

短程心理治疗

——一种心理动力学视角

【英】Alex Coren◎著

张 微◎等译

*Short-Term Psychotherapy
A Psychodynamic Approach (2nd edition)*



中国轻工业出版社

Short-Term Psychotherapy

A Psychodynamic Approach

(2nd edition)

短程心理治疗

——一种心理动力学视角

【英】 Alex Coren © 著

张 微 © 等译

 中国轻工业出版社

图书在版编目(CIP)数据

短程心理治疗:一种心理动力学视角/(英)科伦
(Coren, A.)著;张微等译. —北京:中国轻工业出版社, 2012.4

ISBN 978-7-5019-8596-8

I. ①短… II. ①科… ②张… III. ①精神疗法
IV. ①R749. 055

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第264119号

版权声明

© Alex Coren 2001,2010

First Published in English by Palgrave Macmillan, a division of Macmillan Publishers Limited under the title Short-Term Psychotherapy, 2nd Edition by Mr Alex Coren. This edition has been translated and published under licence from Palgrave Macmillan. The author has asserted his right to be identified as the authors of this work..

总策划: 石 铁

策划编辑: 戴 婕

责任编辑: 戴 婕 郑晓辰

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: 14.50

字 数: 167千字

书 号: ISBN 978-7-5019-8596-8 定价: 28.00元

著作权合同登记 图字: 01-2010-5329

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
101013J6X101ZYW

第二版前言

在这个世界上，大量的神经症患者遭受着深深的痛苦，相比而言，我们能够做的却是那么微不足道……从某种意义上来说，我们应该去唤醒社会大众以帮助这些可怜的人们，他们有这样的权利去优化心灵，他们也有权利得到治疗，以改善生活状态；并且，神经症疾病对于公共健康的危害并不亚于肺结核……那时，我们也面临着调整我们的治疗技术以适应新的环境的问题。[Freud, 《精神分析的发展》(*Lines of Advance in Psychoanalytic Therapy*), 1919]

新的环境已经来临了；一些人会说，这显然已经经历了漫长的一段时间。

当本书第一版面世时，短程治疗，特别是在精神分析传统下的短程治疗，被视为是对在临床治疗领域中开放式治疗的黄金法则下治疗形式的高调介入。而在当今，短程治疗干预只在相关的政府心理健康部门竞争有限资源的情况越来越少，各种形式的短程治疗已经变得常规化。现在的问题变成了“为什么这个人需要接受开放式治疗？”，而不是“为什么这个人要接受短程干预？”。按照我们这个年代的说法，短程治疗已经成为默认的选择。这种临床实践的彻底的重新调整，受到了很多人的欢迎，然而，关于这种发展是否有临床上、管理上以及经济上的原因，在很多情况下，我们依然能够看到不少的困惑。节俭开支不应该削减经过良好设计的短程治疗的真正优势。在第二版中，我们也要尝试去解决这个问题，我们还会将一些最新的当代临床短程实践的观点提供给读者，尤其是关于短程治疗临床实践的一些新增加的材料，我希望它们是有价值的，也是容易理解的，并能够唤起读者关于短程心理动力学治疗应该朝什么方向发展的更进一步的

思考。

有争议的是，当今的短程治疗似乎是蓄意设计好了的，而非在第一版中所谈到的以缺省的方式，即来访者往往没有经过思考就认同，或在治疗师即将完成治疗（或者说治疗师相信他的来访者将要完成治疗）之前就放弃。缺省的治疗是没有被事先计划的，治疗师没有在时间的议题下工作，也没有在短程治疗的思维下将时间敏感性或者时间意识作为关键的组织特征。

临床实践表明，短程治疗是当下来访者接受最多的一种治疗手段，并且也是治疗师最主要的治疗方式。一个有争议的话题是：虽然在当前的心理咨询室中，短程治疗已经成为客观现实，但是很多临床工作者仍然将开放式的、不受限制的治疗作为一种框架来审视和评估短程治疗。事实上，所谓的限时治疗的“简短”已经带来了这样一个问题：与简短相对立的另一个方面，根据定义，所有的“简短”都不是放松的，从容的，彻底的和无休止的。正是由于这个原因（正如在第一版中所表述的），我在此书中会尽量避免使用“简短”一词。在所有可能的地方，我会继续使用“短程”、“焦点”或者是“限时治疗（Time-Limited Therapy, TLT）”这样的词汇，这样做可以向更多的临床工作者更好地传递可评估的、带有感情色彩的“短程治疗”的含义。

很多时候，限时治疗并非特别“简短”，然而也是被特意界定的。能够区别它们的是这样一种开放性的确认，即他们包含并利用时间作为一种治疗资源。否认这一点实际上也是否认我们自己注定会离开这个世界的事实（或者移情）——作为人类，我们的时间是有限的。对于时间的明确限制使得治疗有明确的开始阶段、中间阶段和结束阶段，这就类似于生命本身，并且，与生命一样，它可以避免治疗变得漫无目的、目标不明确、随意改变，并且常常很不如意地终止。

在心理动力学传统已经开始努力去更多地整合关注焦点或者时间限制的方法的同时，当今大量的心理动力学干预方法既吻合了当代的治疗氛围，又没有失去最基本的心理动力学特点。在本版中，很多这样的方法都

已经被包括进来，并且对于怎样去发展、使用和促进焦点治疗的治疗过程提供了指导。在治疗的二分体中，对于移情与反移情、治疗同盟、无意识和前意识隐喻、发展的理论和自我的使用等问题的理解，在应用限时治疗框架上，应该能够有所帮助。本书主张治疗关系有一种能够转化的力量，它与治疗的时间长度无关，而在于要有能力去建立、理解和运用治疗关系，治疗关系主要关注于在咨询室中“此时此地”的治疗过程。

短程治疗意味着什么呢？在某种意义上，有多少治疗师和来访者，就有多少种短程治疗的定义。短程治疗的工作可以短至一次结束，也可以持续一年，每周一次。界定往往依赖于治疗师自身所接受的专业训练、治疗取向和背景。我们应该看到，在限时治疗师眼中，治疗的时长也不是统一的，往往很不相同，不只是与开放式治疗师不一致。我自己倾向于把它们分为两种：一种是我们所谓的焦点咨询（focal consultation），或者说焦点会谈，它一般持续4~6次；另一种是计划焦点治疗（planned focal therapy），它的治疗时长可以延续至几个月。短程心理动力学治疗的特征包括治疗师的高度积极主动性（在心理动力学派的范围内），在与当前症状、过去冲突或创伤以及治疗关系相联系的心理动力学焦点下开展工作的尝试，以及治疗过程中的“此时此地”。

我们处在这样一个世界中，即经济因素、第三方经济支持，特别是“消费者”自身的偏好，都在影响着治疗工作的方方面面。作为临床工作者，我们理应严格审视我们所提供的治疗服务，要长时去评估和明确我们所做的工作以及我们为什么要这么做。在第二版中，我们将继续探讨限时治疗的优点、缺点和威胁。

本版中，我们更新了一些心理动力学派实践中的历史回顾，并且关注了心理动力学在当代短程治疗方法中的特征。

本版中的一个核心焦点是提出了一个短程心理动力学模型，该模型整合了一些新近的不同焦点干预临床案例以及更多有关在当前的临床实践和工作环境下如何应用短程治疗开展工作的素材。新增加的有关临床实践的内容包括：关于如何建立短程治疗的治疗关系的新内容，关于治疗焦点

IV 短程心理治疗

的重要性的内容（也有关于如何促成治疗焦点的内容），关于与来自于不同群体的来访者一起工作的内容（尤其是关于那些患有边缘性人格障碍或者其他人格障碍的人群的内容），以及关于越来越多的短程心理动力学治疗干预的证据的新材料。

在第一章中，我们更新了第一版的前两章内容，追溯了短程焦点治疗的起源和发展，强调了在当前形势下短程治疗的重要价值，包括短程治疗的优点、遭遇的困难以及在当前临床实践中各种不同的短程治疗模式。

在第二章中，我们更新了当前领域中一些重要的概述性内容，对我所认定的当前主要的临床治疗取向进行了总体概述。在尽可能地获得各种治疗的前提下，正如在第一版中所提到的，我已经在主观上判定了哪些应该包括进来，并且根据我的原则，判定了哪些治疗已经被广泛应用，哪些又只是与心理动力学理论有一些关联（只是在最初提出的时候有一些初步的关系而已）。

第三章紧随第二章，具体明确了一些焦点治疗模型，并对其进行了描述。这些焦点治疗整合了一些其他方面的新发展，包括依恋理论、情绪调节、自我反省和在治疗二分体中情感的重要性，这些都与移情和反移情密切相关。治疗进程的概念、治疗框架的使用、转化的隐喻和符号、关于自我的叙述性信念，所有这些都用于发展治疗会谈中习语（idiom）的概念，并提供了有关在焦点治疗中这些应该如何被理解和运用的案例。本章也给出了一些新材料，是关于以上这些内容是如何影响限时治疗的灵活的治疗框架的。

在第四章中，我们讨论了一些存在一定争议的领域，即与俄狄浦斯和前俄狄浦斯发展阶段以及心理状态有关的短程治疗干预的评估。这包括了这样一些讨论，即如何将这些概念（这些内容常常被误解）应用于那些表现出疑难症状且持续时间很长的人群的治疗工作。各种各样的治疗策略和治疗技术，包括动力学支持和动力学表现框架的差异，都在当前的临床实践中、在不同的临床表现上得以描述。

第五章关注于短程治疗和长程治疗在治疗技术和临床实践上的差异，

描述了短程心理动力学治疗的一些关键原则。本章也着重凸显和讨论了一些技术上的困难之处，这些困难之处对于那些来自于开放式治疗体系下的临床工作者都是存在的。本章特别关注了治疗同盟、治疗主动性、现实治疗目的和目标与时间的关系。对此而言最重要的是如何去创建、维持和发展治疗焦点。治疗焦点的系统化以及在治疗二分体中发展治疗焦点的重要性，这些都在本章中得到表述。此外，一种治疗立场（理想状况下既是沟通的又是合作的），也在本章中得到强调。

第六章关注于限时焦点治疗师的训练与督导的问题，并且描述了一个临床督导模型。本章根据那些从事短程心理动力学治疗的治疗师的专业素养和个人能力，强调了在当前临床实践不断发生变化的情况下，如何开展专业训练的一些建议。

第七章关注于限时治疗模型在不同情境中的应用，并就短程治疗如何被应用以及它是如何影响治疗的任务、过程、目的和目标进行了讨论分析。尤其关注于在面临不同文化背景、民族和宗教信仰的群体时如何开展工作的问题。

每一位来访者都是独特的。对于本书中所描述的短程治疗模型，对来访者的习语的探索都是最基本的而非外在的。另外，以简短工作为中心，考虑文化、宗教和民族差异的因素也都是最基本的。对于互相分享的语言和治疗中习语的探索包括考虑特定的文化背景框架、社会网络和信念系统，而这些在人与人之间都存在差异。心理上抑郁或者不舒适的概念，个体自我的概念，或者个体自我实现的占主导地位的想法，在一些文化背景下可能并不存在，或者可能以不同的方式被感知和表达，并且意味着不同的含义。短程治疗师要根据来访者的生活经历向来访者学习一些特定的情绪词汇的、文化的、民族的和宗教的显著特点，并且依靠这些来完成一个共享的治疗构想和目标。西方的哲学和文化传统非常强调个体内在自我反省的形式和能力，这也支撑了很多治疗模型。在关于来访者对于理解自身抑郁问题的自我概念体系的问题上，有必要采用一种自我反省的哲学传统。这是在本书中所描绘的短程治疗的基础，相比于传统开放式的心理动

力学干预，这会让短程治疗更容易被来自于不同的文化、民族和宗教信仰的人群所接受，而前者只是着重强调了西方的哲学和文化传统。我们有必要让来访者教会我们在他们特定文化背景下的一些习语。

第八章关注于当前短程心理动力学治疗的一些基础性证据，分析在限时治疗中，治疗师和来访者所遇到的各种挑战和潜在的问题。本章也分析讨论了在当今这个医疗保险的时代里，随着焦点治疗越来越广泛的使用，所带来的更为广泛的社会和伦理问题。正如临床工作者所能感知和体验到的，一些非临床工作者正试图建立治疗的框架。心理治疗有往社会工程化发展的危险趋势，这样不利于个体解放，这些都在本章中得以关注。尤其值得关注的是，在本章中，我们分析并探讨了临床工作者应该如何处理自己在这样的治疗环境下所出现的情绪和临床判断的问题。

在结语部分，我希望第二版能够为读者提供一个有价值的、简明的且富有智慧的关于短程治疗以及它在 21 世纪的应用的解释。

Alex Coren

牛津大学

目 录

| | |
|--|----|
| 第一章 短程治疗的精神分析发展史 | 1 |
| 弗洛伊德的遗产 | 1 |
| 奥托·兰克和产伤 | 5 |
| 桑德尔·费伦奇、相互关系与创伤理论 | 7 |
| 阿尔弗雷德·阿德勒 | 9 |
| 亚历山大和弗兰奇 | 11 |
| 迈克尔·巴林特 | 14 |
| 彼得·西弗尼奥斯：焦虑唤醒治疗以及焦虑压抑治疗 | 17 |
| 戴维·马兰与病识感三角 | 19 |
| 潜意识解锁：哈比卜·达凡卢 | 23 |
| 经验性的短程治疗 | 26 |
| 总 结 | 28 |
| | |
| 第二章 精神分析的理论与实践在当代限时治疗中的应用 | 29 |
| 范德比尔特小组 | 30 |
| 压力反应系统 | 32 |
| 人际关系、发展和存在主义治疗 | 33 |
| 詹姆斯·曼的工作 | 34 |
| 心理动力人际关系治疗 | 35 |
| 人际关系治疗 | 36 |
| 行为取向与认知行为治疗 | 37 |
| 认知分析治疗 | 41 |
| 系统理论 | 46 |

| | |
|-----------------------------|------------|
| 焦点解决治疗 | 47 |
| 相互作用分析 | 48 |
| 存在主义治疗 | 48 |
| 海因茨·科哈特和自体心理学 | 49 |
| 唐纳德·温尼考特的工作 | 52 |
| 单次或者较少的治疗 | 55 |
| 总 结 | 58 |
| 第三章 习语、治疗三角和移情 | 59 |
| 习语：限时治疗的一个整体模式 | 61 |
| 治疗三角 | 69 |
| 移情和治疗关系 | 75 |
| 反移情 | 80 |
| 限时治疗的叙事和依恋理论 | 83 |
| 心理理论、心理化和自我反省功能 | 87 |
| 限时治疗中的叙事 | 92 |
| 限时治疗中故事的重要性 | 94 |
| 限时治疗中惊奇的重要性 | 97 |
| 限时治疗中治疗同盟的具体化 | 101 |
| 叙事和治疗过程 | 104 |
| 总 结 | 106 |
| 第四章 限时治疗中的评估 | 107 |
| 评估的概念 | 107 |
| 评估过程中的治疗任务 | 109 |
| 短程焦点治疗的评估 | 113 |
| 在评估过程中的初步考虑 | 116 |
| 在评估中客体关系和防御的本质 | 117 |

| | |
|--------------------------------------|------------|
| 焦点治疗和“困难”的来访者 | 121 |
| 边缘性的概念 | 123 |
| 评估与边缘性人格 | 125 |
| 总 结 | 133 |
| 第五章 开放式治疗和限时治疗在治疗技术上的差异 | 134 |
| 治疗同盟 | 134 |
| 治疗焦点 | 135 |
| 积极的治疗师：在治疗阶段的心理动力冲突？ | 145 |
| 治疗中立性 | 147 |
| 治疗主动性 | 148 |
| 阻 抗 | 149 |
| 移情解析 | 151 |
| 修 通 | 159 |
| 限定时间还是“扩充”时间？ | 161 |
| 短程治疗的结束阶段 | 164 |
| 总 结 | 166 |
| 第六章 训练和督导 | 168 |
| 训练的问题 | 168 |
| 限时疗法治疗师训练的当代问题 | 169 |
| 支持和督导 | 174 |
| 短程治疗的直觉 | 179 |
| 从业医生的反思 | 180 |
| 总 结 | 182 |
| 第七章 不同背景下的限时治疗 | 183 |
| 初级护理 | 184 |

X 短程心理治疗

| | |
|-------------------------------|------------|
| 商业和工业背景下的咨询 | 188 |
| 教 育 | 190 |
| 居丧和衰老 | 193 |
| 与文化、种族和宗教差异共事 | 194 |
| 限时治疗的组织方面 | 197 |
| 总 结 | 197 |
| | |
| 第八章 它有效吗？ | 199 |
| 治疗结果和管理式医疗对限时治疗及其实践者的影响 | 199 |
| 管理式医疗还是吹笛者来发号施令？ | 204 |
| 作为企业商品的治疗 | 206 |
| “必要性之外的价值” | 209 |
| 探索性的心理治疗走向何方？ | 210 |
| 让步于大一统 | 211 |
| 临床上的严格规范会不会被强制性的管理所取代？ | 212 |
| 短程治疗：容易的选择？ | 215 |
| 总 结 | 216 |
| | |
| 结 语 | 217 |

第一章 短程治疗的精神分析发展史

弗洛伊德（Freud）是最早的短程精神分析师。如果症状最初是由被压抑或被遗忘的创伤记忆所引起，当病人能够将这些创伤记忆及相伴随的情感回想起来时，其相应的症状就将会得到缓解。催眠术曾是一种很受推崇的短程治疗模式，布洛伊尔（Breuer）很早便采用这种方法来治疗一名女癔病患者安娜·O（Freud, 1955）。催眠治疗是否确实能够治愈病人，关键就在于病人能否在治疗中从意识经验中回忆起某些特定的事件。然而并非所有的病人都能被催眠，于是弗洛伊德发明了“宣泄法”。治疗师让病人躺在治疗椅上，并努力引导他们；他常常在病人额头上轻轻按压，病人就会回想起被遗忘的记忆和情感。这就是精神分析的先驱者们所使用的技术。但早期的实验化治疗都是短程的和聚焦于症状的，而且很大程度上依赖于治疗师的积极干预。早期的实验治疗与现代焦点治疗的主要观点非常相似。这些主要的观点包括简洁、治疗主动性以及中心组织的聚焦。

弗洛伊德的遗产

弗洛伊德认为，在精神分析中获益的病人具有以下一些特点：较高的动机、非常聪明，而且对治疗和治疗师的态度非常积极。弗洛伊德强调，动机很重要，病人一旦知道治疗的方向，阻抗就会出现。治疗师必须不断地鼓励病人，并坚信病人有能力进行回忆，同时在讨论治疗过程及让潜意识被唤起时，允许病人进行适当的自助和自我教育。这赋予了病人合作者的角色，而不是一味地去谴责他。谴责使病人在治疗中完全被动，也使治疗完全依赖于治疗师的智慧。后来移情发展成为治疗中的重要特点，尽管

2 短程心理治疗

当时布洛伊尔和弗洛伊德认为，来自移情和来自过去记忆的材料都应该被考虑到（Flegenheimer, 1982）。

弗洛伊德认为精神分析不适合症状很严重的个案，而只适合轻度问题的个案。极为讽刺的是，如今精神分析和时间更长的开放式治疗的支持者们提出了反对意见，认为更密集的治疗更适合较严重的病症，而不太适合较轻的发展性问题。目前，在当代短程心理治疗师中也存在这种争议。

弗洛伊德早期的治疗一般只持续几周或几个月。当时弗洛伊德的理论设想是在治疗中采用解析和洞悉相结合会带来疗效，即治疗师只需要做出正确的解析，病人接受它便能减轻症状。当遇到病人的阻抗时，治疗师需要尽最大努力让病人相信这个解析的合理性。在弗洛伊德早期的治疗案例中，治疗周期都是非常简短的，甚至弗洛伊德对于自己的自我分析治疗也是短程的。例如他对作曲家古斯塔夫·马勒的治疗，仅仅只有一次4小时的会谈；同时，对乐队指挥布鲁诺·瓦耳特的治疗也只涵盖5~6次治疗会谈，之后其便完全康复了，而最开始时布鲁诺·瓦尔特对于治疗是持怀疑态度的（Walter, 1947）。再如，对于露茜·R的治疗使用了9周的常规会谈，这被很多现代短程治疗师视为一种标准化的短程治疗设计。然而，弗洛伊德对卡特琳娜的咨询只有一次会谈（Freud, 1955）。弗洛伊德对卡特琳娜的治疗引起了短程治疗师们强烈的兴趣，在这个案例中有很多与当代短程治疗的理论和临床应用相似的成分。

有一次，弗洛伊德步行于上陶思山时，卡特琳娜求助于弗洛伊德，弗洛伊德暂时“忘了药物和神经症”，甚至都质询自己是否是一名医生。弗洛伊德当时既惊讶又好奇地发现神经症可以用会谈的方式进行治疗，他在1000米海拔的高度上与卡特琳娜进行“会谈”（而不是咨询）。卡特琳娜抱怨了好几次呼吸困难的情况。弗洛伊德询问了这几次呼吸困难的场景，并了解了场景间的联系，据此他在精神分析的框架中重新界定了症状。弗洛伊德确信她好几次呼吸困难都是因为焦虑发作，她选择用气短来应对复杂情境中产生的焦虑。弗洛伊德通过询问卡特琳娜症状的具体特点（在来访者的当下提问，不怕积极提问，控制谈话过程）来寻找解决问题的可能

方法。在弗洛伊德关于他与卡特琳娜会谈的描述中，有一些细节是值得大家引用的。

我要尝试分析吗？我不能带着这样的态度来冒险使用催眠，但也许我可以通过简单的对话以成功进行治疗。我应该尝试侥幸猜测。我已经找到了女孩经常焦虑的原因，女孩的一颗纯洁的心灵需要克服首次面对性的世界的恐惧。因此，我说：“如果你不知道，我会告诉你我是怎么思考你出现这些症状的原因的。”（这可以看做是类似现代焦点治疗的一种初步的和微弱的重构方法。）“当时，在两年前第一次症状发作时，你肯定看到或听到了让你非常尴尬的事情，并且你情愿自己没有看见过。”

卡特琳娜开始叙述她亲眼目睹“叔叔”（根据弗洛伊德随后的判断，这里的叔叔实际上是卡特琳娜的父亲）与堂姐之间的通奸关系，这种关系导致“叔叔”的婚姻破裂。卡特琳娜为此很自责，后来又记起“叔叔”对她的数次性侵犯。弗洛伊德在结尾中这样写道：

如果有人认为本个案史不需要用太多猜测来分析和解决歇斯底里症状（这里提出了一个有趣的话题，本书第六章将会讨论直觉在治疗中的作用），我也没有什么可反对他的……我希望这个早年受到性侵犯的女孩能从我们之间的会谈中获益。我之后再也没有见过她。

业界指控弗洛伊德诱导患者，因为他的主动性、提问和聚焦（这也是如今短程治疗各流派都受到的批评）使得病人依赖于他所谓的“猜测”。但或许弗洛伊德没有必要为这个担心，因为他的干预都是基于临床经验和神经症理论的。弗洛伊德走了，把他与卡特琳娜的会谈结果留给了我们，也留给了他一个谜团，而这对大多数当代焦点治疗师来说是一个常见的结果。如 Groves（1996）指出：

卡特琳娜的案例显示了弗洛伊德努力使治疗框架适应病人实际情

4 短程心理治疗

况的意愿……它有如此令人瞩目的艺术张力和叙事力量（甚至在经过翻译以后），某种程度上我们也能理解弗洛伊德在20世纪20年代末被提名诺贝尔奖——不是在医学方面，而是在文学方面。

弗洛伊德最后用自由联想代替了宣泄法，这让他的治疗变得很被动，可能会让病人退化且更依赖于治疗过程。此外，他们更可能形成移情神经官能症（一种特定的对治疗关系的幻想），需要治疗师花更长的时间来分析和治疗。俄狄浦斯情节取代了创伤理论。阻抗、“个性”分析、修通和任何需要解决的困难均可视为自由联想这项新分析技术带来的结果，治疗过程也必然地会延长。治疗师变得缺乏主动性、挑战性和支持性，并且与治疗师有关（如移情）的解析和与病人早期的经历有关（如重建）的解析都成为了治疗和疗效改变的重点。基于一种治疗应该关注精神生活的方方面面的信念，治疗上的包罗万象也使得治疗变得越来越没有时间限制，而治疗师受新“科学”的束缚，也没有对此进行任何劝阻。因为对于治疗中的时间限制没有了感觉，结果聚焦于特定的症状的需要以及对于减轻症状的关注也显得不那么紧迫了。倘若治疗的时间越长，治疗也显然必须变得越严密；延长来访者待在咨询室的时间有什么其他的理由呢？治疗中的“严密性”和“深度性”在当代关于长程和短程治疗的争议上依然存在。在精神分析和精神分析治疗上，相关理论的不断发展导致了一种认为治疗应该长久的信念；然而，伴随着越来越多的短程治疗证据，我们可以推断：对精神分析更谙熟，则治疗疗程也可以缩减越多。这也部分助长了短程治疗在当代心理动力学治疗中的应用发展。

事实上，早期大部分采用宣泄法的个案都得到了明显的改善，而其他采用自由联想治疗的个案则收效甚微，然而这丝毫没有削弱精神分析师们的满腔热情。结果是治疗时程变得越来越长，就像许多原教旨主义者教派，他们排斥和拒绝任何偏离真正信仰的派别。这可能在一定程度上解释了为什么精神分析治疗师遇到限时治疗的思想后会变得疑虑、不舒服并感到不安，并且试图视之为劣等的和弥散了的“现实”版本（Coren，