

第二章 文獻探討

第一節 移情的發現與發展

移情的發現與認識是實踐者由臨床經驗中，不斷辯證逐漸累積而成。Freud 從觀察 Breuer 的病人自催眠的狀態醒來，溫柔地將手環繞著 Breuer 的動作中，敏銳地察覺出兩人之間所存在著一種豐富、值得探究的關係，此是移情現象發現的開端，精神分析從這開端拓展出日後知識重要思考的軸線。自從移情發現後，精神分析就致力於分析者和被分析者之間的關係意義的理解中，發展出各種不同角度之系統性知識。在這一路下來的發現與發展截至目前為止，要以精神分析的理論回答在長期的治療結構的時間下，分析師與病人之間如何互動？治療情境中發展出了什麼？而轉移了什麼？則是一連串錯綜複雜的內涵與概念的發展，是與整部精神分析史的轉折息息相關。

在這一長串的歷史中，Esman (1990) 依時間先後，約略分為三個理論不同轉折的階段：從初始的發現至 1936 年止，移情的認識仍是在混沌不明的探索階段。之後 1936-1960，因將移情運用在治療過程中較已成熟，各自學派也發展出獨特的認識意義，及不同臨床運用的技巧，並且圖尋求各派間對「移情」認識的共通點為探討重點。1960 年代以後，因受到哲學思潮的影響，開始對古典的移情觀點重新反省，試圖從古典與現代觀點中建立起新的平衡。相對的，移情也因理論思維的典範轉換，而產生新的論述出現。但若以年代來分述移情認識的發展時，則較無法看出影響移情認識背後的幾個重要核心的理論，因此本文一方面參考 Esman 的階段分類，進而以階段中主要的核心理論為述說的架構，依次分別為 Freud、Klein 以及人際關係理論，並輔以當時與主要理論之相同及不同的看法，討論移情發現與認識。

壹、先驅階段

Freud 剛發現移情時，將之視為「有污染的影響」(Freud,1905)，認為是治療師對病人不當的暗示，阻礙治療中的宣洩與自由聯想 (Bateman & Holmes,1995)。Freud 對移情這般的第一印象，與其放棄催眠治療的想法有關。Freud 發現知識水準程度不高的病人，相對於自我主見強的病人有比較好的催眠效果，因而懷疑催眠效果實是來自於病人對於分析師的暗示作用，並從中推判催眠的治療效果有其限制，認為催眠只是在促發病人對治療師的移情，得以對病人產生影響 (Bateman, Brown & Pedder,1992)。這種影響病人的治療方式，與他致力於將潛意識意識化為核心的治療理論相違。雖然 Freud 一開始對移情認識的掌握並非完全清楚，但在治療的態度上卻很快地確立，認為精神分析的主要作用在於去除病人對分析師的移情。

從治療朵拉的失敗經驗中，Freud 漸漸地發現移情並非來自於治療情境的烘

托，而是早已存在患者的內心，是案主藉著分析治療而轉移至分析師身上所顯現出來的現象。因此「移情並不是被分析情境所創造出來的，分析只是將移情，即是許多隱藏的心理因素照亮起來」（Freud,1905，p117）。有了這樣的認識之後，Freud 因修改了對移情的思考，認為移情是治療情境中的有利因素。從此對移情的看法有了脫胎換骨的改變。之後，Freud（1912）進而更將移情視為治療師用以協助患者，將潛意識意識化的重要媒介。當精神分析逐漸將移情的扭曲經驗，視為案主早期主要的困境重現在診療室時，此之案主將分析師替換成早期經驗中的重要他人之理論概念也漸漸形成。此時 Freud 宣稱移情是案主對分析師的病態伊底帕斯依附，是分析師瞭解個人內在世界的首要途徑，這觀點使得移情成了分析過程中重要的核心（Bateman & Holmes,1995）。在 Freud 建構移情概念的同時，Ferenczi（1909）也承續 Freud 的觀點，公開地討論移情，並同意以移置的概念來看待移情的發生。Ferenczi 認為移情應不單只存在治療室之內，而是一種案主的投射與內攝制機，應是隨著案主無所不在。但他也認為，移情現象特別容易在與分析師的關係中顯發出來。當時學術界認為精神分析致力於移情的探討及理解，是相當危險的做法，因而提出強烈挑戰之時，Ferenczi 則以其他不面對移情現象、或是強化移情的治療方式，才是更為危險的做法加以駁斥。

隨著臨床經驗的累積，精神分析亦並未停滯地對移情發展出不同面向的認識。隨著經驗的累積，Freud 不斷地將移情理論深化，除了將嬰兒期衝突放入解釋移情的視框，同時也保留抗拒的特性，認為移情具有阻礙回憶的抗拒力量（Bateman & Holmes,1995）；之後又進一步的區分移情的內涵，致力區分移情的機制（transference mechanism）--反映著過去經驗，與移情動力（dynamic of transference）--因分析情所引起的移情，二者的不同（Freud,1912）。

當精神分析理論對移情內涵的探索稍微具體的瞭解，並運用在實務工作後，因實務經驗的累積，開展出對移情更多層面的認識，並從中發展移情屬性的分類，包括：正向移情、負向的移情，以及情慾的移情（Freud,1905）。同時也發展出不同類別移情的處理原則，特別深入、廣博的觸及情慾移情的處理。Freud（1915）認為應以節制原則面對情慾移情，治療師應努力維持分析情境的中立姿態，並要治療師相信，案主所愛的對象並不是治療師本人。

雖然在 Freud 發展移情的開始階段，多數分析理論學者，例如 Sterba 及 Anna Freud 皆環繞著 Freud 思想為主，以嬰兒期的衝突、幻想投射在治療師身上的思路思考移情，認為移情是重複過去經驗的不恰當反應。Sterba（1940）延續 Freud 抗拒觀點來解釋移情，認為要詮釋潛意識則一定先要解決移情抗拒。移情抗拒發生時，治療情境中的治療師即變成案主所愛或是所恨的人，案主內在潛意識的材料亦隨之自動浮現。然而一旦案主對治療師產生負向移情時，則致使分析陷入無法進行的困境，因此治療師要極力地將移情抗拒移除。Anna Freud（1936）追隨其父親的觀點認為，移情並不是在治療情境中創造出來的新東西，而是過去早期客體關係的重覆發生，案主是受內在強迫力量的驅使，而使移情自動浮現在治療情境中，用以透露出過去的情感經驗。

此階段有另一些學者以 Freud 的理論為基礎，試圖發展個人對移情理論的認識，有些學者將案主對治療師的反應從移情中區分出來。例如 Bibring-Lehner、Aichhorn、Greenacre、Greenson 等人，雖然延續 Freud 的觀點，認為移情是治療情境中，所喚起過去的記憶之外，同時也加入個人修飾觀點，發展出不同於 Freud 的個人認識。

Bibring-Lehner (1936) 並不全然同意 Anna Freud 將移情指稱為案主自動浮現其嬰兒期衝突的理論假設，反之認為分析師個人的特性及行為，亦會影響案主在治療情境中所出現的移情。他更強調，分析中若無信任的正向移情，則病人無法克服移情官能症。顯然 Bibring-Lehner 所談的概念即是日後所談治療中工作同盟的前身 (Esman, 1990)。在此同時 Aichhorn (1935)，更進一步認為移情不應僅限於分析情境之中，而應是一種普遍性的情緒關係。他並因而將移情的概念引用在非行少年的教育上，運用正向的移情來建立師生關係，並成立了第一所治療性的學校。Greenacre (1954) 認為案主會將過去的經驗重演於治療情境中，並將隨之滿載而來的情緒投向治療師。但在這人為的治療關係下，案主還存有另一股複製早期母嬰的關係，與治療師在治療情境當下進行聯結，Greenacre 將此稱之為「基本移情」。認為此是治療情境中，治療關係所賴以建立的基礎。Greenson (1965) 受到 Zetzel 及 Stone 的影響，並結合個人累積的實務經驗，對治療關係發展出個人看法。他將案主對治療師的反應區分為：移情精神官能症與工作同盟兩類，清楚地將工作同盟從移情反應中分隔出來。雖然 Greenson 亦認同 Freud 古典移情精神症的定義，認為移情是種重複過去不適當的感覺、驅力、態度、防衛及幻想之外，另一方面，他卻進一步認為成功的治療條件，不能光只靠移情的發生，而是工作同盟與移情皆需同時具備。

貳、英國的精神分析理論發展階段

Schwartz (1999) 在論述歐洲精神分析的發展史中，認為自精神分析重心自維也那拓展到倫敦之後，在理論上也出現了新典範，此移轉的發生肇始於 Klein。繼 Freud 之後，Klein 的理論影響著英國的精神分析界的思潮。早期 Klein 因不為維也納的精神分析學會所接受，因而轉至倫敦發展。正巧歐洲大陸受第一次世界大戰的波及，精神分析不得不由歐洲維也納轉進到英國，倫敦便為代之而起，成為理論發展的重心。一開始英國精神分析仍以 Freud 為領導核心，但當 Freud 過世後，Klein 就漸漸地成為另一個主要影響精神分析理論發展的人物。

Klein 的理論以母嬰關係幻想為分析理論重心，強調嬰兒的攻擊與嫉羨。她是將 Freud 的死亡驅力理論擴展得十分深入的重要人物 (林玉華，民 92)。Klein 受其分析師 Abraham 的影響，發展出不同於 Freud 的嬰幼兒心智發展階段的概念，而以兩種心智狀態的概念來代替嬰兒發展階段，分別為妄想分裂心智狀態，與憂鬱心智狀態等兩種心智狀態。除此之外，Klein 的理論著重於死亡之攻擊驅力的論述，引用死的本能來理解嬰兒內在經驗，並從實際臨床的觀察中發現，嬰兒式的焦慮是來自於嬰兒潛意識的幻想，此是影響個人最深層的內在潛意識力

量。因為假設人們內在的潛意識幻想可以由投射的機制被指認出來，因此治療情境中的移情，應是打開案主潛意識之門。案主在分析情境中所投射出來的是可治療師被意識的嬰兒期之潛意識幻想，以及內在心智狀態的新版本，是一種內在心理經驗的重新再現。但這經驗並不屬於過去，而是當下時刻，案主將內在的早期經驗轉移至治療者身上，以提供給治療師理解其當下內在世界的機會（Klein,1952b）。

此時，由於理論認識多角度的展開，對於移情的認識不再限 Freud 的思路。同時也因臨床經驗的增加，因此在移情的認識及治療實踐上，逐漸發展出更完整的看法與技巧。在這樣的時空條件之下，此階段對移情的認識，已超過了 Freud 的時代。就像原本 Freud 所宣稱之自戀患者，因無法對客體產生移情而認為他們無法接受治療。但這樣的觀點卻被 Winnicott、Rosenfield 及 Fromm-Reichman 從其臨床經驗中推翻。Winnicott 等人相繼地從各自的臨床經驗發現，自戀退化狀態的病人仍可與他人建立連結關係，仍可以在治療情境中探尋出移情現象軌跡。因為實務工作經驗所累積知識的增加，使得 Freud 對移情的某些認識，逐漸受到新興實踐者的挑戰（Bateman & Holmes,1995）。在此時，一些受到 Klein 的早期嬰兒部分客體表徵理論影響的分析師，包括 Strachey、Winnicott、Heimann、Joseph 等人，也相繼發展出自己對於治療情境中的移情認識。

Strachey 的理論受到 Klein 的實務工作概念影響很多（Zetzel,1956），他也是第一個將移情放入關係向度來思考的人（Bateman & Holmes,1995）。Strachey 認為移情是病人將其超我投射到治療師身上，案主以超我的扭曲眼光，將生活中的對方，或將治療師理想化、貶化。而在日常生活中，案主也因這樣的錯誤知覺傳達，影響了互動對方的行為，結果反而肯定了案主原有的偏誤，因而營造關係的惡性循環。此時分析師的任務就要以引發改變的詮釋（mutative interpretation），來釋放嚴厲的超我，他並認為直接詮釋移情可以引發改變（Strachey,1934）。

Winnicott（1956）從與邊緣性人格違常的案主的臨床工作中，形成個人獨特的移情認識。Winnicott 反省過去的分析理論以原始的焦慮、原始的認同，以及原始的壓抑為關注的焦點，認為這樣的理論只合用於一些適於被分析的案主身上，因為這些被分析的案主所共有的特徵，即是他們的早年都曾身處足夠好的養育與關照環境，而能在早期就建立不錯的自我功能。此亦是治療情境中，案主之所以能夠構成、建立自我的重要條件。但 Winnicott 認為以這樣條件下所立基的理論有其侷限性，而主張應再將客體關係的思考往出生之前推進，即嬰兒未出生之時，就已經身處在一個撫育的環境之中，即母親的子宮。此時嬰兒還沒有辦法分辨自己，是處在完全依賴其環境而生存的狀態。當理論從這方向開始建構思考時，即將移情的概念擴及到那一些無法形成一個自我實體狀態，以及還不能發展出精神官能症的移情的範疇。從這樣的思維角度出發，Winnicott 則便強調治療師要成為一個足夠好的母親，從治療情境中營造足以撫育的環境，以協助案主適應，則是治療中最重要的部分。他同時並認為，環境對案主的影響因素遠大於治

療中的詮釋。而移情的特性之一即是讓案主的過去呈現在治療情境當下，進而從中引發足夠好的適應，以協助案主由本來假我的運作狀態轉換到真我的運作。

Heimann (1950) 除了承續 Klein 移情是潛意識幻想的表徵概念之外，同時也認為，不能將移情情緒都視為是針對治療師而發展出來的，其中應還包括案主現實情感。但治療師要區分這兩者是相當困難的。然而，Joseph (1985) 卻認為 Klein 在「The origin of transference」一文主張應是將移情關係視為是情緒防衛，或是客體關係的移轉，此是一種將過去所經驗的整體情境，轉移到治療情境當下的概念。因此 Joseph 認為案主所帶入治療情境中的一切，都可視為案主試圖把治療師拉入其內在的防衛系統，與他們一起行動化，從中傳遞內在世界的訊息。

此外，Heimann 與 Joseph 雖對移情是否為整體情境的看法不同，但兩位則皆同意，分析師對案主的情感反應有助於瞭解案主內在的潛意識歷程，亦是分析中重要的工具。之後 Heimann 更進一步主張將「分析師對案主的感覺」稱之為反移情。此是將反移情的概念加以擴展，認為治療師對案主的感覺反應，是來自案主所引導，是由案主創造的，且是投射出其一部分的人格，進而傳遞給治療師，由治療師認同中獲得理解，此與古典理論視反移情為治療師影響治療進行的個人因素，需宜極力加以排除的概念，有革命性的轉變。Heimann 甚至進而主張治療師可以引用「反移情」為理解案主的工具，以探索案主的潛意識。

參、美國的精神分析理論發展

美國的精神分析的發展則一直與精神醫學有密切的關係，一群精神科醫生為了尋找較人性的治療方法，紛紛遠赴歐洲求教，接受歐洲精神分析的思潮。之後 1909 年九月 Freud 在 Jung 及 Ferenczi 的陪同下完成美國之旅。美國精神分析的發展一開始就落在精神醫療體系之內，並分別以紐約及華盛頓重心，發展出不同的理論取向。紐約的理論走向是恪守古典精神；而華盛頓為中心的精神分析，則走出了 Freud 的古典理論，以人際關係取向為主軸，形成不同於古典精神分析學派的理論分支。其中主要理論的主要影響的代表人物為 Sullivanian、Horney、Erikson 等人。精神分析理論在美國，因受了美國實用主義的觀點的影響，使得理論看待人格形成的主要因素的觀點，逐漸離開了純粹精神內在的移情思路，駁斥 Freud 所提出的驅力觀點 (Bateman & Holmes,1995)，轉而形成以人際互動的觀點來認識案主問題的形成。人際取向學者認為，人們的焦慮來自於與外在的互動反應。因此，心理疾病的成因是來自人際關係的失敗，並非是內在神祕的驅力所致使的，因此主張人際關係的圓滿才應是人類發展的核心 (Rioch,1943；Stone,1967)。相同的，對於移情的認識，人際取向的學者則將移情看成是一種真實性的人際關係，即是治療同盟的一部分。治療理論這樣的轉變，亦深刻影響治療師對移情的認識，認為移情不再是治療室中唯一發生的關係，亦不再是複雜的內在幻想所造成生活認知上的曲解，從此移情轉身成為一種被強化的生活現象 (Bateman & Holmes,1995)。認為治療室除了存在移情關係之外，治療師與個案

之間有著真實關係也應存在，此是美國的精神分析所建立的治療架構，依此亦走出了歐洲精神分析取向，不再恪遵於古典的分析架構，進行心理治療。

美國精神分析理論為主所發展出的人際取向觀點逐漸成熟之後，促使移情概念更加紛歧。如 Rioch (1943) 採 Sullivanian 的人際取向觀點，認為移情嚴格來說應是一種人際經驗，是過去的經驗的重現於治療情境，但不是案主內在自動化或是驅力重覆。Rioch 認為 Freud 在思考移情時，忽略了治療情境中治療師的角色，他強調分析師的特質會造成案主不同的移情幻想。Stone (1967) 採用客體關係的理論取向，雖然不否認內心潛在的影響力量，但認為治療情境中緊密互動的兩個人，應是思考焦點，進而將治療情境中的移情區分為原始的移情及成熟的移情，並看重與人建立關係的自我功能。Stone 從臨床經驗中強調，治療情境中治療師是位真實的人，其與案主互動的經驗亦是真實，且是重要的。治療情境中的移情是一種人際關係，成熟的移情是來自於案主成人自我的運作，並不完成是來自於早期過去的病症所促發，應是治療中所發展出一種同盟關係。由 Rioch、Stone 的理論來看，精神分析在美國的發展方向，逐漸趨向以人際取向理論取代精神內在衝突的思考軸心。

然而在此同時，美國精神分析理論者之中，仍不乏遵循古典觀點的學者。就像 Schafer (1977) 較受英國學派的影響較深，仍堅持認為移情內涵是多重、複雜的，是在分析情境中所引起的過去情緒，並不是真實發生的。但也認同移情並不是古典學派所認為的過去的舊東西，而是分析情境中所創造出來的新現象。Loewald (1971) 也認為移情是由分析情境中所創造出來的，不是只是過去病症的重覆。Cooper (1987) 同時尊重古典及現代主義，認為分析師個人的行為對案主移情有很強的影響力量，足以重新建構嬰兒的決定，但這重建則是一種非過去經驗的重建。

精神分析史的演變過程中，時空文化脈絡的轉遷之下，到了美國，從古典的分析架構中走向心理治療形式，這個走向不但沖淡了潛意識幻想的色彩，同時也增強了社會心理互動影響因素。使得移情在治療室中的地位也因之產生了巨大的轉換。造成理論走向實際人際關係思路的轉換，其背後的最主要推波助瀾的影響力量則是來自於精神分析醫療化。當精神分析成為精神醫療的一道藥方時，逼於現實的壓力，精神分析師必需被迫以科學及醫學的角度回答分析理論的作用，以及治療作用能夠被理解的根源。美國的精神分析的發展就在此一時空更迭之下，隨之造成精神分析理論內涵的重大改革，其中又以 Alexander 的矯正性情緒經驗為名，是從人際關係模式中發展出別於古典之精神分析取向的心理治療法的經典範例 (Cooper, 1987)。因著理論的論述已從內在驅力轉移至現實層面的考量，此一轉移致使精神分析的理論根基受到根本撼動性的震盪。這震盪的力量也波及至移情知識內涵，使之紛歧的認識及論述更為增加，甚至促成更為激烈及相互對立的爭辯，因而對於移情知識的澄清，則陷入了更難解的泥沼中。

Sandler 在面對精神分析理論間不同觀點爭論時，特別強調理論的論述要避免陷入天真的理想主義，與天真的現實主義論述爭論的兩端。天真現實主義過於強調感官及意識所能理解的材料，將精神分析思考過於理性主義化，而導致無法了解非感官性的內在世界。而天真的理想主義，則因忽略及否認治療情境中的外在現實，而將想像變成知識的基礎，治療師則變成現象知識創造者，致使精神分析成了某一意識型態的活動，或是造成過度的詮釋。此二種天真主義，皆否定了潛意識的真實，亦皆遠離了精神分析發展的開端(引自 **Kulish,2002**)。但從 **Sandler** 話語中是否透露著對移情的認識，除了要回歸到潛意識層次來思考外，在治療過程中，治療師對移情的認識亦必須兼具個人從現象中的創造認識以及治療情境中相同證據的浮顯，而非天馬行空地依循治療師自己的直觀來發展。

第二節 移情不同思考的觀點

針對於上一節移情知識在發展中所呈現出的分歧，本節試圖脈絡化地統整出各觀點間共與不共的特徵，進行討論。研究者就所整理的文獻結果，分別從理論論述與臨床的實踐經驗等兩個方向，討論不同學派對移情觀點異同之處：

壹、從理論對臨床發生現象的解釋來看

若以理論論述的角度思考移情現象發生的來源時，將可分為兩個不同觀點的差異：嬰兒期衝突重現，及客體關係等兩個角度來討論。

一、嬰兒期衝突重現的觀點：

此觀點主要依循 Freud 的理論，持此一觀點的學者認為，移情是案主內在心智對現實的扭曲，是一種內在本能願望的表達，是與案主的內在幻想，或是案主個人早期所經驗的外在事件有關 (Anna Freud, 1936)。但此派學者認為，在治療情境中案主所投射移情的真實對象並非是治療師，應是對於過去早期經驗有關之重要他人的反應 (Sterba, 1940; Greenacre, 1954)。在臨床分析實務上，此觀點著重於案主早年嬰兒期精神官能症的處理。因移情被理解為案主將其過去與重要他人的經驗和情感轉移到治療師身上之故，致使分析治療的目的傾向於協助案主重建其過去經驗。治療師能否協助案主對過去事件形成新的看法，則是此一取向分析的重要任務。

二、客體關係的角度：

自 Klein 及 Winnicott 引用客體關係建立治療理論後，客體關係的概念就廣泛地在各理論中被引用。當以客體關係的角度來切入移情知識的認識時，則不再單以案主個人早期內在的經驗以為解釋的內涵。治療情境之案主與治療師的互動關係，因之被視為移情內涵的一部分。從客體關係的視野所開展之移情認識，不但使得治療關係的變成移情的一部分，治療關係亦成為顯影案主內在世界之媒介。治療實務受此一影響所及，使得詮釋移情的重點轉置於案主與治療師互動的關係，治療師並試圖進一步地將治療所形成的關係，與案主眼中的治療進行聯結。當移情理解的焦點變成以治療師與案主互動關係經驗後，可再將之細分為：著重於過去實際互動關係經驗影響，或是著重在分析情境當下的潛意識幻想表徵等兩種不同的思路觀點：

(一) 過去實際互動關係

採取此一思路的學者認為，治療情境中移情，是受過去實在的人際關係經驗的影響顯發。移情現象是來自案主個人主觀、且真實的經驗所建構而成，並非由案主的潛意識幻想所創造出心理現實的扭曲 (Roch, 1943; Stone, 1976)。持此觀點的治療師認為，與案主互動的過程，具有足以修改、調整案主原有的力量，這也是此一取向學者何以會肯定治療中的重建經驗能有益於案主的理論基礎。

(二) 當下潛意識幻想的表徵

有些學者認為，治療情境的移情並非來自外在真實經驗的建構，而是案主與治療師互動之潛意識幻想作用的表徵。當以潛意識的幻想運作來解讀移情時，治療情境中案主與治療師的動力狀態，自然將被視為當下案主的潛意識作用所形塑之移情情境。此一取向的學者認為，案主藉由治療情境中與治療師的互動，將其內在潛意識的感覺、想法，投射至治療師身上，之後更發展以投射認同的角度來建構治移情的認識內涵 (Klein,1952)。以投射認同的概念來描繪移情之時，移情則被視為分析師利用以協助案主得到領悟的探測器 (Slavin & Kriegman,1992，引自 Bateman & Holmes,1995)。治療師藉由案主所投射的移情內容，思考案主內在的心智世界。學者認為案主透由移情投射作用，將其內在深層需求表達出來。因之治療情境所發生的一切，則可視為案主藉以向治療師傳達其內在世界的材料 (Heimann,1950；Joseph,1985)。

然而，以當下潛意識作用的表徵來理解移情內涵時，移情被認為是來自於潛意識背後的一種內在「心理現實」(psychic reality)的真理的作用 (Klein,1946)。克萊恩學派認為，人的內在心智存在著一股由真實的死之本能驅力所組成的焦慮，此是一種病態部分自我。這一股焦慮的驅力會以移情投射的方式，在治療情境中呈現出來，理想化移情則是此一驅力所作用的典型的投射。理想化移情則被視為案主用以對抗治療師，是種對治療師的敵意與毀滅的衝動性力量 (Bateman & Holmes,1995)。

若將以上兩種對移情發生來源的不同看法及解釋思路作更一層探究時，可相續引出移情現象是否與治療師有關的不同爭論。而當移情被認為與治療師有關的看法，則又會因治療師所影響的不同認定，又可將之再細分為，究竟移情是治療情境的自動浮顯；還是受到治療師個人特質的誘發 (Bibring- Lehner,1936；Cooper,1987)。

在以投射認同的概念論述案主的投射治療師認同，來描繪移情作用時，比較少學者會認為，案主所投射的移情是正向情感的投射，反而多傾向於以攻擊與摧毀的角度，看待治療情境所呈顯的移情內涵 (Hamilton,1986)。甚且持此一取向的學者也較少談到治療師個人的投射，即在治療情境中，治療師也如同患者一樣運用正、負向的投射認同，影響案主。Hamilton (1986) 認為治療師能在治療情中發揮個人投射力量，若治療師能努力的將正向部分投射至案主時，是能夠產生足以令人案主獲得認同的影響力量，其所引發的正向治療效果是不容忽視。Hamilton 認為 Kernberg 在治療邊緣性人格違常的病人，就是描述這一治療師投射的概念。但依著 Hamilton 的思考脈絡進一步發展時，若 Hamilton 承認治療師能夠將個人正向內涵投射至案主身上，以引發案主認同，進而產生正向的治療改變時。同樣的，治療師也極可能將自己的負向部分的內涵投射至案主身上，這將是想要成為治療師所不能面對的主題，此亦是何以有學者大聲疾呼地提出有關治療師「自戀需要」、「上帝情結」、「全能自我的分裂」等等主題 (Marmor,1953；Britghtman,1984；Dryden,1999)，而 Freud (1937) 也認為治療師需接受分析是必要性，且是提出分析是永無止境之論點的主要理由。

貳、從臨床上運用理論所發展的技巧上來看

從以上理論層面的討論中發現，當治療師對移情所持的理論觀點不同時，在臨床實踐上，移情現象的處理也隨之不同。以下就從理論觀點所影響臨床的運用的技巧，來談移情不同認定時處理上的差異，研究者初步將差異歸納為：移情是一種普遍的或是一種特殊的治療現象、移情是分析情境的全部或是只是分析情境的部分、以及分析移情著重是受過去影響的現在經驗，還是當下心理現實（psychic reality）的意義等三個角度分別論述：

一、移情是一種普遍的或是一種特殊的治療現象

有學者認為，移情不僅存在於治療室內而有的，也還包括之外的在日常生活互動關係中。因此他們認為移情是一種普遍現象，是一種情緒化的關係，亦可應用於治療情境之外（Aichhorn,1935；Strachey,1934）。但有些學者則反對這樣的看法，認為移情應是在治療情境中特有的現象，在治療情境中談論移情，才能顯出其內涵上的意義，堅持認為移情的談論是不能離開治療情境而談（Bird,1972；Klein,1946）。

二、移情是分析情境的全部，或是只是分析情境的部分

Joseph（1985）認為分析的整體情境皆是移情情境，治療室所有發生的一切都是受到案主移情的影響。但 Cooper（1987）及 Gill（1981）等人則並不認同這樣的觀點。他們認為，看待移情時無法忽略治療情境中，治療師是真實存在的事實。不同治療師不同特質、態度、舉止等等，都是會被案主選用，並放入移情的內涵之中。他們認為若忽略治療師存在著這個特性時，即是任由治療關係的某一部分避而不談，此將無法充分地理解治療情境中的移情意涵。除了人際取向之動力治療學派認為，治療師是真實地治療情境中之外，也有一些採信潛意識幻想為移情主軸內涵之治療師，仍同意不能絕對地將移情情緒都視為案主對治療師的投射作用，移情也可能來自患者現實的情感。但他們同時皆認為，治療師要區分這兩種感覺是相當困難的（Heimann,1950）。

三、分析移情時，應是著重「受過去影響」的現在經驗，還是「當下心理現實」的意義

進行認識移情的重點，是應著重於「受過去影響」，或是當下「心理現實」的爭議，此與分析的知識是「可被瞭解的真理」是否存在有關。Klein 與 Bion 皆認為有一個可被瞭解的心理現實存在，而精神分析所建構的知識就是為了逼近這一個現實的理解而努力（Bateman & Holmes,1995）。但 Loewald（1971）、Schafer（1977）、Cooper（1987）等人受到當代哲學及文化思潮的影響，認為精神分析在理論上已面臨修正的必要，若抱持著一種心理現實的真理追求之理想，已不符合現代社會脈絡的觀點。因之主張，精神分析所建構的移情，是一種內在知識，受過去影響，但是與現在治療情境下正在發生的移情有關。案主的反應雖是與過去的經驗直接有關，但治療師對案主瞭解的重點應不在是探照出過去經驗中未解開謎底的祕密，而應直接相叩於案主當下內在的渴求、幻想。治療師藉由移情的

認識，將此一無法直接傳達的內在經驗，在治療情境中顯明出來。

而當治療師將理解的焦點著重在「當下」意義的思考脈絡，以進行的移情內涵的理解時，不論是「受過去影響」的現在經驗，或是「當下心理現實」的探求，Bion (1961) 對於治療進行時所提出一些治療技術上的建議，則是具有極大的價值。Bion 認為在治療情境中，案主所欲表達的字句都涵容了一些案主內在的情感，或是特有的過去經驗在治療互動當下，而為了使之能夠得以被理解，治療師必須維持一種「懸置過去憶記及個人欲望」的狀態。Bion 認為治療師若沈迷於過去治療片斷的記憶及欲望，是沒有必要甚且是會造成妨礙。雖然，治療師的記憶愈多時，則愈能達成其理解案主的目的。但是治療師的腦袋若填滿他想說未說的慾望時，這慾望會令治療師無法身處於當下的治療時空中自然地經驗，阻礙並在當下剎那之中，自然地由記憶容器中抽取出，貼近案主所談內容之理解。所以在治療進行之中，治療師應要避免心智上的主動性，治療師一旦渴望某些概念與案主有關時，一旦這渴望被案主接收時，案主即就被治療師囚禁在治療師的心智之中，案主所呈現的內涵就會成為符合治療師的渴望。因此，Bion 認為治療師的記憶與慾望，是足以影響案主在治療情境中聯想的脈絡。而若治療師一旦能將自己的記憶與欲望懸置之時，治療師對案主的理解就較不會離開當下案主的「心理現實」，能夠從中看見理所當然之外的移情內涵。

從以上的討論發現，不同的理論家以各自不同的觀點，回答這些爭論，在互相對立的意見中，各持己見。移情不同思緒影響臨床實踐的認識與解釋，亦使得實務上的作法隨之不同。著重過去經驗影響觀點認為，移情是病人對早期客體的投射到治療師身上，因此詮釋重點自然是回到早期與客體的關係。而著重現在當下意義的解讀學派，雖同意移情來自於案主早期對客體的投射，但認為治療師仍宜先對此時此地投射的內涵做詮釋，之後可再加上早期客體關係的詮釋，但此時此地所發展出的移情內涵，則仍是治療師所應認識的重點。另外對移情是治療的全部還是一部分，是特殊，還是普遍；是真實，還是扭曲的關係等不同看法中，皆各自展開不同實務作法。持部分論的分析師會盡力發展一些不受移情扭曲的治療關係，並會引用支持、肯定與案主討論等技巧；而持「所有論」的分析師則不會選用這類的技巧 (Bateman and Holmes, 1995)。

然而也有另一派學者亦因所持理論認識觀點的不同，反而認為移情內涵的詮釋並不是治療中最重要焦點，Winnicott (1956) 認為環境影響因素的重要性遠大於移情的詮釋；Kohut (1968) 雖承認治療室內有移情的發生，但是認為移情不需要詮釋，他反而主張單就治療師與案主在治療互動的接觸，就足以造就個案的改變。在移情情境下，個案會自然而然地視治療師客體是過去的重要他人，因此治療關係是提供一重新經驗的客體關係，重新撫育，此即是治療效用的發生。他認為個案內化的治療經驗才是治療重要的焦點，而詮釋只是臨門一腳。

以上的討論發現，理論深度的影響實務的操作層面，此亦顯示精神分析的理論無法離開實踐層面。如同 Jimenez 所說，精神分析知識論思考的重點，應

非在於尋找出一致性的理論，以解決多元概念，而應返由尋找知識的實用性以之為確定精神分析知識之真理條件（引自 Kulish,2002）。這是 Jimenez 對於建立精神分析知識的野心，在此姑且先不論究精神分析知識是否能成為具真理的條件。不論精神分析的理論與臨床的實踐如何交織、輝映出實用的知識價值，但畢竟一切能夠獲得的認識，都還是要再度還原到實踐理論個人上的思考。從以上理論與臨床的歧見中，顯示出精神分析知識是知識的實踐者在治療脈絡下，身歷其境所累積而出。實踐者以其不同經驗背景及思考，透過個人的親身感覺及體驗中，回答出移情認識及實務的操作上的疑問。這個人實踐的知識現象反應在於一個事實，即是精神分析在發展一百年來的發展中，尚未達致現清楚的共識。精神分析除了能維持固定的分析的結構之外(雖然在後現代主義的思潮下，這個共識也逐漸地被挑戰著)，似乎無法對所有的人，給出一個共同、令人折服的治療認識。這個現象除了不證自明地闡揚出人類精神內在的複雜之外，百年來前人之所以能留下有這麼豐碩思路，與激盪的成果，亦皆應歸諸於此。而在這個知識論演進史所呈現的特色中，是否也正透露出一位想要成為精神分析取向的治療師，先得要釐清個人對移情的思路背景，並在實踐中去找尋下手的脈絡，從中累積、創造出個人的臨床知識認識，則是一位欲成為分析取向治療師專業成長的必經之路。學習者需由經驗中摸索、形塑出個人的認識主體，但在這形塑個人認識主體的路途中，則是像走在刀峰上的險路一般，如同前面的討論，在學習操作精神分析知識的過程中是具備不少須克服個人慾望、內在需要的危險性，這危險性早已在 Freud（1937）談到有無止境的分析一文中被標記出來，他認為分析師得要永遠的謙虛，因為畢竟我們對於人內在的無知遠比我們所知的多更多。

第三節 移情在心理治療上的運用

本節欲以在臨床上實務上之各學派之移情理論實踐，作為本節討論的主題。然因精神分析相關的理論浩繁難盡，不同的理論間臨床上的作法也不相同，因受限於研究者個人能力，以及文章的篇幅，在此僅延續第一節的三個主要的精神分析理論的思想 Freud、Klein、人際關係模式，分別略述此三者不同理論學派之移情概念在臨床的實際運用。此亦是追尋回歸實踐者為基準的精神，以務實的角度探討精神分析的理論實踐。

壹、Freud

Freud 一開始在『歇斯底里的研究』中就提到移情一詞，將移情視等於「易受暗示影響性」的概念。是案主將過去人物之表徵，轉移到治療師身上的一種人物間錯誤連結（false connection）。之後在『夢的解析』中，Freud 則進而認為移情是案主的潛意識，案主藉著移情作用，促使潛意識的材料在前意識中浮現。

而至朵拉的案例時，移情才算被 Freud 正式地定義為「案主用治療者這個人取代早期的某個人，用以說明此時此刻的心理經驗」。在此同時 Freud 也確認了移情是走入分析治療技術時無可避免的必經之路，也是整體治療任務中最為困難的部分（Freud, 1905）。Freud（1905）說：「治療師要在最輕微的線索，及幾乎沒有任何協助的情況下，從中偵察出移情，但另一方面又得要避免形成任意、武斷的推論。」（p.116）。此語道出長久以來，移情在治療實踐中最大的難處。但此時 Freud 所認為的移情內涵，仍較以造成治療障礙的觀點來定位，認為移情是阻礙治療的素材，是無法被治療師所用之障礙物。因此他認為只有當移情解除了，案主才能與治療師建立正當的連結。同時 Freud 也認為，移情並不是案主在分析治療中的創造，而是案主自發性地將之召喚出來的。治療的任務則就是將之意識化後並致力祛除之，以利治療的進行。

在此一階段的移情認識中，Freud 尚未確知在治療實踐時，應如何處理移情。就像他對朵拉的不告而別所遭致挫敗後的反省中，所表現出著許多猶疑與矛盾的心情，不確知自己是應順應著案主的欲望，提供一個情感替代品，以留住治療；還是就讓事實呈顯，面對治療無法繼續的遺憾。此時的 Freud 只能以一向的謙卑與尊重限制來面對這個錯失（劉慧卿，民 93）。但也由於這個錯失，使得 Freud 在重新反省與朵拉的治療片斷時，確認了移情在分析治療中的重要地位，成為探索被遺忘的及潛抑的最重要的工具（Bateman, Brown & Pedder, 1992）。

直到『移情的動力學』（The dynamics of transference）及『對移情之愛的觀察』（Observation on transference-love）的文章相繼的出現後，Freud 才開始對移情的認識與處理，有比較全面性的說明。Freud 在『移情動力學』一文中，論述移情是一種案主重覆內在過去的早期經驗，並將此經驗作用在治療師身上。治療室中，案主與治療師的關係，除移情之外，還有同時存有一種來自兩者之真實關係。移情的引發是來自於案主內在，不是因為分析本身所引發的，是案主自動地

將內在的材料，擲向治療師而形成的一種治療現象。此時他所論述的移情有兩個面向：阻礙回憶的抗拒，以及嬰兒期衝突的「重現」(Freud,1912)。他發現治療時間愈久時，病人則愈能以移情扭曲的方式來保護自己的利益，讓治療變得更困難，以成爲在治療中最強的抗拒武器。雖然如此，他同時也認爲當移情與抗拒掛勾時，則正也是治療的時機，治療師也才因之透過移情，得以處理案主內在的慾力。而 Freud 認爲若能將移情以意識化祛除的同時，也就是處理了案主內在的病症。

在此同時，Freud 將所觀察到移情形式分爲正負兩類：正向移情是受愛欲所驅使，取決於性慾驅力作用；而負向移情則包含著敵意的衝動，是死亡的驅力所迫使。Freud 認爲只有在正向移情的影響下，患者才會將原慾灌入，接受治療師的詮釋。因此他認爲案主的自戀傾向足以妨礙分析所能夠產生的效果，他甚至認爲自戀的病人，因無法對客體有慾力灌注，是無法接受分析 (Freud,1915)。

在『移情之愛的觀察』一文時，Freud 對於如何處理移情已表達出較完整概念。在此文中，Freud 主張治療師要保持中立，以維持固定的治療架構的原則下來面對案主的移情。尤其是分析師面臨案主移情之愛的挑戰時，Freud 要分析師相信，在移情之愛下的移情情感，案主是被分析情境所引發，所愛的對象並不是治療師本人，也非是治療師的魅力所致使。因此他提醒分析師要對抗、檢查自己被案主所牽動的反移情，並將之免除，以避免個人受到案主的移情的影響。1920 以後，Freud 主張受訓的分析師必須要接受分析，以處理在分析案主時所引發的情緒，理想的分析師必需要扮演「空白銀幕」，使案主得以在分析師的空白銀幕下經驗自己的移情客體 (Freud,1937)

貳、Klein

繼 Freud 之後，Klein 在臨床的實務中漸漸地發展出著重負向移情詮釋爲核心的治療取向。她認爲處理負向移情較具治療性，並將治療情境中的正向移情，視爲留住案主的力量來源，主張以不處理的方式將之保留在治療情境之中。Klein 及其之後的克萊恩學派的後繼者，進一步深化 Freud 的移情認識，並且嫻熟地運用在實務上，相較 Freud 對移情內涵的掌握與運用，顯然已有過之而無不及 (劉慧卿，民 93)。例如：Heimann (1950) 及 Joseph (1985) 都將移情運用發展成爲臨床中的重要技術，成爲瞭解案主不可或缺的工具。

Klien 接受 Freud 第一代弟子 Ferenczi 的分析，並接觸了 Freud 的論夢 (On dream) 之後，就完全地將個人的精力投注在精神分析領域。Klein 從 Freud 的理論中體會出兩個工作的方向，分析師的任務是探討潛意識，而且必需透過移情來進行治療 (Klein,1946)。她藉由觀察兒童及以遊戲治療兒童的臨床經驗，發展出個人對於嬰兒內在幻想世界的認識。認爲嬰兒面對外在不好的經驗，像是初生時的焦慮，因不適應新的環境挫折時，將之幻想爲來自於客體對自己的攻擊，而產生破壞性的衝動。另一方面，這些破壞性的衝動，亦可能來自於怕被客體報復的害怕所引發。因此若當嬰兒受到比較好的照顧時，嬰兒在內在同時經驗了好的客體與壞的客體，嬰兒爲了留住好的客體，認同一個好的「我」，因而將壞的經驗

分裂並投射出去，形成對壞客體的想像。Klein 認為處在這時期的嬰兒內在是充滿了原始的衝突，內在運作力量是來自於死的本能的動力，如侵略、迫害、吞食、排泄等原慾衝動等等。這是 Klein 所認識的嬰兒心智運作及早期的發展特徵（Klein,1952）。抱持這樣的認識走進臨床的工作中時，Klein 認為來到治療情境中的案主，會將心智無法被自己意識中所接受的情緒、衝動，或是被分裂掉的部分自我、內化客體，或者想像中的客體關係，將之投射在治療師身上，就像嬰兒將壞的經驗分裂並投射出去一般，此一投射即是治療情境中的移情內涵。

Klein 認為分析工作的重要骨幹即是移情的詮釋，她從對一個小女孩，Rita 的分析工作中，體驗到治療情境必須與生活分開，才能有助於移情的建立與維持（Klein,1927）。Klein 認為透過投射認同作用，案主將分裂出去的部分自我投射到他人身上，是在根本上影響著個人內在的客體關係。治療情境中，治療師透由案主的投射的互動動力，才有機會得以認識案主的內在世界（Klein,1955b）。因此治療室中的任何行動，如潦草寫字，割破紙，姿勢與表情變化等等，每個行為的細節，都被 Klein 視為是孩子呈現其內在心中世智所進行的投射線索。她認為分析師可以引用這些線索，進而與父母親所提到有關於孩子的困難作聯結，從中形成對案主內在世界的認識，並利用治療過程中的適當時機，使之內化好客體，以建立好的客體關係。從內化好客體的過程中，案主就能夠對增加對不好客體的忍受度，削弱了被迫害感，並進而對自己及他人增加更多的寬容與愛，這就是 Klein 認為分析師工作的主要核心（Klein,1955a）。

因此對 Klein 而言，治療技巧之中，最重要的就是移情詮釋。案主對分析師投射的移情，是打開案主潛意識之路，即是案主早年情緒與衝突的重現，是將其早期的客體關係、幻想情緒重現的過程。但這個重現是屬於當下，是此時此刻因幻想作用而呈現，而非過去事件的重演（Klein,1952）。分析師之所以能有助於案主，亦是藉由探索案主的幻想與焦慮之根源，透過移情詮釋顯現出來後，並再置回案主內在原初的客體關係，讓患者重新經驗並獲得了解。Klein 肯定了重新經驗早期情緒與幻想的助益，並且認為當案主明了這些與原初客體的關係後，就能從根本上改變與原初客體的關係，因而有效地消除其焦慮（Klein,1955a）。

而在治療情境的移情運用，Klien 傾向將負向移情作為主要的分析素材，她從與孩子的互動及觀察中發現，這些孩子之所以在面對陌生人，不能自由地玩耍是來自於他們對陌生人有太多敵意或害怕，甚至會因為內在太多的焦慮的想像所使然。Klein 認為此時治療師若能藉由負向移情詮釋，釋放孩子內在的焦慮，並將之連結到最早客體後，焦慮則便消失，孩子們就可以繼續自由的玩耍。她認為理解孩子的投射，並藉由移情詮釋的治療過程，可以修飾孩子們內在不好的客體關係，以協助他們達致健康的適應狀態（Klein,1927）。

參、人際關係模式治療中的實踐移情運用

自從 Winnicott 觸及足夠好的客體概念之後，美國的心理治療學界因之亦開始將此觀點納入人際治療取向的概念之中。由不滿意古典的本能理論，轉向以人

際關係中之自我實現的角度思考，認為人並不是受之於內在衝突而苦，人的痛苦是來自於在外在無法建構一個統整的我。心理治療即成爲一種人際關係及自我的重建與修飾，人的內在無所可謂存在著一種可被探求的真理，因之移情是種個人主觀的人際真實，非是來自於潛意識幻想的心理現實的扭曲。人際模式將古典精神分析治療重心，由人格重建焦點轉置於實際的治療關係。而移情在這觀點改變的脈絡中，則被視爲是一種是強化的某些生活現象，而不再是來自內在複雜幻想所造成對生活的曲解。因此治療的過程主體亦隨之更迭，治療情境中的知識，亦不再只靠著治療師的專業而獲得。能洞悉瞭解案主內在心智運作力量曲解的人，也不再僅限於治療師。這樣的改變使得神分析導向的心理治療由「神秘心靈作」，走向簡單易懂的，較少理論層次的表達，並轉爲探討以案主與治療師的合作關係爲核心（Bateman & Holmes,1995）。這一轉化的過程，走出早期認爲沒有移情關係則沒有治療的概念，不再認爲透由案主需求未被滿足的挫折，在治療過程中形成退化的情境，以促發案主早期的感覺及行爲之移情是主要的治療方式，轉而逐漸地由現實人際互動的思考，從中理解案主的問題。

人際關係模式理論轉變，不但沖淡治療情境中移情動力的濃度，同時對移情現象亦採取較廣的解釋觀點。認爲案主與分析師的互動、內在衝突的重現、內在客體的表徵等等，都可以說是移情現象。此時的移情已被定義爲是受過去影響的新經驗，非過去經驗的重現（Copper,1987；Gill,1981），移情也變成是治療情境中的一種人際互動，是存在於治療情境中的一種持續性的人際關係，是治療中治療師與案主的關係，而非偶發性的現象。移情的討論主題也逐漸地由談論治療師與案主的關係所取代（Cashdan,1988）。因此，治療情境中所發生的移情，治療師則有其個人因素的貢獻，移情已不再純由個案內在動力的呈顯所創造而成的治療現象（Gill,1981）。

當認識移情的思路傾向於以一種受過去影響的新經驗，而非被舊東西所牽引而顯現之潛意識力量時。治療情境中詮釋移情目的，亦因之更改爲帶給案主新的經驗（Cooper,1987）。治療修通的意義則變成消弭案主對自己的設限，而非如同過去般的發現過去、潛意識的密碼。人際關係模式雖然仍將移情視爲心理治療的重心，但因思考移情方式的改變，也改變治療過程中引導案主的方向。治療師在治療情境中的地位，也因而調整爲促使案主自己能對移情發生覺察與理解的協助者，而非引發認識的主體。治療師透過治療中的移情詮釋，協助案主覺察及修改自己的人際模式，案主若在治療過程中，若能重新評價自己在關係中的經驗，則可以稱爲移情的解除（Gill,1981）。因此在這治療模式下的治療師不再是沈默、不參與，爲引發案主內在的各種反應的空白銀幕。治療師轉身成爲主動、較多介入、澄清案主在關係中的經驗。當治療師在治療情境中變成主動地參與的角色時，其個人特質因之在無形中，會對治療情境的移情內容及現象造成較大的影響。同時，治療師本身也因身處治療情境中，多少亦受到治療影響的感染而改變（Cooper,1987）。移情概念在這樣轉化中，產生另一個潛在危險的可能，治療師將變得更難以區分治療情境中的移情，是治療師行爲所引發的反應，還是來自案

主內在的驅力，因而可能造成錯誤的詮釋，或甚至誤解案主。

這股理論的轉化力量同時影響了移情在臨床上的運用的另一個趨向，即臨床研究者逐漸地朝向以行為的特徵來定義移情，以釐清移情的內涵。例如 Greenson (1967) 將移情定義成兩個顯著的行為特徵，即重複行為，和不恰當的行為。當移情離開了潛意識的屬性，成爲一種行為反應的定義時，也因之促成移情的研究走向實證性的領域。這使得認識移情內涵的方式不再僅限於臨床實務的治療師獨有，研究者也能夠透過實證性的研究設計，從中發展許多評量的工具，以不同角度來理解移情，使一些與移情相關的主題研究，開始有了著力的方向。就像許多學習採以 Greenson 所定義的移情，發展出移情現象評量表，並開始著手進行移情詮釋與治療效果的研究(Luborsky, Popp, Abrber & Shapiro,1994; Multon, Patton, & Kivlighan,1996)

以上略述 Freud、Klein 至美國客體關係，在治療情境中對移情所發展出來的思考與運用的改變過程。從這一路的轉變，在一長串臨床實踐，是各理論不斷地積累，並從中得出對移情知識在臨床運用上的摸索、發現、認識、深化的歷程。Freud 是一位深具智性的觀察家，雖一開始因對移情因認識不夠而導致些許錯失。但他對移情的探知態度，卻一直未曾放棄，不斷地以智性的思考，意圖瞭解其中所富涵那般的強大、但卻具威脅的內在力量。

有了 Freud 的經驗基礎，Klein 將移情的內涵深化，在診療室中採取主動的態勢，與診療室中移情投射的案主，上演一幕幕單刀直入的肉搏戰，企圖藉由與之直接地角力，撼動案主內在的焦慮、防衛、攻擊。Klein 的做法與 Freud 的深謀策略是相當不同的。Klein 是位實務的行動者，她的思緒也是相當行動性的，踏著 Freud 的基礎之上，進而轉之以投射—認同的治療動力的方式，建構移情理論的認識。此時移情因之由探索性的靜態內涵描敘，轉而爲動力意義的呈顯。

而當移情移置到了美國的客體關係學派時，因受到美國立國傳統哲學的實用思潮，將移情潛意識幻想色彩逐漸沖淡，在治療室中的氛圍中，存在的已不再只是治療師與案主，在純粹潛意識幻想層次中的來回過招，而加入實際人際關係的確認。在這樣的實際人際關係確認的過程中，卻也呈顯了治療室中認識主體的相互消長。當理論逐漸肯定地走向隨追案主意識中自我認識的同時，相對地減弱了治療師的認識主體的力道。這也許是爲了抵制過去治療師過大自戀的不良記錄，因而欲趨於回歸反省過後的謙卑；亦或是反應了對人深層內在認識，長久以來都一直處在極度昏暗視野下，造成無法解除的挫折，因而改弦易轍，走向加重現實因素的考量，以突破困境，甚至發展出臨床實踐外，以實證性的研究方式擴大探討與移情主題有關的層面。這樣的更新概念，使得移情的認識由原本的晦暗不明，走向透由實際測量，求得普遍性的掌握。不論是什麼因素造成這些思緒的峰迴路轉，但這峰迴路轉的現象則卻是真實回應了 Freud (1905) 在一開始發現移情時，就認識處理移情難度的真知灼見：「治療師要在最輕微的線索，及幾乎沒有任何協助的情況下，從中偵察出移情，但另一方面又得要避免形成任意、武

斷的推論」(p.116)。但對於移情認識的定位，究竟得宜處在一種因太晦暗而需容忍視野難以明晰的挫折困境中慢慢摸索，或是將之化約，以便移置於可量化、評量之得以視見的公眾平台，一秤斤兩。無論如何，兩者所得的認識內涵勢必不同，但何者是較有利於心理治療的學習者，以及治療情境中的案主，則得靠實踐心理治療者在其個人的實務經驗、及研究探究的過程中深入體會、酌量。

第四節 移情的相關研究

移情在心理治療領域位居要津，移情理論的發展及描述可說是汗牛充棟，但是移情的研究發展至今，與理論相較起來，顯得相當的緩慢。移情內涵及結構太過複雜，是造成移情研究緩慢主要的原因，以致形成如此落差。此外，在實務過程中，欲區分移情的現象內涵為何，並非易事，此亦是限制移情現象研究發展的重要因素之一（Gelso, Hill, Mohr, Rochlen, & Zack, 1999）。本研究整理移情有關於之研究，分為正負向移情與治療效果之相關研究、移情關係內涵之研究、移情處理技巧之研究，反移情之相關研究等四個主題，加以探討。

壹、正、負向移情與治療效果之相關研究

研究上對移情有較清楚的定義是自 Gelso、Hill 和 Kivlighan 等人（1991）的研究開始，他們視移情為一種潛意識歷程，是促動防衛機制的一種驅力、感覺、態度、和幻想，認為移情基本上是一種扭曲的知覺。之後 Mulotn、Patton 和 Kivlighan 等人（1996）曾以 Greenson 的理論為基礎，發展出移情評量量表，將移情的內涵分為正、負兩向移情。治療師所評判之負向移情現象，與個案在治療中所提及重要他人之負向關係，有顯著的相關。但是在正向移情向度上，卻無顯著。此一研究結果顯示，負向移情是容易被治療師所覺知。Gelso、Hill 和 Kivlighan 等人（1991）的研究中也同樣的發現，當負向移情增高時，治療師傾向協助案主探索潛伏在其下的情緒，並會朝著案主的歷史背景作進一步探尋，同時也會提供案主較多的訊息，進而處理治療關係。在負向移情出現的同時，治療師易傾向於迴避治療情境結構化的處理，多採導向行為改變的直接介入技術。但正向移情發生時治療師則較少會如此作進一步的探索，也許這與負向移情容易引發治療師感知此刻治療關係有需要立即處理的覺察有關。

有關正向及負向移情進一步的研究中，Gelso 等人（1999）發現在長期治療中，一開始出現正向移情的話，治療結果較為成功。案主也易傾向於希望治療師扮演好的照顧、支持性的父母角色。但這研究結果與 Gelso 等人（1997）另外對短期治療的研究發現不同，Gelso 等人發現短期之治療成功的案例，在一開始的前 1/4 階段出現比較多負向移情。同一研究並發現，隨著治療歷程的發展，移情內涵是不斷的改變，負向移情可因案主感知治療師在治療過程中對其不加批判的治療態度，而轉變成為正向移情。雖然如此，Gelso 等人在 1999 年的研究中，又進一步發現，負向移情雖具可轉化性，但在治療結案時，並未能完全消除。從治療結果與移情關係的研究中，Patton、Kivlighan 與 Multon（1997）以長期個案治進行治療前後測量，以瞭解治療的改變的研究中發現，治療成功的案主的移情評量分數較高，而抗拒分數較低；相較於治療不成功的案主，其所評定的移情分數較低，而抗拒分數較高，這結果與 Graff 和 Luborsky（1977）所做的研究結果一致（引自 Patton, Kivlighan & Multon, 1997），較好的治療結果的案主，其移情現象呈線性的方式增加。Gelso 等人（1997）對短期的治療的研究中發現，治

療成功的案主在治療時程前 3/4 時，移情現象增加，之後就顯著的降低下來。而治療不成功的個案，其移情現象一開始就不斷地下降。但 Kivlighan、Gelso、Wine 和 Jones（1987）等人所做的研究結果，卻反應出移情與治療結果並無相關（引自 Glso, Hill & Kivlighan, 1991）。

貳、移情關係內涵之研究

Luborsky 等人（1973）以不同評量者對同一治療錄音帶的評量研究中發現，Freud 所談的 22 種移情現象的特徵中，以實證研究方法證實了 17 種現象的存在。之後並以核心衝突關係的概念，發展出 15 個移情測量移情有關現象的量表，他們認為核心的關係模式可反應出移情現象（引自 Luborsky, Popp, Barber & Shapiro, 1994）。同一研究中 Luborsky 等人發現，不同評量者針對某一個客體的所引發個案的移情反應的評量一致性高，但是對於某一會談段落的整體移情反應的評量則未達顯著，此結果顯示，對於當下治療師與案主所發展出的移情的內涵，評量者彼此間的共識並不高。

Gelso 和 Hayes（1998）引用「兩人心理學」（two-person psychology）的概念定義移情，認為治療師是主動地參與在治療情境所形成的治療關係，而不是一個在旁的觀察者。依他們的觀點來看，移情則是一種治療師與案主間所建構之「真實關係」（real relationship），而非是古典理論所談之扭曲的關係形式。雖然治療師是主動參與移情關係的建構，但是移情主要仍是來自於案主內在潛意識活動所建構的關係，特別是來自於案主早年與父母的互動關係所形成的人際經驗。而這樣的早年關係經驗會置移（displacement）至治療關係之中，包括案主對治療師的感覺、態度、及行為等等。之後 Woodhouse、Scholsser、Crook、Ligiero 與 Gelso（2003）依此移情的定義發展依附關係與移情類別間的相關研究，發現案主對治療師不安全依附與父母的照顧情況存在著負相關。Mohr、Gelso 與 Hill（2005）的研究發現案主與治療師的依附關係的形式可以預測出部分的反移情，特別是害怕依附型態的案主，與其所評量治療進行是否順暢間，存在著負相關。

Connolly、Crist-Christoph、Demorest、Azarian、Muenz 與 Chittanms（1996）以分類分析及個案分析的方式，重新審視核心關係與治療關係的相關性時發現，治療關係並非必然是案主核心關係的衍生，因案主的核心關係並非僅是單一類型的關係存在，這與 Luborsky 等人的研究發現不同。Connolly 等人並以個案分析方式進行分析，結果發現治療中案主對治療師所呈現的多重的核心關係，併存著矛盾，且並非所有的案主一開始皆會對治療師產生移情關係。

以上的研究皆從治療師為主體的觀點，進行有關於移情關係模式的覺知研究。至於案主是否認同治療師所知覺的移情關係，從 Arachtingi 和 Lichtenberg（1998）兩人的研究結果並未得到證實。其研究結果反而顯示，案主自我陳述其與父母關係，和與其對治療師所感知的關係並不相同。案主對治療師正向的反應，在研究中並未證實為正向的移情反應，而被認為是一種對治療師的真實正向的情感反應。當案主感覺到治療師所提供的是支持、同理及照顧功能時，案主並不認為此是與父母的移情有關。同樣的，對負向的移情的反應研究，亦並未得到

支持。

參、移情處理技巧之研究

治療中如何處理移情的研究中，雖然 Crist-Christoph、Cooper、與 Luborsky (1988) 的研究發現，治療師詮釋的正確性與治療效果有高度的關係。但其他研究發現，治療師除了使用古典分析的詮釋或探索技巧之外，另一些非分析的技巧像是教導，勸告，教育等，治療師也皆多方的採用。尤其是分析取向所不主張採用的治療師的自我表露技巧，卻在研究結果中發現，在大部分的實務的案例中，為治療師普遍的採用。這樣研究結果顯示了，在近年來的精神分析實務中，介入技巧的使用也變多元化了(Gelso et al.,1999)。此一現象與 Gelso 和 Hayes(1998) 所觀察結果是相同。

另外在 Gelso 等人(1999) 的研究中同時發現，工作同盟及與治療師的真實關係，是處理移情的必要條件。藉由工作同盟的建立，可以提供案主探討負向移情的空間，同時也能夠藉由真實的關係，降低對治療師理想化移情。研究結果顯示，治療中的工作同盟，及與治療師的真實關係，對案主可說是面對負向移情的一種緩衝器，或者是一種安全的保壘。

但至於洞察對處理移情上的幫助，Gelso、Hill 與 Kivlighan (1991) 的研究發現有顯著相關。但他們在 1997 年的研究中，卻發現在短期治療中，移情與洞察單獨因素對於治療結果並無影響，但移情處理與情緒洞察的交互作用因素，則與治療結果有顯著關係(Gelso, Kivlighan, Wine & Jones ,1997)。Gelso 等人(1999) 的進一步研究中發現，移情處理與洞察之間的相關性，並沒有理論所談的那麼重要，研究發現除了情緒性的洞察是可以解決移情之外，智性及純粹認知的洞察，則無法成為移情處理的必要條件。

肆、反移情之相關研究

關於治療師處理移情時所遭遇的困難，研究結果則多是圍繞在反移情的主題上。當牽涉反移情主題時，治療師都表示宜小心的面對。尤其是面對案主時，治療師若不願意太直接處理負向移情，或是沈浸在正向移情的理想化中，此都與治療師個人未經處理好的主題有關 (Gelso et al,1999)。Gelso 等人從處理移情時可能會犯的錯誤中發現，治療師所犯的錯誤都可以畫歸在反移情的範圍之中，其中包括治療師對自己的工作太過於滿意，或是治療師被案主認為太過批判，缺乏同理，介入的干涉太多等。另外，從治療師的反省中也發現，治療師若缺乏對於移情現象足夠關注時，也是算是處理移情上容易犯的錯誤。

國內對於反移情的研究，傾向以獨立的治療現象來探討。國內目前的研究發現包括，反移情的內涵大致可歸為治療師對案主及治療的感受、對治療關係的看待，以及對案主的想法等三個層面(謝珮玲，民 92；林淑君，民 88；張學善，民 87)。研究結果皆認為，治療中的反移情表現方式，可由案主的行為及情緒兩個層面表現得知。研究共同發現，反移情來自治療師個人，及案主之兩種不同因素所引發。而若反移情獲得化解時，則有助於治療進展(林淑君，民 88；張學

善，民 87)。其中林淑君（民 88）認為反移情應宜與移情現象合併思考，能較有全面性的認識。

綜合以上研究結果發現，研究上之移情概念，在語言、文字的層次上，似乎已可達成某一層次的共識。但是，研究的結果整體治療實踐上的幫助仍有段距離。而且往往相同主題的研究，甚至是同一群研究者前後所進行的研究，並未得同樣一致的支持。從上所述之移情相關研究中，移情究竟是一種有別於治療的同盟關係，或是不同於真實的治療師兩人的關係，仍無法把握得住，不能加以定論。雖然研究顯示，堅固的治療同盟關係比較能協助案主面對治療師的負向移情，其中是否意味著治療同盟與負向移情是不同的內涵，但若以 Klein 部分的客體表徵的理論挑戰時，案主對治療師的移情性質，本就是一種愛恨交織同存。若又將治療同盟關係視為一種正向移情時，則要深究的是，治療同盟關係的何種內涵，足以協助案主面對負向移情？此一挑戰亦使得此研究結果內在變化的涵意又更難以解釋。因此除了從實證研究的研究結果中發現，移情是極為複雜，難以文字化楚清的呈現其概念之外，接受研究的治療師對移情的觀點未必相同。但因研究方法多一視同仁地採用相同的治療師評量方法，不論是半結構的訪談，還是填寫設計好的量表來進行研究，這樣量化研究下所測得的結果，亦令人質疑。例如 Gelso 等人（1999）就坦承在研究進行所訪談的 11 位治療師中，就有兩位不同意研究者所對於移情的定義。兩位接受研究的治療師認為，很難將移情從治療同盟與真實關係區分出來，較認同治療中所有的關係都是移情。研究者面對這差異時，仍採自己的定義，並依之將訪談內容進行分類。但這現象反而真實的指出，在實務過程中，不同治療師在實踐移情的概念上，存在差異極大的個人空間，實證研究者只能進行為上的表面分類，與移情內涵的表達似乎還有蠻遠的距離。

另外，從上述的移情相關研究整理發現，若以邏輯實證主義的認識進行時，意圖從中尋求一條可以描繪移情現象的公式，或是為有效的治療結果，試圖操縱移情的變項，欲圖得到假設的支持證據時，多半都功敗垂成。研究結果的多變性，使得解釋的難度不斷的增加，Gelso 等人（1991）從研究結果反省中道出，移情的實證性研究是相當困難進行，除了移情現象之複雜難以理解，研究者也很難找到適當的研究方法來進行。但若以個案分析的質化研究方式，對於實證研究所無法發現的細緻內涵，似乎有更進一步的獲得。就像 Connolly 等人（1996）以個案分析方式進行研究得知，案主對治療師的移情關係非是單一類型的核心關係，且可以是矛盾併存，推翻了 Luborsky 等人以核心關係定義移情的做法。對於這樣研究結果，亦再次呈現以實證性研究所能提供的移情內涵的認識知識的有限性，此一現象中亦從中透露了精神分析的知識屬性較傾非實證性。精神分析自 Freud 發跡開始以來就不斷地挑戰實證科學，客觀，可量化，數據化化約知識的認識方法（劉佳昌，出版中）。因此想要研究精神知識有關的移情認識，似宜應尋求相符於其知識立論的研究方法，才能得以對所欲瞭解現象有更深一層的認識。

Cooper（1987）談到目前有關移情的理論，已由古典的定義走向現代，從中

並說明了精神分析認識思潮的轉變已從一種真實存在、有待發掘的真理的建構，走向一種治療師與案主之間共同創造出來的複雜現象，亦更是遠離了邏輯實證的認識方法。再則，也有一些學者試從建構主義的觀點來看治療師與個案的互動中，認為治療師在治療個案的過程中，同時也會受到個案的影響，與個案互動的治療歷程，也是治療師個人在建構自己的部分(Kantrowitz,1997)。因此思考治療情境中的移情現象時，很難為不同治療實踐者，找到共同的移情定義的事實，則是愈來愈清楚。因此對移情的研究，是否宜返回思考實踐的個人，如何在自己的實務工作中應用移情現象，似乎可成為另一條研究的方向。若能將實踐者的知識與其他人分享，相信是能夠益於發展個人的臨床認識，並更進而有益於案主。

雖然就精神分析而言沒有一套標準的決解方程式，可適用於所有的實踐者。但每位實踐者若能靠著自己被分析的經驗，與督導及同事的個案討論，並從文獻體會他人所得自於工作的認識中，累積實務工作上的發現與認識則是相當有價值的學習方式。