

(第五版)

【美】Irvin D. Yalom

【加】Molyn Leszcz 著

李敏 李鸣 译

李鸣 审校

团体心理治疗

——理论与实践

The Theory and Practice of
Group Psychotherapy

(5th Edition)



中国轻工业出版社

团体心理治疗

——理论与实践

(第五版)

The Theory and Practice of
Group Psychotherapy

(5th Edition)

这是团体治疗领域的精华。它涵盖了所有主要的思想和实用的方法，将要带领任何一种团体的人在实践开始之前都应该首先熟读这本书。亚隆和莱兹克兹将该领域的最新研究成果融会贯通，加之那些经典的研究，给读者带来了愉快而又具有启发性的阅读体验。读者将从中发现使团体发生改变所必须的核心机制。另外，本书还呈现了处理困难团体成员的有效途径和实现基本团体任务的实用方法。这一版本可以说不但语言精彩丰富而且具有深刻的实践意义。

——Samuel T. Gladding

教授，美国咨询学会主席（2004—2005年度）

亚隆和莱兹克兹娴熟地将他们在此前版本中并未强调的人际取向的方法运用于大量当代的主题和团体治疗中。在本书中，生动案例的顺利整合、条理清晰的临床知识以及最新的研究发现均非常值得称道。这一经典教材的第五版可以吸引各个层面的团体治疗师和学习者，他们将受益匪浅。

——William E. Piper

加拿大英属哥伦比亚大学精神医学系教授，心理治疗项目主任

如何才能对这部经典的团体治疗教材加以改进呢？保持创新的、启发式的概念框架，延续富有魅力的写作风格，以及批判性地整合不断变化的团体范式和重要的经验发现。亚隆和莱兹克兹联手打造了这部团体心理治疗教材中新的经典。这个版本是所有治疗师、学生和研究者的必读书目。

——Dennis M. Kivlighan

教授，《团体动力：理论、研究与实践》一书的主编

万千
心理

咨询电话
010-65595090

www.wqedu.com

上架建议：心理咨询技术



定价：62.00元

The Theory and Practice of
Group Psychotherapy

(5th Edition)

团体心理治疗

——理论与实践

(第五版)

【美】 Irvin D. Yalom 著

【加】 Modyn Leszcz

李敏 李鸣 译

李鸣 审校

 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:第五版/(美)亚隆
(Yalom, I.)等著;李敏,李鸣译.北京:中国轻工
业出版社,2010.8

书名原文:The Theory and Practice of Group
Psychotherapy, 5th Edition

ISBN 978-7-5019-7682-9

I. ①团… II. ①亚… ②李… ③李… III. ①精神
疗法 IV. ①R749.055

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第105693号

版权声明

THE THEORY AND PRACTICE OF GROUP PSYCHOTHERAPY, 5th Edition
by Irvin D. Yalom and Molyn Leszcz

Copyright © 2005 Irvin Yalom and Molyn Leszcz

Simplified Chinese translation copyright © 2010 by China Light Industry Press

Published by arrangement with Basic Books, a Member of Perseus Books Group

ALL RIGHTS RESERVED

总策划:石铁

策划编辑:戴婕 孙蔚雯

责任终审:杜文勇

责任编辑:戴婕 孙蔚雯

责任监印:吴维斌

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:2010年8月第1版第1次印刷

开本:720×1000 1/16 印张:35.50

字数:457千字

书号:ISBN 978-7-5019-7682-9 定价:62.00元

著作权合同登记 图字:01-2009-3352

读者服务部邮购热线电话:010-65125990 65595090 传真:65288410

发行电话:010-65128898 传真:85113293

网址: <http://www.wqedu.com>

电子信箱: wanqianedu@yahoo.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

090405J6X101ZYW

新华书店
PDG

译者序

团体心理治疗在我国正受到越来越多的重视，有关团体治疗的书籍也受到越来越多的读者的喜爱。自2005年完成本书第四版的翻译和出版以来，我们收到许多读者的来信征订，也得知此书受到读者欢迎，此次，我们应“万千心理”的要求，将此书的最新版本译出，以飨读者。

本书是由欧文·亚隆（Irvin D. Yalom）和同事默林·莱兹克兹（Molyn Leszcz）花费四年的时间合作修订完成，较之第四版，本书围绕11个疗效因子对每个章节都作了进一步的完善，力争推陈出新。如对团体治疗中的一些特殊治疗技术（十二步骤法、联合治疗）作进一步的阐述；加入有关人际互动理论的最新资料（人际互助、依恋理论、自体心理学）；并从医疗管理改革的角度出发，对注重经济效率的短期团体治疗形式作了更为详尽的介绍，同时介绍了一些特殊的治疗团体，如自助团体、网络支持团体、医疗疾病团体。

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：书中有许多实例解析，有行为主义、存在人本主义、精神分析、现象学理论、认知发展观点和社会学习理论等，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. 本书以人际互动为团体治疗的根本，以团体治疗中的疗效因子为基本原则，提供了一种“团体心理治疗原型”：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. 本书提供大量研究资料，使临床心理治疗实践与严谨的实证科学研究相

联系：正如亚隆在书中指出的，“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。”同时，我们也应懂得，现代医疗管理模式下的付费机制，需要我们以科学的严谨性，提供对心理治疗的理解。

本书适用于各类心理治疗专业人士和从事这一行业的兼职或感兴趣人士。从不同角度，可借鉴书中关于治疗师的工作内容、任务、角色；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；如何处理脱落以及如何对团体治疗师进行培训。读者完全可以根据自己的工作经验，融会贯通地把这些实例应用于自己的临床实践。

本书初稿由我和我的恩师李鸣教授合作完成，而全书的审校工作则由李鸣老师完成。囿于译者学识和水平，译文有不当之处，尚望有识者不吝赐教。

李敏 李鸣

2010年春于苏州

第五版前言

对《团体心理治疗理论与实践》的第五次修订，我有幸得到了 Molyn Leszcz 的合作帮助。1980 年，我与 Molyn Leszcz 在斯坦福大学的团体治疗中相识，一起工作整一年。Molyn Leszcz 在团体心理治疗的临床改革和研究中作出了突出贡献。在过去的 12 年，Molyn Leszcz 在多伦多大学的精神病学系作为一名副教授，负责对世界上最大的一个团体心理治疗培训项目之一进行指导与管理。他不但具备当代团体心理治疗培训的完整知识体系，同时还有深厚的临床理论基础，这些对本书的编写都是极其珍贵的财富。我们志同道合，相互切磋，让新旧知识在本书的修订中融为一体。在全文中，我们虽然仍决定保留第一人称“我”，但在这里，“我”是指“我们”，即我与我的合作者。

这次修订的任务之一是推陈出新。但是，现实情况也使我们陷入了窘境：有些改变貌似进步，实则倒退；或者，如果按市场经济片面追求快捷、便宜，则可能因减少服务而损害来访者利益；或者，治疗师迫于经济压力，则可能借“效率”之词尽快打发来访者；再或者，各种市场因素迫使治疗师向来访者提供自己力不能及的服务。

如果这些假设确有其实，那么我们对本书的修订将变得更加复杂，因为我们有双重的任务：首先，要根据学员的需要，提供各种当代的治疗方法；其次，也要保护这一领域所积累的智慧与技巧，即便一些年轻的治疗师不会立刻有机会应用它们。

自从 20 世纪 40 年代团体心理治疗问世以来，随着临床实践的不断发展，它也产生了一系列的变革。随着新的临床征候群、治疗设置或理论方法的不断涌现，团体心理治疗的形式和内容也有相应的改变。今天，团体心理治疗的团体形式是如此纷繁，因此，在我们讨论这个主题时，应该明了，我们所讨论的是多种形式

的治疗而不会仅局限于一种形式。例如：惊恐障碍患者团体、急性或慢性抑郁患者团体、防止抑郁复发团体、进食障碍患者团体、癌症患者支持团体、艾滋病患者支持团体、风湿性关节炎支持团体、多发性硬化症支持团体、急性肠胃炎支持团体、肥胖症支持团体、心肌梗塞患者支持团体、瘫痪患者支持团体、糖尿病失明患者支持团体、肾衰竭患者支持团体、骨髓移植患者支持团体、帕金森综合征患者支持团体、携带基因变异而易患癌症的正常男女团体、性虐待受害者团体、意识混乱老人团体及他们的照料者团体、强迫症患者团体、初发精神分裂症患者团体、慢性精神分裂症患者团体、酒精依赖家庭中的青少年团体、性虐待儿童的父母亲团体、男性施暴者团体、自残者团体、离异家庭团体、丧亲者团体、精神障碍者的家庭团体、夫妻团体——所有这些就是团体心理治疗的不同形式。

团体心理治疗的临床情境也是多种多样：在人员流动较快的住院病房中，有慢性或急性精神病人组成的团体；有被监禁的性侵犯者组成的团体，和在收容所里的受虐妇女组成的团体。在心理治疗师的私人诊所中，有相对功能良好的神经症或人格障碍者组成的开放式团体。

技术处理也相当不同：认知行为、心理教育、人际关系、格式塔、支持性—表达性、精神分析、动力—互动式、心理剧，这些（还有其他许多方法）都已用于团体治疗。

团体心理治疗这个大家族，甚至因为一些远亲的出现而变得更加庞大，其中有些是团体心理治疗的表亲：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），如匿名戒酒会（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、小孩遭谋杀的父母亲团体、贪食者匿名会以及康复团体等。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）。我们还必须考虑最年轻、最富有朝气、最具发展潜力的表亲，即网络支持性团体。

那么，如何撰写一本可以介绍所有这些团体心理治疗的书籍呢？我在25年前开始写本书的第一版时所用的构思，迄今仍然很合理。第一步，我首先将各种团体心理治疗的“表面”与“核心”区分开来。表面包括各种治疗流派的技巧、形式、技术、专业术语、环境氛围；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的机制。

如果我们忽视“表面”问题，仅仅只考虑实际影响，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，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“治愈因子”。但是，历年的体验让我谦卑，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“治愈因子”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。那么，该从何处着手呢？我在本书中所采用的策略是把我的讨论集中在团体心理治疗的原型模式上，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原型模式。

我的原型模式是治疗强度较大、由不同种类的来访者组成的门诊心理治疗团体，它的目标是在至少几个月内，既要缓解症状，也要产生性格上的改变。其实，受经济因素的影响，在当今的治疗背景中，另一种类型的团体更占优势——一种同种人群、症状取向的团体，其聚会的时间较短，目标更为有限。那为什么我们却要聚焦于前面提到的那种团体治疗的模式呢？

原因在于，长程团体心理治疗数十年来，已经累积了大量来自实证研究和丰富的临床观察方面的知识。我前面略为提及的当代治疗师们受条件限制，不能在临床工作中尽情发挥，但我在这本书中所描述的原型团体中，治疗师能对他们的来访者提供最大程度的帮助。这种大强度、费时费力的治疗形式对来访者和治疗师都是必需的。要领导这种团体，所需要的治疗策略和技术是高超而复杂的。然而，一旦学习者掌握它们并且了解如何调整，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。初学者必须勤于思考，心怀慈悲，博学多问，而不应坐井观天、偏听偏信。医疗管理体系强调团体治疗是一种面向未来的治疗模式。团体治疗师应该为此尽力做好准备。

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，我也相信临床工作者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，本书正是基于了大量临床、社会学基础和心理学方面的相关研究。

在撰写本书时，我沉醉在图书馆的群书之中，浏览了一些古老的精神病学文献。我惊讶地发现，投身于水疗法、疗养法、叶切断术、胰岛素昏迷等治疗方法的治

疗者，竟然都是一些相当聪明、热诚奉献且正直的临床学家。以往的治疗家也是这样，他们致力于放血术、饥饿疗法、通便疗法和环钻术。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。

问题是为什么许多医学领域的进展远远地超过了心理治疗领域？答案是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或叶切断师的覆辙。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，都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，团体心理治疗前的准备或团体脱落者的原因）已经有了广泛而成功的研究，而其他领域（比如，“修通”或反移情）则仅仅到最近才被研究者涉猎。自然地，本书的相关章节反映了这种研究的重点分布：对临床工作者而言，有些章节似乎太过于强调研究，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。心理治疗的研究结果是否能使治疗实践有一个快速重大的改变？或许不可能！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。其次，第一线的治疗师在面对痛苦的来访者时，显然不能坐等科学结果得到证实后，才施以治疗。再次，研究还需考虑经济方面。市场控制了研究的重心。如果医疗管理体系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，那么大量的得到了充足资金支持的短程治疗项目就会出现在文献资料中。同时，尽管对长程治疗的研究具有深远的临床意义，但这种研究常常面临资金短缺的局面。我们期望及时地扭转这种趋势，进行更多的关于心理治疗实际应用的有效性调查，以此来补充从短程疗法的随机对照研究中积累下来的知识。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。

本书中最重要的基本假设之一是：在有效的团体心理治疗中，此时此地的人际互动是至关重要的。真正有效的团体心理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适应不良的模式。我们相信，团体心理治疗如果仅仅依赖于其他假设，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。这些形式的团体心理治疗如果能够吸收这种人际互动的意识，将会更富有成效。

需要重申的是：以上这些观点和临床实践的未来有着很大的相关性。管理层的倡导将最终提高团体心理治疗的使用率。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（短程的、认知行为的、聚焦于症状的）更令人满意，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，请不要将有效率表象误解成真正的有效性。

我们将在本书中深入地讨论人际互动的程度和性质，以及它带来明显的性格与人际关系改变的重要性。人际互动是团体心理治疗的引擎，如果治疗师利用好它，即使团体模式不强调或不承认人际互动中心性，也能使各种形式的团体治疗更富有成效。

开始时，我并没那么热切地想要着手这相当可观的修订工作，主要原因是：我认为本书第四版中所描述的团体治疗的理论基础和技术方法仍然是完备而有用的。然而，可以经过时间考验的书并不多，本书的第四版也开始出现有待修改的地方了。不但是因为其中有一些过时的、不合时宜的引文，而且团体心理治疗这个领域也已经有所改变了。另外，医疗管理改革的时代已经到来，诊断系统（DSM-IV）也经历了新的修订（DSM-IV-TR），十年来的临床和研究文献需要加以回顾并整合到本书中去。此外，有些新的团体如雨后春笋般出现，而有些则烟消云散。认知行为、心理教育以及以解决特定问题为主的短程治疗团体越来越普遍，所以，我们在这版修订中特地增加了一些和这些团体相关的特定主题。

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、普通性、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：人际学习和凝聚力；在人际理论方面和增加治疗师效能感方面的最新进展，也在这两个章节中有所体现。

第四章讨论了最后两个疗效因子：宣泄和存在意识，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。第六章，描述了治疗师如何激发团体成员此时此地的体验（也就是引导团体投入自身的体验之中），并且向成员们诠释此时此地体验的意义。在此次修订中，我们较少重视作为整体动力模式的团体（如 Tavistock 法），这类模式在治疗过程中被证明是无效的。（如果有读者对此处省略部分感兴趣，可以查阅网站：www.yalom.com。）

如果说第五章和第六章谈论的是治疗师应该做的事情，那么第七章谈论的就是治疗师应该有的形象。通过聚焦在治疗期间的移情和反移情，本章清楚地说明了治疗师的角色，以及治疗师应如何运用自我（self）。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，以至于他们经常过度地让自己被“一览无余”。但是，时代已经改变了，更多的保守观点占了优势，在这个版本中，我有必要鼓励治疗师不要太自我防御。由于法律专家已经介入这个领域（因为有些治疗师不负责任、行为不当，并和贪婪、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，在心理治疗中运用自我时，他们变得过于客观和谨慎。因此，我们要更多地关注治疗师在治疗中自我（self）的凸显。

第八章到第十四章按时序来讨论团体治疗，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。第八章和第九章讨论了来访者的筛选和团体的组成，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。第十章讨论了如何在实践中开始团体治疗，包括一段对短程团体治疗新的论述，呈现了许多关于如何对参加团体心理治疗的来访者做准备的重要的研究资料。附录中如何帮助新成员做准备进行了描述。

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。

第十三章中有关团体治疗中的问题成员，加入了一段有关人际互动理论的最新资料，文中讨论了人际互助、依恋理论、自体心理学。第十四章讨论治疗师所使用的特殊技术，包括个体治疗和团体治疗（混合治疗和联合治疗），也讨论了协同治疗、无领导小组、梦、影像技术、结构式练习、在团体治疗中使用书面汇报与团体治疗的融合以及十二步骤法等问题。

第十五章讨论了一些特殊的团体治疗，涉及为处理一些特殊临床症状或者特殊临床情境而涌现的许多新式团体。本章提供了一些非常重要的原则，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，并描述了认知行为和人际互动理论在团体心理治疗中的适用性。我们通过列举并深入讨论了不同的团体，如对急性精神病住院患者团体和生理疾病患者团体（具体例如癌症患者团体），来说明这些原则。同时，第十五章讨论了自助团体和团体治疗家族中最年轻的成员——网络支持团体。

第十六章讨论交友团体，这是本书最大的挑战。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）运用在团体心理治疗的教学中。我们的折中方式是大量地缩短这个章节，并且将第四版中的这个章节完整地放在互联网上，对交友团体的历史与发展感兴趣的读者可以登录网站：www.yalom.com。

第十七章讨论了团体心理治疗师的训练，包括督导过程中采用的新方法以及在教学课程中的过程团体的应用。

在准备此次修订的四年期间，我也致力于写心理小说，如《叔本华的治疗》（*The Schopenhauer Cure*）。它作为本书的姐妹篇，以一个团体心理治疗开篇，阐述了团体心理治疗过程中的许多原则和治疗技术。因此，关于第五版中的一些观点，我将请读者参考《叔本华的治疗》一书中的某些部分，它用小说的形式描述了治疗技巧。

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”。我希望本书不至落得如此下场，因此我不想再增加它的长度。因为增加了很多新的素材，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，我们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评论做了进一步的说明。本书也穷尽了近十年的团体心理治疗文献。

致 谢

我要特别感谢斯坦福大学所提供的学术自由、图书馆设备以及工作人员，使本书得以顺利完成。我要感谢我大师级的导师——Jerome Frank（他在本书出版之前刚去世），感谢他将我引入团体治疗的领域，并为我树立了一个正直、好奇和奉献的榜样。有不少人在这次修订中提供了帮助，他们是：Stephanie Brown（十二步骤法）、Morton Lieberman（网络团体治疗）、Ruthellen Josselson（作为一个整体的干预性团体）、David Spiegel（医学团体）以及我的儿子 Ben Yalom，他也参与了文章的编写。

Irvin Yalom

我要特别感谢多伦多大学精神病学院为本书的编写提供的支持。多伦多的同事包括：Joel Sadavoy、Don Wasylenki、Danny Silver、Paula Ravitz、Zinel Segal、Paul Westlind、Ellen Margolese、Jan Malat 以及 Jon Hunter，他们对本次修订的草稿提供了建议并促使其完成。Liz Konigshaus 以其高效和坚忍的天性，克服了文字处理过程中的繁杂。我的孩子 Benjamin、Talía 和 Noah，以及我的妻子 Bonny Leszcz，感谢他们自始至终给予的鼓励和宝贵意见。

Molyn Leszcz

目 录

第 一 章	疗效因子	1
	希望重塑.....	4
	普通性.....	5
	传递信息.....	7
	利他主义.....	11
	原先家庭的矫正性重现.....	13
	提高社交技巧.....	14
	行为模仿.....	15
第 二 章	人际学习	17
	人际关系的重要性.....	17
	矫正性情感体验.....	23
	团体如同社会缩影.....	27
	社会缩影：动力学的互动.....	35
	识别社会缩影中的行为模式.....	37
	社会缩影是真实的吗？.....	39
	概要.....	40
	移情和内省.....	42
第 三 章	团体凝聚力	45
	团体凝聚力的重要性.....	47
	运作机制.....	52
	总结.....	63

第 四 章	疗效因子的整合	65
	疗效因子的相对价值：来访者的观点.....	67
	疗效因子的相对价值：来访者与治疗师的不同看法.....	87
	影响疗效因子的因素.....	89
第 五 章	治疗师的基本任务	95
	团体的创立与维系.....	96
	文化的建立.....	98
	领导者如何塑造规范？.....	100
	团体规范的例子.....	105
第 六 章	治疗师如何运作于此时此地	115
	历程的定义.....	116
	以历程为核心：团体的力量来源.....	122
	治疗师在此时此地的任务.....	124
	激活此时此地的技巧.....	128
	历程阐释的技巧.....	135
	协助来访者采取历程取向.....	143
	协助来访者接受历程阐释的评论.....	144
	历程评论：理论回顾.....	146
	运用过去.....	155
	作为整体团体的历程评论.....	158
第 七 章	治疗师：移情与透明度	165
	治疗团体中的移情.....	169
	心理治疗师和透明度.....	177
第 八 章	来访者的筛选	191
	排除标准.....	193
	纳入标准.....	206
	筛选过程总揽.....	210
	总结.....	213
第 九 章	治疗团体的人员组成	215
	团体行为的预测.....	216
	组成团体的原则.....	224
	概要.....	230

最后的告诫	233
第十章 团体的创建：地点、时间、规模和准备	235
初步考虑	235
治疗的时间和频率	237
短程团体治疗	241
团体治疗的准备	246
第十一章 团体治疗的开始	261
团体的形成阶段	261
来访者对团体发展的影响	272
成员参与问题	275
第十二章 高级团体	293
亚团体	293
治疗团体中的冲突	309
自我暴露	318
治疗终期	326
第十三章 问题来访者	333
垄断发言的来访者	333
沉默不语的来访者	338
令人厌烦的来访者	340
拒绝帮助的抱怨型来访者	343
精神病或双相障碍来访者	345
个性难以相处的来访者	351
第十四章 治疗师技术：特殊模式与辅助方法	365
个体治疗与团体治疗同时进行	365
混合治疗和十二步骤法	374
协同治疗师	377
无领导者的团体聚会	381
梦	382
视听技术	385
书面摘要	388
团体治疗记录的保存	397
结构化练习	398

第十五章	特殊的治疗团体	403
	调整传统的团体治疗以应付特殊临床情境：基本步骤.....	404
	急性精神病住院治疗团体.....	408
	躯体疾病的团体治疗.....	429
	把 CBT 和 IPT 融入团体治疗.....	433
	自助团体和网络支持团体.....	437
第十六章	团体治疗：直系和旁系	443
	什么是交友团体？.....	444
	交友团体的前身与演化.....	444
	正常人的团体治疗.....	447
	交友团体的有效性.....	449
	交友团体和治疗团体间的关系.....	454
第十七章	团体心理治疗师的训练	457
	观摩学习.....	458
	督导.....	461
	受训者的团体体验.....	464
	受训者个人的心理治疗.....	469
	总结.....	471
	技巧之外.....	472
注 释		475

第一章

疗效因子

团体治疗可以帮助来访者吗？事实证明完全可以。一项颇有说服力的团体治疗研究结果已非常明确地表明：团体治疗是一种非常高效的心理治疗手段，至少在实质性疗效上与个体心理治疗可以相提并论¹。

团体治疗如何来帮助来访者？这是一个简单的问题，或许吧。但是，如果我们能够精确肯定地回答，那么我们就掌握了解决心理治疗中最困难、最多争议问题的中心组织原则。一旦这个原则被确定，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，使团体治疗产生的效果在不同的来访者和不同的情景下都能最大化。

我认为治疗性的改变是一个非常复杂的过程，它是随着人类各种体验的复杂的相互作用而产生的，这种相互作用被我称为“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开始。

根据我的观点，疗效体验可以分为以下 11 个主要的因素：

1. 希望重塑（Instillation of hope）
2. 普通性（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)

在这一章中, 我将讨论前面7个因素。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, 这些因素代表着改变过程的不同部分: 有些因素指的是认知水平 (如自我领悟性); 有些因素指的是行为上的改变 (如提高社交技巧); 有些因素指的是情感的感受能力 (如宣泄情感的能力); 有些可能更确切地说, 指的是改变的前提 (如凝聚力)。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来访者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, 可以把它们看做是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²。没有一种系统解释可以包揽所有治疗中的疗效因子。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 (我将在第四章中更加完整地讨论这些主题)。

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团体成员的观点, 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, 因为团体成员和团体领导者不是完全客观的, 我们的研究方法也常是粗糙的、不适宜的。

我们从团体治疗师那里得到一些疗效因子的清单, 清单所列的疗效因子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, 他们对于来访者症状改善的原因也有不一致的观点。在对交友团体 (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, 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³ (见第十六章)。我们并没有感到惊讶。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象的那样。有时, 身为治疗师的我们也会困惑不解。谁没有碰到过这样的病人, 他们的病情大幅改善,

而我们对改善的原因却一无所知。

团体治疗结束时,团体成员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。然而我们要知道,团体成员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。这些情况完全有可能出现。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,治疗结束四年后的团体成员与刚刚结束治疗时相比,更容易提到团体体验中缺乏帮助或受到伤害的部分)⁴。研究也表明,团体成员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⁵,个体咨询同样如此。而且,成员对疗效因子的评估受到很多因素的影响,如治疗长度、成员的机能水平⁶、团体类型(门诊、住院、日间医院或短程治疗)⁷、成员的年龄和诊断⁸以及团体治疗师的理论取向等⁹。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活动的知觉和感受也不尽相同。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,来访者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,如果我们与来访者的体验离得越远,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来访者的理解,但这并不意味着我们可以对他们所说的置若罔闻。

如何获得来访者的陈述是一门艺术。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。提问者越能进入来访者的体验世界,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,因为他比任何人都更能了解来访者的内心世界。

除了治疗师的观点和来访者的陈述外,还有第三种评估疗效因子的重要方法,即系统的研究方法。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,这种研究方法本身具有许多缺陷,如疗效的测量在方法上存在困难,而在治疗中变量的选择和测量同样也是个问题¹⁰。

⁴ 通常,我们更愿意评估治疗的结果,而不乐意去测量治疗中变量与治疗效果之间的一一对应关系。Kivlighan 和他的同事们已经创造了一种行之有效的评定量表,即“团体治疗有效影响力评定量表”(Group Helpful Impacts Scale)。这种量表可以从多个维度——治疗任务、治疗关系、团体活动过程、来访者、治疗师——来捕捉团体治疗的整个过程。

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，我更愿意把它们看做是抛砖引玉，让其他临床研究者对它们进行进一步的检验与扩充。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。希望不仅能够让来访者坚持治疗，这样其他的疗效因子就有可能起效，而且来访者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¹¹。同时，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——这些完全是通过让来访者建立希望和信心来进行治疗的方法。在心理治疗中，当来访者与治疗师对治疗有共同的体验时，更有可能出现积极的结果¹²。这种积极的期望的结果远远胜过简单的想像。最近，脑功能成像研究表明，服用安慰剂的作用不是药物本身的作用，而是对大脑直接的心理暗示作用¹³。

团体治疗师必须尽一切努力来增加来访者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，治疗师要增强来访者的积极的期望、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（第十章对团体治疗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来访者积极的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对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。我经常听到来访者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。显而易见，希望感甚至在那些对抗晚期癌症并且因为病魔而失去珍贵的团体伙伴的团体中，也能给人以力量。希望是富有弹性的——它能重新定义自己以适应当前的环境——“希望”可以改善团体舒适感、增强团体间联系并治疗轻微不适¹⁴。

团体治疗师应该有效地利用这一因素，时常提醒团体成员注意所取得的进步。如果治疗师收到最近结束治疗的团体成员的信件，报告他们不断取得的进步，治疗师应毫不迟疑地与现在的团体成员共享这一消息。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¹⁵。我由衷地相信,我能帮助每一个充满改变动机、愿意在团体中努力至少六个月时间的来访者。在我和来访者个别的初始会谈中,我和他们分享这个信念,并且努力地使我的乐观情绪感染他们。

许多自助团体——比如说,丧子的父母亲组成的慈爱伙伴团体(Compassionate Friends)、施暴者组成的战胜暴力者团体(Men Overcoming Violence)、乱伦幸存者团体(Survivors of Incest)以及心脏手术病人组成的开心团体(Mended Heart)——这些团体都非常强调重塑希望¹⁶。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,康复协会的成员会介绍:他们是如何通过康复协会提供的方法来缓解潜在的压力事件所带来的紧张的。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,这里的领导者以前全是酗酒者——他们自身的经历就是活生生的启示。

许多物质滥用的治疗方案也通常请已经康复的药物成瘾者作为团体领导者,他们以自己沉沦后浪子回头的事例,唤醒团体成员,激起成员们的希望。对于像关节炎和心脏病等慢性病症患者,同样适用类似的治疗方案。这些自我管理小组利用老学员来鼓励新成员积极处理他们的健康问题¹⁷。通过同样的鼓舞,可以使新成员的健康持续稳定或提高,这样可以降低医疗护理的成本,提高个体的自我效能感,同时也可以让团体治疗的效果优于个体治疗¹⁸。

普 同 性

许多来访者进入治疗时,忧心忡忡,认为他们是不幸者,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,因为大多数来访者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的内容就会像洪水般泛滥成灾。

在某种程度上,我们所有人都是这样的,但这些来访者的极端的社会孤立,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,无法形成深入的亲密关系。在日常生活中他们既无法感受他人的体验,也无法使自己信任别人并最终得到别人的信任和接纳。

在治疗过程中,特别是在早期阶段,对来访者的独特感给予肯定,本身就能

缓解来访者的情绪。当听到其他成员暴露类似的担心时，该成员的共鸣油然而生，犹如“回归人群”的感觉。简单地套用一句老话就是“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。但是，观察到其他团体成员看待这些行为的态度，他们就能发现这些行为也可能发生在自己身上。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。普通性在个体治疗中也占有一席之地，只是治疗师更倾向限制个人透明化程度，而使普通性得不到双方的证实。在我进行的600个小时的自我分析中，我偶遇了“普通性”这个治疗因子。它发生在我对于母亲的极其矛盾的情感中。我对于这个事实的困惑是：我对母亲依恋不舍，但同时也希望母亲早早去世——这样就能继承相当可观的财产。我的分析师在此刻简要地说道：“那似乎是我们都会有的想法。”那毫无掩饰的话语不仅仅给了我很大的安慰，而且使我能进一步探索自己更深层的矛盾情绪。

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）的成员（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。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，这些秘密竟如此相似，而且可以划归为几大类。首先，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；其次是人际间深深的疏离感，许多人表示他们不会，也不能真心地去关心或爱一个人；排在第三位的常见类型是各种关于性的秘密。通常，对那些寻求专业帮助的正常人群体来说，他们的主要问题在性质上也大同小异。几乎无一例外，来访者都深深地关注他们的价值感以及他们与其他人建立关系的能力*。

对某些人而言，保守秘密具有特殊的含义，这也是造成他们孤立的原因，由

* 团体治疗工作中有好几种使用这种信息的方法。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通性、共情以及他人了解自己的能力。

这类个体组成的特殊团体对普通性格外重视。例如，暴食症患者在短期结构化团体的契约书内被要求自我暴露，特别是要揭示自己对身体形象的态度，并且要详细记录每个人进食和排泄的情形。毫不例外，当患者发现他们并不孤单，而且其他人也有相同的困扰和生活经历时，他们会如释重负¹⁹。

性受虐者团体的成员也能从普通性的经历中获益匪浅²⁰。获益的要素是通过情感上的亲密接触，分享他们受虐经历的细节以及带来的内在创伤，这种分享对每个成员来说几乎都是生平的第一遭。通过分享，成员们能认识到，还有其他人和自己一样，童年曾遭受到无辜伤害，却一直承受着深深的羞耻感、罪恶感、愤怒和污秽感。因此，普通性对承受着羞耻和自责的来访者而言，是治疗的首要程序，例如，艾滋病患者团体和自杀未遂者团体²¹。

同质团体中的成员由于有着共同的亲身经历，他们相互之间就可以进行有力的真实性交流。这是治疗师难以企及的。例如，我曾经督导了一个个案：35岁的团体治疗师带着一个由七八十岁的抑郁男性患者组成的团体，突然一个最近丧妻的77岁的成员表达了他想自杀的想法。治疗师很犹豫，担心自己的任何反馈会被认为是一种幼稚。此时，一位91岁的团体成员表达了他60岁时丧妻的心情，他当时陷入自杀的绝望中，但最后恢复了情绪，重拾人生。这样的叙述是一种深深的共鸣而不是简单的反馈。

在包含不同文化背景成员的团体中，治疗师要特别注意不同文化对普通性的影响。在白种人占多数的团体中，文化弱势群体常常会因为对待暴露程度、互动方式及情感表达的不同态度而觉得受到排斥。治疗师要帮助团体将焦点由具体的文化差异，转移到对于人类处境与悲剧共通的跨文化反应上²²。同时，治疗师应该在治疗过程中对文化因素保持一种警觉性。心理健康专家通常非常缺乏文化方面的生活知识。其实，这种知识可以帮助我们更好地治疗有文化差异的团体。治疗师必须尽可能多地去了解来访者的文化以及他们的文化与自己文化之间的连结和疏离²³。

普通性像其他的疗效因子一样不是单独发挥作用的。当来访者感受到自己和别人的相似之处并且与人分享自己最深层的忧虑时，伴随而来的宣泄以及来自他人的完全接纳（见第三章的团体凝聚力）会使他们获益颇多。

传 递 信 息

在传递信息方面，我指的是由治疗师提供的教导式指导（didactic instruction），包括治疗师对心理健康、精神疾病和一般精神动力学知识的指导，以及治疗师或

其他团体成员给出的忠告、建议或直接指导等。

教导式指导

大多数来访者在成功的交互式团体治疗结束时，会在各个方面学到很多，包括心理活动方式、症状的意义、人际关系与团体动力以及心理治疗的过程。一般来说，教育过程属于内隐学习；大多数团体治疗师在交互式团体治疗中不会提供具体的教导式指导。然而，在过去的十几年中，许多团体治疗方法把正式的指导或心理教育作为课程中的重要部分。

心理教育比较重要的先例之一可以从 Maxwell Jones 的工作中找到。在 20 世纪 40 年代，在大团体的工作中，他一星期给患者授课 3 小时，是有关中枢神经系统的构造、功能以及与精神病症状和障碍的关系等方面的内容²⁴。

Marsh 也相信心理教育的重要性，他在 20 世纪 30 年代将患者组织成班组，并利用讲座、作业和评分等方式创造出教学气氛²⁵。

康复协会也是基于教导式的宗旨而成立的，它是美国最老的、最大的自助组织，成员是现患和恢复期的精神病患者²⁶。这个自助组织由 Abraham Low 于 1937 年成立，至今，这个组织已有超过 700 多个活跃的团体²⁷，成员全是自愿参加的，领导者从成员中产生。这些团体虽然没有正式的专业指导，但聚会的程序都按照 Low 医生的规定；他本人的著作——《通过意志力训练达到心理健康》（*Mental Health Through Will Training*）中的部分章节²⁸，在每次聚会中会被成员大声朗读并且加以讨论。这些文章以一些简单的基本原理来解释心理疾病，并且让成员默记下来。例如，神经症症状虽然苦恼但没有危险性；紧张会强化和维持症状，所以应该加以避免；自由意志是神经症患者脱离苦海的良方。

许多其他的自助团体非常强调信息的传递。像乱伦幸存者成年人团体（Adult Survivors of Incest）、父母亲匿名团体（Parents Anonymous）、赌徒匿名团体（Gamblers Anonymous）、癌症患者的珍惜今日团体（Make Today Count）、单亲团体（Parents Without Partners）和心脏手术患者的开心团体等，它们都鼓励成员间彼此交换信息，也经常邀请专家莅临讲座²⁹。开展学习的团体环境也很重要。咨询师与团体成员理想的状态是合作、合伙的关系，而不是命令和从属的关系。

最近团体治疗的文献大多数是对特殊团体的描述，这些团体是由一些特殊障碍或遭遇特定生活危机的来访者所组成的——如惊恐障碍³⁰、肥胖症³¹、贪食症³²、离婚后适应问题者³³、疱疹患者³⁴、冠状动脉疾病患者³⁵、性受虐儿童的父母³⁶、男性施暴者³⁷、居丧者³⁸、艾滋病患者³⁹、性功能失调者⁴⁰、被强暴者⁴¹、乳房切除后

自我形象调适者⁴²、慢性疼痛者⁴³、器官移植者⁴⁴以及预防抑郁复发者⁴⁵。

这些团体除了给成员提供相互的支持外，也给成员进行一些认知疗法的治疗，传授一些有关疾病本质或生活情况等方面的具体指导，检查他们对疾病的错误概念和自欺欺人的反应。比如，惊恐障碍患者团体的领导者会告知成员惊恐障碍的生理学原因：压力增加与警觉状态会促进肾上腺素的分泌，这可能会导致过度换气、呼吸急促及头晕；患者的错误解释（“我快死了”或“我要疯了”）只会加重恶性循环。治疗师告诉患者惊恐发作是没有危险性的，并指导团体成员如何使发作减弱以及如何预防它的发作。治疗师会仔细地介绍正确的呼吸技巧以及肌肉放松的方法。

团体成员将学习新的基于正念和冥想的压力放松法。通过应用受过训练的聚焦，他们学会用接纳和不评判的态度来清晰地面对自己的想法和感受，以此来减少压力，改善焦虑和抑郁⁴⁶。

对于 HIV 检验呈阳性的来访者，领导者会提供大量与疾病相关的医疗信息，矫正其非理性的恐惧和对传染的误解，并建议成员把自己的现况告诉别人，选择较少引起罪恶感的生活方式。

丧亲团体的领导者会解释哀伤的自然发展阶段，以帮助成员认识痛苦的过程，从而经历痛苦，并最终摆脱痛苦。领导者会协助来访者对于经历丧亲后的一年中将会出现的情绪变化有所准备。例如，每当重要日子（假日、周年纪念、生日等）来临时，他们将感到不期而至的悲痛⁴⁷。

再举个例子，在初次怀孕妇女的团体中，领导者会告诉她们正在经历的身心变化的生理基础以及分娩时的实际情况。鼓励团体成员说出她们的恐惧，以此领导者便能提供信息，帮助她们系统地处理非理性的信念。心理教育团体既给早期乳腺癌患者提供有关疾病、治疗方案方面的信息，还给她们介绍健康的生活方式。团体治疗的效果评估显示，参与者认为团体治疗对她们至关重要并带来了持久的心理社会效果。

对即将进入心理治疗团体而感到恐惧的精神科患者，大多数团体治疗师会对他们使用类似预先指导的方法。例如安排治疗前访谈，澄清心理障碍的病理机制，并为个体的自我探索提供指导⁴⁸。通过预测患者的恐惧程度以及给他们提供其认知背景，帮助他们更有效地应付进入团体后的文化冲击（culture shock，见第十章）。

因此，在团体治疗中，教导式指导具有多种形式：传递信息、改变病理性思维、提供理论框架以及解释疾病过程等。通常，这种指导能使团体在初始阶段具有基本的亲和力，直到其他的疗效因子发挥作用。不过，解释（explanation）和

澄清 (clarification) 本身就是有效的治疗因子。人类总是憎恨不确定的东西, 多少年来, 人类开始提供各种解释——主要是宗教和科学的——来支配宇宙间的种种现象。对一种现象的解释是控制它的第一步。假如火山爆发是由上帝发怒引起的, 那么至少我们可以通过取悦上帝达到最后控制火山的目的。

Frieda Fromm-Reichman 特别强调不确定因素在产生焦虑中的作用。她指出, 当人类了解到他们不能主宰自己、人类的知觉和行为受到非理性力量的控制时, 焦虑就产生了⁴⁹。当今世界往往使我们不得不一个人面对恐惧和焦虑, 尤其是2001年的9·11事件, 使人们面临更加清晰的焦躁情绪。如果人们面对创伤性的焦虑采用积极的应对方式 (如热爱生活、畅所欲言、相互支持), 而不是在消极回避中退缩, 那将很有帮助。这些应对方式的结果不但与我们的常识相吻合, 而且当代神经生物学研究也表明, 积极的应对方式可调整躯体压力反应, 激活重要的神经回路⁵⁰。

精神病患者也有这样的情况: 当对精神病症状的来源、意义和严重性不确定而产生担心和焦虑, 并且和整体的沮丧混在一起时, 有效的探索就变得十分困难。通过提供理论框架和解释, 教导式指导在我们众多的治疗方法中, 以它固有的魅力, 独树一帜 (见第五章)。

直接忠告

和治疗师的教导式指导不同的是, 来自团体成员的直接忠告在每个治疗团体都会出现。在动力学的互动治疗团体 (dynamics interactional therapy groups) 中, 它是团体早期阶段必不可缺的一部分, 由于它出现得很有规律, 以至于可以用来估计该团体的年龄。如果观察团体或听团体的录音带时我能听到成员这么说, “我认为你应该……” 或者 “你应该做的是……” 或者 “你为什么 not……” 那么, 我便有理由确定那是一个年轻的团体或者是一个正面临一些困难的老团体——它的发展受到了阻碍或有暂时的退行。在互动治疗团体的早期, 给予成员忠告是很普遍的, 但对某些问题的具体忠告能给来访者带来直接好处的例子几乎没有。然而, 给予忠告间接地达到了一个目的: 重要的是忠告的过程, 而不是忠告的内容, 因为它暗示并传递了成员间相互的兴趣和关心。

给予忠告和寻求忠告的行为, 常常是说明不良人际关系状况的一个重要线索。比如, 一个来访者不断向别人索求忠告与建议, 但总是拒绝这些忠告或建议, 从而挫败他人, 那么团体治疗师便很清楚地知道他是个“拒绝帮助的抱怨者” (help-rejecting complainer) 或是个玩 “是的……但是……” (yes...but) 心理游戏的叶公

好龙者（见第十三章）⁵¹。一些来访者为了获得注意和关爱而搜求对某个问题的建议，但这个问题可能是无法解决的或早已被解决了的。有些来访者不可抑制地渴望吸收忠告，却从不回报有相同需求的人。一些人热衷于在团体中保持养尊处优或显得冷酷而自信，因此他们从来不直接寻求帮助；一些人急于取悦别人，以至于他们从来都对自己置若罔闻；一些人恭维之情溢于言表；一些人则从不承认得到的帮助，只是待僻静独处时细细品味。

其他不是以人际互动为焦点的更具结构性的团体，则能对直接建议和指导进行具体而有效的利用。比如，行为塑造团体、生活技巧团体、沟通技巧团体、康复协会和匿名戒酒会都提供相当多的直接忠告。一种为慢性精神病人服务的沟通技巧团体宣称有不错的效果，其中所运用的是包括聚焦式反馈、场景回放以及难题解决方案的结构化团体课程⁵²。匿名戒酒会利用指导和标语，如成员被要求只在24小时内禁酒——“一次做到一天”。康复协会教成员如何识别症状，如何淡忘和回忆，如何在症状复现时从头再来，如何有效地运用意志力。

某些忠告会比其他忠告更有效吗？一些研究者在一个男性性犯罪的行为塑造团体中发现，忠告不仅很普遍，而且其有效性也各不相同。最无效的忠告形式是直接给予建议，最有效的则是给出比较系统的可操作的指示或者是一系列关于如何达到某种目标的可供选择的建议⁵³。心理教育在处理因家庭关系而导致的抑郁时是很有效的，当参与者在直接的情感水平上评价自己的抑郁如何影响自己的生活和家庭关系时，效果尤佳。而只是在智力和客观层面上分析自己就很少奏效⁵⁴。

利 他 主 义

在一个古老的犹太教牧师的故事中，牧师和上帝谈论有关天堂和地狱的问题。上帝说：“我带你去看地狱。”上帝带领牧师进入一个房间，房间中间有一张大圆桌，桌子边上坐着一群在饥饿与绝望中挣扎的人。桌子中间有一大锅炖肉，足够每个人吃饱。炖肉的味道很香，连牧师都流口水了，但是没有人吃。他们每个人手中都拿着一个长柄的勺子，足够伸到锅里取出一勺子肉，但因为勺子太长，没有人能够把食物放到嘴里。牧师看到他们的痛苦觉得很恐怖，对他们充满了同情。上帝说：“现在我带你去看天堂。”他们进入另一个房间，和第一个房间完全一样，有一样的大圆桌、一样的大锅炖肉、一样的长柄勺子。但在这里却是一片欢乐，人们全都营养不良，精力充沛。牧师不能理解，上帝说：“其实很简单，只是需要

一点技巧而已。你看，这个房间里的人都知道互相喂食！”*

治疗团体也是这样，成员通过付出而有所收获，不仅从接受帮助——相互给予——接受关系的一部分——中受惠，也从给予的行为本身有所获益。刚开始治疗的精神病人通常士气低落，深感自己无法为他人提供任何有价值的东西。他们长期以来就认为自己是一个包袱，当发现自己对别人很重要时，这种体验会使他们振作起来并感到自尊。团体治疗的独特之处在于它可以让成员间有机会相互学习、获益。它还鼓励成员身份的多样性，要求成员在接受帮助和提供帮助之间灵活转变角色⁵⁵。

当然，在团体治疗过程中，来访者彼此都获得很大帮助。他们互相提供支持、保证、建议和领悟，而且共同分享类似的困惑。通常，团体成员比较容易接受同组成员的观点，而较难接受团体治疗师的建议。对许多来访者而言，治疗师只是花钱请来的专家；来自其他成员的自发的、真诚的反应和回馈才是可靠的。在回顾治疗的过程时，几乎所有的来访者都认为其他成员对于自己的进步有着重要的影响。有时，其他成员给他提供具体的支持和建议，有时仅仅是体会到其他成员的存在就能让他从互相支持的关系中成长。通过对利他因子的体验，团体成员直接体验着对给予自己关注的人具有义务的意识。

两个团体成员间的一种互动是印证，Derek 是一个长期焦虑和感觉孤独的40岁男子，他最近加入团体，并因为一直忽略其他成员的反馈和关心，而激怒了别人。Kath——一位有长期抑郁和药物成瘾问题的35岁妇女——对此作出反应，她与 Derek 分享自己在团体体验中的收获。前几个月，她回绝其他人的关心，因为她觉得自己不值得别人这样对待。后来，其他成员告诉她，她的回绝对别人是一种伤害。之后，她有意识地更多地去接受别人对她的帮助，不久，她惊讶地发现自己感觉好多了。也就是说，她不仅从所接受的支持中获益，而且从她有能力接受帮助而让别人感受到自我价值感而获益，她希望 Derek 能够考虑到这些可能性。

利他主义在其他治愈系统中也是很宝贵的疗效因子。例如，在原始文化中，一个麻烦人物常被分配负责宴会的准备工作，或为社区做一些服务性工作⁵⁶。在天主教圣地（如卢尔德），利他主义也在治疗过程中扮演着重要的角色，在那里，病人不仅仅只为他们自己祈祷，也为别人祈祷。人们常常渴求被需要和有用的感觉。

* 1973年，在第一个重度癌症病人团体中，一位团体成员以发出此寓言的复印件作为团体第一次聚会的开场白。她——我在另一本书里也写过她，她就是《妈妈与生活的意义》(Momma and meaning of life, New York, 1999)中的 Paula West——从团体最初形成到组织都在协助我工作（见第十五章）。她的寓言被证明是有先见之明的，因为许多成员都从利他主义这个疗效因子中获益良多。

嗜酒者在戒断酒瘾的多年之后还和互戒者保持联系是很常见的，许多团体成员都会叙述他们的堕落和随后的改邪归正的故事至少一千遍，以帮助那些更需要帮助的人，并从提供帮助的过程中不断得到自我满足。

新的团体成员一开始并不重视其他团体成员的治疗作用。事实上，许多来访者用反诘来抵制他人的建议，“瞎子如何能带领瞎子”“我怎么可能从和我一样困惑的人身上学到东西，我们只是惺惺相惜罢了”。通过探索来访者苛刻的自我评价，便不难处理来访者的这种阻抗。通常，一个不敢期望从他人那里得到帮助的来访者，其实是在说：“我没有任何有价值的东西可以提供给别人。”

在利他行为中，还有另一个更微妙的益处。许多抱怨生命没有意义的来访者沉浸于病态的自我关注（self-absorption）中，他们穷思竭虑地每日三省吾身或咬紧牙关拼命苦撑以实现自我。我同意维克多·弗兰克尔（Victor Frankl）的看法，生命的意义感只会随之而起，不可能靠刻意的追求来得到：它永远是一种衍生而来的现象，当我们超越自我，当我们专注于他人（他物）而处于忘我的境界，它便会出现我们的体验中⁵⁷。治疗团体能在这方面潜移默化地影响每个成员，为他们提供一个反唯我论的新的视角。在为患有危及生命的身体疾病——癌症和艾滋病——的患者设立的团体中，关注生命的意义和利他主义是团体心理治疗中特别重要的组成部分⁵⁸。

原先家庭的矫正性重现

对大多数参加团体治疗的来访者来说——那些饱受创伤后应激综合征之苦或遭受着一些药物或环境压力的人例外，在他们最初也是最重要的团体（即原先家庭）中，都有过非常令其不满的经历。治疗团体在许多方面都类似于家庭：有权威/父母的角色、同辈/兄弟姐妹角色、深刻的人际关系、强烈的情感，以及深厚的亲密感和敌对的、竞争的情感。实际上，治疗团体经常由一对男女治疗师带领，尽可能地营造类似父母般的氛围。一旦能克服最初的不安，那么成员迟早会以曾经与父母双亲及兄弟姐妹互动的方式在团体中与领导者和其他成员互动起来。

如果该团体的领导者在团体中被视为父母的角色，那么团体成员将会把领导者与父母/权威形象联系起来：或极度地依赖领导者，赋予领导者不切实际的全知与全能；或盲目地反对领导者，认为他们把自己当成小孩，并加以控制；或对领导者持警惕态度，认为他们试图剥夺成员的独特性；或试着分裂协同治疗师们，如同当初挑起双亲之间的不和；或在其中一位协同治疗师离开时，才暴露得最深刻，

和其他成员激烈竞争，努力争取团体的注意和治疗师的关心；或当领导者注意力集中于其他人时，有些学员就笼罩在妒忌中；或在其他成员之间寻求联盟，企图颠覆治疗师的领导；或完全将个人利益置于脑后，而看似无私地努力满足领导者和其他成员的需要。

显然，类似的现象也出现在个体治疗中，不过，不同的是，团体提供了大量矫正的可能性。在我的一个团体之中，有一个在几次聚会上都保持沉默且绷着脸的来访者——Betty，哀叹团体心理治疗不如个别心理治疗。她说团体治疗使她感到压抑，因为团体成员无法满足她的需求。她说自己无法在团体中发言，却可以自由地和治疗师或任何一个成员单独谈话。后来，这个来访者在追问下才透露她不愉快的原因，即她认为团体中其他人都比她受到重视。原来，在最近一次聚会中，有一个成员度假归来时，受到大家热烈的欢迎，而她最近也同样度假回来，但并没有得到相同的关注。而且，一个成员因为给另一个成员提供了重要的建议而被赞扬，然而她几个星期前也做过同样的事，但并未引起注意。有时，在分配时间上，她逐渐感到不满；在等候发言时，她很不耐烦；当注意力从她身上挪开时，她也感到生气。

Betty 是正确的吗？团体治疗对她是一种错误的治疗方式吗？当然不！所有的这些批评——皆深深地根植于她早期与兄弟姐妹的关系——并不是她不想参加团体心理治疗的真正理由。恰恰相反，团体治疗方式对她特别有意义，使她对于“被注意”的羡慕和渴求浮到表面。在个体治疗中，这些特别的冲突即使有，也出现得相当迟，因为治疗师总是注意来访者的每个词语和每种需要，来访者可以占用所有的时间。

早期家庭冲突的复现是重要的，矫正性的复现更加重要。再次暴露而不进行修复只会让情况变得更糟糕。抑制个人成长的人际关系模式不应该成为许多家庭结构中僵化、不可改变的特征。反之，固着的角色需要不断地被探索和挑战，并建立不断地鼓励探索人际关系和尝试新行为的基本原则。对许多成员而言，与治疗师和其他成员一起解决问题也是在处理一直以来悬而未决的事情。（对过去的处理需要多么直言不讳是个复杂的、有争论的问题，我将在第五章中讨论。）

提高社交技巧

尽管技巧教学的性质和过程的外显性会依据团体类型而有很大的变化，社会学习（social learning）——基本社交技巧的培养——是所有治疗团体的疗效因子。

在一些团体中，如为住院病人做出院准备的团体或青少年团体，都可能明确强调社交技巧的培养。角色扮演可以用来帮助团体成员学习求职时如何与未来雇主交流，或帮助团体成员学习如何发出约会邀请。

在其他团体中，社会学习是比较间接的。在动力式治疗团体（dynamics therapy groups）中，基本规则是鼓励坦诚相待，因此成员可能对于自己的不良社会行为获得大量信息。比如，和别人交谈时眼光不敢直视对方；表现出对别人不可一世的傲慢态度；自己毫无察觉的阻碍社交关系的不良习惯。对缺乏亲密关系的个人，团体经常是第一个给予他正确反馈的。有人为他们难以释怀的孤独感悲叹；团体治疗充分地让成员认识到他们是如何助长了自己的孤立和孤独⁵⁹。

比如，一个来访者多年来总觉得别人要么躲避，要么干脆拒绝和他的交往，在团体治疗中，他了解到那是因为他总是抢着说话，而且唠叨不停，不着边际。几年之后他告诉我，他生命中最重要的一件事情就是，一个团体成员告诉他（他早已忘了那个人的名字）：“当你谈论你的感受时，我喜欢你，想和你靠得更近一些，但当你开始谈论那些事实和细节时，我就想离开房间！”

我的意思并不是说治疗就那么简单；治疗是个复杂的过程，显然它远远超过简单地提高认识和改变行为。但是，就像我将在第三章中说明的，这些收获绝不是微不足道的；它们在治疗性改变的初期阶段经常起重要作用。在这个过程中，来访者认识到，他们的意图和他们实际对别人的影响存在着巨大的差异。

通常，经过较长时间团体治疗的成员会得到高度成熟的社交技巧：他们融会贯通（见第六章）；他们学会如何有效地回应他人；他们知道解决冲突的办法；他们较少进行主观评价且更善于准确地体验和表达共情。这些技巧对团体成员将来的社会互动有很大的帮助⁶⁰。

行 为 模 仿

在个体治疗期间，来访者的言谈举止会逐渐与他们的治疗师相似。许多证据也显示，团体治疗师通过示范一些行为而影响团体的沟通类型，例如，自我暴露或支持⁶¹。在团体中，模仿过程更是普遍：团体成员会像模仿治疗师那样去模仿其他成员⁶²。团体成员也会从观察其他成员如何处理问题中有所收获。这在面对着共同问题的同质群体中特别有效——例如，在认知行为小组中，教精神病患者减少幻听的策略⁶³。

虽然治疗过程中行为模仿的重要性难以评估，但社会心理学的研究却表明，

治疗师有可能低估了它的重要性。班杜拉（Bandura）——他一直主张，直接强化无法完全解释社会学习——用实验证明，模仿是一种有效的治疗力量⁶⁴。在团体治疗中，来访者通过观察具有类似困扰的成員的治疗而获益是很常见的，这种现象一般称为替代治疗（vicarious therapy）或观察治疗（spectator therapy）⁶⁵。

行为模仿在早期阶段的作用通常比后期更重要，来访者会对比较资深的成员或治疗师进行认同⁶⁶。即使模仿行为犹如昙花一现，它也能使个体尝试新行为，从而激发适应性行为（见第四章）。事实上，成员在治疗中完全靠“尝试”的方式，一点一滴地学习他人的行为，继而放弃一些不良的行为，这是很普遍的现象。这个过程有确凿的治疗作用；识别不属于自己的特质，即是朝认清自己更趋近了一步。

第二章

人 际 学 习

我所定义的人际学习，是一个广泛而复杂的疗效因子，它在团体治疗中的重要性类似于个体治疗中的内省、移情修通、矫正性情感体验等因素，而且人际学习也是团体治疗中独有的过程。为了明确人际学习的定义并描述这一因素如何使个体发生治疗性改变，首先必须讨论其他三个概念：

1. 人际关系的重要性。
2. 矫正性情感体验。
3. 团体如同社会缩影。

人际关系的重要性

无论我们用什么观点来研究人类社会——不管是浏览人类的历史发展，还是细阅单个个体的发展史，我们总是不得不将人放在基本的人际关系中考虑。有关灵长类动物、原始人类文化和当代社会的研究的可靠资料显示，人类总是生活在成员关系密切、持久的团体中，对归属感的需要是一种强有力的、根本的、具有普遍性的动机¹。人与人之间的行为显然与进化论的观点一致：没有深入的、积极的、相互的人际联系，个体和种族的生存都是不可能的。

约翰·鲍尔比（Johy Bowlby）从他对早年母子关系的研究中得出结论，对生存而言，依恋行为不仅是必需的，而且是重要的、本质的、与生俱来的²。如果母亲和婴儿分离，那么双方都会产生明显的焦虑感，并会自发地寻找见不着的一方。如果这种分离时间较长，对婴儿的影响将是深远的。温尼科特（Winnicott）同样指出，“婴儿指的不是单独的存在，而是一种母婴共生的状态”³。我们生活在“关系网”中，根据米切尔（Mitchell）所说：“只有在人际关系、过去和现在的织锦中，

才能真正理解一个人”⁴。

同样，美国著名的心理学家、哲学家威廉·詹姆斯（Willian James）在一个世纪前说过：

人类不仅是需要同类相伴左右的群居性动物，而且我们有这样一种天生的倾向，即希望被同伴注意，希望获得赞同。对一个人来说，最大的惩罚是脱离社会，并完全地被人遗忘，而不是躯体上的处罚⁵。

的确，詹姆斯的推测，已在当代许多关于寂寞的负面影响的研究中得到证实。例如，有证据表明，单身、离婚和丧偶者的死亡率明显高于一般人⁶。社会孤立感与生理性风险因素（吸烟和肥胖症）一样，有引起过早死亡的风险⁷。相反：社会整合感对癌症和艾滋病等严重躯体疾病的治疗具有积极的作用⁸。

由于认识到联系与依恋的重要性，当代心理动力学模式已经从以驱力为基础的、弗洛伊德式的个体心理学发展到关系心理学，后者把来访者的人际关系体验作为有效心理治疗的重点⁹。当代心理治疗采用了“关系模式，在这种模式中，个体在与他人的相互作用模式中建构自己的主观世界”¹⁰。

基于哈利·斯塔克·沙利文（Harry Stack Sullivan）的早期贡献和他精神病学的人际关系理论¹¹，心理治疗的人际关系模型变得重要起来¹²。尽管沙利文的著作颇有学术价值，但当代的治疗师却很少阅读他的著作。一方面，他的著作的语言通常比较晦涩（虽然他的著作已经有非常优秀的、浅显易懂的英文版）¹³；另一方面，当代心理治疗流派中充斥着他的观点，但对于他的原著反而无人问津。然而，最近的个体治疗和团体治疗关注将认知方法和人际关系方法相融合，因而人们重新对他的著作产生了兴趣¹⁴。Kiesler认为，事实上，人际互动框架是最合适的模型，在其中，治疗师能够对认知、行为和心理动力学方法进行有意义的整合，这是最具包容性的整合性治疗¹⁵。

沙利文简洁明了的陈述，对于理解团体治疗过程是极其有帮助的，虽然对人际理论的广泛讨论已超出本书的范围，但我还是想阐述一些主要概念。沙利文认为，人格的形成可看做是个体与生活中重要人物相互作用的产物，与他人建立亲密联系的需求同其他生物性需求一样是一种基本需求。不管是无助的婴儿期还是成人期，这种需求同生存需求一样重要。成长过程中，儿童为了获得安全感，将倾向于逐渐形成并强调能得到赞许的那部分自我或自我的特点，并遏制或否认会受到批评的那部分自我或自我的特点。最终，个体将参照生活中重要人物的评价，逐渐发展出一套自我概念。

因此，自我可以说成是由他人的评价所组成的。假如评价以贬低为

主，如遭人遗弃的、从不曾被爱过的孩子，或从没被养父母像爱自己的孩子一样爱过的孩子；即如果自我动力主要由被贬低的经历所组成，那么，这将导致个体对他人及自我的评价都倾向采取敌对与轻视的态度¹⁶。

自尊的构建过程以评价为基础，而这些评价是从他人的态度反照映射出来的。当然，这个构建过程是循环发展的。Grunebaum 和 Solomon 在对青少年研究中强调指出，满意的同伴关系和自尊是互为因果的两个概念¹⁷。成年人同样如此，这种有意义的联系在我们的成长中多多益善¹⁸。

沙利文用“有害的扭曲”一词来描述个体曲解对他人的知觉的倾向。当个体同他人发生联系时，常常不是以他人的现实属性为基础，而完全或主要以自己的与早年经历有关的想象为基础，这样就容易产生有害的扭曲。虽然这种有害的扭曲与移情的概念类似，但有两个明显的不同：第一，它的范围更广，它不仅是对治疗师看法的扭曲，还指对所有人际关系的曲解（当然包括对成员之间人际关系的扭曲）。第二，它的理论基础更广，这种扭曲不仅是简单地将过去对真实人物的态度转移到现有的关系中，而且还包括因个人内在需要而产生的人际现实的扭曲。我通常会交替使用扭曲和移情这两个词，尽管二者的根源不同，但在具体运用时，亦可是完全等同。现在许多治疗师用移情一词来指所有的人际关系扭曲，不是仅限于用来指来访者和治疗师之间的关系（见第七章）。

扭曲性移情出现的根源在于个体内心深处关于早期人际互动体验的记忆¹⁹。这些记忆促成了其内在工作模式的建构，而这种工作模式又塑造了贯穿其一生的依恋模式²⁰。这种内在的工作模式，即个体的图式²¹，其构成为：个体的信念理解人际关系线索的方式，随之产生的相应人际行为——这种人际行为不仅是他自己的，也来自他从别人那里学到的行为榜样²²。例如，一个在抑郁的、负担过重的双亲抚养下长大的少女，很可能感觉如果她要与别人保持联系和依恋关系，她必须没有要求，压抑自己的独立性，并且服从他人的情感需要。心理治疗可以给她首次呈现一种打破僵化的、受限制的人际关系原型的机会。

人际扭曲（也就是有害的扭曲）趋向于在自我中相对稳固。例如，一个具有自我贬低倾向的个体，通过选择性的忽视或投射，错误地将他人看成是严厉与拒绝的。此外，这个过程本身是较复杂的，因为个体在长期自我贬低的生活可能会逐渐形成某些怪癖和行为特质，如卑躬屈膝、防御式对抗或谦恭，这些会使别人显得严厉和拒绝。这种因果关系循环常常被称为“自我应验预言”——个体预料到他人会以某种特定的方式反应，然后会下意识地做出相应的对付这种反应方式的行为反应。换言之，人际中的因果关系是一种循环模式而不是线性关系。人

际关系研究表明, 一个人的人际信念可以通过行为反映出他对别人的预期, 从而影响别人的行为²³。

根据沙利文的观点, 人际的扭曲是可以矫正的, 主要通过一致性确认 (consensual validation), 也就是个体将自己和他人的人际评估加以比较。一致性确认也是团体治疗中的一个重要概念, 个体在了解其他成员对一些重大事件的观点以后, 常常会渐渐改变自己扭曲的看法。

让我们看看沙利文对于治疗性过程的看法。他认为, 恰当的精神卫生研究的重点, 应该是研究人与人发生关系的过程²⁴, 心理障碍、各种精神病性症状应该被看做是人际间的障碍, 并因此对之进行治疗²⁵。目前, 对许多障碍的心理治疗都强调这一原则。“心理障碍”也是由人际过程所组成的, 这些过程要么与社会情境不相符, 要么就是过于复杂, 因为个体不但会把他人作为其本身来理解, 还会根据自己主观的扭曲意象, 把他人当做过去生命中的重要人物来理解。非适应性的人际行为可以根据它的僵化、极端、扭曲、循环论证以及看似的不可避免性来被进一步定义²⁶。

因此, 精神病治疗应着眼于纠正人际关系的扭曲, 使个体能够更为丰富地生活, 参与人际交往, 以获得现实的、相互满足的人际关系: “人只有能察觉自己的人际关系, 才能达到心理健康²⁷。”精神病的治愈是“扩展自我, 最终使病人眼中的自己与他在别人面前所表现出的自己更趋接近²⁸”。尽管在治疗中来访者的核心负面信念不能完全消失, 但有效的治疗能让来访者生成掌控人际关系的能力²⁹。比如, 来访者能够以一种宽容的、灵活的、共情的和更具适应性的行为来代替人际关系的恶性循环。

改善人际交流模式是处理儿童行为紊乱和反社会行为问题的亲子团体治疗的焦点。孩子的需要和父母的期望之间的交流不畅会使双方产生自我无助感和无能感, 结果导致孩子的发泄行为与父母经常是敌对、贬斥以及冲动发怒的回应³⁰。在这样的团体治疗中, 通过心理教育、问题解决、人际技巧训练、角色扮演和反馈, 父母和孩子能够认识和改正不良的人际循环模式。

总的来说, 治疗的目标和方式都是围绕人际关系的, 这一观点和团体治疗密切相关。这并不是指参加团体治疗的全部来访者 (或者是大部分) 都必须以处理好人际关系为目标。我观察到, 在团体治疗三至六个月之间的来访者, 他们的治疗目标常常会出现转变, 他们的最初目标——痛苦的减轻——渐渐被修改, 形成新的目标——往往是人际关系的改善。例如: 从减轻焦虑和抑郁到学习与他人沟通, 能更信任更真诚地对待他人, 并学习如何去爱他人。在短程团体治疗中, 治

疗师应在准备和评估阶段即把来访者的问题转化成人际问题（见第十章）³¹。

动力学治疗早期的重要步骤是将治疗目标从减轻痛苦转到人际功能上，这也应是治疗师的主要指导思想。例如，心理治疗无法直接指向抑郁，因为抑郁本身并不反映人际冲突，如不找出引起抑郁的人际冲突则很难治疗抑郁。我希望呈现的是，让团体治疗产生疗效的关键是人际互动。首先有必要将抑郁看做是人际关系的障碍，然后处理导致障碍的人际关系的病因。因此，治疗师将抑郁转换为人际问题——如被动依赖、孤独寂寞、卑躬屈膝、压抑愤怒，担心分离——然后在治疗中着眼于这些人际关系问题。

沙利文关于治疗过程和目标的描述，同现在互动式团体治疗的过程是极其一致的。但是，同沙利文所述的个体治疗情形相比（见第六章），团体治疗中不追究来访者的早年生活和不良人际关系的形成原因。

人际关系理论已经成为精神科治疗思潮中不可缺少的部分，因此，它的重要性是不容置疑的。人与人之间的相互需要是与生俱来的，是基于生存的需要，是社会化的需要，是追求满足感的需要，没有人可以超越人类互相联系的需要，包括濒死者、被遗弃者和有权势者。

在我多年带领晚期癌症患者团体期间³²，我深切地认识到，在死亡面前，人们害怕的不是丧失或虚无，而是害怕伴随而来的无边无际的寂寞。濒死的病人可能常常受人际关系的侵袭——被世人抛弃，甚至被人避而远之。例如，一位女性从开始就知道身患绝症，而且知道癌症已经转移，可是她仍策划了一个大型的社交晚会，她隐瞒病情，谈笑风生，但心中始终忐忑不安，害怕疾病带给她的无法忍受的痛苦将使她形容枯槁，最后遭人唾弃。

临死者的孤独常常是双面的。一方面，病人自己经常回避他们最珍爱的人，因为他们害怕自己会使家庭和朋友陷入绝望的困境，因此有意避开关于生死的话题，而表现得轻松、愉悦，将恐惧留给自己；另一方面，家人和朋友对病人不知所措，不知如何与临死者交流，因此逃避、退却。两方面都使临死者更孤立。我同意 Elisabeth Kübler-Ross 的观点：如果一个患者得了不治之症，问题不在于是否告诉病人，而在于如何真诚地、坦率地告知病人。因为病人总归能通过别人的言谈举止与回避慢慢知道死亡将要来临³³。

医生常常同重症癌症病人保持较大的心理距离，从而增加了病人的孤立感，这可能是为了回避自己的失败和无能感，也可能是为了回避自己对于死亡的害怕。他们错误地认为，作为医生已经尽力了。但是，从病人的角度来说，此刻是他们最需要医生的时候，他们不是需要技术上的帮助，而是需要有人在身边，病

人需要的是人与人之间的联系，能够接触他人，能够倾诉衷肠，这样能使他们意识到自己虽不久于人世，但仍是人世的一部分。心理治疗的方法正开始关注那些晚期病人的特殊需要，比如对孤独的恐惧和对保持尊严的渴望。想想那些被遗弃者们——人们以为那些人已经非常习惯于被排斥了，以至于他们的人际需要变得十分麻木了。然而，这些被遗弃者们也有着非常强烈的社会需要。我曾亲临监狱，所见所闻使我感到震撼，人类的社会需要是无所不在的。一个未受过培训的精神科医生，他有一个由12名囚犯组成的治疗团体，团体成员都是冷酷无情的惯犯，罪行从轻度的攻击性，性侵犯至谋杀。他向我咨询如何进行治疗，他抱怨这个团体毫无生气，总是闲谈外来的、与团体不相干的事，我同意去观察他的团体，并建议他单独询问每个成员，让他们评价其余成员在团体中受欢迎的程度，以获得一些社会测量学的资料。（我希望这样的评论能促使成员们将注意力转向团体自身。）我俩原本商定在下次团体治疗前评议这些结果，但后来因故取消了评议讨论。

在下次团体聚会讨论时，热情但无专业经验、对人际需求不敏感的治疗师宣布：他准备直接说出受欢迎程度的调查结果，团体成员听到后都变得焦躁不安，他们明确表示不希望知道结果。多个成员激动地说，他们可能会是这个名单的最后几名。因此，治疗师很快放弃了宣读测试结果的打算。

接着，我提出了另外一个建议，要每个人表明自己最在意谁的投票，并给予解释。这种方法也是比较危险的，只有1/3的团体成员冒险做了选择。但不管怎样，这个团体已经转换到互动水平，出现了一定程度的张力、投入和从未有过的兴奋。这些成员一般都具有被社会抛弃的体验，他们被监禁、隔离，公然被标记为被遗弃者。在一般人看来，他们似乎应该是冷酷的，在微妙的人际接纳和拒绝方面已经麻木，但事实完全相反，他们深深地在乎这些人际关系。

位于人类命运另一端的人，即拥有权力、声誉和财富的人，他们同一般人一样，同样需要被人接受和与他人联系。我曾为一个富有的来访者工作三年，她的主要问题是金钱把她和别人隔开了，有人会尊重她本人而不是因为她的金钱吗？她是否一直被人利用？她能向谁抱怨拥有4000万财产所带来的负担？给别人礼物时，她如何才能不让人感到失望或敬畏？拥有的财富使她与别人貌合神离。无需赘言，大人物的寂寞是众所周知的（顺便说一句，团体治疗师也无法避免寂寞，我会在第七章中讨论团体治疗师角色的寂寞感）。

我相信每个团体治疗师都遇到过这样的来访者，他们宣称对团体无兴趣或游离于团体之外。他们声称“我才不管他们怎样说我、看我或认为我怎样，那些对我都无所谓，我不用理会别人”，或其他类似的话。我的经验告诉我，如果我能使

这种来访者在团体待长一点儿时间，他们的另一方面必然会表现出来。其实，他们深深地关心着这个团体。一个数月来对团体毫无兴趣的来访者，当她被要求提一个她自己的私人问题时，出乎所有人的意料，这名冷漠的、不合群的妇女提出这样的问题：“你们怎能容忍我？”

很多来访者相当渴望或者焦急地期待团体聚会，有些人在聚会结束后会感到太激动而无法驱车回家或当晚无法安然入眠，许多人整个星期都在想象中和团体进行着对话。而且这种同其他成员交往的体验会持续很长时间，我知道许多来访者在结束团体聚会几个月甚至几年后，还会想起和梦见团体成员。

简单地说，人们不会在团体中长久地对其他成员漠不关心，来访者不会是因为感到无聊而放弃团体治疗。我们知道团体中有嘲讽、鄙视、沮丧、羞愧、恐惧、仇恨，但从不会只有无动于衷！

总而言之，我已经从人际理论的观点回顾了人格发展、成熟机能、心理病理和精神科治疗等方面的内容。我提出的很多问题在团体治疗过程中具有很重要的指导作用，如心理疾病来自扭曲的人际关系的概念，一致性确认在矫正扭曲的人际关系时的作用，治疗过程是人际关系的适应性矫正，以及社会需求具有恒常性和超凡的力量等。现在让我们将重点转到矫正性情感体验上，它是理解人际学习这一疗效因子的三个重要概念中的第二个。

矫正性情感体验

1946年，弗兰兹·亚历山大（Franz Alexander）在描述精神分析的治疗机制时介绍过“矫正性情感体验”的概念。他说治疗的基本原则是：在来访者同意的情形下，使来访者暴露于他过去不能处理的情感经历中，然后帮助来访者经历矫正性情感体验，这种体验可以修复来访者既往经历中的创伤性影响³⁴。亚历山大坚持认为，单有理智上的领悟是不够的，还必须包括情感体验和系统的现实检验。来访者由于移情，他们用扭曲的情绪与治疗师互动着，但渐渐地，他们必定会认识到这个事实：“这些对分析师的反应是不合适的，这不仅因为他（分析师）是客观的，而且也因为他就是他自己。这些情绪反应不适合病人与分析师之间的情境，这些情绪反应同样也不合适病人现在日常生活中的人际关系。”³⁵ 尽管矫正性情感体验的思想因为被误解成是做作、不真诚、控制性的而被批判了好多年，但是当代心理治疗界仍把它看做心理治疗疗效的奠基石。在行为水平上的改变和对过去人际关系内在表象的深层次改变，都不是发生在解释和内省的过程中的，而是

发生在有意义的此时此地的关系的体验中，这种体验冲击了来访者的病态信念³⁶。当这种冲击发生时，会发生戏剧性的变化，来访者表达了更多的情感，回忆了更多的与个人相关的事情和固化的体验，并且表现出大胆的、开放的自我³⁷。

这些基本原则——治疗中的情感体验，以及通过现实检验，来访者发现自己不恰当的人际反应——在团体治疗和个体治疗中一样至关重要，甚至可能更加重要，因为团体治疗为矫正性情绪体验产生提供了多得多的机会。在个体治疗中，矫正性情感体验（是很有价值的）可能更难以实现，因为来访者—治疗师关系更加孤立，而且来访者更能够质疑这一关系的直发性、力量以及真实性。（我相信亚历山大也意识到这一点，因为他建议分析师必须像个演员，必要时应该扮演一种角色来制造一种期望的情绪氛围）³⁸。

在治疗团体中，这样的模仿扮演并无必要。因为团体本身包含各种各样的角色关系如手足之争、赢得关注、争权夺利、性别差异、情感扭曲和成员间社会阶级、教育程度以及价值观的冲突。但是，仅有这些原始情感的唤起和交锋是不够的，它们必须要转化为矫正性情感体验。要实现这一过程必须具备两个条件：一是团体成员必须体验到团体具有足够的安全性和支持性，这样才能使他们公开表达情绪。二是团体必需具有充足的投入和真诚的回应，这样才能出现有效的现实检验。

在多年的临床工作中，我常常这样做，当来访者结束团体治疗后，我会同他们会谈，询问一些治疗中的决定性事件、转折点或最有帮助的某个事件。虽然决定性事件不等同于疗效因子，但是，这两者显然是有关系的。通过检验单个重要的事件，可以了解到许多东西，我的来访者几乎都选择具有浓重情感性的事件，且涉及其他成员的情感反应，但很少与治疗师有关。

我的来访者所报告的最常见的重要事件，往往与他突然对其他成员表达出不满意和愤怒情绪有关（这和 Frank 和 Ascher 所描述的来访者是相同的）³⁹。在每一个例子中，经过了暴风雨般的冲刷，来访者体验到从内心压抑中解脱出来的自由感，并更有能力深入探索自己的人际关系，且维持与团体间的沟通。

这些决定性事件的重要特征如下：

1. 来访者表达出强烈的负性情感。
2. 对来访者而言，这种表达是一种独特的或新奇的体验。
3. 来访者总是害怕表达痛苦，但一旦表达，灾难并未随之而来，并没发生想象中的灭顶之灾。
4. 产生现实检验。来访者既认识到表达愤怒的强度和指向是不恰当的，又认识到先前逃避情感表达也是没道理的。来访者有可能获得一些洞察，

也就是了解自己的不恰当情感或逃避先前情感表达的某些原因。

5. 来访者可以更自由地互动，更深入地探索自己的人际关系。

所以，当我看到成员间发生冲突时，我相信这在治疗过程中是一个好的契机，因为这样的冲突让他们意识到彼此在团体中的重要性。实际上，如果冲突让人感到不舒服，我将公开表达出这种直觉以试图改善这种不舒服感。

团体成员描述的第二种最常见的决定性事件往往和强烈的正性情感有关。例如，一个分裂症来访者追上一个逃离治疗室的痛苦的成员，并安慰他，后来这个分裂症来访者说，想到自己能关心、帮助别人，感到深深地震动。其他人报告了发现自己的活力以及使自己感动的感觉。这些事件有下面的共同特征：

1. 来访者表达出强烈的正性情感，而这在他们的日常生活中并不常见。
2. 来访者所害怕的结果没有发生——没有被他人嘲笑、拒绝、利用和攻击。
3. 来访者发现了以前不了解的自我部分，因此能够用新的方式与他人接触。

第三种最常见的决定性事件与第二种类似，来访者回忆起的事件，常常包含自我暴露的内容，他们更深入地投入到团体中。例如，一个先前内向、沉默寡言的来访者错过了一两次团体聚会，他暴露他非常想听到团体成员说：他们在他没来时想念他。其他人也用这种或那种方式公开地求助于团体。

概括而言，在团体治疗中，矫正性情感体验有几个方面：

1. 来访者冒险表达人际关系方面的强烈情感。
2. 团体的支持足以使这种冒险发生。
3. 现实检验允许来访者通过团体成员的一致性确认，对事件重新认识。
4. 承认某种人际感觉和行为或所逃避的人际行为是不恰当的。
5. 个体与他人更深入更真诚地互动的能力最终得到促进。

治疗是一种情感性和矫正性的体验。治疗过程的这种双重性自然很重要，我在本书中会反复提到。我们一定会强烈地体验一些事，但我们也必须很理性地了解这种情感体验的内涵意思。随着时间的推移，来访者的一些根深蒂固的观念也会改变——如果来访者新的人际行为唤醒了具有建设性的人际互动，这种行为将会得到正强化。尽管人际关系变动很微妙，但能引起深刻的变化，治疗师和团体成员应该认识到这一点并强化这种变动。

Barbara——一名抑郁的年轻女性——生动描述了自己的孤立和疏离感，然后求助于 Alice，但 Alice 投之以沉默。她们经常发生争吵，因为 Barbara 指责 Alice 忽视和拒绝她。然而，在团体讨论中，当 Barbara 用温和的语气问 Alice 沉默意味着什么时？Alice 回答道，她正在仔细听并思考她俩的相似之处。随后 Alice

补充道，Barbara 温和的询问使她能够说出自己的想法，而不是为了保护自己而否认 Barbara 的指责。在早期的治疗中，她们的交流方式对双方都是有害的。在 Barbara 与 Alice 的接触过程中，这看似很小却很重要的改变创造了修复以往关系模式的机会。

这种阐述和“此时此地”的概念有直接的关联，“此时此地”是团体治疗的关键概念，我将在第六章做深入讨论。这里我仅说明基本假设：假如治疗团体关注于“此时此地”，就能增强它的力量和效力。

但“此时此地”（即注重于此刻治疗室正在发生的事）要产生治疗效果必须具备两个条件：团体成员体验尽可能自发而真诚地体验另一个人，而且他们也必须能反省这种体验。因为如果要使情感体验具有治疗性，这种反省或自我反省的回路是极其重要的。我们在第五章讨论治疗师的任务时将会知道，大部分团体在进入“此时此地”的情感潮流时，几乎没有任何困难。因此，治疗师的任务就是要使团体朝着治疗过程中自我反省的方面发展。

强烈的情感体验本身就足以产生改变的力量——这个错误的解释是诱人的和久负盛名的。现在的心理治疗仍抱有这种错误的假设：动力学心理治疗第一次被提出来时（弗洛伊德和布洛伊尔在 1985 年关于歇斯底里的论文里）⁴⁰，描述了一种宣泄式治疗方法，其基于以下的信念：歇斯底里是由创伤性事件所致，而个体过去对此从未有充分的情感反应。

既然疾病被认为是由压抑的情感所引起，那么治疗就在于使这些被压抑的情感发泄出来。弗洛伊德很快就认识到他们的错误：情感表达虽然必要，但不是改变的充分条件。然而，弗洛伊德所扬弃的想法，并没有寿终正寝，这一阴魂继续游荡在治疗学思想体系中。所以，维也纳的宣泄式治疗今日仍采用原始尖叫、生物能量方法。许多团体治疗师也特别强调情感宣泄。

我和我的同事对在 20 世纪 80 年代盛行的许多交友技巧的过程和结果进行过深入地调查和探讨（见第十六章），得到的结论支持心理治疗过程中具有情绪—理智双重成分的观点⁴¹。

我们曾经用许多方法探讨团体中成员的体验与疗效之间的关系。例如，我们要求成员回顾那些在团体体验中和他们的改变最有关系的方面。我们也在团体治疗过程中（每次聚会结束时），要求成员描述这次聚会中对自己最有意义的事。当我们把不同事件和结果放在一起分析时，我们得到了一个出乎意料的结果，否定了现在许多关于成功的团体治疗经验的旧框框。虽然情感体验（表达和体验强烈情感、自我暴露、给予和接受反馈）被认为是极其重要的，但它们不能用以区别

成功和不成功的团体成员。换句话说，那些没有改变甚至承受了伤害性体验的成员和成功的成员一样，重视团体的情感事件。

什么样的体验可以区分成功和不成功的成员？有证据显示，认知成分是本质的，认知框架和某些理性系统能够构建体验，并为在团体中唤起的情绪赋予相应的意义（参见第十六章，对这个结果有完整的讨论）。对于不重视理性成分的治疗师来说，这些发现强有力地告诫他们：理性是治疗改变过程中的核心部分，并非可有可无⁴²。

团体如同社会缩影

一个很少有框架限制、能自由互动的团体将最终发展成一个全体成员参与的社会缩影。只要时间足够，每个成员将开始成为他们自己，他们将与团体互动，就像他们与社会上其他人互动一样。这样，他们就将在团体中表露他们惯有的、日常的人际关系。换句话说，随着时间推移，成员将自动地、必然地开始在团体中表现出他们适应不良的人际关系行为。他们不需要描绘或提供他们的病史，因为他们迟早会在团体成员面前把它们展现出来。而且，他们表现出的是真实行为，甚至自我报告中的不可避免的盲点也会不知不觉表现出来。个体很难报告自己的病理性格，因为病理性格存在于自我结构中，无法被清楚地意识到，团体治疗中其他成员的反馈，对个体的病理性格是有效的治疗方式⁴³。

这个观念在团体治疗中极其重要，是构成所有团体治疗方法的基础，它被临床工作者普遍接受。每个成员的人际风格将会在团体的沟通中渐渐显示出来。一些人际风格导致人际冲突，这种人际冲突在团体过程中迟早会呈现。例如，愤怒、仇恨、苛责、自我抹杀或卖弄风骚的团员，在聚会初期就会产生大量的人际问题。他们不恰当的社交模式将很快引起团体的注意。其他人可能需要更多的时间来在此时此地的团体治疗中呈现他们的问题。后者包括那些虽然与同样严重甚至更为严重的问题，但其人际困难更加隐晦的来访者，例如那些悄悄地利用着别人的人，那些只要建立一点儿亲密关系就会觉得害怕而不再投入的人，或者是那些假装投入，实则一直顺从地躲在别人背后的人。

一个团体最初常常都在处理那些人际问题格外惹人注目的团体成员。有些人人际风格只要通过个别沟通就变得一目了然；有些人人际风格需要一次次团体聚会才能看清；有些人人际风格则需数次聚会的观察才能明晰。在社会缩影般的团体中对适应不良的人际行为加以确认，并予以纠正，是对团体心理治疗师培训计划的主

要任务之一。下面一些临床案例可以使这些原则更清楚*。

傲慢的贵妇人

Valerie 是个 27 岁的音乐家，她由于数年来严重的婚姻不和谐而来寻求治疗。她曾接受过多次不成功的个体治疗和催眠治疗。她说她丈夫是个酒鬼，不愿意在社交方面、理性方面和性方面与她交流。现在这个治疗团体可能和以前的治疗团体一样，依旧没完没了地探究她的婚姻。团体成员可能会了解她整个的恋爱史、婚姻不和谐的发展情况、她丈夫的不正常状态、她结婚的动机和她在冲突中所扮演的角色。成员们会根据收集的信息，给出改变婚姻的互动、诉诸法律或长久分开的建议。

但是，所有这些叙事式的、问题解决式的努力将均告徒劳。这种探究不仅忽视了治疗团体的特有潜能，而且依据也是值得怀疑的，因为来访者对于婚姻的陈述不够准确。据此而提供帮助的团体不能帮助当事人，而且还会使团体丧失功能，因为团体治疗采用回顾性叙事的、问题解决式的方法是无效的。让我们看看 Valerie 在此时此地团体情景中所展现的行为。

Valerie 在团体中的行为是十分惹眼的。首先是她张扬地进场，总是迟到 5 到 10 分钟，打扮得时髦且很另类，矫揉造作，有时还会飞吻，入座后即开始说话，不在意是否打断别人讲话。这就是天生的自恋癖。她的世界是以自我为中心的，以至于她根本想不到，在她到来之前团体治疗可能已经开始了。

仅在几次团体聚会后，Valerie 就开始派送礼物：她送给一位肥胖的女性成员一本新的减肥书，给一名斜视女人介绍了一位有名的眼科医生，给一名有女性倾向的男同性恋者订阅《旷野与呼喊》杂志（无疑是想使他男性化），给一位 24 岁的未婚男性介绍了她的一个性关系混乱的离婚的朋友。慢慢地，大家发现她的礼物不是白送的。例如，她介入这名年轻男子与她离婚朋友之间，坚持当他们的媒人，由此对两人实施控制。

她喜欢支配他人的情况，很快出现在她所有的团体互动中。我成了她的挑战对象，她千方百计想来控制我。几个月前纯属偶然，我在咨询时遇上了她妹妹，并将她转介给一个很有能力的临床心理治疗师。在团体中，Valerie 祝贺我运用高超的技巧将她妹妹转到心理学家那里，并称我一定已推测到她妹妹对精神科医生

* 在本书所列举的临床案例中，为了确保来访者的隐私权，我更改了一些事实，如姓名、职业、年龄。此外，文章中所描述的互动并非逐字照录，而是根据每次治疗后所做的详细临床记录重新整理而成的。

心存芥蒂。同样，在另一场合，她对我给她的评价回应道：“你真是很敏感，注意到我的手在发抖。”

陷阱出现了！事实上，我既没猜测到她妹妹讨厌精神科医生的情况（我只是将她转介给我认识的最好的治疗师），也没有注意 Valerie 发抖的手。如果我不加澄清地接受不应得的赞许，那么我将处于一种和 Valerie 不诚实的共谋状态。相反，如果我承认我没有敏锐地洞察到她发抖的手或者她妹妹的厌恶，从某种意义上说我也被打败了。因此，她无论在哪个方面都控制了我。在这种情形下，治疗师只有一种现实的选择：改变架构，并在改变的过程中加以评论——讨论陷阱的本质和意义（我将在第六章中谈到大量有关治疗师的技术）。

Valerie 在许多方面和我竞争。凭着直觉和天赋，她成为解释梦和幻想的团体专家。有一次，她在团体聚会的间隔期来看我，问我是否能用我的名字从医学图书馆借本书，在某种程度上这一要求是合理的，因为那本书（关于音乐治疗）与她的专业有关，而且她不是大学成员，因而不可以在图书馆借书。然而，从团体治疗过程来看，这一要求是复杂的，她正考验着我的限度。如果我同意的话，那意味着告诉团体其他成员，她和我有一种特殊的关系。我向她澄清这些想法，并建议在下次聚会时进一步讨论。但是，在她认为自己被拒绝后，便在家中给团体中的三个男性成员打电话，要他们发誓保守秘密后，与他们安排见面。她和其中两人发生了性关系；第三个是同性恋者，对她的性引诱不感兴趣，但她仍然对他百般纠缠。

接下来的团体聚会是可怕的，特别紧张和无效，这印证了一句话（后面会讨论）：如果团体中一些重要的事被有意地回避了，那么其他重要的事情也都会被回避掉。两天后，Valerie 克服了焦虑和罪恶感，要求和我进行一次个别会谈，告诉了我整个真相，并同意在下次团体聚会时进行讨论。

Valerie 在下次团体聚会时用了这样的话作为开场白：“今天是自白日，Charles，你先来说。”接着说：“Louis，现在该你了。”她随意掌控局面，使被指名者压力很大，而她自己则对责任逃之夭夭。每个人都按她的安排做了告白。可是轮到她发言时，她对他们的性能力进行了苛刻的评价。几星期后，Valerie 出人意料地将这件事告知了与她分居的丈夫，她丈夫放话出来威吓那三个男性成员。因此，团体成员决定不再信任她，投票决定把她赶出这个团体，这是我见过的唯一被赶出团体的例子（她之后加入另一团体继续她的治疗）。故事到这里并未结束，但是要说明团体如同社会缩影这一概念可能已经足够了。

让我们来总结一下：首先是 Valerie 在团体中明显表现出她在人际关系上的病

理性症状。她的自恋、她对奉承的需要、她对控制的需要、她与男性间的虐待关系——整个的一本可悲的行为账册——在治疗的此时此地充分展现出来。其次是反应和反馈，男性表达出他们深深的羞耻和愤怒感，因为他们为她赴汤蹈火，却换来她对他们性能力的“评分”。他们抛弃了她。他们开始反省：“我不要每次做爱时都被评分，这是一种控制，就像是和自己的母亲睡觉，我开始更加明白你丈夫为什么会离开你。”团体中的其他人，即女性成员和治疗师，对 Valerie 不负责任的破坏行为有与男性成员同样的感觉——是对团体同时也是对她自己的毁灭。

最重要的是，她必须处理这样的事实：她加入了一个由许多受到困扰的人所组成的团体，这个团体中的人渴望相互帮助，而她也渐渐喜欢和尊重他们；然而仅在几周内，她就破坏了团体环境，结果事与愿违，她成了被社会所抛弃的人，被人们从一个可能会对她非常有帮助的团体中赶了出去。在接下来的治疗中，对这些问题的正视和修通，能使她产生重大的改变，使她把大部分潜能建设性地用于以后的人际关系和努力中。

像罗宾汉一样的男人

Ron，是一个48岁的律师，和妻子分居，因抑郁、焦虑、极度的孤独感而接受治疗。他与男性和女性关系都是相当成问题的。他渴望有亲密的男性朋友，但是自从高中以来就没有过这种体验。现在，他同其他男性的关系，不是高度竞争，就是过度支配。因此，他很快发现他的人际关系是空虚而乏味的。

他与女人的关系总是遵循这样一个顺序：一见钟情、激情涌动、感情迅速消失。他对妻子的爱几年前就消失了，现在他正处于离婚的痛苦中。

聪明又能言善辩的 Ron，很快在团体中占据了有较大影响力的位置。他给其他成员提供一连串的有用和周到的观察，而把自己的痛苦和需要很好地隐藏起来。他对我和我的协同治疗师既不要求帮助，又不接受帮助。事实上，我每次和 Ron 互动时，都感到自己如临大敌。他的抗拒是如此之强，因此，数月来我和他之间的互动主要在于反复地要求他去检视自己，为何不愿把我当作能提供帮助的人。

我非常中肯地问他：“Ron，让我们想想发生了什么？你的生活中有许多不愉快的地方，我是个有经验的治疗师，而你来找我帮助，你定期来，从未错过一次聚会，你付钱给我，然而你却总是抗拒我的帮助。不知道是你把你的痛苦隐藏起来，所以我无法发现、无法帮助你，还是当我提供一些帮助时，你用这样或那样的方式拒绝了。按理说我们应是同盟军，共同努力来帮助你，但我们双方怎么会成为对抗者？”

即使这样做，也不能改变我们之间的关系。Ron 似乎显得很茫然，他熟练并坚定地相信这是我的问题，而不是他的问题。他同其他成员的关系，从他执意要在团体外与他们相会就可见一斑。他有计划地安排一些额外的团体活动与团体中的每一个成员相会。他是一个飞机驾驶员，带领一些成员飞行，带另一些成员航行；宴请一些成员；在法律上给一些成员建议；和一名女性成员坠入爱河；最使人不能容忍的是，他邀请我的协同治疗师（一位女性精神科住院医师）周末去滑雪。

而且，他拒绝在团体中审视自己的行为 and 讨论这些额外的聚会。虽然在团体治疗开始前的准备阶段（见第十二章），已经对所有成员强调过，这种没有检视、没有讨论的额外的团体聚会通常对治疗是有伤害的。

在一次聚会中，我们对他施加很大的压力，要求他检视额外团体邀请的意义，特别是邀请我的协同治疗师滑雪的意义，结束后，他迷茫而震惊地离开了团体。在回家的路上，Ron 不知怎么开始想到了侠盗罗宾汉，这是他童年最喜欢的故事，但他已经数十年没有想到过这个故事了。

在强烈的欲望驱使下，他直接开车来到最近的公立图书馆，在馆内儿童阅览区的儿童座位上坐下，把这个故事看了一遍。突然，他受到启发，明白了自己行为的意义。为什么罗宾汉的故事一直使他喜欢和着迷，是因为这个故事叙述的是罗宾汉从暴虐中解救人，特别是解救女人的壮举。

这一动机在他内在思想中扮演着一个强有力的角色，这始于他在自己家庭中的俄狄浦斯期的争斗。接着，在成年早期，他首先与他人合作，建立了一个成功的公司，接着，把前老板那里的雇员挖过来。他常常能深深地吸引一些依恋权威男士的女人。甚至他结婚的动机也是模糊的：他不能区别自己是爱妻子，还是只想把她从暴虐的父亲那里解救出来。

人际学习的第一步骤是病状的展现，Ron 特有的与两性建立关系的方式在团体这一社会缩影中生动地展露出来。他主要的人际动机是同其他男性争斗，并打败他们。因为聪明及具有良好的口才，他公开在团体中竞争并很快占据了支配的地位。随后，他开始秘密地动员其他团体成员，使治疗师失去了应有的地位。通过额外的团体聚会，他组成了亲密的同盟，对其他成员施以恩惠，使他们感到欠他的情。接着，他竭力掳获了“我的女人”——首先是最有魅力的女性成员，后来是我的协同治疗师。

Ron 不仅在团体中展现出病态的人际关系，而且也展现出他的人际行为所造成的不利的、自我挫败的结果。他同男性的争斗妨碍了他实现前来治疗的目的，即获得帮助。事实上，他的竞争性争斗太强了，以致他将我给予他的任何帮助

都体验成了失败，一种虚弱的标志。

此外，团体这一社会缩影也显示了他行动结果对他的同伴关系的影响。很快，其他成员开始意识到 Ron 没有与他们建立真正的关系，他仅仅是在外表上同他们相联系，实际上是利用他们和我竞争，因为我是团体中最有权力和最让人害怕的男性。还有人很快感到自己被利用，感到 Ron 没有诚意去了解他们，并渐渐地使自己开始远离他。只有当 Ron 能理解认识并改变他这种强烈的、扭曲的和我联系的方式后，他才能和团体其他成员非常真诚地建立关系。

“那些可恶的男人”

Linda，46 岁，离过三次婚，因为焦虑和严重的机能性胃肠不适而来到团体。她主要的烦恼是人际问题，是她自己破坏了和现任男友的关系。事实上，在整个人生中，她已经碰到过一系列男性（父亲、兄弟、老板、情人和丈夫），他们都在身体上和心理上虐待过她。她对她曾遭受的和现在仍在遭受的来自男性的虐待的描述是“痛苦不堪”。

团体除了安慰她，抱着同情心倾听她现任老板和男友对她的持续虐待，什么都帮不了她。然而有一天发生了一件不平常的事，这件事鲜明地解释了她的内在动力。一天早上，她打电话给我，极其痛苦，她说她和男友发生了激烈的争吵，她感到恐惧，想自杀。她觉得她不可能等到四天后的团体聚会，请求我与她马上会谈。虽然这非常不便，但我那天下午还是重新安排了我的预约，并排出时间与她会面。大约在我们约定时间前的 30 分钟，她打电话给我秘书说她最终不能过来。

下次团体聚会时，我询问她发生了什么事，Linda 说她决定取消紧急会谈是因为她下午感觉好些了，而且她知道在整个团体治疗过程中，规定只能紧急会见一次，因此她想最好省下这次会谈，以便能在将来更加危急的情况下使用。

我发现她的回答是令人迷惑的。我从未这样规定过，我也从没拒绝过会见真正处于危急状态的人。其他团体成员也不记得告诉过她这样的声明。但 Linda 固执己见，她坚持说自己听我说过，不管是我的否认还是其他团体成员的一致表示，都没能说服她。她看起来也一点儿都不关心自己给我带来的不便。在团体讨论中，她变得防御而刻薄起来了。

在团体这一社会缩影中所展现的这一事件，提供了相当多的信息，使我们对 Linda 在与一些男性的关系问题中所负有的责任有了一个重要认识。在这之前，团体完全相信她对这些关系的描述。Linda 的描述是具有说服力的，团体接受了她的观点，认为她是那些可恶男人的受害者。对此时此地事件的检视发现，Linda

至少扭曲了她对生活中的一个重要的男性——治疗师——的知觉。此外，还有一点是极其重要的，她不出所料地扭曲了该事件：她把我会成不关心别人疾苦，麻木而独裁的人，而事实上，我远没有那么恶劣。

这是新的资料，而且这是极其有说服力的资料——呈现在所有成员眼前的资料。团体第一次怀疑 Linda 对她自己和男性关系的描述的准确性。毫无疑问，她正确地描述了她的感受，但她的感受显而易见有严重的扭曲：因为她对男性的期望、她同他们之间强烈的冲突，所以她错误地理解了他们对她的所作所为。

然而，从社会缩影中还可以看到更多的东西。一项重要的资料是讨论的气氛：防御、烦躁、愤怒。我很快也变得烦躁起来，因为我很费事地调整了我的日程来同 Linda 会面，但她却毫不感激。她坚持认为我宣布过一个愚蠢的规则（虽然我和团体其他成员都确定我没有宣布过）。我陷入幻想之中，我问自己：“如果和 Linda 整天在一起，而不是一周在一起一个半小时，那该会是什么样的情形？”如果这种事件多出现一些，我能想象我自己会经常生气，会被她激怒，不关心她。这是第 19 页所讲的“自我应验预言”的一个特别清楚的例子。Linda 预测男性会用某种方法对待她，然后在潜意识中产生作用，从而实现这一预测。

不能感受的男性

Allen，一名 30 岁未婚的男性科学家，寻求治疗的原因是一个界定清晰的问题：他想能感受女性所带来的性刺激。因为对这一难题的兴趣，团体成员开始寻找答案。他们探究了他早年的生活、性习惯、性幻想，最后劳而无获便着手讨论其他的问题了。在团体活动过程中，Allen 对于他自己和别人的痛苦似乎是冷漠而迟钝的。例如，有一次，一个未婚成员极其痛苦地哭诉她怀孕了，并准备堕胎。她在哭诉中说到她曾吸食 PCP（五氯酚，一种中枢神经系统兴奋剂）。Allen 似乎不为她的眼泪所动，坚持理智地问她有关“PCP”的效果，当团体成员因他的麻木而看着他时，他还感到很困惑。

发生过许多类似的事情后，团体成员开始不期待他的情绪反应。当直接询问他的感受时，他的反应常常是顾左右而言他。几个月以后，团体成员对于他时常反复的问题“我为何对女性没有性感觉”，有了一个新的答案。他们要求他去考虑另一个问题，为什么他对任何人都没有感觉？

他的行为渐渐发生了变化。他开始学习通过探究无法掩饰的自主神经反应（脸色潮红、胃部抽筋、手掌冒汗）的表现，来发现和识别自己的感觉。有一次，团体中一个善变的女人威胁说要离开团体，她说她无法和 Allen 这个心理上又聋又

哑的“混蛋机器人”相处下去了。Allen 再次表现得十分冷漠，仅说“我不想和你一般见识。”

然而，在下周当他被问到回家后的感觉时，他说他从团体聚会回到家，哭得像个小孩一样（当他离开团体一年后回顾自己的治疗过程时，他确认该事件是一个关键的转折点）。在随后的几个月，他更能感受和表达对其他成员的感觉了。他在团体中的角色从一个被他人容忍的宠儿变为被别人接受的同伴，随着意识到其他成员对他的尊重，他的自尊有所增强。

在另一个团体中，47 岁的工程师 Ed，因为孤独和不能找到合适的伴侣而寻求治疗，Ed 缺乏社会关系，他没有亲密的男性朋友，同女性只存在性关系，而且是不能让人满意而短暂的，最终女人总是拒绝他。Ed 有较好的社交技巧和幽默感，因此一开始在团体中受到其他成员极高的评价。

随着时间的推移，成员彼此间关系加深，然而 Ed 却落在后面：他的团体经历十分类似于他在团体外的社会生活。他行为的最明显方面是他对女性拘谨的、无礼的相处方式。他直接盯着女性的胸部和胯部；他的注意力集中在她们的性生活上；给予别人的评价都是简单且与性有关的。Ed 认为团体中的男性是不受欢迎的竞争者，并忽略他们；几个月来他没有和任何一个男性互动过。

他不能理解依恋关系，认为大部分人是可互换的。例如，一名女性成员说每当男友迟到时，她都会有强迫幻想，认为男友已丧生于交通事故。Ed 对此的反应是向她保证，她年轻、有魅力，要找到另一个同样好的男性是没有困难的。另外有个例子，当协同治疗师暂时缺席或治疗师稍后将要永远离开时而其他成员表现出焦虑时，Ed 对此总是十分不解。他认为，毫无疑问会有其他同样具有能力的治疗师来接替，即使来接替的治疗师还是一个学生（事实上，他在大厅看见一个胸部丰满的心理师，他特别希望她当治疗师）。

当他简洁地描述他对情感的最低日常生活要求（MDR, minimum daily requirement）时，团体成员终于明白了，Ed 对于最低日常生活需求的提供者的身份并不重视，他所重视的仅是能否靠得住。

因此，团体治疗过程第一阶段的发展主要为人际病症的呈现。Ed 和别人没有太多的联系，他当他们是工具，是满足其日常生活需要的客体。他很快在团体中再造了他所习惯的孤独的个人世界。他同每个人隔绝。男性以完全的冷漠回报他，女性通常不愿再给他提供最低的生活需要，而那些他特别渴望得到的女性，被他狭隘的、对性的关注所吓退。Ed 在接下来的团体治疗课程中，通过表现出来的人

际病症，获得了很多团体成员对他的反馈，他的治疗开始聚集于他与其他团体成员的关系，因此获益良多。

社会缩影：动力学的互动

团体成员和团体环境间有着丰富而微妙的动力学互动。成员会塑造自己的社会缩影，会逐个吸纳每个人特有的防御行为。团体互动越自发，社会缩影的发展就越快速真实，反过来，团体成员中主要的、成问题的议题被引出和讨论的可能性就会越大。

例如，一个年轻的边缘型人格病人 Nancy，因为无法自拔的抑郁、精神崩溃和惊恐发作倾向而来到团体。Nancy 的所有症状因她居住的社区将要解散而加重。她长期以来一直对于所处团体的瓦解非常敏感。在小时候，她觉得维系不稳定的家庭是她的任务，而现在她已成人，还是幻想自己的婚姻可以使亲戚间各种摩擦永远地和解。

Nancy 的动力是怎样在团体这个社会缩影中被引发和修通的？慢慢地！如此重要的内容要显露出来需经过一段时间。首先（刚开始有时需几个星期），Nancy 会自在地处理一些重要但微小的冲突。但是，团体中的某些事件将激起她郁积在心中的牵挂，因而引起焦虑。例如，一个成员的缺席会让她坐立不安。事实上，在后来治疗结束的提问式会谈中，Nancy 说她常常因为成员的缺席而不知所措，以至于在整个团体聚会中经常走神。

迟到也同样困扰着她，她会责备不准时的成员。当成员想离开团体时，Nancy 会非常着急，她会想方设法使该成员继续留在团体，而全然不考虑该成员的最佳利益。当成员要在团体聚会外安排会面，Nancy 会很焦虑，因为团体的完整性会受到威胁。有时成员觉得被 Nancy 弄得透不过气来，对她敬而远之，且对她打电话到家查询缺席或迟到原因的做法表示抗议，觉得忍无可忍。但成员坚持要求她降低对大家的要求的举动却加剧了 Nancy 的焦虑，反而使她的行为变本加厉。

虽然她渴望团体中的自在和安全，但事实上，这些不稳定因素的出现，使她的主要冲突暴露出来，从而进入到一连串治疗性工作中。

团体不仅提供了一个社会缩影，使成员的适应不良性行为清晰地展现出来，而且它还是一个实验室，常常十分清楚地显示出行为的意义和动力。治疗师不仅看到了一种行为，而且还看到了引起该行为的缘由，有时，更重要的是可以看到

其他人可预期的、真实的反应。

团体互动是如此丰富，以至于，每个团体成员适应不良的交流循环会多次重复出现，而且他们拥有机会不断进行反思与理解。但是，要改变病理性的信念，团体成员必须接受明确而有用的反馈。如果反馈传递的方式太具压力或者挑衅性的话，团体成员可能无法吸纳这些反馈。有时，反馈可能是不成熟的——即给予反馈时尚未建立牢固的信任关系，使反馈显得锋芒毕露。有时，反馈可能使人觉得被贬低、被强迫或被伤害⁴⁴。我们如何避免无用并有害的反馈呢？如果团体成员能够观察到行为背后的原委，及对他人内心的经历和潜在的动机变得敏感的话，他们就不太可能攻击和责备其他人。因此，共情是团体要取得成功的关键因素。但是面对挑衅性或攻击性的来访者，对团体成员和治疗师而言，建立共情都非易事。

近年来发展形成的主体间关系模型（intersubjective model）有助于理解这一议题⁴⁵。这个模型向团体成员和治疗师提出了这些问题：“我的话暗示了什么，使得你觉得受到了挑衅？你的表现中有哪些是由我的原因所导致的？”换句话说，团体成员和治疗师之间在持续不断地相互影响。人们的人际关系、意图、模式和性格，不是受外部影响强制形成或固定不变的，而是联合构建而成的。传统观点认为，团体成员把他们发生在过去的或者当下团体互动间的事件与歪曲的认知相联系，这些曲解是完全由该成员造成的，应完全由他负责。主体间关系理论告诉团体领导和其他成员：每个成员此时此地的感受都与其他成员有关——同样，他在团体中整体感受的品质也被其他人所影响。

那个在团体活动中反复迟到的来访者令人恼怒，团体成员必然会对这种现象表达愤怒。但是治疗师应当鼓励团体成员去发掘该来访者这一行为（迟到）的意义。他来迟了可能意味着“我不在乎这个团体”，但也许有其他更复杂的人际意义：“没了我什么都不会发生，那我又何必赶呢”或者“我赌甚至没有人注意我的缺席——当我在这里的时候他们也好像没注意我”，或者“这些规则对其他人是有益的，但不包括我”。

如果团体成员想要对另一个人达到感同身受的理解，那不仅包括要理解其个人行为的潜在意义，而且还要揭示并理解这些行为对其他人的影响。共情的能力是情商的关键部分⁴⁶，并且促进个体把从团体治疗中学习的信息应用到更大的范围中。缺少对其他人内心世界的感知，人际关系就变得令人迷茫、沮丧且重复单调，因为我们不假思索地把别人当成我们故事里预设好角色的演员了，而没有考虑他们实际的动机和愿望。

例如，Loenard 带着拖延这一主要问题来到团体。对 Loenard 来说，拖延不仅

是一个问题，还是一种托辞。它解释了他在工作和社会上的失败，它解释了他的沮丧、抑郁和酗酒，而且这种解释掩盖了其他更有意义的内容。

在团体中，我们已非常熟悉 Loenard 的拖延，且经常被他的拖延弄得恼火而泄气。当其他抗拒治疗的办法都失败时，拖延被 Loenard 当作最主要的抗拒治疗的方式。当成员们努力处理 Loenard 的问题时，且当他神经质的性格部分似乎马上就要被根除时，他总会找到办法来拖延团体工作的进展。他会说：“我今天不想被团体弄得不舒服”“这个新工作决定我成功或失败”“我快不行了”“让我歇息一下，不要再逼了”“我已经清醒了三个月了，可上次聚会使我在回家的路上又去了酒吧”等等。这类的话有许多版本，但主题是一致的。

一天，Loenard 宣布了一个重大的进展，这是他很长时间一直想做的事：他辞掉了原来的工作，找到了一个教师的职位。现在还有一步未做——取得教师执照，而填写一张教师执照的申请表大约需要两小时。

只有两小时，但他却不能完成。他一直拖延直到离期满仅有一天，才告诉团体申请的截止时限，哀叹自己的恶魔——拖延——害了自己。团体中的每个人，包括治疗师，都强烈地希望 Loenard 坐下来，将笔放在他手中，握着他的手填写申请表。团体中最具母性特质的一个成员真的这样做了，她带他回家，给他吃饭，像女教师一样教他填表格。

当我们开始回顾所发生的一切时，我们终于能看清他拖延是为了什么：这是一种悲哀的、迟到的祈求，想要找回失去的母亲。这样一来许多事情就变得清楚了，包括 Loenard 的抑郁（另一种更绝望的对爱的祈求）、酗酒和强迫性暴饮暴食背后的动力。

我相信社会缩影的概念已够讲得足够清楚了：如果团体成员以自然的、不防御的方式自由互动，那么他们将会在团体中生动地重现和展示他们的病症。因此，在团体聚会这样鲜活的戏剧情景中，训练有素的观察者有绝好的机会来了解到每位来访者行为背后的动力。

识别社会缩影中的行为模式

如果治疗师准备发挥社会缩影的治疗作用，他们首先必须学习辨认出来访者重复出现的适应不良的人际模式。在 Loenard 的例子中，治疗师发现的重要线索是团体成员和领导者对 Loenard 行为的情感反应。这些情感反应是有效的和不可缺少的资料：它们不应被忽视或者低估。治疗师或其他团体成员可能会对某个成

员感到生气,或觉得被利用或被榨干了,或觉得自己被压倒了,或觉得收到了威胁恐吓,或觉得无聊,或觉得伤心,或者其他各种各样的感受。

这些感觉代表的信息——常反映出了事情的真相——应该被治疗师认真对待。如果团体成员所产生的感觉和来访者想象别人身上可能产生的感觉高度不一致,或者虽然这种感觉与来访者的想象相符,但是这种感觉不利于成长(如同 Loenard 的例子一样),那么其中必定隐藏着来访者的一部分重要问题。当然,对这个论点本来就有许多说法,有些批评者可能会说,强烈的情感反应不是由来访者的病症而是由反应者的病症所引发的。例如,如果一个自信、独断的男性引起了另一男性害怕、妒忌、愤恨等强烈感受,那么我们很难认为这些现象是前者的病症反应。治疗团体的明显优势在于团体中有多个观察者,这就比较容易从更客观的角度来区分这种反应是特殊的且高度主观性的反应还是更客观的反应。

因此,治疗师只知道单独一个成员的情感反应是不够的,还需要其他确凿的证据。他们要寻找来访者持续且反复多次出现的行为模式,以及多重的反应——也就是找到另外一些成员对他的反应(作为共识效度)。最后,治疗师要依靠最有用的证据:治疗师自己的情感反应。治疗师必须能够识别自己对来访者的情感反应,这是人际关系中必需的技能。正如 Kiesler 所说,如果我们被一个成员的人际行为“钩住”,那么我们自己的反应即是最能反映来访者给他人带来的影响的信息⁴⁷。

然而,只有当我们能够不被“钩住”——那就是,拒绝参与来访者驾轻就熟的人际互动,打破来访者的惯性循环——治疗价值才会随后出现。这种保持或恢复客观性的过程为我们提供了十分有意义的有关人际互动的反馈。从这个角度上说,每个团体成员使治疗师产生的想法、幻想和实际行为,都具有非凡的价值。我们的反应非常具有价值,并非失败的标志。完全不被我们的来访者“钩住”是不可能的,除非远离来访者的体验,熟视无睹或者拒人千里,但非人性化距离会减弱我们的治疗效果。

批评者可能会说:“我们怎能确定治疗师的反应是客观的?”协同治疗为这个问题提供了答案。因为协同治疗师一起置身于相同的治疗环境下,所以与协同治疗师的反应比较,就能区别自己的主观反应和对互动的客观评估。另外,团体治疗师可能相对清醒并能相对客观,因为与个体治疗的治疗师不同,团体治疗师可以在团体治疗中亲眼目睹成员们各种不良人际游戏的展示,但自己却无须身陷这些互动之中。

当然,治疗师也有他们的盲点,有他们自己人际的冲突和扭曲。那么,我们如何确定治疗师的人际冲突没有污染他对团体治疗过程的观察呢?我将在后面讨

论治疗师的任务与技术的章节中，完整地说明这个问题，现在我仅能说：这一观点是说明治疗师应尽可能完整地了解自己的强有力的理由。因此，人们说团体治疗的学习者应踏上终身自我探索的旅程，而这旅程包括对自我的分析和对治疗过程的把控。

这并不是意味着治疗师不需要认真对待所有来访者的反应和反馈，即使是那些遭受严重困扰的来访者的最夸张的、最非理性的反应，也包含核心的内容。再者，遭受困扰的来访者有时候反而可能是更有价值的、正确的反馈的来源（不会有人在每方面都有高度的困扰）。最后，有些特异的反应可能包含着更多的信息。

最后一点是团体治疗师应遵循的基本原则。团体成员经常会对相同的刺激有着十分不同的反应。在一个7~8人组成的团体中，对于发生在团体中的事件，每个成员的知觉、观察和解释是不一样的。一个共同的事件为什么会引发不同的反应？唯一可能的解释似乎是：不同的人有不同的内部世界。这太绝妙了！毕竟治疗的目标是要帮助来访者了解并改变他们的内部世界，因此，对这些不同反应的分析是通往团体成员内部世界的一条捷径。

例如，在本章的第一个例子中，Valerie是团体中一个惹眼的、控制欲强的成员。而团体成员根据他们的内部世界对她的反应非常不同，从奉承与顺从到贪欲与感激再到无力的愤怒和有效的对抗，等等。

或者还可以进一步考虑团体聚会的另一个结构层面：成员对于分享团体的或治疗师的注意力的反应、自我暴露、请求帮助或帮助别人等有明显的差异。在移情关系（成员对领导者的反应）中，这些差异更为明显：相同的治疗师会被不同的成员认为是温暖、冷酷、拒绝、接纳、有能力或无能力的。这些观点会让治疗师，尤其是新手，感到愧疚甚至不堪重负。

社会缩影是真实的吗？

我经常听到团体成员质疑社会缩影的真实性。他们可能会声称他们在这个特殊团体中的行为是不典型的，一点儿也不能代表他们的正常行为。或者说，这是一个由有问题的成员组成的团体，他们连正确地认知自己都是困难的。或者甚至会这样说，团体治疗是不真实的，它是人为造出来的体验，是扭曲的，不能反映人们的真实行为。这些争论在初学者看来是难以应付的，甚至认为有一定的道理。但实际上它们是无稽之谈。就某种程度而言，团体是人为的：团体成员不是亲朋好友；每个人对其他人而言都不是最重要的；他们不在一起同吃同住同工作，尽管

他们之间有人际交往，但整个的关系仅限于每周1~2次在一个专家的办公室中聚会；而且他们的关系是暂时性的，因为在一开始就已在团体契约中定下了结束关系的时间。

当我面对这些争议时，经常会想到 Earl 和 Marguerite。他们是我很久以前带领的团体中的成员。Marguerite 进入团体时，Earl 已在团体中有四个月了。当他们两人在团体遇见时，脸都红了。原来，一个月前，在由山脉俱乐部组织的野营活动中，他们偶然相遇，一起度过了一个晚上，而且一直保持着“亲密”关系。现在，他们两人都不想和对方在一个团体中。对 Earl 而言，Marguerite 是个愚蠢的、无内涵的女性，空有“一幅躯壳”，就像他后来在团体中说的那样。对 Marguerite 而言，Earl 是个呆瓜，她将他的阳具当作报复她丈夫的工具。

他们在团体中保持每周见面一次持续了将近一年。在这期间，他们变得能真正亲密地理解彼此：他们分享他们最深的感受；他们结束了邪恶可怕的战役；他们互相帮助度过了想自杀的抑郁阶段；而且彼此不止一次地为对方流泪。哪一个真实的世界，哪一个又是人为的世界？

一位团体成员说：“在很长的时间里，我一直认为团体只是在用自然的方式处理非自然的体验。直到后来我才发现，事实相反——它是用非自然的方式处理自然的体验。⁴⁸”团体远比外面的世界更真实，团体消除了社会、性别和地位游戏；成员一起经历重大的生活体验，当成员彼此努力真诚相待时，与真实相悖的、扭曲的表象就会被他们抛弃。我多次听到团体成员说：“这是我第一次跟人说这事。”团体中没有陌生人，相反，他们之间的互相认识深刻而又全面。是的，事实上成员只花费了他们生命中的一小部分时间待在一起。但是心理上的真实与躯体上的真实是不相等的。就躯体而言，团体成员每周在相同的房间见面1~2次，但从心理角度来说，团体成员共处的时间是无限的。

概 要

现在让我们回到本章的主要任务：界定和描述人际学习这一疗效因子。我已提出并描述的概念是：

1. 人际关系的重要性。
2. 矫正性情感体验。
3. 团体如同社会缩影。

我已分别论述过这些部分，现在如果按逻辑顺序把它们归纳起来，那么，人

际学习是一个疗效因子这一点就是明确的：

1. 心理病症源自困扰的人际关系，心理治疗的目的是要帮助来访者学习如何形成没有扭曲的、满意的人际关系；
2. 心理治疗团体如果发展得自由而流畅，它将发展成为一个社会缩影，具体而微妙地呈现出每个来访者的社交层面。
3. 通过他人的反馈和自我观察，团体成员会察觉其人际行为的重要方面：他们的长处和局限性、他们的人际扭曲和引起他人不良反应的适应不良性行为。过去有过很多极其糟糕的人际关系且后来又遭到拒绝的来访者，常常无法从这些经历中学到教训，因为那些在与他交往的过程中能感受到其泛化的不安全感但却始终遵照通常的社会互动规则的人，从没有揭示其被拒绝的原因。因此，重要的是来访者从未学会分辨其自身行为中令人反感的方面和自己是一个完全不能被别人接纳的人的自我概念之间的区别。团体治疗却鼓励给予来访者正确的反馈，使得来访者有可能去尝试区分二者。
4. 在团体治疗中，一般的人际行为发生的顺序是：
 - (1) 病症的展现：成员展现出自己的行为。
 - (2) 通过反馈和自我观察，来访者：
 - a. 成为自我行为的较好目击者；
 - b. 意识到该行为影响到
 - (a) 他人的感受；
 - (b) 他人对自己的看法；
 - (c) 自己对自己的看法。
5. 完全意识到这个顺序的来访者，也会意识到自己的责任：每个人都是自己人际关系世界的主人。
6. 完全接受自己对自己的人际世界塑造负有责任的人，随后会有这样的发现：他们既然能创造自己的社交—关系世界，也有能力去改变它。
7. 这种理解的深度和意义，跟与人际行为顺序有关联的情感是成正比的。体验越是真实、感动，它的影响就越大；体验越是冷淡、理智，学习越无效。
8. 作为这种团体治疗顺序的结果，来访者通过尝试与人相处的新方法而渐渐产生改变，改变的出现是因以下因素的作用：
 - (1) 来访者的改变动机和对现有行为模式不适和不满的程度；
 - (2) 来访者在团体中的投入——也就是说，团体在来访者心目中的重要

程度；

(3) 来访者性格结构和人际方式的力度。

9. 一旦发生改变，即使是最少的改变，来访者也会意识到自己害怕会发生的一些灾难后果（始终阻止新行为的发生）是非理性且不成立的。这种新的行为不会导致死亡、毁损、遗弃、嘲笑或被利用等不幸。
10. 社会缩影的概念是双向的，不仅来访者在团体外的行为会在团体中显现出来，而且他们在团体中学到的行为也会渐渐被带到其社会环境中。因而，来访者在团体外的人际行为也会出现改变。
11. 适应性循环渐渐开始产生，首先是在团体内，随后会在团体外。在来访者的人际扭曲消失时，他们形成有价值人际关系的能力也增加了。社交焦虑下降，自尊提高，自我隐藏的需要降低。行为改变是有效的团体治疗必不可少的成分，因为就算是最小的改变也会引发他人积极的反应——给予更多的赞同和接纳来访者，并能进一步提高了来访者的自尊，激励其进一步改变。如果适应性循环达到了自主和有效的程度，专业的治疗就不再需要了。

这个过程的每一步都需要治疗师用不同且特定的方法来促发。例如，治疗师必须提供特有的反馈，鼓励自我观察，澄清责任概念，提倡冒险，否认幻想中的灾难结果，强调学习的转换，等等。每一个任务和技术将在第五章和第六章中完整地讨论。

移情和内省

在对人际学习（作为改变的中介因素）的检验下结论之前，我希望大家注意两个值得进一步讨论的概念。移情和内省在大多数治疗过程中扮演着极其重要的角色，但在此处仅一带而过。在治疗工作中，我非常重视这两个概念并不是要忽视它们。但我在本章所做的是把它们放入人际学习这一因素中。

移情是人际知觉扭曲的一种特殊形式。在个别心理治疗中，对这种扭曲的识别和修通是非常重要的。在团体治疗中，扭曲的程度更大、种类更多。如前所述，修通人际扭曲是非常重要的。修通移情，也就是说修通与治疗师之间关系的扭曲，在团体治疗过程中仅仅是治疗过程中应被检视的一系列扭曲中的一个。

对许多来访者（也许是大多数来访者）来说，治疗师是双亲、教师、权威的象征，又是传统，价值观的象征。因此，移情是最重要的、需要修通的人际关系。但是，大部分来访者还有其他人际领域的冲突，如权力、自信、愤怒、竞争、慷慨、贪婪、

羡慕、亲密感、性问题。

很多研究强调，多数成员认为修通他们与其他成员的关系，比修通与领导者的关系更为重要⁵⁰。例如，在一个短期危机团体治疗结束12个月后进行追踪研究中，要成员说出每人所获帮助的来源。其中，42%的人觉得是团体成员而不是治疗师帮了他们，28%的人说团体成员和治疗师均有帮助，只有5%的人声称治疗师是唯一改变他们的人⁵¹。

这项研究对于团体治疗的技术有重要的暗示：治疗师必须促进成员间互动的发展和修通，而不应该仅关注来访者与治疗师的关系。我将在第六章和第七章中进一步讨论这一点。

之所以难以对内省予以准确的描述，是因为它并非单一的概念。我喜欢把它理解成广义上的“向内看”，这一过程包含澄清、解释、解除抑制。当人们发现一些重要事情与他的行为、动机或潜意识有关时，内省就产生了。

在团体治疗过程中，来访者至少可以获得下列四种不同层次的内省：

1. 来访者可能对他们的人际关系有一个较客观的看法，他们可能是第一次知道别人怎样看待自己的：被认为紧张、温暖、冷漠、诱惑、痛苦、傲慢、自负、卑躬屈膝等。
2. 来访者可能会了解他们与别人互动时表现出来的复杂行为。他们对自己的行为模式会更为清楚。例如，他们是否利用别人，总是羡慕别人，诱惑别人然后抛弃退缩，不择手段地竞争，恳求得到爱、或是仅和治疗师或男性或女性互动等？
3. 动机上的内省。来访者可以了解自己如何对待别人及为什么与别人合作。通常，此种类型内省的形式是假设，了解人们之所以要采取某些行为方式，是因为与此不同的行为方式会造成一些不良后果——可能被羞辱、嘲笑、摧毁或遗弃。例如，冷漠、疏离的来访者了解到，他们回避亲密是因为担心丧失自我或迷失自己；竞争、报复心强、有控制欲的来访者可能了解到，自己对自己强烈的、无法满足的被照顾的渴求的恐惧；卑躬屈膝者可能害怕他们压抑的、破坏性愤怒的爆发。
4. 内省的第四层是病因内省。试图帮助来访者了解他们是如何形成目前处境的。通过探讨个人发展史，来访者可能知道现在行为模式的起因。当然，解释起因时所用的理论构架和语言，很大程度上取决于治疗师所信奉的理论学派。

我已经列出了根据推论程度排列的四个层次。人们有一个错误观念，它已存

在很长时间，倾向于将“表层”——“深层”的问题等同于“推论程度”的问题。此外，“深层”等于“渊博”或“良好”；“表层”等于“琐碎”、“显而易见”或“微不足道”。过去，精神分析师会传播这样的信念：治疗师知识越渊博，诠释就越深（根据早期生活事件观点），治疗就越完全。然而，没有任何证据支持这样的论点。

每个治疗师都曾经遇到过这样一些来访者，他们对自己的病因有相当的内省——这种内省以他们接受的一些儿童发展理论或精神病理学为基础，如弗洛伊德、克莱因（Klein）、温尼考特、肯伯格（Kernberg）、科胡特（Kohut）或其他人的理论——但在治疗上却依然没有什么进展；另一方面，临床上有明显的改变出现，但缺乏对病因的内省的情况也很常见。在病因内省和持续改变之间也未被证实有关联。事实上，我们所推崇的早年体验类型和成人行为或性格结构间关系的假设，在许多方面都存有疑问⁵²。

首先，我们必须考虑到最近神经生物学对记忆的研究。记忆被认为至少有两种形式，具有两个截然不同的大脑神经通路⁵³。我们最为熟悉的记忆被称为“外显记忆”。这种记忆包括个人能回忆起的细节、事件和自传体记忆。有史以来，这就是心理动力学治疗探索 and 解释的核心。记忆的第二种形式称为“内隐记忆”，它存储了我们最早的人际关系经历，许多经历都比我们所使用的语言和符号更重要。这种记忆也被称为“程序性记忆”，塑造着我们关于应如何在自己的人际关系世界中出发的信念。与外显记忆不同，内隐记忆并不能通过通常的治疗性对话而完全触及，但可以通过治疗中的人际关系和情感部分来影响。

对记忆的新的理解，使得心理分析理论在变化。Fonagy——一个出色的分析理论家和研究者——对心理分析过程和结果的大量文献进行了回顾。他得出的结论是：“既往经历的修通可能有用，但是对现今与人相处方式的理解才是变化的关键。为此，关于自我和他人的表象需要改变，并且这种改变只可能在此时此地有效地完成。”⁵⁴”换句话说，在治疗关系中，来访者与治疗师此时此刻的实际经历是变化的动力。

更多地讨论因果关系会使我们远离人际学习，但我将在第五章和第六章更深入地讨论这个问题。目前，我们强调理智上的理解是促进改变的手段，这已是足够了。内省——“向内看”——的产生是重要的，但这里说的是一般性的内省，而不是关于病因的内省。心理治疗师需脱离世俗化的“深远”或“重要”的理性理解。对来访者来说，具有深切感受和深远意义的事情，可能与解开了行为的早期成因有关（通常的情况是这样），但也可能无关。

第三章

团体凝聚力

在这一章里，我考察了凝聚力的性质，讨论了大量团体凝聚力作为疗效因子的依据，及其产生治疗性影响的各种不同途径。

究竟什么是团体凝聚力？它又如何影响治疗效果？一言以蔽之，团体凝聚力类似于个体治疗中的咨访关系。对个别心理治疗的大量研究表明，积极的咨访关系是取得良好治疗效果的重要原因。这个规律是否也适用于团体治疗呢？相关文献再次证明：团体治疗过程中的互相关系与治疗效果休戚相关。然而，团体治疗中的互相关系比个体治疗中的咨访关系要复杂得多。毕竟，在个体治疗中只有两个人的互动，而团体则像是六到十组个体治疗的集合。因此，在团体治疗中，若只是就事论事地认为“成功的团体治疗需要好的治疗关系”并不能完整地体现团体凝聚力这一概念，我们应能具体说明：是来访者和团体治疗师（协同治疗师）的关系？还是团体成员互相间的关系？又或者是某个来访者和整个“团体”的关系？

在过去的40年里，关于心理治疗效果的对照性研究不胜枚举，结果都表明，不管是个体治疗还是团体治疗，绝大部分接受过心理治疗的个体都有显著地改善¹。团体治疗效果不逊于个体治疗，尤其是在处理病耻感、社会性孤立和学习新的应对技巧等方面，团体治疗比其他治疗形式的效果更好²。这项严密的回顾性调查在其他方面，无论从自身对照，还是与其他心理治疗相比，也都表明了团体治疗的有效性³。

研究所提示的团体治疗的总体有效性令人侧目，因此，我们有必要努力去认识有效心理治疗的必要条件。毕竟不是所有的心理治疗都会成功。事实上，有证据表明，治疗可以使来访者改善，也可以使来访者变得更糟——虽然大多数治疗师帮助了来访者，但一些治疗师却使来访者病情恶化³。为什么？是什么使治疗成

功？虽然这涉及很多因素，但取得有效治疗效果的必要条件是恰当的治疗关系⁴。现有研究证据完全支持以下的结论，即治疗师与来访者之间充满信任、温暖、共情性理解及接纳的治疗关系有助于治疗的成功——甚至连成功的药物治疗也是如此⁵。尽管积极的治疗联盟是有效治疗的必由之路，但这并不同容易，且尚无常规机制。大量的治疗研究聚焦于治疗联盟的性质以及实现并维持它所需的特殊干预⁶。

而且，人们很早就认为治疗关系的质量与治疗师的学派背景无关。经验丰富且富有成效的治疗师虽然来自不同的学派（弗洛伊德的、非指导的、经验主义的、格式塔式的、沟通分析性的、交友的、心理剧的等），但他们对理想的治疗关系的认识，及他们所建立的治疗关系的本质却十分相似（有别于他们自己学派的初学者）⁷。

另外，请注意，温暖、凝聚力强的治疗关系在所有心理治疗方法中都很必要，即使是在所谓的机械性方法——认知行为的或系统取向的心理治疗中同样也很重要⁸。最近一项比较心理治疗效果的研究（国家精神卫生研究所抑郁症治疗协作研究项目）通过大量资料分析表明：不管认知行为治疗还是人际治疗，所有成功的治疗都需要“一个具有仁慈、助人、鼓励特征的权威形象，以及对这一权威形象的正性依恋。”⁹研究已证明，认知治疗中的咨访关系和咨询技巧是相互影响的：治疗中积极、紧密的关系本身即是对不良信念的一种反衬，是对歪曲的认知的一种矫正。倘若缺失这样一种良好的治疗关系，那么咨询技巧只是花拳绣腿，甚至有害无益¹⁰。

如前所述，在团体心理治疗中，治疗关系也扮演着同等重要的角色。但团体心理治疗中的个别心理治疗的来访者—治疗师关系的东西一定有着更宽泛的含义：它不仅包括来访者与团体心理治疗师的关系、与团体其他成员的关系，同时还包括来访者与整个团体的关系。尽管这有可能招致语义上混淆，但我还是将所有这些团体中的关系都称为“团体凝聚力”。凝聚力作为团体的基本特性已被广泛研究。几百篇研究论文对此进行了探讨。然而不幸的是，这些文献本身缺乏凝聚性，它们使用着不同的定义、量表、被试以及等级评定视角¹¹。

然而，通常人们一致认为各个团体的不同之处在于团体成员数目的多少。那些有很强的团结意识或“我们”感觉的团体，对团体有较高的评价，而且能抵抗来自团体内部及外部的威胁，以保护团体不受侵犯。这样的团体与那些缺乏团结精神的团体相比，往往有较高的出勤率、参与度，及更多的彼此支持，而且会更大程度地保持团体的规范。凝聚力是一个很复杂、很深奥的问题，令研究者难以对其明确定义。最近，一项综合的、很有意思的回顾性研究认为，凝聚力“就像

尊严那样：每个人都能认识它，但很显然，没有人能描绘它，更无法测量它。¹²”问题在于凝聚力指的是重叠的维度。一方面，指一种团体现象——整体的团结精神；另一方面，指个人的凝聚力（或者，更严格地说是团体对个体的吸引力）¹³。

在此书中，凝聚力是泛指使团体成员留在团体中的所有力量的综合¹⁴，或者，更为简单地说，是一个团体对其成员的吸引力¹⁵。它指成员们在团体中感觉温暖、舒心、有归属感，他们重视团体，并反过来感觉到自身的价值及被其他成员无条件地接受与支持¹⁶。

团结精神与个体的凝聚力是相互依赖的，而团体凝聚力经常仅通过团体对个体吸引力水平的简单累加而计算。评定团体凝聚力较新的方法来自于团体氛围的等级评估，这使数量更精确，但并未否认团体主义精神是个体归属感的产物和总和¹⁷。但必须牢记的是，团体对团体成员的吸引力是不同的，凝聚力也是不固定的——并非一旦达到，就永久存在——而是在团体治疗过程中有很大的波动¹⁸。随着冲突与不安不断地浮现，早期的凝聚力和投入对团体去完成更多的挑战性工作及其之后的发展来说都是至关重要的¹⁹。新近的研究已分辨出个体的归属感与其对整个团体运转的好坏的评价的区别。个体经常感觉到“团体运转良好，但我不是他们中的一员²⁰”。成员（例如饮食障碍的来访者）也可能重视团体中的互动与联结，但却完全抵制团体的目标²¹。

在结束对定义的探讨之前，我必须说明一点，团体凝聚力不仅其本身即是一种强有力的治疗力量。也许更为重要的是，它是其他疗效因子运转良好的必要的先决条件。在个别心理治疗中，当我们说治疗关系如何重要时，这并非意味着有爱或有充满爱意的接受就足够了；我们认为，一种理想的来访者—治疗师关系为展开必要的冒险、倾诉以及探索自身和人际关系创造了条件。这对团体治疗也是适用的：凝聚力对其他团体疗效因子作用的发挥是必要的。

团体凝聚力的重要性

虽然我在前面分别论述了疗效因子，但它们在很大程度上互为依赖。例如，治疗过程中的一切并不单纯是宣泄或普通性，重要的不仅仅是畅所欲言的过程，也并不只是发现别人的问题与自己的相似或自己的不幸不是独一无二的。最重要的似乎应该是将个人的内心世界与他人进行情感交流，然后被他人接纳。被他人所接纳，使来访者开始对原先坚信自己是令人讨厌、不被接受、不可爱的信念产生怀疑。对归属的需要是我们人类的本质属性。团体内的隶属关系和个体设置中

的依恋都能满足这种需要²²。因此,治疗团体产生一种积极的、自我强化的循环:信任—自我探索—共情—接纳—信任²³。不管个体成员曾有怎样的生活经历、犯罪史或其他的失败,只要个体能遵从团体的进程规范,团体就会接纳个体。如果不加评判的接受与容忍在团体形成的早期即已建立,那么偏离常规的生活方式、淫荡、性变态、十恶不赦等,都能被治疗团体所接受。

通常,精神病患者因人际交往技巧受损,故很少有机会体验亲密关系中的情感交流及接受。而且,患者对自己的冲动及幻想的痛恨,使其人际情感交流更为困难。据我所知,对许多与人疏离的患者来说,心理治疗团体是他们唯一能与人深交的地方。在几次聚会后,他们就会深深地感受到团体比其他任何地方都像自己的家。甚至多年以后,当关于心理治疗团体的多数记忆都消失了,他们仍然会记得那种归属感及接纳感。

正如一个治疗成功的患者在回顾其两年半的治疗时所言:“最重要的是有这么一个团体在那儿,有一群人听我倾诉,他们不会遗弃我。团体中有这么多的关心、恨和爱,而我是其中的一部分,我现在已经好多了,而且也有自己的生活了,但一想到那个团体不再存在,心中还是有些难过。”

另外,团体成员知道他们不是团体凝聚力的被动受益者,他们也为凝聚力作出了贡献,并创造一种持久的关系——这可能是他们有生以来的第一次。一个成员说他经常将孤独归因于一些未确定的、棘手的、不愉快的性格上的失败。在他屡经挫折和徒劳后,决心不再缺席团体会谈,之后他发现自己对这份孤独感所负有的责任:关系的枯萎起源于疏于灌溉——当选择忽视别人时就已经在很大程度上注定了结果。

一些成员将团体内化:“团体仿佛一直在我的肩上,注视着我。我总是问自己:‘团体对这对那会怎么说?’”通常,治疗性改变一直持续且稳定的原因,在于成员不愿让团体消失²⁴。

团体成员间的关系、接纳和赞赏对个体的发展很重要。归属于儿时的同伴团体、少年同党、兄弟会、姊妹会及适当的社会团体,对个体有着不可小觑的重要性。例如,对青少年的自尊心及健康而言,没有什么比被某些社会团体所接受和纳入更重要了,也没有什么比被排除在外更具毁灭性了²⁵。

然而,大多数来访者很少参与某个团体,以前可能从来不曾成为某个团体中具有价值且不可或缺的一员。对这些个体来说,成功地与团体协作的经历本身即具有治疗效果。团体归属感提升了成员的自尊,满足了成员的归属需要,同时也促进学员的责任和自主权,就像每个成员对团体的关心和内化都有助于团体凝聚

力的形成²⁶。

因此，治疗团体中的成员彼此之间有着各式各样丰富的意义。治疗团体最初被认为是无足轻重的人工化的团体，事实上它的重要性日益突出。我知道许多团体共同经历过严重的抑郁、精神病、结婚、离婚、堕胎、自杀、职业变动、分享心底深处的想法及乱伦（团体成员间发生性关系）等。我曾看到某个团体成员带着其他成员到医院看病，看到团体为死去的成员哀伤。成员关系常常因团体变迁或处境危险而得以巩固。在生活中，有多少关系能有如此丰富的内涵呢？

实验证据

与个别心理治疗中对治疗关系的重要性研究相比，关于团体治疗过程中凝聚力重要性的实验依据显然是不足的。研究凝聚力的效果更加复杂²⁷，因为它牵涉到与凝聚力紧密相联的一些变量的研究，比如团体氛围（参与程度、躲避和团体内矛盾）²⁸和联盟（成员和治疗师的关系）²⁹。然而，所有这些角度的研究结果，都指向了同一结论：关系是衡量良好治疗的关键。这在医疗保健体系改革和第三方付费的时代里比过去任何时候都要重要。事实上，当代团体治疗师甚至有更大的责任来保护治疗关系，使其免受外部破坏和控制³⁰。

下面，我要梳理一下与凝聚力相关的研究。对研究方法学不感兴趣的读者，可直接跳到小结的部分。

- 在一项对接受过团体治疗的患者所做的早期研究中，研究人员将来访者对治疗过程中的疗效因子的解释记录下来，并予以归类，发现超过半数的来访者指出团体治疗中基本的帮助模式是彼此的相互支持。认为团体有凝聚力的来访者，参加次数较多，与其他成员的接触也较多，并认为团体本身即具治疗价值。自觉病情改善的来访者明显地更可能感觉到被其他成员接纳，而且当被问及团体治疗的经验时，他们会举例说明³¹。
- 我在1970年报告了一项研究，请一些成功地接受过团体治疗的来访者回顾其团体治疗经历，并对我在本书中描述的一系列疗效因子的有效性进行评估³²。从此，许多研究沿用类似的设计，得到许多来访者关于团体治疗的哪一方面最为有效的观点。我将在下一章对这些结果进行深入地探讨；此时，已有强有力的调查足以使人们清楚地看到，来访者认为团体凝聚力是成功的团体治疗最为重要的决定性因素。
- 在一项关于两个长程治疗团体的为期六个月的研究中³³，观察者评估每次团体治疗过程中，每个成员在五个变量——接纳度、主动性、脱敏程度、

发泄及病情改善——上的分数。每个成员同时每周自我测评。结果显示，无论是观察者，还是团体成员，均认为接纳是唯一与病情改善相关的变量。

- 一项针对分别在 12 个治疗团体中的 47 名来访者的研究，也得出了相似的结论。研究者发现，成员自我觉知到的人格改变，与成员对团体的投入感及成员对整个团体凝聚力的评估都显著相关³⁴。
- 我和同事一起评估五个门诊治疗团体中所有 40 个来访者治疗一年后的结果³⁵。然后，计算此结果与治疗初期三个月测得的许多变量间的相关。治疗的良性结果只与两个预测变量——“团体凝聚力”³⁶与“受欢迎程度”——显著相关，即在治疗早期最被团体吸引的来访者（高凝聚力）及在第六周第十二周的评定中被其他成员评为较受欢迎者，往往在第十五周时有较好的治疗效果。在此研究中，受欢迎程度比团体凝聚力与疗效更具正性相关。稍后，我将对此做简短讨论，说明受欢迎程度与团体凝聚力的相关，及团体凝聚力通过何种机制调节着改变。
- 同样的结果也出现在更多的结构性团体中。例如，在针对 51 个参与了十次团体行为治疗的成员的研究中，“被团体吸引”的程度与自尊的增进呈显著正相关，与团体成员的脱落率呈显著负相关³⁷。
- 成员之间的关系品质也是 T—团体（又称为敏感度训练、进程、交友或体验团体，见第十六章）的基本要素。一项早期的、设计严谨的研究发现，在一个有 11 名成员、每周聚会两次、共进行 64 小时的 T—团体中³⁸，成员之间关系的品质与疗效之间有显著关系。调查者将疗效与团体成员间的关系求相关³⁹，结果显示，最能与他人建立互动关系的成员，在治疗过程中进步最快。而且，成员与团体领导者之间的关系，与其改善程度无关。
- 我的两位同事 Lieberman、Miles，和我一起进行了一项针对 18 个交友团体中的 210 个成员的大型研究，此 18 个团体包括十种学派取向（格式塔、沟通分析、T—团体、锡南派（Synanon）、个人成长、埃萨林（Esalen）、精神分析、马拉松、心理剧、交友团体）⁴⁰。（关于此研究的详细讨论见第十六章）。此研究用多种方法评估凝聚力及其与疗效的相关性⁴¹。结果显示，团体吸引力确实是决定疗效的有力因素。所有评估凝聚力的方法，均显示凝聚力与疗效呈正相关。在团体中，很少体验到归属感与团体魅力的成员——即使这是在治疗早期测得的，也不太可能从团体中获益——事实上，往往是疗效不佳。而且，总体凝聚力较强的团体，其整个疗效明显高于凝聚力差的团体。

- 另一项针对体验性训练团体的大型研究 (N=393) 发现, 亲密性 (一个与凝聚力有相当大重叠的因素) 与疗效之间有较强的联系⁴²。
- 在长程的住院患者治疗团体中, MacKenzie 与 Tschuschke 将“对团体的情感联系”从成员对“团体工作”的评价中区分出来, 发现成员的归属感与以后的疗效相关, 而与整个团体的工作效果则不相关⁴³。
- S. Budman 与同事一起制定了一分量表, 由经过团体治疗录像带训练的评分员观察, 试图对凝聚力做更精确的评定。他们研究了 15 个治疗团体, 并在最具凝聚力的团体中, 发现了最大程度的精神病症状的缓解和最大程度的自尊的提高。前期测定的团体凝聚力——为每次活动的前 30 分钟测定的——预测了更好的治疗效果⁴⁴。
- 其他一些研究已经考查了在团体治疗中来访者和团体领导者之间关系对疗效的影响。Marziali 和同事们⁴⁵研究了一个人际治疗团体, 治疗共进行 30 次, 来访者为边缘性人格障碍者。他们检验了团体凝聚力以及来访者和团体领导者的关系, 发现凝聚力和成员——领导者关系联系得十分紧密, 支持了 Budman 的发现⁴⁶。二者都与疗效呈正相关。而且, 成员——团体领导者关系对疗效更具预测性。来访者和治疗师之间的关系对那些人际关系不稳定的来访者特别有意义。此时, 治疗师发挥了重要的“容器”功能。
- 在一个短期结构化认知行为治疗的社交恐怖症⁴⁷团体的研究中, 经过 12 周治疗, 治疗结果与成员——治疗师关系呈正相关, 但凝聚力是稳定的且与疗效并不相关。在这个研究中, 团体只是治疗的形式, 实际并没有按团体治疗内容进行。治疗师并没有特意加强成员间的互动, 因此, 我认为: 这种高度结构化的团体, 最重要的是围绕治疗任务的来访者—治疗师关系⁴⁸。
- 一项对 34 个抑郁症和社会孤立者的研究表明, 通过 12 次以互动解决问题的团体活动, 那些从团体领导者身上体验到温暖和积极关心的来访者会得到更好的治疗效果。反之, 消极的来访者—治疗师关系导致疗效较差。这种相关研究没有解决关系与结果的因果关系, 然而: 来访者是因为他们在治疗中表现得更积极而容易受治疗师关注呢, 还是这种关注也许会进一步促进疗效使来访者更积极呢⁴⁹?
- 美国团体心理治疗协会机构对团体进行的短期高强度的培训结果表明, 培训结果与成员参与性有关⁵⁰。积极的结果可能受到了团体参与因素的调节, 因为这种参与可能促进了更多的人际交流和自我展示⁵¹。

小结

我已用证据表明, 团体成员高度评价自己在团体中所得到的接纳及支持。自我感觉的治疗效果与团体吸引力呈正相关。凝聚力强的团体其总体疗效优于凝聚力差的团体。情感的联结和对团体有效性的体验共同作用于团体的凝聚力。疗效好的成员与其他成员有更相互满意的人际关系。凝聚力强的团体有更高水平的自我暴露。对一些来访者和一些团体(特别是高度结构化的团体)来说, 与治疗师的关系可能是至关重要的。坚固的治疗关系可能不能保证一定带来积极的治疗结果, 但微弱的治疗关系则绝不可能带来有效的治疗。

在团体活动中, 每次聚会开始时出现的团体凝聚力以及整个治疗早期阶段表现出的凝聚力, 都与积极结果相关。团体具有凝聚力是非常关键的, 那样, 领导者就可以对团体中每个成员的个人经历更加敏感, 并且利用凝聚力加速解决问题。良好的疗效也与团体受欢迎程度有关——后者是一个与团体支持度和接纳度密切相关的因素。虽然治疗的变化由多种因素引起, 但这些发现共同强有力地支持这样的观点, 即团体凝聚力是良好疗效的重要决定因素。

除了直接的证据外, 还有相当多的有关其他形式团体的间接研究证据。大量的研究显示, 在实验室任务团体中, 团体凝聚力的增加会产生许多影响疗效的因素。例如, 团体凝聚力可以导致成员对团体活动的较高的出勤率和参与度、成员间更大影响力及许多其他的影响。在讨论凝聚力造成治疗性改变的机制的过程中, 我将会简洁、逐一地思考这些研究发现。

运 作 机 制

团体的接纳、支持和成员间彼此的信任与接受是如何帮助有问题的个体的呢? 的确, 仅有单纯的支持与接受是远远不够的; 治疗师在入行初期即已知道仅有爱是不够的。虽然, 治疗师与来访者关系的品质很关键, 但治疗师除了与来访者建立温暖而信任的治疗关系外, 还必须做很多工作⁵²。治疗关系会创造一个较好的条件来激发其他的过程。那么其他的过程是什么? 它们的重要性如何呢?

卡尔·罗杰斯对治疗关系的深刻洞见在今天的意义一如在50年前一样大。我们将由他在个别心理治疗中所认为的治疗关系运作模式谈起。在对治疗过程最系统的描述中, 罗杰斯认为, 当治疗师与来访者之间存在着理想的关系时, 就会产生下面的特征性过程:

1. 来访者越来越自在地表达自己的感受。
2. 来访者逐渐具备现实检验能力，能更多地区分他对周围环境、对自身和对他人的感受与知觉。
3. 来访者更能意识到体验与自我概念间的不一致。
4. 来访者能意识到以往被自己扭曲或否定的感受。
5. 来访者现在的自我概念能包容以前被扭曲或否认的方面，渐渐能和自己的体验更多地统一起来。
6. 来访者能更多地不受威胁地体验治疗师无条件的积极关怀及自身无条件的积极自尊。
7. 来访者逐渐体会到自己才是对某客体及体验的本质及价值评判的核心。
8. 来访者较少表现出认为他人对自己的评价的影响，更多地表现出他人的评价对自身发展的推进效果⁵³。

关于现实化倾向的陈述是罗杰斯观点的核心，他认为有机体生来就有一种自我扩展与发展的倾向——这一观点可以回溯到早期哲学观点，并由尼采在一个世纪以前清楚地阐明⁵⁴。在个体治疗及团体治疗中，治疗师的功能相当于催化剂，创造着利于来访者自我扩展的条件。个体首要的任务是自我探索：检验以前拒绝察觉的感受与体验。

此任务渗透在动力学治疗的所有阶段中。如霍妮强调个体有自我了解与自我实现的需要，认为治疗师的任务是扫除这些自主过程中的障碍⁵⁵。当代治疗模型也承认此观点。来访者经常会追寻阻碍自身成长和发展的病理性信念的治疗计划⁵⁶。换言之，所有个体生来都有成长及自我实现的倾向。治疗师不必去激发来访者的这些特质（好像我们能做到似的）。我们的任务是去除成长过程中的障碍，方法之一是在治疗团体中营造理想的治疗氛围。成员之间的坚固联系不仅能直接证实一个人的价值，而且还使成员在自我暴露和承担人际风险上更愿自由选择。这些变化有助于成员在与外界的联系上消除旧的、消极的自我观念⁵⁷。

有一些实验室证据提示，个体治疗中的良好关系及其在团体治疗中的等同物（凝聚力）都能鼓励来访者投入自我探索的历程中。例如，Truax⁵⁸研究了三个由不同成员组成的团体中的45名住院患者，发现在具有凝聚力团体中的患者，能明显地投入于深入而广泛的自我探索中⁵⁹。其他研究也证实，凝聚力与高度的亲密感、冒险性、共情性倾听及反馈密切相关⁶⁰。团体成员认识到自己的团体在人际学习的任务中合作良好，会使他们在积极和自我强化的循环中产生了更大的凝聚力⁶¹。团体任务的成功能加强团体成员间情感的联系。

团体凝聚力成为一个重要因素，或许是因为许多来访者在儿童期没有获得玩伴的接纳。因此，他们将来自其他团体成员的肯定视为一个崭新的、重要的体验。而且，成员彼此之间的接纳和理解，比治疗师的接纳更具影响力及意义。毕竟，其他成员并没有关心、理解他人的义务，他们不收取任何费用，这也不是他们的“工作”⁶²。

在一个团体中发展亲密关系，可能就是以对科技为主的文化的抵抗。在科技为主的文化下，所有方面的——社交、职业、居家、休闲——关系都缺少人情味⁶³。罗杰斯相信在团体中，深深地感受到人情味的经历，可能对来访者有很大的价值。即使这些并未留下明显的痕迹，在外显行为上也无太大改观，但个体仍能在自己身上体验到更有人性、更丰富的部分，并以此作为内在的参考点。最后一点特别值得强调，因为这是治疗，特别是团体治疗的好处之一，即使来访者的内心世界更为丰富，但在外在行为上却不能很快见到，因此，研究者对之测量时可能会摸不着头绪，卫生保健部门决策者在判断要采取何种治疗及多少治疗时也可能会有同样的疑问。

成员间彼此的接纳虽然在团体治疗过程中十分关键，但只能慢慢地发展起来。被他人接纳和自我接纳是密切相关的，不仅自我接纳基于被他人接纳，而且只有当自己接纳自己之后才可能被他人完全接纳。这些原则在临床和研究中都得到了证实⁶⁵。治疗团体的成员可能同时感受到自我轻视及深深地轻视他人。这种感受可以表现在来访者一开始拒绝加入“一群疯子”中，或表现在来访者因害怕卷入不幸的大漩涡，而不愿与一群痛苦的人紧密相连。一位被邀请加入一个老年抑郁男子团体的八十多岁的老人对团体治疗的前景给出了一个特别能引起共鸣的反应：“浪费时间来给一群朽木浇水，根本就没有用”——这是他对私立疗养院中其他人的比喻⁶⁶。

根据我的经验，所有寻求心理专业人士帮助的个体，通常有两个最重要的困难：一是建立并维持有意义的人际关系；二是维持个人的价值感（自尊）。通常很难将这两个相互依存的领域分开来谈，但由于我在前一章已详述了人际关系的建立，故现在我将集中谈一下自尊。

个体自尊和公众的尊重是高度相关的⁶⁷。自尊指个体对自身价值的评估，与个体先前的社交关系经历有着必然的联系。回想沙利文所说：“自我也许可以说成是由从他人那里得来的评估所组成的。”⁶⁸换言之，在早期发展过程中，个体对于他人对待自己态度的看法，会决定个体如何看待与评价自己。个体根据某些特定生活经验的一致程度，内化了许多观点，再依这些内化了的评价来进行稳定的

自我价值的衡量。

但除了这些内部储存的自我价值外，个体仍会或多或少地在意或受他人当前的评价的影响——尤其是其所属团体的评价。社会心理学的研究证实了下面这个事实：我们所参与的团体和社会关系会成为我们自我的一部分⁶⁹。一个人对某一团体的依恋是多方面的。团体其他成员对于自己在团体中的吸引力的信心——我是一个令人满意的成员吗？以及成员相互间的对归属的渴望——我想归属团体吗？这两方面形成了个人对团体的依恋。

公众尊重——即团体对个体的评价——对个体的影响取决于下述几个因素：个体所认为的团体的重要程度；团体与个体沟通公众尊重的频率与明确程度；这些特质对个体的重要性如何。（通常认为，在团体治疗中，真诚及深层次自我暴露是很重要的，事实也是如此，因为这些特质与个体的核心身份关系密切。）换言之，团体对个体越重要，个体越遵从团体的价值观，个体就越倾向于同意团体的评判⁷⁰。最后一点具有很高的临床价值：一个人越被团体所吸引，就越尊重团体的评判，也会较注意且看重公众尊重与自尊之间的差异。这两者间的差异，将会使个体产生不协调的状态，而使其采取行动以去除此不协调状态。

我们姑且假设此差异是负面倾向的，即团体的评价比个体自我评价低。如何解决这些差距？一种方法是错误地认识、否认或扭曲团体的评价。在治疗团体中，这样的发展会产生恶性循环：团体首先会因为个体不参与团体任务（包括对自身及与他人关系的积极探索）而给予差评；而防御及沟通问题的增加，只会更进一步降低团体对该个体的尊重。一种更为常见的用来处理差距的方法是贬低团体的价值——比如，个体会强调团体是人为的或是由不正常的人所组成的，然后将此团体和一些团体（如社交团体和职业团体）对个体做的不同评价相比较——此种成员（如第八章所介绍的团体特异分子）通常会在治疗中脱落。

在一个成功结束治疗的团体中，一名团体成员回想她在团体治疗的早期时光，她说：“在很长一段时间里，我告诉自己，他们都是怪人，他们说我的防御和难以接近都是荒谬的。我想要离开——之前我已做过很多次，但后来我感觉到有足够的联系让我决定留下。一旦我做了这个决定，我就开始告诉自己，一些关于我的评价不可能都是错误的。这个就是在我的治疗中的转折点。”对于此差异最终的且具治疗性的解决方法是个体通过改变被批评的行为及态度来提升公众尊重的程度。若个体深深地被团体吸引且公众尊重程度略低于自尊程度，则此方法很可能生效。

但用团体的压力来改变个体的态度或行为是社交策略的一种形式吗？它不是机械化的吗？它没有忽略较深层次的整合吗？确实，团体治疗是运用了一些行为

治疗的原则；心理治疗有各种不同的方式，但基本上是一种学习的形式。大多数非指导派的治疗师也会在潜意识中运用操作性条件反射的技巧：他们或明或暗地向来访者表达其所希望的行为和态度⁷¹。

然而，此过程并不意味着我们以外显行为或机械的观点看待来访者。依我来看，若我们孤立地将行为或态度的厌恶条件和操作条件当成技术使用，则既不切实可行，也毫无效用。虽然屡有报道称，来访者持续的改善是由于行为治疗技术去除了一些障碍，但仔细观察其历程，总能看到重要的人际关系的影响。不但认知行为治疗中的来访者－治疗师关系会比治疗师意识到的更为重要（目前的研究证据已支持这一点）⁷²，而且，一些重要的、始于症状减轻的改变也是发生在来访者的社会关系中，这种社会关系增强及维系了来访者的进步状况。再一次，就如我一直重复强调的，所有疗效因子都是相互关联的。无论改变的原因如何，行为和态度的改变必然会带动其他的改变。当团体对来访者的评估有所改变时，来访者对团体中的自我及团体本身都会较为满意，之后，如前所述的适应性循环便会发生。

更常发生在治疗团体中的不一致是相反方向的：团体对个体的评估高于其自我评估。当来访者处于这种不协调的状态，也会致力于解决此差异。处于这一状况下的成员会怎么办？这个成员也许会通过暴露自己的缺点，来降低众人对自己的尊重程度。但在治疗团体中，这种行为会有相反的效果，使其更受众人的尊重——暴露自己的不足正是团体所珍视的规范，反而会增进其被团体接受的程度。最佳的治疗状况是，来访者开始再检视及改变其较低的自尊。以下的临床案例，将会使此单调的说教变得丰满：

◆ **Marietta** 是一个 34 岁的家庭妇女，情绪一直比较消沉，寻求治疗的原因是一连串的婚外情令她感到焦虑与内疚。她很自卑，认为自己一无是处：外表、才智、谈吐、贫乏的想像力及为人妻、为人母的能力。虽然她曾从教友身上获得一些安慰，但她从不认为自己能配和社区中的教友们交往。她和一个令她讨厌但还算是个好人的男人结婚，她认为这个男人对她来说很不错了。只有在婚外性行为中，尤其是同时与数个男人有性关系时，她才觉得自己是有生命的。只有在这种状况下，她才觉得自己有吸引力、被人渴慕，而且能对别人有所奉献。但这样的行为和她的宗教信念相冲突，使她产生相当大的焦虑和更严重的自我贬低。

团体可视为社会的缩影，治疗师很快注意到 **Marietta** 在团体中的行为特征。她经常谈及由于自己的性行为而导致的内疚，团体常常好几个小时都挣扎于她的困境中令人兴奋的细节。在团体治疗的其他时间里，她既不投入也不付出，她和团体的关系就

如她和其社会环境的关系，虽然她隶属于团体，但她并未真正地与其他成员相联系。她觉得自己唯一能提供的吸引力就是她的性。

随着时间的推移，在团体中她开始对别人有回应，给别人以温暖与支持。她发现除了性，还可以与别人公开讨论更多的人生话题。在与别人交换感受及问题时，她发现自己逐渐被其他成员所看重。其公众尊重的水平和其自尊间的差距越来越大（即团体的评价远高于她对自己的赞赏），很快便逼迫她以更符合现实且更积极的观点看待自己。渐渐地，她产生了一个适应良好的循环：她在团体内外都可以建立有意义且与性无关的人际关系，反过来，这又能进一步增强她的自尊。

通过新的关系体验，治疗越多削弱来访者的消极自我形象，治疗就越有效⁷³。

自尊、公众尊重及治疗性改变：研究证据

团体治疗的研究并未特别探讨公众尊重与自尊间的关系，但一个针对体验性团体的研究却有一些有趣的发现（见第十六章），即当公众尊重的水平降低时，个体自尊的水平也随之下降⁷⁴（公众尊重的水平由社会测量的方式来测量，要求成员们彼此根据一些变量来排序）。研究者们也发现，团体成员越低估自己受公众尊重的程度，就越会被团体所接纳。换言之，揭示自己不足的态度或对自己略为苛刻的评判，会增进自己受公众尊重的水平。一定程度内的谦逊远比傲慢自大更容易适应环境。

同样十分有趣的是关于受欢迎程度的数据，个体受欢迎程度是与公众尊重密切相关的一个变量。前面我提到有个研究探讨40名成员在团体治疗结束一年后的疗效，发现在第六周和第十二周被其他成员选为最受欢迎者的成员，其疗效比其他成员显著⁷⁵。因此，在团体早期公众尊重程度较高者，其疗效会较好。

在团体治疗中，哪些因素影响受欢迎的程度呢？以下三个变量与疗效没有显著相关，却和受欢迎程度有显著关系：

1. 先前的自我暴露⁷⁶。
2. 人际和谐⁷⁷：当个体的人际需求恰好与其他成员的人际需求相融合时，个体就会成为团体中受欢迎的人物。
3. 其他社会测量方式：常被选为休闲伙伴或与同事共事良好者在团体中会受到欢迎。一项对最受欢迎与最不受欢迎成员的研究发现，受欢迎的人员往往年轻、受过良好教育、智商高且内省能力强。在团体早期，当治疗师未能担当传统的领导者角色时，他们会填补领导者角色的空缺⁷⁸。

最不受欢迎的成员则是明显的僵化、道貌岸然、很少自我反省且较少参与团体任务者。有些人明显地偏离团体，他们攻击团体，将自己与团体隔离开来。其他具较多分裂特质的成员对团体历程感到害怕，他们持续停留在团体的外围，从未进入团体的互动浪潮中。一项以66名接受团体治疗的来访者为对象的研究发现，较不受欢迎的来访者（即较少受其他成员积极评价者）较易从团体中脱落⁷⁹。

社会心理学研究者也调查了哪些因素能使人在社会团体中取得较高地位，外倾性（由个性调查问卷 NEO-PI 测得⁸⁰）是预测该个体受团体欢迎程度的强有力的指标⁸¹。外倾性意味着积极的和充满活力的社会参与特征，即是一个乐观的和情感充沛的人。Depue 的神经生理研究⁸²提示，这种类型的人乐于与别人接近。外倾者乐于接受反馈的许诺将奖励并强化参与。

Lieberman、Yalom 及 Miles 的交友团体研究支持这些结论⁸³。社会测量资料显示，那些疗效好的成员往往具影响力，且在行为方面与交友团体崇尚冒险、自发、开放、自我暴露、会表达、团体促进及支持的价值观相近。这些来自临床和社会心理学的小团体研究的证据证明，那些最能坚守团体规范的人，最能受到欢迎及具有影响力⁸⁴。那些帮助团体完成任务的成员将在团体中得到更高的威望⁸⁵。

综上所述，在治疗团体中受欢迎且具影响力的成员，发生改变的可能性较大。他们在团体中之所以受欢迎并具有影响力，是因为他们的主动参与、自我表露、自我探索、情绪表达、非防御性、领导能力、对别人感兴趣及对团体的支持。

值得注意的是，能坚守团体规范的个体，不仅能在团体中获得公众尊重，而且能运用同样的社交技能更有效地处理团体外的人际问题。因此，在团体中受欢迎程度有所提高，会从以下两个途径发挥治疗性：提升自尊及强化适应性的社交技巧。这会使受欢迎的个体变得更加受欢迎。团体治疗中的这种挑战也会帮助不受欢迎的成员变得受欢迎。

团体凝聚力及团体出勤率

持续参加团体治疗显然是必要的，虽然这不是治疗成功的充分条件，但却是必要条件。一些研究提示，较早结束团体治疗的人员很少获益⁸⁶。在一项研究中，50多名在长程团体治疗前12次聚会中脱落的来访者表示，他们之所以如此，原因在于他们在团体中遇到一些压力。他们对自己的治疗体验感到不满意，而且没有一点儿进步；实际上，他们中的许多来访者反而感到更糟⁸⁷。然而，来访者如果在团体中至少呆上几个月，就很有可能（一个研究显示有85%的人）从治疗中获益⁸⁸。

来访者越被团体吸引,继续参与治疗团体的可能性就越高,这个现象同样存在于交友团体、实验团体(为某些研究目的而成立)及工作团体(为执行预定的工作而形成)⁸⁹。Lieberman、Yalom 和 Miles 对交友团体的研究发现,低凝聚力与团体最终的脱落率显著相关⁹⁰。这些脱落者并不觉得在团体中有归属感,而且大多因为觉得被拒绝、攻击及排斥而退出。

凝聚力和成员持续参与团体活动之间的关系,对整个团体也很重要。不仅凝聚力最差的成员会脱落,难以从团体中获益,成员流动率高的低凝聚力团体对其他成员而言,治疗效果也较差。脱落的成员对团体治疗的价值和有效性提出了质疑。

成员的稳定性是长期互动式团体治疗取得疗效的必要条件。虽然大多数团体在最初会经历不稳定的阶段,一些成员中途退出,一些新成员取而代之,但经过此阶段后,团体通常会进入一个较长的、稳定的阶段,真正的治疗工作就在此阶段发生。有些团体似乎较早就进入此稳定阶段,而其他团体可能从未达到此状态。有时,一些脱落者会导致其他成员的脱落,有些人会在重要人员离去之后马上退出。在一个团体治疗的随访研究中,来访者常自发强调成员稳定性的重要性⁹¹。

在第十五章中,我将讨论在一些无法建立一个稳固、长期的治疗团体的临床情境中的团体凝聚力问题。例如,处于危机中的团体或急性住院患者团体,很少连续两次有完全一样的参与成员。在这样的临床情境中,治疗师必须随机地改变自己关于团体发展的观点。例如,我相信对急性住院患者的治疗来说,一次性会谈最合适。治疗师在每次聚会中,必须努力提高效率,尽可能帮助更多的成员。

短期治疗团体会为较低的出勤率付出高昂的代价,治疗师必须在早期就致力于提升凝聚力。这些策略(包括强有力的前期预备、同质性的成员组成及结构性干预)⁹²将在第十五章中讨论。

团体凝聚力与敌意的表达

若将凝聚力与舒适画等号,这将是错误。虽然有凝聚力的团体可能显示出更多的接纳、亲近及理解,但也有证据显示,这种团体也较允许敌意及冲突的发展与表达。有凝聚力的团体有鼓励并支持公开表达不同意见或冲突的规范(即被团体成员普遍接受的不成文的行为规则)。事实上,除非敌意能公开表达,否则持续且隐蔽的敌对态度,可能会对凝聚力的发展及有效的人际学习都有妨碍。没有表达出来的敌意将会积压在心底,以各种间接的方式流露出来,这些都不利于团体的治疗过程。要和一个你不喜欢的甚至痛恨的人很真诚地持续沟通,这是很不容易的。在这种情况下,大多数人会尝试逃避或中断沟通,当沟通的途径被阻断时,

解决冲突、实现个人成长的希望也随之破灭。

在如同国家这种大团体或只有两个人的小团体中，也是如此。著名的罗伯斯山洞实验，很久以前在团体动力研究的萌芽期所进行的一项研究^{*}，其实实验证据至今仍为当代临床工作所参考⁹³。因为要参与一系列的激烈竞技，一群11岁、适应良好的男孩被分成两组，两组需彼此竞争。很快，每组都形成很强的凝聚力，同时对另一组有很深的敌意。两组间要做任何有意义的沟通是不可能的。例如，即使他们被安排在餐厅中相邻的位子，团体的界限仍然坚固如常，两组成员的交流只有嘲弄、侮辱及丢纸团。

如何使这两个团体的成员恢复有意义的沟通呢？这是研究者所关心的。最后，他们采用了一个成功的策略，只有通过使成员们拥有对一个大组的忠诚感，方能消除小组间的敌意。研究者以一些高层次的目标打破小团体间的界限，强迫所有成员以一个大组的方式一起工作。例如，夜间运送食物的货车陷入雪地中，唯有全体男孩的合作才能使货车脱困；只有整个团体的通力合作，才能租借到一部极热门影片；水源被切断了，只有凭借大家的合作才可能恢复。

努力争取归属感会在团体中产生强大的情感。对团体内某些东西有强烈忠诚感的成员，对团体界限外的人或物，可能会存在一种强烈排斥或者贬低⁹⁴。因此个人对他们不能隶属的团体产生偏见也就不是什么稀奇的事了。因此对某些外人根本不可能加入的民族或种族团体成员的敌意也就不值得惊奇了。这对国家之间敌意的化解显然很有意义：当人们面临迫在眉睫的全球危机，如：大气污染或艾滋病的流行时，只有通过跨越国界的合作方能避免灾难，此时敌意也许会消散。这些原则对于小团体的临床工作也有意义。

在治疗过程中，成员之间一定会有冲突。最重要的是沟通不能中断，有敌意的双方必须用有意义的方式继续交往，互相负责，而不敷衍搪塞。这是治疗团体与社会团体最大的不同——社会团体冲突后，其结果往往是关系的永久破裂。来访者在治疗中描述重要事件时（见第二章），常会有一段带强烈的负性情感的插曲，

* 动力（dynamic）是心理治疗中常用的术语，有必要对其下个明确的定义。它具有通俗及专业上的意义，来自于希腊语 *dunasthi*，意指“拥有力量或权势”。在通俗层面，它意味着激发起能量或动作（如具有动力的足球运动员或演说家）；在专业层面，则指“力量”。在个体治疗中，我们所说的来访者的“心理动力”，指的是来访者内在冲突中的各种不同力量，这些力量导致了来访者情感及行为的外在表现。自从弗洛伊德提出此概念后，在一般的应用中，都假设某些相互冲突的力量存在于不同的意识层面，有些完全超乎意识层面，通过压抑的机制而存在于动力性的潜意识中。在团体工作中，动力是指假设的、潜在的结构或团体特性（如凝聚力、团体压力、替罪羔羊现象、亚团体现象），这些均会影响整个团体的运转。

但来访者能经受住这场风暴，并能在此过程中继续与别人保持关系（通常以较满意的方式）。

在这些事件之下潜伏着凝聚力的状况。团体和成员在彼此心目中占有足够分量时，才会愿意忍受由于克服冲突而引起的不舒服。有凝聚力的团体，就像家庭中虽常有两败俱伤的争战，但仍保持着强烈的忠诚感。

有些研究显示，凝聚力和冒险及高度的互动呈正相关⁹⁵。因此，凝聚力与爱或源源不断的支持性的、正性的话语不是同义词。有凝聚力的团体是那些能包容冲突并能从中获得建设性益处的团体。在冲突发生时，凝聚力量表上所强调的温暖、舒适和支持将暂时改变，因此，许多研究者渐渐对于凝聚力是否可视为明确的、稳定的、可测量的、单一维度的变量，持较大的保留态度⁹⁶。

一旦冲突可以在团体中被建设性地处理，治疗将会在许多方面得以增进。正如我已提过的，宣泄、敢于冒险、渐渐能探讨先前逃避及未知的自我部分，这些都很重要。认清以往预料为非常可怕的灾难其实是无稽之谈也很重要。许多来访者十分恐惧愤怒——无论来自他人还是来自自身的。凝聚力强的团体鼓励成员去容忍人际学习可能带来的痛苦与伤害。

但要记住，是早期的参与使得之后成功的修通变为可能⁹⁷。在团体凝聚力形成之前，过早地表达敌意是团体分裂的主导原因。来访者明了自己的愤怒不具杀伤力是很重要的。个体及他人在表达自己的不耐烦、烦躁、甚至狂怒后，都能够且也确实活了下来。对一些来访者来说，经受攻击的体验也很重要。在这一过程中，个体会明白自己受到攻击的原因，并学会忍受来自别人的压力⁹⁸。

冲突也许可以增进个体的自我暴露，因为每一个相反的看法都有助于个体逐渐澄清自己的立场。当成员们除了能超越对处境的陈述，开始去了解别人所体验的世界、过往及现在，并从别人的角度考虑别人的处境时，他们则开始了解到别人的观点可能更适合他们，一如自己的观点较适合自己。由互相撕咬、修通到终于解除对他人的憎恶与怨恨，这是一种具有极大治疗力量的体验。从以下临床案例中即可看到上述许多现象（另一个案可参见小说《叔本华的治疗》）⁹⁹。

◆ Susan 是一名 46 岁的举止得体的校长；Jean 是一名 21 岁的高中辍学生，两人之间发生了异常激烈的冲突。Susan 轻视 Jean 的玩乐方式，且认为 Jean 是懒惰且滥交的女孩。Jean 被 Susan 的评价激怒，认为 Susan 是假道学，是个愤世嫉俗的老处女，并以封闭的姿态面对世界。幸运的是，这两位女性在团体中都很投入。（因缘际会在这里扮演了部分角色。Jean 参与这个团体有一年之久，是团体的核心人物，在她结婚、出

国的三个月中，Susan 加入了团体。在 Jean 未出席的这段时间，Susan 非常积极地投入到团体当中。)

过去两人在愤怒的忍受与表达上都很困难。约有四个月，她们彼此有很强的互动，有时还激烈争战。例如，Susan 道貌岸然地指责 Jean 获得非法的饭票；而当 Jean 知道 Susan 至今未婚后，就大胆地直接说她是维多利亚时期稀有的古董。

Jean 与 Susan 之间虽有争执，但她们从未中断沟通，在其间完成了许多不错的团体工作。最后，她们彼此更加了解对方，并且明白她们对另一方的批判太尖刻了。她们终于能在个人及象征层面了解一方对另一方到底有多重要。Jean 渴望得到 Susan 的赞赏，Susan 则深深地羡慕 Jean 拥有她从不允许自己有的自由。在不断的修通中，两人皆充分地体验了她们的愤怒；她们面对进而接纳自己先前未知的那部分。最后，她们发展出对彼此的移情性理解及接纳。如果不是因为有强大的凝聚力，她们决不能忍受冲突所带来的强烈不适，强大的凝聚力使她们尽管感到很痛苦，却都能留在团体中。

在凝聚力强的团体中，不仅成员彼此间较能表达敌意，而且有证据表明，他们也较能对领导者表达敌意¹⁰⁰。不论领导者的个人风格与技巧如何，治疗团体常常在前 12 次聚会中，会感受到对领导者的敌意与愤怒（第十一章将完整地讨论这个主题）。领导者没有满足成员们幻想式的期望，而且许多成员认为，领导者不够照顾成员、没有足够的指导性、无法立即使成员病情缓解。如果团体成员对失望感及愤怒感予以逃避，那么就可能招致一些伤害性的后果。他们也许会攻击一个现成的替罪羊——另一个成员或一些机构，如“精神病院”或“医生”。他们可能会压抑自己的愤怒，使自己内心或整个团体内部蔓延着不祥的征兆。简而言之，他们也许开始形成不公开表达自己感受的团体规范。这种替罪羊的出现可能是一种信号，意味着攻击已经偏离了更适当的目标——往往是治疗师¹⁰¹。如果治疗师拒绝同流合污，不与成员共同攻击替罪羊，而是敢于挑战这种不公正的攻击行为。这不仅可以制止这样的行为，而且能显示出治疗师的职业权威和在治疗关系中的责任感。

能对治疗师表达负性感受的团体，通常能因此而变得坚强。这对于直接沟通是一种很好的练习，并带来重要的学习经验，即直接表达敌意，并不会引起不能挽回的不幸事件。如果治疗师是真正的愤怒对象，成员直接与治疗师对质，要比将愤怒转向其他成员更为可取。而且，我们认为治疗师会比团体成员中的替罪羊，更能承受对质。整个过程是自我强化的过程；众人攻击领导者，而领导者以不防卫、

不报复的态度处理之，会使团体凝聚力进一步增长。

关于凝聚力有一点需引以为慎：凝聚力的理念若有偏颇，则可能阻碍团体治疗目标¹⁰²。Janis 用术语“群体思维”来描述这种偏颇：“由于群体压力导致个体思考能力、现实检验力和道德判断力的降低”¹⁰³。群体压力可导致成员倾向于顺应和维持某种一致性，形成某种群体现象。这种群体思维并非是建立在联盟基础上的、能促进团体成员成长的齐心协力；相反，是基于对归属感的一种幼稚或退行的臆断之上的媾合。团体领导者应该认可和鼓励团体成员的批判性思维和分析性思维，并以此作为团体规范¹⁰⁴。而集权、封闭和专制的领导者则会阻碍这种积极思维的发展。这样的团体很难容忍不确定性，更少反思，并且总是过早地中断探索¹⁰⁵。

团体凝聚力及其他与治疗有关的变量

一些对治疗性及实验性团体的研究显示，团体凝聚力有许多与团体治疗过程明显相关的重要影响¹⁰⁶。例如，有凝聚力团体的成员与缺乏凝聚力团体的成员相比较，有下列不同：

1. 较努力去影响团体中的其他成员¹⁰⁷。
2. 对团体中其他成员对自己的影响持开放态度¹⁰⁸。
3. 较愿去倾听别人¹⁰⁹，且更能接纳别人¹¹⁰。
4. 在团体中较有安全感，且能消除自己的紧张情绪¹¹¹。
5. 能坚持参加聚会¹¹²。
6. 自我暴露较多¹¹³。
7. 维护团体的规范，且会对偏离团体规范的人施加压力¹¹⁴。
8. 当有成员退出团体治疗时，其他成员不易受到影响¹¹⁵。
9. 体验到在团体中拥有更多的自主权¹¹⁶。

总 结

由定义可知，凝聚力是指团体成员被团体及其他成员所吸引的程度。有凝聚力的团体，成员们彼此接纳、支持，并渐渐地在团体中发展出有意义的关系。凝聚力似乎是团体治疗奏效的重要因素。在接纳及理解的环境里，来访者会更愿意表达自己，探索自己，渐渐能觉察到以前不能接纳的自我的部分，并加以整合，而且能与他人发展更深的关系。来访者在有凝聚力的团体中的角色会大大影响其自尊。在团体中获得的、被大家推崇的社交行为，使个体在治疗团体外更能适应

社会。

另外，凝聚力强的团体较为稳定，有较高的出勤率及较少的脱落。现有的证据表明团体稳定性对治疗成功十分关键：早期退出的来访者无法从治疗中获益，同时也妨碍了团体其他成员的进步。凝聚力有助于自我暴露、冒险及在团体中建设性地表达冲突——这些现象都会促进治疗的成功。

我们还考虑到的是凝聚力的决定因素。高凝聚力及低凝聚力的原因何在？治疗师要做什么来促使高凝聚力团体的形成？这些重要的问题，将在后面有关领导者的任务及技巧的章节中讨论。

第四章

疗效因子的整合

我们开始从作用机制的角度来探讨团体治疗的疗效因子，这样将有助于治疗师形成对治疗策略与技巧的系统的指导原则。我相信第一章勾勒出来的各个疗效因子已经相当清楚了，但这种逐个因素分别描述的方式并不适合于临床应用，将这些因子分别讨论是为了叙述清楚，但事实上它们却是互相关联、互相依赖的。换句话说，我已经将治疗过程进行了剖析与检验，现在是时候将它们整合起来了。

在本章中，我首先要考虑的问题是，若把这些疗效因子视为治疗动态过程的一部分，那它们是如何运作的呢？接下来要考虑的问题是，比较这些疗效因子的效能。显然，并非所有的因子都有同等的价值。不过，也不可能给它们排出绝对的等级来。很多偶然因素也必须加以考虑。各种疗效因子的重要性须视团体治疗的种类而定。成员、治疗目标和治疗环境不同的团体（比如说，进食障碍团体、惊恐障碍团体、物质滥用团体、躯体疾病团体、门诊病人团体、短程治疗团体、住院病人团体、间歇住院的病人团体）可能重视不同的疗效因子群。在某阶段，有些疗效因子会特别重要，然而在另一阶段可能其他因子会更突出。即使在一个团体里，各人也会因不同的疗效因子而获益。就像自助用餐者，来访者可根据自己的需要人格特征和社会技巧，选择自己的疗效因子菜式。

本章还强调了一点，有些因子不总是单独作为改变机制，而是作为促成改变的条件。比如，在第一章里，我曾描述过“重塑希望”可大大协助成员避免早期的挫折，使其留在团体中，直到其他能促成改变的更有力的疗效因子产生作用。再看看凝聚力对某些成员而言，凝聚力作为被接纳与被珍视的体验，其本身对这些来访者可能是主要的改变机制；但对另外一些来访者而言，凝聚力的重要性则来自于其提供了安全感及精神支柱，让人能放心地表达情感，寻求人际反馈及尝试新的行为。

我们致力于评估和整合这些疗效因子，在一定程度上免不了有揣测的成分。

过去 25 年，来在疗效因子方面有许多研究，其研究结果大部分被引用在最近的有关疗效因子的综述中¹，但有关其相对价值及相互关系的研究仍然很少。事实上，我们更无法寄望于从中找到确切的答案。我们在本章的最后对这类研究进行了总结，以满足平时对研究细节少有兴趣的读者。

我倒不是强调研究的虚无的一面，只是想指出我们对于疗效因子的认识，其本质如此主观，使之无法采用客观手段来加以研究。测量工具和统计分析的精确性永远都因为原始资料（来访者对于最有助于团体治疗的体验的评估）不够精确而受到局限。我们可以每隔一段时间向来访者重复提问，或者在工作时让独立的评估员来评价疗效因子，从而改进我们的数据收集²。但是，我们仍需凭主观来量化和分类，这些数据本身不能轻易归入某个客观和绝对的系统³。我们也必须认识到，我们从评估员观测或来访者回忆基础上推断治疗性原因和效果的能力是有限的，因为这些内在的感受都具有主观性。有经验的治疗师和研究者最能体会此现象，他们一旦要对治疗的疗效因子加以评估和排序，便会觉得，判断永远不可能达到精确。以下典型的临床例证表明：确定哪些因素在治疗体验中最具疗效是很困难的。

◆新成员，34 岁的 **Barbara**，患有慢性抑郁症的单身女性，哭泣着诉说她已经被解雇了。虽然她的工作薪水不高，而且她也并不喜欢这份工作，但她把被解雇视为对她不接纳和命运不济。其他的团体成员给予她支持和肯定，但是这对她却并没有什么明显的效果。另一个成员，50 岁的 **Gail**，劝说 **Barbara** 避开消极的想法和自我贬低的阴影，并劝说她至少需要在团体中努力一年，才有可能获得稳定的心境，才能把负面事件当做生活中不利因素，而不是自暴自弃。

Barbara 点头称是，然后告诉成员们：她渴望交谈，并且很早地赶到会场，然而一个人也没看见，于是便猜想活动是否被取消了，领导者是否不经意地忘了通知她。当她生气地准备离开时，团体成员们到达了。她会心地笑了，知道自己消极的想法是如何影响着自己的行为。

她回想起她的一段童年记忆——她的焦虑的妈妈，其格言是“人无远虑，必有近忧”。在她八岁的时候，因为皮肤测试阳性，所以接受了肺结核诊断检查。她的妈妈对她说：“别担心，我会到疗养院来看你的。”后来诊断结果呈阴性，但是妈妈的话始终使她对生活充满忧虑。**Barbara** 接着说道：“直到今天，我都无法说清，自那以后妈妈的话对我究竟产生了多少影响！”

我们可以看到，已列出的疗效因子——普通性、希望重塑、自我理解、传递信息、

家庭重现、人际学习和宣泄。哪个疗效因子是比较重要的？我们如何才能明确地确定呢？

有人曾尝试将主观的疗效因子作为单独变量来研究其治疗效果，但这样的研究碰到了极大的困难。研究方法上的问题几乎难以克服：一般说来，被测评得最正确的倒是那些琐碎的变项。有人对这些实证研究做过全面的回顾，结果发现只有少数几个实验的设计可以接受，即便如此，实验结果与临床应用也相关甚少⁴。比如说，有四个研究试图量化和评估洞察（insight），研究者比较了使用重视洞察的团体和使用其他方式的团体，如自信训练团体（assertiveness training groups）或“此时此地互动”团体（言下之意，好像这类互动团体并不使用洞察似的⁵）。研究者评量洞察的方法是计算治疗师促进洞察的话语的数量或观察者评估团体领导者的洞察取向。这样的设计并没有将洞察体验的重要部分考虑进去，比如说，洞察的准确性如何？时机抓得好不好？来访者的心理准备程度如何？来访者和治疗师的关系如何？（如果两者是对立的，那么来访者可能会拒绝任何的诠释；如果两者是依赖的，来访者可能——但并非必然——不加细择便将诠释囫圇吞枣。）洞察是一种无法被客观测量的深刻主观体验（一个正确又及时的诠释所得的分数，可能和不着边际的诠释是相同的）。或许正因为如此，过去十年中对于团体治疗的洞察与疗效的关系，并没有出现新的研究结果。事实上，在每种形式的心理治疗中，治疗师必须领会治疗的整个内容，以期掌握有效治疗干预的本质⁶。

最后，恐怕心理治疗的实证性研究永远也无法给我们提供所企盼的确切答案。我们得学会适应不确定性；我们得聆听来访者的倾诉；我们得思量从研究及睿智的临床观察中得到的最佳证据；最后，我们得发展出灵活、合理的治疗法，以处理各种各样的问题。

疗效因子的相对价值：来访者的观点

团体成员如何评价各种疗效因子呢？他们认为哪些因素对他们在治疗中的进步贡献最大呢？在本书最早的两个版本里，我还能从容地回顾有关这个问题的研究：我先讨论两个详尽探索来访者对疗效因子主观评量的既往研究⁷，然后详细描述我和同事们的研究结果。我们对20名成功的团体治疗来访者施测了一份疗效因子问卷，这份问卷的目的是比较第一章所描述的11个疗效因子的重要性。

现在情形可不同了，过去40年来，大批大批的研究探讨了来访者对疗效因子的看法（其中的几个研究还包括了治疗师对疗效因子的评定）。近期研究表明，对疗效因子的关注是治疗师形成他们团体治疗策略、适应其来访者目标的非常有用的

方法⁸。大量的研究提供了丰富的资料,使我们能以对疗效因子的更大的信心得出结论。很清楚,疗效因子的相对价值受团体类型、治疗阶段及来访者智能水平的影响。因此,此刻我要做的文献回顾和综合,就远比以前更为困难。

然而,因为多数研究者使用的疗效因子和研究工具,都是我在1970年的研究里所使用的⁹(或有些许修改),所以,我将详细描述这个研究,并将一并讨论有关疗效因子的新研究发现¹⁰。

我的同事和我研究了20个在长程团体治疗中获得了成功的来访者¹¹。我们先要求20位团体治疗师选出他们认为最成功的来访者。这些治疗师带领的团体由中产阶级的门诊病人组成,他们或有神经症问题或有人格问题。这些被试接受治疗的时间从8个月到22个月不等,平均为16个月,有些刚完成或即将完成团体治疗¹²。所有被试都完成了疗效因子Q分类(Q-sort),也接受了研究者的访谈。

从本书所概述过的相关文献中归纳出12类疗效因子¹³,每类因子用5个条目加以描述,共有60个条目,见表4.1。每个条目都印在一张10厘米×17厘米的卡片上;每个被试拿到这样一叠随机排列的卡片后,要以下面的方式把卡片分成7堆:

在团体里对我最有帮助的(2张)

极有帮助的(6张)

非常有帮助的(12张)

有帮助的(20张)

略有帮助的(12张)

少有帮助的(6张)

在团体里对我最没有帮助的(2张)¹⁴

* 这60个疗效因子条目曾经有过许多版本,经由许多资深团体治疗师予以建议和增删。有些条目几乎是一样的,但是在方法学上,有必要使每个类别之下的条目数相同。12个类别分别是:利他性、团体凝聚力、普通性、人际学习(投入)、人际学习(产出)、指导、宣泄、认同、家庭重现、自我了解、重塑希望以及存在意识因子。它们和这本书所描述的因子不全然相同;我们试着将人际学习区分为两部分(投入和产出),但是没有成功。“自我了解”这个类别被囊括进来,让我们可以检验抑郁症和起因洞察(genetic insight)。

研究所使用的12个因素的Q分类后演变成第一章中所确定的11个疗效因子。演变过程为:传递信息代替了指导;原生家庭的矫正性重现取代了家庭重现;提高社交技巧代替了人际学习(产出);人际学习取代了人际学习(投入)和自我理解;行为模仿取代了认同。

疗效因子,只是一种根据(我自己的或其他资深临床治疗师的)临床直觉而推理构造出来的探索性工具,它从来不应被假定成一种最终的标准的研究工具。但很多后续的研究使用了这个方法,对于它的建构效度与再测信度做了许多讨论。大体而言,再测信度良好,而因子分析研究的结果则不尽相同;在条目和个别量表的相关度方面,有些研究的结果差强人意,其他研究的结果则是良好的。最详尽的因子分析研究所找到的14个条目群组,相当类似我原本12个疗效因子的类别。Sullivan与Sawilowsky证实不一致性研究之间的差异可能与简化修订版问卷的不一致性有关。Stone、Lewis和Beck则编制了一份具有不错内在一致性的简化修订版。

表 4.1 疗效因子：60 个条目的类别及排序

类别	条目	排序（数值越低表示此条目越为来访者所重视）
1. 利他性	1. 帮助别人令我更加尊重自己。	40T*
	2. 将别人的需要放在自己之前。	52T
	3. 忘记自己而考虑帮助别人。	37T
	4. 将自我的某方面与别人分享。	17
	5. 帮助别人，且在其生命中扮演重要角色。	33T
2. 团体凝聚力	6. 归属团体且被团体接受。	16
	7. 与别人持续而密切地接触。	20T
	8. 揭露有关自己的丑事而仍然被团体接受。	11T
	9. 不再感到孤独。	37T
	10. 归属于由了解和接受我的人所组成的团体。	20T
3. 普通性	11. 了解我并非唯一有这种问题的人，“我们是同舟共济的”。	45T
	12. 明了我的情况不比别人糟。	25T
	13. 了解别人也有和我同样的“坏”想法和感觉。	40T
	14. 了解别人也有和我同样不愉快或糟糕的父母及背景。	31T
	15. 了解我和别人并非大不相同，使我有“欢迎来到人类世界”之感。	33T
4. 人际学习 (投入)	16. 团体让我知道我给别人留下了何种印象。	5T
	17. 了解我是如何与人相遇的。	8
	18. 其他成员诚实地告诉我，他们对我的看法。	3
	19. 团体成员指出我一些恼人的习惯或举止。	18T
	20. 了解到有时我憋着想法不说会使人困惑。	13T
5. 人际学习 (产出)	21. 改善我和别人交往的技巧。	25T
	22. 感觉对团体及其他人更信任。	10
	23. 了解我与其他成员交流的方式。	13T
	24. 团体给我机会学习与别人接触。	27T
	25. 解决我与某个团体成员的人际困难。	33T
6. 指导	26. 医生建议或忠告我去做某事。	27T
	27. 团体成员建议或忠告我去做某事。	55
	28. 团体成员告诉我怎么做。	56
	29. 团体有人对人生问题给我确切的建议。	48T
	30. 团体成员劝告我，以不同的行为方式应对某个生活中的重要人物。	52T

* T 表示与其他条目同分。

表 4.1 疗效因子：60 个条目的类别及排序（续表 1）

类别	条目	排序（数值越低表示此条目越为来访者所重视）
7. 情绪宣泄	31. 讲出心事。	31T
	32. 对其他成员表达出负面或正面的感情。	5T
	33. 对团体领导者表达负面或正面的感情。	18T
	34. 学习如何表达我的感情。	4
	35. 能够说出困扰我的事，而不是压抑下来。	2
8. 认同	36. 向团体中比我适应良好的人学习。	58
	37. 目睹别人能暴露丑事及在团体中冒险却因而获益，这种经验使我也愿做同样的尝试。	8
	38. 采用另一个团体成员的习性或风格。	59
	39. 赞赏并模仿治疗者。	57
	40. 找到团体中可以模仿的人。	60
9. 家庭重现	41. 在某方面，团体体验使我重新经历并了解我在家庭中成长的情形。	51
	42. 团体体验有助我了解我过去对父母、兄弟、姐妹或其他重要人物未了的情结。	30
	43. 在某方面，团体体验就像家庭体验，只不过这次是比较能接受我和了解我的家庭。	44
	44. 团体体验有助于我了解自己是如何在家庭中成长的。	45T
	45. 团体就像我的家庭——有些成员或治疗者就像我父母，而有些人像我其他亲人。通过团体体验，我了解到过去和父母及兄弟姐妹等的关系。	48T
10. 自我了解	46. 了解到我对某人的爱憎可能和对方关系不大，反而和我过去对其他人的心结或体验有关。	15T
	47. 了解到我所感、所想的缘由（即了解我的问题的某些原因及来源）。	11T
	48. 发现并接受过去不自知或不能接受的某方面自我。	1
	49. 了解到我会对某些人或情况做出不切实的反应（带着属于我过去生活中的感情）。	20T
	50. 了解到今天我的所感、所为和我的童年及成长有关（我生活早期的一些原因造就了今天的我）。	50

表 4.1 疗效因子：60 个条目的类别及排序（续表 2）

类别	条目	排序（数值越低表示此条目越为来访者所重视）
11. 重塑希望	51. 目睹别人好转对我有所启示。	42T
	52. 知道别人曾解决了和我类似的问题。	37T
	53. 目睹别人解决了和我类似的问题。	33T
	54. 目睹其他成员的改善对我有所鼓励。	27T
	55. 知道团体帮助过和我有类似问题的人，对我有所鼓励。	45T
12. 存在意识因子	56. 了解到生命有时候是不公平的。	54
	57. 了解到生命中有些痛苦和死亡终究是无法逃避的。	42T
	58. 了解到无论我和别人多亲近，我仍须独自面对人生。	23T
	59. 面对生死，我更能诚实地生活而不被细枝末节的小事羁绊。	23T
	60. 认识到无论从别人那里得到多少指导和支持，我终究必须为自己的生活方式负起责任。	5T

在 Q 分类后（大概花 30 到 45 分钟），每个被试接受 3 位研究者一个小时的访谈，回顾他们选择最有帮助和最没有帮助条目的原因，并讨论一系列关于疗效因子的其他事件（例如，在他生活中的其他非专业的治疗性影响，治疗中的关键事件，目标的改变，进步的过程，用自己的语言所描述的疗效因子）。

结果

每个研究对象的 60 个条目、7 堆 Q 分类产生了复杂的资料。也许整理这些结果最清楚的方法，就是把这 60 个条目单纯地按等级排列出来（把 20 个被试对每个条目的累计排位等级的和进行排序而得）。请再翻到表 4.1。每个条目后面的数字代表其等级，因此，第 48 个条目（发现并接受过去不自知或不能接受的某方面自我）被被试公认为最重要的疗效因子，第 38 个条目（采用另一个团体成员的习性或风格）则是最不重要的，依此类推。

被认为对被试最有帮助的 10 个条目（依重要性排序）是：

1. 发现并接受过去所不自知或不能接受的某方面自我。
2. 能够说出困扰我的事，而不是压抑下来。
3. 其他成员诚实地告诉我，他们对我的看法。
4. 学习如何表达我的感情。

5. 团体让我知道我给别人留下了何种印象。
6. 对其他成员表达出负面或正面的感情。
7. 认识到无论从别人那儿得到多少指导和支持,我终究必须为自己的生活方式负起责任。
8. 了解我是如何与人相遇的方式。
9. 目睹别人能暴露丑事及在团体中冒险却因而获益,这种经验使我也愿做同样的尝试。
10. 感觉对团体及其他人更信任。

请注意前8个条目里有7项代表对某种情绪的宣泄或洞察。我再度使用泛义的洞察这一字眼;大体而言,这些条目反映了第二章所说的第一层次的洞察(对自己的人际行为有了客观的了解)。这一发现,有力地支持了第二章所讲的原则,即治疗为一个双重过程,包含了情绪体验及对该体验的反省,后者尤其重要。

要为60个条目的Q分类计分可是件苦事,因此大部分研究者随后使用了简化版——要求被试列出12类疗效因子(而不是60个个别条目)的等级。然而,有4项研究重做了60个条目Q分类的研究,得出的结果极其相似¹⁵。

如果把注意力从个别条目移到12个大类别,可以看见它们依重要性排列如下^{*}:

1. 人际学习中的投入
2. 情绪宣泄
3. 凝聚力
4. 自我了解
5. 人际学习中的产出
6. 存在意识因子
7. 普通性
8. 重塑希望
9. 利他性
10. 家庭重现
11. 指导
12. 认同^{**}

^{*} 12项类别只用于分析和诠释。病人并不了解这些分类,只是被给予60个随机编排的条目。每一类因子的等级是20个被试对该类别内每个条目评级的平均分之和。有些研究者还使用过疗效因子的简化版问卷,要求来访者对类别予以排序。这种方法的被试任务不同,缺乏可比性。

^{**} 评定测试结果时,我们应牢记,受试者被要求对各条目赋予各不相同的等级;这意味着得分少的条目并不是不重要,只是相对某些条目来说显得不重要。

许多其他研究谈到了由门诊团体成员选出的疗效因子¹⁶。这些研究相当的一致：情绪宣泄、自我了解及人际学习中的投入均名列榜首，紧接其后的是凝聚力及普通性。同样，3个“最有助益”的疗效因子（人际学习中的投入、自我了解及情绪宣泄）在数个探讨个人成长团体的研究中皆被提出¹⁷。一位研究者认为疗效因子应分成三大类：道德重塑因素（希望、普通性和接纳）、自我暴露因素（自我暴露和宣泄）和特定心理任务因素（人际学习和自我了解）¹⁸。这种分类方式类似于美国团体心理治疗协会从实验团体类研究中所收集的疗效因子分析^{*}，后者认为团体治疗因子分为三大块：所有治疗团体普遍有早期的归属和道德重塑因素、引导和指示因素，以及特定技术发展因素。虽然术语不同，但这些分类的方法表明：团体治疗因子包含普遍机制、调节机制和特定的变化机制¹⁹。

至于哪些疗效因子最不受重视呢？所有治疗团体及个人成长团体的研究，都指出以下几点最不受重视：家庭重现、指导及认同作用。这些结果都暗示这些治疗团体里，治疗过程的核心乃在于感情充电、内省性的人际互动与支持 and 信任的环境²⁰。个体和团体治疗的疗效因子对比研究都支持这一结果²¹。因此，在第二章中我所讨论的基本概念——矫正性情绪体验的重要性，以及由体验与认知所构成的对此时此地的聚焦的治疗概念——乃得到了现有研究的证据支持。

在接下来的内容中，我不准备进一步讨论这些研究结果，倒是想以这些研究结果对本章刚开始提出的问题（即疗效因子之间的相关性以及其相对的治疗效能）做更广泛的讨论。请记住，这些研究结果乃得自于某种特殊类型的治疗团体——以互动为基础，目标在于减缓症状及促进行为和性格改变的团体。其他治疗目标不同、疗程较短的团体，可能着重不同的疗效因子群，本章稍后我将就此点提出研究证据。

宣泄

尽管对运用宣泄的原理众说纷纭，但情绪宣泄在治疗过程中总是占有重要地位。宣泄一词来源于希腊语“清除”，几个世纪以来，来访者曾借此涤净他们的怒气、恶灵及邪毒。自从布洛伊尔（Breuer）及弗洛伊德在1895年发表治疗歇斯底里症的论文²²以来，许多治疗便试图帮助来访者释放他们压抑的感情。弗洛伊德和其后所有动力学派的治疗师已经了解到，单有情绪宣泄并不够。在现实生活中，我们都有情绪体验，甚至有时这些体验表达得很强烈，但我们的生活并未因此而改变。

^{*} 因子分析是一种统计方法，它通过鉴定出最少的假设结构，来解释数据集中最大程度的共变的目的。这种方法虽然将大量的数据压缩成较少的几个，但是依然保证了数据组从理论到实践的一致性。

研究结果亦支持此一结论。虽然来访者对疗效因子的评定指出了情绪宣泄的重要性,但研究亦显示了其局限性。Lieberman, Yalom 及 Miles 的研究明显提示,单纯情绪宣泄的效用是有限的²³。这几位研究者要求210名参加过30个小时交友团体的成员,描述团体过程中发生过的最有意义的事件。其中,情绪的体验及表达(包括正、负面情绪)常被成员提到。但此种情绪表达并未与积极的疗效有关:疗效差的成员和疗效佳的成员,选择情绪宣泄的体验作为其重要事件的频率并无差异。情绪宣泄并非与疗效无关,它是必要的条件,但并非充分条件。事实上,仅仅选择情绪宣泄为其重要事件的人,相对疗效较差。获益大的成员普遍重视情绪宣泄,并同时还有某种认知上的学习。反思某人的情感经历的能力,是变化过程的一个重要组成部分。

在上述Q分类的疗效因子研究里,两个排位最高、也在因子分析研究中最能代表情绪宣泄的条目是第34项(学习如何表达我的感情)及第35项(能够说出困扰我的事),这两个条目均不止传达单纯的情绪释放或发泄,它们带有解脱的含义,也带有学到可应用于未来生活技巧的意义。另一个与情绪宣泄有关而常被选择的条目是第32项(对另一成员表达出负面或正面的感情),它指出情绪宣泄在人际互动中的地位。而最纯粹表达出情绪释放的条目是第31项(讲出心事),没有多少人选择它²⁴。

访谈来访者,了解他们选择这些条目的原因,更证实了以上观点。情绪宣泄被视为人际互动的一部分,一个人如果仅仅把自己关在房子里发泄情绪,其无法得到什么益处。此外,如第三章所述,情绪宣泄实际上和凝聚力有着错综复杂关系。一旦团体形成了支持性的联盟,情绪宣泄会更有用;换句话说,情绪宣泄若发生在团体后期会比发生在团体早期有价值²⁵,反之,强烈的情绪表达也会提升凝聚力:成员们若对另一成员表达强烈情绪,同时又诚恳地审视这些情绪,将有助于双方形成亲近的联盟。在以丧失为主题的团体中,研究者发现,表露正面的情感与积极的疗效有关。负面情感的表露则只有在真心愿意了解自己与其他成员时,才具有治疗性²⁶。

情绪的表达与个体的希望感和自我效能感直接相关,同时也与应对能力相关:如果一个人能清晰地阐明自我需求,那么他自身和他周围的人就能更有效地面对环境刺激。在早期乳腺癌的女性患者中,相对于那些回避、压抑痛苦的患者,能够良好表达情绪的患者拥有更好的生活质量²⁷。在艾滋病男性患者中,相对于极力掩饰自身的痛苦、回避哀伤过程的患者,那些能够表达自己的情绪、悲伤并且从丧失中寻找意义的患者的存活时间更长²⁸。

总而言之,开放的情绪表达无疑对团体治疗的过程极为重要;缺少了它,团体治疗会沦落成无聊的理论课。但情绪宣泄只是治疗的一部分,必须与其他因素互相补充。附带一提的是,情绪表达的强度是极具相对性的,不能以领导者观点来评估,而应根据每个成员的经验世界来判断。对一个非常拘谨的人而言,不动声色的表达说不定已足以说明事态的严峻。我曾多次亲见学生们在观看团体录像带之后,抱怨录像中的团体沉闷而乏味,殊不知录像中的成员却体验到强烈的紧张和震撼。

自我了解

疗效因子的Q分类,也突显了治疗过程中智力成分的重要性。在12个种类中,两个与智力有关的类别(人际学习中的投入及自我了解)很高。人际学习中的投入(在第二章里我们曾较详尽地讨论过)指的是,个体从别人处得知自己如何被看待,这是人际学习这项疗效因子发挥治疗效果的关键的第一步。

至于自我了解这一项则较有问题。此类别的设置是为了使我们探究“去除压抑”的重要性,并对过去与现在的关系达到理智上的了解(起因上的洞察)。我们检查本类别的5个条目(表4.1)便会发现,其中包含了数项大不相同的因素,彼此间的相关度很低,有些很受重视,有些则没有。第48项——“发现并接受过去不自知或不能接受的那部分自我“特质”——是全部60个条目中最受重视的一项。另外两项(第46项及第47项)指的是“了解问题的缘由”及“辨认出人际扭曲”,亦深受重视。最直接涉及起因洞察的条目(第50项)则没有受到团体治疗来访者的重视。

其他研究者的研究也证实了这一结果。一项因子分析的研究重复了疗效因子Q分类研究,因子分析将洞察再区分为两个类别:“自我了解”和“起因上的内省力”。72个团体成员将“自我了解”排在14个因子中的第4位,而“起因上的内省力”则是第8位²⁹。另一项研究得出结论,起因洞察对积极的团体治疗效果的影响,比“此时此地”的反馈要差得多。事实上,来访者不但很难从起因洞察中获益,也很少因团队领导者的努力而改观,而来自团体成员间的反馈却更有效:他们将现在与过去的连接变得十分具体,且更加直接,而不是治疗师更抽象的、欠“真实”的解释³⁰。

通过访谈研究中的被试,我们更多地了解了他们选择的意义,我们发现,最受欢迎的条目——“发现并接受过去不自知或不能接受的那部分自我”(第48项)——对他们有特殊的含义。通常,他们较不易发现自己正面的部分——照顾别人的能力、建立亲密关系的能力、感同身受的经验。

我们必须知道，在早期的概念里，人们想当然地、普遍地认为：心理治疗，即是一种侦察、一种挖掘或抽丝剥茧，但罗杰斯、霍妮、马斯洛及我们的来访者都提醒我们，治疗不仅是横向的探究，同时也是向更高层次的探索；挖掘也可能发现我们潜在的宝藏，而不只是羞耻的、可怕的或原始的自我³¹。我们的来访者希望从致病的信念中解放出来；他们终身寻求自我成长和控制。当他们获得更丰富的了解自我的方式时，他们会变得更加勇敢，并且增加对自我的拥有感。心理治疗的发展已经超越了消除疾病的界限，而是旨在提高来访者积极的情感和认知。团体治疗方法鼓励成员创建并生活在强大的、温情的生活情境中，这种环境是通往当代心理咨询目标的有效保障³²。

因此，通过自我了解促进改变的途径之一，即是鼓励个人确认、整合及自在地呈现过去与自己分离的部分。当我们否认或强抑自我的某部分时，就得付出很高的代价：被深深地、无形地束缚；杯弓蛇影；常因内在冲突而莫名恐慌。当分崩离析的自我完璧归赵时，我们才会感觉到完整及深深的解脱。

到目前为止，一切顺利。但关于理智任务的其他成分，如广受重视的“了解我所想、所感的缘由”（第47项）是如何导致治疗性改变的？

首先，我们须知道，理智地去了解治疗过程是一种自然需求——来访者和治疗师都有此需要，这种追求是根深蒂固的。马斯洛在一篇谈论动机的论文中曾指出，个人对认知的需求与对安全、爱及自尊的需求一样重要³³。大多数儿童都非常有好奇心，事实上，如果一个孩子缺乏对环境的好奇，成人就会产生担忧。在研究灵长类动物时，研究者也观察到了它们的高水平好奇心：关在密闭空间中的猴子，会不遗余力地从窗口窥探外景；它们还会在没有任何报酬的情况下，坚持不懈地解决难题，其唯一的奖励就是获得自身满足感。

在相似的情形下，来访者会自发地追求了解自己，而致力于智力探索的治疗师也会和他一起合作。常常因为这一过程太自然了，以致我们反而忽视了它的存在的治疗意义。毕竟，治疗的目标是改变，不是自我了解。或者目标真的在于自我了解？还是二者是同一回事？是否每一种自我了解都会自动导致改变？会不会对自我了解的追求只是个满足好奇且又理性的练习，促成了来访者和治疗师的联袂，这种联袂产生的“治疗关系”可能才是治疗中促进改变的力量。事实上，有相当多的证据表明，非解释性治疗中的人际互动可以使人行为产生重大的改变³⁴。发问容易，解答则难。在此我只想做一些初始的讨论。在第六章讨论完治疗师的阐释及其他技巧后，我会努力给出一个圆满的交代。

当我们反省自己好奇心背后的动机及探索倾向时，我们对改变的历程会有进

一步的了解。这些动机包括效能感（追求主宰及力量的欲望）、安全感（通过理解使自己不畏惧那些无法解释的确认不可知事物的欲望），及纯粹的求知欲（求取及探索知识的欲望）³⁵。正如忧心的主人搜寻家中神秘可怕的声响；正如年轻学子第一次通过显微镜看到昆虫翅膀的构造，感到了解的快乐；正如中世纪的炼金师或新大陆的探险家——他们能获得所有想要的东西：安全感、充满智慧及满足的感觉，以及对知识或财富的主宰权。

在以上动机中，纯粹的求知欲与改变的关联最少。毫无疑问，知识本身总是吸引着人类，从亚当夏娃到偷窥狂的故事，未知所带来的诱惑一直是文学作品中极受欢迎、无所不在的主题。因此，求知欲势必与心理治疗有关，只是要说了解本身就能导致改变，则缺乏证据。

在心理治疗中，对安全感及主宰权的渴望的确扮演了重要而明显的角色。而且，两者密切相关³⁶。人们无法长期忍受不能解释的事物，特别是可怕而神秘的事物，因此，所有的文化都试图通过科学或宗教对混沌而危险的世界作出解释，包括对客观世界、主观意识及生存本质的认识。其主要方法之一是通过语言，明确地描述那些混乱而难以驾驭的力量，能使我们获得掌控感。在心理治疗中，去掉模棱两可的含糊信息可以减少焦虑。有相当多的研究证据支持这一观点³⁷。

同时，焦虑也常会反过来扭曲知觉的灵敏度，而造成暧昧不明。焦虑高的被试在视觉的组织上常受干扰，他们较无法感知及组织快速呈现的视觉线索，在严格控制的实验情况下，焦虑组成员在辨识和拼装不完整图片时也明显较慢³⁸。如果个体不能用认知来组织世界，那他将可能体验到焦虑，如果这种焦虑超过一定程度，也会反过来干扰知觉。因此，焦虑会进一步引起焦虑；紧随焦虑而来的迷惑以及对知觉扭曲的觉察，可能就成为焦虑的第二波来源³⁹。

在心理治疗中，治疗师反复告知来访者：他们混乱的内心世界、他们的苦痛以及曲折的人际关系皆是可理解的，因此也是可以加以控制的。事实上，马斯洛在解释知识的变异性时，超越了安全感、降低焦虑及主宰欲，他将精神疾病视为知识不足的疾病：“我相信知识与行动在苏格拉底式的观点中是同义词，一旦我们彻底了解了，适当的行为就会反射式地自动出现，此时抉择不再有冲突，而是出于全然的自发”⁴⁰。因此，马斯洛同意道德哲学的论点，即只要我们知善，我们亦必将行善。若我们知道如何对我们有利，最终我们一定会那样去做⁴¹。

³⁵ 最经，有关“人体压力反应和暴露于潜在创伤事件之下对人的影响”的研究表明，理解个体的生活经历并在其中找到意义能够减少心理压力和生理上的压力症状。

同样，在面对大量混乱的材料时，治疗师若能掌握一些原则使自己进行有条理的解释，则焦虑也会降低。在面对相当矛盾的材料时，治疗师经常会紧紧依靠某些指导原则，研究者兼临床工作者也会依靠自己研究的心得。虽然坚持这种指导原则可能会带来负面效应，但其也极富价值：它使治疗师受到移情和反移情相当大的影响后，还能够保持镇定。

上述内容几乎没什么争议。自我了解能使我们整合自己的各部分，降低暧昧，带来效能感和主宰感，同时让我们采取符合自己最佳利益的行动。解释模式(explanatory scheme)的改变也能帮助来访者将心理治疗里学到的东西扩大，并泛化应用到外在世界的新情境中。

当我们不讨论解释的过程、目的或效果，而讨论解释的内容时，我们就会有争议产生。正如我将在第六章说明的，我认为这些争论是无关紧要的，若治疗的最终目标并不是自我了解而是改变，那么我们就可以说，能导致改变的解释就是正确的。改变是治疗中所有努力的共同结果。治疗师每一次澄清、解释或诠释均是为了加强来访者改变的意愿。

模仿行为（认同）

团体治疗来访者将模仿行为评为12个疗效因子中最没有帮助的因子之一，然而，这个类别里的5个条目，似乎只触及了这一治疗因子的有限层面（见表4.1），它们无助于区分以下二者：即单纯的模仿（这点显然价值不大）以及学习到普遍的行为模式（这点则很有价值）。对来访者而言，刻意的模仿是不受欢迎的，因为那暗示着要放弃自己的个性——而这正是许多团体成员所害怕的。

另一方面，团体成员可以从别人身上学到普遍的策略，并应用到自己生活中的不同情境中去。有生理疾病的患者所组成的团体中的成员经常会以看到其他成员有效地处理了一个共有的问题中，所以有获益⁴²。来访者在碰到问题时，开始会不自觉地想到其他成员或治疗师在同样情形下可能怎样做或怎样想。如果治疗师具有包容性和灵活性，来访者也会学得这些特质；如果治疗师愿意自我暴露并接纳自己的局限，而不感到不安全与防卫，那么来访者也较容易学着接受自己的缺陷⁴³。研究也显示成功的成员不仅会接纳治疗师的特质和风格，而且还会沿袭治疗师复杂的价值观念⁴⁴。

最初，模仿行为的部分原因是为了得到赞许，但却不仅只是如此。机能较完整的来访者还保持着现实检验能力和灵活性，可以察觉到自己的行为改变使别人更能接受自己。这种接纳感改变了个体的自我概念和自尊（详见第三章），形成良

性循环。一个人也有可能会同时认同几个不同个体的不同方面，形成组合，这些模仿来的不同方面组成的是创造性的综合体，一个高度革新后的自我。

那旁观治疗呢？可不可借着观察别人解决类似的问题而使来访者受益呢？我确信，治疗团体的确能提供这样的学习。有经验的团体治疗师似乎都遇到过这种例子，有的来访者连续几个月有规律地参加团体活动，虽然表现很不积极，但是离开团体时也会进步许多。

我清楚地记得一个病例，Rod，他非常害羞、孤独，且有社交恐惧，成年之后从未与人有过实质性交往。当我引导他进入一个快节奏的团体时，我很担心这会超过他的负荷，事实上确实如此。几个月中，在其他成员密切互动时，他就是坐在那里，带着令人诧异的沉默。但是对 Rod 而言，那是一种难以忘怀的学习过程，仅仅是接触到亲密互动的可能性便丰富了他的生活。之后，状况有所改观！团体开始要求 Rod 做出更多的回应，也对他施以压力，要他在团体中更加开放自我。Rod 变得很不舒服，最后在我的鼓励下决定离开团体。因为他和我在同一所大学工作，我在之后数年中几次在路上遇见他，他总不忘告诉我那个团体对他有多重要。这个团体让他知道人们彼此亲密是有可能的，这成为他内在的参照点，在他渐渐伸出触角接触他人时，他能够借助参照点获得信心。

来访者不仅可以从观察相似问题的人在团体中的成就而有所得，同时也可以学习他们努力的方式。就此而言，“模仿”这一过渡性的疗效因子，可以协助来访者更充分地投入治疗的其他方面。足以证明这一点的是，来访者将 5 个模仿行为的条目之一（第 37 项，“目睹别人能暴露丑事及在团体中冒险却因而获益，这种经验使我也愿做同样的尝试”），评为全部 60 个条目中第 8 重要的疗效因子。一项在荷兰进行的大型调查研究发现，认同被来访者视为在治疗初期更为重要。研究者指出，团体中新成员会寻找老成员作为认同的对象⁴⁵。

家庭重现

家庭重现——原先家庭体验的矫正性重现——正受到许多治疗师重视，但总体上，接受团体治疗的成员却并不觉得由此获益多少。临床人员对这个因素给予很高评价是针对特殊的对象，如乱伦幸存者团体⁴⁶和性侵犯团体⁴⁷。对这些成员来说，早期缺乏家庭保护和照顾对于来访者目前处境至关重要。

然而，此一因子不受重视其实并不足怪，因为它运作于另一个不同的意识层面，迥异于情绪宣泄或普通性等外显的因子。家庭重现，其实已成了团体成员体验团体的基础。大多数治疗师认同，各个成员原先的家庭情境无时无刻不萦绕于团体

治疗过程中，原先家庭的体验可能明显地导致成员的人际偏见、在互动中的表现及对待治疗师的态度。

我认为，治疗团体往往就是原先家庭的重现，团体情境犹如倒流的时光，可以把来访者带回几十年前，唤起刻骨铭心的遥远的记忆及感情。事实上，这个现象也正是治疗团体主要的力量源泉之一。在我开始某次为期一年的休假前的最后一次团体聚会中，有个来访者叙述了这么一个梦：“我爸爸将离家远游，而我和一群人在一起。我爸留下一艘大游艇，可是他没送给我，却给了我一个朋友，我很生气。”在此处，我不能详细讨论这个梦，我要说明的是，来访者的父亲在来访者小时候就离家远走，使他后来一直被哥哥欺负，来访者说这是他多年来第一次梦见父亲。团体里发生的几件事，刚好都和沉睡已久的记忆不谋而合，包括治疗师将要离开，新的治疗师要来接替；来访者被协同治疗师（一位女士）所吸引；以及他对团体中某个专制欲很强的成员的反感。来访者会在团体治疗中重温家庭的体验，如果治疗成功的话，他将能尝试新的行为，并挣脱一直被禁锢于其中的以往的家庭角色。

虽然这些是治疗历程里的重要现象，但若说团体理当明确其重要性，我倒不以为然。因为此一历程是来访者内心的且通常是极隐晦的个人工作，但促使一个人对过去的看法产生改变的，往往是目前活生生的事例，而直接探询和追究既往并不奏效。我在第六章会讨论到，团体之所以要避免把焦点放在追溯过去上，有几个重要原因。过度强调过去，过度注重父母与同胞，过度注重同胞竞争、俄狄浦斯冲动，或弑父的欲望，则等于否定了团体的现实状态及其他成员在此时此地活生生的体验。

存在意识因子

存在意识因子这一类别原先并未列入研究。我和同事最初设计的Q分类只包括了11项主要因子，这样整个量表虽然精炼，但难免遗漏。有些来访者和治疗师的重要感想并未呈现出来，因此我们又加上了这类因素，包含以下5个条目：

1. 了解到生命有时候是不公平的。
2. 了解到生命中某些痛苦和死亡终究是无法逃避的。
3. 了解到无论我和别人多亲近，我仍须独自面对人生。
4. 面对生死，我更能诚实地生活而不被细枝末节的小事羁绊。
5. 认识到无论从别人那里得到多少指导及支持，我终究必须为自己的生活方式负起责任。

这一因子包括了好几个议题：责任、基本的孤独、命运的偶然性，生存的反复无常，生与死的自然规律。要如何称呼这一类别呢？我最后很犹豫地称它“存在意识因子”，意味着所有这些与存在相关的因子——我们直面人生——一种告知我们严峻的生命存在的事实：我们对建设生活蓝图的道德、自由和责任，我们与生俱来的孤独，我们对生命意义的求索——虽然我们不幸地生活在一个没有本质意义的世界中。

“存在性”的条目确实打动了来访者的心，许多人把这五句话中的几句奉为座右铭。事实上，整个存在意识因子的条目都被来访者评得很高，排名在一些很受重视的改变方式（如普通性、利他性、原先家庭体验的重现、指导、认同及重塑希望）之前。来访者将其中一项“认识到无论从别人那里得到多少指导和支持，我终究必须为自己的生活方式负起责任（第60项）”评得很高，排在全部60个条目中的第5位。

其他研究者也有同样的发现，只要研究中包括有存在意识因子，来访者至少会把这一类因子排在前50%的等级中。比如说，在和监狱、日间医院、精神科及酗酒来访者有关的一些团体研究里，存在意识因子均被列在前三位中⁴⁸。存在意识因子在许多由严重的躯体疾病患者所组成的团体中也至关重要⁴⁹。一些由老年妇女组成的团体，将存在意识因子列为第一位⁵⁰，66名酗酒住院病人亦然⁵¹。临床的病人类型各异，但是他们拥有一个共同点，即他们都意识到生命的局限性，这点是不可改变的——不管是时间、精力，还是健康，都不能被无限拥有。领导团体的治疗师即使没有将相关的存在性因子概念化，这些存在性因子的价值仍被团体成员高度重视。

这些资料很有价值，显然治疗中的存在意识因子值得受到更多的重视。存在意识因子被列入研究多少有些偶然，但却获得了意外的结果。在心理治疗中，存在意识因子扮演了重要角色却常被忽视，这也许是因为目前尚无旗帜鲜明的存在主义心理治疗学派，没有正式的训练机构，没有一套众人所接受的存在主义理论及技术。然而，相当比例的美国治疗师（在1983年的一项调查中有超出16%的治疗师——这一群体的比例相当于精神分析师的比例）却自认为属于存在主义取向或“存在一人本”取向⁵³。相同比例的高级团体心理治疗师在1992年同意将人本存在主义方法作为一种最能反映当代团体治疗的模式而存在⁵⁴。

即使名义上采取其他各种理论取向的治疗师，当他们审视自己的技巧及对人类处境的基本看法而发现自己实际是存在主义取向时，也常会大吃一惊⁵⁵。例如，许多精神分析取向的治疗师内心中回避或仅仅忽略了许多基本的精神分析理论，

而是认为真实的来访者—治疗师的交心才是使治疗取得突破的成分⁵⁶。

经典的精神分析理论明确地建构于高度唯物的人性观之上。要充分了解弗洛伊德，一定要了解其与赫尔姆霍兹学派的关系。此一学派的意识形态，在19世纪末统治了西欧医学及基础的研究⁵⁷。赫尔姆霍兹的理论认为，人完全等于其各部分的总合，这是决定论、反机能论且唯物论的（因为它想用较低层次的东西解释高层次的东西）。

弗洛伊德对此基本观点及对人性的解释始终深信不移。他许多较繁复的论述（比如，双重本能论、内驱力能量储存及转化理论）正是不断尝试将人类行为与赫尔姆霍兹原则联系起来的結果。赫尔姆霍兹理论正是与存在主义完全相悖。若你觉得这一理论对你不适用，若你觉得这一理论似有缺陷，或觉得我们大于部分之和，或觉得此一教条忽视了使我们“人之所以为人”的重要特征——即目标、责任、知觉、意志、价值观、勇气和灵性，则你在某种程度上就有存在主义者的感受性了。

我得小心不要离题太远，此处并不宜深入探讨治疗过程中的存在主义架构，我想介绍有兴趣的读者去读我的另一本书《存在主义取向的心理治疗》（*Existential Psychotherapy*）⁵⁸，以及其他描述了存在主义取向临床实践方法的著作《爱情刽子手》（*Love's Executioner*）⁵⁹、《当尼采哭泣》（*When Nietzsche Wept*）⁶⁰、《给心理治疗师的礼物》（*The Gift of Therapy*）⁶¹、《母亲与生活的意义》（*Momma and the Meaning of Life*）⁶²以及《叔本华的治疗》（*Schopenhauer Cure*）⁶³。目前所需了解的是，现代的存在主义取向治疗，代表的是两种哲学传统的合二为一的应用。一种是实体的：生命哲学（*Lebens-philosophie*，即有关生命的哲学或哲学人类学）。另一种是方法论的现象学（*Phenomenology*）——新近出现的一种传统，由胡塞尔（*Edmund Husserl*）所创立——主张意识本身是研究人类时最适当的范畴。在现象学取向中，理解是在内部发生的；因此，我们必须把自然世界用括号括起来，而去注意内在体验，因为后者才是世界的创造者。

存在主义的治疗注重对死亡、自由、孤独及人生目的的意识，目前，欧洲的治疗圈比美国更能接受此种观点。欧洲的哲学传统、地理、种族界限，以及比美国更多地经历限制、战争、死亡及生存的不确定性，这些都有益于存在主义的传播。美国人追求扩展、乐观、无限发展及实用主义的时代精神，使得他们转而对由机械的弗洛伊德派形而上学所孕育出来的科学实证主义推崇备至，或者对过度理性、讲求实证的行为主义热衷有余（好奇怪的搭配）。

在过去的40年中，美国心理治疗界有了重大的发展，即美国心理学所谓“第三势力”的兴起（有别于弗洛伊德的精神分析和华生派的行为主义）。这个势力常

被称为“人本”或“存在主义”的心理学，对现代心理治疗有重大影响。

但值得注意的是，从欧洲传来的存在主义传统也被美国化了，理论框架还是欧洲的，但实际内容已是不折不扣的新大陆腔了。欧洲人的注意放在存在的悲剧性层面，放在限制上，放在面对及体验不确定性及虚无时的焦虑上。然而，人本主义的心理学家，谈人类的潜能多于有限性与偶然性，谈意识多于接纳，谈高峰体验多于焦虑，谈自我实现多于人生意义，谈你我关系及人际交往多于分离及基本孤独。

当然，当某一学说的基本假设都被系统地朝特定方向改变时，可能的危险是原来的学说被改弦易辙。这种情形多多少少的确发生了，而且有些人本心理学家已丧失了存在主义之根基，而依赖一套速成技术，把追求“自我实现”作为唯一目标。这实在是最不幸的结果。最重要的是，要知道治疗中的存在主义取向是对人类生存的一种态度，并非是一套技术性的程序。

存在主义治疗是一种动力取向，和存在之根源有关。之前，我提过所谓“动力”取向治疗是指认为人格的深层结构中包含互相冲突的力量的治疗法，而且（这点很重要），这些力量存在于不同的意识层次，其中有些是在意识之外的。然而，这些内在冲突的内容是什么呢？

这些冲突内容的存在性观点，完全不同于其他动力系统。例如，经典分析取向认为冲突来自于个人的基本驱力（主要是性及攻击）和造成那些驱力无法满足的环境之间。至于自体心理学（self psychology）取向，则更注重个体与良好的或不良的自我客体（self-object relationships）建立关系时，为了保持稳定的自我感，所付出的努力。

存在主义取向认为，人类最大的冲突，乃是与生俱来的、关于存在的最终意义：包括死亡、孤独、自由及虚无。焦虑源自于这些领域里的基本冲突：（1）我们希望继续生存，但又知道死亡乃无可避免；（2）我们渴求依恃及有序，但面对的却是无所依恃；（3）每个人都期望与人接触、被保护、融入整体，但却体验到人我之间无可跨越的鸿沟；（4）我们毕生追求意义，但却生在没有意义的世界里。

Q 分类里拨动团体成员心弦的条目，反映了生存的某些痛苦真相。团体成员了解到他们能从别人那里得到的指导和支持也是有限的，因此，如何生活这一终极的责任仍须由自己独自承担。他们也学到，虽然人可以与别人亲近，但在超过某个限度之后，人仍是孑然一身，生存带来的基本孤独是必须正视而无可遁逃的。很多来访者学习到更坦然、更勇敢地面对自己的极限和死亡。以深刻真诚的态度来适应死亡，使人可以用不同的眼光来看日常生活中的烦恼，使人不为小事羁绊。

我们经常忽视这些存在因素，直到生活事件提高了我们对此的敏感性。开始我们可能会否认我们面临着疾病、丧亲和精神创伤之苦，但最终，这些改变生命历程的事件的影响可能会突破防线，改变我们的生活态度，成为催化自身建设性变化的治疗机遇，或改变个体对人际相处的看法，甚至是对整个世界的看法⁶⁴。

经过10次综合团体治疗之后，患早期乳癌的女性不仅体验到了更多的乐观，减轻了抑郁和焦虑，同时也得出结论：癌症促使她们重列生活的主次，对她们的生活起到了积极作用⁶⁵。同时，她们体内的应激性激素大幅度降低⁶⁶。这种支持团体的成员可能在心理上、情感上、甚至生理上大大受益，因为团体的支持使其面对生活挑战时能积极有效地参与⁶⁷（见第十五章）。

例如，来访者席拉的治疗过程就显示出许多以上的要点，她在治疗结束时选择了Q分类里的存在性条目，认为这些帮助了她。

◆ Sheila, 25岁，学生，抱怨心情低落、寂寞，找不到生活目标和肠胃严重不适，但找不到器质性的原因。在团体治疗前的首次会谈中她反复哀叹：“我不知道在做些什么！”

当时，我无法确切地知道她指的是什么，而且因为她的抱怨夹在长篇喃喃的自责里，我很快就淡忘了。然而，她并不了解她在团体里发生了什么事，她也不懂为何别人对她这么没兴趣，为何自己会得转换型的躯体麻痹，为何她每次都会卷入受虐的性关系中，为何她把治疗师奉若神明。

在团体里，Sheila显得愚钝、令人厌烦，一举一动都毫无生趣，每次开口前她总是先扫视大家的脸，想知道别人期望什么。她刻意委曲求全以免冒犯别人（当然，结果还是相反，别人不是因为生气，而是由于无聊）。Sheila长期从生活退缩，尽管团体想尽办法不让她继续退缩，却只发现Sheila仍一味顺从，作茧自缚。

直到团体不再鼓励Sheila，不再想要强迫她参与社交、念书、写报告、付账单、买衣服、修饰自己，转而敦促她思索失败所带来的好处时，她才开始好转。失败到底有什么魅力，有什么好处呢？结果发现好处多多，失败可以使她不必长大，永远有人保护，不必自己做决定。把治疗师奉若神明也是同样的道理。这样，帮助唾手可得，治疗师永远可以提供答案，因此她在治疗中负责做的就是把自己弄得可怜兮兮，好让治疗师说什么也不能袖手旁观。

直到她发现腋下肿大的淋巴瘤，一切才发生了改变。那天，她为肿大的淋巴瘤做切片检查后来参加团体时还在恐惧地等切片检查的结果（最后发现她并没有恶性瘤）。她从未如此接近死亡，而我们帮助Sheila投入她体验到的可怕孤独当中。孤独有两

种——Sheila 所面临的是第一种：存在的、原始的孤独；另一种是社会性的孤独，是无法“与人共处”的孤独。

社会性的孤独在团体治疗中常会遇到，也易于处理。基本的孤独则较少遇到，也常被纷繁的日常生活所掩盖。有时，团体成员常把此二者混为一谈，并想要去解决掉个人的基本孤独。但正如同 Sheila 在那天所体验到的那样，这类孤独挥之不去，也无计可施，只可能被了解，并被视为是存在中不可缺少的一部分。

Sheila 很快改变了。她把支离破碎的自我重新整合起来，她开始自作决定并成为自己生活的舵手。她说：“我知道是怎么回事了（这使我想起她刚开始抱怨的样子）。”更重要的是，她试图摆脱孤独的幽灵，我想她以前用的办法是让自己停留在年幼状态，逃避选择和决定，不断错误地认为永远都会有人帮她选择，陪伴她，为她提供服务。毫不讳言，选择和自由会带来孤独，而且正如佛洛姆很久前就指出的，自由比专制更可怕

68。

回想一下表4.1的Q分类里，很多来访者认为重要的条目是，“认识到不论从别人那里得到多少指导及支持，我终究必须为自己的生活方式负起责任（第60项）。这可以说是团体疗效因子中的双刃剑。团体成员学习到如何与人交往，如何与人发展更亲密和关系，如何伸出援手及寻求协助。同时，他们也发现亲密关系的局限性，他们了解到有些是无法从别人那里得到的。这个严苛的课题会带来失望也会带来力量。人无法正视太阳太久，就像 Sheila 经常借故以逃避她的担忧，然而，她总是会迷途知返，最后内心在团体结束前发生了根本的变化。

存在治疗的重要观念是人类可能以两种方式来处理生存的归宿问题。一种是压抑或忽视自己的生存情境，而以海德格（Heidegger）所谓的茫然地存在（forgetfulness of being）⁶⁹。这种庸碌度日的方式使人生活在万事扰攘中，饱食终日，言不由衷，麻木不仁，人云亦云，只关心万事存在的表象。另一种方式则是有心地存在（mindfulness of being），这种人意识到存在的事实，真诚地活着，惊叹于万事万物的造化，深刻体验其存在，接受各种可能性和限制，意识到自己对生命的责任（我较喜欢萨特对责任的定义：负责任就是“无关竞争地创作……”）⁷⁰。

人在真诚的有心存在的状态下认识到的自我创造性，能提供一种改变力量，以及行动将孕育出果实的希望。因此治疗师须注意哪些因素能促使人从“庸碌度日”转变到“真诚”的存在方式。人不可能光靠处心积虑、咬紧牙关就能达到这种改变，有些令人震撼的体验（在哲学文献中常称为“边缘体验”）可有效地将人过渡到“有心存在”的状态⁷¹。

极端的体验——诸如席拉面对可能的恶性淋巴瘤——就是边缘体验的极好例子，这件事猛然将她带回现实，且使她能真切地体验自己的感受。然而，极端的体验很少发生在团体治疗的过程中，有些老练的团体领导者就会设法用别的方式使团体成员关注存在体验。目前日益受青睐的短程治疗即是利用这一因素的绝佳例证，当团体（或个体治疗）渐渐接近尾声，治疗师会将议题引申到有关“结束”（包括死亡）的题材，并讨论如何增进生命的品质与满足感。正是在这个领域内，随着来访者开始问自己更多基本的问题，存在和人际的关系变得交互重叠：在我的人际关系和行为中该进行怎样的选择？我希望别人如何看待我？我该倾心投入人际关系还是隔岸观火以减轻焦虑？我该投桃报李，关注别人所需，还是孤芳自赏，依我个人的利益而行动？

有些团体领导者试图使用某种存在性震撼治疗激发出极端的体验，通过各种技巧将来访者带到生存的深渊边缘。比如说，在成长团体中，我见过治疗师一开始就要来访者试写自己的墓志铭。另有一些领导者可能要求成员画出自己的生命线，并且标出目前的位置，解释目前自己离出生多远，离死亡多近？不过我们天生都倾向于否认，很少有团体能持续坚持不转回到较不具威胁的方法上。团体过程中自然发生的事件——生病、死亡、丧失与治疗中止——常能使成员们幡然猛醒，但总是很短暂而已。

我在1974年开始带一个团体，成员都长期生活在极端体验当中⁷²。所有成员都已到了疾病晚期，大多数是转移性的癌症，所有人都完全了解其疾病的性质和意义。我从这个团体里学到了许多——特别是传统心理治疗常忽略的、生命中重要的但被掩盖住的议题（第十五章将详细介绍支持——表达性团体方法的应用）。

回顾癌症患者团体的最初表现，有很突出的特点。举一个例子，团体成员彼此间有很多的精神支持，助人对他们极端有益，而助人后借此得到回报并非很重要。助人使他们能从疾病的自我沉溺中抽身，且重新提供自己生活的目标及意义。几乎每个和我谈过话的患者都表示，很害怕无助地动弹不得——不只是怕成为累赘或无法照顾自己，更怕对别人没有价值。当生存只剩下苟延残喘，人会转向内心更深入地找寻意义。团体为患者提供了在自身之外寻找意义的机会，借助人际活动，借助对其他人提供帮助、照顾他人，他们找到了一种目的感，这是在纯粹的内省时常常被遗漏的*。

* 2000年前，圣人希勒儿的话反映了目前存在问题的永恒性和普遍性。根据他的学生所述，希勒儿当时说：“如果我不为我自己，谁会为我？如果我只为我自己，我是什么？如果不是现在，那又是什么时候？”

这些方法、这些自我超越的途径，只要利用得当，可以增进人类生存的意义、目的，并可提高接受无法改变之现实的能力。寻找面对逆境的意义本身就可以使事情有所转变⁷³。很久以前，尼采就写过：“有生存理由（why）的人几乎可以忍受任何遭遇（how）⁷⁴。”

我确信（很多实证研究也指出），在团体里对自己反省最深刻的人，最开放而果敢地面对命运的人，将得到比病前更充实的存在方式⁷⁵。他们对人生的看法发生了急剧的改变，能更真切地感受生活，他们神经质的恐惧消失了，更能充分欣赏生活的真谛，包括季节的变幻，逝去的春天、秋天的落叶以及对别人的爱。这些人不但没有体会到放弃、无能及受制的感觉，反而体验到自由与自主。

有人甚至将癌症视为一种馈赠。悲哀并非来自死亡的来临，而是来自对人生道理的“相识恨晚”。让他们彷徨的是，这些重要的道理是否要走到人生尽头方能醒悟？能否让所爱的人尽早知晓？这似乎符合了“置之死而后生”的老话，在这里，死亡能助治疗一臂之力。

身为治疗师，在面对不可回避的事实时能做什么呢？我想答案就在于“存在”这个动词，你能做的就是存在在那里，在那里陪着来访者。同在（presence）在所有疗效因子中皆蕴含着助人的力量。来访者回首治疗时很少记得你做的诠释，但他们永远记得你的存在，你与他们同在。治疗师参与团体须倾注许多心力，不真心投入是虚伪的。组成团体的不是你（治疗师）或他们（垂死的一群人）；而是濒临死亡的我们，我们正一起面对着人类共同的命运。在我《给心理咨询师的礼物》一书中，我指出，或许最准确恰当的治疗关系是“同路人”的关系。200年前，叔本华就建议我们应该认识到彼此“同是天涯沦落人”（fellow sufferers）。

团体很清楚地显示了“孤独（aparthess）”这个词的双重含义：我们是分开的、寂寞的、彼此分离的（apart from），但同时又都是全部的一部分（a part of）。我们的一位成员，很文雅地将自己描述成黑暗中的一条船，虽然无法泊港，然而看见其他船只在同样水域航行的灯光，就感到无比的慰藉。

疗效因子的相对价值：来访者与治疗师的不同看法

对于团体心理治疗中起作用的因子是什么，来访者与治疗师是否有相同的看法呢？将治疗师与来访者的评估加以比较的研究，相当具有启发性。在所有发表的文献中，治疗师所提出的疗效因子，大致上都不超出我所描述的范围⁷⁷。但是，不同学派的领导者对各疗效因子的偏重会有所不同。尽管在治疗关系中，他们彼

此十分相像⁷⁸。

研究数据表明,治疗师和来访者在团体疗效因子的评估上是有区别的。一项对100个急性住院团体成员和他们30岁的治疗师(行为导向型)的研究表明:治疗师和来访者在对疗效因子等级的评定上存在巨大的差别。治疗师们更加看重来访者关系模式和行为实验,但团体成员更加看重其他的因子:自我责任、自我理解以及普通性⁷⁹。另一项研究显示,嗜酒团体比他们的治疗师更看重存在意识因子⁸⁰。而物质滥用的来访者极度看重可靠性和个人责任。这些因子是十二步骤法团体的基石。

15名艾滋病阳性患者在参加一个限时性认知行为治疗的抑郁症团体时,列举了更多的疗效因子。他们选择社会支持、凝聚力、普通性、利他主义以及存在意识因子为疗效因子,而治疗师(与他们的思想流派一致)认为团体成员的变化是认知的重构在起作用⁸¹。

一项有关监狱团体治疗的大型调查表明,囚犯在有关人际学习的重要性方面与他们的团体领导意见一致,但是比他们的治疗师更为看重存在意识因子⁸²。正如之前所述,团体治疗中的乱伦受害者特别看重家庭重现这一疗效因子⁸³。

治疗师非常警觉地注意到这些分歧。来访者-治疗师之间关于治疗目标和任务的分歧,可能会影响治疗联盟。这个话题并不局限于团体治疗。团体治疗中来访者-治疗师间在疗效因子上的不一致问题也同样存在于个体心理治疗中。一项以心理分析为导向的治疗研究发现,来访者将成功的治疗归因于治疗关系因素,而治疗师却强调技巧与技术应居首位⁸⁴。通常,分析性治疗师更加重视潜意识因素进入意识层面以及儿时经历和现在症状之间的关系,而来访者却否认这种情形曾在治疗中发生过。他们更多地强调治疗关系中的个人因素,更重视自己与新的可接纳型权威人士之间的交往。

其中一个来访者在治疗中的转折点,充分显露了这一差异:在治疗中期,来访者突然焦虑发作,要求立即与治疗师会谈。医患双方均视此为重要事件,治疗师认为,在紧急会谈中,来访者儿时遭乱伦猥亵的记忆不再受到潜抑,随后释放且修通了恋母情结;然而,来访者却认为紧急会谈的内容无关紧要,而治疗师愿意在夜半与他面晤所隐含的关切之情才是最重要的。

《日益亲近》(*Every Day Gets a Little Closer*)这本书(这本书是我和一位来访者合著的)为医患双方治疗观点的差异提供了一个类似的例子⁸⁵。整个治疗过程中,她与我各自撰写对每次会谈的印象,然后封好交给我的秘书。每隔几个月我们交换互读对方的陈述,发现我们在治疗中所重视的方面大不相同。对我所有优雅的

诠释，她听都没听进去！她记得及珍惜的是那温柔、细腻的人性交流；对她而言，这些传达了我对她的兴趣和关切。

最近的一篇针对治疗过程及效果研究的文献综述指出，来访者对于治疗师的投入程度及共情程度的评量，比治疗师对于该变量的评量，更能预测治疗的成功⁸⁶。这个发现令我们不得不更注意来访者眼中最重要的疗效因子。不论在研究还是临床工作中，我们最好谨记这一良言：倾听来访者。

概括起来就是，治疗师跟来访者在关于重要的疗效因子方面有观点上的不同：来访者强调关系的重要性以及治疗师的个人素质，而治疗师则把成功归结于他们的技能。当双方的分歧过大、治疗师强调那些因子与团体成员的能力和 demand 不相容时，治疗团体便会偏离轨道：来访者会变得迷惑和反抗，而治疗师将变得沮丧和易怒。治疗师用温暖和亲切来回应来访者的弱点的能力是十分关键的，它可以成为治疗的主要变革力量。

影响疗效因子的因素

要给疗效因子排列出绝对的等级是不可能的，许多力量皆会影响到疗效因子，如疗效因子会受到团体治疗类型、治疗阶段、团体外力量及个体差异的影响。

不同团体治疗中的疗效因子

不同的团体治疗偏爱的疗效因子群各有不同。以急性病房中的团体治疗为例。许多研究指出，住院治疗团体的成员并未像门诊团体成员那样，选择同样的3个因素（人际学习、情绪宣泄及自我了解）⁸⁷。住院治疗团体成员选择的疗效因子范围广泛，我认为这反映了住院治疗团体的组成人员较多样化，也反映了团体治疗中关于改善的自助餐理论。当自我强度、动机、目标、心理疾病种类和严重程度各异的来访者，齐聚于同一个住院团体时，自然会选择及评价团体治疗的不同方面。

比起门诊病人来，住院病人更多选择希望重塑及存在意识因子（尤其是承担责任）的疗效因子。希望重塑之所以在住院团体如此被看重，是因为许多病人入院时是处于信心完全崩溃的状态。除非个体对治疗投入希望和动机，否则难以改善。对于信心崩溃的病人，最有效的良方往往是看见其他有类似遭遇的人成功走出绝望。存在意识因子（在研究工具上被定义为“为自己的生命承担最终责任”）对住院病人特别重要，因为住院常表示病人的状况已超过别人帮助的极限，外在资源已被耗尽；家人、朋友、治疗师的努力都已失败，自己已跌到了谷底，最终认识到，

他们所能依靠的唯有自己（在一项对住院病人的Q分类的研究中，第60项承担责任在全部60个条目中高居首位）⁸⁸。

目前，有名目繁多的同质团体。让我们来考察一些团体的成员所选择的疗效因子：

- 在匿名戒酒及康复协会中，成员强调的是希望重塑、传递信息、普通性、利他性及团体凝聚力的某些方面。
- 精神科的出院规划团体成员则强调传递信息及发展社交技巧。
- 职能治疗团体的成员们最为重视的是凝聚力、希望重塑及人际学习等因子⁸⁹。
- 即使在文化与治疗形式上有极大的不同，但以色列心理剧团体的成员所选择的因子也极类似于门诊团体治疗的成员，如人际学习、宣泄、团体凝聚力与自我了解⁹⁰。
- 自助团体（女性意识觉醒、丧子父母、寡妇、心脏手术病人及母亲团体）成员最常选择的因素是普通性，其次是指导、利他性及凝聚力⁹¹。
- 为期18个月的照料患脑瘤的配偶的团体成员，他们选择了普通性、利他性、希望重塑和信息提供等疗效因子⁹²。
- 在认知行为治疗团体中被成功治疗的，患有插入性、命令幻觉的精神病来访者，他们看重普通性、希望重塑和情绪宣泄。对他们来说，终于能够与同伴谈论他们的声音和被理解，是非常有意义的⁹³。
- 心理教育团体中的配偶虐待者选择将信息的给予作为主要的疗效因子⁹⁴。
- 学习困难团体中的青少年列举了“彼此接纳”的效应——在其他人身上看到自己并感觉有价值 and 更少的孤独⁹⁵。
- 老年人团体的参与者面临着很多限制、死亡和时光的流逝，他们认为真正重要的是存在意识因子⁹⁶。

治疗师在特定机构或选择特定的临床人群组成新的治疗团队时，正如我将在第十五章强调的，第一步就是为该团队定下适当的目标及最有帮助的疗效因子，而其他所有的技术事项，都应该随这个架构而来。要切记在心的是，大量研究结果显示，不同的团体治疗会用到不同的疗效因子。

例如，在惊恐症的短期心理教育团体中，成员会因团体领导者解说预防发作及减少发作的破坏性的认知策略（指导），而多有获益；与相同困扰者在同一团体中的体验（普通性）也可能极具安慰效果。尽管人际相处的困难对症状可能确有影响，但考虑到团体的时间限制，过于强调人际学习这一疗效因子可能是不妥的。

理解来访者对疗效因子的体验，能够产生启发性的和有成就的突破。例如，一种有效的治疗神经性厌食的综合团体曾被报道，这一疗法整合并依次进行了三种独立有效的治疗。这个12周团体起始于关于厌食和营养的心理教育模块；接着是检测关于饮食和身体形象的扭曲认知力的认知行为模块；最后是人际取向的部分，检测与此时此地人际关系有关的事，以及它们对饮食行为的影响⁹⁷。

疗效因子与治疗阶段

密集互动式的团体治疗，主要通过人际关系（包括情绪宣泄、自我了解、及人际投入与产出）及团体凝聚力发挥其治疗力量；然而，其他疗效因子也在密集的治疗历程中扮演不可缺少的角色。要了解这些疗效因子相辅相成的关系，必须纵观治疗的全部过程。

很多来访者表示很难将疗效因子排序，因为他们发现，不同的因子在不同的治疗阶段发挥着效用。治疗早期相当重要的因素，其效用在后期可能不那么明显。在早期，团体主要考虑生存，忙着建立界限及维持成员稳定。在此阶段，诸如希望重塑、指导及普通性似乎特别重要⁹⁸。团体早期必然会有普通性的阶段，成员们相互搜寻类似处并比较症状及问题。

团体的前12次聚会可能是治疗脱落的高危期，因此常须唤醒成员的希望，以使他们坚持参加团体，渡过这一高危时期。利他性及团体凝聚力则贯穿于整个治疗过程，但其实质会随团体发展而改变。在治疗早期，利他性以提供建议或通过询问适当的问题并给予关注来帮助他们谈话的形式出现。后来，利他性可能以更深切的关怀及存在的形式呈现。

团体凝聚力最初以团体支持、接纳及帮助成员参加治疗的方式呈现，后来则仰赖团体尊重与个人自尊的互相联系及其在人际学习中所扮演的角色而表现。只有在发展出团体凝聚力后，成员才可能深刻而积极地致力于自我暴露、对质及冲突，这些都是人际学习所必需的。治疗师必须重视这个必要的发展顺序，来避免早期的脱落。在德国，一项对长期住院治疗中的疗效因子的研究发现，临床的进步与早期凝聚力和归属感息息相关。凝聚力为更大的个人自我暴露提供了舞台，它带来了造就行为和心理变化的人际回应⁹⁹。一份门诊研究显示，团体成员在团体中呆得越久，他们就越珍惜凝聚力、自我了解和人际产出¹⁰⁰。对于共参加了11次团体咨询的学生来说，他们在前半程团体咨询中更看重凝聚力，而在后半程团体咨询中更看重人际学习¹⁰¹。

在一项对共26次的成长团体的研究中，普通性与希望重塑的重要性随着团体

的进行而降低,情绪宣泄的重要性则渐渐增加¹⁰²。在一项对家庭暴力治疗团体的研究中,普通性在治疗早期是一个显著因子,而团体凝聚力的重要性随着时间的推移增长¹⁰³。在治疗的早期之所以强调普通性,或许是因为来访者在治疗开始时会感到羞耻或耻辱。然而,团体凝聚力促进来访者的改变,但凝聚力需建立在尊重和接受个体差异的基础上,而这一过程是需要一定时间才能形成的。在另一项研究中,精神科住院病人成功地转入门诊团体心理治疗后,在参与住院治疗团体时被列为最重要的因子(普通性、希望及接纳),在门诊治疗团体中就由自我了解取而代之¹⁰⁴。

总之,来访者认为,随着团体发展阶段的不同,疗效因子的重要性也随之变化。治疗师对这一发现的关注与之前提到的治疗师同来访者对疗效因子的一致性认识一样重要。来访者的需求和目标会随疗程改变而变化,在第二章里,我描述过一般的顺序,来访者首先追求的是症状的缓解,然后在治疗的前几个月内会形成新目标——通常是与人际有关的目标:他们希望能更深地与人交往,能够付出爱,能真诚地对待别人。正如团体成员的需求和目标会在疗程中改变,治疗历程也必须有所改变。当代启发式的心理治疗常被称为动力性心理治疗,原因就在于其重视心理动力,即行为的动机部分,这些动机中有许多是未被察觉的。动力性治疗可以被视为是变动不居、进化不已的心理治疗:来访者会改变,团体也会按顺序发育成长;同样,治疗过程中的疗效因子的重要性及影响力也会不断变化。

团体外的疗效因子

我认为,行为和态度的改变要视人际学习的程度而定,有时虽然没有看到来访者在治疗历程中做出应有的努力,但却能看到其出现很大的改变。这是治疗的一个重要原则:治疗师或团体不必做全部工作。将人格重建作为治疗目标,这一目标既不现实也无必要,我们的来访者可能有许多适应上的长处,这些长处在过去给予其很大的帮助,而在治疗中产生的助力,可能足以帮助来访者采取适应性的方式处理事情。先前,我已用过“适应性循环”这个词,指来访者的改变引起其人际环境的改变,后者又引起进一步个人改变的历程。适应性循环与恶性循环恰好相反,后者表示负面情绪体现在人际上,减弱或损害了人际联结,继而产生了更多的负面情绪。

当我们问到来访者在治疗期间,生活中发生的其他治疗性影响或事件时,许多与上述相关的佐证会随之而来。在一个有20名来访者的样本里,有18名来访者描述了各种各样的团体外疗效因子。其中,最常被提到的是和各式人物建

立新的关系或改善了原有的关系（包括和异性、父母、配偶、老师、养父母或新朋友的关系）¹⁰⁵，有两个来访者表示，解决了长久搁置的离婚案件，收获很大。有多个则提到工作或学业上的成功提高了他们的自信心。有些人则开始投身于新的社交活动（投入基督教青年会团体或社区活动团体）。

当然，或许这些都是值得嘉许的偶然的、独立的因素，但都和团体治疗一样有助于成功的疗效。然而，经过更仔细的检视后会发现，通常外在事件是附属于治疗的，团体推动成员去利用一直都存在于周围环境中的资源。

Bob 是一名孤独、羞涩、缺少安全感的男性，参加了为期 25 次的短期团体。他在团体中花很长的时间讨论他在接近女性时的害怕，团体也很努力地帮忙他，但他外在行为的改变却微乎其微。然而，在最后一次聚会中，他笑容灿烂地来到团体，并为团体送来了临别赠礼：他在当地报纸人事栏上刊登的结婚启事！

其实，报纸、配偶、网民、亲戚、朋友、社会机构及就学或工作机会原本就在那里，只等来访者去取。团体可能只给了来访者必要的临门一脚，使之能利用那些被他们忽略而未运用的资源。团体成员及治疗师经常不了解这些因素的重要性，而对来访者的进步感到怀疑或迷惑，结果团体往往就在未能证明其对来访者的影响的情况下草草收场。在后面讨论混合式治疗时，我将会强调一点，在团体治疗结束后持续在个体治疗中约见来访者的治疗师，常常会发现来访者在团体治疗后数月、甚至数年中继续从内在化的团体中获益。

有一项针对疗效很成功的交友团体成员的研究得到了更确定的结果¹⁰⁶。成员时常未将改变归功于团体，反而会谈及他们所建立的新关系、开创的新社交圈、参加的新俱乐部、发现的新的工作满足感等带来的好处。然而，再仔细询问后，我们会发现这些关系、社交圈、俱乐部及工作的满足感并非突然从天而降，它们早就存在于个人的生活空间。团体体验推动个人去善用、开发这些资源，以得到满足感及个人成长。

在本文中我数次提到，团体成员得到的技巧将如何协助其在未来适应新的社交情境。其实，他们不只得到了外在的技巧，而内在的潜能也被释放出来了。心理治疗去除了阻碍来访者自我资源发展的神经质因素。将治疗就视为“障碍的去除”可减轻治疗师的负担，也能使治疗师尊重这样的事实——自己无法完全了解的来访者丰硕的潜能。

个体差异与疗效因子

在本章所引用的研究中，疗效因子的排名依据的是团体来访者评定之平均值。

每个研究在这些因素的排序上都有相当的差异,有些研究者尝试要找出这些差异背后的原因。虽然诸如性别、教育等因素对统计差异没有太大影响,但有证据指出来访者机能水平的高低与疗效因子的排名有关。例如,高机能的个体同团体里低机能的成员相比,更重视人际学习方面(包括人际投入及产出、情绪宣泄及自我了解)¹⁰⁷。一项针对住院团体的研究指出,所有成员都重视责任感及情绪宣泄。但,低机能的成员还重视希望重塑,然而,同团体中高机能的成员则重视普通性、替代学习及人际学习¹⁰⁸。

大量研究表明,个体存在差异(交友团体积极学习者对消极学习者、主流来访者对非主流的来访者、过度负责的来访者对不负责任的来访者、高自我接受者对低自我接受者、高度亲和的学生来访者对低程度亲和的学生来访者)¹⁰⁹。

并非每个人都需要同样的东西,或以同样的方式对团体治疗产生反应。团体治疗体验有许多治疗途径,拿情绪宣泄来说吧,一些拘谨的人能从体验及表达强烈情感中获益,相反,行动控制不佳或情绪易变的人则可以从“理性结构”(intellectual structure)及控制情绪表现上得到收获。自恋型的人需要学习分享与给予,而被动、自我隐匿型的人则需要学习如何认识需求及表达需求。有些来访者可能需要发展适当甚至基本的社交技巧,有些人则需要致力于较微妙的问题——比如,有个男性来访者需要停止将所有女人都看做性对象及对所有男人采用贬抑或竞争的态度。

总之,疗效因子的相对力量显然是很复杂的问题。不同种类的治疗团体、治疗团体的不同发展阶段或团体的不同来访者,依其个人需求及能力,各重视不同的因子。总体而言,大部分研究证实,长期的互动式门诊团体主要受人际关系影响。人际互动、探索(包括情绪宣泄及自我了解)和团体凝聚力,乃是有效的长期团体治疗之必要条件,而有效能的团体治疗师必须倾力发展这些治疗资源。下一章将从这些疗效因子的观点,讨论团体治疗师的角色及技巧。

第五章

治疗师的基本任务

我在前面已经讨论过人们在团体治疗中如何改变，现在接着要讨论治疗师在治疗过程中的角色。在本章中，我将讨论治疗师的基本任务以及完成这些任务的技术。

前四章所谈到的治疗，是一种由许多基本元素以错综复杂的形式交织而成的复杂过程。团体治疗师的工作在于设计出工作线路，并促使其启动，使它以最大的效能来运作。有时，我会将治疗团体视为一部巨大的发电机，治疗师大多处于核心位置，带动团体工作、体验并交互影响（自己同时也受到治疗场的影响）；有时，治疗师则相当于机械师，给这部发电机上润滑油、锁紧螺钉、排除故障或更换零件。

在谈论特定的任务和技术之前，我必须强调，所有专业技术的基础是：治疗师和来访者间必须建立持续的、积极的关系。治疗师对一个来访者的基本姿态必须是关心、接纳、真诚、共情，任何理论或技术因素都比不上这种态度的重要性。有时候，治疗师会挑战来访者，显示出愤慨和怨愤，甚至建议来访者若不继续努力则须考虑离开团体，但除非来访者体验到一种接纳的、关心的治疗关系，否则这些努力（在适切的环境中可能会有治疗作用）将是徒劳的。

我要讨论的是下列三种治疗技术：

1. 团体的创立与维系。
2. 团体文化的建立。
3. 激活“此时此地”并予以阐释。

关于团体的创立与维系我仅作简单介绍，在第八、第九、第十章的基本背景资料之后，我要再次谈论这一点。本章我主要想谈的是文化的建立，在第六章则要谈此时此地体验的激活与阐释。

团体的创立与维系

团体治疗师对于团体的创立和召集当然是责无旁贷的。治疗师为团体提供专业服务是团体存在的前提，治疗师要为团体设定聚会的时间和地点。有相当部分的维系任务，其实在第一次聚会前就已做出，领导者在对成员筛选和事前准备上的专业能力将大大地影响团体的命运。在后续章节中在我会对此点再加以详述。

一旦团体治疗开始，治疗师就要承担起管理者的角色，要特别注意预防成员脱落。偶尔，某个来访者会因失败的团体体验而提前结束治疗，从总体治疗经历来看，这可能对此人具有某些作用。例如，在一个团体中失败或被拒绝，可能使来访者感到不安，以致促使他去寻找另一个治疗师。但一般来说，一个来访者在治疗早期脱落，应被视为是治疗上的失败，不但脱落的来访者不能得到好处，而且对于留存的团体成员也有不利影响。成员的稳定性似乎是成功治疗的必要条件。假如发生成员脱落的情形，治疗师必须让新的成员加入，直至团体人数到达要求（见第十章）。

团体治疗开始时，来访者彼此之间是陌生的，都只认识治疗师，治疗师是团体初期聚合的主要力量。起初，成员们是通过与治疗师的共同关系来产生相互联结的，这些咨询师和来访者的初步联盟将为后面团体凝聚力的发展做好准备。

治疗师必须能识别且能阻止任何威胁团体凝聚力的力量。持续迟到、缺席、亚团体（subgrouping）的产生、具分离作用的团体外社交关系、在团体成员中寻找替罪羊等，都会威胁到团体的完整性，这时需要治疗师的介入。我在以后的章节会仔细地讨论这些问题。现在所强调的是治疗师对超个人需求（supra-individual needs）的责任。治疗师的第一项任务就是协助创立一个实质性的群体——团体。有时候，治疗师必须延缓处理某个来访者的迫切需求；有时候，治疗师必须为了其他成员的利益而牺牲某个来访者的利益（有时在团体中去除一个成员是有必要的）。

一个临床案例阐明了这些状况：

◆我曾介绍两名女性新成员进入一个门诊治疗团体，这个团体在保持女性成员的参与上一向有些困难。该团体稳定地以四名男性成员为核心，而在几个星期前刚有两名女性成员退出了团体。这次聚会一开始就出现了不祥之兆，一名女成员身上的香水，让一个男成员打了个喷嚏，他把椅子从她身过挪开，把窗户打开，说他对香水过敏，

而且团体有“禁止涂香水”规则。

此时，另一名成员 **Mitch** 姗姗来迟，对两名女性新成员没看一眼就大大咧咧地说：“今天我需要占用团体的一些时间，上周的治疗搞得我乱七八糟。你们说我过多占用团体时间，我回家后，一直想不通。我不喜欢那些来自你们（指成员们）或你（指我）的间接讽刺。后来，因为妻子不满意我读医学期刊（**Mitch** 是一名内科医师），我俩大吵一顿，现在我们彼此不再讲话。”

这种特殊的开场白对多数团体聚会是好事，这样说有许多理由：来访者说他需要一些时间（越多成员向团体要求时间，聚会就会越有意思）。再者，他要谈论的主题是上周聚会中发生过的（一般而言，团体成员越能在每次聚会时对主题做连续性讨论，团体就会变得越有力量）。而且，他以攻击治疗师来开场——这真是一件好事，**Mitch** 的攻击虽然令人不快，但我却感觉到将会产生重要的作用，因为这个团体对待我的方式一直都太温顺了。

因此，我在聚会中有许多事需要处理，但有一件事我必须将它排在首位：即维持团体的完整性。我介绍两个女性成员进入一个很难留住女性的团体。团体对这些新成员做出了什么反应呢？她们遭到强烈的排斥，在喷嚏事件之后，**Mitch** 甚至忽略了她们的存在就进入他自己的开场话题——这个话题对个人虽然重要，却会因提及上次聚会而将女性新成员排除在外。

因此，对我来说，找一个方法来维持完整性，同时又尽可能涉及 **Mitch** 提出的问题，是相当重要的。在第二章中，我指出过一个基本原则，治疗应努力将所有问题转为此时此地的原则。很明显，去处理 **Mitch** 和他太太的争执会是不智之举，**Mitch** 对他太太的评论一直有偏差，照惯例，他会以“是的……但是”逻辑将团体引入死胡同。

但很幸运，有方法可以同时处理这两个议题。**Mitch** 对待团体中的两个女性的方式，和他在餐桌上对待太太的需求的方式一样，一向是忽略而不够敏感，而这种不敏感正是上次团体为他指出的问题。

因此，大约在这次聚会开始后的半小时，我将 **Mitch** 的注意力由他太太和上次聚会转移开来，我说道：“**Mitch**，我想知道你对我们两个新成员今天在团体中的感觉有些什么猜测？”

这个问话引导 **Mitch** 进入“共情”，使他面对自己在许多情境中不能或不愿意进入他人的体验世界这一问题。很幸运，这个策略不仅将其他团体成员的注意力移转到一直备受忽略的两个女性新成员身上，也帮助 **Mitch** 进一步探讨了他的核心问题——自恋、无法看到及体恤他人的需要与欲求。即使这样不能处理 **Mitch** 的核心问题，我仍会选择要求成员们去注意新成员的融入程度，毕竟团体的维系必须优先于其他任务。

文化的建立

当团体已初具形态，治疗师的精力就要贯注于使团体形成具治疗性的社会体系。你要努力去建立一套引导团体互动方式的默契的行为原则或规范，什么是治疗团体的良好规范呢？我们将根据前几章讨论过的疗效因子，做进一步讨论。

让我们思考一下前四章所揭示的疗效因子，是谁在提供支持、普通性、建议、人际学习，利他和希望呢？明确地说，正是团体中的其他成员！所以，正是团队导致了改变。

在此要说明，个体治疗师和团体治疗师在基本角色上有着极重要的差异。在个体治疗中，治疗师的功能像是唯一造成改变的直接力量，而团体治疗师则是较为间接地在运作。因此，假如许多疗效因子的启动来自于团体成员的互动，那么，团体治疗师的工作就是要尽可能地创造一种团体文化，以诱导有效的团体互动。

国际象棋可作为有用的比拟，一个精通棋道的人，在游戏开始时不会奋力去围攻国王或掳获敌棋，而是将目标放在占据棋盘上的战略方阵，借以增加每个棋子的力量。这样，游戏者会间接地趋近终极目标，随着游戏的进行，优越的战略阵地将有利于有效的攻势，并获得最后的胜利。团队治疗师就像这样，有条不紊地建立起一种文化，以获得强大的治疗力量。

一名爵士钢琴师是我某个团体中的一员，他以他的音乐生涯来描述领导者角色。在他音乐生涯的早期，他深深崇拜的是伟大的乐器演奏者。后来他才渐渐了解，真正伟大的爵士乐师是那些知道如何衬托他人的声音，如何保持低调，以及如何提升整个乐团演奏效果的人。

很明显，治疗师团体的规范会有一些方面与典型社交规则与礼仪大相径庭。和多数社会团体不同，治疗团体的成员必须能自由地说出他们所体验到的对团体、其他成员和治疗师的即时的感觉。成员诚实及自发性的表达是被鼓励的。假如团体发展成一个真正的社会缩影，成员们必能自在地相互往来。正如图 5.1 所示，其互动的路径应该如左图而非右图，后者的沟通须依赖治疗师或通过治疗师的引导方能完成。

其他良好的规范则包括主动参与团体、对他人无指责地接受、广泛的自我暴露，渴求自我了解、急切改变目前行为模式的动机。规范是对某种行为状态的建议或禁令，它可能是隐含的，也可能是明确的。事实上，团体成员通常并不会刻意地制定团体规范。因此，要知道一个团体的规范，研究者不宜要求成员列出这些未

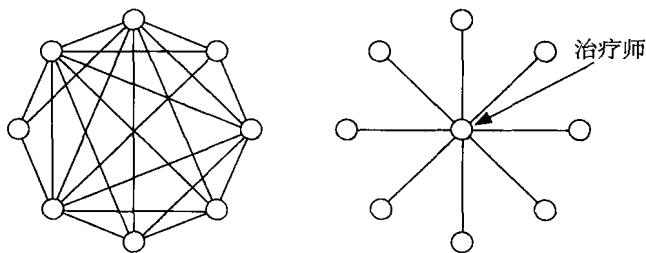


图 5.1 团体成员互动路径

经成文的规则。一个较好的方法是向成员呈现一系列行为，请他们指出哪些在团体中是适当的，哪些是不适当的。

任何型式的团体——不论社交性、专业性还是治疗性团体——必然都会发展出规范¹，但治疗性团体并不必然会发展出促进其治疗过程的规范。如果仔细观察治疗团体，将发现许多团体因不当的规范而使成员治疗受阻，例如，团体可能因过于重视敌意情绪的宣泄，而忽略了正性感情的提升。团体可能采用轮流方式，使成员逐个描述自己的问题，或团体可能不允许成员向治疗师提出质疑或挑战。我马上会谈及阻碍或促进治疗的特定规范，但首先我要谈谈：规范是怎么产生的。

规范的形成

团体的规范是由团体成员对治疗的期待、领导者及较具影响力的成员外显或内隐的引导而形成的。如果成员们的期待并不明确，领导者就更容易去设计自己认为最具治疗性的团体文化。在建立团体规范上，团体领导的言论具有很强（虽然常是内隐的）的作用。一项研究显示，“每当领导者在某成员的行动之后给予评论时，此人就会成为团体的注意中心，而且常在后续的聚会中被赋予重要的角色。”而且，领导者的评论相对越少，其言论的介入效果就越大。此外，团体领导者很少评论的话，他的干预就更有力²。对团体治疗师高强度培训的研究也提示，那些展示温暖和技术专长的领导，能更经常地引导出积极的结果：他们的团体成员获得了更大的自信心，对团体活力以及领导者角色有更加深刻的意识³。通常，那些促进参与和减少冲突的领导者，会使团体有更好的临床效果⁴。

在谈到领导者是规范塑造者时，我并不是在建议治疗师要有一个新的或刻意扮演的角色。不论有意或无意，领导者都是一直在塑造团体规范，这一点必须被牢记在心。就像人不可能不与周围人交流一样，领导者不可能对规范无所影响；事实上，治疗师的早期团体行为影响巨大。而且，有时不做什么和应做什么一样重要。

我曾经观察过一位由英国团体分析师所带领的团体，当时，有一个前六次都缺席的成员迟到几分钟进入团体，治疗师一点也没有表示注意他的来到。在团体结束后，治疗师对观察实习员说他决定不去影响团体，因为他更希望让成员们自行形成对待迟到或浪荡成员的规则。但无论如何，我很明显地看到他未表示欢迎的态度，这是一种有影响力的行为，而且含有许多有关规范建立的信息。毫无疑问，他的团体也反应出许多类似的行动，成员间漠不关心、缺少安全感，但每个人似乎都竭尽全力地讨好领导者。

规范在团体形成之初即已建立，而一旦建立后则很难改变。比如，工厂的小团体会形成对个体成员生产量的自然约定，犯罪团伙有对成员行为的自然约定，精神科病房会对工作人员和病人之角色行为形成规范。要改变已确立的准则极其困难，不仅需要相当的时间，也需要团体成员大规模的更迭。

总之，每个团体都会发展出一套不成文的规则或规范，以此决定团体的行为作风。理想的治疗团体规范能使疗效因子更有效地运作。规范是由团体成员的期待和治疗师的行为塑造而成的，治疗师在规范建立上有极大的影响力——这是他所不能规避的职责。由于团体早期所建立的规范有相当的持续力，因此，治疗师应该谨慎而又胸有成竹地来发挥这个重要功能。

领导者如何塑造规范？

治疗师在团体中具有两种基本角色：技术方面的专家和具有示范作用的参与者。治疗师运用这两种功能帮助团体形成规范。

技术专家

在担任技术专家的角色时，治疗师应能娴熟地运筹帷幄，使用各种技术将团体带往理想的彼岸。在团体治疗前，治疗师从开始为来访者做准备时就要开宗明义地提出规范。我在第十章将详细叙述这个过程。在此过程中，治疗师要十分仔细地告诉来访者团体的规则，并以两种方式来解释这些规则：首先，以治疗师的专业权威和经验来加重规则的分量；其次，阐明团体规程背后的理论基础，以获取来访者的支持。

在团体治疗开始后，治疗师可使用许多种技术去塑造团体文化，由明确的指示、建议至暗度陈仓的强化技术。例如，我前面说过，领导者必须试着去建立一个互动的网络，使得成员们在其中能自由地互动，而不是只与治疗师往来，或必须经

转治疗师来表达意见。为达到这个目的，治疗师可以在治疗前的会谈，或在第一次团体聚会时含蓄地告诉成员；治疗师会在聚会中，不断地要求所有成员对某一成员或某一主题作出反应；治疗师有权质疑只想与治疗师交流的成员，治疗师可以拒绝回答问题；治疗师还可以通过一些演练来教导来访者互动——例如，可以要每个团体成员轮流说出对其他成员的第一印象；或者可以用较不强人所难的方式，对关注他人的成员给予奖励，借此来塑造行为——治疗师可以对他们点头示意，或温和微笑，或将姿势变得更具接纳性。同样的方法也可以应用到治疗师希望灌输其他规范时，如自我暴露，公开表达情绪、及时反馈、自我探索等规范。

治疗师们的风格千变万化，虽然许多人在规范塑造中较多运用直接明确的方法，但许多治疗师（常常比他们所认为的更多），皆间接地经由社会强化技术来完成这项任务。人类的行为受各种各样正性或负性环境事件（增强物）的持续影响，而这些强化因素会在意识或潜意识层面发挥作用。

广告和政治宣传，是两种系统使用社会强化媒介的例子。心理治疗也一样要依赖于间接地、不经意地使用社会强化。虽然没有任何治疗师喜欢将自己视为社会强化的媒介，但治疗师仍一直潜意识地或自觉地以这种方式发挥其影响力。他们可以借许多言语和非言语行为来对行为做正性强化，包括点头、微笑、身体往前倾、表现感兴趣的“嗯、嗯”，或直接询问更多资讯。另一方面，他们也可以不作评论、无动于衷、将注意力转向另一个来访者、投以怀疑的眼光、皱起眉头等，来降低那些他们认为不利行为的发生频率。事实上，研究表明，间接地促进团体成员间互动或团体行为发生，经常比直接地推动这种行为的效果更好⁵。治疗师任何明确的语言指令，都是特别有效的强化物，因为治疗师一般并不轻易发表意见。

每一种形式的心理治疗都是一种学习过程，其中，部分有赖于操作性条件反射。未经任何刻意训练而形成的行为，犹如未经审视的幻象一样会稍纵即逝⁶，

相当多的研究证实了条件反射学习在塑造团体成员行为上的效能⁷。悉心使用这些技术，将可以减少治疗期间的冷场⁸，增加个人或团体的评论，促进成员表达对领导者的敌意，或提升成员间的接纳度⁹。虽然有证据显示心理治疗师使用这些学习原则后获益匪浅，但他们常常言不由衷，因为他们有意无意地担心这种机械论的观点会诋毁治疗经验中重要的人性成分。无论如何，事实总是事实，而且承认强化行为也不至于影响治疗师的自发性。毕竟使用强化行为的目标还是促进团体成员真实的、有意义的参与。承认自己能利用社会强化、能系统地陈述治疗核心原则的治疗师，在进行治疗性干预时将更具效能和一致性。

具有示范作用的参与者

作为一个领导者，你在塑造规范时，不仅是通过外显或内隐的社会操纵，也是通过你个人在团体中的以身作则¹⁰。治疗团体中的文化与来访者所熟悉的社会规则有时是完全背离的，来访者要放弃熟悉的社会习惯，尝试新的行为，并且要敢于冒险。那么，治疗师如何向来访者展示新行为而不会带来预料中的负面结果呢？

许多研究结果支持，示范是一种良好的方法：当来访者在观察到治疗师自由地畅所欲言而并未招致恶果时，他们就会有勇气去改变自己的行为。班杜拉在许多控制严谨的研究中证明，个体会根据观察和想象治疗师的行为，做出较适应（如克服某种恐惧症）¹¹或较不适应的行为（如无节制地攻击）¹²。

领导者可凭借提供“非指责式接纳”及“一分为二看待人”等典范，将团体引向健康方向。从另一方面来说，假如领导者将自己的角色定位为探测心理病理现象的侦探，则团体成员也将会亦步亦趋。例如，某个团体成员好几个月来一直主动地讨论别人的困难，但坚决拒绝自我暴露。最后，在一次聚会中，她开始讨论她的问题，并承认一年前她曾在某州立精神科医院住院两个月。治疗师反射式地问道：“为什么你以前不告诉我们这件事？”

这句话使这个来访者感到受了责备，这种感觉只会强化她的害怕情绪，而削弱她的进一步自我暴露。很明显，有一些提问和评论会使人闭关自锁，而有些则会催人坦诚。治疗师可以选择有助于开放的话语，例如，“你现在能充分地信任团体，和团体一起谈论自己，这是很棒的”“你以前在团体中一定是多么想向大家暴露内心，但又害怕这么做”。

领导者树立起人际间真诚与自发的典范，但同时必须时时谨记团体成员眼前的需求，并展示出与这些需求一致的行为。切勿妄下结论以为团体治疗师应该自由表达所有感觉。在治疗团体中完全无羁地表达，不比在日常生活中其他形式的人际交往恣意表达更有益。有时，还可能会导致难堪的、放纵的、具破坏性的互动。治疗师的示范必须展示真诚、责任感和适当的节制。我们应促进来访者参与，并且允许我们受来访者的情绪感染，但切记：“有分寸的个体参与”是团体领导者需把握的重要手段¹³。它一方面使来访者暴露其缺陷以便于治疗，另一方面，我们的反应也是关于来访者的颇具价值的信息——倘若我们足够了解自己的话。

让我们来看一看下面这个有效的治疗性干预。

◆在一个为期五天、以一些企业经理为对象的人际关系治疗的首次聚会中，一名25岁具攻击性又自负的成员——显然在聚会前喝多了酒不断发号施令，并且自我嘲讽。他自吹自擂，藐视团体，独来独往，高声喧哗并侮辱他人。别人反唇相讥或苦口婆心的劝解均无济于事。这时，我的协同治疗师真诚地对他说：“你知道我与你有什么地方相像吗？那就是害怕和缺少信心。你现在一定感到恐慌，就像我现在一样。其实我们都不知道这个星期将会发生些什么事。”这句话使来访者放弃了矫饰，并最终成为一名能发挥积极作用的团体成员。同时，领导者也借助示范一种共情、非批评式的风格，展示并建立起一种温文尔雅、具接纳性的团体文化。

这种有效的干预要求协同治疗师首先要识别出这个成员行为的负面影响；之后，支持性地指出隐藏在攻击行为背后的脆弱性¹⁴。

要以一名成员的角色与他人互动，治疗师必须做到接纳并承认自己个性上可能存在的缺陷。治疗师想要表现得从不犯错，其实，反而会给来访者树立一个令人费解、妨碍性的不良榜样。有时治疗师也可能因此拒绝承认错误而使自己与团体的关系受到抑制或偏离。例如，在某团体中，治疗师因需出差而不得不在下次聚会时缺席，但为了表现出无所不能，他建议团体成员在下次聚会时将过程进行录音，让他在接下来那次聚会前听到录音。结果，在那次聚会前他却忘了听，为了掩饰错误，他隐瞒了他的疏忽。因此，在那次聚会中，治疗师尽量避免提及上次聚会，文过饰非，结果团体变得散漫、困惑令人失望。

另一个例子是关于一个具有类似需要的年轻治疗师的。一个来访者攻击他，指责他的讲话冗长而又模糊。由于这是该团体第一次对治疗师的质问，成员们都正襟危坐，感到紧张。治疗师回答道，也许自己所说的话使来访者回忆起以往经历中的某人。这个来访者接受了这个暗示，且自动说出此人也许是他的父亲，危机就这样过去了，成员们恢复了平静。然而，这种情况其实曾经发生过。当时这位治疗师作为成员参加了一个团体（由精神科住院医师组成），他的同事也注意到他冗长而模糊不清的言语倾向。事实上，这个来访者的看法是正确的，但却被说服而放弃了他的知觉。假如治疗的目标之一是帮助来访者检验现实和澄清他们的人际关系，那么，这个年轻治疗师的处理方式是违反治疗原则的。这个例子说明，在治疗中，治疗师自身的需要超越了来访者的需要。

刻意地维持完美的形象，会使治疗师变得过分拘谨。因为害怕犯错，他会小心翼翼地选择措辞，会深思熟虑地斟字酌句，因而不能及时地、自然地与人交往，团体也将因此而变得不自然和死气沉沉。治疗师自诩为无所不能，他这样做往往

会疏离群体，同时也是在传递以下讯息：“无论如何你都不能伤害或碰触我。”这样的姿态可能使来访者无所适从，因此明显地有违治疗原则。有效治疗团体的重要规范之一就是，成员们都能认真对待别人的言谈举止。

◆在某个团体中，一个年轻的男来访者，Les，几个月来在领导者的积极努力下，仍鲜有进展。每次聚会时领导者都会试着引导 Les 参与讨论，但都没有用。相反，Les 变得更少服从且明显反感，而治疗师就更为主动更为迫切。最后，另一个来访者 Joan 评论说，治疗师好像一个顽固的父亲，在对待一个顽固的儿子，而且不达目的誓不罢休。她又说，Les 也喜欢反叛的角色，即抱定决心要击败父亲。Joan 的话正中要害，也道出了治疗师内心的体验，治疗师向团体承认此点，并感谢 Joan 的提醒。

治疗师在上述例子中迷途知返的行为对团体非常关键，事实上，他的行为体现出的是“我重视你们（指来访者）这个团体和这种学习的模式”。再者，他的行为强化了自我探索、阐释模式、诚实、与治疗师对质的规范。这样的交流对治疗师（可惜的是，在治疗工作中，治疗师无法对自己的议题有更多的学习）和 Les 都有助益，后者被鼓励去探索挑战并挫败治疗师后的感受。

有时，治疗师无需太多的示范，因为团体中有一些理想的来访者可以担任这一示范角色。事实上，有些研究甚至仔细选择具示范性的来访者，将之巧妙地安排进团体中¹⁵。在一项研究中，研究者安排一些受过训练的实验者（不是真正的来访者，而是心理系研究生）进入两个门诊病人团体¹⁶。这些实验者全程参加治疗，但定期和治疗师及督导进行讨论。他们的角色和行为被设计为以身作则、促进团体自我暴露、自由表达感情、与治疗师对质、制止抢话者和阻止成党结派等。对这两个团体近20次聚会的研究（让来访者自填凝聚力问卷和使用社会计量法）结果显示，“这些来访者”虽不是最受欢迎的成员，但被其他来访者认为对于治疗有促进的效果。研究者甚至总结道：“这些来访者”增进了团体凝聚力（虽然没有对照组）。

虽然，掺入受过训练的实验者有诡诈之嫌，但却饶富临床意义。例如，将一个来自另外一个团体的“理想”来访者“穿插”于新的治疗团体中，使其同时在两个团体中交叉得到治疗，这也未必不可行。或者，一个刚圆满结束团体治疗的来访者，可以在一个新团体的形成阶段，作为具有示范作用的协同治疗师。也许一个处在滚动进程的团体会选择在高级成员结业之前增加新成员，借助富有经验和成功的高级成员提供的示范作用使团体获益。

纵有上述种种其他可能，也不论愿不愿意，治疗师都得持续担任团体内成员们的主要楷模。因此，治疗师对此具有充分的自信是非常重要的。如果治疗师对此感到不自在，就可能在角色表现方面遇到麻烦，因而使治疗师在参与治疗时，表现出某种极端的行为方式，如治疗师会悠然自得地显示出居高临下的专业角色，或袖手旁观，俨然以群众自居，以摆脱干系¹⁷。

在面对治疗团体出现情感需要时，新手治疗师常常表现出要么畏缩不前，要么热情高涨。这两种态度对团体规范的发展都非常不利，假如治疗师是一个过度将自我遁藏在专业角色下的领导者，他将会营造出小心翼翼和时时警戒的规范；假如治疗师是“群众中的一员”，他就不能灵活地去塑造规范，而且会无法对重要的移情进行处理并得到丰硕成果。

有关治疗师透明度的问题，其含意远超出规范建立。治疗师在团体中的自我暴露，不仅是示范了暴露这个行为，而且其暴露对治疗历程也意味深长。许多来访者会对治疗师产生冲突及歪曲的感情，而治疗师的自我透明化在修通这类移情时，扮演了重要的角色。我将在第七章中仔细地讨论治疗师透明度的其他细节。现在要谈的是提升团体之效力的特定规范。

团体规范的例子

自我督察的团体

团体应为本身的运行承担责任，这点极具意义。假如这个规范不能形成，团体的被动性将使成员依赖领导者的推动和指导，而领导者会因为事必躬亲而身心疲惫，这样的团体在早期发展中就会有偏差。当我遇到这样的团体时，我常感觉团队成员就像是在观赏电影。他们每周来一次，看看上演何种曲目，假如正好是他们感兴趣的，他们就会欣然就座，否则，他们会说“太糟了，希望下次有更精彩的”。我的任务是帮助成员了解他们本身就是电影，假如他们不演，没有任何戏可看，那么银幕就是空白的。

从一开始，我就试着把团体的责任转给成员们。要记住，在团体开始之初，唯有治疗师心里明白什么是功能良好的团体，因此，治疗师的任务就是要教导以及和成员们共同分享这一定义。假如一次聚会进展顺利，我就会称它为功能良好的。例如，我在结尾时可能这样说：“该停了，真可惜，我真不希望对这样热烈的讨论喊停。”在以后的聚会中，我会常回忆并提及那次聚会的情形。一个刚开始活动几次的团体，经历了一次非常艰难的互动之后，成员常会在下次聚会中，对强有力

的互动退避三舍，在这样的聚会上，我可能在半个小时后提出：“我想知道大家对今天聚会的感觉如何？你们觉得与上个星期的聚会相比有什么不一样？”

或者你可以借着要求成员去检视和评估某次聚会的某个方面，来帮助他们发展出一个良好聚会的概念。例如，在团体活动的初期阶段中，我可能会打断并评论道：“一个小时已经过去，我想知道今天团体活动进行得如何？你们满意吗？到现在为止，什么是今天你最能参与的部分？什么是你最不能参与的部分？”重点是，我努力将评估的功能由我自己转移到来访者身上，我对他们说：“你们有能力（和责任）去决定什么时候使团体有效地运作，什么时候让它白耗时间。”

例如，假设有一个成员惋惜道：“这次聚会我能参与的部分只有前10分钟，之后我们花了45分钟在指责上。”我会马上回应：“那么，你为什么让它继续呢？你应该怎样使它停止呢？”“你们所有人好像都知道这点，是什么使你们袖手旁观呢？为什么总希望我去做你们可以做的事呢？”成员们对于具建设性和不具建设性的团体工作，很快就会有良好的共识（具建设性的工作必然和团体聚焦于“此时此地”有关，我将在下一章讨论）。

自我暴露

团体治疗师可能对团体治疗历程的许多方面看法不同，但对于自我暴露在团体治疗历程中的必要性则可能达成共识。除非来访者能充分自我暴露，否则他们不可能由团体治疗中获益。我带领团体时喜欢采取规范是，告诉成员们自我暴露是必需的，但是他们可以依照自己的步调来进行。我不愿成员觉得在团体中，他们必须强制性地一个接一个轮流作深刻的自白¹⁸。

在团体开始前的个别会谈中，我会明白地向来访者说明这些，以使他们在进入团体前就很清楚，假如要从治疗中获益，则早晚都必须和其他团体成员分享自己非常隐秘的部分。

要记住自我暴露的主观体验是很重要的，治疗师或观察者可能在许多时候会错误地地下结论，称团体中的自我暴露不是真正地暴露，或所暴露的只是表面或微不足道的部分。主观和客观的自我暴露间通常存在相当大的差距，这种不一致偶尔会造成某些以标准化量表来测量自我暴露的研究结果的混淆。许多参加团体治疗的来访者平时很少有可以倾诉衷肠的对象，而治疗中看起来像是微不足道的自我暴露，都可能正是这个成员首次和他人的分享。对每个成员展示的内容，治疗师都有必要理解它的意义。这种理解本身就是一种共情，正如下面的例子所展示的一样。

◆团体成员 Mark，慢慢地、有条不紊地诉说着他的社会焦虑和逃避。Marie，一个患有慢性抑郁症的年轻妇女，不耐烦地边忍着 Mark 的慢条斯理，边想着：为什么其他人对 Mark 不加制止，反而津津乐道。Marie 开始担忧团体的缓慢节奏将干扰她的个人计划：想从团体得到建议使她变得更加受欢迎。她得到的反馈令她惊讶：因为她不能同情别人，成员们都觉得她很疏远。成员们告诉 Marie，他们感觉 Mark 在会议上的自我展示是迈向自我成长的一大步。这是治疗的关键所在。是什么干扰 Marie 发现别人所看到的東西的呢？团队成员给她的“建议”是：她应不断探询这一问题。

那些大秘密该怎么办呢？来访者可能带着和他生活中的重要部分相关的重大秘密来接受治疗——例如，强迫性地偷窃商店物品，秘密地物质滥用，年轻时坐过牢，贪食与狂泻，异装癖，乱伦。他们感觉如陷泥沼，虽然想要加入治疗团体，但却又畏惧与人分享秘密。

在团体前的个别会谈中，我会让来访者清楚地知道，迟早他将和其他团体成员分享自己的秘密。我强调每个人的分享可依自己的步调从容进行，也就是说，个人可以等到他对团体有很大的信任感时才这么做，但只要治疗在进行，这种分享终究势在必行。一个决定不在团体中分享秘密的成员，是在团体内重构了团体外人际关系模式的复本。为了保守秘密，一个人必须时时防范每一个可能会泄密的蛛丝马迹，警觉和防范越多，自发性就越少，而且个人隐忍秘密，将会作茧自缚。

有时候延缓说出秘密反而是适宜的。我的治疗团体中曾有两个这样的来访者：John 和 Charles。John 从 12 岁开始就有异装癖，常常偷偷地穿异性的衣服，Charles 进入团体时身患癌症，他说他努力去对抗癌症，他知道他的结局，大约只能再活两到三年，他寻求团体治疗的目的是使自己的余生更充实，他尤其渴盼和他生命中的重要人物有更亲密的关系。这似乎正是团体治疗的目标，我介绍他进入一个门诊治疗团体（我已在其他文章里详细介绍这个来访者的治疗过程¹⁹）。

这两个来访者经多次聚会，都选择保留他们的秘密。有时，我感到急躁，用眼神暗暗催促他们或巧妙地邀请他们表达，但他们没有反应。最后，当他们变得完全融入了这个团体，并与其他成员发展出深深的信任感时，大约在 12 次聚会后，他们选择很谨慎地暴露自己。回顾起来，他们决定延迟说出秘密是明智的，团体成员已将这两个人看成是正在面对重大生活事件的团体中的一员，并没有将他们看成异装癖患者或癌症病人。John 和 Charles 的顾虑被证实是正确的，假如他们太早暴露自己，他们将被定格（stereotyped），而这样的定格会妨碍其他成员对他

们进行充分认识。

团体领导者如何确定来访者在团体展示中所出现的延迟合适还是不妥切呢？关键是内容。有些内容即使没有完全的展示，然而也是进步，尽管有点慢，但总是朝着增长自我开放和信任方向发展。时间的流逝将会使它变得更容易暴露，就像 John 和 Charles 一样。

将秘密悬藏过久也会弄巧成拙。请看下例：

◆ Lisa 是参与六个月短期团体治疗的成员，在很多年前她是一名心理师（接受过团体领导者的训练），15 年前弃医从商，并在商界大获成功。她来团体是因为不满意自己的社交生活，她感到寂寞与孤独，她诚挚待人，善于倾听，但仍感觉与人距离遥远。她将此现象归咎于自己的财富，总觉得自己不能显山露水，以免招致他人嫉妒与仇怨。

Lisa 到治疗第五个月都一直没有太多表露，她的心理治疗技巧对许多成员大有帮助，这些成员对她超乎寻常的观察力与敏锐度大加赞赏。Lisa 在团体的此时此地中再次复制了她治疗外的社交关系，因为她感觉自己藏了起来，与其他成员距离遥远。在个别会谈中，治疗师劝 Lisa 透露她的财富及心理治疗训练背景（尤其是后者），否则一旦她告诉大家自己曾为治疗师时，将引起众怒。Lisa 终于跨出这一步，而且在仅余的数次治疗中，所得到的收获超过以前所有聚会的总和。

当一个人暴露了秘密后，治疗师该以何种姿态面对呢？回答此问题之前，要先做一些澄清。我认为，当一个人暴露了秘密后，治疗师必须帮助其暴露更多相关的、水平的而非垂直的讯息。所谓垂直式的暴露，是指有关秘密本身更深度的坦白。例如，当 John 向团体说他是异装癖时，成员们的自然反应是去“垂直地”探讨秘密。他们会问他关于穿异性衣服的详细情形：“你几岁开始？”“你开始时是穿谁的内衣？”“当你穿异性衣服时，你有什么样的性幻想？”“你留着胡须，如何能以一个女人的样子出现在大家面前？”John 已经暴露了许多这方面的秘密，而水平式地叙述他的秘密在此时是更重要的，也就是对于此次的暴露加以暴露（后设暴露），尤其是此次暴露后对他人反应的看法的暴露²⁰。

如前所说，当 John 在团体中第一次暴露自己是异装癖，我会问这样的问题：“John，你参加这个团体接近 12 次了，而一直不能和我们谈论这个问题。我想知道你每周前来，却对你的秘密保持沉默，你有什么感觉？”“在你想和我们分享此事时，你是否感到不舒服？”“过去要你和我们谈到此事，对你来说仍还缺乏安全感。今天你选择这样做，是不是团体发生了什么事，或你对团体有什么样的感觉，

而使你想要这样做？”“过去若告诉我们，你会担心什么事？你认为会发生什么事？你想谁会做出这样的反应？”

John 说他担心会被嘲弄、取笑，或被认为不可思议。为了保持此时此地式的探究，我借询问的方式，将他引入更深层的人际历程中，“在团体中，你认为谁会嘲弄你呢？谁会认为你不可思议呢？”在 John 选了几名特定的成员后，我邀请他验证这些假设。通过欢迎而不是指责迟来的表白，治疗师给来访者以支持，并且加强了治疗合作。这是一个不成文的规矩，即把社会通则转化为团队中针对个体的具体原则。换句话说，让成员们自己根据具体情况去区分团体中的成员。

自我暴露永远是一种人际间的互动。重要的不是暴露自己，而是一个人暴露在和他人的的人际关系背景中的重要事情。自我暴露的行为是相当重要的，因为对于后续关系的品质包含丰富的含意；而比解除个人心理负担还要重要的事情，是暴露带来与他人间更深刻、更丰富且更复杂的人际关系。（这也是为何我和其他研究者不同，不将自我暴露视为单独的疗效因子，而是将其涵盖于人际学习之下的原因。）

性虐待和乱伦的暴露在这方面尤其受到指责。通常，这种虐待的受害者已经在精神上遭受创伤，不仅是虐待本身，而且也包含过去别人对他们暴露虐待时所回应的方式。受害者最初在家庭内暴露都遭到否定、责备和拒绝。结果，在治疗团体中暴露可能引起个体担心受歧视而再次受伤的恐惧，因此对治疗望而却步。

假如一个成员对暴露感到过度的压力，我将依照来访者的实际情况及其治疗阶段，以下列方法之一来作回应。例如，我可能借着作评论来舒解压力：“很明显地，John 有些东西还不想分享。团体似乎很急切，甚至很不耐烦地催促 John，而 John 还没有足够的安全感，还不能流畅地表达想要说的东西。”（“还没有”这个词是很重要的，因为它传达出恰当的期待方向）。我可能会建议我们检视团体的不安全感，这种不安全感不仅来自 John，也同样来自其他成员。我可能会把重点由团体想从该来访者身上“榨出”他的暴露，转移到探讨暴露的阻碍。John 害怕的是什么？John 预期的可怕后果是什么？John 担心团体中何人会有非难的态度？

任何人绝不能因为自我暴露而受惩罚。团体中发生的最具毁灭性的事件之一便是，在冲突发生时，成员们利用团体中自我暴露的私人性、敏感性题材相互攻击。此时，治疗师必须强力介入，因为它不仅是“卑鄙的争执”，而且也破坏了重要的团体规范。这种强力介入可以有多种形式，但不论以任何方式介入，治疗师都要使大家注意到它对信任感的破坏。我常常就是喊停，将冲突制止，并指出在团体中刚发生了非常重要的事。我会问被攻击的人关于这个事件的感觉，也询问其他

人是否有类似的感觉，并指出这也会使别人难以表露自己。团体中的任何其他工作都要暂停，重要的是，这个事件应被重视，并用以强化以下的规范：自我暴露不只是重要的，而且也是安全的。只有在此规范被建立后，治疗才能转到这个事件的其他方面。

有关程序的规范

在治疗中，最佳的程序形式是团体成员自由、自然、自发地互动。但是，这样的形式绝不会自然而然产生，需要治疗师主动地塑造团体氛围。在这一过程中，治疗师必然会遭遇到种种自然趋势，一个新团体聚会的自然趋势是轮流讨论每个成员的问题。通常第一个讲话或提出急迫生活危机的人，会是团体注意的焦点。有些团体要把焦点转移到另一个人身上，常常很困难，因为团体多少会形成不成文的规范——将话题改变是不好的、粗鲁的或等于拒绝他人。这时，成员们可能会突然沉默下来，感觉自己不便贸然打断，也不敢要求占用一些时间，但他们也拒绝对那名成员继续提问，只是默默地期望能改变话题。

这些现象会阻碍团体的发展，而且最后会导致团体的挫折和沮丧感。我常常会让成员们注意这些现象，以此来处理这些违反治疗原则的规范，并指出由于这些现象是团体所形成的，团体就有力量来改变。

例如，我会说：“过去四个星期来我一直注意到，每次聚会时，大家的注意力都集中在一个人身上。这个人通常是每天第一个讲话的人，而其他人似乎也不愿意去打断。我相信这些人默默地坐着，但心里有许多重要的想法，我想知道这样的情况是如何开始的，还有我们是否想要去改变它。”这种性质的评论，对于团体将有解脱的效果，治疗师不仅说出了每个人都心知肚明的事，也提出了其他选择的可能性。

有些团体形成一种“开场”的约定俗成的方式，每个成员要轮流报告前一周的重要事件或挫折，有时这种方式是必要且有益处的，尤其是对功能较差、高度焦虑的成员。此种简短的开场形式，对团体具有启动效果。然而，在我的经验中，沿用此形式的多数团体会促成走过场、缺乏主动和讨论时过境迁内容的聚会。我喜欢的形式是，有困扰的成员在一开始便对大家宣布“今天我需要一些时间”，因此，在聚会的自然流程中，成员们和治疗师便会将焦点转向有需求的任何一个成员。

特殊的团体需要特殊的程序规范，尤其是短程及成员有深度困扰的团体。为了有效地运用时间而做些折衷是必须的，领导者必须建立明确的架构，我在第十五章将讨论这些技术，而此处要强调的是，领导者必须致力于指导团体去建立

规范，这些治疗性规范是：支持和对抗、自我暴露、自我督查、互动、自发和团体成员间互相帮助的重要性。

团体对成员的重要性

团体对成员越重要，团体就越有效能。我认为理想的治疗状态是，成员认为他们的治疗团体聚会是每周生活中最重要的事件。治疗师应竭尽所能来强化这个信念。假如我不得不错过一次聚会，我会事先告知成员们，并且传达我对自己缺席的遗憾。我每次治疗必然准时出席，假如我在两次间隙期一直思考有关团体的事，我会和成员们分享那些想法。我所做的任何自我暴露都是为团体服务的。虽然一些治疗师避开这种个人暴露，但我相信，表达出我多在乎团体非常重要。

当成员陈述团体对他们的益处或指出这一星期他们一直想到其他成员时，我会给予强化；当成员遗憾在圣诞节期间团体将暂停活动两周，并把这种遗憾表达出来时，我会鼓励他们表达与团体相关的感受。对他们来说，珍惜团体意味着什么？为了反对分裂？不是！是为了获得一片自由直言的净土。

每次聚会越具有连续性越好。一个功能良好的团体在每次聚会时，都会持续地修通上次聚会的问题。治疗师可以恰当地鼓励团体聚会的连续性，治疗师比团体中的任何人更像是团体中的历史学家，将事件和体验相联，套入团体的时间方程中。“这听起来非常像是 John 在两个星期前所经历的。”“Ruthellen，我注意到自从三个星期前你和 Debbie 发生争吵后，你变得越来越抑郁和退缩，你现在对 Debbie 的感觉是什么？”

我很少为团队聚会开场，而当我这样做时，一定是在为两次聚会的连续性铺路。因此，时机合适，我在开场时可能这样说：“上次聚会非常仓促，我想知道你们从团体中带了什么样的感觉回家，而现在的感觉又是什么？”

在第十四章，我将说明团体的总结方式，那是一种用来增进聚会间连续感的技巧。我每星期写一次详尽的团体聚会摘要（对内容及过程做评论式的描述），而且在两次团体聚会间寄给成员们。摘要的重要功能之一是使来访者每周有再一次和团体接触的机会，而且可增加某一特殊主题在下次团体聚会中继续讨论的可能性。

当成员们认定团体是一个蕴含丰富资讯和支持的处所时，团体的重要性会增加。当成员们表达出对自己的好奇时，我会以某种方式传达给他们这一信念：你们想知道的关于自己的任何讯息都存在于团体聚会中，正等着你们去开发。因此，当有人想知道自己是否支配欲太强而威胁到其他人时，我会反问：“Ken，在这个

房间里许多人都非常了解你，为什么不问问他们？”

使成员间联结增强的事件会提升团体的效能。团体成员在聚会后一起去喝咖啡、在停车场长谈或有危机时能互通电话，这些都是好征兆（然而，这种团体外的接触并非没有副作用，这个主题相当复杂，我将在第十一章详细讨论）。

成员即为帮助者

当团体成员开始重视相互提供帮助时，团体就达到了最佳的状态。假如继续认为治疗师是能提供帮助的唯一来源，则团体无法达到理想的自主性和自我尊重。为强化这个规范，治疗师应特别重视成员们相互帮助的事例，也可以教导成员们如何有效地助人。例如，当一个病人占用大量聚会时间讨论同一个主题时，治疗师可以评论：“Reid，你能不能回想一下过去45分钟里，谁的评论对你最有帮助，谁的最没有帮助？”“Victor，我可以看出你很久以来一直想在团体谈这件事，直到今天你才谈出来，是Eve帮助你打开了话题，她是怎么做的？Ben今天又做了什么使你又封闭起来？”

破坏相互帮助规范的行为不容忽视。例如，一个成员关心另一个成员的治疗状况，而第三个成员对第一个成员的此种关心提出挑战：“Fred，你有什么权力对Peter谈这个问题？你在这方面比他更糟糕。”我可能会介入：“Phil，我认为，是其他原因导致你今天对Fred的态度，也许我们应该谈谈。我无法同意你的观点，因为Fred和Peter相似，他就不能提供帮助了么？事实上，在团体里情况正好相反。

支持与对抗

正如我在讨论凝聚力时所强调的那样，治疗团体的成员感受到团体具有安全性、支持性是相当重要的。在治疗的长期过程中，许多令人不舒服的问题终将会被提出来讨论。许多来访者有着与愤怒、傲慢、堕落、迟钝或处世困难有关的问题，治疗团体若在成员互动中不能发现这些特质，就无法提供帮助。实际上，治疗中总会有冲突发生，就像我将在第十二章谈到的，冲突在治疗工作中是必然的。但我同时要说的是，在早期过程中若有太多冲突，会使团体的发展受损。当团体成员尚不能自在地表达不同的意见时，他们必须要有足够的安全感，而且要能相当地重视团体的重要性，才会愿意去忍受令人不愉快的聚会。

因此，治疗师必须建立一种团体规范，这种规范是：只有在形成稳固的安全感和支持感后，方能容许冲突产生。为了制止团体早期过多的冲突，介入往往是

必要的。以下是一个临床案例。

◆在一个新的治疗团体中，有两个特别带有敌意的、尖刻的成员，在第三次聚会时，他们就明显找碴儿，对其他成员进行讽刺和挑衅。第四次聚会由 Estelle（这两人中的一人）先发难，她强调团体到目前为止没有给她任何帮助。Estelle 有一种习惯，即将对她的每一个正性评论理解为负性、带有攻击性的批评。例如，她抱怨她不会表达自己，而且由于不善于辞令，许多想说的事无法说出。当团体的另一成员表示不同意，而且认为 Estelle 极善于辞令时，Estelle 就将这种看法理解为这个成员因怀疑她的自我判断而作出的挑战。稍后，她在团体中恭维另一名女性成员：“Ilene，你是这里唯一曾问过我聪明问题的人。”很明显，Ilene 在听到这个令人困惑的恭维时感到十分不自在。

此时，我感到应该及时地去挑战已经形成的敌意和批评之习惯，我必须这样做。我问 Estelle：“你认为你对 Ilene 的说法，会让团体中的其他人感觉如何？”

Estelle 避免正面作答，但最后终于说别人可能感觉到被羞辱。我建议她向团体成员验证一下，她照着做了，并证实她的假设是正确的。不仅团体中的每一个成员都感到被羞辱，而且连接受 Estelle 特意恭维的 Ilene 也为那样的说法感到无所适从。然后我问：“Estelle，看起来好像你确实羞辱了团体，而且你也预料到这种结局很可能发生，我想知道你为什么还要这样做？你从其中得到了什么？”

Estelle 最后说出，这样做是基于两个原因：第一，“我宁可因羞辱他人而被拒绝，也不愿因为讨好而被拒绝。”这似乎是一种扭曲的逻辑，但也还可以理解。她的第二个说法是：“至少以这样的方式，我可以成为团体注意的中心。”我问：“像现在这样？”她点头。我问：“现在觉得如何？”Estelle 说：“感觉不错”。我问：“你生活中其他时间过得如何？”她坦白地回答：“是孤单的，只有这一个半小时有人出现在我的生活中。”我大胆地说：“那么，这个团体对你真的是重要了？”Estelle 点头。我评论道：“Estelle，你一直说，你之所以在团体中对别人吹毛求疵，是因为要保持绝对诚实。但假如你想和我们绝对诚实地在一起，我认为你也该告诉我们，我们对你有多重要，你有多喜欢在这里。这是你一直没有做的，我想知道你是否可以开始考虑，为什么向别人显示他们对你的重要性，会如此痛苦或是危险。”

此时，Estelle 变得软化了，而我也借机让她认清：敌意和挑衅真的对她构成问题。因此，我们提出她的这些行为的确对她有裨益（即在她表现出羞辱他人的行为时，我们立刻指出）。能与一个来访者达成这种协议是有帮助的。在未来的聚会中，治疗师可以与来访者对质，提醒来访者去注意某个行为。如果他们在这种聚焦和对质的过程中与治疗师结成联盟，他们就不太可能对这种干预采取防卫。

以上列举的许多治疗师行为的例子，看似精心设计、引经据典，甚至高瞻远瞩。它们并不像治疗师在治疗过程的其他方面所表现出来的不具批评、非指导、中立、澄清等典型行为。然而，无论如何，治疗师精心参与团体创造和文化塑造的任务是很重要的，这些任务是治疗师许多其他工作的基础，其重要性也是不言自明的。

现在该谈到治疗师的第三个基本任务：激活且阐释“此时此地”。

第六章

治疗师如何运作于此时此地

门诊病人的治疗团体以广泛、持久的行为改变和性格改变为目标，它和戒酒匿名会、心理教育团体、认知行为团体、癌症支持团体之间最主要的不同，在于它更强调“此时此地”体验的重要性。然而，所有的治疗团体，包括高度结构化的团体，都可以从团体治疗师的能力中受益以识别和理解此时此地。那些能意识到团体中所有成员之间关系细微差别的治疗师，更加擅长于处理团体事务¹。

在本书第二章我曾介绍了一些运用此时此地方法的理论基础，现在则将重点放在此时此地方法在团体治疗中的临床应用上。首先，也是我在整本书中所提到的最重要的原则：此时此地所产生的效用由两方面构成，任何单一方面均不具有治疗效能。

第一层面是体验性的：团体成员生活在此时此地，他们对团体内其他成员、治疗师和团体本身都会产生强烈的感受。这些此时此地的感受可能成为团体的主要话题。这些团体最为关切的事情与既往的历史无关。团体中的即时事件，比同时发生于团体之外或以往发生的事件都更为优先。这种聚焦于此时此地感受的做法，大大促进了每个成员的社会缩影的产生与发展；它促进了回馈、情绪宣泄、有意义的自我暴露和社交技巧的习得。团体变得更有活力，而且所有团体成员（不仅是某次聚会中的个别主角）都会热烈地参与到聚会中。

第二层面是历程阐释（process illumination）。此时此地的聚焦如果缺少了历程阐释这一方面，则功亏一篑。因为如果人际学习这一有效的疗效因子要发挥作用，那么团体必须对体验的过程加以确认、检视并加以理解。团体必须自我检视；审视自身的交流；也必须超越纯粹的体验而致力于体验的整合。

因此，此时此地的有效运用有两个步骤：团体存在于此时此地体验中，同时也回顾体验历程；形成一个自我反省的循环，来检视刚才发生于此时此地的行为。

若想使一个团体有效运作，此时此地的两个层面均非常重要。如果仅有第一层面，即此时此地的体验，虽然团体体验仍会十分强烈，团体成员会深切投入，情绪表达会很激烈，成员们在团体聚会结束时会一致赞叹“啊！这真是一种强烈的体验”，但是，这仅是一种稍纵即逝的体验，成员们还不具备认知的架构去保持他们的体验，去识别和改变他们的认知行为，且无法从他们的所学中得出结论，并推广到今后的生活中去。这一现象也正是几十年前许多交友团体领导者所犯的错误。

另外，如果仅有此时此地的第二层面——历程检视——则团体会失去它的活力和意义，团体治疗就会退化成为一种内容枯燥的理性训练。通常，过于严格、拘谨和疏离的治疗师会犯这样的错误。

由此可见，治疗师在此时此地中具有两项独立的任务：一项是激发团体进入此时此地；另一项是促成自我反省循环（或历程评论）。大部分引导团体进入此时此地的任务可由团体成员分担，而历程评论在很大程度上依旧是治疗师的任务，而其中原因我之后会进行讨论。

团体中大部分治疗师知道必须强调聚焦于此时此地。一项对经验丰富的团体治疗师的大型调查显示：他们绝大多数把此时此地的激活作为当代团体治疗的核心技能²。近期一项小型但严谨的研究发现，团体治疗师的诠释有60%以上聚焦于此时此地（不论行为类型或行为作用），近20%聚焦于历史成因，20%则聚焦于动机³。

历程的定义

过去本书中广泛运用的一个名词——历程（process），在法律学、解剖学、社会学、人类学、精神分析及描述式精神病学等领域中，各自有着特定的意义。在治疗师与来访者的互动式心理治疗中，历程也具有特殊的意义：它代表个体之间——成员和治疗师的互动关系的本质。对团体历程的完整理解必须将一系列因素考虑进去，包括每个成员的内部心理世界、人际互动、整体合一的团体力量以及团体的临床医疗状况⁴。

将历程和内容二者相对照是有益的。例如，有两个人正在进行讨论，内容由口头述说的清晰的字句、实质的论点和所引用的论据所构成，而历程则完全是另一回事，当谈到历程的时候，其实我们所关心的是：“这些字句、参与者的风格和讨论的性质告诉我们有关参与者之间的哪些人际关系？”

强调历程取向的治疗师，最关心的并非是来访者言辞的内容，而是来访者“如何”及“为何”发表这样的言辞，尤其是在用“如何”及“为何”来阐释该

来访者与他人的关系状况的范围内。因此，治疗师必须聚焦于言辞的无信息传递（metacommunicational）方面^{*}，并由人际关系的方面来思考为什么这个来访者会在这时对某人以这种方式发表这样的言论。一些信息的表达是口头的和直接的；一些信息的表达超越了语言本身（通过抑扬顿挫、音调变化、音高以及音色）；还有一些信息是通过行为表达的。辨别出交流的实际影响和交流者的本意之间的联系，是治疗过程的核心。

请看下述互动事例。在一次演讲中，一个学生举手发问：“弗洛伊德是哪一年去世的？”讲师回答：“1938年。”结果那个学生立即质问：“老师，不是应该在1939年吗？”这个学生问了一个他早已知道答案的问题，显而易见，他的行为动机并不是为了寻求答案。（当一个问题你已知道答案时，问题便不再成为问题。）我们可以这么推论，这件事的历程源于这个学生想炫耀他的知识，或他想要侮辱或击败那位讲师。

我们对团体历程的理解往往比个体咨询要复杂；我们不仅探求一句简单语句背后的历程，还追究一个或多个来访者所说的一连串语句背后隐含的历程。团体治疗师致力于了解，究竟这些语句的顺序告诉我们关于人际关系的哪些信息呢？例如，某个来访者和其他团体成员之间、团体成员派系之间、其他成员和治疗师之间、团体与其主要任务之间的关系。

以下临床实例可以进一步澄清此概念：

◆ **Burt** 是一个固执、盛气凌人、不可一世的研究生。在团体成立早期的一次聚会中，他大声指责整个团体，尤其是 **Rose**（一个不谙世故、倾心于占星学的美容师，同时也是四个孩子的母亲）。他叫喊着：“亲子关系渐渐沦丧了！”由于团体成员均有父母，而且许多人已为人父母，**Burt** 这一具煽动性的言论引起相当大的回响，随即产生的争论更耗费了团体所有剩下的时间。

严格来说，**Burt** 所发表的言论可被看做是内容。事实上，他的话正是团体中所发生的事的真实写照：团体成员们使 **Burt** 介入了一场关于亲子关系的善与恶的辩论中，这番讨论虽充满感情但却是理性化的，根本无法缩短任何团体成员和其

^{*} 元信息传递指信息传递中的信息传递。例如，我们比较一下：“关上窗户！”“你冷了吧，要不要关上窗户？”“我冷了，请您关上窗户好吗？”“为何窗户是开的？”这些陈述所包含的意义比简单的要求或命令要多得多；每一个陈述都有元信息传递，也就是说，包含了两个互动个体间关系特性的信息。

治疗目标之间的距离。事后，成员们对此聚会感到十分气馁，也为自己和 Burt 浪费了团体时间感到愤怒。

另外一方面，治疗师可以从许多不同的角度去考虑 Burt 言论的历程。

1. 为何 Burt 要攻击 Rose？他们俩之间的人际历程如何？事实上，数周以来，一股积压的冲突即存在于两人之间；同时，在以往聚会中，Rose 曾质疑为何 Burt 才华横溢，却 32 岁仍是个学生。Burt 则将 Rose 看做是只会生儿育女的庸妇，有一次，Rose 缺席，他还称 Rose 为“一匹母马”。
2. 为何 Burt 如此尖刻而且轻视他人？难道他总是靠着践踏别人才能来维护自己的自尊？
3. 假设 Burt 主要的目的是想攻击 Rose，为何他采取如此间接的方式？这是他特有的表现攻击性的方式，还是因为某种不明原因，Rose 的人格特质使别人不敢正面攻击她？
4. 为何 Burt 要通过这番明显具有煽动性且毫无辩护余地的言论，来引发团体对他的群起而攻之呢？虽然他每次所说的话不同，但这却是经常发生在团体和 Burt 之间的现象。为什么呢？在此之前，他曾多次处于相同的劣势。难道 Burt 只有以这种方式和别人相处时才最自在？他以往曾表示自己总是喜欢与人对抗。的确，他从前常常渴望团体中出现吵架骚动的场面，他早年的家庭环境很显然也是一个常有争吵的环境。对 Burt 而言，争吵是否是一种（或唯一可采取的）参与的方式？
5. 这次事件的历程可以从整个团体的更大角度来探讨，与团体相关的事件也必须被考虑到。过去两个月来，团体聚会的时间始终被 Kate 所占据，她是一个行为异常、不守常规且部分失聪的成员。两周前退出该团体时，她为了顾及颜面，曾表示如果获得一副助听器的话便会回来。是否可能团体需要一个像 Kate 般的成员，而 Burt 仅仅是一个填补了必要角色的替罪羊？

从冲突频频出现和乐于耗费时间去讨论与个人无关的主题这一点来看，团体是否在刻意回避什么？是团体成员回避真诚地讨论当 Kate 受到团体排斥时自己的感受，还是回避他们的内疚感和对怕遭受相同命运的恐惧感？抑或是想回避对自我暴露和亲密关系的预期危险性？这个团体是否通过 Burt（和 Kate）对治疗师在传达些什么？例如，Burt 可能首当其冲地承受了团体原本针对协同治疗师们的攻击。治疗师们外形冷漠，是带有犹太教派色彩的人，他们从不曾遭受过团体的攻击或质疑。他们的合作关系治疗关系迄今逃脱了所有批评。但团体中存在着对治

疗师无法直接表达的强烈负性感受，这些感受可能因为治疗师们没能给予 Kate 支持和他们在她退出团体这件事上的被动态度，而更加被激发。

在对许多历程的观察中，究竟哪一个是正确的？治疗师可以利用哪一个来进行有效的介入？答案当然是，任何一项或每一项都是正确的。它们彼此并不相抵触，而且每一项观察都是从不同的角度去看待互动的。然而，什么是关键？那就是对历程的关注，这种关注始于治疗师对互动中的主线的理解。随着每一项观察的澄清，治疗师可以协助团体聚焦于许多不同方面。那么，究竟治疗师应该选择哪一项的观察呢？

治疗师的选择应该以团体的一个主题需要为基础：团体当下的需要。究竟团体是处于哪一阶段？近来 Burt 是否受到过多关注，而其他团体成员则感到厌烦、疏离和被排斥？如果情况确实如此，那么治疗师最好要询问团体到底在回避什么。治疗师可以提醒他们在前几次聚会中曾进行类似的讨论，结果大家均感觉不满意。治疗师也可通过询问某个团体成员不积极参与与团体讨论的表现，来协助他说出重点。如果治疗师感觉团体沟通的间接性主要问题，那么他可以讨论 Burt 迂回攻击他人的方式，或是要求团体通过反馈来协助澄清 Burt 和 Rose 之间所发生的事。假如团体曾极力回避某重要事件（如 Kate 的离去），则治疗师有必要指出此点，并讨论大家对此共同保持缄默的现象。

◆在另一个团体中，Saul 因为极深的孤立感而前来寻求治疗。他对团体治疗的体验非常感兴趣，因为他觉得自己从未曾属于任何一个基本团体，即使在他原先的家庭中，Saul 也感觉自己像个外人。在生活中，他向来就是个旁观者，总是靠着冷冷的窗栏凝视着室内温馨欢乐的众人。

在 Saul 的第四次聚会中，一个名叫 Barbara 的女成员宣布她刚刚和一个在她生命中占有相当重要地位的男人分手了。Barbara 之所以接受治疗，是因为她无法维系与男人之间的关系，她在团体聚会时显得非常痛苦。由于 Barbara 以一种很沉痛的方式来表达自己的痛苦，所以整个团体都受到她情绪的影响，每个人都十分感动，我注意到 Saul 也在暗暗落泪。

成员们（除了 Saul）都竭尽所能地给予 Barbara 支持，他们递面巾纸，提醒她所拥有的美好特质，他们还向她保证她过去做了错误的选择，那个男人配不上她，幸好她摆脱了那愚蠢的小子。

突然间，Saul 插嘴说道：“我不喜欢今天团体中所发生的状况，也不喜欢团体被领导的方式。”（我想，这是一个针对我的毫不隐藏的影射），他接着表示团体成员对 Barbara 前任男友的指责是不公平的，他们并不清楚他是怎样的一个人，他们仅仅通过

Barbara 的眼光去了解他，而 Barbara 可能扭曲了他的形象（Saul 对这件事的抱怨其实另有原因，他曾于几年前离婚，他的前妻加入了一个妇女支持团体，而他本身则成为那个团体公认的蠢货）。

Saul 发表的意见自然改变了这次聚会的整体气氛，温暖和支持顷刻消失了，整个房间显得寒气逼人，团体成员间温馨的联结被破坏殆尽，每个人都如坐针毡。我感觉自己受到了无可非议的谴责，Saul 的立场在原则上是正确的，团体成员不该谴责 Barbara 的前任男友。

“内容”部分我们就谈到这儿，现在我们来检视这次互动的历程。首先必须要提到的是，Saul 所发表的意见有将他置于众人之外的效用，团体里的其他成员都沉浸于一种温暖、抚慰的气氛之中，而 Saul 却抽身旁观。回想当初他最主要的抱怨，是他从不曾成为团体的一员，他永远是个旁观者。这次事件切实地展现了这个情况是如何发生的。在此次聚会中，Saul 对自己所渴望加入的团体予以抨击，因此主动将自己放逐于外。

还有一个关键就是，不在于 Saul 说了些什么，而在于他没有说的部分。在团体之初，除了 Saul 之外，每个人都对 Barbara 明确表示衷心支持，我毫不怀疑地认为，Saul 内心是支持 Barbara 的，从他双眼充满泪水的这一事实就可以证明。但为何他选择保持沉默？为何他选择以批判的一面，而不是温暖、乐于支持鼓励的一面来发表意见？

通过检视整个互动的历程，我们可以发掘许多与 Saul 有关的重要问题。很明显，对 Saul 而言，要他表现出柔和、充满感情的一面，是非常困难的。他害怕当他成为团体的一员后会变得脆弱，暴露出他对依赖的渴望，进而迷失自我和他宝贵的个性。在一个充满攻击性、随时警戒、非常强硬的“诚实”（但这种诚实是有选择的：诚于表达负面的感情，而不表达正面的感情）拥护者背后，永远有一个柔和、顺从、渴求接纳与爱的孩子。

◆在一个由临床心理学实习生组成的体验性训练团体里，一个名叫 Robert 的成员诚恳地表示，他真诚地怀念一些一贯沉默的成员对团体的贡献。他接下来又询问两个一向安静的成员，是否有什么事是他或其他成员可做的，以便协助他们进一步参与到团体中。这两个成员和其他团体成员对 Robert 报之以令他气馁的攻击。他们提醒 Robert，他对团体并没有作出实质的贡献，聚会时他也常常保持沉默，而且从不曾在团体中真正表达过他的情感等。

若是以“内容”方面的标准来看，这个互动令人无所适从，Robert 表达他对团体中沉默成员的关怀，但是他的热心却受到沉重的打击。由“历程”的角度（也就是从关系的角度）来看，一切就极为合理了。团体成员都非常热衷于

权力的分配，他们对于 Robert 言论的真正反应是：“为什么要由你来邀请大家发言？难道你是这里的主人或领导者？如果我们允许你来批评我们的沉默并提出建议，我们不就承认了你对我们的支配力？”

◆在另外一个团体中，Kevin，一个专横独断的业务主管，在聚会一开始时，要求包括家庭主妇、教师、办事员及店员在内的其他团体成员，协助他解决他所面对的一个难题。Kevin 的难题是他接到上司的命令，必须裁掉 50% 的员工。换句话说，他得解雇 20 名下属。

由于问题的内容引起了大家的兴趣，团体花了 45 分钟来讨论问题的各个方面。例如，正义与仁慈，究竟应该保留那些能力最强的员工，还是那些家庭中人口众多或最难找到新工作的员工。虽然多数团体成员热烈参与讨论，而且所讨论的内容和一些人际关系的重要问题相关，但协同治疗师们仍然强烈地感到这次聚会没有效益。团体成员们都停留在“安全”的领域内，这样的讨论可以发生在晚宴或其他任何社交场合；而且，时间一分一秒地过去，可以清楚地发现 Kevin 早就长时间地考虑过这个问题的各个方面，因此，没人能够给他提供新的处理方式或建议。这次团体活动没能发挥真正的作用，相反，成为一种漫无边际的闲聊。

继续将核心集中于内容对团体是无益的，如此持续下去只会使团体成员更气馁。这次事件的内容，到底透露了哪些有关 Kevin 与团体成员之间关系的本质？在讨论进行当中，Kevin 两次提到他的薪资数目（超过其他人薪资的两倍）。事实上，Kevin 提出问题的整体人际效果，是让其他人注意到他的富裕和权势。

当治疗师回想起以往聚会中，Kevin 曾经屡次尝试与治疗师之间建立特殊关系（他曾向治疗师请教一些有关人事方面的心理测验专业知识），这个历程就变得越来越明显。在前次的聚会中，Kevin 就曾因为利用正统基督教派信仰去批评他人的行为，却绝口不提自己的婚外情和强迫性撒谎，因而受到团体成员严厉的抨击。在那次聚会中，因为他对别人的需求非常不敏感还被称为“感觉迟钝的人”。此外，Kevin 在团体中另外一个重要的行为特点，就是他的支配性，几乎必然地，他总是团体聚会中最活跃的中心人物。

有了对历程的这些认识后，让我们看几种可供选择的方法。治疗师可以将核心集中在 Kevin 希望取得特权的企图上，特别是他在前次聚会中大失颜面之后。治疗师运用一种非责难的述说方式来澄清事情的始末，可以协助 Kevin 意识到他对获得团体成员尊重和赞赏的强烈渴求。同时，治疗师可以一针见血地指出他行为中自我挫败的一面，即无论他如何尽力，都会导致相反的结果，团体成员会怨恨他，有时甚至嘲笑他。或许，Kevin 也故弄玄虚，让成员们分享他面对裁员难题的烦恼苦闷，来否认大家所给予他

的“感觉迟钝的人”的称号。至于该使用什么方式介入，则必须根据 Kevin 的防卫程度来决定：如果他显得很脆弱或敏感易怒，则治疗师可以强调他在前次聚会中必定受到过很大伤害；如果 Kevin 表现得较开放，则治疗师可以直接询问他，希望大家那里得到什么样的回应。

其他治疗师也许会选择打断有关内容的讨论，而询问团体成员究竟 Kevin 的问题和上周的聚会有何关系。或者，治疗师会选择引起大家对另外一种截然不同的历程的注意，即团体心甘情愿地允许 Kevin 周复一周地占据团体中心。凭借鼓励成员们讨论他们对 Kevin 这种专横独断的反应，治疗师可以协助团体开始探究他们与 Kevin 的关系。

请记住，治疗师在提问有关历程的问题前并不需要获得所有答案。治疗师可能以简单提问的方式开始：“你之前每次经历团体活动的感觉如何？”或者他们可能使用较多的推论：“你看起来好像对这个有想法。”在某些时间，治疗师的推断水平可以更高，并且干预也可更加准确：“Kevin，我有一种感觉——你在团体中渴望得到尊重，但上周有人说你厚颜无耻，这不会让你觉得尴尬吧？”

以历程为核心：团体的力量来源

以历程为核心——聚焦此时此地——并不仅仅是作为众多可用方法的选择之一，而应该是必不可少的，是所有有效互动团体的共性。我们可能常常听到以下类似的说法：“无论何人对体验性团体（治疗团体、交友团体等）有什么看法，它们强大的效果是不容否认的，它们为参与者提供了一种令人感叹的体验。”为什么这些团体如此强而有力呢？正因为它们鼓励历程探讨，以历程为核心正是这类团体的力量来源。

以历程为核心是体验性团体真正的独具的一个特色；毕竟，其中包含的许多社会认可的活动可让人表达感情、协助他人、给予和接受建议、发现自己和他人的相似性等。但还有什么地方容许甚至是鼓励深入地评论此时此地的行为和人与人之间当前即时的人际关系本质呢？恐怕只有在父母与年幼子女的关系中了，而且这种评论的流程是单向的。只有父母可以针对历程评论：“当我跟你说话的时候，不要转开头去！”“当别人在说话时要保持安静！”“闭嘴！”

想一想鸡尾酒宴会。想象面对着那些自恋的、自我陶醉的人，他们跟你交谈的时候上下打量着或者审视着你，寻找着更有魅力或更有吸引力的人。这种炫耀取代了真正的交友目的，我们大部分人会说：“和你交谈很高兴……”或者“我需

要添加饮料……”什么的。显然，鸡尾酒宴会不是演练历程之地。真诚地互相回应和历程导向的风格只会冲淡宴会的兴致。

历程评论在成人之间的社交行为中是忌讳的，常被认为是粗鲁或无礼的。对他人行为做直接的评论，往往意味着诱惑或轻浮的关系。当一个人批评他人的礼貌、姿势、言语、外貌时，这常常导致剑拔弩张。

为什么会这样呢？这些忌讳的来源是什么呢？Miles 在一篇经过仔细推敲的论文⁵中提出以下几点原因，解释为何历程评论在社交中是被忌讳的，这些原因包括有社会化的焦虑、社会规范、畏惧报复和权力维护。

社会化的焦虑

历程评论唤起团体成员与父母批评子女行为有关的早年记忆和焦虑。父母会对子女的行为加以评论。虽然有些历程是积极的，但更多的是苛责和对儿童行为的控制和改变。成人的历程评论经常会唤起以前的、基于社会化的焦虑，并且令人感觉对方在吹毛求疵。

社会规范

如果人们可以随时对他人的行为妄加评论，那么社交生活会变得危机四伏、矛盾冲突丛生或唯我独尊，让人无法忍受。成人之间的互动是一种默契，即许多直觉行为对其他参与者而言都将是无形的。每一方都我行我素，因为知道自己的行为不会受到他人注意（或控制）；此种安全感提供了他们在思想和行为上的自由度和自主性。每个人都不可能不停地想着别人在观察自己的行为，也不可能恣意进行评论。

恐惧报复

我们不能过分监视或目不转睛地盯着别人，除非彼此间的关系非常亲密，因为这种侵入势必会引发焦虑，同时我们能预料到会招致报复。对互动中的个体而言，除了刻意形成的系统，如治疗团体，我们无法测试及纠正对彼此的看法。

权力维护

历程评论会破坏专断的权威结构。工业与组织发展咨询顾问很早以前就知道，社会组织公开检阅自身的结构和历程会导致权力失衡，也就是会使阶级的金字塔倒塌。位于金字塔顶端的人不仅比较了解其专业，而且也掌握更多的组织信息，

使他们具有影响力和操纵权。他们不但具备独占权势地位所需的技能，他们坚实的知识，也使他们得以巩固其地位。一个机构中的权威结构越大，则对于历程进行公开评论的警戒就越严（例如，军队或教会）。如果想保有专断的权威地位，明智的做法则是禁止任何相应的历程观察和评论。

在心理治疗中，历程涉及治疗师的透明度、自我暴露，甚至私密关系；因而，许多治疗师因为他们本身的原因，拒绝使用这种方法。接受历程概念意味着承认治疗关系是双方共同创造的，并且彼此影响。

治疗师在此时此地的任务

在此时此地聚焦的第一阶段——激活期，治疗师的工作是引导团体进入此时此地，可利用的技巧有很多种，在这里我将简略地加以讨论。治疗师引导团体成员远离对团体外事件的讨论，而将精力集中于成员间的人际关系上。在团体创立早期，治疗师在此项工作上耗费了较多时间和心力，随着团体的进展，团体成员们分担了此项工作的大部分，聚焦于此时此地成为团体进程中毫不费力的自然一部分。事实上，在前一章所叙述的治疗师在团体中必须建立的规范，都会促进此时此地的聚焦。例如，治疗师制定了关于人与人之间质疑、情感表达、自我监督、视团体为重要信息来源等规范，都确实增强了此时此地的重要性。逐渐地，团体成员也变得重视此时此地，他们不仅以此为重点，还凭借许多方法鼓励其他团体成员们也这么做。

此时此地取向的第二阶段——历程阐释，则完全是另外一回事，许多力量会迫使成员无法与治疗师完全分担此任务。一个对历程发表评论的人，将使自己与他人分隔，并且被疑为“非我族类”。当一个成员提出他对团体中发生之事的观察时，他人常会对他自以为是地将自己的地位提升于众人之上表示不满（就如本章之前提到的 Robert 的例子）。举例而言，如一个成员表示，“今天团体中什么也没有发生”，或“团体被困住了”，或“没有人自我表白”，或“团体似乎对治疗师有很强烈的感受”。这无疑是引火烧身，其他团体成员的反感是在预料中的，他们会向他挑衅，要他设法“让事情发生”，或“自我表白”，或“谈谈他对治疗师的感受”。只有治疗师可以幸免于难，因为只有治疗师有权建议，也只有治疗师可以建议他人表露自我，而自己不用身体力行。

在整个团体生活中，团体成员们始终都在竭力争取在支配阶层中处于最有利的地位。有时围绕控制和支配的冲突很激烈；有时稍平静，但它从未曾消失。对此，

在治疗中必须同时探索，因为这是一个丰富的资源，对此的探索也可以防止团体成员陷入僵局。

有些团体成员为了权力赤膊上阵，有些则极富技巧；有些人虽渴望获得权力却不敢坦言，有些人则总是采取顺从、被动的姿态。任何团体成员将自己置于团体之上或之外的言论，必然会引发权力争执的反应，而不是来自对这番言论内容的考虑。治疗师也不能完全幸免，有些来访者对于受到治疗师控制和操纵异常敏感，他们发现自己处于自相矛盾的地位。一方面想向治疗师求助但却又无法接受协助，因为治疗师所说的任何话都被他们不信任的有色眼镜滤过，这是某些来访者特有的病态形态（该点对治疗而言是可用的素材），而非整个团体的普遍反应。

治疗师在团体中是一名观察员兼参与者，而观察员的身份使得他必须以一定的客观性去存储信息，去观察行为的顺序或周而复始的形态，去串联某一段时间内所发生的事件。治疗师是团体的历史学家，只有治疗师被准许采取一种时序的观点，并且得以免于被冠上抽离团体或提升自己于众人之上的罪名。他必须牢记每个团体成员的最初目标，及这些目标与团体中逐渐呈现明朗的事件的关系。团体治疗师是团体文化的承担者，支持和维护团体并推动团体向前发展⁶。

◆ Tim 和 Marjorie 两个团体成员发生了性关系，这件事最终也在团体中曝光了。团体成员对这件事有不同的反应，但没人像 Diana 那样进行强烈谴责。Diana 是一名 45 岁的新潮伦理学家，她批评他们两人破坏团体规则。对于 Tim，“以他的聪明才智不该做出如此愚蠢的事”；至于 Marjorie，“她不负责地漠视了她的丈夫和孩子”，而那个魔王治疗师（我）“只是坐视一切发生”。我最后终于指出，在她那令人生畏的连珠炮似的道德谴责中忽视了 Tim 和 Marjorie 的个人特质，他们充满了挣扎、疑惑和恐惧的特征已被 Diana 简单地定格。再者，我是唯一记得 Diana 寻求治疗原因（在第一次聚会时提出）的人；她需要有人帮她处理对 19 岁女儿的愤怒，她的女儿叛逆且正处于性的启蒙期，热衷追寻认同与自主。这种时序联系对团体而言只是小小的一步，但 Diana 借此了解到，她与女儿的冲突此时此地正在团体中上演。

许多时候，所有团体成员对于历程都很清楚，但是，他们无法加以评论，只因情况太紧迫，他们都还置身其中而不能抽身。事实上，通常即使处在远观位置的治疗师也因感受到压力而不敢轻举妄动。有时，无经验的治疗师或许会天真地认为，团体成员在团体中能自行解决某个问题，而这个问题是领导者自己都觉得比较棘手的。那通常是个错误：治疗师应该更能去说那些不能说的，并且能找到

两全其美的方式处理两难问题。语言对治疗师而言，就像手术刀对外科医生。

◆一名新手治疗师在带领一个由小儿肿瘤科护士组成的团体时（一个想减轻在她们工作中遭受的压力的团体），从团体成员间在第一次聚会时的眼神中，发觉年轻护士和保守的较年长的护士长之间，存在着一种不可言喻的紧张气氛。该治疗师认为，这个问题的关键，涉及权威与传统中的禁忌，由于非常敏感而可能一触即发，故不适合去干涉。他的督导者向他指出此问题的重要性，不可坐视不理。因为，如果连他都不敢去做，那团体中其他成员就更不可能去做了。

在下次聚会中，治疗师以较少引起防卫的方式提问，他先解释他本身对该问题进退维谷的困境，然后告诉团体，他感受到年轻护士和有权威的资深护士之间存在一种阶层的争斗，但是他却迟疑着不敢提出来，担心年轻护士们可能会否认或去攻击资深护士，而后者会受到伤害或决定迅速逃离团体。治疗师这番话非常有影响，而且使团体投入到对一个重要问题的坦然地、建设性地探讨中。

以一种平衡的、非责备式的方式去表达尴尬，通常是在团体工作中减少紧张最行之有效的方法。团体领导者不一定具备针对尴尬的完整答案，但他们确实需要能够明察秋毫并能一语中的。

我的意思不是说只有治疗师才能做历程评论，像我以后将要讨论到的一样，其他团体成员也绝对有能力从事这项任务。事实上，他们对事情过程的观察，有时比治疗师的观点更容易为团体接受。重要的是，他们必须不是因为自我防御而从事这项任务。例如，为了逃避来访者的角色，或用任何方式远离自身，或为了将自己的地位提升至其他团体成员之上。

在互动中，识别历程的能力可能是一种情感智力，也是团体治疗的重要成果之一（通常，对成熟团体的观察可发现，团体成员具有高程度的心理学头脑）。因而，成员学习辨认和评价历程是一件好事。更重要的是，他们并非因为防御的原因——例如，躲避来访者角色，或者逃离团体互动——而需要这种功能。

讨论至目前为此，我想说明：为了教学的目的，我故意夸大了两项基本的重点。这两个重点是：（1）此时此地取向是不追溯历史的；（2）此时此地体验和此时此地历程阐释之间有很明确的区别。

严格说来，不追溯历史是不可能的，每一项历程评论都涉及一个过去的行为（萨特曾经说过“反省即回顾”）。历程评论不仅涉及刚刚发生的行为，也通常与数周或数月间在团体内曾经发生的周期性或重复发生的行为相关。因此，治疗团体

的历史事件，都是此时此地的一部分，而且是历程评论基础中不可或缺的依据。

要求来访者经常回顾他们过去在团体中的体验，往往是很有帮助的。如果一个来访者认为，每次她信任一个人或表白自己的时候都会被利用，我通常会询问她在这个团体中曾经何时有此感受。对其他来访者，则可以根据有关问题鼓励他讨论一些经验，如他感觉何时与别人最亲近、最愤怒、最被接受或最被忽视。

我对反追溯取向（ahistoric approach）还有其他看法，就像我稍后将在其他章节更进一步讨论到的，没有团体能够保持一个完全此时此地的取向。团体常常会有脱离主题而进入个人历史和目前生活状况（彼时彼地）的情况。事实上，脱离主题是无可避免的。团体并非不处理过去，它对过去的处理方式不是去发掘、去拼凑和解释，而是利用过去来协助了解（和改变）一个人现在与他人互动的方式。

此时此地体验和历程评论之间的区别并非泾渭分明，二者间有许多重叠的部分。例如，低度推论（即反馈）既是体验也是评论，当一个团体成员提出别人拒绝注视她，或她对不断蔑视她的人很愤怒时，她不仅对历程提出评论，同时本身也牵涉到团体此时此地的情感之中。历程评论如同新生态氧，仅存在很短的时间，就很快地混入团体体验的洪流之中，并成为未来历程评论的素材。

例如，在一次心理卫生受训人员的聚会中（团体体验是团体治疗训练课程的一部分，见第十七章），团体成员 John 在聚会刚开始即叙述一些忧郁和自我感丧失（depersonalization）的强烈感受，结果团体立即给他提供了一些关于生活状态的实际建议，以取代对他烦躁不安的探索。团体领导者指出，在该历程中团体改变了话题方向，并询问 John 更多的感受。团体领导者的介入似乎很奏效，成员们变得比较情感投入，而且有几个成员还讨论到他们本身对自我表白的恐惧。

然而，接下来有几个成员提出与领导者相佐的意见，他们认为领导者对他们团体的表现不满，领导者在指责他们，而且通过他一贯别具用心的做法来操纵团体，从而使聚会本身的行为合乎他的预想。其他团体成员则提出异议，他们认为有些成员似乎是在挑战治疗师的每个举动。因此，团体领导者的历程评论，成为团体体验的一部分。团体成员对领导者的批评最初是针对历程评论，但随之演变成团体体验的一部分，并可对此加以历程评论。

小结

有效聚焦于此时此地有两个阶段：此时此地的体验和历程阐释，这两个阶段的结合，为一个体验性团体注入无比的效力。

治疗师在每一个阶段有不同的任务。首先必须使团体投入于此时此地体验中，

其次，要协助团体观察和了解在此时此地体验中所发生的历程，即互动所传递出的成员关系的本质。

第一阶段——此时此地的激活，将成为团体规范的一部分，而且团体成员将协助治疗师工作。

第二阶段——历程阐释，则较为困难。在日常社交中，对历程评论有极强的禁忌，治疗师必须能予以克服。历程评论的任务在很大程度上讲（不是绝对地）仍旧是治疗师的职责，并且像我即将要讨论的，历程评论由范围广泛且复杂的行为所组成——包括标定某一行为举动；归类一组行为；将一段时间内发生的行为组合成一种行为模式；从此时此地的行为识别中推断出该成员在更大范围内的行为模式；指出由病人的行为模式所造成的不利结果；进行较复杂的推论解释或阐释某些行为的意义和动机等。

激活此时此地的技巧

在这一节中，我要描述（但非指导）一些技巧，每一位治疗师都必须发展出一套符合自己风格的技巧。但更重要的是，他们必须充分理解所有技巧所依据的策略和理论基础。

第一步：我建议你时常牢记此时此地，当你这样做了一段时间后，你自然就会引导团体进入此时此地。有时我觉得自己像个牧羊人，在赶一群羊进入一个指定的活动范围中，我阻止那些误入歧途、沉迷于个人历史且不着边际的评论，并理性地引导他们回到指定的范围中。每当团体中有一项议题出现，我就想：“如何才能使这一议题与团体最初的任务产生关联？我怎样使它在此时此地重现？”我对于这点的坚持极为执着，并且在团体的第一次聚会开始就这么做。

试以一次典型的首次聚会为例。在尴尬的短暂停顿之后，团体成员通常会以自我介绍开始，在治疗师协助下，他们会解释为什么要寻求治疗，可能会讨论有关他们生活中的一些问题，或许是他们所遭受的不幸。我经常在聚会进行一阵子之后，在某一个恰当的时机介入，发表大意如下的讲话：“今天到目前为止，我们已做了不少事，你们每个人都分享了许多关于自己、关于痛苦和你们寻求协助的理由。但是，我总觉得还有些其他的事正在进行，那就是你们都在评估对方，并且形成对彼此的印象，每个人都在想自己与他人是否合得来。也许我们现在可以花些时间来讨论目前每个人所得到的结论。”这是一番未经修饰、直白的提示，我发现多数团体对这番清楚的提示反应良好。

治疗师把核心由外转内、由抽象转至具体、由普遍性转至个性、由个体转至人际互动。如果一个来访者描述与配偶或室友的一次敌对冲突，治疗师可以问他：“假设你对团体中某个人也是如此愤怒，那个人会是谁？”“你能预知你可能会与团体的中哪一位发生类似的争执吗？”如果一个来访者表示他的问题之一是撒谎，或是对他人有成见，或是他操纵着团体，那么治疗师可以问：“到目前为止，你在团体中主要说过什么谎话？”“你能描述一下，你对我们有什么样的成见吗？”“到目前为止，你操纵这个团体至何种程度？”

如果一个来访者抱怨一种不可思议且稍纵即逝的愤怒和自杀行为，那么治疗师可以向那个来访者强调，当同样状况发生于团体聚会期间时，应发出信号通知大家，以便团体找出原因，并弄明白这些体验与团体事件之间的关系。

如果一个团体成员说她的问题是太被动、太容易受他人影响，那么治疗师可以一针见血地问她：“在团体中谁最能够左右你，谁又最无法左右你？”

如果一个团体成员批评团体太礼貌和太圆滑，那么治疗师可以问他：“谁是团体中平和与圆滑的代表？”如果一个团体成员极度害怕表白自我，而且害怕受到羞辱，治疗师可以要求他指出他认为团体中哪些人最有可能嘲笑他。不要满足于“所有成员”这样的答案，要记得更进一步询问。有时也可修饰问题，使之更易被接受。例如，“在团体中谁最少取笑你？”

在以上每一个实例中，治疗师可以凭借鼓励其他人的反应来加强互动的深度。例如，“当你嘲笑他人时，你有什么感觉呢？可否试想一下？你是否时常觉得团体带有批判意味？这和你所认为的被左右、愤怒和太圆滑的感受有关吗？”。即使是用简单的技巧，像要求来访者彼此之间直接的交谈、运用第二人称（“你”）而非第三人称的代名词、相互注视等都是很有效的。

说比做起来容易！这些建议并非总会受到重视，对某些来访者而言，它们的确很具威胁性，治疗师此时必须通过运用最佳时机并试图去体会来访者当时的体验，来找寻减少威胁的方法。开始时应聚焦于正向的互动：“在团体中，你感觉谁最温暖？”“团体中谁与你最相似？”“很显然，你和 John 之间存在很强的情感反应，包括正向和负向两种，我想知道你最羡慕他哪一点？此外，你觉得自己最难接受他哪一点？”

◆一个老年来访者团体在精神病日间医院治疗抑郁症状，他们抱怨，他们内心充满了孤独和绝望感。活动的首个话题来自 Sara——一个 82 岁的大屠杀幸存者。Sara 对新闻报道中持续的偏见、仇恨以及种族歧视感到恐惧和无助，她回忆起战争期间被那

些对自己一无所知的人非人性化对待的遭遇。团体成员，包括其他的大屠杀幸存者，也跟她们有着相同的痛苦记忆。

团体领导者试图把团体从过度关注以前经历转入到此时此地。Sara 今天对团体诉说时正经历着何种感受，团体成员能体验她的真实感受吗？为什么她选择今天说出来了，而不是像她过去那样总是保持沉默？她意识到自己今天的不同了吗？其他成员识别出她今天的不同了吗？

团体活动的焦点会慢慢地从叙述绝望的记忆转到积极的互动、对 Sara 的支持，以及成员彼此间强烈的默契感。

有时团体成员会较容易以两人一组或小团体的形式，动得起来。例如，当他们知道另一名成员与自己有着类似的恐惧或担心，这个两人（或更多人）的小团体就能以较少威胁感讨论此时此地的担心⁷。这些可能自发地产生，或者由治疗师在成员间牵线搭桥。例如，指出某个成员暴露的关切同样也被另一个成员仿效。

条件语句和假设时态可以提供安全感和距离感，而且时常有惊人的推动作用，我在碰到初期抗拒时常会运用它。例如，一个来访者说：“今天我对 Mary 没有丝毫反应或感受，我只感到非常麻木和退缩。”我通常会这样说：“如果今天你不是麻木和退缩，那么你对 Mary 可能是什么感觉？”来访者通常可以欣然回答。如此假设的立场为来访者提供了一个庇护所，且能鼓励他直接诚实地回答。同样，治疗师可以问他：“假设你对团体中的某人不满，那个人会是谁呢？”“假设你和 Albert（另一个团体成员）约会，那可能会是什么样的体验？”

治疗师必须以明确的指导、做示范或强化有效反馈的方式来教成员们如何要求别人做出回应或给予回应⁸。不过一项重要的原则是，教育来访者避免笼统地看待人与事。例如“我是不是令人厌烦”或“你是否喜欢我”之类的问题通常都无确切的意义。通过以下提问，来访者可以了解到很多：“我做了些什么使你感到不悦？”“你在什么时候最注意和最不注意我？”“我的哪一方面（或我哪一方面的行为）让你最喜欢和最不喜欢？”同样，类似“你不错”或“是一个好人”的回应，远不如下面的回应有用：“当你诚实面对自己的感受时，我最喜欢你，如上周聚会中你说你被 Mary 所吸引，但却害怕她会嘲笑你。当你像今天聚会刚开始时那样不受个人感情影响，并开始去分析别人对你所说每一个字的意义时，我觉得与你最遥远。”（这些评论在个体治疗中也一样可用。）

阻抗会以各种形式出现，通常阻抗有多强，伪装就有多真，特别是在团体成立的初期。来访者对于治疗师此时此地的敦促的常有的反应是，竭力声称对团体

中每个人的感受都一样，也就是他们对所有团体成员感觉一样的温馨，或不对任何人感到愤怒，或受到全体同样程度的影响乃至威胁。这样的声明决不是真实的，不要被它所误导。你应该遵循自己当时的感受做进一步的探究，协助团体成员分辨自己的感受，他们将会暴露自己对不同成员的感觉有着细微差异。这些细微的差别非常重要，而且通常是整体互动关系的基础。我有时建议来访者拿起放大镜去看这些差别，并形容他们看到后的感觉是什么。通常阻抗是根深蒂固且精心炮制的，久而久之，习惯成自然，很难被察觉和纠正。

阻抗一般不是意识层面上的对抗，更多来源于意识之外的力量。有时候，当前任务对来访者来说是不熟悉和不舒适的，就像学习一门新的语言，一个人竭尽全力，才勉强能克服长久以来的陋习。治疗需要大量的技巧，正如下面研究的案例所展示的那样。

◆数月来，一个名叫 Claudia 的来访者一直不愿坦诚地投入于此时此地。Claudia 与团体互动的方式一贯是描述一些迫切的生活问题，这些危急的问题常常深深地箝制了团体。首先，团体成员感觉必须立刻处理 Claudia 所提出的问题；其次，他们必须小心谨慎地处理，因为 Claudia 曾明白地告诉他们，她需要倾其全力来克服此项危机，但她无法承受人与人之间质疑所带来的震撼。她会这么说：“现在不要逼我，我只能勉强支撑着。”改变此种模式的努力未能奏效，团体成员都对和 Claudia 相处感觉困难和气馁，每次 Claudia 将问题带到团体时，他们就畏缩起来。

一天，她以一贯的策略揭开团体聚会的序幕，表示在数周的搜寻之后已找到一份新工作，但是她坚信自己必定会失败并被解雇。团体认真但小心地探究她的状况，这一探究的过程遭遇了许多熟悉又暗藏危险的障碍，使得探索团体之外的问题显得极难进行。没有任何客观的证据显示 Claudia 在工作方面有失败的迹象，只是她似乎过分努力，每周工作 80 小时罢了。Claudia 所坚持的证据是未与她共同工作的人所无法验证的，如领班的眼神、别有用心的讽刺、对她不满的态度、办公室里经常弥漫的气氛，和未能达到她（自行制定且不切实际的）营业目标等。团体成员能相信 Claudia 吗？Claudia 是一个非常不可靠的观察者，她总是看轻自己，并且低估自己的成就和能力。

治疗师询问到，“对我们来说，验证你在工作中是否有失败的迹象是很困难的，但是，我想问你另外一个问题：Claudia，你认为自己在团体中的努力应该获得什么级别的成绩？团体中每一个成员应该获得什么级别的成绩？”这个问题将整个历程推到此时此地之中。

Claudia 不出所料地给自己一个“D -”的成绩，并主张自己至少应该在团体中再

待8年；至于团体中其他成员，她都给予较高的成绩。治疗师的反应是，给予 Claudia 一个 B 以奖励她在团体中的努力，并指出这么做的理由：Claudia 对团体的投入、全勤、乐于助人、不顾焦虑与困顿仍努力工作。

Claudia 一笑置之，认为这个插曲仅是一个谎言或一种治疗手段，但治疗师严肃地坚持。于是，Claudia 坚称治疗师是错的，并指出自己在团体中的缺点（讽刺的是，其中之一就是回避此时此地）；然而，Claudia 与治疗师间的意见相佐，这和她长期以来坚持并经常提到她对治疗师的全然信任是自相矛盾的（Claudia 声称自己不信任其他成员，只信任治疗师的判断，将其他团体成员所给予的回馈视为无效）。

这番介入非常有用，使 Claudia 自我评估的历程由一排扭曲自我知觉的哈哈镜，转移至团体开阔且充满活力的舞台。团体成员没有必要再接受 Claudia 对上司的怒视和隐微讽刺的感受，而上司（治疗师）就在团体之中，互动过程完全呈现在团体面前。整个互动过程对团体都是可见的。发现不可信的彼时彼地背后此时此地的经验，为 Claudia 解开了治疗程序。

我一直对每个团体和每次聚会中蕴藏的许多丰富信息感到敬畏。团体成员每个情感表达下都有着未现形的和难以启齿的层层感受，如何去开发这些宝藏呢？有时，在聚会中一段长时间的静默之后，我会表达这样的想法：“只要我们去发掘，今天的聚会就有许多对我们非常宝贵的信息。我想知道我们每个人能否告诉团体，在这段静默中自己想说却没有说的想法。”

如果治疗师从自己先开始或参与其中，那么这项训练会更有效。大量的经验支持这一原则，即治疗师如果采取明智的和适度的自我暴露，把治疗关系中的此时此地定格为中心，就能提高治疗效果，并且促进来访者的探索和开放⁹。例如：“在沉默之中我感到心神不安，一方面想去突破它，又不愿意浪费时间；另一方面却感到愤怒，为什么每次都需要由我来为团体做这件事。”“Mike，我为自己又要落入你我之间的抗争感到很烦恼。这其中的许多压力和愤怒令我不舒服，但我又不知道该如何去了解和解决它。”

尤其当我感觉在某次聚会中尚有许多未明说的事实时，我常会使用一种颇为成功的技巧。例如：“现在是六点钟，我们还剩个半个小时，现在我要你们想像现在已经六点半了，而你们正在回家的路上，你们对今天的聚会有什么感到失望的地方？”

治疗师在团体中的许多观察都是高度推论性的，其准确性并非关键所在，只要你坚持不懈地引导团体从不得要领的彼时彼地回到此时此地，那你的运作就正

确了。例如,团体把时间耗费在一次不具效益的聚会上,讨论枯燥无趣的某次宴会,则治疗师会质疑他们是否在间接暗示此次团体聚会的状况。当然没有办法能确定治疗师的质疑是否准确,在这一案例中正确必须是相对的。随着将团体对彼时彼地的注意力转移至此时此地,治疗师就为团体完成了一项服务——一项与强化相一致,最终将带来一种最大程度有助于治疗的凝聚的、互动式气氛的服务。因此,治疗师任何干预措施的准确性,须通过能否使团体将注意力聚焦于自身来衡量。

根据这项原则,当团体长时间讨论健康不佳的主题以及成员在生病期间长期卧床而产生的罪恶感时,治疗师可以提出以下问题:“实际上你们是不是在猜想我(治疗师)最近生的病?”或者,团体成员突然一心想着死亡的主题,以及曾遭受的失落感,治疗师可以询问他们是否对团体即将到来的四周的暑假感到忧虑。这些事例说明,团体领导者试图让公开表达的内容和与团体有关的潜在表达相互联系。

很明显,假如团体成员对治疗师最近一次缺席、即将到来的四周假期的暗示早已彻底想通,那么这些介入就变得毫无意义了。技术过程和任何传统心理治疗的构思并无差别,面对大量的纷繁讯息,治疗师从中选择、增强并且阐释他认为当时对来访者最有帮助的方面。并非所有梦境或一个梦境的每一细节都受到治疗师的关注;然而,当梦境中有某个能说明来访者目前特殊问题的主题时,治疗师会热切地加以探索。

在这里隐含了一个假设,治疗师知道在某一特定时刻,什么治疗方向对团体最有益。就我们所了解的,这并不完全正确,最重要的是,治疗师提出一些广义的原则,这些原则能为团体成员提供最终有益的方向:这正是掌握在什么地方一组疗效因子是必要因素。

在激活团体时,治疗师常会从事相辅相成的两项行动:引导团体进入此时此地,同时,打断团体正谈及的内容。团体成员对这样的干扰经常会感到不满和排斥,治疗师必须顾及团体成员的这些感受,因为它们也是此时此地的一部分。治疗师经常很难去打断谈话。在社会化的早期经历中,我们学到不可以插嘴,不可以突然转换话题。而且,有时团体中每一个成员都似乎对正在讨论的话题兴趣盎然。尽管治疗师明知团体并没有在工作,但他们要对抗团体趋势也并非易事。正如第三章所言,社会心理学的小团体研究强有力地证明了团体压力的强大力量,谁要与团体的一致意见唱对台戏,那需要相当大的勇气和坚定的信念。

我个人的经验是,当治疗师面对这种困境时,若能向团体表达正负两面的感受,就能增加来访者的接受度。例如:“Lily,当你说话的时候,我感觉很不自在,我

有一些强烈的感受，其中之一是你正陷于一种对你十分重要和痛苦的状况中。另外一个感受是，Ben（团体新成员）几次聚会以来尽了很大的努力想加入这个团体，但团体似乎并不欢迎他，而在其他成员加入时，团体内并没有发生类似情况。你觉得为什么现在会是这样的呢？”或者，“Lenore，当你开始说话的时候，我有两个反应，第一是我很高兴你现在能够在团体中自在地参与；第二是，由于你所说的话太深奥，而且与你个人差距太大，会使团体很难做回应。我很想知道过去几周你在团体中有什么感觉，哪几次的聚会、哪些主题最能吸引你？你对这里不同的成员有什么反应？”

当然，这类的激活的方法有许多种。（我将在第十四章叙述一些在团体结构与程序上的基本变式，以促进短期专业团体中的此时此地互动。）但是，在这一章中，我的目标并非是提供技巧大纲，我叙述技巧的目的，只是为了解释激活此时此地背后的原则。这些技巧或团体策略只是手段而非目的。未经思考地运用它们填补空隙、使团体变得有活力、使成员顺从于领导者的引领，虽引人入胜，但对团体而言毫无建设性意义¹⁰。

整体而言，领导者的活动力与疗效之间的关系是倒U型曲线式的（过多或过少活动均会导致治疗失败）。领导者所做的事过少，会造成一个痛苦挣扎的团体；领导者做的事过多，则会形成一个不独立的团体，成员们会过分依赖于领导者给予协助。

记住，纯粹的促进互动并非技巧运用的目的。步调过快的治疗师会随心所欲地运用精工细作来营造互动、情绪表达和自我表白，可说是完全没有把握重点。任何阻碍令人满意的人际关系发展的情绪，诸如阻抗、恐惧、警戒、不信任等，都必须被允许表达。此刻的目标并非创造一个运作巧妙、高效率的社会组织，而是一个运作顺畅、足以产生足够信任感、使每个成员能展现其社会缩影的组织。逐渐克服改变的阻抗是产生改变的关键。

因此，治疗师不该回避困难，而应克服阻抗。Ormont曾确切地指出，虽然我们鼓励来访者深深地投入于此时此地，但我们能预料到他们会失败，会违反约定。事实上，我们就是要他们失败，因为我们希望通过这些失败，让每个成员能辨认出各自对于人际亲密的特定阻抗，最终去除这些阻抗。这其中包括各人的抗拒风格（如：疏离、争斗、转移、自我关注、不信任）及各人对于人际亲密的内在的恐惧（如冲动、遗弃、吞没、脆弱）¹¹。

历程阐释的技巧

当来访者被成功地引导进入此时此地互动模式之后，团体治疗师必须致力于使这种互动方式有利于治疗。这个任务很复杂，而且由几个阶段所构成。

- 来访者首先必须认识到他们正和其他人进行某种互动（从简单的活动，到随后一长段时间的复杂行为模式）。
- 然后，他们必须了解自己的行为对他人所造成的冲击，以及如何影响他人对自己的看法，这些看法如何再影响自己对自我的关怀。
- 他们必须决定对自己一贯的人际关系模式是否感到满意。
- 他们必须培养改变的决心。
- 最后，他们必须巩固已改变的部分，并且使改变由团体内部转移到来访者将来的现实生活。

在每一个阶段，治疗师均可运用一些特定的认知性灌输来激活历程评论，我会按照顺序描述各个步骤。治疗师如何辨识历程？治疗师如何协助来访者设定一个历程取向？治疗师如何增加对于其历程评论的接受度？

辨识历程

治疗师协助来访者理解历程的前提，当然是治疗师自己必须先学习去认识它。换言之，我们必须能够在团体互动时独自反思：“为什么他在这个特殊的时间和场合进行这样的自我展现？”有经验的治疗师可以很自然、轻松地从一个不同的角度来观察团体的历程，包括特定个体的互动与团体中的发展问题（见第十一章）。观察问题着眼点的差异是团体中来访者与治疗师角色最主要的不同之处。看看下面这些临床阐释：

◆在一次团体聚会中，Alana 说出了许多沉重而深层的隐私。团体被她的叙述所感动，花费了很多时间去倾听，协助她述说得更详尽，并且给予她支持。在参与这些活动时，团体治疗师也进行了很多思考。例如，治疗师可能会觉得奇怪，在全体成员之中，为什么总是 Alana 首先表白，而且表白得最多？为什么 Alana 总是在团体中担任被成员们抚慰的角色？为什么她总是必须表现得很脆弱？为什么是今天？在上次聚会团体里发生冲突后，原本预期 Alana 会感觉愤怒的，但她却自动暴露自己的脆弱之处，难道她是在逃避表达自己的愤怒吗？

◆在另一次团体聚会即将结束时，年轻、非常脆弱且曾经历过相当多情感剧变的来访者 Jay，表白他是同性恋者，这是他头一次从封闭中走出来。在下次聚会时，团体成员鼓励他继续说下去，Jay 尝试按着他们说的去做，但却激动得语无伦次，他困扰且犹豫着。就在那个时候，Vicky 以一种干脆利落的无礼态度打破僵局说：“如果没有人要开口，我有一个问题。”

Vicky 是一个 40 岁具有攻击性的出租车司机，她寻求治疗的原因是社交生活上的寂寞和痛苦。接着，Vicky 喋喋不休地叙述着她的不受欢迎的姑妈来访时的琐碎情况。对于一名经验丰富、历程取向的治疗师而言，“我有一个问题”这句话是一个双关语，Vicky 的行为远较其言辞更清晰地道出“我有一个问题”，她的问题就表现在她对 Jay 的敏感度不足上。而 Jay 是在几个月的沉默之后，才终于鼓起勇气发话的。

要教会一个初学者如何去辨识历程并不容易，治疗师教育中一个重要的目标就是获得此种观察能力，而且这是一个没有终点的过程；在整个职业生涯中，逐渐增强对团体讨论深层意义的洞察能力，观察力的增强会提升治疗师对聚会的强烈兴趣。通常，在观察团体聚会时，初入门的学生比有经验的治疗师更容易感到没意义、较简单，且没那么有趣。

有些特定方法可以促进初学者辨识历程。请你注意眼前纯粹的非语言资料。谁选择坐在哪儿？哪些成员坐在一块儿？谁选择靠近治疗师而坐？谁坐得离治疗师很远？谁坐在门边？谁准时来参加聚会？谁习惯性地迟到？谁在说话时注视着谁？有没有哪些成员在对其他成员说话时，眼睛却望着治疗师？如果如此，他们是通过和其他人说话来与治疗师联结，而非彼此发生关系。谁在看表？谁懒散地坐着？谁打哈欠？成员们是否一边口头上宣称对团体极有兴趣，一边将座椅拖离中心？谁依然穿着外套？着装上和外貌修饰的改变通常暗示来访者或者整个团体氛围上的变化。一个油腔滑调的、好依赖的男子，可能通过改穿牛仔裤和运动鞋——而不是平时所穿的职业装来参加团体活动，以此表达他对领导的反抗。

不停地变换姿势可能表示不自在，如跷脚是一种常见的焦虑信号。非语言行为的确常常表现出一个人未曾自我觉察到的感受。治疗师通过观察和教导团体成员观察非语言行为，以此来加速自我探索的历程。

假定每一次交流在个人的人际活动中都有意义，并且表现出个人特征。那么，治疗师可以把自己的反应当作对每个来访者收集信息的来源¹²。也可以注意团体成员从他人那里得到的反应，哪些是大多数成员共有的反应，哪些又是某个成员独有的或者特殊的反应¹³？

有时治疗师不仅要注意团体成员已经说出来的话，还要注意被忽略的东西，这样才可以澄清整个历程。例如，某个女来访者提供建议、忠告或反馈给男来访者，却从不对团体中其他女来访者这么做；团体成员从不向治疗师提问或质疑；团体成员从未被提及的话题（如性、金钱和死亡等三大禁忌）；从未受过攻击的来访者、从未被支持或关切的人。这些忽略都是团体互动历程中的一部分。

◆例如，在一个团体中，一名成员 Sonia 提到她觉得别人不喜欢自己，当被问及是谁的时候，她选择了 Eric——Eric 是一个不合群的人，只和那些对他有用的人交往。Eric 立即愤愤地说：“为什么是我？告诉我，我对你说过什么话而让你选择我？” Sonia 马上说：“就是这点，你从不跟我说话，从不向我提问，从不和我打招呼，对你而言，我根本不存在。”很久以后，当治疗即将结束时，Eric 提出这次事件对他是一次特别强烈的和具有启发性的指导。

在研究某种荷尔蒙的功能时，生理学家常常通过切除分泌此种荷尔蒙的内分泌腺，来观察荷尔蒙不足的有机体会有什么变化。同样，在团体治疗中，我们可以通过观察某个团体成员缺席时团体此时此地活动的历程，来了解该成员在团体中所担任的角色。例如，假设那个缺席的成员很具攻击性和竞争性，那么团体可能有被解放的感觉；原本因为那人 在场而感觉被威胁和受束缚的成员，可能突然变得活泼起来。相反，假设团体一向依赖那个缺席的成员来承担自我暴露或诱哄他人发言的重担，那么，他的这次缺席会使成员们觉得无助与备受威胁。通常，这个成员的缺席会暴露出大家以前不曾觉察的人际情感，治疗师可因此而得到进行治疗的机会。他可以鼓励团体成员在当时及在以后那个缺席的成员在场时，讨论对他的感受。一种常见的应当避免的误解是，当某团体成员缺席时我们谈论他，这在礼貌上和社交上都是错误的。这不是“在某人背后议论”，也不是落井下石，我们要做的是在下次团体活动时，与那个成员分享这样的讨论。

同样，对于治疗师的许多感受，通常曾在治疗师不在场时或由协同治疗师主持的聚会中显现出来。一位领导者曾带领过由一名女性和几名男性心理卫生专业人员组成的训练团体。这名女性成员习惯性地坐在离门口最近的座位上，在团体中的感觉一直还算自在，直到治疗师出差的那天。在一场预定的没有领导者在场的聚会中，团体成员较往常更加肆无忌惮地讨论性感觉和性经验，而那几名女性成员脑海里渐渐浮现出各种可怕的幻想，想象其他成员将她锁在室内，然后袭击她、轮流强暴她。她体会到治疗师的在场带给她的安全感，使她能够抵抗对其他成员

未加克制的性行为的恐惧，同时也能对抗她自身性幻想的涌现（她也了解了自己总是占据门边座位的原因）。

运用种种可能的方式，去了解沟通中所蕴含的人际关系信息，去寻找他们语言和非语言行为之间的不一致。对不符合常规的互动情况要特别保持好奇心，例如，当一句回答所显示的情绪强烈程度显得与问话不对等的时候，或是当回答似乎完全文不对题或是根本没有道理时，治疗师要去寻找几种可能性，并列扭曲（回应者没有确切理解信息发送者的意思）、隐含讯息（回应者实际上并非针对明示的内容回答，而是针对沟通的另一层次），置换（回应者并没有针对目前的互动做出反应，而是对以往的互动所衍生的感受做出反应）等。一种不成比例的强烈的情感反应——被某个成员戏称为“一份夸张的情感”——可能是浮于水面的冰山一角：蕴含着深层的历史宿怨。

常见的团体紧张状态

记住，每个治疗团体中总会存在或多或少的紧张状态。例如：这些为争取竞争优势的紧张状态，相互支持与同僚间竞争的对立，贪婪和无私帮助他人之间的对立，对投身于团体温暖怀抱的渴望与失去个人宝贵自我的恐惧之间的对立，期望独立和留在团体中之间的对立，希望他人改善和害怕落后之间的对立。有时，这些紧张状态会沉寂数月，直到某个事件唤醒它们，才会爆发出来。

治疗师绝不能忘记这些紧张状态，它们无处不在，并不停地为团体互动添加燃料。对这些紧张状态的认知往往可增进治疗师对历程的辨识。例如，紧张状态最强的隐蔽来源之一是支配权的争夺。在本章前部，我曾描述有位治疗师在努力引导一名成员进入此时此地时，曾就他在团体中所做的努力给她评了一个成绩，这次介入对该成员十分有效，但故事还没完，这件事使团体中余波荡漾。在接下去的一次聚会中，有两个成员要求治疗师对他在前次聚会中对他们的评价加以澄清。由于那些话在本质上都很具支持性而且非常直接，治疗师在被要求澄清时感到十分困惑。在深入探究之后，治疗师才发现，那两个来访者和其他成员也在要求治疗师给他们评分。

◆在另外一个由不同训练阶段的心理卫生专业人员组成的体验性团体中，领导者对于 Stewart 的团体技巧印象十分深刻，Stewart 是团体中年纪最小、资历最浅的成员之一。治疗师向团体述说他的假想，他认为 Stewart 不可能才刚开始接受训练，因为他的表现好像是一个有着十几年经验的老手。这番评论引起团体成员很大的紧张不安，

而且很难被团体所遗忘，直到数月之后仍被一再提起，愤怒之情很难平息。治疗师所做的那番评论可说注定了 Stewart 的厄运，因为从那次以后团体就习惯性地向他挑衅。治疗师对一个成员给予肯定的评价或评论，很可能会引发手足相争的感受。

支配权之争的激烈变动始终贯穿在团体历程当中，在团体开始之初，成员们运用手段争取权力地位的情形特别明显。一旦阶层组织建立，则争端可能会暂时沉寂，但每逢事端则又会波涛涌动，例如，当有些成员因为治疗而开始变得过分自信，继而就会向既定权威秩序进行挑战。

当有新成员加入团体，特别是当不了解自己位置、不能谦恭地寻找并尊重团体规则的具有攻击性的新成员加入时，可以确信争夺支配权的战争会硝烟再起。

◆团体中一名老成员 Betty，她感觉深受 Rena 这个具有攻击性的新成员的威胁。在几次聚会之后，当 Betty 提到她无法坚持已见的重要课题时，Rena 尝试着去协助 Betty。她声称自己过去也有过类似的问题，然后提出一些自己曾经用来克服这一问题的方法，Rena 向 Betty 保证，如果她继续在团体中公开讨论这一切，那么她同样会获得相当的信心。Betty 对这件事的反应是愤怒并沉默着，其严重程度竟达到使得她不得不在数次聚会之后才能够去谈论和表达自己的感受。对于不知情的观察者而言，Betty 的反应可能会显得莫名其妙；按照 Betty 在团体中的资历，和 Rena 对其资深地位的挑战看来，Betty 的反应完全是可以预料的。她并非在回应 Rena 公然伸出的援手，而是在回应 Rena 的隐含讯息：“虽然你在团体中待的时间比较久，但我比你更进步、更成熟、更了解心理治疗的历程，在团体中也比你更具优势。”

◆Bea 是另一个团体中自信且言词犀利的女性，数月来都是团体中最活跃最具影响力的一员。Bob，一名精神科社工，初到团体的新成员（但他没有向团体反映这一事实），在自信与言词方面也和前者一样。在初次团体聚会中，他热烈且清晰地描述生活状况，并深深地触动了其他成员，而 Bea 的反应却是“你在哪里受的团体治疗训练？”（注意，不是问“你有没有接受过团体治疗训练”或“听起来你对自我的剖析很有经验”。Bea 的这番言词清楚地暴露了支配权之争，她是隐含地说出：“我已经看出你的把戏了，不要以为你这些拼拼凑凑的话可以骗过我，你要赶上我还远得很呢！”

主要任务和附带满足

主要任务（primary task）和附带满足（secondary gratification）的概念以及存

在于两者之间动态的紧张状态，为治疗师辨识历程的方向提供了便利（而且正如在后面我会讨论到的，这也是辨识来访者抗拒历程评论背后的因素的指南）。

首先澄清一些定义。来访者的主要任务，就是要达到他最初的治疗目标：解除痛苦、与他人有较为良好的关系或是生活得更充实、更完整。然后，如果我们对它进行仔细核对。这项任务常会变得更加复杂。有时，来访者对其主要任务的想法会随着治疗的进行而出现相应的改变。有时，来访者和治疗师对于主要任务的想法有很大的差异。例如，我知道有一些来访者口头上表示他们的任务是解除痛苦（好比焦虑、抑郁和失眠），但事实上却存在着性质迥异、更深刻而且问题更大的目标。例如，一名妇女希望通过治疗变得很健康，甚至在“心理健康”上可以超越他人，比她的对手更出众；另外一个来访者想要学习如何更有效地操纵他人，还有一个来访者想要学习如何更有效地欺骗别人。这些目标可能是潜意识的，即使是有意识的，也被巧妙地隐藏在其他目标之后。这些目标并不包括在来访者与治疗师最初拟订的契约之中，但是它们却对治疗工作造成了广泛的影响。事实上，有些来访者必须在经历长时间的治疗之后，才有可能形成一个确切的主要任务¹⁴。

虽然主要任务可能随着治疗的发展而改变，但来访者在开始时对主要任务会有某些清楚的概念——通常是解除痛苦。利用第十章讨论的方法，在团体开始之前的准备阶段或在最初的几次聚会中，治疗师可使每个来访者了解，他在团体中必须做什么来实现各自的主要任务。一旦团体治疗开始，就会出现一些怪异的现象，来访者会故意妨碍完成主要任务。来访者明确的改变愿望背后常常深藏着对旧的熟悉的行为模式的依赖。通常识别这种依赖是修通的开始。

一些临床案例可解释这些自相矛盾的状况。

◆Cal，一个年轻人。他因为对吸引团体中的女性成员有兴趣。而刻意表现得温文尔雅和魅力十足。他隐藏自己尴尬的、想变得沉着冷静的渴望、对女人的恐惧和对团体中其他男性的羡慕、他绝口不提自己强迫性自慰和偶尔的窥淫行为。当另外一名男性成员讨论他对团体中女士的轻蔑感觉时，Cal（因竞争对手的撤离而感觉庆幸）对他的坦白表示赞许；当另外一个成员很焦虑地述说同性恋的幻想时，Cal隐藏起自己的类似幻想而给对方抚慰。他闭口不谈促使他寻求团体治疗的议题；再也没有什么比表现

* 这些现象对聚焦于刚开始的主要症状或对目标的效果研究有极大的妨碍，因为效果研究只是评估来访者在最初目标上的改变。正因为这一原因，有经验的治疗师对现在心理健康维护机构坚持的每隔几次就对初始目标进行评估的举措感到不能接受。如果使用更为全面的全球疗效问卷调查，如疗效调查问卷⁴⁵，就可以为治疗师提供更有意义的反馈，以确保治疗的成效与来访者保持一致。

得沉着冷静更重要的了。

另外一个成员倾其全力塑造自己心思灵敏又知识渊博的形象，她经常以微妙的方式不断与治疗师唱反调。当治疗师想给予协助时，她表示蔑视；当治疗师想诠释她的行为时，她变得非常愤怒。当治疗师反映说，她令他感觉自己没有任何有价值的东西可以帮助她时，她似乎最为高兴，并兴高采烈地说：“或许你应该加入一个治疗团体，去解决自己的问题。”

还有一名成员在团体中令人生羡，因为他的女朋友是一位美丽的女演员，他乐于在团体中传阅她的照片。对他来说，她是他的一个展示品，也是他优越禀赋的实证。当有一天她突然离开他时，他感觉十分屈辱而退出了团体。

以上这些例子的共同之处是什么呢？每个来访者都把优先权给了一些随团体而生的附带满足上，而不是主要任务之上，包括与另一个成员的关系、来访者想要塑造的形象，或在团体中扮演在性方面最受人倾慕、最具影响力、最明智、最卓越的角色。以上的案例中，来访者的病症对其主要目标的追寻构成阻碍，将他们的精力由治疗转移到追求在团体中的一些满足上。如果这种此时此地行为可供探究——如果来访者能从团体的母体中跳脱出来，对自己的行为做较冷静地观察——则整个历程可被视为良好治疗的一部分。但是，这样的结果并没有发生！在以上这些事件中，满足的重要性皆高于应该完成的工作。病人隐瞒讯息，粉饰自己，拒绝接受治疗师的协助，也拒绝协助他人。

这在个体治疗中是很常见的现象。很久以前，弗洛伊德说病人想留在治疗中的渴望，超过他想被治愈的渴望，因为治疗师能满足来访者被协助、被倾听和被呵护的愿望。在这方面，个体治疗和团体治疗在量上有着极大的差异。个体治疗的形式非常狭隘，团体则提供了多面的满足，其范围之广使得团体成为一个社会缩影，它几乎囊括了个人生活的每一项社会需求的满足，并且它所提供的满足通常是无法抗拒的；我们想要支配、被赞许、被爱、被尊敬等的社会需求是如此强而有力。对一些人而言，心理治疗团体只提供令人满意的关系，而不是成为构造他们生活中更佳人际关系的桥梁。这为特殊人群带来了临床挑战，比如老年人，他们减少了在治疗团体之外与人联系的机会。遇到这种情况，在短期的高强度治疗阶段后，提供持续的、非频繁性的支持性活动，可以每月一次，可能是回应到结束治疗的阻抗的最佳方法¹⁵。

主要任务与附带满足之间所存在的紧张状态，是否只是我们所熟悉的阻抗及付诸行动差不多的另一种说法呢？如果说，对附带满足的追求阻碍了治疗工作，

那它的确可被称为是阻抗。然而，我要强调其中的细微差异。阻抗通常为的是避免痛苦，很显然，从这一观点看来，阻抗在团体治疗中较为显著，既存在于个人层面，也存在于团体层面。但我想要强调的是，在治疗团体中，成员可获得很多附带满足的机会。治疗工作经常发生出轨的状况，并非因为来访者过度防卫引发的焦虑所致，而是由于他们发觉自己不愿意放弃满足。

通常，当治疗师对治疗团体进程中的事情感觉困惑时，区分主要任务和附带满足之间的是最有用的。如果你问自己，“这次来访者是否在为完成其主要任务而努力”，情况就会清晰起来。当附带满足取代主要任务的情况已十分明确，并已对介入构成抗拒时，提醒来访者他的初衷——即为何来寻求治疗——是治疗师最有效的技巧。

同样的原则也可以应用到整个团体之上。可以说，团体的主要任务是由发展和探询每个成员与其他成员、与治疗师、与团体整体之间关系的各个方面所构成的。治疗师以及团体成员都可以轻易地感受到何时团体是在正常运作，何时是致力于它的主要任务，何时又是在回避这项任务。

有时，治疗师可能不确定团体正在做什么，但是可以知道它并非致力于发展或探索成员之间的关系。如果治疗师曾经清楚地对团体描述其主要任务，就可以归结出团体之所以竭力回避其任务，是因为任务本身伴随有某些不愉快，或一些附带满足取代了治疗工作带来的满足感。

治疗师的感受

所有这些协助治疗师辨别和了解历程的指导方针都各有用途。但是，最重要的线索却是治疗师本身在团体治疗进行时的感受，治疗师在多次经历团体治疗中的类似事件后会开始信赖这些感受。有经验的治疗师学会信赖自己的感受，这些感受对于治疗师就像显微镜和 DNA 图谱对于微生物专家一样有用。如果治疗师感觉不耐烦、挫败、无趣、困惑、气馁等人类所有感受之中的任何一种，都要学习将它视为有价值的材料，并加以适当利用。

记住，那并不意味着治疗师必须得了解自己的感受或将其整理成一番切中要领的漂亮诠释，通常单纯地表达感受就足以协助来访者做进一步的努力。

◆一位治疗师对一名 45 岁的女性有一种虚幻且困惑的感觉，因为，这个女性成员以快速变换的方式呈现自己。治疗师终于发表评论说：“Sharon，我想与你分享一些我对你的感受。当你说话的时候，我常常觉得你是一名成熟、干练的女性，但是有时我

又觉得你像一个很年幼、几乎在青春期之前的小孩，在努力拥抱并且取悦每一个人。我目前对此无法进一步探讨，但我对于这一切对你是否有意义感到困惑？”此番评论触及了该来访者深埋的情绪，并且协助她去剖析她冲突的性别认同与她需要被每个人爱的信念。

如果你与团体分享自己受到某个成员排斥的感受，那这种做法通常对团体非常有帮助，这种评论几乎不会造成防御，因为它总是意味着你想更接近这个来访者。它展示了冒险、协作，并认真对待人际关系等重要的团体治疗准则。

要在治疗历程中表达感受，治疗师必须对感受的适当性具有相当程度的信心。你对来访者所做的反应越不切实际（因为反移情或迫切的个人情绪问题之故），则对他们越没有帮助，越可能起到反治疗作用，而且你会以它们仿佛是来访者的问题，而非你自己的问题的方式来呈现这些感受。你要经常且自发地运用自己的感受，将它们当成精密的仪器。但最重要的是，此仪器必须尽可能地可信与正确。

反移情在更广泛的意义上是指治疗师对来访者的反应。辨别你的客观反移情（来访者的性格对你和他人的影响）以及你的主观反移情（那些特别反映了你个人融入到你的人际关系或者人际互动中的东西的特殊反应）是十分重要的¹⁶。前者是关于来访者的有用的人际资料来源。然而，后者更多的是反映治疗师本人。辨别这两者的差异，这不仅是经验与训练的问题，也得自深入的自我认识。因此，我主张每位治疗师都该接受个人的心理治疗（第十七章中将进一步讨论）。

协助来访者采取历程取向

长久以来大家就知道，经过个人努力而获得的观点和洞察比他人施舍给自己的要宝贵得多。娴熟的领导者会克制住自己专家般高明诠释的诱惑，而寻求让来访者通过自身努力来达到自我认识的方法。如同 Foulkes 和 Anthony 所言：“有些时候治疗师必须按捺住自己的聪明才智，必须忍受偏颇的理解，并且等待团体找到解决方案¹⁷。”

此时的任务是去影响成员们，促其采取并重视历程观点，第五章曾提过领导者可通过建立许多规范来达到目的。例如，治疗师可反复将脱离此时此地互动的成员们拉回来，邀请他们沉着思考近来互动学习的意义，以此来强调历程的重要性。虽说技术随着治疗师的风格而变化，但这些介入的目的都是要开启一座自我反省的灯塔。例如，治疗师可以在合适的时机打断团体讨论：“我们今天的聚会已大约

进行了一半，我想知道到目前为止，每个人对这次聚会有什么样的感受？”

这并不意味你必须对历程了解后，才可要求成员们提供分析。你可以简单地讲：“我不确定这次聚会中发生了些什么事，但我看到了一些不寻常的现象。例如，Bill 异乎平常的沉默，Jack 将他的椅子向后挪动了三尺，过去几分钟以来 Mary 的眼神一直瞥向我。你们对今天发生的这些事有何看法？”

对一次充满感情的聚会做历程回顾，通常是必须的。治疗师要证明强烈的情感表达可以提供有意义的学习题材，这点非常重要。有时你可以将这样一次聚会分割成两部分：体验本身以及对该次体验的分析。有时你也可以在下次聚会中进行分析，你可以询问成员们上次聚会之后带回家的感受是什么，或是简单地请他们提供经历上次事件之后的进一步想法。

很显然，你通过以身作则的历程取向为成员提供了示范。如果可以的话，尽可能分享你对团体各方面看法是有利无害的。有时为了要澄清该次聚会，你可以这么做：“以下是一些我在今天聚会中所看到的……”有时则可以用一种搭便车的方法，如向迟到的协同治疗师或团体成员扼要讲述这次聚会的有关内容。我将在第十四章描述一种能系统地让来访者分享治疗师对历程观察的技巧，即在聚会之后，我将对该次聚会进行详细的总结，其中包括我已说出及未说出的历程观察，并在下一次聚会之前将这些总结寄给团体成员们。治疗师采用此种处理方式时，虽然要做相当程度的个人及专业性自我暴露，但是并不会减弱它的有效性。相反，在许多方面还能促进治疗工作，其中一个特殊的影响就是增进来访者对团体历程的感知能力。

鼓励来访者表达他们对于团体历程的看法，是相当有用的。许多团体治疗的指导者带领学生进行体验性团体教学时，常会以一份由指定的学生备妥的报告作为开场，这份报告的内容是前次团体的历程。有些治疗师发现，某些来访者对于辨认历程有着非凡的直觉能力。例如，Ormont 曾描述一个对他人肢体语言有非凡敏锐度的、但处于团体边缘的来访者，治疗师运用他的这一禀赋作为治疗工具之一，询问类似的问题：“Michael，Pam 颤抖着手在对 Abner 说些什么呢？”这样做有两个目的，阐释历程和协助 Michael 成为团体中心并得到尊重¹⁸。

协助来访者接受历程阐释的评论

F. 斯科特·菲茨杰拉德 (F. Scott Fitzgerald) 曾经写过一段话：“上帝啊！我被迫不停地思考，这是多么困难的事啊！难如庞大秘密的迁移计划。”在治疗期间来访者一直强迫着去思考，去改变内心的计划，并且检视他们行为的后果。那是一

项艰辛、令人不快和恐惧的工作。治疗师仅仅给来访者提供信息或解释是不够的，还必须促进新信息的消化。有些策略可协助来访者进行此项工作。

治疗师要注意阐释性评语（interpretive remarks）的结构，如果评议的方式不被接受，即使是最出色的评论都不具有任何价值，犹如被拒绝拆封、没被看一眼的信件。因此，评议人与他人关系的品质、讲述的方式以及时机，与信息的内容同样重要。

来访者总是比较容易接受以支持的方式提出的观察。很少有来访者会拒绝以下的评述，他们过于拒绝别人的帮助；他们太不注意自我保护并且从不为自己要求什么；他们吝于对自己付出感情；他们隐藏了许多可贡献之处。所有观察都包含鼓励的信息该成员有很多的付出，而观察者想要亲密地去接近、帮助和了解他们。

要小心一些分类式或定格式的用语，如他们是不具效益的，他们造成威胁、他们引起防卫。来访者会拒绝接受概括性的指控，如依赖、自恋、剥削、自大。此种情形的原因不言自明，因为每个人的内心活动远比一种标签或数种标签的混合体来得复杂。谈论一个人的特性或某些特质会比较容易被接受（也真实的多）。例如，“我常常感觉到你很想与他人接近，就像上周你对 Debbie 所做的那样，对人伸出援手。但在有些时候，好比今天，我看见你表现得十分疏离，几乎是以轻蔑的态度对待别人。你对这一部分的自己有些什么了解？”

通常，在团体冲突激烈的时候，成员们相互之间会吐露一些重要的真言。在这种状况之下，受攻击者是无法承认事实的，因为这样不但背叛了自己也帮了攻击者的忙。为了使冲突所衍生出来的事实能够被运用，治疗师必须认识并压制双方防卫的力量。

例如，你可以诉诸于一种较高的力量（成员对自我认识的渴望），或是借限制责难的范围来增强接受度。例如：“Farrell，我看得出你现在封闭起来，感到威胁，并且躲避 Jamie 所说的一切。你已非常巧妙地指出她论调中的弱点，但结果是你（Jamie 也一样）什么没有得到，我在想你是否可以暂时改变方向，并且问自己以下的话：你觉得 Jamie 所说的话之中有没有哪一些是真的？哪些部分似乎触动了你的心弦？你能否暂且忘却不真实的部分，而保留真实的部分？一会儿我也要问你同样的问题。”

有时，来访者在不寻常的坦率时刻会说出一句话，这些话日后可能为治疗师达到目的提供绝佳力量。善于运筹帷幄的治疗师会在团体之中强调这些话，并且将其保留下来，在适当时候加以运用。例如，一个来访者对于自己有能力运用社交魅力操纵团体，感到既骄傲又困扰，他在一次聚会中恳求大家：“听着！当你们

看见我这样微笑时，我心中其实是很痛苦的，别再让我一直这样做下去了。”另外一位以泪水控制整个团体的来访者有一天宣布：“当我像现在这样哭泣时，其实我很愤怒，但我不会精神崩溃，因此不要再安慰我，也不要再拿我当小孩子看待。”这些突发的肺腑之言，如果能够在来访者沉默不语且防卫性很强的时候，以一种具建设性、鼓励的方式再度提出来，将会起到很大的作用。在前面这些例子中，治疗师可以提示团体成员他曾说过的话，然后问这个成员（微笑着掩盖痛苦者或者自我保护型的哭泣者）现在是否正在发生他所说的事。

让来访者参与契约的拟定往往很有帮助，如一位来访者在聚会中表现十分积极，我可以这样说：“Jane，你今天工作得很努力，而且对于我们给你的反馈也很愿意接纳。我们看到你像母亲一样照顾别人，而且以母亲般的态度来回避自己的需求与苦楚，你感觉如何？我们过分逼迫你了吗？”假如来访者同意这项工作对自己有帮助（正如这位来访者一贯所做的），那你可以接着说：“是不是我们在以后的聚会中，一旦发现你这样做的时候就可以继续追问你，给你回馈呢？”以此来拟订下一个契约。这种形式的“契约”加强了治疗联盟以及团体心理治疗的相互性、合作性¹⁹。

历程评论：理论回顾

以一套系统化的方式来讨论历程阐释的实际操作几乎是不可能的。一个人怎样才能对一种如此复杂、范围如此广大、时机如此微妙、语言差别如此细腻的方法，提出明确的目标和基本的指导原则呢？我要说明的是，这其中蕴含着心理治疗的艺术，在治疗师有了经验之后自然就能够领悟了，但无法以系统化的方式去理解它。这听起来有些像狡辩，而在某种程度上，我相信这是正确的。尽管如此，我还是相信有一些概要可以为临床工作者提供一些一般的原则，来加速训练却又不至于限制它的艺术性。

在这一节中，我所采用的讨论方式，类似于我在本书开始阶段用来澄清团体治疗基本疗效因子的方式。在那时候，我曾问过这么一些问题：团体治疗如何来协助来访者？在团体治疗历程中什么是“核心”？什么又是“表面”？这种讨论方式虽引导出对基本疗效因子的描述，但我相信并没有因此影响治疗师选择如何操作这些疗效因子方式。

在此，我将采用类似的方式。这里的关键不在于团体治疗如何发挥助益，而是历程阐释如何导致改变。这项议题十分复杂，且需要全神贯注，但是，对此问题较长篇幅的讨论，并不意味着治疗师的阐释任务凌驾于其他任务之上。

首先，要以冷静的态度来看整个阐释性评论。我会针对每一项阐释性评论问一个简单而根本的问题：“这项阐释和历程评论，将怎样协助一位来访者去改变？”这种询问方式的背后，是一套被当代所有人际互动理论模型所共享的基本运作模式²⁰。

我现在要开始探究一位治疗师在长达数月的团体治疗期间，对男性来访者所发表的一系列评论：

1. 你打断了我。
2. 你说话的声音坚定，并一直紧握拳头。
3. 每次你对我说话时都在和我唱反调。
4. 当你那样做时，我感觉受到了威胁，甚至有时会感到害怕。
5. 我觉得你认为在你我之间的竞争非常激烈，并且试图想要贬低我。
6. 我注意到你对团体中所有男性做了一件相同的事：即使他们在试着以很乐意协助你的方式接近你时，你仍打击他们，结果让他们觉得你心怀敌意和具有威胁性。
7. 在三次没有女性出席的聚会里，你显得比较容易接近。
8. 我认为你太在乎自己对女性的性吸引力，以致你将男人均视为竞争对手。你剥夺了自己去接近一个男人的机会。
9. 虽然你似乎总在与我争斗，但你好像还有另外一面。你总是在团体解散之后留下来与我说话；在团体中你经常注视我。还有三周前你描述的那个关于我俩打斗、然后拥抱着跌到地上的梦，我认为你其实很想接近我，只是你将亲密与同性恋混为一体，所以你不断将我推开。
10. 你在这里很孤独，并且感觉被忽略和不被需要，那再度勾起你许多无价值的不良感受。
11. 此刻在团体之中你将自己抽离，并让自己与所有男人保持距离。你对此满意吗（记得你当初加入团体的主要目标之一，是想发掘你为什么不能亲近男性的原因，并且加以改善）？

请注意，评论之间是有顺序性的：先对感官资料做评论（对单一行为的观察），然后描述由某种行为引发的感受；对几项行为在一段时间之内的观察；不同行为的并列；对来访者意图和动机的推测；对他行为造成不幸影响的评论，包含更多内容的推论资料（梦境、微妙的姿势）；到提出来访者的行为模式在此时此地及团体之外社交世界之间的相似之处。没有经验的治疗师某些时候可能会感觉迷失，因为他们还没有形成明确的评论顺序意识²¹。

这个顺序越到后面,评论变得越具推论性。它们由感官的观察,而逐渐演变为基于一系列行为、人际模式、幻想和梦境的复杂推论。当评论越来越复杂和具有推论性时,评论者会与其他人距离越来越远,简言之,变得较像一个历程评论的治疗师。成员们通常会彼此发表一些最初的评论,但是由于我已陈述的一些理由,很少会发表位于系列末端的评论。

附带一提的是,在评论4和5之间存在一条特别清楚的界限。前四项评论从评论者的体验出发,它们是评论者的观察和感受,来访者可以贬低或忽视它,却无法予以否认。第五项评论(我觉得你认为在你我之间的竞争非常激烈,并且试图想要贬低我)则可能引发防卫,并因此封闭建设性的交流。此类评论极具侵犯性,它是对他人之意图和动机的揣测。除非早已建立了一种重要的信任、支持关系,否则,这类评价通常会被拒绝。如果成员们在成立不久的团体中相互发表诸如第五项般的评论,那么他们可能不太会发展出建设性的治疗气氛²²。使用“我想”这个短语当然可缓和气氛。如果不使用“我想”这个短语的话,治疗师有时就会弄巧成拙。

可是,这一系列的评论(或者任何历程评论)如何协助来访者改变呢?在发表这些历程评论时,治疗师通过与来访者共同经历下列一连串的事件而带来改变:

1. 这是你的行为举止。通过回馈及稍后的自我观察,成员们学会像观察别人那样去观察自己。
2. 这是你的行为带给别人的感受。成员们由此了解到自己的行为会对其他成员的感受造成什么样的影响。
3. 你的行为如何影响他人对你的看法。成员们由此了解到,由于其本身的行为,而造成别人对他们的看重、尊重、回避或讨厌等。
4. 你的行为如何影响你对自己的观感。此阶段建立于上述三阶段所收集的讯息之上。成员明确地陈述他们的自我评估,判断他们的自我价值和被人喜爱的程度。(正如沙利文的格言:自我观念绝大部分由自我评价所构成。)

这一连串的评论一旦发生,并被来访者充分理解,来访者一旦深刻了解他们的行为对自身并非有利,而且自己与他人或自身的关系是自身行动的结果,则来

* 一项针对 700 名慢性抑郁症患者的多重心理治疗实验结果显示,帮助来访者发展有效的人际互动,要求他们对人际互动行为负责,并意识到人际互动对他们自身的重要性是非常重要的。认知行为分析系统心理治疗(cognitive behavioral analysis system psychotherapy)是以这一重要原则为基础的治疗方法,即慢性抑郁症与患者自身内在的“因果”感丧失直接相关。

访者已达到治疗的一个重要关键点：他们已跨入改变的门槛。此时，治疗师可以提出开展治疗中真正关键的问题，这个由治疗师以各种不同方式提出的，但却很少直接呈现的问题是：你对自己所创造的世界感觉满意吗？这正是你对他人、对他人给予你的评价及对自己的自我评价的反应，你对自己这样的反应满意吗？²³

当得到否定的答案时（我不满意我的行为），治疗师便开始着手于一项多方面的工作，将个人不满足的感觉转变成一种改变的决心，而后成为一种改变的实际行动。治疗师的阐释其实就是为了鼓励改变的行动，虽只有少数的心理治疗学者将意志（will）纳入其论述中例如奥托·克兰（Otto Rank）、罗洛·梅（Rollo May）、西尔瓦诺·阿瑞提（Silvano Arieti）、莱斯利·法伯（Leslie Farber）、艾伦·惠利斯（Allen Wheelis），以及我自己²⁴，但是我认为在多数阐释系统中都暗含有这项概念。我在其他地方曾详尽地讨论过意志在心理治疗中所扮演的角色，我建议感兴趣的读者参阅那本《存在主义取向的心理治疗》（Existential Psychotherapy）²⁵，在这里简单的解释一下就行了。

能够付诸行动，并将意图和决心转变成行动的一种心灵动力，即是意志，意志是一个人心里主要的责任原动力。虽说当代分析取向的心理学强调我们行为中不负责的原动力（即潜意识的动机和驱力），但是要了解改变很难不提及意志²⁶。我们不能因为假定它太模糊和太难懂而忽视它，而将它交给连治疗师都无法接近的心灵机器黑匣子。

有意无意地，每位治疗师假定每位来访者有能力通过意志的选择而做出改变。治疗师运用各种策略和方法，尝试着把来访者护送到一个能为自身健康的最佳利益做意志选择的十字路口。治疗师的目标并非创造出意志，或是将意志注入来访者体内。治疗师当然做不到这一点，治疗师只能协助来访者去解除因意志被束缚或被压制而形成的负担²⁷。

意志的概念为了解历程阐释提供了一个有用的架构。治疗师的阐释性评论均可以在治疗师对来访者意志的影响上显现出来。最常见且最单纯的治疗方法是告诫式的：“如你所知，你的行为与你本身的最佳利益是相违背的，但你并不满意，这根本不是你想要的。去改变它吧！”

预料来访者会改变，其实是道德哲学上的一种延伸，认为人只要知道什么是有益的（深入来说，也就是一个人的最佳利益），就会照着它采取行动。正如圣托马斯·阿奎奈（St·Thomas Aquinas）所言，“人类的所作所为，是依据他认为的善而行动。”²⁸的确，对某些人来说，这一认识和告诫就足以促成治疗性的改变。

然而，心理病理明显且根深蒂固的来访者通常需要的就不仅是告诫。治疗师

通过阐释,进一步运用其他几种做法之一,协助来访者消除意志上的障碍。治疗师的目标是引领来访者达到一种状态,使他可以接受以下这些前提中的一项、几项或每一项:

1. 只有我能够改变我为自己所创造的世界。
2. 改变没有危险性。
3. 为了获得我真心想到的东西,我必须改变。
4. 我可以改变,我有力量。

若这些前提中的任何一项为来访者完全接受,都会是对意志行动的一种强力鼓舞。每一项前提以不同方式发挥其影响力,虽然我应该依序讨论它们,但我不希望因此而暗示它们之间有必然的先后顺序。依据来访者的需要和治疗师的不同风格,任何一项都可以单独发挥作用。

“只有我能够改变我为自己所创造的世界”

我之前所描述的团体治疗顺序(了解一个人本身的行为,然后知道它对别人和自己造成的冲击),是因为有一个非常普遍的观念,它的影响遍及治疗历程的每一部分。那个观念就是责任。虽然它很少被详尽讨论,但是它却几乎交织于每个心理治疗的体系中。责任有许多意义,包括法律的、宗教的、道德的。我所谓的责任是个人作为某件事的“基础”、“原因”或“缔造者”而“负有责任”。

团体治疗最迷人的一点,在于任何人都可以获得重生,在团体中重生,每个成员都由相同的立足点出发。在他人的观点中(如果治疗师干得不错的话,则也在成员自身的观点中),每个人都会逐渐在团体里发掘并塑造出一个生活空间。在此概念最深刻的含意中,每个成员对这个空间及将发生在他身上的事件都负有责任。

成员真正认识此项责任之后,必须承认除非他进行改变,否则事情没有改变的希望。其他人无法也导致其改变,而改变本身也不会自动发生。一个人必须对他过去和目前在团体中(还有在外在世界中)的生活负责,并且也同样完全地对个人的未来负责。

治疗师借此帮助来访者认识到,人际世界通常以一种可以预测并且井然有序的方式呈现;来访者并非无法改变,而是不愿意改变,来访者应该对其所创造的世界负责,同时必须重新恢复或发展其在这个世界上的人际力量的意识。

“改变没有危险性”

或许这些好意的努力还不够，治疗师可能在治疗时竭尽所能，却发觉来访者在接受多方启发之后，仍然不愿意采取重大的治疗行动。在这种情况下，治疗师应该采取其他的治疗手段，帮助来访者面对其行为不断违背本身利益的矛盾。治疗师可以用各种方式询问来访者：“此种情况是怎样产生的？为什么你在不断把自己击败？”

解释“是怎样产生的”一个常用方法是，首先假定有某种障碍存在，使得来访者无法凭意志做出抉择，并且这些障碍使其无法认真去考虑改变自己的行为。对这种障碍的干扰通常是推论式的，治疗师提出一个“好像”的假设：“你表现得好像一旦去改变的话，就会有重大的危险降临到头上。你害怕采取行动，以免灾难发生。”治疗师协助来访者澄清其想象中危险的本质，然后去解除和减弱这种危险的真实性。

来访者的理性思维可被看做是有力的助手。在确认并且指出想象中的危险时，一个人可以了解到他的恐惧与现实之间有多大的差距。另外一种方式，就是鼓励来访者小心翼翼地团体中做出他所害怕的行为。当然，幻想中的灾难不会因此而发生，于是担忧也就逐渐消失了。这经常是有效治疗的关键部分。来访者对于致病信念进行直接驳斥的生动经历，使改变成为可能。仅有洞察力可能是于事无补。这个原则是贯穿于不同治疗流派的金科玉律。

例如，一名来访者回避任何攻击性的行为，因为他在内心深处害怕自己有一股杀人冲动。因此，必须时时警戒，以免在他释放这份怒气后终将面对他人的报复。你可以协助来访者在团体中一点点地表达他的攻击性。譬如，被打断时表现生气，对习惯性迟到的成员发怒，还有因为治疗师向他收费而表现出不满，等等。渐渐地，来访者能够公开地与其他成员互动，并且去除他自身是个异类和杀人者的神秘色彩。虽然治疗师所使用的语言和对人性的看法不同，但这其实就是行为治疗中一项用以改变团体成员的重要技巧——系统脱敏疗法。

“为了获得我真心想要的东西，我必须改变”

另外一种为许多治疗师所用，去应对那些坚持与自身最佳利益背道而驰的来访者的解释方法是，斟酌来访者目前行为的代价。虽然来访者的行为妨害了他自己深思熟虑的需求和目标，但同时也满足了他其他方面的需求和目标。换句话说，来访者有一些相互冲突的动机，这些动机无法同时得到满足。例如，一名男性来访者希望建立成熟的异性恋关系，但是在另外一个潜意识的层面里，他可能希望

被呵护和被无止境地照顾，或为了避免被遗弃，而这种遗弃正是对他所设想的对成人努力的惩罚，或是逃避成人阶段令人恐惧的自由（用存在主义的话来说）。很明显，来访者无法同时满足两方面的需要，他不能在与一名女性建立成熟的异性恋关系的同时又向她说（而且是更大声地说）：“照顾我，保护我，呵护我，让我成为你的一部分。”

治疗师试着对来访者解释这一矛盾：“如果我们假设你是想满足更深层、更原始和更婴儿式的需求，那么你的行为便具有意义了。”治疗师试着协助来访者去了解他相互矛盾的欲望的本质，从而舍弃他那些除非牺牲自身的自主性，否则便不能实现的欲望。一旦来访者了解他作为一个成人真正想要的是什么，而他的行为却是企图去满足那些与之相反并会妨害其成长的需求时，他会渐渐得出以下的结论：想要获得我真正想要的东西，我必须改变。

“我可以改变，我有力量”

或许对你的行为与自己的最佳利益背道而驰，这种情况是怎样产生的”这一问题主要治疗方式是提供解释，对来访者的行为赋予一些意义。治疗师对来访者说：“你这么去做是因为……”这显的“因为”常包含来访者尚未察觉的动机因素。的确，我前面讨论过的两种方式也提供了解释；但是我要简短地澄清一点——每种解释所提供的目的（对意志所产生影响）相当不同。

治疗师给予来访者的是何种解释？哪些解释是正确的？哪些又是不正确的？哪些深刻？哪些肤浅？正因为治疗师所做的解释与其所属的理论学派有关，因此，心理学的争论就此而产生。

我认为，我们可以将注意力集中到解释的功能以及解释和它的最终目的（改变）之间的关系上，来避开理论学派之争。毕竟我们的目标在于改变。自我认识、去除抑制作用、移情解析和自我实现都是有价值、具启发性的目标，它们可能都与改变相关，是改变的前奏或随着改变而来，但是并非改变的同义词。

解释提供了一种系统，借助此系统我们可以将生活中的事件整理分类成一些有条理和可预期的模式。比如，要为一件东西命名，将它归诸于一种合乎逻辑的因果关系，我们就得在自己的控制之下去体验它。这样，我们的行为或是内在体验就不再令人恐惧，不再是不成熟甚至失控的；相反，我们做出某种行为（或有某种特定的内在体验）是因为……。此处的“因为”给予我们主宰的力量（或是一种主宰的感觉，就现象学而言，即相当于主宰）。它给予我们自由和效能感。

当我们从受不明力量驱使的状态，进展到辨明且控制这些力量时，我们也由被动、反应式的状态进展到一种积极、行动、变化的状态。

如果我们接受以下这一基本前提——解释在心理治疗中的主要功能在于提供给来访者一种主宰感，那么，解释的价值即应该依据这个标准来衡量。解释提供了多少力量，它就多有效、多正确或多“真实”。这里对“真实”所下的定义完全是相对的和实用主义的。它表明没有任何解释体系是精妙绝伦的、唯一正确的，没有任何系统是完美的、基础的或是“较深入的”（也就是较好的）。

对于同一个问题，治疗师可能会给予来访者许多不同的阐释；任何一个阐释都可能来自不同的参考架构，而每一个阐释都可能是“真实的”。弗洛伊德学派、自我心理学、客体关系、存在主义、沟通分析、荣格学派、完形、超个人、认知、行为解释等各种说法，可能同时都是正确的。不论反对的声浪有多高，都没有任何一个具有充足的依据。毕竟，它们都是建立于想象中的虚拟结构之上。它们都表示：“由你的表现（或感受）看来，某种现象仿佛是正确的。”超我、本我、自我；原型（archetypes）；阳性特质（masculine protest）；内化客体（internalized objects）；自我客体（Self object）夸大的自我（grandiose self）与全能的目标（omnipotent object）；父母、孩童及成人自我状态——没有一种是真正存在的。它们都是虚构的，是为了语意表达方便而创造的心理结构。它们只能凭借说服力的良莠来证明其存在²⁹。

我们难道就此而放弃做明确、缜密的阐释吗？并非如此，只是我们必须认清阐释的目的和作用。有些阐释或许优于另外一些，但是并非因为它们比较深刻，而是因为它们具有较大的说服力，较为可信，能提供较多的掌握程度，因而较为有用。很明显，阐释必须符合接受者的需要。一般来说，如果它们有以下情形，那么通常就比较能奏效：言之有理且带有强力的证据；受到实证观察的支持；让人“感觉”是正确的，且是适合的，又能触动来访者的参考框架与内在体验；能够被推广且应用于来访者生活中许多类似的状况。

高层次的阐释通常能针对来访者广泛的行为模式（相对于单一的特性或行动）提出独到的见解。治疗师所做解释的独特之处，来自于其本身独特的参考架构，这些架构可以对一些资料进行初步的统一，而这些资料往往是来访者忽略或未觉察的。

若不得已而为之，我会为此相对性的论点辩护至何种程度呢？当我向学生陈述这番见解时，他们的反应是提出类似于以下的问题：这是否表示占星学的解释在心理治疗中也称得上有效呢？这类问题令我很不自在，但是我必须肯定地回答：如果一种占星学、巫术或神奇的解释能够提升一种控制感，进而促成个人内在的改变，

那么它就是一项有效的解释。在跨文化精神医学研究中,有很多证据支持这项主张,解释本身必须与来访者所属社会的价值观和参照架构一致,在多数原始文化中,通常仅有幻术或是宗教的解释能够被接受,因此也被视为正当而具实效³⁰。

精神分析取向的修正论者质疑想要掌握历史“真相”的尝试是否真正有用;认为在改变历程中,更重要的是构筑出合理、有意义的个人文本³¹。过去不是静止不变的:每一个有经验的治疗师都知道,探索和理解的过程改变了过去的记忆。事实上,现今的神经生物学研究告诉我们,每一次获得记忆的时候,我们会根据我们现今的背景自动对它进行加工,之后被修改的记忆取代了原先的记忆,并且进入长时记忆存储器中³²。

不管阐释何等绝妙,只要来访者置若罔闻就都没有用,治疗师应该尽心尽力地与来访者回顾所有的证据,然后清楚地提出解释。(若治疗师无法做到,则理由可能是该解释基础不稳固,或是治疗师本身不了解它,而非以讹传讹的——治疗师是直接在与来访者的潜意识交谈。)

不要总是期待来访者接纳一项阐释,有时候来访者要在重复听到同样的阐释很多遍之后才能到某一天突然领会。为什么会在某一特定时刻突然领会呢?也许,在外界发生的新事件中,或以往的幻想及梦境等潜意识题材浮现时,来访者偶然发觉了一些确凿的证据。我们还可以看到,在来访者—治疗师关系处得恰到好处之前,治疗师的阐释不会被来访者接受。例如,一位感受到治疗师的威胁且与其竞争激烈的来访者,是不太可能从治疗师的任何阐释中获益的(能澄清移情的阐释除外)。即使是最绝妙、最周密的阐释都会失败,因为来访者可能会因为治疗师优异的洞察力被证实而感觉挫败或羞愧。只有在被接纳和信任的情况下,治疗师的阐释才能达到最大的效果。

有时候,一位来访者会接纳另一个成员所做的阐释,却不接受治疗师所提出的相同阐释(来访者显然能够提出与治疗师同样有用的阐释,而且其他来访者会乐于接受这些阐释,当然这是在提供阐释者明确自己的角色,并且他提供阐释的目的不在于求取声望、权力或领导者的宠爱的情况下)。只有在治疗师与来访者关系良好的情况下,阐释才会发挥功能。

要更详尽地讨论各种有效阐释的类型是不可能的,就像我无法描述无数的解释学派一样³³。但是,有三个与阐释密切相关的重要概念,在此应特别强调。这些概念分别是运用过去、团体阐释和移情。

1. 运用过去

2. 作为整体团体的历程评论

3. 移情

前两点我会在本章的提示中讨论。许多阐释系统涉及移情（传统的分析学派甚至认为只有对移情的阐释才具有效力）。因此,我将在下一章充分讨论移情和透明度。

运 用 过 去

解释和起源学（研究起源的学问）往往被混为一谈。我曾经讲过，解释系统可以从任何角度有效地假定行为产生的“原因”。但是，许多治疗师依旧认为，如果要找出行为“最真”和“最深”的原因，必须要追溯到过去这番见解受到弗洛伊德这位忠实的心理社会考古学家的竭诚拥护。直到他生命的终点，弗洛伊德都未曾放弃他对原始性（即最初的）解释的探究，也从未放弃他对成功治疗的坚定看法——要发掘生命最早期的记忆。有种观点——现在只是人的生命中的极小的一部分，当下的生活是由过去积淀形成的，过去对现在做出了十分庞大的贡献。这种观念深深镌刻在西方人的时空观中³⁴。可以理解，这种看法导致团体治疗传统的精神动力学教科书³⁵对过去的强调。

然而，影响人类行为的有力的潜意识因素绝非仅限于过去，当代的分析理论将过去的潜意识（成人内在的儿童性）与现在的潜意识（会影响我们情感及行动的现存的潜意识想法、幻想及冲动）加以划分³⁶。另外，正如我将讨论的，未来也和过去及现在一样，是行为的重要决定因素。

过去对行为造成影响的途径通过传统精神分析理论者和学习论者（两名奇怪的伙伴）能被详尽地描述。但是，未来（还未发生的事）同样是行为的重要决定因素，而且未来决定论的观点是完全可以站得住脚的。在我们心中总是存在着目的感，一个理想的自我，一连串让我们为之努力的目标，和我们所驶往的死亡。这些意识和潜意识的因素都延伸至未来，并且深深地影响着我们的行为。当然，我们对孤独、命运以及最终死亡的认识，深切地影响我们的行为和内在体验。虽然我们通常将其排拒于意识层面之外，但是我们存在的必然性仍无休止地令我们恐惧。我们不是努力让自己在生活的纷纷扰扰中忘记它，就是将信心寄托于来生，或致力于子女、纪念物及创造性表达等象征性的不朽，来企图克服死亡。除了过去与未来具有解释力，还有第三种企图解释行为的时间概念，基督教徒的因果律（causality），它聚焦于现在——当前力量的影响。

总之，解释随着对环绕着来访者的当前的意识与潜意识动机的同心圆的探索而产生。例如，来访者或许有一种攻击的需求，这种需求掩盖了他们由于害怕被

拒绝,而没有表现出的依赖欲望。注意,我们不需要问他们是如何变得如此依赖的。事实上,未来(个人对于被拒绝的预期)在阐释当中扮演了较核心的角色。因此,当我们跌跌撞撞地穿越时空时,我们行为的轨道受到三种力量的影响:过去——原始推动力的本质和方向;未来——召唤我们的目标;现在——加诸于此目标上的当前力量。以下是一个临床实例。

◆Ellen 和 Carol 两名来访者均表示对该团体的男性治疗师有着强烈的性感受。(很巧这两名女来访者都有被虐式性满足的历史,而这也正是她们的主诉)。

在某次聚会中,她们讨论到涉及该治疗师的性幻想内容。Ellen 幻想她的丈夫被杀,而她本身精神崩溃,治疗师将她收住入院,并且亲自呵护她、安抚她,照顾她所有的生理需求。Carol 则有不同的幻想,她怀疑治疗师在家中是否受到很好的照顾,她经常幻想治疗师的妻子发生某种意外,以至于她能够照顾他,为他打扫房子并准备三餐。

Ellen 和 Carol 都感受到性吸引力(根据其幻想内容,性所指的并非生殖器官上的性),但对她们两人而言,却有着非常不同的意义。治疗师对 Ellen 指出,在团体进行的历程当中,她历经多次身体病痛和精神疾病复发,他认为或许在她内心深处觉得唯有通过自我牺牲,才能获得治疗师和其他成员的爱。但这样做是行不通的,她始终无法获得她想得到的爱,并且常常让其他人感到挫败和气馁;更重要的是,一旦她继续进行这种为她带来莫大羞愧的行为,她就无法去爱自己。他强调由于她害怕自己的病况改善之后,会不可避免地失去爱和呵护,所以她的治疗一直无法成功,她必须要改变这个模式。

在对 Carol 的评论当中,治疗师一并列出她行为的几个层面:她的自我毁灭、她对自身权益的排拒、她无法令男性对她产生兴趣。她幻想能够照顾治疗师的动机可以解释为:如果她尽可能牺牲,如果她能让治疗师接受她的恩惠,那么,相对而言,她就能够获得她所追寻的爱。然而,Carol 对爱的追寻总是失败,她不断地逢迎,她不敢自我肯定,她对自己不停地贬抑。这只会使她在所在乎的人面前显得平淡、无趣。Carol 和 Ellen 一样也陷于自己所创造的恶性循环之中,她越是得不到爱,便越疯狂地重复自我毁灭的行为模式,那是她唯一知道或敢于表现的行为。这是一个完整封闭的、自我强化的恶性循环。

因此,这两位来访者相似的行为模式(对治疗师的“性”迷恋)有两种解释,描绘出变成性虐待狂的两种不同动力途径。在每一项解释中,治疗师将她们在团体中行为的各个方面以及幻想的内容加以组合,并且推测如果某些假设成立(例

如, Ellen 表现得好像只有呈现受到严重伤害的自己, 才能获得治疗师的爱; Carol 则认为只有伺候他, 使他欠自己恩惠, 才能得到他的爱), 这样, 她们的其他行为也就“有意义”了。

这两项阐释都很有力, 并且对未来的行为有极大的影响, 但是, 这两种阐释都未触及“你怎么会变成这样? 在你早期的生命中发生过什么事, 导致了这种模式的形成? ”。两者皆专注于目前存在的模式: 对爱的渴望、笃信唯有凭借特定的方式才会获得爱、牺牲自主性、产生羞耻感、对爱的需求日渐升高等。

根据久远的过去做阐释, 会有一个不容忽视的问题存在, 就是其中包藏有对治疗绝望的种子。一个不容忽视的矛盾是: 如果我们完全被过去所决定, 那么我们改变的能力从何而来? 在弗洛伊德后期的作品《分析的终极与无极》(*Analysis Terminable and Interminable*) 中, 他对人丝毫不容妥协的决定论观点, 就将他引向一个无法突破的难题。

此外, 过去虽然决定现在和未来, 但也同样被现在与未来所决定。所谓真实的过去, 只有在我们当下将其组织起来并和未来相对照时才存在。杰罗姆·弗兰克(Jerome Frank) 提醒我们, 即使在长期治疗中, 来访者也只能回想起极小部分的过去体验, 并且往往选择性地回忆和组合过去, 以便与他们目前对自己的观感相一致³⁷。经过治疗一个人以何种方式去改变他的自我形象, 就可能以同样的方式重新组织过去。例如, 一个人或许会回忆起早已遗忘的与父母有关正向体验, 从而将父母人性化, 而不再认定他们是唯我独尊的(一味自私自利的), 反而开始体谅父母也是有困扰、心地善良且经常需要面对世俗问题的人。一旦一个人重新建构过去, 那么崭新的过去将进一步影响他的自我评价; 然而, 重要的是对过去的重新建构, 并非一味地挖掘。请注意, 一个联合研究发现: 有效的治疗将带来对过去记忆的进一步回忆, 从而进一步修正对过去的重构³⁸。

如果解释并非源于起源学的观点, 而团体最有力的重心在于此时此地, 那么过去在治疗历程中就不扮演任何角色了吗? 绝非如此! 过去在团体中是个常客, 而且在治疗历程中更常常会现于每个成员的内心世界里。例如, 讨论过去可以增进成员间的了解和接纳, 而这在团体凝聚力的发展中扮演了重要的角色。

在化解冲突之时, 过去往往是无比珍贵的。例如, 两名成员陷入看似无法和解的冲突之中, 两人都觉得对方十分讨厌, 此时, 如果能充分理解一个人是如何形成其特定观点的, 那么往往能使冲突变得人性化。当我们知道某人的父母是移民, 而他极力奋斗以求超越自己穷困的童年时, 那么他傲慢及强人所难的态度, 也就突然变得可以理解甚至于迷人可爱了。人往往因为被团体中其他人彻底理解

并接纳而受益；熟悉一个人的经历是认识一个人的重要且不可或缺的利器。

完全聚焦于反历史的此时此地互动是从来没有真正达到过的。人们谈话中几乎不可避免地涉及对未来的恐惧或向往以及往昔和目前的经验。在团体治疗中什么是重要的才是重点；过去只是手段，而非目的，重要的是它解释了来访者目前对团体中其他成员开放自我的状态。如同 Rycroft 所述：“精神分析师进行过去史的探讨，以便了解干扰其目前与来访者沟通的原因（就如同一位译者从历史去澄清一个意义不明的字词），这种说法比精神分析师与来访者接触是为了获得其经历的资料要合理得多。”³⁹

以这种方式来运用过去，所用的追溯技巧与个体治疗中所运用的不同。在此，治疗师不是进行一种小心翼翼的、系统式的过去史询问，而是不定期地对某个人际姿态的形成做片断的分析。因此，来访者的许多其他层面都不会被探讨，此种状况并不少见，例如，团体治疗师可能在结束一个成功的疗程后，依旧对某位来访者早期生活的某些重要层面不十分清楚，如求学史、生理疾病、父母亲的职业或地域的迁徙等。

在治疗团体中直言不讳地讨论过去，并不能正确地反映出在治疗过程中，每个来访者心里所浮现的过去的情境。强力聚集于团体成员之间的关系，并非为了要促成他们之间的长远关系，而是为来访者和生命中真正重要的人之间必须努力的事项做彩排。

在治疗即将结束的时候，来访者通常表示他们的人际关系有很显著的改善，而他们几乎从未在团体中公开讨论过这些关系。其中很多牵涉到的家庭成员都是在很久以前与来访者有关联的。因此，过去在修通历程中是默默地占有一席之地的，治疗师必须注意到这一无声却重要的课外家庭作业。但是不可以利用团体的时间来进行，因为这样做会牺牲聚焦于此时此地互动的治疗的效力。

作为整体团体的历程评论

有些团体领导者选择将重点主要放在团体整体现象上。在言谈中，这些领导者常提及“团体”、“我们”或者“我们全体”。他们尝试去澄清团体这个主体和其主要目标间的关系，或是团体和领导者、其中某一成员、亚团体或者一些共同关注的事物间的关系。比如，这一章开始部分描绘的“亲子关系渐渐沦丧”的事件。在这次事件中，治疗师有许多可选的历程评论，其中包括整体团体解释。举例来说，他可以提出“团体”是否需要一个代罪羔羊，而 Kate 离开之后，Burt 是否

填补了她的角色；或是“团体”是否积极地在避免一件重要的事，那就是他们对于 Kate 离去的罪恶式快感和恐惧。

综观本书，我参考了许多与团体现象相关的评论。例如，规范的建立、特异份子的角色、代罪羔羊现象、情绪传染、角色吸收、亚团体的形成、团体凝聚力、团体压力、身为团体一员所造成的退化式依赖，以及团体成员对于团体结束、新成员加入、领导者缺席等现象的反应。除了这些普遍的群体现象外，这本书的早些版本还描绘了一些综合性的整体团体途径，特别是威尔弗雷德·比昂（Wilfred Bion）的工作，他对团体的心理以及阻碍有效团体运作的潜意识力量进行了细致的描述⁴⁰。他的方法又被称为塔维斯塔克（Tavistock）方法，一直以来是理解整体团体活力的有效模式。这种方法强调，团体领导人相对疏离团体，作为团体活动的导演，他的这种强调限制领导者参与团体活动，而只把团体看做一个整体的观点，最终使他放弃了采用塔维斯塔克方法来进行团体心理治疗。然而，塔维斯塔克方法仍然被作为一种教育工具在使用，解释有关团体力量的本质、领导学和权威的有关知识。（见 www.yalom.com，本书第四版中有关比昂贡献的讨论。）

整体团体现象的重要性是不容置疑的。所有团体领导者都会同意：团体蕴含着明显影响个人行为的力量，个人在团体中所表现的行为，和在双人情境中的行为是不同的（这就是我将在第九章所讨论的，造成团体成员筛选困难的一个因素）。大家广为接受的理论是，要了解个人的行为必须将其所遭受的社会和环境压力纳入考虑范围。但是，现在还有一个问题，即如何最佳地在治疗团体中应用这些知识。检验整体团体评论原理为我们提供的一些指导。

整体团体历程评论的原理

作为一个整体的团体现象通过两种重要的方式影响临床治疗：它们能在团体服务中起作用；能阻碍有效的团体治疗。

在治疗中运用整体团体力量。我们已经讨论过许多团体现象的运用。例如，凝聚力（团体的士气）很显然与大团体的特质有关，事实上，治疗师在促成凝聚力的形成时，便是利用团体力量了。然而，这并不意味着治疗师必须做出明确的整体团体评论。

团体力量阻碍治疗的开展。当然，有时整体团体历程严重阻碍了治疗，但评估是必要的。换句话说，整体团体阐释的目的是除掉那些阻碍整个团体进步的障碍⁴¹。两项常见的障碍是充满焦虑的议题以及反治疗性的团体规范。

充满焦虑的议题

有时，因为问题太具有威胁性，所以团体便会有意无意地回避和拒绝面对此问题，此种回避有许多不同形态，一概被称作团体逃遁（group flight），以下是一个由充满焦虑的议题引发团体遁逃的临床实例。

◆6名成员出席第25次团体聚会，唯独John缺席。Mary头一次在没有预告的状况下，带她的狗来参加聚会。向来充满生气、十分主动的成员此番竟显得异常沉静和缺乏效益，他们说话的声音小得几乎听不见，并且从头至尾讨论的主题仅止于一般大型社交场合所见的空泛言论，一大半时间都花在谈论读书习惯（有3个成员是研究所学生）、考试和老师（特别是老师的缺点和不值得信任之处）。甚至于有些资深的成员开始谈起几位早已离开团体的成员——追忆似水年华现象。Mary的狗（这只可怜的、焦躁不安的生物大部分时间都在大声地舔自己的生殖器），却从未被提及。

最后，治疗师代替整个团体向Mary提出了质问，但却大大出乎治疗师的意料，大家竟然为平日不怎么受欢迎的、自我陶醉的Mary竭力辩护，纷纷否认狗的出现妨碍了团体的进行，治疗师变成一个孤单的抗议者。

治疗师认为，此次团体聚会根本是一次“逃遁”的聚会，他针对此事做了适当的团体现象阐释，在稍后我会讨论这一点。但是，首先让我们来看看究竟有哪些证据显示这是一次逃遁的聚会？大家在回避些什么呢？我们必须先考虑这个团体组成时间的长短，如果是非常早期的团体聚会，如是第三次聚会，那么这样一次聚会或许并不代表阻抗，而仅仅表示成员们对自己的主要任务不确定，尚在暗中摸索着建立程序上的规范。然而，这个团体已经组成六个月了，并且以往团体一直处在一个更加成熟的水平上。

在检视上次的团体聚会后，我们深信逃遁行为确实存在。在本次聚会缺席的John，曾在上次聚会时迟到了20分钟，并且碰巧就在一位学生打开隔壁观察室的门时，从走廊经过。他听见其他团体成员的声音，也看到一屋子注视着该团体的观察者；更糟糕的是，碰巧当时这些观察者正嘻嘻哈哈开着玩笑。虽然John与其他团体成员曾被告知有学生在观察团体的进行，但是这个令人震撼的确认体验让他异常恼怒。在聚会的最后时刻，John把真相告诉了大家，所有人同样目瞪口呆。而John在这一次聚会后就缺席了。

这一事件对这个团体来说简直是个大灾难，对别的任何团体来讲也是如此。它在成员心中引起一个严重的问题，这个治疗师可以信任吗？他是不是像他观

察室的伙伴一样在心里嘲笑大家？他所说的话都是真诚的吗？这个以前被认为是充满人间真情的团体，事实上会不会是一个贫瘠的、被设计好的实验展品，正被治疗师无情地研究（治疗师或许会觉得在观察者与团体成员之间，自己更忠于前者）？

尽管（或者正是因为）这个议题令人感到痛苦，但团体并不去讨论或质疑它，反而开始了逃遁的行为，不过这是可以理解的。当暴露于外在的威胁时，成员们紧紧地联合在一起以求自保，他们轻柔地谈一些安全的话题，避免和外在的胁迫力量（观察者，连带的还有治疗师）分享任何东西。当治疗师提到那只狗明显使大家分心时，大家并不赞成他的说法。“追忆似水年华”使成员向往以前大家都是那么单纯、无知的时候，治疗师是那么可以被信任。当讨论到考试与不值得信任的老师时，其隐含着一种对治疗师的态度。

介入的本质与时机主要和个人风格有关，即使对于事情根源还不怎么清楚，包括我在内的某些治疗师会在意识到团体的逃遁行为时就介入。例如，我可能会说出自己在当天的聚会中的困惑与不自在，并且询问“大家今天还有什么没说的？”“大家今天在回避些什么事情？”“我感觉到今天有隐藏的议题，我们可以谈谈吗？”

我甚至会举出例证来支持我的疑虑——如成员的窃窃私语；将话题转到不关痛痒的事上；缺乏互动的沟通模式；以及讨论狗时，我被其他人排挤或疏离。我会进一步说成员们今天竟然完全跳上次聚会的内容，以及跳过 John 今天的缺席。不管用什么方法，必须首先解决整体团体问题才能继续任何有意义的人际工作。

对这个临床例子，我并不会满足于将团体带回较有意义的讨论素材上。对于团体的存在来说，受到回避的议题十分重要，我实在无法容许它在自己眼皮底下溜走，这实际上反映出团体成员不能充分探讨我与他们彼此间的关系，因此我不断地将团体的注意力拉回主题（成员对我的信任与信心），并且试着不被那些替代行为（例如，团体提出讨论另一题目——一个颇有分量的议题）牵着鼻子走。我的任务并不仅仅是要破解阻抗，将团体重新引导至有效的范围内，更要将团体成员导入阻抗的源头里，我们不能对回避的焦虑文过饰非，而应对。

另一个判断阻抗存在与强度的线索是，团体成员对于治疗师洞悉阻抗的反应。假如治疗师一再用犀利的语言重申自己的主张，也只是换来熟视无睹，假如治疗师觉得受到成员的忽视，假如治疗师发觉要影响团体特别困难，那么很显然，阻抗的力量极为强大，此时整个团体与每个个别成员都需要被关注。这

并不是一件容易的事儿，是焦虑阻碍了整个团体，而治疗师在这种情境下往往感觉力不从心。

团体也可能以更具体的逃遁来回避工作，如缺席或拖拖拉拉。无论是何种形式，结果总是相同的：以团体动力学家的语言来说，就是往团体目标迈进的行动已受到阻碍，成员不再投入到主要任务中了。

象征性地讨论促使阻抗出现的问题点，并非少见。例如，团体成员可能花很长时间通过讨论信任感被破坏的类似事件（如，公布学生某堂课的成绩，或是家人私自拆阅个人信件），隐喻对于观察者的不安。而因为治疗师缺席所激发的不安，也可能会勾起对无法生育后代、死亡或疾病等问题的讨论。大致上说来，凭借思考“为何这一无关的主题被讨论，又为何是现在被讨论”，治疗师就能使团体所阻抗的初露端倪。

2003年严重急性呼吸综合征（SARS）高峰时期的一个治疗团体的经历或许会更好说明问题。

◆一个抑郁症住院老年病人团体被取消了几周，最后又恢复了，但条件是所有参加者都必须戴上不舒服的口罩（以预控感染），这就隐藏了面部表情。团体交谈的主要特征是不同以往的对于剥夺的敌意评论：对老人漠不关心的成人子女，不称职的公共卫生官员，得不到帮助、漫不经心的治疗师们。不久，成员们开始攻击他人，团体貌似处在完全分裂的边缘。

治疗师也在同令其压抑的口罩作斗争，要求一次“程序检查”，即要求团体成员停一会儿，回想一下目前为止到底发生了什么。成员都同意他们厌恶 SARS 危机对他们团体造成的影响。他们的口罩不仅在生理上激怒了他们，同时也阻碍了他们感觉团体中其他成员的亲近。他们也意识到，那种蔓延在团体中普遍的愤怒是被误导了，但他们并不知道如何处理这种强烈的感受。

治疗师做了一个对整体团体的阐释：“今天这里有一种矛盾：很明显你们珍惜这个团队，因此为它被剥夺而愤怒，但是，另一方面，你表达的愤怒又威胁到你们所珍视的团队氛围。”许多人不住地点头，赞成治疗师的阐释，愤怒、分歧也随后消失。

反治疗的团体规范

另一类需要进行团体阐释的破坏力量，是团体展现出的反治疗的团体规范。例如，像我之前说过的，团体可能会在聚会进行时建立由每位成员“轮流”发言的模式，这样的一个模式并不好，因为它会阻碍自由的互动。此外，成员往往被

迫做出仓促的自我暴露，而且可能在快轮到自己时感到强烈的焦虑，甚至决定终止治疗。还有，团体也可能会建立另一种模式，将整个议程锁定在第一个被提出的议题，并无形地抗拒主题的转换。或者，还有一种“你能超越吗”的形态，让成员们置身于一种愈来愈强的自我暴露的狂热中；或在某些成员中形成一种关系密切、你呼我应的风气，而将那些无关人员和新成员排斥在外。

如果希望在这些情况进行有效的治疗，治疗师就得在对整体团体现象的诠释中，清楚地描述整个形成过程，明确指出成员或团体产生的不良风气，并且强调其他能取代这些规范的模式。

在发展过程中，一个团体可能会跳过某些重要阶段，甚至从来没有将一些规范纳入团体文化里。例如，团体可能并没有经历过对治疗师挑战或质疑的过程。团体可能没有因为成员间的意见分歧而互相猜忌，也没有企图获得地位或争夺控制权，可能在一年多后，团体成员间仍然没有产生任何真正亲密的现象。这样的逃避行为是成员们有意无意共同建立起来的模式。如果治疗师意识到团体正给成员提供有限的或不完整的体验，就可以借助对那些被遗失方面的评论，来促进团体工作的进展。（当然，这样介入的前提是，治疗师已明白小团体发展正按惯例规律反复地重演。我将在第十一章讨论这个主题）。

团体介入的时机

为了教学的缘故，人际现象与团体现象被分开讨论，似乎这两者有很大区别。然而，在实际上，这二者经常重叠，治疗师也会面临什么时候应该强调人际层面的互动而什么时候又该强调团体层面的互动的难题。就像任何治疗工作一样，治疗师无法精确地给出临床判断，判断往往从经验（尤其是督导下的经验）与直觉中来。如同克莱因所陈述的：“这是分析师身上最珍贵的一种素质，能让他在任何时候抓住紧要的议题”⁴²。

紧要的议题在团体治疗中要比在个体治疗中来得更难以捉摸。但一般而言，关乎整个团体存在与动作的议题，一直都优先于较狭隘的人际议题。为了举例，让我再回到专注于窃窃私语与无关痛痒主题的团体上，在一位成员无意间发现团体观察者的轻率行为的聚会后，其他团体成员产生了逃避行为。在那次聚会中，Mary（曾在上一场聚会缺席者）把她的狗一起带来了，很显然，若在往常的情况下，这一行为会成为团体的一个重要议题：Mary 既未征求过意见，也没有告诉过治疗师与其他成员她要带狗来参加聚会。由于强烈的自恋，她成为一个不受欢迎的成员，而这样的行为也是对他人熟视无睹的表现。然而，在聚会过程中，还存在着

一项威胁到整个团体的更紧要的议题,讨论这只狗并不是要促进 Mary 的人际学习,而是来讨论团体的逃遁行径。直到稍后,当影响团体进展的障碍被疏通与去除后,成员们才能回过神来意味深长地去考虑 Mary 带狗一事的感受。

总之,作为整体的团体力量在治疗团体中仍然适用。如果要在治疗服务中掌握团体的力量,那么治疗师首先必须意识到它的存在,并且在阻碍治疗的时候与之作斗争。

第七章

治疗师：移情与透明度

前面我们已讨论过团体治疗产生疗效的机制、治疗师的任务以及治疗师完成这些任务所运用的技巧。在这一章中，我将从治疗师在团体中必须做什么，转向有关治疗师必须是怎样的讨论。作为治疗师，你在扮演一个角色吗？你能自如地表现自己到何等程度？你能有多“诚实”？你能允许自己有多大的透明度？

任何与治疗师自由度有关的讨论都应该始于移情，移情可以是一种有效的工具，也可以是阻碍你一举一动的羁绊。弗洛伊德在他的第一篇论文，同时也是极具先见之明的心理治疗论文中[《关于癔症的研究》(*Studies on Hysteria*) 最后一章，1985]，指出了几种可能影响来访者与治疗师形成良好工作关系的障碍¹。大部分障碍很容易被除掉，但有一种障碍源自内心深处，且难以在治疗工作中将其排除。弗洛伊德将此障碍命名为移情。他认为，来访者对治疗师的态度，由来访者早年对生活中重要人物的态度转移而来。这种对治疗师的感觉是一种“错误的联系”，一种旧冲动的翻版。

几年后，弗洛伊德意识到，移情不仅是一种治疗上的障碍；如果运用得当的话，将是治疗师最有效的工具²。若要帮助来访者重新回到过去，还有什么比通过与治疗师目前的关系，让他重新体验及重演对父母固有的感情更好的方法？而且，这种与治疗师形成的强烈而冲突性的关系——弗洛伊德称之为移情性神经症——会通过现实检验得以纠正。治疗师可以在治疗它的同时，解决来访者儿时的冲突。虽然部分术语看起来可能过时了，但是今天的许多心理治疗方法，包括认知治疗，也承认与移情相似的概念，但把它称之为“图式”³。

尽管过去半个世纪，精神分析技术已有可观的进展，但移情在精神分析式治疗中作用的基本原则却几乎没有什么改变⁴：

1. 分析移情是治疗师主要的治疗任务。

2. 由于移情的形成（以及解决）是关键性的，因此，重要的是，治疗师要通过不暴露自己来促使移情发生，使来访者能将治疗师纳入他所转移的感觉与态度之中，就如同人可以在想象中装扮得像时装模特一样。（当然，这是隐藏在分析师“空白荧屏”角色之后的理论原理，即使在分析师中，这种角色也已不再盛行。）
3. 治疗师所能做的最重要的一个阐释就是澄清移情的某些方面。（在精神分析的早期，移情阐释被称为“带来变化的阐释”。）

然而，在近数十年间，许多分析师改变了他们的看法，因为他们觉察到在治疗过程中其他因素的重要性。贾德·马尔默（Judd Marmor），一位重要的分析师，在1973年《美国精神医学学刊》上发表的一篇重要文章中写道：“心理分析师大都已开始能较自在地主动和来访者沟通，不再坚守一种对来访者无声、冷漠、隐姓埋名的‘中立镜子’姿态⁵。”斯蒂芬·米切尔（Stephen Mitchell），一位最近在主流精神分析理论方面的领军人物评论到：

许多来访者现在已经理解：痛苦不是来源于最初的矛盾冲突，这种冲突可以通过释义和理解来转化；痛苦其实来源个人发展的受阻。在人生的早期由于缺少关注，因而对自我的成熟和完整性都会产生影响。来访者所需要的不是澄清或洞察力，更多的是持续的被关注的体验、亲自参与和基本的被尊重和被关心⁶。

米切尔和许多人认为，个体治疗和团体治疗中的“治愈”因子就是人际关系，这种关系需要治疗师的真正参与和对来访者内部感情及主观体验的共情性协调⁷。请注意，这是对关系本质的新的观点，意味着心理治疗正在将它的关注点从一个人的心理（强调来访者的病状）改为两个人的心理（强调治疗师和来访者相互的影响和共同的责任关系）⁸。在这种模式下，治疗师在治疗中的情感体验就变得有意义，并成为收集来访者资料的有力来源。如何明智地利用这种资料，我们将在后面进行详细论述。几乎没有人会质疑移情的发展、识别与解除在动力学取向的个体治疗中的重要性^{*}。

^{*} 在精神分析文献中，对于移情的定义各不相同（请参见 C. Rycroft. *Critical Dictionary of Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1968. J. Sandler, G. Dave, and A. Holder. “Basic Psychoanalytic Concepts: III. Transference” *British Journal of Psychiatry*. 1970, 116:667-672.）。较严格的定义认为，移情是来访者对治疗师的某种心理状态，它之所以产生，是因为来访者将其对于先前生命中重要人物的感觉、想法等，置换到治疗师身上。其他精神分析师对移情的定义予以延伸，把它们不只应用于分析师与被分析者的关系，也应用于其他人际状况。在本文此处及他处的讨论中，我会自由地使用“移情”一词，来指任何两人关系中种种非理性的方面。在这个概念的临床表征上，它与沙利文的与“情绪与欲望失调”同义。我将会提到移情有许多来源，并非只是单纯地将对过去客体的感觉转移或置换到目前的客体上而已。

精神分析师对治疗师自我暴露的程度持有异议——从充分的自我暴露⁹到完全的不透明¹⁰。但他们确实承认移情是“不适当的、强烈的、矛盾的、反复无常的和顽强的”¹¹，并且也承认在分析治疗中移情的中心地位以及移情阐释的关键作用。分析流派之间的差异主要在于承认“移情是治疗的全部还是几乎是治疗的全部”¹²。

所以，在团体治疗中，问题不在于移情是否重要，而在于治疗过程中的移情是否应优先于治疗过程中的其他疗效因子。治疗师不能仅仅聚焦于移情，还应该利用其他多种具有效力的疗效因子。这对建立团体治疗工作是非常必要的。

有些团体治疗师认为，解决治疗师与来访者间的移情是非常重要的疗效因子¹³，有些团体治疗师则认为，来自其他成员之间的关系和来自其他疗效因子的人际学习与移情同等重要。这两类团体治疗师之间的差异不仅表现在理论上：在实践中，他们也使用着显著不同的技术。以下是英国一位只做移情阐释的正统分析师所带领的团体治疗的两个例子，将可说明这个观点：

◆在第20次聚会时，团体成员相当仔细地讨论了有关他们不知道彼此名字的这件事。接着，他们处理了亲密度的一般问题，例如，讨论今日要认识并真正了解人是多么困难，如何能交到一个真正亲密的朋友。当时在讨论中，曾有两次，某成员弄错或忘记了另一成员的姓氏。依据这个资料，团体领导者作了一个移情的阐释：这一成员想借着忘记别人的名字，来表达他希望所有成员都消失，好来独享治疗师所有注意力的愿望。

◆在另一次聚会中，两名男性成员缺席，四名女性成员激烈地批评唯一出席的男性来访者（此来访者是同性恋），认为他的不合群及自恋使他对别人的生活或问题毫无兴趣。治疗师指出，这些女性攻击这名男性来访者，是因为他对她们没有兴趣；而且这名男性只是间接的目标，这些女性真正想攻击的是治疗师，因为他拒绝和她们有性方面的来往。

在这两个例子中，治疗师选择性地关注某些资料，并从他认为的主要疗效因子——移情的解决——着眼，做了富有成效的正确的阐释，因为它将成员的注意力集中在他们和领导者之间的关系上。然而，依我之见，以治疗师为中心的阐释是不完整的，因为它否定了成员间彼此关系的重要事实。实际上，在第一个例子中，除了期望获得治疗师的全神贯注外，各成员内心存在着对于亲密以及对彼此间互

动的需求及恐惧的极大冲突。在第二个例子中，那名同性恋来访者一直是自我关注的，和团体中的其他成员关系疏离，对他而言，认清并了解自己的行为举止是非常重要的。

任何限制团体治疗师灵活性的规范，都会降低治疗师的治疗效果。我曾见过一些治疗师因为固守着必须永远保持全然匿名与中立，或全然诚实和透明的信念，反而寸步难行；还有一些治疗师则是因为囿于只能对移情进行阐释，或只能针对大团体现象进行阐释，或只能做大团体移情的阐释，而感束手束脚。

治疗师在团体中应用的方法能够加剧或者延缓成员对移情的表达。如果治疗师强调以自我为中心，团体将会变得更加退化和依赖。反之，如果治疗师注重成员间的互动和移情，并把它作为主动的表达而不是完成治疗师布置的任务，那么团体中移情体验将会得到更好的发挥¹⁴。

我在本章要尝试澄清以下与移情相关的问题：

1. 移情会在治疗团体中发生；实际上，它无所不在的，并会彻底影响团体互动的性质。
2. 若不识别移情及其表现，治疗师通常无法完全了解团体的历程。
3. 若治疗师忽略了对移情的考虑，将会严重误解某些互动，而且将会迷惑而不能指导团体成员；但如果治疗师只看到和成员间关系的移情层面，则无法和他们真正地相处。
4. 某些来访者的治疗关键在于解决移情的扭曲，有些人的进步则是由于和其他成员在竞争、利用、性别和亲密方面的冲突等问题上产生人际学习所致，而并非因为治疗师的工作；也有许多的来访者选择团体中不同的治疗途径，并从不同的疗效因子中有重要的获益。
5. 团体成员之间的移情能够被有效地应用，可能比对治疗师的移情反应更加有效¹⁵。
6. 对治疗师的态度并非都是基于移情，有许多是基于现实，更有一些虽不合理，却来自于团体动力中存在的其他非理性因素（如同弗洛伊德已知的，并非所有的团体现象都能以个体心理学来解释）¹⁶。
7. 通过保持灵活性，治疗师可以利用这些针对自己的非理性态度来产生疗效，而同时不会忽视自己在团体中的许多其他功能。

治疗团体中的移情

每一位来访者由于扭曲的移情，或多或少都会误解治疗师。有时甚至在治疗开始前就存在这样的误解。一位精神病学家在候诊室迎接一位新来访者，当他自我介绍时，对方怀疑他的身份，因为该来访者认为这个治疗师与预想的治疗师是如此的不一樣¹⁷。极少有来访者对于下列问题在态度上是完全没有冲突的：父母的权威、依赖性、上帝、自主性及反叛等——所有这些都常会被投射于治疗师身上。在团体互动的表面下，这样的扭曲不断地发生；确实，几乎所有的聚会都可以清楚地感受到治疗师所引发的强烈感受。

当治疗师进入团体时，我们会看到团体产生了变化。团体成员也许正热烈地谈话，一看到治疗师出现，就会变得非常安静。（有人曾说，当突然间什么都没有时，团体治疗才正式开始！）治疗师的到来不仅提醒团体其任务何在，同时也唤起各个成员早年时对于成年人、教师和考核者的复杂感觉。没有治疗师的出现，团体是嬉闹的，而治疗师的出现则严肃地提醒大家身为一个成人所应负起的责任。

入座方式常透露出来访者对领导者复杂而强烈的感觉。通常，团体成员会试着坐得离治疗师越远越好。当来访者鱼贯而入时，通常会选择较远的位置，而将治疗师两侧的位置留给晚来者以示惩罚。偏执的来访者通常会坐在治疗师的正对面，或许是为了更仔细地观察治疗师；依赖性的来访者则通常坐得离治疗师很近。如果两位治疗师彼此坐得很近，而只留一个空位在中间，可以肯定，这会是最后一个被占据的座位。一名已经接受18个月团体治疗的成员仍表示，坐在治疗师之间会感受到很大的压迫感。

为了研究的目的，有几年时间，在每一次聚会后，我都会要求团体成员填一份问卷。他们的任务之一就是对每一个成员的主动性予以排序（根据每个人发言的多寡）。团体成员对其他成员评价时，成员间的评分者信度非常好，但对团体治疗师评估时，成员内部的信度却非常差。在同一次聚会中，有些来访者认为治疗师是最活跃的，但有些人却认为他最不活跃。成员对于治疗师强烈而不实的感觉，使他们即使在相对客观的层面上，仍无法作出准确的评估。

当问及一个来访者对我的感觉时，他表示因为我的冷漠及疏离，他非常不喜欢我。他对自己的表白立即感到强烈的不安，他想象自己的话可能会造成的影响是：我可能会因为他的攻击而极度不愉快，以致无法给团体带来任何帮助；我可能将他踢出团体，以示报复；我可能借着模仿他在团体中提过的可怕的性幻想来羞

辱他；我可能用我精神科的知识伤害他。

在许多年前的另一次聚会中，团体成员注意到我戴了一个铜制手镯。当他们知道那是为了治疗网球肘时，反应十分极端。他们觉得生气，因为他们认为我怎么这么迷信或接受庸医的治疗方法。（他们几个月来都在责备我太科学与不够人性化）。有些人认为，如果我多花点时间和来访者在一起，而少去网球场，大家都会觉得更好些。有一名总是把我理想化的来访者说，她在当地一本杂志上看过铜制手镯的广告，但她猜想我的应该更特别些——或许是我在瑞士买的吧！

某些成员会特别向治疗师提出他的看法，或是与别的成员说话，只是在其说话结束后偷瞄治疗师一眼。这似乎是想通过与其他成员说话而和治疗师接触，寻求治疗师对他们思想与言行的赞同。他们仿佛忘了自己接受治疗的真正原因，他们一直想与治疗师眉目传情，想做最后离开团体的人，或千方百计地要成为治疗师最喜欢的孩子。

一位中年妇女梦见团体治疗室搬到我的起居室，其中空无一物，没有任何装潢。挤满房间的并非是团体其他成员，而是我的家人，其中还包括我的几个儿子。我把她介绍给家人认识，她感到极度的温暖与喜悦。她对这个梦的联想是，她非常高兴她在我家里有一席之地，不只因为她可以装潢布置我的房子（她是一位专业的室内设计师），还因为我虽然只有儿子（在她的梦中），却为女儿留了一个房间。

由于移情如此强而有力且无所不在，因此对团体的稳定性来说，那句“领导者应该不偏不倚”的格言似乎非常必要。弗洛伊德认为，团体的凝聚力乃源自于大家都想成为领导者最喜爱的那一个人¹⁸，这是令人感到好奇的。手足团体是人类团体的原型，充斥着强烈的竞争感。每个孩子都希望自己是最受喜爱的，也怨恨那些与他一起竞争父母之爱的对手。较年长的孩子想要剥夺年幼者的特权，或根本地把他们除掉。然而，每个孩子都了解，父母亲对于相互竞争的孩子的爱是均等的；因此，若摧毁其手足，必会引起父母亲的暴怒而将自己也摧毁掉。

唯一可能的解决办法就是坚持公平性，如果我不能成为最受喜爱的，那任何人也一定不能。每一个成员都有权受到领导者同样的关注，而“团体精神”便产生于此公平性。（弗洛伊德在此细心地提醒我们，公平性的要求只适用在除治疗师外的成员身上，他们并不希望和领导者平等，相反，他们极度渴望顺从——如同弗洛姆所说的“顺从的欲望”¹⁹。我会很快再来讨论这一点。）我们经常遗憾地目睹那些脆弱、意志消沉的追随者嫁给那些魅力十足的、甚至过分自恋的团体领导者²⁰。

弗洛伊德对于团体成员看待领导者时那种强烈而非理性的心态非常敏锐，同

时，他对于这种现象所做的系统性分析及将此运用在心理治疗上，都有卓越的贡献²¹。然而，很显然，从人类最早的团体开始，成员和领导者的心理状态就已经存在，而弗洛伊德并非第一个发现此现象的人。举个例子说，19世纪的托尔斯泰就敏锐地察觉到，在他那个时代两种最重要的团体——教会及军队——中，成员与领导者间微妙的复杂关系。由于他洞察到对于领导者的过高评价，才使得《战争与和平》这本书不仅哀怨动人，而且内容丰富。以罗斯托夫对查尔的感觉来看：

由于查尔就在附近，所以他的心完全被喜悦占据了。他觉得光是他在附近这件事，就可以补偿这一整天的失落。他十分快乐，就像是恋爱中人终于等到相会的那一刻时的快乐。他虽然不敢直视，但仍狂喜地感觉到他越来越近。他不只从行进队伍的马蹄声感觉到，他之所以会感觉到，乃是因为当查尔越来越近时，一切都显得更加明亮、更加愉悦而重要，也更加值得庆贺。对罗斯托夫来说，查尔犹如太阳越走越近，带来了温和而庄严的光芒，此时他觉得自己被这光芒所拥抱，他听到了他的声音——如此关爱、平和、庄严，但又那么简单——接着罗斯托夫起身到营火旁徘徊，梦想着死亡——而非拯救皇帝的生命（那是他不敢梦想的），而只是在皇帝的眼前死去。他真的爱上了查尔、俄罗斯军队的荣耀以及即将来临的胜利。在奥斯特利兹战役前的那些值得记忆的日子里，他并非唯一有这种感觉的人。俄罗斯军队里十分之九的人，虽然不像他那样狂喜，但在那时也都爱恋着他们的查尔及俄罗斯军队的荣耀。²²

的确，对领导者完全的敬爱，似乎是战争的先决条件。讽刺的是，为了维护爱所造成的死伤，或许许多过仇恨所导致的死伤！

根据托尔斯泰的说法，拿破仑这位人类至高无上的领导者，对移情并非一无所知；他毫不犹豫地运用移情以获得胜利。在《战争与和平》一书中，托尔斯泰安排拿破仑在战争前夕向他的军队发表以下的演说：

战士们！我将亲自率领大军。如果你们能用一贯的勇猛击溃敌人，我便可免于炮火攻击。但是，如果胜利有片刻的迟疑，你们将会看见你们的皇帝暴露在敌人最猛烈的攻击之下。特别是在今天，为了法国步兵的荣耀，以及为了建于其上的国家的荣耀，我们要绝对的胜利²³。

由于移情的原因，治疗团体可能赋予领导者超人的能力。治疗师所说的话会被加重分量，灌入了比实际上更多的智慧。但是，其他有同等贡献的成员却被忽略或扭曲了。团体的进步全都归功于治疗师。领导者的错误、失态和缺席被认为是刻意的技巧，是领导者对团体的善意，用来激励或唤醒团体。各种团体，包括

专业治疗师所组成的团体，都高估了领导者的存在价值及领导者的知识。他们相信领导者的每次干预都经过深思熟虑，领导者能够预测并掌握团体中所有的事件。即使领导者表露自己的困惑或无知，也还是被认为是他刻意想对团体造成某些特殊影响而运用的技巧。

喔，当一位父母或领导者最喜爱的孩子吧！对许多团体中的成员来说，这种渴望像是一条内在的水平线，被用来衡量团体中所有的事件。不管成员多么关怀其他的团体成员，不管他多么高兴看到其他成员为了获得帮助而努力着，其背后都有羡慕与失望，因为自己不是领导者的光芒下唯一享受温暖的人。领导者若能探究这些主题——谁得到最多的注意？谁得到最少的注意？谁似乎是领导者最喜爱的人？——让成员检视团体的内部，几乎总会使他们有所获益。

想要独自拥有治疗师以及随之而来的羡慕及贪婪，均深植于每个团体的亚结构中。以前对生殖器官的口语讲法是“私处”。然而，今天许多治疗团体却以轻松甚至好玩的心态来讨论性问题；一个团体的“私处”或许是费用结构，因为金钱及收费经常像是电极，浓缩了对于领导者的许多感受。在许多依成员收入高低而有不同收费的心理卫生诊所中，费用结构是个备受关注的议题。到底哪个成员付了多少钱，常是团体最高度的秘密之一，成员交费的不同（以及默默形成的必然结果：权利及拥有程度的不同）威胁着整个团体的凝聚力：所有成员间的公平性。当谈论金钱时，治疗师通常会感到尴尬：团体讨论金钱和付费的问题，即意味着治疗师的收入、贪欲和是否称职，这是治疗师要面对的显而易见的困难。

成员经常期望领导者能感受到他们的需要。某个成员为困扰他的主要问题列一个清单，每次参加聚会都带着它，等着治疗师注意到并要他念出来。这份清单的内容显然并无多大意义，如果他真的想要处理他所列举出来的问题，他大可主动将单子拿给团体看。但是，他当然不会如此，因为重要的是他相信治疗师的先见之明。这位成员的移情使他并未将自己与治疗师作全然的区分，他们的自我界限模糊了。对他来说，治疗师对于某件事情的了解与感觉，就是他的了解与感觉。许多来访者将治疗师带在身边，治疗师就在他们里面，从他们的肩上观察他们的行动，与他们进行想象中的对话。

当团体的许多成员分享他们想要一位全知全能的领导者时，聚会开始有一种别具一格的风味。团体似乎是无助而依赖性的，成员们使自己技能丧失，并且似乎无法帮助自己或他人。在一个由专业治疗师所组成的团体中，突然之间，团体成员甚至似乎无法问对方最简单的问题，这种失去技巧的现象尤其戏剧性。例如，团体可能会在某次聚会中谈及丧失。有位成员第一次提到他的母亲最近去世了，

接下来是一片寂静，此时团体突然患了失语症。甚至没有人说“多告诉我们一点有关情况”，他们全都在等着领导者对自己的关心。由于害怕会减少自己得到领导者照顾的机会，以致没有人会愿意鼓励其他人说话。

然而，在其他时候或者在其他团体中，会发生相反的情况。成员不断地向领导者挑战：治疗师不被信任，不被理解，被当作敌人来对待。这种负性移情的例子比比皆是。在团体开始时，一名来访者就费尽心机地想优越于其他成员。每当治疗师试着要指出来，他就认为那是恶意的；治疗师干扰了他的成长；治疗师感到受威胁，因而想要他屈服；或者，最后甚至说治疗师刻意阻挠他的进步，以免他进展太快而减少治疗师的收入。这两种极端现象——盲目的理想化和无情的贬低——都反映了破坏性的团体规则，代表了一种反团体倾向，治疗师需要加以重视²⁴。

在一个乱伦幸存者的成年女性团体中，我作为唯一的男性，一直受到挑战。不同于我的女性协同治疗师，我简直被批评得一无是外。我的外表受到攻击——所选的领带和所穿的袜子搭配得不好。事实上，我所做的所有干预都遭到批评。我的沉默被称为没有兴趣；我的支持也遭到怀疑。当我对于她们的受虐经验探索得不够深入时，她们指责我缺乏共情。当我真的探索时，却被指控为“隐蔽的性变态者”，借着聆听性骚扰的故事而得到性刺激。虽然我知道女性受虐者团体中出现移情式的愤怒是不可避免的现象，且对于治疗过程是有用的，我也知道攻击所针对的是我的角色——是我所被投射的角色，而不是我本人——但是这样的攻击依然让人难以忍受。我开始害怕每一次的团体聚会，感到焦虑、技穷与无能。移情并不仅仅是被感知或者谈论，而且能变为行动²⁵。不仅是我在这些团体成员生活中作为男人原型受到攻击，而且我也以反面角色而备受“虐待”。这为那些同样经常感到恐惧、受欺凌和手无寸铁的团体成员，打开了一扇了解其体验的有用窗口。理解她们移情的本质，而不是施以以牙还牙的反移情，是保持治疗方向的关键。

在另一个团体中，一名因长期以来违反租约而被愤怒的房东提出诉讼的妄想症来访者，在团体中又重演她好与人争的性格。她宣称会计有误而拒付诊所的小额账单，但她又找不出时间与诊所的主管见面。治疗师几次提醒她账单的事，她却把治疗师比作那种剥削贫民的犹太地主或贪婪的资本主义者，在一个有害的环境中奴役她，使她的健康遭到永久的损害。

另一名来访者每次忧郁时，就会习惯性地身体不适，并且出现感冒症状。每当治疗师为她工作时，她就觉得治疗师像她父母一样指控她用装病来逃避责任。一位治疗师几次接受一名女性来访者的薄荷糖，而另一名成员反应强烈，指控他“剥

削”及利用团体中的女性。

对治疗师的攻击有很多非理性的原因，但有些却同样源自无助的依赖感，而这是我所描述的那种崇拜式的服从所造成的。有些来访者（“反依赖者”）会不断地激怒治疗师，以此对他们的依赖做出与恐惧相反的反应。有些来访者则试着去击败这个大对手，以确认他们的完整及能力，就像是拧一下老虎屁股而能毫发无损的那种愉快感及力量感。

团体成员对治疗师最常见的指控，就是说他太冷漠、太疏离、太缺乏人情味，这项指控有部分属实的，因为许多治疗师基于专业及个人的原因，会在团体中隐藏自我，这点我将简单论及。而且，他们的角色是治疗过程的评论者，需要跟团体成员保持一定距离。但情况不仅是如此而已。成员一方面坚持希望治疗师能更有人情味，另一方面又自相矛盾，常常希望治疗师是不食人间烟火的超人（见我的小说《叔本华的治疗》）。

弗洛伊德经常观察到这种现象。在他《幻象的未来》（*The Future of an Illusion*）一书中，弗洛伊德以人类对超凡人物的渴望为本，解释宗教方面的信念²⁶。对弗洛伊德而言，似乎团体的整合性有赖于某种超凡人物的存在，而此人物就如我前述那般，会促使每位成员都产生同等的爱的幻想。如果领导者失去功能，坚固的团体约束力就变成了一盘散沙。若是将军战死沙场，这个消息必须保密以免造成恐慌。同样的情形也适用于教堂的领导者。弗洛伊德曾着迷于1903年的一本小说《当黑暗来临》（*When It was Dark*），书中质疑并且否定耶稣基督的神圣性²⁷。它描述了耶稣基督对西欧文明的灾难性影响；先前安定的社会制度解体了，像是胶水忽然失效、零件四散的模型飞机。

因此，团体成员对于领导者是否要更人性化，其实是非常矛盾的。他们指责治疗师从不对他们谈治疗师自己，但他们很少直接地询问这些情况。他们要治疗师更人性化，但当治疗师戴了铜制手镯、接受来访者的薄荷糖，或忘记告诉团体自己跟某位成员曾通过电话时，却又痛骂治疗师。当治疗师承认困惑或无知时，成员都宁愿不去相信这些。治疗师的生病或虚弱都会在成员间引发相当的不舒服，似乎治疗师就该超越生物性的限制。一位放弃角色的领导者会令他的跟随者深深地烦恼（当莎士比亚笔下的理查二世哀悼他那“空洞的皇冠”，并表露气馁及需要朋友时，他的朝臣却要他安静）。

我曾带领过的一个精神科住院医师团体，便很明显有这种窘况。他们经常讨论现实生活中的“大人物”——他们的治疗师、团体的领导者、督导者以及由资深的精神科执业医师所组成的成人社团。当这些住院医师越来越接近培训的尾声

时，这个“大人物”就变得愈发重要，也愈成问题。我想，他们是否也会很快变成“大人物”，甚至我也曾有我自己的“大人物”？

对于“大人物”有两种互相矛盾的关注点，而两者都同样令人烦恼：其一，拥有超凡智慧与学识的“大人物”的确存在，而且他们会对那些想大胆僭越而成为他们一分子的年轻狂徒，加以诚实而无情的惩罚；其二，这些“大人物”本身就是骗子，而成员就像是《绿野仙踪》中那位正面对着奥兹巫士的桃乐丝。第二种可能性比起第一种更具有令人害怕的含义，那使他们面对自己本质上的孤独和分离。就好比在一刹那间，生命的幻影都被剥除了，而露出存在的赤裸的骨架——这是我们以最厚重的帘幕加以掩盖而不愿看到的可怕景象。“大人物”就是我们最有用的帘幕之一，就算他们的判断实在令人害怕，但比起其他的可能性要好多了——亦即世上其实没有“大人物”的存在，而个人终究要全然地孤独。

因此，有许多原因使成员不现实地看待领导者。其一是来自于对先前某个客体的情感产生移情或置换现象；其二是将面对权威时的冲突心态——比如依赖、不信任、反抗、反依赖等——投射在治疗师身上；其三是一种倾向，想在治疗师的身上加入超凡的特质，以便把治疗师当作对抗存在焦虑的避风港。

成员对团体治疗师的强烈情感还源于另一种额外的但却完全合理的信念，即来自于他们对治疗师伟大而真实力量的明显或直觉的赞赏。正如我之前所讨论的，团体领导者的参与和公平是团体生存和稳定所必需的，它使团队有力量驱逐成员、增加新成员以及运用团体力量完成治疗任务。

事实上，团体成员在面对治疗师时出现的这种热切、非理性的情感，其来源是如此多变而有力，使得移情无论如何都会发生。我认为，治疗师不必为了使移情滋生或促进其滋生而做额外努力——例如，预设一个坚决不变的中立而隐藏自我的姿态。有一个明显的移情例子与治疗师透明度有关。一名来访者经常指责我疏离、拐弯抹角、遮遮掩掩，他指责我操纵别人，像控制弦线一般地指挥成员的一举一动；他指责我不够清楚、不够开放，以及我从不站出来确实地告诉团体我想在治疗中做些什么。然而，事实上，在这个来访者所在的团体每次聚会前，我都会写一份非常清楚、非常诚实、非常透明的摘要寄给成员（见第十四章）。我相信，没有任何一位治疗师会比我更尽力为治疗过程除去神秘面纱。当在团体中被对质时，他才告诉团体说他没有读这些摘要，而且事实上大部分的摘要没拆封就被他丢在桌上。

只要团体治疗师担负起领导者的责任，移情就会发生。我还没见过哪一个团

体没有深沉而盘根错节的移情。所以,问题并不在于如何唤起移情,而是如何去解决移情。那些想要运用移情的治疗性的治疗师,必须帮助来访者去认清、了解并改变他们针对治疗师的扭曲心态。

有两种主要的方法可以在治疗团体中促进移情的解决,这就是一致性确认和提升治疗师的透明度。

一致性确认

治疗师可以鼓励来访者将他对于治疗师的印象,和其他成员对于治疗师的印象相互印证。如果团体中多数或全部成员都同意这名来访者对治疗师的看法和感觉,那么很清楚,这种反应若不是源自于和治疗师在团体中之角色相关的整体团体力量,就是这种反应并非空穴来风——团体成员对治疗师的知觉是正确的。若相反,团体内无一致的共识,而是团体中某一成员对治疗师怀有特殊的看法,那么治疗师必须帮助这名来访者去检视:他是否在通过内心扭曲的三棱镜,看待治疗师及其他的成员。在这个过程中,治疗师必须保持开放的态度,以防千篇一律地追求统一。有时,即使在单个成员的特殊反应中,也存在某种真理。

治疗师的透明度

另一种重要的方法则是治疗师治疗性地运用自我,治疗师借着逐步表露自己,而协助来访者确认或推翻对治疗师的印象。治疗师促使来访者把治疗师当作此时此地一个真实的人。因此,治疗师要对来访者有所反应,要与来访者分享自己的感觉,应确认或驳斥种种归因于治疗师的动机或感觉,要正视自己的盲点,要尊重成员给治疗师的反馈。随着真实生活资料越来越多,来访者就会被迫去检视自己对治疗师虚构信念的本质与基础。

我们也要增加透明度和自我暴露,以此来维持和来访者移情及治疗失败之间的平衡。暴露来访者对你造成的影响是特别有效的干预,因为它加深了治疗师和团体成员对相互影响的理解²⁸。

团体治疗师在一个团体的整个生命周期都会经历逐步的蜕变。刚开始,治疗师忙于发挥组成一个团体所必需的许多功能,忙于发展一个社会系统以便许多疗效因子得以运作,忙于此时此地的催化与阐释。渐渐地治疗师开始和每一位成员互动,随着团体的进展,治疗师和成员间越来越有更多私人的联系,而成员早期加诸于治疗师的刻板印象越来越难维持。

治疗师和每一位成员间的这种过程,和成员彼此之间的人际学习,在性质上

并无二致。毕竟，治疗师并非唯一拥有权威、优势、睿智或高傲气质的人，许多成员并非靠着治疗师（或并非只靠着治疗师）来解决他们在这些方面的冲突，而是靠着其他有这些特质的成员处理并解决的。

治疗师透明度在程度上发生改变的情况并不仅限于团体治疗中；有人曾说过，当分析师说笑话给被分析者听的时候，你就可以确定分析已经接近尾声。然而，治疗师透明度的步调、程度、性质以及它与其他治疗任务之间的关系，仍是充满疑问而值得深思的。与其他单一特性相比，治疗师自我暴露的性质和程度，是许多团体治疗学派间最大的分歧点。治疗师恰如其分的自我暴露是以人际互动模式为基础的团体治疗的显著特性²⁹。

心理治疗师和透明度

心理治疗的革新，以让人不知所措的速度，很快地出现又很快地消失。只有真正无畏的观察家会尝试在美国这种充斥着非正统学说的心理治疗界中，分辨出稍纵即逝与可能重要而持久的趋势。其中很多证据显示，治疗师基本的自我表征已经有所变化。请看以下几个例子：

◆治疗师领导治疗团体（在被通过单向玻璃观察者）在聚会终了时互换了观察者与被观察者的角色。来访者被允许观察治疗师和学生进行的讨论或重新处理聚会的情况。或者，在住院来访者的团体中，观察者在聚会结束前 20 分钟，进入团体室来讨论他们刚才对聚会的观察，而最后的 10 分钟，则由团体成员对观察者的看法做回应³⁰。

◆某所大学的训练中心运用个别指导式的教授技术，让 4 名精神科住院医师固定与一位有经验的临床工作者会面，而后者则在单向玻璃前与来访者进行会谈。来访者常受邀观察会谈后的讨论。

◆Tom，两位协同治疗师中的其中一位，在聚会开始就询问一名在上次聚会中极度苦恼的来访者今天觉得如何，以及治疗对他是否有帮助。另一位协同治疗师接着说：“Tom，我觉得你现在所做的就跟我几个星期前所做的一样，要求来访者告诉我，我的治疗有多少功效。我们似乎都一直在向外寻求保证。我想我们正反映出团体中常见的某些沮丧现象。我猜或许成员正感觉到有压力，认为他们必须要有所改善以便振奋我们的精神。”

◆就如我们稍早提到的，在许多门诊团体中，治疗师都会在每次聚会后写一份详细的摘要，并在下次会面前寄给来访者（见第十四章）。这份摘要涵盖许多事项，不仅包括聚会的叙述记要、对于过程的流水式评论、每个成员对此次会面的贡献，还有不少治疗师的暴露。比如，治疗师对于这次聚会中所有成员状况的看法；团体治疗理论中的相关陈述，治疗师在聚会中究竟想要做些什么；治疗师对团体事件的困惑或遗漏，治疗师在聚会中已说过与未说过的种种个人感受。这些摘要与治疗师过去所写的私人记录并无不同。

在未讨论上述例子所描述的几种方法的利弊得失前，可以说，到目前为止，并无证据显示这些方法会伤害到治疗关系或情境。在精神科病房的教学及治疗团体中，若治疗师愿意使自身融入其中，来访者对如此人性的治疗师不仅不会失去信心，反而能在治疗过程中增强信心。观察到治疗师们彼此间存在争议的来访者可以了解到，虽然并不存在一条真实的道路，但治疗师们仍旧投身于寻找能帮助来访者的方法。

在上述的例子中，治疗师皆放弃了传统的角色，并与来访者分享自己的不确定感。渐渐地，治疗师不再神圣，治疗过程也不再神秘。在过去40年，将心理治疗视为精神医学专属领域的观念已经消亡。治疗的确曾经是一件独门生意：心理治疗师受到精神科医师的监督，以免他们进行的不是咨询，而是治疗；社会工作者可以做个案工作，而不能做心理治疗。现在，这三个专业（精神医学、心理学、社会工作）渐渐结合起来，而产生新的心理治疗专业：硕士级的心理学家、婚姻与家庭咨询师、精神科护理从业人员、牧师咨询师、体疗师、运动与舞蹈治疗师、艺术治疗师。治疗的“脆弱”年代——将来访者看得十分脆弱，将技术看得十分深奥，以至于只有拥有最高学历的人才敢从事治疗——已经不复存在。

这种对治疗师角色及权威性的重新评估，并非只是现代的一个现象。在早期的动力治疗师当中，也可约略见到一些实验轮廓。例如，弗洛伊德的一位关系亲密的同事桑德尔·弗伦齐（Sandor Ferenczi），由于不满意精神分析的治疗结果，不断地挑战经典精神分析师冷淡而全能的角色。事实上，弗伦齐和弗洛伊德在方法上有了分歧，因为弗伦齐相信治疗师和来访者共同建立的那种相互的、真诚的和透明的关系，才是导致治疗成败的原因，并非理性的阐释³¹。

弗伦齐先期对人际关系的强调，影响了一批该领域未来的领导者——像威廉·阿兰森·怀特（William Alanson White）、哈利·斯达克·沙利文以及弗里达·弗罗姆-瑞克曼（Frieda Fromm-Reichman）。在团体治疗的发展历程中，弗伦齐是个

重要人物，但却被大家忽略，他强调人际关系是所有团体疗效因子的基础³²。他在生命中的最后几年，曾经公开地对来访者表明他的错误，并且在面对公正的批评时，自在地回应：“我想你或许谈到了一个我不太能完全自我释放的领域。或许你能帮我看看我到底错在哪里。”³³一位英国的激进的团体治疗师——福克斯（Foulkes）在50年前就认为一个成熟的团体治疗师应该是十分谦逊的——他能真诚地对团体成员说：“我们在此共同面对现实及人类存在的基本问题，而我所知道的跟你们一样，不多也不少。”³⁴

我用另一种文学作品的形式完整地探讨了治疗的透明度，这几本书都是以我的咨询个案为蓝本：《爱情刽子手》、《妈妈与生命的意义》以及小说《当尼采哭泣》（在这本小说中，治疗师和来访者互换了角色）和《诊疗椅上的谎言》（咨询师在治疗过程中向来访者充分展现自我，并相互分析）³⁵。每一本书出版后，来访者及治疗师的信件都会蜂拥而至，这证实治疗的冒险旅程中，比较人性的关系能引起人们普遍的兴趣与渴望。在我最近的小说《叔本华的治疗》³⁶中，治疗师在团体治疗过程中更是进行了勇敢的自我暴露。

所有试图提高透明度的治疗师都声称，治疗过程应是一个理性的、可解释的过程。他们对治疗抱持一种人性的态度，并将来访者视为治疗探险的充分合作者。治疗师及治疗过程不需要环绕任何神秘色彩；除了期待一个神奇人物的帮助而产生的正向效果之外，去除治疗的神秘化并不会失去什么，可能还会有不少收获。基于治疗师与受启发来访者之间真实联盟的治疗，反映出对来访者能力更大的尊敬，这使来访者能更加信赖自我察觉，而非依赖自我欺瞒那种较易获得但却危险的舒适感。

治疗师的更加透明化，有一部分是对旧有权威式医疗者的一种反叛；自许多世纪以来，这种医疗者就和渴求优势者救赎的受苦者共谋。医疗者利用培植这种需要，让它成为一种强有力的治疗媒介。他们用无数的方法鼓励并促使人们相信治疗师是全能的，包括用拉丁文写处方、使用专业术语，在隐秘的学院中进行长期而严谨的学徒训练，宏大壮观的办公大楼以及显示其权力的文凭——所有这些都造就了医疗者强有力的、神秘的、先知式的形象。

为了解除这一自古流传下来的角色束缚，今日的治疗师有时因自我暴露而牺牲了治疗的有效性。然而，治疗师透明度随意化的危险性（我稍后将讨论），不应妨碍我们探索该如何审慎地运用治疗师的自我暴露。

治疗师透明度对治疗团体的效果

正如前述，对治疗师透明度主要而彻底的反对，乃是因为传统分析性的信念认为来访者与治疗师移情的解决是最重要的疗效因子。由此观点来看，治疗师必须维持相对的隐秘感或不透明，以诱发来访者对治疗师不切合实际的幻想。然而，我的立场是，其他疗效因子有着同等、甚至更大的重要性，治疗师若能明智地运用个人能力，将会通过鼓励这些疗效因子的产生来增加团体的治疗力量。治疗师会得到相当大的角色灵活度及行动力，或许在不必考虑损害本身角色的情况下，可直接参与团体的维系、团体规范的塑造（有许多研究证实，治疗师的自我暴露可以促进团体成员进一步的开放³⁷，而在家庭治疗中，也可以促进家庭成员间的开放³⁸）以及促进此时此地与过程的阐释。治疗师在团体中中心位置的削弱，加速了团体自主性及凝聚力的发展。我们从个体治疗中看到了确凿的证据：治疗师自我暴露经常被来访者体验为支持的和合理的。它促进了来访者在这方面更深的探索。当治疗师自我暴露真正地服务于来访者而非用于控制或者操纵治疗关系时，它就会特别有效³⁹。

领导者的自我暴露可能有强烈和令人难忘的效果。在最近的刊物中，一个在由 Hugh Mullan（一位知名的团体治疗师）领导的团体中的成员，叙述了45年前发生的团体场景片段：领导者在活动中闭目而坐，一名成员问他：“你看起来很舒服，Hugh，为什么？”Hugh立刻回答道：“因为我坐在一位女士身旁。”那个成员从没忘记那个奇妙的回答。这样的回答极大地解放了他，使他自由地面对和热切地展现个人体验。正如他说的，从此他对自己的“怪癖”见怪不怪了⁴⁰。

我认为对自我暴露的一项毫无根据的反对，是担心来访者会得寸进尺，亦即害怕一旦治疗师开始表露自己，团体成员将毫不知足地要求更多。让我们回忆一下团体中抗拒此种趋势的强大力量。成员对治疗师虽极度的好奇，但同时也希望治疗师能保持神秘与力量感。多年以前，在我刚开始带领治疗团体时的一次聚会上，我就清楚地看到了这些力量。我当时刚带领完一个长达一周、住宿式的人类关系实验性团体（密集性T-团体，见第十六章）。既然更高的团体领导者透明度是这些团体的规则，那么，我回到我的治疗团体中就准备好好自我表露一番。

◆Don、Russell、Janice 及 Martha 四名成员在第29次的团体聚会中都出席了。一名成员及我的协同治疗师缺席；另一个成员 Peter，在上一次聚会时就退出了团体。第

一个浮现的主题是团体对 Peter 退出的反应。团体成员战战兢兢、泛泛而谈地讨论这个主题，而我说依我来看，我们从未在 Peter 在场时，真诚地讨论过我们对他的感觉，甚至我们在他离开后，仍然避免谈到这些。在许多反应中，Martha 表示她很高兴他离开了，因为她早就觉得他们无法接近他，而且也不觉得值得去试一下。接着，她批评 Peter 缺乏教养，并强调她很惊讶为何他会被容许进入团体——她拐弯抹角地攻击了治疗师一顿。

我感觉到团体成员不仅避免谈到 Peter，还拒绝对质 Martha 的判断及其对他人的不断批评。我请 Martha 环顾团体，描述每个人身上令她无法接受的方面，我想这样或许能帮助 Martha 及团体成员探讨这个问题。这个任务对她来说十分困难，她一直用过去式的语句来避免发表自己的意见，她说：“我过去曾经不喜欢你的某个特质，但现在不同了。”当她完成对所有成员的评述后，我指出她遗忘了我；的确，除了用间接的攻击之外，她从不表达对我的感觉。她一直把我跟协同治疗师作比较，认为我不太令人喜欢，说她发现我太退缩而没有效率。接着，她马上就试图否认刚才的说法，她说“表面平静的水往往比较深”，并且回忆起几个我对她比较关注的例子。

其他成员忽然提到他们也想进行同样的任务，之后他们都做了。在这一过程中，他们透露了许多长期存在的团体秘密，比如 Don 的娇气、Janice 的邋遢与中性的装扮、Russell 对团体中的女性缺乏同情心。Martha 被比喻成一个高尔夫球，“表面紧紧地被珐琅包裹住”。我被 Don 攻击为不够老实及对他没有兴趣。之后，团体要求我跟他们一样对成员进行评论。由于我刚从一个为期七天的训练团体回来，而且也不崇拜那些在后方指挥军队的将军，所以，我同意了。我告诉 Martha，为了避免我也像别人那样被她迅速地评断及指责，所以，我不愿意向她表现自己。我同意高尔夫球的隐喻，并补充说她的批判主义使我很难接近她，以便维持我专业人士的样子。我告诉 Don 我觉得他常常凝视我；我知道他很想从我这里得到什么，而他强烈的需要以及我不能满足他的需要，常会使我感到不舒服。我告诉 Janice，我发觉她没有任何的反叛精神，她常毫不批判地接受并赞扬我所说的，以致我有时很难将她当作一个自主的成人。

团体成员对这次聚会一直保持着高度、热烈的参与度，在结束前观察者对我的行为表现出十分的关心。他们觉得我已无可挽回地放弃了我的领导者角色而变成团体中的一员，团体不会跟以前一样了，更甚者，他们认为我会使我的协同治疗师在下周回来时，不太知道该如何进行治疗。

事实上，这些预测从未实现。在接下来的聚会当中，团体成员对工作投入更深；我们用了好几个星期来消化那次聚会所产生的话题。此外，在治疗师的示范之后，成员们彼此间坦率地相处，而且对治疗师或协同治疗师的自我暴露并未有更多的要求。

治疗师的透明度有许多不同的形态，因治疗师的个人风格及当时团体目标的不同而有所不同。治疗师可能会通过自我暴露来促成移情的解决；可能会建立治疗规范；可能会通过处理成员与团体领导者的关系来帮助来访者的人际学习；或有意地说出“我重视并尊重你，并且通过自己的付出来呈现这一点”，来支持并接纳成员。

◆在某次的聚会中当团体中所有的三名女性成员正在讨论我对她们有强烈的性吸引力时，发生了一次对团体有很大帮助的治疗师自我暴露。针对这一情况的诸多移情层面，这些女性被一位显然是专业的、难以掳获、比较年长、又处于权威地位的人所吸引等，我们做了很多工作。接着我指出，事情还有另外一面。这些女性并没有对协同治疗师（同样是男性）表达相同的感受，更甚者，过去参与团体的其他女性成员也曾有相同的感受。我不否认听到如此的感受会带给我愉悦，我也请她们帮我看看我的盲点：我做了哪些连我自己都不知道的事，而增强了她们的积极反应？

我的要求使团体成员针对两位治疗师的感受，开展了一段长而有意思的讨论。不少人都同意，我们两个是十分不同的，我比较爱慕虚荣、比较注意我的外表及衣着，而且我的发言十分精确，使得我有一种吸引他人的、温文尔雅的气质；另一位治疗师在外表及行为上比较邋遢，他经常在他还没搞清楚情况下就发言，比较敢于冒险，比较容易犯错，也因此经常对来访者有一些帮助。这些反馈在我听来是蛮正确的，我以前也听过，所以告知了团体成员。那个星期我都在想着他们的评论，并在下次聚会中感谢团体，告诉他们这些对我很有帮助。

犯错是司空见惯的事，但及时认识到治疗中的错误通常更重要。治疗师不是全能的，我们必须承认。

◆在两位成员——Barbara 和 Susan 之间的争吵后，团体发现很难修复对 Barbara 造成的伤害。虽然 Barbara 最终能够和 Susan 言归于好，但她仍然抱怨团体治疗师为何不保护她。我无数次试图打破僵局的解释和理解的努力都付诸东流，最后我说：“我非常后悔所发生的事。我得承认，Susan 对你的批评让我很吃惊——我不知所措，我想恢复场面，但那个时候伤害已经造成了。如果我当时就像现在这样思路清晰，我将会有截然不同地反应。对此我很遗憾。”

这时 Barbara 感觉舒了一口气，并没有因为我错失良机而指责我的不称职，她说这才是她需要听到的。Barbara 并不需要我无所不能——但她希望我能够承认自己的错

误，从发生过的事中汲取教训，不再重蹈覆辙。

◆另一个临床实例发生在女性乱伦幸存者团体中，我在本章的开始曾提到过这个团体。冲着我来可怕怒气（她们对于女性协同治疗师的怒气，则稍微比我少一点）使我们在团体聚会即将结束时，开放地讨论我们在团体中的体验的本质。我说我感到垂头丧气与，无计可施，我在团体中所做的任何事情对大家都没有帮助，此外，我在团体中感到焦虑与困惑。我的协同治疗师也提到类似的感受，她对于女性成员与她竞争感到不舒服，对于持续强加在她身上的、要她透露任何受虐体验的压力也感到不舒服。我们告诉成员，由于她们过去曾受过虐待，因此她们对我们的愤怒与不信任是完全可以理解的，但是我们还是要大声疾呼：“你们遇到很可怕的事情，可这些并不是我们干的。”

这幕场景是团体的转折点。虽然仍有一个成员（她从小一直遭到残暴的虐待）表现出与过去相同的态度（“喔，你感到不舒服与困窘！真是丢脸！丢脸透了！不过，至少你现在知道这是什么感觉了”）但是其他成员都深受我们告白的影响，她们幡然醒悟，感到我们的不舒服以及她们对我们的暴力。对于我们愿意放下权威，以一种开放、平等的方式和她们相处，她们都感到满意。从此刻起，团体进入了一个更有成效的工作期。

此外，“现在你知道这是种什么感觉了”这句话表明团体成员对治疗师攻击的背后原因。这是团体成员通过成为攻击者而不是受害者，表现和控制她们受虐体验的实例。

对治疗师来说，公开地承认和处理这种感觉是很有建设意义的，远比忍气吞声要好⁴¹。如此强烈地被贬低，几乎会让所有的治疗师都感到不安，特别是在团体这公共场合。如果治疗师在团体中能坦言相告并保持他们的自尊和真实，那么这也就创造了一个显著的治疗机会。

这个临床片段说明，治疗师在接受反馈，尤其是负性的反馈时，有一些通用的原则：

1. 认真地接受。倾听，思考，并有所回应。尊重来访者，并重视他们的反馈，若你不这么做，只会增加他们的无能感。
2. 获得一致性确认：发掘别的成员的感受。到底这个反馈主要是移情的反应，还是对你的真实状况的反应？若为事实，你必须证实它，否则你将伤害而非促进来访者的现实检验能力。
3. 检视你的内在体验：这个反馈适切吗？它是否碰触到你的内在体验？

根据这些指导原则，治疗师可做出下列反应：“你是对的，有时我会被你激怒，

但我从未想要遏止你的成长，引诱你，从未从倾听你的受虐经验中得到偷窥的快感，也没有想减缓你的治疗，以便能和你那里赚到更多钱，那并不存在于我与你的关系之中。”“我确实会躲避你的某些问题，但我经常发现它们其实无法回答。我并非像你所想的那么具有智慧。我对你的顺从感到不安，我一直觉得你把自己贬得很低，而把我看得很高。”“我从未感到你如此直接向我挑战过。尽管对我来说，这样有些吓人，但也很新鲜。”“你给我太多比你优越的权力，让我觉得跟你在一起很拘束、很不自在。我觉得我必须检查我说出的每一个字，因为你是如此看重我的所有言辞。”

要注意的是，这些暴露都是团体此时此地的一部分。我所倡导的治疗师在治疗时段的此时此地中要真诚地和成员相联系，并不是指治疗师要详细地透露他们的过去与现在——虽然我未见到过治疗师在回答诸如他们是否已经结婚或者有小孩、将去哪里度假、他们成长的地方这样广泛的私人问题时，造成什么伤害。有些治疗师甚至透露得更深，愿意描述他们曾经遇到且已经克服的一些类似的私人问题。但是，我个人从未发现这样做有什么用处或者有什么必要^{42*}。

一项研究曾用七个月的时间研究治疗师的自我暴露对团体的影响，研究发现治疗师的透明有许多好处⁴³。第一，在成员之间尚未有治疗性的沟通时，治疗师的自我暴露较有可能发生；第二，治疗师的自我暴露是为了将团体互动转到比较有建设性且较敏感的方向；第三，治疗师的自我暴露能使凝聚力很快得以增强。然而，许多治疗师不愿作自我暴露，但却不清楚他们不愿这么做的理由。或许他们经常将自身的喜好包裹在专业的外衣之内，从而使自己更趋理性。毫无疑问，我相信，治疗师的个人特质会影响其专业的风格、学派的选择及临床模式的偏好。

在团体治疗结束后，我经常和来访者讨论治疗师的暴露。绝大多数人表示，希望治疗师更坦诚、更多地参与到团体中。非常少的人希望治疗师和他们讨论更多私人生活或者个人问题。个体治疗研究也得出相同的结论——来访者喜欢并且事实上依赖治疗师的参与，并喜欢那些“健谈”的治疗师⁴⁴。但没有人喜欢治疗师能被一览无余。

另外，有证据表明领导者比他们自己所知道的要更加透明。问题不在于我们暴露了自我——那是不可避免的⁴⁵，而是我们怎么利用我们的透明度和临床诚信。

* 对个体治疗的一个小规模研究表明，治疗师非此时此地的自我暴露可以加强来访者与治疗师之间真实的（非移情性的）人际关系。根据来访者提供的信息，咨询师主动暴露与来访者相同的兴趣和活动，这样可以对来访者起到支持的作用，并间接地加深他们的咨询关系。

一些自我暴露是不经意做的和不可避免的，如怀孕、丧亲和职业的成就⁴⁶。在一些团体，特别是同质团体中，像物质滥用、性成瘾者或躯体疾病等团体（见第十五章），领导者有可能被问及一些个人态度问题：他们是否有物质滥用的个人经历？他们是否是同性恋？他们是否有某种医疗疾病？治疗师有时需要帮助团体成员意识到——治疗师能够理解和体会来访者的经历。但那并不意味着治疗师必须提供详尽的个人资料，这样做对治疗来说通常是无用的，因为这样会模糊治疗关系之间的角色和功能。

虽然成员很少逼迫治疗师进行不恰当的自我暴露，但有时一个特定的个人问题会让治疗师感到威胁。一个团体成员（亦即把治疗师比作犹太地主的那一位）有次做了一个梦：“我们（团体成员）都坐在一个长桌的周围，而你（治疗师）坐在桌首。你手中拿着一些纸，上面写了些东西。我想要从你那里抢走它，但是距离你太远了。”几个月后，当这位来访者正接近其治疗的危机及转折点时，她回忆起这个梦境，并且补充道她其实知道我在纸上写了什么，但她不想在团体中说出来。那上面写着我对“你爱我吗”这个问题的回答。我认为这个问题大大地威胁着治疗师。此外，对团体治疗师而言还有更糟的问题，即“你对我们每个人的爱有多少”或“你最爱哪一位”。

这些问题威胁到心理治疗契约的本质，它们挑战了双方都同意维持的无形的原则。它们几乎离“购卖友谊”模式的评论——“如果你真的关心我们，要是我们没有钱，你会不会见我们”——只有一步之遥了。它们十分冒险地接近心理治疗师最终而可怕的秘密，即团体室中上演的震撼人心的戏剧在他的生活中只占微不足道的部分。一如 Tom Stoppard 的戏剧《罗森克兰茨与吉尔登斯特恩死了》（*Rosencrantz and Guildenstern Are Dead*）中的主要人物迅速地退居于舞台两侧的阴影下一般，治疗师也很快地走上另一戏剧的舞台。

像这样不敬地将事实完全摊开在团体面前，我只有过一次经验。在某个由精神科住院医师组成的治疗团体中，当时，我正在处理我即将离开的事情（几个月的休假）。那时，我个人的经验告诉我要向一些来访者及团体道别，其中有些团体我所投入的情感比这个住院医师的团体多。结束的工作十分困难，团体成员将这些困难归因于我过去十分投入，所以我很难说再见。我承认我在团体中的投入，但也展现了一个他们已经承认却拒绝知道的事实，即我对于他们比他们对于我来说更加重要。毕竟，我有很多来访者，但他们却只有一位治疗师。在他们与自己的来访者进行心理治疗工作时，非常清楚地知道这种不平衡，但却从未将这种认知运用在自己身上。当这个真相、这种对于特殊性的否定、心理治疗所固有的这

种残酷摆在他们眼前时，团体中一阵唏嘘。

关于治疗师透明度的问题，由于现在治疗师与来访者间性虐待现象的增多而变得更加复杂。不幸的是，不负责任的或容易冲动的治疗师为了满足他们自己的需求，会违背他们的专业与道德盟约，他们不只是伤害了自己的来访者，而且引起其他来访者激烈的反应，破坏了所有来访者与治疗师之间的信任关系。

许多专业协会对于专业关系也采取了相应的措施，它们感受到法律行动的威胁，建议治疗师执业时要多防备一些，以避免可能产生的诉讼，而面对来访者时，心中也要有所戒备。他们说，律师和陪审团会强调“无风不起浪”，每次治疗师和来访者的接触都会游走在跨越界限的边缘，所以，来访者和治疗师之间的人性化互动本身显然是一种错误的行为。因此，专家们警告治疗师避开非常人性化的做法，虽然这样的人性化是治疗关系的核心。1993年的《美国精神医学期刊中》(*American Journal of Psychiatry*)⁴⁷，有一篇文章就用非常保守的语调，倡导一种让人受不了的风气。它告诫精神科医师不要给他们的来访者提供咖啡或茶，不要只称呼来访者的名字，也不要只用自己的名字来称呼自己，每次会面不要超过50分钟，不要在每天工作的最后一小时会见任何来访者（因为这是最常发生道德违规的时间），不要碰触来访者——即使是捏捏艾滋病来访者的手，或者拍拍他们的背部，也需要谨慎并加以记录。^{*}显然，这些指南与蕴含其间的观点极大地损坏了治疗关系。治疗师必须恢复他们的领域及权限。为了他们的荣誉，那几位在1993年发表那篇有关认识反治疗影响的文章的作者们，五年之后，又写了第二篇文章，来纠正前一篇文章产生的过激反应。第二篇文章为认识到在临床中了解与判断治疗界限问题的重要性做出一个常识性的呼吁。当治疗师对当下的治疗形势和干预不确定时，应鼓励他们去接受咨询或督导⁴⁸。

但是，所有事情都有中庸之道。治疗师仍有适当的隐瞒空间，最有帮助的治疗师决不是一向自我暴露得最彻底的人。让我们将注意力转到透明度的危险性上。

治疗师透明度的危险性

不久前，我曾观察一个由两名新手团体治疗师所带领的团体，他们当时致力于塑造治疗师透明度的理想典范。他们成立了一个门诊团体，以直接、真诚的方式展现自我，并在第一次聚会时公开地表达了他们对团体治疗的不确定感、他们的自我怀疑以及他们的个人焦虑。他们的勇气值得嘉许，但结果却不然。在对于

^{*}最近，心理治疗界有人提出，治疗师可使用视频系统来记录每次咨询过程，以防止琐碎无聊的诉讼事件。

透明度过于狂热的遵循中，他们忽略了自己团体维系上的功能，大多数成员在第6次聚会以前就脱落了。

未经训练的领导者带领团体时，将“做你自己”这样独断的信条当作组织其他技术与策略的核心原则，通常造成的结果是限制，而不是自由。矛盾的是，当自由与自发性达到极端时，领导者的角色会像传统的“空白荧屏”式的治疗师那般狭隘与拘谨。在“只要是真诚的就可以”的自由旗帜之下，领导者牺牲了灵活性⁴⁹。

让我们想想时机问题。我刚才所提到的那些新手和完全开放的治疗师，他们忽略了一个事实，某个治疗阶段的适宜的领导行为，在另一个阶段中可能是相当不宜的。若来访者需要一些初期的支持及组织使其留在团体中，治疗师就有责任提供给他们。

如果仅旨在创造一种成员与领导者之间的平等关系，那么，领导者在很长时间内是不会获得领导权的。有效的领导并不意味着一成不变的角色行为。团体发展和走向成熟，需要不同形式的领导⁵⁰。Parloff曾说，“一位诚恳的治疗师，他应能证明来访者能够被同化、被说明和被利用”⁵¹。费伦齐很多年前就提到过时机的重要性。他说：治疗师不应过早承认自己的缺陷和不确定性⁵²，来访者只有在有能力充分感受到自己的能力时，才能看清他所依赖的人身上的缺点*。

一些关于团体成员对治疗师自我暴露的态度的研究报告指出，成员对于暴露的时机及内容十分敏感⁵³。在初期被认为有害的治疗师的自我暴露，常常是促使团体成熟的催化剂。此外，有过多次团体治疗经验的成员，比没有经验的成员更加渴望治疗师的自我暴露。内容分析的结果显示，成员比较喜欢暴露积极抱负（如个人及专业目标）及个人情绪（如寂寞、悲伤、愤怒、担心及焦虑）的领导者；成员并不喜欢领导者对任何成员或对团体经验表达负性感受（如无趣或受挫）⁵⁴。不是所有情绪都可以通过治疗师得以表达。表达敌意几乎总是造成难以挽回的损伤，这往往会导致团体提前终止并出现消极的治疗结果。

* 我们可以在赫尔曼·黑塞（Hermann Hesse）的小说《卢迪长官》（*Magister Ludi*）中找到这种原则的一个很好的例子，在书里，他描述了发生在两位著名的年老医疗者生命中的某个事件。约瑟夫是其中一位医疗者，那时他受到缺乏价值感及自我怀疑的严重干扰，而开始了一段长程旅行，以便从他的对手戴恩那里寻求帮助。约瑟夫在一个沙漠绿洲上，对一个陌生人描述他的困境，而其实他就是戴恩，于是约瑟夫接受戴恩的邀请，以来访者及仆人的角色跟他一起回家，一些日子之后，约瑟夫重拾了他之前的平静及热情，并成为其主人的朋友及同事。直到许多年后，当戴恩躺在病床上即将死去时，他才告诉约瑟夫，当他在绿洲上碰到他时，戴恩自己也到了他生命中一个类似的死胡同，他也正在寻求约瑟夫的帮助。

但是，完全的自我暴露在治疗团体或外面的世界中是可能或可求的吗？相反地，个人及人际间的隐瞒似乎是任何有效运作的社会秩序的成分之一。尤金·奥尼尔（Eugene O' Neill）在他的《卖冰的人来了》（*The Iceman Cometh*）一书⁵⁵中，戏剧性地描述了这类的情况。在这本书中，一群流浪汉20年来都住在一个酒吧房间里。这个团体非常安定，有许多十分牢固的团体规范。每个人都以一组幻想（奥尼尔把它称作“风笛之梦”）来维系自我。这个团体最牢固的团规之一就是不可以挑战他人的风笛之梦。之后，西齐来了，他是位卖冰的人、旅行的商人、彻悟的治疗师、一个伪装的先知。他自认为能强迫别人摆脱自我欺骗并诚实地正视其生命中的太阳，从而使每个人梦想实现且永远平安。西齐的手术十分娴熟。他强迫吉米·特莫罗（Jimmy Tomorrow）马上行动（吉米的风笛之梦是“明天”要穿上西服，清醒过来，且找个工作）。他给吉米衣服，并将他送出酒吧，让他从今日做起。

这对每个人及团体造成了灾难性的影响。一名成员自杀，而其他人变得严重抑郁，“生活不再酣畅淋漓”，成员们互相攻击彼此的幻想，团体的联系松动，就快解散了。突然，在最后的关键时刻出现了一个突发的行动，团体将西齐看做精神失常来访者，将他赶走，并逐渐重建过去的规范及凝聚力。这些“风笛之梦”——或如亨利克·易人生（Henrik Ibsen）在《野鸭》（*The Wild Duck*）⁵⁶中所称的“关键的谎言”——对个人及社会的整合常是不可或缺的，它们不应被轻视或为了诚实而被骤然夺去。

在谈到美国的社会问题时，维克多·弗兰克尔（Victor Frankl）曾建议在西岸竖立一尊“责任神像”，以便与东岸的“自由神像”抗衡⁵⁷。在治疗团体中，只有与责任相伴，自由才有可能存在且具有建设性。我们都有一些说出来可能会伤害到他人的冲动或感觉。我建议我们要鼓励来访者及治疗师自在地谈话，并放弃所有的内在监测系统及过滤器，但要保留一个——就是对他人负责的过滤器。

我的意思并不是说不能表达任何不愉悦的感受；的确，若无冲突就没有成长。我的意思是最高指导原则是责任，而非全然的暴露。治疗师有一种特别的责任——要对来访者及治疗工作负责。来访者彼此间也有一种人与人之间的责任，随着治疗的进展，当唯我独尊感消减而共情能力增强时，他们要在彼此互动中演练这种责任感。

所以，作为一位团体治疗师，你不能仅做到诚实或全然的暴露。当你对自己的行为感到困惑时，暂时退一步重新考虑或许能有所获。治疗师的自我暴露之所以对团体有帮助，是因为它能给来访者一个榜样，并允许来访者对他们对你的感觉进行现实检验。问问自己，团体现在走到哪里？它是否是个善于隐藏

自己而过度谨慎的团体，因而能从领导者自我暴露的示范中获益？或是它已经建立了强有力的自我暴露的行动规范，而正需要其他的帮助？你必须如我所说的，思考你的行为是否会干扰到你对团体的维系。你必须知道何时该退回幕后。团体治疗师与个体治疗师不同的是，前者不必是治疗的轴心。你的部分角色是团体的助产士：你必须让治疗过程有机地进行，并警惕自己不会因坚持处于团体中心地位而干扰治疗过程。

过分严格地定义团体治疗师的角色——无论是基于透明度还是其他标准——都可能使领导者忽视来访者的个体化需求。无论你的团体治疗取向如何，你必须对个体予以关注，不是所有的来访者都需要同样的东西。某些（甚或大多数）来访者需要放松他们的控制；他们需要学习如何表达情感——愤怒、爱慕、温柔及憎恨等。但其他人则刚好相反，他们需要控制冲动，因为他们的生活风格一直都是情绪不稳定，而且一触即发。

对于治疗师透明度不加限制的最终结果，就是治疗的认知层次可能会被完全忽视。正如我早先提到的，纯粹的宣泄本身起不到矫正的作用。认知上的学习或重建（常由治疗师提供），对于来访者将团体中获得的体验应用于现实生活，似乎是必须的。若做不到这一点，我们只是成功地创造出一个更好、更优雅的治疗团体成员而已。若对广泛的人际关系模式没有足够的了解，来访者可能会在接下来的互动中重蹈覆辙。

第八章

来访者的筛选

成功的团体治疗始于良好的来访者筛选工作。如果来访者被不恰当地分配到治疗团体中，那么，他们在治疗中将一无所获。而且，一个组合不当的团体甚至可能中途夭折，永远无法为任何成员发展出一个有效的治疗模式。这就是当代心理治疗研究人员所关心的话题：根据具体的性格和特征，检验来访者与心理治疗匹配的程度¹。

在本章，我将讨论、筛选与来访者相关的临床观察和实证研究，以及治疗师如何决定某人是否是团体治疗的合适人选。在第九章中，我将讨论另一个问题：一旦来访者已确定为团体治疗的候选人，那么，他将加入何种团体？这两章着重聚焦于以缓解症状和改变人格为长远目标的异质性门诊团体。然而，正如我稍后将会讨论的，其他类型的团体，如短期的问题解决团体，同样遵循其中的一些基本原则。正如本书一再强调的那样，我在此所遵循的教学策略是，给读者提供团体治疗的基本原则，以及根据不同的临床情景作出相应调整的策略。除此之外，没有其他更合理的教学策略了。团体如此之多，形形色色、五花八门（见第十五章），以至于很难聚焦于具体每一个团体的成员筛选策略，同样也没有任何一个老师愿意这样做。那将使教学变得过于狭隘和刻板。这样的课程设置和教学模式将使学习者无法适应未来的团体治疗的形式。学生一旦掌握了这些基本原则，就能根据具体情况作出相应的调整。

团体治疗的有效性。首先，让我们从筛选来访者最基本的问题开始：是否所有来访者都应当被送去接受团体治疗？或者说，团体治疗究竟有多大疗效？在具体讨论成员筛选之前，我们必须先对这一问题加以澄清。团体治疗是否能对参与者产生显著的疗效²。

已有大量的研究试图比较个体治疗和团体治疗的相对疗效，而且结果很清楚：

相当多的证据显示,团体治疗至少同个体治疗一样有效。一份早期的对现有的32项控制严谨的比较个体治疗和团体治疗疗效的实验研究进行了全面系统回顾的综述研究^{*}显示:25%的研究证实,团体治疗比个体治疗更为有效;其他75%的研究则显示个体治疗和团体治疗在疗效上无显著差别³。没有任何一项研究显示个体治疗比团体治疗更为有效。最近,很多采用严格元分析技术^{**}的研究也得出类似的结论⁴。其他回顾性研究(其中一些还囊括了更大量的研究,控制得不很严谨)也得出类似的结论。并且强调团体治疗比个体治疗更富有成效(从治疗师资源的角度来看),其疗效比为2:1,甚至有可能达到4:1⁵。

研究人员进一步指出,团体治疗有特别的功效。例如,它在社会学习、发展社会支持和提高社会联系方面都优于个体治疗;在缓解物质滥用的来访者的病情恶化上,它更具有疗效⁶。针对肥胖症的团体治疗比个体治疗更富有成效⁷(某种程度上通过减少病耻感达到效果),患有躯体疾病的来访者从同伴身上学习加强自我效能要比从个体治疗中学到的更好⁸。如果对那些童年受到性虐待而幸存的女性进行团体治疗,其效果要胜过个体治疗:它帮助来访者提高控制力和身心健康水平⁹。

团体治疗效果的证据非常具有说服力,以至于一些专家提倡应当把团体治疗作为当代心理治疗的主要模式¹⁰。然而,对于那些需要积极的临床管理,或者当关系问题不那么重要而个人洞察力和理解特别重要的时候,个体治疗会更受青睐¹¹。

到目前为止,我们可以确信,团体治疗是一种有效的治疗模式,其疗效尚好。我们应把这种信念传递给转介者和第三方付费者。

人们自然而然地期望从实证研究中找到答案。毕竟,研究者只需在来访者被随机分配进入团体治疗和其他治疗模式之前,描述并测量他们各方面的特质,并将这些特质与一些合适的因变量(例如疗效,或者如出席情况、互动模式、凝聚力等中间变量)求出相关即可。

但是,事实远比我们想象的更为复杂!方法学上的问题尤为突出,对心理治疗疗效进行正确评价和测量存在许多困难。被用来预测治疗结果的来访者变量,受到其他来自团体的、领导者的和其他成员的变量影响,这使艰巨复杂的研究计划更加混乱¹²。如来访者退出治疗;有些人同时辅以个体治疗;治疗师在能力和技巧上各有差异。先前诊断技术不可靠且经常具有特异性。虽然我们既需要标准化

^{*}这篇综述只纳入那些将来访者随机分配到治疗情境中的研究(而不是配对或非随机分配),这些研究明确地界定了所有独立的自变量,并且对因变量的测定采用一种或一种以上的标准化测量工具。

^{**}元分析是一种统计方法,它通过把大量的已有同类课题的数据收集在一起,来检验很大数量的科学研究,以此来发现那些在仅检验一小部分数据集时会被遗漏的结果。

治疗来确保每一步治疗程序能提供适当的治疗，但是，具体的每个人和每个团体的情况极其复杂，无法为做到精确测量而对其进行简化。因此，在这一章里，既注重相关的研究，又深深地依赖着我自己的和其他人的临床经验。

排 除 标 准

问题：团体治疗师如何筛选团体心理治疗的来访者？答案：绝大多数治疗师并不选择适合团体治疗的来访者。相反，他们只是剔除那些不合适的来访者。面对一大群来访者，有经验的团体治疗师只识别出那些无法投入治疗团体的来访者并将他们剔除，然后接受所有剩余的来访者。

那种方法未免显得过于简单。我们所有人都希望筛选过程尽善尽美。但是，在具体操作过程中，列出排除标准远比纳入标准容易得多；一个特征就足以排除一个来访者，而要证明纳入来访者的合理性却需要更为复杂详尽的说明。

我们必须牢记，团体治疗种类繁多，而所谓的排除标准必须针对某一个具体团体而言，这也是我再三强调的。几乎每个来访者（少数例外）都有适合参加的团体。该团体设限排斥某些人的进入，可能正是为了确保这些人进入其他合适团体。例如：一个守口如瓶、缺乏心理领悟性的神经性厌食症患者，通常不是长期的互动式团体的合适人选，但他可能是具有相同饮食障碍问题的认知行为治疗团体的理想成员。

临床上的一致观点认为，患有下列问题的来访者绝对不宜参加异质性门诊来访者治疗团体：脑器性病¹³，偏执型人格障碍¹⁴，疑病性神经症¹⁵，药物或酒精依赖¹⁶，急性精神病¹⁷或反社会人格障碍。但是，仅仅简单地列出哪些来访者不适合团体治疗的清单毫无意义。这种干巴巴的清单和识别潜在的原则相比，其在价值上相形见绌。主要的指导方针是：来访者如果不能参加到团体的主要任务中来，他的团体治疗就会失败，不管这种任务是逻辑的、智力的、心理的或者人际关系的。这种考虑对简明、限时的团体而言尤为重要，这种团体尤为不能忍受粗劣的来访者筛选环节。

来访者想要加入充满活力、互动的治疗团体，必须具备什么样的特质？他们必须有能力和愿意检视自己的人际行为、暴露自我、给予和接受反馈。不合适的来访者容易形成对自己和团体都有害的人际角色。在这种情况下，团体反而成了重构和核实来访者错误认知的场所，并不能促成来访者学习或者改变。

例如，反社会人格障碍患者是门诊互动式团体治疗的一个特殊危险因素。他

们对团体具有明显的破坏性。虽然，在治疗早期，他们可能显得相当活跃主动，但是，最终他们将呈现出一些基本的人际交往缺陷，严重影响团体治疗的进展。下面的一个临床个案便是一个很好的例证。

◆Felix，智能良好，35岁，有酒精成瘾、游手好闲及人际关系不良等病史，同其他两名新来访者一起加入一个进行中的团体，该团体最近因为成员结业而减至3人，团体人数已经缩减到使治疗难以继续的程度，因此治疗师急切地想恢复团体规模。尽管他们意识到Felix并非理想人选，但由于申请者寥寥无几，因此他们决定铤而走险，将Felix纳入团体。除此之外，在某种程度上，他们对Felix决定改变生活方式的态度也颇感兴趣。（大多数反社会人格障碍患者似乎永远都在“追寻生活的转折点”。）

到第三次治疗时，Felix已成为团体的社会—情绪领导人，看起来他似乎比其他成员感觉更敏锐，体验更深刻。他给团体讲述了大量捏造的有关自身的背景资料以及生活现状，在第四次治疗时（治疗师后来得知），他勾引一名女性成员。在第五次治疗时，他带头向治疗师提出成员们对治疗时间过于短促感到不满，并提议不论治疗师是否同意，大家都应该举行更多的聚会，甚至考虑在某个成员家里进行团体治疗。到了第六次治疗，Felix未事先通知团体就从此中断治疗。治疗师后来得知，他突然中止治疗，是由于心血来潮决定参加一个3200公里的自行车旅行，并希望将这些旅行见闻写成文章卖给杂志社。

这个极端的例子证实了反社会人格障碍患者之所以不适合纳入异质性门诊团体的一些理由：他们带着面具，华而不实；他们常常耗竭团体精力，使团体陷入失落、迷茫、沮丧的困境而难以自拔；他们极少能接纳团体的治疗规范，相反，他们会充分利用团体成员甚至整个团体来使自己获得即刻的满足。我再一次提醒大家，我并不是指团体治疗本身不适合这类来访者。事实上，一个同质性程度较高并能合理利用强大团体压力的特定的团体治疗模式，可能会成为这类来访者的理想选择¹⁸。

绝大多数临床医师一致认为，正经历急性生活危机的来访者并不适合团体治疗，但更适合以个人、家庭或社会网络的形式对其进行危机干预¹⁹。严重抑郁并有自杀倾向的来访者也最好不要转介到异质性的互动式治疗团体。因为团体很难给予他们所需要的特别关注（除非以耗竭其他成员的时间和精力为代价）；而且，这些成员的自杀意念往往使其他成员焦虑不安，不堪重负²⁰。但是，这并不意味着团体治疗本身（或者结合个体治疗的团体治疗）不适合这类来访者，由有慢性

自杀意念的来访者所构成的同质性团体已被证实是有效的²¹。

恒定的出席是发展团体凝聚力的必要条件，所以，明智的做法是排除那些无法规律出席的来访者。他们出勤率低的原因可能是由于他们自身无法预料的和难以控制的工作需要，当然也可能是最初对治疗的阻抗。对于那些需因公外出而每4到5次治疗就会缺席一次的个体成员，我是不会接纳他人组的。同样，对于那些需要借助他人的交通工具来参加团体治疗的成员，或者路途遥远的团体成员，我也不是很乐于接受。尤其在团体治疗的初始阶段，来访者往往感到被团体忽视或对治疗感到不满：或许是由于另一个成员占用团体大量的时间并获得关注，或许是团体忙于建立自己的架构而无法确保来访者的立刻满足。深深的挫折感，再加上长途跋涉的艰辛，这些都会抹煞治疗动机并导致不规则的出席。

显然，也有一些例外：有些治疗师提及他们的来访者不远千里，常年累月、坚持不懈地坐飞机来参加团体治疗。但是，作为一项基本原则，治疗师最好能留意这个因素。对于那些路途遥远，并且在当地也有类似团体的来访者，把他们转介到当地邻近的团体将符合所有人的利益。

上述的临床排除标准是比较宽泛而粗略的。一些治疗师已尝试通过对那些无法从团体治疗中获益的来访者进行系统研究，从而获得更为精确的排除标准。接下来，让我们就某一类治疗失败的来访者——团体治疗的脱落者的相关研究进行分析。

脱落者

从团体治疗中过早地脱落不仅对于来访者自身，而且对于整个团体都是有害无益的。在一项针对35名在异质性互动式门诊团体前12次治疗中脱落的来访者的研究中，我发现，只有三人自称情况有所改善²²。实际上，在这三人身上也只是一些无足轻重的症状得到了缓解。在35人中，没有一人是因为满意地结束治疗而离开治疗团体的；他们每个人都对团体经历耿耿于怀。此外，这些早期脱落者还会对团体中其他的成员造成负面影响，使团体成员深感威胁而意气消沉。实际上，很多团体领导者提出一个“波纹效应”（Wave effect），意指一名成员的脱落招致其他更多成员的脱落。团体的健康发展要求团体保持稳定性；团体成员一连串的脱落将使团体历经数月仍蹒跚学步。

过早的脱落对来访者自身而言是一个失败，同时，对于团体中剩余成员的治疗也十分不利。不幸的是，这样的情况司空见惯。近来的实证分析证实，所有来访者中有47%的人会过早退出心理治疗（团体和个体治疗一样）²³。即使在专家手

里,脱落也在所难免,毫无疑问,这是由于来访者、团体和治疗师三者变量的复杂的相互作用²⁴。请看表8.1所列的脱落率:团体治疗的脱落率从17%到57%不等。虽然这个脱落率并不比个体治疗的高,但却引起了团体治疗师的高度重视,因为团体治疗的脱落现象还将严重危害到团体中其他成员的治疗效果。

对早期脱落者进行研究不仅有利于我们建立可靠的排除标准,而且,还为筛选过程提供了一个重要目标。在筛选过程中,如果我们学会删除那些注定要脱落的来访者,这本身对团体而言就是一大成就。尽管早期脱落者并非是团体治疗唯一的失败者,但是,毫无疑问,他们确确实实属于治疗的失败者。我认为,我们可以轻而易举地反驳所谓的早期脱落者可能会获得延时的积极疗效的说法。一个对交友团体参加者进行的疗效研究显示,对团体有负性体验的人进行6个月追踪观察,研究者发现他们并不能将团体经验重新整合,而且也不可能从团体经验中获得延时的疗效²⁵。如果他们当初因焦虑不安或沮丧而离开团体,那么,他们很可能将一直保持这种状态。(例外情况是那些因急性生活危机进入团体且一旦危机解除,就结束治疗的来访者。)

请记住,对团体脱落者的研究并未告诉我们任何有关团体持续参与者的信息;持续参加团体是成功治疗的必要条件而非充分条件²⁶。

过早脱落的原因

一系列对团体治疗在各种环境下(门诊、日间医院、退伍军人诊所和私人执业,包括针对抑郁症、悲伤等问题的异质团体和同质团体,它们或以互动的形式开展或者延续认知行为的方式)的严格研究有一致性的结果²⁷。这些研究显示:那些脱落的来访者,在最初的筛选或者在开始的几次聚会中,就具有以下特征中的一项甚至更多项:

- 心理领悟性差
- 理解情绪与行为的能力有限
- 治疗动机不足
- 冲动行事,欠思考
- 消极情绪
- 过多采用否定防御机制
- 严重躯体化症状
- 物质滥用
- 过强的愤怒与敌意

- 较低的社会阶层、缺乏社交能力
- 低智商
- 缺乏对团体治疗工作的理解
- 缺乏心理治疗的文化敏感性
- 不讨人喜欢（至少从治疗师角度来看）

表 8.1 团体治疗流失率

团体类型	团体时间	团体治疗次数	流失百分比 ²⁸
大学附设门诊诊所	普通，开放式	12 次以内	50% ^a
大学附设门诊诊所	哀伤团体，封闭式	12 次以内	28% ^b
大学附设门诊诊所	短程	8 次以内	30% ^c
大学附设门诊诊所	开放式	3 次以内	57% ^d
退伍军人门诊诊所	开放式	9 次以内	51% ^e
退伍军人门诊诊所	开放式	16 次以内	50% ^f
大学附设门诊诊所	开放式	12 次以内	35% ^g
私人执业及诊所	开放式	3 次以内	30% ^h
诊所及医院	住院及门诊	20 次以内	25% ⁱ
私人执业	长程，分析取向	12 个月以内	35% ^j
门诊诊所	开放式	12 次以内	17% ^k
门诊诊所	短程	5 次以内	17% ^l
私人执业及诊所	分析取向	10 次以内	24% ^m
诊所	动力取向	6 个月以内	17% ⁿ
私人执业	动力 / 分析取向	6 个月以内	27%（治疗师 A） 38%（治疗师 B） ^o
私人执业	分析取向 / 长程	1 年以内	55% ^p
大学心理咨询中心	互动的 / 人际关系	12 次以内	31%（治疗师 A） 45%（治疗师 B） ^q
门诊诊所	复杂哀伤	8 次以内	23% ^r
门诊诊所	抑郁症的认知行为	12 周以内	48% ^s

很不幸，上述结论表明，富者愈富，贫者越贫。这是多么的荒谬！那些最缺乏参与团体技能和特质的来访者——也正是那些最需要接受团体治疗的来访者——最可能失败！正由于这一自相矛盾的现象（再加上经济因素），激发我们对

治疗团体作充分调整，并且使其适合于更多更需要帮助的来访者。

因此，请记住，上述特征应当被视为注意事项而非绝对的禁忌。那些在某个团体或者某种团体中失败的人，可能在其他团体中会表现得很好。我们的目标应当是减少脱落，而不是根除脱落。如果我们建立的团体从未有过脱落，那么可能是我们的门槛设置过高了，因而过度排除了那些需要帮助、事实上我们也可以帮助的来访者。

在此，我还将深入细致地讨论最后一项研究，因为它与筛选过程有着紧密联系²⁹。我对一所大学门诊部的9个治疗团体的前六个月治疗进行研究，并调查了所有在前12次治疗中脱落的来访者。这些团体共有97名来访者（71名老成员，加上26名新成员），其中35名属于早期脱落者。相当多的分析资料来自于对脱落者的访谈记录和问卷调查，还有部分则来自于团体治疗的录音、现场观察以及个案记录的人口学资料。

数据分析的结果显示，来访者从治疗中脱落主要存在以下九个原因：

1. 外在因素
2. 团体的特异现象
3. 亲密感问题
4. 对情绪传染的恐惧
5. 无法与人共享治疗师
6. 同时进行个体治疗和团体治疗的复杂因素
7. 早期挑唆者
8. 对治疗方向认识不清
9. 来自亚团体的影响

通常，导致来访者中断治疗的因素不止一个。有些因素与外在环境或来访者带入团体的持久稳定的人格特点有着紧密的联系，因而与筛选过程有关；另外一些因素则与咨询师或团体内所产生的问题相关（例如，治疗师的技巧和能力，治疗师与来访者之间的互动变量以及该团体本身的文化）因而与治疗师的技巧有关（我将在第十章、第十一章对这些问题进行讨论）。总之，与建立筛选标准密切相关的因素是外在因素、团体的特异现象以及亲密感问题，来访者往往因为这三个因素而提早中断治疗。

外在因素 后勤原因（例如，无法协调的时间冲突，搬迁）其实在中断治疗的决定中无足轻重。当深入研究来访者所谓的中断治疗的理由时，我们通常发现，与团体相关的压力才是真正促使来访者离去的原因。然而，在初次筛选会谈时，

治疗师通常应当询问来访者是否有迫在眉睫的重大生活变故，如搬迁。相当多的证据表明，以缓解症状和改变内在人格结构为目标的治疗往往不是短程的治疗模式——至少也需要六个月至一年——因此，若来访者在未来数月内极有可能被迫中断治疗，则不应将其纳入此类治疗团体。这样的来访者更适合接受短程的问题取向团体治疗。

外在压力被认为是来访者过早脱落的原因之一。当来访者自身面临与重要人物关系破裂而身心疲惫的时候，他们不可能关注和探究团体内与其他成员的关系，尤其是当他们的的问题悬而未决时，倾听其他成员讨论各自的问题显得更是百般无聊，令人灰心丧气。外在压力包括婚姻危机及夫妻冲突、事业和学业上的挫折、与家庭成员关系破裂、丧失亲友以及严重躯体疾病。这样的来访者应当被转介至专门为处理这些问题所设的团体。例如，以急性哀伤事件为例，急性哀伤持续时间通常具有自限性，最好将这类来访者转介至短程哀伤处理团体³⁰。

请注意两者的差别！如果来访者的目标仅仅是想解决一次丧失后的痛苦（仅此而已），那么他就适合参加短程的问题取向团体。但是，如果来访者想改变使其反复置身于痛苦情境的自身的因素（例如，他反复爱上那些最终不可避免要离他而去的女性），那么他就适合参加较长期的治疗团体。

作为过早脱落的一个因素，外在压力的重要性难以衡量，因为外在压力常常继发于内部的力量。来访者精神上的混乱可以导致其生活情况的瓦解，进而引发外在压力；或者来访者通过强调或夸大外在生活事件，从而防御来自于团体治疗的焦虑。许多来访者认为外在压力是他们中断治疗的主要原因，但我们深入研究每个来访者发现，外在压力最多只是导致来访者脱落的诱因，而并非充分条件。过多强调外部事件常常是来访者企图回避在团体中感受到的危险而采取的一种否定的防御机制。

因此，在筛选过程中，如果来访者过多关注外在压力，不管这种关注确实是来自大量的现实压力，还是来自一种否定的防御机制，治疗师都应当将其作为密集式团体治疗的不祥之兆。

团体特异现象 对那些因身为团体中的特异者（group deviant）而最终脱落的来访者进行研究分析，可以为筛选过程提供丰富的信息。但是，首先应当对特异者这个术语作一个界定。几乎每一个团体治疗的来访者都是特异者——即至少在某一个维度上与众不同，如最年轻的、唯一未婚的、病情最严重的、唯一的亚裔美国人、唯一不是学生的、最愤怒的或最安静的。

但是，在我的研究中，1/3 的脱落者与其他成员相比，在一些团体参与的关键

问题上存在显著差异,而这种特异现象及其造成的后果被认为是过早中断治疗的主要原因。这类来访者的行为表现从沉默不语的旁观者到大声喧哗、愤怒激昂的破坏者不等,但是,不管怎样,他们总是孤立的,并且被治疗师和其他成员视为团体发展的绊脚石。

所有这些来访者经常被团体、被治疗师甚至有时被他们自己认为“不适合参加团体”。其特征很难用可测量的客观指标来形容。最常被描述的特征有:缺少心理领悟性、缺乏人际敏感度、过度地使用否定防御机制而缺乏足够的内省力。这些来访者相比其他成员,其社会经济地位以及受教育程度更低。治疗师在描述他们的团体行为时强调,这些来访者阻碍了团体的进展。他们在沟通层次上与其他成员处于不同的水平。他们停留在描述症状、给予或寻求建议、作出评判的水平上,或者回避讨论此时此地的互动和感受。这一研究结果与其他研究结果相似³¹。

在众多脱落者中,慢性精神分裂症患者占有一定的比例。他们在经过个体治疗后已能达到勉强适应的状态。他们封闭自我,运用过多的否认和压抑的防御机制,并且言谈举止与其他成员明显的格格不入。假设对这些患有慢性精神疾病的来访者高度表达情感,则会产生负面的心理影响,紧密的人际互动团体对这些群体也很不适用,而结构化的、支持性的和心理教育的团体则更为有效。

在研究中,尽管有两个来访者生活方式与其他成员有所区别,但他们并没有因此脱落。其中一个有卖淫史,另一个则有毒品依赖和贩毒史。然而,这两个来访者在妨碍团体发展的因素上(内省力、人际敏感度及有效沟通上),与其他人并无差异,而且从未成为团体的特异者。

团体特异现象:实证研究 实验室团体的研究³²所提供的大量社会心理学资料有助于我们更好地理解特异者在治疗团体中的命运。团体往往对不能投入团体任务的成员,以及妨碍团体完成任务的成员缺乏兴趣和关注,最终迫使这些成员退出团体³³。对团体的贡献程度无法达到较高团体标准的成员脱落率往往很高,这种现象在低自尊来访者身上表现尤为突出³⁴。

团体治疗的任务是让个体与其他成员进行富有成效的沟通,包括能表露自我、给予有效的反馈并审视自己在情感、行为和动机背后的潜意识内容。不能完成任务往往意味着来访者缺少足够的心理领悟性和内省力,很少进行自我探索,并且更多运用自欺欺人的防御机制;或者他们不愿接受自己是个来访者的角色,更不

* 团体治疗或团体咨询的实验研究通常需要志愿者,这些志愿者更多由大学生承担。他们正好通过团体咨询过程来学习第一手经验。由于这些团体易组织、限时且其成员自愿填写研究问卷,因此,研究可以很自然地进行。

愿意因此而作出任何必要的改变。

研究显示,对自己最满意的来访者以及容易过高评价他人意见的来访者,往往很难从团体经历中获益³⁵。一项研究表明,对个人改变不屑一顾或期望不高的团体成员有可能过早离开团体³⁶。在团体治疗结束时的问卷调查中无法准确地察觉他人对自己评价的来访者,最多也只能算是团体的边缘成员(peripheral members)³⁷。

那些无法投入团体基本任务,被团体甚至其自身在一定意识层面上都认为自己是团体进展绊脚石的来访者,到底出了什么问题? Schachter 发现,最初,团体与特异者的沟通还是挺多的,但是,一旦团体拒绝这个特异者,这种沟通便急剧减少³⁸。

许多研究表明,成员对团体的满意度取决于其在团体沟通网络中所处的地位³⁹以及被团体其他成员接纳的程度⁴⁰。研究还表明,团体对个人的影响能力,一方面取决于团体对成员的吸引程度;另一方面则取决于成员在团体中与其他成员的互动程度⁴¹。个体在团体中的地位是团体授予的,而不是个体争取的。较低的地位将会妨碍个体的身心健康,并且对个体的情感体验产生负面影响⁴²。这是个重要的发现,我们将重复一遍:较低的地位会降低个体身心健康;换句话说,就是一种反疗效因子。

众所周知,在谢利夫(Sherif)⁴³和阿什(Asch)⁴⁴的研究中,扮演团体特异者的个体往往在团体中感到极度不安。研究还表明,那些不能用言语表达愤怒的特异者或孤立者可能表现出相应的躯体焦虑症状⁴⁵。Lieberman、Yalom 和 Miles 的研究证实,被认为是特异者的成员(被其他成员认为格格不入或对团体规范存在显著误解的个体)事实上是没有机会从团体中获益的,并且其遭受消极影响的可能性也大大增加⁴⁶。

总之,研究结果证实,在团体中,特异者比团体其他成员更少从团体中获得满足感,他们体验到的只是焦虑,他们更少受团体重视和关注,更不可能被团体影响或从团体中受益,更可能被团体伤害,最终极有可能中断治疗。

上述的研究结果与我自己对团体中特异者的观察结果一致。在11名特异者中,只有一名孤立的、僵化防御的中年男子没有过早中断治疗。这名男子之所以能坚持参与团体治疗是由于他同时在接受个体治疗,而个体治疗给了他强大的支持。然而,他在团体中不但一直是孤立的,而且在治疗师和其他成员看来,他正成为团体进展的绊脚石;这个团体所发生的情形同上述 Schachter⁴⁷所描述的实验团体的现象极为相似。起初,团体为这名特异者耗费了大量精力,接着,团体就放弃

了努力，并在很大程度上把他排除到沟通网络之外；但是，团体从来就不可能彻底甩掉这个阻碍团体发展的特异者。因此，如果团体中正发生着一些重大的但不能被谈论的事，那么成员势必总会出现一定程度的整体沟通上的压抑。团体带着一个被剥夺权益的成员，整个团体将永远不能真正自由地发挥功能；就某种意义上来说，团体进展的速度不可能不受那个老是拖后腿的成员的影响。

现在，让我们把这些研究发现和临床结果运用到筛选过程中去。在筛选会谈中，要识别谁将会是治疗团体中的特异者并不困难。在全面深入的会谈中，这些人会明显地表现得对内在精神活动及人际冲突予以否认、忽视，他们不愿意接受人际互动的影响，并且倾向于将不良的情绪体验归咎于生理和外部环境因素。通常，有些人在功能上有很大受损，由他们各自的治疗师因为个体治疗毫无进展而推荐进入团体治疗。有时，推迟来访者进入团体治疗的时间，会给他们提供更多的机会，使其从药物治疗中受益并使病情稳定，这样可使稍后的团体治疗效果更佳，但等待时期必须要有相应治疗，不能放任自流。

因此，辨认这些来访者并不困难。但问题在于临床医生依然坚持这样的假设：即使这些来访者不能和其他成员融合，他们仍将从整个团体的支持中获益，并有机会提高社交技巧。根据我的临床经验，这个期望不会实现。这样的转介是不恰当的，无论对来访者还是对团体都没有好处。团体最终将排挤出特异者。治疗师们也倾向于公开地或者隐蔽地摆脱这些来访者，把治疗力量放到那些值得为之努力的来访者身上⁴⁸。

僵化的态度和叛离的欲望会很快将个体推向一个特异突兀的地位。在长期的治疗团体中，最棘手的是来访者借用基本的宗教观点来作为否定的手段。采取否定防御机制的来访者对一般的团体压力无动于衷，因为他们已经被另一个支持团体——某个宗教派别——的规范所控制。这种来访者脱离现实、生搬硬套地使用某些基本教义，这样做往往不会有任何的效果，而正面攻击来访者的这种防御只会使他们变得更加僵化。

总之，治疗师想将某个可能会成为特异者的人剔除时，应当在特定的团体目标下加以考虑，这一点很重要。来访者是因为在团体中的人际行为而成为特异者的，而不是因为其特异的生活方式或过去病史。治疗团体的规范一旦被建立，任何个体既往的行为都不至于让团体无法接受。我亲眼目睹过一些曾有过卖淫、暴露狂、乱伦、窥阴癖、偷窃癖、杀婴、抢劫及贩毒行为的人被一个中产阶级团体所接纳的情况。

亲密感的问题 一些来访者从团体治疗脱落是因为与亲密关系有关的冲突。

他们以各种不同的方式表达这种亲密冲突：(1) 分裂样退缩；(2) 不合时宜的自我暴露（漫无目的的自我暴露或对自己暴露的广泛的恐惧感）；(3) 不切实际地要求与他人立即建立亲密关系^{*}。

在团体中，一些被诊断为分裂型人格障碍的来访者（表现出社交退缩、人际关系淡漠、超然、内向及自我封闭、固执己见），很难与他人建立和发展亲密关系。团体治疗刚开始，每个成员都决心通过团体学会表达自己的情感，并矫正先前适应不良的人际互动模式。然而，当他们无法达到这一目标时，他们往往感到焦虑不安，灰心丧气，这种消极的情绪体验将进一步妨碍其表露的意愿。治疗师将这些人在团体中的角色描述为“孤立者”、“沉默者”、“边缘分子”和“神秘人”等。

多数中断治疗的团体成员，对从团体治疗中获得帮助的可能性彻底失望。在团体治疗的初始阶段，我偶尔会看到这些来访者从诸如普遍性、认同、利他性及发展出社交技巧等疗效因子中获益。此时，团体其他成员常对此类来访者的沉默不语表现得极不耐烦，并厌倦于老是催他们开口说话（如某个成员所说的，“我们已对他发问了20个问题”），并最后转而对其抱有成见。

另一名存在亲密冲突的来访者，由于别的原因离开团体：害怕自己对其他团体成员做出攻击行为。最初，他是因为感觉自己要失控而来寻求治疗：“当我失控时，我担心自己会杀人……结果只能离别人远远的。”他理智地参加了前四次聚会，但是，却对其他成员的情绪表达感到非常恐惧。在第五次聚会中，一名来访者喋喋不休地垄断了整个聚会时间，这个来访者不仅对这位垄断者感到不满，而且对团体其他成员对此类现象放任自流的态度极为愤怒，于是在没有任何预告的情况下突然中断治疗。

其他来访者则以别的方式表现他们的亲密问题：有些人一直对自己暴露充满恐惧感，这严重妨碍其对团体任务的参与，最终导致其脱落；另一些人则过早地、漫无目的地进行自我暴露，然后突然中断治疗；还有一些人不合时宜地要求立即与其他成员发展亲密关系，这反而在团体中给自己塑造了一个无法生存的角色。一名早期退出者在第一次活动中就搅乱了团体，她对团体声称她具有抑制不住的想议论他人的冲动，并且自己很难保守别人的秘密。

在亲密感方面存在严重冲突的来访者，在对其进行筛选和治疗性处理上（见第十三章）都向治疗师提出了特殊的挑战。有讽刺意味的是，这些高脱落率的来

^{*} 脱落者类型存在大量重叠。许多由于亲密感问题而离开团体的来访者，是因为表明亲密感有问题的行为而使自己成为团体中的特异者。即使内在亲密冲突的压力并没有导致来访者中断治疗，特异者角色本身的压力也很可能导致来访者的脱落。

访者同时也正是那些特别能从成功的团体经验中受益的人。一项体验性团体的研究报道说,对那些情绪性受压抑的来访者来说,让他们表达对他人的情感会使其深感威胁,体验及表达自己的情感反应也相当困难。尽管他们在团体中体验到明显的焦虑不安,但是,他们从团体经验中学到的和改变的都比其他成员要多⁴⁹。因此,这些既往生活中缺乏良好人际关系的来访者,将从亲密的团体互动中的成功沟通中获益匪浅。然而,如果他们过去的人际关系太过于缺乏,并且认为团体对他们太具威胁性,那么,他们会比以往更为沮丧地从治疗中脱落⁵⁰。那些渴望社会交际、但又被自己拙劣的人际交往技巧所困扰的来访者,特别容易苦恼⁵¹。这些人处在充满机遇的团体中,却无法为自己争取到机会,因而备感沮丧和苦恼⁵²。

所以,在亲密感方面有问题的来访者既有适合团体治疗的指征,同时还有不适合团体治疗的禁忌。当然,这只是早期识别和筛选出的那些不适合团体治疗来访者的问题之一。如果我们精确地量化这一重要的分界点,那该有多好。由治疗前的筛选会谈预测个体的团体行为是一项非常复杂的任务,我会在下一章进一步讨论。

病态的自恋者,或者对自我暴露充满恐惧感的来访者,通常也不应该是互动式团体治疗的合适人选。但是如果此类来访者对自己的人际模式并不满意,表现出强烈的改变动机,并且对自己的内心世界表现出探索的欲望,那么,他们很有可能从治疗团体中获益。团体互动可能会导致这些个体对失去自我和自主感产生强烈焦虑。他们渴望交流,但也害怕在此过程中失去自我。这些个体的人际防御,如退缩、自我贬低或自我膨胀,都可能使该团体成员变成一个特异的角色⁵³。轻度或中度分裂型人格障碍来访者及回避型人格障碍来访者,是团体治疗的理想人选,他们多半会从团体治疗中有所收获。

当为一个现成的、进展迅速的团体物色一个替补成员时,治疗师必须多加小心。通常,在来访者进入团体之初,治疗师就有必要对其同时进行个别与团体混合治疗。通常,个体治疗和团体治疗的连接,对于推动或支持团体中的弱势来访者是必要的。由个体治疗师提供的额外支持和包容,可能会减少来访者的不安全感⁵⁴。

对情绪传染的恐惧 数名从团体治疗脱落的来访者表示,听到其他成员的问题给他们造成极为不利的影响。一名男子说,在团体治疗的三周,他人问题的呈现让他焦虑不安,每天晚上会梦见这些来访者,白天则反复体验到他们的问题。所有人都害怕在自己身上看到其他来访者的影子;也有来访者表示,他们被各自团体中某位患精神障碍的来访者搅得心神不宁,或者担心自己持续地面对这样的来访者会引起其自身的退步。另一名来访者则体验到对其他成员的强烈厌恶感,

她说：“我再也受不了这个团体里的人了，他们都非常讨厌。看到他们要把问题堆到我头上时，我就更是烦躁不安。我不要听到他们的问题，我无法对他们产生任何同情，也受不了他们。他们都那么丑陋、肥胖而且毫无吸引力。”她一直以来都会因为他人的疾病而焦躁不安，并对团体成员采取回避态度。有一次，当她母亲昏倒在地，她“跨过去”避得远远的，而不是设法帮助母亲。正如 Nash 等人在较早的研究中指出的，其他一些来访者也有长期回避疾病的倾向。他们对别人缺乏好奇心，如果遇到紧急意外事故，他们常常是第一个逃离或是另谋出路的人⁵⁵。

担心被传染的恐惧感有许多潜在的动力学原因。边缘型人格障碍的来访者称自己有这种担忧（这在住院治疗团体中是非常普遍的现象），这常常会被视为自我界限不清的迹象，而且在特定的环境中无法将自己与重要他人进行区分。

除非个体在团体前筛选过程中将担心情绪传染的恐惧表现得淋漓尽致，否则，这种行为对团体的纳入或排除标准并不具有特别的指导意义。通常，这种行为在筛选会谈中难以被预测。再者，对情绪传染的恐惧本身并不是治疗失败的充分原因。对此问题敏锐的治疗师可以有效地在治疗过程中对此加以处理。有时来访者必须逐渐地进行自我脱敏，我了解到一些在若干团体中中断治疗、但仍坚持不懈、最终能留在某一个团体中的来访者。他们的态度并不表示不适合参加团体中治疗，治疗师可以通过澄清，帮助来访者意识到，对他人缺点的过于敏感将直接给他们的治疗带来不利影响。一个连倾听别人的痛苦都感到难以忍受的来访者，又如何与他人发展友谊呢？如果来访者可以承受住这种不舒服感，团体就可以为这类来访者提供一种理想的治疗模式。

其他原因 从团体治疗中脱落的其他原因包括：无法与他人同享治疗师、同时进行个体治疗与团体治疗而带来的问题、早期挑唆者、对治疗方向认识不一致以及亚团体引发的问题，所有这些现象通常并非完全是筛选不当所致，也可能是由于治疗师缺乏有效的治疗技术。随后的章节将对这些原因加以讨论。在这些原因中，没有任何一个是纯属筛选问题或治疗技巧问题的。例如，一些来访者由于无法与人共享治疗师而中断治疗。他们从不放弃这样一个信念：认为治疗的进步完全取决于他们能从团体治疗师身上得到的投入的多少（包括时间、注意等）。

尽管来访者可能确实具有过分依赖并迷信权威的倾向，但是，事实上，他们确实也被不适当地转介到了团体治疗，并且缺乏充分有效的治疗前准备。他们都已经参加了个体治疗，团体只被视为结束个体治疗的一种手段。显然，团体治疗并不能作为协助结束个体治疗的方法，在治疗前的筛选工作中，治疗师应该对那些不适当的转介保持警惕。有时，来访者不愿放弃个别心理治疗将阻碍他投入团体治疗。

正如前面章节所述,有大量证据表明——治疗关系的强度可预测治疗的结果。同样,与关系相关的问题,如来访者与治疗师之间对目标、任务或者治疗关系的分歧,与咨询中脱落和失败相关。一项以10名脱落者为研究对象的研究发现,有几名来访者缺乏有效的团体前准备⁵⁶。治疗师自己都不明白为什么要把这些来访者纳入团体,并且也没有向来访者澄清团体治疗的基本任务,一些来访者甚至怀疑治疗师的动机——质疑是否只是因为团体需要有人充实,所以才将他们纳入团体。其他来访者则因为被置于一个成员有严重障碍的团体而感觉受到伤害。他们认为这代表治疗师对其状况的评判。有些人单单因为被转介到团体就感到委屈,似乎这样就把他们从独特状态贬为平庸状态。还有一些人因为感到付出与回报之间存在不平衡而中断治疗,他们认为自己在团体的付出远远要多于回报。

纳 入 标 准

临床上最为重要的纳入标准,也即是最明显的标准——治疗动机⁵⁷。来访者总体上必须具备强烈的治疗动机,特别是要有强烈的团体治疗动机。如果来访者是被遣送而来的——不管是由配偶、缓刑监视官、个体治疗师或其他任何人或机构遣送而来,团体治疗从头到尾将一事无成。对团体的许多误解可以在团体前的准备工作中消除和纠正(见第十章),但是,如果你发现一个顽固的不愿承担治疗责任或固执己见抗拒加入团体的来访者,你就不应该将其纳入团体治疗的成员。

大多数临床工作者一致同意,一个重要的纳入标准是来访者在人际关系领域是否存在明显障碍,诸如:孤独;羞怯及社会退缩;无法与人建立和发展亲密关系或缺乏爱的能力;过度的争强好胜、言行过于粗暴、格格不入、好争辩;多疑;难以与权威相处;自恋,包括无法与人分享情感、无法对他人共情或无法接受批评、且不停地渴求赞美;一直觉得自己不讨人喜欢;害怕自我肯定;谄媚奉承及依赖。除此之外,来访者必须愿意为这些问题负起责任,或者至少能承认这些问题的存在,并有寻求改变的意愿。

对于那些能力有限,无法报告生活事件(因为盲点或因自我协调人格病症)而导致个体治疗失败的来访者,有些临床工作者会建议他们参与团体治疗⁵⁸。

一些临床工作者指出,对于那些缺乏自控能力的冲动型来访者,团体治疗比个体治疗更为有效⁵⁹。在治疗这些来访者的时候,个体治疗师常常很难同时身兼参与者及观察者两个不同的角色。在团体中,这两个角色被成员们共同分担。例如,有些成员会突然攻击冲动型来访者,另一些人则会怂恿他们(“就让你和他较量一

番吧”），还有些人则像个公正无私的见证人，冲动型来访者对这类成员的言论的信赖远远超过对治疗师的信赖程度。

在人际问题并不突出（也许对来访者而言并不明显）的情况下，团体治疗仍然是可供选择的治疗模式。例如，极端理智的来访者，可能会因为团体中的情感刺激而取得治疗的成功。另一些来访者因为对治疗师产生强烈的移情反应，在个体治疗中举步维艰：他们无法忍受这种两人间的亲密感，要么歪曲治疗关系，要么被治疗师强烈吸引（或者相反），以至于需要其他团体成员提供现实检验才能使治疗得以开展。其他来访者则因为其自身激起个体治疗师强烈的负性的反移情，因此，团体治疗也成为其理想选择⁶⁰。

◆ Grant，一个 38 岁的男性，由他的女性个体治疗师介绍进入团体治疗。他愤怒且近乎病态地回避温情和依赖，他相信这些特点与他生理上的受虐相关——他遭受了冷酷的父亲的虐待。当他的儿子用身体和他亲昵地接触时，他非常害怕，并向个体治疗寻求帮助，因为他担心自己可能成为一名不称职的或者施虐的父亲。

刚开始，对 Grant 的个体治疗效果很好；但不久，治疗师对 Grant 在咨询中表现出来的攻击、粗野感到不安。当 Grant 向治疗师暗示，自己能够用性的方式对治疗师表达最好的谢意时，她变得特别担心。虽然咨询受到阻碍，但由于 Grant 有收获，因而，治疗师不愿就这么结束治疗。于是，治疗师向他推荐进行团体治疗，希望同时进行团体和个体治疗，以冲淡移情和反移情的紧张感。团体为他提供了许多选择，有关人际关系的和如何表达关切的，因而 Grant 的治疗在两种并行的安排下得以有效进行。

许多来访者在无明显人际问题的情况下寻求治疗。他们会举出一些促使来访者寻求治疗的共同问题：生活中的失落感、空虚感、广泛性焦虑、快感缺失、认同障碍、轻度抑郁、自残或自伤行为、强迫性工作狂、害怕成功、情感表达障碍等⁶¹。如果有人仔细观察会发现，所有这些问题都有人际障碍根源，并且团体治疗可以像个体治疗一样成功地解决这些问题⁶²。

纳入标准的研究

任何界定纳入标准的系统化方法，都必须从对团体治疗成功的来访者的研究开始。不幸的是，正如我在本章开头所述，这样的研究极难加以控制。我必须指出，在个体治疗研究中，对治疗效果的预测研究也同样困难重重，最近的文献回顾也强调缺乏相关的成功的临床研究⁶³。

一个研究小组对5个门诊治疗团体的40名来访者进行了为期一年的研究,试图确定治疗前的哪些因素可以有效地预测团体治疗的疗效⁶⁴。研究小组对疗效进行评估,并计算出治疗前的一些相关变量与疗效之间的相关系数。研究结果显示,治疗前的因素包括心理成熟度、治疗师对结果的预测、先前的自我暴露及基本资料等并不能对团体治疗的疗效进行预测。但是,在治疗初始阶段测得的两个因素,包括团体对来访者的吸引力,以及来访者在团体中受欢迎的程度(两者皆在第6次及第12次聚会时测量),却能对一年以后的治疗效果进行预测⁶⁵。受欢迎程度与成功疗效之间高相关的发现,对筛选工作具有一定的指导意义。因为研究者发现,先前自我暴露程度高、在团体中积极主动并且具有内省力,都是受团体欢迎的一些必要条件⁶⁶。个体在团体中的名声和地位有利于个体作为楷模,促进团体治疗目标的达成⁶⁷。

Lieberman、Yalom 和 Miles 的团体研究(见第十六章)显示,团体中收获最大的来访者是那些在团体治疗前测试中高度重视并渴望个人改变的成员;他们认为自己在理解自身情感及对他人情感的敏感度这两个方面都存在缺陷;他们对团体治疗的期望值较高,预期团体能提供适当的沟通机会,并且相信团体治疗可以协助他们矫治某些缺陷⁶⁸。

在一项包括有45名交友团体成员的研究中,Melnick 和 Rose 在治疗前对每个成员的冒险倾向以及对团体中将会经历到的人际行为质量的预期进行评估,然后测量每个成员在团体中的实际行为(包括自我暴露、给予回馈、冒险、言语行为、投入深度、被团体吸引的程度)⁶⁹。他们发现,高冒险倾向以及较多积极期望都与团体中有利于治疗的行为有关。

积极期望可预测良好的疗效,这个发现已获得大量研究的支持:来访者越相信治疗(不论是团体或个体治疗)有效,治疗就越有效⁷⁰。就这一点而言,先前治疗经验的作用是非常重要的:有经验的来访者对治疗有更积极、更具有现实性的期待。治疗师和来访者对治疗有共同的期待,这就加强了治疗的联盟,同时也预示着更好的治疗效果⁷¹。这种积极期待的设置和有效结果之间的关系,不论对于筛选过程还是对来访者治疗前的准备都有重大的指导意义。就如我在第十章将讨论的,通过适当的治疗前准备,就可以激起来访者对团体治疗的积极期望。

来访者对其他团体成员的影响

如果我们同时考虑来访者将参加的团体中的其他成员,那么其他纳入标准也就更明显了。到目前为止,我为了教学上的清晰,只试图列出纳入或排除的绝对

标准，但这么做的结果是使一些问题过于简单化。在个体治疗的成员筛选中，我们只考虑来访者是否能从治疗中获益，以及他与某个治疗师是否能够建立良好的治疗关系；然而在实践中，团体治疗的成员筛选绝不能忽略团体中其他成员的影响因素。

例如，我们可以想象，一个抑郁并存在自杀意念的来访者、一个强迫性的喋喋不休者或是一个反社会人格障碍患者，他们都可能从团体中获得某些帮助。但是，也因为团体中存在这样的来访者，团体对成员的治疗效果会大打折扣。团体治疗师不仅要将来访者带入团体，同时也要把团体的其他成员交托给每个个体。例如，本章前面提及的 Grant，在他团体治疗的早期阶段，在女性成员中引起了强烈的反应。有一次，一名团体治疗的女成员回应了 Grant 一系列的愤怒攻击：“我想花更长的时间来了解你，但我要为此牺牲多少自己的成长时间呢？”

相反，有些来访者在许多种治疗模式中都能取得良好的治疗效果，但是，却为了满足团体的特定需求，而被安置于某个治疗团体中。例如，团体有时需要一个积极主动的成员，或是一名强悍的男性，或是一名温和的女性。尽管边缘型人格障碍患者的治疗过程经常是暴风骤雨式的，但是，有些团体治疗师却因为他们对团体治疗过程具有积极影响，而刻意将其纳入团体。通常，这些来访者能更加清楚地意识到自己的潜意识冲突，更少压抑自己，更少受社会规范的约束，因此，他们促使团体形成一个更为坦率、更为亲密的氛围。然而，在纳入一个自我力量明显弱于团体其他成员的来访者时，治疗师必须三思而后行。如果这些来访者具有符合社会规范的行为特征，并且因为他们的坦诚及善解人意而普遍被其他成员尊重，他们通常会在团体中如鱼得水，获益匪浅；但是，如果他们的行为过于疏离其他成员，并且如果团体发展过于迅速或对成员构成威胁时，他们不仅自身得不到很好的成长，而且连团体的发展也会因此受到阻碍。随后，他们被视为团体的特异者，而他们的团体经验很可能是没有任何治疗作用的。

治疗师对来访者的感觉

最后一个重要的纳入标准，就是治疗师个人对来访者的主观感觉。不管什么原因，只要治疗师对来访者感到强烈的厌恶或缺乏兴趣（且不能够理解或难以改变这种状态），就应当将此来访者转介。这个告诫显然只是相对的，你必须对什么样的主观感觉将妨碍治疗做到心中有数。

在我个人的印象中，相比于个体治疗师，这个问题对于团体治疗师来说要更易控制一些。许多治疗师发现自己在团体治疗中，常常比在个体治疗中更能克服

对来访者的最初的负性印象，团体其他成员和协同治疗师也都一致认同这一点⁷²。随着治疗经验的不断积累和自我认识的逐渐深入，治疗师通常会变得更加宽宏大量，会发现自己所不喜欢的来访者越来越少。通常，治疗师所体验到的厌恶正反映了来访者的性格对于他人的影响，因此可以成为治疗的有用资料。

筛选过程总揽

到目前为止，我所呈现的关于来访者筛选的资料可能是支离破碎的。我相信我能用一条核心的原则——一个简单的奖惩系统——来使这些支离破碎的信息井然有序，有据可依。当通过参与团体所带来的惩罚或不利超过所得的奖赏或预期应得的奖赏时，来访者就有可能放弃团体治疗，因此，他们不是合适的团体候选人。当谈及参与团体的“惩罚”或“不利”时，我指的是来访者参加此团体所需付出的代价：包括时间、金钱及精力的投入，还有各种由团体经验而引发的不舒适感，包括焦虑、挫折感、沮丧及遗弃感。

来访者自身在筛选过程中起着举足轻重的作用。更可取的做法是，在进入团体之前，来访者先对自己进行一次筛选，而不是非要等到经历了随后从团体中脱落的不愉快体验才追悔莫及。但是，来访者只有在被给予充分信息以后，才能做出明智的选择，如团体经验的性质、预期的治疗时间、团体对他的期待（见第十章）。

参与治疗团体所获得的奖赏，包括成员从团体中获得的各种各样的满足感。让我们来看看这些奖赏因素，或与团体治疗来访者筛选有关的团体凝聚力的决定因素⁷³。

在下列状况下，成员会对他们所在的团体感到满意（被团体所吸引，并可能会持续参加下去）：

1. 他们认为团体能够满足他们的个人需求（即他们的治疗目标）。
2. 他们从与他人的关系中获得满足感。
3. 他们从参与团体任务的过程中获得满足感。
4. 在面对外界时，他们为自己是团体一员而深感自豪。

这些因素都至关重要，其中任何一项因素没能满足或存在负性价值，就有可能超过其他因素的正性价值，最终导致来访者的脱落。下面我将逐项对其进行讨论。

团体是否满足了成员的个人需求？

团体治疗成员具体的个人需求，首先会在他们的主诉中表达出来，也就是成

员寻求治疗的目的。这些个人需求往往是为了解除痛苦，很少涉及自我了解或个人成长的需要。这里，有几个因素非常重要：成员必然存在强烈的个人需要；团体必须被认为有可能满足这些需要；成员能够及时觉察到团体正不断朝满足其个人需要的方向发展。

当然，来访者在其生活中必然有一些痛苦，这些痛苦形成其寻求改变的必要动机。来访者的痛苦程度与团体治疗的适宜性，并不是直接相关的，而是间接相关。痛苦甚微的来访者（加上对团体或自己只有中度的好奇心），常常不愿为参与团体付出过多的代价。

另一方面，痛苦程度稍高的来访者，如果他们深信或有证据表明团体可能对他们有所帮助时，他们就会在所不惜、全力以赴地投入到治疗团体中去。这个信心从何而来？它可能来自以下几个方面：

- 大众媒体、有成功团体经历的朋友，或先前的个体治疗师、咨询机构、医生对团体治疗的肯定。
- 团体治疗师为来访者所做的充分的团体前准备工作（见第十章）。
- 对权威人物抱有全能全知的信念。
- 观察到或被告知其他团体成员的进步。
- 观察到自己在团体治疗初始阶段中的改变。

因超乎寻常的环境压力、内在冲突、自我不够强大或这三者的混合因素而感到极度痛苦，这样的来访者可能过于焦虑，并且疲于处理现实的生活压力，以至于觉得长期动力式团体的任何活动都与自己毫不相干。团体在初始阶段常常不可能满足这些来访者的迫切需要。原本充满活力、互动的团体治疗如果用于处理紧急危机和严重心理压力问题，则可能既没有效果，也没有效率。

严重精神障碍的患者对于团体逐渐发挥治疗作用的现象急不可耐，备感受挫。他们可能需要即刻的满足，但事实上，团体却不可能保证他们立即获得满足——团体也不计划这样做。或者，他们可能形成焦虑的防御机制，表现出适应不良的人际关系模式（例如，过多的投射和躯体化），使团体环境不再适合他们的成长和发展。我在这里要再次强调，并非团体治疗不适于极度痛苦的来访者，而是较长期的动力式团体治疗不适合他们。这些遭受危机的来访者也许是危机处理团体或是特定问题取向团体——如以抑郁症或惊恐障碍来访者为对象的认知行为团体——的合适人选。他们需要参加团体活动，区别在于团体活动的类型和侧重点不同而已⁷⁴。

面临紧急的重大抉择——如离婚、堕胎或放弃孩子的监护权——的来访者可能也不是动力式团体的合适人选。但在，做出决定之后，他们就可以在团体治疗

中处理由决定所衍生的心理及社会问题，并且从中受益。

被描述为“不具心理领悟性”、“毫无内省”、“过度否认”、“心灵无知”、“心灵迟钝”及无法表达情感的人，并不觉得团体能够最终满足其个人的需要。实际上，他们可能会觉得他们的个人需要与团体目标风马牛不相及。心理领悟性是一个特别重要的变量，因为它能帮助个体投入团体治疗活动⁷⁵，并产生积极效果。如果没有这种领悟性，来访者可能辩解说，“探讨与团体成员之间的关系，如何能治愈我的神经疾病呢？”

来自与其他成员的关系的满足感

团体成员会从与其他成员的关系中获得满足感，团体吸引力的这一来源往往可能会使其他吸引因素显得微不足道。在第三章中，我已充分讨论过成员间的关系作为凝聚力来源及疗效因子的重要作用，在此，我仅想强调指出的是，在长时间缺乏人际满足感的情况下，来访者很少能坚持参与团体。

人际满足感的发展是一个循序渐进的过程。参加心理治疗的来访者常常看不起自己，因此，他们最初往往对团体其他成员也持同样的鄙视态度。在过去的大部分时间里，他们缺乏满意的人际关系，不相信也不指望能从与团体其他成员的亲密关系中得到任何满足。通常，来访者常会把治疗师当作过渡客体。首先，通过与治疗师建立良好的关系，然后，他们才可以更容易与他人发展和保持亲密关系⁷⁶。

来自参与团体活动的满足感

来访者由参与团体任务所获得的满足感，和来自与其他团体成员间关系的满足感是密不可分的。团体任务——以建立亲密、接纳、内省、理解以及人际坦诚的团体气氛为目标——本质上是人际方面的。然而，大量团体治疗的研究表明，不管团体任务的性质如何，充分投入于团体任务，是团体成员满足感的重要来源⁷⁷。那些缺乏内省力、无法自我暴露、对他人漠不关心、有情感表达障碍的来访者，很难从团体活动的参与中得到满足感。这类来访者包括先前讨论过的许多类型，如分裂型人格障碍患者、亲密障碍患者、过多采取否定防御机制的来访者、躯体化来访者、脑器质性疾病患者以及智力障碍者。这些来访者最好是在团体任务符合其能力的同质性、特定问题团体中接受治疗。

从身为团体成员自豪感而来的满足感

许多团体成员因为身为团体一员，会因外界对此团体有高度评价或良好声誉

而获得满足感。他们不能接受被一个充满活力的治疗团体所逐出的现象。然而，治疗团体的成员常会在团体中滋生出一种优越感。例如，当新成员批评团体时，他们会极力为团体辩护。他们感觉自己优越于那些被团体排除在外的人——那些“被拒绝”或缺乏参与团体治疗良好意识的来访者。如果来访者对参与团体感到极为羞耻，并且不愿对其亲密的朋友（甚至配偶）透露自己正参与团体，那么对他们而言，参与团体必然与其他重要的支持团体的价值观相违背。团体对这类来访者很难产生强烈的吸引力。外在团体（如家庭、军队或近来的企业）偶尔会对个体施加压力，迫使其参与团体治疗。借着这种压力而组合的团体最初往往如一盘散沙难以凝聚成形，但随着团体的不断发展，便会产生出其他的凝聚力因素。

总 结

在实践中，团体治疗的筛选工作是一个排除的过程：团体治疗师经过考虑剔除某些来访者，然后接纳其他所有来访者。尽管团体治疗疗效的实证研究与临床观察几乎没有提出多少纳入标准，然而，有关团体治疗失败的研究，尤其是针对团体早期脱落来访者的研究，却向我们提供了许多重要的排除标准。

如果来访者有可能成为团体的特异者，那么，他们就不应被纳入团体内。团体特异者很少从团体经验中获益，但却很可能受到团体的伤害。团体的特异者就意味着无法参与团体任务。因此，在异质性的互动式团体中，特异者就是那些不能或不愿审视自我与他人关系，尤其是不愿面对和处理与其他团体成员的关系的个体，他们也不会为自己生活中的困难负责。此外，缺乏心理领悟性也是一项极其重要的排除标准。

正遭受生活危机的来访者也应当被排除于长期团体之外，并可由短期、特定问题团体或其他治疗模式对其做更为有效的处理。

有亲密关系冲突的来访者参与团体治疗可能是适宜的，也可能是不适宜的。团体治疗在这方面可提供相当多的帮助，然而，如果冲突过于激烈，则来访者会选择中断团体治疗（或被团体驱逐出去）。治疗师的任务就是选择那些尽可能接近“有需求”与“无法忍受”之间交界处的来访者。如果没有明显的排除指征，绝大多数寻求治疗的来访者都可以接受团体治疗。

第九章

治疗团体的人员组成

本章内容在当代团体治疗实践中乍看起来好像已经过时了。当今团体治疗师的经济和医疗管理体制的压力使得谨慎地组成一个心理治疗团体看起来更像是切实际的奢侈品。当以解除症状为目标的同质性团体、结构性会谈、简易治疗成为当下的时髦，治疗师又怎么会考虑所谓构成理想团体的方法呢？而且，实证研究表明，团体越简单越结构化，团体人员组成问题就越不重要¹。更糟的是，毋庸置疑，在团体治疗文献中，关于团体组成的研究是最复杂、最有争议的领域之一。那么，在本章节中，关于团体组成的观点又是什么呢？

本章的目的是表明，团体组成的原则与各种团体治疗形式（甚至是最结构化和表面上看起来同质的治疗团体）都是相关的。团体组成的原则帮助团体领导者理解每个团体内部的治疗进程，以此使自己的工作满足每个来访者的要求。如果治疗师不能够注意到在人际、认知、个性以及文化方面的多样性问题，那么团体治疗会成为简单和无效的“一刀切”式方法的牺牲品。关于团体组成方面的研究是庞大和复杂的，对研究细节不太感兴趣的读者可能更倾向于关注每部分的摘要和最后的概述。

让我们先从一个想象实验开始。想象一下下面的情景：一个有10个团体治疗师的心理健康门诊或者咨询中心，准备组建团体，现有70个来访者经过严格标准的筛选成为团体治疗候选人。有没有一个组建这10个团体的理想方式呢？

或者，想象这样一个更为普遍的类型情形：一位新成员协调员认为某来访者是动力学团体治疗的合适人选，同时，在诊所里有数个动力学治疗团体正在运行，并且每个团体都有一个空缺。那么，这个来访者应当加入哪一个团体呢？哪个团体将最适合这个来访者呢？这两个情况引出了一个相似的问题：到底有没有组建团体或调配成员的最佳方法？团体成员之间恰当的调配能够组建成一个理想的团体吗？错

误的团体组成会使团体变得不和谐，而且永远不能成为一个有效的团体吗？

我相信，建立一套有效的团体组成原则，能够帮助我们决定哪些来访者应该进哪些团体。如果我们在没有任何关于组织整个系统的知识的情况下就试图组建一个团体或填补一个空缺，那就如同盲人摸象。这样做的风险是很高的：首先，许多团体成员会因为引进一个特殊成员而受到影响；其次，当代团体治疗的简捷模式使人们很少有时间去纠正错误。

正如前面的章节一样，我致力于关注那些以此时此地成员间的互动为焦点的团体。但是，团体组成原则也应用于同质性、问题解决型、认知行为式以及心理教育性的团体。请记住，即使在这样的团体中，一个方面的同质性（如诊断方面）也会在最初掩盖重要的异质性（如疾病的阶段性和严重性），这些异质性可能对团体的协作能力产生重要妨碍。

首先，我们必须弄清楚我们所说的正确和错误的“调配”是什么意思？调配些什么？有哪些调配要素？在不计其数的人类特质中，哪些特质与一个互动式治疗团体的组成存在密切关系？因为成员之间必须不断地沟通与互动，因此，团体成员的实际行为将决定团体的命运。因此，我们如果想在团体组成的问题上做得更为明智，就必须力争“混搭”出一个允许成员能以适宜方式进行互动的团体。团体组成和团体来访者筛选的整个过程是建立在这样一个重要的假设上，即认为在某种程度上，我们可以通过治疗前的筛选工作对个体的团体行为进行预测。我们能做好这样的预测工作吗？

团体行为的预测

在上一章中，我建议治疗师不要将某些来访者纳入团体，他们的团体行为不仅使自己的治疗毫无成果，而且，还妨碍到其他团体成员的治疗。一般而言，对于极端固执、人际行为适应不良的个体（例如，反社会人格障碍患者或躁狂症患者）的预测都相当准确：通常，病情越严重，预测就越准确。

然而，治疗师在每天的临床实践中遇到的问题远远要复杂得多。大多数寻求治疗的来访者，其行为表现形形色色、包罗万象，治疗师要对他们最终的团体行为进行预测存在很大的困难。让我们来看看预测团体行为最常用的几种程序。

标准化的诊断性会谈

最常用的筛选来访者的方法是个别会谈。这种会谈常常指在诊所接待所有新

来访者时进行的例行会谈。治疗师除了获取诸如治疗动机、自我强度、环境压力和个人史等信息外，还试图对来访者随后的团体行为做出预测。这些预测常常是通过观察来访者在与治疗师互动过程中所表现出来的行为，来对其随后的团体行为进行间接的推断。在本章后面的部分，我会介绍一些增加初步推断有效性的策略。

心理健康会谈通常的成果是得出一个诊断，该诊断的目的在于以概括的方式总结来访者的状况，并且把有用的信息传递给其他治疗师。但它能成功地提供实用的信息吗？事实证明不可以！如大多数的团体治疗师所证实的，就算以标准分类系统（如 DSM-IV-TR）为依据的标准化精神疾病诊断，在作为人际行为的指示器时，其价值也是十分有限的。诊断性命名本来就不是用于此目的；它起源于疾病取向的医学模式，以症状群为基础。它主要基于对综合症状（由某些特定的迹象和症状集合而成）的诊断。人格总体上也是按这样一种类似的模式分类的，它强调人际行为的不同类别，而不是描述人际行为的本来面目²。

2000 年的《精神疾病诊断和统计手册》(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*)，较先前的精神病诊断系统有了新的改进。它对人格健康格外重视；努力将人格问题作为特定的一轴（轴 II）来考虑，意识到个体除了（或者伴随）其他精神障碍以外，还可能在多个方面存在人格问题。DSM-IV-TR 为严重人格障碍和轻微人格障碍提供了更为清晰的划分界线，而且总体上，比早前的 DSM 系统更具实证基础³。

但是，DSM-IV-TR 和最新的《国际疾病分类系统》(*International Classification of Disease, ICD-10*)，对于那些来访者的人际困扰与忧虑并不完全符合定义的治疗师来说，存在明显的局限性。目前的诊断还强调独立、可观察到的行为，而较少关注个人的内心世界⁴。

总之，标准化的纳入性会谈在预测其随后的团体行为上显得无能为力⁵。例如，在一项对 30 名被转介至团体治疗的来访者的研究中，证实了纳入性会谈者对 5 项重要因素——团体治疗的动机、言语技巧、问题的慢性化程度、客体关系史以及洞察能力——所做的等级评定，对来访者后来在团体中的行为（例如，言语活动以及对其他成员和领导者的反应性）没有任何预测价值⁶。

对于诊断性标签不能有效预测人类行为的现象，我们既不应该感到惊讶不已，也不应该感到灰心丧气。事实上，没有一个标签或词汇能充分地涵盖一个人全部的或本质的行为特征⁷。任何断章取义的分类方法不但是不合理的，而且还会对来访者造成一定程度的伤害，并且与治疗关系中提倡的以人为本的原则相违背。我认为（在心理治疗过程中）越少考虑诊断性标签就越好。（在阿尔贝·加缪所描述

的地狱中，每个人的身份永远都是一成不变的，并且被贴上标签：通奸犯、信仰基督教的地主、神经过敏的哲学家、富有魅力的双面人等⁸，对于加缪来说，地狱是一个一旦被分类归属，就不容再去辩解且永世不得翻身的世界。)

标准化的心理测验

有些研究者已经尝试利用标准化的心理诊断测验来作为团体行为的预测指标。这些测验中最为著名的包括罗夏墨迹测验、明尼苏达多相人格问卷 (MMPI)、主观统觉测验 (TAT)、句子完成测验以及绘人测验⁹。所有这些测验都没能提供有效的预测。

特定的诊断程序

标准化诊断程序的有限价值提示我们需要发展出一套评估人际行为的新模式。慢慢地，这套新模式会更精确地评估人际特质和倾向，来改善治疗中团体与成员匹配的方法¹⁰。近来的临床观察和实证研究已经在以下两个总的范畴中提出了几个有望成功的研究方向：

1. 人际行为分类系统的构想。如果团体治疗筛选中的关键变量是人际特质，那么为什么不发展一套以人际特质为基础的诊断模式呢？
2. 直接从团体相关行为中取样的新的诊断程序。

人际行为的分类系统 已知的对精神疾病加以分类的尝试最早可追溯到公元前1700年¹¹。从那时起到现在，出现过不计其数、形形色色的分类系统，但是，所有这些分类系统都因缺乏内部一致性而备受攻击，大部分的分类系统是根据症状或病因学假设来对精神疾病进行分类的。然而，用来解释精神疾病病因学的客体关系理论和人际关系理论随后出现，且越来越多的人因为生活琐事而前来寻求治疗¹²，这些共同推动了更为复杂的尝试，即根据人际互动模式对来访者进行分类。在过去的研究中，心理治疗的研究者关注人格变量对个体参与团体的影响，这些变量包括外向、阻抗、¹³已经掌握的技能和学习能力¹⁴、自主性¹⁵、对心理探究兴趣¹⁶、社会疏离¹⁷、控制点¹⁸，人际信任¹⁹以及社交冒险倾向²⁰。

有趣的是，目前一些人际关系经验理论的很大部分来自于早期的临床概念。卡伦·霍妮 (Karen Horney) 上世纪中期的构想与现有的构想存在很大相关性。霍妮认为，心理障碍的个体常常过度地、不恰当地接近、对抗或远离他人，她对这几种人际关系模型以及它的亚型进行了描述。²¹

鲍尔比在依恋关系²²方面的工作也取得实效，他将人们的依恋关系归类为四

种基本模型：(1) 安全型；(2) 焦虑型；(3) 分离或轻视且逃避型；(4) 胆怯且逃避型²³。一些治疗师认为这些依恋模式非常重要，以至于治疗师对依恋的认识和治疗性反应是否恰当，决定了治疗的成败²⁴。

当代的人际关系理论家试图通过从各种人际清单（经常是人际问题清单）中收集的资料，试图发展出一个囊括了各种人际风格和行为的分类表²⁵。然后，他们将这种信息放到一个多维度的、人际关系的环丛（一种在一个二维的圆上描绘关于人际关系的图，见图9.1）中²⁶。

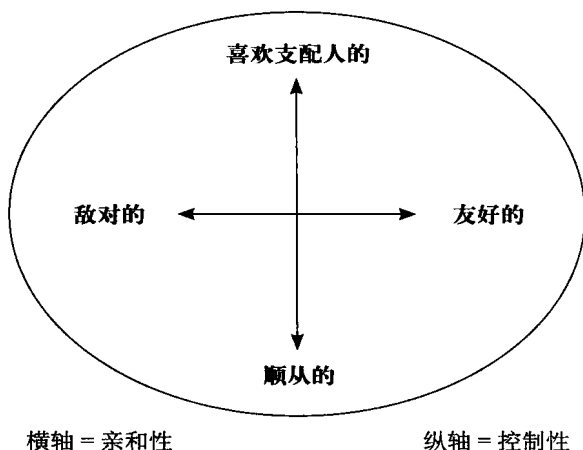


图 9.1 人际环丛

以心理学本科学生组成的12人培训团体为研究对象的两项研究，采用人际环丛方法，产生如下的结论：

1. 那些表现出逃避和蔑视的团体成员很可能认为其他团体成员是充满敌意的。
2. 那些对人际关系很焦虑和担忧的团体成员认为其他成员是友好的。
3. 那些具有强烈优势感的成员不愿参加团体，并可能贬低或漠视团体²⁷。

这种研究例子可以在设计良好的研究中找到：如设计研究比较两种团体治疗的效果，并比较结果与来访者人格特质的关系²⁸。研究者随机安排107名有丧失和哀伤问题的被试进行12次解释/表达性团体治疗或支持性团体治疗，来访者的结果评估，包括抑郁、焦虑、自尊和社会适应变量的测量。治疗前每位被试都进行了大五人格测验（NEO-Five Factor Inventory, NEO-FFI），这个测验测量五个人格变量：神经质、外向性、开放性、责任心和宜人性²⁹。这个研究发现了什么呢？

1. 两个团体治疗都显著有效，尽管解释性团体让团体成员产生了更强的感情和焦虑情绪。

2. 在两种团体治疗中, 神经质人格因素预示了较差的治疗结果。
3. 在两种团体治疗中, 有三个因素预示了好的结果: 外向性、责任心和开放性。
4. 宜人性在解释性 / 表达性团体治疗而不是支持性团体治疗中预示了成功。

研究者认为宜人性这个因素尤其重要, 它有利于个体在与挑战相关的团体治疗形式中维持联系。

与团体治疗结果相关的其他两项人格测验也被深入的进行了研究: 心理领悟性³⁰和客体关系质量 (Quality of Object Relations, QOR) 量表³¹。这两种测试都存在缺点, 即要求来访者参加一个 30 ~ 60 分钟的半结构化访谈 (这点与 NEO-FFI 里相对自如的自我报告方式不同)。

在所有形式的团体治疗中, 心理领悟性预示了良好的治疗结果。心理领悟性好的被试能更好地在治疗中探索、反馈和理解。而且, 这样的来访者对自己也更有责任心, 对团体成员也更负责³²。在 QOR 上得分高的被试, 他们在人际关系中更成熟, 更有可能在解释性的、情绪表达性的团体治疗中得到良好的治疗结果。他们更加自信, 能够在团体中表达消极和积极情绪。QOR 得分低的来访者较难忍受这种高要求的治疗形式, 而在支持性的情绪抑制性团体形式中表现较好。³³

一旦我们确认来访者关键的问题性人际关系的范围, 一个有趣的问题就会出现: 我们的治疗是避免还是针对来访者的人际问题? 美国国立精神卫生研究所 (NIMH) 针对抑郁症治疗进行的大多数有时限治疗研究发现: 当来访者接受针对他们特殊问题的治疗时, 并不一定就能表现良好。例如, 有人际交往困难的来访者在人际治疗中表现不好。为什么会这样呢?

答案是人际治疗需要一些人际交往能力。有更严重人际交往障碍的来访者倾向于在要求较低人际交往技能的认知治疗中表现较好。相反, 有更严重认知困难的来访者倾向于在人际治疗中比认知治疗中表现好。NIMH 的研究还有一个发现, 追求完美的来访者在时间限制性治疗中表现不好, 他们的思想经常被预期的结果和他们对结果的失望所占据³⁴。

总的来说: 团体人员组成研究依然是软科学。但是, 研究结果中也有一些实际的治疗价值。以下几个原则可以帮助我们组织密集的人际互动心理团体治疗:

- 来访者能够在团体这个微观世界中重新创造他们典型的关系模式。
- 人格和依恋不仅是诊断的预测变量, 更是团体内行为的重要预测变量。

* 心理领悟性是对自己内心因素的识别以及将之与自己的问题相联系的一种能力。这似乎是一种持久的、不随时间或治疗改变的人格特质。客体关系质量量表是在一个从成熟到不成熟的连续体上评估来访者特有的联系的方式。

- 来访者要有一定的人际交往能力，以充分利用人际交往团体治疗。
- 极端喜欢控制他人或极端顺从的来访者将会削弱团体治疗的疗效。
- 积极参与并乐意承担社会风险的成员，将会提高治疗的效果。
- 具有心理领悟性的来访者对有效的互动治疗团体是至关重要的，团体中这样的来访者太少将会减缓降低治疗的效果。
- 不可信的、自私的、低合作性的来访者可能会抵制人际探索和反馈，更适合支持性团体。
- 高神经质和完美主义倾向的来访者需要更长期的治疗，以达到症状和功能上的有意义的改变。

团体相关行为的直接取样 对团体行为最为有效的预测方法是，观察个体在与团体治疗情境密切相关的任务上的行为表现³⁵。换句话说，我们在观察个人的时候，越接近团体进行观察，就越能准确预测他们随后的团体行为。大量的研究证据支持这一观点。在相同的人际互动模式下，个体的行为通常呈现出跨时间的一致性，即使个体互动的对象会有所更迭——在治疗师与来访者的互动以及小团体内的互动中，个体的人际互动模式具有相对的稳定性已得到证实³⁶。例如，已经证明，一个轮换接受数位治疗师治疗的来访者，不仅来访者自身的行为，前后将保持一致，而且令人吃惊的是，他还将改变每一位治疗师的行为³⁷！

既然我们不能通过个别会谈中的行为表现来准确预测个人的团体行为，那么，我们就应当考虑收集其在相关团体情境中的行为资料。事实上，这个原则在企业界已得到广泛应用。例如，在对那些需要团体相处技能职位的申请人进行筛选时，人力资源领导会对他们在相关团体情境中的行为进行观察。因而，团体面试已被运用于空军军官、船坞工人领班、公共卫生官员、许多公共行政官员和商务经理的人员选拔中。团体评估在大学也被有效用于学术人员的甄选上³⁸。

这个基本原则可进一步深化提炼：其他有关团体基本动力学的研究显示，如果前后两个团体的人员组成³⁹、团体任务⁴⁰、团体规范⁴¹、被期望的角色行为⁴²或者总体的团体特征（如团体气氛或凝聚力）都极为相似的话，那么，个人在这两个团体中的行为会相当一致⁴³。换言之，即使人的行为从一个团体到另一个团体大致上是一致的，然而，当身处一个新团体时，他的特定行为还会受到该团体的任务、结构特点以及其他团体成员特定人际风格的影响。

此外，这些研究还提示，如果我们能在一个尽可能类似于个体将要加入的团体的情景中对个体行为进行观察评估，那么，我们就可能获得最能有效预测随后的团体行为的相关资料。我们该如何更好地运用这一原则呢？该原则最贴切的应

用是，有计划地安排团体候选人参加治疗团体的聚会，并观察他在该环境中的行为表现。事实上，有些临床工作者会安排团体候选人尝试性地参与团体（正被考虑加入的团体），并让团体老成员参与到选择过程中⁴⁴。这种方法虽有其优点（我将在第十一章中讨论），但在临床上却很难运用：它可能破坏团体运作；除非候选人表现出明显的不相容行为，否则，老成员通常不愿意拒绝可能加入的新成员；此外，由于候选成员正受到大家的审视，因而，其行为很可能不那么自然。

一项有趣的、极富临床意义的研究程序，被称作测试团体（test group）或候选名单团体（waiting-list group）——由门诊候选名单上的来访者所组成的暂时性团体。它通过观察团体治疗候选来访者在测试团体中的行为，以这些资料为依据，把来访者转介到特定的治疗团体或研究团体。在一个探索性研究中，研究小组将团体治疗候选名单上的来访者组建成四个团体，每个团体均包含15名来访者，每周聚会一次，共四到八周⁴⁵。来访者在候选名单团体中的行为，可以预测其在随后的长期治疗团体中的行为。研究人员还发现，如同其他研究者对所有申请治疗的来访者进行的团体诊断性评估的作用一样，这些方法在临床上很有帮助；来访者对候选名单团体没有任何不良反应⁴⁶。带领候选名单团体是很有挑战性的。它需要一个很有经验的领导者，这位领导有能力维持一个不断变化的团体，在人手不足的情况下接待那些脆弱的和意志消沉的成员⁴⁷。

在一项重大的、设计巧妙的研究项目中，门诊候选名单上的30名来访者接受每次一小时、总共四次的团体培训课程，课程既按计划程序进行，也注重此时此地的互动机会⁴⁸。研究人员发现，每个成员的口头参与和人际责任心，与他们随后在团体治疗中的行为相关。这些结果在随后另一个更大的研究项目中被证实⁴⁹。

总之，大多数研究证实，观察到的治疗前团体的行为有很强的预测力。而且，大量来自人类关系和社会心理学研究的证据证实：治疗前的候选或训练团体能很令人满意地预测来访者随后的团体行为。

人际取向的纳入性会谈 当私人执业医师或诊所在面临大量来自于政府卫生保健系统的时间压力时，测试团体这一概念可能只是个引人入胜、让人充满幻想的海市蜃楼。一种准确性稍低但操作性更强的可以得到类似资料的方法是一种人际取向的会谈。在这种会谈中，治疗师对未来的团体成员处理人际关系的此时此地现实的能力进行测试。来访者是否能对纳入性会谈的进程做出评价？来访者或者能否理解或接受治疗师对会谈进程的评论？譬如说，来访者是否显得十分紧张，但当治疗师问及时又加以否认？来访者是否能够并且愿意指出会谈中最令他不舒服或最令他愉快的部分？他能不能说出自己希望治疗师如何看待他？

在会谈中，需要详细询问来访者的人际关系和团体关系、同早年玩伴的关系、最亲密持久的友谊以及与同性或异性间的亲密程度。沙利文提出的许多会谈技巧对评估人际能力极有价值⁵⁰。例如，当问及友谊时，可以问他最好的朋友的名字及他们的近况，这样做可以获得大量信息。详细地了解既往史，如过去的正式或非正式团体经历、童年和成年时的挚友、同行、俱乐部会员、帮派、团队、当选职务及其他非正式的角色与身份地位等，这些对了解其人际功能都很有帮助。我发现，让来访者描述典型的24小时生活经历或特别的人生事例是很有价值的。

这种会谈的预测效力尚无定论，但依我个人的观点，我认为，人际取向的纳入性会谈与随后的团体行为的相关程度远远高于传统的纳入性临床初次会谈。这种会谈方法在人际关系治疗（inter personal therapy, IPT）和认知行为分析系统心理治疗（cognitive behavioral analysis system psychotherapy, CBASP）中已成为一个标准的评估项目⁵¹。

50年前，Powdernaker和Frank曾描述过人际关系会谈，他们对来访者随后的团体行为做出的推测大多准确无误。能被准确预测的团体行为包括：“将用滔滔不绝地讲话或建议来支配团体”；“将难以表达自己的情感，但又强迫性地想去取悦治疗师和其他成员”；“将以殷勤的态度和娴熟的社交技巧来博得治疗师的关注，但对其他成员却视而不见”；“将抱着一种‘等着瞧’的态度”；“将有一种嘲讽挖苦、高人一等的怀疑态度，并且不愿谈论自己的问题”⁵²。当代的心理治疗师已经对此观点做了重要的补充：他们相信是来访者对关系的信念和期望赋予了自己人际行为以一定的形式。而这种行为反过来又强化了他们特定的反应⁵³。

这样的结果在下面的简述中是显而易见的，它也表明治疗师应了解自己的情感和行为活动，并对来访者进行反馈。

◆Connie，一个40岁的妇女，因为她有社交焦虑、精神抑郁、人际孤立等问题，被她的家庭医生引荐参加团体治疗。她刚走进办公室就告诉我，她对我有意见。“你怎么能够在我的留言机上留下这样的信息，称我为Connie，而称自己是某某医生呢？你难道不明白这有多大的不平等吗？难道你没听说过女权主义或维权主义吗？你对所有的妇女都这样还是仅仅对你的来访者这样？”

她的话给我当头一棒，随后我很愤怒，觉得受到了威胁。冷静一下，我认为她的确说得对，我承认这是我的疏忽。

在后半部分里，我问她，我们是否可以来谈谈她的愤怒，随后我们开始讨论她对治疗的期望。她认为治疗过程中，她一般很少说话，不被人重视。她以往的经验告诉

她，治疗就是这样的。我告诉她，在某种意义上，她对我进行了有力的检验——希望我没上当，希望我没有像她想像的那样反应，从而证实她对别人反应的估计——被指责、被攻击、被扔在一边。我建议她诚实地面对这些想象，因为它们反映了她生活中的体验。在团体中，她可能会以与我相处的方式和团体成员开始相处，但她也可选择中止这样的相处方式。她可以让团体体验到另一种一系列的愤然的拒绝，或她可以开始重新学习和理解，因为这样可能打破她传统的自我验证的怪圈。

小结

治疗前的诊断程序对于来访者随后的团体行为具有有良好的预测功能。在所有预测方法中，以对来访者作出诊断为目的的传统的初次个别会谈最不准确，却最常被使用。一个人的团体行为会随着其内在心理需求、表达方式、团体任务、人际组成以及社会规范等的不同而表现各异。然而，总的原则是：纳入程序与团体实际情境越相似，那么，对来访者的团体行为进行预测也就越精确。目前，最为有效的临床方法就是对来访者在一个纳入性的、角色扮演的候选名单团体中的行为进行观察评估。如果现有条件不允许使用这个方法，我建议团体治疗师能对纳入性会谈作出适当调整，把了解来访者的人际功能作为会谈的主要目的。

组成团体的原则

现在，我们再回到核心问题上来：假如团体已有最理想的条件——有众多的团体申请者、有充裕的时间以及可用来预测团体行为的大量信息——那么，如何来组建治疗团体呢？

人们之所以对随后的团体行为的预测缺乏兴趣，原因可能在于人们对团体组建的了解少之又少。如果我们根本不知道如何利用这些预测资料来组建团体，那么，我们又何必费尽周折地去改进那些预测团体行为的工具呢？尽管所有有经验的临床工作者都认为组成团体的方式对团体特征具有深远的影响，但影响运作的真正机制至今无人知晓⁵⁴。我曾有机会对250多个治疗团体——我自己的和我学生带领的治疗团体——进行从酝酿、组建到发展的过程的深入细致的研究。我反复惊讶于这样一个事实，即有些团体似乎很快就可以凝聚成型，有些则不然，还有些团体的创建举步维艰，有的完全是失败的，有的团体不断有成员脱落，只有经过好几轮的成员脱落和替补之后，才逐渐形成一个稳定的、可运作的团体。在我印象中，团体能否凝聚成型与治疗师的能力和努力，或与团体中有多少“好”来访者只是

部分相关。尽管目前对于应该如何调配成员尚不清楚，在某种程度上，成员的组成大概才是团体能否凝聚成型的关键因素。

多年前的一次临床经历使我彻底地领悟了这一原则。当时，我被安排带领一个为期六个月、由临床心理见习医生所组成的体验性团体，所有成员的训练水准与年龄大致相同。第一次聚会时，到场的团体人数超过20人——这对一个团体来说人数未免太多了。我应该将其分成两个团体，然而，在如何分组上大家意见不一。最后，大家同意，在5分钟内，大家在房间内随意来回走动，时间一到，大家就停留在原地，以房间的两端为准，把这些人一分为二。从那以后，两个团体前后相继进行聚会，每次团体聚会持续一个半小时。

虽然，从表面上看来，两个团体的组成极为相似，但实际上，不同人格特质错综复杂的交互作用却导致这两个团体的特征大相径庭。两者间的差异在第一次聚会时就显现出来，并且，在整个的团体治疗进行过程中持续存在。第一个团体呈现出一种过于依赖的姿态。第一次聚会，我因为几天前踢球时膝盖受伤，腿上打着石膏，手上撑着拐杖，一瘸一拐步入团体。这个团体的人对我的出现熟视无睹、不闻不问。他们也没有主动把椅子排成一圈。（别忘了，所有这些成员都是专业治疗师，大部分还带领过治疗团体！）即使像开窗和关门这样的琐事，他们也要征求我的许可。团体聚会的大部分时间都花费在分析他们对我的畏惧、我们之间的距离以及我的孤僻冷淡上。

同一天，在另一个团体，还没等我进门就有许多成员问道：“嘿！你的腿怎么了？”这个团体的成员几乎立刻就进入积极主动的状态，而且，每个成员都能卓有成效地运用其专业技能。在这个团体中，我的总体感觉是团体不需要我也能照常运行，我需要偶尔提醒才能让他们注意到他们对我的忽视。

这两种团体强调了不同的组成对他们随后的团体特征造成极大的影响这一事实。如果这两个团体能一直进行下去而没有时间限制，那么开始时不同环境对于每个成员产生的影响将微乎其微。但是，在短期内，第一个团体的成员较为紧张、生涩、拘谨。如果这是个治疗团体，那么一些成员可能感觉到很不满意，他们可能脱落。这个组织被 Nitsun 所描述的反团体力量控制（存在于每个团体中，会暗中破坏团体的不利成份）⁵⁵。因为他们各自在团体中有限的体验，比起其他团体里的成员，他们对于自己了解得很少。

类似的例子来自于 Lieberman、Yalom 和 Miles 所做的团体研究⁵⁶。两个随机组成的短期团体拥有同一个领导者——一盘录音带（交友录音教程），每次治疗均由录音带来指示团体如何进行。几次治疗下来，两个团体便呈现出截然不同的文

化氛围。其中一个团体对录音带的指示唯命是从,不折不扣地完成所有指定的练习;另一个团体则对领导者轻蔑无礼、不屑一顾,没多久就开始戏称它为“乔治”。他们常戏谑录音带。例如,当录音带给出一个指示时,某个成员便以嘲讽道:“真是了不起的主意啊,乔治!”这两个团体,不仅存在文化氛围上的差异,而且疗效也迥然不同。10次治疗——共30小时的团体体验后——那个言行比较叛逆的团体取得了更明显的成效。

因此,我们可以肯定,团体的组成必然影响团体的特征和进程。但是,如果我们要下这样的结论,即方法X比方法Y更能有效地组成团体,还为时过早。问题自然是出在团体治疗疗效的评估上。对团体治疗疗效所做的研究还很粗糙,而且没有任何设计严谨的研究分析过团体组成与最终评价标准(即疗效)之间的关系。尽管在本章开始提到一些人格因素研究的可喜苗头,然而,我们仍需要大量依赖于缺乏系统性的临床观察和实证研究,这些资料虽然与团体组成有关,但却都是来自于非治疗性的环境。

临床观察

对团体组成所带来的效果的临床印象,我们必须谨慎地加以评估。描述行为时缺乏一致的语言、疗效评估上的种种问题、治疗师本身的理论取向,以及临床工作者所处理的团体数量有限,都使临床印象的效度受到质疑。

临床上似乎存在这样一个共识,认为就长期的、密集的互动式团体治疗而言,异质性团体优于同质性团体⁵⁷。另一方面,治疗师若想在短期内提供支持或缓解症状,则同质性团体更具优势⁵⁸。然而,即使对于这些团体而言,团体组成也有必要。一个由患HIV的男性或者由患乳腺癌的女性组成的同质性团体,可能会因为成员患病阶段的不同而受到很大影响。一个得晚期疾病的成员可能会造成其他成员的恐惧,并最终导致团体成员的脱落⁵⁹。

即使在高度专业化、同质性和组织性很好的团体治疗中,比如那些有遗传倾向的乳腺癌或相关癌症的团体,治疗师可以期待团体组成会起到极其重要的作用⁶⁰。像前面描述过的心理实习医生团体,即使在同一个人领导下,一些治疗团体进步很快,而其他一些团体则踌躇不前。

尽管同质性团体通常能更快地成形、更具凝聚力、对成员提供更多直接的支持、出席情况更好、冲突更少、症状的缓解也更为迅速,但是,许多临床工作者认为自己并不愿投身于以改变人格为远大目标的长期的心理治疗工作。相对于异质性团体,同质性团体往往仅停留在表面层次,而不能有效地改变团体成员的人格特质。

“同质指的是什么质相同，异质指的又是什么质相异？是指年龄、性别？、征候群、婚姻状况、教育程度、社会经济地位，还是指言语技巧、性心理发育程度、精神科诊断类别、人际需求？上述哪些才是关键变量？当我们这样发问时团体组成这一问题就变得更加扑朔迷离。一个由女性贪食症来访者所组成的团体，是因为她们的症状相同而被归为同质，还是因为每个成员的人格特质各异而被归为异质呢？

许多学者试图澄清上述问题，他们建议团体治疗师在来访者的冲突所在和应对方式方面，要最大限度地寻求其异质性，而在来访者的易感性程度和焦虑承受力方面，则应努力寻求其同质性。例如，这些研究者指出，所有团体成员都存在严重敌对冲突，并使用否定的防御机制来应对这一冲突的同质性团体，几乎不可能使团体成员在治疗上获益。然而，一个团体如果其成员易感性程度（也可粗略定义为自我强度）差距过大，那么，团体的发展也可能因为种种原因而受阻：易感性程度最高的成员会使团体发展受到限制，从而严重影响其他易感性程度较低的成员的疗效。Foulkes 和 Anthony 建议，把具有不同诊断和障碍的来访者混合为一个“大杂烩”，以形成一个有效的治疗团体。他们认为，在团体内，两极类型之间的差距越大，治疗的效力就越高⁶¹。但是，团体组成的两端必须与团体的主体保持关联，才能保证良好的治疗效果。

这些临床观察表明了这样一条原则，即如果想使改变发生，那么，在来访者与团体的人际文化之间必然存在一定程度的不协调。这一原则——失调或不一致的状态是发生改变的必要前提——得到相当多的临床研究及社会心理学研究结果的支持，等一下我会再回到这一概念上。但是，如果自我不够强大，团体成员是无法从这种失调状态中受益的。

因此，对长期的密集型治疗团体，治疗师必须遵循这样一条原则：在冲突方面要求成员具有异质性，在自我强度方面则要求成员具有同质性。在性别、主动性和被动性水平、理智和感觉、人际障碍形成上，我们倾向异质性；但是在智力、忍受焦虑的能力、给予和接受的能力以及求治迫切性上，我们倾向于同质性。

但是，异质性的维持绝不应以孤立成员为代价。从年龄变量考虑，如果在一个由年轻人组成的团体中出现一位65岁的老人，他可能选择成为（或被迫成为）老一代的化身。这样一来，这位来访者的角色就被刻板化（其他较年轻的成员也是如此被刻板化的），团体所需的人际真诚和亲密感将无法产生。同样的现象也发生在成年人团体中，一个孤独的接近成年的青少年，在团体中充当着一个任性的大孩子的角色。不过，团体中成员年龄跨度大仍有其自身的优势。我所带领的大

部分门诊来访者团体,成员的年龄跨度从25岁到65岁不等。通过发展与其他成员间的关系,团体成员才逐渐领悟自己在过去、现在以及未来的人生中,与许多重要人物(如父母、同伴及子女)之间的关系。

我们同样需要考虑性取向、文化和种族因素。我们需要让少数民族背景的团体成员相信,其他团体成员愿意考虑每个个体特殊的需要,并且不会带有文化偏见。

有些治疗师在团体的组成方式上采用角色异质性(role heterogeneity)的概念。他们首先考虑的是“团体中还需要什么角色”。理论上,这个方法是可取的,但真正在实际操作中却缺乏可行性。治疗团体的角色范围极为广泛,如任务领导者、社会—情绪领导者、挑唆者、医生助手、拒绝帮助的抱怨者、自以为是的道德家、明星、攻击/逃逸型领导者、依赖型领导者、附和型领导者、歇斯底里者、技术执行者、社交秘书、团体的装饰者、吹毛求疵者、浪漫主义者、民主捍卫者、记时员、攻击型男性成员、诚实的监督者、好交际者、建构者、叛逆者、忠告者、审查员、天真无邪者、替罪羔羊、理智化者、小孩、清教徒、恢复期来访者,等等。通过罗列各种行为特质,我们就能随心所欲、永无止境地扩大这份角色目录吗?或者,是不是团体有一系列固定不变的角色,让成员被迫去填充这些角色?除非我们有满意的参照体系解决上述问题,否则“团体需要什么样的角色”这样的问题对有效的团体组建方式并没有丝毫帮助。

临床经验表明,如果一些成员能够成为团体规范的先进分子和倡导者,团体会做得更好。让一两个团体治疗中的“老手”加入到新的团体,可能会获得更大的益处。反之,我们可以预测个体在团体中会很不适应,因为他会在其中扮演一个不健康的角色。让我们来看下面的临床案例:

◆Eve,一名29岁的女性,因明显的自恋人格障碍,而加入到团体治疗中。她在职业中很成功,但是却表现出人际孤立,而且长期精神抑郁,抗抑郁药仅可使症状部分改善。当她来到我办公室进行团体治疗前的咨询时,我发现她脆弱、易怒、情感剥削、贬低他人。

Eve的案例使我想起了另一病人Lisa,Lisa刚从团体中脱落,Eve正好补了空缺。Lisa曾经专横地想成为团体的中心,听不得任何不同意见,她把团体搞得一团糟,她的离开使大家如释重负。如果Eve换个时间来可能还能适应团体,但在这节骨眼上,Eve的出现,加上她的特点,团体其他成员一定会惊呼“狼又来了”,又会感到回到从前。因此,我把Eve转介至其他团体。

接下来,我将分析最后一项临床观察。作为督导与研究者,我有幸深入地研究一

一个由两位合格的精神科住院医师所带领的长达 30 个月的门诊来访者团体的整个过程。团体中共有 7 个来访者，年龄均为 20 多岁，其中 6 个被诊断为分裂型人格障碍。这个分裂型人格障碍患者的同质性团体最显著的特征是其不同寻常的沉闷氛围。在团体聚会、录音、书面总结、督导过程中，任何事物在团体中都显得单调乏味、极为压抑。通常，表面上看起来什么事都没有发生：来访者自身或整个团体辨认不出有丝毫进展。但是，这个团体的出勤率却接近完美，而且团体凝聚力也超乎寻常的高。

同时，斯坦福医院的许多门诊来访者团体，是作为关于团体凝聚力调查研究的一个部分。这个分裂型人格障碍患者的同质性团体在凝聚力上的得分（由自评问卷测评）比其他任何团体都高。在这期间，斯坦福医院所有的门诊团体来访者都作为疗效研究的对象，因此，在一年后和 30 个月后，我们各做了一次全面的临床进展评估。在这个团体中，不论是老成员还是后来的替补成员，疗效都非常显著，他们的症状不仅完全消失，而且，人格特征也发生显著变化。实际上，在我研究过的团体中，几乎没有一个团体的疗效能与其相提并论。这个团体影响了我对团体组成的观点，使我开始对团体稳定性、出席状况以及团体凝聚力加以重视。

尽管，在理论上，我同意应由具有不同人际压力和人际需求的人来组成团体，但是，在实践中，我觉得这个观点并不正确。考虑到传统的筛选会谈其预测价值具有局限性，我们就可能自欺欺人地认为，如果我们能够取得团体的巧妙平衡和各种人格特征的连锁状态，我们就能改变团体的治疗功效。举例来说，在我刚才提到的团体中，尽管七名成员中有六名被诊断为分裂型人格障碍，但是，他们彼此间的差异远远多于他们的相似点。与临床印象相反，这个同质性团体并没有满足于表面层次的变化，而是使其成员发生了重大的人格改变。虽然团体的互动情形在治疗师和研究人员眼中显得枯燥乏味，但是，对这些来访者而言，情况并非如此。他们中没有人曾有过亲密关系，很多自我暴露在别人看来平淡无奇，但在来访者看来却是他们第一次在众人面前表露自我，令他们感到激动不已，备受鼓舞。

许多所谓的同质性团体在整个治疗过程中停留在表面层次，但我觉得其原因并不在于同质性，而在于团体领导者的设置，以及他们所营造的特定的团体文化氛围。在为具有某一常见症状或生活境况的个体组织团体时，治疗师必须注意不要潜移默化地传递大量内在的信息，使团体具有种种限制性的规范，使成员寻找共同点，而隐藏个性，不鼓励自我暴露和人际真诚。正如我在第五章中所详细描述，规范一旦开始生效，便可能永久存在，很难改变。我们应该让那些提供关心、支持、互相参与、按时出席且开放的成员加入团体，通过这样的努力减少负面结果，

但是团体组成本身并不总是目的。

性别和团体组成的关系是怎么样的呢？一些研究者认为，从理论或临床经验来看，组建单一性别团体是有利的，但是现有的实验研究不能支持这一点⁶³。在只有男性成员组成的团体中，会有更少亲密行为和更多的竞争。然而，在混合性别组成的团体中，男性表现出更多的自我暴露和较少的攻击性。不幸的是，性别异质性的好处在这些团体中的女性身上并不能得到证实：在混合性别组成的团体中，女性可能有较少的主动性，对男性成员更加顺从。在一个由一两个男性和许多女性组成的团体中，男性会表现欠佳，因为在这种情况下，男性会感觉是次要的、脱离主流的和孤立的⁶⁴。

概 要

如果可以将这些临床观察和实证研究的发现加以整合，指出到目前为止仍不明朗的分合界线，并形成一种既拥有坚实的实验依据，又切实可行的明确的团体组成理论，那将是最令人满意的结果。不幸的是，目前的资料并不允许我们进行这样明确的整合。

每个团体的文化和功能——它的风气、价值和生活方式——会受到团体组成成员的影响。我们组成团体的方式必须建立在我们对团体任务的理解上。这个团体必须能够回应成员对于情感支持和挑战的需要。在心理治疗团体中，我们必须致力于这样一种组成，能够平衡团体成员在人际约束和行为、与权威人物的关系、情感纽带和任务焦点上的相似性和差异性。再者，成员们都应认同引导治疗进程的价值观念。

研究也指出了某种不容置疑的发现。团体的组成对团体功能的许多方面产生重大的影响。团体的组成影响团体某些可预测的短期特性，诸如高凝聚力、高冲突性、高回避性、高依赖性等。而且，如果我们选择利用一些现存的方法，我们就可以在某种程度上对个体的团体行为进行预测。

然而，我们不能确定这些团体特征与团体成员最终治疗结果之间的关系。而且，我们对团体领导者能改变这些团体特征到什么程度也不是很清楚，我们不知道一个持续性的团体要多久才会显现出上述的改变。但是，我们很清楚，接触较多的高凝聚力团体往往会产生更好的临床效果。

实际上，团体的组成存在两种主要的理论取向：同质性和异质性取向。让我们简单地分析一下这两种取向的理论依据。团体组成的异质性取向有两个基本的

理论依据：一个是社会缩影理论，另一个是失调理论。同质性团体的理论依据则是团体凝聚力理论。

异质性组成模式

社会缩影理论的基本假设是，由于团体被视作一个宏观社会的缩影，团体成员被鼓励去发展新的人际互动模式，那么，为了使成员学习的机会最大化，团体就应该由不同类型的成员组成。团体在成员组成上须尽量与真实社会雷同，即需要有不同性别、职业、年龄、社会经济地位及教育水平的个体组成。换句话说，在人口统计资料上要有分类。

失调理论应用于团体治疗时，同样主张异质性的团体组成取向，但其理由却有所不同。当个体处在一种不和谐或失调的状态时，他必将采取行动来缓解这种失调状态，这样学习和改变就可能随之发生。失调会造成心理上的紧张不安，并迫使个体设法去达到更加协调一致的状态。个体若发现其所置身的团体有许多他所渴望的东西（如希望减轻痛苦、被领导者或其他成员所吸引），但是，同时也有一些令人紧张不安的要求（如自我暴露或人际冲突），这时，个体体验到一种不协调或不平衡的状态⁶⁵。

同样，在一个重要的团体中，当个体发现自己的人际需求无法得到满足，或其惯常的人际行为模式引起种种不和谐时，他都会产生焦虑不安的情绪体验。在这些情况下，个人会寻求缓解焦虑紧张的种种途径，诸如离开团体或者较为可取的开始尝试新的行为模式。为了促使来访者产生适应性不安的情绪体验，异质性观点建议让来访者暴露于那些不能满足其人际需求的团体成员之中，这样不仅不能强化其神经症性冲突，反而会给其带来挫折感和挑战，一方面能使来访者意识到不同的冲突，另一方面，还能向来访者展示可供选择的人际模式。

因此，该理论主张，团体应包含具有多种不同人际风格以及内心冲突的成员。这是一个需要技巧性的平衡，因为如果挫折和挑战过于强烈，而使人留在团体内的力量（团体的凝聚力）又过于微弱，那么并不会出现真正的不对称或失调状态；个人在此情形下不会发生任何改变，相反，个体可能会完全脱落，或者尽管没有脱落，但在团体中也是心不在焉。另一方面，如果挑战太小，所谓的学习也不可能发生；成员会相互串通，使人际发展受到阻碍。因而，失调理论所主张的是一种广泛的人格分类。

同质性组成模式

凝聚力理论作为同质性团体组成取向的理论依据,其原理相当简单,它假设团体的吸引力是影响疗效的重要的中间变量;因此,团体最重要的目标就是要组建一个富有凝聚力的、和谐融洽的团体。

小结

面对这两种团体组成取向,我们该如何协调或取舍呢?首先,请注意,没有任何团体治疗研究支持不和谐模式。在临床上,治疗师相当一致地认为(包括我个人的观点),团体治疗的来访者应暴露于形形色色的冲突领域、应对方法以及相互矛盾的人际风格模式中。治疗师还认为,冲突通常对于治疗过程是必不可少的。然而,没有一项实证研究表明,刻意组建的异质性团体对治疗是有利的;我刚才已经从反面列举了一些证据。

另一方面,大量针对小团体的研究支持凝聚力这一理论观点,人际关系和谐的治疗团体能发展出更强大的凝聚力。凝聚力高的团体,其成员出勤状况良好;更能表达与容忍敌意;更倾向于去影响他人,至于他们自己,反过来也更乐于被影响。受团体吸引越多的成员治疗的效果越好;与其他成员相处欠融洽的人往往较易从团体脱落。比如,任何两个彼此明显不和的成员很容易从团体中脱落。人际关系最融洽的成员常常成为团体中最受欢迎的人物,而且在团体中受欢迎的程度与成功的治疗效果显著相关。

对于同质性团体有一些担心,如缺乏成效、过于拘谨、缺少必要的冲突或只处理特定的人际问题等。有几个理由可以证实这些担忧是毫无事实根据的。理由之一是,极少有来访者的病情是单一的。例如,几乎没有一个人能保证除了其主要的冲突之外,一定不会遭遇亲密关系或与权威相处方面的冲突。其次,团体的发展过程会要求来访者处理某些特定的冲突。举例来说,团体发展的规律(见第十一章)要求团体最终要处理控制权、权威以及支配权等问题,若是团体中有数人均有控制权方面的冲突,则这个阶段会较早或突如其来地出现。即使团体中没有这种成员,其他成员冲突也较少或冲突并不明显,但随着团体不可避免地进入这一发展阶段,成员们仍被迫要去处理依赖和权威方面的问题。如果团体中某些角色无人充当,绝大多数的领导者都会有意无意地改变自己的行为,以此来填补这一空缺⁶⁶。并且——这一点很重要——任何一个被正确带领的团体绝不可能使团体成员过于安逸,或不能为其成员创造不和谐的状态,因为成员们必然会在团

体任务上发生摩擦。发展信任关系、暴露自我、发展亲密感、审视自我、面质他人等，所有这些要求，对于那些有严重人际关系障碍的个体来说，都是会导致不和谐的团体任务。

许多短期的特定问题团体，可以在领导者适当的引导下，轻易地转化为卓有成效的互动式团体。例如，最近，有两个设计严谨的研究比较了被随机分配入行为治疗团体、认知行为治疗团体或互动式团体（治疗并不明确地致力于矫治进食障碍，而是完全聚焦于人际互动）的暴食症患者同质性团体的疗效。结果发现，同质的互动式团体不仅能有效地运作，而且其各方面的疗效，包括在饮食问题上的积极改善，均等同于认知行为团体⁶⁷！

基于我们目前所掌握的知识，我提议把凝聚力作为治疗团体组成时的首要指导原则。治疗师只要在治疗前的来访者指导上和团体治疗的初始阶段中发挥积极功能，我们所希望的失调状况必将在团体中发生。当然，保持团体完整性应是首要的任务，治疗师必须选择那些最不可能提早中断治疗的来访者。一些很可能与团体主导文化格格不入的来访者，或是至少与一名成员无法融洽相处的来访者，都不应被纳入团体中。需要反复强调的是，团体的凝聚力与团体的轻松舒适并非同义词。恰恰相反，只有在高凝聚力的团体中，冲突才能得到容忍，并被转化为富有成效的治疗工作。

最后的告诫

众所周知，打造一个十全十美的团体是所有团体治疗师梦寐以求的愿望。这个愿望如同女海妖塞壬的哀号声，诱惑了许多研究者，并酝酿出大量的研究报告。可惜的是，其中很少有研究被证明是可靠的、能重复验证的，或与临床实践相关的。不仅如此，从很多方面来看，团体组成这一主题在目前的临床实践中并没有发挥其作用。如前所述，由于目前的种种压力，治疗师这方面的积极性受到影响。

对于目前私人执业或公共诊所的治疗师来说，他们更专注于团体的多样化与生存问题。因此，团体如何组成在他们优先考虑事项的清单中已排名在后。通常，他们很难积累足够的来访者来组建和维系他们的团体。（同时，我确信，这一困难将逐年加重，这或许是因为来自其他专业领域的执业心理治疗师正与日俱增。）可供选择的心理治疗师越多，对来访者的职业竞争也就越激烈，私人执业者要形成和维系一个团体就越困难。治疗师宁愿把他们做个体治疗的时间填满，也不愿冒着来访者脱落的风险而把来访者转介到团体治疗。要是治疗师试图把一些团体治

疗申请者握在自己手中，并想等到团体来访者的完美组成出现时才开始行动——假设我们知道什么是完美组成（但其实我们并不知道）——他们将永远组建不了一个团体。由于靠转介来收集来访者的速度太慢，最先经过纳入性会谈的候选成员早已疲于等候而另请高明了。

因此，目前的临床工作者，包括我自己在内，通常在一定范围内接受最初的7~8名经过筛选并被认为是团体治疗的合适人选来组成团体。在团体组成上，只运用最粗略的原则——男女人数各半，在成员年龄、行为特质或相互影响的风格上拉大差距等。例如，如果已被选入团体的两名男士显得特别被动，那么就要增加几名积极主动的男性以保持平衡。

然而，在实践中，团体治疗也存在一些闪光点。首先，临床心理学家可以在他的个人工作实践中组建他的团体。正如我要在第十五章中讲述的那样，同时进行治疗是一种高效的模式。其次，一些合作执业的临床医生（通常在同一诊所工作）可以协调各自转介的来访者，共同组建成一个团体。在许多社区，团体治疗师通过宣传和广告推销自己，打造出一定的品牌。

治疗师最重要的任务是创造一个富有凝聚力的团体。考虑到我们目前的知识状况，在团体角色的分派与平衡上我们大可不必过于精雕细琢，花费大量时间和精力。我建议，团体治疗师应当把更多的精力和时间投入于对来访者的仔细筛选及治疗前的准备工作上（下一章将详细讨论）。毫无疑问，团体的组成从根本上影响团体的特征，但是，如果团体能凝聚在一起，如果你能深刻领会疗效因子，并且灵活地应用治疗师这一角色，那么，无论团体中发生什么情况（除了缺乏动机之外），你都能加以治疗性的运用。

第十章

团体的创建：地点、时间、规模和准备

初步考虑

在团体成立之前，治疗师必须选择合适的治疗地点，确定有关治疗结构的一系列具体决定，如团体的名称、大小、团体的周期、新成员的加入、治疗频率及每次治疗持续的时间等事项。另外，目前心理治疗执业者必须与第三方支付者——健康维护组织（Health Maintenance Organization，简称为 HMO）或医疗管控组织（managed care organization）进行沟通洽谈¹。在治疗范围和治疗持续时间上，医疗管控对于治疗优先还是经济优先的争执，也是需要讨论的²。治疗师与第三方组织之间的不协调可能会对来访者—治疗师关系有不利的影响。良好的关系对心理治疗的整个过程以及治疗师的执业规范都起着至关重要的作用。

当今，临床医生应对进行有效的心理治疗有责任感。他们必须教育公众，清除对团体治疗的偏见，建立一支强大的受过专业培训且有诚信的临床治疗师队伍，要求第三方支付者了解支持团体治疗有效性的实证研究。

物理环境

团体治疗可以在任何场所举行，只要这些场所能够保证成员活动的隐私和自由。在团体活动中，治疗师必须对团体治疗应保证的时间、地点与行政部门进行很好地洽谈。团体活动的第一步是团体成员围圈而坐，让每个成员都能清晰地观察到其他成员。基于这个原因，那些长方形桌子或供三四人坐的沙发都不适合团体治疗。如果有成员缺席，许多治疗师倾向于移开那张空椅并形成更紧凑的圈。

如果要对团体治疗过程进行录像,或者让学生通过单向玻璃观摩治疗过程,治疗师不仅要事先征得团体成员的同意,而且,还应该提供充足的时间让成员们对此进行讨论。任何录像记录都需签署书面同意书。一个被持续观察的团体可能要历经数周,才会忘却摄像机或单向玻璃的存在。但往往只要一涉及有关领导者的权威问题,成员们又会想起这些“监视物”。如果只有一两位观察员,最好安排他们坐在房间里,不过要坐在团体的圈子之外。这样安排对团体的干扰程度要比单向玻璃小得多,观察员应该注意保持沉默,并且避免被卷入治疗圈。(有关团体观摩的进一步讨论见第十七章。)

开放式与封闭式团体

领导者应该首先确定团体是开放式的还是封闭式的。一个封闭式团体一旦开始治疗(除非在团体开始的前2~3次),就不再接受新成员,并按照预定的次数进行;相反,开放式团体则保持一定的团体规模,一有成员离开就会有新成员填补进来。一个开放式团体可以有预定的时间长度,比如由大学生健康中心举办的团体治疗可能只计划一学年(9个月)的治疗。但通常,许多开放式团体是没有治疗期限的,每过几年团体成员可能整批都被换掉,甚至领导者也被全部更换。在某些精神医学训练中心举行的治疗团体已持续了20年,每过两三年,一批治疗师结业之后,就会由新学员接替。如果团体领导者具有稳定性和一致性,那么开放式团体成员的流动性对团体效果的影响相对会少些。这样一个团体治疗的设置需要两名协同治疗师;当一位资深协同治疗师离开团体时,另一位还能作为熟悉团体的领导者继续工作,同时应再加入一名新的协同治疗师³。

大多数的封闭式团体是短程治疗团体,每周治疗一次,一般持续6个月或更短时间。由于门诊治疗的紧迫性,长程的封闭式团体经常很难维持成员的稳定性,成员常会中途脱落、搬迁或面临突发事件。如果团体规模过小,成员间的互动就会大大减少,必须加入新的成员以防止团体解体。不过在一些能确保成员稳定性的机构中,比如监狱、军事基地、封闭式治疗的精神病医院,以及所有成员都在同时接受领导者个别分析治疗的门诊团体,可以考虑选择长程封闭式的团体治疗模式。有些封闭式团体为期6个月,到期后,成员们可以评估自身进展的状况,而后自行决定是否继续参加另外6个月的团体治疗。

一些高强度半住院治疗项目一开始就设置了封闭式团体治疗的强化阶段,紧接着,是较低强度的开放式团体治疗以及之后的维持期的阶段。封闭阶段通过强调成员共同关心的议题和为使整个团体和谐运作所最需要的基本技巧。开放式阶

段的主要目的是减少复发，巩固在高强度阶段获得的成果，帮助来访者将学习所得广泛应用于现实生活。这个模式在物质滥用、创伤和抑郁的治疗中得到了很好的应用⁴。

治疗的时间和频率

直到20世纪60年代中期，每次心理治疗的时间长度才被固定下来：个体治疗为50分钟，团体治疗为80～90分钟。多数团体治疗师认为，即使是非常成形的团体，从热身、提出问题到讨论并最终解决问题，也至少需要60分钟的时间。当团体治疗进行了两个小时后，治疗师和成员都会达到生理极限，此时团体成员往往感到非常疲倦、厌烦，而不能再坚持治疗。许多治疗师在80～90分钟长的团体中能够运作得最好，而更长一点的时间通常使治疗师力不从心，工作效率大打折扣。

团体治疗的频率可以是每周1～5次，但绝大多数的团体一周治疗一次。一般来说，门诊来访者的时间经常是很难安排的，大部分治疗师从未带领过一周治疗超过一次的门诊团体。然而，我个人喜欢一周治疗两次的团体，这样的团体治疗进行得比较密集，成员们可以就上次治疗的议题继续进行讨论，整个团体治疗具有连续性。一些治疗师在短程的团体治疗开始之际（前二～三周），每周会组织两次会谈，目的是增加强度以推动团体更有效的发展⁵。

要避免会谈太过松散，那些每周会见低于一次的团体一般很难保持人际互动。如果成员的生活出现一些变故，团体治疗的焦点就可能会从互动层面转向危机解决层面。

超长时间团体 为了组建“高效率治疗”⁶团体，领导者必须熟悉多种治疗方法，但任何治疗都不能超过医疗管理部门规定的时间。当今，经济方面的压力使得治疗师尽量缩短治疗时间，这与20世纪60年代到70年代的状况是不一样的——那时，团体治疗处于全盛时期（见第十六章），团体治疗师对团体会谈的长度具有充分的话语权。治疗师带领的团体一周治疗4～6个小时，有的甚至多达八个小时。有些治疗师选择较少的治疗频率，但每次治疗的时间却相应较长，如隔周一次，每次治疗6个小时的团体。个体治疗师常常将他们的来访者转介至周末的超长时间团体，而有些团体治疗师在周末将他们的整个团体转介给其他治疗师。但更常见的情况是，他们亲自在治疗过程中带领团体举行一次马拉松式治疗。

当时美国的许多杂志、报纸以及一些小说故事，都竞相对马拉松团体进行报道。马拉松团体治疗持续的时间更长，可能持续24～48小时之久，期间来访者几乎

没有时间睡觉。参加者被要求整天聚在一起,在治疗室里用餐、睡觉……万不得已的时候,可以在治疗中抽空打个盹,或者安排短暂的睡眠时间。这类团体强调完全的自我暴露、密集的人际相处、充分的情感投入与参与。后来,超长时间治疗模式被像埃哈德式小组会(Erhard Seminar Training, 简称为 est)和“生命源泉”(Lifespring)这样的商业企业所接受;今天,这样的大型团体意识训练项目几乎完全消声匿迹了⁷。

超长时间团体的拥护者宣称这样做有几个好处:可以加快团体的发展,激发成员强烈的情绪体验,将冗长的治疗过程浓缩至一整天或整个周末。情绪紧张或严重睡眠不足所导致的困顿,也被认为可以使来访者更快地卸下伪装,暴露真实面目。当时,大众媒体及科学期刊上报道马拉松团体具有难以置信的疗效,其效果可以与20世纪90年代百优解等特效药治疗所引起的人格转变相提并论:“80%的成员只参加一次团体治疗就发生了显著的改变”⁸;“在400名马拉松团体成员中,九成成员认为参加这个团体是他们一生中最重要、最有意义的经历”⁹;“马拉松团体代表着心理治疗的一次重大变革”¹⁰;“马拉松团体已经成为改变成员行为的一个重要策略,它可以让成员快速学习并适应新的行为模式,而这在传统治疗中很难见效”¹¹;“如果所有成人都参加过马拉松团体,那么,战争将从此销声匿迹;如果所有青少年都参加过马拉松团体,那么,青少年犯罪问题将永远成为历史”¹²,等等。

尽管,马拉松团体曾经风靡一时,但毕竟只是昙花一现。到目前为止,还在坚持超长时间团体治疗的治疗师已所剩无几了。虽然,为各种问题(如物质滥用、暴食症等)所举行的强化式周末静休团体的报道一直屡见不鲜¹³,而这些团体包括了如各种类型的团体治疗、心理教育和纯理论介绍等治疗模式,但已不再像过去的马拉松团体那样冗长密集。现在,这种方法还应用在对那些癌症患者按周进行的团体治疗中,以一种密集型、技巧训练、反省、冥想的周末静休方式进行¹⁴。

然而,我们回顾马拉松团体这股风潮仍然有其重要意义——不是因为目前在临床上依然有人采用这种治疗模式,更不是为了褒奖其在心理学史上所做的贡献,而是因为它能够对治疗师在未来的临床实践中如何做出决策有所启发。过去几十年来,不管是个别心理治疗还是团体治疗,都受到了各种意识形态和治疗取向的强烈影响。而基于基本要素和设计合理的研究是防御受早先的流行所支配的虚无缥缈的治疗模式的最好方法。

许多治疗方法如过眼烟云,如此微不足道,以至于几乎不能引起学术界的任何争论。但超长时间团体并未遭受这种冷落。关于超长时间团体有大量的研究文献。

为什么？这是由于它的形式本身就十分适合于实证研究：研究一个为期一天的团体疗效比研究一个持续半年的团体更为容易（这样的团体治疗脱落率较低，生活危机较少，更没有机会让成员选择接受其他治疗）。而且长时间团体就出现于一个有着将革新与研究相结合的传统组织——美国国家训练实验室（见第十六章）。

刚才所引用的马拉松团体的高度夸张报道，都来源于各类参与者的自身体验，或者团体结束时简短问卷测试的结果——这种评估方法没有可靠的信度和效度指标。事实上，任何疗效的评定，如果完全是在治疗结束之时，根据访谈、治疗师的主观体验或成员的自我评定来获得，那么，其价值恐怕都是值得商榷的。没有任何一个时刻会比团体结束时更让成员充满怀念、充满感激以至于丧失客观性；在这一时刻，成员的一个强烈倾向就是只记得并且只表达积极情感。至少有两个原因使得来访者不可能在此刻体验并表达对团体的负性情感：（1）在团体结束时，有很强的团体压力迫使成员加入表达积极情感的行列——就像阿什¹⁵所说的，很少有成员在面临团体压力时仍能保持其认知评价的客观性；（2）成员拒绝在此刻对团体做出批判性评价，以避免使自己陷入认知失调的状态。换言之，一旦个体已经选择对团体投入大量的情感和时间，并且已经对其他成员有了强烈的正性情感，这时候再去质疑团体活动的价值会使这个成员处于一种很不和谐的状态。

马拉松团体的研究存在许多设计上的缺陷¹⁶。有些研究没有使用对照组（例如，一个采用传统治疗时间的对照团体），有些研究则没有排除其他干扰因子的影响。例如，在药物滥用者寄宿区，每年都会对强暴幸存者进行一次马拉松团体治疗，由于整整一年仅举行一次这样的团体治疗，因此，成员甚至在活动开始之前就被团体的价值感染¹⁷。

有些研究试图探讨超长时间团体和传统时间团体之间的疗效差异，却没能证实超长时间治疗模式更为有效。尽管有些研究证实超长时间团体治疗具有更显著的疗效，但是，我们发现这些研究缺乏系统的疗效评估技术¹⁸。

是否像有些人所宣称的，超长时间的治疗可以加速团体的成熟，促进成员间的真诚与亲密感，提高团体凝聚力，因而有助于团体成员的领悟和治疗的突破呢？我和我的同事研究了设置为6小时的超长时间团体治疗，在发展凝聚力以及此时此地互动沟通模式上的效果¹⁹。我们对来自动态心理健康项目的六个新成立团体的前16次治疗进行追踪研究。其中有三个团体的第一次治疗为6小时，而其他三个团体的第11次治疗设置为6小时²⁰。

我们发现，长时间治疗对于随后治疗中沟通模式的影响并不有利²¹。事实上，存在一个相反的趋势，即经过6小时的马拉松式治疗后，团体似乎更少表现出此

时此地的互动。这6小时的治疗对团体凝聚力的影响却相当耐人寻味。那3个将6小时治疗安排在第一十次聚会的团体,在随后的治疗中,其团体凝聚力有下降的趋势;那3个将6小时治疗安排在第一十一次聚会的团体,在随后的治疗中,其团体凝聚力则有显著的提高。因此,选择超长时间治疗的合适时机至关重要:在团体进程中的一个特别时刻,一次超长时间治疗完全有可能提高成员对团体的投入程度。因此,研究结果提示,超长时间会谈并不一定导致团体凝聚力,但可使已有的团体凝聚力进一步加强。

20世纪六七十年代,许多治疗师将个体治疗的来访者转介到周末马拉松团体;在80年代,则有很多治疗师,让来访者参加马拉松式的周末大团体觉察力训练(例如,est和生命源泉)。难道一个强化式情绪满溢的超长时间团体就能从此开启尘封多年的心灵吗?我和同事对33名由个体治疗师转介到周末团体治疗的来访者进行了研究。这些来访者被分派到三个团体中:其中两个为马拉松团体,治疗技术为唤起情感的格式塔治疗,剩余的一个为对照组团体(在周末进行冥想、静思及太极)²²。6周后,与对照组相比,实验组有微小但显著的进步。但12周后所有的差异都不再显著,而且在个体治疗过程中不再留下任何可以测量得到的效果。

马拉松团体的这些现象使我们注意到了“学习迁移”的问题。毫无疑问,超长时间团体可以发挥强大的影响力,鼓励成员去尝试新的行为模式。但是,问题在于发生在团体中的行为改变,就必然带来现实生活中的改变吗?临床工作者很久以前就意识到,除非这些改变被迁移到现实生活的重要人际关系中,否则,在治疗期间的改变并不意味着治疗的成功。作为治疗师,我们自然而然希望加快改变,但事实证明学习的迁移是一个艰辛漫长的过程,需要一定的不可被削减的时间方能实现²³。

举例来说,一个男性来访者因为早期与威严、冷漠的父亲之间的经历,使他倾向于将所有男性,特别是处在权威地位的男性,想象成拥有像他父亲一样的特征。在团体中,他会对一个男性治疗师或者一些男性成员产生完全不同的情感体验。那么他学到了什么呢?当然,他意识到并非所有男性都是像他父亲一样冷酷无情——至少有一两个不是。这个经验对该来访者的影响能持续多久呢?除非他能将这个经验带到未来现实生活中,否则,这一经验几乎没有任何现实意义和价值。从团体的疗效来看,个体领悟到至少有些处在权威位置的男性是可以被信任的。然而,他们是哪些人呢?他还必须学会去区别不同的人,这样,他才不会用一套固定的模式来看待所有的男性。掌握一整套新的知觉技巧是必需的,一旦他能够做出必要的区分,他还必须学习如何在平等、现实的基础上建立稳定的人际关系。

对那些曾经人际关系适应不良或缺乏人际关系的个体来说，要做出这些改变是一项艰巨的任务，它往往要求成员在长程的治疗关系中不断尝试新的行为模式并不断得到强化。

短程团体治疗

短程团体治疗 (brief group therapy) 正迅速成为一种重要的团体治疗形式，而且在临床上被日益广泛应用，有相当一部分原因是来自于经济压力的影响。医疗管控计划和健康维护组织为了努力减少医疗开支，不断地寻求更简短、更经济、更高效的治疗形式²⁴。一项对7300万人²⁴的调查显示，人们对那些短程、同质、结构良好的团体治疗很感兴趣。在相同的调查中也表明，治疗师都偏爱没有时间限制、渐进的、人际的和心理动力的团体治疗。还有一些因子也支持短程治疗，如许多地方医疗需求很高，但是缺乏专业人员，在这些地方，短程治疗能够更好地满足需求。

多长的疗程才算是“短程”治疗呢？有人定义短程治疗为低于20～25次的治疗²⁵，还有人定义短程治疗为16～20次的治疗²⁶。当然，有人认为50～60次的治疗是短程治疗²⁷。正如第十五章所描述的，住院团体被看做为生命周期只有一次的团体。或许，最好的是对“短程”进行功能上而非时间上的界定：短程团体是指以最短时间达到某个特定目标的治疗团体——因此短程团体有“高效团体治疗”的美誉²⁸。因而，处理急性生活危机的团体（如失去工作或亲人）可能会持续治疗8次，而处理某些重大发展危机（如离婚、退休）的团体则可能会持续14～20次，处理某个特定症候群（如饮食障碍、乱伦）的团体会持续18～24次。相应地，改变人格问题的“短程”团体则可能会持续治疗60～70次²⁹。

这些时间限制有点专制，但最近，在个体心理治疗中对“量效关系” (does-effect) 的探索为治疗持续时间这一问题带来了希望³⁰。这个研究试图通过研究大量门诊心理治疗的来访者，将药物的量效反应曲线模式应用到个体心理治疗中。其所提供的治疗形式是一种整体性的、支持性的、探索性的、认知性的治疗方法。尽管团体治疗并没有量效关系方面的研究，但是有理由相信，团体治疗和个体治疗一样存在着量效正关系模式。

研究者注意到，有较少困扰的来访者一般需要很短的治疗时间就能达到明显

²⁴ 就像一个农夫曾试图让他的马少吃食物那样，但是结果却得不偿失。他说：“正当我教它如何做永远不吃食物时，这该死的家伙暴死在我面前了。”

的改善。有时只需要8次甚至更少的治疗时间就能让许多来访者达到之前的良好水平。大多数有长程问题困扰的来访者需要大约50~60次的治疗才能得到改善,那些有明显人格障碍的患者则需要更长时间。信任感受创越重,情感剥夺越大,个体经历丧失或创伤的发展阶段越早,短程治疗就越不适合。前次短程治疗的失败也经常标志着今后需要长程治疗³¹。

不管团体存留的时间有多长,所有的短程心理治疗团体(包括心理教育团体)都有以下的一些共同特点:努力追求效率;签订治疗协议以明确想要达到的目标,并聚焦在该目标上;通常将治疗的目标聚焦在当前问题上;自始至终都会注重时间的限制;团体成员的组成经常是同质的,即成员拥有同样的问题、症候群或者生活经历;团体往往聚焦在成员的人际问题上,而很少聚焦在内在心理活动上³²。

短程治疗不应被定义为一种治疗方法,它可以被看做是治疗的一个环节——一个重要的、有意义的治疗机会,这种有意义的治疗说不定需要之后一步的环节³³。

在带领短程治疗团体时,治疗师必须注意以下一些问题:

- 短程团体并不是长程团体的简缩³⁴;在带领短程团体时,治疗师必须有不同的心理设置:必须澄清目标、聚焦目标、控制进程、活跃气氛以及保证效率。团体往往忽视治疗的时间限制,所以领导者必须担任团体的计时员,每隔一段时间就提醒团体已经过了多少时间,还剩下多少时间。领导者必须定期向团体公布治疗进程:“这是我们的第12次治疗。我们已经完成全部治疗的三分之二,剩下还有6次治疗。今天,我们最好花几分钟时间来回顾一下我们已完成了哪些目标,还有什么目标未达成,我们应该怎样利用剩余的时间。”
- 领导者也要注意学习的迁移,鼓励来访者将团体中所学到的经验运用到团体以外的现实生活。他们必须强调治疗的目的是行动上的改变,而不是完成预定的治疗计划。在每次咨询结束后,治疗工作似在继续展开。
- 治疗师应当尝试使时间限制这个不利条件向有利条件转化。自从罗杰斯实施限时治疗以来,我们已经意识到时间限制可以提高疗效并激励团体³⁵。对治疗终止的可预见性将提高来访者对于生命中诸多存在问题的觉察能力——天下没有不散的宴席;没有神奇的问题解决者;最后的责任归于自己³⁶。
- 治疗师还需注意,每个团体的治疗焦点并不等同于团体的名称(团体的名称指的仅仅是团体名义上的焦点问题)。换句话说,由刚离婚的人或者乱伦幸存者所组成的团体,并不意味着该团体的治疗焦点就是“离婚”或者“乱

伦”。团体治疗的焦点应放在人际互动层面，这种人际互动不仅表现在离婚和乱伦事件中，而且，离婚和乱伦事件还会对团体治疗过程中此时此地的人际互动产生复杂影响。例如，受虐的来访者可以将工作重点放在他们的羞愧、愤怒、不愿求助、不信任权威（也就是领导者）以及建立亲密关系的困难上。对刚离婚的来访者来说，收获最多的工作方式并不是以回顾的角度探讨在婚姻中出现的过错，而是当每个成员的人际问题在团体此时此地中表现出来时，立即加以审视，因为这些互动模式不只在过去婚姻中扮演重要的角色，也可能会对其未来的人际关系造成伤害。

- 一个有成效的治疗师必须是非常灵活的，他能够灵活地“对症下药”来增加治疗效果。认知或行为治疗的技巧可以整合到人际互动团体中来减轻症状的痛苦。比如说，一个贪食症团体的领导者，可以建议成员用日记的方式发掘出他们的心境和暴食行为间的关系，可以记录食物摄入量，或者通过冥想减轻他们情绪上的痛苦。但这不是最重要的。关注在与食物有关的症状背后的人际问题的短程团体与直接聚焦与饮食紊乱的短程团体一样有效。换句话说，治疗师可以考虑从人际功能紊乱的角度来理解症状，并通过修通人际紊乱来减轻症状³⁷。
- 尽管治疗时间有限，但是，领导者也不必为了节省时间而忽略团体治疗前的个别会谈。相反，领导者必须格外重视成员的准备和筛选问题。诊所和健康维护组织最常犯的一个重大错误就是，往往通过电话来筛选新来访者，并立即让他们加入团体，随后既没有进行个别筛选，也没有任何治疗前的准备工作。短程团体比长程团体更容不得犯错。当团体的总疗程只有12次时，领导者却要花费2~3次的治疗关注随后可能脱落（或者必须请他们离开）的不适宜成员身上，所付出的代价是昂贵的。这样，不仅团体的发展将会受到阻碍，而且，信任感和凝聚力也不易形成，团体的宝贵时间和疗效会被白白牺牲掉。
- 团体治疗前的个别会谈，不只是常规的团体准备步骤，也可以帮助来访者重新界定自身的问题，明确治疗目标，使他们更适合于短程团体治疗形式³⁸。一些团体治疗师会利用第一次会谈让每个成员呈现他的人际问题和来访目的³⁹。

一些临床治疗师已经在寻找一些连通短程和更长时间团体治疗之间鸿沟的方法。一种方法是在短程团体之后，让来访者再参加一个为期六个月的巩固式治疗，后者的聚会间隔可以更长，例如一个月一次⁴⁰。另一种方法是一方面让来访者参

加短程团体,另一方面,同时也给他们自由选择参加其他系列团体的机会,从而使短程治疗和长程治疗之间相互取长补短。一个主要为有慢性疾病的来访者制定的治疗计划,包括连续12周的一段治疗,每段治疗之间间隔2周⁴¹。在第6周前,来访者可以随时参加;6周后,团体变成封闭式。来访者可以先参加某个课程,并在稍后参加另一个课程。这项计划的好处在于可以让所有的来访者,即使是长期的来访者,通过每次课程重新修订目标,而一直到聚焦于自己的目标。

短程治疗有效果吗?在过去的十年里,关于短程治疗效果的研究与日俱增。一个对关于抑郁的短程治疗(认知行为的和动力/人际的)的48篇文章的综述表明:团体治疗,治疗次数平均12次临床上有显著改善:团体成员比那些等待治疗的来访者得到改善的几率要高出3倍⁴²。而且,合并药物治疗抑郁症的团体治疗明显发挥了它的效果⁴³。对于那些哀伤和遭受痛苦的来访者进行短程治疗被证明是有效的,而且比起没有参加治疗的来访者效果显著⁴⁴。表达—解释型团体和支持性团体在上述人群中都显著有效⁴⁵。

对有边缘型人格障碍的患者进行的短程人际互动团体治疗表明,在25次治疗后,患者的心境和行为都有所好转⁴⁶。短程治疗在躯体疾病的心理治疗中也是有效的⁴⁷:它提高了压力管理的能力,减少了心境和焦虑症状,提高了自我关注。

一些不利结果也有报道。在关于短程团体治疗、长程团体治疗、短程个人治疗、长程个人治疗的对照研究中,短程团体治疗在四种模式中效果是最小的⁴⁸。在一项随机对照研究中,研究者比较了短程团体治疗和短程个体治疗的疗效,发现两种模式都有显著的疗效,除了成员在主观上比较喜欢短程个体治疗以外,两者之间的差异并不显著⁴⁹。

总之,研究证明了短程团体治疗的效果。然而,没有证据表明短程团体治疗是优于长程团体治疗的⁵⁰。但是,如果必要,短程团体是有用的,我们可以有效利用它:我们知道,短程模式能为来访者提供很多。但是不要忽略现行医疗体制对效率的强大压力。不要错误地认为,一个短程的、流水线似的治疗方法比长程治疗更为理想。美国国家精神卫生研究所关于抑郁症的联合治疗——所实施的最大一次心理治疗试验——的设计者之一声称,该领域很可能向来访者过度吹嘘了短程治疗的作用⁵¹。

团体的规模

我个人的治疗经验和临床文献上的观点一致,都建议理想的互动式治疗团体的规模以7~8人为最佳,而5~10人是一个可以接受的范围。团体规模的下限

其实取决于到底有多少人正处于危机之中，并需要被集合起来组成一个互动式团体。当一个团体只有3~4个成员时，它通常无法以一个团体的模式来运作，成员之间的互动减少，而治疗师往往会发现自己在团体中进行的实际上是个体治疗。团体的许多优势——可以有机会获得广泛、一致的认同，可以和各种类型的人发生互动，并且分析彼此的互动——会因为团体规模的缩小而大打折扣。

而且，小团体易被动，发展容易受阻，容易使团体产生负面形象⁵²。很明显，团体治疗师必须尽快但又稳妥地补充成员。如果没有新成员加入，治疗师最好把两个小团体合并起来，而不是继续让两个不完整的团体蹒跚前行。

团体治疗规模的上限完全由经济原则所决定。团体的规模越大，能用来处理个人问题的时间就越少。既然在团体治疗初始阶段就可能会有一两个来访者脱落，那么，治疗师明智的做法就是先成立一个比理想规模略大的团体。所以，为了组建一个理想的7~8人的团体，许多治疗师是以8~9人开始一个新团体的。以多于10人的团体开始进行治疗，反而会促成脱落。有些成员会停止不前，因为团体规模过大，影响效果。12~16人组成的大型团体可能比较适合在日间医院的环境中开展，因为除了团体之外，每个成员很可能有其他的治疗机会，而且不是所有的成员都会参加每次团体治疗。

就某种程度而言，最适合的团体规模是团体治疗持续时间的一个函数：其治疗持续的时间越长，就有越多的成员可以从团体中获益。因此，过去的许多马拉松式的治疗团体最多可容纳16个成员。还有更大规模的团体，如戒酒者匿名会、康复协会、治疗社区，其大小从20~80人不等。由广泛性焦虑患者组成的心理教育团体的适宜规模，可能在20~30人。这种团体主要采取传播有关焦虑和减轻压力的信息的教导式传授，而不鼓励自我暴露和人际互动⁵³。在有关惊恐障碍和广场恐怖症的治疗中也报告了相似的结果⁵⁴。

大规模团体治疗对癌症患者也适用，对他们进行减压训练，让他们学会对症状和药物副作用的自我管理。这些团体一般可能容纳40~80个成员，在持续六周的治疗过程中，每周会见一次，每次两个小时⁵⁵。如果你把健康保健系统看做是金字塔，这类团体则是金字塔的最底层，这种团体容易进入且花费较少。对大多数人而言，这种团体已足矣。那些需获得更多帮助的成员可能应向金字塔的上端移行，寻找针对性更强的干预措施⁵⁶。

许多疗效因子在此团体中也同样存在。一些大的同质性团体，通过普遍性、去病耻感、促进积极情感和提供知识与技巧等方法来增强成员的自我效能感。戒酒者匿名会及康复协会使用激励、引导及制止的手段；大规模的治疗社区则是以

团体的压力及互相间的依赖来激发成员的存在意识,减少对抗,并且逐步培养个体对社会的责任感;一个容纳了30名广泛性焦虑来访者的心理教育团体,主要采取信息的教导式传授。

团体规模与团体互动是成反比的。一项研究调查了团体规模与成员间言语互动的数量之间的关系。这项研究调查了55名住院病人,他们被分派到5~20人规模的团体。研究发现,当团体人数到达9人时,成员间互动的分数就开始下降,而当团体成员为17人以上时,其互动分数明显下降。这项研究表明,对住院来访者团体来说,5~8个成员的规模为全体成员提供了最大的参与机会⁵⁷。

一些针对非治疗性团体的研究推测,随着团体规模的不断扩大,团体内出现拉帮结派或破坏性小团体的倾向也随之增加⁵⁸。而且,只有那些很有力量、攻击性很强的成员才能表达出他们的想法或能力⁵⁹。一项针对12人及5人的解决问题团体所做的比较研究发现,团体越大,成员越不满意,彼此之间越不容易达成共识⁶⁰。

团体治疗的准备

在临床上,在团体治疗前,应对来访者进行多少次个别会谈,治疗师对此意见不一。有些治疗师在筛选成员的会谈中见过来访者一两次后,就不再进行个别会面;而其他治疗师则继续与来访者进行个别会谈,直到该来访者加入团体为止。要为一个团体召集7~8名来访者,可能需要几周的时间,而且为了避免这些候选人的流失,治疗师必须坚持与他们定期会面。即使有许多适当的转介来访者,定期会面以保持来访者的兴趣和动力还是很重要的。另一种方法是为团体设定一个固定的开始日期,然后将焦点集中在招募和评估成员上。一个团体领导者要组建一个团体,可能需要花费20~25小时。

有些治疗师喜欢与来访者先进行几次个别会谈,其主要目的是为了建立良好的治疗关系。在团体治疗的初期,当来访者感到沮丧和丧失治疗信心时,这种关系可能有助于将来访者留住。我的临床印象是,治疗师在团体之前与来访者的个别会谈越多,他们就越不会过早离开团体。发展成员间关系的第一步,就是成员们对某一共同客体(治疗师)产生一致的认同。在团体开始前,治疗师之所以要与来访者进行个别会谈,目的在于与成员建立一种治疗同盟关系。如果这一时段主要被用来完成病历记录,不仅意味着治疗师不能充分利用临床治疗时间,而且,治疗师也在向来访者暗示,病情才是治疗真正的核心。

另外一项必须在治疗前会谈中完成的重要工作，是让来访者对团体治疗做好准备。如果要我选择一个研究与实践最相关的领域，那么，我会选择来访者为团体治疗做准备这个领域。前团体准备工作可以促进治疗进程这一点，已得到具有高度说服力的证据证实。团体治疗师在准备阶段中必须完成以下几个特殊目标：

- 澄清误解、消除不切实际的恐惧与非理性的期望；
- 预测团体治疗中可能出现的问题并尽量减少和避免这些问题；
- 向来访者提供一个认知框架，使他们能够有效地参与到团体中；
- 营造一种对团体治疗的现实和积极的预期。

对团体治疗的误解

对团体治疗的误解及恐惧如此普遍，以至于被理所当然地看成是团体治疗必然面临的问题——因而，如果来访者没有提及这些问题，治疗师也应当将这作为团体潜在的问题提出来。尽管有实证研究支持团体治疗的效果，尽管最近媒体也对团体治疗表现出积极关注，但是，认为团体治疗是劣等治疗方法的信念依然广泛存在，即认为它是一种廉价的治疗，是用来安慰那些付不起个体治疗费用的人的替代手段，或是政府医疗管控系统用来增加利润的一种途径；或者认为它是一种“被稀释过”的治疗，因为每个来访者每周只能分享到治疗师12～15分钟的时间；或者认为它的存在只是因为需要治疗的来访者人数远远超过治疗师的人数。

让我们看一项有关团体治疗的公众信念的调查：在一项对206个寻求心理咨询的大学生与心理系学生的调查发现，对团体治疗最常见的误解可以分为以下3类：

1. 团体治疗中将发生的事，是难以预期的，会丧失对自我的控制——例如，在团体中被迫进行的自我暴露。
2. 团体治疗不如个体治疗，因为疗效的好坏与受治疗师关注的程度成正比。
3. 在团体中和许多有明显情绪问题的来访者一起，本身就是有害的⁶¹。

英国国民健康服务部研究了69名寻求心理治疗的来访者，研究表明，有超过50%的人宣称，即使没有其他的治疗可用，他们也不会进入团体治疗组。他们害怕受到嘲笑和羞辱，担心团体缺乏保密性。他们还害怕他们的症状会通过感染而蔓延，变得更糟。这种强烈的偏见来源是什么呢？对于许多寻求治疗的来访者来讲，他们与同事、所属的社会团体和家庭的关系都不和睦。因此，团体治疗一般不被信任，而个体治疗则被认为是具有保护性的、安全的和熟悉的。对于先前没有治

疗经验的来访者来说更是如此⁶²。

通常，媒体宣传或文学作品经常对团体治疗进行不实的描述，把它们描写成可笑的、愚蠢的形式^{*}。一些电视节目也起到了推波助澜的作用，这些言论也激起来访者对自我暴露和受排斥的潜意识的恐惧，因为我们都是有缺陷的、残缺的、有嫉妒心的或者被认为是“最薄弱的环节”⁶³。但是，不论这种误解和担忧的来源是什么，我们都必须加以制止，否则这些误解会使团体治疗很难收到成功的实效。

这些误解并不仅存在于一般的市民或来访者。对精神病人的调查发现，他们对团体治疗的效用有相似的负面态度⁶⁴。缺乏这方面的知识是问题的一部分，另外对正面宣传的强烈反抗情绪表明，这种反团体偏见可能根深蒂固，甚至是无意识的。因此，管理机构领导内部存在类似偏见也应不足为奇。

除了在团体治疗疗效评价上存在误解，来访者通常还存在团体治疗程序上的误解以及非理性的人际交往恐惧。有个来访者在团体治疗前的第二次个别会谈中，陈述了她即将参加第一次团体治疗前所做的一个梦，我们从她的梦境中就可以发现许多对治疗团体的误解以及对人际交往的恐惧：

◆我梦到团体的每个成员在参加团体治疗时都被要求带上饼干，我就和妈妈上超市去买饼干。一方面，我对到底买什么饼干举棋不定；另一方面，我又担心到达团体时会迟到，因此，我变得越来越焦虑。最后，我们终于决定了买什么饼干，然后前往团体。我问别人举行团体治疗的房间在哪里，被告知位于 129A 室。我沿着一条很长的走廊来回搜寻，由于所有房间都没有按照顺序编号，因此，我根本找不到有 A 字母的房间。最后，我终于发现了 129A 室位于另一间房间的后面。在我寻找房间的过程中，我遇到了许多熟人，其中一些是我的同学和校友，另一些则是我认识多年的朋友。团体非常之大，大约有四五十人在房间里乱转。我的家人也在团体里，确切地说，是我的两个兄弟。团体中每个成员都被要求站到台上去，并公开说出自己的境况、他们为什么来这里以及他们的问题是什么。整个梦都令我十分焦虑，担心迟到以及见到团体中拥挤的人群，都让我非常心烦意乱。

许多问题在她的梦境中异常清晰地呈现出来。这个来访者预期第一次团体治疗是相当令人畏惧的。她对迟到的担忧，反映出她害怕被团体拒绝。此外，因为她将要参加的是一个已经进行了几周治疗的团体，她又担心别人遥遥领先，而自

^{*} 这就是为什么我决定写治疗小说《叔本华的治疗》这本书。我试图在小说中提供一个被真实描述的有效的团体治疗的例子。

己则永远无法赶上治疗进程（她找不到有 A 字母的房间）。她梦到这个团体成员达四五十人，关心团体规模大小是来访者害怕自己因成为团体中的一员而丧失自己的个性。甚至，来访者会将商品分配的经济学模式滥用到团体治疗中来，认为团体越大，成员的收获就越小。

在她的梦境中，每个成员被要求上台向大家暴露自己的问题，这反映出一个即将加入治疗团体的来访者最基本也是最普遍的恐惧：预料到必然在众人面前出乖露丑，坦白一些隐私或幻想。治疗师通过进一步询问发现，这个来访者预期她可能会受到其他来访者的批评、鄙视、嘲笑或羞辱。这种体验常常可比喻为，在一个严厉苛刻、铁面无私的审判团面前接受审讯。梦还说明来访者在加入团体之前所持有的预期，将激起来访者在早年生活的团体中，包括学校、家庭、伙伴们中，所经历的一些焦虑体验。就像她的整个社会网络——所有她生命中的重要人物和团体——都将呈现在这个团体中（其在隐喻性意义上说明这一事实：按照其他人或先前的团体对她造成重大影响的程度，以及她把这些过程内化的程度，她有可能把他们带到目前的治疗团体中来，因为他们已成为她人格结构的重要组成部分，而且她将通过移情的方式在团体中重现她早期的重要关系）。

从她提到 129 室（她早期的教室号码）这件事我们可以清楚地发现，来访者把即将发生的团体经历与她生活中的某段时间联系在一起了，在那段时间，没有比获得同伴的接纳及认可更为重要的了，她预料治疗师会像她早年的老师一样冷淡而缺乏爱心。

对强制性暴露的恐惧与对保密性的关注之间存在密切关系，来访者猜想进入团体即意味着无法设防，因为她在潜意识中认识到，自己所暴露的任何一件事都会被她生活中的每位重要人物知道。来访者在进入团体治疗前普遍关注的其他一些问题并没有在这个梦中呈现，如害怕自己被传染上精神疾病，担忧自己由于与其他来访者密切接触而病情加重。通常（但并不绝对），这只是缺乏坚实牢靠的自我感的来访者对脆弱的自我界限的关注。

对在杂乱无章团体中的退步感到焦虑以及对团体中拉帮结派现象手足无措，这是常有的事。在某种程度上，这反映了来访者的自卑心理，他们将自身的无能感投射到了他人身上。这种心理防御功能经常使来访者想到这样一个问题：“盲人如何引导盲人？”认定自己没有任何有价值的东西可以提供给他人，他们也就很难相信自己可以从他们的同类身上获得任何帮助。还有一些来访者对自身的敌意担忧不已，他们认为，如果任由自己的愤怒肆无忌惮地发泄，可能会将自己及其他人一起毁灭。如果他们心里想着“但愿别人不知道我对他们的真实感受”，那么

一旦想象团体是个可以肆意泄愤的地方，他们就必然感到不寒而栗。

所有这些不切实际、未经检验的期望，都可以通过让候选成员对团体治疗做适当准备而得到矫正。在介绍准备程序之前，我将先说明在团体治疗初始阶段中的四个常见问题，这些问题可以通过治疗前的工作而得以改善。

常见的团体问题

1. 治疗初始阶段使来访者感到沮丧困惑的一个主要原因，是治疗目标的不一致感。他们无法领悟团体目标（团体的整体性、信任的气氛以及人际互动等）与他们自己的个人目标（痛苦的解除）之间的一致性。他们对讨论自己对他人的反应，究竟于自己的焦虑、沮丧、恐惧、阳痿、失眠等症状有何益处，感到困惑不解。
2. 在团体初始阶段，成员们频繁流动是影响团体发展的最大障碍。治疗师从开始与来访者接触之际就应该劝阻成员任意出入房间和提前离场。与个体治疗相比，团体治疗中的这些问题显得更为紧迫。在个体治疗中，来访者可以对缺席和迟到做有建设性的探究和解决，而在团体治疗的初始阶段，任意出入团体将造成一个支离破碎的团体形象。
3. 团体治疗不像个体治疗，往往不能提供立即的满足。在最初的几次团体治疗中，来访者可能会因为没有获得足够的“表达时间”而产生挫败感，甚至团体中直接的人际互动所唤起的焦虑使他们原先的焦虑情绪雪上加霜。治疗师在准备程序中应能预见并处理这类挫败感和焦虑情绪。对那些认为个体治疗卓有成效的来访者来说，这尤其是个挑战。
4. 被认为是“团体治疗的致命弱点”的小团体及团体外交往等现象可能在团体的任何阶段出现。我将在第十二章对此作详细讨论。在这里，我只指出，治疗师在最初与来访者接触时，就应该对小团体问题制定团体规范。

系统的团体准备

团体治疗前来访者的准备工作可以从多方面着手。在繁忙的临床实践中，最简单有效的方法是，在来访者加入团体之前的会谈中，治疗师全面系统地给来访者提供所有必要的治疗信息，以帮助其以最佳的状态进入治疗团体。我总是很谨慎地预留足够的时间来提供会谈。但是，如果在团体治疗前我只能与来访者有一次面谈，那么，我至少会留一半时间来消除来访者提到的上述误解，澄清团体治疗初期可能出现的一些问题。

通过对每个问题进行深入细致的讨论，来访者对团体治疗的误解才能被澄清并得到矫正。我会让来访者预测治疗初始阶段可能遇到的问题，然后，给来访者提供一个解决问题的框架及明确的指导方针，从而引导其有效的团体行为。同时，根据每个成员在会谈中表现出来的困惑、问题、疑虑以及治疗本身的复杂程度，治疗师对成员所作的治疗前准备也应该因人而异。治疗师必须对两种特殊的情况予以注意：新成员和有文化差异的来访者。那些从未参加过任何形式治疗的来访者可能会发现，团体治疗特别具有挑战性，他们可能需要额外的治疗前准备。具有其他文化背景的来访者可能会因在团体中暴露个人隐私而感觉受到威胁。团体之前的准备使治疗师有机会探讨来访者的文化背景或态度、信仰，并使治疗师有机会真诚地表示愿意进入来访者的世界⁶⁵。

我仍认为，准备性的会谈如果具有下列共同的目标，将对团体治疗有很大的促进作用：

1. 把来访者看做是需要知识的同盟者，向他们讲解有关病态人际交往的基本理论知识，说明治疗是如何发挥作用的。
2. 描述治疗团体如何处理和改善人际问题。
3. 提供指导原则，以便他们能以最好的方式参与团体治疗，并获得团体治疗的最佳效果。
4. 对于来访者对团体治疗中的挫折和失望应有所预见，尤其是在团体治疗初始阶段。
5. 对于团体治疗设置要做原则性的说明，并就加入团体签订治疗协议。
6. 逐渐向来访者灌输对于团体治疗的信心，提高来访者对治疗效果的期望。
7. 设立有关保密性和小团体的基本规则。

接下来，我将依次来讨论这些观点。

1. 首先，我会向来访者简短地介绍精神医学中的人际理论。开场白如下：虽然，每个人呈现的问题不同，但所有寻求心理治疗的人都有着共同的难题，即难以与他人建立并维持亲密、满意的人际关系。我提醒来访者，在过去的生活中，他们曾不止一次坚决地希望可以澄清与某人的关系，真实地表达对某人的正性或负性情感，并获得真诚的反馈。但现实社会一般并不允许彻底坦诚的沟通，因而，情感会受到伤害，关系会走向破裂，误解会悄然而生，最终，导致人际沟通的终止。
2. 我会简明扼要地把治疗团体形容成一个社会实验室，在这里，探索和尝试与他人发展真诚的人际关系不仅不受阻止，而且还将受到鼓励和支持。

如果人们在与他人交往的方式上存在冲突,那么,一个可以鼓励他们探索真诚的人际交往的社会情境,将为他们提供一个了解自身问题的绝好机会。需要强调的是,直接处理他们与其他成员之间的关系并不容易,事实上,还可能会有压力感。但这却是团体治疗的关键,因为一个人如果能够充分地理解并解决与其他团体成员之间的人际关系,这将成为他以后面对现实生活时的重大财富。从此,他将发现一条与现实生活中的重要人物或未来将遇到的人建立更稳定、更和谐人际关系的健康途径。

3. 我向来访者建议的一个能最好地利用治疗的方式,就是坦诚地面对团体中此时此地的情感——特别是对其他成员和治疗师的情感。我会一再强调这一点,而且把这种情感体验作为团体治疗的核心。来访者在发展对团体的信任感时,往往会逐渐透露他们的隐私,但团体并不予以强迫。况且,每个人在发展信任感和透露自己隐私的步调上也快慢不一。我要求来访者将团体看做是一个可以冒险犯错的场所,当他们对团体产生足够的信任时,他们就可以在团体中尝试各种新的行为。
4. 我预料团体会出现某些问题,所以我会提醒来访者,在团体治疗初始阶段,他们可能会感到困惑沮丧,因为他们发现,处理团体问题和团体成员间的互动关系,与解决那些导致他们前来接受治疗的问题之间似乎并没有多大联系。我强调这种困惑在一般的治疗过程中也屡见不鲜。我会告诉他们,有许多来访者在团体初始阶段难以自我表露,或者难以向其他成员直接表达正性或负性情感,因此而感到痛苦。我会和他们讨论在团体治疗过程中可能出现的情感退缩、隐藏感受、让别人替自己表达对于某人的感受、和别人形成联盟以掩护自己等倾向。我预料来访者可能会有挫折感或者对治疗师感到不满,因为治疗师无法给予他们所期待的答案。其实,真正的帮助往往来自于其他来访者,通常,对于这样的事实,来访者开始会很难接受。
5. 对参加开放式心理治疗团体的来访者,我强调团体治疗目标任重而道远,我们希望改变的是根深蒂固的行为和态度。因此,治疗应该是循序渐进的,在几个月内将很难有重大的突破,治疗至少需要一年时间。我强烈地鼓励来访者留在团体里,抛开任何想要放弃治疗的念头。在最初的12次团体治疗中,来访者几乎不可能看到到团体治疗的最终疗效。因此,我要求来访者先保留他们的意见,至少要等治疗进行到12次以后,才去尝试对团体治疗的最终效果做出评价。对那些正在进入较短程团体治疗的来

访者来说，短程团体也会为其提供了一个绝佳的机会，让他们在将来能应用短程治疗中所习得的经验。团体每次会谈都是宝贵的，参加数量有限的会谈对来访者自身以及其他团体成员都是值得珍惜的经验。

6. 提高来访者的期望，慢慢培养他们在治疗中的信心，并消除他们那些对团体治疗的偏见，这对治疗师来讲尤其重要。研究表明，如果来访者对治疗抱很大的期望，那么他会在治疗中竭尽全力，这将有利于建立更强的治疗联盟，治疗成功的可能性也会更大⁶⁶。治疗前的良好预期对结构性不好的团体更为重要⁶⁷。因此，在团体治疗的准备阶段，我会尽量对团体治疗的历史和发展做简要介绍。比如，第二次世界大战期间，团体治疗只是因为价格低廉而受到欢迎，但是在当今，它以独特的方法成为治疗领域中最好的治疗方法之一。我也会告诉来访者，研究表明，团体治疗与个体治疗有同样的疗效。
7. 团体治疗会有一些基本原则，但是，没有任何一项原则比在团体中真诚分享对于自己和其他成员的感受更为重要的了。我告诉来访者，保密性原则在团体治疗中也是必不可少的。为了能让团体成员毫无顾忌地自我表露，他们必须相信他们在团体中所说的话绝不会在团体外被谈论。在我的团体治疗经历中，我未曾记得有过一起严重违反保密原则的事件发生⁶⁸。

重要的是要让来访者相信我们会严格保密。然而，在让他们有治疗知情同意的同时，我也会让来访者明白，对于特定的行为，我会秉承专业职责的态度予以通报⁶⁹。在治疗师的伦理范围之内，治疗师必须对那些可能伤及自己或他人的行为予以通报。有时，成员会问到他们是否可以与配偶或亲信讨论团体治疗方面的事。我敦促他们可以只讨论自己的经验，对其他成员的名字以及经验应当严格保密。

除真诚和保密外，我认为有必要讨论成员之间在团体外以各种方式进行的接触。这种接触在所有的治疗团体中都有可能发生，所以治疗师在准备阶段的会谈中必须明晰这个问题。以下有两个重点必须强调：

1. 团体治疗为来访者提供一个了解自身在社会关系中存在问题机会，但它并不是结交朋友的聚会。否则，团体将会丧失它的治疗意义。换句话说，治疗团体教导一个人如何发展亲密、稳定的关系，但并不提供这种关系。

⁶⁶ 对治疗团体的保密限制，是一个尚未在专业文献中得到广泛的探讨的领域，对团体同伴被传唤作证的刑事或民事诉讼也鲜有报告。对 100 名经验丰富的治疗师的问卷调查表明，超过一半的受访者有过一些轻微的违反保密的行为。

团体治疗只是一个过程，不是结果；它不是生活，但却预演了生活。

2. 不管是偶然的还是蓄意的，如果成员们在团体之外来往，他们就有责任在团体中讨论每次交往的概况。治疗师禁止成员在团体外交往是毫无意义的。在治疗期间，几乎所有的团体成员都可能会参与团体外的一些社交活动，而且可能不会顾及治疗师所谓的“你不可以”，成员甚至可能拒绝在团体治疗中暴露这些交往。正如我在下一章将要更详细说明的，团体外的关系本身并没有害处（事实上，在治疗过程中它们可能还极其重要）；真正妨碍治疗的是，团体外交往常会酿成对保持缄默的阴谋。

命令和禁止的方法其实只会导致来访者在设立规则还是打破规则这一点上喋喋不休。充分地解释为什么小团体的形成会对治疗造成干扰将更为有效，如对小团体而言，我解释团体成员间的友谊通常会妨碍他们在团体中彼此坦诚地交流。成员们可能会在这种关系上发展出一种忠诚感，因此会对该不该“背叛”对方该不该向团体报告他们在团体之外进行的谈话感到举棋不定。然而，这种犹豫不决的态度与治疗过程中强调的真诚、坦率原则相违背。出现这种情况，领导者应该提醒他们，团体成员的主要任务是尽可能地学会与其他成员建立人际互动的关系。所有破坏这种人际互动过程的事件终将妨碍治疗。团体成员偶尔可能希望只将秘密告诉给团体领导者一个人。当然，治疗师与团体成员共享秘密没什么不好，但在这种情况下，治疗师作为团体领导者绝不能事先同意保密，而是应当保证会对他们做出最佳的临床判断。

这种由治疗师提供信息、让成员充分理解小团体可能导致的后果的策略比仅仅权威式地命令“你不可以”更具有影响力。如果对小团体的秘密活动，诉诸于“为什么你打破我的规则”，这显然毫无意义。但是，如果直截了当地问“为什么你要阻碍你自己的治疗”，那将一针见血地揭示成员的阻抗。

总而言之，认知取向的团体治疗准备有几个目标：对治疗过程给予合理的解释；对期望来访者出现的行为进行引导；签订一份治疗协议；提高来访者对团体治疗的期望；预测在初始阶段可能出现的问题和情绪，并给予处理。治疗师在团体准备阶段所作的任何解释，目的都在于消除成员对团体的神秘感。治疗师要向来访者传达这样一些信息：治疗师尊重他们的判断和智慧；治疗是一次团体冒险；治疗师是基于专业理性发挥作用的专家，而且愿意和来访者分享自身的知识和经验；最后，一个完整的团体治疗准备还能让来访者在了解情况之后，做出是否参加团体治疗的决定。

虽然，上述的讨论针对的是长程互动式团体，但它的基本原则适用于其他任

何类型的团体治疗。在短程治疗团体或者采用不同治疗方法的团体中——如认知行为治疗团体——领导者陈述的一些相关细节会有所变动，但是，所有的治疗团体都能从所做的准备工作中获益。如果临床上的情况比较紧急而无法进行系统的准备工作，那么，简短的准备也比毫无准备有利得多。在第十五章中，我将描述我在为一个紧急的住院治疗团体做开场白时所做的3分钟的准备工作的。

其他的团体准备技术

通过一次会谈并直接以认知的方式为来访者做团体治疗准备，往往难以见效。来访者在团体准备会谈中往往已经非常焦虑，以至于不能充分理解治疗师当时传达的信息，甚至事到临头便忘得一干二净，或者对一些重要信息偏信曲解。比如，我要求来访者在12次治疗结束后才能给团体的效果做出评价，但竟然有来访者误以为我说的是团体治疗只进行12次。

所以，我必须在团体治疗前的会谈和最初的几次团体治疗中，反复强调许多准备工作的重点。比如，在一周一次的门诊来访者团体中，我会每周准备一份书面摘要，在每次团体治疗结束后寄给所有的团体成员（见第十四章）。这些摘要提供了一种很好的形式，可以重复写下一些准备工作中的核心内容。当一个新成员加入既有的团体时（这个团体已进行过多次治疗），我会为他做额外地准备，要求他阅读团体6周以来的治疗摘要。

许多治疗师用其他的方法来提高准备程序的效果。有些治疗师让某个成员协助另一个新成员做准备⁷⁰，另一些治疗师向新来访者发放书面资料，让他在进入团体前阅读。本书的附录中有一套详尽的书面资料以说明团体治疗前的准备工作可供参考，其包括以下的内容：聚焦在此时此地，担负起个人的责任，避免指责他人，避免给予建议和助长依赖，学习倾听，觉察内心的情感和想法，尝试新的行为和亲密感。我们强调反馈，还给未来成员提供了一些具体的指导，告诉他们如何给予和接受反馈。例如，反馈应该具体、及时、直截了当；反馈是指与他人分享你的正性和负性体验，告诉别人你对他的感受，不要深究原由，而是要谈你对反馈的知觉、感受和理解；不需要解释、澄清、思考别人的反馈；谨防过于防御⁷¹！

其他的技术包括让来访者观察团体治疗的录音带或录像带。因为保密原则，公开发行的音像制品必须由工作人员或者专业演员扮演成员，模拟团体治疗过程。治疗脚本经过精心策划，可以呈现出准备阶段需要强调的一些重要问题。

另一个更好的团体治疗准备技术，就是对来访者进行个别训练，教导他们团体治疗中需要的行为模式⁷²。在这方面，已经有许多体验性模式被提出来了。例

如,一个短程治疗团体进行了一个包括两部分的准备工作。首先,每个成员要接个别会谈以确定治疗的焦点和目标。随后,未来的团体成员要参加一个经验性的单次工作坊,该工作坊中的18~20个来访者要完成一系列精心设计的结构化训练,有些活动是2人一组,有些活动是3人一组,有些活动则是整个团体一起参与⁷³。

另一项研究中使用四次准备会谈,其中每一次会谈都针对团体前训练中的某一点: (1) 此时此地的应用; (2) 如何表达感情; (3) 变得更加自我暴露; (4) 意识到对他人的影响或希望对他人的影响。研究者用一些认知材料,进行结构化的团体练习,让来访者对每个概念进行体验学习⁷⁴。其他项目使用角色扮演的方法促进团体成员间的互动⁷⁵。

一般来说,来访者在团体准备前的情绪越活跃,对今后影响会越大。一些研究表明,团体前的准备是积极的、体验性的,优于认知或被动观察⁷⁶。

目前,许多关于团体前准备的研究把重点放在来访者的治疗动机和改变意愿上^{77*}。把治疗动机(而不是对治疗的精心准备)作为干预的目标,这种方法起源于戒毒治疗,而后应用到对进食障碍和性虐待行为的治疗中,这种方法对来访者的否认和对改变的阻抗非常有效⁷⁸。

面对未来,我们期望电脑互动技术将产生更为有效的准备程序。然而,目前使用的团体准备的各项技术(不管单独使用还是综合使用)已相当成熟,已有许多研究证实了这些技术的总体效果,接下来,我将对目前这一领域研究进展作简单概述。

研究证据

在一项对照研究中,我和同事检验了简短认知准备会谈的效果⁷⁹。样本是等待进行团体治疗的60个来访者,一半参加30分钟的认知准备会谈,另一半则参加相同时间的以收集病史为主要目的的传统会谈。六个治疗团体(三个由经过认知准备会谈的来访者组成,三个由未经认知准备会谈的来访者组成)由不了解实验内容的团体治疗师来带领(我们让这些治疗师相信所有的来访者都参加了标准的团体治疗前会谈)。对前12次团体治疗所做的研究证实,经过认知准备的团体比未经认知准备的团体对治疗更有信心(这种信心会反过来对治疗效果产生积极影响),而且显著地表现出较多的成员间人际互动。此外,这种差异在第2次和第

* 跨越理论模型假定个体的改变需要事先通过五个阶段。如果来访者的改变意愿与试行阶段的行为一致,那么治疗就会更加有效。五个阶段包括:无意图阶段、沉思阶段、准备阶段、行动阶段、维持阶段。

12次团体治疗中一样显著⁸⁰。这项研究设计要求对实验组团体的每个成员提供同样的认知准备，因而，我们可以推测，如果为每一个成员提供的准备可以更周全和更具个性化，那么，其效果必将更加显著。

这项研究的基本设计及结论——在团体治疗前进行过认知准备的样本与未经准备或以其他方式进行准备的团体相比，前者在最初的几次团体治疗中有较好的疗效——已经被重复验证。临床上各种类型的群体，特定的准备模式、程序和作为因变量的疗效之间的关系已变得越来越错综复杂。但是，大量的研究证据依然支持团体治疗前准备的显著效果⁸¹；几乎很少有研究能够对此结论予以否定⁸²。

团体之前的会谈准备会提高成员出勤率⁸³，增加自我暴露、自我探索和团体的凝聚力⁸⁴，尽管关于降低脱落率的证据尚缺乏一致性⁸⁵。其他研究者则证实了经过准备会谈的来访者表达了较多的情感⁸⁶；在团体中承担了较多的个人责任⁸⁷；有较多的自我暴露⁸⁸；表现了较多以治疗目标为导向的言语参与⁸⁹；较为其他成员所喜欢⁹⁰；报告较少的焦虑⁹¹；改变行为的动机较强烈⁹²；抑郁明显减轻⁹³；对婚姻的适应和沟通能力有所改善⁹⁴；更容易在治疗中实现自己的主要目标⁹⁵；对于团体治疗程序的误解较少⁹⁶。

研究表明，让来自社会经济低层的来访者有认知上的准备，会使他们更好地融入到团体活动中进行自我探索⁹⁷。在团体中，即使像家庭施虐者那样臭名昭著的人，也会对增加出勤率和参与率充满兴趣⁹⁸。

总之，很多研究一致肯定团体前准备活动的价值。大量数据表明，准备活动对干预变量有良好的影响；但是很难证明准备活动对总体治疗效果有直接的影响，因为很多其他的治疗变量混淆了准备活动的单独效果⁹⁹。

团体准备的理论依据

本章的最后部分，我将对团体治疗前准备工作的理论依据作简单论述。首次，治疗是至关重要的。团体的第一次治疗可能使人忐忑不安，团体处于一个高度不确定的状态。很多成员会丧失信心并终止治疗。此时，治疗师的作用尤其突出。如果治疗师足够机敏，迅速觉察这些问题并采取果断措施，进一步阐明团体治疗规范，那么治疗师将积极推动团体的发展。在团体的初始阶段，来访者体验到极大的焦虑，包括不可避免的内在焦虑和外在情景焦虑。

内在焦虑的产生源于团体的固有属性。一个经历了长程人际关系困扰的个体，无疑将在治疗团体中面临更大的压力，因为团体不仅要求个体尝试与其他成员建立密切关系，还要求他真诚坦率地讨论这些关系。另外，就如我在第九章提到的，

临床经验和实验研究都显示,焦虑似乎是发生改变的必要条件¹⁰⁰。在治疗团体中,焦虑不仅来自于人际冲突,还来自于认知失调,这种认知失调源于个体一方面想要留在团体里接受治疗,另一方面又深切感受到团体压力的威胁。然而,大量研究表明,焦虑在治疗中的适应值是有限度的¹⁰¹。适当的焦虑可以加强治疗动机并提高警觉,但过度的焦虑则会使个体应付压力的能力受损。White 在回顾支持“探索驱力”这一概念的研究中指出,过度的焦虑和恐惧是探索环境的大敌;同时,过度的焦虑和恐惧还会同比例妨碍学习及减少探索行为¹⁰²。在团体治疗中,大量的焦虑可能会制约行为改变过程中必不可少的内省力、人际探索以及对新行为的尝试。

来访者在团体初始阶段体验的许多焦虑,并非完全来自团体本身的属性,还是外来的,有些是因为治疗的不确定性所导致。这种焦虑的出现是身处团体情景中自然产生的,因为在这样的团体情境中,个体被期望表现的行为、团体的目标以及这两者与个人目标之间的关系,都非常含糊不清。对团体的实验研究表明,如果团体的目标、达到目标的方法以及成员被期望表现的角色行为是模棱两可的,那么,团体将会缺乏凝聚力和工作效率,而成员则表现较多的防御、焦虑、挫败感,并可能中途退出团体¹⁰³。

为团体进行有效的准备,将降低这种源于不确定感的外来焦虑。通过澄清目标,解释团体目标与个人目标如何协调,可为有效行为提供明确指导方针以及团体治疗流程的精确描述。鉴于此,治疗师就可降低成员的不确定感及其衍生的外来焦虑。

团体治疗的系统准备工作,并不意味着要将整个团体治疗过程加以严密的结构化。我并不主张以说教式、指导性的模式来进行团体治疗,相反,我建议治疗师采用一些使团体更多自由互动、更多主动性的治疗技术。通过省略那些治疗初始阶段的冗长的仪式化过程,以及消除不确定感所衍生的外来焦虑,可以使团体迅速投入治疗工作。

尽管有些团体治疗师不为成员做系统性的准备工作,但我们仔细调查后发现,所有的团体治疗师都试图对团体治疗过程和对来访者的期望行为予以澄清。治疗师之间或治疗学派之间的最大差异在于准备的时机和风格的不同。通过微妙的、甚至是潜意识的言语和非言语的强化,即使是非指导性的治疗师,都会试图说服团体接受他的价值观,即团体治疗过程中什么是重要的,什么是不重要的¹⁰⁴。

考虑到政府机构方面的原因,我们应在团体准备中加入另一个因子:知情同意。在与日俱增的压力下,治疗师须对诸如治疗的好处、副作用、花费和对治疗做出知情选择等方面的问题提供了充分的信息(或用书面的形式写明这些事

项)¹⁰⁵。而且，知情同意的事项要经过反复修订和讨论。获得知情同意权这一事项已经被纳入到美国心理协会伦理道德手册¹⁰⁶和美国精神病协会的手册中¹⁰⁷。这一程序虽然是繁重的，但也是必须存在的，心理治疗师必须找到一种方式将它转化成某种有用的东西，如在治疗过程中向来访者传达我们的尊重及周期性地坦诚讨论治疗过程，以此来加强治疗联盟。

关于团体准备的最后一项应用技术是按部就班。有些团体治疗师经常急于招募团体成员，成员的突然脱落可能会使治疗师忙于对团体进行调整，结果常常导致挑选了不合适的或未经适当准备的成员。此后，治疗师不得不因为新成员的某些明显特征，而妥协地改变原先团体的某些性质。治疗师理想的做法是一方面在成员减少后继续团体治疗；另一方面，非常慎重地挑选新成员，这种处理方式往往能激起来访者最大的参与愿望。事实上，研究显示，一个团体越难进入，就越有人想要加入，之后，个体对团体的评价也越高。这正是宗教团体的入会仪式，以及许多组织严格筛选和入会标准背后的通则。一个应征者能够解释这个团体为什么难以进入的理由只有一个，就是这个团体一定非常值得参加。

第十一章

团体治疗的开始

远在团体治疗开始之前，团体治疗师就已经紧锣密鼓地投入工作。正如我所强调过的，团体治疗之所以能够取得成功，很大程度取决于治疗师能否有效地完成各项前期工作，包括成员筛选、团体构建、治疗设置以及其他各项准备工作。本章将着重论述团体的形成与发展：首先，讨论团体的发展阶段；接着，讨论有关出席、准时参与、成员流动、新成员加入等团体发展过程中的一些重要问题。

团体的形成阶段

任何一个治疗团体，由于成员的特殊性以及团体内部错综复杂的人际互动，使得每个团体必然具有独特的发展过程。所有成员在团体中营造属于自己的微观世界，并表现出各自的人际交往模式。此时，如果得到治疗师及时有效的引导，那么，每个成员将开始逐步认识自己的人际交往风格，并最终尝试新的行为模式。因为人际互动的丰富性，以及团体本身就是由人际交往障碍的个体组成，可以预知：持续数月或数年的团体治疗过程必然是错综复杂和无法预测的。但即便如此，所有团体的发展中还是存在着一些主导力量，这些主导力量会左右团体发展的历程，并使我们可以描述出各阶段虽不完美但十分有用的图式。

经典的团体发展理论认为，团体的发展包括以下五个阶段：形成期、风暴期、规范期、执行期和中止期¹。这个简明的发展阶段很好地阐释了许多研究者描述过的各种团体发展模式，并且适用于有时限的和开放式团体²。

一般来说，团体首先忙于成员之间最初的接触和联系。在这个阶段，成员关注的是控制、权力、地位、竞争以及个性特征等问题。接下来是一个长期、富有成效的工作阶段，它主要处理的是关于亲密、参与以及凝聚力形成的问题。最后

一个阶段是团体的终止。这个模型有一个前提，即发展是循序渐进的。也就是说，每个阶段建立在前一阶段的成功基础上。因此，早期发展的失败将影响整个团体的发展过程。这一模式的另外一个特点是，当团体的完整性受到威胁时，团体就有可能出现倒退。

随着团体的展开，我们会看到团体成员间行为和沟通的转变。随着团体的成熟，很明显会出现移情的增加和积极的交流。成员会以更加个性化、情感化而不是理智化的方式描述自己。成员更关注此时此地的体验，会较少地回避有益的冲突，并能互相提供建设性的反馈意见，更多地进行自我探索，更加协作，更少互相告诫。该团体会更互动、更自我导向，而不是以团体领导者为中心³。许多研究和实践已经反复证明，团体的这种转化与团体的效果和成就显著相关⁴。

毫无疑问，作为治疗师，首先必须对团体的发展过程有所了解。只有对治疗团体的自然发展与最佳发展过程有一个清晰的概念，治疗师才能帮助团体形成治疗规范，同时阻止有碍治疗的规范。当你必须对阻碍团体治疗的因子做出诊断和干预，以保证团体的健康发展时，你还必须对发展顺利或不顺利的影响因子有所了解。此外，了解团体发展进程还将能培养你对治疗的信心和方向感，并减少你的焦虑情绪，否则，团体成员将由于你的焦虑而遭致更大的影响。

首次治疗

首次团体治疗多半容易成功。通常，来访者（或新手治疗师）都会预想首次团体治疗一定很可怕，而事实上，这种畏惧往往随着治疗的开始而逐渐缓解。治疗师应采取相应的措施，以减少来访者焦虑和不安。在开始之前，治疗师打电话给每个成员以确认联系，并提醒他们团体活动的开始，这对整个团体活动的发展都是很有帮助的。在第一次会谈来临时，治疗师在团体治疗室外迎接每个成员，或在走廊上张贴标志引导来访者进入团体治疗室，这也是安抚焦虑的关键步骤。

有些治疗师选择简要说明团体治疗的目标和方法来作为开场白（尤其是当他们事先未对成员做充分的准备工作时）；而另一些治疗师则可能仅提及一两项团体规则——例如，坦诚和保密原则。之后，治疗师或许会选择保持沉默，或许会建议成员们进行自我介绍。一般来说，总有成员会主动建议大家做自我介绍。在南美，团体成员通常在几分钟内便相互直呼其名。接着，便是一段沉默，正如大部分心理治疗中的沉默一样，感觉时间凝固，而实际上只是短短的几秒钟而已。

通常，沉默会被一个想要对团体初始阶段有所控制的来访者打破。他会说“我想，我来说几句”或其他诸如此类的话。然后，这个来访者开始描述自己寻求治

疗的原因，这将激发其他成员作类似的叙述。另一种情况是，某个成员谈及自己在团体中感到很不自在或感到恐惧（也许是由最初沉默期间的紧张气氛所引发的），而这番言论也可能使其他有同感的来访者纷纷仿效。

我在第五章中曾强调，无论治疗师是否愿意，他都必须先在团体一开始就建立团体规范。而且，确立规范也只有在团体还处在初始阶段时才更容易完成。因此，治疗师在首次治疗时间就必须积极主动地运用一些技术来建立团体规范⁵，第五章中已对此进行过讨论。

初始阶段：定位、对参与的犹豫、寻找意义、依赖

任何新团体的成员都会面临两大任务：首先，他们必须确定用何种方法来解决自身的主要问题，这也是他们加入团体的目的。其次，他们必须在团体内部发展自己的社会关系，以便为自己找到合适的立足点。该立足点不仅能为他们完成个人目标提供所需的舒适感，而且能够使他们在愉悦的人际交往中获得额外的满足感。通常，很多团体（如运动员团队、学生班级及其他组织）会对个人目标和团体目标加以认真区分⁶。然而，治疗团体成员最初往往不能理解这种区分，实际上，他们的个人目标和团体目标之间是彼此融合的，这使那些有社会功能缺陷的来访者对团体的体验来得更为错综复杂。

在初始阶段，成员们同时对许多问题表示关注。团体成员，尤其是那些缺乏良好准备的成员，往往想了解治疗的理论依据，他们还可能对团体活动与个人目标之间的关系感到困惑不解。初始治疗中，他们会反复就这些困惑而提问。甚至在几个月以后，仍有成员大声质疑，“这有用吗？这些活动与我要解决的问题到底有何关系？”

同时，成员们开始步入团体关系时就不断对其他成员和整个团体评判是非。他们想为自己树立一个成功的形象，而且会度量自己是否受到他人喜欢、尊敬、忽视或排斥。从表面看来，来访者加入团体是为了治疗，但社会压力却驱使他们投入大量精力去寻求赞许、接纳、尊敬或权力。对某些来访者而言，要获得他人的接纳和赞许是如此遥不可及，以至于他们通过诋毁他人或警醒他人的虚伪来防御性地贬低或对抗团体；另一些来访者则过分在意团体的评价，以至于不惜为此牺牲个性。在这个过程中，成员们迫切地想了解加入团体需要哪些条件？在团体中自我暴露必须达到何种程度？自己需要做出多大努力？于是，他们有意或无意地寻求这些问题的答案，并保持警觉来探索团体所期望或赞许的行为。一些成员在此阶段很容易受到挫伤⁷。

治疗开始后,治疗师应该把整个团体看做一个整体,同时又关注每一个人在这个新团体中的主观体验。成员们可能会问,成员之间需要互相承担什么,有哪些加入团体的要求?应该在多大程度上暴露自己?每个人必须做出怎样的承诺?在意识或潜意识层面,他们会寻求这类问题的答案,并对这个团体的潜规则保持警惕。大多数来访者既期待和某个成员或治疗师保持单独的深层联系,也希望和整个团体保持良好的联系⁸。偶尔会有这样的情况,某位自我感非常脆弱的成员可能担心团体会淹没他的自我。如果这种担心特别明显,就有可能妨碍团体气氛。因为对于这种成员,保持独立胜过归属感⁹。

团体成员在早期有许多特征性的表现,如困惑、试探、犹豫等,而依赖在其中显得尤为突出。成员们常有意无意地向领导者寻求答案,同时还渴望获得治疗师的赞许和接纳。在团体中,他们直接或间接地针对治疗师提出意见;展现期待赞赏的暧昧神情;表现出曾经受到过权威认可的行为。治疗师的言论也将被成员们仔细推敲,用以判断治疗师对某些行为的好恶。他们会将治疗师奉若神灵,完全按照治疗师所希望的去做,在他们眼里,治疗师是他们唯一的灵魂拯救者。他们产生这种信念,是有一定的现实依据的:治疗师的专业角色,所提供的团体治疗空间,为来访者做的治疗前准备,并相应地收取治疗费用。所有这一切都使来访者坚信治疗师能照顾好他们。部分治疗师还会向团体许下承诺,无意间更加强化了团体成员的这种信念¹⁰。

但是,治疗初始阶段的依赖现象并不能完全归因于团体情境、治疗师的行为以及来访者自身的病理性依赖。我曾在第七章中讨论过成员对治疗师产生强烈情感依赖的一些非理性因子。其中,最强大的非理性因子是人类对无所不能、无所不知、无微不至的父母或拯救者的需求——这种需求和人类的合理化防御机制相互作用,创造出了个人所渴望敬仰的超人形象。

在团体治疗初期,成员的幻想较为一致,由此形成了弗洛伊德所谓的团体“需要被无限制的力量所操纵,极端狂热地信仰权威,渴望服从¹¹”。(但是,谁是上帝呢?我常常认为,精神科医师的高自杀率正是对这种两难境地的悲剧性诠释¹²。心理治疗师常怀有深切的沮丧感,因为他们知道自己必须充当超人和最终拯救者。因此,与许多来访者相比,他们更加容易陷入绝望无助的状态。)

在初始阶段,成员间的沟通模式和话题都是相当固定和局限的,这种现象在鸡尾酒会或类似的社交邂逅中也非常普遍。成员们理性地探讨问题,对于发问者的非理性一面则用支持、客套、友善等手段予以压抑。因此,团体在初始阶段可能会没完没了地谈论任何团员实质上都不感兴趣的一些话题,但正是这些“鸡尾

酒会主题”成功地扮演了初次人际探索的媒介。因此，讨论的内容并不重要，重要的是非言语的过程：成员之间互相打量，他们关注谁做出何种回应、谁看问题的方式跟自己一样、谁怕谁、谁尊敬谁等此类事。

开始阶段，治疗团体经常把时间花费在对症状的描述、先前治疗的体验、服药种类等类似问题上。在团体初始阶段，寻求共同点也是较为普遍的现象。团体成员会对他们发现自己并不是世上唯一的受难者惊讶不已，并被这个现象所吸引。于是，大多数团体成员会不遗余力地证明他们是何等地相似。这个过程为成员们带来了很大的慰藉（见第一章所述的普遍性），同时，也为建立团体凝聚力奠定了基础。这些初步步骤为后来更深入的投入做了铺垫，而这种更深入的投入是有效治疗的前提¹³。

团体初始阶段的另一个特征是给予和寻求建议。有些来访者会在团体中提出一些问题，如怎样正确处理与配偶、子女、上司等的关系，接着，团体便会试图提供一些实用的解决办法。正如第一章所谈及的，这些指导虽然鲜有实效，但却能够成为成员们表达相互兴趣和关注的媒介。这也是一种人们很熟知的交流模式，当成员尚未了解如何在此时此地的情境中进行交谈之前，不失为一种有用的交流。

在开始之初，团体发展需要有方向性和结构性，一个沉默的领导者会将焦虑放大，或者导致团体退步，甚至心理成熟度很高的成员也会望而却步。举例来说，由一个沉默的、非指导性的领导者领导的精神病院住院医师训练团体，在初次会面时，大家都很焦虑，对在团体中会发生什么以及谁会成为体验的受害者感到茫然。一个成员提起最近一条新闻：一伙看起来好像是“正常”的高中学生把无家可归的人痛打至死。当领导者参与讨论，并建议他们注意个体是如何为迎合团体需要而施行暴力的特点时，团体成员们的焦虑才开始减轻。

第二阶段：冲突、支配、反抗

假如团体第一个阶段的关注点可以比喻为“进或出”（in or out），那么第二个阶段的关注点则可比喻为“高或低”（top or bottom）¹⁴。第一阶段为形成期，成员们关注是否被认可、赞赏，并积极地投入团体，界定什么是被接纳的行为，探索团体的方向、结构和意义等。进入第二阶段，“风暴期”，团体的重心有所转移，支配、控制和权力等问题成为关注的焦点。成员内部、成员和领导者之间所发生的冲突显得尤为突出。每个成员都尝试争取自己的主动权和其他权力。于是，控制阶层和团员势力的强弱次序逐步出现。

在这个阶段，成员之间开始频繁地互相批评指责；他们往往认为自己有权对

他人做出分析和判断,因此,他们抛开社会习俗,毫无顾忌地对他人的行为或态度做出攻击,这与初始阶段中根据不同的社会规范,提供建议和支持的现象截然不同。而且,他们评判的依据也仅局限于个人过去或目前的生活经验和风格。该阶段是团体的“必须”“应该”期,治疗中出现了“同僚法庭”(peer court)¹⁵。此时,成员之间尚未建立深厚的感情,他们发表诸多意见决非出于接纳和理解,而是想通过这种方式在团体中谋取权力。

每个团体的内部必然包含着对控制权的争夺。争夺的方式时隐时现,有时甚至显得激烈非凡。假如团体中很多成员都有强烈的支配欲,那么,早在治疗初始阶段,控制权就可能成为他们相互之间的重要话题。当团体中有新成员加入时,这种控制权争夺往往趋于白热化。尤其是当新成员不能意识到“自己的角色”,没有依照资历的深浅向老成员表示敬重,反而企图先发制人地攫取支配地位,这种情况一旦出现,必将使团体的控制权争夺现象愈演愈烈。

对治疗师产生敌意是团体发展中不可避免的现象。很多观察者强调,成员对治疗师早期的矛盾情绪与成员对自我审视、自我暴露的阻抗交织在一起。来访者在私下赋予治疗师不切实际的神奇色彩,并对其抱有无限的期望,以至于再能干的治疗师也终究会让他们感到失望,继而,团体成员自然而然对治疗师产生敌意。但是,随着治疗的进展,团体成员将意识到领导者并非无所不能,这样,对治疗师的敌意才能随之烟消云散。

但是,这一过程不可能被完全地意识到。他们可能在理智上主张利用自身资源建立团体,然而,在内心深处,他们仍渴望依赖,并试图创造一个权威形象。与成员们的愿望相反,治疗师却拒绝扮演传统的权威角色:他们不用传统的方式来领导团体,不为成员提供答案和解决之道;他们敦促团体去探索和利用自身的潜能与资源。大概经过若干次治疗后,成员们逐步领悟治疗师不可能成为他们所渴求的“真正的领导者”,这个发现让他们深感沮丧,他们对治疗师不切实际的期望也就不复存在了。

对治疗师憎恨的另一个原因,源于每个成员都渐渐意识到,自己永远也不可能成为领导者最为宠爱的“孩子”。因为,在治疗前的个别会谈中,治疗师对每个成员的过去、现在和幻想世界中的微小细节都表现出了浓厚的兴趣,这使他们心存幻想,认为治疗师真是自己的专属避风港。随着团体治疗的展开,成员们开始意识到自己并不能从治疗师那里获得多于他人的关注;于是,团体内部开始滋长你争我夺的敌对氛围。同时,每个成员都隐约地感到自己被治疗师所背叛。先前成员之间的成见会浮现出来,成员开始意识到团体中成员之间互动的重要性。

这种对领导者不切实际的期望和继而产生的幡然醒悟，决非成员天真幼稚的思维方式所致。在由专业心理治疗师组成的团体中，也存在类似现象。事实上，让受训者以普通成员的身份参与团体，从中体验团体成员对治疗师的敬仰、攻击等倾向，是目前培养团体治疗师最理想的方法之一。一些治疗师¹⁶较为极端地将团体成员和领导者的关系模式看做是原始部落弑父现象的重演。对此，弗洛伊德在《图腾与禁忌》(*Totem and Taboo*)¹⁷一书确有谈及。他认为，现代团体的现象与史前时代中原始部落的古老事件相类似：“因此，我们可以断言，团体就是原始部落的重演。正如每个人身上都潜伏着原始人的影子，原始部落也可以在任意的随机组合下重现；在某种程度上，人们总是受到团体的影响，从这一现象中，我们意识到原始部落的残痕。”¹⁸原始部落的成员只有在驱除了令人敬畏的领导者之后，才能将自己从桎梏中解救出来，获得更为满足的生存方式。

对治疗师实施攻击时，成员们往往意见不一。通常，在他们中间也会产生治疗师的拥护者。这个由攻击者和拥护者组成的阵容，将为我们理解团体发展趋势以及指导团体未来的工作提供宝贵信息。在此阶段，那些最早向治疗师发难、最为喧闹的攻击者扮演着领导人物的角色，这些领导人物一方面渴望依赖，另一方面又通过反向形成 (reaction formation)¹⁹来防御这种无法容忍的依赖需要，因而，他们常常处于强烈的心理冲突中。这些人有时候也被称为“反依赖者”(counterdependents)¹⁹，他们给人的第一印象往往是有意拒绝接受治疗师的任何关注，幻想着通过这种方法罢免和替代治疗师的领导角色。

例如，在某次团体初始治疗会谈进行到四分之三时，我要求成员们对治疗加以回顾：团体给了他们什么样的感受？是失望，还是惊讶？一名在后来几周中试图控制团体方向的女成员称，一切正如她所期望的。然而，她却并没有表露出丝毫满意，相反显得极为沮丧，而且，她还对我大发脾气，因为我向另一名成员提出的一个问题，引发她一阵短暂的哭泣，这让她觉得自己受到了冒犯。她随后觉得：“从来没有人能让我如此失控！”的确，她在初始治疗中给人的印象，能非常有效地预测她在未来一段时间治疗中的行为——在任何时候，始终保持警惕，努力自恃、自控。她把我当成了对手，而不是盟友。同时，她坚信自己完全有能力在前几次会谈中把团体带到预设的重要主题上来。

对于像她这样的反依赖成员来说，只有帮助她体验内心的真实感受，及时领悟和解决强烈的依赖渴求，治疗才能取得成功。这首先要让她明白治疗中存在的挑战，反依赖行为经常会在还没有被体验和表达出自己希望被保护的想法之前，就激起他人的训斥和拒绝。

其他成员却总是站在治疗师这一边。他们同样需要治疗师的帮助，以分析自己不惜一切代价、不管任何议题都对治疗师采取防御的背后所隐藏的真正动机。有时，一些来访者对治疗师防御，是因为既往碰到过很多不可信赖的客体，而误以为治疗师也不值得信任。而另一些来访者则想独占治疗师，他们幻想最终能与治疗师结成联盟，一起对抗团体中其他强大的成员。此时，治疗师要保持警惕，避免将个人的忧虑不知不觉地传递给团体中一些“适时”对治疗师做出回应的“救助者”。

围绕如何称呼治疗师这个问题，这些冲突显得尤为具体。治疗师是怎样被称呼的？是被冠以专家的头衔（“××医生”，或是毫无人情味的“医生”），还是被直呼姓名？有些来访者尚未征询治疗师的意见，就马上直呼其名了。相反，有些来访者即便被治疗师要求，也羞于启齿，仍然满怀敬意地以专家的头衔来称呼。一个很成功的商人，持续不断地感受到羞愧和来自他专横的父亲的羞辱。他在治疗中坚持称治疗师为“医生”，他声称这样的方式能够让他确信他花的钱是值得的。

尽管我曾断言，对领导者的角色愤怒是小团体中的普遍特性，但对于不同类型或处于不同发展阶段的团体来说，其表现决非千篇一律，因为治疗师的行为完全有可能强化或缓解这种反抗情绪和行为表现。有这样一位著名的社会学家，他曾带领一个大学生敏感度训练团体数年之久。他认为，对领导者的强烈反叛是必然存在的，其极端的表现方式就是成员们共同将领导者赶出治疗室²⁰。尽管我也曾带领类似的团体长达十几年，但我从未遇到过此类极端到要将我驱逐出去的反抗。我想，这种差异可能源于领导者不同的风格和行为。引发成员如此强烈的负面反应的领导者，通常是模棱两可、故弄玄虚的，他们虽然以权威自居，但不能为来访者提供恰当的治疗结构和指导，而且，在团体治疗初期就不负责地做出难以兑现的承诺²¹。

对治疗师而言，第二阶段是极其艰难的阶段。新手治疗必须牢记，无论如何，治疗师仍是维系团体存在的要素：尽管治疗师一直受到成员的抵触，但他们不可能炒你鱿鱼，而且，治疗师还将一直受到保护。然而，为了使自己心情舒畅，治疗师必须学会区分团体内对其本人的攻击与对其作为治疗师这样一个角色进行攻击两者之间的区别。成员对团体治疗师的反应，与个体治疗中产生的移情式歪曲十分相似，事实上与治疗师自身的行为并无直接联系。尽管如此，团体中产生此类现象的根源，仍必须通过个体心理动力学与团体动力学的观点来加以理解。

当治疗师因团体攻击而感到备受威胁时，他们会采用多种方式进行自我保护²²。我曾被邀请担任两个治疗团体的顾问，这两个团体都大约进行了25次治疗，并且

出现了相似的问题：两者都进入了停滞期，已经连续几周没有任何进展；成员好像已经对团体丧失了兴趣。我通过对目前治疗的观察和以往治疗的记录发现，两个团体都从未直接处理过成员对领导者的任何负面情绪。但是，两个团体成员情绪受压制的原因却截然不同。在第一个团体中，两位协同领导者（他们都是第一次带领团体）很清晰地暴露出他们的弱点，他们有明显的焦虑感，常常犹豫不决，对含有敌意的话题避而不谈，这一切都显示了他们的不足。另外，他们两人都渴望被所有的成员喜爱，因此一直表现得热心仁慈，这让来访者们觉得攻击他们是不合情理的。

在第二个团体中，治疗师先发制人地采用多种方式来预防攻击：他们保持冷漠超然的形象，或偶尔用命令的方式对团体进行一些看似高深莫测的干预。每次治疗结束时，他们都会用艰涩的语言来做总结，其内容无非是当日所讨论的主题及每个成员所做的努力。治疗师通过这种方法牢固地建立了自己的权威形象，并让成员们感到攻击权威是不恭敬的、充满危险的。

在这两个例子中，治疗师的反移情妨碍了团体的工作。治疗师将个人情感的需要置于团体需要之前，注定会导致团体治疗的失败²³。这两种领导风格往往压制团体的成长；压制团体成员对治疗师的矛盾情绪体验将导致“反成效性禁忌”（counterproductive taboo）。这种禁忌与团体发展所需要的人际真诚、情感充分表达等规范相违背，团体将因此而错失设置治疗规范的契机。所以，面对成员的攻击，治疗师应该勇于接纳，既不被伤害，也不采取任何报复措施，取而代之，他们应该尝试着去理解和解决攻击的根源及其导致的后果，并向成员表明，在团体内表达攻击不仅不受压制，而且，还能为大家所理解和接受。

对于以上两个团体及其他大多数团体来说，将成员对治疗师的愤怒情绪压抑，往往导致成员把这种攻击转移到其他成员身上。例如，某个团体成员不断地对医疗行业进行攻击：他们可以持续几周、不厌其烦地详细描述所有先前和医生、医院、个体治疗师有关的不愉快经历，并共同谴责整个医疗行业不公正、缺乏人性。在另一个团体，有位成员带来一份《今日心理学》（*Psychology Today*），借用上面刊登的某篇负面报道来证明心理治疗是无效的。此外，像警察、老师等其他权威人物也经常成为被攻击的对象。

某个成员成为众矢之的（替罪羊）是一种脱靶的示威运动。一个不能公开接受批评的领导者往往会导致替罪羊的产生。同伴攻击是表达愤怒、竞争或者提升个体在团体中地位的安全方式。除此动机之外，团体成员会无意识地将自我不可接受的一面投射到其他团体成员上，以此来试图降低团体拒绝自己的风险。最糟糕的是，这个成为替罪羊的成员会因为误导性的信念成为牺牲品，这个误导性的

信念是：如果团体中没有这个成员，团体就会十分理想²⁴。

此外，冲突的另一个根源来自于成员内在的改变过程。每个成员的态度与行为模式都是根深蒂固的，然而，这种模式在团体内部常常受到其他成员的挑战。个体因此而被迫放弃原有的固定模式，这一改变历程使他们体验到焦虑不安的情绪。在团体中，典型的改变历程依次包括松动、改变、再巩固三部分²⁵。在“松动”阶段自然会出现一些挑战和冲突，个体对自己人际关系的信念坚定不移，并以此应付日常生活需要。最初，许多来访者缺乏检视自己和接受反馈的能力。逐渐地，成员有能力去参与、感受情绪的变动，并且将之融入自己的体验中。一旦这种能力形成，团体成员改变以往适应不良的行为模式就水到渠成了²⁶。

第三阶段：凝聚力的发展

团体治疗的第三阶段普遍地被认为是一个形成团体凝聚力过程的阶段。经过以上两个阶段的冲突之后，此时，团体逐渐发展成为一个具有凝聚力的整体。描述该阶段的词汇较多，其涵义却大致类似，如内部团体意识²⁷、共同目标和团队精神²⁸、一致的团体行动、合作与互相支持²⁹、团体整合与互动³⁰、拥有“我们”意识的整体³¹、支持和沟通自由³²以及成员间亲密感和信任感的建立等。

在这个阶段，团体士气、成员相互信任感以及自我暴露都会不断增加³³。一些成员会表露他们前来治疗的真正原因：分享性生活的秘密，公开隐瞒多年的逾矩行为等。并且，在团体治疗结束后，成员们还会相约一起去喝咖啡，联络感情。此外，成员的出勤率也会有所提高，同时，他们还会对脱落的成员表现出积极的关注。

此时，团体最关注的是亲密感。如果我们认为第一阶段来访者关注的焦点是“进或出”，第二阶段关注焦点是“高或低”，那么，到了第三阶段，他们最关注的是“近或远”（near or far）——成员担心不被他人喜欢、与人不够亲密或者担心与他人过于亲密等³⁴。

尽管这个阶段可能有较为自由的自我暴露，但不可否认，团体内部仍可能存在一些沟通限制：在凝聚力的作用下，成员往往克制自己表达任何负性情感。可是，与前一阶段的团体冲突相比，此时整个团体完全沉浸在和谐、甜蜜、温暖的氛围中。从某种意义上说，成员们在联合起来对抗外面的世界。他们更加团结一致、相互支持，团体荣誉感越来越强烈，同时，对团体以外的敌对者也产生了更多的非难³⁵。然而，除非允许团体内部表达不同的意见和冲突，否则，这种成员间的亲密也只是形同虚设，最终将消失殆尽。在一个具有凝聚力的团体中，只有

团体成员所有的情感得到充分表达并富有成效地得到解决，团体才能发展成为一个成熟的工作团体——这种状态除了在每次治疗的初始阶段有一些反复之外，将一直保持到团体治疗的结束。由此可见，凝聚力的形成过程可以分为两个阶段：一个是具有强大的相互支持的早期阶段（团体对抗外在世界）；另一个则是更为成熟的团体工作阶段，或者可称为真正的团队工作阶段。后一阶段所出现的紧张状态，并非源于团体内支配权的争夺，而是每个成员努力克服自身阻抗的结果。

小结

既然我已对团体的早期发展阶段作了概述，那么，接下来我将对此作进一步澄清，以免初学者把预设的发展顺序理解得过于死板。所谓发展阶段，毕竟只是团体领导者为了自己语义或概念理解的便利才构建的假说。尽管研究有力地表明了采取不同的方式、人群和正式的改变理论，团体都会发展，但是否有一个精确的、不能被打乱的发展顺序，这方面的证据还不够明确。有时，发展是线性的；而有时，它又是反反复复循环的。很显然，我们无法清楚地划分各阶段的界限，而一个团体也不能真正地度过某一阶段³⁶。

研究团体发展的另一种方法是追踪团体特定变量（如凝聚力³⁷、情绪强度³⁸、亲密度³⁹等）的发展路线，而这些变量的发展轨迹均不是线性的。事实上，有许多问题是团体必须反复面对的，我们可以用换轮子这个形象的比喻来描述团体的发展过程：先将螺丝钉一个接一个地拧入相应位置，从而使轮子定位；接着重复以上过程，按顺序把每个螺丝钉拧紧，直到轮子完全稳固。团体的发展阶段也经历相似的流程，各种问题依次出现、逐步升至主导地位，当团体回头来更彻底地解决先前的问题时，这一问题又趋于隐退。由此可见，与其说是发展阶段或顺序，不如说是发展任务来得更为准确。例如，我们也许可以看到高参与和低冲突之后又是较高的参与⁴⁰。对这样一个反复回到同一问题，但每次又是从不同角度更为深层次地理解和解决问题的过程，Hamburg 曾称之为“循环治疗”（cyclotherapy）⁴¹。通常，一个治疗团体在处理支配权、信任感、亲密感、治疗费用及协同治疗师之间的关系等问题上，会花费大量的时间，可是，几个月以后，这些主题仍会被重新提上议程，只不过那时会从一个完全不同的角度对其展开讨论。

团队的领导者不仅要考虑那些促进团体发展的力量，而且也要考虑那些反团体的力量⁴²，即那些个人的或社会的对参与团体的反抗——对融合的畏惧、对失去个人独立性的畏惧、对失去自己独特魅力的畏惧和对探索后的失望的畏惧。

来访者对团体发展的影响

我所描述的团体发展顺序，仅仅是理论层面的精确描绘，并没有考虑到团体成员对团体发展的影响；这无异于闭门造车。团体的魅力源于其内部丰富的、不可预测的人际互动，这些互动不仅使治疗历程复杂化，同时也带来了更多的机会和挑战。

根据我个人的经验，我认为，团体的发展很大程度上受偶然因子——团体的独特组成的影响。团体的进程往往由一个成员来确定，通常，这是一个“最喧闹”的人际心理障碍来访者。我所称的“最喧闹”并非针对病理性障碍的严重程度而言，而是侧重于形容团体中率先表现出来的病理性障碍。例如，在乱伦幸存者团体的第一次治疗中，一个成员滔滔不绝地发表评论，她称自己感到很失望，因为团体中很多成员的治疗现状远远落后于她。这番自以为高人一等的言论自然招来其他成员强烈愤怒和反攻。几个月以来，这个团体便逐渐发展成为我所见过的最为愤怒、最为缺少关爱的团体。但我们不能因此断定，就是这个来访者使团体陷入愤怒的火海。确切地说，她只是充当了一根火柴，由她点燃了每个来访者心中早已郁积的愤怒。但是，如果她不在这个团体，那么愤怒的展现多半将会变得缓慢温和，而且可能在更为安全、信任、团结的情景下才出现。没有一个很好的开端的团体将面临比按本章所描述的发展顺序正常发展的团体要多很多的困难。

许多寻求团体治疗的人在与他人建立联系方面存在问题，这也是他们为什么寻求治疗的原因。他们中很多人会说“我不是团体的成员”⁴³。一个由若干这样的人组成的团体无疑将更难开展工作⁴⁴。

典型的发展趋势可能会被另一些特殊的来访者所改变。这些来访者常具有强烈的控制欲和表现欲，其行为常常表现出无所节制地自我暴露或滥用控制权等。然而，治疗师和其他团体成员对于这种表现，不但不加制止，而且还暗地里“煽风点火”。治疗师之所以“厚爱”这些来访者，是因为他们能在团体陷入困境时提供讨论的焦点、激发情感的表达、增强治疗的趣味性和刺激性。对于其他成员而言，在自己犹豫不决时，躲在这些主角背后隔岸观火，不失为上策。因此，他们在治疗初始阶段也乐于接受这些来访者。

一项针对九个门诊治疗团体脱落率的研究中发现，有五个团体的成员在前12次治疗中脱落⁴⁵。这些脱落者（早期煽动者）尽管其内在动力各不相同，但是，他们在团体中扮演的角色却十分相似——他们将风暴引入团体，掀起轩然大波，

然后一走了之。治疗师们用“催化剂”、“靶子”、“敌意的诠释者”或“唯一诚实的人”等词来形容他们在团体中扮演的角色。一些早期煽动者在团体初始阶段便表现出对治疗师的反依赖与挑战。例如,有个来访者在第三次治疗中就以多种方式对治疗师提出挑战:他建议成员拖延治疗时间;提倡定期举行无领导的团体治疗;他还戏谑地试图对治疗师的个人问题进行讨论。他的所有这些行为都是对领导者的挑衅。其他一些早期煽动者会直言不讳地发表对其他成员的评论,他们经常不计后果,常为自己的这种真诚坦率而感到洋洋得意。还有一些早期煽动者不仅自己做大量的自我暴露,而且还敦促其他成员也应该如此。这些来访者对亲密感往往怀有既渴求又害怕的矛盾情绪。尽管这些早期煽动者常会宣称,自己毫不在意他人的意见和评价,但事实上,他们对此十分介意,而且常为自己在团体中为自己塑造了这种无法存活的角色而深感懊悔⁴⁶。

在团体治疗的早期,治疗师就应该能辨认出这一现象,并且对早期煽动者的角色进行澄清、解释,以阻止来访者的早期脱落。治疗师常常会对早期煽动者的脱落感到不知所措。治疗师可能非常赞赏这些来访者的表现,以至于不能理解来访者的焦虑不安;或者,治疗师自己过分依赖这些来访者来维持团体的活力。

所以,把自己对每一个成员的感受记录在案,这对治疗师来说有很大的帮助。如果有些来访者从不缺席,那么,你可以想象一下,当他们没来时,你会有怎样的反应。这些成员会使你产生什么样的想法、感情和幻想⁴⁷。如果你特别担心某个成员缺席,认为没有他团体将失去活力,那么,这个来访者很可能肩负过重的负担,或获得过多的额外满足,而无法在治疗中完成他自己的治疗任务。但是鉴于团体赋予他们的责任,至少在最初阶段他们会被看做是一种替罪羊,尽管是被视为一种积极的角色^{*}。

我认为,团体发展之所以错综复杂,根源在于每个团体的共性和个性。所有的团体都拥有其共同特征:所有的治疗团体都会在其发展过程中有所改变;并且在处理团体的目标和界限时,最初都会感到吃力;所有的团体都需要反复的努力才能形成亲密关系;所有的团体都必须面临团体终止的最后阶段。但是,作为一个具体的团体又有与其他团体相区别的独特性。有时候团体会按计划表运作,但这是可遇而不可求的。

^{*} 在一篇关于替罪羊的经典文章中, Scheidlinger 回忆起替罪羊在圣经中的来源。一只羊是人们所有罪孽的承受者,因此它被驱逐出团体;另一只羊是人们所有积极特征的代表,人们把它做了祭品。不管是哪种类型的替罪羊,其都难免一死(S.Scheidlinger, "Presidential Address: On Scapegoating in Group Psychotherapy", International Journal of Group Psychotherapy, 1982)。

我曾经在 A.K.Rice 研究所为期两周的团体讲习班上参加过一次组间练习, 60 名参与者被要求以任意的方式自主地组成四个团体, 然后对团体间不断变化的关系进行观察研究。这 60 名参与者慌忙地从大房间蜂拥而出, 奔向标志不同团体的四个房间。这种在组间练习中必然产生的惊慌多半源于个体对遭遇被小组排斥的担忧⁴⁸。在我加入的那个小团体中, 大约 16 个成员进入小房间后, 小组中听到的第一句话就是: “把门关上, 不要再让其他人进来!” 他们做的第一件事就是指定一名正式的守门员, 用以确保不受外界的骚扰。一旦团体的边界被确定, 并建立起与外界相区别的标志后, 团体成员很快将注意力转移到权利分配的问题。在经过多方角逐之后, 团体很快就会推选出主席, 但这段彼此竞争的时间并不威胁到团体的稳固性。之后, 团体成员开始体验和讨论有关信任感和亲密感的问题。最后, 当面对团体终止的临近, 成员的悲伤情绪才渐渐浮现。

总之, 团体治疗师掌握一些团体发展顺序的概念对自己的工作还是很有帮助的——这不仅能够帮助他们保持客观性, 而且在团体发展偏离航向时, 也能把握其发展的方向; 此外, 他们还可以据此来检验团体在过去一段时间内是否出现停滞不前或跳跃发展等情况。例如, 过早对成员提出相互关怀与照顾的要求。事实上, 这种情感在治疗早期只能是表面形式, 因为在这个阶段, 成员们为了争取治疗师的关注往往将其他成员视为障碍或竞争对手。注重团体规范发展的治疗师更能够使团体保持协调。

但是, 团体发展的观点在临床应用中也有其不足之处。新手治疗师可能会过于恪守这些发展框架, 并把它们当成临床实践的模板来推崇。我就曾目睹一位新手治疗师竭尽全力地迫使团体按照预设的阶段来发展。这些公式化的治疗, 在目前按照治疗手册进行的标准化治疗中尤为普遍, 这使得治疗师与来访者之间的治疗联盟和对治疗的投入程度大大降低。而公式化治疗中所牺牲的真实性, 恰恰是治疗关系中的关键所在。丧失了治疗关系中的真实和真诚, 也就是丧失了心理治疗的灵魂。

当然, 早先的心理治疗手册强调固守模式而降低了治疗的真实性, 而现代疗法的手册在治疗上很少强调各阶段的细节, 为治疗师提供了更灵活、更自然的可能性⁴⁹。

无论对于某一团体还是对于某一成员, 心理治疗都应该是一个共同分享的探索之旅。同时, 在每一个“阶段”也都潜伏着危险——即治疗师自身对任何一种发展取向的治疗, 持有先入为主的刻板印象和程序规则。这也是医疗管控部门规定治疗程序这一举措之所以具有危害的真正原因。

在20世纪70年代中期,我开始主持第一个癌症来访者团体,Katy Weers是其中一名因乳腺癌恶化而备受关注的**女性**。她常抱怨伊丽莎白·库伯勒-罗丝(Elisabeth Kübler-Ross)所提出的死亡“阶段”给这一领域带来了危害,并希望写一本书来驳斥这一观点。的确,以阶段模式来生搬硬套这些濒死来访者的感受,将妨碍来访者获得极度渴望的“治疗性存在”(therapeutic presence)。Katy和我们都怀疑治疗师是想借着“阶段”的神话,来掩饰自己对死亡的焦虑情绪。

成员参与问题

成员参与(membership)问题是治疗团体早期发展顺序的重大影响因子。它包括成员的流动、迟到及缺席等,这些因子存在于团体发展进程中,常常威胁到团体的稳定性和完整性。过高的缺勤率将迫使团体放弃发展,而将注意力和精力转移到如何维持成员的参与上来。治疗师有责任阻止任意缺席现象发生,必要时,完全可以吸收新成员来取代中途脱落者。

成员流动

通常情况下,在长期互动式团体的前12次至20次治疗内,成员的脱落率最为可观(见表8.1)。如果团体有两名以上成员脱落,那么,通常会有新成员加入。但是,即使不断纳入新成员,团体前12次治疗中的脱落率依然较为恒定。只有跨越这一阶段以后,团体才趋于巩固,才开始着手处理团体稳定性以外的其他问题。通常,当来访者连续参加至少20次的团体治疗后,这往往意味着他已承诺做长期治疗。从对五个门诊来访者团体出勤率的研究发现,前12次治疗中成员流动率较高;从第12次到20次治疗,团体出勤率趋于稳定;从第20次到45次治疗(研究结束),出勤率几乎接近百分之百,而且成员都非常准时,无一人脱落⁵⁰。多数研究得出了相同的结果⁵¹。通过延长前一个阶段的治疗时间来防止随后可能出现的脱落率,这是毫无用处的⁵²。有一项研究发现:后期阶段的团员摩擦要厉害些,作者把其归因于团体后期越来越亲密的感觉使一些团员感到不舒服造成后期脱落。有的团体脱落成风,一个团员脱落可能会影响到其他人的脱落。就像我在第八章中说的那样,前期或同时进行个体治疗可降低提前脱落的风险⁵³。

一般说来,短期团体的脱落率较低⁵⁴。在封闭的、时间受限的团体中,团体开始时,人员数要足够大,这样的团体可以承受很多摩擦,并且使团体成员在整个过程中充满活力。但是,团体规模太大也会导致有些成员觉得被孤立,并因无

法融入团体而退出治疗。在这种情况下,团体中有9~10个成员是最理想的。

出勤和准时

尽管治疗师一开始就鼓励大家准时出席团体治疗,但事实上,在团体的初始阶段,成员往往很难做到这一点。治疗师有时会接到种种突如其来的借口——照顾孩子、休假、交通不便、工作上应急或远方来客等,如果团体中有八位忙碌的成员,治疗师可能会考虑重新修订计划表。可是,千万别这么做!团体成员迟到或偶尔缺席通常意味着治疗中存在阻抗,你可借鉴个体治疗中的经验对阻抗加以识别和修通。当有几个成员经常迟到或缺席时,治疗师应及时探求团体阻抗的根源,可能因为团体缺乏凝聚力,也可能团体正面临解体。如果一个团体团结一致、齐心协力,那么——说来也奇怪——他们照看孩子和日程安排等问题也随之消失了,并且始终都可能保持良好准时的出勤率。

有时候,阻抗是个人行为,而并非团体行为。有些来访者几乎每次治疗都迟到,他们称这是因为碰到了一些“绝对不可避免”的偶然事件,如定期的商务会议、调课、孩子需要照顾等。然而,一旦这些来访者识别并修通了自身阻抗,那么在此后连续几个月,他们都会表现得极为准时。来访者这种急转直下的改变常常令我惊奇不已。例如,一个来访者经常迟到,这是由于他对自己的性无能或同性恋幻想感到羞耻,因而难以投入团体。可是,一旦当他表露出那些内心的焦虑并消除羞愧感后,就会发现以往令他迟到的重要公事(包括细读午后的信函)通通销声匿迹了。

无论阻抗背后的原因是什么,治疗师都必须在理解和修通阻抗之前,及时矫正这种迟到缺席行为。因为成员不规则的出席对团体有害无益,如果这种情形不断蔓延,那么,团体士气将一蹶不振,缺席现象将愈演愈烈。显然,在治疗时,我们无法和缺席的来访者讨论这个问题。但同时,与准时出席的来访者声讨此类行为也属隔靴搔痒、徒劳无功。对那些真正想参加但偶尔迟到的个人,团队一般会宽容,而对那些缺乏真正诚意的团员,团队也不会容忍。

治疗师们会想方设法努力地改善出勤率。在治疗前的会谈中,很多治疗师都会着重强调规律出席的重要性,并建议那些时间上难以安排、交通不便、每月都要固定外出或团体治疗开始几周后就计划长途度假的来访者进行个体治疗。缺席的治疗费用依然是全额收取的。大多数私人营业治疗团体的普遍惯例是,不管什么理由缺席,治疗费用照收不误。

施虐的男性团体的阻抗是最大的。有证据表明,如果团体成员能持续治疗不脱落,那么,干预对这类人是有效果的。然而,3个月内40%~60%的脱落率

并不少见。通常，临床上通过团体治疗前的密集培训来培养他们的治疗动机，通过心理教育影片来增加他们对受害者的同情，并认识到自己存在的生理和心理方面的暴力倾向⁵⁵。在这样的情况下，有时甚至是简单的干预也被证明是 very 有效的。对 189 名男性团体成员的研究表明，团体负责人积极的电话联系、适时表达关心和建立咨访个人联系，都产生了明显的效果。这些简单的、实际的干预措施在对这一人群的人际互动团体治疗和认知行为团体治疗中发挥了很大作用，这使他们的出席率和治疗期得到保障，并大大降低了家庭内暴力的发生率⁵⁶。

治疗师必须相信，团体治疗效果与正常的出席率十分相关。那些对此深信不疑并身体力行的治疗师也会将此观念传达给团体成员。因此，治疗师应准时到达，为团体成员做好表率，如果治疗师不得已要取消某次会谈，他必须提前通知全体成员。不难发现，治疗师缺席或擅自取消某次团体治疗，很可能导致团体成员们低出勤率。

◆在某个老年男子治疗团体中，我发现这个 8 人团体有一半的人缺席。疾病、家庭探访及有冲突的约会导致了缺席。当我正在弄清楚哪些人缺席时，有人提议说既然有这么成员退出，我们不如取消这个团体。他说完后，我的第一反应是感到很大的放松，这意味着这一天的自由。随后我想到，取消这次聚会对于那些想继续治疗的人将是一个可怕的消息。事实上，这会再次让他们产生不重要、被隔离的感觉，这正是这些人在他们各自生活中感受的。因此，我建议，此时这个治疗团体甚至可能比以往任何时候都更加重要。成员们积极拥护并根据我的建议去除不必要的椅子，让圆圈更小，大家坐得更加紧凑，使我们更好地相互倾听。

如果一个成员出勤率很低，不管是什么原因，他都不太可能从团体中受益。在对 90 个团体参与者的研究中，Stone 和他的同事发现，团体早期低出勤率与随后半年到一年内的脱落率存在线性相关⁵⁷。因此，对于那些断续出勤的成员，领导者需要进行果断的干预。

◆在一个刚起步的团体中，Dan 经常迟到或缺席。每当协同治疗师和他讨论这个问题时，他总是振振有词：生活和事业危机不断，各种意外事件层出不穷，所以他才无法如期准时出席每一次治疗。这使得整个团体显得极不稳定；无论治疗师怎样努力，其他成员也都时常迟到或缺席，团体的脱落率也变得相当惊人。于是，到第 12 次治疗时，治疗师决定采取必要的应对措施：请求 Dan 离开团体。为此，治疗师作了充分的

解释。他们认为，以 Dan 目前的状况，团体治疗对他没有任何意义和价值可言。同时，他们表示，自己愿意帮助 Dan 接受个体治疗，这样，可以根据 Dan 的需要灵活地安排治疗时间。尽管，治疗师的目的并不在于惩罚 Dan，而且所做的解释也相当详尽，但 Dan 还是大为光火，并在团体治疗进行到一半时愤然离去。其他成员似乎也深感威胁，他们站在 Dan 的立场质疑治疗师是否拥有驱除成员的权力。

尽管团体成员最初会有一些抵触，但稍后他们便意识到治疗师的干预是正确的。其中一位协同治疗师为 Dan 做了两次个体治疗，然后把他转介绍给了一位资深治疗师继续个体治疗。事后，Dan 才真正理解治疗师的用意，并非出自对他的惩罚，而是以他的最大利益为准则——像他这样经常迟到缺席，团体治疗不可能对他有任何效果，并且还会影响到整个团体的稳定性。在 Dan 离开后的几个月，团体出勤率大幅提高，几乎保持全勤。一些成员不再担忧会像 Dan 一样遭受驱除，并逐渐表露出对治疗师的理解、支持，并对 Dan 及其他表现散漫的成员流露出极大的不满。

有些治疗师试图利用团体压力来改善出勤率。比如，他们一定要等成员达到一定人数（通常是 3 ~ 4 人）后，才开始治疗。即使这些规则不用书面形式呈现，来自成员的压力也仍对这些散漫者极为奏效。任意缺席导致团体治疗反复拖延或取消，使成员备感受挫和恼怒。治疗师应该鼓励成员对那些迟到或缺席者表达他们的感受。但要注意，成员不一定像治疗师那样担忧出勤率。尤其是在一个年轻或不成熟的团体中，大家更喜欢小规模的小团体，认为这样可以使他們有更多的机会获得治疗师的关注。与之类似，治疗师要警惕，不要将治疗过程中的压力施加于缺席人员以此来惩罚成员。

如同团体中的任何事件，缺席或迟到现象同样可以反映出成员和他人交往的特征性模式。例如，Mary 会为她的迟到而道歉吗？Joe 走进团体时是不是有些心不在焉，又爱出风头？Sally 迟到是因为她觉得自己只是虚设、不能为团体做贡献吗？Ralph 选择来的原因是他认为没有他的话团体就会死气沉沉吗？Peg 会要求他人复述治疗的内容吗？根据她跟团体的关系，成员们会为她做简要说明吗？Stan 如果缺席，会事先来电话通知团体吗？他是否觉得别人不信任他，所以才会举出一大堆复杂而具体的理由来为自己开脱？一定程度上，缺席或迟到现象的根源在于来访者本身的心理障碍或精神疾病。例如，一名对权威深感恐惧、无法在人际情境下自我暴露的来访者出现频繁迟到，原因多半是他不能鼓起勇气中断与商务伙伴的会谈或会议。一名强迫症来访者出现迟到，则是因为他在离开办公室以前会迫使自己一遍又一遍地整理桌面。

因此,缺席和迟到是来访者社会交往的部分缩影,如果对这些行为做出恰当处理,将有助于来访者更深入地了解自我。但是,为了团体及个人的利益,这些行为必须在分析前得到矫正。缺席者通常很少有机会听到治疗师对自己行为的诠释。事实上,对于重回团体的来访者,治疗师必须谨慎地寻找契机对其做出解释。通常,重新回到团体的来访者会带着防御性的愧疚,并非处于接受他人解释的最佳状态,就好像他们小时候晚回家或晚到校时的情绪体验被重新唤起,他们预料自己将受到惩罚。因而,治疗师在此刻往往应最先关注团体的巩固以及规范的设置,然后,等到时机成熟且来访者的防御松懈时,再试图帮助来访者探讨他们行为背后的意义。反馈时间的掌握对于那些心理脆弱和人际关系欠成熟的成员尤为重要⁵⁸。

如果团体成员预计自己将会缺席或迟到,则应该如团体治疗前准备中建议的一样,提前打电话通知治疗师,免得大家因为好奇或担心他发生了什么事而浪费时间。对于那些比较成熟的团体而言,来访者对其他成员缺席原因的猜测,是治疗过程中很有价值的素材。但是,对于处在初始阶段的团体而言,所做的推测都往往是毫无意义。

在互动式团体治疗中有一句重要的格言,也是我在本书中反复提及的,就是“团体中发生的任何事件都在为了解人际互动提供原材料”。即使是成员的缺席,也可以给大家提供先前从未暴露过的重要素材。

◆一个由四女三男组成的团体,在第8次团体治疗时,其中两名男士缺席,唯一出席的男成员叫 Albert。Albert 在先前的治疗中一直比较退缩、顺从,但这次却发生了戏剧性的转变:他变得非常活跃,主动谈论自己,向女成员发问,讲话大声而且态度也变得强硬,有几次甚至向治疗师发起了挑战。他试图用非言语行为,如频繁地调整领结、顺手理一理两鬓的头发等,吸引女性成员的注意。随后,团体就把关注的焦点放在了 Albert 的改变上。Albert 本人也意识到了这一点,并表达了他对两名缺席的男性成员的恐惧和妒忌,因为在他眼里那两名男性成员比自己更果断和更强悍。长期以来,Albert 一直饱受社交障碍和性无能的痛苦煎熬,而且,在目前的团体中,他感觉自己无法对任何团体成员,尤其是女性成员产生重大影响。这种妄自菲薄的想法进一步强化了他先前的无能感。如果不是团体中另两名男士的意外缺席,Albert 可能连续数月都无法领悟自己的问题,更不可能在随后的几周中,颇有成效地解决这些问题。

尽管,我在临床上主张积极鼓励成员出席,但是,我也从不因参与团体的人数太少而取消当次治疗。让来访者体会到团体总是稳定一致的,这一点很有治疗

价值。因为团体的恒常性(constancy)不可避免地会影响到成员出席的恒常性。我曾带领过很多小团体,最少的仅有两个成员,但也可以从中发现团体恒常性对成员出席的重大影响。在那些人数较少(尤其是少于3人)的团体中,容易出现的技术问题是成员间缺乏互动。此时,治疗师可能会把焦点转移到成员的内在心理活动过程,而这正是个体治疗中特别关注的焦点。事实上,即使最小的团体,将重点放在团体和人际历程上,不仅可加强治疗前后的一致性,而且在技术操作上也毫不费劲。下面是一个历经10个月团体治疗的案例,请仔细阅读并思考:

◆由于度假、生病、阻抗等各种原因,目前这个团体只剩下两名成员。一名是38岁的Wanda,边缘型人格障碍合并抑郁症的来访者,曾有两次住院记录;另一名是23岁的Martin,精神分裂症来访者,性心理不成熟,并且患有中度的溃疡性结肠炎。在治疗初始阶段,Wanda花了很多时间诉说她绝望无助的情绪体验。在过去的一周中,这种情绪愈加严重,以至于使她产生了自杀的意念。但是,由于团体治疗师最近不在伦敦,她只好前往医院急诊室求助。在那里,她偷看了自己的病历,发现团体治疗师一年前就给她下了“边缘型人格障碍”的诊断。Wanda称这个诊断和她原先的预想相符合,现在,她只希望治疗师能够收她入院。

然后,Martin回忆起自己在几周前所做的一个梦,但这个梦从未被讨论过。梦中情景是这样的:治疗师坐在一张大桌子边和Martin面谈,Martin站起来看治疗师正在写些什么,结果发现,整张纸上只有两个巨大的字——无能。等Wanda和Martin叙述完后,治疗师帮助他们就自己对治疗师的敬畏、无助性依赖、忿恨等情绪作了剖析,并指出他们往往推卸责任,把对自己的一些负性情感投射到治疗师身上。

接着,Wanda继续强调她的无助感,她称自己没有能力为自己做饭,而且欠账未还,以至于现在看到警察就十分害怕。治疗师和Martin都指出,Wanda太固执片面了,她显然不愿去谈论自己的积极成就,如她一直是一位优秀的教师。治疗师怀疑Wanda之所以表达无助感,可能是想激起大家对她的关注和爱护,而她认为这种关爱的反应是无法通过别的途径获得的。

随后,Martin提及他昨天去了医学院图书馆,想查阅一些治疗师的专业论文。治疗师问他真正想从中发现些什么?Martin的回答是他猜自己想了解治疗师究竟对他有什么看法、是怎样形容他的。接着,Martin第一次承认自己渴望得到治疗师唯一的关注和爱。

此后,治疗师表达了自己对Wanda偷看病历记录之事感到遗憾。毕竟,任何来访者看到自己被治疗师诊断为“边缘型人格障碍”都会感到焦虑不安,因而,治疗师自

己也坦率地承认，对医院病历记录不得不使用诊断标签深感无奈，并且认为精神科的一些专业术语确实令人困惑不解。之后，治疗师努力回想当时之所以使用这个特殊标签的原因，并详细地解释了它的真正含义。

之后，Wanda 谈到了那些缺席的成员，她怀疑是不是由于她的原因那些成员才退出团体。她反复倾诉自己的无价值感，并在治疗师的建议下，将自己的负面特质一一罗列，如散漫、自私、贪婪、嫉妒以及对周围所有人的敌意等。Martin 对 Wanda 表示赞同，并称自己也有和她相同的感受。他还觉得，在团体中表露自己是一件很困难的事（在前几次治疗中，Martin 几乎没有谈论过自己）。然后，Martin 又谈到非常害怕自己在醉酒或其他情况下会失去自我控制——比如，他可能会在性方面变得很放纵。他第一次谈起了自己对性、性无能、无法勃起、对最后一刻放弃性交等情况的恐惧。Wanda 对 Martin 深表同情：尽管她有时会觉得性非常龌龊肮脏，但她还是表达了自己想通过献身的的方式来帮助 Martin 的强烈愿望（只是愿望而已，并没打算真的要这样去做）。随后，Martin 描述了 Wanda 对他的强大性吸引力，同时二人也谈到了团体中其他成员对他们的吸引力。在此，治疗师观察到 Wanda 对 Martin 产生了兴趣以及愿意为他献身的打算，驳斥了她在清单上为自己罗列的那些负面特质：自私、贪婪、对他人的普遍敌意等。这一现象后来对 Wanda 来说具有重大的治疗价值和意义。

尽管只有两个来访者出席本次治疗，但他们还是形成了一个团体，并不是作为两个单独的来访者。在团体中，那些缺席者被用来讨论，而且先前没有表露的两人之间的以及对治疗师的人际情感也得到了充分表达和剖析。总之，这次治疗对两个参与者意义深远。探讨有关团体成员缺席并不等于背后议论人。缺席的成员无法知道在场成员讨论了什么，当然当他们回来时还是应该讨论的，这是非常必要的。将团体活动摘要邮寄给缺席成员（见第十四章）是达到这个目的的一个不错的方法。

脱落

对于新手治疗（资深治疗师也是如此），再也没有比团体成员脱落更具威胁性的问题了。我第一次带领团体时，就很担心这个问题。我的首次团体治疗研究，是对大型精神科医院中所有脱落的团体治疗来访者的研究⁵⁹。这是一个不容忽视的问题。正如我先前讨论过的，团体治疗的人口统计学调查表明，不管治疗师怎样努力，总有相当数目的来访者会过早地离开团体。事实上，有些临床工作者认为，成员脱落不仅无法避免，而且还是发展团体凝聚力的必经之路⁶⁰。

在团体进程中，我们很有必要设置一个“安全出口”，因为这样做反而可以促使一些来访者对团体做出初步尝试性的承诺。团体必须建立一些减压机制，

以应付种种危机——例如，难以避免的成员筛选错误、发生在新成员身上的意外生活事件、在团体发展中出乎意料的不和谐现象等。一些为期一周的强化式人际关系实验室或交友团体，常将治疗设在一个偏僻而又缺乏“安全出口”的地点；因此，我好几次观察到，来访者由于被迫继续留在不和谐的团体中而产生了精神病性反应。

个体过早终止团体治疗有很多的原因（见第八章）。从三个因子的交互作用来全面思考这种脱落现象会卓有成效，这三个因子分别是：来访者、团体以及治疗师⁶¹。通常，来访者因素来自于异常行为、小团体的形成、亲密感和自我暴露之间的冲突、早期煽动者的影响、外在压力、同时接受个体治疗和团体治疗导致的并发症、无法共享领导者的关注、缺乏治疗前的充分准备以及不良情绪的传染等引起的问题。而所有这些原因的深层因子，则是团体早期存在过多的压力。那些人际关系适应不良的来访者往往不习惯团体所要求的坦率与亲密的人际互动；他们对治疗程序深感困惑；他们怀疑团体活动和自己的问题之间是否存在必然的联系。最终，他们会感到自己无法从早期团体治疗中获得足够的支持来维持对治疗的希望。

团体因素包括亚团体的形成、不合适的成员匹配、替罪羊、成员间关系紧张或者未解决的冲突。治疗师同样在起作用，他们选择成员时可能太仓促，这些成员可能没有准备充分、没有参与构建团体凝聚力或有阻抗性反应。

成员脱落的预防 在前面我曾提到过，降低脱落率最重要的两个方法是合适的成员筛选以及充分的治疗前准备。在治疗前的准备过程中，最重要的是让来访者预先意识到在团体过程中必然会遭遇一段挫折期。这番预见可以提高来访者的信心，因为成员们相信治疗师经验丰富、有先见之明。事实上，预见越有针对性，它的威力就越大。例如，当一个有社会性焦虑或恐惧的来访者参加团体时，他数次想逃离，或在会谈时感到无能为力，但治疗师的预言可以让他安心参与团体。治疗师会强调团体是社会实验室，尽管团体成员有可能出现失败和回避，但依然是他们学习接纳团体的机会。在团体活动时，团体成员与其他新成员在低风险情境中进行团体内体验是有益的尝试。当团体中有一些经验丰富的老成员时，他们也可以承担一些预测的任务，如下例所示：

◆团体中一些成员因结业而离开，治疗师又招募了5名新成员，于是，他们和剩余的3名老成员重新构建了一个团体。在前两次治疗中，老成员们简要地叙述了一些治疗信息，并告诉他们在第六或第七次治疗时，会有一些人决定放弃治疗，因而，团

体不得不抛开其他问题，花一两次的治疗时间来挽留那些来访者。此外，老成员还预测了哪位新成员将会最早萌生退意。这种形式的预言，恰是安抚成员、预防他们脱落的最有效方法。

尽管治疗师煞费苦心，但总还是会有许多来访者考虑中途退出。当一名来访者告诉治疗师他想要离开团体时，传统的处理方法是力劝这名来访者继续参加下次治疗，并与其他成员一起对此进行讨论。这一惯例的假设是：团体将帮助来访者修通阻抗，进而阻止他中途退出。然而，这种方法却很少奏效。我曾在一个研究中发现，从九个治疗团体（初始成员数为97）中脱落的35名成员，每一名都曾被鼓励重新回到团体，可是，再继续参加下一次治疗并不能避免他们过早脱落⁶²（而且，没有哪个扬言退出者会因此而改变初衷，简言之，要求那些决定脱离群体的人在最后一次聚会时回心转意，通常是浪费群体的时间。

通常，治疗师会被建议，和潜在的脱落者进行几次个别会谈，以挖掘来访者所遭受的团体压力。有时，一个准确而深刻的阐释会让来访者继续治疗。

◆在第八次治疗中，一个与团体显得格格不入的精神分裂症患者 Joseph 宣称，他感到自己在团体中没有立足之处，因此决定终止治疗。在一次个别会谈中，Joseph 向治疗师倾诉了自己在团体中无法表露的一些体验：他对团体中的一两个成员产生了好感。尽管如此，他还是坚持认为治疗没有效果，并希望接受一种更为快速、更切合他个人实际情况的治疗。对此，治疗师做出了正确的解释：来访者对团体治疗方式的理智化批评，是一种合理化的防御机制；实际上，他是在逃避在团体中体验到的亲密感。治疗师再一次解释了社会缩影现象，并进一步澄清来访者和其他成员的交往模式正是他一贯的人际交往模式在团体中的重现。毫无疑问，除非来访者不再回避亲密感，并冷静下来，让自己有机会探索这些人际问题，否则他将重蹈覆辙。最终，这个来访者重新回到了团体，并在治疗中受益匪浅。

一般来说，治疗师可以通过积极解决早期问题来降低来访者过早的脱落。关于自我暴露，我将在后文中详细阐述，但现在，请记住：那些特别积极的成员以及特别安静的成员都有脱落的危险。自我暴露应适时适当，有必要避免在团体磨合稳定之前就深刻流露个人细节。另外一方面，那些在会谈中总保持沉默的成员会越来越泄气并恐惧自我暴露。

负面情绪、猜疑、对群体或者联合治疗的曲解必须被讨论，不宜掩掩藏藏。此外，

正性反应应该得到鼓励，并且在可能的情况下应被治疗师树为典范⁶³。

缺乏经验的治疗师特别容易被那些扬言要退出团体的来访者所威胁。显然，他们害怕来访者会接二连三地离开，最终，只剩下自己一人形影相吊（或许还有一位协同治疗师）。此时，该怎样向督导交代呢？如果治疗师真的持有上面的想法，那么，他也就无法继续治疗来访者了。因为，当治疗师觉得受到胁迫时，医患双方的力量就逐渐失去了平衡。为了使来访者重回团体，他们会不惜采取哄骗、诱惑以及其他任何手段阻止这种事情发生。一旦这些情况发生，治疗的力量也就荡然无存。

在临床工作中，我也和成员脱落问题奋战了多年，如今，终于在解决这个问题上有所收获。通过改变个人态度，我不再受到成员脱落问题的困扰——我学会了把成员“请出去”（throwouts）。当然，我并不是说我经常把来访者请出团体。事实上，只有当来访者不积极地参与团体时，我才会认真考虑将他“请出去”。我坚信团体治疗是一种高效率的心理治疗模式（这个信念来自于我的实践和实证研究），但如果来访者不能从中获益，那么，我会选择让他离开团体，并为他介绍一种更合适他的治疗模式。同时，我会吸收一些能够从中受益的来访者进入团体。

这种降低脱落率的方法反映了治疗师对治疗尽心尽职的工作态度。一旦你完成了这个特殊的心理设置，就能和所有的来访者以直接或间接的方式对此进行交流。在这种治疗模式中，你会不断向来访者表达你的自信，并期望成员能够充分利用团体治疗的机会。

把成员请出去 把某个成员请出治疗团体，对该名成员和整个团体来说都具有重大意义。因此，治疗师把成员请出去时必须深思熟虑。一旦治疗师确定某个来访者无法有效地参加团体治疗时，接下来，他就应该找出并排除所有这些妨碍这个来访者积极参与团体的因子。治疗师如果竭尽全力，但仍然无法改变现状，那么，治疗师必须预测因此而产生的诸多后果：（1）来访者最终将一无所获（或者没有进一步的收获）地脱落；（2）继续参与团体将会对来访者产生伤害（因为消极的互动或病态角色带来不利的后果，详见第八章）；（3）来访者严重妨碍其他成员在团体中的治疗。因此，治疗师对这种情况采取放任自流的态度是很愚蠢的：把成员请出团体的时机已经来临了。

那应该如何把成员请出去呢？是否存在其他更机敏、更微妙的解决之道？通常，这个问题在个体治疗中更容易处理些。某些成员这种状态往往会引发其他成员的焦虑，并使团体无法展开任何建设性的讨论。而且，根据我的经验，邀请这些来访者回来参加最后一次治疗也是毫无意义的：如果他们能以开放、不设防的

态度参与团体，他们根本就不会被请出去。在我的印象中，所谓最后一次治疗，无一例外都是令人沮丧挫败的尝试。

无论什么时候，你把一位来访者请出团体，你都可以预测到其他成员必然对此做出强烈的反应。他们常由此联想到自己既往被团体驱逐、遗弃的情景，并重新体验到了那些被压抑多年的焦虑。因此，即使成员们一致认为你把来访者请出去是正确的，也很少会对此表示支持。例如，当你把一个因躁狂发作而妨碍整个团体治疗的来访者请出去时，成员们还是会因为你的决定而深感威胁。

对于你把来访者请出去的举动，其他成员通常会做出以下两种解释。一种是拒绝或遗弃：治疗师不喜欢那个来访者，并且怨恨他，对他感到愤怒，所以要让他离开团体，离开治疗师的视线。谁将是下一个呢？另一种解释（我们所期待的正确的解释）是，治疗师的行为是负责任的、符合心理卫生专业标准的，而且这种做法可以保证来访者和其他成员的最大利益。当治疗师觉得目前的治疗形式不适合某个来访者时，让他离开反而是一个负责任的决定，毕竟，每个来访者所需的治疗方式决不会是雷同的。此外，治疗师也应该以职业道德为准则，保证来访者可以接受到另一种对他更有帮助的治疗方式。

通常，团体成员持有第一种解释，并认定这样的行为就意味着拒绝。所以，治疗师的目标是让他们接受第二种解释。治疗师可以向他们说明之所以这么做的原因，并和他们一起分享治疗师为来访者所做的未来治疗计划。比如，治疗师将会为来访者进行个体治疗，或者为他做适当的转介。偶尔，团体也会以欣慰和理解的心情来接受驱逐成员的决定。例如：遭受性虐待的女人第一次描述驱逐某个施虐成性的男性成员时，那个“应负责的人”不是无动于衷并且对她的遭遇置若罔闻的。

离开团体的成员：治疗上的考虑 当一个来访者被请出团体或选择主动离开时，治疗师应该从中获取尽可能多的信息，为将来的治疗积累经验。这些来访者通常会感到非常沮丧，他们会把这次团体治疗看做是一次失败的经历。即使来访者对此予以否认，治疗师仍不应忽视这种挫败感的存在，你应该和来访者私下对此进行讨论，促使他从另一角度来看待这次经历。例如，治疗师可以引用“准备就绪”（readiness）或“团体适合度”（group fit）等概念。许多来访者只有经过一段时间的个体治疗后，才能从团体治疗中获益，而有些来访者则可能始终无法从团体治疗中获益。到目前为止，我们还不能解释其中原因。但是，来访者完全有可能在另一个团体中获得非常理想的治疗效果，这种情况值得进一步探究。总之，治疗师无论如何都要让来访者明白，造成一个治疗模式不能取得成功的原因有很

多，而并非一定意味着是他们自身的不足和失败。

利用最后一次会谈，详细回顾来访者团体经历中的点滴，对治疗师来说可能有所裨益。有时，治疗师对与即将终止治疗的来访者进行对峙的用处或适当性并不是很有把握。例如，你应不应该告诉来访者，他之所以从团体中脱落，并不是由于他所认为的听力障碍，事实上，而是由于他的异常行为遭到了团体的公开拒绝？作为总的原则，最有效的方式是从来访者整个治疗生涯的角度来审视来访者。如果来访者今后很有可能还要继续加入团体，那么，从长远来看，治疗师和他进行建设性的对峙有助于其将来的治疗。相反，如果来访者今后不太可能再寻求动力学取向的治疗，那么，治疗师与来访者的最后一次对峙也就不是很有必要了。我们可以先探测一下他的否认程度有多深。如果程度很深，就让他顺其自然：因为对于防御机制——即使是自我欺骗的防御机制——来说，如果治疗师不能提供一种满意的替代物，那么来访者往往是很难将它解除的。我们要避免为增加洞察力而造成对来访者的伤害⁶⁴。

新成员的加入

当团体规模缩小到一定程度（通常在5名成员或以下），治疗师应该着手引进新成员。这种情形在团体发展的任何阶段都有可能发生，但对长期治疗的团体来说，新成员加入往往出现在以下两个关键期：前12次治疗期间（替换那些早期脱落者）和大约第12到18个月以后（补充人员，替换因进步而结业的成员）。在封闭的有时限的团体里，在3~4周的短期内可加入新成员，以保证他们有足够的时间持续治疗。

时机 新成员的加入能否取得成功，在一定程度上取决于治疗师能否选择一个适当的时机。因为，对团体的发展而言，有些时机是有利的，有些则不然。通常，当团体处于危机状态、忙于处理内部冲突或突然进入到下一个发展阶段时，都不适合有新成员加入。

例如，团体正第一次处理一名独断专行的成员的敌意；或者在刚刚建立凝聚力和信任感的团体中，一个成员正首次表露自己的特大秘密。在这种情况下，团体或者会排斥新成员，或者会回避团体目前迫切需要解决的问题而将注意力转移到新成员身上。如果团体发展顺利，即使团体规模缩小到只剩4~5名成员，有些治疗师还是会推迟引进新成员。但我不赞成这种做法，我认为应该及时地物色新成员。因为一个小团体，即使凝聚力再高，一旦出现成员缺席或中途脱落，就会使团体规模更为缩小而缺乏必要的人际互动，从而影响团体治疗的有效运作。

通常，加入新成员的最好时机，就是团体停滞不前的时候。很多团体，尤其是老团体，都需要新的刺激，因此，应积极鼓励治疗师引进新成员。

对转移性乳腺癌女性患者团体来说⁶⁵，她们能很清楚地知道新成员加入的时机。如果该团体中有生命垂危或新近去世的成员，那么该团体的成员会希望此时不要有新成员加入，因为她们需要把精力和时间用在表达他们的悲痛和失去上。

团体的反应 英国团体治疗师曾引用卡通片里所描写的一个场景来形容团体对新成员的反应：一个愁眉苦脸的母亲带着小孩试图挤进一节拥挤得水泄不通的车厢中，这时，孩子抬头看着母亲说：“别担心，妈妈！下一站该轮到我們讨厌别人上车了。”⁶⁶ 这与新成员加入团体时的遭遇极为相似。即使在成员强烈恳求治疗师引进新成员的团体中，老成员依然会对新成员存在明显的敌意，并且有可能会达到强烈的反感程度⁶⁷。

我多次观察发现，每当有新成员加入团体时，老成员们就会迟到；这些老成员会滞留在候诊室里高谈阔论一阵，全然不顾治疗师和新成员在治疗室的等候。如果对引进新成员的那次团体治疗的内容进行分析，不难发现，其中很多话题并不是友善的。例如，团体会用比先前治疗多得多的时间来怀念“过去的美好时光”。他们热切地怀念离开已久的老成员，对团体以往发生的趣闻逸事津津乐道。这像是在不经意地提醒新成员，不要忘了自己的新人身份。团体原先的争议会死灰复燃，使整个团体的气氛再度陷入低潮。

同样，老成员还会对新成员评头论足，并认为他们和某些已经离开的成员有很多相似之处。老成员也会盘问新成员。在一次治疗中，我观察到，老成员对两名新成员做了类似的评论。他们认为其中一名新成员和另一名来访者非常相似，新成员后来才得知这名来访者在一年前已自杀身亡；而另一名新成员则被拿来与一名在治疗中一直精神沮丧、毫无进步以至于治疗3个月便脱落的来访者相比。团体的老成员并没有意识到这种迎接方式很令人难堪，相反，他们自认为这是在对新成员表示欢迎。

在有新成员参加的初次治疗中，老成员可能会选择一些具有威胁性或令人沮丧的话题，以此表达自己的矛盾情绪。例如，在某个团体的第17次治疗中，有两名新成员加入，团体第一次将治疗师的胜任力作为讨论主题。他们指出，治疗师在医院只是住院医生，怀疑这可能是他们第一次带领团体。这个问题显然非常重要，因此必须加以讨论；然而，谈论这个问题却让新成员感到忐忑不安。有趣的是，几名成员很早就了解治疗师的情况了，却直到这次团体治疗才突如其来地挑起这一话题。

当然，团体也可能会对新成员表现出热烈的欢迎和支持。他们会耐心地帮助新成员克服初始阶段的恐惧和防御，并齐心协力、想方设法地增加团体对新成员的吸引力。通常，来访者会主动地现身说法，向新成员展示自己在团体中的种种收获。例如，当一个新成员向某个女成员询问她的进展状况时，另外两个成员由于担心她会出言不逊、贬低团体（因为她一直对团体有抵触情绪），于是就抢先作答，主动描述各自的进步状况。但相比较而言，团体似乎更喜欢通过威胁以及设置苛刻的团体规矩来使新成员感到气馁——尽管这种做法可能是无意识的。然而，可以肯定的是，老成员们绝不愿贬低自己的治疗团体。

团体之所以会对新成员产生矛盾反应，原因有很多。其中，一些非常珍视团体稳定性与凝聚力的成员可能认为任何现状的改变都预示着对自身的威胁；另一些成员则可能会把新成员视为潜在的竞争对手，担心他们会剥夺治疗师和其他成员对自己的关注，使自己无法继续扮演“被宠爱的孩子”这一角色⁶⁸。

还有一些具有强烈控制欲和支配欲的成员，可能会认为新成员的加入将威胁到他们在团体权力层级中的地位。例如，当某一女成员被引进团体时，原来的两名女成员为了保全她们原有的地位，不顾一切、不择手段地提高自己的声望，包括吟诵诗歌在内。当引用约翰·多恩（John Donne）的作品成为治疗团体的入团仪式时，我们很难对团体的前途表示乐观。

即使团体有增加新成员的需要，老成员还是会普遍地担忧团体的发展速度会因此而受到影响。团体老成员害怕随着新成员的引进，将重新面对熟悉的内容、重复经历以往那段彼此相互介绍的仪式程序。事实证明，这种预期是没有根据的：新成员进入发展中的团体后，通常会越过团体初始阶段所特有的试探阶段，很快跟上团体目前的沟通步伐。产生这种矛盾情结的另一个并不常见的原因是，那些已经取得进步的成员，害怕在新成员身上看到自己刚开始接受治疗时的病理状态。因此，他们常常会回避这些新成员，以避免重新体验过去的痛苦经历。

一般情况下，新成员会对该组的老成员持积极的看法。他们把老成员看做能帮助他们巩固地位并取得转变的人，他们经常敬佩那些有经验的老成员的洞察力、社会适应度、个人技能。这些看法是对治疗效果很好的肯定，也可以提高新老成员的士气。

治疗性策略 治疗师在引进新成员时要完成一些必要的准备工作。这不仅包括我在第十章中提到过的团体治疗前的一般性准备工作，还包括为协助新成员应对加入既成团体时遇到的特定压力而进行的准备工作。大量研究表明，个体进入任何一个具有既成文化氛围的环境——如新的生活环境、工作场所、学校、医院等，

都会使人产生焦虑，因而都需要指导和支持⁶⁹。回顾老成员加入团体的初期经历是有益的，这也有助于鉴别出那些有可能出现的潜在挑战。

我告知新成员，在进入一个陌生的文化环境时，他们通常会有被排斥和不知所措的感觉。因而，我会允许他们按照自己的方式来融入团体，以此打消他们的顾虑。新成员刚进入一个既成团体时，可能会被那些经验丰富的老成员娴熟、真诚、大胆的人际交往技巧所折服。而且，他们很快就会面对老成员们所暴露的“病态”的一面，并发现这远比新团体初次治疗时要暴露得多，这使他们非常担忧和害怕自己也会被传染上类似的精神障碍。上述问题都应该拿到团体中一一讨论。治疗师应向新成员描述前几次治疗所发生的重大事件，这对他们是很有帮助的。如果团体已经历一些激烈的冲突，那么，领导者也最好向新成员做个全面扼要的说明。如果团体治疗过程被录像或治疗师对整个治疗过程采用了书面摘要技术（written summary technique）（详见第十四章），那么，在征得大家的同意后，治疗师可以组织新成员观看录像或阅读前几次的治疗摘要。

通常，在新成员加入团体的前一两次治疗中，我会鼓励新成员积极参与到团体中来，也会询问他们对团体有何感受。例如，“Sara，这是你第一次参加团体治疗，请你谈谈对治疗有何感受，好吗？对你来说，融入团体是否存在一些困难？到目前为止，你有哪些担忧？”这些问题常常能帮助来访者较好地理解自己的参与状况。又如，你可以这样说：“我觉得有些问题不该那么早就向你提出的，对此，你有什么感受？是不是感觉压力太大了？或者，你还是乐于接受这些问题？”你也可以这样说：“Sara，我发现你今天一直沉默不语。团体正专心处理你加入以前的一些遗留问题，对此，你有什么感受？或者，你更想谈谈哪些和自己有关的问题？”注意，所有的这些问题都是以此时此地为中心的。

许多治疗师喜欢一次引进两名新成员，这样做对团体和新成员双方都有利。- 有时，如果其中一名新成员较之另一名更轻松地融入团体，则反而会事与愿违，使另一名新成员更加感到焦虑不安，感觉自己似乎已经在拖大家的后腿了。然而，成对的引进还是有很多可取之处：团体一次吸收两名成员，可以节约不少时间和精力；此外，这两名成员可以相互依赖，从而减少生疏感。

团体吸收新成员的速度，直接受到引进人数多少的影响。一般说来，六七个人的团体可以迅速地接受一名新成员，这时，团体只需稍作停顿就能继续前进，并很快使新成员跟上团体的发展步伐。相对来说，如果一个四人团体一次引进三名新成员，就会使团体突然停滞不前，完全将精力投入到吸收新成员的任务上。老成员会反复思量新成员是否值得信赖？他们还能在团体中继续一如既往地自我

暴露和冒险吗？让他们感到熟悉、愉快的团体会被改变到什么程度呢？与此同时，新成员将会开始探究团体的行为规范：在团体中，什么行为是能被接受？什么行为是禁忌的？如果新成员发现老成员的态度不够友善，他们就会自然而然地和其他新成员结成联盟，并从中获得慰藉。治疗师如果发现团体中“我们”、“他们”、“老成员”、“新成员”等词被频繁使用，就应该对这些分裂迹象保持警惕。只有新成员吸收工作完成后，团体的治疗工作才能进一步展开。

当治疗师试图把两个规模很小的团体整合在一起时，通常也会发生类似的现象。确实，整合两个小团体的过程并不容易。先前形成的派系和文化差异会产生持久激烈的冲击，因此，为了促成整合，治疗师必须就此积极做好各项准备工作。在这种情况下，最好是结束两个小团体，重新建立一个全新的团体。

在新成员加入团体时，治疗师如果能适当关注每一个老成员对新成员的独特反应，将有助于推动老成员的治疗进展。我曾经提到过团体治疗的一个基本原理：团体中呈现的任何重大刺激均能激发成员的特定反应，探究不同反应背后的深层原因往往有助于来访者领悟自己的性格特征。当成员发现在同一情境中，他人的反应方式完全不同于自己时，他们往往深感震撼，这迫使他们对自己的行为做出反省。这种机会在个体治疗中并不多见，但却被作为团体治疗模式的经典优势之一。下面这个临床案例也许可以证实这一观点：

◆在第 18 次治疗中，Alice 作为新成员加入团体。她年约 40，风韵犹存，而且刚离婚。对于她的到来，团体中三名成员所做出的反应截然不同。

Peter 因为迟到 15 分钟而错过了自我介绍的机会。在接下来的一小时中，他表现得相当活跃，不仅讨论了上次治疗遗留下来的问题，而且，还讲述了自己过去一周生活中发生的事件。他完全忽略了 Alice，甚至看都不看她一眼——这在身体距离相当接近的六人团体中是极难做到的。后来，其他成员在试图帮助 Alice 融入团体时，Peter 仍然没有介绍自己，他只是用原告律师一般严厉的口吻质问了 Alice 几个问题。Peter 今年 28 岁，是一名虔诚的天主教徒以及四个孩子的父亲。他前来寻求治疗的原因是：他形容自己“太爱女人了”，而且曾有过多离婚外情经历。在随后的几次治疗中，团体通过分析 Peter 最初对 Alice 加入时的反应，帮助 Peter 探究他对女人的“爱”的本质。这让 Peter 逐渐意识到，自己只是把女人，包括他太太，当作性工具，只对她们有性方面的兴趣，而对她们的情感和内心体验茫然无知。

相反，团体中的另两个男士——Arthur 和 Brain——在第一次见面时就被 Alice 深深地吸引。Arthur 今年 24 岁，由于严重的性压抑而寻求治疗。Arthur 发现自己对

Alice 有着强烈的反应，以至于在注视她时总感到局促不安。其他成员也明显觉察到他的不安和羞怯，并帮助他更深入地探索他和团体中其他女成员的关系。Arthur 称自己通过幻想与其他两名女成员建立兄妹关系，从而忽视她们的女性性别色彩。Alice 却不同，她不但妩媚动人，而且刚刚离婚，属于“可以被追求”的异性，再加上她年龄较长，足以唤起 Arthur 对母亲的情感。之前，Arthur 在团体中一直安然自得，如今，Alice 作为新成员加入终于激起他的焦虑不安，使他的问题显现。

Brain 的情况又有所不同，在整个团体治疗过程中，他一直都微笑地注视着 Alice。今年 23 岁的 Brain，个性相当依赖，他是因为失恋后抑郁才前来求治的。Brain 他幼年时母亲就去世了，他由频繁更替的女家庭教师抚养长大。此外，他很少见到父亲，父亲在他眼里冷漠、威严、令他望而生畏。Brain 的罗曼史往往发生在年龄较长的女性身上，并且每次恋爱都因他对双方关系的无止境需求而以失败告终。在过去的几次治疗中，女成员似乎都在刻意疏远他，因为她们发现，越对他真诚坦率，他就越表现得像只讨人欢心的小狗。Brain 如此欢迎 Alice，其实是希望她成为自己新的依赖对象。在后来的治疗中，Alice 坦言了自己在第一次加入治疗时的一些感受，这对 Brain 很有帮助。她说，当时 Brain 一直对她抱以恳求式地微笑，她可以感觉到 Brain 是在向她索讨什么重要的东西，这让她觉得很不自在；尽管她不能确定 Brain 究竟需要什么，但她知道那是她无法给予的。

弗洛伊德曾把心理治疗比做下象棋：我们对于棋局开始和结束阶段的描述和了解，远远多于中间过程。同样，治疗的初始和终止阶段也常常被详细讨论，而剩下的多数过程就难以进行如此系统的论述。因而，接下来的几章，我将不再严格按照时间的先后顺序，而是对后几个治疗阶段中可能存在的问题以及一些特殊的治疗技巧进行综合的论述。

第十二章

高级团体

一旦团体达到了一定的成熟性和稳定性，我们就不可能再去描述那些熟悉的团体发展阶段了。当团体达到一定稳定状态，治疗就可开始长程的修通过程。这时候，前面章节阐述过的主要疗效因子会逐渐显示出疗效，成员们渐渐地更加投入，并通过相互交流来表达自己的想法。团体成员逐渐增长的内省力、真实性、自我暴露以及反馈能力等构成了高级团体的特征¹。因此，为所有的意外设定某个特定的程序性指导是不可能的。一般而言，治疗师必须激励自己运用和发展疗效因子。将治疗师的角色和技术的基本原则运用于解决特定的团体事件和对每一个来访者的治疗（已在第五、第六、第七章讨论），就构成了所谓的心理治疗的艺术，因此，经验、阅读、督导和直觉的作用无可替代。

然而，有些议题和问题极为普通，必须加以讨论。在本章里，我将讨论亚团体、自我暴露、冲突和治疗终止。在下一章（问题来访者）中，我会讨论来访者某些重复出现的行为模式，这对治疗师和团体来说都是一种挑战。

亚团体

成帮结派——即分裂成很多小单位——发生在每一个社会组织里。对原有组织来说，成帮结派可能是暂时的也可能是持续的现象，可能是有益也可能是有害的过程。在治疗团体中，这种现象也不例外。在团体治疗过程中，亚团体的形成是无法避免的，并经常造成团体的分裂；然而，假如我们能够对此了解并加以有效利用，这一过程也将对治疗工作起推进作用。为说明这种亚团体现象，我们应该同时考虑个体和团体的因子。

个体因子

成员们对私人联系以及个人地位的关注往往是造成亚团体的动力所在。治疗团体中的亚团体起源于两个或两个以上成员的观念，即认为他们从个体关系中所获得的满足感比从整个团队中获得的多得多。有些成员通过私密联系违背团体的规则，他们选择满足需要但不是满足来治疗的主要原因——个人的改变（参见第六章中关于任务优先、满意其次的讨论）。这种需求往往发生在治疗的早期：比如说，有强烈亲密、依赖、性征服、统治欲需要的成员会很快感知到这些需要在团体中很难得到满足，于是，他们就尝试从常规团体外迂回得到满足。

从某种意义上说，这些成员是在“发泄”（acting out）：他们致力于治疗设置之外的活动，以减少内部的紧张，避免情感的直接表达或暴露。有时，只有在回顾团体历程时，才能区分团体成员的行为是“发泄”还是正常的参与团体活动。让我来解释一下。

记住：治疗团体的进程是一个从行动到分析该行动的不断循环的过程。这个团体的社会缩影取决于成员们表现出自己习惯性行为，进而被个体和团体所检验。只有当一个人拒绝检验他的行为时，发泄才会变成阻抗。这种无法在团体内进行检验的团体外行为将变成一种特别有力的阻抗形式，相反，那些随后被带入团体内并被修通的团体外行为，将具有相当大的治疗性意义²。

团体因子

亚团体在一定程度上可以作为团体内敌意的标志，尤其是针对领导者的敌意。关于领导风格的研究表明，一个独裁、刻板型治疗师领导的团体更可能分裂出团体内和团体外派系³。那些不能直接对领导者表达愤怒和挫败感的团体成员，通过联合在一起滋事或者将矛头对准其他一名或几名成员来间接地释放这些情绪。

有时，亚团体是团体发展中出现问题的信号。团体凝聚力的缺乏会促使成员从整体的、复杂的团体关系转向简单的、小规模、更可行的亚团体。

亚团体的临床表现

团体外社交是形成亚团体的第一步。一个3人或4人的小圈子开始有电话联系，外出一起喝咖啡或者吃饭，相互拜访，甚至还会涉及商业合作。偶尔，两个成员还会卷入性关系。亚团体也完全可能发生在治疗时间段，当成员感知到彼此的需要相似时，他们就会结成联盟。

成员间总是会有些共同的纽带，如类似的教育水平、相似的价值观和种族的文化背景、相仿的年龄及婚姻状况或团体地位（如老资格的团体初始成员）。按社会组织发展的特性，社会团体很容易发展成两个或更多的对抗性的亚团体。但治疗团体中并不常见的情况是：小圈子形成了，但排除那些缺乏有效社会技能的成员，而且通常并不会联合进第二个亚团体。

亚团体的成员可以通过一般的行为守则被识别：无论在什么观点上，都会互相赞成对方，以避免损害彼此之间的情谊；当一个非圈内的成员讲话时，他们会互相用眼光交流；他们会结伴到达或者离开；他们对友谊的需要超过了他们对检验自己行为的承诺⁴。

亚团体的影响

亚团体对治疗团体的进展往往具有极大的破坏作用。我对35名提前离开团体的来访者进行研究，发现其中11名（占31%）提前离开团体的原因，主要是由于亚团体所导致的问题⁵。不论被亚团体吸纳还是被亚团体排斥，团体成员均会不同程度受到影响。

吸纳 亚团体成员——无论是处于两人组成的亚团体，还是处于多人组成的亚团体——经常会觉得团体生活变得更复杂，而且得益更少。当来访者将对团体目标的拥护转为对亚团体目标的拥护时，忠诚就成了一个很严重问题。例如，如果一个人遵守团体所制定的规范，自然而真实地表达自己的情感，但这却意味着会破坏他与另一成员私下所建立的信任感，那他还会遵从团体规范吗？

◆ Christine 与 Jerry 经常在团体结束后进行长而深入的谈话。在团体中，Jerry 依旧很退缩，他告诉 Christine 他之所以找她交流，是因为觉得只有她才能真正理解自己。在她承诺保守秘密后，他很快向她透露自己有变童的强迫意念以及对团体组织者强烈的不信任感。此后，在团体里，Christine 受自我承诺的限制，不能与 Jerry 作深入的互动性交流，最终 Jerry 病情没有改善，逐渐退出了团体。具有讽刺意义的是，在团体里，Christine 是一个很敏感的成员。如果她不受亚团体的违反治疗性规范的限制（即她承诺保守秘密），那么她就能够帮助 Jerry，促使他参与团体治疗。

与其他成员分享自己在团体外的联系中了解到的东西时要非常巧妙。领导者在宣布这种情况时 also 需要注意，避免成员们对此感到耻辱或者背叛。

◆一个父亲般的长者开车送两名成员回家，顺道邀请他们到他家看电视。这两名拜访者亲眼目睹了长者与他的妻子发生争执的情景。在随后的团体聚会中，他们告诉他，他们觉得他对妻子太苛刻。长者觉得他们出卖了他，而他却一直把他们视为朋友。随后，在团体里，他越来越保守，最终中断了治疗。

团体成员发生两性关系，这是相当严重的临床问题。在团体中，他们经常犹豫不决，生怕彼此亲密的关系在公开场合受到“玷污”（有一名来访者如此形容道）。虽然弗洛伊德没有实施过团体治疗，但在1921年，他很有远见地写了一篇有关团体心理学的文章。在文章中，他特别强调性爱关系与团体凝聚力是相互抵触的⁶。虽然我们并不赞同他的某些论点（例如，他认为被压抑的性本能会促进团体凝聚力），但他的结论却令人信服：当两名成员彼此相爱时，双方的关系远胜于一切。无论种族、国籍、社会阶层还是宗教信仰，团体内部的联系都无一不受此威胁。

显然，治疗团体内部的联系也不例外。倘若治疗团体中，两名成员有了性爱关系，那么毋庸置疑，他们之间的关系远胜于他们与其他成员的关系。他们在团体中帮助对方的作用丧失了；他们拒绝背叛相互的信任；他们极力维护个人在对方面前的形象；他们为了对方而表现自己，完全漠视治疗师和团体其他成员，甚至无视他们接受团体治疗的目的。很多时候，其他成员也会隐隐约约地感觉到有重要事情发生了，而且这一重要的事情在团体讨论中被回避掉了。这种情爱关系常常会阻止团体治疗的进展。目前有资料支持这些论点⁷。

◆有一个研究小组在对某治疗团体进行深入研究的过程中，无意间发现两名成员暗地里发生了性爱关系。在他们两人发生性爱关系前，研究人员就对该团体进行了好几个月的研究工作，因此收集到了很好的原始资料。在每一次聚会后，观察者（包括来访者）都要填写一份7分制的评定量表，内容包括情感表达程度、自我暴露程度及对每次聚会的总体评价。除此之外，在言语交流流程图里，清晰地记载着每个成员的言语交流流量以及言语交流的流向，从何人开始，终止于何人。

在观察期间，Bruce 和 Geraldine 发生了性爱关系，而治疗师和整个团体都被蒙在鼓里足足有三周之久。在这三周中，资料（回顾性研究）显示，聚会的质量明显下降，尤其在言语活动、情感表达及自我暴露等方面特别明显。此外，记录显示 Bruce 和 Geraldine 之间的言语交流几乎没有。

最后一项发现就是亚团体妨碍团体治疗进程的典型的原因。我们应当切记，

团体治疗的主要目标是促进每个成员的人际交往。这两个成员彼此非常熟悉，虽然彼此有可能会相互促进，但是，实际上在团体中他们彼此很少讲话。

最终，他们决定，其中一人必须离开团体。这是一种常见的解决办法。Geraldine 离开了团体。然后，在下一一次聚会时，Bruce 才得以轻松而坦诚地讨论了整个事件。（团体成员和观察者的评定结果显示，这次聚会非常有价值，Bruce 和其他成员能够积极地互动，有强烈的情感表达，自我暴露也较充分。）

在治疗团体中，亚团体积极的联盟关系也可以转变为促进治疗进展的有利条件⁸。团体的系统论观点认为，治疗团体是由一些小的亚团体组成的大的动力性团体。亚团体的形成（受治疗师鼓励）是阐述、包容以及最终整合各种冲突或烦恼的必要成分。如果难以承认自己的情感或难以自我暴露的来访者能够感觉到自己并不孤独，那么他们会在团体中做得更好。因此，治疗师可以主动地指明具有功效的亚团体成员一些内在的、人际交往的基本忧虑，并促使亚团体在团体中一起工作，彼此分担自我暴露所导致的危险性，分享由普遍性带来的轻松感。

排他 团体成员被亚团体排斥会使整个团体治疗进程变得复杂。焦虑会被激发，焦虑情绪往往与早期被排斥有关，如果这种焦虑情绪无法被修通，那么会使人变得软弱无能。对于团体成员而言，要他们陈述被排斥的感觉尤为困难。他们不想挤入亚团体，也不想讨论亚团体的现状，以免激怒亚团体成员。

治疗师也很难回避这个问题。最近，我督导的一位治疗师观察到，他团体中的两个来访者（均已婚）手挽手在大街上散步。这位治疗师发现自己无法在团体中陈述这件事，理由如下：

- 他不想担当间谍角色，或者在团体里扮演持反对立场的父母角色。
- 他针对此时此地工作，无法自由自在地提出团体外的事务。
- 当相关成员有心理准备时，他们将讨论这一问题。

然而，这一切不过是在合理化。事实上，没有任何事情比团体成员间的相互关系更为重要。团体成员之间发生的任何事情都是团体此时此地的一部分。如果治疗师自己不愿意提出所有与成员有关的事情，反而期待团体成员自己去做，那么这根本就是无稽之谈。假如治疗师觉得自己陷入两难处境——一方面知道必须将这种观察到的内容带入团体中，另一方面不想被当作间谍——那么最好的解决办法就是与团体分享你的两难处境。将你观察所见、你个人对此事的种种不自在在感觉和不愿意对此进行讨论的心态统统都抖出来，供大家讨论。

治疗上的考虑

无论亚团体有无团体外的社交活动，它们都必然具有破坏性。假如亚团体的目标与整个团体的目标相一致，最终亚团体可能有助于提高团体的凝聚力。例如，一个喝咖啡或打保龄球的团体可以成功地运作，并可以为一个更大的社交组织提升士气。在治疗团体里，一些极重要的事件的发生是由于一些团体外的成员接触，并在治疗中得到完全的修通。

◆有两名女性成员在一起讨论彼此在纯粹的社交场合中的行为表现，讨论结束后一起去跳舞，其中一个成员在团体外的行为表现，比起在团体里要轻浮得多，相当开放，并具有诱惑力；而且这类行为很多是“盲点”行为——个体自身无法觉察到。

◆另一个团体想为一个即将结束治疗的成员举办啤酒宴会。很不幸，他因故不得不离城，因而这个宴会只好取消。于是，一个担当联络员的成员通知其他人宴会已经取消，但是他却忘了通知 Jim。当晚，Jim 在约定的地点苦等了两个小时，体验到很多熟悉的感觉，如被拒绝、被排斥和苦涩的孤寂感。团体对 Jim 的这些反应进行了讨论，同时还发现 Jim 并无烦恼或愤怒的行为表现。Jim 自己也觉得被排斥在外是很自然的事情，“理应如此”。所有这些使得 Jim 在治疗上受益匪浅。当宴会最终举行时，团体呈现了许多重要的资料，成员们展示了自身的不同侧面。例如，一名成员，由于他将自己的情绪孤立起来，不能或不愿自我暴露，因而在团体中最没有影响力。但这一次他展示了截然不同的另一面，他机智，很会讲笑话，在社交场合表现得从容不迫。另一个来访者阅历丰富，但再度遭遇他所害怕的社交场景，他无法与人闲聊，只能扮演主人的角色，忙着为空杯子加满水，以此来消磨时间。

◆在另一个团体里，一个成员心情沮丧、绝望，甚至想自杀，其他成员都替他担心、关注他。亚团体就这样戏剧性地形成了，并具有良好的疗效。许多团体成员都守着电话机，与他沟通了足足有一周之久。事实证明，所有这些都对个体成长具有促进作用，也能增强整个团体的凝聚力。

◆在第二章中，我曾经描述过“侠客罗宾汉似的男人”。这也是一个亚团体的形成能够增强疗效的例子。这个来访者试图与团体中每个成员建立团体外的联盟关系。最终，这使他对自已操纵同伴的行为模式及自己对于权威所持的对立态度，产生深刻的内省。

因此，原则很清楚：只要不放弃整个团体的目标，团体外的任何接触都会有很多益处。假如团体把这样的聚会看做是团体活动节律的一个部分，还对此进行分析，那么团体将会获得许多有价值的信息。为了达到这个目标，参与的成员必须把所有发生在团体之外的重要事情向团体通报。如果不这样做，那么正如我前面所提及的，这将破坏团体的凝聚力。因此，主要原则是，亚团体本身并不会破坏团体，但弥漫于亚团体中的“共谋的沉默”才真正会破坏团体。

实际上，每周只聚会一次的团体，经常会感到亚团体的破坏性要大于它所带来的益处。团体从没有直接关注团体成员在团体外的很多社交活动，同时也没有在团体中分析相关人员的行为。例如，先前我曾描述过 Christine 和 Jerry 在团体外的关系。Jerry 在得到保密承诺的情况下吐露了强迫性变童的意念，而团体对此一无所知，一年后，在一位精神科医师评定心理治疗疗效的随访研究中，Christine 才吐露了这件事。

治疗师应该鼓励公开讨论和分析团体外的所有接触以及在团体内的联盟关系。在做团体讨论的准备工作时，我曾说，治疗师必须强调来访者有责任将团体外的接触告诉团体。从团体中两位成员的互相对视或团体外的同进同出，治疗师就可推测他们之间的特殊关系，所以应毫不犹豫地对团体表达他的感受。探究和理解两成员间的亲密关系，并不意味着批评或责备，反而，犹如对敌对僵局的探索，具有治疗意义。治疗师必须尝试修正以下错误观念：心理治疗本质是简单化，即所有的体验都将被简化为一些基本动机。此外，治疗师必须鼓励其他成员讨论他们自身对这种关系的感受，无论是羡慕、嫉妒、拒绝还是替代性的满足感都值得讨论⁹。

如下是一项有用的忠告：如果成员参与了团体外某些活动，却不想将此事在治疗团体中讨论，那么他会要求与治疗师个别会谈，并要求治疗师不把讨论的事情泄露给其他成员。假如你对此作出承诺，那么很快你将会发现自己陷入了难以防守的共谋，你很难从困境中解脱出来。我建议治疗师千万不要提供任何形式的保密承诺，反而要告诉来访者，你将根据自己的专业判断，采取相应行动以增进疗效。虽然这不能对所有成员提供足够的保证，但是会让你避免误入错误的、反团体圈套。

团体成员彼此间可能会有性关系，但发生率并不高，因为治疗团体不是淫乱场所。然而来访者可能会有严重的性冲突，并导致性无能、性冷淡、社会疏远及性罪恶感等问题。我敢肯定，在治疗团体中，性关系发生的可能性远较其他更长期社交或专业团体低。

治疗师无法颁布团体规范,预防性关系或其他亚团体的发生。不管是实际的性行为还是性冲动,这些通常都是人际关系障碍的象征,这些障碍在治疗的最初阶段就会出现。如果团体成员间在团体治疗情境内出现实际的性行为,这能为审视这种行为提供一个独特的治疗机会。

让我们回过头,再看看第二章提到的“傲慢的贵妇人”病例。还记得 Valerie 引诱 Charles 和 Louis 的故事吗? Valerie 引诱他们,以此作为与团体治疗师争夺权力的一步棋。从某种意义上来说,这段小插曲对团体具有破坏性。她丈夫听说这件事后,就威胁 Charles 和 Louis;于是,他们和其他成员就不信任 Valerie 了,团体瓦解迫在眉睫。团体解决这次危机的办法就是开除 Valerie(她到另一个团体继续接受治疗)。虽然这件事不利的方面很多,但仍然有一些益处。团体成员广泛地讨论这段小插曲,参与者也认识到他们在性方面的病态表现。例如,Charles 与女人保持大众情人式的关系。从一开始,他就对这件事不负责任。他认为是 Valerie 对他示好,并表示“当有人给我糖果时,我是不会拒绝的”。Louis 也倾向于在与女人的关系中不愿负责任,他常将女人视为物品。事实证明,Charles 和 Louis 两人的行为明显地影响了 Valerie 的婚姻关系和整个团体,他们必须要对自己的行为负责。Valerie 首次明白自己有性虐待倾向。正如我所描述的,她不仅将性作为对抗治疗师的一种武器,而且还将它作为贬低、羞辱 Charles 和 Louis 的工具。

假如亚团体的产生不可能被禁止,那么至少也不该鼓励。在团体治疗开始之前或最初阶段,治疗师应将自己对此问题的立场非常明确地告诉来访者,这是最有益的方式。我告诉团体成员,团体外的活动经常会妨碍治疗的进行。我清楚地描述了亚团体所导致的副作用。我特别强调,团体外的聚会无论是偶然的还是刻意安排的,亚团体中的成员都有责任让团体其他成员知道这件事。治疗师必须帮助来访者理解,团体治疗中所获得的体验是现实生活的一种预演。它将教会来访者与他人建立持久关系的技巧,而不仅仅是提供某种关系。假如来访者无法将所习得的技巧应用于现实生活中,只是从治疗团体中获得社交上的满足感,那么来访者的团体治疗将无休止地进行下去。

我个人的体会是,两个先前已有长期特殊关系的成员,如夫妻、室友和生意上的伙伴等,让他们一起参与门诊来访者的团体,这是非常不明智的。很巧的是,这种情况可能会在治疗时巧遇,例如团体成员发现他们彼此有优先的或者事先存在的私人或者雇佣关系。这并不是团体开始所应该出现的,但在实际中很难公开地、彻底地检查这种情况。这两个成员会不会更不乐意在团体内敞开心扉?这是否涉及保密性?它会怎样影响其他团体成员?有没有一个更好或更有效的选择?对此,

治疗师必须形成一个快速的、能接受的决定。有些团体治疗——如婚姻治疗、联合家庭治疗、多元家庭治疗等——重点关注改善长久存在的关系，这是另一类治疗团体，本书中未叙述。

在住院来访者的团体心理治疗中，团体成员整天呆在一起，彼此联系紧密，因而治疗的困难更为明显。以下是一个很好的例子。

◆一家精神病院为犯罪分子组成了一个团体。其中，亚团体的形成给团体带来了很严重的分裂。团体中有两名成员比较聪明，能言善辩且接受过良好教育。他们成为亲密的朋友，几乎天天呆在一起。他们控制着团体的聚会，团体气氛非常紧张，充满敌意；此时，他们两人失去了自我特征，被团体成员认为是一对，他们自己也认为是一对。很多攻击偏离了目标，似乎是尝试去破坏他们两人间的关系，因此，团体治疗的疗效大打折扣。

如果这种情况继续发展，那么，治疗师就可以帮助团体讨论很多问题，这会非常有效。首先，团体必须考虑，既然每个人都有同样的机会建立如此的关系，那么这两个成员就不应该为他们形成的亚团体而遭受处罚。因此，团体成员表现出羡慕情感，渐渐地，成员们开始讨论自己渴望友谊但无法建立友谊的苦恼。此外，他们也能够讨论自己智力不如他俩的感受，以及被他俩排斥和拒绝的感受。然而，这两名成员通过自身的行为使其他成员的这些反应更为强烈。多年中，他们只要有机会就会展示自身的卓越才能，并以此维持自尊。与其他成员讲话时，他们蓄意使用多音节词，企图强化别人的低一等的及被排斥的感觉。当团体其他成员陈述自己所遭遇到的冷嘲热讽时，这两名成员也获益匪浅，开始明白他们的行为给他人带来了痛苦。

注意，我对亚团体潜在危险性的评判，也适用于其他非常注重将人际学习作为疗效因子的团体。在其他种类的团体中，例如，进食障碍的认知行为治疗团体，团体外的社交活动对于改变团体成员的进食模式非常有用¹⁰。十二步骤法团体、自助团体和支持团体也对团体外接触加以利用。例如，在支持团体中，癌症来访者的团体外接触是治疗过程中的一个重要部分，参与者被积极鼓励同团体其他成员联系，将此作为应对疾病以及治疗的辅助手段¹¹。在许多场合，我曾经见过很多团体成员聚集在极度悲伤的成员周围，他们通过电话提供了超乎寻常的支持和帮助。

临床实例

在本节结束前，我将叙述一个较长的临床实例。这是本书所陈述的最长的临床案例。我之所以要如此深入地描述，不只是因为它涉及很多亚团体问题，而且它同时还涉及其他章节中讨论的团体治疗的其他方面，包括主要任务与次要满足感之间的区别，以及个人在治疗过程中所担负的责任等问题。

这个门诊来访者团体由我带领，每周有两次聚会。来访者都较年轻，年龄从25岁至35岁不等。我加入这个团体时，有两名女士完成了治疗刚从该团体离去，留下四名男性来访者。一名叫 Bill 的男性来访者，高大英俊，今年32岁，是一名离异的牙科医生。他是这一场戏的主角。他之所以接受治疗，主要是因为慢性焦虑和抑郁发作。即使是社交方面的简单举动，他也会感到心惊胆颤。例如，即使在宴会上说声晚安，他也会感到烦恼。如果允许他在轻松的治疗性冥想中许一个愿，那他的许愿必定为希望自己是“冷静”的。他对自己的工作不满意，没有男性朋友，与女性保持着大众情人式的关系。目前，他与一个女人同居了好几个月，但他觉得并不爱她，也不愿意给她任何承诺。

这个团体一直在等待新成员加入，许多次聚会都只有四名男士，形成了一个周六晚上的富有男性阳刚氛围的亚文化环境。那些在有女性参与的团体里很少出现的议题成为聚会的中心议题，如手淫和性幻想、战斗、胆怯的感觉、对身体的担忧、对先前团体里一名巨乳女性的感觉并有“轮奸”该巨乳妇女的幻想。

然后，有两名女士被介绍进入这个团体。一个构建得很完美的团体氛围迅速瓦解。周六晚上，男人们的支配行为很快取代了兄弟情谊。Bill 鲁莽且厚着脸皮地同时追求两名女士。对两名女性成员参与的首次聚会，团体其他男性的反应也与他们精神动力学模式相一致。

Rob，一名25岁的研究生，他穿着短裤来聚会。在过去的18个月治疗中，这是他首次如此打扮自己。在聚会上，他很快详细地讲述自己对其他男性的恐惧（和吸引力）。另一名成员表现得如断翅的雏鸟，想以此诱发新成员的母性本能。40分钟后，剩下的那名退出了竞争。他说，他不会参与追逐女人的愚蠢游戏。而且他一直在观察她们，认为对他而言她们毫无价值。

新成员中，有一名女性成员叫 Jan，今年28岁，相当有魅力。她离了婚，带着两个小孩。她是一位语言学教授，她来寻求治疗有很多理由，如抑郁、混乱的性关系、强迫性杀婴观念和孤独。她抱怨，她无法向有魅力的男人说“不”。男人们都是为了性关系利用她。晚上他们在她家呆一两个小时，就是为了过性生活，

但是在白天，他们却不愿意让别人看到与她在一起。当她吹嘘自己与她所任教的大学里大部分科系主任有性关系时，她流露出主动要求和乐意接受这种性关系的意愿。由于花钱无计划，她经常入不敷出。她已经开了几张空头支票，并且开始想到卖淫。她认为，既然男人对她进行性剥削，那么为什么她不可以为自己的付出收取费用呢？

在团体治疗开始前的筛选会谈和准备聚会上，我明白，她严重而混乱的性关系，会使她在团体中做出一些自毁性的性行为。为此，我比平时花费了更多的精力，一再强调她与其他成员的团体外社交互动对于她自身以及整个团体都是不利的。

在两名女士进入团体之后，Bill 在团体中的行为发生了急剧改变。他很少暴露自己，变得爱打扮，自鸣得意，变得迷人而具有诱惑力。在行动上，他变得更加深思熟虑，注意自我保护。简而言之，为了追求次要的性满足，他显然已经完全忘记他为何要参加团体治疗。他不能接受我对他的评判，甚至对此很憎恨。他觉得这些意见让他在女人面前看起来很差劲。他很快放弃了与团体中其他男士的联系，不去诚实对待他们。例如，第一次聚会中，当一名男士告诉她们，她们对自己没有任何价值时，Bill 脱口而出地赞美他诚实。其实，当时 Bill 非常开心，因为别人已经要卷铺盖离开了，留下他一人可以独占她们。在此阶段，Bill 拒绝任何干预。几周里，我曾多次试图向他解释他的行为，然而对他就好像耳边风，毫无用处。

大约三个月后，我偶然得知 Jan 曾公然地要求与 Bill 发生性关系。事情是这样的：在某一次聚会时，Bill 和 Jan 都提前来到治疗室。他们谈话时，Jan 邀请 Bill 到她的公寓观看色情电影。这时，恰逢观察者通过单向镜观察团体，这一天他碰巧来得也很早，无意间听到了这段谈话，在团体治疗结束后，他把情况告诉了我。如此获得信息，我感到很不自在。尽管如此，我还是在下次聚会时提到了这件事，我仅仅是想使 Jan 和 Bill 能否认曾经有过这样的约定。我提及此事，Jan 非常恼怒，并在中途离团体而去。

随后的几周里，每次聚会后，Jan 都与 Bill 相约在停车场长谈，并且拥抱在一起。她在团体里讲述这些事情，但 Bill 对此非常生气，认为她背叛他。最后，Bill 公然向 Jan 提出要求发生性关系。Jan 已经在团体中完成了很多工作，认为这样下去对她自己不好，所以她第一次决定向这个有魅力、风趣、殷勤的男士说“不”。她的决定得到了团体成员的大力支持。

（我突然想起了一件事，Victor Frankl 曾告诉我，有一个来访者在结婚前夕曾找他咨询。来访者称一个非常漂亮的女人曾向他求欢，而她却是他未婚妻最好的

朋友。他觉得自己实在不能错过这个机会,否则,不知道何时才能再有这样的机会。他坚信这是一次千载难逢的机会! Frankl 博士非常优雅地说,他确实有一个独一无二的机会,一个一去不复返的机会。这个机会就是让他说“不”,以便履行他对自己以及所选配偶的责任!)

此时, Bill 发现他的团体生活变得越来越复杂。他不仅追求 Jan, 同时也在追求与 Jan 一起加入团体的 Gene。每次聚会后, Bill 都会为自己如何能与每个女人单独离开团体而绞尽脑汁。在刚进入这个全是男性的团体时, Jan 和 Gene 非常亲密,形影不离。将她俩分开是 Bill 最擅长的,他用各种办法达到这个目的。他不仅能应用“分裂和引诱”的策略,而且他能够在分裂过程中体会到无穷乐趣。过去,他曾有引诱和分裂室友的历史,此前,他也投入了很多精力介入到他母亲与妹妹的关系中。

Gene 从过去很多的治疗中有所获益,她走过了一段与 Jan 相类似的性乱交的时期。与 Jan 相比,她更加不顾一切地寻求帮助,对治疗更投入,对与男朋友的关系也非常在乎。因此,她并不渴望与 Bill 发生性关系。但是,随着团体治疗的进行,她非常喜欢 Bill,甚至认为,假如她不能拥有 Bill, Jan 也别想拥有他。有一天在团体中, Gene 突然宣布她将在三周后结婚,并邀请团体成员参加婚礼。她描述她未来的丈夫是一个相当被动、依赖性强和做不好事的人。几个月后,团体成员才知道她丈夫是一个很有天赋的数学家,正在考虑多个知名大学所提供的工作岗位。

因此, Gene 也追求附带的满足而不是追求团体治疗的主要目的。她努力使 Bill 对她感兴趣,极力与 Jan 竞争,对自己与另一个男人的关系轻描淡写,直到婚姻逼得她不得不面对这一严肃问题。即使到了这个时候,她仍然以欺骗方式,诉说她丈夫的坏处,让 Bill 抱有希望,认为他仍然有机会与她幽会。Gene 这样做,牺牲了在团体治疗中处理好她与未婚夫关系的机会——这才是她寻求治疗最迫切的任务之一。

在团体里相处几个月后, Jan 和 Bill 决定发生性关系,并向团体宣布,他们计划在两周后幽会。团体成员反应强烈。其中两个女人(其中一名是新成员,在这个阶段刚刚加入)非常气愤。面对 Bill 的拒绝,虽然 Gene 心中隐隐作痛,但是她仅仅对 Bill 和 Jan 的结合危及团体的完整性,表达了愤怒之情。那个新来访者曾与一位类似 Bill 的男士发生过性关系,她认同了 Bill 的女朋友。一些男士间接地参与,觉得 Jan 是性玩物,天生就是供 Bill 玩弄的。另一个男士说,他希望 Bill 赶紧搞定 Jan,以便让他们能在团体里谈点别的事情(随着时间流逝,这样的

看法成为主流)。他是一个容易焦虑而胆怯的男人，从未有过异性恋体验。正如他所说，团体中发生性关系并不是“他的爱好”，他无论如何也不会参与。

Rob，就是那个在 Jan 和 Gene 首次参加团体时穿短裤的男士，他默默地希望团体对异性恋的关注有所改变。他强迫性的同性恋倾向日益明显，但是在过去的几周里，他之所以一直没有在团体中谈论，主要是因为他意识到自己的需求无法被团体接受。他认为这样会失去团体成员对他的尊重，因为这是一个特别重视异性恋的团体。

然而，Rob 渐渐能比较坦然地讨论这些问题。特别值得一提的是，Bill 除了向 Rob 提出一些忠告和关心外，他给予 Rob 的帮助其实很少。10 个月后，Rob 离开了团体，而且 Bill 与 Jan 的两性关系已经修通，此时 Bill 才暴露自己的同性恋意念和性幻想。Bill 是 Rob 十分崇拜的对象。如果 Bill 在适当的时候与团体分享这些事情，那么肯定对 Rob 有帮助。但是，当时 Bill 没有透露半点风声，因为他认为如果他这样做，就会妨碍他引诱 Jan 的计划——这是又一个因追求附带满足感，而影响团体疗效的例子。

Jan 和 Bill 发生性关系后，团体无法细谈他们两人的关系，他们也更加无法接受治疗。他们开始以“我们”相称。通过分析他们的行为表现，我和其他成员提出了忠告，但是他们均不予理睬。首先，团体很难了解，这两人之间除了强有力的性欲外，还有什么事情存在。我知道，Jan 的个人价值观是建立在她的外表基础上。为了使他人保持对她的兴趣，她感觉到，她需要给予礼物——尤其在性方面。

此外，她还有一个恶意的观点：以性诱惑，她先前征服了一些重要的男士（系主任和几个雇主）。然而，在处理她与治疗师的关系时，Jan 似乎感到无能为力。她人际交往的主要本钱是性，这对我没有任何影响，但她以 Bill 为媒介，取得了间接的胜利。后来，我听到很多她与 Bill 在床上欢愉的事情，知道他们在向我示威。在团体里，Bill 不仅陈述他的性爱关系，极力想证明自己的诱惑力，而且一直强迫性地寻找特别的机会来满足俄狄浦斯期的掌控感——将女人从领导者身边带走。

因此，在团体这个社会缩影中，Bill 和 Jan 以丰富细腻的行为，展示了他们的精神动力，重现了他们的社会环境。Bill 的自恋倾向以及与女性建立关系时不真诚的行为模式，都被他清晰地描绘出来。他经常暗示，他与同居女人的关系每况愈下，以便使 Jan 燃起对婚姻的憧憬。Bill 的暗示和 Jan 极度自欺欺人的行为，使得在团体成员中，只有 Jan 会认真考虑与 Bill 结婚的可能性。其他成员想帮助她识别 Bill 主要想传达的信息——对他来说，她只不过是他的另个性猎物而已——对此，Jan 以防御和愤怒的方式加以反应。

渐渐地, Bill 私下表述与团体对此意图的阐释非常不一致, 这令 Jan 感到很不舒服, 她打算离开团体。我提醒她, 这正是她进团体之前, 我警告过她的事情, 假如她放弃继续接受治疗, 那么以往在团体中所发生的一切将化为乌有。过去, 她曾有很多短暂、劳而无获的人际关系。这个团体给她提供了一个独特的机会, 能让她待在一段关系中, 将这出戏演完。Jan 决定留下来了, 主要想证明我的看法有误, 而并没有更高、更健康的动机。

Bill 与 Jan 的关系是排他性的, 除了 Bill 曾经想对 Gene 敞开心爱之门外(他说这是一个“银行的开放账户”), 没有与其他成员保持密切联系。Gene 和 Jan 依然保持极端冷酷无情的敌对状态, 他们两人都幻想着要杀死对方。(当 Gene 结婚时, 除 Jan 之外, 她邀请了所有团体成员。在面临其他成员联合抵制的威胁时, 她才勉强同意邀请 Jan。)在 Jan 尚未进入 Bill 的个人世界之前, 对 Bill 而言, 他与我的关系非常重要。在他们两人私通一个月后, 他似乎完全忘记了我。但是, 渐渐地他又关心我了。例如, 有一天, 他讲了一个梦, 在梦中, 我欢送所有其他成员进入一个高级的研究生团体, 而他却被降到一个基础的、进展迟滞的团体里。

Jan 与 Bill 的关系浪费了团体很多精力和时间。成员们很少讨论与这对伴侣无关的话题, 所谈论的话题几乎都围绕着与他俩有关的问题, 如性、嫉妒、羡慕、害怕竞争、关心身体、魅力等。整个团体对此一直维持着很高的情绪, 所有成员的参与程度都很好, 持续 30 次聚会, 竟然无人缺席!

Jan 和 Bill 的关系逐渐冷却。Jan 一直以为, 她只需要 Bill 的身体, 只要每两周与他共处一晚就足够了。现在, 她发觉自己不得不想要的更多。她感受到了生活压力。她失去了工作, 经济面临困难。她放弃了性乱交行为, 但仍然感受到性方面的压力, 她开始自言自语, “当我真正需要 Bill 时, 他到底在哪里?” 她变得非常沮丧, 但是在团体中, 她尽力避免让自己表现出沮丧。附带的满足感再次超越了治疗的主要目标, 因为她不愿让 Gene 和其他成员满意, 让他们看到她的抑郁表现。几个月以前, 他们就曾警告, 她与 Bill 的关系最终必定导致自我伤害。

Bill 到底去哪里了? 这个疑问让我们切入到 Bill 接受治疗的核心问题——责任感。当 Jan 越来越沮丧时(因为频繁意外, 如车祸、在厨房里不小心烫伤等使抑郁加重), 团体质问 Bill: 如果他事先知道冒险的代价, 他是否会有不同的行为呢?

Bill 说: “不会, 我不会有不同。如果我不能自己寻求快乐, 又有谁会来照顾我呢?” 其他团体成员, 此时包括 Jan, 都开始攻击他自我放纵的行为, 以及对他人缺乏责任感。Bill 思索这一质问, 结果他却在以后的聚会中提出了一连

串的合理化解释。

“没有责任感？不，我并非没有责任感！我精神饱满，喜欢恶作剧。我是一个热爱生命的人，像皮尔·金特（Peer Gynt）一样。生活中的乐趣太少了。”他说：“为什么我没有权力获得我能够获得的东西？谁设定的规矩？”他坚持认为，团体成员和治疗师狡猾地披着责任心的外衣，事实上只想剥夺他的生命活力和自由。

在很多次聚会中，团体一直沉浸在爱、自由和责任心的议题中。Jan 越来越能够直接地面对 Bill，她强烈地质问 Bill，究竟有多在乎她。他坐立不安，提出他是爱她的，但他不愿意与任何女人建立持久的关系。事实上，他发现，他曾经拒绝了很多想与他建立长期关系的女人。

我想起加缪（Camus）的小说《沉沦》（*The Fall*）中对爱的态度，加缪相当清晰地描绘了 Bill 的矛盾心态：

说我从未爱过，这毕竟是不真实的。我曾想过我生命中至少该有一段伟大的爱情，那是我向往的目标……然而，淫荡却一直主宰我的爱情生活……无论如何，我的淫荡（我努力克制）如此真实，以至于即使只有十分钟的冒险，我都会不认爹娘，尽管我会为此悔恨不已。确实仅仅为了十分钟而冒险，如果我确信它不会有第二次时，我就会更加变本加厉¹²。

如果团体治疗师想帮助 Bill，他就必须确定这段关系应该有一个了结。

Bill 并不想为 Jan 的抑郁承担责任。全国许多城市都有爱他的女人（她们的爱让他觉得自己还活着），但对他来说，这些女人并不是独立存在的个体。他认为，只有当他出现在她们面前时，她们才会有生命。加缪又说中了他的情况。

地球上所有的人（或绝大多数人）都以我为中心。除非我恩赐于他们，否则他们将永远心神不宁，完全无法独立生活。他们随时准备供我差遣，如果没有我，他们的生命注定会平淡无奇。简言之，我若想过得快乐，最重要的是，我所选上的生物完全不能独立，必须让他们任凭我随意的差遣¹³。只有如此，我才会过得快乐。

Jan 以冷酷的态度逼迫 Bill。她告诉他，有男人曾对她非常感兴趣，恳求 Bill 平等待她，对她的情感要真诚，让她自由。至此，Bill 心中已经肯定，他已不再爱 Jan 了。（事实上，稍后我们将知道，Bill 逐渐增加了对与他同居女人的承诺。）然而，他却无法把话说出口——一种多么奇怪的自由方式。后来，Bill 逐渐感悟到，要获取自由，而不是放弃自由。（加缪写道，“请相信我，至少对某些人来说，不去拿自己不想要的事物，是世界上最困难的事情！”¹⁴）他坚持认为，自己有选择

快乐的自由，然而他逐渐明白，他并没有为自己选择自由。他所选择的几乎总是让他想到自己不好；他越恨自己，强迫行为越多，自由就越少，其结果是，他一味追求性猎物，只能带来暂时的慰藉。

同样，Jan 的病态特征也非常明显，她把自己的自由权力让给 Bill（一种自相矛盾的逻辑），认为只有他才有力量让她自由。对于她断然放弃自己的自由权力，我质问她，为何她无法向男人说“不”呢？有证据表明，她想用一种自我伤害的方式来惩罚 Bill。她试图通过意外事故、忧虑和伤痛来触发 Bill 的罪恶感即她曾经信任的一个男人背叛了她，现在她的生活完全被毁掉了。

好几个月以来，Bill 和 Jan 一直在这些问题上纠缠不清。偶尔他们会重新进入他们原有的关系，但渐渐地多了一份冷静，少了一份自我欺骗。经过一个毫无进展的阶段之后，我意识到最佳时机来临了，于是想用逼迫的方式质问他们。有一次聚会，Jan 迟到了，并抱怨她的经济状况一团糟。Bill 说，花钱无度使她更讨人喜欢，随后两人格格地发笑。我提出，Jan 和 Bill 在团体治疗工作中做得很少，让他们继续留在团体中不一定有价值。团体成员对此感到非常惊讶。

Jan 和 Bill 指责我过分清高。Jan 说，在过去的几周里，她来团体只是想看看 Bill，并在团体结束后与他说说话而已。假如 Bill 离开团体，她认为自己也不会继续参加团体治疗。我就提醒她，团体不是约会的场所，有更重要的任务等待她去完成。我继续说道，在她漫长的个人生活中，Bill 无足轻重，很快会从她记忆里淡出。Bill 对她毫无承诺可言，如果他完全真诚待她，那么他就该这样告诉她。Jan 反驳道，Bill 是团体中唯一真正关心她的人。我不同意她的观点，并说 Bill 是否关心她，这并不是她的最终利益所在。

Bill 对我很生气，就离开了团体。（特别是对我说他会很快从 Jan 的心目中淡出，他感到非常愤怒。）他幻想有朝一日与她结婚，以此证明我的观点错误；但是回到团体时，他却沉浸在治疗工作的严肃议论中。随着他能够更真诚地对待自己，他面临着极度空虚感（女人的爱总是可以暂时填充），他经受了痛苦的抑郁体验，并在团体中对此进行治疗。这次聚会后，Jan 有两天时间情绪相当低沉，接着，她突然为自己的工作、金钱、男人和治疗做出了重要决定。

随后，团体进入一个出成果的阶段。在我介绍一年长的女来访者进入团体后，这个阶段的成效更大了。因为她带来了许多被团体所忽略的主题：父母、死亡、婚姻、躯体机能退化等。Jan 和 Bill 从情爱中走出，开始检查他们与团体其他人（包括治疗师）之间的关系；Bill 停止说谎了，一开始对 Jan 不说谎，然后对 Gene 和其他成员，最后则对他自己也不说谎了。Jan 继续留在团体有六个月之久，Bill 在

团体又留了一年。

无论用哪种疗效指标评定, Jan 和 Bill 的疗效都是令人吃惊的。在团体治疗结束九个月之后的会谈中, 他们两人都表现出令人难忘的变化。Jan 不再忧虑、自我毁损或性乱交。她与一个过去认识的男子建立了稳定和满意的关系。她获得了一份相当不错且薪酬更高的工作。一旦 Bill 知道自己为了追寻一些自己不想要的东西, 使得他与女友的关系变得淡薄, 他就可以让自己有更深感受, 而且在离开团体前不久结了婚。他以前那些焦虑抑郁的特质、深受折磨的自我意识和极度的空虚感, 所有这些特质均已被良好的特质所取代。

在短短几页纸中, 我实在无法摘录出 Jan 和 Bill 在治疗中所发生的所有重要事件。还有很多事情, 如与其他成员和治疗师之间重要的互动等。我相信, 他们团体外关系的发展及修通, 并不是一种混乱局面, 而是治疗过程中不可或缺的部分。如果 Bill 没有出现在团体里, Jan 就不可能有动力留在团体中。如果 Jan 不出现, Bill 的核心问题不可能清楚地浮现出来, 进而被治疗。

然而, 团体所付出的代价也很大。团体在 Jan 和 Bill 身上消耗了很多时间和精力, 使团体忽略了其他成员, 很多重要问题没有触及。通常, 这样一种团体外的亚团体会造成破坏性的治疗僵局。对新团体或每周聚会少于两次的团体来说, 最负担不起这样的代价。倘若 Jan 和 Bill 在爱恋开始之前, 没有融入团体, 那么他们也不太可能愿意留在团体里继续治疗。

治疗团体中的冲突

人类团体不可能消除冲突, 无论是两人团体、小团体、大团体还是像国家联盟这样巨大的团体, 都是如此。假如冲突被否认或压制, 它们将不可避免地以转弯抹角的、迂回且非常丑陋的方式表现出来。提到冲突, 我们立即会联想到它负性的一面——如破坏、痛苦、战争、暴力——但思索片刻, 我们就会联想到积极的作用, 冲突可为人类生活和人类社会带来戏剧色彩、新奇刺激、变化和发展。治疗团体当然也不例外。有些团体表现得“太好”并努力避免冲突和对抗, 这往往反映了治疗师自身在避免侵犯。就整个团体发展过程来说, 冲突是无法避免的, 如果缺少了它, 反而会使团体进程蒙受损害。此外, 如果冲突没有超过团体成员的容忍度, 同时团体又建立了恰当的团体规范, 那么治疗团体可以合理地利用冲突, 推进团体进一步发展。学会如何有效处理冲突是治疗的首要学习任务, 这有助于个人的成熟和情感的可塑性¹⁵。在本章中, 我将探讨治疗团体中冲突的来源、

意义和在治疗中的价值。

敌意的来源

在治疗团体中,敌意的来源很多。探究敌意的治疗理论也不少,包括自我心理学(ego psychology)、客体关系学(objection relation)、自体心理学(self psychology)¹⁶,这些理论都叙述过这方面的内容。团体领导者应具备能力来确定个体、人际互动以及团体动力中的敌意¹⁷。

有些敌意源于来访者的自我贬低。事实上,经过几个月治疗后,来访者才会真正开始倾听和尊重其他成员的意见。刚开始,他们几乎不太自我尊重,不能觉察到别人也与他们一样,可以提供一些有价值的东西供大家讨论。贬低会带来更大的自我贬低,并且会很快形成一个破坏性的人际循环。

在治疗团体中,移情或恶意的扭曲经常会产生敌意。一个人对于他人作出的反应,有时不是基于事实,而是基于某种印象。他以往的人际关系、目前的人际需求和恐惧心理都会扭曲这个印象。如果扭曲引起消极的反映,那么相互的对抗就更容易激活敌意。团体好像一座“装满镜子的大厅”¹⁸,可以加深敌意,强化遭拒绝的感觉和行为。个体可能会长期压抑一些令他们感到羞愧的特质或欲望,有时甚至长达数年或终生。当另一个体表现出这些特质时,他们通常会避开他或莫名其妙地对他产生一种强烈的敌意。如果他们能接受咨询,那么这一过程就可以接近意识层面,很容易被识别出来,否则它可能会被隐藏得很深,需经过好几个月的探索分析才能明白。

◆有一个叫 Vincent 的来访者,是第二代意大利裔美国人。他在波士顿的贫民窟里长大,在相当困难的条件下,接受了良好的教育。他离开出生地已有很长时间。他对自己的聪明才智感到十分骄傲,且说话相当谨慎,以免泄露他个人的背景资料。事实上,他对回想起自己卑微的过去十分痛恨,害怕会露出马脚,让别人通过他的外表,看到他的内心世界。他自认为自己的内心世界丑陋、肮脏且令人讨厌。Vincent 对团体中另一个意大利后裔成员有一种强烈的敌意,因为这一成员的价值观、脸部表情和手势,还保留着对于族群的认同。通过对自己敌意的探索与研究, Vincent 最终能够深刻地反省自身。

◆在某个精神科住院医师团体中, Pat 对于自己是否要转到一个学术氛围更浓的团体一直迟疑不决、烦恼不已。Clem 是团体的头头,他痛恨 Pat 利用团体时间讨论这种

问题，责备 Pat 脆弱、犹豫不决，认为他不应该“占着茅坑不拉屎”。当治疗师引导团体探索他们对于 Pat 的愤怒的来源时，许多精神动力学问题就呈现出来了（有些我将在第十七章中讨论）。Clem 透露了一个最强烈的愤怒来源：他也曾经犹豫不决，无所作为。一年前，他也曾面临与 Pat 相同的处境，他无法果断决定，而且以压抑的方式解决了这一困境。Pat 的行为再度唤起了 Clem 痛苦的情景。Clem 之所以痛恨 Pat，不只是因为 Pat 触动了令他难受的伤疤，也因为 Pat 比他更诚实、更有勇气地面对这一问题。

J.Frank 曾描述一种双面镜反射的反应：

◆在某个团体里，两个犹太人长久争执，其中一人以自己是犹太人为傲，另一人则试图隐瞒身份。最后，他们两人终于明白，他们攻击对方的态度，正是自己所压抑的部分。那个好斗的犹太人终于明白，他对身为犹太人所蒙受的种种不利感到痛苦；那个隐瞒自己身份的人则坦承，私底下他对自己身为犹太人而感到骄傲¹⁹。

团体治疗中的另一种冲突是由投射性认同（projective identification）引起的。投射性认同是镜像作用中的一种潜意识过程，包括将自己所拥有（但被否认）的某些属性投射到他人身上，接着却感觉他们有一种神秘的吸引-排斥力。在陀思妥耶夫斯基所写的梦魇般的故事《两重人格》（*The Double*）中，有一个十足的投射性认同的例子。故事中的主角碰到一个人，这个人在躯体上是主角的替身，在人格上则表现为主角所模糊感到的、憎恶的那一部分自己²⁰。这个故事生动鲜明地描写了主角与替身发展起来的神秘吸引、恐惧和仇恨。

投射性认同既涉及个体内在心理，也涉及人际关系²⁰，是一种源自内心想象和人际关系之间的混合物²¹。它既是一种防御机制（这种防御在本质上是部分客观的，因为它是极端、扭曲、片面的现实的再现），也是一种人际关系的表现形式²²。个体不仅将自我的否定部分投射到别人身上，而且还认定这些部分属于别人。由于投射性认同的直接或间接作用，有时对方的行为确实会因此有所改变。投射性认同好像两面扭曲的镜子面对面放置着，使影响来回反射越来越扭曲²³。

团体治疗中存在着许多不同来源的愤怒。经常造成自我脆弱的个体对羞愧、疏远、共情失败或拒绝等体验充满悔恨，并且会通过报复或人际欺压来维持个人地位。有时候，愤怒也可能是在面对被拒绝后，应对挫败感的一种绝望反应，这意味着来访者在尽最大努力避免感情的彻底崩溃²⁴。

竞争和妒忌可能是另一种冲突来源。团体成员在团体中彼此较劲,是为了获得治疗师最多的注意,或获得某个特定角色,如一个最有权力、最被尊重、最敏感、最困扰或需求最迫切的人。成员(或许受潜意识中同胞竞争的残痕所驱动)会揣摩治疗师可能喜欢哪一个。例如,在某个团体中,有一名成员问治疗师会去哪里度假,而治疗师坦率地回答了他。这触发了另一名成员的伤痛,因为她想起她妹妹总是能从父母那里得到一些她得不到的东西²⁵。

新成员的加入也经常会激发竞争的感受:

◆某个团体在进行第50次聚会时,新成员 Ginny 加入进来^{*}。在许多方面,她和老成员 Douglas 很相似,两人都是艺术家,生活方式较怪异,经常沉浸在幻想中,也都熟悉自己的潜意识。然而他们却发展出敌意,而不是亲密关系。Ginny 立即建立起她的角色特征:在团体中,她言行举止妖里妖气,缺乏理性,散漫。Douglas 认为她篡夺了自己病得最重、最散漫的成员角色,而无法容忍她,对她发怒。由于治疗师积极阐释角色冲突,加上 Douglas 担任了另一新角色(“改善最明显的成员”),此后两名成员才达成和解。

随着团体治疗的进展,成员们也会对那些不遵守团体规范的成员感到不耐烦,甚至发怒。例如,如果一个女人始终躲在假面具后,开始团体可能会哄她,试图劝说她投入,一段时间后她失去了耐性,团体成员也发怒了,要求她诚实地面对自己及其他团体成员。

有些团体成员由于自身人格问题,总是卷入冲突之中,并在任何团体中都制造冲突。一名男性成员有偏执性人格障碍,他认定这是一个充满危险的世界。他一直敏感多疑、时刻保持警觉。在搜寻线索或危险迹象时,他常以极端偏颇的方式检查所有经历。他始终处在紧张状态,随时准备应付紧急情况。他从不去玩要或放纵一下自己,并且对他人的类似行为心存疑虑。很显然,这些特质使他无法与其他团体成员亲近并和睦相处。迟早他的愤怒会暴发;他的个性特质越严重越僵化,那么爆发的冲突就会越强烈。最终,如果治疗要取得成功,来访者必须接受充满敌意的不信任背后的脆弱感。

在第十一章里,我曾经讨论过另外一种团体敌意的来源。来访者对治疗师抱

^{*}她就是和我一起撰写了一本有关我们心理治疗的书的 Ginny, 该书的名字是《日益亲近:心理治疗师与来访者的心灵对话》(*Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy*, 纽约:1975年第一版,1992年再版)。

着（不切实际的）期望，当希望破灭，他们就有挫折感，感到失望，逐渐清醒。假若团体不能直接与治疗师对质，成员中就会有替罪羊产生——无论对受害者还是团体而言，这都不是令人满意的解决方法。事实上，替罪羊是团体排解任何来源愤怒的一种方法，也是治疗团体中一种常见现象。当然，团体也不是任意选择替罪羊的。在许多社交场合，有些人会扮演一个替罪羊角色。治疗师应认识到，替罪羊常常是团体成员与扮演替罪羊角色的成员共同创建的²⁶。

根据团体发展阶段观点，也可以理解团体中敌意的一些主要来源。早期阶段，团体会助长个体的退行以及非理性、不文明的成分出现。新成立的团体会充斥着焦虑（源于害怕暴露、害羞、害怕见陌生人、无权力感），这样的焦虑可能会以敌意的方式表达出来。另一个敌意来源是偏见（认为自己已经很了解他人，从而使自己的焦虑降低），当然这种偏见会引发对方的愤怒。在整个团体发展历程中，自恋性伤害（因为他人的反馈意见或个体被忽视、不被赏识、被排斥或被误解而使团体成员的自尊受到伤害）常会使人难过，心生报复。后期阶段，敌意通常来源于以下情况：投射倾向、同胞竞争、移情和某些成员提前终止治疗。

敌意的处理

不论敌意来源如何，一旦不和产生，就会沿着一定可预测的顺序发展。敌对者往往坚持一种信念：“自己是对的，别人是错的；自己是好的，别人是坏的”。此外，虽然当时不能分辨出这些信念，但敌对双方对此却深信不疑。只要存在这种敌对信念，团体就有了制造出一种深刻和持续紧张气氛的所有要素，甚至会陷入僵局。

通常，沟通失败随之而来。双方都不会再为互相了解而去倾听对方。如果是在社交环境中，这样的对手很可能完全断绝关系，并且永远无法挽回。

敌对双方不仅会停止倾听，而且会毫无理智地曲解对彼此的感知。感知被套以一种固定的模式。敌对者的言行举止被重塑，使之适合早先假定。而相反的证据却被忽视或歪曲；安抚的姿态往往被看成欺骗的伎俩。（这与国家间敌对双方的表现与之相类似。）简而言之，人们更多的是去核实自己的信念，而不是理解他人²⁷

相互不信任是敌意产生的基础。敌对者认为自己的行为是高尚的、合理的，而他人的行为都是在搞阴谋，是邪恶的。在人类社会，人们常见到这种现象。如果在团体中允许这类事情发生，那么团体成员将无法改变或无法学习。因此，在团体治疗的早期阶段，团体就必须建立团体的氛围和团体规范，从而预防这种局面发生。

团体凝聚力是成功处理团体冲突的重要要素。成员们必须相互信任、彼此尊重，

必须将团体看做满足个人需求的重要场所。来访者必须了解,如果团体要生存下去,成员间就必须保持沟通,无论多么愤怒,他们都必须与其他人保持直接的沟通。此外,团体必须认真对待每一个成员。当一个来访者的意见和愤怒不太被重视,被团体像“吉祥物”一样地供起来时,那么他接受有效治疗的希望就落空了。这样,另一个成员就有理由担心自己会有同样的遭遇,团体的凝聚力就大受影响。

一个有凝聚力的团体,会认真对待每个成员,并精心制定团体规范,迫使成员不对彼此辱骂中伤。每个成员必须追寻和探索自我受贬损的信息,愿意去探究更深层的自我以理解自己的敌意并弄清他人的哪些方面激怒了自己。团体必须建立规范,让团体成员明白他们来此是要了解他们自己,而不是打击或者嘲笑他人。如果成员试图在从自身寻找类似趋势和冲动,那将特别有用。泰伦斯(Terence,公元前二世纪,罗马的戏剧家)为我们提供了一个宝贵的视角,他说:“我是一个人,世上无人与我相异。”²⁸

当成员认识到其他人在接受自己且试图了解自己时,他就会认为没有必要对某些信念持僵化的态度,并更愿意去探索以前一直被否定的某些自我。渐渐地,他可以发展出对动机的洞察力,认识到并非所有的动机都像他所宣称的那样。他自己的一些态度和行为,也未必完全像他一直向对手或世界所显示的那样公正合理。到达了这一阶段,就意味着个人突破的开始,个人对于处境的感知改变了,知道可以多角度审视问题。

共情,是解决冲突及使争执更人性化的一个重要元素。了解他人过去的经历经常在共情的发展过程中扮演重要的角色。一旦人们认识到敌对者早年生活的某些方面导致了他目前的状态,那么敌对者的处境不仅变得有迹可循,而且敌对者的行为也变得情有可原。原谅的方法就是去了解。

偏离主题或转弯抹角的敌意,经常无助于解决冲突:

◆ Marie 在聚会一开始,就要求宣读她正在撰写的一封信,并得到了治疗师的许可。这封信与她近来离婚的法庭听证有关,内容涉及财产分割及子女监护问题。Marie 读信花费了团体很多时间,后来治疗师打断她,接着其他成员对信件内容争执不休。团体对信件断章取义,Marie 极力反击,双方互不相让,直到团体气氛变得十分紧张。在聚会进程中,治疗师和团体成员一起共同探索,团体才有了建设性的进展。治疗师对于自己同意 Marie 读信,以及 Marie 使自己陷入窘境而感到生气。团体成员对治疗师同意读信也非常生气。他们对于 Marie 浪费团体很多时间并让他们有一种挫折感和事不关己的感觉,也非常愤怒。一旦愤怒从含糊不清的目标(信件内容)转移到合适

的目标（治疗师和 Marie），团体才开始走上解决冲突之路。

应当注意，永远解决冲突并不是治疗团体的最终目标。尽管团体已解决了冲突，表现出互相尊重，和睦相处，但新的冲突仍将持续发生。然而，团体成员姿意地表达愤怒也不是治疗团体的目标。

虽然有些人喜欢冲突，但是大多数来访者（和治疗师）在表达愤怒或接受愤怒时，都会感到很不舒服。治疗师的任务就是要限制冲突，用它来帮助团体成员。一个重要原则就是要找到恰当的平衡点：冲突太多或太少都会造成不良后果。治疗师一直要对冲突进行微调。当团体持续出现冲突，一直无法对任何事情达成协议时，治疗师要找出解决问题的方法，并且探究为何团体会否认掉所有的共同点。当团体一直没有异议出现时，治疗师要找出团体的不同看法与差异之处。因此，治疗师要谨慎地处理冲突，特别是那些极端严重的冲突。通常没有必要刻意地引发冲突。如果团体成员彼此都能够开放地、真诚地互动，那么总会有冲突出现。治疗师经常要主动地介入，不要让冲突具有破坏性。

应当记住，像应用所有此时此地的行为一样，治疗师应使冲突发挥治疗作用，其过程分两步：体验（情感的表达）和了解该体验。治疗师可以将团体从第一阶段带入第二阶段，以便控制冲突。直截了当地要求，通常是一种行之有效的办法。例如，“像上周一样，我们今天一直在表达一些强烈感觉。为了避免我们负担过重，我们停止现在做的事情，一起试着去了解正在发生的事情以及所有这些感受的起源，这样可能会更有价值。”团体成员忍受冲突的能力是不同的。一名来访者批评治疗师在治疗热烈期把治疗带入了“冰冻框架”（带领团体进入反思状态），另一名成员立即指责到，那是因为她不能忍受团队的紧张感并且希望重新组队，有时带领团队进入反思是有益的。团体中的成员可以反思自己对冲突的贡献，这种反思有时作用巨大，它可使团体成员学会区分治疗僵局和治疗成长²⁹。

接受负性反馈是一件痛苦的事情，但是如果能准确和敏锐地表达负性反馈，仍然会很有帮助。如果治疗师能让接受者知道反馈的益处，让他成为整个过程中的一个盟友，那么他就会更愉快地接受负性反馈。你可以提及来访者最初寻求治疗的人际问题，或者获取来访者早期治疗阶段的承诺，这样有助于促进接受负性反馈的过程。

例如，在团体治疗刚开始时，一名来访者说，她的未婚夫指控她，说她想毁了他。她希望在团体中处理这一问题。这时，治疗师可以订立以下契约：“Carolyn，这听起来好像是说，假如我们在团体中发现你与其他人之间存在类似倾向，这就可能

会对你有帮助。从现在开始,当我们发现这种事情时,我们就会马上指出来,你觉得如何?”一旦她同意立约,治疗师就要谨记在心。当上述情况发生(例如来访者从团体的男性成员那里接受到相关的类似反馈)时,你就要提醒来访者,即使反馈使她不舒服,但这的确有助于她调整与未婚夫的关系。

当两名团体成员彼此敌对时,其中总是隐藏着重大的治疗价值。对此,我的小说《叔本华的治疗》中有个戏剧性的个案。显然,双方都很在乎对方如何看待自己。通常,彼此间存在着嫉妒和投射,这正是很好发掘自我的机会。生气时,彼此才会把一些重要的真相(虽然令人不快)告诉对方。敌对双方的自尊可能会随着冲突而增强。当一个人对另一个人发怒时,这意味着他们感到对方都很重要,都很认真地看待对方。有人认为,愤怒是一种“艰涩的爱”(这一说法源自于成瘾者的锡南浓团体)。如果人们真的不在乎对方时,彼此就会漠不关心。来访者也会明白,虽然他人消极地看待他们的一些特质、行为举止或态度,但这本身说明受到了别人的重视。

对无法表达愤怒情绪的来访者来说,团体可以充当一个试验场所。让来访者冒个险,让他知道自己的这种愤怒并不危险,也不具有破坏性。在第二章中,我曾提到一些事件,来访者常把它们作为治疗的转折点。这些重要事情绝大多数与第一次表达的强烈的负性情绪有关。让来访者知道自己可以忍受别人的攻击和压力,这也非常重要。情绪的适应能力和健康的隔离都能促进对冲突的治疗。

攻击性十分强的来访者,可以弄明白自己的人际交往问题是由于自己妄自尊大造成的。通过反馈,他们知道自己给他人所造成的伤害,能够逐渐地面对自我挫败的行为模式。对很多人而言,一个很有价值的学习机会,就是直面愤怒。因为在治疗团体中,不管他们如何生气,团体成员都得学会继续留在团体里,保持相互之间有益的接触。

我们也要帮助来访者更直接、更恰当地表达自己的愤怒情绪。即使在全面冲突中,团体也还是有心照不宣的战争规则。假如人们违反这些规则,那么他们根本不可能妥善解决冲突。例如,在治疗团体中,战斗者偶尔会使用先前别人在互相信任的气氛中吐露的信息来嘲讽或羞辱他。或者,因为他们不太尊重别人,故拒绝花时间审视冲突。这些情况都需要治疗师有力地介入。当治疗师之后意识到早先或某种干预有效时,他们应当明确指出——正如温尼考特曾经说过——好父母与坏父母的区别并不在于他们犯了多少错,而在于他们是如何对待这些错事的³⁰。

有时,在持久且具破坏性的情境中,治疗师必须掌控团体并设定界限。团体领导者面对这样的情况不能弃团体于不顾而一走了之,否则就是对这种行为的纵

容。欧尔蒙特 (Ormont)³¹ 曾叙述过这样的情境：

Gabriel 对每个人都不怀好意。他总是咆哮着制止别人讲话。当成员们要求我赶走他时，我直截了当地打断他：“Gabriel，我知道你的感受。我也会说同样的话，但是语气会温和一点。两者的区别在于你已经失控了。你有丰富的想像力，但是在团体中，你却一事无成——你只会挑剔，伤害别人的感情。”

他似乎在倾听，因此，我冒险作了一个阐释。“你告诉我们 Miriam 一无是处。我所得到的印象却是你在说你一无是处——一个一无是处的家伙。你要么合作，要么就离开！”他的表现令我们惊讶。他对我一言不发，转向 Miriam，向她表示道歉。后来他告诉我们，他感觉我有能力设定界限，这使他安心了。有人掌控了全局。

间接的自我击败模式是一种最为常见的攻击模式，Jan 曾在临床亚团体中使用过，也就是本章节开始部分我所描述的。来访者以一种或者多种方式伤害自己，从而诱使他人内疚。这是一种“看你把我弄成这样”的策略。通常，改变这种模式需要花费很多时间。这种模式根深蒂固，源自早期童年经历（比如，童年时幻想在自己的葬礼上，父母和亲属们捶胸顿足、伤心欲绝的样子）。

在团体成员意见相左时，团体领导要竭力使每个来访者能够深刻地了解所取立场的原因，事实上，他们还可能发现新的、更有用的理由。来访者也知道，不论愤怒是何来源，他们总是以自我挫败的方式来表达愤怒。有些来访者从反馈信息中知道自己会习惯性地表达嘲讽、不耐烦或不同意。人们对于面部表情的敏感度以及表达方式细微差别的敏感度，远胜于对整体的感知³²。只有通过信息反馈，我们才能明白自己传达出来的信息并非是自己想表达的，或者自己并没有如此强烈的体验。治疗师指出来访者的意图和实际影响之间的差异，能显著提升他们的自我意识³³。

治疗师也要试图帮助互相冲突的成员，让他们更深入地了解双方的立场。习惯于使用结构性练习的治疗师，可能会发现角色转换是一种行之有效的干预方式。要求团体成员扮演对手的角色，以便了解对手的理由和感受，这已经在愤怒管理的团体治疗中，被有效地广泛应用了，从照料患老年痴呆家人的、负担过重的看护人到在战争后留下创伤后障碍的士兵。这些团体通常会将心理教育（重点是在思想、情感和行为的联系）与此技巧结合应用。

相反，许多团体成员也有过度克制和避免愤怒情绪方面的问题。在团体中，他们学会了如何感知愤怒，如何解释自己的身体语言（“我的拳头握得非常紧，因

此我一定在生气”），如何学会放大初次的愤怒火花而不是去抑制它，并懂得感受愤怒情绪和表达愤怒情绪都是安全的、被允许的，是为了他们自己的最佳利益。

成员强烈的共享情感可以增强彼此的关系。在第三章中，我曾说过，无论是哪一种情感体验，当团体成员共同经历强烈的情感体验后，团体的凝聚力都会增强。在这种情况下，团体成员在一个成功的治疗团体中，就好似亲密无间的家庭人员一样，虽然彼此会争执，但是总能从家庭联盟中获得更多支持。同样，共同经历了许多压力的敌对双方，也会有特别的收获。在我所带领的治疗团体中，有两个成员彼此有强烈的敌意。然而，通过一些我曾描述过的机制，他们化解了彼此的仇恨，最终，彼此能够互相理解、互相尊重，总是更具治疗价值的。

自我暴露

自我暴露——让参与者既害怕又重视——是所有团体治疗中不可或缺的部分。团体治疗师们一致认为，来访者在团体中透露个人的事情是非常重要的。否则治疗师无法知道这些事情，来访者也几乎不会向他人透露。自我暴露可能涉及个人过去或现在发生的事情，涉及幻想或梦境、对未来的憧憬或抱负，以及目前对他人的感受。在团体治疗里，最重要的事情通常就是个体对其他成员的感受，治疗师必须把时间和精力用于创造公开暴露的机会上，即增加信任和凝聚力。

危险

对于暴露者而言，他们每一次自我暴露都是有危险的。危险的程度与暴露的内容部分相关。假如所暴露的事情先前未曾暴露过、高度个人化且情绪色彩浓厚，那么他所冒的风险就相当大。个体第一次自我暴露所冒的风险，总是非常巨大的，因为这是他首次与他人分享某些信息，会感到尤其危险。

危险程度也会因暴露的对象而有所不同。自我暴露的成员希望避免羞耻、歧视和拒绝。如果他们知道自己的听众比较敏感而且先前也曾暴露过高度个人化的资料，那么他就会感觉安全多了³⁴。

自我暴露的过程

在传统的社会交往过程中，只要有一个参与者自我暴露，通常会引发其他成员一系列可预期的反应。如果接受者与暴露者存在着有意义的关系（并不是无意在鸡尾酒会中相识），那么，接受者可能会觉得自己有责任或义务对暴露者负责。

接受者通常会对暴露者暴露的内容给予恰当的评论,接着,接受者也会暴露自己的问题。此时,接受者与暴露者一样相当脆弱。随着参与者持续、轮流地暴露,他们一点一点地越来越开放,越来越亲近,互相间的关系也会不断加深,直到他们的关系到达最理想的境界为止。

因此,在一个富有凝聚力的团体中,一个成员的自我暴露会引起成员彼此更多的暴露,最终形成一个建设性的信任——自我暴露——反馈——人际学习的循环³⁵。

◆一个为期共 30 次的团体治疗进行到一半时, Cam, 一名 30 岁的回避型、有社会孤立问题的工程师,在一次团体治疗中宣布想与团体成员分享一个秘密:在过去几年里,他经常去脱衣舞俱乐部,并交朋友。他有一个幻想,要拯救脱衣舞娘,而这名脱衣舞娘为了报答他,与他坠入爱河。Cam 讲述他在这个“拯救计划”中已花了几千美元。团体成员很接受他的开诚布公,特别是他自从进入团体后首次有这么充分的个人暴露。Cam 说治疗时间不多了,他想在团体结束前与团体成员共同前进。他的暴露给 Marie 很大的鼓励, Marie, 一名戒酒者,她也向自我暴露迈进了一步:许多年前,她也是脱衣舞女并卖淫。她对 Cam 说:他的行为的回报,除了失望和被剥削不会有任何收获。她以前从未暴露过自己的过去,因为担心团体成员会歧视她,但现在她感到不得不对 Cam 作出反应:她告诫 Cam,他的计划只会得不偿失。Cam 和 Marie 的这种相互暴露、支持以及关心对所有成员来讲,都起到了推进后续治疗的作用。

自我暴露的适应功能

随着团体成员自我暴露不断深入,全体成员逐渐增强了参与度、责任感和义务感。假如时机合适,个体融入团体中的最佳方式,就是接受或者透露某些隐秘的事情。一个人第一次将积压在心头多年的事情暴露出来,为他人所了解且完全地被接纳,这是一件最愉快的事件。人际关系治疗专家沙利文和罗杰斯主张在自我接纳之前,必须先取得他人的接纳。因此,要自我接纳,就必须让他人能够了解你自己的本来面目。

目前,研究结果已经证实,自我暴露在团体治疗中具有重要作用³⁶。在第三章中,我曾提到在团体中自我暴露与受欢迎程度有关系。受欢迎程度(由量化指标测定)与治疗结果呈正相关³⁷。在早期的聚会中,广泛暴露的来访者在团体中经常会比较受欢迎³⁸。一般来说,人们对他所喜欢的人会暴露更多。反过来说,愿意自我暴露的人更可能受别人喜欢³⁹。许多研究结果显示,高度自我暴露(由自然诱发或实验引发)可以增强团体的凝聚力⁴⁰。但是,团体成员受欢迎程度与

自我暴露之间并不存在线性关系。如果一个人对他人暴露过深,反倒会引起他人焦虑⁴¹。换言之,来访者自我暴露的内容和进程都需要深思熟虑。因此,自我暴露只是作为一种手段,它本身不是目的⁴²。

在团体治疗中,治疗成功的来访者在疗程中自我暴露的数量,几乎是无效来访者的两倍⁴³。来访者在团体中治疗成功与其在疗程中的自我暴露有关⁴⁴。Lieberman、Yalom 和 Miles 发现,在交友团体中,疗效欠佳的个体比其他参与者更少地暴露自己⁴⁵。

学习迁移的概念很重要:来访者不仅因为自我暴露而得到团体其他成员的赞赏,而且这种行为还会被强化,并整合到团体外的人际关系中,而获得类似的赞赏。来访者向配偶或潜在的亲密朋友暴露的第一步,通常就是告诉他们,在团体治疗中自己第一次自我暴露的经验。

因此,在很大程度上,自我暴露的影响由暴露呈现出来的关系而决定。如果来访者暴露自我被团体接纳和支持,那么,来访者就能体验到一种真正意义上的连接和理解⁴⁶。必须牢记,来访者此时此地的自我暴露对团体凝聚力的影响比彼时彼地的暴露要显得重要⁴⁷。

通常,来访者对自我暴露会表现出很大的阻抗。来访者经常担心被其他成员排斥或取笑,但同时也存有被接受和理解的希望⁴⁸。团体成员也经常会对个体的自我暴露持有带来灾难的幻想;自我暴露并击溃那些灾难的幻想具有很高的治疗作用。

在一项大胆的大学生教育实验中,研究者要求学生用匿名方式,与班上同学共享自己内心深处的秘密。需要谨慎小心地确保以匿名方式进行(把秘密写在一模一样的纸上,研究者在黑暗的教室中读出秘密,以便掩饰学生脸红或其他不自在的表情,并且立即销毁纸片)。学生的秘密涉及各种性偏好、违法或缺德的行为(包括性虐待、欺诈、偷窃、贩毒)、心理障碍、在酒瘾家庭中的受虐待等。在读完秘密后,教室中立即出现强烈反应:“鸦雀无声……这种气氛显而易见……气氛温暖、庄重和感人……可以用一把刀割破这种紧张气氛”。学生们说,在听到自己的秘密被读出来后,有一种如释重负的感觉——好像卸下了沉重的包袱。但是,在随后的课堂讨论中,学生们有一种更强的释放感觉。他们共享听到秘密后的各种回应,交流类似的经验,并会选择将自己的秘密指出来。这样做使同伴之间的支持一直是积极的,而且具有强大的安定心灵的作用⁴⁹。

适应不良的自我暴露

自我暴露与良好的心理和社会适应存在曲线相关：太多或太少的自我暴露都意味着适应不良的人际行为。

太少的自我暴露经常会使现实检验受到明显限制。那些无法在人际关系中自我暴露的人，通常会丧失取得他人有效反馈的机会。此外，他们的人际关系无法进一步发展；不互换信息，要么对方停止做更多的自我暴露，要么让人际关系彻底破裂。

在团体中，那些无法暴露自己的人，很难有机会获得其他成员真诚的接纳，因此很少有机会体验到自尊的增强⁵⁰。如果一个人被他人接纳是建立在一种虚假的形象上，那么他无法持续地增强自尊。此外，由于他呈现虚假的自我，丧失了被人接纳的机会，因此，他更不可能进行有效的自我暴露⁵¹。

有些人非常害怕自我暴露，主要不是因为害羞或害怕不被接纳，而是因为他们控制方面存在严重的冲突。对他们来说，自我暴露是一件很危险的事情，因为这将使他们易于受到其他人的控制。只有在团体中有人由于自我暴露变得异常脆弱时，（也仅仅在这种情况下）他们才会作出回应，做自我暴露。

自我暴露的受阻将会损害各个成员和整个团体的利益。当一个人有重大秘密不敢让团体知道时，他会发现自己对团体治疗只能进行表面上的参与，无法深入。因为他不仅要隐瞒秘密本身，而且还要封闭可能泄密的所有途径。在第五章中，我曾经详细讨论了在治疗早期阶段，治疗师如何以最恰当的方式接近来访者最隐秘的东西。简言之，为了使来访者从治疗中获益，我建议治疗师要帮助来访者，务必使他和团体共享秘密。自我暴露的步调和时机由来访者自己决定，治疗师可以用来访者希望的方式，使来访者自我暴露进行得更容易。当长期的隐秘最终得以见天日时，常常会启发我们去思考是什么使得来访者在这个时候将隐秘公布于众。我经常这样问道“你已经想告诉我们你的这个秘密好几周了，是什么让你决定今天与团体成员分享这个秘密呢？发生了什么事让你今天更信任我们？”见《叔本华的治疗》一书中生动的个案。

有时候，治疗师会不理智地阻碍团体成员自我暴露。我所知道的一个最可怕的秘密发生于一个新成立团体。该团体的治疗师是一个新手。一个来访者在一年前杀死了自己2岁的孩子，然后她试图自杀，但自杀未遂（法院判决她精神失常，予以假释，并要她接受治疗）。在治疗14周后，来访者不仅对自己的情况只字不提，而且运用否认和压抑的防御机制抵抗（如借助占卜术和古代神秘教派祈愿）。

这阻碍了整个团体治疗的进展。虽然治疗师非常努力，我也花费很多时间来督导，但治疗师还是无法帮助来访者（或整个团体）投入治疗。此后，我通过双面镜观察了几次团体聚会，并惊讶地发现，来访者其实给治疗师提供了很多次机会来帮助她讨论自身的秘密。于是，我们召开了一次督导会，解决治疗师的反移情问题。我们发现，是治疗师对自己两岁孩子的感情、对来访者行为的恐惧以及来访者的内疚感，促使来访者在团体中保持沉默的。在下一次聚会里，治疗师提出的问题相当温和，使来访者张口打破沉默，就此改变了团体的特性。

在一些团体中，审判气氛过浓也会使自我暴露受挫。成员们不愿暴露使自己感到羞愧的事情，担心别人会因此而不尊重自己。在心理卫生专业人员的训练或治疗团体中，这个问题尤为重要。既然我们主要的专业工具是我们自身，那么职业和个人都会面临丧失尊严的风险。例如，在一名精神科住院医师团体里，有一名成员谈到她是一个同性恋。另一位成员则对自己能否做医生缺乏信心，每次看到来访者处在生死关头的情境中，他都非常恐慌。另一名成员 Ted 说，他们害怕透露这些内容很有道理，因为他真的丧失了对他们的尊重，他怀疑将来自己是否会将来访者转诊给他们。其他成员谴责 Ted 的评判，并提出他们也不情愿把来访者转诊给 Ted。随后，无休止的批判接二连三，此刻，治疗师有义务强有力地干预治疗过程。

治疗师必须区分对隐私权的正当需求和神经质性的强迫性保密。有些成员不太知道如何融入团体，他们以健康方式保守秘密。他们仅仅与一些密友共享秘密，非常害怕在团体中自我暴露。此外，他们喜欢私下里自我沉思。这与基于恐惧、羞愧或病态的社交抑制所导致的保守秘密有很大的差别。男性成员在自我暴露上比女性成员表现得更困难：男性成员往往多从竞争和支配的视角而较少从温情和联系的角度去看待人际关系⁵²。

与自我暴露太少一样，自我暴露太多也是适应不良性行为。不加区分的自我暴露，不是心理健康的标志，也不是通向心理健康的途径。有些来访者错误地以为，如果自我暴露的内容是大家所企望的，那么彻彻底底、连续不断的自我暴露必定是一件非常好的事情。然而，如果两个人每次相聚都要共享个人的忧虑和秘密，那么都市生活将会非常沉重，让人无法忍受。很显然，暴露者与接受者间的关系是决定自我暴露形式的重要因子。几个调查研究已经证实了这一事实：因为接受者不同，如母亲、父亲、最好的同性朋友、异性朋友、同事或配偶等，个体自我暴露的方法和内容也有所不同⁵³。

但是，有些团体成员在进行适应不良的自我暴露时并不考虑这些因子，因而

破坏了自己与接受者的关系。不根据接受者亲疏程度进行自我暴露,会使接受者困惑不解。我敢肯定,假若一些亲密的事情本来应该只有我们两人知道,现在其他人也知道了,那么我们会困惑不解或有一种被出卖的感觉。此外,自我暴露太多也可能吓退那些尚未准备好的接受者。在有节奏的、流畅的互相关系中,一方会在自我暴露上引领另一方,但是不要跳跃得太快。

在团体治疗里,自我暴露太早或太随意的成员经常会提早退出团体。应该鼓励来访者在团体中冒险进行自我暴露,这样的行为改变会导致积极的反馈,并鼓励他进一步冒险,但是,他们暴露得太多、太早,就会超出自己的忍受能力。他们会觉得羞愧,结果是所有人际关系的奖赏都会被一笔勾销。此外,也会威胁到那些愿意支持他们但尚未准备好作出回应的人们⁵⁴。在团体中,高度自我暴露的人此时处于一个相当脆弱的境地,所以他会选择逃离团体。

这些观察都告诉我们,自我暴露是一种复杂的社交活动,常常与所处场景及扮演的角色有关。单独一个人是不可能作自我暴露的,必须考虑自我暴露的时间、地点和对象。例如,在治疗团体中合适的自我暴露,可能在其他情境中并不恰当,会酿成大祸。在治疗团体某个阶段属于适当的自我暴露,可能在另一阶段是不合适的。

一个人在陈述自己对其他成员的感受或反馈时更应注意这些问题。我认为,治疗师应该协助团体成员既能对他人负责,同时又能让他自由地表达看法。我曾经见过团体中一些恶意的破坏性事件以诚实和自我暴露的面目出现:“你告诉我们必须诚实地表达自己的感受,不是吗?”但事实上,我们总是选择性地暴露自己的感受。总会有一些层面的反应是我们很少共享的,如某些不可改变的特质、躯体特征、畸形、职业或智能方面的平庸、社会阶层、缺乏魅力的感受等。

对有些人来说,公开地暴露敌意是“容易做到,看似真诚”的。但是,他们发现,暴露蕴藏在敌意下面的深层感受,如恐惧、嫉妒、罪恶感、性虐待所产生的愉悦感等,就相当困难了。对很多人来说,高风险的自我暴露不仅包括负性情感,也涉及正性情感,如赞美、关心、共情、身体魅力和爱等。

刚刚做完大量自我暴露的来访者处在脆弱的状态,他们需要其他成员或治疗师的支持。无论什么情况,来访者都不应该因为做了重要的自我暴露而遭受攻击。下面用一个临床实例加以说明。

◆在一个已经进行了一年的团体中,现有五名成员,还有两名离开了这座城市,另一名生病了。Joe是这次聚会的主角,一开始他就漫谈在小团体中的不舒服感觉。

自从 Joe 加入团体，他讲话的风格一直令团体成员厌烦。每个人都觉得很难听懂他的话，都希望他停止讲话。但是，没有人真诚地讲出他们对 Joe 的那种模糊不清、不愉快的感受，直到数分钟后 Betsy 打断了他，说道：“Joe，我快要发狂了，要爆炸了！我再也无法控制我自己了。我希望你能停止说话。我无法忍受听你说话。我不知道你在跟谁说话——或许是对着天花板，或许是对着地板，但我知道你不是跟我说话。我关心团体中的每一个人。我会想着他们，他们对我很有意义。Joe，我很不情愿对你说这些，但是，没办法，你对我而言并不很重要。”

Joe 非常吃惊，试图了解 Betsy 这种感受的真正原因。其他成员同意 Betsy 的看法，认为 Joe 从未真正谈论过自己的事情。他从未吐露自身的重要信息，而讲些杂七杂八的东西。他从未与团体中任何成员有个人来往。受到鞭策和刺激后，Joe 依次讲了自己对团体每个成员的感受。

我认为 Joe 比以前暴露得更多了，但是他的暴露仍然停留在相当安全的范围里。我问道：“Joe，你想想看，如果将你自我暴露行为用十分制量表来评定，‘1’代表在鸡尾酒会上的行为，‘10’代表你想象中完全能够对别人暴露的状态。你能为自己前 10 分钟在团体中的表现打多少分呢？”Joe 思索了一会儿，说他估计会给自己打“3”或“4”分，我又问，“Joe，假如再加 1、2 分，将会发生什么呢？”

Joe 沉思片刻后说：“假如我能再往上加几分，我想我会告诉团体，我是一个酗酒者。”

这是一个令人惊讶的自我暴露。Joe 参与团体已经一年了，而我、协同治疗师及团体成员都不知道他是个酗酒者。此外，这是一个非常关键的信息。例如，几周前，Joe 提及妻子怀孕了，但她却不想要这个孩子，打算去堕胎。Joe 非常悲伤，团体也对他妻子的行为困惑不解，几周内团体一直对此予以批评，甚至有人质疑 Joe 为何要维持这段的婚姻。Joe 是一个酗酒者，这一新信息填补了整个事件的一个重要环节。现在，他妻子的行为显得合情合理了！

我最初的反应是愤怒。我回想过去的一段时光，Joe 带着团体四处漫游，无功而返。我禁不住想要大喊：“可恶！白费了那么多时间谈论你妻子，为什么你以前不告诉我们这一件事？”但这时正是我要忍耐的时刻。其实，这里最重要的并不是 Joe 为何没有早点告诉我们，而是他今天居然能够告诉我们他是个酗酒者，我们不应该因为先前的隐瞒不报而惩罚他，反而应该鼓励他做出了一个突破，鼓励他在团体中冒更大的风险，进一步自我暴露。合适的技巧还包括支持 Joe，促使 Joe 进一步进行“水平式”自我暴露，即表露关于自我暴露的体验（见第五章）。

像 Joe 那样隐瞒信息、浪费团体时间的情况并不少见。很显然，这样的行为

很不利，至少，隐瞒信息的成员将会在自尊上付出代价，因为他一直自知表里不一，对其他成员也信心不足。团体领导者经常不知道团体成员究竟隐瞒了多少信息，但是（我在第十四章中将讨论），一旦他们采用联合治疗（也就是对同一成员进行个体治疗和团体治疗），他们就会对来访者吐露了那么多新信息感到惊讶。

在第七章中，我讨论过团体领导者自我暴露的一些特征。领导者自我暴露的重要功能之一，就是鼓励团体成员作自我暴露。然而，必须考虑领导者的透明度是否有利于此刻特定团体发挥作用。如果领导者已作出重要战略决定，仍表现犹豫不决，流露出不确定感，那么这肯定会削弱他整体的领导水平⁵⁵。同样，治疗团体的领导者不应该暴露那些会削弱团体效能的感受，如对团体的不耐烦、渴望早点吃晚餐、心中只关注当天稍早的一个来访者或者一个团体、列出他在团体中的最爱或许许多多个人事务等⁵⁶。

治 疗 终 期

团体治疗结束阶段被称为治疗终期（termination），这是团体治疗中一个重要但常被忽视的组成部分⁵⁷。团体治疗终期特别复杂，包括：团体成员由于达到治疗目的而选择离开或过早脱落；整个团体可能解散；治疗师有可能离开。而且，团体对治疗终期的感情必须从不同的视角进行探讨：个体成员的、治疗师的和整个团体的。

甚至终期这个词本身就有贬义的内涵，带有负面效应，常用于指意外怀孕或业绩不佳的雇员⁵⁸。相反，团体成员共同的、有计划的结束对治疗具有积极意义。这包括回顾、告别及对新生活的庆祝。结束应当时限明确，重点突出，而不是曲终人散。治疗结束会导致界线问题、治疗的局限性等浮出水面⁵⁹。这使我们更加珍惜以往的咨访关系，同时也为治疗终止但仍有未完成的工作、未表达的情绪、未阐明的感情而留有遗憾。

来访者的治疗终期

如果治疗师能够深刻理解并合理地应用治疗终期，那它将是改变团体进程的一种重要力量。自始至终，我一直强调团体治疗是一个高度个体化的进程。每一个来访者都以个体独特的方式进入团体，参与团体，应用和体验团体。治疗的结束也不例外。

治疗师只能大致设定团体治疗的持续时间和目标。医疗管控部门规定，多数

治疗团体应是短期的，以解决问题为导向的。确实有证据显示短期团体治疗能有效地缓解症状。然而，同样有证据表明，如果治疗结束是团队合作决定的，而不是来自第三方的强行要求，那么治疗才最有效⁶⁰。医疗管控部门最感兴趣的是哪种方式能使大部分来访者获益。与这些统计数字相比，心理治疗师则对每个个体来访者更感兴趣。

多少时间的治疗足够好呢？没有简单的答案，尽管有时来访者能从急性悲伤中很快恢复，但来访者人格结构的实质性改变一般需要12至24个月，甚至更长⁶¹。

弗洛伊德将治疗目标讲得最简明扼要：“能够去爱、去工作”⁶²。弗洛伊德认为，如果治疗没有可能进一步进展，个人的病理性特点也已经消退，那么治疗就应该结束。有人则补充了其他目标：有爱自己的能力，有被爱的能力，更具有灵活性，能够享受生活，发现和相信自己，有较强的自我意识感，更好的人际交往能力以及成熟的防御机制⁶³。

有些来访者在几个月内就能取得很大进步，而有些人则需要几年的团体治疗。有些来访者的目标较其他人的目标更远大；可以毫不夸张地说，有些来访者自己对治疗很满意，但他们在治疗终期的状况与别人刚开始治疗时的状况差不多。有些来访者有非常明确的治疗目标，他们很多病理现象是自我协调性问题，因而他们选择在他们愿意改变的范围内改变自己。其他一些人可能因生活中重大变故而出现问题。治疗师都有这样的经验，帮助来访者改善到某一程度后，再进一步的改变将会使他的状况变糟。例如，一名来访者如果进一步改变，那么有可能超越他配偶的成长。除非配偶与他一起改变、一起成长，否则继续治疗会使一个无法替代的关系彻底破裂。如果不出意外，我建议治疗师最好稳定来访者已发生的积极改变，尽管个人的潜能很明显还可以有更大的发挥。

专业治疗的终期只是个体成长生涯中的一个阶段。来访者会继续改变，治疗成功的一个重要作用就是要使来访者建设性地利用周围环境中的资源。在长期随访中，我曾经见到很多成功的来访者不仅在治疗终期后继续成长，而且在离开团体数月甚至数年后，他们才领悟到团体成员或治疗师的观察所见及解释所具有的重要意义。

团体成员治疗结束后不仅有成长，也会有退步。很多治疗成功的来访者在遭遇一些严重应激时，需要暂时的帮助。此外，差不多所有来访者在离开团体后，会有焦虑抑郁的情感体验。在治疗终期，他们也不可避免地会出现一段悲伤时期。目前的分离可能会唤醒他们对早期分离的记忆，来访者经历终期治疗可能意味着丧失的痛苦。事实上，有人因无法忍受这一过程，因此寻找一系列借口过早地退

出治疗。我们必须面对：来访者需要内化对团体、成员及领导的积极体验，而不是试图忘却团体经历，要不，团体治疗成果会被衰减，来访者未来的成长也会缩水。

有些治疗师发现，团体治疗的终止并不像结束长期个体治疗那样困难，因为在个体治疗中，来访者经常严重依赖于治疗的环境。在团体治疗中，来访者通常更加明白治疗不是一种生活方式，而是有开始、有中间发展和有结尾的一个过程。在开放式治疗团体中，许多活生生的事实提醒人们治疗正进行。来访者见到有新成员加入治疗团体，也有病情改善的成员离开团体，观察到治疗师一而再、再而三地帮助新成员渡过治疗进程中的各个困难阶段。因此，他们明白这样一个苦乐参半的事实——虽然他们与治疗师曾经有过一个真实和有意义的人际关系，但是治疗师是一位专业人士，他的注意力必须转移到其他人身上，不会一直作为他们永无止境的自我满足的源泉。

团体给每位成员带来的轻微压力经常不会因他离开团体而就此了结，留下来的成员将怀念他及他对团体所作的贡献。毫无疑问，曾经在团体中治疗过好几个月或好几年的来访者，将会掌握很多人际关系和团体治疗的技巧。这些技巧对于留下来的那些成员特别有帮助。（这就是团体治疗与个体治疗在疗效方面具有的本质区别：团体治疗的成员经常会成为诊断和推进团体进程的专家。）

◆有一名来访者即将从团体中“毕业”。他在最后一次聚会时指出，在最后五次聚会中，Al 有四次成为聚会的起头人，但很快团体的重心转移到 Donna 的身上，Donna 在团体中显得更风趣、更投入。随后，他注意到 Al 除了偶尔开口外，在大多数时间里沉默不语。他还说，团体中有两名成员彼此从不直接沟通，他们往往通过第三者进行沟通。另一名即将“毕业”的来访者则说，她注意到两名来访者长期达成共识，绝不说出任何挑战性事情或让对方不悦的事情，现在这种状态终于有了要瓦解的迹象。在本次聚会中，她还斥责那些曾被要求澄清团体对于亚团体所设定的规则的团体成员。她说道：“你们自己回答这一问题。这是你们的治疗，你们应该知道自己想要从团体中得到什么。它对你们有何意义？它是否会阻碍你们？”这个来访者在发表这些评论时相当老练，在人际关系的处理上相当精明，值得每一位有经验的团体治疗师所思考。

治疗师可能会对这些成员的贡献给予高度评价，以至于迟迟不鼓励他们终止治疗。当然不应该发生这种情形。一旦治疗师觉察到这种情形，就应提出来公开探讨。我无意中注意到，此时会有一种“角色吸力”现象：一旦资深成员离开团体，马上就有人开始运用他在团体中学到的技巧。如同团体中的其他成员，治疗师也会体验

到成员离去的缺憾，此时，治疗师应以身作则公开表达这种情感，以此证明团体治疗以及治疗关系不仅仅与来访者有关，同样与团队中所有人都休戚相关⁶⁴。

有些社交孤立的来访者可能会拖延治疗终期，因为他们将利用治疗团体满足社交需要，而不是发展自身的社交技巧，以便在家庭环境中创建一种新的社交生活。治疗师必须重点关注他们学习技能的推广应用，鼓励他们在团体外冒险。其他人可能不适当地延长留在团体中的时间，以确保在未来遇到困难时感到安全；他们可能会说，多留在团体里几个月，直到他们找到新工作、结婚或大学毕业。但是，假如他们改善的基础已很牢固，那么他们通常不必要延长时间。应当帮助团体成员认识到这样一个事实：治疗团体永远不能确保个体万无一失；个体一直易受伤害。

在治疗结束前不久，来访者原有症状经常会短暂地复现。对此，治疗师不应延长他们留在团体中的时间，而应帮助来访者理解其本质就是反对结束治疗。当在治疗结束前症状复现，治疗师可以以此为契机对导致最初求治问题的原因作最后一次帮助，并寻求针对复发的预防治疗。结束并不意味着治疗终止，相反，往往意味着对问题的重新治疗。

◆一名男子，在结束治疗前的三次聚会中，再次出现抑郁、生活无意义感。这原本是他来接受治疗的原因。治疗师解释这是他不愿意离开团体的借口，随后来访者的症状很快消失。那天晚上，来访者做了一个梦，梦见治疗师提供给他参与另一个团体的机会。在那里，他正作为治疗师接受培训。他说：“我觉得我欺骗了你，让你觉得我比较好了。”这个梦意味着这一来访者避免结束治疗而采取的巧妙策略，并提供两种选择：其一，来访者进入治疗师的另一个团体，作为治疗师接受训练；其二，他欺骗了治疗师，他还没有真正缓解（因此理应继续留在团体）。无论何种选择，来访者都不想结束治疗。

有些来访者在团体中会逐渐地持续改善，而有些来访者会突然好转。我知道很多来访者虽然积极参与团体治疗，坚持不懈地工作，但是在6个月、12个月甚至18个月，一直没有明显进步，但在随后极短的时间里，却发生脱胎换骨似的彻底改变。（我们该怎么告诉学生呢？团体成员的变化通常很缓慢，他们不应该试图从来访者身上寻求即刻的满足感。相反，假如他们为治疗已打下坚实的、深厚的基础，那么来访者的变化肯定会随之而来。我们常常将这些看做鼓励新治疗师士气的陈词滥调，反而忘记事实本就如此。）

就整个团体而言，改变也是断断续续的。有时候，团体艰苦运作了好几个月，

但是团体成员毫无变化。随后，团体每个成员突然都有了改善。Rutan 打了一个恰当的比喻：在战争中建造桥梁⁶⁵。治疗师花费大量精力建造桥梁，在早期阶段可能会有人员伤亡（团体成员的流失），但是一旦大桥建成，治疗师将护送很多人到达更有利位置。

即使到了治疗终期，有些来访者也会有问题。他们对于被遗弃特别敏感。他们自尊心太低，以至于认为疾病是他们唯一能与治疗师和团体往来的资本。来访者认为，如果他们病情好转，治疗师就会离开他们。于是，他们必须淡化或隐瞒自己的进步。当然，很久之后，他们才会发现这一荒谬的自相矛盾的问题的答案：一旦他们真正好转，就无需治疗师了！

在准备结束治疗时，一个有用的信号就是，团体对来访者而言已经无关紧要。一个准备结束治疗的成员说，现在，星期一（团体聚会的日子）与一周中其他日子没有什么区别。在刚参加团体时，她是为了星期一而活着的，两次聚会间的时间悄无声息地流逝着。

我曾经将与来访者的第一次个别会谈录了音。这些录音经常有助于结束治疗。几个月后，来访者通过聆听他们的首次会谈，就会清晰地认识到业已取得的成绩和尚待解决的问题。

在帮助一个成员决定是否结束治疗上，团体成员往往是宝贵的资源。如果来访者单方面决定结束治疗，而没有咨询其他成员，那将是一个不成熟的决定。通常讨论几周后，团体才能决定何时是结束治疗的最佳时机。在这段时间里，来访者可以与团体共同讨论、共同分享离开团体的种种感受。有些成员经常会立即决定中止参与团体，我发现这类来访者经常很难表达感谢和积极的感受。结果，他们会尽可能地缩短分离的过程。治疗师必须帮助他们，让他们理解和矫正不协调的、令人不满意的终止人际交往的模式。忽视这一过程，意味着忽略了人际交往中的一个重要方面。毕竟，在每次人际交往过程中，结束是一个重要部分。在人生的许多场合，我们必须说再见。

很多即将结束治疗的来访者可以通过建立与团体保持联系的桥梁，减轻离开团体所带来的冲击。他们会寻求保证，以便重返团体，诸如收集其他成员的电话号码或者安排社交聚会，以此获知团体的重大事件。这些都是值得关注的，但是治疗师不应与来访者共谋，拒绝结束治疗。相反，治疗师必须尽可能帮助来访者探讨结束治疗的整个过程：他确实该离开了；他确实不能返回；团体进程是不可逆的；新人将进入团体；现状无法永恒不变；时光残酷无情地流逝。对仍然留在团体中的成员而言，显而易见的事实是，一名即将离去的成员最能激发团体处理如下

议题,如时光飞逝、失落、分离、死亡、衰老和客观存在的必然性等。因此,治疗终期并非是无关痛痒的团体事件,它是生活中一些最关键、最痛苦议题的写照。

团体可能需要几次聚会,才能处理来访者的失落及相关的许多议题。团体成员的丧失为那些对丧失和遗弃敏感的个体提供了一个不同寻常的治疗机会,由于团体同伴与他们共同承担这份丧失之痛,因此,他们能在哀伤的同时感受集体的支持,并目睹其他成员带着丧失仍然成长⁶⁶。

一般来说,在一个成员离开团体后,如果团体不经过一次以上的聚会,最好不要介绍新成员加入团体。一个成员的离去,往往是其他成员检查自身治疗进展的大好时机。与离开成员同一时间加入团体的其他成员可能会觉得必须进步得快一点。

团体中也有人会错误地认为成员是被迫离去的,觉得有必要重新确认团体的安全性——必要时,他可能通过退行机制达到这一目的。另外一些竞争心比较强的成员可能草率地想提前结束治疗。当老资格团体成员感受到自己的缺陷或失败被其他成员成功克服时,他们可能会表现出嫉妒或者羞愧。在一些极端的案例中,这种隐藏的嫉妒或羞愧可能会转变为贬低或者诋毁已获成功治疗的来访者者,而新成员则可能会因其他成员的成功受到鼓舞或感到敬畏,并且会怀疑自己能否做得像成功的成员那样。

团体是否应举行某种仪式来表示某个成员的治疗结束?有时一个或者几个成员会送给已毕业的成员小礼物或者在例会时带来咖啡和点心——这些是合适且有意义的,但团体中发生的任何事情都应被讨论。例如,团队会讨论仪式的意义,是谁建议和计划的,他是否在以此逃避某种感伤⁶⁷?

治疗师也必须关心自身在治疗终期的感受,因为有时我们会不合情理地、不必要地拖延来访者的治疗终期。有些完美主义的治疗师可能会不切实际地期待来访者有更大的变化,拒绝接受来访者不完全的康复。此外,治疗师也会对于来访者在正规治疗结束后能否继续成长缺乏信心⁶⁸。其他来访者则会勾起我们“皮格马利翁式的骄傲”(Pygmalion pride):我们难以与他分离,因为我有他。向他道别意味着向我们自身的一个部分道别。进一步来说,这也意味着永别。如果我们已经恰如其分地完成了工作,那么来访者将不再需要我们,而且会断绝与我们的所有接触。

治疗师的终期

在训练项目中,受训者经常要带领团体六个月至一年时间,然后,让他们到

其他地方接受培训，把团体交给另一名新的受训者。对团体成员而言，这一阶段非常困难，他们往往表现为反复缺席和威胁要终止治疗。当然，这也是一种机遇，让即将离开的治疗师关注每一个成员没有完成的事务。有些成员觉得这是最后的一次机会，让大家共享迄今为止他们隐瞒未报的事情。有些成员的症状会复现，好像在说：“看看，你离开给我造成了多大的影响！”⁶⁹ 治疗师不应该回避这些问题。要利用这一绝佳机会，设定角色，帮助成员充分利用他们自身的资源。

同样的原则也适用于当一个原先的领导者由于迁移、疾病或专业的变化需要结束治疗时。如果团体成员决定继续保留原团体，那么确保建立新的领导关系就是原领导者的责任。过渡过程需要一定的时间和规划，并且新的领导人必须尽快着手接管团队的领导。在原领导人仍然主持该团体期间，新领导须完成所有成员团体治疗前的个别晤谈，如第九章所述。在原领导人离任之后，新领导人开始在团体原先的聚会时间开始工作或与团队重新商定团体治疗的新时间⁷⁰。

团体的终期

团体治疗结束有许多理由。当然，短期治疗性团体事先会设定好结束日期。外部环境变化常常也会造成团体的结束。例如，大学心理健康中心的团体通常会持续8至9个月，暑假一开始就得解散。开放性团体会在治疗师退休或离开本地时结束（尽管这种情况并不是不可避免，如果有协同治疗师，那么他就可以继续带领团体）。有时，治疗师可以决定结束团体，因为几乎在同一时间，团体中大多数成员准备结束治疗。

为了避免团体成员结束治疗时痛苦、不愉快的经历，团体经常故意忽略或否认治疗的结束。此时治疗师必须帮助团体成员关注这一问题。事实上，正如第十章我所描述的，治疗团体的领导者绝对有必要提醒短期治疗团体已临近治疗终期，并且要求团体成员关注治疗的目标。团体成员憎恨团体消逝，他们通常会努力避免团体的结束。例如，他们假装团体将在其他场合继续进行，如重新聚会或定期社交性聚会。但是，治疗师最好劝告团体成员必须面对现实：团体结束确实是一种失落。团体的确一去不复返了。即使团体中一些人或团体一小部分成员会继续保持联系，但是，成员们所熟悉的整个团体（在此房间，以此刻之形式，与眼前的团体领导者共处）将永远消失。

治疗师必须向团体成员指出那些不良的治疗终期解决模式。有些人一贯以愤怒或贬低他人的方式，处理与他所在意之人分离时的痛苦；有些人则完全地否认或回避这一议题。如果愤怒和回避非常强烈，如迟到或缺席明显增加，那么治疗

师必须将成员的这些行为与团体对质。对一个成熟团体而言，最好的办法通常是直截了当地提醒成员们，这是他们自己的团体，他们必须决定如何结束。治疗师必须帮助那些贬低他人或经常缺席的成员，让他们理解这些行为的本质。他们是否觉得他们的贬损行为或缺席影响了他人？他们是否害怕对团体表达积极的感受？他们对于治疗师要结束团体是否持消极态度而又不敢当面对质？

通过共享团体中过去的经历，如回忆团体中那些令人兴奋的、有意义的事件，可以部分排解成员失去团体的痛苦。来访者互相之间可以提醒回忆他们当初的样子。在最后几次聚会中，治疗师总能听到来访者很多感谢之词。重要的是，治疗师不要过早地将团体埋葬掉，否则会陷入许多无效的聚会中。治疗师必须想办法在团体里继续讨论治疗终期的有关问题，帮助团体一起工作，直到最后一分钟。

那些有时间限制的团体的领导者可以帮助成员进入一个持久存在的、无领导者的团体模式，这样可以延续团体治疗的好处。领导者以咨询员的身份参与聚会，帮助团体成员走过这段过渡期，刚开始时他可以有规律地参与，随后逐渐延长间隔时间，如两周一次或两月一次。就我的经验而言，如果团体主要是一个支持性团体，是成员社交生活中一个重要部分——如老年团体，他们因亲友死亡而变得孤独——那么更应考虑这样安排。有人告诉我，他们成功地引导男性、女性、艾滋病来访者、老年痴呆病人的照料者和居丧者进入一个持久存在的无领导者的团体。

必须牢记，治疗师也会经历团体结束所带来的种种不舒服感受。在整个团体的最后阶段，我们必须都参与讨论。我们暴露自己对于分离的感受，这样将会促进团体工作。治疗师和来访者都将怀念这个团体，我们对于丧失和哀伤不会无动于衷。我们已经日益亲近，我们当然会想念他们，正如他们会想念我们一样。治疗终止的事实活生生地告诉我们，这是心理治疗本身固有的残酷结局。治疗师在这方面的开放态度往往会使团体成员的分离变得更容易。对我们而言，团体是一个充满痛苦、冲突和紧张恐惧的地方，但也是一个美丽的地方。人生中一些最真实、最伤痛的时光，就发生在这一小型却蕴含无限的治疗团体中。

第十三章

问题来访者

迄今为止，我还没有遇到没有麻烦的来访者。没有问题的来访者，其治疗过程就好像典礼中一艘正顺利地斜坡上滑入水中的新船，等待它的将是在惊涛骇浪中的航行。每一个来访者都必然是一个问题，治疗的成功，有赖于每一个来访者在团体的此时此地中如何去面对和主宰其基本的生活问题。每一个问题都很复杂，都具有独特性。本书并非是一本有关来访者问题的大全，而是给治疗师提供有助于解决团体中诸多问题的治疗策略和技术。

“问题来访者”这个术语本身就是个问题。请记住，问题来访者很少只存在于问题中，相反，他们生存在一种混合体中，这种混合体由以下一些成分构成：来访者自身的精神动力、团体的动力，以及来访者与团体成员和治疗师的互动等。我们通常会对来访者的人格所起的作用过分地关注，而忽视人际与社会环境的作用¹。

然而，来访者某些明显的行为问题会使治疗师疲于应付，须特别加以注意。美国团体心理治疗学会曾经发放问卷给团体治疗师，询问团体治疗师必须掌握哪些重要的议题。超过半数的人回答是“对棘手来访者的处理”²。因此，在本章中，我们将关注一些麻烦的问题来访者，特别要讨论八种临床类型：垄断发言的来访者、沉默不语型来访者、令人厌烦的来访者、拒绝帮助的抱怨型来访者、精神病或双相障碍的来访者、分裂型来访者、边缘型来访者和自恋型来访者。

垄断发言的来访者

许多团体治疗师“最怕”那些习惯于在团体中喋喋不休、垄断发言的来访者，这些人似乎总是不断地要抢先发言。如果他们不说些话，他们就会焦虑不安；如

果别人发言，他们就会想方设法利用各种手段插话。例如，在片刻停顿无声时，他会很不礼貌地插话，对每一段话都要作出回应，不断表述别人的问题与他的问题相似，并重复说“我也是这样”。

垄断发言者会不厌其烦地详细描述他与别人的谈话（通常会把谈话内容分成好几段来讲），或者讲一些与团体议题只有一点点联系的报刊杂志上的故事。有些喋喋不休的垄断发言者还会以询问的方式占据发言权。

某成员对团体连珠炮似的投以问题和“评论”，以致阻塞了团体成员互动和表达的机会。当其他成员怒气冲天地当面指出她的破坏性作用时，她是这样解释的：她害怕沉静，因为这会让她想到家里“暴风雨前的寂静”——她父亲在大发雷霆之前是默不作声的。其他人会通过谈论怪诞的、迷惑的或者有关性的内容以获取团体成员的注意。

具有表演才能的善变的来访者常借助危机来垄断整个团体的发言，他们不断地告诉团体一些重大的生活变故，这样使他们通常会得到及时的、长久的注意。其他成员相形之下则噤若寒蝉，觉得自己的问题与之相比实在微不足道。（正如我认识的一个来访者所描述的，“要中断‘乱世佳人’的伟大情节实在不容易”。）

对团体的影响

在聚会初期，团体成长虽然对垄断发言者持欢迎甚至鼓励的态度，但这种心情很快会变成挫折感或愤怒感。团体其他成员常常不愿制止某一成员的讲话。如要制止他人讲话，他们认为自己似乎有义务填补那段空白。他们预料到会有这样的回应，“好吧！我不说了，你说吧！”当然，在这样紧张、充满戒备的气氛下，他们不可能轻松地谈话。如果来访者自信心差，那么他们可能会在很长一段时间里，无法对垄断发言者直言相告，反而可能默默抑制自己的愤怒，或者间接地表达敌意。一般而言，其他成员对垄断发言者的侧面攻击，只会使问题加重，并且引发恶性循环。垄断发言者强迫性的喋喋不休，其实就是为了减轻自己焦虑情绪。如果他觉察到团体的紧张气氛和愤怒情绪，他的焦虑情绪也会增强，随之强迫性发言的倾向就更为明显。这时，一些垄断发言者会刻意制造一些烟幕，转移团体对他的直接攻击。

如果这种紧张气氛没有得到解决，那么，它最终会对团体凝聚力产生不良的影响，团体会表现出欲瓦解的迹象，如间接离题的争执、缺席、离开团体和亚团体的形成。当团体真正与垄断发言者对质时，经常是以爆发性的、粗鲁的方式。为团体利益发言的人通常受到团体的支持，我甚至见过他们博得全场掌声。这时，

垄断发言者会闷闷不乐，在随后的一两次聚会中沉默不语（“看他们没有我会怎样”），或者干脆离开团体。无论如何，这样的结局对任何人都起不到治疗作用。

治疗上的考虑

治疗师如何用有利于治疗进展的方式，终止垄断发言者的行为模式呢？尽管强烈的愤怒和尝试足以使人能大声地喝止垄断发言者，或颁布团体规范勒令其闭嘴，但是这些攻击性行为除了可以使治疗师暂时发泄不满外，对整个团体毫无用处。垄断发言者得不到任何帮助，学不到任何东西。在强迫性喋喋不休的背景下，他们的焦虑情绪持续存在，甚至变本加厉。或者，如果无处发泄，垄断发言者只好退出团体。这两种情况对团体都没有什么帮助。不管怎样，治疗师强行制止成员发言的方式会殃及到其他成员，他们会觉得团体治疗非常危险。每一个成员都会谨小慎微，对此场景耿耿于怀，担心步其后尘。

通常，治疗师应该审视垄断发言者的行为。虽然我们有理由认为治疗师可以等待团体自己处理团体的问题，但垄断发言者通常是团体无法处理的大麻烦，尤其对于那些刚成立不久的团体来说。阻止垄断发言者的喋喋不休，这对团体的进程似乎是一种威胁——本来应鼓励团体成员在团体里发言，但现在必须制止垄断发言者发言。治疗师应该讲明这些情况，以免阻碍团体治疗的进行。另外，也要避免垄断发言者自绝于团体的社会交往。最有效的办法就是兼顾这两个方面，既考虑垄断发言者的利益，也考虑团体的利益。这个办法既减少了垄断发言者成为“替罪羊”的可能，也强调了团体每个成员的行为所扮演的角色。

从团体的立场来看，务必牢记的原则是，没有一个垄断发言者生活在真空中，他总是与一个容许或鼓励此类行为的团体处于动态平衡中。因此，治疗师就要询问，为何团体允许或鼓励一个成员承担整个聚会责任。如此询问可能会使团体成员惊讶。他们一直以为，他们处于被动状态，是垄断发言者的受害者。一开始，他们要为自己辩解；接着，团体成员会检视自己对垄断发言者的剥削行为。例如，他们可能因为不必参与团体发言而松了一口气；他们可能让垄断发言者尽情地自我暴露、自我愚弄，或者把他作为团体成员愤怒的出气筒，而他们自己却对团体治疗任务不负任何责任。一旦团体成员能够暴露和探讨不积极参与的原因，他们对治疗的参与程度就得以强化。例如，他们会讨论以下议题，害怕独断专行，害怕伤害垄断发言者，害怕他人或治疗师报复攻击；他们希望避开团体的注意，以免暴露自己的贪婪；他们可能不知不觉地沉迷于垄断发言者的境遇中，乐于成为受害者或成为反对派中的一员。一个从未投入治疗的来访者开始暴露和讨论这些议

题,意味着团体进步了,治疗已有所进展。

例如, Sue, 一个性格顺从的慢性抑郁症妇女在团体中突然情绪爆发,她对另一个成员的垄断发言恶语相加。当 Sue 探索她的愤怒原因时,她很快认识到,她的怒气的确是来自内心,起源于她对自我的压抑、她的消极被动以及她对于自己情绪的回避。“我迸发的情绪是用了20年时间酝酿出来的。”Sue 边说边向神情错愕的“对手”表达歉意,感谢他让自己的思路变得明晰起来。

团体对这一问题的处理方法必须辅之以对垄断发言个体的处理。基本原则很简单:治疗师不要制止垄断发言者说话;治疗师不要希望少听他说话,反而要希望更多地听他讲话。这看起来似乎矛盾,但如果我们懂得垄断发言者是为了隐藏自我才出现强迫性谈话,那么一切就昭然若揭了。垄断发言者的唠叨并没有反映他个人内心深处的忧虑,而是另有原因,诸如娱乐、赢得注意、证明其立场、发泄满腹牢骚等。因此,垄断发言者牺牲了治疗机会,而去满足他自己永无止境的吸引注意及控制他人的需求。虽然每一位治疗师会根据自己的风格运用某种治疗方法,但基本信息必定是垄断发言者通过强迫性谈话,使团体与他保持距离,并避免他人与他产生任何有意义的联系。因此,治疗师不应排斥他,反而要邀请他进入团体。如果治疗师唯一的目标就是想让他闭嘴,那么就等于放弃了治疗目的,这样会促使来访者离开团体。

有时候,尽管来访者得到治疗师相当多的鼓励,但是他依然只会听到一个信号,“你想让我闭嘴!”最后,这类来访者往往或尴尬或愤怒地离开团体。尽管这种事情会令人心神不宁,但如果这时治疗师不采取任何行动的话,结果会变得更糟。虽然团体中留下的成员可能会对伙伴的离去表示些许遗憾,但是,他们常常会承认表示:如果治疗师不做点什么的话,他们自己将离开团体。

除了明显的偏差行为外,垄断发言者的社交感觉系统也有严重障碍。奇怪的是,他们似乎觉察不到自己带来的人际冲突,以及其他人对他们的回应。而且,他们缺乏共情能力或意愿。

一项探索性研究结果支持了这一结论⁴。在每一次团体聚会后,来访者和实习观察员会按要求填写问卷。其中,所询问的问题之一就是主动性。参与者们要针对聚会中的总话量,将团体成员(包括他们自己)加以排名。总的来说,来访者及观察者在主动性评定上的信度相当高,但有两项例外:(1)来访者之间对治疗师主动性的评分有很大差异(移情作用的影响,见第七章);(2)垄断发言者对自己的主动性的评分比其他成员给予他们的评分要低得多,而团体经常一致认为垄断发言者为聚会中最活跃的成员。

所以，治疗师必须鼓励团体不断给予反馈，帮助垄断发言者自我观察⁵。我曾说过，如果领导者不对此进行引导，团体用只会断章取义的、爆发性的方式给予反馈，这将导致垄断发言者更加自我防御。其结果不会有任何治疗价值，只会重现来访者习以为常的行为模式。

◆ Matthew 是一名垄断发言者。在初次会谈中，他抱怨与妻子的关系，说妻子常会突然、毫不留情地攻击他。例如，公开地羞辱他，或在孩子面前指控他不忠。这种毫不留情的攻击对他并无根本的作用。一旦他的伤口愈合，他和妻子又会重蹈覆辙。在头几次团体聚会中，团体出现了类似的行为过程：由于他垄断式的发言，一味的品头论足以及不能倾听其他成员对他的回应，团体对他的抨击愈来愈重。最后，当他被逼着倾听时，所有的反馈信息都非常刻薄，且均具有破坏力。

治疗师必须帮助来访者增强对反馈信息的接受能力。也许，治疗师该直截了当地说：“Charlotte，我认为目前你最好停止讲话，因为我觉得团体已经对你有了一些重要感受。我想，如果你知道了这些感受会对你非常有好处。”你应该帮助团体成员暴露他们对 Charlotte 的感受，而不是解释她的动机。下面一段话相当管用，且易被接受：“当你这样讲的时候，我感觉到……”而不要说：“你这样做是因为……”来访者常把对动机的解释误认为是指控，因为别人的主观推测常使他难以接受。

我们经常会把人际表现、反应和原因等概念混为一谈。垄断发言行为的原因因人而异，且差异很大。有些人讲话就是为了要控制他人；有些人非常害怕自己受他人的影响或渗透，以致他们会强迫性地为他们的言论辩解；还有一些人则过分看重自己的想法及观察所见，他们认为不能耽搁，应该立即表达出所有的想法。一般而言，要在治疗一段时间后，才能充分理解垄断发言的原因。在早期阶段，诠释原因对于解决破坏性的行为模式通常毫无益处。有效的办法就是着重关注来访者在团体中的自我表现，以及别人对他行为的反应。必须温和地、不断重复地促使来访者面对自相矛盾的处境，即不管他们多么希望被他人接受和尊重，事实上他们的表现只会造成恼怒、拒绝和挫折。

在某一专门监禁性犯罪者的精神病院中，一个治疗团体发生了许多这方面的问题。

◆ Walt 参加团体治疗已有七周，他对自己的明显进步又发表了那一番冗长的称赞。他极其细致地描述了自己的主要问题，即不了解他的行为带给别人的伤害，而现在，

他已经认识到这一问题，他准备出院了。

治疗师发现一些成员坐立不安，其中一个人用拳头轻击手心，而另外一些人则往后靠，一副漠不关心、听天由命的样子。于是他制止了 Walt 的垄断发言，询问其他成员已经有多少遍听到他谈此问题。团体成员一致认为，每次聚会他们都能听到 Walt 这么说，事实上 Walt 第一次参加团体聚会时就这样说了。此外，他们从没有听他谈论其他事情，对他的了解仅仅像一则“故事”。成员们谈及对 Walt 的不耐烦，他们不愿攻击他，深怕伤害他，害怕他们自己也会失控，或害怕受到报复。有些人说，他们根本无法接近 Walt，事实上，对他们而言，Walt 就像一个木头人，既无血肉，也无深度。还有一些人害怕发言，害怕在团体中暴露自己，因此乐得让 Walt 继续喋喋不休。少数成员则说，他们缺乏兴趣，或对治疗缺乏信心；由于淡漠，他们无法阻止 Walt 讲话。

因此，团体治疗注定会发生这一过程：许多错综复杂的因子形成一个称之为“垄断”的动态平衡。治疗师通过中止团体成员的逃避过程，发掘出根本原因，并对此加以讨论，可以使一个岌岌可危的团体获得最大疗效，其每一位成员将更积极地投入团体。大家再也不允许或鼓励 Walt 那种对他本人，以及整个团体都没有任何帮助的参与方式。

引导垄断发言的来访者进入自我反思阶段是非常重要的。我建议治疗师引导这类来访者思索他们起初希冀从团体中得到什么，然后再和目前发生的情况作一比较。他如何解释两者的差异？他又扮演了怎样的角色？

垄断发言者经常会轻视他从团体的回应中所学到经验，或者暗示团体里都是一些有问题的人。他可能会抗议：“这辈子这种事情第一次发生在我身上。”若治疗师避免了使来访者成为“替罪羊”，那么，说来访者又在老调重弹就有失于真实的。团体的独到之处就在于它的规范，那就是允许别人公开评论来访者的行为。

通过鼓励来访者检查和讨论自己的人际交往困难，如孤独、无亲密朋友、不被他人倾听、毫无理由地被排挤等，治疗师可以增强团体疗效。一旦人际困境清晰可辨，那么治疗师可以更有说服力地向来访者证明：检查自己团体内行为的重要性和适当性。当然，必须选择合适的时机。在火爆的气氛中，治疗师对封闭且自我防御很强的来访者做工作很难找到突破口。他们需要反复的、温和的适时干预。

沉默不语的来访者

沉默不语的来访者虽然破坏性较小，但对治疗师而言却同样富有挑战性。沉默不语在团体中永远只表现为问题吗？也许来访者在沉默中会有收获呢！多年来，

团体治疗师中流传着一个看似虚构的故事：一个来访者参加团体治疗一年，从未开口，却在第50次聚会结束时，声称下一次他不来了；他说他的难题已经解决，第二天就要结婚，他感谢团体给他的帮助。

一些沉默寡言的来访者可能通过对有类似问题但表现较主动的来访者认同，从间接的参与中获益。来访者在团体内不说话，似乎没有任何改变，但在团体外的人际关系上他的行为发生了改变，敢于冒险了。Lieberman、Yalom及Miles对交友团体进行了研究，他们发现一些有明显改变的参与者似乎具有某些特殊能力，他们间接地体验其他成员的团体经验，使自己在短期团体（共30小时）中的学习机会得以最大限度的利用⁶。

有证据显示，总体上，成员在团体中越是主动和有影响力，其收获也越大。团体治疗经验表明，不管参与者说些什么，他说得越多，他自评的正向改变也越大。⁷一些研究显示，间接性经验与直接参与（间接经验和直接经验相结合）相比，前者在团体治疗过程中所产生的明显变化、情感投入和吸引力要稍逊一筹⁸。

临床上，人们大多认为，在长期治疗中，沉默不语者无法从团体治疗中获益。自我暴露缓慢的成员可能永远也赶不上其他成员的步伐，他们收获甚微⁹。在言语交流方面，来访者参与得越多，投入感越强，被他人重视程度也越大，最终他就会越重视自己。自我暴露不仅对于团体凝聚力的发展是至关重要的，而且直接和积极的治疗结果有关联，这是来访者在治疗中取得的“成果”。因此，我认为大家不要被刚刚那个故事迷惑。沉默不语者是有问题的来访者，他们很难从团体治疗中获取较高的收益。

来访者沉默不语，有很多原因。有些人对自我暴露非常害怕，担心每次发言他们会暴露得过多。有些人对攻击他人讳莫如深，他们无法自我肯定。有些人强求完美，因担心弄巧成拙而自缄其口；另有一些人想与团体保持距离或控制团体，他们因高傲而保持沉默。有些来访者可能因团体中某一成员的特殊威胁，习惯性地在他缺席时才讲话。有些人只在较小的团体或不同类别（无领导者）的团体中才说话。一些人害怕暴露自身弱点，如愚钝、无趣、令人讨厌，而一直保持沉默。有些人周期性地沉默不语，以此惩罚他人或强迫团体注意自己¹⁰。

团体动力也在其中起作用。对团体成员中潜在攻击的焦虑，对能否获得团体情绪支持的担忧，迫使敏感的成员进入沉默状态，从而减少对获得关注的紧张感和竞争性。于是，治疗师应辨别得出短暂的沉默“状态”与持久的沉默“特质”的区别。

应该知道，沉默绝不是寂静无声的。沉默是一种行为，像团体中其他行为一

样,沉默不语者有此时此地的意义,是来访者典型人际交往模式的具体表现。因此,治疗目标不仅要改变沉默不语者的行为(如果来访者想留在团体中,这是必要的),而且要帮助他理解自己行为的意义。

治疗师了解来访者的精神动力学,才能作出恰当的处理。治疗进程中,治疗师在给来访者施加压力的同时,允许来访者滑入极端孤立的角色。治疗师仍然要保持一种姿态,既让每一个来访者自行调整自己的参与程度,又要定期评论其非言语性行为。也就是说,来访者的行为举止反映了他的兴趣、紧张、悲伤、厌烦或乐趣。当沉默寡言的成员参与到一个进行中的团体的时候,他往往会臣服于那些老成员——他们思路清晰、直入主题、见解深刻。这时,治疗师应该指明,那些令人钦佩的老成员其实在他们接受治疗之初也同样经历过沉默和自我怀疑,这有助于新成员尽快参与。治疗师要经常鼓励其他成员谈论对沉默不语者的看法,接着要求沉默不语者对此作出评判,从而促进团体成员共同参与¹¹。纵然督促或劝诱是必要的,但治疗师还必须不断通过反复的进程检查来激励来访者的自主性和责任感。“你想在这个团体中受到激励吗?”“当迈克让你出洋相时,你感觉如何?”“他太过分了吗?”“当我们使你不舒服时,你能否让我们知道?”“今天要帮助你加入团体,我们问什么问题最合适?”治疗师应该不失时机地强化来访者的积极性,强调他抵抗内心恐惧的价值(例如,指出他打破内心防线之后的畅快和成就感)¹²。

如果来访者抗拒这种种努力,团体治疗三个月后,他参与程度仍然非常有限,那么我认为他的预后不佳。治疗师不断地诱导、鼓励或挑战那些沉默不语、参与不够的来访者,如果收效甚微,那么团体会越来越感到挫折和困惑。面对团体的失望及非难,他在团体中将更为死气沉沉,更懒得参与。此时,需要同时进行个别心理治疗,这可能对来访者有帮助。如果仍然失败,治疗师应慎重考虑,是否让来访者退出团体。有时,参加随后的另一个治疗团体可能会让来访者有所收获,因为此时的来访者已对沉默的不利方面有所了解。

令人厌烦的来访者

很少有人因自己令人生厌,而前来寻求治疗。但是,除去厚厚的伪装,这类问题并不少见。令人厌烦的来访者常常抱怨,与他人从来就没有什么话好说;在宴会上常被人冷落在一旁;没有异性愿意与他们第二次约会;别人为了性才利用他们;他们非常压抑、害羞、社交退缩、空虚或平淡无奇。

在这一治疗团体的社会缩影中，令人厌烦的来访者会再度出现上述问题，令团体成员和治疗师烦恼不已。治疗师非常害怕一个只有两三个令人厌烦的来访者组成的小团体。如果这些来访者要离开治疗，他们只会悄悄地开溜，绝不会在团体里掀起任何涟漪。

厌烦是一种高度个体化的体验，并不是所有人都会对同一情况感到厌烦，因此难以概括总结。一般来说，在治疗团体中，令人厌烦的来访者非常压抑，缺乏自发性且从不冒险。令人厌烦型来访者讲话总是“安全的”（而且永远是可预料到的）。他们性情温顺，小心翼翼地避开任何攻击；他们自虐（在别人打他们前，他们会自我鞭打）；他们觉得社会舆论需要什么，他们就说什么——也就是说，开口前，他们会观察别人的脸色，认为别人期待他们说什么，他们就说什么，而压制内心深处的相反情绪。他们的社交风格变异很大，有人沉默不语，有人拘谨且过分理性；也有人胆小谨慎、不爱出风头；还有人依赖性强，需求无度或四处争辩。

一些令人厌烦的来访者患有述情障碍——这种表达困难不仅仅在于词不达意，更多的是因为来访者的认知缺陷使其无法识别和表述情感。有述情障碍的来访者缺乏想像力，他们只关注具体可见的细节而非情绪体验¹³。对这样的来访者进行个体治疗，其治疗的进程极其缓慢且枯燥乏味，类似于分裂样人格障碍患者。而参加团体治疗或者同时结合个体治疗对这样的来访者尤其有效，因为团体环境中的榜样、支持以及情感体验和表达的机会将促进他们改善情绪表述¹⁴。

因为无法识别自身情绪的征兆，这些来访者在患身体疾病或者身心疾病时就更显脆弱¹⁵。团体治疗能够提高他们的情绪觉察力和表达能力，在减轻述情障碍的同时，也有助于躯体疾病的治疗，如心脏病治疗¹⁶。

团体成员往往会再三努力，鼓励那些令人厌烦的来访者发挥自己主观能动性。他们要求来访者共享团体成员的幻想，要求他们大声尖叫、大声诅咒——从来访者身上挤压出不可预测的任何东西。

◆我的一个来访者叫 Nora，她不断谈些陈词滥调，和自我贬损的话题，使其他团体成员陷入绝望的境地。在团体中待了数月之后，她的团体外生活开始变好了，但是每次报告成效时，她总是伴有自我贬损性陈述。一个颇有声誉的专业学会接纳了她（她说“那很好，因为这是一个不能把我踢掉的俱乐部”）；她取得了毕业文凭（“但是我早该毕业了”）；她的成绩全是甲等（“但我会以此自夸的”）；她的身体看起来更好了（“只是像盏外表光亮的灯笼，有啥用呢”）；生活中，有好几位男士约她出去玩（“这是运气好罢了”）；她找到了一份好工作（“只是一帆风顺而已”）；她第一次享受到性高潮（“那

是大麻的功劳”）。

团体试图改变她自轻自贱的个性。一名工程师建议用一个电动发声器，每次 Nora 自我贬损时就响一次。有一名成员试图让她进入一个自发性更强的状态，对她的胸部加以评论，并说她的胸罩该换一换了（这个人就是 Ed，在第二章中曾提到，他通常只谈女人的性有关的话题）。他说下一次他会带来一件礼物——一只新的胸罩。果然，下次聚会时，他带着一只巨大的盒子。Nora 说她宁愿在家中打开它。盒子一直放在那里，呈现在团体成员面前，当然抑制了其他话题。人们要求 Nora 至少猜猜里面到底是什么东西，她鼓足勇气说：“那是一副假的乳垫！”

最后，她终于同意打开礼盒。她打开礼盒时显得相当费力，十分尴尬。盒子里只有一些泡沫填充物。Ed 解释，这就是他对 Nora 新胸罩的看法：她不应该戴胸罩。Nora 马上向 Ed 道歉（因为她猜他给的是假乳垫），并感谢他如此麻烦地带来。这件事为双方带来了许多有意思的讨论（在此我不想探讨 Ed 的问题）。团体向 Nora 指出这样的事实——Ed 羞辱她，使她陷入尴尬境地，但她却以向他道歉来回应。她竟然向一个几乎什么都没给她的人很礼貌地道谢！这件事触发了 Nora 第一次自我观察。下一次聚会时，她一开始就说：“我刚刚创下下一个拍马屁的世界记录。昨夜我接到一个骚扰电话，而我向那位仁兄道了歉！”（她说：“抱歉！你一定是打错电话了。”）

令人厌烦的来访者潜在的精神动力学因人而异，差异很大。许多人核心动力是依赖性强，非常害怕被拒绝及被遗弃，所以他们极力避免任何可能触发报复的攻击性言论。他们将健康的自我肯定和攻击加以混淆。他们拒绝成长，拒绝成为一个完整的、与他人不同的、有着自己欲望、兴趣和看法的个体，拒绝成为一个完整的、分化的个体。他们通过使他人厌烦，先发制人地传递出拒绝与遗弃的信息¹⁷。

作为一名治疗师，如果你对某个来访者感到厌烦，那么这种厌烦是很重要的资料。（对所有困难的来访者的治疗都需要特别注意自身的反移情^{18*}。）假如你对一个来访者厌烦，那么你对其他成员也会如此。你必须对自己的厌烦抱有好奇心，问你自己：“什么原因使这个来访者令人厌烦？我什么时候感到最厌烦，什么时候感到最不厌烦？我如何才能在一个令人厌烦来访者的内心深处，找到那个真实的、有自发性的、具有创造力的人呢？”事实上，没有什么紧急的“破解”技巧。由

* 治疗师的反移情往往是得到来访者信息的宝贵来源，对挑战型来访者，治疗师绝不可以牙还牙。团体领导者应理解来访者的问题与自己的角色的关系。治疗师任何超过个人底线的反应或行为都是治疗师与来访者之间人际互动的结果。在对此做出反应之前，治疗师应该仔细检测自身的情感。同时，这些内省也有助于治疗师更好地选择共情、面质和反馈技术。

于厌烦型来访者比起侵犯型、自恋型或垄断发言型的来访者更为团体所容忍，因此你有足够的时间。

最后，要记住，治疗师应该采取苏格拉底的方式对待这类来访者。治疗师的任务并非将某些东西灌输给来访者，相反，要让他们展现出自己一直拥有的东西。所以，我们并不激励令人厌烦型来访者，不把多彩的自发性或丰富性特质灌输给他们，而是找出他们压抑的、富创造性的、充满活力的、孩童般的那部分特质，鼓励他们消除障碍，让这些特质自由地表达出来。

拒绝帮助的抱怨型来访者

拒绝帮助的抱怨型来访者是垄断发言型来访者的一种变型，由 J.Frank 在 1952 年首次提出并以此命名¹⁹。自此以后，许多团体临床工作者认识了这一类型行为。在精神医学文献中，这一术语经常出现，尤其在心理治疗和心身疾病领域²⁰。本书中，我将讨论这一少见的、研究得较透彻的、拒绝帮助的抱怨型来访者，然而，这一类型的临床征候群并不是泾渭分明非黑即白的。拒绝帮助的抱怨型来访者通过各种精神动力学途径表现出这种状态。在毫无外力触发的情况下，可以持续地出现这一行为的极端表现。有些来访者可能只有轻度表现，而有些来访者可能只有在特殊应激下，才成为拒绝帮助的抱怨型来访者。与拒绝帮助的抱怨型来访者紧密相关的是躯体主述。此类来访者带着许多医学上无法解释的症状，经常出没在医院各科的诊室中²¹。

临床描述

拒绝帮助的抱怨型来访者（以下简称抱怨型来访者），在团体中表现为一种独特的行为类型，他们呈现给团体一些问题或抱怨一些问题，或明或暗地寻求团体的帮助。随后，他们又拒绝任何帮助。抱怨型来访者不断地向团体提出环境或躯体方面的问题，而且常以一种看来像是难以克服的方式来描述问题。事实上，他们似乎因问题难以解决而感到自豪。他们不厌其烦地把注意力全部集中在治疗师身上，要他开药或提供建议。很显然，他们不需要赞许或尊敬，而是寻求帮助。他们似乎不太在意团体的反应，只求允许他们继续寻求帮助。很明显，他们愿意表现出滑稽可笑的样子。他们为了自己得到更多的帮助才与他人建立联系。他们向治疗师或团体提出问题，以寻求帮助。在这方面，他们表现出竞争，除此之外，他们在其他方面均缺少竞争性。然后，抱怨型来访者常会不怀好意地与团体成员

比较，试图贬低他人的抱怨。抱怨型来访者几乎完全以自我为中心，只谈论自己的事情。他们经常刻意地夸张问题和责备他人（经常是他们在时下依赖的权威性人物）。

当团体和治疗师对抱怨型来访者的企求予以回应，而来访者拒绝他们所提供的帮助时，这就造成了迷惑混乱的局面。虽然来访者拒绝的方式多种多样、形式微妙多变——有时忠告被断然拒绝，有时候则比较婉转，有时虽然口头上答应，但未付诸行动，或即使付诸行动，也一直不能改善来访者的困境。

对团体的影响

对团体的影响有目共睹，其他成员变得厌烦、烦躁不安，然后表现出挫折感及困惑不解。抱怨型的来访者好似贪婪的漩涡把团体的能量吸食殆尽。更糟糕的是，抱怨型来访者的贪求有增无减。成员认为自己无能，对让自己需求得到赏识而感到绝望，对团体的信心就开始动摇。于是，团体出现缺席现象，或形成亚团体来排斥抱怨型来访者，这样团体凝聚力就削弱了。

精神动力学

抱怨型来访者的行为模式似乎是试图解决他对依赖性的矛盾冲突。一方面，来访者感到无助、不被重视，完全依赖他人，特别是治疗师，以此维护他个人的价值。来自治疗师的任何注意或关心，会暂时增强来访者的自尊心。另一方面，对权威人物的高度不信任和敌意强烈地破坏了抱怨型来访者的依赖特性。由于需要帮助，抱怨型来访者会求助于自己预期不愿（或不能）帮助他的人。此种对被拒绝的心理预期，扭曲了他的求助形式，促使他的预言成真，这种应验更进一步增加了证据，使他确信那个可能会照顾他的人果然心怀叵测²²。结果，这种恶性循环成为来访者生活的主旋律。

处理原则

在临床上，严重抱怨型来访者极难处理。许多来访者在团体治疗中会失败，他们会战胜团体和治疗师，赢得需付极大代价才能得到的胜利。因此，为这类来访者制定一个详细的治疗计划，需要冒很大风险，且经常会出错。然而，我们可以提出一些原则。当然，治疗师把来访者乞求的帮助与真正需要的帮助混为一谈，就是一大失策²³。抱怨型来访者恳求帮助，不是为了潜在的治疗价值，而是为了对它嗤之以鼻。最终，治疗师的忠告、指导和药物都会被他们排斥和遗忘。即使

他们使用它，也是为了证明其无效；即使有效，也会被隐瞒。治疗师表现出挫败感觉和愤怒的情绪，这也是一大失策。报复只会造成恶性循环：抱怨型来访者对治疗不佳和被遗弃的预期再次得到验证，他们认为自己的愤怒合情合理。他们再一次断定，从来没有人能真正了解他们。

那么，到底治疗师能做些什么呢？有位临床工作者认为（也许豁出去了吧），治疗师可以用以下说法打断恶性循环，对来访者指出，他“不仅理解而且对来访者的无助有同感”，所以拒绝在一种显然无用的人际关系上发挥治疗师的作用。有两位协同治疗师带领一个纯粹由拒绝帮助的抱怨型来访者所组成的团体，他们勇敢地警告我们，不要与来访者建立同情、滋养式的关系。他们建议治疗师要避免表达任何乐观情绪、鼓励或劝告，而是要采用一种冷嘲热讽的态度，在同意来访者悲观论调的同时，情感上要保持一定的距离。埃里克·伯恩（Eric Berne）认为，拒绝帮助的抱怨类型是所有社会团体和心理治疗团体中最常见的类型。他称之为“是的……但是……模式”。使用如此言简意赅的描述，常使团体进程更透明，更易为团体成员所接受。但是，治疗师在使用此种比喻方式时，必须特别小心，治疗师玩笑式的善意与嘲弄、羞辱的距离仅一步之遥，一不小心就很容易铸成大错²⁴。

然而，一般而言，治疗师治疗此类来访者时应当灵活应用各种重要的疗效因子。一旦团体的凝聚力形成，以及通过各种疗效因子（如普同感、认同与宣泄等）的作用，来访者将开始重视团体成员的角色。接着，治疗师就像我讨论垄断发言型来访者时一样，不断地聚焦于反馈和团体进程，以鼓励他们学习人际技巧。

精神病或双相障碍来访者

专门为轴 I 有明显异常的来访者而设计的团体有许多种。事实上，当讨论精神科病房、非全日制住院机构、退伍军人疗养院和康复计划的团体时，人们会发现，为病情严重的来访者进行治疗的团体总数，远远超过为心理功能较高来访者进行治疗的团体总数。在第十五章中，我将讨论由住院病人组成的同质性团体，但是我们现在要先讨论在由心理功能较高来访者所组成的互动性团体中，当某一成员在治疗期间发生精神疾病时，将会出现哪些问题。

精神病来访者的命运、团体其他成员的回应和治疗师选择的有效方法，部分依赖于时机——该来访者在团体治疗进程中的什么时候精神病发作。一般而言，在一个由精神病来访者占据中心且重要地位的持续较久、比较成熟的团体中，团体成员更能够在危机中承受压力，并有效应付。

在团体的初期阶段出现

在第八章讨论来访者筛选时，我强调在最初的筛选中，流动的互动式治疗团体应该排除精神病性的来访者。然而，我们通常把稳定期的双相障碍病人纳入团体，以处理由他们的疾病所导致的人际互动结果。

有时候，尽管经过仔细的筛选，但仍有可能在治疗的早期阶段发现个别精神失调的来访者，尤其是当来访者的生活或者团体中出现了突如其来的压力，又或者是因为来访者未能坚持药物治疗。这对于团体而言是重大事件，对于一个刚刚组成的团体更是如此（对于那些可能偏离甚至终止团体治疗的来访者，这一影响就更甚）。

在本书中，我一直强调团体治疗初期是一个变动性极大且极为重要的时期。年轻团体很容易受影响，早期建立的团体规范经常相当持久。当一些受惊吓且互不信任的陌生人在数周内发展成为一个亲密且互相帮助的团体时，一些事件会导致团体发生一连串严重结果。在团体早期，如果一个事件花费过多的团体时间而忽视了关心团体的主要任务，那么它就可能破坏团体。下面的临床实例可说明这一问题。

◆Sandy 是家庭主妇，今年 37 岁。多年前曾因难治性重症抑郁症住院治疗，并接受电休克治疗。个体治疗师一直要求她寻求团体治疗。他认为，让她知道自己的人际关系有助于改善她与丈夫的关系。在团体的头几次聚会中，她比其他成员都要积极，把她过去生活史中相当隐秘的事情透露给团体。有时候，Sandy 会对另一成员表达愤怒，过后她又会过度地表示歉意和自责。在第六次聚会中，她的行为更为不恰当。例如，她滔滔不绝地讨论儿子的泌尿问题，甚至不厌其烦地详述减轻尿道狭窄困扰的外科手术。在随后的一次聚会中，她提到家里的猫也同样存在尿道阻塞。然后，她强迫团体其他成员讨论她家的宠物。

第八次聚会，Sandy 更加地狂躁不安！她的行为非常怪异、不合常情，辱骂团体成员，公然与男性成员打情骂俏，甚至抚摸身体，一直讲些俏皮话，出现“音联”现象和不恰当的哭哭笑笑。一位治疗师护送她离开团体治疗室，打电话给她丈夫，并安排她立即住院。在医院里 Sandy 躁狂发作持续了一个月，之后逐渐康复。

这次聚会，团体成员心情很不舒服，他们困惑、害怕或愤怒。Sandy 离开团体后，有人深感愧疚，他们不知道什么原因促使她精神异常。其他成员谈到自己的恐惧心理，有一名成员回想起有位病友也曾出现类似情况，只不过他是持枪挥舞。

下一次聚会，成员们讨论了很多与 Sandy 发病有关的种种感受。有个成员认为，没有人值得信赖，尽管他已认识 Sandy 达七周之久，但是她的行为完全无法预料。其

他人觉得宽慰，认为相比较而言，他们心理很健康；有些成员由于害怕失去控制，使用否认机制，不谈这些问题；有些成员担心 Sandy 回来会把团体弄得一团糟，有些成员表示他们对团体治疗的信心降低了。有一个成员要求做催眠治疗，另有一个成员则将科学杂志中一篇声称心理治疗无效的文章带入团体。有个成员在梦中出现了对治疗师丧失信心的情节：治疗师住在医院中接受来访者的求援。

在接下来的几次聚会中，所有这些议题都在团体成员私底下进行着。聚会显得冷漠无趣、议题肤浅而且过于理智化。团体成员出席率渐减，治疗师似乎显得无能为力。在第 14 次聚会时，治疗师说 Sandy 病情好转，将在下周回团体。于是，团体展开了一次热烈的、专心致志的讨论。所有成员都有这样的害怕心理：

1. 他们会打扰她，令她不舒服。团体聚会的密集讨论可能促使她再次发病。因此，团体进程会变慢，且讨论内容更为肤浅。

2. 无法预料 Sandy，她任何时候都可能失控，出现危险的、令人害怕的行为。

3. 由于 Sandy 无法自控，她难以信赖。团体中任何事情都可能会被公开。

团体成员想排除 Sandy 在团体之外，与此同时，他们又为此焦虑不安和有罪恶感，很快团体的气氛紧张而压抑。团体的极度反应迫使治疗师做出决定，延迟了数周，才让 Sandy（当时她正接受个别心理治疗）重返团体。

最终 Sandy 返回团体，她被团体看做是一个脆弱的个体。团体成员之间的互动充满戒备和防卫心理。至第 20 次聚会，7 名成员中有 5 名离开了团体，只剩下 Sandy 和另一名成员。

治疗师重新增加 5 名新成员组成团体。有趣的是，虽然仅有两名老成员和治疗师留在新团体中，但是过去的团体文化仍持续存在。这是一个很好的例子，团体文化的承载者人数有限，但团体文化规范仍具有强大的影响力²⁵。新成员待 Sandy 体贴入微，小心谨慎，因此团体治疗进展缓慢，团体在文明礼貌及充满传统社交礼仪的氛围下苦苦挣扎。直到治疗师公开面对这一问题，在团体中讨论他们担心打扰 Sandy，担心她出现再次发病等心理状况，此时成员们才能处理他们对于 Sandy 的害怕心理及自身感受。结果，团体进展很快。Sandy 继续参与新团体达一年之久，她的人际交往能力及自我概念有了长足进步。

在团体的后期阶段出现

如果来访者在团体中已有好几个月，并成为一名活跃的成员，那么在他突然出现精神异常时，团体就会出现另外一种完全不同的情况。此时，其他成员会很关心这一来访者，而不关心他们自身或团体。他们早已熟知这名精神异常来访者，

因而非常关心他，且不把他看做避之不及的怪物^{26*}。

尽管人与人之间的相似感有助于提高其他成员与该患病来访者的交往能力，但是同样也会引发一些成员的个人巨变，他们担心自己也会失控、发病。因此，治疗师要预料到会有这种反应，而且要与团体成员共同讨论，共渡难关。

面对团体中的精神异常来访者，许多治疗师会回到医学模式，采取一对一的干预方式，象征性地解散团体。他们会对团体说：“这个问题太严重，你们无法处理！”然而，这样的处理方式有悖于治疗：该来访者会受到惊吓，团体也被幼儿化了，不能成长。

我个人体会是，一个成熟的团体完全能够处理这样的精神科急诊病例，有能力考虑到每一种状况，并采取相应的行动（治疗师可能会想到的行动），尽管刚开始可能会有失误。请看下面的临床病例。

◆ Rhoda 是一名离婚女性，今年 43 岁。在第 45 次聚会时，她迟到了几分钟。她外表肮脏，精神明显异常。在前几周里，她逐渐出现抑郁症状，但目前抑郁明显加重了。她泪流满面，神情沮丧，想一死了之，而且精神活动非常迟滞。聚会开始时，她不停地哭泣，流露出孤独和无望感，无法去爱或恨，无法表达任何深刻的情感。她说她与所有人包括团体有很大的疏远感。在治疗师追问下，她描述自杀念头反复出现。

团体成员对 Rhoda 非常关心，并很同情她。他们询问她过去几周里的一些情况，帮助她探讨可能与抑郁发作有关的两件重要事情：（1）几个月来，她一直存钱，准备夏天去欧洲旅游。在过去的几周中，她 17 岁的儿子决定辞掉夏令营工作，而且不愿再找其他工作。对于 Rhoda 而言，这一事件意味着她的旅游计划泡汤。（2）经过几个月的犹豫不决，她决定参加一个专为中年离婚人士举办的舞会，但事实证明，对她而言，这是一场灾难。在舞会上，竟然没有人邀请她跳舞，这使她陷入彻底的无价值感的深渊。

团体帮助她去探讨她与儿子的关系。对于儿子的漠不关心，她平生第一次表达出强烈的愤怒情绪。在团体的协助下，她重新定位对儿子的责任。对 Rhoda 而言，讨论舞会上发生的事相当困难，因为她觉得那是奇耻大辱。团体中另有两名女性，一个单身，一个离婚。她们非常同情她，向她讲述自己难以找到合适男士结婚的种种感受。同时，团体提醒 Rhoda，有许多次她把团体中微不足道的小事理解为对她的完全排斥和谴责。

* 例如，Moos 和我曾陈述道：医学院学生第一次被分配到精神科病房时，总是将精神病来访者看成是极端危险的、令人恐惧的、无法预测的，而且与常人极不一样。五周以后，他们的态度有了极大的改变。当学生们了解到精神病来访者只是困惑的、痛苦的一群人，比自己先前所想的更接近自己时，他们就不会疏远来访者，更不会对来访者感到恐惧。

最终，她得到了团体很多关注和关心，团体温暖如春。其中一个成员指出，舞会上的经历并不重要，许多人都非常理解她，并表示愿与她相处。Rhoda 反驳道，团体与舞会不同，团体是一种人为的、不真实的情境，在团体中，人们的行为举止遵循人为设计的行为准则。成员们马上指出事实恰恰相反，舞会是一群陌生人预先设计好的聚会，彼此的吸引基于瞬间、肤浅的印象，这才是一种人为的情境，而团体才是现实情境，在这里她才能被他人完全地理解。

Rhoda 深信自己毫无价值，不能体会到团体成员间的温暖，也不能投入团体，为此她常常自责。一个团体成员打断她，指出她一贯被人熟知的感知模式、她的面部表情和身体姿势都显示出她对其他成员的种种感受。但是，她却用许多“应该”取而代之。她坚持认为她“应该”体会更多，“应该”比任何人更多地体会到温暖和爱，并以此折磨自己。其结果，她体验到的种种感受很快被她对自己的高标准、严要求所粉碎。

实际上，后来 Rhoda 逐渐承认，她在公众面前的自尊和私底下自尊之间存在差异（见第三章）。聚会结束时，Rhoda 突然掉泪，哭泣了几分钟。团体成员起先不愿意离开，在他们确信自杀不再是一个严重问题时才离去。在接下来的一周中，成员们都暗自警惕，每个人至少给 Rhoda 打过一次电话。

在上述实例中，有若干重要并具有影响力的原则：在聚会早期阶段，治疗师就了解了 Rhoda 抑郁症的重要心理动力学特征。如果让治疗师选择，他可能会适当解释，让来访者和团体从认知方面很快地理解这一问题。但是，如果这样做，对于团体主角和其他成员而言，聚会的意义和价值就会受到严重损害。就此而言，团体会因此而丧失发挥其潜能的机会。团体聚会的每一次成功都会增强团体的凝聚力，都会增强每一个成员的自尊心。对某些治疗师而言，要避免作出解释非常困难，但是治疗师有必要学会如何应用自己的智慧，有些时候确实应该大智若愚，沉默是金。

像上述临床案例一样，有时候团体会选择和采取正确的行动方式；其他时候，团体可能决定治疗师必须采取相应的行动。但是，以下两个决定有着极大的差别：团体对治疗师能力抱有婴幼儿式的依赖和不切实际的评价而作出仓促决定；团体成员在彻底地对情境进行调查研究并正确评估治疗师专业熟练程度之后，作出合情合理的决定。

这些要点是引导我理解团体动力学的的一个重要原则，这已被许多研究证实。如果一个团体彻底研究相关问题并自主作出决定，那么它就会运用一切资源来支持这一决定；如果一个团体匆忙作出决定，那么它就很容易拒绝执行这一决定，

同时将来作出有效决定的可能性更低。

在此，我要加入一个与此相关的小故事，即一个有关团体动力学的十分著名的研究。一个生产睡衣裤的工厂，由于技术更新，工作和操作常规必须周期性变动。多年来，雇员一直抵制这些变化。每次变动都会造成更多的雇员缺勤、离职以及攻击管理制度等表现，同时还伴有工作效率低下和产量降低。

研究者设计了一个实验，用来检验雇员抵制变化的成因。雇员分成三组，选用三种方法。第一种，雇员完全不参与制定变动计划，他们只被告知变动的原由。第二种，从雇员中选出代表参与制定工作变动计划。第三种，雇员全部参与制定变动计划。研究结果显示，所有测量项目——如攻击管理制度、缺席、工作效率及离职人员数等——都显示，雇员参与程度与变动的成功程度成正比²⁷。

这一研究结果对团体治疗的影响显而易见。团体成员如果亲自参与制定一系列活动计划，那么他们更愿意促使计划付诸实施。例如，如果他们认识到照料精神异常来访者不仅仅是治疗师的事情，也是他们的事情，那么他们将付出更多的心血。

像前面的临床病例一样，有时候团体整体的体验对于发展团体凝聚力非常有益。共享强烈的情感体验，通常会强化团体成员间的联系。当精神异常者长时间地大量消耗团体能量时，他们就会危及团体。随后，团体成员会流失，团体会小心谨慎、隐秘地处理这一来访者或者试图忽视他。所有这些方法只会使问题恶化。在这紧要关头，在危机持续存在的时期，治疗师必须使用个别心理治疗（这一方法将在有关联合治疗的讨论章节中被详细说明）。然而，团体成员也应当彻底地理解治疗的意义，并且与治疗师共同作出决定。

治疗团体面临的重大灾难之一，就是团体中出现躁狂症来访者。正开始发作的严重躁狂的来访者可能是团体中最具破坏性的。（相比较而言，完全发作的严重躁狂症来访者反而是一个小问题，因为解决办法很简单，就是送他住院治疗。）

患有急性双向情感障碍而难以控制的来访者最好进行药物治疗，他们此时并不适合进行互动导向的治疗。不必浪费团体的精力和时间在那些成功率低的尝试上。但是，越来越多的研究对患有双相情感障碍的患者采用同质团体进行团体干预。这些团体提供关于疾病的心理教育，强调结合药物治疗的重要性和保持健康和自控的生活方式的作用。最好是在所有严重的症状缓解后，在该种疾病的稳定阶段结合药物治疗来实施团体治疗。上述来访者在团体中的治疗效果明显，表现在：提升药物治疗效果、减少情绪困扰、降低疾病复发率，减少物质滥用以及提高心理社会功能²⁸。

个性难以相处的来访者

我将讨论的团体治疗中的最后三种问题来访者是分裂型来访者、自恋型来访者和边缘型来访者。在临床文献报告中,这类来访者常被置于“个性难以相处”或“轴Ⅱ”标题下讨论²⁹。传统的DSM诊断标准不能准确判断来访者的复杂情况,更不能检测来访者的内心体验³⁰。

多数个性难以相处的来访者无法较好地控制情感、进行人际交流和意识自我。对此,病理学的解释是:个体在生命最早期的几年中遭受过严重创伤。他们缺乏抚养者的呵护,内心充斥被抛弃、被拒绝和失望感。他们无法整合相互矛盾的情感,也缺乏处理人际关系的能力,在他们的眼里,世界非黑即白,非好即坏,非爱即恨,非崇拜即贬损。除非是极其强烈的情感冲击,否则无法唤起他们的情绪性回忆。他们主要的困难包括:易怒;对于被抛弃和自恋性伤害十分敏感;容易产生投射性认同。他们对于自己的角色和对他人的影响缺乏认识³¹。

上述缺陷一般都体现在他们的人际关系中,他们给他人同时也给自己造成困扰,团体治疗在门诊和部分住院环境中都能起作用。团体治疗给予这些来访者希望和挑战,这种治疗的心理改善和成本效果分析也十分喜人,特别是治疗时间足够长的治疗效果更佳³²。

许多个性难以相处的来访者在生命早期经历了创伤性虐待,这些经历也使得治疗更加艰难。在一些研究中,创伤后应激障碍与边缘型人格障碍的共病达到50%以上。个体经历创伤性事件后,往往会出现一些症状——主要包括侵入性的创伤记忆闪回、对可能引起创伤记忆环境的回避、过度警觉等——这些症状对个体影响深远,往往成为一种“综合性创伤后应激障碍”。所谓“综合性”,即反映了创伤性事件所带来的长期心理反应而塑造的人格特征³³。

通常,在大部分临床情境中,治疗师会遇到不同性格特质的来访者,他们常在下列情况下由个别心理治疗师转给团体:(1)在一对一治疗中,来访者移情太强烈;(2)来访者极度防御,明显孤独,需要采取团体的互动治疗促使其更投入;(3)来访者治疗进展顺利,但达到一个平台期,需要互动体验才能有更大收获。

分裂型来访者

多年前,在本书第三版中,我用以下句子开始这一部分内容:“分裂型人格是我们时代的产物,这也许可以解释为何它比其他任何精神病理现象更需要接受心

理治疗。”现在,事实并非如此,精神疾病的潮流变了。现在,物质滥用、进食障碍、性虐待和躯体虐待所致伤害的来访者更需要进行心理治疗。尽管分裂型人格不再是我们时代的产物,但是分裂型来访者依然是团体治疗中的常客。他们的情绪表达受阻、显得孤独、疏远,经常为模模糊糊的若有所失的感觉而前来寻求团体治疗。他们无法感知,无法去爱和娱乐,也无法哭泣。他们好似自己本身的旁观者;精神活动不在自身的躯体中,无法体验自身的感受。从表面上看,分裂型来访者和回避型来访者有些相似。但是,从深层次看他们是明显不同的。回避型来访者具有焦虑抑制、自我觉察的特点,在确保他们的行为不会引起相关后果时他们能够参与。相反,分裂型来访者则对重要的情绪缺乏体验和反省能力³⁴。

没有人能像萨特在《理性的时代》(*The Age of Reason*)中那样生动地描述分裂型来访者的内心世界。

他合上报纸,开始阅读首页上特派记者的报道。目前已知有50人死亡、300人受伤,但这远非全部数据。在废墟里,肯定还有尸体……那天早晨,法国成千上万民众在读了报纸后,都会感受到胸中燃起的怒火。他们紧握拳头,低吼道:“猪猡!”马修也握拳低吼,“猪猡!”,但他备感内疚。他真的希望在自己身上发现那鲜明的、清楚的情感反应,哪怕仅有一丝一毫的情感体验也好。但事实并非如此,他感到空虚,面临巨大的令人绝望的愤怒,他看着它,几乎伸手可及,但愤怒感却无处找寻。如果愤怒能存在,表达并承受痛苦,他必须感同身受,但这是他人的愤怒情感。猪猡!他握紧拳头、迈着小步,但什么感觉都没有,愤怒仍游离于他的身体之外……一种感觉若隐若现,那是一丝胆怯的愤怒。愤怒终于产生了,但它还是变得微弱,最后消散了。他仍然游离于众人之外,在巴黎一个送葬的队伍中,迈着一个男人规范、礼貌的步伐。……他用手帕擦拭额头,心想:“人无法迫使自己有强烈的感受!远处的事物可怕、悲惨,势必激起一个人最强烈的情感……这是没有用的,那一刻是不会来临的……”³⁵

分裂型来访者在团体中常会陷入相似的困境中。差不多每次聚会,如果来访者不是选择性地忽略这一过程,那么他会明白自己情感体验的性质和强度与其他成员明显不同。他可能会对这种差异困惑不解,认为其他成员太装腔作势、太情绪化、太虚伪、太过分关注琐事,或者认为仅仅是脾气不同而已。然而,这类来访者最终会逐渐对自身心存疑虑。就像萨特笔下的主角马修一样,他们越来越怀疑他们自身内部的某个部位,存在一种冰封的情绪湖泊。

无论他采用哪种方法,不管他是否说出,分裂型来访者总会把这类孤独情绪传达给其他成员。在第二章中,我曾提到一名男性来访者。他无法理解团体成员为何关心即将离开团体的治疗师,为何关心一名担心男友被杀的有强迫观念成员。他认为人是可以被他人取代的。他对情感有基本的最低的日常需求(但似乎对情感的来源毫不关心)。他对治疗师的离去感到烦恼,仅仅是因为担心这样使治疗进展延缓。对于自己没有很好地利用治疗师,他感到很不满意。但是,他不能分享其他人所表达出的情感体验,为失去治疗师而感到悲伤。他辩解道:“我对治疗师的离去没有太强烈的感受,因为对此我无能为力。”

另一个来访者由于未能与两个极度悲伤的成员产生共情,而受到团体的责备。对此,他认为,“是啊!他们正在受伤害,但此刻全世界有几百万人也在受到伤害,如果我为每一个受伤者难过伤心,那么我会整天忙不过来。”我们都会有突发的感觉,随后,我们会试图理解这种感觉的意义。但是,分裂型来访者的感觉很晚才出现——他们的感受依据理性的判断决定先后顺序。感觉必须实用,如果毫无目的,又何必发生呢?

团体成员经常能够敏锐地觉察到来访者言语、体验和情感反应之间的差异。有一个来访者因不愿透露他跟女友的有关信息而备受指责。他冷若冰霜地问:“你愿意带着摄像机和我们一起爬到床上来吗?”团体成员询问此时他有何感觉时,他否认有愤怒情绪,也不能解释自己为什么有嘲讽的语气。

有时候,团体成员可以从分裂型来访者的姿势或行为表现中,解读其情绪反应。确实,来访者也会用类似的方式谈论自己,参与调查和进行评论。例如,“我心跳得很快,所以我一定很害怕。”“我的拳头握得很紧,因此我一定是疯了。”在这方面,他们和之前描述的述情障碍来访者有着相同的困境。

可以预料到其他成员的反应,即从刚开始的好奇、迷惑不解,逐渐演变成不信任、焦虑不安、激惹和挫折感。成员们会不断询问来访者,“你对……到底有何感觉?”久而久之,成员们才会理解要改变这个分裂型来访者有多困难,就好像是要他能很快地学会一门外语。刚开始,团体成员们会主动协助解决看似微小的烦恼,告诉分裂型来访者他应该有何感受,以及如果他们在同样的处境下会有何感受。最终,团体成员会厌倦,挫折感就会出现;然后,团体成员再加倍努力,但差不多总是毫无成效。但他们仍更加努力,试图通过增加刺激强度迫使来访者有情感反应。最后,他们甚至会采取破釜沉舟的方式。

治疗师必须避免参与对这种破解之道的寻求。我从未见过分裂型来访者会因某个戏剧性事件发生重大改变。变化是一个单调乏味的过程,它由费力的、不断

重复的细小步骤所组成，人们几乎无法感觉到进展。一种诱人的、非常有用的做法就是利用一些激励人的、非言语的方法或格式塔技巧促进来访者的进展。这些方法有助于促进来访者体验新的感受，或对被压抑感受进行辨认和表达；但是要记住，如果你过多地做一对一的指导或治疗工作，那么团体就会变得软弱无力，自主性更少，依赖性更强，而且以领导者为中心（我将在第十四章中深入地讨论这一问题）。而且，分裂型的来访者不仅需要新的人际技巧，更需要的是对新的人际关系的内心体验——后者更需要时间、耐心和毅力。

在第六章中，我描述了很多此时此地的激励技术。这些技术对于处理分裂型人格来访者非常有用。治疗师要鼓励来访者区别对待团体成员；尽管有些异议，但是他对团体每个成员的感受的确不尽相同。治疗师要协助该来访者体验他所忽略的那些微不足道的感受。当他承认“好吧！我可能有一点点不耐烦或一点点受到伤害……”时，这表明他和这些感受同在；没有人说只能讨论重大的感受。治疗师应当建议，“要用放大镜看待这一伤害，正确地描述它。”尝试着打断来访者习惯性的逃避方式，“你似乎已经避开了某些重要东西。我们能否回到五分钟前的那个主题上来？当你和 Julie 谈话时，我觉得你似乎要哭。你内心深处发生了什么？”

治疗师要鼓励来访者观察自己的身体。来访者常常不能体验到自身的情感，但是他可觉察到情感流露的表现——胃部紧缩感、出汗、咽喉梗阻感、面部潮红等。团体可以逐渐帮助来访者理解这些躯体感觉的心理意义。例如，团体成员可能发现来访者某些反应出现的时间与团体中某事件的发生密切相关。

身为治疗师，你必须保持警惕，不要只依据自身的经验来评判事件。正如我先前所述，经历同一件事，来访者可以有截然不同的表现。对治疗师或一名来访者来说，似乎微不足道的小事，对另一名来访者而言，可能是非常重要的经历。一个拘谨的分裂型来访者表现出一点点不耐烦情绪，这可能意味着有重大突破。这可能是他成年期以来首次表达出的愤怒情绪。这有可能进一步促使他在团体内外尝试新的行为。

在团体中，分裂型人格来访者是高风险、高回报来访者。如果来访者能在团体中坚持不懈，不因无法迅速改变他的人际关系而泄气，那么几乎可以肯定他可以在团体治疗中获益匪浅。

边缘型来访者

数十年来，心理治疗师都知道有一大群来访者极难治疗。他们介于一些重要疾病的诊断标准之间：比神经症来访者更紊乱，但比精神病来访者更协调。他们

表面上虚假的整合状态非常薄弱，隐藏着原始的人格结构。这些边缘型来访者在应激情境下会变得很不稳定；有些人会产生类似精神分裂症的精神病性症状，但是具有情境性、短期性和一过性。

DSM-IV-TR 指出，边缘型人格障碍是指在人际关系、自我形象、情感以及冲动控制方面表现出的不稳定的行为模式。边缘型人格障碍的必须至少符合下列 9 项中的 5 项：极力地避免现实或想象中的被遗弃；一种不稳定且强烈的人际关系模式，其特点是在极端理想化和极端贬低之间交替；身份识别障碍：自我形象或自我感觉明显和持久的不稳定或扭曲；自我伤害的冲动性，如挥霍、性、物质滥用、贪食和鲁莽驾驶；反复出现自杀行为、自杀威胁或自伤行为；情绪反应过度而使情感不稳定；长期的空虚感；不恰当的暴怒或难以控制的愤怒；短暂的、与应激有关的偏执概念或严重的分离症状³⁶。

近年来，人们能够更清晰地了解边缘型来访者。这归功于奥托·肯伯格，是他一直强调边缘型来访者具有非常不稳定的特质——心境不稳定、思维不稳定和人际关系不稳定³⁷。然而这种分类欠精确，信度不令人满意³⁸，临床医生也往往容易将无法诊断的人格障碍归为这一类型。它十分可能在未来的分类系统中被改造。

尽管对边缘型人格障碍的心理动力学和发展起源众说纷纭³⁹，但这些讨论在团体治疗中却显得无足轻重。正如我在本书中一直强调的，团体治疗师最重要的不是提出晦涩难懂、没有结果的问题——为什么一个人会成为如此这般，而是着眼于现在的动力性质，不管是有意识的还是无意识的，这种动力影响着个性难以相处的来访者与他人的人际关系。

最近，人们不仅对边缘型来访者的诊断、心理动力学和个别心理治疗非常感兴趣，而且很多团体治疗的文献也非常关注边缘型人格障碍。团体治疗师对这类来访者发生兴趣，主要有两个原因，第一，因为边缘型来访者很难在一次筛选会谈中被诊断，所以许多临床工作者无意间将这类来访者介绍到由较高整合功能来访者所组成的团体中；第二，人们渐渐达成共识，认为个体治疗和团体治疗相结合或同时进行，是可供边缘型来访者选择的治疗方案。一些对高强度部分住院治疗的同质团体的研究显示，团体治疗为边缘型来访者提供了自我约束、情感支持和人际学习，同时要求个体记录自己平时退行和不健康行为的反应次数。研究报告显示，经过治疗，个体发生了显著持久的情绪改善、心理社会稳定以及自我伤害行为的减少⁴⁰。

大部分边缘型来访者更希望在异质团体的门诊团体中接受治疗。我们越来越倾向于认为联合个体和团体治疗更适合边缘型来访者。有些专家认为，比较好的

治疗方法是每周进行两次团体治疗和一次个体治疗。此外, 研究结果显示, 边缘型来访者非常看重他们团体治疗的经验, 他们对此的评价往往超过个体治疗⁴¹。

需要注意的是, 来访者的病理性症状会对治疗师产生较大的压力。治疗师常会因为爱莫能助而备感挫败, 或有时急于拯救来访者而改变治疗进程和设置。还应当记住, 很多治疗师建议对边缘型来访者进行团体治疗, 并不是因为这些来访者在团体治疗中能够进展顺利或团体治疗更容易, 而是因为他们个体治疗中太难治疗的缘故。

很多个体治疗师说, 边缘型来访者很难忍受一对一治疗情境中的强度和亲密程度。移情和反移情总是会在治疗中出现, 使治疗难以进行。治疗师常常难以处理边缘型来访者的种种需求和原始的愤怒情绪, 特别是当他以多种行为表达时(例如, 表现为缺席、迟到、药物滥用或者自伤行为)。许多来访者经常会出现很多退行现象, 非常害怕痛苦的、原始的情感浮现, 以至于他们会逃离治疗, 或者促使治疗师拒绝他们。尽管有证据显示团体治疗对上述来访者十分有效, 但这些来访者的早期情感和扭曲感知也会影响团体治疗的进程, 消耗团体的资源。这种治疗常常比较耗时, 现在, 人们越来越倾向于认为, 边缘型来访者需要多年的治疗, 他们往往比其他成员需要更长久的团体治疗。

分离焦虑和遗弃恐惧在边缘型来访者精神动力学上起着重要作用。具有威胁性的分离(治疗师度假、聚会结束)会引发边缘型来访者的严重焦虑, 使他们产生特有的防御机制, 呈现出下列征候群: 分裂、投射性认同、贬损、逃避。

治疗团体用两种方式缓和分离焦虑: 第一, 介绍一两位新治疗师进入来访者的生活圈, 保护来访者, 以免在找不到个体治疗师时焦虑发作; 第二, 团体本身成为来访者生活中的一个稳定实体, 即使某个成员缺席, 这一实体依然存在。如果团体平稳持久地存在, 内部反复出现失落(团体成员结束治疗离去)将有助于来访者正确对待失落。治疗团体为成员提供了一个绝好的机会来哀悼丧失, 因为在团体中其他人也同时经历着同样的丧失。真实的相互的关系可以抵消边缘型来访者强烈的感受⁴²。一旦边缘型来访者信任团体, 他们就可能是团体稳定的一个重要力量。分离焦虑非常强烈, 使边缘型来访者迫切需要环境中重要人物永久存在, 因此, 他们会帮助团体聚集在一起, 自己成为最忠实的参与者, 同时还要批评那些缺席或迟到的成员。

团体治疗对边缘型来访者是有效的。团体治疗的一个主要优点是, 其他成员持续不断的反馈和观察所见, 给来访者提供了强有力的现实检验。因此, 来访者退行现象更不容易表现出来。来访者可能会曲解感知, 作出某种行为或表达出原

始的、紊乱的需求和恐惧，但是，治疗团体持续不断的现实检验会使这些感觉销声匿迹。

◆个体治疗师把 42 岁的 Marge 转诊入团体，因为她在个体治疗中毫无进展。Marge 对个体治疗师爱恨交加。这种感受太强烈，以致无法继续进行个体治疗。治疗师几乎束手无策，让她进入团体是他的最后一招。

在刚进入团体的几次聚会中，Marge 拒绝说话，因为她想控制团体治疗进行的方式。在四次聚会保持沉默后，她突然猛烈地攻击团体的一位协同治疗师，说他冷酷，以权威自居和排斥他人。除了对协同治疗师表达真实的感受之外，她对自己的评论不能提供任何解释。此外，对于那些喜欢协同治疗师的团体成员，她都嗤之以鼻。

她对另一位治疗师的感受恰恰相反。她说，他和蔼可亲，体贴入微。她对两位协同治疗师非黑即白的评价，令其他成员震惊。他们认为她的批判和愤怒情绪有明显的偏向性，鼓励她勇于面对和处理，但他们没有成功。她对一位治疗师的积极依附足以使她继续留在团体中，这也让她能够忍耐另一治疗师，继续为团体的其他议题努力工作。尽管她仍不时地攻击她所痛恨的那位治疗师。

在那位“坏”治疗师度假时，情况发生了重大变化，Marge 幻想着要杀死他或至少要他受苦受难。其他成员对于她如此愤怒表示惊讶。一名成员认为，她之所以会这么恨他，或许是因为她很愿与他更亲近，但又确信这永远也不可能发生。这一反馈对 Marge 的冲击具有戏剧性效果。这不仅触动了她对治疗师的感受，也触动了她对母亲那种深刻的、充满矛盾的感受。她的愤怒情绪渐渐平息了，她说她渴望与治疗师建立一种不同的关系。对自己在团体中的孤立处境感到难过，她说她希望与其他成员更亲近。在“坏”治疗师回来后的几周里，她的愤怒逐渐平息，足以使她用一种更建设性的方式与他一起工作。

这一例子说明，通过许多方式，团体治疗的环境可以降低成员强烈的令其无所作为的移情式曲解。首先，其他成员发表对治疗师的不同看法，这最终帮助 Marge 改变了她的曲解观点（Marge 对治疗师爱恨交加，这是边缘型来访者在团体治疗中常见现象）。其次，产生强烈负性移情反应的边缘型来访者之所以能继续留在团体中治疗，是由于他们经常会对协同治疗师或其他团体成员发生相反的、平衡的感受。正是这一原因，很多临床工作者明确建议在边缘型来访者的治疗团体中，应该有协同治疗师⁴³。在治疗团体中，来访者还可以作短暂休息，退缩或不参与团体活动，而这种方式在一对一的个体治疗中是不可能发生的。

在团体治疗中,心理治疗的工作规范更为明显。边缘型来访者的个体治疗,缺乏具有治疗作用的联盟关系⁴⁴。有些来访者在治疗过程中忘记了个人的目标,代之以将精力投入到从遭受的伤痛中获益或从治疗师那里得到满足。但是,通过观察团体其他成员致力于治疗目标的努力,将为他们校正偏离而提供重要资源。

既然边缘型来访者的核心问题是亲密感,因此,凝聚力这一疗效因子通常具有决定性的价值。如果来访者能够接受团体所提供的现实检验,他行为的破坏性不至于使他变成一个怪异分子或替罪羊,那么团体可以形成一个积极的包容性环境——一个极其重要的、能够提供支持的庇护所,以应对来访者日常生活中所面临的各種应激。边缘型来访者经常是治疗团体的重要资产,这一事实有助于增强来访者的归属感。这些来访者是通往情感、潜意识需求、幻想和恐惧心理的很棒的途径,他们有助于创造宽松气氛,促进治疗工作,特别是对于那些包含有分裂型、压抑型和拘谨型来访者的团体。当然,上述做法也可能是一把双刃剑。一些团体成员可能因为边缘型来访者的喜怒无常和消极情绪而受到负面影响,尤其是那些曾遭受虐待或创伤的来访者⁴⁵。

边缘型来访者非常脆弱,易曲解他人,因此他们需要同时进行或联合进行个别心理治疗。很多治疗师认为,导致边缘型来访者团体治疗失败的最常见原因是忽视个体治疗的辅助作用⁴⁶。如果采取联合治疗,那么治疗师之间的持续沟通就显得尤为重要。分裂的危险是客观存在的,重要的是要让来访者认识到治疗师们是一个稳固的、有紧密联系的团队。

尽管 DSM-IV-TR 在诊断方面作出了很大努力,但是边缘型人格障碍仍然不是一个单一的同质性的诊断类别。边缘型来访者的临床特征差别很大。经常住院的混乱型来访者与具有“不定自体”(unanchored self)、功能障碍程度较轻的来访者相比,有很大差别(治疗进程也明显不同)⁴⁷。因此,决定团体是否要纳入边缘型来访者,取决于被筛选对象的特质,而不是依赖于宽松的诊断分类。治疗师不仅要衡量来访者忍受团体治疗强度的能力,也要衡量团体容忍该来访者诸多要求的能力。大部分异质性门诊来访者团体,至多只能忍受一个或者顶多两个边缘型来访者。筛选时,最主要考虑的事情与第八章中所描述的一样,尤为重要的是要评估来访者是否有可能成为团体中的特异者。对于行为模式僵化、尤其是爱与别人唱反调的人,更应仔细审查。如果来访者明显地夸大、看不起别人、倨傲,那么他们在团体中通常不会有好的结果。对来访者而言,他必须有能力忍受最小的挫折或批评,而不把情绪发泄出来。如果一个来访者过去工作不稳定、与他人关系短暂、在旧环境中稍微受挫就迅速搬迁,那么他在团体中很可能会有同样的反应。

自恋型人格来访者

自恋一词可以有許多用法。与其将自恋型来访者作为一种狭隘的诊断类型，不如说他们代表了一大类现象⁴⁸。在团体中，有很多会引发很多特殊人际问题的自恋特质的成员。

DSM-IV-TR 对人格障碍的诊断标准全面地抓住了自恋型个体的问题的本质。要确定对这种人格障碍的诊断，至少需符合下述条件中的5项：夸大的自我重要感；沉湎于无限的成功、权力、光辉、美丽或理想爱情的幻想中；认为自己是“特殊”的和独一无二的，只能被其他特殊的或高地位的人们所了解；有一种荣誉感；在人际关系上是剥削；缺乏共情；往往妒忌他人；显示骄傲、傲慢的行为或态度⁴⁹。

很多自恋性障碍患者的共同特征自我夸大，他们十分需要从他人那里获得赞美，同时对他人缺乏同情心。他们情感肤浅，除了他人的赞赏外，他们的生活很少有任何乐趣。他们容易抨击和贬低那些较少满足他们自恋的人⁵⁰。他们的自尊脆弱常常通过贬低他人来抬高自己。

与生俱来的自恋——也就是一种健康的自爱——是发展自尊和自信的根本。过度自恋就是只爱自己，而不考虑他人。别人也是一个有血有肉的生命实体，也是由自我构建的。每个人都构建和体验着一个独特的世界。过度自恋的人不能认识到这一事实。自恋的极端形式就是自恋者以自我为中心，认为世界和他人只为他们而存在着。

一般问题 自恋型来访者在团体中通常比在个别心理治疗中更容易感情冲动，但收效更多。事实上，个体治疗可以提供很多情感满足，以致核心问题很长时间以后才会浮现出来。在个体治疗中，治疗师倾听自恋型来访者的每一句话，检查来访者每一种感觉、幻想以及梦境。所有这一切都是给予他的而很少要求他付出。

然而，在团体治疗中，自恋型来访者要与他人分享治疗时间，互相理解、共情并互相帮助，彼此之间要建立关系，要关心他人的感受，还要接受来自他人的建设性的反馈意见，有时甚至是批评性的反馈意见等。自恋型来访者经常生龙活虎地表现自己。他们会依据团体和治疗师给他们时间的多少，来评判团体是否对他们有用。他们极力地维护自己的特殊性，如果有人指出他们与其他成员并无不同，他们就会极力反对。同样，在做整体团体阐释时，他们反对被与其他成员相提并论。

他们对一些至关重要的疗效因子——如团体凝聚力和普遍性——产生负面影响。与他人同属一个团体会被他们视为与他人同流、降低身价。因此，在团体中的体验充分显示出自恋型来访者的人际缺陷。其他成员可能感到自恋型来访者

十分冷漠无情，因为他们很少看到这些来访者脆弱的一面，更多的是看到他们夸夸其谈、自我表现，自恋型来访者往往对自身的软肋深藏不露⁵¹。

◆有一个自恋型来访者名叫 Vicky，她经常批评团体治疗的方法。她说她比较喜欢一对一的方式。她经常使用精神分析文献中对团体治疗的批评意见，以此支持自己的观点。在团体中，团体成员必须分享团体时间，为此她非常痛苦。例如，有一天，在团体治疗进行了大约四分之三的时间时，治疗师说他认为 Vicky 和 John 都有相当大的压力。他们两人都承认他们需要，而且非常想要团体的帮助。一阵尴尬后，John 作了让步，说他的问题可以等到下次聚会时再处理。于是，Vicky 占用了余下的时间，而且在下一次聚会时，继续处理她未完的问题。当她似乎要占用整个聚会时间时，有一个成员指出在上次聚会上，John 的事情被“耽搁”了。正如治疗师所说，转换话题不是一件容易的事情。只有 Vicky 愿意完全释放团体，才能转话题，但没有丝毫迹象表明她想要这样做（Vicky 默不作声，显得很很不愉快。）

尽管如此，团体还是转向 John，讨论他的重大生活危机。John 陈述了他的处境，但团体没有很好的解决办法。聚会终期，Vicky 掩面而泣。团体成员都以为她为 John 哭泣，而将注意力转向她。但是，她却说她为 John 浪费掉大量时间而伤心，因为本来她可以更好地利用这段时间。Vicky 在团体中差不多有一年了，她没有意识到这类事情并不意味着她接受个体治疗会比团体治疗更有疗效。事实正好相反，在团体中引发的如此困境正是团体治疗特别适合她的原因所在。

如果团体其他成员识别出自恋型来访者对团体注意力的寻求，并予以反对和阻断，这样会伤害自恋型来访者。但是，这同时也为他们建立了一个极为有用的团体治疗模式。此外，团体本身也被催化了：其他成员通过断然拒绝自恋型来访者对团体注意力的索求而受益。有时，自恋型来访者的诸多行为，对那些不够自信的成员来说，可能是绝佳的典范。

另一名自恋型来访者，Ruth，无法与他人建立稳固的人际关系，为此，她寻求治疗。她参与团体的方式非常特别，她坚持要向团体成员报告她每周的生活细节，特别是她跟男人的关系，这也是她最迫切需要解决的问题。许多细节并不相关，但她仍然坚持这样做（很像童年早期“看着我”这一阶段的表现）。除了要团体关注她，她觉得团体与她联系的任何其他方法都是在排斥她。她坚持认为，成员彼此间友谊就是相互共享生活中非常隐秘的细节。但是，在随访一名离开团体的成员时，我们发现，Ruth 经常打电话邀请她参加社交晚会，但是她无法忍受 Ruth，

因为 Ruth 很容易把朋友当作分析师加以利用，把朋友当作一只永远有耐心、永远关心她和永远倾听她的耳朵。

某些有强烈独特感的自恋型来访者认为：他们不仅应该得到团体最多的注意，而且这份注意应该不请自来。不管他们是否主动接触别人，他们期望团体关心他们，接触他们，他们期望得到礼物、惊奇和恭维，但他们并不把这些给别人。他们期望得到关怀，但他们不付出关怀。他们期望自己能够表达愤怒和轻蔑，并且不被报复。他们期望一旦他们出现在那里，就能够被人们所爱戴和羡慕。我曾经见过这样的情况，尤其是漂亮女人，仅仅因自己的外表及个体的存在，她们就一直备受赞赏。

在团体中，很显然他们缺乏对他人的了解或共情。几次聚会后，成员们开始注意到自恋型来访者在团体中只关心自己，从不探询、支持或帮助别人。自恋型来访者十分热衷于描述自己的生活经历，但却是一个很差劲的听众。别人讲话时，他们就觉得厌烦无聊，或者干脆昏昏欲睡。当被质问为何在团体中睡觉时，他可能会请求成员们的原谅，理由是工作又苦又累（尽管他常常处于失业状态，而他更会把原因归咎于怀才不遇）。有时候如果向这样的来访者指出，在人的一生中只有母婴关系是只有获取而无需回报，则常常会得到有意义的回应。

在第十二章中，我详细描述了 Bill 和 Jan 的关系，提及 Bill 与他人建立关系时所使用的自恋模式。他不能或无法站在他人的立场上看待问题。具体表现是，在经过 16 个月的聚会后，他对团体中另一个女性成员 Gene 发表看法。他若有所思地说，他很后悔他们之间什么事也没发生。Gene 尖锐地纠正他，“你是指在性方面没有发生什么事情。但是，对我而言，却发生了很多事情。你曾经试图引诱我，而我拒绝了。我没有爱上你，也没有和你上床。我没有背叛自己和丈夫。我学会了如何深入地了解和关心你的所有优缺点。你还能说什么都没有发生吗？”

治疗结束后几个月，在一次随访中，我要 Bill 回忆治疗中一些最重要的事件或转折点。他提到在治疗晚期的一次聚会中，团体观看了前一次聚会的录像。Bill 惊讶地发现他居然忘了大部分聚会内容，只记得他身处中心地位的少数几个片断。他的自我中心特质强有力地呈现在他面前，这正是几个月来团体一直想告诉他的。

很多治疗师会对过度满足的自恋型个体 (Bill) 和不能够满足的自恋型个体 (他们倾向于更易被剥夺、被激怒，甚至暴怒) 加以区分。后者的行为常被其他成员误解，成员们认为愤怒就是攻击团体，而不认为它是自恋型来访者在困境中为保护自我

而表现出的垂死挣扎。如果他们的难以言表的伤口和缺陷没有得到滋养,他们可能会逃离团体。对于这些来访者,治疗师要始终保持着共情,关注他们的主观世界,尤其是当他们感到被贬低或者受伤的时候。有时候,团体领导者甚至要充当他们的辩护者,理解他们的情感体验⁵²。

下面是一个临床病例:

◆ Val 是一名自恋型来访者。她羞辱别人,缺乏共情,对轻微的批评也非常敏感。在一次聚会上,她长久哀叹,称自己从没有得到团体任何人的支持或称赞,尤其是治疗师。事实上,她参加了 70 次团体聚会,但她只记得自己得到 3 次积极评论。另一个成员马上直截了当地指出,“哦! Val,得了吧,别这么说。上周两位治疗师非常支持你。实际上,在团体中,你比别人得到了更多抚慰。”团体其他成员都赞同,并且列举了很多例子,说明在最近几次聚会中,治疗师曾经对 Val 作过积极评论。

本次聚会的后期阶段,Val 对下面两件事的回应显得非常不恰当。两位成员为与控制有关的问题争论不休,陷入僵局。双方都为彼此表达出来的愤怒情绪所震惊,极度恐慌。团体许多成员说出自己的观察所见,并提供支持。但 Val 却说她自己不知道究竟为何有这一骚动,她认为他们两人无事生非,真是“一对傻瓜”。

几分钟后,一名叫 Farrell 的成员被要求多谈谈她自己。平时,她一直躲躲藏藏、沉默不语。她下定了决心,第一次暴露最近自己与一名男士交往中的一些隐秘细节。她说,她非常害怕这种关系破裂,因为她非常想生个孩子,而他已经明确表示不想要小孩。很多团体成员同情和支持她自我暴露,Val 却默不作声。点到名时,Val 说她可看得出 Farrell 谈及这件事时,心里不好受,但她不知道 Farrell 为何如此。“这看起来似乎不是什么了不起的自我暴露。”Farrell 评论道,“谢谢你 Val。这真是棒极了,我不想与你产生什么瓜葛,我要尽可能地与你保持距离。”

就这两件事情,团体对 Val 作出了立即而且直接的回应。那两名被她指责为傻瓜的成员告诉她,对于她的评论,他们非常气馁。其中一个说:“如果人们谈到一些你认为没有的问题,你就会把它看做微不足道的事情或者仅当作笑话。看,你没有从治疗师或其他成员那里得到足够的赞赏,可是我没有这样的问题,所以这不关我的事。如果你每次提出这一问题,我就叫你傻瓜,那么你会有何感觉呢?”

本次聚会说明,一个团体中与有人格问题的来访者一起工作会出现一些特征。Val 是一个非常喜欢唱反调的人。在以前的个体治疗中,她对治疗师产生了强烈的、阻碍治疗的负性移情。这次聚会,她暴露了对治疗师有歪曲的感知(在

70次聚会中，他们只给她3次称赞，然而，事实上，他们非常支持她）。在个体治疗中，Val的曲解可能会使对她的治疗陷入重大的僵局，因为她扭曲的移情非常明显，以至于她不相信治疗师对现实所提出的正确看法。治疗团体完全可以避免这一僵局出现，因为治疗师不需要做一个现实的捍卫者，团体其他成员可以扮演这一角色。

像很多自恋型来访者一样，Val对批评非常敏感。（此类来访者就像血友病患者，小小的伤口就会导致流血不止。）²⁵ 团体成员都觉得Val非常脆弱，对批评的忍耐力很差。但是，他们会毫不犹豫地、直截了当地、始终如一地与她对质。在本次聚会中，Val就像在其他许多场合中一样受到了伤害，但是她也听到了更多的信息，如团体成员认真地对待她，尊重她能对自己的行动负责的能力，认为她有能力改变自己的行为。我认为，团体对脆弱的来访者采取这样的姿态非常重要。一旦团体开始忽视、施恩或把自恋型来访者视为吉祥物，那么就意味着治疗失败。团体不再提供现实的检验，来访者就会成为怪异的、有害的个体。

团体治疗师的主要职责不是对来访者的问题作出精确的诊断，也不是对早年的因果关系作出精神动力学总结。无论自恋型人格障碍还是边缘型人格障碍，其主要问题相同：他们都是团体治疗中非常脆弱的来访者。

第十四章

治疗师技术：特殊模式与辅助方法

团体治疗的标准模式是：一名治疗师带6~8个来访者。然而，该模式也并非一成不变，它常常由于其他因子的介入而变得错综复杂：来访者也许同时还接受个体治疗；团体中也许会有一位协同治疗师；偶尔，团体成员也可能自行聚集在一起开展讨论，而此时治疗师并不在场。对于以上这些不确定因子，我将在本章一一展开讨论。此外，我还将介绍一些特殊的技术与方法，尽管这些技术与方法似乎并非必不可少，但它们对于治疗过程的顺利进行却是大有裨益的。

个体治疗与团体治疗同时进行

首先，我们须明确两个概念：联合治疗（conjoint therapy）与混合治疗（combined therapy）。联合治疗是指来访者在接受某位治疗师个体治疗的同时，接受另一位（或两位，假如有协同治疗师的话）治疗师的团体治疗。混合治疗则是指来访者同时接受同一治疗师的个体治疗与团体治疗。关于以上两种方法的效果对比尚无系统的数据支持。因此，咨询的方向和原则必须基于临床判断和对疗效因子的推断来做出。

任何时候，当我们欲整合两种不同的治疗模式时，我们首先要考虑两者的兼容性。治疗技术并不一定是越多越好！不同的治疗方式是具有不同的治疗目的，还是强化彼此的效果？如果两者可兼容，那么，它们是通过互补来满足来访者不同的治疗需求呢，还是通过相互支持、相互促进而强化治疗效果¹？

至于何种方式的使用频率相对较高，我们也知之甚少，然而，在私人诊所中，治疗师很可能会更多地运用混合治疗而非联合治疗²。而在医院和精神卫生专业机构则正好相反³。治疗师绝不应将联合治疗与混合治疗视为等价物。事实上，二者

的特点及临床指征均截然不同。以下，我将分别加以阐述。

联合治疗

我认为，除了某些特殊情况外，对于团体治疗来说，联合治疗并非必不可少。如果团体成员得到适度的照料，那么，治疗团体每周聚会一次、甚或两次就已足够，大多数来访者应该能从中获益。然而，确有例外。正如第十三章所述，人格障碍来访者就常常需要在接受团体治疗的同时接受个体治疗——联合治疗或混合治疗。事实上，早期出现团体治疗和个体治疗同时进行的模式是来自来访者的需要⁴。这种同时治疗对有童年期创伤或羞耻感问题的来访者特别有效⁵。

还有一种情况也并不鲜见，即团体成员也许经历了严重的生活危机（如丧亲或离婚），对此需运用短期的个体治疗加以支持。有时，来访者也许非常脆弱，或者因焦虑和对攻击的恐惧而心力交瘁，以至于无法有效地融入团体治疗过程。此时，需要联合个体治疗以使来访者能更好地利用团体资源。此外，为了防止来访者从团体治疗中脱落，或者严密监控有自杀冲动倾向的来访者，也常常需要联合个体治疗。

◆Joan，年轻的边缘型人格障碍来访者，首次参加团体治疗，最初的几次团体访谈令她感到巨大威胁。由于自己稀奇古怪的幻想及梦境似乎与其他成员的体验格格不入，Joan感到越来越孤独。在第4次团体访谈时，Joan以言语攻击其中一名成员，并相应遭到反击。在此后的几个晚上，Joan噩梦连连。有一次，她梦见嘴角鲜血直淌，这似乎表明她因自己的毁灭性幻想而害怕受到言语攻击。另一次，Joan梦见自己在海滩漫步，此时一个巨浪打来，将她完全吞没——这暗示她害怕在团体中丧失自我。第三次，Joan梦见当治疗师给自己施行大脑手术时，几个男人将她强行按住，而且对治疗师指手画脚——显然她害怕治疗、害怕治疗师无力抗拒男性成员的控制。

Joan的现实理解力越来越弱，如果不加以额外的支持，她似乎已不可能继续团体治疗。此时，她被安排同时接受另一位治疗师的个体治疗，帮助她控制焦虑并确保她能继续留在团体中。

◆Jim，在结束长达6年的分析治疗后，由分析师推荐参加团体治疗⁶。尽管Jim进步很大，然而他仍然控制不住地恐惧女性，而这正是他最初求治的原因。他发现自己甚至难以口头指令自己的女秘书。在一次初始团体访谈中，当一名女性成员向他表示问候时，他感到极不舒服。在剩下的时间里，他盯着地板一言不发，并随后打电话

给分析师，要求退出团体治疗而重新回到分析治疗。分析师与团体治疗师讨论后，同意恢复个体治疗，条件是 Jim 必须同时回到团体治疗。在以后的几个月里，每次团体访谈后，他们就对 Jim 进行 1 小时的个体治疗。两个治疗师经常互相磋商，而且团体治疗师注意调节团体中的不良刺激，以使 Jim 能继续团体治疗。经过短短几个月的治疗，Jim 第一次能在情感上接纳女性，并逐渐能在现实生活中与女性坦然相处。

由上所述，我们足以认识个体治疗对来访者团体治疗进程的推动作用。反之亦然：团体治疗可用以丰富或推动个体治疗的进程⁷。例如，某些来访者在接受个体治疗时感到思绪枯竭，无法为卓有成效的治疗提供必要的素材。此时，团体治疗中内容丰富、情感倾注的人际互动常常具有巨大的唤起作用，能为个体及团体治疗提供大量的信息。另一方面，来访者的主要盲点使其自身无法准确客观地述说他们的人生经历。

一位男性的个体治疗师将一个年长男性来访者转介到团体治疗，他说，因为严重的负性移情，他的个体治疗已陷入僵局。来访者认为治疗师总是在挑战自己，并常常根据治疗师的只言片语推断出歪曲的结论。尽管来访者和治疗师都意识到咨访关系中重演了权威的父子关系，但治疗仍没有取得实质性的进步，直至来访者加入更具有民主氛围的团体治疗。从团体环境中得到的反馈，使得来访者能够走出父权心理。

还有一些来访者在个体一对一的治疗时段内行为表现改善，但却无法将习得的行为应用于外界现实生活。此时，团体环境也许恰恰可以作为一个珍贵的过渡场所，允许来访者在一种安全、低风险的环境中试验新的行为。一旦新行为并未招致来访者所想象的灾难性后果，新的联结就会产生，渐渐地，来访者就能将习得的行为应用于现实生活。

有时，在个体治疗中会出现严重的、不可调和的移情问题；正如我在第十三章关于边缘型人格障碍来访者一节中所述，团体治疗对于淡化移情、促进现实检验也许具有特殊的作用。个体治疗师自身可能也会因反移情的减弱而受益匪浅。某些来访者运用分裂及投射性认同等防御机制，令治疗师难以招架，在治疗此类特别耗费心力的来访者时，团体治疗师与个体治疗师的平等磋商也许能有效地缓解治疗师的心身疲惫。事实上，联合治疗是把来访者的问题多次呈现在多样的治疗情境中，这个多样的治疗情境包括多个观察者、多个解释者以及多个成熟的咨询机构⁸。

并发症 联合治疗尽管有以上这些优点，但它同时也给来访者带来大量的并

发症。当个体治疗师与团体治疗师的基本理论取向截然不同时，两类治疗也许就会各行其道。

例如，个体治疗师的理论取向偏重于理解来访者儿童早年因果关系，并深入探究其以往经历，而团体治疗师则将焦点主要放在“此时此地”的信息上，此时，来访者很可能会感到困惑不解，并会以其中一种理论取向的标准去判断另一种理论取向。治疗师对团体和个体咨询的综合把握是治疗获得成功的前提。

通常，对于刚刚参加团体治疗的来访者而言，团体初始访谈所提供的支持肯定少于个体治疗，因此，来访者通常会感到泄气，并有挫败感。当遭到团体攻击或被团体施加压力时，此类来访者有时也许会将团体治疗体验与个体治疗体验进行不恰当的比较以达到自我防御。这种对团体的攻击无一例外地招致进一步的个人攻击，并导致情况进一步恶化。然而，在治疗后期，来访者对这两种治疗方式的比较性评价又会常常颠倒过来，从一个极端走向另一个极端。

当来访者利用个体治疗消化来自团体的情感时，联合治疗的另一并发症就会显露出来。来访者在团体治疗中的互动也许就像海绵，从中吸取反馈信息，然后将之带到个体治疗这种自感安全的环境中慢慢发泄出来。在这种互动模式背后，隐藏着一种与生俱来的常见的阻抗形式，即假性利他的合理化：“我把团体治疗的时间让给他人，因为我拥有自己的个体治疗时间。”这种互动模式一旦加重，并对所有其他干预措施构成阻碍时，团体治疗师可以与个体治疗师达成一致，坚决要求来访者结束其中一种治疗。就我所知，有些来访者在终止联用个体治疗后，其融入团体的程度会突飞猛进。

以我的经验，如果具备以下两个条件，那么，个体治疗和团体治疗就能相得益彰。第一，团体治疗师和个体治疗师必须结成良好的工作联盟。他们必须互相沟通，而且来访者也完全清楚两个治疗师会互相交换所有的信息；在联合治疗中，治疗师们应平等相待，并对转诊来访者的团体治疗方案达成共识，这一点非常重要。转向团体联合治疗不应该成为个体治疗师摆脱临床责任的途径⁹。此外，治疗师间的相互尊重是非常重要的，包括彼此间对对方治疗能力和治疗取向的尊重。

当来访者对其个体治疗师和团体治疗师进行比较时，他们可能会厚此薄彼，治疗师间的稳定关系是消除这种紧张关系的良药。资深的个体治疗师在与经验相对缺乏的团体治疗师开展联合治疗时，常常无形中使团体治疗师难堪，破坏其信心，刺激团体治疗师使其顾虑来访者是如何向个体治疗师描述自己的，以至影响治疗¹⁰。这种情况在那些使用分裂型防御机制的来访者身上表现尤为明显。在联合治疗中，受贬的治疗师处境更为艰难。相比之下，被理想化的治疗师处境相对较好，

但只是不稳定性较小，其治疗效果亦会被削弱。

因此，一个有效的联合治疗的首要条件是个体治疗师与团体治疗师之间有一个公开的、牢固的以及彼此尊重的关系。第二，个体治疗必须是团体治疗的补充——它的理论取向必须是“此时此地”的，必须时刻致力于探讨来访者对团体成员、对事件及当前访谈主题的感受。这种探讨可以起到彩排的作用，使来访者能更深层次地融入团体生活。有团体治疗经验的个体治疗师可通过教导其来访者（以及团体中的其他成员）如何在团体中表现而帮助他们。我最近将个体治疗中的一个年轻人转诊到团体治疗。他有一个典型的暴躁性格，他经常对妻子暴跳如雷或持续发怒（这常常使他陷入危险境地）。

经过数周的团体治疗，他在个体治疗中谈到对团体中的许多成员所产生的不同程度的愤怒感。当我提议让他在团体中把这些告诉众人时，他表现得犹豫不决：“在这个团体中，没有人实话实说的——他们都是这样的——如果我说出来，我会感觉很糟——我将伤害到其他人——我无法再面对他们——我会被他们轰走。”我们做了一次预演，假设我是他，我如何在团体中表现。我为他演示了如何在团体中给予回应而不引起反感。例如，可以说：“我有一个问题，之前没有提起过。我心中怒气冲冲。我冲着妻子和孩子大发雷霆，并有严重的暴力行为。我希望我能在这个团体中得到帮助，但我不知如何去做。我想通过讨论在团体中感受到的愤怒试着去解决我的问题。”据我所知，这样的话，任何团体治疗师都会很乐意地去鼓励他进行尝试的。我建议他还可以继续这样说，“John（团体中的一个其他成员），在很多方面我极其羡慕你，羡慕你的聪明才智，羡慕你对事业的专注。尽管如此，上周我还是注意到你在谈论你女友时所表现出的愤怒情绪——不知只是我有这种感觉，还是其他人都有如此感受呢？”我的来访者把我的话记下来并在团体中如法炮制。几周后，一位团体治疗师告诉我，不仅这个来访者本人表现不错，而且他还调动了整个团体，每一个成员都加入到团体更富活力的互动之中。

个体治疗师可以重点考虑并卓有成效地进行的一项工作——学习的迁移，即帮助来访者将其在团体治疗中习得的行为应用于新的情境——例如，与个体治疗师及重要他人建立关系。

尽管更为普遍的情况是来访者在个体治疗后紧跟着做团体治疗，但相反的情况也常常会出现。团体疗法所激发的改变或唤起的记忆会激发来访者巨大的悲痛和注意力，而这些个人体验是团体治疗所无法关注的¹¹。通常，最好是先采用一种治疗方法，再根据需要决定是否添加另一种治疗方法，而不是两种疗法同时开始，这样可以避免来访者产生困惑或恐惧。

混合治疗

我早就有言在先,对团体治疗而言,联合治疗并非必不可少。对于混合治疗,我亦有同感,它也并非团体治疗所必需。不过,我也赞同许多临床治疗师的观点,即:混合治疗是一种卓有成效、富有生命力的治疗模式。将接受我个体治疗的来访者放进团体后,其治疗效果令我记忆犹新:几乎无一例外,治疗总是突飞猛进且丰富多彩。

通常,在临床上,混合治疗总是始于个体治疗。经数周或数月个体治疗后,治疗师安排来访者参加某个治疗团体——该团体的成员通常全都接受团体治疗师的个体治疗。在这点上,同质性团体很管用——团体中所有的成员同时也接受了团体领导者的个体治疗——尽管这不是必须的。有时,因为个体治疗的频度关系,有些成员与团体领导者的见面机会要多于其他成员,那些未能与团体领导者见面的成员很可能会产生嫉妒。

通常,来访者每周参加一次团体访谈和一次个体访谈。另外,还有更经济的模式,如团体成员每几周参加一次个体访谈¹²。虽然这种模式也很有帮助,但它与混合治疗的理念却并不一致。在这种模式中,个体会谈显然只是团体访谈的辅助形式,也就是说,它是为团体会谈服务的。

在混合治疗中,团体成员通常不受时间限制,来访者接受两种治疗的时间可以持续数月,甚至数年。然而,混合治疗也包含一种限制团体治疗时间的模式。我曾经多次将接受长期个体治疗的来访者组织成为期六个月的治疗团体。团体治疗结束后,这些来访者继续个体治疗,而在团体治疗中所暴露的信息,大大丰富了个体治疗进程。

优点 毫无疑问,混合治疗(正如联合治疗一样)能降低来访者的脱落率¹³。我曾对多个混合治疗团体——其中包括我自己的、我督导的和同事所进行的混合治疗——作过历经数年的非正式调查,结果发现,来访者早期脱落率相当低。事实上,在由个体治疗师兼任团体治疗师的情况下,那些在进入团体治疗前即已在个体治疗时打下良好基础的来访者,其在最初的12次团体访谈中竟无一人脱落。显然,这与未同时进行个体治疗的团体治疗形成了鲜明对比,后者的脱落率非常之高(见表8.1)。原因也显而易见。首先,治疗师对接受自己个体治疗的来访者了如指掌,因此可以更谨慎小心地选择入组对象;其次,在个体治疗时,通过解释并解决阻碍来访者继续团体治疗的问题,治疗师可以未雨绸缪,防止可能的脱落。

◆David, 50岁, 单身, 为人谨慎, 参加了七次团体访谈, 已处在脱落边缘。对于他某些令人讨厌的个性, 团体成员反映颇多: 讲话经常兜圈子, 反复谈论一些无聊的、冗长的故事, 东拉西扯一些无关紧要的问题, 却回避真实的自我。David 对这些反馈无动于衷, 团体成员终于放弃努力, 开始将他“束之高阁”(对他怒气吞声, 但根本不把他当回事)。

在一次个体访谈时, 他向我抱怨他总是“游离”于团体之外, 并问我是否应该继续下去。他还提到, 因为害怕被人嘲笑或者被视为刻板的人, 在团体访谈时, 他未戴助听器(这一点我未曾注意)。一般情况下, David 可能已经从团体治疗中脱落了; 然而, 在个体治疗中, 我能根据团体事件, 分析并发掘他“游离于外”的意义。结果显示, 这正是 David 的核心问题。在整个儿童期和青春期, 他感到被社会遗弃, 最终他拒绝与人交往。他成了孤家寡人, 选择的职业(特约电脑顾问)也正合其口味, 他可以如同孤鹰一样独来独往。

在我的鼓励下, 他重新戴上助听器, 而且将自己虽置身团体、却“游离于外”的感觉和盘托出。他的自我暴露, 更重要的是他的自我检视, 令整个治疗过程峰回路转, 并使其融入团体之中。他坚持了一年的混合治疗, 获益颇丰。

这个例子指出混合治疗还有另一个优点: 在团体中所发生的内容丰富、不可预知的人际互动, 常常会开启某些治疗领域, 而它们在个体治疗中也许永远都不会浮现。David 在个体治疗时从来没有感到“游离于外”——毕竟, 我会倾听他每一句话, 并竭尽全力以保持对他的关注与理解。

◆以下是另一个案例。Steven, 男性, 多年来有过多次婚外性经历, 却一直拒绝使用安全套: 在个体治疗中, 我花了数月时间, 从各种可能性入手, 与 Steven 讨论这一问题: 他的自大, 满以为自己可以抗拒生物规律; 他的自私, 担心使用安全套会导致阳痿。我告诉他, 我对他及他太太和性伴侣的健康忧心忡忡。我这种父母般的情感, 溢于言表: 对他的自私行为愤恨不已, 又对他的自毁行为伤心欲绝。然而, 这一切都无济于事。当我将 Steven 置于治疗团体时, 他并没有讲述自己高风险的性行为, 但某些相关表现却一览无余。

他常常对女性成员表现出残忍无情。渐渐地, 团体成员意识到这一点, 并直言指出他对女性漠不关心、甚至是报复性的态度。于是, 他的团体治疗任务相应地多集中于反省其缺乏同情心这一问题。他逐渐意识到这一点, 并慢慢学会设身处地地理解他人。此次团体治疗是有时间限制的(六个月), 数月后, 在个体治疗中, 当我们再度深入探

讨他的性行为时，他深有感触地回忆起团体成员对他的指责，即对人漠不关心。只有在那时，在意识到自己缺乏爱后，他才能对自己的行为作出选择；也只有在那时，他的行为模式才有所改观。

◆第三个案例讲的是 Roger，年轻男性，在为时一年多的个体治疗中，他一直对我吹毛求疵。Roger 承认自己有所好转——但是，他又认为，毕竟那是他付钱应得的，并且他从不忘记再补充一句：一笔可观的治疗费。他的情感中有积极、温柔的一面吗？在个体治疗中，他从未展现过。进入为期六个月的混合治疗团体后，他依然如此，团体成员认为他冷酷、无情、常常充满敌意——他们戏称他为“手榴弹投手”。然而，出乎所有人意料的是，Roger 在团体治疗即将结束时表达了自己深深的悔意。在大家的要求下，他简短描述了一下自己的心情，表示自己将会怀念团体、怀念与某些成员的接触与交往。“具体是指谁呢？”大家问。在他回答之前，我请成员们猜一猜，但大家毫无头绪。当 Roger 指出两个成员时，当事人大吃一惊，因为没有任何迹象表明 Roger 关注过他们。

两种治疗协同作用。个体治疗师受自己在个体治疗中对 Roger 的治疗体验启示而探寻其情感障碍，而团体成员的反应对 Roger 造成的巨大震撼，远远超出了个体治疗师的反应给他带来的冲击。毕竟，团体成员不必掩饰自己的情感——这不是他们的工作。

◆Sam，因过分压抑和缺乏人生乐趣而参加团体治疗，他在治疗团体中所表现的谨慎与刻板，比个体治疗尤甚。他向团体隐瞒了三个特别重要的秘密：受过心理治疗师培训，且多年前曾有短暂执业经历，后来弃医从商；曾非常富有；藐视他人，有极强的优越感。他理智地保守着自己的秘密（正如在现实生活中那样），因为他相信，自我暴露将会导致与他人之间产生更大的隔阂：自己将被视为一个刻板、“守旧”的人，也可能遭到别人的嫉妒、敬而远之或憎恨。

参加新成立的治疗团体三个月后，Sam 痛苦地意识到，与现实生活中如出一辙，自己在治疗团体中俨然又成了一个游离于外的旁观者。其他所有人开始凝聚在一起，毫无顾忌地暴露自己内心深处的秘密——只有 Sam 选择冷眼旁观。

在个体治疗时，我鼓励 Sam 向团体展示真实的自我。在一次又一次个体访谈中，我不断催促他抓住机会，心情之迫切就如同拳击场上的读秒。事实上，随着团体会谈时间的流逝，我告诫他：拖得时间越长，情况就会越糟。如果过了很长一段时间，他才将自己曾是一名治疗师的实情告知团体成员，也许会有人用椅子砸他（他的洞察力和敏锐性曾受到团体成员如潮般的称赞）。

终于，Sam 抛开一切顾虑，向团体暴露了自己，而效果真是立竿见影，他和其他成员开始真诚相待。同时，他也为其他成员解决类似问题树立了一个很好的榜样。一名曾是实习治疗师的成员说自己害怕被人视为肤浅；一名富有的成员直言自己担心遭人嫉妒；另一名成员坦言自己暗地里很势利。此外，其他成员还谈到了以往深藏不露的、对金钱的强烈感受——包括对治疗师收费的不满。该治疗团体终止后，Sam 在其个体治疗中继续讨论对这些互动体验，而且更愿意向治疗师暴露自己。自我暴露后，团体成员仍能接纳自己，这对于 Sam 来说是一种全新的、极具震撼力的体验。Sam 以往之所以被团体成员接纳，是因为他有益于人的洞察力，然而这种接纳对他却毫无意义，因为它只会助长他的不良信念：展示虚假的自我，隐瞒自己的职业训练、富有及个性特点。

但 Sam 这一案例也暴露出混合治疗所固有的一些缺陷。其一在于，治疗师的角色明显不同，变得更为复杂。如果治疗师对每个成员的了解与他人并无二致，事情会简单得多。然而，混合治疗师偏偏知道得太多，致使治疗变得错综复杂。一名团体成员曾将我的角色喻为圣经中的“东方三圣”：无所不知——包括成员对彼此的感受、他们想说什么，最重要的是，他们想回避什么。

如果团体成员均未接受团体治疗师的个体治疗，治疗师就会较少羁绊而可自由发挥：他们可以询问任何信息、随意猜测、提一些广泛而普遍的问题、要求团体成员描述自己对其他成员或某个团体事件的感受。混合治疗师已知道得太多！明知故问则是件极为尴尬的事。结果，许多治疗师发现，与其他团体相比，在带领接受自己个体治疗的来访者团体时，他们反而缺乏积极主动性。

团体治疗往往拓展出大量有待探究的领域，以及个体治疗师也许永远难以企及的领域。例如：Irene，中年妇女，数月前离开丈夫，独自住在一间租来的公寓内，终日无所事事。团体其他成员问她如何装饰住所，渐渐却发现她实际上并未投入任何精力以使居所更舒适或更雅致。深入探究其自我剥夺的需求、千篇一律的随意穿着，结果令她获益颇丰。

混合治疗师常常要面临“界限”问题，并为此竭尽全力。这也同样发生在联合治疗过程中，团体治疗师从个体治疗师那里得知他们的来访者在个体治疗中的重要情绪及生活事件并未在团体治疗中展现。个体治疗的内容是否可以作为团体治疗的谈资？人们普遍认为，鼓励来访者将与团体有关的问题向团体倾诉总是非常重要的。例如，在个体治疗时，如果来访者表述了其对某个成员的愤怒情感，治疗师必须鼓励他向团体宣泄这种情感。

假设来访者产生阻抗，怎么办呢？大多数治疗师会选择以下这种方式，以最大限度地减少对来访者的冒犯：首先，反复鼓励来访者，并注意观察其阻抗；然后，集中讨论两个成员间的团体内冲突，即使冲突极为轻微；随后，对来访者表示理解；最后，请来访者允许将信息介绍给团体。当然，治疗师必须不断练习，方能获得敏锐的判断力，以保证绝不冒犯来访者。从技术理论上说，令来访者感到羞辱总是不道德的。如前所述，绝对的保密是做不到的。治疗师只是承诺将慎重处理并做出专业的判断。同时，他们必须帮助来访者学习为自己的言行承担责任。

对于初为团体治疗师者而言，开展混合治疗和个体治疗也许还会遇到一些特殊问题。有些治疗师发现，很难同时在两种治疗方式中面对同一来访者，因为他们习惯于在两种治疗模式中扮演截然不同的角色：在团体治疗中，治疗师与来访者的接触往往更随意、更开放、更积极；在个体治疗中，治疗师则倾向于保持节制。在培训时，治疗师常常希望来访者只有单纯的治疗经历——也就是说，接受纯粹的团体治疗，而不联用任何形式的个体治疗——为的是探寻自己对每一类型的治疗有何心得。

混合治疗和十二步骤法

一种越来越普遍的同时性治疗（concurrent therapy）形式是来访者在参加团体心理治疗的同时还参加十二步骤法治疗。这两种形式的治疗曾相互诋毁，彼此之间有过隐晦的或时而公开的互相攻击¹⁴。近来，越来越多的人认为物质滥用属于心理健康领域范畴。成瘾性问题的经济成本和社会心理影响，它与许多其他心理问题合并存在的比例，以及成瘾的社会和人际背景，使这一现象特别适合团体心理治疗¹⁵。

那些物质滥用者在他们疾病的每个阶段都会遇到人际关系问题：第一，他们先天的人际交往困难易导致情感痛苦，来访者试图通过物质使用来减轻痛苦；第二，他们有物质滥用所产生的人际困难；第三，他们的人际困难使得他们难以戒除滥用。有证据表明团体治疗在来访者康复阶段起着重要作用，通过帮助他们发展技能，以维持戒断并防止复萌¹⁶。

有强有力的证据表明十二步骤法不仅有效，而且还深为来访者所喜爱¹⁷。（十二步骤法最初应用于匿名戒酒会的治疗，但十二步骤法有100多种形式，如针对可卡因和其他麻醉毒品成瘾、赌博、性沉溺和过度饮食等。）在美国，有数以百万的匿名戒酒会成员参加数以千计的每周团体聚会，同时他们也参加团体心理治疗。

另外，有迹象表明十二步骤法和主流的治疗方法能够有效地结合¹⁸。

团体治疗和匿名戒酒会能够相互补充。第一，团体领导必须被告知十二步骤工作的机制，学习欣赏十二步骤法中内含的智慧以及它为那些与成瘾作斗争的人所提供的巨大帮助；第二，有些错误观念——团体治疗师或者匿名戒酒会成员所持有的错误观念——必须被澄清，包括¹⁹：

1. 十二步骤法与心理治疗或者药物治疗是对立的。
2. 十二步骤法鼓励放弃个人责任。
3. 十二步骤法不鼓励表达强烈的感情。
4. 主流团体治疗忽略成员的灵性修炼。
5. 主流团体治疗不必依靠十二步骤法也能有效。
6. 主流团体治疗认为匿名戒酒会中的人际关系和领导者与成员的关系是一种倒退。

记住，要想对匿名戒酒会作出总结性评论是很困难的，因为匿名戒酒会的聚会并不完全相同：团体与团体之间存在很大差异。总之，匿名戒酒会方式和团体治疗方式主要有两方面的不同。

匿名戒酒会有赖于成员之间的关系形成一种力量，成员服从这种力量，并且在这种力量中认识自己。

团体治疗鼓励成员间的互动，特别强调此时此地，这是团体的精髓。匿名戒酒会相反，特别禁止对话——即成员在会上直接的互动。“对话”可以是任何直接的问询、暗示、建议、反馈或者批评。（这种普遍意义上的对话，其实也可大量存在于匿名戒酒会团体。）然而，“对话”的禁止毫无疑问会产生忽视个人情绪的聚会。匿名戒酒会会员曾经对我指出，匿名戒酒会不允许成员们判断或者批评，只鼓励他们进行更深层次的自我开放。考虑到没有训练有素的团体领导来处理此时此地的互动，在我看来，匿名戒酒会的做法是为了躲避人际互动，这不失为明智之举。

团体领导引进匿名戒酒会会员到团体治疗时必须牢记：匿名戒酒会会员可能对团体反馈并不熟悉，领导者应在治疗前准备时解释有关匿名戒酒会模式和治疗团体间的差异，特别是在此时此地的使用上。

我建议团体领导参加一些匿名戒酒会的聚会，以彻底熟悉十二步骤法。展示你对十二步骤法的尊重，并尝试着向来访者表达十二步骤法的大部分内容在治疗团体的背景下是有意义的，如果参加十二步骤治疗，会加强治疗效果。

表 14.1 列出了十二步骤法的 12 个步骤，并提出了对应的团体治疗的主题。我不想再次解释十二步骤法，而是想大致把步骤转变成相关的人际互动团体的观点。

表 14.1 十二步骤法和人际互动团体治疗方式的交汇点

十二步骤法	人际互动团体心理治疗
1. 我们承认我们无法抵御酒精，我们的生活无法掌控	放弃浮夸和刚愎自用，开始信任团体的过程和力量。
2. 开始相信一种比我们自己更强大的力量可以促使心智健康	通过人际联系进行自我修复，把“更大的力量”化作为一种慰藉、滋养和希望，用来取代对物质的依赖。
3. 决定把我们的意志、生活交给关心我们的上帝，因为我们相信他	让信任在治疗过程和团体成员的美好愿望中产生飞跃。
4. 寻觅和无畏地制定我们自身的道德守则	自我暴露：尽可能多地探索自己。
5. 对上帝、对我们自己和对他人承认自己犯错的本性	自我探索。与别人分享你的内心世界——充满羞愧与内疚的体验以及你的梦想和希望。
6. 完全准备好让上帝消除我们所有的性格缺陷	在此时此地探索并阐明所有会导致故态复萌的破坏性的人际行为。团体的目标是帮助成员自己找到解决问题的方法。
7. 谦卑地祈求上帝祛除我们的缺点	了解人际情感和行为阻碍了满意的关系。通过试验新的行为来修正关系。为了扩大你的人际互动范围需要征询和接受反馈。尽管团体提供了解决问题的可能，但是否行动仍是你的责任。
8. 列出我们曾经伤害的人的名单，并愿意尽我们所能进行弥补	鉴别你需要为哪些人际伤害负责，并对此感同身受。试着理解你对他人造成的影响并有意愿去修复损伤。
9. 尽我们所能进行补偿，除非这样会伤害到他人或相关人员	把团体作为改变认知和修复关系的实验性场所。从改善你与所伤害或冒犯过的团体成员的关系开始。
10. 继续进行自我清点，及时承认我们自己的错误	将自我反思、自我责任、自我暴露等过程内化。让这些成为你在团体治疗和生活中的一部分。
11. 通过祈祷和冥想，改善我们与上帝的灵性沟通。祈求上帝赋予我们智慧并赋予我们显示智慧的力量	没有直接的心理治疗焦点，但团体治疗可以支持安抚心灵以及帮助灵性探索。
12. 当经过这些步骤而获得了精神上的觉醒后，我们试图把这些原则传达给其他成瘾者，并且在我们的日常生活练习这些原则	开始积极地关心别人，从关心团体成员开始，用一种利他主义的态度生活，提升你的爱和你对自己的尊敬。

引用源于 Matano 和 Yalom²⁰。

在这个框架下，团体领导能够有准备地应用共通语言，同时涵盖两种方式，并强调治疗和恢复是互相促进的。

协同治疗师

尽管有的治疗师选择独自一人带领团体访谈，然而多数治疗师宁愿与一名协同治疗师²¹。少有人对单独和协同治疗的相对疗效作过研究，关于家庭和婚姻的协同治疗研究表明：协同治疗至少和单独治疗一样有效，而且在某些方面还优于单独治疗²²。但是，临床医生却有不同的观点²³。我自己的临床经验告诉我，协同治疗既存在特殊的优势也存在潜在的危險。

先谈谈对治疗师和来访者的好处。协同治疗师们能够相互补充与支持，两人合作，能拓宽治疗师的认知及观察视角；两个人的两种视角，能碰撞出更多的灵感火花及更多的治疗策略。例如，当一名治疗师密切关注某一团体成员时，协同治疗师也许能保持更清醒的头脑，以觉察其他成员对此的反应，因此可以更好地扩大交流和探索的范围。

协同治疗可以催化移情反应，使其破坏性更加明显，因为每个来访者对每名协同治疗师的反应和与每名协同治疗师的关系都会有差别。在团体中，治疗师会对某些特殊团体有强烈的反移情（例如，艾滋病患者来访者团体或癌症来访者团体或精神创伤团体），此时，协同治疗师的支持作用对来访者和治疗师都相当重要²⁴。

多数协同治疗师团队常常有意无意地分别扮演不同的角色：一名治疗师起煽情作用——极像苏格拉底式谈话方式(Socratic Gadfly)——另一名治疗师则更持重，在团体中起协调作用。如果协同治疗师恰好为一男一女，其分工通常（但也并非绝对）与性别相匹配。在一个运作良好的协同治疗师团队中，这些角色不是一成不变的。每个领导者都可以随时进入治疗状态和进行干预。

临床学家普遍认同，异性协同治疗师的组合也许有其独到之处：也许能更强烈地激发来访者将团体想像为原生家庭；团体成员对两位治疗师的关系会产生许多幻想和错误的认知，而对这些幻想及认知的探究也许正是有益的。如果异性协同治疗师合作时相互尊重，摒弃恶性竞争、相互诋毁或泛性色彩，总之，与来访者对异性组合的可能联想大相径庭，那么，这种配对设置本身就能令许多来访者获益匪浅。对于早期创伤和性虐待的受害者，一男一女搭配的协同治疗师带的团队通过提供处理不信任、权力滥用以及无助等主题的机会而扩大治疗的范围，这些话题都起源于早期的异性交往的范式。来自于男尊女卑文化的来访者可能会感

受到女主外、男主内式的团体治疗²⁵。

我曾观察过80多个由新手治疗师带领的治疗团体，由此我发现，协同治疗师方式对于新手治疗师的成长特别有利。在回顾总结时，许多实习生认为其协同治疗的经历是最有成效的学习。也正是在这个训练课程中，两名治疗师得以同时参与同样团体中，进行体验，接受督导²⁶。一方面，有一名协同治疗师在场，可以降低新手治疗师的初始焦虑，使治疗师在访谈时更镇定、更客观。每次访谈结束后，通过回顾、总结，协同治疗师彼此能提供关于对方表现的、极有价值的反馈信息。在治疗师获得足够经验、能理智辨识自己在团体中的表现之前，这种反馈至关重要，它能够帮助治疗师区分来访者的认知中哪些是真实的，哪些是移情歪曲的。与之类似，在辨认并处理对各类来访者的反移情反应方面，协同治疗师也许能相互帮助。

在面对巨大的团体压力时，仍能保持客观，对于新手治疗师来说尤为不易。令新手治疗师更为不快并更感棘手的任务之一，就是经受团体成员对自己的攻击，并帮助团体建设性地利用攻击。当你成为众矢之的时，你也许因受到太大的威胁而无法清醒地辨识攻击，更无法面不改色地鼓励对方继续攻击。然而，遭攻击者最明智的反应莫过于说：“你们正在攻击我，非常棒。继续！”此时，这也许正好能体现协同治疗师无与伦比的价值，他能帮助团体成员继续表达对另一治疗师的愤怒，并最终探寻这种愤怒的根源与意义。

协同治疗师是否应该在团体访谈时公开发表不同意见，这是一个颇有争议的问题。一般来说，我认为，在最初几次访谈中，协同治疗师们的分歧对团体毫无益处。此时，团体还不够稳定，凝聚力尚不够强大，难以承受治疗师之间的分歧。然而，在治疗后期，治疗师们的分歧也许具有巨大的治疗作用。在一项研究中，我询问了20个结束长期团体治疗的来访者，了解他们如何看待治疗师们的分歧对团体治疗过程及对其本人治疗效果的影响²⁷。他们一致认为，那是有益的。对于某些来访者而言，那是一种示范：他们看到自己所尊重的个体如何公开发表不同意见，并不失尊严、机敏智慧地解决彼此间的争议。

举一个临床的例子：

◆在一次治疗中，我的协同领导者，一名实习治疗师，问我为什么对Rob每次都很快给予支持。这个问题让我措手不及。她如果不说，我根本没发现。然后，我征询成员意见，看成员意见是否与她的意见一致。成员们点头称是。我此刻明白，虽然Rob在控制愤怒时取得了实质性进展，我仍然认为他脆弱并需要我保护，这种保护是

为了防止他反应过度以免前功尽弃。Rob 感谢我和协同治疗师的开放态度，并说道：虽然他可能在过去需要额外的关照，不过他现在不再需要。因为他已经好了！

团体成员会发现治疗师也是人，尽管不完美，却仍然真诚地试图帮助来访者。这种人性化过程有利于消除不理智的刻板态度，而且来访者可以学会根据个人本质而非角色分工来判断他人。不幸的是，协同治疗师很少能够把握这个绝佳的示范机会。对治疗团体中沟通模式的研究表明，治疗师对治疗师的评论相当匮乏²⁸。

尽管治疗师之间的分歧令某些来访者感觉不舒服，如同孩子目睹父母的冲突一样，通常，它却可以提升团体的真诚与潜能。我曾观察到，当两个治疗师展示不同的自我后，许多毫无生气的团体又重新焕发生机。

协同治疗模式的缺点源于两个治疗师的关系出现问题。协同治疗进行得如何，团体也会发展得如何。这是在培训环境以外使用协同治疗受到的主要批评之一²⁹。为什么要在已经比较复杂的团体关系中增加另一种复杂的协同关系（这种关系会耗尽职业资源）³⁰？

因此，治疗师感觉舒服、彼此坦诚相见是非常重要的。他们必须学会利用对方的长处：一位治疗师也许更善于呵护与支持，而另一位也许更能够面对并忍受愤怒。如果两位治疗师彼此竞争，各抒己见，而不能相互支持，治疗团体将人心涣散。

此外，协同治疗师使用同样的专业术语也是极为重要的。一项涵盖42个协同治疗师团队的调查发现，对协同治疗不满意的常见根源是协同治疗师之间的理论取向迥然不同³¹。

有一种为每位初级治疗师辅之以一位高级治疗师的培训过程——是一种既提供培训但又经常带有问题的协同治疗形式。高级治疗师必须通过榜样和鼓励来教授，而初级治疗师则要学习独立，同时要避免优柔寡断和恶性竞争。最重要的是，他们必须愿意公平地检验他们间的关系——这不只是为他们自己，而且是为了给成员树立榜样。所以，对协同治疗师的选择并非无足轻重。我曾见过许多心理治疗师培训班选择协同治疗师，并有机会追踪了解这些团队的进展。我确信，团体治疗最终成败与否很大程度上依赖于对协同治疗师的选择正确与否。如果两名治疗师彼此感觉不舒服，或不够坦诚、相互竞争，或在访谈风格、治疗策略等方面差异太大（而且，这种差异即使接受督导也无法解决），那么，这一团体发展为有效团体的可能性就微乎其微³²。

治疗师气质和秉性方面的差异是不可避免的。但是，我们可以避免让这些差异造成对各自角色和功能发挥的限制。有时，团体的反馈可能是具有启发性的并

产生重大改变，就像家庭暴力团体中的女性受害者通常会质问：为什么在团体中还是男性治疗师作主导，而女性治疗师做辅助工作？

当督导对运作不良的团体进行帮助时，经常发现团体停滞不前的原因是因为协同治疗师之间的关系不良。（我将在第十七章中详加讨论。）对新手团体领导者研究发现，那些报告了不满意的临床体验的受训者中的共存因素是，未提出的且未处理的紧张的协同治疗关系³³。一位沮丧并且意志消沉的协同治疗师，在她的自大但无能的搭档退出团体训练后，在督导中汇报了一个梦。在梦中，她是一个曲棍球守门员，守卫着她们队的球网。而她们自己队的一名球员（猜猜是谁）不停地给她捣乱。

对协同治疗师的选择不该盲目行事：不要同意与自己不了解或不喜歡的人合作带领治疗团体。不要因为工作压力或者无法拒绝邀请而勉强作出选择：这一点非常重要，而且对于人际关系也很重要*。

治疗师更好宁愿在好的督导帮助下独自一人开展团体治疗，也不要被束缚于不协调的协同治疗关系中。作为培训的一部分，如果你参加体验性团体，你就获得了一个理想的机会，可借此观察其他学生在团体中的行为表现。我总是建议我的学生，不要急于确定协同治疗师人选，一定要等到在这样一种团体内访谈后再作决定。最好选择一位你感觉亲近、但个性不同的人作你的协同治疗师：这种互补性能丰富团体治疗体验。

如我前已述及的，异性治疗师组合有很多优点，但你最好宁愿选择某位相处融洽的同性作为合作伙伴，也不要为刻意追求异性组合而选择一个合作不佳的异性同事。夫妻治疗师组合经常共同带领夫妻治疗团体（一般是短期治疗，致力于改善双方关系）；然而，如果夫妻治疗师要共同带领一个长期的传统团体，则夫妻治疗师自身的婚姻关系必须异常成熟与稳定。如果两个治疗师刚刚确定恋爱关系，我建议他们不要共同带领治疗团体；明智的做法是，等到关系稳定恒久后再作决定。两个先前的恋人，如今形同陌路，是不宜成为协同治疗师的。

性格难以相处的来访者（见第十三章）无法整合爱与恨，因此将情感投射到治疗师身上，最后会“分裂”协同治疗师团队。来访者可能将分裂后的积极情绪投射到其中一位治疗师身上，将之理想化；与此同时，将仇恨的消极情绪投射到另一名治疗师身上，对之攻击或者回避。来访者不可抑制的被抛弃或者被吞没感

* 伊夫林·沃（Evelyn Waugh）的《旧地重游》（*Brideshead Revisited*, Boston: Little Brown, 1945），主人公被建议，如果他交友不慎，那么，在大学二年级时，他就不得不耗费大量的精力以摆脱大学一年级时所交的不喜欢的朋友。

是引发其分裂防御机制的原凶。

有些团体分裂成两部分，每位治疗师拥有一个来访者“群”，并与这些来访者维系着一种特殊的关系。有时，这种分裂源于治疗师与来访者在团体形成前的个体治疗或咨询中所建立的关系（因此，建议两位治疗师最好在入组筛选时同时会见来访者。我发现，在整个团体治疗过程中，对于最初会见来访者的那位治疗师，来访者会自始至终都感觉有一种特殊的关系）。有些来访者之所以亲近某位治疗师，或因为该治疗师的个性特征，或因为他们感觉这位治疗师比另一位更聪明、更资深或更性感，或因为某位治疗师的伦理观或个人特质与自己更相似。无论形成亚团体的原因是什么，这种现象都必须加以重视并进行公开讨论。

良好的协同治疗团队必不可少的要素之一是讨论时间。协同治疗师必须留出共同讨论的时间和发展彼此的关系³⁴。至少，在每次访谈前，协同治疗师需要花几分钟讨论上一次访谈，并检视当天访谈的可能议题；而且，在每次访谈后，协同治疗师也需要花15～20分钟作一简要总结，并提出自己对对方行为表现的看法。如果有督导，两位治疗师均参加督导访谈是不可或缺的。许多忙碌的心理卫生机构，以效率、经济为借口，不为协同治疗师安排讨论时间，这绝对是犯了一个严重的错误。

无领导者的团体聚会

自20世纪50年代开始，某些治疗师，尤其是那些带领长期治疗团体、每周访谈不止一次的治疗师，会偶尔或定期安排一次无领导者聚会。在过去20多年中，治疗师对此类治疗形式的兴趣已有所削减，关于这一主题的论文几乎已看不到了，而我所作的非正式调查亦表明，很少有当代临床学家在治疗实践中应用定期的无领导者聚会³⁵。在当代的治疗实践中，治疗师会在外出的时候偶尔安排几次无领导者的团体聚会。这是治疗师缺席情况下的一种选择。治疗师也可另行安排，比如取消聚会、另外安排时间、延长下次聚会的时间或者安排一位替代的领导者³⁶。

最初，团体成员一般不欢迎无领导者聚会的建议。这一建议激发起成员不切实际的恐惧，担心治疗师不在场时会有什么不良后果。在一项研究中，我向一连串参加团体治疗至少已达八个月的来访者询问：如果治疗师缺席，团体内将会发生什么³⁷（这是询问团体治疗师在团体中起何作用的另一种方式）？回答五花八门。尽管有些来访者声称乐于接受无领导者的聚会，但大多数来访者顾虑重重。普遍的顾虑如下（按出现频率排列）：

1. 团体将会偏离主要任务。整个聚会也许将弥漫着鸡尾酒会式的气氛，而团体成员都回避讨论实质性问题，也许会出现长时间的沉默，而讨论将变得越来越不着边际：“如果没有治疗师把握讨论方向，我们也许会偏离主题！”“没有治疗师的鼓励，我就无法表达自己的反对意见。”“我们需要治疗师调动气氛。”“还有谁能把沉默寡言者调动起来？”“谁来制定规则？仅仅为了制定规则，我们就可能耗尽整个聚会时间。”
2. 团体的情绪将失去控制。团体成员的愤怒情绪将毫无节制，没有人能将受害者拯救出来，或帮助攻击者保持冷静。
3. 团体无法整合各种体验，并建设性地利用这些体验：“治疗师将杂乱无章的信息联系起来，为我们理清头绪。他能指出团体当时的状况，帮助我们澄清一切。”治疗师被视为时间联结器（time binder）——作为团体的历史见证者，他从纵向的角度看整个行为模式，指出某成员今天、上周、上月的所作所为其实是一个连续的整体。事实上，成员们指出，如果没有治疗师在场，无论团体的行动或参与度多么令人欣赏，他们就是无法从中获益。

团体成员的许多顾虑明显不切实际，反映出他们的无助与依赖。正因为如此，无领导者的聚会才可能在治疗过程中起重要作用。“交替式”聚会帮助成员体验自己是一个有自主性、有责任感、有涵养的成年人，他们能控制自己的情绪，追循团体的主要任务，并整合自己的体验——尽管这一切都得益于治疗师的专业帮助。

团体选择以何种方式与治疗师交流“交替式”聚会中发生的事件，经常也很有意思。团体成员企图隐瞒或歪曲信息吗？团体成员企图事无巨细地向治疗师汇报吗？团体成员隐瞒信息时，尽管治疗师有被排斥感，心里很不舒服，但是，团体成员隐瞒信息这一能力本身就是一种令人鼓舞的、代表团体成熟的标志。在团体中，如同在家里一样，成员必须努力提高自主性，而治疗师则必须为此创造有利条件。常常，无领导者的聚会以及随之而发生的事件使治疗师体验并认识到自己的控制欲，并感觉到威胁，而后者源于来访者对治疗师的依赖性降低。

梦

来访者向治疗师呈现的梦的数量和类型，在很大程度上由治疗师的行为决定。治疗师对来访者第一次呈现的梦作何反应，将影响来访者继之选择是否呈现以及呈现什么样的梦。在精神分析取向的个体治疗中，治疗师会对来访者的梦进行深入、

细致、具体的探究，但这一点在团体治疗中则很难实行。因为团体治疗每周一次，对梦的探究导致在每一个来访者身上花费的时间不合比例；此外，这个过程对其他成员并无多大用处，因为他们仅仅是个旁观者。

那么，梦在团体治疗中起何作用呢？在精神分析或分析取向的个体治疗中，来访者通常会向治疗师呈现大量梦或梦的片断。然而，他们从不拘泥于处理所有的梦（弗洛伊德一直坚持，完整的梦的解析只适于研究而非治疗），而是选择与现阶段治疗相关的梦或梦的片断加以分析。因此，治疗师可能忽略某些梦，而追究另一些梦所具有的深层意义。例如，一个悲痛欲绝的丧亲来访者梦见对自己已故的丈夫怒气冲冲，而梦中又夹杂着一些隐喻性别认同混淆的征兆。此时，治疗师通常将前一主题选为当前的治疗主题，而忽视或搁置后一个主题。此外，梦的过程本身也具有自我强化的效果。众所周知，来访者常会顺着治疗做梦或记住梦，即他们会制造与当前治疗主题相关的梦，使治疗师对自己的理论框架更加坚定（弗洛伊德称之为“如影相随的梦”）。

将个体治疗换成团体治疗，团体治疗师利用梦的方式也许完全相同。对来访者特定梦的探究可以加速团体治疗的进程。最有价值的是有关团体的梦——梦中将团体作为一个实体——或者是反映做梦者对一个或多个成员情感的梦。以上任何一类梦都可能暴露做梦者及其他成员尚未完全意识到的问题。某些梦可能以伪装的形式提供一些意识层面的素材，而出于种种原因，团体成员却并不愿在团体中讨论。因此，邀请团体成员共同讨论梦并且就梦对自身的影响进行联想，这种做法将收获颇多。同时，治疗师也要探讨来访者谈论此梦的背景：为什么在此刻做了这样的梦或者说出了这个梦³⁸？

◆在团体有两个新成员加入后不久的一次聚会上，自恋的 Jeff 向团体报告了他的第一个梦，这时，他已经参加了这个团体数月。“我正在擦我的宝马跑车，正当我把车内都清理得十分干净时，有几个打扮得像小丑的男子冲进我的车里，拿走了所有的食物，把车里弄得一团乱。我就站在那里看着他们，火冒三丈。”

Jeff 和团体成员都认为这个梦反映了他的老问题——他总是无止境地追求完美，要以最好的形象示人。团体领导者提出疑问：“为什么是现在做了这个梦？”这个问题将团体引向更有意义的讨论。Jeff 说道，在过去的几个月里，他已经开始让团体成员进入他那不够完美的“内在”世界。也许这个梦反映出他害怕新来的成员不能恰当地保护他的内心。其实，有这种担忧的并不止 Jeff 一个人，其他成员也在担心新来的成员会破坏这个团体。

团体治疗中，成员们的一些直观的梦可以澄清这一点。

在第20次团体治疗时，一名女来访者讲述了这样一个梦：

◆“我和妹妹正在散步。走着走着，妹妹越变越小。最后，我不得不背着她。我们到达团体治疗室时，成员们正围坐在一起喝茶。我非得让大家见我妹妹。此时，她已经小得呆在一个包裹里。当我打开包裹时，里面却只有她一颗青铜色的小头。”

对此梦的分析，使该来访者以往未意识到的担忧清楚地显露出来。做梦者极其孤独，即刻就全身心地投入团体——事实上，这是她唯一重要的社交世界。与此同时，对于自己如此强烈地依赖团体，她又感到惊恐万分；团体对于她来说太重要了。她总是迅速地调整自己以满足团体的期待，因此而忽视了自身的需求，迷失了真正的自我。迅速萎缩的妹妹象征自己变得越来越幼稚，越来越未分化，以致最终变成无生命的物体，如同将自己当作祭品以刻意追求团体的肯定。想象团体正在喝茶，也许正蕴含着来访者的愤怒，他们真的在乎自己吗？他们想要的就是一个没有生命的、青铜色的小头吗？梦反映了做梦者自我感的状态。这个梦需要被认真对待，被作为自我的表达来尊重，而不是作为一种其密码亟待破解的秘密信息。³⁹

回顾该梦之前的治疗内容，就不难理解梦境中的某些内容：团体曾花了不少时间议论她的身材（她属于中等肥胖）。最后，另一名女来访者向她提供了一份最近在杂志上看到的减肥食谱。因此，她对丧失自我的担忧在梦中就以身材萎缩的形式表现出来。

以下这一实例阐明治疗师如何转换来访者梦中的素材，并选择性地将重点集中于那些可促进团体治疗的方面。

◆“我丈夫将我关在我们杂货店门外。我非常担心店里易坏的东西会腐烂。他在另一家店里找到一份工作，正忙着清理垃圾。尽管他显然是个傻瓜，但他微笑着，挺自得其乐。店里有个年轻的帅哥伙计向我挤眉弄眼，然后，我们一起出去跳舞。”

该来访者是中年妇女，参加了一个年轻成员团体，其中两个成员——Jan 与 Bill 有性关系（已在第十三章提及）。结合她个人的动力学特征，此梦就显得极有意义。她的丈夫是冷淡的工作狂，不让她介入他的生活。她强烈感到自己的生命

在白白流逝（易坏的东西正在腐烂）。以往在团体中，她曾将自己的性幻想喻为“垃圾”。她感到对丈夫怀着满腔怒火，却不敢发泄（在梦中，她赋予他滑稽可笑的形象）。

虽然来访者的梦境如此丰富多彩，但治疗师选择节制，仅仅关注与团体有关的主题。她非常担心遭到团体的排斥：感到自己年纪大，没有吸引力，与其他成员关系疏远。据此，治疗师把重点放在“锁在门外”这一主题和她“希望得到其他成员、尤其是男性更多的注意”这一愿望上（其中有个成员与梦中那个挤眉弄眼的帅哥长得很像）。

来访者的梦常常揭示未表达的团体忧虑或说明团体中的阻碍和僵局⁴⁰。以下三个实例阐明，来访者的意识到却刻意回避的团体素材如何通过梦而带人团体探讨。

◆“在我的屋子里有两个并排的房间，中间以镜子相隔。我感觉隔壁房间有小偷。我想只要拉开窗帘，我就会看见一个蒙面人正在偷我的东西。”

该梦是来访者在第20次团体治疗时提出的，治疗师的学生通过单面镜观察整个团体。除了在第一次治疗时，团体成员对观察者略有微词外，他们从未表达过自己对观察者的感受。对该梦的讨论将团体带人一个非常有价值的话题，即治疗师与团体及与学生之间的关系。观察者是否从团体中“偷走”了什么？治疗师是否优先考虑自己的学生，而团体成员只不过是教学示范的道具？

视 听 技 术

视听技术的进步引发了团体治疗师极大兴趣。录像技术似乎为团体治疗的实践、教学和理解提供了便利。此外，难道我们不希望来访者准确认识自己的行为吗？难道我们不是在寻找一种鼓励来访者自我观察、自我反省此时此地表现的方法吗？来访者对此时此地表现的自我反省，与反省以往经历同等重要。难道我们不希望消除来访者（也包括治疗师）的盲点⁴¹？视听技术似乎成为团体临床治疗的利器，20世纪六七十年代的专业团体治疗文献反映，当时，人们对这项技术的热衷曾掀起狂热的风潮⁴²。但此后，关于视听技术的文章与书籍就直线锐减——大多集中于特别关注自我形象的人群，如青少年、进食障碍或语言障碍来访者。另一方面，视听技术在教学和研究中已经持续应用至今。

难以解释为何人们对于视听技术临床应用的热情有所下降。这或许与追求高效率和便利的社会思潮有关：临床使用的视听技术通常十分不便而且耗费时间。然而，

我认为这一技术仍有着潜在的价值,至少值得就它如何应用于团体治疗进行一次调查。

许多临床学家录制每次聚会的情况,并进行“即刻回放”。显然,回放的特定片段必须是经过团体成员和领导者选择的⁴³。有的治疗师会请一位辅助治疗师,后者主要负责操作摄像机及相关仪器,并选择合适的回放片段。有的治疗师则喜欢简单点的方法,即全程录制,并在下次团体治疗时全程回放、展开讨论⁴⁴。

有些治疗师会在团体治疗时间之外另行安排回放时间,集中观看以前团体治疗的录像;有些治疗师在团体治疗的上半时段录制录像,然后在下半时段观看录像;还有些治疗师运用一种“集锦”技术:他们录下每一次团体治疗实况,将其中具有代表性的片段剪辑下来,随后向团体回放⁴⁵;有些治疗师则只向那些想在两次团体治疗间隔时段观看团体治疗片段的来访者回放。录像带还能让缺席者有机会观看错过的那次团体治疗。

来访者对录像的反应取决于观看时机。来访者第一次观看回放录像的反应与后来完全不同。第一次观看时,来访者主要关注自身形象,而对团体治疗过程并不在意。以我自己及其他人的经验来看,在治疗早期,来访者也许对看录像有着浓厚的兴趣。然而,团体一旦产生凝聚力且互动活跃,他们也许就感到索然无味了,而且还会对浪费团体访谈时间心怀不满⁴⁶。因此,观看时间也许应该安排在规定团体治疗时间之外。

通常,第一次录像回放会向来访者长期以来所珍惜的自我形象发起严峻的挑战。此时,来访者常常会忆起并接受其他成员以往所给予的反馈信息。自我发现是非常有效的。任何反馈都不如自己发掘的信息那么具有说服力。

初次观看录像时,来访者的反应多集中于关注外表魅力和举止仪态。此后,他们则注意自己与他人的互动、退缩、自我陶醉、敌意、与人疏远等方面。与身处团体互动时相比,他们更能自我观察,而且更为客观,正所谓“当局者迷,旁观者清”。

我发现,有时录像技术对于危机状态的处理具有不同寻常的价值。例如,嗜酒者团体中的一名来访者醉醺醺地跑来参加团体治疗,期间不停地胡言乱语、举止粗鲁,使团体治疗无法进行。酩酊大醉的人显然无法从团体治疗中获益,因为他们不能记起并整合团体治疗期间所发生的事情。不过,这次团体治疗被录像了,事后观看录像对来访者很有帮助。他曾被告知酒精对自己、对他人具有多大的危害,可他从未当回事,现在总算亲眼目睹了。

另有一次也是在嗜酒者团体中,一个来访者醉醺醺跑来,并极度绝望。他醉得不醒人事,一头倒在沙发上。此时,其他成员均围着他,讨论各种对策。酒醒

后,该来访者观看了录像,感受颇深。人们经常告诫他,滥用酒精无异于自我毁灭,可他总是不以为然。这次,他看到录像中自己躺在沙发里就像躺在棺材里,此时,他想起了自己死于嗜酒的双胞胎兄弟。

另有一名周期性躁狂来访者,一直否认自己的行为不正常,通过录像,她终于有机会亲眼目睹自己特别狂乱、失常的状态⁴⁷。在所有这些案例中,录像技术为来访者提供了深刻的自我观察体验——治疗过程中必不可少的第一步。

录像技术也用于为长期住院来访者做出院准备。有一治疗组宣称,在12次结构化团体治疗中,团体成员参与了一系列不具有威胁性的练习,并观看录像,以求改善其沟通及社交技巧⁴⁸。

许多治疗师不愿将摄影机架在团体中。他们认为这样会抑制团体的自然发挥,而且团体成员也会憎恨这种入侵(尽管他们不一定会公开表达出来)。就我个人的经验而言,其实感觉最不舒服的人就是治疗师。尤其是在督导中,害怕自我暴露、难以启齿是治疗师阻抗的主要原因,这正是需要督导的原因(见第十七章)⁴⁹。

观看过录像回放的来访者通常能够接受录像技术。当然,他们关心保密性问题,而且需要这方面的保证。如果非团体人员(如学生、研究者或督导)要观看录像带,治疗师必须十分清楚观看的目的、观看者的身份,并且必须事先征得每个成员的书面同意。在决定录像带的收藏或销毁时,所有的团体成员都应在场。

教学录像

录音录像已经被证实在各种心理治疗教学中所具有的价值。学生与督导可以观看真实的团体治疗现场记录。学生与来访者间重要的非言语行为也可得到观察,而这在传统的督导模式中常常无法做到。学生有很好的机会,充分观察自己的自我表现与肢体语言。在传统的督导模式中,往往不是学生的“错误”被忽视了,而是他们那些出自直觉的有效干预常常无法被察觉。对于访谈中困惑的部分,也可以反复观摩直至露出端倪。另外,极有价值的、清晰体现治疗基本原理的教学团体治疗可以被储存起来,而教学录像图书馆则应运而生。这已经成为心理治疗师临床实践训练和团体领导技能训练的重要方式⁵⁰。

研究录像

录像的使用也促进了研究领域的发展,录像可以确保研究者所研究的心理治疗符合研究需求,也使得研究者可以专注于研究目的⁵¹。心理治疗与药物治疗一样,都需要经过检验,以证明来访者接受的治疗是恰当的。在药物医学领域,病人可

以通过血液检测来达到这一目的。在心理治疗的研究领域,录音录像是十分出色的检测工具。

书 面 摘 要

过去的20年,我在门诊来访者团体治疗中定期使用一种辅助技术。即在每次团体治疗结束后,我会对此次团体治疗作一详细的口头摘要⁵²。摘要采用新闻报道式的叙述方式,描述团体治疗的流程、每个成员的表现、我的表现(不仅包括我已说出的,而且包括我想说而未说的及我说了却又后悔不迭的),以及此次团体治疗使我产生的预感或疑问。之后,我会将口述部分整理成文字,并于第二天寄给每个成员。这份摘要(2~3页单面纸)大约需要花费治疗师二三十分钟时间,最好在团体治疗结束后立即完成。若有协同治疗师,我建议由二人轮流完成此任务。迄今为止,我和我的学生及同事已经完成并给团体成员寄出了几千份团体治疗摘要。我坚信,这一做法大大推动了治疗的进程。

但是,在心理治疗面临巨大经济压力的今天,谁有时间去做这样的工作?它需要另外花费治疗师半小时或秘书1~2个小时的时间。至此,让我们对本章作一回顾:谁有时间架起摄像机,并选择录像片段为团体成员重播?谁有时间在团体治疗前后与协同治疗师进行简短的交流?或与团体成员的个体治疗师沟通?当然,解决这一问题的办法就是备受煎熬、筋疲力尽的治疗师必须有所选择,而他们经常选择的是舍弃一些有效但耗时的辅助手段,以迎合市场的需求。为了完成堆积如山的案头工作而耗尽时间与精力,每位治疗师对此都会沮丧不已。

医疗管控机构相信,程序化的治疗方式可以节约时间——使治疗变得更直观、更简短、更整齐划一。但是,在心理治疗中,整齐划一和效率并非同义语。如果治疗师舍弃了他们的真诚,无法以创造性的方式对非同寻常的临床情境作出反应,那么,这就意味着他们舍弃了治疗的核心。因此,类似书面摘要之类的技术,尽管目前临床上尚未广泛使用,但我还是利用一点时间在本书中加以讨论。我相信这是一种强有力的推动技术。我的经验是,所有愿意尝试的团体治疗师都会发现,它推动了团体治疗的进程⁵³。此外,在对书面摘要技术进行阐述的过程中,我提出了许多至关重要的、关于培养年轻治疗师的问题⁵⁴。

书面摘要甚至可以起到意想不到的双重作用,既可以记录治疗过程,也可以满足第三方的付费要求⁵⁵。治疗记录是属于来访者的,来访者在任何时候都可以获得。因此,从任何方面来说,做记录都是恰当的。治疗记录的内容应该是清晰的、

治疗性的、理性的、经过仔细思考的、具有共情的（并隐去成员姓名）。

我首次应用书面摘要是在个体治疗时。Ginny，一名年轻女性，已经接受了六个月的团体治疗，却因搬家、无法克服交通问题难以准时出席而不得不结束治疗。同时，过度的害羞与压抑导致她无法融入团体。Ginny 在工作上同样感到压抑：尽管她在写作上极有天赋，却因严重的写作障碍而举步维艰。

我同意为她做个体治疗，但附加了一个特殊条件：每次治疗后，她必须写一份治疗摘要，对治疗的潜抑部分作一个印象性的、随意的概括——描述自己未说出口的真实想法和情感。我希望以此帮助她打破写作障碍，鼓励她自由发挥。我同意也写一份直言不讳的书面摘要。Ginny 曾经表达出正性移情。她将我完全理想化，而我则希望我的书面摘要可以传达我真实的情感——快乐、失望、迷惑、疲惫——以此让她更真诚地与我合作。

在一年半的时间里，我和 Ginny 每周都写一份治疗摘要。我们将其封好后交给我的秘书，然后每隔几个月就彼此阅读对方的摘要。实验的结果非常成功：Ginny 在治疗中表现很好，而书面摘要对此功不可没^{*}。通过这次尝试，我有了足够的勇气（治疗师如此自我暴露，在开始阶段还是非常困难的，确实需要勇气），并开始思考如何将这种技术应用到团体治疗中。很快，两个嗜酒者团体给了我这个尝试的机会⁵⁶。

我和协同治疗师试图以一种互动的模式带领该团体。治疗进展很顺利，因为成员们彼此的互动很坦诚、很有成效。然而，此时此地的互动总会带来焦虑。而且，众所周知，嗜酒者对焦虑的耐受力相当低。在第8次会谈时，已数月滴酒不沾的来访者又旧态复萌（或威胁说：如果治疗还像上次那样，他们肯定会再次饮酒）。我们赶紧寻找缓解焦虑的办法：增强结构、每次团体治疗均有建议性议题（以书面形式）、录像回放、每次团体治疗后分派书面摘要。来访者反映，书面摘要是最有效的方法。于是，它很快就取代了其他方法。

如果这些摘要能够真实、直接地记录治疗过程，我相信，它们是极有价值的。实际上，它们等于是我为自己的档案所做的摘要（它们为本书提供了大部分的临床素材），而且基于这样的假设：来访者在治疗过程中完全是合作者——心理治疗

^{*} 这次治疗经历让我感觉收获颇丰。首先，它让我认识到治疗过程中的罗门生（Rashomon）特征（参见第四章）。对于同样的咨询时间，我和来访者居然有着截然不同的体验和看法。在咨询中，我的解释都很精彩吗？事实上，她从不关注这些解释！相反，Ginny 在治疗过程中感受到的是另一种有价值的东西：暂时性的支持、眼神的交流、近距离的接触。交换访谈摘要同样对治疗起到有意义的支持作用，并且我把这些摘要应用到教学中。我和来访者决定日后写一个序言或后记，并作为书籍公开发表。（《日益亲近》，1974）

的神秘面纱一旦被揭开，它将得到强化而非削弱。

书面摘要的功能有以下诸多方面：让人了解治疗中所发生的事件；标明治疗中好的（或坏的）部分；记录并奖励来访者的收获；预测（并预防）来访者不良的发展倾向；让沉默的来访者融入团体；增强团体凝聚力（通过强调相似性、关怀或其他方法）；提供阐释（无论是团体内反复提及的阐释还是后来治疗师新的阐释）；给来访者带来希望（帮助来访者了解团体治疗是一个有序的过程，治疗师对于团体的长期发展有一种有条不紊的感觉）。事实上，摘要可以应用于扩展团体治疗师在团体中的每一个任务。在接下来讨论书面摘要的功能时，我将引用几段摘要，并以一个完整的书面摘要结束本节内容。

重复与连续

摘要成为两次治疗间隔时段内的又一次团体接触。对成员而言，团体治疗被再次重复；团体更具有连续性。在第五章，我曾提及，团体工作的连续性越好，团体就越有力量。这也意味着某个主题不止谈一次，而是可以在日后的团体治疗中更深入地探索。摘要促成了这个过程连续。在访谈开始时，来访者经常会参考前一次的摘要，因为其中也许有他自己希望探究的主题，或者不同意的言论。

了解团体治疗过程

摘要帮助来访者再次体验并了解团体治疗时所发生的重要事件。在第六章，我说过此时此地有两个阶段：体验及理解体验。摘要有利于第二阶段的发展，有利于理解并整合来访者的情感体验。有时，团体治疗可能太具威胁性或处理不妥，所以，成员会退缩到只求生存的防御姿态。以后（常常在摘要的帮助下）他们才能回顾这些重要事件，才能将此转变为具有建设性的学习经验。治疗师在团体成员头脑混乱时所作的阐释（特别是复杂的阐释），容易使来访者充耳不闻，但在摘要中重复的阐释却经常有效，因为经过一段时间，来访者已经可以冷静思考这些阐释。

塑造团体规范

摘要可以直接或间接地强化规范。例如，以下的摘要就强化了此时此地的规范。

◆目前，Phil 与老板的相处有些困难。对他而言，与老板的关系无疑很重要，因此，他必然会在团体中提及此事。可是，其他成员并不认识那个老板，不知道他长什么样，

也不知道他怎么想，更不知道他有什么感受，所以，即使想帮他也力不从心。当成员们开始转而了解他们在团体中与 Phil 的互动情形时，大家就能够针对发生的事件给予准确的反馈，而不是盲目猜测 Phil 老板的想法。

下面的例子鼓励来访者评论治疗过程，并以一种平等的方式接触治疗师。

◆ Jed 今天在团体治疗中的表现非同寻常，他发现 Irv（治疗师）在什么地方被困住了。他相当准确地注意到：为了不进一步激起 Dinah 在团体中被拒绝、被遗弃的不良感觉，Irv 不愿意改变 Dinah 的话题；同时，Irv 又特别想了解 Pete 发生了什么事，因为他今天显然受到了伤害。Irv 感到左右为难。

治疗功效

在摘要中，治疗师可能会提醒来访者他前来求治的目标，以使其持续注意主要任务。例如：

◆ 由于被 Jim 喻为生命的旁观者，Irene 感觉受到伤害，在随后的 45 分钟里一言不发。最后，她说自己感觉被卡住了，想退出团体。Irene 应时刻谨记自己接受治疗的主要原因，即感到自己与人疏远，无法与他人接近，无法与人建立亲密稳定的关系（尤其是异性）。所以，对 Irene 而言，重要的是：认识并了解自己为何会被 Jim 的反馈“卡住”并想退缩。

另外，治疗师可以复述来访者某些有利于治疗的言语，例如：

◆ Nancy 开始哭泣，但当 Ed 试图安慰她时，她却尖叫起来：“不要安慰我！我并不是因为悲伤而哭泣，而是因为愤怒。如果你因为我流泪而来安慰我、帮助我，反而会帮倒忙，让我无法正视自己的愤怒。”

新的想法

治疗师常常在事后才理解某一事件，这是因为有时在团体治疗时间内不适宜做澄清性评论（太多的认知可能反而会抑制情感体验），或者是因为团体治疗时间不够；或者因为来访者防御太强，拒绝为澄清付出任何努力。“摘要”为治疗师提供了传达重要想法的第二次机会。以下的摘要来源于与协同治疗师的会后讨论的信息。摘要描述并企图消除团体治疗中所出现的一个现象：违反疗效的规范和替

罪羊现象。

◆今天，Allen 和 Len 多次强烈指出：Cynthia 对 Ted 太不敏感，且对质过于激烈，强人所难。也许我们可以从另一视角理解今天团体聚会时所发生的事情：团体想给新成员传递何种信息？团体喜欢新成员在团体中如何表现？是否有可能团体在建议 Rick 和 Carla（两个新成员）要尽力做到不对人吹毛求疵，因为在这个团体中禁止公开批评他人？因此，Cynthia 很可能只是 Rick 和 Carla 的替罪羊。也就是说，在某种潜意识层面，大家认为 Cynthia 足够强悍，可以承受住批评，正是如此，大家想通过对她、对她行为的批评来提醒新成员。

传递治疗师的临时观点

在对团体或每个成员的长期了解上，治疗师往往比任何一个团体成员都更胜一筹，他们能注意到数周或数月中发生的变化。分享这些观察常常给成员带来希望、支持与意义。例如：

◆今天，Seymour 很直率地道出，当 Jack 和 Burt 把他的话题扯开时，他受到很大的伤害。我们（协同治疗师们）对此相当惊讶，他竟然能够如此轻松地讨论这种感受！我们依稀记得，上次面对类似伤害时，他表现得很被动，只是沉默不语。如今，他竟可以公开表达他的感受，这令我们印象深刻。

摘要的另一种方式是提供时序的观点。因为来访者几乎无一例外地会保存这些摘要，所以，他们能够对他们在团体中取得的进步有清楚的了解，而这种了解对于他们将来有很大的帮助。

治疗师的自我暴露

为来访者治疗时，治疗师可以利用摘要表达自己在此时此地的个人感受（困惑、沮丧、激惹、愉悦），以及对潜抑在自己团体行为背后的治疗理论和理念的看法。以下四则摘要展示了治疗师的自我暴露。

◆Irv 和 Louise（两位治疗师）在治疗时都感到相当紧张。一方面想继续 Dinah 的话题；另一方面又更在意 Al 在团体中明显的伤害行为。最后，还是冒着让 Dinah 产生被抛弃感的危险，在团体治疗结束前将讨论转向 Al。

◆对于 Seymour，我们感到非常棘手，他在团体治疗时总是一言不发。我们非常想让他融入团体，帮助他开口，尤其是自从知道他中途退出前一团体就是因为觉得别人对自己的话不感兴趣之后。但是，我们又担心，这种帮助反而会使他更加退化。因此，今天我们没有这么帮他。我们相信，如果 Seymour 自己能够做到，无论早晚，都会更好。

◆Irv 对自己今天在团体治疗时的表现显然很不满意。他感到自己主宰的事情太多、太主动、太具引导性。毫无疑问，他的这些表现很大程度上与他前两次治疗缺席而产生的内疚有关，他想今天尽可能地弥补。

弥补差距

摘要的一个主要功能是弥补来访者由于生病或请假而中断的治疗。摘要确保他们不被落下，尽快重新融入团体中。

新来访者

前几次治疗的书面摘要有利于促进新来访者进入团体。我通常要求新成员在初次参加团体治疗前阅读相关摘要。

总体印象

我相信，摘要可以推动治疗。来访者对此也一致给予了正面评价：大多数来访者非常认真地阅读并思考这些摘要；许多人还反复多次阅读它们；几乎所有的人都将摘要保存以供将来使用。来访者的治疗性观点与努力得到深化；医患关系得到加强；来访者未发生严重的移情并发症。有关总结的谈论和分歧总是有帮助的，并成为成员间合作的过程。总结的目的从来不是为了表达对某事说“最后一句话”。

我并未发现该技术有何不良后果。许多治疗师询问有关保密性问题，但我自己从来没有遇到此类问题。我要求来访者如同对待其他治疗性事件一样，对摘要严格保密。有一点应特别注意，我只使用名字，未提及姓，而且，对一些特别敏感的话题（如外遇）尽量含糊其辞，然后用普通信封寄出，也不注明寄信地址，电子邮件也不失为一种好的方式，只要能确保安全，这种方式更为便捷。

我只遇到过一次强烈反对书面摘要的情况。那是一个为期六个月的前瞻性研究团体，成员是乱伦幸存者。一名有严重受虐史的成员反复出现妄想，她坚信那个施虐者依然尾随其后，而摘要多少会暴露一些蛛丝马迹，使他们找上门来。因此，她不希望将摘要寄给自己。很快，另外两个成员受其影响，也产生同样的想

法。他们认为摘要的内容总是围绕自己羞耻的乱伦事件,这令他们感到很不舒服。因此,我和协同治疗师宣布取消书面摘要。但是,我们这样做却令其他成员十分失望,他们抱怨连连。最终,我们同意采取折衷办法:每次团体治疗的最后十分钟,我和协同治疗师会当着成员的面交谈,概括我们对此次团体治疗的印象和体验。虽然口头摘要不能提供书面摘要所能提供的所有细节,但不管怎样,这是一个不错的折衷办法。

如同团体的所有事件一样,来访者对于摘要的反应各异。例如,过于依赖的来访者会珍惜摘要上的只言片语;反依赖来访者则会挑战摘要上的每一个字,偶尔也会根本就不看一眼;强迫性来访者会反复推敲每一个字的准确含义;偏执性来访者则探究其潜在含义。因此,尽管摘要具有澄清作用,然而也会产生与治疗密切相关的必然扭曲。

某团体第20次治疗的摘要

这段完整的摘要仅在文体上稍做改进,并改换了来访者的名字。治疗师对着迷你录音机口述,大约需20分钟时间(开车回家的时间)。治疗师要做到自然、迅速地口述团体治疗摘要需要几周的练习,但这并不难。我的协同治疗师(通常是精神科住院医师)和我轮流做这项工作,经过几周以后,来访者就分辨不出哪些摘要是我写的,哪些摘要是协同治疗师写的。最好在团体治疗结束后立即口述。如果有协同治疗师,则必须在与协同治疗师讨论后马上进行,即使被一个电话耽误也不行,这一点非常重要,因为团体事件的顺序很容易被遗忘。

我建议这样口述:首先,回忆此次团体治疗的2~4个主要议题,以建构本次团体治疗的框架;然后,回忆议题之间的转换,再回到每一个议题,并尽量描述每个成员对每个议题有何反应。要特别注意治疗师自己的角色,包括说了什么(或者没说什么)以及来访者针对你说了什么。

不必追求完美。没有人能够回忆每一个细节,不必听治疗录音(这样太花时间)。我把并没有校对的材料寄出去,来访者对可能的错误或遗漏并不介意。带有语音功能的电脑技术使这样的任务变得简单和省时。

以下是某个长期开放式门诊治疗团体的一份样本摘要,写得很好(为在本书发表而特意作了一番润色),比我大部分摘要更清晰易懂。读罢这篇摘要,不要介意自己的文章简单、生硬,毕竟我有数十年的撰写经历,写起来得心应手。记住,内容才是最重要的,不要因为文笔不好而放弃尝试。同样,不要因为这篇摘要的长度而感到气馁。为了利用这次机会向读者描述摘要的每个细节,我特地挑选了

这份摘要，它比其他摘要大约长25%。

◆ Terri 今天生病缺席。Laura 在今天团体治疗一开始即提出了一个重要问题。这个问题是上次治疗遗留下来的：上次团体治疗时，她看见 Paul 趁她与 Edith 交谈时给 Kathy 使了个眼色。Paul 明确告诉 Laura 不是这么回事，他之所以看了 Kathy 一眼，是因为上周 Kathy 提到心情抑郁，所以他很关心她，希望找到一种方式让她能够更好地融入团体中。事情到此为止。但是，对于 Laura 来说，利用团体来解决这一问题似乎是一种特别有用的方式。也许别人并不在意自己说话时别人交换眼色，但是 Laura 在意。她会因此感到被排斥，认为 Paul 不重视她、不在乎她，或者对她与 Edith 交谈的内容不感兴趣。

下一个话题耗去了团体治疗许多时间，从某种意义上说，此话题令人感到乏味，但它却是一件非常有意义的工作。Paul 开始谈起自己对前两次治疗的认识，他花了很长时间描述自己的感受，言语中充满智慧，但同时非常理智且模棱两可。团体成员不解其义，只能尽量装出与他同在、理解他所说事情的样子，或者就像 Bill 和 Ted 一样，想打断 Paul。最后，大家终于明白 Paul 的用意。他是想向团体表达自己的困惑与挣扎：自己到底该不该回到法学院？

从 Paul 的整个表现上看，在某种程度上，他似乎意识到自己一直是以一种不清楚的、闪烁其词的方式与大家沟通。他反复问大家是否听懂了，自己的表达是否很清楚。最后他表示，他认为团体治疗时发生的事情非常棒，团体正是自己梦寐以求的地方。他的话令大家迷惑不解，Kathy 对此提出疑问，和大家一样，她不知道 Paul 到底从团体治疗中得到些什么。

显然，Paul 一方面向团体表明了自己做决定时的内心挣扎；另一方面却很隐蔽地向团体表明，他不想接受任何关于决定内容的积极帮助。本来 Paul 可以用一两句话代替前面的长篇大论，比如“我一直在和‘回到法学院去’这个决定作斗争，我不确定是否真的想去”。当我们提出这个质疑时，他说这种直白令他非常害怕。我们分析，这种害怕可能来自于他对团体的担心，担心团体会像他的家人一样，剥夺他的决定权，抢走他的自主权，突然以某种方式代替他做决定。

由此，我们建议 Paul 采用另一种方法：在团体聚会开始时，以简明的方式表明自己的想法。例如，“我在为一个重要决定犹豫不决，我不知道自己是否真的想去法学院。我想让大家都知道这件事，可是我不希望你们帮我做决定。”Paul 认为这个建议听上去不错，他能做到。我们应该记住：将来，当 Paul 变得过于理智或模棱两可时，我们应该帮助他找到一种简洁、直接的方法表达想法和需要。这意味着，如果他想从别人那里得到什么，那么他就不应该让别人感到迷惑或生气。

事情并没有就此结束。团体成员不停地问 Paul 更多问题, Paul 无法抽身而出。尤其是 Al, 问了 Paul 好几个与他的决定有关的问题, 直到 Edith 提出想换一个话题为止。显然, Paul 也希望如此。同往常一样, 我们今天也没有就 Al 询问 Paul 的有关问题展开讨论, Al 对于冒险性内容有着浓厚的兴趣。我们对此有一个推测(毫无疑问, 会遭到 Al 的全盘反驳), 即 Al 如此占用团体的时间是为了让团体没有时间询问自己生活中感到痛苦的一些问题。

Edith 和 Laura 作了一个简短的交谈。Edith 说起上周两人发生对质, 在团体治疗结束后 Laura 即找过自己, 希望 Edith 不必因为她的而感到沮丧。Edith 对此很高兴, 并希望 Laura 分享自己的感受。不过, 与此同时, Laura 又对 Edith 说, 当 Edith 开始与她交谈时, 她再次感到一阵心悸。

我们虽然没有继续深入下去, 但我们认为这件事很重要。这意味着, 让 Edith 知道 Laura 怕她对双方都很重要——Paul 也提到, 多次有这种害怕的感觉。这件事之所以很重要, 是因为 Edith 声称要对自己所认为的攻击态度采取一定的行动。

目前与 Edith 约会的男性对她也有类似的评论。Laura 之所以怕 Edith, 是否可能因为过去 Edith 多次攻击过她, 而她记忆犹新, 故而变得谨慎? Edith 可能早已忘了这些事情, 所以理所当然地认为 Laura 也应该忘了。这样, 矛盾就出来了, 这可能也是 Laura 害怕的主要原因。事实上, 在前一次团体治疗时, Edith 对于 Laura 仍然害怕自己感到非常吃惊, 这也许是以后治疗中所要探究的重要议题之一。人们忘记各种事情的速度各不相同。

Irv 试图将 Ted 引入团体议题, 因为每个人都意识到 Ted 的退缩和沉默, 人们常常忽视他的存在。Ted 再一次提及自己在团体中的不安全感 and 害怕说话的感受, 因为他所讲之事都会遭到不停的攻击。但是, 团体不同意这种说法, 我们就此展开了讨论。正如 Laura 指出的, Ted 每次谈论的都是一些个人的私事, 比如孤独感或交友困难, 事实上, 大家根本没有攻击他。

团体开始尝试帮助 Ted 区分哪些事可能会遭到攻击, 而哪些事不会引来任何攻击。事实上, 他可以做很多有利于团体互动的事情。例如, Irv 指出, 他可以积极评价成员或着眼于一些成员身上他喜欢的事情。然后 Edith 要求 Ted 给她一些正面反馈。几秒钟之后, Ted 终于吞吞吐吐地说: “……通常……你的个性很好。”

但是, 这句话的措辞却导致相反的效果。很快, Ted 再次感到不安。Laura 和其他人指出, 这种措辞的恭维效果适得其反; Al 和其他人指出, “通常”这两个字反而更像是一种讽刺, 显得不真诚。Ted 则极力辩解自己是真诚的, 用词是准确的, 因为如果只是简单地说是 Edith 很聪明、很敏感, 会让 Edith 误以为是说她“最”聪明。Edith 指出并非如此, 事实上她很高兴 Ted 给她这样的评价, 因为这句话表达了友善。Bill 指出,

Ted 不必顾忌太多，完全可以针对一些更具体、范围更窄的方面评论，而不要谈论一些类似“人格”一样空泛的话题。例如，Ted 可以说喜欢 Edith 某些具体方面——某个动作、某句话，甚至衣着、发型或特别的仪态。

当我们询问 Ted 对当前团体状况有何反应、他是否要为此负责时，他很快承认他确实该为自己成为被攻击的对象负主要责任。我们继续指出，团体不安全感是他急需解决的一个重要问题，因为他会以同样的感受面对外界现实社会。如果在团体中解决好这个问题，他就能更好地面对外界现实生活。

最后几分钟，焦点转向了 Bill。Edith 和其他人指出，他们一直忽略 Bill 的参与。Bill 则称已经意识到自己的被动，并且对自己没有什么收获感到失望。他的沉默与 Ted 的沉默不同，他并没有不安全感，只是不愿意说，对事情听之任之，即使有问题或观点也不愿表达出来。这种姿态很大程度上反映他在现实生活中的表现：他总是以一个旁观者而非参与者的态度面对生活，丧失了很多机会。让 Bill 认识这一点很重要，并要让他从团体做起，这是改变现实生活态度的第一步。

Kathy 今天比较安静，但是从她以往在团体中的表现来看，显然，她的抑郁和痛苦程度比上次参加团体治疗有所减轻。

这个摘要说明了我前面提到的几个功能。它澄清了治疗过程。Paul 强迫性的、令人困惑的长篇阔论占用了大量时间（他的所谓大有收获更加令人不解）。摘要解释了团体互动的过程，也强化了规范（例如，通过支持 Laura 探究其他成员交换眼神的原因）。成员通过将团体内行为与团体外问题相联系，加强了治疗的影响力（有两个例子：Edith 和男友的关系、Bill 在现实生活中的旁观者姿态）。

摘要增加了一些事后的思考（如对 Al 的看法，他为了避免团体询问自己而不停地问问题），也尝试确认为行为与动力学模式（例如，Edith 对于特权的自恋感——她生气时有权攻击他人，她感觉良好时，别人就应该忘记曾受攻击一事）。最后，每个人都得到了记录，这提醒每个成员：他们都受到了关注。

团体治疗记录的保存

治疗记录应该是保密的且满足一系列目的的：证明记录的保存有一定适当的标准；包括描述治疗的过程和效果；便于以后另一位治疗师继续治疗；证明提供收费服务的时间和日期。

出于上述目的，团体治疗师最好准备一份组合式的记录：一份团体的记录以

及各个成员的单独记录⁵⁷。团体总结应属于团体记录。对于学生们来说,团体记录也可以作为接受督导检查的团体过程摘要。团体记录应该包括出席人数、时间安排、主要议题、成员状态、主要互动、移情与反移情等,治疗主要花费在什么内容上,忽略了哪些内容,对下次团体聚会预期的内容。团体治疗师在每次治疗开始之前都应快速浏览上次治疗的团体记录。

另外,各个成员的记录应该独立保管。这一记录可作为来访者的个人治疗过程记录,包括最初的目的、症状;安全感问题;治疗过程的参与;达成的治疗目标。团体记录应该在每次团体治疗结束后进行记录,而个人过程记录则应该有规律地每隔数次治疗后进行记录,作为多种状态的临床记录文件。

结构化练习

结构化练习这个术语特指团体遵循某些特定的方向进行的活动,是团体内的一项实验,通常由治疗师建议进行,偶尔由有经验的成员提出。关于结构化练习的准确的基本原理众说纷纭,但一般认为它是一种加速措施。因此,与本书中其他比较耗时的技术不同,它更注意效率,比较迎合营利性医疗管控机构治疗师和政策制定者的兴趣。

结构化练习试图应用“热身运动”,以避免团体起步阶段的犹豫和不自在,从而加速团体进程;通过分派互动性的个人作业,避免初次见面时仪式化的社交行为,从而加速团体互动;利用许多技术。有计划地帮助成员迅速触及被压抑的情感、自己未知的部分和躯体自我,从而加速个体进步。在特定环境下的临床团体,结构化练习可能是团体聚会的核心。例如,老年人行动和活动取向的团体中包括美术、舞蹈或者运动,该团体的目的在于让成员体验到自己行为的效力、能力,与社会的互动;同理还有,住院精神病人的结构式活动团体;以及遭受创伤的受害者的躯体觉察力的团体⁵⁸。

减轻压力的正念团体教导成员运用冥想、深呼吸和放松,并感受当下的状态,这对于治疗躯体疾病、焦虑障碍和防止抑郁复发是一种行之有效的治疗方法⁵⁹。这些技巧也可以作为广义的团体干预方式。

结构化练习可能只需要几分钟,也可能占用整个团体聚会时间。它可能以言语或非言语的方式出现。然而,几乎所有非言语过程都包含言语成分;一般而言,成功的结构化练习都会产生值得讨论的素材。练习可能将团体视为一个整体(例如,要求团体成员一起计划外出或建造某种东西);或者让一个成员面对团体(例如“信

任跌倒”：一个成员站在团体中央，双眼紧闭，向四周倾倒，而围绕在其四周的成员将撑住他，然后抱他和摇动他）；或者视整个团体为个体的组合（每个成员都要说出对其余每个成员的初步印象）；或者视团体为双人关系的组合（例如“盲人走路”：团体中两两配对，一人双眼紧闭，由另一人领路）；或者针对某一特定的双人关系（例如，要求冲突双方轮流将对方推至地上，再将其拉起）；或者针对某一特定个人（例如，“换椅子”：要求某个成员一人饰几角色，站在这些相互冲突的内在角色的角度，表达他们的心声。当扮演另一个人时，就从一个座位换到另一个座位）。任何涉及身体接触的练习，都需要慎重考虑。如果治疗的常规界线需要被打破的话，即使用意良好，目的清晰，治疗师也有必要获得团体成员的知情同意。

结构化练习这一概念于1950年由训练团体首次提出，此后，经过交友团体推广得以普及并多样化（参见第十六章）。20世纪六七十年代，格式塔疗法为结构化程序提供了另一源泉。虽然这种练习在团体治疗中占有重要的分量，但在很多其他训练项目中却有滥用之嫌。一些团体治疗师训练项目过分依赖结构化练习教材，并训练出技术取向的治疗师，每当治疗过程消沉时，他们便大打结构化练习的噱头。20世纪80年代，许多普通大众通过大型的团体自觉课程（如EST和“生命源泉”），以为团体治疗就是结构化练习。这些课程安排2~4天的讲授，包括结构化练习、教导和启发式教学⁶⁰。

如此应用结构化练习实在有欠考虑，与创立这项技术的初衷亦相违背。训练团体领域制定这种练习是为了证明团体动力（既在团体内又在团体间），也是加速式的辅助手段。因为训练团体聚会的时间有限，领导者寻求各种方式快速通过最初保守的、传统的仪式化社会行为，目的在于使成员最大程度体验团体的发展过程。

结构化练习的另一个主要来源是格式塔疗法（完型疗法），它源于存在主义。弗雷兹·皮尔斯（Fritz Perls）在其治疗记录和论文中指出，他最关注的问题是存在、自我意识、责任感、必然性和整体性，这些既存在于个体之内，亦存在于个体所处的社会与物理环境之内⁶¹。虽然皮尔斯的方法比较新奇，但是他关于人类基本的两难概念却是来源于早期哲学家对于生命的思考。

矛盾的是，有些临床工作者逐渐将格式塔疗法视为一种快速的、摆噱头的治疗。事实上，这种治疗是一种目标远大、深思熟虑的冒险。和短期治疗不同，它企图穿越（而非绕过）否认系统，让来访者重新审视自己在世界中的存在地位。尽管它谴责技术性的、套装的方法，然而，有些格式塔疗法学习者却仍不改进过去的技术，也不去深入领会各种技术所依赖的理论假设。

这些技术性方法何以总是被误解为格式塔疗法的本质呢？误解的根源来自于

格式塔疗法创造人的无心之过。弗雷兹·皮尔斯富有创造性与技术性的精湛技巧，加之其引人注目的天分，使许多人将此工具误解为理论本身。皮尔斯无法忍受早期分析运动所倡导的过度理智化，并与之斗争。他常常对理论过度反感，甚至以夸张的方式表达对理论的反驳。皮尔斯宣称：“丢掉你的理智，拾回你的感觉。”结果，他没有什么著作，只是利用例证来教导学生，并相信学生可以通过感性去发现自己的真理强于理性的过程。从皮尔斯为数不多的几本探究性文章中，我们仍可清楚地看出他的阅读与思考是如此深入广泛。他的许多工作基于胡塞尔、黑格尔和萨特等伟大思想家所提出的基本假设。当代格式塔疗法则强调一种更加平衡的方法，慎重地应用结构化练习（或“治疗师诱导的试验”）⁶²。

结构化练习究竟有多大作用？这种练习对于团体治疗进程和效果有何影响呢？Lieberman、Yalom 和 Miles 的交友团体方案（详见第十六章）仔细研究了结构化练习的影响，并得出如下结论⁶³：大量使用该技术的治疗师深受团体的欢迎。与那些较少使用该技术的治疗师相比，在团体结束时，这样的治疗师会立即受到成员的肯定，被认为更有能力、更高效、更有洞察力。但是，这种练习最多的团体疗效却明显差于练习最少的团体。（在练习最多的团体中，明显改变者少，发生正性改变者少，发生负性改变者多。而且，在最多练习的交友团体中，明显改变者的改变很少能够维持一段时间）。

简言之，此研究表明，如果你想让你的团体成员认为你有能力，你想知道自己在做什么，那么你就大量使用结构化技术吧；这样做、这样带队、这样提供明确的方向、这样担负所有的执行功能，你确实符合团体成员对治疗师的幻想。但是有什么用呢？你的团体成员不会有多大的进步；事实上，过于依赖这些技术反而使治疗事倍功半。

此研究也注意到两组间的其他差异。虽然在自我暴露和情绪气氛上，两组并无多大差异，但在所强调的主题上却存在差别：较多练习的团体，其主题集中于表达正、负性情感；较少练习的团体，其所关心的主题则范围较广：目标的设定；程序方法的选择；亲密与疏远；信任与不信任；真诚与虚伪；情感；孤立。

许多团体必须处理的一般主题似乎在较多结构化练习的团体中均未被考虑；在决定团体主题方面，治疗师掌握了主动权。这些练习使得团体成员迅速表现出很高的表达性，但是，团体为此却付出了较沉重的代价：它阻碍了许多团体的发展任务，而且无法发展成员的自主感和能力感。

对团体治疗师而言，评估自己对结构化技术的使用并不容易。在交友团体方案中，几乎所有领导者都会采用一些结构化练习。因此，具有较高效能的治疗师

将成功大大归于这些技术。例如，许多治疗师都应用“热椅”技术（这是皮尔斯常用的一种方法，让一名成员坐在“热椅”上，治疗师和其他成员排除杂念，长时间地将注意力集中在他身上）。

然而，无论是最无效能的治疗师，还是最有效能的治疗师，竟然都对该技术给予了高度评价。显然，高效能的治疗师之所以成功是由于他们所具备的其他领导性行为。但是，如果错误地将其有效性归功于结构化练习，那将高估它实际的价值（更不幸的是，学生会误以为结构化练习是改变进程的中心环节）。

Lieberman、Yalom 和 Miles 的交友团体方案还证实，治疗师与团体成员间的互动并不是导致改变的唯一原因，更重要的原因包括许多社会心理力量：个人在团体中的角色（中心地位、影响力、价值观的一致性、活动性）和团体的特征（凝聚力、高紧张性、和谐的气氛、规范的结构）都是重要影响因素。换句话说，治疗师与每个成员治疗性互动的重要性并未得到足够的证据支持。

虽然这些结论来自于短期交友团体，但是也与治疗团体有关。首先，要考虑“快速”这一概念：结构式练习的确可以绕过早期、缓慢的团体互动阶段，也的确可以推动成员较快表达正性或负性情感。但是，结构化练习是否可以加速治疗过程，却完全是另一问题了。

在短期训练团体或短期治疗团体中，为了回避某些困难阶段或帮助团体摆脱僵局，治疗师运用练习技术合情合理。但在长期治疗团体，这种回避却是不恰当的。治疗师希望指导团体穿越焦虑，摆脱僵局或困难阶段，而不愿意绕过。阻抗不是治疗的障碍而是治疗要素。早期精神分析家认为，分析过程有两个阶段：分析阻抗阶段和真正的分析阶段（指挖掘行为的婴儿式无意识根源）。后来，他们意识到，只要分析阻抗，而且分析得够彻底，就足够了。

如我自始至终指出的那样，互动性团体治疗以类似的方式发挥作用：体验并探究强烈的胆怯、怀疑或隐藏于成员原始防御之下的大量动力，就收益颇丰。与之相比，通过一种媒介来加速成员进行深度暴露或表达，其效果远不如前者。如果尚未准备好适宜的背景条件，这种加速可能导致个体以不合时宜的方式对素材进行扭曲，反而会起到不好的作用。

我之所以强调在治疗团体中过度使用多种结构化练习需要特别小心的另一个原因：治疗师为团体安排结构式任务可能会增加使团体婴儿化的风险。高度结构化并以治疗师为中心的团体，其成员会认为帮助（所有的帮助）均来自治疗师。他们等着轮流与治疗师合作，而抹杀了自己的能力，阻碍自己利用团体的力量和资源，剥夺了自身的责任感。

对于使用结构化练习的反对意见，我不想说的太多。在团体漫无目的的无效折腾与狂热积极的过度结构化领导这两个极端之间，毕竟还有一个中间地带。Lieberman、Yalom 和 Miles 的交友团体研究最终表明⁶⁴，领导者的主动性、操作性、管理性功能的程度与团体的疗效呈曲线相关：过多结构化或过少结构化都与疗效呈负相关。我在前面已述及过多结构化所导致的各种问题（以治疗师为中心的依赖团体）；太少结构化（放任式的方法）则会导致团体行动迟缓、缺乏活力、高度损耗。

我们无需从任何少见的团体类型去发掘结构化练习的作用——我在第五章曾描述过一些技术，包括治疗师建立规范、此时此地的催化行为、过程阐释等技术的效果都很可靠（例如，“在团体中，你感到和谁最亲近？”“与 Mary 说话时，你敢看着她的眼睛吗？”“如果为自己在团体中的表现打分，你会打多少分？”等）。治疗师在团体中也可能使用引导性想像练习。例如，他们可能让成员闭上眼睛，然后向他们描绘一些放松的场景（像赤脚在沙滩上行走，温暖、柔和的浪花泛起涟漪），然后让他们完成想像。之后，成员将会被要求在团体中分享和探索他们的想像。

每一个有经验的治疗师都会使用某些结构化练习。例如，当团体气氛紧张，出现 1~2 分钟的冷场时（对于团体而言，1 分钟的冷场也是相当漫长的），我常会要求每个人轮流快速谈谈自己刚刚的感觉或想法。这个练习常会产生大量有价值的材料。

使用结构化练习的程度、重点和目的才是主要问题。如果结构化干预用于帮助塑造自主性团体，或将团体带入此时此地的情境中，或阐释过程，那么，它们是极有价值的。在短期团体治疗中，这些可能是极有效的工具，能够帮助团体成员聚焦于治疗任务，推动团体成员更快进入任务中。但在具体应用时，仍要选择适宜的时机。时机不准，场合不对，再好的主意也是白费。如果把练习当作情绪的填充物——当团体似乎漫无目的时，将练习当成有趣的事情来做，那可大错特错了！

在团体中，结构化练习也不能用于煽情。被正确引领的团体不需要无中生有地增添活力。如果团体缺乏活力，如果成员在治疗中无精打采，如果治疗师一再觉得有必要为团体打气，那么，最可能的原因是团体存在重大的发展问题。如果此时加强使用结构化练习，反而会使情况更加复杂。相反，团体有必要探究障碍、规范的结构、成员对治疗师的消极态度、每个成员与自己主要任务的关系等。我的经验是，如果治疗师以我在第五章所论述的方式为来访者做好充分的准备，并积极塑造具有表达性、互动性、自我暴露性的规范，那么，团体将不会缺乏主动性与活力。

与长期、普通的门诊来访者团体相比，结构化练习在短期、特殊的治疗团体中更能发挥重要作用。在下一章，我将阐述结构化练习在一些特殊治疗团体中的应用。

第十五章

特殊的治疗团体

团体治疗方法在众多临床环境中的作用如此之大，以至于不适合笼统称之为“团体治疗”，而应具体指明是何种“团体治疗方法”。对专业期刊做粗略统计，你就会发现，团体治疗方法的数量之多、涉猎范围之广，简直令人瞠目结舌。

团体治疗的人群包罗万象，他们可以是乱伦幸存者、艾滋病患者、进食障碍患者、惊恐障碍患者、有自杀行为者、老人、遭受性虐待儿童的父母、强迫性嗜赌者、性成瘾者、疱疹患者、产后抑郁者、性功能障碍的男性患者、性功能障碍的男同性恋患者；还可以是高胆固醇患者、离异幸存者、阿尔采默氏病患者的妻子和子女、嗜酒者及其子女、男性施虐者、吸毒者的母亲、精神病患者的家属、违法少女的父亲、抑郁症老年妇女、青少年情绪失控者、恐怖袭击事件中的幸存者、大屠杀幸存者的子女、盲人、乳腺癌患者、透析患者、多发性硬化症患者、白血病患者、哮喘病患者、镰刀样细胞性贫血患者、失聪者、广场恐惧症患者、精神发育迟缓者；此外还有双性恋边缘型人格障碍患者、胃消化不良或肠道易激惹患者、截肢者、半身不遂者、失眠者、偷窥癖者、临终者、气喘患者、性冷淡妇女、大学辍学者、心肌梗塞或中风患者、领养孩子的父母、糖尿病性失明患者、急诊患者、日间住院患者、丧偶者、痛失子女者、离异者以及许许多多其他人群¹。

显而易见，不可能有哪一本教科书能对以上这些特异性团体面面俱到。即使可能，那也绝非一种明智的教学方法。例如，聪明的动物学老师会要求学生一一记住各种脊椎动物亚型的解剖形态，从而了解脊椎动物的解剖结构吗？当然不会！相反，老师会先教形态、结构与功能的基础性与一般性原则，然后才会教具有代表性的动物的解剖结构——如某种具有代表性的两栖动物。还记得那些青蛙解剖实验吗？

同样，在学习团体治疗过程中，学生必须先熟悉基本的团体治疗理论，然后

再深入了解某一个团体治疗。那么，到底哪一种团体治疗可以称为最基本、最具代表性的典型呢？团体治疗发展得如此枝繁叶茂，需要你具有极强的洞察力才能发现其主干。

如果确实存在一种主要的、源远流长的团体治疗典型，那就应该是本书所阐述的开放式、长程门诊来访者的团体治疗。这是最早的团体治疗，而且，研究者对它已经进行了深入的研究，这是因为该治疗团体的成员有强烈的求治动机，有较好的合作性和稳定性，适于作系统研究。在过去的 50 多年间，有大量关于该团体治疗方式的专业文献涌现，其中还包括临床工作者许多独特的临床观察和心得。

现在，你已经熟悉了这种团体治疗的基本原则与技巧，可以准备进入下一阶段：学习如何调整基本的团体治疗原则，以应用于各种特殊的临床情境。这是本章的重点。首先，我会阐释几个基本的调整原则。然后，我会举两个不同的临床实例进一步加以说明——对于精神科急性住院患者团体应该如何调整团体治疗的模式，以及如何将团体治疗广泛应用于帮助来访者应对生理疾病。章节的最后是对团体治疗——结构化团体治疗、自助团体和在线团体等——的重要发展的讨论

调整传统的团体治疗以应付特殊临床情境：基本步骤

在设计某个特殊团体的治疗方案时，我认为应遵循以下三个步骤：（1）评估临床状况；（2）制定适当的临床目标；（3）针对前两步对传统技术进行调整——新的临床状况和新的临床目标。

评估临床状况

谨慎、认真地评估与团体治疗相关的各种临床因素是至关重要的。评估时，应注意内在、限制因素与外在传统因素的区别。内在因素是指某些既成事实的临床环境，它们往往很难改变（例如，缓刑患者强制性参加治疗；健康促进组织内的团体治疗有一设定的时间；癌症患者常需要住院接受药物治疗）。

外在因素（这些因素渐渐传统化或政策化）则并非固定不变，对它们进行调整是治疗师力所能及的。例如，在住院病房中，治疗师轮流带领治疗团体，导致每次团体治疗的治疗师都各不相同；在乱伦幸存者团体中，传统的开场白总是相当冗长（耗去了大部分团体治疗时间），每个成员都要依次叙述一周来的重要事件。

在某种意义上，这有点类似于戒酒者匿名会的静心祈祷：治疗师必须接受那些无法改变的事实（内部因素），而努力改变那些可以改变的东西（外部因素），

并且明智地将二者分开²。

制定治疗目标

当你对重要的临床因素——包括来访者数量、治疗时长、团体聚会次数与频率、病理类型及严重程度、是否有协同治疗师——了如指掌后，就可以着手下一步，制定一系列合理的临床目标。

作为治疗师，你可能会不喜欢所处的临床情境，或者感到许多内在因素导致自己无法领导一个理想的团体。此时，你切勿因为这些不可改变的情境而灰心丧气、无所作为（诅咒黑暗不如点亮一支蜡烛），只要合理调整目标和技术，你就能够为团体提供多种形式的帮助。

制定清晰、合理目标的重要性自不待言。它可能是你的治疗工作中最重要的一步，没有什么比缺乏适当的目标更容易导致失败。我在本书中提到的关于长程门诊来访者治疗团体的目标相当远大：消除症状，改变人格结构。但是，如果企图将相同的目标应用到慢性精神分裂症患者的康复治疗团体中，你将会很快发现自己变得毫无头绪，整个治疗将陷入绝境。

根据不同临床情境、不同时间段制定一系列相应的目标非常必要。治疗师本人要清楚这些目标，来访者同样也要明白。在第十章讨论团体的准备工作时，我强调了将来访者视为治疗合作者的重要性。通过向来访者明确治疗进程、治疗目标及两者的密切关系，可以促进治疗关系的发展。这意味着向来访者阐明团体治疗进程有利于帮助他们实现这些目标。

对于有时间限制的特殊团体而言，我们制定的目标必须有限，应该根据团体成员的能力和潜力而定。让团体有一种成功的经历非常重要，因为来访者都是带着挫败与沮丧参加治疗，他们不希望再一次经历失败。在后面讨论住院来访者团体时，我将通过实例阐明制定目标的过程。

调整治疗技巧

当你对临床状况了如指掌，并制定了合理、现实的目标以后，接下来要考虑的就是，如何根据现有的条件及目标调整治疗技巧。这一步的重点是，分析哪种因素是影响目标实现的关键。这是一个重要的摸索阶段，在此期间，你可以适时地改变治疗技术、治疗风格。而且，如果有必要，你也可以改变治疗团体的基本形式，以适应临床情境及新的治疗目标。

假设你受邀带领一个没有治疗先例可循的团体，例如，某个自杀预防中心请

你带领一个由年老、半身不遂、意图自杀的患者组成的团体，时间为一年。此时，最初、最主要的目标当然是防止自杀，所有的技术调整都必须围绕此目标。在团体聚会的数月间，如果发生自杀现象，不仅是个人的灾难，更会为团体的成功发展带来致命打击。

进行筛选访谈时，你会建立起一些额外的目标。你也许会发现有些患者疏于服药，而所有患者都因严重的社会孤立感、弥漫性的无望感及无意义感而痛苦万分。一旦发现这种情况，你应该如何着手下一步工作呢？你如何调整标准的团体治疗技巧，以达到最大的有效性呢？

首先，由于风险很高，所以你必须严密监控成员自杀强度及起伏性。例如，你可以要求联用个体心理治疗，要求团体成员每周填写简化的抑郁量表；或者也可以在每次团体治疗开始时发表简明扼要、有所侧重的开场白。因为自杀具有高危险性，且患者具有强烈的社会孤立感，所以你应该鼓励成员在团体治疗以外的时间进行接触，甚至要求患者每周给治疗师打几次电话，或要求患者之间彼此互通电话。你可以鼓励患者在团体治疗结束后或两次团体治疗间隔加设一个“咖啡时间”。你还可以利用“利他主义”帮助消除孤独感与无用感。例如，实验性地运用“学长制”：将新加入的成员分配给有经验的老成员，后者可以协助督促新成员按时服药，而且在聚会时“赞助”新成员——也就是说，确保新成员在团体治疗时得到足够的时间与注意。

治疗孤独的最佳良药莫过于全心地投入团体治疗。所以，作为治疗师，在每次团体治疗中，你都应当竭尽全力地聚焦于团体成员此时此地的人际互动。由于治疗信心对患者的治疗预后具有重大影响，因而，治疗师可以选择纳入一些已康复的患者——这些患者不再持有自杀意念，并且已经找到补偿躯体残疾的方式。因躯体残疾而羞愧也是导致孤独的原因。对此，治疗师可以通过身体接触（例如，要求团体成员相互触摸，握住瘫痪的手臂，或者让他们手牵手进行一次简短的引导性想像，并以此作为团体治疗的结束）来消除这种羞愧。一个理想的团体是：可以发起一个支持性小组并能够持续发展，在团体治疗结束后，原来的治疗团体就成为独立的自助小组，而治疗师则充当顾问的角色。

通过上述例子可以看出，对任何一类患者而言，为了保证他们的治疗效果，治疗师都必须充分地了解每一个即将加入团体的成员的特定问题。没有任何一种方法可以解决所有的特殊问题，治疗师只有加强自身学习，才能洞悉和理解治疗过程中可能出现的独特问题和动力。

因此，在对嗜酒者团体进行长程治疗时，治疗师就必须有能力处理节制、匿

名戒酒者出席、偷饮、欺骗、口是心非、依赖、焦虑控制能力缺乏、行为草率等问题。

对丧亲团体在治疗中，治疗师必须聚焦于团体成员的罪恶感（因为自己做得不够多，爱得不够深，不足以成为一个好配偶）、孤独感、重要生活抉择、对生命的忏悔、对生活新角色的适应不良、与老朋友的格格不入以及痛苦和忘掉已故配偶的需要上。对许多人来说，重新开始新的生活就好像意味着自己对已故配偶的不忠与背叛。团体必须聚焦于约会（以及随之而来的罪恶感）以及新关系的建立等方面，而且，如果治疗师具备相应的治疗技术，还应关注成员的个人成长。

退休团体面临的难题主要表现为再次的失落感、依赖性的增加、社会角色的丧失、对证实自我价值的新资源的需要、收入的减少、惯有优越感的丧失以及由于退休之后有了与配偶更多相处时间而引发的夫妻关系的改变。对于团体成员的所有这些问题，治疗师都必须在团体治疗中加以重视和解决³。

阿尔采默氏症患者的家属由于承担着照料来访者的重任而苦不堪言，由这些家属所组成的团体，其治疗应聚焦于成员的失落和疏离体验（被照料者如行尸走肉，无法体会照料者的辛苦，甚至叫不出照料者的名字）、社交退缩与孤立。此外，治疗师还要帮助成员了解痴呆发生的原因，解决日益增长的负担以及缓解希望摆脱或减轻负担而感受到的负罪感⁴。

乱伦幸存者团体面对男性权威（包括男性治疗师）会表现出极大的羞愧、恐惧与愤怒情绪，而且对是否值得被治疗师信任十分在意。

心理创伤治疗团体会随着干预措施的循序渐进而逐渐涉及一些问题。在心理创伤团体中，安全、信任和保证是至关重要的。与有过类似创伤经历的人相处，得到相关的心理健康教育，认识创伤是如何影响心理和生理的，都能改善成员孤独和迷乱的情感。随后，团体可能会采用结构性行为干预来应对具体的创伤症状。团体也应讨论创伤是如何改变成员对这个世界的信念和判断的。心理创伤团体早期最好采用同质的群体。但是到了后期，为了让来访者在创伤后重返现实，异质的、性别混合的团体则更为必要⁵。

总而言之，发展一个特殊的治疗团体，我建议分成以下三个重要步骤：

1. 评估临床状况：尽早发现不可避免的限制因素。
2. 制定目标：在现有临床状况的限制下建立合理可行的目标。
3. 调整传统技巧：一方面，坚持团体治疗的基本原则，保留疗效因子，另一方面，治疗师必须根据临床状况及特殊人群的动力对传统技巧做一些相应的调整。

请注意：所有的团体，甚至最结构化的团体，都有一种可能影响团体的团体

历程。你可能认为深入地直接探索那种历程会脱离团体治疗的范畴。但是，你必须能够识别以最佳利用、管理或者包容它。

尽管以上三个步骤看起来相当简明清晰，但真正要在临床上应用，却面临着许多实际困难。下面，我将以急性精神病住院来访者治疗团体为例，对整个团体治疗发展的过程进行阐述说明。

我之所以选择急性住院来访者团体是出于两个原因：第一，它提供了一个很好的机会，展示了许多策略和技术的应用。急性住院来访者的临床挑战也很严峻：急性住院来访者缺乏友好的团体治疗态度，所以一些团体治疗技术必须进行根本性的调整。第二，这种特别的例子对许多治疗师来说可能极有价值，因为住院团体是最普遍的特殊团体：许多急性的精神病住院病人参加团体治疗，据综合调查文献所报道，全国超过50%的来访者认可急性精神病人参与团体心理治疗这一做法⁶。对许多人来说，这是他们的第一次团体体验，因此，我们理应认真对待。

急性精神病住院治疗团体

临床情境

我曾经提到，门诊来访者治疗团体自主性很强，团体就在治疗师与7~8个患者间的沟通、讨论过程中建立起来。但是，住院治疗团体却截然不同。带领住院治疗团体时，治疗师所面临的首要问题就是该团体的非独立性和非自主性，因为这个团体一定会和其所依存的一个更大的团体——住院病房——发生复杂的关系⁷。在小团体中，成员之间会不可避免地相互联系，而在大的团体中，这种联系就会受到局限。

住院患者团体治疗的效果，甚至于团体的存在，在相当程度上仰仗病房的行政支持。如果病房的医疗主管和临床护士不信任团体治疗的效果，他们就不可能给予支持与肯定，也不会定期安排人员带领团体治疗、提供督导或者为团体治疗安排一个方便、固定的时间。若处于这样的环境中，团体治疗无疑将毫无效果，因为治疗师将会灰心丧气、缺乏有效实践。团体治疗的安排则很不规律，患者也常常被叫走进行个体治疗或其他住院治疗。

这是一个内在的、无法改变的问题吗？不，绝对不是！相反，这是一个外在的、态度性问题。问题存在的根源在于以下几个方面：第一，与病房管理者的职业素养密切相关。许多精神科培训项目及卫校都缺乏完整的团体治疗相关课程（更不用说住院患者团体治疗的完整教学）。因此，我们很容易理解病房管理人员为何不

愿过多投入资源与精力，毕竟他们对此知之甚少。没有强大的心理干预治疗，住院病房仅仅依靠药物和医务人员的正常工作，治疗就只剩下看护了。但是，随着住院团体治疗疗效的研究报道不断涌现，我相信这种状况将会有所改观⁸。团体的失败会造成很坏的影响，而功能良好的团体可以作为一种示范和推广，这有利于整体环境，小团体应被看做为一个系统整体中的一种资源。

关于团体治疗在住院病房治疗中扮演何种角色的争议，与团体治疗疗效其实没有多大关系，真正与之有关的是“专业领域性”问题。多年来，住院患者治疗团体是由精神科护士组织和带领的。但是，如果病房的医疗负责人并不认为精神科护士（或职业治疗师、行为治疗师、娱乐治疗师）应该开展心理治疗，结果会怎样呢？就这个例子而言，团体治疗方案将会寸步难行，原因当然不是团体治疗的疗效不高，只不过是捍卫专业领域。

心理治疗专业学科之间的争夺——包括许多非医疗领域，如心理学、护理学、硕士级咨询员及心理咨询师——需要在政策委员会或员工会议上解决，而不能将小型的治疗团体当作争夺各自利益的战场。

除了这些外在的程序性问题外，急性住院病房中还有许多令治疗师束手无策的内在问题。其中两个时常发生的棘手问题是：住院患者的快速流动性和精神病理学的迥异性。

快速流动性

精神科病人住院期急剧缩短，大多数病房平均住院时间从一两周到数周不等。这显然意味着小型治疗团体面临高度不稳定性。我曾经在某个住院病房内带过一个治疗团体，每日团体治疗一次。结果我发现，在长达五年的时间里，很少能连续两次面对完全相同的团体成员，更别说连续三次！

由此暴露出一个似乎无法改变的状况：团体治疗师无力影响病房出入院问题。事实上，根据财务状况而不是根据临床情况决定出院的现象越来越常见，这一点将来也不会有什么改变。旋转门式的住院病房将一直存在，而且门会旋转得越来越快。临床医师必须聚焦于来访者的治疗，在有限的时间内尽可能多地提供服务¹⁰。

精神病理学的迥异性 当代典型的精神病院住院病房（常设置于社区综合医院）收治的患者，其病理学表现五花八门，包括急性精神分裂症、边缘型人格或神经症、物质滥用、重性情感障碍、进食障碍、创伤后应激障碍及情境性反应。

不仅是精神病学诊断种类繁多，而且不同患者对于心理治疗的态度和接受能力也各不相同。不少患者缺乏动机，有些患者可能心理过于简单；有些患者不想住

院或否认自己需要帮助；有些患者常常不付治疗费；有些患者则缺乏自我反省的习惯和自我探究的好奇心。他们只是寻找慰藉，而非为了成长。

仅从上述列举的两个因素——治疗持续时间短和精神病理学的范围，我们就可以发现，住院患者团体治疗需要多么大幅度地调整治疗技巧。

两种内在因素的存在，使住院患者团体不具备我曾谈到过的团体治疗的必要条件。在第三章，我曾强调团体成员的稳定性是相当关键的因素。经数周或数月，团体渐渐形成凝聚力——一个重要的疗效因子，团体成员体验到自己是一个稳定前进的团体中有价值的一员，这种体验令他们获益匪浅。然而，对于一个每次都有人员变动的治疗团体，治疗师该如何是好？

在第九章讨论团体结构时，我也提出过类似问题，我强调以谨慎的态度建构团体的重要性，强调应特别注意避免特异性成员，以及尽量选择自我强度相当的人。然而，对于鱼龙混杂、几乎无法控制成员组成的治疗团体，治疗师如何才能使精神病况活跃的患者与功能较好的患者坐在一起参与治疗呢？

除了以上两个主要影响因素外，还有其他几个内在因素也显著影响着住院团体心理治疗。

时间 治疗师的时间非常有限。在患者加入团体前治疗师通常没有时间与其进行会谈以建立治疗关系，帮助其做好加入团体的准备；没有时间帮助新成员融入团体中；没有时间处理患者结束治疗的工作（几乎每次团体访谈都有人出院，从而终止团体治疗）；没有时间修通团体中出现的问题；没有时间致力于学习的迁移。

团体界限 团体界限常常模糊不清。团体成员通常会参加团体治疗外的其他活动。团体外的社交活动当然是正常行为，因为患者在病房里整日在一起。保密性的界限同样模糊。在住院治疗团体中没有真正的保密可言。团体成员常常与病房其他患者交流团体治疗过程中的重要信息，而且，工作人员在会诊、护理报告或工作人员会议等各种场合中都可能彼此交流信息。事实上，对于小型住院来访者治疗团体而言，保密性的界限无法固定，经常会扩展至整个病房而不仅局限于病房内某个团体。如果不是这样，小型团体就会变得与整体脱离。

团体领导者的角色 住院团体领导者在病房中与来访者接触时会以其他角色出现，使其角色变得复杂迷离。而且，他们的出席情况也是不稳定的，因为带领团体治疗的通常是精神科护士，而由于轮班的关系（如周末正常休息、轮夜班等），治疗师常常会连续数次缺席团体治疗。

治疗师的自主性同样受到多方面限制。例如，我曾经提及治疗师对团体成员的组成缺乏控制力，他们也往往不能选择协同治疗师，因为协同治疗师只能根据

排班表而定。每个来访者同时有几个治疗师。住院团体治疗师通常比门诊团体治疗师有更多的自我暴露，团体面临的困境也常常不胫而走。由于受时间限制，团体治疗师很少与个体治疗师讨论患者的病况。最后需要指出，由于急性住院病房的步调如此匆忙，很少有机会进行督导，治疗师甚至没有机会开展治疗后的讨论。

制定团体目标

一旦你了解了住院治疗团体面临的实际状况，并将内、外因素加以区分，接下来要问的就是：在住院团体治疗受到如此之多内在因素影响的前提下，团体治疗还能做些什么？什么是合理的治疗目标——是住院来访者在有限的时间内能够完成那些目标吗？

首先应明确，急性住院来访者团体治疗的目标与其住院治疗的目标并不相同。团体治疗的目标并不在于消除精神病性抑郁、精神病性惊恐、幻觉或妄想，也不在于让躁狂患者平静下来。所有这些与团体治疗无关，这是病房治疗的目标，尤其与精神药理学领域紧密相关。如果将这些任务强加给团体治疗，那么既不现实，也不合理，注定会以失败而告终。

如果团体治疗的目标不在于此，那么它的目标是什么，它还能做什么？我认为，治疗师可以考虑以下六个目标，对此我将逐一讨论：

1. 协助来访者参与治疗过程
2. 证实交谈的有益性
3. 暴露问题所在
4. 降低孤独感
5. 对他人有帮助
6. 缓解住院带来的焦虑

协助患者参与治疗过程 当代急性精神病住院治疗的模式——短期、多次收住综合医院精神科病房——如果能够配合适当的康复措施，要比长期住院的效果更好¹¹。另外，证据表明：以团体治疗为模式的康复治疗，其效果远胜于个体治疗模式¹²。

住院患者团体治疗首要目标的制定有以下根据：即患者参与到自认为具有建设性、支持性的过程之中，出院后便会希望继续参加治疗。记住，对于许多患者而言，住院期间的心理治疗是他们有生以来第一次接触心理治疗，如果团体治疗的经历提供了足够正性的、支持性的力量，将会推动他们继续参加康复治疗团体。仅就这一点而言，住院团体治疗就已经发挥了相当重要的作用。

证实交谈的有益性 住院治疗团体帮助患者明白一个事实：倾诉自己的问题是有所帮助的，因为在与他人分享痛苦或被他人倾听、理解和接受的过程中，患者可以得到疏解。在倾听他人的过程中，患者知道其他人也承受着和自己一样的痛苦，自己并不是唯一不幸的人。换句话说，住院治疗团体可以让患者体验到两种疗效因子：凝聚力和普遍性。

暴露问题所在 由于住院团体治疗的时程太短，所以无法利用足够的时间将患者的问题修通。但是，治疗团体能够有效地帮助患者暴露问题所在，日后可在个体治疗中继续处理，这样，无论是在住院期间还是出院以后，患者都能获益。通过给患者提供明确的治疗重点，可使患者有了更多获益¹³——住院治疗团体可以增加其他治疗的效率。

有一点很重要，即团体治疗暴露的问题通常应该是可以解决的，也就是说，患者认为这些问题范围明确、具有可塑性（并非综合性问题，如抑郁或自杀倾向，患者曾努力尝试，却苦于无治疗着力点）。团体治疗善于帮助患者明确自己的人际交往模式。它提供了一个无可比拟的治疗环境，在其中可以了解患者不恰当的社交行为。Emily 就是一个很好的例证。

◆ Emily 是一个极度孤立的年轻女性。她常常抱怨总是她主动要求参与别人的社交活动，却从未受到过邀请。没有知心女友，与异性的交往总是以一夜情收场。她企图以上床取悦异性，但事与愿违，这些男人从未和她有第二次约会，他们好像转眼间就把她忘了。在她所参加的三次团体治疗中，团体向她反馈了同一个事实：她好像总是很开心、总是带着优雅的笑容、总是说些取悦他人的话。然而，他们很快就忘了 Emily 到底是谁，什么是她自己的观点，什么是她自己的愿望与感受。她不断取悦他人的需求反而造成严重的后果：人们觉得她很无聊，而且她的一切举止尽在意料之中。

在第二次团体治疗时，发生了一个戏剧性的事件：我突然忘记了她的名字！当我为此向她道歉时，她却说：“没关系，反正我也不介意。”我意识到，这种“不介意”可能正是我忘记她名字的原因。换句话说，如果她介意，而且充分表达自己的需求，很可能我就不会忘记她的名字。又经过三次团体治疗后，Emily 终于明白，导致她与外界社交活动隔离的主要原因是：她沉溺于一种自暴自弃、自我挫败的氛围中，想以此获取他人的情感。

降低孤立感 住院团体可以帮助成员消除彼此间的孤立感，因为团体会是一个训练成员沟通技巧的实验场所。成员沟通技巧越好，孤立感就越低。鼓励成员不仅要

分享各自对他人的看法,也要了解别人对自己的看法。通过反馈,患者能够发现自身的盲点。

降低成员间的孤立感有两个明显的好处。首先,沟通技巧的进步将有助于患者出院后与他人建立良好关系。几乎每个因急性危机而住院的患者,都存在重要支持关系破裂、甚至缺乏这一问题。如果患者能够将他在团体中学到的沟通技巧运用到正常生活中,那么,团体治疗就完成了非常重要的目标。

另一个好处明显表现在患者在病房内的行为上。孤立感越低,患者就越能有效利用病房内的治疗资源,包括与他人建立良好关系而获益¹⁴。

对他人有帮助 作为利他性的疗效因子,这个目标与前一个目标关系密切。如果患者之间相互帮助,那么,助人者会因为发现自己对他人有用而获益匪浅。患者住入精神科病房时通常都是非常消极的,他们感到,没有人能够帮助自己,自己也无法帮助他人。因此,帮助他人的体验是对自我价值的极大肯定。

缓解住院带来的焦虑 患者的许多焦虑源于精神科住院过程,很多患者为此感到很羞耻,害怕名声败坏,担心由于住院而影响工作与友谊。在病房内的所见所闻令许多患者心情沮丧,这不仅包括其他患者奇异恐怖的行为,也包括工作人员的紧张状态。

这种继发性紧张会恶化患者原来的低落情绪,在治疗时必须注意这一点。小型治疗团体(如同治疗性社区团体一样)提供了一个表达这些焦虑的场所,患者常常会因他人亦有同感而得到些许安慰。例如,他们可以知道他们的室友并不是敌对或故意拒绝的,只是紧张和胆小而已。

治疗技术的调整

我们已经讨论完设计当代住院治疗团体时的前两个步骤:(1)评估住院团体的临床情境,包括明确内在临床因素;(2)制定一系列切实可行的治疗目标。现在,我们要谈谈第三步:构造一个临床策略与技巧的蓝图(根据临床情境与目标)¹⁵。

治疗师的时间安排

我在本书中介绍门诊来访者治疗团体时提到,需要安排数周、数月甚至数年的治疗时间。治疗师必须有耐心,必须经数次团体治疗后形成团体凝聚力,必须针对某一特殊议题反复进行治疗(他们认识到心理治疗常常是一种循环治疗,因为在治疗过程中他们会再次回到相同的议题上)。但住院团体治疗师却面临完全不同的状况:团体成员的组成几乎每天都在变化,治疗期相当短,许多成员实际上

只参加一次团体治疗。

显然,住院团体治疗师必须采取非常短的时间安排。我认为,住院团体治疗师必须考虑到这类团体可能只有一次治疗机会。或许两次团体治疗间也可能存在一定的连续性,也或许连续几次团体治疗间都还有一些团体文化的传承者,但是治疗师绝不能过于依赖它们。最具建设性的态度是:治疗师将每次团体治疗都当成是最后一次治疗,此时,必须在有限的时间内尽可能多地为患者提供所需的帮助。

效率与主动性 单次的时间安排要求高效率。治疗师没有时间仔细分析问题、慢条斯理地修通问题。只有一次治疗机会,必须争分夺秒。

高效率就需要治疗师的主动性。住院团体治疗容不下被动、多思多虑的治疗师。住院团体比门诊团体更需要治疗师的主动性,治疗师必须积极带动团体,予以积极支持,与患者一起互动。对于曾经受过长期团体治疗训练的治疗师而言,想要表现主动性就需要在技术上做重大调整,但是,技术上的调整是绝对必要的。

支持 记住,住院团体治疗的一个主要目标是,让患者参与治疗过程,使他们愿意在出院后继续治疗。因此,治疗师必须在团体中创造一种积极的、富有支持性与建设性的氛围,使患者有安全感,学习信任团体,并且体验到团体是一个可以理解与接纳自己的地方。

住院团体不是一个对质、批评、发泄与检视痛苦的地方。在团体中,常常有不诚实或欲支配他人的患者,对这些人本需要强烈的对质,但是为了避免大多数人对团体丧失安全感,还是应该息事宁人,减少正面对质。团体领导者需要认清团体的需要和个人的需要,并且尽可能做到两全其美。例如:Joe,一个患有双相障碍的愤怒青年,在他恐吓一位护士之后,被员工强行限制和隔离,这之后的第二天他来到了小型团体。Joe气忿地静坐在圈外——背对着团体成员。处理Joe的行为是十分必要的——这种挑衅行为无法忽视——但处理不当也可能火上浇油。团体领导选择指明Joe的存在及在之前那一夜的紧张后,Joe能回归到团体是不容易的。如果他愿意更加完全地参与的话,他将更受欢迎;如果他不愿意,他能坐在边上也是前进了一大步。Joe保持沉默,但团体却得到了解放,并且能够照常前行。

在长程门诊患者团体治疗中,治疗师同时提供直接与间接的支持。直接支持包括个性化的参与、投情性倾听、理解及接纳的眼神、点头或姿势。间接支持是建立一个有凝聚力的团体,从而提供强有力的支持。

住院团体治疗师必须学会如何提供更快速、更直接的支持。支持不是任何一个治疗师自然而然就能提供的。事实上,许多治疗的训练方案无意中抹杀了治疗师天生具有的支持他人的倾向。治疗师被训练成为对来访者病理学嗅觉敏锐、对

弱点明察秋毫的专家。通常，他们对有关移情、反移情的议题格外敏感，却忽视了人性化、支持性的行为表达。

提供支持的方式不胜枚举。最直接、最有效、最容易被受过良好训练的治疗师所忽视的方式是：公开承认团体成员的努力、意图、优点、积极的奉献以及冒险¹⁶。例如，某个成员声称他发现有一女性成员非常具有吸引力，此时支持该成员的冒险举动显得非常重要。治疗师可能怀疑他以前能否如此坦然地公开表达自己的爱慕。如果他表达恰当，治疗师就更应该肯定，这表明他在团体中确实有进步。或者，如果治疗师发现在某个成员表达了细致、重要的信息后，好几个患者都更能自我暴露，那么，治疗师就应该公开指出来。千万不要认为团体成员能够自动意识到是自己的表露帮助了其他人。治疗师要认同和强化来访者提供的恰当的信息¹⁷。

对于成员的防御性举动，治疗师应该尽量强调积极的方面。例如，当患者坚持扮演协同治疗师的角色时，不要质问他为什么不愿作一名患者，并在这一议题上深入探讨，而应该先对其中积极的方面予以肯定，如他对别人的帮助等，然后用温和的方式谈论他的这种“无私”以及不愿意向团体提出个人要求的原因。在这种情况下，很少有患者会拒绝治疗师让他学习“自私一点”，并“向别人多索求一点”的建议。

治疗师也通过帮助患者在团体中获取支持来提供间接的支持。例如，某些患者由于存在令人大为不满的个性化表现，而在团体中很少获得支持；一个毫无休止地关注躯体化表现的自我中心患者会令团体迅速失去耐心。一旦发现类似问题，治疗师应采取快速干预措施，以免团体滋生敌意与拒绝。可以尝试许多方法。例如，直接指导患者换一种行为模式。或者给他分配任务，如让他向团体介绍新成员，或给予其他患者反馈意见，或让其猜猜并说出当天每个成员对团体的评价。

我曾经提到过一个患者，她热衷于谈论自己的手术过程¹⁸。通过她对自己生活的描述，大家很清楚地感受到她内心的不平衡：她为孩子付出了一切，却未得到任何回报。同时，她又说，自己并不比其他成员有更强烈的无价值感。我认为，当她谈论外科手术过程时，她其实在想“我也有需求，但难以启齿，我对手术的专注实际上只是一种寻求他人注意的方式”。后来，患者同意我的观点，并允许我在任何时候，只要她谈及她的手术，就指出她的真实想法：“多给我一点注意”。当这名患者清楚表达自己真实的想法后，收到了明显的效果，成员们给予她积极的回应，而在她反复抱怨那些令人生厌的躯体化表现时，这些回应从未出现过。

另一种提供支持的方法是通过预见并避免冲突的发生来确保团体的安全感。如果某位患者易激惹，或者想学得更加坚定自信，或者想表达与别人不同的意见，

此时最好的办法是让他把目标转移至治疗师身上。较其他成员而言，治疗师应该更容易处理批评之类的问题。

如果两个成员发生冲突，治疗师最好迅速介入并发现其中的积极方面。例如，由于团体内的“镜射”现象，一方在另一方身上发现自己的某方面特质（尤其是负性特质），常常就会发生冲突（因为不喜欢自己的这些特质，从而也讨厌具有同样特质的人）。此时，治疗师可以要求他们讨论各自的相似之处，以此平息纷争。

还有很多避免冲突的方法。嫉妒常常是造成人际冲突的重要因子（见第十章）。因此，要求团体成员双方彼此讨论对方身上令自己羡慕或嫉妒的东西，常常也具有建设性意义。角色转换技术有时会产生很好的效果：要求双方互转身份，站在对方的立场表述观点。这种技术常常能提醒团体成员注意，对手往往对自己很有帮助，反倒是那些漠不关心的成员很少能够帮助自己成长，有时反对是表达关心的一种方式。

有些患者觉得团体不安全的原因之一是，他们害怕受团体的影响而使事情一发不可收拾，即团体可能会迫使他们失控——谈论、思考或感受那些导致人际灾难的事情。此时，治疗师可以让他们练习控制自己的参与进度，从而帮助他们获得团体安全感。可以反复询问他们这样的问题：“你觉得我们对你推动得太厉害吗？”“这样会不太舒服吗？”“是否觉得今天自我暴露的太多？”“今天我这么直接地问你是否太冒犯了？”

当带领一个由严重混乱、退化的患者所组成的团体时，治疗师甚至必须提供更多、更直接的支持。检视这些严重退化患者的行为，从中发现积极的方面。赞扬沉默的患者，因为他自始至终呆在团体中；称赞那些早退的患者，因为他们已经待了20分钟；支持那些迟到的患者，因为他们毕竟还是来了；鼓励那些不活跃的患者，因为他们为整个治疗付出了注意精力。如果患者言语古怪或笨拙，无论如何也应肯定他为沟通付出的努力。如果患者尝试给别人提建议，即使不恰当，也应该肯定他们试图帮助别人的意图。一个团体成员——Jake，住院病人，患有精神病性躯体障碍，他在团体中脱口而出，说他将要驱使魔鬼撒旦来散播“地狱之火和硫磺到这座上帝遗弃的医院”。团体成员都陷入了沉默。治疗师极力想知道是什么引发了他的愤怒。另一个团体成员说，Jake自从知道自己将要出院后，就表现出如此不安。然后，Jake补充说，他不想出院去住旅馆，他想回到他的宿舍，因为这样可以远离被偷盗和攻击的危险。他的想法都是在团体中可以得到理解和支持的。发现隐含的意义和可理解的人性关注，使得Jake和团体成员都回到了一起——较Jake因为他令人困惑的举动受到的孤立，这种情况要好得多。

住院团体治疗焦点：此时此地 综观全书，我反复强调此时此地的互动方式在团体治疗过程中的重要性，也强调了围绕此时此地工作是团体治疗过程的核心，是激发治疗团体的力量所在。但是，在全国各地被拜访过的住院病房中，我发现，治疗团体中缺乏此时此地的互动。在我看来，这是大多数住院团体治疗无效的首要原因。

住院团体不把重点放在“此时此地”，还能有什么选择呢？大部分住院患者团体将重点放在彼时彼地，一些患者顺着治疗师的提示轮流提出“返家问题”（这正是他们入院的原因），而其他来访者则热衷于提供相应的告诫与建议。这种方法对住院团体治疗而言，绝对是个错误。这是最无效的团体治疗方法，从一开始就宣判了团体治疗的失败。

那些导致患者住院的问题常常错综复杂。处理这些问题常常令经验丰富的治疗师心力交瘁，更不用说患者了，他们就如同深陷泥淖一般。原因之一是，患者的自我陈述通常并不可靠，他们在团体中传递的信息总是有偏差的，而且，由于时间有限，聚焦彼时彼地还有许多其他弊端。其一，时间分配将高度不均，如果将过多的、甚至所有的时间都投入在一个患者身上，其他人会产生受骗感或觉得无聊。他们不会像门诊团体的成员那样想——我在团体中放贷——意即团体欠他们时间与注意力。住院时间如此短暂，以致还没轮到上场就已经出院，或者发现自己处于一个成员完全不同的团体中，他们只是徒然地拥有毫无价值的“债权”。

有时，住院团体治疗师将注意力集中在病房问题上，如病房紧张、医患冲突、病房管理纠纷等。一般说来，这种方法对于团体治疗来说并不令人满意。平均每个病房有20个患者，而每次小团体治疗只有一半的患者及1~2个工作人员；所以，有时被讨论的患者及工作人员会在另外的团体中。处理病房问题较好的场所是，所有患者及工作人员均参加的治疗性恳谈会。

另外一些住院患者团体将重点放在一般性的主题上，如自杀观念、幻觉或药物副作用等。这样的团体只能对某些患者有用，而这种帮助很容易通过其他方式获得。无论如何，这并不能最有效地利用团体的力量。

住院团体的临床状况并不能改变聚焦此时此地的重要性。事实上，聚焦此时此地对于住院团体而言就如同门诊团体一样有效。但是，对于住院团体的治疗，因其临床特点（尤其是治疗期短以及病情严重），要求进行技术上的调整。正如我前面所说，没有时间来解决团体人际关系问题，取而代之的是，你必须帮助患者发现其人际交往问题，强化其人际交往的长处，鼓励他们参加康复治疗团体。在那里，他们可以针对在住院团体中暴露的问题继续治疗。

其实,在先前关于支持的讨论中,我已经指出了在住院团体中使用此时此地的最重要之处。我要进一步强调,冲突、质问、批判性反馈并不等同于此时此地。我能肯定,正是因为有了这样错误的等同,很多治疗师才无法把握此时此地的价值。

冲突是此时此地互动中的一个层面,但肯定不是最主要的层面。聚焦此时此地有利于患者学会许多有用的人际交往技巧:更清晰的人际沟通,更亲近的人际关系,表达正性的情感,意识到自己令人讨厌的怪癖,倾听,给予支持,暴露自我,建立友谊。

住院团体治疗师必须格外注意“此时此地”的关联性。住院团体成员正处于危机状态,他们被生命中的难题苦苦纠缠,因为沮丧或混乱而寸步难行,不像门诊团体来访者那样,对自我探索、个人成长、提高应付日后问题的能力等诸如此类的问题感兴趣。住院患者只能顾及基本的生存,不愿意理解他们的问题与此时此地间的关联性。

因此,治疗师必须明确指出这种关联性。每次团体治疗开始时,我都为新成员做一简短介绍,强调虽然每个患者住院的原因不尽相同,但每个人都可以从检视自己与他人的关系中获益,每个人都可以得到帮助——通过从他们与别人的关系中得到更多的东西。我强调,我之所以注重团体治疗中的“关系”,是因为这是团体治疗可以做得最好的方面。团体中其他成员和两个心理健康专家愿意给予反馈,指出他们如何看待每个成员与其他成员的关系。同时,我也承认,除了人际关系问题外,成员们还有其他重要而又痛苦的问题,但这些问题需要通过其他治疗方法解决,如个体治疗、社会服务咨询或婚姻治疗。

结构模式

急性住院患者的团体治疗中容不下被动的治疗师,同样,非指导性的团体治疗师在此也无立足之地。绝大多数住院患者处于严重混乱、焦虑不安、不知所措的境地,他们渴求外在的结构化与稳定感。可以想象一下刚刚入院的来访者当时的情绪体验:他们被其他可怕的、失去理智的患者包围;药物的副作用导致反应迟钝;他们被介绍给很多工作人员,而这些工作人员轮班工作,上班时间不固定;不同的治疗师、各式各样的治疗模式将他一览无余。

通常,获得内部结构的第一步是先将来访者置于一个清楚可辨的外部结构中。当个体处于一个可以对自己行为结果进行有效预测的情境时,其焦虑也就自然缓解。

在对刚出院的患者进行的访谈报告中,绝大多数患者都偏好那些为团体提供明确结构的团体治疗师¹⁹。他们感谢那些在团员治疗初始阶段就向成员明确说明

治疗流程的治疗师。他们偏爱那些主动邀请新成员加入的治疗师，这些治疗师始终将团体的注意力聚焦于团体任务上。他们一定曾平均分配治疗时间，提醒成员注意基本的团体任务及方向。文献研究也表明，患者与治疗师都认为结构化的团体比非结构化团体更为有疗效²⁰。

治疗师有很多办法为团体提供结构，包括：在每个团体治疗开始时引导成员；在团体聚会前提供书面描述；还有设置清晰的时间和空间；运用明朗自信的个人风格；为患者的团体治疗定位及做准备工作；利用前后一致、首尾连贯的团体治疗程序。

时间和空间设置 对于住院来访者团体的治疗而言，就像其他类型的团体治疗一样，理想的治疗空间应是在一个可以关门、大小适中的房间内，成员们围坐一圈。然而，这看似简单，其实许多病房的结构并不能满足这些基本要求。例如，有些病房只有一间团体治疗室，却又必须同时安排两个团体。此时，其中一个团体可能被安排在一个很大的、平时被用作进行一般活动的房间内或在一个空旷的大厅里。我相信，空间界限的缺乏将妨碍团体的亲密感、凝集力以及工作效率，因此，找一个封闭的房间，甚至在病房以外设置一个团体治疗室也都比毫无空间界限来得更为可行。

时间的恒定性也是结构的一部分。较为理想的方式是，等到团体全部成员到场后再准时开始团体治疗，而且中途不得有任何中断，一直持续到治疗结束。但是，在住院患者团体中，以下原因使这一时间设置的应用充满障碍：精神混乱的患者常常因为忘记治疗时间和地点而迟到；被中途叫出来服药或进行其他治疗；由于不能集中注意而要求中断治疗；大剂量药物治疗的副作用导致患者昏昏欲睡而不能坚持治疗；而焦躁不安或惊恐的患者可能随时逃离团体。

作为治疗师，必须想方设法尽可能地保证治疗时间的恒定性。例如，治疗师可以敦促卫生保健管理部门宣布任何个人和机构不得占用团体治疗时间，如此一来，患者将不会以任何理由被中途唤走（并不是因为整体本身是最重要的治疗，而是因为这种打扰显示出对团体治疗的不够重视，团体治疗在它的属性上是不允许随意改变人数的）。也可以请工作人员提醒那些精神混乱的患者，并且护送他们到团体治疗室。确保来访者的参与，应当是病房工作人员的责任，而非团体领导者一人的责任。当然，治疗师也应该在各方面以身作则，起到榜样的作用。

有几个方法可以解决成员“中途退离”现象。首先，如果患者意识到团体治疗是不允许自己中途离开的，那么，他们便会更加焦虑不安。因此，最好的办法是简单地表示希望他们能够坚持参加完团体治疗。如果他们最后仍然无法坚持，则可建议他们等下次感觉稳定后，再继续参加治疗。如果患者坚持离开，治疗师

也不应该阻挡其身体,因为这往往无济于事,但你可以采用其他方式。你可以重新为患者找一个继续留在不舒服情景中的理由。例如,假设某个患者曾说过自己经常逃离不舒服的情境,而现在决定改变这种模式,那么,你就可以提醒他曾经下过的决心。治疗师可以这样评论:“伊丽娜,看的出来你现在非常不舒服,我知道你一定很想离开这里,但我记得你曾经说过,当自己不舒服时总是习惯性地将自己孤立开来,而且你还说过自己想找些办法去接近他人。我在想,如果你努力尝试留下来,也许正是解决这个问题的契机。”你可以建议她在接下来的时间里扮演一个旁观者,只听不说,或是建议她换一个自感舒服的座位,如坐在治疗师的身边。

为社会功能良好的患者所设的治疗团体,采用“禁止迟到者入场”的原则可以达到较理想的恒定性。当然,这仅限于非强制性团体。如果治疗师对扮演一个严格的看门人感到不舒服,这种方法可能出现問題。这种方法拒绝了那些想接受治疗的患者,这与传统的临床训练宗旨相违背。这个原则肯定会让那些只迟到几分钟的患者不满,但同时也让他们感受到:治疗师尊重团体时间和团体工作,并且想在每一次治疗中不受干扰地完成尽可能多的团体工作。就在与出院患者的交谈中发现,他们每个人都憎恶被打断,对治疗师为团体稳定性所能付出的努力表示感谢²¹。虽然迟到者被拒绝进入团体后可能会有1~2小时的不快,但通常他们会准时参加下一次治疗。

治疗师的风格 治疗师的个人风格也明显影响团体结构感。坚定、明朗、果断且能理解患者行为动机的治疗师,会让混乱或受惊吓的患者感到安心。许多长程门诊团体治疗师会让事件自然发展而不予以干预,然后鼓励大家就此事重新审视与综合分析。而住院团体的特点是反复出现严重的混乱事件,而成员们通常压力很大、易受伤害,无法有效处理这些事件。此时,如果治疗师的行动果断、坚定,成员们会感到安心。例如,某个躁狂症患者突然情绪失控,并且垄断了整个团体治疗时间。这时,治疗师最好及时介入,制止其影响团体治疗。如果治疗师让这样的患者继续胡作非为,对该患者及整个团体都极为不利。治疗师可以告诉该患者:请保持安静,注意倾听他人讲话。该患者如果仍不能有效控制,可以护送他离开治疗团体。此时,治疗师表露自己对这样一个情景的矛盾情绪体验,通常可以为成员树立榜样。例如,他们拥有共同的信念:为了团体的整体利益,他们必须采取适当的行动,但是,以一种权威姿态出现,令他们感到强烈的不安。

有时,治疗团体可能会进行冗长的讨论,但住院团体的治疗师自身也意识到这种讨论毫无效果,并且不利于治疗的进展,对此,治疗师的应对方法很多,包

括等待、分析阻抗。然而，对住院团体而言，直接打断成员的讨论可能更是上策。治疗师可以明确地说：“虽然这个主题有一部分人感兴趣，但是，这个主题在团体治疗以外的时间讨论也很方便。为了最有效地利用团体时间，更好地帮助成员学习如何与他人建立关系、学习如何沟通等内容，我认为我们最好回到……”——在此，你可以提供一些明确的选择。

团体治疗的流程 提供结构化团体治疗模式，最有效的方法之一是为每次团体治疗时段都安排一个明确一致的程序。这与门诊团体治疗技巧完全相反，却能够在短期治疗的特殊团体中获得最大效果。在住院患者团体中，每次聚会都遵循结构化的流程不仅效率高，还可以缓解患者的焦虑与迷乱。我推荐周转较快的住院团体治疗采用以下流程：

1. 最初几分钟：治疗师向团体明确治疗结构以及使团体成员对治疗有所准备（稍后，我将以一实例进行说明）。
2. 明确任务：在此期间，治疗师尝试决定最有益于团体的治疗方向。但是记住，千万不要犯这种错误，即在第一个问题的讨论上一下子陷入过深，而无法讨论其他具有潜在作用的主题。治疗师有很多方法决定任务。例如，倾听并感受团体成员当天迫切需要解决的问题是什么，或者提供一些结构化的练习，以明确当天治疗中最有价值的治疗方向（稍后，我将简短介绍该技术）。
3. 完成任务：一旦对该次治疗中潜在的众多问题有了一个大概的框架，治疗师就必须尝试讨论这些问题，并确保在讨论的过程中有尽可能多的成员参与进来。
4. 最后几分钟：这是总结的时间。治疗师表示本次团体治疗工作结束，需要大家用几分钟回顾分析今天的治疗，这是此时此地的“自我反省回路”，并澄清所发生的团体互动。治疗师也可以在结束前理顺一些内容，如询问成员是否带着不安与支离破碎的情绪体验而离开治疗，或询问成员（包括主动与沉默少语的成员）对这次团体聚会的体验与评价。

结构化的缺点 本书中我曾多次反对过度结构化。例如，在讨论标准模式时，我极力主张治疗师赋予治疗团体最大的自主性。最有效的团体是为自己的功能发挥承担最大责任的团体。过度主动的治疗师用“结构化”将团体束缚，会导致团体依赖性增加。毫无疑问，治疗师为成员做得越多，成员为自己的努力就越少。正如第十四章所言，实证研究证实了过度结构化的缺点。在前文中，我描述了来自交友团体的研究结果：提供过度结构化治疗模式的治疗师尽管可能获得成员的

好评,但是,这种治疗对于整个团体却并没有任何积极的治疗效用。再次,治疗师行为的结构化程度(包括所有的言语活动及管理模式)与积极疗效(同时包括团体治疗结束时和六个月的随访结果)之间呈曲线相关²²。换句话说,治疗师的结构化治疗模式过多或过少都不利于团体的成长。

因此,我们面临两难情景。对一些短程的特殊团体必须提供结构化模式,但是,如果提供的结构化模式过多,成员将无法学会运用自身的资源。对于住院团体的治疗师,结构化模式问题尤为重要:一方面,治疗师根据我先前提到的理由必须将住院团体结构化;另一方面,又必须避免将团体成员过于幼稚化。

对此两难选择有一个非常重要的解决办法,也是特殊团体治疗技巧的一个基本原则:治疗师必须利用团体的结构化,激发每个成员的自主功能。这听上去似乎有悖常理,别急!下面将介绍一个住院团体工作模式来对这一似是而非的原则进行澄清。

多功能来访者团体:一个工作的模式

在本章最后的篇幅中,我将详细地介绍功能良好的住院来访者团体的工作模式。记住,本节始终围绕本章的主题:在于说明团体治疗技巧调整的方法,而不是描述一个蓝图。我并不希望生搬硬套,而希望通过阐述调整的一般策略,可以帮助你根据自己特定的临床状况规划出有效的工作模式²³。

我建议,由功能良好的来访者*组成的非强制性团体每周进行5次治疗,每次75分钟。多年来,我曾尝试过很多种模式,下面我所描述的是目前为止我发现最为有效的一种模式。我曾将其应用于几百次住院团体治疗中,这个模式的基本流程如下:

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 定位与准备 | 3 ~ 5 分钟 |
| 2. 确定个人议题 | 20 ~ 30 分钟 |
| 3. 解决个人议题 | 20 ~ 30 分钟 |
| 4. 回顾 | 10 ~ 20 分钟 |

定位与准备 对住院团体治疗的患者而言,治疗开始时准备工作的重要性并不亚于门诊团体治疗。当然,两者在时间上的安排也截然不同。门诊团体治疗可以花上20 ~ 30分钟单独给某个来访者进行治疗准备工作,而住院团体的治疗师

* 功能良好的来访者是指那些可以谈话、有定向感的来访者,他们存在治疗动机,他们的注意力足以让他们坚持团体治疗。记住,我在这里只是以住院团体为例。我在其他地方,会另外介绍为社会功能低下、存在严重障碍的患者所设计的团体模式。

都必须利用团体治疗开始的几分钟来完成准备工作。我建议治疗师先作为新成员作一番简短介绍,包括团体治疗的基本规范(开始时间、每次持续时间、准时参与治疗的规则等)、团体治疗的目的以及团体治疗的基本程序。下面一段话是一段经典的准备性说明。

我是 Irvin Yalom,这是咨询师 Mary Clark。我们将共同领导这个下午的治疗团体。这个治疗每天下午 2 点开始,持续 75 分钟。我们这个团体的目的在于帮助大家学会与他人更多沟通并建立良好人际关系的方法。虽然每个人住院的原因不尽相同,各自特定的重大问题也不尽相同,但有一件事是相同的:我们对生命中重要的人际关系现状感到不满。

除此之外,每个人都还有其他迫切的问题需要解决,这些问题可以通过其他的治疗模式进行处理。团体最特异的功能在于帮助个体更好理解个人与他人的人际关系,而把焦点聚集于在座各位彼此的互动关系,这是我们最擅长的工作之一。你在团体中与在座各位沟通得越好,在团体之外的现实生活中也就越能有效地与他人沟通。另外一些团体可能会强调其他的方法。

另外,还有一件事大家务必知道,几乎每天都有观察员通过这个单向玻璃(我用手指一指单向玻璃和麦克风,试图让新成员尽可能地熟悉环境)对团体进行观察。观察员都是专业心理卫生工作者。通常是医学院或护理学校的学生,或是病房的医护人员。

在治疗开始阶段,我们要求每个成员轮流说出一个自己在生活中所遭遇的并想在团体治疗中解决的问题。这大约需要 15~30 分钟。要一个第一次参加团体治疗的来访者提出问题来讨论的确存在困难,不过,不必担心,我们会帮助你。这是我们的工作。轮流提出问题之后,我们将尽可能地围绕这些问题展开工作。在团体治疗的最后 15 分钟里,观察员将会走进这间治疗室,和我们分享他们观察后的一些感受。之后剩下的几分钟里,我们来听听在座各位对本次治疗的评价,以及是否有任何残留的情绪必须在团体治疗结束之前加以处理。我们不一定对每次活动作详细的计划,但我们会尽力而为,我们希望下次会谈前我们能做好计划,你也将会发现在会面的间隔期,你也可准备这样的计划。

请注意,这种准备工作有几项基本要素:(1)描绘团体的基本规范;(2)说明团体的目标和目的;(3)描述团体治疗程序(包括每次治疗的明确结构)。有些住院患者团体的治疗师建议,部分准备工作可以在团体以外进行,而且应该更为具

体明确,如还应包括盲点的讨论、支持性与建设性的反馈(举例说明)、以及社会缩影的概念²⁴。

确定个人议题 团体治疗流程的第二阶段是详细说明任务。团体的首要任务是帮助每个成员探索并改善其人际交往模式。界定团体任务的一种有效办法是开展结构化练习,即要求每个成员提出一个将要在团体中讨论的简短的个人议题。这个安排在当天的团体中必须现实可行。它必须着眼于人际关系问题,如果可能的话,应与团体中一个或多个成员有一定的关系。

要形成一个适当的议题是非常复杂的任务。患者往往需要治疗师的积极引导和启示,尤其是在最初的几次治疗中。事实上,每个成员被要求进行的议题陈述包括三要素:(1)承认自己想改变;(2)与人际关系有关;(3)属于此时此地范畴。把这个当做从普遍到特殊、从非人性的到人性的、从个人的到人际间的改进。将“我觉得不高兴”改变为“我觉得不高兴,因为我没有朋友”,进而再改变为“我想与人交往”,再改变为“我想和团体的另一个成员交朋友”。尽管来访者有许多种开始改变的方法,但他们大部分的关切不超过8~10个:想更多地交往、更加果断自信、更好地交流、更少沉默不语、与人更亲密、更少发怒、更受信任、更好地被人理解或想得到关于性格或行为某一方面的具体反馈。治疗师脑中有这些例子可能更加容易帮助来访者建立工作焦点。

议题的前两方面对患者来说并没有多大的困难,但第三方面往往需要治疗师的鼎力相助。事实上,第三步并不像看上去的那样复杂。治疗师只要掌握几个基本的要点,就可以将任何议题引入此时此地情景之中。

看看下面这个常见的议题:“我想学会与人更好地交流。”这里,患者已经完成了前两步:(1)他已经表达了想要改变的欲望;(2)与人际关系相关。治疗师接下去要做的是将此议题引入此时此地的情景中。治疗师可以很轻易地促成这一步的完成:“看看所有在座的人中,你和谁沟通得好,又想改善与谁的沟通。”

另一个常见的议题是:“我想学会如何与人发展亲密关系。”治疗师同样需要这样把它引入此时此地的情景中:“在团体中,你觉得和谁比较亲密,又想和谁发展亲密关系?”还有一个常见的议题是:“我希望能够表达自己的需求并得到满足,我一直将痛苦埋藏心底并一直试图取悦于每一个人。”治疗师可以这样把议题引入此时此地的情景:“你愿意试着让大家了解你今天的需求吗?”“你有什么样的痛苦?”“你想得到什么?”

请注意,这些议题一般都不是患者住院的原因。但是,患者常常不能意识到这些议题可能是潜在或诱发的因素。患者可能因为物质滥用、抑郁、自我伤害企

图等原因住院，但在这些行为表现背后往往隐藏着人际关系的高度紧张或破裂。

同时应该注意的是，治疗师尽量选用温和、积极、非评判性议题。在刚才提及的关于沟通与亲密关系的例子中，我都是询问其积极方面来突出其能力与成就感。

许多患者常常直截了当地表达议题。例如，“我希望能够表达我的愤怒，医生说我将愤怒指向自己而导致忧郁。”这种议题必须小心谨慎地加以处理。治疗师不希望患者将愤怒肆意发泄到其他成员身上，所以，应该将这个消极的议题重塑成一个建设性的议题。

我发现这样引导对患者很有帮助：“我相信愤怒通常是一个很严重的问题，因为人们总是任其累积到很高的水平但却不知如何表达。一旦发泄，就像火山爆发，对自己、对他人都充满危险。在团体中处理萌芽状态的愤怒——即尚未转化为热血沸腾的愤怒，往往更为有效。因此，我建议你今天的焦点集中在萌芽状态的愤怒上，如躁动、挫折感或者些微的烦恼。你愿意向大家表达任何第一次体验到的轻微躁动或烦恼吗？比如对我今天带领团体的方式感到不满。”

这种议题练习优点很多。一方面，它解决了结构必须存在但同时会抑制团体成长的矛盾。议题练习为团体提供结构化模式，而且，同时又激励患者的自主行为。来访者需要为治疗承担责任，并且这样说：“这是我自己想做的改变。这就是我在今天的团体治疗中想解决的问题。”因而，这些议题鼓励来访者开始在他们自己的治疗中扮演一个更为积极主动的角色，并且更为有效地利用团体。他们领悟到这样一个道理：与团体成员直接有关的明确议题将能保证自己在这段团体时间内充分获益。例如：“今天早些时候我试着接近 Mary，与她谈话，但我一直感到她在拒绝我，不想和我有什么瓜葛。我很想知道这是为什么？”

许多患者很难直接并明确地表达自己的需求。许多患者是因为存在自残意念而被收住入院。事实上，自残意念只是他们表达需求的间接手段。议题任务教会他们清晰、直接地表达自身需求，并且果断地向他人寻求帮助。实际上，对许多来访者来说，这种议题练习比接下来的任何团体任务都更为重要。如果患者能够学会用言语而非一些非言语的自残行为来表达自己的需求，那么，这段住院治疗就没有白白浪费。

议题练习还能为团体当天的治疗工作提供一个广阔的视野。治疗师能够很快地识别出每个患者想要处理什么问题，哪个患者的目标和同一个团体中另一些患者的目标相呼应。

议题练习虽然颇有价值，但并不能立刻被团体成员领会和采纳。通常，一个团体需要历经数次治疗才能理解议题任务，并对其用途有所认识。单靠团体成员

自身往往无法确定个人议题：治疗师必须具有高度的催化性、坚忍性、创造力以及指导性才能推动成员完成议题的确定。假如有一个成员表现出极大的阻抗，对这样的成员，较合适的议题是去探索为什么他有如此强烈的阻抗，为什么形成一个议题对他来说如此的艰难？

阻抗或沮丧可能通过这样一些语句表达：“治疗有什么用？”“我根本就不想在这儿！”在治疗师没有真正地掌握治疗杠杆之前，可以暂时与阻抗联盟，而不是耗费团体的时间与这个成员作无望的争斗。“你这种感觉并不奇怪，并且可能不久你将会感觉不同。”治疗师还可以补充说，患者可以选择随时加入。治疗师这样说后，如果有任何东西让他感兴趣，他应当会有所改观。

有的时候，如果患者不能清晰确定日程安排的话，可以先倾听这样的患者确定日程，然后选择某个成员提供反馈。让其他团体成员为这样的患者确定日程也是有效的。

例如，一个19岁的男孩提出一个不合时宜的议题：“我父亲把我当小孩一样对待。”他是第一次参加团体治疗，无法充分理解议题的含义。因此，我要求其他人帮助他提出议题。然后就有好几条不错的议题被大家提出“我想知道为什么我在这里感到恐惧不安。”“我希望自己在团体里不要那样沉默寡言。”最后则出现一条完美的议题：“我想知道自己到底做了什么事情导致父亲把我当成孩子对待，我在团体中的表现像一个小孩吗？”

请注意：为何这是一个完美的议题？因为它不仅表达了来访者对自我问题的关注——为什么父亲把他当成小孩对待，而且还强调了他在团体中的行为，这一行为使他无法充分利用团体功能。此外，它聚焦于此时此地的互动，这无疑使得团体聚会对他具有治疗效用。

解决议题 一旦个人的议题被确定，就进入了团体治疗的下一个阶段——解决议题，这个阶段与任何以互动为基础的团体治疗相似。在此期间，成员探究并试图改变人际关系模式。但是有一个重要的区别点：这些议题让成员们以更加习惯、有效的方式开展针对性的工作。有时，住院患者所能利用的团体治疗仅仅只有一次。治疗师必须提高效率，为更多的患者提供最大程度的帮助。

如果团体很大——比如说有十几个成员——而且假设有新成员加入，那么，成员就需要花费更多的时间来确定议题。这样，团体治疗可能仅剩余30分钟，却要完成两个人的议题。显然，一次治疗无法解决所有议题，团体成员意识到这一点至关重要。治疗师可以明确地告知来访者，他们轮流提及的个人议题并不能保证都能成为团体讨论的焦点。在议题确定阶段，治疗师也可以委婉地向患者转达

这种可能性。例如，可以说：“如果时间允许的话，你想在今天处理什么问题？”

尽管如此，一个高效的、主动的治疗师在每个治疗时段中应尽可能地解决大多数议题。我有一个最有价值的指导方针：将几个议题糅合在一起，这样一次就可以同时处理几个议题。例如，如果 John 的议题是：“我感到自己非常孤立，很想让其他成员告诉我为什么别人不愿意接近我？”然后，治疗师可以让其他成员为 John 提供为什么他难以接近的反馈，这样治疗师可以同时完成几个议题。例如：“我想学会表达自己的情感。”“我想学习如何更好地与人沟通。”“我想学习如何清晰地表达自己的观点。”

同样，如果团体中有个患者正在哭泣，表现得极为痛苦。此时，如果团体中有患者的议题是“我想学会表达自己的感受。”“我想学习如何与他人亲近。”治疗师就不必亲自安慰患者，只要邀请有上述议题的成员去完成此项任务，这样，治疗师就同时解决了数个议题。

一般情况下，确定个人议题期间，治疗师会收集几个“保证书”——患者承诺在本次治疗期间要完成的某些特定任务。例如，当某一患者声称自己在团体内学会冒险是一件很重要的事情时，治疗师明智的做法是让他将这一议题搁在一旁。待时机成熟时，再让他从事冒险行为，比如提供反馈或对团体治疗作出评价。如果某个成员表示愿意打开心扉，将自己的痛苦告诉别人，治疗师则要求这个患者列出清晰的契约是很有帮助的——即使只有两三分钟时间的表达——然后你必须确保团体能给他留出这段时间。这些契约可以增进患者对治疗的责任感。如果成员在规定时间内未能履行契约，我们就会要求患者提名一两个成员来提醒他。这种“导演”可能会让治疗师在开始阶段感到任务繁重，但它会促使这个住院患者团体的治疗变得更有效。

治疗结束前的回顾总结 在团体治疗的最后一个阶段，一方面告知团体本次治疗即将正式结束，另一方面则对团体治疗进行回顾和总结。我常常在教学单位带领住院团体，通常有 2 ~ 4 名学生通过单向玻璃观察整个团体过程。我更愿意将结束部分分成两个同等重要的部分：(1) 治疗师与观察员就本次治疗展开讨论；(2) 团体成员对这个讨论的反应。

第一部分，治疗师与观察员在病房内围坐一小圈，开诚布公地分析团体治疗内容，宛如屋内没有任何其他人存在一样。（如果那一天没有观察员，则由协同治疗师开展讨论，或是邀请那些愿意回顾与分析团体治疗内容的患者参与。）在讨论中，治疗师与观察员回顾整个聚会并聚焦于团体的领导者和每个成员的体验上。团体治疗师询问团体成员有没有遗漏什么？在团体中还能够做些什么？是否忽略

了某些成员？讨论中尽可能对每个成员进行评价：包括患者提出的议题类型，在这些议题上已完成了哪些工作，评估成员对团体的满意度等。

尽管，这种结束团体治疗的方式是非传统的（或非正式的），但就我个人的临床经验来说，这还是相当有效的。其中一方面，它建设性地使用观察员，在传统的教学方式中，学生观察员在整个治疗过程中始终隐匿，直到治疗结束时才出来与团体治疗师就治疗过程进行讨论。当然，这种讨论从没有患者参加。团体成员通常憎恨这种传统的观察模式，甚至有时会对暗地里被观察这一事件产生种种妄想。将观察员带入团体中后，观察员所发挥的作用从消极转变为积极。事实上，在我带领的团体治疗中，如果没有观察员在场，患者往往会表现得若有所失。

这种模式要求治疗师能够做到透明化，而且提供了一个绝佳的示范机会：协同治疗师可以讨论他们的两难处境、顾虑以及困惑。他们可以向观察员询问他们自己的表现，比如观察员是否认为他们攻击性太强，他们是否给某一成员施加了过大的压力，观察员是如何看待两位治疗师之间的关系？

回顾阶段的第二部分是团体成员的公开讨论。通常，这一时刻团体是最具有活力的，因为治疗师、观察员的讨论已经产生了大量的信息，这最后的几分钟可以有两种利用方式。第一，患者可以对治疗师与观察员之间的讨论作出反应。例如，他们可以评价治疗师和观察员具有开放性或缺乏开放性。当他们听到治疗师表现出疑惑与受伤时，他们可能会有所反应，他们也可能同意或挑战那些针对他们在团体中的表现所作的观察结果。

第二，让患者自己对会谈进行处理或评价。治疗师可以询问一些问题来加以引导。例如，“你对今天的治疗感觉如何？”“你是否从中得到自己想要的东西？”“这次治疗中，你最失望的是什么？”“假如我们还有半个小时治疗时间，你将如何利用？”最后的几分钟也是治疗师与沉默寡语的患者接触、询问其体验的时机，“你有过在团体中发言的念头吗？”“是什么让你停下来？”“你希望被邀请发言还是很庆幸没有参与进去？”“假如今天你已经说过一些话，那该会是什么呢？”（最后一个问题常常具有神奇的效力。）

总之，治疗结束前这阶段有许多功能：回顾、评价、归纳总结、指出未来治疗方向。然而，这段时间也可用在成员离开前进行反省与解除刺激。

在一项研究课题中，研究者特地询问了患者对这一方案的反应。结果患者一致认为：团体治疗的最后阶段必不可少²⁵。当问起最后阶段的作用占整个团体治疗作用的比重时，来访者则认为它的价值是无可比拟的。例如，有些患者认为，这最后20分钟的作用占整个团体治疗作用的75%。

躯体疾病的团体治疗

在临床医疗活动中,团体心理治疗的作用已越来越重要,其发展前景也越来越广阔²⁶。已有大量报道:团体心理治疗可用于临床各科疾病,如心脏病、肥胖症、狼疮、不育、急性肠胃炎症合征、急性肠炎、产后抑郁、器官移植、关节炎、慢性肺病、多发性脑梗塞、帕金森综合征、糖尿病、艾滋病和癌症等²⁷。

团体心理治疗有效的原因是因为上述许多疾病与心理因子密切相关,或直接从心理因子引起。例如,抑郁、焦虑可引起躯体疾病,而严重的躯体疾病也可引起心理反应,这种心理反应不但降低了个体的生存质量,同时也加剧了个体躯体疾病的恶化²⁸。例如,50%的心肌梗塞患者可出现明显的抑郁情绪,这种抑郁症状是导致下一次心肌梗塞的高危因子²⁹。另外,躯体疾病伴发的抑郁、焦虑等会提高损害健康行为的发生率,如酗酒、吸烟、饮食不节、服药和对康复锻炼的不依从,这些行为又可能成为新的刺激源,诱发新的刺激³⁰。

而且,现代新技术的提高和许多手段的增强,也可能诱发刺激。例如:先进的治疗手段可使以往致命的疾病转为慢性疾病。现今,癌症病人比以前具有更长的存活期。统计资料表明,在美国,各类癌症存活者占总人口数的4%。因此,这一人群处于一种经常性应激状态中³¹。在病症预测方面,基因学的检查可以预测个体发生某种遗传性疾病的几率,如亨廷顿舞蹈症、乳腺癌、卵巢癌等³²。这一手段无疑是科技的一大进步,但其代价是:许多人会因获得这一信息而忐忑不安,甚至饱受煎熬。例如,当个体因基因学检查而得知自己患病的可能风险时,他们则会考虑:我是否该作预防性乳房切除(或其他预防性手术)?我是否该结婚?我是否该生育?我是否该将病情告知家人?他们会如何反应?

有的躯体疾病肩负恶名,如,艾滋病、急性肠胃炎、帕金森综合征。当个体得知罹患上述疾病时,他们正是需要社会支持的当口,可也正是个体羞于启齿、退避社会交往的时候。

另外,患病的个体和家庭常常不希望增加旁人的担忧和负担,因此会尽量表现出“阳光”的一面,强装欢颜,这使得交往流于形式,更进一步加剧个体的孤独感³³。

如今,在慢性疾病中,医患双方的沟通、合作、信任越来越引起人们的注意。双方顺畅的交流有利于个体更好地作出决断,增进疗效³⁴。当然,现实中,许多医患双方缺少有效的沟通,也无力改进沟通。

人类的脆弱性注定我们会饱受病痛，躯体疾病也冲击着我们自认为身心坚强的幻觉。大病临头，我们发现自己是如此无助，如此缺乏控制，而自幼养成的自我优越感，远离大难感顷刻间灰飞烟灭。死亡唤醒了我们对生命本质的思考，敦促我们对生命的短暂、生活的责任，乃至人类在浩瀚宇宙中的存在位置方面的思考³⁵。

疾病造成的影响绝非仅限于患病者个体，家属和照料者同样承受着巨大的负荷³⁶。躯体疾病者群体或照料者群体的团体治疗就能提供实际支持和助人成长的机会³⁷。

一般特征

团体治疗通常由相同躯体疾病种类的人群组成同质团体，定期聚会，每周4～6次。如果团体的主要目标是帮助患者适应和应对疾病³⁸，那么，治疗师就应根据病情和治疗的不同阶段选择参加的人选。

正如第十章中提到的，短程治疗需要治疗师具有明确的治疗架构和紧凑的时间安排。即便如此，治疗师的治疗也应关注团体的动力和进程，这并非指治疗师对每个成员刨根问底，而是指治疗师应有效地控制局面，以免使治疗陷入僵局或偏离方向³⁹。

在同质团体中，尽管成员们患有相同的疾病，但治疗师应注意把游离在团体之外的成员带入成员互动中，要共情地、机智地加以引导，使他们的行为融入团体氛围。例如，在一个由心肌梗塞后存活的患者团体中，有一个浮夸、自大的成员正反复抱怨儿子对自己的漠不关心，因为团体心理治疗不主张关注深层个人化的内容，因此，治疗师就应在不影响团体气氛的前提下，用团体规则来纠正这种行为。通常，治疗师应以引导接纳而非排斥来减轻这一成员的苦楚，以驱散这一成员的个人苦楚而使团体中弥散的不良气息。治疗师也可引导一场讨论：愤怒和仇视是如何加害于心血管疾病者，或指出愤怒掩盖下的恐惧和悲伤会产生何种潜在的伤害，并指导成员如何更直接、有效地表达相应的原始情感。

尽管这样的团体并不要求成员间互相学习（实际上，治疗师应尽量避免聚焦此时此地的概念），但许多疗效因子在躯体疾病的团体治疗中具有特殊的作用。例

* 我们可以把应对作为治疗的方法和适应作为治疗的目的。最大限度的适应可以提高生活的质量。我们可以根据患者基本的应对侧重点对躯体疾病团体进行分类：

1. 基于情绪的应对——社会支持；情感交流
2. 基于问题的应对——积极的认知、行为策略；心理教育；减压技巧
3. 基于意义的应对——提升存在意识；重新调整生活优先次序

如,普遍性有利于降低病耻感和孤独感;凝聚力可直接提供社会支持,成员们在治疗时段之外的接触也是受鼓励的,而非被看做是阻抗行为。当个体成员看到其他成员能有效地应对与自己相同的处境时,这有助于该成员建立信心,具有信心后的表现为希望治愈、提高勇气、保持尊严和心理的平静。一般情况下,个体成员更多地借鉴其他成员的应对方式,而非顺从治疗师的指导⁴⁰。互通信息因子(针对性的或广义的心理教育)在团体治疗中十分重要。这种交流也主要是成员互相间的交流和指导。利他因子也是通过一系列的利他行为使个体更趋健康。存在因子能使成员们直面人生的基本焦虑。我们平时对这种基本焦虑置若罔闻,而一旦病灾来临,它们即赫然出现在眼前。

临床应用

本节主要介绍躯体疾病团体治疗的形成、结构和用途,以乳腺癌为例:

发展过程 20世纪70年代初,我们开始建立乳腺癌患者治疗团体时,举步维艰。因为当时外科手术的效果不甚理想,术后疼痛明显,术后的化疗也收效甚微。已有癌症转移患者的存活率很低。因此,乳腺癌患者常常对治疗不抱希望,备感孤独,而且也因为不愿亲友牵扯进同样的绝望,因此缄默少语,这样使这些患者陷入双重孤独的境地。

这些患者常常感到无助、无能,觉得医生对自己不闻不问,而自己又无力自拔,无法抱怨,不知向谁求救。她们也常常自责,因为民间流传:这种绝症常常是某种程度上的因果报应。

她们极不情愿加入团体治疗,因为人们普遍相信:倾诉或倾听别人诉诸于事无补,只会雪上加霜^{*}。

团体治疗的目标 最基本的目标是降低孤独感。我们认为:如果团体治疗能让相同病症的成员分享各自的体验和情绪,就能创造一种支持网络,降低成员病耻感。互相分享资源和交流应对策略逐渐使团体中的成员认识到,他们可能会离开人世,但治疗师将始终与他们同行、相伴到最后。

团体治疗技巧的改善 根据对不同种类、不同阶段的乳腺癌患者的团体治疗经验,我们发现:同质团体的收益最大,我们曾组织过一个转移性乳腺癌开放性团体,每周治疗一次,每次90分钟。在这个开放性团体中,不断有新成员加入,也不断有成员因死亡而离去。

^{*} 见《妈妈与人生意义》(New York: Harpercollins, 1999, 15 - 53)中的故事“跟保拉一起走四方(Travels with Paula)”,故事对癌症患者团体的领导进行了详细描述。

在这一治疗团体中，支持是首要任务。我们要求每个成员体验“相伴”，即知晓其他成员正经历与自己相同的体验。正像一个成员所描述的那样：“我的生命之舟正载我孤单地飘荡，但我举目四望，海面上生命之舟的灯光如繁星点点，刹那间，让我感到我并非那样孤独。”

为增强个体的自我控制感，治疗师要尽量使团体治疗的目标贴近每个成员的需要，让每个成员畅所欲言并倾听他人的负性情绪，分享各自体验。同时，双方互相共情，激发各自的内在资源。例如，有人面对医生时感到害怕，不敢提问题。此时，治疗师会鼓励团体中其他成员分享如何处理这类问题的经验。有时，治疗师也通过角色扮演来解决这类问题。因此，常常会有团体中的成员邀请其他成员相伴去就诊，从而学习如何解决现实问题。例如，面对匆忙的医生，成员可直截了当地陈述：“我知道你很忙，但如果你今天能再多给我5分钟，也许能让我获得一个月的平静心情。”

我们都知道，表达情绪总归是一种积极的态度，团体中的成员大多缺乏表达的机会。在治疗师的正确引导下，成员们可以谈论任何情绪，所有关于死亡的念头：对死亡的恐惧、担心死亡后被遗忘以及生活的无意义。她们很想知道如何与儿女谈论自己的死亡，如何谈论安排葬礼等。这些议题的讨论有助于减轻对上述想法的恐惧感。

治疗师应始终如一地表达支持，决不质疑。如果使用此时此地技术，治疗师也一定要聚焦于积极情感。成员们的应对方式不尽相同，有的希望对自己的病况了如指掌，有的则不愿洞察。治疗师不能千篇一律质疑那些能给患者带来片刻宁静的行为，除非万不得已必须干扰患者的应对方式。在团体治疗中，应加强成员间的联络纽带，有的团体在每次结束前有一个仪式，成员们互相手牵手站成圈，静默数分钟。

成员们治疗外的接触也是被鼓励的，如互通电话、聚餐或偶尔一起在自杀热线值夜。有的成员在其他成员的葬礼上追悼亡灵并立下誓言：互相间在精神上永不离弃。

许多成员能成功地战胜恐惧和绝望，犹如置之死地而后生，她们称自己进入了通达的人生，对人生的感悟更真切、更富意义，生活中也更开朗、聪慧。有人重新审视自己的日常生活，先前困扰她们的生活的繁枝褥节已不再重要，她们关心自己真正希望关注的人与事：与家人更亲密，发掘自身的创造性。有一个成员明智地说：“癌症治愈了神经症。”她们感到遗憾的是，自己身患绝症后方才明白这些人生的道理，她们希望子女们能在健康的时候就有所感悟。这样的态度也使

成员们乐于将自己的病况供医学院学生学习。与死亡零距离的接触，给他们的生活增添了不少有价值的体验，她们最后的日子充满意义，并能将这些智慧传给他人、子女、学生……

这样的团体充满感情，团体中讨论的主题常常能深深地打动每个人的心。这样的团队常常需要有治疗师和助手的引领。在场的人很难不为情所动或保持客观。在严酷的生活事实面前，我们都属同路人，或者说在不同程度上，我们都忍受着生活的煎熬⁴¹。

上述特殊的治疗团体被称为支持表达性团体治疗 (supportive-expressive group therapy, 简称为 SEG T)，已见诸许多报刊⁴²，并被广泛授于心理肿瘤学的专业人员⁴³。SEG T 也用于其他相关情况：如患有原发性乳腺癌的女性，患这种疾病的大部分妇女预后良好，也适用于有遗传史和家族乳腺癌史的妇女。在同质团体中，团体治疗效果尤佳。团体治疗可以以 12 周为一疗程，每周一次，最后 4 次可调整为一月一次，主要作为整个疗程的提升，这样完整的疗程即是六个月。这一治疗主要针对成员对待死亡的态度：如何看待生命的不确定性、如何应对乳房切除后的体形变化、如何面对以前认为自己坚不可摧的幻觉。团体成员对死于乳腺癌亲属的悼念和哀丧都可成为治疗的主要议题⁴⁴。

有效性 最近 15 年的研究证实了这种治疗的有效性。SEG T 应用于乳腺癌患者和乳腺癌高危人群可降低疼痛和改善心理应对。以往认为谈论死亡会引起患者不良情绪并退出治疗已被证明是错误的⁴⁵。有一项研究证明：团体治疗能使转移性乳腺癌患者的存活期更长⁴⁶，但之后的几项研究无法重复这一研究结果。尽管如此，所有的研究都显示患者的多项心理指标明显好转，也许团体治疗并不一定能延长生命，但确能改善生存质量⁴⁷。

把 CBT 和 IPT 融入团体治疗

在团体心理治疗中融入其他形式的心理治疗是十分有益的。在这一节中，我将二种广泛使用的治疗形式融入团体治疗（集思广益而非互相排斥），供同行参考。

认知行为治疗 (cognitive-behavioral therapy, 简称为 CBT) 和人际交互治疗 (interpersonal therapy, 简称为 IPT) 主要用于个别心理治疗⁴⁸，其结构稳定，理论明晰，目前常被用作短程心理治疗。下文中有许多熟悉的概念，只是在团体治疗中应用了不同的术语而已。

千万不要被标签所迷惑。目前，在对乳腺癌的团体治疗的综述中，许多团体

治疗都声称自己是 CBT 取向,但其实这些团体治疗常常是多种治疗模式的综合⁴⁹。这一重要发现绝无例外:通常有效而组织妥善的。但声称有不同理论模型的治疗比同一理论下的优劣不同的治疗更具相似之处。在第十六章中,我对交友团体研究的一个主要结论是:有效的治疗师所表现出的行为相似性远远多于该治疗师与本学派中效差治疗师的行为相似性⁵⁰。

认知行为团体治疗

认知行为团体治疗(简称为 CBT-G)是随着对更高的团体治疗临床疗效的研究应运而生的。认知行为治疗师利用团体的舞台将个体的 CBT 同时传递给大量的来访者。请注意一个重要而基本的差别。认知行为治疗师利用团体来提高 CBT 的效率,而不是发掘我在本书中至始至终都在强调的团体舞台所固有的益处。起初,认知行为治疗师的着眼点较窄,只重视对来访者的心理教育、认知重建和行为训练,但忽视了同伴支持、普遍性、模仿行为、利他、降低病耻感、社会技能训练和人际学习。他们只把这些看做是背景益处,而忽视了凝聚力、团体进程、团队发展对个体的影响。他们认为这些因子不能干扰 CBT 的施行,甚至有人认为团体治疗会冲淡 CBT 的要素⁵¹。

我们现在已发展出的较为完备的 CBT-G 治疗,已把团体治疗中的一些基本元素整合进了目前的 CBT-G 治疗⁵²。现今团体治疗的任务和成员间的关系不再那么具有对抗性了。

根据 CBT 理论,心理障碍是人们信息处理过程的受损和社会行为强化模式受阻的结果⁵³。尽管思维、情感和行为相互关联,CBT 理论认为:人的思维居核心位置,自动地支配人的意识,左右人的情绪和行为。因此,认知行为治疗师企图通过探究、哲理性对话、自我审视和自我觉察来识别和认识这些思维。

一旦这些支配意识、情感和行为的自动思维被识别,治疗师就会进一步探索来访者的境遇性观念:“如果……就会……”这种境遇性观念将被转变成假设,使来访者通过获取驳斥或证实这些观念的现实证据而进行系统地检验。这种不断的系统检验逐渐形成了来访者的核心信念,这种核心信念是个体自我意识的主要成分。

如何去发现核心信念呢?核心信念主要分为两大类,即关系和能力。“我的生命有价值吗?”“我努力奋斗,最终能取得我想要证明自己价值的结果吗?”人际心理治疗师认为:每个人的这两种核心信念相对固定,但常常会因比较时对象的不同而产生改变⁵⁴。一旦不良的核心信念被察觉(如我一无是处),那么治疗就应

针对这种信念使之更适合环境,更具自我肯定性。

CBT 团体治疗可用于各种临床症候群,如急性抑郁⁵⁵、慢性抑郁⁵⁶、心境恶劣⁵⁷、抑郁复发⁵⁸、创伤后应激障碍⁵⁹、饮食障碍⁶⁰、失眠⁶¹、疑病⁶²、家庭暴力⁶³、惊恐⁶⁴、强迫⁶⁵、广泛性焦虑⁶⁶、社交恐惧⁶⁷、愤怒控制⁶⁸和精神分裂症⁶⁹等。

在上述疾病中, CBT 团体治疗取得了实质性的、长久的治疗效果。CBT 团体治疗的效果不逊于个体 CBT 治疗,而且脱落率较低。但是,其中对创伤后应激障碍的团体暴露方法脱落率较高,团体成员常常很难忍受强烈的创伤性事件的情景再现。这种状况下,短程治疗常难奏效,脱敏治疗需要一定的时间⁷⁰。

CBT 团体治疗的具体应用可根据各类团体成员的特点,需要针对性地实施。但是,所有 CBT 团体治疗都应具有共同的特征⁷¹:同质团体、时间固定、相对短程,一般 8 ~ 12 次,每次 2 ~ 3 小时⁷²。治疗注重规程,聚焦于重点议题,强调认知和行为的改善。治疗师应明确团体中每一成员对治疗进程都负有责任,每次治疗间隔期应完成家庭作业,如要求成员觉察和记录自己的自动思维,以及这些自动思维如何影响心情,或者要求成员完成行为作业——挑战自己的回避行为。

对家庭作业的评述是 CBT 团体治疗的重头戏,也是这一疗法与互动团体治疗的区分点。后者特征性的治疗手段之一,即是以热流程(hot processing)取代家庭功能中的冷流程(cold processing)⁷³。换言之, CBT 团体治疗是用言语表述家庭功能,而互动团体是此时此地地重演真实的家庭功能场景。

因此,成员的状况和治疗进展常常可通过他们的自评问卷而获得,作为常规反馈,治疗师可根据反馈情况调整治疗内容和方向。

治疗师可应用或组合应用多种策略和技术,并同成员一起探讨应用后的效果⁷⁴。这样做有利于将成员所面临的困难分解,各个击破,以避免引起成员对问题的合理化、夸大化和扭曲化。成员会被要求:

- 记录自动思维。使潜隐的思想明晰化,并将之与情绪和行为相联系,如“我永远找不到意中人”。
- 挑战自动思维。挑战负性思维;发现思维的偏差;探寻自动思维后面的个人臆断,如:“假如我下班后不跟他们去喝两盅,我就不能与人真正交往”。
- 监控心境。探索心情与思维和行为的关联,如:“没人邀我同去食堂午餐,我就开始感到不爽”。
- 建立刺激等级。标明引起焦虑事件的等级,然后从易到难,逐级面对,如社交恐惧者可由低至高逐级标明恐怖场面,逐级适应,消除消极情绪和回避行为。例如,患有广场恐怖症的来访者将会建立有关“地点的等

级排序”，从引起最小焦虑的到最具挑战性的地点。如星期天早晨和伴侣一起去教堂可能处于焦虑唤起等级的最低级别。夜晚独自前往新开的商场购物可能是最高级别。逐级的暴露最终使得来访者得以脱敏，消除了焦虑和回避行为。

- **监控行为。**追踪自己的时间和精力的去向，如监控自己花了多少时间来反思工作能力，而这又是如何影响自己完成所需的任务的。
- **解决难题。**列举日常问题，寻找答案。治疗师可通过分析、判断，帮助成员难题分解为数个可操作、可控制的部分，改变成员对问题的认识。
- **学习放松。**通过肌肉放松训练、导向性想象呼吸训练和冥想，降低紧张情绪。
- **危险评估。**识别成员紧张情绪的来源和应对紧张情绪的资源，如检验成员是否认为惊恐来源于心脏病发作，然后利用深呼吸训练来改善情绪焦虑。
- **通过心理教育来获取知识。**如焦虑症的心理机制的知识讲座。

CBT 团体治疗社交恐惧症是最具典型特征的例子⁷⁵。每个团体由 5 ~ 7 人，共 12 次，每次 2.5 小时。团体治疗前后，是否要进行成员的个别会晤视情况而定。每次聚会都由初始议题与检查、中间工作阶段和结束部分的回顾所组成。

最初的两次团体治疗主要用于检视成员自动思维出现的状况和唤起的焦虑情绪，如“我如果发表见解，就必定当众出丑，让人笑话”。治疗师教授技巧，挑战这种自动思维和逻辑。“你在这里也担心你的表述会招致难堪，可事实上团体成员都反复告诉你，你的叙述清楚明白。”以此，促进成员重新审视自己的观点。

中间的几次团体治疗着重解决各成员的具体问题，布置家庭作业，在团体内模拟现实场景，让成员反复暴露于焦虑情绪中。最后几次治疗要巩固已取得的进展，识别今后可能诱发焦虑的情景。因此，整个疗程包括识别功能不良性思维、挑战这些思维、重组思维、改善行为。

IPT 团体治疗

个体人际治疗由 Klerman 和他的同事创建，现已被团体治疗所用⁷⁶。CBT 认为心理障碍来源于个体信息处理和行为强化过程的功能紊乱，与此相仿，个体人际治疗（IPT）认为心理障碍等来源于错误的人际关系，只要个体的社会功能和人际相处功能改善，症状（抑郁或饮食障碍）也会随之改善。因此，这一学派较少强调清除症状本身，而是更注意症状的性质、原因和产生的影响。

团体 IPT（简称为 IPT-G）强调，来访者通过获得人际交往技能和策略来应对

社会和人际冲突⁷⁷。实施的团体 IPT 不但是由于团体治疗的效率更高,更重要的是,团体治疗使人际交往问题在团体成员的互动中更为具体。起初,团体 IPT 主要用于饮食障碍团体,但近年来已广泛用于抑郁、社交恐惧和创伤⁷⁸。它可单独使用,也可合并或与药物治疗交替使用⁷⁹。团体 IPT 也适用于其他文化背景(已被证实可应用于乌干达地区),而且,缺乏心理治疗背景的受训人员也较容易学习和掌握⁸⁰。

团体 IPT 的原理类同 IPT,十分倡导积极的、支持的理解和合作性咨访关系。团体成员的交往类型在治疗前的个别访谈时被评定,并被分成下列四类中某一类:抑郁、角色不清、角色转变、人际缺陷。自陈式问卷可以用于改善成员的关注点、测量治疗进程。最常被使用的自陈式测量工具涉及了来访者痛苦的主要方面:心境、饮食行为或人际模式。通常,每个来访者会设立 1~2 个治疗目标,使成员聚焦并开始治疗。

常规治疗包括 1~2 次治疗前个别访谈;8~12 次团体治疗,每次 90 分钟。之后 3~4 月中,治疗师对成员个别随访;在治疗中期,有时也可进行一次成员个体评定。应该在团体治疗中安排调压阶段,即在高强度治疗阶段后的几个月中应安排有规律的间隔的治疗阶段。

团体 IPT 疗程包括初始的介绍熟悉期、中间的工作期和最后的巩固与回顾期⁸¹。每次治疗的书面总结(见第十四章)在下次开始前可分发给各成员。

在团体治疗初始期,成员展示自己的目标,这有助于逐渐产生凝聚力和普遍性。治疗师和各成员间互相给予心理教育、人际问题的解决、建议、反馈等。理想的治疗师应表现出积极关注、支持和鼓励。对移情主要是掌控而非探究。应鼓励成员分析并澄清自己典型的交流的模式,但并不急于着手解决人际紧张。

团体 IPT 和本书所描述的人际互动模式之间究竟有何不同?在时程较短、目标有限的治疗中,团体 IPT 不太注重此实此地,也不强调团体作为社会缩影的功能。这种做法减低了成员间的紧张或潜在的成员间离散。(重视这些冲突可能有利于长程治疗中的远期目标,但对短程治疗则弊多利少。)这样,通过支持和榜样作用,团体治疗形成了一种重要的社会网络。在一些特定的场合,也可采用此时此地方法,并将之与成员的治疗目标和关注点联系起来。

自助团体和网络支持团体

在现代团体治疗的大家族中,如果不把自助团体的网络团体计人在内的话,就显得不够圆满了。

自助团体

现今加入自助团体的人群日益壮大。1997年的一项调查表明,1996年有1000万美国人参加了各类自助团体,过去几年中累计有2500万美国人曾参加过自助团体。此调查中所指的自助团体是指没有专业人士带领的团体,但实际上,半数以上的团体都有某种程度的专业人士在指导。以此类推,事实上,在过去几年中,共有5000万人参加了各种形式的自助团体,这一数字已超过了接受专业心理/精神医学治疗的总人数⁸²。

尽管对此类无专业人士指导的自助团体的疗效进行评价很困难——因为参与者常常是匿名的,无法追踪随访,无法客观记录,但仍有一些系统研究证实其有效性。参与者对这种形式好评如潮,普遍反映自己的应对技巧和日常状态有明显改观,对自己的状况有了更多的了解,较少去医院看病^{83*}。

上述结果使研究人士开始呼吁职业心理健康与民间自助团体之间更积极的结合。有没有一种方式使自助团体能弥补社会需求与有限医疗资源间日渐扩大的空缺⁸⁴?自助团体的优势之一即是便捷,目前,约有500多个自助团体机构可通过网络、电话为消费者提供服务平台。其中包括美国自助网页对话(American Self-Help Clearinghouse)、国家心理健康自助网页对话(National Mental Health Consumers Self-help Clearinghouse)等。

自助团体几乎家喻户晓,任何种类的痛苦、行为怪癖、奇闻异闻都有可能见诸网络,其范围远远超过了精神病理学的范畴。各种机构的诞生也犹如雨后春笋。如:戒酒戒烟协会、康复公司、深情友团(居丧团体)、创伤心灵(心脏病团体)、体重警视团体、节食协会;另有一些分类更精细的团体,如脑外伤亲属团体、同性恋戒酒会、成人继发耳聋会、青年耳聋戒酒者会、伤心妈妈团体、犯罪受害者协会、领养支持者团体、朋友圈(自杀者朋友团体)、被谋杀儿童父母会、心梗存活者团体。有些团体逐渐演变成社会性团体,如反醉驾母亲会。

尽管自助团体可形成各种各样的治疗团体,但与真正的治疗团体有本质的不同。自助团体应用了各种疗效因子,特别是凝聚力、普遍性、模仿、希望重塑和宣泄。但一个重要的例外是,人际学习在自助团体中作用很弱⁸⁵。在没有训练有素的治疗师在场的情况下,自助团体很难有组织、有目的地聚焦于此时此地。一般自助团体相对团体治疗来说,较少探究成员的个性,较少面质,但积极的支持性陈述

* 一项大规模的元分析研究结果显示,自助团体对成瘾问题成员会有所帮助,但是,并未证实有生理疾病的来访者在这样的自助团体中获得的客观的疗效与其在多大程度上重视这个团体有关。

要多得多⁸⁶。

许多自助团体倾向于采用连贯性好、联系实际的认知理论框架。这样使作为团体非官方领导人的老成员能言简意赅地把团体活动介绍给新成员。团体成员大多能通过普遍性、希望重塑等疗效因子而获得益处、而那些能积极参与、体验到凝聚力因子的成员收益更大⁸⁷。

自助团体为何能蓬勃兴起并经久不衰，其原因在于这种团体形式开放，来访者容易加入，通过与人分享即能获得心理支持。团体成员间的帮助力量源自内部而非源自外部，即这种支持来源于团队所唤起的内心体验，而非来源于专家的教诲。相同的经历使成员互相成为同伴和专家。建设性比较甚或激励，只可能来自于这样的同伴而非外部的专家。成员同时是支持提供者和接受者，他们可以从两种角色中获益——自我价值感通过利他而提升，通过观察别人如何战胜相似的困难而获得希望。病感和依赖因此而减轻。众所周知，被动和回避的应对会削弱功能预后。而正如在自助团体中所见的主动和积极的策略将提升功能预后⁸⁸。

一些不为医务人员重视的小病在自助团体中也能得到关注。在这样的团体中，能有效地使成员感到被接受并感到正常化。这对具备病耻感的成员尤为有助⁸⁹。

物质滥用的团体是自助团体中最常见的形式之一。在世界150个国家中间有10万个匿名戒酒会存在⁹⁰。十二步骤法不仅在匿名戒酒会中应用，它的变体也在许多其他专业服务提供者和许多其他自助团体中被广泛应用，如麻醉药品滥用者互助会、匿名戒饯会、性成瘾者匿名协会、匿名戒赌互助会等。尽管有些自助团体的成员会反感匿名戒酒会中有关灵性的主题，但有研究表明，如果成员对此不感兴趣，并不会影响效果⁹¹。

尽管十二步骤法并不需要专业人士指导，但其他的自助团体（半数以上）有专业人士参与，此人作为团体领导者，组织和提供指导和告诫。有时精神卫生专业人员帮助建立自助团体，然后退出，让其自行运作⁹²。任何专业人士为团体领导时都应知晓：过分地充当专业指导角色有害无益，专业人士只作为团体一员，反而有助于团体良好运行。

最后，专业人士不应视自助团体为竞争对手，而应充分利用此类资源。正如我在第十四章中所言，许多来访者能分别从团体治疗和自助团体中获益。

网络团体

仅仅几年之前，网络心理治疗团体还被看做为一种怪诞不经的奇思异想。今天这已是全世界成千上万的人们的真实的生活体验了。看看下面这些数字：1.6 亿

美国人使用网络；其中6300万人通过网络了解健康信息；1500万人听取网络讲座；最近一项民意调查显示：167万人参加网络支持团体⁹³。

网络团体采取多方交谈的同步形式，或采取登录发帖的非同步形式。团体可能有时限或者持续时间可能并不确定。在许多方面它都处在不稳定的状态下：在它的演化中尚未见有清晰的结构和固定明确的程序，有的网络团体有人带领或有人主持，有的则没有专业管理投入。主持者的责任在于调整、编辑和选择张贴帖子，以使治疗性的机会和团体功能最大化⁹⁴。

我们如何看待这种趋势？网络团体的支持者可列举许多优点，如网络团体这一形式可兼顾那些有意参加团体而因为地域、躯体原因或思想顾虑无法直接面晤的人士。另外，有病耻感的人群也偏好相对自在的网络形式。许多意欲寻求帮助个体也通过网络投石问路、探听虚实，以决定是否参加团体面询。除此之外，网络团体有助于个体演练、精心编制和微调自己的人生，来创造自己理想的超脱世俗的人生意义⁹⁵。

我最近的一次体验使我大开眼界。我作为美国团体治疗在线培训的指导老师之一，参与了一个非同步（发帖）、有主持者的创伤治疗网络团体。全球共有2000余人登录，其中一部分人参与跟帖讨论。整个过程十分活跃，主持者也如众多参与者一样，根据信息内容，跟帖发表自己的观点。尽管大家各自从未谋面，但我们都能感受到我们共在同一团体，共同讨论，共同终止。

网络支持团体有其本质的缺陷，这种现代技术的弊端是缺乏信息的可靠性和保密性。参与者可能有意无意地发出错误信息，一些内容和事件也可能凭空杜撰，而且由于缺乏面对面的非言语交流，也可导致情绪的交流受限甚或曲解。有些专家担心网络形式可能会使真正需要帮助的人远离专业人士，或使参与者脱离现实的支持，而寻求网络的安慰⁹⁶。但切记，网络团体作为一种团体，它自有它的游戏规则，这种团体完全有可能会受到其他影响，如不良的团体思想、反团体行为、不良团体压力、过分激进或使某个成员成为众矢之的⁹⁷。

专业人士加入网络团体也存在伦理问题^{*}。专业人士必须澄清他在团体中的责权，如团体如何付费，紧急情况下专业人士责任的限制他们必须获得进入团体的知情同意，承认保密性的限制，并为安全交流提供平台。他们必须确认团体成员知道如何联系专业人士，以及紧急时如何联络。注意：由于地域原因，各地医疗保

^{*}美国咨询协会对网络治疗提出特殊的伦理规范（美国咨询协会，“网络咨询的伦理标准”，1999；欲见详情请登录www.counseling.org）。其他机构，如美国心理协会，还未能把网络咨询和面询作区别。但可以肯定的是，未来将有新的特许机构或专业组织来负责管理该事项。

险公司的条例不尽相同。某个州执业的治疗师也许不能接诊另一个州的来访者⁹⁸。

同时,社会各界对网络团体的质疑声也不绝于耳,网络团体究竟是否有效?如是,这种作用是由于特定干预方法还是普通支持所导致?团体治疗都可转为网络团体吗?这有利于降低治疗保健费用吗?网络团体治疗师需要哪方面的资质?治疗师能像面询一样顺畅地表达共情吗?

尽管网络支持团体这一事物还处于萌芽状态,但已有一些早期结果可供观察。缺乏非语言交流可能是这种团体的短处,但对研究团体状况来说可算是个福音,由于网络中全部的团体互动状况都记录在案,十分便于观察研究。

在一项研究中,研究者把针对降低孤独感的认知行为面对面团体治疗改良成同期网络团体形式⁹⁹,有治疗师引导,共12次,每次2小时。结果,19名参与者的孤独感都有不同程度的降低并持续了四个月。尽管样本有限,但研究者展示了把面对面团体应用的技术成功地应用于网络团体的可行性。

学生是应用网络的主要群体,也是公共卫生推广和研究的对象。以一个非同期、有主持者的网络支持团体为例,它旨在预防青少年和年轻女性饮食障碍现象¹⁰⁰,用网站形式提供健康教育,鼓励参与者发表对自己的身体、饮食的观点及对教育的反馈。女孩可以通过主持者发帖子,谈个人感想及克服饮食障碍的体会。这一团体有效改善了参与者的体重、躯体形象、饮食态度和行为¹⁰¹。

一项对60名大学生的研究表明,研究者把学生团体治疗项目引入网络团体共8次,团体有主持者且是同期的。他们发现,同期网络团体有助于扩大参与者的获益¹⁰²。

另一项有103人参与的针对抑郁情绪的非同期网络团体的研究发现,参与者对团体高度评价,前两周至少有四个小时上线。其中80%的参与者之后继续接受面对面治疗,把网络团体作为辅助支持,而不是传统治疗的替代品¹⁰³。其中一名参与者根据自己的体验描述了网络支持团体独有的好处:

我发现登录信息栏对于没有现实社会支持的人来说无疑是个福音,我真愿意借助网络与人交流而不是与人面对面交流。网络能让我真实地表现自己,说自己想说的,网络可让我避开团体治疗或个体治疗可能出现的窘境,因为抑郁情绪涉及许多羞愧、自尊的内容。我并不想说,网络可以替代专业人员的帮助,但网络的确支持和鼓励我自身修复¹⁰⁴。

综合健康增进支持体系(Comprehensive Health Enhancement Support System)是威斯康星大学一个久负盛名的网络团体,为患有艾滋病、癌症的人以及老年痴呆病人的照料者提供支持。这一团体有三大要素:第一,通过在线专家和问卷专

栏提供相关专业知识；第二，主持者提供信息交流平台，使参与者能分享各自的经历及对他人经历的感想；第三，帮助参与者形成并执行行为计划，如在照料别人的时间中安排出时间照顾自己。许多年来，成千上万带有不同医学问题的参与者完成了对这些干预的效果的评价问卷。报告出的益处包括减少住院天数、增进与医务人员的交流、增强自我力量感¹⁰⁵。

有人报道了两种乳腺癌网络团体。第一个项目评估了：72 名原发乳腺癌患者，疗程为 12 周，有主持者，团体为基于网络的非同期团体，治疗结构取自支持表达团体模式（见前述），它类似于乳癌患者的同伴支持小组。这些参与者的抑郁和与癌症相关的应激减少。参与者一般一周上线三次，而且利用这一团体经验而发起的非正式支持网络在这个 12 周疗程结束后仍持续存在着¹⁰⁶。

第二个项目包括 32 个原发乳腺癌患者，该团体是一个为期 16 周的同期治疗团体，有专业人士带领。参与者的抑郁症和对疼痛的态度也都有好转¹⁰⁷。

所有的网络团体都发展出了各自独特的规范和动力。对上面两个团体的分析表明，有专业主持者的团体更多表达负性情绪，这利于降低抑郁¹⁰⁸。在网络团体中，主持者激发、包容和探究强烈感情的技巧与面对面团体中同样重要¹⁰⁹。

在治疗服务中，网络团体是新生事物。如果网络确实有助于我们互相进行有意义的联系，那么，我们将乐于接受这一惊喜：科学的奇葩应增进而非降低人类交往。

第十六章

团体治疗：直系和旁系

在20世纪六七十年代，交友团体现象如雨后春笋，风靡全国。许多人参与到当时被称作“正常人治疗团体”的小型团体中。今天，当我向学生提及交友团体时，他们通常会投来疑惑的目光——“那是什么？”虽然交友团体很大程度上已是明日黄花，但它们对团体治疗的影响力直到今天仍然存在。

当今的团体治疗师应当对此有所知晓，至少应具备部分知识，原因如下：

1. 正如我在第十七章中所说，一个适当的团体治疗师的培训课程应当包括一些个人的团体体验。很少有培训项目为实习生提供传统的团体治疗，但他们提供某种交友团体，今天经常被称作“过程团体”。（我暂且把所有体验性团体都称为交友团体。）因此，许多团体心理治疗师都是通过交友团体这扇大门而进入团体治疗领域。
2. 当代团体治疗的形式被交友团体深深影响。没有治疗和交友传统之间的异花授粉，就没有团体治疗的历史性发展和演变。
3. 可能会让人惊奇，交友团体（或至少是交友团体所源自的传统）是发展最好、最成熟的小团体研究技术的原因。比较而言，早期的团体治疗研究比较粗糙且缺乏理论，但本书中我所引述的许多实证研究都根源于交友团体传统。

在本章中，我提供了关于交友团体的精益概述，并从三方面展开讨论。读者若想进一步了解交友团体的出现、兴起以及衰落的更多信息（本书前一版本中有关交友团体的章节），可以登陆我的网站：www.yalom.com。

什么是交友团体？

“交友团体”是一个粗放的、不精确的通用术语，它包含了一系列形式，并且有许多别名：关系团体、培训团体、训练团体、情感团体、个人成长团体、马拉松团体、潜力团体、知觉意识团体、基本交友团体和经验团体等。

虽然名义上的说法众多，五花八门，但所有这些团体都有类似特征。它们的规模在8 ~ 20人——大到足够进行面对面互动，但又小到可以保证每个成员都有机会参与互动。这类团体通常有时间限制，团体活动经常被压缩成几个小时或者几天。这种团体之所以被称为“体验性团体”，是因为团体活动在很大程度上聚焦于个体自身的感受，即此时此地。他们无视传统礼节，并且鼓励冲破社会传统的束缚；他们珍惜人际间的诚实、追求直面人生、提高的情感表达和自我暴露。团体的目标往往很模糊：他们有时仅强调体验——如愉悦、轻松和及时行乐——但更多时候，他们却在寻找行为、态度、价值观、生活形式、自我实现方面以及对他人、环境、自身的关系上的有意义的改变。参与者通常被当做“追求者”和“正常人”，而不是“来访者”或“病人”；同样，这种经历被认为是“成长”，而不是治疗。

交友团体的前身与演化

“交友团体”一词变得流行是在20世纪60年代中期，但体验性团体在此之前已经存在了20年了，此前通常称为训练团体（T-group，T代表人际关系的训练）。

最早的训练团体（体验性团体的始祖）始于1946年。下面是它诞生的故事。康涅狄格州通过了一个平等就业法（Fair Employment Practices Act），并聘请了杰出的社交心理学家库尔特·勒温（Kurt Lewin）训练领导者，以使他们可以有效地解决种族群体间的紧张，协助改善大众的种族态度。于是，勒温成立了一个工作坊，包含了许多10人的小团体。这些团体用当时的传统方式带领；基本上是讨论性团体，分析团体成员提出的“归家”问题。

勒温坚信，“没有离开实践的研究，也没有离开研究的实践。”于是，他指派研究观察员记录并编码小团体的行为互动。团体领导者与研究观察员晚间开会，把对领导者、成员和团体行为的观察进行整合。不久，某些团体成员得知有此晚间会议，请求参与。工作人员无奈下同意了，因为他们害怕暴露自己的不足，而且不确定如此公开讨论团体成员会有什么后果。

最终，成员们被允许尝试性地参加及观察晚间会议。记录这次经历的观察员报道：工作人员与参与者都有“触电”的感觉²。目睹他人深入地探讨自己的行为，是很震撼的。不久，晚间会议的形式扩大为允许参与者发言；紧接着，所有聚会均围绕着分析与阐释他们之间的互动展开。数晚以后，所有参与者都出席晚间会议，会议通常持续3小时。成员们普遍认同晚间会议可以使他们对自己的行为有更新更广的理解。

工作人员马上认识到，他们（甚至有些意外地）发现了人际关系教育中一个强有力的技巧：体验式学习。成员研究他们被纠结于其中的互动网络，因而获得最有效的学习。（在此，你应该能认识到当代团体治疗中此时此地的根源了）。工作人员发现，成员被客观地面质、聚焦于观察自己的行为及该行为对别人的影响，因而受益匪浅。观察者指导成员认识到自己的人际交往模式、他人对此模式的反应以及一般的团体行为。

从此，研究便卷入了训练团体的架构中——不仅是正式的研究，还包括一部分领导者的研究态度，领导者与团体成员在研究中通力合作，使参与者去体验、理解并改变他们的行为。这种研究态度加上作为一种教育技巧的训练团体概念，在20世纪五六十年代逐渐发生了改变，因为罗杰斯和弗洛伊德学派的临床工作者开始加入到人类关系实验性训练中，而且把重点更多地放在人际交往和个人改变上。

这些临床取向的领导者特别强调此时此地，不主张任何对外界事物的讨论，包括理论、社会性和教导性的反思，或者任何“彼时彼地”的关联问题，包括“追溯”当前问题的根源或者过去的个人历史。我在20世纪60年代加入并领导了交友团体，在里面，领导者通常以唯一的要求开始——“让我们努力将讨论集中在此时此地”。这听起来好像不太可能，但它却很有效。有的时候开始有长时间的静默，随后成员开始描述自己对此的不同反应——焦虑、困惑、不耐烦或者无所适从。这些对沉默和领导者指示不同反应，都是启动团体活动所必需的，在短时间之后，团体将会逐渐升温，最终活动开来。

此外，对于此时此地这一焦点，训练团体在技巧方面的革命性突破，对心理治疗团体产生重大的影响。其中最重要的四种团体技巧包括反馈、观察性参与、解冻和认知辅助。

反馈

反馈，这一从电气工程学里借来的术语是由勒温（当时任教于麻省理工学校）

首先应用于行为科学中的。早期的团体领导者认为，社会的重要缺陷在于个体很少有机会从他的关系网——老板、下属，丈夫、妻子、教师、学生等——中获取正确的反馈。反馈已成为所有训练团体中（以及随后所有的交互式治疗团体中）的重要组成部分，且在下列情况下最为有效：得自于此时此地的观察；尽可能紧随事件；信息接受者与其他成员进行核对，以建立效度并减少知觉上的扭曲。

参与式观察

早期训练团体的领导者认为，观察性参与是参与者卷入团体的最理想的方法。成员不仅需要真诚地投入，同时还须客观地观察自身和团体。通常，这个任务相当困难，成员们会对训练者迫使团体经受客观分析团体的企图感到愤怒。然而这个双重任务对学习而言是十分重要的；只有行动或智力的审视，收效甚微。加缪曾写道：“我的最大的愿望是在忘我的境界中，保持清晰的头脑。”同样，当成员同时拥有认知评价与情感体验时，训练团体（治疗团体也同样的）是最有效的。

解冻

解冻，同样摘自勒温的变化理论⁴，意指瓦解一个人固有的信念体系的过程。在改变发生之前，个体必须先产生改变的动机。个体必须在协助下才会重新审视自己一贯的关于自身及其人际关系的假设。原先熟知的必须变得陌生，如此，许多一般的信念、社会习俗、地位象征和日常程序会在训练团体中被消除，个体自身的价值观和信念受到挑战。对团体参与者来说，这是最不舒服的状态，而忍受该状态只能在特定条件下，只有体验到团体是个安全的场所，才能不惧挫败地接受新信念并付诸行动。尽管“解冻”是一个陌生的临床概念，但是对固有概念的审视和挑战是心理治疗的核心部分。

认知辅助

训练团体参与者用于组织其体验的认知指导，通常来自于训练团体领导者或其他工作人员的简短发言。此种方式影响了认知辅助在当今心理教育与认知行为

	自知	自不知
他知	A	B
他不知	C	D

图 16.1 乔哈利窗

取向的团体治疗中的应用。一个应用于早期训练团体的例子是乔哈里窗（Johari Window）⁵，一个区分反馈与自我暴露功能的人格四分表，见图 16.1（我选择它的原因在于它在当今的治疗团体中仍被证实十分有用）。

A区“自知及他知”，是自我的公开区；B区“自不知而他知”，是自我的盲区；C区“自知而他不知”，是私密区；D区“自不知且他不知”，是潜意识区。领导者建议，训练团体的目标是要借助反馈减小B区（盲区），并通过自我暴露缩小C区（私密区），从而加大A区的范围。在传统的训练团体中，D区（潜意识区）是被排除在外的。

正常人的团体治疗

在20世纪60年代，临床导向的交友团体领导们，开始采用一种被称为“正常人团体治疗”的T团体模型。他们强调个人成长⁶，虽然他们仍然认为经验团体是教育的工具，但不是治疗的工具。他们提出了一个更广阔、更加人性化的教育概念。他们认为，教育不是获得人际和领导技能的过程，也不是对机构和团体运行的理解；教育只是一种综合的自我发现，是一个人潜力的全面发展。

团体领导者与正常的健康成员一起工作，实际上，和那些虽然从一些客观标准的角度看是获得了巨大的成功却依然经受着巨大的紧张、不安全和价值观冲突的人一起工作。团体成员中的许多人，为容貌、公共形象的塑造而耗费精力，不遗余力。这些成员无视自己的真实需要，随时保持高度警惕，唯恐任何的不确定感或令其不适的昭然若揭。

这种状态不仅限制了成员与他人的交流，同时也限制了他们自身。领导者指出这些，目的是为了消除惯常的自我责备状态，那些成功人士逐渐接受这一现实，并且尝试着避开对自我形象的内部和外部攻击，因而就达到了一种平衡的状态。但是，这种平衡需要成员付出昂贵的代价：投入大量的精力以维持内心的和人际交往之间的区分，而本来这些能量完全可用于自我实现。这些领导者为团体成员设立了雄伟的目标——需要成员们与提倡竞争的美国文化作不懈的斗争。

当团体目标从传统的教育转变成个人改变，团体的名称也从训练团体（人际关系训练）或敏感度训练团体（人际敏感度训练），转变成更符合团体基本信念的名称，如“个人成长”、“人类潜能”、“人类发展”。罗杰斯所提出的“交友团体”强调成员间、领导者与成员间及每个成员内在各部分间基本真诚的交流。该名称成为20世纪六七十年代标榜“和盘托出”（let it all hang out）的体验性团体最流行的称呼。

心理学的第三势力（继弗洛伊德的心理分析学派与华生—斯金纳的行为学派之后），强调整体性的、人性的观点，从另一方面为交友团体提供了原动力与结构。

心理学家马斯洛、G·奥尔波特、弗洛姆、罗洛·梅、皮尔斯、罗杰斯和布根绍尔（以及站在他们背后的一些存在主义哲学家尼采、萨特、蒂利希、雅斯贝尔斯、海德格、胡塞尔）都强烈地反对行为学派的机械模式，也反对分析学派的决定论和简化论。他们问：人在哪里？意识、意志、决定、责任以及对存在之根本及宿命的认识与关心又在哪里？

这些影响使团体的目标更加广泛而模糊，即个体全面提升。团体的时间被用于静思、听音乐和诗歌。团体成员被鼓励说出他们最关心的事，重新检视这些基本的生命价值，以及它们与自己生活形态间的分歧，遭遇他们虚假的自我，探索久被掩藏的部分（如男性较温柔、女性化的一面）。

与心理治疗领域的冲突不可避免。交友团体宣称为正常人提供治疗，然而“正常”是虚假的，因为每个人都是患者。什么是疾病？疾病是一种摒弃人性的、逃避式的专家政治。解药是什么呢？就是要回归人类最基础的问题，什么是解决问题的工具？是交友团体。医学模式不再适用于精神疾病。精神疾病与健康间的区分越来越模糊，治疗与教育间的区别亦是如此。交友团体的领导者宣称，病态心理无处不在，治疗是如此之好而不应仅应用于疾病治疗，因为人无需通过生病才能变得更好。

领导者角色

尽管交友团体与心理治疗的发展一衣带水，但在团体治疗师和交友团体领导在基本角色上有巨大的差异。在交友团体出现的时期，许多团体治疗师把许多不同的规则引入了治疗。他们有的转移个体治疗的精神分析风格到团体，并且刻意保持其晦涩和迷惑性。他们极少是坦率的，对自我暴露持职业性的审慎态度，使得成员们经常为治疗师们权威的和睿智的话语和行动所倾倒，而很少考虑其内容。

交友团体领导者有非常不同的行为方式。他们更加灵活、实际，更加自我展露，用自己的贡献而赢得威信。团体成员认为团体领导更加现实，他们除了在特殊领域有优秀的技能和学识外，其他方面与成员们是相似的。另外，领导者传递的不仅是知识，还有技能，帮助团体成员学习确定和解决人际问题。通常，他们像老师——比如，详细解说某点理论或者介绍团体训练方法，口头传授或身体力行，供团体成员参考。非常有意思的是，当代治疗团体领导者在认知行为团体模型建设中再次展露出灵活性和强调实践的态度。

交友团体的有效性

在早期，研究训练团体的社会心理学家对训练团体历程与效果进行了大量严谨的研究。其中不乏许多至今仍可称为具想象力、深思熟虑的研究典范。

对于团体在改善行为及人格的有效性方面，最广泛的控制性研究是在1973年由Lieberman、Yalom和Miles进行的。我相信，该研究与团体治疗有极大的关联，而且由于我常在本书里引用该研究的发现，所以我将简要介绍一下该研究的方法和结果。（该研究设计和方法很复杂，我仅谈及与本话题有关的主要特色，建议感兴趣的有心人登录www.yalom.com，参阅该项目全文。⁷）

参与者

我们在斯坦福大学开了一学期的体验性团体课程。210人选修该课程，并被随机分配至18个团体中，每个团体在12周内聚会总时间为30小时。69名与参与者相似却没有加入团体的人，作为控制组，同样完成所有的效果研究工具。

领导者

因为研究的一个主要目标是探讨领导者技巧对结果的影响，所以，我们选用不同理念流派的领导者使领导风格多样化。我们从以下十个流派挑选有经验的专业领导者：

1. 传统的训练团体
2. 交友团体（个人成长团体）
3. 格式塔团体
4. 感官察觉团体（埃萨林团体）
5. 沟通分析团体
6. 心理剧团体
7. 锡南浓团体
8. 精神分析取向的体验性团体
9. 马拉松团体
10. 录音带交友团体（领导者）

共有18个团体。210人参加了这18个团体，40人（19%）在团体治疗至一半以前脱落，170人完成了30小时的团体体验。

我们在测量什么？

我们最感兴趣的是检视团体的效果，以及效果、领导者技巧和团体历程各变量间的关系。为了评估效果，每个参与者均在开始前、结束时及结束后、6个月接受全套的心理评估⁸。

领导者风格由受过训练的评估员进行研究，他们观察所有的聚会并编码了领导者的所有行为，在聚会的录音带和会议记录中，领导者所有谈话都被记录并分析，此外还让参与者填写问卷。历程资料由观察者收集，来自于每次聚会结束时参与者填写的问卷。

结果：我们发现了什么

首先，参与者的陈述是十分正面的，团体结束时，完成团体体验的170名被试，认为团体是“愉快的”(65%)，“有建设性的”(78%)，是“一个好的学习体验”(61%)。超过90%的人认为交友团体应成为大学里常规的选修课程。团体体验结束6个月后，参与者狂热已熄，但整体评价仍然是正面的。

参与者的陈述表露出如此多的意义。客观的评估工具又如何呢？每个参与者的结果（以所有的评估工具来判断）可分别纳入以下6个种类：高度的学习者、中度的改变者、无变化者、负性改变者、受伤者（由于团体而造成明显的，持久的、心理方面的补偿失效现象）以及脱落者。206名实验组被试的结果和69名控制组被试的结果见表16.1（4名参与者因日程冲突而离开团体；表中“短期”指团体结束时，“长期”是指6个月后随访时）。

表 16.1 所有参与者的改变指数

		受伤者	负性 改变者	脱落者	无变化	中度 改变者	高度 学习者	总数
短期	参与组	16 (8%)	17 (8%)	27 (38%)	78 (38%)	40 (20%)	28 (14%)	206
	控制组		16 (23%)		41 (60%)	9 (13%)	3 (4%)	69
长期	参与组	16 (10%)	13 (8%)	27 (17%)	52 (33%)	37 (23%)	15 (9%)	160
	控制组		7 (15%)		32 (68%)	5 (11%)	3 (6%)	47

表16.1显示,约有1/3的参与者在团体结束及6个月后的随访时,有中等或相当正性的改变。以相同工具评估控制组,结果显示,不论是正性还是负性的改变都不显著。所以,交友团体显然影响了此改变,只是改变有好有坏。改变持续的比例也很高:在正性改变者中,75%的人改变至少维持6个月。

从批评的角度来看,有人会说,表16.1显示,在所有参加由专家带领的30小时交友团体的被试中,有约2/3并无有益的体验(不论是脱落、受伤、负性改变或无改变)。

从更宽广的角度来看,我们可以这样考虑,这是大学的课程,没人期望脱落的学生从中获益。所以,让我们从资料中剔除脱落者(见表16.2),结果显示:参加一个三个月大学课程的学生中有39%的人,体检到至少持续6个月的显著而正性的改变——对一个为期12周、30小时的课程而言,这是一个不错的成绩!(当然,在当今追求更短期心理治疗的运动中,该发现是非常有意义的。)

表 16.2 完成团体者的改变指数(短期测量与长期测量时被试数分别为179人与135人)

	受伤者	负性改变者	未改变	中度改变者	高度学习者
短期	9%	10%	44%	22%	16%
长期	12%	10%	39%	28%	11%

但是,我们即使只看到高脚杯中1/3的酒,而忽视其他2/3是空的,(the goblet one-third full rather than two-thirds empty)也很难回避这样的结论:在该课题中,交友团体并非是一个高效的改变媒介。此外,其中含有一个显著的危险因子:在210个受试者中,有16个人(8%)受到心理伤害并延续至团体结束后的6个月。

因此,我们在解释结果时需相当小心,将交友团体归结为无效而危险的,将曲解资料。首先,我们不能肯定是否能将该发现类化到大学生样本以外的人群。然而,尤为重要的是,我们必须注意到这是一个笼统的结论:该资料把所有被试看成来自同一个交友团体。而事实上并没有标准化的交友团体体验;只有18个不同的团体,每个团体有不同的文化,提供不同的体验,结果也不尽相同。在某些团体中,几乎所有成员都体验到正性改变,无人受伤害;而在某些团体中,没有一个成员获益,保持未改变的人已是幸运的了。

显然,接踵而来的(与心理治疗十分相关的)问题是:在10个流派中,哪一种类型的领导者最好,哪一种最差?我们很快发现提这种问题是无意义的。领导者的行为由观察者仔细评估,其行为变异很大,并不符合我们设计时的预期。领导者所属的理论流派,与其实际行为间的关联很小。我们发现某学派(例如,格

式塔治疗)领导者的行为,与其他格式塔学派领导者的行为的相似性,并不高于其他17个领导者。换句话说,领导者的行为并不能由其所属的特定理论流派来预测。但是,一个团体的有效性,在很大程度上,取决于领导者的行为。

那么,该如何回答这个问题:哪种才是最有效的领导风格?理论学派——领导者表示自己如何作为,并没有什么价值。因此,需要用正确而实证性的方式来描述领导者的行为。我们对大量领导者行为(由观察者评定)进行因子分析后,得出四种基本领导功能:

1. 情绪刺激(通过个人冒险及高度自我暴露,做挑战性、面质性、主动性与侵入性示范)
2. 关心(提供支持、情感、称赞、保护、温暖、接纳、真诚、关怀)
3. 意义归因(解释、澄清、释义、提供改变的认知构架、将感觉与经验转化成理念)
4. 执行功能(设立限制、规则、规范、目标、管理时间、同步陪伴、终止、仲裁、建议程序)

这4种领导功能(情绪调动、关心、意义归因、执行功能)与领导力有显著的关联,而且这些功能与治疗结果有非常显著的关系。关心和意义归因与正性效果呈正相关:关心和意义归因越高,正性效果越强。

另两个功能,情绪刺激和执行功能则与效果呈曲线相关——黄金规律是,这种领导行为过多或过少,都会产生较低的正性效果。

领导者的情绪刺激:过少情绪刺激的领导者会使团体缺乏生气、丧失活力;过多的调动(尤其是意义归因不够时)则产生高度情绪张力的气氛,领导者逼出的情绪互动超出了成员所能整合的程度。

领导的执行功能:执行功能过少——放任的风格——导致团体迷茫、踌躇不前;过多则产生高结构化、集权化、呆板的团体形式,不能发展成员的自主感或流畅的循序互动。

因此,最成功的领导者,具有中等程度的情绪刺激和执行功能,以及高度的关心与意义归因。关心与意义归因两者似乎都是必要的,缺一不可。

这些源自交友团体的发现,与第五章谈及的团体治疗师的功能极度相关。情绪刺激与认知结构同样重要。罗杰斯的共情、真诚、无条件积极关注等因子,似乎不够完备,我们必须加上领导者的认知功能。该研究并未显示何种意义归因是重要的。很多学派的解释词汇(例如:人际互动、精神分析、交互分析、格式塔、人本主义等)似乎都是有用的。重要的似乎是解释过程,它通过多种方式使参与

者统合其经验，将其概括并将其迁移到其他的生活情境中。

另一份资料也相当有力地支持意义归因的重要性。当成员被要求汇报（在每次聚会尾声时）此次聚会最重要的事件及其原因时，我们发现，从体验中获益的成员，更倾向于汇报与认知整合有关的事件。（即使如自我暴露之类活动与改变也无多大关联，但它伴随着理性的洞察）。该发现的普遍性及强度令人印象深刻，同时也始料未及（发生于带有根本反智思潮的交友团体中）。

研究还得出与体验性团体变化进程有关的其他结论！当效果（团体及个体两个层面）与团体治疗期间发生的事件相联系时，交友团体中的许多基本用语需要重新界定：

1. “感觉不代表想法”应改为“感觉常由想法引起”
2. “全盘托出”最好修改为“如果在团体中感觉合适，并且你对此有想法的话，请比平常多说一些吧”。自我暴露（不论是正性或负性的感觉）本身并不足以引起改变。
3. “释放愤怒是重要的”应为“释放愤怒可能会好些，但持续生气是不可取的”，过度表达愤怒会有负面效应：这与进一步的行为学习无关，通常弊多利少。
4. “没有团体，只有个人”应修改成“团体有助于学习，无论领导者是否刻意引导”，学习会被以下团体特性所影响，如凝聚力、氛围、规范以及某成员造成的团体特征。
5. “高获益，须高风险”应修改成“交友团体的风险相当大，但与是否获益无关”。那些高风险的团体，在产生许多灾难性风险时，未必同时产生主要的收益。建设性的团体是安全的团体。据我们的研究而言，高风险高获益的团体只是一个神话。
6. “你可能不清楚你现在已学到了什么，但当你回首总结时，你会乐在其中的……”改成“现在就开花结果，莫待来时”。人们常认为，在团体过程中成员会受到震撼，随后（在团体结束后）他们会整合自己的体验，并变得比以前更强壮。但在我们的方案中，团体结束时有负性效应的成员，即使在6个月后，仍不会有正面的效果。

交友团体和治疗团体间的关系

追溯交友团体的发展史，在找到与团体治疗的交汇点后，我将话题转向团体治疗的演化，以阐明两种范畴间的交互影响。

团体治疗的演化

团体治疗的历史在其他著作中已有完整的描述⁹。在此简单复习可揭示其基本脉络。波士顿的内科医生、被大家尊为现代团体治疗之父的约瑟夫·赫尔歇·普拉特（Joseph Hershey Pratt），于1905年着手治疗许多肺结核晚期来访者，在认识到心理健康与肺结核生理病程间的关系后，他把治疗工作转变为以人为中心，而不再以疾病为中心。普拉特设计了一个治疗方案，包含有家访、患者日记以及约25名结核病来访者的每周例会。在这些例会中，要检查患者的日记，在黑板上公布体重增加量，同时请成功的来访者发言，由此发展出的团体凝聚力和相互支持，有助于对抗结核病患者常见的忧郁和孤独感。

在20世纪二三十年代，一些精神科医生也开始尝试使用团体治疗。阿德勒（Adler）意识到人类问题的社会性本质并希望为劳工阶层提供心理治疗方面的帮助，他在欧洲运用了团体治疗方法¹⁰。1921年，莱泽尔（Lazell）在华盛顿特区的圣·伊莉沙白医院组织精神分裂症团体，并讲述关于精神分裂症的课程¹¹。几年后，马什（Marsh）将团体治疗方法运用于更广泛的临床问题，包括精神病、神经症、心身疾病及口吃¹²。他运用了大量技巧，包括演讲、指派家庭作业及设计增进互动的练习等。例如，要求成员相互治疗或讨论诸如以下话题：早期记忆、自卑情结的成因、梦境与白日梦。温德（Wender）在30年代，运用分析式团体方法治疗住院的非精神来访者，而鲍罗斯（Burrows）和谢尔德（Schilder）则运用这些技巧治疗门诊神经症来访者。斯拉夫森（Slavson）以团体方式治疗处于困扰中的儿童和青少年，在大部分工作人员不看好团体治疗的疗效时，他的教学与著作对该领域具有相当大的影响。莫雷诺（Moreno）最早使用“团体治疗”这一名词，1920年以前他就使用了团体治疗的方法，但主要是以心理剧的形式，1925年他将心理剧引进到美国¹³。

这些团体治疗的尝试因为二次世界大战而急剧升温，当时，军队中精神病来访者过多而训练有素的精神科工作人员过少，使得个体治疗变得不可行，而需要更经济的治疗方法。

20 世纪 50 年代, 团体治疗的主流方向有所改变: 倾向于将团体治疗运用于不同的临床环境、处理不同形式的临床问题。各派理论家——弗洛伊德派学者、沙利文派学者、霍妮派学者、罗杰斯派学者——都在探索如何将本学派的理论应用于团体治疗的理论和实践中。

训练团体和治疗团体源自不同领域, 多年来, 这两个范畴各自发展着自己的理论和技巧, 其知识领域如两条平行线般延续着。也有某些横贯两个领域的领导者, 在不同环境下, 同时带领着训练团体与治疗团体。训练团体在研究领域一直维持着深度的投入, 并继续在社会心理学、教育学、组织开发等领域发挥作用。

治疗团体与交友团体：第一次交流

1960, 团体治疗和感受性训练团体之间曾有过建设性的交流。许多心理卫生专业人员在受训过程中参与过某种形式的交友团体, 随即带领交友团体或撷取交友技巧于心理治疗工作中。临床研究者从训练团体中学习了大量研究方法; 训练团体也普遍运用于团体治疗师的训练¹⁴ 以及慢性住院患者的治疗计划¹⁵; 许多临床工作者把他们的个体治疗的来访者转诊到训练团体, 促使他们“开窍”(就像 20 世纪 80 年代, 一些临床工作者转诊他们的来访者到觉察性训练团体, 如 est 或生命泉源团体)¹⁶。

但后来, 训练团体演变成现代流行的交友团体, 造成两个完全不同领域的交融, 交友团体声称“为正常人进行团体治疗”, “人人都是病人”, 随之, 两者的疆界以及交友团体与治疗团体的目标是否有所不同等问题逐渐浮出水面。

交友团体的领导者坚持声称, 他们的团体成员可以获得治疗性体验, 并且个人成长与心理治疗间并无实质性区别(“心灵扩展”与“心理治疗”间并无差别)。再者, 有证据显示, 寻求心理治疗与寻求交友体验的人群间有很大的重叠。因此, 许多交友团体领导者认为他们正在做心理治疗——事实上, 是一种更快速更有效的心理治疗——并且以此扩展他们的服务。

心理卫生界人士觉察到这样的入侵, 其反应是相当担忧。心理治疗师警觉到了新兴团体的过激和参与者可能的风险。他们同样担忧伦理学议题: 许多领导者缺乏责任感, 缺乏临床训练的交友团体领导者, 将数月甚至数年的治疗浓缩到一个周末。随着矛盾激化, 不久, 许多心理卫生专业人员发起运动, 敦促当地政府通过法案规范交友团体, 并对不良后果追究领导者法律责任。

心理卫生专业人员的强烈反应, 部分是非理性的, 他们将之视为一种领域的入侵。但对于交友团体中的某些过激举措的批评却是恰当的。这些过激的举措源

自于应急计划的心态,这种心态在某些尝试中会带来成功,如太空探索和工业革新,但在人类关系上却会降低效能。譬如:以为凡是好的,都多多益善:如果在团体中自我暴露是好的,那么完全、立即、不分青红皂白的赤裸表白必定更好;如果参与是好的,那么长期、持续、马拉松式的参与更好;如果感情表达是好的,那么发泄、碰触、感觉、亲吻和性交往更好;如果团体体验是好的,那么它对所有人、对生命周期中所有阶段、对所有生活情境都是好的。这些过激举措通常触犯大众的信条,同时如研究指出的,会给某些参与者带来危险。

自从10年前的争斗和极端化阶段后,已有的治疗领域和交友团体领域开始分道扬镳。虽然交友团体运动和它的过激、宏伟和好高骛远的治疗方法来去匆匆*,但它仍然影响着当代团体治疗。它的创造性、研究态度和专业知识、老练的领导以及培训技巧,在我们的领域内留下了不可磨灭的印记。

*这并不是说交友团体的流行突然消失。交友团体运动的许多方面仍在回荡。首先,在大型团体觉察力训练的企业 est 和“生命源泉”中(一些交友团体的版本仍然在世界各地可行),交友团体已经是一种变式,更加商业化,这一点在著名的犹太基督教全民相亲项目中表现得非常明显。

第十七章

团体心理治疗师的训练

团体治疗是心理治疗园地中的一朵奇葩。许多研究证实团体治疗与个体治疗同样有效¹。然而，团体治疗需要更多的关注，它总被冠以“肤浅”、“危险”、“次等”之类的词藻，只有当个体治疗无计可施或无法负担时才退而用之，从而掩盖了它的光华。

来访者和许多心理卫生专业人员仍然对团体治疗心存疑虑，不幸的是，这样的态度对团体治疗的培训产生了不良影响。团体治疗从未能获得学术声望。同样的状况也普遍存在于临床及医院管理阶层中：很少有人因致力于团体治疗而享有专业上的权威。

为什么呢？或许是因为想逃脱交友团体的非科学恶名；或许是因为其固有的、难以克服的方法学问题而无法成为严谨的、实证的研究；或许我们中的很多人更倾向逃避作为团体领导者所固有的焦虑——更公开的自我暴露，较少控制感，担心被团体淹没，更多的临床资料需要综合分析；或许是因为团体会激发出我们早年同伴体验的不愉快记忆²。

人们改变这种状况的努力从未停歇，但效果却如昙花一现。对团体治疗的热情刚刚兴起，随后即遭冷遇，春风遍地后不久又杂草丛生了。因此，我们需要新一代受过良好训练的园丁，我们有义务关注年轻团体治疗师的教育问题以及持续的专业发展。

在本章，我将对团体治疗提出自己的观点，不仅对培训计划提出明确建议，也对培训隐含的指导思想加以概括说明。本书所提及的内容，均基于临床经验及可靠的研究证据。培训过程也类似，临床与研究紧密相关：在治疗师的成长过程中，人们对该领域内研究结果的了解和对今后工作的态度都至关重要。

许多心理卫生专业人员的培训课程，均基于个体治疗模式，既不提供团体治

疗训练,后者也未列为选修课程。尽管众所周知团体心理治疗将继续成长,但最近调查表明,大部分学术培训计划不包括实际提供的团体治疗培训。事实上,这种情况并不少见,即学生们接受了良好而密集的个体治疗督导,但却在实习初期,没有任何特别指导下,被要求带领团体治疗。许多课程的规划者显然期望学生们能将所接受的个体治疗培训转化成团体治疗技巧,而不需要临床的团体经验或者临床实习。这不仅不能培养必要的带领团队的能力,而且导致学生贬低团体治疗的价值³。精神卫生项目应重视严格的、组织良好的团体治疗培训,并根据培训者的需要制定相应的教学计划。美国团体研究协会和美国咨询协会已经为团体治疗师资格建立了培训标准。比如,美国团体研究协会的团体心理治疗师资格注册登记,需要最低12个小时的教学培训、领导300个小时的团体治疗以及在资深的团体治疗师督导下进行75小时的团体治疗⁴。

医疗经济的危机以及经营式健康保健迫使我们意识到,一对一的心理治疗方式不能满足众多的心理卫生需求。医疗管理部门的领导也预计团体治疗将会得到更多的应用,特别是结构性和时间限制性团体将尤其受欢迎⁵。显然,随着时间的推移,我们将越来越倚重团体治疗,我确信,任何未意识到这一点的心理治疗培训课程,如果不期望学生在团体治疗上像在个体治疗方面那样精通,他们将有负于心理治疗领域的责任。

每种课程均有其独特的需求与资源。虽然不指望提出一个通用的培训课程的蓝图,但在此章节中,我将讨论四个要点(撇开教学与理论,我认为完整训练课程所需要的是):(1)观摩学习;(2)紧密督导学生的“处女”团体;(3)个人团体体验;(4)接受个人心理治疗。

观 摩 学 习

实习治疗师可经由观察有经验的团体治疗师而获益良多。对学生而言,观察一位资深临床医生做个体治疗是极其罕见的,但团体治疗更多的公开性使学员都能够直接观察治疗形式。起先,有经验的治疗师会对被观察感觉不自在,但一旦投入工作,不仅其进程会越来越自在,而且所有人员(包括学生、治疗师和团体成员)都会获益。

当然,观察的模式取决于物质条件。我选择让学生通过单面镜观察我的团体工作,但如果学生没有足够的时间观察90分钟的团体及参加团体结束后的讨论,我会把过程摄录下来,并让学生在简短讨论会上节选重播。这样的方式会花费治

疗师较多的时间，同时因摄像机的出现让团体成员感觉不适。如果仅有1~2个观察者，他们可以在不打扰成员的情况下坐在治疗室中，但我强烈建议他们保持沉默，居于团体圈子的外围，并拒绝回答团体成员可能会提出来的问题。

当然，不管何种方式，团体成员必须被告知有观察者存在及其目的。我提示团体成员，观察是培训所必须的，我也曾如此受训，他们允许被观察，将造福这些实习观察者未来所治疗的来访者。我补充另一点，在团体治疗结束后的讨论中，学生为我提供的观察，经常会对治疗过程很有价值。在来访者能与观察者讨论的团体模式中（稍后将讨论），来访者通常会从评论中获益匪浅。

学生观察团体的时程常受制于临床工作与受训时间。如果课程有足够弹性，我建议观察至少持续4个月（通常这样长的时间才足以使改变在团体进程中发生），不论是互动式团体还是个人成长团体。我采用的最有效的教育模式之一，是让学生观察每周聚会两次的团体。如果他们的时间只允许每周观察一次，我会在团体聚会之前给他们上次团体治疗的详细摘要。跟随观察一周两次聚会的团体，让他们较有可能在观察期中见到明显的进展。

会后讨论是培训绝对必要的，在聚会后立即进行讨论是最理想的。我倾向讨论30~45分钟，通过多种方式解决以下问题：获取学生的观察结果，答复他们关于我的干预背后的理由方面的问题，用临床资料来探讨团体治疗的基本原则。有些指导者倾向于延迟讨论，先布置学生任务——书面描述聚会的重要历程（即团体成员间的人际关系），然后学生之间相互交换报告，并在一周内的稍后时间进行分析讨论⁶。虽然某些讲解性课程是有用的，但我发现，最好将书本上的大部分内容与学生们围绕观察团体几个月里产生的临床素材结合起来，进行讨论⁷。这样的结合会使理论变得生动有趣。

观察者与团体心理治疗师之间的关系是重要的。如果存有太多的苛责（“你为什么没有……”），会让治疗师不自在，并损害其治疗效果。事实上，我一般在团体后讨论时，聚焦于观察者团体多过治疗团体。有时，观察者抱怨说很无聊，治疗师也觉得应营造愉悦的团体氛围，而我的经验是，通常无聊与体验成反比，当学生们掌握技巧并熟练使用后，他们就能更大范围地了解到每个互动隐含的微妙之处。

对于被学生们观察，团体成员的反应是不同的。像任何团体事件一样，有不同的反应就是很好的治疗题材。成员面对同样的状况（被学生观察），为什么有的人愤怒、有人怀疑、有人高兴甚至兴奋？答案当然是每个成员有不同的内心世界，而不同的反应构成了一个窗口，我们可以由此来检视每个人的内心世界。

不论如何,传统的观察对大部分团体成员是一种干扰。一些时候,观察者可能起到焦虑的避雷针作用。例如,一个经常被观察的团体突然变得对观察者全神贯注,并且断言观察者在模仿和嘲弄成员。一名团体成员报告说聚会前在洗手间碰到一个人,而他相信那个人是个观察者,并且这个人冲他得意地笑。团体成员要求观察者进入团体,让他们作出解释。团体成员的反应异常强烈,不由使我想到团体是否有信任的危机。当我们继续追踪这股热潮来自何方的时候,我们发现事实上团体把团体内即将产生的变故投射到观察者身上——两个高级成员离开了,两个新人即将来到团体。团体的真正议题是新人将会珍惜团体,还是会嘲笑治疗过程和其他成员。

尽管治疗师可预见到的是来访者多半会勉强接受,然后渐渐不那么注意观察者的存在,但有一些方法可能会将观察历程转变成有利于治疗。通常:我会告知团体,观察者的观点对于我这一领导者而言是有价值的,如果适宜的话,在下次治疗时,我会告知团体观察者提出的一些有益的意见,同时,我也让团体知道,我常将某些观察者的意见纳入到我的报告中。

另一种更大胆的策略是邀请团体成员参加观察者的团体后讨论。我在第十五章中曾讨论过一种住院来访者团体,固定地让团体成员观察为时10分钟的观察者讨论会⁹。我也在门诊来访者团体运用类似的模式:在聚会结束时,要求成员与观察者互换房间,让团体成员通过单向镜,观察观察者与治疗师的团体后讨论。这样做唯一的条件是团体须整体参与,如果仅部分成员参与,那么不仅历程将会有分离,而且会影响团体凝聚力的发展。另外,还要取得时间方面的承诺:45分钟的团体后讨论会加上90分钟的团体治疗,往往要花去整个下午或晚上。

这种方式对教育有良好的意义,并有若干优点。它教会学生如何做到“透明”,它传递了对来访者的尊重并在治疗过程中视来访者为联盟;它降低了治疗师的神秘性;它也表明治疗是个有效力、理性与协作的过程,不需要陀思妥耶夫斯基式小说中的魔幻、神秘与权威。

如果来访者确实观察了团体的讨论,那就应该另安排一次附加的讨论会,可安排在观察之后或本周的另一时间,也可以是下次治疗之前。这是因为来访者观察的团体后讨论,有别于经典的团体后讨论。当观察者与治疗师的评论能引起来访者的情感共鸣时,团体后讨论也就变成了治疗本身的一部分。因此,这种形式没有足够的时间来为学生正式指导基本理论或策略原则却很有效。而且,学生往往会抑制他们的问题和意见,也没有充足的自由空间讨论移情与反移情。讨论的一个好处是,学生在观察时不会感到无聊,他们知道稍后将参与聚会,往往就比

较投入“历程”。

特别设计的用于解释领导技巧与团体动力学的团体录像带，是有用的辅助教学工具。我分别制作了针对门诊来访者与住院来访者的录影带课程，用于团体心理治疗课程¹⁰。

督 导

被督导的临床体验是团体治疗师培训过程中的必要程序。本书谈了不少关于团体治疗的一般原则与特殊技巧，特别是团体开始与结束阶段的特殊策略。但是，构成治疗核心的艰辛的修通历程，不可能在本文彻底描述清楚。无数的情况会发生，每种情况都需要富有非凡想像力的应对方法。因此，督导确实能对实习治疗师的培训产生有价值的、独特的贡献。由于督导在培训中的核心地位，他已成为心理治疗文献中的主要关注点，尽管在这方面只有少量的实证研究¹¹。

有效督导有什么特点？督导首先需要建立督导联盟，用以传递给学生治疗联盟的氛围和价值。督导不仅传授技术和理论知识，它还塑造一种职业的价值和道德。相应地，督导师必须讲究一视同仁：他们应当用同样的尊重和关怀去对待每个学生，而这也是学生必须提供给来访者的。如果我们希望我们的实习生带着尊重、同情和尊严去对待来访者，那么这也是我们对待我们的实习生之道¹²。

督导师应当关注实习生职业上和临床上的发展，并不是实习生所遇到的任何困难都高度重视——不管是知识的缺乏还是反移情。在训练和治疗二者之间必须保持一个良好的平衡。Alonso 建议说：督导师不仅要像临床医生一样倾听，而且要像老师一样讲解¹³。

最富有成效的督导师能够想学生所想、了解他们最关切的问题、捕捉他们叙述的精要、引导他们穿越临床障碍，并且表达对他们的关心与支持。任何不适当的、过严的、羞辱的或无视学生主要需求的督导，不仅会造成教育上的失败，还会导致实习生士气低落¹⁴。

督导师应当如何处理私人化和透明度的关系？也许越多越好！通过展示他们的经历和临床失误，督导师减少了权威形象，并且帮助实习生认识到——知耻近乎勇。另外，督导师的自我揭示和非防御性的姿态，将会影响到实习生在督导过程中提供的类似的临床体验¹⁵。

新手治疗师的首个团体治疗是极具挑战性的。哪怕是有清晰的内容和结构的心理教育团体，对新治疗师来说仍是异乎寻常的挑战¹⁶。在一项对新手治疗师的

研究中,研究人员对照了两组分别拥有积极团体治疗和消极团体治疗培训经历的实习生。两个小组都报告了在工作早期对治疗的高度恐惧和不愉快的情感体验。但之后,“督导的质量”将两个小组区别开来:那些受过高质量督导的新手治疗师们更可能对团体治疗有积极的体验¹⁷。

我和我的同事曾研究过12位未受专业训练的领导者领导精神病来访者团体的情况。一半领导者接受持续的督导且被给予了密集的团体领导课程培训,另一半既不督导也不培训。由不知情的观察者在团体开始及6个月后对治疗师做评估。结果显示,6个月后,有督导的治疗师组有进步,而无督导组比开始时退步了¹⁸。显然,肤浅的经验是不够的。没有持续的督导与评估,原始错误会因简单重复而增强。因为团体中对领导者的固有的压力,督导对团体新治疗师而言可能比个体新治疗师更加重要:许多实习生会做充满各种焦虑的梦,多半是想象在团体治疗中失去控制或者威胁性的团体情境。

在许多方面而言,团体治疗的督导比个体治疗的督导更费事。其一,掌握成员的特质本身就是一个艰巨的任务;其二,学生与督导必须在如此丰富的资料中进行高度的重点选择。

在此提供几点实用的建议。就我的经验而言,首先,在开始第一次团体治疗前,督导就应建立,这样有利于团体领导的选择和准备,也有利于治疗师形成如何开始团体治疗的方向。最好是每次团体治疗后有1小时的督导。督导最好在团体聚会后尽快进行,当天更佳。督导者观察每次聚会的最后30分钟,随即进行督导。在督导初期,督导者至少必须亲自观察团体活动1~2次,如果可以,将这种不定期的督导维持一年,这样做可以让督导者将成员的脸与名字对应起来,同时体会到团体的情感气氛。许多督导者喜欢在一年中定期观察团体。录像带及录音带虽然有所助益,但效果不是非常令人满意。

如果治疗与督导的时间间隔太长,团体事件会变得模糊,建议学生尽量做好详细的团体后记录,以帮助其记忆。治疗师有各自的记录风格,我通常喜欢记录每次团体聚会中的1~3个主题。例如:(1) John沮丧于失去工作,团体提供支持;(2) Sharon对团体中的男性感到愤怒;(3) Annabelle的感觉是自卑与不被团体接受。

一旦有了基本框架,我再填上其他重要资料:主题间的承接,各成员对每一主题的贡献,治疗师的介入与感觉(针对团体整体的及每个成员的)。有些督导建议学生注意选择时机——团体中一系列的关键时间点需要治疗师介入¹⁹。另外,有些督导者会使用团体结束时来访者填写的问卷中的反馈²⁰。

一次90分钟的团体治疗提供了丰富的资料。如果实习生对治疗有详细叙述,

探讨了每个来访者语言与非语言信息及他们自身的参与情况，深入探索针对每个成员及治疗师的感觉的反移情与现实基础，他们就会有足够的资料进行督导。反之，如果实习生的报告过于草率，如果督导者无法寻得合适的督导方法，则督导历程将陷入困境。督导者就应该检讨自己与学生的关系。是不是学生有不安全感，不信任或害怕向督导者暴露自己？畏惧督导者会强迫他们用自己不熟悉的方式来带领团体？

督导会议其实是团体治疗的缩影，在督导中，督导者通过注意治疗师的行为，可以获取大量与治疗师在治疗团体中的行为有关的信息。（有时这种现象被称为督导中的“平行历程”。²¹⁾

如果有协同治疗师的话（正如第十四章所言，我重申新手治疗师应采用此方式），在督导中聚焦历程就会更丰富。协同治疗师对彼此，以及对督导者是开放及信任吗？由谁报告团体事件？谁顺从谁？督导者是否觉得两个治疗师的观点差异太大？是否竞相争取督导者的注意？

协同治疗师间的关系对治疗极为重要，督导者若能聚焦于此，他们的工作常常可以收到最大的效果。例如，我最近督导两位住院医师，他们的关系比较紧张。在督导过程中，他们竞相争取我的注意，整个过程不太协调，他们不是争着报告不同的资料，就是对同一事件有完全不同的观点。督导是团体的缩影，因此在治疗过程中，他们竞相做高明的阐释，把来访者纳入己方阵营。他们从不接续对方提出的议题而彼此协助，而是保持沉默，等待时机引入另一个主题。团体为治疗师间的恶劣关系付出高昂的代价：没有什么成绩、缺席率高、士气低落。

在这种情境下，督导师在督导时主要讨论了协同治疗师的关系，我们在检视治疗师间的竞争时，采用了许多婚姻治疗的特质。例如，一个治疗师是刚从另一个医院调来，急于表现她的能力；另一个治疗师觉得盲目接受协同治疗师是个巨大的错误，并感到被这一关系束缚。当时，我们曾考虑“离婚”，即拆散该治疗组合，但认为这有违治疗意义。如果治疗师间都不想改变，怎能鼓励来访者改变？如果协同治疗师间的关系可以改善，将是一箭双雕的事：一是为了治疗（团体可以从好的协同治疗关系中获益）；二是学生学到了化解冲突的基本原则。

在持续督导中，督导师注意实习治疗师在团体中的行为是很重要的。他的言语或非言语介入是否与其感受一致？他是否致力于建立一种督导者认为对团体有利的规范？同时，督导者应避免让学生过度自由，以免阻碍团体成员的自发性。有时团体成员并不脆弱，治疗师个别的陈述不足以明显影响团体的方向，但治疗师的整体表现会对团体有影响。

许多督导师都会告诉受督导者在团体的某些关键点应该说的话，这并不罕见。然而，许多实习生往往在下次治疗中不合时宜地照本宣科，接着在督导讨论时说：“我照你说的做了，但……”因此，当我告知学生我会如何应对某种情境时，我会提醒道：“不要在下次治疗时生搬硬套，但这是一种回应的方法……”

许多老师为了追求良好的效果，将督导扩展为连续的案例研讨，并且要求实习治疗师轮流将各自的团体对全班展示。因为理解各个团体的资料比较耗时，我倾向于对一个团体督导数周再转移到另一个团体。这样，一年可以跟踪3~4个团体。

用团体形式对团体治疗督导有多个好处。第一，熟练的督导者能够聚焦于被督导团体的互动和团体动力。在督导团体中，学习机会可能是来自被督导者描述并记录自己在督导团体中的表现。第二，团体督导可接受同学的支持。第三，对同学的经历、概念和技能的观察，使实习生开阔了眼界，并且提高了移情意识。实习生也有机会像督导者或顾问一样思考，这一技巧在其职业生涯的阶段将是有益的²²。关于对他人临床工作的评论通常是一个微妙的过程。督导团体需要并模仿着无信息传递——真实、尊敬和共情性交流的方式。

通过展示同学督导和支持的价值，团体督导可能会激励成员今后参与同学督导²³。然而，督导团体不是个人成长团体或治疗团体——这种团体应有截然不同的标准和结果。

最近，一些督导师已经很好地利用互联网为那些边远地区的从业人员提供督导。实习生和被督导人员在开始阶段可以有一些面谈，然后再通过电脑登录互联网继续进行在线参加督导团体²⁴。

受训者的团体体验

个人团体体验已普遍地被认为是整体培训课程的一部分。这样的经验提供了许多在别处无法得到的学习。你可以从情绪层面学习过去只能以理智理解的事情。你会体验团体的力量——伤害的力量和治愈的力量。你学习到了被团体接受是多么重要；自我暴露是多么必要，表露自己的秘密、幻想、脆弱的情感、敌意、柔情是多么不容易。你学会欣赏自己的优点与缺点。你了解到自己在团体中喜欢扮演的角色，你的习惯性反移情和潜藏在整个团体和系统性后面的问题。最让你惊奇的也许是，你从领导者角度逐渐觉察到自己的依赖，和对领导者的力量与知识所持的不现实评价。

即使那些在团体治疗新模式中受过训练的有经验的参与者，在他们的理论培训中加入情感体验部分，也会受益很大。强调个人的参与，是教育和学习团体治疗最重要的方法。²⁵

研究发现，有 1/3 ~ 1/2 的团体治疗训练课程提供了某种类型的个人团体体验²⁶。某些课程提供模拟团体，即 1 ~ 2 个受训者被指派做协同治疗师，而其他受训者扮演团体中的成员。最常见的模式（后文中将详细介绍）是由其他受训者组成团体，并冠以许多名称（训练团体、支持团体、历程团体、体验性训练团体等）。这类团体通常是短期的、持续约 12 次，或者也可以包含 1 次周末马拉松聚会。但最常见也是我喜欢的模式是，持续时程为一整年的历程团体。

20 年来，我一直带领着由实习生与精神科住院医师组成的团体，出乎意料的是，我发现团体体验是极有价值的教育方式。事实上，在回顾整个培训课程时，许多学生把团体体验列为最有价值的经历。我极力推荐同学团体：成员不仅可以从团体体验获益，如果团体被适当地带领，还可以增进同学间的关系与沟通，从而丰富他们整个培训经历。学生常常可以从同学身上学到许多东西，而任何激发该历程的努力都增加了课程的价值。

团体经验是否也存在弊端呢？经常可以听到关于工作人员或受训者体验性团体可能有破坏效果的警告。但是，我相信这些警告是基于不合理的假设。例如，一旦压抑的阀门被打开，将会爆发大量的破坏性敌意，或者当不幸的受训者被迫逐一告白时，他们的隐私会受到极大的侵犯。现在我们知道，尽心负责地带领团队，有利于沟通与建立建设性工作关系。

培训团体是否是自愿的

如果参与者都是自愿加入并且不只把它当培训课程，而且还当成长机会来看待，体验性团体会更加有效。事实上，我喜欢让受训者确切地陈述，他们期望在个人和专业上从体验中获取什么，然后再开始团体进程。用这种方式向学生介绍与描述团体是重要的，可以使学生了解团体目标和个人与专业的目标是一致的。我喜欢要求学生自己跳转到将来，去勾勒他们培训生涯中的团体。毕竟很有可能，心理卫生专业人员会把更多的时间投注到团体中——作为训练团体成员或领导者。为了更好地完成这一角色，未来的临床工作者必须了解自己在团体中的行为。临床工作者将不得不了解团体是如何运作的，且尽可能深入地了解自己是如何在团体中工作的。

一旦体验性团体成为培训课程的必修部分，一旦确信团体是有价值的培训方

法,人们就容易把团体推荐给后来的受训者。目前,把课程列为选修课还是必修课还有争议。就我的经验而言,如果适当地推荐团体,学生不仅会期待参加,而且一旦不能举行,他们还会觉得失望。

如果有学生一开始就强烈拒绝参加培训团体或任何类型的体验性团体,我们则有必要去探究这种抗拒的原因。这样的抗拒源自总体的对团体的误解,或是折射出学生对某些受尊重的资深教授对团体的负面看法。但是,如果学生的抗拒源自对团体情况的恐惧或不信任,或是学生不具备在个体治疗、督导团体或真正的治疗团体中处理其抗拒的弹性,我相信,对这个学生而言,从事心理治疗师的职业生涯是不明智的。

谁来带领学生的体验性团体

培训课程的负责人必须慎选领导者。一方面,团体体验在学生的训练生涯中是一个不平常的影响事件,领导者常是学生们重要的角色模范,因此,他们必须有相当高的专业水准与深厚的临床与团体经验。当然,最重要的是个人品质与领导技巧,另一方面需要考虑的是领导者职业规范(无论是心理咨询、临床心理咨询、社会工作,还是精神病学中的规范)。

我相信,培训团体由熟知人际互动的团体治疗的领导者带领,可引导出最好的培训结果²⁷。一项由434名教授参与的美国团体心理治疗学会举办的为期两天的关于体验性团体的研究支持这一观点。与强调理论的、结构化的团体相比,强调此时此地作用的团体更重视领导能力和同伴关系的学习。成员们觉得他们从领导者支持成员、示范技巧催化出一种气氛——让成员可以相互支持、透露个人的感觉、冒险,并享受团体——中获益最大²⁸。

另一个必须慎选领导者的理由是,带领训练由全程一直共同工作的心理卫生专业人员组成的团体是非常困难的。通常,这样的团体成员步调很慢、过于理智、自我暴露或冒险的行为很少。心理治疗的最主要工具是治疗师本人。真实的情况是,新手治疗师在自我暴露上有双重的困难,这和个人与专业上的能力都有关。

领导者能否是培训课程的工作人员或主管

一个拥有双重身份(团体领导者与培训人员)的领导者,会让问题变得更复杂,成员会由于某个将来在其职业生涯中充当评估角色的人在场而感到拘束。仅对团体保证领导者会严守秘密,仍不足以处理成员这种极真实的担心。

我曾多次被赋予这种双重身份,即便我使用了许多方法来应对该问题,但只

是取得有限的进展。一种方法是我主动让团体面对该问题。我肯定我有双重身份的现实,虽然我尽力免除自己评估主管的职责而仅充当团体领导者,但我可能无法完全摆脱行政主管角色的潜意识影响,我把这种无法完全排除的情况告诉团体,且当团体聚会进行时,我也提醒自己,每个成员要面对“双重身份”的问题。同样的困境亦会在整个团体治疗阶段出现,最好的方法是去接受它,而不是回避或否认它²⁹。不同的成员会有不同的反应:有人无法信赖我,而将自己隐没在沉默中;有人刻意逢迎我;有人完全信赖我,而忘形地参与团体;其他的坚持挑战我。所有这些对领导者的反应都折射出对权威的基本态度,也提供了有益的资料,说明他们至少有少量的意愿来工作。当我拥有“双重身份”时,我采用的另一种方法是用不寻常的自我暴露,使成员聚焦于我,胜过我聚焦于他们。通过这样做,我示范开放,表露了人类问题的普遍性和我极不愿意对他们评判的态度。换言之,在培训过程中,领导者增加透明度把问题明朗化,就会降低参与者的风险意识。

我的经验是,无论使用多好的技术,若领导者身兼行政主管一职,一定会有严重的阻碍,团体也会压抑和具防御性。如果团体由机构外且不具评估学生权力的领导者带领,团体将成为个人成长与训练的有效工具。如果在团体伊始,领导者表明自己在任何情况下都不会对推荐信做贡献(不论有利或不利的),则可能促进团体工作。所有这些问题——团体的目标、保密性和参与性,都应在团体体验开始时明文规定。

训练团体是否是治疗团体

这是一个恼人的问题。在专业人员的培训团体中,这个问题最常被用来作为团体阻抗。聪明的方法是领导者一开始就发表自己对于培训与治疗的观点,我一开始就要求成员对团体做某种承诺。每一个成员都应该了解作为一个团体成员的条件,就是愿意感性地投身于团体,愿意暴露对自己及对他人的感受,愿意探索想要进行个人改变的领域。

有一种有用的方式是将治疗团体与有疗效的团体加以区分。培训团体虽然不是治疗团体,但它是有疗效的,因为它提供了进行治疗工作的机会。虽然这并不意味着每个成员皆期待进行治疗工作。

实际上,团体的基本契约是培训而不是治疗。但是,在某种程度上,这些目标有极大的重叠,领导者能提供的最好的团体治疗模式就是有效的治疗团体。再者,每一个密集性的团体经验都含有极大的治疗潜能:如果团体没有治疗作用,团体成员不可能积极参与团体互动,不可能完全进入团体成员的角色。但仍与治疗团

体不同，每个成员并不以达成广泛的治疗性改变为目的。

在治疗团体中，密集的团体经验、情感的表达与整合、辨认此时此地的过程都是必要的。但是，这些相对于个人治疗性改变的主要目标而言，均是次要的。在心理卫生专业人员的训练团体中，状况刚好相反。当培训团队的领导者能够抓住时机讲解和教授时，他们将有大量的机会使受训治疗师进行深度的情感探索。

领导者的技巧

心理卫生专业人员训练团体的领导者要示范以下任务：不仅通过塑造与带领一个有效的团体以提供一个角色示范，还必须做某种的技巧修正，以符合团体学生的特定教育需求。

然而，基本方法并没有脱离本书前面所说的指导原则。例如，领导者最好是以此时此地的互动为重心。如果让团体变成督导形式，让学生将他们在对来访者的治疗工作中所遇到的问题提出来讨论，我认为是一种错误，这种讨论应在督导时段中进行。如果此时团体所讨论的内容在其他情境也可以进行得相当好，那么，我认为这辜负了团体独特的特性与整体潜能。但是，成员也可以用比较有益的、和团体有关的方式，讨论这些和平时工作相关的事宜。例如，他们可以讨论成为某个成员的来访者会有何感受，或者让两个刚好在治疗团体或婚姻、家庭治疗团体中一起工作的成员处理他们的关系。

领导者有许多方式将成员的专业经验用于团体工作。例如，我会在训练团体中说：“今天团体活动进行的速度非常缓慢，在我询问原因时，你们说今天有点懒洋洋的，或说是因为刚吃过午餐就开始聚会，如果你们是团体的领导者，听到这些，你们如何运用这个机会？将会怎么做？”或者说：“不止 John 和 Stewart 拒绝讨论彼此之间的不同，其他的人也默不作声，我这个领导者有什么方法可采用呢？”在训练团体中，我倾向于比治疗团体更明白地指出团体的历程。在治疗团体中，如果澄清团体历程没什么治疗功效，我就没有理由这么做。但在训练团体中，这正是教育的高层次目标。

以领导者的角度来评论团体历程，往往特别有功用。例如：

让我来告诉你们今天身为领导者的感受。半个小时前，我对你们给 Tom 很多的鼓励与支持觉得不大舒服。这在以前也出现过，虽然那是一种肯定，但我觉得那对 Tom 并没有真正的帮助。我曾想要介入，询问 Tom 为什么会引出团体这种行为，但我后来决定不介入。因为最近以来，我已经因为缺乏支持性而受到许多批评。我保持安静，我想我做了正确

的选择，因为后来团体变得非常有力量，有几个成员深刻地表露出其实自己是多么需要被支持与关怀。你们其他人还看到今天发生了些什么？

Aveline 是一位资深的学生团体领导者，她在一篇相当有帮助的文章中指出领导者有五项主要任务：

1. 焦虑的控制（即通过探索他们对于团体的焦虑，并提供可以消除焦虑的团体基本结构）。
2. 在团体中建立起治疗性的气氛，包括建立支持、接纳、团体自主性等规范。
3. 建立及时可行的恰当性目标。
4. 调整团体运作建设，确保成员的参与既无压力又无伤害性暴露。
5. 顺利地结束³⁰。

受训者个人的心理治疗

培训团体不足以给学生提供治疗师所需接受的所有个人治疗。虽然我们不能对这种个别性的历程定下确切的准则，但很少人会反对广泛的自我探索冒险是团体治疗师成熟的必要历程。越来越多的心理师培训课程会要求个人的被治疗体验³¹。一项针对318位职业心理师的调查发现，70%的人在他们训练过程中曾经接受过治疗，而治疗的类型经常超过一种以上，包括63%的人接受个体治疗（平均100小时），24%的人接受团体治疗（平均76小时）；36%的人接受夫妻治疗（平均37小时）。该调查还显示，18%的职业心理师从未接受过治疗。

是什么影响心理师接受治疗？如果心理咨询师在训练初期曾经接受过治疗，他们会更愿意接受治疗；如果他们在工作中是动力取向，并且每周工作负荷很重，那么他们就更能接受治疗³²。另一个调查发现，过半数的心理治疗师在他们受训完后曾接受个别心理治疗，而超过90%的人说他们从这样的经验中得到相当多的个人与专业方面的收获³³。

毫无疑问，训练环境影响学生是否接受个人治疗的决定。在过去，精神病学培训项目有很高的个人治疗参加率。虽然现在仍有一部分人在坚持，但参加人数日趋下降，遗憾的是，越来越少的实习医师选择加入治疗³⁴。

我的个人心理治疗经历是，在整个的3年实习生涯中，我每周有5次分析，这是我在作为治疗师的培训中最重要的部分³⁵。我敦促每一个学生加入进来，不仅仅是寻求个人治疗，也不仅仅是事业的需要——不同的生活阶段会引发不同的问题可供探索。个人问题的出现是一个机会，它迫使我们寻求更好的自我探索，

而最终使我们成为出色的治疗师³⁶。

在心理治疗的每一层面中,治疗师的自我了解都扮演着重要的角色。如果不能觉察到自己的反移情反应,不辨识自己的扭曲和盲点,或者不将自己的感受与幻想运用在工作中,那么,这将会限制治疗师的效能。例如,如果对自身动机缺乏洞悉,由于对感觉缺乏表达而使团体回避冲突;或是为了寻找自己的活力,而不适当地鼓励团体进行面质。你可能因为急于证明自己,或者一直想做出漂亮的解释,因而削弱团体的力量。你可能因为害怕亲密和开放的感受,而过早做阐释,或者相反地,你也可能过度强调感受,而过度刺激来访者,以至于让他们生活在急躁的骚动中。你可能因为太需要被接纳,以致无法挑战团体,像成员一样,在团体中随波逐流。你可能因攻击而感到受侵害;因为不清楚自身表象,所以无法区别攻击表现是现实性的还是移情性的。

有些培训课程,如英国团体分析协会和加拿大团体心理治疗学会,会建议预备会员像真正的来访者那样,参与由资深临床工作者所带领、由非专业人员所组成的进行个体治疗的门诊治疗团体³⁷。这种课程的倡导者指出,成为治疗团体的真正成员有许多优点。和同学团体比较起来,这种团体较少出现手足竞争的情形,较少自我表现,较少防御,比较不在意被评价。如果这样的受训者试图在团体中扮演协同治疗师的角色,或者使用某种方式避免真诚的、治疗性的投入,有能力的领导者将给予适当的指引。

我相信在真正的治疗团体中完全地投入所获得的经验是无价的,我鼓励所有的受训者寻求这样的治疗。不幸的是,很难找到适当的团体。那些倡导个人团体治疗是训练课程一部分的人们,都来自大都会区域(伦敦、纽约、多伦多、日内瓦),而在较小的郊区,个人的团体治疗很有限。很少有团体符合适当标准:即由高功能状态的来访者组成的、持续的、由资深临床工作者用折衷派的动力取向带领(领导者既非受训人的熟人,也非同事)。

另一种方式也可以得到团体治疗训练以及个人心理治疗。几年前,我曾带领一个由职业心理治疗师所组成的团体,这是个地地道道的治疗团体,而非训练团体。参加的人必须要有进行个人治疗的需求和愿望,而且必须给付标准的团体治疗费用。大多数的成员(不是全部)同时是团体心理治疗师,他们当然也从他们的疗程中,学习到很多和团体治疗历程有关的事情。

既然每个训练社群中都有一些资深的团体治疗师,所以这种模式能让大量的心理卫生专业人员接触到团体治疗。团体的组成方式通常比较适合实习团体治疗师,因为他们的自我强度具有相当的同质性。团体是一个“陌生人”团体,成员

都是专业人员，但却不在一起工作（我曾经遇到一些彼此具有某种非正式关系的治疗师——例如，在同一个办公室中工作——参与同一个团体而没产生实质性交往）。这样可以消除课程中许多学生团体都会出现的竞争问题。团体成员都有高度的兴趣、心理领悟性而且通常会主动表达。相当资深的团体治疗师将会发现这种团体并不难带领。有时候，成员会对领导者进行考验、评价或与之竞争，但是大部分成员会有意无意地运用自己的心理治疗知识，帮助团体发挥最大的效果。

总 结

就我的观点而言，我所提到的培训经验——观摩学习、团体心理治疗的督导、参与体验性团体及个人治疗——组成了团体治疗师培训课程最基本、最主要的元素（我认为受训者应该曾经或同时正在接受一般临床课程的训练，包括会谈、心理病理学、人格理论与其他模式的心理治疗）。团体治疗培训经历的先后次序，视不同训练结构特色而定。我建议，观察、个人治疗以及体验性团体在训练计划早期的阶段就应该开始，几个月后再形成团体以及持续的督导。我觉得，在受训者的临床经验中，他们最好先带领由非精神病来访者组成并有高度动机的发展式团体，在其中获得处理基本团体与互动动力的临床经验，然后再开始处理有特定目标、由极特殊的来访者所组成的团体，或者进行某种新的特殊治疗取向。当然，学习是终生的历程。临床工作者很重要的是要持续地与同僚保持联系，无论是非正式的接触，还是通过正式的组织，如位于纽约市的美国团体心理治疗学会。为了持续成长，持续的投入是必要的。继续教育的形式有许多，包括读书、与不同的协同治疗师一起工作、参加专业工作或者与同事进行非正式的讨论。对于许多人而言，毕业后的个人团体经验是一种再生的过程。美国团体心理治疗学会每年年会之前，总会在会场举办两天的体验性团体，由相当资深的团体领导者所带领。随访研究证实了这些团体的价值（包括专业的与个人的）³⁸。

另一种专业训练的模式是形成无领导者的团体。很少有文献讨论心理卫生专业人员的支持团体，但是我个人肯定它们的价值。我曾参加了一个由和我年纪与经验相近的11位治疗师所组成的团体，这个团体隔周聚会90分钟，我从中获益良多。许多团体成员在同一个办公室中工作，多年来，他们无助地观察到某些同事感受痛苦，有时候遭遇到严重的个人与专业方面的压力。他们对支持团体的反应相当一致：“为什么20年前我们不这样做？”这样的团体不仅提供个人与专业的支持，也提醒治疗师小团体的力量所在，允许治疗师从成员的角度看待团体的

治疗性历程。像所有的团体一样，他们受益于一个明确的共同期望、目标和规范，以确保他们按部就班并能解决他们自己团体的进程³⁹。

技 巧 之 外

团体心理治疗的培训课程，除了教导学生如何做之外，也要教导如何去学习。一个临床指导者不能对自己的技巧或治疗假设有过度的执着，因为该领域如此复杂而多元化，与永恒的真理相距甚远。为此，我相信，最重要的是为了该领域进行继续教育，我们教授与示范最基本的研究导向。研究导向所持的并不是机械的卡方检验分析，而是对临床、研究证据、结论持开放的、自我检讨的、探询的态度，这种对经验所抱持的姿态，与敏锐的、人本的临床方法是一致的。

近来心理治疗研究方面的发展强调这一原则：我们曾一直有此想象，即我们可以让治疗师遵循一本治疗手册，从而大大简化临床培训，并且消除治疗结果中的变化性。但这是一个不能实现的幻想：因为治疗教条化并不能提高临床效果。最终的疗效要靠治疗师，而非治疗模型。遵循心理治疗手册的条条框框，只会离心理治疗的技术和表达更远。许多参与者觉得手册限制了他们的本能反应，并且导致不平稳的无效的治疗过程。治疗师的疗效与即兴创作的能力有直接相关，他需要利用新的知识和更多的智慧。然而，心理治疗方面的手册并没有提供这些内容。⁴⁰

我们要帮助学生批判性地评估自己的工作，且保持足够的弹性，从而对自己的观察有所反应。成熟的治疗师是一个能不断进步的治疗师，也是将每一个来访者、每一个团体视为学习体验的治疗师——事实上他的整个生涯就是一个学习体验。同样重要的是，训练学生评估团体治疗的系统性研究，有可能的话，撷取研究成果到他们的临床工作中。有关临床研究方法学的读书会或研究会是非常重要的。虽然仅有少数的临床工作者有时间、有经费，而且得到机构的支持来从事大型研究，但许多人可以用个案或小团体进行研究，所有的临床工作者也应该对已发表的临床研究进行评估。如果团体治疗领域要有条理的发展，则必须对诚信的、良好执行的、与实务相关的研究有所回应。否则，团体治疗会是放任自流的，研究也会变成毫无生气，或纸上谈兵。

接着我要讨论如何将学生导入重要的研究问题：效果评估。可以借学术讨论来思考大量有关效果研究问题的文献（近期优秀的综述文章，可用在讨论中）⁴¹。此外，让学生去访谈刚结束团体治疗的来访者，借此投入于研究实习。

如果有机会对改变进行评估，即使是很有限的，学生也会对疗效研究变得更

加敏锐、更有建设性。学生成长后，会了解到传统研究只注重研究设计，而没有个别化地去评估每个人的治疗效果。

临床工作者未注意，甚至认为治疗效果的评估就是用标准化工具来测量治疗前后的改变。许多临床及研究证据指出，所谓改变就是指每个来访者变得不同。然而，有些来访者需要减少焦虑、降低敌意，但有些来访者的进步却会伴随着焦虑与敌意的增加。自尊的改变也需要个人化。在传统的自我评价问卷上获得高自尊分数，可能代表真诚健康地看重自己，也有可能代表着防卫的姿态，在缺乏自我觉察的情况下保持高度的自尊感⁴²。后者经过成功的治疗之后，问卷中的自尊分数会减低（但却反映更真实的情况）。

因此，不止效果评估的一般策略要改变，效果的标准也要重新修正。将评估个体治疗的标准用在团体治疗研究上并不妥当。虽然团体治疗与个体治疗在整体有效性上或许差不多，但我怀疑不同的治疗模式会产生不同的改变，也就有不同形态的效果。举例来说，团体治疗的“毕业生”会更有社交技巧，在承受压力的时刻更能与人亲近，更有能力去维持有意义的人际关系，更有共情；个体治疗的患者可能是更能自我满足，更有自省力，更能与内在历程相协调⁴³。

多年以来，团体治疗师认为治疗是一种多层面的生活实验，而现在正是把这种概念运用在效果研究的时机。经过治疗之后，有的人改变其人生的价值观，更重视人性或完美的目标；有的人做了足以影响其一生的重大决定；有的人对人际关系更为敏锐且更能表达自己的感觉；有的人变得可以不被琐事困扰而提升自己的关心层次；有的人对别人或工作更有承诺感；有的人更能有意义地面对必然的死亡；有的人变得比较具冒险性，可以接受新的观念与经验。还有其他伴随而来的效果，就是这些改变与症状的缓解或内在的舒服感成正相关⁴⁴。

在你整个治疗师生涯中，研究导向需要你对于新的证据要一直维持弹性，并且有所回应，也让你觉得具有某种程度的不确定感——这是相当重要的。不确定感来自于没有一套确定的治疗系统，它会导致焦虑感。

许多治疗师在所谓的标准系统中寻求安慰：他们将自己投身于许多理念学派中的一种，不仅从中得到一套解释问题的完整系统，也排除了一些分歧的事实并忽视相左的证据。这种“投身”经常需要有一段漫长的学习生涯与启蒙。一旦处在这种系统中，学生会发觉自己很难自拔：首先是经过漫长的学习生涯后，弃绝此学派就等于是否定自己的一部分，其次，为不明立场而放弃明确立场，的确非常困难。

另一方面，过分排除明确性也会有些潜在危机。一个焦虑且缺乏明确性的治

疗师比较没有效能，深深的不确定感会引发治疗的空虚感，如果是学生，他们会拒绝任何系统的治疗技巧。在这种情况下，老师可以以自己为例提供另一种方向：即就目前最有力的证据来看，他相信某种特定的取向是有效的，但如果有新的资料出来，他也会准备改变治疗取向。再者，老师可以表明自己的勇于探索，并同时也明确此领域本身的局限。

缺乏评估新发展研究导向的工作者们，其处境是艰难的。举例来说，一个人如何面对这个领域中的日新月异，如短期、结构式团体取向的产生。不幸的是，采用一种新的方法通常受其支持者的热忱、游说或气势所影响，有一些新的治疗方法相当成功，迅速为人们所接受并且附庸。许多对研究证据缺乏一致性，批评取向的治疗师会发现，自己对新的治疗方式有不合常理的排斥，而有些却相反，他们追随风潮，但常常叶公好龙，或虎头蛇尾。

团体心理治疗所面对的重要问题是平衡问题。传统的保守派对于改变的接受程度未能恰到好处，创新的挑战派对于稳定性的接受度也未能恰到好处。这个领域受风潮影响而摇摆不定更甚于受证据的影响。心理治疗是如同艺术一般的科学，在科学的领域里没有墨守成规，也没有一味改革。墨守成规让拥护者觉得安全，但会导致停滞不前，对时代潮流没有感受力，则无法跟上社会大众的改变。改革充满乐趣，是支持者想像力的出口，但如果没有详加评估，将会不断变幻，但毫无进展——心理治疗将变得信口雌黄⁴⁵。

注 释

Additional reference information and suggested readings of relevant articles can be found at www.yalom.com. Where specific references exist at www.yalom.com, a † has been added to the text in this book.

CHAPTER 1

1. C. McRoberts, G. Burlingame, and M. Hoag, "Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 2 (1998): 101–117. M. Smith, G. Glass, and T. Miller, *The Benefits of Psychotherapy* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980). L. Tillitski, "A Meta-Analysis of Estimated Effect Sizes for Group Versus Individual Versus Control Treatments," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 215–24. G. Burlingame, K. MacKenzie, and B. Strauss, "Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change," in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley and Sons, 2004), 647–96.

2. S. Bloch, "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy," in *APA Annual Review V* (Washington, D.C.: APA Press, 1986), pp. 679–98. D. Kivlighan, K. Multon, and D. Brossart, "Helpful Impacts in Group Counseling: Development of a Multidimensional Rating System," *Journal of Counseling Psychology* 43 (1996): 347–55.

3. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).

4. H. Feifel and J. Eells, "Patients and Therapists Assess the Same Psychotherapy," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 27 (1963): 310–18.

5. J. Schaffer and S. Dreyer, "Staff and Inpatient Perceptions of Change Mechanisms in Group Therapy," *American Journal of Psychiatry* 139 (1982): 127–28. S. Bloch and J. Reibstein, "Perceptions by Patients and Therapists of Therapeutic Factors in Group Therapy," *British Journal of Psychiatry* 137 (1980): 274–78. R. Cabral and A. Paton, "Evaluation of Group Therapy: Correlations Between Clients' and Observers' Assessments," *British Journal of Psychiatry* 126 (1975): 475–77. C. Glass and D. Arnkoff, "Common and Specific Factors in Client Descriptions and Explanations for Change," *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 7 (1988): 427–40.

6. T. Butler and A. Fuhriman, "Level of Functioning and Length of Time in Treatment Variables Influencing Patients' Therapeutic Experience in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 33 (1983): 489–504.

7. J. Maxmen, "Group Therapy as Viewed by Hospitalized Patients," *Archives of General Psychiatry* 28 (March 1973): 404–8. T. Butler and A. Fuhriman, "Patient Perspective

on the Curative Process: A Comparison of Day Treatment and Outpatient Psychotherapy Groups," *Small Group Behavior* 11 (1980): 371-88. T. Butler and A. Fuhrman, "Curative Factors in Group Therapy: A Review of the Recent Literature," *Small Group Behavior* 14 (1983): 131-42. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, "The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1985): 411-35. E. Rynearson and S. Melson, "Short-Term Group Psychotherapy for Patients with Functional Complaints," *Postgraduate Medicine* 76 (1984): 141-50.

8. B. Corder, L. Whiteside, and T. Haizlip, "A Study of Curative Factors in Group Psychotherapy with Adolescents," *International Journal of Group Psychotherapy* 31 (1981): 345-54. N. Macaskill, "Therapeutic Factors in Group Therapy with Borderline Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 61-73. S. Colijn et al., "A Comparison of Curative Factors in Different Types of Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 365-78.

9. M. Lieberman and L. Borman, *Self-Help Groups for Coping with Crisis* (San Francisco: Jossey-Bass, 1979). M. Lieberman, "Comparative Analyses of Change Mechanisms in Group," in *Advances in Group Therapy*, ed. R. Dies and K. MacKenzie (New York: International Universities Press, 1983): 191-208. S. Bloch and E. Crouch, *Therapeutic Factors in Group Therapy* (Oxford: Oxford University Press, 1985), 25-67.

10. K. MacKenzie and V. Tschuschke, "Relatedness, Group Work, and Outcome in Long-Term Inpatient Psychotherapy Groups," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2 (1993): 147-55. G. Burlingame, "Small-Group Treatment." D. Kivlighan, "Helpful Impacts."

11. A. Goldstein, *Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy* (New York: Pergamon Press, 1962). S. Bloch et al., "Patients' Expectations of Therapeutic Improvement and Their Outcomes," *American Journal of Psychiatry* 133 (1976): 1457-59. J. Frank and J. Frank, *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, 3rd ed. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991), 132-54. J. Connelly et al., "Premature Termination in Group Psychotherapy: Pretherapy and Early Therapy Predictors," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 145-52. A. Rabin et al., "Factors Influencing Continuation," *Behavioral Therapy* 23 (1992): 695-98. H. Hoberman et al., "Group Treatment of Depression: Individual Predictors of Outcome," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988): 393-98. M. Pearson and A. Girling, "The Value of the Claybury Selection Battery in Predicting Benefit from Group Therapy," *British Journal of Psychiatry* 157 (1990): 384-88. W. Piper, "Client Variables," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 83-113.

12. M. Seligman, "The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study," *American Psychologist* 50 (1995): 965-74.

13. A. Leuchter, I. Cook, E. Witte, M. Morgan, and M. Abrams, "Changes in Brain Function in Depressed Subjects During Treatment with Placebo," *American Journal of Psychiatry* 159 (2002): 122-29.

14. D. Spiegel and C. Classen, *Group Therapy for Cancer Patients* (New York: Basic Books, 2000). M. Leszcz and P. Goodwin, "The Rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 245-74.

15. Goldstein, *Therapist-Patient Expectancies*, 35-53. Kaul and Bednar, "Experiential Group Research," 229-63. E. Uhlenhuth and D. Duncan, "Some Determinants of Change in Psychoneurotic Patients," *Archives of General Psychiatry* 18 (1968): 532-40. Frank and Frank, *Persuasion and Healing*.

16. Lieberman and Borman, *Self-Help Groups*.

17. K. Lorig et al., "Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial," *Medical Care* 37 (1999): 5-14.

18. F. Fawzy, N. Fawzy, and J. Wheeler, "A Post-Hoc Comparison of the Efficiency of a Psychoeducational Intervention for Melanoma Patients Delivered in Group Versus Individual Formats: An Analysis of Data from Two Studies," *Psycho-Oncology* 5 (1996): 81–89. A. Bandura, *Self-Efficacy: The Exercise of Control* (New York: Freeman, 1997).
19. J. Moreno, "Group Treatment for Eating Disorders," in Fuhrman and Burlingame, *Handbook of Group Psychotherapy*: 416–457.
20. S. Gold-Steinberg and M. Buitenheim, "'Telling One's Story' in an Incest Survivors' Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 173–89. F. Mennen and D. Meadow, "Process to Recovery: In Support of Long-Term Groups for Sexual Abuse Survivors," *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 29–44. M. Schadler, "Brief Group Therapy with Adult Survivors of Incest," in *Focal Group Therapy*, ed. M. McKay and K. Paleg (Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1992), 292–322.
21. J. Kelly, "Group Therapy Approaches for Patients with HIV and AIDS," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 145–62. C. Rose, L. Sekula, and E. Rubenstein, "Group Interventions for Widowed Survivors of Suicide," *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31 (2001): 428–41.
22. P. Tsui and G. Schultz, "Ethnic Factors in Group Process," *American Journal of Orthopsychiatry* 58 (1988): 136–42.
23. N. Hansen, F. Pepitone-Arreola-Rockwell, and A. Greene, "Multicultural Competence: Criteria and Case Examples," *Professional Psychology: Research and Practice* 31 (2000): 652–60. G. Nagayama Hall, "Psychotherapy Research with Ethnic Minorities: Empirical, Ethical, and Conceptual Issues," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69 (2001): 502–10.
24. M. Jones, "Group Treatment with Particular Reference to Group Projection Methods," *American Journal of Psychiatry* 101 (1944): 292–99.
25. L. Marsh, "Group Therapy and the Psychiatric Clinic," *Journal of Nervous and Mental Diseases* 82 (1935): 381–90.
26. M. Galanter, "Zealous Self-Help Groups as Adjuncts to Psychiatric Treatment: A Study of Recovery, Inc.," *American Journal of Psychiatry* 143 (1988): 1248–53. M. Galanter, "Cults and Zealous Self-Help Movements," *American Journal of Psychiatry* 145 (1990): 543–51. C. Gartner, "A Self-Help Organization for Nervous and Former Mental Patients—Recovery, Inc., Chicago," *Hospital and Community Psychiatry* 42 (1991): 1055–56.
27. P. Murray, "Recovery, Inc., as an Adjunct to Treatment in an Era of Managed Care," *Psychiatric Services* 47 (1996): 1378–81.
28. A. Low, *Mental Health Through Will Training* (Boston: Christopher Publishing House, 1950).
29. Lieberman and Borman, *Self-Help Groups*, 194–234. G. Goodman and M. Jacobs, "The Self-Help Mutual Support Group," in Fuhrman and Burlingame, *Handbook of Group Psychotherapy*: 484–526. D. Salem, E. Seidman, and J. Rappaport, "Community Treatment of the Mentally Ill: The Promise of Mutual Help Organizations," *Social Work* 33 (1988): 403–8. Lieberman and Borman, *Self-Help Groups*.
30. H. Fensterheim and B. Wiegand, "Group Treatment of the Hyperventilation Syndrome," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 399–404. R. McNally, "Psychological Approaches to Panic Disorder: A Review," *Psychological Bulletin* 108 (1990): 403–19.
31. S. Tenzer, "Fat Acceptance Therapy: A Non-Dieting Group Approach to Physical Wellness, Insight and Self-Acceptance," *Women and Therapy* 8 (1989): 39–47.
32. Moreno, "Group Treatment for Eating Disorders." J. Mitchell et al., "A Comparison Study of Antidepressants and Structured Intensive Group Therapy in the Treatment of Bulimia Nervosa," *Archives of General Psychiatry* 47 (1990): 149–57. J. Laube, "Why Group for Bulimia?" *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 169–88. D.

Franko, "The Use of a Group Meal in the Brief Group Therapy of Bulimia Nervosa," *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 237-42.

33. M. Kalb, "The Effects of Biography on the Divorce Adjustment Process," *Sexual and Marital Therapy* 2 (1987): 53-64. D. Grenvold and G. Welch, "Structured Short-Term Group Treatment of Postdivorce Adjustment," *International Journal of Group Psychotherapy* 29 (1979): 347-58.

34. S. Drob and H. Bernard, "Time-Limited Group Treatment of Genital Herpes," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 133-44.

35. D. Ornish, *Dr. Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease* (New York: Random House, 1990). R. Allen and S. Scheidt, "Group Psychotherapy for Patients with Coronary Heart Disease," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 187-214.

36. B. Mara and M. Winton, "Sexual Abuse Intervention: A Support Group for Parents Who Have a Sexually Abused Child," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 63-78.

37. T. Poynter, "An Evaluation of a Group Program for Male Perpetrators of Domestic Violence," *Australian Journal of Marriage and Family* 12 (1991): 64-76. J. Edelson and R. Gruznski, "Treating Men Who Batter," *Journal of Social Service Research* 12 (1988): 3-22. B. Wallace and A. Nosko, "Working with Shame in the Group Treatment of Male Batterers," *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 45-61.

38. I. Yalom and S. Vinogradov, "Bereavement Groups: Techniques and Themes," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 419-46.

39. S. Levine et al., "Group Psychotherapy for HIV-Seropositive Patients with Major Depression," *American Journal of Psychotherapy* 55 (1991): 413-25. G. Tunnell, "Complication in Group Psychotherapy with AIDS Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 481-98. A. Beckett and J. Rutan, "Treating Persons with ARC and AIDS in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 19-30. Kelly, "Group Therapy Approaches for Patients with HIV and AIDS."

40. S. Price, A. Heinrich, and J. Golden, "Structured Group Treatment of Couples Experiencing Sexual Dysfunction," *Journal of Sex and Marital Therapy* 6 (1981): 247-57.

41. L. Gallese and E. Treuting, "Help for Rape Victims Through Group Therapy," *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 19 (1981): 20-21.

42. R. Kris and H. Kramer, "Efficacy of Group Therapy with Postmastectomy Self-Perception, Body Image, and Sexuality," *Journal of Sex Research* 23 (1986): 438-51.

43. E. Herman and S. Baptiste, "Pain Control: Mastery Through Group Experience," *Pain* 10 (1981): 79-86.

44. S. Abbey and S. Farrow, "Group Therapy and Organ Transplantation," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 163-86.

45. Z. Segal, J. Williams, and J. Teasdale, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (New York: Guilford Press, 2002).

46. J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (New York: Dell, 1990). Segal et al., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*.

47. V. Helgeson, S. Cohen, R. Schulz, and J. Yasko, "Education and Peer Discussion Group Interventions and Adjustment to Breast Cancer," *Archives of General Psychiatry* 56 (1999): 340-47.

48. I. Yalom, P. Houts, G. Newell, and K. Rand, "Preparation of Patients for Group Therapy: A Controlled Study," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 416-27.

49. F. Fromm-Reichman, *Principles of Intensive Psychotherapy* (Chicago: University of Chicago Press, 1950).

50. J. Ledoux and J. Gorman, "A Call to Action: Overcoming Anxiety Through Active Coping," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 1953-55.

51. J. Frank et al., "Behavioral Patterns in Early Meetings of Therapy Groups," *American Journal of Psychiatry* 108 (1952): 771-78. C. Peters and H. Grunebaum, "It Could Be Worse: Effective Group Therapy with the Help-Rejecting Complainer," *International Journal of Group Psychotherapy* 27 (1977): 471-80. E. Berne, *Games People Play* (New York: Grove Press, 1964).
52. J. Rubin and K. Locasio, "A Model for Communication Skills Group Using Structured Exercises and Audiovisual Equipment," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1985): 569-84.
53. J. Flowers, "The Differential Outcome Effects of Simple Advice, Alternatives, and Instructions in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 29 (1979): 305-15.
54. W. Beardslee, E. Wright, P. Rothberg, P. Salt, and E. Versage, "Response of Families to Two Preventive Intervention Strategies: Long-Term Differences in Behavior and Attitude Change," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (1996): 774-82.
55. S. Holmes and D. Kivlighan, "Comparison of Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Processes," *Journal of Counseling Psychology* 47 (2000): 478-84.
56. Frank and Frank, *Persuasion and Healing*.
57. V. Frankl, *The Will to Meaning* (Cleveland: World Publishing, 1969).
58. S. Folkman, S. Greer, "Promoting Psychological Well-being in the Face of Serious Illness: When Theory, Research and Practice Inform Each Other," *Psycho-Oncology* 9 (2000): 11-19.
59. L. Ormont, "The Role of the Leader in Resolving Resistances to Intimacy in the Group Setting," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 29-45.
60. D. Goleman, *Emotional Intelligence* (New York: Bantam Books, 1995).
61. S. Barlow et al., "Leader Communication Style: Effects on Members of Small Groups," *Small Group Behavior* 13 (1982): 513-81.
62. S. Borgers, "Uses and Effects of Modeling by the Therapist in Group Therapy," *Journal for Specialists in Group Work* 8 (1983): 133-39.
63. E. Kuipers et al., "London-East Anglia Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behaviour Therapy for Psychosis: 1. Effects of the Treatment Phase," *British Journal of Psychiatry* 171 (1997): 319-27.
64. A. Bandura, E. Blanchard, and B. Ritter, "The Relative Efficacy of Desensitization and Modeling Approaches for Inducing Behavioral, Affective, and Attitudinal Changes," *Journal of Personality and Social Psychology* 13 (1969): 173-99. A. Bandura, D. Ross, and S. Ross, "Vicarious Reinforcements and Imitative Learning," *Journal of Abnormal and Social Psychology* 67 (1963): 601-7.
65. J. Moreno, "Psychodramatic Shock Therapy," *Sociometry* 2 (1939): 1-30.
66. S. Colijn et al., "A Comparison of Curative Factors in Different Types of Group Therapy," *International Journal of Group Therapy* 41 (1991): 365-78.

CHAPTER 2

1. R. Baumeister and M. Leary, "The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation," *Psychology Bulletin* 117 (1995): 497-529.
2. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 3, *Loss: Sadness and Depression* (New York: Basic Books, 1980).
3. D. Winnicott, *Through Pediatrics to Psychoanalysis* (London: Hogarth Press, 1978; orig. published 1952).
4. S. Mitchell, *Relational Concepts in Psychoanalysis* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1988).
5. W. James, *The Principles of Psychology*, vol. 1 (New York: Henry Holt, 1890), 293.

6. L. Syme, *Social Support and Health* (Orlando, Fla.: Academic Press, 1985). J. Har-
tog, J. Audy, and Y. Cohen, eds., *The Anatomy of Loneliness* (New York: International
Universities Press, 1980). J. Lynch, *The Broken Heart: The Medical Consequences of
Loneliness* (New York: Basic Books, 1977).

7. J. House, K. Landis, and D. Umberson, "Social Relationships and Health," *Science*
241 (1988): 540-45.

8. E. Maunsell, J. Brisson, and L. Deschenes, "Social Support and Survival Among
Women with Breast Cancer," *Cancer* 76 (1995): 631-37. M. Price et al., "The Role of Psy-
chosocial Factors in the Development of Breast Carcinoma, Part II: Life Event Stressors,
Social Support, Defense Style, and Emotional Control and Their Interactions," *Cancer* 91
(2001): 686-97. J. Leserman et al., "Impact of Stressful Life Events, Depression, Social
Support, Coping, and Cortisol on Progression to AIDS," *American Journal of Psychiatry*
157 (2000): 1221-28.

9. V. Schermer, "Contributions of Object Relations Theory and Self Psychology to Re-
lational Psychology, Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychother-*
apy 50 (2000): 199-212.

10. S. Mitchell, *Hope and Dread in Psychoanalysis* (New York: Basic Books, 1993).

11. H. Sullivan, *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (New York: Norton, 1953). H.
Sullivan, *Conceptions of Modern Psychiatry* (New York: Norton, 1940).

12. D. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory and Research* (New York: Wiley,
1996).

13. P. Mullahy, "Harry Stack Sullivan," in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed.
H. Kaplan, A. Freedman, and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1980): 152-55. P.
Mullahy, *The Contributions of Harry Stack Sullivan* (New York: Hermitage House, 1952).

14. J. McCullough Jr., *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analy-
sis System of Psychotherapy (CBASP)* (New York: Guilford Press, 2000). D. Hellerstein et
al., "Adding Group Psychotherapy to Medication Treatment in Dysthymia: A Randomized
Prospective Pilot Study," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2002):
93-103. J. Safran and Z. Segal, *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* (New York:
Basic Books, 1990).

15. D. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory*.

16. Mullahy, *Contributions*, 22.

17. H. Grunebaum and L. Solomon, "Peer Relationships, Self-Esteem, and the Self," *In-
ternational Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 475-513.

18. M. Leszcz, "Integrated Group Psychotherapy for the Treatment of Depression in the
Elderly," *Group* 21 (1997): 89-113.

19. P. Fonagy, "The Process of Change and the Change of Processes: What Can Change
in a 'Good Analysis'," keynote address to the spring meeting of Division 39 of the Amer-
ican Psychological Association, New York, April 16, 1999.

20. Bowlby, *Attachment and Loss*.

21. Safran and Segal, *Interpersonal Process*. Kiesler, *Contemporary Interpersonal
Theory*.

22. H. Strupp and J. Binder, *Psychotherapy in a New Key* (New York: Basic Books,
1984). R. Giesler and W. Swann, "Striving for Confirmation: The Role of Self-Verification
in Depression, in *The Interactional Nature of Depression*, ed. T. Joiner and J. Coyne
(Washington, D.C.: American Psychological Association, 1999), 189-217.

23. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory*. Kiesler describes this interpersonal vi-
cious circle as a maladaptive transaction cycle (MTC). Current research emphasizes inter-
personal complementarity—the idea that specific behavior elicits specific responses from
others—as the mechanism that initiates and maintains vicious circles of maladaptive inter-
actions. Consider, for example, two dimensions of behavior much used in interpersonal re-
search: agency and affiliation. *Agency* (that is, self definition, assertion and initiative) ranges
from domination to subordination. Complementarity in agency means that dominating be-

haviors pull reciprocal counter responses of submission; submissive behavior in turn will reciprocally pull forth dominating forms of responses. *Affiliation* (that is, one's attitude to interpersonal connection) ranges from hostility to friendliness and pulls for similarity and agreement: hostility draws further hostility, and friendliness pulls for friendliness back). Anticipating and understanding specific types of interpersonal pulls informs the group leader about clients' actual and potential maladaptive transactions in therapy. Moreover, this information can be used to help group therapists maintain a therapeutic perspective in the presence of the strong interpersonal pulls affecting others or themselves. Once therapists recognize the interpersonal impact of each client's behavior, they more readily understand their own countertransference and can provide more accurate and useful feedback.

24. Mullahy, *Contributions*, 10.

25. L. Horowitz and J. Vitkis, "The Interpersonal Basis of Psychiatric Symptomatology," *Clinical Psychology Review* 6 (1986): 443–69.

26. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory*.

27. Sullivan, *Conceptions*, 207.

28. *Ibid.*, 237.

29. B. Grenyer and L. Luborsky, "Dynamic Change in Psychotherapy: Mastery of Interpersonal Conflicts," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996): 411–16.

30. S. Hemphill and L. Littlefield, "Evaluation of a Short-Term Group Therapy Program for Children with Behavior Problems and Their Parents," *Behavior Research and Therapy* 39 (2001): 823–41. S. Scott, Q. Spender, M. Doolan, B. Jacobs, and H. Espland, "Multi-Center Controlled Trial of Parenting Groups for Childhood Antisocial Behavior in Clinical Practice," *British Medical Journal* 323 (2001): 194–97.

31. D. Wilfley, K. MacKenzie, V. Ayers, R. Welch, and M. Weissman, *Interpersonal Psychotherapy for Group* (New York: Basic Books, 2000).

32. I. Yalom and C. Greaves, "Group Therapy with the Terminally Ill," *American Journal of Psychiatry* 134 (1977): 396–400.

33. E. Kübler-Ross, *On Death and Dying* (New York: Macmillan, 1969).

34. F. Alexander and T. French, *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications* (New York: Ronald Press, 1946). For a more contemporary psychoanalytic view of the corrective emotional experience, see T. Jacobs, "The Corrective Emotional Experience: Its Place in Current Technique," *Psychoanalytic Inquiry* 10 (1990): 433–545.

35. F. Alexander, "Unexplored Areas in Psychoanalytic Theory and Treatment," in *New Perspectives in Psychoanalysis, Sandor Rado Lectures 1957–1963*, ed. G. Daniels (New York: Grune & Stratton, 1965), 75.

36. P. Fonagy, G. Moran, R. Edgumbe, H. Kennedy, and M. Target, "The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action," *The Psychoanalytic Study of the Child* 48 (1993): 9–48. J. Weiss, *How Psychotherapy Works: Process and Technique* (New York: Guilford Press, 1993).

37. P. Fretter, W. Bucci, J. Broitman, G. Silberschatz, and J. Curtis, "How the Patient's Plan Relates to the Concept of Transference," *Psychotherapy Research* 4 (1994): 58–72.

38. Alexander, "Unexplored Areas," 79–80.

39. J. Frank and E. Ascher, "The Corrective Emotional Experience in Group Therapy," *American Journal of Psychiatry* 108 (1951): 126–31.

40. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria*, in S. Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 2 (London: Hogarth Press, 1955).

41. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).

42. *Ibid.*

43. A. Alonso and J. Rutan, "Character Change in Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 4 (1993): 439–51.

44. B. Cohen, "Intersubjectivity and Narcissism in Group Psychotherapy: How Feedback Works," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 163–79.

45. R. Stolorow, B. Brandschaft, and G. Atwood, *Psychoanalytic Treatment: An Inter-subjective Approach* (Hillsdale, N.J.: Analytic Press, 1987).
46. J. Kleinberg, "Beyond Emotional Intelligence at Work: Adding Insight to Injury Through Group Psychotherapy," *Group* 24 (2000): 261-78.
47. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory*. J. Muran and J. Safran, "A Relational Approach to Psychotherapy," in *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, ed. F. Kaslow, vol. 1, *Psychodynamic/Object Relations*, ed. J. Magnavita (New York: Wiley, 2002), 253-81.
48. M. Leszcz and J. Malat, "The Interpersonal Model of Group Psychotherapy," in *Praxis der Gruppenpsychotherapie*, ed. V. Tschuschke (Frankfurt: Thieme, 2001), 355-69.
49. N. Jacobson et al., "A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996): 295-304.
50. R. Dies, "Group Psychotherapies," in *Essential Psychotherapies: Theory and Practice*, ed. A. Gurman and S. Messer (New York: Guilford Publications, 1998): 488-522. E. Crouch and S. Bloch, "Therapeutic Factors: Interpersonal and Intrapersonal Mechanisms," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994), 25-87. R. Dies, "Clinical Implications of Research on Leadership in Short-Term Group Psychotherapy," in *Advances in Group Psychotherapy*, ed. R. Dies and K. MacKenzie (New York: International Universities Press, 1983), 27-79. J. Frank, "Some Values of Conflict in Therapeutic Groups," *Group Psychotherapy* 8 (1955): 142-51. J. Kaye, "Group Interaction and Interpersonal Learning," *Small Group Behavior* 4 (1973): 424-48. A. German and J. Gustafson, "Patients' Perceptions of the Therapeutic Relationship and Group Therapy Outcome," *American Journal of Psychiatry* 133 (1976): 1290-94. J. Hodgson, "Cognitive Versus Behavioral-Interpersonal Approaches to the Group Treatment of Depressed College Students," *Journal of Counseling Psychology* 28 (1981): 243-49.
51. J. Donovan, J. Bennett, and C. McElroy, "The Crisis Group: An Outcome Study," *American Journal of Psychiatry* 136 (1979): 906-10.
52. L. Kohl, D. Rinks, and J. Snarey, "Childhood Development as a Predictor of Adaptation in Adulthood," *Genetic Psychology Monographs* 110 (1984): 97-172. K. Kindler et al., "The Family History Method: Whose Psychiatric History Is Measured?" *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1501-4. P. Chodoff, "A Critique of the Freudian Theory of Infantile Sexuality," *American Journal of Psychiatry* 123 (1966): 507-18. J. Kagan, "Perspectives on Continuity," in *Constancy and Change in Human Development*, ed. J. Kagan and O. Brim (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1980). J. Kagan, *The Nature of the Child* (New York: Basic Books, 1984), 99-111.
53. E. Kandel, "A New Intellectual Framework for Psychiatry," *American Journal of Psychiatry* 155 (1998): 457-69.
54. P. Fonagy, H. Kachele, R. Krause, E. Jones, R. Perron, and L. Lopez, "An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis." London: International Psychoanalytical Association, 1999.

CHAPTER 3

1. C. McRoberts, G. Burlingame, and M. Hoag, "Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy: A Meta-analytic Perspective," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 2 (1998): 101-17. W. McDermut, I. Miller, and R. Brown, "The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis and Review of Empirical Research," *Clinical Psychology: Science and Practice* 8 (2001): 98-116. G. Burlingame, K. MacKenzie, and B. Strauss, "Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change," in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley, 2004), 647-96. L. Luborsky, P. Crits-Christoph, J. Mintz, and A. Auerbach, *Who Will Benefit from Psychotherapy?* (New York:

Basic Books, 1988). H. Bachrach, R. Galantzer-Levy, A. Skolnikoff, and S. Waldron, "On the Efficacy of Psychoanalysis," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 39 (1991): 871–916. L. Luborsky, L. Diguer, E. Luborsky, B. Singer, D. Dickter, and K. Schmidt, "The Efficacy of Dynamic Psychotherapy: Is It True That Everyone Has Won and All Must Have Prizes?" *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (New York: Basic Books, 1993): 497–518. M. Lambert and A. Bergin, "The Effectiveness of Psychotherapy," in *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An Empirical Analysis*, 4th ed., ed. S. Garfield and A. Bergin (New York: Wiley, 1994), 143–89. M. Smith, G. Glass, and T. Miller, *The Benefits of Psychotherapy* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980). A. Bergin and M. Lambert, "The Evaluation of Therapeutic Outcomes," in *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An Empirical Analysis*, 2nd ed., ed. S. Garfield and A. Bergin (New York: Wiley, 1978), 139–83. R. Bednar and T. Kaul, "Experiential Group Research: Can the Canon Fire?" in Garfield and Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, 4th ed., 631–63. C. Tillitski, "A Meta-Analysis of Estimated Effect Sizes for Group Versus Individual Versus Control Treatments," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 215–24. R. Toseland and M. Siporin, "When to Recommend Group Therapy: A Review of the Clinical and Research Literature," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 171–201.

2. W. McFarlane et al., "Multiple-Family Groups in Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia," *Archives of General Psychiatry* 52 (1996): 679–87. M. Galanter and D. Brook, "Network Therapy for Addiction: Bringing Family and Peer Support into Office Practice," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 101–23. F. Fawzy, N. Fawzy, and J. Wheeler, "A Post-Hoc Comparison of the Efficiency of a Psychoeducational Intervention for Melanoma Patients Delivered in Group Versus Individual Formats: An Analysis of Data from Two Studies," *Psycho-Oncology* 5 (1996): 81–89.

3. H. Strupp, S. Hadley, and B. Gomes-Schwartz, *Psychotherapy for Better or Worse: The Problem of Negative Effects* (New York: Jason Aronson, 1977). Lambert and Bergin, "Effectiveness of Psychotherapy," 176–80. Luborsky et al. raise a dissenting voice: In their study they found little evidence of negative psychotherapy effects. See *Who Will Benefit from Psychotherapy?* M. Lambert and B. Ogles, "The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy," in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley, 2004): 139–93.

4. D. Martin, J. Garske, and M. Davis, "Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 438–50. A. Horvath, L. Gaston, and L. Luborsky, "The Therapeutic Alliance and Its Measures," in *Dynamic Psychotherapy Research*, ed. N. Miller, L. Luborsky, and J. Docherty (New York: Basic Books, 1993): 297–373. L. Gaston, "The Concept of the Alliance and Its Role in Psychotherapy: Theoretical and Empirical Considerations," *Psychiatry* 27 (1990): 143–53.

5. J. Krupnick et al., "The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Collaborative Research Program," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996): 532–39. D. Orlinsky and K. Howard, "The Relation of Process to Outcome in Psychotherapy," in Garfield and Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, 4th ed., 308–76. H. Strupp, R. Fox, and K. Lessler, *Patients View Their Psychotherapy* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1969). P. Martin and A. Sterne, "Post-Hospital Adjustment as Related to Therapists' In-Therapy Behavior," *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 13 (1976): 267–73. P. Buckley et al., "Psychodynamic Variables as Predictors of Psychotherapy Outcome," *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 742–48.

6. W. Meissner, "The Concept of the Therapeutic Alliance," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 40 (1992): 1059–87. "Therapeutic alliance" is a term first used by Zetsel to describe the client's capacity to collaborate with her psychoanalyst in the tasks of psychoanalysis. The client's objectivity and commitment to explore and work

through the thoughts and feelings generated in the treatment are key aspects in this early definition. Contemporary views of the therapeutic alliance define it more specifically as the understanding shared between the client and therapist regarding the therapy's goals and the therapy's tasks, along with the mutuality of trust, respect, and positive regard that characterize a successful therapy experience. (Bordin; Safran and Muran) Wolfe and Goldfried view the therapeutic alliance as "the quintessential integrative variable." It lies at the heart of every effective mental health treatment, regardless of model or therapist orientation. E. Zetsel, "The Concept of the Transference," in *The Capacity for Emotional Growth* (New York: International Universities Press, 1956), 168–81. E. Bordin, "The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Therapeutic Alliance," *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 16 (1979): 252–60. J. Safran and J. Muran, *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide* (New York: Guilford Press, 2003). B. Wolfe and M. Goldfried, "Research on Psychotherapy Integration: Recommendations and Conclusions from an NIMH Workshop," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988): 448–51.

7. A. Horvath and B. Symonds, "Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis," *Journal of Consulting Psychology* 38 (1991): 139–49. F. Fiedler, "A Comparison of Therapeutic Relationships in Psychoanalytic, Non-directive, and Adlerian Therapy," *Journal of Consulting Psychology* 14 (1950): 436–45. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).

8. R. DeRubeis and M. Feeley, "Determinants of Change in Cognitive Therapy for Depression," *Cognitive Therapy and Research* 14 (1990): 469–80. B. Rounsaville et al., "The Relation Between Specific and General Dimension: The Psychotherapy Process in Interpersonal Therapy of Depression," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55 (1987): 379–84. M. Salvio, L. Beutler, J. Wood, and D. Engle, "The Strength of the Therapeutic Alliance in Three Treatments for Depression," *Psychotherapy Research* 2 (1992): 31–36. N. Rector, D. Zuroff, and Z. Segal, "Cognitive Change and the Therapeutic Alliance: The Role of Technical and Non-technical Factors in Cognitive Therapy," *Psychotherapy* 36 (1999): 320–28.

9. J. Ablon and E. Jones, "Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program," *American Journal of Psychiatry* 159 (2002): 775–83.

10. L. Castonguay, M. Goldfried, S. Wiser, P. Raus, and A. Hayes, "Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study of Common and Unique Factors," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 (1996): 588–98. Rector et al., "Cognitive Change and the Therapeutic Alliance."

11. G. Burlingame, A. Fuhrman, and J. Johnson, "Cohesion in Group Psychotherapy," in *A Guide to Psychotherapy Relationships that Work*, ed. J. Norcross (Oxford, England: Oxford University Press, 2002). E. Smith, J. Murphy, and S. Coats, "Attachment to Groups: Theory and Measurement," *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (1999): 94–110. D. Forsyth, "The Social Psychology of Groups and Group Psychotherapy: One View of the Next Century," *Group* 24 (2000): 147–55.

12. Bednar and Kaul, "Experiential Group Research."

13. S. Bloch and E. Crouch, *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy* (New York: Oxford University Press, 1985), 99–103. N. Evans and P. Jarvis, "Group Cohesion: A Review and Reevaluation," *Small Group Behavior* 2 (1980): 359–70. S. Drescher, G. Burlingame, and A. Fuhrman, "Cohesion: An Odyssey in Empirical Understanding," *Small Group Behavior* 16 (1985): 3–30. G. Burlingame, J. Kircher, and S. Taylor, "Methodological Considerations in Group Therapy Research: Past, Present, and Future Practices," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 41–82. G. Burlingame, J. Johnson, and K. MacKenzie, "We Know It When We See It, But Can We Measure? Therapeutic Relationship in Group," presented at the annual meeting of the American Group Psychotherapy Association, New Orleans, 2002.

14. D. Cartwright and A. Zander, eds., *Group Dynamics: Research and Theory* (Evanston, Ill.: Row, Peterson, 1962), 74.
15. J. Frank, "Some Determinants, Manifestations, and Effects of Cohesion in Therapy Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 7 (1957): 53–62.
16. Bloch and Crouch, "Therapeutic Factors."
17. Researchers either have had to depend on members' subjective ratings of attraction to the group or critical incidents or, more recently, have striven for greater precision by relying entirely on raters' evaluations of global climate or such variables as fragmentation versus cohesiveness, withdrawal versus involvement, mistrust versus trust, disruption versus cooperation, abusiveness versus expressed caring, unfocused versus focused. See S. Budman et al., "Preliminary Findings on a New Instrument to Measure Cohesion in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 75–94.
18. D. Kivlighan and D. Mullison, "Participants' Perceptions of Therapeutic Factors in Group Counseling," *Small Group Behavior* 19 (1988): 452–68. L. Braaten, "The Different Patterns of Group Climate: Critical Incidents in High and Low Cohesion Sessions of Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 477–93.
19. D. Kivlighan and R. Lilly, "Developmental Changes in Group Climate as They Relate to Therapeutic Gain," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 208–21. L. Castonguay, A. Pincus, W. Agras, and C. Hines, "The Role of Emotion in Group Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder: When Things Have to Feel Worse Before They Get Better," *Psychotherapy Research* 8 (1998): 225–38.
20. R. MacKenzie and V. Tschuschke, "Relatedness, Group Work, and Outcome in Long-Term Inpatient Psychotherapy Groups," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2 (1993): 147–56.
21. G. Tasca, C. Flynn, and H. Bissada, "Comparison of Group Climate in an Eating Disorders Partial Hospital Group and a Psychiatric Partial Hospital Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 419–30.
22. R. Segalla, "Hatred in Group Therapy: A Rewarding Challenge," *Group* 25 (2001): 121–32.
23. A. Roarck and H. Sharah, "Factors Related to Group Cohesiveness," *Small Group Behavior* 20 (1989): 62–69.
24. Frank, "Some Determinants." C. Marmarosh and J. Corazzini, "Putting the Group in Your Pocket: Using Collective Identity to Enhance Personal and Collective Self-Esteem," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 65–74.
25. H. Grunebaum and L. Solomon, "Peer Relationships, Self-Esteem, and the Self," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 475–513.
26. Frank, "Some Determinants." Braaten, "The Different Patterns of Group Climate."
27. K. Dion, "Group Cohesion: From 'Field of Forces' to Multidimensional Construct," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 4 (2000): 7–26.
28. K. MacKenzie, "The Clinical Application of a Group Measure," in *Advances in Group Psychotherapy: Integrating Research and Practice*, ed. R. Dies and K. MacKenzie (New York: International Universities Press, 1983), 159–70. Tasca et al., "Comparison of Group Climate."
29. E. Marzali, H. Munroe-Blum, and L. McCleary, "The Contribution of Group Cohesion and Group Alliance to the Outcome of Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 475–99. J. Gillaspay, A. Wright, C. Campbell, S. Stokes, and B. Adinoff, "Group Alliance and Cohesion as Predictors of Drug and Alcohol Abuse Treatment Outcomes," *Psychotherapy Research* 12 (2002): 213–29. G. Burlingame and colleagues have completed a comprehensive review of the current group relationship measures, describing the strengths and limitations of the available rating measures. See Burlingame et al., "We Know It When We See It."
30. H. Spitz, *Group Psychotherapy and Managed Mental Health Care: A Clinical Guide for Providers* (New York: Brunner Mazel, 1996). H. Spitz, "Group Psychotherapy of

Substance Abuse in the Era of Managed Mental Health Care,” *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 21–41.

31. H. Dickoff and M. Lakin, “Patients’ Views of Group Psychotherapy: Retrospections and Interpretations,” *International Journal of Group Psychotherapy* 13 (1963): 61–73. Twenty-eight patients who had been in either clinic or private outpatient groups were studied. The chief limitation of this exploratory inquiry is that the group therapy experience was of brief duration (the mean number of meetings attended was eleven).

32. I. Yalom, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 1st ed. (New York: Basic Books, 1970).

33. R. Cabral, J. Best, and A. Paton, “Patients’ and Observers’ Assessments of Process and Outcome in Group Therapy,” *American Journal of Psychiatry* 132 (1975): 1052–54.

34. F. Kapp et al., “Group Participation and Self-Perceived Personality Change,” *Journal of Nervous Mental Disorders* 139 (1964): 255–65.

35. I. Yalom et al., “Prediction of Improvement in Group Therapy,” *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 159–68. Three measures of outcome (symptoms, functioning, and relationships) were assessed both in a psychiatric interview by a team of raters and in a self-assessment scale.

36. Cohesiveness was measured by a postgroup questionnaire filled out by each client at the seventh and the twelfth meetings, with each question answered on a 5-point scale:

1. How often do you think your group should meet?
2. How well do you like the group you are in?
3. If most of the members of your group decided to dissolve the group by leaving, would you like an opportunity to dissuade them?
4. Do you feel that working with the group you are in will enable you to attain most of your goals in therapy?
5. If you could replace members of your group with other ideal group members, how many would you exchange (exclusive of group therapists)?
6. To what degree do you feel that you are included by the group in the group’s activities?
7. How do you feel about your participation in, and contribution to, the group work?
8. What do you feel about the length of the group meeting?
9. How do you feel about the group therapist(s)?
10. Are you ashamed of being in group therapy?
11. Compared with other therapy groups, how well would you imagine your group works together?

37. I. Falloon, “Interpersonal Variables in Behavioral Group Therapy,” *British Journal of Medical Psychology* 54 (1981): 133–41.

38. J. Clark and S. Culbert, “Mutually Therapeutic Perception and Self-Awareness in a T-Group,” *Journal of Applied Behavioral Science* 1 (1965): 180–94.

39. Outcome was measured by a well-validated rating scale (designed by A. Walker, R. Rablen, and C. Rogers, “Development of a Scale to Measure Process Changes in Psychotherapy,” *Journal of Clinical Psychology* 16 [1960]: 79–85) that measured change in one’s ability to relate to others, to construe one’s experience, to approach one’s affective life, and to confront and cope with one’s chief problem areas. Samples of each member’s speech were independently rated on this scale by trained naive judges from taped excerpts early and late in the course of the group. Intermember relationships were measured by the Barrett-Lennard Relationship Inventory (G. Barrett-Lennard, “Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in Therapeutic Change,” *Psychological Monographs* 76, [43, Whole No. 562] [1962]), which provided a measure of how each member viewed each other member (and the therapist) in terms of “unconditional, positive regard, empathic understanding, and congruence.”

40. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*.

41. First, a critical incident questionnaire was used to ask each member, after each meeting, to describe the most significant event of that meeting. All events pertaining to group attraction, communion, belongingness, and so on were tabulated. Second, a cohesiveness questionnaire similar to the one described earlier (Yalom et al., "Prediction of Improvement") was administered early and late in the course of the group.
42. J. Hurley, "Affiliativeness and Outcome in Interpersonal Groups: Member and Leader Perspectives," *Psychotherapy* 26 (1989): 520-23.
43. MacKenzie and Tschuschke, "Relatedness, Group Work, and Outcome."
44. Budman et al., "Preliminary Findings on a New Instrument." Although this scale is based on the assumption that cohesiveness is multidimensional, results of a well-designed study of time-limited (fifteen sessions) therapy groups in fact supported cohesiveness as a single factor. Furthermore, an attempt to distinguish cohesiveness from alliance was also unsuccessful. The authors suggest that it may be especially critical for group leaders to attempt to develop a strong working alliance between group members during the first half hour of each group. S. Budman, S. Soldz, A. Demby, M. Feldstein, T. Springer, and M. Davis, "Cohesion, Alliance, and Outcome in Group Psychotherapy," *Psychiatry* 52 (1989): 339-50.
45. Marziali et al., "The Contribution of Group Cohesion."
46. Budman et al., "Preliminary Findings on a New Instrument."
47. D. Hope, R. Heimberg, H. Juster, and C. Turk, *Managing Social Anxiety: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach* (San Antonio: Psychological Corp., 2001).
48. S. Woody and R. Adesky, "Therapeutic Alliance, Group Cohesion, and Homework Compliance During Cognitive-Behavioral Group Treatment of Social Phobia," *Behavior Therapy* 33 (2002): 5-27.
49. H. Sexton, "Exploring a Psychotherapeutic Change Sequence: Relating Process to Intersessional and Posttreatment Outcome," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993): 128-36.
50. K. MacKenzie, R. Dies, E. Coche, J. Rutan, and W. Stone, "An Analysis of AGPA Institute Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 55-74.
51. V. Tschuschke and R. Dies, "Intensive Analysis of Therapeutic Factors and Outcome in Long-Term Inpatient Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 185-208.
52. Horvath and Symonds, "Relation Between Working Alliance and Outcome." Martin et al., "Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome."
53. C. Rogers, "A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships," in *Psychology: A Study of a Science*, vol. 3, ed. S. Koch (New York: McGraw-Hill, 1959), 184-256.
54. F. Nietzsche, *Thus Spoke Zarathrusta*, trans. R. Hollingsdale (New York: Penguin Books, 1969).
55. K. Horney, *Neurosis and Human Growth* (New York: Norton, 1950), 15. "
56. J. Weiss, *How Psychotherapy Works: Process and Technique* (New York: Guilford Press, 1993).
57. Rector et al., "Cognitive Change and the Therapeutic Alliance."
58. C. Truax, "The Process of Group Therapy: Relationships Between Hypothesized Therapeutic Conditions and Intrapersonal Exploration," *Psychological Monographs* 75 (5111 [1961]).
59. A. Walker, R. Rablen, and C. Rogers, "Development of a Scale to Measure Process Changes in Psychotherapy," *Journal of Clinical Psychology* 16 (1960): 79-85.
60. Roarck and Sharah, "Factors Related to Group Cohesiveness." Tschuschke and Dies, "Intensive Analysis."
61. A. Bandura, *Social Foundations of Thought and Action* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1986).
62. C. Rogers, personal communication, April 1967.

63. C. Rogers, "The Process of the Basic Encounter Group," unpublished mimeograph, Western Behavioral Science Institute, La Jolla, Calif., 1966.
64. P. Schlachet, "The Once and Future Group: Vicissitudes of Belonging," *Group* 24 (2000): 123-32.
65. I. Rubin, "The Reduction of Prejudice Through Laboratory Training," *Journal of Applied Behavioral Science* 3 (1967): 29-50. E. Fromm, *The Art of Loving* (New York: Bantam Books, 1956).
66. M. Leszcz, E. Feigenbaum, J. Sadavoy, and A. Robinson, "A Men's Group: Psychotherapy with Elderly Males," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1985): 177-96.
67. D. Miller, "The Study of Social Relationships: Situation, Identity, and Social Interaction," in Koch, *Psychology: A Study of a Science* 3 (1983): 639-737.
68. H. Sullivan, *Conceptions of Modern Psychiatry* (London: Tavistock, 1955), 22.
69. Smith et al., "Attachment to Groups."
70. Miller, "Study of Social Relationships," 696.
71. E. Murray, "A Content Analysis for Study in Psychotherapy," *Psychological Monographs* 70 (13 [1956]).
72. R. DeRubeis and M. Feeley, "Determinants of Change in Cognitive Therapy for Depression," *Cognitive Therapy and Research* 14 (1990): 469-80. Rounsaville et al., "The Relation Between Specific and General Dimensions." J. Safran and L. Wallner, "The Relative Predictive Validity of Two Therapeutic Alliance Measures in Cognitive Therapy," *Psychological Assessment* 3 (1991): 188-95. Rector et al., "Cognitive Change."
73. Weiss, *How Psychotherapy Works*. P. Fretter, W. Bucci, J. Broitman, G. Silberschatz, and J. T. Curtis, "How the Patient's Plan Relates to the Concept of Transference," *Psychotherapy Research* 4 (1994): 58-72.
74. D. Lundgren and D. Miller, "Identity and Behavioral Change in Training Groups," *Human Relations Training News* 9 (Spring 1965).
75. Yalom et al., "Prediction of Improvement."
76. Before beginning therapy, the patients completed a modified Jourard self-disclosure questionnaire (S. Jourard, "Self-Disclosure Patterns in British and American College Females," *Journal of Social Psychology* 54 [1961]: 315-20). Individuals who had previously disclosed much of themselves (relevant to the other group members) to close friends or to groups of individuals were destined to become popular in their groups. Hurley demonstrated, in a ten-week counseling group, that popularity was correlated with self-disclosure in the group as well as prior to group therapy (S. Hurley, "Self-Disclosure in Small Counseling Groups," Ph.D. diss., Michigan State University, 1967).
77. Measured by the FIRO-B questionnaire (see chapter 10).
78. J. Connelly et al., "Premature Termination in Group Psychotherapy: Pretherapy and Early Therapy Predictors," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 145-52.
79. Ibid.
80. P. Costa and R. McCrae, *Revised NEO Personality Inventory and Five-Factor Inventory Professional Manual* (Odessa, Fla.: Psychological Assessment Services, 1992). The NEO-PI assesses five personality dimensions: extraversion, agreeableness, conscientiousness, neuroticism, and openness to experience.
81. C. Anderson, O. John, D. Keltner, and A. Kring, "Who Attains Social Status? Effects of Personality and Physical Attractiveness in Social Groups," *Journal of Personality and Social Psychology* 81 (2001): 116-32.
82. R. Depue, "A Neurobiological Framework for the Structure of Personality and Emotion: Implications for Personality Disorders," in *Major Theories of Personality Disorders*, ed. J. Clarkin and M. Lenzenweger (New York: Guilford Press, 1996), 342-90.
83. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*.
84. G. Homans, *The Human Group* (New York: Harcourt, Brace, 1950).

85. Anderson et al., "Who Attains Social Status?"
86. Yalom et al., "Prediction of Improvement." I. Yalom, "A Study of Group Therapy Drop-Outs," *Archives of General Psychiatry* 14 (1966): 393–414.
87. E. Nash et al., "Some Factors Related to Patients Remaining in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 7 (1957): 264–75.
88. Yalom, "A Study of Group Therapy Drop-Outs."
89. I. Yalom and K. Rand, "Compatibility and Cohesiveness in Therapy Groups," *Archives of General Psychiatry* 13 (1966): 267–76. P. Sagi, D. Olmstead, and F. Atalsek, "Predicting Maintenance of Membership in Small Groups," *Journal of Abnormal Social Psychology* 51 (1955): 308–11. In this study of twenty-three college student organizations, a significant correlation was noted between attendance and group cohesiveness. Yalom and Rand, "Compatibility and Cohesiveness." This study of cohesiveness, among forty members of five therapy groups found that the members who experienced little cohesion terminated within the first twelve meetings. Yalom et al., "Prediction of Improvement." J. Connelly et al., "Premature Termination." This study of sixty-six clients revealed that the twenty-two dropouts had less cohesiveness—they were less engaged, they perceived the group as less compatible and less supportive, and they were viewed less positively by other members. H. Roback and M. Smith, "Patient Attrition in Dynamically Oriented Treatment Groups," *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 165–77. Dropouts in this study reported that they felt less mutual understanding within the group. H. Roback, "Adverse Outcomes in Group Psychotherapy: Risk Factors, Prevention, and Research Directions," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 9 (2000): 113–22.
90. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*.
91. I. Yalom, J. Tinklenberg, and M. Gilula, "Curative Factors in Group Therapy," unpublished study, Department of Psychiatry, Stanford University, 1968.
92. Braaten, "The Different Patterns of Group Climate." K. MacKenzie, "Time-Limited Theory and Technique," in *Group Therapy in Clinical Practice*, ed. A. Alonso and H. Swiller (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993).
93. M. Sherif et al., *Intergroup Conflict and Cooperation: The Robbers' Cave Experiment* (Norman: University of Oklahoma Book Exchange, 1961).
94. R. Baumeister and M. Leary, "The Need to Belong: Desire for Interpersonal attachments as a Fundamental Human Motivation," *Psychology Bulletin* 117 (1995): 497–529.
95. P. Evanson and R. Bednar, "Effects of Specific Cognitive and Behavioral Structure on Early Group Behavior and Atmosphere," *Journal of Counseling Psychology* 77 (1978): 258–62. F. Lee and R. Bednar, "Effects of Group Structure and Risk-Taking Disposition on Group Behavior, Attitudes, and Atmosphere," *Journal of Counseling Psychology* 24 (1977): 191–99. J. Stokes, "Toward an Understanding of Cohesion in Personal Change Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 33 (1983): 449–67.
96. A. Cota, C. Evans, K. Dion, L. Kilik, and R. Longman, "The Structure of Group Cohesion," *Personality and Social Psychology Bulletin* 21 (1995): 572–80. N. Evans and P. Jarvis, "Group Cohesion: A Review and Evaluation," *Small Group Behavior* 11 (1980): 357–70. S. Budge, "Group Cohesiveness Reexamined," *Group* 5 (1981): 10–18. Bednar and Kaul, "Experiential Group Research." E. Crouch, S. Bloch, and J. Wanless, "Therapeutic Factors: Intrapersonal and Interpersonal Mechanisms," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 269–317.
97. Castonguay et al., "The Role of Emotion."
98. J. Frank, "Some Values of Conflict in Therapeutic Groups," *Group Psychotherapy* 8 (1955): 142–151.
99. I. Yalom *The Schopenhauer Cure*, (New York: HarperCollins, 2005) 175ff.
100. A study by Pepitone and Reichling offers experimental corroboration. Paid college students were divided into thirteen high-cohesion and thirteen low-cohesion laboratory task groups. Cohesion was created in the usual experimental manner: members of high-cohesion groups were told before their first meeting that their group had been composed

of individuals who had been carefully matched from psychological questionnaires to ensure maximum compatibility. The members of low-cohesion groups were given the opposite treatment and were told the matching was unsuccessful and they would probably not get along well together. The groups, while waiting for the experiment to begin, were systematically insulted by a member of the research team. After he had left, the members of the high-cohesive groups were significantly more able to express open and intense hostility about the authority figure (A. Pepitone and G. Reichling, "Group Cohesiveness and the Expression of Hostility," *Human Relations* 8 [1955]: 327-37).

101. S. Schiedlinger, "On Scapegoating in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 131-43.

102. T. Postmes, R. Spears, and S. Cihangir, "Quality of Decision Making and Group Norms," *Journal of Personality and Social Psychology* 80 (2001): 918-30.

103. I. Janis, *Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes*, 2d ed. (Boston: Houghton Muffin, 1982), 9.

104. Postmes et al., "Quality of Decision Making."

105. G. Hodson and R. Sorrentino, "Groupthink and Uncertainty Orientation: Personality Differences in Reactivity to the Group Situation," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 144-55.

106. These findings are strongly correlative—that is, cohesion and the reported group variables increase together at the same time. Although this does not establish a clear cause-and-effect relationship, it underscores the important relationship between cohesion and a large number of desired outcomes. Research on the therapeutic alliance in individual psychotherapy is relevant: there is a strong, enduring positive relationship between therapeutic alliance and outcome. This is a genuine finding; it is not an artifact of clients who endorse therapy strongly because of early change in their target symptoms. See Martin et al., "Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome."

107. A. Goldstein, K. Heller, and L. Sechrest, *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change* (New York: Wiley, 1966).

108. Cartwright and Zander, "Group Cohesiveness: Introduction," in *Group Dynamics*, 69-74.

109. K. Back, "Influence Through Social Communication," *Journal of Abnormal Social Psychology* 46 (1951): 398-405.

110. G. Rasmussen and A. Zander, "Group Membership and Self-Evaluation," *Human Relations* 7 (1954): 239-51.

111. S. Seashore, "Group Cohesiveness in the Industrial Work Group," Monograph, Ann Arbor, Mich., Institute for Social Research, 1954.

112. Rasmussen and Zander, "Group Membership and Self-Evaluation." Goldstein et al., *Psychology of Behavior Change*, 329.

113. R. Kirschner, R. Dies, and R. Brown, "Effects of Experiential Manipulation of Self-Disclosure on Group Cohesiveness," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46 (1978): 1171-77.

114. S. Schachter, "Deviation, Rejection, and Communication," *Journal of Abnormal Social Psychology* 46 (1951): 190-207. A. Zander and A. Havelin, "Social Comparison and Intergroup Attraction," cited in Cartwright and Zander, *Group Dynamics*, 94. A. Rich, "An Experimental Study of the Nature of Communication to a Deviate in High and Low Cohesive Groups," *Dissertation Abstracts* 29 (1968): 1976.

115. Goldstein et al., *Psychology of Behavior Change*. Schachter, "Deviation, Rejection, and Communication." These findings stem from experimentally composed groups and situations. As an illustration of the methodology used in these studies, consider an experiment by Schachter, who organized groups of paid volunteers to discuss a social problem—the correctional treatment of a juvenile delinquent with a long history of recidivism. In the manner described previously, several groups of low and high cohesiveness were formed, and paid confederates were introduced into each group who deliberately as-

sumed an extreme position on the topic under discussion. The content of the discussion, sociometric data, and other postgroup questionnaires were analyzed to determine, for example, the intensity of the efforts to influence the deviant and the degree of rejection of the deviant.

116. A. Fuerher and C. Keys, "Group Development in Self-Help Groups for College Students," *Small Group Behavior* 19 (1988): 325-41.

CHAPTER 4

1. B. Brown, T. Hedinger, G. Mieling, "A Homogeneous Group Approach to Social Skills Training for Individuals with Learning Disabilities," *Journal for Specialists in Group Work* 20 (1995): 98-107. D. Randall, "Curative Factor Rankings for Female Incest Survivor Groups: A Summary of Three Studies," *Journal of Specialists in Group Work* 20 (1995): 232-39. K. Card and L. Schmider, "Group Work with Members Who Have Hearing Impairments," *Journal for Specialists in Group Work* 20 (1995): 83-90. K. Kobak, A. Rock, and J. Greist, "Group Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder," *Journal of Specialists in Group Work* 20 (1995): 26-32. G. Price, P. Dinas, C. Dunn, and C. Winerowd, "Group Work with Clients Experiencing Grieving: Moving from Theory to Practice," *Journal of Specialists in Group Work* 20 (1995): 159-67. J. DeLucia-Waack, "Multiculturalism Is Inherent in All Group Work," *Journal for Specialists in Group Work* 21 (1996): 218-23. J. McLeod and A. Ryan, "Therapeutic Factors Experienced by Members of an Outpatient Therapy Group for Older Women," *British Journal of Guidance and Counseling* 21 (1993): 64-72. I. Johnson, T. Torres, V. Coleman, and M. Smith, "Issues and Strategies in Leading Culturally Diverse Counseling Groups," *Journal for Specialists in Group Work* 20 (1995): 143-50. S. Bloch and E. Crouch, *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy* (New York: Oxford University Press, 1985). E. Crouch, S. Bloch, and J. Wanless, "Therapeutic Factors: Intrapersonal and Interpersonal Mechanisms," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 269-312. R. Rugel, "Addictions Treatment in Groups: A Review of Therapeutic Factors," *Small Group Research* 22 (1991): 475-91. W. Fawcett Hill, "Further Consideration of Therapeutic Mechanisms in Group Therapy," *Small Group Behavior* 6 (1975): 421-29. A. Fuhrman and T. Butler, "Curative Factors in Group Therapy: A Review of the Recent Literature," *Small Group Behavior* 14 (1983): 131-42. K. MacKenzie, "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy: A Contemporary View," *Group* 11 (1987): 26-34. S. Bloch, R. Crouch, and J. Reibstein, "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy," *Archives of General Psychiatry* 38 (1981): 519-26.

2. An alternative method of assessing therapeutic factors is the "critical incident" approach used by my colleagues and me in a large encounter group study (M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* [New York: Basic Books, 1973]) and by Bloch and Crouch (*Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*). In this method, clients are asked to recall the most critical event of the therapy session, and the responses are then coded by trained raters into appropriate categories. The following are examples of studies using critical incident methodology: R. Cabral, J. Best, and A. Paton, "Patients' and Observers' Assessments of Process and Outcome in Group Therapy: A Follow-up Study," *American Journal of Psychiatry* 132 (1975): 1052-54. R. Cabral and A. Paton, "Evaluation of Group Therapy: Correlations Between Clients' and Observers' Assessments," *British Journal of Psychiatry* 126 (1975): 475-77. S. Bloch and J. Reibstein, "Perceptions by Patients and Therapists of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy," *British Journal of Psychiatry* 137 (1980): 274-78. D. Kivlighan and D. Mullison, "Participants' Perception of Therapeutic Factors in Group Counseling: The Role of Interpersonal Style and Stage of Group Development," *Small Group Behavior* 19 (1988): 452-68. D. Kivlighan and D. Goldfine, "Endorsement of Therapeutic Factors as a Function of Stage of Group Development and Participant Interpersonal Attitudes," *Journal of Counseling*

Psychology 38 (1991): 150–58. G. Mushet, G. Whalan, and R. Power, “In-patients’ Views of the Helpful Aspects of Group Psychotherapy: Impact of Therapeutic Style and Treatment Setting,” *British Journal of Medical Psychology* 62 (1989): 135–41.

3. K. Lese, R. McNair-Semands, “The Therapeutic Factor Inventory Development of a Scale,” *Group* 24 (2000): 303–17.

4. R. Bednar and T. Kaul, “Experiential Group Research: Can the Canon Fire?” in *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An Empirical Analysis*, 4th ed., ed. S. Garfield and A. Bergin (New York: Wiley, 1994): 631–63.

5. H. Roback, “Experimental Comparison of Outcome in Insight and Non-Insight-Oriented Therapy Groups,” *Journal of Consulting Psychology* 38 (1972): 411–17. J. Lomont et al., “Group Assertion Training and Group Insight Therapies,” *Psychological Reports* 25 (1969): 463–70. S. Abramowitz and C. Abramowitz, “Psychological-Mindedness and Benefit from Insight-Oriented Group Therapy,” *Archives of General Psychiatry* 30 (1974): 610–15. S. Abramowitz and C. Jackson, “Comparative Effectiveness of There-and-Then Versus Here-and-Now Therapist Interpretations in Group Psychotherapy,” *Journal of Counseling Psychology* 21 (1974): 288–94.

6. W. Piper, A. Joyce, M. McCallum, and H. Azim, “Interpretive and Supportive Forms of Psychotherapy and Patient Personality Variables,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998): 558–67. R. Wing and R. Jeffery, “Benefits of Recruiting Participants with Friends and Increasing Social Support for Weight Loss and Maintenance,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1999): 132–38.

7. B. Berzon, C. Pious, and R. Parson, “The Therapeutic Event in Group Psychotherapy: A Study of Subjective Reports by Group Members,” *Journal of Individual Psychology* 19 (1963): 204–12. H. Dickoff and M. Lakin, “Patients’ Views of Group Psychotherapy: Retrospections and Interpretations,” *International Journal of Group Psychotherapy* 13 (1963): 61–73.

8. J. Reddon, L. Payne, and K. Starzyk, “Therapeutic Factors in Group Treatment Evaluated by Sex Offenders: A Consumers Report,” *Journal of Offender Rehabilitation* 28 (1999): 91–101. A. Nerenberg, “The Value of Group Psychotherapy for Sexual Addicts,” *Sexual Addiction and Compulsivity* 7 (2000): 197–200. R. Morgan and C. Winterowd, “Interpersonal Process-Oriented Group Psychotherapy with Offender Populations,” *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 46 (2002): 466–82.

9. K. Lese and R. McNair-Semands, “The Therapeutic Factors Inventory: Development of a Scale,” *Group* 24 (2000): 303–17. I. Yalom, J. Tinklenberg, and M. Gilula, “Curative Factors in Group Therapy,” unpublished study, Department of Psychiatry, Stanford University, 1968.

10. Spurred by the large data pool of the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, individual psychotherapy researchers have used a method similar to the Q-sort discussed in detail in this chapter: they developed a 100-item scale, the Psychotherapy Process Q Set (PQS), which is completed by trained raters evaluating session recordings at sessions 4 and 12 of a sixteen-session treatment. The PQS evaluates the therapy, therapist, and therapy relationship on a range of process criteria. Analysis of the 100 items produces a core of therapeutic factors. Successful therapies, both interpersonal therapy and cognitive-behavioral therapy, were similar in that in both treatments created a relationship in which clients developed a positive sense of self and very strong positive regard for their therapist (J. Ablon and E. Jones, “Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1999): 64–75). Lese and McNair-Semands (“The Therapeutic Factors Inventory”) developed the group therapy Therapeutic Factors Inventory (TFI), a self-report instrument. The TFI, which builds on the original therapeutic factor Q-sort, demonstrates promise as a research tool with empirically acceptable levels of internal consistency and test-retest reliability.

11. Yalom et al., “Curative Factors in Group Therapy.”

12. There were four checks to ensure that our sample was a successfully treated one: (1) the therapists' evaluation; (2) length of treatment (previous research in the same clinic demonstrated that group members who remained in therapy for that length of time had an extremely high rate of improvement [I. Yalom et al., "Prediction of Improvement in Group Therapy," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 158–68]); (3) the investigators' independent interview ratings of improvement on a 13-point scale in four areas: symptoms, functioning, interpersonal relationships, and self-concept; and (4) the members' self-rating on the same scale.

13. S. Freeman and J. Hurley, "Perceptions of Helpfulness and Behavior in Groups," *Group* 4 (1980): 51–58. M. Rohrbaugh and B. Bartels, "Participants' Perceptions of 'Curative Factors' in Therapy and Growth Groups," *Small Group Behavior* 6 (1975): 430–56. B. Corder, L. Whiteside, and T. Haizlip, "A Study of Curative Factors in Group Psychotherapy with Adolescents," *International Journal of Group Psychotherapy* 31 (1981): 345–54. P. Sullivan and S. Sawilowsky, "Yalom Factor Research: Threats to Internal Validity," presented at the American Group Psychotherapy Convention, San Diego, Calif., February 1993. M. Stone, C. Lewis, and A. Beck, "The Structure of Yalom's Curative Factor Scale," presented at the American Psychological Association Convention, Washington, D.C., 1992.

14. The number in each of the seven piles thus approaches a normal distribution curve and facilitates statistical assessment. For more about the Q-sort technique, see J. Block, *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research* (Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1961).

15. Freedman and Hurley ("Perceptions of Helpfulness") studied twenty-eight subjects in three fifty-hour sensitivity-training groups. Seven of the ten items selected as most helpful by these subjects were among the ten I listed. The subjects in Freedman and Hurley's study placed three new items (21, 23, and 24 in table 4.1) into the top ten. These items are all interpersonal output items, and it is entirely consistent that members of a sensitivity group that explicitly focused on modifying interpersonal behavior should value these items. B. Corder, L. Whiteside, and T. Haizlip ("A Study of Curative Factors in Group Psychotherapy") studied sixteen adolescents from four different groups in different clinical settings, both outpatient and inpatient. The youths did not highly value the adults' top ranked item (insight), but their next four highest items were identical to those the adults had chosen. Overall, they valued the therapeutic factors of universality and cohesiveness more highly than did adults. R. Marcovitz and J. Smith ("Patients' Perceptions of Curative Factors in Short-Term Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 33 [1983]: 21–37) studied thirty high-functioning inpatients who attended group psychotherapy in a psychiatric hospital. Only three of the top ten items in their study corresponded to our results, but their method was different: they asked patients to rate items from 1 to 60, rather than the Q-sort technique of sorting into piles from most helpful to least helpful. Their subjects' top selected item was item 60 (*Ultimately taking responsibility for my own life*). When condensed into the rankings of overall therapeutic factors, their results were quite similar to ours, with five of the top six factors the same; their subjects ranked altruism third, notably higher than the outpatient sample did. M. Rohrbaugh and B. Bartels ("Participants' Perceptions of 'Curative Factors'") studied seventy-two individuals in both psychiatric settings and growth groups. Their results were also consistent with our original Q-sort study: interpersonal learning (both input and output), catharsis, cohesiveness, and insight were the most valued factors, and guidance, family reenactment, and identification were least valued.

16. M. Weiner, "Genetic Versus Interpersonal Insight," *International Journal of Group Psychotherapy* 24 (1974): 230–37. Rohrbaugh and Bartels, "Participants' Perceptions." T. Butler and A. Fuhrman, "Patient Perspective on the Curative Process: A Comparison of Day Treatment and Outpatient Psychotherapy Groups," *Small Group Behavior* 11 (1980): 371–88. T. Butler and A. Fuhrman, "Level of Functioning and Length of Time in Treatment: Variables Influencing Patients' Therapeutic Experience in Group Therapy," *International*

Journal of Group Psychotherapy 33 (1983): 489–504. L. Long and C. Cope, “Curative Factors in a Male Felony Offender Group,” *Small Group Behavior* 11 (1980): 389–98. Kivlighan and Mullison, “Participants’ Perception of Therapeutic Factors.” S. Colijn, E. Hoencamp, H. Sniijders, M. Van Der Spek, and H. Duivenvoorden, “A Comparison of Curative Factors in Different Types of Group Psychotherapy,” *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 365–78. V. Brabender, E. Albrecht, J. Sillitti, J. Cooper, and E. Kramer, “A Study of Curative Factors in Short-Term Group Therapy,” *Hospital and Community Psychiatry* 34 (1993): 643–44. M. Hobbs, S. Birtchnall, A. Harte, and H. Lacey, “Therapeutic Factors in Short-Term Group Therapy for Women with Bulimia,” *International Journal of Eating Disorders* 8 (1989): 623–33. R. Kapur, K. Miller, and G. Mitchell, “Therapeutic Factors Within Inpatient and Outpatient Psychotherapy Groups,” *British Journal of Psychiatry* 152 (1988): 229–33. I. Wheeler, K. O’Malley, M. Waldo, and J. Murphy, “Participants’ Perception of Therapeutic Factors in Groups for Incest Survivors,” *Journal for Specialists in Group Work* 17 (1992): 89–95. Many of these studies (and the personal-growth therapeutic factor studies and inpatient group studies discussed later) do not use the sixty-item Q-sort but use instead an abbreviated instrument based on it. Generally, the instrument consists of twelve statements, each describing one of the therapeutic factors, which patients are asked to rank-order. Some studies use the critical incident method described in note 2. In the Lieberman, Yalom, and Miles encounter group study (*Encounter Groups*), the most important factors involved expression of a feeling (both positive and negative) to another person, attainment of insight, vicarious therapy, and responding with strong positive and/or negative feelings. In the Bloch and Reibstein study (“Perceptions by Patients and Therapists”), the most valued factors were self-understanding, self-disclosure (which includes some elements of catharsis and interpersonal learning on other tests), and learning from interpersonal actions. Although the structure of the categories is different, the findings of these projects are consistent with the studies of the therapeutic factor in the abbreviated Q-sort.

17. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*. S. Freedman and J. Hurley, “Maslow’s Needs: Individuals’ Perceptions of Helpful Factors in Growth Groups,” *Small Group Behavior* 10 (1979): 355–67. Freedman and Hurley, “Perceptions of Helpfulness.” Kivlighan and Goldfine, “Endorsement of Therapeutic Factors.”

18. MacKenzie, “Therapeutic Factors in Group Psychotherapy.”

19. Stone et al., “The Structure of Yalom’s Curative Factor Scale.”

20. S. Holmes and D. Kivlighan, “Comparison of Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Process,” *Journal of Counseling Psychology* 47 (2000): 478–84.

21. A. Fuhriman and G. Burlingame, “Consistency of Matter: A Comparison Analysis of Individual and Group Process Variables,” *Counseling Psychologist* 18 (1990): 6–63. Holmes and Kivlighan, “Comparison of Therapeutic Factors.”

22. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria* (New York: Basic Books, 2000).

23. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*.

24. Bloch and Crouch suggest “purifying” the factor of catharsis. They separate out the acquisition of the skill of being emotionally expressive and include it in another therapeutic factor, “learning from interpersonal action.” Furthermore, they split off the expression of bothersome ideas into a separate category, “self-disclosure.” Cleared of these, catharsis is left with only “emotional release,” which I think has the advantage of greater consistency yet becomes separated from any clinical reality, since emotional expression in the group cannot help but have far-reaching interpersonal ramifications. See Crouch, Bloch and Waules, “Therapeutic Factors: Intrapersonal and Interpersonal Mechanisms.”

25. Freedman and Hurley, “Perceptions of Helpfulness.”

26. M. McCallum, W. Piper, and H. Morin, “Affect and Outcome in Short-Term Group Therapy for Loss,” *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 303–19.

27. A. Stanton et al., “Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 875–72.

28. J. Bower, M. Kemeny, S. Taylor, and J. Fahey, "Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD4 Decline, and AIDS-Related Mortality Among Bereaved HIV-Seropositive Men," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998): 979–86.
29. Rohrbaugh and Bartels, "Participants' Perceptions."
30. J. Flowers and C. Booraem, "The Frequency and Effect on Outcome of Different Types of Interpretation in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 40: 203–14.
31. A. Maslow, "The Need to Know and the Fear of Knowing," *Journal of General Psychology* 68 (1963): 111–25.
32. J. Weiss, *How Psychotherapy Works: Process and Technique* (New York: Guilford Press, 1993).
33. A. Maslow, *Motivation and Personality* (New York: Harper, 1954).
34. D. Hellerstein, R. Rosenthal, H. Pinsky, L. Samstag, J. Muran, and A. Winston, "A Randomized Prospective Study Comparing Supportive and Dynamic Therapies: Outcome and Alliance," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7 (1998): 261–71.
35. Maslow, "The Need to Know."
36. R. White, "Motivation Reconsidered: The Concept of Competence," *Psychological Review* 66 (1959): 297–333.
37. Dibner exposed forty psychiatric patients to a psychiatric interview after dividing them into two experimental conditions. Half were prepared for the interview and given cues about how they should, in a general way, conduct themselves; the other half were given no such cues (a high-ambiguity situation). During the interview, the subjects in the high-ambiguity situation experienced far greater anxiety as measured by subjective, objective, and physiological techniques (A. Dibner, "Ambiguity and Anxiety," *Journal of Abnormal Social Psychology* 56 [1958]: 165–74).
38. L. Postman and J. Brunner, "Perception Under Stress," *Psychological Review* 55 (1948): 314–23.
39. S. Korchin et al., "Experience of Perceptual Distortion as a Source of Anxiety," *Archives of Neurology and Psychiatry* 80 (1958): 98–113.
40. Maslow, "The Need to Know."
41. B. McEwen, "Protective and Damaging Effects of Stress Mediators," *New England Journal of Medicine* 38 (1998): 171–79. B. McEwen and T. Seeman, "Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load," *Annals of the New York Academy of Sciences* 896 (1999): 30–47.
42. F. Fawzy, N. Fawzy, and J. Wheeler, "A Post-Hoc Comparison of the Efficiency of a Psychoeducational Intervention for Melanoma Patients Delivered in Group Versus Individual Formats: An Analysis of Data from Two Studies," *Psycho-Oncology* 5 (1996): 81–89. K. Lorig et al., "Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial," *Medical Care* 37 (1999): 5–14.
43. F. Wright, "Being Seen, Moved, Disrupted, and Reconfigured: Group Leadership from a Relational Perspective," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 235–50.
44. J. Ablon and E. Jones, "Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1999): 64–75. D. Rosenthal, "Changes in Some Moral Values Following Psychotherapy," *Journal of Consulting Psychology* 19 (1955): 431–36.
45. Colijn et al., "A Comparison of Curative Factors."
46. D. Randall, "Curative Factor Ratings for Female Incest Survivor Groups: A Summary of Three Studies," *Journal for Specialists in Group Work* 20 (1995): 232–39.
47. Reddon et al., "Therapeutic Factors in Group Treatment."
48. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, "The Value of Inpatient Group Psychotherapy and Therapeutic Process: Patients' Perceptions," *International Journal of Group*

Psychotherapy 35 (1985): 331–54. R. Rugal and D. Barry, “Overcoming Denial Through the Group,” *Small Group Research* 21 (1990): 45–58. G. Steinfeld and J. Mabli, “Perceived Curative Factors in Group Therapy by Residents of a Therapeutic Community,” *Criminal Justice and Behavior* 1 (1974): 278–88. Butler and Fuhrman, “Patient Perspective on the Curative Process.” J. Schaffer and S. Dreyer, “Staff and Inpatient Perceptions of Change Mechanisms in Group Psychotherapy,” *American Journal of Psychiatry* 139 (1982): 127–28. Kapur et al., “Therapeutic Factors Within Inpatient and Outpatient Psychotherapy Groups.” J. MacDevitt and C. Sanislow, “Curative Factors in Offenders’ Groups,” *Small Group Behavior* 18 (1987): 72–81.

49. M. Leszcz and P. Goodwin, “The Rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer,” *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 245–74. M. Greenstein and W. Breitbart, “Cancer and the Experience of Meaning: A Group Psychotherapy Program for People with Cancer,” *American Journal of Psychotherapy* 54 (2000): 486–500. D. Spiegel and C. Classen, *Group Therapy for Cancer Patients* (New York: Basic Books, 2000).

50. McLeod and Ryan, “Therapeutic Factors Experienced by Members.”

51. L. Lovett and J. Lovett, “Group Therapeutic Factors on an Alcohol In-patient Unit,” *British Journal of Psychiatry* 159 (1991): 365–70.

52. R. Morgan, S. Ferrell, and C. Winterowd, “Therapist Perceptions of Important Therapeutic Factors in Psychotherapy of Therapy Groups for Male Inmates in State Correctional Facilities,” *Small Group Research* 30 (1999): 712–29.

53. J. Prochaska and J. Norcross, “Contemporary Psychotherapists: A National Survey of Characteristics, Practices, Orientations, and Attitudes,” *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 20 (1983): 161–73.

54. R. Dies, “Models of Group Therapy: Sifting Through Confusion,” *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 1–17.

55. It is noteworthy that my book, *The Gift of Therapy*, (New York: HarperCollins, 2002) which offers eighty-five existential tips for therapy had a wide readership stemming from all the various therapy ideological schools.

56. S. Mitchell, *Hope and Dread in Psychoanalysis* (New York: Basic Books, 1993). S. Mitchell and M. Black, *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought* (New York: Basic Books, 1995).

57. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. 1 (New York: Basic Books, 1953), 40.

58. I. Yalom, *Existential Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1980).

59. I. Yalom, *Love’s Executioner* (New York: Basic Books, 1989).

60. I. Yalom, *When Nietzsche Wept* (New York: Basic Books, 1992).

61. I. Yalom, *The Gift of Therapy* (New York: HarperCollins, 2002).

62. I. Yalom, *Momma and the Meaning of Life* (New York: Basic Books, 1999).

63. I. Yalom, *The Schopenhauer Cure* (New York: HarperCollins, 2005).

64. R. Tedeschi, L. Calhoun, “The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma,” *Journal of Traumatic Stress* 9 (1996): 455–71.

65. M. Antoni et al., “Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention Decreases Prevalence of Depression and Enhances Benefit Finding Among Women Under Treatment for Early-Stage Breast Cancer,” *Health Psychology* 20 (2001): 20–32.

66. D. Cruess et al., “Cognitive-Behavioral Stress Management Reduces Serum Cortisol by Enhancing Benefit Finding Among Women Treated for Early Stage Breast Cancer,” *Psychosomatic Medicine* 62 (2000): 304–8.

67. I. Yalom and C. Greaves, “Group Therapy with the Terminally Ill,” *American Journal of Psychiatry* 134 (1977): 396–400. Bower et al., “Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD4 Decline.” P. Goodwin et al., “The Effect of Group Psychosocial Support on Survival in Metastatic Breast Cancer,” *New England Journal of Medicine* 345 (2001): 1719–26.

68. E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Henry Holt, 1995).
69. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962), 210–24.
70. J. Sartre, *Being and Nothingness*, trans. Hazel Barnes (New York: Philosophical Library, 1956), 633.
71. K. Jaspers, cited in J. Choron, *Death and Western Thought* (New York: Collier Books, 1963), 226.
72. Yalom and Greaves, “Group Therapy with the Terminally Ill.”
73. Bower et al., “Cognitive Processing, Discovery of Meaning, CD4 Decline.”
74. F. Nietzsche, *Twilight of the Idols* (London: Penguin Books, 1968), 33. Yalom, *The Gift of Therapy*.
75. D. Spiegel, J. Bloom, and I. Yalom, “Group Support for Patients with Metastatic Cancer,” *Archives of General Psychiatry* 38 (May 1981): 527–34. I. Yalom, *Existential Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1980), 36–37.
76. A. Schopenhauer, in *Complete Essays of Schopenhauer*, trans. T. Saunders, Book 5 (New York: Wiley, 1942), 18.
77. In a widely cited report, R. Corsini and B. Rosenberg (“Mechanisms of Group Psychotherapy: Processes and Dynamics,” *Journal of Abnormal Social Psychology* 51 [1955]: 406–11) abstracted the therapeutic factors from 300 pre-1955 group therapy articles; 175 factors were clustered into nine major categories, which show considerable overlap with the factors I have described. Their categories, and my analogous categories in parentheses, are:
 1. Acceptance (group cohesiveness)
 2. Universalization (universality)
 3. Reality testing (includes elements of recapitulation of the primary family and of interpersonal learning)
 4. Altruism
 5. Transference (includes elements of interpersonal learning, group cohesiveness, and imitative behavior)
 6. Spectator therapy (imitative behavior)
 7. Interaction (includes elements of interpersonal learning and cohesiveness)
 8. Intellectualization (includes elements of imparting information)
 9. Ventilation (catharsis)
- W. Hill, in 1957, interviewed nineteen group therapists and offered these therapeutic factors: catharsis, feelings of belongingness, spectator therapy, insight, peer agency (that is, universality), and socialization (W. Hill, “Analysis of Interviews of Group Therapists’ Papers,” *Provo Papers* 1 [1957], and “Further Consideration of Therapeutic Mechanisms in Group Therapy,” *Small Group Behavior* 6 [1975]: 421–29).
78. Fiedler’s study, described in chapter 3, indicates that experts, regardless of their school of conviction, closely resemble one another in the nature of their relationship with patients (F. Fiedler, “A Comparison of Therapeutic Relationships in Psychoanalytic, Nondirective, and Adlerian Therapy,” *Journal of Consulting Psychology* 14 (1950): 436–45. Truax and Carkhuff’s work, also discussed in chapter 3 (C. Truax and R. Carkhuff, *Toward Effective Counseling and Psychotherapy* [Chicago: Aldine, 1967]), and the Ablon and Jones analysis of the NIMH depression trial provide further evidence that effective therapists operate similarly in that they establish a warm, accepting, understanding relationship with their clients (Ablon and Jones, “Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health,” and J. Ablon and E. Jones, “Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program,” *American Journal of Psychiatry* 159 [2002]: 775–83). Strupp, Fox, and Lessler, in a study of 166 patients in individual therapy, reached a similar conclusion: successful patients underscored the fact that their therapists were attentive, warm, respectful, and, above all, human (H. Strupp, R. Fox, and K. Lessler, *Patients View Their Psychotherapy* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1969). A comprehensive

review of the rapidly accumulating research in this area reveals that therapist qualities of acceptance, nonpossessive warmth, and positive regard are strongly associated with successful outcomes. See H. Conte, R. Ratto, K. Clutz, and T. Karasu, "Determinants of Outpatients' Satisfaction with Therapists: Relation to Outcome," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 4 (1995): 43–51; L. Alexander, J. Barber, L. Luborsky, P. Crits-Christoph, and A. Auerbach, "On What Bases Do Patients Choose Their Therapists," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2 (1993): 135–46; S. Garfield, "Research on Client Variables in Psychotherapy," in *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th ed., ed. A. Bergin and S. Garfield (New York: Wiley, 1994), 190–228; M. Lambert, "The Individual Therapist's Contribution to Psychotherapy Process and Outcome," *Clinical Psychology Review* 9 (1989): 469–85; S. Butler, L. Flather, and H. Strupp, "Countertransference and Qualities of the Psychotherapist," in *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*, ed. N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, and J. Docherty (New York: Basic Books, 1993), 342–60; and S. Van Wagoner, C. Gelso, T. Hayes, and R. Diemer, "Countertransference and the Reputedly Excellent Therapist," *Psychotherapy* 28 (1991): 411–21. Furthermore, as reviewed in chapter 3, the link between a positive therapeutic bond and favorable outcome is one of the most consistent and certain findings in all of psychotherapy research. These conclusions regarding therapist contributions to successful psychotherapy are so well established that they have been incorporated in professional practice psychotherapy guidelines (K. MacKenzie et al., "Guidelines for the Psychotherapies in Comprehensive Psychiatric Care: A Discussion Paper," *Canadian Journal of Psychiatry* 44 (suppl 1)(1999): 4S–17S).

79. Schaffer and Dreyer, "Staff and Inpatient Perceptions."

80. Lovett and Lovett, "Group Therapeutic Factors."

81. M. Lee, L. Cohen, S. Hadley, and F. Goodwin, "Cognitive Behavioral Group Therapy with Medication for Depressed Gay Men with AIDS or Symptomatic HIV Infection," *Psychiatric Services* 58 (1999): 948–52.

82. R. Morgan and C. Winterowd, "Interpersonal Process-Oriented Group Psychotherapy with Offender Populations," *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 46 (2002): 466–82. Morgan et al., "Therapist Perceptions of Important Therapeutic Factors." J. MacDevitt and C. Sanislow, "Curative Factors in Offenders' Groups," *Small Group Behavior* 18 (1987): 72–81.

83. D. Randall, "Curative Factor Rankings for Female Incest Survivor Groups: A Summary of Three Studies," *Journal of Specialists in Group Work* 20 (1995): 232–39.

84. H. Feifel and J. Eells, "Patients and Therapists Assess the Same Psychotherapy," *Journal of Consulting Psychology* 27 (1963): 310–18.

85. I. Yalom and G. Elkin, *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy* (New York: Basic Books, 1975; reissued 1992).

86. D. Orlinsky, K. Grawe, and B. Parks, "Process and Outcome in Psychotherapy," in *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, 4th ed., ed. S. Garfield and A. Bergin (New York: Wiley, 1994): 270–370. D. Martin, J. Garske, and M. Davis, "Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 438–50.

87. Colijn et al., "A Comparison of Curative Factors." M. Kahn, P. Webster, and M. Storck, "Curative Factors in Two Types of Inpatient Psychotherapy Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 579–85. Kapur et al., "Therapeutic Factors Within Inpatient and Outpatient Psychotherapy Groups." V. Tschuschke and R. Dies, "Intensive Analysis of Therapeutic and Outcome in Long-Term Inpatient Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 185–208. J. Maxmen and N. Hannover, "Group Therapy as Viewed by Hospitalized Patients," *Archives of General Psychiatry* 28 (1973): 404–8. Steinfeld and Mabli, "Perceived Curative Factors." Butler and Fuhrman, "Patient Perspective on the Curative Process." N. Macaskill, "Therapeutic Factors in Group Therapy with Borderline Patients," *International Journal of Group*

Psychotherapy 32 (1982): 61–73. Leszcz et al., “The Value of Inpatient Group Psychotherapy.” Marcovitz and Smith, “Patients’ Perceptions of Curative Factors.” Schaffer and Dreyer, “Staff and Inpatient Perceptions.” Mushet et al., “In-patients’ Views of the Helpful Aspects.”

88. Marcovitz and Smith, “Patients’ Perceptions of Curative Factors.”

89. J. Falk-Kessler, C. Momich, and S. Perel, “Therapeutic Factors in Occupational Therapy Groups,” *American Journal of Occupational Therapy* 45 (1991): 59–66.

90. P. Kellerman, “Participants’ Perceptions of Therapeutic Factors in Psychodrama,” *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry* 38 (1985): 123–32.

91. M. Lieberman and L. Borman, *Self-Help Groups for Coping with Crisis* (San Francisco: Jossey-Bass, 1979), 202–5.

92. S. Horowitz, S. Passik, and M. Malkin, “In Sickness and in Health: A Group Intervention for Spouses Caring for Patients with Brain Tumors,” *Journal of Psychosocial Oncology* 14 (1996): 43–56.

93. P. Chadwick, S. Sambrooke, S. Rasch, and E. Davies, “Challenging the Omnipotence of Voices: Group Cognitive Behavior Therapy for Voices,” *Behavior Research and Therapy* 38 (2000): 993–1003.

94. E. Pence and M. Paymar, *Power and Control: Tactics of Men Who Batter*, rev. ed. (Duluth: Minnesota Program Development, 1990).

95. F. Mishna, “In Their Own Words: Therapeutic Factors for Adolescents Who Have Learning Disabilities,” *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 265–72.

96. McLeod and Ryan, “Therapeutic Factors Experienced by Members.”

97. H. Riess, “Integrative Time-Limited Group Therapy for Bulimia Nervosa,” *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 1–26.

98. Kivlighan, Goldfine, “Endorsement of Therapeutic Factor.”

99. Tschuschke and Dies, “Intensive Analysis of Therapeutic Factors and Outcome.” V. Tschuchke, K. MacKenzie, B. Nasser, and G. Janke, “Self-Disclosure, Feedback, and Outcome in Long-Term Inpatient Psychotherapy Groups,” *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 35–44.

100. Fuhrman and Butler, “Curative Factors in Group Therapy.”

101. Kivlighan and Mullison, “Participants’ Perception of Therapeutic Factors.”

102. Kivlighan and Goldfine, “Endorsement of Therapeutic Factors.”

103. J. Schwartz and M. Waldo, “Therapeutic Factors in Spouse-Abuse Group Treatment,” *Journal for Specialists in Group Work* 24 (1999): 197–207.

104. Mushet et al., “In-patients’ Views of the Helpful Aspects.”

105. Yalom et al., “Curative Factors in Group Therapy.”

106. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*.

107. Butler and Fuhrman, “Level of Functioning and Length of Time in Treatment.”

108. Leszcz et al., “The Value of Inpatient Group Psychotherapy.”

109. Encounter group “high learners” valued vicarious learning: they had the ability to learn from the work of others (Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*). Clients who are dominant interpersonally discount interpersonal feedback and altruism and are less open to group influence, and clients who are overly responsible appear to discount cohesion and value altruism, suggesting that they feel burdened by others’ needs yet compelled to help (R. MacNair-Semands and K. Lese, “Interpersonal Problem and the Perception of Therapeutic Factors in Group Therapy,” *Small Group Research* 31 [2002]: 158–79). High self/other acceptors tended to value deeper insight into their interpersonal relations and into their family structure, whereas low self/other acceptors placed more value on universality and advice/guidance from members and leaders. Highly affiliative students in time-limited counseling groups gained more through self-understanding, whereas the nonaffiliative members benefited more from interpersonal learning, self-disclosure, and altruism (Kivlighan and Mullison, “Participants’ Perception of Therapeutic Factors”; Kivlighan and Goldfine, “Endorsement of Therapeutic Factors”).

CHAPTER 5

1. T. Postmes, R. Spears, S. Cihangir, "Quality of Decision Making and Group Norms." *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2001): 918–30.
2. D. Shapiro and L. Birk, "Group Therapy in Experimental Perspective," *International Journal of Group Psychotherapy* 17 (1967): 211–24.
3. E. Coche, R. Dies, and K. Goettelman, "Process Variables Mediating Change in Intensive Group Therapy Training," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 379–97.
4. D. Kivlighan, J. Tarrant, "Does Group Climate Mediate the Group Leadership–Group Member Outcome Relationship? A Test of Yalom's Hypothesis About Leadership Priorities," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 3 (2001): 220–34.
5. D. Strassberg, H. Roback, K. Anchor, S. Abramowitz, "Self-Disclosure in Group Therapy with Schizophrenics," *Archives of General Psychiatry* 32 (1975): 1259–61.
6. Shapiro and Birk, "Group Therapy in Experimental Perspective." See also R. Nye, *The Legacy of B. F. Skinner* (Pacific Grove, Calif.: Brooks Cole, 1992).
7. I. Goldfarb, "A Behavioral Analytic Interpretation of the Therapeutic Relationship," *Psychological Record* 42 (1992): 341–54. R. Kohlenberg, "Functional Analytic Psychotherapy," in *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*, ed. N. Jacobson (New York: Guilford Press, 1987), 388–443. D. Powell, "Spontaneous Insights and the Process of Behavior Therapy: Cases in Support of Integrative Psychotherapy," *Psychiatric Annals* 18 (1988): 288–94.
8. R. Heckel, S. Wiggins, and H. Salzberg, "Conditioning Against Silences in Group Therapy," *Journal of Clinical Psychology* 18 (1962): 216–17.
9. M. Dinoff et al., "Conditioning the Verbal Behavior of a Psychiatric Population in a Group Therapy–Like Situation," *Journal of Clinical Psychology* 16 (1960): 371–72.
10. G. Burlingame, A. Fuhrman, and J. Johnson, "Cohesion in Group Psychotherapy," in *A Guide to Psychotherapy Relationships That Work*, ed. J. Norcross (Oxford, England: Oxford University Press, 2002).
11. A. Bandura, "Modelling Approaches to the Modification of Phobic Disorders," presented at the Ciba Foundation Symposium, "The Role of Learning in Psychotherapy," London, May 1968. A. Bandura, J. Grusec, and F. Menlove, "Vicarious Extinction of Avoidance Behavior," *Journal of Personality and Social Psychology* 5 (1967): 16–23.
12. A. Bandura, D. Ross, and J. Ross, "Imitation of Film Mediated Aggressive Models," *Journal of Abnormal and Social Psychology* 66 (1963): 3–11.
13. J. McCullough, *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) (New York: Guilford Press, 2000).
14. D. Morran, R. Stockton, J. Cline, and C. Teed, "Facilitating Feedback Exchange in Groups: Leader Interventions," *Journal for Specialists in Group Work* 23 (1998): 257–60.
15. A. Schwartz and H. Hawkins, "Patient Models and Affect Statements in Group Therapy," presented at the American Psychological Association Meetings, Chicago, September 1965.
16. A. Goldstein et al., "The Use of Planted Patients in Group Psychotherapy," *American Journal of Psychotherapy* 21 (1967): 767–74.
17. L. Murphy, M. Leszcz, A. Collings, and J. Salvendy, "The Experience of the Neophyte Group Therapist," *International Journal of Group Psychotherapy*, 46 (1996): 543–52.
18. I. Yalom, *The Schopenhauer Cure* (New York: HarperCollins, 2005), 213.
19. I. Yalom, *Existential Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1980), 178–87.
20. I. Yalom, *The Schopenhauer Cure* (New York: HarperCollins, 2005), 214–20.
21. S. Gold-Steinberg and M. Buttenheim, "'Telling One's Story' in an Incest Survivors Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 173–89.

CHAPTER 6

1. L. Mangione and R. Forti, "The Use of the Here and Now in Short-Term Group Psychotherapy," in *Innovation in Clinical Practice: A Source Book*, ed. L. VandeCreeke and T. Jackson (Sarasota: Professional Resources Press, 2001), 241–56.
2. R. Dies, "Models of Group Therapy: Sifting Through Confusion," *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 1–17.
3. J. Flowers and C. Booraem, "The Effects of Different Types of Interpretation on Outcome in Group Therapy," *Group* 14 (1990): 81–88. This small (N = 24 clients), intensive study also indicated that here-and-now interpretations that focused on patterns of behavior were most effective in producing positive outcomes, followed by interpretations of impact of behavior on others, and then by historical interpretations. Interpretations of motivation were often countertherapeutic.
4. N. Brown, "Conceptualizing process," *International Journal of Group Psychotherapy* 53 (2003): 225–47. M. Ettin, "From Identified Patient to Identifiable Group: The Alchemy of the Group as a Whole," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 137–62.
5. M. Miles, "On Naming the Here-and-Now," unpublished essay, Columbia University, 1970.
6. B. Cohen, M. Ettin, and J. Fidler, "Conceptions of Leadership: The 'Analytic Stance' of the Group Psychotherapist," *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 2 (1998): 118–31.
7. Y. Agazarian, "Contemporary Theories of Group Psychotherapy: A Systems Approach," *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 177–202.
8. D. Morran, R. Stockton, J. Cline, C. Teed, "Facilitating Feedback Exchange in Groups: Leader Interventions," *Journal for Specialists in Group Work* 23 (1998): 257–60.
9. J. McCullough, *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)* (New York: Guilford Press, 2000). S. Knox, S. Hess, D. Petersen, and C. Hill, "A Qualitative Analysis of Client Perceptions of the Effects of Helpful Therapist Self-Disclosure in Long-Term Therapy," *Journal of Counseling Psychology* 44 (1997): 274–83. M. Barrett and J. Berman, "Is Psychotherapy More Effective When Therapists Disclose Information About Themselves?" *Journal of Consulting Clinical Psychology* 69 (2001): 597–603.
10. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973). Group research offers corroborative evidence. In one group project, the activating techniques (structured exercises) of sixteen different leaders were studied and correlated with outcome. There were two important relevant findings: (1) the more structured exercises the leader used, the *more competent* did members (at the end of the thirty-hour group) *deem the leader to be*; (2) the more structured exercises used by the leader, the *less* positive were the results (measured at a six-month follow-up). In other words, members desire leaders who lead, who offer considerable structure and guidance. They equate a large number of structured exercises with competence. Yet this is a confusion of form and substance: having too much structure or too many activating techniques is counterproductive.
11. L. Ormont, "The Leader's Role in Resolving Resistances to Intimacy in the Group Setting," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 29–47.
12. D. Kiesler, "Therapist Countertransference: In Search of Common Themes and Empirical Referents," *Journal of Clinical Psychology/In Session* 57 (2001): 1023–63.
13. D. Marcus and W. Holahan, "Interpersonal Perception in Group Therapy: A Social Relations Analysis," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (1994): 776–82.
14. G. Brown and G. Burlingame, "Pushing the Quality Envelope: A New Outcome Management System," *Psychiatric Services* 52 (2001): 925–34.

15. M. Leszcz, "Geriatric Group Therapy," in *Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry*, 3rd ed., ed. J. Sadavoy, L. Jarvik, G. Grossberg, and B. Myers (New York: Norton, 2004), 1023–54.

16. Kiesler "Therapist Countertransference."

17. S. Foulkes and E. Anthony, *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach*, 2nd ed. (Baltimore: Penguin, 1965), 153.

18. Ormont, "The Leader's Role in Resolving Resistances."

19. D. Martin, J. Garske, and M. Davis, "Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 438–50.

20. D. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory and Research* (New York: Wiley, 1996). McCullough, *Treatment for Chronic Depression*. J. Muran and J. Safran, "A Relational Approach to Psychotherapy," in *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, ed. F. Kaslow, vol. 1, *Psychodynamic/Object Relations*, ed. J. Magnavita (New York: Wiley, 2002), 253–81. S. Stuart and M. Robertson, *Interpersonal Psychotherapy: A Clinical Guide* (London: Arnold Press, 2003).

21. L. Murphy, M. Leszcz, A. Collings, and J. Salvendy, "The Experience of the Neophyte Group Therapist," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 543–52.

22. Interpreting motivations tends to be unhelpful. Flowers and Booraem have demonstrated that here-and-now comments (about patterns of behavior or impact of behavior) were positively correlated with group therapy outcome, whereas motivational interpretations were correlated with negative outcome (Flowers and Booraem, "The Effects of Different Types of Interpretation").

23. M. Keller et al. "A Comparison of Nefazodone, Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression," *New England Journal of Medicine* 342 (2000): 1462–70.

24. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Knopf, 1950). R. May, *Love and Will* (New York: Norton, 1969). S. Arieti, *The Will to Be Human* (New York: Quadrangle Books, 1972). L. Farber, *The Ways of the Will* (New York: Basic Books, 1966). A. Wheelis, "Will and Psychoanalysis," *Journal of the Psychoanalytic Association* 4 (1956): 285–303. I. Yalom, *Existential Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1980).

25. Yalom, *Existential Psychotherapy*, 286–350.

26. Farber, *Ways of the Will*.

27. Psychological treatments for addictions and eating disorders have particularly benefited from an appreciation of the role of the client's will in the process of change. Several research teams have employed five stages of motivation and then match therapy interventions to the client's stage of motivation or "change readiness." The five stages are:

1. The precontemplation stage (no recognition that a problem exists)
2. The contemplation stage (some recognition of the problem but with ambivalence about doing something about it)
3. The preparation stage (a desire to change but a lack of knowledge about how to do so)
4. The action stage (actual behavioral shifts)
5. The maintenance stage (consolidating gains and preventing regression or relapse)

J. Prochaska, C. DiClemente, and J. Norcross, "In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors," *American Psychologist* 47 (1992): 1102–14. R. Feld, D. Woodside, A. Kaplan, M. Olmstead, J. Carter, "Pre-treatment of Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders," *International Journal of Eating Disorders* 29 (2001): 393–400. W. Miller and S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior* (New York: Guilford Press, 2002).

28. T. Aquinas, quoted in P. Edwards, ed., *The Encyclopedia of Philosophy*, vol. 7 (New York: Free Press, 1967), 112.

29. Keep in mind that explanatory systems benefit therapists as well as clients: It provides therapists with focus, stability, confidence and tenacity. B. Wampold, *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings* (Mahwah, N.J.: Erlbaum, 2001). G. Burlingame, K. MacKenzie, and B. Strauss, "Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change," in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley and Sons, 2004), 647–96.
30. J. Frank and J. Frank, *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, 3rd ed. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991), 21–51.
31. D. Spence, *Narrative Truth and Historical Truth* (New York: Norton, 1982).
32. Sandra Blakeslee, "Brain-Updating Machinery May Explain False Memories," *New York Times*, September 19, 2000.
33. See Dies, "Models of Group Therapy."
34. B. Slife and J. Lanyon, "Accounting for the Power of the Here and Now: A Theoretical Revolution," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1991): 225–38.
35. J. S. Rutan and W. M. Stone, *Psychodynamic Group Psychotherapy*, 3rd ed. (New York: Guilford Press, 2001).
36. J. Lichtenberg, F. Lachmann, and J. Fossaghe, *Self and Motivational Systems* (Hillsdale, N.J.: Analytic Press, 1992). J. Sandler and A. Sandler, "The Past Unconscious, the Present Unconscious, and Interpretation of Transference," *Psychoanalytic Inquiry* 4 (1984): 367–99.
37. Frank and Frank, *Persuasion and Healing*.
38. J. Weiss, *How Psychotherapy Works: Process and Technique* (New York: Guilford Press, 1993).
39. C. Rycroft, *Psychoanalysis Observed* (London: Constable, 1966), 18.
40. W. Bion, *Experiences in Groups and Other Papers* (New York: Basic Books, 1959). For more information about Bion's contributions, see an earlier edition of this text or go to my Web site, www.yalom.com.
41. M. Nitsun, "The Future of the Group," *International Journal of Group Therapy* 50 (2000): 455–472.
42. M. Klein, cited in J. Strachey, "The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis," *International Journal of Psychoanalysis* 15 (1934): 127–59.

CHAPTER 7

1. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria*, in S. Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* [hereafter *Standard Edition*], vol. 2 (London: Hogarth Press, 1955): 253–305.
2. S. Freud, *Five Lectures on Psycho-Analysis*, in *Standard Edition*, vol. 11 (London: Hogarth Press, 1957): 3–62.
3. In contemporary psychotherapy the client's schema describes the core beliefs the client holds about both himself and his relationship with his interpersonal world, along with the interpersonal behaviors that arise from these beliefs and cognitions. The schema also encompasses the client's usual way of perceiving his environment and processing information. See J. Safran and Z. Segal, *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* (New York: Basic Books, 1990).
4. N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, and J. Docherty, *Psychodynamic Treatment Research* (New York: Basic Books, 1993).
5. J. Marmor, "The Future of Psychoanalytic Therapy," *American Journal of Psychiatry* 130 (1973): 1197–1202.
6. S. Mitchell, *Hope and Dread in Psychoanalysis* (New York: Basic Books, 1993), 25.
7. V. Schermer, "Contributions of Object Relations Theory and Self Psychology to Relational Psychology and Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy*

50 (2000): 199–212. F. Wright, “The Use of Self in Group Leadership: A Relational Perspective,” *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 181–98. F. Wright, “Introduction to the Special Section on Contemporary Theoretical Developments and the Implications for Group Psychotherapy,” *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 445–48.

8. P. Cohen, “The Practice of Modern Group Psychotherapy: Working with Past Trauma in the Present,” *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 489–503.

9. M. Khan, “Outrageous, Complaining, and Authenticity,” *Contemporary Psychoanalysis* 22 (1986): 629–50.

10. O. Kernberg, “Love in the Analytic Setting,” *Journal of the American Psychoanalytic Association* 42 (1994): 1137–58.

11. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis* (New York: International Universities Press, 1967).

12. A. Cooper, cited in G. Gabbard, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1987).

13. M. West and J. Livesley, “Therapist Transparency and the Frame for Group Therapy,” *International Journal of Psychoanalysis* 36 (1986): 5–20.

14. L. Horwitz, “Discussion of ‘Group as a Whole,’” *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 143–48.

15. H. Durkin and H. Glatzer, “Transference Neurosis in Group Psychotherapy: The Concept and the Reality,” *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 183–99. Reprinted from: H. Durkin and H. Glatzer, “Transference Neurosis in Group Psychotherapy: The Concept and the Reality,” in *Group Therapy 1973: An Overview*, ed. L. Wolberg and E. Schwartz (New York: Intercontinental Book Corp., 1973). P. Kauff, “Transference and Regression in and Beyond Analytic Group Psychotherapy: Revisiting Some Timeless Thoughts,” *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 201–10.

16. S. Freud, *Group Psychology and the Analysis of the Ego*, in *Standard Edition*, vol. 18 (London: Hogarth Press, 1955): 62–143.

17. G. Gabbard, “Advances in Psychoanalytic Therapy,” presented to the Department of Psychiatry, University of Toronto, May 13, 1998.

18. S. Freud, *Group Psychology and the Analysis of the Ego*.

19. E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1941), 21.

20. L. Horwitz, “Narcissistic Leadership in Psychotherapy Groups,” *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 219–35. M. Leszcz, “Reflections on the Abuse of Power, Control, and Status in Group Therapy and Group Therapy Training,” *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 389–400. I. Harwood, “Distinguishing Between the Facilitating and Self-Serving Charismatic Group Leader,” *Group* 27 (2004): 121–29.

21. S. Scheidlinger, “Freud’s Group Psychology Revisited: An Opportunity Missed,” *Psychoanalytic Psychology* 20 (2003): 389–92. Scheidlinger underscores that Freud relished his power as the leader of the psychoanalytic study group. He was relentlessly authoritarian and demanded total acceptance of his theories. Scheidlinger comments that Freud could have made an even larger contribution to group psychology and group psychotherapy had he not abandoned his work in this area because of a falling out with Trigant Burrow. Burrow, a former associate of Freud and early president of the American Psychoanalytic Association developed a model of group analysis that Freud felt challenged some of his own ideas. He ended his relationship with Burrow and gave no further thought in writing to groups.

22. L. Tolstoy, *War and Peace* (New York: Modern Library, Random House, 1931; orig. published 1865–69), 231.

23. *Ibid.*, 245.

24. M. Nitsun, "The Future of the Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 455–72.
25. M. Levy, "A Helpful Way to Conceptualize and Understand Re-Enactments," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7 (1998): 227–38.
26. S. Freud, *The Future of an Illusion*, in *Standard Edition*, vol. 21 (London: Hogarth Press, 1961), 1–56.
27. G. Thorne, *When It Was Dark*, cited by S. Freud in *Group Psychology and the Analysis of the Ego*.
28. S. Knox, S. Hess, D. Petersen, and C. Hill, "A Qualitative Analysis of Client Perceptions of the Effects of Helpful Therapist Self-Disclosure in Long-Term Therapy," *Journal of Counseling Psychology* 44 (1997): 274–83. B. Cohen and V. Schermer, "Therapist Self-Disclosure in Group Psychotherapy from an Intersubjective and Self-Psychological Standpoint," *Group* 25 (2001): 41–57.
29. R. Dies, "Models of Group Therapy: Sifting Through Confusion," *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 1–17.
30. I. Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1983). E. Berne, "Staff Patient Conferences," *American Journal of Psychiatry* 125 (1968): 286–88.
31. A. Rachman, Sandor Ferenczi, *The Psychotherapist of Tenderness and Passion* (New York: Jason Aronson, 1996).
32. J. Rutan, "Sandor Ferenczi's Contributions to Psychodynamic Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 53 (2003): 375–84.
33. S. Ferenczi, quoted in *Interpersonal Analysis: The Selected Papers of Clara M. Thompson*, ed. M. Green (New York: Basic Books, 1964), 70. For a brief period, Ferenczi conducted the ultimate experiment in therapist transparency: mutual analysis. He and the analysand alternated roles: one hour he analyzed the client, and the next hour the client analyzed him. Eventually he dropped this impractical format, but he was not convinced that the transparency impeded therapy (S. Ferenczi, *The Clinical Diaries of S. Ferenczi* [Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1993]).
34. S. Foulkes, "A Memorandum on Group Therapy," *British Military Memorandum*, ADM, July, 1945.
35. I. Yalom, *Love's Executioner* (New York: Basic Books, 1990). I. Yalom, *Lying on the Couch* (New York: Basic Books, 1996). I. Yalom, *Momma and the Meaning of Life* (New York: Basic Books, 1999). I. Yalom, *When Nietzsche Wept* (New York: Basic Books, 1992).
36. I. Yalom, *The Schopenhauer Cure* (New York: HarperCollins, 2005).
37. D. Fromm, G. Dickey, J. Shaefer, "Group Modification of Affective Verbalization: Reinforcements and Therapist Style Effects," *Journal of Clinical Psychology* 39 (1983): 893–900. R. Dies, "Therapist Variables in Group Psychotherapy Research," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 114–54. R. Dies, "Research in Group Psychotherapy: Overview and Clinical Applications," in *Group Therapy in Clinical Practice*, ed. A. Alonso and H. Swiller (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993): 473–518.
38. M. Nichols and R. Schwartz, *Family Therapy: Concepts and Methods* (Needham Heights, Mass.: Allyn and Bacon, 1991), 265.
39. S. Wiser and M. Goldfried, "Therapist Interventions and Client Emotional Experiencing in Expert Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapies," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998): 634–40. T. Eels, "What Do We Know About Master Therapists?" *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 67 (1999): 314–17.
40. F. Wright, "Being Seen, Moved, Disrupted, and Reconfigured: Group Leadership from a Relational Perspective," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 235–50.
41. S. Foreman, "The Significance of Turning Passive into Active in Control Mastery Theory," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 106–21.

42. S. Knox, S. Hess, D. Peterson, and C. Hill, "A Qualitative Analysis of Client Perceptions of the Effects of Helpful Therapist Self-Disclosure in Long-Term Therapy," *Journal of Counseling Psychology* 49 (1997): 274-83.

43. M. Allan, "An Investigation of Therapist and Patient Self-Help Disclosure in Out-patient Therapy Groups," *Dissertation Abstracts International* 41 (1980), no. 8021155.

44. H. Conte, R. Ratto, K. Clutz, and T. Karasu, "Determinants of Outpatients' Satisfaction with Therapists: Relation to Outcome," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 4 (1995): 43-51.

45. S. Wilkinson and G. Gabbard, "Therapeutic Self-Disclosure with Borderline Patients," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2 (1993): 282-95.

46. K. Ullman, "Unwitting Exposure of the Therapist Transference and Countertransference Dilemmas," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 14-21.

47. T. Gutheil and G. Gabbard, "The Concepts of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions," *American Journal of Psychiatry* 150 (1993): 188-96.

48. T. Gutheil and G. Gabbard, "Misuses and Misunderstandings of Boundary Theory in Clinical and Regulatory Settings," *American Journal of Psychiatry* 155 (1998): 409-14. A. Elfant, "Group Psychotherapist Self-Disclosure: Why, When, and How?" presented at the annual meeting of the American Group Psychotherapy Association, New Orleans, February 21, 2003.

49. Self-disclosure was carried to extreme in the time-extended marathon groups popular in the 1970s (see chapter 10), which met from twenty-four to forty-eight consecutive hours and placed paramount emphasis on total self-disclosure of the group as well as the group leader. The sheer physical fatigue wore down defenses and abetted maximal disclosure. Then there is the ultimate in self-disclosure: group therapy in the nude. In the late 1960s and early 1970s, the mass media (for example, *Time* magazine) gave considerable coverage to nude marathons in Southern California (*Time*, February 23, 1968, 42). Many of the wilder innovations in therapy have sprung from Southern California. It brings to mind Saul Bellow's fanciful notion in *Seize the Day* (New York: Viking Press, 1956) of someone tilting a large, flat map of the United States and observing that "everything that wasn't bolted or screwed down slid into Southern California."

50. D. Kivlighan and J. Tarrant, "Does Group Climate Mediate the Group Leadership-Group Member Outcome Relationship? A Test of Yalom's Hypothesis About Leadership Priorities," *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 3 (2001): 220-34.

51. M. Parloff, "Discussion of Accelerated Interaction: A Time-Limited Approach Based on the Brief Intensive Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 28 (1968): 239-44.

52. Ferenczi, quoted in M. Green, *Interpersonal Analysis*.

53. R. Dies, "Leadership in Short-Term Groups," in *Advances in Group Psychotherapy*, ed. R. Dies and R. MacKenzie (New York: International Universities Press, 1983), 27-78. R. Dies, "Group Therapist Transparency: A Critique of Theory and Research," *International Journal of Group Psychotherapy* 27 (1977): 177-200. R. Dies and L. Cohen, "Content Considerations in Group Therapist Self-Disclosure," *International Journal of Group Psychotherapy* 26 (1976): 71-88.

54. S. McNary and R. Dies, "Co-Therapist Modeling in Group Psychotherapy: Fact or Fantasy," *Group* 17 (1993): 131-42.

55. E. O'Neill, *The Iceman Cometh* (New York: Random House, 1957).

56. H. Ibsen, *The Wild Duck* (New York: Avon Press, 1965; orig. published 1884).

57. V. Frankl, personal communication, 1975.

CHAPTER 8

1. W. Piper, M. McCallum, A. Joyce, J. Rosie, and J. Ogrodniczuk, "Patient Personality and Time-Limited Group Psychotherapy for Complicated Grief," *International Journal of*

Group Psychotherapy 51 (2001): 525–52. R. Kadden, M. Litt, N. Cooney, E. Kabela, H. Getter, “Prospective Matching of Alcoholic Clients to Cognitive-Behavioral or Interactional Group Therapy,” *Journal of Studies on Alcohol* May (2001): 359–69.

2. G. Burlingame, A. Fuhrman, and J. Mosier, “The Differential Effectiveness of Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective,” *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 7 (2003): 3–12. G. Burlingame, K. MacKenzie, and B. Strauss, “Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanism of Change,” in *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley, 2004), 647–96.

3. R. Toseland and M. Siporin, “When to Recommend Group Treatment: A Review of the Clinical and the Research Literature,” *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 171–201.

4. C. McRoberts, G. Burlingame, and M. Hoag, “Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective,” *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 2 (1998): 101–17.

5. K. MacKenzie, “Where Is Here and When Is Now? The Adaptational Challenge of Mental Health Reform for Group Psychotherapy,” *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 407–28. M. Parloff and R. Dies, “Group Psychotherapy Outcome Research,” *International Journal of Group Psychotherapy* 27 (1977): 281–322. W. Piper and A. Joyce, “A Consideration of Factors Influencing the Utilization of Time-Limited, Short-Term Group Therapy,” *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 311–28.

6. K. Graham, H. Annis, P. Brett, P. Venesoen, and R. Clifton, “A Controlled Field Trial of Group Versus Individual Cognitive-Behavioral Training for Relapse Prevention,” *Addiction* 91 (1996): 1127–39.

7. D. Renjilian, M. Peri, A. Nezu, W. McKelvey, R. Shermer, and S. Anton, “Individual Versus Group Therapy for Obesity: Effects of Matching Participants to the Treatment Preferences,” *Journal of Consulting Clinical Psychology* 69 (2001): 717–21.

8. F. Fawzy, N. Fawzy, and J. Wheeler, “A Post-Hoc Comparison of the Efficiency of a Psychoeducational Intervention for Melanoma Patients Delivered in Group Versus Individual Formats: An Analysis of Data from Two Studies,” *Psycho-Oncology* 5 (1996): 81–89.

9. E. Westbury and L. Tutty, “The Efficacy of Group Treatment for Survivors of Childhood Abuse,” *Child Abuse and Neglect* 23 (1999): 31–44.

10. K. MacKenzie, “Where Is Here and When Is Now? The Adaptational Challenge of Mental Health Reform for Group Psychotherapy,” *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 407–28.

11. S. Holmes and D. Kivlighan, “Comparison of Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Processes,” *Journal of Counseling Psychology* 47 (2000): 478–84.

12. G. Gazda, “Discussion of When to Recommend Group Treatment: A Review of the Clinical and the Research Literature,” *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 203–6. F. de Carufel and W. Piper, “Group Psychotherapy or Individual Psychotherapy: Patient Characteristics As Predictive Factors,” *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 169–88.

13. E. Nash et al., “Some Factors Related to Patients Remaining in Group Psychotherapy,” *International Journal of Group Psychotherapy* 7 (1957): 264–75. J. Johnson, *Group Psychotherapy: A Practical Approach* (New York: McGraw-Hill, 1963). E. Fried, “Basic Concepts in Group Therapy,” in *Comprehensive Group Therapy*, ed. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1971), 50–51.

14. L. Horwitz, “Indications and Contraindications for Group Psychotherapy,” *Bulletin of the Menninger Clinic* 40 (1976): 505–7.

15. S. Slavson, “Criteria for Selection and Rejection of Patients for Various Kinds of Group Therapy,” *International Journal of Group Psychotherapy* 5 (1955): 3–30. S. Adrian, “A Systematic Approach to Selecting Group Participants,” *Journal of Psychiatric Nursing* 18 (1980): 37–41.

16. Nash et al., "Some Factors." Johnson, Group Psychotherapy. Fried, "Basic Concepts." R. MacNair-Semands, "Predicting Attendance and Expectations for Group Therapy," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 6 (2002): 219–28.

17. M. Weiner, "Group Therapy in a Public Sector Psychiatric Clinic," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 355–65. M. Rosenbaum and E. Hartley, "A Summary Review of Current Practices of Ninety-Two Group Therapists," *International Journal of Group Psychotherapy* 12 (1962): 194–98. W. Friedman, "Referring Patients for Group Therapy: Some Guidelines," *Hospital and Community Psychiatry* 27 (1976): 121–23. A. Frances, J. Clarkin, and J. Marachi, "Selection Criteria for Outpatient Group Psychotherapy," *Hospital and Community Psychiatry* 31 (1980): 245–49. M. Woods and J. Melnick, "A Review of Group Therapy Selection Criteria," *Small Group Behavior* 10 (1979): 155–75.

18. R. Morgan and C. Winterowd, "Interpersonal Process-Oriented Group Psychotherapy with Offender Populations," *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 46 (2002): 466–82. Toseland and Siporin, "When to Recommend Group Treatment." I. Yalom, "Group Therapy of Incarcerated Sexual Deviants," *Journal of Nervous Mental Disorders* 132 (1961): 158–70.

19. Friedman, "Referring Patients." Woods and Melnick, "Group Therapy Selection Criteria." Frances, Clarkin, and Marachi, "Selection Criteria." Horwitz, "Indications and Contraindications."

20. Horwitz, "Indications and Contraindications." Friedman, "Referring Patients." H. Grunebaum and W. Kates, "Whom to Refer for Group Psychotherapy," *American Journal of Psychiatry* 134 (1977): 130–33.

21. M. Linehan, "Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Cognitive Behavioral Approach to Parasuicide," *Journal of Personality Disorders* 1 (1987): 328–33. M. Linehan, "Naturalistic Follow-Up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients," *Archives of General Psychiatry* 50 (1993): 971–74. E. Marziali and H. Munroe-Blum, *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder* (New York: Basic Books, 1994).

22. I. Yalom, "A Study of Group Therapy Dropouts," *Archives of General Psychiatry* 14 (1966): 393–414.

23. M. Wierzbicki and G. Pekarik, "A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropouts," *Professional Psychology: Research and Practice* 24 (1993): 190–95.

24. W. Stone and J. Rutan, "Duration of Treatment in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 34(1984): 93–109. M. Leszcz, "Guidelines for the Practice of Group Psychotherapy," in *Guidelines and Standards for the Psychotherapies*, ed. P. Cameron, J. Ennis and J. Deadman (Toronto: University of Toronto Press, 1998), 199–227. H. Roback, "Adverse Outcomes in Group Psychotherapy: Risk Factors, Prevention, and Research Directions," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 9 (2000): 113–22.

25. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1972).

26. M. Seligman, "The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study," *American Psychologist* 50 (1995): 965–74.

27. W. Piper, A. Joyce, J. Rosie, and H. Azim, "Psychological Mindedness, Work and Outcome in Day Treatment," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 291–311; M. McCallum, W. Piper, and A. Joyce, "Dropping Out from Short-Term Group Therapy," *Psychotherapy* 29 (1992): 206–13. In a study of 109 patients with prolonged or pathological grief in brief (twelve-week), analytically oriented group therapy, the 33 dropouts were found to be significantly less psychologically minded than continuers. They also tended to have greater psychiatric symptomatology and greater intensity of target symptoms. S. Rosenzweig and R. Folman, "Patient and Therapist Variables Affecting Premature Termination in Group Psychotherapy," *Psychotherapy: Theory, Research and Prac-*

tice 11 (1974): 76–79. In a study of thirteen dropouts from V.A. outpatient clinic groups a battery of psychological tests did *not* distinguish between the continuers and the dropouts, but the therapists' pretherapy judgments about their ability to empathize with the clients, their clients' ability to form a therapeutic relationship, and the therapists' overall liking of a client were significantly predictive of premature termination. B. Kotkov and A. Meadow, "Rorschach Criteria for Continuing Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 2 (1952): 324–31. A study of Veterans Administration ambulatory groups found that dropouts had less capacity to withstand stress, less desire for empathy, less ability to achieve emotional rapport, a lower Wechsler verbal scale IQ, and came from a lower socioeconomic class. (Many other studies have reported that dropouts [from any psychotherapeutic format] are disproportionately high among the lower socioeconomic class.) R. Klein and R. Carroll, "Patient Characteristics and Attendance Patterns in Outpatient Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 115–32; H. Roback and M. Smith, "Patient Attrition in Dynamically Oriented Treatment Groups," *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 426–43; L. Gliedman et al., "Incentives for Treatment Related to Remaining or Improving in Psychotherapy," *American Journal of Psychotherapy* 11 (1957): 589–98. M. Grotjahn, "Learning from Dropout Patients: A Clinical View of Patients who Discontinued Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 22 (1972): 306–19. Grotjahn studied his long-term analytic groups and noted that, over a six-year period, forty-three group members (35 percent) dropped out within the first twelve months of therapy. He felt that, in retrospect, approximately 40 percent of the dropouts were predictable and fell into three categories: (1) clients with diagnoses of manifest or threatening psychotic breakdowns; (2) clients who used the group for crisis resolution and dropped out when the emergency had passed; (3) highly schizoid, sensitive, isolated individuals who needed more careful, intensive preparation for group therapy. Nash et al., "Some Factors." Nash and his co-workers studied thirty group therapy clients in a university outpatient clinic. The seventeen dropouts (three or fewer meetings) differed significantly from the thirteen continuers in several respects: they were more socially ineffective, experienced their illness as progressive and urgent or were high deniers who terminated therapy as their denial crumbled in the face of confrontation by the group. R. MacNair and J. Corazzini, "Clinical Factors Influencing Group Therapy Dropout," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training* 31 (1994): 352–61. MacNair and colleagues also studied two large groupings of clients treated at a university counseling service in 16 session interactional interpersonal group therapy. This study of 155 and 310 clients respectively over several years employed The Group Therapy Questionnaire (GTQ) to evaluate the group members. Dropouts and poor attenders could be predicted by the following characteristics: anger, hostility and argumentativeness; social inhibition; substance abuse; and somatization. In contrast, prior experience in some form of psychotherapy was a protective variable. (R. MacNair-Semands, "Predicting Attendance and Expectations for Group Therapy," *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 6 [2002]: 219–28.) This latter finding echoes an earlier report that demonstrated that dropouts were much more likely to be individuals for whom group therapy was their first experience in psychotherapy. W. Stone and J. Rutan, "Duration of Treatment in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 34 (1984): 93–109. G. Tasca et al., "Treatment Completion and Outcome in a Partial Hospitalization Program: Interaction Among Patient Variables," *Psychotherapy Research* 9 (1999): 232–47. Tasca and colleagues studied 102 clients in an intensive group therapy day hospital program and reported that dropouts were predicted by the combined presence of reduced psychological-mindedness and chronicity of problems. High degrees of psychological-mindedness offset the negative impact of illness chronicity on treatment completion. M. McCallum, W. Piper, J. Ogrodniczuk, and A. Joyce, "Early Process and Dropping Out from Group Therapy for Complicated Grief," *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 6 (2002): 243–54. Dropout rates for 139 clients participating in 12 session group

therapy for complicated grief were 23% (regardless whether they were in an interpretive or a supportive model of group therapy). Dropouts experienced far less positive emotion in the early sessions and were less compatible with, and less important to the group. The therapists reported they had less emotional investment in these clients from the outset of therapy. The phenomenon of very early therapist divestment and antipathy to the clients who ultimately drop out has been reported by others as well. (L. Lothstein, "The Group Psychotherapy Dropout Phenomenon Revisited," *American Journal of Psychiatry* 135 [1978]: 1492-95; O. Stiwne, "Group Psychotherapy with Borderline Patients: Contrasting Remainers and Dropouts," *Group* 18 [1994]: 37-45. T. Oei and T. Kazmierczak, "Factors Associated with Dropout in a Group Cognitive Behavior Therapy for Mood Disorders," *Behavior, Research and Therapy* 35 [1997]: 1025-30.) In a study of 131 clients in CBT groups for depression, 63 clients (48%) dropped out prematurely. Pretherapy variables, including degree of depression did not predict dropouts. In contrast however, lack of participation in the group activities and exercises was predictive. Race and ethnicity are also important considerations. A number of recent studies have shown that visible minorities may terminate prematurely, feeling a lack of universality, comfort and familiarity within the group. (S. Sue, D. Hu, D. Takevch, and N. Zane, "Community Mental Health Services for Ethnic Minority Groups: A Test of the Cultural Responsiveness Hypothesis," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 [1991]: 533-40; K. Organista, "Latinos," in *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Specific Problems and Populations*, ed. J. White and A. Freeman [Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2000], 281-303; H. Chang and D. Sanders, "Predictors of Attrition in Two Types of Group Programs for Men Who Batter," *Journal of Family Violence* 17 [2002]: 273-92.) Clients' negative expectations built upon negative experiences in society also play an important role. (C. Taft, C. Murphy, J. Elliott, and T. Morrel, "Attendance Enhancing Procedures in Group Counseling for Domestic Abusers," *Journal of Counseling Psychology* 48 [2001]: 51-60.)

28. Notes for Table 8.1:

^a R. Klein and R. Carroll, "Patient Characteristics and Attendance Patterns in Outpatient Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 115-32.

^b M. McCallum and W. Piper, "A Controlled Study for Effectiveness and Patient Suitability for Short-Term Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 431-52.

^c M. McCallum, W. Piper, and A. Joyce, "Dropping Out from Short-Term Group Therapy," *Psychotherapy* 29 (1992): 206-13.

^d Nash et al., "Some Factors."

^e B. Kotkov, "The Effects of Individual Psychotherapy on Group Attendance," *International Journal of Group Psychotherapy* 5 (1955): 280-85.

^f S. Rosenzweig and R. Folman, "Patient and Therapist Variable Affecting Premature Termination in Group Psychotherapy," *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 11 (1974): 76-79.

^g Yalom, "Group Therapy Dropouts."

^h E. Berne, "Group Attendance: Clinical and Theoretical Considerations," *International Journal of Group Psychotherapy* 5 (1955): 392-403.

ⁱ Johnson, *Group Psychotherapy*.

^j M. Grotjahn, "Learning from Dropout Patients: A Clinical View of Patients Who Discontinued Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 22 (1972): 306-19.

^k L. Koran and R. Costell, "Early Termination from Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 24 (1973): 346-59.

^l S. Budman, A. Demby, and M. Randall, "Short-Term Group Psychotherapy: Who Succeeds, Who Fails," *Group* 4 (1980): 3-16.

^m M. Weiner, "Outcome of Psychoanalytically Oriented Group Therapy," *Group* 8 (1984): 3-12.

- ⁿ W. Piper, E. Debbane, J. Blenvenu et al., "A Comparative Study of Four Forms of Psychotherapy," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52 (1984): 268–79.
- ^o W. Stone and S. Rutan, "Duration of Treatment in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 34 (1984): 93–109.
- ^p K. Christiansen, K. Valbak, and A. Weeke, "Premature Termination in Analytic Group Therapy," *Nordisk-Psykiatrisk-Tidsskrift* 45 (1991): 377–82.
- ^q R. MacNair and J. Corazzini, "Clinical Factors Influencing Group Therapy Dropouts," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training* 31 (1994): 352–61.
- ^r M. McCallum, W. Piper, J. Ogrodniczuk, and A. Joyce, "Early Process and Dropping Out."
- ^s T. Oei and T. Kazmierczak, "Factors Associated with Dropout in a Group Cognitive Behavior Therapy for Mood Disorders," *Behaviour Research and Therapy* 35 (1997): 1025–30.
29. Yalom, "Group Therapy Dropouts."
30. W. Piper, M. McCallum, and H. Azim, *Adaption to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy* (New York: Guilford Press, 1992).
31. McCallum et al., "Early Process and Dropping Out."
32. W. Stone, "Group Psychotherapy with the Chronically Mentally Ill," in *Comprehensive Group Psychotherapy*, eds. M. Kaplan and B. Sadock. (Baltimore: Williams and Wilkins, 1993), 419–29.
33. M. Horowitz, "The Recall of Interrupted Group Tasks: An Experimental Study of Individual Motivation in Relation to Group Goals," in *Group Dynamics: Research and Theory*, ed. D. Cartwright and A. Zander (New York: Row, Peterson, 1962), 370–94.
34. L. Coch and J. French Jr., "Overcoming Resistance to Change," in Cartwright and Zander, *Group Dynamics*, 31–41. E. Stotland, "Determinants of Attraction to Groups," *Journal of Social Psychology* 49 (1959): 71–80.
35. D. Lundgren and D. Miller, "Identity and Behavioral Changes in Training Groups," *Human Relations Training News* (Spring 1965).
36. Lieberman, Yalom, Miles, *Encounter Groups*, p. 324.
37. I. Yalom and P. Houts, unpublished data, 1966.
38. S. Schachter, "Deviation, Rejection, and Communication," in Cartwright and Zander, *Group Dynamics*, 260–85.
39. H. Leavitt, "Group Structure and Process: Some Effects of Certain Communication Patterns on Group Performance," in *Readings in Social Psychology*, eds. E. Maccoby, T. Newcomb, E. Hartley (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1958), 175–83.
40. J. Jackson, "Reference Group Processes in a Formal Organization," in Cartwright and Zander, *Group Dynamics*, 120–40.
41. L. Festinger, S. Schachter, and K. Back, "The Operation of Group Standards," in Cartwright and Zander, *Group Dynamics*, 241–59.
42. C. Anderson, O. John, D. Kelter, and A. Kring, "Who Attains Social Status? Effects of Personality and Physical Attractiveness in Social Groups," *Journal of Personality and Social Psychology* 8 (2001): 116–32.
43. M. Sherif, "Group Influences Upon the Formation of Norms and Attitudes," in Maccoby et al., *Readings in Social Psychology*, 219–32.
44. S. Asch, "Interpersonal Influence: Effects of Group Pressure Upon the Modification and Distortion of Judgments," in Maccoby et al., *Readings in Social Psychology*, 175–83.
45. P. Leiderman, "Attention and Verbalization: Differentiated Responsivity of Cardiovascular and Electrodermo Systems," *Journal of Psychosomatic Research* 15 (1971): 323–28.
46. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*.
47. Schachter, "Deviation, Rejection, and Communication."
48. McCallum et al., "Early Process and Dropping Out."
49. R. Harrison and B. Lubin, "Personal Style, Group Composition, and Learning—Part I," *Journal of Applied Behavioral Science* 1 (1965): 286–94.

50. Similar findings were reported in the NIMH trial of the treatment of depression. Clients with poor interpersonal functioning could not utilize interpersonal therapy effectively. (S. Sotsky et al., "Patient Predictors of Response to Psychotherapy and Pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program," *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 997-1008.)

51. R. Lee, M. Draper, and S. Lee, "Social Connectedness, Dysfunctional Interpersonal Behaviors, and Psychological Distress: Testing a Mediator Model," *Journal of Counseling Psychology* 48 (2001): 310-18.

52. Clients do well with intensive psychotherapies if they have mature relationship capacities (measured by the Quality of Object Relations Scale (QOR) (H. Azim et al., "The Quality of Object Relations Scale," *Bulletin of the Menninger Clinic* 55 (1991): 323-43). Clients with less mature QOR scores do poorly with intensive therapy, often experiencing interpretations as hurtful criticisms. These clients do much better with the more supportive therapies. (A. Joyce, M. McCallum, W. Piper, and J. Ogrodniczuk, "Role Behavior Expectancies and Alliance Change in Short-Term Individual Psychotherapy," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 9 (2000): 213-25.) Higher psychological-mindedness, not surprisingly, is a general predictor of positive outcome for all psychotherapies. (Joyce et al., *ibid*; Piper et al., "Patient Personality and Time-Limited Group.")

53. M. Pines, "The Self as a Group: The Group as a Self," in *Self-Experiences in Group: Objective and Self-Psychological Pathways to Human Understanding*, ed. I. Harwood and M. Pines (Philadelphia: Taylor & Francis, 1998): 24-29. A. Gray, "Difficult Terminations in Group Therapy: A Self-Psychologically Informed Perspective," *Group* 25 (2001): 27-39.

54. M. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 311-35.

55. Nash et al., "Some Factors."

56. H. Bernard and S. Drob, "Premature Termination: A Clinical Study," *Group* 13 (1989): 11-22.

57. M. Seligman, "The Effectiveness of Psychotherapy."

58. L. Bellak, "On Some Limitations of Dyadic Psychotherapy and the Role of the Group Modalities," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 7-21. J. Rutan and A. Alonso, "Group Therapy, Individual Therapy, or Both?" *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 267-82.

59. Grunebaum and Kates, "Whom to Refer."

60. Frances, Clarkin, and Marachi, "Selection Criteria," 245.

61. H. Swiller, "Alexithymia: Treatment Utilizing Combined Individual and Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 47-61.

62. L. Horowitz and J. Vitkis, "The Interpersonal Basis of Psychiatric Symptomatology," *Clinical Psychology Review* 6 (1986): 443-69.

63. P. Crits-Christoph and M. Connolly, "Patient Pretreatment Predictors of Outcome," in *Psychodynamic Treatment Research*, ed. N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, and J. Docherty (New York: Basic Books, 1993), 185.

64. I. Yalom, P. Houts, S. Zimerberg, and K. Rand, "Predictions of Improvement in Group Therapy," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 159-68.

65. The forty clients studied were adult, middle class, well educated, psychologically sophisticated outpatients who suffered from neurotic or characterological problems. Outcome was evaluated by a team of raters who, on the basis of a structured interview, evaluated (with excellent reliability) change in symptoms, functioning, and relationships. The clients also independently rated their own outcome, using the same scale. Psychological-mindedness was measured by subscale of the California Personality Inventory and by the therapists after an initial screening interview. The therapists rated each client on a seven-point scale after the initial interview for how well they thought he or she would do in therapy. Previous self-disclosure was measured by a modification of the Jourard Self-Disclosure Questionnaire (S. Jourard, "Self-Disclosure Patterns in British and American

College Females," *Journal of Social Psychology* 54 (1961): 315-20). The clients' attraction to group therapy and their general popularity in the group were measured by a group cohesiveness questionnaire and a sociometric questionnaire.

66. C. Anderson, "Who Attains Social Status?"

67. Using a comprehensive personality inventory researchers found, unsurprisingly, that the Extraversion factor (exemplified by individuals who are energetic, sociable, assertive, and display positive emotionality) is strongly associated with popularity. (R. McCrae and R. Costa, "The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor Model in Counseling," *Journal of Counseling and Development* 69 (1991): 367-72.) These individuals draw others to them because their ready and warm responsiveness rewards and encourages overtures for engagement. (R. Depue, "A Neurobiological Framework for the Structure of Personality and Emotion: Implications for Personality Disorders," in *Major Theories of Personality Disorders*, ed. J. Clarkin and M. Lenzenweger [New York: Guilford Press, 1996], 342-90.)

68. Lieberman, Yalom, and Miles, *Encounter Groups*.

69. J. Melnick and G. Rose, "Expectancy and Risk-Taking Propensity," *Small Group Behavior* 10 (1979): 389-401. Scales: Jackson Risk-Taking inventory and the Hill Interactional Matrix. Sociometric assessment: Depth of Involvement Scale (Evensen and Bednar), Moos and Humphrey Group Environment Scale.

70. J. Frank and J. Frank, *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, 3rd ed. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991), pp. 132-53. W. Piper, "Client Variables," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 83-113.

71. Joyce et al., "Role Behavior Expectancies and Alliance Change." J. Rooney and R. Hanson, "Predicting Attrition from Treatment Programs for Abusive Men," *Journal of Family Violence* 16 (2001): 131-49.

72. Lothstein, "The Group Psychotherapy Dropout Phenomenon." McCallum et al., "Early Process and Dropping Out."

73. J. Frank, "Some Determinants, Manifestations, and Effects of Cohesiveness in Therapy Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 7 (1957): 53-63.

74. Oei and Kazmierczak, "Factors Associated with Dropout."

75. The amount of "group work" accomplished (as reported by the client, comembers, and the group therapist) predicts outcome. (Piper et al., "Psychological Mindedness, Work, and Outcome.") Piper and colleagues define "group work" in clear terms: "to work in therapy means that you are trying to explain a problem that you are facing by exploring your own contributions to it." It involves taking responsibility for one's role in one's difficulties and helping other members do the same. (M. McCallum, W. Piper, and J. O'Kelly, "Predicting Patient Benefit from a Group-Oriented Evening Treatment Program," *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 291-314, 300.)

76. M. Parloff, "Therapist-Patient Relationships and Outcome of Psychotherapy," *Journal of Consulting Psychology* 25 (1961): 29-38.

77. R. Heslin and D. Dunphy, "Three Dimensions of Member Satisfaction in Small Groups," *Human Relations* 17 (1964): 99-112.

78. Frank, "Some Determinants." E. Ends and C. Page, "Group Psychotherapy and Psychological Changes," *Psychological Monographs* 73 (1959): 480.

CHAPTER 9

1. D. Waltman and D. Zimpfer, "Composition, Structure, and the Duration of Treatment," *Small Group Behavior* 19 (1988): 171-84.

2. P. Costa and R. McCrae, "Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)," *Professional Manual* (Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources, 1992).

3. M. First et al., "DSM-IV and Behavioral Assessment," *Behavioral Assessment* 14 (1992): 297–306. J. Shedler and D. Westen, "Refining Personality Disorder Diagnosis: Integrating Science and Practice," *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 1350–65. The chief architect of the DSM, Robert Spitzer, chronicles the challenges of developing the DSM in an interview with Alix Spiegel in the January 3, 2005, issue of *The New Yorker*.
4. P. Crits-Christoph and M. Connolly Gibbon, "Review of W. Piper, A. Joyce, M. McCallum, H. Azim, and J. Ogrodniczuk, *Interpersonal and Supportive Psychotherapies: Matching Therapy and Patient Personality*," *Psychotherapy Research* 13 (2003): 117–19.
5. W. Piper, "Client Variables," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhri-man and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 83–113.
6. W. Piper and M. Marrache, "Selecting Suitable Patients: Pretraining for Group Therapy as a Method for Group Selection," *Small Group Behavior* 12 (1981): 459–74. Group behavior was measured by the Hill Interaction Matrix, W. Hill, *Hill Interactional Matrix* (Los Angeles: Youth Studies Center, University of Southern California, 1965).
7. As DSM-IV-TR states, "A common misconception is that a classification of mental disorders classifies people, when actually what are being classified are disorders that people have" (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., rev. American Psychiatric Association, 2000, xxxi).
8. A. Camus, *The Fall* (New York: Knopf, 1956).
9. J. Deer and A. Silver, "Predicting Participation and Behavior in Group Therapy from Test Protocols," *Journal of Clinical Psychology* 18 (1962): 322–25. C. Zimet, "Character Defense Preference and Group Therapy Interaction," *Archives of General Psychiatry* 3 (1960): 168–75. E. Borgatta and A. Eslenbach, "Factor Analysis of Rorschach Variable and Behavior Observation," *Psychological Reports* 3 (1955): 129–36.
10. T. Miller, "The Psychotherapeutic Utility of the Five-Factor Model of Personality: A Clinician's Experience," *Journal of Personality Assessment* 57 (1991): 415–33.
11. K. Menninger, M. Mayman, and P. Pruyser, *The Vital Balance* (New York: Viking Press, 1963).
12. M. Seligman, "The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study," *American Psychologist* 50 (1995): 965–74.
13. L. Beutler, "Predictors of Differential Response to Cognitive, Experiential, and Self-Directed Psychotherapeutic Procedures," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1991): 333–40.
14. H. Hoberman, P. Lewinson, and M. Tilson, "Group Treatment of Depression: Individual Predictors of Outcome," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988): 393–98.
15. S. Joure et al., "Differential Change Among Sensitivity-Training Participants as a Function of Dogmatism," *Journal of Psychology* 80 (1972): 151–56.
16. R. Harrison and B. Lubin, "Personal Style, Group Composition, and Learning: Part 2," *Journal of Applied Behavioral Science* 1 (1965): 294–301.
17. C. Crews and J. Melnick, "The Use of Initial and Delayed Structure in Facilitating Group Development," *Journal of Consulting Psychology* 23 (1976): 92–98.
18. P. Kilmann and R. Howell, "The Effects of Structure of Marathon Group Therapy and Locus of Control on Therapeutic Outcome," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42 (1974): 912.
19. R. Robinson, "The Relationship of Dimension of Interpersonal Trust with Group Cohesiveness, Group Status, and Immediate Outcome in Short-Term Group Counseling," *Dissertation Abstracts* 40 (1980): 5016-B.
20. J. Melnick and G. Rose, "Expectancy and Risk-Taking Propensity: Predictors of Group Performance," *Small Group Behavior* 10 (1979): 389–401. Melnick and Rose demonstrated, in a well-designed experiment involving five undergraduate student experiential groups, that social risk-taking propensity was significantly predictive of therapeutically appropriate self-disclosure, risk-taking behavior, and high verbal activity in the group sessions.

21. K. Horney, *Neurosis and Human Growth* (New York: Norton, 1950).
22. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 1, *Attachment* (New York: Basic Books, 1969); vol. 2, *Separation* (1973); vol. 3, *Loss* (1980). C. George, N. Kaplan, and M. Main, *Adult Attachment Interview*, 3rd ed. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, 1996. J. Cassidy and J. Mohr, "Unsolvable Fear, Trauma, and Psychopathology: Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment Across the Life Span," *Clinical Psychology: Science and Practice* 8 (2001): 275–98.
23. R. Maunder and J. Hunter, "An Integrated Approach to the Formulation and Psychotherapy of Medically Unexplained Symptoms: Meaning and Attachment-Based Intervention," *American Journal of Psychotherapy* 58 (2004): 17–33. E. Chen and B. Mallinckrodt, "Attachment, Group Attraction, and Self-Other Agreement in Interpersonal Circumplex Problems and Perceptions of Group Members," *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 6 (2002): 311–24.
24. C. Tyrrell, M. Dozier, G. Teague, and R. Fallot, "Effective Treatment Relationships for Persons with Serious Psychiatric Disorders: The Importance of Attachment States of Mind," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1999): 725–33. E. Smith, J. Murphy, and S. Coats, "Attachment and Group Theory and Measurement," *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (1999): 94–110.
25. L. Horwitz, S. Rosenberg, B. Baer, G. Ureno, and V. Villaseñor, "Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988): 885–92. K. MacKenzie and A. Grabovac, "Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 46–51.
26. Contemporary interpersonal circumplex methodology is built on Leary's original interpersonal circle (T. Leary, *Interpersonal Diagnosis of Personality* [New York: Ronald Press, 1957]) and bears some similarity to Schutz's FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Inventory) *FIRO-B: Interpersonal Underworld* (Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1966). See M. Gutman and J. Balakrishnan, "Circular Measurement Redux: The Analytical Interpretation of Interpersonal Circle Profile," *Clinical Psychology Science and Practice* 5 (1998): 344–60. This approach provides a visual schema of the individual's interpersonal style that synthesizes two key interpersonal dimensions: affiliation (ranging from hostile to friendly) and agency or control (ranging from dominant to submissive). Individuals can be described along the lines of hostile, hostile-dominant, hostile-submissive, hostile or friendly, friendly-dominant, friendly-submissive, submissive, respectively.
27. Chen and Mallinckrodt, "Attachment, Group Attraction, and Self-Other Agreement." R. MacNair-Semands and K. Lese, "Interpersonal Problems and the Perception of Therapeutic Factors in Group Therapy," *Small Group Research* 31 (2000): 158–74.
28. J. Ogrodniczuk, W. Piper, A. Joyce, M. McCallum, and J. Rosie, "NEO-Five Factor Personality Traits as Predictors of Response to Two Forms of Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 53 (2003): 417–43.
29. P. Costa and R. McCrae, "Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory," *Psychological Assessment* 4 (1992): 5–13. The NEO Personality Inventory (NEO-PI) and its shorter version, the NEO-FFI, are self-report inventories that are easy to administer, reliable, and well validated across cultures. Five personality variables are evaluated: Neuroticism (distress, vulnerability to stress and propensity for shame); Extraversion (verbal, eager to engage, and enthusiastic); Conscientiousness (hard working, committed, able to delay gratification); Openness (embraces the novel and unfamiliar with creativity and imagination); and Agreeableness (trusting, cooperative, altruistic).
30. W. Piper, A. Joyce, J. Rosie, and H. Azim, "Psychological Mindedness, Work and Outcome in Day Treatment," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 291–311. M. McCallum, W. Piper, and J. Kelly, "Predicting Patient Benefit from a Group-Oriented Evening Treatment Program," *International Journal of Group Psychotherapy* 47

(1997): 291–314. W. Piper, A. Joyce, M. McCallum, H. Azim, and J. Ogrodniczuk, *Interpersonal and Supportive Psychotherapies: Matching Therapy and Patient Personality* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 2001). W. Piper, J. Ogrodniczuk, M. McCallum, A. Joyce, and J. Rosie, "Expression of Affect as a Mediator of the Relationship Between Quality of Object Relations and Group Therapy Outcome for Patients with Complicated Grief," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003): 664–71. M. McCallum, W. Piper, J. Ogrodniczuk, and A. Joyce, "Relationships Among Psychological Mindedness, Alexithymia, and Outcome in Four Forms of Short-Term Psychotherapy," *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 76 (2003): 133–44.

31. Piper, Joyce, Rosie, and Azim, "Psychological Mindedness."

32. W. Piper et al., "Expression of Affect as a Mediator." McCallum et al., "Relationships Among Psychological Mindedness, Alexithymia, and Outcome." M. McCallum, W. Piper, and J. Kelly, "Predicting Patient Benefit from a Group-Oriented Evening Treatment Program," *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 291–314.

33. Piper et al., "Expression of Affect as a Mediator." J. Ogrodniczuk, W. Piper, M. McCallum, A. Joyce, and J. Rosie, "Interpersonal Predictors of Group Therapy Outcome for Complicated Grief," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 511–35.

34. S. Sotsky et al., "Patient Predictors of Response to Psychotherapy and Pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program," *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 997–1008. S. Blatt, D. Quinlan, P. Pilkonis, and M. Shea, "Impact of Perfectionism and Need for Approval on the Brief Treatment of Depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revisited," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (1995): 125–32.

35. A. Goldstein, K. Heller, and L. Sechrest, *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change* (New York: Wiley, 1966), 329.

36. R. Moos and S. Clemes, "A Multivariate Study of the Patient-Therapist System," *Journal of Consulting Psychology* 31 (1967): 119–30. C. Zimet, "Character Defense Preference and Group Therapy Interaction," *Archives of General Psychiatry* 3 (1960): 168–75. F. Giedt, "Predicting Suitability for Group Therapy," *American Journal of Psychotherapy* 15 (1961): 582–91.

37. Moos and Clemes, "A Multivariate Study."

38. G. McEvoy and R. Beatty, "Assessment Centers and Subordinate Appraisals of Managers: A Seven-Year Examination of Predictive Validity," *Personnel Psychology* 42 (1989): 37–52. H. Fields, "The Group Interview Test: Its Strength," *Public Personnel Review* 11 (1950): 39–46. Z. Shechtman, "A Group Assessment Procedure as a Predictor of On-the-Job Performance of Teachers," *Journal of Applied Psychology* 77 (1992): 383–87. R. Baker, "Knowing What You're Looking For: An Outcome-Based Approach to Hiring," *Leadership Abstracts* 13 (2000), Worldwide Web Edition.

39. E. Borgatta and R. Bales, "Interaction of Individuals in Reconstituted Groups," *Sociometry* 16 (1953): 302–20.

40. E. Borgatta and R. Bales, "Task and Accumulation of Experience as Factors in the Interaction of Small Groups," *Sociometry* 16 (1953): 239–52. B. Bass, *Leadership, Psychology, and Organizational Behavior* (New York: Harper & Row, 1960).

41. V. Cerbin, "Individual Behavior in Social Situations: Its Relation to Anxiety, Neuroticism, and Group Solidarity," *Journal of Experimental Psychology* 51 (1956): 161–68.

42. Ibid.

43. R. Cattell, D. Saunders, and G. Stice, "The Dimensions of Syntality in Small Groups," *Journal of Social Psychology* 28 (1948): 57–78.

44. S. Foulkes and E. Anthony, *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach* (Harmondsworth, England: Penguin, 1957). G. Bach, *Intensive Group Therapy* (New York: Ronald Press, 1954).

45. W. Stone, M. Parloff, and J. Frank, "The Use of Diagnostic Groups in a Group Therapy Program," *International Journal of Group Psychotherapy* 4 (1954): 274-84.
46. W. Stone and E. Klein, "The Waiting-List Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 417-28.
47. E. Klein, W. Stone, D. Reynolds, and J. Hartman, "A Systems Analysis of the Effectiveness of Waiting List Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 417-23.
48. W. Piper and M. Marrache, "Selecting Suitable Patients: Pretraining for Group Therapy as a Method for Group Selection," *Small Group Behavior* 12 (1981): 459-74.
49. J. Connelly and W. Piper, "An Analysis of Pretraining Work Behavior as a Composition Variable in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 173-89.
50. H. Sullivan, *The Psychiatric Interview* (New York: Norton, 1954).
51. G. Klerman, M. Weissman, B. Rounsaville, and E. Chevron, *Interpersonal Psychotherapy of Depression* (New York: Basic Books, 1984). McCullough, *Treatment for Chronic Depression*.
52. F. Powdermaker and J. Frank, *Group Psychotherapy* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1953), 553-64.
53. This framework is a central component of a number of contemporary psychotherapy approaches. It may be alternately identified as the client's "plan" (J. Weiss, *How Psychotherapy Works: Process and Technique* [New York: Guilford Press, 1993]) or "cognitive-interpersonal schema" (J. Safran and Z. Segal, *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* [New York: Basic Books, 1990]). M. Leszcz and J. Malat, "The Interpersonal Model of Group Psychotherapy," in *Praxis der Gruppenpsychotherapie*, ed. V. Tschuschke (Frankfurt: Thieme, 2001), 355-69. D. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory and Research* (New York: Wiley, 1996).
54. G. Burlingame, A. Fuhrman, and J. Johnson, "Cohesion in Group Psychotherapy," in *A Guide to Psychotherapy Relationships and Work*, ed. J. Norcross (Oxford, England: Oxford University Press, 2002): 71-88.
55. M. Nitsun, "The Future of the Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 455-72.
56. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1972).
57. A. Francis, J. Clarkin, and J. Morachi, "Selection Criteria for Outpatient Group Psychotherapy," *Hospital and Community Psychiatry* 31 (1980): 245-250. J. Best, P. Jones, and A. Paton, "The Psychotherapeutic Value of a More Homogeneous Group Composition," *International Journal of Social Psychiatry* 27 (1981): 43-46. J. Melnick and M. Woods, "Analysis of Group Composition Research and Theory for Psychotherapeutic and Growth Oriented Groups," *Journal of Applied Behavioral Science* 12 (1976): 493-513.
58. G. Burlingame, A. Fuhrman, and J. Johnson, "Cohesion in Group Psychotherapy."
59. M. Siebert and W. Dorfman, "Group Composition and Its Impact on Effective Group Treatment of HIV and AIDS Patients," *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 7 (1995): 317-34.
60. M. Espen et al., "A Multi-Centre Phase II Study of Supportive-Expressive Group Therapy for Women with BRCA1 and BRCA2 Mutations," *Cancer* (2004): 2237-2342.
61. Foulkes and Anthony, *Group Psychotherapy*, 94.
62. I. Yalom et al., "Prediction of Improvement in Group Therapy," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 159-68. I. Yalom et al., "Preparation of Patients for Group Therapy: A Controlled Study," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 416-27. A. Sklar et al., "Time-Extended Group Therapy: A Controlled Study," *Comparative Group Studies* (1970): 373-86. I. Yalom and K. Rand, "Compatibility and Cohesiveness in Therapy Groups," *Archives of General Psychiatry* 13 (1966): 267-76.

63. F. Rabinowitz, "Group Therapy for Men," in *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men: A Comprehensive Guide to Settings, Problems, and Treatment Approaches*, vol. 2, ed. G. Brooks and G. Good (San Francisco: Jossey-Bass, 2001), 603–21. L. Holmes, "Women in Groups and Women's Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 171–88.
64. Ibid. F. Wright and L. Gould, "Research on Gender-Linked Aspects of Group Behaviors: Implications for Group Psychotherapy," in *Women and Group Psychotherapy: Theory and Practice*, ed. B. DeChant (New York: Guilford Press, 1996), 333–50. J. Ogradniczuk, W. Piper, and A. Joyce, "Differences in Men's and Women's Responses to Short-Term Group Psychotherapy," *Psychotherapy Research* 14 (2004): 231–43.
65. T. Newcomb, "The Prediction of Interpersonal Attraction," *American Psychology* 11 (1956): 575–86.
66. M. Lieberman, "The Relationship of Group Climate to Individual Change," Ph.D. diss., University of Chicago, 1958.
67. C. Fairbairn et al., "Psychotherapy and Bulimia Nervosa," *Archives of General Psychiatry* 50 (1993): 419–28. D. Wilfley et al., "Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Nonpurging Bulimic Individual: A Controlled Comparison," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993): 296–305.

CHAPTER 10

1. N. Taylor, G. Burlingame, K. Kristensen, A. Fuhrman, J. Johansen, and D. Dahl, "A Survey of Mental Health Care Providers' and Managed Care Organization Attitudes Toward Familiarity With, and Use of Group Interventions," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 243–63. S. Rosenberg and C. Zimet, "Brief Group Treatment and Managed Health Care," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 367–79. P. Cox, F. Ilfeld, B. Ilfeld, and C. Brennan, "Group Therapy Program Development: Clinician-Administrator Collaborations in New Practice Settings," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 3–24.
2. S. Green and S. Bloch, "Working in a Flawed Mental Health Care System: An Ethical Challenge," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 1378–83.
3. K. Long, L. Pendleton, B. Winter, "Effects of Therapist Termination on Group Process" *International Journal of Group Psychotherapy*, 38 (1988): 211–22.
4. B. Donovan, A. Padin-Rivera, and S. Kowaliw, "Transcend: Initial Outcomes from a Post-Traumatic Stress Disorder/Substance Abuse Treatment Program," *Journal of Traumatic Stress* 14 (2001): 757–72. S. Lash, G. Petersen, E. O'Connor, and L. Lahmann, "Social Reinforcement of Substance Abuse Aftercare Group Therapy Attendance," *Journal of Substance Abuse Treatment* 20 (2001): 3–8. M. Leszcz, "Geriatric Group Psychotherapy," in *Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry*, ed. J. Sadavoy, L. Jarvik, G. Grossberg, and B. Meyers (New York: Norton, 2004), 1023–54.
5. K. MacKenzie, "Time-Limited Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 41–60.
6. S. Budman, *Treating Time Effectively* (New York: Guilford Press, 1994).
7. R. Weigel, "The Marathon Encounter Group: Vision or Reality: Exhuming the Body for a Last Look," *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 54 (2002): 186–298.
8. F. Stoller, "Accelerated Interaction: A Time-Limited Approach Based on the Brief Intensive Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 18 (1968): 220–35.
9. G. Bach, "Marathon Group Dynamics," *Psychological Reports* 20 (1967): 1147–58.
10. A. Rachman, "Marathon Group Psychotherapy," *Journal of Group Psychoanalysis and Process* 2 (1969): 57–74.
11. F. Stoller, "Marathon Group Therapy," in *Innovations to Group Psychotherapy*, ed. G. Gazda (Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1968), 71.

12. G. Bach and F. Stoller, "The Marathon Group," cited in N. Dinges and R. Weigel, "The Marathon Group: A Review of Practice and Research," *Comparative Group Studies* 2 (1971): 339-458.
13. M. Gendron, "Effectiveness of the Intensive Group Process-Retreat Model in the Treatment of Bulimia," *Group* 16 (1992): 69-78.
14. C. Edmonds, G. Lockwood, and A. Cunningham, "Psychological Response to Long-Term Group Therapy: A Randomized Trial with Metastatic Breast Cancer Patients," *Psycho-Oncology* 8 (1999): 74-91. Weigel, "The Marathon Encounter."
15. S. Asch, "Effects of Group Pressure upon the Modification and Distortion of Judgments," in *Group Dynamics: Research and Theory*, ed. D. Cartwright and A. Zander (New York: Harper and Row, 1960): 189-201.
16. T. Loomis, "Marathon vs. Spaced Groups: Skin Conductance and the Effects of Time Distribution on Encounter Group Learning," *Small Group Behavior* 19 (1988): 516-27.
17. C. Winnick and A. Levine, "Marathon Therapy: Treating Rape Survivors in a Therapeutic Community," *Journal of Psychoactive Drugs* 24 (1992): 49-56.
18. R. Page, B. Richmond, and M. de La Serna, "Marathon Group Counseling with Illicit Drug Abusers: Effects on Self-Perceptions," *Small Group Behavior* 14 (1987): 483-97. N. Dinges and R. Weigel, "The Marathon Group: A Review of Practice and Research," *Comparative Group Studies* 2 (1971): 220-35. P. Kilmann and W. Sotile, "The Marathon Encounter Group: A Review of the Outcome Literature," *Psychological Bulletin* 83 (1976): 827-50.
19. A. Sklar et al., "Time-Extended Group Therapy: A Controlled Study," *Comparative Group Studies* 1 (1970): 373-86.
20. Thus, during their first sixteen meetings, each group had one six-hour session and fifteen meetings of conventional length (ninety minutes). Tape recordings of the second, sixth, tenth, twelfth, and sixteenth meetings were analyzed to classify the verbal interaction. Postgroup questionnaires measuring members' involvement with the group and with each other were obtained at these same meetings. The Hill Interaction Matrix method of scoring interaction was used. The middle thirty minutes of the meeting were systematically evaluated by two trained raters who were naive about the design of the study. (The six-hour meeting itself was not analyzed, since we were interested primarily in studying its effect on the subsequent course of therapy.) (W. Hill, *HIM: Hill Interaction Matrix* [Los Angeles: Youth Study Center, University of Southern California, 1965].)
21. B. Jones reports similar findings in a study of three ongoing therapy groups, two of which had weekend marathons (B. Jones, "The Effect of a Marathon Experience upon Ongoing Group Therapy," *Dissertation Abstracts* [1977]: 3887-B).
22. I. Yalom et al., "The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy," *Archives of General Psychiatry* 34 (1977): 399-415.
23. I. Yalom et al., *ibid.*
24. Taylor et al., "A Survey of Mental Health Care Providers."
25. M. Koss and J. Butchner, "Research on Brief Therapy," in *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An Empirical Analysis*, 3rd ed., ed. S. Garfield and A. Bergin (New York: Wiley, 1986), 626.
26. K. MacKenzie, "Where Is Here and When Is Now? The Adaptational Challenges of Mental Health Reform for Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 407-20. D. Wilfley, K. MacKenzie, R. Welch, V. Ayres, and M. Weissman, *Interpersonal Psychotherapy for Group* (New York: Basic Books, 2000).
27. S. Budman and A. Gurman, *Theory and Practice of Brief Therapy* (New York: Guilford Press, 1988), 248.
28. S. Budman, *Treating Time Effectively*.
29. K. Howard, S. Kopta, and M. Krause, "The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy," *American Psychologist* 41 (1986): 159-64.

30. S. Kopta, K. Howard, J. Lowry, and L. Beutler, "Patterns of Symptomatic Recovery in Time-Limited Psychotherapy," *Journal of Consulting Clinical Psychology* 62 (1994): 1009–16. S. Kadera, M. Lambert, and A. Andrew, "How Much Therapy Is Really Enough? A Session-By-Session Analysis of the Psychotherapy Dose-Effect Relationship," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 132–51.
31. N. Doidge, B. Simon, L. Gillies, and R. Ruskin, "Characteristics of Psychoanalytic Patients Under a Nationalized Health Plan: DSM-III-R Diagnoses, Previous Treatment, and Childhood Trauma," *American Journal of Psychiatry* 151 (1994): 586–90.
32. R. Klein, "Short-Term Group Psychotherapy," in *Comprehensive Group Psychotherapy*, ed. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1993), 257–70. K. MacKenzie, "Time-Limited Group Psychotherapy."
33. S. Budman, S. Cooley, A. Demby, G. Koppelaar, J. Kosloff, and T. Powers, "A Model of Time-Effective Group Psychotherapy for Patients with Personality Disorders," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 315–24. K. MacKenzie, "Where Is Here and When Is Now?" K. MacKenzie, *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1997).
34. Budman and Gurman, *Theory and Practice of Brief Therapy*.
35. J. Mann and R. Goldman, *A Casebook in Time-limited Psychotherapy* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1987).
36. Budman and Gurman, *Theory and Practice of Brief Therapy*.
37. Wilfley et al., *Interpersonal Psychotherapy for Group*.
38. In an HMO setting, Budman employs the pregroup individual session primarily for screening and reframing the patient's problems to facilitate the client's working in a brief time frame. Much of the group preparation is held in a large-group (approximately twelve patients) ninety-minute workshop that is both didactic and experiential. This preparatory model has also proved highly effective in reducing dropouts. (Budman and Gurman, *Theory and Practice*.)
39. K. MacKenzie, "Time-Limited Group Psychotherapy." K. MacKenzie, *Time-Managed Group Psychotherapy*. K. MacKenzie and A. Grabovac, "Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 46–51. S. Budman, P. Simeone, R. Reilly, and A. Demby, "Progress in Short-Term and Time-Limited Group Psychotherapy: Evidence and Implications," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhriman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 319–39.
40. M. Esplen et al., "A Supportive-Expressive Group Intervention for Women with a Family History of Breast Cancer: Results of a Phase II Study," *Psycho-Oncology* 9 (2000): 243–52.
41. J. Hardy and C. Lewis, "Bridging the Gap Between Long- and Short-Term Therapy: A Viable Model," *Group* 16 (1992): 5–17.
42. W. McDermut, I. Miller, and R. Brown, "The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis and a Review of Empirical Research," *Clinical Psychology: Science and Practice* 8 (2001): 98–104.
43. MacKenzie and Grabovac, "Interpersonal Psychotherapy Group." A. Ravindran et al., "Treatment of Primary Dysthymia with Group Cognitive Therapy and Pharmacotherapy: Clinical Symptoms and Functional Impairments," *American Journal of Psychiatry* 156 (1999): 1608–17.
44. W. Piper, M. McCallum, and A. Hassan, *Adaptation to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy* (New York: Guilford Press, 1992).
45. W. Piper, M. McCallum, A. Joyce, J. Rosie, and J. Ogrodniczuk, "Patient Personality and Time-Limited Group Psychotherapy for Complicated Grief," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 525–52.
46. E. Marziali and H. Munroe-Blum, *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder* (New York: Basic Books, 1994).

47. A. Sherman et al., "Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease, Part I: Effects on Psychosocial and Functional Outcomes at Different Phases of Illness," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 29–82.
48. W. Piper, E. Debbane, J. Bienvenue, and J. Garant, "A Comparative Study of Four Forms of Psychotherapy," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52 (1984): 268–79.
49. S. Budman et al., "Comparative Outcome in Time-Limited Individual and Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 63–86.
50. M. Koss and J. Shiang, "Research in Brief Psychotherapy," in *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An Empirical Analysis*, 4th ed., ed. S. Garfield and A. Bergin (New York: Wiley, 1994): 664–700.
51. I. Elkin, "Perspectives on the NIMH Collaborative Treatment of Depression Study," presented at Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario, Canada, April 1995.
52. J. Fulkerson, D. Hawkins, and A. Alden, "Psychotherapy Groups of Insufficient Size," *International Journal of Group Psychotherapy* 31 (1981): 73–81.
53. J. White and M. Keenan, "Stress Control: A Pilot Study of Large Group Therapy for Generalized Anxiety Disorder," *Behavioral Psychotherapy* 18 (1990): 143–46.
54. T. Oei, M. Llamas, and L. Evans, "Does Concurrent Drug Intake Affect the Long-Term Outlook of Group Cognitive Behavior Therapy in Panic Disorder with or Without Agoraphobia?" *Behavior Research and Therapy* 35 (1997): 851–57.
55. A. Cunningham, C. Edmonds, and D. Williams, "Delivering a Very Brief Psychoeducational Program to Cancer Patients and Family Members in a Large Group Format," *Psycho-Oncology* 8 (1999): 177–82.
56. A. Cunningham, "Adjuvant Psychological Therapy for Cancer Patients: Putting It on the Same Footing as Adjunctive Medical Therapies," *Psycho-Oncology* 9 (2000): 367–71.
57. G. Castore, "Number of Verbal Interrelationships as a Determinant of Group Size," *Journal of Abnormal Social Psychology* 64 (1962): 456–57.
58. A. Hare, *Handbook of Small Group Research* (New York: Free Press of Glencoe, 1962), 224–45.
59. L. Carter et al., "The Behavior of Leaders and Other Group Members," *Journal of Abnormal Social Psychology* 46 (1958): 256–60.
60. A. Marc, "A Study of Interaction and Consensus in Different Sized Groups," *American Social Review* 17 (1952): 261–67.
61. Y. Slocum, "A Survey of Expectations About Group Therapy Among Clinical and Nonclinical Populations," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 39–54.
62. M. Bowden, "Anti-Group Attitudes and Assessment for Psychotherapy," *Psychoanalytic Psychotherapy* 16 (2002): 246–58. M. Nitsun, "The Future of the Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 455–72.
63. M. Bowden, *ibid.*
64. H. Bernard, "Patterns and Determinants of Attitudes of Psychiatric Residents Toward Group Therapy," *Group* 15 (1991): 131–40.
65. S. Sue, "In Search of Cultural Competence in Psychotherapy Counseling," *American Psychologist* 53 (1998): 440–48. M. LaRoche and A. Maxie, "Ten Considerations in Addressing Cultural Differences in Psychotherapy," *Professional Psychology: Research and Practice* 34 (2003): 180–86.
66. B. Meyer, J. Krupnick, S. Simmens, P. Pilkonis, M. Egan, and S. Sotsky, "Treatment Expectancies, Patient Alliance, and Outcome: Further Analysis from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (2002): 1051–55. C. Carver and M. Schriver, *On the Self-Regulation of Bulimia* (New York: Cambridge University Press, 1998).
67. M. Connolly Gibbon, P. Crits-Christoph, C. de la Cruz, J. Barber, L. Siqueland, and M. Gladis, "Pretreatment Expectations, Interpersonal Functioning, and Symptoms in the

Prediction of the Therapeutic Alliance Across Supportive-Expressive Psychotherapy and Cognitive Therapy," *Psychotherapy Research* 13 (2003): 59–76.

68. H. Roback, R. Moor, F. Bloch, and M. Shelton, "Confidentiality in Group Psychotherapy: Empirical Finds and the Law," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 117–35. H. Roback, E. Ochoa, F. Bloch, and S. Purdon, "Guarding Confidentiality in Clinical Groups: The Therapist's Dilemma," *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 426–31.

69. J. Beahrs and T. Gutheil, "Informed Consent in Psychotherapy," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 4–10.

70. R. Crandall, "The Assimilation of Newcomers into Groups," *Small Group Behavior* 9 (1978): 331–36.

71. E. Gauron and E. Rawlings, "A Procedure for Orienting New Members to Group Psychotherapy," *Small Group Behavior* 6 (1975): 293–307.

72. W. Piper, "Pretraining for Group Psychotherapy: A Cognitive-Experiential Approach," *Archives of General Psychiatry* 36 (1979): 1250–56. W. Piper et al., "Preparation of Patients: A Study of Group Pretraining for Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 309–25. S. Budman et al., "Experiential Pre-Group Preparation and Screening," *Group* 5 (1981): 19–26.

73. S. Budman et al., "Experiential Pre-group Preparation and Screening," *Group* 5 (1981): 19–26. S. Budman, S. Cooley, A. Demby, G. Koppenaal, J. Kosloff, and T. Powers, "A Model of Time-Effective Group Psychotherapy for Patients with Personality Disorders," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 315–24.

74. J. Connelly and W. Piper, "An Analysis of Pretraining Work Behavior as a Composition Variable in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 173–89.

75. R. Kadden, M. Litt, N. Cooney, and D. Busher, "Relationship Between Role-Play Measures of Coping Skills and Alcoholism Treatment Outcome," *Addiction Behavior* 17 (1992): 425–37.

76. W. Piper et al., "Preparation of Patients: A Study of Group Pretraining for Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 309–25.

77. J. Prochaska, C. DiClemente, and J. Norcross, "In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors," *American Psychologist* 47 (1992): 1102–14.

78. R. Feld, D. Woodside, A. Kaplan, M. Olmstead, and J. Carter, "Pre-Treatment Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study," *International Journal of Eating Disorders* 29 (2001): 393–400. G. O'Reilly, T. Morrison, D. Sheerin, A. Carr, "A Group-Based Module for Adolescents to Improve Motivation to Change Sexually Abusive Behavior," *Child Abuse Review* 10 (2001): 150–69. W. Miller and S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior* (New York: Guilford Press, 2002).

79. I. Yalom et al., "Preparation of Patients for Group Therapy," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 416–27.

80. The interaction of the groups was measured by scoring each statement during the meeting on the a sixteen-cell matrix (W. Hill, *HIM: Hill Interaction Matrix* [Los Angeles: Youth Study Center, University of Southern California, 1965]). Scoring was performed by a team of raters naive to the experimental design. Faith in therapy was tested by postgroup patient-administered questionnaires.

81. D. Meadow, "Preparation of Individuals for Participation in a Treatment Group: Development and Empirical Testing of a Model," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 367–85. R. Bednar and T. Kaul, "Experiential Group Research: Can the Canon Fire?" in *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change: An Empirical Analysis*, 4th ed., ed. S. Garfield and A. Bergin (New York: Wiley, 1994): 631–63. G. Burlingame, A. Fuhri-man, and J. Mosier, "The Differential Effectiveness of Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 7 (2003): 3–12.

82. M. Wogan et al., "Influencing Interaction and Outcomes in Group Psychotherapy," *Small Group Behavior* 8 (1977): 25-46.

83. W. Piper and E. Perrault, "Pretherapy Training for Group Members," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 17-34. Piper et al., "Preparation of Patients." W. Piper and J. Ogrodniczuk, "Pregroup Training," in *Praxis der Gruppenpsychotherapie*, ed. V. Tschuschke (Frankfurt: Thieme, 2001): 74-78. Connelly and Piper, "An Analysis of Pretraining Work Behavior." S. Budman and M. Bennet, "Short-Term Group Psychotherapy," in *Comprehensive Group Psychotherapy*, 2nd ed., ed. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1983), 138-44. D. France and J. Dugo, "Pretherapy Orientation as Preparation for Open Psychotherapy Groups," *Psychotherapy* 22 (1985): 256-61.

84. J. Heitler, "Clinical Impressions of an Experimental Attempt to Prepare Lower-Class Patients for Expressive Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 29 (1974): 308-22. K. Palmer, R. Baker, and T. Miker, "The Effects of Pretraining on Group Psychotherapy for Incest-Related Issues," *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 71-89.

85. W. Piper and J. Ogrodniczuk, "Pregroup Training."

86. E. Werth, "A Comparison of Pretraining Models for Encounter Group Therapy," *Dissertation Abstracts* 40 (1979).

87. G. Silver, "Systematic Presentation of Pre-therapy Information in Group Psychotherapy: Its Relationship to Attitude and Behavioral Change," *Dissertation Abstracts* (1976): 4481-B.

88. Piper et al., "Preparation of Patients." L. Annis and D. Perry, "Self-Disclosure in Unsupervised Groups: Effects of Videotaped Models," *Small Group Behavior* 9 (1978): 102-8. J. Samuel, "The Individual and Comparative Effects of a Pre-group Preparation Upon Two Different Therapy Groups," *Dissertation Abstracts International* 41 (1980): 1919-B. S. Barnett, "The Effect of Preparatory Training in Communication Skills on Group Therapy with Lower Socioeconomic Class Alcoholics," *Dissertation Abstracts International* 41 (1981): 2744-B.

89. Barnett, *ibid.* P. Pilkonis et al., "Training Complex Social Skills for Use in a Psychotherapy Group: A Case Study," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 347-56.

90. Pilkonis et al., *ibid.*

91. T. Zarle and S. Willis, "A Pre-Group Training Technique for Encounter Group Stress," *Journal of Counseling Psychology* 22 (1975): 49-53.

92. T. Curran, "Increasing Motivation to Change in Group Treatment," *Small Group Behavior* 9 (1978): 337-48.

93. J. Steuer et al., "Cognitive Behavior and Psychodynamic Group Psychotherapy in Treatment of Geriatric Depression," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52 (1984): 180-89.

94. O. Farrell, T. Cutter, and F. Floyd, "Evaluating Marital Therapy for Male Alcoholics," *Behavior Therapy* 16 (1985): 147-67.

95. Curran, "Increasing Motivation to Change."

96. M. Cartwright, "Brief Reports: A Preparatory Method for Group Counseling," *Journal of Counseling Psychology* 23 (1976): 75-77.

97. A. Hare, "A Study of Interaction and Consensus in Different Sized Groups," *American Social Review* 17 (1952): 261-67.

98. C. Taft, C. Murphy, J. Elliott, and T. Morrel, "Attendance Enhancing Procedures in Group Counseling for Domestic Abusers," *Journal of Counseling Psychology* 48 (2001): 51-60.

99. Piper and Ogrodniczuk, "Pregroup Training."

100. I. Gradolph, "The Task-Approach of Groups of Single-Type and Mixed-Type Valency Compositions," in *Emotional Dynamics and Group Culture*, ed. D. Stock and H.

Thelen (New York: New York University Press, 1958), 127–30. D. Stock and W. Hill, “Intersubgroup Dynamics as a Factor in Group Growth,” *Emotional Dynamics and Group Culture*, ed. D. Stock and H. Thelen (New York: New York University Press, 1958), 207–21.

101. Piper (Piper & Perrault 1989) suggests that clients tend to drop out of therapy groups if they receive no pretherapy preparation because of excessive anxiety: that is, they did not have the opportunity to extinguish anxiety by experiencing controlled modulation of anxiety in the presence of experienced leaders. R. Curtis, “Self-Organizing Processes, Anxiety, and Change,” *Journal of Psychotherapy Integration* 2 (1992): 295–319.

102. R. White, “Motivation Reconsidered: The Concept of Competence,” *Psychological Review* 66 (1959): 297–333.

103. B. Rauer and J. Reitsem, “The Effects of Varied Clarity of Group Goal and Group Path Upon the Individual and His Relation to His Group,” *Human Relations* 10 (1957): 29–45. A. Cohen, “Situational Structure, Self-Esteem, and Threat-Oriented Reactions to Power,” in *Studies in Social Power*, ed. D. Cartwright (Ann Arbor, Mich.: Research Center for Group Dynamics, 1959), 35–52. A. Goldstein, K. Heller, and L. Sechrest, *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change* (New York: Wiley, 1966), 405.

104. Goldstein et al., *ibid.*, 329. E. Murray, “A Content Analysis for Study in Psychotherapy,” *Psychological Monographs* 70 (1956).

105. Beahrs and Gutheil, “Informed Consent.”

106. American Psychological Association, *Ethical Principles of Psychologists and the Code of Conduct* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1992).

107. American Psychiatric Association, *The Principles of Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry* (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1998), 24.

108. E. Aronson and J. Mills, “The Effect of Severity of Initiation on Liking for a Group,” *Journal of Abnormal Social Psychology* 59 (1959): 177–81. R. Cialdini, “Harnessing the Science of Persuasion,” *Harvard Business Review* 79 (2001): 72–79.

CHAPTER 11

1. B. Tuckman, “Developmental Sequences in Small Groups,” *Psychological Bulletin* 63 (1965): 384–99. Tuckman’s third stage—“norming”—refers to the development of group cohesion. His fourth stage—“performing”—refers to the emergence of insight and functional role-relatedness.

2. K. MacKenzie, “Clinical Application of Group Development Ideas,” *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 1 (1997): 275–87. Y. Agazarian and S. Gantt, “Phases of Group Development: Systems-centered Hypotheses and Their Implications for Research and Practice,” *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 7 (2003): 238–52. S. Wheelan, B. Davidson and F. Tilin, “Group Development Across Time: Reality or Illusion?” *Small Group Research* 34 (2003): 223–45. G. Burlingame, K. MacKenzie, B. Strauss, “Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change,” in Bergin and Garfield’s *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: John Wiley & Sons Ltd., 2004), 647–96.

3. D. Kivlighan and D. Mullison, “Participants’ Perception of Therapeutic Factors in Group Counseling: The Role of Interpersonal Style and Stage of Group Development,” *Small Group Behavior* 19 (1988): 452–68. D. Kivlighan and R. Lilly, “Developmental Changes in Group Climate as They Relate to Therapeutic Gain,” *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 208–21.

4. S. Wheelan, “Group Development and the Practice of Group Psychotherapy,” *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 288–93. S. Wheelan, D. Murphy, E. Tsumura, and S. Fried-Kline, “Member Perceptions of Internal Group Dynamics and Productivity,” *Small Group Research* 29 (1998): 371–93. Wheelan and Hochberger developed and validated the Group Development Questionnaire (GDQ) as a measure of group de-

velopment in work and task groups. The GDQ, a self-report measure, consists of a series of questions that fall into four domains: (1) dependency/inclusion; (2) counterdependence/flight; (3) trust/structure; and (4) work/productivity. The GDQ has not been applied to psychotherapy groups to date, but it holds promise in this regard (S. Wheelan and J. Hochberger, "Validation Studies of the Group Development Questionnaire," *Small Group Research* 27 [1996]: 143–70).

5. L. Murphy, M. Leszcz, A. Collings, and J. Salvendy, "Some Observations on the Subjective Experience of Neophyte Group Therapy Trainees," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 543–52.

6. R. Kamm, "Group Dynamics and Athletic Success," presented at the annual meeting of the American Group Psychotherapy Association, New York City, February, 27, 2004.

7. C. Kieffer, "Phases of Group Development: A View from Self-Psychology," *Group* 25 (2002): 91–105.

8. P. Flores, "Addiction as an Attachment Disorder: Implications for Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 63–82.

9. M. Ettin, "From Identified Patient to Identifiable Group: The Alchemy of the Group as a Whole," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 137–62. Kieffer, "Phases of Group Development."

10. I. Harwood, "Distinguishing Between the Facilitating and Self-Serving Charismatic Group Leader," *Group* 27 (2003): 121–29.

11. S. Freud, *Group Psychology and the Analysis of the Ego*, in Standard Edition, vol. 18 (London: Hogarth Press, 1955), 67–143.

12. C. Rich and F. Pitts Jr., "Suicide by Psychiatrists: A Study of Medical Specialists Among 18,730 Consecutive Physician Deaths During a Five-Year Period, 1967–72," *Journal of Clinical Psychiatry* 41 (1980): 261–63. E. Frank, H. Biola, and C. Burnett, "Mortality Rates Among U.S. Physicians," *American Journal of Preventive Medicine* 19 (2000): 155–59.

13. J. Ogrodniczuk and W. Piper, "The Effect of Group Climate on Outcome in Two Forms of Short-Term Group Therapy," *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 7 (1): 64–76.

14. W. Schutz, *The Interpersonal Underworld* (Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1966), 24. K. Roy MacKenzie and W. John Livesley, "A Developmental Model for Brief Group Therapy," in *Advances in Group Therapy*, ed. R. Dies and K. Roy MacKenzie (New York: International Universities Press, 1983), 101–16. Tuckman, "Developmental Sequences in Small Groups."

15. G. Bach, *Intensive Group Psychotherapy* (New York: Ronald Press, 1954), 95.

16. P. Slater, *Microcosm* (New York: Wiley, 1966).

17. S. Freud, *Totem and Taboo*, in S. Freud, *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 13 (London: Hogarth Press, 1953), 1–161.

18. S. Freud, *Group Psychology and the Analysis of the Ego*, in S. Freud, *Standard Edition*, vol. 18 (London: Hogarth Press, 1955), 123.

19. W. Bennis, "Patterns and Vicissitudes in T-Group Development," in *T-Group Theory and Laboratory Method: Innovation in Re-Education*, ed. L. Bradford, J. Gibb, and K. Benne (New York: Wiley, 1964), 248–78.

20. T. Mills, personal communication, April 1968.

21. Tuckman, "Developmental Sequences in Small Groups." I. Harwood, "Distinguishing Between the Facilitating and Self-Serving Charismatic Group Leader," *Group* 27 (2003): 121–29.

22. Murphy et al., "Some Observations on the Subjective Experience."

23. N. Harpaz, "Failures in Group Psychotherapy: The Therapist Variable," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 3–19. M. Leszcz, "Discussion of Failures in Group Psychotherapy: The Therapist Variable," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 25–31.

24. S. Scheidlinger, "Presidential Address: On Scapegoating in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 131-43. A. Clark, "Scapegoating: Dynamics and Interventions in Group Counseling," *Journal of Counseling and Development* 80 (2002): 271-76.
25. E. Schein and W. Bennis, *Personal and Organizational Change Through Group Methods* (New York: Wiley, 1965), 275.
26. S. Hayes, "Acceptance, Mindfulness and Science," *Clinical Psychology: Science and Practice* 9 (2002): 101-06. A. Wells, "GAD, Metacognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis," *Clinical Psychology: Science and Practice* 9 (2002): 95-100.
27. Bennis, "Patterns and Vicissitudes."
28. F. Taylor, "The Therapeutic Factors of Group-Analytic Treatment," *Journal of Mental Science* 96 (1950): 976-97.
29. R. Shellow, J. Ward, and S. Rubinfeld, "Group Therapy and the Institutionalized Delinquent," *International Journal of Group Psychotherapy* 8 (1958): 265-75.
30. D. Whitaker and M. Lieberman, *Psychotherapy Through the Group Process* (New York: Atherton Press, 1964). M. Grotjahn, "The Process of Maturation in Group Psychotherapy and in the Group Therapist," *Psychiatry* 13 (1950): 63-67. MacKenzie and Livesley, "A Developmental Model."
31. J. Abrahams, "Group Psychotherapy: Implications for Direction and Supervision of Mentally Ill Patients," in *Mental Health in Nursing*, ed. T. Muller (Washington, D.C.: Catholic University Press, 1949), 77-83.
32. J. Thorpe and B. Smith, "Phases in Group Development in Treatment of Drug Addicts," *International Journal of Group Psychotherapy* 3 (1953): 66-78.
33. A. Beck and L. Peters, "The Research Evidence for Distributed Leadership in Therapy Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 31 (1981): 43-71. R. Josselson, "The Space Between in Group Psychotherapy: A Multidimensional Model of Relationships," *Group* 27 (2003): 203-19.
34. Schutz, *The Interpersonal Underworld*, 170.
35. I. Janis, *Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes*, 2nd ed. (Boston: Houghton Mifflin, 1982). G. Hodson and R. Sorrentino, "Groupthink and Uncertainty Orientation: Personality Differences in Reactivity to the Group Situation," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 144-55.
36. G. Burlingame, K. MacKenzie, B. Strauss, "Small-Group Treatment."
37. S. Drescher, G. Burlingame, and A. Fuhrman, "An Odyssey in Empirical Understanding," *Small Group Behavior* 16 (1985): 3-30.
38. I. Altman, A. Vinsel, and B. Brown, cited in K. MacKenzie, "Group Development," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994), 223-68.
39. D. Barker, "The Behavioral Analysis of Interpersonal Intimacy in Group Development," *Small Group Research* 22 (1991): 76-91.
40. D. Kivlighan and R. Lilly, "Developmental Changes in Group Climate." L. Castonguay, A. Pincers, W. Agrees, C. Hines, "The Role of Emotion in Group Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder: When Things Have to Feel Worse Before They Get Better," *Psychotherapy Research* 8 (1998): 225-38.
41. D. Hamburg, personal communication, 1978.
42. M. Nitsun, *The Anti-Group: Destructive Forces in the Group and Their Creative Potential* (London: Routledge, 1996). M. Nitsun, "The Future of the Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 455-72.
43. B. Rasmussen, "Joining Group Psychotherapy: Developmental Considerations," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 513-28.
44. D. Jung and J. Sasik, "Effects of Group Characteristics on Work Group Performance: A Longitudinal Investigation," *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 3 (1999): 279-90.

45. I. Yalom, "A Study of Group Therapy Dropouts," *Archives of General Psychiatry* 14 (1966): 393–414.
46. A. Beck describes a similar set of behavior for clients she terms "scapegoat leaders" (Beck and Peters, "The Research Evidence for Distributed Leadership").
47. D. Kiesler, *Contemporary Interpersonal Theory and Research* (New York: J. Wiley & Sons Ltd., 1996).
48. A. Rice, *Learning for Leadership* (London: Tavistock Publications, 1965).
49. W. Henry, H. Strupp, S. Butler, T. Schacht, and J. Binder, "Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in Therapist Behavior," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993): 434–40. J. Waltz, M. Addis, K. Koerner, and N. Jacobson, "Testing the Integrity of a Psychotherapy Protocol: Assessment of Adherence and Competence," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993): 620–30. W. Piper, J. Ogrodniczuk, "Therapy Manuals and the Dilemma of Dynamically Oriented Therapists and Researchers," *American Journal of Psychotherapy* 53 (1999): 467–82.
50. I. Yalom, P. Houts, S. Zimerberg, and K. Rand, "Predictions of Improvement in Group Therapy: An Exploratory Study," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 159–68.
51. L. Lothstein, "The Group Psychotherapy Dropout Phenomenon Revisited," *American Journal of Psychiatry* 135 (1978): 1492–95.
52. W. Stone, M. Blase, and J. Bozzuto, "Late Dropouts from Group Therapy," *American Journal of Psychotherapy* 34 (1980): 401–13.
53. W. Stone and S. Rutan, "Duration of Treatment in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 34 (1984): 101–17. R. MacNair and J. Corazzini, "Clinical Factors Influencing Group Therapy Dropout," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training* 31 (1994): 352–61.
54. S. Budman, A. Demby, and M. Randall, "Short-Term Group Psychotherapy: Who Succeeds, Who Fails," *Group* 4 (1980): 3–16. H. Roback and M. Smith, "Patient Attrition in Dynamically Oriented Treatment Groups," *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 426–43. W. Piper et al., "A Comparative Study of Four Forms of Psychotherapy," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52 (1984): 268–79. M. McCallum, W. Piper, and A. Joyce, "Dropping Out from Short-Term Therapy," *Psychotherapy* 29 (1992): 206–15.
55. R. Tolman and G. Bhosley, "A Comparison of Two Types of Prgroup Preparation for Men Who Batter," *Journal of Social Services Research* 13 (1990): 33–44. S. Stosny, "Shadows of the Heart: A Dramatic Video for the Treatment Resistance of Spouse Abuse," *Social Work* 39 (1994): 686–94.
56. C. Taft, C. Murphy, J. Elliott, and T. Morrel, "Attendance-Enhancing Procedures in Group Counseling for Domestic Abusers," *Journal of Counseling Psychology* 48 (2001): 51–60.
57. Stone et al., "Late Dropouts."
58. W. Piper, M. McCallum, A. Joyce, J. Rosie, and J. Ogrodniczuk, "Patient Personality and Time-Limited Group Psychotherapy for Complicated Grief," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 525–52.
59. Yalom, "A Study of Group Therapy Dropouts."
60. Lothstein, "The Group Psychotherapy Dropout Phenomenon Revisited."
61. H. Bernard, "Guidelines to Minimize Premature Terminations," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 523–29. H. Roback, "Adverse Outcomes in Group Psychotherapy: Risk Factors, Prevention and Research Directions," *Journal of Psychotherapy, Practice, and Research*, 9 (2000): 113–22.
62. Yalom, "A Study of Group Therapy Dropouts."
63. M. McCallum, W. Piper, J. Ogrodniczuk, and A. Joyce, "Early Process and Dropping Out from Short-term Group Therapy for Complicated Grief," *Group Dynamics: Theory, Practice and Research* 6 (2002): 243–54. L. Samstag, S. Batchelder, J. Muran, J. Safran, A. Winston, "Early Identification of Treatment Failures in Short-Term Psychotherapy," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7 (1998): 126–43.

64. J. Weinberg, "On Adding Insight to Injury," *Gerontologist* 16 (1976): 4-10.
65. M. Leszcz and P. Goodwin, "The Rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 245-73.
66. S. Foulkes and E. Anthony, *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach* (Harmondsworth, England: Penguin, 1957).
67. L. Rosenthal, "The New Member: 'Infanticide' in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 277-86.
68. B. Rasmussen, "Joining Group Psychotherapy." E. Shapiro and R. Ginzberg, "The Persistently Neglected Sibling Relationship and Its Applicability to Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 327-41.
69. R. Crandall, "The Assimilation of Newcomers into Groups," *Small Group Behavior* 9 (1978): 331-37.

CHAPTER 12

1. K. MacKenzie, *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1997). A. Berman and H. Weinberg, "The Advanced-Stage Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 498-518.
2. J. Silverstein, "Acting Out in Group Therapy: Avoiding Authority Struggles," *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 31-45.
3. R. White and R. Lippit, "Leader Behavior and Member Reaction in Three 'Social Climates,'" in *Group Dynamics: Research and Theory*, ed. D. Cartwright and A. Zander (New York: Row, Peterson, 1962), 527-53.
4. G. Hodson, R. Sorrentino, "Groupthink and Uncertainty Orientation: Personality Differences in Reactivity to the Group Situation," *Group Dynamics* 2 (1997): 144-55.
5. I. Yalom, "A Study of Group Therapy Dropouts," *Archives of General Psychiatry* 14 (1966): 393-414.
6. S. Freud, *Group Psychology and the Analysis of the Ego*, in S. Freud, *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 18 (London: Hogarth Press, 1955), 69-143. I. Yalom, "Group Psychology and the Analysis of the Ego: A Review," *International Journal of Group Psychotherapy* 24 (1974): 67-82.
7. I. Yalom and P. Houts, unpublished data, 1965.
8. Y. Agazarian, "Contemporary Theories of Group Psychotherapy: A Systems Approach to the Group-as-a-Whole," *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 177-204. G. Burlingame, R. MacKenzie, B. Strauss, "Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change," in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th Ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley & Sons, 2004), 647-96.
9. M. Dubner, "Envy in the Group Therapy Process," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 519-31.
10. J. Kelly Moreno, "Group Treatment for Eating Disorders," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhriman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 416-57. J. Bohanske and R. Lemberg, "An Intensive Group Process Retreat Model for the Treatment of Bulimia," *Group* 11 (1987): 228-37.
11. I. Yalom and C. Greaves, "Group Therapy with the Terminally Ill," *American Journal of Psychiatry* 134 (1977): 396-400. M. Leszcz and P. Goodwin, "The Rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 245-73.
12. A. Camus, *The Fall* (New York: Vintage, 1956), 58.
13. *Ibid.*, 68.
14. *Ibid.*, 63.

15. L. Ormont, "Developing Emotional Insulation," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 361–75. L. Ormont, "Meeting Maturational Needs in the Group Setting," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 343–59.
16. B. Buchele, "Etiology and Management of Anger in Groups: A Psychodynamic View," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 275–85. A. Alonso, "Discussant Comments for Special Section on Anger and Aggression in Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 331–39.
17. My discussion of conflict in the therapy group draws much from essays by Jerome Frank and Carl Rogers. J. Frank, "Some Values of Conflict in Therapeutic Groups," *Group Psychotherapy* 8 (1955): 142–51. C. Rogers, "Dealing with Psychological Tensions," *Journal of Applied Behavioral Science* 1 (1965): 6–24.
18. S. Foulkes and E. Anthony, *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach* (Harmondsworth, England: Penguin, 1957).
19. Frank, "Some Values of Conflict."
20. F. Dostoevsky, "The Double," in *Great Short Works of Fyodor Dostoevsky*, ed. R. Hingley (New York: Harper & Row, 1968).
21. L. Horwitz, "Projective Identification in Dyads and Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 33 (1983): 254–79.
22. W. Goldstein, "Clarification of Projective Identification," *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 153–61. T. Ogden, *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique* (New York: Jason Aronson, 1982).
23. L. Horwitz, "Projective Identification in Dyads."
24. M. Livingston and L. Livingston, "Conflict and Aggression in Group Psychotherapy: A Self Psychological Vantage Point," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 381–91. J. Gans and R. Weber, "The Detection of Shame in Group Psychotherapy: Uncovering the Hidden Emotion," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 381–96. W. Stone, "Frustration, Anger, and the Significance of Alter-Ego Transference in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 287–302.
25. J. Gans, "Hostility in Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 499–517. M. Dubner, "Envy in the Group Therapy Process."
26. A. Clark, "Scapegoating: Dynamics and Intervention in Group Counselling," *Journal of Counseling and Development* 80 (2002): 271–76. B. Cohen and V. Schermer, "On Scapegoating in Therapy Groups: A Social Constructivist and Intersubjective Outlook," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 89–109.
27. R. Giesler and W. Swann, "Striving for Confirmation: The Role of Self-Verification in Depression," in *The Interactional Nature of Depression*, ed. T. Joiner and J. Coyne (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1999), 189–217.
28. Terence, *The Self-Tormentor*, trans. Betty Radice (New York: Penguin, 1965).
29. P. Fonagy, "Multiple Voices Versus Meta-Cognition: An Attachment Theory Perspective," *Journal of Psychotherapy Integration* 7 (1997): 181–94. A. Wells, "GAD, Metacognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis," *Clinical Psychology* 9 (2002): 95–100. M. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 311–35.
30. D. Winnicott, *Maturational Processes and the Facilitating Environment* (London: Hogarth Press, 1965).
31. L. Ormont, "The Leader's Role in Dealing with Aggression in Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 34 (1984): 553–72.
32. E. Berne, *Games People Play* (New York: Grove Press, 1964).
33. M. Leszcz and J. Malat, "The Interpersonal Model of Group Psychotherapy," in *Praxis der Gruppenpsychotherapie*, ed. V. Tschuschke (Frankfurt: Thieme, 2001), 355–69.
34. M. Livingston, "Vulnerability, Tenderness and the Experiences of Self-Object Relationship: A Self Psychological View of Deepening Curative Process in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 19–40.

35. V. Tschuschke and R. Dies, "Intensive Analysis of Therapeutic Factors and Outcome in Long-Term In-Patient Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 185–208. G. Burlingame, R. MacKenzie, B. Strauss, "Small-Group Treatment."
36. V. Tschuschke and R. Dies, "Intensive Analysis of Therapeutic Factors and Outcome in Long-Term In-Patient Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 44 (1994): 185–208. G. Burlingame, A. Fuhrman, and L. Johnson, "Cohesion in Group Therapy," in *A Guide to Psychotherapy Relationships That Work*, ed. J. Norcross (Oxford, England: Oxford University Press, 2002), 71–88.
37. I. Yalom et al., "Predictions of Improvement in Group Therapy: An Exploratory Study," *Archives of General Psychiatry* 17 (1967): 159–68.
38. S. Hurley, "Self-Disclosure in Small Counseling Groups," Ph.D. diss., Michigan State University, 1967.
39. M. Worthy, A. Gary, and G. Kahn, "Self-Disclosure as an Exchange Process," *Journal of Personality and Social Psychology* 13 (1969): 59–63.
40. S. Bloch and E. Crouch, *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy* (New York: Oxford University Press, 1985). S. Bloch and E. Crouch, "Therapeutic Factors: Intrapersonal and Interpersonal Mechanisms," in *Handbook of Group Psychotherapy*, ed. A. Fuhrman and G. Burlingame (New York: Wiley, 1994): 269–318. W. Query, "Self-Disclosure as a Variable in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 14 (1964): 107–15. D. Johnson and L. Ridener, "Self-Disclosure, Participation, and Perceived Cohesiveness in Small Group Interaction," *Psychological Reports* 35 (1974): 361–63.
41. P. Cozby, "Self-Disclosure, Reciprocity, and Liking," *Sociometry* 35 (1972): 151–60.
42. N. Brown, "Conceptualizing Process," *International Journal of Group Psychotherapy* 53 (2003): 225–44.
43. C. Truax and R. Carkhuff, "Client and Therapist Transparency in the Psychotherapeutic Encounter," *Journal of Consulting Psychology* 12 (1965): 3–9.
44. H. Peres, "An Investigation of Non-Directive Group Therapy," *Journal of Consulting Psychology* 11 (1947): 159–72.
45. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).
46. S. Wiser and M. Goldfried, "Therapist Interventions and Client Emotional Experiencing in Expert Psychodynamic – Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapies," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998): 634–40. J. Ablon and E. Jones, "Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1999): 64–75. B. Cohen and V. Schermer, "Therapist Self-Disclosure."
47. R. Slavin, "The Significance of Here-and-Now Disclosure in Promoting Cohesion in Group Psychotherapy," *Group* 17 (1993): 143–50.
48. S. Mitchell, *Hope and Dread in Psychoanalysis* (New York: Basic Books, 1993).
49. D. Medeiros and A. Richards, "Sharing Secrets: Where Psychotherapy and Education Meet," in *Studies in Humanistic Psychology*, ed. C. Aanstoos (Carrollton: West Georgia College Studies in the Social Sciences, vol. 29, 1991).
50. L. Vosen, "The Relationship Between Self-Disclosure and Self-Esteem," Ph.D. diss., University of California at Los Angeles, 1966, cited in Culbert, *Interpersonal Process of Self-Disclosure: It Takes Two to See One* (Washington, D.C.: NTL Institute for Applied Behavioral Science, 1967).
51. Culbert, *Interpersonal Process*.
52. J. Sternbach, "Self-Disclosure with All-Male Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 53 (2003): 61–81. S. Bergman, *Men's Psychological Development: A Relational Perspective* (Wellesley, Mass.: The Stone Center, 1991).
53. E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life* (Garden City, N.Y.: Doubleday Anchor Books, 1959). S. Jourard and P. Lasakow, "Some Factors in Self-Disclosure," *Journal of Abnormal Social Psychology* 56 (1950): 91–98.

54. D. Strassberg and his colleagues studied eighteen patients with chronic schizophrenic for ten weeks in inpatient group therapy and concluded that high self-disclosing patients made less therapeutic progress than their counterparts who revealed less personal material (D. Strassberg et al., "Self-Disclosure in Group Therapy with Schizophrenics," *Archives of General Psychiatry* 32 [1975]: 1259–61.)
55. A. Maslow, unpublished mimeographed material, 1962.
56. I. Yalom, See *The Schopenhauer Cure*, pp. 237ff.
57. N. Fieldsteel, "The Process of Termination in Long-term Psychoanalytic Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 25–39. R. Klein, "Introduction to Special Section on Termination and Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 1–4.
58. J. Pedder, "Termination Reconsidered," *International Journal of Psychoanalysis* 69 (1988): 495–505.
59. I. Yalom, *Existential Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1980).
60. M. Seligman, "The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study," *American Psychologist* 50 (1995): 965–74.
61. S. Kopta, K. Howard, J. Lowry, and L. Beutler, "Patterns of Symptomatic Recovery in Time-Unlimited Psychotherapy," *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 62 (1994): 1009–16. S. Kadera, M. Lambert, A. Andrews, "How Much Therapy Is Really Enough: A Session-by-Session Analysis of the Psychotherapy Dose-Effect Relationship," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 132–51.
62. S. Freud, *Analysis Terminable and Interminable*, in S. Freud, *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 23 (London: Hogarth Press, 1968), 211–53.
63. Pedder, "Termination Reconsidered." B. Grenyer and L. Luborsky, "Dynamic Change in Psychotherapy: Mastery of Interpersonal Conflicts," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996): 411–16.
64. V. Schermer and R. Klein, "Termination in Group Psychotherapy from the Perspectives of Contemporary Object Relations Theory and Self Psychology," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 99–115.
65. Scott Rutan, personal communication, 1983.
66. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient." M. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Borderline Patient," in *Handbook of Borderline Disorders*, ed. D. Silver and M. Rosenbluth (Madison, Conn.: International Universities Press, 1992), 435–69.
67. J. Rutan and W. Stone, "Termination in Group Psychotherapy," in *Psychodynamic Group Therapy* (New York: Guilford Press, 1993): 239–54. E. Shapiro and R. Ginzberg, "Parting Gifts: Termination Rituals in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 317–36.
68. D. Nathanson, "The Nature of Therapeutic Impasse."
69. K. Long, L. Pendleton, and B. Winters, "Effects of Therapist Termination on Group Process," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 211–22.
70. E. Counselman and R. Weber, "Changing the Guard: New Leadership for an Established Group," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 373–86.

CHAPTER 13

1. F. Wright, "Discussion of Difficult Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 339–48. J. Gans and A. Alonso, "Difficult Patients: Their Construction in Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 311–26. P. Cohen, "The Practice of Modern Group Psychotherapy: Working with Post Trauma in the Present," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 489–503.

2. R. Dies, "Models of Group Psychotherapy: Shifting Through Confusion," *International Journal of Group Psychotherapy* 42 (1992): 1-17.
3. S. Scheidlinger, "Group Dynamics and Group Psychotherapy Revisited Four Decades Later," *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 141-59.
4. I. Yalom and P. Houts, unpublished data, 1965.
5. L. Ormont, "Cultivating the Observing Ego in the Group Setting," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 489-502. L. Ormont, "Meeting Maturational Needs in the Group Setting," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 343-59.
6. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).
7. D. Lundgren and D. Miller, "Identity and Behavioral Changes in Training Groups," *Human Relations Training News* (spring 1965).
8. R. Coyne and R. Silver, "Direct, Vicarious, and Vicarious-Process Experiences," *Small Group Behavior* 11 (1980): 419-29. R. Rosner, L. Beutler, and R. Daldurp, "Vicarious Emotional Experience and Emotional Expression in Group Psychotherapy," *Journal of Counseling Psychology* 56 (2000): 1-10.
9. V. Tschuschke and R. Dies, "Intensive Analysis of Therapeutic Factors and Outcome in Long-Term Inpatient Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* (1994): 185-208. V. Tschuschke, K. MacKenzie, B. Haaser, and G. Janke, "Self-Disclosure, Feedback, and Outcome in Long-Term Inpatient Psychotherapy Groups," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 35-44.
10. J. Gans and E. Counselman, "Silence in Group Psychotherapy: A Powerful Communication," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 71-86. J. Rutan, "Growth Through Shame and Humiliation," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 511-16.
11. L. Ormont, "The Craft of Bridging," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 3-17.
12. M. Leszcz and J. Malat, "The Interpersonal Model of Group Psychotherapy," in *Praxis der Gruppenpsychotherapie*, ed. V. Tschuschke (Frankfurt: Thieme, 2001), 355-69. S. Cohen, "Working with Resistance to Experiencing and Expressing Emotions in Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 47 (1997): 443-58.
13. M. McCallum, W. Piper, J. Ogrodniczuk, and A. Joyce, "Relationships Among Psychological Mindedness, Alexithymia and Outcome in Four Forms of Short-Term Psychotherapy," *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 76 (2003): 133-44. G. Taylor, R. Bagby, D. Ryan, J. Parker, K. Dooday, and P. Keefe, "Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale," *Psychosomatic Medicine* 50 (1988): 500-09.
14. H. Swiller, "Alexithymia: Treatment Utilizing Combined Individual and Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 47-61. M. Beresnevaite, "Exploring the Benefits of Group Psychotherapy in Reducing Alexithymia in Coronary Heart Disease Patients: A Preliminary Study," *Psychotherapy and Psychosomatics* 69 (2000): 117-22.
15. P. Sifneos, "The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients," *Psychotherapy and Psychosomatics* 22 (1973): 255-62.
16. Beresnevaite, "Exploring the Benefits of Group Psychotherapy." The researchers in this study employed a sixteen-session integrative model of group therapy, combining the active identification of subjective feelings, role play, empathy exercises, and stress reduction in the treatment of patients with heart disease. The groups produced significant reductions in alexithymia ratings and improvements in cardiac functioning that were sustained over a two-year period.
17. W. Shields, "Hope and the Inclination to Be Troublesome: Winnicott and the Treatment of Character Disorder in Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 87-103.

18. J. Kirman, "Working with Anger in Group: A Modern Analytic Approach," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 303–29. D. Kiesler, "Therapist Countertransference: In Search of Common Themes and Empirical Referents," *In Session: Psychotherapy in Practice* 57 (2001): 1053–63. G. Gabbard, "A Contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference," *In Session: Psychotherapy in Practice* 57 (2001): 983–91. J. Hayes, "Countertransference in Group Psychotherapy: Waking a Sleeping Dog," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 521–35.

19. J. Frank et al., "Behavioral Patterns in Early Meetings of Therapeutic Groups," *American Journal of Psychiatry* 108 (1952): 771–78.

20. E. Shapiro, "Dealing with Masochistic Behavior in Group Therapy from the Perspective of the Self," *Group* 25 (2002): 107–20. R. Maunder and J. Hunter, "An Integrated Approach to the Formulation and Psychotherapy of Medically Unexplained Symptoms: Meaning- and Attachment-Based Intervention," *American Journal of Psychotherapy* 58 (2004): 17–33. M. Berger and M. Rosenbaum, "Notes on Help-Rejecting Complainers," *International Journal of Group Psychotherapy* 17 (1967): 357–70. S. Brody, "Syndrome of the Treatment-Rejecting Patient," *Psychoanalytic Review* 51 (1964): 75–84. C. Peters and H. Grunebaum, "It Could Be Worse: Effective Group Psychotherapy with the Help-Rejecting Complainers," *International Journal of Group Psychotherapy* 27 (1977): 471–80.

21. Maunder and Hunter, "An Integrated Approach."

22. E. Shapiro, "Dealing with Masochistic Behavior in Group Therapy from the Perspective of the Self," *Group* 25 (2002): 107–20. Maunder and Hunter, "An Integrated Approach." S. Foreman, "The Significance of Turning Passive into Active in Control Mastery: Theory," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 106–21. Both self psychological and attachment paradigms converge here. From an attachment perspective, the client relates in a preoccupied and insecure attachment pattern. The preoccupation with the caregiver is rooted in the wish to connect. Complaining is intended to create closeness by pulling the caregiver near. Simultaneously the client's past experience of inconsistent, unreliable caregiving fuels his vigilance for any evidence that he will be eventually abandoned. Accepting help and being sated fuels the dread of this very abandonment.

23. Do not neglect to consider the real meaning of the help-rejecting complainer's complaint. Some clinicians propose that there may be a hidden positive or adaptive value to the unrelenting complaints that needs to be understood.

24. Frank et al., "Behavioral Patterns in Early Meetings." E. Berne, *Games People Play* (New York: Grove Press, 1964). Peters and Grunebaum, "It Could Be Worse."

25. Wright, "Discussion of Difficult Patients." R. Jacobs and D. Campbell, "The Perpetuation of an Arbitrary Tradition Through Several Generations of a Laboratory Microculture," *Journal of Abnormal and Social Psychology* 62 (1961): 649–58.

26. R. Moos and I. Yalom, "Medical Students' Attitudes Toward Psychiatry and Psychiatrists," *Mental Hygiene* 50 (1966): 246–56.

27. L. Coch and J. French, "Overcoming Resistance to Change," *Human Relations* 1 (1948): 512–32.

28. N. Kanas, "Group Psychotherapy with Bipolar Patients: A Review and Synthesis," *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 321–35. F. Volkmar et al., "Group Therapy in the Management of Manic-Depressive Illness," *American Journal of Psychotherapy* 35 (1981): 226–33. I. Patelis-Siotis et al., "Group Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder: A Feasibility and Effectiveness Study," *Journal of Affective Disorders* 65 (2001): 145–53. M. Sajatovic, M. Davies, and D. Hrouda, "Enhancement of Treatment Adherence Among Patients with Bipolar Disorder," *Psychiatric Services* 55 (2004): 264–69. R. Weiss, L. Najavits, and S. Greenfield, "A Relapse Prevention Group for Patients with Bipolar and Substance Use Disorders," *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (1999): 47–54. F. Colom et al., "A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission," *Archives of General Psychiatry* 60 (2003): 402–7.

29. M. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 311–35. L. Ormont, "The Role of the Leader in Managing the Preoedipal Patient in the Group Setting," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 147–71. R. Klein, J. Orleans, and C. Soule, "The Axis II Group: Treating Severely Characterologically Disturbed Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 97–115. D. Silver, "Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient," *Canadian Journal of Psychiatry* 28 (1983): 513–21.

30. J. Shedler and D. Westen, "Refining Personality Disorder Diagnosis: Integrating Science and Practice," *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 1350–65.

31. Gans and Alonso, "Difficult Patients."

32. M. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Borderline Patient," in *Handbook of Borderline Disorders*, ed. D. Silver and M. Rosenbluth (Madison, Conn.: International Universities Press, 1992), 435–70. E. Marziali and H. Monroe-Blum, *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder* (New York: Basic Books, 1994). S. Budman, A. Demby, S. Soldz, and J. Merry, "Time-Limited Group Psychotherapy for Patients with Personality Disorders: Outcomes and Dropouts," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 357–77. S. Budman, S. Cooley, A. Demby, G. Koppelaar, J. Koslof, and T. Powers, "A Model of Time-Effective Group Psychotherapy for Patients with Personality Disorders: A Clinical Model," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 329–55. A. Bateman and P. Fonagy, "Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 36–42. W. Piper and J. Rosie, "Group Treatment of Personality Disorders: The Power of the Group in the Intensive Treatment of Personality Disorders," *In Session: Psychotherapy in Practice* 4 (1998): 19–34. W. Piper, J. Rosie, A. Joyce, and H. Azim, *Time-Limited Day Treatment for Personality Disorders: Integration of Research and Practice in a Group Program* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1996). M. Chiesa and P. Fonagy, "Psychosocial Treatment for Severe Personality Disorder: 36-Month Follow-Up," *British Journal of Psychiatry* 183 (2003): 356–62.

33. J. Herman, *Trauma and Recovery* (New York: Harper Collins, 1992). M. Zanarin, F. Frankenburg, E. Dubo, A. Sickel, A. Trikha, and A. Levin, "Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 155 (1998): 1733–39. J. Ogrodniczuk, W. Piper, A. Joyce, and M. McCallum, "Using DSM Axis IV Formulation to Predict Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy," *Journal of Personality Disorders* 15 (2001): 110–22. C. Zlotnick et al., "Clinical Features and Impairment in Women with Borderline Personality Disorder (BPD) with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), BPD Without PTSD, and Other Personality Disorders with PTSD," *Journal of Nervous and Mental Diseases* 191 (2003): 706–13.

34. M. Leszcz, "Group Therapy," in *Treatment of Psychiatric Disorders*, vol. 3, ed. J. Gunderson (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990), 2667–78.

35. J. Sartre, *The Age of Reason*, trans. Eric Sutton (New York: Knopf, 1952), 144.

36. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Text Rev. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000).

37. O. Kernberg, "An Ego Psychology Object Relations Theory of the Structure and Treatment of Pathologic Narcissism: An Overview," *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989): 723–29. O. Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (New York: Jason Aronson, 1975).

38. J. Perry, "Problems and Considerations in the Valid Assessment of Personality Disorders," *American Journal of Psychiatry* 149 (1992): 1645–53. G. Mellsop et al., "The Reliability of Axis II of DSM-III," *American Journal of Psychiatry* 139 (1982): 1360–61.

39. Kernberg, "An Ego Psychology Object Relations Theory." Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. H. Kohut, *The Analysis of the Self* (New York:

International Universities Press, 1971). H. Kohut, *The Restoration of the Self* (New York: International Universities Press, 1977).

40. J. Gunderson, *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2001). Piper and Rosie, "Group Treatment of Personality Disorders." Leszcz, "Group Psychotherapy of the Borderline Patient." Marziali and Monroe-Blum, *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Bateman and Fonagy, "Treatment of Borderline Personality Disorder." American Psychiatric Association, "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 158 (suppl 11 2001): 1–52.

41. L. Horwitz, "Group Psychotherapy for Borderline and Narcissistic Patients," *Bulletin of the Menninger Clinic* 44 (1980): 181–200. N. Wong, "Clinical Considerations in Group Treatment of Narcissistic Disorders," *International Journal of Group Psychotherapy* 29 (1979): 325–45. R. Kretsch, Y. Goren, and A. Wasserman, "Change Patterns of Borderline Patients in Individual and Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 95–112. Klein et al., "The Axis II Group." J. Grobman, "The Borderline Patient in Group Psychotherapy: A Case Report," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 299–318. B. Finn and S. Shakir, "Intensive Group Psychotherapy of Borderline Patients," *Group* 14 (1990): 99–110. K. O'Leary et al., "Homogeneous Group Therapy of Borderline Personality Disorder," *Group* 15 (1991): 56–64. S. Shakir, personal communication, February 1994. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, "The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1985): 411–33. I. Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1983). N. Macaskill, "The Narcissistic Core as a Focus in the Group Therapy of the Borderline Patient," *British Journal of Medical Psychology* 53 (1980): 137–43. S. Budman, A. Demby, S. Soldz, and J. Merry, "Time-Limited Group Psychotherapy for Patients with Personality Disorders: Outcomes and Dropouts," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 357–77.

42. M. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Borderline Patient."

43. Klein et al., "The Axis II Group."

44. M. Bond, E. Banon, and M. Grenier, "Differential Effects of Interventions on the Therapeutic Alliance with Patients with Borderline Personality Disorders," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7 (1998): 301–18.

45. K. Heffernan and M. Cloitre, "A Comparison of Posttraumatic Stress Disorder with and Without Borderline Personality Disorder Among Women with a History of Childhood Sexual Abuse: Etiological and Clinical Characteristics," *Journal of Nervous and Mental Diseases* 188 (2000): 589–95. M. Cloitre and K. Koenen, "The Impact of Borderline Personality Disorder on Process Group Outcomes Among Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 379–98.

46. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient." Horwitz, "Group Psychotherapy for Borderline and Narcissistic Patients." Wong, "Clinical Considerations in Group Treatment of Narcissistic Disorders." N. Wong, "Combined Group and Individual Treatment of Borderline and Narcissistic Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 389–403. Klein et al., "The Axis II Group."

47. J. Kosseff, "The Unanchored Self: Clinical Vignettes of Change in Narcissistic and Borderline Patients in Groups: Introduction," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 387–88.

48. Shedler and Westen, "Refining Personality Disorder Diagnosis."

49. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., 661.

50. Kernberg, "An Ego Psychology Object Relations Theory." Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*.

51. M. Livingston and L. Livingston, "Conflict and Aggression in Group Psychotherapy: A Self Psychological Vantage Point," *International Journal of Psychotherapy* 48 (1998): 381–91. J. Horner, "A Characterological Contraindication for Group Psychotherapy," *Journal of American Academy of Psychoanalysis* 3 (1975): 301–05.

52. The tasks of therapy may be facilitated by theoretical frames of reference such as a self psychological framework or an intersubjective framework. Both approaches sharpen our focus on the subjective experience of the narcissistically vulnerable client. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient." Livingston and Livingston, "Conflict and Aggression in Group Psychotherapy." M. Baker and H. Baker, "Self-Psychological Contributions to the Theory and Practice of Group Psychotherapy," in *Group Therapy in Clinical Practice*, ed. A. Alonso and H. Swiller (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993), 49–68. I. Harwood, "Distinguishing Between the Facilitating and the Self-Serving Charismatic Group Leader," *Group* 27 (2003): 121–29. W. Stone, "Self Psychology and the Higher Mental Functioning Hypothesis: Contemporary Theories," *Group Analysis* 29 (1996): 169–81. D. Brandchaft and R. Stolorow, "The Difficult Patient: Intersubjective Perspective," in *Borderline and Narcissistic Patients in Therapy*, ed. N. Slavinsky-Holy (Madison, Conn.: International Universities Press, 1988), 243–66.

53. M. Pines, "Group Analytic Therapy of the Borderline Patient," *Group Analysis* 11 (1978): 115–26.

CHAPTER 14

1. E. Paykel, "Psychotherapy, Medication Combinations, and Compliance." *Journal of Clinical Psychiatry* 56 (1995): 24–30. D. Greben, "Integrative Dimensions of Psychotherapy Training," *Canadian Journal of Psychiatry* 49 (2004): 238–48.

2. H. Bernard and S. Drob, "The Experience of Patients in Conjoint Individual and Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1985): 129–46. K. Porter, "Combined Individual and Group Psychotherapy: A Review of the Literature, 1965–1978," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 107–14.

3. K. Schwartz, "Concurrent Group and Individual Psychotherapy in a Psychiatric Day Hospital for Depressed Elderly," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 177–201.

4. B. Roller and V. Nelson, "Group Psychotherapy Treatment of Borderline Personalities," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 369–85. F. DeZuleta and P. Mark, "Attachment and Contained Splitting: A Combined Approach of Group and Individual Therapy to the Treatment of Patients from Borderline Personality Disorder," *Group Analysis* 33 (2000): 486–500. E. Fried, "Combined Group and Individual Therapy with Passive Narcissistic Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 5 (1955): 194.

5. K. Chard, T. Weaver, and P. Resick, "Adapting Cognitive Processing Therapy for Child Sexual Abuse Survivors," *Cognitive and Behavioral Practice* 4 (1997): 31–52. N. Lutwack, "Shame, Women, and Group Psychotherapy," *Group* 22 (1998): 129–43.

6. L. Ormont, "Principles and Practice of Conjoint Psychoanalytic Treatment," *American Journal of Psychiatry* 138 (1981): 69–73.

7. J. Rutan and A. Alonso, "Group Therapy, Individual Therapy, or Both?" *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 267–82. K. Porter, "Combined Individual and Group Psychotherapy," in *Group Therapy in Clinical Practice*, ed. A. Alonso and H. Swiller (Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, 1993), 309–41.

8. Ormont, "Principles and Practice of Conjoint Psychoanalytic Treatment." M. Leszcz, "Group Psychotherapy of the Borderline Patient," in *Handbook of Borderline Disorders*, ed. D. Silver and M. Rosenbluth (Madison, Conn.: International Universities Press, 1992), 435–69. J. Schacter, "Concurrent Individual and Individual In-a-Group Psychoanalytic Psychotherapy," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 36 (1988): 455–71.

9. J. Gans, "Broaching and Exploring the Question of Combined Group and Individual Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 123–37.

10. K. Ulman, "The Ghost in the Group Room: Countertransferential Pressures Associated with Conjoint Individual and Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 387–407. K. Porter, "Combined Individual and Group Psychotherapy," in *Group Therapy in Clinical Practice*, ed. A. Alonso and H. Swiller (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993): 309–41.

11. K. Porter, "Combined Individual and Group Psychotherapy." S. Lipsius, "Combined Individual and Group Psychotherapy: Guidelines at the Interface," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 313–27. H. Swiller, "Alexithymia: Treatment Using Combined Individual and Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1988): 47–61. J. Rutan and A. Alonso, "Common Dilemmas in Combined Individual and Group Treatment," *Group* 14 (1990): 5–12.

12. E. Amaranto and S. Bender, "Individual Psychotherapy as an Adjunct to Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 40 (1990): 91–101. S. Budman, personal communication, 1993.

13. J. Rutan and W. Stone, "Duration of Treatment in Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 34 (1984): 93–109. A study comparing conjoint and combined group therapy for patients with eating disorders found that the combined format was far more effective at preventing dropouts. (More than three times as many patients dropped out of conjoint groups.) K. Scheuble et al., "Premature Termination: A Risk in Eating Disorder Groups," *Group* (1987): 85–93.

14. R. Matano and I. Yalom, "Approaches to Chemical Dependency: Chemical Dependency and Interactive Group Therapy: A Synthesis," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 269–93. M. Freimuth, "Integrating Group Psychotherapy and 12-Step Work: A Collaborative Approach," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 297–314.

15. E. Khantzian, "Reflection on Group Treatments as Corrective Experiences in Addictive Vulnerability," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 11–20.

16. P. Flores, "Addiction as an Attachment Disorder: Implications for Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 63–82. M. Litt, R. Kadden, N. Cooney, and E. Kabela, "Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive-Behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003): 118–28.

17. Project MATCH Research Group, "Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Post-Treatment Drinking Outcomes," *Journal of Studies in Alcohol* 58 (1997): 7–29. Stephanie Brown, personal communication, 2004. M. Seligman, "The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study," *American Psychologist* 50 (1995): 965–74.

18. P. Ouimette, R. Moos, and J. Finney, "Influence of Outpatient Treatment and 12-Step Group Involvement on One Year Substance Abuse Treatment Outcomes," *Journal of Studies on Alcohol* 59 (1998): 513–22. S. Lash, G. Petersen, E. O'Connor, and L. Lahmann, "Social Reinforcement of Substance Abuse After Care Group Therapy Attendants," *Journal of Substance Abuse Treatment* 20 (2001): 3–8.

19. Matano and Yalom, "Approaches to Chemical Dependency." Freimuth, "Integrating Group Psychotherapy and 12-Step Work."

20. Matano and Yalom, "Approaches to Chemical Dependency."

21. Research studies of therapists' preferences demonstrate that 75–90 percent prefer the cotherapy mode (I. Paulson, J. Burroughs, and C. Gelb, "Co-Therapy: What Is the Crux of the Relationship?" *International Journal of Group Psychotherapy* 26 [1976]: 213–24). R. Dies, J. Mallet, and F. Johnson, "Openness in the Co-Leader Relationship: Its Effect on Group Process and Outcome," *Small Group Behavior* 10 (1979): 523–46. H.

Rabin, "How Does Co-Therapy Compare with Regular Group Therapy?" *American Journal of Psychotherapy* 21 (1967): 244–55.

22. C. Hendrix, D. Fournier, and K. Briggs, "Impact of Co-Therapy Teams on Client Outcomes and Therapist Training in Marriage and Family Therapy," *Contemporary Family Therapy: An International Journal* 23 (2001): 63–82.

23. H. Rabin, "How Does Co-therapy Compare." H. Spitz and S. Kopp, "Multiple Psychotherapy," *Psychiatric Quarterly Supplement* 31 (1957): 295–331. Paulson et al., "Co-Therapy: What Is the Crux." Dies et al., "Openness in the Co-leader Relationship." R. Dick, K. Lessler, and J. Whiteside, "A Developmental Framework for Co-Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 273–85.

24. M. Leszcz and P. Goodwin, "The Rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 245–74.

25. I. Harwood, "Creative Use of Gender in a Co-Therapy Group Composition When Addressing Early Attachment, Trauma, and Cross-Cultural Issues," *Psychoanalytic Inquiry* 23 (2003): 697–712. L. Livingston, "Transferences Toward the Co-Therapist Couple: Dyadic Relationships and Self-Object Needs," *Group* 25 (2001): 59–72.

26. B. Roller and V. Nelson, *The Art of Co-Therapy: How Therapists Work Together* (New York: Guilford Press, 1991). R. Dies, "Current Practice in the Training of Group Therapists," *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): 169–85.

27. I. Yalom, J. Tinklenberg, and M. Gilula, unpublished data, Department of Psychiatry, Stanford University, 1967.

28. S. McNary and R. Dies, "Co-Therapist Modeling in Group Psychotherapy: Fact or Fiction?" *Group* 15 (1993): 131–42.

29. J. Haley, *Problem Solving Therapy*, 2nd ed. (San Francisco: Jossey-Bass, 1987).

30. B. Roller and V. Nelson, "Co-therapy," in *Comprehensive Group Psychotherapy*, ed. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1993), 304–12.

31. Paulson et al., "Co-therapy: What Is the Crux."

32. Roller and Nelson, "Co-therapy."

33. L. Murphy, M. Leszcz, A. Collins, and J. Salvendy, "Some Observations on the Subjective Experience of Neophyte Group Therapy Trainees," *International Journal of Group Psychotherapy* (1996): 543–52.

34. A model for co-therapy development has been described that identifies 9 stages: forming a contract about the work; forming an identity as a team; developing mutuality and respect; developing closeness; defining strengths and limitations; exploring possibilities; supporting self confrontation; implementing change; closing or re-organizing. (J. Dugo and A. Beck, "Significance and Complexity of Early Phases in the Development of the Co-Therapy Relationship," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 294–305. S. Wheelan, "Co-Therapists and the Creation of a Functional Psychotherapy Group: A Group Dynamics Perspective," *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1 (1997): 306–10.

35. R. Desmond and M. Seligman, "A Review of Research on Leaderless Groups," *Small Group Behavior* 8 (1977): 3–24.

36. Rutan and Stone, *Psychodynamic Group Psychotherapy* 3rd ed. (New York: Guilford, 2000).

37. Yalom, Tinklenberg, and Gilula, unpublished data.

38. D. Derr and D. Zampfer, "Dreams in Group Therapy: A Review of Models," *International Journal of Group Psychotherapy* 46 (1996): 501–15.

39. M. Livingston, "Self-Psychology, Dreams, and Group Psychotherapy: Working in the Play Space," *Group* 25 (2001): 15–26.

40. J. Pawlik et al., "The Use of Dreams in a Small Analytic Group," *Group Analysis* 23 (1990): 163–71. C. Kieffer, "Using Dream Interpretation to Resolve Group Developmental Impasses," *Group* 20 (1996): 273–85.

41. M. Alpert, "Videotaping Psychotherapy," *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 93–105.
42. M. Berger, ed., *Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment* (New York: Brunner/Mazel, 1978). D. Skafte, "Video in Groups: Implications for a Social Theory of Self," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 389–402.
43. D. Miller, "The Effects of Immediate and Delayed Audio and Videotaped Feedback on Group Counseling," *Comparative Group Studies* 1 (1970): 19–47. M. Robinson, "A Study of the Effects of Focused Videotaped Feedback in Group Counseling," *Comparative Group Studies* 1 (1970): 47–77.
44. M. Berger, "Use of Videotape in Group Psychotherapy," in *Comprehensive Group Psychotherapy*, ed. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1993): 355–62.
45. N. Mayades and D. O'Brien, "The Use of Videotape in Group Therapy," in *Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment*, ed. M. Berger (New York: Brunner/Mazel, 1978), 216–29.
46. M. Ravensborg, "Debunking Video Magic," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 521–22.
47. M. Berger, "The Use of Video Tape with Psychotherapy Groups in a Community Mental Health Program."
48. J. Rubin and K. Locascio, "A Model for Communicational Skills Group Using Structured Exercises and Audiovisual Equipment," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1985): 569–84.
49. M. Alpert, "Videotaping Psychotherapy," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5 (1996): 93–105.
50. C. Classen et al., "Effectiveness of a Training Program for Enhancing Therapists' Understanding of the Supportive-Expressive Treatment Model for Breast Cancer Groups," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 6 (1997): 211–18.
51. J. Waltz, M. Addis, K. Koerner, and N. Jacobson, "Testing the Integrity of a Psychotherapy Protocol: Assessment of Adherence and Competence," *Journal of Consulting Clinical Psychology* 61 (1994): 620–30. P. Goodwin et al., "Lessons Learned from Enrollment in the BEST Study: A Multicenter Randomized Trial of Group Psychosocial Support in Metastatic Breast Cancer," *Journal of Clinical Epidemiology* 53 (2000): 47–55.
52. I. Yalom, S. Brown, and S. Bloch, "The Written Summary as a Group Psychotherapy Technique," *Archives of General Psychiatry* 32 (1975): 605–13.
53. R. Beck, "The Written Summary in Group Psychotherapy Revisited," *Group* 13 (1989): 102–11. M. Aveline, "The Use of Written Reports in a Brief Group Psychotherapy Training," *International Journal of Group Psychotherapy* 36 (1986): 477–82.
54. It is noteworthy as well that the last ten to twenty years has marked an explosion in narrative approaches in medicine and psychological treatments in which clients and/or caregivers write about their emotional experience and reactions to illness, trauma, and the provision of treatment. Such writing results in significant benefits that include not only subjective reports of psychological wellbeing but also objective measures of medical health and illness. (M. White and D. Epston, *Narrative Means to Therapeutic Ends*, [New York: Norton, 1990].) R. Lieb and S. Kanofsky, "Toward a Constructivist Control Mastery Theory: An Integration with Narrative Therapy," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 40 (2003): 187–202. There are also reports of therapists writing letters to clients delineating obstacles to therapy during the course of the treatment or shortly after termination. (B. Laub and S. Hoffmann, "Dialectical Letters: An Integration of Dialectical Cotherapy and Narrative Therapy," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 39 [2002]: 177–83.)
55. M. Chen, J. Noosbond, and M. Bruce, "Therapeutic Document in Group Counseling: An Active Change Agent," *Journal of Counseling and Development* 76 (1998): 404–11.

56. S. Brown and I. Yalom, "Interactional Group Therapy with Alcoholics," *Journal of Studies on Alcohol* 38 (1977): 426–56.

57. H. Spitz, *Group Psychotherapy and Managed Mental Health Care: A Clinical Guide for Providers* (New York: Brunner/Mazel, 1996), 159–69. M. Leszcz, "Recommendations for Psychotherapy Documentation," Guidelines of the University of Toronto, Department of Psychiatry, Psychotherapy Program, 2001.

58. M. Leszcz, "Group Therapy," in *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry*, 3rd Edition, J. Sadavoy, L. Jarvik, G. Grossberg, and B. Meyers, eds. (New York: Norton, 2004) 1023–54. I. Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1983). B. van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Approaches to the Psychobiology of Post Traumatic Stress Disorder," in *Traumatic Stress, the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, ed. B. van der Kolk, A.C. McFarlane, and L. Weisaeth (New York: Guilford Press, 1996), 214–41.

59. J. Kabat-Zinn, *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life* (New York: Hyperion, 1994). Z. Segal, M. Williams, J. Teasdale, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: a New Approach to Preventing Relapse* (New York: Guilford Press, 2001).

60. P. Finkelstein, B. Wenegrat, and I. Yalom, "Large Group Awareness Training," *Annual Review of Psychology* 33 (1982):515–39.

61. F. Perls, *The Gestalt Approach and Eyewitness to Therapy* (Ben Lomond, Calif.: Science and Behavior Books, 1974). F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (Moab, Utah: Real People Press, 1969). F. Perls, *Ego, Hunger, and Aggression* (New York: Vintage Books, 1969).

62. R. Harmon, "Recent Developments in Gestalt Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 34 (1984): 473–83. R. Feder and R. Ronall, *Beyond the Hot Seat: Gestalt Approaches to Group* (New York: Brunner/Mazel, 1980). D. Greve, "Gestalt Group Psychotherapy," in *Comprehensive Group Psychotherapy*, ed. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1993), 228–35. C. Naranjo, *Gestalt Therapy: The Attitude and Practice of an Atheoretical Experimentalism* (Nevada City, Nev.: Gateways/IDHHB Publishing, 1993). S. Ginger and A. Ginger, "Gestalt Therapy Groups: Why?" *Gestalt* 4 (2000). J. Earley, "A Practical Guide to Fostering Interpersonal Norms in a Gestalt Group," *Gestalt Review* 4 (2000): 138–51.

63. M. Lieberman, I. Yalom, M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).

63. Ibid.

CHAPTER 15

1. Neither space limitations nor the rapidly growing numbers of specialized groups permit a comprehensive list and bibliography in this text. Computer literature searches are so accessible and efficient that the reader may easily obtain a recent bibliography of any specialized group.

2. P. Cox, F. Ilfeld Jr., B. Squire Ilfeld, and C. Brennan, "Group Therapy Program Development: Clinician-Administrator Collaboration in New Practice Settings," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 3–24. E. Lonergan, "Discussion of 'Group Therapy Program Development'," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 43–45. G. Burlingame, D. Earnshaw, M. Hoag, S. Barlow, "A Systematic Program to Enhance Clinician Group Skills in an Inpatient Psychiatric Hospital," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 555–87.

3. J. Salvendy, "Brief Group Therapy at Retirement," *Group* 13 (1989): 43–57. H. Nobler, "It's Never Too Late to Change: A Group Therapy Experience for Older Women," *Group* 16 (1992): 146–55.

4. M. Leszcz, "Group Therapy," in *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry*, 3rd ed., ed. J. Sadavoy, L. Jarvik, G. Grossberg, and B. Meyers (New York: Norton, 2004), 1023–54.

5. R. Klein and V. Schermer, "Introduction and Overview: Creating a Healing Matrix," in *Group Psychotherapy for Psychological Trauma*, ed. R. Klein and V. Schermer (New York: Guilford Press, 2000), 3–46. J. Herman, *Trauma and Recovery*, rev. ed. (New York: Basic Books, 1997). H. Lubin, M. Loris, J. Burt, and D. Johnson, "Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in Reducing Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Multiply Traumatized Women," *American Journal of Psychiatry* 155 (1998): 1172–77. M. Robertson, P. Rushton, D. Bartrum, and R. Ray, "Group-Based Interpersonal Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: Theoretical and Clinical Aspects," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 145–75.

6. A. McKarrick et al., "National Trends in the Use of Psychotherapy in Psychiatric Inpatient Settings," *Hospital Community Psychiatry* 39 (1988): 835–41.

7. In the following discussion, I draw heavily from my book *Inpatient Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1983), where interested readers may find more in-depth discussion. Although this model was developed for the inpatient ward, it has been modified and adapted to many other settings, including partial hospitalization groups and intensive two- to three-week programs for substance abusers. (In chapter 10, I discussed a particularly common major group therapy modification: the time-limited, brief, closed therapy group.)

8. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, "The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions," *International Journal of Group Psychotherapy* 35 (1985): 411–35. Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy*, 313–35.

9. M. Echternacht, "Fluid Group: Concept and Clinical Application in the Therapeutic Milieu," *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 7 (2001): 39–44.

10. S. Green and S. Bloch, "Working in a Flawed Mental Health Care System: An Ethical Challenge," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 1378–83.

11. B. Rosen et al., "Clinical Effectiveness of 'Short' Versus 'Long' Psychiatric Hospitalization," *Archives of General Psychiatry* 33 (1976): 1316–22.

12. A. Alden et al., "Group Aftercare for Chronic Schizophrenics," *Journal of Clinical Psychiatry* 40 (1979): 249–52. R. Prince et al., "Group Aftercare: Impact on a Statewide Program," *Diseases of the Nervous System* 77 (1977): 793–96. J. Claghorn et al., "Group Therapy and Maintenance Therapy of Schizophrenics," *Archives of General Psychiatry* 31 (1974): 361–65. M. Herz et al., "Individual Versus Group Aftercare Treatment," *American Journal of Psychiatry* 131 (1974): 808–12. C. O'Brien et al., "Group Versus Individual Psychotherapy with Schizophrenics: A Controlled Outcome Study," *Archives of General Psychiatry* 27 (1972): 474–78. L. Mosher and S. Smith, "Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family, and Community Support Approaches," *Schizophrenia Bulletin* 6 (1980): 10–41.

13. Leszcz et al., "The Value of Inpatient Group Psychotherapy." Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy*, 313–35.

14. Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy*, 34. B. Corder, R. Corder, and A. Hendricks, "An Experimental Study of the Effects of Paired Patient Meetings on the Group Therapy Process," *International Journal of Group Psychotherapy* 21 (1971): 310–18. J. Otteson, "Curative Caring: The Use of Buddy Groups with Chronic Schizophrenics," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47 (1979): 649–51.

15. A number of effective clinical models have been described, each predicated upon a different conceptual frame such as psychoeducation, problem-solving, psychoanalytic, cognitive-behavioral. V. Brabender and A. Fallow, *Models of Inpatient Group Psychotherapy* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1993).

16. C. Williams-Barnard and A. Lindell, "Therapeutic Use of 'Prizing' and Its Effect on Self-Concept of Elderly Clients in Nursing Homes and Group Homes," *Issues in Mental Health Nursing* 13 (1992): 1–17.

17. W. Stone, "Self Psychology and the Higher Mental Functioning Hypothesis: Contemporary Theories," *Group Analysis* 29 (1996): 169–81.

18. Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy*, 134.
19. Leszcz et al., "The Value of Inpatient Group Psychotherapy."
20. M. Leszcz, "Inpatient Group Therapy," in *APA Annual Update V* (Washington, D.C.: American Psychiatric Associative Press, 1986): 729–43.
21. Leszcz et al., "The Value of Inpatient Group."
22. I. Yalom, M. Lieberman, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).
23. For an excellent example of departures from and modifications of my model, see W. Froberg and B. Slife, "Overcoming Obstacles to the Implementation of Yalom's Model of Inpatient Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 371–88.
24. Froberg and Slife, "Overcoming Obstacles to the Implementation of Yalom's Model."
25. Leszcz et al., "The Value of Inpatient Group Psychotherapy." Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy*, 262.
26. A. Cunningham, "Adjuvant Psychological Therapy for Cancer Patients: Putting It on the Same Footing as Adjunctive Medical Therapies," *Psycho-Oncology* 9 (2000): 367–71. M. Leszcz, "Gruppenpsychotherapie für Brustkrebspatientinnen," *Psychotherapeut* 49 (2004): 314–30. K. Lorig et al., "Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization," *Medical Care* 37 (1999): 5–14.
27. J. Kelly, "Group Psychotherapy for Persons with HIV and AIDS-Related Illnesses," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 143–62. S. Abbey and S. Farrow, "Group Therapy and Organ Transplantation," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 163–85. R. Allan and S. Scheidt, "Group Psychotherapy for Patients with Coronary Heart Disease," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 187–214. B. Toner et al., "Cognitive-Behavioral Group Therapy for Patients with Irritable Bowel Syndrome," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 215–43. M. Leszcz and P. Goodwin, "The Rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 245–73. J. Spira, *Group Therapy for Medically Ill Patients* (New York: Guilford Press, 1997). The ENRICHD Investigators, "Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) Study Intervention: Rationale and Design," *Psychosomatic Medicine* 63 (2001): 747–55. L. Paparella, "Group Psychotherapy and Parkinson's Disease: When Members and Therapist Share the Diagnosis," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 401–9. A. Sherman et al., "Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease: Part I. Effects on Psychosocial and Functional Outcomes at Different Phases of Illness," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 29–82. A. Sherman et al., "Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease: Part II. Effects on Immune, Endocrine, and Disease Outcomes at Different Phases of Illness," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 203–33. A. Sherman et al., "Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease: Part III. Moderating Variables and Mechanisms of Action," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 347–87.
28. Sherman et al., "Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease: Part I."
29. The ENRICHD Investigators, "Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease." Allan and Scheidt, "Group Psychotherapy for Patients with Coronary Heart Disease."
30. Sherman et al., "Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease: Part I." Spira, *Group Therapy for Medically Ill Patients*.
31. M. Hewitt, N. Breen, and S. Devesa, "Cancer Prevalence and Survivorship Issues: Analyses of the 1992 National Health Interview Survey," *Journal of the National Cancer Institute* 91 (1999): 1480–86.

32. M. Esplen, B. Toner, J. Hunter, G. Glendon, K. Butler, and B. Field, "A Group Therapy Approach to Facilitate Integration of Risk Information for Women at Risk for Breast Cancer," *Canadian Journal of Psychiatry: Psychosomatics Edition* 43 (1998): 375–80. M. Esplen et al., "A Multi-Centre Phase II Study of Supportive-Expressive Group Therapy for Women with BRCA1 and BRCA2 Mutations," *Cancer* 101 (2004): 2327–40.
33. M. Stuber, S. Gonzalez, H. Benjamino, and M. Golart, "Fighting for Recovery," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 4 (1995): 286–96. M. Figueiredo, E. Fries, and K. Ingram, "The Role of Disclosure Patterns and Unsupportive Social Interactions in the Well-Being of Breast Cancer Patients," *Psycho-Oncology* 13 (2004): 96–105.
34. L. Fallowfield, S. Ford, and S. Lewis, "No News Is Not Good News: Information Preferences of Patients with Cancer," *Psycho-Oncology* 4 (1995): 197–202. M. Slevin, et al., "Emotional Support for Cancer Patients: What Do Patients Really Want?" *British Journal of Cancer* 74 (1996): 1275–79.
35. I. Yalom, *Existential Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1980).
36. L. Baider, "Psychological Intervention with Couples After Mastectomy," *Support Care Cancer* 3 (1995): 239–43. B. Bultz, M. Specia, P. Brasher, P. Geggie, and S. Page, "A Randomized Controlled Trial of a Brief Psychoeducational Support Group for Partners of Early Stage Breast Cancer Patients," *Psycho-Oncology* 9 (2000): 303–13.
37. Leszcz, "Group Therapy."
38. S. Folkman and S. Greer, "Promoting Psychological Well-Being in the Face of Serious Illness: When Theory, Research, and Practice Inform Each Other," *Psycho-Oncology* 9 [2000]: 11–19.) Not surprisingly, integrating these coping dimensions creates particularly powerful interventions as noted by R. Lazarus, "Toward Better Research on Stress and Coping," *American Psychologist* 55 (2000): 665–73.
39. D. Kissane et al., "Cognitive-Existential Group Psychotherapy for Women with Primary Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial," *Psycho-Oncology* 12 (2003): 532–46. V. Helgeson, S. Cohen, R. Schulz, and J. Yasko, "Education and Peer Discussion Group Interventions and Adjustment to Breast Cancer," *Archives of General Psychiatry* 56 (1999): 340–47. D. Scaturro, "Fundamental Clinical Dilemmas in Contemporary Group Psychotherapy," *Group Analysis* 37 (2004): 201–17.
40. F. Fawzy and N. Fawzy, "A Post-Hoc Comparison of the Efficiency of a Psychoeducational Intervention for Melanoma Patients Delivered in Group Versus Individual Formats: An Analysis of Data from Two Studies," *Psycho-Oncology* 5 (1996): 81–89.
41. I. Yalom, *Gift of Therapy* (New York: HarperCollins, 2003), 6–10.
42. SEGT addresses the following main areas: (1) medical illness and treatment; (2) cognitive and behavioral coping skills for the illness and treatment; (3) family and social network issues; (4) relationships with health care providers; (5) life values and priorities; (6) self-image; (7) death and dying; and (8) group functioning regarding task and engagement. Each group ends with a stress reduction exercise of relaxation and guided imagery. D. Spiegel and J. Spira, *Supportive Expressive Group Therapy: A Treatment Manual of Psychosocial Interventions for Women with Recurrent Breast Cancer* (Stanford: Psychosocial Treatment Laboratories, 1991). Leszcz and Goodwin, "The Rationale and Foundations." D. Spiegel and C. Classen, *Group Therapy for Cancer Patients: A Research-Based Handbook of Psychosocial Care* (New York: Basic Books, 2000).
43. C. Classen et al., "Effectiveness of a Training Program for Enhancing Therapists' Understanding of the Supportive-Expressive Treatment Model for Breast Cancer Groups," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 6 (1997): 211–18. D. Spiegel et al., "Group Psychotherapy for Recently Diagnosed Breast Cancer Patients: A Multicenter Feasibility Study," *Psycho-Oncology* 8 (1999): 482–93. P. Goodwin et al., "Lessons Learned from Enrollment in the BEST Study: A Multicenter, Randomized Trial of Group Psychosocial Support in Metastatic Breast Cancer," *Journal of Clinical Epidemiology* 53 (2000): 47–55.

44. Spiegel et al., "Group Psychotherapy for Recently Diagnosed." M. Esplen et al., "A Supportive-Expressive Group Intervention for Women with a Family History of Breast Cancer: Results of a Phase II Study," *Psycho-Oncology* 9 (2000): 243–52.

45. I. Yalom and C. Greaves, "Group Therapy with the Terminally Ill," *American Journal of Psychiatry* 134 (1977): 396–400. D. Spiegel, J. Bloom, and I. Yalom, "Group Support for Patients with Metastatic Cancer," *Archives of General Psychiatry* 38 (1981): 527–33. D. Spiegel and M. Glafkides, "Effects of Group Confrontation with Death and Dying," *International Journal of Group Psychotherapy* 33 (1983): 433–37. F. Fawzy et al., "Malignant Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later," *Archives of General Psychiatry* 50 (1993): 681–89. T. Kuchler et al., "Impact of Psychotherapeutic Support on Gastrointestinal Cancer Patients Undergoing Surgery: Survival Results of a Trial," *Hepatology* 46 (1999): 322–35. S. Edelman, J. Lemon, D. Bell, and A. Kidman, "Effects of Group CBT on the Survival Time of Patients with Metastatic Breast Cancer," *Psycho-Oncology* 8 (1999): 474–81. A. Illyckj, J. Farber, M. Cheang, and B. Weinerman, "A Randomized Controlled Trial of Psychotherapeutic Intervention in Cancer Patients," *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* 27 (1994): 93–96. Kissane et al., "Cognitive-Existential Group Psychotherapy."

46. Spiegel notes that contemporary trials may not demonstrate a survival effect because the baseline of psychosocial care provided for all patients with cancer (including the control sample) has improved significantly over the past ten to twenty years, a welcome advance emerging from the recognition that state of mind affects state of body (D. Spiegel, "Mind Matters: Group Therapy and Survival in Breast Cancer," *New England Journal of Medicine* 345 (2001): 1767–68. D. Spiegel, J. Bloom, H. Kraemer, and E. Gottheil, "Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer," *Lancet* 8669 (1989): 888–91. A. Cunningham et al., "A Randomized Controlled Trial of the Effects of Group Psychological Therapy on Survival in Women with Metastatic Breast Cancer," *Psycho-Oncology* 7 (1998): 508–17. P. Goodwin et al., "The Effect of Group Psychosocial Support on Survival in Metastatic Breast Cancer," *New England Journal of Medicine* 345 (2001): 1719–26.

47. C. Classen et al., "Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients with Metastatic Breast Cancer: A Randomized Clinical Intervention Trial," *Archives of General Psychiatry* 58 (2001): 494–501. Spiegel et al., "Group Psychotherapy for Recently Diagnosed."

48. A. Beck, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (New York: International Universities Press, 1976). G. Klerman, M. Weissman, B. Rounsaville, and E. Chevron, *Interpersonal Psychotherapy of Depression* (New York: Basic Books, 1984).

49. Leszcz, "Gruppenpsychotherapie für Brustkrebspatientinnen."

50. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).

51. N. Morrison, "Group Cognitive Therapy: Treatment of Choice or Sub-Optimal Option?" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29 (2001): 311–32.

52. J. White, "Introduction," in *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Specific Problems and Populations*, ed. J. White and A. Freeman (Washington, D.C.: American Psychological Association, 2000), 3–25.

53. Beck, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*.

54. J. Safran and Z. Segal, *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* (New York: Basic Books, 1990).

55. T. Oei and L. Sullivan, "Cognitive Changes Following Recovery from Depression in a Group Cognitive-Behaviour Therapy Program," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33 (1999): 407–15.

56. M. Enns, B. Coz, and S. Pidlubny, "Group Cognitive Behaviour Therapy for Residual Depression: Effectiveness and Predictors of Response," *Cognitive Behaviour Therapy* 31 (2002): 31–40.

57. A. Ravindran et al., "Treatment of Primary Dysthymia with Group Cognitive Therapy and Pharmacotherapy: Clinical Symptoms and Functional Impairments," *American Journal of Psychiatry* 156 (1999): 1608–17.
58. S. Ma and J. Teasdale, "Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects," *Journal of Consulting Clinical Psychology* 72 (2004): 31–40.
59. C. Kutter, E. Wolf, and V. McKeever, "Predictors of Veterans' Participation in Cognitive-Behavioral Group Treatment for PTSD," *Journal of Traumatic Stress* 17 (2004): 157–62. D. Sorenson, "Healing Traumatizing Provider Interaction Among Women Through Short-Term Group Therapy," *Archives of Psychiatric Nursing* 17 (2003): 259–69.
60. C. Wiseman, S. Sunday, F. Klapper, M. Klein, and K. Halmi, "Short-Term Group CBT Versus Psycho-Education on an Inpatient Eating Disorder Unit," *Eating Disorders* 10 (2002): 313–20. N. Leung, G. Waller, and G. Thomas, "Outcome of Group Cognitive-Behavior Therapy for Bulimia Nervosa: The Role of Core Beliefs," *Behaviour Research and Therapy* 38 (2000): 145–56.
61. C. Dopke, R. Lehner, and A. Wells, "Cognitive-Behavioral Group Therapy for Insomnia in Individuals with Serious Mental Illnesses: A Preliminary Evaluation," *Psychiatric Rehabilitation Journal* 3 (2004): 235–42.
62. J. Lidbeck, "Group Therapy for Somatization Disorders in Primary Care," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107 (2003): 449–56.
63. C. Taft, C. Murphy, P. Musser, and N. Remington, "Personality, Interpersonal, and Motivational Predictors of the Working Alliance in Group Cognitive-Behavioral Therapy for Partner Violent Men," *Journal of Consulting Clinical Psychology* 72 (2004): 349–54.
64. W. Rief, S. Trenkamp, C. Auer, and M. Fichter, "Cognitive Behaviour in Panic Disorder and Comorbid Major Depression," *Psychotherapy and Psychosomatics* 69 (2000): 70–78.
65. A. Volpato Cordioli et al., "Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial," *Psychotherapy and Psychosomatics* 72 (2003): 211–16.
66. A. Page and G. Hooke, "Outcomes for Depressed and Anxious Inpatients Discharged Before or After Group Cognitive Behaviour Therapy: A Naturalistic Comparison," *Journal of Nervous and Mental Disease* 191 (2003): 653–59. M. Dugas et al., "Group Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Treatment Outcome and Long-Term Follow-Up," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003): 821–25.
67. R. Heimberg et al., "Cognitive Behavioural Group Therapy vs. Phenelzine Therapy for Social Phobia: 12-Week Outcome," *Archives of General Psychiatry* 55 (1998): 1133–41.
68. R. Siddle, F. Jones, and F. Awenat, "Group Cognitive Behaviour Therapy for Anger: A Pilot Study," *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 31 (2003): 69–83.
69. L. Johns, W. Sellwood, J. McGovern, and G. Haddock, "Battling Boredom: Group Cognitive Behaviour Therapy for Negative Symptoms of Schizophrenia," *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 30 (2002): 341–46. P. Chadwick, S. Sambrooke, S. Rasch, and E. Davies, "Challenging the Omnipotence of Voices: Group Cognitive Behaviour Therapy for Voices," *Behaviour Research and Therapy* 38 (2000): 993–1003.
70. P. Schnurr et al., "Randomized Trial of Trauma-Focused Group Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: Results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study," *Archives of General Psychiatry* 60 (2003): 481–89.
71. White, "Introduction," in White and Freeman, eds.
72. Heimberg et al., "Cognitive Behavioral Group Therapy vs. Phenelzine."
73. Safran and Segal, *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*.
74. White, "Introduction," in White and Freeman, eds.
75. Heimberg et al., "Cognitive Behavioral Group Therapy vs. Phenelzine."
76. Klerman et al., *Interpersonal Psychotherapy of Depression*.

77. D. Wilfley, K. MacKenzie, R. Welch, V. Ayers, and M. Weissman, *Interpersonal Psychotherapy for Group* (New York: Basic Books, 2000).
78. D. Wilfley et al., "Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Nonpurging Bulimic Individual: A Controlled Comparison," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993): 296–305. K. MacKenzie and A. Grabovac, "Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 46–51. C. Klier, M. Muzik, K. Rosenblum, and G. Lenz, "Interpersonal Psychotherapy Adapted for the Group Setting in the Treatment of Postpartum Depression," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 124–31. H. Verdeli et al., "Adapting Group Interpersonal Psychotherapy (IPT-G-U) for a Developing Country: Experience in Uganda," *World Psychiatry* (June 2003): 114–20. P. Ravitz, "The Interpersonal Fulcrum: Interpersonal Therapy for Treatment of Depression," *CPA Bulletin* 36 (2203): 15–19. Robertson et al., "Group-Based Interpersonal Psychotherapy."
79. Y. Levkovitz et al., "Group Interpersonal Psychotherapy for Patients with Major Depression Disorder: Pilot Study," *Journal of Affective Disorders* 60 (2000): 191–95.
80. H. Verdeli et al., "Adapting Group Interpersonal Psychotherapy." P. Bolton et al., "Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda: A Randomized Controlled Trial," *JAMA* 289 (2003): 3117–24.
81. MacKenzie and Grabovac, "Interpersonal Psychotherapy Group."
82. R. Kessler, K. Mickelson, and S. Zhao, "Patterns and Correlations of Self-Help Group Membership in the United States," *Social Policy* 27 (1997): 27–47.
83. F. Riessman and E. Banks, "A Marriage of Opposites: Self-Help and the Health Care System," *American Psychologist* 56 (2001): 173–74. K. Davison, J. Pennebaker, and S. Dickerson, "Who Talks? The Social Psychology of Support Groups," *American Psychologist* 55 (2000): 205–17. J. Kelly, "Self-Help for Substance-Use Disorders: History, Effectiveness, Knowledge Gaps, and Research Opportunities," *Clinical Psychology Review* 23 (2003): 639–63. L. Adamsen, "From Victim to Agent: The Clinical and Social Significance of Self-Help Group Participation for People with Life-Threatening Diseases," *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Special Issue: The Challenging Complexity of Cancer Care Research) 16 (2002): 224–31. S. Barlow, G. Burlingame, R. Nebeker, and E. Anderson, "Meta-Analysis of Medical Self-Help Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 50 (2000): 53–69.
84. Riessman and Banks, "A Marriage of Opposites." Davison et al., "Who Talks?"
85. An unpublished study by a Turkish colleague comparing the therapeutic factors of AA and a professional therapy group (N = 44 patients) revealed that interpersonal learning input and output were ranked significantly higher by the therapy group, whereas universality, cohesiveness, and instillation of hope were chosen by the AA members (Cem Atbasoglu, personal communication, 1994).
86. Ibid.
87. S. Cheung and S. Sun, "Helping Processes in a Mutual Aid Organization for Persons with Emotional Disturbance," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 295–308. Riessman and Banks, "A Marriage of Opposites." Davison et al., "Who Talks?" M. Salzer, J. Rappaport, and L. Segre, "Professional Appraisal of Professionally Led and Self-Help Groups," *American Journal of Orthopsychiatry* 69 (1999): 536–40.
88. L. Roberts, D. Salem, J. Rappaport, P. Toro, D. Luke, and E. Seidman, "Giving and Receiving Help: Interactional Transactions in Mutual-Help Meetings and Psychosocial Adjustment of Members," *American Journal of Community Psychology* 27 (1999): 841–68. K. Prior and M. Bond, "The Roles of Self-Efficacy and Abnormal Illness Behaviour in Osteoarthritis Self-Management," *Psychology, Health, and Medicine* 9 (2004): 177–92.
89. Davison et al., "Who Talks?"
90. Kelly, "Self-Help for Substance-Use Disorders."

91. J. Tonigan, R. Toscova, and W. Miller, "Meta-Analysis of the Literature on Alcoholics Anonymous: Sample and Study Characteristics Moderate Findings," *Journal of Studies on Alcohol* 57 (1996): 65–72.
92. M. Lieberman and L. Snowden, "Problems in Assessing Prevalence and Membership Characteristics of Self-Help Group Participants," *Journal of Applied Behavioral Science* 29 (1993): 166–80. B. Carlsen, "Professional Support of Self-Help Groups: A Support Group Project for Chronic Fatigue Syndrome Patients," *British Journal of Guidance and Counselling* 31 (2003): 289–303.
93. Data are from PEW Internet and America Life Project (www.pewinternet.org), July 16, 2003.
94. J. Alleman, "Online Counseling: The Internet and Mental Health Treatment," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 39 (2002): 199–209. M. White and S. Dorman, "Receiving Social Support Online: Implications for Health Education," *Health Education Research* 16 (2001): 693–707. M. Lieberman, M. Golant, A. Winzelberg, and F. McTavish, "Comparisons Between Professionally Directed and Self-Directed Internet Groups for Women with Breast Cancer," *International Journal of Self-Help and Self Care* 2 (2004): 219–35.
95. S. Hopss, M. Pepin, and J. Boisvert, "The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Loneliness via Inter-Relay-Chat Among People with Physical Disabilities," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 40 (2003): 136–47. J. Walther, "Computer-Mediated Communication: Impersonal, Interpersonal, and Hyperpersonal Interaction," *Communication Research* 23 (1996): 3–43. Alleman, "Online Counseling." White and Dorman, "Receiving Social Support Online."
96. V. Waldron, M. Lavitt, and K. Douglas, "The Nature and Prevention of Harm in Technology-Mediated Self-Help Settings: Three Exemplars," *Journal of Technology in Human Services* 17 (2000): 267–93. White and Dorman, "Receiving Social Support Online." R. Kraut, M. Patterson, V. Lundmark, S. Kiesler, T. Mukopadhyay, and S. Scherlis, "Internet Paradox: A Social Technology that Reduces Social Involvement and Psychological Well-Being," *American Psychologist* 53 (1998): 1017–31.
97. H. Weinberg, "Community Unconscious on the Internet," *Group Analysis* 35 (2002): 165–83.
98. Alleman, "Online Counseling." A. Ragusea and L. VandeCreek, "Suggestions for the Ethical Practice of Online Psychotherapy," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 40 (2003): 94–102.
99. Hopss et al., "The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy."
100. K. Luce, A. Winzelberg, and M. Zabinski, "Internet-Delivered Psychological Interventions for Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 40 (2003): 148–54.
101. D. Tate, R. Wing, and R. Winett, "Using Internet Technology to Deliver a Behavioral Weight Loss Program," *JAMA* 285 (2001): 1172–77. A. Celio and A. Winzelberg, "Improving Compliance in On-line, Structured Self-Help Programs: Evaluation of an Eating Disorder Prevention Program," *Journal of Psychiatric Practice* 8 (2002): 14–20.
102. M. Zabinski et al., "Reducing Risk Factors for Eating Disorders: Targeting At-Risk Women with a Computerized Psychoeducational Program," *Journal of Eating Disorders* 29 (2001): 401–8. M. Zabinski, D. Wilfley, K. Calfas, A. Winzelberg, and C. Taylor, "An Interactive, Computerized Psychoeducational Intervention for Women at Risk of Developing an Eating Disorder," presented at the 23rd annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, Washington, D.C., 2002.
103. T. Houston, L. Cooper, and D. Ford, "Internet Support Groups for Depression: A 1-Year Prospective Cohort Study," *American Journal of Psychiatry* 159 (2002): 2062–68.
104. Ibid., 2066.
105. White and Dorman, "Receiving Social Support Online." D. Gustafson et al., "Development and Pilot Evaluation of a Computer-Based Support System for Women with

Breast Cancer," *Journal of Psychosocial Oncology* 11 (1993): 69–93. D. Gustafson et al., "Impact of a Patient-Centered, Computer-Based Health Information/Support System," *American Journal of Preventive Medicine* 16 (1999): 1–9.

106. Winzelberg et al., "Evaluation of an Internet Support Group."

107. M. Lieberman et al., "Electronic Support Groups for Breast Carcinoma: A Clinical Trial of Effectiveness," *Cancer* 97 (2003): 920–25.

108. M. Lieberman, personal communication, 2004.

109. Lieberman et al., "Comparisons Between Professionally Directed and Self-Directed Internet Groups."

CHAPTER 16

1. H. Coffey, personal communication, 1967. A. Bavelas, personal communication, 1967. A. Marrow, "Events Leading to the Establishment of the National Training Laboratories," *Journal of Applied Behavioral Science* 3 (1967): 144–50. L. Bradford, "Biography of an Institution," *Journal of Applied Behavioral Science* 3 (1967): 127–44. K. Benne, "History of the T-Group in the Laboratory Setting," in *T-Group Theory and Laboratory Method*, ed. L. Bradford, J. Gibb, and K. Benne (New York: Wiley, 1964), 80–135.

2. Benne, "History of the T-Group."

3. E. Schein and W. Bennis, *Personal and Organizational Change Through Group Methods* (New York: Wiley, 1965), 41.

4. *Ibid.*, 43.

5. J. Luft, *Group Processes: An Introduction to Group Dynamics* (Palo Alto, Calif.: National Press, 1966).

6. I. Wechsler, F. Messarik, and R. Tannenbaum, "The Self in Process: A Sensitive Training Emphasis," in *Issues in Training*, ed. I. Wechsler and E. Schein (Washington, D.C.: National Education Association, National Training Laboratories, 1962), 33–46.

7. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973). M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, "The Group Experience Project: A Comparison of Ten Encounter Technologies," in *Encounter*, ed. L. Blank, M. Gottsegen, and G. Gottsegen (New York: Macmillan, 1971). M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, "The Impact of Encounter Groups on Participants: Some Preliminary Findings," *Journal of Applied Behavioral Sciences* 8 (1972): 119–70.

8. These self-administered instruments attempted to measure any possible changes encounter groups might effect—for example, in self-esteem, self-ideal discrepancy, interpersonal attitudes and behavior life values, defense mechanisms, emotional expressivity, values, friendship patterns, and major life decisions. Much third-party outcome assessment was collected—evaluations by leaders, by other group members, and by a network of each subject's personal acquaintances. *The assessment outcome was strikingly similar to that of a psychotherapy project but with one important difference: since the subjects were not clients but ostensibly healthy individuals seeking growth, no assessment of target symptoms or chief complaints was made.*

9. M. Ettin, "By the Crowd They Have Been Broken, By the Crowd They Shall Be Healed: The Advent of Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988): 139–67. M. Ettin, "Come on, Jack, Tell Us About Yourself: The Growth Spurt of Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 39 (1989): 35–59. S. Scheidlinger, "History of Group Psychotherapy," in *Comprehensive Group Psychotherapy*, ed. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1993), 2–10.

10. M. Rosenbaum and M. Berger, *Group Psychotherapy and Group Function* (New York: Basic Books, 1963).

11. E. Lazell, "The Group Treatment of Dementia Praecox," *Psychoanalytic Review* 8 (1921): 168–79.

12. L. Marsh, "Group Therapy and the Psychiatric Clinic," *Journal of Nervous and Mental Disorders* 32 (1935): 381–92.

13. L. Wender, "Current Trends in Group Psychotherapy," *American Journal of Psychotherapy* 3 (1951): 381–404. T. Burrows, "The Group Method of Analysis," *Psychoanalytic Review* 19 (1927): 268–80. P. Schilder, "Results and Problems of Group Psychotherapy in Severe Neurosis," *Mental Hygiene* 23 (1939): 87–98. S. Slavson, "Group Therapy," *Mental Hygiene* 24 (1940): 36–49. J. Moreno, *Who Shall Survive?* (New York: Beacon House, 1953).

14. L. Horwitz, "Training Groups for Psychiatric Residents," *International Journal of Group Psychotherapy* 17 (1967): 421–35. L. Horwitz, "Transference in Training Groups and Therapy Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 14 (1964): 202–13. S. Kaplan, "Therapy Groups and Training Groups: Similarities and Differences," *International Journal of Group Psychotherapy* 17 (1967): 473–504.

15. R. Morton, "The Patient Training Laboratory: An Adaptation of the Instrumented Training Laboratory," in *Personal and Organizational Change Through Group Methods*, ed. E. Schein and W. Bennis (New York: Wiley, 1965), 114–52.

16. J. Simon, "An Evaluation of est as an Adjunct to Group Psychotherapy in the Treatment of Severe Alcoholism," *Biosciences Communications* 135 (1977): 141–48. J. Simon, "Observations on 67 Patients Who Took Erhard Seminars Training," *American Journal of Psychiatry* 135 (1978): 686–91.

CHAPTER 17

1. C. McRoberts, G. Burlingame, and M. Hoag, "Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective," *Group Dynamics* 2 (1998): 101–17. G. Burlingame, K. MacKenzie, and B. Strauss, "Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change," in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley, 2004), 647–96.

2. I. Yalom, "Problems of Neophyte Group Therapists," *International Journal of Social Psychiatry* 7 (1996): 52–59. L. Murphy, M. Leszcz, A. Collings, and J. Salvendy, "Some Observations on the Subjective Experience of Neophyte Group Therapy Trainees," *International Journal of Group Psychotherapy* (1996): 543–52. R. Billow, "The Therapist's Anxiety and Resistance to Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 225–42. S. Scheidlinger, "Response to 'The Therapist's Anxiety and Resistance to Group Psychotherapy,'" *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 295–97.

3. S. Feiner, "Course Design: An Integration of Didactic and Experiential Approaches to Graduate Training of Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 439–60. A. Fuhrman and G. Burlingame, "Group Psychotherapy Training and Effectiveness," *International Journal of Group Psychotherapy* 5 (2001): 399–416. H. Markus and A. Abernethy, "Joining with Resistance: Addressing Reluctance to Engage in Group Therapy Training," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 191–204. H. Markus and D. King, "A Survey of Group Psychotherapy Training During Predoctoral Psychology Internship," *Professional Psychology, Research, and Practice* 34 (2003): 203–9.

4. American Group Psychotherapy Association, "Guidelines for Certification: Group Psychotherapy Credentials." Available at www.agpa.org.

5. N. Taylor, G. Burlingame, K. Kristensen, A. Fuhrman, J. Johansen, and D. Dahl, "A Survey of Mental Health Care Provider's and Managed Care Organization Attitudes Toward, Familiarity With, and Use of Group Interventions," *International Journal of Group Psychotherapy* 51 (2001): 243–63.

6. B. Schwartz, "An Eclectic Group Therapy Course for Graduate Students in Professional Psychology," *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 18 (1981): 417–23.

7. Although didactic courses are among the *least* effective methods of teaching, over 90 percent of psychiatric residency teaching programs use them. E. Pinney, "Group Psychotherapy Training in Psychiatric Residency Programs," *Journal of Psychiatric Education* 10 (1986): 106.

8. J. Gans, J. Rutan, and E. Lape, "The Demonstration Group: A Tool for Observing Group Process and Leadership Style," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 233–52.

9. See I. Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1983), 259–73, for a full discussion of this format.

10. To order, go to psychotherapy.net/ and click on "videotapes." V. Brabender, "Videotape Resources for Group Psychotherapists: A 5-Year Retrospective," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 253–63. Brabender (2002) has completed a detailed summary of currently available video tape training resources. A particularly effective approach in training that is often used in clinical trials is an intensive workshop in which trainees watch videotape segments of group therapy—led well and poorly. Trainees then discuss how they understand what they observed; what worked and why; what failed and why; what alternative approaches could be used?

11. H. Bernard, "Introduction to Special Issue on Group Supervision of Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 153–57.

12. Murphy et al., "Some Observations on the Subjective Experience." J. Kleinberg, "The Supervisory Alliance and the Training of Psychodynamic Group Psychotherapists," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 159–79. S. Shanfield, V. Hetherly, and D. Matthews, "Excellent Supervision: The Residents' Perspective," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 23–27. M. Bowers Jr., "Supervision in Psychiatry and the Transmission of Values," *Academic Psychiatry* 23 (1999): 42–45. M. Leszcz, "Reflections on the Abuse of Power, Control, and Status in Group Therapy and Group Therapy Training," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 389–400.

13. A. Alonso, "On Being Skilled and Deskilld as a Psychotherapy Supervisor," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 9 (2000): 55–61.

14. M. Leszcz and L. Murphy, "Supervision of Group Psychotherapy," in *Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision*, ed. S. Greben and R. Ruskin (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994), 99–120. Shanfield et al., "Excellent Supervision."

15. M. Hantoot, "Lying in Psychotherapy Supervision: Why Residents Say One Thing and Do Another," *Academic Psychiatry* 24 (2000): 179–87.

16. G. Burlingame et al., "A Systematic Program to Enhance Clinician Group Skills in an Inpatient Psychiatric Hospital," *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 555–87.

17. Murphy et al., "Some Observations on the Subjective Experience."

18. G. Ebersole, P. Leiderman, and I. Yalom, "Training the Nonprofessional Group Therapist," *Journal of Nervous and Mental Disorders* 149 (1969): 294–302.

19. L. Tauber, "Choice Point Analysis: Formulation, Strategy, Intervention, and Result in Group Process Therapy and Supervision," *International Journal of Group Psychotherapy* 28 (1978): 163–83.

20. H. Roback, "Use of Patient Feedback to Improve the Quality of Group Therapy Training," *International Journal of Group Psychotherapy* 26 (1976): 243–47.

21. J. Elizur, "'Stuckness' in Live Supervision: Expanding the Therapist's Style," *Journal of Family Therapy* 12 (1990): 267–80. V. Alpher, "Interdependence and Parallel Processes: A Case Study of Structural Analysis of Social Behavior in Supervision and Short-Term Dynamic Psychotherapy," *Psychotherapy* 28 (1991): 218–31.

22. A. Alonso, "Training for Group Psychotherapy," in *Group Therapy and Clinical Practice*, ed. A. Alonso and H. Swiller (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993), 521–32. Leszcz and Murphy, "Supervision of Group Psychotherapy."

23. D. Altfeld, "An Experiential Group Model for Psychotherapy Supervision," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 237–54. E. Counselman and R. Weber, "Organizing and Maintaining Peer Supervision Groups," *International Journal of Group Psychotherapy* 54 (2004): 125–43.
24. D. Janoff and J. Schoenholtz-Read, "Group Supervision Meets Technology: A Model for Computer-Mediated Group Training at a Distance," *International Journal of Group Psychotherapy* 49 (1999): 255–72.
25. C. Classen et al., "Effectiveness of a Training Program for Enhancing Therapists' Understanding of the Supportive-Expressive Treatment Model for Breast Cancer Groups," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 6 (1997): 211–18. H. Verdeli et al., "Adapting Group Interpersonal Psychotherapy for a Developing Country: Experience in Rural Uganda," *World Psychiatry* 2 (2002): 114–20. S. Feiner, "Course Design: An Integration of Didactic and Experiential Approaches to Graduate Training of Group Therapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 48 (1998): 439–60.
26. Pinney, "Group Psychotherapy Training in Psychiatric Residency Programs." J. Gans, J. Rutan, and N. Wilcox, "T-Groups (Training Groups) in Psychiatric Residency Programs: Facts and Possible Implications," *International Journal of Group Psychotherapy* 45 (1995): 169–83. V. Nathan and S. Poulsen, "Group-Analytic Training Groups for Psychology Students: A Qualitative Study," *Group Analysis* 37 (2004): 163–77.
27. M. Aveline, "Principles of Leadership in Brief Training Groups for Mental Health Professionals," *International Journal of Group Psychotherapy* 43 (1993): 107–29.
28. E. Coche, F. Dies, and K. Goettelmann, "Process Variables Mediating Change in Intensive Group Therapy Training," *International Journal of Group Psychotherapy* 41 (1991): 379–98. V. Tschuschke and L. Greene, "Group Therapists' Training: What Predicts Learning?" *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (2002): 463–82.
29. D. Scaturro, "Fundamental Clinical Dilemmas in Contemporary Group Psychotherapy," *Group Analysis* 37 (2004): 201–17.
30. Aveline, "Principles of Leadership in Brief Training Groups."
31. C. Mace, "Personal Therapy in Psychiatric Training," *Psychiatric Bulletin* 25 (2001): 3–4.
32. J. Guy et al., "Personal Therapy for Psychotherapists Before and After Entering Professional Practice," *Professional Psychology: Research and Practice* 19 (1988): 474–76.
33. J. Norcross, "Personal Therapy for Therapists: One Solution, 96th annual meeting of the American Psychological Association: The Hazards of the Psychotherapeutic Practice for the Clinician (1988, Atlanta, Georgia)," *Psychotherapy in Private Practice* 8 (1990): 45–59. J. Prochaska and J. Norcross, "Contemporary Psychotherapists: A National Survey of Characteristics, Practices, Orientations, and Attitudes," *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 20 (1983): 161–73.
34. D. Weintraub, L. Dixon, E. Kohlhepp, and J. Woolery, "Residents in Personal Psychotherapy: A Longitudinal Cross-Sectional Perspective," *Academic Psychiatry* 23 (1999): 14–19.
35. I. Yalom, *The Gift of Therapy* (New York: HarperCollins, 2003).
36. N. Elman and L. Forrest, "Psychotherapy in the Remediation of Psychology Trainees: Exploratory Interviews with Training Directors," *Professional Psychology: Research and Practice* 35 (2004): 123–30. L. Beutler et al., "Therapist Variables," in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., ed. M. Lambert (New York: Wiley, 2004), 647–96. The research in this area is problematic. There is substantial evidence that therapist psychological well-being is associated with better clinical outcomes but personal psychotherapy is not. Perhaps the best explanation for these findings is that engaging in personal psychotherapy by itself is not synonymous with psychological well-being. Many practitioners may have long struggled personally and not yet achieved what they need from their personal psychotherapy. Even so, personal psychotherapy makes therapists more resilient in the face of the demands of the clinical work.

37. The Canadian Group Psychotherapy Association, as of 1986, required ninety hours of personal experience in either a bona fide therapy group or a prolonged experiential workshop with other professionals (Kent Mahoney, personal communication, 1994). J. Salvendy, "Group Therapy Trainees as Bona Fide Members in Patient Groups," in *Group and Family Therapy*, ed. L. Wolberg and M. Aronson (New York: Brunner/Mazel, 1983). R. Alnoes and B. Sigrell, "Evaluation of the Outcome of Training Groups Using an Analytic Group Psychotherapy Technique," *Psychotherapy and Psychosomatics* 25 (1975): 268-75. R. Dies, "Attitudes Toward the Training of Group Psychotherapists," *Small Group Behavior* 5 (1974): 65-79. H. Mullan and M. Rosenbaum, *Group Psychotherapy* (New York: Free Press, 1978), 115-73. M. Pines, "Group Psychotherapy: Frame of Reference for Training," in *Psychotherapy: Research and Training*, ed. W. DeMoor, W. Wijngaarden, and H. Wijngaarden (Amsterdam: Elsevier/North Holland Biomedical Press, 1980), 233-44. J. Salvendy, "Group Psychotherapy Training: A Quest for Standards," *Canadian Journal of Psychiatry* 25 (1980): 394-402. R. Battegay, "The Value of Analytic Self-Experiencing Groups in the Training of Psychotherapists," *International Journal of Group Psychotherapy* 33 (1983): 199-213.
38. Coche et al., "Process Variables Mediating Change."
39. Counselman and Weber, "Organizing and Maintaining Peer Supervision Groups."
40. E. Bein et al., "The Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in Therapeutic Outcome," *Psychotherapy Research* 10 (2000): 119-32. B. Wampold, *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings* (Mahwah, N.J.: Erlbaum, 2001). I. Elkin, "A Major Dilemma in Psychotherapy Outcome Research: Disentangling Therapists from Therapies," *Clinical Psychology: Science and Practice* 6 (1999): 10-32. S. Miller and J. Binder, "The Effects of Manual-Based Training on Treatment Fidelity and Outcome: A Review of the Literature on Adult Individual Psychotherapy," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 39 (2002): 184-98.
41. Burlingame et al., "Small-Group Treatment."
42. E. Silber and J. Tippet, "Self-Esteem: Clinical Assessment and Validation," *Psychological Reports* 16 (1965): 1017-71.
43. S. Holmes and D. Kivlighan, "Comparison of Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Processes," *Journal of Counseling Psychology* 47 (2000): 478-84.
44. M. Lieberman and I. Yalom, "Brief Psychotherapy for the Spousally Bereaved: A Controlled Study," *International Journal of Group Psychiatry* 42 (1992): 117-33.
45. S. Leacock, "Gertrude the Governess or Simple 17," *A Treasury of the Best Works of Stephen Leacock* (New York: Dodd, Mead, 1954).