

出國報告（出國類別：研究）

難治精神問題的心理處置

服務機關：臺北市立聯合醫院松德院區

姓名職稱：楊大和 臨床心理師

派赴國家：英國

出國期間：97年09月16日至98年06月16日

報告日期：97年07月17日

出國報告提要

報告名稱：難治精神問題的心理處置

主辦機關：臺北市立聯合醫院

聯絡人/電話：楊大和/2726-3141，分機 1234

出國人員：楊大和

出國地區：英國

出國期間：97 年 09 月 16 日至 98 年 06 月 16 日

報告日期：97 年 07 月 17 日

關鍵詞：難治精神問題、難治病人、Tavistock Clinic、Portman Clinic、

Tavistock Centre for Couple Relationships、精神分析取向心理治療

內容摘要：(含中英文摘要-二百至三百字)

本報告陳述至英國倫敦 Tavistock Clinic, Portman Clinic 與 Tavistock Centre for Couple Relationships 三所以精神分析取向心理治療為主的訓練機構受訓的經過、課程內容、特色與心得，分析難治病人的主要類型、移情行為與特性以及治療關係中的移情與反移情反應，並採用分析的多層次結構模式探討在難治病人的直接服務、訓練與研究並提出可行的建議，最後並陳述本次出國力有未逮而期待未來後繼者可以繼續完成的某些任務。

This report describe the training processes, contents and characteristics, and relevant thoughts about three training centres in London, U.K. for psychoanalytic psychotherapy, i.e. Tavistock Clinic, Portman Clinic and Tavistock Centre for Couple Relationships. It analyze major types, transference behaviours and features, and transference-countertransference in therapeutic relationship of difficult patients. This report also Utilize multiple structure model of analysis to explore the direct services, training, and research of difficult patients and provide feasible suggestions. In last section, some possible tasks for the future are provided for followers which are not fulfilled in this project.

目錄

壹、目的	5
貳、過程	
一、行前準備	8
二、訓練機構簡介	11
三、訓練內容	13
參、心得	
一、引言	19
二、難治病人的特性	
(一) 類型	22
(二) 移情行爲與動力	29
(三) 治療關係：移情—反移情關係	32
三、在倫敦的精神分析受訓經驗與難治病人的關連	35
四、結語	39
肆、結論與建議	
一、直接服務	
(一) 心理諮商／治療與評估	41
(二) 諮詢	44
(三) 教育	44

二、訓練	
(一) 理論研討	45
(二) 接案與督導	45
(三) 個人治療／分析	46
(四) 訓練課程與機構	46
三、研究	47
四、未來的具體建議	48
伍、參考書目	50
陸、附錄：活動相片	56

壹 目的

精神科或者心理衛生領域中有許多難治的精神問題或病人類型，從診斷角度來看，包括以下許多種精神疾患，如schizophrenia, depressive disorder, bipolar disorder, anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, borderline personality disorder, dissociative disorder, eating disorder, substance abuse disorders, marital and sexual dysfunction, psychosomatic disorders, hypochondriasis，或者合併著traumatic brain injury 與medical illness 等身體病因之精神疾患(劉佳昌，1999; Dewan & Pies, 2001; Hooberman & Hooberman, 1998; Saretsky & Saretsky, 1997)。有這些問題的個案或病人，經常被稱為所謂的「難治病人」(difficult patients)或「難治個案」(difficult clients)。

本文在考慮中文用詞時，難以拿捏的是該使用「病患」或「病人」(patients)、「個案」或「案主」(clients)、「加害者」或「侵害者」(offenders)、「罪犯」或「犯人」(criminals)、「囚犯」(prisoners)，還是只是稱呼為「人」(people)。因為不同的用詞隱含著不同的內涵意義，也在不同的關係背景與場域中被使用，更反映不同的專業人員態度，這超過本文討論的範圍。最後我選擇使用「病人」一詞，一方面固然是因為我過去工作的主要地點是在醫院，病人是慣用的名詞，另外一方面，也是承認不僅是這一群到醫院的人們，也包括沒有到醫院求助的人們，大體而言所有人們的心靈多少是有問題或者是生病的，因此藉此用詞間接揭示日常生活的心理病理的普遍存在(Freud, 1901)，這是進一步了解並改善自己的開始，這對於缺乏病識感、防衛的人們尤其是重要的一步，特別是當我們討論的對象涉及司法方面的犯罪或者道德上的罪惡感問題時。此外，對於所有的心理衛生工作來說，「心理問題」或者「疾病」幾乎是我們與其他人們（不管是求助者或者其他專業人員）關係建立的主要原因以及接觸介面，我們的工作是在這樣的一個共同基礎上展開的，因此更需要以正面的態度去看待人類的心理病理問題。最後，我認為「病人」一詞保留了「人」的部份，似乎意味著我們工作的對象並不完全是生病的或者是「嚴重精神病態的」(psychotic)，還有其他相對正常運作的功能或者是「非精神病態的」(non-psychotic)部分(Bion,1957)，而後者是可以和我們建立比較健康的移情關係並藉此一起展開工作的部份人格。最後，保留「人」的部份，也意味著身為一個人，自己(self)所存在的價值是遠遠大於疾病或者病態的自己，也就是Winnicott(1965)所說的「假的自己」(false self)，因此可以在這些假的自己底下逐漸發現「真的自己」(true self)。

此外，從病人問題的角度來看，比較有共識的一些難纏的問題包括：具有生理疾患、隱藏性議題、忽略適當界限、拒絕擔負責任、滔滔雄辯、害怕親近、沒有耐心、無法表達、僵化或頑固、空洞、無助或無望、抱怨、攻擊性、缺乏衝動控制、反抗、退縮、操縱等特性的個案。

最後，如果從醫病關係雙方的角度來看，個案與治療師之間的不適配、個

案問題與治療方式之間的不適配、或者由移情與反移情議題也經常會造成治療的困境（Kottler, J. A., 1992; Turecki & Tonner, 1985）。

前述這些難以處理的精神問題、病人或者治療關係，為實務工作帶來無比的挑戰。有些病人在精神科或心理衛生機構中屢次入進進出出，有些病人則頻頻暴力地自我傷害或者傷害他人，成為自殺防治與處置的主要對象；有些病人則難以順從治療處置，一再地復發並使病程慢性化；有些病人則因為處置不當而未能及早恢復適應功能，使社會、家庭與個人付出更高的代價。不管是哪一種狀況，總是消耗了大量的醫療與社會資源，不僅病人本身痛苦，也使得工作人員與親友心力交瘁，因此如何適當與合理地對他們進行心理處置，成為相關人員與機構的迫切問題。從文獻上來看，許多作者曾經從不同的介入層面或者治療取向，提出了有用的經驗與建議（Dewan & Pies, 2001; Hooberman & Hooberman, 1998; Kottler, 1992; Saretsky & Saretsky, 1997; Sohr, 1996; Walter N., Stone, M. D., Roth, B. E., & Kibel, H. D., 1991; Strean, 1985; Turecki & Tonner, 1985; Volkhan, V. D., 1995; Wessler, Hankin, Stern, 2006; Norton, K. & McGauley, G., 1998; Hanna, F. J. 2001; Schachter, S. O., 1988）。而從管理的層面來看，如果可以實際且有效地對這些難治的問題或者病人進行心理處置，將可以避免無謂的資源消耗，維持工作人員的士氣，促進病人的改變，減輕親友的負擔，大大地節約了醫療與社會的資源。

臺北市立聯合醫院松德院區的精神醫學中心為臺灣北部地區最大型的精神科專科醫院，長期以來接受並處理了來自全省各地因為各種精神問題而求治的病人或個案，其中有相當數量的病人與家屬輾轉求醫，最後才來到本院，可說是最難處理的一群人。由於衛生單位歷年來持續推廣與促進心理衛生教育，民眾逐漸留意並體認到心理健康的重要性，對於精神症狀的認識與警覺性提高，並且對於可利用的醫療資源逐漸熟悉，近年來前來本院門診或住院部門要求接受心理治療或者心理諮商的民眾漸漸增多。因此整個心理衛生的環境漸漸呈現出一種服務提供者難以滿足服務需求者的現象，其中原因固然是因為個案數量增加，但也因為心理諮商或治療本身固有的特性以及病人的病理程度，使得進入這項服務的病人不易在短期內結案，以便空出時段讓新個案進入，因此等候名單逐漸變得冗長。

此外，近幾年來臺北市政府大力推動心理衛生政策，將心理諮商服務推進到市內十一個社區健康服務中心，讓更廣泛的民眾可以就近接受服務，經驗顯示民眾的反應也十分良好，各個社區心理諮商門診都有不錯的就診率，因此預期這項計畫未來將會永續經營。但是一個隨之衍生的問題是：目前投入社區心理衛生的專業人力中，除了一半從諮商心理師的人力庫徵調以外，在臨床心理師的人力部分則有相當的比例是從臺北市立聯合醫院（尤其是松德院區）現有的臨床心理師人力中徵調，而這些人們原本對於院內精神科業務應接不暇，再加上新開發的社區心理衛生業務，對於這些臨床心理工作人員造成重大的負擔。所以，他們需要在處理病人問題時變得更加積極、有策略與適切，尤其是某些難治的病人或問題更須謹慎，否則難免形成醫病關係上的摩擦，影響民眾甚至輿論的觀感。

在前述種種背景的考量下，我在民國96年向臺北市衛生局申請出國進修計畫時，即決定以難治精神問題（難治病人）的心理處置為重點，當初申請計畫中預期在本進修計畫完成之後，將有以下的成果：

1. 引進國外（英國）對於各種難治病人或問題進行心理處置或治療之前所採用的評估方式，發展適切的處置計畫以管理相關病人或問題。
2. 引進國外（英國）對於各種難治病人或問題所採取的心理治療或處置方式，進行策略性與階段性的運用，有效地分配醫療人力與資源。
3. 引進國外（英國）關於各種難治病人或問題的心理治療訓練方式，訓練並督導國內的治療人員，使其能適切地對難治病人或問題進行評估、處置或者治療。
4. 和國外（英國）的心理治療與訓練機構建立長期的友誼關係，以利未來人員的國際溝通與交流，促進國內相關專業的進一步發展。

大體而言，前述目的在本計劃執行過程中得到不同程度的滿足，尤其是其中的第2, 3項得到最理想的實現。不過務實地來說，前述的國外（英國）應該以倫敦地區為限。另外，由於我所受訓的機構是以精神分析取向心理治療的訓練為主，因此所謂的評估、處置與訓練取向也是以此為基礎，沒有觸及其他更廣泛的治療取向。更進一步來說，由於我過去的主要工作經驗是在成人領域，因此這次訓練的主要部門也是在成人部門，雖然整個過程當中的少數時刻會論及青少年、兒童與幼兒，但是和這些對象有關的工作與訓練經驗相對稀少。

貳、過程

一、行前準備：

(一) 資訊蒐集

臺北市立聯合醫院松德院區一向有著優良的精神醫療與心理治療傳統，因此從 1997 年開始即陸續有精神科醫師或者其他專業人員前往英國倫敦接受精神分析與心理治療的相關訓練，包括：蔡榮裕、劉佳昌、陳俊澤、邱顯智、許欣偉、邱智強、郭豐榮、林亮吟醫師以及廖偉君社工師。其中一個主要的訓練機構是位在倫敦的 Tavistock Clinic。臺灣和這所 1920 年即成立的知名心理治療訓練機構的聯繫開始於林玉華教授，她是第一位到此中心受訓練的臺灣人，為往後的專業人員開拓了一個方便的道路，我在林玉華教授於 1995(?)年返國時即開始參與她的精神分析課程，受益良多。另外，受惠於松德院區曾經前往 Tavistock Clinic 的同仁們的經驗，該機構在我因中的形象日益具體。在資訊蒐集過程中，除了從 2006 年開始即不斷留意該機構的網頁資訊之外，另外在 2007 年也與在該機構接受兒童心理治療訓練多年的樊雪梅心理治療師有過一次冗長的討論與溝通。

在資訊蒐集過程當中，也曾經在 2006 年 4 月國際知名的倫敦兒童精神分析師暨研究者 Mary Target 以及 2007 年 10 月倫敦成人精神分析師 David Taylor 接受臺灣精神分析學會邀請來台講學時，分別與他們有過一次的個別諮詢，因此決定 Tavistock Clinic 是比較適合我受訓期待與條件的機構。

(二) 聯繫過程

不管如何，由於網頁的書面資料可以提供具體想像的內容有限、每個臺灣專業人員參與訓練與實務的興趣不同、許多實地的生活經驗難以完整傳述，以及過去臺灣專業人員主要參與的機構在 Tavistock Clinic，還沒有人接觸過其「門對門」的姐妹機構 Portman Clinic，因此我在 2007 年春天即開始與 Tavistock 與 Portman Clinics 的幾個訓練課程的主持人透過電子郵件往返聯繫，以探究參與某些課程的可能性，這些人們包括負責 Specialist Clinical Psychologist 課程的 Nancy Sheppard、負責 Psychodynamic Approaches to Old Age 課程的 Rachael Davenport、負責 Understanding Trauma 課程的 Linda Young、負責 the Difficult Patient 與 Working with Severe Psychopathology 課程的 David Morgan、負責 Forensic Psychotherapeutic Studies 的 Janine Sternberg 與 Marianne Parsons 等人。並且決定在 2007 年 7 月前往倫敦與 Nancy Sheppard、Linda Young、David Morgan、Janine Sternberg 與 Marianne Parsons 會晤面談並實際了解機構的狀況，除了 Specialist Clinical Psychologist 課程因為名額十分有限，而必須以英國當地接受最後一年訓練的臨床心理師為優先考量而婉拒我的請求之外，其他的課程主持人均同意我參與 2008-2009 的訓練課程。

比較曲折的是 Portman Clinic 的 Forensic Psychotherapeutic Studies 課程的確

立，由於衛生局申請經費補助需要在成行的前一年提出，且需要獲得機構的同意函，因此使得我的整個作業需要提前一年進行。雖然在 2007 年取得 Portman Clinic 同意參與 Forensic 課程，但是到了 2008 年夏初，該課程的設計有所變更，原本兩年一貫的課程拆散成爲兩個一年的初階與進階課程，也就是 A Foundation in Work with Forensic Patients 課程（負責人爲 Richard Davies）以及 Advanced Work with Forensic Patients。新課程的主持人變更了，雖然不必再重新面試，但是卻苦於招生不足的狀況，因此最後不得不宣佈 2008-2009 停開該課程。

最後，當我前往倫敦時，得到同意的課程爲 Understanding Trauma 與 the Difficult Patient。這兩個都是應用性的課程，實不足以充分滿足我的訓練需求，因此抵達倫敦之後，不得不進一步與 Linda Young 聯繫，請她協助安排其他可以參與的課程，因此從此聯繫上了 Marilyn Lawrence 這位專長 eating disorders 的心理治療師以及課程負責人，雖然因爲時間的關係無法參與她頗有口碑的 Working with People with Eating Disorders 課程，但是卻因此加入了 the Foundations of Psychoanalytic Psychotherapy 此一重要的成人部門的理論與實務課程。

Tavistock Centre for Couple Relationships(TCCR)是位於 Tavistock Centre 建築中三樓的一個獨立機構，和 Tavistock Clinic 有著合作的關係，尤其和兒童與家庭部門關係密切，其前身是 Tavistock Marital Studies Institute。在我來到倫敦之後不久，正在慶祝該中心的六十週年紀念。該中心的某些課程是原本在出國前即有興趣但是卻考量到過去個人的實務經驗有限、在訓練過程中個人心力的限制以及未來種種不明的狀況，不敢貿然申請。所幸在開學不久，該中心便舉辦課程說明會，讓我有機會進一步了解所有的課程概況並進一步與 Attachment, Psychoanalysis and Couple Relationship 的主持人 David Hewison 博士接觸，由於我過去有一些理論與經驗的基礎，因此雖然 2008-2009 的課程已經開始，但仍獲得其同意加入該課程，成爲唯一的一位男性學員。

從整個蒐集資訊、實地接觸與當面晤談到註冊之後陸續展開的各種進一步了解，準備的時間超過兩年，實際執行的時間將近一年（其中包括利用公務時間約九個月），許多學習的機會是實際到達當地與某個機構之後才得以展開，尤其是機構內外不定期的工作坊、演講以及其他機構的學習機會，包括 Society of Analytic Psychology (SAP)、Institute of Group Analysis (IGA)、Institute of Psychoanalysis (IOPa)等專業團體，這樣實際不到一年的時間將整個時間做了最充分的運用。

二、訓練機構簡介

Tavistock Clinic (或稱為 Tavistock Centre) 於 1920 年由 Dr. Hugh Crichton-Miller 成立於倫敦的 Tavistock Square, 成立的目的是希望藉由提供治療以研究心理健康問題的社會預防與治療策略, 並且將技巧教導給其他專業人員。長久以來, 它一直是一所以精神分析取向心理治療為主的訓練中心, 發展迄今, 該機構雖然不再以精神分析為單一的治療取向, 而同時加入了系統理論以及其他與人類發展有關的觀點, 並且已經決定在可預見的未來引進認知行為治療的訓練, 但是其所強調的精神分析傳統仍相當根深蒂固與紮實, 只是隨著時代的演變, 不斷地修正與擴大固有的觀念與應用的範圍。該機構的服務內容也涵蓋了個別治療、配偶治療(couple therapy)、家庭治療、團體治療以及組織諮詢(organizational consultation)與個人諮詢, 企圖將精神分析與更廣泛的其他心理學理論、研究成果與實務要求進行適當的融合, 以藉此服務個人、家庭、以及更廣大的社會大眾。在 Tavistock Centre 中包括成人部門、兒童與家庭部門、青少年部門, 各部門之間彼此有相當的獨立性。

Portman Clinic 成立於 1931 年, 主要目的在從精神分析或心理動力的角度研究與處理非法行為者(delinquent)、性倒錯(perverse)或性偏差(sexual deviant)以及有暴力、犯罪行為的加害者, 包括兒童、青少年與成人, 同時也提供訓練與諮詢給服務於該領域的心理衛生專業人員, 是一個以司法心理學與心理治療為主的機構, 處理的對象有許多是實務上所謂的「難處理的病人」(difficult patients), 包括物質濫用者、精神病人、人格違常病人、性倒錯、具有社會病理的病人等等。

Tavistock Clinic 與 Portman Clinic 分別在兩棟相鄰的建築物中, 2006 年合併成為 The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, 不再隸屬於政府的衛生部門, 因此在運作上有更大的自由度, 同時也納入了更多有興趣加入的人員。

除了提供病人與家屬各種門診型態的衡鑑、諮詢、間歇性的處遇(intermittent treatment)、長期的治療等直接服務之外, 在教學訓練方面, 該機構擁有 291 名以上的臨床工作者暨訓練者, 來自不同的專業訓練背景, 包括兒童、成人與系統心理治療師, 臨床與教育心理師, 護理人員, 精神分析師, 精神科醫師與社會工作人員, 因此學員也來自各種不同的專業背景、甚至不同的種族背景, 在這個訓練機構中強調包容與融合各種的人類差異。在一年中可以提供 75 種左右的訓練課程給 2000 名左右的學生與從業人員, 此外還有定期或者不定期舉辦、持續半天到五天的工作坊、每週進行的講座、或者督導團體, 作為專業人員繼續教育(Continuing Professional Development)(CPD)的一部分。大部份的課程安排採取循序漸進的方式, 從基礎(foundation)到中階(intermediate)再到高級(advanced)課程, 學生可以依照個人的條件與狀況選擇從某一個階段加入, 或者在某個階段退出。在研究所與學術課程部分, 該機構與 University of East London (UEL)、University of Essex (UOE)大學合作, 有部份的課程可以授予碩士學位、甚至博士學位。

此外在研究方面，也與倫敦附近的一些大學合作，對於心理治療實務工作進行學術研究。一些議題例如：憂鬱症、嚴重的人格違常、心理創傷、嬰兒觀察、飲食疾患、自閉症、學習與發展障礙、性別認同障礙、兒童虐待、司法心理問題、依附關係、團體與組織諮詢，成為該機構頗受重視的議題。因此，在臨床實務與督導、教學訓練、學術研究與組織管理等層面產生了緊密的結合，形成一種彼此增益的發展(the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, 2008)。

TCCR 成立於 1948 年，由於 Family Welfare Association 與 Tavistock Clinic 的工作人員所組成，成立之時有四個指導方針：1.連結訓練研究與個案工作，彌合理論與實務的間隙，形成與檢驗工作假設，三者之間維持平衡關係。2.人類的團體行為問題只有在治療關係情境中才可以深入研究。3.要形成了解需要結合反思以及從實際診斷與處理病人問題當中得到的技能。4.能與人們同在(with)才可以獲得有效的東西。這四個方針到目前依然適用。TCCR 的主要目的是要改善成人配偶關係的品質、避免家庭瓦解並增進兒童的福祉。和 The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust 一樣，該機構同樣在提供諮詢、諮商與治療等直接服務、實務訓練與督導以及學術研究等方面齊頭並進，差別只在於服務的對象是配偶與家庭，在主題方面則以關係諮商、配偶心理治療、心理與性治療 (psychosexual therapy)、離婚與分離、親職功能、領養與收養、不孕等等，並且與 UEL 合作提供碩士與博士學位的課程。TCCR 目前位於 Tavistock Centre 的三樓，聽說未來可能遷移 (Tavistock Centre for Couple Relationships, 2008, 2009)。

三、訓練內容

由於課程眾多，因此我選擇自己比較有興趣、時間上也容許的課程加入。前述三個機構的定期課程基本上每週進行，但是因為課程的規劃者的理念不同，因此會涵蓋不同的組成單元，這些單元不外乎：

1. 理論課程：以演講或者閱讀討論的形式呈現。
2. 工作討論：小團體的方式進行，每位成員輪流報告自己工作場所中的實務經驗。
3. 觀察：進入觀察對象的生活場所進行每週一小時的觀察，將觀察內容做詳盡的記錄，然後回到小團體中報告。
4. 經驗性團體：學生就是團體成員，類似一般的治療團體或者 W. R. Bion 所說的歷程團體，從中體會團體經驗發展的歷程與動力。據我的觀察，涵蓋此一要素的課程往往是在實務工作中會受到比較大心靈衝擊的課程，例如：創傷、嚴重心理病理或者司法病人，或者課程本身就與團體或者組織經驗比較有關。
5. 臨床工作與督導：需要實際接案進行個別治療，然後在更小的團體中（通常是三到五個學員）與督導討論。
6. 個人的心理治療：只要參加的課程需要實際進行接案，學員就必須接受個人每週至少一次的心理治療。
7. 學術研究：選擇碩士或者博士學位課程的學生，與導師(advisor)定期討論。

以上每個單元持續的時間大部分是七十五分鐘或者稍短，大部分的課程會有三個單元。

以下依照參與的主要課程，逐一說明。

（一）Psychoanalysis, attachment, and couple relationship：

這是 TCCR 的兩年課程，完成各項要求可授予碩士學位。課程的主要目的是要加深對於配偶關係之間的動力的理論性理解，知道如何透過客體關係與依附理論來理解配偶關係並將之應用於配偶與家庭工作中，學習質性研究法以及該方法在發展以證據為基礎的實務工作中的地位。

課程每週進行，並依照前述目的涵蓋理論課程、工作討論與學術研究三個單元，我選擇參加前面兩個單元。該課程的目的，就理論部份而言，其實有相當的企圖心，想要結合精神分析、依附關係、心理動力、系統與配偶與家庭的心理學理論，因此在閱讀內容上涵蓋範圍相當多樣，第一學期的主題是 *internal and external organizations*，第二學期即將進行的主題是 *sexuality and violence*，第三個

學期的主題是 separation and loss。在工作討論的部份，幾乎參與的成員手上都有正在進行的配偶諮商或治療，也就是同時與配偶雙方一起工作。在討論時，則嘗試將理論所學到的知識與實務工作進行結合。

對於我來說，加入的初期存在著雙重的困難：1.因為人在外國，所以我手上沒有正在進行的配偶治療，即使是過去的經驗，也很少與配偶雙方一起工作。但是仍被要求提出案例報告，所以只好提出舊的個案經驗，不過在我的提案的準備與討論過程中，其實有很大的學習，例如體會到在配偶治療中具有與個別治療特別不同的、但是卻更完整的夫妻雙方的歷史與敘事，夫妻雙方之間的關係，夫妻個別與自己的父、母親以及（一位或兩位）治療師之間的關係，治療師—治療師此一象徵性配偶之間的關係（如果有兩位治療師的話）。2.這是第二年的課程，因此是比較進階的內容，雖然我被允許參加該課程，但是大部分成員都已經經歷一年的學習，因此在知識、理論的掌握度以及成員之間關係的親近度上我比較落後。所幸前面的困難隨著對於團體的逐漸熟悉，而逐漸縮小落差。

（二）Introducing psychoanalytic ideas on sexual perversions, delinquency and violence：

這是 Portman Clinic 每個月一次的演講課程，是繼續教育的一部份，參加的成員年齡層大部分是二十幾歲的年輕人，也有年紀更長的，不一定從事相關的工作，但是需要對相關議題有興趣。這個安排和此課程的目的有關，希望能夠讓年輕人可以更關心這個社會的相關問題並且有更深入的精神分析式的了解與思考，不管參與者原本有沒有精神分析或者司法方面的經驗，期待參與者可以進一步了解精神分析、心理治療或者司法工作的面貌。

每個月的主題和講師都不一樣，但是演講者都是相當資深的治療師或者分析師，對於暴力、犯罪、性倒錯、性慾、性別角色、行動化與心靈的關係、不利的環境對心理發展的影響等等議題，都有很深入的經驗。最精采的部份是聽到講師報告治療病人的經驗，這些難以處理的、被社會主流所忽略與放棄的病人，在經過許多年的治療之後，可以透過和治療師建立信任、穩定的關係，同時也逐漸和其他人發展出相對比較信任、穩定的關係，雖然整個治療過程中一直瀰漫著不確定、無力、悲觀、被病人無情地攻擊與放棄的種種驚濤駭浪的感覺。

（三）The development of psychoanalytic theory：

這是 Tavistock Clinic 每週一次為整個機構的學生所舉行的演講，目的是提供一些比較基礎的精神分析概念。內容涵蓋佛洛伊德的理論（一般精神分析與後設心理學的想法、精神官能症的理論、夢與症狀、拓撲理論、本能、伊底帕斯情結、自戀、哀悼與憂鬱、社會文化的應用、自我與本我、群體心理學、技術考量等等）、Anna Freud、Klein、Segal、Rosenfeld、Bion、Winnicott、Post Kleinians 等作者的理論。

主要的演講者 David Bell 已經主持這個講座很多年，對於精神分析相關的

歷史源流與概念掌握得很清楚，同時也偶爾邀請其他院外的講者針對某些特定的講題進行研討。整個課程的規劃相當豐富，雖然是導論性質的課程，但是已經涵蓋精神分析的主要概念以及思想家。除了對於我原本已有的精神分析理解有進一步的複習與擴展之外，參加這個講座的額外收穫是可以認識其他課程的學生，並且了解他們對於精神分析的理解程度。

(四) The foundations of psychoanalytic psychotherapy :

這是 Tavistock Clinic 一個為期兩年、可以授予碩士學位的課程，主要目的是讓學生可以用精神分析的方式思考他們自己的工作，探究自己是否想要進一步探索精神分析取向的心理治療。課程中的一個重要面向是從跨文化(inter-cultural)的角度思考心理治療，因此講師的選擇也涵蓋了多種的文化與種族。

這個課程每週進行，包括臨床工作與督導、工作討論、理論課程、工作坊四個單元，其中臨床工作與督導是因為學員需要實際接案而產生的單元，另外一個因此延伸的訓練是學員必須接受每週至少一次的個人心理治療。因為我的身分關係，只能夠參加後面三個單元。在理論的部分和前述“The development of psychoanalytic theory”的內容有部分的重疊，但是在主題上區分得比較細膩，涵蓋的層面也比較廣泛，但是都不脫前述提到過的主要作者們的重要概念與理論、並且在心理病理的討論做了加強。不同的是課程的老師比較多，可以聽到不同講師對於類似或者不同主題的類似或者共同看法。至於工作討論部份，則是由已經開始接個別心理治療的學員輪流報告病人的治療進展，由於成員大都是新手，因此可以在報告中看到彼此在治療中生澀的表現，讓我感到訝異的是學員們在一年當中將理論應用於實務並掌握病人動力的部份，其實進展的速度很快，對於正在進行的實務與訓練工作也相當投入。

(五) Understanding Trauma :

這是我原先申請的第一優先 Tavistock Clinic 課程，課程的主要目的是用精神分析的角度了解創傷事件對於心靈所造成的衝擊、擴展與深化精神分析對於受創的個人或團體的治療工作可以做出的貢獻以及該取向與其他模式之間的關係、省思自己的工作以及和受創者一起工作對於自己所造成的衝擊、提供支持與多元的學習環境讓學生可以從自己與他人的經驗中學習。

課程包括理論、工作討論與經驗性團體三個部份，理論課程所討論的都是和創傷有關的文獻與概念，例如：Tavistock 的工作模式、防衛機制、認同與投射性認同、強迫性重複、行動化與修通、涵容(containment)、象徵化(symbolize)的能力、哀悼與憂鬱、死亡本能、童年創傷、累積與複雜的創傷、集體創傷、安全感、創傷的神經基礎以及其他各種形式的創傷與各種不同類型的受創對象。

工作討論部份所提出的經驗也都是成員和有心理創傷者一起工作的經驗，在討論過程中發現比較受創的病人通常也是心理衛生服務中比較被忽略的病人，例如：慢性精神病人、人格違常病人、青少年與兒童虐待病人、司法犯罪病

人，因此難治病人往往也是有著複雜或者重複創傷的病人。在討論中同時也看到在處理這些病人時，心理治療師本身的反移情反應以及替代性受創反應經常是普遍存在的，這些創傷反應不僅垂直地在代與代之間傳遞著，也平行地在病人—專業人員、專業人員—專業人員之間傳遞著。

比較特別的是經驗團體部份，安排在當天課程的第三個單元，感覺好像想要整理理論與工作經驗當中未消化的經驗，可是除此之外，每個成員又都參與在經驗團體中，體驗團體歷程中的種種明確或者不明確的感受與想法，這個經驗對於每位學員來說，都造成不少的壓力，但是相較於其他課程，成員之間所形成的關係卻是最緊密的。由於這是我在機構參加的第一個主要課程，由於語言適應的問題，在初期階段對於我來說，更是壓力龐大，有點像是受創病人在面臨排山倒海而來的刺激卻無法完全理解、也找不到適當的語言可以表達的狀況，也像是受創的病人突然離開了自己熟悉的世界觀、社會、文化與語言環境，進入相當陌生、但是又不完全陌生的世界觀、社會、文化與語言環境一樣。雖然第三個單元被稱為經驗性團體，但是對於我來說，所有對於機構課程的參與，都有相當明顯的個人經驗面向可以體會，也讓我從中間接體會到在受到重大的生命經驗衝擊之後，所呈現的暫時性失序的心理狀態，然後又慢慢統整自己、克服焦慮而進一步成長的過程。

(六) The “Difficult patients” workshop :

這也是先前在台灣就決定的 Portman Clinic 課程，主要是被這個課程的目的所吸引：了解和難以處理的病人工作的困難性、使用 Kleinian 與 Post-Kleinian 的理論探索「僵局」的概念，了解和性倒錯、精神病、邊緣性格或者有行動化傾向病人工作會產生的移情與反移情。

課程雖然只有一個單元，但是這個單元包括了理論研讀以及工作經驗分享，只是工作經驗分享是理論研讀的延伸，並不單獨成爲一個獨立而完整的討論單元。這個課程對有點深奧，因爲是建立在基礎的精神分析理論之上，有點像是進階課程，同時又因爲課程時間有限，因此語言的交換十分迅速，讓我有瞠乎在後的感覺，此外也可能是因爲這些病人的心靈世界真的讓人難以理解所致。在課程討論當中，影帶的播放與討論提供了具體的臨床實例。

(七) Forensic Psychotherapeutic Studies:

這是 Portman Clinic 爲期兩年的碩士學位課程，在 1989 年即開始成立，用意是要反思心理動力的概念如何應用在司法病人身上，課程的主要目的有：1. 對於犯罪背景中的侵害行爲產生心理動力的理論理解。2. 應用前述理解於工作中，並與其他專業合作。3. 衡鑑加害者，包括危險性。4. 協助犯罪與司法領域的其他專業處理民事與刑事報告。5. 累積並反思臨床處理司法病人的經驗。

課程的組成單元類似於前述 Tavistock Clinic 的 The foundations of psychoanalytic psychotherapy 課程，但是增加了每週在課程結束之前的回顧團體

此一單元，但相對地沒有一學期三次的研討會。因為此一課程也需要接案，因此參加的學員需要接受每週最少一次的個人心理治療。可惜的是如同前述，由於課程結構在 2008-2009 有了重大的調整，因此我只能夠加入第二年的理論課程部分，主題上主要涵蓋司法病人的心理病理學以及不同司法場所的應用。根據原有課程的設計，第一年的理論課程偏向於基本概念的理解，涵蓋司法心理治療的一般發展、理論與技術層面，第二年則是基本理論的應用，所以第一年的課程應該是更重要的課程，因為我半途加入，所以喪失了這個部份的學習。

(八) Enactment: From Concrete to Symbolic Thinking in Forensic and Psychotic Patients

這是 Portman 的短期、兩週一次的繼續教育課程，一共有八次，目的是要探討具體化思考在嚴重心理病理所的角色，尤其是嚴重精神病、暴力與性侵害行為。課程形式包括演講、錄影與口頭案例的討論、閱讀材料討論，主持人和前述的 difficult patient 工作坊是同一個人(David Morgan)，雖然不曾直接在監獄工作，但是曾經擔任監獄的諮詢心理治療師／精神分析師，本身也有豐富的醫院以及社區精神病患工作經驗，他的思考相當地天馬行空與敏捷，也許擁有這樣的靈活度與創造力才能夠避免被病人的僵化思考所困住。

從這個課程得到的其中一個重要學習是對於嚴重精神病態的病人，如果要靠個別的精神分析師或者心理治療師來包容他們，其實是很困難的事情，因為這些病人相當地不穩定，因此需要有後援的組織系統，例如醫院的住院或者藥物治療、或者是監獄的管理、醫療團隊、社區當中的其他心理衛生人員，來一起協助這些病人，而且這些病人的預後並不樂觀、進展也相當緩慢，但是某些成功的經驗會讓專業人員多少擁有一些信心。

(九) 其他：

每個月在 Tavistock Clinic 還有一次開放全院人員參加的“Scientific Meeting”，由 David Bell 主持，邀請院外不同領域的專家學者對於他們的研究成果或者工作經驗進行報告，我參加了 Dr. Adrian Grounds 的“Psychological effects of wrongful imprisonment—Trauma, separation and isolation of life history”（被錯誤監禁的犯人的心理創傷研究）、Dr. Rob & Margaret Rustin 的“Researching Adolescent Depression—What do we think we know already? What do we hope to find out? The IMPACT Study”（憂鬱症的短期心理動力治療計畫）、自殺研究中心 Mark Williams 教授的“Mindfulness, moods and modes of mind”（自殺病人的研究）、倫敦大學 Donald Gilles 教授的“**How Should Research Be Organized**”（研究發表的同儕審查制度的缺失以及其他可能）、David Morgan 的“**To See Without Being Seen, to Know about Being Know: The Internet as a receptacle for Psychotic Anxiety**”（網路成癮的心理動力）以及某次邀請拍攝保守基督教派紀錄片的導演報告他所觀察到的「激進主義」。

每週五上午在 Portman Clinic 有 unit meeting，由兒童精神分析師 Valli Kohon 主持，每週都有某個工作人員報告司法病人的心理衡鑑或治療提供給團隊討論，參與的工作人員多達 25 以上，將整個團體討論是擠爆，所有人都努力在了解這些千奇百怪的犯罪類型與手法背後的心理發展動力以及治療關係中的困境，又禁忌又興奮的氣氛，十分讓人印象深刻。

另外趁著晚上空檔的時間，上了“The Aesthetic Development in Psychoanalytic Thinking”，這是一個隔週進行、一共五次的工作坊，由 Meg Harris Williams 主講，Jonathon Bradley 主持，運用 Bion 與 Meltzer 的理論連接精神分析與藝術美學，在 Bion 所建構科學、藝術與宗教三個穹蒼(Vertexes)中討論美學的概念、符號、夢境、象徵以及各種藝術形態（以文學為主），由於概念相當抽象，又涉及廣泛的文化內涵以及語言理解問題，雖然是有意思的題目，但是要充分理解相當困難。

在 Tavistock Clinic 附近有許多精神分析機構，例如：SAP(Society of Analytic Psychology)、Anna Freud Centre、Freud Museum、IGA(Institute of Group Analysis) 等等，經常舉辦各種研討會或者演講，其中我參加了由 SAP 所舉辦的“Violence and Creativity”五次一個系列的演講，演講者都是 SAP 的會員、甚至是訓練師，從不同的角度討論攻擊、暴力與創造性的關係，這個系列主題可以和 Portman 的許多課程相互呼應，讓我訝異的是 Analytic Psychology 取向的分析師對於從 Freud 以降的精神分析師（包括當代精神分析師）的理論似乎也相當熟悉，反而是後者對於前者比較陌生得多。而 Freud Museum 的演講總是不脫離 Freud 的其人其事，即使是「小漢斯」一書中長頸鹿以及馬的圖案對於兒童與父母親、佛洛伊德與其女兒的象徵意義，也可以成爲一場獨立的演講。

最後還有一個重要的部份是我所接受每週五次的個人分析，這是精神分析學習的最重要部分，因爲涉及個人隱私，所以在本報告中不詳述。

參、心得

一、引言

這個段落開始之前，先以最近兩、三個月發生在台灣社會事件作為開場白。以下是兩則讓人感到不舒服的社會新聞：

新聞一：

國一女生 遭網友割喉棄屍

【聯合晚報／記者饒磐安、張佑齊／連線報導】05. 12. 2009

台北縣某國中一年級方姓女生去年11月6日赴網友約會後失蹤，事隔半年，警方查出曾因開車撞警拒捕並中彈的徐姓青年涉嫌，經深入追查，他供稱與一名許姓國中生約出方女後，先性侵，再以鐵棒猛擊方女頭部，並以菜刀割喉，於方女死亡後，將她棄屍新店市力行路一防火巷。警方上午捕徐、許二嫌，並尋獲已成白骨的方女屍骨，並找方女家人指認。

警方說，方姓國中女生是於11月6日下課後，向同學表示要與網友見面，即失蹤，經過警方追查，發現去年12月21日在中和開車撞警拒捕，遭警方開槍擊中的徐姓青年涉有重嫌，但他當時昏迷送醫，直到日前清醒訊問，他才供出案情。

【中央社台北縣12日電】

……警方指出，被害人去年和另一少女出遊後，在新店碧潭捷運站與網友見面，之後行蹤成謎。警方清查他的交友狀況及通聯紀錄，鎖定18歲的徐姓男子及15歲的許姓少年涉有重嫌。

警方調查發現，兩嫌偕同兩女進入昏暗的空屋後，隨即涉嫌持鐵棍擊昏兩少女，再以繩索網綁，分別被抱往2間不同房間內，意圖染指。少女醒來後，即不知方姓同學下落。

……警方更發現，嫌疑人竟是去年12月21日偷開父親轎車，無照駕車並衝撞員警的徐姓駕駛、同車的許姓少年。兩人犯案不久，駕車途經中和南勢角，因無照偷開父親轎車載友人兜風，當時徐父發現企圖在巷口阻止，徐嫌竟意圖衝撞父親，幸徐父閃得快沒事。

但警方獲報攔截時，心虛的徐嫌以為警方追查命案，涉嫌撞傷兩名員警逃逸，警方開槍，擊中副駕駛座的許姓少年；徐嫌最後在母親電話呼喚下才將傷者載回家，立即被警方逮捕。

不過，當時，警方並不知道兩嫌竟犯下重案。徐嫌曾在父親陪同下，與許姓少年母親、哥哥，於縣議會民進黨團舉行記者會，公開向警方要求國家賠償。

新聞二：

不滿遭倒會遷怒無辜 北市 1 男連續殺人落網

【聯合報、聯合晚報／記者孔令琪】03. 09. 2009

台北市士林區下午驚傳兇殺案，住克強路十巷的一對母子遭人砍成重傷，分別送往新光醫院及榮總醫院急救中。涉案兇嫌稍晚也因自己受傷，在前往新光醫院救護時落網，警方正全力追查兇殺原因。

【聯合報/記者劉峻谷】

台北市失業男子黃富康，今天中午以租屋為藉口約屋主簡添智見面，用鋤頭刀子殺死簡添智，隨後再赴簡的住家殺傷殺簡妻余瑞瑛、兒子簡裕倫，隨後被逮捕。

他供稱，多年前受騙損失六百萬元得躁鬱症，想將痛苦轉嫁他人，才殺簡一家三口。檢警對他的供詞存疑，正深入調查中。簡家母子送醫急救無生命危險。

【中央社/台北 9 日電】

……警方查出，落網的 37 歲黃姓男子因近 5 年來被倒會 500、600 萬元，加上失業近 1 年，晚上常常睡不著覺，心情不好，竟將不滿發洩在別人身上。

台北市士林警分局副分局長張金安表示，黃姓嫌疑人上網後，隨機相中有意出租士林區德行東路房子的簡姓男子，相約前往看房子，黃嫌竟趁被害人注意，拿出預藏的榔頭，殺害簡姓男子。

殺人又傷人的黃姓男子左手也因砍人而受傷，到新光醫院就醫，警方獲報，循線到新光醫院將他逮捕；警方初步調查，確認黃姓嫌疑人並無前科，也無吸毒及精神方面的病史。

在以下的段落中，將整合我在 Tavistock Clinic、Portman Clinic 以及 Tavistock Centre for Couple Relationships(TCCR)三個精神分析取向心理治療機構的主要受訓經驗，集中討論這一群所謂的「難治的病人」(difficult patients)的某些類型

以及相關的臨床行爲與治療關係特性，試圖理解這些病人何以會演變得如此棘手，並從此出發，考慮人類的心理問題不僅可以是很難以處理的，同時也可能更加嚴重地涉及到精神病態與人格違常問題，甚至可能危害整個家庭與社會，如果我們不以傳統的處罰或者監禁的角度去管理與隔離這一群人，而是從同理或治療的角度去理解與面對這一群人，是否可以對於人性中的病態與暴力有更深的領悟與體會。

以下的討論包括兩個部份，第一個部份談論難治的精神官能症病人、嚴重的精神病人(psychoses)、嚴重人格違常的病人(people with severe personality disorders, SPD)、有嚴重人格違常又危險的病人(dangerous people with severe personality disorder)(DSPD)的臨床行爲與動力以及關係特性。

第二個部份將說明我在倫敦三個機構受訓的內容與難治病人的關連性，尤其是 Tavistock Clinic 的「理解創傷」(understanding trauma: principles and practice)課程，Portman Clinic 的「司法心理治療研究」(Forensic Psychotherapeutic Studies)、「精神分析對於性倒錯、青少年犯罪與暴力的看法」(Psychoanalytic Ideas on Sexual Perversions, Delinquency and Violence)與「行動演出：司法與精神病人從具體到象徵思考」(Enactment: From Concrete to Symbolic Thinkings in Forensic and Psychotic Patients)，以及 TCCR 的「依附、精神分析與配偶關係」(attachment, psychoanalysis and couple relationships)。當然，所有這些課程的理論基礎都是精神分析，因此我在 Tavistock Clinic 的其他精神分析基礎理論課程構成了所有前述課程的必備要件。

這個段落具有比較強烈的個人理論建構色彩，不僅對於這將近一年的學習經驗做一個初步的整理與擴展，也作為往後理論、實務與訓練工作發展的起點。

二、難治病人的特性

(一) 類型

1. 診斷與分類

心理衛生領域中有許多難治的精神問題或病人類型，從診斷角度來看，文獻中包括以下許多種精神疾患，如 schizophrenia, bipolar disorders, borderline personality disorder, dissociative disorders, eating disorders, hypochondriasis, substance abuse disorders, depressive disorders, anxiety disorders, posttraumatic stress disorders, marital and sexual dysfunctions, psychosomatic disorders，或者合併著 traumatic brain injury 與 medical illness 等身體病因之精神疾患(劉佳昌，1999; Dewan & Pies, 2001; Hooberman & Hooberman, 1998; Saretsky & Saretsky, 1997)。

這些名詞對於非專業或者準專業人員是難以理解的，目前存在著另一個更平易近人的分類方式，只是這個分類方式是從誰、或者如何開始的，我還無法考證，看起來已經被沿用了超過二十年以上。一開始是將病人分為「傷心的」(sad)以及「瘋狂的」(mad)兩類，然後又有人加入了「惡劣的」(bad)這一類，而在正向的用詞方面，有人提到了「開心的」(glad)一詞——這是人類心靈追求的最終目標 (Appignanesi, 2008; Macleod, 2006; Tucker, 1999; Wetton, 1978)。因為是非正式的用詞，因此前三個類型並不清楚其確切的內容所指為何，但是大體而言，可以將「傷心的病人」視為以精神官能症病人(neurotics)為主，因為這些人和外在現實還保有適當的接觸，對於自己的內在現實也有適當程度的了解，治療的困難在於這一群病人對於內在情緒、慾望與需求的過度壓抑，他們是最傳統的病人，心理治療或者精神分析的發展基本上是從這一群病人開始的，這群病人也比較容易和專業人員建立起移情關係。一般比較不嚴重的精神官能症目前仍是一般心理衛生、心理諮商、心理治療等領域的專業人員的主要服務對象，由於服務內容與治療方式的多樣化以及有效性逐漸演進，相對於其他介入方式，精神分析在這一群人身上所可以發揮的獨特效果，目前看來似乎只在長期療效以及比較慢性或者難治的精神官能症上比較看得到顯著的差異(Fonagy, 2009)。由於本文探討的主題是難治的病人，在使用傷心的病人一詞時，指的是比較慢性而難治的精神官能症。「瘋狂的病人」指的主要是「嚴重的精神病人」(psychotics)，這一群人混淆了外在現實與內在現實，或者和外在現實只有有限的接觸，也混淆了自己和別人，次級思考歷程(secondary process)受到 Freud 所謂「初級歷程」(primary process)的內在幻想的影響(Freud, 1911)，不容易和和精神分析師建立起移情關係，因此 Freud 最初認為這一群人是不可分析的，但是在後佛洛伊德時代，從 Klein 開始探索伊底帕斯三角關係形成之前的母嬰雙人關係之後，開啓了這一群人接受精神分析的可能性，認為這一群人基本上仍然可以和精神分析師形成移情關係，只是這種移情關係充斥著原始的死亡驅力、攻擊衝動、被迫害焦慮與嫉羨感，因此沒有進入 Freud 所界定的（外在的）伊底帕斯三角關係，而在心智狀態上處於一種撤退狀態，主要是被「分裂—妄想」(paranoid-schizoid)心理狀態所主

宰(Klein, 1946)。至於「惡劣的病人」則可以視為是以人格違常為主，尤其是 DSM 診斷系統中表現出自我關係、人際關係與情緒不穩定的第二軸人格違常病人(參考表 1)。

透過這樣的簡單分類，回過頭檢視此段落一開始提過的難治病人涵蓋的臨床診斷，或許我們可以將前述從 schizophrenia 到 substance abuse disorders 的幾個診斷，都歸類到「瘋狂的病人」項目下，這些人基本上是困頓在兩人關係的情結當中，其客體關係在相當程度上是「部份客體」(part-object)關係，和外在意實只有部分的接觸，內在幻想主宰著內在主要的心智狀態(不管是對於認同、思想、身體、食物還是疾病的幻想)，分裂(splitting)、投射(projection)、投射性認同(projective identification)、解離(dissociation)成為主要的防衛機制，主要處在 Klein 所說的妄想—分裂心理狀態中，這群人所造成最大的難題就是殺人或傷人的威脅，有時候是自殺或自傷的威脅，對外攻擊的主要意義在於為了維持生存與自我保護而將對方消滅掉。Jackson(1991, 1994, 2001)與 Bateman(1991)從精神分析的理論出發，對於呈現精神病狀態(psychotic state)與邊緣型人格組織(borderline personality organization)的病人的特性與心理治療有詳細的說明。順著此一思路，前述面段落中從 depressive disorders 開始之後的其他診斷，或許就可以被歸入「傷心的病人」項目下，這些人的心智狀態和外在意實有著比較緊密的關聯，掙扎在伊底帕斯的三角關係當中，使用的防衛機制也相對比較成熟，對於外在的現實有相當程度的承認，只是對於這樣的現實難以接受、感到傷心，主要處在 Klein 所說的「憂鬱的」心理狀態當中，這群人所造成最大的難題就是自殺或自傷的威脅，其對於自我的攻擊含有虐待—被虐的色彩，自我持續地活著受罪，比較不像是前述的自我保護式的滅絕攻擊，雖然自殺企圖可能會演變成為成功的自殺。至於前述被涵蓋的診斷有沒有惡劣病人的可能？其中的 borderline personality disorder, eating disorders, hypochondriasis, substance abuse disorders, psychosomatic disorders 含有強烈與長期的個人人格色彩，似乎很容易引起人們惡劣的聯想，即使是 posttraumatic stress disorders，如果變得慢性化或者涉及複雜與多重的創傷，也容易形成一種重複受創的人格。這些人們的自我功能不像瘋狂的病人那樣遭到嚴重的破壞，可以維持某種程度的社會與角色功能，其情緒經常也不像傷心的病人那樣陷入長期的憂鬱或者焦慮，所造成自我關係與人際關係上的種種困難容易被歸因於人格問題。其中，borderline personality disorder 與 substance abuse disorders 甚至容易涉入社會與司法的危險當中，也是潛在的危險病人。

2. 自傷與自殺威脅

關於自殺與臨床診斷的關聯，Henriksson 等人(1993)指出自殺和憂鬱症疾患、焦慮症、物質濫用、精神病、器質性疾病、邊緣性人格以及其他第一、二、三軸診斷之間有關連性，認為大概有一半以上的自殺者有兩個以上的精神科診斷。Danuta Wasserman(2001)在一本討論自殺的書中，列出自殺的高危險群病人包括有焦慮疾患、適應障礙、情感疾患、物質濫用、飲食障礙、精神分裂症、人格疾患、身體化疾患等精神問題的病人。Appleby 等人(2005)整理 1996-2000 年

期間將進五千名接受心理衛生服務的病人，發現曾經嘗試自殺的人們當中，42%有情感疾患，20%有精神分裂症，11%有人格違常，9%有酒精濫用，5%有藥物濫用，13%有其他精神科問題。如果對照前面提過的所謂難以處理的病人臨床診斷，除了焦慮及患與適應障礙之外，高自殺潛在危險病人的診斷和難治病人的診斷有相當高的重疊，難治病人的自殺(或者自傷)成爲主要的威脅不是沒有道理。

進一步從心理動力的觀點來看，傷心的病人和瘋狂的病人同樣飽受人類內在攻擊性的折磨，傷心病人的自殺或者自傷是一種對內的攻擊，心理意義上類似於瘋狂病人的對外攻擊，不同的是後者將內在的攻擊性分裂出去，迫害者成爲外界的其他人，而病人內在則感到一種真實的被害感，尤其處在生死存亡的關頭，病人爲了自我防衛而發動對外的瘋狂攻擊。傷心的病人則將攻擊性留在內心，內在的超我彰顯的是一種對於外在迫害者的認同，對於自我發動殘酷的批評，存在於瘋狂病人身上的人際衝突成爲內在在不同部門之間的內在衝突，自我處在被害者的位置，陷入長期的抑鬱狀態(melancholic)(Frued, 1917)。從某種角度來看，瘋狂病人的內在妄想與幻覺，類似於傷心病人內在自我批判與迫害的聲音，二者都成爲一種無法迴避的威脅來源，瘋狂的病人以殲滅被投射的外在對象爲處理方式，傷心的病人以殲滅留存於內在的超我爲處理方式。對於瘋狂的人們來說，投射防衛機制的崩潰也是自殺危險發生的開始，如果缺乏外在他人成爲攻擊性的投射對象，因而攻擊性無法被分裂並投射於在外界，不得不導向內在自我的結果，使得病人落入嚴重的急性憂鬱狀態以及後續的更加強烈的防衛企圖，如果再加上自我調節功能以及現實判斷力的薄弱，將使得瘋狂的人比傷心的人更加地衝動與失控，因此也更加地危險，這是「危險的病人」的開端。Campbell 與 Hale (1991)從精神分析的觀點出發，對於自殺意念與企圖有充分的說明。

危險病人的危險往往不只在於他們會在轉換(altered)心智狀態下對於自己或他人做出攻擊，有些危險病人是在(大體上)神智清醒的狀態下發動攻擊，對象可能是週遭親近、甚至是無辜的他人，但是由於他們的某些特性，卻對於病人的主觀心智來說具有個人的、威脅性的聯想意義。除了長期、慢性、嚴重的精神官能症與精神病人之外，許多危險的病人具有人格疾患的心理組織或體制(psychological organizations or institutions)，尤其是邊緣型人格疾患。因此文獻中所出現的「嚴重人格疾患」(severe personality disorder)(SPD)主要是以邊緣型人格違常爲主，雖然也可能合併著其他的人格違常，因爲這一群病人爲心理衛生服務帶來最大的困難與不安。越是被指稱爲「嚴重」的病人，往往涵蓋著越多的人格問題。嚴重人格疾患的病人在司法體系佔有相當的比例，他們密集地使用心理衛生服務，經常需要危機介入，同時又難以融入長期的關係當中，出席經常不規律又容易行動化(Kernberg, 1984; Morant, Dolan, Fainman, & Hilton, 1999)。在司法領域中，這些病人的行動化通常指的就是重複地犯罪，因此容易被視爲同時具有強烈的反社會人格色彩。重大精神病人以及邊緣型人格的病人，衝擊的對象比較傾向於週遭有某種社會或家庭關係的人，但是反社會人格的病人攻擊的對象卻是廣大與普遍的外在社會環境，因此這些對象不必然是認識的人們，只要這些人在病

人心中喚起一種模糊的、似曾相似的關聯感即可。在一般人們以及專業人員心中，這些人具有高度再犯的可能性，難以治療又難以管理，過去唯一的處理方式是監禁起來，但是司法的判決有一定的期限，許多國家沒有終身監禁的法律制度，一旦這些「危險又嚴重的人格疾患」(Dangerous Severe Personality Disorder)(DSPD)病人出獄，往往是另一場個人、家庭與社會災難的開端，出現在社會新聞上的字眼往往是「連續殺／傷人」、「連續強暴／性侵害」、「連續強盜／搶劫」、「累／慣犯」等等。

DSPD 是我在英國才接觸的一個名詞，在國際文獻上的歷史還很短，正式出現在文獻中應該是英國內政部門 1999 年的提議案，當時因為英國社會上有許多出獄之後的犯人在很短的時間內又犯下嚴重危害社會治安的案件，同時對於被害者造成致命而又無法彌補的傷害之後，政府部門提議投入大筆的金錢，在兩所高安全性的監獄與兩所專科醫院度對於這一群危險又嚴重的人格違常病人進行為期三年(2000-2003)試驗性的衡鑑與治療計畫(Home Office, Department of Health, 1999, 2001, 2004)。收案的病人要符合至少三個標準(Barrett et al., 2009; de Boer, Whyte and Maden, 2008; Howells, Krishnan and Daffern, 2007; Tyrer et al. 2009)：

- 1.五年內很可能再犯，而這些再犯將導致被害人難以或者無法復原的身體或者心理傷害。
- 2.有明顯的人格違常：
 - (1)在 Psychopath Checklist-Revised (PCL-R)(Hare, 1991)得分 30 分以上，或者
 - (2)得分在 25 到 29 分之間在加上 DSM-IV 手冊中除了反社會人格以外的其他一個人格違常診斷，或者
 - (3)兩個以上 DSM-IV 手冊的人格違常診斷。
- 3.再犯的危險和人格違常有功能性的相關(functionally linked)。

前面第 2 項標準和病人的「心理病理」(psychopath)，顯示病人個人的人格違常程度較嚴重人格違常病人更佳嚴重或者廣泛，第 1 項標準和病人的「社會病理」(sociopath)，顯示病人對於社會造成的嚴重危害程度，可能使得個人的心理病理影響將擴及其他的人們，除了為社會製造出更多的受害者之外，這些受害者如果沒有適當地處理，還可能是未來潛在的加害者。

另外，有些機構對於收案還有其他額外的標準(de Boer, Whyte and Maden, 2008)，這些標準主要和進入治療的條件有關，包括：年齡 18 歲以上、可以了解並參與心理工作，後者意味著病人的智商要在 80 以上，如果智商在 70 到 80 之間則需要審慎評估其理解能力。

- 3.可治或不可治，病人或犯人，加害者或受害者

前述的討論提到了四個詞：sad, mad, bad, dangerous，這四個詞濃縮並且構成了難治病人主要特性的連續光譜，從屬於精神官能症層次的「傷心的病人」，

到屬於嚴重精神病與人格違常層次的「瘋狂的病人」，再到涉及司法案件的「惡劣的病人」，最後再到對於整個社會構成威脅的「危險的病人」，乃至於幾乎被認為無可救藥的「惡劣又危險的病人」。這些人們是可以治療的嗎？或者可以被治療到什麼程度？還是要被當成犯人（不管是道德還是法律的犯人）那樣在醫院或者監獄中關閉起來？究竟具有某些診斷特性的病人要被歸屬於哪個分類，一直存在著爭議，而被歸入某類病人與可治療性之間的關係也有很大的討論與思考的空間。這些爭議有著歷史與臨床上的政治演變。

傷心的病人是最傳統的一群病人，從 Freud 最早在「歇斯底里症研究」與 Dora 案例中對於歇斯底里症病人的探索開始(Freud, 1901; Freud & Breuer, 1893)，逐漸進入到對於強迫症病人（鼠人與狼人的案例）(Freud, 1909, 1918)、畏懼症（小漢斯的案例）(Freud, 1909)與抑鬱症(Freud, 1917)的探索，這一群被超我機制所苦的精神官能症病人（雖然歇斯底里症與強迫症應該被視為比較靠近嚴重精神病還是精神官能症一直都存在著爭議），掙扎地對抗著導向自我的攻擊性，其內在心智角色的認同有點類似於「受害者」，或者說其心智分裂成兩部份，一部分認同了「加害者」，一部分認同了「受害者」，而內在的加害者部份對於內在的受害者發動無情的攻擊。基本上，傷心病人的受害者角色得到大部分社會與專業人士的同情與幫助，引起了他人相當程度的傷心與難過等主要反移情反應，但是其「加害者」的部分卻使得心理治療陷入了困境，儘管不像瘋狂的精神病人將外在客體視為是迫害的，但是內在的迫／加害者卻使得病人難以接受善意的介入，心理病理狀態難以得到改善，相當程度地將內在的加害者—受害者關係外射到了治療關係當中，由於長期的精神官能症病人無法哀悼在外在現實世界中實際存在的失落，在心理仍認為客體仍活著與存在著，因此處在長期的抑鬱狀態中，這種狀態彷彿如同嚴重精神病人與外在現實脫節而與內在幻想緊密聯繫著一樣，構成了這類病人難以治療的一個重要原因，但是傳統上一直仍認為這類病人是適合心理治療並且會有療效的，這些人的角色也一直被視為是病人(Freud, 1917)。

瘋狂病人的歷史處境比較沒有像傷心病人這麼地幸運。Freud雖然分析了 Schreber 案例，但是這個案例基本上並不是他的臨床病人，而是一個精神分析的心理史學研究案例。終究在佛洛伊德的心中，瘋狂的病人是難以分析的，這種情況要一直到 Klein 之後的時代才得到比較大的進展，嚴重精神病人開始進入診療室，接受精神分析的治療，但是有很長的一段時間，這群病人一直被當成犯人一樣地關在精神病院或者監獄當中，而儘管到現在，這一群人依然被認為難治的，指是不再關在監獄當中，而主要是關在精神病院當中，至於出了精神病院，則是關在另外一個小型的監獄或者病院當中——家庭，因為這些人引起他人相當程度的恐懼與害怕。藥物治療的進展使得心理治療對這一群人所發揮的功能與所進行理解的嘗試大為縮減，但是相關的理論與概念仍持續在發展，這群病人可以被合格地視為一個心理治療病人來處理的可能性不斷地被探討，例如：Bion(1957)、Rosenfeld(1987)、Winnicott(1953, 1965)、Williams (1999, 2002)、Jackson(1991, 1994,

2001)、Rey(1994)針對嚴重精神病人，以及Kernberg等人 (Kernberg, 1984,1996; Kernberg, & Clarkin, 1993; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, et al, 1989)、Bateman(1991, 1998)、Norton與McGauley (1998)、Rey(1994)、Williams(2002)對於人格違常病人的探討。瘋狂的病人由於無法容納自己的焦慮、害怕、嫉羨、依賴、攻擊性等等情感，又無法採用語言的方式表達，因而以行動的方式溝通，將相關的情感與想法分裂並投射到外在與病人接觸的其他客體或者環境上，讓其他人也感染到類似病人的情感與想法，藉此達到溝通潛意識的目的，但是由於行動往往造成誤解以及破壞，因此這類的溝通經常受到拒絕甚至進一步的侵害，從此一角度來看，病人容易將周遭他人視為「加害者」。這類病人的神智不清而且現實感受損，難以對自己的行為負責，在心智角色的認同上處在「受害者」位置，但是有時候也會翻轉這個角色而防衛性地對外界攻擊，進入心智上的「加害者」角色。就這種角度來看，不管是嚴重的精神病人還是人格違常的病人，透過這樣的角色翻轉，他們使得周圍的相關他人以及自己飽受折磨與煎熬，是否也可以視為是一種道德上的罪犯(姑且不論由於現實判斷以及衝動控制不良所可能造成的實際侵害)？瘋狂的病人因此經常處在一種介於病人與犯人的微妙角色變遷之中。

不管是傷心的病人還是瘋狂的病人，讓人們感到困擾的東西主要是「心理病理」，同時傷心的病人有相對清晰的神智可以省思自己的言行，但是瘋狂的病人喪失了這份清晰的心智。「惡劣的病人」則有所不同，除了心理病理之外，還涉及到「社會病理」，也就是具有「反社會人格違常」的人格特性，他們像傷心的病人那樣有能力「可以」自我省思，但是也像瘋狂的病人那樣「無法」自我省思。他們讓所有人都感到一種不確定加害者將會是誰但是確確實實存在自己心中的焦慮與不安，即使沒有接觸病人的人們也會不寒而慄，這些病人當中有部分的人們具有精神官能症或者嚴重精神病的心理病理，但是有部分的人們則神智清晰而且現實感完好，他們原本有機會可以對自己的行為負責，但是他們卻難以負責，因此讓人感到他們很惡劣，這種讓人氣憤的惡劣感有點類似於久遠之前人們對於瘋狂病人的情緒。惡劣不是沒有原因的，有些部分涉及心理病理，有些則涉及社會病理，是對於外在環境的普遍敵意與攻擊性所造成，在心智角色的認同上處於「加害者」的位置，「受害者」角色則幾乎完全地被分裂與投射到了外界環境與外在客體上面，病人無法接觸到被害、傷心、失落的感覺，這樣的難以承受的被害感受匯集到了周遭人們身上，沒有將他人當作「人」，或者更像是將對方當做「物品」，並且冷血或者無情的對待他們，或許也反映了他們的存在曾經如何地被周圍的人們以非人性的方式加以對待。惡劣的病人在他人身上製造出來的情緒因此格外地讓他人感到難以承受，更加迫切地想要除掉或者處罰這些病人，因此這類病人一般難以得到同情與理解，而最常得到的情緒反應是氣憤與厭惡。儘管這一類的病人(或者犯人)一直存在於社會當中，但是在精神分析的發展史中，這一類病人的心理治療要等到精神分析的相關概念進入了司法領域之後，才得以逐漸發展，雖然 Klein 在 1927 年就討論了正常小孩的犯罪傾向，Winnicott(1958)

與 Anna Freud(1965)以及其他作者們也在四、五十年前討論過青少年犯罪或反社會問題，但是整體來說存在的文獻相對較少，要到了近代才有比較多的發展，例如：Aiyeghusi 與 Clarke-Moore(2009)、Cordess 與 Cox (1996)、Doctor(2003, 2008)、Gallwey(1991)、Gordon 與 Kirtchuk(2008)、Hyatt-Williams(1998)、Kahr(2001)、Morgan 與 Rusczyznsky(2007)、Perelberg (1990)、Sohn(1997)。

至於「危險又瘋狂的病人」，則結合了「惡劣」與「瘋狂」兩種特性，由於此一概念的出現是最近十年之內的事情，可以想像這一群對象是幾乎沒有人（包括專業人員）喜歡的，Doctor(2003, 2008)、Dolan 與 Coid, (1993)、Norton 與 McGauley (1998)是其中某些採取精神分析角度看待這群病人的例子。由於這一類的病人大都受到高度的安全監控，因此幾乎採取類似精神科住院病人的模式加以管理，在英國的監獄或者醫院當中，七、八〇年代盛行的「治療性社區」(therapeutic community)的概念在 Home Office 的 1999 年提議案出爐之後，又重新又受到了採用，因此在這個實驗性的醫療體制中，一切由危險又瘋狂的病人自主與民主地管理，只有少數的專業人員對有限的事務採取決定性的態度，整個權威性的治療與管理階層變得扁平化，結果是對於某些病人產生了部份的作用，監獄或者醫院成了一個大型的「容器」(container)或者「磚牆母親」(brick mother)，對這一群人的攻擊性發揮包容與保護的作用，這一群人才可能在這樣的環境中有空間可以思考自己與他人的關係(Adam and Scanlon, 2009; Morris, 2000; Neeld and Clarke, 2009; Norton and Dolan, 1995)。

表 1 描述了難治病人的類型、病理、移情與反移情動力、主要威脅以及比較適合的處置處所，這樣的歸類方式難免武斷與簡化，因為忽略了表面的現象以及潛在的動力之間的可能關係，例如：瘋狂、惡劣或者危險的病人，可能同時也是傷心的病人，只是傷心被其他的表現特性所掩蓋了。或者精神官能症病人可能也會被某些人感覺為很惡劣的或者很危險的。

表 1 難治病人的類型、病理、移情與反移情動力、主要威脅以及適合的處置處所

一般描述	傷心的	瘋狂的	惡劣的	危險的	惡劣又危險的
診斷描述	慢性精神官能症				
		嚴重精神病(精神分裂症、躁鬱症)			
			一般人格違常		
		嚴重人格違常(不含反社會人格違常)			
			反社會人格違常		
					反社會人格違常 + 其他一般人格違常
病理描述	心理病理		社會病理		
移情動力	被動、身體化、無助、無望	退縮、攻擊、空洞、僵化	侵犯界限、操縱、反抗、缺乏衝動控制	缺乏衝動控制、攻擊、不負責	混合
反移情動力	傷心	害怕、恐懼	氣憤、厭惡	焦慮、不安	混合
主要威脅	自傷、自殺	傷人、殺人	虐待—被虐關係	混合	混合
處置處所	社區或醫院	社區或醫院	社區、醫院或監獄	中戒護監獄或醫院	高戒護監獄或醫院

(二) 移情行為與動力

在難治病人的文獻當中，也有從病人在治療關係中所遭遇的困難的角度來描繪這些人們，因為他們在治療關係中經常表現出：無法表達、生理疾患、隱藏性議題、忽略適當界限、攻擊性、缺乏衝動控制、拒絕擔負責任、滔滔雄辯、害怕親近、退縮、沒有耐心、空洞、無助或無望、抱怨、反抗、操縱、僵化或頑固等特性。這些特性使得這些病人變得難纏，從移情關係的角度來看，這些病人表現出一種無法以口語傳達的潛意識溝通或者非語言溝通（無法表達、生理疾患、隱藏性議題），明顯的行動化傾向（忽略適當界限、攻擊性、缺乏衝動控制）侵犯了界限，如同 Glasser(1979, 1998)所說的，病人退化並且重新經驗到早年與照顧者關係中存在的核心衝突(core complex)，這個衝突是依賴與獨立之間的衝突，也是 Henri Rey(1994)所說的幽閉恐懼(claustrophobia)與懼曠恐懼(agrophobia)（拒絕擔負責任、滔滔雄辯），一方面害怕過度依賴專業人員／照顧者以至於被吞噬掉，無法獨立而陷入滅絕的焦慮當中，另一方面又害怕獨立之後又無法依賴，遭到遺棄而同樣地陷入滅絕的焦慮當中，這有點像是 Mahler(1975)所描述兒童客體關係發展階段的 Rapprochement 階段，兒童在靠近與遠離母親之間拿捏適當的安全距離，並且趨向比較成熟的分離與個體化(separation-individuation)階段。因此難治病人一方面要依賴，以得到保護與照顧，另一方面又要反抗，以爭取自己的自由和獨立，拒絕擔負責任、滔滔雄辯、害怕親近、退縮、沒有耐心、空洞、無助或無望、抱怨、反抗、操縱、僵化或頑固等特性，都是這種核心衝突的種種外在表現，濃縮了病人從出生開始之後的各個階段，與週遭環境或者主要

照顧者之間的衝突與矛盾。前面兩種狀態也有點像是 Klein 所描述的妄想—分裂 (Paranoid-Schizoid) 狀態，在妄想狀態中，病人害怕並且妄想自己遭到了外界的控制，類似於過度依賴而產生的幽閉恐懼，而在分裂狀態中，病人從現實與社會關係中退縮，類似於無法依賴而產生的懼曠恐懼。

這樣矛盾的移情反應對於傷心的精神官能症、瘋狂的嚴重精神病人以及惡劣的侵害者的個別意義又如何，如何構成這些病人難治的原因？如同前述，對於傷心的精神官能症病人來說，其內在的超我相當程度地認同了外在的攻擊者，而對於自我施以無情的批評與貶抑，在這樣的心智狀態下，病人可能需要將超我的加害者角色分裂並投射出去，以保護自我的受害者角色遭到進一步的侵害，使自我更加地獨立於超我的影響，由於自我的受害者角色被保留了下來，因此在移情關係中會表現出無法表達、生理疾患、隱藏性議題、拒絕擔負責任、害怕親近、退縮、沒有耐心、空洞、無助或無望種種被動的被害或被動特性，病人彷彿成了很需要被照顧的脆弱小孩，專業人員不適合對他做出太過直接、真實或者現實的面質、要求或者期待，因為如果這樣做，會感覺好像是個加害者一樣，因此專業人員在這樣潛在的溝通之下，覺得必須提供更加密切的關心與照顧，但是接著卻由於病人持續的被動與退縮，使得專業人員感覺到像是被榨乾或者剝削了一般，形同進入被害者的角色。

另一個可能狀況則是病人在超我與自我衝突的狀態下分裂了過度認同被害者角色的自我，並且將這部份分裂與投射出去，而保留了攻擊者的超我角色，因此在移情關係中表現出忽略適當界限、攻擊性、缺乏衝動控制、拒絕擔負責任、滔滔雄辯、抱怨、反抗、操縱種種主動的特性，病人彷彿成了強而有力的大人，而專業人員則變得脆弱，感覺必須不斷地防衛與保護自己，和病人保持更遠的距離，不然自己的相關福祉與界線就會受到侵害，成爲一名受害者。而如果專業人員真的這樣做，就會進入前面第一種與病人退化、依賴需求相互抵觸的狀況，形成另一個循環。

傷心的病人這種永恆的衝突在內心當中不斷的上演，因此分裂與投射機制也就不斷地重覆與變換著，病人與專業人員也就在不同的時間中經歷著不斷變換的加害者與受害者角色，同時體驗著關係中太過親近或者太過疏遠的感受。這樣的機制與動力，同樣也會出現在瘋狂的嚴重精神病人身上，只是加害者的角色被更真實地（但矛盾的是：卻是更脫離現實）具體化爲幻覺或者妄想，由病人的潛意識幻想所製造，有時候投射在想像的對象（客體）上面，例如：聽到有人告訴自己某些話，有時候則投射到外在現實中呈現的某些真實對象（客體）上。病人的幻覺或者妄想時有時無，而他們對於這種幻覺或妄想的存在或者消失，同時具有緬懷與解脫的矛盾感受，因爲幻覺或妄想並對病人來說不全然具有迫害的特性（如同傷心的精神官能症的超我同時具有迫害與讓人懷念的矛盾特性一樣），有時候也有關心的特性，這可以類比於嬰兒對於照顧者的矛盾態度，因此這些症狀的存在與消失，也標示著病人與幻覺、妄想的關係是時疏遠時親近的，這些症狀被病人的潛意識操縱著，如同真實的對象（客體）被病人操縱著一樣。

在討論瘋狂的嚴重精神病人時，有一個分歧的地方是：幻覺與妄想的對象是虛擬的還是真實的，如果是虛擬的對象，矛盾與衝突或許比較類似於傷心的精神官能症病人，因為比較侷限於私人的內在精神領域中，如果不訴諸現實世界中的客體，他也不比較不受影響。但是如果幻覺或妄想的對象是現實世界中的客體，雖然前述關於精神官能症病人將內在衝突分裂與投射於外界，因而使得內在精神衝突轉化成爲外在人際衝突的概念依然適用，但是由於嚴重精神病人的精神世界中涉及到更加原始的攻擊與死亡衝動以及更加強烈的迫害焦慮，因此其衝擊就不像精神官能症那樣輕微，當其內在精神衝突轉化或者實現成爲外在人際衝突時，往往構成重大社會事件的開端。這也反映在比較震撼社會的事件，其加害者的心理病理比較多是屬於瘋狂的嚴重精神病人（或者是更加嚴重與更危險的病人）這一類，而比較少屬於傷心的精神官能症病人，因為就對社會大眾所形成的威脅感與衝擊來說，後者也不像前者的衝擊那樣巨大。

進一步來說，過去許多被視爲「惡劣」的侵害者，當被發現原來是「瘋狂」的心理病理所導致，所處理的方式就是接受治療，而不是接受監禁，因此在「瘋狂的病人」以及「惡劣的病人」之間存在著微妙的模糊界限以及角色互換性，現在的病人在過去可能被視爲是犯人，而現在的病人在未來也可能會犯案，就傳統道德觀念來說，如果是病人，比較重要的是接受治療，而如果是犯人，懲罰成了一種必要。但是在決定當事者成爲病人或者犯人，有時候往往取決於有關單位、社會大眾以及專業人士的態度，就目前與前瞻的角度來看，不管是病人還是犯人，其實都有接受治療的需要，因爲一般表面所認爲的「惡劣」，其實是心理或者社會病理的一種外在表現，攻擊或者退縮其實都具有正面的潛意識溝通的功能，只是其中所隱含的訊息與企圖傳達的意義太過模糊與隱微，需要更長期與更精細的觀察、體會與解讀。因此，惡劣的侵害者病人的攻擊或者不攻擊、甚至退縮，都是內在衝突外化的結果，他們在此時此刻的現實關係中，透過潛意識與非語言的溝通，重現了早年與重要客體之間的關係衝突，這些客體關係經驗在病人的內在心智狀態中被記錄了下來，等待任何適當的時候被喚起、重現以及理解，如同前面提到的：以非人性的方式對待被害者的加害者，在更早的過去或許曾經是被照顧者以非人性的方式對待的受害者。攻擊、不攻擊或者退縮，是心智機制對於心理與關係距離的控制，病人擺盪在長期的妄想—分裂狀態中，在妄想狀態中攻擊，在分裂狀態中退縮，偶爾前進到憂鬱狀態(depressive position)，儘管這樣的憂鬱狀態對於傷心的精神症病人是常事，對於瘋狂的嚴重精神病人有時候見到，但是對於惡劣的侵害者病人來說，則是少見的，因爲他們將憂鬱與失落（以及其他難以忍受的情緒）分裂掉，投射到了受害者以及周圍的人們身上，在他們身上只願意感受到一種能力感與控制感，不願意感受到無力感與無助感。也因爲這種無法憂鬱的心智狀態，使得他們和週遭的人格外地有距離，這樣的心理與社會病理以及客體關係想必比嚴重的精神病人更加地原始與冷酷，其心智狀態中存在完整「人類」客體的可能性遭到質疑，因此不將他人當成人類，或者儘管當成人類，也必須被分解、解散爲部份的客體，或者被索回生命而化爲無生命。

（三）治療關係：移情—反移情關係

心理問題之所以難以處理，不僅只涉單方面地心理治療關係中的病人的診斷或者在他們在治療關係中呈現的移情困難，還相對地涉及了照顧的專業人員的反移情關係，因為他們對於具有前述診斷與困難的病人感到難以招架。因此，從治療關係雙方的角度來看，難治病人的形成其實也反映了病人與專業人員之間的不適配、病人問題與心理治療／處遇方式之間的不適配、或者由移情與反移情議題造成了治療關係的困境（Kottler, 1992; Turecki & Tonner, 1985）。簡單地來說，就是病人與專業人員之間的移情—反移情關係，以及病人與處遇方式之間的移情關係。如果專業人員能夠更理解病人與自己所面臨的處境，更有能力承受或接受這樣的強烈經驗，了解自己與病人的主觀與客觀現實與影響、其中可能存在的心理潛力與限制，並進一步思考前述種種經驗所隱含的潛在意義，或許就可以進行適當的介入與處理，某些棘手的狀況也可以獲得比較同理的探索與理解。

不幸的是，困難的病人有著比一般更人更加原始的防衛機制以及更強烈的焦慮與衝突，因為無法整合內在的衝突或者挫折，必須採用激烈與頻繁的分裂的方式來保護自我，例如：前面所陳述傷心的病人的內在心智對於加害者與被害者的不同認同之間所存在的衝突與衝擊，以及瘋狂的病人在幻想與現實之間所存在的挫折與失落，乃至於惡劣的病病人的拒絕接受個人的脆弱、無力與無助感。與這些難治病人接觸的他人，透過病人本身的分裂與投射機制以及自己的投射性認同，承受了原本存在於病人內心中的難以承受之重，如果加害者的認同與相關感受被分裂出去，其他人們將感受到處在這種角色與心智狀態中會有的攻擊性、主動性、控制感、罪惡感、羞愧感以及其他種種相關的感受。如果被害者的角色被分裂出去，他人將會感到處在這種角色與心智狀態中會有的無力感、無助感、窒息感、憂鬱、畏懼、害怕、焦慮以及其他種種相關的情緒。不管是哪一類的情緒，都相當讓人難以承受與消化，罹患的疾病、展現的關係以及製造的犯罪都反映了病人早年一再重複的原始心理創傷，病人個人未被意識到的或者已經遺忘了的歷史，在症狀、他人或者環境上頭再次被重現與再度經歷，個人的歷史寫成了關係的歷史，又寫成了家庭與社會的歷史，直到有人可以消化、理解並且重新建構這些塵封的經驗並且賦予新的價值與意義，否則它們將一再地被傳送、也會一再地否認與潛抑著。情況還可能更加棘手，因為如果週遭人們或者專業人員自己個人也經歷過類似的心理創傷，同時沒有充分地處理過這些經驗與相關情緒，可以想見雙方都將成為彼此投射與投射性認同的對象，相互地重複加害以及被害的循環。

病人與專業人員或者處遇方式之間的適配，讓人聯想到配偶關係的適配，事實上病人與專業人員／處遇方式的治療聯盟必須足夠地安全、強韌與支持，才可以成為一對「具有治療性的配偶」（therapeutic couple），並且在這樣安全、強韌與支持的治療關係（一種特殊的依附關係）的基礎之上，發展出自我功能，逐漸面對真實的自己，可以適當地依賴客體，同時也適當地脫離客體的影響。這其

中的隱喻是：治療雙方類似於配偶雙方，治療關係類似於配偶關係，在配偶關係的安全與穩固基礎上，配偶雙方各自在關係中貢獻自己的身體與心理（最具體的例子是：各自貢獻自己的精子與卵子），然後才可以在這樣的關係基礎上創造出小孩，並且讓這個小孩在父母親雙方持續的共同貢獻與關愛中成長，並渡過心理與社會創傷的種種影響。

但是同樣艱難的事情是，在治療關係中的雙方，不管是病人還是專業人員，都在各自的心智中有著各自的內在配偶（其原始的來源是自己各自家庭中的父母親），也有各自的內在心智環境（其原始來源是由父母親所開創並共同組成的配偶關係、親子關係以及家庭關係）。治療雙方的這些內在配偶與環境在治療關係中會不斷地與對方的內在配偶與環境衝擊、對抗、折衝、整合著。對於在過去成長經驗中受創愈烈的人，越難以採用相互尊重與統整的溝通方式解決衝突，經常的防衛方式是將彼此的差異或者認同否認或者貶抑掉，也因此構成的配偶／治療關係的分裂，重演了早年的創傷經驗。

Livesley's (1998)認為從功能的方面來看，這些危險又嚴重的人格違常病人有著三重的、相互關聯的困難：自我系統、人際與家庭關係、社會與團體關係(Lavender, 2002)。對於這些病人來說，這三個層面是彼此相互影響的，由於早年沒有足夠適當的人際與家庭環境，例如：或許由於家庭的小環境，也可能由於社會與團體的大環境，使得父母親之間的配偶關係、親子之間的關係、手足之間的關係產生了難以彌合的分裂，因此在病人的自我系統中烙印了這些早年的客體關係的記憶經驗，其中有許多是被遺忘與潛抑了的，在內心中不斷地衝突著。而當這類的病人進入了治療，重演的即是這些早年的衝突經驗，因此無法在個人自我系統（也就是人格組織）當中整合的，必然分裂與投射到外在系統或者組織中，而無法在小系統或者組織中整合的，必然影響更大的系統或者組織。組織(organization)一詞，不僅可以被應用在內在的組織，例如：人格，也可以被應用在外在的組織，例如：家庭或者機構，而內在與外在的組織經常是相互呼應與影響的(Hughes & Pengally, 1997)。在內在心智的小系統中的衝突，投射到了人際的系統，例如治療關係，如果可以在此一系統層次，在意識與潛意識兩方面的溝通得到適當的理解與統整，這樣的功能就會被內攝或者內化回到病人的內在心智當中，否則就必須仰賴更大系統的支援功能。

（危險又）嚴重的人格違常病人，經常消耗了大量的心理衛生資源、挫折了工作人員的士氣、加重了親友的負擔、又難以產維持改變（林志堅,卓良珍與闕清模,1997；郭巧儀,2005；林品伶,進行中研究；曾蕙嘉,進行中研究)。強烈的需要反映了早年強烈的匱乏，而強烈的破壞也反映了早年強烈的傷害，越是難治、嚴重與危險的病人，越需要動用越多的資源，這也反映了這些病人的成長過程當中如何艱難地在不足的內在與外在環境成長，由於早年個人內在自我系統的未充分發展，需要相當程度地仰賴人際與家庭系統的照顧，但是很可能這個系統層次的照顧依然是不足的，也可能是個人內在過於強烈的攻擊性與破壞性而損毀了人際與家庭系統，但是接下來的狀況則是社會與團體系統無法進入人際與家

庭系統加以協助，因為很可能此一層次的系統資源也是不足夠的，或者該資源進入了人際與家庭系統，但是同樣地遭到了該系統或者個人系統的虐待性破壞。這些不幸的病人如果有幸長大了，但是卻難以消化與轉化自己本身的舊有創傷，將不由自主地將創傷轉移到了其他人身上，彷彿是一種控訴與報復，要讓別人體驗自己曾經體驗過的，也是一種請求，想要取回自己過去無法得到的。

因此難治的病人經常無法只憑藉著個別專業人員的能力而涵容這些焦慮以及破壞性，如同單親父／母親一樣不能夠獨自照顧小孩，在遭遇困難的時候只能夠憑藉著自己的力量處理，而在無法處理的時候只好聽天由命，個別的專業人員需要有督導與個人治療作為後盾，就像父親或者母親在無力照顧小孩或者與小孩陷入爭執時，可以有另外一個父／母親作提供援助以及折衝。進一步來說，如同許多困難的時刻一樣，父母親對於親子問題、配偶問題、手足問題也會感到無助與無力，感到自己的資源不足，因此需要求助更大的人際關係與社會系統，因此在個別的專業人員、督導、個人治療師之外，其他的人際或者工作關係，乃至於整個工作機構成了一個更大的「容器」或者「父／母親」，可以包容這些強烈的滅絕焦慮，給予更大的安全感以及保護，提供不同角度的思考，並且整合差異與分裂。因此如同表 1 所呈現的，越是難治、瘋狂、惡劣、危險的病人，所需要涉入的系統資源也越多，例如：醫院或者監獄，這些地方可以提供給病人外在以及內在的保護以及包容，允許病人功能的強烈退化，並且逐漸在這樣的環境中重拾省思與整合自我的能力。即使病人無法和主要的個別專業人員形成安全、穩固與成長的關係，因為個人的力量不足以承受強烈與複雜的情感，但是這個病人卻可能和其他的專業人員形成安全、穩固與成長的關係，而即使沒有這個可能，他仍然可能和某個特殊的工作單位、甚至整個機構形成安全、穩固與成長的關係。病人對於個人、專業角色、工作單位、機構會在不同層次上形成不同品質與內涵的關係。

三、在倫敦的精神分析受訓經驗與難治病人的關聯

除了精神分析理論的基礎課程之外，Tavistock Clinica, Portman Clinic 以及 TCCR 各有許多的應用課程，我將逐項討論前面稍早提到的五個課程的學習與難治病人之間的關連性，當然，這些課程彼此之間也有高度的關連性。

(一) Tavistock Clinic 的課程：

1. 「理解創傷」(understanding trauma: principles and practice)課程：

心理創傷幾乎是所有心理問題的開端，也在前述各類難治病人的生命歷程中扮演了關鍵的角色。外在的事件造成了內心的創傷，這些創傷事件可以是單一或者是重複的，短期或者長期的，人爲或者是天然的，影響個人或者影響團體、家庭、社區、社會、甚至整個國家或者種族的，涉及身體或者生命傷害或者不涉及的，發生在自己身上還是發生在週遭的人們身上的，涉及暴力與性或者不涉及的——在「心理創傷」的這個類別底下，可以有無數的分類方式。幾乎可以確定的是：難治病人的個人發展史中，必然存在著影響重大的心理創傷事件，而且這些創傷事件經常是重複或者持續的。這裡所說的「影響重大」指的不必然是事件本身的規模很大，而是它對於心理造成的衝擊或者對於個人的意義很重大，有許多創傷經驗本身並不重大，但是對留下了永恆的影響，例如：情感上的忽略。

創傷經驗必須走過哀悼的過程，這個過程必須在心智上可以先容納創傷經驗以及它所伴隨的影響，可以對此進行象徵性的思考、轉化或者昇華，然後才可以修通創傷而避免創傷被強迫性地重複，不將這樣的創傷投射或者轉移到他人身上。Freud 對於初期精神分析的理論開展，相當程度地是建立在創傷理論的基礎上，也就是病人的主觀心智受到了外在創傷事件的衝擊，雖然他後來加入了幻想在創傷事件所扮演的角色，但是基本上並沒有否認外在創傷對於心智的影響，只是將重點轉移到了個體內在的主觀心智機制。與他同時代的 Ferenczi(1933)則指出了這種外在事件和內在幻想之間的交互作用，外在事件塑造了內在的幻想，而內在的幻想又在外在事件當中體現了。

透過理解難治病人自己的創傷經驗或者他們在別人或者專業人員身上造成的創傷性影響，藉著「一致的」(concordant)與「互補性」(complementary)移情—反移情關係的概念(Racker, 1968)，幾乎可以想像並且重構病人早年個人內在與外在環境中存在的困難以及該困難的特性。傷心的慢性精神官能症病人經常使得照顧他們的專業人員感到無力與無助，似乎這也是病人早年的經驗，也許在病人童年時對於父母親的心理困擾也曾經感到這種愛莫能助的無力與無助感，並且相當程度認同並內化了父母親的情緒。瘋狂的嚴重精神病人妄想自己是上帝派來的使者，可以拯救世界的苦難，可能也相當程度地反映了爲了因應童年時期遭到遺棄的創傷經驗，在兒童式的全能感的影響之下，幻想自己是父母親的重要小孩，被父母親所關愛並免於世俗的痛苦。惡劣的加害者，例如：戀童癖，一再地找尋兒童作爲控制的對象，藉此滿足私人的性慾望，可能也相當地重演了自己兒童時期

遭到握有權力的大人所掌控與虐待的經驗。創傷經驗改變了病人的主觀世界，而難治的病人則透過治療改變了專業人員的主觀經驗，以藉此達到溝通創傷的目的。

在創傷經驗中，現在的難治病人可能會像以往的被虐經驗那樣，重複地陷入受害者角色，也可能反轉經驗而認同了創傷經驗中的加害者，還有可能認同了袖手旁觀的目擊者，對於他人的苦難無動於衷，比較理想的狀況是轉化或者昇華了自己的創傷經驗，因此可以從經驗中學習，只不過走過這段歷程的病人並不會來到專業人員面前敘說他們的這些經驗。

(二) Portman Clinic 的課程：

Tavistock Clinic 的心理治療師與分析師們組成了一個 Fitzjohns Unit，由 David Bell 所領導，為有嚴重心理疾患的病人提供專門的、精神分析取向的門診心理衡鑑與治療服務，病人的類型包括：情感疾患或者躁鬱症、嚴重的精神病、邊緣型人格、其他某些身心疾患。簡單地說，主要就是前面所提到的「瘋狂的病人」，這些病人有許多人在發展過程當中遭遇到身心方面的不當對待、兒童性虐待、脫序的親職功能、破碎的家庭或者重複地接受機構的安置照顧，而有些人的遭遇則沒有如此不幸，但是目前的生活呈現嚴重的自我破壞、自殺、解體、脫序。很多 Fitzjohns Unit 的成員同時是 Portman Clinic 的顧問心理治療師，而我則參加了該機構的三個課程，可以想見這些課程與前述的創傷課程關係密切，加害行為是無法處理的心理創傷的行動化。

1.「精神分析對於性倒錯、非法行為與暴力的看法」(Psychoanalytic Ideas on Sexual Perversions, Delinquency and Violence)：

這個課程針對的主題是偏差的性與暴力，一個入門的課程，主要訴求的成員對象是 20 到 30 歲來自不同專業背景的年輕人，目的在從精神分析的角度，啟發這些人對於司法心理工作的興趣。

談論的對象有三類，其中性倒錯在精神分析的病理理論中，有些作者認為是一種對於精神官能症的抵抗，其他作者則認為是對於嚴重精神病的抵抗 (Fogel, 1991; Morgan & Ruzsyczynsky, 2007; Nobus, 2006; Rosen, 1998)，因此難以歸類是屬於哪一類病人，同時性倒錯的內涵以及正當性也和文化背景有密切的關連。由於性倒錯的起源於很早期的發展階段，因此行為的固著性很高，像虐待—被虐性格、同性戀、戀物癖、偷窺癖、暴露癖、變性癖等等，都是屬於高度難治的病人，其中有些甚至涉及到司法案件，因此涵蓋的前述各種類型的難治病人。

非法行為關心的主要是青少年的虞犯行為，現在的理論認為成人的性格違常至少在青少年時期便已經建立了雛形或者正在成形當中，尤其是邊緣型人格與反社會人格更是促成青少年非法行為的潛在內在動力因素，因此對於該非法行為的理解與介入便顯得格外重要，這關係著是否一般正常的青少年脫軌行為是否會在未來形成某種更加穩固的人格違常心理結構，成為各類的難治病人。

暴力行為與難治病人的關聯十分明顯，不管是哪一類的難治病人，都涉及到對於自己或者他人的精神或者身體暴力，這樣的暴力在內在心理或者外在人際與社會層次建立起加害者—受害者這種雙方關係。

2. 「司法心理治療研究」(Forensic Psychotherapeutic Studies)：

這是一個可授予學位的進階課程，主要是爲了在司法相關機構工作或者對於未來在該類機構工作有興趣的專業人員開設，因此可以想像受訓者在現在或者未來將有很多的機會進入司法相關機構，尤其是監獄或者有時候則是與司法部們合作的專門醫院，工作的可能對象包括前面所提到的瘋狂、惡劣、危險以及惡劣又危險的病人，同時還有與一起處理這些病人的其他領域的專業人員建立合作關係。

3. 「行動演出：司法與精神病人從具體到象徵思考」(Enactment: From Concrete to Symbolic Thinkings in Forensic and Psychotic Patients)：

涵蓋了對於瘋狂、惡劣、危險以及惡劣又危險的等類型病人的理解，重點擺在於運用 Wilfred Bion(1957)、Murray Jackson(1991, 1994, 2001)、Richard Lucas(2003a, 2003b)、Henri Rey(1994)、Herbert Rosenfeld(1987)、Michael Sinason(1993, 1999, 2007)、Cliff Yorke(1985, 1988)等人的理論來思考病人在象徵性思考的能力受損，難以運用符號來表達內在的想法，而必須付諸具體的行動來釋放衝突的各種現象。

(三) TCCR 的課程：

1. 「依附、精神分析與配偶關係」(attachment, psychoanalysis and couple relationships)：

這個課程結合了依附理論、精神分析理論以及配偶關係與治療三個部份。如同前述，許多難治病人的困難，其實是早年創傷經驗的一種再現，這些創傷經驗和父母親這一對配偶緊密相關，不管是 Freud 的伊底帕斯三人理論，還是客體關係與依附關係理論比較強調的小孩和主要照顧者（主要是母親）的最原始兩人情感關係，或者是當代精神分析理論又重新強調的父親第三者角色的重要性，都認爲伊底帕斯這樣的三角關係的發現與發展，可能會對小孩的心智形成重大的衝擊，留下了創傷的痕跡，等待著日後重新被喚起。如果身爲小孩外在環境的父母親這一對配偶，可以充分整合彼此的差異、相互支援並發展穩固的配偶關係，就可以提供給小孩相對比較沒有衝突的外在環境，或者可以對小孩的內在衝突有比較適當的應對，小孩因而可以內化與整合這一對安全與滋養的配偶進入到心智當中，在心智當中形成比較沒有衝突的區域，並發展出協調與整合差異的能力，往後遇到衝突或者差異的狀況，也比較有能力可以處理，不至於運用太過原始或者無效的防衛機制，形成創傷性固著或者強迫性重複，而如同前述，創傷性固著或者強迫性重複正是難治病人之所以難治的主要原因。

對於不想被捲入英國學派紛爭的 Winnicott 來說，其理論除了討論 Klein 學派所重視的嬰孩的內在幻想之外，也看重母親這個外在環境的照顧角色與功能。

每個人在嬰兒、幼年或者童年時期（尤其是嬰兒期）都需要相當仰賴外在的重要他人，也就是父母親的照顧，如果外在的環境是足夠良好的，可以涵容(holding)小孩的焦慮，就可以為孩子建立一個安全的基礎(secure base)，在未來有更大的空間可以容許症狀的發生，如果早年的外在環境發生了問題，小孩就容易活在假的自己當中，為以後的精神問題、非法行為或者反社會行為奠下了基礎 (Kahr, 2001; Winnicott, 1953, 1958, 1965, 1984)。

Bowlby 與 Ainsworth 所發展的依附理論認為依附關係從早期的母嬰關係開始發展，一路經過幼兒期、兒童早期、中期、晚期都維持穩定的依附型態，在青少年略有轉折但是一直到成人期，大體上都維持著穩定的依附型態，甚至進入了婚姻階段，配偶之間的依附型態仍類似於最早期的母嬰依附型態，因此建立了長期、穩定與完整的依附理論證據。這樣的依附關係不僅在個人的一生當中穩定地延續著，更透過親子關係傳遞給下一代，因此如同創傷會在代與代之間傳遞一樣，依附型態也會有代間傳遞，安全感與創傷因此不僅是個人的規模，而發展成了家庭或者家族的議題。

安全的依附型態有賴於主要照顧者的「心象化能力」(mentalization)，這個能力有點像是 Bion 講的「包容」(containing)或者「 α 功能」(α function)，主要照顧者有深度的同理與反映能力可以體驗並回應小孩的心智狀態，運用成人成熟的心理功能來轉化小孩的焦慮，因此小孩學會了反映與思考的能力，焦慮的情境與情緒不再變得可怕，並與主要照顧者之間形成安全的(secure)依附關係 (Clulow, 2001, 2009; Fonagy, 2001; Wallin, 2007)。「不安全的」(insecure)或者「解體的」(disorganized)的依附型態是安全依附關係發展失敗的其中兩種結果，許多的證據顯示這兩種依附型態會穩定地持續著並傳遞給下一代，它們和前述各種難治的病人（尤其是人格違常與嚴重的精神病，或者更惡劣或危險的人格）的形成有著密切的關係。另外兩種依附型態：「念念不忘」(preoccupied)以及「心不在焉」(dismissing)雖然不至於造成難治的病人，但是也會對於適應造成重大的影響，如果配偶雙方的依附型態配對是會對於配偶關係的穩定造成明顯負面影響的，透過代間傳遞的機制，也可能逐漸在下一代產生出更嚴重的心理病理。

四、結語

由兩個個人所構成的配偶關係是所有關係的基礎，這兩個個人的內在配偶受到雙方各自的父母親配偶的影響，因此有相當程度的心理、社會與文化傳承，不管這些影響是屬於客體關係、依附關係、教養方式與態度、內在幻想還是外在現實的討論範圍。儘管 Winnicott(1986)說「家是我們開始的地方」，但是或許我們可以更進一步具體明確地說：父母是我們身心開始的起源。不可否認地，這個起源的影響有正面與負面，在人們冗長的發展過程當中起伏迭宕，如果小孩無法處理的被迫害焦慮，難以被外在照顧者適當地接收、包容、同理與省思，反而被原封不動地、扭曲地、報復地、或者變本加厲地反射回無助與無力的小孩身上，原本應該是小孩尋求保護的對象，將同時變成小孩畏懼的對象，形成了不安全或者解體的依附關係，或者說是具有虐待—被虐性質的加害者—受害者共依存(co-dependent)關係。如果再加上在場見證的第三者(witness)（例如：父親）無法及時伸出援手(rescuer)，或者袖手旁觀(bystander)，或者共同參與了加害的行為(colluder or perpetrator)，這個小孩未來的命運如何應該可想而知。在成為惡劣又危險的病人之前可能只是惡劣或者瘋狂的病人，而在此之前，可能只是傷心的病人。長大成人的難治病人(difficult patient)之前可能是「非行青少年」(delinquent)，而再之前可能是「言行違常的兒童」(conduct disordered child)或者「過動兒」(attention deficit/hyperactive deficit)(ADHD)，再更早之前可能是「難纏的小小孩」(difficult young child)，而最早之前則可能是「難餵養的嬰兒」(difficult baby)。

在倫敦的學習基本上以成人病人為主，因此無法涵蓋所有的人生階段，因此像是青少年、兒童、幼兒、嬰兒等階段都有各自重要的發展意義。如同在許多場合聽到台北榮總張凱理醫師講的，成人的心理治療工作是下游的工作，有點像是在河川的下游看見屍體飄過來，但是無法回到河川的源頭去了解來龍去脈，只能夠想像上游究竟發生了什麼事情。我可以進一步延伸的是，成人心理治療的工作往往是心理治療師在病人某種意識與潛意識的允許之下或者之內，企圖往病人歷史河川的上游走去，可是在循本溯源的路途上總是一再地在不同的段落遇到類似「危險，請勿通過／靠近」的警告封條，阻擋了去路，因此也回不到來時的陸上。不管如何，重新建構歷史畢竟不是即時的見證歷史，重構的故事或許並不是原來的故事，如同成人內在的嬰孩經驗並不是嬰孩的嬰孩經驗一樣，願意嘗試重新經驗與建構就可以帶來更多的觀點與了解，但是歷史的真實是什麼，或許已經不得而知了。

回過頭來看前面段落一開始引述的兩則社會新聞的主角，我們可以如何想像他們的過去與未來？他們會如何地被不同的讀者歸入不同的難治病人？新聞本身沒有提供足夠的線索，而我們也沒有機會與他們接觸，或者我們有幸與他們接觸，卻無緣進入他們最深的內心世界。如果不急於武斷與膚淺地猜測的話，所有的經驗與現象或許還有更多的等待、想像與理解空間。難治病人復原的可能性

如何？我想很難一概而論，每個病人有各自的造化。記得有一次在前述「行動演出」的研討會上有人問主講人某個瘋狂又惡劣的精神病人需要多少時間復原，他回答說可能需要二十年吧。初聽到這個答案有點讓人訝異，但是仔細一想卻感到不太意外，如同重新養育一個孩子一樣，如果精神分析有幸讓病人有另一次重生的經驗，可能的確需要這麼長久的時間，雖然大部分的病人無緣走過這樣的歷程。但是可以確定的是，儘管走過這樣的歷程，仍然不會復原成原來的樣子，而是一個可以哀悼失落與遺憾，容納缺陷與不滿，敢於思考那些無法忍受的經驗並獲得新的想法，勇於忍受那些無法思考的經驗並體驗新的感受，在情感與認知上可以不斷擴展與整合的一個嶄新的、更真實的自己(Bowlby, 1988; Hewison, 2009)。

肆、結論與建議

Peter Wilson 在 2009 年 6 月由 British Psychoanalytic Council 主辦的精神分析取向心理治療研討會上，提到分析的五個層次：自我分析、心理分析（例如：個別治療／分析）、團體分析（或團體治療）、精神科情境（封閉的組織或機構層次，例如：醫院或監獄）、生活情境（開放的環境，例如：社區），這五個層次由內而外，構成了分析的不同結構，內圈的結構構成外圈的結構，外圈的結構包容內圈的結構，同時在三層不同的結構之間（例如：自我、心理與團體分析）會彼此形成制衡的效果，如圖 1。

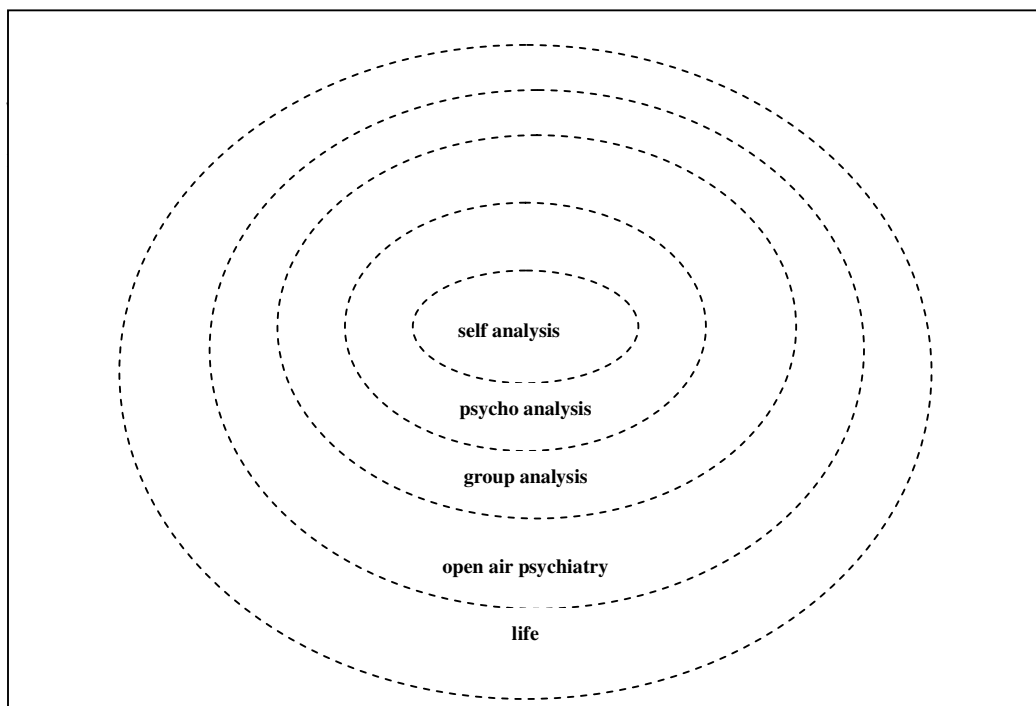


圖 1 分析的結構

以下借用這個架構，討論在前述各個結構層面，對於難治的精神問題或者病人，身為專業人員的人們在直接服務、督導與訓練以及研究三方面可以進行的事情。

一、直接服務

直接服務的內容包括心理諮商／治療與評估、諮詢以及教育。

（一）心理諮商／治療與評估：

1. 以機構或組織為基礎的服務：

難治病人的心理服務比較重要介入的層次是精神科情境，也就是以機構處遇為主，包括各種比較封閉以及結構性比較高的機構或者組織，如同前面段落的討論，依照不同類型或嚴重程度的難治病人，其主要處理處所可能以醫院（包括養護或者收養機構）或者監獄為主。尤其對於比較緊急、嚴重或者不穩定的難治病人來說，機構處遇相當重要，由於這些機構封閉性以及結構性比較高，因此可以提供病人一個安全、保護性的環境，同時又有比較充足的人力，可以提供病人適當與密集的照顧，是一個可以退據的、暫時的堡壘與避風港，用以因應緊急狀況的需要。因為有了這些機構提供包容與照顧的環境，因此在社區當中比較開放的組織或機構、團體或者個別專業人員，不必獨自承擔重大的風險與保障，可以在需要的時候向更廣大、包容、穩定的「母親」機構尋求協助以穩定病人的狀況，因此機構不僅包容了難治的病人，也包容了個別的專業人員、團體，如同圖 1 的概念，外圍包容著內圍。此外，機構不僅有包容與保護的作用，也在病人以及個別的專業人員或者團體之外，提供一種第三者的角色，對於病人一個別專業人員或者病人—團體的關係起著平衡或者制衡的作用，如同父親角色對於母—嬰關係所產生的作用一樣。

此外，對於大部分的難治病人來說，機構或者組織中的團體處遇是重要的，因為病人需要在人際關係中學習接受支持與面質，每個團體成員是彼此投射與接受投射的對象，團體如果有足夠的穩定性與凝聚力，就可以提供一個穩定的結構，如同心理或者社會容器一樣地包容著病人們的焦慮，讓病人在當中探索、反映、思考並發展自我與人際關係，甚至深入處理個人內在與發展歷程中有關的各種衝突。不同於機構或者組織的包容作用，團體的包容作用相對比較抽象或者有比較高的象徵性，如果團體的包容作用不足以處理病人們的焦慮，就需要訴諸機構或者組織的層次了。

相對而言，只有少數的難治病人會對於個別的心理分析／治療有特殊的需要，一般來說，這些病人多半曾經接受過了其他形式的治療，對於內在心理的探索有比較高度的動機，對於治療關係有某種程度的認同，某種程度的內在自我結構或者組織(ego structure or organisation)已經被建立起來了，這些內在的結構或者組織相對於外在的機構或者組織，如果缺乏這種內在結構或者組織以覺察、引導、自省或者判斷個人的言行與心智狀態，就必須仰賴外在的結（機）構或者組織來做為替代性的自我(alter ego)。由於難治病人的內在自我結構比較不穩定，因此每週一次的心理治療經常不足以提供穩定的支持，病人經常需要更密集的心理治療，因為治療的時間與空間結構本身就如同治療師的心理與身體一樣，可以涵容病人的焦慮並帶來安定感。

進一步來說，如果病人可以在個人分析或者治療中更有所進展，或許有朝一日可以帶著這些從組織、團體、或者個人的心理服務中建立起來的自我認同與自我功能，繼續他自己往後個人的自我分析工作。但是實際的狀況是，可能只有相當稀少的難治病人可以達到這一程度。我曾經在某次研討會上聽到 David Morgan 報告過一個 Bipolar Disorder 的病人，在經過幾年的精神分析之後，可以

穩定地在某個機構工作並重拾正常的生活，另外「躁鬱之心」的作者 K. R. Jamison 是另外一個例子。

但是究竟什麼時候適合將某個病人放在哪一個結構層次中，則是不容易的工作。此時對於危險與進展進行持續的評估就很重要，危險評估包括自傷／殺或者傷／殺人的危險性評估以及加害者的再犯評估，在這個部份，精神分析或者心理動力取向的危險性評估可以提供比其他取向更加深入與細膩的描述(Doctor, 2003, 2008)。如果發現病人的危險性提高了，可以將病人從圖 1 內圍的結構移往外圍的結構以繼續照顧病人，例如：從個別治療中轉到團體治療或者安置到機構中，從醫院門診或者低安全程度病房移到較高安全程度的病房，或者從社區環境中轉介病人到門診追蹤甚至住院，從低或中戒護性的監獄轉到中或者高戒護性的監獄。相對於危險評估，也要對於病人進行進展評估，如果病人的狀況真的穩定地改善了，就不需要將病人在放置在保護性較高的外圍結構中，可以依照病人的心智狀況與意願，安排進一步的心理服務，例如：從機構安置轉介到團體分析治療，或者個別分析／治療，在醫院較高安全程度的病房移到較低安全程度的病房或者門診追蹤，或者從機構中離開，從中或高戒護性的監獄轉移到中或低戒護性的監獄。

前面關於分析層次或者結構的討論，是在空間向度上的移動。難治病人處遇中的另外一個重點是：儘早介入處理，這是時間向度上的移動，不僅要在短期的時間內對於病人的心理變化有敏銳的察覺，以便及早介入，也包括在比較長期的、生命發展階段中進行早期的介入。如同前述，成年的難治精神病人可能在青少年時期已經有所異常，而青少年的異常也經常源自於兒童時期的未充分或者適當處理的困難。所有生命比較晚期的發展都是以早期的發展為基礎，因此最早期的母—嬰關係可以說是為往後的生命發展奠定了最重要的素質，因此在目前的心理衛生服務中，早期療育是相當重要的概念，而在 Tavistock 傳統的訓練當中，嬰兒觀察 infant observation)以及母—嬰互動治療(parent-child interaction therapy)是與兒童和家庭一起工作的其中重要部分。由於創傷以及心理疾患都有代間傳遞的傾向，因此越可以及早介入，越可以避免狀況的傳遞與惡化。

2.以社區為基礎的服務：

社區機構可以包括諮商機構或組織、個人開業、家庭、康復之家、(庇護)工作場所、安置機構、治療性社區以及一般的法人或者商業團體、機構或者組織。難治病人無法一直在封閉的機構當中接受處遇，出院之後就需要回到社區機構中，因此社區必須能夠容納與處理這一群病人。社區中的不同機構或組織類似於封閉機構或組織中具有不同安全性的各部門，有不同的介入與照顧程度，因此同樣地，對於病人進行適時與適當的危險性與進展評估，以便可以儘早介入，將病人轉介到適當的服務結構或組織中接受到適當的服務，也是一樣地重要。

社區機構不像封閉的醫療機構或者監獄，有著比較明確的內部結構與安全性方面的區別，不僅社區各個組織或機構之間的聯繫較少，各個社區組織或機構與醫療機構的聯繫也比較少，因此入／出院(監)之間的銜接或轉介就成了一個

嚴重的問題。所以社區機構、組織與醫院或監獄之間的縱向聯繫，以及各社區機構、組織彼此之間的橫向聯繫，在未來心理衛生服務工作中是非常需要強化的部份，儘管這個問題幾十年來在臺灣一直未得到充分的解決。

除了某些提供庇護的社區機構或組織之外，家庭是難治病人生命開始的地方，也是難治病人生命回歸與存在的主要社區生活空間。與難治病人相處的生活壓力容易壓垮整個家庭系統或者夫妻、親子、手足系統，如何可以在社區機構或者組織、或者醫療機構或者組織中，提供家庭與夫妻關係方面的服務，是一個很值得思考、執行與發展的任務，家庭治療中的系統理論以及精神分析的組織工作在這部份可以有相當大的思考與應用空間。當最外圍的社區生活情境此一結構出現了問題、甚至瓦解了，就需要有社區當中專業人員的幫助，將病人、夫妻或者家庭重新轉介回到治療機構或者組織當中，因為如果沒有這樣做，即使他們沒有成為病人，或許可能會成為犯人，製造許多家庭與社會的人倫悲劇。

（二）諮詢：

諮詢是藉助在結構外的第三者的能力與功能，來協助解決結構內部的困難，因此病人仍然留在原來的結構層次中，沒有轉介到其他的結構中。在機構或者組織中的病人仍然在該機構中，但是藉著某個諮詢者的介入，可以改善該機構的結構與功能，讓該結構可以繼續發揮包容與處理的作用。在個人層次當中，不同的個別治療師可以相互諮詢，個人也可以向某個團體、機構或者組織進行諮詢，同樣地，某個團體、機構或者組織也可以向個人或者其他的團體、機構進行諮詢。

在難治病人的處理中，諮詢的功用相當重要，尤其是向處在不同結構脈絡中的其他個人、團體或者機構、組織進行諮詢，而如果這樣的諮詢難以達成，向處在同樣結構脈絡中的其他人諮詢，也會有助於工作的進展。例如：在訓練過程當中，我經常聽到 Portman 或者 Tavistock 的精神分析師或者心理治療師到其他的機構接受諮詢，這個諮詢者的角色類似於父親的角色，可以拯救糾結的母—嬰關係、病人—治療師／團體／機構、或者工作人員—工作人員／團體／機構之間的關係。

（三）教育：

教育可以是廣義的心理諮詢、諮商或者治療，只是傳遞的方式與對象範圍有所不同。教育可以發生在個人、團體、機構或者組織、外在生活環境各個結構層次。如同本文前面提到的 *Introducing psychoanalytic ideas on sexual perversions, delinquency and violence* 以及 *The development of psychoanalytic theory* 兩個課程，其實沒有限定參加者的背景，只要有興趣，就可以參加。因此，如何可以將難治病人此一主題設計成爲一個淺顯易懂、而可以引起大眾興趣與關心的教育課程，是值得花費心思的。如果可以透過教育，讓不同的個人、團體、機構或者組織、乃至於廣大的社區民眾可以進一步了解難治病人的心理與社會病理狀況，當可以藉廣大社區的力量形成一個具有治療性的、包容的社群，這個社群可以對於潛在的病人發揮預防、評估、介入與轉介的多重作用。

二、訓練：

爲了提高前述不同結構層次的直接服務的質與量，專業人員需要有相關的訓練。訓練包括理論研討、接案與督導、個人治療／分析等部份。

從目前的文獻看來，屬於一般精神官能症層次的病人對於各種主要治療取向的心理治療的反應沒有太大的差異，也就是病人都可以從中得到類似的症狀、情緒、行爲與人際關係方面的改善，某些研究甚至支持認知行爲治療具有更優異與迅速的效果。但是對於比較慢性的、難治的病人，由於涉及更深層的人格因素，因此精神分析取向的長期心理治療相較於認知行爲以及其他形式的治療，則具有明顯獨特的作用(Fonagy, 2009)。許多求助於精神分析取向心理治療的病人，在尋求這種治療之前，已經求助過其他形式的治療，但是或者效果不佳、或者有效果但是並不讓人滿意，因此精神分析取向心理治療似乎不僅是難治病人、也是專業人員求助的最後一線希望。因此精神分析取向心理治療的訓練對於處理難治病人的專業人員來說，是一個重要的基礎訓練。

(一) 理論研討：

理論研討是各種治療取向共同的部份，不管是哪個學派的訓練，都強調這個基本要素。理論研討同時也是入門階段的重要步驟，可以透過講授、團體討論或者個人研讀的方式來進行。在前面的分析結構中，理論研討的層次屬於自我分析層次，和接案、督導、個人治療／分析不同的地方，是這項活動比較靜態、可控制性與機動性較高、但是關係品質比較封閉、與人們的互動程度較低。通常在專業人員第一年訓練方案中有比較重的理論研討比例，隨著實務、督導、個人經驗的加深，專業人員逐漸形成屬於自己個人的理論系統。

其中一個有意思的面向是在理論研討中，專業人員與無數的作者進行假想／幻想的互動（而不是和病人互動），帶有濃厚的私淑色彩，形成一種替代性的督導或者治療／分析關係，而與不同作者的假想／幻想關係之間，有彼此形成一種辯證的、三角的關係。但是不管如何，這種假想／幻想的關係無法取代真實的督導或者治療／分析關係，因爲前者的性質有比較高的幻想色彩，同時文本本身只能夠構成一種部分客體的關係。

(二) 接案與督導：

接案與接受督導是專業人員和其他對於心理治療有興趣的其他「圈外人士」(laypersons)的重要區別，因爲有了接案的經驗，理論與概念才變得具體，不必過度仰賴或者受限於閱讀或者個人的成長經驗。

有了督導，專業人員不必只讓自己陷入和難治病人之間糾葛不斷的心理分析／治療層次，而是可能進入到更廣泛團體心理／治療層次，因爲有了第三者—督導的父親角色存在與加入，可以將專業人員帶出和難治病人之間可能存在的、如同母子一般的關係僵局，此角色象徵了母親與小孩兩人關係之外存在著其他更廣闊的外在世界，因此專業人員和督導的正面聯繫，象徵的他們更有可能可以從更廣泛的角度來看待難治病人的僵化心智狀態。督導關係對於處理難治病人的專

業人員來說，是一個重要而必備的訓練內涵，尤其是進行密集的個別治療的專業人員，幾乎不能沒有個人督導。

在前面的分析的結構層次中，督導關係如同個別治療關係一樣，屬於個人心理分析層次，類似於病人透過心理治療關係的內化而逐漸形成自我的分析，專業人員也透過督導關係內化專業的能力與角色，形成屬於自己的角色認同，成為可以對自己專業角色進行自我分析與獨立思考的專家。

個人治療或分析：

（三）個人治療／分析：

個人治療／分析是精神分析取向心理治療和其他取向心理治療的主要區別之一。在 Tavistock 與 Portman 的訓練課程中，只要需要接觸個案，就需要同時接受督導以及專業人員個人的心理治療或分析。因為難治病人之所以難以處理的原因之一是他們很容易引發專業人員強烈的情緒反應，在專業關係中無處不在、強烈卻又難以釐清的移情—反移情關係，將嚴重地影響工作的進展，除非專業人員對於自己內在的心智狀態有適當的理解，否則將容易陷入和病人彼此將自己的傷心、瘋狂與惡劣相互地投射、認同、否認、分裂等等防衛機制當中。

在督導關係中，專業人員探索與發展的是專業的工作角色，在個人治療或分析當中，探索與發展的則是個人的生命角色，在前述分析結構圖中，屬於心理分析層次。此外，每一個專業人員背後的督導與治療師／分析師也形成一個專業團體，對於該專業人員的心理與自我分析發揮重要的影響力。

專業人員—督導—治療／分析師形成一個三角關係，彼此相互制衡且相互影響，專業人員如同需要雙親一般地需要督導以及治療／分析師。此外，另外一個三角關係則由理論（作者）—督導—治療師／分析師所形成，而專業人員被包圍在這樣的三角關係當中，這三條軸線形成一個專業人員在專業方面發展的三個重要基石，共同形成個別專業人員的團體分析層次的結構。

（四）訓練課程與機構：

前述的理論、督導、治療／分析，可以由個人所提供，但是如果是由某個機構所提供，那麼專業人員將如同病人一樣被包容在一個更完整、堅實、廣闊的機構或組織結構當中。

2004 年臺灣精神分析學會的成立標示著本土精神分析訓練的一個里程碑，但是其實際的運作則沒有一個具體的機構或者組織來執行，雖然其主要成員來自於精神科醫師團體，尤其是而臺北市立聯合醫院松德院區。

臺北市立聯合醫院松德院區的前身是台北市立療養院，其內部長久存在著一個精神分析取向心理治療的訓練傳統。2003 年改制之後，松德院區成立了新的精神分析取向心理治療中心訓練計劃（臺北市立聯合醫院精神醫學中心精神分析研究小組，2006），擴大受訓對象從住院醫師到大台北地區的相關專業人員。2009 年 9 月開始，松德院區將進一步成立心理治療訓練中心，擁有嶄新的、獨立的大樓，同時廣納院內、外相關的專業師資與受訓學員，這標示著本土精神分析取向心理治療訓練體制化的另一個里程碑，不僅運用了院內曾經接受過精神分

析訓練的專業人力（我此次的出國訓練是其中師資養成的一個環節），也即將運用其他精神分析學會的人力資源一起通力合作。這意謂著松德院區的精神分析取向心理治療的訓練將從由個人提供訓練的個人（個別的或者少數彼此獨立的講師、督導、治療／分析師或訓練者所提供）或團體（由松德院區精神分析研究小組所組成並提供的訓練方案）分析的結構層次，提升到機構或組織的結構層次，由某些個別的點所構成的獨立遠景，擴大成爲一個面、甚至是立體的整體遠景。專業人員將如同病人處在不同層次的結構中一樣，機構訓練成爲在背後支持他們的團體、組織或者機構。

因此訓練課程與機構訓練，構成了一個更廣泛的架構與層次，涵容著專業人員本身的團體、個人與自我分析層次，而這樣專業人員所身處的不同層次分析結構，進一步涵容著病人所身處的不同層次的分析結構，也就如前述屬於專業人員訓練的多重圓圈涵容著病人在治療關係中的多重圓圈，構成的一個更立體的結構。

另外一個可能的發展是透過松德院區所形成的專業訓練結構，來影響其他的專業訓練結構並與之互動，不管它們是屬於由個別的訓練層次（如目前散佈各地的講講師、督導、治療／分析師或訓練者），還是團體或者機構的訓練層次（如目前的其他機構中的訓練計畫或者整個訓練機構）。因此如同精神科的服務與訓練在各個醫院當中存在並且形成一個更大的專業團體或者生態一樣，前述的服務與訓練也會在機構或者組織層次行程一個更大的專業團體或者生態。在過去，臺灣精神分析學會扮演這樣的角色，但是本身沒有被具體化成爲獨立的機構或者組織，但是有朝一日如果有更多的訓練機構或者組織存在，整個心理治療生態將會大幅地改觀。

前述由病人與專業人員所構成的多層次結構也是一個橋樑，可以向更廣泛的外界（圖中的生活情境層次）傳遞理念與宣傳，讓一般民眾或者其他不同治療理念與取向的其他專業團體、機構或者組織，可以得到相關的教育與諮詢，感受到影響而可能進入精神分析取向心理治療多重圓圈的更內圍，或者即使不進入內圍，也可以在外圍形成一股更包容的力量，可以一起來影響這些或許是傷心、瘋狂、惡劣或者危險的病人，並且也保護自己免於受到不必要的過度傷害與衝擊。

三、研究：

心理治療的研究已經從過去的效果研究，進展到歷程與療效因子研究，也就是從研究有沒有效果，進展到研究什麼樣的治療方法是何什麼樣的病人或者問題，以及何以有效。而精神分析或者精神分析取向的心理治療的研究，長久以來一直苦於研究方法、題材與經驗的限制，以及某些抽象的概念難以進行實證研究，因此一直難以累積充分的證據。過去此領域的主要研究典範是質性研究，主要的研究方法是個案研究法，其次是團體研究法，主要的資料蒐集方式是觀察法與內省法，其次是調查法與測量法，因此在研究典範、方法、資料蒐集方式、研

究題材等方面都有待進一步的突破。而在題材方面，不管是前述難治病人的類型與特性，還是直接服務的各個結構層面，或者是訓練的各個結構層面，都存在著大量的問題值得進一步探討。

四、未來的具體方向：

本次我出國受訓儘管已經在最大幅度上針對相關題目有所研習，但是仍有許多不足之處。具體來說，未來有幾個需要進一步發展的方向：

1. 發展的理論：由於本次的進修是以成人部門為主，未來需要擴展從精神分析取向對於幼兒（尤其是母嬰關係）、兒童與青少年階段已經呈現、且可能造成未來難治病人各種潛在徵候的觀察、評估與處理的理論與技術。幼兒是依附關係建立的基礎，而青少年是人格逐漸穩固的重要階段，這兩個階段對於難治的心理或者社會病理的形成格外重要。因此成人難治病人的理論與訓練也需要與不同發展階段的理論與訓練相互結合，形成一個縱貫的發展觀。
2. 家庭與夫妻關係：夫妻關係是個體發生的起源，而家庭關係是個體發展的背景，二者都對於難治病人的形塑產生重大的影響。除了賈紅鶯教授曾經在 Tavistock 的家庭部門接受系統取向結合心理動力理論的家庭治療訓練之外，以及我此行接受精神分析取向的夫妻治療訓練，據我所知，臺灣在沒有其他人在精神分析取向夫妻或家庭心理治療這方面有所發展，當然這並不排除其他已經在其他取向的夫妻與家庭治療方面耕耘多年的專家，例如：短期焦點問題解決、結構策略學派的家庭治療、Satir 家庭治療模式等等。因此期待未來有更多對精神分析取向夫妻或家庭治療有興趣的人們投入。
3. 學校教育、輔導與諮商：雖然此行對於難治病人的心理處置進行學習主要是著眼於未來於醫院情境中對於病人的處理，但是如同前述，當病人處在幼兒、兒童或者青少年階段時，主要的生活場所是在家庭與學校當中，因此除了醫療場所、家庭之外，如何與學校的教育、輔導與諮商資源合作，也是未來重要的一項工作。這項工作在傳統上由學校心理學家、諮商師、輔導員或者教師來執行，這些專業人員如果可以具備更完整的相關知識，尤其是在早期的潛在心理與社會病理方面，將可以大大減輕未來下游醫療資源的負擔。在這方面，未來應該可以透過專家諮詢的方式來產生影響。
4. 介入與管理技術：難治病人的心理處理、治療或者機構環境的管理，不同於一般病人，需要進行許多重要的醫療、安全、倫理與治療結構方面的考量，同時介入技術方面勢必也需要有相應的彈性。如何設立安全、穩固、一致的治療情境，需要投入許多的心力以逐漸累積相關

經驗，這個部份在此行的訓練當中我還沒有機會學習到，期待其他的專業人員進一步發展。

5. 司法心理治療：難治病人的心理處置同時涉及醫療以及司法領域。醫療領域是大部分的專業人員所熟悉的工作場域，但是司法心理治療則是只有相對少數專業人員會有興趣參與，它是心理治療專業的一個分支，但是該領域同時涉及許多其他不同的專業，同時也擔負某種程度的社會責任，因此不像傳統的心理治療那樣可以關起門來做事。尤其當難治病人涉及司法問題時，整個心理處遇工作會比傳統醫療場域中的心理處遇工作要複雜得許多。但是國內曾經接受司法心理治療相關訓練或者累積相當程度工作經驗的專業人員寥寥可數，未來需要更擴大參與的層面與深度。未來如何協調不同背景的專業人員之間的差異，如何教育並讓精神分析的概念可以被其他的專業人員所接受，以藉此在共同的理念與基礎上進一步發展合作關係，對於在司法領域工作人專業人員尤其重要。
6. 難治病人散布在社區、治療機構與監獄當中，所涵蓋的機構或者組織類型十分廣泛，因此機構的環境與制度、服務內涵以及實施方式也有相當的分歧，未來需要更進一步了解這些不同實務場所的運作狀況，促進機構或者組織彼此之間的溝通與了解，並發展相應的理論與概念。在這方面，Taivstock Centre 在傳統上有針對團體或者組織加以探討的部門，如果有人有興趣往此方向思考與發展，當會有更大的助益。
7. 大眾的宣導與教育：如同前面討論到的，如果相關的概念不僅在專業人員與團體、病人本身與所屬的團體之間推展，並且可以進一步從個人、團體、機構或組織層次往外進一步推廣到一般社會大眾層次（生活情境層次），那麼對於整個三級預防的各個層面都會有所幫助。因為難治病人在復原一段時間之後，往往需要回歸社會，而社會大眾的理解與接受程度，相當關係著他們是可以在微弱的基礎上繼續穩定地改善與發展。

伍、參考書目

- 臺北市立聯合醫院精神醫學中心精神分析研究小組 (2006)。臺北市立聯合醫院精神醫學中心精神分析取向心理治療師專業訓練手冊。未出版。
- Adam, J. and Scanlon, C.(2009). 'Disturbances and Groupishness? Structural violence, refusal and the therapeutic community response to severe personality disorder.' *International Forum of Psychoanalysis*, 18, 23-29.
- Aiyeghusi, A. and Clarke-Moore, J. (Eds.)(2009). *Therapeutic Relationships with Offenders. An Introduction to the Psychodynamics of Forensic Mental Health Nursing*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Appignanesi, L.(2008). *Mad, Bad and Sad: A History of Women and the Mind Doctors from 1800*. London: Virago Press Ltd.
- Barretta, B., Byforda, S., Seivewrightb, H., Cooper, S. et al.(2009). The assessment of dangerous and severe personality disorder: service use, cost, and consequences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(1): 120-131.
- Bateman, A. (1991). Borderline Personality Disorder. In Holmes, J.(Ed.). *Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice*. London: Longman. 335-357.
- Bateman, A. (1998). Thick-and thin-skin organizations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International Journal of Psycho-analysis*, 79(1), 13-25.
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38:266-275.
- Bowlby, J. (1988). On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel. In: *Secure Base. Clinical application of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Breuer, J., Freud, S. (1893). *Studies on Hysteria*. The Standard Edition, Volume II. London: Hogarth.
- Campbell, D. and Hale, R. (1991). Suicidal Ideas. In Holmes, J.(Ed.). *Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice*. London: Longman. 287-306
- Clulow, C. (2001). *Adult Attachment and Couple Therapy. The 'Secure Base' in Practice and Research*. London: Brunner-routledge.
- Clulow, C. (2009). *Sex, Attachment and Couple Psychotherapy: Psychoanalytic Perspectives*. London: Karnac.
- Cordess, C. and Cox, M. (Eds.)(1996). *Forensic Psychotherapy. Crime, Psychodynamic and the Offender Patient. Vol. 1 Mainly Theory*. London: Jessica Kingsley.
- de Boer, J., Whyte, S. and Maden, T. (2008). Compulsory treatment of dangerous offenders with severe personality disorders: a comparison of the English DSPD

- and Dutch TBS systems. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(2): 148–163.
- Dewan, M. J. and Pies, R. (Eds.)(2001). *The Difficult-to-Treat Psyciatric Patient*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Doctor, R. (Ed.)(2008). *Murder. A Psychotherapeutic Investigation*. London: Karnac.
- Doctor, R.(Ed.)(2003). *Dangerous Patients. A Psychodynamic Approach to Risk Assessment and Management*. London: Karnac.
- Dolan, B. and Coid, J. (1993). *Psychopathic and Antisocial Personality Disorder: Treatment and Research Issues*. London: Gaskell.
- Ferenczi, S.(1933). Confusion of tongues between adults and the child. In: *Final Contribution to the Problems and Methods of Psychoanalysis*, 156-167. London: Hogarth Press.
- Fogel, G. I. (1991). *Perversions and near-perversions in clinical practice: new psychoanalytic perspectives*. New Haven: Yale University Press.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. London: Karnac.
- Fonagy, P. (2009). *Psychodynamic Psychotherapy: Is there an evidence base?* Paper presented in ‘Psychoanalytic Psychotherapy Now’ Conference, 06 – 07. 06. 2009. London.
- Freud, S. (1901). *The Psychopathology of Everyday Life: Forgetting, Slips of the Tongue, Bungled Actions, Superstitions and Errors*. The Standard Edition, Volume VI . London: Hogarth.
- Freud, S. (1905 [1901]). Fragment of an analysis of a case of hysteria. *The Standard Edition, Volume VII*, 3-124. London: Hogarth.
- Freud, S. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis, *The Standard Edition, Volume X*, 158-318. London: Hogarth.
- Freud, S. (1909).Aanalysis of a phobia in a five-year-old boy. *The Standard Edition, Volume X*, 1-150. London: Hogarth.
- Freud, S. (1911). Formulations on the Two Principles of Mental Functioning. *The Standard Edition, Volume XII*, 213-226. London: Hogarth.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *Standard Edition, Volume XIV*, 237-258. London: Hogarth.
- Freud, S. (1918). From the History of an Infantile Neurosis. *The Standard Edition, Volume XVII*, 1-124. London: Hogarth.
- Gallwey, P. (1991). Social Maladjustment. In Holmes, J.(Ed.). *Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice*. Lonodon: Longman. 359-381.
- Glasser, M. (1979). Some Aspect of the Role of Aggression in the Perversions. In: Rosen, I. (Ed.), *Sexual Deviation(2nd ed.)*. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.

- Glasser, M.(1998). On Violence: A preliminary communication. In: Rosen, I. (Ed.), *Sexual Deviation(3rd ed.)*. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.
- Gordon J. and Kirtchuk, G. (Eds.)(2008). *Psychic Assaults and Frightened Clinicians. Countertransference in Forensic Settings*. London: Karnac.
- Hanna, F. J. (2001). *Therapy with difficult clients: Using the precursors model to awaken change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hare, R. (1991) *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. MultiHealth Systems.
- Henriksson, M. M., Aro, M. J., Marttunen, M. E., Heikkinen, E. T., Isometsa, K. I. et al.(1993), Mental disorders and comorbidity in suicide, *American Journal of Psychiatry*, 150:935-940.
- Hewiso, D. (2009). *Bearing the unthinkable and thinking the unbearable*. Unpublished paper.
- Home Office, Department of Health (1999). *Managing dangerous people with severe personality disorder: Proposals for policy development*. London: Department of Health.
- Home Office, Department of Health (2001). *DSPD programme: Dangerous people with severe personality disorder initiative: Progress report*. London: Home Office.
- Home Office, Department of Health (2004). *Dangerous and severe personality disorder (DSPD) high security services: Planning and delivery guide*. London: Home Office.
- Hooberman, R. E. & Hooberman, B. M. (1998). *Managing the Difficult Patient*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Howells, K., Krishnan, G. and Daffern, M. (2007). Challenges in the treatment of dangerous and severe personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13: 325-332.
- Hughes, L. and Pengelly, P.(1997). The invisible organization. Professional and institutional defences against anxiety. In: *Staff Supervision in a Turbulent Environment. Managing Process and Task in Front-Line Services*. London: Jessica Kingsley, 113-133.
- Hyatt-Williams, A. (1998). *Cruelty, Violence and Murder*. London: Karnac.
- Jackson, M. (1991). Psychotic Disorder. In Holmes, J.(Ed.). *Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice*. London: Longman. 307-334
- Jackson, M.(1994). *Unimaginable Storms. A Search for meaning in psychosis*. London: Karnac.
- Jackson, M.(2001). *Weathering the Storms. Psychotherapy for Psychosis*. London: Karnac.

- Kahr, B. (Ed.) (2001). *Forensic Psychotherapy and Psychopathology. Winnicottian Perspectives*. London: Karnac.
- Kernberg, O. & Clarkin, J. F. (1993), Developing a disorder-specific manual: The treatment of borderline character disorder. In: *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*, ed. L. L. N. E. Miller, J. P. Barber & J. P. Docherty. New York: Basic Books, pp. 227–246.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. (1996), A psychoanalytic theory of personality disorders. In: *Major Theories of Personality Disorder*, ed. J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger. New York: Guilford Press, 1996.
- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A. & Appelbaum, A. (1989), *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1927). Criminal tendencies in normal Children. In: *Love, Guilt and Reparation*, 170-185. London: Karnac.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
- Kottler, J. A. (1992). *Compassionate therapy: Working with difficult clients*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Lavender, A. (2002). Developing services for people with dangerous and severe personality disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, S46–S53.
- Lucas, R. (2003a). Psychoanalytic controversies: The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 84, 3-15.
- Lucas, R. (2003b). Risk assessment in general psychiatry – an analytic perspective. In: Doctor, R. (Ed.), *Dangerous Patient. A Psychodynamic Approach to Risk Assessment and Management*, 33-48. London: Karnac.
- Macleod, G. (2006). Bad, mad or sad: constructions of young people in trouble and implications for interventions. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 13(3), 155–167
- Mahler, M. S., Pine, F. and Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Morant, N., Dolan, B., Fainman, D., and Hilton, M. (1999). An innovative outreach service for people with severe personality disorders: patient characteristics and clinical activities. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10(1), 84-97.
- Morgan, D. and Ruzsyczynsky, S. (2007). *Lectures on Violence, Perversion and Delinquency*. London: Karnac.
- Morris, M. (2000). Grendon underwood. A psychotherapeutic prison. In: Shine, J.

- (Ed.), *A Compilation of Gredon Research*. Aylslesbury, H. M. P. Grendon, 9-19.
- Neeld, R. and Clarke, T.(2009). 'The patient, her nurse and the therapeutic community'. In: Aiyegbusi and Clark-Moor(Eds.), *Therapeutic Relationships with Offenders: An Introduction to The Psychodynamics of Forensic Mental Health Nursing*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Nobus, D. (2006). *Perversion. Psychoanalytic perspectives/perspectives on psychoanalysis*. London: Karnac.
- Norton, K. and Dolan, B. (1995). *Acting out and the institutional response*. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6, 317-332.
- Norton, K. and McGauley, G. (1998). *Counseling Difficult Client*. London: Sage.
- Perelberg, R. (1990). *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. London: Routledge.
- Peter Wilson(2009). *Modern approaches to psychoanalytically-informed group treatment*. Lecture in "Psychoanalytic Psychotherapy Now" Conference, 6 & 7 June, 2009, London.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. London: The Hogarth Press.
- Rey, H. (1994). *Universal of Psychoanalysis in the Treatment of Psychotic and Borderline States*. London: Free Association Books.
- Rosen, I. (Ed.)(1998), *Sexual Deviation(3rd ed.)*. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and Interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. London: Tavistock.
- Sinason, M. (1993). Who is the mad voice inside? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 7, 207 – 221. A revised version of this paper can be downloaded from the BPAS website at: www.psychoanalysis.org.uk/sinasonmv2004.htm. Accessed 11 December 2006.
- Sinason, M. (1999). How can you keep your hair on? In Williams, P. (Ed.), *Psychosis (madness)*. London: Karnac Books.
- Sinason, M.(2007). The discovery of an internal other – in everyday life, in illness and in art. *Psychodynamic Practice, February, 13(1)*, 7 – 24
- Sohn, L. (1997). Unprovoked assaults. In: Bell, D. (Ed.), *Reason and Passion. A Celebration of the Work of Hanna Segal*. London: Duckworth.
- Sohr, E. (1996). *The difficult patient*. Miami, Fl: Medmaster Inc.
- Saretsky, T. & Saretsky, T. (1997). *Resolving treatment impasses: the difficult patient*. New York: Jason Aronson.
- Strean, H. S. (Ed.)(1985). *Psychoanalytic Approaches to the Resistant and Difficult*

- Patient*. ? : Howarth Press.
- Tavistock Centre for Couple Relationships(2008). *60th Anniversary- A Year in brief*. unpublished pamphlet.
- the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust(2008). *Training and Academic Prospectus 2008-2009*. unpublished pamphlet.
- the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust(2009). 22. 06. 2009.取自網頁
<http://www.tccr.org.uk/>
- Tucker, W. (1999) The ‘mad’ vs. the ‘bad’ revisited: managing predatory behavior, *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 221–230.
- Turecki, S. and Tonner, L. (1985). *The Difficult Child*. New York: Bantam Books.
- Tyrer, P., Coopera, S., Ruttera, D., Seivewrighta, H. et al. (2009). The assessment of dangerous and severe personality disorder: lessons from a randomised controlled trial linked to qualitative analysis. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(1), 132–146.
- Wallin, D.(2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guildord.
- Wasserman, Danuta(Ed.)(2001). *Suicide--an unnecessary death*. New York?: Taylor & Francis, Inc.
- Wessler, R., Hankin, S., Stern, J. (2006). Treatment Adherence in Difficult (Personality Disordered) Patients. In Beitz, K., Hall, M. L. R.(Eds.), *Promoting Treatment Adherence: A Practical Handbook for Health Care Provider*, pp. New York: Sage.
- Wetton, N.(1978). *Sad, Mad, Bad and Glad*. MA dissertation, Nottingham University.
- Williams, P. (1999). *Psychosis(Madness)*. London: the Institute of Psychoanalysis.
- Williams, P. (2002). *Key papers on borderline disorders. With IJP internet discussion reviews*. London: Karnac.
- Winnicott D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*, 140–52. London: Hogarth.
- Winnicott D. W. (1958). The anti-social tendency [1956]. In *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*, 306–15. London: Tavistock.
- Winnicott D. W. (1984). Deprivation and delinquency. In Winnicott, C., Shepherd , R., and Davis, M.(Eds.), *Deprivation and delinquency*. London: Tavistock.
- Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M.(Eds.) (1986). *Home is where we start from: Essays by a psychoanalyst*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Winnicott, D. W. (1953). Psychoses and child care. *British Journal of Medical Psychology*, 26, 68–74.
- Winnicott, D.W. (1958). The anti-social tendency [1956]. In: *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*, 306–15. London: Tavistock.
- Yorke, C. (1988). Some Thoughts on Pre-Oedipal Development: A `Contemporary

- Freudian' View. *British Journal of Psychotherapy*, 4(4), 436-446.
- Yorke. C. (1985). Fantasy and the body-mind problem, *Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 319-328.

陸、附錄：活動相片



Tavistock Centre 大門口



Portman Clinic 大門口



訓練課程師生合影



與教師合影