

# 建构现实的伦理

## On the ethics of constructing realities

<http://www.sikt.nu/publications/>

作者：哈里·科曼

Author: Harry Korman

1997-08-27

译者：虞蓉蓉、马艳、许维素

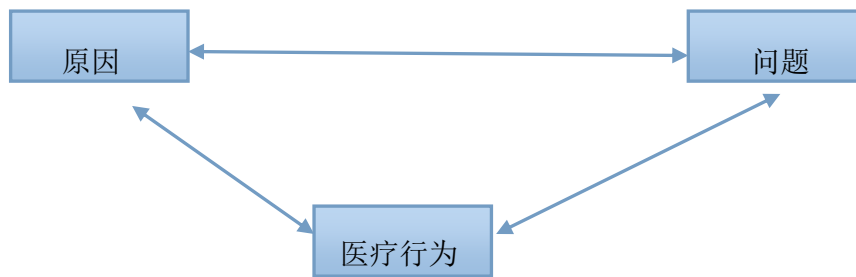
Translators: Rong-Rong Yu; Yan Ma ; Wei-Su Hsu

一个男人到他的裁缝那里试穿他的新西装，抱怨这件合身的西装从后面看上去并不是很完美。裁缝要他把身体向前倾然后再看看。从这个角度再看时，外套非常的漂亮。这个男人接着又抱怨西装的袖子，裁缝让他抬起了胳膊。他又发现左腿上也有类似的问题；解决的方法是得弯曲左腿。最后，这个男人感到非常满意地穿着他的新西装走了出去。

这个男人身体向前倾着，一只胳膊伸在空中、一条腿弯着，一瘸一拐地走在街上。路上有两个人看见他走过来，其中的一个人对另一个人说道：“天啊，你看到了吗，我可不想象他成为那样的残疾。”另一个人看了看，一边点头一边附和：“我也是，但——他一定有一个令人惊叹的天才裁缝。”

在当今的西方世界，我们将情绪现象当作物理现象一样来看待（如同发烧，皮疹和喉头炎）。如同我们研究生理疾病时采用的基本方法一样，我们尝试着将这些现象归类、研究，并进行解释。

创造这种归类法的目的是为了让医生/治疗师知道该怎么办。这里有一个基本信念是：当我们把“症状”归类组合在一起，不管是瘾症、神经症、精神分裂症，酗酒，纠缠的家庭等，然后，根据这些特定基本条件以一种特定名称来称呼之，此时，将会出现配合这些特定病名的肇因，出现特定的治疗知识，包括心理上或生理上的方法。我们也将相同方法用在生物医学方面，而这些方法并不被认为足以修改或改变我们所看到的事物。喉头痛就是喉头炎，焦虑就是焦虑症，精神分裂就是精神分裂症，无论我们如何观察/描述和谈论它们，这些症状都独立地存在着。是以，这样的归类总暗示着一个“潜在”的问题、困扰或疾病的存在。所谓“异常的”表现也经常会有潜在的原因，如个体的、环境的、生理的、或这些原因的不同组合，传统的治疗方法认为找到这些原因对治疗是至关重要的。



图一

这个疾病模式很容易被人理解。有些人出现了一个问题，称作喉头炎。医生给病人检查后确定了根本的诱因---感染---然后给予适当的治疗。

在精神病学目前的知识水平上，有一个被公认的事实是：我们也许不知道这些潜在“疾病”的“真正原因”，但假设更多的研究将会产生一些知识，这些知识将会使我们创造出特定的治疗方法。这种说法也许是对的，但也可能是错的。还有一个可能，就是我们完全处于错误的方向上。当然，也可能像后现代思想家对语言中论及问题的存在或引发，如结果、原因、诱因和影响等的歧异定义。假如真是这样的话，那我们今天的努力，还是会走进一个死胡同。

我们只能看到我们所描述的，就好像我们只能描述我们所看到的。我们对这个世界的认知感受，乃基于我们对所发生事情的描述。我们用来认知和感受这个世界的这个理论，将会决定我们当前的目光所向，而且，当我们提出思考的问题时，我们将会获得的事实也是符合这一个理论的设定而已（如：这套西装非常合适，仅仅弯起你的脚一点点，你就会发现它非常地适合你）。

## 案例

**Lena** 今年 11 岁，她两周前因为不能行走被送到医院。这两个星期以来，她做了各项的检查，也已经排除所有可能她导致不能行走的各种生理原因。

作为儿童精神病学顾问的我被叫进儿科病房里。从 **Lena** 的转介病历表上我清楚地了解到，她被看成是一个“儿童精神病实例”---“强烈的怀疑转化综合症。从她的状态看，她并不难过，她甚至能笑着谈论她无法行走这件事。”

我曾经受过传统精神病院的诊断和评估训练。大约 15 年前，我试着学习结构派和策略派家庭疗法。但是，到目前为止，在儿童精神病学和门诊的戒毒治疗方面，近十年来，我使用的越来越多是焦点解决疗法。

如果是在 20 年前，我会试着从 **Lena** 的背景和实际社会地位等层面，开始与 **Lena** 和她的妈妈进行会谈。在会谈之前的 2-3 周，我会费尽心思地寻找到底是什么原因让 **Lena** 的潜意识在当时要去决定她最好不要行走。我看问题的方式都会关注在这个问题会获得什么样的主要和次要利益，接着再调查依赖性的问题。

如果是在 15 年前，我的会谈会从试图了解她、她的妈妈以及身边重要的人如何看待这一情况的想法开始介入了。为了要了解她和她的妈妈的关系，我可能会在晤谈中激发他们真实的互动出来。为了得到一个清晰的家庭界限和子系统的情况，我会多次询问

关于她爸爸的问题，从而了解这些问题如何符合于她的家庭结构。

通过理论与方法相结合的方式，我会努力了解她状况的肇因，最后得到两个解释。第一种的解释是：“她得了转化症性瘫痪”，第二种的解释是对家庭结构的诊断：“家庭系统的边界模糊”。

这两个解释都会给出一个儿童精神治疗的评估（在瑞士）---对原因的一个解释---以便收录我的档案柜子里她的病历档案里。这两种方法也都能引导治疗的方法。第一种方法最有可能会建议长期的个体心理治疗，第二种方法则会采用结构派和策略派的家庭治疗。在一个特定的思考模型里进行诊断时，通常也会导致所做的治疗，是局限在这个模式之中的。

## 会谈

当我们（我和实习生）到达儿科病房的时候，Lena 躺在床上，她的妈妈坐在床边的椅子上。当我们坐下来介绍自己是儿童精神病医生的时候，她们都有礼貌地笑了笑。我抬头看着 Lena 并问她：“你擅长做什么事情？”

她看了看一言不发的妈妈，转向我，困惑地问：“你是指在学校还是.....？”

“是的”，我说道，她想了一会儿然后回答：“画画”。她想了好一会儿，又看了看她的妈妈，然后继续说道：“涂色也很有趣。我也很擅长英文。”我又问她“还有其它的吗？”她回答：“骑自行车”。我转过去问她的妈妈：“她还有其它专长吗？”

“她擅长管理她的钱。她擅长帮家里的忙。在打扫家务方面也很在行。”

我咕哝着说含糊的说了句“好”，一边做笔记，一边指着她的妈妈，再次问 Lena：“那她（妈妈）擅长什么呢？”“她很擅长拨弄她的头发！”Lena 说道，妈妈笑着低下了头，这时能很清楚地看到理发美容师给她做的发型（电烫发），然后 Lena 也笑了。我笑着说：“我懂你的意思”，她也对我以笑回应着。

“现在我想问你一个很不一样的问题”，我对 Lena 说。“假设你今天能回家，到了晚上你可以上床睡觉，当你睡着的时候一个奇迹发生了（她疑惑地看着我，所以我接着说）“一个奇迹---（她点头表示理解）---明天，让你来到这里的那个问题消失了。”Lena 点了点头，于是，我接着说了下去。“但是当奇迹发生时你正在熟睡，你并不知道它发生了。那么明天会有什么不同，使你知奇迹发生了？”

她想了很久，然后她说她会先起床，洗漱后，穿上衣服。接着，她会“走”（她强调了“走”这个词，在瑞典语里，这个词有去和走两个意思）到厨房，享用她平时的早餐。之后，她会去学校，在去学校的路上，她会遇到朋友，然后会和她的朋友在一起。

我点了点头说：“当她们看到你走了，他们会有怎样的反应呢？”她立刻回答“她们会很开心”。我猜想她们也会觉得惊讶，她也同意这说法。她又想了一会儿，然后说，在去学校的路上她们和她的朋友一定会一起玩耍，跳过水坑，为了不迟到，会在离学校还有几百米的时候开始奔跑，“因为一直都是这样的”。

我思索了一会儿，如果她上学经常迟到，或经常在离学校几百米的时候开始奔跑，又或者两者都有，然后我判定这些内容和我这次会谈的目的毫无关系。所以我继续问她：“还有其它不一样的吗？”

上课期间的事不会是不同的，因为无论如何，上课时都只是坐着。但是，在课间时，她会和她的朋友一起玩耍，她会玩跳绳，玩捉迷藏。到了下午放学的时候，她会去滑溜冰鞋。而每一个人都因为她能再次行走、能与大家一起玩耍，而感到很快乐。

我提出一系列补充性的问句，让她列举了她的朋友、父母、祖父母和老师会怎么反应和表现。她描述到她为自己感到骄傲，她的朋友会感到快乐，她的父母和祖父母（原本会感到担心的人）也会为她感到骄傲。

她持续地兴奋，从床上坐直了，在对话进行了 25 分钟的时候，突然说：“我已经准备好开始练习了。”

“怎么练习？”我询问道。她展示了之前练习的方法：如何通过自己的手臂拉伸和弯曲自己的腿。我疑惑着问，到目前为止，她是否敢试着去依靠“自己的腿”站起来。她的回答是不行，但是当我把她从床上抱起来，让她踩在地上时，她成功地踉跄了几步之后，犹豫了一下，她还是接受了。“哇啊”，我为她欢呼鼓掌，“太神奇了，你真的可以为自己感到骄傲！”她害羞地笑了，看了看正在为她鼓掌的妈妈，虽然她妈妈并没有跟我一样热情。Lena 又笑了，我帮忙她回到自己的床。

“在一个量尺上有 1 到 10，10 代表你确认你想要非常努力去解决问题，你现在的状态在几分？”我问道。她回答 10。

“你有多确定你将会解决这个问题？”

“7”，她回答。同样的问题，她妈妈的回答是 10。

经过短暂的谈话之后，事情显然已经向正确的方向发展。我解释我们需要暂停一下，因为我要想一想并和我的同事讨论一下我们所看到的情况，然后思考任何会有帮助的想法。之后，我们便离开了房间。

## 困惑

每个人都知道梦想。当“梦想着一个梦想(dreaming the dream)”是一个现实(reality)，不管之后觉得这梦想看似多么地离奇。尤其，在睡觉状态下，几乎不可能对梦的内容进行“真实性测验”。走出房间，在我的脑海里只有一个想法。这不可能是转化症，这和“泰然漠视(la belle indifférence)”没有一丝关系。没有看到什么是她的诱发因素，也没有个性特质指向于转化症。这个女孩想要用腿走路，也正在为之付出很大努力。儿科医生一定是漏掉了什么！我把这些告诉了陪同的实习生，于是我们一起开始检查他的医疗记录，检查他们是不是把所有情况都考虑到了？

这是一个很厚的档案，我们可以看到她已经被任何一种机器扫描过，她的每一种体液也都被检查过。在生理方面，同事已经检查了能诱发麻痹的各种罕见和不寻常原因的迹象。最终，我们不得不给出的结论是，我们并没有比矫形外科和儿科的同事聪明多少。

我很困惑。精神病学应该是我的专业领域，我不得不给我的同事一些答案。会不会什么想法曾经闪过我的脑海，可是当时我却没有捕捉到。我所想的都是，我找不到任何精神病学的诊断，我也陷入了和我的同事同样的瓶颈，那些瓶颈类似于平日会指责他们无法找到生理因素的瓶颈一般。也就是说，当你已经排除了任何生理层面的原因，那么你便会推断这个病就是精神疾病。我很尴尬不安。对我来说，唯一的欣慰之处是，我注

意到在档案中，生理方面的医生和我分别检查了不同的地方。档案中有类似于这样的词组：“未被自己严重的症状困扰。当谈论到她不能走路能保持微笑”会否是一些讯号表明了部分的“泰然漠视”。这让我想起之前在转诊病人单上同样的内容。

最后，我做出决定。焦点解决会谈的内容应是可靠，至少我认为在某种程度上一定是可以应用于目前这个情况。为了完成治疗会谈对话，我回到我自己对治疗的看法与理论。依据“治疗是一个系统（therapy as a system）”的框架，我做出我的“治疗诊断”。

1、她告诉我，她有个问题。

2、她告诉我，她想要去“做些什么”（至少是努力地）去解决这个问题。

3、她描述了她已经开始做的一些有效的方法了。

4、评估治疗关系，我认为，如果我让她做一些事情，她是有可能愿意去做的，只要对她而言是有意义的。

我思考路径是：既然她已经开始做了一些让她有进步的事情，继续多做这些事，一定会有帮助。

对于这样聪明和敏锐的孩子，想些赞美的话，并不是一件难事。我迅速准备了这次会谈的总结回馈，然后回到房间。Lena 和她妈妈正期待地看着我们。

我先对她妈妈说：“我对你女儿印象深刻。她对家里的帮忙，她已经能保管自己的钱，她有这么多元广泛的兴趣，她也拥有强烈的意愿去解决目前这个非常困难的问题。但是，我最让我印象深刻的是，她已经迈出了第一步，她已经找到了一个对她有用的练习的方式，而且已经看到效果了。”我对着这个正在发光的女孩说：“我的建议是，你今天就回家，你想要回家？”她点点头。“在家里，你要继续练习，跟在这里开始做的一样。当你准备好的时候，你就会开始上学。我想三天后，我在隔壁楼的办公室里跟你见面，可以吗？”

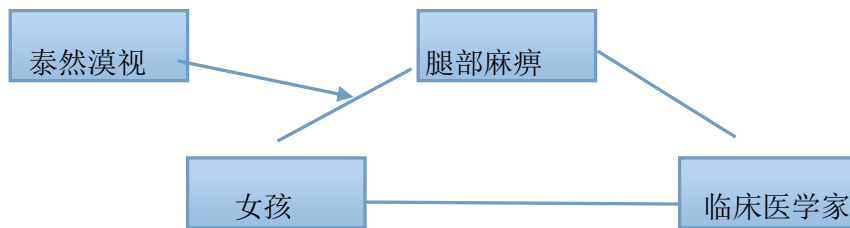
她点点头，好像很满意。我们便约定了一次会谈时间。

我的困惑到底是什么？在当时，我不能理解为什么我没有看到任何转化症的“迹象”。至少我应该看出“泰然漠视”。你可能会在精神病学的实践中看到一些转化症的案例中并没有“泰然漠视”，但它确实存在于某些非常英勇的癌症病人身上（DSM-III）。然而，我的临床经验是：在转化症病人身上，能一贯地看到这些典型的人格特质和转化症的迹象，所以，我非常困惑。

在我第二次见到她的几周以后，我才意识到我的想法有着什么毛病。我原以为“泰然漠视”是一般人的一种特质，就像一种性格特质（但是，如果你有歇斯底里/转化症的麻痹，你必定会有“泰然漠视”的特征；相当于，如果一个人是残疾的，他就有一个很好的裁缝一样。）

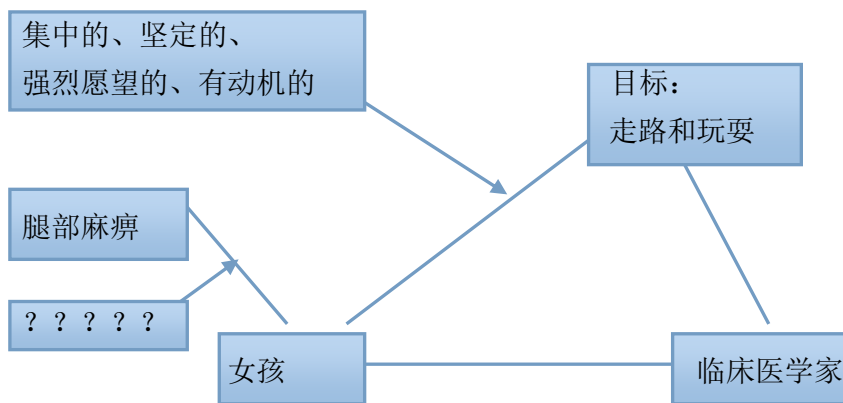
我的释义方式使我理所当然的无法看到“泰然漠视”一疾病的迹象，这些乃是相关的关系性现象，并不是一个人的属性和特质。

为了证明确实存在“泰然漠视”，我不得不去检验这女孩和她的症状之间关系。我用三角形直观地代表这种关系，而我也是这三角形的一部分。当然，我就是三角形的一个部分，正在创造我一直在寻找的内容（即是女孩和临床医学家讨论的她的麻痹现象）。



图二

但是，我没有检验她和问题的关系。我们没有讨论她的问题。我讨论的是她的目标。我们一起共同创造了她所欲的偏好未来。图如下：



图三

在以这样的方式所创造的关系里面（即女孩和治疗师讨论了女孩想要什么），并没有一丝一毫的“泰然漠视”。相反地，这个小女孩很有走路的欲望。在我们的对话中，因为讨论了未来会发生什么，她的渴望因此增长了。这个未来，是我们共同建构出来的想象中的未来、一个没有问题得未来。

在这个特殊的个案中—在这个会谈中—我非常确认，对我来说，要同时做这两件事是不可能的。创造可作为转化症诊断的有用信息，因此有了“泰然漠视”的证据，然后，再让她转变成，愿意在“挣扎”的恢复过程中，对于要变好，产生强烈投入的态度及高度的意愿。

在同一时间，这种形式的关系将排除了另一种关系同时存在的可能性。当我开始检验她和她问题的关系时，她将会成为“转化症”患者。而当我与讨论她想要的未来时——在对话过程中，她开始走起路来。

当然现在只能推测一下，如果我之前用传统的方式进行评估，将会发生什么。她的麻痹很可能迅速地改善，不管什么原因（大多数疾病都能好转，不管有无治疗）。至少，是由她提出她已经开始进行训练（或者这是在对话中共同创造出来的？），但是，很容易想象 Lena 和她的家庭还需要很长一段时间的理疗（当然这也不是一件什么坏事）。

我只又见了这个小女孩一次。三天后。她从走廊跑到我的办公室。她告诉我，她之前描述过的奇迹在她出院之后的早上立刻都发生了，好像她按照她的脚本在进行着，别人也在按她的脚本表现着。

在非常短暂的晤谈中，我问她，你有多大程度上确信自己会继续走路，即使有些时候会很困难？她的回答是 9，她妈妈的回答是 7。我好奇是什么力量促使她这么确定，她回答道“因为下次我再痛时，我就知道怎么办啦”。我和她妈妈都同意现在已经“足够好了（good enough）”，如果将来有需要，她们会再联系我。一年之后，我打电话给她妈妈，她描述了女孩积极的发展，并且说她没有任何问题。

一个理论引导了 Lena、她妈妈、实习生和我建构了一个没有问题的假想未来（许许多多其他的建构（constructions）在治疗系统里都是可能的），这个未来并不包含与女孩的人格特质相关的因素，也不包括她内心结构或家庭状况。我使用的这个理论只是在治疗对话情境中进行一种共同建构（co-construct）。这是一个关于治疗的理论，或者更适合说法是：这是“对治疗的描述”，而不是关于治疗中的人们的理论。因为关于治疗中人们的理论，常存在一种疾病划分或归类，以用来指导治疗者。

这一个理论虽然有着局限性，但其框架是相连贯的，也具有一致性。一个因素依赖于其他因素；不同的部分融合在一起，形成一个整体；以同样的方式，这一整体又被整合进其他系统中。因此，对于传统诊断思维来说，这些将协助形成一个真正的选择，这选择可以帮助我们决定要做什么；即便它不能帮助我们确定一个人或一个家庭系统究竟出现了什么问题，但它却能帮助我们决定什么可能会是有用的。

让我们回到那个离开裁缝店的男人的故事。其他人看到这个男人的描述是正确的，他们的描述是相互吻合的。那个男人是残疾人，“以及”，他就有个好裁缝。这就有了内部一致性，或者，不同部分间的描述是相互符合的。如果他是个残疾人，那么他就有一个好裁缝，或者，如果他有一个好裁缝，那么他就是个残疾人。诊断的不同部分相互符合，而且又是相互依赖的，这正是因为，其中一个是从另一个推断出来的。

这些人并没有错，从他们的观点，这样的描述是正确的；即使从其他的观点会得到的是截然相反的描述。那个男人不是残疾人，至少谈论到他的身体时；他的裁缝确实不是好裁缝，尽管他可能擅长做其他东西。如果一个部分是正确的，那么另一个部分也是正确的，如果一个部分是错误的，那么另一个部分也是错误的。

## 它的伦理

在这个会谈理论的局限下，我们不知道那个小女孩的世界是怎么组成的，或者她的家庭是怎么组成的，因为它们自主形成的。在这一会谈者的理论之中，存在着一种内部一致性（或者说，会谈创造出了这种内部一致性：过度卷入的妈妈，依赖的女孩，疏离的家庭结构或心理结构，来解释她症状）。

在当今的精神病学世界，治疗专家和医生所服从的评估和诊断标准即是主流价值所在（这一情形也适用于社会服务）。因此，治疗关系不是由带着问题的人们自身拥有的各种可能性来决定的，而是由指导评估和诊断的理论所决定的。这些理论可能是正确的，也可能是错误的。但是以上的案例显示了，这些理论将会决定某些特定的治疗关系模式

的存在或不存在。如果我们相信我们与当事人的对话和关系会对他们的生活有一些影响的话，我们唯一能得到的结论的是，这些理论排除了某些当事人自身的某些可能性。

另一个非常重要的问题是，这些理论将无法得知，哪些可能性是来自当事人本身的，哪些又是创造于评估和诊断过程中的。

非常实际的问题是：我是否应该在治疗过程中放弃了紧扣目标的这个会谈方式，而把会谈方向引导到她的问题上去，以便确认出“泰然漠视”的症状，这样我就可以在她的病例中写上了必要的关键词？但是，如此一来，还有可能进行相同的干预？结果是否还会一样？

此处，是否存在一个需要我们去做的选择？如果，当我们已经知道了一个不同的、可能是更快、更容易的方法来找出什么是有用时，那么，我们还需要继续做诊断吗？

#### **参考文献：**

American Psychiatric Association (1980): DSM-III, Washington DC:

de Shazer, S. (1988) Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton

*in The Journal of Contemporary Family Therapy 19(1) March 1997, 105-115*