

· 经验交流 ·

有精神病性症状抑郁症的动力取向治疗

邓 梅,冉江峰[△]

(重庆市精神卫生中心医学心理咨询中心 401147)

摘 要:目的 介绍对有精神病性症状的抑郁症患者采取动力取向治疗的过程和方法。方法 对符合 CCMD-3 有精神病性症状抑郁症的诊断标准的患者采取动力取向治疗。结果 采用动力取向治疗对有精神病性症状的抑郁症患者有较好的理解和疗效。结论 在治疗有精神病性症状的抑郁症患者中,动力取向治疗值得应用和进一步地研究。
关键词:抑郁症;动力取向治疗;精神病性症状
doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.04.010 文献标识码:B 文章编号:1671-8348(2014)04-0409-02

动力取向心理治疗是根植于弗洛伊德创建的精神分析学说。其理论模型是建立在对生物和心理社会因素整合之上的^[1]。精神分析学说迄今已有 100 年的历史,它作为一种心理治疗技术,国外有大量的实践证明其有效性,而国内实践者甚少^[1-3]。本文通过介绍笔者应用动力取向治疗 1 例有精神病性症状的抑郁症患者的实践,探讨该治疗方法在临床工作中应用的前景。

1 资料与方法

1.1 一般资料 来访者女性,28 岁,未婚,大学本科学历,自由职业,无宗教信仰。其身高约 1.5 m,体型偏瘦、长脸、嘴角下垂、大眼、眼球突出,给人以恐惧感,面部表情让人感到她似乎有很多委屈。其身穿白色衣服和短裤,肩上斜挎着一个背包,走路时像是在跳,步入诊室后她东张西望,流露出不安。

她用忽高忽低的声音讲述其来诊的原因:自诉今年 3 月份漫无目的地来到重庆,近几个月出现情绪低落,情绪起伏大,无故想发脾气。外界很小刺激都让其无法忍受,有时出现整夜不眠,时有从楼上跳下去的冲动。且生活无规律,大多数时间躺在租赁房床上,以零食充饥,没有饥饿感。她把自己经营的网店关闭,不愿与人交流。曾到重庆某医院心理科就诊,诊断“抑郁症”服用百忧解、再普乐等药物治疗,自感没有效果,已停药 3 个多月。

来访者讲述曾在 2007 年恋爱失败后出现过精神病性症状:感到有人要杀死自己,有人跟踪自己,有人在可乐里下毒等,甚至跑到派出所报案求救,当时到四川某院精神科就诊,诊断“精神分裂症?”“抑郁症”,本人拒绝服药,随着时间的推移,半年后上诉症状自行消除。

1.2 背景资料 来访者自述:其来自农村,有一个小她 5 岁的弟弟,母乳喂养到 1 岁被送到外婆家养育半年,之后回到父母身边。其母在来访者 2 岁时生下一个妹妹,但妹妹不久夭折。父亲因妹妹的出生被开除公职。记忆中深爱她的爷爷在 7 岁左右患肝癌离世。11 岁时离开农村到城里读小学 5、6 年级,其间常被同学取笑“土包子”。在中专时被同学约去卡厅玩耍被卡厅老板强奸,为此辍学,并偷了家里的钱离家出走。半年后又回到某大学读大专,实习期间交往一男友为其带教老师。在恋爱的 2 年中,她情绪反复无常,常常追查对方的行踪以及手机,生气后常吃药威胁要自杀。最后因对方原因而恋爱结束。来访者大专毕业后做了 1 年导游,之后再回到大学完成了本科学业。在毕业时认识了外地的 1 名包工头,其跟随对方去

到外地。之后得知对方是建筑工程方面的项目经理,且有家室。该男友对她体贴入微,自认为那男人给了她第二次生命。后被男友妻子发现,此男友选择了他的家庭,来访者为此绝食数天,感到撑不下去而向男友求救。自感当时精神恍惚,感觉有人要跟踪、毒死她,为此去公安局报警。后来她选择离开这个城市,来到了离家出走时曾去过的城市。在该城市待了半年,于 2009 年初来到了重庆。同年 9 月来咨询中心就诊。

来访者自述:父亲曾是国家公务员,因超生被开除公职,后经商至今。其排行老三,兄妹共 8 人,关系不融洽。当父亲得知她被强奸后,没有给以安慰,而随手打了她,并说她给家族丢了脸。母亲为农村妇女,排行老四,有一位同父异母的姐姐和两位哥哥。外公酗酒,脾气很坏,经常毒打外婆和两位舅舅,从不打母亲。但每次打家人时外公都要求母亲在场。来访者自小记忆中的母亲都是不快乐的。父母经常吵架,母亲在父亲家族中没有地位,母亲称在怀着自己的时候就很想堕胎,曾为此喝过打胎药。还称在怀上来访者时候常梦见家里的东西被搬光了,而怀着弟弟时做的梦常是家里东西越来越多,过的是好日子。来访者认为自己拖累了母亲,自己有罪,常常责怪自己不够好,有时又认为自己做错了事却不知道错在哪里,认为母亲从未表扬过她,母亲对她的评价是又懒又好吃还要打弟弟,自己很伤心,常常反问自己就没有优点吗?从小记忆中最多的是挨打和不准吃饭,而且母亲打起人来像疯了似的会一直打下去。14 岁之前自杀过 3 次,一次怕挨打喝了大量酒,并认为睡着了就没事;另一次是为了逃避惩罚而吃药自杀;第 3 次是对家感到绝望而割腕自杀。当父母发现她割腕后,首先是用皮带狠狠抽打及教训她,然后才送往医院急救。

1.3 治疗方法 治疗每周 1 次,每次 50 min,从 2009 年 9 月到 2012 年 10 月持续 3 年治疗结束。因来访者有反复自杀史,故在治疗初期与来访者签订不自杀协议。协议规定,如果自杀行为出现心理治疗就终止,并将把她转入住院部住院治疗。

2 结 果

治疗初期,因为治疗师接纳、温和的态度来访者很快出现正性移情,在第 4 次治疗结束时来访者提出要增加心理治疗为 1 周 2 次。

随着治疗进行,由于治疗师的节制和中立,来访者潜意识的冲突、早年的客体关系特征逐渐在诊室里展现,患者更多的表现是自说自的,同时汇报出大量的恐怖的梦境,治疗师体会到来访者深深的孤独和无助。

随着治疗师的理解和接纳,治疗持续进展,在治疗第 40 次后,来访者报告的梦中注入了新的希望,进一步反映出来访者的内在客体关系发生着变化。梦境反映出来访者从初期独自一人承受恐惧,到目前这个阶段同样经历一些恐怖情景,但其内在的破坏客体在发生变化,似乎内化了治疗师的一部分,并在内部出现保护性的内在客体,或是其内产生了力量与恐惧斗争。

随着治疗进展,来访者的噩梦越来越少,期间她学习了心理咨询师课程,还外出找工作。她开始从幻想世界走进现实世界。这些对来访者而言是很大的挑战,但她表示自己在努力克服。她对自己评价也不是那么非白即黑的分裂防御方式。1 个月后其决定治疗结束,她选择到外地开旅馆。她自我解释,开旅馆是能为给更多旅途中的人提供歇脚的地方或是让身在异乡的人有回家的感觉。这些都反映出来访者内在的世界已准备好过新生活 and 接受新挑战。内在世界的变化会影响到来访者的外显行为,其外在行为也会发生相应的变化。

3 讨 论

来访者主要的症状以情绪低落为主,同时还有兴趣丧失、疲乏、反复的自杀行为、睡眠障碍、食欲减退、存在片段的、短暂的被害妄想等精神病性症状,符合 CCMD-3 有精神病性症状抑郁症的诊断标准^[4]。其成长的经历提供,该来访者有一个施虐的母亲,粗暴的父亲;曾有被强暴的历史,两性关系不稳定,不是猜疑男友,就是给人当情妇,或是在网络上随便找男友。

动力取向心理治疗是根据经典精神分析、自我心理学、客体关系、自体心理学四个方面对来访者内在的心理世界进行立体的、全面的、深入的理解和探查,即包括了对来访者的情绪和愿望、防御机制、认知模式、自尊的条件、人际关系的内化记忆等方面进行评估和探讨^[1,5]。

通过对该来访者动力取向的心理治疗,可以进一步地对有精神病症状的抑郁症的动力学理解有所了解。这类来访者的内心主要冲突起源于前恋母期(口欲期),患者早年生活经历中有明显的母婴关系紊乱。在跟这类患者工作的时候,由于其独特的起源于婴儿早期并以紊乱的客体关系为主要特征心理病症,同时以分裂、投射性认同为主的原始的防御机制,再加上重大创伤事件,进一步激活其早期紊乱的客体关系或是严重地破坏了患者的自我整合功能,所以导致来访者会把大量恐惧、破坏的、坏的客体投射出来,导致治疗师出现混乱、僵化、无所适从、甚至无法思考或是用全能不可战胜的姿态来防御来访者投射出的部分。

理解了患者的内在客体关系和防御机制后,笔者对来访者表现出来的症状和行为就比较容易理解了^[6-9]。她在现实中怀疑自己的男友,对有妇之夫却认为是对自己最好的,或是在网络上随便交友。都反映出她不断地把内在的坏的客体投射出去,同时让自己重复小时候被抛弃、被虐待的经历。来访者常常用投射、分裂的防御方式^[10-12],让自己不用体验到内在的焦虑和恐惧,甚至对焦虑和恐惧的原因变得模糊,最后只好选择感到外在的危险(妄想)、麻木(抑郁)、自杀的方式逃避客体的拒绝或惩罚。

对其常用的原始的防御机制(如:投射、分裂),并发展出较成熟的防御机制。因此,需要治疗师保持足够好的状态,给来访者足够的涵容,提供安全可靠的治疗空间跟随来访者。同时治疗师不被反移情所左右,始终能保持客观中立的治疗师的角色,让患者在治疗的关系中,体验和修补其过去生活中导致的创伤。

通过治疗,来访者的症状消失,情绪趋于稳定,现实检验能力得到发展,患者观察性自我得到发展,能对他人理解,患者的客体关系也由二元关系向三角关系转变。患者的生活计划也发生着积极的变化,准备到旅游景点开一个驿站,而不是像初期经常是一个人独自在出租的房子里悲戚。

综上所述,治疗有精神病症状的抑郁症的来访者是一个艰巨的工作,此例患者通过动力取向的心理治疗得到了长足的进步。但是因为是个案,所以该种疗法要进一步的推广,需更大量本的案例和循证医学支持。

参考文献:

- [1] Gabbard GO. GABBARD 精神障碍治疗学[M]. 赵靖平, 王立伟, 郝伟, 等, 译. 北京:人民卫生出版社, 2010:279-282.
- [2] Ursano RJ, Sonnenberg SM, Lazar SG. 心理动力学治疗简明指南[M]. 林涛, 王丽颖, 译. 北京:人民卫生出版社, 2010:1-7, 20-27.
- [3] Jonathan S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy [J]. American Psychologist, 2010, 2(65):98-109.
- [4] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 山东:山东科学技术出版社, 2001:83-91.
- [5] Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. 精神病学教科书[M]. 张明圆, 肖泽萍, 译. 5 版. 北京:人民卫生出版社, 2010:798-814.
- [6] Cashdan S. 客体关系心理治疗理论、实务与案例[M]. 鲁小华, 译. 北京:中国水利水电出版社, 2006:29-55.
- [7] 王国芳, 吕英军. 客体关系理论的创建与发展:克莱茵和拜昂研究[M]. 福建:福建教育出版社, 2011:100-136, 251-296.
- [8] 郝浩丽. 客体关系理论的转向:温尼科特研究[M]. 福建:福建教育出版社, 2008:40-73.
- [9] 徐萍萍, 王艳萍. 独立学派的客体关系理论:费尔贝恩、巴林特研究[M]. 福建:福建教育出版社, 2010:49-114.
- [10] Blackman JS. 心灵的面具:101 种心理防御[M]. 毛文娟, 王韶宇, 译. 上海:华东师范大学出版社, 2011:15-20.
- [11] Davy J, Cross M. 障碍、防御与阻抗[M]. 赵静, 译. 北京:北京大学医学出版社, 2007:55-88.
- [12] Grant J, Crawley J. 移情与投射[M]. 张黎黎, 译. 北京:北京大学医学出版社, 2008:21-39.

(收稿日期:2013-10-01 修回日期:2013-12-10)