

動力取向心理治療——

支持取向與洞見取向 的心理治療

❖❖❖ 初版致謝 ❖❖❖

我要感謝在過去的十五年當中做為我個案的所有人們，你們每個人皆給了我學習新事物的機會。我也要對我在許多不同的場合裡愉快地教導的學生們致上深摯的謝意。他們提出的問題、不確定感和對了解的渴求促使我更小心謹慎地將我自己的想法概念化，並將它們以可溝通的形式表達出來。

在準備本書之際，我要感謝 Joan Fleming 醫師、John W. Higgins 醫師、Alex H. Kaplan 醫師，以及 Janet Golden 女士，謝謝他們對手稿有助益而友善的批評。我也要對 Ann Mounts 女士致力於本書的文書工作獻上深摯的謝意。

我的愛妻協助我收集相關資料，她的鼓勵和支持在我整個寫書的過程中是不可或缺的。

再版序

自本書第一版問世之後的這些年間，精神分析遭受越來越多來自各方的攻擊，這些攻擊來自精神醫學領域之內和之外皆有之。這些批評和貶抑大部分是將精神分析當做一特殊的治療方法，以及關於治療限制的出現，統計上治癒率的議題，和它對多數精神病患而言，難以被運用來做為一種普遍的治療工具等等這類情況。

在對人類行為做普遍了解的領域中，以及在精神分析理論的進一步發展中，同樣都有著要求修正和改變的持續壓力。一般說來，這些批評已經較節制，並且多集中於對基本理論之闡明或修正的本質，以及在引證出對精神分析的觀察和假設做查證或驗明的方法上之持續努力。這些批評和建議的修正裡有許多是來自於同時使用精神分析方法和其他實驗或觀察的模式這類科學工作，而非只是精神分析的本身。這些議題大致上代表著企圖增進人類知識和了解的任何科學領域中之一部分科學方法的應用，以及在概念上逐步前進的演化。

不過，本書中所處理的大部分基本概念（諸如在心智中之潛意識動機驅力的存在、動力平衡狀態、恆定狀態和精神的平衡狀態、心智功能運作的結構模式、轉移關係和反轉移關係的概念、了解人類行為之起源學和動力模式、在個體的精神內在經驗和其外在環境之間的交互關係等等）皆是當今對精神分析之了解的基石。雖然字彙和語意可能有些不同，但從精神分析經驗和了解中所做的這類概念化工作仍深深地嵌入現代精神醫學的主流思潮

中。不論治療興趣和意圖的焦點是個人、家庭或者是社區，不論是個別的或是在較大團體的背景裡，其基本資料和概念的推斷皆仍對行為的了解有意義且適切。的確，精神分析觀察和理論有助於了解團體過程的本身。

隨著健康照護輸送模式以及一般民衆之期望的改變，以及隨著在有關心理衛生和心智疾病方面之社區教育的成功結果，有越來越多的個人表露出他們需要精神疾病方面的評估和治療。精神醫學比以前更甚地被要求貢獻其知識和治療成果到人類行為與互動之更廣泛且更多層面的領域中。治療需求的壓力在逐漸增加中，且在發展預防精神醫學之方法方面也同樣有越來越濃厚的興趣。在全美各地快速發展的社區心理衛生運動描繪出對貧窮人提供精神醫學方面的服務越來越被強調，精神醫學的興趣不再只針對傳統中、高階級的個案，以及精神醫學的服務已被擴展到了社區。因此對於發展出適用於各種不同的社會階層和各種不同型態的個案，且能比以前更有效且經濟上更普遍合理之新的治療方法有極迫切的需求。

不過，這類要求服務的壓力，以及對於社會和文化力量加諸於個體身上的衝擊之越來越多的覺察，絲毫不會減損個體內在精神因素的存在和重要性，也絲毫未減個體與其環境間之交互關係的複雜性。對發展新的治療模式之需求不應使我們輕看或貶抑在數年之臨床觀察和研究中付出了辛苦的代價才獲得且學習到的知識或功課。對發展短期治療形式的需求並未抵消或抹除從對個案之長期且密集的研究中所獲得的、在技術和理論方面的進展。反倒是後面這些提到的經驗，以及源自這些經驗的概念化能夠提供出一些理論原則，而使得更實用且更立即的治療實驗和發展得以

發生。在治療上隨機、非概念化、一時衝動或是反理論的治療企圖，不管其治療意圖有多麼好，最終都可能被證明是不符經濟效益的。

做為行為之一般化理論的精神分析能夠對人類行為和人際關係的多重變異做概念的闡明和了解，包括了不論是對個人進行的或是在團體中進行的治療交互發生之所有形式。縱使當治療上的運用被擴展時可能會產生大規模的技巧修正，但在尋求新的治療模式時仍不應忽略精神分析的功課和了解。諸如行為治療、學習理論、制約、交互的神經分布等這類治療模式的理論和果效在一般精神分析理論的架構中便可以有效地了解。精神分析理論能夠對適用於更大量且更多類型之個案的有效治療技巧之進一步發展提供出重要的洞見。

就是因為這些理由，我決定要出版本書的第二版。本書保持單一系統且明確的企圖，將精神分析理論的洞見運用到支持、主動積極或非分析式的心理治療中。本書企圖要發展出支持取向治療模式之合理、前後一致、且可溝通的理論，且企圖描繪並比較更為傳統之洞見取向分析模式與對心智障礙者的治療之間這些治療形式的異同。本書中所發展出來的支持取向治療模式包括了長短期的治療、針對症狀壓抑或行為修正的治療，以及適用於整個社會階層光譜的治療。本書的論點是，如果精神分析所提供之對人類動機和行為的基本了解被有系統地運用到非分析式的治療方法上的話，那麼這些方法的理論架構便可以發展出來，而且可以被更有效地施行。

初版序

對心理治療的精通嫻熟是一項只能逐漸獲得的臨床技巧，而且大半是在面對個案的治療場合裡之各種不同持續經驗的結果。如同任何其他的臨床技巧一般，年輕治療師的經驗越密集且越多樣化，則學習機會與增進自己之治療能力的機會就會越大。心理治療的技巧無法以純粹授課的方式來教導或學習。不過，年輕治療師在獲得有助於發展這些技巧之臨床經驗的過程裡，會面對一些困難和問題，可能干擾他的學習進展，或者可能阻礙他建設性地運用他與個案之接觸的這種能力。在這領域裡開始工作的大部分人，都只有一模糊或不完整的理論訓練，以及通常很少的臨床經驗背景。儘管有仔細或經常的督導，年輕治療師在大部分與個案的接觸時間裡仍得靠自己去面对。

雖然將試誤法使用在臨床上能夠提供有價值的學習經驗，但這並非發展一項技巧之最有效率或最具經濟效益的方法。與其他臨床專業不同的是，心理治療的絕大部分是個案與治療師之間的私下過程，將第三者當做觀察者之身份引進（由受訓練者觀察督導，或由督導觀察受訓練者），會徹底改變整個治療情境。閉路電視、單面鏡以及錄音機的使用雖有助於對這技巧的教導和學習，但仍有許多的限制。

在年輕治療師的訓練和早期經驗裡，通常都會從比他經驗更豐富的資深治療師那裡讀到或聽到一些他少有個人接觸經驗的問題或技巧。經常地，他會對自己在與個案的工作中無法展現或發現其他人所提過的相同事情，或者有時候他可能將事情帶離當時

的情境脈絡，並企圖將它們有些不適當地運用到他自己的個案資料與經驗上，而變得氣餒。

再者，大部分訓練方案的結構皆導致了在相對上較無經驗的治療師經常被分配到呈現較深精神病理且經常因而是治療預後最差，並創造出一些最困難之治療問題的個案。這經常伴隨著諸如「只要給個案支持治療就夠了」等這類建議，但卻很少以有組織的方式來關注支持是如何構成，以及這支持是如何被達成的。有時候這也伴隨著被直接或間接表達出來的對支持取向治療之貶抑。年輕的治療師被他自己的治療企圖心所驅策，且將自己與較資深之同僚做比較時，可能有時候會在治療情境中對自己感到困惑、不明了且不確定。

一位發展中的治療師在面對這些問題和壓力時，會有一些普遍的反應。有些治療師可能會對治療失去興趣，而轉向做研究。這可能會對未來提供些希望，但並無法滿足現今在治療上的需要和挑戰。其他治療師會變得單單只依賴藥物或身體治療。有些治療師則會發展出近似治療上之虛無主義的「失敗主義者態度」，並且覺得在心理治療中所做的並沒有產生任何影響，因為不論如何，個案都會好起來，或者不會好起來。其他治療師則仍然以直覺或普通常識為基礎，並以嘗試錯誤的方式，而逐漸發展出一種部分基於他們自己的個人經驗以及部分基於其督導者經驗的技巧，來對個案做出反應。他們對治療的概念經常是模糊或無結構的，而且基本上他們必須靠自己個人學習許多其他人在其他情境中所獲得的累積知識。

其他治療師藉著問許多非常特定的問題來處理他們的不確定

感，這些問題諸如：「當個案這麼說的時候，治療師要怎麼做？」或者是「你如何處理這種情形？」這導致了一種「食譜」型態的心理治療，年輕的治療師們本質上在這食譜中尋找一種他能夠以特定量且在特定時候使用的配方，期望因此對他的思考和治療帶來一些次序。這裡的問題是，這類問題並非可以容易地用簡單的反應來回答，因為它們會隨著在特定情境中的諸多因素而起變化，而沒有考慮到這些因素的回答充其量也只能有部分的助益。如果治療師企圖以機械化或記憶的方式來運用特定的互動或干預，而沒有對這些特定的互動或干預之內容為何是這樣有一大致的了解的話，那麼他就會變成一個較機械化的技工，而且在心理治療中的大部分技巧和效能皆會失去。

沒有經驗的心理治療師需要參考及指引的理論架構以面對心理治療的問題與技巧。這參考及指引的理論架構能夠提供他一個背景，使他在自己的臨床經驗裡做觀察，並藉以衡量判斷自己所做之特殊治療干預或互動。這樣一個背景也能夠提供許多統合的概念，使治療師能夠開始欣賞治療技巧在運用到各種不同個案和情境時的一些異同。

就是在這種聯結裡，像這本討論心理治療之理論和技巧的書所以能提供一種有所助益的功用。而精神分析能夠有效地提供一理論與統合的架構，使得各種臨床觀察得以在此架構裡被組織起來且被概念化。

做為治療之一種特定方法的精神分析是一種非常密集、長期且困難的治療形式。與帶有情緒及心智困擾和疾病的總人口數比起來，迄今只有相當一小部分的人接受過正式的精神分析。做為

治療的一種特定方法，精神分析無法滿足大多數精神病患的治療需求。時間、精力和金錢的投資太過龐大，而夠資格的精神分析師人數（以及受過訓練之新進治療師的人數比例）太少，使得這種治療方法無法被大規模的運用。再者，因著稍後會顧及到的諸多理由，即使治療師和所需要的時間及金錢皆已備妥，正式的精神分析也不會成為大多數精神病患的治療選擇。雖然許多成功地完成完整之精神分析的個案會認為此種治療所需要的種種投資是值得的，但精神分析仍舊是一種只能運用在一群相對少數之個案身上的治療形式。

不過，精神分析除了其特定的治療運用之外，也是關於行為的一般理論。精神分析理論立基於對相對地正常及病態現象的密集且「微觀」的研究，提供了將人類心智在健康和病態之狀態下之功能運作完整概念化。立基於臨床觀察和由觀察中衍生而來的概念化，精神分析對人類整體行為提供了一種內在一致的理論。人類之互動中能夠在精神分析理論架構內被方便且系統地了解的領域之一是心理治療的其他形式之過程和技巧。

本書企圖將精神分析的統合概念運用到心理治療過程互動的廣大光譜中，雖然一些被詳細闡明的概念也能夠運用到其他諸如團體治療家族治療或在醫院情境裡的環境治療等各種治療上，但其主要焦點仍是在個別心理治療。

本書乃基於作者以研討會的形式對羅徹斯特大學醫學中心、華盛頓大學醫學院，以及聖路易大學醫學院裡之精神科住院醫師團體及同儕團體中所提供的資料完成。

本書之第一部可被視為是心理動力之一般問題的呈現。它是

對一般精神分析理論之某些層面做高度濃縮的摘要，特別適切於心理治療之理論和技巧。第二部同樣也是對精神病理之精神分析理論的濃縮，是做為對人類行為較一般性理論裡的綜合論述。這兩部分皆不應被視為是對其各自領域的完整闡述，反倒應被視為是在第三部中所要發展的心理治療理論和技巧之一般背景和基礎的扼要陳述。

因為本書之內容原本是訓練相對地較沒經驗之精神科醫師時所用的，因此對基本理論中較高度理論化、較抽象且較具爭議之層面已做深思熟慮後的刪除。讀者對精神分析理論之基本概念越熟悉，則書裡所呈現出來之濃縮摘要便越有助益。在每一章最後所建議的參考文獻是用來幫助讀者擴展他對一般基本理論架構的了解。不過，每一章都無意要系統地通盤考查這些文獻，或者是針對特殊主題呈現出完整的參考書目。

在第三部裡談心理治療時，所有的資料是深思熟慮地以支持取向心理治療對洞見取向心理治療這種有點人為之二分法的方式呈現。這樣做是因著教學上的理由，並帶著對於這種明確的二分法在通常的臨床情境上並非一直存在或持續之充分認知。不過，所強調的是在於提供給相對地較無經驗的治療師一種指引訓練的架構，使治療模式之異同在其間能夠可以變得更明顯。治療師一旦已經掌握並了解心理治療的一般架構和結構，那麼他便能夠不但避免隨機的或矛盾的反應或干預，而且反倒能夠整合他的行為，以與其治療技巧之內在相一致的整體理論相符。

支持取向和短期心理治療之形式對治療師的技巧提供了相當大的挑戰。其個案群經常是嚴重失能的，時間經常是一具壓迫性

的因素，而決定經常必須是在證據、資料或了解尚不完整的情形下做出。不過，如果治療師對精神病理和行為，以及治療理論的基本原則有一明確的了解，那麼他便能夠開始發展合理且一致的治療技巧，使自己在面臨各種臨床問題時得以有最大可能的運用。

譯者的話

譯者在不同時期裡，對這書的感受將於下面分兩部分敘述：

在動力取向心理治療的學習過程當中，常常覺得有兩大困難，一個是艱深理論的體會，另一個則是治療過程中現實問題的處理。雖然前者也部分藉著後者做為表現的一部分。但是對初學者而言，常需要在理論仍屬未明之時即需在治療室中有個不太離譜又能安心的結構，好讓自己在燙的治療師椅子上仍能繼續「坐」下去。

漸有很多中文書已對理論的部分有所深入探討，但似乎仍少有中文書籍對動力取向的心理治療做一個由理論到現實問題的連結之整體介紹。譯者有感於此，又適逢蔡榮裕醫師於之前介紹此書時，譯者即以為這似乎是一本可做為動力取向心理治療教科書之書籍，故翻譯之，以享自己及教與學之同好。雖然對於其中的每個主題，或許均可以另成專門討論之文章或專書予以深化。但就提供一個動力取向心理治療之整體觀點的目的而言，我想這本書將能有所貢獻。如同作者在對初版簡介中所說的：「如果治療師對精神病理學、行為，以及治療的理論之基本原則有一個清楚的了解，他就能開始發展合理而一致的治療技術。這將能讓他在面對不同的臨床問題時可有最廣的可能應用。」譯者對於這種穩定又具發展性的力量是欣賞而期待。（1998年2月）

☺關於這本書

這本書基本上是寫給專業人員看的，在這一點上，因著術語

的使用而明顯可知。而又因著所使用術語的相關於，且源自於精神分析，於是讓它成為有根大樹的一部分，而非一時之間某個觀念的清晰究明企圖而已，雖然就某部分而言也確實如此。對於期望整體且深度了解如古典精神分析、自我心理學、自體心理學、客體關係理論等這同屬一大家族的家族成員之治療師而言，本書會是屬於這企圖的龐大建築之基材的一部分，而且是基材中很接近門口的部分。

有人曾說這本書適於住院醫師看的。也有人質疑這書是住院醫師看的嗎？我想這書適於住院醫師看是因為它談到臨床實務的部分，尤其是對於當住院醫師被迫必須坐在治療師的椅子上時所必須面對的現實情況諸問題多於對理論的著墨，它又從支持與洞見之動力的角度切入，而不全面細究各理論之艱深難懂的定義，在開始邁出學習的步伐時就對治療師帶來的巨大壓迫感與無力感。不過理論在更深度的引路與檢視方面之功能就非此所能取代的了。另外這書的不一定適於住院醫師看，主要仍在於其為一本臨床而非哲學的書。它需要用實務經驗來協助了解。目前在我們的住院醫師訓練過程中仍缺乏穩定的結構提供類似的一定教學經驗協助。治療師難有機會將其各種複雜的經驗整理與意識化。例如尤其是轉移關係與反轉移關係之存在於個案與治療師間，治療師與其督導間等等的經驗。這在無長期穩固且有共識的結構下影響力更是強勁，強勁是在於根本少有也不易有機會去對之反覆檢視，這檢視是需要經驗、知識能力與少不了的時間這個因素的。這時間因素讓雙方去熟悉進行的結構與彼此的語言。當然如果考慮到住院醫師的訓練過程也是分年分階段的，那麼在上述看法的架構裡，可能又會需要有更細膩的區分說明。

希望這書帶來一些讓治療師在治療室中的說與不說，做與不做，涉入的多與少等等，能有某種安心而又能在某種必須的限制裡。我是建議治療師在這種掙扎中，再去找自己妥協的來源。由此探索個案，也探索自己。

有關理論的部分也許仍太簡略或過度濃縮，這是作者其出版序中已做了說明。因著寫作時的部分目前已堪為顯學的一些心理治療理論的持續發展中，如對分別長於治療邊緣型與自戀型人格個案的客體關係理論與自體心理學等等。是需要另行補充的。但是在治療結構，治療室之現實情境上的細膩描述，本書仍有明顯的獨特性。

另外一個問題是，如果做為個案者也看這書，你可以想像治療師在每個實際事務上的反應會有多少加增的困難，我想這也有部分類似於督導在督導過程中的困難吧。那麼，另一種內化的真誠、神入、涵容、攝受等等隨你如何去說的那個或那些指述，可能是最後之路。雖然也許仍在同樣的情境中，表面上似乎上演著類似的戲碼。書中文字的內容如何去體會，好讓它少一點似是治療中的謀略感覺，而成為治療實務中的有用提醒，是讀者的「心」要去做到的。

對於在精神科工作的住院醫師或其他從事心理治療工作者，從本書所說的心理治療結構中，知道結構的限制與個案長期頑強的困難，讓一些認真過度的治療師由對來自自己和別人的責難中鬆弛下來，也是本書的一種可能貢獻。

因著了解治療中的角色，治療過程帶來了包容的力量，雖然

這也可能帶來攻擊的力量。例如在第十五章「反轉移關係」一章中所述的每一句，幾乎都可拿來做為攻擊別的治療師之犀利武器，特別是在臨床資料仍有限中作過度反應時。但是，反轉移關係是處處存在的狀態，就是前述的犀利質疑也可如是看。而在其中考慮了危險的程度（個案退化的強度），及時間的久暫（日常生活功能的維持）等。就一個初入心理治療之門的治療師而言，時時以時間、地點、金錢、對話的方式等結構檢視自己對個案與自己目前環境現況下必須的限制或基本要求，是有需要的。當然關於這個主題本身，除了本書的概略討論外，是仍可被大大深化的。當治療師不冷血或非幾乎不可能的純粹「空白銀幕」時，反轉移關係的訊號必然會出現。我們可能很難阻止這樣訊號的出現，但是卻可以選擇如何回應這訊號。這也是有治療師之名者被要求的責任吧。這一章所佔的篇幅與轉移關係一章相較少多了，如同在古典精神分析中的狀況，如同它的被提出是晚於轉移關係這名詞五年。書中在這主題上的比例，也可看出它暗指了這是入門書的位置。

當開始翻譯此書之時，也正是一群專業同伴正努力翻譯一批精神分析書籍的時候，因著住院醫師，或者其實是自己住院醫師時那期待明確的感覺與自己對於成為治療師路途的了解意圖之興趣，我仍然選擇翻譯這本書。當然我認為，缺了對「模糊中的深刻」之尊重感覺，即易流於語言、知識的技巧化而以已。這部分將會是結構與明確所無法提供的，也可以遺憾的說是它不得不的副作用。

支持與洞見是難分參雜的。藉著這樣的極端化，增加了了解。但我相信這並非有不可分割本質之臨床工作中的最終實況。

由於目前台灣社會現實上的諸多限制，以至於在臨床心理治療上多屬於支持取向，也只能達到支持取向的境地。由洞見或精神分析的眼光看所做的支持為何，這是本書對目前的臨床治療現況，有一種貼切的明白益處。

在治療的光譜中，作者在第十八章中，比較了心理治療與精神分析，不平衡地在洞見取向的末端加掛上精神分析。而精神分析無可免的將成為洞見取向心理治療中的洞見與否在某些模糊的情況中時是否確為洞見的仲裁，一如洞見取向行之於支持取向在某些方面是否確屬支持之仲裁。

初學者的困難之一是常常自問與被問「什麼是對的？」。治療師常常被這疑問綁住不只行為也包括想法。擔心在治療室中要選擇穩定或冒險。嫻熟的治療師對於穩定或冒險則是個選擇後的決定。我想在辨識所選擇的是穩定或冒險的這一點上，這本書將會有所幫助。

本書因其比較完整、細膩、反覆的區分支持取向與洞見取向在各種情況中的不同，也讓治療師的反應一直有兩種相反路途的選擇可能性。在治療會談的橫斷面或長時期下的縱斷面裡，如果治療師在意對個案的影響，例如擔心是否做了過早或過晚的詮釋，或許在這選擇的可能性裡會有安心。這兒，我想我是努力想要讓書的內容不成為傷害攻擊的武器，一如反轉移關係一詞曾被使用的。當然如果使問題轉為定格於害怕到底自己是在往支持或洞見的方向。那倒是增加了另一種麻煩。

有些界限是不易明確的。例如在原書一八四頁所提到的面質與澄清即是。而且除了語言之外，表情等非語言的表達，也可移

動這樣的界限。這些文字描述上先天的限制是我們在閱讀時必須去反思，對照臨床經驗等等來校準的。

在心理治療實務裡，如果治療師覺得治療室的資料要直接跳到某些理論的結果或解釋是如此的困難，我想本書提及的支持與洞見的關注焦點將會是很好的中繼站。讓治療室中發生的一切是「有用的」，以準備好一路走向更難懂的理論結果與個案內在的遠古世界。

本書非技術指南索引，而是檢視已有的經驗。如同支持與洞見，因為有長期經驗，才更知止於短期的何處。因著過去的歷史足跡由精神分析到心理治療。當它是短期時，因此而吸引注意與更易被接受。但也許不能因此忽略了歷史中顯示的基礎。至少既然稱為治療師，就免不了必須有的基礎，不論其是以何種形式完成。

編輯先生因著各種理由，曾希望我們能自己寫心理治療的書，但在只能寫出支離破碎內容的現在，我想還是先完整的引介別人已深耕良久後的一些果實吧。如果臨床工作未停止，如果站在數本翻譯的書疊起的高度上，如果沒有離開同儕的其他觀察角度的激盪修正，我期待會有那麼一天寫類似這樣的一本關於自己在意焦點或精神灌注主題的書吧。儘管如此，在翻譯中，仍有一種感動，因為正檢視、共鳴自己的經驗。

作者完成此書時，健康照顧模式不斷變遷中，有關社區精神醫學等，目前均已更有更具體成形的存在方式，讀者可再尋求適當資源擴充這些方面的了解。但就本書主要著力的個別心理治療，以及將精神分析中所得到的理論概念應用非精神分析的心理治療