

# 兒童治療之督導：治療困境之分析及反轉移處理

張秀卿 譯

(原著作者 Nancy Boyd Welf)

## 摘要

對兒童做治療時，會牽涉到未被覺察或被誤解之反轉移潛在危機，因此兒童治療者的督導必須提供治療者例行之督導，以幫助他們能預知、察覺、瞭解及注意自己不可避免的「反轉移反應」。為了幫助治療者及督導者，分析那些因家庭淵源及其他自我描述之特性而可能或實際產生之「反轉移反應」，我們已經發展出來二種方法，並舉了一個實例來說明，如何成功地認清了那些未被察覺潛在性之有害反轉移。就是對一個有經驗的督導來說，兒童治療督導仍是一項無比的挑戰，因為錯綜複雜的「反轉移反應」，能在治療及督導二種情形下產生。「反轉移」不可避免地，能在各種治療之督導者及受督導者之間產生，而當患者是兒童時，處理就更加複雜了，由於兒童之情緒化，不可預測性，侵略性及幻想之產生（Bornstein, 1968）。兒童患者生命階段所帶來的緊張及脆弱容易引起治療者及督導者雙方之強烈反

應。另一個兒童治療督導之複雜因素是來自需要父母親之參與，及他們對治療者及督導者所呈現之象徵性意義。如果有的話，實在也很少兒童治療者或督導者能够很成功的解決他們自己親子之間的衝突，而使自己能在對患者提供治療時保持充分的客觀。事實上，有了「反轉移」就失去客觀，而有了客觀才能增進對患者之瞭解也能完全為他們的利益着想。從另一方面來看，未被覺察的「反轉移」，對治療帶來了威脅，因為它使治療者之治療計畫受挫於他的潛意識，而不是根據患者之需要而擬定的。有時治療者將這些未被察覺之「反轉移」再反應到督導方面，祇有機警及有學識之督導才能幫助治療者認出及瞭解他們的衍生物。愛華康（Eva Kahris）一九七九年在他有關平行程序的文獻中，談論到「反轉移督導」之管理。

相反，最近的文章都着重某一治療者對特定的個案，而不是對督導所呈現之反應，或是督導者對個案或對治療者之反應。本文所要說明的是治療者之教育者及幫助者任務的角色，來幫助治療者預知、認清、瞭解及處理自己的「反轉移」以期透過這種自覺而為案主謀求最佳的利益。預知可能產生之「反轉移」可以減少治療者可能對患者或督導呈現未被察覺「反轉移」之可能性。

在美國心理分析協會雜誌（Tysen, 1986）的一篇「文章裏提到「有關兒童及青少年工作反轉移」，所發表之研究出乎意外之少」（P. 2）。本文旨在彌補這個漏洞而提供督導時可以使用之特殊方法，來幫助治療者在跟兒童及青少年工作時可以認清及處理他們的「反轉移」。雖然本文曾說過，對兒童治療者之督導容易使「反轉移」反應變成複雜化，由於兒童之特殊脆弱性，但是我們所討論的方法也可能運用於兒童外之治療督導上。

## 瞭解反轉移之定義及方法

「反轉移」係指治療者對患者（案主）之感覺而顯現之潛意識或意識前之衝突或焦慮。這與美國精神

病協會字彙(一九八〇)中之定義:「精神病醫師對患者部份潛意識或意識之情緒反應」相符(P. 24)。

反轉移可能消極地被視為是一種污染的力量使產生錯誤的治療,或積極地有助於診斷上之瞭解。

佛洛依德在一九一三年曾說:「每一個人持有自己的潛意識工具來解說他人的潛意識部份之情感」。佛洛依德隱喻之含意是音樂家及治療者需要注意收聽自己工具之潛意識回音。雖然車伯(Zerbe, 1986)指出:「治療者常常抗拒牽涉到反轉移感覺之察覺」(p. 1111)。葛萊雅及沙克士(Grayer and Sax, 1986)提醒我們:「祇有部份之反轉移被知覺或瞭解到,因為我們祇能檢查意識的感覺、幻想、衝動及行為等」(p. 297)。以本文的立場是主張透過督導對治療者之反轉移作定期之檢查,使潛意識被察覺到並引導治療朝向意識多於潛意識之目標。

兒童精神學病的文獻推薦一種訓練分析加「持續性之自我觀察及自我分析」的方法來處理反轉移(Tysen, 1986, p. 265)。這些就是各種專業的治療者可採用之正確方法,而社會工作習慣於將督導當作最主要的方式來訓練及監督實務者之行為。社會工作督導,如訓練分析,目的在增進自我覺察及「將自己作為治療性用途」(Sauri, 1986)。「一種訓練方法都是著重於治療程序中反轉移之影響。二者之間需要的區別是,社會工作督導並不是像訓練分析師一樣,擔任教師及治療者之雙重角色。柯德生(Kadushin, 1985)表示:「督導的責任是在

幫助接受督導者成為一個更好的工作人員,而不一定要成為一個更好的人」(p. 174)。當治療者個人之反應嚴重地影響治療工作時,社會工作治療者就得向督導以外的人來尋求諮詢。

本文作者,在證實了治療與督導之區別之後,相信對反轉移之結構性檢查是適合於督導,並且可使分析進行時在治療及督導的界線上不會產生混淆。作者已經發展了二種工具來幫助認定及處理反轉移。第一是自我評估之簡要,是對治療者的一種個人描述目錄。第二是認同主題及治療僵局之記錄表,概要地記錄有關個案及治療者特殊問題及所關心的事。對這二種工具,作者將從兒童治療之潛在陷阱來作更詳細之說明。

### 兒童治療中之典型反轉移

在兒童治療工作中,反轉移反應常以許多形態出現。前面曾經提過,未被察覺的反轉移是具有危險性的,因為治療者所採取的行動是由潛意識所引導出來的,而沒有考慮到患者之需要。督導工作之成分裏之一部份是要幫助治療者漸漸發現反轉移之某些潛意識部份正在某些程度地影響他的治療工作。

兒童治療中之一種典型反轉移反應,如治療者對兒童或其父母所產生之潛意識認同及聯合,可從督導中之檢查獲得幫助。在有些個案中,當治療師認同兒童時,過分熱心地要「解救幻想」而不切實際地要設法來彌補兒童之喪失及失望。解救幻想給治療者所帶來的外在表現,帶有悲傷及失望之氣氛

,也給治療者帶來莫大的壓力而使治療工作受到阻礙。因為治療者為自己立下了一個做不到的目標,就是要可滿足兒童過去及現在所未能滿足之需要。當治療者認同父母及結合父母對處境所產生之無助及痛苦情感時,同樣的阻礙亦可能產生。

當治療者潛意識地認同父母,而對兒童管教問題因本身在這方面尚有未解決之衝突存在而做不當之處理時,就是一種不同形態的反轉移干擾。

在每個治療狀況中,對兒童之治療工作需要治療者能欣賞兒童之父母之多重真實及象徵意義。第一是與兒童一起生活的真實父母。第二是代表父母之形象,在治療者而言,象徵着治療者兒童時期之父母。治療者可能會忽視兒童父母之情感,例如,治療者對權威形象持有消極情感者,可能把他們看作頑固、苛刻或武斷的人,而事實上却是相反。另外一個例子,是治療者一種不合宜的反轉移,使他無意中與父母進行競爭,並潛意識地尋求與兒童高一層之關係,要變成兒童的「好父母」而未對真實父母帶來損害。很顯著的,這些反應,如果沒有被發覺,將嚴重危害到治療工作。

另一個使工作更加複雜化的就是父母們將具有理想化行為的治療者當作「期待的父母」看待。遇到這情形,熱練的治療者有時就能透過諮詢的關係將父母們之幻想轉變為正當的情緒經驗,不過這個要看治療者能不能對父母之轉移作慎重及自覺地反應而定。

總言之,成人們在含有親子成分的兒童治療中,彼此間持有雙重真實及象徵之意義。患者們很少

覺察到這些雙重之意義，但是治療者對這種複雜之分歧必定要有所反應。事實上，督導時對這些複雜因素之討論，可以增加治療者對自我覺察實質上之瞭解，藉以增進治療效果之可能性。

### 監督反轉移之幫助

本節是要介紹在督導時可以用的二種幫助，目的在增加治療者的自我覺察能力來監督反轉移反應。這兩種幫助都可以提升對患者及治療者之間有關個人態度描述、家庭結構及人格組成比較之討論。治療者及督導者應經常思考其與患者及治療者之間同理及認同之相互影響。在督導時檢查及分析治療者家系圖，由於治療者及患者之相同性可以提供我們預測可能產生反轉移之鑰匙。它同時也供給我們分析治療上僵局及督導反轉移之方法。

自我評估簡要（詳見表一）提供有關治療者之生理及人格態度、個人之家系圖、以及較喜愛之特殊個案分配。這份簡要由治療者填寫後，成為個人之詳細目錄對治療者及督導者雙方在討論監督反轉移時有幫助。

對家庭治療師之訓練通常結合家庭出身資料以增進治療者之自我覺察能力。伯萊文曼（Braverman）說：「就像患者在出身家庭的經驗一樣影響他現在的行為及關係，所以同樣的治療者之出身家庭經驗將有助於及妨害於他要學習成爲一個家庭治療師的工作」（P. 38）。Kadushin（一九八五）指出：「因爲工作者人格及行為對工作者及患者之間之互動產生重要之決定因素，因此接受督導者

本身之態度、情感、及行為等變成了教育性督導之必要及不可缺少之課題。他的目的在發展工作者更大之自我覺察能力，使他在工作者及患者之間之互動能够有審慎、有條理及意識性之行為表現，以促進對患者之幫助。」

簡要表裏共有四欄以供治療者來填寫。最左邊的一欄是要填寫生理狀況的資料，第二欄需要描述人格及特性，第三欄提供空間給填寫三代之家系圖，第四欄則要填寫自己較喜歡工作之患者們。本文作者亦曾設計了一種與本簡要表稍微不同，專爲實習指導所用的表（Welf, 1988）。

採用簡要表之目標在鼓勵治療者就個人之特質、人格及生活經驗可能如何幫助或妨害對特定的兒童及其家庭之治療工作這件事作自我反省。督導者應強調對個人之特徵不作價值性之批評，因爲專業人員是被要求應隨特定情況之需要而來調適自己的作風。例如當治療者要面對青少年患者時，可能他的衣着不要穿得太隨便，而談話的語氣要避免太嚴肅。簡要表之另一個用途（在本文中沒有提到）是就治療者及督導者之間之人格及工作方式在督導過程中可以引發之吻合或僵局提供作比較之機會（Welf, 1988）。

表一：自我評估簡要

生理狀況	社會及人格狀況
年齡：	描述你的典型人格 (例如：消極、焦慮、及懷疑等)

性別：	例舉二、三項你自己喜歡的性質
種族：	
國籍：	
婚姻狀況：	
子女：	
宗教：	
社經地位：	
體重身高：	例舉二、三項你自己不喜歡的性質
工作時之儀表：	
平時	
有所選擇時	
穿著：	
正式場合	
非正式場合	
語言：	個人風格（描述那些最接近你風格之特質）：
聲音高低；快	幽默感（常有或少有）
慢；	小心——冒險性
俚語之使用，	疏離——親蜜
聲調：	活動的——反動的
其他語言之能力	安靜的——活潑的
其他：	
（註：回答時請不要用「對」或「不對」之字樣，本表可以容納廣泛之個人特性。）	
個人家系圖	較喜愛之指定個案
請繪寫你家三代之家系圖	A：較喜愛或實際之專長
	請述說你較喜愛案主之特殊年齡、問題或診斷之類型

B：請述說你想避免工作案主之特殊年齡、問題或診斷之類型

C：A或B之原因

表二：認清主題及治療困境之記錄表

I：對個案有關之報導：由治療者在接受督導之前填寫

個案姓名 家系圖 家庭有關消息

治療計畫之有效設計

開案日期 治療次數

轉移及反轉移之性質

II 有關督導會議之記錄：由督導在督導時與治療者討論後填寫。

所有之主題、問題及考量：

督導日期：

一前一後地使用簡要表及記錄表。由於反轉移的概念含蓋有貫通生命及工作之意思，因此一前一後地使用自我評估簡要表及認清主題及治療困境之記錄表提供了一個檢查治療者及案主之間生活狀況類似處的理想方法。治療者陳述有關案主情形時之心情及態度時可能會表現出他自己所不知覺之反轉移成分。雖然認出反轉移之發生是重要的第一步，但並不保證能夠作有效之處理。而往往需要透過探測去發覺，當治療者瞭解後，才能使他從不能動員的立場轉變為同理及有能力。一前一後地使用簡要表及記錄表有助於這種過程。

有一篇有關父母與子女分離困難的文章（Wechter, 1983），作者提到一個很重要的連結，她自己小時候分離個性化及以後在擔任住院社會工作助理時對住院兒童及其家長問題處理之困難。「每當我看到患者之父母呈現遺棄及拒絕行為時，就會產生無力感，祇有等到對自己之反轉移反應作了一番痛苦的探測後，才能幫助這些家庭」（Wechter, 1983, P. 102）。作者雖然並沒有提到她對反轉移之探測是透過自我分析或是督導之幫助，而

相信自我評估概要表一定提供了有用之工具。

督導通常透過督導的過程對被督導者背景之許多細節慢慢瞭解。吾人需要瞭解，這些重要的影響及經驗對有效的督導有無比之貢獻，最後並能促進治療之效果。有些重要的知識，很不幸地常常被人所忽略。西蒙（Simon, 1980 P. 340）說：

「危機時期並不是發掘受訓者家庭背景的最好時機，這樣做倒像是以文雅的方式罵人。我認為最好的預防方法是在督導期間儘早探測受訓者之家庭背景」。

這裏所呈現二張表是以一種正式且結構式方法來獲得重要的消息，以供往後例行督導時參考。

### 回憶之重演：一個實例

事後聰明一向是比先見之明好。接著要舉一個實例來說明督導者對治療者生活經驗之瞭解在認清及瞭解治療者對特殊個案反轉移反應時有很大之幫助。本實例的治療者曾是作者高級實務班裏最後一年社會工作碩士班研究生。畢業幾個月後，以前的學生又來找以前的教授。他說遇到了「一個非常困難的個案」需要我幫忙。這就是一個實例足以說明，由於治療者不自知的強烈反轉移反應所造成之治療困境。

在這位治療者的背景資料，包括一項事實，就是在他畢業的前一年的春季，他的妻子生下了一個足月的死胎女嬰。畢業後，這位曾經在一家兒童情緒不穩治療機構擔任過個案助理的新社會工作碩士，在州立兒童保護機構獲得了一個職位。一個他負

實治療的個案是一個有十五個月大女嬰的十九歲的未婚媽媽。這個女嬰因為發育不良經過三次的住院後，在五個月大時，就被送入寄養家庭。治療者之任務就是向法院提出有關這女嬰之長期計畫。對這女嬰計有三種選擇，將女嬰送還給她的母親、將女嬰交由父親監護或將女嬰送由寄養父母領養。而三方面都有意要女嬰，治療者亦曾經與他們分別接觸，現正努力研究情況中。

在督導會談時可以發現，治療者有意重建嬰兒之母親而作將嬰兒歸還母親之推薦。在督導會談開始之前，治療者在評估報告的最後對母親所寫的總結是：「個案能接受深度治療。」從個案史中可以知道案主在七歲時親自看到母親自殺身亡；在少女時期經常逃家而被送入少年感化院三次；受僱於酒廊擔任阿哥哥舞女及連續與三、四個男性有不正常之關係。至於有關案主照顧嬰兒的能力，治療者也注意到案主因母親死亡所帶來的母愛喪失與案主沒有能力養育自己孩子之間之相似性。案主之沒有能力養育自己孩子一事，可以從女兒發育不良，需多次送入醫院治療來證明。

在督導會談的討論中，未能發現任何母親可能提供她女兒適當照顧之跡象。相反的却證明母親連照顧自己都有許多問題，更談不上照顧女兒了。女兒的父親也是有類似的穩定歷史，由於多重的虐待及缺乏固定的住所。寄養父母已經照顧女嬰有一年多了，渴望能領養她，看起來最有可能可以提供女嬰一個具有安全及愛的家庭環境。督導已經注意到治療者不合理之希望，將女嬰歸還母親，而這個

母親之行爲及生活方式都與扮演母性之角色背道而馳。

督導者與治療者討論「超越兒童最大的利益」這本書 (Goldstein, Freud & Solnit, 1973)，特別是有關生理及心理父母之觀念方面。治療者對這個名詞並不熟悉，而表示要讀這本書而對這題目多學習一些。

督導者接著就以試探之語氣問治療者，他自己喪失嬰兒之經驗，有無可能對處理一個可能透過法律途徑將嬰兒與父母分離的案子帶來困難。不過無論在何處他都贊成要讓子女與父母在一起的原則。督導者表示她也同意這個原則，但是當父母呈顯很大的缺點，而將使子女受罪時就得做另外之處理。

接下去的一個星期，治療者留給督導者一張紙條說：「你置於我反轉移反應之焦點對我有很大的幫助，事實上，當晚我一直無法入睡。」這應該歸功於治療者本人，最初他曾否認他的經驗會影響他的工作，後來他能夠對督導者之對質所產生之焦慮加以注意所致。

八個月後督導者收到了一個生產通知，是治療者告訴她，他太太生了一個健康的男嬰。在收到了督導者之賀卡及禮物後，治療者在回信裏說：

「當了父母，我相信我對我案主的態度改變了。我開始對自己的反轉移認真地控制。如果你還記得朱蒂（我的個案）我執意要幫助母親重新來照顧她女兒，雖然事實上幾個月中她所傳達給我的信息是她不要帶回她的女兒。最後我們建議領養，我重見光明。成爲一個父母，使我對兒童的虐待及忽視

更加敏感。

二年後督導者得到治療者之同意將這個個案，在一篇有關反轉移的文章發表。她並且請治療者對這個個案及督導會議作回憶性之解釋。治療者說：「經過法庭之長期爭論，四歲的朱蒂最後被核准領養。法官對我對本案之努力加以贊許。我現在知道，我當時要母親及嬰兒重聚的立即期望是與我的喪失嬰兒有關連。我服務單位的督導也沒有注意到我的經驗，所以也支持重聚之目標。而是一種直覺的感覺促使我尋求第二個意見。

最初，我否認你提到個案與我經驗有關的問題，在督導會談時當我們討論到母親衝動及自私之言行時，我才開始懷疑到母親要求照顧女兒之動機。在她拒絕搬回去與父親同住以獲得女兒之監護權時，就使我看得更清楚了。因為搬回去住，她的行動將受到很大的限制，當時她正與幾位男士有依賴及虐待性之關係。

接着有幾個月時間，我不斷地爲着要將女嬰歸還母親之期望，就如要使嬰兒重生之希望而奮鬥。我想在接受你督導之前，我對這些幾乎完全不知覺。直到你建議性地指出（以一種非常溫和及非威脅性之態度）這些關連，我才慢慢瞭解與開始對自己、對個案的反應更加注意。此外我也閱讀了更多有關親子連結的文獻及「超越兒童之最高利益」，這些都能進一步地提供我有關類似個案理

論架構。

在督導之立場，你透過增進注意力來減除我的反轉移反應，過了一段時間，幫助我控制我的反轉移。我敢說沒有有關親精神動力事實之介入，我也不可能發覺自己的否認及自己反轉移反應之程度。」

這要歸功於治療者，能從一次的督導會談中獲益不少。因為督導者問了一個關鍵性的問題而幫助他發現並繼續單獨為自己的反轉移而奮鬥。更有功勞的是在開始工作後不久他就注意到自己內心之不自在而主動尋求機構外之督導。最後之快樂結局亦很可能因為機構內之督導沒有注意到治療者本身之生活而帶來一個很不相同的結果。如果機構內督導能使用自我評估簡表及認清主題及治療性困境記錄表，這個就可能在不需要外界諮詢之情形下提早能獲得解決。

最後的結論是，連結及貫通生活及工作之原則鼓勵在督導會談時，要定期地討論治療者之過去及現在的生活經驗。把焦點放在治療者之背景可以覺察治療者不知覺地認同案主之潛在危險。而注意治療者之生活經驗可以提供支配及使用這些經驗及反轉移之方法來為案主謀求最高之利益。

## 參考書目

American Psychiatric Association (1980).  
*A psychiatric glossary* (3th ed.).  
Washington, D. C.: American Psych-

iatric Association.

Bornstein, B. (1948). Emotional barriers in the understanding and treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18(4), 691-697.

Braverman, S. (1984). Family of origin as a training resource for family therapists. *The Clinical Supervisor*, 2(2), 37-47.

Freud, S. (1913). The disposition to obsessional neurosis. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 12, 311-326. London: Hogarth Press.

Goldstein, J., Freud, A. & Solnit, A. J. (1973). *Beyond the best interests of the child*. New York: The Free Press.

Grayer, E. D., & Sax, P. R. (1986). A model of the diagnostic and therapeutic use of countertransference. *Clinical Social Work Journal*, 14(4), 295-309.

Kadushin, A. (1985). *Supervision in social work*, (2nd ed.). New York: Columbia University Press.

Kahn, E. (1979). The parallel process in social work treatment and supervision. *Social Casework*, 60(9), 520-528.

Saari, C. (1986). The created relationship: Transference, countertransference and the therapeutic culture. *The Clinical Social Work Journal*, 14(1), 39-51.

Simon, R. M. (1980). Family life cycle issues in the therapy system. In E. A. Carter & M. Mc Goldrick (Eds.), *The family life cycle*. New York: Gardner Press, Inc.

Tyson, R. L. (1986). Countertransference evolution in theory and practice. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 251-274.

Webb, N. B. (1988). The role of the field instructor in the socialization of students. *Social Casework*, 69(1), 35-40.

Wechter, S. H. (1983). Separation difficulties between parents and young adults. *Social Casework*, 64(2), 77-104.

Zerbe, D. H. (1986). Countertransference, resistance and frame management in the psychotherapy of a 15-year-old anorexic and her mother. *The Clinical Social Work Journal*, 14(3), 213-223.

(林文雄譯) The Clinical Supervisor, Vol. 7(4) 1989 Published by the Haworth Press, Inc.)