

# 移情、反移情在心理治疗中的应用与进展

叶维菲

(上海医科大学中山医院, 200032)

中图分类号: R395.5

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2000)04-0247-03

## Transference and Countertransference Interpretations in Psychotherapy

YE Wei-fei

Shanghai Medical University, Zhongshan Hospital, Shanghai 200032, China

**【Abstract】** The concepts of Transference and Countertransference are becoming more and more important in modern psychotherapy. In this article, the author reviewed the advancement of the interpretation and application of these concepts in modern psychotherapy.

**【Key words】** Transference; Countertransference; Psychotherapy

移情、反移情概念已今非昔比,无论在理论还是应用上都已发展到了第三代、第四代。本文拟对移情、反移情的概念及应用作一初步介绍。

### 1 移情、反移情的概念

首先,移情的概念分传统的和整合的。反移情同样。经典、传统的概念当然源于 Freud 认为移情是病人经过自由联想,将儿童早期所受挫折或创伤(真实的或幻想的)及其所带有的强烈情绪逐渐暴露出来,向外发泄,并把这种情绪转移到治疗者的身上,治疗者即变成了患者爱或恨的对象,其强烈程度亦是早年情况的复制。反移情则是治疗者对病人移情的无意识反应。Freud 认为反移情对治疗有不良影响,治疗者应努力克服它。

整合的观点认为,移情是病人在治疗过程中对治疗者重现过去的依赖反应,是潜意识的个体活动。表现为联想、情感、欲望、想象、幻想、感知和认知图式的重建,以图解释否认或压抑经历。病人总是潜意识地希望通过治疗者安排的角色和功能设计来矫正精神痛苦。移情的一种动力学解释为:它是治疗过程中的相互作用,是治疗过程中病人对治疗者行为产生的反应。当治疗者最初的行为激起病人善意的或恶意的联想时,病人赋予它正性的或负性的意义。

整合的观点认为反移情是治疗者对治疗过程和病人活动情绪的、生理的和认知的反应,它是治疗者对过去经历和病人现在行为的反射。它的动力学解释亦是治疗过程中的相互作用,是治疗者对病人在

治疗过程中的情感与行为产生的反应。同时反移情受病人角色和功能的强烈影响。和移情一样,反移情也是个体企图掩盖压抑和否认的潜意识现象。但是从中衍生出的可能是治疗者意识中的责任感和强烈的焦虑。

其次,移情和反移情是精神分析治疗的必备条件,移情是精神分析的重要工具,移情的出现标志着心理治疗进入了一个新阶段。治疗者要经常问自己:为什么病人在这个时候告诉我这些?病人怎么看我?他(她)如何待我?病人在对我做什么?反移情也是心理治疗之必需,如果没有反移情的存在,那么必要的智慧和兴趣就减弱了,当然它应该产生在一定的背景中。它是治疗者理解自己潜意识的一种工具。以往那种要求治疗者在治疗过程中绝对保持情感中立的观点,其实是将治疗者凌驾于病人之上。而现在精神分析学派看法是:反移情同移情一样是人类生活互相作用的一个表现。移情的解释明显地依赖于医患关系。它们被用来揭露、解释和鼓励探索病人的内在矛盾,并评价潜在的有害倾向和行为。

反移情的解释则与治疗者在治疗过程的经历明确有关。它们包括医患关系以及如何解释病人态度和行为对此关系的影响。它不鼓励探索治疗者的内在矛盾,但可能涉及治疗者正在进行的临床治疗。

### 2 移情、反移情应用的理论观

纵观当今的精神分析领域对移情与反移情的应用,不外乎三种理论观点:1)虽然移情与反移情对诊

断具有重要价值,但在治疗过程中不给予解释。2)对移情在严格规定下允许解释,但对反移情不予解释。3)对移情和反移情的解释被认为基本导致阳性结果。

## 2.1 有诊断价值,但不予解释

1)对移情的解释会妨碍病人克服他(她)们病理性信念的积极的体验。这种经历是病人需要的,也是治疗者可接受和安全的。对移情的解释有时会导致病人对防卫和压抑的精神生活再体验的失控。所以病人不需要移情解释。

2)运用移情的解释可能会影响对非移情性焦虑所产生的现时问题的处理,由于限时的治疗,病人阐述的问题必须集中。

3)揭示移情和反移情现象对病人可产生危险—导致中等至重度的精神病理,因复杂的倒叙很难在限时治疗中控制好。他(她)难以忍受进攻性的,早期的,简单的治疗模式。脆弱的病人不可被置于要求他(她)承担治疗者的神经质、治疗的错误、人格缺陷、或没有信任、不安全的环境中。

4)反移情基本是一种潜意识的现象,是一种复杂的治疗者与病人之间尚未结束的关系。治疗者在审慎的个人分析后可以了解它的本质。公开有疑问的反移情可能毫无意义。公开悲伤的,不完善的或不准确的内省甚至是有害的。

5)应用反移情诊断,不需要对病人公开。上级医生的指导、咨询、个体治疗都意味着可能形成反移情。

6)公开移情和反移情,会使病人意识到被攻击和被贬低,引起自我窘迫和一系列防卫等结果。

## 2.2 解释移情,不解释反移情

1)移情的感觉和意识正是病人长期人际关系的暴露和对此进行评估的好机会。而且,这些无处不在的感觉和意识也是早期治疗有效性的解释。移情的产生甚至可早在治疗计划的安排之时,它迅速发展并不可避免地随治疗的开始而开始。当移情情绪化之后,解释它比忽略它可能更安全。当移情包含着重要的阻抗,不解释会导致治疗的僵局。

2)移情现象很具体,因为它较病人自己的讲述更能反映治疗外的关系。它们揭示和进一步证实病人所不愿讲的治疗以外的真实矛盾和人际关系上的缺陷。

3)移情的解释意味着治疗同盟的巩固与发展。治疗者通过对病人情感的协调来增进人际间的亲密关系,它们产生的安全环境使病人能探索不断发展

的愿望和隐藏的矛盾。

4)如果移情涉及与亲人关系、环境等的阻抗,象Freud指出的:非客观阳性移情时,对移情的解释可产生治疗同盟。治疗者对移情、对防卫的解释至少可部分增进医患关系。治疗者甚至可以在早期的治疗中说:“我担心如果你觉得多次被伤害,会不对我说实话。”

5)当治疗者敏锐,但准确地解释移情时,他们建立了一个对付负性概念的恰当途径。它们证实了一种基于移情和现实之间的探讨行为的非防卫方法。这不仅可缓解症状,特别可缓解害怕与治疗者交流的情形,而且可促进释放和最终统一病人不可接受的情感,帮助病人获得与别人交往的灵活、成熟的方式,增强应变能力。

## 2.3 移情和反移情的解释对治疗有阳性效果

1)反移情是“分析工作的中心手段”,因为治疗者人格的“好或坏,是治疗过程中的积极参与者”。治疗者不可能对病人通常所压抑与忍受愤怒的负性反应无动于衷,同样也不可能对病人“讨你欢心”的正性反应具免疫力。治疗者必须自由论述反移情,因为病人在某种程度上知道它的存在,所以不可能不探讨它。如果对反移情不表达,就如同病人表现为沉默、退缩、冷漠、远距、疲劳、圆滑世故、畏惧和回避对治疗者谈论痛苦问题。

2)由于反移情通常是病人移情的镜子,对反移情的解释可展示病人所不明白或不清楚但有疑虑的问题的核心。

3)与病人分担反移情有示范的力量。它揭示了限制有疑问反应过程的方法,可调整人与人之间的反应。它让病人明白如何去“认识和了解过去的或潜意识”,如何诚实;如何面对情感,主宰情感,容纳情感,分析情感和协调情感。它教病人如何运用情感和负责情感。

4)与病人分担反移情可加强和修正治疗同盟,并提供“纠正情感经历”的机会。它向病人显示了治疗者能够协调病人的情感及耐受负性移情反应的具体和信服的证据。更进一步讲,当病人被邀请共同理解反移情时,治疗关系就被提高到深一层的相互尊重,平等,承认互补的程度。如当治疗者说:“这信息与其说来自于我的权威,不如说来自我个人,你我是否能从中体会真正的含义?”这大胆的协作技术培养了病人的自尊。

5)揭示反移情可减少病人的心理防卫和化解阻抗。这防卫和阻抗来源于病人部分意识到某种长时

间的丧失或未知的可怕现实。当治疗者直言相告他们的反应,他们忍受的人类精神所面临的冲动、害怕和不适的重负,那远强于自我智慧的表达。

与此相似,当治疗者坦言对自我功能较低者所言不能理解时,它们提示早期交流所涉及的是幼年天真无知的可能性大于成年的狡黠。所以它们能减少病人的防卫。另外,当治疗者用不明确的言辞表达反移情时,它们提示他们意识到的不是基本的事实,或至少是不完整的。作为结果,病人的防卫戏剧性地减少。

6) 揭示反移情还可防止与自恋型病人建立错误联盟的可能。它抵消了病人幻想通过与治疗者的联合来克服人们的局限的企图,尽管它们是幻想和完美无缺的。

### 3 结 论

上述三种观点都有其确凿的临床依据和理由。Kernberg 持上述第三种观点。在他的最新专著 *Psychotherapy for Borderline Personality* 一书中,尤为全面、具体地应用了 TFP (Transference Focused Psychotherapy)——着重于移情的心理治疗。TFP 是精神动力学

干预分析移情的一种改变了的新方法。它的主要目的是将病人潜意识中的矛盾冲突带到表面以利于治疗,它有一整套严格的临床框架。TFP 主要是针对边缘性人格障碍病人设计的,它与其它治疗模式相比有以下特点:

① 强调稳定的治疗框架; ② 提高治疗者的参与程度,这主要因为边缘性人格病人在现实、投射机制和曲解方面会周期性地出现问题; ③ 忍受病人的敌意和负性移情表现; ④ 对病人的自我不协调,对自己不满意,用澄清和面对的方法阻断他们的自损行为; ⑤ 用解释帮助病人建立行为与情感之间的桥梁; ⑥ 阻断、局限危害病人、其他人或治疗的行为表现; ⑦ 注重早期的治疗工作和对现时、现地的解释; ⑧ 注意反移情的监控。

本文所述的三种关于应用移情、反移情的观点显示:虽然对移情、反移情的应用需仔细、谨慎、因人而异,但只要运用恰当,对移情、反移情的解释在治疗中有利于建立治疗同盟,坚持治疗,确定目标。当然没有理论说任何有效结果的取得都依赖于移情、反移情的解释。

(收稿日期:1999-12-15)

(上接第 252 页)

dementia by memory testing. *Neurology*, 1988, 38: 900—903

7 Pasquier F, Lebert F, Grymonprez L, et al. Verbal fluency in dementia of frontal lobe type and dementia of Alzheimer type. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1995, 58: 81—84

8 Miller BL, Cummings JL, Villanueva—Meyer J, et al. Frontal lobe degeneration: clinical neuropsychological and SPECT characteristics. *Neurology*, 1991, 41: 1374—1382

9 Gregory CA, Orrell M, Sahakian B, et al. Can fronto-temporal dementia and Alzheimer' disease be differentiated using a brief battery of tests? *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997, 12: 375—383

10 王文敏. 进行性局灶性皮质综合征. 国外医学神经病学神经外科学分册, 1999, 26: 266—269

11 Hodges JR, Patterson K, Oxberry S, et al. Semantic dementia; Progressive fluent aphasia with temporal lobe atrophy. *Brain*, 1992, 115: 1783—1806

12 McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus

guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 1996, 47: 1113—1124

13 Gnanalingham KK, Byrne EJ, Thornton A, et al. Motor and cognitive function in lewy body dementia: comparison with Alzheimer' s and parkinson' s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1997, 62: 243—252

14 Mega MS, Masteman DL, Benson F, et al. Dementia with Lewy bodies: reliability and clinical and pathologic criteria. *Neurology*, 1996, 47: 1403—1409

15 Dubois B, Pillon B. Cognitive deficits in Parkinson' s disease. *J Neurol*, 1997, 244: 2—8

16 Roman G, Tateichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS—AIREN International Workshop. *Neurology*, 1993, 43: 250—260

17 Henon H, Durieu I, Hamon M, et al. Prevalence of preexisting dementia in consecutive unselected stroke patients. *Stroke*, 1997, 48: 2429—2436

(收稿日期:2000-03-07)