

國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系  
教育心理學報，民91，34卷，1期，103—122頁

## 心理治療者的反移情研究\*

林淑君

淡江大學  
諮商輔導組

陳秉華

國立台灣師範大學  
教育心理與輔導學系

本研究旨在探討心理治療者的反移情經驗，邀請四位心理動力取向之治療者為受訪對象。採用「深度訪談法」，以一對一半結構式的訪談方式進行，每位受訪者接受2-5次，共5至7.5小時訪談。研究問題包括：對反移情的看法與定義？對反移情的體驗？對反移情的處理？在經歷反移情後的治療效果與自我效能評估？個人在處理反移情上的壓力與困境？研究結果發現：1. 反移情感覺包括喜歡、欣賞、痛苦、遺憾、害怕、失望、丟臉、責備及生氣；反移情行為包括順應個案需求、情緒過度涉入、形成非治療關係及忽略個案。2. 反移情影響包括：過早結束治療關係、阻礙治療的有效進行、阻礙問題判斷的客觀性、無法準時結束、緊張的治療關係、藉以瞭解個案的動力。3. 反移情的觸發包括：個案的行為模式與特質、個案的過去經驗、會談中特殊事件與議題、對治療進展的評估、對個案的知覺、個案的移情。4. 反移情的來源包括：治療者的性格因素、自戀自尊受損、價值觀、個人經驗、對治療效果的期待及特殊議題。5. 反移情處理包括：設定清楚的治療結構、不斷的自我覺察與瞭解、運用專業能力、自我接納、克制與暫時擱置、接受督導。

**關鍵詞：**反移情、心理治療、心理動力取向

Freud 最早在1910年提到反移情，狹義地將反移情定義為：治療者因受到個案的影響所經驗到的個人的衝突、焦慮、防衛等不適當反應（引自Robbins & Jolkovski, 1987）。後來，其他的心理分析師（Fromm-Reichmann, 1950; Heimann, 1950, 1960; Winnicott, 1949）比較廣義地定義反移情，認為是治療者對個案所有的感覺與態度，包含了現實（realistic）和非現實（unrealistic）的反應。他們相信這些治療者的反應可以提供關於個案的有用訊息，並且可用以使治療發揮最大效用。這個觀點被Kernberg（1965）稱為「統合觀」（totalist），認為對個案的情緒反應是治療過程中不可避免的一部份。

另外有些學者（Gelso & Carter, 1985; Langs, 1974）將反移情界定為治療者對個案的反應中，介於「基於現實的」（reality-based）層面及「非理性的」層面之間者；若治療者對個案的感受是「基於現實的」真實感受，將有助於治療；反之，若治療者對個案的反應是非客觀的、神經質的扭曲，治療者也許會將這些與個案互動中所激起的自我內在衝突行動化（act out），而不利於治療目標；但也有可能透過治療者的努力，而同樣成為治療助力（therapeutic endeavor）的一部份（引自Robbins &

\* 本論文係林淑君提國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所之碩士論文的部分內容，在陳秉華教授指導下完成。

Jolkovski, 1987)。

一般研究者都同意，當治療者無法覺察或處理自己的反移情感覺而將之行動化 (act out) 成爲反移情行爲，會導致較差的治療結果 (Gelso & Carter, 1985; Robbins & Jolkovski, 1987; Singer & Luborsky, 1977)。所以治療者的任務在處理自己的反移情感覺，如此方能避免表現出反移情行爲而對治療過程產生負面的影響 (Epstein & Feiner, 1979; Friedman & Gelso, 1997; Gelso & Carter, 1985; Latts & Gelso, 1995; Singer & Luborsky, 1977)。

Hayes (1995) 主張若要能夠使用反移情的優點必須考慮來源 (未解決的內在心理衝突)、觸發 (引起反移情反應的事件)、表現 (反移情的行爲、想法、感覺)、影響 (對治療過程和結果的影響)、反移情的處理 (幫助治療者調節、管束其反移情反應) 等重要的問題。因爲這些面向 (dimensions) 是相互依存的 (interdependent)，因此最好整體地研究和瞭解每一部份，而非將之視爲個別而分離的實體。

研究者在心理治療領域學習過程與實務經驗中，深刻體驗到心理治療者對個案的反移情會影響專業效能，於是非常有興趣瞭解有經驗的心理治療者如何走過自己的反移情經驗？如何利用自己的反移情來催化心理治療的進展？在成爲一位心理治療者的過程中，曾經歷過怎樣的歷程？基於在實務工作的體驗及探討過去研究文獻的結果，使研究者發展出以下的研究問題：

- 一、心理治療者對反移情的定義與看法爲何？
- 二、心理治療者的反移情經驗爲何？包括：
  - (一) 對個案的反移情反應 (情緒、認知、行爲) 爲何？
  - (二) 對個案的反移情反應如何影響心理治療？
  - (三) 被個案觸發反移情的材料爲何？
  - (四) 源於心理治療者本身的因素 (來源) 爲何？
- 三、心理治療者對反移情的處理方式爲何？包括：
  - (一) 覺察自己的反移情的方式及線索爲何？
  - (二) 如何看待與詮釋自己對個案的反移情？
  - (三) 如何處理反移情？
  - (四) 是否有藉助他人之力來處理反移情？
- 四、心理治療者在經歷過反移情後，對治療效果及自我效能評估爲何？
- 五、反移情處理經驗對心理治療者個人及其專業的影響爲何？
- 六、瞭解心理治療者在處理反移情的經驗中，曾面臨什麼困境？如何因應？

本研究認爲對反移情的界定可以採用較爲廣義的定義。雖然有人批評反移情的統合觀包含太廣，但因「反移情」爲一複雜而曖昧的概念，其中牽涉到潛意識的過程，在研究上有其必然存在的限制；而本研究乃一初探性研究，爲能充分瞭解國內心理動力取向心理治療者對反移情的看法與經驗，本研究乃決定採取較廣義的定義，期能由較少的限制得到較豐富的資料。

## 方 法

### 一、質性的現象學研究取向

本研究目的在於了解心理動力取向之治療者對自己反移情的體驗與處理經驗。質性研究 (qualitative research) 善於描述現象的特質及意義正符合本研究的特性。另一方面，現象學研究 (phenomenological inquiry) 適合探究研究對象之現象經驗，可整體的瞭解其經驗結構與本質 (Patton,

1990，見吳芝儀、李奉儒譯，民84），因此研究者以質性研究現象學取向作為本研究方法學的基礎，採用深度訪談收集資料，以Moustakas（1994）的現象學分析為資料分析的方法。

## 二、研究參與者

### （一）受訪者

本研究採立意取樣（purposeful sampling）的原則，尋找採取心理動力取向之心理治療者作為受訪者。共有四位受訪者，年齡在30-60歲之間，平均年齡44歲，心理治療年資在5-20年之間，平均年資為11年。三位男性、一位女性。其中包括二名精神科醫師、一名臨床心理師、一名大學教授。

### （二）研究者

研究者在碩士班期間，除修習許多心理治療之相關課程外，亦於醫院精神科及大學輔導中心實習。在實習期間的心理治療督導為偏向心理動力取向之美國諮商心理學博士，在實習機構內亦多以心理動力之觀點及語言進行專業討論；並且在碩二時修習「質的研究」課程，研讀與討論質的研究的相關課題與方法。

研究者對於反移情持有以下的看法：反移情是心理治療者不可避免的經驗，若心理治療者能有效的運用反移情，不僅可催化治療的進展，也能夠增進心理治療者個人之成長。反之，若無法有效的處理反移情，將會妨礙、傷害治療的進行與效果。心理治療者的反移情感覺可能來自於個人未解決的衝突，也可能來自於被個案的投射或移情所引發，或者是兩者的交織。

研究者在研究期間，隨時提醒自己保持開放的心，傾聽受訪者的經驗與看法，減少研究者對於反移情看法的影響。在本研究中研究者同時擔任訪談者及資料分析者。

### （三）協同分析者

協同分析者為一位國立台灣師大心輔研究所碩士，過去曾有進行質性研究的經驗，對於心理動力理論亦曾有所接觸。

## 三、工具：訪談大綱

訪談大綱之形成是研究者在閱讀相關文獻後形成初步的概念與問題，接著與一位符合研究條件的受訪者（受訪者A）進行初步的訪談，以瞭解初擬之訪談大綱的適切性並進行修改。接著與指導教授討論，並邀請兩位專家檢核訪談大綱之內容與語句，形成正式的訪談大綱，內容如下：

### （一）受訪者基本資料

包括姓名、性別、出生年次、學歷、訓練、督導與專長、過去從事心理治療的經歷（個案來源、類型、問題…）、從事心理治療的年資、目前服務之機構、目前個案之來源等。

### （二）訪談主要問題

#### 1. 對反移情的看法與定義：

你從事心理治療工作的理論取向？你對反移情的看法與定義？你認為反移情是有助於心理治療工作，或是會妨礙心理治療工作？在你的心理治療工作中是否會注意反移情，並利用它作為治療工具？

第2-4題請針對三位特定個案經驗談談：

#### 2. 反移情的體驗：

現在所談的這個個案會談次數、期間、當時你的心理治療年資、現在是否還在進行會談？當你對個案有反移情的感覺時，你對個案的反應如何？你的反移情會如何影響你的心理治療工作？在你覺察自己的反移情感覺之後，你對個案的反應（行為、想法、感覺）為何？你的反應與覺察之前有無不同？個案的什麼材料或什麼事件引發你的反移情？有沒有在不同的個案身上，引發你類似的感覺？這種情形有幾次？個案的類型是什麼？引發你什麼樣類似的感受？你的反移情的來源為何？與過去的什

麼經驗有關？

3. 對反移情的處理：

你如何覺察自己的反移情？你如何詮釋、看待自己的反移情？你會不會找人討論、尋求督導或個人的諮商（即藉助他人之力）來處理反移情？在覺察與詮釋個人的反移情後，你會如何處理或調適個人的反移情？

4. 在經歷反移情後的治療效果與自我效能評估：

在對反移情作了一些處理後，你的反移情反應有什麼變化？在經歷了反移情後，你對治療效果及自我效能的評估為何？對個人及專業工作的影響為何？如果未能有效處理反移情，為什麼？你如何因應？對你個人及心理治療工作的影響為何？

5. 個人壓力與困境：

在處理反移情經驗中，你曾經面臨什麼樣的困境、壓力或衝突？你認為這樣的困境、壓力或衝突是如何發生的？其來源為何？你如何處理這些困境、壓力或衝突？效果與影響是什麼？在多年的心理治療工作過程中，個人的困境、壓力與衝突有無改變？改變的過程如何？是什麼造成改變的發生？對反移情所採取的處理方式，有無變化？是什麼造成轉變的發生？

6. 這次的訪談你的感受如何？對你有什麼影響？

7. 你對新手治療者在反移情處理上的建議？

8. 還有沒有要補充說明的？

#### 四、程序

本研究為蒐集足夠之資料，每位受訪者受訪次數為2-5次，訪談5-7.5小時，平均3.25次，5.75小時，受訪期間為87年3月至87年10月。

#### 五、資料整理與分析

應用Moustakas（1994）的方法，先就訪談錄音內容做整理，將逐字稿內容畫記、斷句與進行現象摘述，再與協同分析者進行檢核，將現象摘述初步群聚歸類，發現要素，從要素歸納出主題命名，並進一步歸納出七大標題；請協同分析者再度檢核受訪者A資料的要素及主題命名，提供修改歸類架構的參考。依據前述分析步驟所萃取出之架構及內容，再參考原始訪談稿中的重要敘述句，採用以受訪者代號為稱謂的第三人稱敘述方式，敘寫出受訪者個人的反移情經驗描述文及相關因素。在描述文完成後，即送交受訪者，請受訪者檢核描述文與其真實經驗相符合的程度。再請協同分析者檢核四位受訪者之相關因素，最後依據前項萃取出之條列式相關因素結果，進一步比較、歸納四位受訪者的反移情經驗，統整出一份綜合發現。

#### 六、資料分析結果的信、效度檢核

在信度方面，研究者以下列公式求得受訪者A的四次訪談稿之協同分析者間一致性係數為.95。因協同分析結果之穩定性高，故B、C、D的訪談資料分析由研究者獨立完成。

協同分析者間一致性係數=

$$\frac{\text{評定一致的句數}}{\text{評定一致的句數} + \text{評定不一致的句數}}$$

在效度方面，訪談逐字稿及重要敘述句的現象摘述送請受訪者檢核，以確保研究者未誤解受訪者的意思。資料分析完成後，請受訪者檢核個人「反移情經驗描述文」，並評估分析結果與其真實經驗的符合程度，為.80-- .95之間，平均.875。

## 結 果

### 一、受訪者對反移情的定義與看法

#### (一) 心理治療理論取向及運用

四位受訪者都可歸於「心理動力取向」的治療者，強調心理治療的「關係」；但是因為訓練背景的不同，在描述自己的理論取向時也有一些不同。例如：A 認為需視狀況調整作法；B 以為理論架構與實務是循環辯證關係；C 認同潛意識的影響力，人性觀則是認同意義治療的精神，相信人追求客觀價值與意義的可能性；D 則強調個人成長與專業成長。

#### (二) 對反移情的定義

四位受訪者都一致認為，在與個案治療的過程中，因為治療者個人過去的經驗或未解決的衝突在治療關係中被引發，而在對個案反應時，無意中摻雜一些主觀的對過去重要他人的反應（狹義的定義）。而個案的移情或投射，所引發的治療者的所有反應、感受、想法、生理感覺、行為、衝動等，也算是反移情（廣義的定義）。

#### (三) 對反移情的看法

四位受訪者都認為反移情在某些情況下可以是治療上的助力。如：A 提到與個案檢核其人際關係；B 認為若能克制自己、包容個案，還願意治療下去；C 認為若能覺察並掌握自己的反應則對治療有所助益；D 提到若能覺察並善用則有所助益。雖然A 與B 並沒有直接提到「覺察」，但他們所認為的可以是助力的情況也都是在有「覺察」的情況之下。而相對的，若治療者無法覺察與控制、處理，就會阻礙治療。

雖然反移情的覺察是重要的，但是因為反移情是潛意識的活動，四位受訪者都提到，有些是自覺的，但是仍然有部份是個人所不自覺的或無法覺察的。B 就特別提到，這是我們在區分狹義、廣義反移情上的先天的限制，也因此，B 提出要警覺反移情的個人因素，不宜妄下論斷就是個案所引發；要對全能幻想加以提醒。而C 與D 則是強調不斷自我覺察、自我瞭解的重要。

### 二、受訪者的反移情

#### (一) 對個案的反移情反應

##### 1. 反移情感覺

受訪者曾出現過的反移情感覺極為豐富而複雜，正向感覺包括：喜歡、欣賞。四位受訪者都曾出現過欣賞、被吸引、感動的感覺，如：欣賞個案的能力、特質、精神生活的成就等等。

負向感覺包括：(1) 沈重痛苦，包含難過、不舒服、辛苦、沒有成就感、沈重、有壓力、難承受等。如：A 因為個案的特殊事件而陷入自己的痛苦中。B、C、D 都曾因為個案的特殊事件而感到情緒上很大的震撼和衝擊。(2) 同情遺憾。如：個案不信任治療關係、治療尚有可為卻因故結案，A 會感到遺憾。B 曾出現過對個案心疼、可惜的感覺，覺得個案被浪費掉了。C 遺憾於個案的不幸事件。D 同情個案的遭遇。(3) 緊張害怕。如：B 經驗過個案類似黑社會的生活背景、性誘惑。C 對年長又有社會地位的男性一開始時容易感緊張、害怕。(4) 無奈挫折。如：A 被個案誤解，感到無奈。B 對於個案無法達到其期待，感到挫折、無力，對性吸引則感無奈。D 對於個案的不告而別，覺得被拋棄、挫折。(5) 慚愧罪惡感。如：A 對於治療進展緩慢會出現慚愧、丟臉的感覺。對於個案的自殺事件，B 與C 都會感到有罪惡感、愧疚感。D 則曾出現過覺得很窩囊的感覺。(6) 責備。如：A 不喜歡對關係過度期待的個案。C 不喜歡個案對治療者有正向喜歡的移情。(7) 生氣。如：

A 被個案的批評所激怒、因特殊事件而對同事不滿。B 對個案表現不如預期或預後不佳會覺得生氣、不耐煩。(8) 其他，無法歸於前述類別者。如：A 感到被限制住、為難。B 覺得受到性誘惑、躁動、自我懷疑、衝突、抗拒對個案的診斷、誤以為個案是太太的錯覺等。B 與 D 都提到有助人的衝動。C 則敏覺於個人控制的需求。

四位受訪者對個案的反移情感覺可說是非常豐富，而整體上負向的感覺顯然多過於正向的感覺。即使是對同一位個案，負向感覺的出現率及強度也都勝過正向感覺。可以說，大部份的反移情感覺都是屬於令人不舒服的負向感覺。

### 2. 在反移情中對個案的想法

綜合整理受訪者反移情時的想法，歸納包括：(1) 對個案的假設。如：A 覺得個案困在現狀中。B 認為個案想要印證生命的假設、個案的誇張裝扮與性誘惑是一種阻抗、個案將治療者理想化、開始治療前個案已對治療者有愛情的幻想。B、C 與 D 提到的個案對治療者的移情，如：C 認為個案因強烈的移情而受限。D 提到個案不願碰過去的不舒服，用創作來昇華。(2) 對個案的期待。如：A 期待個案能掙脫困境。B 對個案期待低。C 期待個案能更有自信、希望個案得以自由。(3) 對個案的評價。如：A 覺得個案背後批評很不光明磊落。B 認為某個案彷彿昧於自己言行對他人的影響、能力卓越卻未能發揮、覺得個案內在與外在有強烈的對比。C 覺得某個案很優秀。(4) 對治療的企圖或想法。如：A 希望與個案分享類似經驗、不打算直接回應個案的批評、希望能提供個案不同的人際經驗。B 設定治療取向與治療目標、一板一眼的作治療。C 在適當時機提出對個案的假設。D 要協助個案找到自己的力量。(5) 對治療關係的期待或評估。如：A 會因雙重關係而致關係轉換困難。B 與 D 很想幫助某個案。C 不想治療某個案。D 想和某個案成為朋友關係。

### 3. 反移情行為

綜合整理受訪者的反移情行為，包括：(1) 順應個案需求。如：B 覺得個案有需要而和個案談話。D 被個案牽著走。(2) 形成非治療關係。如：在治療關係結束後 D 與個案成為朋友關係。(3) 情緒過度涉入。如：A 因為和個案太接近而陷入個案的情緒中，而過度認同個案。B 被個案的深刻體會與省思所吸引，而與之產生共鳴與認同，情緒過度投入而較躁動、話多。D 過度同理、撫慰。(4) 接案或繼續輔導。如：B 因對個案的虧欠感而接案。C 因怕個案太難過而繼續治療他。(5) 介入受限。如：A 覺得行動上受到限制。B 行動上更保守而謹慎、介入遲疑而謹慎。(6) 忽略個案。如：A 陷入自己思考的痛苦中而暫時忽略了個案。D 曾因想藉著個案來實驗自己的治療假設與未竟夢想，而忽略個案對自我的迷惑。(7) 挫折個案。如：B 曾因為挫折、生氣而在姿態上不穩定，有時消極被動，有時又面質個案。(8) 保持距離。如：面對個案的性誘惑，B 會自動的保持距離。(9) 少自我揭露。如：對個案的敬佩，C 不會對個案表達。(10) 放棄治療關係。如：在長期的壓力之下，A 最後決定放棄與個案的治療關係。(11) 與專業以外的人談。如：A 曾和朋友談個案的遭遇以紓解自己的情緒。

### (二) 反移情對治療的影響

綜合整理受訪者對個案的反移情對治療的影響，包括：(1) 結束治療關係。如：A 因長期壓力而決定放棄治療關係。D 在做心理治療的早期因被個案牽著走而致提早結束治療關係。(2) 緊張的治療關係。如：B 因對個案的害怕或需花能量抵擋性的感覺會導致治療關係緊張，並使治療受侷限。(3) 形成非治療關係。如：D 在治療結束後與某個案成為朋友關係，而之後也因已為朋友關係而不可能再回復到治療關係。(4) 阻礙治療的有效進行。如：A 覺得無法自然自發的同理個案，與個案一起陷在痛苦中，無法動彈。(5) 阻礙問題判斷的客觀性。如：C 因反移情而忽略個案身體毛病所發出的警訊。(6) 無法準時結束。如：B 在介入上謹慎小心，因此常導致無法準時結束。(7) 藉以了解個案的動力。如：B 覺得雖然反移情的經驗是有挑戰而辛苦的，但卻也可因此而體會個案在生活中



的人際互動情形，瞭解個案的動力。

### (三) 由個案所觸發的反移情材料

綜合整理個案觸發受訪者反移情的材料包括：(1) 個案的行為模式與特質。如：A 特別容易被個案的敏銳、複雜、細膩、具淒美感和豐富藝術性所吸引，及被個案的聰明與悲哀、憂鬱等情緒上的痛苦所限制住；但若個案對治療關係有過度期待則會引起A的討厭。B 會被個案的見解高深所吸引。C 會對年長又有社會地位的男性產生被威脅感，若個案對治療關係有負面評價也會讓C感到難過。看起來楚楚可憐的個案會讓D很想幫助他。個案的特殊身份，如作家，也會吸引D。(2) 個案的移情。如：個案對自己的生氣投射到A身上，而引發A的反移情。B 經歷了被個案理想化、被個案視為發生愛情的對象等經驗。C 曾經經驗個案對之有正向移情。D 曾因個案投射出希望別人救他的移情而產生反移情。(3) 個案的過去經驗。如：A 對被壓迫及缺乏被關懷的個案特別能同理或產生共鳴。B 曾因個案特殊的過去經驗與生活背景而產生反移情感受。(4) 特殊事件與議題。特殊事件如：B 與C 曾經經驗個案的自殺或不幸事件，引起治療者很大的情緒震撼、罪惡感與愧疚感。特殊議題如：「性」。B 曾經經驗過有關性的反移情經驗。D 在訪談中雖然沒有談到，但是在對研究資料的檢核與回饋中卻也提到，有關性吸引的經驗應該是有的，只是在訪談中不知為何出不來。或許如D所說的，這可能是個潛意識作用，畢竟性雖然普遍而重要，但卻也是個極隱私又難以啓齒的話題。(5) 對治療進展的評估。如：A 與B 都曾因覺得治療進展緩慢或不如期待而有負面的感受。(6) 對個案的知覺。如：A 知覺到個案的難纏、不容易治療。B 知覺到個案的「性誘惑」或「被個案理想化」。B 與C 知覺個案的問題類型或覺得個案難以治療。D 知覺個案的遭遇很可憐。

### (四) 源於受訪者個人的因素

綜合整理源於受訪者個人因素的反移情，包括：(1) 治療者的性格因素。如：A 的性格較易接收到個案的悲哀與憂鬱，且被其所展現的藝術性與可塑性所吸引。B 容易對人有心疼的感覺，也會被見解高深的人吸引。C 警覺於出於個人控制的需要而引起的反移情。D 則是出於個人的好奇與需求而想要與作家個案建立朋友關係。(2) 治療者的自戀、自尊受損。A 與B 都提到治療者的自戀、自尊受損也是反移情的來源；尤其是B 所經驗到的自戀、自尊的受傷往往會引起最大的憤怒。(3) 治療者的價值觀。如：A 很重視個案的基本尊嚴和權益，因此當權威者的利益凌駕個案之上時，會引發A 極大的不滿。(4) 治療者的個人經驗。如：A 個人生活事件與個案相似時，容易因此而認同個案的情緒。B 警覺到原生家庭中排行及與親密重要他人的關係與經驗的影響。C 警覺於個人可能因過去重要的人際關係的經驗而影響到對個案的看法與印象。D 因為過去對寫作的夢想未完成而受作家個案吸引，並也警覺過去原生家庭經驗的影響。(5) 治療者的工作角色與工作經驗。如：A 自覺對權威者的不滿可能跟自己的工作角色有關。B 與D 都曾在心理治療工作的早期，因為工作經驗少而較易產生反移情，如B 還在實習時搞不太清楚份際，D 則因缺乏經驗而被個案牽著走。(6) 治療者對治療效果的期待。如：A 與B 都期待治療能夠更有效，當結果不如預期時，就會感到無力、生氣、挫折。(7) 特定的主題內容。如：B 個人面對性誘惑的態度與方式、助人/救人的衝動。C 個人的競爭議題。D 個人未完成的夢、未解決的困難。(8) 不慣用的治療架構。如：非指導的治療架構讓A 覺得失去預測與控制力。(9) 其他。如：A 認為對權威者壓迫弱勢者的憤怒應是人之常情。B 警覺於個人因為未接受過精神分析，所以可能有未知的來源；D 對於性侵害個案的治療興趣有部份則是受到社會趨向的影響。

## 三、受訪者對自己反移情的處理方式

### (一) 覺察自己的反移情的方式及線索

四位受訪者覺察反移情的方式與線索包括：(1) 自己的反應強度勝過他人或不尋常的言行。

如：A 對於某個案事件的憤怒強度勝過他人。B 差點誤叫某個案成太太的名字為一警訊，並開始思考其中所代表的意義。(2) 會談當下的體驗。如：A 會在會談中自我檢視。D 會以會談中的體驗及重複出現的移情或感受、行為態度等為線索，覺察自己的反移情。(3) 事後的回顧、覺察與了解。如：A 藉由寫會談記錄及平日的自我記錄以自我對話、覺察自己。B 因為沒有督導，只能靠自己的回顧來察覺與了解。C 則會不斷自我省察，並藉由會談記錄來覺察。(4) 反思接案的原因。如：B 反思接案的原因，才發現有一部分是因為對個案有虧欠感，想要補償。D 也會藉此覺察其中的個人因素，如個人需求、好奇。(5) 抗拒其他同僚對個案的診斷。如：B 事後回想自己抗拒同意其他同僚對某個案的診斷，不想將之標定為戲劇型人格違常，可能是抗拒自己感覺的方式。(6) 接受輔導。如：C 在心理學碩士班時接受輔導的經驗對處理反移情幫助很大，藉此探索自我，對個人的主題有一較深的瞭解(7) 被督導。如：A 與 C 都有較正式被督導的經驗，藉由督導幫助心理治療者看到自己較難看到的反移情。(8) 個案回饋。如：C 認為個案的反應與回饋也是覺察自己反移情的線索。(9) 重複出現的主題。如：D 認為主題一再重複出現表示是重要的，就需要檢核是否有反移情在其中。

### (二) 對自己反移情的看法與詮釋

反移情是個人極為獨特的經驗，每位受訪者對於個人的反移情的看待都不相同。唯有強調自我覺察是 B、C、D 三位受訪者共同的想法，如 B 認為對個案的反移情感覺，要小心檢視自己的部分。C 認為要小心警覺個人因素。D 認為要覺察被個案影響的部分，以及可能源於治療者過去生命經驗的影響的部分。

每位受訪者對反移情的詮釋都有其個人獨特之處，如：A 不想將對個案的印象深刻標定為反移情而限制住自己的感覺。有些反移情是被個案的移情所引發。對個案的過度包容是自虐的。自己在處理反移情上仍有限制，需花能量來維持界線等。

B 認為因治療前的舊識而增加治療的複雜性與許多的問題。對個案的生氣是因為自戀的受傷。因為堅持所謂的心理治療的原則而感到挫折。與病人的心理距離太過接近、關係太密切。意義感可平衡不舒服的感受。「性」議題必然存在卻又難以處理。抗拒診斷是一種抵擋自己感覺的方式。對個案的敬佩是個陷阱。治療者要能克制自己。認同並與個案共鳴是一種阻抗等。

C 認為對特定內容主題的處理有助於自我瞭解。自己的目的是要幫助個案完成使命。對個案的敬佩是真實的感受。對於個案的不幸事件的重新看待。不宜與個案建立社交關係等。

D 則認為現在和以前在處理反移情上有很大的差別。利用反移情感受為治療的助力。能區分源於個人因素或來自於個案投射的反移情、從挫敗中成長等。

### (三) 處理反移情的方式

綜合整理受訪者處理反移情的方式包括：(1) 設定、堅持清楚的治療結構。這是四位受訪者共同有過的處理方式，顯見治療結構在心理治療關係中的重要性。(2) 不斷的自我覺察與瞭解。B、C、D 都強調自我覺察與自我瞭解在處理反移情上是重要的。(3) 自我接納。如：A 與 B 都認為要接納自己的限制，當能接納自己的限制，反而更不容易再栽在自己的弱點上。C 則強調誠實與接納自己的感受的重要。(4) 運用專業能力。如：A 會與個案檢核其人際模式、對治療的感受與治療關係，或藉由認知上的調適或讀書以瞭解個案的心理動力，或在覺察到自己可能太呼應個案的感受時，引導個案尋求正向的力量。B 運用專業敏感度與技術修復治療關係中的裂痕。C 運用專業能力瞭解個案，而越能真實瞭解個案，反移情發生的機率較越少。D 則以堅定的態度促使個案面對重複的行為模式。(5) 運用治療理念與理論澄清問題。如：B 提到理論架構幫助自己理解反移情的意義及治療上的意義，得以減弱情緒，並得以從另一角度檢視自己。C 認為信仰與理念幫助自己克服自私的欲望。D 認為治療理念有助於處理個案的移情。(6) 專業倫理的提醒。如：A 會提醒自己自己的責任與義務。C 基於專業倫理而能很快的讓負面情緒散掉，並遵守不在治療關係中滿足自己需求的原則。(7)



克制與暫擱置。如：A 認為當沒把握提出對個案的負面感受對個案有助益時，就不會提出來，而暫擱置。B 認知到自己在覺察上的限制，因此會先克制住反移情感覺，將許多疑問暫擱置，待慢慢醞釀，得到領悟。(8) 運用自我強度。如：B 會運用自我強度，藉由事後的回想、修正，或自我防衛、解釋，讓自己可以繼續作下去。(9) 藉由宗教的理解舒緩情緒。如：對於個案的不幸事件，B 與 C 都會藉由宗教的理解以得到慰藉，從中得到支持。(10) 理智化。如：A 藉由提醒自己將個人抽離、去個人化或調整與個案的心理距離，以跳脫對個案的情緒。(11) 結束治療或將個案轉介。如：當無法克服對個案的情緒時，A 認為結束治療或將個案轉介是可行的，對個案未必不好。

#### (四) 藉助他人之力處理

反移情既然是潛意識的活動，就表示不可能完全覺察或處理自己的反移情。藉助他人之力也是一個頗為重要的處理方式，包括：和同事討論、正式督導、個案討論會、接受輔導。

#### 四、在處理過反移情後，受訪者對治療效果及自我效能評估

在成功的處理反移情感覺後，受訪者會覺得治療效能與自我效能頗高，如：A 與 B 肯定治療關係的意義，欣賞自己，覺得自己是個更為成熟的治療者，有成就感，感到驕傲，有信心。B 覺得個案有長足的進步與改變。D 覺得治療成功。而負面的評估也出現過，如：A 對於自己力有未逮之處會有像跛腳的人、愧疚、自責、矛盾衝突等感受。B 則有不足之感。對於個案的不幸事件，C 會遺憾未能預防不幸的發生，並反省自己是否有不夠專業的地方。

#### 五、反移情處理經驗對受訪者個人及專業的影響

綜合歸納受訪者在處理過反移情後，對其個人及專業的影響包括：對心理治療所持的態度與想法的轉變、因反移情的處理經驗而有的學習與省察、對個人其他方面也會有影響。

#### 六、在處理反移情的經驗中，心理治療者曾面臨的困境與因應

受訪者在其心理治療經驗中多少都曾面臨過一些困境，也各有其因應之道，包括：(1) 沒有督導的幫助，因應之道為向外尋求資源、靠自己慢慢的覺察與瞭解。(2) 新手時的困境，因應方式則是自省與經驗的增長。(3) 個人的衝突則是靠想法上的調適、回顧與整理自己以及在治療架構中控制自己。(4) 面臨倫理上的困難，則以尊重個案為原則。

## 討 論

### 一、研究問題的討論

#### (一) 對反移情的定義與看法

在對反移情的定義上，本研究發現與文獻上的看法是一致的 (Abend, 1989, 引自 Friedman & Gelso, 1997; Slakter, 1987)：只有非常少數的治療者對反移情採用佛洛伊德的狹隘定義。這樣對定義的轉變可能與理論和技術的改變有關：相對於古典精神分析強調分析師的空白與匿名角色，現在大多數治療者是採取更參與的、互動的風格，治療者的角色在「主動的」鼓勵個案成長。

除了理論與技術的改變造成反移情定義的轉變外，本研究另外發現，這也與訓練有關。古典精神分析的訓練非常嚴謹而正式，而目前在台灣少有這樣的環境可以提供；即使心理治療者的訓練是在國外完成，然而要接受正規的古典精神分析訓練 (包含被精神分析的經驗) 投資相當大，因此在現實的考量下少有人可以接受這樣的訓練。

狹義的反移情定義，彷彿將治療者的反移情現象當成是不恰當的，甚至帶有指責的味道。這會阻礙心理治療者願意開放面對或承認自己的反移情。廣義的定義，則彷彿將反移情「消毒」一般，將之視為必然發生卻又重要的現象，讓心理治療者較能夠正視這個現象。如果反移情是一個不可避免的現象 (Gelso & Carter, 1994; Watkins, 1985)，對於定義的轉變是有助於對這現象的瞭解與重視。

反移情對治療是助力或是阻力？本研究結果也與文獻上的看法相呼應。反移情感覺在瞭解個案上有潛在的用處；反移情行為卻通常是治療中的阻礙。許多學者 (Winnicott, 1949; Heimann, 1960) 提出：反移情可視為是治療過程中一項有用的工具，同時也強調反移情有助於進一步瞭解個案。本研究亦發現，若治療者可以覺察自己對個案的反應，並辨認出個案的移情性質及其心理動力，則反移情感覺可以成為治療上有用的工具。但若治療者無法覺察或克服自己的反移情感覺，而將之行動化，則會干擾治療的有效進行。

## (二) 反移情經驗

### 1. 反移情反應

由本研究的研究結果可以發現，相對於反移情感覺的豐富，本研究四位受訪者所呈現的反移情行為顯得少了許多，甚至對某些個案雖有反移情感覺，但是並未出現反移情行為。或許這是因為本研究之受訪者在心理治療的領域中都有許多年的經驗，已經較能處理反移情感覺，而不至於行動化為反移情行為。這與張學善 (民87) 的研究有相似之處：張學善的研究同樣有兩位受訪者雖然有反移情感覺，但並沒有出現反移情行為。

此外，張學善 (民87) 的研究發現，無論正、負向的反移情情緒，都可能出現在趨近性或迴避性行為中。本研究的結果也呈現這樣的趨勢。但是值得注意的是，對於某一個案的反移情感覺卻可能是正、負向感覺兼具的，如：A 雖喜歡、欣賞某個案，但是卻同時也為個案的痛苦而感到痛苦，並且有生氣、無望、慚愧等複雜的情緒。因此，也難單以正、負向的反移情感覺，來評定會出現的正、負向反移情行為。或許可以說，反移情感覺是複雜而多變的，而反移情行為則是因人、因情況而異的。而這樣的複雜與多變或許正可以說明反移情是個潛意識活動的本質，總是有無法自覺、無法釐清的部份。

較特別的是本研究中，受訪者B與D都提到過他們心理治療生涯中較早期的個案經驗。因為當時是新手，似乎有較易出現反移情行為的趨勢，例如：B 提到在實習時因為搞不太清楚份際，覺得某個案的妹妹有需要而和她說了不少話。而D則是在心理治療領域的早期出現過度同情個案、被個案牽著走的反移情行為。另外，受訪者A與B都提到行動上更保守而謹慎、介入遲疑而謹慎，或許這是要克制自己不要將反移情感覺行動化的一個反動力量。

### 2. 反移情對治療的影響

本研究中受訪者B提到無法準時結束的影響，或許與受訪者為心理動力取向有關，特別注重治療的結構 (包括時間、地點、契約...)，因此對於每次會談的時間會特別留意，將之視為反移情的徵兆與指標。

在研究結果中，反移情對治療的影響大部份是負面的，但是也有正面的影響，例如：可藉以瞭解個案的人際互動模式。這與文獻 (Epstein, 1977; Peabody & Gelso, 1982) 所談到的一致：反移情感覺未必會對治療造成負面的影響，反而是瞭解個案的有利工具。

此外，比較特別的是受訪者B提到對某個案期待低，雖然B認為這樣的低期待可能是有問題的，但是心理治療的結果卻是正向的。而B對另一個案也有強烈的反移情感覺，但是心理治療的結果卻也是正向的。這與Rosenberger & Hayes (1997) 與Hayes, Riker & Ingram (1997) 的研究發現有所呼應：反移情是治療者的內在歷程，而個案也許不會覺察，尤其是如果治療者可以處理得很好，而反移情行為則不會顯現，也就不會對心理治療有負面影響，同時，個案也會有所進步。

### 3. 由個案所觸發的反移情材料

個案的行為模式與特質是觸發四位受訪者反移情的共同材料。但是每位受訪者又會被不同個案的特質及行為觸發不同的反移情感覺；也就是說，雖然反移情的產生大部份是被個案的特質與行為所觸發，但是心理治療者個人的原因也不可輕忽。因此，在被個案的材料觸發反移情感覺的同時，也有部份個人的因素需要合併考慮。這正與Hayes等人（1997）的提醒相呼應，當反移情被刺激時，是透過治療者看世界的鏡片。因此治療者至少要偶而的檢查自己的鏡片，以提高自己對可能引發反移情事件的覺察。

### 4. 源於受訪者個人的因素

對於反移情的觸發與來源的實徵研究，除了Hayes等人（1997）及張學善（民87）外，少有學者進行探討。本研究發現與Hayes等人的研究發現（家庭主題、人格特質、特定內容主題）頗為一致；而與張學善（民87）的研究發現相較，也頗相符，如：諮商員的人格特質、諮商員的價值觀及需求、諮商員對自我能力的評估等。

### （三）反移情的處理方式

許多學者都同意：治療者的內在反應必須被注意、瞭解、以及處理（Van Wagoner, Gelso, Hayes & Diemer, 1991）。因此，治療者有一個責任：必須覺察這些反應，檢視它們。

在治療的過程中，有許多的徵兆可以幫助治療者去檢視自己是否陷入反移情。本研究發現「自己的反應強度勝過他人或不尋常的言行」，與Corey & Corey（1993）所提出的「很容易對某些個案生氣、對某些尚未知悉的個案有強烈的憤怒情緒、對某些個案連續的超時治療」是互相呼應的。

「重複出現的主題」在本研究中也覺察反移情的線索之一，如果我們相信移情與反移情是潛意識的過程，那麼就會重複出現類似的行為模式。另一方面，也如Rosenberger & Hayes（1997）所建議：雖然當衝突的主題被引發時，治療者也許可以暫時的處理它們，但是當同樣的材料一再出現時，治療者的反移情反應可能就會顯現出來了。我們必須警覺於反移情觸發或衝突主題的累積效果，因為這可能讓治療者的處理能力超載。

在反移情的處理方式上，本研究結果與張學善（民87）的研究結果有多項類似，如：檢視當事人的狀況、提醒自己的角色、情緒壓抑、省思反移情的原因。但與張學善（民87）的研究結果不同的發現是：「設定、堅持清楚的治療結構」是本研究四位受訪者共同的處理方式。究其原因，可能與本研究的研究對象都是有心理動力訓練背景者有關。治療結構是心理動力取向治療者非常重視的部份，「最明顯的（反移情跡象）就是治療者已明顯的偏離原來的治療契約」（蔡榮裕，民83）。治療結構像一把尺，可以檢測治療關係。

Reich（1951）認為，在辨識出反移情感覺後，接著在理論架構中詮釋，可以使治療者得以從病人的牽扯中脫身，站到局外的立場，方能客觀的評估在其中的感覺（引自Robbins & Jolkovski, 1987）。Van Wagoner等人（1991）發現，將理論架構應用到個案概念化的能力是無價的，也是反移情感覺有用的調節者。治療者愈能使用詮釋的技巧，就愈不會過度的陷入病人的主題中（Hayes, Gelso, Van Wagoner & Diemer, 1991）。本研究也發現應用專業能力及治療理論與理念在處理反移情上頗重要，當治療者可以有較純熟的專業能力與技術，以及理論架構，則較可預期治療的成功。

從理論及實徵文獻中，都認為優秀的治療者與一般的治療者的差異，在於對反移情感覺的處理上的五個特質的差異：自我頓悟，自我統合，同理的能力，焦慮管理，概念化的能力（Hayes et al., 1997; Van Wagoner et al., 1991）。這五個特質理論上有助於減少反移情反應對工作的傷害，甚至可以藉此在治療上產生生產性的效果。Hayes等人（1991）曾研究上述五個因素的重要性，他們的研究結果發現自我統合及自我頓悟扮演了特別重要的角色。本研究也發現，不斷的自我覺察是受訪者最為強調的重點；在處理反移情後對治療者個人的影響之一是更瞭解自己、自我更整合，而這個處理反移情

的結果正好是有效處理反移情的重要因素。這顯示處理反移情是個正向循環的過程，越能妥善的面對與處理自己的反移情，越能瞭解自己，並在這過程中自我整合；而越能瞭解自己及自我整合，又越能有效處理反移情。

許多文獻 (Cahoon, 1968; Fish, 1970; Greenson, 1960) 認為，能夠高度同理的治療者，也能夠敏感於自己情緒生活的細微差異及內在感覺。這樣的敏感，能讓治療者有效的處理對個案的衝突或非理性的反應，而不會將之行動化對抗個案。而且，有同理心能力的治療者，也較能接納自己的內在歷程。當面對被個案的材料所引發的衝突或非理性反應時，同理的治療者有較佳的能力可以瞭解並調整改變這些內在反應，並較不會將這些內在反應表現在外顯行為上 (Peabody & Gelso, 1982)。本研究的發現，也支持上述文獻上對同理心能力的看法，治療者的專業能力及自我覺察與接納，在處理反移情上扮演著重要的角色。

在文獻上有效處理反移情的五個特質中還包含焦慮管理，在本研究也出現類似的結果。「克制」是受訪者曾用過的處理方式，因為認知到自己在覺察上的限制，因此會先克制住反移情感覺，將許多疑問暫擱置，待慢慢醞釀，得到領悟。而克制自己正需要治療者處理自己焦慮的能力，不僅包容個案，更要包容自己。

本研究結果發現，有效的處理破壞性的反移情行為的方法除了上述的自我頓悟、自我統合、同理的能力、焦慮管理、概念化的能力外，還包括：自我分析、個人諮商、督導、轉介等。Watkins (1985) 也曾提出相同的結果。

#### (四) 在處理反移情後對治療效果及自我效能的評估

本研究結果發現，處理反移情是個充滿艱辛及負面情緒的過程；然而，當能夠有效的處理，受訪者對自己的治療效果及自我效能往往是正向的。而負向的效能評估則會出現在難以成功處理的個案或不幸事件上。

如Moursund (1993) 所說的，自殺個案傾向於推他們的治療者於危機中，引發治療者必須負責、生氣、挫折和無助的感覺。「危機中的個案需要從治療者身上得到許多-時間、精力、資源與聰明-而他們也通常不會回報。他們回復的功能在我們看來常是很小或令人不滿意的；或者他們可能就這樣消失了，留給我們的是懷疑我們的努力是否有任何意義。」(原文出自Moursund, 1993, p.133；林淑君譯述, 1998)。本研究受訪者對於個案自殺或不幸事件所經歷的心情，正與Moursund的見解相符合。

#### (五) 反移情處理經驗對治療者個人及專業的影響

從本研究結果中顯示，反移情的處理經驗對心理治療者而言，普遍會有更加瞭解自己、更為整合或更為成熟與穩定的影響。而張學善 (民87) 的研究結果中也出現「增加諮商員的自我認識」的影響。本研究發現，自我統合及自我頓悟在處理反移情上扮演了特別重要的角色；心理治療者也在處理反移情的過程中增加對自己的認識與瞭解。這樣的研究結果與Hayes等人 (1991) 相同。

#### (六) 在處理反移情的經驗中，心理治療者曾面臨的困境與因應

本研究結果發現，新手治療者似有較易出現反移情行為的傾向，這與專業技術與能力較為缺乏有關。而隨著治療者的努力及年齡、經驗的增長，而有愈發成熟與穩定的趨勢。在本研究中有兩位精神科醫師訓練背景的受訪者，他們都共同感受到訓練環境中沒有正式督導的困境。但他們仍有心於心理治療工作，並在有限的環境下努力嘗試。

## 二、研究結果的含意

綜合本研究結果，可以引伸出對於治療者的反移情的幾個重要議題，值得在未來更加深入的探討。

### (一) 治療者面對及與別人分享自己反移情的不易

在與受訪者訪談中，研究者看到的不僅是受訪者所說出的內容，並且真實的在訪談中經驗到受訪者是如何談論、看待自己極為個人的經驗，研究者感受到談論反移情的不容易。

在與受訪者D訪談結束後的閒聊中，D談到：對於反移情經驗的分享，究竟是古人所說的「仰不愧於天，俯不忤於人」，沒什麼好隱瞞或擔心的？或是如西方所強調的隱私權？或許這正也反映出要向別人談論個人內在歷程與個人隱私的不易。而受訪者B在與研究者訪談結束時的分享也反映了這個現象：因這次的訪談而更加體會到要信任另一人，與之分享個人極私密的事的不容易，也因為這個訪談經驗，讓B覺得更能體會個案在心理治療中坦露自己的勇氣-即使對方一再保證保密，個案仍要有很大的信心與勇氣。除了顧及隱私權外，也許在談論自己對個案的反移情感受時，也彷彿是在暴露自己的脆弱之處或缺點，而使得談論這個話題更為困難與窘迫。另外，在受訪者對描述文的效度檢核回饋中，也可以發現，A、B、D都提到經驗的內涵總是大於可以說得出來的，這又再次地反映了要說出來的不容易。

### (二) 不斷保持自我覺察與自我接納的重要

雖然現在對反移情的定義放寬了，將心理治療者對個案的一切反應都包含在其中；然而，對每一位心理治療者而言，要去區分這反應是「個案的移情所致」或是「個人的未決衝突」是很難的。如同受訪者B所言的：「我們在區分廣義反移情與狹義反移情上有先天的限制」，而本研究受訪者也強調，不斷覺察與反省自己是心理治療者的必要功課。在訪談中，B也隨著訪談的進行而對自己有新的體會與領悟，彷彿就在與研究者的互動與對話中，展現了「不斷自我覺察」的精神。

受訪者B、D提到每個想當心理治療者的人，可能都有個人的需求或動機，這與Corey, Corey & Callanan (1993)的看法頗為一致。如同將反移情視為必然發生的現象一般，心理治療者若也能將想當心理治療者的個人需求或動機視為正常、必然，也許較能誠實的面對自己的內在需求與動機，反而有助於個人的自我瞭解與整合。

受訪者A、B談到，治療者自戀或自尊的受傷往往會引起治療者最大的憤怒。這所顯示的意義，或許並不是受訪者個人的特質，而是一種會發生在每個人身上的現象（人之常情），當自尊被貶損，或自戀被挫折，很可以理解的，會引起個人很不舒服的情緒感受。以開放的態度接納自己的限制，承認自己的自尊或自戀受傷，但並不放縱自己（先克制自己，不順著自己的感覺行動），才是上策。

### (三) 專業成長的方法

受訪者幾乎一致認為自我省察與自我瞭解是面對反移情最重要的工作，也因此而建議新手心理治療者要瞭解自己的內在需求並持續的自我省察、接受輔導、保持開放的態度、保持適當的心理距離與界限。並且可藉由讀書瞭解反移情，瞭解人類心理的內在機轉。

### (四) 在心理治療關係中的移情、反移情與性別議題的關連

本研究發現治療者被個案吸引是普遍發生的，感受的強度及如何運用這些感受才是處理反移情的重點。個案的正向移情在心理治療關係中也是經常發生的，這些正向移情大部分與性別有關，或將心理治療者投射為理想的父母親。

本研究的三位男性受訪者都提到性別對於移情與反移情會有的影響。在男性治療師與男性個案之間的關係上，如：C對年長又有社會地位的男性在一開始的接觸會感受到被威脅；D在訪談中雖然沒有談到男性個案的經驗，但是在描述文的回饋中提到：「一般而言，男性間的關係可能更困難面對，雖有覺察，但比較困難去釐清（與社會大環境男權意識的主宰性強有關？）。」

在男性治療者與女性個案間的移情與反移情方面，如：受訪者B與D提到面對楚楚可憐的女性個案容易有心疼、同情的反移情產生，在治療關係中也較容易有性誘惑、性吸引的現象。

### (五) 心理治療者的藝術型 (artistic type) 性格



在本研究中受訪者A、B、D提到，會被有作家特質的人所吸引。在Holland的生涯類型論裡，心理治療者的人格特質與職業性格有一碼為藝術型。也就是說，從事心理治療工作的人，其人格特質以及職業興趣應該會有藝術傾向。本研究發現與生涯類型論觀點相同。

#### (六) 處理反移情展現治療者個人生命經驗與風格

反移情牽涉到潛意識的過程，也是治療者對不同個案的類似主題表現出的相同情緒，因此反移情應是個人極為獨特的生命經驗與風格的呈現。

A談到兩位個案的敏銳、複雜、細膩、具凄美感和豐富藝術性，使A讚嘆而被吸引，並感到被限制住；而A慣用認知調適、理智化的方式處理反移情。B則是基於原生家庭的經驗而習慣扮演「拯救者」的角色，並有幾次將個案錯喚為太太的經驗；對於反移情的處理，B強調的是克制、包容、自我省察。C的「競爭議題」來自於成長經驗，對於人的尊嚴價值的重視也是來自於過去經驗；在處理反移情上，則不斷強調治療者接受輔導的好處及不斷自我省察的必要。D因成長經驗而對女性有著特殊的期待，期待女性是有能力的、堅強的，這也影響了D在處理女性個案時，強調「幫助個案找到她自己的力量」的態度；也因為過去未完成的夢，作家身份的人特別吸引D，並想與之建立朋友關係。

對於結案後是否可以與個案建立社交關係，受訪者C與D也因為個人經驗的影響，而有頗為歧異的看法。C從經驗中學到，若與個案建立社交關係，一方面個案的移情不容易結束，另一方面治療者的反移情也較不易克制，容易傷了個案。D則是基於治療者的親和需求及參加外國工作坊的經驗，而覺得建立社交關係未必不可。

由受訪者這些極為獨特的生命經驗與在反移情議題上的特殊風格中，可以得到一個清晰的印象：反移情是個人極為獨特的經驗！

#### (七) 處理反移情是一段心路歷程的轉變，也是成長的過程

從研究結果發現，在書上看許多的理論，不如實際的個案經驗學習來得多。而受訪者體會到：治療者像是在嘗試錯誤、慢慢修正中成長，雖然在反移情中會經歷許多負面的感覺，然而卻因此而經歷豐富的心理歷程並從中學習。越能好好的面對與處理自己的反移情，越能瞭解自己、並自我整合；而越能瞭解自己及自我整合，又越能有效的處理反移情。如：B了解並接納自己，且更為整合、更加體會到自己的有限。C對潛意識更加瞭解。D因經驗的累積而愈發穩定與成熟、更瞭解自己、並思考個人過去生命經驗的影響。處理反移情是個正向循環的過程，是一段心路歷程的轉變，也是治療者自我成長的過程。

### 三、研究限制

#### (一) 反移情研究的困難

如同受訪者在最後的效度檢核時的回饋，反移情真是一個複雜的概念與經驗，難以精確、細膩地描述出全部的經驗。另一方面，反移情常是牽涉到潛意識的過程(Cerney, 1985)，所以在研究上會有許多效度上的限制(Bandura, Lipsher, & Miller, 1960; Cutler, 1958; Hayes & Gelso, 1991, 1993; Hayes, Riker & Ingram, 1997; Robbins & Jolkovski, 1987; Yulis & Kiesler, 1968)。本研究所蒐集的資料只是受訪者能夠且願意揭露的部份。即使受訪者有高度的自我覺察，並信任研究者，但是於解釋潛意識或痛苦的現象時，可能不可避免仍會受到限制。

此外，也受限於語言表達的限制，本研究所呈現之結果就如同受訪者對資料分析的檢核與回饋中所說的：經驗的豐富與複雜性遠遠多過於語言與文字所能表達的。某些敏感或難堪的議題，例如：對個案的性的感覺，特別不容易表達。這些限制使得本研究所能呈現出的有關治療者的反移情的結果與瞭解，仍有不足之處。

#### (二) 研究受訪者人數與背景有限

在研究者邀請符合本研究對象資格的心理治療者的過程中，曾多次被拒絕，研究者實際邀請了八位心理治療者，但最後只有四位同意接受訪談。許多研究者邀請過的輔導、諮商背景的心理治療者，對反移情現象較不重視，在心理治療工作中也少運用。目前在台灣使用精神分析或心理動力取向的治療者較集中為精神科醫師或是在醫療體系工作的心理人員，所談論的反移情經驗也多集中在精神科的病人。受訪者的人數不多，不能反映出反移情經驗的全部，也是本研究的另一個限制。

## 結 論

### 一、本研究特色

與Hayes等人(1997)及張學善(民87)的研究相較，本研究的特色如下：在於研究對象設定為心理動力取向的治療者。雖然反移情現象會發生在任何學派的心理治療者身上(不管他們是否承認或使用這個名詞)，然而心理動力取向的治療者較為重視與瞭解此一概念與現象。而本研究之目的在深入探討與瞭解反移情，因此，在研究對象的選取上便設定為心理動力取向治療者。

本研究的另一個特色是較整體性地探討反移情經驗。本研究對反移情相關概念作一較完整的瞭解與探討，包括受訪的治療者對反移情的看法與定義、反移情經驗、反移情的處理方式、在經歷反移情後的治療效果與自我效能評估、個人在處理反移情上的壓力與困境等，企圖較深入地瞭解心理治療者對反移情較完整與詳細的經驗，而不是只挑其中部份相關因素作為探討。

### 二、本研究的重要發現

對於心理治療的理論取向與運用，整體而言，四位受訪者雖然都可以歸於所謂心理動力取向的治療者，並且強調心理治療的「關係」；但是因為心理治療的訓練背景及個人經驗的不同，在描述自己的理論取向及對於治療理論的運用上有一些不同。

對於反移情的定義，四位受訪者都一致認為有部份是來自於治療者個人過去的經驗或未解決的衝突(狹義的定義)。而個案的移情或投射，所引發的治療者的感受也算是反移情(廣義的定義)。

四位受訪者都認為反移情是個重要而又必然發生的課題，若是治療者可以覺察並加以處理，反移情可以是治療上的助力；但相對的，若治療者無法覺察與控制、處理，就會阻礙治療。誠實面對並接納自己的一切感覺才可能讓自己保有開放的心胸，不斷自省與覺察自己。

對個案的反移情反應上，本研究發現受訪者曾出現過正向感覺，包括喜歡、欣賞。負向感覺包含：沈重痛苦、同情遺憾、緊張害怕、無奈挫折、慚愧罪惡感、責備、生氣等。當受訪者對個案有反移情時，對個案的想法包括：對個案的動力或狀態有所假設或描述、對治療產生某些企圖或想法、對治療關係有所期待或評估、對個案有所期待或評價、認為自己對個案有義務。受訪者曾出現過的反移情行為有：順應個案需求、情緒過度涉入、接案或繼續輔導、形成非治療關係、挫折個案、保持距離、少自我揭露、放棄治療關係、與專業以外的人談、忽略個案、介入受限。

受訪者對個案的反移情對治療的影響有：結束治療關係、阻礙治療的有效進行、阻礙問題判斷的客觀性、無法準時結束、緊張的治療關係、形成非治療關係、藉以瞭解個案的動力。

由個案所觸發的反移情材料包括：個案的人際模式與特質、個案的過去經驗、特殊事件、特殊議題(如「性」、對治療進展的評估、對個案的知覺、個案的移情。源於受訪者個人的因素則有：治療者的個人性格因素、治療者的自戀與自尊的受傷、治療者的價值觀、治療者的個人經驗、治療者的工作角色或工作經驗、治療者對治療效果的期待、特定的內容主題、不慣用的治療架構等。

覺察反移情的方式與線索綜合有：自己的反應強度勝過他人或不尋常的言行、會談當下的體驗、

事後的回顧與覺察、反思接案的原因、抗拒其他同僚對自己的個案的診斷、接受輔導、被督導、個案回饋、重複出現的主題等。反移情是個人極為獨特的經驗，每位受訪者對於個人的反移情的看待都不相同。唯有「強調自我覺察」是共同的想法。

處理反移情的方式包括：設定、堅持清楚的治療結構、不斷的自我覺察與瞭解、運用專業能力、運用治療理念與專業倫理、自我接納、克制與暫擱置、運用自我強度、藉由宗教的理解舒緩情緒、理智化、終止或結束治療關係。有時也會藉助他人之力處理，包括：和同事討論、接受督導、藉助於個案討論會、接受輔導。

在成功的處理反移情感覺後，會覺得治療效果與自我效能頗高。但當無法有效幫助個案時，則會出現負面的評估。

反移情的處理經驗對心理治療者而言都會有所學習，綜合歸納包括對心理治療所持的態度與想法的轉變、因反移情的處理經驗而有許多的學習與省察、對個人的其他方面影響等等。

在處理反移情的經驗中，曾面臨的困境包括：沒有督導的幫助，因應方式為向外尋求資源或靠自己慢慢的覺察與瞭解。新手時的困境，因應則為自省、經驗的增長。個人的衝突，因應之道在想法上的調適、回顧與整理自己、在治療架構中控制自己。倫理上的困難，則以尊重個案為原則。

### 三、對未來研究的建議

(一) 本研究的資料蒐集方式是採事後回溯法，有些受訪者報導的經驗回溯至數年或更久之前，故蒐集到的資料可能會受到受訪者的記憶的限制，而影響到資料的真實性與完整性。因此建議在未來的研究上可以採用在治療時段結束後立即訪談，可以收集到受訪者印象最新的資料。

(二) 由本研究中發現，受訪者如何處理反移情，是有一個個人發展的歷程，因此這也可以成為日後研究反移情一個很好的主題。處理反移情是一段心路歷程的轉變，也是成長的過程，為了能瞭解心理治療者的此一發展歷程，建議未來的研究可以對同一位心理治療者每半年作一次追蹤訪談，重複的詢問處理反移情的歷程：從覺察，到處理，再到改變。

(三) 本研究與其他相關研究不同的發現在於：「設定、堅持清楚的治療結構」是本研究四位受訪者處理反移情共同的方式。這是否與本研究受訪對象都是心理動力取向之治療者有關，則待未來研究繼續確認。

### 參 考 文 獻

- 張學善 (民87)：諮商員反移情之分析研究。國立彰化師範大學輔導與諮商研究所博士論文。
- 蔡榮裕 (民83)：客體關係理論的“反轉移關係”部份觀點。採菊東籬下，2卷12期，1-20頁。
- Bandura, A., Lipsher, D. H., & Miller, P. E. (1960). Psychotherapists' approach-avoidance to patients' expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology, 24*, 1-8.
- Cahoon, R. A. (1968). *Some counselor attitudes and characteristics related to the counseling relationship*. Doctoral dissertation, Ohio State University.
- Cerney, M. S. (1985). Countertransference Revisited. *Journal of Counseling and Development, 63*, 362-364.
- Corey, G., & Corey, M. S. (1993). *Becoming a helper*. CA: Brooks/Cole.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (1993). *Issues and ethics in the helping professions*. CA: Brooks/Cole.
- Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 22*, 349-356.

- Epstein, L. (1977). On the growing interest in countertransference as a therapist instrument. *Contemporary Psychoanalysis, 13*, 399-406.
- Epstein, L., & Feiner. (1979). *Countertransference: the therapist's contribution to the treatment process*. New York: Jason Aronson.
- Fish, J. M. (1970). Empathy and the reported emotional experiences of beginning psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 64-69.
- Friedman, S. C., & Gelso, J. G. (1997). *The development of the inventory of countertransference behavior*: Paper presented at the 105 annual meeting of the American Psychological Association, Chicago, USA.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-243.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296-306.
- Greenson, R. R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis, 41*, 418-424.
- Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy, 45*, 521-535.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 284-290.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1993). Male counselors' discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 86-93.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing Countertransference: What the experts think. *Psychological Reports, 69*, 139-148.
- Hayes, J. A., Riker, J. R., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research, 7*, 145-153.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 31*, 81-84.
- Heimann, P. (1960). Countertransference. *British Journal of Medical Psychology, 33*, 9-15.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 13*, 38-56.
- Langs, R. (1974). *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995) Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy, 32*, 405-415.
- Moursund, J. (1993). *The process of counseling and therapy*. New York: Prentice-Hall. 林淑君(譯述)(民87)：危機中的個案-自殺。採菊東籬下，105期，1-4頁。
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Sage.
- Patton, M. Q. (民84). 質的評鑑與研究 (吳芝儀、李奉儒譯)。台北：桂冠。(原著1990年出版)
- Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 240-245.
- Reich, A. (1951). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 32*, 25-31.
- Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 276-

- 282.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (1997). *Through a looking glass somewhat clearly: A case study of Countertransference*. Paper presented at the 105 annual meeting of the American Psychological Association, Chicago, USA.
- Singer, B. A., & Luborsky, I. (1977). Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. In A. Gurman & A. Razin(Eds.), *Effective psychotherapy: Handbook of Research*. New York: Pergamon.
- Slakter, E. (Ed.) (1987). *Countertransference*. Northvale, New York: Jason Aronson.
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy*, 28, 411-421.
- Watkins, C. E. (1985). Countertransference: Its Impact on the Counseling Situation. *Journal of Counseling and Development*, 63, 356-359.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-74.
- Yulis, S., & Kiesler, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 413-419.

投 稿 日 期：2000年7月16日

接受刊登日期：2002年6月25日



Bulletin of Educational Psychology, 2002, 34(1), 103-122

National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

## A Study of Psychotherapists' Countertransference

SHU-CHUN LIN

PING-HAW CHEN

Section of Counseling and Guidance  
Tamkang University

Department of Educational Psychology  
and Counseling  
National Taiwan Normal University

### ABSTRACT

The purpose of this study was to explore psychotherapists' countertransference (CT) experiences. Four psychotherapists using the psychodynamic approach were interviewed by the individual depth interview method. Each therapist took 5-7.5 hours on average to complete the interview. Five research questions were raised: 1.How to define CT? 2.What were the CT experiences? 3.How to manage CT? 4.What were the impacts of CT on the therapeutic effectiveness and experience of being a therapist? 5.What were the difficulties in managing CT?

The findings were: 1.CT feelings included liking, admiration, pain, regret, fear, inability, guilty, blame, and anger. CT behaviors included complying with the client's request, emotional involvement, forming a non-therapeutic relationship, and neglecting the client. 2.CT effects on terminating prematurely, blocking effective therapeutic progress, losing objectivity while judging problems, not being able to end the session on time, building tense therapeutic relationship, and blocking the understanding of the client. 3. CT was triggered by clients' behavior patterns and traits, clients' past experiences, special events, special issues, the evaluation of the therapeutic progress, therapists' perception of clients and clients' transference. 4.CT was originated from therapists' personality traits, therapists' narcissistic injury, therapists' values, therapists' personal experiences, therapists' expectation of therapeutic effects and specific issues. 5.CT management contained setting clear therapeutic structures, enhancing self-awareness and self-understanding, self-acceptance, and professional ability, abstinence and receiving supervision.

**KEY WORDS:** countertransference, psychotherapy, psychodynamic approach.

