

移情愛的心理治療

Psychotherapy of Transference-Love

余振民¹、修慧蘭²

Chen-Min Yu¹, Hui-Lan Hsiu²

摘要

在實務工作上會發生案主愛上治療師的現象，但國內對於此類移情愛的研究和論述非常少。本文嘗試整理國內外關於移情愛的研究文獻和部分實務經驗，先介紹移情愛的起源，接著討論移情愛和移情的關係，再整理移情愛的內涵、移情愛心理動力以及移情愛心理治療等主題。最後引介一篇國外關於移情愛的部分治療歷程，增加我們對此現象的理解，希望提供實務工作者思考如何採取適當的態度與方法和移情愛的案主一起工作。

關鍵詞：移情愛、移情分析、分析愛、心理治療

壹、前言

在個人實務經驗及專業工作研討中發現，案主會喜歡治療師並非罕見的現象，案主對於治療師產生正向情感，大都能夠維持在諮商架構中持續發展治療關係，並維持在諮商倫理的規範中互動。然而，有些案主會嘗試跨越諮商界線，試圖和治療師發展超越倫理規範的關係，或是在心中對治療師形成情慾的幻想，並嘗試將幻想行動化。Freud在1880年注意到這樣的現象，並在1915年

出版的「Observations on Transference-Love」一文中將這種現象稱為「移情愛」(Transference-Love)。Freud在撰寫這篇文章時，心中有兩個重要的背景案例：Anna O.對Breuer醫師發展出假性懷孕的移情愛；以及Jung與Spielrein在分析中發展的「混亂的、熱情的反移情」。Breuer面對Anna O.的移情愛以離開病人作收，Jung面對Spielrein的移情愛以滿足病人的情慾做回應。Freud反對這兩種作法，他指出，離開病人和滿足病人的情慾都是不適當的作法，最恰當的作法是，不離開病人，不滿足病人的情慾，

¹國立政治大學心理學博士候選人

²國立政治大學心理學系兼任副教授

通訊作者：余振民，(116)台北市文山區指南路二段64號政治大學心理學系，
E-mail:yu.jm@msa.hinet.net

由原治療師對病人進行移情分析（盧志彬、范鈞傑譯，2009）。

國內對移情愛的研究論文非常少，但此現象在實務工作上並非少見，本文作者在相關個案研討會或與實務工作者分享經驗時，常會聽到大家提及此現象，及對此現象的好奇。因此本文目的為透過整理「移情愛」的相關文獻，包含移情愛的內涵、移情愛的心理動力，以及移情愛的心理治療等主題，以增加我們對此現象的理解，也提供實務工作者思考如何採取適當的態度與方法和移情愛的案主工作。

移情愛一詞最初由精神分析學派提出，隨後客體關係理論與自體心理學學者也發展了不同的論述。由於其他治療學派對移情愛的相關論述較少，因此本文所參考引用之文獻，多數聚焦於心理動力取向之論述性質文獻。移情愛常被視為「移情」（transference）的一個分支，被包含在移情一詞中論述（盧志彬、范鈞傑譯，2009），因此本文在探討移情愛之前，先為移情進行定義。

「移情」指的是過去某個人物形象的特質被歸因到醫師身上，和該人物有關的感受，以同樣的方式在醫師身上被經驗到（陳登義譯，2006）。近年來較為研究者廣為採納的是Levy和Scala（2012）所提出移情概念：「移情是一種早期重要關係表徵（父母和手足等）複製到此時此刻的人際關係中重複體驗，並潛意識地歸因於此時此刻人際關係的傾向。」（Ulberg, Amlo, Crithchfield, Marble, & Høglend, 2014）而Hamilton（1998）則進一步定義「移情」是將病人內在客體投射到身為治療師的外在客體（楊添圍、周仁宇譯，2013）。Klein和客體關係理論的學者們，則以「投射性認同」（projective identification）的概念來擴展移情的理念。在投射性認同

中，病人無意識地將自體或客體表徵投射到治療師身上。自體心理學（self-psychology）則藉由Kohut強調「自體客體移情」（selfobject transference）是把治療師視為病人自體的某種完成，以擴展對移情的理解（陳登義譯，2006）。因此本文當中，「移情」、「投射性認同」和「自體客體移情」，分別指涉的是不同的心理動力取向中對於同一個概念不同的用語。

此外，在心理動力取向的論述中通常以「病人」（patient）來指稱被治療者；以「醫師」（doctor）或「分析師」（analyst）來指稱治療工作者。本文為尊重原作者的用詞及配合原文的情境脈絡，在引用文獻時會盡量保留原文的用語。本文作者自己所撰寫的內文，則依照不同的情境脈絡，採取「當事人」、「案主」、「個案」或「病人」指稱被治療者；以「治療師」、「心理師」、「醫師」或「分析師」指稱治療工作者。

貳、移情愛的內涵與不同觀點的演進

Freud在1915年將這種「愛上心理師」的現象稱為移情愛之後，其後的學者則依據案主的健康狀態，將「移情愛」從精神官能症這一端到精神病這一端區分為「情慾移情」（Erotic transference）和「情慾化移情」（Erotized transference）（Doctor, 2003/1999）。Freud認為這種愛上治療師的行為和一般的愛情不一樣，是治療情境引發病人對治療師的移情，跟治療師本人無關。因此治療方式和一般處理移情的方式一樣，包含匿名性、移情分析、詮釋等。後來的學者Buirski與Monroe（2000）、Doctor

(2003/1999)、Ogden (1999)、Stolorow與Lachmann (1984/1985) 等人則認為治療情境和治療師的言行本身都會引發當事人的情感，移情愛是案主與治療師共同建構的結果。接下來進一步摘要論述移情愛的內涵與不同觀點的演進。

一、Freud對移情愛的看法

當案主愛上了治療師，她是在用愛來合理化她的性慾？或是她將童年對父親的愛轉移到治療師身上？或者她是在勾引治療師以對抗治療師想要對她進行的介入？以上都是Freud在「Observations on Transference-Love」一文中的假設。Freud提醒治療師不要因為案主愛上自己就感到自己是被愛的客體，因為並非治療師本人的魅力喚起了案主的愛情，病人對治療師的愛情是來自於錯誤的連結或是對現實的扭曲。由於病人愛上的並不是治療師本人，因此病人還會不斷地愛上下一位治療師 (Buirski & Monroe, 2000)。以上是Freud對移情愛內涵的看法，接下來本文整理一些心理動力取向的學者，針對Freud的看法提出其不同的觀點。

二、治療師和移情愛的關係

本文作者從文獻回顧中看到，Freud所提出的「病人愛上治療師，但與治療師無關」看法，目前已不再被某些學者認可 (Buirski & Monroe, 2000; Ogden, 1999; Stolorow & Lachmann, 1984/1985)。Gabbard (2004) 指出，現在大家已經廣泛地瞭解到，不管治療師做了什麼，都會對病人所認識的治療師產生持續的影響，所以基本上治療師不

可能避免對病人的移情產生影響；移情有部分是對治療師的一舉一動所產生的知覺，而非病人過去各種關係的反映。Hoffman (1988) 的移情建構論模式，則強調治療師的實際行為總是會影響病人對治療師的體驗。從這個觀點來說，一定會有根據治療師實際特質而產生的互動真實面向，而該特質會和過去某一舊有客體關係的重現彼此互動融合。事實上，所有當代客體關係的觀點都同意，病人對治療師的覺知，永遠是該治療師的真實特質和病人過去所具有的重要人物之面向的混合——結果就是新舊關係的某種結合 (陳登義譯，2006)。

三、移情愛的交互主體論

Stolorow與Lachmann提出交互主體論 (intersubjective theory) 來說明他們對於移情愛的觀點，他們認為「移情在本質上不只是退化、移置、投射或扭曲，而是病人試圖將治療關係同化 (assimilation) 進他個人主觀世界的意義結構 (thematic structure) 當中。移情愛是一種普遍的心理能力，致力於整合個人的整體經驗與創造意義。案主在治療歷程中感受到治療師的愛，引發了他內在對愛的需求與渴望，以一種原始的情慾方式來表達並期望獲得治療師的肯定」 (Stolorow & Lachmann, 1984/1985)。Kohut也提出相似的治療概念，他認為在心理治療的過程中建構心理結構是治癒的必要元素，但是全新的心理結構是無法創造的，因為核心的自體無法從頭再建構。分析的心理結構是復健舊有、有缺陷、不穩固的結構而成。要達成精神分析的治癒，治療者就必須有能力去活化案主孩童時代的自戀需求，這個需求是在移情作用中呈現，

在分析情境中動員起來的（葉宇記譯，2005）。

參、移情愛的心理動力

Freud認為，移情愛是阻抗（resistance），用來將分析師置於「難堪的位置」：一種痛苦的窘迫，而這種狀況是難以克服的。換句話說，病患嘗試將軍他的分析師（盧志彬、范鈞傑譯，2009）。相對於Freud認為移情愛是抗拒治療的說法，許多學者卻認為移情愛是病人試圖配合治療的嘗試。例如前述Stolorow和Lachmann的交互主體論指出，移情愛是病人試圖將治療關係同化進他個人主觀世界的意義結構當中。Wachtel（1980）則採皮亞傑的觀點來詮釋移情的動力，認為移情是案主在同化和調適個人基模的適應歷程。而Kohut認為情慾移情是案主和治療師合作的一種方式，是在治療情境與治療師的激發之下，活化了案主古老的伊底帕斯創傷自體，尋求理想化自體客體（selfobject）安撫其與轉化其自體所做的努力（葉宇記譯，2005）。本文作者認為，從高達美的詮釋學的觀點來看（陳榮華，2011），Freud以移情愛（transference love）描述了治療歷程中個案愛上心理師的現象，Kohut則以自體客體移情（selfobject transference）來詮釋這個現象的心理動力。以下進一步以「自體客體移情」的論述來闡釋移情愛的心理動力。

一、自體客體的成長性需求

Kohut強調自體客體移情是病人將治療師視為病人自體的某種完成，因為自體處在匱乏的狀態中，移情客體必須實現病人因為父母同理共感不足所導致功

能上的欠缺。因而病人會藉著視治療師為令人稱羨的或有效（validating）的客體，來尋求自體的完成（陳登義譯，2006）。

Kohut認為在個人心理發展的過程中，自體客體的需求（selfobject need）主要是在嬰兒時期被主要照顧者所滿足，若主要照顧者能滿足嬰兒的這些需要（肯定、接納、安撫、歸屬感等），嬰兒就可以充分發展他的自我肯定、價值感、情緒管理，並充分發揮他的自我潛能（Burirski & Monroe, 2000）。

當一個孩童創傷性地失去理想化雙親時，恰到好處的轉變內化（optimal transmuting internalization）就無法發生。如果創傷發生在前伊底帕斯階段晚期（18~36個月大），孩童就會呈自戀需求性慾化的傾向，在成年時期則以性慾化行為的形式來表現。Kohut認為這種性慾化是為了安撫及安頓破碎的自戀自體所做的努力，因為失去了理想化的雙親影像，就無法透過自體客體所執行的安撫、張力調節以及適應等功能內化為他自體的心理結構（葉宇記譯，2005）。

依照Kohut自體客體移情的概念，愛上治療師可以被理解為因為治療師提供了案主一種自我轉化的功能，也就是提供了案主所需要的自體客體功能。案主和一個富有愛心與關心的治療師所建立的關係，提供了他一個正向成長與改變的新體驗，在案主的心中治療師是一個能夠讓他自我發揮功能的客體，包括自我調節、自我肯定、自我安定等功能（Shane, Shane, & Gales, 1997）。

二、從嬰兒愛到成熟愛的成長歷程

Fromm（1956）在「愛的藝術」一書中區分嬰兒愛（infantile love）和成熟

愛 (mature love)。嬰兒愛會說：「我愛你，因為我需要你。」或是「我愛你，因為你愛我。」相對的，成熟愛會說：「我需要你，因為我愛你。」或是「我被愛，因為我愛。」(Gerrard, 2003/1999) 因此「我愛你，但與你無關。」這句歌德的名言，在移情愛的案主身上可以修改成，「我愛你，但與你有關——因為我需要你，還有你愛我。」案主呈現的是嬰兒愛，他們需要透過治療師所提供的成熟愛來感受到自己是值得被愛的，並且漸漸地產生愛人的能力——在治療的過程中持續地感受到被愛，同時透過治療技術的介入，漸漸地發展出成熟愛。以Kohut的語言來說，就是透過治療師扮演個案的自體客體來進行轉變內化 (transmuting internalization) 的工作，轉換當事人內在的客體關係。

肆、移情愛的心理治療

雖然不是所有的治療都會喚起案主的移情愛，但是治療師要為喚起移情愛的治療負責：「治療情境喚起了病人的愛，這是治療無可避免的結果。要負責處理這個情境的人是治療師，病人有權依據他的特質或病理嘗試著誤用治療情境。一旦我們清楚地瞭解了移情，我們就有機會去探索到底發生了什麼事情，而不是感到負擔」(Doctor, 2003/1999)。

一、移情分析

Freud認為，治療師面對移情愛的方式可能的方式有三種：1. 滿足病人的情慾，2. 離開病人，3. 進行移情分析來治療病人，Freud認為只有第三種做法才是正確的：不滿足病人的慾望、不離開病

人、進行移情分析 (盧志彬、范鈞傑譯, 2009)，這樣的觀點和作法是Freud的貢獻之一，不更換治療師，由原治療師繼續進行治療的確是對案主最有利的作法，也獲得當代學者的共識。Freud認為治療機轉在於內在心理衝突的化解，而化解的方式又在於讓潛意識中的衝突透過反覆的解析而清楚的呈現在意識認知之中，因此應持續地維持匿名性與分析的架構 (Burirski & Monroe, 2000)。

(一) 移情分析的正向效果

探討移情分析的研究可區分為個案研究、歷程研究、效果研究以及實驗研究。早期比較著名的移情分析研究是Menninger Project (Wallerstein, Robbins, Sargent, Luborsky, 1956)，這個研究探討心理動力治療和精神分析治療對人格疾患的治療效果。研究結果顯示對於人格疾患而言，詮釋性的心理動力治療效果最好，精神分析治療次之，支持性治療效果最差 (Kernberg et al., 1972)。Kernberg (1989) 指出治療早期進行負向移情的詮釋和進行正向的移情詮釋一樣地重要，愈早進行負向的移情詮釋愈好。Malan (1976a; 1976b) 發現增加移情詮釋可以增加長期的治療效果，但因為此研究有一些混淆變項存在，例如沒有採取匿名評量 (blind rating) 等因素，因此參考價值不高。但是後來Marziali與Sullivan (1980) 去除了混淆變項並採取匿名評量的方式重新複製了Malan的研究，發現移情分析具有良好的效果，並且發現在治療歷程中移情分析的次數和時間都相當少。

(二) 移情分析的負向效果

近年來也有研究發現移情分析會引發病人的抗拒並導致負向的效果 (McCullough et al., 1991)。Ryum, Stiles, Svartbarg與McCullough (2010) 比較心

理動力治療和認知治療在第三類人格違常（Cluster C personality disorder）的治療效果，發現對於人際功能較低的病人，愈高的移情分析可能會造成較低度的治療效果以及較低度的人際問題的改善，尤其是在較低度治療聯盟的情況下效果最低。Høglend等人（2011）進行了第一個移情分析治療的實驗研究（FEST），發現研究移情分析並無主要效果，進一步分析移情分析和治療關係的交互作用，發現移情分析在低度治療關係有效，在高度治療關係呈現負向治療效果。研究結果顯示：「沒關係就好分析，有關係就別分析。」McCullough等人（1991）的研究也顯示移情分析有負向的效果，移情分析甚至造成個案的流失。

雖然前述的相關實徵研究非針對移情愛此類移情的研究結果，因此是否完全適用須進一步探討。但綜合來看，移情分析的效果是複雜的（Yeomas & Levy, 2013），有正向的效果也有負向的效果，應該有一些其他的變項影響了移情分析的效果。Henry與Strupp（1994）指出，移情分析的過程有賴於治療師和病人之間的人際互動歷程，移情分析若是以一種生氣、責備的態度進行，反而會造成更負面的症狀。另有學者指出，治療師的反移情管理（countertransference management）是決定治療效果的重要因素（Hayes, Gelso, & Hummel, 2011）。Yeomas與Levy（2013）整理反移情的研究發現，邊緣性人格或是和邊緣性人格有關的行為最容易激起治療師反移情反應，諸如生氣、不喜歡、缺乏同理或中立反應。反移情反應和治療效果呈現負相關，反移情管理和治療效果呈現高度正相關。高度的理論架構和自我覺察顯現最少的反移情反應，擁有理論架構卻缺乏自我覺察顯現最多的反移情反應。

因此自我覺察和反移情管理對於治療效果有重要的影響。

二、移情愛的移情分析

針對移情愛所進行的移情分析研究顯示，移情分析有負向的治療效果（Field, 2003/1999; Ogden, 1999）。Ogden認為治療師將自己對移情愛的反移情消化之後，以治療性的方式放進治療中很重要。客觀的移情分析往往造成案主感到被治療師拒絕愛的請求而抗拒分析，造成傳統的心理分析方法在情慾移情案主身上行不通，因為他要的不只是這些（Ogden, 1999）。

（一）移情愛的幻想

Burirski與Monroe（2000）認為移情愛的治療要能夠同時滿足移情愛案主所產生的自體客體幻想（selfobject fantasy）和解毒幻想（antidote fantasy）。「自體客體幻想」是指案主愛了一個理想的對象（治療師），案主體驗到一個嶄新的自己和一個嶄新的關係，朝思暮想地將自己全心地投入這個關係當中，努力地在這樣的關係中成長。「解毒幻想」則是案主幻想著治療師也愛上了他，並且將他的幻想行動化以確認其幻想為真。自體客體幻想提供了案主自我轉化與提升的功能，讓案主充滿了轉化自我的動力。解毒幻想則提供了案主自我保護的功能，在案主的自我尚未轉化之前，解毒幻想如同包在生鏽鐵上的油漆，保護著案主內在尚未修復的自我。

Orange, Atwood與Stolorow（1997）指出，病人的自體客體移情包含了兩種截然不同的來源和意義：1.病人亟需和治療師產生連結以獲得過去失去的自我發展經驗。2.病人尋求治療師的回應（治療

師也愛他）來對抗他實際上破碎的自我，對抗他原本負面並造成自己痛苦的自我概念，並證明與提升自己的價值感。本文作者認為，治療師的移情分析會打斷病人和治療師的連結，無法給予病人所需要的回應，並打破病人的解毒幻想，讓病人暴露出內在破碎的自我。

（二）分析愛（Analytic Love）的發展

Gerrard認為真正治療病人的是治療師的愛。許多接受治療的病人內心深處都覺得自己不值得被愛，除非他們在某個時刻感到治療師的愛，他們才能夠充分地發展並有正向的治療效果。治療師的愛（不包含治療師未經分析的反移情）需要先被病人喚起，病人才有可能發現自己有愛的能力和值得被愛。這也是Klein的觀點——嬰兒在回應母親的愛和照顧時發現了自己愛的感受（Gerrard, 2003/1999）。

Young-Eisendrath（2007）提到分析愛（analytic love）的概念，他定義分析愛為：「一種健康的情感，有別於移情愛，因為分析愛並不依賴於操控或屈從的幻想，並且接受心理治療架構下的倫理和心理界線。」Young-Eisendrath指出：「在分析愛中，病人一定會感到分析師的瞭解和接納，如其所是的瞭解和接納，接納案主人格中的限制、缺點和錯誤，以及他的優點和天賦——縱使會激起治療師的嫉妒，仍然接納。分析愛是一條雙人心理學中的單行道，病人被瞭解，被愛和被接納；但是分析師只有部分被案主認識，並且有時候被理想化——甚至到治療結束都是如此。」

本文作者認為，治療師的愛不同於一般的愛，在平均每週一兩小時的時間中對案主展現的愛，不同於在現實世界的人際關係中所展現的愛。但也就是這個理想化的愛治癒了病人，它包含了治

療師對案主的同理與接納，對案主成長的期待，但消化了治療師自身的反移情並去除了治療師對案主的渴望（desire）。

（三）覺察和消化反移情

Ogden（1999）認為遇到移情愛案主的情慾邀請時，治療師應當檢視和消化自己的反移情，並將自己消化後的反移情治療性地放入治療當中。治療師應該先在非語言或隱喻對話的方式上真實地呈現出接納對方的本我渴求以維持互動的關係，然後再漸進地引導當事人採取適當的方式表達與滿足其渴求。

他認為適當的調整和病人非語言的互動，類似母親和嬰兒的互動方式。在嬰兒時期母親和嬰兒之間的互動有著分裂和修復（disruption and repair）情緒的功能，當嬰兒產生負面情緒時會以各種行為逃避此情緒（包括各種防衛機轉），若是母親能夠用適當的方法讓嬰兒漸進地從逃避情緒到接觸情緒與調節情緒，則比較不會產生前伊底帕斯發展性心理病理（pre-oedipal developmental psychopathology）。

案主的情慾移情是退回到原始的伊底帕斯情節，要協助情慾移情的患者去接觸和調節自己的情緒，同時又能夠維持良好的治療關係，傳統的移情分析並不足夠。因為傳統的移情分析會讓當事人感到治療師不瞭解與拒絕，並產生新的分裂經驗（在互動過程中感受到愛，但是治療師言語上不承諾愛）。

三、移情愛的治療案例

為了具體說明心理動力取向如何進行移情愛的心理治療，在此以Ogden（1999）在「美國精神分析心理學刊」提出的移情愛分析案例進一步說明。

（一）移情愛的形式

案主為女性，Ogden稱她為Patty。Ogden為Patty進行了持續1年半的心理分析，Ogden表示：「在分析的過程中，Patty多次強調她對我的愛，以及她希望我愛她。除此之外，她還對我有強烈的性慾，並且堅持唯一能夠證明我關心她，和她值得被關心的方法就是和她發生性關係。除此之外，我所做的一切——包括我的反映、同理以及表達對她的興趣和關心——對她而言都是沒有意義的，並且會激怒她。對她而言，我所做的事情都是分析師訓練的技術，無法證明我對她有性的感受，她覺得我對她壓抑著嫌惡和輕蔑的感覺。」

（二）移情愛分析歷程

Ogden建議的作法是治療師自己覺察被案主激起的情慾等感受，並將這樣的感受適當地放進非語言或隱喻中和當事人互動，讓當事人感到他的情慾等感受被接納與確認並有所回應。並漸進地讓案主可以面對自己的原始情慾，並將此情慾引導到適當的方向。他以一段治療對話來說明：

Patty一再要求我說我愛她，直到有一次她帶來了一塊她烤的派（前一次療程中Patty明顯地降低了防衛並且變得比較有反應）。在帶派來的那一次治療過程中，我吃了一口她的派並且說真好吃，她躺下來開心地說她烘焙的過程，接著她停了下來，傷心地對我說：

P：好可怕……我們一直在逃避談……。

T：談我應該主動說我愛你？

P：對……，你一直讓我懸在這裡。

T：對不起，我只是在想……

P：在想可不可以吃一口派？（笑）

T：我在想這派可能是這裡唯一甜的東西？（一起笑）

P：這也是我害怕的，我鼓起勇氣帶來這

個派。

T：我想我為什麼沒有回答你，我在想你會跟我要愛的原因是來自我們的關係——妳似乎覺得我們越來越親近，並且感受到被愛，但是妳也擔心妳這樣下去會把我榨乾了——如同妳的母親一樣。妳擔心不斷地跟我要會失去我，所以跟我要答案（你愛我嗎？）。

P：（吸一口氣）感覺起來不會一直這樣下去，總覺得我對你的感覺只能到這裡，然後就停下來了。我無法一直感受到它，好像氣體一樣，蒸發了，並不是實在的。

（三）治療師對治療歷程的反思

Ogden認為在這一段過程中真正對Patty有療效的部分是非語言的部分，而非後面的分析。他認為「Patty帶來派的原因是因為她感到上一個療程中被我支持，但也因此感到焦慮，所以帶來了比較明確的東西一派。帶來派是在表達Patty對我的愛以及調節她的焦慮，而我吃了一口派，正回應了Patty的情感經驗（感受到先前的愛），因此她感到愉快並充滿活力。我認為正是這種非語言的互動，修復了她經驗中的分裂（感受到愛卻要不到我說愛她），也就是這些在治療過程中出現的非語言互動片段裡感受到確定的愛，這些經驗讓Patty可以將先前用性來表達的愛，轉為適當的表達方式並且獲得回應。反而後面對她做心理分析的部分再度造成了她的混亂（分析讓她感到不被愛）。」

Ogden回顧治療歷程發現，他之所以會採用移情分析，是為了調節自己的焦慮。一開始當Patty用派來調節自己的焦慮時，Ogden採非語言的互動（吃派）和遊戲性的互動（聊派）來配合Patty調節焦慮的行為，但是這樣的互動卻讓Ogden

自己感到焦慮。為了調節自己的焦慮，Ogden採用移情分析「專業」的介入抽離前述的互動，但移情分析卻造成了Patty的混亂。Ogden反思後進一步指出，治療師可以運用遊戲（play）和隱喻（metaphor）來進行自我調節。

（四）治療師的自我調節

Ogden說明，「在Patty這樣的例子當中，我也需要自我調節（self-regulate）才能夠提供一個不會混亂Patty用派來做自我調節的詮釋。」要調節治療師的焦慮，首先要確認當事人需要的是什麼。面對移情愛的案主，最重要的挑戰是「幫助她發展充分的親密感，讓她能夠感受到治療師對她的情感狀態有適當的支持，如此一來，治療師就可以貢獻出一個促進病人情感功能的新經驗。」知道當事人的需要，才知道如何找到符合當事人需要的治療方法。

治療師要能夠在他或她的情感舒適範圍內運作，才能提供當事人情感支持，並提供當事人發展親密感與情感功能的需要。然而要做到這一點受限於心理師的能力，Ogden進一步說明「受限於治療師的理論、治療經驗、人格和動力議題。」例如，Ogden該如何處理Patty的行動化溝通，並且對她的非語言行為進行回應？面對Patty強烈的情慾要求時，Ogden如何自我調節，並掌握他自己的情慾感受？

在前面的治療歷程可以看到，當Patty感受到Ogden的愛，卻要不到具體的回應時，Patty烤了一塊派來召喚治療師的愛，而Ogden「吃下一口派，並表示好吃」來回應Patty的要求。Patty獲得了回應，感到很開心，但是想要進一步地跟Ogden要愛，Ogden回答：「對不起，我在想……。」此時Ogden不知如何回應，Patty接著說「在想可不可以吃一口

派？」這句話看似俏皮，但隱隱地點出了Ogden掙扎的心情。Ogden接著說：「我在想這派可能是這裡唯一甜的東西？」這樣的回應是跟著Patty一起玩著情緒調節的遊戲，兩個人以遊戲的態度進入了一種共同調節情緒的狀態。

從這次的經驗中，Ogden和Patty發現溝通難以進展時，在療程中所共享的歡樂和幽默顯得特別重要。在後來的治療過程中，當Patty對Ogden的回應感到不滿而憤怒時，常會發展出遊戲性的評論來修補這個破裂。遊戲提供了許多功能和意義，這經常是事後之明。對於Patty來說，兩個人的笑很真實、即時，並且提供了治療師真心投入的明顯證據。遊戲符合Patty所需要具體分享的回應，它對雙方都是一種自我調節，它調節了病人憤怒的強度、被拒絕的受傷，也調節了治療師引火上身的無助感。

（五）自我調節之後的介入

Ogden建議治療師可以採取非語言互動或隱喻的方式，將其正向的反移情以治療性的方式放進治療當中。以下就是一個例子，Patty用隱喻進行自我調節時，治療師以隱喻做的回應並沒有讓案主感到混亂：

Patty很苦惱地跟我說，我是她的池塘中的一顆大石頭；她卻只是我的池塘中的一顆小石頭。我回答說不，她不是小石頭，而是我池塘中的一朵睡蓮。

Ogden說：「Patty多年後告訴我，那是她第一次被深深地感動，並且覺得她是個值得被愛的人。」讓當事人能夠在治療師面前「表達」出他的情慾本身就具有治療的價值，這是一種很基礎和健康的伊底帕斯衝動。然而案主所表達出來的情慾往往不被治療師所認可。具有療效的任務，應該是去瞭解並肯定案主被愛的需求本質，並且仔細地探索治療師

自身內心的反移情（包括情慾的反移情），並且容忍和包容自身的情慾反移情，細緻地將這些反移情用治療性的方式表達給案主（Ogden, 1999）

Ogden採取遊戲或隱喻的方式進行移情愛的治療，和案主共同調節因移情愛所產生的情緒，修補治療歷程中治療師難以回應的移情愛，對個案所造成的分裂經驗。除此之外，也可以整合故事治療、遊戲治療、完形治療等方法來進行移情工作。用這些方法來進行移情工作，可以維持治療關係，避免造成個案新的分裂經驗，並且做到轉變蛻化的工作（余振民、修慧蘭、許家維、陳葦慈，2014）。以前述的方式進行移情愛的治療，可以和個案共同創造一個嶄新的健康關係，讓個案能將此關係整合進入其主觀世界的意義結構當中，並發展出自我調適、自我安撫以及健康的人際互動能力（余振民、修慧蘭、程馨慧，2016）。

伍、結論與建議

心理治療中的人性要素（當事人因素、治療師的影響、治療同盟）遠比治療模式和技巧來得有效（Elkins, 2016）。在治療同盟建立起來之後，當事人對治療師產生了移情愛，治療師如何消化和傳遞他的反移情，將決定了治療效果。在前述「分析愛」的觀點中可以看到：「在分析愛中，病人一定會感到分析師的瞭解和接納，如其所是的瞭解和接納，接納案主人格中的限制、缺點和錯誤，以及他的優點和天賦。」

（Young-Eisendrath, 2007）本文作者持同樣的觀點，當案主對治療師產生移情愛的時候，深層的意義和需求是在召喚治療師的同理與接納，治療師對個案的同理是具有治療性的。Watson（2002）表

示，充分的同理包括了解當事人所體驗的意義和心情，就像是去感受「如果我是你，會是什麼感覺。」治療者需要在情緒和認知上了解當事人（Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011）。

Watson回顧關於治療性同理（therapeutic empathy）的研究文獻，得到一致性的結論：同理心對於心理治療的進展是最有力量的決定因素。當事人是否感到被理解，密切關係到治療的成效。富有同理心的治療者致力於探索當事人的經驗、了解當事人的最終目標，並依當事人的需求調整他們的回應。同理心的功效乃是源自於對當事人真正的關懷（Elliott et al., 2011）。

本文作者認為治療師對移情愛案主的同理，應從治療行動中展現出來：對移情愛的案主不逃避、不轉介、同理案主。結案或轉介不但沒有處理問題，而是把問題累積到下一位治療師，並且會讓案主感到被拒絕而再次驗證他不被愛的負向投射性認同。治療師的同理，也包括了同理他的情慾內涵，以及同理他情慾深層結構中的古老自體（archaic self），這個古老自體因為受到了缺乏同理的自體客體創傷，而無法自我安撫脆弱的自體。因而召喚著治療師來同理、接納與安撫他脆弱與破碎的自體，並透過治療師治療性的介入來修復案主受創的心理結構。

移情愛包含了不同的類型病理形式，Chiesa指出，情慾移情承載著病人的各種功能，這些功能是由病人的早期經驗所塑造出來，在每個特定的案例中呈現出不同的樣貌、強度與發展。這些功能的運作隨著病人治療的進展而逐漸改變（Chiesa, 2003/1999）。有學者研究情慾移情和情慾化移情這兩類病人的心理動力，以及發展對於這兩類病人不同的治療方法（Doctor, 2003/1999; Trop,

1998)，也有學者研究如何治療邊緣性人格的移情愛病人（Koenigsberg et al., 2000）。未來也可以進一步研究其他各種心理疾病患者的移情愛心理動力，並整理出對各種類型移情愛病人的心理治療方法。

此外，關於移情愛的華人論述仍然很少，在華人世界中，移情愛的案主表達形式，以及華人心理師對移情愛的覺察和理解，是否和國外文獻中所描述的一樣？希望本土心理治療界也能透過研究，來探討與建構關於華人之移情愛現象的論述，提供更貼近本土文化的心理治療知識與方法。

參考文獻

- 余振民、修慧蘭、許家維、陳葦慈（2014）。**客體關係同化整合完形治療進行心靈洗滌之個案研究**。台灣輔導與諮商學會2014年會暨國際學術研討會論文，頁92-93。
- 余振民、修慧蘭、程馨慧（2016）。**實習心理師「移情愛」治療經驗研究**。台灣輔導與諮商學會2016年本土諮商心理學國際學術研討會論文，頁249-250。
- 陳榮華（2011）。**高達美詮釋學：「真理與方法」導讀**。台北市：三民書局。
- 陳登義（譯）（2006）。**長期精神動力取向心理治療——基本入門**（原作者：G. O. Gabbard）。臺北市：心靈工坊。（原著出版年：2004）
- 葉宇記（譯）（2005）。**漢斯·柯赫與自體心理學**（原作者：A. M. Siegel）。臺北市：遠流。（原著出版年：1996）
- 楊添圍、周仁宇（譯）（2013）。**人我之間：客體關係理論與實務**。（原作者：N. G. Hamilton）。臺北市：心靈工坊。（原著出版年：1990/1998）
- 盧志彬、范鈞傑（譯）（2009）。**論佛洛伊德的「移情—愛的觀察」**（原作者：E. S. Person, A. Hagelin, P. Fonagy）。臺北市：五南。（原著出版年：1993）
- Bruirski, P., & Monroe, M. (2000). Intersubjective Observations on Transference Love. *Psychoanalytic Psychology, 17*, 78-87. doi:10.1037/0736-9735.17.1.78
- Chiesa, M. (2003/1999). Erotic transference in clinical practice. In D. Mann (Ed.), *Erotic transference and countertransference: Clinical practice in psychotherapy* (pp.125-136). New York, NY: Routledge.
- Doctor, R. (2003/1999). Understanding the erotic and eroticised transference and countertransference. In D. Mann (Ed.), *Erotic transference and countertransference: Clinical practice in psychotherapy* (pp.89-98). New York, NY: Routledge.
- Elkins, D. N. (2016). *The human elements of psychotherapy: A nonmedical model of emotional healing*. Washington, DC: American Psychology Association.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp.132-152). New York, NY: Oxford University Press.
- Field, N. (2003/1999). 'O tell me the truth about love'. In D. Mann (Ed.), *Erotic transference and countertransference: Clinical practice in psychotherapy* (pp.99-110). New York, NY:

- Routledge.
- Gerrard, J. (2003/1999). Love in the time of psychotherapy. In D. Mann (Ed.), *Erotic transference and countertransference: Clinical practice in psychotherapy* (pp.29-41). New York, NY: Routledge.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy, 48*, 88-97. doi:10.1037/a0022182
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp.51-84). New York, NY: Wiley and Sons.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 697-706. doi:10.1037/a0024863
- Kernberg, O. F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, A., Hirwitz, L., & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menniger Foundations's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic, 36*, 1-277.
- Kernberg, O. F. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York, NY: Basic Books.
- Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F., Stone, M.H., Appelbaum, A.H., Yeomans, F. E., & Diamond, D. D. (2000). *Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability*. New York, NY: Basic Books.
- Levy, K. N., & Scala, J. W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy, 49*, 391-403. doi: 10.1037/a0029371
- Malan, D.(1976a). *Toward the validation of dynamic psychotherapy: A replication*. New York, NY: Plenum.
- Malan, D. (1976b). *The frontier of brief psychotherapy: an example of the convergence of research and clinical practice*. New York, NY: Plenum. doi:10.1007/978-1-4684-2220-7
- Marziali, E. A., & Sullivan, J. M. (1980). Methodological issues in the content analysis of brief psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology, 53*, 19-27. doi:10.1111/j.2044-8341.1980.tb02864.x
- McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W.,... Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*, 525-533. doi:10.1037/0033-3204.28.4.525
- Ogden, J. K. (1999). Love and Sex in 45 Minutes: Transference Love as Self-and Mutual Regulation. *Psychoanalytic Psychology, 16*, 588-604. doi: 10.1037/0736-9735.16.4.588
- Orange, D. M., Ateood, G. E., & Stoloroe, R. D. (1997). *Working intersubjectivity: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartbarg, M., & McCullough, L. (2010). The role of transference work: The therapeutic

- alliance and their interaction in reducing interpretational problems among among psychotherapy patients with cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 442-453. doi:10.1037/a0021183
- Shane, M., Shane, E., & Gales, M. (1997). *Intimate attachments*. New York, NY: Guilford Press.
- Stolorow, R. D. & Lachmann, F. M. (1984/1985). Transference: The future of an illusion. *The Annual of Psychoanalysis*, 12/13, 19-37.
- Trop, J. L. (1998). Erotic and eroticized transference-a self psychology perspective. *Psychoanalytic psychology*, 5(3), 269-284.
- Ulberg, R., Amlo, S., Crithchfield, K. L., Marble, A., & Høglend, P. (2014). Transference Intervention and the process between therapist and patient. *Psychotherapy*, 51, 258-269. doi:10.1037/a0034708
- Wallerstein, R. S., Robbins, L. L., Sargent, H. D., & Luborsky, L. (1956). The psychotherapy research project project of the Menninger Foundation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 20, 221-278.
- Wachtel, P. L. (1980). Transference, schema, and assimilation: the relevance of Piaget to psychoanalytic theory of transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 8, 59-76.
- Yeomas, F. E., & Levy, K. N. (2013). Transference-focused therapy. *Psychotherapy*, 50, 449-453. doi: 10.1037/a0033417
- Young-Eisendrath, P. (2007). Learning about love through the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 27, 310-325. doi:10.1080/07351690701389502