

實踐大學家庭研究與兒童發展學系
家庭諮商與輔導碩士班

碩士論文

暴食症個案的諮商經驗：
從精神分析訓練背景的助人工作者角度
Counseling experience with clients with Bulimia
Nervosa: From the perspective of trainees in a
psychoanalytic-oriented institute



指導教授：曾秀雲 博士
研究 生：張惠茹

中華民國 112 年 6 月

實踐大學家庭研究與兒童發展學系碩士班

張惠茹 君所撰寫之碩士學位論文

中文題目：暴食症個案的諮商經驗：從精神分析訓練背景的助

人工作者角度

英文題目：Counseling experience with clients with Bulimia

Nervosa: From the perspective of trainees in a

psychoanalytic-oriented institute

業經本委員會議審議通過

論文考試委員會委員

陳冠宇

謝文宜

曾李雲

指導教授

曾李雲

研究所所長

朱乃甫

中華民國 112 年 4 月 27 日

謝誌

研究所的時間邊踏踏、晃晃的也過去了，回想起來課堂中每個人有笑有淚，練習著平視過去傷痕並哀悼，然後坐上時間的輕舟與彼此，一起駛過這些年有晴有暗的風景。謝謝美櫻成為我實習的支柱與學習，有你在旁邊就會感到踏實安心；謝謝意翔生活中的陪伴，每次困難都有你伸手扶持；謝謝宜蓁在口試當天的協助，總是很欣賞你的才能，以及愛果、建佑、美芝、涵芳、嘉鴻、倩穎、莉茵、卓穎，與你們同班的每個時光都讓我懷念也充滿意義。

謝謝秀雲老師的指導，讓我學習如何完善嚴謹的研究架構，老師的默默關心、支持也砥礪我去走過快要寫不下去的時間；謝謝文宜老師的課堂講授與私下談話，那些溫度仍記錄在筆記本、手機裡，在低潮時總能伴我重拾希望、停止哭泣；謝謝冠宇醫師答應當口試委員與提出對論文的專業建議，在撰寫過程中提供資源給我，如雪中送炭讓人倍感溫心。

尤為感謝三位受訪者們，沒有你們的出手相助和真誠坦露，沒有辦法完成這篇論文，訪談中看到你們對個案的用心、付出，似乎也療癒了自己內心有段時間很執著在不被他人理解的挫折感受，也許不是沒有人聽見，只是聽見後還包裹著一層柔軟的照顧，把一個人承受的重量讓兩個人擔。

想對從大學到研究所諮詢過我的幾位心理師說，謝謝你們那時與我同在，許多諮詢回憶都記憶猶新，當中的感受與啟發間接繪成了這篇論文的藍圖。謝謝妳流的淚讓我直接地感受到被理解的悅納，知道會有人與我對悲傷的秤重一樣；謝謝妳讓陪伴實質化為我能繼續使用資源的機會，每次情緒被你接住後，都可以安心相信下次這個關係也會如此存在；謝謝你人性的反映與回應，讓我重新練習相信自己可以很純粹，所渡過的時光都有真誠當作海中燈塔。

謹獻給所有正飽受飲食疾患所苦的人，多走一天就是一天，當某天聽到一小段喜歡的旋律、或被清風吹拂過臉而感到丁點的開心，那便是賺到了。

摘要

本研究旨在了解在以精神分析為訓練取向之機構中，心理諮詢助人者面對暴食症個案的諮詢經驗現象：助人者會如何評估個案、如何感受與思考此段經驗、以及身為精神分析取向之助人者，認為此學派的特殊性為何。為質性研究，採半結構式訪談，以三位女性諮詢助人者為研究對象，一位為諮詢心理師，另二位為正在全職實習的心理師，用現象學觀點之研究方法分析訪談資料，產生個別經驗的置身結構描述，整合比對一致性與特殊性後得出研究結果。

研究結論：

一、助人者如何評估暴食症個案：

(一) 個人評估：1.「暴食」為滿足與撫慰的工具 2.缺乏自我的真實體驗形成脆弱的自我價值 3.在兩端中循環找尋他人的接納 4.因情感無法連結消化而生的無望感。

(二) 關係評估：1.原生家庭—無法分離、活出自我，影響日後情感模式 2.親密關係—補足缺乏的心智功能。

二、助人者如何感受與思考此段諮詢經驗：

(一) 飲食失調症狀象徵心理狀態。

(二) 註商關係的連結與隔離：1.隨著信任程度增加會揭露越多個案自認為的秘密 2.諮詢關係可以承接被個案排除的自我 3.個案難以表達經驗的狀況成為諮詢關係的阻礙 4.個案未經消化的內射觀念會隔離感受，阻擋關係深化。

(三) 助人者需要透過專業他者來協助拓展諮詢流動的空間。

三、助人者認為精神分析取向的特殊性：

(一) 提供所有面向的「慢」。

(二) 架構、設置為諮詢重要的臨床環境與素材。

(三) 運用與食物相關聯的心理動力意涵。

關鍵字：暴食症、精神分析取向、心理諮詢助人者、現象學

Abstract

This study aims to understand the counseling experiences of counselors who are under training in a psychoanalytic-oriented institute when facing clients with Bulimia Nervosa. Specifically, the study explores how counselors evaluate these cases, their emotional and cognitive reactions to the experience, and how they perceive the unique characteristics of the psychoanalytic approach. The research is qualitative, using a semi-structured interview method. Three female counselors were selected as the study subjects. This study employs a phenomenological perspective to analyze the interview data and generate individual experiential structural descriptions. The study results are obtained by integrating and comparing consistency and specificity.

Study results:

I. How counselors evaluate clients with Bulimia Nervosa:

1. Individual evaluation: (1) Binge eating is used as a tool for satisfaction and comfort. (2) Lack of true self-experience leads to fragile self-worth. (3) Oscillating between two extremes to seek acceptance from others. (4) Feeling hopeless due to the inability to connect emotionally and digest feelings.
2. Relationship evaluation: (1) Inability to separate smoothly from the family of origin and inability to develop a strong sense of self, affecting future emotional patterns. (2) Intimate relationships are used to compensate for the lack of mental functions.

II. How counselors feel and think about this counseling experience:

1. Eating disorder symptoms as symbolic of psychological state.
2. Connection and isolation in counseling relationship: (1) As trust increases, clients reveal more secrets about themselves. (2) Counseling relationships can accommodate the self that the client excludes. (3) Difficulty expressing experiences becomes an obstacle in the counseling relationship. (4) Unprocessed internalized concepts of the client can isolate emotions and impede deepening of the relationship.
3. Counselors need professional assistance from others to expand the space for counseling flow.

III. What counselors believe are the special characteristics of psychoanalytic orientation:

1. Providing a "slowness" that covers all aspects.
2. "Setting" is an important clinical environment and material for counseling.
3. Applying psychodynamic implications associated with food.

Keywords: Bulimia Nervosa, psychoanalytic orientation, psychological counselor, phenomenology

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究緣起.....	1
第二節 研究目的與問題	7
第二章 文獻探討	9
第一節 關於暴食症.....	9
第二節 精神分析學派之心理治療	14
第三章 研究方法	25
第一節 研究觀點與方法	25
第二節 研究對象.....	29
第三節 研究工具.....	30
第四節 研究程序	32
第五節 資料分析	33
第六節 研究嚴謹性	37
第七節 研究倫理	39
第四章 研究結果	41
第一節 小 A 的諮商經驗	41
第二節 小 B 的諮商經驗.....	45
第三節 小欣的諮商經驗	49

第四節	普遍結構之一致性與獨特性	53
第五章	研究結論與討論	79
第一節	研究結論.....	79
第二節	研究討論.....	85
第六章	研究限制、建議與反思	91
第一節	研究限制.....	91
第二節	研究建議.....	92
第三節	反思.....	94
參考文獻	95	
中文.....	95	
外文.....	100	
附錄一	研究參與同意書	105
附錄二	參與者基本資料表	107
附錄三	訪談大綱	108
附錄四	訪談札記	109
附錄五	研究檢核函	110

表次

表 3-1 三位受訪者的基本資料 29

表 3-2 意義單元拆解操作範例 35

圖次

圖 4-1 小 A 與暴食症個案諮商經驗之置身結構圖示 44

圖 4-2 小 B 與暴食症個案諮商經驗之置身結構圖示 48

圖 4-3 小欣與暴食症個案諮商經驗之置身結構圖示 52





第一章 緒論

本章將針對研究主題作說明，第一節敘說研究緣起的相關內容，包含研究者與暴食、精神分析的接觸、國內相關研究趨勢，第二節說明研究目的與問題。

第一節 研究緣起

壹、個案

沒想到研究緣起也是改了又改、刪刪減減的章節之一，揣度什麼語句可以說明經歷的經驗但又不至於讓自己讀起來覺得赤裸。因為有這些經驗所以開始重視此病症，因為喜歡心理與精神分析而想用此視角來討論如何幫助這類個案。與有過這類經驗的個案們來說，不光明又羞愧的事情只得私底下自己知道，要說出來讓其他人聽懂、分擔，可能算是我們的罩門之一。

常常會想這個病哪時候可以算是痊癒了，食物散佈在生活中，情緒難免會起伏，總有許多瞬間扣動從前鬱鬱寡歡的板機。幾乎捨棄了整個高中生活，浸泡在失控的絕望中。就現在想起來的當時的某一天，早晨起床同時迎來的，是感覺到橫膈膜附近堵塞、鼓脹，消化不良使整個下半身都是沉重的，像是水浸透整床棉被把我困住，想到今天依舊要面對人群，就要花好大的氣力把自己從床上撐起來。心和臉被現實感分開，擠出一抹微笑到學校敷衍招呼，或偶爾幾天散發磨練演技的活力感，渾身都覺得緊繃好像要掩蓋住什麼。身在此劇，吃早餐是重頭戲，可以決定今天劇本有多慘，有時候它可以定奪一整天的渴望，早就分不清楚是吃不飽還是純粹想要滿足什麼，還是不想要也不行。在悲慘世界中，吃完正常份量（以前認識的自己會吃的份量）早餐會感到空虛，不滿足的感覺讓我沒辦法專注在眼前要做的事，沒辦法專心讀書，時針不斷走，但我分不清楚自己的時間是怎麼移動的，會想起以前的失敗與推測往後的失敗，和別人說了些什麼都不太記得，只知道要再吃點什麼，然後再算個熱量，然後再想有什麼極端的方法可以消耗這些熱量。

因為不敢光明正大的吃，所以去過很多隱密的地方，在隱密的地方就會凸顯孤獨，孤獨感會聚焦罪惡，累積的罪惡讓我踏出隱密進到人群時，不敢抬頭看人的眼睛，帶著羞愧深怕被別人看到瑕疵，心思正在纏繞打結時下午就差不多過完了。回家不斷唾棄這種生活卻無能為力，當下一次渴望和衝動上門時，便會再經歷這樣的循環。想要演出一個微笑就可以演到，但想拔掉所有跟吃有關的激素腺體卻不行，開始忘記意志力本來是怎麼形成的，這是毅力管轄的範疇嗎。消耗什麼的都是後話，可以一整天不吃、瘋狂運動，但罪惡和羞恥已經深根在角色設定。是每天都要推巨石上山坡，但我根本推不動，巨石已經重複的徹底壓垮我。

貳、助人者

大學後轉而求助精神科、在學校做不少諮商，把我拉回比較正常的水平，至少還可以讀點書。進了最想進的諮商科系，在上課和實習時，會把理論套在自己身上想過一遍，但多數效果不彰。在學校接受諮商時，感受到我與心理師的距離，原來這種感覺要傳達出去很困難，原來諮商師要接收到這種情感，有複雜的過程，還有一堆中介變項，我們之間有落差。輪到自己去練習諮商別人，逐漸可以體會屬於我的想法、感受和個案內心有時差、空間差，有不同諮商理論當作背景，個案的話聽在耳裡有不同層次的解析需要再整合，怎麼說出來給個案聽、什麼時候說，他聽到後的表情、回應、動作、離開之後的行為，一次一次的諮商都在經歷這些磨合。就像解剖一齣劇，它的劇本設定、角色、台詞，創造一個平台讓我投入我的理解，可能會哭、會笑或為裡頭的演員禱告。

當自己是助人者時，想要建立起關係，去靠近與理解個案們，不管是什麼理論，老師們耳提面命的就是把個案福祉放在最前面、作為最高指導原則，時時刻刻提醒自己注意哪邊做的過了，會不會過度把自身情感套在他們身上，剛學習起來像是綁住手腳擺動幅度，然後要走好平衡木。腦袋中同時要記載個案說的故事、搜索相關理論依據、分析判斷下句話怎麼回應、感受此刻我們的感覺。在助人者的角色有時也會感受到一堵牆，好難真正理解個案想說什麼。

參、個案與助人者

在碩士班實習時接觸到精神分析，喜歡這個理論著重在釐清那些不知道該怎麼說的情感、放注意力在和意識上不同的東西，為那些我覺得一團亂、難以讓人理解的東西找到合理說法，安了不少自己的心。

當我帶著這兩種角色過日子，時常會來回轉換去思考：此時他會想什麼、他感覺到什麼、話要怎麼說才可以起到諮詢的功能、那治療療癒的開始是建立在什麼狀況之上呢，無數個大哉問沒有停過，找到暫時的答案後過不久就會有另一個答案覆蓋。因為自己思考自己實在太難了，就像照鏡子畫自畫像結果常不盡人意。於是生了好奇心想去探討，如此背景的諮詢師會如何與暴食症個案工作。

自己沒有接過暴食症個案（可能是心理上有意無意的拒絕），想透過研究角度去理解，讓自己退居後位，有些距離也許可以看見不一樣的樣貌。看看別人的經驗，去了解個案與諮詢師在互動中的「是什麼」、「為什麼」、「怎麼了」，練習蒐集經驗、練習觀察類似的傷口、練習觀摩處理方式、練習看向鏡子而不覺害怕。

曾經最想知道痊癒的方法，左思右想好像沒有所謂的「痊癒」，它會慢慢變成習慣然後與「自己」結合，轉變為一種韌性，如同融入自我特質、信念、思考後的生活方式。與之共同安好的來度過剩餘歲月，也許是一種痊癒的樣子。

肆、國內研究趨勢

國內期刊或論文中，不討論關於介紹暴食症之文章，有含各種理論、方法對於暴食症治療的研究，諸如葉慧雯、曾念生、賴姿如與周桂如（2006）運用認知行為治療飲食疾患；林幸枝與林彥如（2011）探討躁鬱症合併暴食症患者在認知行為治療下的護理經驗；鍾珮琪（2010）探討一名年輕女暴食症患者用藝術治療介入之經驗；林美綺（2012）瑜珈應用在暴食症的成效；劉士愷、林立寧與李明濱（2004）使用精神藥物治療飲食障礙症；王子欣（2004）女性飲食障礙症患者在敘述治療的解構與改寫等。另外，也含討論暴食症與其他因素之相關研究，比如洪念哲（2014）研究青少年的社會支持與暴食症的相關；李妍荻與王鵬智（2013）研究自覺過重之女性，其完美

主義、自我效能及憂鬱傾向與暴食症傾向有無相關；曾美智、柯慧貞與李明濱

(2001) 更作了中文版飲食障礙問卷的信、效度研究。整合以上研究，多半聚焦於暴食症的前因、共病相關比較，以及較有具體行為、方法之理論治療，了解到暴食症並不單單只是飲食上出了問題，基因、遺傳、情緒、家庭、社會等都是影響因素，且皆為國內的研究，可以切身理解不同學派如何操作應用，及在本地之成果、限制為何。

而近期研究文獻中所採之視角，大致如下，從患者觀點出發，關注自身如何描述經驗以及與周遭他人的互動：高嘉贏（2011）探討暴食症之復原歷程；林麗文

(2008) 從詮釋觀點探討女性暴食症患者復原歷程；徐偉玲（2004）作暴食症患者生病經驗與因應方式之敘說研究等。往其他方向擴展之視角，如林美綺（2013）討論患者向重要他人揭露自身病情之經驗；劉又菁（2014）從患者和其手足的觀點看家庭互動循環變化的歷程；羅瑋嫻（2008）用結構取向的框架探討患者生病經驗與其家庭關係等，皆清楚且深刻的刻畫患病者心路歷程，加深對此疾病的認識，佐以上一段對於成因、治療之研究相互討論，為大眾的認識及治療上提供更全面、可介入的資訊。

若是從患者本身觀點出發的研究文本，常可見案主說自己的故事，比如因為發生了什麼事而低落，因而開始暴食循環，或其他人做了什麼讓自己感到壓力，最後選擇食物當作慰藉等。從諮詢師角度出發，便可進一步歸納案主的故事，找出重複出現的核心主題，如林麗文（2009）的「從覺察、分化到行動」—暴食症女性患者復原歷程之詮釋研究、及高嘉贏（2011）暴食症傾向者復原歷程之研究，其核心主題常與文獻相呼應，例如內化的悲觀身材意象、情緒抒發、自我認同、害怕遺棄、人際疏離、失控等，將原來個案的經驗賦予另一層意義。

心理師、治療師或稱助人者，與個案間的關係是療效因子中重要的一環，結合暴食症病因學觀點可知大部分與父母的關係、分離個體化有關，不同學派也相繼提到客體關係理論、防衛機轉等在暴食症患者心理的運作，這些即包含在精神分析對於人的理解。從此學派角度來看，在治療架構中直接運用關係（治療關係）為處遇技巧之一，看重移情與反移情，治療師和個案可以信任、親密，也同時保有距離、界限，過程如過往依附模式的展現，當中治療師的經驗便具有探討的重要性，可以一個不同視

角看見個案陷落之處、再次展演何種關係模式，故本研究採用精神分析取向為訓練背景的助人者觀點，對其與暴食症患者工作的諮商經驗進行研究分析。





第二節 研究目的與問題

壹、研究目的

一、學術目的

從精神分析取向的諮商助人者角度著手，了解其面對暴食症個案的經驗，如何感受、評估與互動，再從研究者角度涉入分析，由下而上探討彼此經驗的新意義。

二、實務目的

用現象學之研究方法，希望在精神分析取向的實徵性上汲取更多諮商暴食症的經驗，並與文獻對話後能為未來提供更多討論的可能性。

貳、研究問題

基於研究緣起與目的之描述，本研究欲探討問題為：

- 一、精神分析取向之心理諮商助人者會如何評估暴食症個案？
- 二、精神分析取向之心理諮商助人者怎麼感受和思考此諮商經驗？
- 三、精神分析取向之心理諮商助人者認為此學派的獨特性為何？

第二章 文獻探討

本章先從介紹暴食症開始，包含診斷、可能病因等，再概述何謂精神分析取向之心理諮詢，其核心、治療觀點等，以及精神分析如何解讀暴食症之相關文獻，作為研究對話的基礎。

第一節 關於暴食症

在台灣，陳冠宇、林亮吟、陳喬琪與胡維恆（2000）在研究中顯示，暴食症盛行率為 1.1% 至 1.8% 之間，可能尚有諸多未求助者，而相對確切診斷，暴食行為可能更常見。2003 年曾美智也看見台灣女高中生中，暴食症的盛行率高於厭食症為 1%。其通常發生於青少年晚期，且多為女性（張本聖、徐儼瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵譯，2017）。而後曾美智（2021）一項從 2002 年到 2013 年間飲食障礙症之變化趨勢研究中指出，隨著時間增加，暴食症患者不如厭食症患者減少，反而增多，多為分布在 21 至 25 歲間，尤以女性為主。

壹、標準診斷及病狀特徵

一、暴食症（Bulimia Nervosa）診斷標準

目前臨床診斷標準依照美國精神醫學學會（American Psychiatric Association，簡稱 APA）出版之「精神疾病診斷與統計手冊」第五版（臺灣精神醫學會譯，2014），簡稱 DSM-5，所規範之暴食症診斷準則為主，其和厭食症（Anorexia Nervosa）與近年出現之嗜食症（Binge-eating Disorder）同歸類於餵食及飲食障礙症中，診斷準則包含：在一段時間內暴食狀況不斷發生，比如兩小時內，吃下的食物量遠多於平常人在相同時間、狀況下所能飲食之量；並主觀感到失去控制，沒辦法停止自己進食或控制吃什麼、吃多少；而為了避免大吃造成的體重上升，會重複出現不當的補償行為，諸如催吐、使用瀉劑或其他藥物、過度進食與過度運動等，這樣暴食和補償行為不斷循環發生，頻率平均每週一次或更多，並持續三個月以上；自我的評價受到身材、體重的過

度影響；且這樣的狀況不同於其他飲食疾患之診斷，加上其他嚴重程度的註明，依醫生判斷後，茲可診斷為暴食症。

二、病症特點與影響

暴食症和厭食症較主要的差異在於，暴食症患者的體重仍能維持在正常或是較重的狀況，外觀看起來無異，而與嗜食症不同則在於其有補償行為，嗜食症患者雖有暴食狀況但不會有補償行為，故身形、體重會明顯超過標準。

雖然暴食症患者的體重不會過低至危及生命，但其過度的補償行為也包括節食，一旦過度節食後因為飢餓而馬上大吃，對身體亦會造成傷害，可能會造成電解質不平衡、腎功能衰竭、脫水、營養不良貧血、新陳代謝不穩、體溫調節異常、腸胃道疾病，以及催吐使牙齒受到侵蝕等，不容忽視。心理方面，容易焦慮、憂鬱、情緒波動、低自尊、自我價值感低、偏執，行為上會表現出衝動控制能力較差、害怕出現在社交場所、減少和家人朋友社交互動、盡量一個人吃飯和進食，對於飲食有過度且不當的專注 (Berg, 2001)。更甚者可能出現強迫性購物、從事高危險行為、濫用藥物、反社會行為、自殘等 (Pearson et al., 2016)。

情緒調節不佳，尤其是對自我羞恥感之調節，和維持不當飲食行為有關。暴食症患者通常比憂鬱或是焦慮相關的患者有更高的羞恥感，最明顯的即是對體重、身材、外觀感到羞愧與自我厭惡，這些感受涉及他人和自己如何評價一個人，也可能代表患者對自己的怒氣與敵意。社交互動中這類患者特別看重他人對自己的看法，如無法調節感受時，患者會試圖用飲食控制的方式來讓自己隔絕內在羞恥感，表面上看來不自卑，私下通過控制飲食、暴食、補償行為後短暫舒緩，過程中遞增的失控感、以及對體重的擔憂、對自我的負面情緒增加，又產生更多的羞恥感，再導致下一次的飲食控制或暴食行為，如此循環 (Blythin, Nicholson, Macintyre, Dickson, Fox & Taylor, 2020)。

患者表面看來無異，因其習慣將負面情緒壓抑，轉為對自己的不滿及罪惡，長期下來內在的自我攻擊、外在社會互動與支持減少、不接受自己的情緒，與真實的自我越發疏離，嚴重者則會產生自殺念頭（Ortiz, Knauft, Smith & Kalia, 2019）。

其通常也會合併診斷出其他心理障礙症，諸如憂鬱症、焦慮症、人格障礙、物質使用障礙、行為規範障礙等，人格中以共病邊緣型人格特徵較為常見，其與物質使用障礙共病可能是建立在暴食症的衝動性與情感不穩定上發展而來，且比一般人有更高的自殺率（張本聖等譯，2017；Himmerich et al., 2019）。

患者即使症狀緩解後，復發機率依舊高，尤其在症狀緩解後的六個月內為高峰，可以預測的高復發因子包含患者年齡較小、病程短、較嚴重的體重問題、心理功能較差、生活中突發的壓力事件、社會關係壓力等（Olmsted, MacDonald, McFarlane, Trottier & Colton, 2015）。

貳、相關病因學

症狀並不只由單一因子引起，心理疾患的形成包含許多複雜因素交互影響，以下大致分為個人、家庭、社會文化層面作探討。

一、個人層面

（一）生理方面

越來越多研究顯示，暴食症和遺傳有不可否認的關聯性，如家族內有一女性為暴食症患者，其一等親罹病率是一般人的 4.4 倍，且通常發生在女性親屬（Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2000）。雙胞胎研究指出，飲食障礙症的症狀如暴飲暴食、對身材強烈不滿、補償行為、過度關注體重等也可能遺傳，遺傳影響在青春期後期到成年早期最為顯著，但也須考量和環境因子交互作用所產生的變化（Klump, Burt, Spanos, McGue, Iacono & Wade, 2010）。

以神經生物學角度，主要聚焦在多巴胺（dopamine）及血清素（serotonin）此兩種神經傳導物質的探討。多巴胺和進食與食物所帶來的愉悅、酬賞機制有關，經常暴飲暴食的患者，其腦脊液中的多巴胺代謝物濃度低，且對於能夠促發多巴胺的生長激素

反應遲鈍，雖尚無法直接證明其在腦中如何運作，但可以支持其為影響因素之一（Bello & Hajnal, 2010）。血清素影響廣泛，飲食方面可以帶來飽足感，前述提到衝動和強迫特性可能來自血清素功能障礙或遺傳，且血清素也包含情感調節、情緒反應作用，患者對其的代謝量低，血清素不夠活化可能也是讓暴食症和憂鬱、焦慮高共病機率的原因（Hildebrandt, Alfano, Tricamo & Pfaff, 2010）。

（二）心理、認知方面

整合測驗研究顯示，飲食障礙症患者在處理認知訊息時，過度專注細節而不是廣泛的整合概念，對整體的處理能力較低，進而影響行為表現，另外，患者會特別注意到關於體重、體型、食物方面的訊息刺激，有注意力選擇偏好，比如暴食症女性對於兩張不同體態的圖像，可能較容易關注瘦的圖像，傾向避免注意胖的圖像，而他們做決策的過程和普通人相比看起來更矛盾，常常目標和行動不一致，雖然想要減肥但卻還是暴飲暴食，為其認知上的特點。加上飲食障礙症好發於青春期，青春期是大腦神經發育重要時期，對於決策執行功能、風險獎勵評估與情緒調節反應基礎有很大影響，但尚不能斷定彼此有絕對因果關係（Smith, Mason, Johnson, Lavender & Wonderlich, 2018）。

暴食症患者將自我的價值感建立在飲食行為及外貌、體態上，忙於監控自身和糾正，結果往往不會讓其更有自信，反而助長了他們的低自尊（Cockerham, Stopa, Bell & Gregg, 2009）。

暴飲暴食的動機可能是出自逃避感覺自我的意識，患者受到高標準或高期望的影響，加上對他人感知十分敏感，當無法達成標準時，即產生自我意識的厭惡，為了擺脫這種狀態，患者便將注意力縮小到外在環境的直接刺激上：飲食，如此可以避免廣泛的認知思考或情緒處理所帶來的挫折，養成對非理性信念不加思索就囫圇接受的模式（Heatherton & Baumeister, 1991）。

另有學者以心智理論觀點（theory of mind），此指人類如何根據思想、感覺、信念等內部心理狀態來反應或解釋自己與他人行為的能力，又稱心智化（mentalization），發現暴食症患者在測量心智化的訪談得分中，在知道他人擁有自己的心智與患者本身是

不同（Other-Self）的部分，及他人對患者心理狀態理解（Other-Me）的部分得分較低，說明他們可能較難正確意識到自己和他人的情緒與身體狀態，容易誤以為他人想法與自己相同，而無法採取有效、有建設性的因應策略，使自己朝理想目標前進（Laghi, Cotugno, Cecere, Sirolli, Palazzoni & Bosco, 2014）。

二、家庭層面

在暴食症家庭中多數不注重隱私、沒有明確的界限、家庭規則僵化，對各自生活的參與度也低，存在許多衝突、矛盾卻難以明說，通常管教嚴格，影響親子間的情感流動，降低彼此討論的開放性。情緒方面，難以表達憤怒與失去、分離的情感，意即整個家庭的情緒表達與調節功能可能都較無彈性與壓抑，凝聚力相對低卻同時很在意孝順，會希望成員以家庭需要為首，做出必要犧牲（Killian, 1994）。

青少年和父母的低聯繫、缺乏溫柔支持陪伴、以及分離個體化困難，讓他們無法成功獨立成為和父母有區別但又有聯繫的個體，這些變項和暴食症狀的嚴重性呈現正相關（Thomas, Hoste, & Le Grange, 2012）。患者會認為母親更為控制且霸道，同時對兒女抱有高期望，女性患者可能在童年時與父親關係密切，但在青春期後則疏遠（Sights & Richards, 1984）。

另外，如在兒童期或青春期遭受身體虐待或性虐待，可能會增加其罹患暴食症的風險，但彼此確切的因果關係尚待釐清（Welch & Fairburn, 1996）。患者對於父母的依附關係（attachment style）也大多為不安全依附類型，尤其在焦慮依附得分更高一些，孩童時期有更高頻率的分離焦慮症狀，依附的不良經驗影響其日後自尊水平較低，為飲食失調的危險因素之一（Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005）。

三、社會文化層面

國內學者針對青少女作研究發現，不僅同儕與父母可直接讓青少女對自己的體態造成負面影響力，媒體對於纖細身材的傳播，也會直接影響青少女對自我身材的不滿意度（簡后徽，2009）。

女性過於理想化的追求身材苗條與飲食障礙症的發病率都在二十世紀增加，間接支持了瘦才美的社會壓力是飲食失調的風險之一，但個體間仍存在差異，並不是每個個體都會受影響，故社會媒體提倡瘦、個人感知瘦的壓力、對身材的理想化等只能被認為是發生飲食紊亂的危險因素，並非絕對影響（Culbert, Racine, & Klump, 2015）。

第二節 精神分析學派之心理治療

精神分析歷史悠久，許多大師皆受過精神分析訓練進而再修正、衍伸出不同觀點，時至今日仍影響許多治療實務。本節將簡述精神分析核心觀點、如何應用於心理治療（諮商）、以及精神分析如何解讀暴食症等概念，作為了解此取向助人者之背景、治療架構、對諮商所思所想與評估的基礎。

壹、核心觀點

一、古典精神分析

從了解人類心智、行為開始，精神分析試著把人們的感覺、思考、記憶、幻想、慾望等如何運作與影響個體去體驗、行動的架構組織起來。Freud 最早提出的心智模型為：地域學或地形學模型（Topographic Model），描述意識、前意識與潛意識的區別，為了讓想法被意識所認可，前意識在處理潛意識中危險、不被接受的記憶或想法。

他發現內在心理世界有其他更大的本能（instinct）、驅力或是動機，影響人們的運作，可能以需求、慾望、恐懼等形式呈現。性驅力是主要本能之一，每個人皆有性的本能或驅力（sexual instincts），不同於性需求的性，這裡是指與生俱來的某種刺激，使嬰兒需要透過不同感官來滿足、發洩渴望，進而提出性心理階段（psychosexual stages），像是口腔期、肛門期等，並認為會影響成人人格發展。

另一驅力為攻擊驅力（aggressive drive），從死亡本能（death instinct）衍生而來，是與生俱來或是受到挫折後才有的反應，目前看法不一。和性驅力相同，可在口腔、肛門等感官器官來表達，如固著在口腔期的攻擊可能是吐口水或口咬行為，攻擊的慾

望也可以想成人性中的主動與積極，社會上的文化活動、運動、競賽、藝術等被當作是此趨力的昇華版，變成意識上及人們所能接受的形式展現。

動機不只會從內在刺激激發，也會由享樂原則（hedonic principle）所引導，以愉悅為基礎，此愉悅來自性驅力（sexual drive）及攻擊驅力的滿足，但仍會考量現實上的需要與限制，因此整個心智模型是內在與外在環境互動的成果。此時大抵把精神疾患看作為無法有效調節潛意識衝突的失敗者，症狀是其適應不良的行為表現。

伊底帕斯情結（oedipus complex）從性心理階段接續而來，或稱為三人發展階段，廣義來說是孩子夾在父母關係中而產生的複雜感受與思考，心裡想要占有父母一方，但因現實不允許而後轉化為對同性認同、與異性相處的過程，在潛意識中交織害怕被遺棄、被報復等愛恨且不合邏輯的幻想，無法跨過此情結曾被視為精神病的主要原因，修改後對其的探索擴增到許多層面之思考，如成人對愛情的態度；對競爭、道德的看法；如何處理罪疚感、無力感；對於獲取成功的主動力等。

後 Freud 發現地域模型沒辦法完整解釋心理衝突，修改提出結構論，將人格分為三個功能：超我（superego）、自我（ego）、本我（id），本我代表原始驅力、動機，全為潛意識，組成成分不光是先天需求，後天的熱情所在也是形式之一；超我可稱為理想我（ego ideal），包括自我的價值觀、禁忌、命令，也可能是理想父母的威脅、要求等經驗內化，在潛意識和意識都有，違背超我會產生自卑感、羞恥或羞愧、追求懲罰自我的感覺；而自我大部分在意識運作，功能廣含認知、知覺、記憶、語言、評估、衝動控制以及情感調節等，負責調停本我和超我間的衝突，如自我太過脆弱，無法執行功能，也可視為精神疾患的原因之一（白美正譯，2011；陳登義譯，2020）。

二、客體關係

Klein 開始認為嬰兒天生就是與人相處為目的，而這個狀況與經驗都是痛苦的，嬰兒要學習從兩個極端邁向整合，有充滿愛意可以給自己營養的好乳房，與讓自己感到飢餓想要拋棄自己的壞乳房，延伸出兩種經驗組織的心理位置，一是妄想分裂位置（paranoid-schizoid position），另一是憂鬱心理位置（depressive position），生命是不斷

在兩個位置移動的過程，了解對他人又愛又恨的情感，同時在意圖破壞的罪惡下一次次修復（林秀慧、林明雄譯，2001）。

Margaret Mahler 提出嬰兒與母親依附發展的階段，是最初分離一個體化的開端，首先是自閉階段（autism）這時候的嬰兒只關注自己，他的世界沒有其他客體，第二階段共生（symbiosis），嬰兒開始注意到有客體在滿足他的需求，感受到外面他者與他的互動，有愉快和不愉快，但這個世界是自己掌握的，充滿全能感（omnipotence），第三階段分離一個體化（separation-Individuation）嬰兒開始會離開母親去探索世界，但過不久還是需要回到母親身邊，在嘗試獨立與依賴之間來回，全能感逐漸消退，最後來到客體恆久性階段（developing object constancy），母親穩定的存在已經內化到嬰兒內心，最好的情況是嬰兒對這段關係感到安全與踏實，能確定與相信自己是誰，不管如何都不會被主要照顧者遺棄，這些階段會持續在人的一生展現，可於不同的人際關係上，發現類似行為的蹤跡。

Winnicott 提出過渡性客體（transitional object）的概念，如母親的代理人，陪伴孩童從母親外在的照顧轉變至自給自足、內在安全感的歷程，同時有幫助分裂的功能，分裂其對客體的愛與恨，在現實中找回控制與全能感，處理失落感受，培養孩童能逐漸靠自己力量經驗分離的能力，這些客體不一定具有形體，任何物質、概念都可以是過渡性客體的展現。Winnicott 關注的是母親是否能足夠的回應嬰兒，給予他有愛的互動的環境，身為母親可以看到嬰兒這個人的人性、特質，而不是壓抑其真實的感覺。一個人有真我（true self）及假我（false self）的成分，彼此適當程度是維持人在現實社會中生存的能力，一旦成長過程中母親總是以自己的意念取代看見嬰兒原本的樣子，導致嬰兒培養出的假我功能過盛，個體會開始感覺不真實、依賴他人感受、像是戴著面具生活、有疏離感等，他曾這麼形容一位女性個案「她心中的空乏象徵她的真我，空虛、飢餓、等待一和性慾與口腔慾望一樣未被滿足的空虛」（引自吳建芝、簡意玲、劉書岑譯，2010），便是假我成為病態時給人的感受。

有些客體關係與自體心理學理論探討飲食疾患的心理，傾向將食物當成是母嬰之間傳遞營養的聯繫，是某種客體形象的存在，而暴食症個案通常是不安全的依附關

係，跟充滿矛盾與痛苦的幼年人際互動有關，且非常害怕客體離開（Becker, Bell, & Billington, 1987）。若從 Klein 的角度來看，飲食失調的個案處在憂鬱的心理位置，發現自己破壞的能力與無法梳理的罪惡感，對好、壞客體有些微整合，不過因為母親缺乏鏡映能力，讓孩子無法分辨內外感受，致使到這個階段仍是混亂感為主，進食行為反映了這種混亂；從 Winnicott 的角度，飲食失調的症狀發揮過渡性客體的功能，在介於主體與客體的世界中，保有和母親連結的幻想。個案這些症狀象徵的是重複他與父母之間的互動功能失調，使他們覺得必須為了主要照顧者的利益而放棄自己的需求，漸漸只剩下無能為力的感覺無限蔓延（Elder, 2019）。

貳、心理治療應用

一、治療架構

精神分析取向之心理治療以長期治療為理想，沒有明確的結束時間，因心智是如此複雜具變動性，需透過長時間的工作期達到療效最佳化。學派重視治療的整個架構：晤談時間、地點、收費、規則界限等不隨意更改，有穩固的結構下，利於發現歷程中的變動，來當作心理治療的素材（陳登義譯，2006；樊雪梅、林玉華譯，2017）。

理論中常常提到治療師的三項核心態度：平均懸浮的注意力（evenly suspended attention）、中立（neutrality）、禁慾（abstinence）。平均懸浮的注意力指治療師對治療中的所有素材，均保持同等注意力，允許自己的感受流動，覺察冒出的感受與想法；中立則代表不帶有過多的主觀意識去聆聽案主，重點不在表現的熱絡或冷漠，而是可以有空間去想當中的移情與反移情，不過度偏向本我、自我或超我中的任何一方；禁慾希望治療師不去滿足個案的需求，撇除須遵守的倫理及法律規範外，早期認為當個案的需求不被呼應時，會產生挫折感，將有助於心理治療的深化（引自許欣偉，2020；樊雪梅、林玉華譯，2017）。

如此強調會談的設置與架構，希望治療室營造出如同實驗操作般，盡量減少干擾，控制可控的變項後，讓個案與治療師的互動、關係流動更清晰可見，且維持穩定

的外在架構如同給予穩定回應與照顧的過渡性空間，好讓原始的渴望得以展現，對於個案混亂的內在具有不同程度的療效，是精神分析和其他學派不同的地方。

二、移情（transference）

移情為一種無意識的情感轉移，不同觀點的解釋有些微差異，而移情詮釋是精神分析主要的技術之一，透過回饋個案其移情的模式，幫助案主洞察、頓悟。移情大致可分為兩種觀點，一是過去經驗或障礙在如今重演，個案把過去對重要他人關係的愛、恨投射（projection）到治療師身上，在與治療師的關係中創造重演過去事件或幻想，比較強調和早年的原慾、驅力有關；二不認為一定是過去能量重現，而是以過去經驗為基礎來建構此時此刻，是一新的經驗展現在和治療師的互動、衝突中，著重在個案現在的適應性如何，如何統整、建構、感知、思考現在的自我（Falchi & Nawal, 2009）。

通常移情的發生，個案並不自知，對於以往受苦、創傷的經驗無法以意識記憶被想起，而用行動化（acting out）來展示，表現在移情的關係中，而移情不一定只存在於治療關係，和他人的互動可能也有移情蹤影，藉由不斷重複發生類似的經驗，稱為強迫重複（compulsion to repeat），滿足潛意識裡被壓抑的部分（楊韶剛譯，2000）。

治療師透過觀察移情，可以更深入了解個案的生命歷程，也許個案說的某句話，更像是其對過往重要他人的傾訴，增加思考空間，透過這樣對話，治療師也試著在培養一個涵容、類似母親的功能，提供安全感和情感支持，使個案有容忍不舒服並轉化的能力，以達到治療效果（李錦虹譯，2002；Walters, 2009）。

三、反移情（countertransference）

反移情和移情類似，但角度不同，廣義的反移情指治療師在治療過程中對個案所產生的任何想法、感受或聯想，可能和個案的內在世界息息相關，透過反思反移情，能夠加深治療師對個案經驗的理解。也許是個案藉著投射性認同（projective identification）傳達給治療師，把自己無法接受的部分投射出去，治療師潛意識中認同

了這些部分，不知不覺重複個案在關係中被他人對待的情境，或是強烈同理案主在某些經驗下的感受，情緒更甚個案所感，勾起或重疊自己以往的經驗感受。透過長時間治療，對個案有足夠的熟悉度，可假設推論為何會有這些感受，比如個案對治療師的憤怒，可能透過各種無意識的行為展現，也許讓治療師覺得和此個案晤談非常無聊，指認出這種反移情，適當時機詮釋給案主，加深其對自我的覺察（陳登義譯，2006；樊雪梅、林玉華譯，2017；Walters, 2009）。

治療師身為人會有七情六慾的感受，了解自己關係中的運作模式，用開放姿態分辨何時是反移情，何時是自己過往尚未正視的議題、盲點或是阻抗帶入治療中，阻礙治療進行。反移情通常不太好受，需要治療師有包容的能力，接納恐懼、焦慮與自我的有限性，且不光只有負向情感的反移情，有時也會有正向感受的反移情，容易被忽略、放大，需要搭配其他觀察，全方位理解才好運用得宜（李錦虹譯，2002；楊添圍、周仁宇譯，2013）。

四、現今精神分析取向的治療與古典之差異

在機構中的諮商，雖以精神分析取向為訓練背景來操作，但許多架構與觀點已漸漸和古典模式有差別與轉移，比如治療無法像從前進行一週 3-5 次的高頻率，現今大多數如普通諮詢般一週一次進行，收費結構也不再相同。在機構中的訓練模式仍把潛意識、驅力、治療態度、移情放在心底思考，但團督、督導的實務討論中越來越增加助人者練習覺察自己的感受、反移情來工作，每次能在諮詢中發現的素材、互相流動的動力，同時影響諮詢關係中兩人如何認為與使用這個連結。

像是精神分析中的關係學派 (Relational psychoanalysis)，這個取向觀點搭載了客體關係理論與人際關係精神分析的想法，從只關注個案內在狀態漸漸擴增到治療師本身的主體性對治療的影響，愈來愈重視彼此此時此刻的連結，這些素材經過治療師的意識轉變成理解個案的工具，去嘗試處理以前古典學派不熟悉的議題，不斷把關係的體會帶到治療中運用（魏與晨譯，2023）。

研究者想要了解的便是這個當助人者面對暴食症患者時不管是對自身狀態的發現、對這段諮商關係的感知，以及這些經驗帶來的、琢磨到的情感，搭配現象學研究方法的觀點，先把一些已知理論懸而不論，強調互為主體性的視框，讓這個現象場本來的經驗呈現出來。

參、精神分析如何解讀暴食症

一、吃與吐

精神分析關注內在心智的起源，而嬰兒最早接觸的個體為父母，因此與父母的關係、如何互動佔很大的影響。有研究認為吃與吐的動作，展現出對好東西的內射（projection）以及壞東西的投射。被內射進來的好不穩固，因這些好有可能來自父母自身壞的輸出，雖然壞卻也是與父母的連結，久而久之造成孩子和父母無法有效的分離。原本父母的功能是涵容，即協助孩子接受、思考那些難以言喻的感受，但暴食症患者卻顛倒，孩子作為父母涵容的工具，幫助父母被放置或處理那些難以承受、甚至具有攻擊性的感覺，因此需要透過吐，讓無意識的感受舒暢（李宇宙等譯，2007）。

口腔行為在精神分析中經常被討論，嬰兒最初用嘴巴探索世界，以此摸索主、客體之分別，從吸允乳汁知覺到乳頭是給予自己養分、好的部分客體，也藉由含、吞噬的動作作為認同起始。在口腔期固著的孩子，成年後可能更多靠口慾滿足來舒緩心理衝突，比如咬手指、抽菸、過量飲食、濫用藥物等，故吃的行為可以被理解是投注認同的過程、獲得好的東西，準備內化的過程，對於壓力釋放最直接、初始的渴求。

吐，是未經過正常消化管道，強迫把胃裡的食物清空的動作，吐出之物惡臭、腐敗且此行為傷害身體，但某種程度有自我控制的意涵，除了可以找回遺失的控制、自尊外，亦是一種逃避，不用等待漫長消化過程，對自我的不信任使感受無法被忍耐，需要立即滿足，彷彿沒有其他方式可以緩解，映照出患者用攻擊的方式（排出體外）攻擊攝入的東西，好維持自體的自我與整體感（Becker, Bell, & Billington, 1987）。

這些吃與吐的行為對暴食症患者來說，是很隱私、不會在大眾面前做的事情，要對親密之人說出口更是舉步維艱，不安考量增多，要顧及那些因在意外表而起的龐大

焦慮，與唾棄、嫌惡自己的羞恥感，使吃、吐的行為被深埋，可以討論的也許剩下海市蜃樓般的幻象和排山倒海而來的窒息。

二、食物

食物從人誕生時便是不可或缺的物體，提供營養外，也是最直接滿足身體渴望的快感來源。口腔的滿足可以舒緩焦慮與壓力，相對於厭食症患者對食物渴求卻抗拒，暴食症患者似乎渴求愛卻無力負荷。對於某些人來說酒精與藥物是可以當作過渡性客體（transitional object）存在的，常見的過渡性客體例子，如孩子拿在手中用來安撫自己的小被子，這個客體雖然有具體形象（或可能沒有），但其營造出來的心理空間不完全貼合內心世界，且和外在現實狀況有隔離，使個體可以把自己的需求放在這個空間，藉由對過渡客體的操作來滿足自己，是自我安撫的方式，也是調節自我的功能之一（楊添圍、周仁宇譯，2013）。

不同種類的酒精與藥物帶給人不同的生理刺激與心理撫慰，同樣是涉入某種物質，眾多食物也可以包含在過渡性客體之一，個體對食物的渴望如此強烈到了成癮的地步，明知有害於身體卻不可自拔，已經不是為了提供身體營養而存在，反而有更多隱而未顯的心理意涵。又或許對於暴食症患者來說，經營關係所要承受的風險太大、恐懼太多，相比現代食物唾手可得，即使食物不作為一個過渡性客體，單單作為一個他者的存在，如此不用費心猜測即可得的立即性滿足，是他們所嚮往的。只要吃進去這樣的客體就能與自我融合，體驗最初、最滿足的享樂，就如一開始與母親共生的狀態，用這種方式建立有形、實在的客體恆久性，不管內心多悲傷都可以想起有人（客體）陪伴自己，不會對愛的客體失望、失落。

三、心智

若用古典精神分析理論來解釋，暴食症患者慣用的防衛機制是潛抑、扭曲與投射，其心智尚未成熟，從小與重要他人的互動產生其對自體感知不完整，導致自我功能不彰。本我是一無時間、現實感的慾望體，可視為其對食物有無法控制、想要直接

滿足的內在衝動，而超我是已內化及認同的父母機制，與期待中理想自我的形象，因此對自己嚴厲批判，若兩者衝突產生無法排解的焦慮，因自我無法有效調節，促使個體靠飲食失調、嚴厲的自我批評，兩者搭配成周而復始的惡性循環來排解。

暴食症患者對自己的身分認同會產生一種混亂與困惑，不明白什麼屬於內部表徵、什麼是外在現實，他們對待食物的行為反應混亂的內心。當這些人年紀還小時，父母對他們缺乏同理心的理解，因此常會有未被指認、同調的內在情感，也難以起到調節內在不適感的作用，解釋了為什麼這些人往後通常會呈現一種無能為力、缺乏自主性的感受，而進食則承接了這些功能，用這樣的方式滿足自己 (Elder, 2019)。他們常覺得空虛，可能來自於童年未滿足的依附需求，母親常是挑剔的、不滿意的，而父親角色較少被討論，但被認為是抑制孩子情緒表達的，或是使孩子有被遺棄感，皆顯示這類孩子與父母的關係並不穩固，且鏡映孩子的功能不足 (Ma, Capobianco, Buchanan, Hu & Oakman, 2020)。

飲食失調患者包含厭食、暴食，皆與邊緣型人格障礙症 (borderline personality disorder) 的症狀有顯著相關，其共病機率高，研究結果顯示飲食疾患患者使用合併邊緣型人格的概念治療，將有不錯療效 (Miller, Racine & Klonsky, 2021)。有邊緣型性格特徵的人，在兒時可能因主要照顧者對其的照護，缺少標記性的情感鏡映，例如孩子生氣時，媽媽不是引導、解讀他的情緒，反而是用歇斯底里的怒吼壓制回去；或是即使有標記的，但標記的是錯誤情感，照顧者把自以為的感受主觀認為孩子就是這樣，導致孩子對自我的感受遭到扭曲，上述兩者皆使幼童無法正確發展情緒知覺，區分不出真實狀態，自我受到壓迫連帶使自我控制力、心智化能力下降，必須由外在事物、客體身上獲取想法，或藉由外化 (externalization) 到他人身上，從與他人的互動中「具體」看見熟悉的情感 (魏與晟、楊舒涵譯，2021)。

不少飲食疾患患者同時伴有邊緣人格特質，原因可能因其依附關係的養成路徑如上述般類似，導致常會有自我感不穩定、衝動性、情緒不穩與易怒、自殺傾向、分裂、投射性認同、空虛，而這些與芭貝·瓦德茲基 (2005) 所著的暴食症書籍《女性

自戀》中，提到之特質有高度重疊，不斷影響著個案的人際與親密關係發展，也和其對成就、完美主義的信念息息相關。

小結

精神分析將食物與對食物的行為看成是心理需求與滿足的意涵，與口腔相關的行為連結到個體攝取養分、建構自己的起始。透過口腔可以找回控制與維持自我感，但其無法順利執行的消化功能，反應個案早年與父母的互動情況，主要照顧者無法協助辨別內外現實和感受導致混亂。個體反過來變成承裝他人未經消化的容器，早期需求未被滿足引起成年後不斷升起的空虛感，食物漸漸成為一種客體的象徵，承接依附的渴望，及用來隔離害怕被真實關係傷害的手段。





第三章 研究方法

此章節將逐一說明欲執行此研究，所採用之研究觀點取向、方法、對象、使用工具、研究步驟、如何處理分析與研究倫理等。

第一節 研究觀點與方法

壹、質性研究

為探究經驗本研究不以量化方式進行，每個人皆有自身的脈絡經驗，透過研究者與精神分析取向之諮商助人者的談話中，展現以言語建構出的經驗文本，針對文本資料進行分析、討論，不求客觀事實或建立通則，希望經驗真實流露，回到生活、事物本身，使新意義浮現。

貳、從建構主義到現象學觀點

人如何去理解另一個人的經驗？什麼是一個人的經驗？每個人的經驗是否不同？為何不同？事件發生後每個人會有各自分別的理解，其理解源自個人以己為出發所假設、驗證的世界是如何，每個個體生命背景不同、所受教育不同、關係處境不同等複雜交織，個人經驗因而特殊（潘慧玲，2003）。

對於經驗的本體與認識，現象學提出這樣的看法，一個事物或狀況的呈現，不止於它本來、純粹的樣子，也不僅僅是它呈現出來的可見範圍。現象學強調的意向性（intentionally）概念，和意圖不同，意圖是我想做什麼來達成某種成果，意向是我們和事物之間在心理、意識上的關係，比較像是我想做什麼，是因為它（包含意圖和結果）在我心中就是這樣被覺知的，與它客觀上究竟是什麼沒有關聯，每個意識上捕捉到的印象，都有自己的指紋，獨一無二的紋路脈絡（李維倫譯，2004）。Heidegger 指出人存在的現象是寓居於世（being-in-the-world），意在每個人的生活是以個人為主體，把自我寄託（寓）在世界中，有著只屬於自己的感受，人怎麼與周遭生活產生關

連是置身所在（situatedness），是把身體與生命放置在開放的世界中，與其他存有交互作用、分享共構，依照涉入深淺，擁有某些特定視框與朝向（李維倫，2004）。

當人對自己的受苦發展出不同理解、有不同意義，將有機會不再滯留於一個受苦的意向解釋，好能重新步上旅程，迎向新的風景（林耀盛、劉淑慧、李維倫，2021）。對暴食症個案來說，罹病是折磨的經驗；對於心理治療來說，期望患者能夠步上適應、調適自我，不再為病所困，而本研究採取視角，為心理治療中扮演重要角色的諮詢助人者，其面對患者的經驗，也是自身的寓居於世與置身所在，在患者的封閉世界中，用治療師的存有涉入這趟旅程，也許會有除了症狀、病理和既定理論之外的領會，有機會望見隱密角落的折射光芒。

理解與詮釋的所得都在話語（discourse）中表達，…，在言說中，

人們展現他們所理解的事物以及他們理解這些事物的方式。

（李維倫，2004，頁 167-168）。

要表達經驗，語言佔了重要角色，透過語言不單單只表達字面意思，更多是將其背後未明說的連帶勾勒出來，一明一暗構成相應的現身存有。對現象學來說，語言就如同知識、如同思考，不僅作為一種溝通工具，更代表一種存在、建構出來的世界。詮釋即是跳脫舊的視框，而語言可以穿梭不同維度，離開舊有的、歷史性的遮蔽，得出新樣貌（方格正、李佩怡，2016）。

該如何取得經驗者的語言？訪談文本即是重要的研究資料，Giorgi（2000）解釋為何文本可以當作詮釋的資料，因人與人之間有共在（being-with）的關係，指當人在閱讀他人的經驗描述時，可以想像自己在他們的世界觀中生活，想像正是因為文本而讓我們可以感受到他的感受（李維倫、賴憶嫻，2009）。故研究者透過文本得以和研究參與者的經驗互動，彼此互為主體，也嘗試理解彼此的顯現，蔡錚雲（2006）說道受訪者身分是以自身視角說故事，之於研究者的第一人稱，受訪者為第二人稱，想像在不同世界觀的「你」是富含各種意義的你，當研究者把這些你，沿著邊描繪衍伸描述成

第三人稱：「他」時，這個他也會是豐富、多樣的，相互有關聯，可以被詮釋的、又含蓋彼此主體意識的文本由此而生。

故研究者的位置不免會對研究參與者有涉入，但不和現象學衝突，一個訪談文本的產出，已不是受訪者當下的內在世界，也不是訪談環境中所有發生的事情，這個文本本身與當時的時間、空間已有距離，也因為距離，而可以接觸另一角度的寓居於世樣貌，因此詮釋過程一定會有研究者的想像與意識，研究者確實在這個世界中置身所在（李維倫，2004）。如一開始提到現象學的意向性，所有關聯與涉入都可以是研究中的建構與反思。

參、現象學與精神分析

精神分析能否以現象學的角度做研究？精神分析的脈絡或因素如何放在現象學觀點中？精神分析取向之諮商助人者在面對患者時的經驗，能否以現象學方法分析？

回到一個根本問題：精神分析是否可以用研究來得到結果？藉由科學性的實驗，由客觀操作、歸納推理獲得相似的結果？自古以來有許多爭論，而 Freud 這樣認為，治療室的情境就像研究室的環境，理應是有科學觀的（洪雅琴、李維倫，2007a）。隨著時間過去，因其可驗證性及預測性低，說不太上是實證研究之科學，加上另一派聲音出現，治療師或諮商師在會談的情境中，是以他個人的角度來了解故事，所形構出對個案的理解一定包含自身涉入，間接影響治療，並不是理想上純粹的接收只屬於個案的世界。

對照 Heidegger 所提出的確然之真（the truth of correctness），與顯露之真（the truth of disclosure），確然之真：探討一個命題的真實，追求實證科學下，客觀科學的真理；顯露之真並用什麼外加資訊來佐證，而是呈現經驗本來的展露（引自洪雅琴、李維倫，2007b），而精神分析處理故事的方法，不管是技術上的移情、反移情、詮釋、自由聯想等，都參有個案和治療師兩方的建構（白美正譯，2011），所以精神分析知識的特殊性，應該是屬於顯露之真的範圍（林宏濤譯，1995）。

精神分析本就是以談話為基礎的治療，詮釋現象學的 Ricoeur 認同其具有語言學的特徵，且是互為主體性的建構，故文本便是脫離治療情境後，相對客觀也同時可以是將意想世界具體化的媒介，符合現象學之研究目標，雖然不一定能為精神分析理論提高科學性的認同，但求能照亮其理論尚待發掘的面向（洪雅琴、李維倫，2007a）。

肆、現象學之研究方法

如何用帶有哲學觀的現象學做實徵研究？Giorgi 的方法修正以往現象學繼承哲學觀的方式，使研究更具科學觀，整理 Giorgi 在 1997 年提出的修正，茲分為三點描述：一是關於現象學還原（phenomenological reduction），其目的在於更精準了解自然態度（natural attitude），不再想著於思想、辯論上參透本質與真理，實際情況中，人們只能依靠自身對經驗的直接碰撞來理解，碰撞了才能發展後續，所以研究者看見的是他人對某經驗的自然態度，而不會只有研究者既定的認知，這才是研究著手的起點；二即現象學的描述代表語言所展現的意向性，研究者須敏感於自身的觀點，先把這些觀點擋置一旁盡量不受影響，如上述般直接地讓經驗互動，勾連、形構出的樣態才會浮現；三是關於科學本質的討論，每門人文科學都有其獨特處，研究者可以根據其學科與脈絡需求不同，探討現象的本質，最終產出五步驟的方法：從收集口說資料文本開始，閱讀資料，重複閱讀後分解文本為小部分，再以詮釋的語言重新組織表達，最後彙整得出新資料（Giorgi, 1997 & 2012）。

這三點概念和 Heidegger 現象學的觀點互不排斥，方法則可使用李維倫、賴憶嫻（2009）綜合不同學者闡述的觀點，擬出更具體明確的實徵操作步驟，分為以下六步驟：一、資料蒐集；二、沉浸閱讀；三、意義單元：拆解與改寫；四、構成主題；五、置身結構；最後六、普遍結構。本研究以此六步驟作為研究方法，詳細如何執行於第五節資料分析章節分別描述。

第二節 研究對象

壹、對象篩選

研究對象鎖定正在對暴食症個案進行諮詢之諮詢師，或諮詢助人者。總諮詢長度須超過或三個月（含）以上，使助人者和個案關係較穩固後，得以有較完整的整體經驗供描述。個案及治療師的性別、年齡皆不限制，抽樣方法為立意抽樣。

貳、招募過程

透過研究者認識之相關專業人員介紹、寄信邀請私人諮詢所與公學會、網路平台招募，有意願、回覆之人不多外，排除不符合研究規範的對象後，久無佳音，經過漫長時間的尋覓，最終找到一名心理師、兩名正在全職實習的心理師，皆為女性。

參、研究對象基本資料

三位受訪者皆來自國內一以精神分析取向為背景訓練之諮詢機構，理論課程大致包含精神分析概論、精神分析實務、精神分析的個案概念化、精神分析中的醫療倫理、精神分析相關書籍與文獻的講授和導讀、病房會談與觀察訓練、機構內大小團體的團督等，督導皆為醫師或諮詢心理師，並為台灣精神分析學會會員。不同受訪者與個案的基本資料整理如下表呈現（表 3-1）。

表 3-1

三位受訪者的基本資料

匿名 / 性別	助人者身分	助人者於機構受訓時長	研究訪談次數	個案性別 / 年紀 / 身分	諮詢時長 / 頻率	助人者檢核資料分析符合程度(%)
小 A / 女	諮詢心理師	2 年	3 次	女 / 30-40 歲 / 無業	2 年 / 一週一次	95
小 B / 女	全職實習心理師	1 年 4 個月	3 次	女 / 20-30 歲 / 自由工作	11 個月 / 一週一次	100

小欣 / 女	全職實習 心理師	1 年 4 個月	3 次	女 / 30-40 歲 / 上班族	5 個月 / 一週一次	95
--------	-------------	----------	-----	----------------------	----------------	----

註：研究者自行整理。

治療師小 A 於機構中受訓兩年，她的個案在遇見她之前，曾與其他心理師工作一段時間。研究總共訪談次數三次，資料檢核函回復程度為 95%，回饋表示很有條理地整理內在歷程，感到驚艷。

治療師小 B 與小欣同為全職實習心理師，於機構中受訓接受精神分析訓練大約一年又四個月，研究訪談次數皆為三次。治療師小 B 的資料檢核函回覆為 100%，表示在訪談過程中對個案的感覺逐漸變得清晰，覺得好像從來沒有機會看清楚暴食症個案吃下什麼食物，感覺他們不停的需要吃，心理感到困惑，不知道如何在治療中幫助他們。

治療師小欣的檢核函回覆為 95%，表示看完改寫的置身文本後，最大的感覺是能藉著此次機會，讓她好好消化這個個案，治療過程當下較難去思考其中素材，透過研究整理有更貼近每次工作的脈絡與感受。

第三節 研究工具

壹、研究者本身

為實踐大學家庭諮商與輔導碩士班研究生，大學就讀國立嘉義大學諮商與輔導學系，修習許多相關諮商與輔導課程與訓練，大學實習場域包括私人精神疾患康復之家、私人諮商所，碩士兼、全職實習皆在以精神分析訓練背景之機構學習，實習督導為機構醫師並為台灣精神分析學會會員、另一位督導為專精人際歷程學派之教授，使研究者對精神分析內涵有基礎的認識與實務經驗。

因經歷過暴食歷程，了解此病症可能含有的情緒感受、心路歷程，加上就讀諮商心理專業，兩者合併讓研究者能以經歷過這兩種身分的準備，期許能更貼近受訪者所欲表達之內心狀態。

訪談過程中與參與者建立信任關係，除基本的徵求其同意與保證資料隱私原則外，在初步理解後重複描述、核對是否有意義上的誤解，過程中錄音並由研究者謄寫逐字稿，在謄寫過程中對文本重複閱讀，進入資料分析步驟，按研究方法執行、分析，並隨時與指導教授討論，逐步產出研究結果、結論。

貳、研究同意書

參與者表達其參加意願後，為顧及研究雙方之權益、倫理，擬定研究同意書讓參與者在正式訪談前，可更詳細理解訪談進行方式、其權利、訪談資料後續處理方式、資料隱私及銷毀、分析方式、如何呈現結果、指導教授的角色，過程中如有問題可以和研究者討論，雙方同意且署名後，此同意書一式二份各自留存。研究同意書如附錄一。

參、參與者基本資料表

在訪談前請研究參與者填寫基本資料表，讓研究者對其有初步的背景資料認識，比如姓名（匿名）、年齡、訓練背景、機構、訓練時長、個案基本資料和與暴食症個案工作的時間長度等，以利研究者依據每個參與者的不同，對研究大綱做細微調整，以求貼近經驗的展現，基本資料表如附錄二。

肆、訪談大綱

以半結構式的深度訪談為架構，面對面方式談話，根據文獻、經驗等擬定出大致訪談方向，為訪談作引導與鋪陳，同時歡迎參與者自由聯想、積極表達所思所感。參與者也可以提出疑惑和研究者討論，尋找彼此放心、舒適的合作方式。研究過程中持續進行遞迴修改，如資料不足時和參與者聯絡進行補訪（陳向明，2002）。訪談大綱詳見附錄三。

伍、訪談札記

研究過程中除徵得參與者同意進行錄音，用於逐字稿謄寫外，研究者會於每次訪談後做訪談札記，紀錄訪談過程、互動狀況、研究者的觀察與感受、突然出現的想法、省思等，完善逐字稿文本所無法記錄的部分，用更全面的視野幫助研究者蒐集經驗資料以利後續分析，研究札記詳見附錄四。

陸、研究資料檢核函

經研究方法產出之置身結構的文本，給予研究對象閱讀，檢核其中是否有誤解、扭曲、表達不完整之處需討論或修改，請其給予符合程度之百分比，並補充任何想法，作為後續研究參考，詳見附錄五。

第四節 研究程序

壹、研究準備階段

一、建立研究架構

透過碩一開始相關研究課程，找尋有興趣之主題，閱讀相關國內外文獻資料，了解趨勢外搭配研究者的經驗，思考可以在哪些好奇的點上著力，逐次研擬研究方向與細節，理解研究觀點的脈絡，使研究問題趨於具體明確，和系上、指導教授討論後確立主題。

二、撰寫訪談大綱

整理文獻與自身經驗後，撰寫訪談大綱初版，搭配研究課程進行，順利邀請一位符合資格的研究參與者，願意接受訪談，來回補訪中再次對訪談大綱進行修改，針對訪談中銜接不順、文字用詞不利引導、容易答非所問之題目，和指導教授討論後調整，產出正式研究用之訪談大綱。

貳、正式研究階段

一、正式訪談、蒐集資料

透過同行專業人員協助尋找符合之研究對象，向其說明研究架構、細節並簽屬研究參與同意書後，約定時間、地點開始正式訪談，確實記錄訪談札記。如發現資料蒐集有疏漏，將進行數次補訪，後將訪談內容謄為逐字稿，並編碼整理。

二、檢核資料分析

確認逐字稿無誤後，循研究方法重複閱讀文本，搭配研究札記裡的觀察，進行對話切割、重組，得出新主題、開展出新的置身結構，深化結構意義，以文字或圖像方式表達之。最後對照不同研究參與者之分析結果，豐富彼此聯結與研究意涵。

參、完成研究階段

依照研究程序，將文本分析為結果，整理回答研究問題，說明研究分析進行的歷程，綜合文獻資料進行討論，相同、不相同的經驗如何呈現，最後構成本研究之結論。

第五節 資料分析

結合上述研究觀點的闡釋，資料分析方法採用李維倫、賴憶嫻在 2009 年整理出之六步驟：一、資料蒐集；二、沉浸閱讀；三、意義單元：拆解與改寫；四、構成主題；五、置身結構；六、普遍結構。茲分別描述。

壹、資料蒐集（data collection）

依據研究問題所撰寫出的訪談大綱作為引導，與受訪者建立信任關係，助其安心開展、描述經驗感受的歷程與發生，除仔細聆聽外，在互動中不斷反思、理解受訪者意涵，同時觀察整個狀態以及非語言訊息，必要時修改大綱原本字句，使訪談流暢且

更貼近受訪者。根據受訪者狀況、當次的重點，必要時透過補訪，完整蒐集其對某件事的意義解釋，以求達到資料飽和（陳向明，2002）。

謄寫成逐字稿後，閱讀順序不依照經驗發生時序，而是按照文本對話開展順序為主，是否轉為第一人稱描述視研究而定（李維倫、賴憶嫻，2009）。本研究將不轉述為第一人稱描寫，以保留最貼近研究對象之經驗感受。

逐字稿編碼依下列原則，研究者顯示為 R，研究對象為 I，第一段數字為第幾位研究對象，第二段數字為第幾次的訪談，最末段數字表示該訪談中第幾句話，誠如 I2-1-017 表示第二位研究對象在第一次訪談中的第 17 段談話。

貳、沉浸閱讀（empathic immersion）

獲得第一步驟所產生之文本後，反覆仔細閱讀，不只是對於語句更熟悉，期能看到文字後的勾連，有新感受想法浮現，逐漸立體化想像世界。如沿著敘說的邊、點描繪，點是新的但仍倚靠著原本圖像，這就是詮釋（李維倫、賴憶嫻，2009）。這裡可藉汪文聖（2001）對於想像轉化成結構式描述的解釋：原本語句是關注什麼（What），將焦點慢慢轉換為如何（How），這個如何可能牽扯到時間、感受、與他人的關係、意向性等，對這些反思便可組織成進入下個步驟的結構。

參、意義單元（meaning units）：拆解與改寫

通篇進行改寫容易忽略細節，需要先將描述拆解成小部分，無拆解公式、大小長度不拘，視研究者對經驗的理解而定，宗旨是呈現經驗相遇的剎那樣貌、將特殊的點提取出來，使經驗有區分，放大隱身在細節裡的現象，承反覆閱讀所得來的想像，在這個步驟選擇適當文字，把感受的世界表達出來。

在此以表格（表 3-2）舉例說明，以逐字稿內容作為自然描述；單元欄的數字僅做分類標號用，並非排序；編碼為逐字稿中之編碼，可能包含一次訪談中的數句或是跨補訪中的談話；意義單元欄呈現研究者經閱讀後選擇適當文字語句組成之意義內容。

表 3-2

意義單元拆解操作範例

單元	編碼	自然描述	意義單元
1	I1-1-09	應該就是會她會引起我的好奇，就是欸...一個人怎麼會這樣，她為什麼會做這個選擇，然後她發生了什麼事，她引起我很大的好奇。	對治療者來說，接這個個案並沒有太多前提或是一開始的考量，因為對案主的故事有大量的好奇才接下個案。
4	I1-1-26 I1-1-27	我覺得在這個過程中一定會有很常卡住的地方，所以這個時候就要跟督導求救，就是要一直跟督導的討論才能夠前進，不然我覺得面對這個個案的時候常會有種卡住的感覺。 對，是最大的挫折。	無法拉近案主和自身價值觀的距離讓治療師感覺治療沒有進步，似乎治療只有兩個人的觀點不夠，需要加入比如督導的第三觀點，第三方的經驗加入來豐富已經貧瘠的挫折治療狀態。

註：研究者自行整理。

肆、構成主題 (constituent themes)

邁向完整的描述前，先把上個步驟切割出來小部分、各具不同面向的意義單元合併，協助讓這些部分建構成互有關聯的交織。一個完整的寓居於世是透過數個毗連的論述搭建，這個步驟可以想成是在各部分中找到彼此可相容的連接點，先把點小幅的連接，使分層漸漸形成（李維倫，2004）。

研究者將前述拆解之意義單元，重新建構成數個主題並加入描述，如以下示範。當所有意義單元都組織成主題後，再由下個步驟將所有主題串聯成置身結構之描述。

主題一：

單元 1 構成以好奇為進入諮商的主題。對治療師來說，個案有著許多不一樣的背景故事吸引治療師，讓治療師沒有太多考量或預設便決定接下個案，進入諮商關係。

主題二：

單元 12、13、23 構成個案的自我價值感低下與嚴厲的自我批判之主題。儘管生活中沒有發生非常不如意的事，個案仍慣於用全面否定與不值得，來解釋發生在自己身上的經驗，比如自己不值得吃好的食物、不值得治療師浪費時間與資源在他身上，但這些感受往往與他人對個案的真實想法有極大落差。

伍、置身結構 (situated structure)

此步驟便是將主題綜合構成一完整置身結構之描述，整合的重要性在於將原本平面且看似毫無關聯的主題，透過相互關聯性 (interrelatedness)，拓展為立體結構面向，這個新世界終於被呈現出來，有不同分層也有不同維度，使讀者能沉浸經驗者感受，達到啟發。

本研究第四章將分別呈現三位受訪者諮商經驗透過研究方法步驟後所產出之置身結構文本。

陸、普遍結構 (general structure)

從不同受訪者得到的置身結構描述，對照、比較讓相近意涵的結構更為突出與深化，進而顯示普遍性或某一現象之相似意義，或是不同結構中的獨特性。但此步驟並非必要，避免因過於強調尋找普遍性，而忽略、淺化置身結構中獲得的分析。

本研究第四章第四節將詳述不同受訪者的置身結構相互比對後，所得出之同一性及獨特性。

第六節 研究嚴謹性

質性研究不同量化研究可計算明確測量信、效度的方式，量化研究的效度，希望越貼近客觀現實的真實性越佳，但對質性研究而言，並沒有所謂的絕對的客觀真實，因此質性研究之效度更強調的是，研究結果是否能如實反應研究者與被研究者對於經驗的主觀理解（陳向明，2002）。質性研究之效度是相對的，不是唯一正解，是和其他答案相比，此描述擁有較貼近的描寫，因此將效度替換為可靠性、可信性、一致性等會更貼近質性研究的概念（廖珮紋，2015）。潘淑滿（2003）即整理出適合質性研究嚴謹性之五個概念：

壹、普遍結構 (general structure)

當分別得到不同經驗者的完整結構描述後，可對照比較，發現某部分重疊、甚至可以覆蓋所有置身經驗，得到一普遍性。經詮釋後的改寫已經為現象本質，視為完整分析結果，是不同經驗者各自世界的普遍結構，因此不旨在逐一比較尋找絕對結論的過程，而是期能不同面向間相互對照，促發更多想像，用以加深不同維度的樣貌。

貳、可信性 (credibility)

對研究真實性的評估，指研究者蒐集資料的真實性。本研究將依據目的、問題、文獻探討中所擬出訪談大綱，反覆與教授討論，訪談後修改無法貼近經驗之間句，於產出置身結構文本後和研究參與者核對，期能增加本研究之可信性。

參、遷移性 (transferability)

又可稱轉移性，指蒐集來的資料可以有效將經驗、感受轉成文字敘述。若質性研究能增加描述的豐富、厚實性，也就是越細節的描述，即可提高研究之轉移性（胡幼慧主編，1996）。故研究者將不僅透過訪談大綱完整蒐集被研究者之情境、脈絡、歷程

細節，也透過訪談札記，紀錄非語言之互動、其他影響因素等，整合成豐厚描述，以增加研究遷移性。

肆、可靠性 (dependability)

一致性的展現在於，研究者如何能蒐集到可靠、具有一致性的資料，並有效加以運用。研究者將說明整體研究過程、架構、資料分析方法，以及編碼方式，針對研究者本身，與每位被研究者建立合作、平等、安全之研究關係，當進入研究程序時，不隨意更動或偏離研究範圍，維持研究者本身的穩定度，提供判斷資料可靠性之參考。

伍、可驗證性 (confirmability)

代表研究的中立性，或稱可確認性，重心在於研究倫理，希望從研究過程中得到可信賴之資料。研究倫理將於下個小節詳細論述。

另以現象學之觀點，如何呈現研究結果與資料間有一致性，同為須考量的重點，希望結果能有三種一致性：勾畫的一致性 (coherence in articulation)、描述資料的一致性 (coherence with descriptive data)、生活經驗的一致性 (coherence with life experiences)，即雖是對於經驗論述，但結果仍需清晰且邏輯，可以闡述出結果和描述間的關聯，對於研究結果或相關現象，能夠給予不同讀者啟發（李維倫、賴憶嫻，2009）。方格正、李佩怡（2016）認為對於詮釋現象心理學來說，客觀知識不是唯一核心，以被研究者視角出發讓讀者感同身受，在閱讀文字中促發省思，是為好的研究品質。本研究將整合上述質性研究嚴謹性，以及現象學方法一致性的意涵，呈現合乎倫理的研究分析結果。

第七節 研究倫理

研究參與者與研究者為共同合作之關係，研究參與者本身為一主體，建立彼此信任、可以開放的自由對話，倫理本質在於對關係的重視、公平、尊重，以此為基礎描述下列各點（洪瑞斌、莊騏嘉、陳筱婷，2015）。

壹、研究者之道德倫理

對每位研究參與者抱持相同態度，不應有偏私或權力不對等，秉持尊重與真誠，訪談過程中注意貼近理解參與者之經驗，避免直觀套用自身既有知識、觀點，窄化開放對話的空間，適時與參與者核對，對於參與者的提問彼此討論，求所作所為皆符合法律規範與倫理原則。

貳、研究參與者之權利考量

相關權利詳如研究參與同意書所示，參與者有權利知悉研究架構、目的、方法等，且隨時得根據其意願暫停或終止繼續參與，有權決定所提供之經驗多寡。敘述資料會以匿名處理，對可辨識人物之資料刪除，除研究者與指導教授外完全保密不對外公開，並於研究全部完成後銷毀。

參、研究參與者之風險考量

研究可以說是兩個生命的相遇，不單單只有工具性的需求，對此關係適當的關懷與責任也包含在研究倫理之一。研究開始前和參與者討論是否有其擔憂風險之處，可以如何處理，過程中不斷向參與者確認其狀態，確保不造成身體上或感受上的傷害（蔡甫昌，2010）。



第四章 研究結果

本章前三節分別呈現三位研究參與者與暴食症個案諮商經驗之置身結構描述，第四節則統整各受訪者研究結果，綜合討論普遍結構的一致性與獨特性。文中皆用治療師取代助人者稱謂，以便閱讀時更好進入情境。

第一節 小A的諮商經驗

關於小A的諮商經驗。小A為諮商心理師，個案為女性，年紀30至40歲間，訪談時是無業狀態，醫師診斷為暴食症，前期有催吐情形，而個案暴食症發病年紀大約在就讀大學、研究所期間，不過拖了幾年才就醫、諮商。在諮商中基本上按時出席、很少請假，繳費也都按照規定繳交。以下呈現研究者重新改寫的置身結構文本。

壹、治療師對個案感到好奇而進入諮商，發現個案低落的自我價值與嚴厲的自我批判

對治療師來說，個案有著許多不一樣的背景故事吸引自己，對個案有許多好奇，沒有太多考量或預設便決定接下個案，開始進入諮商關係。

開始與個案工作後儘管個案生活中沒有發生非常不如意的事情，她仍慣於用全面的否定與不值得，來解釋發生在自己身上的經驗，比如不值得吃好的食物、不值得治療師浪費時間與資源在她身上等，但這些感受往往與他人對個案的真實想法有極大落差。

貳、經驗個案對自我的認知差異甚大，衍伸出心疼與無奈

治療師最常感受到的便是對個案的心疼，治療師認為個案就像一位公主，外表美麗、受人愛戴，但她內心對自己嚴厲批判，不接受他人看見的外在現實，長期累積下來個案對自我的無價值感根深蒂固，無法撼動的狀態讓治療師感到無奈，同時要小心自己的態度或言語，認同個案的無價值、傳達無奈的心情給她，以免加深個案內在對自我被拋棄的想像。

參、個案慣於在人際中隱藏真實自我，他人的評論將勾起心中暴食衝動

個案從小體認到外表、外在受人喜愛是重要的，參與社交表面上應付得宜，內心卻有巨大的焦慮與不安，他人對個案的言論在她心中被無限放大，變成不受喜愛的證據，把對關係的不信任丟到他人身上，自己則用暴食來填滿孤單的內在。

肆、個案心中對關係的矛盾渴望

個案總是以假的自我面對人際，真實的自我不確定能否被他人喜愛，表現出拒絕他人的行為，先映證真實自我的確不被接納，就不用承受不被愛、會被拋棄的事實，但她的內心其實渴望與人親近、完全被接住，期待不夠完美也可以有存活的價值。

伍、將無法消化的感受傳遞給治療師，需與督導討論幫助思考

諮詢過程中，當個案滔滔不絕的在講述自己的經驗時，治療師有時會感覺自己無法消化與思考，像是體驗到個案無法整理自身經驗的感受，也如同吃過多的食物、或因催吐而無法進行正常功能的胃。當自己的消化能力也被癱瘓時，需要與第三方的專業人員督導討論，從第三方的視角來豐富動彈不得的諮詢。

陸、感受到與個案更靠近，諮詢往前進的好經驗

在滔滔不覺得講述中，個案掌握著該透露多少、讓治療師認識多少，而當諮詢中有新的事件、新的秘密出現時，是治療師感受到治療有前進的依據。似乎代表個案在冒著被他人評論的焦慮下願意多說一些，搭配與治療師之間的關係，將個案說過的話反映給個案後，她終於停下思考、咀嚼消化，是治療師感覺能與她靠近的好經驗。呼應一開始治療師因為對個案的故事有很許多好奇而接下個案，個案神秘、奇妙的形象一直在諮詢關係中維持，不斷有意想不到的事情發生。

柒、個案慣於放出不好的部分，使治療師用彼此關係來鏡映、挑戰個案的內在現實

挫折方面，治療師對個案的心疼來自個案無法認識與接受真正的自己，討論外在關係容易被她用全面否定的想法截斷討論空間，而在諮詢室裡個案會將不好的部分放出來，讓治療師感覺到自己也被冠上這些不好的部分，需將討論重點拉回諮詢關係，自己與個案之間，重複核對、挑戰個案心中對自我及關係的否定，而她難以接受治療師試圖拉近其認識真實自我的距離，反覆拉扯循環下讓治療師覺得諮詢沒有進展。

捌、面對諮詢的挫折與停滯，仍抱以希望感面對

長期下來諮詢不斷在個案無法接納自己的狀態中輪迴，治療師感到無奈但卻不想放棄，自比是在個案的潛意識中種下種子，耐心等待發芽冒出土壤。治療師沒有主動放棄治療的態度，也許正默默支持著個案一點一滴的改變。

玖、個案內外狀況皆有往好的方向轉變，治療師經驗到暴食症個案的特殊之處

個案從受原生家庭巨大影響，到自己在親密關係裡的推與拉，搭配她從一開始需要催吐、漸漸停止催吐，到重新找回飽的感覺，不用強迫自己進食，可以吃正常、溫暖、好的食物，對自己的身材能更有彈性的接納，建立新的自信與自我覺察，象徵個案階段性的改變與成長。

這是治療師第一次接觸到飲食疾患的個案，感覺與其他診斷的個案相比，其對自我形象的錯亂程度最大、對自我的無價值感特別重、以及偌大的無望感是最深刻的感受。

拾、精神分析取向的治療能為諮詢撐出更多空間，用溫柔的慢與等待來涵容個案

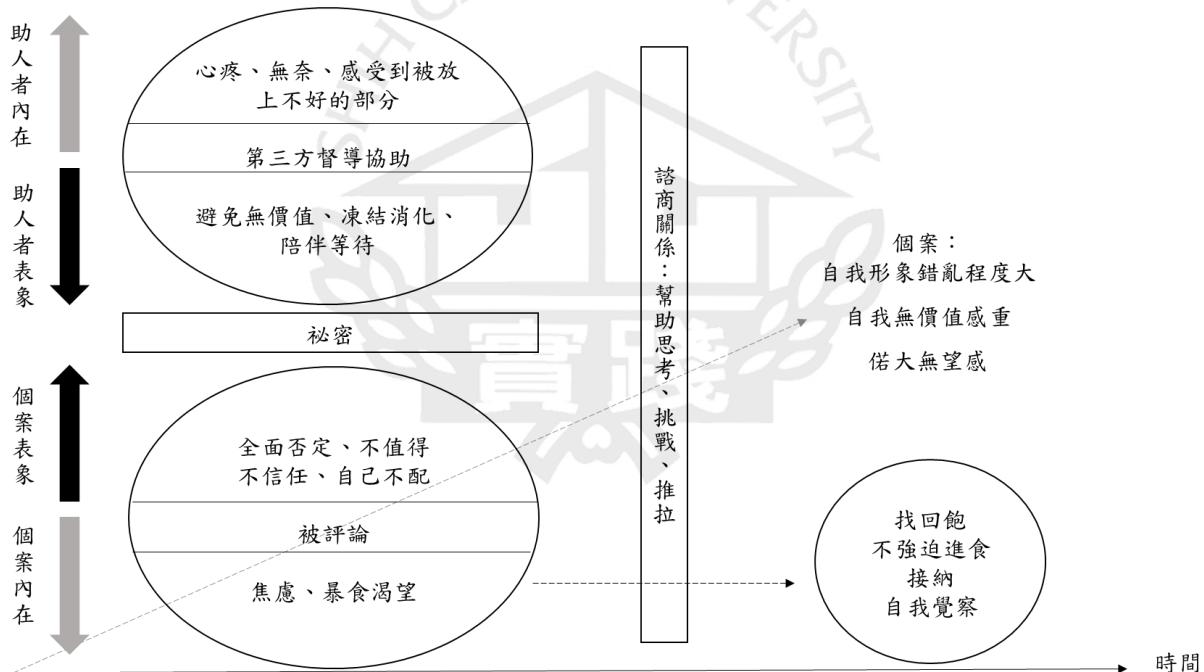
而在諮詢中談到的經驗，隨著時間發酵，讓個案、治療師越發連結更多聯想，豐富對個案生命故事的認識與理解，增加治療的彈性，潛移默化中化開對諮詢的無力感。在治療師學習精神分析的過程中，學會以慢、等待來包容個案，以長期諮詢為架構，可以拉長個案在諮詢關係中反覆體會關係中的推、拉意義，如同給食物在胃裡被消化的時間，用學派架構的優勢陪伴個案慢慢的重新成長。

用以上置身結構描述，研究者將其整理為圖示，嘗試具體呈現脈絡與關係，如下圖（圖 4-1）。從起初的好奇開始，搭起兩人關係間的橋梁，漸漸治療師發現個案對自己的嚴厲批判與無價值感，個案外在表現出對自己的全面否定、對關係不信任、認為自己不值得好的，卻其實很期待有一親密且接納的關係，但因深怕被他人（包括治療師）評論自己，慣於隱藏真實自我。內心藏著巨大焦慮引發對暴食的衝動與渴望，讓治療師感到心疼與無奈，言談中會避免傳遞任何可能會使個案感到被放棄的字眼，過程中也會經驗到無法消化的感受，需要和督導討論讓諮詢繼續流動。而兩人的互動透

露個案心中對關係的矛盾，相較可行的方式是治療師用彼此的諮商關係來鏡映、類比甚至挑戰，動搖個案內心落差極大的現實，反覆進行、進步又停滯。儘管如此治療師仍對個案抱有希望，畢竟隨著時間累積，確實觀察到個案的內在與進食狀態皆逐漸好轉，開始可以找回飽的感受、知道不必強迫自己進食、可以用更彈性的方式接納自己的身材和外貌。與治療師的關係也隨著信任感增加，獲得個案越來越多的秘密，讓治療師選擇繼續用耐心陪伴、等待來支持個案，期望降低其對自我形象的錯亂程度，提升她的自我價值感。

圖 4-1

小A與暴食症個案諮商經驗之置身結構圖示



註：研究者自行整理。

→ 實黑線單向箭頭指時間軸

→ 虛黑線單向箭頭指個案轉變脈絡

→ 虛灰線單向箭頭指治療師對個案的總體感受

第二節 小B的諮商經驗

關於小B的諮商經驗。小B為諮商全職實習心理師，她的個案為20至30歲間的女性，狀態為自由工作者，醫師診斷是暴食症合併持續性憂鬱症，出席狀態前期維持一週一次，中間有段時間出國回來後，較難維持一週一次進行，繳費則可以按照規定繳交。以下呈現研究者重新改寫的置身結構文本。

壹、起初認為是有趣且可以順利工作的個案，後發現個案缺乏消化自身經歷的能力

接案前，治療師知道個案診斷與大約的背景資料後感到有趣，對精神官能症的印象是心中有許多衝突而導致病症，相對精神病應較容易工作。

開始諮詢後，治療師經常感覺個案帶來許多感受需要她幫忙「感覺、思考」，好像這些經驗起初被個案經驗時，沒有被意識、辨認到是什麼，模糊不清的經驗帶到治療師面前，讓治療師也難以了解脈絡，彷彿自己的消化能力也受到凍結。

貳、與個案的感受有出入，關係單向，個案用被動方式表達對諮詢沒有進展的不滿

且在諮詢中不論是個案的流淚，或是個案說要與治療師兩人一起面對治療困境，小B都感覺和個案的關係是分離、單向的。個案希望治療師看到不同的自己，卻沒有互動與討論，單向的期待治療師回饋。

過程中個案要請假一長段時間，治療師感受到這像是個案的解離，在諮詢室中儘管彼此都對諮詢的停滯有共識，卻隱約有一種張力，這種張力一部分包含個案對自己生氣，理智上知道不能怪罪治療師，但隨著時間拉長，個案對這個情況感到氣餒，另一部分開始氣治療師不能了解自己的需要，微小的不滿不斷累積，變成隨時會引爆的衝突關係。不滿無法用言語討論，個案只能用請假的方式來展現。

參、挫折的是無法透過個案的描述理解其內在感受，一種空的感覺

治療師挫折的是個案對經驗的描述少，讓人難以理解、難以去拓展諮詢討論的空間，但個案自覺已經說得很完整，小B覺得個案似乎缺乏好經驗使整體生活、感受很空。在治療師看來個案的每個經驗都獨立存在，個案在自己描述的場景內感受豐富，

卻無法傳達給治療師，使她無法同樣進入該場景，這種無法相連的狀況如同解離。相比其他個案至少可以描述具體事件經驗，進而慢慢帶到感受與情緒，但這個個案相反，可以講很多抽象的感受卻無法陳述具體事件經過。

肆、個案對經驗描述的貧乏與困難，讓治療師陷入主動與不主動的兩難

個案自知描述少希望治療師可以有更多具體發問，好讓諮商進行，但當治療師主動詢問，會感受到她的答覆中有被強迫、不舒服，且與個案無關的感覺，猶如向對桌指定要夾的菜，對方毫無遲疑夾來，帶有焦慮外夾出什麼內容也與負責夾菜的人沒有關聯，顯現出個案配合要求但隱身的樣態，令治療師在主動與不主動間兩難。至今治療師覺得和個案的關係仍停留在前期，個案難以透過引導整理自我，而治療師對她的了解似乎也不足以讓關係靠近。

伍、不理解加上空與匱乏感，讓個案更想要掌控，治療師需隱藏真實的自己

當治療師不夠理解個案的感受時，會感覺個案越想要確認東西有無，像是失控要重新掌握控制感，掌控自己人生到底缺少什麼的確定感。治療師認為個案的創傷是經驗破碎，似乎只要觸碰到就會引發可怕的感受，讓那些經驗變得難以回想和思考。

說的每個句子都深怕觸碰個案的創傷，必須把治療師自己真實生活中生動、開心的那面隱藏，擔心被個案拿來比較然後內心產生無望感。另外治療師用保留時間架構的方式照顧感覺起來很脆弱的個案，扮演傳遞希望的角色。

陸、督導或他人加入討論可協助經驗流動，婉轉鏡映個案需求與感受可以讓彼此靠近

這些經驗促使治療師尋求協助，與督導討論，開啟認識個案的另一種可能與理解；在研究訪談中，原本治療師對於個案的印象較瑣碎、凌亂，當研究者加入探問、摘要反映時，治療師覺得有助於回憶、整理與個案的諮商經驗，顯示出有他人從旁輔助，對治療師思考個案是有幫助的方法之一。

諮商中偶有與個案靠近的時刻，出現在治療師用譬喻、幽默的方式鏡映個案想要治療師對諮商多付出什麼的渴望，並接納這些反應，用這種接近個案意圖卻不完全吻合、不過份真實的回映，反而能讓個案接收，不會馬上否認或迴避。

柒、暴食在個案憂鬱時陪伴自己

個案鮮少在諮商過程中提到有關食物的話題，只有憂鬱時除了躺床能做的就是用食物滿足自己，像提供給她一種心理上實質的陪伴，以及更多尚待覺察的象徵意涵。

捌、親密關係對個案來說富有情感，如同把對方吞食

儘管個案對大多數經驗的描述貧乏，但對於親密關係的描述卻充足且富有情感，像是把一個完整的人吞食、用對方的樣態顯現。在治療師眼中，個案的親密關係像找一個心智功能比自己好的人，把對方心智拿來當成自己的運作，讓自己不匱乏，但卻不是從本身發展、長出完好的心智能力，如同把對象吞進來當作部分客體使用，而不是個案的自我與他人產生關係連結。

玖、暴食症個案似乎處在難以辨認及處理的創傷中，狀態更原始

隨著時間累積，治療師對這段諮商的看法已有轉變，對她來說面對暴食症個案和工作過的精神官能症個案不同，一切像是在模糊中探索，破碎的經驗讓人難以辨認何為主要議題與創傷。相對於接過的邊緣型個案，暴食症個案處在一個更原始，還沒有發展自我、沒有自己的階段，讓治療過程必須小心，以免破碎。

拾、精神分析讓諮商被細緻琢磨，被動的治療態度讓關係的移情顯現

而治療師認為學派的優勢在於細緻、進程慢，用較被動的方式蒐集素材，各項資料、脈絡都有可能成為素材之一，著重在分析、討論潛意識；用相對中立、節制的態度使關係裡的移情與反移情顯現，對一個人的認識會更廣闊、深刻，而治療師也持續用如此方式嘗試完整此個案的圖像。

描繪如下圖所示（圖 4-2）。一開始治療師小 B 認為個案歸類為精神官能症，應能順利工作，但開始諮商後發現個案描述了許多模糊不清的經驗，缺乏消化自身經歷的能力。儘管個案內心有豐碩的情感，但傳達到治療師耳裡的卻是貧乏、彼此沒有關聯、相互獨立的破碎經驗，無法透過個案的描述了解其內在感受，有種空的感覺，彼此感受有出入，關係沒有互動、單向進行，讓治療師需要透過第三方的加入討論、釐清，協助了解案主的脈絡。面對個案描述的貧乏，治療師陷入主動與不主動的兩難，

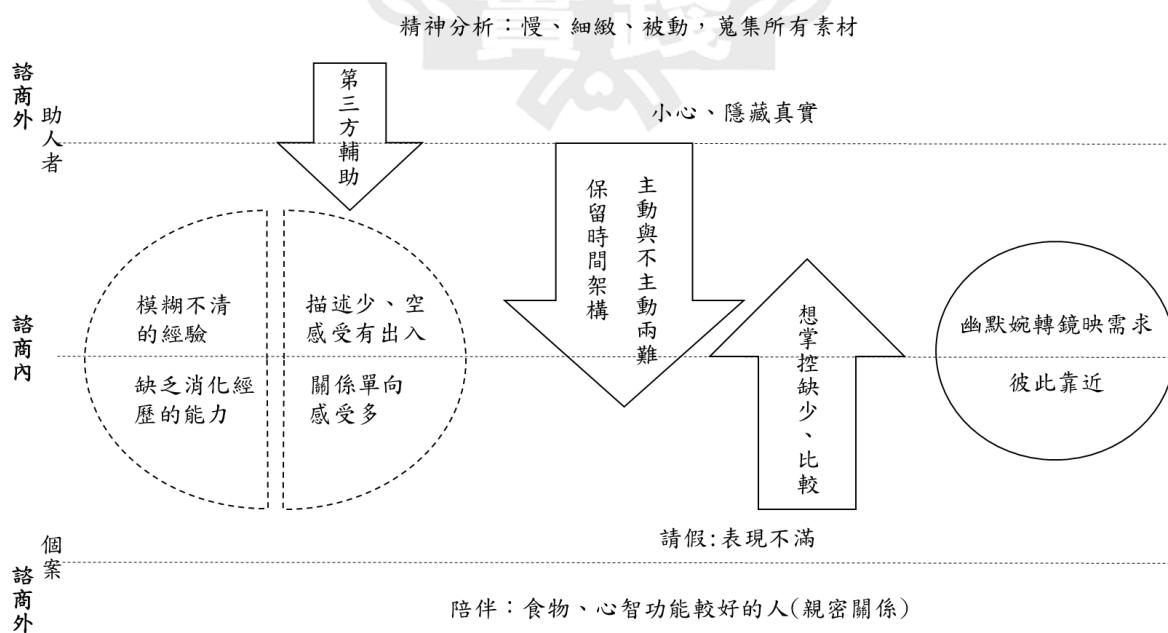
主動無法得到屬於個案自己的回答，不主動則使諮商更空、不滿足的張力持續擴大，個案面對關係緊張、諮商沒有進展的不滿無法用言語來討論，只能用請假的方式來展現。每當治療師不夠了解個案，或是提及她缺乏的好經驗時，可以感受到個案越發想要確認與掌控，這使治療師變得小心翼翼自己的言詞、隱藏真實的自己，避免被個案拿去比較，產生更大的無望感。

偶爾會有與個案靠近的好經驗，是當治療師用幽默、婉轉的方式鏡映個案需求，讓個案透過治療師的眼睛看見自己此刻的樣子，且治療師以接納的態度而不是拒絕，比起直接、現實的討論這個需求，個案較能接受這樣的模式，得以觸碰深埋的自我感受並停留、反思。在諮商外的個案藉著暴食陪伴憂鬱的自己，親密關係則能帶給個案有別於其他經驗，有更充裕的情感可描述，但也像是找到一個心智功能比自己好的人，把他的功能拿來使用，填滿內心的匱乏。

治療師用精神分析的慢與被動態度，持續蒐集除了言語外的素材，包含聯想、移情等來完整個案圖像、貼近個案的世界。

圖 4-2

小B與暴食症個案諮商經驗之置身結構圖示



註：研究者自行整理。

第三節 小欣的諮商經驗

關於小欣的諮商經驗。小欣是全職諮商實習的心理師，個案為年紀 30 至 40 歲間的女性、上班族，醫師診斷為暴食症合併情感疾患，沒有催吐狀況，諮商過程中難以穩定維持一週一次的出席，但能穩定就醫，諮商繳費可照規定按時繳交。以下呈現研究者重新改寫的置身結構文本。

壹、諮商之初發覺對個案的感受與他人不同，對個案不公平

起初治療師因暴食症的診斷較少而感到特別，看到之前個案在機構中的不規則出席紀錄，也經歷好幾任不同的治療師，開始擔心自己能否留住個案。進入諮商後，面對個案突然的消失應該要有些感受，但卻反而不感意外，開始覺察自己一開始對個案的期待、態度就與其他個案不同，對她有失公平。

貳、個案用外在現實歸因讓經驗無法討論，治療師對個案的想法也陷入外在歸因

在那些個案消失的紀錄當中，其一是因為不喜歡某任治療師的風格，便以失聯促使被動結案。當治療師要談論個案缺席背後的動力，不論是阻抗、攻擊或其他，個案傾向都用一個看似很難更動的外在現實結束討論。個案對自己的狀態也習慣直接用診斷症狀來解釋，讓治療師無法針對想法與感受有更多探討，彷彿個案以此去避免碰觸自己不足之處。

突然不出席的狀況讓治療師感到煩躁，也有猜測與擔心：是否會如同前幾任治療師因失聯而結案、是否會因不准個案消失而落入沒有人情味的想像，欲討論這些經驗與感受，卻總被個案的外在現實中斷，漸漸治療師對她的缺席也像個案用外歸因的方式，放入無法思索的空間中。

參、個案先滿足治療師的需要，而後再索取具體作為，缺席是暫停待消化

初期諮詢中，除了出缺席，治療師經驗到個案用快速、跳躍、破碎的經驗敘述方式讓治療師認識自己，不帶情感卻占滿諮詢時間，似乎先滿足治療師的需求後，才開始考慮展露自己的需求，詢問治療師該怎麼做、有什麼建議，用具體作為替代反思情

感，如同吐完食物後，開始進食，而突然的缺席是暫時離開去消化，治療師則是補充其營養的人。

肆、個案像讀故事的人，與感受隔絕，需要立刻行動，談話中會看到他人影子

儘管個案用看起來資訊豐厚的方式敘說自己，治療師卻感覺她像是讀故事的人，隔絕感受無法觸碰、很空，似乎「有感覺」對個案來說是種威脅，與感覺、情緒靠太近的時候便無法思考與討論。而個案同時也是個很行動化的人，當狀況不佳時需要馬上讓自己處在完全不同的狀態與環境，馬上要做什麼、要丟出什麼。

馬上要做些什麼的代價是，個案對諮商中討論的議題並沒有真正意會，慣於用行為例如吃東西、參加短暫與陌生人際的關係來壓抑、撫慰那些不知名的不適，而在諮商中用覺察、討論來消化，下次遇見相似狀況又會重複提出。或有時會在個案的言談中看到其他治療師、醫師的影子，彷彿個案把他們的片段複製起來，等需要時直接貼上，中間過程並沒有消化，是原封不動地吐出，那與個案的內心是隔離開的，其他個案很少有這種狀況，似乎是她的特別之處。

伍、治療師經驗到自己是幫個案補充營養的角色，與督導討論，讓自己消化與中立

面對如此狀況，治療師經驗到他的角色是在幫案主感受過往的感受，幫助個案體驗、深化感覺，且提供個案支持與安心，這些對個案來說像是營養的存在，協助她自我成長，但其自行攝入營養、消化營養的能力偏弱，需要有像治療師的角色存在。

關於治療師自己，則是尋求督導將自己帶回純粹、中立的關係，避免滲入過往治療師對個案的成見，影響現在治療發展。但個案一直以來的出席模式，使治療師感到煩躁與無力，懷疑自己還能多做什麼好不同於以往，每當經歷懷疑自己比以往的治療師能多做什麼，這種「比較」的感覺時，也要不停消化自己的感受。其中也包含困境，有什麼可以讓自己不同於前治療師來發揮效用，這些延伸出的無力感，是治療師面對個案時感受到最大的挫折。

陸、嘗試在機構與個案間平衡，不想讓個案失去資源

如果個案長期下來出席都不穩定，又不斷回到機構求助，治療師感覺好像她特別脆弱、需要被照顧，那治療師也許可以包容、配合個案自身的架構，去承擔來自機構壓力，成為個案習慣擁有的資源之一，不想讓個案感到失去。

柒、個案與原生家庭關係糾結，看診與諮商是相對接納他的地方

隨著時間進行，治療師感受到個案與父母其中一方的融合，無法完全分離個體化，想要滿足父母期待卻苦於無法展現真實自我，渴望獨立卻離不開融合的愛。也感受到個案在消失過後，她其實期待回來看診與諮商，這個相對現實生活中對她沒有要求、批判、更能接納她的地方，但這些期待的心情卻藉由認為是來自治療師，以放到治療師身上來表達，彷彿自己無法覺察、或下意識認為這是必須排掉的感受。

捌、發現治療師可以讓自己碰撞與接納，彼此關係轉變為雙向互動

漸漸彼此關係開始有了轉變，初期是個案單向吐出資訊，包含肢體表現也顯得還不太能接納治療師，後個案開始向治療師提出要求，似乎試圖測量自己在治療師心中的分量，發現這個諮商是可以接納她、讓她碰撞的地方後，對治療師的不接納慢慢消退，兩個人的互動來到雙向且可以對頻的狀態。

玖、喜歡精神分析用富有彈性、完整的方式來理解人

對治療師來說，雖然尚與這個學派接觸不久，但喜歡此理論的特別之處在於用相對不具體、沒有步驟的方式來認識一個人，包含家庭、手足、諮商關係、移情反移情、潛意識等拼湊出更完整的個案世界。

拾、治療師以在這個諮商中找到穩定感作為目標

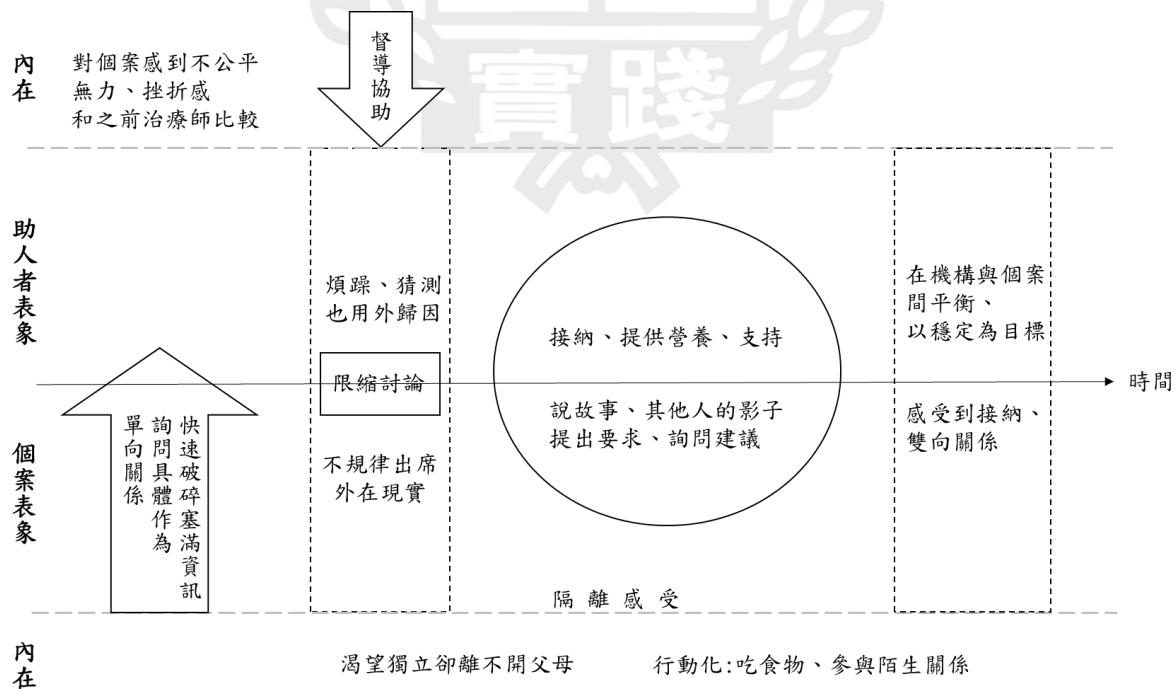
對於這段旅程，治療師覺得自己像在許多的意外中找尋規律，個案生活中的意外、諮商出席的意外，並把諮商目標放在使諮商能更穩定、規律地繼續下去，作為療癒的地基。

已經經歷好幾任治療師的個案，熟悉諮商是怎麼回事，起初便用快速、瑣碎的方式告訴治療師有關自己的資訊，滿足想像中治療師可能會想知道的訊息後，再詢問可

以解決自己問題的具體方法，關係是單向的。而治療師也意識到前面幾任治療師對自己的影響，對個案不規律的出席毫不意外，像個案歸咎到無法討論的外在現實因素般，也用外歸因解釋，限縮對此經驗的討論空間。還有與前幾任治療師比較的感受，需要花時間調整、消化無力與挫折，治療師意識到這些包含對個案以往的印象，並不中立也對個案感到不公平，因此與督導討論，重新專注回自己與個案兩人的諮商關係中。當個案說著自身經驗時，像個說故事的人，與自我情感隔離，有時會看見他人的影子，那些明顯不屬於個案的東西出現。漸漸也發現個案是慣於行動化的人，需要立即把不舒服、不穩定的感覺丟出，也許是向治療師詢問具體方法、提出要求，或是用食物、參與短暫陌生關係來滿足內在。在這當中治療師如提供她營養、支持的角色，讓個案感受到不同於原生家庭的環境，可以接納她的真實與碰撞。隨著時間累積，個案從一開始對治療師保有距離，到關係轉為雙向，但個案內心仍掙扎於與父母親的糾葛，無法脫離需要犧牲自我才能感受到愛的家庭關係，整理如下圖（圖 4-3）。

圖 4-3

小欣與暴食症個案諮商經驗之置身結構圖示



註：研究者自行整理。

第四節 普遍結構之一致性與獨特性

本節將綜合三位研究參與者的置身結構文本進行比對、深化描述一致性之處，並討論不同之獨特性。整理後分為心理諮商助人者對暴食症個案的評估，包含對個人及關係；面對暴食症個案的諮商經驗；與對助人者來說精神分析的特殊性，總共三部分，輔以節錄的逐字稿與文獻對話呈現。

壹、精神分析取向之心理諮商助人者對暴食症個案的評估

一、對暴食症個案個人的評估

(一) 暴食、食物作為滿足與撫慰的工具

對這三位個案來說，暴食像是一種難以抑制的渴望衝動，大量吃下許多食物可以解除壓力、填滿內在孤單，食物除了提供營養與熱量、滿足原始口慾外，更多代表的是心理上的陪伴，似乎只要勾起了焦慮、憂鬱、孤單時，首先可以撫慰自己的是食物，並不是和其他客體的真實互動關係。這是無法公諸於眾的行為，是隱藏起來自我安慰的方式，對象是隨手可得、不會回應與拒絕的食物，提供個體最基礎、飽的滿足。

暴食的渴望安裝於腦部，與意識上的壓力、狀況不好、憂鬱相連，感覺到壓力襲來便會啟動這項應變機制。當面對可能會評論自己外表的他人時，過度在意使壓力升高，連結到腦部的渴望，成為腦部最直觀的紓壓手段，可以獨自進行避免情緒影響到他人。突然的大量進食讓身體跟著產生變化，嘴開始咀嚼，口水吞嚥，胃不斷把自己撐大，消化液分解食物，體內電解質、養分、激素開始有不同程度的分泌和運作，從外在身體的轉變彷彿讓自我內在也立刻換了一層狀態，以此度過動盪不安的心理歷程，直至回歸短暫平靜。

那部分的腦就是…我現在覺得壓力很大我想要大吃，就是那個那種過去習慣、衝動還是會回來（小 A-2-033）

暴食的衝動在當他覺得有壓力的時候，他去跟他覺得在意的人吃飯的時候，他覺得人家會評斷他外表的時候（小 A-2-036）

她說會一直吃的時候，是偶爾她的狀況真的非常非常不好，很憂鬱的時候，然後就會說她這一週很不好，然後她就是會一直躺在床上都動不了，會一直吃東西這樣子（小 B-1-105）

他講到吃是他的舒壓方式，就是他有感覺到自己的身體跟心裡都有一些狀況，他不想要因為自己很躁的情緒去影響到家人跟他的伴侶，所以他就說他要一些能夠舒壓的東西，那他有講到兩個然後吃是其中的一個（小欣-1-093）

我覺得因為他是一個很行動化的人，比如說像他感覺到不好的時候他就會暴飲暴食，然後或者是去找陌生人出遊，這種需要馬上把自己處在一個完全不一樣的環境，比如你的身體突然大量的接受很多食物（小欣-2-004）

（二）真實體驗被壓抑使自我價值低落

治療師小 A 的個案對自我的價值感非常低落，儘管在小 A 眼中她美麗、能力也好，但比不上個案內心對自己的數落。從小個案就被教導好的外貌才能夠獲得他人喜愛，學會隱藏真實自我，顯示個案獲得愛、獲得與他人連結的方式不是由和他人真實互動為基礎，對自己的肯定全放在外表與他人的肯定之上。虛假的自我面具，維持著虛假的愛，個案（想像中）心底清楚真正的自己不會被接納，因此對關係總是沒有安全感，認為他人總有拋棄自己的疑慮。個案對真實自我也不了解，小時候該有的自我體驗沒有發展完整，壓抑許多沒有被客體看見、反映出來的感受，讓營造出來的自信與價值是空心、不穩定的。

治療師小 A 說個案是個公主，有著美麗的外表與讓人羨慕的一切，光鮮亮麗、大家都會喜歡的樣子，卻不是個案自己看見的真實，那些都是她營造出來的，真正的她根本不會有人喜愛、他人不屑一顧，自己沒有能力、什麼都做不好，所以只配用簡陋的東西、低等的資源、放涼的食物。

那些成功是幸運使然、是他人沒有注意到瑕疵，所以身邊的關係也都不穩固，他們遲早會離開，沒有人受得了自己，真實的自我是如此陌生但也沒有所謂，因為那些本來就不存在她對愛的信念中，從小便如此。

譬如說我感覺她其實過的蠻好的，應該也不缺錢，可是她會很根深蒂固的覺得喔，自己很窮然後沒有錢，或者她先生很愛他，但是她會覺得她的先生一定會離開他，或者是她其實蠻漂亮的，給人的感覺蠻好的，她就會覺得，不是我是很醜陋的（小 A-1-023）

因為這個是從小到大，她一直有種扭曲的信念是，我得讓別人喜歡我，我得想辦法在我的外觀上或者是看起來很討人喜歡，但是至於我真正是怎麼樣子沒有關係（小 A-2-012）

（三）在二元拉扯中尋求接納

在治療師小 A 與小欣的經驗中，個案似乎間接表達出一種希望自己能全然被接納的願望，他們在現實生活中可能因為外貌、身材、個性、過去的挫折等，不習慣展現自己本來的樣子，或擔心這樣的自己會受到他人的指點與評論，而像諮詢這樣理想上能全部包容、接受的狀態也許是吸引他們前來的動機之一。

即使在諮詢過程中不斷貶損自己，覺得自己只配吃不好、便宜的食物；或是結案後反覆回來同個地方求助，彷彿個案在這裡得到歸屬，即使無法遵守基本出席的自己也還有地方可去的安心感，傳達出他們對真實自我的隱藏，以及不自信與不安全感，在不好與好、虛假與真實的二元中找尋接納。

一邊是自己的不好，自己很醜、不值得、很常缺席，連基本穩定的出現在諮詢室都難以達成，另一邊是治療師看見的好，覺得個案是夠好的、值得被喜歡的，承接個案放在自己身上不好的地方，給予個案自由請假與調整時間的彈性。對個案來說，虛假的是自己表面呈現出來的樣子，因為他人看到的是裝模作樣，當看到本來的「人性」後一定無法接受。以及個案表面上參與諮詢，但無法持續投入其中，進進退退的模式茹還沒做好準備，和不確定此關係安全與否。

隱藏自我的背後包含對自己及他人的懷疑，希望對方可以完全接納如此的我的真切渴望，彷彿與人接觸就不能展現真實自我，所以常在保有自己與維持親密關係中擺盪，期待對方在看見後能同理、包容並持續存在。個案總是在兩極中牽掛，最想要的還是接納。

但是他一直在嘗試，這樣你會離開我嗎？那樣你會離開嗎？他一直在嘗試這個，怎麼樣人家才會離開他，但是好像並沒有人真的離開他，所以我覺得好像也可以這樣思考，他的本意並不是要人離開他，而是他想要留住這些人，但是他用了一些很特別的方法（小 A-1-087）

他一直有種扭曲的信念是，我得讓別人喜歡我，我得想辦法在我的外觀上或者是看起來很討人喜歡，但是至於我真正是怎麼樣子沒有關係，所以他其實裡面是很爛很爛的，但是外面總是看起來好像很好，然後他一直在測試那個關係，他一直堅定的相信你總有一天會離開，所以我就一直弄你，到最後你看吧，受不了我了吧（小 A-2-012）

就是不管是治療室，提供他一種，就是好像他這個 pattern 目前沒有關係我還願意，或這個機構這個整個治療的空間還願意，讓他這樣子碰撞的感覺。（小欣-1-111）

我覺得是有的，因為就是他自己也講過他的外形啊，或者他比較容易起伏的情緒，當然一定會在他的生命中造成一些困擾，比如說找工作不一定那麼順遂啊，或是會有時候他會被人家不經意的話給傷害到啊，比如講他的情緒或他的身材之類的，然後所以我覺得他的生活呢，好像也沒有那樣全然能夠接受他的一個空間（小欣-1-112）

（四）找不到消化路徑的無望感

治療師小 A 與小 B 的個案對於挫折經驗的解釋大多是沒有希望、悲觀、不可控且長期都不會有改變的可能。那些被個案認為匱乏的、不可撼動的負向意念，壓在他們身上時刻展露在言談中，傳遞沒有希望的感受給治療師，就像天生註定一般，已經沒

有辦法靠自己的力量改善，光是這樣龐大的無望感、無法靠自己力量的失去自主感，就需要在諮商中不斷面對、處理，影響治療師往後處遇的方向。

因為我常常都會思考說，就是她這樣子的想法跟她的現實是如此的不符合，但是她卻只能根深蒂固的這樣子思考，好像那個是已經無法改變的，就是我們現在講的是內心的狀態嘛，可是那種根深蒂固的感覺會讓我感覺到，那是一個一出生就可能有肢體殘障的孩子，然後她終其一生她都是必須帶著那個殘障生活下去，覺得有時候會有這樣的感覺（小 A-1-020）

因為他也是我目前唯一一個飲食障礙症的患者，所以我沒辦法去核對其他的，但是那個希望感真的不一樣，就是沒有希望感，跟其他類型個案完全不一樣（小 A-2-069）

而且你可以知道說，你光是看到他吃的症狀改變，就是知道他是有在改變的，跟他談的感覺是，因為他就一直說永遠都不會有人接受他，然後他就是會一直重複（小 A-2-070）

我的感覺好像是，第一個是她點到這個問題的時候，你也覺得必須要給她一個回答才行。不然太空了，然後就很絕望，就是她沒有快樂的童年，她沒有溫暖的爸媽，我覺得不是她有過這些感覺然後她很渴望可以再有，而是她就是沒有，所以即使她會說出這些東西，但是這些東西都不是屬於她的經驗，就好像是她看到別人窗戶裡面很溫暖的一家人一樣，因為她只是看到而已，她沒有經驗到（小 B-1-175）

深沉的無望感沒有消化路徑可以處理，因個案對於「知覺感受」存在距離，彷彿情感與內在之間隔著未發展完全的區域，給人空的表象。在治療師小 B 與小欣的諮商經驗中，皆用到「空」這個詞來描述個案的整體感覺，當個案在描述自身情況時，治療師感受得到個案內心有許多複雜的情感，但說出口的卻很粗糙、貧乏，描述內容聚焦在缺乏，缺乏好的經驗、好的關係。加上各自經驗沒有連結，彼此是獨立存在於個

案心中，使原本就薄弱的故事無法藉由相聯結拓展面向，傳遞給助人者的只剩下阻斷、空的印象。

當個案滔滔不絕的在講述日常世界，儘管是第一人稱開頭也帶有情緒用詞，但讓治療師感覺個案像在閱讀書籍，似乎在故事中缺少了身為主角的情感，難以確定個案是真的感受不到，還是刻意雲淡風輕不想投入。一般和可以與感受同在的人談話時，他人將感受得到情感的朝向、與對自我感覺的確信和投入，但面對暴食症個案的諮商時，大多感覺到他們與感受隔離，隔絕了什麼。

就是連不起來、說不出來就是她的生活啊、她的經驗，我覺得就幾乎就是她生活的全部了，就沒有東西，很空（小 B-1-089）

我在想用很空、沒有什麼東西、然後一直很匱乏、沒有一些好的經驗應該蠻能夠貼切的形容她，尤其是在關係上面（小 B-1-090）

我覺得那種聯繫兩個東西中間有一條線，然後解離是把那條線切斷，所以剛剛形容的那幾個，比如我跟她的關係，她去看心裡面的東西的線就會切斷，彼此之間沒有那個線，我覺得這個對我來說像是解離的方式，像是某種程度她沒有那些感覺阿，不去連接這些感覺（小 B-1-172）

覺得很空，覺得他好像只是在讀一個故事，就是某某人怎樣怎樣所以很煩，只是那個是第一人稱，就是有點空泛跟離那個狀態有點遠的感覺，但他又覺得自己被這個東西綁住，所以他常常才會一直需要來諮商求助，他都覺得自己常處於那種煩惱難過的狀態，但是其實在治療的當下，他其實離那些感覺是遠的、是有被隔絕住的（小欣-1-034）

他只能用描述，他覺得那樣比較安全他不想要感覺，還是他真的就是他的 pattern 就是這樣，他真的感覺不到那些感覺（小欣-1-035）

二、對暴食症個案的關係評估

(一) 原生家庭一分離個體化的挫敗

礙於個案隱私，在受訪過程中盡量避免具體談論個案與原生家庭的相處情況，但仍可以在治療師的言談中發現，這三位個案展現出的，幾乎是受原生家庭的負向影響居多，不論是在過往的諮商中花大把時間討論原生家庭議題，如何影響到個案往後的其他關係，讓治療師認為這也許是暴食症的來源之一；亦或個案想起小時候沒有愉快、溫馨的童年，與母親不親近，父親是一個情感冷漠的人，情感展現在這個家中是如此陌生，家庭整體氛圍佈滿嚴厲；又或讓治療師覺得，個案與父母並沒有真正分離與獨立，父母自己的沒有獨立與不成熟，緊抓著個案遺傳這種模式，個案儘管內心想掙脫，卻過度在意是否能滿足父母期待，這種期待底下隱含著自己能否被接納，進而才能感受到被愛，讓雙方誰也離不開誰。

個案不斷在諮商中討論原生家庭的情感拉扯，從小的信念與價值觀養成，至求學過程仍不斷與過往重疊，龐大的陰影花了幾年時間逐漸釐清，形影不離地左右個案的飲食症狀。可以發現父母親在家中給個案的情感形象是重要的，是不是容易親近、能不能表達情感，或父母本身會不會在家中表達情感、如何表達，家庭整體氛圍是溫暖或冷漠，點點滴滴都會烙印在孩子心中，潛移默化、耳濡目染。當父母其中一方消失、沒有發揮該角色的功能時，會造成另一方特別靠近與依賴孩子，彼此成為情感支持的來源，希望孩子滿足自己的期待，而孩子一方面遵循，卻日漸感受到主體性被壓抑，無法自由展現自我，想到一旦徹底離開，又無法感受到早已習慣的關愛模式。雙方都不夠成熟，陷入無法離開也無法為自己而活的兩難。

她初期的時候，不斷討論的是她的原生家庭議題，然後原生家庭的議題就討論非常非常久，我的感覺這個好像也許是她暴食症的來源，一個蠻大的原因，後面也有一大段時間在講她的求學過程，但是也可以發現說她求學過程其實也很多受她的原生家庭一些影響（小 A-1-016）

因為並不確定創傷範圍是什麼，但是我覺得她的小時候的經驗蠻受傷的，因為她的爸爸是一個幾乎完全沒有什麼情感上的親密感吧，都沒有（小 B-1-046）

爸爸是這樣，她的媽媽跟她也不親密，然後好像全家人都壟罩在爸爸的一種，我剛剛原本是想要說嚴厲（小 B-1-047）

我自己會感覺又回到他小時候的狀態，他跟父母的其中一方處不好，某一個角色在他心中是消失的，所以感覺他一直沒有這個角色的存在，有可能讓他過度依賴另外一個角色，也有可能讓他跟另外一個角色還有一點融合我覺得，還沒有完全的有那麼完整的分離或者是個體化的東西出來，當然不是融合的很嚴重完全沒辦法分離的那種，但我覺得還有一點這個意味在（小欣-1-138）

但他就是在跟他雙親其中一個角色，在一起的那個感覺就覺得好像是一個離不開的小孩，然後想要做很多事情去滿足這個人的期待，但是他又很生氣他又覺得我沒有要為你而活，就是為了要滿足你一些期待我自己做不到很多事，他有時候也會把自己做不到一些事，歸因在他為了滿足他父母其中一方的期待中，然後你就感覺那個關係是比較混在一起的，不管是他自己還是他雙親其中那個人，都是沒那麼獨立的（小欣-1-139）

（二）親密關係作為提升自己的功能

三位治療師都有些微提到個案的親密關係狀況，一是看起來穩定、在有愛的婚姻關係中，但個案仍常深信自己不值得，伴侶總有一天會受不了而離開，如同在諮商裡與治療師反覆上演關係的推、拉；另一位同樣有包容的伴侶，彼此在穩定的關係中，但訪談中沒有太多著墨故不多作闡述；再來是治療師小 B 的個案，她目前的親密關係相對不穩定，有幾段關於治療師小 B 感受到其親密關係的描述非常特別，提到沒有消化的感覺依舊存在，彷彿個案希望透過找到一個比自己有更多好經驗、心智功能更佳的人在一起，好提升自己的完整、彌補生命空缺，而不是從自身培養這些功能。有了

這樣的伴侶的確為個案帶來更完整的情感經驗，且在諮商中也更能用豐厚的情感體驗，來說明這段歷程，不再像談其他經驗般貧乏、單薄。

所以她找一個有的人然後把她吞進去，她就有了，所我在很初期的時候有一個感覺是她在找一個有的人然後把他放到心裡面（小 B-1-181）

他覺得應該是小時候沒有那個經驗，所以我覺得她好像是覺得如果有那些經驗的話他就不會這樣，所以有這樣經驗的人，我可以說是心智功能比較完整的人，她好像想像如果有一個心智功能完整的人她就不會那麼匱乏了…所以我覺得比較像是她把另一個人放到他心智功能的位置，然後讓那個人在她心智功能的位置運作，但是其實並不是擁有那個功能，所以她好像不是想要自己長出那個功能（小 B-2-005）

治療師小 B 的個案從小在嚴厲的家庭氛圍中成長，與父母的不親近，讓她覺得自己缺少許多童年應該要有的溫馨、快樂經驗，這不可逆的缺乏一路影響她至成年後，使個案常專注在自己缺少的向度，面對治療師時有忌妒的意味。當這些缺憾可以在另一个人身上找到，並藉由建立親密關係讓彼此融合，好似自己也有了這些東西，像是食物可以立刻補充營養。有了這段關係就能立刻讓自己不同，一方面享受彼此緊密的感覺，那是小時候罕有的，一方面有能提升低落的自信與自我價值。親密關係的存在對個案來說意義重大，像是替已經無力改變過去的自己找到棲息之所、讓自我趨向完整的工具，使親密關係同時成為個案的自我、情感兩個向度上的彌補作用。

小結

總體來說治療師對暴食症個案的評估無法單從個人面向著手，關係是不可忽視的重要因素，源自個案有許多來自家庭的信念、價值觀，對愛的認識、與人建立關係的模式皆來自從小與重要他人互動而來，展現的樣態包含認為外在要討人喜歡才是最重要的，善於營造一個他人喜歡的樣子來獲得關係；在家中傾向壓抑情感，因父母親長

期都表現的冷漠與疏離；從小開始被迫擔任父母親其中一方的角色，妨礙自主個體化的發展，把滿足父母期待置於自己需求之前等。

這類養成經歷使個案成年後對於原始的自己越發生疏，一面知道自己的好都是假裝的，一面從他人的回饋中又得到肯定，彷彿可以接納最原本的自己，兩邊搖擺拉扯讓自我價值感總是不穩固。在諮商中反覆透過言語、行為希望找到可以全然接納自己的證據，不斷傳遞的空與無望感成為治療師需要來回處理的感受，在貧乏的諮商中反而親密關係能讓個案說的更多，看見親密關係彷彿補足了個案缺少的功能。

貳、精神分析取向之心理諮詢助人者面對暴食症個案的諮詢經驗

一、症狀好轉象徵個案的進步

從治療師小A諮詢經驗可以看到個案吃、吐症狀好轉的歷程，從原本暴飲暴食、必須吃不好的、冷的、壞的食物，覺得自己只配吃劣質的食物，到後來漸漸允許自己吃好的、溫熱的食物；從一開始需要催吐，到中期可以停止，停止催吐的時間一次比一次長，直至找回飽的感覺，不再是永遠飢餓的狀況，皆與個案的心理狀況息息相關。儘管仍有自卑感作祟，相信與其他人的關係不可靠，但對身材方面可以逐漸忍受多吃一些也沒關係、不會發生天崩地裂的後果，有更多接納與彈性存在。

外在狀態的好轉同步反映個案內在正逐漸成長，知道飽的感覺與能控制自己停止進食，尤為展現了重要的分水嶺。暴食症個案不斷進食的原因之一，包含無法正確的知覺到飽足，不管吃了多少仍有種填不滿的感受，分不清是心理或生理上的飢餓，只好持續進食，到生理感受到脹痛與噁心，這些因為過飽而生的劇烈不適，依舊難以停手，如懲罰般陷入無法控制的自發行為中。所以當個案能知覺到飽和可以控制停下時，似乎代表個案重新接上身心的連結，比起過往內在世界模糊不清的拉扯，已經進度到能正確感知自我，並嘗試用自身力量重新掌控行為、嘗試拒絕渴望的滿足、嘗試不以傷害自己的方式達成某種撫慰與解脫。

食物上的選擇也反映個案自我價值感的提升，不再覺得只配吃不好、沒有人要吃的 food，開始意識到、也相信其實自己值得好的食物與對待，但過程中依然可見起

伏，進食狀態並不會從此恢復所謂的正常，不再吃過量或不再苛求外表身材，屢屢仍會吃的多、在意體重，但不致嚴格苛求，能用相較有彈性的觀點，試著接納自己此刻的狀態，與承擔之後可能迎來的後果。不會銷毀過往全部努力的價值、不會再變回去那個糟糕的自己，個案開始可以實際接觸到自己的感受和辨認不同需求，練習自己給予自己一直渴望的接納。

她來這邊的第一年結束的時候，她停止了催吐，然後她在這邊第二年結束的時候，就她就等於維持了一年的沒有催吐，到現在已經第三年結束，我們開始第四年，她告訴我的是，她覺得她現在開始知道飽的感覺是什麼，就是她的飽的感覺回來了，她可以去控制，可以知道自己已經飽了，不需要無限制的一直吃，然後或者是她會知道自己可以吃好的東西（小 A-1-014）

如果是從這個個案身上來看的話她沒有辦法吃好的東西，因為她覺得自己不值得，所以她必須要讓自己吃一些很不好的東西，冷掉的東西、壞掉的東西（小 A-1-052）

她現在可以吃多一點，可以變胖一點，她覺得這是可以接受的，比如說他以前吃了一整盒的喜餅好了，她就會馬上全部把它吐出來，然後她現在是知道喔我可以吃，然後我也可以不吐出來沒關係，就是比較沒有像以前這麼吃進去就會變成怪物之類的（小 A-2-031）

二、諮商關係的隔離與連結

（一）秘密象徵關係深淺；關係拿來承接不好的部分

治療師小 A 在和個案的諮商過程中，不斷有秘密出現，讓她不會感到乏味，而這取決於個案對治療師的信任有多少。個案在諮商中似乎很小心謹慎的篩選該說出什麼內容，害怕受到治療師批評，雖然不清楚怎樣的評論對個案來說傷害最大，但連在相對安全的諮商室都必須斟酌，可見得有多不想失去治療師的喜歡與關懷。

而秘密之所以稱為秘密，因為只有隱藏的自己才能了解，與自我最靠近的東西如果被否定，也許就會迎來個案心中毀滅性的羞恥感，除了失去關係之外還會帶來過往

挫敗的再現。罪惡感綁著行為，羞愧感連著自己，若深藏心底的祕密被批評，這兩項感受將會聯合起來把自己淹沒。

她就是身上有很多秘密的人，所以你在跟她談的時候，她會隨著時間或是隨著她信任你的程度，她會再告訴你一個秘密，再告訴你一個秘密…我聽了就覺得你為什麼會不敢跟我說這個秘密，她說因為我怕你會 judge 我（小 A-1-046）

我覺得是她很聰明，所以她不會講出她不想講的，其實我覺得她的聯想有時候可以連到過去的事，但是她不想告訴你，因為她很可以假裝，所以她的那個不想說就是不想說，就算她有聯想到也不會說（小 A-2-051）

我也會常常使用到我與她之間的關係，用這個部分來作詮釋，或是用她自己提到的例子來作詮釋，特別是用她自己的話來作的時候，她比較能去想（小 A-1-074）

治療師小 A 面對這樣的內容，一方面因逐漸獲得個案信賴而開心，一方面也苦惱於該怎麼幫助個案走過這些根深蒂固的懷疑，透過再再嘗試，發現用自己與個案的關係當作詮釋，或用個案說過的字詞、例子延伸作為回應時，個案比較能真正的停下來去反思，彷彿這些話有被她聽進心扉，雖然這些問題仍會不斷反覆發生，但這種時刻會讓小 A 感覺與個案更靠近，更可以接近她的傷口，好好為她擦藥。

我印象比較深刻的是，她說自己只配吃某種便宜食物，我當下就很明確感受到，我就是那種便宜的食物，她覺得自己只配來這裡（小 A-3-001）

這段話是後期與治療師小 A 核對概念時她所提到的，訪談內容中也可見個案對其他關係同樣會出現此等狀況。對治療師來說當個案吐出自己並不值得時，也如同感受到自己就是個案口中那個不好的事物，藉由這個舉動讓個案把對自我的不滿意、不能接受的地方放在關係中，就不會只停留在個案自身。

就像精神分析在防衛機轉中所談的投射（projection），移情已經在個案對治療師的關係中發生，個案把過往體會過的經驗放在治療師身上，用這種互動方式讓

經驗重演，此時治療師對感受的覺察與反思便是關鍵，她深刻的感受到了這種情感不是來自自己，更像是被個案放上來的，由此出發去建構個案過往的人際經驗，是精神分析取向治療常運用的技巧之一。關於投射的討論於第五章描述。

(二) 個案的難以表達使諮商成為單向關係

我覺得為什麼講心情會很困難，是因為這個案只要跟她工作，問她你的感覺是什麼，她就會不開心，她就是好像東西卡住了一樣，不能動，跟她互動的時候好像不太能用這些事你當時感覺怎麼樣，她沒有辦法用這個方式互動

(小 B-1-065)

我有試著跟她核對說，是不是對她來說要去講這些事情很困難，她就說沒有覺得困難阿，是有非常多非常多的事情我不知道從何說起，不然你問我好了，然後這時候我就動彈不得了，因為一但問她，就會陷入我很主動的狀態，就變成我去挑選她的東西，我試著挑選過，但是她很不舒服，然後就是如果是我去挑選那肯定不會是她要的，因為跟她的工作我很知道要跟著她選出來的東西去工作，才有辦法進去 (小 B-1-067)

但是如果去問她，她很焦慮的話就很像是一群人在飯桌上吃飯，那種中式的
大轉盤，變成像是跟對桌的說欸，那個肉，然後她就說好啊，然後就夾給
你，就好像跟他無關了 (小 B-1-097)

大部分的人可以說出他的經驗是什麼，可是她好像說不出她的經驗是什麼，
她的意思是她不是說不出，而是有很多經驗她不知道從何說起…然後她對那個
我就是不知道從何說起有點情緒，但是她其實什麼都沒說，她沒有給我一些
經驗，我就沒有辦法認識她，然後個案有時候會講一些很抽象的東西，通常
那個時候我聽不太懂，就會請他們講一些比較實際的事情，但她那個時候
會生氣，她會不想講，或是她就講不出來，她就會說就是這樣 (小 B-2-001)

在治療師小 B 的經驗中，感受到個案宛如找不到詞彙去表達她的經驗，若直接問個案感受，她會卡住，且對自己的這個卡住也會有情緒「氣自己為什麼不能好好表達」，遂而轉向說明抽象的情感。但當治療師小 B 對於抽象的意思進一步確認、詢問具體事例時，個案又難以闡述，彷彿連想到具體事例並說出來都是件萬分困難的事情，千頭萬緒最後集合成一句「就是這樣」結尾，讓人摸不著頭緒。個案也對這樣的治療師感到生氣「為什麼自己都這麼努力了你還是不能理解」，此情況常常上演，是讓治療師小 B 感到挫折的原因之一。

對無法得到更多資訊去了解個案，治療師小 B 嘗試過主動詢問，不過馬上就感受到個案的焦慮與不舒服，雖然個案口頭上不說，還加以表達希望是由治療師發問，但治療師能感覺到這種狀況下所得出的回答，都和個案無關，個案像是回應要求而給出答案，觸碰不到個案真正的情緒與想法，反而變成是治療師想要知道、聽到的資訊，而不是個案的。若持續如此進行只會讓諮商停留於表面，無法深入核心，治療師小 B 認為如果要和這位個案深入工作，那必須要是個案真正在意且想說的素材，貼著這些素材慢慢往下挖掘，才有助於往核心的方向前進。

我覺得那一刻我有懂她真的很想要有些要求，然後我也看懂了，但是我講出來並不是用一個很緊張的方式，而是用了一個有點幽默的方式（小 B-1-124）
跟她工作的話就是都要跟著她的話語、感覺走，用她自己講到的東西回應還是發問，而且速度要很慢，如果是我給她的就不是她要的了（小 B-2-012）

面對這個現象，治療師小 B 某次用一種幽默的方式，重新描述個案對自己提出的要求，原本可能是瀰漫張力的氛圍，但因治療師正視這個需求，用較為好玩的鏡映回應，使個案明確意識到助人者接住需求、不閃躲，但卻不覺得此要求是討人厭、有危害的，這樣的回應讓彼此的關係得以更靠近。與督導討論後，治療師小 B 調整自己的處遇方法，減少主動開啟話題，用慢的速度跟著個案，運用僅剩的素材盡量去延展，比起要廣泛的蒐集個案資料，也許這種緊跟式的、聚焦在個案身上的互動，能加深個案對自我的覺察，協助她一步步意識起自己的經驗。

(三) 未經消化的內射觀念隔離諮商關係

前文提及在諮商初期，治療師小欣的個案慣用大量破碎的經驗塞滿諮商時間，讓彼此缺乏互動、關係單向進行。而後治療師小欣發現個案說的話語，像是複製以往在他人身上學習到的用法，當下聽時便有與個案隔離的感覺，看似有道理卻和個案內在狀態不符，好像略過步驟太快進入有領悟的產出，想要多討論這些卻因為個案拒絕而無法走深，只停留在某種說法可以呈現自己，如同直接認同這些概念。

個案自述已經經歷過多任治療師，確實在他們身上有所學習，治療師卻覺得這種情況，比較類似把食物吃進去後再完整吐出，沒有與自己的體驗接觸、整合、沒有產出屬於自己由「衷」的結論。

但是有時候跟她工作完，我有時候會覺得某一些時候我會突然看到其他治療師的影子，我覺得那有可能是以前的治療師給她的，或者是以前醫師給她的，但你在當下會覺得喔，這個人有在講一些內在或是有在省思…我就覺得她平常的狀況是不穩定的，但是突然有些內在的東西跑出來，然後那個聽起來不像他她的，而是別人的，可能她有把一段一段的治療或是某一些學習放進去，可是沒有消化過，就變成不像他的東西，當她需要把這些東西拿出來的時候，她會原封不動的吐給你這種感覺（小欣-2-005）

所以那時候會感覺這些東西聽起來很有道理，但是當下在治療的時候感覺跟她是隔離的，那後來去思考一下就會有這種感覺，因為你沒有消化，你只是原封不動的把那些東西吞進去再吐出來。我有嘗試著跟她討論這件事情，但沒辦法走深，她就會說對阿（小欣-2-006）

這裡可以看見個案善於直接吸收、認同他人想法，如精神分析中所談的內射（introduction），個案把他人的言談當作是她對自己的理解，當別人問起類似狀況時，使用這套複製進來的思考來回答，卻與自身內在混亂的狀態不吻合。顯示其對內在世界的陌生，不知道該從何著手描述，疏於練習辨認自我感受，所以當一個貌似很接近

的想法可以代為發言時，直接挪用變成個案理解與整理自己的方法之一，同時也起到讓他人易於理解的作用。

但以關係層面來思索，就彷彿建了一道隔閡在兩人關係之間，對方乍看好像懂了眼前這個人，實際上與他真實狀態大相逕庭。個案也像是用借來的表象，堵住對方繼續探問和討論的空間，也許是一種面對尚不安全的關係時的自我保護；也許是一種想要加快他人與自己連結、建立接納關係的變型方式，不管是哪類，此現象都確實影響了個案與治療師關係繼續深化的歷程。

三、在無力消化的諮商關係中尋找其他的可能性

治療師小 A 與小 B 的個案不管對食物或是經驗，皆無法好好消化，同樣的感受也在諮商中傳達給治療師小 A。當個案滔滔不絕講述自己的故事時，呈現出內在的不穩定和未整合，個案說不定也不清楚發生了什麼、不知道可以怎麼闡述這些經驗，不好打斷的連續發言，如同個案餵了食物來塞滿諮商、堵塞治療師的胃，讓治療師乍看聽了很多、一時間得知很多訊息，卻聽不懂、進不了個案的脈絡，腦中對個案的行為飛過許多疑問，卻難從探問或討論的方式著手解決此僵局。無法感受與思考就像飲食失調的症狀，變成治療師自己的消化功能也被消失，使雙方都陷入癱瘓的狀態，諮商工作暫時停滯、卡關。

而對治療師小 B 來說看不清楚個案發生什麼事，對小 B 來說是相對困難處理的，不管是從說出來的話語，或是與個案互動中的蛛絲馬跡都難以蒐集，會談壟罩在混沌不清的氛圍下讓治療師感到不舒服。

應該不是放空，我覺得是一種被他的投射癱瘓，就是我試著想要運作，架設我是胃好了，我試著想要有功能，可是他好像用一些東西塞滿了我，讓這個胃運作不了的，就只能癱在那裡，會覺得好像不能餵任何東西進去（小 A-1-061）

但是我覺得也反映了他的內在，因為他的內在也是癱瘓的，他自己很混亂，所以他也很常常成功的讓我也覺得（小 A-1-063）

我覺得當下你就會有感覺了，像完全不能思考，我現在能不能回應，我現在回應給他的東西，他的反應是什麼，他現在為什麼必須要一直不停地講，為什麼好像打斷不了他，就是你在現場其實就可以感覺到（小 A-1-064）

我會覺得個案之所以有困擾來諮商，比起別人說的那些，我比較相信的是他們說不出那些經驗，然後我會覺得消化就是，把經驗也許是說出來，也許是互動出來，然後去看到發生什麼事情，因為很多時候我覺得那種不舒服的感覺，是在不知道發生了什麼的情況下發生的，也許每個個案的選擇不一樣，我覺得是這樣，但是不管要怎麼樣，在這個前提是你要會需要先看到發生什麼這樣，然後我蠻覺得消化就是去看到那個東西，也許這是這個個案對我來說為什麼這麼困難，因為我不太知道發生什麼事情（小 B-1-221）

面對困境，治療師們透過與督導討論來尋找其他可能性。三位受訪者學習精神分析的資歷都不算太深，加上有兩位是正在全職實習的心理師，諮商中遇到困難和督導討論是常見的狀況，不過並不是手中每位個案都有需要拿出來共討。這些暴食症個案皆被選為研討對象，也許顯示一些共同之處，以及需要與他人發想才能有助於諮商前進的現象。

治療師小 A 透過與督導的討論，緩解諮商中被卡住的感覺，把和督導聯想到的素材帶回諮商中，與個案進行不同面向的討論、拓展想像與延伸的空間。治療師小 B 則與督導討論個案的創傷模式、處遇方向，因為難以評估個案的經驗，所以治療師的回應方式也需要調整。而小 B 在接受研究者訪談時表示，原本較零碎、雜亂的感覺，藉由訪談過程得以整理，理出一個經驗相對著地的圖像。治療師小欣透過督導的協助把關係拉回和個案兩人之間，重新穩定治療師的態度與功能，也幫忙消化過程中出現的不公平與被比較的感受。

我覺得在這個過程中一定會有很常卡住的地方，所以這個時候就要跟督導求救，就是要一直跟督導的討論才能夠前進，不然我覺得面對這個個案的時候常會有種卡住的感覺（小 A-1-026）

還有督導的時間會一起想，喔我覺得精神分析很好是，很多東西你當下沒有辦法看出來或是沒有辦法想到的，都會在後續跟督導聯想的過程當中，會有很多很多東西都會慢慢被帶出來，這是我蠻喜歡的，就是我們在當下是釘住，可能就是無能為力，但並不代表那個治療是沒有進展或是無效，因為我覺得那個治療是在後續我們有更多的討論和發想後再帶回去，還能跟個案走得更遠（小 A-1-058）

我覺得需要督導，因為很奇怪，就是理論上如果是 neurosis 的個案，她應該是有一些衝突，她對我來說是 neurosis 的個案我就在想說，那個衝突怎麼這麼難解，完全都下不去，然後是不是哪裡不對勁，我就跟督導討論這個個案（小 B-1-024）

我自己整理的，然後蠻大一部份是在跟你訪談的過程中整理對他的感覺（小 B-1-231）

我就想說那時候其實主要是跟督導說，我應該把自己擺在什麼心態，就是因為其實我一直覺得對他很不公平，是因為一開始就覺得他非常有可能會掉案，所以就是我一直在他第一次出現這 pattern，我就想說阿是不是要掉案，就想跟督導討論這個狀態，我能夠注意什麼或我能夠做什麼（小欣-1-056）

小結

治療師與暴食症個案諮詢的過程中，除了評估個案，心中也會泛起諸多對個案的情感，及對彼此關係轉變的洞察。

綜合三位受訪者的經驗，獨特性其一是可以感受到食物與個案的心理連結，儘管個案意識上對自我的負向信念仍根深蒂固，透過她反應出來的飲食狀況可以象徵其心理功能已比從前穩固、有彈性，且隨著時間進行，個案對治療師越來越信任的基礎下，個案願意講出更多從前怕被治療師評論的秘密。另一方面治療師也成為承接個案不能接納自我的部分，個案不斷於諮詢中講述自己的不好、只能配上不好的東西，彷彿治療師就是此不好東西的表徵，對治療師而言有鮮明的被投射感。

再者，個案對於經驗描述常不是貧瘠就是過於抽象，舉出實例說明對個案來說同為一堵障礙，若治療師因此主動探問，則會引發個案的不適感瀰漫，且其說出的回答與自身脫節，難以切入核心。此種兩難情況使諮商關係不管是對個案亦或對治療師，都是單向進行、沒有交集。

個案常吐露不符合目前自身狀況的反思，自述是摘引自從前一同工作過的治療師或醫師的說法，但現下正與個案會談的治療師明顯感覺，這些說法和個案當前的情感分離，如沒有經過消化的食物再次吐出，欲細究也容易被個案中止，使諮商關係隔上一層觸碰不到內在深處的隔閡。

諮商經驗當中的一致性是，當三位治療師對諮商工作感到動彈不得、自己的功能無法發揮時，便會尋求督導的協助。藉由和督導討論，拓展素材的聯想、深化能詮釋的動力範疇，重新評估個案心智能力、擬定適合的反映模式，及因前幾任治療師的存在使諮商關係參有他人的印象，治療師為此感到被比較，也對個案感到不公平的種種情感，藉由督導釐清、幫助消化，重新拉回諮商平衡。

參、精神分析取向的特殊性

一、所有面向的「慢」

三位受訪者對精神分析學派的理解、體會各有不同，但其中較常被提到的概念便是「慢」，這種訓練方式改變了治療師小A的性格。「慢」包含了態度、問話、思考與等待，不斷被督導提醒，不急著去行動出個案帶來的議題如何處理、不急著去表達各種詮釋，用貼近個案的速度靠近個案，細緻發酵諮商中每個片段，把個案當作孩子來看待，給予時間讓其成長、陪她們等待，同一個議題可能以不同樣態反覆出現、就再反覆處理，從慢慢顯現的移情深入討論，是這個學派的特點，對某些個案來說也存有優勢。

以治療師小B的觀點，她認為自己的個案可能就不適合太積極作為的諮商取向，因個案非常關注互動中自己缺少的經驗，若治療師太過主動地探問，若問到沒有的經

驗時反而會放大那種「被發現自己缺乏」的感受，會造成個案極大的不適感，隱約忌妒著治療師在諮商外生動、快樂的經驗。

因為我一開始的時候我也是很急躁的那種人，就是我一開始的時候我會很急著，我希望為個案作什麼，他的問題可能是什麼，然後往這邊作，可以往那邊作，可是我就會不斷地被督導叫我往後退、往後退，我覺得是這個訓練，讓我可以不要那麼躁進，我覺得能夠讓我慢下來是一件很好的事情（小 A-1-079）

我在這邊學到的是，我們用很溫柔的速度跟頻率去靠近個案，就是真的很慢很慢的，不會很急著跟她說你現在就給我，我突然想到像是媽媽逼小孩寫作業，你現在給我寫好、改掉或是什麼，就是我覺得在這裡不會有這樣的事情，我覺得個案也需要時間，就像一個小孩他成長需要時間一樣（小 A-1-080）

因為我對她的認識是比較細緻比較慢的嘛，所以我就先等看看，看有沒有東西，然後她沒有辦法說之後，我才先問一點點，然後發現她對問很不舒服，所以要找一些好的方式問，那我覺得大部分的取向會一開始比較積極的問，我覺得比較積極有個壞處是，越是積極的去問她，就是越讓她覺得她沒有

（小 B-1-094）

精神分析學派關注的焦點在於治療師與個案互動發生的一切，這種動力靠著幾天或幾次的治療完全無法顯現，不僅需要長時間的持續會談，談話內容從童年經驗乃至個案現在生活中發生的大小事，需考慮意識層面，也要追尋潛意識蹤影，經由與治療師日復一日的關係構築，到形成移情反應，體會治療中交錯的情感與阻抗，等待深層動力浮出水面。覺察、移情、詮釋以至修通，不斷周而復始，如此浩大工程讓一切必須「慢」下來，需要時間培養、發酵，治療師需有耐心地去意識、關照彼此的心理轉變，以達療效。

二、設置（setting）的重要性

在治療師小欣的經驗中，不斷提到設置穩定的重要，與督導討論時設置也時常是研討重點。希望個案能穩定地出席來體會治療，但當個案無法維持時，治療師小欣便會感覺滿滿的無力，曾經也懷疑維持治療架構是否真會影響治療效果，但隨著與督導的學習及持續閱讀理論後，使小欣逐漸發覺、認同架構設置的療效因子，並視讓個案能穩定來出席治療作為初期諮商的方向。

我覺得可能特別是在這個取向和在機構而言，個案能夠穩定出席是一件會特別去強調的事情，跟會特別去希望治療是去維持這樣子的架構，然後在他身上我就會覺得，可是好像他就真的沒有辦法維持這樣的架構，那個是兩種無力，一種是這個取向反復告訴我你要維持穩定的架構，要儘量讓個案能夠每次都出席…（小欣-1-073）

我覺得可能是因為我們在受分析取向的訓練，所以像是譬如說有時候我跟督導在談回憶稿的時候，有可能整個督導的時間都是在談架構，就是不只他了，我是指我在這邊受訓的這兩年，都會討論到治療架構、穩定度，那就是穩定的出席或是穩定的架構對個案的影響，我也曾經心裡想過有那麼重要嗎？如果我今天覺得需要我再來就好，可能我下禮拜就沒什麼需要、生活就有其他事情，但我覺得在學習理論還有看到一些臨床背後動力的時候，就會覺得哦，好像穩定的架構真的有他的療效因子在（小欣-2-003）

不止有外在架構，內在的態度架構同為精神分析設置的一環，身為諮商助人者，在諮商中會關注個案的每個細節、給予回應與討論空間，廣義來看像是一種對個案的關懷、照顧。而在這三位助人者的諮商經驗中，會觀察到想多為個案做些什麼的意念，如想要在個案設下的二元對立中創造更多安全、允許表達的空間，是技巧也彷彿是助人者對個案的情感反映。

治療師小 A 不斷提到對個案的心疼，這些心疼成為她想要、亦願意多等待個案的基礎，在微小的希望中持續與個案對關係的不信任拉扯。

治療師小B則為個案保留了一段一模一樣的時間設置，通常當個案生活有了變動，出席諮詢的時間不固定時，因為場地、工作時間安排等，不容易保留一個固定的时间等待個案回來，或許會等個案生活穩定下來後重新討論彼此可能的時間，而治療師小B下意識地答應個案為她保留，事後她反思發現這個承諾已超出自己的負荷，她是用這種維持外在架構的方式，去照顧在她眼中很脆弱的個案。

治療師小欣的個案出席也十分不穩定，按照機構規定，個案可能會再次面臨被結案的結果，但治療師小欣仍希望在她可行的彈性範圍內，為個案在機構中撐出時、空間，讓個案不用失去這個她已經習慣的求助資源。

他對他自己的確是沒有希望感，可是我對他的想法就是也許有一天會冒出頭了，可是不是現在，但是是多久我也不知道，但是我知道至少是他能夠接納他自己的那一天，我還是會有一個理想化的想法吧，就是他能夠接納真實自己的那一天（小A-2-071）

我覺得她蠻讓我體驗到，什麼狀況下，我在一個治療師的位置然後做出，超過我可以負荷的承諾（小B-1-206）

然後我後來就跟我的督導講，我的督導就跟我說，我覺得是這樣，就是我對他做了一個承諾，那個承諾是我的不舒服（小B-1-207）

我一直在想的方式就是，我幫她保留那個時段，等他回來後是同個時段，就好像他對我來說他脆弱到只能用同一個時段他不能改時間（小B-1-209）

我真的不知道我能採取什麼行動，好像真的只能被動一點然後，可能在他還想工作的範圍內，多給一些彈性那種感覺，就不是真的你已經這樣兩三次了我們就結案吧那樣的感覺，所以我覺得好像能提供的，真的只有在還不違反機構的底線的情況下，提供他一些彈性（小欣-1-116）

所以我就想說如果來這邊諮詢，是維持他穩定適應他日常生活的其中一部分，就一定不可能是全部，但就是其中一部分維持他整個人、適應工作跟生活狀態的方式的話，那在我能做的範圍內就是想要，在這一方面多給他一些幫助（小欣-1-118）

在此處可以發現治療師反移情的感受，治療師小 A 對個案的心疼讓她的諮商態度發生變化；治療師小 B 尚未好好考慮就答應維持諮商時間，她提到彷彿這個個案就需要這些照顧，所以為她給了這個承諾，即使這個承諾為自己帶來不便；而治療師小欣在治療前期會泛起「被與前幾任治療師」比較的感覺，以及對個案的缺席直接外歸因等。

這些牽動治療師情感、行為的經驗，也許是個案早年經驗、實際人際狀況的重演，也可能是當下與治療師互動出的共演（enactment），治療師在諮商後藉由深入反思這些體會，來建構個案的內、外在動力。

三、飲食、食物、消化與心理關聯

暴食症的「食」字，提供不管是個案、助人者或背後督導，都有另一個更具體的發想、意象去理解動力，在諮商和訪談過程中常會現身，例如上述治療師小 A 的經驗中能看見飲食失調行為的好轉象徵個案內心狀態的進步，治療師也調整自身態度，用不強迫個案加緊吸收、快速矯正的態度陪伴個案成長。

治療師小 B 的經驗中，食物成為個案撫慰情緒的手段與陪伴客體，當覺察到個案的不舒服時，小 B 會改變探問方式，希望個案可以吐出真正屬於她想說的。

而治療師小欣的個案則用暴飲暴食來紓壓，防止自己的情緒波及他人，治療師則成為提供個案營養的角色，並給予個案用自己的節奏來消化。

當三位治療師感受到諮商的卡頓時，皆需尋求專業第三人的幫助來「消化」（受訪者於訪談中常使用的字詞）。整體來說諮商的焦點環繞在個案與治療師在飲食、食物、消化與心理的關聯中，對比原生家庭與現實生活不好的經驗，諸如沒有彈性、不管跟不跟得上腳步都要裝成好的樣子、不能闡述情緒等，但在諮商的環境空間（設置、架構）、心理上的空間（慢的態度）皆和外在現實是相互補的狀態。把身體內急、滿、脹、清空的不適感以諮商的慢、穩定、消化、等待來中和。不僅具有飲食、食物表徵的心靈意涵，還包含由飲食行為延伸出的心理動力軌跡，都是精神分析取向的特殊處之一。

以下節錄之逐字稿，呈現治療師小 A 對個案飲食狀態的描述，與諮商當下對個案的感受。個案狀態綜觀來看正逐漸好轉，呼應個案總是說自己不好、不配，當她知道可以吃好的東西，顯示心中對自我的價值感已些微提升。環境架構也不再像媽媽逼小孩寫作業般，充斥立刻、馬上要改變的氛圍，治療師運用諮商工作來供應個案心理上的消化時間，慢慢攝取營養並成長。

我們開始第四年，她告訴我的是，她覺得她現在開始知道飽的感覺是什麼，就是她的飽的感覺回來了，她可以去控制，可以知道自己已經飽了，不需要無限制的一直吃，然後或者是她會知道自己可以吃好的東西（小 A-1-014）

她現在可以吃多一點，可以變胖一點，她覺得這是可以接受的，…她現在是知道喔我可以吃，然後我也可以不吐出來沒關係，就是比較沒有像以前這麼吃進去就會變成怪物之類的（小 A-2-031）

我突然想到像是媽媽逼小孩寫作業，你現在給我寫好、改掉或是什麼，就是我覺得在這裡不會有這樣的事情，我覺得個案也需要時間，就像一個小孩他成長需要時間一樣（小 A-1-080）

礙於個案與受訪者隱私，無法完整呈現所有對話，但本節錄要凸顯的是當個案在描述飲食與和食物的互動中，就如一直陪伴著她的人，給治療師小 B 食物等於她內在心理客體的聯想。訪談中小 B 也善於用各種涵蓋飲食行為的比喻來生動描述她與個案之間的動力流動，更可以讓研究者在還來不及有足夠的時間將思考語言化時，就已感覺到畫面帶來的衝擊情感。

她說會一直吃的時候，是偶爾她的狀況真的非常非常不好，很憂鬱的時候，然後就會說她這一週很不好，然後她就是會一直躺在床上都動不了，會一直吃東西這樣子（小 B-1-105）

但是如果去問她，她很焦慮的話就很像是一群人在飯桌上吃飯，那種中式的大轉盤，變成像是跟對桌的說欸，那個肉，然後她就說好啊，然後就夾給你，就好像跟他無關了（小 B-1-097）

治療師小欣描述自己像是給個案營養的角色，個案似乎需要吸收到一個有營養的東西才能安心，用索取、儲存糧食的途徑來補給匱乏的自己，如現實生活中個案會出現的飲食行為。而諮商中個案到底能不能有消化的能力是個謎，因當她大量攝取這些營養後，總是有短暫的缺席，好像抽離才得以消化。透過觀察這些蛛絲馬跡來相互連結，讓小欣對個案的理解能拓展到不同層面。

我講的話好像會成為補給他心靈營養的一種方式，雖然他很多時候我覺得他不一定像我一開始說的有消化，但是我覺得這跟吃東西一樣，可能光是他有吃到一個東西他就會覺得安心（小欣-1-060）

我就感覺他會要透過一直要東西，有點像那種儲存糧食的感覺，但是我不確定他能不能消化這些東西，所以他有可能沒有辦法每週來定時的儲存那些糧食，他必須要透過消失這件事情來消化（小欣-1-027）

小結

綜合上述，治療師小A言及精神分析的慢、治療師小欣談起設置，以及在每位治療師諮詢過程中發現彼此與飲食、食物的心理關聯，都是精神分析較為特殊的所在。

相較其他諮詢取向，精神分析不強調快速的諮詢進程、立刻顯現的療效，著重於長期關係的培養，從治療師在諮詢裡的態度到給予回應的思考方式，有一套理論的規則與「慢」的向度。慢不僅使治療師可以透過理論建構個案的概念化，也有助於治療師面對困境時的心情調適，不會躁進地急於產出作為。

精神分析重視設置的概念深植整個諮詢，設置的變化常是觀察與細究的變項，雖不能確定治療師小欣與督導討論的內容，但仍可以單純依「設置」這個概念來延伸。

設置分為內在與外在，內在指治療師的心智狀態、分析的態度，外在設置像是為治療鞏固一個不輕易變動的框，諸如時間、頻率、地點、費用、與個案的共同約定等，以及治療師所營造的包容環境。以此特定的框架讓個案開始熟悉、產生信任甚至依賴（現實或心理上的依賴），漸漸帶來的安定感可以引發個案退行，回到生命較早期

的狀態，在治療關係中顯現他的渴望或需求，這些情感反應有助於治療發揮作用（臺灣精神分析學會，2021）。

若一個個案不斷破壞治療的架構，以精神分析的角度來想，就如同他以此作為溝通手段，而暴食症個案長久以來習慣以假的狀態面對人際關係，經歷這種需求和渴望的重現，對他們來說可能痛苦，卻也可能深刻體驗到複雜情意，凸顯設置的重要性。

當無法單純藉由言語資訊來了解個案時，如何用觀察到的線索連結到個案狀況？精神分析取向善於把所有知覺、幻想與心理意涵結合，進而發現不謀而合、有邏輯、有情感的內在脈絡，由個案的飲食、與食物的行為、及治療師在過程中對無法消化的聯想，孕育洞察，不斷增加對個案的認識、擴增諮商工作的維度。



第五章 研究結論與討論

本章分為兩節，一從研究結果中統整摘要為研究結論，並合併第二章文獻探討，以回答研究問題；二試著把研究結果加入其他文獻觀點，延伸尋思的空間。

第一節 研究結論

壹、助人者如何評估暴食症個案

將三位助人者與暴食症個案的諮商經驗，透過研究方法產出各自的置身文本，再相互深化的一致與特殊處中，可將其對個案的評估細分為對個案本身的評估及對個案與原生家庭、親密關係的評估，個人評估包含四點，一為個案把暴飲暴食的行為與食物本身拿來當作滿足、撫慰情緒的工具；二是個案真實自我的體驗被壓抑，使其自我價值感不穩定、容易變動；三是個案常處在真與假、好與不好的兩端拉扯中尋求他人的接納；最後四是個案無法真正觸及自己的感受，產生缺乏自發性又固著的無望感。

對原生家庭與親密關係的評估各為一點，在原生家庭中個案並未完善分離個體化的過程，與父母情感糾葛，難以平衡地活出自我；在親密關係裡個案會傾向找心智功能較自己佳的對象，透過擁有與對方情感上的連結，彌補自我心智缺乏的功能。

一、個人評估

(一)「暴食」為滿足與撫慰的工具

為何不說是情緒調節的工具而是以滿足與撫慰當作形容，因當個案遇到壓力、憂鬱、孤單等負向情緒時，傾向用飲食失調的行為來處理，這種渴望、衝動連個案自己都很難確切說明原因，與究竟得到什麼情感上的調節，它是一種不可控卻是暴食症個案依賴的方式，相比情緒調節是有意識與認知上的活動，「暴食」缺乏機制處理的意識化。

文獻表示暴飲暴食的動機許是出自逃避感覺自我，當感知到他人將對自己有評論時，便會將注意力限縮至飲食上，即可避免處理認知和情感所帶來的挫折體驗(Heather & Baumeister, 1991)。而讓身體短時間內獲得許多熱量與營養，帶來的飽

足、愉悅感，也滿足大腦的酬賞機制，促進腦內多巴胺與血清素的釋放與停留，使得個案用習得的生理變化來調節情緒。

(二) 缺乏自我的真實體驗形成脆弱的自我價值

個案自我的價值感常不穩定與低落，起因自從小相對於展現原本的自己，美麗的外貌或其他方法讓自己看來討人喜歡，才是真正能與他人連結、被愛的關鍵，連情感、情緒在家中亦不能輕易流露，整個家庭的情緒表達皆傾向壓抑且無彈性（Killian, 1994），促使個案長期用假扮的方式生活，自我價值建立在虛假的基礎，使其對自己的價值不能確信，脆弱的不堪一擊。

(三) 在兩端中循環找尋接納

在個案的思考中常存在二元與兩極的面向，並汲汲地在其中尋求接納，例如面對自己的不好與他人看見他的好；及知道內心的自己不同於外在呈現的樣子等，仍無法突破，繼續使用虛假的方式生活、維繫關係。對個案而言最想要的，是他人能在看見並理解自己後，不論好、不好都能有最全然的接納，關係也能繼續維持，使其能打從心底獲得踏實的安全感，不必再掙扎、抱著脆弱的價值感載浮載沉。

從前述測量暴食症個案心智化得分的文獻中可知，個案對他人心智狀態的理解，以及了解他人心智狀態可能與自己不同的得分中皆偏低，意即個案容易將他人與自己的感受畫上等號，而無法採取有效的因應策略（Laghi, Cotugno, Cecere, Sirolli, Palazzoni & Bosco, 2014），顯示個案對外在接納與否的感知，大程度受到自己內在狀態影響，因此別人看見的好、別人展現出來的接納在個案眼中都不真切踏實，使其常常遊走於極端之中，好與接納都是暫時，很快就會盪到不好與虛假的一端，不斷循環。

(四) 因情感無法連結消化而生的無望感

個案常給人一種與自己情緒、感受分離的狀態，空心的感覺，因為難以觸及自己長年以來被淡化的情感，讓認知與感受中間有落差，沒有連結的空的地帶由此而生，

且對於經驗皆以負向歸因居多，缺乏主動性，認為悲劇會永久持續、沒有解決之道，使之常傳達出根深蒂固的無望感給助人者，此感受比憂鬱更深更沉、更絕望，足以讓諮商停滯，難以前進。

二、關係評估

(一) 原生家庭—無法順利分離、活出自我，影響日後情感模式

個案在原生家庭中，掙扎於活出自我與滿足父母的期待之間。關係裡父母親其中一方的角色消失，讓另一方與個案過於融合，引發許多複雜情感諸如罪惡、同情、愧疚、無奈等，造成個案無法順利與父母發展適當界線，並保有自身主體性。

許多文獻已指出飲食疾患的個案與原生家庭分離個體化的困境，這些母親可能控制且霸道，個案童年與父親關係佳但青少年後則疏遠 (Sights & Richards, 1984)，家庭希望個案以家的需求為優先，必要時傾向犧牲個人利益 (Killian, 1994)，除了影響個體無法順應本能發展外，也會影響日後個體的情感模式，比如治療師小B的個案對描述情感經驗的困乏，及希望在人際關係中找到補足這塊缺失的客體。

(二) 親密關係—補足缺乏的心智功能

在諮商中個案對親密關係的情感描述，明顯較其他經驗來的多與豐厚，對個案而言親密關係像是找一個心智功能看起來比自己更完整的人建立關係，不僅充實了個案在意識上對情感經驗的重新建構，也透過與這個人的融合來填補自身缺乏，就像借力親密對象的視框，更能深刻體驗以往被壓抑的情感面向，從內在的混亂慢慢梳理自我、認識自己。

貳、助人者怎麼感受和思考此諮商經驗

除了助人者如何評估外，研究者也好奇在諮商中助人者本身對這段歷程的所思所感，從研究結果中歸類成以下三點：一為發現個案飲食失調症狀的好轉，也可以象徵個案心理狀態的進步，二為助人者感受到的諮商關係如何連結與隔離，此點再細分為

四小點，包含個案透露秘密的多寡象徵彼此關係的信任程度；諮商關係可以承接個案無法接納自己的部分；個案難以口語表達經驗會使諮商成為單向關係；個案直接內射的觀念除沒有消化成自己的理解外，也會阻擋討論，隔擋諮商關係深化。第三點是當諮商浸泡在無法消化的情形時，助人者會尋求督導或團督等專業第三人討論，突破僵局，為諮商拓展其他可能性。以下列點詳述。

一、飲食失調症狀象徵心理狀態

儘管個案口中自己還是那個很爛的狀態，但從助人者綜觀整個諮商歷程，觀察個案一路從吐到不吐、知道飽的感覺、不必硬塞食物，同時與個案在會談中的狀況應證，個案確實減少了一暴食就會引發災難後果的想像，對長胖幾公斤不再視為絕對失敗，象徵個案內心對自我的彈性與接納度提高，能更正確地知覺自我感受，並嘗試拿回主導權，不再進行自我懲罰的行為，顯示其好轉的內在心理狀態。

二、諮商關係的連結與隔離

(一) 個案自認為的秘密，會隨著越信任這段關係而有越多揭露

有許多被個案當成祕密來坦承的事情，聽在助人者耳裡，常覺得是日常談話中可以表明的。而個案是用揭露自認為不可告人的秘密，來向助人者坦露最接近真實內在的自己，展現真實自我對暴食症個案來將引發極大的不安與焦慮，若個案在諮商中越常吐露之前不敢說的「秘密」，代表其對諮商關係的信任度提高，暫時能放下害怕被評斷的擔憂。

(二) 諮商關係可以承接被個案排除的、不好的部分自我

個案會於諮商中不時提及自己不值得之處，故能使用的、吃的也都是相對劣等的，每當個案這麼說，助人者則明顯感覺到自己就像被放入那個劣等的位置，變成不好的資源之一。不好的、不被接受的就需要被吐出，彷彿在諮商關係中助人者就是作為承接這些的客體，有了投射對象便不會回到個案本身，以此保留個案對自我的好的感受，不受壞的侵擾。

(三) 個案經驗的難以表達成為諮商關係流動的阻礙

個案在諮商中難以說明具體的事件經過，對於經驗詞彙的描述也相對貧乏，造成儘管個案心中累積著複雜情感，卻無從傳達給助人者，使助人者常一知半解，難以同理或回應。若此時助人者過於主動發問，會發現得到的回答不夠貼近個案，兩難的情況使助人者進退維谷，容易令諮商關係變成單向進行，彼此沒有流動、交集。

(四) 個案內射的觀念未經消化將隔離諮商關係的深化

諮商中個案會突然說出聽起來有經過消化的語句，但助人者卻感受不到個案是真正內化其中內容，並與自身狀況連結，更像是複製並直接認同他人話語，缺乏吸收、解釋情感的統合感，讓助人者感覺似乎被阻隔在外，儘管探問也難以接續討論，使諮商常停駐於此前難深入。

三、助人者需透過專業他者來拓展諮商空間

諮商過程中助人者會感覺被個案談論的東西塞住，使自己也和個案一樣，無法順利執行消化功能，需要與督導討論來擴展諮商素材的不同可能性，如協助有更多聯想、重新評估個案創傷模式、調整回應與詮釋方式、平衡與個案間的關係、幫忙整理助人者本身的感受等，都能為卡住的諮商提供繼續流動的動力，好在個案不斷傳達的無望感中生存。

參、助人者認為精神分析取向的特殊性為何

研究結果可見助人者認為精神分析取向的特殊性共有三點，一是提供相對慢的空間，這個慢涵蓋諮商期長、資料蒐集、關係培養、助人者本身的性格與態度；二為精神分析取向特別重視諮商的設置與架構，維持和變動都有其功能與背後不同的心理動力；三是助人者皆運用與食物相關聯的內在象徵意涵加深對個案的理解，推動諮商裡的移情、反移情與可能詮釋的想像。

一、提供所有面向「慢」的空間

兩位助人者提到精神分析的特殊處，是一開始就不用急著朝向某種目標，練習往後退，用放慢的速度與個案建立關係並從中汲取資料，跟著個案步調，而不是主動採取作為，或希望看到什麼成果，不光只是諮商技巧，包含日常生活的態度、思考逐步轉變為可以等待、不躁進的狀態，這樣的訓練改變了其中一位助人者的個性。

呼應第二章中，精神分析文獻解讀暴食症個案早年挫折的經歷，治療師用相反的模式，反而給足個案時間去體會消化，體會從治療師那獲取營養，把混亂、失控的感覺放到治療師身上，試著把他們難以描述、赤裸的部分漸進透露給治療師，試著面對在人際關係中複雜卻真實的情感。有別於個案早年和原生家庭的互動情形，治療師不強迫且接納的態度，不挑剔個案、鼓勵個案表達情感、努力跟著個案感受並反映，把之前失去的重新在諮詢室中培養。

二、架構、設置為諮詢重要的臨床環境與素材

當中兩位助人者對精神分析取向的設置有較多討論，在精神分析的訓練中強調設置是不可忽略的因素，它可以提供某種環境而產生療效，讓個案狀態發生改變。當設置被個案破壞、更動，及助人者如何著力於維持本來的架構等，經由思考這些行為來連結背後的心理意涵，可以促進了解個案欲表達的需求與助人者本身隱藏的情感。

三、運用與食物相關聯的心理動力意涵

從三位助人者對諮詢的評估、與對個案的感受經驗中，可以看見許多飲食、食物、消化相關的行為和心理表徵相呼應，助人者以這些連結拓展對個案心理動力的理解。

吃、吐與攝入、排出代表內化和認同的起始，及攻擊內在不舒服、不屬於自我的部分（Becker, Bell, & Billington, 1987），這些作為皆是為了幫內在找到統合感，當這些感受得以被真切的體會並梳理時，也同時會讓個案外在飲食失調的行為逐漸好轉。

童年缺少被鏡映的互動、承受過多不屬於自己的請感壓力，使個案心中可以表徵真實自我的部分過於空泛，助人者常能接收到來自個案的空虛與缺乏自主性的無望感（Elder, 2019），當助人者也無法執行自己的心智功能時，便需要向外尋求協助。

而食物也像是一過渡性客體般的陪伴個案，取代外在人際關係的失落，如酒精與藥物上癮的人，提供個案生理刺激與心理安慰。精神分析取向的特殊之處，在於藉由此等動力的關聯、發想，將無法由意識言語上表達出的關係互動，推敲浮現。

第二節 研究討論

壹、體驗與了解真實

暴食症患者們缺少真實自我的體驗，對自我的認識乍看清楚，實則滿是模糊，藉由與治療師移情間的內射與投射中，才能間接與真我接觸、較能了解與體會原初自我中會有的不同面向。就像研究中個案從小在家庭經驗中學會以假我與人接觸，那是他們認為獲得愛的途徑、人際互動間的「習慣」，在諮商關係中可能有時也難以辨別何為外部感受和內部情感。治療師小欣的個案藉由內射替自己的感受找到說法，治療師小A的個案則需要藉由投射到和治療師身上，不斷來回確認彼此的依附。

客體關係理論認為我們與他人的互動、認同，在發展過程中會逐步建構成自體感與自我價值，幼年期與父母、重要他人的互動更是佔有偌大影響力。藉著與母親的互動，兒童漸漸分裂出好的我與壞的我（媽媽喜歡怎樣的我、不喜歡怎樣的我），成年後以此作為基礎擴展到生活不同面向，也許是成就、婚姻等，到每個生命階段都會以不同樣貌在情境的脈絡中展現。當中含括早期關係被認同及不被認同的部分，所以當一個人極度不喜歡或是不認同自己的某個部分、認為自己某個部分沒有價值，更多的甚或是在說，在他的內在世界中這些部分曾經有被貶低與被壓抑的互動經驗，當這些已經內化為個體對自我的認知，則需要重新在關係中有良好的互動經驗，修補矯正（林美慧、林明雄譯，2001）。

精神分析中的內射（introduction），對嬰孩發展來說全然內射有助於生命存活，食物、營養、文化、禁忌等需要配合或遵守才能順利活下去，隨著孩童生長成熟，這種機制會慢慢退去，小孩開始有能力可以分辨與選擇什麼要留在自己體內，但同時會迎來父母的理想、價值觀、管教等形成超我，內化進「我」的機制，承前述文獻關於暴食症個案父母的涵容功能不彰，加上個案對於愛、自我的肯定放在外在條件上，若個案的內射功能仍持續過度運作，將會影響生活的各方面，對於信念、價值觀容易囫圇吞棗的認同、無意識的奉行。不過模仿作為發展自我風格的第一步，或許藉著複製這些看似可以解釋自己內心的看法，為自我代言，是發展出表達自我能力的開始。

而投射也是較原始的心理機轉之一，投射者投射出內在自己不認同、不被接納的部分，讓被投射者接收，此時被投射方也許會突然襲來一個感覺、一種信念，因為這本來就不屬於被投射者自身，當下會有疑惑、與自我狀態不符的感受，而投射者也許可以藉由這種行為讓自我獲得整合。

對投射者來說有可以承接的客體是重要的，使原本威脅自己內在的異物外化到他人身上。當被投射者離開，原本丟出去的東西就會回到投射者本身，那些他極力想擺脫的特質最終仍回到自己身上，進而引發焦慮和迫害的感受。但投射也可能釋放出投射者自我好的部分，源自於本身認為無法擁有這些好的東西，則投射後變成對被投射客體的過於理想化，需要與這樣的客體在一起或是獲得此客體的認同，才能連帶感覺到自我好的價值（樊雪梅、林玉華譯，2017）。

貳、無法說明的絕望

不管是具體發生的事件或是過於抽象、獨特的情感，個案都難以用言語說明，造成治療師不理解事件也無法深入個案感受，連帶勾起個案其他情緒，比如煩躁、想放棄嘗試等。個案用自己的方式參與但少有被理解的感覺；而治療師因不能理解而無法與個案同在，在自己的感受中猜測。雙側都是單向道，使諮詢動力難順利流動。

個案對內是自我無力消化的感受，對外則不斷展現出距離與無望感，令治療師感受到更甚憂鬱個案的絕望，及無法貼近個案世界的隔離感。治療師適時的調整態度、

調整回應方式，便有機會引領關係朝雙向邁進，比如治療師小A語詞盡量避免傳達無奈、放棄的負向字眼；治療師小B用更多婉轉、幽默、不過份真實的方式包裝他的感受和需求再鏡映，在諮商室外的言行舉止也盡量不在個案前展現，以免加深個案過度關注自己與治療師相比缺少的部分。

治療師小B的回應方式，類似於心智化理論所言，治療師即使在張力很大的諮商中，仍要保有自己心智的功能，去看見個案想要傳達的感受與需求、意圖及目的，並用言語傳達給個案，讓他知道在治療師眼中的他是什麼樣子，將本來很可怕的需求透過治療師把其與現實稍微分開，轉換成一種彷彿似真似假的詮釋鏡映回去，不帶有批判或評論，告訴個案他的想法與感受沒有對錯，這就是他感覺到的，但不一定就是真實，現實世界予以他的回饋未必像他所想的具有毀滅性，他可以有不同方式看待事情，猶如嬰兒必須在母親的眼中看見自己，才能內化自我，如果個案能在治療師眼中看見自己，那將會穩定個案的自我狀態（魏與晟、楊舒涵譯，2021）。

Freud 認為當經驗能被語言化，就不會轉變為行動上的體會，可能藉由不斷重複這個行為過程，來記憶不能被語言化的情感（徐建琴、任洁譯，2020）。個案不好說出來的經驗，和帶給助人者這些感受的種種現象，從移情角度來想，也許已經外顯出個案內在與其他客體的互動到和助人者的關係之中；若沿著諮商脈絡往回看，也可能參雜有助人者對個案的感受（反移情），潛移默化使個案出現不好表達經驗的阻礙。

雖有移情、反移情的成分，但治療中的兩人也是兩個有個別性的主體，當助人者一邊思考怎麼理解個案的描述，一邊想著怎麼回應有助於深化治療，這些都奠基於兩個真實的人建構出的關係，藉由這些情感，借力使力去探索移情、反移情所呈現出過往關係的焦慮、防衛才有意義，若只是技術很精準卻少了人味，像是助人者或個案刻意忽略自己身為一個「人」，把治療帶入理想化和權威的想像中。

參、關係的功用

分離個體化的挫敗可能影響個案在關係中聚焦在尋求接納，在親密關係中期待能補足自己的人。當個案在發展階段中嘗試離開主要照顧者身邊，準備以自我去探索世

界，卻得到錯誤的鏡映回饋，原本樣貌與感受被壓抑，受壓在自我身上的扭曲回應、信念影響，無法順利內化進好的客體，來確信自我價值感。反而認為那些不屬於、被強加上自己的才是被受肯定與值得被愛的，使其對內、外的感知跳過應有的內心發展，直接學習到看似成熟的回應模式，但與其內在隔著遙遠距離。

尤其在治療師小欣的經驗中，看見個案與父母融合的樣貌，暴食症正是好發於青少年時期，與 Blos (1979) 根據嬰兒分離個體化理論提出的「青少年第二次分離個體化」有關，青少年期不管生理、心智皆發生巨大變化，一方面要追求獨立，一方面尚無法切斷與父母的親密連結，青少年可能會退化到生命早年，展現如嬰兒般的需求。追求獨立的那面，從不斷表現出與父母不同的言行、價值觀開始，想要離開依附發展自我，但過程仍會感覺不安、害怕與孤獨，同時需要回到父母身邊接受關愛、支持，如果這時父母可以給予尊重、且保留其主體性的正向回應，便可幫助青少年日漸穩定自我，協助其內心發展出恆常客體，不必時時刻刻有人相伴，也能對自我感覺自信、有意義與有價值感。

若此階段時沒有發展順利，則會在 Hoffman (1984) 為青少年分離個體化分類的四個向度中的「衝突獨立 (conflictual independence)」有較多固著，表示對於不能滿足父母期待會有罪惡感、憤怒等感受，而這樣的孩子成年後，與父母的衝突會包含過度內疚、不信任與怨恨，因他們從小處在一個需要自我犧牲與壓抑感受的家庭，加上前面章節提及這類家庭往往以高控制和低支持為特徵，故造就往後個案的人際關係上，也常常出現壓抑與否認自己需求、情感的狀況，認為自己不重要、自我與他人界線模糊、有高度控制他人與環境的需求，陷入難以分離卻同時追求獨立的挫折中，無法完整個體的自主性。助人者若能著手處理個案面對父母衝突時升起的罪疚與憤怒，幫助其在衝突中看見、反思自我的觀點，將幫助其養成健康的身分認同，進而改善進食問題 (Meyer & Russell, 1998)。

在親密關係中同樣能窺見個案有類似的願望，即使已經在穩定的關係裡，個案仍篤定對方最後會受不了而離開，對關係始終沒有踏實的確信感，以及對自我的穩定信任。藉由與看似心智功能比自己完整的人交往，好彌補虛假自我的不足，這種對方像

是自己附加價值的感覺，與芭貝·瓦德茲基（2005）在著作中提到，伴侶對象有一部分是為滿足個案嬰孩時期與母親共生的願望，有類似觀點。與理想伴侶融合一起等於自己也是好的、完美的，可以從對方身上得到足夠鏡射看見自己。雖然此書中更多描寫伴侶間的相處模式、滿足愛的需求、與保有獨立自我間的矛盾，而本研究的訪談中為保護個案隱私，沒有辦法鉅細靡遺討論個案親密關係的細節，不過兩者皆凸顯出個案對親密關係至少有些成分來自想找到更好的、像幻想般的理想自己。不管彼此的情感經營模式如何，也不知道愛上的是不是真實的對方，相比下這些都不是那麼重要。

隨諮詢時間累積，治療師讀出個案對被接納的盼望，不管在或不在一段穩定的親密關係、不管治療師相較外人表現得多麼溫暖，個案慣於用假我來互動，而假我面對每段關係時的樣態浮動，自己都對自己生疏，做什麼才對、做什麼才好，須從對方的反應來當作依據，讓自己能不能被接納的命題始終難以落地。

肆、隱藏的暴食

三位助人者的訪談中，暴食行為和食物常常是隱匿的，那是個案私底下自己面對自己最切實的互動，也表徵出個案的內心狀態，但卻很少向治療師提及。暴食行為是最原始的慾望、壓力釋放最直接的渴求，象徵不斷想要內射好的、有營養的物質，同時逃避被他人評論的情境，及逃避狀況不佳、憂鬱的自己，自己的負向狀態沒有其他方式可以排解，無法靠著對自我的信任，去容忍眼下的不舒服，需要立即行動、立即找回滿足與陪伴感。遂倚靠暴食行為與食物，而食物相對於其他客體，是可以和自己徹底結合的物質，流露個案在分離個體化前，欲融合的渴望。

吃、吐的過度行為是自我防衛，也是自我懲罰，因為沒有價值、沒有資格、不夠好，只配吃這樣的物質，只能用這樣的方式來懲罰內心壞的自己，彷彿好與壞的自己是分開的兩人。暴食症個案沒辦法在意識上接觸、好好表達最原始的需求與渴望，使表現出的行為有種文不對題的錯覺，行為過程中和焦慮同存，難以去整合分裂的好與壞。這樣不舒服的過程，暴食症個案可能是做不到，或是不會做，從小在客體的互動

中缺乏此類經驗，只能用分裂的方式搭配吃、吐為自我做最後防線，免強地去感覺到「我是怎麼樣的人」的統合感（林敏雅譯，2005）。

生命一開始會先感受到好與壞各自分開，好的是給我關愛的人，壞的是不管什麼原因總之在我需要的時候他不在，他不在時我的需求不能被滿足，所以失望、生氣、挫折，而嬰兒最初的焦慮調節手段是投射和內射，投射作為把危險往外丟來排除焦慮，內射把好的感覺內化進來抵禦焦慮。隨著成長，生之本能趨使個體把分裂的東西整合，嬰兒逐漸知道好與壞來自同個人，可死之本能持續存在，帶來害怕再次被迫害的感覺，嬰兒想要掌控這個局面於是投射控制，直到發現控制也會傷害他愛的客體，於是引發罪惡感，此時嬰兒從分裂位置走至憂鬱位置，想要修復與保護該客體（外在）的力量，也正整合內在的自我。

這一系列過程若被嚴重干擾，分離、恐懼變為主導，造成投射、內射過度運作，分裂的自我無法整合，消失的一部分自我落在他人身上，以整合為目標的本能將使我們對這個他人有強烈控制、被吸引的感受，與他分離時龐大的憂鬱與缺乏自發性的孤單感，便能將個體淹沒。若粗糙地把本研究中提到的情感關鍵字：「罪惡感」、「被評論的焦慮」、「憂鬱」、「控制」、「缺乏」、「親密關係」、「原生家庭糾葛」、「不穩定」與 Klein 對人的心理動力理論對照，似乎能看見相似之處，雖然 Klein 著重在談生命早期嬰兒的內在歷程，但若青少年階段允許被視為第二次經歷分離與個體化的歷程，或許也提供我們不同角度去反思，到底選在這個時間點爆發的「暴食」，欲傳達什麼樣的生命經驗，給個案自己和他周遭的客體了解（呂煦宗、劉慧卿譯，2005）。

第六章 研究限制、建議與反思

第一節 研究限制

壹、受訪者難尋影響樣本豐富性

研究者花了將近一年的時間尋找受訪者，期間寄信至各大心理諮詢所、諮詢公會，也經由滾雪球方式請身邊專業人員相互推薦，皆少有回音。有回覆的信件中多數回饋沒有接觸過暴食症的個案，或諮詢過程中無單一只使用精神分析取向的理論，可能有合併其他學派觀點作處遇，故婉拒參與。為了能找到研究者，對象從原本限定諮詢心理師調整為相關助人者，比如諮詢實習心理師或醫師皆可。

最終確定為一位心理師、兩位實習心理師。但條件放寬使得受訪者與個案的諮詢工作時間不如預期的長，不管是助人者的專業經驗，或是與個案諮詢的經驗感受，其資料豐富性都較不足，且本研究中的受訪者與她們的個案皆為女性，年齡也集中在 20 至 40 歲雖之間，少了不同性別與年齡的多元性來相互對照討論，使研究顯得特定且侷限。

貳、助人者相似性較高

因最終確定之受訪者，都是透過研究者認識的相關專業人員聯繫而得知，彼此訓練的背景脈絡較為相似，會慣用彼此熟悉的語言或印象來描述經驗，且精神分析中又可再細分各理論取向，不同心理師會有自己較專業的派別與遵循的架構，若能對此有更嚴謹的區分，比如深入了解受訪者的專業取向、辨別受訪者如何使用此派別來進行諮詢、與尋找精神分析中不同取向的助人者來加入研究等，才能細緻地解析不同取向間的諮詢現象、與助人者如何運用精神分析的概念、如何評估與處遇，豐富研究的實徵性。

第二節 研究建議

壹、如何改善個案的飲食失調

從研究結果中治療師對個案個人的評估中可以發現，個案對於飲食狀況的描述都很隱微，只表明自己憂鬱、狀況不佳時會吃下大量食物，但到底是多少量的食物、吃了哪些、結束後有無補償行為等，相對認知行為為基礎的諮商或治療對暴食症個案有具體的飲食紀錄、規畫，可以起到監督個案身體狀況的作用，在精神分析取向的諮商中，當個案處在嚴重飲食失調症狀裡時，可能不易發現也難給予立即協助。

如果個案沒有主動提起，危險因子就會被隱藏，逐漸危害身體健康，理想上若能使失調行為嚴重的個案一邊就醫一邊諮商，由醫師把關個案身體狀況，加入有別於單純諮商的方式協助個案練習適當飲食，較有助於身心復元。

但對於剛開始進入諮商時該如何評估個案飲食失調的嚴重程度，則需考量個案的個別性，難以制定標準化步驟。有些個案可能拒絕一開始就透露如此隱私的事情，積極詢問反而大大降低其往後持續諮商的意願。助人者也許可以從象徵性的問話蒐集相關飲食行為的線索，如研究結果中所談，個案現實生活的飲食狀況，其實某種度可以代表目前個案的心理狀態，若以此反向思考，先洞察個案在諮商中展現的心理狀態，連結飲食需求並回饋，觀察個案接下來的反應，或許都能帶來一些關於飲食行為上的線索。

貳、以發展性的觀點看待暴食症

多數不理解飲食障礙症的人，傾向把這類疾病直觀地連結到與減肥有關，或單純視為壓力下的產物，但研究結果中可以發現暴食症不僅僅只是對飲食及價值觀的障礙，還蘊含著許多和發展階段相關的心理觀點，諸如沒有機會好好探索自我，在關係中將會極度需要他人的接納，以及親密關係不只是情感支持與陪伴，也有補足自己心智功能的目的。

許多文獻、書籍也指出暴食症的發展性的脈絡，例如多好發於青少年時期，正逢認知與心智的轉變、及經歷第二次分離個體化歷程、和重要客體的關係糾葛、與邊緣型人格特質有諸多重疊等，若以單純的超我與本我、防衛機制來概念化個案，也許難以尋找處遇的施力點。

雖然目前仍不清楚是什麼原因造成此類個案對飲食、食物相比其他心理疾患有更強烈的連結，但可以嘗試將精神分析取向對於吃、吐的原始需求與情感意象，當作個案動力軌跡的心像，再加入心智化對於人的情緒與自我功能發展的理論來評估，將重點擺在客體與諮商關係、情緒鏡映的詮釋等，有助於個案重新發展自我各方面的功能。

參、在諮商中的應用

綜合研究結果中不同治療師對於諮商關係的觀察，個案對於要訴說多少想法、感受處處受限，對諮商師的信任為首要，其後最大的擔心是諮商師如何看待自己，過程中會把焦慮、害怕、覺得自己不好的地方放在諮商師身上，諮商師除了要忍受這些負向感覺，也要試著用個案講述的言語，轉變成相對輕鬆的鏡映，讓個案的感受與需求包含其中，但又不像現實中硬梆梆的評斷，比較能讓個案接受並願意討論。

而個案是否能持續維持諮商也是個問題，對暴食症個案而言諮商關係是重要考量。面對前期諮商成效不明顯，及個案本身被動的無望感，再加上諮商充斥被審視的焦慮，多重壓力交織下可能會斷然離開。助人者在需要保持涵容的狀態中，承受個案丟過來的不好與張力，在太急著作為或太沒有進展間取得平衡，運用彼此關係來挑戰與核對，一同經歷困境與成長。

Winnicott 有段話大意是說，嬰兒要能在媽媽的眼中看見自己，對於嬰兒的自我成長才有幫助，若嬰兒在媽媽眼中看到的仍是媽媽，將會使其內外混亂，造成發展阻礙。在諮商中助人者要做的，也許就像媽媽的角色，當我們眼中可以反映出個案真實的樣子，療癒之路便已然開啟。

第三節 反思

每個人的心理狀態幾乎大程度受到原生家庭影響，帶有一點宿命的味道讓我感到洩氣，從小沒有學會的事情，至長大依舊不會，卻沒辦法再回到童年去培養，只能從成人的世界摸索，當受夠了跌跌撞撞，想在心理諮詢的海中尋覓治療方法，但個體是複雜的，方法產生的效果參差不齊，對個案而言每次的嘗試也許同樣是一種打擊。

如果起初是受原生家庭影響，心理治療能仿照的便是從建立類似合作關係，創造類似矯正效果，微小的滲入個案生活促成改變。許多經驗都可以證明長期諮詢具有療效，起初我也是很相信與諮詢師的這種「合作工作」的關係可以幫忙多少，更希望他們趕快給出具體方法，花時間練習行為矯正。但這不就與心理疾患最初形成的起因相互矛盾？

本研究像是一個初探，沒有著重討論彼此的關係，但是從諮詢師的所思所感中看見對這類個案的認識，認識作為關係的基礎，諮詢師描述他們所認識的個案模樣，也正透露他們與個案的關係。藉著訪問這三位用心的諮詢助人者，像是看見當初在路上陪伴我的助人者們，他們提供給我的養分中一定飽含真誠的對待與付出，讓我可以多感受生活一些。

在撰寫此研究的過程剛好有機會接觸特殊教育的工作，他們是特別的孩子，想要與他們好好說話要先有熟悉，再到建立關係，才可以在他們樹立的自我世界中插入一點點我的提醒。相處久了會發現我們的關係好了一些，彼此連結就多了一點，協助他們進行行為矯正的希望就又多了少許，但這還只是希望而已，他們通常不會馬上照做。他們是發展障礙的孩子，某些功能就是缺少了，會不會心理疾病也是如此，某些功能就是沒有辦法成長，以至於「心」幫它們轉用其他替代方式，得到釋放。一切和特教孩子一樣，需要從頭開始手把手的支持和引導，一起陪伴個案靠自己的力量，長出較完備的心智，繼續過生活。

希望此研究能給個案和助人者不同的視野去理解暴食症，即使僅當成故事閱讀，也能安撫到需要被安撫的地方。

參考文獻

中文

方格正、李佩怡（2016）。詮釋現象心理學方法論之整理與補充。本土心理學研究，**46**，121-148。

王子欣（2005）。暴食症與厭食症女性在敘事治療的解構與改寫。國立臺南大學教育經營與管理研究所碩士論文。取自 <https://hdl.handle.net/11296/8bvvdn>

白美正（譯）（2011）。超越佛洛伊德：精神分析的歷史（原作者：Stephen A. Mitchell & Margaret J. Black）。心靈工坊。

吳建芝、簡意玲、劉書岑（譯）（2010）。溫尼考特這個人。（原作者：F. Robert Rodman, M. D.）。心靈工坊。

呂煦宗、劉慧卿（譯）（2005）。嫉妒與感恩（原作者：Melanie Klein）。心靈工坊。

李宇宙、張書森、賴孟泉、簡意玲、吳其忻、黃宣穎、賴虹均、吳建芝、潘怡如、曾懷萱（譯）（2007）。動力取向精神醫學—臨床應用與實務第四版（原作者：Glen O. Gabbard, M.D.）。心靈工坊。（原著出版年：2005）

李妍荻、王鵬智（2013）。知覺自己過重的女性其完美主義、自我效能、憂鬱傾向以及心因性暴食症傾向之相關研究。輔仁大學臨床心理學系碩士班碩士論文。取自 <https://hdl.handle.net/11296/u6hekyl>

李維倫（2004）。以置身所在做為心理學研究的目標現象及其相關之方法論。應用心理研究，**22**，157-200。

李維倫（譯）（2004）。現象學十四講（原作者：Robert Sokolowski）。心靈工坊。

李維倫、賴憶嫻（2009）。現象學方法論：存在行動的投入。中華輔導與諮商學報，**25**，275-321。

李錦虹（譯）（2002）。心理動力諮商（原作者：Brendan McLoughlin）。五南。

汪文聖（2001）。現象學方法與理論之反思：一個質性方法之介紹。應用心理研究，**12**，46-76。

- 林宏濤（譯）（1995）。**詮釋的衝突**（原作者：Ricoeur, P.）。桂冠圖書。
- 林秀慧、林明雄（譯）（2001）。**客體關係治療：關係的運用**（原作者：Sheldon Cashdan）。心理出版社。
- 林幸枝、林彥如（2011）。運用任制行為治療於一位躁鬱症合併暴食症患者之護理經驗。**新臺北護理期刊**，13(1)，85-95。
- 林美綺（2012）。瑜伽應用於暴食症的成效探討。**諮商與輔導**，324，6-10。
- 林美綺（2014）。**暴食症者向重要他人揭露病情的經驗**。國立彰化師範大學輔導與諮商學系所碩士論文。取自 <https://hdl.handle.net/11296/hr6r84>
- 林敏雅（譯）（2005）。**女性自戀—女人的認同渴求與自我價值感**（原作者：Dr. Bärbel Wardetzki）。商周出版。
- 林淑君、陳秉華（2002）。心理治療者的反移情研究。**教育心理學報**，34(1)，103-121。
- 林麗文（2009）。「從覺察、分化到行動」—暴食症女性患者復原歷程之詮釋研究。國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士班碩士論文。取自 <https://hdl.handle.net/11296/9m3y5k>
- 林耀盛、劉淑慧、李維倫（2021）。主編的話—現象學心理學的臺灣實踐。**中華輔導與諮商學報**，61，1-19。
- 洪念哲（2014）。探討憂鬱傾向及社會支持對大學生暴食症之影響。國立暨南國際大學輔導與諮商研究所碩士論文。取自 <https://hdl.handle.net/11296/647vag>
- 洪雅琴、李維倫（2007a）。精神分析取向心理治療與詮釋現象學的辯證關係：精神分析臨床研究的困境與解決。**中華輔導與諮商學報**，22，157-183。
- 洪雅琴、李維倫（2007b）。一位犯罪少女的置身所在：家的錯落與回返。**本土心理學研究**，28，141-196。
- 洪瑞斌、莊駢嘉、陳筱婷（2015）。深思敘說研究之研究倫理議題：回到倫理學基礎探討。**生命敘說與心理傳記學**，3，55-79。
- 胡幼慧主編（1996）。**質性研究：理論、方法及本土女性研究實例**。巨流。

- 徐建琴、任洁（譯）(2020)。精神分析心理治療實踐導論—第二版（原作者：Alessandra Lemma）。華東師範大學出版社。
- 徐偉玲（2003）。暴食症患者的生病經驗與因應方式之敘說研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。取自 <https://hdl.handle.net/11296/g633t9>
- 高嘉贏（2011）。暴食症傾向者復原歷程之研究。國立臺南大學諮商與輔導學系碩士班碩士論文。取自 <https://hdl.handle.net/11296/nhv3w5>
- 張本聖、徐儼瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵（譯）(2017)。變態心理學一三版（原作者：Ann M. Kring, Sheri L. Johnson, Gerald C. Davison & John M. Neale）。雙葉書廊。
- 許欣偉（2020）。精神分析取向心理治療技術之彈性。北市醫學雜誌，17(1)，31-40。
- 陳向明（2002）。社會科學質的研究。五南。
- 陳怡娟（2004）。心因性暴食症的認知行為治療。諮詢與輔導，219，7-12。
- 陳冠宇、林亮吟、陳喬琪、胡維恆（2000）。某高中職學生的暴食症盛行率。台灣精神醫學，14(4)，279-289。
- 陳登義（譯）(2006)。長期精神動力取向心理治療—基本入門（原作者：Glen O. Gabbard, M.D.）。心靈工坊。（原著出版年：2004）
- 陳登義（譯）(2020)。精神分析的心智模型：從佛洛依德的時代說起。（原作者：Elizabeth L. Auchincloss, M. D.）。心靈工坊。
- 曾美智、柯慧貞、李明濱（2001）。中文版飲食障礙問卷之信度和效度研究。台灣醫學，5(4)，379-388。
- 楊添圍、周仁宇（2013）。人我之間：客體關係理論與實務（原作者：N. Gregory Hamilton, M.D.）。心靈工坊。
- 楊韶剛（譯）(2000)。超越快樂原則。（原作者：Sigmund Freud）。知書房。
- 葉慧雯、曾念生、賴姿如、周桂如（2006）。飲食疾患之認知行為治療。護理雜誌，53(4)，65-73。

廖珮紋（2015）。從量化與質化研究信效度探討社會科學領域的研究品質。中華科技大學學報，62，69-88。

臺灣精神分析學會（2021）。設置：「精神分析」特定獨有之必要工作條件。無境文化。

臺灣精神醫學會（譯）（2014）。DSM-5 精神疾病診斷手冊（原作者：American Psychiatric Association）。合記圖書。

劉又菁（2015）。暴食症家庭互動循環變化歷程之研究：當事人與其手足觀點。國立彰化師範大學婚姻與家族治療研究所碩士論文。取自

<https://hdl.handle.net/11296/sm8a3h>

劉士愷、林立寧、李明濱（2004）。飲食障礙症的精神藥物治療。北市醫療雜誌，1(2)，126-133。

樊雪梅、林玉華（譯）（2017）。當代精神分析導論：理論與實務（新譯本）（原作者：Anthony Bateman & Jeremy Holmes）。心靈工坊。

潘淑滿（2003）。質性研究：理論與應用。心理。

潘慧玲（2003）。社會科學研究典範的流變。教育研究資訊，11(1)，115-143。

蔡甫昌（2010）。研究倫理委員會之實務與反思。台灣醫學，14(3)，324-333。

蔡錚雲（2006）。情境倫理、現象學心理學與質性研究。哲學與文化，33(2)，51-65。

盧怡任、劉淑慧（2013）。受苦經驗之存在現象學研究：兼論諮商與心理治療的理論視野。中華輔導與諮商學報，37，177-208。

鍾珮琪（2010）。藝術治療介入暴食症患者之探討—以一名年輕女性患者為例。台灣藝術治療學刊，2(1)，43-71。

簡后徽（2009）。社會文化影響、纖瘦理想體型內化與青少女身體不滿意之研究—以台北縣某高中為例。國立臺灣師範大學健康促進衛生教育學系碩士班學位論文。

魏與晟（譯）（2023）。精神分析和心理治療的關係性革命—趨向二人心理學的典範轉移（原作者：Steven Kuchuck）。心靈工坊。

魏與晨、楊舒涵（譯）（2021）。心智化：依附關係・情感調節・自我發展（原作者：

Peter Fonagy, György Gergely, Elliot Jurist & Mary Hepworth）。心靈工坊。

羅瑋嫻（2009）。暴食症患者的生病經驗與其家庭關係——一個結構取向治療的模擬框

架。國立臺中教育大學諮商與應用心理學系碩士班碩士論文。取自

<https://hdl.handle.net/11296/3f2va3>



外文

- American Psychiatric Association., & American Psychiatric Publishing. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Publishing.
- Becker, B., Bell, M., & Billington, R. (1987). Object relations ego deficits in bulimic college women. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 92–95. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198701\)43:1<92::AID-JCLP2270430113>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198701)43:1<92::AID-JCLP2270430113>3.0.CO;2-Z)
- Bello, N. T., & Hajnal, A. (2010). Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 97(1), 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2010.04.016>
- Berg, F. M. (2001). Complications of Eating Disorders. *Healthy Weight Journal*, 15(2), 28.
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage: Developmental Issues*. International University Press.
- Blythin, S. P. M., Nicholson, H. L., Macintyre, V. G., Dickson, J. M., Fox, J. R. E., & Taylor, P. J. (2020). Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 93(1), 134–159. <https://doi.org/10.1111/papt.12198>
- Cockerham, E., Stopa, L., Bell, L., & Gregg, A. (2009). Implicit self-esteem in bulimia nervosa. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 40(2), 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.003>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Elder, E. (2019). Chapter 3: Beyond the symptoms: Generalizations and distinctions between eating disorders with different symptom manifestations in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 39(6), 460–468. <https://doi.org/10.1080/07351690.2019.1637668>

- Falchi, V., & Nawal, R. (2009). Transference, Countertransference and interpretation: the current debate. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 9(1), 11–18.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235.
<https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3–12. <https://doi.org/10.1163/156916212X632934>
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hildebrandt, T., Alfano, L., Tricamo, M., & Pfaff, D. W. (2010). Conceptualizing the role of estrogens and serotonin in the development and maintenance of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 655–668. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.011>
- Himmerich, H., Hotopf, M., Shetty, H., Schmidt, U., Treasure, J., Hayes, R. D., Stewart, R., & Chang, C.-K. (2019). Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 54(7), 813–821.
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01667-0>
- Hoffman, J. A. (1984). Psychological separation of late adolescents from parents. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 170-178.
- Killian, K. D. (1994). Fearing Fat: A Literature Review of Family Systems Understandings and Treatments of Anorexia and Bulimia. *Family Relations*, 43(3), 311–318.
<https://doi.org/10.2307/585423>
- Klump, K. L., Burt, S. A., Spanos, A., McGue, M., Iacono, W. G., & Wade, T. D. (2010). Age differences in genetic and environmental influences on weight and shape concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 679–688.
<https://doi.org/10.1002/eat.20772>

Laghi, F., Cotugno, A., Cecere, F., Sirolli, A., Palazzoni, D., & Bosco, F. M. (2014). An exploratory assessment of theory of mind and psychological impairment in patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychology*, 105(4), 509–523.

<https://doi.org/10.1111/bjop.12054>

Ma, R., Capobianco, K. P., Buchanan, N. T., Hu, Z., & Oakman, J. M. (2020). Etiologic and treatment conceptualizations of disordered eating symptoms among mainland Chinese therapists. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 391–403.

<https://doi.org/10.1002/eat.23204>

Meyer, D. F., & Russell, R. K. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling and Development : JCD*, 76(2), 166-173. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02389.x>

Miller, A. E., Racine, S. E., & Klonsky, E. D. (2021). Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. *Eating Disorders*, 29(2), 161–174.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642034>

Olmsted, M. P., MacDonald, D. E., McFarlane, T., Trottier, K., & Colton, P. (2015). Predictors of rapid relapse in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 337–340. <https://doi.org/10.1002/eat.22380>

Ortiz, S., Knauft, K., Smith, A., & Kalia, V. (2019). Expressive suppression mediates the relation between disordered eating and suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 75(10), 1943–1958. <https://doi.org/10.1002/jclp.22830>

Pearson, C. M., Pisetsky, E. M., Goldschmidt, A. B., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2016). Personality psychopathology differentiates risky behaviors among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 681–688.

<https://doi.org/10.1002/eat.22570>

Sights, J. R., & Richards, H. C. (1984). Parents of bulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 3(4), 3–13. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198422\)3:4<3::AID-EAT2260030402>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198422)3:4<3::AID-EAT2260030402>3.0.CO;2-3)

Smith, K. E., Mason, T. B., Johnson, J. S., Lavender, J. M., & Wonderlich, S. A. (2018). A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 798–821. <https://doi.org/10.1002/eat.22929>

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393–401. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.393>

Thomas, S. A., Hoste, R. R., & Le Grange, D. (2012). Observed connection and individuation: Relation to symptoms in families of adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 891–899. <https://doi.org/10.1002/eat.22029>

Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 89–97. <https://doi.org/10.1348/014466504X20053>

Tseng M-CM, Tu C-Y, Chang Y-T. (2021). Healthcare use and costs of adults with anorexia nervosa andbulimia nervosa in Taiwan. *International Journal of Eating Disorders*, 54, 69–80. <https://doi.org/10.1002/eat.23419>

Tseng, M. M. C., Fang, D., Lee, M. B., Chie, W. C., Liu, J. P., & Chen, W. J. (2007). Two-phase survey of eating disorders in gifted dance and non-dance high-school students in Taiwan. *Psychological Medicine*, 37(8), 1085-1096. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000323>

Walters, D. (2009). Transference and countertransference as existential themes in the psychoanalytic theory of W.R. Bion. *Psychodynamic Practice*, 15(2), 161–172.
<https://doi.org/10.1080/14753630902811367>

Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. *Child Abuse & Neglect*, 20(7), 633–642. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00051-8](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00051-8)



附錄一 研究參與同意書

研究參與同意書

感謝您願意參與本研究並提供您寶貴的經驗，研究者為實踐大學家庭研究與兒童發展

學系家庭諮商與輔導碩士班研究生 張惠茹，指導教授為本校 曾秀雲副教授。

以下將詳細說明本研究架構、您的權利與隱私原則等，如有問題皆可提出討論，若無

任何問題並且同意配合後，請於最下方簽名，本書一式二份，一份供您留存，謝謝。

- ◆ 研究題目：暴食症個案的諮商經驗—從精神分析訓練背景的助人工作者角度
- ◆ 研究目的與問題：欲探討精神分析諮商助人者對於暴食症個案的經驗為何，除了理論上的認識外，是否有不同經驗產生，諮商助人者如何理解這些經驗，期待以一個不同的視角來了解，為未來諮商助人者提供更多討論空間。
- ◆ 資料分析方法與結果呈現：用現象學的觀點，由研究者重複閱讀文本後，切割、重組，呈現出新的對於和暴食症個案諮商所知覺到的經驗論述。
- ◆ 隱私保密原則：

一、訪談過程中您可以隨心所欲的透露到您覺得安心的範圍，保有自由決定與述說深度的權利，並隨時可以暫停、終止研究參與。

二、進行錄音前將會取得您的同意，供後續逐字稿謄寫，本研究不錄影。

三、您所提供的資料都將以匿名方式處理，原資料只供研究者與指導教授作分析與討論，不對他人公開，包括您的基本資料，研究完成結束後將全數銷毀。

- ◆ 訪談架構：

一、訪談時間一次大約為 60 至 90 分鐘，面對面訪談，地點和時間將會和您討論後決定。

二、過程中研究者將會摘要、簡述重複核對您的意思，以求貼近您的經驗，如有任何不符，您都可提出討論。

三、訪談結束後，若研究者發現資料蒐集有疏漏、有新問題想要詢問、語意不太確定時，將徵得您的同意後，進行補訪。

四、若您於原訂訪談時間不克前來時，請盡早和研究者聯絡，並討論其他可行之時間。

- ◆ 謝謝您的配合，讓研究得以順利進行！如確認沒有問題且願意配合後，請於下方簽名。

研究參與者，簽名 _____, 於西元 年 月 日

研究者 _____, 簽名 _____, 於西元 年 月 日



附錄二 參與者基本資料表

基本資料單

感謝您參與研究者 張惠茹之暴食症諮詢助人者經驗探究的研究，下面有十項關於您基本資料的提問，將以保密原則適當的在論文上呈現，有回答上的疑慮皆可與研究者討論，謝謝您的回答。

1. 姓名：

2. 暱稱：_____ (在研究資料中呈現的稱謂)

3. 聯絡資料

電話：

電子信箱：

4. 生理性別 男 女

5. 年齡：

6. 助人者身分

實習生，實習時間大約

諮詢心理師(已具有心理師執照)，執業時間大約

其他_____，時間大約

7. 接觸 / 學習精神分析的時間多長：

8. 目前有無接受督導 有 無

9. 目前工作場域

學校場域

醫療單位

私人諮詢所

其他

10. 對於暴食症個案所用之理論/取向為：

附錄三 訪談大綱

訪談大綱

一、關於基本資料表的討論

1. 接觸精神分析多久了呢？請描述一下您的經歷。
2. 什麼機緣下開啟和暴食症個案的工作呢？

二、諮商經驗描述

3. 您會如何描述與暴食症個案諮商的過程？有無最印象深刻的經驗？
4. 您會怎麼描述和個案的諮商關係？個案有無談到與食物的關聯，請描述之。
5. 工作最大的挑戰是什麼？
6. 和此種類個案會談時有無不同於其他個案之處？請描述之。

三、與理論相關問題

7. 您怎麼理解或概念化個案呢？（是怎麼運用精神分析的方式來進行諮商的？）
8. 您如何因應諮商中的困難？
9. 使用這個學派您覺得的特別之處在於？

附錄四 訪談札記

研究訪談札記	
訪談對象：	時間：
地點：	次數：
摘要/重點內容	觀察
訪談反思	

附錄五 研究檢核函

研究資料分析檢核函

親愛的研究參與者您好，感謝您參與本次研究訪談，已將訪談逐字稿內容轉為現象學敘說文字，內容並非依照時間序開展，而是以研究者反覆閱讀逐字稿後，作語句意義的拆解與建構，盡量採用貼近您感受的語言來形容，所產出的文本，邀請您閱讀檢視其中是否有誤解扭曲、不完整的描述，或是有您有疑慮、不願公開的部分，都歡迎向我表達，或您閱讀完後有任何想法，都歡迎補充，作為後續研究參考！

- 麻煩您對此文本真實反映您經驗的程度填寫百分比，0%為完全不符合，100%為完全符合，您的檢核： %
- 需調整的部分：

- 其他想法、感受補充：

感謝您的填寫，有任何問題歡迎與我聯繫。

實踐大學家庭研究與兒童發展學系家庭諮商與輔導碩士班：張惠茹

啟啟