

# 心理動力取向治療的知識獲得初探研究

黃淑清

臺灣師範大學教育心理與輔導學系

陳秉華

臺灣師範大學教育心理與輔導學系

## 中文摘要

本研究旨在探討心理動力治療取向之知識屬性為何，學習者如何獲知，以及在獲知實踐的過程中可能遭遇的困難。本研究採用個別訪談法，以六位資深（專業年資十年以上）的心理動力治療取向實務工作者為訪談對象。本研究結果如下：（一）心理動力治療取向的知識屬性是主觀、與實踐者個人共構而成，且能為其他治療師所認許（二）心理動力治療取向獨特、主觀的知識屬性，促使學習重點不單為瞭解理論內容，更重要的是理論實踐方法的體會。（三）心理動力治療取向傾向以要求學習者接受治療。接受治療的過程中，學習者除了處理干擾治療的個人因素之外，還能從中體會理論豐富生動的內涵，以及學習實踐理論的方法。（四）心理動力取向治療師的專業實踐即在認識自己。治療師透過對自己認識的體會，引領個案認識與發現自己。認識與發現自己，是心理動力治療取向的治療基礎。（五）學習者個人內在自戀需要與學習理論及實踐上所遭遇的困難有關，是學習過程中最需處理的主題。最後研究者根據上述研究結果提出建議。

**關鍵字：**心理動力、知識獲得、精神分析、學習與實踐的困難



## 壹、緒 論

心理動力取向心理治療早已在五十、六十年代在台灣掛牌示眾，是最早被引進的心理治療理論。在當時，是以私下組讀書會方式來學習、討論、應用（林憲，1999）。多年來，台灣的臨床實務工作者對於如何實踐此一理論的真實面貌，仍是十分模糊、不確定。直到最近五年來才有些宣稱心理動力取向的實踐者陸陸續續出現，並對心理動力理論底下的不同概念，以及臨床經驗做深度的探討。在台灣，相較於其他心理治療理論，心理動力治療取向經歷了相當長的蘊釀後，才開始深埋理論實踐的種子。此一取向，之所以來得早，但發展得晚，與此理論實踐的難度高有關，其中包含了理論本身爭議不斷之外，高度抽象化但又與實踐者個人緊密相連的理論特性，亦是造成學習上的困難。

心理動力理論發展源自精神分析，自 Freud 提出別於催眠術的心理治療理論以來，就在學術圈間與學派內爆發喧然大波。一百年來這無止盡的不滿，延燒至今仍未停歇。從學派內發展的歷史來看，爭議的鴻溝首次出現在被視為 Freud 的繼承人的 Jung，以及之後猶如手足的 Alder 之間，各分別因科學與靈性的歧異，以及人是受本能衝動來行動，或是自身命運的主宰之不同論斷，而相繼決裂。稍後，Freud 也因第二次世界大戰前的戰亂而轉至英國，倫敦也因之成為繼維也納後的精神分析重鎮。Freud 病逝以後，英國的精神分析學會分為兩個對立陣營，分別以 Anna Freud 與 Klein 為首，為了爭奪 Freud 的接班地位，兩派相互排擠的水火不容，最後協調簽訂「君子協定」，各自發展自己的天空。此時英國另一支以 Fairbairn 和 Winnicott 為主的獨立學派陣營，也逐漸成形，為客體關係理論開奠發展的基礎。1950-1960 年間，美國自精神分析主要的典範是以 Hartmann 所領導 ego-psychology，強調自我適應的功能。之後 Anna 也移居美國，影響「新佛洛伊德學派」的發展。美國因未受大戰的波及，成為精神分析發展的一片沃土，分別有以 Sullivan 為首的人際取向的精神分析；Erikson 有別於 Anna Freud 的脈絡，發展以認同為主軸的 ego-psychology；Horney 首以女性主義角度回應精神分析。稍後 Kohut 反對古典的衝突理論，倡導環境不足因素才是病源，強烈的挑戰古典精神分析的，創立了自體心理學，引起另一波激烈的論辯。而歐陸則也不斷

開展精神分析的理論，其中以在法國 Lacan 以語言學結合精神分析，並大力倡導回歸佛洛伊德為主要的人物（陳系貞譯, 2001；Bateman and Holmes, 1995; 蔡榮裕, 2003）。

除了學派內的爭議不斷，學派外質疑浪潮也一直未曾停歇，其中最大的挑戰者是來自 Rapaport 及其學生，認為精神分析不是嚴謹的科學，而應該是如同 Harbermas 及 Ricoeur 的建議，宜將精神分析處放於強調意義的詮釋學門下，引起精神分析學界的極力抗辯。爭論演變至今，心理動力理論的知識地位究竟是否為實證科學、詮釋學還是自成一格的爭論（劉佳昌，未出版），仍存各持已見，未有定論。

從學術界對心理動力理論定位質疑，現難以接受其科學性的挑戰聲言中，更突顯出此一理論，實存著相當的接受難度，其理論知識屬性有待更進一步的認識。不同治療理論的知識基礎並不相同，在學習實踐治療理論之前，是得要先正視理論背後的知識特性，才能對於理論的學習有較正確的認識（Miller, 2001）。爲了要消弭爭端，確認心理動力的知識地位，長久以來也有學者不斷嘗試想回答心理動力的理論是什麼，爲理論下一個共同的定義。但其中就像 Mitchell 與 Black（1995），最後結論只能以列舉各派的人物與理論來論述精神分析爲何物！在 Mitchell 與 Black 致力將某些學派分歸同一類，像是 Erikson 與 Kohut 之間，其理論的差異不見得比其他類來的小！如此做法也不見得爲該學派的擁護者所同意，又易陷入於各自不同表述的爭議泥沼。心理動力取向各派間，都是各創始者及其後續者「從深度的、脈絡起伏的、且是人類經驗詳細的精神分析式探索」所得（Mitchell & Black, 1995）。各有各的觀察與判斷標準，同時也有各自欲強調的經驗與視野，是心理動力理論難以畫歸分類的主因。因此要從理論中找到同一的論述基礎，的確是個難題。從百年到現代，在 2001 年的國際精神分析學會裏，仍有一場場不同命題的論辯。從這些不同的爭議中反而呈顯了一個清楚的事實，心理動力理論的知識特性，並不是一種單一絕對獨立的客觀事實，而是不同理論間各自有其不同脈絡背景所建構出的理論微世界，由創始者及其後續者，以其個人經驗及被治療或督導的認識中，個別建構而成（蔡榮裕, 2003; Gill, 1999; Jacobs, 1999）。此取向的理論富涵了如此難以相容、共同理解的基礎。此一難題雖然成就了心理動力知識的豐富內涵與百年未凋的生命力，但對於初到探訪的學習者，或是領域之外的社群讀者來說是種進入障礙，這是何以學者們仍欲在其間，尋求

理論間的共通處的價值所在。但前述的理論間難以相容，甚至是對立的觀點，並不會因為這個努力而消失。對於這個難題的解決，是否能由試圖釐清理論爭議之外，另闢新徑來找尋，是可以思考的方向。

此外，能夠勝任心理動力取向的治療者，除了知識的獲得之外，還有其他重要的條件。從文獻中發現，學習者並不見得在學習了理論之後，就能適切地將理論實踐出來，反而發生知行不能合一的情況，研究者認為這與實踐理論者本身有十分緊切的關係（吳英璋，1993；陳錫銘，1998；黃宜敏，1997）。在探討成為治療師生涯決定因素的相關研究中，MicLeod（李茂興、吳柏毅、黎士鳴譯，2002）發現兒童期建立的角色、關係模式及情感需求與治療師的生涯決定有關。Spurling 與 Dryden（1992）從十位治療師的自傳中發現，他們共同皆為了修復過去受創或匱乏的自我，而選擇成為治療師的理由。Freud（1915/1962）也曾談過，人們對於過去所失落或創傷的部分自己，會發展某一重複性的強迫現象，從不斷的行動中，企圖重新獲得所失去的客體或部分自我。他強調這樣失落、創傷的主題若未經處理，一定是在個人內在行動中，佔據主要的圖像。當治療師個人內在狀況未經解決時，治療行動多半會因之淪為滿足治療師個人未完成的需要。

因此一位想要學習心理動力取向的學習者，面對於這理論知識高度的複雜，除了確立其理論知識屬性為何，是學習者在學習實踐理論之前應先探索的焦點之外。當學習者正值個人人格尚未純熟之際，如何得以實踐此一與個人因素極為緊密影響的理論，並益於案主，亦是學習者最大的挑戰。

本研究有興趣於從專家治療師如何學習與實踐過程中，探索一些能夠理解如此紛歧理論的認識基礎；以及專家在個人學習過程中，如何習得此一難度高、又與治療師個人內在牽扯極為深厚的理論知識。而這在學習與實踐中，學習者所發生的困難為何？此是本研究所欲關心、探討的主題。

## 貳、文獻探討

百年來學術界對精神分析的爭議，不外乎在認識論、科學哲學、心靈哲學等範圍上。而其中有關於精神分析認識地位上的爭議，則存在著其知識本質是否為實證科學、詮釋科學、還是自成一類等三個脈絡的不同論斷。但從各別不同的論



斷的見解中，卻彰顯出心理動力的獨特、主觀的知識屬性。然除了探究學習及實踐此一知識屬性之外，參與其中的學習者本身，也是探索、理解如何學習掌握此一治療理論知識特性的重要關鍵。

## 一、心理動力理論知識屬性的論辯

雖然 Freud 一開始就標榜以科學的方法探索人們內在的心智世界，而發展了精神分析理論。但百年來，精神分析的發展結果，則被批評是為一種神化性的自然科學或偽科學。深究其背後真正被譴責的理由就在於它的知識本質是主觀，無法客觀觀察、且不具可否證條件、無法預測（陳系貞譯 2001；Popper,1968），因而使其科學地位一直被爭論不休。Fonagy 認為精神分析的諸多操作型定義不清，又以歸納法的推論法為方法，無法形成足夠預測的理論期待，臨床的實務無助於建構統整而完善的知識基礎，因而認為精神分析是介在科學與藝術之間（引自劉佳昌，未出版）。支持精神分析為可驗證的科學的學者則反駁：精神分析理論自發展以來，一直保持著開放性，理論是不斷的在被修正之中，且其所談的許多心智功能的展現，像是依附理論等，都已被證實為真。因此認為精神分析理論是具有可否證性的科學條件，只是需要再多加以實驗研究來證實（Orange, 1995; Grunbaum,1984）。

以上不論支持或反對精神分析是否可以被驗證者，都是從邏輯實證論的思考出發。但科學知識的發展至今，已不單僅限於邏輯實證主義為唯一的論斷標準。若以可否證來定義是否符合實證科學地位，也已不合現代科學的假說。因為即使古典物理學，也不能達致這樣嚴苛的科學條件。再者，以現今所知的科學知識基礎來看，光就以是否能獨立的觀察、簡單的因果模式推論的預測性，來論證是否能具稱為科學的基礎，也已是十分荒謬的宣稱（Strenger, 1991）。在目前，即使是純科學的物理學中，都已發展出重覆因果或是循環因果模式，乃至混沌理論等，說明了物質和能量的領域裡存在許多不可預測的現象（劉佳昌，未出版）。近代哲學科學也早已不斷批評過去實證科學的獨霸時代，造成知識系統的窄化，對於人類知識的發展有著惡性的排它影響（王榮麟譯，1997）。因此，科學概念演變至今，若還以過去自伽里略以降所標榜的「自然數學化」，若仍舊以心物二元對立的實證主義（關永中，2000），所開演出的科學條件，來框架探索心靈知識主體之精神分析理論的科學地位，是無疑是種緣木求魚的苛責。Schwartz（陳

系貞譯，2001）認為這些實證主義者對心理動力理論的批評，往往帶著敵意攻擊心理動力理論的原因，主要緣於其理論的主觀之知識特性，致使批評者難以接受而心生貶抑，並企圖否認心理動力理論的科學性。

就在實證科學為主流的十九世紀及二十世紀初，心理動力理論知識無法被接受而遭致強烈的排擠之際，精神分析學者，Schafer 與 Spence 曾主張不如根據著名的哲學家如 Ricoeur 與 Habermas 的建議，將精神分析視之為詮釋學，而非實證科學，企圖平息精神分析理論在認識論上的爭議（Bateman & Holmes, 1995; Mitchell & Black, 1995）。這樣的看法則並不被其他學者所認同。除了有一派分析學者仍採實證科學立場，極力澄清精神分析理論的知識與人文科學、詮釋學的本質不同，駁斥 Ricoeur 曲解精神分析是敘事的、真實性是存在於歷史中的觀點（Grunbaum, 1984; Kubie, 1952）之外，另有分析學者更深入的強調，詮釋學在乎的是種創造性的歷史意義，而精神分析則是在於探索理解人內在的真實性，並促使案主得致內在或是症狀改善。精神分析雖是以主觀的方法來探究人內在世界的知識，但並不是種詮釋學的歷史描敘知識，而是實有的事實知識。Habermas 認為 Freud 的詮釋缺乏以交互主觀來驗證治療師對個案詮釋之說，反而從其批評的論述中，顯現其對治療知識有相當層度的誤解。治療師所開展出的治療知識的正確性，並不在於病人是否能夠接受分析師詮釋出的知識，否則 Freud 所談到的偏執性的妄想就沒有存在的立場，而是在於病人是否改變，以及能夠被其他治療師所認可（Strenger, 1991; Modell, 1984）。另外，Habermas 也主張以日常中的一般性詮釋來替代精神分析。Strenger（1991）認為 Habermas 所提的一般性詮釋已離開了治療的情境，根本談不上治療。分析時間的創造是精神分析最為永遠的貢獻，從分析時間的發現中，才創造出理解人們內在世界的�方式（陳系貞譯，2001）。

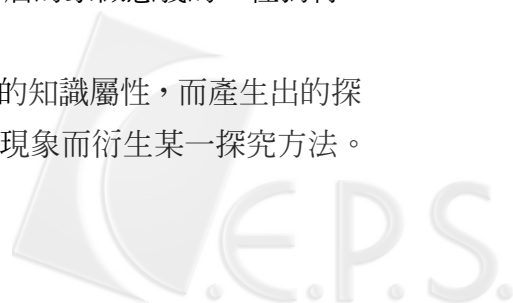
雖然詮釋學與心理動力治療都在尋找人們對於現象背後意義的理解，但兩者所興趣探索的現象之存有性，以及藉以探索方式並不相同。詮釋學探索的現象存在事實歷史中，是不可回溯性的歷史現象下的意義；或是對文本背後，有待被解密的固定象徵性意義的理解。其所探索的知識性是辯證性的存在，探索的方式依靠探索者在意識上，而非情感上的理解。精神分析則是限定在治療情境中，案主並不是待解密的文本，而是主動的與治療師兩人交感互動。治療師對案主內世界的理解知識，是種內在心理現實的知識，治療師不先預設理解的意義，而是接受

案主潛意識所引發的情感與知覺的引導，而致知的理解過程（Modell, 1984; Gill, 1999）。

## 二、回歸獨特、主觀知識屬性的探究

從上述的兩軸知識屬性討論中，對精神分析的科學地位雖未獲得確定的答案，但也因這樣的論證，而使其知識脈絡逐漸顯明。既然現有的知識論述無法將精神分析的知識特性充分表達，因此有學者主張應以獨立的知識論述，來框架其知識地位。而認為精神分析知識是介乎科學與詮釋之間的一種探究的研究方案（Research program），亦即精神分析的知識重點是在於持有對內在世界的探究方法，而不在於驗證一套既有的知識內容，自成一格的知識體的思路（Strenger, 1991; Eldson, 1988）。認為精神分析是 Freud 爲了探究人內在的世界所創造出的探索的語言，而 Freud 之所以要發展新的探究語言，乃是所探究對象一人的內在心智世界本就是一種獨特、主觀的知識屬性。心理動力治療理論知識所探討的，正是與「人」的內在結構、動機有密切關係的「主觀」心智運作知識，並非由大腦理性推理出來的客觀運作知識（Heimann, 1950），而是一種動力、內在的、非直接觀察到的知識（Strenger, 1991）。尤其精神分析理論，強調所處理的是一種潛意識的知識，則是無法以理性的邏輯來推理。Freud（1923/1961）將潛意識定義爲：是一個系統，由不同慾望及衝動組構而成，而所組構的各種慾望及衝動，可以是相互矛盾的存在，沒有時序，是種原發性歷程，以心理現實替代外在現實。這種知識屬性與科學心理學所探索的知識諸如語意知識、程序性知識、與策略性知識的認知知識的範圍（Mayer, 1981），並不相同。也並非運用客觀邏輯推理、觀察而得證的知識！並不能以精確量化驗證的知識，也並不是存在於歷史文化發展下、或是在日常生活軌跡中發生之不可回溯性的歷史性敘說知識。而是種是違反時序、豁免矛盾，但可經由案主在治療情境下，對治療師投射，得由治療師的主觀感知中被辯識出來的，是真實存在案主的內在心智世界知識。此種是屬於依循原發性歷程，知識的認識重點是在於精神現實（psychi reality），不是外在發生的事實；且同一事件中，往往富涵著極爲豐富，甚至是矛盾的象徵意義的一種獨特、主觀的知識屬性。

心理動力治療理論就是爲了探究此一獨特、主觀的知識屬性，而產生出的探究方法。同樣的，科學不就也是爲了要探索某一複雜現象而衍生某一探究方法。



因為所欲探索的現象本質不同，爲了要達致獲得現象本身的充分解釋，其所用的方法則就得要以符合現象本身的特性（陳系貞譯，2001）。就像是實證科學，爲了探索自然界的現象，將心物二分，以精確量化的數學及物理公式，企圖解釋實證邏輯下的物質世界，因之發展出可驗證、可獨立觀察的研究方法。但不能就因此說這是唯一的科學方法。不然無法以數學及物理的知識結構來理解的分子生物學也無法發生。每個獨特探索現象，都有其獨特不可缺少的探索方法。人類爲了探索社會文化的層面下的人類活動意義，發展出詮釋學，以不斷的來回辯證方式找出文化中，普存於歷史脈絡下的象徵性意義。生物科學也以超越數學及物理化學的系統，以具體結構和連續發生事件的解釋，爲該領域發展出壯觀的成果。

心理動力理論也是如此，因探索的現象是內在的主觀世界，而發展出獨特、主觀的探索方式與知識。（引自陳系貞譯，2001）認爲如果科學的定義是一種理解的方法，則精神分析就是科學。因爲它企圖在物質的基礎上，針對人類生活經驗的各種富涵內在的心智運作的確現象，進行理解。就如同物理學將無關聯現象，建構出某一特定的意義一般。

但也因這樣的主觀知識屬性，造成心理動力內，各家理論，因不同脈絡形成各自不同的理解。這些爭端包括：什麼造成了病態？是創傷還是幻想；什麼阻礙了治療？是衝突還是發展遲滯？在治療技巧上，重視的是過去還是現在？造成改變是因爲詮釋還是治療關係？等等（Mitchell & Black, 1995）。在治療室內所發生的一切是存在未明的模糊現象間，因此就在這樣的不明、不清之間，開展出這許多表達與理解的空間，而造成百年來心理動力內的各派理論無止盡的爭戰。百年來，心理動力各系統間爲了要爭取各自理的生存空間，及擴大屬於自己理論系統的影響力，而相互競爭。這爭議除了豐富了心理動力理論的生命力。但因爭議無法平息，也彰顯各派理論視野的侷限性，更爲未來維持追求更好理論的想像可能，因爭論存在而帶來理論不斷成長。

心理動力理論的實踐者在面對這樣的爭論，應不再是想從中尋找一個共同、簡便的答案，而是在多元的爭議與對話中，找到自己的主體性（蔡榮裕，2003）。但對於初學者來說，要釐清這般諸多紛雜理論，已是高難度的挑戰，遑論實踐。因此尋找一個可以爲初學者理解理論的平台仍是被期待的。但從各派理論間，找尋這樣一個平台是，實是沙中築堡，很容易被掩埋在現象細膩之處的爭端。理論本就因各人在其不同的經驗與不同學習實踐的歷程中，以其各自關懷主題及思緒

的鋪陳中，被主動的建構起來的。面對這樣的分歧，如何能使之整合？近年來發展出的建構實在論（constructive realism）提供了一個新的方向。

建構實在論主張將「實在」分為兩種，一者為「實在自身」，一者為「建構之實在」。「實在自身」是我們所生存的世界，而「建構之實在」是我們基於自己的知識基礎，建構出對於世界的理解。「建構的實在」是為趨近瞭解「實在本身」而創造出來的微世界。因此人們可以創造出無數的微世界，以為了更趨近於理解「實在本身」。但精於自己已建構的微世界並無法達成這個目的，建構主義主張，反而應該尋求不同微世界間的相互解釋。因此某一微世界能運用到另一微世界中的理解過程，建構實在論稱之為「外推」。實踐性的外推是其中之一，從實踐理論成果能有效地應用於不同的微世界，來確認理論的有效性（黃光國，2001）。

建構實在論為不同知識理解的平台，找到可以整合之門。心理動力各學派間，也許還稱不上是某一科學類門，但引用此一科學哲學的思維，是否心理動力取向底下，不同建構的理論間，可由從實踐理論的過程中，找尋不同實踐者間，共同理解的基礎，似乎是可行的嘗試。其雖不能為各理論間找到一個能夠具實踐的外推性的統整性理解。而從不同實踐者的實踐中，建構出共同的理論認識，不能僅跳脫出細節的理論內容的爭議，也能將理解知識的內容，因從實踐角度、學習方法上，稍淺地理解心理動力的知識共同的本質。這與 Polanyi 對達致知識理解的認識：「你對於它的知識就正是寓於它這個用途之中」（彭淮棟譯，1984，頁41）之意趣相同，為欲探知心理動力為何物的初學者，找出一個共同理解的基礎，以益於之。

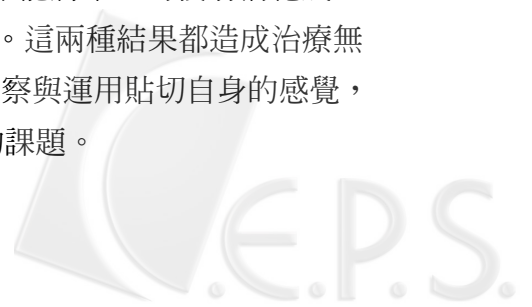
### 三、心理動力治療理論的實踐者

在學習成為一位成熟治療師的過程中，除了對知識理論的學習與理解之外，在實務過程中，如何將所習得的理論知識實踐出來，以及治療師在實踐治療行動中，究竟遭遇何種困難與干擾，如何將之化解，則極少被有系統地提及。Dryden（1997）曾談到此一現象與治療師難以面對並承認自身的脆弱，以及擔心說出來可能危及個人的專業形象有關，因而成為尚未充分受討論的黑盒子。心理動力取向比其他取向更看重治療師本身因素對治療的干擾。許多心理動力的文獻皆指出，人們之所以選擇以治療師作為其畢生職業時，都不排除其中暗藏了個人的需

要 (Gilbert, Hughes, & Dryden, 1992; Mahoney, 1992; Spruling & Dryden, 1992), 甚至有學者依此發展出受創治療者的說法, 認為治療師之所以選擇治療師為其生涯, 真正的理由是以修復案主的創傷, 來修復兒時受創的內在脆弱自我 (Brightman, 1984; Norcross and Guy, 1992)。

而更有一些心理動力治療理論, 像是克萊恩治療理論中, 其所談及兒時的創傷, 並不一定是創傷事實的發生。該取向認為嬰兒出生一開始就會因為生產過程的種種不舒服, 而製造出許多潛意識的幻想, 像是被害、被攻擊的妄想。而嬰兒為了生存, 發展出自戀自大的客體關係, 以防衛脆弱的自我 (Klein, 1946; Winnicotte, 1951)。雖然這些內在自戀的需要, 有其健康正向維持保護自我發展的功能, 但是未經處理時, 仍具有破壞的力量, 以阻止個人建立依賴的客體關係, 及不能容許自己的失敗與脆弱。以致於在治療情境中, 內在狀態未經處理的治療師, 其想把治療給做好的內在驅力, 往往源自欲藉著案主帶給自己工作上的滿足, 肯定個人內在需要被認可的價值感, 或是促使治療陷入滿足治療師內在自戀、自大的需要, 失去為案主福祉考量的治療立場, 促成負向治療結果 (Rosenfedl, 1987)。身為治療師是不應以治療的行動, 獲取個人內在價值的肯定。但在一些微妙不察之間, 治療師自戀的需求就會隱隱冒出來, 造成診療室裡的行動化的現象, 致使無法助益於案主 (林玉華、樊雪梅譯, 1997)。

因此實踐此種含括理論知識與實踐知識之人所共構而成的知識時, 心理動力取向極力主張, 治療師要擁有足夠健康的人格之後, 才能承受治療工作的原因也就在此。要勝任治療任務的治療師, 得要敏察並清楚掌握自身與案主互動時的感覺, 才足以勝任治療工作, 才能將自身感覺轉化成「知識」, 才能達成對個案的理解。Heimann (1950) 認為「分析情境」是治療師與病人兩人之間的一種關係, 治療師在分析情境中「太缺乏」或是「太過多」的感覺, 都無法協助病人, 甚至反而迫害了病人。太缺乏感覺, 有可能因為治療師太焦慮被案主的投射所影響, 而隔絕自己的感覺與欲求, 造成治療師因不能體驗案主從投射中所要溝通的訊息, 而對案主誤解或理解錯誤。治療師有太多感覺時, 則可能是太認同案主強烈的投射, 使得治療師失去維持思考案主的功能, 而不能將案主的投射消化成理解, 協助案主釋放焦慮 (林玉華、樊雪梅譯, 1997)。這兩種結果都造成治療無法進展, 使治療陷入僵局。因此, 學習者如何學到覺察與運用貼切自身的感覺, 進而實踐治療理論? 是非常不容易且值得加以了解的課題。



本研究目的擬探討的主題為，學習者如何學習與實踐此一獨特、主觀之知識屬性的心理動力治療取向？而當學習者尚待摸索自己內在世界時，又如何能在此情況下，達致專業的成熟與獨立？在學習過程上，可能遭遇到的困難又有那些？本研究的探討焦點上，是以心理動力取向各系統間的鉅觀性的觀點，而非對系統取向內不同理論的微觀，來探討心理動力的知識屬性、在此屬性下要如何學習的途徑，以及學習過程中所發生的困難。

本研究邀請資深治療師從其個人學習理論與實踐的歷程的回顧，藉以形成對心理動力治療取向的學習與實踐理論的認識。並以資深治療師眼光，反觀目前在學習成爲心理動力取向治療師，在其學習成爲治療師途中，所遭遇的困難！

因此本研究所欲回答的問題爲：

1. 從資深治療師的觀點，理解學習心理動力取向的途徑：
  - 資深心理動力取向治療師在過去是如何學習、如何實踐理論？
  - 從其過去學習與實踐的歷程中，對理論的認識及心得爲何？
2. 當前的學習者在學習過程中，普遍遭遇的問題和困難爲何？

## 參、研究方法

### 一、訪談法

本研究引用 Kvale (1996) 訪談研究方法論的概念，認爲訪談亦是一種建構知識的過程。研究者藉由與六位資深心理動力實踐者的互動中，建構不同實踐者對心理動力知識的相同認識，從中企圖尋找初步共同可以理論的知識基礎。因此本研究採低結構、較具彈性的深度訪談研究法，期望獲得深入而有意義的資料。在研究開始之前，研究者先自問所欲探討的主題是什麼？何以想要探索這樣的主題？並在訪問研究參與者的過程中，藉由與研究對象的互動，形成對研究對象的了解及發現。在訪談後，整理出研究參與者談話中所浮現出的主題，並與之分享，請研究參與者檢視研究者的觀點。對於不一致的部份，再請研究參與者詳述其經驗及想法，以達到進一步的理解。如此不斷地反覆檢視，直到全部的訪談結束。



## 二、參與研究者

### (一) 研究參與者背景

本研究採立意取樣，共邀請國內六位，以心理動力為主要的治療取向，執業年資達 10 年以上，並皆擔任督導之資深治療師，為本研究的研究參與者。本研究六位的研究參與者中，有三位在大專院校教書，有兩位是精神科醫生，有一位是獨立的專業工作者。年齡分佈在 40-55 歲左右。研究參與者皆在國外受過治療師訓練，有五位曾在英、美不同的精神分析學會接受訓練，訓練的時間內曾接受督導以及被分析、治療。其中接受一週五次的分析的有四位，分析時間長度為一年的有一位，兩年的有一位，六年的有一位，七年的有一位。另一位研究參與者在博士班學習過程中，選擇以動力取向的治療為主要的學習取向。在其求學過程中，同時也接受督導及一星期一次的治療，長度約半年到一年之間。研究參與者的基本資料及受訪情況，如表一：

表一：

研究參與者的基本資料及受訪情況

研究參與者代號	治療專業實踐的年齡	實踐心理動力取向的專業年齡	受訪次數/時間
A	18	13	二次/共 120 分
B	18	12	二次/共 100 分
C	14	14	二次/共 100 分
D	?	13	二次/共 120 分
E	15	11	一次/共 90 分
F	22	10	一次/共 90 分

### (二)、研究者

研究者於民國 85 年至 88 年接受完形學派治療師訓練 400 小時。直接接案的時數約 600 小時以上，接案在二十次至五十次之間者 42 人，五十次以上者 6 人。接案對象主要以大專生為主，約佔五分之四強，其他對象包括專科學生、研究所學生和社會人士。研究者在學習治療理論過程中，曾經接受過三位督導的教導，86 年 9 月至 89 年 6 月接受 70 小時個別督導，此督導取向為人際歷程治療模式。

89年9月及90年7月至今接受二位精神分析取向督導，取向分別為 Kleinian 與 Freudian 學派，共皆約 80 小時。

研究者亦是訪談者，與研究參與者的訪談中，發展對研究主題的認識並撰寫研究結果。

### 三、訪談大綱

#### (一) 個人的學習與實踐心理動力治療理論的歷程

1. 請您分享您學習與實踐心理動力治療取向的歷程為何？
2. 目前從您的實務工作經驗中，您對心理動力治療理論的認識為何？
3. 學習心理動力治療取向，對您個人來說最大的學習是什麼？

#### (二) 對目前學習者的認識

1. 在您目前所接觸的學習者中，學習的情況為何？
2. 他們普遍在學習理論與技術上遭遇的困難為何？

### 四、研究程序

訪談時間一次以 60-90 分鐘為限，如果需要則再約下一次的訪談時間，直至資料飽合為止。訪談後隨即整理以完成訪談的描敘文，並與研究參與者針對訪談描敘文的內容再進一步確認，做為核對研究效度。

每次訪談後，以回憶的方式寫下訪談時的所看，所聽，及反思訪談的過程的訪談日誌，做為分析資料的參考。

### 五、資料分析

資料分析架構如下：

1. 選定訪談逐字稿中與研究主題相關的內容，形成意義單元。
2. 對意義單元命名，進行開放編碼。
3. 重組相同開放編碼，並凝聚出相同的屬性及面向，以形成進一步理解的核心概念。
4. 參考訪談日誌，形成討論的議題。



## 肆、資料分析與討論

### 一、心理動力取向專業治療師在學習與實踐理論後的認識、體會與收穫

以下分別就研究參與者對心理動力治療理論的認識、學習及實踐後的體會、暨學習後的收穫等三個方向來分析與討論：

#### (一) 對理論的認識

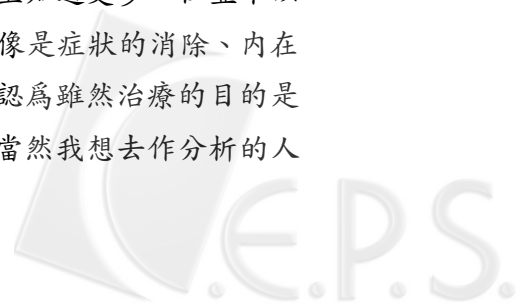
以下就訪談內容所呈現的關於研究參與者在學習與實踐心理動力理論後，對理論的認識加以整理，分別為：探索與發現的過程是治療最重要的基礎、內在動力狀態是治療探索的焦點、朝向知道更多的治療寓意溢於言表、治療師本身是治療工具、移情是開展治療之門等五個主題來談：

##### 1. 探索與發現的過程是治療最重要的基礎

研究參與者 F 說（以下研究參與者皆省略，簡稱為 F）心理動力治療理論，是人格理論，也是用以探索與理解個案內在世界的研究方式，同時亦是治療技術。研究參與者基本上同意，心理動力最主要的治療是針對案主個人內在潛意識幻想、慾望、需要與衝動進行了解，以協助案主發現自己是什麼樣的人，此是治療最終目標。

研究參與者提到，案主在潛意識的探索過程中，往往是不舒服的。但治療並不在於要讓案主感覺好。B 表示有時案主會覺得治療師正逼他吞下些不想要的觀點，非常不舒服而很想抗拒。但在領悟了治療師的觀點之後，對自己內在產生新的發現與認識，接受治療的感覺又變得很好。而接受自己是什麼樣的人，是治療最後常有的結果。

但治療除了探索與發現之外，C 還認為治療的重點應該是在對自我知識的了解，並且從治療過程中，學會分析式的思考，以便日後走向自我分析而獨立。E 則認為治療目標雖然是協助案主知道更多，但並不以此為滿足。還是希望能夠達到某一層次的改善，像是症狀的消除、內在狀態變得比較好一些、人際關係改善等等。D 則認為雖然治療的目的是在理解與探索，但是這個過程會引發改變。D：「當然我想去作分析的人



也希望自己會變好，但是分析的目的不能是治癒 (cure)，而是分析的發現本身，換句話說能不能變好是發現的過程的產物。」(D-2-68-01)  
(D 第二次訪談，第 68 段話的第 1 個意義單元)

A、C、D 與 F 認為探索與發現自己是心理動力治療的目標，然而外在環境卻認為心理動力取向的治療是為了改變，是對心理動力理論最大的誤解。

## 2. 內在動力狀態是治療探索的焦點

大多數的研究參與者都認為，意識只是佔人內在心智世界中很小的一部份，人的行為、感覺大部分是受潛意識的影響。研究參與者提供一些人們受潛意識力影響的幾個思考：人不是依循理性現實過日子；很多看似沒有道理的事，卻有相當不可忽略的影響力；人會不斷地重蹈覆轍；許多問題與個人想要立刻滿足的衝動慾望有關等等。認為從這些現象的觀察與思考，不難感覺潛意識力量在其中作祟，但卻是容易在意識上忽略、錯過的。

D：「你自己在開車或在走路的時候……你也許會有一連串出現在腦袋的念頭，那這些念頭它到底是根據什麼樣的邏輯出現？這個邏輯你不見得知道。」(D-2-46-01)

也因此研究參與者認為唯有探索潛意識，才能有深度的了解內在心智運作的可能。

而 B、D 認為精神分析就是心理動力，是因為心理動力的治療法所處理的動力，是屬於案主內在的潛意識所投射出來的動力，而不是人際關係間互動的動力。

雖然 A 在實踐治療理論的過程中，並不強調潛意識的觀點，而著重在個案的情緒覺察與處理，但 A 是認同治療的主要焦點在於探索案主內在狀態，例如內在的焦慮、需要等等。

## 3. 朝向知道更多的治療寓意溢於言表

前面談過，心理動力治療的目標著重在於內在的探索與發現。這樣發現、探索的過程得藉由聆聽案主的自由聯想，進入問題的根源，治療師從中得以理解背後的原因，進而才能夠協助案主移除抗拒，解決內在衝突。在這種因理解而造成療癒的過程中，除了案主知道自己了更多之外，E 認為還有其他的經驗存在，對於此 E 深入說明：「你如果要達……可以有點幫助人的話，那前面很重要，前面就

包含 to know，也許以精神分析來講，是透過詮釋啊這些東西來增加人的 insight，洞識，那另外一個部分，其實某些情緒經驗讓我覺得某些情緒經驗，某些很深刻的情緒經驗是我相信是 to cure，…。而那些情緒經驗不見得可以被知道，不見得可以透過詮釋被講出來…」(E-1-29-03)

但是 E 認為在這之間所談的情緒過程，不單只是情緒支持。E：「有情緒經驗的那種改變，很容易就掛一個帽子叫 Supportive 啦，啊！我不認為事情有這麼簡單」(E-1-30-02)。C 也說：「...因為這是其中的一個因子，所謂矯正性的情緒經驗，但是精神分析不能只停在這兒.....」(C-2-18-01)；C 又說：「如果原因就是這個樣子，那還是有可能不是精神分析啦，因為精神分析的重點是在後面，透過治療者的分析、關係，讓他自己去知道自己是怎麼回事？所以分析還是有個 knowledge....」(C-2-20-01)。

C 認為治療中的一切是朝向著”知道自己更多”，然而伴隨這樣的知道過程中，會有些附帶的東西出現著，是有益於治療進展。但是 B 與 C 認為這樣的療癒過程，存在著許多難以說清的部份，尚未體驗過的人，往往就將治療誤以為僅止如此，而將治療的內涵與過程簡化或是公式化。

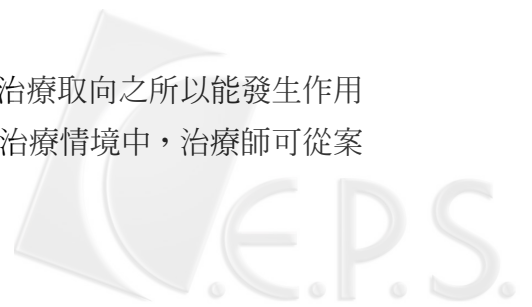
#### 4. 治療師本身是治療工具

所有研究參與者皆認為治療中的治療關係極為重要，認為治療得要透過兩人的共同經驗中的關係，才能得以進行。B、C、D、E 則更強調治療師本身就是治療的工具。就如同 C 所說：「藥物的研究有機器來測出血液的濃度，因為我們做治療只能靠我們自己啊！」(C-1-20-01)。

至於治療師本身因何以而成為能夠治療的工具，B 說：「從動力角度來看，我們會經驗到病人在投射。投射一定要有個對象來接，今天我是治療師，我一定是那個接的對象」(B-1-01-05)。而案主內在的投射如何能夠清楚的被接到、看到，C、E 則認為治療師唯有建構有侷限性的治療關係中才能達成，透由不滿足個案需要，包括維持穩定的時空結構、匿名與節制的態度等等。在這個侷限性的關係結構中，利於案主內在慾望、潛意識幻想的投射，治療師也因之得以看見案主的內在世界。

#### 5. 移情是開展治療之門

B、C、D、E 認為移情關係的處理，是心理動力治療取向之所以能發生作用的重要基礎，且皆認為不看移情就無法進行治療。在治療情境中，治療師可從案



主與其之間的關係互動方式、質的變化，或者案主對關係的反應、自由聯想變化，以及治療師自所體會的感覺與衝動等，捕捉出移情關係，將之化為理解個案內在世界的線索，因而看見案主的內在世界。D 說：「transference 的這個事情，嗯你有的時候必須要能夠清楚的察覺到自己的感覺、自己在治療中內在的變化，或者有沒有注意到病人他在聯想上面內在的變化，你才能夠察覺到你跟他之間發生什麼樣的事情。」(D-2-49-01)

C 認為若要能夠對治療中的移情有所體會，除了帶著移情的眼光進入治療室之外，還需要等待。也就是說治療即是治療師在等待及敏覺與案主的關係之中，幫助案主發現內在意義浮現的歷程的。C：「分析的意思是說他走過了，(治療師)看看就知道是什麼...不是也沒有關係，那再走，再走再走又有資料，我們之間又有互動了什麼關係」(C-2-15-03)；『( )中的字是研究者加進去以利讀者瞭解。』

D 也說：「只有當我們(治療師)聽了一陣子之後，我們才能...發現它背後的邏輯是什麼?那所謂的背後的意思就是說，到底有一些什麼樣他不知道的東西在他內在作用著，使得這些事情都被串連在一起」(D-2-46-02)

此外，B 強調決定是否為心理動力治療取向最重要的因素，在於治療師是否以移情詮釋來介入。其他的學派亦可以運用心理動力的理論來幫助案主思考，但光以動力角度來思考案主的內在世界，並不能算是心理動力治療法，只能說是運用心理動力概念的治療。

而對於治療中所發生的事是否百分百的都是移情，C 則認為或許不是，但是追究外在事實對治療並無助益。C：「...外面的事情是他可以自己去想，....在治療室外面的事情，他可以運用在治療中的經驗，然後自己去想這樣的事情，但他要自己願意希望去想，...這樣他才有能力自己去分析外面的事情....如果我們把焦點更偏重 transference，這是兩個人之間都看得到，都經驗得到的，那你不會去干涉外面的，看不到的事情！」(C-2-26-02)

C 進一步提到，以移情觀點思考治療內容時，比較能夠檢擇出治療師在治療思路上的偏頗，並可以藉此反思對案主的理解是否有誤。亦即移情角度思考，能對案主所形成的理解，不斷有修正的機會。

F 與 A 在訪談中雖未提及移情的字眼，但 F 認為治療師可以從與個案互動的實際情境中來認識個案。A 則表示個案的行為、情緒及談話的內容，都是治療師可以用以理解案主的內在需要、焦慮，以及案主如何滿足自己的方式。A 與 F 兩

人基本上也都把案主與治療師在關係上的互動狀況，視為理解案主內在狀態的途徑。

## (二) 學習與實踐心理動力治療理論後的重要體會

以下分別從治療是有限的、單以閱讀理論所學知的內涵較淺薄、學習種是由體驗到相信的歷程、從「後知後覺」的反思中學會知道更多、持續學習動力等五個主題分別討論：

### 1. 治療是有限的

研究參與者一致認為心理動力治療取向所處理的是案主內在深層部份的運作。理想上，治療師若對案主有正確理解時，理論是很可以運用在實務上。然而B、C、E認為因為學習心理動力取向的過程，不論是理論或技術學習，都需要花上很長的時間。尤其是治療技術得靠治療師自身投入案主世界，達成對案主內在的理解中慢慢學會。因此治療師個人的內在探索，是學習心理動力很重要的部分。但個人內在探索是無止盡的，此亦使學習呈現出著無止盡的可能。相對的，因為這樣的無止盡，治療師所提供給案主的治療深度，因個人有限性，而造成治療上的限制。C說：「...你的個案走多深，絕對跟你自己曾經走過的路有關係啦，因為沒有走過的人來看，就算走到了你也看不到啦...但是這件事絕對不是只有時間的問題啦。」(C-2-02-02)

不論治療師如何努力處理自己問題，以為更能看到案主的全貌，其結果仍舊是有限的，B說：「沒有一個人可以處理掉自己全部的問題，一定有些東西是你處理不掉的，這是我們的限制，也是處理病人的限制！」(B-2-09-01)在這限制的情況下，治療能夠持續多久，B則表示：「治療或分析是無止盡的，...在現實的情況下，是治療師與個案之間決定兩人願意一起走多久，走多深。但是這也受限於治療師的個人盲點。」(B-2-48-01)治療師在學習中所能做的努力，則是減少個人因素在治療中產生的障礙。B說：「當自己(治療師)的問題處理過後，比較不會成為治療中的障礙。」(B-2-50-01)。

至於E比較是針對個案的狀況來談治療的限制，E認為治療本具著可改變及不可改變的事實，且因為人本就是複雜的，改變的速度一定不可能快。所以身為治療師，最重要的是要學會分辨那些是可以改變，那些是不能改變的智慧。

在文化差異上，A發現國人案主在接觸內在情緒，比較有困難，使得治療因

內在的情緒難以接觸，而探索的範圍受到侷限。

在治療對象上，F 則發現相較於住院的病人，此理論對於門診的病人是較有幫助，這也使得治療實務上要考慮，F：「慢性嚴重精神病的治療或照顧上面，心理分析的用處我感覺沒有像精神那個精神官能症就一般個案那麼好用，所以我個人是覺得心理師在住院部的功能，限制比較大，在門診或在心理衛生中心它的功能比較容易發揮。」(F-1-19-7)

## 2. 單以閱讀理論所學知的內涵較淺薄

B、C、D 強調心理動力治療取向的學習方式，不能光只用傳統讀書的概念討論來學習，這樣所學到的理論認識是淺薄的，且往往易流於套用心理動力治療的公式。B 說：「...你學到什麼叫移情詮釋，然後當病人說有人討厭他時，你說『所以你認為我討厭你』，這就有點在套用公式而已，沒有真正的情緒體會。」(B-2-94-01)

這三位研究參與者堅定主張學習成為心理動力取向的治療師，之所以要先接受治療的原因，並不只單純著眼於在於對自己有更清楚的了解的想法，同時認為被治療的過程是學習心理動力治療理論的重要方式。D 說：「(學習) 只限於有意識的思考的話，那真的是很有限的，因為那只是我們整個人非常小的一部分，...意識的知識上面的理解，所得到的認識絕對不能說它是一個錯誤的認識，但是它是有限的認識...臨床概念的討論如果沒有配合上...自己的分析，或者是督導以及跟病人的治療的話，是很淺，是很表面啊，很有限的...」(D-2-72-03)。B 則舉自己學習的經驗來說明被治療與能否體會理論有很重要關係，B 說：「第一次把我的 case 給督導看得時候，...愕然發現啊原來我都沒有在做分析，我只是套用一些精神分析的概念在跟病人談，...第二次督導時，督導說我學得好快...我當時還沒有開始被分析，如此被督導三年後，我覺得好像了解什麼叫精神分析了，....然而直到我躺在躺椅上，我才發現，啪!原來這叫精神分析」。(B-2-91-03)

## 3. 學習是種由體驗到相信的歷程

A、B、C、D、E 皆認為學習心理動力治療理論最快的方式，是從自己第一手資料中去發現理論所談的內涵。靠親身被治療的經驗，才有機會體會理論概念所談的是什麼內容。在這樣狀況下的學習，是種先由體驗，進而瞭解及相信的過程。在學習過程，缺少被治療的體驗時，容易弄不清楚理論所談的情況。D 說：「一個人他沒有辦法從他自己的經驗裡面發現潛意識，與更了解自己的內在，這

就是爲什麼精神分析的訓練，一定要搭配上精神分析這回事！」(D-2-20-01)

有時在經驗理論的過程中，學習者甚至會質疑、抗拒理論所談的內涵，往往要經過了一段時間，才能真的體會並掌握理論。B 說：「當聽到治療師對你的詮釋時，你可能會抗拒，你會覺得事實不是這樣子... 但因為夢是你自己做的，夢是潛意識...，所以在個人分析中才漸漸學會，原來潛意識是這樣在溝通的。」

(B-2-94-02) 對理論質疑與接受的學習現象，會來來回回的，不斷在學習過程中重複出現。學習者只能從這過程，慢慢體驗，逐漸消除原先對理論的疑惑，才能對理論產生信心，進而信任理論。B 說：「我相信是潛意識在運作...我也在個人的分析中學會原來潛意識是這樣溝通的，它真的比意識早一步知道一些事情，這經驗幫助我更信服病人以潛意識在跟我溝通。」(B-2-94-02)

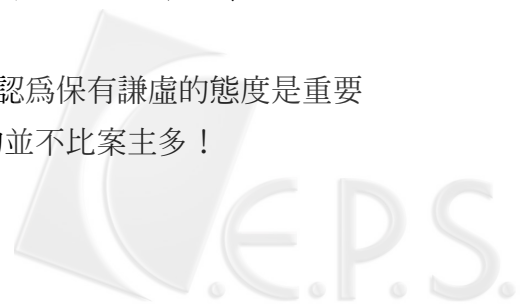
E 認爲在學習過程中，對不清楚的理論保持著懸而未決的態度，是重要的。除了從自己親身的經歷與體會中，確認理論的真實性之外，E 也鼓勵學習者可以試從周邊的證據，對心理動力理論生起信心。例如接個案時，能從因治療的介入而改變案主的經驗中，體驗理論並不是編造或是暗示出來的；或是一些臨床之外的實證性研究，像是潛意識被證實是存在之實驗性的研究等，也能幫助學習者對無法運用理性推論的理論內容，得到一些驗證而產生信心。

最後，F 認爲浸潤在心理動力治療理論的環境，是最好的學習方式。學習者所接觸的老師與督導，若都是心理動力取向的治療者時，自然而然的許多不能夠理解的概念，可透由與不同的人的互動與談論中，漸次的就較能理解，而漸次就能夠掌握。

#### 4. 不斷從「後知後覺」的治療態度中反思學習

學習實踐心理動力治療理論的過程中，C 體會到治療師其實是後知後覺的。治療師通常都是過了才知道是怎麼一回事，才看出治療中所浮現出的意義。且不論資深或新手，都是如此。B 也提到治療師之所以能理解案主，是在治療情境中，靠案主內在潛意識所提供的材料而得知，並不是治療師能先知先覺，或是從推理中猜測。而有時反而在驀然回首之後才明瞭，才看到過去治療中的盲點。B：「再去接新 case 的時候，才發現，啊以前這個部分沒有看到，以前都以爲自己已經沒有問題了！」(B-2-18-01)

治療師是跟在案主資料後形成理解的，因此 C 認爲保有謙虛的態度是重要的。對於這點，D 也不斷的談到，其實治療師知道的並不比案主多！



## 5. 持續學習的動力

D 認為學習者若對了解自己不感興趣的話，則很難持續學習。B、D 認為「發現的好奇」是學習過程中很重要的動機。兩人均同意學習者會因發現而感到滿足，此是學習過程中最珍貴的回饋。C 則認為學習者有意願看自己的問題、在接受治療時得到收穫、以及對沒道理的事想找到答案等等，都是學習的重要力量。

另外 C 與 E 也提到一些外在促發學習的動力還有：在實務中碰到困難，而想要弄清楚是怎麼一回事、感覺到自己的實務受限制、或者是看到他人學習的進步也想要去學習等等，都會促成不斷的學習。

### (二) 學習後的收穫

以下就研究參與者在學習與實踐心理動力治療理論後的收穫，整理為：能很快切入個案的核心問題、內化在「人」身上、包容性的擴展等三個子題。

#### 1. 能很快切入個案的核心問題

B 比較自己學習心理動力治療取向之前與之後，在實務工作時，發現比較學習以前，能夠很快就可以看到個案的核心問題，運用移情思路做詮釋，很快就可以發現案主的核心主題，不浪費時間。覺得學習此一取向形成對案主核心問題的理解有很大的幫助。

#### 2. 理論內化在「自己」身上

對 A 來說，學習心理動力治療取向之後，變得更有自信。因為體驗式的學習後已將知識內化，有了自己的真實經驗，也對知識產生深信。而在這狀態下，自然在實務中的互動，就不會是刻意造作，治療的焦點因之就更集中在個案身上，也更能尊重個案。同時因為內化了知識，學習者個人在學習過程中，也因之產生了經驗性的改變！如同 A 分享在內化治療知識的感覺：「我就覺得那已經不是知識了，那已變成是我人生的信仰，我的相信。當我相信了，自然就會做出來。這時，知識就是我，我就是知識，二者融成一體，我相信什麼，自然就做出什麼。當我們內化時，就已不再是知識的層級而已。」

#### 3. 包容性的擴展

E 覺得在學習心理動力理論後除了對理論認識更深，也影響對人的看法，觀察思維也變得更深入、開闊了許多，對自己以及他人的理解也更深刻且細膩。同時也體會到人的內在世界是無限的寬廣，而變得較不武斷。

A、B、D 都提到從被治療的學習中，變得更喜歡或接納自己、了解自己。

## 二、成為心理動力取向治療師學習過程中的困難

以下就研究參與者在其與觀察他人學習與實踐心理動力理論時，所發生的困難，將之整理分為：因獨特、主觀的知識屬性造成理論理解的困難、理論核心概念難以掌握、治療情境難以忍受，而造成理論實踐的困難，以及因個人狀態而造成學習與實踐的障礙等三個主題來談。

### (一) 因獨特、主觀的知識屬性造成理論理解的困難

E、F 皆提到精神分析知識屬性的獨特、主觀與複雜，是造成學習者難以捉摸的主因之一。其中引發的學習困難包括，因無法以理性思考推論而理解，造成學習者懷疑所學理論的真實性、或者對理論產生過份理想化幻想，以及因簡化理論而產生對理論的誤解等，這些都易致使學習者無法正確認識所學的理论。

其二，心理動力各學派間的理論爭議太多，也常令學習者無所適從。再加上理論的演生的來源以及用詞，都有其特有的時代背景，初學者若對理論發展的歷史脈絡不熟悉時，獨自閱讀原典是很困難。以上種種因素，都造心理動力理論難以學習、理解的原因。

F 認為專業機構在訓練課程中，宜提供學習者關於精神分析發展以及演進的綜覽，不適合將 Freud 的原文納入教科書的內容。F 建議初學者，宜先從實務工作者的著作開始讀起是比較適合的入手處。

### (二) 理論核心概念難以掌握、治療情境難以忍受，而造成理論實踐的困難

學習者在理解理論知識概念上，已有相當程度的困難，而要將之運用在實踐中，則是更加的困難。以下將研究參與者所提及實踐理論的實際困難，分成理論知識理解的難度而造成概念實踐上難以掌握、無法消化資料、治療結構難以維持、治療技巧運用上的模糊性、治療情境的張力難以忍受等五個子題分別討論：

#### 1. 理論知識理解的難度而造成實踐上概念難以掌握

研究參與者 B、C 認為心理動力治療知識，不容易掌握，也易造成學習者對自己不太有信心。像是心理動力理論中的幾個大的概念：移情、潛意識，或是夢，都是治療理論的核心。但是在學習的過程中，學習者常認不出來，或者認出來也

不知如何詮釋，同時在治療介入的時機判斷上也具相當高的難度，這些都是令學習者在實踐上一時難以克服。

A 認為在學習實踐時，若理論知識未能內化，會造成知行不合一。所說與所做的常變成兩回事，學習者在不能夠消化理論之下，實踐理論則淪為一味使用技巧。

## 2. 無法消化資料

C 認為有些學習者，因對理論的主要內涵無法體會，而造成無法消化、理解治療情境所呈現的資料。無法認知資料與案主對治療者的移情有關，使得治療師變成資料蒐集器，關注焦點著重在治療資料的內容。這樣的情況下，治療師容易掉入，且迷失在資料之中。而無法運用所學的理论來吸收、消化與運用資料，造成治療困境。而為了解決這樣的困境，學習者易轉以解決個案問題為治療焦點，以釋放治療者自己無法處理龐大資料的焦慮。在這焦點轉移的過程同時，也可能隱藏了治療者個人內在問題，而形成影響治療但無法探索的黑盒子。

## 3. 維持治療結構的困難

C 與 E 認為心理動力的精神在於運用固定的時空結構，創造出一種侷限性的治療關係，藉之促使個案內在慾望，因不被滿足而得以被看見。此一歷程是治療發生的機制，但也因此而為治療關係製造出極大的張力。在張力底下，學習者在無法通過挑戰時，反而認為這樣帶給案主痛苦的延宕滿足治療機制，是違背一般醫療致力於立刻減少病人痛苦的精神，而難以接受此一理論觀點。

除此之外，C 提到有些學習者一開始就遇上不好處理的個案，以及工作環境的支持度不夠，也會引起學習者維持治療結構上的困難。

## 4. 治療技巧運用上的模糊性

E 認為除了理論知識本身難以掌握學習之外，在實際的運用過程時，有些技巧的高度抽象，也令學習者不易掌握。像是治療要採取什麼樣的聆聽姿勢，以及治療師的介入的姿態等，都是學習的困難所在。在聆聽姿勢上，學習者常淪於過與不及。不是因聆聽焦點太在案主身上時，造成案主及學習者難以忍受的不服舒；或者是過於沈默，而使得案主無法忍受，破壞了治療。

其次，E 與 F 提到在治療師的姿態上，學習者容易誤解節制的治療原則，而想像治療過程中要保持冷漠，或是高高在上，因而無法掌握合宜治療師可有的姿態。E：「也不知道從哪裡，彷彿覺得應該是要採取…不人性的姿態，我覺得那是

一個很大的問題…我親眼看到分析師有各式各樣，分析師不是只有一個樣…」  
(E-1-19-12)

### 5. 治療情境的張力難以忍受

B 認為心理動力取向的治療，是透過提供案主內在動力投射的合宜時空情境，探索所投射出來的內在世界。這樣治療情境中，往往會出現很高張力的互動關係。學習者往往難以忍受這治療張力，因焦慮而亂做詮釋，結果造成案主提早結案，這對學習者來說是相當大的挫折。C 的經驗中發現，一開始的學習多是處在充滿模糊張力的治療情境下，而無法思考治療關係中的動力意涵，將之轉換成治療可用材料。結果多半會困住在焦慮裡頭，或是造成治療師的行動化，無法實踐理論。

### (三) 因個人狀態而造成學習與實踐的障礙

D 強調心理動力治療理論不是病人的專利，一樣可適用於治療師本人。B 進一步表示治療與治療師本人有關：「那我（治療師）怎麼接（個案的投射）？要不要接？接的時候怎麼辦？這些都跟個人分析有關…也跟個人的人格以及個人的問題衝突是否足夠被處理有關。」(B-1-01-05)。在這樣的治療機制下，每位學習者都需要先處理個人內在狀態，才能夠勝任治療任務，就像是 B 所言：「我認為不管選擇學什麼，精神分析或認知行為，都有隱藏在選擇背後的病態，可是因為認知行為不以治療師本人作為治療工具，因此不用被分析。但選擇學習精神分析者，都會先被分析為什麼要學精神分析」(B-2-56-01)。D 也說：「我覺得每個人為什麼要花這麼多年的時間變成一個分析師的原因，一定是跟他自己的 neurosis 有關，我覺得不是只是他自己的學術興趣而已。因為如果不是這樣的話，那我們就完全推翻了精神分析的理論了！」(D-2-02-01)。

以下就研究參與者所談及因學習者個人內在狀態的處理與否，所造成學習與實踐的影響，分別討論：

#### 1. 未接受治療無法發現因自己問題而造成的實踐理論的障礙

B、C、D 都談到治療者本身一定有其個人的需要，影響著治療。B 與 C 都認為人沒有辦法自己去看到自己的問題。C 也說抗拒不是病人的專利，學習者也會有抗拒，何況是在自己在實務中有創傷的情況下，看自己的抗拒則又更難了。因此學習者有足夠被治療的經驗後，才比較能讓自身成為治療中可用的工

具。在讓自己成為有用的治療工具之前，首先學習者先要弄清自己成為治療師的動機為何。B 說：「...必須了解選擇做精神分析背後的病態動機...才不會以做精神分析來滿足自己的病態...」(B-2-60-01)。對於這些病態，D 舉例為：「...每一個人是什麼力量支持他繼續下去？是他想要窺視別人的隱私...？是一個人的罪惡感嗎？是不是有些人的感覺他得把他所愛的人修復好？或者是是不是一種 idealization ？我想每一個人的動機應該都不太一樣...」(D-2-03-01)。C 則認為治療師內在的具破壞性的自戀的動機，是最需要處理的。往往因為治療者自戀的力量驅使，而傾向以知識來引導病人，成為案主人生的導師，因而破壞了治療。A 也認為有些學習者會期望自己是全知全能的治療師，因而造成學習困難。

## 2. 清楚自己內在狀態，才能弄清楚個案的內在狀態

B、D 認為治療師只能處理自己處理過的問題，自己沒有處理過的就看不到。而看不到自己的治療師，是看不到個案的。B 說：「...在了解自己的問題之後，才能清楚看到病人跟你掛勾的部分...」(B-2-08-03)。學習者看不清楚自己的危險在於會看錯案主，或根本接不到個案的投射，而無法治療，甚至有時學習者會連自己在治療陷僵局都不自知。B 比喻說：「當你的湖面上有髒東西時，你只能看到湖面上的髒東西，看不到湖本來的面貌..湖面本來可以反應出病人的樣子...天上的雲和月...，但因為佈滿了髒東西，因此雲和月都看不到了，你把人家的月亮也看成自己的髒東西了...」(B-2-70-01)

另外 A 也在督導一些學習者中發現，個人因為無法覺察其內在情緒，在對個案內在線索的理解時，容易往往轉以認知治療方式來因應，以逃掉自己面對個案情緒的困難，造成無法真正學會運用治療理論。

## 3. 督導無法解除因治療師個人因素所造成的學習困難

沒有接受治療的學習者，常會在督導過程中打轉，看不到自己病態在運作，甚至沒有辦法發現治療中已出現的問題了。D 說：「有一些學生...他今天好像知道了，但是下一次他再面個案的時候，他還是一樣他把重點放在別的地方...這和他沒有接受分析很有關係」(D-2-26-02)。B 與 D 共同認為督導未受治療的學習者，常會陷入在週而復始的困境中。但這與學習者本身情況有關，督導則幫不上忙。因為就算督導看到也說出來了，但是學習者往往還是無法體會到，即使可以知道，也還是做不到。B 說：「如果病人跟治療師有很正向的關係，而治療師也很滿意如此正向的關係，..例如病人很需要治療師喜歡他，治療師也很樂意幫

助這個病人。但是當督導指出，也許是治療師自己的需要之後，被督導者不會立刻覺得不需要別人需要他了，不會的，...這種需求不是別人告訴我們，就可以改變的，例如，人家說你是工作狂，你不會立刻就不工作狂了嘛...你必須處理掉工作狂背後的動機，才能夠不工作狂，或才能轉化成有創意的忙碌。」(B-2-22-02)

其次，B 在其督導學生的經驗中，發現督導有治療經驗的學習者時，進步的速度很快，很快就能夠抓到什麼是移情，且往往能夠自發性的產生詮釋。

#### 4. 不接受治療常無法突破學習的僵局

B 認為學習心理動力治療取向，一定要不斷的認識自己才能夠繼續學下去。沒有被治療的學習者，一定會碰上學習的僵局而無法繼續學下去。其中包括能否學會詮釋，也與學習者是否接受治療有關。B 與 D 在比較接受治療與未被治療的學習者之後，B 發現沒有接受治療的學習者做個案時，只會運用動力的概念來看問題，太傾向看重治療師本身在做什麼。在治療碰到困難時，學習者爲了要解決治療不下去的焦慮，會不斷的在變換治療技巧。而 D 則認為，未接受治療的學習者，無法把焦點放在案主身上，比較相信案主說的是現實就是事實，不是心理現實，看不到隱藏在內的潛意識訊息，也無法察覺到移情。這些情況下，學習者自然無法擁有對案主有所助益的能力。

## 伍、研究結果

### 一、心理動力治療取向的知識屬性是主觀、與實踐者個人共構而成，且能為其他治療師所認許

本研究參與者們雖然來自英、美不同機構的訓練，但對於心理動力的理解的差異並不大。皆認許治療著重在探索與理解、治療師以其自身為治療工具、將其內在變化為理解案主內在投射內涵，是獲致治療知識的基礎，而治療的開展，是富含朝向知道更多，且治療寓意往往溢於言表。

從治療著重在內在探索與理解、治療者以自己為探求理解案主的工具，以及所探究的焦點在於個人內在動力狀態來看：心理動力取向治療中，所欲探求的是另一個生命存在實體「他者」的心靈世界，而非以物質工具觀察測量的自然世界；是著眼於當下心靈潛意識的作用；是一種人對人之間主觀，感受的知識屬性；是

透由治療者自身投入於「他者」心智世界中，親感自心內在微妙變化而致知，而非透過顯微鏡獨立於現象之外的觀察而得。此種知識富有某種無法言論特性，是來自於種人對人的觀察而致理解的知識過程，是「能知」者與「所知」者，二者相互間所建構而成，所產生的理解也留在這樣的建構底下。是種運用治療師個人主觀感知，委身其中而致知「他者」--案主內在世界的知識。此與 Polany (彭淮棟譯，1984) 所倡言的科學知識是種個人知識，靠個人智性的投入與熱情，深入研究現象場而建立與保存的知識屬性內涵相近。是種含括實踐知識之人以其智性以及智性之外，對認識對象的感知所共構而成的知識 (Modell, 1984)。

而在這個探求過程中，是朝向一個轉變，研究參者雖對於這個轉變的歷程有不同的體驗，但是在治療的探求與理解過程後，會產生新的情況。心理動力治療取向的認識作用，應是種為朝向未來建構新的生命意義的探求，而非歷史、考古上象徵意義的探求。此所探究的現象本質、目的與方法應是不同於實證科學、詮釋學。

雖然本研究結果，尚未有足夠的資料佐證各研究參與者對細部理論內涵的認識是否相同，但在對心理動力治療如何開展治療進行的架構上，實踐治療的核心概念等皆能夠相互印證。這種知識屬性看似主觀，卻存在著其他相同取向專家所認許的客觀性。就如同 Polany (彭淮棟譯，1984) 認為科學知識中並不存在著純然的「客觀性」，科學的探求是探求者整個人帶著熱烈的個人寄託進入其中，對所持的揣測並不是懷著中立、批判精神從中試驗，而是靠著天賦預感引導，從中選取相關證據加以整合而解決問題。在這樣個人主觀自由的運作當下，科學的價值是透過相互的權威而形成。心理動力治療理論亦是如此，百年來其「科學地位」雖然遭逢實證科學嚴厲的批判，甚至否定。然而至現今，仍能不斷地開演出許多理論，仍可在治療專業領域佔有一席之地，仍舊吸引許多學習者的眼光，無外乎此一理論是能由實踐中而體悟，能被其他相同理論實踐者所證實是有益於案主的。心理動力理論具有科學性的價值與地位，是為探求一種獨特現象領域，所創造出獨特的探求方法，在百年來不斷努力實踐中，累積而成的知識。

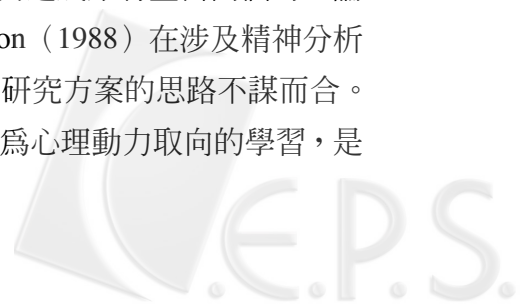


## 二、知識如何獲知的重點不單在理論內容的理解，而是實踐理論方法的體會

從研究參與者反省自己與他人學習與實踐理論的困難結果的分析中，除了知識的主觀特性造成理論的難以理解之外，從實踐過程的困難整理中，也發現學習者因不太能夠掌握理論概念，會造成無法消化案主的資料，無法維持治療結構，對於治療情境中所產生的治療張力難以忍受而深感挫折。這些學習困難的情況，除了顯示心理動力治療取向的治療過程中，治療師並不是站在一旁冷眼觀望，而是「身」入治療情境、案主的內在世界，與案主互動之外，同時也認識了理論與實踐的學習重心指向於如何開展出益於治療的時空架構。

心理動力取向是由治療師投身於兩人的互動中，進而產生對個案的體會，並形成對案主的認識、領悟，最後回饋給案主。這與研究參與者體會心理動力治療知識的學習不能光以閱讀來習得，皆相互說明學習的焦點應在於學會運用自己，以形成探索案主內在運作邏輯或是狀態的方法。治療是治療師透過其與案主的互動，浮現出對治療中移情的感知而達致理解的一連串過程。治療師透過「人」--自身，投入在案主內在潛意識的脈絡中，經察覺而發現背後的意義，進而形成對案主的理解。非是治療師從大腦的知識結構的蒐尋，或憑過去經驗，來展開對案主所產生的理性推理。這也就是何以研究參與者認為學習心理動力治療理論，若光以認知閱讀的理解來學習，所學到的內容是較淺薄的理由。Vaughan (2000) 等人發現文字所表達的臨床的研究結果，往往失去了治療過程中許多的豐富及生動的內涵。這是以光理論文字的方式來學習上會產生困難的原因。且因為無法體會理論文字後豐富的內涵，學習者往往容易套用心理動力的理論公式，對案主進行「理解」。這個情況如同 Herrmann (2001) 提醒學習者別忘了 Freud 的理論的精神是探究內在世界的�方法，而現今學習者卻當成內容來學習，在學習上極嚴重的偏誤現象。Herrmann 強調心理動力理論的重要性在於治療師如何成為治療情境中詮釋的工具，而不是運用理論的方便，套加使用的便利包。這樣的學習易扭曲成在理論結果，而不是方法上下功夫，漸而造成原有豐富內涵的理論被扁化、誤解的結局。這與 Strenger (1991) 和 Eldson (1988) 在涉及精神分析的知識論爭議中，強調的精神分析的知識本質是一套研究方案的思路不謀而合。

從此一理解中，也之能夠較清楚研究參與者所認為心理動力取向的學習，是



由體驗到相信的歷程。所學習的治療理論能實踐運用且進而能「內化」在治療師自己身上的方法，是一種經由體驗到相信的學習歷程。因此，心理治療是一種由自我與人際間所構築出來的知識，這知識不能由正式的教導或從書中學會，只能在親密的交會關係下被理解（Spurling & Dryden, 1989）。

### 三、接受治療是重要的學習方式

心理動力取向傾向以接受治療作為學習方式的目的，不只在於除去學習者個人內在的問題，讓自己成為堪以運用理解案主內在的治療工具，也是從體會中學習，相信、內化理論內涵的最重要方式，更是解決實踐中的困難的途徑。因為理論的知識本質是一種探究內在世界的方法。如同 Harris 與 Ginsburg（1991）認為學習精神分析的理論技術的過程中，學習者接受治療的探索經驗，是無可取代的。

這無可取代的必然性之因，也與心理動力的治療知識獨特、主觀的屬性有關。一百年前 Freud 之所以發展出精神分析，其原意不也就是為了創造思考關懷人的內在世界的方式。透過他對人內在細緻的觀察，從拓樸學，到本能理論的發展，不外乎想要找到一種可以解釋人內在世界運作的方式，於是他創造了與不同於當時以物理實驗為主的心理學的新知識體系（陳系貞譯，2001）。這種非基於實證科學的知識，是倚靠治療師這個人的自身，從主觀的反思而得到對他人理解的知識。同時研究參與者談到學習過程中，也因透過對自己深度的認識與接納，而產生對他人更加開闊的包容，以及更加深刻的理解。這種探索方式，突顯幫助探索之人認識自己的重要性！實踐理論的過程中，學習者能否對自己特質及功能反省，則是治療成敗的因素（Brightman, 1984）。因此學習者接受治療，並從中體會實踐理論的方法—運用自身，在自己的實務或是個人工作中印證了理論內容，進而深信此一獨特、主觀的知識本質，得以掌握住實踐的核心，而不是依賴純理性推理來學習。難怪 D 說光是用認知閱讀的方式要來理解心理分析，是不可能的事。只憑文獻的研閱來整理，與真正實務工作者所體會的距離是相當遙遠的。Mahrer（2001）也曾質疑臨床實務者過度相信來自研究、理論與他人的臨床知識，而認為使用未經質疑過的理論是很危險的，有可能將不真實的反信以為真，這樣的使用理論的知識，將會對案主造成很多傷害。所以從自己所經驗過的，產生自己的相信，以及只處理自己眼前看到的，對於個案來說是比較有保障的。

但是 Zeddies (2000) 則提醒治療師運用案主潛意識的材料，以幫助個案時，要十分小心。有時候治療師對於在自己的分析、及督導經驗中所產生的相信，會變質為分析技術，這反而易造成對病人的誤解，或是忽略但卻是重要的內涵。因此，治療師對自己的覺察及情緒敏覺要時時做深度反思，以便時時把治療焦點放在個案內心的體會，這是治療中是最重要的方向。

#### 四、學習成為治療師之路即是認識自己之路

從學習後收穫的整理中發現，學習理論之後對學習者的內在都產生深度的影響，不論是對自己及對案主的接納與理解都開闊與深入了許多，而接受治療之後的結果，也都變得更喜歡自己、接受自己。足見心理動力治療取向的學習是種由內在深層的影響，而擴展到概念及技術上的運用，是種由內在的體會而向外運用的學習歷程。另外，從學習者在學習理論與實踐的困難的分析中，也發現獨特、主觀的知識屬性的困難理解、實踐理論上的種種困難，都與個人內在狀態是否足夠被處理有關。

若試將此困難擺在專業發展的脈絡來看，有無可能在這一條學習路上走過來的顛簸，都可以由認識自己這一個脈絡來貫穿。學習心理動力治療，一路就是在督導與治療師的陪伴之下，認識自己內在的世界，進而信任理論，運用自身與案主互動溝通。在這過程中，逐漸看到了自己、看到了案主，也協助案主看到自己。楊明磊 (2001) 曾將治療師專業發展詮釋為「回家之路」，是一條找到在專業上可以看得到自己位置的路。在此換以心理動力獨特、主觀的知識屬性的視框時，學習專業成熟之路則成為一條「認識自己之路」；想要找到一個安身立命的家，在心理動力知識脈絡下，則是在乎能不能夠看清楚自己，一旦看到了，安身立命就自然而有了。

以心理動力取向的專業發展來說，當學習者在學習、發展專業的過程中，深刻的認識了自己之時，自己就在這認識中存在了。換言之成為此一取向的治療師，在學習過程的努力，不在於將自己塞入在知識裡，而是透由獨特的認識方式，對自己有了更深切的認識後，漸能將注意的焦點從自己身上移開，移開企圖以治療成功來展現自己的價值與能力，排除在治療未開始前早已預存的目的一展現個人之自戀需要 (林玉華、樊雪梅譯，1997)。以使得治療師能使用自己，成為治療中認識案主的工具。治療師對自己愈瞭解時，在處理棘手的案主時，愈能夠控

制自己的情緒，與高度困擾案主同處時，也不會太不舒服（Norcross & Guy, 1992）。就像研究參與者 B 所談的足夠自我認識，弄清楚自己，先處理了自己內在的慾望、抗拒，或更明白自己之後，才能更明瞭案主內在的慾望與抗拒，才能將所有的注意力保持在案主身上，形成治療的聆聽姿態，才能運用所體會的知識來幫助案主，幫助他用同樣的知識屬性來看到自己。因此當學習者逐漸朝向更清楚、認識自己時，原本所在意要有一個治療師位置的需要，也就漸漸地消失了，反而漸漸能看清案主如何在治療室中擺動著其與治療師的關係位置，而進而理解他的內在世界，這也是治療師之所以能夠在案主強烈的潛意識投射之下，還能夠保有一個思考能力的原因（林玉華、樊雪梅譯，1997）。對自己夠清楚的治療師，可將治療室內所發生的一切，轉換成爲思考案主內在世界的線索，以協助他能夠認識自己。如同研究參與者 B 談到案主因爲治療師的名氣，很期待來做治療。可是案主所有夢啊講話內容都在排斥、嘲笑、貶低治療師等等，治療師如果需要被欣賞、被欽佩，則可能無法聽到案主其實是在輕視、嘲笑、貶低治療師。著名的分析師芮克亦曾說：「當我們想了解他人時，卻必須內省自己，必須從我們自己的心理來找線索。」（引自侯平文譯，1986，頁 217）。因此，治療師看得到自己時，也才有一個立足點去看到個案！

## 五、內在自戀需要是學習者首要處理的主題

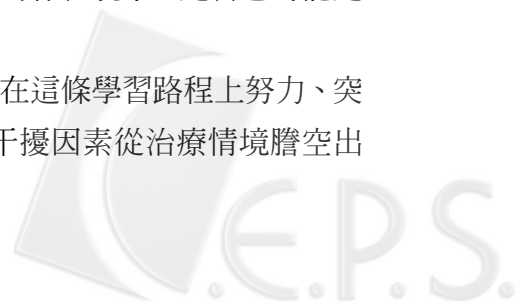
從研究資料分析討論中，透露出學習心理動力的歷程，有不同的階段展現。從一開始的不認識理論，質疑理論。之後從親身投入中體驗理論，並在抗拒與接受之間的來回驗證理論。而最後，慢慢的透由經驗後開始接受、相信、內化理論。在這一路上來，都圍繞在學習者對自己個人內在世界的不同認識，而作用出對理論與實踐體驗的不同層次反應。一開始因爲不認識而不能維持治療架構，或者是以解決問題取向來隱藏治療者個人的焦慮，而質疑抗拒理論。之後在半信半疑之間，在不能夠承受治療張力、不喜歡探索個人內在問題、抗拒接受治療或督導的回饋之間，來來回回。因此學習路上的困難，就在不認識自己，不認識自己內在對個案的影響力，看不到或看不清楚自己，也就看不到、看不清個案，也無從發現自己其實無法容忍學習過程的挫折與困境中，經過長期的學習之後才能逐漸認識自己與案主。在這長期學習的過程中，之所以來來回回的爭扎與痛苦，所處理的不就是 1913 年 Ernst Jones 所稱治療師的「上帝情結」，自以爲比案主優越的

自戀需要 (Marmor, 1953)。是一種要夠強壯、優異、偉大，且是充滿愛心的自我期待 (Brightman, 1984)。Dryden (1997) 也認為治療中所發生的困境，其實是來自於治療師內在全能自我的分裂，反而不是個案及其他的問題。就如同研究參與者 A 所發現的，當治療過程中陷入困境時，問題根源往往是在學習者身上，是種對成為全知、全能治療師的理想化，而阻止了往內探尋自己問題的機會。研究參與者 C 也說明了每學習者內在都有一個破壞性的自戀，會在內部作祟，企圖引領案主，做為他人的人生導師。

這自戀需要讓學習者在不熟悉理論時，在與案主的高度張力互動下，轉以熟悉的解決問題來釋放自己焦慮的行動化，讓自己可以全然的掌控，以除去內在即將冒出的焦慮 (Brightman, 1984)，因而無法留住一個提供思考的時空。就像是研究參與者 C 談到學習者無法處治療情境中的龐大資料，而轉以解決問題，以釋放自己在治療動力下的焦慮。或如同研究參與者 A、B、C 與 D 皆談到，學習者因不認識自己問題而拒絕了督導的回饋，以證實問題不是出於自己。Brightman 認為這是以「誇大專業自我」來因應「全能期望」與「對能力不足的恐懼」；但在藉由接受治療或督導而解決此一自我誇大現象時，又可能會掉入憂鬱與理想化的自我幻滅之中 (Brightman, 1984)。以上所談的一些學習者的自戀問題，除了對自己理想化自我的期待，以及社會對治療師視之為全知、全能，具療癒性英雄的刻板印象之外，Brightman 認為也與為了修復兒時的自戀傷害有關。McLeod (李茂興譯，2002) 談治療師養成的阻礙時，亦曾以「受創的治療者理論」為主要引述概念，認為人們很可能是為了療癒早年受創的自戀，而成為治療師。而 Yalom (方紫薇、馬宗潔譯，2001) 在多年團體治療的實務經驗中也發現，當在邀請成員寫下什麼是最不願意分享的主題時，成員最共通的祕密是，深信自己能力不足！而在理論發展上，Klein (1946) 與 Kohut (林明雄、劉慧卿譯，2002) 皆曾主張人天生而有著自戀自大的幻想，分別各為其不同的理論發展的基石。

從上述的研究結果、文獻發現，或是理論發展上，都顯現出自戀在治療理論及治療師發展中，分量十足。在此，先不論述人內在自戀的需要是來自創傷，還是種天生本質的展現。但在這想要展現自己能力慾望的存在現象，是否也可能是學習者在實踐理論最要克服的困難的主題。

在原本自戀需要的驅動之下，學習者就是如此地在這條學習路程上努力、突破，從挫折中與認識自己後，漸將個人自戀需要的干擾因素從治療情境騰空出



來，逐漸學會穩定治療架構，保持適宜的聆聽姿態，永遠相信還有尚未瞭解的可能，在後知後覺的治療過程中反思、調整對案主的認識。在這樣日漸成熟的過程中，學習者逐漸還給案主一個投射其內在動力的時空，並學會接住、承容案主內在訊息，進而消化、思考，便對案主得以理解，釋放案主的焦慮，治療師也因而而在這過程之中逐漸成熟。

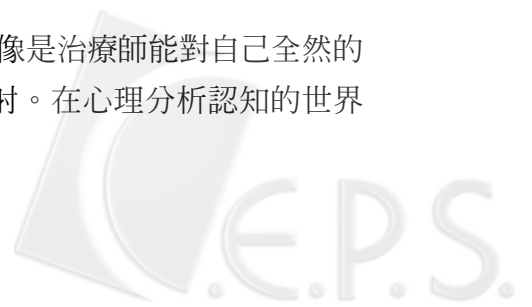
## 陸、結論與建議

### 一、本研究的發現結果與後續研究的建議

#### (一) 理論知識、學習者、與學習實踐過程相互交疊、輾轉增益

心理動力的知識是體驗的、是主觀性，是一套認識人內在狀態的知識系統。透由已認識自己相當程度的人協助，才能對自己產生相同的認識。透由此一歷程顯示，心理動力的知識、學習者本身，以及實踐過程三者，是相互重疊，息息相關。在學習與實踐的過程中，因人的體驗不同，透過不同層次的實踐，所得到的認識知識，也形成深度上差異，是種更迭不斷的動態過程。因此，學習者首要從接受治療開始，得到知識的體驗。接受治療的效果不僅在於知道了自己，而是同時也學會掌握其中的治療內涵。但是這個不容易的歷程，除了需要長期的學習時間，接受治療本身也會造成個人的痛苦。因為一直以來，我們未必真心的願意去看自己的問題，就像研究參與者說面對自己的問題是痛苦的，但學習者的困難又是來自於對自己的不認識，體會不到理論所造成的。這中間的落差就是心理分析所掀開的主題，掀開了治療師本存的個人問題在一些取向的訓練中，被隱藏在學習者的身份背後的現象。從選擇當一個什麼職業的人，治療師，什麼取向的治療師，都有其背後值得要被探索的問題，只有在這後面的動機清楚了，才能除掉看不到病人的障礙，才能運用自己成為治療的工具。也就是因為此一取向知識屬性的特殊、主觀，使得在教學訓練中，似乎難以沿用教育心理學所發現以認知結構及知識的組織方式來教導新手。

但最後保守著說，如果對於此取向學習結果的想像是治療師能對自己全然的清楚的話，這很可能就是一種內在破壞性自戀的投射。在心理分析認知的世界



中，沒有一個全然修通的人，而這條發展之路是無止盡的。但就是因為如此，治療師也就可以對自己、他人有不斷的發現，更清楚自己之後，把這樣的視野帶給個案，幫助他也能夠看到，這也是何以身為治療師，不管是多久的專業年齡，都得要不斷的看自己，且接受永遠有治療師看不到的盲點！

## （二）如何學習獲知理論概念的細緻內涵則有待進一步探索

1. 從研究訪談的結果顯示，實踐心理分析的過程中，與能否體會掌握到移情、潛意識、抗拒等等有很重要的關係，但也是最困難學到的。其中尤以移情關係在治療中的價值最具重要。自移情現象被發現以來，在不同分析學派之間，其地位之重要性都被一致的認同（陳系貞 譯，2001）。雖然研究參與者提到學習是體驗的過程，漸漸體驗就能漸漸了解。但對於一位正在學習的學習者，如何學會理解什麼是移情、抗拒及潛意識這些內涵的精細化過程，則尚待探討。
2. 矯正性情緒經驗在治療所占的身分到底是什麼，在本研究中，不同的受訪者有不同的觀點。從 Yalom（方紫薇、馬宗潔譯，2001）的定義來看，包括了反省，與情緒兩種因素存在。研究參與者 E 在訪談中表示，療癒除了「知道」之外，還包括了「情緒經驗」，這與 Yalom 所談的內涵有何不同。同時 C 也曾談到精神分析不只是矯正性情緒經驗如此而已，還有一個「知道」在後面，其中的「知道」與「反省」之間的意涵差別又是什麼，尚待進一步澄清。

## 二、對目前學習心理動力取向治療師的建議

在這次研究的訪談對研究者來說發生了一件極有意義的事。一位研究參與者，認為研究者使用訪談方式，意圖瞭解心理動力學習的歷程，像是站在門外看，因而不斷提醒研究者自己去體驗。在訪談中也不斷的反問研究者，有沒有可能研究者是希望藉由訪問而被說服能相信心理動力治療理論所談的內涵。當時覺得只是好奇走過來的人都經驗了些什麼，想整理出來過來人的經驗，並與其他有興趣的讀者分享。之後在個人努力作資料分析的過程中，發現自己對於研究參與者如何從質疑理論到相信過程的主題，很注意。突然間感覺到自己真的是有點想要透由他人的經驗，來讓自己去相信心理動力所談的是真的。在這個奇妙的過程中，稍嚐到了什麼是抗拒與潛意識的味道。現在走過研究一遭，回過頭來看也體會

了，學習心理動力，真的是種透由接觸走到體會而產生深信的學習過程。

心理動力治療的目的並不在解決問題，而是在了解與發現自己。研究參與者 C 認為人們對了解自己這件事，其實不就都是一直在抗拒中！因此這也可能是在學習此理論過程中，一直會疑惑不斷的可能之因。學習者不如先將學習中的疑惑先「存而不論」，再慢慢地在不同地方體會，也許可以減少繼續走下去的阻礙。

針對本文之任何回應、回饋或意見，請直接聯繫：黃淑清，台北郵政 37-16 號信箱，e-mail: [shuching-h2001@yahoo.com.tw](mailto:shuching-h2001@yahoo.com.tw); 陳秉華，北市大安區 106 和平東路一段 162 號，TEL：02-2351-1262#606, e-mail: [t05010@cc.ntu.edu.tw](mailto:t05010@cc.ntu.edu.tw)

收件日期：2004 年 3 月 29 日

通過日期：2004 年 8 月 31 日



## 參考文獻

### 中文部分：

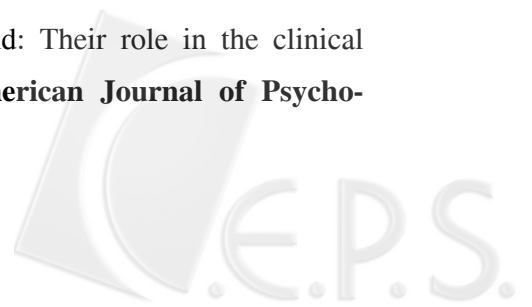
- 王榮麟（譯）。文化逆轉：急需知識概念之更新。《哲學雜誌》22，4-23。
- 方紫薇、馬宗潔等（譯）（2001）。《團體心理治療的理論與實務》。台北：桂冠。
- 李茂興、吳柏毅、黎士鳴（譯）（2002）。《諮商概論》。台北：弘智。
- 吳英璋（1993）。從諮商過程分析談諮商員「個我理論」的重要性。《輔導季刊》，29（5），1-8。
- 林 憲（1999）。個人心理治療（1）。《當代醫學》，26（8），73-81。
- 林玉華、樊雪梅（譯）（1997）。《僵局與詮釋》。台北：五南（民）
- 林宏濤（譯）（1995）。《詮釋的衝突》。台北市：桂冠。
- 林明雄、劉慧卿（譯）（2002）。《自我的分析》。台北：心理。
- 侯平文（譯）（1986）。《內心底探索》。台北：水牛。
- 施香如（1996）。諮商督導過程的建構：循環督導模式之分析研究。國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士論文。
- 許秀惠（1993）。諮商歷程中諮商員意圖與口語反應之分析研究。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文。
- 張靜怡（1998）。專業實習課程對準諮商員諮商能力發展之分析研究。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文。
- 彭淮棟（譯）（1984）。《意義》。台北：聯經。
- 楊明磊（2001）。資深諮商工作者的專業發展—詮釋學觀點。國立彰化師範大學輔導研究所博士論文。
- 黃光國（2001）。《社會科學的理路》。台北：心理。
- 黃宜敏（1997）。一個諮商員的故事—僵局的建構與轉變。國立台灣師範大學教育心理學輔導研究所博士論文。
- 陳系貞（譯）（2001）。《卡桑德拉的女兒》。台北：究竟。
- 陳錫銘（1998）。實踐認論應用於諮商員專業自我建構之研究。國立台灣師範大學教育心理學輔導研究所博士論文。



- 陳慶福 (1995)。諮商員和當事人在諮商過程中的同盟、口語反應模式與晤談感受之研究。國立彰化師範大學輔導研究所博士論文。
- 劉佳昌 (未出版)。精神分析的科學地位與研究方法：爭議與省思。
- 蔡榮裕 (2003)。心理治療的定義：從精神分析的角度談起。台北市立療養院九十二年年報，88-104。
- 關永中 (2000)。知識論 (二)：近世思潮。台北：五南。

### 英文部分：

- Bateman, A., & Holmes, J. (1995). **Introduction to psychotherapy –Contemporary theory and practice**. London: Routledge.
- Brightman, B. (1984). Narcissistic issues in the training experience of the psychotherapist. **International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy**, 10, 293-317.
- Dryden, W. (1997). **Therapists' dilemma**. London: Sage.
- Edelson, M. (1988). **Psychoanalysis in crisis**. Chicago: University of Chicago Press.
- Freud, S. (1962). **Mourning and melancholia**. In J. Strachey (Ed. and Trans.), **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud** (Vol. 14). London: Hogarth Press. (Original work published 1915).
- Freud, S. (1961). **The Ego and the id**. In J. Strachey (Ed. and Trans.), **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud** (Vol. 19). London: Hogarth Press. (Original work published 1923).
- Gilbert, P., Hughes, W., & Dryden, W. (1992). The therapy as a crucial variable in psychotherapy. **On becoming a psychotherapist**. NY: Routledge.
- Gill, M. (1999). Psychoanalysis proposals for the future. **The challenge to psychoanalysis and psychotherapy**. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Grunbaum, A. (1984). **The foundations of psychoanalysis —A philosophical critique**. Berkeley: University of California Press.
- Harris, R., & Ginsbrug, A. (1991). Models of the mind: Their role in the clinical teaching of psychoanalytic psychotherapy. **American Journal of Psychotherapy**, 45(4), 467-482.



- Heimann, P. (1950). On counter-transference. **International Journal Psychoanalysis**, **31**, 81-84
- Herrmann, F. (2001). The training analysis at time when theory is in short supply. **International Journal of Psychoanalysis**, **82**, 57-69.
- Jacobs, M. (1999). **Psychodynamic : Counselling in Action**. London: Sage
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. **In Developments in Psychoanalysis**. London: Hogarth Press.
- Kubie, L. (1952). Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. **Psychoanalysis as Science**. Higlard, E., and Kubie, L.(ed). Calif.: Stanford University Press.
- Kvale, S. (1996). **Interviews—An introduction to qualitative research interviewing**. London: Sage.
- Mahoney, J. (1992). The object of the dance. **On becoming a psychotherapist**. NY: Routledge.
- Mahrer, R. (2001). What can the clinical trust—research? Theory? clinical knowledge? **American Journal of Psychotherapy**, **55** (3), 323-335.
- Marmor, J. (1953). The feeling of superiority: an occupational hazard in the practice of psychotherapy. **American Journal of Psychiatry**, **110**, 370-376.
- Mayer, E. (1981). **The promise of cognitive psychology**. New York: Freeman.
- Miller, R.(2001). Scientific vs. clinical-based knowledge in psychology: A concealed moral conflict. **American Journal of Psychotherapy**, **55**(3), 344-356.
- Mitchell, A., & Black, J. (1995). **Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought**. NY: Basic Books.
- Modell, A. (1984). **Psychoanalysis in a new context**. NY: International University.
- Norcross, J., and Guy, J. (1992). Ten therapists: the process of becoming and being. **On becoming a psychotherapist**. NY: Routledge.
- Orange, D. (1995). **Emotional understanding—Studies in psychoanalytic Epistemology**. NY: Guilford Press.
- Popper, K. (1968). **The logic of scientific discovering**. London : Hutchison.



- Spruling, L., & Dryden, W. (1992). The self and the therapeutic domain. **On becoming a psychotherapist**. NY: Routledge.
- Strenger, C. (1991). **Between Hermeneutics and Science**. Madison: International Universities Press.
- Vaughan, C., Marshall, D., Mackinnon, A., Vaughan, R., Mellman, L., & Rosse, S. (2000). Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. **International Journal of Psychoanalysis**, **18**, 513-525.
- Winnicott, D. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. **Through psychiatry to psychoanalysis**. London: Hogarth.
- Zeddes, T. (2000). A psychoanalytic unconscious and emotional availability: Aspects in the development of analysts and analytic therapists. **American Journal of Psychoanalysis**, **60**(1), 57-69.



# Study on the Learning Psychodynamics Knowledge

Shuchig Huang

National Taiwan Normal University

Pinghwa Cheng

National Taiwan Normal University

## ABSTRACT

The purpose of this study is to explore the knowledge attribute of psychodynamics and learning process. Six professional therapists were interviewed. The major findings are: (1) the knowledge of psychodynamics is learned by personal subject experiences and is acceptable by other therapists. (2) The learning process focuses on methodology instead of the contents. (3) The best way to learn is being client by yourself. (4) The way to be aware of yourself is to become a dynamic approach therapist. (5) The major problem of a therapist in this approach is the narcissism needs of learners. Implications for future research have been discussed.

**Key words: Psychoanalysis, Psychodynamics, the knowledge learned, the difficulties in learning and practice.**

