

本書是破天荒出版的「心理治療核心能力」系列叢書之一，
由裘聲國際的著名專家所撰寫的極為實用教本，
專為學生及專業人員介紹長期精神動力取向心理治療的基本原理，
聚焦在與成人進行的長期動力取向之個別治療工作上。

心理治療
核心能力系列.....2
CORE COMPETENCIES IN
PSYCHOTHERAPY

American Psychiatric Association 美國精神醫學會隆重推出
精神醫學養成教育及心理治療專業人員必備

長期精神動力取向 心理治療

本著作完全根據作者對受訓者所進行的教學，
因而直接連結到使用本書的學生所碰到的各種學習困難問題。
利用臨床案例，作者展現出如何應用重要的精神動力理論於困難的臨床個案身上，
以及如何處理心理治療工作中時常呈現的兩難處境。

——基本入門

Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text

在精簡的十一章節中，作者涵蓋了基本精神動力原理、病人的評估、
開始到結束治療、處遇、目標及治療作用、阻抗、反移情，以及幻想／夢等課題，
最後以適當利用督導以及如何評量核心能力作結。

著 葛林·嘉寶醫師
Glen O. Gabbard, M.D.

譯 陳登義

策劃 王浩威

- 中國輔導學會
 - 台灣心理治療學會
 - 台灣兒童青少年精神醫學會
 - 台灣精神醫學會
 - 台灣臨床心理學會
- 共同推薦



長期精神動力取向心理治療——基本入門

Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text

作者—葛林·嘉寶醫師 (Glen O. Gabbard, M.D.)

譯者—陳登義

共同出版—財團法人華人心理治療研究發展基金會

出版者—心靈工坊文化事業股份有限公司

發行人—王浩威 諮詢顧問召集人—余德慧

總編輯—王桂花 執行編輯—黃素霞 美術編輯—李宜芝

通訊地址—106台北市新生南路二段30巷26-1號2樓

郵政劃撥—19546215 戶名—心靈工坊文化事業股份有限公司

電話—(02) 2341-8680 傳真—(02) 2341-8637

Email—service@psygarden.com.tw 網址—www.psygarden.com.tw

製版·印刷—彩峰造藝印像股份有限公司

總經銷—大和書報圖書股份有限公司

電話—(02) 8990-2588 傳真—(02) 2990-1658

通訊地址—台北縣五股工業區五工五路2號(五股工業區)

初版—刷—2006年2月 ISBN—986-7574-65-6 定價—350元

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and London, UK.

Copyright 2004. All rights reserved.

Complex Chinese Edition Copyright © 2006 by PsyGarden Publishing Company

版權所有·翻印必究。如有缺頁、破損或裝訂錯誤，請寄回更換

國家圖書館出版品預行編目資料

長期精神動力取向心理治療——基本入門／葛林·嘉寶醫師 (Glen O. Gabbard, M.D.) ；
陳登義 譯。--初版。--臺北市：

心靈工坊文化，2006〔民95〕 面；公分。(Psychotherapy：11)

參考書目：面 含索引

譯自：Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text

ISBN 986-7574-65-6 (平裝) 1. 心理治療

178.8

95002426

Psychotherapy

探訪幽微的心靈，如同潛越曲折逶迤的河流
面對無法預期的彎道或風景，時而煙波浩渺，時而萬壑爭流
留下無數廓清、洗滌或抉擇的痕跡
只為尋獲真實自我的洞天福地

心理治療核心能力系列...2

CORE COMPETENCIES IN
PSYCHOTHERAPY

長期精神 動力取向心理治療

Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text

——基本入門

葛林·嘉寶醫師——著、系列主編
Glen O. Gabbard, M.D.

陳登義——譯

王浩威——策劃



財團法人華人心理治療研究發展基金會共同出版

本書譯作獻給 生我的父母
妻子淑靜及女兒容婕、依勤

目次

總序	心理治療核心能力系列	7
中文版序	心理治療之路／宋維村	10
中文版序	告別「單邊主義」式的精神醫學／李宇宙	14
譯序		18
導論		23
第一章	關鍵概念	27
第二章	評估、適應症及整合陳述	51
第三章	心理治療的基本細節——如何開始	77
第四章	治療性處遇——治療師要說什麼和做什麼？	99
第五章	目標與治療作用	121
第六章	阻抗的處理	147
第七章	夢和幻想在動力取向心理治療中的使用	171
第八章	辨認和處理反移情	190
第九章	修通和結束治療	218
第十章	督導的運用	242
第十一章	評估長期精神動力取向心理治療的核心能力	260
附錄一	英文索引	272
附錄二	中文索引	291

【總序】心理治療核心能力系列

近年來，隨著神經科學及精神藥物學驚人的進展，有些精神醫學的訓練計畫已不再強調心理治療的教育。因為日益強調精神疾病在生物學上的基礎，及將主要治療策略轉移至身體治療，許多住院醫師及教育學者公開譴責精神醫學已得了「失心症」(loss of the "mind")。這種治療策略重點的轉移，因管理照顧 (managed care) 時代常見的慣例——所謂「分割治療」(split treatment) 而益形複雜，這意味著精神科醫師常常被貶為單純的開藥醫師，而心理治療則由其他心理衛生專業人員為之。這種改變已在精神醫學教育專家及精神醫學教育消費者——即住院醫師本身，激起相當大的憂心。 vii

然而，因為各種醫學專科普遍推動建立核心能力 (core competencies) 之運動，所以精神科醫師養成教育中，心理治療的重要性近來再度被重申。1999年，醫學繼續教育評鑑委員會 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) 及美國醫學專科醫師委員會 (American Board of Medical Specialties) 均認定用一套有組織的原則來評估醫學教育的資格是必須的。這六個原則即：病患照顧、醫學知識、人際與溝通技巧、以實務為基礎之學習及促進、專業度，及以系統為基礎之技能，全部參照目前醫學教育上所謂的基礎能力。 viii

這次醫學教育內部的運動，乃起始於約二十年前美國教育部一項規模更大的運動之直接結果，所有教育方案，包括認證教

育，均必須發展出結果評估工具，委託給醫師的訓練方案自然不能例外。

就如同其他醫學專科，精神醫學界未能妥善處理此變局，將核心能力的概念轉譯成有效的精神醫學用語。「核心能力」這樣的用語本質上不明確，在精神醫學教育學者間激起許多討論。此用語是否意指臨床醫師擁有足夠能力，足以使任何一個人都會毫不遲疑地轉介家人給他（她）治療？亦或此用語暗指基本的知識及技能，可確保某種合理程度的安全性？這些疑問均未被完全解答。藉由發展對核心能力的基本理解，未來幾年內，將在醫學或精神醫學不同團體內，努力與教育學者心中合理的標準做連結。

2002年的七月，精神科住院醫師甄審委員會（Psychiatry Residency Review Committee, RRC）下令：所有精神科住院醫師之訓練計畫，不論在臨床及教育課程上，均必須開始實施六項核心能力原則，這些計畫若無法執行，在進行認證調查時可能要接受引證，此命令也要求教育訓練指導者發展出更熟練的方法，以評估住院醫師在計畫中的進展與學習狀況。

採用核心能力於精神醫學的一部分過程，便是精神科住院醫師甄審委員會深感心理治療的合理能力，應包含五種不同型式的治療——長期精神動力（psychodynamic）心理治療、支持性心理治療、認知行為（cognitive behavioral）治療、簡短（brief）心理治療及心理治療併用精神藥物學（psychopharmacology），如此對所有精神科住院醫師提供一個好的精神醫學教育，必能有理想的成果。

許多訓練計畫必先爭著尋覓各個治療模式訓練的完整師資及教材，以便能促進學習的過程。美國精神醫學會出版有限公司

(American Psychiatric Publishing, Inc.) 深感在這五種指定的範圍出版基礎的教科書，將對訓練計畫有莫大助益，所以於2002年，美國精神醫學會出版社主編羅伯特·海爾斯博士 (Dr. Robert Hales) 指定我擔任此一系列五本書的編輯。此系列書籍命名為「心理治療核心能力」(Core Competencies in Psychotherapy)，並邀請各心理治療界居領導地位之專家執筆，以彰顯這五本簡潔教科書的特色。每一冊包含治療執行上的主要原則，同時也提供評估住院醫師在各項治療上的訓練是否已達某水準之方法（若需 ix 更多有關此系列書籍的訊息，請見 www.appi.org）。

真正心理治療的專家需要多年熟練地督導及照會經驗，然而，因為基本功夫可以在住院醫師訓練時學習，所以精神科醫師新手，也可以準備好使用必要的治療來面對不同的病患。

這些書將成為傳統心理治療教育方式的重要助力，這些教育方式包括：督導、課堂教學，及對不同病患的臨床經驗。我們深信在熟練這五冊書本教材後，將可跨出學得心理治療能力的一大步，並且最終提供給求助病患慈悲的照顧。

系列主編 葛林·嘉賓醫學博士
布朗精神分析基金會主席
貝勒醫學院、精神科門診暨心理治療教育主任
德州、休士頓

【中文版序】心理治療之路

從事精神醫療的過程，常要聽人述說人生經驗，處理悲歡離合的反應，這樣做可以幫助改善精神疾病，也充實自己對人類行為的瞭解。許多人因為對人的行為有興趣而走精神科，因此可以說，選擇精神醫療為職業的人，會期待自己是好的心理治療師。

1970年代初，好友們先後翻譯了佛洛伊德（Sigmund Freud）的《日常生活的精神病理學》、《性學三論》和《夢的解析》，以及梅寧哲（Karl Menninger）的《精神分析術》，使我有機會閱讀一些精神分析相關的著作。然而有系統的閱讀心理治療書籍，是在第一年住院醫師時，由林憲教授帶領的心理治療讀書會，讀書會訂在星期五下午五點到七點。大家將伍伯格（Lewis R. Wolberg）的《心理治療術》（*The Technique of Psychotherapy*）這本心理治療的百科全書，依照章節分攤報告，在四十週讀完。這本書每一章的頁數相當多，讀起來並不容易，尤其沒有多少實際經驗，讀起來一知半解的地方很多。我擔任總住院醫師時，有機會在心理師楊思根先生指導下，有系統地閱讀一本行為治療的書。記得在台大精神科地下室，大家坐在治療室的沙發椅上，一面討論書的內容，一面實際操作，譬如肌肉放鬆技巧、呼吸技巧等，現在回想起來還印象深刻。那時，徐澄清教授每週一次的督導，也是從行為治療的觀點來討論兒童行為的評估和改變技術。因此可以說，我比較有系統地學習動力心理治療和行為治療的理論和技術，是在台大擔任住院醫師的那四年。1978年到加拿大英屬哥倫比亞大學接受兒童和家庭精神科住院醫師訓練時，成人

心理治療、兒童心理治療或家庭治療，都是以督導之下實作為主，唸文獻為輔，在討論到某些內容的時候，才會到圖書館找尋相關的資料。受到督導老師的影響，「關係治療」和Knobloch的「整合治療」(Integrated Psychotherapy)的文獻，剛興起的borderline的文獻，以及主修的兒童和家庭治療的文獻，在這段期間倒是讀了一些。

1981年回台，將在加拿大學到的一些理論和技巧使用在台灣患者身上，在理論和技巧上，因為碰到不同的困難和多種因素而有所修正，而逐漸發展出自己對心理治療引起的行為改變的一些看法。這些年來在督導時，尤其在督導的後期，會和住院醫師分享、說明行為改變的原理，及心理治療在人和社會環境的互動中所扮演的角色。

1990年代中期，林憲教授退休，原由林憲教授負責的住院醫師心理治療課程改由我負責。本想承襲林教授的規畫，以閱讀伍伯格的《心理治療術》為基礎，可是新版《心理治療術》的篇幅愈來愈大，一年實在讀不完，住院醫師也難以消化。因此我將一年的讀書會規畫為三段，第一段閱讀一些精神分析的中文書籍，像《夢的解析》等。第二段讀一本動力心理治療基本技巧的書，我用過的有兩本，第一本是由Ursano等三人所撰寫的《Concise Guide to Psychodynamic Psychotherapy》，這是一本非常精簡的口袋型指引手冊，全書分為十二章，以討論治療過程相關的現象和技巧為主。這本書對住院醫師而言太過於精簡，因此後來我採用另一本也是由American Psychiatric Press出版，由Hollender和Ford兩位教授共同主編的《Dynamic Psychotherapy: An Introductory Approach》。這本書分為十五章，文中有很多對話的例子，敘述治療的過程中實際發生的內

容，以幫助閱讀者瞭解書中所敘述的一些現象和技術。2004年我到紐約參加美國精神醫學會年會時，看到展覽的葛林·嘉寶（Glen O. Gabbard）教授主編的心理治療系列，其中一本《Long-Term Psychodynamic Psychotherapy》，我把它買回來，打算取代前兩本書成為第二段的閱讀材料。在讀書會的第三段，是由住院醫師自選動力心理治療的大師們的著作，加以介紹。例如安娜·佛洛伊德（Anna Freud）、艾瑞克森（Erikson）、榮格（Jung）、克萊恩（Klein）、溫尼可（Winnicott）都是常被選的人物。經過幾年嘗試，我發現只要把心理治療讀書會分成兩部份，即刪除上述第一段，保留第二段和第三段就可以了，這也是近幾年的做法。

近十來年的台灣心理治療，從過去的荒漠時代進入百花齊放的世代。愈來愈多人投入心理治療的市場開發、專業訓練和實際運用，心理治療成為一個新興的產業，不只成立許多心理治療相關的學會和協會推展心理治療，臨床心理師法的實施，也給了臨床心理師和諮商心理師從事心理治療業務的法律依據。然而全民健保的低給付不符心理治療的成本，及神經科學和藥物等生物治療的突飛猛進，都對心理治療的發展有重大的影響。近年來，人權，尤其是適當高品質之醫療權的呼聲已成主流要求，因此，助人專業也應順應主流思潮，積極研發有效的心理治療理論和技術，建立高品質的心理治療標準作業程序，使心理治療成為標準助人專業不可或缺的一環。

世界醫學教育聯盟在1990年代起推展全球醫學教育標準的一致化，在十九世紀末提出醫學教育的目標是要教育出具有基本核心能力的醫生。本世紀初，更將基本核心能力加以整合成為七個核心課程。即：專業的價值、態度、行為和倫理、醫學的科學

基礎、臨床技巧、溝通技巧、人口學和公共衛生系統、資訊處理、批判性的思考和研究。美國的各專業醫學會，也逐步發展各專業所必需的核心能力，譬如嘉寶教授在總序中所提到的，美國精神醫學會已初步制訂精神科醫生需要具備的核心能力，並有專書指引。根據該核心能力中有關心理治療的部份，由嘉寶教授擔任總主編，著手編撰心理治療核心課程的書籍，總共有五本之多，由美國精神醫學會出版有限公司出版，做為美國精神科專科醫師養成之心理治療核心課程用書。心靈工坊預定將這幾本書及另一本相關的書翻譯出版，供正在培養專業素養的人，及已經從事心理治療專業的相關人士參考之用。在全套著作中，我只讀過動力心理治療這一本，這是一本目標取向的實用書籍，我將用在台大精神科住院醫師心理治療訓練課程。由該書高實用性的內容推測，這整套書籍的完整和實用性，對於培養一個有效的、有能力的、關心病人的心理治療師，是非常重要而完整的基本著作。我相信閱讀這些基本著作，並在適當的督導下進行心理治療訓練，可以建立心理治療師的基本核心能力。我相信這是台灣心理治療朝著建立專業證照的重要基礎和執行歷程，對台灣心理治療的發展有極大的助益，更對國人接受心理治療的品質有較好的保證。希望心理助人專業者能善用這一系列書籍。

宋維村 謹識

台大精神科、心理學研究所、流行病學研究所副教授

台大醫院精神部兒童精神科主任

台灣心理治療學會理事長

亞洲兒童青少年精神醫學會會長

2005年九月

【中文版序】告別「單邊主義」式的精神醫學

在醫院的精神科診療經驗中，最尷尬的時候莫過於，當你已經和病人共同經歷了許多診次，也談過不少話，包括涉及他的許多愛怨、家庭或童年經驗後。病人一方面肯定你的親切和對他的幫助，但同時向你提出想轉介作心理治療的意圖，因為你是精神科醫師，而不是心理醫師。

國內的精神科同僚都有過類似的經驗，其中的原因部分來自於，畢竟自己是開了處方藥物，還兼作了些必要的身體檢查。或許一方面也出自心理治療學藝不精，未能讓病患滿意。不過相信還有一大部分來自於心理治療的命名和想像：因為基本出身背景和專業訓練的不同，導致精神科醫師和其它的心理健康專業人員產生的部分分歧。對於精神科醫師而言，連藥物治療都是廣義心理治療的一種。同時，百年來的精神分析運動和形形色色心理治療學派的努力，也促使病患和社會大眾對心理治療，甚至對治療者生出一個極大期待的想像空間。

當然我們可以說這種想像期待是“neurotic”，「精神官能性」的，但似乎也是極其必要的。就在各種面貌的心理治療主宰了人類幾千年歷史以降，如果不是對於物質與藥物有著期待和想像的話，今天不知還有多少病患仍然被禁錮在社會的晦暗處；或是迅速地結束他們的生命。反之，如果單憑藥物就能夠輕易解決所有的問題，包括廓清那些情感創傷和挫折的記憶與夢魘時，又何嘗需要心理治療？

自從臨床醫學成為科學文明的一部份之後，人們就不斷地在尋找最直接、迅速、廉價而有效的治療方法來解決疾病和痛苦。這些疾病和痛苦被分解、化約為單一的病理或病因，從而尋找出一個針對性的「特異」(specific)治療，藥物即為其中之一。就如同菌原論和細胞病理學的精神：臨床醫學的確一度透過磺胺藥物和抗生素，奇蹟式地減少了人類的痛苦和死亡。心理治療前身的精神分析也不例外，一百餘年來，各種學派的分析師透過求助者的回憶和述說，形成某種假設：已經不存在於記憶表層的某些遙遠的衝突或缺憾，會反覆再現於現時的情感生活脈絡中，然後導致各種身體的、心理的症狀。不同的是有些治療者給予的是藥物，有些則透過言語詮釋，以及情感反應的介入。

相對於所謂的「特異性」治療，就是「非特異性」(non-specific)治療了。「特異性」治療一般意指有實質活性的積極針對性治療，一向被賦予較高的科學正當性；「非特異性」治療則是邊緣的、可有可無的、純係「安慰劑」式的治療，在當代科學醫學的典範裡反而是被貶抑的。於此之際，有些生物精神醫學專家便寧願相信，藥物是主體，心理治療則是可有可無，本益比不高的投資；心理治療師則憤懣不悅地編派開藥的不是，而誇誇其談心理治療才能治本，藥物只能治標，還有人索性將藥物治療妖魔化。

當我們在思考病人、治療病人時，和試圖分辨特異性與非特異性，治本和治標的策略一樣，心智與大腦卻也經常被指涉為兩種似乎截然不同的符碼形式：如基因相對於環境，藥物相對於心理治療，生物學因素相對於心理社會因素等預設的兩極化對立思維，被二分於「大腦」和「心智」兩個好似全然不同的範疇，可是大家也都知道兩個範疇並非對立互斥的論述。本系列叢書主編