

基于温尼科特理论：临床心理治疗中沉默技术的运用探究

赵丞智

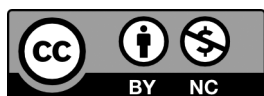
北京曼陀海斯心理咨询中心，北京

摘要 | 本文从温尼科特的理论视角出发，探讨了临床心理治疗中常见的沉默现象，包括病人对沉默的需求以及治疗师运用沉默的技术。对于某些病人而言，沉默是治疗过程中不可或缺的一部分，需要得到治疗师的理解与许可。如果简单地将病人的沉默视为一种阻抗，可能会错失深入理解沉默本身所蕴含的重要细微差别与意义的机会。治疗师运用沉默的技术，可以视为对解释技术的一种补充。对于那些人格中带有精神病性成分的病人而言，在治疗的中期阶段可能会出现沉默的现象。这种沉默通常表明病人正在进入一个能够沉思的阶段，他们需要通过沉默进一步整合自身的人格。在这一过程中，治疗师需要保持沉默，并允许病人沉默，以满足其心理发展的需求。此外，有效地应用沉默与治疗师的成熟度、情绪稳定性以及自我力量密切相关。治疗师在恰当的时机保持沉默，能够为病人提供有力的支持与共情，促进人格的整合。然而，如果治疗师在错误的时机保持沉默，或者无法在必要时保持沉默，则可能对病人产生负面影响，甚至阻碍治疗的进程。

关键词 | 沟通；静默沟通；沉默；解释；精神病性病人

Copyright © 2025 by author (s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 引言

在传统精神分析中，治疗往往习惯于专注病人的言语表达以及治疗师的言语性解释（诠释），而很少关注对话之间的空白与停顿，除非将沉默视为一种阻抗。事实上，精神分析的文献中有许多关于病人沉默的讨论。绝大多数研究认为，沉默既是一种沟通方式，也是一种阻抗的表现。在治疗过程中，这种以沉默形式呈现的阻抗需要被治疗师识别、解释并加以处理。

精神分析早期研究者 Abraham^[1] 和 Ferenczi^[2, 3] 首次指出，语言功能不仅在于沟通，还可以用于释放本能情感。沉默现象则被视为一种无意识的防御机制，用以抵御冲突性情感的释放。Ferenczi 指出，沉默在强迫性人格中表现出一种肛门性快感；沉默的病人在无意识中将力量等同于对所有情感的保留。

作者简介：赵丞智，北京曼陀海斯心理咨询中心，精神科副主任医师，精神分析师，研究方向：温尼科特范式心理咨询与治疗。

文章引用：赵丞智. 基于温尼科特理论：临床心理治疗中沉默技术的运用探究 [J]. 心理咨询理论与实践, 2025, 7 (1): 12-24.

<https://doi.org/10.35534/tpc.0701002>

他还将神经症病人对言语的囤积（不说话）比喻为守财奴对黄金（粪便）的囤积。此外，他提到，那些喋喋不休谈论琐碎事务的病人，其实也是以另一种形式保持沉默，因为他们在重要问题上选择了沉默。Gullestad 和 Killingmo（2020）认为：“沉默意味着病人迅速脱离对话伙伴的角色，变得不再说话。沉默并不意味着治疗师和病人之间的沟通停止，而是沟通的表达形式发生了变化，因此，沉默本身就是一种沟通。”^[4]然而，两位作者更加强调：“沉默意味着治疗关系的紧张程度正在增加，它传达出对话内容激发了病人不愿用言语表达的幻想和情感，可以被视为病人对进一步探索的阻抗。”^[4]尽管以上两位作者承认沉默是一种沟通形式，但她们仍然倾向于将沉默视为一种阻抗来处理，并认为这种沉默阻抗与治疗关系中的紧张、焦虑以及拒绝密切相关。Ronningstam 提出了不同的看法，她认为：“沉默可以作为一种保护内在空间的方式，能够促进体验、情感与语言之间的内在转化和连接，从而推动人际关系的变化。”^[5]

我们的临床经验表明，在病人与治疗师之间的大量沟通中，真正重要的部分往往并非通过言语表达实现。非言语沟通，甚至非沟通（静默沟通），反而占据了相当大的比例。病人的身体姿态和动作、声音特征（如音调、音量、速度、节奏），以及一些特定行为，尤其是沉默，还有各种沟通方式的细微差别及其意义，都在治疗性沟通中扮演着重要角色。这些非言语因素的影响力往往超越了言语内容本身。

实际上，沉默作为一种非言语沟通方式，是治疗中普遍存在的现象。然而，其意义和作用却始终存在争议，并不断引发人们的深入思考。沉默不仅是精神分析治疗中病人常见的一种现象，同时也涉及治疗师的角色及其潜在意义与作用。在不同的治疗情境中，病人的沉默是否总是表明对治疗的阻抗？还是它反映了一种症状或防御机制？沉默是否可能传达了病人的某种需求？在心理治疗过程中，沉默本身的意义是否还存在其他解读？这些问题揭示了沉默的复杂性与多层次性。它可能在不同的情境中呈现出不同的意蕴，既有可能是阻抗的表现，也可能是病人内在需求的表达，甚至是一种心理整合的过程。

本文假设，心理治疗中的沉默现象主要反映了病人的一种沟通需求，这种需求体现为他们与自身自体之间的一种静默沟通方式，同时也代表了病人的一种与自我关联的需求。在这一背景下，治疗师保持沉默则被视为一种满足病人自我需求的技术手段，并且是帮助病人实现自我整合的重要过程。本文将从温尼科特的理论和实践出发，尝试对心理治疗中病人沉默现象提出新的理解，并探讨治疗师在技术应用中保持沉默的意义。

2 温尼科特的理论

根据 Thomas Kuhn 关于学科范式的定义^[6]，弗洛伊德心理学与温尼科特心理学之间存在显著差异。弗洛伊德心理学的核心指导理论是心性发展理论，其范式问题集中于俄狄浦斯情结中的乱伦困境，主要通过以解释（诠释）技术为核心的谈话疗法来解决。温尼科特心理学则以情绪成熟过程理论为一般指导理论，其范式问题聚焦于母婴组合体中的依赖关系，问题的解决主要依赖以管理程序为核心的照护疗法。

温尼科特认为，在人类婴儿生命发展的初始阶段，某些基本方面无法通过经典精神分析的概念来描述。换言之，那些为研究俄狄浦斯情结及其相关神经症而制定的概念，并不适用于描述人类生命的早期发展阶段。这个早期阶段涉及前客体、前表征、前符号和前语言的时期。在这一阶段，婴儿处于一种精神自体的“空无”状态，只蕴含着一种遗传的整合倾向，尚未发展为一个独立的自体单元，并且通过与

周围环境（通常指母亲）形成一个组合体而存在。正如温尼科特所说：“在婴儿知道自己是一个完整的人（并因此也将他人视为完整的人）之前，他的早期情绪发展的主题同样至关重要。事实上，这里暗含着精神病的精神病理学病因学线索。”^[7]

这一发展阶段，婴儿是“前语言期的、从未言语化的和非言语性的”^[8]，他基本上是沉默的，这种沉默与身体的自发性姿态和无意义的声音交织在一起，通过这些方式，婴儿与母亲发生静默沟通。因此，在前语言期，“婴儿的自我尚未成熟，自然而然需要依赖母亲提供的辅助性自我支持来维持平衡。”^[9]如果母亲能够维持其精神-躯体的可靠在场，就能够满足婴儿最重要的“自我-关联性”需求，首先与乳房建立关联。温尼科特所说的“自我-关联性”指的是“一种两个人之间的关系，其中至少有一个人是独处的，或许两个人都是独处的，但其中一个人的在场对另一个人是至关重要的。”^[9]这意味着婴儿需要母亲在一种静默的状态中理解其需求，并提供辅助性自我支持，从而构成一种抱持性情境。温尼科特说，只有在“自我-关联性（ego-relatedness）的框架下，各种本我-关系（id-relationships）才会自然发生，从而加强未成熟自我，而不会对其造成破坏。”^[9]

从温尼科特理论的视角来看，沟通及其能力与婴儿早期的“关联到客体”现象密切相关。在婴儿个体成熟的早期阶段，“关联到客体”首先体现为对“自我关联性”需求的满足。婴儿需要母亲首先与其主观性客体建立关联，这是满足婴儿全能幻象体验需求的领域。随着发展，“起初作为主观性现象的客体，最终会转变为一种客观性知觉的客体”^[10]。随后，婴儿逐渐与客观知觉性客体建立关联，并开始使用客体，从而能够放弃对全能感的追求，变得更加现实和自主。在温尼科特看来，当客体处于主观性的位置时，与主观性客体的沟通是一种模糊、不明确的非言语性沟通，被称为非沟通或静默沟通。这种沟通通过一种静默的方式进行。而当客体迁移到客观知觉性的位置时，沟通变得清晰、明确，通常以言语的方式进行，其中仍可能包含静默的成分。

温尼科特指出：“在人类沟通中出现了两件新的事情：一是个体使用和享受的沟通模式，二是个体的非沟通性自体，或者处于真正孤立状态的自体个人核心。”^[10]因此，静默沟通或非言语性沟通成为生命早期婴儿的一种原初的沟通需求。温尼科特还指出：“也许对婴儿来说，存在着一种与环境-母亲的沟通，这种沟通是通过体验母亲的不可靠性而得到证实。”^[10]在生命早期，婴儿处于一种未整合、碎片化的状态。如果母亲能够将自己置于婴儿的位置，从婴儿的状态中感知这种未整合的破碎性，那么母婴之间的原初沟通就发生了，这是一种非言语（静默）的沟通。当母亲静默沟通的“可靠性主导了整个养育情境时，婴儿仅仅通过持续地存在以及按照个人成熟进程发展来进行沟通，但这几乎不值得使用‘沟通’这个名称。”^[10]

因此，人类婴儿（或病人）的原初沟通是通过母亲（或治疗师）的可靠在场来实现的。这种沟通形式在许多情况下表现为一种无言、不说话的静默沟通。在临床治疗中，这通常通过病人的沉默与治疗师的保持沉默这一技术相结合来实现。这样的互动强调了环境的稳定性和治疗师的支持性，对促进病人内在的整合与成长具有重要意义。

3 病人需要沉默

病人的沉默是指病人在治疗设置中的一种不说话状态，这属于非言语沟通的一种形式。沉默意味着

病人需要处于一种沉思状态，借此与自己的真自体进行静默沟通。静默沟通是病人可以通过身体姿态和无意义的声音，在主观性世界中进行的沟通。病人允许治疗师以适应病人的方式进入其主观性世界，治疗师通过静默沟通与病人建立关联，满足病人的自我关联性需求。这种关联是病人感受自体真实感的基础。这样的互动不仅是一种沟通形式，更是病人与治疗师之间建立深层次理解和原初认同的重要途径。一些学者认为，“持续的沉默也是一种见诸行动（acting out）的方式，起到了回忆、整合和修通病人与母亲的早期病理性关系的作用。”^[11-13]

在临床治疗过程中，病人常常表现出不说话或长时间处于安静状态的现象。这些表现可能包括闭目不语、靠在单人沙发上休息或打盹、躺在长沙发上休息或入睡、默默地小声哭泣或抽泣、自言自语、尖叫，或者发出类似呻吟呀呀的无意义声音。在与儿童工作的过程中，沉默可能表现为独自玩游戏。病人在治疗设置中呈现的这些沉默状态（不说话的姿态）或静默沟通，应当与他们的言语沟通给予同等重视。沉默可能出现在治疗过程中特定的成熟阶段，并遵循明确、个性化的精神－躯体性动力学原则。病人的静默沟通本质上是一种发展性需求，具有独特的意义和作用，是对言语性沟通的重要补充。

根据我们的临床经验，对于那些在生命的绝对依赖期和相对依赖期遭受过创伤性养育的分裂性或边缘性病人，在精神分析的高频治疗（每周三次以上）的第五年或第六年，常常会出现一个沉默阶段。在这一阶段，病人逐渐感受到分析设置的安全性，对治疗师的信任度也逐渐增强。随着自体整合接近完整，他们获得了一定的自我力量，并逐渐具备了独处的能力。

在此过程中，病人最初的不安全感、怀疑、兴奋、碎片化、行动化以及话多的状态逐渐消失，取而代之的是一种安静、放松和沉默的状态。他们甚至开始尝试躺在长沙发上，进入不说话的沉默状态。这种沉默状态对他们而言是必要的，因为他们需要在这一过程中对已经吸收的各种治疗性或生活性的感受和体验进行沉思和想象性精细加工，以进一步整合人格的构成。这种沉默现象不仅是一种休息和放松的表现，更说明了病人内在整合与成长的重要阶段。它为病人提供了一个内省加工和自我理解的空间，使他们能够更深入地处理和整合过去与现在的经验，从而迈向一个更为完整和健康的自我。

但是，由于这类病人尚未发展出完整的独处能力，他们的自我还处于不太成熟的阶段，他们需要治疗师以一种精神－躯体性在场的方式进行治疗性陪伴。这意味着病人在治疗中需要一个现实的陪伴者来给予注视和关注，同时要求环境和治疗师保持安静，不进行任何言语性解释。这种沉默状态是病人继续完成和巩固自我整合重要的环境性需求，也是病人通过静默沟通要完成的发展任务。在此阶段，治疗师必须敏感地满足病人的沉默需求，通过稳定而安静的陪伴，支持他们的内在加工和整合过程。

案例 A：

我的一个案例，一位 35 岁的男病人经历了早期人格失整合的问题，导致了許多分裂样的症状，例如感觉自己是碎片化的，很难把自己“收拾”起来，以及对周围环境感到弥漫性侵入的危险感。这些症状表现为强迫性清洗和躲避行为。在心理治疗的前六年，他通过不断地言语交流来表达被打扰的恐惧感以及生活中难以自我照顾的困难和痛苦。

之后，他在治疗过程中转变为一种沉默状态——每次治疗开始后，他便躺在单人沙发上闭目入睡，保持沉默。最初，我有一种强烈想做言语解释的冲动，并见诸行动。我尝试唤醒他进行言语交流，我也尝试对他的沉默多次做了解释，但他的反应是感到烦躁和愤怒。之后我理解了他的这种沉默显然是一种静默沟通的形式，反映了他对安静下来的需求，以及没有能力进行交谈和自由联想。病人需要我专注并

关注他,尽管他似乎睡着了,他依然能非常敏感地感受到我的存在和关注,我不能分神也不能干其他事情。当我稍有动作,如动动身体或拿起杯子喝水,他就会睁开眼睛盯着我。这样的反应表明,他对我的一举一动非常的敏感,强烈需要我保持沉默和安全在场。每次治疗结束时,当他主动睁开眼睛起身离开时感到很满意,这可能意味着他在这段时间内得到了他所需要的东西。

在这阶段治疗之后,病人表达了他生活和工作中无法安静下来的困扰和痛苦。他觉得周围的环境似乎不断地打扰他,使他不得不不停地应对和忙碌,从而感到极度的凌乱、不安全、无力和疲惫。在他的生命早期,由于父亲在外服兵役,母亲一个人忙于家务,手忙脚乱地照顾他。显然他的早期需求未能得到满足,且不断被打扰。然而,在治疗设置中,他终于发现了一个难得的安静空间,可以暂时休息并感受到自己的存在。他非常珍惜这种安静的休息状态,因为它不仅为他提供了片刻的宁静,还让他在某种程度上重新连接到了他的核心自体。

与此同时,病人也指出,我的不断言语性解释对他来说是一种打扰,仿佛在重复他早年那种凌乱而不安全的环境。他还表达了对我的关注有着强烈的依赖和需求。他害怕失去这种关注,因为这可能会令他失去在治疗中所能获得的安全感和休息的机会。

案例 B:

这个案例描述了一位40岁左右的女性病人在治疗中的表现以及治疗师的应对策略。在治疗的前5年里,病人表现出极度的言语化倾向,喋喋不休地述说自己的遭遇,内容繁琐且充满对其父母的不满和愤怒。她对我的态度也充满了抱怨和攻击,指责我无法与她建立关联,不关心她,甚至认为我对她造成了伤害。她完全不愿意听我的解释,甚至感到我的解释是对她的打扰,甚至迫害。在这一阶段,我选择保持沉默,专注地关注她,为她提供情感上的支持和安全的治疗环境。偶尔,我会对当下的情境进行一些简短的评论,但主要是等待病人能够进一步放松下来。

经过5年的治疗,病人开始能够在长沙发上躺下。虽然她的言语量有所减少,但她仍需要面对着我躺在沙发上,以便睁开眼睛时能够看见我,这样才能获得安全感。在每次治疗中,她通常在开始和结束时需要通过说话来保持内心的安全感,而中间的大段时间则保持沉默或闭目休息。尽管她仍需要通过说话来维持一定的安全感,但与之前相比,说话的频率和内容显著减少了。

在治疗的头几年,病人主要沉浸在她的主观性妄想世界中。通过持续诉说她的主观性迫害感受,她似乎在寻找一个现实的陪伴者,来倾听她的内心世界并帮助她整合这些感受。在这种情况下,我需要保持沉默,成为病人主观性现实中的陪伴者客体,并抱持住整个治疗性情境。只有这样才能帮助她逐渐获得安全感,帮助她逐渐安静下来,之后她的沉默需求便浮现出来。

几乎在所有心理治疗和精神分析治疗过程中,病人都会在某时刻表现出沉默和独处的需求,而帮助病人发展出独处能力对病人来说尤为重要。通常情况下,临床上病人可能会短暂沉默,或者在整个会谈中保持沉默,抑或表现出一些非言语的姿态,例如处于放松、沉思或小睡的状态。正如温尼科特所指出的:“这种沉默现象不仅不是阻抗的表现,反而是病人达成的一种能力。”^[9]

4 治疗师保持沉默

在治疗过程的早期阶段,病人经常会表现出一些全能的主观性需求。他们希望治疗师能够进入他们

的主观性世界，成为他们的主观性客体。在这一阶段，病人的感受可能呈现出碎片化、瓦解的状态，并伴随一种散乱和弥散的恐惧感。他们可能表现出话多、兴奋、指责或行动化的状态。在这种情况下，治疗师的解释（诠释）往往会超出病人的理解范围，反而可能对其造成干扰。因此，病人更需要治疗师保持沉默，少做或不做解释，专注于维持治疗情境并管理好治疗关系。正如马苏德·汗在治疗一名青少年时所指出的，“正是通过对治疗性干预进行明智和恰当的克制，既不做过分的解释，也不做安慰，才使病人能够表达内在的真实冲突和困境。”^[14]所以，治疗师需要为病人提供一个安全、可靠、稳定的治疗环境，使他们能够在治疗师在场的陪伴下逐步进行自我整合。

正如温尼科特所指出的，这类病人“需要分析师理解分析师对他们的不可替代性，以及他们对分析师爱与恨的同时发生性”^[7]。因此，治疗师仅仅在心智功能层面上针对病人的言语性材料进行解释是不够的。面对病人在治疗中呈现的大量非言语性沟通材料，治疗师需要全身心地投入到移情（转移）关系中，“保持活力，保持健康，保持清醒，做自己和体现自己。”^[9]这就要求治疗师与病人进行言语和非言语的全方位沟通。在适当的时机“保持沉默”是一种重要的自我体现方式，同时也是与病人进行静默沟通的一种方法，其地位和重要性等同于在合适的时机给出解释。笔者认为，比昂（Bion）提出的针对解离元素（贝塔元素）的心智涵容和遐思功能首先是在治疗师使用保持沉默的静默沟通过程中完成的。

因此，治疗师在适当的时候保持沉默，不仅仅是“给予病人关注时所表现的倾听态度”^[6]。“保持沉默”作为一种临床治疗性技术和策略，要求治疗师具备保持精神－躯体在场的能力，专注于病人，抱持治疗设置，不急于做出解释。这种策略将时间、空间以及发起活动的主动权让渡给病人，使他们在客体的关注下获得独处的体验。这不仅为病人提供了休息和放松的机会，也为他们创造了与自己的真自体进行静默沟通的可能性，从而帮助他们整合自体的碎片。

只有在治疗师保持沉默并维持可靠的治疗框架时，那些内心充满兴奋和紊乱的病人才可能逐渐安静下来并放松，从而让他们的自发性和创造性冲动浮现出来，同时也为治疗师创造与病人建立深层联系的机会。此外，Pressman（1961b）指出，“对于分析师而言，保持沉默可能提供了一个在无污染的领域中工作的时间和机会，使其能够吸收和反思病人所提供的材料。同时，这也使分析师有机会掌控其反移情的冲动，从而增强客观性。”^[15]

在我们的治疗和督导经验中，观察到许多中国的心理治疗师更倾向于解释病人的言语化材料。有时候，治疗师“使用解释技术可能会有明显的好处，其原因在于病人并没有感受到来自分析师解释技术的迫害。”^[16]然而，如果治疗师试图像解释言语性表达材料那样去解释病人呈现的“非言语表达或姿态”，例如沉默、身体动作，或者病人表达的具体琐事，病人可能会感受到来自治疗师的迫害。治疗师最好的策略是“保持沉默”，进入一种“等待的游戏中”^[10]。这意味着治疗师应采用与病人进行静默沟通的方式。正如温尼科特指出：“这种沟通不是通过直接的言语性表达传达信息，甚至言语性表达实际上可能是一种错误。”^[16]

在临床中，经常忽视一个非常重要的现象：病人表面上似乎在进行“言语性表达”，但实际上是在进行静默沟通。这是因为病人表达的言语内容往往是散乱的、零碎的、事无巨细的、理智化的，甚至是无意义的。表面的言语交流实际上掩盖了更深层次的非言语性情感和内在需求的状态。治疗师需要保持敏锐的觉察，不被表面的言语性内容所迷惑，而是要保持沉默，关注并倾听言语背后隐藏的情绪和静默

的信息流动。通过保持沉默，治疗师能够更有效地回应病人的潜在需求和情绪状态。

在前面提到的案例 B，以及后文的案例 C 和案例 D 中，三个病人在治疗早期阶段的言语性表达表现出一些共同的特点：她们不仅仅通过语言进行交流，还会用身体各个部分的运动进行沟通，比如点头、摇头、眨眼、叹气、气息不均以及摇晃四肢等。这些表现就像一个刚学会说话的幼儿，磕磕绊绊、上气不接下气，努力尝试与母亲交流。她们的言语内容往往不连贯、条理紊乱，细节繁琐且重复，似乎言语本身并不重要。病人似乎通过说话的方式和过程，在努力尝试整合自己的精神与躯体。治疗具有分裂样人格特征的病人，治疗师应保持沉默，专注倾听和关注病人，同时营造一个有利于其整合的治疗环境。在这样的空间中，病人能够在治疗师的接纳与支持下，逐步实现精神与躯体的整合，从而促进自身的康复与成长。

还有一种现象是病人仅仅通过智力进行交流。他们滔滔不绝地描述事情，内容似乎有条理且合乎逻辑，但缺乏情感投入，仿佛是在讲述与自己无关的故事，与治疗的当下情境以及自身的关系都显得疏离。这种表达方式反映了一种假自体对外界的虚假沟通，是一种反应性的沟通模式。病人的言语表达仅仅是一种智力上的逻辑活动，空洞而无趣，无法传递出个体真正的生活信息，这实际上是一种理智化防御的表现。

对于这种情况，如果治疗师不能保持沉默，与病人的对话可能“很容易演变成分析师与病人针对非沟通的否认而进行的一种无限期的共谋。”^[10]因此，治疗师应谨慎对待，不急于回应病人的逻辑性表达，而是通过保持沉默，打破这种表面的逻辑对话，为病人创造机会，深入触及内心深处的自发性情绪和真实的自我。

特别需要强调的是，当治疗师面临病人的攻击性移情时，应理解病人的攻击行为可能是一种早期生命阶段原初爱（primary love）的摧毁性在当下移情关系中的重新尝试。病人可能通过这种蕴含愤怒的摧毁性活动，甚至是妄想性的指责，尝试与治疗师建立关联，试探治疗师的可靠性，并考验设置的耐受性。

在这种情况下，治疗师无论说什么都可能显得不合适。最好的策略是妥善管控自己的反移情，避免与病人产生争辩。通过保持沉默和客观性，治疗师承受住病人的攻击，为其创造一个安全的环境，使病人有机会自行发现、领悟并做出解释。通过这种方式，治疗师不仅维护了治疗关系的稳定性，同时也帮助病人更深刻地理解和转化自己的攻击性情感。

案例 C:

我的一位女性病人在治疗中用了 8 年的时间说话，之后才进入沉默状态。每次治疗开始时，她仍会先谈论一些生活或工作中的事情，然后躺在长沙发上闭目沉默不语。我理解这是病人静默沟通的需求，她需要我保持沉默并专注地关注她。她非常敏感，能立即察觉到我的分心。有一次治疗中，她闭目沉默了近 30 分钟。由于我一直保持沉默，感到有些疲劳和无聊，于是伸手去兜里拿手机，可能发出了很小的声音。病人立即睁开眼睛，非常生气地指责我打扰了她。她向我表示，在沉默放松时，她特别需要我关注她、照顾她和陪伴她，任何分心都会打扰到她。她解释说，当她放松下来时，感觉自己正在下沉，而我则像在她下面托着她一样。她沉下去时可以“吃”我几口，这让她感到很满意。如果我分心或去做其他事情，她就觉得我不在了，她就无法“吃”到我了，而这种感觉会让她感到恐惧。尽管“吃”我的时候她会有一些害怕，所以只能“吃”几口，但如果我不在，她就会感到更加害怕。我只能一直保持沉默。这次治疗接近结束时，病人自己做了一个解释。她说，在她的婴儿期，她的母亲无法专注地照顾她，因为母亲太弱了，还需要姥姥的关注，同时她的母亲也需要她去关注。她的母亲经常不在，这使她感到无助和恐惧。显然，病人将早期被母亲照顾失败的感受转移到了治疗关系中。

这个病人在经历了多年的高频密集治疗后，进入了一种静默沟通的状态。她似乎以一种近乎魔法般的方式进行自我滋养，但这一过程需要借助我的辅助性自我功能，同时保持独处状态。在这种状态下，我既不能提供解释，也不能分心去做其他事情。我必须保持沉默，以维持在她主观世界中的连续性存在，避免干扰她的沉默状态。我的角色和功能是提供一种有意识的、专注的、敏锐的关注。这种关注不仅仅是倾听，而是用我的整个精神－躯体参与到倾听当中。如果我的注意力涣散、专注力下降，或者我感到无聊和疲惫，治疗过程就会立刻失去活力。比如，当我伸手去拿起手机时，这一动作成为了一个严重的错误，将她重新带回了“……早年母亲养育失败模式的情境中”^[17]，使我在她的主观性体验中变成了那个“坏母亲”。

案例 D:

一位 40 岁的女性病人在治疗一开始便躺在长沙发上，闭着眼睛一言不发，我也选择保持沉默。大约十分分钟后，她开始说话，提到自己这几天非常颓废，不断抽烟，晚上难以入睡。她发现听恐怖小说能帮助自己入睡，但最近做了两个梦。

第一个梦中，她梦见了父亲。父亲只有四十多岁，面无表情，对她非常冷漠。她感到父亲与自己之间有一种遥远的距离，仿佛隔着一条马路，甚至还有一层厚厚的玻璃将他们分隔开。

第二个梦中，她的三婶在和她说说话。虽然她能听懂三婶说的每一个词，但将这些词连成句子后，她却无法理解，感觉彼此沟通困难。这种情境让她联想到平时与母亲的交流，双方也常常互相听不懂。随后，三婶开始指责她听不明白话，她感到非常愤怒，在梦中朝三婶大喊大叫，随后惊醒。

在这次治疗过程中，我始终保持沉默，给予她专注的倾听，并努力管控住自己立即给予解释的冲动，耐心等待她自己提出对梦的解释。报告完梦境，沉默了几分钟，她开始分享自己的理解：“白天我一直在防御，努力承担着作为母亲的责任，照顾我的孩子，同时通过抽烟来缓解焦虑和痛苦。晚上听恐怖故事是为了穿透这种虚假的防御，在梦中去接触和体验我的内在痛苦情绪，以及那些被分裂出去的部分。”

随后，我补充了自己的一些理解：“这是一个治愈的梦。你在梦中经历了那些破碎的、冷漠的和迫害的部分，并逐渐接近和体验了它们。更重要的是，你还将这些体验记住了，并能够在今天将它们报告出来，这本身就是一个治愈的过程。”

需要指出的是，保持沉默作为一种技术，确实对治疗师的人格能力提出了较高的要求。在治疗过程中，病人的沉默、混乱的言语表达以及攻击性的移情，往往会触发治疗师的复杂情绪反应，例如尴尬、焦虑、愤怒、自责或挫败感。如果治疗师无法理解并有效掌控自己的反移情，而是陷入某种防御性反应状态，治疗工作可能因此受到干扰，甚至偏离治疗路径和目标。因此，治疗师需要具备足够的自我力量和容受能力，能够承受治疗过程中可能出现的情绪冲击。同时，情绪的稳定性 and 深刻的理解能力也是必不可少的，这些品质和能力使治疗师能够在面对病人的沉默或情绪挑战时，依然保持专注和耐心，从而在治疗中有效地运用沉默技术。

5 给出解释与保持沉默（说话与不说话）

“给出解释”指的是治疗师通过口头语言与病人就其心理材料进行沟通并表达自身理解的一种方式。给出解释的前提是，病人需要通过言语表达出某些心理材料，也就是说，治疗师的工作必须基于负载着

情感的表征性心智状态及其关联内容，例如病人表达的梦境、情绪、想法或移情等。在这些言语材料的基础上，治疗师通过语言清晰地表达出自己的理解。

因此，即便是最简单的解释，也具有一定的力量。解释的核心在于其对病人的影响和效用——它可能促进病人的领悟和理解，帮助其更深入地认识自身的心理状态；也可能让病人感到不被理解，甚至引发困惑或抵触情绪。解释的效果取决于治疗师对病人状态的精准理解以及解释的时机和方式。

温尼科特认为，治疗师给出解释的主要目的是传达出一种态度：“分析师认为已经进行过了需要确认的沟通”^[16]。其次，解释的目的是为了“建立治疗师理解的局限性”^[18]，以保持治疗师的客观性。此外，“病人确实需要治疗师提供解释”。正如他所说：“分析是为那些想要、需要和可以接受的人准备的。”^[19]

一般来说，治疗师给出的解释最好是对病人自身解释的一种补充。尤其是对于那些人格发展尚未成熟的病人来说，治疗师在他们眼中仍是一个部分客体或主观性客体。这类病人尚未发展为一个完整的人，无法体验到掌控感，也缺乏足够的信心去借助“母亲的自我功能”从促进性环境中获得支持。在这种情况下，病人通常难以理解治疗师的解释，他们更需要的是一个行为上表现良好的分析师，以便初步建立对治疗师的信任感，或者通过尝试和试探去建立这种信任。

温尼科特指出：“然而，除非分析师不表现出负性的行为，也就是不表现出不良行为，否则分析师不会被病人相信。”^[18]因此，治疗师给出的解释最好是对治疗设置中病人所经历的事情进行一些真实的、简短的和反映性的评论。这种评论性解释表明，现实中的另一个人能够共情地理解病人的情绪状态，从而缓解这些情绪对病人的压力。同时，这也向病人传递了治疗师的外在现实性，帮助病人区分其幻想与现实。如果治疗师在不恰当的时机过早或过多地提供了解释，对于一个将治疗师视为部分客体或尚未成熟的病人而言，这可能被视为一种侵入或打扰，从而削弱病人对治疗师的信任感。

如今，治疗师们普遍认识到，在心理治疗过程中，病人与治疗师之间的大量沟通并不依赖于言语表达，而是更多地通过非言语沟通形式进行，尤其是通过沉默和各种姿态的沟通。心理治疗中的沉默状态与对话状态相辅相成，因此，治疗师的“保持沉默”和“给出解释”成为心理治疗中两种非常重要的沟通技术。

在众多沟通理论中，“古德曼定律”（Goodman's Law）提出了一个深刻的观点：“沉默可以调节对话的节奏。沉默在谈话中的作用，就如同零在数学中的作用。尽管是零，却极其关键。没有沉默，任何沟通都无法进行。”这一比喻形象地揭示了沉默在沟通中的基础性作用。如果说“保持沉默”在心理治疗的沟通中如同数学中的零，那么“给出解释”则如同数学中的壹。这一思想与中国《道德经》的哲学观念不谋而合。在《道德经》中，“道”常被视为零，即“空无”，是一切存在的本源，而壹则是从零中生发出来的意义和创造。温尼科特显然洞悉了这一哲学思想，他曾说：“治疗的线索只能从这种沉默状态中慢慢地浮现出来……”^[16]。这表明，在心理治疗中，沉默不仅是一个被动的状态，更是一个孕育意义和转化的时空。治疗师通过保持沉默为病人提供了一个安全的环境和容器，而解释则是在这一容器中逐渐形成的意义和具体化表达。

在心理治疗中，许多病人确实需要一个空间，让他们能够自己发现和创造出属于自己的解释。在这一过程中，治疗师需要具备保持沉默的能力，并且有足够的耐心等待病人找到自己的解释。治疗的核心应以病人发现自己的解释为主，而治疗师的作用则是在此基础上提供一些补充性的解释，帮助病人更全面地整合他们的体验和情感。因此，治疗师需要能够管理自己想要立即给出解释的冲动，能够耐心等待

病人自己发现和创造出解释，并允许病人自行做出解释。这种耐心和克制不仅是对病人主体性的尊重，也是在满足病人的一种自我需求。正如温尼科特的一位女病人曾说过：“在我的童年经历中，父亲是一个很容易情绪激动的人，他经常不断地闯入或打断有关母婴体验的任何事情。对我而言，能够由我自己得出这一解释是非常必要的。”^[18]这段话揭示了病人的自我需求，他们需要一个不被打扰的空间，在这个空间里，他们可以自由地探索自己的情感和心理状态，而不被外界的干扰或过早的解释所打断。

精神病性个案往往将治疗师视为部分客体，他们就像那些需要被抱持在母亲膝上怀抱中的婴儿。在治疗中，他们需要治疗师能够提供一种具有抱持性功能的缓冲区域，这个区域可以类比为母亲怀抱中“乳房”的区域。温尼科特指出：“乳房在这里是一个区域，而不是供婴儿吸吮或吃的客体。在病人的联想中，这个乳房区域可以被一块‘缓冲垫子’所代表，而它尚未成为食物或本能满足的来源。”^[18]

由此可见，在这个缓冲区域中，其功能重点并非提供具体的客体以满足病人的本能需求，而是根据病人当前的发展阶段和成熟需求，创造一个稳定、安全、不过分刺激的空间。这一空间的目标是满足病人对自我关联性的需求，而不是兴奋性客体的本能需求，因此不应出现可以被吸吮或吃掉的客体，而是通过提供温和而有力的支持性在场感，帮助病人逐渐发展和整合其自体的内在体验。在这个起缓冲作用的乳房区域内，治疗师需要让病人感受到被看见、被关爱、被照护以及不被打扰的重要性。如果治疗师能够适时保持沉默和安静状态，不随意给出解释，专注病人当下的感受，与病人在一起，就能够提供一种照护性的治疗体验，使病人感受到一种未被打扰的满意状态。温尼科特指出，“对于病人来说，她让我保持沉默（不做解释），有一种好像是她成功地完成了什么事情的感受。”^[18]

如果治疗师没有考虑到病人的人格成熟度而盲目地给出解释，那么这种解释就如同“粗暴地穿越那块‘乳房区域’的那支男性阴茎，而这个与婴儿同在的乳房区域还无法接受和应对‘阴茎’这个想法。”^[18]这种行为实际上会对病人造成再一次的侵入性创伤，重现其在原初养育环境中所经历的侵入模式。治疗师如果失去了对病人的脆弱发展阶段的敏感性，反而强化病人的内在不安，使其难以获得安全感与支持，阻碍了自体整合和内在成长的过程。因此，治疗师需要对病人的成熟度有清晰的判断，以避免这种潜在的侵害性干预。

温尼科特的思想受到了诗人济慈的影响，尤其是在治疗过程中“保持沉默”的方法上。他认为，治疗师若要有效运用这种技术，必须具备济慈所称的“负性能力”（negative capacity）。这种能力指的是在面对不确定性、神秘和怀疑的状态时，能够保持沉默和耐心等待，而不是急于寻求事实或解释。正如 Ivone Accioly Lins 在其文章所述：“通过‘负性能力’的概念，济慈强调了一种能够停留在不确定性、神秘状态和怀疑情形中的能力，而不是去‘急躁地寻求事实或理论性解释，换句话说，不会烦躁地逃入解释性或科学性系统中’。”^[20]这种负性能力使治疗师能够在治疗过程中耐心等待，为病人提供足够的空间和时间去发展自己的理解和洞察，而不是匆忙地干预或给出解释，从而更好地支持病人的成长与整合。

温尼科特的精神分析范式强调一种能够容忍负性与尊重悖论的能力，而不是依靠理智的过程去解决这些负性或悖论。他主张在对待精神病性病人的心理治疗中，更加注重使用“保持沉默”的技术。这种方法给予病人足够的空间和时间，在治疗设置中获得自我整合的机会，自主发展对自身和经历的理解，而不被治疗师的过多解释干扰或左右。这一技术体现了对病人内在成熟过程的尊重，同时避免了给病人可能带来的侵入性影响。

保持沉默为病人提供了一个自由探索、想象性精细加工和表达自身体验的时空，在这一过程中，治疗师更多扮演着支持者和观察者的角色。尽管在某些情况下治疗师的解释是必要的，但面对不同的病人和情境，解释的方式与时机需要灵活调整，以适应病人个体的需求。通过保持沉默，治疗师能够避免因过度解释而无意间打扰或侵入病人的内在世界，更有效地支持病人自我发现与成长的自然过程。

6 总结

沉默在心理治疗中是一种普遍现象，包括病人表现出的沉默和治疗师使用的沉默技术。病人沉默的原因复杂多样，而特定的沉默时刻常常蕴含多重意义。对于某些病人来说，沉默反映了一种在治疗设置中的需求，期待得到治疗师的认可和满足。如果将病人的沉默简单地视为一种阻抗，可能会忽略沉默现象中蕴含的重要细微差别，从而失去进一步理解病人内在状态的契机，并可能干扰病人发展的进程。因此，治疗师需要对病人的沉默保持敏感性和开放态度，以支持其成长与整合过程。

对于那些人格中具有精神病性元素的病人，沉默现象往往会在治疗的中期阶段出现。这种沉默通常表明，病人已经发展到能够安静和内省的阶段，他们需要借助沉默来促进进一步的人格整合。在这种情况下，治疗师需要具备保持沉默并允许病人沉默的能力，以提供一个安全和支持的空间，使病人能够继续成长。有效运用沉默作为一种技术，不仅要求治疗师对病人的需求有敏锐的觉察，还与治疗师自身的人格成熟度、情绪稳定性和内在自我力量密切相关。这些品质和能力使治疗师能够从容地面对治疗过程中的不确定性，并以耐心和尊重陪伴病人的心理发展。

在适当的时机保持沉默可以成为治疗中的一种强大力量，为病人提供抱持性的理解和支持，帮助其内在的整合和成长。然而，这一技术的有效性高度依赖于治疗师对时机的敏锐觉察。如果治疗师在错误的时机选择沉默，或者未能有效地保持沉默，可能会对病人造成不利甚至毁灭性的影响，比如加重病人的孤立、退缩或创伤体验。因此，治疗师需要细致观察并充分理解病人的状态和需求，灵活地根据具体情境运用沉默这一技术，确保其在治疗过程中发挥积极的作用而非适得其反。

致谢

感谢天津大学心理健康教育中心刘新春老师为本文提供的宝贵意见。

参考文献

- [1] Abraham K. The first pregenital stage of the libido [M] //Selected Papers on Psycho-Analysis [M]. London: Hogarth Press, 1948: 248-279.
- [2] Ferenczi S. Introjection and transference [M] //Psychoanalysis. New York: Basic Books, 1916: 35-93.
- [3] Ferenczi S. Silence is golden [M] //Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis (1st ed.). London: Hogarth Press, 1948: 250-252.
- [4] Siri Erika Gullestad, Bjørn Killingmo. The Theory and Practice of Psychoanalytic Therapy [M]. London: Routledge, 2020: 181-182.
- [5] Elsa Ronningstam. Chapter 6: Cultural function and psychological transformation of silence in psychoanalysis and

- psychoanalytic psychotherapy [M] //Silence and Silencing in Psychoanalysis (1st ed.) . London: Routledge, 2021: 106.
- [6] Kuhn T S. The Structure of Scientific Revolutions [M] . Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1970.
- [7] Winnicott. Chapter XII Primitive Emotional Development 1 (1945/1958a) [M] //Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London: Tavistock, 1945: 149.
- [8] Winnicott D W. The location of cultural experience [M] //Playing and Reality. London: Routledge, 1971: 128-139.
- [9] Winnicott. The Capacity to be Alone (1958/1965b) [M] //The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: Hogarth, 1958.
- [10] Winnicott. Communicating and Not Communicating Leading to a Study of Certain Opposites (1963/1965b) [M] //The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: Hogarth, 1965b: 182.
- [11] Ekstein R, Friedman S W. Acting out, play action and play acting [J] . J. Amer. Psychoanal. Assoc. , 1957: 5.
- [12] Greenacre. Problems of acting out in the transference relationship [J] . J. Amer. Acad. Child Psychiat. , 1969: 2.
- [13] Kanzer. Acting out, sublimation, and reality testing [J] . J. Amer. Psychoanal. Assoc. , 1957: 5.
- [14] Masud Khan. Chapter 12 Silence as Communication in The Privacy of the Self [M] . London: The Hogarth Press Ltd. , 1974.
- [15] Pressman Mauried. On the Analytic Situation: The Analyst is Silent [M] //Bull. Phila. Assn. for Psa. II, 1961b: 168-182.
- [16] Winnicott. Chapter 32 Interpretation in Psycho-Analysis (1968/1989) [M] //Psychoanalytic Explorations, Karnac, 1989.
- [17] Winnicott D W. Chapter XIII Paediatrics and Psychiatry (1948/1975) [M] //Through Paediatrics to Psycho-Analysis. The International Psycho-Analytical Library. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1948 (100) : 1-325.
- [18] Winnicott. Chapter 17 Two Notes on the Use of Silence (1963/1989) [M] //Psychoanalytic Explorations, Karnac, 1989.
- [19] Winnicott. The Family and Individual Development (1962/1965a) [M] . 2nd edition (with an introduction by Martha Nussbaum) , London and New York: Routledge Classics, 2006.
- [20] Lins M I A. História e vida na obra de Winnicott [M] //A. Podkameni & M. A. Guimarães (Orgs.) , Winnicott 100 anos de um analista criativo, pp. 13-22. Rio de Janeiro: Nau, 1997.

Based on Winnicott Theory: An Inquiry into the Application of Silencing Techniques in Clinical Psychotherapy

Zhao Chengzhi

Beijing Mental Health Facilitating Center, Beijing

Abstract: From the perspective of Winnicott's theoretical framework, this paper explores the phenomenon of silence commonly observed in clinical psychotherapy, including the patient's need for silence and the therapist's use of silence as a technique. For certain patients, silence is an indispensable part of the therapeutic process and requires the therapist's understanding and permission. Simply viewing the patient's silence as a form of resistance may result in missing the opportunity to deeply understand the subtle nuances and significant meanings inherent in the silence itself. The therapist's use of silence as a technique can be seen as a complement to interpretative techniques. For patients with psychotic components in their personality, silence may emerge during the mid-phase of therapy. This silence often indicates that the patient is entering a contemplative phase, during which they need silence to further integrate their personality. In this process, the therapist must keep silent and allow the patient to be silent to meet their psychological developmental needs. Furthermore, the effective application of silence is closely related to the therapist's maturity, emotional stability, and inner ego-strength. When the therapist keeps silence at an appropriate moment, it can provide strong support and empathy for the patient, facilitating personality integration. However, if the therapist keeps silent at an inappropriate time or fails to keep silence when necessary, it may have a negative impact on the patient and even hinder the therapeutic process.

Key words: Communication; Silent communication; Silence; Interpretation; Psychotic patients