

心理咨询与治疗系列

# 精神分析

## 案例解析

【美】Nancy McWilliams 主编  
钟慧 等译 李鸣 审校

PSYCHOANALYTIC  
CASE FORMULATION

 中国轻工业出版社

心理咨询与治疗系列

PSYCHOANALYTIC Case Formulation

# 精神分析案例解析

【美】Nancy McWilliams 主编

钟 慧 等译

李 鸣 审校

## 图书在版编目(CIP)数据

精神分析案例解析 / (美) 麦克威廉姆斯 (McWilliams, N.) 主编; 钟慧等译. —北京: 中国轻工业出版社, 2004.7  
(心理咨询与治疗系列)  
ISBN 7-5019-4367-2

I. 精... II. ①麦... ②钟... III. 精神分析—案例  
IV. R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 043687 号

## 版权声明

Copyright © 1999 Nancy McWilliams

Published by arrangement with The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc.

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: 陈艳鹿 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: 2004年7月第1版 2004年7月第1次印刷

开 本: 787 × 1000 1/16 印张: 13.75

字 数: 180千字

书 号: ISBN 7-5019-4367-2/B · 015 定价: 24.00元

著作权合同登记 图字: 01-2004-2148

咨询电话: 010-65262933

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



## 作者简介

南希·麦克威廉姆斯 (Nancy McWilliams), PhD, 在新泽西州立大学应用与专业心理学研究生院教授精神分析理论与治疗课程, 新泽西精神分析与心理治疗协会及美国精神分析协会高级分析师, 在新泽西弗莱明顿私人开业, 专门从事心理动力学治疗及督导。她的著作《精神分析诊断——在临床过程中理解人格结构》(*Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*, The Guilford Press, 1994) 现已成为美国和海外许多心理治疗师培训项目公认的教材。此外, 麦克威廉姆斯博士还发表或参编了有关人格、心理治疗、心理诊断、性心理、女性心理学及现代心理病理学等方面的论文与著作。

## 推荐序

此书的翻译缘于一次聚会。2003年冬，参加北京精神分析心理治疗师培训班的几位中方教员，与“万千心理”图书总策划石铁及编辑李峰见面，共同商定如何选择翻译精神分析原著，并不断向国内人士推荐此方面的优秀著作。他们带来了一些原著以及设想：希望能有针对性地出版一批对心理治疗培训、对国内治疗师培养均有帮助的译作。从众多的书籍中，我们几位一下子被美国南希·麦克威廉姆斯的《精神分析案例解析》一书所吸引。

这是一本系统介绍初始访谈过程及理论依据的书籍，是从精神分析理论角度分析案例的不可多得的好书。全书共十章。第一、二章着重介绍了精神分析取向的心理治疗中，治疗师对患者的理解在治疗各阶段的重要性，也介绍了作者本人作为一名执业治疗师的治疗设置和访谈特点。之后的八章中，分别介绍了案例分析的要素，即：评估患者的气质、心理发育、防御方式、情感状况、认同倾向、关系模式、自尊需要和病态信念。每一章中，分别对要素的定义、相关研究、评估方法、评估意义作了深入浅出的阐述。通过丰富的临床例证，引导读者逐渐理解和认识动力学案例分析的方法，并进一步理解动力学分析指导下治疗方案的制定、治疗目标的选择以及动力学分析与治疗关系的相互影响。显然，上述内容，对于初涉精神分析心理治疗园地的学习者是何等重要，正如美国新泽西州立大学的乔治·阿特伍德先生所言：“该书将是该领域最重要、使用最广泛的书籍。”

此书的另一特点是，具有扎实精神分析理论基础的作者综合了精神分析理论不同学派的研究成果，使许多临床现象能从精神分析的不同层面得到较为满意的解释。更为难能可贵的是，作者还将认知—行为主义和存在—人本主义贴切地融入案例分析要素的各章中，这也反映出作者在心理治疗理论方面融会贯通的大家风范。

我们不难看出，此书的出版符合出版社的初衷，因为它适合于任何一位对心理治

疗这一领域感兴趣的人士，当然，对心理治疗师的培训，提高治疗师理解当事人的能力；此书无疑是再恰当不过了。

此书将有助于精神分析理论取向的治疗师进一步了解初始访谈中案例分析的要点，如何将精神分析理论与临床实践紧密结合，并不断锤炼动力学分析的能力，此书也有助于其他理论取向的心理治疗师从该书中强调的理解当事人的各种方法中获益，并把这种理解应用于他们自己的理论框架中去。同时，此书还有助于重视描述性诊断的精神科医生从该书中强调的释义性、直觉性分析方法中得到启发。

原著行文流畅，读着使人赏心悦目。本书的译文也在理解原文的基础上，尽量保持原著的这一特点。当然，能否达到这一目的，需由读者来判断。

李 鸣

2004年春于苏州

## 译者序

我曾参加过一个精神分析培训班，印象极为深刻的是培训班成员对精神分析取向心理治疗的热情，然而，我感到大家对资深分析师究竟如何在精神分析框架内认识患者、分析患者总是困惑不解。南希·麦克威廉姆斯的这本《精神分析案例解析》恰恰回答了这一问题，该书从八个方面逐步引导读者认识如何形成一个动力学的案例分析，并利用获得的信息来指导治疗决策，无论对初学者或治疗师，都是一本获益良多的教科书。

本书的翻译工作由下列人员完成：钟慧（第一至二章、导言、结束语）、汤臻（第七至八章）、张莉娟（第五至六章）、叶红萍（第四章、第九章）、王海芳（第三章、第十章），书中各章的初稿由本人统一审核、统稿。而全书的译校工作则由我的导师李鸣教授完成，由于他严谨的治学态度及渊博的精神分析专业知识，使译文既保证基本符合原意，又尽量反映出原著文笔优美的特点。囿于译者的学识和水平有限，译文难免有误，望读者谅解，并不吝赐教。

钟 慧

2004年春于苏州

## 前 言

我第一次听说“动力学分析程式”(dynamic formulation)这一名词,是有一次我的督导要求我试着对一案例做出动力学层面上的剖析和组合,我当时立刻变得无所适从。我模糊地知道督导要求我做什么——也就是设想患者的症状、心理组分、人格类型、个人史及目前境遇如何互为因果、有机地整合在一起,并最终形成结论——但是,我脑子里却一片空白,不知该从何入手。这使我进一步认识到心理诊断之释义性、整合性及艺术性的一面。在这之前,我所受的职业训练很少鼓励我在工作中运用推理的方式,凭借直觉提升自己的创造力,很少倾心感受另一个人的内心世界,并根据患者独特的主观体验来理解他所遭遇的痛苦,而常常是依据程式化的、“客观的”诊断标准来对他们进行诊断。和大多数学生一样,我也很擅长记忆客观资料,照本宣科,寻找足够的“依据”以证实或排除一个标准的疾病诊断名称,但是“动力学分析”却与此截然不同,因此这一要求对我原有的知识结构产生了很大的冲击。

大多数人和我一样,都是通过师从督导而学会对案例的心理动力学分析的,督导不仅应擅长案例分析,还应能言传身教,证明对案例的理解越透彻,治疗就越有效。对于能否在此书中将这种创造性的、情感投注的过程表述得淋漓尽致,我并没有绝对的把握。在此之前,我也不能完全确定,我的《精神分析诊断》(*Psychoanalytic Diagnosis*, McWilliams, 1994)一书对分析式的诊断能否卓有成效,结果是,我却不断收到从学生和治疗师反馈而来的信息,称我书中的论点对他们很有帮助。因此,当编辑指出,我在《精神分析诊断》一书中反复强调敏锐地评估患者人格结构的重要性,但对于如何才能达到这种境界却只作了简单的脚注时,我就开始思考,如何用文字来表达资深的心理动力学治疗师看待患者的方式。

诚然,心理动力学治疗师并非简单地以美国精神病协会在精神障碍诊断与统计手册(DSM)上编纂的“疾病”标准来分析案例。而且他们确信,即使是DSM-IV的作



者们也对“疾病”分类的局限性了如指掌，尤其从临床医师而非从实验研究者的视角来考虑问题时更是如此（美国精神医学协会，1994，p. XXV）。作为一名优秀的治疗师，他必须能从情感上感知个体的复杂性和整体性——既脆弱，又强壮；既异常，又健康；既迷惘，又坚强，虽身处逆境却闪烁出惊人的理性和智慧。

我以前写的《精神分析诊断》一书论述了人格结构对治疗的意义。然而，评估患者的人格类型仅是影响治疗师决定如何展开治疗的因素之一。我们还需了解什么刺激导致患者在这个特定的时刻向我们求助，他/她在无意识层面如何看待这些刺激，以及何种特定背景使他/她对这种应激具有易感性。我们还要了解患者的年龄、性别、性取向、民族、种族、国籍、教育背景、躯体病史、既往治疗史、社会经济状况、职业、生活环境、责任状况及宗教信仰与他们的求诊病况有何关联。此外，我们要询问患者的饮食习惯、睡眠习惯、性生活史、吸毒史、娱乐消遣方式、兴趣爱好及个人好恶。最后，我们将上述信息按前后因果联系起来，帮助我们能够了解患者及其异常心理，而且从中得出适用于患者的建议及帮助我们与患者建立治疗关系（见 Spence, 1982）。因此，与我上一本有关诊断的书不同，本书不仅涉及 DSM 轴 II 的那些心理因素，而且还涉及轴 I、III、IV、V 及其他领域的相关内容。

本书更多地论述了诊断的过程而非结果。尽管已有许多关于如何进行初始访谈的优秀书籍（MacKinnon & Michels, 1971; Othmer & Othmer, 1989），而且近来又有几本阐述各种人格诊断或人格障碍的著作问世（Akhtar, 1992; Millon, 1981; Kernberg, 1984; Josephs, 1992; Benjamim, 1993; Johnson, 1994），但我知道，并未有多少入门书籍涉及治疗师如何处置诊断性访谈中丰富的信息——如何据此既能做出诊断同时又符合动力学式的分析。保尔·普鲁斯（Paul Pruyser）的访谈指南是一个著名的特例，他在 1979 年不仅描述了以心理动力学为指导的访谈过程，而且还以雄辩的事实维护了它的重要性。20 年来，无论是精神分析还是整个人类文化都已发生了巨大的变迁。目前，快速、非推理性诊断的应用日益广泛，心理动力学分析对于我们这些从事心理健康工作的人来说，可能比以往任何时候都显得更为重要，它可以时时提醒我们牢记：试图了解一个人及其心理问题是多么的复杂与微妙。

我希望本书对任何有志成为治疗师的人都有所裨益，而不管他们从事的领域是精神病学、心理学、社会工作、咨询、教育、护理、精神分析、关系咨询，或是运用视

觉艺术、音乐及舞蹈的表达性治疗。我希望本书不仅能让治疗师了解如何发展并锤炼动力学分析能力，而且还能阐明构成精神分析主流的各种知识的价值，并希望能以此为我的同事和学生提供支持，使他们能经受住当前由市场驱使的、对于渐进而持续的精神卫生保健服务的冷嘲热讽。社会需要心理治疗师坚持服务的职业规范，抵御经济压力而不懈追求对患者的理解，以及保持这种缘于追求而引起的对患者深深的同情。

# 目 录

导言	( 1 )
关于主观性/投情性	( 1 )
关于做一名世纪之交的治疗师与心理治疗教师	( 3 )
关于本书结构	( 6 )
<b>第一章 案例分析与心理治疗的关系</b>	<b>( 9 )</b>
基本目的	( 10 )
传统精神分析治疗的目标	( 12 )
案例分析更多是为了治疗而非研究	( 23 )
小结	( 25 )
<b>第二章 访谈指导</b>	<b>( 27 )</b>
我的初始访谈风格	( 28 )
结束语	( 40 )
小结	( 42 )
<b>第三章 不可改变因素的评估</b>	<b>( 43 )</b>
气质	( 44 )
对心理有直接影响的遗传性、先天性及医源性条件	( 46 )
脑外伤、疾病和中毒的不可逆后果	( 47 )
不可改变的身体条件	( 49 )
不可改变的生活处境	( 51 )
个人经历	( 54 )
小结	( 56 )

<b>第四章 心理发育的评估</b> .....	( 57 )
对精神分析发展理论的一些警告和针对性评论.....	( 58 )
经典弗洛伊德理论和后弗洛伊德理论的心理发育模式及其临床应用.....	( 63 )
小结.....	( 72 )
<b>第五章 防御机制的评估</b> .....	( 73 )
评估防御机制时的临床及研究注意事项.....	( 75 )
性格性与情境性防御反应.....	( 77 )
评估防御机制的临床意义.....	( 79 )
小结.....	( 86 )
<b>第六章 情感的评估</b> .....	( 87 )
移情/反移情中的情感 .....	( 89 )
呈现问题时的情感状态.....	( 92 )
评估情感的诊断意义.....	( 94 )
准确理解情感的治疗意义.....	( 98 )
小结.....	( 103 )
<b>第七章 认同的评估</b> .....	( 105 )
移情反应所提示的认同.....	( 106 )
认同、合并、内射以及主体间关系的影响.....	( 107 )
认同的临床意义.....	( 110 )
反向认同明显时的临床表现.....	( 114 )
民族的、宗教的、种族的、文化及亚文化的认同.....	( 116 )
小结.....	( 118 )
<b>第八章 关系模式的评估</b> .....	( 119 )
在移情中的关系模式.....	( 122 )
治疗场合外的关系主题.....	( 130 )
关系模式对长程治疗及短程治疗的意义.....	( 133 )
小结.....	( 134 )

<b>第九章 自尊的评估</b> .....	(135)
了解自尊问题的意义.....	(135)
精神分析对自尊的关注.....	(138)
评估自尊的临床意义.....	(142)
小结.....	(153)
<b>第十章 病态信念的评估</b> .....	(155)
病态信念的本质与功能.....	(156)
对病态信念形成的假设.....	(160)
理解病态信念的临床意义.....	(165)
小结.....	(171)
<b>结束语</b> .....	(173)
最后的忠告.....	(179)
<b>附录：合同样本</b> .....	(181)
<b>参考文献</b> .....	(183)

# 导 言

我在本书中阐述的观点，最初是为了回应詹姆斯·拜伦（James Barron）的邀请而构思的，当时他请我为一本题为“诊断具有的意义——加强心理障碍的评估与治疗”（*Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*, 1998）的选集撰写一篇论文。事实上，本书是在此论文的基础上进一步展开详细论述，但针对的是不同的读者，并且为了一系列更为复杂的目的，这一点在本书以后的章节中将详尽体现。在向我约稿的来信中，拜伦希望我能答复读者下列问题，譬如：如何将诊断过程与临床工作的实际紧密结合，使其更有意义；诊断与预后之间存在着怎样复杂的关系；诊断对治疗的影响究竟有多大；如何将诊断与心理发育阶段联系起来；以及诊断如何既能注重描述性诊断的特异性，又能兼顾诊断的普遍性。

多年来，这类问题一直萦绕在我心头。当美国精神病协会（American Psychiatric Association）的《心理障碍诊断与统计手册》（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM）接二连三改版（1968, 1980, 1987, 1994），使其变得更具客观性，更具描述性和更少理论学派倾向性时，DSM 却不可避免地削弱了多数临床医生实际赖以操作的诊断的主观性与推理性。与集经验而成的 DSM 诊断系统悄然并进的是另一种知识，它通过口授、实用性期刊、临床经验、复杂的推理和相应的主观直觉而世代相传。对于任何个案来说，不管你冠以何种正式的诊断名称，都与上述这些知识多少有些牵连。我写此书的目的之一就是，向读者系统地展示这种无形、却广为应用的知识。

## 关于主观性/投情性

在经验主义科学家眼里，人类的主观性通常被视为精确观察之大敌。而在临床治



疗师的眼里，主观性却为深入了解人类打开了方便之门，这是研究其他学科的科学家所无可企及的（人们可以想象，物理学家是绝少与微粒“投情”的）。许多当代精神分析作者（Kohut, 1977; Mitchell, 1993; Orange, Atwood, Stolorow, 1997）非常精辟地将精神分析定义为主观性科学，而分析师的投情则是了解患者的首要工具。我在本书中所涵盖的许多内容都反映了这种主观性/投情性取向。带有这一特性的临床观察具有重要的作用，特别是经过日积月累，并反复与同行切磋后获得的这种投情能力就更是难能可贵。

几年前，我曾同意作为一篇医学论文的研究被试，该研究的目的是调查精神分析治疗师与认知行为主义治疗师之间的诊断有无差异。我应允“以我的常规方式”诊断某些通过录像带呈现给我的案例，并在观看完录像带中描述问题的患者后填写一张问卷。当我看完录像后，我的第一反应就是：录像带中正在描述症状的妇女肯定不是患者；她在摄像机前的表现，完全缺乏一个求助者所应有的痛苦情感氛围。我立即意识到，我无法以临床评估的常规方式对她作出“诊断”——即对寻求治疗师专业帮助的患者，全身心投情于其主观体验，并认真审视自己被激起的主观反应。问卷上的第一个问题就是“你对这个患者的第一印象是什么？”我回答：“我的印象是，她是位演员，而不是患者。”接下来的问题，我也就不可能作出适当的回答了。

我把试验者叫来，向她解释，她要求我以“常规方式”作出诊断，而我的常规方式要求我去感受一个真正寻求帮助的人的存在。我说，我并不想刁难她，但是我无法以我通常的诊断方式来满足实验的要求。研究者证实，录像带中的妇女确实是位演员，但要求我无论如何将她想象为真正的患者。我说我做不到：对于我来说，诊断并非一项严格的智力测验，只需对描述的症状作出反应。研究者被激怒了，决定将我从她的研究中排除出去，因为我不能按照实验条件配合她的研究。她最后发表的论文结果忽略了像我这样的治疗师的评估实践，而这样的评估才能带着更全面、更主观、更互动的敏感性去理解别人。

类似的忽略总是与精神分析如影随形。而之所以被忽略，就因为精神分析的观点不属于“纯净”的、客观描述的、完全独立的、可观察的行为单元（Messer, 1994）。因此，认知行为治疗拥有许多实验数据，而精神分析治疗却极少，也就不足为奇了。只有单纯认知受损的患者才真正只适合于认知行为治疗而不适合于精神分析治疗。精

神分析治疗缺乏有效的数据，但也并没有数据表明精神分析治疗无效。正如乔治·斯德里克（George Stricker, 1996）所言，我们不应该将缺乏证据与缺乏疗效混为一谈。可以断定的是，如果精神分析要求确立自己的实验地位，势必需要投入更昂贵、更复杂、更富创造性的研究。这样，目前仍然确信精神分析工作效能的人，至少能更为确信自己的信念。

平心而论，有充分的证据表明，精神分析理论经常被误解（例如，人们对弗洛伊德关于女性性行为的奇特理论的认识），认为它受文化限制、自命不凡，轻则荒诞离奇，重则误人子弟。由于知识发展的有限性，在主观理论和客观病症之间永远存在着一定差距。差距的另一个来源在于，临床实践常常先于实验研究，原因很简单，因为只要听同事说某一新技术对患者有益，治疗师就会在实验完全证实之前急于尝试〔眼动脱敏和思维重组（eye movement desensitization and reprocessing）[Shapiro, 1989]，或思维—场治疗（thought-field therapy）[Callahan & Callahan, 1996; Gallo, 1998]最近之所以流行，也是这个原因〕。

很少有人具有科学家那种完全客观的特质（Schneider, 1998，关于心理学的浪漫主义传统）。然而，我们并非对科学实验置若罔闻。至少从斯皮兹（Spitz, 1945）时代起，分析师在临床实践及理论发展方面都深受对照研究的影响，而受发展心理学研究的影响尤甚。本书的另一目的是，向读者展示资深分析师如何将研究结果与分析案例的需要相契合。

## 关于做一名世纪之交的治疗师与心理治疗教师

正当心理治疗日益摆脱了它的瑕疵时，正当关于其有效性的可信报道日益增多时（Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith, Glass, & Miller, 1980; Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986; VandenBos, 1986, 1996; Lipsey & Wilson, 1993; Lambert & Bergin, 1994; Messer & Warren, 1995; Roth & Fonagy, 1995; Seligman, 1995, 1996; Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996; Strupp, 1996），我们却面临着形势与经济的压力，这种压力正打击着治疗师的士气，阻碍着患者寻求帮助，干扰着治疗师去激起患者坚持长程治疗以获得某种经久不衰的心理特质，相反，却将那些随时可能迅速终

止的、缺乏信任基础的关系定义为“治疗”（Barron & Sands, 1996），那可真是对我们这个时代莫大的讽刺。

要成为一名优秀的治疗师，注定要付出辛勤的劳动及投入大量的时间，但是最近，这项工作变得异常耐人寻味，原因是有抱负的治疗师们担心自己倾注很多心血才得以掌握的艰难艺术将无法施展，为此他们感到焦虑不安。作为治疗师的督导，我看到近年来这种焦虑感渐趋上升。例如，每年在路特歌学院介绍精神分析理论的概貌时，我会按惯例安排一场考试，要求学生以经典弗洛伊德的风格分析自己的某一个梦。答卷通常会浮现出“群体主题”，即常常涉及分离（学生常常在研究生的第一个学期上这门课）或自尊（在研究生院，维持自尊不太容易）。在最近，被分析的梦几乎有一半都包含一个强人所难、独裁专横、不体恤他人的权威形象——仇恨的警察局长、愤怒的学校校长、独断专横的修女，诸如此类。当我向班级同学报告这一模式，并询问他们如何理解它的意义时，他们立即联想到对“医疗管理机构”的看法，在那儿，某项行政指令会突然凌驾于他们的临床判断之上。

如果我于15年前写本书，可能不会如此锋芒毕露。如今我们处在一个卫生保健普遍面临着棘手危机的时期，而心理治疗的危机尤甚。卫生保健服务系统实质上已由公司掌管，我对公司及商业模式是否适用于治疗行业表示高度怀疑。尽管我发现，很难想象有一天人们会不愿向受过严格训练的治疗师寻求治疗，但是，如果敷衍塞责、虚情假义、令人沮丧的干预也被当作心理治疗，那么用不了几年，就会有许多人认为，他们“已经试过治疗”，却发现它根本无效。这样的结果使他们不会愿意再试一次。

这些现实状况更加驱使治疗师必须工作严谨而有效。如果患者只限于短期治疗，那么从一个判断正确的诊断开始，就显得更为重要。如果付费的第三方一再坚持，患者无法进行希望得到的治疗，治疗师有责任如实告之，并知道如何向患者转达对其特定心理及治疗要求的理解——以通俗易懂的语言对其讲述动力学分析（Welch, 1998）。这种交流最终能否为患者所理解，取决于治疗师对患者整体心理的把握达到何等敏锐的程度。

认为心理治疗，尤其是心理动力学治疗费时费力又无效，这是一种普遍的现代观点，而在医疗管理机构职员、保险公司经理及某些学院派心理学家中间，此观点尤为