

后现代心理治疗的伦理：实践中的关系责任

Postmodern Psychotherapeutic Ethics: Relational Responsibility in Practice

Sheila McNamee, Ph.D.

美国，新罕布什尔大学，传播学院

Department of Communication, University of New Hampshire, USA

与很多其它职业领域一样，心理治疗领域一直广泛关注行为的伦理（ethical action），而“合乎伦理的行为”一般就意味着“做正确的事”。然而，如果我们从一种具有后现代敏感度的角度出发——拥抱不确定性而非确定性，持续改变而非一成不变，充分考虑局部的、历史的以及文化的权变性（contingency）而不寻求普适法则，那么要回答什么才能算是符合伦理的实践方式这个问题就需要完全不同的关注点。传统的信念是，我们可以对个人及其行为进行评判，进而对行为的恰当性及伦理品质做出评估。传统的取向认为，对行为伦理性评估的标准应该具有实证的支持并且适用于不同的语境。而在后现代的取向中，我们却将关注点在两方面转变：（1）不再认为可以用一套统一的标准评估任何特定行为的伦理性（2）不再聚焦于个体本身，而是转而关注关系过程（process of relating）。这两个转变需要我们从完全不同的方式思考行为伦理这个问题。

传统的心理治疗 Traditions of Psychotherapy

和其它所有文化体系（cultural institution）一样，心理治疗中也广泛存在着一系列的预期。一个潜藏的预期就是，缺陷或缺点存在于个体之内。直白地说，人们去接受心理治疗的原因是他们“具有”某种内在的缺陷。这个缺陷具体是精神症或是婚姻问题并不重要。重要的是纠正这个个体内在的缺陷。虽然治疗过程常常以能够为那些由于自身缺陷而产生依赖性的个体赋予力量为自己正名，但这个逻辑反过来也同样具有不可小视的合理性。作为传统心理治疗核心部分的诊断（diagnosis），其实常常成为减权/让人失去力量（disempowerment）的主要途径，削弱了个体的力量。减权这一逻辑在米歇尔·福科（1973）的著作中论述得最为清晰。用福科的语言来说，当我们主动将自己置于各种不同的检查（examination）之下时，我们就将自己献给了不同的学科规制（disciplinary regimes），由得它们以它们的语言在我们身上标签，解释我们的行为。每一个学科，每一个特定的心理治疗范式，都给出其特定的词汇系统来分类和解释来访者带到治疗语境中的各种问题。而当我们将这些术语带入自己的日常生活时，当我们向他人提起自己的抑郁症或焦虑症时，我们就是在参与权利关系——从根本上扩大了学科规制的控制范围。随着学科研究开始影响公共政策和实践，我们也就更进一步地受制于它们。随着诊断性的术语逐渐得到医疗系统的认可，想要逃离这种话语的难度就越大。此外，医药公司不断地通过为那些被贴上标签的人提供治疗而获取越来越多的利润，也是构成个人减权的因素。

让我们考虑一下心理治疗中个人主义¹的取向可能会在伦理和责任方面产生的影响。虽然的确有很多范式的心理治疗关注的焦点超越了个人或心理层面的困难，但是，心理治疗这一行业的首要要求就是，在开始进行问题解决或治疗之前必须明确一个诊断结果。而事实上，由于心理治疗跟医疗行业密切相连，人们总是相信心理治疗的进行，必须要有诊断。如果治疗师首先没有一个关于案主问题的清楚观点，怎么可能知道如何进行治疗？治疗问题需要诊

¹ 在另外的论著中（McNamee, 1996）我已经阐述过个人主义的哲学立场也被是人们认为理所当然的传统，所以我会用传统、个人主义（以及现代主义）这几个词汇表达同一个意思。

断。这里的相关议题有两点：（1）议题之一是，将诊断定义为明确存在于个体之内的某种缺陷（2）议题之二，将诊断视为一种围绕着找出问题、问题成因、和问题解决方案的必要对话（尤其在心理治疗中）。这些议题并不一定是分开的，它们对于我们认为什么是合乎伦理和负责任的互动方式具有重要影响。让我对以上议题再做简要阐述，为讨论一种不同的互动方式创造背景。

针对个体的诊断 (Diagnosis of individuals)。 这里的核心观点是，心理治疗中的诊断意味着对于个体的诊断。如果自我是治疗的关注焦点，而且就像个人主义所认为的那样（参见 Sampson, 2008）这个自我存在于个体之内，则一切的问题都必然源自自我内在的头脑、心理、大脑运作状态，等等。所以诊断也必然是对于个体做出的（这个个人及其各种特性）。当然这样的诊断在一些情况下是很有用的。试想一下人们在被诊断为慢性抑郁症时可能做出的种种截然不同的反应。对于一些人来说，从“专家”（心理治疗师）处得知自己患有慢性抑郁症可能会很有帮助。这个诊断带来一种还存在可能性的感觉——既然问题已被明确判断，那么治疗方案就可以开始了。希望就在眼前。²可是，我们也不要忘了，还有其他很多人，对他们而言，被诊断为慢性抑郁症会引发恐慌并渐渐萎靡不振下去。被贴上这样的诊断结果的标签后，任何想要变得“正常”的希望也都不复存在了，因为已经被贴上了缺陷、低人一等、不健康的身份认同的标签。

诊断需要“问题语言” (Diagnosis requires problem talk)。 心理治疗、诊断和问题这几个词汇很自然地常常同时出现。我们会在自己感到不安、不适、或心意烦乱的时候寻求心理治疗，或是我们周围的人觉得我们焦虑不适，令他们心烦意乱的时候！生活不顺利时，心理治疗是我们寻求帮助的主要地方之一。由于我们都假设心理治疗就是为了处理问题而存在的，所以很难想像，如果心理治疗过程中的中心话题不是问题导向的，那样的对话有何用处。

伦理是社会建构：参与关系的实践

Ethics as Social Construction: Relationally Engaged Practice

我们可以在社会建构理念 (Social Construction) 中找到不同于传统的强调诊断和“问题语言”的另一种取向³。将心理治疗视为社会建构拓展了治疗性对话，拓宽了可讨论议题的范围。具体来说，是要考虑这样一个问题：在我们的对话中，我们能实现（即创造）什么？这是一个伦理问题。个人层面和关系层面的转化可能以多种方式发生。诊断和“问题语言”可能引发转变，关注长处、价值以及未来可能性的对话也可能带来转变。我们若是将心理治疗视为一种社会建构 (social construction)，我们着重感兴趣的就不再是提前做出定论，认定到底哪种互动会引发转化。我们更感兴趣的是，采取一种我称之为在关系中参与 (*relationally engaged*) 的对待案主的立场。从这种立场出发，心理治疗的伦理就成为了一种关系的责任 (*relationally responsible*) (McNamee and Gergen, 1999)。关系性的、后现代的伦理是这样的伦理——知道如何对过程保持觉察，在与案主工作的过程中，让各种可

² 我在这个例子中并不是要提倡“情境式的伦理”。很多将心理治疗视为社会建构的人都会邀请案主进行反思性的对话，探讨诊断这一主导话语，于是让案主也可以开放地反思诊断本身及其目的。他们常常会简要阐明关于诊断的职业要求并承认，由于这些要求的存在，在关系层面负责任的治疗场景中，最好的办法就是，与案主本人合作地选择诊断。

³ 1992年我与 Kenneth Gergen 合作编著的文集题名就有意选择了《作为社会建构的心理治疗》(Therapy as Social Construction) 而非“社会建构主义的心理治疗”，意在强调我们关注的核心在于看待及进行治疗过程的立场或取向，而不是任何特定的治疗类型（比如，一种范式）。作为建构主义者，我们感兴趣的是将心理治疗（以及任何其它的语境或现象）首先作为对话来探索——现实造就于对话之中。

能性与潜在机会得以释放。这就需要将关注的焦点放在治疗师和案主在治疗对话中一起做的事情上，因为脱离了具体的语境我们不可能获得任何的“知”，说得更具体些，就是不能脱离当下的互动瞬间。

我并不是在说诊断不好或不对。恰恰相反，我要说的是，当我们将心理治疗作为一种社会建构，我们的关注点就能聚焦在治疗师和案主如何一同拓展行动资源的范围。这可能需要治疗师和案主建立一种治疗师作为专家或权威的关系，作为专家的治疗师能够做出诊断并提出一套治疗方案。但也有可能，这需要治疗师和案主构建一个话语的场域 (discursive domain)，在这个场域中他们的对话不再延续人们对于心理治疗的传统期待（即治疗师必须是诊断专家）。在这里，治疗师和案主或许能共同创造一个对话空间，让治疗师作为专家的角色不再具有核心的重要性。当我们在关系裏參與时 (When we are relationally engaged)，我们就进入了这样一种对话——对于治疗师应该是什么角色⁴（专家、权威、或是平等的对话伙伴），案主应该是什么角色（需要别人帮助的、没有能力自我帮助的、朋友），都不再有清晰的先验的概念。

建构主义者会问，*我们既然提出，意义产生于不断展开的具体情境 (situated activity) 之流中人们的活动，那作为治疗师的我们该做什么？我们如何判断治疗实践是负责任和符合伦理道德的？* 回答这些问题需要我们关注人们在一起做的事情，即我所称的语言实践

(language practices)⁵。当我们开始关注人们一起做的事情上，我们就会好奇地想了解特定模式是如何生成的，但并不是通过传统的、专家式的立场——通晓特定行为（内容）是对是错、是好是坏、道德或不道德，而是通过觉察和回应。这里我们清楚地看到，传统的世界观的特点在于，强调专家的知识——治疗师关于治疗过程、个体存在心理和关系方面的情况，等等。好的治疗师就是一个能知晓特定行为和行为描述就能构成某种特定诊断的表征的人。然而，从后现代 / 建构主义的世界观出发，治疗师却不会将自己定位为“事事皆知的专家”（“knowing professional”），而会将自己视为一个充满好奇的人，想要了解案主的生活世界如何展开。其特点仍然在于关注过程，不关注内容和结果。

从职业伦理到话语潜力的伦理

From a Professional Ethic to an Ethic of Discursive Potential

建构主义的立场欣然欢迎多样性的存在。多样性是一切參與 (engagement) 发生的起点。我们假设多样性和变化的存在，而不是像传统的心理治疗模式那样寻求共同点和稳定度。建构主义者认识到，我们每天都面对的多样甚至矛盾的道德观/道德性 (morality) 的存在⁶。如今想要不经历任何道德对立地度过一天都几乎不太可能了，就更别说道德立场上的严重不同。每每当我们针对某些具体行为对自己或他人说出“必须”或“应该”这样的字眼时，我们都是基于某个道德秩序 (moral orders) 出发的；我们常常在以某种特定方式跟某个特定案主互动时听到这些字眼。所以，我们不需要将道德观的问题留给道德家或哲学家。相反，对于多样性的道德观的探寻应该成为一种普遍的关注，因为道德观 (morality) 本身就是在我们彼此之间日常互动中构建的，治疗师和案主同样也是这日常生活之流的一部分。

⁴ 当然，我们会进入自己的职业身份和义务，但是关系性的敏感度让我们不急于过早确定职业身份或职业义务在特定的语境中、跟特定案主互动时将如何展开。

⁵ 使用 *语言实践 (language practice)* 这一术语是为了避免一种常见的对于建构主义思想的过于简单化的批评：如果一切都被缩减至语言层面，社会互动及人类意义制造中的很多重要方面将被完全忽略，比如非言语行为，与环境的关系、以及那些不可言说的内容。在使用 *语言实践* 这一术语时，所有的活动包括跟环境的关系以及“超越”语言的互动也容纳至意指范围之内了。

⁶ 见脚注 2。

在讲述的故事的过程中，在与他人的互动中，我们打造出我们的世界。我们生活在各种道德秩序之中，这些道德秩序生成于每天人们之间的互动，而这些互动总是具体地存在于特定的历史和文化背景中——即我们所说的主流话语/主导话语（dominant discourses）。主流话语（dominant discourses）就是那些被人们认为理所当然的“真理性”或“正确”的认识；主流话语大多不会受到质疑。可是，某个族群理所当然地奉为真理的事情却有可能跟另一群人的真理有所不同，别人对我们的行为做出不同反应的可能性时刻存在。有鉴于此，我们在对话互动（conversational engagements）中的权变性（contingent quality）决定了日常生活的道德特性（moral character），这些道德特性通过主流话语的对错观得以表达，于是这些互动——互动的过程，成为我们必要的关注焦点。很讽刺的是，在传统的心理治疗中，我们的具体的互动不断延续和再次构建了将我们归入秩序的主流话语本身（比如认为诊断是道德的这种话语）。

这一点的重要性不可轻视。从建构主义的取向出发，作为治疗师的我们必须认识到，我们自身的“符合伦理道德的”行为既受到普遍的关于职业道德的认识的决定，同时也对其起着决定的作用。我在此的企图并非要争辩证明某些特定的实践方式或观点的对错，而是想要为更大的思考打开空间，考量一下当我们不带一点质疑地以符合普遍职业道德（主流话语）的方式行事时，什么人的利益会受到威胁。如果我们相信某个案主对其家庭构成危险，将此案主从家庭范畴中带走是减轻还是加重了危险？让某个被诊断为抑郁症的案主服用药物是在帮助案主本人还是其雇主？将一个小孩子诊断为注意力不足过动症（ADHD）到底有利于操劳过度的家长、老师、还是孩子本人？这些面临的问题都很具挑战性，我们并不是在说建构主义的关系责任（relational responsibility）的伦理能够给出“正确”的答案。相反，这一伦理让我们具备了一套反思性的语言，让我们可以向被认为理所当然的真理（即主流话语）发问。

在建构主义的立场看来，心理治疗的伦理是一种探索，探索人们（治疗师和案主）在一起做了什么以及他们所做之事**构建**了什么。这些活动总是处于特定的局部性和历史性背景之中。于是，关注点发生了转移，暂时性地不再关注案主行为的“正确性”或“健康性”，转而去考虑使得这些行为具备合理一致性（coherence）的**条件和资源**，从而让新的理解呈现。因此，这里普遍被接受且不受质疑的话语，即强调病态和缺陷的话语，受到了挑战。我们在与他人的协商的活动（coordinated activities）中创建意义。正因如此，需要被关注的正是我们的协同活动，而非我们对去语境化的（de-contextualized）模式、理论和技术的运用。

值得提醒的是，对于建构主义者来说，语言实践（所有人们从事的具身化的活动（embodied activities））都是关注的焦点。我们正是在与他人共同进行的行动中创造出我们身处的世界。所以，不出意料的是，在心理治疗中我们关注的是特定的话语行动如何限制或拓展不同的行为方式，并相应地影响着不同的现实。这是一个具有解放意义的立场，因为当我们不再充满评断，而是带着好奇心去探索人们如何互动和影响彼此，我们的思维就对于其它的可能性打开了。这一具体特点常常与建构主义对于**不确定性**的强调紧密相连。关注语言实践将我们置身于一种与自身行为以及他人行为之间反思性的关系之中。我们会如此定位，并准备着问如下问题，“我能以其它什么方式邀请案主创造一个转化性的故事？”“她是在如何邀请我证明/转化/挑战她的故事？”“现在还有什么其它的声音可以为我所用？”“还有什么其它声音可以为他所用？”诸如此类。

关注关系的责任（relational responsibility）的心理治疗伦理并不是在心理治疗中“更好”的立场。它不是一种技术。它是一种在治疗过程中采取的取向，它强调互动的瞬间、正在进行的对话中的发生。焦点在于对话过程，不在于孤立的人、场景或是问题。这个区别十

分显著，因为它将*任何*治疗的方法都定位为潜在可用的资源。行为学派的、认知的、心理分析的、叙事的、解决方法导向的，等等，都成为*潜在的*可行且具有生成性的与案主在关系中互动的方式。这是因为所有的模型、理论、方法都被视作话语选项，而非所谓经科学检验的发现或对个人或世界的客观描述（意即现实）。

Theories and Techniques as Discursive Options 理论和技术作为话语选项

任何特定的话语（在此指任何特定理论和技术）都成为实现转化的潜在资源，而不是带来（即：导致）转化的工具。关于治疗性到底意味着什么（当然也引申到伦理是什么）的问题变成了开放性的问题，没有确定答案，正如对话一样。将心理治疗比作*谈话过程*这一比喻暗含的意思是，就像普通的谈话一样，我们总是无法确定它会走向哪里。我永远无法完全预测另一个人下一步会怎么做，所以，迈向新方向、生成新结论和新可能性（也包括新的限制）的潜力一直存在。我们能做的，是保持关注已选择的和可能成为有用选项的谈话资源。这里需要强调如下几点：（1）建构主义的实践不试图以某种特定方式工作——除了对互动的当下保持回应之外，（2）我们通过关注和留意互动过程中相关的各个部分（而非具体的个人、物件、问题或某项策略）而实现关系性的互动（relationally engaged），（3）我们无法预先“知晓”什么形式的关系的参与（relational engagement）（什么具体行为）会对治疗性的转变做出贡献。

令很多人不安的，是上面这最后一点。但是，要记得，心理治疗就像谈话。我们永远无法精确预料其结果。这是个问题吗？我可不那么认为。如果我们对于彼此联结的过程本身保持觉察，我们会同时察觉到自己具有的很多其它声音（朋友、同事、家人、文化、等等）。我相信，这样做的时候，我们就更有可能进入一种探寻，一种催生不同的故事、多种可能性的探寻，也由此释放治疗性转化的潜能。

Implications for a Relational Ethic of Clinical Practice

多样的和矛盾的道德秩序背景下，伦理实践需要一种能力——让迥异思想和行为实践发生对话，充满好奇心，不带评断；这样才能使多样及矛盾的道德秩序间的协调成为可能。符合伦理的实践也是一种邀请，邀请参与其中的人们放下自己反复讲述过的关于自身问题的描述，并探索那些其实早已存在、却被忽视了的内任的多种声音——由于他们与其他人之间协同互动的模式已经深深形成，让他们忽视了这些其它的声音。

将选择的理论或技术作为*实操性的选项*（practical option）而非真理性的选项，提高了我们在关系中与案主参与（relationally engaged with clients）的能力。我们对他们的故事，也对自己的故事变得敏感，也就让我们可以及时做出回应，在关系的层面负责任

（relational responsible）。很多方式可以让我们在实际工作时做到这种高回应度。我想提出五种关系导向的立场，可以有助于我们将关注的焦点放在符合伦理的方面，而非以更传统的方式仅仅关注合适的方法、技术或是对于抽象理论概念的运用。我想将这些立场称为*行动资源*（resources for action）。它们是指引治疗工作的资源或实践形式。当然，还有很多其它的资源可以加入下面的列表。考虑一下下面的各点都能如何帮助我们以在关系层面负责任的方式走入治疗过程，从而为构建一种从关系角度去理解的治疗伦理（relational understanding of clinical ethics）创造可能性。

避免从抽象立场出发进行讨论。每当我们面对不同或我们可能视为病态的行为时，通常会动用将我们的专家建议强加于人这一招。而这建议本身常常是抽象的。“对”与“错”的道理互不相容，引发如下问题：*我们在用谁的标准做判断？*既然我们已经明白，价值取向、信

念和现实都是在关系里的协同中建立的，我们就可以预料，在任何的心理治疗对话中都会包含相当不同、甚至常常互不相称的价值取向和信念。我们可以邀请某人讲述生命中谁影响了她，让她尊崇和珍视某个信念；这样做并不会让问题消失，但却会大大地转化治疗对话的性质，于是也转化了这一关系。通过避免抽象话语（对 / 错、好 / 坏、健康 / 不健康），治疗师可以进入一种充满生成性好奇心（generative curiosity）的立场，让新的具化的理解能够浮现。案主的故事的独特特性得到优先重视，于是为不同的故事、不同的逻辑和不同的历史打开了空间。治疗师也就能更好地从这些新的理解出发继续治疗对话。

2. 自我反思及关系性反思的探寻⁷。 这里我们要做的是，试着对自己确信不疑的事情留些疑虑。我们可以求助于自己内在怀疑的声音，质疑自己紧握的信念。*我真的如此确定，绝对不会有其它的看待这一情况的方法了吗？*也可以唤起别人的质疑的声音——朋友的、同事的、师长的。*我的妈妈、我的同事、我的朋友，他们会如何看待此事？*这种自我反思的探寻让我们对其它的可能出现的建构有了开放的态度，所以也转化了互动的性质。与此类似，我们也可以停下来并探寻自己与案主的互动正在如何展开，这样做能让我们意识到，任何互动瞬间中浮现的意义都是“我们”的副产品，而非“你”或“我”的副产品。这就是 John Burnham (2005) 所称的关系性反思。所以要探寻的是，*这是你希望我们之间发生的对话吗？有没有别的方式？有没有什么问题我该向你提出却没有提出？* 这些问题都认识到，我们只有“相互之间的权利”（“power with”），没有“凌驾于人的权利”（“power over”）。

3. 关注多样现实（multiplicities）的协调。 每当面临不同性的挑战，我们往往倾向于千方百计地寻找达成一致的方法。可是，从一种关系导向的伦理出发，作为治疗师的我们却要避免将彼此矛盾的道德观当作达成一致或共识的机会，然后试图协调 / 协同多样的不同话语。治疗师面临的挑战是，对所有形式的实践都心怀好奇，探索促使这些实践形成的价值观和信念是什么，并且不试图找到普适的共识。我们能够创造对话性的机会，鼓励敞开胸怀地倾听、好奇地探寻、以及共存的意愿吗？

4. 在陌生场景中使用熟悉的行为形式。 治疗对话陷入困境时我们常常会有一种失去资源之感，觉得缺乏资源以实现有效的结果。或许在政治观点、生活方式选择、如何定义成功人士的形象方面，我们跟案主的观点会存在显著不同。在这些时刻，我们会求助于自己那些修习已久的技术吗？案主不也正期待着治疗师教自己一些改变的成功策略吗？我想要提出的是，协调关于世界和自我的不同认识，或许并不需要学习新的策略。或许，治疗师就不应该做教案主“新”技能这件事。Gregory Bateson 曾提过“具有影响力的不同”（“the difference that makes a difference”）（1972, p. 272），Tom Andersen 认为这种不同意味着“不太寻常却又不过分不寻常”（“something unusual but not too un-usual”）（Andersen, 1991, p. 33）。我在这里所说的只是同一主题的另一变化形式而已。

我们所有人其实都带有很多不同的声音，不同的观点、想法和态度——哪怕是针对同一个话题。这些声音代表着我们的各种关系（真实的、想像的、虚拟的）的积累。事实上，我们携带着很多其他人的“残留成分”；我们的内在也存在着“众人”（McNamee and Gergen, 1999）。只是，我们大多数的行为以及在谈话中采取的立场，都只是单面向的。它们只代表了我们可能做以及可能说的很小部分。挑战在于，如何运用其它这些声音，这些在某些关系和场景中熟悉、在其它场景中陌生的对话资源。这样做的话，我们就取得了不同寻常的结果。

⁷ 我很感激 John Burnham(2005)让我接触了关系性反思这一概念。

在我们不常使用某些熟悉资源的场景中运用这些资源对我们形成一种邀请，让我们与他人以新的形式进行互动。如果我们将所有的活动都视为邀请，邀请我们进入不同的关系性构建，那我们就能注意到利用某些特定资源会在具体的关系中引发具体的回应，在其它关系中引发不同的回应和构建。所有这些都是为了尊重特定关系和场景中的协同的特殊性。如果我们能鼓励自己和他人广泛地利用已经熟知的那些对话资源，或许我们就能以刚刚够不同（just different enough）的方式邀请他人开始一种与希望摒弃的旧有模式不同的行为。我们能在多大程度上鼓励别人在陌生场景中运用熟悉的资源，我们就能在多大程度上协调迥异的话语。要避免的是将某一种话语指定为正确并认定另一种为错。我认为，在新场合中使用旧资源具有创新性，也是能让我们打造心理治疗关系伦理（relational ethic of psychotherapy）的肥沃土壤。

5. 关注未来。 如果你认真检视解决问题型的语言，即心理治疗中的主流话语，你就会注意到，在我们试图解决问题和协商不同道德观时，那些认为我们“应该怎么做”的想法，都把关注点放在过去。我们考察问题的历史和演变。这个问题是什么时候开始的？它成为问题多久了？参与对话的人一直都如何理解（为其赋予意义）这个问题？其他人怎么说？相关的人为了解决该问题都做了什么？这些问题将对话指向过去，也将参与对话的人的期望指向了过去（也就是说，如果我们不讨论什么导致了这个问题，我们就永远无法解决它）。

强调这些以过去为导向的问题使得我们几乎没有设想未来的空间。这也使得我们很有可能让过去沉淀积聚，让故事变得真实和具化，因此也让它们成为静止的、无法撼动的。在关注已经发生的事情时，我们不知不觉地相信了现代主义科学的标志性模式——因果关系；认为那种声称之前的发生会导致后来的事情的逻辑具有优先的地位。

我并不是一定要争辩过去、现在和未来之间没有联系。我只是想要提出叙事这一议题。过去总是一个故事。而且我们都知道，同一个故事可以用多种方式讲述。我们不仅怀有多重的声音，而且每个声音都蕴含不同的叙述的可能性，但是涉身于同一“历史”的其他人却很可能以不同的方式叙述这同一个故事。所以，过去和现在之间的因果关系（以及隐含于其中的未来）将会呈现出不同的样貌，突出不同的特征，对于不同的方面到底是归为病态还是加以歌颂，只取决于突出的是哪个故事。

以未来为导向的话语能够促进彼此矛盾的世界观之间的协调，其原因之一在于，我们都知道，关于未来，我们都还不了解。我们还没有真实地经历过它。所以，如果我们能够在与他人（案主）的互动关系中更多地看到未来，我们也就强调了我们所处世界是在关系中构建的。我们共同编织着我们可能一起进入的未来。

这里不是在说提及过去是错误的，或提及过去就代表了过于简单化的看待心理治疗的观点。我提议的，是一种合作型的、具体化的创造可能性的方式，未来导向的话语只是实现的一种方式。在讨论设想的未来时，我们也在邀请各种趋同的和趋异的关于过去和现在的理解之间的协同。同样，这种形式的关系性互动希望促进不同方面协同地对多样性和差异性产生尊重。

摆在心理治疗面前的挑战性问题

关于心理治疗，我们面临的挑战在于如何将对话进行下去。在继续对话的过程中，我们以一种 Rorty 描述为“更人性、更充满启迪、更尊重”（Rorty, 1979, p. 394）的方式跟其他很多人联结。我试着要阐明的是，作为社会构建的心理治疗不等于治疗师和案主以普适的、客观的标准构建意义。社会建构取决于**关系的参与**（relational engagement）这一概念。我

们不仅对那些在治疗中与我们互动的人有责任，也对于各方各面的在我们的行业、文化、个人和全球性群体⁸中的其他人**在关系层面中负责任**（relationally responsible）。

让我来总结和回顾一下，为了确保心理治疗的实践能负责任和符合伦理地进行，我们必须应对的几项议题吧。首先，社会建构主义关注关系层面，对于传统概念中强调的专家知识和职业中立性形成了挑战。这并不是说建构主义不认可专家技能和权威地位的存在。建构主义质疑的是那种**毫不怀疑地假设治疗师就应该是专家**（并且治疗师只能从权威或专家的定位出发心理治疗过程才能成功）。我提议的是，眼前的任务在于治疗师、案主以及他们所处的更大群体之间的协调/协同（coordination）。这种协调或许会包括“问题语言”，诊断以及治疗师的权威立场。

这也可能需要治疗师采取一种平等对话伙伴的立场，在这个立场中，治疗师并不确定地知道如何理解案主的问题，如何对其赋予意义。甚至，这有可能涉及对可能性、潜在机会、理想状态等等的探讨。重点在于，从建构主义的立场来看，我们无法提前知道，对于特定案主，什么会成为最具生成性的治疗关系。

第二，建构主义提出了关注焦点的问题。传统的心理治疗通过关注过去以了解现在。而受到建构主义思想启发的心理治疗将关注点放在了联结的过程本身，或换句话说，即互动的瞬间（the *interactive moment*）——当下的叙述中存在的过去、现在、未来。为此目的，不用试图为案主提供新的行为资源，心理治疗可以试着帮助案主在新的和陌生的对话场景中运用那些他们已经拥有的对话资源。此外，治疗性对话还可以关注未来，关注理想状态的话语。

最后，忽视过去（叙述中的过去）和尊重案主对于过去的理解是有区别的，要看到案主对过去的理解的缘由、合理性、一致性。在关注互动瞬间时，会有很多迷惑不解的地方浮现出来——治疗师**如何**能够尊重案主想要或不想要关注过去的意愿。**对过去的谈论永远发生在现在**。对于建构主义者来说，谈论过去的“缘由”并不在于挖掘案主问题的起因。需要在多大程度上讨论过去，只取决于案主在多大程度上觉得它与现在的故事讲述相关。并且，当案主的确觉得过去具有相关性时，将治疗视为社会构建过程的治疗师探索的是，如何从对过去的看重（尊重过去）转向生成性的未来。

这对于心理治疗师来说意味着什么？

建构主义的哲学立场与不确定性相联系，这种不确定性欢迎多样性，于是也同时邀请治疗师和案主对自己的种种假设多加质疑，并探索其它的在个人层面、关系层面以及社会转变层面的可用资源。我们可以将它称为**生成性不确定**（generative uncertainty），我想这一提法呼应了维特根斯坦在论及去语境化的伦理道德时的观点，他说，“很明显，伦理不可言说”（“It is clear that ethics cannot be formulated”）。生成性的不确定让治疗师和案主在治疗关系中处于一种对互动瞬间高度回应的地位。这时的治疗师是一个对话伙伴，正因如此，他也可以自由地在关系中变换位置，以达到增强治疗师和案主双方广泛利用各种对话资源的能力。治疗师不再受到必须“做得对”的负累，而能够在**当下并给出回应**

（present and responsive）。治疗师和案主变成了彼此负责的关系。可是，责任、当下和彼此间的回应度还不够。我们在心理治疗中的对话或许还要更加关注群体的转化。作为治疗师的我们，怎样才能邀请案主形成更有效的关系，有效转化我们作为群体的生活方式？为此，社会建构主义建议，心理治疗的伦理应该扩展开来，超越治疗师——案主这一关系。

⁸ 当然，这也引出一个值得更多探讨的重要议题。一个个人或一系列的关系如何才能同时对于互相矛盾和具有分歧的沟通形式负责呢？如果治疗师对于他的案主在关系层面负责任，这是否意味着他也同时对职业监管委员会负责？当这些在关系层面上的责任不相容时，会发生什么？在我们这个医疗商业化的时代，这一议题的谈判和协商明显偏向于保险公司，让案主付出代价（心理上的、身体上的、关系上的、经济上的）。

关于这篇文章的邮件请寄至: Professor Sheila McNamee, Department of Communication, University of New Hampshire, Durham, New Hampshire 03824, USA. sheila.mcnamee@unh.edu

References

Andersen, T. (1991) *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. NY: Basic Books.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. NY: Ballentine.

Burnham, J. (2005). Relational reflexivity: A tool for socially constructing therapeutic relationships. In C. Flaskas, B. Mason and A. Perlesz (Eds.), *The space between: Experience, context and process in the therapeutic relationship*.

Foucault, M. (1973). *Madness and civilization*. Trans. R. Howard. New York: Pantheon.

Kelly, R. (2007). Personal communication.

McNamee, S. (2005). Curiosity and Irreverance: Constructing Therapeutic Possibilities, *Human Systems*, 16, 75-84.

McNamee, S. (1996). H. The Social Construction of Psychotherapy. In H. Rosen and K.T. Kuehlwein (Eds.), *Constructing Realities: Meaning-Making Perspectives for Psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, (115-137).

McNamee, S. and Gergen, K.J. (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.

McNamee, S. and Gergen, K.J. (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton University Press.

Sampson, E.E. (2008). *Celebrating the other*. Ohio: Taos Institute Publications.