

《当代精神分析导论理论与实务》

图书基本信息

书名：《当代精神分析导论理论与实务》

13位ISBN编号：9789571137377

10位ISBN编号：9571137375

出版时间：2004-09-01

出版社：五南

作者：Anthony Bateman,Jeremy Holmes

页数：356

译者：林玉華,樊雪梅

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介以及在线试读，请支持正版图书。

更多资源请访问：www.tushu111.com

《当代精神分析导论理论与实务》

内容概要

當精神分析運動從四面八方拓展開來時，一份針對精神分析與分析式心理治療之主要理論與實務的簡要而全面性的導覽就成了我們迫切的需要，本書的編排與撰寫方式即在滿足這個需要。這本導論性的教科書適用於諸多課程，它活潑而豐富的旁徵博引呈現出當代精神分析理論與實務的主要面貌，內容易於理解卻不失深刻。作者以鮮活的臨床實例貫穿全書，這對學習精神分析、心理治療與心理動力取向諮商的學生來說，是本必備的教科書，而對於從事心理健康方面的專業人員來說，它也是本極佳的參考書籍。

第一部分 理 論

第一章 簡介：歷史與爭議

第二章 心智模式

第三章 內在世界的起源

第四章 防衛機制

第五章 移情與反移情

第六章 夢、象徵與想像

第二部分 實 務

第七章 初次晤談衡鑑

第八章 治療關係

第九章 臨床工作的難題

第十章 精神分析對精神醫學的貢獻

第十一章 精神分析與研究

《当代精神分析导论理论与实务》

作者简介

林玉華

現職：輔仁大學醫學院臨床心理學系所副教授 / 學歷：美國密蘇里州聖路易大學諮商心理學哲學博士
樊雪梅

學歷：國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士候選人 / 經歷：國小教師、輔仁大學學生輔導中心諮商心理師、國立臺灣師範大學學生輔導中心諮商心理師

《当代精神分析导论理论与实务》

精彩短评

- 1、理论部分已读完，还需要细细咀嚼。先标记下。
- 2、实务部分挺好的，理论部分太强大，写得太简介了.....
- 3、個案概念化與解釋患者理論框架

1、《当代精神分析导论理论与实务》的笔记-第305页

初次访谈评估

初次访谈评估包括两个要素：1、是了解患者所面临的主要困境；2是尝试了解患者的长处和弱点。治疗师必须借着初次访谈了解患者可接受分析的程度如何，以及他是否能从治疗中得到益处。

“可被分析度”这个词指的是“可被了解的程度”或“可被治疗的程度”，这是两个不同的理解观点。对许多患者来说，即使初次访谈评估的结果表示精神分析不适合他们，但是评估的过程还是可以帮助患者澄清并提示他们的问题所在。初次访谈评估的目的在于帮助治疗师获得一些与患者有关的讯息，让患者经验到分析是怎么一回事，借此帮助患者和治疗师评估是否继续进行治疗。患者也可以接着评估的过程，对心理分析有所了解。不管治疗师是否留住这个患者，他都必须有足够的情感介入，以使评估过程中所建立的关系有意义；同时，治疗师也必须保有充分的中立性和客观性，以便让其他治疗师或分析师可以经由访谈记录对患者有概括性的了解。

有些分析师列出可被分析或不可被分析的症状、可被分析的情况、诊断结果及预后的情况，以及患者的人格发展阶段等。另一些分析师比较看重分析师和患者第一次会面时的关系、访谈中彼此互相适应的过程、“初步诠释”的情况，以及患者对诠释的反应。“初步诠释”是将患者目前的问题、过去的事件，及反映在访谈过程中的移情以公式整理出来。不是病症适不适合的问题，而是患者本身不适合接受分析，亦即患者和治疗师之间的关系才是决定“可被分析性”的关键，而非病症本身。

评估过程中要了解患者如何描述他们的故事——例如患者在叙说他的故事时，将重点摆在哪里？他们在描述某一个事件时，声调如何？是否出现故意遗漏？在陈述哪些故事时，呈现逃避的态度？哪些故事又呈现出未分化的态度——这些都是与心理动力有关的重要讯息。

弗洛伊德常常把分析治疗比喻为下棋，它充满许多可能性，但却仍由开始的策略、中段玩法和结束玩法。这个比喻也可以被用来探讨精神分析的评估访谈。在访谈的开始阶段，分析师需要用比较标准的方式进行访谈，到了中间阶段，治疗师可以开始尝试观察以及诠释患者的情绪反应，在最后阶段，则可以开始整理患者病症的脉络，并拟出治疗计划。

（一）预备期

由潜意识角度来看，其实访谈在分析师和患者见面的时候，或之前即已开始：

案例1：冒牌货

当分析师到等候室去接患者时，注意到患者的脸上充满了惊讶，而且有一点犹豫。在访谈中，这位年轻人呈现出非常严重的被害妄想，他好像从严格的继父那儿承受了许多痛苦。他说，他不断在想象中，将他那久未谋面的父亲理想化。当治疗师提到他在等候室见到患者，及他脸上所呈现的表情时，患者说，他一直预期自己会见到一位矮矮胖胖、留胡子、带有外国腔的人，所以当他见到治疗师时，他认为这个治疗师是个冒牌货。这时，治疗师诠释了患者的移情，说患者一直认为那位不接纳他的继父是位假的父亲，患者渴望着一位真正爱他且温暖的父亲。

案例2：停车的困难

例如，若有位患者一坐下来就开始埋怨，找停车位的困难。此时，访谈分析师可以有四种做法：（1）相信患者真的有停车的困难；（2）诠释患者对于来接受访谈的焦虑。患者可能在想治疗师是否有足够可以让他停泊他的困难；（3）思索患者是否有手足竞争的问题，或是患者是不是个好竞争的人；（4）访谈分析师也可以什么都不说，以避免患者引诱访谈分析师和他一起埋怨道路的拥挤现象，而忽略了对于患者内在世界的评估。

（二）开始阶段

1、患者所呈现的问题以及导致患者寻求帮助的原因

开始阶段有个很重要的任务是，了解患者为什么在这个时候觉得需要找人帮忙，而他又是如何找到眼前这个协助的，虽然患者可能在第一次访谈时避重就轻地忽略以上问题，而开始论及其早期创伤经验，但分析师一定要确定不能遗漏这问题。由下文得知，探究患者目前所遭遇的问题只是了解心理动力三个面向其中之一。访谈时，我们可以用以下问话拉开序幕：“我从你的医师那儿听到一些关于你的消息，但是我更想从你的口中了解你为什么在这个时候想来寻求帮助？”如果患者开始谈好几年前的问题，治疗师则可以继续问，“那么，为什么你现在才想要来寻求帮助？”例如，有位具有暴力倾

向的丈夫跟分析师说，因为他的太太威胁他，如果他不来接受协助的话，她就要离开他。这类的问话可以帮助分析师了解患者接受帮助的动机为何。

2、 访谈计划

分析师在访谈的最后，应该已经搜集到以下主要资料：患者现在的生活状况、家庭背景、包括性心理的详细发展史、早期的记忆、主要的失落及创伤（包括性暴力等等）、梦、主要的兴趣及性向、压力来源及支持来源。有关精神方面的诊断，包括住院历史、曾经服用过的精神药物、自杀倾向、物质滥用的情形、以及精神状态，如忧郁、强迫症及其它精神疾病等等。若分析师本身不是精神科医师，那么就应从患者的精神科医师那儿，或从转介医疗机构取得以上资料。我们企图在第一次晤谈中碰触以上这么多主题是不太可能的；Winnicott认为，对于精神分析而言，了解患者的历史背景是一个持续性的过程，一些详细历史内容会在治疗开始后，渐渐呈现出来。若访谈分析师不确定患者的精神状态是否适合分析治疗，则应该再由第二个访谈分析师来评估。一个完整的评估是值得的，它可以预测未来治疗中可能发生的困难。

3、 以初次访谈作为心理动力“诊断”工具

初次访谈评估的主要目的在于刺激患者的潜意识。治疗情境、分析师本人及其风格自然会引发患者的焦虑，在处理患者的焦虑时，治疗师若能在提供支持和保持距离之间取得平衡，则可以引发患者的潜意识反应。访谈分析师也许会想了解患者的幻想世界，因此可以直接探问患者的早期记忆、问他在入睡前都想些什么、会做什么样的白日梦、有哪些不为人知的抱负（‘你最希望发生的事实什么？’）、当然也要包括梦的内容（‘当你入睡时，你在想什么？’）。问这些问题的主要目的，在于营造一个探索内在身处焦虑和幻想的氛围，同时评估患者对于分析师想要引导他做自由联想的反应。

4、 进行治疗：“初步诠释”

聆听虽然是治疗关系的关键因素，但一般分析师不会太静默或太被动。分析式的治疗法开始时会使用许多探问，特别是开放式的询问（多告诉我一些你家里的状况），再从询问渐渐走向澄清（你刚刚说，你的父母在你十一岁的时候分开来了，可否请你告诉我，当时你的情绪反应式怎么样的？）

在分析过程中，分析师可能会借着挑战、面质和诠释（心理动力学派以这三项为主要技巧）来探测患者被分析的潜能，借此帮助患者从不同的角度来看自己。分析师的做法和介入的时机很重要，只有在治疗联盟建立后，才可以使用以上治疗技巧。如果太早使用以上技巧，对患者可能没有太大帮助；若使用不当，可能会引起患者的防卫而减弱治疗联盟；若太强调理性的内涵，则会失去引发患者情绪反应的机会。好的治疗介入应该是简短而易懂的：“你今天迟到，会不会因为你还在挣扎，不知道该不该来？（面质）”“你父母分开的时候，你的年龄和你女儿现在年龄是一样的，不知道这情况和你现在的忧郁是否有关？”；“我在猜，你如此忧郁，却并不生气，这情况和你当年知道妈妈怀了小宝宝，而你不再是妈妈唯一的宠爱时的情绪反应是一样的？（诠释）”“也许你认为我像你的肌肤一样，既冷漠，又疏远，一点都不关心你，只顾着挑你的毛病。”（诠释移情）。在做以上介入时，分析师要留心自己的语句不要太果断（如多用一些“或许”、“可能”、“我猜”、“会不会”等），好让患者有空间反对、修正以及澄清你的说法，或是用你的话作为描述其感受的跳板——“跳蛙式”。

5、 选择、抉择与契约

在访谈中期，分析师必须根据患者对于治疗的反应，评估与疗效有关的三个向度：

（1）与治疗师建立号的关系或治疗联盟的能力；（2）接受诠释或对诠释的反应能力；（3）在访谈过程中的情绪反应能力——患者时否允许自己呈现出害怕、伤心或生气的情绪。

在访谈结束时，分析师应该就访谈内容做个摘要，并借由患者的帮助，重新反省整个访谈的过程，最后做出一些结论：“时间快到了，我想我们可以用几分钟的时间来看看，现在我们要怎么办。”“你觉得我们这样的合作关系对你有帮助吗？”“这是不是你所期待的？”

2、《当代精神分析导论理论与实务》的笔记-第一章

精神分析学界的三大主流针对“构成心理健康的因素是什么”，提出了他们的看法(Steiner 1989)。
(一)古典精神分析/冲突模式。此观点强调自我为了保持自己的完整性而潜抑了“有问题的经验”。为了保有安全感，牺牲个人的满足。这种适应不良的解决办法或妥协，会在治疗室里藉着移情重新表现出来。例如患者会对治疗师感到生气，并希望治疗师可以照顾他，但同时又在治疗师面前抗拒表达这

需求与感觉。治疗的目的在于帮助患者对于整个移情的过程有所领悟，并藉着在治疗室中的领悟，使患者学习更完整地回应其经验：“本我在那里，自我也在哪里”(where id was, there ego shall be)(Freud 1923)。

(二)克莱恩学派-客体关系/冲突模式。此模式强调冲突来自爱与恨，以及对依赖的需求和对失落的害怕。自我(self)在投射-认同的过程中失去了自己。这个过程导致错误的知觉以及对现实的曲解(克莱恩学派(Segal 1994)以及认知心理治疗学家都谈到的观念)。移情的内容及特征则与投射-认同的过程、错误的认知有关。治疗师的主要任务在于涵容患者所投射出来的内容，并在患者准备好时回馈给患者(Bion 1952)。治疗室中所发生的抗拒，是因为患者无法接受自己对治疗师的依赖(当他意识到这分依赖时)，因为治疗师在移情中成为患者所嫉羡的客体，同时也是患者担忧可能会失去的对象。从此模式的角度来看，治疗的主要目的是让患者由偏执-分裂心理位置(paranoid-schizoid position)转移到比较健康的忧郁心理位置(depressive position)。

(三)人际-客体关系/缺陷模式。此模式强调的是诊疗室中此时此刻的移情，也就是发生在治疗师和患者之间的潜意识沟通与互动。这模式不由冲突角度谈抗拒，而认为抗拒是对于缺陷环境的一种反应，就发展角度而言，患者仅能以此方式反应。当治疗过程引发患者退化时，患者别无选择地只能回到早期适应不良的模式中，意指患者宁愿拥有一个不好的客体，也不要处在一个完全没有客体的状态下(费尔贝恩Fairbain, 1958)。治疗效果端赖治疗师的同理心以及他对患者的专注，藉此患者得以在与人保持关系时，重建一个较安全的自体感(a sense of self)。

以上三种模式皆认为分析式的治疗效果来自于领悟、涵容以及在治疗室中的新经验。

《当代精神分析导论理论与实务》

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:www.tushu111.com