

边缘性 人格障碍

的移情焦点治疗

Focusing on Object
Relations

Psychotherapy for
Borderline Personality

【美】John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg◎著

许维素◎译 李孟潮◎审校

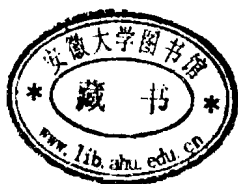
Psychotherapy for Borderline Personality

Focusing on Object Relations

边缘性人格障碍 的移情焦点治疗

【美】John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg◎著

许维素◎译 李孟潮◎审校



 中国轻工业出版社

图书在版编目(CIP)数据

边缘性人格障碍的移情焦点治疗/(美)克拉金
(Clarkin, J. F.)等著;许维素译. —北京:中国轻工业
出版社, 2012.4

ISBN 978-7-5019-8584-5

I. ①边… II. ①克… ②许… III. ①人格障碍—精
神疗法 IV. ①R749.910.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第264109号

版权声明

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and
London, UK.

Copyright 2006. All rights reserved.

本书由美国精神病学出版社出版,它位于美国华盛顿和英国伦敦。

总策划: 石 铁

策划编辑: 戴 婕

责任编辑: 戴 婕

责任终审: 杜文勇

责任监印: 刘志颖

出版发行: 中国轻工业出版社(北京东长安街6号, 邮编: 100740)

印 刷: 三河市鑫金马印装有限公司

经 销: 各地新华书店

版 次: 2012年4月第1版第1次印刷

开 本: 710×1000 1/16 印张: 25.00

字 数: 289千字

书 号: ISBN 978-7-5019-8584-5 定价: 52.00元

著作权合同登记 图字: 01-2010-1638

读者服务部邮购热线电话: 400-698-1619 010-65125990 传真: 010-65288410

发行电话: 010-65128898 传真: 85113293

网 址: <http://www.wqedu.com>

电子信箱: wanjianedu@yahoo.com.cn

如发现图书残缺请直接与我社读者服务部(邮购)联系调换
100355J6X101ZYW

推 荐 序

在心理治疗师的职业生涯中，总会遇到这样的来访者：他们好像滴水不进；对于他们，任何方法、技术都失去了效果。

尤其是传说中包治百病、有益无害的“共情”。对他们来说，有时候越“共情”越糟糕，甚至“共情”之后，治疗师就被来访者纠缠而无法自拔。

这些来访者虽然让治疗师们头痛欲裂，但他们身上又有一种特殊魅力，让治疗师们要坚持工作。

他们的痛苦，是可以理解的，是打动人心的；他们的感情，虽然常常突破治疗界限，造成治疗师生活的无比麻烦，却是真挚坦白的。

他们，就是传说中的边缘人格组织者。

具有边缘人格组织者，大多数在 DSM 系统中，可以具有一种以上的轴二诊断上的人格障碍，轴一也多有焦虑障碍、抑郁障碍、摄食障碍、创伤后应激障碍等共病。

边缘人格组织中最困难的一类，大概就是具有边缘人格障碍者诊断者。

这个疾病，过去被认为是“无药可救”的，现在不少专业者也如此认为，可以预期未来一段时间，仍然会有不少人如此认为。

矫正人格障碍的治疗，相当于精神治疗领域的“心脏移植”。难度可想而知。

与边缘人格障碍者的治疗工作，用呕心沥血实在是不足以形容其艰辛困苦。不少同行为了他们的来访者，花了无数的时间和精力，还经常被同行不理解。

最让人丧气的是，来访者好不容易治疗好转了，但还经常出现负性治

II 边缘性人格障碍的移情焦点治疗

疗反应——贬低治疗师，攻击治疗师，认为自己的好转和治疗师无关。

而治疗只要出现哪怕一点点的纰漏，治疗师就有可能被来访者辱骂、殴打、控告、索赔、威胁、投诉，甚至有些治疗师为此丢掉了执照。

所以有些机构明令禁止治疗师接待边缘人格者，避之如洪水猛兽。

有些培训师也对学生们谆谆教导——“见到边缘的，躲远点，那是治不好的。”

可是数十年来，专业界仍然不乏其人、前赴后继研究边缘人格障碍的治疗。

现在终于可以说，至少有一部分边缘人格障碍者，是可以痊愈或好转的。

目前经过随机对照实验验证，对边缘人格障碍有效的治疗，共有四种——辩证行为疗法、图式疗法、心理化基础疗法以及在本书中将要介绍到的移情焦点治疗。

其中辩证行为疗法已经有较多的中文资料，图式疗法的治疗师操作指南也已经翻译过来，来访者自助手册正在翻译中。

而此书便是移情焦点治疗的治疗师指南手册。

这几种疗法各有特长。我个人的感受是，移情焦点治疗和图式疗法比较适合门诊治疗，而辩证行为疗法和心理化基础疗法比较适合住院治疗。因为前两者对治疗团队的协作性要求不高，而后两者则要求一个较为团结和谐的治疗团队。

据我这些年的观察，治疗师在运用移情焦点治疗的过程中，最容易出的问题主要有两方面：

第一，觉得这个疗法太理性了，太“冷酷”了，不够人性化。

其实这个疗法的原理之一就在于，治疗师要成为一个“民主的权威”，既能设定各种界限和规则，又允许来访者拥有自己的权力；并可以和来访者建立起分享彼此权力的领域。

这就要求治疗师能修通自己的权力情结，不要害怕拒绝来访者，也不会用“热情”来掩盖自己的恐惧——害怕来访者体验到被抛弃感。

当然一个修通权力情结的人，更不会轻易地对某某事情贴上一个标签，

说，这是人性化的，那是不人性的。

因为他知道，人性往往在不同的人们的认知中具有不同的认知标准，随意拿着“人性”大棒挥舞的人，其实是在享受自己的话语权，而且往往不允许别人辩驳。

第二，治疗师求胜心切。

如果从纯粹性价比来看，治疗边缘人格障碍，真的是有些得不偿失。

一个治疗师一周接待边缘者2小时的话，大概要用2~3小时来平复自己被激发的情绪，用4~5小时看书学习先进技术，用1~3小时来参加案例研讨会。

但是治疗师为什么还要治疗这些人呢？除了权力情结外，自恋情结是很重要的动机。

虽然把自恋情结升华为对疗效的追求是适应社会的，但是治疗师的自恋情结会很快被边缘者捕捉住，从而成为控制、虐待、伤害治疗师的方法。

有些具有恶性自恋结构的边缘者，在治疗成功后，相反会通过自伤、自毁、控告治疗师等方式来彻底摧毁治疗成果。

以上两点其实每天在临床工作中，都在我自己和同行们身上可以看到。直到8年前遇到了这本手册的前身——1999年那一版，一页页看过去，不禁叹为观止：

俺们能犯的错误，别人早就犯过，总结出来了；

俺们还没来得及犯的错误，人家也说了，该怎么避免；

俺们还没本事犯的高级错误，这些前辈们也写出来且指出来了；

俺们要还好意思说自己要发明一个本土化疗法超英赶美，那也太不地道了。

从那以后，我就很少说，本土化等，决心首先做好学生再说。

这次再次精读此书，仍然觉得自己对前辈们充满佩服和尊敬，而且对照自己的案例，又有了一个新领悟：

IV 边缘性人格障碍的移情焦点治疗

以前总以为自己应该把几种疗法的精华合在一起，为每个病人创造出一个更好、更快、更有效的疗法来。

现在猛然醒悟，这其实也是自恋情结在作怪——这个世界上是没有完美的疗法的，也没有完美的治疗师。有些病人就是我没法治好的。

我学会了承认治疗的失败，承受治疗的失败，承担治疗的失败。

后来发现，当我接受失败后，好几个病人对失败的耐受力也提高了。

当下明白，又一次进入了自体-客体关系循环中。

最后要提醒读者的是，这本手册基本上可以算是精神分析书籍中困难度较高的几本之一。

困难一方面来自于作者的写作语言，虽然2006年这个版本已经在语言上有所改进，而我们翻译的时候，也已经照顾国内读者习惯，改写了很多句子结构，降低了因为语言带来的阅读困难。

但是，语言带来的阅读困难是微小的，阅读这本书真正的困难来自于其知识结构本身。

读者想要完全读懂这本书，除了需要具有精神病学、精神分析学、临床心理学、医学统计学、神经心理学各方面的知识外，尤其要有一定的人格障碍者的治疗经验，并且对精神分析客体关系心理学和自我心理学的术语运用较为熟悉，能够看到这些术语就想到它们代表的临床现象；否则，要读懂它恐怕并不那么容易。

对于临床经验较为丰富的治疗师而言，你会不难发现，这本书真是“旱地里下了一阵及时雨”，对很多临床困境提供了宝贵的治疗经验。

当然很多地方也许你会怀疑，我当年也怀疑过，不过后来实践证明，还是按照这些前辈的做法来做比较得当。

写这篇序的时候，正值身边出了两件事：一个是高铁撞车，另一个是我的一位同行的病人坠楼而亡。而这位同行和铁路系统一样，追求快速根治所有神经症和精神分裂症，倾向于认为自己可以整合并超越西方所有心理治疗流派。

高速高效是一件危险而悲哀的事情，做心理治疗的双方，都需要有耐心地享受时光，等待结果的浮现。无论成败，坦然接受，如同两个垂钓溪边的老者。

李孟潮

2011年8月4日

前 言

本书主要介绍了对严重人格障碍个体的心理治疗干预方法，这个方法是由理论学家、临床工作者及研究者组成的团队经过25年多的研究发展而来的。今天，大部分心理治疗与药理学的努力主要都聚焦在“症状”的短期治疗上；与此相反的是，我们对有症状的“个人”更感兴趣，而他们的症状是基于异常发展与人格背景下的。因此，我们致力于探索人格发展的理论与资料，既包括正常人格，也包括其变异。我们正在发展的治疗具有一个雄心勃勃的目标，这便是我们不仅想改变症状，而且想改变人格。这些人格是造成症状的根本原因，改变它可以让个体获得更有质量的生活。

尽管我们具有精神动力学、客体关系的取向，我们还是致力于发展一种治疗——不仅仅是改变现存的精神动力学疗法——它对性格病理学方面具有治疗的有效性。在这个过程中，我们采用了当今在临床与研究方面那些发展中的研究与理论。最有帮助的是客体关系理论与依恋理论的发展。我们的目标是在一种发展性治疗方式中，将理论、经验、数据整合在一起，而这种发展性治疗方式也就相应地获得了治疗信息，并改变了治疗，

在心理治疗研究领域，治疗手册化的理念（Clarkin, 1998）已经出现了。这个手册要用书写的方式非常详尽地描述心理治疗，以便让不同研究站点的临床工作者能够实施相同的治疗。在实验研究方面，独立性变量（如对来访者采取的治疗方式）是客观性和统一性的结合。这是非常必要的，其目的是为了检验对依存性变量（病人的改变）的影响。因此，大量描述认知行为、人际关系、精神动力治疗手册都是只针对一个短期的时间，通常

VIII 边缘性人格障碍的移情焦点治疗

会聚焦在某个特殊症状群的特殊同质性病人群组上（如：抑郁症）。从调查研究观点来看，手册所关注的特殊性人群的相关程度越高，对于不同的治疗师所使用的可变化性就越弱。临床工作者常常对手册所描述的过程感到反感，因为在研究中为了达到清楚与统一的目的，作为个体的临床工作者的直觉被牺牲了。临床工作者有时候会感觉手册与其说提高了他们的技术，倒不如说会遏制他们的创造性和直觉。

如果将这本书当作是精神动力性治疗的手册，它与已经出版的大部分手册相似，却又很不相同。当治疗的次数超过12～15次之后，在每次治疗当中详尽地描述和禁止将要发生的事情是不可能的。对于治疗那些更加混乱的病人而言，这些病人经常倾向于采取打断治疗连续性的行动而不是进行谈话，治疗只好让位于那些发生在病人与治疗师之间的许多未被期待的时刻。我们完全承认，在与边缘性病人为期一年或更长时间的治疗时间内，许多不是预料中的、也不是期待中的事件将会出现。在面对这些事件的时候，没有任何一个治疗手册能详尽地准确描述一个治疗师应该做什么。

因此，这本治疗手册描述了干预边缘性病人时的原则，而不是假装或者期待去解决发生在病人与治疗师之间每一个可以想到的事件，或者对治疗进程安排明确的次序。干预原则指导着治疗师，而反对让治疗师按照手册一次次地预先确定自己的反应。移情焦点治疗的原则反映在策略、战术和技巧上，在这本书里我们都将一一描述。

我们确信心理治疗的教学在有效性方面是非常匮乏的，奢侈、学究式地依赖于治疗师的过程记录笔记，而督导师对此进行评论、这样做并没有有效地完成教学有效性这个任务，因此，我们取而代之的是使用治疗录像，通过临床研究小组来一起回看和讨论。经历这个过程，我们就能更清楚地通过手册的形式来表达治疗的流程，也发展出了频率量表来评估治疗师学习治疗的一致性与效能感。在这本手册里，实际上，我们使用了我们所选择的已经转录好的治疗片段来说明治疗的进步。

在这本书（Clarkin等修订，1999）中，我们列出了移情焦点治疗的术语，如策略、战术与技术。通过治疗的早期、中期与后期，这些术语被

用来与病人的进步相连接。然而，我们对边缘性人格组织的病人的异型性（heterogeneity）的识别有所增长，而且我们意识到了病人都是带着非常不同病理点和发展阶段进入到治疗当中的。在这本修订版中，我们扩展了对高水平与低水平边缘性人格组织病人的治疗过程的描述。因此，我们对治疗早期的描述大部分是聚焦在低水平边缘性组织的病人身上（如：有边缘性人格组织的病人是很容易自杀和进行自我迫害的，他们的心理构成是由无处不在的攻击所构成的）。但是，有高水平边缘性人格组织的病人也应该从订立合同开始治疗，所不同的是，即使是刚开始治疗，他们的治疗都可能更像是治疗中期所描述的状况。我们希望这将使本书的使用范围更广，同时，对临床工作者在他们的执业过程中所遇到的更广范围的病人有帮助。

此修订版也受益于我们在几个其他方法上所获得的经验。比起我们自己的应用来说，我们对将移情焦点治疗推荐给临床领域更有经验。这样的经验已经帮助我们拓展了我们的教学工具，已经提供给我们更多的视角。其目的在于将移情焦点治疗如何运用到不同文化背景中。现在，我们在评估移情焦点治疗对病人的影响方面已经有更多的研究经验。这些研究发现帮助我们更加准确地辨识出由移情焦点治疗所带来的改变的过程与类型。心理治疗以及与之相近的心理治疗研究都在追求科学的态度。我们对此的尝试以及所有收集到的数据结果都在这本书中反映出来。然而，我们必须同时意识到心理治疗是一门手艺——是由手艺人来完成的一个工作。手艺人 与病人一起工作，对病人的人生产生深层次改变的影响，但通常在这个过程中的操作并不总是依据清楚的、精确的、科学化的指导方针而进行的。

本书构架

在前四章，我们阐述了移情焦点治疗的理论与基本的要素。在介绍了动力性的关于人格组织与非正常组织的客体关系观点（第一章“边缘性人格组织的本质”）后，我们描述了治疗的主要成分：策略、技术与战术（第

X 边缘性人格障碍的移情焦点治疗

二章“边缘病变的治疗——移情焦点治疗的策略”、第三章“治疗技术——刻对刻的干预”，还有第四章“治疗战术——奠定技术的基础”。对于人格病理方面的理论性理解可以从很多角度来看：精神动力学的理论，人际关系间的理论，还有认知的理论，这些是最主要的（Lenzenweger and Clarkin, 2005）。移情焦点治疗的着重点与策略是建立在精神动力的客体关系对人格病理的理解基础之上的。移情焦点治疗与边缘性组织水平的病人工作的最重要的目标，是改变病人的病理性结构特征。这些病理性结构是根植于内在的客体关系，这一内在客体关系导致了重复性的、不适应的行为与长期的情感和认知的困扰，此为这种障碍的特征。潜在的精神构成的本质改变，包含了固结的、原始性内化客体关系的解决，还有分裂出去的自体概念与重要他人被整合成为具有整合性的、更加成熟的、更加灵活的概念。

移情焦点治疗的阶段通过这些特点来划分：①在治疗全程中的一段时间；②在各阶段中得到不同运用的治疗策略、技术和战术；③病人的进步（如，从早期的付诸行动到治疗后期的反省）。因为病人在开始治疗的时候处于不同的发展水平，在治疗中以不同的轨迹、不同的节奏来进行治疗，任何关于治疗的普遍的分类都有些随意。然而，为了教学的原因，我们设定了评估阶段（第五章“评估阶段 I——临床评估与疗法选择”和第六章“评估阶段 II——签订治疗合同”），早期治疗阶段（第七章“早期治疗阶段——对治疗框架的测试和对冲动的包容”），治疗中期（第八章“中期治疗阶段——从阵发性退行迈向整合”），治疗的结束也是最后期的阶段（第九章“治疗后期阶段与结束”）。对于治疗的每个阶段，我们描述了治疗师的任务和病人反应的次序。

在第十章“常见治疗的复杂性”，我们指出了在治疗中特别的问题，包括危机管理。在第十一章“移情焦点治疗的改变过程——理论和实证的方法”，我们对于在治疗中的改变提供了一个全面的总结，既包括理论上的观点，也包括实证的观点。

致 谢

感谢我们的部门主任——杰克·巴卡斯 (Jack Barchas) 医生，他为我们的人格障碍研究所的工作给予了大量的和持续性的支持。边缘性人格障碍研究基金以及它的创办人——马克·斯道芬 (Marco Stoffel) 医生，也给予我们的工作非常重要的支持。我们希望这些天才的个体——精神病学家、心理学家、精神病科的住院医师、心理学的学者、社会工作者以及护士们——在我们的设置下训练移情焦点治疗，从我们的教授当中获益很多，就像我们从与他们共同合作治疗过程里他们的努力中获益良多一样。感谢我们的病人们，尽管他们有很多困难，还是同意与我们花几个小时进行面谈和评估。感谢我们院系的与我们一起工作的同事们，他们超负荷地工作，这在当今的专业领域并不常见，他们把长期地贡献给病人人们关心与精神分析性的理论作为目标。我们最感谢的是我们人格障碍研究所的同事们，包括 Ann Appelbaum、Eve Caligor、Monica Carsky、Jill Delaney、Diana Diamond、Eric Fertuck、Pamela Foelsch、Kay Haran、Simone Hoermann、James Hull、Paulina Kernberg、Harold Koenigsberg、Ken Levy、Joel McClough、Larry Rockland、Barry Stern 和 Michael Stone 等医生。他们治疗病人，评估病人的进程，还要忍耐我们的刺激。感谢 Nina Huza 非常细心与耐心地组织病人的评估与资料的保管工作。

除了我们本团队的同事之外，我们非常幸运地拥有大量有想法的、对我们进行提问的同事们，他们致力于移情焦点治疗的发展，他们是：在魁北克的 Lina Normandin 医生与她的同事们；在墨西哥城的 David Lopez、Pablo Cuevas、Jorge Cassab 医生；在慕尼黑的 Peter Buchheim 医生与他的同事们；在荷兰阿姆斯特福尔特的医生 Henk-Jan Dalwijk 与 Bert Ban Luyn；在阿姆斯特丹的医生 Leo Seaab、Nel Drajer；在马斯特里赫特的 Paul Wijts 医生；在荷兰莱顿的 Kees Koorman 医生；在瑞士洛

XII 边缘性人格障碍的移情焦点治疗

桑的 Michael Steigler 医生；在奥地利维也纳的 George Brownstone 医生与 Bernhard Brommel 医生；在英国伦敦的 Peter Fonagy 医生与 Anthony Bateman 医生。

约翰·克拉金 (John F. Clarkin Ph.D.)

弗兰克·约曼斯 (Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D.)

奥托·科恩伯格 (Otto F. Kernberg, M.D.)

目 录

| | | |
|------------|---------------------------------|-----|
| 第一章 | 边缘性人格组织的本质 | 1 |
| | 精神分析客体关系理论..... | 2 |
| | 疾病分类学的精神分析模式..... | 12 |
| | 神经症性人格组织..... | 21 |
| | 仇恨的心理病理：力比多驱力发展的主要障碍..... | 22 |
| 第二章 | 边缘病变的治疗——移情焦点治疗的策略 | 33 |
| | 治疗的对照模式..... | 33 |
| | TFP 治疗模式..... | 39 |
| | TFP 的策略..... | 46 |
| | 整合分裂出去的部分表象..... | 60 |
| | 工作的重复性特征..... | 69 |
| 第三章 | 治疗技术——刻对刻的干预 | 71 |
| | 技术性中立的管理..... | 74 |
| | 持续地将反移情资料整合到解释性过程..... | 80 |
| | 保持治疗框架..... | 86 |
| | 移情分析..... | 90 |
| | 解释性过程：澄清、质对、解释..... | 96 |
| | 由浅到深推进中的复杂性..... | 111 |

XIV 边缘性人格障碍的移情焦点治疗

| | | |
|------------|---|------------|
| | 在干预过程中的更多成分 | 113 |
| | 治疗师的积极作用 | 117 |
| | TFP 中不适用的技术 | 119 |
| 第四章 | 治疗战术——奠定技术的基础 | 121 |
| | 战术 1：建立治疗合同 | 123 |
| | 战术 2：选择并锁定优先主题 | 124 |
| | 战术 3：保持平衡。在扩展病人和治疗师之间对现实 不一致观点，与建立共享现实共同基础之间保持平衡 | 144 |
| | 战术 4：调整情感卷入的强度 | 151 |
| | 在使用这些战术时治疗师的灵活性 | 152 |
| 第五章 | 评估阶段 I ——临床评估与疗法选择 | 155 |
| | 临床评估 | 156 |
| | 疗法适应症 | 166 |
| | 转介进行 TFP | 167 |
| | TFP 合并其他干预方法 | 168 |
| 第六章 | 评估阶段 II ——签订治疗合同 | 179 |
| | 协商合同的过程 | 181 |
| | 病人的责任 | 182 |
| | 治疗师的责任 | 185 |
| | 在签订合同期间治疗师与病人的对话 | 190 |
| | 签订治疗合同的个性化方面 | 195 |
| | 合同设定中治疗师通常遇到的问题 | 215 |
| | 从合同到治疗的转换，回到合同化议题 | 219 |

| | | |
|------------|--------------------------------------|-----|
| 第七章 | 早期治疗阶段——对治疗框架的测试和对冲动的包容 | 221 |
| | 与治疗师保持关系的能力 | 222 |
| | 控制冲动性和自毁行为 | 227 |
| | 情感风暴与将情感风暴转化进主要客体关系 | 233 |
| | 治疗时间之外的生活 | 234 |
| | 早期会谈的临床实例 | 237 |
| | | |
| 第八章 | 中期治疗阶段——从阵发性退行迈向整合 | 241 |
| | 深入理解主要移情模式 | 242 |
| | 深入理解分裂和努力迈向整合 | 249 |
| | 渗透着性行为的攻击 | 263 |
| | 扩展中期治疗的焦点 | 273 |
| | | |
| 第九章 | 治疗后期阶段和结束 | 283 |
| | 治疗后期阶段 | 283 |
| | 结束 | 301 |
| | | |
| 第十章 | 常见治疗的复杂性 | 311 |
| | 典型的治疗复杂情况 | 313 |
| | 在治疗期间管理自杀威胁和尝试自杀 | 314 |
| | 威胁性攻击和干扰 | 323 |
| | 中断治疗的威胁 | 325 |
| | 不遵从附加治疗 | 328 |
| | 与边缘性人格组织且有性虐待史病人的治疗 | 328 |
| | 精神病性发作 | 331 |
| | 解离反应 | 335 |
| | 抑郁发作 | 335 |
| | 到急诊室就诊 | 335 |