了简短且易于应用的方式的巨大需求,而解决中心似乎是这一问题的完美答案。

家庭暴力

1990 年代早期,家庭治疗开始关注家庭生活阴暗的一面。有关妻子被殴打和性虐待的书籍和文章,开始在主流的家庭治疗文献中出现(如 Trepper 和 Barrett, 1989; Goldner, Penn, Sheinberg 和 Walker, 1990; Sheinberg, 1992)。家庭内男性对女性虐待的程度,在这一领域内一直遭到集体否认,现在终于抖开了黑幕。

Judith Myers Avis(1992)报告了一系列振聋发聩的统计数字:37%的女性在 18 岁前经历过性虐待,95%的施虐者是男性,1/6 的女性每年均遭受与其共同生活的男性的虐待,25%的男性大学生在其伴侣不愿意的情况下强行实施过性行为,20%的男性承认如果能确保不会受到处罚,他们将会实施强奸。她在反复控诉要求治疗师中立以及受虐者应该部分对其被虐待负责的理论后,总结道:

只要我们依然以系统理论训练治疗师,不相应地对他们在权力动力非中立的理解方面进行训练,我们不过是一如既往地生产维护男性权力同谋者的家庭治疗师,这样的家庭治疗师对与他们一起工作的女性和儿童是很危险的。(p. 231)

Michele Bograd(1992)对 10 年来家庭治疗所面临的最主要困境的其中之一进行了总结:

在面对家庭暴力时,我们如何在有关人类安全和男人及女人权利方面的相对主义世界价值观,与自我制约和保护之间取得平衡?何时可以在临床上限制或者反对使用中立?何时可以确定对治疗过程至关重要的信念?我们如何面对施虐者行为的破坏性特点,而又不对他加以谴责?



在维持与挣扎于暴力悲剧的家庭成员的关爱和尊重的关系时,我们应该以何种程度的同情方式采用我们的价值观,以便带来治疗效果?(p. 248, 249)

目前正受到攻击的系统式观点认为,家庭暴力是家庭成员相互挑衅的循环的结果,这种挑衅虽然令人难以接纳,但其本身就是情绪性破坏行为逐步升级的结果,而且许多婚姻中都有这种特点。替女性辩护者常常反对这种观点。这种观点认为,暴力男性并非失去控制,他们正在力图采取(take)控制——只有当他们被认为需要承担责任时才会停止。

尽管女性拥护者所声称的夫妻治疗在暴力婚姻的治疗方面毫无用处,这一观点受到了争议,但她们的警告的确令人警醒。家庭内暴力——让我们按照本来的方式称呼它,妻子被殴和孩子被打——已经成为一种主要的公共卫生问题,并达到了酗酒和抑郁症的程度。

多元文化主义

家庭治疗总是声称它本身是在情境中对人进行治疗的一种方法。在战后美国家庭治疗诞生时,这一原则被解释成为家庭关系对其成员影响的实用主义视角。来自亚洲、中南美洲、非洲裔以及东欧的大量移民丰富了我们的文化,使我们再次成为一个更加多元化的国家,作为一个行业的家庭治疗也因此显现出对这种大量涌入的多元文化的包容。不仅我们正在学习尊重来自其他文化的家庭有其自身处事的有效方式,我们的期刊和学术组织也正在力图做到更加兼容并蓄。

Monica McGoldrick 和她的同事(McGoldrick, Pearce 和 Giordano,1982)在其著作中描述了大量不同种族群体特征性的价值和结构,对我们的种族中心论首先挥戈一击。通过这本专著以及此后涌现的大量相关著作(如 Falicov, 1983, 1998; Boyd-Franklin, 1989; Saba, Karer 和 Hardy, 1989; Mirkin, 1990; Ingoldsby 和 Smith, 1995; Okun, 1996; McGoldrick, 1998),我们现在已经对我们了解来访家庭的种族背景的需要更为敏感,所以我们不再认定他们之所以患病,只是因为他们有所不同。正如 Monica McGoldrick (1993)所写道的:



种族性以显而易见以及微妙难察的方式固化了我们的思想、情感和行为。它在决定我们吃什么、如何工作、如何交往、如何庆祝节假日与采用何种仪式以及我们如何看待生、死和病方面，扮演了至关重要的角色。(p. 335)

多元文化主义在家庭治疗中已经成为一个流行的主题，在会议日程、杂志文章以及研究院的课程中便可窥见一斑。注意到这些问题，标志着对种族影响的令人欣喜的敏感。

多元文化主义对于种族中心主义来说肯定是一种进步。不过，强调差异也存在过分重视身份政治的危险。隔离，即使以民族骄傲的名义，也会导致民族孤立和偏见加剧。也许复合主义(pluralism)是一个比多元文化主义更好的术语，因为它暗含着民族身份及其与更大群体联系之间的平衡。

正如我们在第四章所建议的，种族敏感性并不要求成为每一种文化的专家——或者设想你是一位专家，你也许只须在实际中做到可想而知就行了。假如你不知道一个墨西哥乡村家庭在他们的孩子离家后有怎样的感受，或者韩国父母面对其年少的女儿与美国男孩约会时会有什么想法，你总可以询问。对其他民族处事方式的尊重和好奇，可能比百科全书式的知识更具启发性。

种族

在家庭治疗的早期阶段，美国籍非洲裔家庭引起了人们的某些注意(如：Minuchin 等,1967)，但是多年来，在这个领域，与这个国家的其他领域一样，似乎试图忽视与他们每天生活在一起的有色人士和种族。然而，美国籍非洲裔家庭治疗师诸如 Nancy Boyd-Franklin(1993)和 Ken Hardy(1993) 终于促使这一问题走出阴影，并进入到该领域的视野之中。

当然，白人治疗师仍然可以选择避开这些问题。非白人治疗师及来访者就没有这种奢华(Hardy,1993)：

为了避免被白人视作麻烦制造者，我们压抑了自我中被种族主义伤害和激怒的部分，形成了一种“工作惯例自我(institutional self)”——一种表面顺应的镇定的专业精神，以便不对白人造成恐惧……白人只熟悉



我们工作惯例的自我,所以并不欣赏将黑人团结在一起的无言的忠诚和快捷的联络……我们之所以如此团结,是因为黑人家庭在抚育孩子时向他们传递同样的信息:“你出生于世界上最受歧视的种族之一。你不能信任白人。你是个人物。自豪吧,不要有哪怕一分钟的时间认为白人比你更好。”(pp. 52~53)

Laura Markowitz(1993)引用了一位黑人妇女的治疗经历:

我记得几年前接受一位优雅的白人妇女的治疗,她不断地关注为什么我如此愤怒,为什么我的父母如此无能……我们从来就没有看到作为一个贫穷男性黑人的我的父亲和作为一个贫穷女性黑人的我的母亲,以及他们为生计奔波养育我们的情景……几年后,我接受一位非白人治疗师的治疗,她脱口而出的第一句话就是:“让我们看看你的父母如何?”能够看到我的父亲不是一个憎恨我们的恐怖的人,而是一位在极端困难的条件下为生计而奔波的劳动者,那是一段快乐的时光。我可以拥抱他,而且我能够理解我的愤怒,不再因为这种情绪而责备自己。(p. 29)

对于白人来说,他们很难认识到有多少扇门是因为他们的肤色而张开,很难理解种族主义给非白色人种带来多大的负担。美籍非洲裔家庭不仅要克服机遇和成功的屏障,而且要克服这些屏障带来的焦虑、挫折和绝望。

与非白人家庭一起工作的治疗师的任务是,在他们的家庭环境、他们与白人以及许多所遭遇的社会服务机构交往的消极历史的背景下,去理解他们为何不愿意参与治疗(特别是当治疗师是白人时)。另外,治疗师必须认识家庭的力量,并将其从他们的网络中提升出来,或者在家庭被孤立的情况下帮助他们建立支持网络。

最后,治疗师必须审视自身并且直面自己对待种族、阶层和贫穷的态度。为此,一些作者推荐了一些远胜于讲座的课程,这些课程教我们如何面对我们自己的种族主义的恶魔(Pinderhughes, 1989; Boyd-Franklin, 1989; Green, 1998)。

贫穷与社会阶层

金钱和社会阶层不是大多数服务行业的专业人员喜欢讨论的话题。对经



济窘迫的羞耻,与深入人心的个人主义道德观有关,这种道德认为每个人应该对他们自己的成功或者不成功负责。如果你贫困,一定是你自己的过错。

尽管基于管理照顾的原因降低了收费,绝大多数治疗师仍然能够维持合乎情理的舒适的生活方式。这些治疗师对他们的贫穷的来访者所面临的种种障碍及其所造成的心理影响,通常知之甚少。当贫穷的来访者没有赴约到达治疗室,或者没有遵循指导时,有些治疗师便很快将他们视为冷漠且不负责任。多数情况下,这也是穷人们看待他们自己的方式——而且这些消极的自我意向可能变成最大的障碍。

我们如何能消除这种趋势的影响,而认为穷人只是不能跳出这种障碍呢?首先,治疗师需要用在美国处于贫穷的社会和政治现实来教育他们自己。最近,富于探索的记者 Barbara Ehrenreich(1999)花了一年时间,试图像一位接受福利援助的农民一样去生活,去步入劳动力市场。她居住在拖车式的活动居屋集中地,从事一项女招待的工作,除了应付开支外,实际上所剩无几。

接受福利援助的农民和单身母亲在廉价劳动力市场生存将(以及的确是)是何等艰难,我无法想象。也许她们将掰着手指计算如何在全日制工作之余的有限的几个小时内,压缩她们的生活——包括养育儿女、洗涤衣物、浪漫和餐饮。如果她们有车的话,也许她们将居住在她们的车辆之内(正如她发现其他几个工友已经如此)。所有我知道的便是,我不能拥有两份工作,而且单靠一份工作,我又不能挣到用来生活的足够的钱。而且我还拥有许多长期贫困的人所不能想象的优势——健康、充沛的体力、一部工作用轿车,以及没有需要照顾或支持的孩子……福利改革后面的想法是,即或最卑微的工作也足以提升道德并振作精神。事实是这些工作很可能充满羞辱和压力。(p. 52)

事实上,并没有任何机会平等的天地。经济本身就是建筑在不平等之上的,这种不平等为那些想跳出贫困的人带来了极端的困难,而且导致将近 1/4 的儿童生活在匮乏之中(Walsh,1998)。

当今时代,不只是贫穷家庭财政上毫无保障。随着财产抵押、分期付款买车、大学学费增加以及公司经常突然且冷酷地裁员,除了极富阶层以外,多数人的家庭生活都存在日益明显的经济忧虑。过去 20 年来,中等家庭收入已有所下降,年轻家庭对其所作所为能否望其父母之项背,已不再抱任何希望,因



为需要两份收入才能支撑非常普通的生活标准(Rubin,1994)。

治疗师不可能帮助他们的来访者支付租金,但他们能够帮助他们认识到他们的生活重荷并不全是由他们自己所造成的。即使他们没有将这个问题摊到桌面上来谈,敏感的治疗师也应当意识到经济压力对来访家庭生活所带来的影响。不只是将这个问题放到桌面上来谈,而是进一步询问他们如何处理这一问题,由此可能对他们如何别出心裁和竭尽全力维持日常生活的需要,有更进一步的认识。

同性恋者的权利

与对种族的关注方式一样,家庭治疗对男性和女性同性恋者也开始关注。经过了长时间的忽略和否认后,1980年代后期,家庭治疗开始面对相当大百分比的人的歧视(Krestan,1988; Roth 和 Murphy,1986; Carl,1990; Laird,1993; Sanders,1993)。1996年一本主要的临床手册(Laird 和 Green,1996)和杂志《在家庭里》(*In the Family*,由 Laura Markowitz 编辑)的出版,表明男性和女性同性恋问题终于步出了家庭治疗的贮藏柜。

尽管同性恋者在我们社会的某些方面得到了一些容忍,但他(她)们因为其性取向,继续面对着羞辱、歧视甚至暴力。经历了童年时期的混乱、羞愧以及担心被发现的恐惧后,一旦真相最终暴露,多数同性恋者均被其家庭所拒绝。由于缺乏社会支持,同性恋者的结盟关系可能因为受到被隔绝的压力、产生应激以及嫉妒等,而出现紧张。

父母常常有罪责感,部分是因为早期精神分析研究为他们儿女的性取向而责备他们。父母的反应各种各样,从否认、自责、为孩子的未来担忧,到敌意、暴力以及宣称脱离关系(LaSala,1997)。治疗师应当记住,同性恋孩子为了理解其身份可能已经挣扎了多年,其父母在首次震惊后,可能需要时间才能跟上孩子的思路。

当与同性恋、双性恋、易性症来访者一起工作时,我们建议治疗师应尽可能地获得这些人群所面对的独特的身分形成和关系方面的信息。对同性恋经验知之不多的治疗师,应该寻求有经验者的督导,或者将这些来访者转介给经验更多的临床人员。不同文化背景的个体和家庭,所挣扎的未必是同一类



问题。

家庭治疗师应对同性恋家庭、双性恋和易性症人士、美籍非洲裔人士以及其他边缘社群进行研究,不只是去了解他们所面临的问题,也应该知晓他们面对如此巨大的不平等是如何生存和壮大的,我们希望这一天早日到来。例如,同性恋者常常在其友谊网络内创建“选择的家庭”(families of choice)(Johnson和Keren,1998)。正如Joan Laird(1993)所建议的,这些家庭可以在“有关性别关系、如何做父母、如何适应这个社会的高度紧张,尤其是如何发挥优势在逆境中再生”为我们传经送宝(p. 284)。问题是我们是否已做好学习的准备。

灵性

在整个 20 世纪,心理治疗师力图避免与科学所认为的非理性发生任何关联,因此也同时避免将宗教带入咨询室。我们也一直努力站在道德范畴之外,尽量保持中立,以便来访者为他们的生活作出他们自己的决定。

然而,进入 21 世纪后,随着越来越多的人发现现代生活的疏离和空虚,灵性和宗教便作为在普通出版物(包括《时代》以及《新闻周刊》)和家庭治疗文献(Brothers,1992; Burton,1992; Prest 和 Keller,1993; Dohety,1996; Walsh,1999)两者之中广为流传的疏离现象的解毒剂而得以出现。

人们如何发掘其生活以及有关更高权势的想法的意义,常常与某些家庭最强有力的组织信念有关。不过大多数治疗师从来不询问这类问题。是否有可能探索家庭的精神信仰,而不嘲笑他们或者改变他们的宗教信仰?越来越多的治疗师相信,这不只是可能,而且至关重要。他们认为人们如何回答这类问题,与其情绪和身体健康关系极为密切。

为居民及问题制订治疗方案

近年来,家庭治疗师已经从其训练研究院的象牙塔里走出来了,并且直面现实世界中纷繁混乱的问题。他们发现用他们自己的方式,而不是采用其他的什么方式去适应来访者的需要愈显必要。家庭治疗的日趋成熟可以在其文



献中略见一斑。过去的绝大多数著作都是有关经典模型以及如何在一般的家庭中运用这些模型(如 Haley,1976; Minuchin 和 Fishman,1981)。1980 年代伊始,著作不再围绕任何一个学派,而是开始专注于如何对某些特定类型的问题以及家庭星座进行治疗。

现有的书籍涉及下列成员的家庭:药物滥用(Stanton, Todd 和 Associates,1982; Barth, Pietrzak 和 Ramier,1993)、酒精滥用(Steinglass, Bennett, Wolin 和 Reiss,1987; Treadway,1989; Elkin,1990)、食物滥用(Root, Fallon 和 Friedrich,1986; Schwartz,1995)以及家庭成员相互虐待(Trepper 和 Barret,1989; Friedrich,1990; Madanes,1990)。也有治疗单亲家庭(Morawetz 和 Walker,1984)、继养父母家庭(Visher 和 Visher,1979,1988)、离婚家庭(Sprenkle,1985; Wallerstin 和 Kelly,1980; Ahrons 和 Rogers,1989; Emery,1994)、混合家庭(Hansen,1982; Sager et al.,1983)以及上述情形下的转型家庭(Pittman,1987; Falicov,1988)的书籍。

还有关于治疗幼儿(Combrinck-Graham,1989; Wachtel,1994; Gil,1994; Freeman, Epston 和 Lobovits,1997; Selekman,1997; Smith 和 Nylund,1997; Bailey,1999)、问题青少年(Price,1996; Micucci,1998; Sells,1998)、成年早期(Haley,1980)以及兄弟姐妹有问题的家庭(Kahn 和 Lewis,1988)的书籍。甚至还有关于正常家庭(Walsh,1982,1993)和“成功家庭”(Beavers 和 Hampson,1990)的著作。

尚有与精神分裂症家庭(Anderson, Reiss 和 Hogarty,1986)、双相障碍家庭(Miklowitz 和 Goldstein,1997)、艾滋病家庭(Walker,1991; Boyd-Franklin, Steiner 和 Boland,1995)、遭受过创伤的家庭(Figley,1985)、慢性疾病或残疾家庭(Roland,1994; McDaniel, Hepworth 和 Doherty,1992)、居丧家庭(Walsh 和 McGoldrick,1991)、有一个残疾儿童的家庭(Seligman 和 Darling,1996)或者有一个养子女的家庭(Reitz 和 Watson,1992)、贫困家庭(Minuchin, Colapinto 和 Minuchin,1998)以及不同种族家庭(Boyd-Franklin,1989; Okun,1996; McGoldrick, Giordano 和 Pearce,1996; Lee,1997; Falicov,1998)等工作的书籍。也有几本有关治疗同性恋家庭的著作(Laird 和 Green,1996; Greenan 和 Tunnell,2003)。

除了这些专著外,这一领域已对其范围有所拓展,将其系统式思维延伸至



超越家庭,包括其他服务机构或者社会机构和学校(Schwartzman,1985; Imber-Black,1988; Elizur 和 Minuchin,1989)、家庭仪式及其在治疗中的应用的重要性(Imber-Black, Roberts 和 Whiting,1988)以及家庭所处的社会政治背景(Mirkin,1990; McGoldrick,1998)等更大系统的影响。

也有不涉及某一学派的家庭治疗的实用入门书籍(Taibbi,1996; Patterson, Williams, Graul-Grounds 和 Chamow,1998)和包括用各种学派的观点关注某些特定问题或个案的汇编著作(Dattilio,1998; Donovan,1999)。因此,与早期家庭治疗某一特定模式的追随者极少阅读其他学派的书籍相反,专长于内容而不是模式的趋势使得处在后现代时期的这一领域更趋多元化。

基于住所的服务

正如家庭治疗的传统版本一样,基于住所的服务也以家庭作为精神卫生保健的主要目标(Friesen 和 Koroloff,1990)。然而,与传统模式不同的是,基于住所的方式,重点在于拓展家庭资源的网络,而不是修复家庭的功能障碍(Henggeler 和 Borduin,1990)。虽然基于住所的服务意识到,而且强调家庭系统内的问题,但其最重要的重点仍然是在家庭和各種社区资源之间建立关联。

基于住所的服务源自于“友谊访问者运动”,在这项运动中,Mary Richmond鼓励社工们到自己的家乡访问家庭。过去,社工们偶尔会发现他们自己帮助易受伤害的儿童脱离了有害的环境。不幸的是,这种导向错误的利他主义行动常常低估家庭单元的力量。1970年代伊始,受非住院化运动和社区保健的影响,曾经竭力使脆弱的家庭汇聚一起,并预防性地安置这些家庭的孩子(McGowen 和 Meezan,1983)。

以家庭为主导的大范围的服务所承担的远不止到住所去访问家庭。与鲁莽地将受困扰儿童带离家庭不同的是,进入住所的治疗师利用家庭危机促进家庭内的变化。另外,基于住所的服务并非对每一个表现出来的问题均提供治疗性的外在服务,而是设法调动家庭自身的内在资源。

基于住所的治疗师通常是带着合作的思路和积极的期望进入家庭。这种“基于资源”的取向假定家庭蕴藏着处理其自身问题的能量,借助这种取向,也



可期待涉及家庭的其他组织或机构同样存在内在的能量。因此,这些机构在治疗过程中并没有被视为对手,而是被当作潜在的伙伴。

基于住所的服务通常包括四个部分:家庭支持服务、治疗干预、个案管理和危机干预(Lindblad-Goldberg, Dore 和 Stern,1998)。家庭支持服务(family support services)包括短暂照顾以及在饮食、衣着和住宿方面的具体帮助。治疗干预(therapeutic intervention)则可能包括个体、家庭或者婚姻治疗。压倒一切的治疗目标是提升和稳定家庭单元。应该帮助家庭利用他们自己的优势和资源解决问题,而不是依赖在家庭以外安置他们的孩子。个案管理(case management)囊括发展与社区资源的联络,包括诸如医疗保健、福利、教育、工作培训和法律服务。危机干预(crisis intervention)意味着提供 24 小时急救服务,可以由基于住所的服务机构的职员,也可以与精神卫生急救服务机构签订和约,以便提供这种服务。

Marion Lindblad-Goldberg 推荐并介绍基于住所的服务概念进入家庭,每一次应尽可能地包括所有能组成帮助团队的成员,这可以说是基于住所运动的最清晰的声音之一。自从这一运动发起以来,尊重并鼓励父母与专业人员一起结成联盟伙伴关系,便被认为非常重要。目标应该由家庭与工作人员一起协商,提供服务的结构应当尽可能地清晰。

当在住所访问家庭时,最好是邀请他们帮助创造一个以任务为取向的气氛,以便对住所的访问既不沉闷,也不只是一般的社交活动。例如,家庭成员也许可以建议如何更好地减轻烦恼。

在住所访问家庭,使得治疗师有机会对家庭成员引以自豪,或者对能够确定他们身份——诸如孩子、宠物、宗教性制作品、纪念品、奖品等的事物表示出兴趣。浏览相册可能是进入家庭,了解他们的历史、希冀和梦想的有价值的方法。一旦形成了一种积极的关系——而不是在此之前——治疗师便可以直接请求家庭减少那些由大量吸烟、电视音量过大以及吵闹的狗吠等所带来的纷扰(猫叫似乎不是一个问题)。

办公室里所暗示的角色、规则和界限,在基于住所工作时可能有必要言明。清楚阐述在住所的角色可以从限定治疗过程的任务,每次访问的基本规则,以及治疗师和家庭角色的角色将是什么等开始。后继的评论则阐述角色澄清的过程。



案 例

“在我们开始之前,我想说我并不想来这里,也不想告诉你们如何安排你们的生活。我没有任何可以将你们的孩子带走的权力,也没有权力让你们做些什么。我的工作帮助你们想清楚如何处理你们的孩子。我不能解决你们的问题,只有你们才能那样。

“在我们的会面中,对你们来说重要的是说出你们的想法和感受。我们需要诚实。如果你们相互之间——以及与我之间——不诚实的话,则治疗于事无补。告诉我你们希望我做什么,我将会告诉你们我希望你们做些什么。我不会表现得好像我拥有所有的答案,因为我没有。

“奶奶今晚来吗?如果不能来,没有问题,但是我希望她以后能来参与治疗,因为我肯定她可以贡献出很有价值的想法。

“今晚,我想对你们每个人都有所了解。之后,我想听你们每个人关注的家庭生活是什么,以及你们想作出一些什么样的改变。”

(以上摘自 Lindblad-Goldberg, Dore 和 Stern, 1998)

当许多家庭治疗师圆滑地谈到他们的“生态系统”取向时,基于住所工作者的确有必要努力与各种各样的其他服务系统合作。为达此目的,必须认识到其他服务于家庭的机构的关注点,并且与它们建立协作关系。基于住所工作者并没有批评学校人事部门或者青少年司法工作者不对家庭和孩子双方予以支持,而是学习欣赏其他机构平等地关注他们的来访者的需要,即使他们关注的方式迥然不同。由不会相互关照的多机构服务的家庭,与陷入父母的三角关系之中的孩子大同小异,这些父母并不能为了其孩子的最高利益而组成一个团队。

与其他机构的协同工作便意味着系统取向操作的开始,也意味着即使会见亚系统时也应记住这个家庭星座。因此,治疗师单独会见牢骚满腹的青少年时,应当记住每一个故事都有其两面性,而且对孩子最好的支持方式常常是支持其父母的建设性努力,而不是不加批评地与孩子为伍。

在住所的治疗一方面可以在自然环境中提供直接影响家庭的独一无二的机会,另一方面在起居室会见咨询者,也可能增加导入(induction)家庭问题模



式的压力。与一位协同治疗师一起工作,有可能帮助降低不知不觉地被卷入家庭看待事物的无效方式的机会。基于住所的治疗师在没有协同治疗师时,必须竭尽全力保持专业界限,避免卷入家庭中扮演缺失者的角色。例如,孩子需要安慰,最好不过的方式是支持父母给予安慰,而不是治疗师越俎代庖。

基于住所的工作首要优先的任务是表明,治疗师是始终如一而且真诚可靠的。对于未曾满足依赖需要的家庭来说,与有可能指望的人建立某种联系,比拥有一个极具影响力、聪明或者擅于支配的专业工作者,可能更为重要。

发生在各种形式的心理治疗的最重要的事件之一就是,来访者与治疗师一起创造出那种与绝大多数人相处时相同但又不满意的关系。也许治疗师能够实施的最重要的是避免卷入这种平常的模式。基于住所工作者重复的最危险的模式是,移动得太近,然后推动来访者向他们害怕或者不愿意的方向前进。从认识阻碍变化的障碍入手,常常比立即开始推动变化更为有效。

处于困境的家庭惧怕被抛弃;缺乏安全感的治疗师害怕不能予人以帮助。感受到被拽拉着为来访者做每一件事情的专业工作者,随后便也可能感受到被这个家庭的需要所操控,并由此设定僵硬的限制且拒绝予以支持。“拯救者”随后变成另一个“虐待者”。这一过程复活了来访者的焦虑,并且不可避免地会将他们推开。家庭的教训是清晰可辨的:一切仍将是一成不变的——而且不要相信任何人。

医学家庭治疗与心理教育

过去的15年来,家庭治疗出现了一个新的概念。这种新方法的目标不在于解决问题,而是帮助家庭应对无法解决的问题。这代表着一种观念的转变,即家庭导致问题,转变为问题就像自然灾害一样有时不期而遇地降临到家庭。心理教育家庭治疗(pschoeducation family therapy)源起于与精神分裂症患者及其家庭一起工作,而医学家庭治疗(medical family therapy)则来自于帮助因诸如癌症、糖尿病、心脏病等慢性疾病而挣扎的家庭。

■ 心理教育与精神分裂症

1950年代寻找治疗精神分裂症的方法催生了家庭治疗这个行业。具有



讽刺意味的是,50 年后的今天,当我们认识到精神分裂症包含有尚未知道原因的生物易感性时,家庭治疗,或者至少心理教育模式,再度被视为这个莫名其妙的障碍的最有效治疗方法的一部分。

对传统的家庭治疗和处理精神分裂症的精神病学方法两者的不满意,催生了心理教育模式。正如 Carol Anderson, Douglas Reiss 和 Gerald Hogarty (1986)所悲叹的:

我们互相责怪,认为病人自己、他们的父母和祖父母、公共权力机构和社会,应该对这些疾病的原因和可怕的病程负责。当希望和金钱被吞噬殆尽,我们便常常让精神分裂症患者脱离其家庭,并将其托送到恐怖的住人货栈、宾馆的单间,最近以来便是美国城市的街道和里弄。(p. VII)

家庭治疗师试图处理精神分裂症患者的症状,催促家庭成员表达压抑已久的感受,因而制造了高度释放情绪的过程,其效应不过是导致紧张加剧。注意到经过这样的治疗过程后,患者的功能多有下降,而其家庭成员的焦虑则有所增加,Anderson 和她的同事(1986)“开始怀疑绝大多数‘真正的’家庭治疗事实上可能只是反治疗”(p. 2)。

同时,一些研究开始发现,住院后进展最好的患者都是家庭压力最小的人。一个包括 George Brown, John Wing, Julian Leff 和 Christine Vaughn 的英国小组,专注于他们称之为精神分裂症患者家庭“情绪表达”(EE)——特别是批评、敌意和情绪过度卷入——并且发现回到高 EE 的家庭的患者,其复发率相对较高(Brown, Birley 和 Wing 1972; Vaughn 和 Leff, 1976; Vaughn et al., 1984)。

上述研究之后的 1970 年代后期和 1980 年代早期,三个不同的小组开始着手试验减少精神分裂症患者最常见的环境应激——他们父母的家庭。Michael Goldstein 在洛杉矶加州大学分校(Goldstein et al., 1978)领导了一个小组,设计了一个旨在预测家庭很可能面对的应激,以及减少围绕病人的冲突的简明定式化的模式。继 Goldstein 的研究之后,由南加州大学 Ian Falloon (其模式为初始行为)和在匹兹堡的西部精神病学研究院 Carol Anderson 所领导的研究小组,进行了心理教育模式的实验。

心理教育者不仅试图帮助家庭改变他们有关病人以及与其互动的观念,而且试图修复由麻木的专业人员所造成的损害。多数精神卫生专业人员除了



收集信息——有关出了什么差错的信息外,忽略了家庭成员,也未能对处于危机中的家庭提供所需要的信息、支持和掌控感(sense of control)。应用这种类型的提问,会增加家庭成员已经体验到的罪责和羞愧。毫无疑问,许多家庭要么放弃治疗,要么陷入与这些权威的专业人员的战斗之中。

心理教育者寻求建立一种协作式的伙伴关系,以便家庭成员能感受到支持并有能力应付病人。为了形成这种伙伴关系,Anderson和她的同事(1986)发现,他们必须对专业人员进行再教育,使他们摒弃家庭在某种程度上应为精神分裂症负责的观念,必须强化家庭资源,并且与家庭一起分享有关精神分裂症的信息。正是这种信息分享组成了心理教育(psychoeducation)的教育元素。有关精神分裂症的特征和病程的信息,可以帮助家庭成员形成一种掌控感(sense of mastery)——对经常出现的混乱和明显无法驾驭的过程的理解和预测的一种方式。

心理教育的关键干预措施之一,就是降低期望,减少影响患者正常操作的压力。例如,急性发作后的第一年的目标最主要是预防复发,以及逐渐承担一些家庭责任。家庭成员应该将病人视为大病过后尚需恢复的人。患者一次发作后有时也许需要大量的睡眠、独处以及较少的活动;他们也许显得焦虑不安以及难以集中注意力。通过预测这些变化过程,心理教育者试图预防患者和家庭之间的冲突。

Anderson的心理教育模式看起来与结构式家庭治疗极其相似,所不同的是将家庭结构的缺陷解释为目前所存在问题的结果,而不是原因。许多治疗的主体都极其相似:强化一般界限,使家庭向外部世界开放并且发展支持网络,促使父母对他们的婚姻再次投资,帮助家庭成员不要替患者说话或者做事。

心理教育模式是否有效?肯定有效。Anderson及其同事的研究(1986)就是一个例子:

在所有的接受治疗者当中($n=90$),只接受了家庭治疗者中的19%在出院后的一年内出现了精神病性症状的复发。接受了个体行为治疗的患者中,有20%复发。但在接受家庭治疗和社会技能训练的双重方案的患者中,却没有人复发。上述治疗所出现的复发率,与只接受化学治疗和支持的41%的复发率相比,显示出明显效果。(p. 24)



其他研究也揭示出同样引人入胜的结果(Falloon et al., 1982; Leff et al., 1982)。相对于其他处理精神分裂症的方式,心理教育能够更好地延缓复发和再次住院,这似乎是毫无疑问的。

■ 医学家庭治疗

如果将精神分裂症视为慢性疾病,那么心理教育式的家庭治疗则可以看作一种特殊形式的医学家庭治疗。医学家庭治疗师与同疾患或者残疾斗争的家庭一起工作,这些家庭的模式与刚刚描述过的精神分裂症患者家庭极其相似。

慢性疾患常常具有破坏性的影响,通过毁坏健康、希望以及心态的宁静来影响整个家庭的生活。正如 Peter Steinglass 所说:“它犹如一个恐怖分子,已经出现在楼梯间,闯入住所内,索要家庭拥有的每一件物品。”(引自 McDaniel et al., 1992, p. 21)

疾患之索要与家庭的素质相互影响,诸如家庭的生命周期阶段以及患病的家庭成员所扮演的角色,家庭的领导资源以及疏离的程度,以及受其种族和患病历史影响的对待疾病的信念和由谁来提供帮助。对这些因素有一定的认识后,治疗师便可以帮助家庭准备应对某一种疾患,或者如果疾患已伴随他们数年,则应帮助他们对疾病所造成的家庭关系的两极化和缠结有所洞察。

医学家庭治疗师与儿科医生、家庭医生、康复专家以及护士一起协同工作。他们提倡在作出诊断时,家庭应该接受日常的咨询,以探索与疾患或残疾的花费有关的资源。他们引用了日益增长的大量研究,这些研究认为家庭动力与医学状况的临床病程之间存在明显关系(Campbell, 1986)。而最近的研究更是表明,家庭治疗对身体健康以及保健有积极效果(Law 和 Crane, 2000)。

1990 年代早期,这一领域迈入其成熟期,并且以三本著作奠定了步调(McDaniel et al., 1992; Ramsey, 1989; Rolland, 1994)。现在,这一领域已进入鼎盛时期,形成了被称之为协作式家庭保健(collaborative family health care)的整体的新范型。1996 年起便有了年度的大型会议,至今召开了 14 次全体会议并开办了超过 50 个工作坊。著名的医学家庭治疗师,如 John Rolland, Bill Doherty, Lorraine Wright, Susan McDaniel 和 Thomas Campbell,



与医学、护理、社工以及医院行政方面的专家一起展示他们的工作。这一运动的希望和前景在于为家庭治疗师提供新的领域,并且将变成全国性的成本一效益和人类保健的新模式。

总而言之,心理教育和医学家庭治疗拥有本章内其他模式的许多共同因素,所有这些均代表着一种重要的趋势:从与家庭的对抗关系转变为协同式的伙伴关系。现在的趋势是鼓励治疗师寻找家庭的优势而不是缺陷,探寻能够提升家庭摆脱常常伴随问题一起出现的罪责和愧疚的方式。

管理型照顾

具有讽刺意味的是,包括家庭治疗所有令人兴奋的进展在内,时至今日,对这一领域最大的影响却与临床理论无关。管理型照顾(managed care)机构不仅逐渐操控了如何与来访者接洽,也操控着他们应该接受何种类型的治疗,应该接受多久的治疗,以及应该付给治疗师多少酬劳。

在管理型照顾的最初浪潮中,治疗师作为小组,集体接受个案转介。一旦他们接收到一个转介来的个案,他们要进行更多次的治疗就必须征得个案管理者的允许,而且还应当证明他们的治疗计划是合适的。管理型照顾机构逐渐发现这种微观管理方式过于昂贵,于是在第二浪潮中便包括了鼓励治疗师自己减少成本的措施。在第二次浪潮中,治疗师同意在预定的年费中签订“人头”合同,以便为某一特定小组提供精神卫生服务。不过这种人头体制有可能阻碍治疗师提供某些服务,至少治疗师在面对姓名不详的陌生人时,将会受到良心的煎熬。

治疗师对管理型照顾的反映五花八门。有些将之视为一种积极的,或者至少是无法避免的,对失控情境的修正。他们暗示在给予管理型照顾之前,心理治疗毫无章法,也没有针对失控成本的措施。这些治疗师学会了如何取悦管理型照顾机构,虽然每小时所挣相对较少,但仍然生意兴隆。另外一些治疗师则试图借助以下方式生存:扩大可以现金支付的来访者的市场份额,寻找能够发挥他们专长的其他方式,如离婚调停,向公司、学校、法庭提供咨询,开设工作坊,在人力资源部门工作。另外一些治疗师则逆管理型照顾的潮流而动,以集体组织的方式提供与管理型照顾不同的服务,经常不断地给媒体提供



管理型照顾的恐怖故事,以及提起反垄断诉讼。^①

管理型照顾究竟何去何从,尚无最后定论。当有人指望严格限制服务以便获取最大利润时,对这种限制的不满便会与日俱增。我们不可能回到毫无限制的时代,虽然这种时代已为时很久,而且也许原本就应该如此。然而,一旦消费者认识到他们所得到的帮助不是他们所需要时,新的方式便会应运而生,而且这些新方式对于来访者和治疗师都将更为惬意。

小结

过去的 20 年中,家庭治疗运动陷入了来自男女平等主义者、后现代主义者、社会建构主义者、多元文化主义者,以及那些与被虐待者、同性恋者、贫穷者和罹患慢性患者一起工作的人士的猛烈批评。治疗师因为受到来自多方面的挑战,而变得更具合作性,对民族、种族、阶层、性别以及性取向方面的差异更为敏感,对信念和价值而不只是对行为和互动感兴趣。家庭治疗专家被富于同情心的交谈者赶下了神坛。

这种对合作的新的兴趣并非偶然——它反映这一领域正日趋成熟。家庭治疗的先驱们首先遭遇(encountered)家庭,是将其视为具有威力的对手——“内稳态的”、“对抗的”——他们如此接近家庭,部分是因为带有根深蒂固的偏见。热衷于解救“家庭替罪羊”,他们将母亲视为应当克服的敌人,将父亲当作边缘人物予以忽略。家庭系统的确在抵抗变化,家庭治疗师遭遇到如此多的抵抗的一个原因,便是他们太过热衷以致难以改变别人,太过迟钝以致无法理解他们。

家庭治疗师教导我们,个体既往个性特征决定了他们组成家庭的模式——家庭其实是一个相互关联的组织,被严格的但又难以言明的规则所操控。但是在治疗过程中,他们创造了一个机械的统一体——家庭系统——然后便开始与之斗争。阻碍和重塑家庭治疗的绝大多数挑战,都源于对这种机械论的反应。但如果这种彻头彻尾的革命在一个方向上走得太远,在某种程度上便会重蹈其批评者的覆辙。

^① 其中之一这类组织是全国性精神卫生专业人员与消费者联盟,电话: 516-424-5232。



男女平等主义者的批评,对家庭治疗的传统而言,是最早的也可能是最具影响力的挑战。为了站稳反对对母亲抨击的立场,男女平等主义者对系统式思维的本体进行了挑战,指出像互补性和循环因果论的概念,暗示着受压迫的女性应该受到她们的压迫者同样的谴责。

家庭治疗进入 21 世纪的桥梁是社会建构主义。正如先驱们将他们的焦点从个体转移到家庭一样,这种从行为到认知,从挑战到合作的最近的变化,无疑开创了一片可能的新天地。在为数不多的后面的章节中,我们将看到这些可能性是如何令人兴奋的。

自从 Paul Watzlawick 在《发明的现实》(*The Invented Reality*)(1984)中首先将建构主义引入到 MRI 模式的应用之中,家庭治疗师已经逐渐意识到人们在讲述其故事时重塑其行为的威力。正如我们将在第十三章看到的一样,Michael White 及其同道在这场叙说运动之中已经将这种洞察力转变成具有影响的新的治疗方法。帮助来访者对其经历构建新的、更有用处的故事,相对于试图操控并从理性的角度战胜他们来说,无疑是一种进步。但是,叙说式治疗师只不过在某种程度上将认知取代为行为和互动,他们忽略了我们已经熟知的家庭动力如何塑造家庭成员的生活——不管他们叙说什么故事,这无疑也是一种冒险。

后现代怀疑主义的两个伟大的价值在于多样性和民主。毫无疑问,对多种观点和方法的尊重是一件好事。这一价值的两个非常良性的表述方式是,整合模式的兴起以及对家庭组织多种形式的改弦更张式的尊重。这就意味着我们无须知晓家庭,也不必对其予以指导。借助于提倡非等级制方式和反对强加于人的影响,家庭治疗师拥抱了民主。但是,正如 Bateson 所指出的,等级制本是固有的特点,对家庭进行治疗,与对其他社会体制一样,肯定需要某种类型的决策小组。

家庭治疗从第一到第二次序控制论,从 MRI 到解决取向治疗,从 Milan 系统到 Hoffman 和 Goolishian,从建构主义到社会建构论,再到现在的叙说式,所有这些进化的故事梗概,都发生在理性讨论的前沿阵地。虽然这些前沿的发展仍在继续,不太追求潮流的家庭治疗师(行为的、精神分析的、结构式的、Bowen 式的以及体验式的)依然如故地继续其先前的工作。所以认为新的、引起注意的就是这一领域的唯一的或者主要的趋势,有可能是一个错误。



协同式运动在治疗师领导风格方面遇到了新的问题。当 Harlene Anderson 和 Harry Goolishian 倡导“协同式方式”时,受到拒绝的是医学模式——一种临床工作者扮演专家的权威角色模式,对他们来说,患者只是来寻求答案的。但是作为专家并不意味着是吃人的妖魔。新的进展正在挑战医学模式,具有讽刺意味的是,这一模式在诸如策略式和 Milan 系统模式这样一些家庭治疗的先锋派模式中,依旧岿然不改。我们也不再将治疗师当作引起变化的技师。但这也并不意味着治疗师不应当是专家——变化过程的领导者。

最后,应当指出的是,近年来正如家庭治疗并非一成不变,家庭也是如此。当今时代的家庭不但日新月异,而且压力重重。我们已经从 1950 年代家庭的互补模式进入一个对称版本(symmetrical version)——虽然我们尚未对这一新模式命名。也许现在正是问这个问题的时候:正当美国家庭在充满压力和变化的时代挣扎之时,家庭治疗将会提供什么概念,帮助我们理解和应对 21 世纪变化多端的家庭形式?

第十二章

解决中心治疗



领军人物简介

理论建构

正常的家庭发展

行为障碍的发展

治疗目标

行为改变的条件

治疗

评估治疗理论和成果

小结



单纯根据其普及性来判断,解决中心治疗(solution-focused therapy)也许可以说是我们这个时代的治疗。它实用主义的最低纲领、对认知的强调、容易教授的技术,已经融为一体,并使其成为轮回工作坊(workshop circuit)最热门的事情——而且其快速解决的前提,使得管理照顾行业(the managed care industry)对其深为喜爱。的确,当问及如何描述它们的治疗取向时,尽管从来没有接受过这种取向的训练,不少追随者仍然称他们自己为“解决中心”。有关这一模式的大量书籍(de Shazer, 1988, 1991b, 1994; O'Hanlon 和 Weiner-Davis, 1989; Walter 和 Peller, 1992; Furman 和 Ahola, 1992; Cade 和 O'Hanlon, 1993; O'Hanlon 和 Martin, 1992; Miller, Hubble 和 Duncan, 1996; Berg 和 Dolan, 2001; Lipchik, 2002),以及这一模式在夫妻(Weiner-Davis, 1992; Hudson 和 O'hanlon, 1992)和在酒精依赖者中的应用(Berg 和 Miller 1992),也许是其普及程度的进一步证据。

究竟是什么——除了其引人入胜的名称外——使得解决中心方法如此普及?解决中心治疗汲取了 MRI 模式的精华,并将其发扬光大。当某一个治疗方法旨在帮助来访者减少毫无用处的行为时,另一种方法则在促进更多有效的行为。这两种处心积虑的实用主义方法集中于目前存在的问题,而且旨在以尽可能节俭的方式来解决这个问题。MRI 模式通过寻找解决问题的失败方式来达到这个目的,而解决中心治疗则专注于例外(exceptions)——当问题不是一个问题的時候。

然而,上述两种方式的真正差异不仅仅在于它们所强调的问题的顺序,而在于 MRI 专注于行为,解决中心模式则强调认知。来寻求治疗的人已经具有采取有效行为方式的能力,但他们消极的思维形式阻碍了其有效性。将他们的注意力拉回到他们做得很好的时候,可以帮助来访者以不同的方式来看待事物。

问题本身之所以常常得以维持,是因为它们维持了它们自己本身,以及来访者认为问题总是在发生(always happening)。因此,没有抱怨的时候便被来访者当作无关宏旨的小事,或者甚至彻头彻尾地视而不见。实际上也并非完全视而不见,只是来访者对这些例外不能用不同的眼光视之而已。对于来访者来说,问题被视为主要的(而且所有的例外,即使显而易见,也被当作次要的);而对治疗师来说,例外则被视为主要的。干预



意味着帮助来访者进行同样的反转,这样将引导出解决问题的办法。(de Shazer,1999b, p. 58)

这样,解决中心治疗的艺术便成为帮助来访者看到他们的问题是有例外的,同时也帮助他们认识到,这些例外便是解决问题的办法,实际上他们也早就拥有这些办法。为了让来访者想起过去发生过的例外,解决中心治疗师常常会问这样的问题:“你如何来处理这件事情?”

领军人物简介

解决中心治疗是在威斯康星州 Milwaukee 的短程家庭治疗中心(BFTC)的 Steve de Shazer, Insoo Berg 及其同事的工作中成长起来的。这个私立培训机构始于 1979 年,当时 Milwaukee 社区机构的一些职员发现 MRI 模式并不能满足需要,因此便发展出 BFTC。最早的成员包括已婚伴侣 Steve de Shazer 和 Insoo Berg, Jim Dirks, Elaine Nunnally, Marilyn La Court 和 Eve Lipchik。他们的学生包括: John Walter, Jane Peller 和 Mechele Weiner-Davis。de Shazer 被认为是解决中心理论的主要发起者,虽然他已经不再从事繁杂的临床工作,而醉心于研究和写作。de Shazer 早年曾在帕洛阿尔托工作,受到 MRI 方法的强烈影响。

Insoo Jim Berg 主要是作为一位临床学家而为人所知,但也对解决中心理论作出了实质性的贡献。她在世界各地培训治疗师,并将这一模式应用于酒精依赖者(Berg 和 Miller,1992)、婚姻治疗(Berg,1994a)和为贫困者提供的家庭服务(Berg,1994b)。

其他著名人物包括: Eve Lipchik, 她在 BFTC 工作了 8 年,直到 1988 年离开并与 Marilyn Bojean 一道创立 ICF 咨询所。Lipchik 率先将解决中心模式应用于凶悍的妻子(Lipchik 和 Kubicki,1996),最近又出版了有关如何从事解决中心治疗的极为有用的著作(Lipchik, 2002)。

Michele Weiner-Davis 在与 de Shazer 一起接受训练后,转至伊利诺斯州 Woodstock 的机构从事解决中心治疗的工作。Weiner-Davis(1992)将解决中心模式运用到婚姻问题,并在她的畅销书《离婚—破裂》(*Divorce-Busting*)中作了详尽描述。Scott Miller 曾在 BFTC 工作 3 年,现在的基地在芝加哥,领



导酒精和药物治疗服务的工作,关于这一模式的著述颇丰。

John Walter 和 Jane Peller 一起在芝加哥从事私人执业。他们在 BFTC 接受过培训,此后写了一本介绍这一方法的详细步骤的著作(Walter 和 Peller,1992),从此声名大振,常常出现在巡回工作坊中。

Bill O'Hanlon 最近将他的事业从内布拉斯加州的 Omaha 转移到了新墨西哥州的 Santa Fe,他并未与 BFTC 有过正式的联系,但他接受过 Milton Erickson 的培训,是 Erickson 观念的杰出诠释者,他的这一经历使得他接受解决中心方法易于反掌。他和 Weiner-Davis(O'Hanlon 和 Weiner-Davis,1989)合作拓展了 de Shazer 的奠基性工作。

Yvonne Dolan 居住在印第安纳州的 Hammond,教授解决中心治疗和 Erickson 催眠工作坊。她最近与 Insoo Berg 一起出版了《解决的故事》(*Tales of Solutions*),一本阐述各种不同的解决中心技术的案例集(Berg 和 Dolan,2001)。

理论建构

形成解决中心治疗基础的设想简明易懂。正如 Insoo Berg 所说:“我们为我们的简洁感到骄傲。只有大量的训练,才能变得如此简洁。”(Wylie,1990, p. 27)

家庭治疗一个被认可的特点,便是永远专注于维持问题的现在,而不是“导致”问题的过去。解决中心治疗师更喜爱专注于问题有可能得到解决的未来。他们坚持认为,治疗师未必一定要对促使人们来接受治疗的问题的性质有详尽的了解。实际上,问题的解决可能完全与其如何形成毫无关系。

正如 MRI 模式所指出的,解决中心治疗师相信,人们因为受其对问题狭隘和悲观的看法所限,从而形成了错误解决问题的亘古不变的僵硬模式。正如 O'Hanlon 和 Weiner-Davis(1989)所指出的:

所以,人们对行为所赋予的意义,限制了他们用来选择某些情境下可供选择的范围。

即使所用的方法不能产生满意的效果,有关行为意义的最初假设,通常也不会受到质疑。如果这一假设受到质疑,也许会考虑新的意义,反过



来便有可能促使不同的,也许更为有效的方式出现。相反,人们常常对无效的解决问题的方式作出加倍的努力,并且相信,只要有更多、更努力、更好的付出(例如:更多的惩罚,更多心灵与心灵的对话,等等),问题终究会得到解决。(p. 48)

解决取向治疗师并不认为问题本身别有用心,也不认为人们对其所存在的问题存有矛盾心理。他们假定来访者的确渴望改变。事实上,de Shazer (1984)曾经断言,抵抗的消亡(the death of resistance)作为一个概念,意味着当来访者不再听从指导时,这便是他们的“合作”方式,并以此教授治疗师以最佳的方式去帮助他们。

MRI 模式受 Milton Erickson 的影响,认为人们存在未经锻打的潜意识资源的观念的强烈影响。根据这一观点,人们也许只要对其观点稍微作出改变,便能释放其潜在的能力。解决中心的早期理论有很多证据,支持 Erickson 以资源取向来看待人的观点。自从后现代革命以来,这一理论化已逐步从释放潜能,转移到改变人们叙说他们的问题的方式。

建构主义者相信语言塑造(shapes)现实。受 Ludwig Wittgenstein (1958)分析哲学的影响,de Shazer 已经逐步转向激进的观点——也就是说,语言创造(created)现实。“语言构成了‘人类的世界以及人类的世界构成了整个世界’”(de Shazer 和 Berg, 1993, p. 73)。离开了语言,世间万物便不复存在。所以,de Shazer(1993)宣称:“并没有湿漉漉的床铺,没有无人相随的声音,没有抑郁。只有说到(talk about)有关湿漉漉的床铺,谈到无人相随的声音,讲到抑郁。”(p. 89)如果人们能认可语言便是现实,那么治疗便成为再简单不过的程序了。所需要改变的不过是人们交谈的方式而已。这一观念主导了解决中心的目标,那就是指导来访者从“谈问题(problem-talk)”转变为“谈解决(solution-talk)”。

近来,不少作者已经将其自身的注意力,从“词汇是有魔力的”这一观念[对 de Shazer 最后一本著作(1994)的标题的释义],转而对治疗师—来访者关系的影响进行审视(Tuyn, 1992; Metcalf, Thomas, Duncan, Miller 和 Hubble, 1996; Butler 和 Powers, 1996; Simon, 1996; Lipchik, 1997)。正如 William Butler 和 Keith Powers(1996)所主张的,“(解决中心治疗)有效……但并不是这个模式或者技术在起作用。而起关键作用的是治疗师的态度以及



来访者与治疗师之间的相互变化(interchange)”(p. 245)。Eve Lipchik(1997)对这一说法进行回应,并说“解决中心治疗是一门哲学,而不是技术的整合体。”

Dvorah Simon(1996)认为治疗师的确能带来来访者以希望,“对我来说似乎是这项工作的精髓所在——给他们带来渴望、欲求和信念,那就是美好的生活,不但有可能实现,而且近乎唾手可得”(p. 46)。另外一些人则认为解决中心治疗是通过使来访者觉得他们自己是好样的,通过强调他们的长处和成功——拉拉队队长效应(the cheerleader effect)——而起作用的(Metcalf, et al., 1996)。

正常的家庭发展

解决中心治疗师借鉴了建构主义观点,那就是不存在绝对的事物和现象;因此治疗师不应当灌输他们有关正常状态的观念。其他多数心理治疗流派以寻找结构缺陷为特征的方法,在这里受到拒绝。正如 de Shazer(1991b)所说:“结构主义者认为,症状是潜在问题的结果,这些心理或结构问题包括诸如不和谐的等级,隐秘的父母冲突,自卑,有问题的沟通,压抑的感情,‘肮脏的游戏’,等等。”解决中心治疗师摒弃了这些推断,而仅仅对语言饶有兴趣——人们描述他们自己以及他们的问题的方式。

治疗因而具有高度的相对主义色彩。治疗师只应当关注家庭呈现出来的抱怨,而不应当建议来访者强调其他未曾述说的问题,以达到灌输价值的目的(O'Hanlon 和 Weiner-Davis, 1989)。

解决取向治疗师不相信存在任何单一“正确”或者“有效”的生活方式。我们应当知道,在某个家庭或者对于某个人来说不能接受的行为,对另外的家庭或者个人来说,就变得可以接纳。因此,应该是来访者,而不是治疗师,来确认治疗应当达到的目标。(p. 44)

行为障碍的发展

在解决中心的世界里,这个话题是封闭的。正如他们指导来访者远离由



问题形成的推断,解决中心治疗也说服治疗师不应有这样的假设。他们深信问题的解决常常与问题形成的方式无关,探索原因仍然是在“谈问题”——这正是他们所要回避的。

谈问题和与问题有关的先占观念以及确认病因,是解决中心治疗师最不愿意走进的方向。他们相信问题中心的思维(problem-focused thinking),使得人们无法认识到,他们已经在使用或者将来会遇到的有效的解决方式。

治疗目标

与MRI模式一样,解决中心治疗的目标在于,通过帮助来访者以不同的方式行动或者思考,以便使其对生活更为满意,从而克服所呈现出的问题。不过,解决中心治疗师超越MRI治疗师的是,前者相信来访者能达到自己的目标。他们相信人们拥有解决他们问题的技巧,但因为他们的的问题如此耸立在眼前,使得他们无法看到自己的优势。有时只需要将焦点从无效的行为,简单地转移到他们曾经实施过的有效的行为,便能提醒和拓展他们曾经使用过的资源。另外一些时候,人们也许需要找寻他们目前不具备的能力,激发处于休眠状态的技巧,来解决问题。

在另外一个水平,目标不过是帮助来访者开始将谈论问题的语言,转变为谈论解决问题的办法。一旦人们开始谈到他们能够有效地采取行动,他们拥有的资源,他们曾经采取的行的得通的行为,解决中心治疗师便已经达到了他们最初的目标。从这一点来看,是从他们更为乐观的谈话中,来树立涌现出来的解决办法。

因为解决中心治疗师不必重组人格或家庭结构,他们更倾向于设立谦卑的目标。一个无家可归的妇女也许只不过需要找到一个住处,一个单身男人也许只是需要勇气去找人约会。如果某个来访者的目标模糊不清——“我想觉得更幸福”——或者是乌托邦式的空想——“我再也不愿意这样悲哀”——治疗师便会通过询问某些具体的问题,让来访者将目标变得清晰起来。帮助来访者设定清晰而且可以达到的目标,本身就是一个主要的干预措施,对未来进行思考的过程;需要因此而变得有所不同,也是解决中心治疗师要做的主要工作(Walter和Peller,1996)。



行为改变的条件

解决中心治疗的任务是帮助来访者,放大他们在问题之外的意外情况——他们已经拥有的有效解决方式。治疗师努力理解来访者的问题并寻求行为的变化。虽然这一模式与策略式的简洁和实用并无二致,但解决中心治疗师强调的是,合作性地构建解决取向的叙说。

从 Berg 和 de Shazer(1993)的观点来看,需要作出改变的是,治疗师与来访者一起讨论,改变“用语言表达”问题的方式。

我们并不去寻找来访者和治疗师所运用的语言背后的或潜在的含义,而认为他们所运用的语言,便是我们需要关注的全部……我们谈论什么以及如何谈论会有所不同,正是这些不同可以用来制造差异(对来访者来说)……我们应当看到,并非通过促进理解或者揭示真相,而是采用更类似于协商的方式,所形成的治疗性对话,常常可以水到渠成地产生意义。(p. 7)

因此,改变人们谈论问题的方式,便是我们所需要完成的任务,因为“当来访者和治疗师对解决谈论得越来越多的时候,他们便会一起构建,并且逐渐相信他们所谈论的事实或者真实。这便是语言工作的自然方式”(Berg 和 de Shazer, 1993, p. 9)。这就是为什么解决中心治疗会如此简洁——让来访者以不同的方式谈论他们的问题,比让他们的行为方式或者内心结构作出有意义的改变,要容易得多。当然,这样做的前提是,让人们积极地谈论,帮助他们积极地思考——并且,最终积极地行动,由此而去解决他们自己的问题。

从影响 de Shazer 早期思想的 Erickson 学说的观点来看,治疗师需要在治疗中创造一种氛围,以便凸现人们的优势。De Shazer(1985, 1986)发现这些优势有时隐藏在问题的中间——在“行为、知觉、思维、情感和期待之中,所有这些都超出了痛苦的强制范围。这些例外……可以用来作为构建解决的建筑材料……解决包括决定到底什么‘行得通’,以便让来访者可以更多地实施这种行为”(de Shazer, 1986, p. 48)。

为了阐述这一过程,de Shazer(1986)使用了一个男人来作为隐喻,他的



问题是想离开芝加哥。为了解决这个问题,以下的大多数新信息几乎都无关宏旨:这个男人是如何去的芝加哥,他在那里呆了多久,是什么让他这么早就想离开,或者芝加哥的特点。相反,这位旅行家只需要关注他打算去哪里,以及如何利用自己的资源去那里。

然而,在讨论他的愿望的过程中,他也许会回忆起在芝加哥的一些美好的时光,以及当这些例外无关紧要时,想想到底是什么使它们成为例外,他便会认识到那些美好的时光是与其他人一起在玩乐中度过的。他于是决定他未必真的一定离开芝加哥,相反,他应该花更多的时光与他所喜欢的人一起共度。这些对目标、资源和问题之外的例外的关注,便是解决中心模式的特征。有了这种关注,人们要么会找到解决原来的问题的办法(离开芝加哥),要么会觉得他们的问题其实不是这样(没有足够的时间与朋友在一起),并且为此找到解决的办法。

治疗

■ 评估

采用解决中心模式的治疗师,会刻意避免对问题如何发展进行任何评估。他们也对有可能维持问题的行为模式没有兴趣。他们所关注的和要辨明的是,没有问题出现时所存在的行为模式。

解决中心治疗师并不置身于既往的问题之中,而是集中注意于对未来目标进行评估。明了治疗目标是第一次会谈就需要开始的预应(proactive)过程,而且需要贯穿整个治疗,并且常常需要询问下述问题(摘录自 Lipchik, 2002)。

1. 你现在认为问题是什么?
2. 问题已经解决时,你是如何知道的?
3. 你如何知道你不必再来这里? 将会有什么样的标志?
4. 你的行为、思想和情感将会有有什么不同的表现?
5. 你注意到其他人在解决这种情况时有什么不同吗?
6. 你希望发生的最放荡的幻想是什么?

因为他们对评估家庭动力不感兴趣,解决中心治疗师不觉得需要召集任



何特定的团体,如整个家庭。相反,他们说任何关注问题的人都应该参与治疗会谈。他们也无须做任何信息采集,因为他们要在没有第一手材料且没有任何先占观念的情况下,倾听来访者建构他们的问题。

继 de Shazer(1988)以后,这一方法的从业者,因来访者的不同动机水平,而与来访者的关系会有所不同。一些来访者只有抱怨,而不愿意处理它们;另外一些人则似乎准备而且热衷于作出改变。De Shazer 指出,这些区别并非特征性的秉性,而是治疗关系的秉性,因而是流动和变化的。面对一个明显缺乏动机的来访者,治疗师的任务便是与其进行解决中心对话,表扬他们,如有可能也可布置一些作业,让他们观察问题的例外情况。并非推动改变,而是将注意从问题转向解决,这种关系便会有所发展,来访者将因此变成变化的主顾(customer for change)。一旦来访者变成了变化的主顾,治疗师便可以在帮助来访者寻找例外的过程中,扮演更主动的角色。

■ 治疗技术

干预包括三个步骤:治疗师(1)用更积极的、更具功能意义的方式主动重构问题,并且赞许来访者的坚韧和资源;(2)澄清来访者自身已经创造的逻辑联系;(3)将类似催眠的指导语变成进步的必然发生的标志。

例如,行为不端的孩子的父母,对孩子一如既往地关注,和孩子一如既往地要寻求父母的注意,可能互为因果,而且旗鼓相当。治疗师可以进一步这样说:“你们仍然这样关注的话,所采取的任何惩罚措施都不会奏效。”最后可以这样说:“我不知道下次你们的孩子行为不端时,你们能作出一些什么与以前有所不同的反应。”

1980年代初期,de Shazer 的团队便开始了通过给所有的来访者指派同样的,他们称之为“公式化的任务(formula tasks)”的作业,来试验这个解决取向。其中的某些作业似乎具有普遍的效果,而不管问题是什么。其中的一项在第一次访谈中就给出的任务,就是要求来访者观察,如果他们继续下去的话,其生活或者关系会发生什么变化(de Shazer, 1985)。这个作业可以帮助来访者重新定位,将其在生活中对坏事的关注,转向思考或者期望好的事物。这些治疗师发现视角上的这一变化,似乎是其本身在起作用——创造更为积极的视角,并由此引导出更好的互动,反过来,又强化和拓展了积



极的视角。

这一任务已经成为著名的“公式化的第一次访谈任务”(formula first-session task),是在第一次访谈结束时给予的标准任务。“从现在起,到下一次我们见面为止这一段时间内,我希望你们能观察,如果你们继续这样一如既往的话,你们的(家庭,生活,婚姻,关系)会怎样?下次再来告诉我。”(de Shazer, 1985, p. 137)

随着这些公式化任务的成功完成,这个团队开始看到曙光,那就是在对问题或者存在问题的人们的人格知之不多的情况下,也可以引发变化的过程。他们开始关注促进或提高人们解决问题的方式,他们相信这样可以抑制对问题和缺陷的关注。这一想法促进了“例外问题”和“奇迹问题”的发展,这是解决中心方式的两个主要基石(de Shazer, 1985, 1988)。

例外问题(exception question)忽略来访者所坚持的问题,而将注意点直接指向不存在问题的一面——他们不存在问题的时候。通过对这些时候,以及对他们来说究竟有什么不同进行探索,来访者可以找到他们能够拓展这些例外的线索。此外,来访者也有可能发现他们自己可以改变或者消除问题,他们看待问题的视角也可能会改变。这些似乎都不是那么无法超越。



案 例

Mary 罹患暴食症,她记得在过去的一周内,她好几次有大快朵颐,然后再吃泻药的冲动,但最后她还是控制住了。她发现在那个时候,她远离父母,并不感到会让他们失望。她觉得现在是自己变得更为独立的时候。

“因此,解决是治疗师与来访者的共同产物,两者一起谈论不存在问题/抱怨时,是个什么样子。”(Berg 和 de Shazer, 1993, p. 21)

Eve Lipchik(2002)推荐使用以下问题来询问例外:“是否有不出现这个问题的時候?”“在这个时候有什么不同吗?”“对你来说不同在哪里?”“对其他人来说呢?”“什么情况下会使这一现象有可能发生更多?”“你注意到有哪些细微的变化吗?”“其他人会注意到你什么?”

询问例外可以让治疗师和来访者建立既往成功的经验。如果不能建立,



治疗师可以询问为什么情形并没有更糟糕——“你如何处理这些事情？”——这样就可以建立起成功的经验。“应对式问题”(coping questions)可以帮助来访者认识到,他们远比他们自己所意识到的更有资源,更能忍受。“在如此困难的情况下,是什么让你们能够坚持下来的?”“事情是如何不会恶化的?”“你们做了什么让事情没有进一步恶化?”如果来访者给出了回答,治疗师便可以由此再提出问题,询问如何让这些忍受力维持下去,以及这种忍受的极限是多少。如果来访者不能提供证据,证明他们如何不让事情变得更糟糕,治疗师可以问:“你认为事情会变得更糟糕吗?”“对你来说这种情形会是什么样子?”“对其他人呢?”“你能够想象出来的可以使这一情形出现差异的,能够做的最小事情是什么?”

当发现和建立例外出现效果时,也许不需要进一步的干预。但是如果一些来访者建立既往成功经验的难度较大,则可以采用奇迹问题询问他们,让他们想象将来的成功。

奇迹问题(miracle question)包括:“假设有一个晚上,你睡着了,发生了一个奇迹,这个问题解决了。你怎样知道?有什么不同?”这个问题,通过让人们形成对其目标的视角,而激活问题解决的思维方式。这也许与让一位网球选手观看精美绝伦的动作一样,也能帮助来访者超越问题,让他们看到他们真正需要的,也许不是问题本身的消除,而是能做一些事情以便阻止问题。如果治疗师能够鼓励他们不理睬问题的存在,而去做这些事情,也许问题会突然变得不那么严重。



案 例

Mary 罹患暴食症,她说要不是存在这些症状,她会和人们的关系更贴近,也会更有趣。在治疗师的鼓励下,Mary 开始敢冒人际的危险,而且更有趣,这样她的暴食问题越来越少,生活中的障碍也越少,所有这些都增加了她对暴食的控制能力。

当来访者用模棱两可的术语抱怨时,奇迹问题就有可能达到意想不到的效果。



案 例

一位治疗一对陷入困扰的夫妇的治疗师,试图通过询问下述一系列建设性的问题,将他们由抱怨转向解决,这些问题包括:“你们通常如何解决这类问题?”“你在什么时候会觉得你的配偶更为欣赏你,此时他做了什么不同的事情吗?”虽然这对夫妇相互之间抱怨多多,但丈夫还是能够对治疗师的问题作出积极回应。“所以,你们两个都同意,另外一个人的感觉与你一样不好。有什么解决的想法吗?”

丈夫:“是的,解决就是接纳更多。”

治疗师:“她那一方?还是你这一方?”

丈夫:“我们双方。”

妻子:“我觉得唯一解决的办法也是这样,不过,我已经对他失去信任。”

当治疗师请她对如何解决说得更详细一些时,妻子又重返故态,不停地抱怨。所以,治疗师询问了一个修改版的奇迹问题,希望她能对积极改变的方向看得更具体一些。“如果发生了奇迹,明天你对他产生了信任,你如何知道?将会有什么样的标志?”^①

近来,量度问题(scaling questions)已经成为解决中心治疗的重要组成部分。量度问题最早用来帮助治疗师和来访者谈论诸如抑郁和沟通等模棱两可的问题,这些问题很难确定具体的行为改变和目标。(Berg 和 de Shazer, 1993)。

例如,治疗师询问罹患抑郁的来访者,“在一把刻有1到10的标尺上,1表示你觉得抑郁需要来看我,10表示有一天发生了奇迹后你体会到的感觉,你现在的感觉如何?”

来访者也可能说2,治疗师便可以说:“所以你觉得比你要来看我时,稍微好一些,你是怎样获得这一改善的?”或者治疗师也可以这样问:“你

^① 引自 Friedman 和 Lipchik(1999)。



需要做一-些-什么-才能-达到-3?”利用这种方式,治疗师和来访者可以认识,并培养朝向目标的细微变化,而不是陷入到“我-要-么-抑-郁-要-么-不-抑-郁”这样典型的问题思维方式。

量度问题常常被用来要求来访者,量化他们解决问题的信心。“在一把1到10的标尺上,这一周你有多大信心可以避免发脾气?”在实践中,这种设计方式具有“证明它”的用处。接下来,可以询问来访者,他们可以做一些什么事情,来增加成功的可能性。“这次你应该做些什么才能坚守阵地?”量度问题是预防退步、消除抵抗和鼓励变化的明智方式。

量度问题也可用来降低过于远大,不能分解成操作性强的小步骤的目标。“在一把1到100的标尺上,1表示肯定不会,100表示总是这样,你有多少百分比的时间经历过这个问题?”然后,再对来访者的回答作出反应:“要降低多少点,你才会觉得稍微好一些?”“从75降到70这一步应该是怎样的?”“你有什么不同的行为?”“其他人会有什么不同的行为?”

一位比她本人所认为的要强大的女人。为了阐述解决中心治疗的过程,我们将总结 Insoo Berg 和 Peter De Jong(1996)所报道的一次访谈。来访者 Lucinda 是一位有两个孩子的 19 岁大的非洲裔美国人,孩子分别为 3 岁和 4 岁。18 个月前,孩子们已经离开 Lucinda,并被安置在养父母处。Lucinda 受到前伴侣的身体虐待。这是治疗师在见 Lucinda 之前,有选择地知道的所有信息。



案 例

治疗师在访谈开始时,并没有问她的问题是什么,而是问:“我能做些什么对你有帮助的事情?”Lucinda 说她抑郁,而且压力很大,希望有人能听她倾诉,因为她的孩子不在她的身边。她也提到她再也没有见到过的那个男人曾经对她的虐待。

并没有进一步讨论 Lucinda 的感受或困境,治疗师便询问了一系列有关她如何结束被虐待的关系方面的问题。Lucinda 说太艰难了,因为那个男人,Marvin,不愿意离开,并且恐吓要杀死她,而且一看到她就殴



打她。治疗师说：“很多女性都不免有些软弱，而且多数都会叫他回来，你是如何坚持做到不叫他回来的？”Lucinda 回答：“有两三次我也叫他回来，因为我害怕。他回到我身边的次数越多，情况就越糟。而且，最终他还伤害我的儿子。”她继续描述 Marvin 如何打断儿子的腿，这就是她为何失去对儿子的监护权的原因。她以此划了一条界线，不让他再回来。治疗师在她讲故事过程中，不时予以评论，强调 Lucinda 保护孩子的能力。“但是，有些女人……要么因为害怕他，要么，你知道的，认为他会变，而再让他回来。”以及“噢，我对此很惊讶。在这一方面，你是如何做的？”

让 Lucinda 知道治疗师对她的能力印象深刻后，治疗师转向目标设定(goal-setting)问题。Lucinda 说她希望她的孩子能回来，她也不想再害怕 Marvin。她希望得到如何让自己变得坚强的忠告，以便对付 Marvin。治疗师说：“听起来你已经很坚强了。”

为了弄清楚 Lucinda 的目标，治疗师问了她奇迹问题。她请 Lucinda 想象，某一个晚上她睡着后，发生了一个奇迹，她的问题——她希望她的孩子回来以及希望更强大——解决了。Lucinda 如何知道奇迹真的发生了？Lucinda 回应说，她的孩子会在家里，她会非常兴奋。治疗师要求她详细描述奇迹发生的景象，Lucinda 在访谈中花去很多时间，幸福地描绘她会如何与她的孩子相处，以及她和他们的感受。这时，治疗师突然插入一个问题：“你是从哪里学会做一个如此优秀和可爱的母亲的？”

治疗师询问了一个量度问题，“在一把 1 到 10 的标尺上，10 代表当你的孩子最终回来后，你将是什么样子；1 表示你的孩子离开你以后你的样子。你认为今天你应该在这把标尺的什么位置？”Lucinda 说在 8 和 9 之间。治疗师问她是怎样爬到如此高度的。Lucinda 说那是因为她坚信，她的孩子会很快回来的。

治疗师给予了更多的赞美后，休息了一会儿。重新开始访谈后，她总结了 Lucinda 的反馈。她说 Lucinda 觉得抑郁是有道理的，因为她迷失了自己，生活中经历了太多的苦难，但让治疗师感到好奇的是 Lucinda 是如何习惯她所经历的这一切的。“我对此真的非常想知道。像你



这么年轻……你已经非常聪明。”治疗师还再次赞扬她与 Marvin 分手。Lucinda 同意治疗师的赞美,所以治疗师说:“此刻我不知道我们是否需要再次访谈,你的想法是怎样的?” Lucinda 同意她不再需要任何帮助,她们结束了访谈。她再也没有要求与治疗师约谈,而且她的孩子也回到了她身边。

Berg 和 De Jong(1996)认为在解决中心谈话之中, Lucinda 对她自己的抑郁和被动的行为举止的认识发生了变化。他们认为,当她离开治疗室时,她对她的愿望以及如何实现自己的愿望有着清晰的了解。

解决中心治疗师坚信,如果来访者和治疗师双方都能够朝他们自身有利的方向重新定位——没有问题的例外,澄清目标,实现目标的策略——则治疗便可以相当简洁。有两个假设可以证明这个想法。第一个假设来自建构主义以及暗示的力量。正如 O'Hanlon 和 Weiner-Davis(1989)所解释的那样:

因为你期待什么将影响到你得到什么,解决取向治疗师认为那些能增强来访者—治疗师合作的先决条件,将使来访者更具能力,也将使我们的工作更为有效,且更令人愉快。我们坚持着眼于资源和可能性的假设;幸运的是,这些假设也可以帮助创造自我实现的预言。(p. 34)

如果某一个观点和与之相连的下一个观点一样有效,为什么不能认为解决既容易又快捷呢?

第二个假设源自 MRI 模式——细微的变化,通常就是治疗所需要的,因为它会像滚雪球一样带来更大的变化。正如 O'Hanlon 和 Weiner-Davis(1989)所指出的那样:“一旦取得一个细小但积极的变化,人们便会感到乐观,也会对促进更进一步的变化更有信心。”(p. 42)

借助关于变化的这两个假设,解决中心治疗师设计了一套重要的问题和任务,旨在创造乐观的观点和引起滚雪球(snowball rolling)效应。在 Lucinda 这个案例中,治疗师使用了奇迹问题、例外问题、应对问题(“你如何做到那样?”)、访谈中的赞扬、访谈结束时的反馈,以强调和总结她的能力。Lucinda 离开时,已经感觉到治疗师相信她能实现她的目标。

赞美(compliments)是解决中心治疗的一个重要部分,常常以普通问题的形式出现,如:“你是怎样做到的?”——或者,更准确一些,“喔!你是如何做到



的?”注意这种措词手法能引起人注意,来访者已经做了一些事情这样一个事实。不问诸如“你以前有过工作吗?”而是问“你以前有过什么样的工作?”邀请来访者描述他们的成功,因而帮助提高他们的自信心(Berg 和 Dolan, 2001)。

为了达到预期的效果,赞美应当指向能不断进步的行为,而不是让其消退的行为。许多来访者知道错在什么地方,但对如何避免重复同样古老且无效的解决方法,却无所适从。赞美包括直接的和间接的赞美,可用来强调成功的策略,并让来访者总是能关注能行之有效的策略(Berg 和 Dolan, 2001)。

解决中心治疗常常以团队的方式进行,一个治疗师在治疗室里面,另外一个或几个同道则在单面玻璃镜后观察。无论是与团队一起访谈,还是独自访谈,治疗师通常会在访谈结束前,休息 5~10 分钟。在此期间里,治疗师(与团队一起或者独自一人)会为来访者作出总结。总结的内容包括以下四个方面(Lipchik, 2002):

1. 对治疗师在访谈时所听到的内容予以反馈;
2. 对已经采取的积极步骤予以表扬;
3. 对来访者的困境予以构架,通常强调所处情境的正常性;
4. 对两次访谈之间应完成的任务作出建议。

总结的总体目标是为问题提供一个新的且更有希望的视角,并使来访者产生希望和积极的期望。

所以,治疗师以下述说法来开始总结:“我今天听到你们说的是……”这一说法包括治疗师听到的来访者所说的内容(尽可能使用来访者的语言),他们的目标、进步,以及对他们的感受和情绪作出评论。接下来,治疗师对积极的变化予以赞美和强化,并从发展的视角进行正常化、重构,或者提供信息。最后,提出建议。建议可以很简单,例如:“继续做你们已经在做的这些。”或者更具体地指导来访者,让他们尝试一些与既往不同的做法。(Friedman 和 Lipchik, 1999, p. 332)

总结的内容以治疗师在访谈过程中,听到来访者所说的内容开始进行总结,包括问题及其背景,来访者的目标,访谈前的进步及优势。“我听到你们今天告诉我的是,某先生和太太……”“我听到你们所说的都正确吗?”“我遗漏了什么重要的内容,或者你们还有什么要补充的吗?”

紧接着总结后,便是治疗师的反馈,包括通情的表达(“我对你如此抑郁,



一点都不感到奇怪”),对来访者情绪影响的反应(“我的感觉是,你一定受到了很大的伤害”),对访谈前的变化或资源予以赞扬(“我对你们为了改善目前的处境,已经尝试过的很多方法印象深刻”),以及对来访者共同分担的目标予以评论。

然后,治疗师从积极的角度提出建议。“我想建议,你去注意 Patrick 在学校所做的,正是你要他这样继续做的。”“Patrick,我建议你尽量注意,你在学校里与同学和老师一起时,喜欢什么样的活动或行为;还有就是,哪些活动或行为是你希望继续出现的。”

解决中心治疗通常使用以下建议:

1. 指定第一次访谈的公式化任务(de Shazer,1985)。“从现在起,到下次我们见面的这段时间里,我希望你们能观察发生在你们家庭内的什么活动或行为,是你们希望继续发生的。”

2. 建议多做行之有效的行为或活动。“你们谈到你们散步时常常可以一起交谈,也许你们应当再尝试一次或者两次,看看会发生什么。”

3. 建议改变行为或活动方式。“你提到你指望 Janine 对她自己的功课负责时,她常常不能完成。你是否有必要采用不同的方式呢?”如果某个来访者说:“我已经对同一件事重复过无数遍,谁都可以从我的脸色看出来。”建议采取不同的方式是邀请来访者自己谈论解决的办法。

采取不同方式的建议可以作为一个实验的方式来指派。Insoo Berg 曾举了一对父母的例子,这对父母因其儿子的排便问题而愤怒,建议采取不同的方式便是,给儿子的大小便座椅灌满水,并放上一条玩具船,告诉他,他的工作就是将这艘船弄沉(Berg 和 Dolan, 2001)。这个建议被证明有效!

4. 慢慢来。这个建议源自于 MRI 模式,通过询问有关改变的可能的消极后果,并忠告不要改变太快,以帮助来访者克服对改变的恐惧和抵抗。“我有一个似乎有点奇怪的问题:如果继续维持目前这种情形,是否可能有任何好处呢?”

5. 反其道而行之。这个建议是基于许多问题,是被所尝试解决的办法无效而产生的,同时也是源自于 MRI 模式。建议来访者根据已经采取的措施,反其道而行之。这个建议对仅存在于两个人之间的问题特别有用(一对夫妻的一方或者与孩子相处麻烦的某个父母)。



如果因孩子的行为不端对其责骂,毫无效果,可以鼓励父母开始因其良好的行为而对其进行褒扬。如果丈夫试图回避与妻子谈及他们的关系,但又无法回避,他应该在心情好的时候,尝试主动进行这样的谈话。

6. 指定“预言任务”(prediction task)(de Shazer,1988)。“在你今晚上床睡觉之前,请预测明天问题会有所改善,还是依然如故。明天晚上对白天的问题进行评估,并与你的预测进行比较。想一想为什么会预测正确或者错误。请每天晚上重复这样的任务,直到我们下次见面为止。”

正如你可能已经注意到的,小结中的赞美和建议不过是解决中心治疗方式基本冲击(basic thrust)的继续,将注意力吸引到家庭的资源,并鼓励他们充分利用他们的优势,以便关注解决办法,而不是问题。

评估治疗理论和成果

虽然已经有人对解决中心治疗进行批评,认为其过分简单,但这种方式的确有不少有用的内容,可以帮助来访者走出悲观的泥沼,并开始转向建设性的行为。与家庭治疗早期的其他模式一样,解决中心治疗经常也是以菜谱烹饪书籍的方式,引导经验不足的治疗师作为一套公式化的技术加以应用。近来,有些解决中心治疗师已经认识到这个问题,同时也强调整体哲学的重要性,并强调与来访者的关系。

例如,Eve Lipchik 指出“解决建构的速度和成功,取决于整个治疗过程中治疗师与来访者建立关系的能力。这是整个协作过程的基础,也是保持车轴转动的润滑剂”(Lipchik,1999, p. 329)。与其他任何形式的治疗方式一样,如果治疗师匆匆忙忙设定自己的治疗日程,而不能倾听来访者,也不能让他们觉得被理解,解决中心方式便很可能不会很有效。

为了证明其信誉,解决中心治疗师进行了研究,不过,其所报告的结果有些出乎其预料。一项对解决中心治疗过程的研究“吹皱一池春水”。Linda Metcalf (1993; Metcalf et al.,1996)在BFTC访谈了六对被认为获得良好效果的夫妻。她也对他们的治疗师进行了访谈。她发现治疗师所说的在几个方面应该发生的变化(而且解决中心理论认为应当发生),并未与来访者的经验相匹配。



例如,在讨论有关什么因素有所助益方面,治疗师主要关注他们所使用的技术,而来访者则几乎毫无例外地指出,是他们与治疗师关系的质量。另外,所有治疗师认为终止治疗的决定是相互协商而作出的,但六对夫妻中的四对认为,是他们的治疗师单方面作出的决定,他们中的一些人觉得治疗终止得太早。这项研究还发现,治疗师通常会扮演更具指导性的角色,而解决中心的文献建议治疗师不能扮演如此主动的角色。

在复习 Lucinda 早期描述的经验时,治疗师在访谈个案时,应该朝向乐观向上的方向,一次访谈后停止治疗的决定,常常不是相互的。“现在我不能确定我们是否还需要再次见面,你们的意见怎样?”治疗师说出这段话,未必能引导来访者作出肯定的回应:“不,我需要更多次数的访谈。”

解决中心的治疗究竟是合作式还是指导式,这个问题现在经常被提到(Wylie, 1990; Storm, 1991; Lipchik, 1992, 1993, 1996; Efron 和 Veenendaal, 1993; Efron 和 Schenker, 1993; Miller, 1994; Nylund 和 Corsiglia, 1994; O'Hanlon, 1996)。因为治疗师倾向于逼迫来访者只讨论积极的方面,而摒弃任何消极的方面,解决中心治疗甚至被某些人称为“解决逼迫”(solution-forced)治疗。Efron 和 Schenker (1993)曾经质疑到:“解决中心治疗师所治疗的来访者,甚至不能学习在治疗师的面前向他们自己抱怨,其背后的信念究竟是什么?”Eve Lipchik (1997) 认可这一关注,并写道:“我有时与来访者一起工作,让他们描述他们过去解决中心的经验,他或她的确太过积极,而且没有机会讨论真正引起他们困扰的问题。”(p. 167)

解决中心治疗师自身已经对这一模式要求保持恒久不变的乐观向上的观点,表达了其保守的态度(Storm, 1991; Lipchik, 1992, 1993; Efron 和 Veenendaal, 1993)。正如 Cheryl Storm (1991)所报道的:“我发现冷酷的解决中心对某些来访者并不合适。这些来访者坚持要详细地说出问题,如果在这方面被忽略,他们就会‘炒掉’治疗师。我想我曾经错误地运用了这种方式,但是现在相信……我特别强调变化。”也有人对这些观点予以回应:“当我们打算以专横孤傲的态度运用这些模式时,我们便树立了错误和无效的感觉,这就好像我们对来访者和我们自己掩耳盗铃一样。”(Efron 和 Veenendaal, 1993, p. 17)

和 Lipchik 一样,某些解决中心治疗师正在阅读这些反馈。Bill O'Hanlon (1996)曾经写道:“Carl Rogers 很多年前曾教导我们,尊敬地倾听



来访者,让他们知道我们能够听到他们的感受,我们能够接纳他们目前的状态,是大多数人愿意在改变的过程中予以合作的前提。”(p. 85)

同样地,William Butler 和 Keith Powers (1996)也强调证实来访者对问题的经历的重要性,而且注意到在解决中心的文献中缺乏这类证实:

在第一次访谈期间,来访者诉说由于近来的丧失而觉得越来越抑郁……治疗师细心地倾听,对她的感受作出回应,并且给予了很多通情式的评论。不过,治疗师所做的最重要的事情,是不询问一系列未来取向的问题……一周后的第二次访谈,来访者再次叙说她失落和抑郁悠长的历史的细节。治疗师选择了多种失落和多年抗争这个主题。(p. 230)

只有详细了解并强调过去十年来访者的大量失落后,治疗师才能引入解决中心问题:“当我浏览这个(关于失落的)长长的清单时,我禁不住会想到——你是如何保持让问题不会变得更糟糕的?”(p. 230)作者们总结道,在转向有关她的优势的谈话前,允许来访者充分表达她的抗争并证实她的经历,是至关重要的。

某些解决中心治疗师所担心的问题是,这一模式可能失去其所声称的与众不同的简洁。可能需要好几次访谈才能让来访者觉得被充分理解和认可。如果在现在的模式上加入认可接纳阶段,解决中心治疗无论是在疗程还是在操作上,不就开始与通常的支持治疗毫无二致了吗?

换言之,拒绝谈及问题,本来是解决中心治疗独一无二的特点,现在却变成了另外一个问题。告诉某些忧虑者,没有什么可以忧虑的,让他们放心,这种方式并不能使人很放心。这会使你相信,你的感受不可靠,因为如果你只是看到事物正确的一面,你便不会真正再拥有它们。多数人并不非常乐意接受,他们觉得不能理解他们的人的影响,也不乐意因此而作出改变。

我们希望这种争论,能够帮助解决中心治疗师继续远离这一模式创始时期的公式化模式。如果所选的时机恰当并能够灵活运用,许多技术毫无疑问会对来访者有所帮助。但技术会阻碍治疗师顿悟式的人性。我们希望学生们记住,Michele Weiner-Davis (1993)曾经坦率地承认,她并非总是按照所讲的去做:“……我的来访者哭泣,表达痛苦、愤怒、失望和恐惧,正如他们有可能在其他任何治疗师的办公室一样。而且我会充满同情地给予回应……我的治疗故事(她在工作坊中所讲述的故事)并非我如何做治疗的全部。”(p. 157)



小结

解决中心治疗是MRI方式的直接承袭者,虽然它反其道而行之地强调从没有效果的方式转向能够奏效的方式。MRI方式完全专注于问题,解决中心治疗则完全专注于解决。解决中心治疗的观念是人们因为试图完全摆脱问题,而常常沉迷于问题,他们经常忽略有时就在他们眼皮底下的解决办法。

这一观念导致发展出一套从“问题谈话”转向“解决谈话”的技术。这些技术包括:例外问题(如“你能否想一想什么时候没有这个问题?那个时候你在做什么?”);奇迹问题(如“假设你睡觉时发生了一个奇迹,当你醒来时你的问题解决了,会有什么不同吗?”);量度问题(如“在一把从1到10的标尺上,与你要求来访谈的时候相比,你现在的感觉如何?”);应对问题(如“假设情况真的这么糟糕,你会怎样去应对?”);公式化的第一次访谈任务(“今天你离开这里后,观察下周发生了什么是你希望继续发生的事情?”);以及给予赞美(“喔,能想到这一点,你一定很聪明!”)。这些技术应尽可能迅速地应用到实践当中去,以便简化工作,鼓励来访者不要沉迷于他们经验的消极方面。

近来,治疗师质疑这个模式对技术的强调,并且推测治疗师—来访者关系的质量也许是这个模式有效的核心。这个质疑和推测促使人们呼唤并建立与来访者更好的合作关系,并在引入解决中心技术前,认可和接纳他们的感受。

解决中心治疗在世界范围内的心理治疗领域,仍然具有极大的号召力。其广为应用的部分原因与治疗师的数量有关,这些治疗师在管理照顾制度的有限的访谈次数内,力争找到有效的方式。因为其简洁而名声在外,解决中心治疗受到管理照顾公司的青睐,治疗师也因此得到批准可以应用这种方式。此外,其公式化的版本也相对容易学习——其基本要领通过两三次工作坊实践便可以掌握——其乐观向上的特点也使其受到许多治疗师的钟爱。不过,一旦治疗师在治疗过程中遇到困扰,其容易学习的公式会使得某些治疗师将其视为肤浅,而予以放弃。他们不理解这些技术只有在解决取向的哲学背景下才能起作用,而其哲学背景需要时间予以消化。

当治疗师只不过予以表扬、探寻例外以及诱骗出乐观时,批评者质疑治疗



师是否真的在与来访者进行充满敬意的交谈。这类坚持不懈的乐观向上的对话,是否对缓解人们的疑虑和痛苦有效?解决中心治疗师是否能够找到一种方式,尊敬来访者不适合其公式的知觉?来访者是否能信任总是千方百计地表扬,而从不挑战和质疑他们的治疗师的反馈?对于治疗师要求他们感觉事物更好的一面,来访者是否可以有关治疗结果坦诚相告?

其他问题则强调这个模式的优势。例如:对于治疗师来说,清晰具体的指导,难道不比含糊不清、方向不明的治疗更重要吗?专注于优势,难道不比专注于问题和缺陷,更能帮助人们展望其未来的目标吗?如果人们痛苦的经历受其思考或谈论它的方式影响很大,难道运用语言引导人们远离痛苦,不比继续置身于痛苦之中更好吗?

解决中心治疗正力争回答所有这些问题,因此为 21 世纪找到一个前后一致的身份。我们希望其发展变化不要受管理照顾制度或者照本宣科的教条太多的制约。相反,在专注于解决能有所助益的时候,在人们需要对他们并不总是乐观向上的生活经历予以认可的时候,我们设想解决中心治疗的成熟,将反映其对这些问题的与日俱增的欣赏。

第十三章

叙说治疗



领军人物简介

理论建构

治疗

评估治疗理论和成果

小结



目前在家庭治疗领域独执牛耳的叙说方式,可以说是后现代革命最完美的表达形式。当知识被认为是建构的,而不是发现的时候,家庭治疗这个执牛耳的方式,关注人们建构意义的方式,而不再理会他们的行为方式,便是再恰当不过的了。

最核心的假设是,个人的经验从本质上来讲是模棱两可的。这并不意味着经验不是真实的,或者一定是神秘深奥或者晦涩难懂的。不过,对人类经验的理解,包括对个人自己的经验,绝对不是一个简单的观察或者分析的过程。人类经验的元素只有通过将这些元素组织起来、将它们放置在一起、为它们赋予意义并重点突出这些意义这样一个过程时,才有可能被理解。我们说经验从本质上来讲是神秘深奥的,是说其意义并非固有或者显而易见,是指其本身是可以作出多元解释的。

为了阐明经验如何受到我们用来对其进行描述的语言的塑造,让我们来看一看许多人在公众场合说话前,所感受到的心跳紧张,有人将之称为“舞台惊吓”,也有人将之称为“兴奋”。这两者是有差异的。第一种描述将这种大家所熟知的焦虑不安视为问题,需要加以克服。第二种则认为,这是站在你希望赢得其赞许的人们面前自然会出现的、几乎是不可避免的反应。

人们所经历的究竟是舞台惊吓还是兴奋,取决于他们如何对其警醒进行解释。策略治疗师对来访者的经验进行重构——新的解释:“下次你说话时,只想你自己是兴奋,而不是惊吓。”叙说治疗师认为,这种解释只有符合人们自身所构建的故事时,才有作用。不管别人如何努力推销这种构建,一位生活的故事一直以厌倦为主题的男人,看到其由于兴奋而出现的双手颤抖,是无法释怀的。如果有人帮助这个男人建构一个关于他自己的新的、更为积极的故事,重构便毫无必要。他一开始便会自动地将其反应解释为兴奋,因为如果他认为他是一个有趣的人,他会期待人们欣赏他所说的。

生命是复杂的,所以我们需要寻找对其进行解释的方式。这些解释,也就是我们说自己的故事,将组织我们的经验,塑造我们的行为。不幸的是,大多数来访者带来治疗的故事都是令人沮丧的。他们选择性地强调既往能够肯定他们对自己持否定态度的事件,而极度忽视与之相悖的事件。

我们所说的我们自己的故事,是很有影响力的,因为它们决定了我们注意什么,记住什么,因而也决定了我们如何面对未来。设想一下,一个认为她自



己“还算成功”的女生，会记住其高中生涯的什么事情，这些版本的事件会如何影响到她面对大学生活。再想一想，如果这位女生认为她自己“绝对不能说满意”，又会如何看待过去和将来同样的事件。

与控制论隐喻关注自我击败的行为模式(self-defeating patterns of behavior)不同的是，叙说隐喻关注自我击败认知(self-defeating cognitions)——人们说自己有关问题的故事。控制论隐喻的治疗意味着，阻断不良的互动模式——无论来访者是否理解这一过程。叙说隐喻则从另外一个角度，关注来访者的理解和经验，拓展他们对可以选择性地看待自身和其问题的方式的注意。

系统式思维曾经是这个领域令人鼓舞的事情，但叙说治疗师批评系统式思维，并且用叙说隐喻取代它。家庭治疗师过去主要与整个家庭一起工作，很少强调个人的事务；叙说治疗师花更多的时间帮助个体重新审视自己，而不是讨论家庭冲突。家庭治疗师的兴趣在于家庭对问题的影响；叙说治疗师的兴趣在于问题对家庭的影响。

故事并非镜现生活(mirror life)，而是塑造生活。这就是人们为什么对叙说有关他们经验的故事饶有兴趣。这也是为什么治疗师匆忙草率地将自己的观点灌输给来访者，常常不奏效——以及为什么叙说治疗师通过深入钻研人们的故事，能够理解并影响人们所为正如其所做(act as they do)。

领军人物简介

Michael White，可以说是叙说运动的化身，居住在南澳大利亚的 Adelaide。他与妻子 Cheryl White 在 Adelaide 创立了 Dulwich 中心，并开创了与 White 方式有关的培训、临床工作和出版物。《Dulwich 中心通讯》(*The Dulwich Center Newsletter*)，一种季刊，是传播 White 观念的主要媒介。此外，Dulwich 中心还出版了他的多卷本文集和访谈记录(可写信向 Dulwich Centre Publications, Hutt Street, P. O. Box 7192, Adelaide, South Australia 5000 索要)。

White 现在已五十多岁，在他意识到他更喜欢与人一起工作，而不是与机器一起工作之前，他只是一个机电方面的技工。他变成了一个反机械主义的



斗士,并且拒绝系统式思维和控制论,这一点丝毫也不奇怪,因为所有这些都只有机械特征。1967年他接受了社会工作者的训练,此后的三十多年,他一直在为寻找帮助人们的方式而斗争。他早年在住院机构的经验,使他讨厌传统的治疗方式,也激发了他对 Michel Foucault 和 Erving Goffman 作品的兴趣,这两位作者对机构和专家论说中去人性化的过程进行了批评。

1970年代后期,White 逐渐对 Gregory Bateson 的工作产生了兴趣,但他发现自己对 Bateson 所说的有关人们如何解释世界更有兴趣,而对基于系统方式的行为模式则兴趣索然。受 Bateson 和 Foucault 的影响,White 明确了他的有关“外化”问题的创造性观念(认为问题操控了人,而不是人们在制造问题)。

David Epston,一位来自新西兰奥克兰的家庭治疗师,是叙说运动第二位最有影响的塑造者。因为对人类学的兴趣,Epston 因而与叙说隐喻发生碰撞,并让 White 相信叙说隐喻比控制论对来访者更为有用。他总是对文学饶有兴趣,并以善讲故事而闻名,他为《澳大利亚和新西兰家庭治疗杂志》的“故事角”写作过数年。

Epston 对叙说理论和实践的绝大多数领域都作出过贡献,他特别强调,要维持新颖的叙说,来访者需要得到社区的支持。他倡导“团体”的发展——为相同问题战斗的来访者小组,如新西兰抵抗厌食/抵抗暴食团体。他为许多这类团体充当档案保管员的角色,收集人们成功克服其问题的资源方式的磁带和信函,以此来启发其他相关的人士。

他还开创性地运用了向来访者写信的方式,指出与治疗师面对面治疗的影响消退很久以后,来访者可以阅读信函,以获得对他们新故事的支持以及问题的解决。Epston 与 White 合作撰写了可以说是叙说模式圣经的两卷本文集(White 和 Epston,1990; Epston 和 White,1992),近年他还与人合作撰写了一本关于儿童及其家庭工作的创造性的叙说技术专著(Freeman, Epston 和 Lobovits,1997)。

Jill Freedman 和 Gene Combs 在伊利诺斯的 Evanston 领导了一个小型的培训中心。在进入叙说阵营之前,他们是策略式治疗师和政治活动家,White 方式之所以吸引他们,主要在于其强调社会公正。以前是策略治疗师和政治活动家的这种结合,可以说是许多杰出叙说治疗师的背景的特色。他们的著作,《叙说治疗》(Freedman 和 Combs,1996),是从事叙说治疗的杰出



且务实的指南。

Jeffrey Zimmerman 和 Vicki Dickerson 是海湾区域家庭治疗培训机构的主任,他们与 John Neal 一道在帕洛阿尔托为心理研究院(MRI)进行叙说治疗的培训。这两位富于创造的治疗师,率先将叙说治疗运用于难缠的青少年以及夫妇(Dickerson 和 Zimmerman,1992; Zimmerman 和 Dickerson,1993)。他们近期的一本著作,《如果说出问题:叙说治疗历险记》(Zimmerman 和 Dickerson,1996),详细阐明了叙说的实践,并受到个人化问题新奇经历的激化,让他们说出“它们”如何密谋接管了人们的生活。

Stephan Madigan (1994; Madigan 和 Epston,1995),大不列颠、哥伦比亚、温哥华的一位治疗师,对叙说理论也作出了贡献,他建立了温哥华抵抗厌食/抵抗暴食团体,一个能为其成员提供支持的基层组织,这个组织在政治方面也很活跃,教育公众和专业团体,抗议媒体促进“身体罪疚感”的言行。这个组织代表叙说治疗解放运动符合逻辑的一个分支,帮助人们组织起来,创造能提供支持的亚文化,同时也积极参与人性化优势文化的活动。

其他杰出的叙说治疗师包括在剑桥家庭研究院的 Kathe Weingarten 和 Sallyann Roth,以及在俄克拉何马州 Tulsa 的 Janet Adams-Wescott。

Harlene Anderson 和后期的 Harry Goolishian 发展了家庭治疗的协作式谈话方式(第十章曾有描述),可以视为叙说模式的先驱者。他们的工作是基于问题由语言得以维持,当然也可以通过谈话得以解决这个前提。通过采取“不知道”的姿态,Goolishian 和 Anderson 屈尊他们的专家地位,让来访者变成他们自己生活的专家。这项工作与叙说学派的联系,在于相信谈话能产生意义,治疗应当是一项合作性的事业。

理论建构

叙说方式一开始就在精神分析语义学(hermeneutic)传统中,找到了其进入心理治疗的路径。继弗洛伊德之后,经典的分析认为有一个解释经验的正确方式。患者可能对他们的梦或者症状不能理解,但拥有精神分析理论真理的分析师,恰似考古学家挖掘所埋藏的历史的遗物一样,也能发现无意识的涵义。进入 1980 年代后,修正主义者如 Donald Spence、Roy Schafer 和 Paul Ricoeur 开



始质疑精神分析现实性的实证主义概念。

他们说,经验的真实不是被发现,而是被创造。治疗目标由历史真实,转移到叙说的可理解性。这一挑战以自我连贯的方式而不是历史的真实图片,来构建真理。

家庭治疗师发现这个叙说隐喻非常有用。当治疗师开始询问来访者的故事时,他们便能认识到,叙说在多大程度上影响来访者的知觉以及对这些知觉的解释。生活故事的功能犹如过滤器,过滤掉不符合情节主线的经验,如果不能被过滤,则对事件加以扭曲,直到能稍微符合为止。看看下面这个例子:



案 例

据 Tim 所说,Kayla 永远也不会满意。她所做的一切都只是抱怨。他们的公寓、家具、她的全部服装——没有一件物品能使她满意。不管他们拥有什么,她想要更多。

Kayla 对 Tim 所说的不知所云。事实上,她非常满意。当然,除了一件事情。每一次她在杂志上看到一张精美沙发或者优雅服装的图片,她就会指给 Tim 看。“噢,看这个,”她说,“也许我们应该买一个。”她不过是将梦说出来而已。但对于 Tim 来说,他自幼以来,从来没有要求过任何事情,Kayla 的幻想听起来就像抱怨。不过,需要注意的是,Kayla 所说的未必对 Tim 有很大的伤害,而要看他如何对此加以阐释。

再进一步探究下去,便可以发现 Tim 永远也对他自己的成就不满。他与母亲一起长大,母亲并没有给他足够的赞许,Tim 梦想有一天,能干出一番伟大的事业。不幸的是,他现实中的真正成就,从来也没有达到其幻想的要求。的确,也有人称赞他,但他仍然偷偷地梦想着儿时宏大和壮丽的梦幻。

在 Tim 能够开始真正地接纳自己之前,很难相信其他的人是在真正地欣赏他。试图让这样一个男人改变其行为,而又不强调其循规蹈矩的生活故事,可以说将是徒劳的。因为不管他拥有多大的成功,他仍然会想方设法地无视这些成功,继续置身于自己的失败之中——以及他的配偶(推测的)不满意之中。



叙说治疗师认为系统式思维鼓励治疗师从客观的立场来看待家庭,这个立场犹如一个研究一架损坏了的机器的外在观察者,不了解其历史、观瞻点和环境。相反,叙说理论则被视为鼓励治疗师:(1) 采取协作性的、通情的立场,并对来访者的历史抱有浓厚的兴趣;(2) 在来访者的历史中寻找强大或者优势的资源;(3) 用非侵入式的尊敬的方式提问,鼓励来访者将新故事推向纵深;(4) 永远也不为来访者贴任何标签,反过来,将他们视为有独特个人历史的人物;(5) 帮助来访者与他们已经内化了的优势文化氛围下的叙说分离,以便为其他选择性的生活历史开辟空间(White,1995; Freedman 和 Combs, 1996)。

叙说治疗师也反对家庭系统和精神分析模式的机能主义元素,因为这些元素会引导治疗师相信,问题是个体(精神分析所指向)或家庭(家庭系统所指)所固有的。反过来,他们认为问题之所以出现,是因为人们被灌输而采用狭隘和自我击败的观点,来看待他们自己以及世界。

为了反击社会并让人们相信,他们就是他们的问题这样一种方式,叙说治疗师将问题外化(externalize)。他们认为并不是来访者拥有(having)或存在(being)问题,因此鼓励来访者认为他们自己正在与他们的的问题抗争。患者和家庭都不是问题;问题就是问题。因此,叙说治疗师对维持问题的互动或者结构缺陷不感兴趣。他们对家庭对问题的影响也不感兴趣,他们感兴趣的是问题对家庭的影响。

因为叙说治疗师将注意从家庭作为问题的源头,转向文化信念和实践,他们开始关注 Michel Foucault (1965,1980)的著作。Foucault 是法国社会哲学家,他穷其一生揭露五花八门的社会学说,是如何客观化和非人化(objectified and dehumanized)许多不同的边缘化组织的。Foucault 不仅相信,那些在某个社会里建构优势叙说的人(那些被认为在各个领域属于专家的人),拥有权力去征服,而且认为叙说本身,在这个社会的所有居民内部,变成了内化的真理,人们会因此依据社会判断(医生、教育学家、牧师、心理治疗师、政治家、著名人士)所设定的标准为基础,来判断他们的身体、成就和人格。因此,受 Foucault 的影响,White 采纳了社会建构主义者的公理,那就是世界上没有绝对真理可言,只有在某一个解构(重新检查)的政治取向里,建立压制人们生活的真理。



叙说治疗师应用 Foucault 的政治分析,来理解个体和家庭如何受他们需要解放的压迫式的叙说的支配。他们引用 Jerome Bruner (1986,1991)的工作,来理解个人叙说如何被建构,以及如何被解构。^①

■ 正常的家庭发展

叙说治疗师不仅回避对什么是正常作出判断,他们同时也拒绝将人分门别类地加以区分的观念。回想一下 Foucault 是如何批评正常性的理论的,这一理论一直被用作特权和压迫的模式。拥有权力的人们对有关正常性和异常性所作出的判断,被强行用来征服在这一方面没有发言权的另外一些人,这在人类历史上是再常见不过的事情。

在减少人们被应用于 DSM-IV[《美国精神障碍统计与诊断手册》(第四版)]诊断的危险易如反掌的时候,家庭治疗师在观察他们喜爱的概念时,也许会有麻烦,会被视为去人性化,这些概念包括僵化的界限、跨代联盟或者自我分化。但是成为一个后现代的叙说治疗师后,便意味着放弃所有这些类别。他们不仅避免将人们根据诊断或者正常和异常而加以归类,也避免使用什么因素导致问题的出现,什么因素导致问题的解决这些最基本的原则。他们力图不用诊断——或其他任何形式——来监管人们,相反,尽量帮助他们理解他们自己的经验。

在合作精神的鼓舞下,叙说治疗师想方设法地让他们自己设身处地地与来访者在一起——也就是说,将有关他们治疗的信念告诉来访者,以便他们能够知道,他们正进入什么阶段。叙说治疗师还鼓励来访者在有关他们文化困境方面,对治疗师进行教育,以及在治疗师所作出的假设不适合他们的经验时,对治疗师予以纠正(Freedman 和 Combs,1996)。

虽然叙说治疗师尽量不作出评判,但不对人们以及他们如何改变作出某些假设,几乎是不可能的。从前面所描述的观念,我们不难总结出叙说治疗师有关正常家庭所作出的假设。人们(1) 拥有良好的意愿——他们不希望也不渴求问题;(2) 受围绕他们的各种学说的深远影响;(3) 不是他们的问题;和

^① 解构主义(deconstructionism)这个术语很大程度上来源于 Jacques Derrida (1992),他分析了文学课本,发现并没有任何真实的意义。叙说治疗师以一种政治性的方式使用这个术语,以破坏占主导地位的学说的作用,然而 Derrida 的本意则更为相对主义一些。



(4) 一旦与他们的问题以及他们已经内化了的平常智慧分开,便能讲述出不同的、更有活力的故事。

■ 行为障碍的发展

当人们讲述他们自己的故事,导致他们以毫无助益的方式阐释他们的经验时,他们便会陷入到问题之中。只要这些毫无助益的故事固定不变,这类问题便很可能会持续存在,并且阻碍对事件相对更乐观的观点的出现。

例如,一位单身母亲,她所叙说的生活是,她不能信任爱她的任何人,只要她的女儿违犯了宵禁令,她就会作出暴怒的反应。这样的叙说,使得这位母亲注意到,她所注意的是她的女儿在外面呆到很晚,或者将烟蒂丢弃在走廊里,以及注意不到已经到了做功课的时候或者不主动去洗碗碟。女儿每次犯规,都强化了母亲的故事主线,正如在她生活中的所有其他人一样,她的女儿并不真正爱她。反过来,女儿很机敏地意识到,母亲如何经常批评她的朋友,或者对一些小小过失便大发雷霆,但不记得她的母亲对她的意见表示尊敬或者称赞她的成就的时候。女儿逐渐发展出自己的叙说,那就是永远也不能使人们满意,而且越来越变得受“叛逆”所支配,而这又使得她不在意她母亲的想法,相反,沉迷于任何能使她自己感觉更好的活动,例如通宵达旦地参加晚会。简言之,双方并非单纯固着于控制和叛逆的模式,更具体地说,是只注意到控制或叛逆的事件。

这样的分析并不能完全言明与其他家庭治疗学派的差异,其他学派认为母女之间存在一个对抗的逐步升级的循环。差异在于叙说方式不关注她们的行为。他们拒绝控制论的观念,那就是母女固着于功能失调的反馈回路——以毫无助益的方式,相互采取行动或者回应对方。相反,他们特别关注母女叙说她们的交易的方式。正是她们的故事(不为人所爱,被人挑剔),不仅影响到她们注意到什么(迟归、嘲讽),也影响到她们以何种方式对此进行阐释。

叙说治疗师认为这些隧道视觉(tunnel vision)的模式有如充满问题的故事(problem-saturated problem),一旦这些故事发挥其作用,就会鼓励人们以恒久不变的问题故事的方式,相互作出反应。只要父母专注于孩子的行为问题,父母将会全神贯注地对其加以批评和控制。只要孩子们一开始就认为他们的父母是在与他们争辩,他们很可能会继续作出反应和反叛。他们相互之



间的这种反应,毫无疑问是在对同样的问题模式发出更多的邀请,并且对问题故事的进一步固化予以支持。

这类封闭和僵化的叙说方式,易于导致人们受破坏性的情绪状态的影响,叙说治疗师喜欢将这类情绪状态视为外在的入侵者。叙说治疗师并不将已成问题的感受或信念视为异己的名称,而是认为这类情绪反应是外在的,从某种意义上来说,它们是社会建构的。外化问题可以减少内疚和指责。女儿并不是问题所在,问题在于“叛逆”。母亲也不是问题所在,而在于“过于敏感”。母亲和女儿可以联合起来与叛逆和过度敏感进行斗争,而不是相互斗争。

叙说治疗师并不从家庭内部去寻找问题的根源,而是到支配我们生活的文化叙说所导致的毒害效应的外部去寻找。Michael White (1995)曾经说过:

病理学的学说有可能使我们忽略问题的程度,而导致人们来寻求治疗的问题,常常是某种关系和自我影响的结果,许多问题实际上受“个人主义”的现代观点的影响……(而且)常常会陷入我们文化的不平等的结构泥潭之中,包括性别、种族、族群、阶层、经济、年龄等的不平等。(p. 115)

例如,神经性厌食便可视为我们对苗条和美丽的过分追求,以及对自律和竞争的过于推崇的内化。将自饿肌肤的女性视为罹患疾病或家庭功能不良,我们不仅忽略了更大的背景,也回避了面对在这种文化刻板中,我们自己的参与。

■ 治疗目标

叙说治疗师不是问题的解决者。相反,他们帮助人们将其自身与充满问题的故事(以及破坏性的文化假设)分离,以便为对他们自己来说新的、更具建设性的看法开放空间。叙说治疗将视角从缺陷取向转向英雄取向,并非让家庭成员去直面他们的冲突,而是将他们与问题分开,然后联合整个家庭,与共同的“敌人”战斗。叙说治疗也会为寻找独特的结果(unique outcomes)或者“闪光的事件”,而去梳理家庭的历史。所谓“闪光的事件”,也就是他们抵抗问题,或者以与问题故事相矛盾的方式采取行动的时候。

如果 Alice 因为她与男性交往的方式,而将自己视为“共同依赖者”,叙说治疗师不会去探索导致这种情形的原因,也不会建议 Alice 去改变这个模式。



相反,治疗师会询问有关自我谴责对她的生活影响方面的问题,要求家庭成员帮助她击败自我谴责,并且强调在她的生活中,以她自己喜欢的方式与男性来往的时候。治疗师也可能邀请 Alice 探索我们社会对女性的观点,如何导致自我谴责及其对她生活的影响。

因此,叙说治疗师将他们的工作视为一项政治事业——将人们从压抑的文化假设中解放出来,并且让他们变得更为积极,成为他们自己生活的主宰。一旦从充满问题的故事中解脱出来,家庭成员便可相互联合,并且联合社区中的支持力量,以更有力、更乐观、更持久的方式去处理他们的问题。

■ 行为改变的条件

叙说治疗帮助来访者将毫无成效的故事进行解构(deconstruct),以便重新构建新的更有成效的故事。解构这个术语,源自于文学批评,意味着对假设进行质疑。叙说治疗师对来访者进行问题外化,将围绕问题的无效假设予以解构。例如,叙说治疗师不会谈及“Sally 的懒惰”,而会去询问“拖延(procrastination)操控她”的时候。一旦问题被外化,并且以更接近经验的术语重新定义,来访者便能开始抵抗问题。通过将问题视为外在的标签,叙说治疗师帮助家庭进行解放,以便挑战问题对他们生活的影响。

外化问题后,叙说治疗师便开始询问独特结果——来访者抵抗问题影响的时候。独特结果为将计就计,以新的更具勇气的方式构建事件,打开了空间。一位认为自己抑郁的男性,是通过灰暗的玻璃来观察他的生活的。抑郁变成了一项事业,一种生活方式。但是,如果这位男性开始考虑,比如说,“自我疑虑(self-doubt)控制了他”,接着,他也许能够回忆他不让自我疑虑打倒自己的时候。这些新进入记忆区域的有效的时候,便是编织新的更乐观的故事的开始。

正如外化被用来转移来访者对他们自己的感知一样,叙说治疗师也会想方设法将家庭成员,从导致敌意和极端化的“总体化问题”(将其分解成一套导致挫折的反映)的相互感知中予以转移。因此,将青少年视为“不负责任”——好像这就是他们的全部秉性——的父母,有可能被青少年作为回报而视为“不会真正关心人”。同样,认为孩子“懒惰”的父母,也许会被看作“爱干涉”或者“过于严厉”。只要双方依然抱残守缺地固执极端化的观点,他们也许会陷入



其中,而无暇考虑他们自己的偏好。在不幸的家庭里,其成员的忙碌也许是他人难以想象的,他们常常因此没有时间去领会他们自己究竟想要什么样的生活。

Michael White 给出了一个令人鼓舞的例子,让人能在即使失去对自己的信心时,也能看到人们最美好的一面。他以能够持续质疑消极故事而闻名。他不过是不让人们滑进痛苦的泥潭。你可以说,他绝对相信,人们本身不是其问题所在。他的声音、他的姿势、他的整个人,都闪耀着可能和希望。

叙说治疗师以真诚的尊敬和关爱,所传达的顽强的信心,是有感染力的。一旦来访者能够对治疗师予以信任,他们便可以借来这种信心,并运用这种信心来处理他们的问题。

治疗

■ 评估

叙说评估意味着获得家庭的故事——不仅包括他们对他们问题的经验,还包括他们对这些问题的预先假定。“获得家庭的故事”并非单纯的信息采集,而是一种重构式的询问,推动来访者从一味的被动和失败主义,转向认为他们至少已经拥有某些克服困扰他们的问题的能量。

叙说治疗师的评估方式,既像人类学家,也有催眠师的色彩。作为一位人类学家,治疗师会问:“告诉我这个故事——让我们看看我们在一起能否了解一些什么内容?”在询问过程中,治疗师总是表达着尊重:“你更喜欢发生什么?”“你希望在这里做些什么?”“这就是你对未来的打算吗?”

这种人类学的调查,以一种难以察觉的方式,便进入了催眠式提问的过程,为来访者赋予更大的力量。这种方式使得叙说治疗的评估和干预,只能以一种抽象的方式才能加以区分。虽然我们会运用评估的属性,来描述叙说询问的某些元素,我们在随后的治疗干预部分,还会重温这些同样的元素。

一旦问题被个人化为疏离的标签,叙说治疗师首先会勾画问题对家庭的影响,然后再勾画家庭对问题的影响。在勾画问题对家庭的影响时,治疗师探索问题对他们生活的不愉快影响。来访者对这类询问的反应,通常就是强调他们自己缺乏能耐和失望的感觉。



案 例

Alesha Jackson,一位四个孩子的单身母亲,她还有一位住在其家中的男朋友,因为其4岁的孩子Jermaine在学前班遇到麻烦,而来寻求治疗。Jermaine每周有两到三次因为争论而导致殴打和咬啮其他小朋友。虽然他与他的兄弟姐妹相处还算不错,但当他的母亲试图让他做些事情的时候,他常常大发脾气。Alesha局促不安地承认,她很可能对Jermaine太过随便,但她现在已经感觉到有些无助。

“我不知道该怎么办,”她说,“我已经想尽了能想到的一切办法。我做的一切似乎都没有什么差异。Luke,我的男朋友,他能够管束Jermaine,但他又觉得这样很麻烦。他认为我宠坏了Jermaine。最近,Luke脾气也越来越坏,晚饭后就独自外出,留下我独自一人面对孩子。”

治疗师不只是注意倾听Alesha有问题的故事[Jerome Bruner(1991)称之为“行为的风景”],也探索她根据其经历所作出的结论(“意识的风景”)。

“因为你与Jermaine的问题,作为一个母亲,你自己能作出什么样的结论?”

“因为这个问题,你对与Luke的关系作出了什么样的结论?”注意是问题影响了关系,而不是关系导致问题。

这一系列的询问,不仅让Jermaine的母亲能说出其不幸的故事,也能让她明白这个问题正在困扰她,而且开始进一步暗示并非她和她的家庭出现功能失调,反而是他们正在与这个“敌人”抗争。

在勾画家庭成员对问题的生活的影响时,治疗师探索他们对问题对其压抑能忍耐到什么程度。为了应用这些信息,治疗师应鼓励家庭成员,认识他们自己的能力和经验。下述问题会有所助益:

- 你如何避免大多数有同样问题的人通常会犯的错误?
- 最近是否有些时候,这个问题已经将你打败,但你不让它赢?
- 你如何来做这件事情?

然后,治疗师可以对事情并非那么糟糕,而表示有些惊讶。



案 例

虽然 Jermaine 的母亲继续贬低她自己作为一个母亲的能力,但她能够描述,有那么两三次,她强硬地对待 Jermaine,并且坚持他必须按要求去做——“即使这个男孩在地上打滚!”

在整个评估阶段,治疗师并没有试图说服 Alesha 更为乐观。相反,她只将自己限定在帮助她的来访者记住有效的事件,而这些事件与她认为自己过于仁慈是不相符的。

我们常常认为记忆是一架录音机或者照相机,过去的事情被分门别类记录在那里,只要我们愿意,随时都可以调出来。但是,记忆完全不是这回事。记忆是一个故事讲述者。它通过强调某些事情以及省略其他的事情,而创造情节和意义。叙说治疗师的评估,探索来访者记忆的两个方面——以问题叙说,也就是一个苦恼的故事(并非病态的)开始。不将这些问题的问题理解成个人的失败,而是视为支配、疏离和挫折的故事。从这里开始,治疗师帮助来访者在记忆中,寻找故事的另一个方面——为他们的勇气和坚持而荣耀的一面,为希望打开通道的一面。

■ 治疗技术

几乎所有的叙说干预,都以询问的方式进行。这些干预几乎从不肯定任何事情,也不作出解释。只不过一个接一个地问问题,常常重复来访者的回答,并将其记录下来。

在第一次访谈中,叙说治疗师开始探查人们是如何分配他们的时间的。这样能使治疗师有机会,了解来访者如何看待他们自己,而不必卷入其漫长的历史,指责常常是这段历史的一部分。他们特别注意人们的才干和能力。作为建立合作气氛的进一步方式,Zimmerman 和 Dickerson(1996)鼓励来访者,询问任何有关治疗师的问题。如果来访者愿意的话,他们也邀请来访者阅读他们的笔记。他们常常记录每个人所说的话,这样不仅能帮助他们记住要点,也能使来访者觉得,他们的观点受到尊重。

外化:人不是问题。叙说治疗师以要求来访者说出他们充满问题的故事



开始,倾听相当长时间后,才表达对家庭克服困难的欣赏。建立了信任的感觉后,治疗师开始对外化问题进行询问,并彰显问题的破坏效应。

从一开始,问题便被视为与人分离开的,并被认为对人有影响——“它将他们带到这里来了”——要求每个人谈出他或她自己对问题的看法。一开始便可以使用外化的语言。可以达到这个目的的一个主要方式,是询问问题的结构,而不是它的原因(探究原因的问题常常导致责备),或者勾画问题的影响。“内疚感如何影响你?”“它还有其他效应吗?”“内疚感‘告诉’你什么?”

治疗师对索引问题的询问,直接表明它属于任何一个人,相反它试图去拥有他们。例如,有一个案例,父母所描述的问题是,因为女儿的鬼鬼崇崇,他们缺乏对她的信任,治疗师并没有如此回应:“所以你女儿的鬼鬼崇崇困扰着你们。”相反,治疗师可以这么说:“所以,鬼鬼崇崇导致你们女儿的行为方式,引起了你们之间的裂缝,对吗?”

有时候,整个互动的模式都被外化。例如,上述个案中,青少年的父母对其鬼鬼崇崇的反应,是增加控制。Vicki Dickerson 选择了强调裂缝正在被强化这种模式——他们所有人都同意的一件事便是,他们都不喜欢将他们分开的这条裂缝。因此,并不将女儿的鬼鬼崇崇或者父母的不信任确定为问题,而是裂缝变成了怂恿鬼鬼崇崇和控制的敌人。裂缝告诉父母,他们的女儿不能被信任;裂缝导致女儿的行为更加隐秘,并且告诉她远离父母。裂缝是他们可以联合所有的力量一起对付的目标(Zimmerman 和 Dickerson, 1996)。

问题总是被个人化——被描绘为不受欢迎的入侵者,试图驾驭人们的生活。例如,在讨论饮食问题时,一位妇女被问道,厌食症如何说服她让自己饥饿。一个患恐惧症的孩子被问道,恐惧究竟在多大的频率上能让他按它的意愿行事,以及他在多大程度上能够容忍它。一位受内疚煎熬的母亲被问道,自我憎恨是如何让她觉得她作为父母是如此糟糕的。

这一类询问问题的方式,常常会使家庭为难,他们会很不习惯,好像在谈论生活在他们家里的一个想象的实体。只是将外化当作一个把戏的治疗师,可能会缺乏足够的信服力,而这种信服力,对克服以这种方式讨论的最初的难堪又是必不可少的。另一方面,治疗师如果真正将问题视为引起极端和误解的敌人,他们会发现外化问题将如行云流水。White 认为问题是依靠其效应才能得以生存的,所以来访者可以通过对问题加以忍耐,不让问题对他们造成



影响,以此来切断问题的“生活支持系统”。

Sallyann Roth 和 David Epston (1996)设计了一个练习,可以帮助治疗师掌握如何将问题外化。让一组受训者轮流成为问题——如自我憎恨——另外一些人则对他们进行访谈。访谈者可能会询问以下诸如此类的问题,来让受训者扮演自我憎恨:“在什么样的情况下,你得以进入X的世界?”“你是如何干扰X的家庭和朋友的生活的?”

外化本身就具有很大的影响力。随着时间的推移,人们与其问题往往会变成同一身份。他们相信,问题的存在正是他们的性格有缺陷的证明。这种思维方式无疑会毒害信心。当问题被外化时,就好像人们躲在它的后面,对它进行窥视;家庭成员也可以因此看到一个更为健康的人,只不过问题隐藏在其后面而已。

Bill 不再是一个抑郁的人,相反他是一个常常被抑郁所征服的人,他和他的家人一样,都视抑郁为敌人。当治疗师问他有关抑郁的技巧和效应时,Bill 开始出现抵抗抑郁的动机。

谁应该负责,人还是问题? 治疗师在许多次访谈中,询问大量的问题来探索问题如何妨碍或者支配整个家庭,以及家庭在多大程度上可以驾驭问题。这些问题被称为相对影响问题(relative influence questions)。通过让所有家庭成员参与讨论,常常便可发现,问题成功地扰乱了他们的相互关系——促使他们分裂并加以征服。

“已经征服了 Jenny 的暴食症,究竟在多大程度上,妨碍了你希望与她在一起的方式?”“当抑郁征服了爸爸时,对你们的家庭生活有什么影响?”“当发脾气使 Joey 大吼大叫时,你认为你的反应是为发脾气增添了燃料,还是减少了燃料?”

在问题故事的字里行间阅读。 在询问相对影响问题时,治疗师应仔细倾听,寻找闪光的事件或者能够避免问题影响的独特结果,然后,仔细询问这一结果是如何取得的。

“你能否记得有那么一次,愤怒差一点将你打倒,但你没有让它得逞?你是如何做到的?”“是否有时你的女儿,不相信厌食症告诉她有关她身体的谎言?”“当 Jenny 挺住了来自酒精的巨大压力时,你是否欣赏她这个巨大的成就?”这些独特的结果变成了新的更有勇气的故事的奠基石。



重塑整个故事。从来访者的故事中筛选出来的,相对于问题的才能方面的证据,可以作为有关他们到底是什么类型的人的新叙说的开始。治疗师可以通过询问对来访者来说过去和现在克服问题的一系列的胜利,来启动并促成这种联系。例如:“当你有能力击败抑郁的那个时候,你会是一个什么样的人呢?”“你的儿子必须具有什么样的性格特点,才能做这件事情呢?”治疗师也可以超出与问题有关的事件,拓展历史性的范围,以便找到更多的证据,支持新的自我叙说。“有关你的过去,你还能告诉我什么,来帮助我理解你是如何将愤怒处理得如此之好的?”“有谁在你孩童时候就认识你,并且对你那几次能够忍受恐惧,而不会感到惊讶?”

当新的自我叙说开始初具规模时,治疗师可以将焦点转移到未来,邀请来访者或者家庭,展望即将发生的符合新故事要求的变化。“现在你已经发现了有关你自己的一些事情,你认为这些发现将如何影响你与自我憎恨的关系。”这个自我故事,包括过去的、现在的以及未来的版本——这便是彻头彻尾的叙说。

强化新故事。因为叙说治疗师认为,自我是在社会互动之中组成的,因此,人们对他们的新故事,会受到孕育旧故事的同样情境的破坏,是十分敏感的。正是在这一点上,治疗师可以帮助来访者,找到一个听众,对他们为自己建构新故事的进步予以支持。

或许可以告诉来访者,去与他们过去认识的,能够证实他们新故事的人接触——这个人能够确认,并且补充来访者能够有效采取行动的例子。也可以鼓励来访者,在他们的生活圈子中,筛选能够充当他们新故事的支持性的目击者角色的人选。有时,可以组建“团体”,有同类问题的人组成不断发展的小组,相互支持来对抗问题。例如,温哥华抵抗厌食症/抵抗暴食症团体(Madigan, 1994)便有新闻通报,并且可以监督媒体,给那些刊登了某个女性消瘦的典范的照片,并且鼓励妇女节食的报纸、杂志和公司总裁写信。

David Epston 开先河地运用了写信的方式,在访谈之外延长了治疗性对话。这些信件对来访者对痛苦的忍受,表达一种由衷的欣赏;新故事的梗概以及治疗师对来访者能力的信任,都可以继续发挥作用,促进提高。这个技术的优势是,其文字不会消失,这一点与在对话中所使用的文字不同。来访者告诉 Epston,他们会定期重新阅读几年前他寄给他们的信函,以提醒他们曾经痛苦



的经历,并且提醒他们偏离了多远(Epston,1994)。

所有这些努力——筛选证人和听众,组建小组和团队,写信和出具证明——都是在与社会建构主义者保持联系,强调在互动中创造和维持变化。对于其新身份需要巩固的人们来说,他们需要社区帮助确认和强化他们重新构建的叙说,帮助抵抗与之相反的文化和家庭的信息。在访谈中所发生的一切,不过是一个开始,因为目标并不在于解决某个问题,而在于改变思考和生活的整个方式。

每次访谈结束时,叙说治疗师常常会总结所发生的一切,并确保使用外化的语言,强调曾经提到过的各种独特的结果。Epston 常常会将这些总结写进信函中,寄给来访者。这些总结的效应,在于告诉来访者,治疗师依然与他们在一起,庆祝他们像花朵一样正在绽放的新身份。由治疗师促成的这种欢乐的感觉,可能非常鼓舞人心。

对破坏性的文化假设的解构。有时叙说治疗师会更加明显地往文化叙说方面紧靠。例如,治疗师也可能问一位厌食症的妇女,她的价值在于她的外貌,这一观念是如何形成的。这样可以引导出妇女在我们这个社会的地位问题。同样地,治疗师也可以询问一个有暴力倾向的男人,他为什么会认为男人永远也不能软弱,不能温柔体贴,紧接着便会对他收到的信息进行解构化。

为了弄清楚这种对文化态度的解构的模样,我们将列举 Mary Sikes Wylie(1994)所描述的 White 的一个案例:

White 说,John 来看 White 是因为“他是一个从来没有哭过的男人”——他总是不能表达他的情绪——他觉得孤单,觉得与他的家庭存在隔膜。还是在孩童时代,John 就被告知,无论是在家里,还是在他的澳大利亚的初级中学,任何温柔或者“软弱”的表示,都是没有男子汉气概的,都将会受到严厉的惩罚,以及野蛮的当众羞辱。White 询问了 John 一系列既是政治的同时也是个人的问题,获知了有关这个男人“私人的”心理痛苦的资料,并将之联系到在他的青年时代占优势的“公众的”文化实践、僵化的性别歧视以及攻击性的男子气概。“你的这些想法和习惯(觉得没有能力,男子汉气概不够等等)是如何形成的?这些感受是如何训练出来的?你认为羞辱的仪式(被学校当局当众开除,因为不擅长运动或者不够坚强和强壮而受到老师和同学的奚落)导致了与你自己的生活疏离开来了吗?这些就取消了你的资格吗?这些对你来



说,是帮助还是妨碍了你,去认识作为男人还有另外一种方式?”(p. 43)

在以这种方式对男性形象进行解构后,White 帮助 John 回忆起他对此予以对抗的时候,帮助他认识到,他排除当时的社会化干扰,保持温柔和关爱的各种努力的崇高品质。

Sneaky Poo 个案。恰如以下摘自 White(1989)一个有关受排便困扰的孩子的家庭的描述一样,他的治疗在他的个案描述中非常生动。

当勾画家庭成员对我们称之为“Sneaky Poo”的影响时,我们发现:

1. 虽然 Sneaky Poo 总是蒙骗 Nick 来当他的玩伴,但 Nick 还是能够回忆起,有很多次他并没有让 Sneaky Poo 的伎俩得逞。在这些时候,Nick 本来可以同样采取蒙骗的方式与 Sneaky Poo 一起周旋,但他没有这样做。他没有让他自己陷入这个圈套中。

2. 本来最近 Sneaky Poo 有机会使 Sue 陷入痛苦之中,但她没有这样做,而是采取老一套的方法。那一次,她也没有质疑她作为一个母亲或者一个人的能力。

3. Ron 记不起他未曾受 Sneaky Poo 的干扰,而与他人疏离的时候。不过,在他意识到 Sneaky Poo 对他的要求后,他似乎对反抗这些要求的主意变得有兴趣了。

4. ……在 Sue 与 Nick 的关系方面,她认为她仍然有欣赏之处,Ron 也在为保持与 Nick 的关系而作出努力,Nick 认为 Sneaky Poo 并没有在他与父母的关系中,毁坏全部的爱。

在知晓了 Nick、Sue 和 Ron 对 Sneaky Poo 生活的影响后,我引入了鼓励他们有关这些例子的意义进行探索的问题,以便他们能够“重塑”他们的生活和关系。

他们是如何用这种方式来有效地对抗这个问题的呢?这种方式又在他们以及他们的关系中有何反应呢? ……这次成功能否使他们对他们有可能采取解决问题的下一个步骤,有所帮助呢? ……面对这些问题,Nick 准备不再让 Sneaky Poo 如此戏弄他,并且决定不再担当其欺骗的伙伴。(pp. 10~11)

两周后,White 发现 Nick 在一次小小争执中,可以与 Sneaky Poo 英勇斗争,并且显得更加快乐和强大。Sue 和 Ron 也能在战斗中完成他们的任务。



当她努力不与 Sneaky Poo 让她感到内疚的要求合作的时候,当 Sneaky Poo 正要将她打倒时,Sue 开始“自我治疗”,Ron 也开始与朋友讨论这个问题,并借此与 Sneaky Poo 试图让他孤立的努力而斗争。

我鼓励家庭回忆和推测,这次成功反映了他们作为人的何种秉性,反映了他们关系的何种特点。我也鼓励他们再想想,这些事实说明他们现在与 Sneaky Poo 究竟是什么关系。在这次讨论中,家庭成员发现了他们可以采取何种措施,来避免 Sneaky Poo 邀请他们参与圈套。(p. 11)

White 报道了这个家庭,在治疗间歇期仍然继续努力。在第三次访谈时,他们确信 Sneaky Poo 已经被击败。六个月后进行追踪时,他们仍然运作良好。

评估治疗理论和成果

通过外化问题,对悲观的生活故事解构,表达对来访者坚定的信心,叙说治疗师已经构建了导致变化的有效方法。以一揽子的形式提出问题,使得问题不太像容易遭到抵抗的忠告,反而会有助于来访者产生合作者的感觉。

叙说治疗两个最有效的因素,是叙说隐喻本身以及外化问题的技术。叙说方式的优点和缺点都在于其过于关注认知。叙说治疗师拒绝控制论模式——将家庭视为功能失调的反馈环,也否认有问题的家庭一定存在某些错误的观念。不幸的是,他们也抛弃了家庭治疗公认的三大原则:(1) 认为心理症状常常与家庭冲突有关;(2) 认为人类的问题是交互作用的,也就是说要基于两人(互补,交互)和三人(三角化)来考虑;和(3) 将家庭视为一个整体来对待。

将问题看作需要解构的故事,忽略了下述这个基本事实,那就是有些家庭的确存在冲突,而且其冲突并非因为他们暂时组合在一起为一个外化的问题而斗争,便会消失。例如,生活空虚的父母也许在让孩子成长方面存在问题。难道帮助他们的孩子与叛逆斗争,空虚便会蒸发吗?

在帮助人们重述他们的经验的过程中,叙说治疗师常常会同意不愉快的情绪的观点——包括愤怒、恐惧、焦虑和抑郁——这一点恰似认知—行为主义者:回避,而不是探索烦恼。他们询问愤怒或者恐惧是如何“击败”来访者的,



但很少问来访者为什么会愤怒,或者他们惧怕什么。

家庭治疗的早期版本的确认为家庭是问题的源泉,并责怪它们继续维持问题。叙说运动已经帮助这一领域转向对家庭更为尊重,且与家庭采取更合作的态度。不过,叙说运动在拒绝早期家庭治疗纡贵降尊式的傲慢姿态的过程中,也拒绝了系统式思维,认为系统式思维强调机械论的元素,拒绝更人性化的方式(观念来自像 von Bertalanffy 这样的理论家)。家庭治疗最伟大的贡献之一,在于将人们和他们的问题带入心理治疗的同时,带入了一种情境式的理解。非系统式的治疗师,受疾病模式的影响,鼓励人们与问题斗争(借助药物、支持小组、教育),而不是去探索问题所植根的关系网络。叙说治疗师反对疾病模式,认为将问题视为单一类似的情境的观点同样值得商榷,而应努力从问题的生态学背景去加以理解。

叙说治疗师的视角超越了家庭,而放在家庭所植根的文化假说,这一点使得其工作带有明显的政治色彩。许多叙说治疗师都同意 Vicki Dickerson 有关叙说治疗“首要的是将问题放在其文化背景中去考量”的观点(Freedman, 1996)。也就是说,家庭治疗在于帮助来访者,辨别和挑战普遍存在但常常又是未经检验的惯例,这些惯例渗透于社会的各个角落,并导致自我价值以及和谐出现很大的困扰。但一个人又如何不带有自己的政治偏见而行事呢?

虽然有些治疗师仍然保持严格的治疗中立,多数治疗师认为,现在正是必须对令人反感的文化假设予以质疑的时候。通俗文化导致许许多多毫无助益的价值观的产生,这是千真万确的。问题是,有什么最好的办法可以帮助人们避免自身受这些影响,而又不加入自己的价值观呢?这是一个复杂的问题,叙说治疗只回答了某一个方面。我们希望这个例子可以激励所有的家庭治疗师,全力以赴地解决这个问题。

小结

叙说方式建筑在两个有组织的隐喻的基础上:个人叙说和社会建构。当记忆说话时,它告诉的是一个“叙说的真实”,其影响比“历史的真实”要大。呈现到治疗师面前的“事实”,部分是历史的真实,部分是建构的。建构,构造了某个家庭共享的真实,也代表了相互的理解和共享的偏见,它们之中部分是有



用的,部分是毫无用处的。

叙说治疗师通过外化问题,打破了毫无助益的故事的钳制。通过挑战事件的悲观版本,治疗师为灵活多变和希望腾出了空间。开启独特的结果,便意味着开启了新的更乐观的故事的视角。最后,治疗师鼓励来访者,创造倾听支持性证据的机会,借助他们所偏好的情节,重述他们生活的方式,促进其进步。

叙说治疗的策略可分成三个阶段:(1)问题叙说阶段。通过聚焦于问题的后果,而不是其原因,将问题重塑为烦恼(外化)。(2)发现例外。可以驾驭问题的局部胜利和采取有效行动的例子。(3)支持性补充。鼓励某种公开的仪式,强化新的引人入胜的解释,这样可以推动属于个人顿悟的认知建构不只是转向行动,而且转向社会支持行为。

让这些策略变成实践的技巧,包括一系列精心设计的问题:

■ 解构问题(deconstruction questions):外化问题。“抑郁在你的耳朵里耳语了一些什么?”“因为这个问题,对你们的关系来说,你可以作出什么结论?”

■ 开拓空间的问题(opening space questions):揭露独特结果。“是否曾经有那么一次,争吵本来可以控制你们的关系,但最后还是没有?”

■ 偏好性问题(preference questions):确认独特结果代表令人欣喜的经验。“这种处理事情的方式是更好,还是更糟?”“那是一个积极的还是消极的发展?”

■ 故事演绎问题(story development questions):从(偏好性)独特结果的种子中,演绎出新的故事。“这种方式与你以前的做法有什么不同?”“谁在这种处事方式中起作用?”“谁会首先注意到你的这些积极的变化?”

■ 赋义问题(meaning questions):挑战消极的自我意象,强调积极因素。“你能做这些,对你来说意味着什么?”

■ 将故事拓展到未来的问题(questions to extend the story into the future):对变化予以支持,对良性的发展予以强化。“你估计明年会怎么样?”

叙说治疗的社会建构主义基础,使得这一模式带有一定的政治色彩,并且有意弱化家庭动力和冲突。叙说治疗师并不着眼于家庭内部功能失调的互动,而是在外部寻找某些文化价值和机构的破坏性影响。他们邀请家庭成员团结一起,反对这些价值和实践。他们并不保持中立,而是有所偏好和提倡。

第十四章

整合模式



折中主义
选择性借鉴
特别设计的整合模式
小结



为了打破那个时代占主导地位的范例，家庭治疗师将他们自己定义为彻头彻尾地与精神分析相对立。精神分析不是声称行为是无意识力量的产物、家庭关系是个体心理动力的功能、只有领悟才能带来持久的变化吗？家庭治疗师便坚持认为，个体行为受家庭结构的支配，“领悟”对问题解决毫无必要。

同样地，因为不同学派的家庭治疗根据它们自己的理解，设计出各自的应用方式，它们因此不仅强调自己的优势，也强调它们的差异。Bowen 常常以向家庭成员谈话的方式，试图劝说他们；Minuchin 则坚持真正能够了解关系的方式，是让人们相互直接对话。新的学派也未能避免这种我们一反对一他们(us-against-them)的思想；解决中心和叙说治疗师，两者都在某一点上，对传统学派所定义的某些特征予以拒绝。他们反对机械论，也绝对不是行为论者，他们完全放弃冲突是家庭问题的源泉这一观念。

正因为如此，激进的修正主义者常常在旧的学派中寻找陷阱。他们代表反对的一派，而不是新的综合派；他们因为散布完全片面和攻击性的观点，而受到指责。正如系统治疗师花费了多年时间，才超越他们对精神动力学的诋毁，这些后现代主义者很可能也需要花费很长的时间，才会去反省他们从家庭动力学派学到了什么，并将之带入他们的工作之中。

不管采取何种努力，经过一段时间的各自分化以后，整合似乎成为唯一的可能。在家庭治疗的早期阶段，整合(integration)的想法具有消极的涵义，这丝毫也不奇怪。当新出现的学派将所有的能量，都放在分化上的时候，整合便被视为是对经典模式的耗损，而不是丰富。

不过，在过去的十年里，人们逐渐意识到，没有任何单一的方式，能够在临床疗效方面起垄断作用。家庭治疗学派之间区分和竞争的时代已经过去。随着家庭治疗进入它的第五个十年，占主导地位的趋势是整合。

当强调真理的复杂性时，整合似乎是一个毋庸置疑的好主意。人类是存在于受生物、心理和社会影响的复杂系统里的复杂——思维、感受和行动——的生命体，这是不同学派需要相互合作的最明显的论据。不对所有这些维度产生某种影响，没有任何一种治疗可以获得成功。不过，也有另外一种合理的说法，折中主义导致治疗丧失了，可能是由聚焦于经验的某些特定因素而形成的强度。有许多方法可以用来剥猫皮，但同时尝试所有的方法，则未必明智。

正如我们在本章将会看到的，“整合”包括三种非常不同的方式。第一种是



折中主义(eclecticism),由不同的模式和方法混合而成。第二种是选择性借鉴(selective borrowing),即使是相对纯粹主义者,有时也会采用其他方式的技巧。第三种是特别设计的整合模式(specially designed integrative models)。在所有特别设计的整合模式中,包括吸收了不同影响因素的理论性模式,如 William Nichols(1996)和 Bill Pinsof(1995)的整合方式;由两种互补方式结合而成的使用模式,如 Eron 和 Lund(1996)的叙说解决治疗、Jacobson 和 Christensen(1996)的整合式夫妻治疗;专为某种特定的临床问题所设计的整合模式,如 Virginia Goldner 和 Gillian Walker 针对婚姻暴力的夫妻治疗(Goldner,1998)。

折中主义

研究生训练的一个优势,是学生可以面对许多不同的方式,而且可以在老师的指导下,对这些方式进行批判性思考。不幸的是,研究生院有时培养出来的只是上佳的批评家,而不是临床学家。从长远来看,某种程度的专业性的不可知论,很可能是一件好事;但从短期来看,则有可能导致混乱。

你会在第一次访谈时,做些什么呢?好的,尽量确保每个人都到场出席,与他们中的每一个人打招呼,尽量让他们觉得舒服。当然,也要询问有关索引问题。那么,然后呢?假如有一位母亲说她14岁的孩子变得越来越粗鲁和无礼,你会聚焦于她的感受吗?询问她的丈夫如何看待这个问题?安排一次活现,让她与她的孩子对话?询问例外情况?所有这些选项的任何一种,都可能有用。但如果试图采用所有这些选项,则很可能导致缺乏焦点。

有效的整合不能只是在不同的模式中选择。要产生有用的整合,需要避免两件事情。第一件是在没有概念的焦点的情况下,对不同的方式进行技术抽样。这样带来的问题是,理论的粗俗和临床的前后矛盾。



案 例

一位正在接受精神动力模式督导的学生,要求在案例讨论会上报告一个个案,这个个案经过开始的几次有效的访谈后,治疗便陷入了困境。出席案例讨论会的绝大多数人,都不熟悉精神动力模式,但他们对这位学



生在治疗中所取得的成就,非常有兴趣,而且印象也很深刻。但当案例讨论会进入讨论阶段时,出席会议的一些人便建议,要推动这个个案再进一步,也许要尝试采用其他方式——认知—行为、结构、叙说,或者其他方式,那就要看是谁提出建议而定。

第二件要避免的事情是中途换马。几乎每一种治疗方式,在某个时段都会遇到困难。一旦出现困难,初学者也许会尝试转向一种完全不同的模式。如果结构式行不通,也许叙说式会奏效。问题是几乎所有的策略,都只能一时奏效——然后便会停滞不前。遇到阻碍未必是要改变模式的理由;这也许正是你和你的来访者抵达了他们的问题的核心的一个信号;这正是让你的工具变得更加锋利的时候,而不是丢弃它们的时候。

研究生训练计划通过采用协调一致的方式的强化指导,可以为漫无焦点的折中主义提供一剂解毒良药。不幸的是,目前愿意花费时间和金钱,接受高级培训的治疗师越来越少。许多近年毕业的学生希望得到更多的培训,但他们需要贷款去支付培训费用,他们渴望安定的生活,或者他们觉得他们拥有的知识和经验已经足够开始自己的事业了。那些愿意作出牺牲,接受博士后训练的人,很可能作出他们未曾作出过的最好的专业决定。

选择性借鉴

后现代主义使得家庭治疗这个领域更具包容性,这一趋势也同样发生在经验丰富的从业者身上。当家庭治疗的老前辈们,被要求在《美国家庭治疗学会新闻通报》(Winter, 1999)的某期专刊,讨论他们的从业生涯时,许多前辈们说,在过去的岁月里,他们已经变得不那么教条主义,而且吸收了其他模式中的一些观念——但他们仍然坚持让他们原创的理论的核心作为基础。例如,男女平等主义者家庭治疗师 Betty Carter 曾经接受过 Bowen 模式的训练,并且一度认为这一模式之要领,足以让她应付将来所遇到的一切。“我从来没想到,我要放弃整个理论,另起炉灶,从头开始。当然, Bowen 理论与所有的早期理论一样,在有关权力方面存在同样的盲点,所以所有这些理论都必须添加新的内容。”(Mac Kune-Karrer, 1999, p. 24) 当今时代,在受



过训练的治疗师里,极少有纯粹主义者。与Carter一样,大多数变成了选择性的借鉴者。

要做到选择性借鉴,你需要对某一个范例有坚实的基础。你究竟选择哪一种范例,部分依赖于你能够接受何种训练计划。尽量充分利用机会,向有可能督导你的人学习,可能是一个很好的主意。不过,你对你最后专攻的模式,也应该有充分的了解。从某方面来讲,你可以任意选择训练和督导,不过,你所要选择的模式,应当与你如何看待人,以及与你如何与他们互动相一致。如果叙说治疗能够激化你,就选择接受这种方式的训练。在研究生院,面对你的老师所提供的培训,你可能选择的机会不多。但是此后,如果仅仅因为方便的缘故,就限定在某一特定的训练类型,则可能是一个错误。

那些最终能够采取结合模式,或者成功地掌握一种以上模式的治疗师,通常不会在同一时刻学习这些模式。如果没有理论的焦点,随意应用从各处学来的技术,会导致混乱的折中主义形式,导致治疗师前后不一致或者无法令人信服的左右摇摆。有效的借鉴并非指技术的大杂烩,也不是在治疗暂时陷入僵局时,从一种方式转换到另外一种方式。如果你能将借鉴来的技术,与你正在进行的基本范例相匹配,则从其他模式借鉴来的技术,便很有可能出现效果。



案 例

假如一位结构式治疗师治疗陷入争斗之中的一对母女,母亲总是批评女儿不负责任,女儿也总是依然如故地做出没有责任感的行为。如果母亲退让一步,停止批评,女儿可能会觉得妈妈没有那么吹胡子瞪眼睛的,也许会开始独自采取更负责任的行为——或者如果女儿愿意开始采取更负责任的行为,也许母亲会因此而退让。但是,只要他们每个人继续保持对另外一个人的先占观念,而且继续做那些让人畏惧的事情,则不大可能打破这个循环。

假设治疗师打算采取外化问题的叙说技术,不再用“唠叨”和“毫无责任感”来极化(polarizing)母亲和女儿,也许可以让她们相信,并开始用她们之间存在“不和”这个术语来思考。这种思考上的转变,或许可以为她



们打开空间,并重新回到更为合作的相处方式上。但如果母女之间的争吵,是两人过于缠结的结果,则试图让她们以更和谐的方式在一起相处,很可能会于事无补。

事实上,我们上述所描述的个案并不是虚假的。这里介绍治疗师是如何在这种情况下,引入外化(externalizing)技巧的。



案 例

因为治疗师觉得母亲与女儿的争吵,是她们过于缠结的结果,所以他首先集中全部精力帮助母亲,探讨她与其丈夫之间所存在的导致他们疏远的某些冲突。当她和丈夫开始变得更亲密时,她便不会花那么多时间,去担忧女儿在做或者不在做什么了。

接着,在与女儿的单独访谈中,治疗师找到了一种引入外化技术的有效方式。由于妈妈的唠叨,女儿陷入了主动逃避责任的习惯之中;同样由于学校功课任务过于繁重,她在做家庭作业时,也感觉到她母亲在唠叨时给了她同样的压力。

治疗师指出这一点之后,发现女儿开始内化(internalize)她母亲强硬的性格。“我觉得我是有些懒惰,”她说,以一种自我实现的预言式的方式。治疗师的回应是,询问她“拖拖拉拉”在什么时候击败了她,什么时候“它”不能击败她。这样可以有效地帮助女儿,与她所采取的消极的投入或内投射(introject)分离开,并因此而给她以力量,使她开始重新回到学校工作的轨道上来。

特别设计的整合模式

许多从业者最后都变成了选择性借鉴者,将观念和操嫁接接到他们基本的模式上,但也有一些治疗师利用所存在的模式之间的互补方面,创造了新的



合成体。其中一部分整合是综合的,在一把雨伞下囊括了各种模式;而另外一些整合,则只是简单地将某种模式的元素与另一种模式的元素结合,形成一种杂交式的模式。

■ 综合理论涵盖模式

为了对付家庭生活的复杂性,家庭治疗的创立者们针对人类经验的某些特定方面,发展出了特定的模式。虽然这种选择性促使不同学派巩固了他们各自的模式,但最终也创造了一个竞争的环境,强调学派和模式之间的差异,并且阻拦治疗师利用其他模式的长处。这个领域的日渐成熟,逐渐认清了宗派主义的腐蚀作用,认为应该倡导更具实用性的模式。当然这并不意味着将某个人的实践限定于某个模式,而是对现存的模式加以吸收。

这些综合模式的优势在于,它们将更为广泛的人类经验,带入了治疗师的视野。它们也为干预提供了更多的选择。例如,一位有文化视角的治疗师,便不会简单地想方设法将缠结的母亲和孩子分开,而会帮助母亲重新审视,导致她不能对她自己的生活更为满意的种种假设。

综合模式的不足在于,需要有大量的治疗师。首先,治疗师不可能只擅长于某一项,比如说解决家庭三角关系;他们还得考虑大量的其他情况——一个人的内心世界、跨代问题甚至包括政治问题——以及更为广泛的干预措施。另外,采用更为全面的构架的治疗师,必须防止前面提到的那种趋势,就是放弃得太快,随随便便就从一种策略转换到另外一种策略。

下面我们将列举两个旨在增加综合性的模式的例子。第一个是元构架(metaframeworks),选择贯穿家庭治疗不同学派的关键观念,并将它们以超纵坐标原则(super-ordinate principles)的方式加以联结。第二个是整合式问题中心治疗(integrative problem-centered therapy),按顺序将几个不同的方式加以联结,为在治疗师陷入困境时,从这个方式转换到另外一种方式,提供一个决策树(decision tree)。

元构架模式(the metaframeworks model)。元构架是在芝加哥青少年研究所工作的三位家庭治疗教师合作的产物,他们是: Douglas Breunlin、Richard Schartz 和 Betty Mac Kune-Karrer。这个方式提供了一个统一的理论构架,可以在人类功能或元构架的六个核心范围进行操作:个体内部心理过程、



家庭组织、家庭互动顺序、发展、文化和性别(Breunlin, Sshwartz 和 Mac Kune-Karrer,1992)。

元构架的应用可以借助下述术语予以表达,那就是在各种层面上,解除对家庭解决其问题的约束。



案 例

例如,一位抑郁的妇女可能在许多方面同时受到约束。在内部过程层面上,她也许因为需要留一点点时间给她自己,或者因为她的孩子们抱怨没有朋友(如果孩子们觉得不快乐,那一定是妈妈的过错,对吗?)而内疚,并且因此感到负担重重。在家庭组织层面上,她也许因为第二次婚姻而疲惫不堪,她的继任丈夫完全专注于他的事业,而让她料理家务和照顾孩子。另外,她也许还一心想着多动的儿子,并且在如何对待儿子方面,与她自己的母亲观点对立。这个模式可能只是某个序列的一部分,在这个序列里,每当她的前任丈夫每个月来造访一次后,儿子的行为就更糟糕。最后,这位妇女的情形,也可能与由家庭和文化信念所维持的跨代模式有关,例如,女性应当为她们的家庭而奉献,永远也不能“自私”。

当治疗师认为诸多约束形成的网络,妨碍了这位女性和她的家庭的时候,有一个网络从一开始便常常出现,但治疗师却总是只能察觉到其他网络的影响,并且在必要时,也能相互转换。因此,治疗也许可以从性别元构架开始,重新审视这位女性有关自私的信念,以及她的丈夫对男性和女性固有角色的不平衡期望。在某个时候,焦点或许可以转移到内部构架,治疗师可以对持有这些信念的伴侣进行询问,询问他们所扮演的角色,以及这些角色与他们过去的角色有什么关联。这种探索也许可以促使这位女性重组家庭的责任,治疗也因此转移到组织元架构。另外一些时候,夫妇或许可以讨论,他们的儿子的行为与其年龄相比,在幼稚和成熟之间摇摆不定,这样他们就进入了发展构架之中了,诸如此类,不一而足。

元构架模式并不简单。在治疗师常常求助于公式化的技术的时代,这个模式促使临床学家从更大范围的可能性方面去思考。不过,对受宗派主义模



式狭隘范围约束的多数治疗师来说,元构架方式无疑提供了更综合的观点和更广泛的选择。

整合式问题中心治疗(integrative problem-centered therapy)。元构架提取不同理论的精华,并将之结合成一个新的合成体;而整合式问题中心治疗,则只是将各种各样的家庭和个体方式,按照顺序合并在一起,并没有打算将它们结合在一起。整合式问题中心治疗是由西北大学家庭研究所的 William Pinsof (1995,1999)和他的同事们,在过去的二十多年里逐渐发展起来的。

与大多数治疗师一样,Pinsof 在他的职业生涯之初,便深信他所接受的训练模式(策略式家庭治疗),将会毫无疑问毫无例外地有效。不过,与选择性借鉴者不同,当他受到他所学理论局限的困扰时,他不只是增加新技术,而是增添了全新的整体模式。例如,如果他的策略模式看起来不那么奏效,他也许会按照 Virginia Satir 和 Susan Johnson 的方式,帮助家庭成员探索和表达他们的情绪。在其他情形下,他或许会推荐精神药物评估。如果一直无法获得效果,他可能会吸收(外)祖父母加入治疗,或者甚至为某些家庭成员提供个体治疗。

这种序列对于 Pinsof 的意义,部分是因为它反应了他自己个人的成长历程。不过,它也说明有些问题根源很深,而另外一些则不然。某些家庭对行为或结构式的干预反应良好,而另外的家庭可能需要更多的深度关注。如果有必要的话,为什么不能从心理治疗的整个谱系来考虑,而是对所有的困扰,仅以一种方式来处理?



案 例

为了阐明 Pinsof 的模式,假设有一对六十多岁的夫妻,因为爱挑剔而剧烈争吵了一年。他们将争吵归因于丈夫越来越严重的阳痿。治疗师在探索依附在这些事件上的意义时,发现妻子认为丈夫缺乏性反应,表示她的吸引力在减弱,而他则认为是男性能力衰退的标志。这些结论对他们每个人来说,都是很痛苦的,所以他们回避对性进行讨论,性生活也越来越少。



治疗师与他们每个人都结成联盟,让他们有足够的安全感,来表露他们隐秘的痛苦,消除对配偶感情的误解。如果在这一点上,他们反应良好——争吵少了,性生活满意了——治疗便可以停止。如果反应不好,治疗师可以探索阳痿可能的生理性原因——疲劳、抑郁、早期糖尿病。如果在这个层面上的探索,仍然不能带来满意的效果,治疗师或许可以与每个配偶,讨论他们对老年化过程的一些未曾审视过的假设。如果问题仍然未能解决,焦点可以转换到个体内部心理的阻抗,他们中的一个或者两个也可能需要接受个别治疗。

读到这里,读者诸君看到有如此多不同的治疗模式需要掌握,也许会有些气馁。但 Pinosof 并不期望治疗师能熟练掌握所有这些治疗方式。整合治疗常常包括由一定数量治疗师组成的团队,特别是当家庭重要成员受到责难时,更需要他们自己的治疗师。不同取向的治疗师分别进行治疗,很可能是一个梦魇,而整合构架则能为合作提供共同的基础。

许多家庭治疗师认为,他们所采取的模式能够治疗所有的问题,也有它们的局限,元构架和整合方式代表着对这种认识的两种可能的反应。一种解决方法(元构架)很类似于炼金术——到处采集一些片段,然后将其锻造成新的合成体。另一种(整合)则属于加成方式——不加修改,也不从理论上予以连接,便将所有模式联结在一起。

■ 联结两种不同方式的模式

发现一种方式局限太多的一些理论家,对将他们的模式与另外一种其他模式相结合,并以此对自己的模式加以改善的方式感到满意,他们甚至认为两种方式的结合比一种,而且很可能比五种或六种方式的结合都要好。其优势在于可以扩展某一个模式的眼界,而又不会丧失其焦点以及围绕焦点的相对稳定的范围。

叙说解决方式。令某些温和的从业者感到困扰的是,解决中心和叙说治疗师背弃了旧模式中有价值的因素。这就是为什么 Eron 和 Lund(Eron 和 Lund,1993,1996)将 MRI 模式与叙说技术相结合的叙说解决模式,如此令人欢迎。



策略式治疗遭受冷落的原因,包括其机械论假说和过于操纵的技术。策略学家们运用控制论模式,将家庭视为顽固不化、毫无理性可言。你不必对一部机器讲道理。家庭的历史也被认为无关宏旨而予以摒弃。治疗是思想上的,因此在某种程度上也是不受个人情感影响的。家庭常常偏好运用屡试无效的解决办法,不过,与这种领悟相比,上述那种思维方式的似是而非,就不那么重要了。Eron 和 Lund 重新激活了这种领悟,并将之纳入策略和叙说治疗的混合体。

纽约 Catskill 家庭研究所的 Joseph Eron 和 Thomas Lund 作为短程策略治疗师,其合作始于 1980 年代初。虽然他们深受叙说运动的吸引,但策略方式也有某些方面,是他们不愿意放弃的。所以他们将两者结合起来。叙说解决方式的最后版本,主要围绕着偏好观念(preferred view)的概念在演变:

- 偏好观念包括人们希望拥有以及希望被他人注意到的品质,如“坚定”、“关爱”、“有责任感”。

- 偏好观念塑造人们对于其行为的归因。“因为我冷静、独立、能够自己处理自己的事情,所以我才那么做(争吵)。”

- 偏好观念还包括人们的希望、梦想和生活的打算。“我希望与我自私和尖刻的妈妈有所区别。”

- 偏好观念也许还与(或者也许不与)人们的实际行为有关。“我也许在学校的功课不那么好,但我还是觉得我是一个勤奋和自律的人。我希望能上一间好一些的研究院,虽然按我的成绩来看,这没有可能。”

人们的行为与其偏好观念一致时,常常会处在最好的状态。另一方面,当人们的行为与他们的偏好观念不相符,或者他们认为别人在以与他们的偏好观念相矛盾的方式看待他们的时候,他们便会感到挫折和愤怒。

Eron 和 Lund(1996)推测,在人们自己以及他人如何看待自己方面,常常存在强烈的偏好。当人们的生活与其偏好观念不一致时,问题便开始出现。为了阐明这种差异,Eron 和 Lund 采用了 MRI 重构和叙说方式的重叙两者相结合的方式。

Eron 和 Lund 借鉴了 MRI 模式的基本前提,那就是问题的出现是因为未能处理好生活的转变时期所致。不过,Eron 和 Lund 更为具体和细致。他们



指出,当人们发现他们对他们自己偏好的观念,与他们觉得别人对他们的印象,或者对他们行为的看法不一致的时候,便会开始以有问题的方式思考和行动。

值得注意的是,当 Eron 和 Lund 跟随 MRI 模式寻找反复同样的循环的时候,他们的不同在于:不只是将焦点放在行为上,而且也放在人们如何看待他们的问题上。根据这个模式,冲突的产生是因为个体自己的偏好观念与他们所感受到的,其他人对他们的反映之间,出现了明显不一致。

Eron 和 Lund (1996)为帮助治疗师进行有助益的谈话,提供了下述指导。

维持对来访者的偏好和希望的兴趣。治疗师必须全神贯注于能够反映来访者如何更好地看待他们自己,以及周围重要人物如何看待他们的故事。可以询问下列问题,帮助来访者时常想起他们自己偏好的观点。

■ 你什么时候状态最好——在家、在工作的时候、在学校,还是和朋友在一起的时候?

■ 谁注意到——家人、同事、老师、朋友?

■ 在这些时候他们注意到你什么?

■ 谁是你最喜爱的亲戚、朋友、教师、其他成年人?

■ 他们喜欢你什么?

■ 他们观察到你什么?

■ 当你回想你的生活历史的时候,还有什么其他的时间,是你觉得状态最好的时候?

■ 当你展望未来而且你已经是你所希望成为的人士的时候,你会展望一些什么?



案 例

Eron 和 Lund(1996)在《叙说解决短程治疗》一书中,列举了一位在退休后不久以及肺气肿发作时,变得抑郁的被称为 Al 的例子。Al 喜欢认为自己富有成效而且乐于助人。但是他担心他可能难以像过去一样保持活力,他的家庭也不会再将他视为可以依靠之人。Al 所偏好的观念与他的知觉之间的差异,导致他觉得悲哀和无精打采。Al 看起来越来越抑郁,



家庭成员便开始为他做得越多,帮助他完成他未竟的计划,想方设法让他高兴,而所有的这一切只会加重他的沮丧。Al 对他所处的目前环境的看法的消极构架,影响到了他对过去故事的回忆。他认为他自己将会步他父亲的后尘,退休后很快就会衰退。Eron 和 Lund 认为,对目前状态的消极架构,会塑造人们能够回忆的过去的故事,这些故事反过来又会影响他们对未来的看法。

当 Al 被问到,他什么时候觉得,他就是他所希望成为的人的时候,他回忆了几个故事。这些故事显示他是一位与家人关系密切的男性,而且乐于助人。Al 也能回忆起,在富于挑战的环境下,他成功地驾驭自己的生活的时候。例如,因为喝酒对家庭关系有不好的影响,他决定戒酒。当 Al 详细描述他过去按照自己偏好的态度行动的时候(例如,乐于助人,关爱他人,驾驭自己,与家人关系密切),他就变得更有希望。他也注意到,他所希望成为的人,与他目前的状况之间,存在差距。

Eron 和 Lund(1998)为了描述与夫妻工作的方式,列举了下述例子。



案 例

Jim 在他的妻子就有关分居的事,咨询过律师后,来接受心理咨询。Rita 告诉 Jim,她希望他们的关系,在他戒酒后,会有所改善,但他的暴力行为仍然在继续暴发。当治疗师问 Jim,他什么时候觉得自己的状态最好的时候,他说是在他决定去戒酒的时候。他觉得他已经成功地驾驭自己的生活,并且已经远离仍然在酗酒的兄弟和父亲。当问到有关他的行为,如何会导致他的妻子如此看待他的发脾气,如何会导致她的恐惧,如何会导致她决定要分居时,Jim 陷入沉思,并开始叙说他在一个酗酒家庭里的成长背景。治疗师的提问,促使 Jim 重新确定他希望成为一个什么样的人,创造出了动机的火花,而不是防御和抵抗。

探索行为的效果。治疗师帮助来访者检查,他们施加给他们自己和其他人的行为的效果。下面是经典的提问:



- 当你做 X 或者没有 Y 时,会发生什么事?
- 这样对你来说,是什么性质的情况? 一件好事? 一件坏事?
- 其他人(父母、老师、朋友、亲戚)反应如何? 他们想了一些什么? 他们说了一些什么?
- 这样对你来说,是什么性质的情况? 有好的一面吗? 坏的一面呢? 你会做些什么?
- X 在以前发生过吗?
- 对你来说,那是一种什么性质的情形?



案 例

治疗师问 Jim 这位暴力的丈夫,“当你发脾气的时候,对你来说,那是一种什么样的情形?”

Jim 很茫然地回应到:“你是什么意思?”

治疗师仔细解释道:“当你将门推倒在地,指着你妻子的脸,威胁要伤害她的时候,你对你自己的感觉如何?”

“不是很好。”Jim 说。

治疗师接着问:“这样做对 Rita 会有什么作用?”

Jim 有些犹豫地说:“她害怕。她不愿意与我说话。”

“那对你来说,又是怎样?”

“我讨厌 Rita 不与我说话。”

治疗师也问到 Jim 发脾气对孩子的影响。Jim 两眼低垂,说他的孩子都惧怕且回避他。

治疗师接着强调 Jim 的偏好:“你希望能自控,你说当你决定戒酒时,你对你自己的感觉最好——而且你一直这么认为。”他提醒 Jim,当他能控制他的酗酒时,Rita 这样看待他。“Rita 说她为你能主宰自己的生活而感到骄傲。”治疗师也强调 Jim 现在行为的效应。“你不喜欢 Rita 远离你。你说你希望与她沟通,希望理解她。”



案 例

当 Al 被问到,他现在的行为对他的家庭的影响时,他说他们回避他。他还说了最近他打算铲除车道上的积雪时所发生的一件事。他一开始干的时候,便全力以赴。但五分钟后,他便感到呼吸困难。他讨厌地将铲子丢掉,撤回到房间里,整个下午,他都瘫倒在沙发上。当问起车道的情形时,Al 的脸上露出痛苦的表情。“我儿子完成了这项工作。”

效果提问(effects questions)“外化”了问题;并让人与问题分离,还可以让来访者谈论问题行为,又不会觉得羞耻或者被人评判。

效果提问还能让人们对他们希望成为的人,与他们的行为对他们自己和其他人的影响之间的差异,承担起责任。当治疗师只是简单地挑战和直面消极行为,而对这种差异未予以考虑的时候,来访者很容易便会出现抵抗,并且否认和弱化他们的责任。不过,当治疗师帮助来访者在注意到他们所偏好的自我的情况下,面对这种裂隙,来访者更有可能考虑,用创造性的方式来填补这个裂隙。他们能够因此而找到解决的办法。

使用过去和现在的故事。治疗师帮助来访者发现过去和现在与他们的偏好相符,以及与维持问题的行为不一致的故事。



案 例

当治疗师问 Jim,是什么促使他作出戒酒的决定时,Jim 说了一个与他酗酒的兄弟一起驾车的故事。Jim 坐在乘客座位上,他的弟弟在卤莽地开着车,他的哥哥则在后座大吵大闹。Jim 想方设法让他的兄弟们安静下来,说服他们停车,让他来开车。就在这次事件之后,他发誓戒酒。在说这个故事的时候,Jim 显得镇静和有节制,与其在家里存在攻击行为截然不同。随着治疗不断进展,治疗师常常提到 Jim 所说的这个故事,也提到他的自控能力。

讨论未来。治疗师请来访者想象,当问题解决之后,未来会怎么样。



案 例

当治疗师让 Al 设想一下,他的问题消失后,未来的情形会如何的时候,他勾画出了一幅抑郁改善、与家人关系更密切的图画。他认为他自己能够处理好肺气肿,仍然可以帮助其他人,不会步他父亲的后尘,退休和生病后就出现衰退。



案 例

Jim 设想他的未来,会对他的发脾气更具自控能力,他会数到十,并且不至于暴发出来。他还认为他会与 Rita 进行更为积极的对话,他不会批评她或者动怒,她也不会再远离他。

提出不可思议的问题。治疗师询问来访者一些不可思议的问题,例如,一个拥有 X 特质(勤奋、有成效)的人,在 Y(无精打采、抑郁)以及被他人以 Z 的方式(缺乏爱心、懒惰)看待的情况下,如何振作起来?

不可思议的问题可鼓励来访者,调停他希望成为什么样的人与其问题行为令人难堪的事实之间的鸿沟。不可思议的问题激励来访者以非恐吓性(nonthreatening)的方式进行回忆。人们常常一开始就会重新思考他们的困境,这些困境是如何偏离他们所偏好的观念的,他们可以为之采取什么样的措施。Eron 和 Lund 推荐以令人迷惑而不是直接对抗的方式提出这些问题。



案 例

Al 被问到,一个总是与家人在一起的人,是如何发现他自己如此退缩的。一个通过采取自控措施,设定切实可行的限制(如停止饮酒)面对这些挑战的人,如何在肺气肿发作后,以一种与性格及原来习惯不相称的

方式振作起来。Al对这个问题的探索,显得很好奇,他要求治疗师与他的家人会谈,探索他的行为对他们造成了什么影响。他回忆起他父亲的衰退,回忆起他是如何步父亲的后尘的,虽然他非常不愿意如此。Al认识到他的家庭正在衰落,需要他的指导以走出困境。他开始重新考虑他对待肺气肿、对待他的家庭的方式。

共同创作出另类的解释。治疗师与来访者一起工作,对问题如何以他们喜欢被看待的方式发展,作出新的解释,并激励出新的行为。



案 例

Jim被问道,一个反对暴力并采取措施控制饮酒的男人,如何在脾气失控以及被妻子视为不值得信任的情况下,振作起来。Jim渐渐陷入沉思。他谈到他在一个酗酒的家庭中成长,在这个家庭里,暴力和失控是很正常的现象。Jim讨厌他的父母打架。他觉得应该保护他的母亲和兄弟,但他又觉得害怕。记住他过去的这些情形,可以帮助Jim看到他发脾气对Rita退缩的影响。也许她现在的所作所为,正是他还是一个男孩时的举措。也许他自己的攻击行为,正是她拒绝关爱和同情的理由,而不是他不可爱。有了这些另类的解释,Jim更有动力去改变他对待Rita的方式。

鼓励讨论。治疗师鼓励来访者与其他重要人物一起,讨论他们的偏好、希望和打算。



案 例

Al觉得在他能够回忆起他喜好的经验后,他能向他的医生谈到他的疾患,说明他是一个负责任的人。他也开始重构,他觉得家庭成员认为他毫无用处的想法,是因为家庭成员也感到困惑,不知道如何帮助他。在Al会晤他的家人,并告诉他们哪些有帮助,哪些没有帮助之后,他的抑郁也烟消云散了。



案 例

Jim 坐下来,与 Rita 一起讨论他希望他们的关系应该怎样。他说他很怀念他们之间的亲密,他希望在不会变得愤怒的情况下与她沟通。Rita 说她欣赏 Jim 一直能克制喝酒的欲望,但她不希望她的婚姻里有愤怒和暴力。这种聚焦于愿望,在 Jim 和 Rita 之间没有指责的对话,为其他类型的对话开创了舞台。在这些对话里,Jim 可以显示他能够控制他的脾气,也愿意支持 Rita 实现她的梦想和愿望。Rita 选择与 Jim 继续在一起生活,而且他们的关系有所改善。

整合式夫妻治疗。华盛顿大学的 Neil Jacobson,一位杰出的行为派家庭治疗师,与洛杉矶加州大学分校的 Andrew Christensen 一起,商讨如何才能改善传统的行为派夫妻治疗有限的成功率。他们发现,当他们在标准的沟通训练、消除冲突、解决问题的行为混合处方中,增加人本主义的元素,结果便会有所改善。他们所发展的这种方式,在《整合式夫妻治疗》中有所描述(Jacobson 和 Christensen,1996)。

传统的行为派夫妻治疗的基础是行为交换模式。经过“功能分析”(functional analysis)表明配偶关系是如何相互影响之后,治疗师便教导夫妻,强化他们双方希望出现的变化。任何结婚时间长一点的人,都能够指出这种方式的不足。治疗也许与变化有关,但一种成功的关系还包括对差异和失望的一定程度的接纳。为了改善关系,不幸婚姻中的某些事情也许需要改变,但有些事情对于我们的配偶来说,常常是捆绑在一起的,而且经过了磨合期的夫妻,常常能够学会接纳这些事情。Jacobson 和 Christensen 在他们新的夫妻治疗模式中,所增加的元素正是接纳(acceptance)。

与传统的行为治疗指导和说教的特点相反,整合式夫妻治疗强调支持和通情,这同样也是治疗师希望夫妇能够学会且能相互表达的两点。为了创造良好的气氛,这种方式以被称为公式(formulation)的阶段开始,其目标在于帮助夫妻消除责怪,开放自我便于接纳和作出改变。这个公式包括三个部分:定义最初冲突的主题(theme);描述他们破坏性互动模式的极化过程(polarization process);以及相互陷阱(mutual trap)。在激化环路被激活的时候,阻



止夫妻打破这个环路的陷阱。

夫妻问题的共同主题,包括有关亲密和疏远的冲突,不愿承担责任的控制欲,以及关于性生活的不一致。不过,配偶们认为,这些差异表明其伴侣存在缺陷,并认为是需要解决的问题。Jacobson 和 Christensen 鼓励夫妻,了解有些差异是不可避免的。这种接纳可以打破一个人总是试图改变另外一个人的循环套路。只要公式阶段继续进行,配偶们便可以开始看到,他们不是各自的牺牲品,而是两个都深陷其中的模型(pattern)的牺牲品。与 Michael White 的外化一样,夫妻可以团结起来与共同的敌人——模型——进行斗争。例如, Jacobson 要求一对夫妻描述他们的模型。

丈夫回答说:“我们为是否要更密切而争吵。当她与我不是她所希望的那么密切的时候,她就迫使我与她亲近,而我便会退缩,我的退缩又导致她更大的施压。当然,有时我会在她给我施加压力前便撤退。事实上,我们的争吵也常常是这样开始的。”(Jacobson 和 Christensen, 1996, p. 100)

值得注意的是,公式过程如何帮助这对夫妻,将他们的争吵描述为两人都有所贡献的模型,而不是存在困扰的夫妻更为经典的指责性语言。

为了更进一步促进接纳, Jacobson 和 Christensen 鼓励配偶们谈论他们自己的经历,而不是攻击他们的伴侣。从容易伤害对方的说法:“她从来也不向我表达任何感情。”转变为——“她是否关心我,我并非总是能确认。”——这种说法更有可能促进理解。处于倾听的伴侣方,则可以对这种表露,以表达同情的方式予以回应。

导致变化的策略,包括行为派关于夫妻治疗的两个最基本的组成部分:行为交换和沟通技巧训练。行为交换干预(第十章有更详尽的描述)包括补偿替代和良好信任合同,通过这两种形式,夫妻可以在希望得到同样的回报的情况下,学习交换喜爱或者启动令人愉快的行为。例如,治疗师也许可以请配偶一方,列出他们能够做的同时也能让对方更为满意的事情的清单(不要问你的伴侣能为你做什么,问你能为你的伴侣做什么)。在每一位配偶写出自己的清单后,指导他们做其中的某些能让伴侣高兴的事情——并且观察对他们的关系所产生的良性的效应。

第二个组成部分——沟通训练——包括指导夫妻以直接但非责难的方式



倾听和表达自己。通过指定阅读材料、具体指导和实践,让他们学习使用积极倾听,学会陈述自己的观点。当他们学会了以不那么防御的姿态进行沟通的时候,夫妻们不但能更好地解决冲突,也能更加相互接纳对方。

要对整合式夫妻治疗的效果进行评价,未免太过仓促,但它与传统的行为治疗相比,似乎有所改善。其意义不仅在于对模式进行了修改,而且在于它代表了行为技术向人性化趋势的转变。通过强调接纳和同情,整合式夫妻治疗与 21 世纪的其他家庭治疗——从解决中心到策略到叙说——一起,承认培养关系的重要性。Carl Rogers 当为此而骄傲。

叙说解决模式阐述了每一位好的媒人都知道的原则:配偶们是否般配,只有将他们推到一起才能知道。因为 MRI 技术与叙说技术很相似,而且因为两者都强调改变认知,而不是改变情绪;两者都贬低心理冲突和发展历史的重要性,它们的确很匹配。但如果将它们中的任何一方与精神分析治疗相结合,那无异于将油和水混合。

Jacobson 和 Christensen 的合并也包括般配的婚姻候选者(marriage candidates)——行为的和经验的。这两个模式都关注发生在夫妻之间的沟通。不过,它们所强调的焦点有些不同。行为主义者强调合同和强化,而经验主义者则对情绪和通情更有兴趣。将后者的某些成分与前者混合,并非一项巨大的工程。鼓励配偶们相互表达更多的感情,未必会干扰他们学习更好地解决问题。

其他整合模式。虽然我们已经挑选出我们认为最具创新意义的例子,但事实上家庭治疗的整合方式可以说多到不胜枚举。许多被描述为整合性的模式可以说刚刚新出炉,不过,也有不少模式虽历史很悠久,却又没有引起足够的注意。这里仅举一个例子。早在 1983 年,Carol Anderson 和 Susan Stewart 就曾写过一本极有用处的、关于家庭治疗整合指南方面的著作。另外两种整合方式,也已经存在有相当时日,它们分别由 Larry Feldman (1990)和 William Nichols (1995)所设计。由 Robert Taibbi (1996)撰写的被称为《家庭治疗操作》的这本精美绝伦的著作,则弘扬了超越家庭治疗学派并且提供实用忠告的传统。其他的尝试则包括整合结构与策略治疗(Stanton, 1981; Liddle, 1984)、策略与行为(Alexander 和 Parsons, 1982)、心理动力与系统理论(Sander, 1979; Kirschner 和 Kirschner, 1986; Nichols, 1987; Scharff, 1989;



Slipp,1988)以及经验式与系统理论(Duhl 和 Duhl,1981;Greenberg 和 Johnson,1988)。

Alan Gurman 的《简明整合式婚姻治疗》，结合了社会学习理论和精神动力学，也已经出现了相当时日(其首次出现应当在 1981 年)，并且是一个特别精美的模式。在行为治疗里面，婚姻问题被认为是由蹩脚的沟通和贫乏的问题解决技巧所导致；然而，在客体关系理论里，婚姻缺陷则被认为其根源在于配偶之间的无意识冲突。蹩脚的关系技巧——本来似乎只不过是一种不足——也许可以转而充当起保护作用，将夫妻所能容忍的亲密程度，限制在一定水平，避免引起过度的焦虑和冲突。

Gurman 的评估以在夫妻关系中寻找问题性的主题开始。在新近出版的简明整合式婚姻治疗的章节中，Gurman (2002) 描述了一个个案，Sue 很愤怒，批评她的丈夫 Karl 不能给她情绪上的支持。这个熟悉的要求和退缩模型，被认为不仅反应了夫妻的互动模式，也反应了激化这种互动的内在心理冲突。

Gurman 好像一位分析学家一样，认为 Sue 的攻击，起到了防御的作用，避免了应付她自己对被抛弃的恐惧。与此同时，Karl 的疏离帮助他回避了他自己有关亲密的冲突。这对配偶的相互埋怨(“唠叨”、“退缩”)，虽然限制了他们在关系中能够分享的满意程度，但也帮助他们保持了前后一致且可以容忍的自我感觉。

Gurman 也像一位行为主义者，审视这对夫妻有问题的互动的后果(consequences)，观察是什么样的积极的和消极的强化或惩罚使这些模型得以维持。Karl 在 Sue 的抱怨达到大喊大叫的地步的时候，通过道歉及与她更亲密，对她的批评起到了消极强化的作用。而 Sue 则只要是他们夫妻在一起消磨时光的时候，就释放压抑已久的愤怒和挫折感，因此而不经意地对 Karl 的亲密行为给予了惩罚——这无疑违反了社会学习理论的第一定律(有了蜂蜜，你可以捕捉到更多的苍蝇)。

为了探讨单个或者两个配偶的个人冲突对夫妻关系的影响，Gurman 也许会花一定的时间与某个配偶个别交谈，而让另外一个配偶在旁边倾听。与配偶们分别谈话，而不是让他们在一起互相交谈(按照 Murray Bowen 的方式)，可以帮助减轻焦虑，并且因此而使治疗进入一个更安全的“可以控制的环



境”(holding environment)。

Gurman 阻止 Sue 的批评,可以帮助 Karl 探索他试图在事业和家庭取得平衡时的感受。当 Karl 公开说出他对失败的恐惧的时候,Sue 对他的挣扎表现出足够的柔情——同时也能够说出她对独处以及不知所措的恐惧,并与他一起分享。

除了强调夫妇之间的问题互动及其潜在的冲突外,Gurman 的简明整合式婚姻治疗也包括实用的问题解决讨论、建议、自我控制技术的指导、对过去的探索、模仿、教授、书籍治疗——简言之,广泛且灵活的干预措施,是这个最佳整合方式的特点。

其他整合模式在主流的家庭治疗领域,没有受到联邦基金机构应有的注意。这些模式包括 Scott Henggeler 的多系统模式(multisystemic model)(Henggeler 和 Borduin, 1990)和 Howard Liddle 的多维家庭治疗(multidimensional family therapy)(Liddle, Dakoff 和 Diamond, 1991)。这两个模式都是在有关问题青少年的研究计划的基础上发展起来的,问题青少年对理论家提出了挑战,促使他们超越某一个治疗学派或某一个系统水平的限制,去拓展他们的视角。

Liddle 在一项联邦资助项目中与药物滥用的内陆城市青少年一起工作时,发展了他的整合模式。他的多维家庭治疗集危险因素模式之大成于一体,包括药物和问题行为、发展心理病理学、家庭系统理论、社会支持理论、同伴族群论和社会学习理论。在实际操作上,这个模式综合运用以下技术,包括结构式家庭治疗、父母培训、青少年技能训练、认知—行为技术。

Liddle 模式最有一个方面,是他将个体和系统干预进行整合的方式。在他不拘一格地运用活现这个结构式技术的时候,他常常会会晤个别家庭成员,训练他们有效地参与家庭对话。Liddle 也利用这些个别会谈的机会,关注青少年在家庭以外的经验。这样,像药物使用和有关性行为的敏感的来访者,与整个家庭成员都在场相比,就可以更安全地进行探索。需要会见青少年并关注他们在家庭以外的生活,反映了与同伴和文化相比,家庭的影响相对较为局限这样一种日益增长的认识。

南卡罗来纳大学的 Scott Henggeler,和一些与“难以对付”的儿童工作的以研究为取向的同事,试图通过下述方式来改善他们的系统取向的家庭治疗:



(1) 更主动地考虑和干预家庭所植根的家庭之外的系统；(2) 在评估中包括个体发展项目；(3) 合并运用认知—行为干预(Henggeler 和 Borduin,1990)。几个设计严谨的有关青少年违法者和因虐待或无人看管而被转诊的家庭的效果研究表明,多系统模式的结果令人鼓舞。正因为这个理由,政府资助机构给予了高度关注,Henggeler 因此得到了大量的资助。

■ 专为特定的临床问题设计的模式

家庭治疗成熟的一个标志,是治疗师开始关注特定的临床问题,而不是普通的“家庭”。一些团队将他们事先设定的模式,应用于他们在全力处理的问题。例如,结构式家庭治疗被用来处理神经性厌食症和容易波动的糖尿病(Minuchin ,Rosman 和 Baker,1978)。另外一些团队则更具创造性,因为他们决定处理不是他们经常在家庭治疗的实践中看到的问题。这类问题常常需要提供不止一个模式,才足以应对。

处理家庭暴力。最令人印象深刻的整合努力,是由纽约 Ackerman 研究所的 Virginia Goldner 和 Gillian Walker 发展的处理虐待配偶的方式(Goldner, Penn, Sheinberg 和 Walker,1990; Walker 和 Goldner,1995; Goldner, 1998)。当 Goldner 和 Walker 开始研究夫妻间的暴力的时候,当时标准的方式,包括将这对配偶分开,让男人与其他的违法者组成一组进行处理,而被虐待的妇女则进入一个支持小组。这种方式的治疗受到男女平等主义者的吹捧,男女平等主义者对基于系统的治疗提出了批评,因为这种治疗暗示配偶双方都对暴力负有责任,也可以像其他配偶一样,一起接受治疗。

Goldner 和 Walker 接受男女平等主义者的信条,那就是不管女性的角色如何,不管他觉得他是如何被激怒,男人都应该对他的暴力行为负责。但是他们也认为,让这样的夫妻在一起接受治疗,关注女性在这类夫妻间危险戏剧中所起的作用,是有价值的。他们并不在系统理论和男女平等主义斗争中偏袒某一方,而是将渗透在家庭暴力领域的这种极化思维进行联结。是否有可能同时站在两个立场上呢?有可能,男人应该对控制他的暴力负责;不过,参与这一互动过程的配偶双方,也必须改变。正如 Goldner 所说:“一个被殴打的妇女,不应该为她被打坏的鼻子负同样的责任,即使她承认有激怒或者‘激惹’;这就正如性虐待的受害者,不应当为发生在深夜的事情负同等的责任一



样,即使那个时候她也觉得兴奋。”(Goldner,1988, p. 266)站在这种更为细致的立场上,便有可能在不责怪受害者的前提下,审视配偶双方各自在他们冲突加剧中的作用。

Goldner 和 Walker 既不单独会见每个配偶,也不坚持将他们分开,而是与这对夫妻一起工作。不过,他们坚持认为,暴力必须立即停止,一旦再次发生,男人必须对此负责。这样,他们就将男女平等主义者强调安全和责任,与对夫妻互动方式的系统式兴趣,结合起来。Goldner 指出,将暴力夫妻分开,能够提高安全性的可能性极小,因为这样的夫妻常常是共生般的依恋(symbiotically attached),很快又会重新联合在一起,而且真正被分离开的女性,最有可能遭受再次攻击。另一方面,如果他们一起接受治疗,受害者可以在治疗师在场的情况下,解释施虐方的攻击行为造成了多大的伤害,而治疗师也可以从道德的角度强调停止暴力的迫切性。

Goldner 和 Walker 使用“部分”(parts)的语言,帮助配偶们与整体标签——如施虐者和受害者这样的标签,脱离开来,并将内心的顿悟带到交谈中来。也就是说,他可以谈他自己的愤怒部分;她也可以谈需要保护他而不是照顾自己的那部分。Goldner 和 Walker 发现自己从每一个配偶的过去,都听到了令人痛苦的故事。“我们常常发现我们自己,回到了这个男人的童年时光,受到暴力、权力和控制的施虐行为的影响。”(Goldner,1998, p. 275)这种富于同情的目击事实,可以帮助减少配偶相互的敌意感。

Goldner 和 Walker 还采取积极倾听的方式,这样不仅过去痛苦的经历可以重现,男人也可以听听女人的描述,他的攻击带给她的痛苦和恐怖。这样,就传递了一个两者/和(both/and)信息给这位男人:是的,你还是一个男孩的时候,就遭受了很多苦难,这些与你的暴力行为有关,但你依然选择采取暴力,那是不可以接受的。同样,无论这位妇女的过去多么被动,她还是可以选择保护自己,而不感到内疚和不忠。这种非二分法的立场,对于男女平等主义和精神分析模式双方的要么/要么(either/or)立场而言,无疑是一种进步。换言之,男女平等主义治疗师认为,探索男人问题重重的童年,意味着为他的暴力辩解,而精神分析治疗师则常常视暴力为一种潜在的病理学的症状,他们认为没有人需要为此担当责任。Goldner (1998)写道:“从两者/和的观点出发,暴力最好是定义为意志控制和冲动隐藏同在,手段性和分离性(instrumental



and dissociative)并存。”(p. 279)

Goldner 和 Walker 的方式被用来处理夫妻暴力的同时,也为一般意义上的治疗模式的整合,提供了重要的经验。它阐明了走出临床工作(尤其是发作性的情形如家庭暴力)占主导的非此即彼的观点的价值,正确的未必只是某一个观点,这个观点完全可以与另外的观点共存。“可以相互补充的观点取代了针锋相对的立场,这种立场常常导致必须在恰当的选择之间作出挑选的极化情境。”(Goldner, 1998, p. 264)去极化效应(depolarizing effect)是整合的主要优势。

■ 社区家庭治疗

许多家庭治疗师是在处理贫困家庭的机构里开始工作的,但当他们认识到,单单靠家庭治疗来处理贫苦家庭所面临的诸多问题,是那么的无能为力的时候,他们不免有些沮丧,并且选择私人开业,为中产阶级的家庭服务。对家庭治疗的局限的这种认识,对 Ramon Rojano 来说,却起到了相反的效果。

按照 Rojano 的说法,贫困人口所面临的最大障碍,恰恰是觉得无能为力,而这种感觉多数来自于遭受多重的非人性化的官僚机构的控制,来自于无法实现有一份体面的工作、一个舒适的家这样的美国之梦。Rojano 利用他的知识和他个人与救助体制的联系,让来访者觉得他们有能力张扬他们自己的需要,有必要与他们的社区保持联系。他不仅帮助家庭找到了生存的资源——照顾孩子、工作、领取粮食的票证、住房——所有这一切都是传统生存方式的至关重要的部分,他也开始鼓励他们超越生存的抱负和志气。

Laura Markowitz(1997)是这样描述 Rojano 的工作的:

Ramon Rojano 是一位职业活动家。让我们假设你是一位接受福利援助的单亲母亲,因为你正处在青春期的儿子经常逃学,而且面临被学校开除的危险,去寻求他的帮助。这位粗壮且精力旺盛的 Rojano 坐在他的椅子上,并向前倾斜着身子,开始带着他的西班牙口音,对着你的儿子,连珠炮似地提问,就像他在将一只迷途的羔羊,赶回羊群一样。以这种方式质问几分钟后,你的确会听到,你的儿子承认发生在他身上的一切,并且以微小但却是真诚的声音答应,只要他能毕业,他就会按规矩上学,而好久以来,你从未听他以这种语调说过这样的话。正当你惊讶得张开你的



大嘴时,Rojano 甚至不会停顿。他还将敦促这个 15 岁大的男孩,去申请一项课余工作,因为他正好听说有人正准备施行一项计划……Rojano 会写下电话号码,并将之放在男孩的手中,直视他的眼睛,多次呼唤他的名字,以确认他知道 Rojano 真正关心的是,这个男孩子能否结束他流浪街头或者拉帮结伙的生活……你认为访谈已经结束,是吗?还没有。他也有给你的计划。他也许会蛮横地要求你做一些事情,比如你是否想过拥有自己的房子。你也许只是一个勉强能够度日的单亲母亲,但当他的身子向你倾斜,就好像他对你的信心和信任的力量,将你连根拔起,而且他将一张纸片塞进你的手中,上面写有一位妇女的电话号码,她正在实行一项让没有钱的人买属于他们自己的房子的计划。(pp. 25~26)

他还会询问来访者一些事情,那是处在绝望和孤立状态下的他们从来没有想过的事情——竞选学校董事会,上大学,开辟自己的生意或者拓展自己的工作——按照他所建议的方式,这一切似乎有可能实现。这部分是因为 Rojano 能够看到,沮丧的来访者早已弃之脑后的优势,部分是因为他拥有能够使这个“球”滚动(ball rolling)的关系。

Rojano 也认识到,单靠社区本身还远远不够。没有继续跟进的家庭治疗,所出现的良好变化,都不会持续太久。单亲父母刚刚开始既定方案,可能会因为与她的儿子的新的冲突而推迟,拥有一套住房的梦想,也会烟消云散。

所以这就是整合:家庭治疗与社区心理学和社会工作的整合。Rojano 采用结构式家庭治疗的版本,并将之传承和发扬。1950 年代后期,结构式家庭治疗发端于位于 Harlem 的 Wiltwyck 机构。回过头来看,Braulio Montalvo——结构式家庭治疗的发起人之一,曾经说过:“我们在家庭治疗中不可能得到有关家庭的资源,来维持他们能够作出的变化。”(引自 Markowitz,1997, p. 28)40 年后,有人将这些资源整合,并且迈出了重要的下一步。当叙说治疗与来访者对来访者的过去共同构建新的故事,并且希望能借此激励出力量的时候,Rojano 做得更好,他不仅鼓励来访者萌生出新的态度,也能促使来访者沿着朝向他们梦想的道路前进。

我们再次看到,整合需要新的思维方式。Rojano 不得不走出治疗必定发生在办公室的思维模式,即使来访者在办公室常常受到未曾言明的力量的影



响。为什么不将治疗放在街头呢？这样就触及到了整个系统。这似乎是一个显而易见的问题——不过，如果你深陷你周围的情境的话，也许就没有那么显而易见。

小结

在家庭治疗初创时期，发展了一些泾渭分明的模式，大多数家庭治疗师都变成了其中某一个模式的门徒。每一个主要学派着重关注家庭生活的某一个特定的方面。经验主义者让人们畅谈他们的感受，行为主义者则帮助他们强化更具功能意义的行为，而 Bowen 派则教导他们为他们自己而思考。通过这种关注方式，经典模式的从业者便聚焦于他们引起改变的力量。如果在这一过程中，他们未免有些狭隘和好胜，那么坏处又是什么呢？

坏处是因为忽略了其他方式价值不菲的感悟，不同学派的正宗门徒有可能限制了他们自身的影响和应用。不过，也许最好能从发展的观点，来理解这种狭隘主义——视为巩固原创模式的一个必经的阶段。对于追求真理的学派来说，如果它们知道应该挖掘它们的核心观念的各种潜在的特点，也许这是极有用处的。即使真的这样，也已经光阴不再了。

家庭治疗的大多数学派，花费了大量的时间来巩固它们的模式，证明它们的价值。这也就是为什么已经到了整合的成熟时机了。

为整合付出努力是值得的，不过，将不同方式的因素混合在一起，仍然有一个严重的陷阱。当你在一套广告画中混合了三种或更多的颜色后，你未必会打算立即结束你的工作。诀窍在于寻找统一的概念主线，将离散的观念联结在一起，并且在不削减其威力的情况下，增加来自不同模式的技术。成功的整合方式应该能在前后一致的理论构架下，有条有理地进行实践，并以此来吸引已从业的治疗师。恣意地将随手拈来的技术相加，未必会奏效。

要取得成功，合并必须在广泛性和集中性之间取得平衡。在进行概念构架时，广泛性也许特别重要。当代家庭治疗师明智地采用了广泛的生物—心理—社会观点，认为生物学、心理学、关系、社区，甚至社会过程，都与理解人们的问题不无关系。另一方面，在涉及技术层面时，大多数有效的方式则未必能提高治疗师的干预效率。



最后,有效的整合必须有清晰的方向。太过灵活的麻烦在于,家庭会以强大而微妙的方式,引导治疗师进入他们回避的习惯。有效的家庭治疗应该创造一个环境,让本应在家里出现但又没有出现的对话,在治疗中出现。不过,如果治疗师在遇到阻抗时,突然从一种干预方式转换到另外一种方式,这种对话将不会出现。

家庭治疗最终是一项临床工作,其价值应该能在其结果中体现。将来自不同模式的元素合并的真正理由,在于拓展其实用性,而不仅仅是其理论的广泛性。家庭治疗与 Billy Crystal 所不同的是,实际的效果胜于华丽的外表。

The background features a stylized illustration of a family. It consists of four large, light gray silhouettes of adults and three smaller, dark gray silhouettes of children. The figures are arranged in a way that suggests a family unit, with the children positioned between the adults. The overall style is minimalist and modern.

FAMILY THERAPY: CONCEPTS AND METHODS 第 一 部分

家庭治疗的评估

第十五章

比较分析



理论建构

正常的家庭发展

行为障碍的发展

治疗目标

行为改变的条件

治疗

小结



家庭治疗拥护者的增加使得这一领域充满了相互竞争的模式,每一种都作出了重要的贡献。多样化造成了丰富而又多变的文献,使人们目睹了这一专业的活力,同时也造成大量令人困惑的概念和方法。表 15.1 对各种模式进行了总结。

在这一章,我们为各种不同的模式提供一个比较分析。每个学派都宣称有一套真理,尽管有重叠,但这些真理之间也有明显的冲突。

表 15.1 各种家庭治疗模式之间的比较分析

	Bowen 派	策略派	结构派
创立者	Murray Bowen	Don Jackson Jay Haley	Salvador Minuchin
关键理论建构	自我分化	动态平衡 反馈圈	子系统 边界
核心问题动力	三角化 情绪反应	重蹈覆辙的解决方法	缠结/疏离
关键技巧	家庭图谱 过程问题	重构 引导	活现 设立边界
	经验派	心理动力派	认知行为派
创立者	Virginia Satir Carl Whitaker	Nathan Ackerman Henry Dicks Ivan Boszormenyi-Nagy	Gerald Patterson Robert Liberman Richard Stuart
关键理论建构	真实性 自我实现	驱动力 自我客体 内在客体	强化 消失 先验模式
核心问题动力	情绪压抑 神秘化	冲突 投射自我认同 固着和退化	不经意强化 厌恶控制
关键技巧	面质 结构化的联系	沉默 诠释	功能分析 积极控制培训
	解决中心派	叙事派	
创立者	Steve de Shazer Insoo Kim Berg	Michael White David Epston	
关键理论建构	语言创造现实	叙事理论 社会建构主义	
核心问题动力	谈论问题	充满问题的故事	
关键技巧	聚焦在解决问题 辨别例外	外化 辨别独特结果 赢得听众的支持	



理论建构

理论可以造成观察的偏见,也能在混乱中寻找秩序,组织我们的觉察力并帮助我们明白家庭正在做什么。不是看到“讨厌的、令人头疼的困惑”,我们开始看到追逐和逃离的模式、缠结和疏离以及充满问题的故事。当你开始试图视调解孩子们争执的无效尝试为缠结时,你的目标就会是后退。让孩子们解决他们自己的冲突,这才是最有效的干预。下面我们将从实用的功能来评估理论,因为理解家庭是为了更好地帮助他们。

■ 家庭作为系统

沟通治疗师引入了家庭是个系统的理念。系统不仅是部分的总和,还要包括部分是怎样一起运作的。有一度不接受系统理论就好像不接受苹果派和母爱。现在后现代运动已经开始提出挑战:系统思考只是另一种现代主义的框架,一个过于书面语的比喻,并要将重点从行为转向意义、从家庭的组织转向考虑到每位家庭成员。很容易说,一个好的治疗师既考虑到自我也考虑到系统。然而,在实践中,决定何时去深入探究个人经验或聚焦在互动的模式成为主要的难题。

■ 稳定性与变化

沟通理论家描述家庭是受规则控制的系统,并有维持稳定或动态平衡的趋势(Jackson,1965)。但为了适应变动的环境,家庭必须要能够修改规则和修正结构。

家庭的双重本质——动态平衡和变化——最受沟通、结构和策略学派的欣赏。他们假设症状家庭不是内在失去了功能,而只是不能适应改变了的环境。

任何忽视发展原则的人要冒不恰当地强调病理学的危险。认为家庭遇到问题,但没考虑到他们可能卡在变迁的僵局中的治疗师,倾向于认为家庭需要做一个检查,就好像要调整发动机的马达一样。强调长期目标的治疗师都怀疑治疗的过度杀伤力。精神分析的、经验式和延伸家庭从业者倾向于假设家



庭需要基本的重组。因为他们拥有手术的主要设备——长期治疗——倾向于视来访者有这样的需要。

家庭治疗的先驱者(Virginia Satir 除外)倾向于高估家庭动态平衡的力量,并低估家庭的灵活性和资源的丰富性。这一观点鼓励治疗师成为鼓动者、控制者和策略家,随之而来必然的结果就是家庭受困于他们不能理解的系统力量,然而聪明的治疗师会告诉他们应该怎样去理解。许多更新的方法被设计出来去引发家庭的资源而不与其阻抗作斗争。这些模式鼓励治疗师与家庭合作去寻找解决办法而不是去假设:如果不鼓动,他们就不会改变。但当这些“合作”模式——例如,以解决问题为中心的治疗——假设改变是容易的时,那就看来既天真又乐观。

■ 过程/内容

大多数家庭治疗学派强调家庭互动的过程。精神分析和经验式治疗师试图去降低阻抗并促成想法和感受的坦诚表达;沟通治疗师增强了互动的流动并帮助家庭成员降低沟通层面的不一致;Bowen 派阻断三角化并鼓励用第一人称说话;策略治疗师反对维持问题的互动;行为主义者教父母去运用积极的控制,教夫妻去减少强迫性的沟通;结构式治疗师重组边界并强化等级组织。

尽管信奉过程,然而治疗师常常因内容问题产生偏移。当他们聚焦于单个家庭成员及其对过去的回忆时,精神分析师看不到过程。当与单个家庭成员工作去帮助他们克服情绪上的阻抗的时候,经验式治疗师倾向于变得过于中心。危险在于:通过这样做,治疗师将忽视影响个人表达的互动过程。

当将行为从背景中孤立出来并忽略围绕其的互动模式时,行为治疗师往往忽视过程而更重视内容。他们经常通过承担一个引导性的、教育的角色来干预家庭的互动过程(只要是教师站在教室前讲课,就有很小的机会发现学生自己可以做点什么)。

过程概念对于 Bowen 系统治疗是那么重要以至于不能忽视它们。只有对 Bowen 理论产生天真、错误理解的人才会认为它只是重新建立家庭的纽带,而没有意识到三角化、融合以及分化的过程。对于结构式家庭治疗和沟通治疗,情况也一样:过程因素从来都占据着中心舞台。

那些新的模式降低了系统思考的重要性,从过程中偏离。叙事建构主义



者关心互动的模式少于家庭成员用什么方法去理解自身的问题,他们对改变行为没有比扩展故事更有兴趣。与此相似的是,因为以解决问题为中心的治疗师对问题是怎样开始的没有兴趣,他们也忽略围绕问题的家庭过程,他们唯一关注的过程是构成“例外”的互动——即当问题不再是问题。

■ 一元、二元、三元模式

一些治疗师(例如心理教育的)持续认为个人是病人并将家庭中的其他成员作为个人治疗的辅助。请谨记心理教育治疗师的主要工作对象是有严重心理疾病的人[精神分裂症、两极失常(bipolar disorder)],在这个例子中,家庭的影响几乎肯定要小于家庭治疗师治疗的大多数个案。

然而,这点不适用于叙事治疗师,聚焦认知导致他们去关注个人并在很大程度上忽略了家庭治疗的三个定义特征:(1)认识到心理症状通常是家庭冲突的结果;(2)用互动的方法思考人们的问题,这意味着思考是二元或三元的;(3)将家庭作为整体来治疗。尽管叙事治疗师在建构中忽视家庭冲突,他们将问题重新定义为外来入侵者的努力有将家庭联合起来去克服问题作用的影响。这将很有趣去推测:忽略家庭冲突而帮助家庭成员联合起来是否会在治疗厌食症中更加有效,因为这一问题不像其他例如不愿上学或不良行为那样自己有“生命”,那是家庭冲突的结果。

精神分析家倾向于思考人格动力,不论面对的是个人还是家庭。他们视家庭生活为过去关系内在化的结果,且更关注这些心理鬼魂而不是此刻有血有肉的家庭。当接受家庭对有症状的孩子作为问题的定义并开始教授父母怎样去修正孩子的行为时,行为治疗师便在运用一元模式。经验式治疗聚焦在个人,帮助他们去揭开和表达自己的感受。

实际上,没有任何鲜活的事情可以完全用一元模式来理解。一只鸟蛋可能从本质上来说是最为独立的个体。胎儿鸟被所有它们生存所需的营养物质锁在蛋壳中。当然这个观点是不完全的,因为蛋和周围环境中热量的交流。没有母亲鸟的热量,婴儿鸟就会死去。

在解释人们彼此之间的关系时,二元概念是必须的。即使是精神分析的病人在沙发上的自由联想,也通过分析师的反应来过滤记忆和梦。大多数时候,家庭治疗师运用二元概念。即使治疗一个大家庭,聚焦通常也在家庭中的



几对或几个单元上。

帮助两个人学会怎样更好相处常常并不意味着治疗师在用二元方式进行思考。与夫妻工作的行为治疗师通常将他们作为个体来治疗,每个人都缺乏沟通的艺术。一个真正的二元模式是建立在这样的认识之上的:关系中的两个人不是独立的整体,而是相互作用的,每个人在定义对方。运用这个模式,妻子的广场恐惧症可以理解为对丈夫的反应和影响他的一个手段。同样地,他决定将她送去改变行为反映了他不愿意接受他在她生活中的角色。

所有学派的家庭治疗师都运用一些二元概念:潜意识互补需要、表达性/功能性的投射认同、共生、亲密、交换物、双向束缚、对称的/互补的、追逐者/疏离者以及行为合约。一些术语是建立在二元思考上的,即使它们不止涉及两个人:顺从的(指的是家庭与治疗师的关系)或挑战的。一些概念看来只包括一方:反移情、掌控的和超能的。还有其他的概念能够包括三个或更多的整体:边界、联合、融合和疏离。

家庭治疗师常忽视三元的复杂化。Murray Bowen 引入情绪三角化的概念,比其他人更多地指出人类行为常常充满了三角化。结构式治疗师持续强调,作为相互关系两个人都在遭遇第三方的缠结或疏离。沟通治疗师写出三元关系但倾向于用二元整体来思考。大多数策略治疗师也是这样,尽管 Halley、Selvini Palazzoli 和 Lynn Hoffman 一直对三角化保持警觉。

三元模式的好处在于它允许对在特定情境下的行为有更复杂的理解。当母亲没有严格约束,孩子就有不良行为时,如果她的行为是她和丈夫关系之间的一个功能,只是教她变得更严厉将是无效的。或许她允许孩子的不良行为是作为一种方式去削减丈夫的权威,或者她和丈夫可能形成了一种关系,她的无能能够确保他是强大的一方。

三元思考允许更复杂的理解,但并不意味着家庭治疗师必须将所有方面都包含在治疗中。关键不在于有多少人在咨询室里,而在于治疗师是否将问题放在整体情境中去考虑。

■ 核心家庭

正如大多数家庭治疗师认可系统理论的观点,大多数人将家庭描述为一个开放系统(open systems)。家庭是开放的,成员们不仅彼此互动,也和家庭



外系统互动。的确,现代家庭治疗主要强调的是将关注的焦点扩展到包括家庭是怎样受到民族、种族、性别、阶级、性取向的影响。对于今天的治疗师,谈论家庭的社会文化情境不再是没有价值的摘要。

帕洛阿尔托组织成员引入开放系统的概念,但却将家庭作为自我封闭的系统来治疗。他们很少关注家庭外在压力和考虑社区或延伸家庭的影响。首先将家庭之外的因素考虑进来的是 Murray Bowen 和 Ross Speck。Bowen 强调延伸家庭关系中的重要角色,Speck 动员朋友和邻居网络来帮助治疗。

Bowen 系统治疗师和网络治疗师总是将核心家庭之外的人纳入治疗;精神分析、以解决问题为中心、行为和叙事治疗师很少这样做。在经验式治疗者中,Whitaker 习惯在一两节里包括延伸家庭的成员。在治疗中包括延伸家庭成员或朋友通常很有效,有时候是基本要求。然而,它并不等于将家庭视为开放的系统。开放的系统不是一个更大的系统,而是与环境互动的系统。

家庭是个开放的系统的观点没有比在 Minuchin(1974)的《家庭与家庭治疗》中得到更好的表述了。在“情境中的男人”一文中,Minuchin 比较了家庭治疗和心理动力理论。后来他说,男人受的是英雄概念的引诱,将自己排除在环境之外^①。另一方面,“家庭治疗的理论预测了男人不是孤立的事实。他是在行动的、反应的社会群体成员”(p. 2)。Minuchin 赞同 Gregory Bateson 将内在和外在空间的界限消除,并进一步说,正因为边界将个人从家庭中分离出来是人为的,将家庭从社会环境中分离出去的边界也是如此。

在为家庭服务机构工作的人很快就能理解这点,试图帮助家庭的努力常遭遇来自教堂、监察部门、儿童保护机构、家庭服务机构、住房供给项目、集体住宅、家庭暴力机构等等黏性网络的竞争影响力。如果中产阶级的家庭可以被视为组织紧密的整体,对贫困的家庭则几乎不可能。贫苦家庭是生活在“没有不透风的墙”下的。

由于服务机构的扩展,划分领地也变得多样化。最明显的问题就是缺乏合作。例如,近来有个案例是一个 15 岁的男孩性侵犯两个青春期的妹妹和一个弟弟。有两个为女性受害者服务的机构,一个为姐姐服务,另一个为妹妹服

^① 尽管直到最近我们才认识到,这里特别倾向于运用男性代名词。男人的英雄模式保持了他的道德整体性坚实而又完整。他是孤立的、克制的、忍耐的,被家庭、社区和信任排除在外——即琐碎的、令人窒息的女人的世界。



务；一个机构帮助弟弟，一个对侵犯者做工作，还有一个为受害者的妈妈提供服务。公立学校的艺术治疗师为遭遇性侵犯的孩子提供服务，15岁的男孩在寄宿学校要接受个人和团体治疗。对这些助人者会引导到不同的方向有什么疑惑呢？此外，更不公平的是，大多数机构都是批准为个人服务的——受害者或侵犯者、成人或孩子。通过给予他们帮助需要保护或纠正的人的权利，这些机构支持个人，而不是家庭整体。

闯入这些无条理的利他主义的治疗师通常的反应是首先努力去协调各种输入的力量，当他们发现自己缺乏与这些机构和助人者工作的杠杆时，就会放弃并尽全力在自己的办公室里为家庭做事。在那些不愿意放弃的人中，Evan Imber-Black (1988)、Richard Kagan 和 Shirley Schlosberg (1989)写了关于与“长期危机”家庭工作的实用手册。Patricia Minuchin、Jorge Colapinto 和 Salvador Minuchin(1998)出版了关于他们如何推进针对贫困家庭的社会工作的合作与聚焦家庭的令人鼓舞的描述。

在社会建构主义的影响下，家庭治疗的新模式已经敏锐地意识到他们所治疗的家庭的社会文化情境。然而，这个觉察力不是要采取将家庭外的人纳入治疗这一形式，而是要对社会和政治对现代家庭的影响保持敏感。

■ 个人的即政治的

曾经在一段时间里，治疗师应当保持治疗的中立性成为一个公理：他们不应该评价、偏袒或告诉人们应该怎样去做。他们应该保持不变的客观，鼓励沟通或者作出诠释，并要控制住不要强加他们个人的观点和价值观。然而，今天许多从业者认为治疗师应该维护一些事情并反对另外一些事情。

自从女性主义家庭治疗师首次挑战我们去面对性别不平等(例如，Hare-Mustin, 1978; Goldner, 1985)，在叙事传统中逐渐增加的从业者开始帮助家庭成员辨别特定文化价值的有害影响及其在他们生活和关系中的实践(例如，White 和 Epston, 1990; Freedman 和 Combs, 1996)。的确，最有力量的方法之一就是他们动员人们对于自己的命运更加积极、帮助他们去认识到他们不是有缺陷的而是受压迫的。一旦他们开始进步，叙事治疗师就寻求招募其他人作为目击证人和啦啦队去支持来访者崭新的、更积极意义上的自我。

确实有案例制造出来帮助人们去质疑可能造成问题的价值观。谁说女人



应该像 T 型台上模特那样瘦？青春期一定是骚动的时期？男人的首要使命一定是职业？此外，通过定义文化强加的特定破坏性假设，叙事治疗师邀请家庭成员齐心协力去反对这些价值。问题能被提出，然而关键在于怎样将这些政治觉察力付诸实施。

有时候准备去辨别压迫性的文化态度可以导致忽视来访者在他/她的问题中的角色、责任，而将批评向外投射。例如，在一个案例中，女人开始思考是否她做的一些事情要为她总和男人不能成功相处负些责任。如果治疗师重新定义女人的问题是“不安全感的声音”，并促使她去考虑：这些怀疑作为文化模式的一部分，从那里女人学会了要顺从男人的期望，会发生些什么？女人要比男人做更多的适应可能是真的，但是这个女人的情况是怎样的呢？如果她思考是否她可能对于她生活中不成功的关系负有责任，但她的结论是责怪社会，这一结论是否可以充权于她？

即使面对来访者的挑战，同理心也是好的，但当治疗师开始假设病人是父权制、男人、种族或异性恋主义的受害者时，他们可能陷入一种线性、责备的心理，而这是家庭治疗最早就与之抗争的。

有时准备去辨别文化作为来访者生活中的坏人的影响看似摆出特定姿势，治疗师好像穿着盔甲的武士反对压迫的力量。另一方面，忽视种族主义、性别主义、民族中心主义、贫困、犯罪和异化——认为家庭好像居住在荒岛上——就好像将头埋在沙子里一样无意义。关于更广泛的社会不公平，家庭治疗师的恰当角色究竟是什么呢？

在社会因素对家庭冲击的情况下，家庭治疗师是否在政治和社会中扮有独特的角色，或者，临床治疗师至少在专业能力范围内受训练去治疗心理问题，但他们是否具备特定的权威或技能去证实社会不合理性？这些都是重要的问题，没有轻易的答案。

■ 界限

人际界限作为最有用的概念出现在 Murray Bowen 和 Salvador Minuchin 的著作中。Bowen 最擅长描述自我和家庭中的界限；Minuchin 最拿手去辨别家庭中几个子系统之间的界限。用 Bowen 的术语来说，个人从融合到分化不停地在变化；然而，Minuchin 描述界限是从扩散到固定的，结果就造成缠结和



疏离。

Bowen 的观点反映了精神分析强调分离和个性化 (Mahler, Pine 和 Bergman, 1975), 特别关注解决俄狄浦斯情结和离家。在这一模式中, 我们通过学习独立生活开始形成自我。Bowen 较少注意情绪的孤立源自过于固定的界限, 将这视为人造物品——一种抗拒去反对——失去心理上的分离。Bowen 运用一系列的术语——归属感、融合、不分化、情绪反应——指的都是人们将自己丢失在关系中的危险。

Minuchin 提供了更平衡的观点, 认为界限太弱或太强都会造成问题。扩散的界限允许过多对于子系统的干预; 固定的界限允许家庭成员间过少的支持。Bowen 描述了一种界限问题——融合——和一个目标——分化。融合就好像疾病——可轻可重。Minuchin 则提供了两种可能性——缠结和疏离——且治疗设计用来满足不同个案的需要。

Bowen 的“融合”和 Minuchin 的“缠结”都用以处理模糊的界限, 但并不是同义词。融合是个人的一种心理状态, 反义词是个性化。融合的动力对关系有影响(特别在反应性和三角化的形式中), 但融合是存在于一个人中的, 而缠结是存在于人们之间的。

这些概念的区别同样导致了治疗的不同。Bowen 治疗师鼓励关系但强调自主性。成功是通过自我分化来衡量的。结构式鼓励真实性, 但致力于通过强化或弱化界限来重构家庭关系。成功是通过整个家庭的和谐功能来衡量的。

正常的家庭发展

作为规则, 家庭治疗师很少谈论发展问题^①。家庭治疗最显著的特点在于关注此时此刻的互动。正常的家庭发展, 包括过去和什么是健康的都不被重视。

大多数治疗师对什么是正常有个假设, 这些观点影响他们的工作。问题在于这些暗示的模式很大程度上是建立在个人经验基础上的, 只要保持没有

^① 这是真的, 尽管现在普遍否定强迫接受正常的模式。这是在挑战宇宙偏爱特别事物, 但指控传统治疗师运用关于正常的固定观点是个稻草人式的争论。



关联,他们就好像其他事件一样可能反映了个人的偏见。当谈到为家庭治疗设立目标时,选择不在于有没有一个健康的模式,而在于运用被清楚说明、检验和运用在错误定义、个人标准基础上的模式。

家庭治疗师关注过去,尤其是 Bowen 和精神分析学派,对关于正常的发展谈得最多。尽管大多数家庭治疗学派不关心家庭是怎样建立的,Bowen 和精神分析学派谈论了很多婚姻的选择。Bowen 谈论分化、融合和三角化,精神分析学者谈论需要互补的潜意识、投射认同和理想化;然而,他们似乎在运用不同的术语去描述相似的现象。精神分析师谈论婚姻的选择作为来自原生家庭的移情的客体,也是人们选择伴侣去配合他们自我的成熟度;Bowen 说,人们选择伴侣复制了熟悉的家庭互动的模式,也会选择和自己在同等分化程度上的伴侣。

还有其他的说法,例如人们总是和自己性格的另一面结婚。两个学派都在讨论人们怎样去选择看起来很不同的伴侣,至少在表面上看来,用很令人兴奋的方式去弥补了自我的缺失。强迫性的个体倾向于与歇斯底里的人,按照 Bowen 的说法,归属感取向的人通常会和疏离者结婚。这带来 Bowen 和精神分析学派的另一相同之处,同时也是与其他流派的不同之处。他们都认为人格是分层的;认为关系的成功不仅依赖夫妻间共同的兴趣和价值观,也依赖于内在的、心力投入的客体形象。

即使不强调过去,大多数其他家庭治疗学派也有描述正常家庭发展的过程的概念。例如,沟通治疗师谈替代品(Jackson,1965)在正常婚姻中的交换,行为主义者用社会交换理论(Thibaut 和 Kelley,1959)去描述相同的现象。

Virginia Satir 描述正常家庭是沟通直接且诚实的,直面而不是躲藏差异,并坦诚地表达情绪。在这样的情况下,她相信人们可以发展出健康的自尊,使他们能为建立真实的关系作必要的冒险。

按照 Minuchin(1974)的说法,临床治疗师应该正确评价普通的家庭生活以便成为有效的治疗师。临床治疗师需要从失去功能的结构中,区分出其功能性,同时要从变动性的结构中区分出病态的结构。

因为结构式治疗开始于评估家庭结构的准确性,有时看来像在强加一个标准。然而,实际上,常态是用功能性来定义的,结构式治疗师认识到不同的模式可能有同样的功能。子系统间清楚的界限比子系统的组成更重要。例



如，父母的子系统由单亲母亲和年长的孩子组成，如果对权威有清晰的界定，功能也会有效。缠结和疏离的模式被认为是偏爱的形式，并没有必要将其认为是非正常的标志。

大多数治疗师不相信重建家庭且相信不太需要家庭应该像什么样的模式。反而，他们会针对特定问题进行干预——维持问题的互动、充满问题的故事、解决遗忘的办法——用功能而不是结构，来概念化。他们观察到的模式是失去功能的，于是，通过推论，有效的必然正好是有功能的。

尽管为了帮助家庭不一定要去了解他们的过去，了解家庭现在的组织通常却是有用的，可运用正常行为的模式去设定治疗的目标。这样的模式应该包括对现在和随着时间推移而改变的设计。在本书中，谈论的最有效的正常家庭功能的基本模式有：结构式的等级、有效的沟通和家庭生活的周期发展。

行为障碍的发展

在家庭治疗的早期，病人会被看成是无辜的——替罪羊——他们的失常维持着家庭的稳定。有大量关于失去功能以维持和平的文献：替罪羊现象、假相容关系、家庭投射过程、双向束缚、神秘化等。这些恶性机制可能使年轻人变得疯狂但也帮助他们团结在一起。它是简单和令人满意的恶性神话。没有人完全批评父母——他们的强迫不是真正的显而易见——但这些解释确实依赖父母的错误和失败，就好像有一种神秘的力量。认为精神分裂症患者是为家庭自我牺牲的孩子的观点极具吸引力——然而却完全不是事实。现在，家庭治疗师较少考虑是什么造成了问题，而要知道家庭是怎样不知情地保存了问题。

■ 不灵活的系统

早期精神分裂症患者家庭的观察者强调家庭的不灵活性。Wynne 造了“橡皮栅栏”一词去戏剧性地描述精神病患的家庭怎样抵制外来的影响，并用假相容性来描绘他们之间和谐的僵化一面。R. D. Laing 显示了父母是怎样不能容忍孩子的独立性，运用神秘化去否认他们的经验。沟通治疗师认为精神分裂症患者的家庭最明显的问题就在于缺乏改变规则的机制。他们被负向



反馈程序化,视新鲜事物和改变为不正常而加以抵制。

视心理病人为固定的动态平衡的传统在1980年代被Selvini Palazzoli重视起来,运用她的概念称之为“坏游戏”(dirty games)。Carol Anderson和Michael White反对这一负面的观点,进而认为僵化可能是与困难问题共存和被心理健康专业人士批评的结果。

用动态平衡的不灵活性来解释家庭问题成为策略学派的一个里程碑。失去功能的家庭用有限的处理办法去面对问题。即使这些办法不管用时,这些家庭还固执地作不停的尝试。当他们解释症状是控制行为的错误努力造成的结果时,行为主义者采用类似的想法。通常当父母认为自己在惩罚不良行为时,实际上是强化了关注。

按照精神分析和经验式理论,采取冲突、发展阻碍(developmental arrest)和情绪反抗(emotional suppression)等形式的内在心灵的僵化,是个人导致家庭不灵活性的原因。精神分析师认为不健康的家庭是抵制改变的封闭系统。当得到强化时,不灵活的家庭后退到发展的早期阶段,未解决的冲突使得他们固化。

经验式者描述失去功能的家庭是情绪迟钝的。如果你有时不得不去尝试一些不一样的东西,只是为了知道你还活着,家庭会害怕去“摇动这艘船”而变得胆怯又没有生气。有症状的人是家庭反抗生活力量的受害者。

结构式治疗师将家庭的不灵活性置于子系统之间。但是结构的问题不必然是家庭问题的结果。否则正常家庭可能有问题,如果不能改变原有的有效结构去面对环境或发展中的危机的话。家庭治疗在这一点上应当相当明确:症状家庭通常基本上是合理的,可能只是需要帮助去适应改变了的环境。

解决中心和叙事治疗师避免暗示家庭成员导致问题的概念。两个阵营都倾向聚焦于个人在家庭中的力量和运用自身资源战胜困难的次数。这些模式确实认定有问题的思维定势导致人们总认为自己是失败的。解决中心治疗师从这点出发,不推测最失败的想法的起源。叙事治疗师指出,有害的文化中的信念系统是内化在家庭成员中的。社会而非家庭,是不灵活的。

■ 症状的功能

首位家庭治疗师描述被认定的病人通过绕开冲突进而稳定家庭、服务于



有问题的家庭的功能。Vogel 和 Bell(1960)形容情绪被扰乱的孩子作为“家庭的替罪羊”，在将父母分开的基础上被挑选作为父母投射的对象。于是，病人的不正常促使家庭为了考虑病人而团结起来。

如今，许多治疗师否认症状有意义或功能。的确，叙事、解决中心和心理教育治疗师是那么直接地反对以症状作为目的的看法，以至于这些方法被视为受到灵感启示而反对这个看法。叙事治疗建立在症状作为外来实体的比喻上，且心理教育取向致力于免除家庭对于心理疾病的责任感。

行为主义者总是反对症状是根本病理学的标志。行为家庭治疗师视问题为缺乏技巧或改变行为的错误努力导致的不复杂的后果。限制对症状的关注是成功揭示偶然性强化它们的原因；也是他们不能很成功地处理一些案例的原因。例如孩子的问题行为确实起到稳定冲突的婚姻、夫妻的争执并起到不让他们去处理更深层次的冲突。

一些家庭治疗学派持续认为症状是更严重问题的信号并可以用来维持家庭的稳定性。在不能忍受公开冲突的家庭中，有症状的成员可能起到烟幕弹或转移注意力的作用。在精神分析、Bowen 式和结构式的建构中，夫妻没有能力去建立亲密联系的原因可能在于他们中的一方或双方都还和父母纠缠不清。在这种情况下，症状行为会代际传递并用来稳定多代家庭系统。

有时候可能看到有症状的孩子怎样激发抑郁或疏离的父母变得更投入家庭。按照 Jay Haley 的说法，孩子的不良行为常常是部分的重复循环而使得父母充满活力。一个典型的顺序是：父亲变得不高兴和退缩，孩子有不良行为，母亲不能管教孩子，父亲加入进来，通过孩子重新将自己和母亲卷在一起。

下面的例子就是关于“失去功能”的行为可能怎样发挥作用，这是摘自 Harry Aponte(知名结构式家庭治疗师)的访谈，引自 Hoffman(1981)的著作。

访谈针对一个贫困的黑人家庭，是描述“多重问题”的全部答案。所有人——母亲、六个长大或快长大的孩子、两个孙子/女——都在危机之中，从破产、疾病、神经衰弱、暴力、意外到所有这些因素的综合。此外，家庭成员很吵闹、分裂、很难控制。

在一特定的时候，Aponte 问母亲，“你怎样去处理这些？”母亲，一直没精打采并似乎对治疗师试图和孩子讲话没什么兴趣，说：“我装暴徒。”孩子们笑了，形容母亲装暴徒是多么可怕。



这一交谈后很快发生一个事件说明循环因果顺序确实在起作用,其他人中的一个可能对家庭平衡起到作用。母亲依旧无精打采并看起来很累,治疗师开始询问她的神经衰弱。最初孩子们在安静地倾听。当她开始承认有神经衰弱并在吃药的时候,他们开始行动了。一个男孩逗弄婴儿,另一男孩试图制止婴儿踢腿,于是婴儿开始哭叫。治疗师问 20 岁的女儿(婴儿的母亲)是否可以控制他,她说不行。这时母亲站起来用一个卷起来的报纸拍打婴儿,她的困倦一扫而空,就好像睡着的巨人被小昆虫吵醒一样。她重重地一顿让婴儿坐下,他再也没有制造任何麻烦。在这一过程中,其他的孩子站起来、高兴地尖叫,使得母亲去痛斥他们,之后他们平静下来。母亲回到位置上,更加警惕了但肯定取得了些控制。(p. 83)

这是个有过多压力进而抑郁的母亲,当她谈论自己的抑郁时,孩子们变得焦虑而有不良行为;不良行为引发母亲的反应,将她从退缩唤醒转而控制全局。在不断出现的循环中,孩子们的不良行为症状是母亲抑郁的诱因和良药。

■ 潜在的动力

1950 年代,家庭治疗师挑战了精神分析的概念:症状只是表面现象,真正的问题在内心。相反地,他们显示了怎样聚焦在行为互动上就足以处理大多数问题。

如今很多家庭治疗师为了去解释或治疗症状的行为依然否认去考虑潜在动力的必要。这些临床治疗师相信在家庭中足以观察互动的模式。一些策略治疗师,例如 MRI 小组,关注围绕症状行为的互动;其他人,例如米兰小组,对整个家庭采取更广泛的视野。行为主义者坚持认为要解决不良行为的唯一办法就是去观察它的强化过程。

尽管解释问题行为的传统不包含潜在的动力,许多治疗师相信表述的症状和围绕的互动都不是真正的问题,真正的问题在于潜在的家庭功能。治疗师往往低估——或者超越——家庭中一些缺点的行为过程。Minuchin 对家庭结构的观点是这一概念的最主要的事例。结构式家庭治疗师关注家庭带来的抱怨,但他的真正的焦点是潜在的结构问题。

家庭结构现在是家庭治疗中的一个核心概念,且这一领域可以被划分为那些在他们分析中有或者没有结构的人。Haley(1980)就是这样做的,因为



这个原因,许多人认为他既是结构式也是策略式治疗师。MRI 小组的 John Weakland 强烈否认需要将结构式概念纳入家庭评估,并认为这样做会败坏心理动力理论的名声。那些更关注此时此刻互动的其他人,包括行为主义者(Patterson)和一些经验式者(Whitaker),最终接纳了结构式概念的有效性。^①他们这样做就是最早的关于两个相互竞争的系统聚合的信号。

后现代的革新同时也是后结构的,在这个意义上,将潜在结构的概念看成是现代主义(错误的绝对论者)是有问题的。后现代主义者例如 Michael White、Steve de Shazer、Harlene Anderson,都避免结构式假设。

精神分析和 Bowen 治疗师对于潜在的动力有不同的概念。精神分析师起源于潜在动力的观点;现今的精神分析家庭治疗从业者将这一观点运用在在内心灵结构冲突这样的概念中(本我、自我、超我);发展的拘捕;内在客体关系;家庭成员间的连锁病态结构。按照精神分析的模式,互动可能产生困难,但相互关联的人才有真正的问题。

在 Bowen 理论中,其主要的概念形容家庭动力是融合的,是家庭投射过程和连锁的三角。这些潜在的问题被过多地强调,以至于 Bowen 派可能比其他人花更少的时间来直接处理表述的症状。

Bowen 理论运用诱因—压力(diathesis-stress)模式来说明心理问题。这一模式来自关于遗传的研究,当遗传缺陷被环境中的压力引发时,人们就发展出了失常。在 Bowen 理论中,面对引起焦虑的压力时发展出症状的人们有较低层次自我分化,并且其来自支持系统的情绪被阻断,尤其是延伸家庭。诱因不一定是遗传得来的,但却会从这一代传到下一代。

■ 病态的三角

病态的三角位于几种家庭治疗解释行为失常的中心。其中,Bowen 理论是最为精致的。Bowen 解释两个人是怎样、什么时候有冲突,经历很多焦虑的一方会将第三方“拉入三角”。这一模式不仅提供了系统病理学的解释,而且可以作为一种警告:只要治疗师保持与一方的情感冲突,他或她就是问题的一部分,而不是解决问题的部分。

^① 并非偶然的,Patterson 和 Whitaker 都去访问费城儿童指导诊所,并向 Minuchin 学习。在他们的事业到了一定的阶段时,他们觉得有必要更加系统理解他们所治疗的家庭。



在精神分析理论中,俄狄浦斯冲突被认为是神经症的根源。下面的三角是由家庭互动引发的,但留存在个人心理中。母亲的温柔可能是诱人的,父亲的嫉妒是威胁性的,但弑父娶母只是虚构的幻想。病态固着在这一冲突可能是由家庭外部空间的发展引起的,但这一冲突只隐藏在孩子心灵的内部空间。

结构式家庭治疗是建立在三角化的结构基础上的,两个子系统之间失去功能的界限是与第三方的界限相辅相成的。父亲和儿子的缠结反映了父亲和母亲的疏离;单亲母亲与孩子间的疏离与她过于投入家庭外的事物相对应。结构理论同样运用了病态三角的概念去解释冲突转移的三人组,即父母将他们的冲突转嫁到孩子身上。Minuchin、Rosman 和 Baker(1978)曾经证明过,当冲突中的父母将压力转移给受他们心理影响的孩子时,心理改变就会发生。

策略治疗师与二元模式工作最为典型,个人的症状被其他人努力去解决而维持着。然而,Haley 和 Selvini Palazzoli 将三角化模式运用在跨代际联合的形式中。这些“不正当的三角”,Haley(1977)这样称呼它们,发生在父母和孩子,或祖父母和孩子之间,串通起来偷偷摸摸地形成堡垒去反对父母中的另一方。三角化功能和其他新模式比起来,不是那么核心,因为它不关注家庭是怎样产生问题的。有人可能不同意,忽略家庭动力是叙事和解决问题的治疗方法的重要力量,如果这样做对帮助这些治疗师集中火力去压缩他们感兴趣的思考习惯毫无用处的话。然而,可能有人要说,忽略家庭动力是这些方法的弱点之一,尤其在那些家庭中,冲突不容易轻易摆脱就是因为家庭成员不能一起工作去解决共同的问题。

当事情变糟时,总有一些人会遭到责备。你的伴侣从未谈论过他的感受?他必定是来自火星。在第一次的夫妻面谈之后,这个家庭为什么不来了呢?他们必然是在阻抗。在变得过于批判性之前,我们认识到将自己问题归因为其他人的影响是非常自然的。因为留心自己之外的生活,我们更容易觉察到其他人做了什么造成我们相互间的问题。但作为治疗师,我们希望不受这一自我中心偏见的妨碍。不,他们受到其他偏见的妨碍。

无论何时听到不快乐的故事的一面,我们很自然就去同情讲故事的人。如果一个朋友告诉你她的老板很古怪,你的同情心自然就放在她这一边。经验说明,大多数故事都是有两面性的。但当你的推动力是去显示或向你讲述他/她的困难和你的团结时,诱惑就是要去寻找坏人。在专业助人者中,这一



诱惑非常普遍且难以抵制。

用很容易污蔑的影响(男人、种族主义、母亲)去批评家庭问题的原因,在于很难看清过去使他们成为家庭互动模式中的个人人格,除非你看到整体,并看到他们怎样运作。这是为什么家庭治疗首先被发明出来的原因。

治疗目标

所有心理治疗的目标都是去帮助人们改变以减轻他们的不幸。个人治疗、团体治疗和家庭治疗,概莫能外。那么,为什么有那么多关于不同学派治疗目标的著作呢?有些阐述的是关于人们怎样改变的不同观点,有些只是更改形容改变的词汇。当 Bowen 说“自我分化”,精神分析派说“增强自我力量”时,其实说的根本就是一码事。

如果去掉语义上的不同,家庭治疗模式在两个主要目标维度变动:第一,学派之间在直接目标上有所不同,他们通过不同的个人、家庭功能来寻求改变;第二,学派对于要求多大的改变有不同。一些满足于症状的改变,另一些则立志去改变整个家庭系统。

所有治疗师都对解决问题感兴趣,但是不同在于,是只关注症状的解决,还是关注整个家庭系统的健康?策略、解决中心和行为治疗师较少关注改变整个系统;精神分析、Bowen 治疗师则最关注系统的改变。

结构式家庭治疗的目标是既要解决问题又要改变结构。但寻求结构改变是适度的目标,只是去重组不能因改变的环境而作出调整的那部分结构。叙事、沟通和经验式治疗师同样要协调症状的改善和家庭系统的重组。这些学派的从业者所关注的既不是表述的抱怨也不是整体家庭系统。相反,他们特别关注那些被认为是造成症状基础的过程:认知建构、沟通模式和情绪表达。这些过程的改善被认为会解决问题并促进成长。

策略治疗及其解决问题为中心的分支关注的是问题的解决。目标只是要解决来访者现在所抱怨的。很多叙事治疗师反对他们自己策略派背景的机械论方面(Freedman 和 Combs,1996),不仅要帮助来访者去处理来寻求解决的问题,而且给予他们增强个人能动性的感觉。

在我们看来,家庭治疗的主要目标是必须去处理表述的问题。如果家庭



在特定问题上求助,治疗师只是帮助他们表达感受,但并不能解决问题,于是就在很重要的方面辜负了他们。在不论问题是否得到解决这一点上,行为、策略治疗师最大的优点在于绝不愚弄自己(或来访者)。如果成功被定义为接受治疗师的观点并改变其概念目标,治疗便成为一种权力争夺或教化。在某种程度上,这发生在所有治疗师身上,但要证明其合理性则必须既要实现治疗师的目标也要达到家庭的目标。

针对症状改变工作的优势在于消除关于治疗是否成功的困惑。只在症状维持行为这一层面工作的缺点在于可能造成的改变并不能持久。

关于目标的最后一点提示。解决问题已经成为家庭治疗的商标和从业者乐观主义的标志。然而,通过包含疾病模式(正如 Virginia 所说,还有精神分裂症),一些家庭治疗师,特别是那些从事心理教育的治疗师,将提倡应对而不是治愈严重的精神病作为可行的目标。很多家庭治疗师都很难接受这一适度但现实的目标。危险之处是在质疑谁更有力,家庭治疗还是特定长期的症状——精神病理学? 抑制的心理动力、贫困和绝望,甚或都使得一些人很难冒改变危险的神经衰弱?

行为改变的条件

为了使家庭治疗成为独特的且有创新性的方法,家庭治疗师通过强调与个人治疗的不同而开始。后来,他们强调彼此之间的不同。如今,学派之间有很多相互交流,但尽管大多数学派在改变的原则上有着广泛的共识,他们依然在许多特定论点上有所不同。

■ 行动还是顿悟?

家庭治疗和个人治疗之间首要的区别之一就是怎样处理顿悟。个人治疗师强调知识的和情绪的顿悟,家庭治疗师强调行动。然而,尽管在著作中强调行动,早期家庭治疗师的大多数技巧被设计为通过理解来影响行动。实际上,因为人们思考、感觉和行动是一体的,所以如果不能影响这三个方面,就没有哪种治疗能够成功。

行动和顿悟是家庭治疗的主要改变工具。大多数治疗师运用两种机制,



但一些学派强调其中的一种：行动(策略、行为)或顿悟(精神分析、叙事)。

要从行动入手,是因为观察到人们通常不能改变,即使他们理解为什么应该改变。这是真理,每个试图减肥、戒烟或花更多时间陪孩子的人都很熟悉。行为主义者通过指出行为常在不知情时被强化用来改变行为,他们说,解释不能改变行为,强化却能。

正如行为主义者那样,策略治疗师关注行为且不关心顿悟。他们不相信培育理解,也不相信教化;相反,他们相信改变行为只有一个方法,那就是通过操纵。他们将家庭挤到角落,那里是问题松动的唯一出口。要从顿悟入手,是因为相信如果人们更了解自己就能够更自由地按照对他们最有利的方向行事。精神分析师相信人们不知道他们真正的动机。对于隐藏的冲突没有顿悟,行为将变得自我挫败,甚至危险。未经考虑的行动可能是自我挫败的,因为没有顿悟去减轻症状通常造成否认和压抑;如果被压抑的冲动突然爆发,可能会很危险。

一些人对行动的看法可能被精神分析师当成假装的——转移去掩盖显示潜在冲突的焦虑。只有通过理解在表达中隐含着他们的冲动和危险,人们才能实现持久的改变。此外,即使重要冲突是潜意识的,也只有对行为暗流的系统性诠释才能带来持久的改变。在精神分析治疗中,由家庭发起的不可分析的行为被称为假装的;由治疗师发起的不可分析的行为则被认为是操纵的。顿悟只有在家庭说出想法和感受而不是做出来的时候才会出现,治疗师诠释潜意识的意义而不是建议或操纵行动。

对顿悟的讨论常常是分裂的,因为它是个时髦词语,拥护者赞美它,反对者奚落它。拥护顿悟的人赋予它虚假的药物特性:顿悟好像药一样,可以治愈。实际上,顿悟不能治愈任何事情,它只能伴随着治愈出现。说家庭获得了顿悟,意思是说家庭成员知道他们行动的目的以及希望从对方那里获得什么,但怎样将顿悟用行动表现出来还取决于他们自己。

与一些学派采取的极端立场不同的是,其他一些治疗流派将行动和顿悟双管齐下。在结构式家庭治疗中,改变是由行动发起的,进而受到理解的支持。按照 Minuchin(Minuchin 和 Nichols,1993)的说法,家庭结构和信念彼此支持和强化;唯一实现持久改变的方法就是两者都要改变。行动为先是因为行动导致了新的经验使得顿悟成为可能。



在 Bowen 系统理论中,干预也是两个层面的——行动和理解,但影响的顺序却是倒过来了。Bowen 开始让人们冷静,这样就会停止互相批评并开始反省他们被卡住的关系过程。一旦人们开始看到自己在三角化或两极化(例如追逐者/疏离者)动力中的角色时,要鼓励家庭成员通过改变在这些模式中的参与来实现关系实验。

米兰模式以及 Cecchin、Boscolo 和 Hoffman 后来的工作提升了系统取向的意义及其工作的重要性。于是,系统取向的家庭治疗师较少依赖行为分析和行为取向的干预。考虑到 Michael White 和 David Epston 的“外化”技巧,近来 Harry Goolishian 和 Harlene Anderson 的交谈模式治疗,社会建构主义的普遍性,心理动力影响的复苏,这一领域无疑在远离行动并走向,即使不是顿悟,也是认知^①。

越来越多的家庭治疗师会拒绝顿悟的概念,因为它依赖过时的对客体真实的信仰。作为好的后现代主义者,他们倾向用“叙事重构”这一概念取代“顿悟”,视治疗师为帮助来访者建构新的而又更有希望的故事,而不是挖掘出一些被埋藏的真理。然而,不论我们用传统的术语“顿悟”,还是用更现代的术语“共同建构现实”,事实是如今对叙事的兴趣和反映团队的普及性表明家庭治疗已从行动转向认知(或意义,如果你愿意)。

强调意义对于喜欢合作模式的治疗师特别有吸引力,但当个人虚构家庭是感受、思考和行动的特定事物时,我们想知道是什么将他们紧密联系在一起去创造、维持问题的,而不在于行动是怎样合作且连锁的。帮助人们重新思考他们的两难困境可以帮助他们发现新的解决方法。但最经常的是:我们需要做的时候并不一定都能做到。或许与“意义”和“行动”一起工作对家庭治疗师是个更好的办法,强过以一个换另一个。

■ 阻抗

众所周知,家庭是抵制改变的。除了个体家庭成员的反抗,系统本身也抵制改变——或者,简单而又实际地说来,使家庭联结在一起的结构受到每一个

^① 区别在于顿悟指的是理解事情的真正本质;在心理治疗的领域,这意味着隐藏在一个人的想法和行为背后的潜在动机。另一方面,认知更狭窄,指的是一个人的观点。在治疗的脉络中,认知的改变包括转变为更有成效的观点。不一定要更“真实”,只要更有效。



家庭成员的习惯的支持。

同样的装置给予家庭治疗伟大的杠杆作用——将所有的参与者带到一起——也带来了反抗的种子。如果在任何场合提出问题,都很难抵制要批评其他人的诱惑——或至少去等别人先改变。即使当治疗师尽责地指出每个人应为问题负什么责任时,人们总是听到自己脑中根深蒂固的声音,“不是我,是他们”。近来很流行说“阻抗的死亡”,很多较新的学派宣称在“无等级”的取向中,阻抗不再是个问题。这有部分的道理,另一部分只是在摆姿态。说有道理,是因为在 Minuchin 或 Whitaker 的面质中,阻抗更加清晰可见,阻抗或不愿意改变,在当今说服力、认知的取向中依旧是个问题。叙事治疗师既不与来访者争辩,也不会面质家庭冲突的责任;但他们所说的“外化”和“解构交谈”在某种程度上是将自己的叙事形式强加在来访者的故事上的努力。阻抗可能不明显了,但人们并不一定像你想象的那样愿意放弃“充满问题的故事”^①。

行为治疗师忽略阻抗,但其治疗只有在来访者愿意跟随指导的时候才能成功。其他家庭治疗学派认为阻抗是个主要的障碍,并设计不同的方法去克服它。

精神分析从业者相信阻抗是由潜在的防卫激发的,最初必定被证实且通过诠释去解决。这是个内在心灵的模式,但不能忽视潜在的和相互间的阻抗。相反,精神分析治疗师相信内在的冲突——在成员之间或者家庭与治疗师之间——对基本的驱动力有潜在阻抗的根源。经验式治疗师有个类似的模式,视阻抗为情绪表达,并运用面质和情绪实验来赶走它。经验式治疗师相信自动突破防御会释放出健康的努力;改变会由内至外发生。

人们确实避免引发痛苦的事情,揭发家庭中其他成员的痛苦事实更为困难。你可以告诉治疗师,你对伴侣很愤怒,但对伴侣说的可能又是另外一回事。

Minuchin 对阻抗问题的解决办法就是直截了当:他通过加入并容纳他们来赢得家庭。这给予他一个杠杆去运用有力的设计来重构家庭互动结构的面质。阻抗被视为治疗师和家庭之间互动的产物;通过先挑战家庭继而再加

^① 人们来寻求治疗不仅是要解决问题也要来吐出苦水。他们希望去谈论他们的困难,而且,因为他们不是在家里,他们期望有人倾听。



入他们来修复治疗关系的裂缝来实现改变。

策略治疗师避免权力的争夺,通过和阻抗交朋友而不是挑战它。他们假设家庭不能理解自身的行为并反对改变它的企图。作为回应,一些策略治疗师试图通过明显激发家庭的阻抗来获取控制。一旦家庭开始反对治疗的引导,治疗师会操纵它们向良好的方向发生改变。在实践中,这会导致固执地追求逆反心理或治疗柔道的创造性形式。

Steve de Shazer 否认阻抗的存在,认为这是家庭合作的方式,认为这取决于治疗师是否知道怎样去运用它。Richard Schwartz 认为阻抗是家庭成员保护性部分的正常反应,其工作是不允许任何人进入家庭直到很清楚这个人不会伤害或者羞辱他们。Schwartz 在尊重和确保这些保护性部分上走得相当之远。

最后,在阻抗这一标题之下,我们应该考虑感应现象。感应发生于治疗师进入家庭系统并遵守其规则的时候。一旦这些发生了,治疗师只是成了家庭的另一名成员;这可能稳定系统,但却削弱了治疗的杠杆作用。当治疗师需要承担消失的家庭功能,例如管教孩子或/和用同理心对待与妻子没有共鸣的丈夫,或当治疗师做其他人都做的,例如避免挑战家长或把酗酒问题缩小化时,都是在被感应。

感应是那么微妙以至于很难看见,那么诱人以至于很难抵制。作为助人者和治疗者,治疗师倾向于接管人们,为他们做他们应该自己做的事情。但接管——被感应——排除了真正的改变。只要有人为家庭做事,他们就没有必要自己学会怎样去做。

早期家庭治疗师面临那么多阻抗的一个原因是他们太过急切地去改变人们而懒于理解人们。于是,家庭,正如你和我,抵制改变的努力,因为这些努力来自他们感到不被理解和接纳的人们。家庭治疗师学会视唠叨和退缩作为循环,而迟迟地没将他们视为人。只是到后来才开始认识到唠叨背后隐藏的痛苦,开始去理解造成退缩的焦虑。

被死死卡住的家庭通过恐惧来运作,治疗师因为急于被喜欢,所以在这些恐惧面前不堪一击。家庭很快教会治疗师什么是威胁:“不要问他那个。”治疗的艺术是对这些恐惧表示理解和体现同理心,但避免感应强到能够挑战他们。正如在好多事情中,进展有时意味着去做你自己害怕做的事情。



■ 家庭—治疗师关系

由于个人治疗师一直相信治疗的基本支柱是病人与治疗师之间的纽带，早期家庭治疗师低估了治疗关系的重要性。当支配性的比喻是控制论的机器时，治疗师被视为改变的技术控制论者。近年来，这一观点已有了180度的大转弯，流行的观点是治疗师绝对不是技师。

首次转变发生在1980年代，当时控制论模式被拒绝是因为它将治疗师置于家庭之外和之上。次级控制论(second-order cybernetics)是一个术语，用来强调治疗师是治疗系统的一部分和其不能分离的客体性。一个更为根本的转变发生在1990年代，那时家庭治疗师开始拒绝专家的角色而更喜欢合作的模式。

不像初级与次级控制论的区别，其更多是学术意义上的，合作模式是如何进行家庭治疗的转折点。被拒绝的是医学模式，一个权威角色的模式，临床治疗师好像是一个负责的专家，是病人寻求答案的对象。早期的实践可以视为从仁慈的家长制作风到教条主义地强调权力和控制。Harlene Anderson 和 Harry Goolishian 将他们的方法变成“合作式语言系统方法”。由指导的、等级的转向合作的位置与 Maturana 和 Varela(1980)的观点是一致的，系统是自我创造的而不能像机器一样被操纵。这一试图去神秘化治疗的最终表述当属 Tom Anderson 的反应团队，临床团队从镜子后面走出来加入家庭进行平等、开放的谈话。

提倡合作模式激起了一些反挫，来自那些说“驱除权威主义很好，但如果意味着放弃领导地位却不那么好”的人(例如，Nichols, 1993)。但当合作治疗的想法已经基本成为陈词滥调的时候，治疗师是否称自己为专家或“合作参与者”就不那么重要了，重要的是他们是去操纵还是充权人们。

考虑到治疗师在治疗时采取的立场，发现治疗师所做的不仅反映了他或她所相信的是很重要的，这也反映了他或她是谁。不管治疗师采用哪种模式，个人的风格会对他/她对家庭采取什么样的姿态有很大的影响。John Weakland 的“谦卑”姿态是与他自身的害羞和不确定的性格密切相关的，好像 Betty Carter 的率直和她自己的心直口快本性相关一样。

病人—治疗师关系的变动性是个人从业者的工具，但也要分不同的治疗



流派。主体—客体范式的特点在于客观的观察。在这一模式中，治疗师是自然科学家。个人和情绪的反映被认为是侵扰。治疗师和家庭是分离的实体。这不是流行的概念，且很少有家庭治疗师用这些术语来形容自己，然而，行为、精神分析、Bowen 派、解决问题、结构式治疗在某些方面都符合这一模式。

行为治疗师认为自己是客观的观察者和理性的科学家。精神分析师在这一模式中运作：相信自己是个白板病人而将其扭曲的感知和幻想投射上去。尽管一些临床治疗师依旧拥有这一假想，但和现今精神分析的思考已经不一致了。白板是个比喻和神话。治疗师用很多方法表露自己，病人的反映通常受治疗师行为和个人扭曲概念的影响。Bowen 派认为他们是客观的观察者，作为老师或教练去帮助来访者克服他们的情绪化。策略学派创造了一些最复杂的概念去描述治疗师和家庭间的复杂关系(Hoffman, 1981)。主体—客体范式不是这一学派的特点，但如果治疗师认为自己是局外人，困在与家庭的斗争中，这一范式就蔓延进来。解决中心的治疗师谈论过合作但给人的印象好像是销售代理，很有攻击性地去促进光明未来的出现。

人际的范式视治疗为双向互动。这一模式承认治疗师和家庭是持续相互影响的。精神分析师运用了移情/反移情、投射认同和心力投入的概念。影响的模式是横向的。实际上，这一范式形容了大多数情况下大多数治疗师的做法。然而，1980 年代的建构主义运动代表了更明显的尝试，其中包括治疗师的假设和对所治疗的家庭采取的行为的影响。大多数新的治疗采纳这一语言——喜欢“生成的语言”——尽管个人从业者是否保持开放可能是一种人格敏感性而不是专业身份。

现象学的范式是治疗师试图去采纳来访者谈论的框架。当精神分析从业者认同来访者，当结构治疗师加入家庭，当叙事治疗师强调来访者的故事，以及当不论哪个学派的治疗师试图去理解家庭并竭尽全力时，现象学的范式就发生了。Stanton 和 Todd(1981)将这一概念运用在他们对家庭采取“高尚动机归因”技巧中。这一技巧被诚心诚意地使用时，适应了现象学的模式，而不是在大多数重构中用作策略情节。如果诚心诚意使用 Selvini Palazzoli 的正向解读也会更加有效(尽管正向解读这个词看起来是支持性的，但它常常让人感觉到是要人领情的，尤其由一个刚从单面镜后进行秘密讨论的治疗师那里传递过来时)。Boszormenyi Nagy 重新认识到症状行为是一种潜意识的对家



庭的忠诚,确实代表了一个诚心诚意的立场。经验式治疗师谈论接纳病人解释的框架但常常要追随情绪碰撞范式,以此大声宣布他们自己的感受并挑战让家庭做同样的事情。

情绪碰撞范式要求治疗师和来访者人格的直接参与。它包含相互关系、诚实、开放、自我表露,在家庭治疗中的使用仅限于经验式治疗师。在情绪碰撞的场合,治疗师变成完全的参与者,大多数治疗师不会让某些事情发生。然而,如果你这样做是因为你有清晰的治疗指示的话,足以让你走出去面对家庭,而不仅因为你喜欢这样。Minuchin 时而投入真诚的相遇,但他这样做看来并没有牺牲他的客观性。

最后,形成与来访者的关系依赖于你对人性本质的看法。如果你相信人们是有问题的,因为他们缺少某些东西,不论这些东西是信息、好的亲子教育、自我力量、血清素或自我反省的觉察力,你可能都觉得要采取一个有等级的、专家的位置。为了真正地到来访者合作,你必须相信家庭成员已经有自己处理问题的能力,只是不知什么原因发挥不出能力来。治疗师用这样的观点将与来访者的合作作为帮助他们释放限制能力的东西,无论是什么,而不是试图给予他们一些所他们缺少的。无论来自传统的还是新潮的学派,相信人们有这种自我治愈的能力是优秀治疗师的特征。

治疗

通过阅读来比较技巧是很困难的,因为临床治疗师通常用抽象的术语去形容他们的干预。当技巧用理论行话来形容时——重构、失衡、外化、分化——这些词究竟意味着什么并不很清晰。在这一节里,我们视技巧的论点为一系列怎样引导治疗的实际问题。

■ 评估

家庭治疗的每个学派都有关于家庭的理论,这决定了他们从哪里寻找问题并看什么。一些学派关注整个家庭(米兰、结构式、Bowen 派);一些学派关注个人(精神分析、经验式);还有一些学派只关注维持症状的顺序(策略、行为);而另有一些学派很少关注是什么造成了问题,却愿意去动员人们合作以



反对它们(解决中心、叙事)。

行为主义者将评估放在最重要的位置并使用最正式的程序。评估是治疗的第一步。行为主义强调评估的好处在于它提供了清晰的基本数据、确定的目标和可靠的方法去决定治疗是否成功。其缺点在于：通过使用标准化的访谈和问卷，你看不见自然互动中的家庭。如果只看到部分的家庭(母亲和孩子,或夫妻),你会失去整个情境;如果依赖问卷,你知道的只是家庭所汇报的。

结构式治疗师同样强调评估,但评估是建立在观察的基础上的。家庭的活现给予治疗师机会去观察缠结和疏离的模式。这一学派评估程序的积极之处在于它运用家庭内部互动的模式,包括整个家庭,用简单术语组织起来直指良好的改变。

结构式评估的潜在缺点在于:因为关注个人在家庭中的角色,它可能会忽略个人。这不一定发生,但却是初学者常犯的错误。

Bowen 学派在评估中也绝妙地考虑了整个家庭。不像结构式,Bowen 派依赖听到什么,对过去和现在一样有兴趣。

精神分析理论的广大使得从业者预测先行于数据;很少的信息可能意味着很多。优势在于理论组织了数据并为揭开隐藏的意义提供了有价值的引导。危险在于理论可能会扭曲数据,引导临床治疗师只去看他们想看到的。经验式治疗没有上面表述的优点和缺点。他们的评估只是受感受的简单理论的引导以及他们怎样被压迫;倾向于不仅去揭开隐藏的,而且试图去看到并不那里的事情。

两个较新的学派——叙事和解决中心,避开任何形式的评估。解决中心治疗师认为详述问题和其产生的原因破坏了他们希望产生的积极思考。他们也认为解决方法并不一定与产生问题的方式相关。叙事治疗师相信在家庭内寻找问题使治疗师是专家的立场永远存在下去,而这正是他们要避免的。通过将问题人性化,谈论其影响而不是造成的原因,他们绕过家庭讨论中常出现的话题:问题是怎样开始的。危险在于通过忽略问题是怎样产生的,他们可能忽略真正的冲突。正如你可能注意到的,冲突不可能因为你忽视它,它就不存在。

■ 决定性干预

家庭治疗师运用很多技巧,一些是按照模式的规定,另一些则是根据治疗



师的人格和经验。即使我们将关注局限于每个学派的技巧,这一清单也会长而令人困惑。一些技巧事实上被每个家庭治疗师使用——问问题、反省感受、澄清沟通——这一清单随着这一领域变得越来越整合而不断增多。然而,每个学派都依赖一两项独特而具决定性的技巧。

在精神分析治疗中有两个特别的技巧。第一个是诠释,虽然很有名但不好理解。通过恰当的使用,诠释指的是解释潜意识的意义。它不意味说明观点——“你需要在你可能变得亲近之前表达你的观点”;建议——“只要你继续给他写信,这段婚外情就还没结束”;理论——“你被他吸引的原因是你的潜意识的需要”;面质——“你说你不在乎,但你却很愤怒”。诠释是关于潜意识意义的说法。“你一直在抱怨儿子总和你争吵。在前面所说的基础上,我认为你的一些愤怒是对你丈夫不满的转移。他做一样的事情,但你害怕对他说,这就是你为什么对儿子这样生气。”

通过抑制问问题或给出建议,精神分析的从业者保持了倾听和培养理解的立场。通过限制对诠释的干预,治疗师说得很清楚,治疗是设计用来学习的;家庭是否利用气氛和改变行为是他们学到多少的结果。

分析治疗的第二个决定性技巧就是沉默。治疗师的沉默允许他或她去揭开病人脑中想什么并检验家庭的资源;它同样借力量去最终诠释。当治疗师沉默时,家庭成员谈话,追随自己的想法而不是回应治疗师的想法。当知道治疗师不会打断谈话时,他们也就彼此一问一答。这会产生大量用其他方法不会出现的信息。如果父亲开始这样说,“问题是我的抑郁”,治疗师立刻问,“你抑郁多久了?”他或她既不能发现男人脑中与抑郁相联系的想法,也不能发现男人的妻子是如何回应他的抱怨的。

经验式治疗的决定性技巧是面质。面质设计用来激发情绪反应,通常也带有生硬的攻击性。经验式治疗师让来访者闭嘴或嘲笑他们不真诚是很正常的。面质通常是与自我表露相联系的,这也是这一学派次重要的技巧。经验式治疗师运用自己作为情绪表达的方式。最终,大多数经验派治疗师也运用结构式练习,包括角色扮演、心理剧、家庭雕塑和家庭绘画。这些技巧的基本原理是他们促进会谈中的情绪经验,缺点在于因为他们是人为的,激起的反应可能和平常的经验有所不同。家庭成员可能在结构式练习中掏心掏肺,但在家庭的互动中却一成不变。



大多数人将强化和行为治疗联系起来,但强化并不只用在行为家庭治疗中;观察和培训是这一方法的两大工具。行为主义者开始于观察他们所服务的家庭的强化偶然性。他们的目的是要揭开问题行为的前因后果。一旦他们已经完成了对行为的功能分析,他们就变成指导者,培训家庭怎样不经意地强化了不良行为。作为老师,最重要的就是运用积极控制。他们告诉父母奖励好的行为比惩罚差的行为更有效;他们也训练已婚伴侣用对对方的友好来代替他们通常的争吵。

积极控制——奖励良好行为——是家庭治疗中最有效的原则之一。这是对家庭,也是对治疗师有价值的一课。治疗师与父母一样,倾向于责骂错误。不幸的是,如果你被告知你在压抑自己的感受,溺爱你的孩子,或使用强迫性控制,你也会觉得被挑剔、被看低。尽管可能有必要去指出他人的错误,更有效的方法是去关注并表扬他们行为积极的一面。在所有从事实务的家庭治疗师中,结构派最能理解这一点,他们谈论家庭的力量;然而,策略派和米兰治疗师通过重构和正向解读来支持做正确事情的努力;当然,解决中心派和叙事治疗师都在将积极思考的力量提升到一种艺术的形式。

Bowen 系统治疗师也是老师,但遵循不同的课程。他们培训人们怎样对自己负责并怎样去做才能改变整个家庭。对自己负责任意味着对你的所思所想变得更加清晰——不在于你妈妈说了什么或你在《纽约时代周刊》上看到什么——在处理与其他人的关系中对你的信念保持真实。你通过改变他人或希望他人不同来逃避责任;你通过为自己说话并维护自身原则来承担责任。如果来访者能够接受他/她是谁且自己和其他人不一样,于是他或她就不会在处理关系的时候总是在想其他人会怎么做。这使得来访者能够与人们相处而没有不恰当的沮丧或情绪反应。

除了自我分化,Bowen 治疗师还推荐其他两个推论过程:避免三角化和重新联结阻断的家庭关系。这三个概念一起使得个人去改变他或她的家庭系统的整个网络。即使配偶抱怨,或孩子不服从,或妈妈从不来访,来访者也可以造成改变。另一治疗学派通过将整个家庭包括在治疗中而实现杠杆作用;Bowen 派教个人与其他人联系、去直接面对与其有冲突的人而成为他们自己。这给人们实施改变带来可行而又持久的工具。

沟通家庭临床治疗师在家庭治疗的理论上作出了那么大的贡献,以至于



很难将他们的干预方法单独挑出来说。或许最伟大的成就就是指出沟通是多层次的且最重要的事情总是被偷偷摸摸地谈论。治疗就是要将秘密公开化。最初这是通过澄清沟通和指出隐藏的信息来做的。当直接的方法遇到阻抗时,治疗师开始运用引导来制定家庭运作的清晰规则以激发规则的改变。

策略治疗是沟通治疗的分支,策略治疗师运用的方法也是从沟通治疗师那里精炼而来的。这些原则有:重构、指示和正向解读。策略从业者从获得对问题的具体描述开始并试图去解决它们。在这个过程中,他们特别关注家庭的语言和期望。他们试图去抓住家庭的观点并认可它——使用正向解读;接着运用重构来转变家庭的观点并指示去打断维持问题的行为。

引导设计用来打断动态平衡的模式,它们被布置来让家庭在家里实施,它们常常是自相矛盾的。尽管策略治疗师强调要根据病人来治疗,他们通常假设间接的干预有助于对阻抗以智取胜。这在某些时候管用,但未必总是对的。不仅有的家庭有阻抗、有的家庭没有,而且阻抗并不只是家庭的所有物,也是治疗师和家庭互动的质量。如果治疗师预先假设家庭不能也不愿意去遵循建议,就可能遇到预计的阻抗。

结构式家庭治疗也是对行动的治疗,但在这个方法中行动发生在会谈中。决定性的技巧是活现(enactments)和设定界限(boundary making)。当治疗师让人们彼此对话并阻止任何试图的打断时,固定的界限被软化了。当治疗师支持个人和子系统的自主性时,弥漫的界限就被强化了。

几个有希望的技巧在1980年代出现,那时候基本治疗的各种模式都出现了。Steve de Shazer及其同事扩展了关注成功解决问题的办法的技巧,这一技巧是家庭成员已经尝试过但又被抛弃掉的。结果就产生了解决中心治疗。Michael White 对外化技巧做了同样的事情——将问题人性化并归因为其压迫性的意图,这是个让家庭成员团结起来反对共同敌人的有力武器。

实际上,外化是概念,而不是技巧。叙事治疗的决定性技巧是持续有力的一系列问题——治疗师试图通过了解来访者受苦的经验作为开始,但继而从理解转向促使来访者去思考他们的问题是个恶意的动力。叙事治疗师也运用系列无情的问题去挑战负面的形象,并说服来访者他们有理由为自己自豪且他们的命运掌握在自己的手中。

为了反对1980年代达到顶峰的宗派技巧主义,如今的家庭治疗师自由借



用其他方法并降低技巧的重要性,喜欢较少等级和较多尊重色彩的治疗师—家庭关系。这两个趋势都是健康的,但我们想用两个问题来结束这一节。什么时候互相交流是让彼此富足,什么时候折中主义会通过冲淡不同方法的独特因素来剥夺它们的力量?家庭治疗师怎样通过实践更适宜而效率更低的治疗形式,才能最佳避免公式化的技巧强调而又不失产生整体的杠杆作用?

小结

早年家庭治疗发展的主题是不同学派的繁殖,每个学派都宣称自己的独特和独特的效果。现在,家庭治疗已进入 21 世纪,其主题是整合。那么多天才治疗师在这一领域工作了那么多年,终于积累了大量有效的观察和治疗家庭的方法。下面,我们将对一些被证明是家庭治疗的传统概念和方法作出一些主观的评论。

家庭功能理论既科学又实用。最有效的治疗理论视家庭为系统;运用概念说明了稳定性和改变的力量;注意到过程下面潜在的家庭讨论的内容;重新认识人类关系的三元本质;记得考察核心家庭的背景环境而不认为他们是个封闭的系统;欣赏界限在保护个人、子系统和家庭凝聚力的功能。

临床治疗师关注病理学和改变甚过常态,但对正常家庭的功能有一些概念会非常有效,不仅是要树立治疗目标而且要区分什么是病态的和需要改变的,什么是正常的什么又不是正常的。一些对正常家庭功能最有效的概念包括家庭的结构模式是变动中的开放系统;沟通模式是家庭中直接、明确和诚实的沟通,有清晰的规则以确保稳定性和灵活性足以造成改变;人际间成本和收益平等交换的行为模式,使用积极的控制而不是强迫,以在双方之间相互强化;策略模式的系统灵活性,允许因改变的环境作出调整并在发现旧方法无效的时候有能力发现新的解决方法;在 Bowen 模式中,说明自我分化是怎样使得人们有时独立,有时和他人亲密。

大多数家庭治疗关于行为失常的概念聚焦在系统和互动上,但精神分析派、Bowen 派、叙事派和经验派模式在互动的观点上增添了心理学的深度,在内任经验和外在行为之间建立起桥梁。事实是,许多离过婚的人重复了在第一次婚姻中犯的错误,这便支持了这样的观点:一些在家庭中发生的事情是



个人性格的产物。一些最有价值的关于个人在家庭中失去功能的观念有：Bowen派的融合概念；经验派关于被抑制的影响和害怕冒险的观念；精神分析派关于发展阻碍、内在客体关系、本能冲突和渴望被欣赏的观念。

这些个人动力的概念是有用的附件，但这一领域的主要观点是用系统理论解释行为失常。这些概念中最有影响的是：不灵活的系统太顽固，以至于不容纳个人的努力或因环境的改变而作出调整；有症状的家庭成员通过稳定核心和延伸家庭促进了联合；不足够的等级结构；家庭结构太紧或太松；以及病态的三角。

家庭治疗的某些目的几乎普遍适用——澄清沟通、解决问题、促进个人自主性——而某些又是独特的。一些学派视表述问题为面子价值，然而其他学派视其为比喻和标记。在任一个案中，目标既不应该太大以至于忽略解决症状，也不应该太窄而只保证解决症状的稳定性。顺便提及，价值观在家庭治疗文献中很少讨论，最有名的例外是Boszormenyi-Nagy。从业治疗师的伦理责任感很少被考虑，包括与个人、家庭和社区责任感冲突的可能性。

如果叙事治疗师倾向于忽略家庭动力以便强调文化的缺点，或许这将成为钟摆的一边而需要最终纠正它自己。确实不需要忽略系统理论，而去引入一个伦理的尺度和环境中来和人们工作。

家庭治疗师关于行为改变的一些主要区别是建立在下列因素的基础上的：行动还是顿悟；在会谈中改变还是在家庭中改变；治疗持续的时间；阻抗；家庭—治疗师关系；自相矛盾；与整个家庭系统、部分或只是被动员的个人工作的重要性到什么程度。即使在一些问题上有基本共识——例如，一旦大多数家庭治疗师相信行动是主要的，顿悟是次要的——在每一点上总是有不同的观点。例如，策略治疗师断然否认顿悟的有效性。

我们已经看到一些主要方法论的论点并试图将其区分为不同系统的决定性技巧。好像常说的那样，当许多变量包含在最终的结果中时，很难知道每个变量对结果的贡献是多少或每一个变量有多重要。此外，我们谈论技巧越多，就越有危险将家庭治疗看成是纯粹技巧的事业。研究家庭就好像在猜谜语；治疗它们的艺术是要减轻痛苦和烦恼。理论家的工作是去解码或破译，这要求理论和独创性。治疗师的工作是治愈，不仅要求理论，也要确信、坚定不移和关爱。治疗家庭不仅仅是技巧和理论，也是爱的行动。

第十六章

家庭治疗研究的进展



家庭治疗的成果
小结与未来方向



在过去 20 年里,家庭治疗研究进入成熟期(Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto 和 Stickle, 1998; Diamond 和 Siqueland, 2001; Lebow 和 Gurman, 1995; Liddle, Bray, Levant 和 Santisteban, 2001; Pinosof 和 Wynne, 1995)。家庭治疗实际已经运用在各种儿童、青少年和成人的障碍上,并在每类人群的研究中都证实有效(Pinosof 和 Wynne, 2000)。以家庭为基础的干预增强了来访者和家庭成员的接触(例如,Prinz 和 Miller, 1994; Sisson 和 Azrin, 1986),并被证明对众多严重的来访者有很高的保持率(例如, Henggler, Pickrel, Brondino 和 Crouch, 1996),同时也减轻了症状并在这一领域促进了亲社会的发展(Lebow 和 Gurman, 1995)。元分析横向考察了许多对治疗效果的程度,发现与没采取治疗控制或运用其他方法治疗相比,家庭治疗基本上代表了最佳效果(Hazerlrigg, Copper 和 Borduin, 1987; Shadish et al., 1993; Shadish, Ragsdale, Glaser 和 Montgoery, 1995)。在治疗物质滥用、儿童行为问题、婚姻/关系不良以及对精神分裂症等多成分干预中,家庭治疗似乎最为有效。

依旧有重大的挑战横在家庭干预科学面前。我们有很少的经验基础去评价究竟哪种家庭干预方法最好(Jacobson 和 Addis, 1993; Pinosof 和 Wynne, 1995; Shadish et al., 1993; Smith, Sayger 和 Szykula, 1999)。对家庭模式的准确测量仍面临挑战,对家庭长期改变的评估更加复杂(Snyder, Cozzi 和 Mangrum, 2001)。尽管对改变有很好说明的理论引导着家庭干预,我们依然不知道这些领域设定的目标,例如改善亲子教育、影响家庭的规则、沟通和组织是否和结果相关。于是,识别家庭在治疗中改变的方式导致这些重要的转变,可能成为为分裂的家庭治疗研究和临床实践间的空隙架起桥梁的关键(Pinosof 和 Wynne, 2000)。很明显,这重要的一步使得家庭治疗研究已经对前沿的临床实务有了重要的影响(Fals-Stewart 和 Birchler, 2001)。这个不幸的环境因为家庭治疗的研究很少考察成本问题而恶化,影响了在政策层面对经验支持干预的拨款(Coffey, Olson 和 Sessions, 2001; Hawley, Bailey 和 Pennick, 2000)。

没有比家庭治疗更经常引证和哀叹“研究—实务差距”的了(Liddle, 1991)。家庭治疗研究和前沿实务保持着相当大的距离,实质性的经验式支持干预已经被社区的临床师采纳和实践。这一环境的责任不仅在于日常实务的限制与现实、婚姻和家庭治疗训练课程的空白,也在于现代临床实验模式发展



的复杂性(NIDA,2002)。许多实务治疗师觉得以研究为基础的治疗对于学术的兴趣有偏见(例如,过于强调行为技巧),且这样的研究将导致治疗师从面对实务操作的现实中抽身出来(Hawley et al.,2000)。于是,家庭治疗师可能有种感觉,经验研究不能说明现实问题或者操作性地框架出实务中实施干预的步骤(Pinsof 和 Wynne,2002)。当然不是所有的家庭治疗研究都与从事实务的临床治疗师直接相关,但是研究的某些方面对家庭治疗师来说是可以运用或潜在有效的。例如,特定模式的家庭治疗对特定问题的效果应该是重要的,因为它给予治疗的是一个去衡量给来访者提供什么最合适的标尺。过程研究是特别相关的,因为它们探索在过程中发生了什么使得治疗变得有效,这当然也是督导和治疗师最关注的。

协调研究—实务脱节的潜在方法已经在近来的文献综述中被指出。这些综述强调家庭治疗研究的新时代,其中与实务工作者有关的观察,例如过程研究,正在进行(Diamond 和 Diamond,2001; Pinsof 和 Hambright,2001)。新一代的经验支持家庭治疗模式更加系统取向和整合(Kaslow 和 Lebow,2002),合并了来自传统的内容和个体心理治疗(Josephson 和 Serrano,2001)、儿童和青少年精神病(Malone,2001)、居家治疗(Bowe, Liddle, McClintic 和 Quille,2002)和个案管理(Fishman, Andes 和 Knowlton,2001)的多样化。McCrary 和 Epstein(1996,p.117)宣称,“心理健康领域已经使得20世纪的后50年成为家庭的时代”,新基金创立并发展了很多训练课程。来自联邦机构的基金机会支持以家庭为基础的干预研究(例如,CASP/OJJDP 的强化家庭能动性)和铺天盖地的尤其聚焦于训练家庭干预科学家的研究训练项目(例如NIDA 中心的青少年吸毒治疗研究;NIMH 的家庭研究协会)。对许多不良行为的专业实务指南,例如ADHD、行为障碍和物质滥用,现已将家庭干预作为基本的治疗手段(Bukstein et al.,1997; Dulcan et al.,1997; McCrary 和 Ziedonis,2001; Steiner et al.,1997)。此外,家庭治疗研究已经逐渐变得与临床相关(例如,Liddle et al.,2002; Rotunda 和 O'Farrel,1997)。实际上,临床研究已经影响了几个领域的实践(Alexander, Sexton 和 Robbins,2001; Henggeler, Schoenwald 和 Pickrel,1995; Liddle,2002a),即使广泛流行的潜在影响还没有实现。在所有机构中和运用各种心理治疗方法的临床治疗师正面对可靠性和结果的新要求(Law 和 Crane,2000)。于是,研究结果怎样出现



的过程(例如,特定治疗对特定症状的影响)可以使得实务维持不确定性(Newman 和 Tejada,1996)。同时,我们很清楚,新经济、训练和研究条件汇聚起来使得经验式发现对治疗师思考和整合进实务越来越重要(Liddle, Bray, et al., 2001)。

这一章探讨在重要实践领域里的临床主要经验发现,包括发展精神病理学、预防和主要诊断类别的治疗。我们只涉及最高质量的科学发现以及那些最有临床意义的发现。研究意味着许多不同的事情,且拥有许多不同的形式。治疗结果发现是一种给实践提供信息的研究。过程研究已开始揭示治疗的方式并清晰地表明重要的家庭治疗改变机制(例如,Nichols 和 Fellenberg, 2000)。于是,就提供了关于过程研究和家庭改变机制研究的临床相关结论。最后,我们为增强家庭治疗研究和实务的结合提出总结性建议。

家庭治疗的成果

■ 儿童和青少年行为障碍

家庭危机和行为问题的保护因素。儿童和青少年行为问题,包括对立性反抗症(oppositional defiant disorder, ODD)、注意力缺乏多动症(attention-deficit hyperactivity, ADHD)和行为障碍(conduct disorder, CD),已经并持续而强有力地与大量的家庭因素相联系,例如冲突和攻击(Dadds, Sanders, Morrison 和 Rebetz, 1992; Lindahl, 1988)。实际上,有证据强烈显示反社会行为是早年通过负面强迫模式的强化在家庭中学会(例如,孩子的攻击行为被父母的争吵的平息而减少),并概括化到学校和同伴的团体环境中的(Patterson, 1995; Snyder 和 Patterson, 1995)。例如,在社会经济条件较差的少数民族儿童中,强迫性的父母教育以及4岁半前父母很差的控制都可能在孩子6岁时预测到其行为问题(Kilgore, Snyder 和 Lentz, 2000)。此外,长期研究显示,在儿童期无效的亲子实践会造成少年(Vuchinich, Bank 和 Patterson, 1992)和青年(Klein, Forehand, Armistead 和 Long, 1997)的反社会行为。父母的物质滥用和反社会人格失常以及父母间的冲突都是对立性反抗症(ODD)和行为障碍的危机因素(Frick et al., 1992; Marcus, Lindahl 和 Malik, 2001)。积极的家庭因素,包括父母的回应、接纳以及父母和孩子之间很



强的联系可成为避免孩子患 ADHD、ODD 和 CD 的保护性因素(Lindahl, 1998)。

以家庭为基础的对儿童行为问题的干预。因为强迫性家庭模式的角色有促发和强化破坏性行为问题的功能,大量以家庭为基础的干预已经被设计用以防止高危儿童的行为问题并降低行为障碍的儿童和青少年的反社会行为。正如家庭治疗师很清晰地知道,家庭互动是可行的(Minuchin,1974)。这是幸运的,因为一些导致功能失调的因素,例如逆反的同伴影响,是治疗观察和干预力所不能及的(Liddle,出版中)。这些家庭治疗方法明确锁定强迫性造成行为问题的家庭因素,同时支持家庭以及影响孩子的其他系统的保护行为(Blechman 和 Vryan,2000; Liddle,1996; Rutter,1999)。在几个对儿童和青少年行为问题治疗的综述中,以家庭为基础的治疗被强调作为最有希望的干预办法(Carr,2000; Estrada 和 Pinsof,1995; Kazdin,1987,1991)。

治疗中的投入与保持。以家庭为基础的方法有优势去克服许多障碍,例如父母对改变的阻抗(Stoolmiller, Duncan, Bank 和 Patterson,1993)、家庭的不幸(Prinz 和 Miller,1994)、察觉到治疗本身的挑战、与治疗师不连续的关系(Kazdin,Holland 和 Crowley,1997),这些使得孩子们得不到他们需要的帮助(Coatsworth, Santisteban, McBride 和 Szapocznik, 2001; Fishman et al. , 2001; Miller 和 Prinz,1990; Spoth 和 Redmond,1995)。实际上,家庭治疗的一个主要贡献就是增强聚焦在治疗中与困难青少年和他们家庭的接触策略(例如 Donohue et al. ,1998; Henggeler et al. ,1996)。例如,在早年研究中,结构式家庭治疗运用特定接触策略来治疗有行为问题的西班牙男孩,Jose Szapocznik 和同事证明他们的模式比其他方法将家庭维持在治疗中更加有效(Szapocznik et al. ,1988,1989)。他们持续地改进这些接触的技巧,成功留住家庭并降低了更严重个案的行为问题,还识别了影响投入的因素(Coatsworth et al. , 2001; Santisteban et al. ,1996)。Miller 和 Prinz(1990)认为这些多元系统的、对现有家庭治疗广泛的聚焦投入强化是有前途的并可保证进一步的观察。的确,如果不能将成功接触策略系统整合进培训和常规的治疗会谈,将令人困惑。

父母管理培训(PMT)。在以家庭为基础的儿童和青少年行为问题干预中,父母管理培训获得了最多的经验式关注和支持(Kazdin,1987; Mabe,



Turner 和 Josephson, 2001)。旨在发展父母的技巧和纠正父母导致负面强迫循环的教育行为(Wierson 和 Forehand, 1994)的基本方法有如下的特点:

1. 聚焦在治疗中的父母;
2. 帮助父母去辨别、观察和用新的方式对孩子的问题作出反应;
3. 运用社会学习原理去增强积极的亲子技巧(例如表扬亲社会的行为,恰当有效地运用适度的惩罚如暂离现场)去塑造孩子的行为;
4. 提供实践新的亲子技巧的机会并将其运用在家庭中(Kazdin, 1991)。

Gerald Patterson 及其俄勒冈社会学习中心的同事运用不同年龄和抽样为 PMT 的有效性提供了重要的支持,他们证实:与常规家庭治疗、注意力安慰剂、同伴团体干预、社区通常的服务以及没有治疗相比,PMT 为儿童和青少年行为带来了令人印象深刻的改变(Bank, Marlowe, Reid 和 Patterson, 1991; Dishion 和 Andrews, 1995; Patterson, 1986)。这些研究者发展了将家庭功能的基本科学发现应用于精致、有效的临床模式中的原型。他们开创性的研究项目为这一重要领域的主要进展铺平了道路。

另一些研究者将 PMT 技巧运用于不同的症状和人群。例如, Barkley、Guevremont、Anastopoulos 和 Fletcher(1992)汇报了支持对患有 ADHD 的青少年使用 PMT 的初步证据,尽管效果并不比运用结构式家庭治疗或解决问题模式要好,也不是在任何治疗中的青少年都表现出临床上的重大改变。对同一组患 ADHD 的青少年的近期研究类似地表明,PMT(第一阶段治疗)和解决家庭问题(第二阶段治疗)相结合与单纯解决家庭问题相比较,差别并不大,尽管 PMT 技巧看来在治疗初期阶段对降低家庭治疗的中途退出率显得重要(Barkley et al., 2001)。PMT 也是一个对被认为患行为问题的高危少年的有效预防方法(Nye, Zucker 和 Fitzgerald, 1995; Sanders, Markie-Dadds, Tully 和 Bor, 2000)。其他团体已经显示将父母和儿童管理培训结合起来比其中单独一种都更有效,尤其表现在减轻儿童的攻击和促进父母与孩子在治疗一年后的积极功能方面(Kazdin, Siegel 和 Bass, 1992; Webster-Stratton 和 Hammond, 1997)。Carolyn Webster-Stratton 也发展和测试了一个创新的、有潜力的 PMT 模式,运用回顾录像给父母带来反馈和训练(Webster-Stratton, 1994)。PMT 积极长期的影响被证明可从 1 年(Dishion 和 An-



drews,1995; Webster-Stratton 和 Hammond,1997; Webster-Stratton, Hollinsworth 和 Kolpacoff,1989)持续到治疗后的 14 年(Long, Forehand, Wiersson 和 Morgan,1994)。

家庭功能治疗。家庭功能治疗(FFT; Alexander 和 Parsons,1982)是另一个极具潜力的以家庭为基础预防和治疗儿童和青少年行为问题的方法。这一模式建立在儿童行为作为家庭系统内的功能并由适应不良的人际过程促成和维持的假设之上。于是,治疗目标是改变这些破坏性的互动模式,并运用行为干预强化家庭中的积极反应和建立更有效的解决问题的方法。早期研究,即那些最早被很好控制的对青少年行为问题的家庭治疗验证研究(Alexander 和 Parsons,1973; Barton et al.,1985)证实了家庭功能治疗在增进家庭功能和降低失足青少年的重犯方面效果大大好于法院指定的青少年团体治疗、团体家庭治疗、心理动力治疗或没有治疗。这一模式的预防潜在在给犯罪青少年的弟弟妹妹的治疗中被证实,两年半后评估发现,其青少年失足比率远远低于用其他方法治疗的犯罪青少年的弟弟妹妹们(Klein, Alexander 和 Parsons,1977)。FFT 在重复实验中也表现不俗(例如, Gordon, Graves 和 Arbutnot,1995),我们稍后将要讨论,研究者已经进行了系列的过程研究,设计描绘出必须采取的特定步骤以造成来访者的改变(例如,Robbins, Alexander 和 Turner,2000)。

多元系统治疗(MST)。在新一代多元系统的以家庭为基础的干预中,治疗青少年失足最有潜力的模式当属多元系统治疗(MST; Henggeler et al.,1991,1993,1996)。在一系列严格控制的对严重的青少年侵犯者的试验中,Scott Henggeler 及其同事已经证明了这一模式在促进青少年和家庭接受治疗方面令人难忘的结果(Henggeler et al.,1996),并将降低重犯效果延续到治疗后的 4 年(Borduin et al.,1995)。在青少年法庭通常的服务与个人治疗的对比中,MST 不仅显示了很低的重犯率和更短的坐牢时间,而且证明了对增强家庭功能和减少同伴中的攻击行为有很强的积极作用(Henggeler, Melton 和 Smith,1992)。此外,当被移植到社区实务工作者的心理健康诊所中时,MST 显示了积极效果,尽管治疗效果随着治疗师追随 MST 模式的程度不同而有所变化(Henggeler et al.,1997)。最后,这些研究者进行了一项少有的关于家庭治疗的成本收益研究。与门诊病人的治疗相比,在治疗 6 个



月之内, MST 明显地降低了青少年违法, 且这一降低没有抵消户外安排的增加(Schoenwald et al., 1996)。然而, 因为在这些研究中的治疗比较包括了社会治疗的标准, 与其他现代治疗模式相比, MST 的相关影响尚未可知。总的说来, MST 研究项目已经充分证明这一方法在降低青少年失足行为和改变适应不良的、维持反社会行为的家庭模式方面的有效性, 而且近来的研究也开始描绘过程与结果之间的关联。

总结而言, 支持以家庭为基础的儿童和青少年行为问题干预的证据相当充分。几个不同的模式已经显示了其有效性, 并在以社区为基础的复制研究中也产生了有效的证据。现代以家庭为基础的儿童和青少年行为问题干预越来越聚焦在社会生态学的有效性, 并影响着这些青少年及其家庭的许多系统中的设计策略(Blechman 和 Vryan, 2000; Fishman et al., 2001)。这些治疗促进了积极的结果, 例如更亲社会的同伴关系和家庭功能, 并减轻了行为问题。于是, 如果增强关注方法论的问题, 例如更仔细地说明在这些研究中被治疗的孩子们的临床问题, 测量治疗的完整性, 用更长的治疗后的时间来评估干预的有效性, 这一领域的进展将会得到更大的推进(Kazdin, 1991)。更多对症状减轻的临床重要性的关注——在何种程度上这些干预使得孩子和家庭的生活产生实际的不同——是需要的(Kazdin, 1999)。下几步必须要做的是推进研究的特殊性, 其中一些正在进行之中, 包括在应用于实践的临床上进一步研究这些模式的有效性, 以及与其他标准的社区关怀相比, 这些模式的成本收益比(例如, Henggeler, Schoenwald 和 Pickrel, 1995)。假设研究支持这些模式, 这些模式的培训应该被整合成为婚姻和家庭治疗培训项目的标准组成部分。

■ 抑郁症和焦虑的家庭治疗

抑郁症和焦虑的家庭危机和保护因素。有证据显示, 特定的家庭过程会发展、维持儿童、青少年和成人的抑郁和焦虑。例如, 不安全和困难的依恋关系(Sexson, Glanville 和 Kaslow, 2001), 失去功能的、不一致的沟通模式(Slesnick 和 Waldron, 1997), 父母在沟通时给予的负面信息(Stark et al., 1993), 增强儿童和青少年抑郁的其他家庭因素(Kaslow 和 Racusin, 1994), 父母和青春期孩子的冲突(Cole 和 McPherson, 1993; Forehand et al., 1998), 父母的拒



绝(Whitbeck et al., 1992)和父母的抑郁(Downey 和 Coyne, 1990; Fendrich, Warner 和 Weissman, 1990)都与儿童和青少年的抑郁紧密相连。相反,青少年感觉到家庭的凝聚力、支持和适应性成为防止患抑郁的保护性因素(Cum-sille 和 Epstein, 1994)。在成人中,研究已经描绘出与抑郁症状相联系的婚姻互动的特征,例如婚姻中的不忠和分居(Cano 和 O'Leary, 2000)、婚姻的不满意和丧失亲密(Basco et al., 1992)、负面/差的沟通和问题解决能力(Basco et al., 1992; Goldman Sher 和 Baucom, 1993)。此外,家庭功能失调可预测抑郁症的不良预后和复发(Miller et al., 1992; Moos, Cronkite 和 Moos, 1998a),尤其可觉察来自配偶一方的指责(Hooley 和 Teasdale, 1989)和家庭成员中高度表达的情绪(Hinrichsen 和 Pollack, 1997)。

尽管较少的研究聚焦于家庭在发展焦虑障碍上的角色,但也有一些母性特征如较少的温暖、否定、灾难、低经济自主、精神病(Fristad 和 Clayton, 1991)以及酗酒等方面的证据(Whaley, Pinto 和 Sigman, 1999)。在解决问题的家庭互动中,焦虑的孩子们将信息诠释为威胁并发展出回避性应对的倾向不断增加(Barrett, Rapee, Dadds 和 Ryan, 1996)。焦虑与婚姻的消极性和不满意相连(Caughlin, Huston 和 Houts, 2000)。如果治疗不对家庭因素的格局加以处理,它会与病人一生的抑郁和焦虑相关,并潜在地将病人置于复发的危险中。

以家庭为基础治疗孩子和青少年的情绪问题。尽管很多证据表明家庭对儿童和青春期孩子抑郁和焦虑的影响,但很少有家庭治疗被开发或验证去关注这些障碍(Diamond 和 Siqueland, 2001)。Brent 等(1997)做了家庭治疗抑郁症青少年的实验,随机控制组采用系统行为家庭治疗(SBFT,它使用家庭功能治疗、沟通和解决问题的技巧),对照组采用个人认知行为治疗和个人非导向性支持治疗。结果证实:无论在研究者额定的还是自我汇报的抑郁症状的痊愈方面,个人认知行为治疗比其他干预要好;在自杀倾向和功能性损害(从前测到后测)的降低方面,三种方法效果类似。然而,在1年和2年的后续分析中,三种治疗方法在帮助青少年痊愈和抑郁症的排除诊断方面有类似的效果(Birmaher et al., 2000)。进一步的分析揭示 SBFT 在处理父母—青春期中子女冲突上比其他两个方法更有效(Kolko et al., 2000)。运用整合父母因素对抑郁症进行治疗的研究结果是很复杂、甚至有点相互矛盾的。Lewinsohn、



Clarke、Hops 和 Andrews (1990) 论证在对青少年抑郁的认知行为团体治疗的基础上增加父母的心理教育和技巧培训的单元并没有额外的作用, 然而 Stark(1990) 报告说, 在降低儿童抑郁症上, 使用以学校为基础的认知行为治疗方法和家庭治疗的结合比传统的支持性心理辅导要明显有效。于是, 少量针对以家庭为基础干预的研究对其治疗抑郁的儿童和青少年的有效性的支持非常有限。

以家庭为基础对儿童焦虑问题的干预也仅获得了稍微多一些的支持。Dadds 及其同事进行了系列研究, 以测验结合 CBT 和家庭治疗针对焦虑儿童及其父母的干预。例如, Dadds 等(1997) 检验了 10 周的以学校为基础的认知行为和以家庭为基础的对孩子的团体早期干预, 以筛选在不同监控环境下孩子们的焦虑问题。两个治疗都减轻了焦虑症状, 从前测和后测的结果比较来看, 只有使用 CBT 和家庭治疗结合的干预维持治疗效果长达干预后的半年, 最长为 2 年(Dadds et al., 1999)。另一研究检验 CBT 团体、CBT 加家庭管理(父母的解决问题和技巧培训以帮助处理其孩子的焦虑)以及孩子有焦虑症状的等候控制组(Barrett, 1998; Barrett, Dadds 和 Rapee, 1996)。从青少年在后测与 12 个月的后测中症状消失的比率来看, 两个干预组都比等候控制组效果要好。此外, 增加家庭管理的成分证实, 孩子的内化和外化的症状都要比单独的 CBT 团体稍好一些, 年龄较小的孩子和女孩对 CBT 团体加家庭管理的干预反应尤其好(Barrett, 1996)。这些结果表明, 父母介入儿童和青少年的焦虑症状的治疗会比只用 CBT 效果要好。

以家庭为基础的成人抑郁症和焦虑治疗。以家庭为基础对成人抑郁症的干预几乎都是运用夫妻行为治疗, 因为抑郁症和婚姻问题有很强的联系。证据表明, 婚姻关系不好通常是抑郁情况的前奏, 同时还发现持续的婚姻问题与随后剧烈的爆发症状相关(Jacobson, Holtzworth-Munroe 和 Schmalings, 1989)。行为的或基于社会学习的针对抑郁症的婚姻治疗聚焦在教夫妻怎样更有效地沟通和解决问题, 要增加积极的、令人愉快的互动并降低负面的交换。通常, 这些婚姻干预被认为和其他现代干预方法一样有效(例如, 人际的心理治疗和认知治疗), 等候控制组比其他治疗在减轻抑郁症状和改善婚姻关系的质量上更有效(Jacobson, et al, 1989; O'Leary 和 Beach, 1990)。在降低婚姻不满意、消除负面沟通以及改善抑郁夫妻或一方抑郁的夫妻的心理功能



方面,夫妻行为治疗方法的成效也相当不错(Goldman Sher, Baucom 和 Larus,1990)。然而,Jacobson 等(1991)报告,针对那些抑郁但婚姻关系还好的女性,行为婚姻治疗不如认知治疗。此外,没有证据表明婚姻和夫妻治疗比认知治疗在降低治疗一年后的复发率上效果更好(Jacobson, et al.,1993),这与家庭和婚姻问题在长期抑郁症中的重要角色的研究发现的期望相背(Moos, Cronkite 和 Moos,1998b)。总体而言,夫妻治疗已经提供了确凿的治疗抑郁症的经验支持,尤其对那些抑郁症状与婚姻关系不良相关的女性而言。

一个值得关注的研究是 Simoneau 等(1999)做的对两极障碍进行家庭心理教育治疗的项目。关注家庭心理教育治疗(family-focused psychoeducational therapy, FFT)(Miklowita 和 Goldstein,1997)在结构上类似家庭行为治疗,结合了对于失调的教育信息课、强化沟通培训和解决问题技巧培训,并设计行为技巧以提供实践和精炼新技巧的机会。病人被随机指派到为期 9 个月的 FFT 和随后的危机处理(这两个阶段都有药物治疗处理)。结果证实了 FFT 在增强家庭非语言交流和降低治疗一年后病人的症状上的有效性,尽管语言互动和负面的非语言互动不能得到显著改善。这些结果表明,心理教育家庭干预需要进一步的研究,但也为治疗两极病人提供了一种期望。

以家庭为基础的成人焦虑干预并没有被经常验证,也没有被证实有多成功。例如,在曝光治疗(exposure therapy)基础上加入家庭行为治疗去干预退伍老兵的 PTSD 症状并没有额外的效果(Glynn et al.,1999)。将配偶带入对广场恐惧症和 OCD 的治疗有一些好的作用,尽管用配偶辅助治疗取得成功的机制不好理解,并且这些干预的证据也不连续(Baucom et al.,1998; Jacobson et al.,1989)。

总的说来,以家庭为基础的对儿童和青少年情绪失调进行干预的发展已经落后于运用家庭方法去治疗行为问题。家庭干预对治疗儿童焦虑的有效性比治疗抑郁的有效性有稍多一点的证据,尽管这些研究需要复制检验。Guy Diamond 和他的同事正在研究运用结构—策略方法去治疗儿童抑郁,其核心在于修缮父母—孩子的依恋关系,看来是很有潜力的新方法(Diamond 和 Siqueland,2001)。Nadine Kaslow 及其同事开创了一个人际的家庭治疗方法并获得了令人鼓舞的初期成果,它混合家庭系统治疗、认知—行为心理治疗、客体关系理论以及基本的发展精神病理学来治疗抑郁的青年人(Schwar-



tz, Kaslow, Racusin 和 Carton,1998)。以家庭为基础的对儿童抑郁和焦虑的干预的确有潜力,于是更需要对这些方法进行进一步研究。

在对成年人情绪困扰的治疗中,对抑郁的病人及其伴侣进行夫妻行为治疗有很大的支持,然而很少有证据支持使用以家庭为基础干预成人的焦虑问题。夫妻治疗可能是曝光治疗成人焦虑的有效附属,尽管对这一方法还需要进一步的研究。尽管好几种方法都显示出鼓舞人心的结果,对抑郁和焦虑的家庭干预的知识基础依然是有限的。

■ 物质滥用的家庭治疗

物质滥用的家庭危机和保护因素。家庭因素一直与物质滥用问题有着强烈而又持续的联系。此外,物质滥用对家庭作为整体的凝聚力及其成员的功能也带来灾难(Rotunda, Scherer 和 Imm,1995)。关系因素例如父母—青少年的依恋在不同文化里一致预测了青少年的吸毒(Brook et al., 2001)。亲子实践例如少管教、无效的约束和差的沟通也都暗示了青年人中的物质滥用问题(Liddle, Rowe, Dakof 和 Lyke,1998; McGillicuddy, Rychtarik, Duquette 和 Morsheimer, 2001),尽管对子女的教育清晰地显示在预测吸毒的开始和相关问题上与很多其他因素互动(Dishion 和 Kavanagh, 2000)。其他家庭因素也显示会产生强大的保护性影响以反对吸毒问题(Morojele 和 Brook, 2001)。例如,如果年轻人的父母强烈反对吸食毒品,那他们就不太可能吸食非法毒品(SamHsuA,2001)。对成年人的研究显示了夫妻和婚姻因素,例如配偶处理物质滥用的应对技巧很差(Barber,1995)或者婚姻中常常是负面的沟通模式(Fals-Stewart 和 Birchler,1998)都与物质滥用的频繁程度相关。此外,研究显示,维持与健康原生家庭的紧密关系可能延缓物质滥用的复发(Lavee 和 Altus,2001)。

以家庭为基础的成人物质滥用干预。以家庭为基础的治疗在最近的许多综述中已经被公布为几个最有潜力的治疗青少年吸毒问题的方法(Santon 和 Shadish,1997; Williams 和 Chang,2000; Winters, Latimer 和 Stinchfield, 1999)。第一波对以家庭为基础干预青少年吸毒的随机控制的实验(Joanning, Quinn, Thomas 和 Mullen,1992; Lewis, Piercy, Sprenkle 和 Trep- per,1990; Szapocznik et al.,1988)利用了那时可以得到的最为先进的方法。



这些研究奠定了以家庭为基础旨在减少青少年吸毒的治疗和相关问题的重要期望(Liddle 和 Dakof,1995)。

以家庭为基础的干预研究的第二波在第一代试验之后已经开始进行,它建立在早期研究的基础上,并更严格遵循在心理治疗领域认同的临床研究和吸毒治疗研究的标准。几个这样的研究已经对设计用来改变青少年吸毒者生活状态同时也改变适应不良家庭模式的多系统、以整合家庭为基础的模式进行了测试,例如家庭会谈、个案处理和涉及工作、学校和法律的家庭外工作(Henggeler et al.,1991; Bowe et al.,2002; Szapocznik 和 Williams,2000)。使用治疗手册促进了在各种青少年治疗和研究场所的家庭治疗的传播和复制(Liddle et al.,2002)。对家庭过程的准确评估(Liddle 和 Rowe,1998)、对治疗师依赖治疗手册程度的评估(Henggeler et al.,1997; Hogue et al.,1998)以及对治疗过程与结果之间相关性的观察(Diamond 和 Diamond,2001)等针对方法论的挑战越来越引起人们的关注。在过去的10年中,虽然存在重大的挑战,探索以家庭为基础的青少年吸毒治疗研究项目还是取得了重要进展(Liddle,出版中)。

强大且一致的经验支持家庭治疗在降低青少年吸毒和增强适应性能力方面的相对有效性,在许多得到很好控制的临床试验中也得到证明(Liddle 和 Dakof,1995; Santon 和 Shadish,1997; Waldron,1997)。通过对青少年吸毒前测、后测的效果测量比较,已经发现以家庭为基础的干预优于个人治疗(Azrin et al.,1994; Henggeler et al.,1991; Liddle,2002a; Waldron et al.,2001)、青少年团体治疗(Joanning et al.,1992; Liddle, Dakof et al.,2001)和家庭心理教育戒毒辅导(Joanning et al.,1992; Lewis et al.,1990; Liddle, Dakof et al.,2001)。吸毒在家庭取向治疗中的减少已经证明了其长期的治疗效果,并延长至结束后的12个月。此外,家庭治疗对家庭功能(Joanning et al.,1992; Liddle, Dakof et al.,2001)、学校表现(Azrin et al.,1994; Brown et al.,1999; Liddle, Dakof et al.,2001)、干预症候学(Azrin et al.,1994,2001; Liddle, Dakof et al.,2001; Liddle,2002a)和行为不良(Henggeler, Pickrel 和 Brondino,1999)都施加了积极影响。最后,帮助父母制定有效措施去反对吸毒的家庭预防方法正在被移植到学校(Dishion 和 Kavanagh,2000)和社区(Hogue, Liddle, Becker 和 Johnson-Leckrone,2002)并得到验证。



多维家庭治疗(the multidimensional family therapy, MDFT)(Liddle, 2002b)自 1985 年来已成为持续经验发展和提炼的中心并被持续地证实为重要的联邦研究创新。MDFT 被认为是在复杂、多元的新一代干预方法中,无论其理论取向还是经验支持都是最有前途的治疗青少年吸毒的方法之一(CSAT, 1999; Drug Strategies, 2002; Lebow 和 Gurman, 1995; NID A, 1999; Nichols 和 Schwartz, 1998)。在四个控制实验中 MDFT 都显示出其与其他治疗方法相比的有效性,包括对主要违法的青少年和接触吸毒同伴的青少年的预防研究(Dennis et al., 出版中; Hogue et al., 2002; Liddle, Dakof, et al., 2001; Liddle, 2002a)。在这些随机研究中得到的临床结果显示 MDFT 在与现代治疗(个人认知行为治疗、同辈团体治疗和家庭教育模式)相比中,明显降低了物质滥用和相关问题直到治疗后的一年。与标准的社区治疗和其他现代治疗模式相比,MDFT 证实了更优越的治疗成本收益比(French et al., 出版中)。在一个正在进行的传播研究中,研究者证实了这一治疗可以适用、改编并成功地整合进社区治疗师进行的一天治疗吸毒项目(Liddle et al., 2002)。MDFT 研究者已经在一系列下面将要回顾的治疗过程研究中描绘出重要的改变机制。于是,基于多元系统家庭的青少年物质滥用干预效率和效力的经验式支持,如 MDFT,将继续向前发展。

以家庭为基础的成人物质滥用干预。在过去的 20 年中,家庭治疗成人物质滥用的特定问题取得了重要的进展,尤其在酗酒这个问题上(Edwards 和 Steinglass, 1995; Heath 和 Santon, 1998; Rotunda 和 O'Farrell, 1997)。家庭行为治疗和家庭系统模式在处理成人物质滥用方面都积累了很多经验支持,尽管总体上好像治疗酗酒一样,两种模式难分孰高孰低。近来,研究已经聚焦在发展和检验接触策略,以动员自然的支持并运用家庭中的杠杆作用去激发物质滥用者接受治疗(例如,Miller, Meyers 和 Tonigan, 1999)。在吸毒领域,进展则较慢。Santon 和 Shadish (1997)从对针对吸毒家庭治疗的元分析中得出结论:家庭干预对成人和青少年一样有效,且家庭治疗对成人和青少年的研究趋向高质量,结果比非家庭方法要好,同时对于成人吸毒者来说,成本收益比也要好过运用美沙酮替代治疗。于是,综述者认为,家庭治疗成人吸毒问题落后于家庭治疗成人酗酒(McCrady 和 Epstein, 1996; O'Farrell 和 Fals-Stewart, 1999)。几个作者已经建议应用家庭治疗酗酒的有效模式去治疗成



年吸毒者(Epstein 和 McCrady,1998; Liddle 和 Dakof,1995),而且近年来的确也在这个方向上作出了很多努力。

以家庭为基础的成人酗酒干预。既然已经知道了夫妻的互动模式在治疗物质滥用者和防止治疗后复发的重要性(例如, Fals-Stewart 和 Birchler, 1998),很多家庭治疗成人酗酒都以夫妻行为治疗(BCT)为中心。这个方法基本上包括:酗酒者最初的戒酒承诺,伴侣每天强化这一诺言,同时还有一些策略帮助酗酒者处理喝酒的渴望,帮助夫妻合作处理有可能复发的危机,教他们更有效地沟通,并增强有趣而且包括物质滥用的活动。BCT 以团体和个人的形式传播已经成为帮助酗酒者减少喝酒和家庭暴力、改善婚姻功能、促进储蓄、降低住院和坐牢率的工具,效果可以长达治疗后的两年(Epstein 和 McCrady,1998; Jacobson et al.,1989; O'Farrell 和 Fals-Stewart,1999)。因为其有效性的证据和实践场所的适用性,对酗酒者使用 BCT 点燃了有意义的兴趣(Baucom et al.,1998; Rotunda 和 O'Farrell,1997)。

家庭行为治疗技巧已经被家庭干预研究者改编用来设计干预措施,旨在通过动员家庭支持促使物质滥用者接受治疗。Azrin(1976)的广泛社区强化方法是这项工作的基础。这一模式建立在行为的原则上,目标是对物质滥用者及其家庭成员进行特别干预,提供戒酒的强化并去除喝酒的强化。早年的研究揭示的社区强化技巧比通常使用的促使酗酒者接受治疗的方法更加有效(例如, Sisson 和 Azrin,1986)。社区强化和家庭培训(CRAFT)项目(Meyers 和 Smith,1995)合并了技巧训练策略,旨在降低重要他人的困难,显示出促使物质滥用者接受治疗的承诺(Meyers, Miller 和 Smith, 2001)。例如,在一个严格控制的比较 CRAFT 和两个通常使用的干预方法中(A1Anon 简易治疗和 Johnson 机构对质干预),Miller、Meyers 和 Tonigan(1999)发现 CRAFT 在促使不愿意戒酒的病人接受治疗方面更加有效,尽管重要他人的作用与治疗 12 个月后可以作比较。于是,社区强化方法为促使酗酒病人接受治疗提供了希望,在整个治疗过程中(不仅是在治疗的最初阶段)干预研究都能确保使用这些策略和原则。

以家庭为基础的成人吸毒干预。Duncan Stanton 及其同事早年对家庭治疗物质滥用成人的研究是最早的控制实验之一。Stanton 和 Todd(1982)报告说,一个创新而又整合的结构—策略家庭治疗模式在减少吸毒上比家庭



电影条件(family movie condition)或标准的吸毒辅导更加有效。在随后的研究中,这一研究团体揭示家庭戒毒项目比标准戒毒对物质滥用者更为有效(Stanton,1985)。这一系列鼓舞人心的研究不幸没有被进一步地推进,而其他以家庭为基础的成人吸毒干预近来却大力依赖酗酒治疗这一领域的工作而得到发展。两个领域尤其受益于经验关注:(1) 夫妻行为治疗的应用,已被证明其对酗酒人群、吸毒者和他/她的伴侣的有效性;(2) 社区强化技巧和其他与重要他人的接触技巧的改变,以促使吸毒者接受治疗(例如,Landau et al., 2000)。

Epstein 和 McCrady(1998)认为运用夫妻行为治疗来干预吸毒者,提供了以家庭为基础治疗物质滥用者研究的最有前途的领域。实际上,William Fals-Stewart 及其同事的近期研究表明夫妻行为治疗(BCT)可能实际上在治疗吸毒和治疗酗酒者方面同样有相当大的前途。Fals-Stewart、Birchler 和 O'Farrell(1996)证实了 BCT 在随机实验中与对男性吸毒者的个人治疗相比的有效性。与个人治疗相比,BCT 使夫妻关系变得更好,同时丈夫的吸毒时间减少、节制时间延长,其与毒品相关的被捕和住院也减少了,其效果可维持到治疗后的一年。这一研究的扩展研究发现:与个人治疗相比,采用 BCT 的很多吸毒者其吸毒量大幅减少且关系功能也得到改善(Fals-Stewart et al., 2000)。Winters 等(2002)在对 75 个女性吸毒者的治疗中重现了这些成果,与个人治疗相比,BCT 显示了更长时间的持续节制阶段、更少的吸毒、酗酒和家庭问题,效果可维持到治疗后的一年。最后,Kelly 和 Fals-Stewart(2002)证实:与那些接受个人行为治疗或心理教育控制治疗的父亲相比,接受 BCT 的父亲其孩子的行为功能能得到更大的改善。在这一研究中,在接受治疗 12 个月后,父亲的吸毒和夫妻的关系质量也得到了相当的改善。总结而言,这些鼓舞人心的结果说明 BCT 对男性和女性吸毒者都有效,同时对其与伴侣的关系、整体家庭功能以及孩子的适应性都比其他治疗方法有较大的好处。

以家庭为基础参与干预吸毒成人也获得了经验支持。例如,Gayle Dakof 及其同事发展和验证了居家吸毒治疗(根据个人的程度和家庭情况来灵活处理)的有效性。母亲参与项目有如下几个根源:女性发展的关系模式(Dakof, 2000)、家庭系统模式治疗吸毒(Liddle, Dakof 和 Diamond,1991)以及提供服务的家庭保存模式(Wells,1995)。结果证实在母亲参与的项目中,更多妇女



参与了吸毒治疗,远远超过通常(控制)情形下的社区参与。在母亲参与项目中,有88%的女性参与吸毒治疗项目,然而获得社区服务的女性中只有46%参与,67%的被指派到实验组的女性至少维持治疗4周,然而控制组只有38.5%(Dakof,出版中)。Kirby等(1999)随即抽取32个吸毒者的家庭成员和重要他人进行社区强化训练(community reinforcement training,CRT)干预[运用的是Sisson和Azrin(1986)对酗酒者及其妻子的模式]或12个步骤的自助团体。10周后进行的随后评估揭示:在吸毒者重要他人参与的CRT中,吸毒者在治疗中的停留时间和参与程度都很高。于是,家庭成员和重要他人成功参与干预的基本证据显示这些干预对于号召自然的支持力量去激发吸毒者接受治疗是有效果的。更长的干预后续将增加他们对吸毒人群有效性的热情。

总的来说,以家庭为基础的方法针对青少年和成人物质滥用有相当大的希望(Stanton和Shadish,1997)。几篇综述,包括Ozechowski和Liddle(2002),Waldron(1997),Winters、Latimer和Stinchfield(1999)的论文,列出了许多在青少年物质滥用治疗领域改善实务工作的建议,包括更加关注家庭测量问题,对核心建构的标准化操作和测量,例如吸毒和行为问题、影响结果的治疗变量的研究,对长期结果的评估,和进一步的研究过程和机制的改变等。

以家庭为基础的对成人物质滥用者的干预可能领先于非行为基础模式的研究:它整合行为模式和其他方法,干预超越了治疗的最初阶段,同时研究使用的改变和治疗机制与研究本身很配合(Epstein和McCrary,1998;O'Farrell和Fals-Stewart,1999)。对于青少年和成人吸毒者,在社区实践中最常用的干预方法还没得到充分的证实,同时这里所讲述的积累了经验支持的模式还没有开拓到物质滥用者需要它们的每个角落(Fals-Stewart和Birchler,2001;Liddle,Rowe,et al.,2002;Rotunda和O'Farrell,1997)。以家庭为基础的物质滥用干预研究的新方向聚焦在处理重要的研究—实务的空隙。

■ 精神分裂症的家庭治疗

精神分裂症的家庭危机和保护因素。家庭研究者被自从1960和1970年



代提出的精神病患者的家庭动力的观点所吸引,在一系列影响精神病症状的因素中,“沟通失常”(Singer 和 Wynne,1965)和“表达的情绪”(Vaughn 和 Leff,1976)被认为对关系模式有独特的解释力。后来的研究强烈支持被破坏的家庭动力作为诱因的角色,或许次于生理的过程,但这个诱因存在于精神分裂症发作及发病的长时期内。例如,很多研究将家庭“沟通失常”联系为精神分裂症的基本标签:不清楚、扭曲、断断续续和空洞的互动(Doane et al.,1989; Goldstein,1987; Miklowitz et al.,1991)。这些研究已经超越时间和文化而将沟通失常与精神分裂症联系起来。

其他研究关注“表达的情绪”(EE)和精神分裂症之间的关系,EE 是情绪过于投入和批评的模式。与两极病人(躁狂和抑郁并发)的亲属相比,精神分裂症的亲属显示出有更多负面的、攻击性的言语(Miklowitz, Goldstein 和 Nuechterlein,1995)。此外,有高表达情绪的精神分裂症亲属的性格倾向于随意将病人的病归因为病人内在的或可控制的因素(Brewin, MacCarthy, Duda 和 Vaughn,1991),而家庭的归因和对病人的批评在决定生病的过程方面也很重要(Lopez, Nelson, Snyder 和 Mintz,1999)。然而,精神分裂症患者家庭的表达情绪在本质上是双向的(Rosenfarb, Goldstein, Mintz 和 Nuechterlein,1995),而且它对病人和家庭交流的影响似乎可以通过病人的症状和社会技巧来调节(Mueser et al.,1993)。家庭中的高表达情绪一定与治疗复发的高危机相关(Parker 和 Hadzi-Pavlovic,1990),于是干预增加致力于帮助家庭处理照顾他们所爱的人的压力,并改变态度和互动去支持病人的康复(Becker 和 Richardson,1989; Marsh 和 Johnson,1997)。

以家庭为基础的精神分裂症患者干预。1960年代,治疗心理疾病的药物发明革新了对患心理疾病的人的治疗机制,同时也给社区和家庭为照顾精神病患者带来很重的负担。在积累了精神分裂症爆发、复发的家庭危机因素和照顾患心理疾病的家庭成员的沉重负担的基础上,家庭干预随后也得到了发展。这些以家庭为基础的干预被设计用来与药物干预相对应,目的是改善家庭环境(包括减少批评和敌对、增加稳定性和结构)并帮助家庭管理病症(Hahlweg 和 Wiedemann,1999)。干预一般包括接触策略、心理教育、应对和解决问题技巧训练去减少家庭的压力以及危机干预。现在,在对精神分裂症病人的多元治疗体制中使用以家庭为基础的干预已得到相当的支持(Gold-



stein 和 Miklowitz,1995)。

无论是在前测和后测比较中减轻症状还是在后续治疗中减少复发方面,几个以家庭为基础的干预已经显示出成功(Baucom et al.,1998)。例如,在一个结合药物处理和家庭治疗的早期研究中,Michael Goldstein 和他的团队(1978)报告,病人在接受家庭治疗和适当的药物治疗后,6个月内的复发率为0;然而如果只采用药物治疗,则复发率为50%。研究支持家庭行为管理(整合沟通的心理教育和解决问题的技巧)在增强精神分裂症患者的社会技巧、减轻家庭的压力、改善家庭沟通方面的积极效果,同时在随后的2年中,与标准的精神科治疗相比,可大幅度减少复发率(Falloon, Boyd 和 McGill,1984)。

Tarrier 等(1989)也证实了两种家庭治疗与简单家庭教育和通常的治疗比较后令人印象深刻的结果。与后者相比,两种家庭治疗证实了在治疗2年后明显较低的复发率。同一拨人近期做的研究验证了整合的多元成分模式,包括动机调查、CBT 和家庭治疗干预有物质滥用行为的精神分裂症。从接受治疗到12个月后,在降低病人的积极症状和物质滥用方面,这个整合的模式要比标准照顾优越(Barrowclough et al.,2001)。Mueser 等(2001)对比了支持性家庭管理(包括两年的月支持小组)和应用性家庭管理(包括一年的行为家庭治疗,并在第二年使用支持小组),且所有病人都得到药物治疗。结果显示,在减少的病人拒绝和家庭成员的摩擦方面增加家庭治疗收效甚微,同时对病人的社会功能或家庭负担的干预在随后的两年中也并没有什么区别。没有证据去支持这个假设,即越深入的家庭干预就能使得病人维持在越低的药物剂量上。最后,William McFarlane 及其同事(1995)发展出多元家庭支持干预,其重点在于改善家庭成员的社会支持。这一模式在4年后的后测中显示出比单独家庭治疗更低的复发率。

于是,有清晰的证据支持使用家庭干预作为多元模式策略的成分去治疗精神分裂症。特定的家庭模式,特别是强烈的批评和拒绝,使精神分裂症在治疗后回到家庭的康复过程更加复杂化。此外,处理家庭成员生病的压力必然需要社会支持和所有相关家庭成员技巧的提高。于是,很多证据说明干预是鼓舞人心的。设计用以详细说明改变机制和这些复杂干预的基本成分的进一步研究,将促进这一领域的治疗发展。伴随着有长期心理疾病的家庭不断增加这一现象,在社区使用这些获得经验支持的以家庭为基础的干预模式将比



标准措施更加普遍(Backer 和 Richardson,1989; Baucom et al.,1998)。

■ 进食障碍的家庭治疗

进食障碍的家庭危机和保护因素。 Salvador Minuchin 对进食障碍的女孩及其家庭进行的经典研究(Minuchin, Rosman 和 Baker,1978)给予临床观察很大的启发:这些病人的家庭不能提供青少年和年轻人发展的培育和支持。实际上,研究支持这些临床观察。有进食障碍的父母在经验研究中显示出过多的保护性(Wade, Treloar 和 Martin, 2001)、缠结且过多的批判性(Polviv 和 Herman,2002)特征,并与孩子间有很模糊的界限(Rowa, Kerig 和 Geller, 2001)。进食障碍病人的家庭互动模式倾向于控制自主性和亲密的表达(Maharaj et al., 2001)、破坏依恋关系(Ratti, Humphrey 和 Lyons,1996),并有破坏性沟通的特征(Lattimer, Wagner 和 Gowers, 2000)。父母的物质滥用可能也会增加进食障碍的脆弱性(Lyon et al.,1997)。然而,一些证据显示,家庭失去功能对进食障碍发展的影响是间接的;高冲突、低凝聚力和儿童虐待可能通过抑郁症状来影响进食障碍(Mazzeo 和 Espelage, 2002)。于是,家庭问题影响进食障碍的发展不仅很少得到怀疑,而且家庭因素例如强烈批评也预测了较差的治疗预后,不论针对厌食症还是暴食症(Reiss 和 Johnson-Sabine,1995; van Furth et al.,1996)。

以家庭为基础的进食障碍干预。自从 Minuchin 开创式地运用结构式家庭治疗治疗厌食症以来(Minuchin et al.,1978),几个控制实验支持以家庭为基础干预厌食症和暴食症病人(Lemmon 和 Josephson, 2001)。研究者在 Maudsley 医院的系列研究验证了多元模式家庭治疗,即强调与家庭的合作,家庭是病人康复的重要资源并可避免批评父母。这个模式借用很多 Minuchin 原创的结构式家庭治疗技巧,例如在治疗的第一节采用治疗师和家庭共同进餐,并在后来的治疗工作中重组父母的联合,也吸收了米兰派在检查和在代际背景下理解病人的问题的因素。与个人支持治疗尤其是青少年初发期问题相比,在增加体重和维持到治疗后 5 年方面,这一模式显示出良好的效果(Russell, Dare, Eisler 和 LeGrange,1994; Russell, Szmukler, Dare 和 Eisler,1987)。

行为家庭系统治疗强调父母控制进食并合并认知重构和解决问题培训,



已经在与个人治疗厌食症的比较中得到证实。这个模式比个人治疗更有效,后者通过在前测与后测之间(治疗最长 16 个月)增加体重,聚焦在个人建构自我力量并促进自主性,尽管治疗在大多数结果测量上效果差不多,包括进食态度、体形满意度和抑郁症状(Robin et al., 1994)。此外,比较结构式家庭治疗和家庭心理教育团体方法揭示,运用这两个方法针对厌食症病人的效果没有统计学上的差别(Geist et al., 2000)。最后,多元家庭治疗方法近来已经得到发展且前期实验得到了令人鼓舞的结果(Asen, 2002; Colahan 和 Robinson, 2002)。这一模式在医院环境下采用多元约束方法治疗家庭,并使家庭成员积极卷入对进食障碍病人深入的家庭工作中(Scholz 和 Asen, 2001)。在这些方法初期很有潜力的有效性基础上,进一步的研究将会得到确保。总体来说,对以家庭为基础干预进食症的支持正在上涨,尽管在一般多元模式项目中对家庭工作中什么是最有效的、必须的剂量去治疗病人还存有疑问。

■ 婚姻和家庭治疗的有效性

正如我们之前所讨论的,婚姻和夫妻治疗已经在治疗各种不同的障碍上显示出其有效性,包括酗酒、吸毒和抑郁(Baucom et al., 1998)。大量的研究,包括行为、认知—行为、顿悟取向、系统和心理教育模式,已经在改善夫妻关系上取得积极的成果(例如,Goldman 和 Greenberg, 1992; Kaiser, Hahlweg, FehmWolfsdorf 和 Groth, 1998; Snyder, Wills 和 Grady Fletcher, 1991)。下面我们将更广泛地讲述婚姻和夫妻干预关系问题研究领域的临床相关发现,并讨论这一领域的新方向。

行为夫妻治疗(BCT)是所有夫妻治疗方法中最被深入研究的(Jacobson et al., 2000)。正如前面所述,这一方法是以社会学习原则为基础并包括行为取向的干预以用来强化有效的沟通、问题解决、积极互动并减少夫妻间的负面交流。行为技巧包括签订执行特别任务或活动、家庭作业的合约,以便将技巧外化到治疗之外。有共识一致认为,BCT 在改善婚姻调适和满意度上比等候控制组要有效得多(Dunn 和 Schwebel, 1995; Jacobson 和 Addis, 1993; Lebow 和 Shadish et al., 1993),且大多数参与者在临床上都有重大的改变(Baucom et al., 1998)。后续结果有点令人失望,治疗结果在很多研究中只能维持一年(Halweg 和 Markman, 1988),尽管很高比率(38%)的夫妻在接受



BCT 治疗后的 4 年内离婚(Snyder et al., 1991)。

BCT 干预近几年关注的焦点在扩展(Baucom 和 Epstein, 1991)。例如, 一个新的方法, 整合行为夫妻治疗(Jacobson et al., 2000, 见第十四章), 指出 BCT 治疗的局限性, 包括随着时间流逝其影响力的降低(Hahlweg 和 Markman, 1988)。这一整合模式强调接纳最难以改变的伴侣的性格, 并以这些障碍作为平台去建立更亲密的关系。在运用有效尺度和临床意义的比率去衡量婚姻满意度方面, 整合模式已经证明了其与传统 BCT 模式相比的有效性, 同时也被团体形式成功地适应(Jacobson et al., 2000)。此外, 强化的有认知重构的 BCT 模式和影响探索的技巧也在与标准的 BCT 比较中得到证实, 但发现在降低会谈和家庭中负面沟通和认知上, 两者效果差不多(Halford, Sanders 和 Behrens, 1993)。总体上, Jacobson 和 Addis(1993)确认, BCT 有最好的建构并在许多夫妻治疗方法中得到证实。

认知—行为婚姻治疗(CBMT)建立在 BCT 的强大基础上, 并寻求改变影响适应关系和亲密的非理性的期望和信念。在 Dunn 和 Schwebel (1995)对 15 对方法论上可靠的随即抽取的婚姻治疗的元分析中, 从前测与后测中显示的配偶关系的认知改变上来看, CBMT 比 BCT 和顿悟取向的婚姻治疗要优越。然而, 这些认知技巧的研究被证实反对标准的 BCT 或用来争论标准的行为婚姻治疗, 并不能提供任何认为认知干预比 BCT 更有效或能增强 BCT 有效性的证据(Fincham, Bradbury 和 Beach, 1990)。Baucom 等(1998)在较小样本研究的基础上描述 CBMT 为“可能有效的”, 并缺乏证据说明将认知技巧加在传统 BCT 上的有效性。

顿悟取向的方法, 包括顿悟取向的夫妻治疗和以情绪为中心的夫妻治疗, 也已经经过临床实验研究, 并发现其比未经治疗的有效(Jacobson 和 Addis, 1993), 还有一些证据显示它们比其他既定的方法更优越(Baucom et al., 1998)。顿悟取向的婚姻治疗方法(IOMT; Snyder 和 Wills, 1989)已经增强了应用的广泛性并聚焦在经验的研究上。IOMT 混合了完形和系统的技巧去增强夫妻对他们自己人际间的和关系动力的顿悟, 聚焦在互动的关爱的本质和促进伴侣表达对其配偶情绪需要的回应上。Dunn 和 Schwebel(1995)运用元分析揭示 IMOT 比 BCT 或 CBMT 在改善配偶们在整体关系质量上的感知方面更成功。Snyder、Wills 和 Grady-Fletcher(1991) 在 IMOT 和 BCT 于



前测与6个月的后测比较中,发现婚姻结果没有什么区别,但是在4年的后续研究中,接受BCT的伴侣其离婚率大大高于接受IMOT的伴侣(38%比3%)。显然,在治疗婚姻问题和不满方面,IOMT是个有希望的方法。

以情绪为中心的夫妻治疗(Greenberg和Johnson,1988;见第八章)认为关系的困难通常是来自于否认情感和依恋的需要,这制造了负面的互动循环和无效的沟通模式。这一模式辨清了这些问题和负面的循环,帮助来访者去承认潜藏在这些循环之下的情绪,帮助其接纳伴侣的立场,并鼓励伴侣更有效地沟通需要和情绪,从而在内心产生解决问题的愿望并巩固新的关系立场以增强亲密。以情绪为中心的夫妻治疗比等待接受治疗的控制组有明显好的效果(Goldman和Greenberg,1992;Jacobson和Addis,1993),并显示出比BCT对中度问题的夫妻从前测到后测在改善婚姻调整上的优越性(Johnson和Greenberg,1985)。对有患慢性病孩子的父母的5个月后测研究显示,与等候控制组相比,以情绪为中心的婚姻治疗明显减轻了婚姻中的困扰(Walker,Johnson,Manion和Cloutier,1996)。基于在研究项目中的复制性和与建构很好的BCT相比的有效性,以情绪为中心的治疗在处理关系困扰上有很大的潜力(Baucom et al.,1998)。

最后,在夫妻治疗中使用策略技巧的证据由Goldman和Greenberg(1992)以及David和Horvath(1997)提供。Goldman和Greenberg(1992)在减轻关系困扰、改善夫妻的抱怨以及解决冲突上发现了一个整合的系统治疗模式,与以情绪为中心的夫妻治疗一样有效,并比等候控制组更有效。此外,整合夫妻治疗比以情绪为中心的夫妻治疗在4个月的后测中维持了更好的治疗效果。Davidson和Horvath(1997)发展和检验了一种快速的(三次面谈)夫妻治疗方法,该方法建立在合并了制止且抑制干预和家庭作业的MRI快速治疗模式基础之上。从接受治疗到6周的后续时间里,这一快速策略夫妻治疗模式在改进关系调整、冲突处理和抱怨目标上比等候控制组更有效。这些初步的成果支持针对夫妻的策略技巧,表明对这一方法的进一步研究有潜力去拓展婚姻和夫妻干预研究的范围。

夫妻治疗研究的新方向。Snyder等(1991)的发现表明IOMT比BCT更优越的长期效果,引发了来自领军研究者关于夫妻治疗研究水平和这一领域必要的后续步骤的系列评论和推荐。Neil Jacobson(1991)发起了与他的批评



者 Snyder 等(1991)的辩论,建议夫妻治疗研究的未来应更加关注治疗手册中关于特别干预的条件及操作性治疗能力的测量和控制。他提议要少做不同模式之间的“赛马”式研究,而要多关注改变机制的模式内研究以辨别成功治疗的基本成分,同时要促进研究去了解什么样的来访者对治疗反映最好。虽然明确同意模式内的过程改变研究很重要,在目前各种方法的有效性所知有限的基础上,研究者建议对于夫妻治疗来说现在去抛弃不同模式的比较研究可能还不成熟(Gurman,1991; Johnson 和 Greenberg,1991)。

Howard Markman(1991)建议更广泛的概念化以及关系功能和夫妻治疗研究的其他重要结果的测量,包括增强观察数据的可靠性和对控制实验更长时间的跟踪研究。更多近期对夫妻治疗的建议包括使用更复杂的统计和概念模式,例如结构平衡模式,说明在治疗中发生的独立干预和人际过程(Cook, 1998)。总结而言,夫妻治疗研究者已经在使用不同模式干预有困难的夫妻中得到坚实的经验支持,且这些开创性的治疗发展将开拓研究的新领域。

■ 家庭治疗过程研究的贡献

辨别家庭治疗治疗性改变的机制。尽管上面综述的发现对于了解何种类型的家庭干预有潜力减轻心理和人际的问题有价值,但它们只能提供关于家庭治疗基本成分的很有限的信息。关于为什么特定的治疗是有效的、家庭怎样改变、什么样特定的治疗技巧最有用以及来访者和治疗师的什么变量直接或间接影响改变等等的问题,都不能在比较性的结果研究中得到解决。这些问题只能通过仔细观察治疗师的讨论,并使用不同的方法论、策略(例如,任务分析)(Heatherington 和 Friedlander, 1990a)和分析工具(例如,成长模式)(Williett, Ayoub 和 Robinson, 1991)将特殊的治疗因素和“最小成果”与治疗、治疗结束的最终成果以及几个月后的后续结果联系起来而得到回答(Pinsolf, 1989)。过程研究有潜力去引导向更有效治疗的发展,并通过增强经验发现与实务工作者的相关性,在科学和实践中架起桥梁(Diamond 夫妇, 2001; Pinsolf 和 Wynne, 2000)。这个部分讨论了一些迄今为止最重要的家庭治疗过程研究的发现,尽管对这一领域的全面表述需要至少一整章。我们建议在这一领域进行进一步的阅读以对家庭治疗的过程研究获得更深入的探索(例如, Alexander, Holtzworth-Munroe 和 Jameson, 1994; Diamond 夫妇, 2001;



Friedlander, Wildman, Heatherington 和 Skowron, 1994; Pinosof, 1989)。

家庭治疗的治疗性联盟构成的过程。建设和协调多元治疗联盟的过程在夫妻和家庭治疗中比在个人治疗中更复杂(Rait, 2000)。一些家庭治疗的模式已经重视多元治疗联盟的模式甚于重视单一治疗联盟概念化模式(Liddle, 2002b)。一些家庭治疗过程研究者已经关注治疗师怎样建立和维持对不同家庭的重要治疗联盟的观察。例如, Heatherington 和 Friedlander(1990b)探索了关系控制沟通模式及其对系统家庭治疗的治疗联盟的发展的影响。他们发现治疗师和家庭成员倾向于用互补的方式互动,而不是对称或竞争的交换。然而,没有模式是与家庭成员对治疗关系的的质量的感觉相关的。

在家庭治疗青少年物质滥用中,研究者检验了青少年参与干预改善多维家庭治疗最初的三次面谈中较差的治疗师—青少年联盟的影响力(MDFT)(Diamond, Liddle, Hogue 和 Dakof, 1999)。当治疗师重视下面的联盟建设干预时——留意青少年的经验、建立个人有意义的目标、将自己表述为青少年的同盟,工作联盟取得了显著的重要收获。联盟中丧失改善或恶化与治疗师花太多时间解释治疗的本质有关,于是等待了太长时间以至不能讨论治疗对青少年有什么个人意义。第二个对 MDFT 联盟过程建立的考验是要留心文化意义上重要主题的发展。Jackson- Gilfort、Liddle 和 Tejada(2001)研究了特殊文化主题的讨论是否有助于与非洲裔美国男性物质滥用青年的治疗接触。探索特定的主题——生气、愤怒、疏远以及从男孩到男人的旅程(例如,什么意味着成为一个非洲裔美国男人)——与在每一治疗过程中增强青少年的参与和减少敌对相关。这些和其他关于联盟的研究会产生重要的临床发现;然而,未来的研究需要考察家庭治疗中治疗关系和结果之间的联系。

家庭治疗中引起重大改变的事件。过程研究也同样聚焦在决定家庭治疗发生重大改变事件的本质和顺序,或者这些家庭中导致问题解决的干预或关系的转变。例如, Friedlander、Heatherington、Johnson 和 Skowron (1994)研究结构式家庭治疗案例的动力,家庭在其中能够成功地从疏离转向接触。使用改良的分析介绍模式,成功地维持被辨别和检查的接触事件,并将每个家庭成员的人际和个人学习经验包括进来。尽管没有一贯的模式表明解决每个家庭僵局的特点,保持接触基本上包括治疗师积极引发每个家庭成员关于僵局的想法与感受和重新接触的好处,并帮助其他成员去聆听彼此之间的观点。



类似地,在以情绪为中心的夫妻治疗的过程研究中,Greenberg、Ford、Alden 和 Johnson (1993)发现会面的高峰事件比低潮事件更频繁地与亲近的、聚焦自我的积极(例如,自我表露、表达)说法和伴侣接纳而友好的表达相联系。此外,在治疗师促成了另一成员的自我表露之后,伴侣更有可能用亲近的说法来回答。

Michael Nichols 及其同事近来证实了等级量表在促成验证家庭治疗成功实行的复杂过程的有效性(Allen-Eckert et al., 2001)。对受过很好训练且很有经验的家庭治疗师的研究表明,打破家庭冲突并帮助家庭转变他们的关系立场是个很复杂的过程,需要治疗师积极、直接的促进(Nichols 和 Fellenberg, 2000)。成功设定的基本成分包括与家庭成员的预先设定准备,说明议程和解释对话的需要,引导讨论应该朝哪个方向去,除非完全必要避免打断,通过推动家庭成员在过程中更多地沟通而使得行动继续,并通过给来访者提供清晰的如何相互沟通的引导。这个量表将毫无疑问地推进过程研究的领域。

Diamond 和 Liddle(1996)使用任务分析去辨别临床干预和家庭互动的结合在解决 MDFT 会谈中的僵局的必要性(临床情况的特征是负面交流、情绪的疏离、父母和孩子很差的解决问题能力)。治疗师要去除这些负面互动的行为包括:(1)积极的阻止、处理和克服负面的影响;(2)激发并增强促进建设性对话的想法和感受;(3)通过在面谈中单独见父母或青少年来创造家庭成员间的情绪条约——有点穿梭外交的意味。在成功处理僵局的案例中,治疗师改变会谈中交谈的本质和语气,将父母的责备转而聚焦到他们失落和遗憾的感觉上,并引出青少年与父母和其他人关系中的障碍的想法和感受。最冲突的家庭至少可以转移到一个新的交谈层面。通过定义父母和青少年的持续贡献指明不同治疗师的行动与僵局之间的关系,研究用行为术语对僵局的成分进行了分解。

总结而言,过程研究检验了成功转变事件,说明了有效家庭治疗的一些基本的成分。通过治疗师推动家庭成员进入更加脆弱、自我表露和关爱的层面,以及帮助其他家庭成员倾听并在随后回应,这些研究结果表明转变实践是被一系列的家庭干预促成的。

家庭治疗过程中的性别。研究家庭治疗中的性别角色已经有与临床实践



相关的重要发现。Newberry、Alexander 和 Turner(1991)调查了治疗师一来访者交流的微观顺序,以验证治疗师和来访者的性别角色对每个人在治疗中的行为的影响。他们发现,支持和结构性干预的基本比率在受训的男、女治疗师中没有什么区别,它们在对男女来访者使用的频率上也没有区别,然而,治疗师和来访者行为的次序部分由性别决定。父亲对于结构性干预的回应比母亲更积极;在她们使用支持性的干预之后,女性治疗师比男治疗师更容易接受到支持性回应。有趣的是,女治疗师接下来的回应更多的是结构式的,然而男治疗师则采用支持性的回应。在一对使用结构式/策略家庭治疗方法的第一次面谈中的性别研究中,Shields 和 McDaniel(1992)类似地发现男女治疗师在使用支持性表述的频率上没有什么区别,但确实发现家庭成员对治疗师的回应因他们的性别而有所不同。例如,家庭成员在女性治疗师面前有更多冲突的表达,在男治疗师面前则有更多结构性的评论。最后,Werner-Wilson、Price、Zimmerman 和 Murphy(1997)分析家庭治疗面谈的录音带以探索在会谈控制中的性别角色,并发现受训治疗师打断女来访者超过男来访者 3 倍。在这些初步发现的基础上,将性别作为家庭治疗过程中的一个变量来研究,很明显是进一步研究的富有成果的道路。

对儿童和青少年行为问题的家庭治疗的过程研究。对行为问题儿童和青少年的家庭干预的过程研究已经分析了父母与儿童/青少年在治疗中改变的联系人和关于与困难家庭有效工作的其他重要问题。例如,Patterson 和 Chamberlain(1992)开创性的过程研究辨清了治疗师在治疗中造成父母阻抗的方式,于是为推进针对问题儿童和青少年家庭干预的治疗发展铺平了道路。Schmidt、Liddle 和 Dakof(1996)研究了在 MDFT 中亲子行为改变的本质和程度,同时父母子系统改变与青少年吸毒和其他症状的减少之间的联系。在治疗的过程中,父母显示了负面教育行为的大量减少(例如,负面影响、言语攻击)和积极教育的增加(例如,管教和设定限制、积极影响以及承担责任)。另外,这些教育行为的改变是与青少年吸毒和问题行为的减少相关的。这些研究支持以家庭为基础的治疗的基本原则:在家庭系统的基本方面的改变(亲子实践)是与利益的重要层面的改变(青少年症状的减轻)相关的。此外,这些数据表明吸毒的亲子危机和保护性因素在治疗的环境中易受干预的影响。

Mann、Borduin、Henggeler 和 Blaske(1990)发现,与正常的控制组家庭相



比,刚接受治疗的失足青少年家庭有更多代际的联合和婚姻冲突。此外,经过多元系统的治疗,青少年和父亲的症状的减轻就与婚姻关系的改善相联系了。尽管结果并不支持青少年症状的减轻和父母—青少年关系改善之间的联系,这些发现的确显示了不正常、不平衡的联合在家庭治疗中的负面影响。然而,随后的研究揭示了一个改善的家庭功能(增强父母的管教和凝聚力)与减少年轻人的不良行为之间的清楚联系,通过减少与有不良行为的同伴之间的联系来调停(Huey, Henggeler, Brondino 和 Pickrel, 2000)。这一研究的独特之处在于它研究治疗该用多少“剂量”或与指定模式有多少相似程度,并影响家庭功能和青少年症状的改善。实际上,治疗师对其模式的忠诚度决定了家庭改变的程度,这和减少与负面的同伴联系相关,随后也能减少不良行为。

最后,功能家庭治疗研究者已经研究了在会谈中导致失足青少年及其父母积极行为的治疗师和家庭行为的顺序。Robbins、Alexander、Newell 和 Turner(1996)发现治疗师重构是在前期功能家庭治疗中唯一导致失足青少年积极回应的干预方法,表明重构在治疗初期接触抵抗的青少年方面可能扮有特别重要的角色。Robbins、Alexander 和 Turner(2000)随后研究了治疗师能够打破失足青少年抵抗性互动。与上述研究类似的,治疗师重构是唯一有效减少家庭成员抵抗性表述的干预方法。这些研究已经列出治疗师在会面中对于改变家庭行为和塑造长期积极后果方面特别有效的行为。

这只是家庭干预科学家所进行的过程研究的一部分。毋庸置疑,这一领域正在推进更规范的干预,这对造成来访者和家庭成员直接和更持久的改变是必要的。例如,在对青少年吸毒者的临床实验中,治疗师使用 MDFT 和 CBT 忠实程度的评估,不仅能使治疗师对于他们各自的模式建立忠诚,而且对每一特殊干预的应用也能够运用治疗衡量尺度来区分(Hogue et al., 1998)。这些和其他的编码系统推进了对特殊治疗方法的顺序和成功应用的研究(Hogue, Liddle 和 Rowe, 1996; Allen-Eckert et al., 2001)。然而,当这些过程研究回答了关于治疗内模式改变的重要问题之后,家庭治疗领域仍然很少有关于干预及治疗改变过程与长期或短期结果相联系的方式方面的知识(Friedlander, 2001)。Myrna Friedlander 及其同事(1994)建议家庭治疗过程研究可以通过两个方面来推进:一是研究治疗中与治疗后的家庭成员的看法;二是要更具体地研究干预是怎样用不同的方式影响家庭成员的改变的。



过程研究清晰地提供了重要的机会去推进家庭治疗的领域并持续缩小研究和实践之间的区别。

小结与未来方向

如果不能指出家庭治疗的疏忽之处以及偶尔甚至与研究的对立关系,那么家庭治疗研究的所有讨论都是不负责任的。尽管对家庭治疗有效性的早期指示会被整合到家庭治疗文化中(Framo,1976),随着时代变迁研究已经有了巨大的转变。与家庭治疗最相关的专业机构——AFTA 和 AAMFT,也对研究应该在主流家庭治疗中扮演的角色感到混淆或困惑,包括它在会议中、在培训项目和宣传努力中、在专业继续教育中,甚至在生计、行业执照和证书努力中的角色。被这些与将研究敏感性和内容整合进家庭治疗实践相关的专业团体演练过的领导能力从来就没有真正体现出来。该领域的领导能力和系统改变的成功执行(例如,与研究—实践联合相关)也同样缺乏。虽然有些文章哀叹研究和实践的脱节,改变这一情况的建议要花很长时间去实现。在研究—实践差距中举步维艰部分是因为这一问题的复杂性、当时所做研究的本质以及临床工作的文化,包括在研究生培训课程中被支持和教授的实践文化的那些方面。

然而,现在已经有了改变的迹象。例如,AAMFT 将最近年会的主题定为经验支持治疗。这可以将此地、彼地的研究团体长距离地用可见的、范围内的会议的形式联结起来。此外,AFTA 现在定期有研究会议招贴,AAMFT 也有,这给予研究主题充分的自由。这些进展是否只是改变领域形象的努力,还是真实改变的迹象,还需进一步的观察。另外,即使研究取向的现象持续下去,尝试过的影响过程也比研究者或实务工作者所预计的更加复杂(Brown, 2000; IOM,1998)。同时,研究者要更比以前更加关注创作工作的成本(例如,临床模式、发现),这与临床治疗师并不十分相关。或许我们现在理解过去那些抨击(例如,“家庭治疗出了什么毛病”),它们在促进任何与研究—实践关系相关的基本问题的改变方面是无效的,而是改变的前奏,或可能是改变的某个阶段。

尽管这一领域强调需要做与临床治疗师相关的研究,但或许关于研究—



实践差距的问题必须与成立的构建相联系。例如,是否所有研究都应该与治疗实践直接相关?这值得怀疑。研究和实践是相当不同的两个问题,所以针对研究和实践对彼此的重要性的警告可能是不够精确或被误导的。结果研究与治疗在某些方面相关,但在其他方面则不相关。一般来说,对临床治疗师可能有趣或者有用的,是了解严重问题例如吸毒或行为障碍减少的程度,这在治疗指南手册中就可以得知。但通常这些信息是关于由个人组成的团体方面的,而治疗师针对个人工作的情况未必与结果研究中的相似。

研究也不断在测量和报告保护性因素的转变,例如家庭组织的改变、亲子实践以及作为家庭治疗成果的学业成功。这些发现对于治疗师的理解是重要的,因为它们强调了一个事实,即简单减轻症状是不够的,增强对特殊领域(有助于取得良好发展结果和调整的领域)的家庭功能的积极调整同样也重要。关于有效治疗能改变什么、什么对改变是重要的、改变的顺序如何开展等等的知识,对临床实践作出了巨大贡献。尽管以研究为基础的知识可以确认临床治疗师已经“知道的”,研究的贡献则提供了另一种方式去“知道”,这种传统家庭治疗的双重描绘既有趣又重要,它还是另一种理解现今家庭治疗研究贡献的方式。

或许在过程研究领域最容易说明如今的研究是怎样对日常实践有用的(Pinsof 和 Wynne,2000)。过程研究试图说明治疗的内在工作和治疗关系。了解治疗僵局和成功的处理办法、治疗联盟和临床结果间的联合、有效接触的困难和步骤、改变重要行为如在症状家庭的亲子实践的过程——所有目前过程研究的领域——是治疗增强知识的说明。在一些方式上,或许研究承担了太多不要改变实践的责任,当存在其他情境和执行问题时,就必须得与培训和专业发展问题相联系。临床场所承担研究在家庭治疗实践中发挥有限影响的责任,并缺乏建立有效模式的机会。这就是各种专业机构,无论是否为家庭治疗取向、专业执照和证书团体,开始活动的地方。

这些专业机构能做很多的事情,帮助将以科学为基础的治疗纳入日常实践中。心理健康、物质滥用和青少年违法的州立管理部门现在习惯地将基金与服务提供者提供服务的能力即实施治疗的有效性结合起来。将均一积极效果的家庭治疗研究与联邦基金循环和个人基金会基金以及政策制定团体结合起来,这些发展表明家庭治疗研究的影响已经超出家庭之外而不仅仅局限在



其中。直到家庭治疗研究成为一个培训项目,其临床方法得到传授,家庭治疗的文化才能与它的研究价值和信仰的改变永远相关。

近年来发展的迹象和水平面上的积极改变促使家庭治疗研究领域兴奋起来。家庭治疗模式提供了一个概念框架,将关于问题原因和维持的复杂而多层次的信息组织起来,并将发展精神病理学的基本科学知识和特殊的干预结合起来。于是,运用恰当的家庭治疗概念框架,与临床相关的研究能够被组织,治疗也得以进一步发展、改善和经验评估。以家庭为基础的治疗的流行在过去 10 年左右不停攀升,因为治疗师和研究者都确信将父母和其他家庭成员纳入治疗对于成功地与来访者接触和整体效果都很重要。特定家庭治疗指南手册对治疗师并不是什么限制,而是提供了充分的灵活性(Godley et al., 2001)。大量实践指南、个人基金会的报告和政策制定团体已经认可了与来访者的父母和家庭工作的重要性,代表了 10 年来的重大转变。正如我们近年来所看到的,研究能够影响政策和实践层面的改变,这些支持会增加资源和机会去传播被经验所证实的家庭治疗。



词汇表

accommodation (顺应) 系统要素,主动调整以适应它们的功能,人们可能需要对此作些调整工作。

anorexia nervosa (神经性厌食症) 因自我挨饿导致丧失 25% 或更多的体重,并有过度活跃、体温低、月经不调(女性)等症状。

aversive control (厌恶控制) 用处罚和批评去除所不喜欢的反应,通常用于失去功能的家庭。

basic assumption theory (基本假设理论) Bion 的概念,认为团体成员会由做团体任务转而追求抗衡、依赖或结对的潜意识的模式。

behavior exchange theory (行为交换理论) 解释关系中的行为是由成本和收益的比较来维持的。

black box metaphor (黑箱比喻) 这一概念是因为人脑是非常复杂的,所以研究人们的输入和输出(行为,沟通)好过猜测大脑内部发生了什么。

blended family (混合家庭) 分裂的家庭通过婚姻联结起来,也是继养家庭。

boundary (界限) 情感和身体的边界,用来保护和增强个人、子系统和家庭的完整性。

bulimia (暴食症) 一种进食障碍,特点是患者会暴饮暴食,继而引发自发性呕吐,或以泻药、激烈运动、禁食来泻清自己。

circular causality (循环因果) 这一概念认为行动与一系列的回归圈或重复循环相关。

circular questioning (循环提问) 由米兰协会发明的访谈方法,通过这种提问方式来突出家庭成员之间的差异。



classical conditioning (经典条件作用) 一种反应的学习方式,即非条件性刺激(UCS),例如食物,会导致非条件性反应(UCR),例如产生唾液,相比较条件性刺激(CS),例如铃声,每次条件性刺激出现都能导致同样的反应;这一方法用于焦虑障碍的行为治疗。

coalition (联盟) 两人或两个社会团体结盟以反对第三方。

cognitive-behavior therapy (认知—行为治疗) 治疗强调态度转变和行为强化。

collaborative model (合作模式) 一个对治疗师角色更平等的看法,由那些认为家庭治疗传统方法过于强调权威主义的批判者们提出。

communication theory (沟通理论) 通过对语言和非语言信息的交换来研究关系。

complementary (互补) 关系是建立在互补的差异上的,其中一方所具有的特质,恰好是另一方所欠缺的,一方的长处正好是另一方的短处。

complainant (抱怨者) de Shazer 的用语,用来形容关系中的案主有很多抱怨,但又不愿意采取行动去解决。

concurrent therapy (协同治疗) 由不同的治疗师分别访谈两名或多名案主。

conjoint therapy (联合治疗) 在会谈中同时治疗两个或多个人。

constructivism (建构主义) 一种相对主义的观点,强调对现实的主体建构,认为我们对于家庭的看法可能更多基于我们对于实际发生了什么的假想和偏见。

contextual therapy (情境治疗) Boszormenyi-Nagy 的包括关系伦理的模式。

contingency contracting (权变契约行为) 一种行为治疗的技巧,根据家庭成员的协定来交换他们彼此想要的行为。

countertransference (反移情) 治疗师的情绪反应。

cross-generational coalition (跨代联盟) 父母和孩子之间不恰当的联盟,通常是两者联合起来去反对第三方。

culture (文化) 来自人们生活的特定环境的行为和经验的普遍模式。

customer (顾客) de Shazer 的术语,即案主不仅抱怨问题(抱怨者),而



且有动力去解决它。

cybernetics (控制论) 对系统控制的过程研究,尤其是对正向和负向反馈圈的分析。

deconstruction (解构) 一个后现代的方法,通过分解和检查被认为是理所当然的分类和假设来探索意义,使得意义的新且更可靠的建构成为可能。

detriangling (去三角化) 个人将自己从另两个人的情绪场域中摆脱出来的过程。

differentiation of self (自我分化) 智力、情绪上的心理分离,从而形成与他人独立的自我。与融合(fusion)互为反义词。

directives (引导) 布置家庭作业以帮助家庭打断维持问题的动态平衡模式。

disengagement (疏离) 由于个人或家庭子系统过于僵化的界限造成的心理孤立。

double bind (双向束缚) 在重要的关系中,个人在不同抽象层次接收到矛盾的信息,并由此产生冲突,他/她却不能脱离或评论。

dyadic model (二元模式) 解释建立在两个人或物的互动上。例如,Johnny 以在商店行窃来引起母亲的关注。

emotional cutoff (情感阻断) Bowen 的术语,指逃离未解决的情感依恋。

emotional reactivity (情绪反应) 自动而非平静、客观的情绪反应倾向。

emotional focused couple therapy (情绪中心夫妻治疗) 建立在依恋理论上的治疗模式,其中夫妻对抗反应下的情绪渴望被揭示出来,教授他们看到他们之间争论的反应本质,由 Leslie Greenberg 和 Susan Johnson 开发出来。

enactment (活现) 结构式家庭治疗促使的互动,以便观察继而改变组成家庭结构的互动行为。

enmeshment (缠结) 因为心理界限模糊而造成失去自主性。

entitlement (赋予权利) Boszormenyi-Nagy 的术语,用来表明个人因合乎伦理的方式对待他人所积累的价值。

epistemology (认识论) 哲学中关于知识研究的一支。Bateson 用此来表明世界观和信念系统。



equifinality (殊途同归性) 复杂系统通过不同的方式达到既定的目标。

ethnicity (种族) 一群有共同祖先的人,进化到有共享的价值观和风俗。

exception (例外) de Shazer 用来表明患者暂时脱离困境时的术语。聚焦于解决问题的治疗师会以例外为切入点,帮助案主建立起成功解决问题的技巧。

expressive role (表达性角色) 具有社交和情感的功能,例如在传统家庭中的妻子的角色。

extended family (延伸家庭) 由几代亲属关系形成的网络。

externalization (外化) Michael White 将问题人性化并置于个人之外的技巧。

extinction (消退) 通过不强化来去除某一行为。

family drawing (家庭图谱的勾勒) 存在主义的治疗技巧,要求家庭成员勾勒出其所认为的家庭关系的组成。

family group therapy (家庭团体治疗) 建立在团体治疗模式基础上的家庭治疗。

family homeostasis (家庭动态平衡) 家庭抗拒改变以维持稳定状态的倾向。

family life cycle (家庭生命周期) 家庭生活的不同阶段,包括离开父母、结婚、生子、变老、退休和死亡。

family myths (家庭神话) 所有家庭成员共有的建立在扭曲历史事实基础上的一套信念,以助于塑造统治家庭功能的规范。

family of origin (原生家庭) 个人的父母和兄弟姐妹;通常指的是成人出生所在的核心家庭。

family projection process (家庭投射过程) Bowen 的理论,认为父母冲突的机制会投射到孩子或配偶一方身上。

family ritual (家庭仪式) Selvini Palazzoli 和她的米兰学派使用的技巧,指派家庭成员去执行一项特殊任务,目的是为了改变家庭系统的规则。

family rules (家规) 描述重复性行为模式的术语。

family structure (家庭结构) 决定家庭成员如何互动的家庭功能组织。

family system (家庭系统) 家庭被认为是个集体,是由个人部分组成的



整体,且他们的功能一致。

feedback (反馈) 一系统输出的部分回馈:当用来维持在预定限制范围内的维持输出时,为负向反馈;当用来标识要改变系统的需要时,为正向反馈。

first-order change (初级改变) 系统的表面改变,但本身并未产生变化。

first-order cybernetics (初级控制论) 这一概念指的是,外在观察者能够研究并改变系统,但本身保持与系统的分离与独立。

fixation (固着) 在早年发展阶段,被依附或行为模式的偏爱所吸引。

formula first-session talk (初次会谈的例行任务) 解决中心治疗师在第一次会谈快结束时通常让案主思考一下他们不想让治疗改变什么。这聚焦于他们生活中的优势,并开始解决问题的过程。

functional analysis of behavior (行为的功能分析) 在操作性行为治疗中,对某一特殊行为的诱因和加强因素所做的研究。

function of the symptom (症状的功能) 这一概念认为,症状通常是转移或保护家庭成员不受冲突威胁的方式。

fusion (融合) 自我和他人心理界限的模糊,情绪和智力功能的混合;与分化互为反义词。

general system theory (一般系统理论) 生存系统的生物学模式,环境中所有实体都通过持续的输入和输出来维持其生存;此为 Ludwig von Bertalanffy 发展出的理论。

genogram (家族图谱) 家庭系统的示意图表,用方形代表男性,用圆形代表女性,水平线表示婚姻,垂直线代表子女。

group dynamics (团体动力) 团体成员之间的互动,它是由团体之间的特点而不是他们个人的特点造成的。

hermeneutics (诠释学) 通过诠释不同层次的意义来分析文本或人类经验,在理解上有其基本的歧义性。

hierarchical structure (等级结构) 建立在明确代际界限上的家庭功能,即父母维持控制和权威。

homeostasis (动态平衡) 保持平衡的平衡稳定状态。

idealization (理想化) 夸大一些人的优点的倾向,在孩子与父母的关系和亲密关系中是正常发展过程的一部分。



identification (认同) 从心理分析的理论来看,认同不仅是模仿,而且会挪用所景仰的人的特质。

identified patient (目标病人) 被家庭认为的正式的、有症状的病人。

instrumental role (工具性角色) 做决定、处理任务的功能;在传统的家庭里,是丈夫的角色。

intensity (强度) Minuchin 的术语,指以强烈影响、重复干涉或长期压力等方式来改变适应不良的情况。

internal family system therapy (内在家庭系统治疗) Richard Schwartz 开发出来的针对心灵的模式,运用系统原则和技巧去理解和改变心灵内部的过程。

internal objects (内在客体) 在与早年照顾者的互动中形成的对自己和他人的心理形象和幻想。

introjection (投入) 认同的原始形式,吸取他人的一些方面,成为自我想象的一部分。

invariant prescription (不变的处方) 由 Mara Selvini Palazzoli 开发出来的技巧,该技巧指引父母一起神秘地溜走。

invisible loyalties (隐性忠诚) Boszormenyi-Nagy 的术语,指的是孩子潜意识中承担帮助家庭的承诺。

joining (进入) 结构式家庭治疗的术语,接受和容纳家庭赢取他们的自信并克服阻抗。

linear causality (线性因果) 一事件是因,另一事件是果的概念;在行为上,一行为是刺激,另一行为是反应。

live supervision (现场督导) 教授治疗的技巧。督导观察正在进行的会谈,与治疗师联系,建议不同的策略和技巧。

managed care (管理型照顾) 第三方公司通过规定治疗的内容来管理保险费的系统。管理型照顾公司选择提供服务者,设定收费标准,并控制谁接受治疗以及其需要接受多少个疗程。

marital schism (婚姻分裂) Lidz 的术语,指病态而公然的婚姻上的冲突。

marital skew (婚姻倾斜) Lidz 的术语,指病态的婚姻,夫妻中的一方掌



控另一方。

metacommunication (元沟通) 每个信息都有两个层次:传达与要求;元沟通暗含着命令或限定的信息。

miracle question (奇迹问题) 要求案主想象,要是明天一早醒来,问题都已经消失了,会是怎样的情况?解决中心治疗师运用奇迹问题来帮助案主辨别目标和潜在解决问题的方法。

mirroring (镜射) 表示能够理解和接受他人的情绪。

modeling (示范) 观察式学习。

monadic model (单元模式) 建立在单个个人或客体特点基础上的解释:Johnny 偷东西是因为他的反叛心理。

morphogenesis (形态发生) 系统改变结构以适应新背景的过程。

multigenerational transmission process (代际传递过程) Bowen 用以表述同一家庭不同孩子的不成熟度差异的投射;家庭中最投入家庭情绪过程的孩子有最低的分化程度,并将问题传递给下一代。

multiple family therapy (多元家庭治疗) Peter Laqueur 和 Burray Bowen 首创的治疗方法,用团体治疗方法来一起治疗不同的家庭。

multiple impact therapy (多元冲击治疗) Robert Mac Gregor 所开展的深入的、危机干预取向的家庭治疗,其中家庭成员由一组治疗师分批进行治疗。

mystery questions (神秘问题) 设计问题让案主思考问题给他们带来什么好处,这帮助将问题外化。

mystification (神秘化) Liang 的概念,许多家庭通过否认或重新贴标签来扭曲孩子的经验。

narcissism (自恋) 自爱。许多人过度的自爱等同于自恋,其实是一种病态的心理。

narrative therapy (叙事治疗) 一种治疗方法,强调人们建构他们经验的故事中的角色。

network therapy (网络治疗) Ross Speck 发明的治疗方法,通过集结很多家庭成员和朋友来协助解决患者的问题。

neutrality (中立) Selvini Palazzoli 的术语,指对每个家庭成员都同等



接受。

nuclear family (核心家庭) 指父母和他们的孩子。

object relations (客体关系) 自我和他人的内在形象,建立在决定个人与其他人关系的早年父母—孩子互动模式上。

object relations theory (客体关系理论) 源自 Melanie Klein, 而由英国学派(Bion, Fairbairn, Guntrip, Winnicott)发扬光大的心理分析理论,强调关系和依恋,而不是利比多和攻击驱动力,是人类关心的主要议题。

operant conditioning (操作条件) 一种人或动物在完成特定行为后获得奖励的学习形式。这是行为治疗最常用的方式。

ordeals (受罪) 一种矛盾的介入方式,案主依指示必须去做比病症更艰难的事情。

paradox (自相矛盾) 一种自我矛盾的说法,建立在可接受前提所演绎出的结论上。

paradoxical injunction (矛盾指引) 策略治疗使用的技巧,治疗师引导家庭成员去继续他们的症状行为。如果他们执行,他们就承认控制并获得附属收益;如果他们反抗,他们就放弃了症状。

parental child (父母似的孩子) 父母授权其去照顾弟弟妹妹;在大家庭或单亲家庭这种形式可以接受;如果父母是在推卸责任,则是一种不适当的行为。

positive connotation (正向解读) Selvini Palazzoli 用来归因家庭行为的积极动机的技巧,以促进家庭的凝聚力并避免对治疗的阻抗。

postmodern (后现代) 当代的反实证主义,认为知识是相对的和依赖于背景的;质疑现代科学对客观性的假设。在家庭治疗中,挑战那些科学的既定概念并将其与解构模式联系起来。

preferred view (偏好观念) Eron 和 Lund 的术语,用来说明人们希望怎么看自己或别人怎样看自己的方式。

premack principle (普力马克原则) 运用高可能性的行为(愿意去做的事情)去强化低可能性的行为(不愿意做的事情)。

prescribing the symptom (症状处方) 一种矛盾的技巧,迫使患者要么放弃症状,要么承认自己自愿受其控制。



pretend techniques（假装技巧） Madanes 的游戏性的自相矛盾的干预。家庭成员被要求假装从事症状行为。自相矛盾在于，如果病症是假装出来的，那么症状就不是真的。

problem-saturated stories（充满问题的故事） 案主带入治疗的通常是被动的、批评性的说法，被看成是使他们卡住的说法。

process/content（过程/内容） 区别在于，前者说的是家庭成员或团体怎样互相联系，后者说的是他们说了什么。

projective identification（投射认同） 潜意识运作的防御机制，个人将自己不想要的方面归因于他人，诱使他人按照这些投射的态度和感受来行事。

pseudohostility（假敌对关系） Wynne 的术语，表明精神病患者家庭用来掩盖病态联盟的表面性争吵。

pseudomutuality（假相容关系） Wynne 的术语，形容精神病患者家庭的特征是家庭和谐的消失。

psychoeducational family therapy（心理教育家庭治疗） 在治疗精神病患者过程中发展出来的治疗方式，强调教育家庭成员去帮助他们理解和处理有严重精神病症状的家庭成员。

quid pro quo（代替物） 字面上来看，指的是“一物换一物”，实指平等的交换或替代。

reflecting team（反应团队） Tom Anderson 的技巧，让观察团队在随后的会谈中与家庭见面并分享他们的反应。

reframing（重构） 重新标签家庭所描述的行为，使得其更易于作出治疗上的改变。例如，描述一个人“懒”而不是“抑郁”。

regression（退化） 在面对压力时，功能变得较不成熟。

reinforcement（强化） 一个事件、行为或事物能够增强特定反应的发生率。一个阳性强化刺激指的是其偶然出现即会增强反应的事件；阴性强化刺激指的是其偶然消失会增强反应的事件。

reinforcement reciprocity（强化互惠） 家庭成员交换报答的行为。

resistance（阻抗） 病人或家庭反对或延迟治疗进展的一切行为。

restraining（抑制） 通过建议家庭不要改变来克服阻抗的策略技巧。

role-playing（角色扮演） 扮演重要成员的角色以戏剧化地感受和练习



新的关系模式。

rubber fence (橡胶栅栏) Wynne 用以形容许多精神分裂患者家庭周围的僵化界限的术语,使得他们和周围社区只有很少的接触。

scaling questions (量度问题) 询问以解决问题为核心的案主从 1 到 10 的度量中选择一个数字代表他有多想解决他们的问题,问题有多严重,比上次情况好转多少,等等。设计用小的步骤来衡量改变的发生。

scapegoat (替罪羊) 家庭中的一成员,通常是目标病人,是冲突转移或批评的目标。

schemas (先验模式) 认知的建构,或核心信念,人们用此来过滤他们的认知并建构他们的经验。

schizophrenogenic mother (精神分裂症源性母亲) Fromm-Reichmann 用以形容攻击性及控制欲很强的母亲的术语,这类母亲会强化其子女的精神分裂倾向。

sculpting, family (家庭雕塑) 一种非语言的经验性技巧,家庭成员将自己置于戏剧性的场面,揭示其认知和感受的重要意义。

second-order change (次级改变) 一种系统结构和功能上的基本改变。

second-order cybernetics (次级控制论) 这一概念认为,任何试图观察和改变一系统的人,后来成为系统的一部分。

selfobjects (自我客体) Kohut 的术语,个人不是作为分离的个体,而是自我的延伸来联系的。

self psychology (自我心理学) Heinz Kohut 版本的精神分析,强调依恋和欣赏的需要,而不是性与攻击。

separation-individuation (分离一个体化) 形容婴儿在两个月左右时,脱离了与母亲的共生纽带,并发展出他/她的自主功能。

shaping (塑造) 以缓慢的速度强化改变。

social constructionism (社会建构主义) 与建构主义一样,挑战知识的客观基础的概念。知识和意义被文化共享的假设所塑造。

social learning theory (社会学习理论) 运用社会和发展心理学以及学习理论的原则来理解和治疗行为。

solution-focused therapy (解决中心治疗) de Shazer 的术语,表明强调



家庭已经发展出来的针对他们问题的解决方法的治疗类型。

structure (结构) 互动的重复模式,用来定义和稳定关系的类型。

subsystem (子系统) 家庭中较小的单位,由世代、性别或功能来区分。

symmetrical relationship (对称关系) 在关系中采取平等或平行的形式。

system (系统) 由相互联系的因素组成的团体,且它们具有同一的功能。

system, closed (封闭系统) 功能相关的因素团体被认为组成了集体,不能与周围环境产生互动。

system, open (开放系统) 一组相关因素与周围环境交流信息、能量和物质。

system theory (系统理论) 研究一组以整体形式互动的相关因素的起源性术语;包括基本的系统理论和控制论。

theory of social exchange (社会交换理论) Thibaut 和 Kelly 认为人总是要追求成本和收益比的最大化的理论。

three-generational hypothesis of schizophrenia (精神分裂的三代假设) Bowen 的概念,认为精神分裂是连续三代低分化遗传和强化的结果。

time-out (暂离现场) 通过去除行为或强化行为的后果来消除不良行为的行为治疗技巧。典型的是,让孩子坐在墙角或回到他们自己的房间。

token economy (代币制度) 用点数来奖励的系统,集足点数可以用来交换许诺的项目或行为。

transference (移情) 在没有解决的、早年的家庭关系的基础上对现有关系的扭曲情绪反应。

triadic model (三元模式) 解释建立在三个人或物互动的基础上:例如 Johnny 偷东西是因为父亲潜在鼓励他去反抗母亲。

triangle (三角) 三人系统,按照 Bowen 的说法,这是最小、最稳定的人类关系。

triangulation (三角化) 通过第三方的卷入来处理两个人的冲突,使得两人原有的关系得到稳定。

unconscious (潜意识) 一个人不自觉的记忆、感觉和冲动。通常用作名词,但更恰当的是将其限定为形容词。

undifferentiated family ego mass (不分化的家庭自我混乱) Bowen 早期



用以形容家庭情绪“卡在一起”和融合的术语，在精神分裂症的家庭尤其明显。

unique outcome（独特结果） Michael White 用以计算案主不受问题影响的次数的术语，即使他们自己没有意识到在做什么。叙事治疗师辨别独特结果，以此去帮助案主挑战他们对自己的负面看法。

visitor（访问者） de Shazer 的术语，案主不愿意成为治疗的部分，没有抱怨，也不想就什么作出改变。



译 后 记

家庭治疗在西方的发展已有近半个世纪的历史，但由欧美学者介绍到中国大陆却不足 20 年。近十几年来，由德国学者举办的中德心理治疗培训班以及由李维榕博士主讲的结构式家庭治疗培训班，推动了家庭治疗在中国大陆的蓬勃发展。多数国内的学员在接受培训和从事家庭治疗的临床实践过程中，无法找到系统介绍家庭治疗理论和方法的著作，只能借一鳞半爪以窥全貌。

《家庭治疗——理论和方法》自 1984 年首版之后，即刻成为美国各大院校婚姻与家庭治疗方向教学的教科书和必备参考书。20 年来，这本书不断修订，目前已经出版了第六版。李维榕博士在香港大学家庭研究院教授家庭治疗方向的研究生课程时，也使用本书作为教科书，可见其受欢迎的程度。

本书既对家庭治疗的缘起和发展历史作了详尽的描述，也按照时间顺序对各流派的理论构架、操作方法以及流派之间的异同进行了阐述，同时还对家庭治疗发展过程中的重要人物进行了介绍。虽然作者力求客观描述不同的流派，可是在行文中难免流露出他们自己的取向。不过值得称道的是，每当个人取向流露出来的时候，他们总是清晰地标明这是自己的观点，而不期望用自己的观点去影响读者对每一流派的认同和判断。

2002 年，台湾洪叶文化事业有限公司根据该书的第五版（2001 年），首次引进出版了中文版。台湾版本只选择了作者有关家庭治疗九大流派的章节，而将家庭治疗的基础、发展、早期模式和基本技巧以及基本概念的章节通通抛弃。该译本则是根据该书第六版（2004）进行的翻译，是首次真正意义上的中文全译本。

该书翻译的整体安排如下：王曦影译第一、二、三、四、五、六、八、九、十、



十五、十六章和词汇表；胡赤怡译第七、十一、十二、十三、十四章。

本书由两人合作翻译开始，虽然屡经修改，历时接近两年，今天回顾，仍有不尽如人意之处，望读者坦率批评指正。

译 者