

정신역동의 이론적 임상체계화 과정 모형

울산대학교 의과대학 서울중앙병원 정신과학교실
김 헌 수

=Abstract=

Model of Psychodynamic Formulation

Kim Hun-Soo

Department of Psychiatry, University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center

The present study was attempted to critically and comprehensively review the literature for exploring program and concept of psychodynamic formulation and construct model of psychodynamic formulation suitable for residency education and profitable to its clinical applications.

The summary identified through the review of the literature of formulation was as follows:

1. Different systemic approaches to the process of formulation were conceptualized as theoretical models such as psychoanalysis, ego psychological model, central conflict focusing approach, idiosyncratic psychodynamic approach, and biological approach etc.
2. Systemic explanations of formulation included multiple viewpoints of 3 divisions of structural, dynamic and genetic factors. These 3 divisions were made for pedagogical purposes, even though a thorough understanding requires the ability to integrate all of the divisions.
3. The author suggested that it preferred to use one primary model such as psychoanalysis or ego psychological approach, introducing secondary models such as self psychological model and/or object relations model to explain features of patient that do not easily fit the primary model.

Key Words: Model, Psychodynamic formulation.

I. 서 론

정신과 수련과정에서 정신과 의사들은 흔히 환자 의 임상정보자료를 정신역동이론에 맞추어 임상체계화(psychodynamic formulation) 시키고자 시도한다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에서 필요한 환자의 임상정보자료는 다음과 같은 방법에 의해 얻어진다.

첫째, 환자, 환자가족 및 친지와 면담을 통해 발달사적 성장과정의 개인력과 발달력을 얻는다. 그외 법적 기록부나 병원 기록부도 체계화 과정에 도움이 된다.

둘째, 환자와 면담과정에 정신상태검사와 아울러 환자의 행동에 관한 면밀한 관찰을 통해 얻는다.

셋째, 심리검사와 검사실 검사도 체계화 과정에 반드시 수행되어야 한다. 이와 같은 방법으로 얻어진 환자의 임상정보자료를 활용하여 정신역동의 이

론적 체계화 과정의 교육에서 어떤 임상 교육 감독자들은 환자와 첫대면한 것에 바탕을 두고 정신역동의 이론적 임상체계화 할 것을 요구하기도하고, 또 다른 감독자들은 환자를 상당기간(여러 달~여러 해수) 치료후에 사례를 정신 역동의 이론적 임상체계화 할 것을 주장한다. 아마도 수련 과정에서 정신과 의사들은 이런 감독자들의 상반된 요구에 양가적 감정을 한두번 쯤 경험 했으리라고 생각된다. 정신역동의 이론적 임상체계화는 가능한 상세하고 환자의 여러면을 복합적으로 기술할 것을 강조하는 사람이 있는가 하면, 반대로 단일문장으로 요약해야 된다고 주장하는 사람도 있다.

이와같이 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 대한 학자마다의 견해가 다르기 때문에 수련과정의 정신과 의사들은 「교육자들이 자기나름대로의 정신역동의 이론적 임상체계화에 대한 명확하고 획일적인 모형을 갖고 있는지?」에 대한 의구심을 가질 수 있다. 특히 종례 토론회에서 상급자에게 증례에 대한 정신역동의 이론적 임상체계화를 요구할 경우에 대개는 명백한 분석을 못하는 경우가 허다하다고 본다.

이와같이 임상실제에서 볼수있는 모순성에서 연구자는 정신역동의 이론적 임상체계화의 본질에 관한 모호성을 지적하지 않을 수 없다.

따라서 연구자는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 多義性을 규명하고자 한다. 더 나아가 문헌 고찰을 통하여 주로 사용되고 있는 정신역동의 이론모형을 살펴보고 전공의 교육과 임상실전에 유용한 정신역동의 이론적 임상체계화의 체계적 정의와 모형을 개관하고자 한다.

II. 주로 사용되는 정신역동의 이론모형의 개관

정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 개념적 범주는 정신의학의 발달사를 반영해 준다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 주로 사용되는 이론모형은 다음과 같다. 즉 정신 분석적 접근방법(psychoanalytic approaches), 체계적인 자아 심리접근법(systematic ego psychological approaches), 중심 갈등에 초점 둔 정신역동적 접근법(central conflict focusing psychodynamic approaches), 특이한 정신역동

적 접근법(idiosyncratic psychodynamic approaches) 및 정신·생물·사회적 접근법(biopsychosocial approaches) 등이다.

1. 정신분석적 접근 방법

정신분석 이론은 Freud를 필두로 많은 정신분석 학자들이 환자 치료 사례 연구에 바탕을 두고 발전해 왔다.

정신분석의 기본적 개념은 '증상적 행동이란 무의식적·갈등적 생각과 그와 연관된 느낌의 표현이거나 그에 대한 반응'이라고 정의한다.

많은 정신분석 학자들이 정신역동의 이론적 임상체계화에 대한 체계적이고 포괄적인 개념화 설명에 공헌하였다. 이들 학자들은 광범위한 인격 기능영역의 평가와 기술을 효과적으로 체계화 했다. 그 체계적인 예의 하나가 증상적 행동을 밝혀주는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 구성하는 몇가지 기본적인 개념을 정리한 것이다.¹ 즉 심적결정론, 증상의 의미, 부의식적 정신과정, 욕동이론, 발생이론 및 대상관계이론 등이다. 이들 이론에 대한 내용을 다음과 같이 간단 명료하게 기술해 보겠다.

심적 결정론: 인간의 모든 행동은 의미가 있어 생각이나 행동은 우연히 발생하는 것이 아니고 원인이 있고 그원인에 의한 결과라는 논리이다.

개인의 생각이나 행동은 많은 결정인자를 갖고 있다. 그 결정인자는 心的複合決定(psychological overdetermination)에 연관된 개념이다. 따라서 억지로 이행하도록 강요 받는 몇가지 소망은 부분적으로 각 소망을 충족시키는 하나의 행동을 야기한다.

가령 개인에게 단일 증상이 나타났다면 그것은 유아기적 소원을 만족시켜 주고, 방어적 구조를 지탱해주는 동시에 외적 현실의 어려움을 해결해 줄 수 있다. 예컨대 어떤 사람이 그의 상거래에서 이상 할이 만큼 신중하고 그의 거래처 사람들을 기만하지 않는 성실한 사업가가 있다고 하자. 이와같은 그의 성실한 행동은 남에게 이용당하지 않겠다는 아동기적 소망을 의미하는 동시에 남이야 어찌되었든 자신이 갖고 싶어하는 것은 무엇이든 갖겠다는 욕망의 반동형성을 반영해 주는 것이다. 그는 사업에서 용의 주도한 노력으로 평판이 좋고 신용을 얻어 사업에 성공을 할 것이다. 그는 공격하고 싶은 내적

갈등을 성실성에 감추고 상징적으로 사업의 용의 주도한 성실성을 통해 표현한 것으로 풀이 해 볼 수 있다.

증상의 의미:이 개념은 증상적 행동은 무의식적 갈등 간의 태협을 나타내 주는 것이기 때문에 心的複合決定의 아주 중요한 면이 된다. 대비되는 소망과 이에 수반되는 방어들은 증상의 시작으로 해결된다. **무의식적 정신과정:**局在論의 理論(topographical theory)에서 정신생활은 의식·전의식·무의식으로 개념화 된다.

구조이론에서는 자아·초자아·충동으로 나누어지며 자아와 초자아는 의식적인 면과 무의식적인 면을 모두 갖고 있고 반면에 충동(id)은 전적으로 무의식적인 것이다. 무의식적 정신과정은 일차적 사고 과정에 의해 특징지워지며, 즉각적인 만족을 취하려는 소망에 의해 지배되고 비합리적인 방향을 따른다. 모순성이 갈등없이 서로 나란히 공존할수 있고 시간개념이 고여되지 않는다.

무의식계의 심리적 활동을 나타내는 3가지 일차적 기전 즉 합축(condensation), 전치(displacement) 및 심상표상(pictorial representation)이 있다. 합축 기전을 통해 단일행동, 像(image)혹은 말속에 많은 관념이 내포된다. 예를 들어보면 꿈속에 이상한 남자가 나타났다면 그 사람은 아버지, 남자친구 아니면 분석가를 의미함과 동시에 부드러움과 대단한 분노감정을 상징할 수도 있다. 전치 기전은 한사건과 연관된 감정이 다른곳으로 이동되는 것으로 미운상관 대신 개를 차는例로 대신할 수 있다. 모든 내용들은 축어적·시각적 형체로 드러날 수 있다(심상표상). 그렇기 때문에 많은 습관들은 한 대상이나 사건이 상징적으로 다른 대상이나 사건을 나타낼 수 있는 틀에 박힌 상징성을 갖는다.

욕동이론:분석이론에서는 인간은 리비도와 공격성의 2가지 본능적 욕동을 갖고 있다고 가정한다. 이 본능적 욕동은 모든 행동의 운동에너지나 힘을 공급한다. 이들 욕동은 충동에 포함되어 있고, 자아와 초자아는 두욕동의 목적, 그들에 대한 방어 및 두욕동의 변용된 표현을 분명하게 함으로써 행동거지를 다스린다.

발생이론:조기아동기경험은 개인의 성격구조에 지속적인 영향을 준다.

발생적(genetic) 접근법은 개인의 양육 과정이 어떻게 그의 심리적 발달에 영향을 주었느냐를 설명하는 것이다. ‘발생적’이란 용어는 잘못된 명칭이다. ‘발생적’은 역사적인 것은 물론 유전적·체질적 요인을 모두 포함하기 때문이다.

대상관계이론:해가 거듭할수록 조기 대상관계가 개인의 정서발달에 영향을 준다는 것은 매우 강조되어 가고 있다. 여기에서 대상(object)이라 함은 사람, 특히 중요한 家族像(family figures)을 말한다. 정신생활의 거의 모든면이 조기의 돌보아준 사람에 의해 영향받는다고 보아도 과언은 아니다. 결정적인 발달과정상의 사진들은 내적세계와 외적세계의 구별, 타인에 대한 기본적인 신뢰감이나 불신감의 달성, 분리와 개별화, 성적 선호도와 친교능력, 충동조절과 좌절에 대한 참을성, 자기수용, 기타 등을 포함한다.

이상으로 정신분석적 접근 방법을 통한 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 구성할때 기본원칙이 되는 이론들을 개관해 보았다.

사실상 정신분석적 접근법에 의한 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 체계화에 가장 큰 영향을 미친 사람은 Anna Freud라고 말할수 있다.

Eissler³은 그의 저서에서 다음과 같이 기술하고 있다.

Anna Freud와 그녀의 동료들은 햄스테드 진료소(Hampstead Clinic)에서 메타심리학적 모형으로 알려진 접근방법의 개요를 개발했다. 이 접근방법은 신경증적 아동·눈먼 아동·경계성 아동·청소년·성인에 적용하여, 이 방법의 광범위한 적용성을 제시하였고 아울러 현대의 사례 중심의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정방법에 있어서 몇 가지 중요한 구성요소를 제공해 주었다. 이런 접근법은 욕동·자아·초자아, 발달상의 고착시점과 퇴행 및 갈등의 평가를 중요시하면서 발달과정의 중요성을 강조하는 것이다.

Anna Freud⁴의 발달과정의 윤곽에 대한 개념이 정신역동의 이론적 임상체계화과정의 접근법에 중요핵심이 된다. 즉 발달과정의 진행, 정지 혹은 퇴행과 더불어 발달과업의 성공과 실패 여부가 주요 관심사가 되는 것이다. 그래서個人의 病理는 대인 관계의 질적인면과 性과 일 같은 영역의 기능적 방

해에 의해 야기되는 것으로 보았다. Anna Freud의 이런 접근방법의 틀은 환자를 치료해 나가면서 계속적으로 다듬어 지는 것이다. 이 접근법은 2가지 어려운 점을 지닌다고 지적하고 있다.⁵⁻⁷

하나는 접근과정이 시간을 너무 많이 허비하고 힘든과정이라는 것과, 또 다른 하나는 일반 이론적인 면에서 카테시스, 고착, 퇴행 등의 고전적 분석 용어가 너무 딱딱하고 수련생들이 활용하는데 매우 난해한 점이라는 것이다. 바로 이런점을 지적하면서 일반 이론가들은 체계적 자아 심리접근법을 강조하였다.

2. 체계적 자아 심리접근법

분석에 관한 문헌에서도 양적 연구조사의 시도가 시작되었고, 이와 때를 같이하여 환자들과 환자의 치료결과를 비교하는 연구조사에서 환자에 관한 역동적 이해에 대한 체계화와 자아기능과 방어기전 등에 관한 개념화 작업의 필요성이 대부 되었다.

Bellak의 자아기능에 관한 연구⁸⁻¹¹와 Greenspan과 Cullander의 체계적 메타심리학적 평가¹²⁻¹⁴ 등이 정확하게 정신역동의 이론적 임상체계화 과정이라고 이름을 부치지는 않았지만 상기 기술한 자아기능과 환자의 역동적 이해에 관한 노력을 보여준 업적이라고 볼 수 있다.

Bellak, Cullander는 현실검증 즉, 육동, 감정 및 충동 등의 조절과 지배, 대상관계, 방어기능, 적응적 퇴행, 초자아기능 및 현실 배려 등을 포함한 다양한 심리적 기능을 검토하였다. 그들의 접근방법도 또한 인격의 구조요소 지향적이다.

Bellak, Greenspan은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 접근법 개념을 그들의 풍부한 경험을 통해 설정하고 수련생들이 쉽게 접근하여 훈련을 받을 수 있고, 신뢰도 또한 매우 높다고 꾀력했다.

Bellak, Greenspan과 Cullander의 평가는 Anna Freud의 윤곽보다 간결하고 인격기능을 척도화 하여 평가하였다. 반면 중심갈등, 생활사건 및 발달과 정상의 중요성을 포괄적으로 평가 못한 것이 약점이다.

Perry등¹⁵은 중심갈등의 정신역동적 설명에서 보편적으로 사용되는 모형을 자아심리¹⁶, 자기심리¹⁷ 및 대상관계¹⁸⁻¹⁹로 나누어 기술하였다.

이들 3개 모형은 모두 역동적 무의식적 정신활동의 핵심개념을 공유하고, 「인간의 행동은 항상 무의식적 사고, 소망 및 정신표상에 의해 영향 받는다.」는 가정을 하고 있다. 또 다른 가정은 복합적인 심리기능은 後成的 段階와 期(epigenetic stages & phases)의 정규적인 연속성을 거치고, 여러 발달 단계에서 발생하는 왜곡, 고착 및 퇴행들은 후기 발달에 그 흔적을 남긴다는 것이다.

자아심리 모형에서는 발달과정이나 치료과정에서 자아의 적응노력이 중요역할이라고 강조하고, 자아에 의해 중재되는 행동은 소망과 충동, 내적 양심, 자기관찰과 비판 및 잠재능력과 현실요구사항간의 방어적 타협으로 본다. 효율적인 자아기능이라 함은 엄연한 소망과 행동간의 간격을 적절히 자연 시킬 수 있어야 하고, 안전성, 쾌락성 및 효율성을 대비하는 동안 지나친 불안이나 우울상태에서 개체를 보호할때를 말한다. 이 모형을 활용하는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 개인의 생활을 통해서 무의식적 소원의 특성, 무의식적 두려움, 특징적인 방어기제 및 이들의 결과로서 생기는 억제, 증상 및 성격 양상을 기술하는 것이다. 또한 허용되지 않는 성적·공격적 투쟁의 유도체들, 에디포스 期의 해결 양상, 그리고 성격 및 증상적 행동을 결정짓는 잔유성 정신내적 갈등과 방어적 타협 등에 각별히 초점을 맞춘다.

자아심리 모형의 약점은 대인관계 문제와 발달과 정상 前 에디포스적 영향에 관한 기술은 다소 결여된 점이다.

이상에서 보는 바와 같이 학자마다 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 구성에 기본적인 모형을 취향에 따라 선호하는 경향이 있고 각 모형을 보는 시각에 따라 다소 차이 있는 견해를 피력하고 있다.

최근 국외 문헌을 고찰해 보면 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 설정할 때 선택되는 기본 모형은 고전적 Freud 모형과 자아심리 모형이 주류를 이루고 있다.

반면 Erikson, Mahler, Kernberg, Spitz, Blos 및 Kohut 등의 이론 모형과 분리-개별화, 自己-대상과 같은 개념의 位相은 불명료한 상태에 있다고 한다.²

이런 맥락에서 연구자는 自己心理 모형이나 대상 관계 모형은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의

일차적 모형으로 선택되기 보다는 2차 모형으로 선정해서 일차모형에서 부족한 설명을 보충하는 보조모형으로 활용하는 것이 바람직하다고 생각된다. 自己心理模型은 生得的·體得的인 목표의 실현을 위한 자기(self) 즉, 심리적 구조를 가정한다. 이 목표에는 2가지 종류가 있다. 하나는 개인의 야망이고 다른 하나는 이상이다. 아동기에 자기나 타인에 대한 과대적 이상화, 투쟁과 야망의 노출적 표현, 그리고 부모와 타인의 이런 욕구에 대한 감정이입적 반응 등은 정상적 발달 과정에 포함된다. 이런 상태에서 아이들의 기술, 재능 및 감정이입적 대상의 내재화 등이 전전한 自己의 발달과 창의성, 즐거움 그리고 계속되는 감정이입적 관계 형성 능력을 이끈다.¹⁵ 이 모형에서 발생적 정신역동의 이론적 임상체계화(genetic formulation)는 성격문제를 거슬러 올라가 自己의 발달과 대상결속을 유지하는 능력을 억제하고 왜곡시킨 아동의 환경속에서 특정한 감정이입적 실패에서 찾는다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 개체가 자기 발달의 실패를 어떻게 방어적으로 보상하는지를 기술한다. 또 환자의 특정 전이욕구를 강조하면서 과거에 정지된 자기발달의 회복을 위한 치료적 전략을 시사해 준다. 자기심리모형은 자기애적 어려움(자기애적 인격장애가 아님)을 정신역동의 이론적 임상체계화 하는데 유용하다. 이 모형은 정신내적 구조개념이 결여되어 있고 양심과 성적-공격적 소망간의 갈등에서 발생하는 고착되고 반복적인 증상을 정신역동의 이론적 임상체계화 하는데는 덜 유용하다.

대상관계 모형에서는 정신구조를 자기와 타인의 내적표상의 구성을 통해 발달해 나가는 것으로 본다. 이 표상은 원초적이고 환상적인 데서 부터 현실적인 것에까지 걸쳐있다. 또한 이 표상은 여러 소망과 환상(성·지배·이성·잃음)은 물론 여러 감정(슬픔·분노·안정감·두려움·즐거움)과도 연관이 된다. 자라는 아이들은 자기와 타인에 대한 모순적 표상과 느낌과 싸워나가고, 좋은 像과 나쁜 像을 다양한 표상속에 분리시켜나가는 경향이 있다. 조기 발달 수준에서 아이들은 다른 두 모습의 어머니를 느낄 수 있다. 예컨대 자신에게 만족을 주는 좋은 어머니와 좌절을 주는 나쁜 어머니를 느낀다. 좀더 성숙되어 가면서 이런 像은 복합적 특성을 지닌 자기와

타인에 대한 일관성 있는 표상으로 통합이 된다. 이 모형을 사용한 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에서는 자기와 대상표상의 특성과 그들간에 두드러진 갈등에 초점을 맞춘다.¹⁵ 이 모형은 自己와 대상의 표상을 통합하는 발달과정상의 실패에 역점을둔다.

자신이나 타인을 통합되지 않는 부분으로 경험하는 정신질환자나 경계성 환자의 미완성의 내적 세계를 정신역동의 이론적 임상체계화하는데 유용하며 갈등이 자아심리로 쉽게 기술되는 비교적 건강한 환자에게는 덜 유용하다.¹⁵

이와같이 자기심리 및 대상관계 모형에 관한 불명료성을 완전하게 하려는 시도가 Blanck와 Blanck²⁰에 의해 이루어졌다. Blanck와 Blanck²⁰는 환자의 평가에 있어 정신성적 성숙도, 욕동억제과정, 대상관계, 적응기능, 불안유형, 방어기능, 주체성 및 내재화(internalization) 등을 포함시켜 정신역동의 이론적 임상체계화를 해야 한다고 했다. 이를 접근 방법은 광범위하고 도식적이기는 하지만, 정신역동의 이론적 임상체계화 과정이라기 보다는 발달과정상의 윤곽에 따라 환자의 발달과정을 분석하는데 중점을 둔 것 같다.

3. 중심 갈등에 초점둔 정신역동적 접근법

이 법주에는 임상자료들이 단일 중심갈등에 의해 정신역동의 이론적 임상체계화 하는 것이 가장 유용하다고 생각하는 학자들이 속한다. 이들 학자들은 좀더 직관적인 가설이나 추론의 배경을 지지하는 체계적이고 포괄적인 틀을 인정하지 않는다.²¹

이 접근법은 공식적으로 문헌상에 토의되는 경우는 많지 않지만 임상실제에서는 빈번하게 자주 사용되는 경향이 있다. 몇몇 관련 개념에는 Alexander와 French²²의 중심갈등, Wallerstein과 Robbins²³의 신경증적 핵심갈등, Balint²⁴의 촛점 등이 있다. 현재 이 접근법의 지지자들은 Malan^{25~26}, Strupp과 Binder²⁷, Luborsky²⁸ 등이 있다. Malan의 접근법은 중심갈등 혹은 촛점갈등을 2개의 三連構造에 의해 묘사하는 것이다. 즉, (1)용납되지 않는 충동, 충동에 대항하는 방어 및 충동과 연관된 특정 불안이나 두려움 등의 三主徵, (2)통찰력(insight)의 三主徵²⁹은 최근갈등, 과거(유아기나 아동기)갈등 및 전이 갈등으

로 구성된다. 이 접근법의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 최근생활, 아동기 및 전이현상 등의 세상황에서 나타나는 중심갈등과 충동, 불안, 방어 등의 세요소로 구성되는 중심갈등을 정교화하는 것이다.

Strupp과 Binder²⁷는 총점(focus)을, Luborsky²⁸는 핵심갈등관계 주제를 기술하였다.

이들 세군의 학자들의 접근방법은 모두 환자의 최근문제가 어떤 소망과 두려움간의 중심핵 갈등의 반복에 의해 야기된다는 가정을 공유하고 있다. 이 접근법은 단기 정신요법에는 상당히 걸맞는 것이지만 환자의 충분한 경험의 복합성을 정당하게 다룰 수 있는지는 의문의 여지가 많다. 앞에 기술한 자아심리접근법에서는 갈등의 역할을 다소 최소화하는 경향이 있는 반면 중심갈등 접근법에서는 구조적 요인을 무시 하는 것 같다.

4. 특이 정신역동적 접근법

정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 주제를 각별히 주장하는 몇몇 학자들은 분류체계를 문제삼지 않는 경향이 있다. Menninger의 'A Manual for Psychiatric Case Study'라는 책은 기본 필독서로 아직까지 읽혀지고 있다. Menninger의 업적은 정신분석지향적이면서 Adolf Meyer의 정신생물학(psychobiology)까지 거슬러 올라가고, 향후 최신 정신·생물·사회적인 면의 인기까지 기대하고 있는 것 같다. Menninger는 Kraepelin의 기술기법을 강조하면서 방어란 용어대신 응급반응이란 특이 용어를 소개했다. Wallerstein과 Robbins²⁹는 Menninger의 지침서를 다듬어 환자 평가변인 즉, 증상·갈등·자아요인(방어기제 포함), 대인관계 요인, 현실요인 등을 추가했지만, 이 체계는 매우 산만하다. Weisman³⁰은 'The Psychodynamic Formulation of Conflict'란 그의 논문에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 기능을 아주 사려깊게 다루고 있다. Weisman은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에서 기술기법, 진단, 모형, 방법 및 임상자료를 구별지으면서 정신역동의 이론적 임상체계화 구성시 3가지 필요조건을 확립했다. 즉, (1)기술적·역동적 요인을 설명 (2)정신역동의 이론적 임상체계화 과정이란 용어는 세밀하게 표준화 될수 있는 용어정의가 되어야만 하고

(3)면담자료에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 확실히 하여 접근이 용이한 방법이어야 한다는 등의 3가지 조건을 제시했다.

Weisman의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정 구성에 대한 본질적 요소는 '갈등'이다. 그는 갈등의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에서 네가지 변형을 제안했다. 즉 자아 조절기능, 현저한 감정 양상, 대상관계, 갈등의 핵심요소 등이다.

Weisman은 용어소개에 있어 '방어'라는 고전용어 사용을 생략하고 'appetitive and aversive functions'이라는 용어를 사용하여 용어 사용에 있어서 혼란스러움을 보여 주었다.

Horowitz등³¹은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정 접근방법을 형태적 분석(configurational analysis)이라고 칭하고 관찰에서 좀더 세밀한 추론적 판단을 강조하면서 10단계 과정을 제안하였다.

즉, (1)현상학과 문제점

(2)마음의 상태

(3)자아개념과 대인관계

(4)정보제공 과정과 자제력에 관련된 최근 갈등근거

(5)치료 상태

(6)치료자와의 관계

(7)치료에서 정보제공 과정

(8)결과

(9)결과 관계

(10)결과 정보제공 과정 등으로 나누었다.

Horowitz등³²은 이런 10단계 분류는 인지과학과 분석학을 결합한 것이며, 치료자에게 치료적 전략을 선택할 수 있는 지침이 된다고 주장하지만, 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 목적이 산만하고 정보이론과 체계이론 개념의 사용으로 앞서 기술된 접근방법과 비교하기가 어렵다. 이를 세경우 모두에서 전통적인 용어 사용을 피하면서 접근법의 명확도를 마련하려는 의도는 오히려 혼돈만 자초한 것으로 생각된다. 전통적인 용어와 개념을 버리고 새로운 용어와 개념의 사용은 모래위에 집을 짓는 것에 비유될 수 있다.

5. 정신·생물·사회적 접근방법

정신·생물·사회적 모형은 정신역동에 현대 일반정

신의학의 생물학적 및 기타 이론을 통합하려는 절충식의 방법이다. 이 접근법의 주창자들은 일반체계이론³³, 행동 목표에 의한 훈련³⁴ 및 종합병원의 자문의뢰 배경³⁵ 등을 강조한다. 이 접근법의 기본 명제는 ‘정신역동의 이론적 임상체계화 과정이란 인격발달에 기여한 생물학적·심리학적·사회적 요인들의 상대적 중요성을 통합하는 것’이라는 것이다.³⁵

Kline과 Cameron³⁶은 종적인 자료수집, 기술적 횡단면적 평가, 진단의 통합평가 및 잠정적 예후판정 등의 4단계 과정을 설정하였다. 그들은 또한 정신역동의 임상체계화 과정과 사례를 보고하는 방법을 마련했다. 그외 몇몇 학자들은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 부분으로 원인적 평가, 진단, 치료 및 예후등을 통합하는 것이 중요하다고 강조하고 있다.^{36~38} 그들은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 특수영역의 상세한 지침을 마련치는 못했다.

Cleghorn 등³⁸은 정신역동 이론의 주요 개념을 설정하여 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 정신역동면에 몇 가지 지침사항을 보충하였다. 즉 중요관계, 갈등 및 자기경험 등을 보완하였다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에서 정신역동학의 설명적 문제가 중요함을 감안할 때, 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 생물학적, 사회적 혹은 기타 설명적 요인을 부가하는 것은 개념적 모형을 불명료하게 만드는 것이다.³⁹

이상으로 정신역동의 이론적 임상체계화에 대한 학자들간의 접근방법을 개관해 보았다. 이러한 문헌 고찰에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 중요성은 입증되었지만 획일적인 정신역동의 이론적 임상체계화 과정 모형이 결여된 점도 밝혀졌다. 이런 시점에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 정의를 왕왕 정신역동의 이론적 임상체계화 과정으로 잘못 생각할 수 있는 몇몇 진술의 종류들을 정신역동의 이론적 임상체계화 과정과 구별해보는 것은 가치 있는 일이다.

III. 정 의

‘The New Britannica/ Webster Dictionary and Reference Guide’⁴⁰에 ‘Formulate’는 ‘to state definitely and clearly’로 정의되고 있다.

정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 체계적이 고 포괄적이어야만 한다. 그런 고로 고립된 직관적인 추정이나 가설과는 구별된다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 이론적이다. 그래서 환자병력·정신 상태 검사와 구별된다. 환자병력이나 정신상태 검사는 근본적으로 임상현상의 자연관찰 기록이기 때문에 정신역동의 이론적 임상체계화 과정과 다르다.

정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 해석과 구별된다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 전문가들에게 향해지는 것이고, 해석은 환자에게 향해지는 설명적 진술인 것이다. 기지, 타이밍 및 과정 등은 해석에 합당하지 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에는 해당 안된다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 설명적인 것이다. 그래서 진단과 구별된다. 진단은 관찰된 자료를 요약하고 표찰하는 분류학적 개요이지 자료를 설명하는 것은 아니다. 예컨대 폐염의 진단은 고열, 숨가쁨이나 혈담 등의 임상적 현상에 대한 요약 명칭이고 그 명칭이 설명적인 것은 아니다.

설명은 주어진 해명적 문제에 대한 상대적인 것으로 폐염은 폐염구균에 의한 감염질환과 폐포성 손상에 의한 폐의 병태생리의 명제하에 설명되고 이해될 수 있다. 정신역동학의 명백한 설명적 원리는 메타 심리학에 속하는 것으로 본다. 메타 심리학의 원리는 심리적 사건을 지각하고 이해하는 몇몇의 명백한 견해로 나뉜다. Freud⁴¹는 역동적, 국재론적 및 경제적 견해를 기술했다. 그후 다른 학자들이 발생적, 구조적 및 적응적 견해를 부가했다.⁴²

최근에 이런 많은 견해와 메타 심리학의 개념들은 공격을 받기 시작하였다.^{5~7}

그렇지만 Waedler⁴³가 多機能原理를 기술한 이래, 多角的 견해에서 심리적 현상을 조망해 보는 것은 심리적 현상을 규명하는 강력한 기법이라는 점에 의견의 일치를 보아왔다.

따라서 구조적·역동적·발생적 견해는 심리적 사건을 설명하고 이해하는데 상당히 발견법적(heuristic) 가치가 있다는 것은 확고하게 판명되었다.

(1) 구조적 견해: 개인의 심리적 기능의 영속적 특성에 바탕을 둔 심리현상의 이해를 포함한다.

(2) 역동적 견해: 의식적이든 무의식적이든 갈등적

동기나 혹은 갈등적 의미들간의 상호작용에 바탕을 둔 심리현상의 이해를 포함한다.

(3) 발생적 견해: 개인의 생활사에서 일어나는 현상들의 근원과 발달에 바탕을 둔 심리현상의 이해를 포함한다.

이 견해의 각각에 의해 개인의 정신 사건을 조사하고 포괄적인 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 구성은 이들 세 견해에 바탕을 둔 이해에 의해 이루어진다.

이상의 기술에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 집약해 보면, 정신역동의 이론적 임상체계화 과정이란 개인의 심리적 기능에 대한 뚜렷하고 체계적이며 이론적인 진술을 말한다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 목표는 설명적이고, 체계적 설명은 구조적·역동적·발생적 요인을 조사하는 多角的 見解를 의미한다.

IV. 챕터

아래 개요는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 개념적 명확도를 마련키 위한 설계이다. 포괄적인 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 구성하기 위해서는 환자에 대한 많은 정보를 얻을 수록 좋고, 임상가가 많은 경험과 훈련을 계속 쌓아 갈수록 좋고, 검증되고 변용될 수 있는 가설을 설정해야만 된다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 학습하는 것에 비유할 수 있다. 그 만큼 어렵다는 뜻이다. 위에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 다각적 견해를 피력했다. 이제는 각각의 견해를 하나씩 기술 하겠다.

1. 구조적 견해

개인의 심리적 기능의 영속적인 특성에 근거하여 설명된다.

여기에서 구조란 같은 시간이 감에 따라 안정감을 갖고 인격을 구체화 해주는 심리적 기능을 말한다. 이런 의미에서 구조적 견해는 실제로 기능적 해인 것이다.“ 이런 기능적 견해는 충동·자아·초자아 기능으로 설명될 수 있다.

구조적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 실

례를 들어 보겠다.

증례:젊은 여대생이 같은 학교 남학생과 이성적 관계를 맺어 왔다. 그들은 같은 과 학생이었고, 공부도 서로 1, 2등을 다투 정도로 잘했다. 두 사람은 서로 지지 않으려고 매우 경쟁적이었다. 그러던 어느 날 남학생이 환자와 계속 교제하는 것은 피곤하다고 말하면서 헤어질 것을 제의했다. 그녀는 이 말을 듣고 몹시 자존심이 상했고 헤어진다는 것이 두려웠으며, 만일 헤어진다면 머리깍고 절로 들어간다는 생각을 하다 결국 날카로운 면도칼로 원쪽 손목곳기를 하고 정신과 외래를 방문했다.

정신역동의 이론적 임상체계화 과정:환자는 불안정하고 불명료한 자아상을 지니고 있다. 환자가 남학생과 관계를 가졌을 때 남학생의 속성을 많이 취했고 그 남학생을 자신의 일부로까지 생각했다. 그래서 자신과 그 남생간의 독립적 개체관계를 구별 할 수 없는 것 같았다. 이별 선고를 받았을 때 자기 파괴적인 생각까지 했다. 그녀는 애인에게 배신감을 느끼고 애인에 대한 노한 감정을 갖고 결국에는 손목곳기를 했다. 이런 자행행위는 그녀의 자신과 남파의 경계선이 불명료한 상황에서 야기된 것이다. 위의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에서 환자의 자기-대상분화가 빈약함이 중요현상으로 지적 될 수 있고, 치료과정에서 분리-개별화의 발달 과정을 훈습해야 할 필요가 있음을 시사한다. 따라서 구조적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 치료자가 치료계획을 세울 수 있도록 이끌어 주고 어려움의 특별 영역을 예측할 수 있게 해 준다.

이 구조적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에서는 손목곳기의 의미를 자기 거세나 가학-피가학적인 것으로 강조하지도 않고 환자의 버림받음에도 포함하지 않는다.

이런 요소들은 각기 역동 및 발생적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 속하는 것이다. 구조적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정평가에 심리적 기능의 중요 영역은 자율적 기능·대상관계기능·자아관계기능·갈등관계기능(정서와 방어) 등이다.

(1) 자율적 기능

이들 기능에는 生得의 잠재력을 즉 지각, 운동성, 언어, 기억 및 인지 등의 전개를 포함한다. 조사될 영역은 讀語障礙와 같은 신체적 장애나 결합, 높은

지능이나 발달된 운동능력과 같은 뛰어난 능력영역 등이다.

지각과 인지의 자율적 기능은 현실검증의 복합적 기능이며, 현실감이나 느낌의 왜곡을 이인증 혹은 비현실감이라고 하고, 실체와의 관계에서 지각이나 인지의 왜곡현상으로 魔術的思考·과대사고·절대적 이상화에서 부터 명백한 망상과 환각에 까지 미묘한 변화가 일어날수 있고, 현실평가의 변화는 현실이 무엇인지를 아는 느낌을 필요로 하는 원초적인 것에서 부터 현실평가의 명백한 결합까지 일어날수 있다.

이 점에 있어서 개인이 한껏 발휘할 수 있는 능력은 어느 정도이고, 자율기능의 붕괴에 대응하는 최대 수용 능력은 어느 정도인지, 아울러 어떤 상황에서 이와같은 개인의 포용력을 보여 주는지 또는 상실하는지 등을 파악해야 한다. 현실검증에는 현실감이나 느낌, 실체와의 관계 및 현실평가등이 포함된다.⁴⁵

(2) 대상관계 기능

환자가 그의 환경에서 중요한 사람들과의 관계를 형성하는 능력을 포함한 광범위한 심리적 기능의 배열을 말한다. 의미있는 사람들(친구·애인·가족·직장동료·상사·부하직원 등등)과의 질적인 관계를 평가하여야 한다.

(3) 자아관계 기능

동일시, 내재화, 조자아 기능 및 자기애적 기능을 포함한 다양한 기능을 말한다.

(4) 갈등관계 기능(감정과 방어기제)

이 기능은 정신내적 자극과 갈등에 반응하는 개인의 정신능력을 반영한다. 여기에서 감정(affects)은 인간의 행동에 있어서 본질적인 적응기능을 수행하는 것으로 개념화 된다. 따라서 방어기제나 다른 행동의 동기 및 신호로써 감정의 역할이 양적(強度와 절박성) 및 질적(쾌락성·분노)요인에 적절한가를 평가한다. 방어는 충동과 사건 혹은 그들에 의해 야기된 고통스런 감정에 대항하는 것이다. '감정 특히 불안이나 우울증을 억제하고 감안시키는데 사용된 방법이 무엇인지' 파악하고 '즉각적인 만족을 어느 정도 지연시키고 좌절을 참아낼 수 있는 능력이 어느 정도인지', '사용된 방어기제가 얼마나 융통성이 있고 선택적인지', '원초적 방어기제(투사·

부정·splitting·魔術的思考 등)가 얼마나 현저한지', '불안·우울·죄책감을 줄이는데 방어기제가 얼마나 성공적인지', '방어기제가 개인의 경험을 어느 정도 제한하고, 그의 기능을 방해하는지' 등을 모두 평가해야 한다.

2. 역동적 견해

역동적 설명은 의식적이든 무의식적이든 갈등적 인 의미들과 동기들간의 상호작용에 기초를 두고 있다. 구조적 견해가 심리적 기능의 윤곽을 조사하는 것처럼 역동적 견해는 심리적 기능의 내용을 다루는 것이다. 갈등적 동기(소망·두려움·충동)와 다양한 의미는 갈등이 숨겨진 타협적 해결책에 귀착한다.⁴⁶

역동적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 실제를 들겠다.

종례: 한 남자 대학생이 우울증을 호소하면서 외래를 방문했다. 그 학생은 공부도 하기도 싫고 멀리 떠나고 싶다고 했다. 그 이유를 물자 부모의 부부문제가 몇년째 계속되고 집에 들어가면 집안 분위기가 너무 냉랭하다고 했다. 드디어 부친은 딴여자와 교제하고 어머니와 이혼하겠다고 환자에게 말했다. 그 이후 환자는 우울해지고 부친에 대한 실망과 혼돈에 쌓였다. 그는 부친이 원하는 데로 대학졸업후 국외유학을 결정하고 유학시험 공부중이었는데 유학을 포기하고 되는데로 국내에서 지내겠다고 했다. 점차 세상이 귀찮아지고 매일 늦게까지 밖에서 술로 세월을 보냈다. 부친에 대한 분노감정을 갖고 있어 때로는 죄책감도 들었다. 부친을 비난하지 말고 이해하고 사랑해야 된다고 무진노력도 했다. 이런 생각을 갖고 하루는 부친과 다시 좋은 관계를 이루기 위해 부친 회사로 가고 있는 중에 자신이 마음속에 지나가는 통행인을 향해 적대감정을 갖고 못된 욕을 하는 자신을 보게 되었다. 그는 갑자기 횡단보도를 건너면서 과거에 좋았던 부친상을 더듬으면서 자신의 타인에 향한 막연한 적대감정을 지우려고 했다.

정신역동의 이론적 임상체계화 과정: 환자는 부친에 대한 강한 양가 감정과 싸우고 있고 다른 한편으로 자신이 의지하고, 많은 좋은 취미를 가르켜 준 아버지, 아버지의 좋은 점을 존경했던 과거의 좋은 부친

상을 생각하며 부친이 그리워졌다. 이런 그리움은 부친에 대한 동성애적인 소망과 이혼당한 모친에 대한 죄책감 때문에 바로 사라진다. 그래서 그는 자신을 부친과 멀리 하려했고 자신이 유학하는 목표를 바꾸어 부친과 더이상 가깝지 않다고 생각했다. 그리고 그는 부친의 가족유기행위에 대해 늘 분노를 느끼는 한편 그 분노로 인해 부친과의 관계를 완전히 상실할까봐 두려움을 갖기도 한다. 그래서 그는 부친에 대한 증오심을 거리의 행인에게 전치시켰다. 이 환자의 우울증은 양가 감정적 태도를 보였던 대상 상실을 반영한 것이다. 이 설명에서는 환자의 지속적인 특성이나 결합을 강조하지 않았고, 환자의 발달사도 조사하지 않았다. 갈등적 동기나 혹은 의미는 어떤 소망들 즉, 성적 공격적 혹은 의존적 소원등에 의해 기술된다. 갈등적 동기나 의미간의 상호작용 상황에서 해결책은 어떤 특정한 윤곽을 따르는데 그것을 방어기제라고 말한다. 동기는 감정과 밀접하게 관계된다(갈등이나 상실과 연관된 감정과 같은 고통스런 느낌의 회피 혹은 즐거운 감정을 추구하는 것 등). 반면에 갈등적 의미는 공상(fantasies)과 밀접한 관계가 있거나 정교화 된다.

3. 발생적 견해

발생적 설명은 심리적 현상이 심리적 발달의 연속성 및 개인 생활사에 관계된다는데 기초를 두고 있다. 심리적 현상은 최근의 표상적인 면을 결정하는 과거의 유래를 지난다.²

발생적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 실제를 들겠다.

증례: 50대 중년 남자가 외래를 방문했다. 모정부 기관에 만년 계장으로 있다가 이번에 과장으로 승진되었다. 이 승진된 자체가 환자를 괴롭혔다. 승진되기 전에는 늘 저자리에 언제가나 하고 많은 공상을 해 왔지만 막상 그자리로 가게 되니까 과장직무를 자신있게 해 낼것 같지도 않고 언젠가는 자신도 밀려나거나 밑에 사람이 이자리로 오겠지 하는 생각이 끈덕지게 떠올랐다. 그러던 중 환자는 자신도 모르게 심한 병이 생기지 않았나 하는 불안감과 두려움이 계속 되었다.

정신역동의 이론적 임상체계화 과정: 그의 경쟁과 목표 달성을 대한 두려움은 5살때 교통사고로 원쪽

다리의 골절상을 받아 병원에 입원했던 것에서 나왔다고 볼 수 있다.

이런 병원생활의 영향과 신체손상의 이미지는 에디푸스의 시기를 표상하는 뒤지지 않으려는 경쟁적인 충동과 관계가 있다. 권위나 성공에 경쟁적 도전·의 재연이 그의 신체에 대한 보복적 손상의 두려움을 일깨웠다고 본다.

발생적 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 골절상과 같은 외상적 사건을 찾아내고, '4~5세경 경쟁적인 에디푸스적 소망과 보복에 대한 공상의 분출처럼' 발달기에 근거를 둔 외상사건의 주관적 의미를 정교화 한다.

상기 발생적 설명에서는 환자의 일어날 수 있는 행동반응의 억제와 같은 지속적 성격 특성(구조적 견해)을 강조하지 않고, 또 최근 성공에 대한 갈등적 의미(역동적 견해)를 조사하지 않는다.

위의 사례에서 본바와 같이 발생적 이해에는 2가지 면이 있다.

즉, 외상적 사건과 발달기이다. 외상적 사건은 환자병력에서 얻어내야 한다. 외상적 사건들은 상실·이별·입원·수술·형제출생·부모의 갈등·부모의 우울증이나 정신병 및 양육자의 신체적 혹은 정서적 취약성 등이 포함된다.

발달 지연이나 아동기 증상(야뇨증·공포증·섭식장애등)도 증상과 외상에 의한 후속발달과정에 준 영향을 알아보아야 한다. 이런 외상적 상황은 개인의 발달기에 따라 주관적인 의미를 지난다. 개인이 직면한 중심문제, 특별한 취약성 및 내외적 세상을 이해하고 대처하는 능력을 발달기에 맞게 알아보아야 한다. Freud의 리비도성 단계, Erikson의 발생인과적 단계, Mahler의 분리-개별화 단계 및 Kohut의 自己理論 등 모두는 발달상의 취약성의 특별한 요점을 시사해 준다.²

따라서 환자의 생활사건과 상황에 대한 인식을 그의 발달상의 입장에 근거한 의미와 의의를 총괄적으로 이해하는 것이 필요하다. 이런 중요사건, 관계성 및 정신내적 정교화는 개인의 최근 구조 및 역동기능의 전구체가 된다. 지금까지 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 구성하는데 다각적 기능들 즉, 구조·역동·발생적 기능으로 구분하여 설명하였지만 환자를 전체적으로 이해하기 위해서는 이들

기능의 균형과 조화를 갖춘 형태에서 접근하는 것
이 중요하다고 본다.

V. 맷음말

정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 본질에 관한 多義性은 정신과 의사들의 공통된 지적이다. 이러한 체계화 과정의 모호성 때문에 수련과정에 있는 정신과 전공의들은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 환자에 적용할 때 어떤 이론모형을 선택할지에 대해 망설임을 가질 수 있다. 따라서 연구자는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 관한 포괄적인 문헌고찰을 통해 정신역동의 이론적 임상체계화 과정모형을 제시하고자 한다.

1. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 이용되는 이론모형은 정신분석모형, 자아심리이론, 중심갈등에 초점둔 정신역동모형, 특이한 정신역동모형 및 정신·생물·사회적 접근모형 등이 있다.
2. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 할 때 각기 구분된 구조적, 역동적 및 발생적 개념을 통합하여 철저하게 이해하는 것이 요구되며 이런 각기 구분된 개념은 교육목적으로 필요한 것이다.
3. 환자를 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 적용할 때 한 모형으로 충분히 설명될 수 없는 경우가 많을것으로 보고 1차 모형을 분석이론이나 자아심리이론에서 찾고 설명이 안되는 부분을 위하여 2차 모형(자기심리이론, 대상관계 이론 등)을 보조적으로 선택하는 것이 중요하다고 생각했다.

중심단어:정신역동·이론적 임상체계화과정·모형

참 고 문 헌

1. McDaniel E:A psychodynamic formulation. In *Psychiatric Clinical Skills in Medical Practice*. (eds. Bali GU, Wurmser L, McDaniel E), Boston-London, Butterworth Publishers Inc., 1978; 49-66.
2. Friedman RS, Lister P:The current status of psychodynamic formulation. *Psychiatry* 1987;50:126-141.
3. Eissler RS, Freud A, Kris M, Solnit AJ:Psychoanalytic assessment: The diagnostic profile. Yale University Press, 1977.
4. Freud A:Normality and pathology in childhood: Assessments of development. International Universities Press, 1965.
5. Klein GS:Freud's two theories of sexuality. In *Psychology Versus Metapsychology*(eds. Gill MM, Holzman PS), International Universities Press, 1976.
6. Gill MM:Metapsychology is not psychology. In *Psychology Versus Metapsychology*(eds. Gill MM, Holzman PS), International Universities Press, 1976.
7. Schafer R:A new language for psychoanalysis. Yale University Press, 1976.
8. Bellak L, Hurvich M, Gediman H:Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals. Wiley, 1973.
9. Bellak L, Meyers B:Ego function assessment and analyzability. *International Review of Psycho-Analysis* 1975;2:413-427.
10. Sharp V, Bellak L:Ego function assessment of the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly* 1978;47:52-72.
11. Bellak L, Faithern R:Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy. Brunner/Mazel, 1981.
12. Greenspan SI, Cullander CCH:A systematic metapsychological assessment of the personality-Its application to the problem of analyzability. *Journal of American Psychoanalytic Association* 1973;21:303-327.
13. Greenspan SI, Cullander CCH:A systematic metapsychological assessment of the course of an analysis. *Journal of American Psychoanalytic Association* 1975;23:107-138.
14. Greenspan SI, Hatleberg JL, Cullander CCH:A developmental approach to systematic personality

- assessment. In *The Course of Life*(eds. Greenspan SI, Pollock GH), Vol 2. National Institute of Mental Health. US Government Printing Office, 1980.
15. Perry S, Cooper AM, Michels R: The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:543–550.
 16. Brenner C: An elementary textbook of psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1955.
 17. Kohut H: The restoration of the self. New York, International Universities Press, 1977.
 18. Sandler J, Rosenblatt B: The concept of the representational world. *Psychoanal Study Child* 1962; 17:128–145.
 19. Kernberg O: A historical overview, in object relations theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson, 1976.
 20. Blanck G, Blanck T: Ego psychology: Theory & practice. Columbia University Press, 1974.
 21. Brenner C: Psychoanalytic technique and psychic conflict. International Universities Press, 1976.
 22. Alexander F, French TP: Psychoanalytic therapy. Ronald Press, 1946.
 23. Wallerstein RS, Bobbins LL: The psychoanalytic research project of the Menninger Foundation: Rationale, method, and sample use: Concepts. *Bulletin of Menninger Clinic* 1956;20:239–262.
 24. Balint M, Ornstein P, Balint E: Focal psychotherapy. Lippincott, 1972.
 25. Malan DH: A study of brief psychotherapy. Plenum, 1963.
 26. Malan DH: The frontier of brief psychotherapy. Plenum, 1976.
 27. Strupp HH, Binder JL: Psychotherapy in a new key. Basic Books, 1984.
 28. Luborsky L: Principles of psychoanalytic psychotherapy. Basic Books, 1984.
 29. Menninger KA: Theory of psychoanalytic technique. Basic Books, 1958.
 30. Wallerstein RS, Robbins LL: Psychotherapy: Differential treatment planning and prognostication. In *Psychotherapy and Psychoanalysis*(ed. Wallerstein RS), International Universities Press, 1975.
 31. Weisman AD: The psychodynamic formulation of conflict. *Archives of General Psychiatry* 1959; 1: 288–309.
 32. Horowitz M, Marmar C, Krupnick J, et al: Personality styles and brief psychotherapy. Basic Books, 1984.
 33. Miller WB: Psychiatric consultation. Part II: Conceptual and pragmatic issues of formulation. *Psychiatry in Medicine* 1973;4:251–271.
 34. Houpt JL, Weinstein HM, Russell ML: The application of competency-based education to consultation-liaison psychiatry. I. Data gathering and case formulation. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1977;7:295–307.
 35. Kline S, Cameron PM: Formulation II. The teaching of formulation. *Canadian Journal of Psychiatry* 1978;23:39–50.
 36. Group for the advancement of psychiatry: Psychopathological disorders in childhood. Vol 6, No 62, 1966.
 37. Ben-Aron M, McCormick WO: The teaching of formulation. *Canadian Journal of Psychiatry* 1980;25:163–166.
 38. Cleghorn JM, Bellissimo A, Will D: Teaching some principles of individual psychodynamics through an introductory guide to formulations. *Canadian Journal of Psychiatry* 1983;28:162–172.
 39. Lazare A: Hidden conceptual models in clinical psychiatry. *New England Journal of Medicine* 1973;288:345–351.
 40. The New Britannica/Webster: Dictionary & reference guide, Chicago·London·Toronto·Geneva·Sydney·Tokyo·Manila·Seoul, Encyclopaedia Britannica, Inc., 1981;354.
 41. Freud S: Standard edition of the complete psycho-

- logical works. Hogarth Press, 1953–1974. Formulations on the two principles of mental functioning(1911), Vol 12. The unconscious(1915), Vol 14. Beyond the Pleasure Principle(1920), Vol 18.
42. Rapaport D, Gill MM: The points of view and assumptions of metapsychology. International Journal of Psycho-Analysis 1959;40:153–162.
43. Waelder R: The principle of multiple function: Observations on over-determination. Psychoanalytic Quarterly 1936;5:45–62.
44. Beres D: Structure and function in psychoanalysis. International Journal of Psycho-Analysis 1965;46:53–63.
45. Frosch J: The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. Psychiatric Quarterly 1964; 38:81–96.