

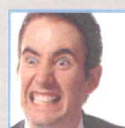
憂鬱症最新療法

人際心理治療的 理論與實務

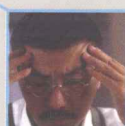
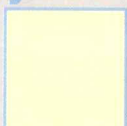
Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide

Scott Stuart & Michael Robertson · 著

唐子俊、唐慧芳、黃詩殷、戴谷霖 · 譯



Interpersonal Psychotherapy :



A Clinician's Guide



心理出版社

憂鬱症最新療法

人際心理治療的理論與實務

Scott Stuart & Michael Robertson 著

唐子俊、唐慧芳、黃詩殷、戴谷霖 譯

憂鬱症最新療法：人際心理治療的理論與實務/ Scott Stuart,

Michael Robertson 原作；唐子俊等譯。-- 初版。--

臺北市：心理，2006 [民 95]

面；公分。--（心理治療；73）

含參考書目及索引

譯自：Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide

ISBN 978-957-702-945-4（平裝）

1. 心理治療 2. 人際關係

178.8

95017131

心理治療 73 憂鬱症最新療法：人際心理治療的理論與實務

原 作 者：Scott Stuart & Michael Robertson

譯 者：唐子俊、唐慧芳、黃詩殷、戴谷霖

執行編輯：陳文玲

總 編 輯：林敬堯

出 版 者：心理出版社股份有限公司

社 址：台北市和平東路一段 180 號 7 樓

總 機：(02) 23671490 傳 真：(02) 23671457

郵 撥：19293172 心理出版社股份有限公司

電子信箱：psychoco@ms15.hinet.net

網 址：www.psy.com.tw

駐美代表：Lisa Wu Tel：973 546-5845 Fax：973 546-7651

登 記 證：局版北市業字第 1372 號

電腦排版：臻圖打字印刷有限公司

印 刷 者：東縉彩色印刷有限公司

初版一刷：2006 年 9 月

本書獲有原出版者全球繁體中文版出版發行獨家授權，請勿翻印

Copyright © 2006 by Psychological Publishing Co., Ltd.

定價：新台幣 500 元 ■ 有著作權・侵害必究 ■

ISBN-13 978-957-702-945-4

ISBN-10 957-702-945-0

Interpersonal Psychotherapy A Clinician's Guide

Scott Stuart MD

Michael Robertson FRANZCP

First published in Great Britain in 2003 by
Arnold, a member of the Hodder Headline Group,
338 Euston Road, London NW1 3BH

<http://www.arnoldpublishers.com>

Distributed in the United States of America by
Oxford University Press Inc.,
198 Madison Avenue, New York, NY10016
Oxford is a registered trademark of Oxford University Press

© 2003 Arnold

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronically or mechanically, including photocopying, recording or any information storage or retrieval system, without either prior permission in writing from the publisher or a licence permitting restricted copying. In the United Kingdom such licences are issued by the Copyright Licensing Agency: 90 Tottenham Court Road, London W1T 4LP.



A member of the Hodder Headline Group
LONDON

作者簡介

Scott Stuart MD

美國 Iowa 城，Iowa 大學精神醫學及心理學副教授

Michael Robertson FRANZCP

澳洲，New South Wales，Mayo Wesley 心理健康中心主任

譯者簡介

唐子俊

現職：高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神科主治醫師
高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神科心理治療督導
高雄市國、高中輔導團督導
學歷：高雄醫學大學醫學系學士
高雄醫學大學行為科學研究所碩士
國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士

唐慧芳

現職：自由翻譯作家
學歷：臺北醫學大學藥學系學士
美國奧勒岡大學碩士

黃詩殷

現職：高雄醫學大學輔導老師
學歷：國立臺灣大學社會系社工組學士
國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士

戴谷霖

現職：研究助理、高雄張老師基金會兼任社工、自由翻譯作家、
義務張老師、牧愛生命協會義務輔導員
學歷：國立臺灣科技大學營建工程系工學士
國立雲林科技大學技術及職業教育研究所碩士

致謝

我們非常感謝許多人幫助我們完成這個計畫。特別是 Mike O'Hara 和愛荷華憂鬱及研究中心（Iowa Depression and Research Center）的工作人員。感謝 Bryanne Barnett 協助我們並提供依附理論方面的討論，還有 Richard White、Jackie Curtis 和 Kay Wilhelm 支持我們，並且協助我們整理在這些章節的問題。我們還想要謝謝 Arnold 出版社的 Georgina Bentliff 和 Serena Bureau，由於他們的支持和耐心，才能夠完成這個計畫。

最後要感謝我們的太太 Shana 和 Amanda，有了她們永遠都在的支持和鼓勵、友誼與協助，我們才能夠有力量，來擔負起我們原來未曾預期的責任和工作。

Scott Stuart

於美國愛荷華市

Michael Robertson

於澳洲雪梨

前言

這個部分希望能夠引導大家知道如何操作人際心理治療（Interpersonal Psychotherapy, IPT）。我們使用「引導」這個字，就是想要傳達這樣的訊息。人際心理治療是一種經過實證研究、理論，以及臨床經驗所概念化而來的心理治療，而且必須要使用臨床的判斷來調整安全的劑量。這並不是一種單一劑量的治療方式，不是所有的人都可用同一種劑量來做治療。

我們主要的目標，就是希望能夠協助治療師針對不同的個案都能夠產生療效，而且我們相信人際心理治療是一個非常有用的架構，對於臨床工作人員及其個案都是有效的，能夠協助他們相互投入並且達成治療的目標。我們客觀的希望能夠達到引導大家操作人際心理治療的目標，但是，我們也主觀的希望能夠協助治療師，達到比個案更加了解這套模式的目標。這也就是人際心理治療的最終目的，即治療師必須要協助個案解除他們客觀的痛苦，而且能夠了解病人主觀的感受，並且協助個案更加地了解自己。

我們非常感謝這個學派的先驅者 Gerald Klerman 和 Myrna Weissman，在 1984 年和其他作者寫下了 *Interpersonal Psychotherapy of Depression*¹ 一書，幾乎所有人際心理治療的研究，都是根據這本手冊，而且人際心理治療的許多運用，也都是根據這本手冊延伸到憂鬱症狀以外其他疾病的治療。^{2,3} 這些研究對於心理治療整體的研究有相當大的影響，尤其是對於憂鬱症更有著特殊的影響。

無論人際心理治療的效能本身是否受到了實證研究的支持，但是真正的有效性，一直到現在為止都未曾做過臨床測試。⁴ 也就是說經過實驗證明人際心理治療在以下的情況是有效的：

⁴ 同樣的批判也會發生在絕大部分的心理治療，事實上並沒有真正的實證資料，證明這些按照手冊操作的、實驗情境的心理治療，如何運用到真實的臨床情境當中。

- 在一個學術的環境，某些治療師特別專注於使用這些治療。
- 在某些受試者（而非真實的個案）身上，他們能夠符合嚴格的診斷準則，且未合併其他的精神疾病。
- 某些受試者，同意接受隨機指派的臨床研究。
- 某些受試者，通常不對此治療付費。
- 嚴格地遵守治療手冊的控制項目，並且嚴格按照手冊操作。

相反地，大多數治療師所工作的場合，要能夠每個星期會見個案^b。連續達十六次，就如同大部分的研究計畫所要求的一樣，幾乎是令人無法想像的，大多數治療師的所得是來自於他們每天所治療病人的數量，而非研究獎助金的資助。大多數的治療師視與「典型」且未合併其他症狀的嚴重憂鬱症患者為一種奢侈的享受——典型「真實生活」中的個案可能是同時患有憂鬱症和焦慮症，並且有著功能不佳的人格特質以及藥物濫用的問題，而大多數尋求治療的個案都會要求選擇治療方式，且對於他們想要接受的治療方式、種類會有一些見解，無論是藥物治療、心理治療，或甚至是完全不同的其他方式——它們僅僅是不同的受試者，同意被隨機分派至治療中的研究。⁴

雖然我們認為有關治療療效（efficacy）的實證研究是必要的（如：在嚴謹的治療環境中透過隨機分配加上控制組所作的研究，以了解治療的成效），我們同時也堅定地認為，治療的有效性（effectiveness）（如：運用於臨床環境中治療的成效）是其臨床運用上的最終基準。^{4,5} 儘管關於人際心理治療在臨床使用的實證研究目前是不足的，但還是有許多可以處理相關議題的臨床知識以及經驗，我們相信應該以實證研究以及臨床經驗來實行人際心理治療。

這類看法所產生的結果便是將人際心理治療變成操作化的形式，以及操作化的治療方式，嚴格地要求依據研究規則之外的手冊（a manual outside

^b 我們使用「個案」（patient）而非「當事人」（client），認可兩者都是可交換使用的，並且兩者皆可用於精神健康專業中以表示尋求心理治療的人們，然而這樣的用法不應該傳達出任何不把人們視為一個獨立個體的意思。

of a research protocol) 很可能削減治療的有效性，因為這樣一來便阻礙了治療師練習其臨床判斷的機會，治療過程中治療師從個案身上獲得的資料，像是個案發展洞察能力的程度、尋求改變的動機程度，或者是在互動中轉移關係的影響為何，這些都應該能協助治療師做出較佳的決定，個案是否能從家庭作業的指派獲得助益、隨著治療師適時的自我揭露發展出更多的洞察，或是從二十次比十六次的治療會談中獲得更多的改善，這些決定應該在每一次治療搭配中彼此相互地討論而定，而非由手冊事先規定所有的事情。⁶⁻⁹ 因此，本書應該主要作為一本指南而非手冊——它應該提供一套原理原則，作為實施人際心理治療的架構而非一套限制治療的規定。

這反映了我們在本書所呈現的人際心理治療方式。例如，使用人際心理治療的臨床經驗證實，某些個案可以從指派的家庭作業中獲益甚多，反而人際心理治療的療效研究 (efficacy studies) 否定明確的家庭作業的指派。臨床經驗已經證實了，每週一次持續實施的人際心理治療會談，在第十二次或十六次會談之後突然結束治療，在臨床情境中並不是最有效的實施人際心理治療的方式。然而，使用人際心理治療評估急性治療的所有療效研究均要求要提供持續每週一次的會談。與個案協商會談的時間表，並在結束治療之前有兩週一次或每月一次的會談，通常在臨床上，這會是比较有效的方式。臨床經驗認為，在人際心理治療的架構之下善用臨床判斷會比固著於手冊上的操作方式來得更有效。

人際心理治療的臨床經驗也清楚地說明了，用以理解尋求人際心理治療並概念化其個別的問題，重要的方法便是奠基於生物心理社會的模式，手冊化的治療方式常常意味著（或甚至是要求）個案必須要有精神病理疾病 (psychopathologic disease) 的「診斷」，而且治療方式要被概念化為一個醫療模式的介入。^{10,11} 而我們的觀點是，人類的心理功能是複雜的、多元的，而且是遠超過只是單純的描述醫療「疾病」的特性。即便是「生物心理社會」這個名稱，在描述心理困擾的本源上它已經風行超過十年的時間，也認定我們不只是個人的基因或醫學 (medical) 的自己，如此而已。¹²⁻¹⁵

我們相信，嚴格地固守於精神病理的醫療模式，不管是對治療師或者與其一起工作的人都是一種去人性化 (de-humanizes) 的方式，這樣的醫療

模式要求病人（而非人）必須透過特定醫學疾病的方式來診斷，通常都是透過 DSM¹⁶ 或者 ICD¹⁷ 的規範，這種方式不僅因「症狀」或「診斷」來分類並定義和我們一起工作的人們，也限制了治療師將其視為獨立個體，及解決與他們相處時所經歷的問題的創造力。因為通常治療的主要目標，尤其就人際心理治療來說，就是要了解尋求治療的這個人，若只是使用嚴格的醫療診斷發展出對於個案的理解並且反映給個案知道，很明顯地就會偏離了原來的目標。

因此，儘管使用具醫療基礎的診斷系統作為了解個案的方法有著很高的價值，卻不應該用以作為概念化個案問題的主要基礎，也不應該作為治療的基礎。應該要對人際心理治療的臨床使用敞開心房，以處理那些普遍有著人際問題的個案，他們其中的某些人會是憂鬱的、某些人會是焦慮的、某些人會是有著人格議題的，而許多將是這些因素的結合；他們一些是老人、一些是青少年、一些是男性、一些女性、一些會是來自不同於治療師文化背景的人、一些是窮人、一些是富有的人，但都將是獨立的個體，在某種程度上可以被理解為社會人（social beings），需要親密地投入社會網絡之中並且都因而會是人際心理治療的可能人選。個案是否符合嚴重憂鬱症的精確診斷標準，與在臨床情境中是否應該運用治療法，這個問題並不是很重要，重要的是，個體獨特的問題以及社會脈絡，才應該是用以作為決定其於人際心理治療中適合度的判斷指標。

總之，有效的實證證據應該作為形成人際心理治療的基礎，應該透過臨床經驗來建立，並且經由臨床判斷來做增補。

人際心理治療的歷史

人際心理治療的發展軌道一直有點不同於當前所實施的多數「品牌」的心理治療法，大多數的心理治療是源自於臨床的觀察，逐漸結合為大概一致連結的理論以解釋治療如何「有效」，在許多以行為治療法為例的案例中，這些關於改變機制的理論性假設也會導致採用特定的治療技術，隨

著時間，來自於持續地臨床觀察以外的一些洞察都不斷地被納入這些理論之中，這些理論便成為（至少是）動態的以及不斷進化的成因解釋，而非僅是一組靜態的原理原則，這些治療法以及其支持理論對於改變的抗拒，不管是過去或現在都是時常在發生的，因此，增補或修正治療法的那些人常常是品牌的破壞者，並會被逐出於先前建立且根深柢固的心理治療學派之外，精神分析便是這種發展方式的一個極佳的例子（就其逐步的以及高度地政治性的發展方式，以及其不同學派的嚴格把關而言）。

認知行為治療（cognitive behavior therapy, CBT）¹⁸則是另一個心理治療發展過程中的一個顯著的例子，儘管與精神分析形成對比，在過去二十年「實證基礎」醫學的支配下要求著心理治療的經驗性驗證過程中，認知行為治療乃成為心理治療發展的一個模範，受到精神藥物學試驗的大量影響，隨機化及良好控制的療效處理試驗已證實成為「心理治療」有效的「必要條件」。¹⁹ 因此，心理治療發展的典型進程，可以認知行為治療法作為其縮影，近來從臨床觀察進展到理論再到實證的療效測試，理想上，實證的結果被散播並影響著臨床上的實施，而且就如同獲得額外的經驗並累積額外的觀察一般，理論和臨床的技術就可以獲得修正以及改進。

相反地，人際心理治療卻是以相當不同的方式發展而來，並非開始於一組臨床的觀察作為基礎來發展精神病理學上的協調性理論，並依次地提出特定的技術以帶來改變。人際心理治療是為了實證研究的規則（protocol）而開始發展出來的一種手冊化治療方式，事實上，人際心理治療一開始的發展並非是為了憂鬱症的臨床治療，而是為了在憂鬱症的精神藥物學試驗中專門作為手冊化的「安慰劑條件」目的之用，²⁰⁻²² 卻很意外地發現人際心理治療有著相當大的助益。

人際心理治療發展於 1970 年代，²⁰ 是一個精神病理學醫療模式至高無上的時代。此外，越來越強調實證的治療測試，尤其是精神藥物，更刺激了製藥工業的興起以及許多精神科醫師希望能被視為正統合法、以經驗為基礎的「醫學」專家。^{23,24} 在這樣的典範（paradigm）之下認為，心理治療不是特別有效的治療方式，而且應該被納入精神藥物學的治療方式之中。

儘管如此，一些早期使用藥物治療憂鬱症的研究會包含心理治療為構

成要素，因為這樣的試驗是想要反映出當時的臨床措施，一般都會包含某種形式的心理動力治療來伴隨藥物的施用，Klerman、Weissman 以及他們的同事們加入一種手冊化的心理治療於其藥物治療試驗中來作為憂鬱症的維持性治療，這種手冊化的治療方式，即為後來的人際心理治療。在治療試驗中，它剛開始是被稱為「高度接觸」的條件（“high contact” condition），²⁵ 假定與治療師接觸的非特定效果可能會產生一些幫助，但這些助益並無法被歸因到任何特定的技術之中。²²

隨著藥物治療試驗所建立的醫療模式，發展出了一本彙編的手冊，描述在心理治療環境中所使用的技術以及程序，使得治療的精確度得以被保存並維持下來，研究者主要的關切在於使有療效的處理方式成為可再現的——這時，被使用到的技術以及心理治療介入策略的理論基礎則都變成次要。²²

與研究者期待相反的是，人際心理治療的早期研究顯示了它具有治療的效果。^{20,26} Klerman 等人隨後更完整地描述這種治療方法，並且開始發展理論以解釋為它是有效的，隨著人際心理治療被構想為一種「社會工作」（social work）或「社會支持」（social support）的介入策略，它假設在社會環境及社會關係中改變很大的部分會是支持改善的驅動力量，實證資料已經為這樣的假設提供了證據。同時，原來的研究者不斷地透過實證的方式嚴格地控制試驗以測試人際心理治療，其熱忱大大地推廣了人際心理治療在研究情境中的採用。

本質上，人際心理治療是以「逆推」（retrograde）的方式建構而成，而非從臨床觀察，然後發展成理論，接著才以實證的方式做測試。人際心理治療開始是以治療手冊的姿態呈現，被認為是一種無謂（inert）的治療方式，至多也只是普遍見於所有治療方式中非特定性（non-specific）治療因素的彙集罷了。人際心理治療原本的目的只是作為一種可信，且可再現的安慰劑式的心理治療法，它原本並非從臨床觀察發展而來，且只是到了最近才開始有許多的注意力集中在其理論基礎上。

這種模式的發展，普遍對於當代的治療法產生了兩個深刻的效應：第一，手冊化的人際心理治療主要建構以因應實證研究標準的要求，人際心

理治療並非只用以滿足臨床情境的需求，因此，人際心理治療的使用一直大大地受限於學術研究的情境以及療效的研究，所以臨床上的推廣（clinical dissemination）落後於實證研究之後；第二，強調療效研究中的重新再製這樣的歷史性，會導致一個堅持，人際心理治療必須跟隨著研究手冊的指示，當它需要符合臨床情境而來調整的時候，就變得無法允許臨床的判斷。

這兩種效應會被人際心理治療的內涵擴大，因為它是國家心理衛生院的憂鬱症治療協同研究計畫（NIMH-TDCRP）²⁷ 中所研究的兩個心理治療處遇方式其中之一，NIMH-TDCRP的使用仍被視為心理治療療效研究一種金科玉律（gold-standard）的方法論，主要是想用以決定性地回答，以心理治療（尤其是人際心理治療與認知行為治療）和藥物治療作為憂鬱症的急性治療方法可以如何地發揮效用，NIMH-TDCRP的嚴謹設計規定人際心理治療必須要符合於研究的標準，而非調整標準的設計來反映出人際心理治療的最佳臨床運用。²⁸ 這更進一步地僵化了人際心理治療是一個「研究」的治療方法，以及人際心理治療的可以再複製性（reproducibility）是很重要的——相對於人際心理治療為個別個案所做的臨床修正，這兩個概念。可以再複製性（reproducibility）的強調以及對於人際心理治療手冊的堅持，就好像剛開始的療效研究與 NIMH-TDCRP 所要求的那樣，會導致一種執著，持續地依照 1984 年手冊¹ 所指示的那樣實施治療。若非被概念化為一種動態發展性的治療方式並涵蓋新的臨床觀察以及臨床經驗進來，在 NIMH-TDCRP 研究中所描述的人際心理治療方式就會變成操作時唯一的且「正確」的方式。

在 NIMH-TDCRP 中人際心理治療內涵的其他分支考量（ramification），就是某些特定於人際心理治療的元素會被包含（或者排除），主要是作為與認知行為治療法區隔的方法。NIMH-TDCRP 在過去是用以僅涵蓋實證測試的治療方法，並且在目的上，這兩種心理治療為了要做比較而必須盡可能地有所差異，像是假設的效應、治療的立場，以及特定的介入策略上，²⁷ 因此，特定的技術，像是指派家庭作業原本就是認知行為治療固有的方式，就會完全地被排除在人際心理治療之外。人際心理治療於是就被描述為主要憑恃於非特定性（non-specific）的技術，像是非指導性（non-

directive) 的探索以及澄清，只是為了要與認知行為治療法的行為成分做區隔，因此，例如家庭作業的排除，很大的部分是由於研究上的權宜之計而非由於特定的理論原則所支持或是基於臨床經驗而來。缺乏了專屬於人際心理治療的技術，或者由支持人際心理治療的理論而來的技術，已經導致一些批評，認為人際心理治療除了「限定時間的心理動力式的心理治療」以外什麼都不是，或者僅是比促進社會支持更精緻一些的方法而已。²⁸

人際心理治療此後便被視為僅是「以研究為主」的一種治療方法而已，調整人際心理治療符合的 NIMH-TDCRP 標準方式只是更加助長了開業的治療師這樣的印象，雖然人際心理治療一直適用於許多不同的疾患，它仍保持在療效研究的典範之中——例如，它一直都以手冊化的形式被運用著，只為了具體化隨著嚴格的醫療模式而來的診斷本質，²⁸ 雖然人際心理治療的臨床運用在歐洲及澳洲有增加的趨勢，卻一直到了最近才被大量地用在北美的學術研究中心裡面，臨床的推廣（clinical dissemination），儘管是療效研究中令人印象深刻的一批，卻一直未曾給人留下深刻的印象，在我們的看法中，這主要是由於人際心理治療尚未擺脫療效研究（efficacy research）所加諸的狹隘限制，而未能持續地受到臨床經驗的歷練。

人際心理治療的隱喻

學習人際心理治療就如同學習下西洋棋一般，如果你想要學習如何才能下得好，你需要做兩件事情，閱讀說明如何下西洋棋的書籍，以及與你所能遇到的最好對手進行多次的比賽。

幾乎所有的西洋棋教科書都會將西洋棋比賽分為開始、中間以及最後階段，總是極為詳細地討論如何開始一場比賽，從簡單地描述不同棋子的移動到精心設計的開始防禦方式，像是義大利式比賽或是維也納式比賽。而許多不同的心理治療方法，也會根據首先提出它們的學者而命名。

西洋棋手冊也詳細地描述比賽的結束，而好的棋手會被期望要去研究偉大的老手在比賽最後階段的走法，就和開始階段一樣，會對結束比賽的

一些走法提供精細的描述以及分析。

相反地，對於比賽的中間階段發生了些什麼並沒有太多的資訊，就比賽的「中間」階段實際上到底發生多少事情，這個部分尤其引人注目，比賽的中間部分稍微被覆著幾分神祕的色彩——連結著開始階段的輸入到最後階段的輸出，這過程本身就是一個黑箱作業。

心理治療手冊就像西洋棋教科書一般，多數會提供詳細的資訊，描述特定品牌的治療方法該如何選擇個案、如何開始治療，以及如何對個案引介治療模式，而這通常會隨之簡潔地描述可能會使用的技術（簡單地描述在真實比賽的情境之外如何移動棋子），然後再詳細地說明治療的結束階段。

有一個理由可以批評這樣的方式，因為它很明顯地忽略了在整個治療情境中理解技巧的重要性，然而，在西洋棋以及心理治療的開始階段都會花費多得不成比例的時間，而且在比賽／治療的結束階段也會耗費許多的心力，其中的原因是因為它們是在過程中較能夠將狀況做精確說明的兩個時段，除了這兩個時段之外，其他就有著太大的變化以及太多的可能性，甚至連才開始要去談比賽或治療的中間階段所發生的事情就會產生困難。

相反地，在開始的階段，移動和反制（move and countermove）、主張和回響（statement and response）之間的可能性就不那麼多，因而更能夠準確地去描述或說明；當最後只剩下少數棋子或者只剩下一或兩次的會談，才又再一次地有可能提供較為精準的描述——就沒有那麼多可以違抗分析的走法或行動了。

這就是為何與最好的對手進行許多比賽——或者與最具挑戰性的個案一起工作——會有很大幫助的原因。經驗是學習如何操作中間階段最好的方式——若是能夠有一個西洋棋老手或心理治療督導可以一路上提供進一步的洞察以及技巧，會是更好的方式，你必須不斷地參加比賽或者為他人實施治療，才能夠成為一個專家。學習中間階段並且熟悉要走哪一步，不只要依賴手冊，更要依賴直覺及判斷的發展，熟練的西洋棋比賽者以及熟練的治療師，都能夠發展出一些直覺，知道與特定的個案在特定的比賽中可以怎麼做最好，也有一些判斷力能夠決定何時以及如何做，熟練的西洋

棋比賽者以及治療師都是工匠（artisans）而非技術員（technicians），而且，就像能貢獻畢生心力精通西洋棋的人一般，專家治療師也可以同樣透過持續性的研究、自我省察，以及時時刻刻的練習而不斷精進。

在透過「如何做」（how-to）的手冊學習並獲得一些經驗之後，西洋棋比賽者會持續進到「案例研究」（case-study）的研讀，了解老手們在偉大的比賽中的作法，此外，不只是獲得技術層面的資訊，這些案例研究的研讀還能磨練出西洋棋比賽者的判斷能力、掌握時機以及直覺能力——進入偉大的西洋棋專家的精神之中。相同地，在發展的特定層次中，治療師也可以從描述個別案例的個案報告中學習，找出一些普遍的原理原則。

資深的心理治療師往往都會努力地了解心理治療方法的藝術以及有效的技術，儘管開始的防衛（eponymous opening defenses）以及不同學派的心理治療，像是人際心理治療、認知行為治療、催眠治療等之類的都是必備的重要工具，但它們不會是構成整個治療的經驗或歷程，就如同西洋棋老手諳熟地了解不同的開頭策略一般，資深的心理治療師也應該了解並實施種種不同的方法，西洋棋以及心理治療兩者的藝術就是要知道，且常需要有些直覺，何時要採用某個特定的策略，並且要具備這樣的實作能力。

資深治療師，如同資深的西洋棋比賽者一般，認為教科書和手冊都有其限制，儘管有助於提供治療的架構，臨床的實施還是需要治療師能夠具備彈性，並且對個別的個案運用治療法做出臨床的判斷。

結論

這段文章主要是希望能讓臨床的工作人員知道如何去實施人際心理治療。我們主要的目標是希望能夠讓更多人都可以使用人際心理治療，而且更廣泛流行地被採用，因為我們相信這對於人際問題以及所產生的不同精神症狀是相當好的一種治療方式。我們提供了一個新的治療典範，人際心理治療可以當作是治療概念化的過程，由不同的治療師來操作，並且可以根據他們的臨床判斷，以及各種不同的治療關係來做調整。人際心理治療