

遊戲治療師的反移情困境與因應

The Dilemma and Coping Strategies of Play Therapists' Countertransference

陳玉芯¹、刑志彬²

Yu-Hsin Chen¹, Chih-Pin Hsing²

摘要

兒童遊戲的治療關係、治療介入、治療結果都會受到治療師反移情（countertransference）的影響，如何看待與因應反移情是成為遊戲治療師的重要課題。兒童工作產生的反移情可能來自於多元系統的對象和情境，所以，反移情有助於遊戲治療師探索個案內外世界的感受、需求、人際互動模式的實務意義，故遊戲治療師可以將反移情變化作為反映個案歷程改變的指標，並用以理解治療歷程。茲此，本文聚焦在辨識並討論反移情來源，包含：1.治療師因素所引起的反移情：社會文化、早年經驗、親子關係、性格特質；2.兒童個案所引起的反移情：發展特性、能力限制、情緒狀態、成長經歷；3.家長或重要他人所引起的反移情；4.治療情境所引起的反移情：遊戲治療情境、技術使用、治療發展階段、所屬場域的角色。最後，本文提出遊戲治療師在面對治療歷程的反移情的相關實務建議：系統化的專業訓練與自我照顧、督導制度的協助與自我覺察、特定治療取向與技術工具的協助、重新認識反移情的功能與阻礙。

關鍵詞：反移情、兒童工作、遊戲治療師、遊戲治療歷程、關係覺察

¹高雄師範大學諮商心理與復健諮商研究所 碩士生

²高雄師範大學諮商心理與復健諮商研究所 助理教授

通訊作者：刑志彬，(802)高雄市苓雅區和平一路166號 高雄師範大學 諮商心理與復健諮商研究所，E-mail：binpony@gmail.com



反移情 (countertransference) 存在於所有兒童與青少年的治療情境，包括初次見面、閱讀個案資訊、工作後的紀錄與思考等，對治療關係、治療介入、治療結果都有重要影響。Metcalf (2003) 在整理多項研究，發現相比於成人用語言表達的感受或幻想，兒童使用原始衝動和需求的表達方式，更容易激發治療師的議題和反應。所以，當一名遊戲治療師無可避免要面對自己對於特定遊戲治療的情境與人物產生反移情。吳東彥 (2015) 從一個受虐兒的遊戲治療經驗，提出在實務上對反移情的看法，遊戲治療師若要走進案主的內心世界，將永遠無法避開這些反移情的感受，一旦遊戲治療師選擇避開，也會避開案主的某一部分。換言之，遊戲治療歷程中，遊戲治療師的反移情是必然會出現的情況，如何看待反移情與因應它所帶來的影響，便成為遊戲治療師的重要課題，甚至Guest (2019) 和Rasic (2010) 分別提出識別與處理反移情反應是治療師必須具備的重要能力。

遊戲治療的反移情有其特殊性，第一個特殊性是「兒童工作系統脈絡的複雜性」：兒童工作的內容不僅僅是遊戲治療師面對兒童，可能也需要與兒童的家人、照顧者或其他重要他人（如：學校老師、同儕、手足等）工作。因此，面對兒童工作的反移情應從整體的脈絡來看，包括治療師對兒童個案、父母／重要他人、治療情境等的所有反應，所以對兒童的反移情也可能包含治療師對家庭系統和家庭動力的感受 (Ingley-Cook, 2019; McCarthy, 1989; Tsarkova, 2015)，不難窺探出，相較於與成人的工作，兒童工作中父母因為會頻繁地參與治療過程，導致關係的系統更為複雜

，亦可能讓反移情越趨複雜、困難。第二個特殊性是「兒童工作焦點的可變性」：相較於成人的工作而言，兒童的人格發展尚未定型，遊戲治療師能夠透過直接觀察兒童生活型態，介入兒童在發展的情境脈絡，例如：父母的教養模式、親子互動等 (Rasic, 2010)。總而言之，兒童工作產生的反移情可能來自於不同的系統對象或生活情境，而對於兒童發展情境的改變，也可能是促發遊戲治療師產生反移情的因素。

因此，基於對兒童反移情的好奇與探詢，筆者以下從遊戲治療師角色的反思論起，接述有關於遊戲治療反移情的治療意涵，再試圖從文獻中整理遊戲治療反移情的溯源與類型，最後，提供在遊戲治療實務工作中的因應討論。

壹、從遊戲治療師角色對反移情的論思

遊戲治療師是兒童遊戲過程中的玩伴，也是參與觀察者，藉由意義性涉入，使歷程具有效性 (Gil, 1991/2005)。治療師並非特定角色，而是一種存在的方式、一種情緒投入的狀態 (Landreth, 2012/2014)。具體來說，治療師會在多個角色狀態中來回切換，包含「參與者」、「限制者」和「分析者」。「參與者」指遊戲治療師跟隨兒童的步調、意志，不引導或超前兒童的狀態；「限制者」指遊戲治療師藉由強調規則、鼓勵忍受挫折和設限，增強兒童的自我功能；「分析者」指遊戲治療師在正向治療關係中，能溫和地將兒童的象徵遊戲與現實生活作連結 (Webb, 2007)。

要做到上述幾種遊戲治療的角色與功能並不容易，治療師往往需要在遊戲



歷程或分析兒童的內在狀態時，承載兒童痛苦感受、破碎或不完整自我，在承受兒童的投射時，同時保持客觀狀態去理解兒童的世界；在投入兒童世界時，同時盡到專業工作者的職責（Metcalf, 2003; Tsarkova, 2015）。呼應於林玉華（2004）的臨床實務報告，認為遊戲和治療情境中的移情與反移情，可以瞭解個案如何被他內在的摧毀力所驚嚇與困惑。其實反移情也蘊含在遊戲治療師的角色任務與功能之中，要勝任遊戲治療師的角色無可避免要從「反移情」進行工作，此部分便是文後論述有關於反移情的治療意涵。

貳、反移情在遊戲治療歷程的治療意涵

從整體而言，遊戲治療師的反移情過多或過少（逃避）對於遊戲治療都並非好事，遊戲治療師需要與兒童保持治療性的良好關係，以一個兒童舒服的方式進行工作與共處（高淑貞，2005；Landreth, 2012/2014）；但是，過多遊戲治療師的情感涉入都可能會對兒童造成負面影響，甚至阻礙遊戲治療的進行（陳慶福、李雅真，2004）。除了前述反移情有阻礙治療進行的意涵之外，筆者整理文獻，認為有以下兩點正面的反移情治療意涵：

一、反移情在遊戲治療歷程的探索意涵

反移情提供線索去探索個案內在世界的感受、需求、人際互動模式，以及外在環境、重要他人之對待所引起的感受和認知（Faber & Prout, 2015; Ingley-

Cook, 2019; Rasic, 2010）。如同吳東彥（2015）指出，反移情是走進兒童內心世界的媒介，也是兒童真實的一部分。這些促發遊戲治療師的反移情，都可以視為是探索兒童世界的線索，雖然在遊戲治療歷程引起反移情的因素不會立即浮現，但遊戲治療師可以將反移情反應作為瞭解個案過去經歷的線索（Gabbard, 2004）。

二、反移情在遊戲治療歷程的評估意涵

反移情可以視為是理解或評估兒童與遊戲治療師關係、雙方行為潛藏的意圖之依據來源（Faber & Prout, 2015; Gabel & Bemporad, 1994），林玉華（2004）進一步認為反移情可以是評估並理解兒童心理內在動力的工具。Ingley-Cook（2019）也提到，遊戲治療師可以將反移情變化作為反映個案在歷程中改變的指標，是治療的訊號、指引，可將檢視反移情做為一個評估治療歷程的工具。

論述至此，遊戲治療的反移情與遊戲治療師的角色本質、功能是緊扣一起的，反移情也具有阻礙治療與推進治療的意涵，只是，要進一步去辨識反移情便需要更多對於它的理解，這不僅是前述的「兒童工作系統脈絡的複雜性」與「兒童工作焦點的可變性」特性，筆者認為從反移情的來源窺探之，能夠加深對於遊戲治療反移情的認識。

參、遊戲治療反移情的溯源與類型

刑志彬等人（2021）進行文獻整理



後，認為遊戲治療師的情緒反映技術，可以從兒童與遊戲治療師兩人在治療歷程（遊療室）中的反應與真實互動，形成兒童、遊戲治療師、與遊戲治療室三者之間的互動關聯性。換句話說，遊戲治療組成的最主要元素是：兒童、遊戲治療師、遊戲室與遊戲器材，筆者在此納入有關於兒童父母或重要他人的範疇，依據此四個元素進一步彙整出遊戲治療反移情的溯源，說明如下：

一、治療師因素所引起的反移情

行為反映人格特質和人格結構。治療師個人背景、特質、人格結構影響選擇治療對象和對個案的反應方式，對於某些特定個案可能還會表現出更多的反應。這些反應可能源於文化態度、訓練背景、個人未竟事宜、重要他人等。鍾依靜（2009）透過訪談法和開放性編碼分析發現，遊戲治療師的出缺席、實務經驗、個人經驗、身體特質、專業有限性和付出成本等，也都會反映出反移情感受。

（一）社會文化

Marshall（1979）指出，由於我們社會文化期許成人保護和照顧兒童，因此與兒童工作時，要識別和處理強烈的反移情，尤其是消極情緒，會引起特別強烈的焦慮感和迴避傾向。林淑君（2019）指出，我們的社會文化傾向於「偵錯」，關注兒童缺失、不足的部分，若遊戲治療師未審視社會文化框架對自己的影響，則有可能如同兒童生態系統中的其他成人，對兒童產生批判、評價的觀點，企圖「矯正」兒童。例如：面對偷竊的兒童個案，遊戲治療師可能承接道德框架的暗示，對於兒童表現出許多負

面的情緒。

（二）早年經驗

遊戲治療師的早年經驗中，因為父母無法準確覺察與滿足孩子的需求，甚至需要由孩子來滿足他們的需求，使得孩子從小便學會觀察、瞭解和滿足他人的能力與需求，這樣的經驗與技巧使孩子產生自戀傾向，並在日後容易被心理治療的工作所吸引。這些經驗可能會讓治療師對改變個案懷有不切實際的期待，覺得自己能影響每一個孩子，或是透過跟兒童工作來滿足自己的內在需求（Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995），像是遊戲治療師可能過分投入、干涉家長的教養行為，甚至當家長未如預期時，出現生氣、焦慮等情緒。

Bologna（2018）也指出，遊戲治療過程中，治療師可能在識別兒童的意圖或需求時，啟動自己早年兒童經驗的相似感受，而導致鼓勵兒童反抗或過度滿足他們的需求。遊戲治療師如果沒有處理早年未竟事宜，以及識別內在父母和原生家庭互動模式，便容易在與兒童工作時，被激起強烈的反移情反應，並且可能會透過個案來修復自己。遊戲治療師對個案父母的反移情，如：不認同、憤怒等，也可能源於自己對父母態度，投射早年經驗的想法（Marshall, 1979），此部分反映遊戲治療師可能用過往受教養經驗來看待親職關係，像是兒童必須要認真念書讓父母放心，此時可能失去看見兒童有被忽略感受的機會。

若治療師有創傷經驗，面對相似經驗的兒童個案時，可能會過度放大創傷事件對個案的影響力，並且會因為自己的反移情，而迴避處理相關主題，以保護兒童，避免再次經歷痛苦；沒有相關創傷經驗的治療師也可能低估創傷事件帶給兒童的



痛苦，而不斷使個案曝露在創傷經驗中（Bologna, 2018; Metcalf, 2003），這部分就像是遊戲治療師小時候有被虐待的經驗，可能對於兒虐的父母會出現比其他類型個案更大的憤怒，或者付出更多時間與精神在受虐的兒童個案身上。

遊戲治療師的個人背景和分離個體化的經驗，會影響遊戲治療師管理反移情產生情緒的因應，連帶影響治療歷程中，是否可以妥善處理兒童、個案父母的分離情緒，若沒有及時識別，則可能在兒童與父母出現分離議題時或諮商結束歷程中，引起強烈反移情，例如：焦慮、自憐、因憤怒而對抗家長等，導致不適當的中斷或結束治療（Berlin, 1987; Marshall, 1979; Rasic, 2010）。

由於遊戲治療師能夠直接觀察到兒童與他的重要他人之互動，容易產生「兒童是脆弱、無助的」信念，並將自己的投射放到兒童身上，認為兒童在父母創造的環境下毫無抵抗能力，進而對兒童產生正向、保護性的反移情，對父母產生負向的反移情，導致治療師與家長對立，忽略家長內在的內疚感和羞恥感，而成為治療進展的阻力（Rasic, 2010）。此時遊戲治療師可能會過度與兒童父母衝突，並且想要成為兒童生命的拯救者，而忘卻遊戲治療師在系統工作的角色本質與功能。

（三）親子關係

當個案問題與遊戲治療師自己的孩子問題有相似性時，也容易引起治療師的反移情，可能會出現對兒童父母的競爭心態，或是對個案的保護性態度，難以保持專業身分對個案做出合適介入（Gabel & Bemporad, 1994）。遊戲治療師也容易將對自己孩子的觀點，反移情到個案身上。當遊戲治療師工作的兒童觀

與私領域的兒童觀不一致時，例如：對兒童個案或案父母表現的態度與行為可能與對待自己的子女有所不同，這可能會使治療師感到困惑、衝突（Marshall, 1979; Tsarkova, 2015）。更明確來說，當兒童個案特徵與自己的孩子或子孫越接近，治療師會因為反移情而越難以維持中立（Bologna, 2018）。此時，遊戲治療師在遊戲治療室外的角色與感受，可能都會與當前的兒童或其父母的關係產生混淆。

（四）性格特質

遊戲治療師一般都具有欣賞、喜愛兒童的特質（高淑貞，2005；Landreth, 2012/2014），因此也較容易將自己帶入撫育者的角色，有照顧和幫助兒童的欲望，女性治療師更容易產生相關的反移情（Ingleby-Cook, 2019; Metcalf, 2003; Tsarkova, 2015）。此外，與兒童工作需要開放、願意與兒童同在的態度，所以當遊戲治療師的性格較為淡漠，較習慣仰賴運用語言溝通進行工作，則容易因為遊戲治療之非口語特性而在歷程中感到焦慮、不知所措；兒童面對沉默、淡漠的治療師，可能會感到焦慮，狀態和行為受到抑制（Landreth, 2012/2014）。此部分的反移情可能反映在遊戲治療室內過度、或過少設限的遊戲治療師，且明顯出現落差的情形，例如，過分小心的遊戲治療師，可能凡事都會進行設限。

二、兒童個案所引起的反移情

由於兒童的發展尚未成熟，他們原始而直接的行為容易激發遊戲治療師的焦慮（Metcalf, 2003），兒童的難以預測、侵略性、激烈而直接的情緒反應、自我中心行為、肢體接近、抽象遊戲表達



、生心理發展階段等特性，以及各種抗拒、提出要求、不合作、表現敵意、掌控治療等行為展現，都會造成治療師的各種反移情反應，例如，壓抑或否認、報復意圖、生理反應、競爭感、恨意、害怕、憤怒、懷疑、無能、無助等（王麗斐等人，1998；鍾依靜，2009；Ingly-Cook, 2019）。此部分筆者整理為兒童發展特性、能力限制、情緒狀態、成長經驗等四種因素：

（一）發展特性

譚慧蘭（2010）指出，在形塑自我的過程中，兒童可能會將自己壞的、不能接受的自我或情緒經驗投射到遊戲治療師身上，通過批評或控制遊戲治療師來緩解內在的不適感，遊戲治療師可能會在這個過程中失去客觀中立的狀態，無法識別個案問題、保持治療界線、感到無能為力（Shevade et al., 2011）。另外，兒童可能會公開且強烈地表達批評或讚美的意見，或是出現說謊、攻擊等負向行為等，都會引起各種反移情反應，對遊戲治療師能否始終保持客觀中立是很大的挑戰；個案主訴的問題可能會反覆出現在治療室或生活中，遊戲治療師可能因此而感到挫折和無用，進而在治療中有更多主導行為（王麗斐等人，1998）。兒童在發展上的某些特性，無論是客體投射的原始舒緩、挑戰關係、或固著行為等，導致遊戲治療師可能經驗到挫折和失能等反移情經驗，並出現無法中立的困境。

（二）能力限制

無語言表達能力或是表達能力較差的兒童，容易引起遊戲治療師對沉默的焦慮和對療效的不確定感和挫折感，遲遲無法收到兒童回應，可能會威脅到遊戲治療師的工作效能感，儘管影響因素

可能還涉及到社會文化、生理功能發展等方面。而因為語言能力的限制，年紀較小的兒童可能會重複性地玩單一主題內容之象徵遊戲（非口語行為），遊戲治療師可能因此而感到困惑、焦慮或不確定感，難以確定是否兒童的狀態與理解其內在世界（Metcalf, 2003; Tsarkova, 2015）。

（三）情緒狀態

Weiss與Lang（2000）提到，憂鬱傾向的兒童會努力維持表面理想的治療關係，遊戲治療師因而容易體驗到有效能，並對個案產生憐憫、同情的感覺；個案持續性的負面想法也可能引起治療師厭煩、不耐的感覺，甚至出現行為化的拒絕。Metcalf（2003）整理多份研究發現，邊緣型或精神病性的兒童容易引起治療師大量且強烈的反移情，與他們工作可能會感受到強烈的失控感、無能感。相較於其他類型的個案，這類的兒童更頻繁地使用投射性認同防衛機制，治療師因此能夠體驗到虛無感、無助感、混亂、困惑等一致性反移情，也會在與個案的關係中感受到喜愛、憎恨、挫敗、沮喪等矛盾情緒。而具有自傷或自殺意圖的個案，則容易引起治療師震驚、憤怒、挫敗或無能感、迴避、焦慮等感受；治療師可能會擔心討論相關議題而提高個案自我傷害的風險，因此迴避工作；治療師也可能被引起強烈救贖兒童的欲望，並轉向責備個案父母或使兒童挫折的對象（Ingly-Cook, 2019; Michaud et al., 2021; Rasic, 2010）。

（四）成長經歷

面對受虐兒童，遊戲治療師的個人價值觀或議題容易被促發，而難以在面對施虐者和受虐者時保持客觀和同理心。與受創兒童一起工作容易導致治療師



受到替代性創傷以回應兒童經歷，治療師可能出現敵意、悲傷、無助感、失望、挫折、保護欲等過度認同的感受，有時面對受害者的暴力行為或非理性思維時，可能會感到憤怒而不能同理個案（吳東彥，2015；Ingley-Cook, 2019）。賴姘臻（2016）則指出，與性侵受害兒童工作的治療師在治療歷程中會產生負向情緒，及對治療和自我的懷疑、不確定，若不妥善處理皆不利治療。

三、家長或重要他人所引起的反移情

不同於和成人工作，遊戲治療中照顧者的態度對治療關係有重要的影響地位。工作中的許多反移情來自於兒童家庭經驗的再現，移情、反移情的態度和感覺是和個案與家長互動所誘發，受到家庭動力、兒童內在世界、父母在兒童發展所扮演的角色等因素影響（Metcalf, 2003）。鍾依靜（2009）指出家長的狀態、行為、情緒、過去經驗及專業熟悉度等，都可能是引起遊戲治療師反移情的因素。

不論個案父母或重要他人是否加入治療，均需考量其可能帶來的反移情，因為家庭成員會直接或間接地影響個案工作。即使父母未參與直接參與歷程，也會影響遊戲治療師與兒童的關係與互動（Bologna, 2018; Ingley-Cook, 2019; McCarthy, 1989; Rasic, 2010; Tsarkova, 2015）。

遊戲治療師需要隨時清楚覺察自己處在個案家族系統的角色與作用，以「促進家庭健康」為目的做任何決定（Metcalf, 2003）。遊戲治療師需要謹慎處理對個案家庭成員的態度，避免造成親

子衝突，致力與父母保持合作的夥伴關係（Bologna, 2018）。當治療師過度認同父母，可能會產生和父母感受一致的反移情，例如，想控制、批評兒童，並複製到治療歷程中；同理，治療師也可能過度認同兒童而產生一致性反移情，如：憤怒、指責、批判家長。

Metcalf（2003）歸納、總結相關研究後指出，最常見由家長所引起的反移情是，憤怒父母沒有滿足兒童的需求，將兒童問題全歸因於家長。在這樣的情境下，遊戲治療師可能會產生成為「救贖者」的全能幻想，致力在治療歷程中滿足兒童，避免他感受到負面情緒。當父母對兒童出現懲罰性行為，或對治療過程不感興趣、冷淡，皆會使遊戲治療師產生不同程度的反移情，包括面臨兩難的焦慮感、滯礙難行的無力感、視父母為失職「協助者」而產生的負面感受等。遊戲治療師可能也會透過責怪父母來提高自己的效能感，以及良好照顧者或救贖者的定位。

父母可能將遊戲治療師視為「父母代理人」、「理想父母」、「問題解決者」，對遊戲治療師有不切實際的期待或預期，不論是完全服從遊戲治療師的建議、挑戰權威或消極迴避，皆會使遊戲治療師產生反移情，例如：焦慮、無力、挫折、自我懷疑等（王子欣，2013；Ingley-Cook, 2019; Shevade et al., 2011）。有些時候，當個案的父母有較高的成就或知名度，可能會引起遊戲治療師的自卑感，而導致遊戲治療師會在歷程中「努力表現」自己專業的一面，來平衡與家長的地位；或是過於苛刻，透過檢討父母來提高自己的相對地位（Gabel & Bemporad, 1994）。此外，有些家庭系統可能無法面對家庭議題，而將問題全歸



咎於兒童（代罪羔羊），甚至無意識地責怪兒童在治療中的改變導致家庭系統失衡，遊戲治療師也可能會因此而感到憤怒、受挑戰，甚至可能會有終止治療的欲望（McCarthy, 1989）。

四、治療情境所引起的反移情

治療情境包含進行遊戲治療過程中的氣氛營建、外在設施等，此部分有情境、互動技術、治療發展階段、場域角色等因素：

（一）遊戲治療情境

心理師能夠透過靜態情境與狀態來保持適當的治療界線，然而兒童治療或遊戲治療一般更為動態、原始、混亂，遊戲治療師難以保持思考、注意力，容易不自覺捲入移情反移情的關係之中（Shevade et al., 2011）。遊戲治療師需要營造輕鬆的遊戲氛圍，同時也需要保持專業覺察能力審視過程中的遊戲主題。有趣且投入的狀態可能會降低遊戲治療師的專業能力；而過於關注在分析功能則會讓遊戲治療師難以進入兒童的內在世界（Tsarkova, 2015）。常見的例子是，當接案的遊戲治療室有很多干擾因素，窗外走動的個案同儕、沒有電池的時鐘、器材破損不堪或者是隔音不佳的遊戲治療室，都會引起遊戲治療師對於該次兒童工作歷程的反移情。

（二）技術使用

遊戲治療師容易在顧慮兒童感受、想要滿足他們和使用設限技術之間為難（Metcalf, 2003）。遊戲治療師在使用設限技術時，可能因自身因素或兒童回應而產生各種反移情。例如，遊戲治療師可能因為害怕關係破裂、想要維持表面的和諧關係而不願意對兒童設限；兒童

可能重複性的違反規則，而遊戲讓治療師感到困惑、挫折、被挑戰等（林淑君，2019）；治療師基於自己的恐懼、焦慮（如：涉及性相關的肢體接觸、破壞行為等）下意識對兒童進行限制，而壓抑、否認感受到不適或憤怒等（Metcalf, 2003）。此部分呼應施怡菱與陳秉華（2016）的研究，新手遊戲治療師會在意：「該如何合宜地傳達設限訊息」、「釐清情緒是否影響了設限」、以及「是否該堅持界線與規則」，反映出設限關乎於遊戲治療師的對於當下行為的情緒感受。

（三）治療發展階段

治療初始關係尚未建立時，兒童可能會較多地直接、明顯表現出抗拒和對立，或不願意與父母分離，遊戲治療師因此感到焦慮、無力、挫折、憤怒等（梁培勇，2006；Ingleby-Cook, 2019）。治療的結束階段，兒童可能會因為治療的中斷而感到混亂、焦慮、恐懼、憤怒、報復等，同時也會喚起兒童有關失落、哀悼、分離等經驗（李招美，2009），兒童的情緒經驗可能投射或回應在遊戲治療師身上，遊戲治療師也會感受到極為不同的兒童轉變，亦可能促發不同的反移情經驗。

（四）所屬場域的角色

此外，場域角色也是屬於遊戲治療師可能受反移情影響的情境因素之一，像是Metcalf（2003）指出治療師對其工作的機構之態度與關係可能也會引起反移情；Tsarkova（2015）也提及，遊戲治療師會因為所屬工作機構或是保險公司對治療進度之要求而感到壓力、挫折。此外，林淑君（2019）也提到學校專輔老師可能受到教學環境、系統工作的影響，而產生類似於「教師」的反移情，



企圖教導、訓誡兒童，而忽略行為下的心理動力和生態脈絡。而在小學可能因為資源不足，輔導老師可能是必須要提供遊戲治療的專業人員，所以前述情況亦可能產生。

肆、因應與建議

據前述之論，筆者依據每一種遊戲治療的反移情提出以下的實務建議：

一、系統化的專業訓練與自我照顧

Metcalf (2003) 研究發現，遊戲治療師擁有的相關科系的碩士學位背景和專業資格認證，其反移情管理能力會比較高。此外，完整的遊戲治療訓練與充足的實習時數也有助於治療師對不同狀態、特質的兒童有預先的認識和心理準備，以及識別並管理工作時出現的反移情，因此也能降低治療師因經驗不足而誤入反移情的陷阱（王麗斐等人，1998；鍾依靜，2009）。此外，保持適當的工作界線、工作量，維持穩定的個人資源與支持，才能最大保障自己的工作效能與反移情承受力（Ingle-Cook, 2019; Shevade et al., 2011）。

二、督導制度的協助與自我覺察

遊戲治療督導在識別和管理反移情具有其重要性，督導者可以適當使用自我揭露技術向新手治療師示範和鼓勵，並營造開放的討論關係，避免新手治療師擔心被責備而忽略或否認反移情（王麗斐等人，1998；鍾依靜，2009；Landreth, 2012/2014; Metcalf, 2003; Rasic, 2010; Tsarkova, 2015）。而Metcalf (2003)

進一步提出，真正有助於識別和管理反移情的是遊戲治療師的「自我覺察」，尋求督導是輔助治療師提高自我覺察能力的方法之一，專業諮詢或同儕討論皆有助於提高識別反移情反應的能力。Ingle-Cook (2019) 提到，治療師穩定的進行個人分析也有助於提高自我覺察和反移情管理能力。

三、特定治療取向與技術工具的協助

Guest (2019) 研究發現，正念訓練有助於提高諮商師的自我意識、自我整合、自我調節、自我反省等能力，進而提升諮商師的反移情管理效能。而鍾依靜 (2009) 則統整歸納出因應反移情的方法，包括歷程中對反移情做立即性處理、澄清、自我揭露等，暫緩作出結論、隨時彈性調整諮商目標；同時，與家長建立良好關係、保持通暢溝通、尊重與鼓勵家長；在諮商師個人部分，應訓練覺察與自我提醒、反思與消化、檢視回顧與修正等。Tsarkova (2015) 還指出，治療師在符合倫理的情況下，對歷程進行錄影、拍攝、遊戲主題紀錄，或親身體驗遊戲等，能夠幫助理解和處理反移情。

四、重新認識反移情的功能與阻礙

即使治療師試圖隱藏自己的感受或想法，個案還是能感受到治療師的反移情反應，因此應更積極面對，避免自己的反移情破壞治療關係和進程（鍾依靜，2009；Guest, 2019; Landreth, 2012/2014; Metcalf, 2003; Rasic, 2010），並適當運用反移情作為理解個案和推進治療歷程的工具，例如，Tsarkova (2015) 提到反移情的適當自我揭露可以建立和拉近治療

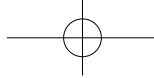


關係。此部分亦為本文之初衷，透過相關文獻整理與討論，協助未來有志從事遊戲治療實務工作者，以較系統化的觀點理解遊戲治療反移情之現象。

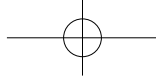
綜上而論，遊戲治療的歷程會受到反移情的影響，遊戲治療師辨識與認識反移情的來源是重要的，並且將反移情作為是遊戲治療的契機，在實務上可以因應的方式，包含：具備有完整的專業訓練、搭配督導制度、善用理論與歷程紀錄工具，另外，遊戲治療師也需重新認識反移情，抱持積極開放的態度，藉此提升治療師對治療歷程及治療關係的覺察能力與後設認知功能，協助在多元角色、系統互動的兒童工作中，能夠彈性且平衡地承載不同的情感，卻始終能對不同系統人員保持遊戲治療的專業知能。

參考文獻

- 王子欣（2013）。遊戲治療的家長諮詢困境與因應。《家庭教育與諮商學刊》，**15**，1-22。
- 王麗斐、王文秀、羅明華（1998）。當諮商新手遇見兒童個案：一個探索性的研究。《中華輔導學報》，**6**，60-88。
- 刑志彬、王文秀、林子翔（2021）。遊戲治療的追蹤行為、情感反映與設限。《輔導季刊》，**57**（2），26-35。
- 李招美（2009）。兒童諮商之結案歷程與作法探討。《諮商與輔導》，**287**（12），43-46。
- 林玉華（2004）。潛意識幻想與移情詮釋—精神分析導向心理治療評估。《中華心理衛生學刊》，**17**（3），75-100。https://doi.org/10.30074/FJMH.200409_17(3).0004
- 林淑君（2019）。遊戲治療的規則與設限之臨床實務考量。《臺灣遊戲治療學報》，**8**，41-44。https://doi.org/10.6139/JTPT.201912_(8).0004
- 吳東彥（2015）。諮商室中的反移情：與受虐兒童共處的反思經驗。《輔導季刊》，**51**（2），75-78。
- 高淑貞（2005）。因何而為？遊戲治療師之治療態度探究。《中華輔導學報》，**18**，1-36。
- 梁培勇（2006）。兒童遊戲治療起始期的困境。《中華心理衛生學刊》，**19**（3），255-278。https://doi.org/10.30074/FJMH.200609_19(3).0003
- 陳慶福、李雅真（2004）。《遊戲治療入門（一版）》。雙葉。
- 施怡菱、陳秉華（2016）。兒童中心取向遊戲治療師的設限經驗初探。《中華輔導與諮商學報》，**46**，1-30。
- 賴始臻（2016）。性侵害受害兒童的治療因子與干擾因子探究—從遊戲治療師的觀點。《臺灣遊戲治療學報》，**5**，17-45。https://doi.org/10.30074/FJMH.200609_19(3).0003
- 鍾依靜（2009）。《兒童遊戲治療師之反移情》〔未出版之碩士論文〕。國立台中教育大學諮商與應用心理學系。
- 譚慧蘭（2010）。從兒童個案之治療歷程談遊戲治療中之改變。《臺灣心理諮商季刊》，**2**（4），25-38。
- Berlin, I. N. (1987). Some transference and countertransference issues in the playroom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **26**(1), 101-107.
- Bologna, R. (2018). *Rethinking child mental health play therapy counsellors' relational practices with parents* [Unpublished doctoral dissertation].



- Charles Sturt University.
- Faber, L. J., & Prout, T. A. (2015). Cry, baby, cry. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 14*(4), 455-467.
- Gabbard, G. O. (2004). *Long term psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Publishing Inc.
- Gabel, S., & Bemporad, J. (1994). Variations in countertransference reactions in psychotherapy with children. *American Journal of Psychotherapy, 48*(1), 111-119.
- Gil, E. (2005)。遊戲的治癒力量：受虐兒童的治療工作（林巧翎，譯）。心理。（原著出版於1991年）
- Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*(2), 213.
- Guest, J. D. (2019). *Managing negative countertransference utilizing an integrated counselor mindfulness training for counselors working with children exhibiting externalized behaviors* [Unpublished doctoral dissertation]. University of South Carolina.
- Ingleby-Cook, G. (2019). *A qualitative study of therapists' views and experiences of countertransference when working therapeutically with traumatised children* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Auckland.
- Landreth, G. (2014)。遊戲治療：建立關係的藝術（陳信昭、陳碧玲、王璿璣、曾正奇、孫幸慈、蔡翊植、曾曉虹，譯）。心理。（原著出版於2012年）
- Marshall, R. J. (1979). Countertransference in the psychotherapy of children and adolescents. *Contemporary Psychoanalysis, 15*(4), 595-629.
- McCarthy, J. B. (1989). Resistance and countertransference in child and adolescent psychotherapy. *American Journal of Psychoanalysis, 49*(1), 67.
- Metcalf, L. M. (2003). Countertransference among play therapists: Implications for therapist development and supervision. *International Journal of Play Therapy, 12*(2), 31.
- Michaud, L., Greenway, K. T., Corbeil, S., Bourquin, C., & Richard-Devantoy, S. (2021). Countertransference towards suicidal patients: A systematic review. *Current Psychology, 1*-15. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01424-0>
- Rasic, D. (2010). Countertransference in child and adolescent psychiatry: A forgotten concept? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19*(4), 249-254.
- Shevade, D., Norris, E., & Swann, R. (2011). An exploration of therapists' reactions to working with children displaying sexually problematic behaviour: A thematic analytic study. *Journal of Child Psychotherapy, 37*(1), 52-74.
- Tsarkova, A. (2015). *Exploring clinicians' experience of countertransference in play therapy* [Unpublished master's dissertation]. Smith College.
- Webb, N. B. E. (2007). *Play therapy with*



children in crisis: Individual, group, and family treatment. Guilford.
Weiss, H., & Lang, H. (2000). Object

relations and intersubjectivity in depression. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3), 317-328.

