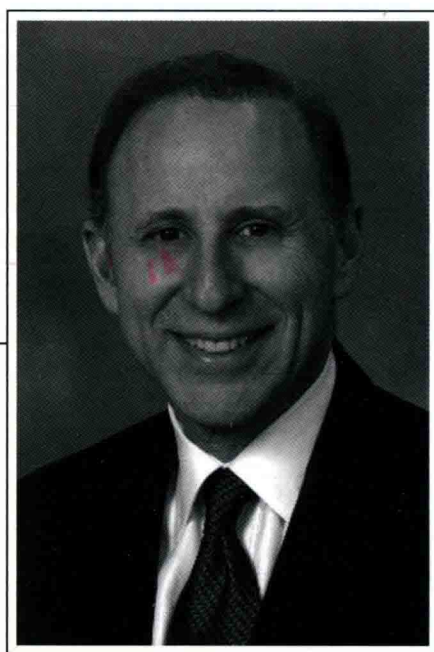


心理障碍的 诊断与治疗选择

“黑老师”写给心理咨询师和普罗大众的经典之作
他说：“最重要的是做出正确的诊断。”

Get the Diagnosis Right

赵丞智 张真 译



[美] 杰罗姆·布莱克曼◎著

Jerome S. Blackman



首都师范大学出版社
CAPITAL NORMAL UNIVERSITY PRESS

心理障碍的诊断与治疗选择

[美]杰罗姆·布莱克曼 著

赵丞智 张真 译



首都师范大学出版社

CAPITAL NORMAL UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

心理障碍的诊断与治疗选择/(美)杰罗姆·布莱克曼著;赵丞智,张真译.
—北京:首都师范大学出版社,2017.11
ISBN 978-7-5656-3372-0

I. ①心… II. ①杰… ②赵… ③张… III. ①精神障碍—诊疗
IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 205079 号

Get the Diagnosis Right/ by Jerome Blackman / ISBN: 978-0-415-80154-6

Copyright©2010 by Taylor & Francis Group LLC.

Routledge is an imprint of Taylor & Francis Group, an Informa business.

Authorized translation from English language edition published by Routledge, part of Taylor & Francis Group LLC. All rights reserved; 本书原版由 Taylor & Francis 出版集团出版, 并经其授权翻译出版。版权所有, 侵权必究。

本书中文简体翻译版授权由首都师范大学出版社独家出版并仅限在中国大陆地区销售。未经出版者书面许可, 不得以任何方式复制或发行本书的任何部分。

Copies of this book sold without a Taylor & Francis sticker on the cover are unauthorized and illegal. 本书封面贴有 Taylor & Francis 公司防伪标签, 无标签者不得销售。

XINLI ZHANGAI DE ZHENDUAN YU ZHILIAO XUANZE

心理障碍的诊断与治疗选择

(美)杰罗姆·布莱克曼 著 赵丞智 张真 译

责任编辑 张成水

首都师范大学出版社出版发行

地 址 北京西三环北路 105 号

邮 编 100048

电 话 68418523(总编室) 68982468(发行部)

网 址 cnpn.cnu.edu.cn

印 刷 三河市博文印刷有限公司

发 行 全国新华书店

版 次 2017 年 11 月第 1 版

印 次 2017 年 11 月第 1 次印刷

开 本 787mm×1092mm 1/16

印 张 15.75

字 数 400 千

定 价 45.00 元

版权所有 违者必究

如有质量问题 请与出版社联系退换

为什么选择这本书？

本书的目的，是为精神障碍症提供诊断和选择疗法的方法。旨在帮助那些必须为个人心理或情绪问题选择正确治疗方法的人。

具有各种职业背景的受训者和治疗师可能会觉得，第一部分“快速概览”在着手处理诊断精神疾病的难题时很有帮助。我希望，那些打算自己去接受治疗的人，也能了解什么类型的方法对他们来说是最佳选择。第二部分“专业解读”着眼的是从业者和更为专业的学生，即想要进一步提高自己的诊断及治疗选择方面知识的那些人。

接下来，我们将会看到一份指南，介绍的是在评估过程中获取你想要的信息所需的各种理论。这份指南基本上是参照 DSM 系统^①和 ICD 系统^②而写的，不过这些诊断标准的目的只是列出症状的名称，而不对病因和病程进行讨论。这本书则不会止步于 DSM 系统，而希望解释清楚究竟是什么引起了情绪困扰。如果你需要的话，就可以相当容易地找到一个 DSM 或 ICD 的现象学诊断，而你对这种诊断也有更为深刻和精确的理解。同样重要的是，这种更强的整合理解会帮你找到最恰当的治疗方法。

你可能注意到了，我把我觉得在临床上最相关的几种当代精神分析理论放在了一起，并把它们同一般精神科和临床心理学的基本概念整合在一起，特别是临床心理学当中的自我心理学、客体关系/依恋理论、自体心理学和冲突理论（这是结构理论的升级）。总体来说，这本书运用的是最实用的方法，整合了诸多理论学科当中最有用的信息。

第一部分将告诉你在大多数案例中获得准确诊断所需的要素，指导你进行治疗选择。第二部分将补充大量的细节，以满足真正的学生、研究者和那些求知若渴的人，这本书正是为你们所写。

① 美国精神病学会的《精神障碍的诊断与统计手册》(2000)。

② 世界卫生组织的《国际疾病分类》(2008)。

致 谢

这本书在漫长的时间里经历过一系列的反复修改。最终得以付梓，有赖于曾帮助过我的人们付出的努力。我长久以来的精神分析师朋友，弗吉尼亚医学院精神病学临床教授诺曼·M. 凯普（Norman M. Camp）医学博士向我指出，我一开始的那些尝试效果不大，因为我是在讨论非常高阶的材料的同时还想要写一本启蒙书。这一批评使我将书分为两个部分。弗吉尼亚湾的史蒂文·沃尔奇（Steven Waranch）心理学博士对于我的很多例子的相关性提出了很多中肯的批评。当我挣扎于框架以及文风的时候，路特雷奇出版社的乔治·齐马（George Zimmar）博士好心地将早期的手稿寄出去以获得评论意见。

我对欧文·M. 马库斯（Irwin M. Marcus）医学博士抱有极大的感恩，他是路易斯安那州立大学医学院的精神病学荣誉退休教授和新奥尔良精神分析所的荣誉退休训练和督导分析师，他在几十年前引导我追求诊断难题的智力严谨，并从精神病学和精神分析观点出发的视角令我对诊断产生历史感。我后来的精神分析督导（爱德华·H. 柯兰）（Edward H. Knight）医学博士在我自己的训练期间促使我在自己的写作中考虑多因素的诊断。（阿瑟·爱普斯）（Arthur Epstein）曾邀请我在1981年与杜兰医学院（路易斯安那的新奥尔良）的精神科住院医师们一起工作，并好心地质许我在给这些住院医师教课时开始酝酿精神分析理论中的各种概念。在准备这些教学时，本书最初的那些种子发芽了。

我亲密的分析师同事詹尼特·N. 斯切夫（Janet N. Schiff）（LCSW，执照临床社工）和苏珊·H. 斯蒲（Susan H. Stones）（LCSW）在位于我弗吉尼亚汉普顿路的住处，阅读了手稿的早期版本，并给予我鼓励和建议。另外，弗吉尼亚朴茨茅斯海军医学中心的精神科住院主任盖尔·马勒斯（Gail Manos）博士和约翰·A. 范斯莱克（John A. Van Slyke）博士质许我在教学中使用这份手稿。东弗吉尼亚医学院精神科住院训练部主任爱德华·盖特伍德（Edwin Gatewood）医学博士鼓励我用这本书作为训练精神科住院医师的模板；我使用第五章在课堂上呈现精神科评估材料，他也在他自己跟住院医师们的督导会议上用了。从这些活动中得来的反馈，我根据它们在教学中的有效性做了一些修正。维克特·安德尼斯（Victoria Angeles）博士、安德·本特费德（Andrea Bandfield）博士和凯文·耐斯克（Kevin Nasky）博士都是过去跟我学习的住院医师，他们也提供了支持和很多建议。

中国的上海交通大学医学院附属精神卫生中心的张荣华（Zhang Ronghua）博士和徐用（Xu Yong）博士提出了一些中肯的问题，我在书中以“那么……”的部分作了回答。

西班牙马德里的塞尼诺·佩尼格瓦（Cecilio Paniagua）医学博士、精神分析师在为我评述这本书时提供了最大帮助，和往常一样，在书中理论不清晰的地方向我提出挑战。安娜·卡普顿（Allan Compton）医学博士好心地质读了第十章（驱力理论）并作出了评论，鼓励我出版。

我的儿子西奥多现在将要从麻省理工学院毕业，他在第二部分的开始几页帮助了我。

他做了诊断表的计算部分，在设计“治疗选择的决策树”（图 5.2）上对我带来了非常宝贵的协助。他还对我的风格提供了他简练的批评意见，帮助我组织“为什么选择这本书？”导读，让它更具有说明性。我的妻子苏珊用她惊人的法律写作技能帮我检查了我语言的使用，并彻底澄清不清晰的概念。她还对文本的流畅和结构提供了无法估量的建议。

最后，我希望感谢简·布朗特（Jean Broughton）夫人，我勤勉的办公室主管，她帮我整理了脚注，用她新闻记者的精干留意着各种冗余和自相矛盾的地方。

目 录

第一部分 快速概览

第一章 基本概念	3
第二章 一点详情	4
第三章 缺陷型障碍的表现与诊断	8
第四章 冲突型障碍的表现与诊断	35
第五章 如何使用精神动力学方法进行初次评估性访谈	45
总结 寻找病因和治疗依据	61

第二部分 专业解读

第六章 基本精神功能中的缺陷	65
第七章 控制和延迟机制的缺陷	87
第八章 客体关系缺陷和自尊问题	104
第九章 超我缺陷	125
第十章 力比多驱动力和攻击驱力	133
第十一章 情感	167
第十二章 防御	181
第十三章 折衷形式和心理病理	199
第十四章 成人精神科评估表	223



第一部分 快速概览

Section I The Quick and Dirty

第一章 基本概念^①

首先，让我们复习一下心理动力学诊断的基本概念：

I. 从冲突和缺陷角度来看，心理障碍的诊断类型可以被分为三种形式：

A：缺陷型障碍

B：冲突型障碍

C：混合型障碍

II. 就以上的动力学诊断分类来说，顺理成章地提示了三个治疗方向和目标，也必然会产生出三种相对应的治疗方法：

A：支持性治疗

B：解释性治疗

C：混合性治疗

接下来，本书的全部内容基本上就是对这些基本概念的详细阐述。

关于情感障碍

在心理动力学诊断分类中，“情感障碍”为什么不是一个独立的诊断分类？难道说情感(Affects)^②不会引发心理或精神的紊乱吗？

准确地说，不是这么回事，事实上情感或者可以引发缺陷型表现，或者可以卷入冲突现象。无论是冲突还是缺陷优先决定了心理障碍的心理动力学诊断类型，而相关的情感并不对心理障碍动力学诊断类型的决定有太大的贡献。以冲突与缺陷取向对心理障碍进行分类的精神动力学方法，是一个与DSM诊断系统(美国精神病学学会)不一样的路线，后者一直努力把“情感障碍”作为一个明显不同的、独立的疾病诊断单元，诊断依据是诊断标准中所列出的症状和症状持存在的时间。

关于这两个基本概念的详细描述请看第二章。

^① 本书第一部分的译为赵丞智，第二部分的译为张真。

^② “情感”(Affects)是心理健康分类中使用的一个重要术语，特别是当情感的含义是“情绪”(emotion)的时候。这个术语的拉丁词源可能是“afficere”，其含义指的就是情绪(emotion)，是由两部分构成：af+fecare(指向正在做什么)。似乎是有点被影响，但我们是被打动了。

第二章 一点详情

基于缺陷的心理障碍

下面我们列出了通常由于“缺陷”所引发的精神问题，我们称之为“缺陷型障碍”，指的是“缺陷型”病人所表现出来的所有精神层面的问题和表现。缺陷型障碍意味着一部分或全部精神层面的功能缺乏(或不足)。这里的功能缺乏不是指功能的抑制，而是指功能特征仍然存在，只是这些功能被关闭(shut off)^①在意识之外。

遗传、发展延迟、大脑损伤、躯体疾病，或者强烈的情感等因素，都可以引发以下列出的任何缺陷型表现：

1. 基本心理功能缺陷(整合/组织、理解领悟、抽象概括、现实理解)
2. 控制和延迟满足的能力缺陷(冲动控制和情感忍受)
3. 建立和维持亲密、信任的客体关系的能力缺陷
4. 理性自尊的缺陷
5. 道德(良心)缺陷(责任感、公平公正、伦理、罪疚感等缺乏)

如果一个成年人在 1、2、3 项心理功能上表现出缺陷，通常这个人就可以被归入精神病性或亚精神病性诊断分类^②。属于这个类别的病人主要需要支持性技术的治疗(包括药物治疗)，而解释性技术居于次要位置。

有一些人非理性地憎恶自己，而另一些人认为他们是地球上的天使。这两类人都在他们的童年时期遭受过上面第 4 项(理性自尊)的创伤，从而形成了自恋性缺陷。他们被认为是“自恋性障碍”。一些自恋性障碍的人还存在着其他方面的人格缺陷，他们落入以缺陷型为主的心理障碍范围之内，主要需要支持性治疗技术。另一些自恋性障碍的人并不伴有人格缺陷，更多地会落入冲突型心理障碍分类的范围之内，他们需要更多的解释性治疗技术。

当一个成年人表现出上面第 5 项功能的缺陷时，这时候要当心，这个人很可能是个罪犯或者可能随时有犯罪行为(反社会人格障碍)。良心道德功能上的缺陷可以与任何其他缺陷型或冲突型表现叠加出现。如果你想尝试治疗那些良心道德功能有缺陷的病人，他们可能会对对付你，伤害你，或诱骗你进入某个阴谋，而他们不会受到惩罚。

^① 功能抑制是另一回事，在第 10 章中有详细讨论。也可以参看弗洛伊德(Freud)(1926)和布莱克曼(Blankman)(2003)。

^② 在知觉，感觉，定向力和记忆方面的附加缺陷表现通常也提示患有“器质性”疾病，也即是说，精神障碍是由躯体疾病所引起的。(查看第 6 章)

基于冲突的心理障碍

还存在一种相反的情况，一些人表现出非常少的人格(精神)缺陷，尽管他们也会抱怨患有周期性不愉快的体验(非理性的恐惧[如幽闭恐怖]、抑郁，或性方面的问题)或烦恼的个性特征(例如：迟到或羞怯)。这些心理障碍通常是由以下几类冲突所引起的：

1. 愿望的冲突(诸如：渴求被爱，或者想伤害某人：力比多和攻击驱力[愿望]的冲突)
2. 道德良心的冲突(诸如：内疚、羞耻，有时候引发出自尊的问题)
3. 情感的障碍(诸如：焦虑、愤怒和抑郁)
4. 防御(诸如：愤怒朝向自我、象征和投射)

如果一个人的人格或精神病理主要表现为冲突型障碍，而没有表现为太多的缺陷型障碍，那么就意味着这个人主要需要解释性心理治疗技术，而不太需要支持性治疗技术(也不需要药物治疗)。

关于混合型障碍

有些病人同时存在着缺陷和冲突的表现，怎么办？

缺陷型和冲突型障碍同时混合在一起的表现非常多见，而且表现也非常复杂，这就像现实世界中常见的复杂现象一样。混合型障碍的病人可能同时需要解释性治疗技术和支持性治疗技术(包括药物治疗)，只是在不同的时间阶段，所需要的两种治疗技术的使用量是不一样的。

图 2.1 是一个“正常的心理功能”的示意图，这个图标示出了心理功能的“缺陷”是如何产生以及在什么位置产生的。这幅图也尝试解释了在相应的病理位置上防御所起的作用。

从图 2.1 的底部向上来阅读。个体最早的时候是从要进食(和依赖)、性和攻击性的驱力愿望开始，而这些驱力愿望需要被调节，以便个体对(图的顶部)人和环境作出响应。在这个过程中，愿望要与情感(通常是通过冲突)发生相应的联结。在本图的最下部列出了一些常见的愿望。情感首先受自我力量所管理，而自我力量则源自于客体关系发展中的依恋。客体关系的依恋也对个体超我的形成有所贡献，而超我是控制情感和愿望的另一个维度。最终，当自我力量或超我功能不能胜任时(或者太过冲突时)，个体就会构建防御。所有这些调节(管理)因素都在保护能够管理环境(包括管理他人)的自主性自我功能。这本书所要讨论的内容就是这些途径中各个层级功能失效的情况。

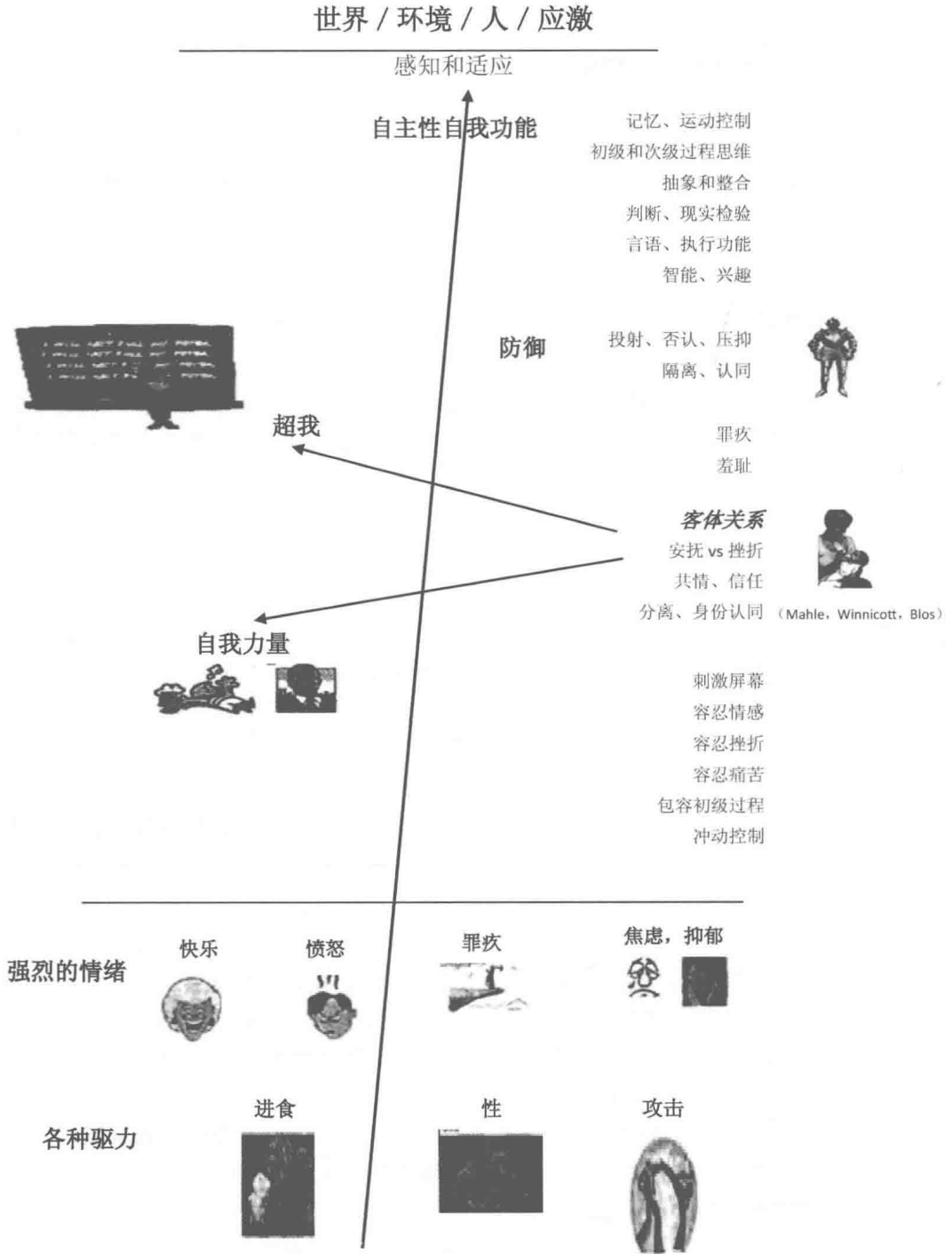


图 2.1 心智的各种成分

参考文献

Blackman, J. (2003). *101 Defenses: How the Mind Shields Itself*. New York: Routledge.

Freud, S. (1926). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *Standard Edition* 20: 77-178.

第三章 缺陷型障碍的表现与诊断

你可能会看到，主题的叙述越来越复杂。我们在此将稍微详细地向大家介绍一下这些复杂概念的端倪，然后我们将会在本书的第二部分详细叙述心理动力学诊断的思维过程和鉴别诊断的全貌。

第一节 基本心理功能缺陷

一个健康成年人所具备的基本心理功能，或者我们也可以说是“自主性自我功能”^① (autonomous ego functions) 至少应包括这几部分心理功能：抽象概括 (Abstraction)、整合/组织 (Integration)、现实功能 (Reality functions)、自我保护 (Self-preservation) 四个方面的功能，简称 AIRS。

基本心理功能其实还有其他 23 个维度，我们在前面的 6 个章节只涉及了 AIRS，它们是其中四个主要的基本心理功能维度，也是每个人最关键的 4 个自我基本功能。如果一个人的基本心理功能在这 4 个主要的自我功能维度上存在缺陷，那么这个人极有可能患有精神病，或者可能是亚临床精神病病人。如果一个人的这 4 项基本心理功能相对完整，那么他在很大程度上可能不会患有精神病。

一、抽象概括能力 (Abstraction)

抽象概括能力涉及从符号的字里行间总结出中心意义、理解象征含义、使用隐喻的心理操作能力。如果一个人在抽象概括能力上存在缺陷，那么他有可能在操作和完成以下任务时，表现出如下不同程度的困难：

1. 言语表达过分简单，如：“那是你帽子上的一支羽毛”(白描)。
2. 很难理解日常的分析性概念(例如：“一个模子刻出来的”，意思是与父母的认同)或谚语(格言)。
3. 不能理解无意识的动机，例如：“因为被惩罚(内疚)而贪吃的人”。
4. 不能理解和使用象征。
5. 普遍性的具象性思维(参看下面的例子)。

抽象概括能力缺陷越严重的人，他们越是接近于精神病的区域，因此他们越需要支持性心理治疗技术。对于那些具有具象性思维(抽象思维能力缺陷)的病人，支持性心理治疗技术包括：向病人解释其他人的动机，详细解释和说明抽象概念。

例如，当你和一位 35 岁的女性病人在急诊室进行初次访谈时，你问她：“是什么把你

^① 这个术语是由海因茨·哈特曼(Heinz Hartmann)在 1939 年首先提出来的。他想向精神分析师指出，有一些特定的心理功能(诸如记忆和智能)可能是大脑的基本运作功能——并非是由性愿望而引发的活动。这在今日看来是常识，但在当年是个了不起的想法。

带到医院的?”她回答说:“是公共汽车把我带来的。”你不得不继续进行解释:“我想知道你遇到了什么问题让你来到了医院。”

关于某些抑郁症病人

需要注意的是,有些时候抑郁症病人的思维看起来具有具象性思维的特征,但他们不是精神病性病人。

这些抑郁症病人在理解一些概念的时候有困难,例如:“把愤怒转向自己”,他们不能够理解无意识的罪疚感是如何让他们变抑郁的。但是他们与缺陷型病人是有区别的:首先,他们的现实检验能力是好的。其次,这个抽象概括能力缺陷是暂时的。再次,抗抑郁药物治疗通常是有效的,所以他们没有到达精神病的区域。

二、整合/组织能力(Integration)

整合/组织能力是指个体在组织和整合记忆、经验、注意、思维、言语、符号、内心想法、情感、时间、空间、外界环境特征等各种事情之心理操作的一个术语。当一个人在整合/组织能力有缺陷的时候,这个人通常会表现出以下特征:

1. 丢失或忘记他们正在说话的内容,而且不能回想起来。(阻塞)
2. 说话经常偏离主题,以至于你很难抓住他讲话的中心议题,很难跟随他的谈话主题。(离题切边)
3. 在细节处迷路,不能描述事件发生的细节。(病理性赘述)
4. 从一个主题到另一个主题的非理性跳跃,同时他们不能真正认识到这种思维的跳跃。(联想松弛)
5. 用奇怪的情绪性方式作出反应,例如:在葬礼上大笑。(不恰当的情感反应)
6. 似乎不能停止谈话。(滔滔不绝地谈话) (“想法奔逸”,或者“急迫性说话”)^①
7. 不能针对一个主题构建出一个连贯的解释。(“错误的综合”^②或“思考的退缩”^③)

当自我的整合/组织功能受到严重扰乱时,我们通常就能观察到精神病性的症状表现。如果缺陷稍微轻一些,我们称之为边缘性,或亚精神病性^④,或精神病性性格。

存在自我整合/组织功能缺陷的病人,其治疗技术也是支持性治疗技术。这些技术包括:指导、劝导、建议和药物。

案例

一位同事向我咨询一个困难的案例,这是一位女性病人,她在治疗过程中表现出了心理整合/组织功能的问题。在她接受治疗的第二年,她的丈夫为了一个年轻女人而离开了她。从此她便在每次治疗中都会有20~30分钟不停地、粗鲁地、漫无目的地、滔滔不绝地述说自己的不幸遭遇情况并大声责骂他的丈夫。我的同事很担忧,因为他感觉到他对这

① 条目1~6首先是由(布洛伊勒)(Bleuler)(1911)描述的。

② 纽伦堡(Nunberg)(1931)。

③ 费纳尔(Feighner)等(1972)。

④ 马库斯(Marcus, E.)(2003)。

个女病人温和地表达共情的尝试似乎对病人没有任何的帮助，而且在病人持续地哭叫咆哮中，治疗师根本无法找到合适的言语与病人进行对话和交流。她不停地抱怨和述说她的境况是如何的悲惨、糟糕，为什么说这一切都是“他丈夫的错误”呢，因为他丈夫做得不好，不能关心和照顾她。治疗师有时候不能准时结束治疗。治疗师解释说，他能够理解病人对她丈夫的愤怒，也能够理解她的情感有多么强烈，但就是不知道该怎么做才能对病人有所帮助。

我建议了一些技术帮助治疗师来处理病人的整合/组织功能缺陷的问题。我建议治疗师要强有力地坚持让病人停止咆哮和叫喊，如果病人坚持继续滔滔不绝地述说，治疗师要果断地打断她，再一次坚持她不能大声、滔滔不绝地述说。同时，治疗师也应该通过帮助病人处理特定的离婚问题所带来的困难来控制和管理治疗的进程，比如帮助病人争取律师的帮助、对病人如何应付抚养小孩给出一些建议和病人讨论其他可以实施的应对措施等。治疗师也应该有力地病人澄清，虽然病人喜欢和习惯于责怪和抱怨其他人（也许特别是像治疗师这样的男人），但是治疗师不能接受她这样的谴责。

这次督导后的两个星期，我的同事给我打电话，他告诉我病人对打断她、制止她、让她平静下来，容许她自己表达悲伤和哭泣等技术产生了有效的反应。一旦她能够“重新整合/组织”她的心理元素，她甚至能够开始觉察她对治疗师的愤怒与自己母亲屈从于自己父亲使她产生的感受和情感之间有某种有意义的联系。

关于组织/整合功能紊乱的病人

那些整合/组织功能如此紊乱的人，以至于你不能够与他们进行一次连贯的谈话，怎么办呢？

我们将使用约翰·罗森(John Rosen)的老技术，尝试将他们非理性或不连贯的说话和表达翻译成让他们可以理解的概念和表达，或者直接告诉他们你就是他们的妈妈^①，然后教他们如何说话和言语表达。

现在，我们有了抗精神病药物，这些药物能够非常有效地降低过高的情感水平，情感水平过高是导致思维联想紊乱(思维联想整合/组织性降低，思维整合/组织功能的缺陷)的主要原因。药物也可以提高自我的整合/组织功能。所以，治疗缺陷型病人的办法就是：抗精神病药物治疗，同时心理治疗中治疗师要用病人能理解的概念，和病人进行逻辑地、现实地、具体地、理性地谈话。

三、现实功能(Reality functions)

现实功能包括：与现实关系的功能和现实检验的能力。^②

与现实的关系维度主要指的是：我们能够理解我们与周围世界和他人之间的关系，这

^① 罗森(Rosen)(1953)提出过一些极为有趣的干预方法，针对总体上绝望，但通常智能还不错的精神分裂症患者使用[瑟尔斯(Searles)和其他人也这么做]。他有一些成功的举措，他的工作在对精神病性思维的本质方面仍然是有教益的。但他可能要一天见一名病人很多个小时，他们是在长期住院的设置之中工作的。这些环境在21世纪中很难实现，而且我们现在确实有了相当有效的神经阻滞性药物作为有利条件。

^② 弗洛伊德(Freud)(1941b).