第二堂　分析的金和暗示的銅
「精神分析取向心理治療」的基礎結構

前言：

個案在沈默後，冷靜地說他昨天割了手腕，當他看見血時，他就覺得再度活了起來。也許我們可以找到語言，描述他藉由血的流動來證明自己仍然活著，只是這句話有多少了解個案的狀況呢？或者還有多少我們仍難以言說的話卡在喉嚨？我們甚至在吞了口水後就不知如何形容，自己遇到個案這麼說時的感受？這些難以說出，或者難以說到位的感受，我們如何從現有理論裡開始了解呢？如果另一個案例，當我們說了一個自覺很不錯的詮釋，個案起初覺得獲得貴重禮物般而很高興，但是個案下次來會談時仍顯得不高興的樣子，還說分析治療師根本幫不上他的忙，這是什麼意思呢？如果分析治療師的詮釋像一隻很大的毛毛熊，是個案一直想要的，他的心如果有一個門，但是現在門仍然很窄小，他得到禮物後卻發現這隻毛毛熊抱不進家門，只能放在家門外，而晚上可能就要下雨了，我們如何想像這些心情感受的複雜性呢？不過，這一切都是猜測，為了再往前走，我們還是先從佛洛伊德以降的一些基礎和爭議開始吧。

精神分析走進心理治療

精神分析發展至今，後續有客體關係理論或自體心理學的發展，我仍認為佛洛伊德的論點是重要的基礎。雖然我們不會認為他已經把事情說完，說清楚了，但依然是值得再三回味的觀點。佛洛伊德雖然不是很樂意直接談論診療室裡的技術課題，不過他在1911年至1915年間發表了六篇文章，以《關於技術的文章（Papers on technique）》為名，提出了一些精神分析技術的觀點，作為後續學習者的參考。

另外，晚年於1937年所發表的兩篇重要論文，《有止盡和無止盡的分析

（Analysis Terminable and interminable）》和《在分析裡的建構（Construction in analysis）》裡，他再度回顧及思索這一輩子實踐的精神分析的經驗和技術。這些文章都是值得重複閱讀的，隨著我們作為治療者在不同案例和臨床經驗的累積，會有不同的聯想和收獲，當然也是有它們的侷限。

目前的相關論文大都是以精神分析為基礎，每週多次躺椅式分析型式為主的經驗，由此後續衍生出來的論述。而當我們要談論「精神分析取向心理治療」（分析治療）的每週一至三次面對面（也可能是躺椅型式），這也是我的臨床經驗內容之一時，需要加進什麼思考嗎？如果依循佛洛伊德的論點，大都是以傳統躺椅式分析案例，並以觀察個案精神官能症的意義為主的思索。雖然佛洛伊德的重要案例《朵拉》和《狼人》，依目前的診斷概念來看，朵拉和狼人也是邊緣型人格違常個案，佛洛伊德當年只聚焦在他們的精神官能症的變化和意義，這也是他建構精神分析技術和理論的基礎。

簡單的說，精神官能症的潛在機制是潛抑（repression）、壓抑（suppression）、合理化（rationalization）等心理機制，而邊緣型個案容易非黑即白的二分法，是以分裂（splitting）和否認（denial）為主要的心理機制。對於分析治療師所帶來的臨床衝擊和壓力是很不同的經驗，後來有些精神分析理論家，例如，克萊因（M.Klein）等是以觀察個案所出現的分裂機制為重點，不過我這種說法是過於簡略了，只是先讓各位稍有基本的概念。目的只是提醒大家，閱讀現有文獻時的基礎，畢竟觀察不同的焦點，以及和哪些現象的互動，是可能產生很不同的想像和描述，而這些想像和描述就是構成後設心理學理論的基礎。

除了前述觀察個案的不同現象和症狀時，所帶來的理論和技術觀點的差異，這是目前不同於精神分析理論和技術的原因之一，另外，關於要將古典精神分析的技藝，運用於「精神分析取向心理治療」（分析治療）時，隨著個案和治療結構的不同，將會有哪些不同或相同的地方值得觀察和思索呢？

分析的金、暗示（建議）的銅

在《精神分析取向治療的前進路徑（Lines on advance in psychoanalytic therapy, 1919》裡，佛洛伊德鑑於精神官能症對於人類生活品質的重大影響，

可能更甚於肺結核，但是古典的精神分析工作模式不可能廣泛運用，只是他相信他一生發展的精神分析應該可以對於這種現象有所貢獻。但囿於現實，包括個案的費用和精神分析師時間的侷限等因素，他提出了精神分析運用於心理治療的模式：「分析的金、暗示（建議）的銅」。

我是以這個概念作為「精神分析取向心理治療」（分析治療）的基石，相對於佛洛伊德在《有止盡和無止盡的分析》提及，是否需要幫個案做整合時，他說只需要分析，不需要幫個案整合，如同化學鍵被打斷後會自己尋找其它分子再結合。如前所述，這是佛洛伊德從他的個案群所累積出來的經驗。但是他知道精神分析要變成分析治療，以便運用於更大範圍的個案群時，需要調整原本的作法。

因此，他把當年放棄的催眠式暗示（suggestion）再拉回來思索，但是仍是以精神分析作為基礎，不再只是以暗示作為主要技術。我在臺灣精神分析學會這系列關於技術的主要題目，就是延續這條線索，以精神分析古典論述為基礎，再根據分析治療的經驗而建構相關的思索。

另外，佛洛伊德在《在分析裡的建構》裡提出一項重要但並未如預期被注重的課題，關於建構（construction）和詮釋（interpretation），兩者在技術上的差異或雷同的地方。我這系列文章試圖融合建構和詮釋，來談論分析治療的技術課題。因此先列舉出主要的技術命名，例如暗示（目前轉型成「建議」）、詮釋和建構，回頭來看這三個主要的技術名詞各有歷史脈絡，加上後來者開展不同的觀點，因而讓這些主要技術用語，也呈現很分歧的情況，如果未能了解這些歷史脈絡，是很容易變成各以現有論點來評論其它不同觀點，形成很難對話的情況。

本章先說明精神分析技術的歷史意義，待後續章節再慢慢開展這些基本概念，是需要重複再重複地透過不同治療情境和理念來接近。這項乍看起來很簡單的技術課題，因為臨床上變化是萬千的，很難有一個簡化概念可以代表並說完診療室裡的全部實情。

當佛洛伊德面對那些出現記憶問題、失憶或者強迫症狀等個案群，在那個時代，十九世紀末期，以「現實感」作為界限，如果個案和外在現實之間尚不至完全脫節，那麼他們出現的疾病被歸類在精神官能症（neurosis），例如，起初被當作是子宮亂跑的疾病。當個案的現實感如果和外在現實脫節，例如，個

案堅持有幻聽等，那麼他們被歸類在精神病（psychosis）。

精神官能症是後來的譯詞，更接近的詞彙是神經症（nervous），因為原文本身就有神經元（neuron）的意涵。佛洛伊德在自行開業賺錢養家活口前，在研究室的主要工作之一包括研究和探索神經元，和目前主要概念稍有不同的是，精神病在目前被當作較有生物基因學的基礎，但是當年被稱為psychosis時，「psycho」反而更具有心理和心靈的意涵。現在被當作是精神官能症者，可能相對賦予比較有心理和心智意涵，但在當年卻以神經元為基礎命名。這些命名背後，顯示當年對於這精神疾病的想像和推論，或者說也有醫師們的欲望在那裡。

病因學的的假設

佛洛伊德開始發展精神分析前，精神病和精神官能症的診斷，是百家爭鳴的主題，不是如目前，被一統在美國的精神疾病診斷條例 DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders），或者國際精神疾病診斷ICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）的觀點裡。這也顯示了這些被稱為精神病或精神官能症的症狀群，目前仍是動態地被了解和推論中，生物基因學有自己的假設，精神分析至今仍有它的假設和推論。

另外，1940年代起，抗精神病藥物出現前，當年先鋒們做出分類的背後假設是，希望藉由症狀群的聚集，再觀察和推演精神疾病的病因學，如佛洛伊德的文獻裡看得到，那時候除了催眠術外，就是按摩、水療、電療和休假旅遊等有限的治療處方，以及有些醫師可能會粗魯地直接告訴個案，他們的症狀問題是因為缺乏性交，因此建議個案結婚之類的。這些當年的處方在目前仍處處留有影子和變形，成為民間生活裡的一部分，雖然如此普及，但是從佛洛伊德和當年其他精神醫學家，例如，布魯爾（Eugen Bleuler, 1857-1939）和克列普林（Emil Kraepelin, 1856-1926）等所留下的資料來看，當年頻繁出現的症狀到目前或許有些消長，但仍是在當代看得到的症狀群。

當佛洛伊德抱著好奇心，加上需要維持住個案才有門診工作的收入，不論如何，他的經驗是無法只靠催眠術作為謀生工具，也許是他在催眠術的天份有

限，或者另有其它原因，讓他看見了如安娜歐（Anna O.）在催眠術的宣洩（carthasis）和暗示（suggestion）後，有短暫的改善症狀，但是很快就再恢復了症狀。他曾很積極地拜訪催眠名師，但除了使用技術來消滅症狀外，他也好奇這是怎麼回事，大家都在尋找精神症狀是什麼意思？也就是，當時的氣氛是要嘗試假設病因學，以及隨之而來的處理技術課題，也許在這種工作的好奇心下，才會有後來他說的，處理精神官能症的個案，就算有了所謂的病因，如果病因是傾倒後起火的油燈，但是消防隊員被叫來處理時，不能只拿走火災起源的油燈，就當作已經處理好了精神官能症。

這個比喻很神奇，也左右著佛洛伊德吧，除了像當年尋找神經元的秘密外，要了解精神官能症的起源，但也知道處理的技術不只拿走起源的油燈而已。其實，回頭看佛洛伊德發展精神分析的過程，在佛洛伊德全集英譯標準版本（The Complete Psychological Works of Sigmund Freud (The Standard Edition)）的第一和第二冊，是他在發展精神分析前留下的重要文字，尤其是關於那時候催眠術治療個案的紀錄。當看見夏科（Jean-Martin Charcot, 1825-1893）催眠個案讓症狀消失，再催眠後可以回復症狀，如何看待和想像這一幕呢？意味著這是可以被創造出來的症狀，不必然完全是起源於生物學或腦部的生理因素。（有興趣者可參考Daniel Widlöcher 著，李郁芬等譯，《精神分析的新版圖》第三章＜驅力的生物學神話＞，五南出版，頁57-85。）

暫定有種叫作心理學的因素，影響著精神官能症的出現和消失，加上當時已有催眠術的個案在被催眠後，談論了他們的某些故事，可能是生命早年的故事，呈現的是那些故事的苦澀，其實在目前仍可以從個案的描述裡，窺見他們是如此期待著，希望被催眠後可以說出當年某些受苦。如果宣洩這些故事後，個案的症狀可以消失，雖然會再出現，但就算只是短暫消失也是神奇的事了。這是當年的催眠術所帶來的神奇性，這種神奇性在當年形成的工作邏輯是，藉由回憶談及生命早年的經驗，尤其是創傷經驗的情緒宣洩功能被當作有治療功效。這種說法和感受仍存在於民間的某些心理治療型式。

潛意識變意識的過程

不過有趣的是，如果確有神奇功效，何以未被採納進主流的精神醫療型式

呢？畢竟，任何治療理論都需要經過臨床的篩選，佛洛伊德發展出來的精神分析，曾經是精神醫療的主流，但隨著時間到目前是處於邊緣狀態。當初，佛洛伊德的確採取了行動，離開了催眠術的行列，不過就算如此，還是留下一些催眠術的遺跡。例如，個案的躺椅型式，或者從潛意識到意識的概念，仍被列為精神分析的第一地層學（topography），假設了有潛意識失憶或者被遺忘的過去，但可以有機會回到意識層次。

並且主張個案的某些精神官能症狀，和生命早年某些失憶的記憶有關，佛洛伊德在不放棄這個工作假設後，直到發展出目前所知的坐在個案躺椅後方，以自由聯想為準則的方式前，他是嘗試過其它方式但後來放棄了。例如，技術上以手壓在個案的額頭上，再加上一些鼓勵話語來達成催促作用，尤其在個案談到痛苦的記憶而處在掙扎狀態時。

就技術來說，縱然有不同名詞術語，但是期待從說出生命早年的創傷故事，然後症狀就會消失的假設，仍存在目前市場上不少治療模式裡。只是如何達成的技術有所差別，讀者如果仔細觀察目前市場上的各式心理治療或諮商模式，可以發現它們之間的這種共通處。但是技術的不同，也就反應著不同治療學派的誕生基礎。我重複強調的是，由於處理的個案群的差別，或者以什麼作為焦點目標，加上目前尚無某種心理治療模式可以一統江湖作為唯一的治療模式，不過尚不至過份的說法是，精神分析取向畢竟是目前心理治療（催眠術除外）的老祖宗或者是某種變型。

我的觀察是，後來出現的心理治療模式，多多少少是基由精神分析模式有所窮困或侷限的地方，例如何以要花如此長的時間？以及何以無法直接挑出個案的核心問題？能否加速進行？例如 Aaron Beck 是精神分析師，他有感於憂鬱症的說法太複雜了，而簡化了憂鬱症個案所呈現的某些負面想法，進而以憂鬱是起源於負向想法，開啟了後來大為流行的正向思考。近來再加上佛教，尤其是禪宗的修行經驗，搭配正向想法成為正念。這些例子只是說明，每種心理治療模式的存在或流行，是目前某些治療型式不夠令人滿意所衍生出來的模式。

本系列文章不是要說服大家，何以精神分析值得繼續存在，不過，我先在此說明精神分析的存在，是佛洛伊德以降的後設心理學理論，說出了以前不曾有過的看事情的方式，尤其是針對在表面現象背後的生或死本能，及其後續所衍生複雜的眾生相。另外，精神分析取向技術本身的科學性，也是重要的特色，

所謂的科學性在往後章節會持續敍述，在此先簡略說明的是，詮釋個案的症狀和問題時，分析治療師抱持的態度並不是根據理論和經驗，去假設已經完全知道個案在當時，背後一定是什麼想法，並要個案依循分析治療師的說法去執行。我主張「精神分析取向心理治療」是要接近古典精神分析的策略，不是將精神分析的理論，當作就是個案在某個時候所出現的問題和症狀的特定意義，就算是乍看符合精神分析的理論，也不是說個案就一定是如此。

因此我的主張是，後來所衍生出來的各式心理治療模式是佛洛伊德所提出的「分析的金和暗示的銅」中，「暗示的銅」裡的素材和技術的一部分，因為我的假設是，這些後來所出現的心理治療模式，可能觸及了精神分析要運用於心理治療時的某些困局。不過如何引進其它模式的某些內容，我提議要依佛洛伊德當年提出「分析的金和暗示的銅」的模式時，仍得回到以精神分析作為基底。至於這個基底是什麼？我主張的是觀察和詮釋移情，這麼說好像很清楚，不過仍需要更多的說明。

我們可以這麼說，佛洛伊德當年將焦點放在自己想要看見的症狀群，或者當年的主流視野仍沒有能力，就像還沒有發明顯微鏡那般，還無法看見邊緣型個案的某些重要特色，不過也可以換成另一種說法，在更多個案的經驗累積後，佛洛伊德逐漸經驗到有某種原本他關注的防衛機制，例如，潛抑和合理化等之外，他後來寫了另一篇短文在過世後才被發表，關於《自我功能裡的分裂機制》（The Splitting of the Ego in the Defensive Process, 1940），也許佛洛伊德早就發現了這種更原始，更具有破壞力的心理機制，但是在分析的技術發展上還沒有明顯的調整。

積極主動的技術在當年所帶來的難題

不過我們可以提問的是，佛洛伊德提及的，運用精神分析至更廣大群眾，因而需要在技術上調整為「分析的金和暗示的銅」時，是否有部分緣由來自於他的臨床經驗，也遇到了不少很原始人性的個案群，無法再只看重個案的精神官能症本身，而是涉及症狀之外的性格或人格因素？所謂性格或人格因素，依目前的角度來說，就是以較常運用分裂機制來處理生活困局和挫折的個案群。

以現在的概念，我們可以簡化地說，佛洛伊德當時以精神官能症和伊底帕

斯情結的三角關係有關，理論上是大約在二三歲時的事，但是後世學者依佛洛伊德的個案報告，認為朵拉和鼠人等，是現在流行概念的邊緣型人格者。至於現行概念認為邊緣型或自戀人格者的困局，假設是源於更早年的「前伊底帕斯情結（pre-oedipal complex）」。

佛洛伊德著重精神官能症的分析和處理，堅持的是有距離的分析詮釋，依亞富尤（jean-Claude Arfouilloux）在〈成人身上的悲傷兒童〉（《當影子成形時：兒童分離和憂鬱三論》，記憶工程出版，2007）裡論及的，佛洛伊德最早期學生之一費倫齊（Ferenczi）當年提出積極主動（active technique）的技術，由於涉及身體接觸或接吻等，至今仍是讓精神分析界憂慮的技法。回頭來看，費倫齊是想要觸及比佛洛伊德標定的伊底帕斯情結還要更早期的課題。這種想法在當年並不像目前如此清晰，但是費倫齊的論點仍有值得思索的地方。

例如，費倫齊所採取積極主動的治療策略，是針對精神官能症之外，其它更深刻影響個案行為和情感的現象，是兒童在會說話前（pre-verbal）的問題，那時是母親和嬰兒最接近的時候，因此費倫齊想要處理的課題，他覺得無法只使用佛洛伊德以說話為主，在分類上這被當作是較具有父性特質的方式。理論上，個案若是退行（regression）至如同期待母嬰般的關係時，需要的不是父性的語言和說話，而是如同母親般的接觸。

嬰孩還缺乏成人式的語言作為指標，來想像和描繪當時正發生的爭議，雖然依我的經驗來說，就算個案退行至期待和分析治療師的關係，如同母嬰般的關係，不可否認的是，這種退行只是整體關係的一部分，並不意味著個案和分析治療師在這時就真的是當年的嬰孩，現在是成人身軀和欲望是事實，因此身體接觸的方式仍是有疑慮的技法。但是這並非指費倫齊的說法是沒有幫助的，回頭來看，他是看見了更原始的人性，並覺得那些人性因素的影響力不小，因此認為要把焦點和技法轉向這些問題。

費倫齊的技法和觀察，在其它心理治療取向仍是可見的技法。例如，擁抱和安慰個案等技巧，如亞富尤所說的，雖然引起精神分析界很大的疑慮，但是費倫齊當年所察覺到尚無法說清楚的經驗，和佛洛伊德要處理的問題和現象是有所不同。也許可以說，費倫齊想處理的課題，已涉及當今診療室裡的常客所呈現的人格課題，也是其它心理治療模式意圖要去處理的課題。

我個人傾向主張其它心理治療型式，在「暗示的銅」這部分的經驗和論述，

是有可能作為分析治療的參考。但是如何參考，仍得謹慎地以移情的觀察和詮釋為基礎，加進「暗示的銅」的經驗和技法，而不是直接採用費倫齊當年的提議。但是他說著和佛洛伊德不同的面向和技藝，回頭來看仍很有意義。因為涉及了不是單純的關於是否身體接觸的倫理課題，更是涉及引進了「暗示的銅」後精神分析取向的處理，畢竟在佛洛伊德的時代，催眠術是有一套約定成俗的作法（在佛洛伊德英文標準版全集<Standard Edition>的第一和第二冊有不少論述），但是在引進「暗示的銅」於心理治療後，佛洛伊德當年並未仔細討論相關的細節。

只要分析，不管綜合?

那麼，我們就完全採取費倫齊的技藝嗎？事情不是那麼單純，畢竟一門特定技藝要採納什麼內容進來，總是在它原有的基礎上做出改變。在佛洛伊德提示再引進來「暗示的銅」時，是要在「分析的金」基礎上，雖然另有說法是指，暗示的銅是在分析的金裡頭，而不是誰作為基礎，誰作為外加在基礎上的概念。只是隨著時間和個案群的不同，除了分析的金裡，在理論和技術上仍有持續的調整外，暗示的銅已經變成「建議的銅」了，在建議的銅這個層面，我們可以加進來多少其它技藝呢？

我還無法完全確定，佛洛伊德提供「分析的金和暗示的銅」的概念，除了要擴大運用精神分析外，如果他覺得在診療室裡，無法受益於古典精神分析的個案，有多少是費倫齊以及後來的麥可巴林（Michael Balint）等描述的個案群，是無法受益於佛洛伊德堅持的「只要分析，不管綜合」的個案？當後續者將臨床焦點逐漸偏離以精神官能症狀為主，也就是，無法受益於古典精神分析以中立和詮釋為主的個案群，是一直存在著，也被其他人注意著，並引進他們來到精神分析取向診療室。

這些個案的困難始終存在，無法只以古典方式來分析而走下去，是否佛洛伊德出來正視現實的方式，在定位上是將古典精神分析模式擴大運用，而有了「分析的金和暗示的銅」的提議？這是我的推論，但這是技術的讓步，或者是擴大呢？到底「暗示的銅」的提出，針對佛洛伊德當時的精神分析工作者，如費倫齊的作法，是技術的限縮或是擴大呢？

我引用亞富尤在《成人身上的悲傷兒童》裡一些有趣描述，作為說明我前述想法的基礎。

在佛洛伊德的概念裡，將個案在診療室裡的展現，分為能夠「移情的精神官能症」（transference neurosis），另有某些個案是缺乏能力產生移情，他命名為「自戀型精神官能症」（narcissistic neurosis）。這是預設精神分析的工作是以「移情」為工作焦點，因此個案是否能夠對分析者有移情的能力是重要的基礎。前者是佛洛伊德認為可以被分析的個案群，後者則是因為無法有移情能力，只能將能量都灌注在自己身上，這群個案是目前定義的「精神病」個案。但在克萊因和她的追隨者的經驗，如比昂（Bion）和漢娜西格（Hanna Segal）等，針對精神病個案的精神分析是可行的。依我在「思想起心理治療中心」，透過治療者長期定時觀察慢性精神病個案，這些精神病個案對於治療者也是有移情能力。

根據亞富尤的說法，古典精神分析是習慣在伊底帕斯情結的衝突領域下操作，但在精神分析界裡卻出現了有趣現象，在佛洛伊德之後，吸引大多數分析師注意力的是，與古典的移情精神官能症很不同的反應者，他們「眼淚、呻吟、憤怒和無理要求補償，突然從不復存在的時光中湧現，分析的進展喚醒了悲傷孩童的苦難，它們必需被埋怨、被聽到。分析師面臨了不可能的任務，同時要在當下進行安慰，卻又要神奇地消解過去所經歷的失望與缺空（les manque。筆者註：中譯者黃世明的譯者說明，這字以前是被譯為匱乏、缺空、實有、缺席、不在場或空的位子的概念）。個案對分析師的期待，是少一些詮釋，少揭露字詞底下隱藏的意義，而多一些情感的流露。分析師的中立，嚴厲地受到考驗，若不以善意來裝飾，立即被認為是一種不敢明說的拒絕。」（《當影子成形時》，記憶工程，頁60）

比較原始的兩人關係

只要稍有臨床經驗者，對於亞富尤的描述會覺得有親切感，因為這些個案群在我們的臨床經驗裡也是常見的。這群個案的行為和情感反應，是處於精神官能症的傳統領域和精神病個案間，被歸類在邊緣狀態和自戀人格。依亞富尤的論點，間接說明費倫齊當年以「積極方法」（active method），例如在1931

年《與成人進行的兒童分析》提到的，「使人平靜而極為巧妙的話語，或透過手的按壓來鼓勵，如果這還不夠的話，友善地撫摸頭，減低病人反應的程度直到可以溝通。」（同上，頁63）

不過，亞富尤也說，費倫齊的方法嚇壞了大部分的分析師，佛洛伊德甚至批評費倫齊採用誘惑的治療方法，會把精神分析推向危險的路，讓精神分析遠離了具有父性特質的言語詮釋，而變成有母性移情氾濫的危機。對佛洛伊德來說，他不想站在移情中母親的位置。

亞富尤的評論是「但費倫齊得到了一些成功，在其他人陷入困境時，只有他敢挑戰身體碰觸的禁令，這禁令不只在當時，至今也依然支配著病人-分析師關係。」（同上，頁63）費倫齊的技術雖然不被信任，但是對佛洛伊德之後的分析師來說，費倫齊的思想有不可否認的影響，包括後來在理論發展上有獨特地位的克萊因。依亞富尤的看法，克萊因所描述情感發展的思想，在費倫齊的觀念裡也可以看見，他們要描述的現象是有些熟悉的，但是採用了不同術語來發展。

後來，麥可巴林技術上採取較謹慎的態度，但是在後設心理學的假設上，他和費倫齊是直接師承的關係。值得再談麥可巴林的進一步想法，他從精神分析的角度區分這些個案群為三個區塊。首先，是伊底帕斯衝突的區塊。這是精神分析的後設心理學探究最多的領域，涉及的是三角的客體關係，是成人語言可以準確描述和理解我們所觀察的現象，而且在移情的關係型式，也接近成人間建立的關係型式。不論是否接受這個情結的概念，在理解上是不會太困難的，因此伊底帕斯情結成為常識般被運用在文學電影等領域的評論。

第二個區塊是原誤區（primary fault）。這是比較原始的兩人關係，我們使用成人語言是無法描述這個區塊所發生的現象。依巴林的說法：「這是一種錯誤.....這是一種必須修復的欠缺，因為有些事在精神上不對勁。並非有什麼被困住，要找到一個較好的出口；而是病人少了某些東西，也許是現在，也許從出生開始就一直沒有過。本能需求可以被滿足，衝突可以解決，但原誤只收瘢癒合.....」（同上，頁65-66）（蔡註：巴林的原文是使用basic fault。）

巴林的分類，對我來說，是很有共鳴的分類。我相信這也是至今臨床上常見的個案群，也許我們不會使用相同語詞來描述這種現象。這是精神創傷理論的概念基礎，在技術上，亞富尤的描述值得參考。也是臨床治療者，尤其是初

學者，感到最受苦的地方，語言無法發揮作用，情緒和情感卻被個案佔得滿滿的。甚至連在診療室外，還常常覺得被這些感受佔據了。在訓練養成分析治療師的過程，我們觀察到的現象是，治療者可能只有一兩個這種個案，就覺得所有時間，甚至空間，都被佔滿了，感覺上很難再有空檔容納新個案。

因為被無法說清楚的感受淹沒了，在這節骨眼，技術上常見初學者會本能地想要做著類似費倫齊的技術，如以肢體動作安慰個案的受苦。我是由這些經驗來推論，費倫齊當初發展出那些主動技巧的緣由，雖然我也傾向在「暗示的銅」方面，是以語言來探索，是否有不以肢體接觸的方式，靠著語言來傳遞和處理？我們再來看看亞富尤如此描述語言在這類個案的困難，「當移情中觸及原誤層次時，要表達成人身上受傷的孩童，病人和分析師之間的溝通方式不再能使用共同語言中的詞彙。字詞變成客體，沒有語言的效力，而是滿載著情感和投射。而在古典技巧中，是要詮釋伊底帕斯衝突、移情和阻抗，這些不是完全無效，但只會更加深那道分開兒童和成人的鴻溝，只會讓病人認為被拋棄或者是分析師過度的干預。」（同上，頁66）

言語無法觸及的領域

這些說法是接近我的臨床經驗，只能說臨床的實情永遠比能說出來的還要更複雜。我們就是在這種情境裡走下去，或者苟延殘喘，不是因此變得無法說任何話。我的解讀是話語被說了，我們需要觀察這些情況，而不是忽略這些時刻，語言在溝通上是有困難的。至於還可以做什麼？亞富尤是這麼說，「『謹慎的分析師』，巴林定義說，應該接受他自己的話語起不了作用，而將注意力放在自己如何被利用為客體，同時，也放在治療的情境、框架、與治療的『氛圍』上。」（同上，頁66）

這些說法是思索「暗示的銅」這項指令時，我們可以處理的方向是什麼，不過，細節上如何做仍有很大的思考空間。也就是，在肢體接觸式的安慰，和運用語言的詮釋時，之間是需要開發出更大的空間。如果要維持以說話為主，除了移情的詮釋外，是否還有哪些可以說呢？亞富尤這麼說，「至少在分析的這個階段，他的角色僅限於給病人時間，不必以詮釋介入；以及提供能開展而非阻礙退行經驗的『環境、架構』。」（同上，頁66）這當然還有很大的空

間，值得在臨床經驗裡重複觀察和處理，再發展出治療師個人的細緻方式。

至於麥可巴林所區分的第三區塊是「創造區」，這是完全缺乏外在客體所構成的特徵。巴林是這麼說「主體是唯一的而且他最關心的是創造以自己為基礎的東西」（同上，頁64）這是更原始的區塊，只有自己，是更難以言語觸及的領域。也就是，當我們說要「做自己」時的自己，都還是可以言說的自己，而不是麥可巴林所說的「創造區」裡的自己。

另外，溫尼科特以及克萊因及其後續者，例如比昂（Bion）和約翰史泰勒（John Steiner）的論點裡，除了死亡本能（被當作是破壞本能）的強調外，再將「分裂機制」當作是重要的觀察重點。因此開展了不同的技術傾向和焦點，包括法國葛林（André Green）的《死亡母親》（The Dead Mother）這篇重要的文章，葛林從個案的經驗裡判斷臨床技術需要有所調整，針對這些生命早年時因母親憂鬱，雖然在場卻如同死亡般的不存在，讓個案從原有的幸福裡墮進了失樂園，「死亡母親」的經驗再投射，使得分析師如同「死亡母親」時，在分析的技術上不能再如古典技術的被動，而需要調整為比較主動。雖然所謂主動和被動，在技術的實踐上，仍有它的相對性，在不同個案，或者同一個案在不同時候。葛林觀察到的古典分析技術的修改，細節部分在以後章節再進一步思索。

結語：

本章所描述的這些臨床現象，我相信在你們的臨床經驗裡，是常有類似的地方。在「思想起心理治療中心」的某些個案群，依目前的診斷概念，很容易就被分析治療師歸類為邊緣型人格或自戀型人格者，其所呈現的情緒風暴和矛盾，常是不可思議和不可理喻，讓分析治療師感覺有如在懸崖邊緣。這些技術上的爭議仍是一條長路，就算有了「暗示的銅」被加進來思考，佛洛伊德是有所開放，也可說是有所限制。

精神分析的發展就在這種局面裡，往前走著，很慢很慢，因為無法以言語來形容的世界，例如麥可巴林所區分的「原誤區」和「創造區」的某些個案，他們早就被納進心理治療領域裡了，不再如精神分析發展史的早些日子，當作

那是不可被分析，無法受益於心理治療的個案群。實情上當然不是那麼容易，還有很多細節需要在這些基礎上往前思索。

也可以藉此來觀察和了解，目前台灣市面上，不同心理治療模式何以會出現？可以說也是在解決臨床上的個案群所帶來的困局，並尋求解決方法而浮現的方式。其實，這些困局也曾出現在精神分析史的脈絡裡，當年的困局至今仍存在於我們的診療室裡。因此對於「精神分析取向心理治療」的技藝來說，是需要有精神分析的經驗作為體會「分析的金」，至於「暗示的銅」是很複雜的發展過程，值得來思索哪些技藝會被拉進來，哪些仍是被保留？這是一條漫長的道路，一條開放的道路，希望這些描述有助於分析治療師，形成自己做判斷的一些基礎。