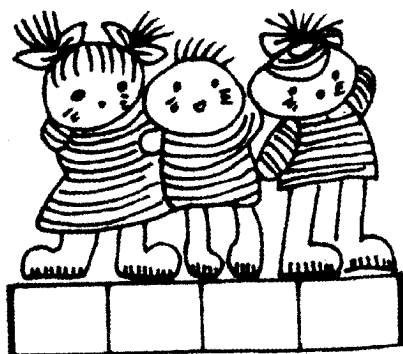


第一章

故事和互动说故事



1

针对儿童、青少年及成人的心理治疗方式之间有明确的差异存在，而这样的差异往往会对我们在心理现象过程中设计的治疗方式造成多重的影响。普遍说来，只有极少数的青少年或儿童愿意讨论自己的欲望或内心挣扎，大部分的青少年根本不愿意接受它们的存在。正因如此，极大部分的儿童与青少年都不是自愿要接受心理治疗的，他们常常是被父母软硬兼施地强拉来接受治疗。更有甚者，儿童与青少年正处于对于成年病患而言已成历史的处境里。也就是说，儿童与青少年正身历其境地处理这些冲突与危机，它们对于成年病患而言已经成为或可记取、或已潜藏的回忆。儿童与青少年仍然以各种独特的方式与父母及兄弟姊妹进行沟通，但是对多数成人而言，如今儿童、青少年独特的沟通方式往往仅存于想像的层次。

除了我们将会讨论到的这些差异之外，另外一个根本的差异在于：针对这三大类不同的当事人，我们必须采用不同的治疗技术。儿童不像青少年或是成人，往往还不能掌握语言沟通或者次级历程的思考方式，所以成人完全诉

诸语言文字的沟通方式不太可能在他们身上使用 (Lieberman, 1983)。正因如此，我们常使用治疗游戏、角色扮演、玩偶、粘土、绘画及其他游戏的技巧，或者用这些游戏来配合我们所诱发的故事，而儿童所叙述的故事则包含了直接的言语对话，或是诉诸于隐喻的沟通。

儿童的故事：相关文献概述

自从本世纪初前20年以来，在以处理精神动力导向的儿童治疗当中，各种形式的故事与孩子说的故事就扮演着重要的角色；尽管如此，在检视早期儿童心理治疗的文献之后，我们却发现，只有在少数的案例中，说故事会被独立且有系统地运用，而不仰赖其他的心理治疗技术。虽然在19世纪60年代前期，大量地运用故事与说故事的技术并不常出现在相关文献之中，但是学者很早就发现故事在治疗与评估中所具有的重要价值。的确，将近一世纪之前，儿童精神分析的领航者哈格海默 (H.von Hug-Hellmuth, 1913, 1921; Gardner, 1993) 就指出，儿童投射性的故事及其他幻想游戏为儿童分析师提供了相当重要的心理活动信息，帮助他们发掘儿童所特有的冲突与适应。在早期的临床医师中，康恩 (J.Conn, 1939, 1941, 1948) 与所罗门 (J.Solomon, 1938, 1940, 1951) 首先尝试将儿童的故事作为投射的媒介及治疗的技术，而两人的早期贡献也都记载在这些文献当中 (Gardner, 1993)。

在1936年的一份研究报告中，露忆丝·戴斯柏（Louise Despert）与她的同事波特（H.W.Potter）评估了故事运用于研究儿童精神疾病的价值。他们的研究对象是22位住院的儿童，年龄从4岁到13岁不等。尽管研究缺乏精密的方法学基础，但是戴斯柏与波特仍能够基于他们所收集的印象式证据提出了几个结论：

- 故事是透过语言而呈现的幻想，让儿童能够表达他们的内在“驱力”（drive）与冲突。
- 重复出现的主题往往指出儿童主要的关心与冲突，而这些主题可以被其他的临床证据（比如梦境）所证实。
- 故事主要表达的是焦虑感、罪恶感、梦想实现，以及侵略的态度。
- 如果儿童能够决定自己要说什么故事、怎么说，那么故事的使用最有价值。
- 故事可以当作治疗及评估的工具。

儿童治疗师常常配合其他治疗的媒介与活动来诱发儿童的想像，包括傀儡戏（Bender and Woltmann, 1936; Hawkey, 1951; Woltmann, 1940, 1951）、手指画（Arlow and Kadis, 1946）、素描与水彩画（Rambert, 1949）、扮装演戏（Marcus, 1966）、粘土捏塑（Woltmann, 1950）等等。此外，玩偶游戏（Millar, 1974）提供了故事与幻想丰富的泉源。

包括龚朵（L.Gondor, 1957）在内的几位学者认为，儿

童应该要依照自己的意愿选择以何种形式表达自己的幻想，所以治疗师需要凭借着智能来启发且协助儿童，让他们找到最好的方式表达这些幻想。龚朵借由一个临床的案例来表现这个过程：一个年仅10岁、性格退缩的儿童，无法与他人进行直接的语言沟通，却能够透过故事向治疗师表达自己的想法。

事实上，大多数儿童心理治疗所使用的技术都希望诱发的除了故事之外还有幻想。可想而知，“克莱恩游戏治疗学派”（Kleinian school of play therapy）的当代倡导者会反对这样一个要求儿童诉说自发性故事的技术。他们说，这个技术将无谓的结构强加于潜意识的信息流动，并且将儿童的表达限制在语言沟通的层次。然而，就现象本身而言，我们也许可以说，这类故事在组织过程的中间位置，“一边是流动的、非常理想化的原始历程活动——自由联想；而另一边是秩序井然，由意识与逻辑句法所构成的次级历程的思考与沟通方式”（Kritzbeg, 1975，第92页）。也就是说，自发性的故事或许受限于语言表达的层次，但是就像其他游戏技巧一样，提供了合理的机会以直接了解儿童的幻想世界。我们甚至可以这么说，透过故事的形式来表达这些幻想可能会强化动力的沟通，而不会冲淡、遮掩或是扭曲这些幻想。在一份对“儿童透过语言来表达幻想”的经典研究之中，学者将诱发自创性的沟通比拟为诱发“实时的梦境”（Pitcher and Prelinger, 1963）。

有时候，说故事与故事的材料也会含括在儿童心理疗的高度特殊化程序中，其中一种程序是“心理剧”

(psychodrama) 也就是让儿童扮演源自社会生活的戏剧角色，借此让他们对自己的行为有所了解，使他们能够学会更恰当的角色扮演，以面对不同人际状况的挑战 (Dreikurs, 1975; Starr, 1977) 另外一种程序是“儿童心理分析之结构性游戏治疗” (Kritzberg, 1971, 1975)，这个方式将外在刺激所引发的说故事行为（相对于自发性的说故事行为）与两种治疗游戏结合起来：第一种游戏 (TISKIT, 治疗式想像说故事工具箱) 是为仍不会使用语言的儿童设计的，借由人像式的物品来进行；第二种游戏 (TASKIT, “说个故事”工具箱) 是为学龄中的儿童所设计的，藉由单字卡片来进行。“交互说故事技巧” (mutual storytelling technique) 原来是治疗师与病患共同叙述故事的程序 (Gardner, 1977)，也是最早将儿童自发性的故事正式且有系统地运用于临床治疗的技巧，而最近的研究更将这个技巧与多种卡片与棋盘游戏结合 (Gardner, 1993)。“创意角色扮演技术” (creative characters technique) (Brooks, 1981, 1993) 是一项有趣的综合技术，结合了克力兹伯 (Kritzberg) 的结构性游戏治疗以及贾德纳 (Gardner) 的“交互说故事技巧”；这个治疗方式较为强调合作，非常重视认知技巧与多种“自我功能” (ego functions) 包括处理内心焦虑以及促进对自我的掌控与能力。

有些学者也发现，治疗师与儿童共同参与创造故事的过程对治疗有相当的助益。其中一个例子是李伯维兹 (J.Liebowitz, 1972)。他研究了一位有严重心理问题的7岁儿童，发现病童说的故事主要是想维系与治疗师的关系，

而不是做直接的沟通。这位病童的故事没有情节或意义，只有一些彼此没有明显关系的角色。治疗师广泛利用玩偶与视觉材料来辅助这位病童的治疗工作，而且他本人也直接参与，或者适度修改病童自发性的故事，或者在其中添加材料。罗伯森与巴佛（M.Robertson & F.Barford, 1970）的研究发现，对于发生慢性呼吸系统疾病而必须住院的儿童而言，治疗师对儿童所叙述的故事对于治疗相当有助益。治疗师每天都对儿童说故事，而这些故事不只包括儿童对于自己在医院生活的看法，更加入了治疗团队的观点。学者相信，这位病童所听到的故事最终会帮助他做好准备，让他适应“医院之外的心理与生理生活”，让他能够拿掉口罩并且出院（1970，第106页）。其他的学者也针对互动说故事提供了补充修正及实际运用的报告（例如 Claman, 1980; Gabel, 1984; Kestenbaum, 1985; David, 1986; Lawson, 1987）。

何谓互动说故事

有史以来，几乎在每个文化传统之中，我们都可以见到不同的世代通过寓言、神话与传说来传递重要的价值与伦理观念，这更让我们确信说故事是跟儿童沟通的有效方式。发展心理学也告诉我们，儿童从小开始就通过“他们所使用的符号来理解、建构、改变且描述自己的经验”，并借此体验自我。而他们创作的故事也可以做为“最根本

的象征历程”来思考并描述他们的经验（Engel, 1999，第185页）。

“互动说故事”（reciprocal storytelling）是一种特别的设计，用来诱发儿童说出自己创作的或自发性的故事，并且利用儿童心理分析响应其故事，以进行治疗。相较于成人病患的梦境与自由联想，儿童的故事与幻想结构的确较不会受到抑制或扭曲，而它们的动力意义也较不会被掩盖或改变。自发性的故事本质是投射性的，让儿童有机会能够透过不受意识左右的隐喻，“安全”地表达病态的希望、恐惧与防御机制。这些故事的创作并没有受到治疗师特别的指导，也没有受到传统说故事技巧的影响，正因如此，相较于搭配独特游戏材料或治疗师提供主题所创作的故事，自发性的故事更忠实地重现儿童的关怀、冲突与问题解决方式。

互动说故事要儿童借由虚构的角色想像一个故事。这个故事必须出于原创，必须要有开头、某些发展，还有结尾；有时候故事可以搭配道德结论，但是这并非必备条件。接着，治疗师辨认出故事的动力意义，并且使用故事中的隐喻来建构带有治疗目的的响应。响应的故事会提供一个较为健康、较不带有冲突的问题解决方式，以取代儿童原来充满冲突的故事版本（Gardner, 1993）。

互动说故事最明显的优点就是建构病人与治疗师沟通对话的方式。凝重的气氛会殃及治疗的过程，也会损害心理动力治疗的基本目的，但是说故事活动却不会造成这样的氛围，因此让治疗师更能够理解并且解读原始历程中重

要的信息；同时，这些故事也让治疗师能够自然而不做作地提供响应。正因如此，互动说故事的程序会建立互为主体的沟通对话，并且持续到疗程结束。它是儿童治疗师难以抗拒的有效治疗工具。

互动说故事在什么时机、对哪种当事人最能发挥功效

说故事的程序可以选择性地运用在最小3岁，最大15岁的儿童身上，但是最有效率的年龄层似乎是在学龄到青春期（大约在5岁到12岁之间）。在所有故事治疗之中，互动说故事对于许多童年问题与情绪失衡都有相当的疗效。包括沮丧、恐惧症、焦虑症、妄想性强迫症、慢性耗竭状态（chronic depletion states）、自我与客体失衡（selfobject disorders）、自尊调整的困难，以及来自于情感疏忽及肢体或性虐待所造成的心理后遗症。互动说故事特别有助于治疗双亲离婚的儿童，以及遭受其他环境危机（例如失去了父母或兄弟姐妹，或者亲密的家人罹患致命的疾病等）的儿童。除此之外，在发生严重自我功能障碍的案例中，经历创伤的儿童较能够接受这种“诉诸隐喻”的故事沟通方式。治疗师也会发现说故事是种有用的治疗辅助，能够帮助罹患慢性病与重症的儿童，或是辅导有发展障碍的儿童。其他能够接受互动说故事的当事人包括罹患精神分裂症或是初期边缘型人格失衡的儿童。

说故事对于抗拒治疗的儿童也有很好的功效。事实上，说故事能够帮助治疗师避开或超越儿童初期的抵抗，

并且建立基础的医病关系，即便儿童不愿意使用直接的语言沟通或是其他游戏活动表露自己的心声。由于故事本身的虚构性，儿童会觉得他们没有泄露自己重要的心事。如此一来，任何失常的希望、冲突、秘密，以及类似的问题都能够安全地避开治疗师关注。有趣的是，正因为故事说的是关于其他人的事，所以它让潜意识的冲突、不正常的幻想，还有其他被重重保卫或隐藏的自我有机会浮现，让治疗师能够拨开层层伪装，加以解读。

从另一个角度来看，说故事并不见得适用于每一个人，对同一个当事人而言，说故事在治疗的不同阶段也会有不同的效果。有发展障碍的儿童可能无法做到说故事最起码需要的基本认知能力。有些语言表达能力因发展或生理因素的影响而有障碍的当事人，也许比较喜欢较不强调口语能力的游戏活动。此外，有些当事人也许在早期很喜欢互动说故事的活动，但是之后会想要进行不同的游戏活动，特别是在青春期早期就开始接受治疗且疗程非常长的当事人。在这类案例中，儿童与时渐进的发展深度会让他们觉得说故事与其他游戏活动很幼稚。的确，就像儿童心理治疗师工具箱里的其他技术一样，说故事的活动需要小心地运用，并且依照儿童自己的意愿来进行。

进行故事治疗时，儿童不必具备高度的语言能力。就像是成人当事人的梦境“片段”一样，即使年纪很小或非常自觉且害羞的儿童，只说个短短三行的故事，也会给治疗师许多头绪。更进一步来说，如果儿童对自己说故事的能力没有多少信心，治疗师也许可以利用图案来辅助说故

事的过程，让这些儿童找到开始的方向。温尼柯(D.W.Winnicott, 1971)设计出“扭曲线条图画”(squiggle)技术，对于这些案例非常有效，因为这种技术为故事创作提供了自然的线索，而非提供儿童明确的主题或故事内容。

治疗师与儿童要轮流画出扭曲的线条，并且完成彼此所画的线条。画这些扭曲线条时双眼要闭上，但是帮对方完成图画的时候眼睛却是睁开的。温尼柯的特殊之处在于将这些扭曲的线条当作跳板，借此进行分析与探讨；完成图画之后，温尼柯不一定会借由图画的隐喻来进行讨论，他也不要儿童从图画中创造故事，即使如此，部分当事人还是会自发地这么做。

然而，如果我们以故事为目标，这个故事应该源自于儿童自己的图画，而不是来自于治疗师的图画。基本的规则还是一样：必须是原创的故事、虚构的角色，而且故事必须要有开始、情节的发展及结局。我不会要求故事必须有道德结论，因为我不认为这绝对必要，但是有时候我会建议当事人提供道德结论。几年来的观察让我相信，即使刚开始觉得自己不会说故事或想不出故事来的儿童，都会在无需提示的情况下突然就说起故事来。在这样的案例中，让儿童以扭曲的线条来完成一幅画，往往会帮助他们解放某些“前意识的幻想”(preconscious fantasies)，以及这些幻想所带来的情绪。事实上，有部分的儿童偏好看图说故事，即便他们已经能够不依赖这个技术而独立创作故事。我们建议治疗师尊重儿童想要结合这两种媒介的意愿，故事与图画的配合往往会带来丰硕的结果。

诱发儿童说故事

对许多儿童而言，说故事是一种既切合经验又有趣的叙事交换（narrative interchange）模式，所以只要治疗师有所要求，他们都会很乐意提供自发性的故事。因为原创的故事能更准确地反映儿童内在的关心、冲突与自我调适，所以治疗师应该要向儿童强调，虚构的故事会比重复在电视、电影上所看到的故事更为有趣（虽然儿童原创的故事无疑会受到电视、电影的内容所影响，但是这些影响通常不太明显）。大部分六、七岁的儿童都能够提供结构堪称完整的故事，治疗师不需要特别提醒他们说故事要有开始、发展与结局。在治疗中使用录音机往往会提高儿童说故事的成效，因为听到自己的声音从机器中发出来，会给他们自恋的满足感。至少有一个研究者建议，把说故事的程序安排成电视节目的型态，让治疗师扮演访问者或主持人的角色，让儿童扮演“特别来宾”的角色（Gardner, 1977）这样的方式对某些孩子相当有吸引力，而且也把录音机或录像机自然地融入治疗过程之中。然而，某些儿童却不能接受自己的故事被录音或录像，觉得这些机器造成干扰并引发他们的焦虑。所以对这些儿童或某些呈现出偏执性意念或恐惧的当事人而言，录音、录像甚至治疗师的笔记都该避免使用。

有时候儿童会请求治疗师与自己共同创作故事。虽然在这类案例中，治疗师很有可能会影响到故事的主题与内容，但是仍然有办法减低这样的效应。举例来说，治疗师

可以帮儿童为故事开头，但是不介入故事的其他部分。有些特别缺乏自信或焦虑的儿童的确需要治疗师做这样的帮助，直到他们发展出足够的自信，能够不依靠治疗师积极的帮助而独立创作故事为止。

道德结论

许多医师认为完整的故事必须要以道德结论来结束，而且自古以来许多故事、预言、童话及其他种类的故事都拥有这个必备的元素。这类道德结论能够帮助听众体认故事想要教导的是什么。必须凭借他人帮助才能够了解故事意义的儿童清楚地陈述道德结论，能够让故事更容易被记住、更有意义。

要求儿童在自发性的故事结局中附上道德结论（Gardner, 1977, 1993），确实在某些案例中会帮助治疗师找出故事最明显的主题，或者澄清模糊不清的故事内容。然而，这些道德结论不见得切合故事的主题或内容。事实上，儿童之所以选择某个道德结论不见得因为它跟故事的内涵有明显的关联，只是因为他想到某个谚语，画蛇添足地想要取悦治疗师罢了（与其特别要求儿童陈述故事的道德意义，还不如直接问他们：“这个故事教了我们什么？”）某些治疗师不认为非得要求儿童陈述道德结论才能获得完整的治疗资料，但是即使这样的治疗师也会愿意在自己所响应的故事结局中附上道德结论。在这类案例中，道德结论会打开额外的机会之门，让治疗师展现不同的策略，让

儿童发展新的思考方式，以增进儿童说故事的适应力^①。

说完故事后的讨论

治疗师在结束说故事活动之后可以探索儿童对故事有多少理解，这对治疗的进行相当有益，因为治疗师会测验儿童是否注意到某些在不同故事中意义就会不同的故事元素，也可以自然地继续其他游戏活动。有些时候，故事后所进行的讨论也可以探讨儿童内心冲突的情绪、幻想或最近生活经验中相关的主题。然而，要注意的是，治疗师尽管能够直接使用故事作为讨论的起点，甚至为儿童指出故事元素与近来生活经验的相似之处，但是应该避免直接诠释故事。

治疗师在过程中所扮演的角色

治疗师在故事治疗中所扮演的角色跟他在其他治疗活动中所扮演的角色没有明显的不同。治疗师一方面要仔细倾听，另一方面要同情共感，要能够从儿童的游戏与言语中梳理出意义，并且以儿童能够理解，最后能够消化吸收的形式来传递治疗师所得到的结论，这一切也同样适用于故事治疗。

创作虚构的故事——就像素描、绘画或捏粘土一样——都需要儿童发挥创意。就这个层次而言，故事是儿

童与治疗师共同分享的创造性产物，同时也是种令人谦卑的经验。无论治疗师对病人的响应多么充满技巧或智能，他的响应永远奠基基于儿童所使用的故事。儿童会立刻辨认出其中的关系，甚至会说治疗师的故事听起来很像他们自己的故事（治疗师应该要乐于向这种创意的师承致谢）。

正如先前提到的，如果要说故事过程能够发挥完整的功能，那么就不可以直接诠释其成果（除非在非常特别的案例中，如同第二章讨论的）。也就是说，治疗师应该要透过儿童在故事中所使用的隐喻来响应，而不是直接向儿童诠释故事的主题、冲突或者其他内容。治疗师不是透过隐喻，而直接响应儿童所说的故事时，它不但违反了基本原则，伤害了病人对治疗师的信任，更会让儿童以为治疗师有特别的超感官能力。

尽管如此，治疗师仍能够在说故事的过程结束后与儿童进行对话讨论，借此澄清故事中某些模糊的元素，同时建立故事里的角色或主题与儿童生活经验中的平行关系。像这样的讨论可以在故事完成后立刻进行，或者在同一疗程稍晚搭配其他游戏活动进行，甚至可以留待下一次疗程再来进行。

由于这种游戏技术的互惠特性，儿童会期待自己的故事得到治疗师的响应。虽然治疗师在儿童说完故事的几分钟内立刻提供响应的故事，有最佳的治疗效果，但是有时候因为故事的内容模糊不清，或者治疗师自身的疲倦或“反移情的反应”（counter-transference reaction），让治疗师就是无法理解故事的意义，也因此根本无法响应儿童的

故事。这类情况之下，治疗师可以考虑以下三种选择：

1. 治疗师先向病人解释为何自己无法立刻提供响应的故事，然后与病人进行不同的活动，在稍后的疗程中回到说故事活动。由于故事中的动力意义常会在疗程的其他活动中呈现，所以治疗师会得到额外的机会，了解故事中模糊难解的成分。

2. 另外一个方式就是请儿童创造“广告时间”（Gardner, 1977）。主要的原因有二：其一就是让治疗师有喘息的机会，有更多的时间思考儿童的故事可能包含的意义；其二就是，无论自发性的故事所包含的任何明显的动力意义，都会同时出现在“广告时间”之中。这个方式在某些案例中相当有效，但是儿童也常觉得治疗师允许他们抄袭电视的广告，而分毫不改。如此一来，除了强化治疗师对儿童故事的了解之外，更常造成某种干扰。

3. 第三个解决之道是承认自己失败，并且至少在发生这个状况的疗程内不要尝试响应。在这个情况之下，治疗师也许可以因为自己无法提供故事来响应儿童的故事，而向儿童做个简单的道歉。毕竟，重要的动力主题非常有可能在往后的疗程中浮现。坦白承认自己虽然很想响应，却想不出故事，往往会引发儿童的同情心；也许因为这样，儿童会有较为清楚的响应。的确，对心中想与治疗师一争长短的儿童而言，会欢喜地接受治疗师高举白旗，觉得自己成功地打败了敌人。这是个机会，可以评估儿童击败治疗师所得到的快感，如果证明它对儿童产生了召唤的

力量，那么治疗师也许可以在未来的对话中探索这种竞争行为所具有的“移情作用意义” (transference meaning)。

除此之外，有些时候，尤其是在一段成功的治疗接近尾声时，治疗师会发现儿童的故事已经尽善尽美，没有多少可以改善的空间了，最好的方式就是根本不要画蛇添足。另外，在治疗的早期，儿童所能够掌握的说故事策略除了适应不良、充满冲突的元素之外，可能也包括某些仍处于启蒙阶段，对环境抱持较佳适应态度的解决方式。当然，治疗师一定要对后者加以肯定，并且在响应故事时表示支持。等到治疗的后期，这些适应环境方式有了完整的发展，并且取代了适应不良的解决方式之后，治疗师可以让儿童知道他们的故事相当完美，已经可以不需要治疗师的帮助了。这种情形相当重要：事实上，整个治疗过程的目的就在于儿童能够吸收全新而且适应良好的策略，并且运用这些策略来解决冲突，发展情绪成长的能力；一旦完成这个阶段，那么儿童就可以结束治疗。由于具备高度适应性且叙述良好的故事证明儿童已经建立了人格的完整性，所以这些故事成为治疗结束的指针^②（参见第四章中罗莎的案例）。

儿童故事最重要的元素为何

在故事中，儿童治疗师应该尝试辨认动力的主题或问题；客体关系的场景 (the object relations scenario)，以及