

心理咨询与治疗系列

THE THEORY  
AND PRACTICE OF GROUP  
PSYCHOTHERAPY (FOURTH EDITION)

团体心理治疗

理论与实践

【美】Irvin D. Yalom 著

李鸣 等译

中国轻工业出版社

55

心理咨询与治疗系列

The Theory and Practice of Group Psychotherapy  
(Fourth Edition)

# 团体心理治疗

——理论与实践

【美】Irvin D. Yalom 著

李鸣 等译

 中国轻工业出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

团体心理治疗：理论与实践 / (美) 亚罗姆 (Yalom, I. D.) 著; 李鸣等译. —北京: 中国轻工业出版社, 2005.1  
(心理咨询与治疗系列)  
ISBN 7-5019-4608-6

I . 团 ... II . ①亚 ... ②李 ... III . 精神疗法  
IV . R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 104159 号

## 版权声明

THE THEORY AND PRACTICE OF GROUP PSYCHOTHERAPY, 4th Edition by Irvin D. Yalom  
Copyright © 1995 by Basic Books, a member of the Perseus Books Group  
Simplified Chinese translation Copyright © 2005 by China Light Industry Press  
Published by arrangement with Basic Books, a subsidiary of Perseus Books L.L.C  
ALL RIGHTS RESERVED

总策划: 石 铁  
策划编辑: 李 峰  
责任编辑: 朱 玲 李 峰 责任终审: 杜文勇  
版式设计: 史春雨 责任监印: 刘智颖

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: 北京天竺颖华印刷厂

经 销: 各地新华书店

版 次: 2005 年 1 月第 1 版 2005 年 1 月第 1 次印刷

开 本: 787 × 1000 1/16 印张: 25.75

字 数: 450 千字

书 号: ISBN 7-5019-4608-6/B · 034 定价: 45.00 元

著作权合同登记 图字: 01-2004-3389

咨询电话: 010-65595090, 65262933

发行电话: 010-88390721, 88390722

网 址: <http://www.chlip.com.cn>

E-mail: [club@chlip.com.cn](mailto:club@chlip.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

## 译者序

曾被《美国精神医学杂志》（*American Journal of Psychiatry*）评为近十年来十本最具影响力的教科书之一，更被团体心理治疗专业人员奉为圣经的《团体心理治疗——理论与实践》一书的中译本终于能与国内读者见面了。

本书的著者 Irvin Yalom 是国际著名的心理治疗大师，阅读过存在主义心理治疗书籍的读者一定对他的名字不会感到陌生。他整理自己在团体心理治疗的临床工作经验，编写了两本重要的参考书：《住院病人的团体心理治疗》（*Inpatient Group Psychotherapy*）和《团体心理治疗——理论与实践》（*The Theory and Practice of Group psychotherapy*），这两本书完全以临床经验为基础，前者以住院病人团体治疗的经验为主，后者则以门诊对象为主，两本书的基本理念相同，彼此对照，相辅相成。阅读此书对初涉团体心理治疗园地的读者，尤其具有启发作用。

本书的主要读者，可能包括精神医学、心理科学、护理专业人员、社会工作者、学校辅导员以及相关的专业和兼职人员。本书主要以门诊病人团体为基础，但其中诸多观点均可运用于其他助人团体，因为任何团体治疗都涉及到人际互助和团体动力，而人际互动与团体动力的描述和分析，正是本书的精髓。

如果查阅有关团体心理治疗的书籍或文章，就不难发现，此书被引用的频率是非常高的，其原因可能在于此书具有下列特点：

① 理论观点的多元化，书中许多实例解析，有行为主义、人本主义、心理分析、现象学理论、认知发展观点和社会学习理论，兼收并蓄。阅读本书时，读者的理解会因为理论取向，工作经验的不同而不同，但必定会与作者的体验产生不同程度的共鸣。

② 本书以人际互动取向为团体治疗的根本。其他许多团体治疗书籍都是以某种特殊形式或内容以及特殊理论取向为基础的，例如：心理剧治疗、家庭治疗、存在主义团体治疗或完型主义团体治疗等等，而 Yalom 以团体治疗中发挥作用的疗效因子为基本原则，提供了一种“团体心理治疗原型”，并提出这种原型是团体治疗的基本模式，在了解原型的基础上，根据治疗师自己的理论取向和实际经验，时间和经济的许可，调整和修改基本模式，使各疗效因子发挥极至。

③ 本书提供大量临床、基础社会学和心理学研究材料，使主观的、缺乏量化的临床心理治疗实践进一步与严谨的实证科学研究相联系。正如 Yalom 指出的“临床工作者有必要持续地与研究领域保持接触，即使本身不参与研究，但仍必须知道如何评估他人的研究……任何领域若没有使用严谨的方法检验基本原则和治疗效果，将永远停留在原地踏步。”这种对科学研究的敏感性，对于心理治疗这一专业发展的重要性，自不必赘言，同时，我们也应懂得，现代社会的经济管理模式下的心理治疗，需要我们以科学研究的严谨态度，改善来自这种管理模式的压力。

本书共分 17 章，分别论述了 11 个疗效因子在不同治疗阶段的相对重要性和相关性，同时探讨了心理治疗师的工作内容、任务、角色，分析了各个治疗阶段的团体现象和治疗师使用的技巧——如何选择病人组建团体、如何处理脱落等问题，最后谈到了团体治疗师的培训问题。书中所举案例描述详尽，栩栩如生。这样能帮助读者更直观地理解书中的理论含义，读者完全可以根据自己的工作经验，融会贯通地把这些案例应用于自己的临床实践。

本书的翻译由我和我的学生们共同完成，

分别是张莉娟（前言，第一章，李鸣校），汤臻（第二、三、七章，李鸣校），潘能荣（第四、五章，李鸣校），瞿淑雯（第六章，李鸣校），费沛（第八、九章，叶红萍校），方建中（第十、十一章，叶红萍校），吕永良（第十二、十三章，汤臻校），陈强（第十四、十五章，钟慧校），陈康（第十六章，钟慧校，第十七章，李鸣校）。全书由我统稿，囿于学识和水平，译文有不当之处，尚望有识者不吝赐教。

李鸣

2004 夏于苏州

# 前 言

自从 20 世纪 40 年代团体治疗问世以来，随着临床实践的不断变化，它也发生了一系列的变革。随着临床征候群、治疗设置或新理论的不断涌现（消失），团体治疗的形式和内容也有着相应的改变。今天，团体治疗的团体形式是如此繁纷，因此在我们讨论这个主题时，应该明了，我们所讨论的不会仅局限于一种形式而是多种形式的治疗。如：进食障碍患者团体、癌症病人支持团体、性受虐者团体、艾滋病患者团体、意识混乱老人团体、惊恐障碍患者或强迫症患者团体、慢性精神分裂症病人团体、酗酒家庭中的青少年团体、性受虐儿童的父母团体、男性施暴者团体、丧亲者团体、离异家庭团体、夫妻团体、心肌梗塞病人团体、下身瘫痪病人团体、糖尿病致失明病人团体、肾衰竭病人团体、骨髓移植病人团体——所有这些团体都组成不同形式的团体治疗。

团体治疗的治疗场所也多种多样：在住院病房中，有慢性或急性精神病人组成的团体，也有在心理治疗师的私人诊所中，相对功能良好的神经症或人格障碍者组成的团体。

技术类型也相当不同：格式塔、短程治疗、支持性—表达性、认知行为、精神分析、心理教育、动力—互动式、心理剧，这些（还有其他许多理论）都已用于团体治疗。

团体治疗这个大家族，甚至因为一些“远亲”的出现而变得更加庞大，其中有些是团体治疗的表亲：比如体验式的课堂训练团体（或者过程团体）以及数量较多的自助团

体（或相互支持团体），像匿名戒酒会（和许多其他的十二步骤康复团体）、乱伦幸存者成年人团体、性成瘾者匿名团体、小孩遭谋杀的父母团体、贪食者匿名会以及康复团体等等。虽然这些团体并不是正式的治疗团体，但这些团体经常具有治疗作用，其内容涉及个人成长、支持、教育和治疗多个范畴（第十六章将会详细地讨论这个主题）。

那么，如何撰写一本可以介绍所有这些团体治疗的书籍呢？25 年前我开始写本书的第一版时所用的构思，迄今我仍然觉得很合理。第一步，我首先将各种团体治疗的“表面”与“核心”区分开来。表面包括各种治疗流派的技术、形式、技术、专业术语、环境氛围；而核心包括那些对治疗性过程本质的体验——也就是治疗性改变的真正机制。

先不谈“表面”问题，如果考虑真正影响病人改变的机制，我们会发现这些治疗机制的数量有限，而且在不同的团体中使用的机制极为类似。各种治疗团体其外在形式大相径庭，但治疗目标却如出一辙，这正是因为它们可能具有相同的治疗性改变机制。在本书的第一版和第二版中，我受当时新兴心理治疗方法的实证主义取向的影响，我称这些改变机制为“治愈因素”。但历年的体验让我自惭，现在我知道心理治疗的收获并不在于治愈——在这个领域中，治愈只可能是一种错觉——而是改变或者成长。因此，我遵从于现实状况，把“治愈因素”更名为“疗效因子”。



疗效因子是组成本书的主要框架。我首先针对 11 种疗效因子进行了详细的讨论，并在此基础上介绍了基于这些疗效因子而发展起来的心理治疗方法。

但是要讨论哪些团体呢？团体的阵容如此庞大，不可能对各种团体面面俱到：比如，光是回顾某种症状（比如进食障碍）团体治疗的最近的研究文献（不包括临床文献）就有 120 篇<sup>1</sup>，同样回顾有关某一团体治疗模式（短程团体治疗）的最近文献则超过 230 篇<sup>2</sup>。那么，该如何来着手呢？我在本书中所采用的策略是把我的讨论集中在团体治疗的规范模式上，然后提供一组原则，使学习者能够根据各种实际情况修正这种基本的规范模型。

我的规范模式是治疗强度较大、由不同种类的病人组成的门诊心理治疗团体，它的目标是既要缓解症状，也要产生性格上的改变。为什么要聚焦在这种特殊形式的团体呢？因为，由于受经济因素的影响，现在的团体主要是同种人群、症状缓解取向的团体。其聚会的时间较短，目标比较单一。而且团体治疗自 20 世纪 40 年代问世以来，已经累积了大量的来自实证研究和丰富的临床观察方面的知识。这种大强度、单一目标的治疗形式对病人和治疗师都是必须的，这种团体所需要的治疗策略和技术是复杂的。然而，一旦学习者能够掌握并且调整对不同种类病人组成团体的策略和技术，以适合特殊的治疗情境，那么他们就能在任何临床情境中，灵活地进行团体治疗。

这本书的读者大部分是临床工作者，所以我希望这本书的内容能够与临床工作有更直接的相关。然而，我也相信临床学家仍然有必要熟悉科研领域：即使临床工作者本人不参与研究，他也必须知道如何评估他人的

研究。因此，我尽量回顾并且大量引用了临床、社会学基础和心理学方面的相关研究。在撰写本书时，我穿梭于图书馆的群书之中，经常浏览一些古老的精神病学文献。我惊讶地发现，投身于放血术、饥饿术、泻药、头骨钻孔等等治疗方法的，竟然都是一些相当聪明、热诚奉献、正直的临床学家。上几代的治疗家也是这样，他们致力于水疗法、休息疗法、额叶切除术和胰岛素昏迷疗法。他们的文献详细记录了他们天马行空般的乐观想法，他们所报告的结果与当代医务工作者报告的结果一样，也能同样让人印象深刻。

其他许多医学领域中的进展，远远地超过了我们，因为这些领域应用了许多科学原理。如果缺乏严谨的研究基础，今天热衷于当前各种治疗模式的心理治疗师们，很可能将重蹈昔日水疗治疗师们的覆辙。任何领域如果没有使用严谨的科学方法来检验基本原理和治疗效果的话，将日复一日地重演历史的悲剧。因此，我会尽可能地用相关的、严谨的研究作为我的治疗取向的依据，我也会指出一些需要进一步研究的领域。有些领域（比如，为团体治疗或团体脱落者所做的准备工作）已经有了成功的研究，而其他领域（比如，“修通”或反移情）则完全没有被研究。本书的相关章节自然地反映了这种研究的分布重点：有些章节对临床工作者而言，太过于强调研究，而其他章节对于有研究头脑的人而言，则缺乏严谨。

对于心理治疗的研究，我们不要期望太高。心理治疗的研究是否能使治疗实践有一个快速重大的改变？非常不可能！为什么？首先，是阻抗。对于花费多年时间来接受训练和实习，并且严格遵守传统的治疗师来说，很难使复杂的治疗系统作出改变，而且只有

在出现确凿的证据时，才有可能改变，而心理治疗的实证研究却举步维艰。再者，一线的治疗师在面对痛苦的病人时，显然不能坐等科学结果得到证实后，才施以治疗。此外，研究还需考虑经济方面——市场控制了研究的重心。如果管理层从经济效益出发要求心理治疗大幅度地转向短程的、以缓解症状为取向的治疗，那么着重长程治疗过程的研究方案——尽管临床上一致认为这种研究具有重要性——将不会得到资助。最后，还有一项考虑：心理治疗不像物理科学，它的许多方面本身都无法量化。心理治疗既是艺术又是科学；研究中的发现也许可以为实践工作勾勒出一些大致的轮廓，但是作为心理治疗的核心——人际间的接触，永远都是主观的，无法量化的体验。

本书中最重要的含义之一是：在团体治疗中，人际互动是至关重要的。真正有效的团体治疗首先要为病人提供一个场所，使他们置身其中能与他人自由地互动，然后帮助他们识别并且理解自己在互动中出现的问题，最终使他们改变那些不恰当的人际模式。我相信如果团体治疗仅仅依赖于某种假设，比如心理教育原则或认知行为原则，就不可能达到完全的治疗效果。就我看来，这些团体治疗如果能够加入人际互动这一要素将会更富有成效。

需要重申的是：以上的这些观点和临床实践的将来有着很大的相关性。管理层的倡导将最终提高团体治疗的使用率。但是管理层的决策者所强调的效率、简短以及客观性，可能会使他们错误地认为某些治疗（简短的、认知行为的、聚焦于症状的）是更加有效的，因为这些方法包括一系列的步骤，而这些步骤与其他有效的医疗方法类似：可以设定具

体、限定的目标；在固定的时间间隔中，可以测量达到目标的程度；相当具体的治疗计划；治疗是可重复的、规范的、按照手册进行的、高度结构化的，而且每次治疗都有精确的实施记录。

但是请不要将有效率的表象误解成真正的有效性。随后，我将要在本书中深入地讨论人际互动的内容和性质，以及它带来明显的性格与人际改变的重要性。虽然人们普遍认为认知行为或者技巧训练的模式对于症状的解除是比较有效的，但是却没有任何研究证据支持这个观点。目前只有屈指可数的研究（对病人随机抽样、严格控制方法学）对短程的、系统的认知行为方法（不聚焦在互动上）和同样是短程的、较少系统的、比较人本的、互动方法的治疗结果加以比较。研究对象涉及了不同临床疾病人群（艾滋病感染者、酒精依赖者、抑郁的大学生、抑郁的成年人、乱伦幸存者以及各种进食障碍患者）的许多症状。每项研究都证明两种方法都可以有效地减轻特定的症状，还没有任何一种实验可以证明两种治疗方法的治疗结果有明显的不同<sup>3</sup>。

修订本书很费时间，开始时我并不情愿。主要原因是：我对本书第三版中所描述的团体治疗的理论基础和技术方法仍然感到满意。然而，可以经受时间考验的书并不多，本书的第三版也开始出现有待修改的地方了。我上次读的时候就发现有一些过时的、不合适宜的引文。再者，团体治疗这个领域也已经有所改变了：另外，不管喜欢不喜欢，管理层的时代已经到来，并且建立了财务系统；新的诊断系统（DSM - IV）已经出现；十年来的临床和研究文献需要加以回顾并把它整合到本书中；有些新的团体如雨后春笋般出



现，而有些则烟消云散。以解决特定问题为主的短程治疗团体越来越普遍，所以我特地陈述了一些和这些团体相关的特定主题。另外，从本书的上一版出版以后，我又带领了许多治疗团体，笔记本中记录了许多新的临床观察和例证。

本书的前四章讨论了 11 种疗效因子。第一章先讨论了其中的 7 个因子，包括希望重塑、普遍性、传递信息、利他主义、原先家庭的矫正性重现、提高社交技巧、行为模仿。第二章和第三章谈论了一些比较复杂、重要的因子：人际学习和团体凝聚力。第四章讨论了最后两个疗效因子：宣泄和存在意识因子，然后综合叙述了 11 种疗效因子间的相对重要性以及相互依赖性。

接下来的两章介绍了治疗师的工作。第五章讨论了治疗师的任务——尤其是创造治疗团体的氛围，以及维持团体间的互动。在第六章中，我强调了治疗师必须激发团体成员现时此地的体验（也就是引导团体成员投入团体体验之中），并且向成员们诠释现时此地体验的意义。

如果说第五章、第六章讨论了治疗师应该做的事情，那么第七章谈论的就是治疗师应该具有的形象。本章清楚地说明了通过聚焦在治疗期间的移情和反移情，治疗师如何运用自我（self）凸现治疗师的作用。在前一个版本中，我忍不住告诫治疗师们要自我设限：因为当时许多治疗师仍然受到“交友团体治疗”相当多的影响，以致于他们经常过度地把自己“一览无遗”。但是，时代已经改变了。在这个版本中，我有必要鼓励治疗师不要太防御自己。由于法律专家已经介入了这个领域（因为有些治疗师不负责任、行为不当以及贪婪、非法执业的机构狼狈为奸），

所以许多当代的治疗师备感威胁，因此在心理治疗中运用自我时，他们变得过于保守和谨慎。

从第八章到第十四章按时间顺序先后讨论了团体治疗，并且强调在每个阶段中的团体现象以及治疗师所使用的相关技术。第八章、第九章两章讨论了病人的筛选和团体的组成，我修订了这两章，使 DSM - IV 的内容与当代的团体治疗实践更具相关性，并且包含了团体治疗的参加、脱落、治疗结果方面新的研究资料。第十章讨论了团体治疗的开始，包括对短程团体治疗新的论述和许多重要的研究资料，如：关于如何对参加团体治疗的病人做准备。

第十一章讨论了团体治疗的初期阶段，并且包括了新的内容，那就是讨论如何处理此阶段的脱落问题。第十二章讨论了团体治疗后期会碰到的现象：亚团体的形成、冲突、自我暴露以及治疗的终止。我重新整理了第十三章中有关问题病人的讨论，加入了一段有关“性格缺陷的病人”（分裂型、自恋型以及边缘型）的论述，反映出 DSM - IV 与自体心理学理论的变革。第十四章讨论治疗师所使用的特殊技术，包含了一个新的部分，讨论了整合治疗（个别和团体治疗整合）这一重要的模式，也讨论了联合治疗、协同治疗、无领导小组、梦、影像技术、结构式练习以及团体治疗中使用书面汇报等问题。

第十五章讨论了一些特殊的团体治疗，涉及到处理许多特殊临床症状或者特殊临床情境。本章提供了一些原则，用来修正传统的治疗技术，目的是为了使之符合其他特殊临床情境和需求。我深入描述了最常见（最具挑战性）的特殊治疗团体——急性精神病住院病人团体——来阐述这些原则。

第十六章讨论交友团体，这是本书面临的巨大挑战。因为目前公开以此标榜的交友团体已经逐渐销声匿迹，所以我本来考虑要完全删除这一章节。然而，有几个因素让我没有这样做：交友团体具有历史价值和研究价值，可以将交友团体（也称为过程团体、训练团体或者体验性训练团体）运用在团体的心理治疗教育中，而且现在许多人参加的团体也仍沿用此类技术（一项最近的研究发现4/10美国成年人经常参加这类小团体）。<sup>4</sup>因此，我不得不保留这一章，但是缩短了篇幅，并加以修订以符合目前的团体治疗实践。

第十七章讨论了团体治疗师的训练，其内容有所改动，以反映在教育过程中的教学要求和教学技术方面的变革。

内容过多分量过重的书籍容易被归类为书架上的“参考书目”。我希望本书不至如此下场，因此我不想再增加它的篇幅。而由于要增加很多新的素材，所以我只好忍痛删掉了一些旧的段落和引文（我每天离开书桌时，手上都沾满砍杀文句所溅的“血迹”）。为了增加可读性，我在文中的脚注以及书末的注释中，几乎对所有研究方法的细节和批评都做了进一步的说明。

最后，我要特别感谢斯坦福大学所提供的学术自由和必要的研究设备，使得本书顺利完成。我也要谢谢 Jerome Frank，因为他把我引入了团体治疗的领域，并且提供给我一个正直的、具有好奇心和奉献精神榜样。在这次修订中，有很多人给了我帮助：我的儿子 Victor Yalom 博士，他在很多方面给我支持，主要负责了第三章、第四章中研究资料的收集、更新与编纂；多伦多大学的 Melyn Leszcz 教授对整个手稿进行校对与评论；我的儿媳 Tracy LaRue 是我主要的研究助手；Caroline Constantz 是我和图书馆的主要联络人；Morton Lieberman 给我提供了许多实际的建议，特别是关于第十六章；我的儿子 Benjamin Yalom 和 Charlene Son 提供了必不可少的电脑支持。还有许多其他人也对稿件的许多部分提供了有价值的建议：Robert Dies、Martel Bryant、Alan Sklar、Donald Ehrman、Robert Lipgar、Jordan Litvak、Christine Kieffer、Simon Budman、Michael Weiss、Hillel Swiller、Barbara August、Saul Tutman、Priscilla Kauff、Dustin Nichols，以及参加我在斯坦福大学团体治疗课程的学生。总之，感谢所有上述帮助过我的人。

## 目 录

<b>第一章 疗效因子</b> .....	( 1 )
希望重塑.....	( 3 )
普遍性.....	( 4 )
传递信息.....	( 5 )
利他主义.....	( 8 )
原先家庭的矫正性重现.....	( 9 )
提高社交技巧.....	( 10 )
行为模仿.....	( 11 )
<b>第二章 人际学习</b> .....	( 12 )
人际关系的重要性.....	( 12 )
矫正性情感体验.....	( 16 )
团体是社会的缩影.....	( 18 )
社会缩影：动力学的互动.....	( 24 )
识别社会缩影中的行为模型.....	( 25 )
社会缩影是真实的吗？.....	( 26 )
概要.....	( 27 )
移情和内省.....	( 28 )
<b>第三章 团体凝聚力</b> .....	( 31 )
团体凝聚力的重要性.....	( 32 )
运作机制.....	( 35 )
小结.....	( 43 )
<b>第四章 疗效因子的整合</b> .....	( 44 )
疗效因子的相对价值：病人的观点.....	( 45 )
疗效因子的相对价值：病人与治疗师的不同看法.....	( 61 )
影响疗效因子的力量.....	( 62 )
<b>第五章 治疗师的基本任务</b> .....	( 67 )
团体的创立与维系.....	( 67 )
文化的建立.....	( 69 )
带领者如何塑造规范.....	( 71 )
团体规范的例子.....	( 74 )
<b>第六章 治疗师如何运作于此时此地</b> .....	( 81 )
历程的定义.....	( 82 )

以历程为核心：团体的力量来源·····	( 86 )
治疗师在此时此地的任务·····	( 87 )
激活此时此地的技巧·····	( 90 )
历程阐释的技巧·····	( 95 )
辨识历程·····	( 95 )
协助病人采取历程取向·····	( 101 )
协助病人接受历程阐释的评论·····	( 102 )
历程评论：理论概述·····	( 104 )
运用过去·····	( 110 )
整体团体历程评论·····	( 112 )
<b>第七章 治疗师：移情与透明度</b> ·····	( 121 )
治疗团体中的移情·····	( 123 )
心理治疗师和透明度·····	( 130 )
<b>第八章 病人的筛选</b> ·····	( 140 )
排除标准·····	( 141 )
纳入标准·····	( 151 )
筛选过程总览·····	( 154 )
总结·····	( 157 )
<b>第九章 治疗团体的组合</b> ·····	( 158 )
团体行为的预测·····	( 158 )
团体组合的原则·····	( 164 )
总结·····	( 169 )
最后的告诫·····	( 172 )
<b>第十章 团体的创建：地点、时间、规模和准备</b> ·····	( 173 )
初步考虑·····	( 173 )
团体治疗的准备·····	( 181 )
<b>第十一章 团体治疗的开始</b> ·····	( 191 )
团体的形成阶段·····	( 191 )
成员参与问题·····	( 201 )
<b>第十二章 高级团体</b> ·····	( 214 )
亚团体·····	( 214 )
治疗团体中的冲突·····	( 226 )
自我袒露·····	( 232 )
治疗终期·····	( 237 )
<b>第十三章 问题病人</b> ·····	( 242 )
垄断发言的病人·····	( 242 )

沉默不语的病人·····	(246)
令人厌烦的病人·····	(247)
拒绝帮助的抱怨型病人·····	(248)
精神异常的病人·····	(250)
个性难以相处的病人·····	(255)
边缘型病人·····	(261)
<b>第十四章 治疗师技术：特殊模式与辅助方法</b> ·····	(265)
个体治疗与团体治疗同时进行·····	(265)
助理治疗师·····	(271)
无领导者的团体聚会·····	(275)
梦·····	(276)
视听技术·····	(279)
书面摘要·····	(281)
治疗师的自我暴露·····	(285)
结构化练习·····	(289)
<b>第十五章 特殊的治疗团体</b> ·····	(293)
调整传统的团体治疗以应付特殊临床情境：基本步骤·····	(294)
急性精神病住院患者治疗团体·····	(297)
<b>第十六章 团体治疗与交友团体</b> ·····	(313)
交友团体的前身与演化·····	(316)
从训练团体到交友团体·····	(318)
交友团体的有效性·····	(320)
团体治疗的演化·····	(323)
交友团体和治疗团体间的关系·····	(324)
<b>第十七章 团体心理治疗师的培训</b> ·····	(330)
观摩学习·····	(330)
督导·····	(332)
受训者的团体体验·····	(334)
受训者的个人心理治疗·····	(338)
总结·····	(340)
技巧之外·····	(340)
<b>注 释</b> ·····	(343)

# 第一章 疗效因子

团体治疗如何来帮助病人？这是一个简单的问题。但是如果我们对此能够准确肯定地回答的话，那么对于心理治疗中最困难、最多争议的问题，我们也就掌握了解决问题的中心准则。一旦这个准则被确定后，根据治疗需要就可以找到相应的理论基础，而治疗师就可以根据这些理论基础来制定相应的措施和策略。

我认为治疗性改变是一个非常复杂的过程，而且随着人类各种体验的复杂的相互作用而产生，这种相互作用我称之为“疗效因子”（therapeutic factors）。对之由浅入深、由点到面的讨论，有助于深刻理解治疗性改变。因此，我将通过描述和讨论这些基本的因素来作为本书本章开始。

根据我的观点，治疗体验可以分为以下 11 个主要的因子：

1. 希望重塑 (Instillation of hope)
2. 普遍性 (Universality)
3. 传递信息 (Imparting information)
4. 利他主义 (Altruism)
5. 原先家庭的矫正性重现 (The corrective recapitulation of the primary family group)
6. 提高社交技巧 (Development of socializing techniques)
7. 行为模仿 (Imitative behavior)
8. 人际学习 (Interpersonal learning)
9. 团体凝聚力 (Group cohesiveness)
10. 宣泄 (Catharsis)

## 11. 存在意识因子 (Existential factors)

这一章中，我将讨论前面 7 个因子。人际学习和团体凝聚力非常重要但很复杂，因此我将在之后两个章节中分别讨论它们。存在意识因子在第四章中讨论，因为与那一章的内容一起，它将会较容易被理解。宣泄和其他疗效因子交织在一起，我也会在第四章中加以讨论。

这些疗效因子的区分是人为的；虽然将它们单独讨论，但它们是互相依赖的，它们既不独立存在，也不单独起作用。另外，这些因子代表着改变过程的不同部分；有些因子指的是病人所感受到的（比如，普遍性）；有些因子指的是行为上的改变（比如，提高社交技巧）；有些可能更确切地说，指的是改变的前提（比如，团体凝聚力）。虽然相同的疗效因子可能存在于各种类型的团体治疗中，但是它们的相互作用和相对重要性在各个团体中有着很大的不同。而且，同一个团体中不同的病人也可能依据不同的疗效因子而获益。

我们要记住这些疗效因子是人为的分类，我们可以把它们看做给学习者提供了一张认知地图。疗效因子的这种分类不是完全固定的；其他临床学家和研究人员可能根据他们的认识有一套不同的疗效因子。没有一种系统解释可以包揽所有的疗法。更重要的是，治疗过程无穷复杂，可以从体验中获益的途径也是无限的（这些主题我将在第四章中更加完整地讨论）。



我所列举的疗效因子,来自于我和其他治疗师的临床经验,来自于得到成功治疗的小组病人的观点,来自于相关的系统研究。尽管如此,这些来源的可靠性仍有待商榷;因为小组成员和小组带领者不是完全客观的,我们的研究方法也常是粗糙的、不适切的。

我们从团体治疗师那里得到一些疗效因子的清单,其中真是五花八门并且互相矛盾(见第四章)。治疗师绝对不是客观而不带偏见的观察者,他们为了掌握某种治疗方法花费了大量的时间和精力。而他们的反应大多由他们所信服的特殊学派所决定。即使抱着相同的理念、理论取向一致的治疗师,他们对于病人病情改善的原因也有不一致的观点。在交友团体(encounter group)的研究中,我和同事们都发现,许多卓有成效的团体领导者将他们的成功归因于与治疗过程不相关的因素:比如,热椅子技术(hot seat)、非语言练习或者治疗师本身人格魅力的作用(见第十六章)<sup>1</sup>。我们对此并未感到惊讶。因为在心理治疗的历史上,高效能的治疗师不乏其人,但他们的成功原因并非如他们所想像的那样。有时,身为治疗师的我们也会困惑不解。谁没有碰到过病人的病情大幅改善,而我们却对改善的原因一无所知呢?

团体治疗结束时,病人也许可以给我们提供一些资料,即他们认为哪些疗效因子是最有帮助的,哪些是最没有帮助的;或者,在治疗期间,他们也能对每次团体聚会中的重要部分进行评估。然而我们要知道,病人评估的完整性和准确性将是有限的。他们很可能把焦点主要放在一些表层的因素上,而忽略了那些可能超出他们意识范围的重要因素。他们的反应可能会受到各种难以控制因素的影响。比如,与治疗师或者与团体间成员的关系可能会

干扰他们的看法(研究表明,治疗结束四年后的病人与刚刚结束治疗的病人相比,更容易提到团体体验中没有帮助或受到伤害的部分)<sup>2</sup>。

研究也表明,病人认为重要的疗效因子,与治疗师以及观察员所认为的相比,有很大的不同<sup>3</sup>。而且,病人对疗效因子的评估受到很多因素的影响:比如,治疗长度、病人的功能水平<sup>4</sup>、团体类型(门诊、住院、日间医院或短程治疗)<sup>5</sup>、病人的年龄和诊断<sup>6</sup>以及团体治疗师的理论取向<sup>7</sup>等。另一个使疗效因子变得复杂的原因,是不同的团体成员对同一事件的知觉与感受大不相同<sup>8</sup>。任何特定的体验对有些成员是重要的或有益的,对其他成员则可能微不足道,甚至是有害的。

除了这些不足,病人的陈述仍不失为丰富的、相对质朴的信息来源。毕竟这是他们的经验,纯粹是他们的,如果我们与病人的体验离得越远,我们的结论中推论的成分就越重。确实有些改变过程超出了病人的理解,但这并不意味着我们可以对他们的所说置若罔闻。

如何获得病人的陈述是一门艺术。纸笔测验或者结构式问卷可以轻易地得到资料,但却经常容易漏掉体验的细微差别以及丰富性。提问者越能进入病人的体验世界,其体验报告就越有意义。同样,治疗师越能抑制个人的偏见,他/她便越能成为理想的提问者:这样的治疗师是可以信赖的,因为他/她比任何人更了解病人的内心世界。

除了治疗师的观点和病人的陈述外,还有第三种评估疗效因子的重要方法:系统的研究方法。目前最常见的研究策略是寻找治疗变量与治疗结果的相关。通过发现哪些变量和成功的治疗结果有显著性相关,人们便能勾勒出疗效因子的理论依据。不过,研究方法本身具有许多缺陷:例如,疗效的测量在方法上有

着困难,而治疗中变量的选择和测量同样也是问题(一般说来,测量的精确度和变量的具体程度成正比。比如说,测量一个变量“词语能力”——病人单位时间内说话的字数——比较容易。但是检查内省力就格外困难:我们可以测量治疗师的解释次数,但是我们如何来决定每次陈述对病人的意义呢?)。

我通过上述所有的方法,得出了本书所要讨论的疗效因子。我仍然不认为这些结论是绝对的,我更愿意把这看做抛砖引玉,让其他临床研究者对它们做进一步检验与扩充。我自己对这些疗效因子是十分满意的,因为它们都是来源于目前来说最有裨益的证据,也是构成高效能治疗方法的基础。

## 希望重塑

希望的重塑和维持对任何心理治疗来说都是至关重要的。希望不仅是保持病人能够继续治疗,这样其他的疗效因子就有可能起效,而且病人对治疗的信心本身就具有治疗效果。有几项研究证实,治疗前对获助的高度期待与积极的治疗结果间具有显著的相关性<sup>9</sup>。也有大量的数据记载信念治疗法(faith healing)和安慰剂治疗(placebo treatment)的有效性——这些完全都是通过希望和信心的治疗方法。

团体治疗师必须尽一切努力来增加病人对团体治疗疗效的信心。这项任务始于治疗开始之前,在团体成立前的介绍中,治疗师要增强病人的正性期望、去掉负性的成见,还要对团体的治疗性质做一个清楚的、有力的说明(第十章对团体前的准备程序有一个详细的讨论)。

团体治疗的进展不仅来自于正性期望所

带来的广泛作用,团体所特有的希望感也是治疗进展的重要资源。治疗团体必定含有应付方式不同程度受损的个体。因此,每个成员必定会不断地接触团体中病情有所改善的其他人——经常是和自己有相似问题的个体。我经常听到病人在团体治疗结束时说,看到其他人的进步对他们来说是多么重要。

团体治疗师应该有效地利用这一因子,时常提醒成员注意所取得的进步。如果治疗师收到最近结束治疗的小组成员的信件,报告他们不断取得的进步,治疗师应毫不迟疑地与现在的小组共享这一消息。当充满疑惑的新成员加入时,老成员们经常会自发地提供见证。

研究证实,治疗师相信自己以及相信团体的效能也是非常重要的<sup>10</sup>。我由衷地相信,我能帮助每一个充满改变动机、愿意在小组中努力至少6个月的病人。在我和病人个别的初始会谈中,我和他们分享这个信念,并且努力地使我的乐观能感染他们。

许多自助团体——比如说,丧子的父母亲组成的慈爱伙伴(Compassionate Friends)、施暴者组成的战胜暴力者(Men Overcoming Violence)、乱伦幸存者团体(Survivors of Incest)、以心脏手术病人组成的开心团体(Mended Heart)——这些小组都非常强调重塑希望<sup>11</sup>。康复协会(Recovery, Inc.)(以现患或康复期精神病患者为对象)和匿名戒酒会(Alcoholics Anonymous)的聚会主要内容即是互相见证。每次聚会时,康复协会的成员解说道:对于潜在的压力事件,他们是如何通过康复协会所提供的方法来缓解紧张的。成功的匿名戒酒会成员在每次聚会中,都会叙述他们的沉沦和被匿名戒酒会挽救的故事。匿名戒酒会的长处之一是领导者以前全是酗酒者——他们是活生生的启示。类似地,许多物质滥用的治疗方

案也通常利用已经康复的药物成瘾者作为团体领导者,以自己沉沦后浪子回头的事例,唤醒团体成员,激励成员们的希望。

## 普遍性

许多病人进入治疗时忧心忡忡,认为他们的不幸是惟独的,只有他们有着某种恐怖的或者不能被人接受的问题、想法、冲动和幻想。当然,这样的想法有一定的道理,因为大多数病人都有着非同寻常的严重的生活压力。每隔一段时间,那些来自潜意识的恐怖内容就会汹涌澎湃。

在某种程度上,我们所有人都是这样的,但这些病人极端的社会孤立,使他们的独特感被放大。他们的人际困难使之无法与人深交,深入的亲密关系无法形成。在日常生活中他们既无法感受他人的体验,也无法经从信任别人而最终得到被信任和被接纳。

在治疗过程中,特别是在早期阶段,不对病人的独特感给予肯定,本身就能缓解病人的情绪。当听到其他成员暴露类似的担心时,病人的共鸣油然而生,犹如“回归人群”的感觉。简单地套用老话,“无独有偶”,或者说“同是天涯沦落人”。

每个人的行为或思想从来不会完全有别于他人。治疗中团体成员会暴露一些像乱伦、盗窃、挪用公款、谋杀、自杀甚至是一些无可救药的幻想等行为。但观察到其他团体成员看待这些行为的态度,就能发现这些行为也可能发生在他们自己身上。弗洛伊德曾说过:强烈的

禁忌(不准乱伦和不准弑父)之所以被严格设定,就是因为那正是人性中最深层次的冲动。

上述治疗方法的应用并不仅限于团体治疗。普遍性在个别治疗中也占有一席之地,只是较少受到重视。有一次,我和一位病人回顾他以前与另一治疗师进行的600个小时的个别分析。当我问到治疗中他认为最有意义的事件时,他描述了当时他对母亲的感情感到深深的困惑。尽管他对母亲依恋不舍,但同时他希望母亲早早去世——这样他就能继承相当可观的财产。他的分析师在此刻简要地说道:“那似乎是我们都会有的想法。”那毫无掩饰的话语给了病人很大的安慰,使病人能进一步探索他更深层的矛盾情绪。

尽管人类的问题十分复杂,但它们仍然具有某些共同的本质,治疗团体的成员很快就能看到彼此间的相似之处。有一个例子可以说明这一点:很多年来,我要求训练团体(T-groups)或过程团体(process groups)的成员<sup>①</sup>(见第十六章)完成一种“最高秘密”的作业。成员们被要求在纸上匿名写下他们心里的最高秘密——他们最不愿意和他人分享的一件事。令人惊讶的是这些秘密竟如此地相似,而且可以划归为几大类<sup>②</sup>。常见的秘密是深信自己能力不足,即感觉如果他人真正认清自己,他们将会发现自己的无能,并看穿自己的虚张声势。其次是人际间强烈的疏离感,许多人表示他们不会也不能真心地去关心或爱一个人。之后常见的类型是各种性秘密。通常那些寻求专业帮助的正常人群体,他们的主要

① 这些团体的成员并非病人,多半为医学院学生、精神科住院医师、护士、精神科技术人员及公司的自愿者。

② 团体中使用这样的游戏有好几种方法。其中一种已被证实有效,是收集不记名的秘密之后,再将它们发给大家,每人拿到一张别人的秘密。每个成员要把手上的秘密大声念出来,然后谈谈如果自己拥有这个秘密将有何种感受。这个方法通常可以有效地证明普遍性、共情以及他人了解自己的能力。