《女學學誌：婦女與性別研究》第 53 期
2023 年 12 月，頁 107-158 ▲ 研究紀要
DOI: 10.6255/JWGS.202312_(53).03

懷孕治療師的心理治療工作

葉寶玲（國立屏東大學教育心理與輔導學系）

懷孕影響女性工作者，治療師也不例外。而治療師懷孕的主題以精神分析取向治療師最常受到探討，因工作性質屬於長期治療且建立在移情與反移情上。本研究旨在了解精神分析取向治療師孕期治療工作現象，也對照女性主義精神分析觀點加以探討治療設置所遭遇之困境與處理。本研究為質性研究，採用共識質性法分析資料，研究對象為 8 位治療師，包含諮商心理師、臨床心理師及精神科醫師。研究結果發現，身處多元場域與多元治療形式的治療師自述孕程順利，卻明顯忽略懷孕的限制，半數治療師懷孕期間仍選擇接下嚴重個案。多數治療師先等待個案自行發現自己懷孕一事，到懷孕中後期才被動地透露懷孕與產假的訊息。半數以上治療師在孕期接受治療，幾乎都接受督導。治療師對母職能力與自我認同感到疑惑。面對自身角色的轉變，多數優先考慮照顧胎兒或自己。當代精神分析強調治療師主動參與，但本研究發現懷孕治療師至今並未完全放棄古典精神分析設置與技巧，而是自行增加彈性，建構出懷孕治療師獨有之治療原則，延伸女性主義精神分析師對母性之關注。

關鍵詞：女性主義、懷孕、精神分析、心理治療工作、治療師

收稿日期：2022 年 5 月 17 日；接受日期：2023 年 6 月 16 日。
致謝詞：衷心地感謝審稿委員們和編輯委員會的專業意見，為本文增添不少豐富的內涵和價值。同時，也感激願意參與本研究並具備孕期治療經驗的臺灣精神分析學會治療師，以及會內資深分析師提供許多寶貴諮詢意見。上述幫助使得本研究得以順利進行並最終完成。本文有幸榮獲 2023 年臺灣精神分析學會論文優等獎，並獲得補助參加 2024 年亞太地區精神分析研討會，對於作者而言此乃莫大的鼓勵。

一、前言

不論男女都能承擔養育責任，但懷孕卻是女性特有而不同於男性的經歷。懷孕帶來生理的改變，同時也有與胎兒建立連結，以及母親角色認同的適應問題（Talmon, Finzi-Dottan, and Ginzburg, 2021: 534）。而孕期適應會受到孕期壓力、社會支持、是否計畫性懷孕、胎兒性別是否符合期望等多種因素影響（張淑娟、林玉華、周汎澔，2010: 66；劉美君、周汎澔，2014: 319）。孕期壓力亦可能來自早年經驗，影響孕婦心理適應的早年因素如依附關係、早年的逆境與受暴、自我效能、年齡、心理成熟、孕次等（Behringer, Reiner, and Spangler, 2011: 217; Miller-Graff and Cheng, 2017: 590; La Marca-Ghaemmaghami and Ehlert, 2015: 113）。且可以根據孕婦之心理成熟程度來預測孕期與產後適應情況（Camberis, McMahon, Gibson, and Boivin, 2014: 2160）。

當今女性就業率竄升，懷孕影響層面與人數不斷擴大。2020 年女性勞動參與率超過五成，25 至 29 歲女性就業率超過九成（行政院主計總處，2022）。而助人工作者以女性居多，占整體醫事人員 71%（行政院性別平等會，2022）。現代婦女經濟雖多已獨立，但仍經常面臨因身兼多重角色所致的難題。女性心理學家遭遇專業和個人生活的困境（Black and Magnuson, 2005: 340），如 Karen Horney、Joan Riviere 也遭遇專業角色和女性角色的兩難（Chodorow, 2004: 101）。

治療師懷孕是治療工作中不易協商的特殊局面。直至 1940 年代才有較多學者關注此研究主題，1970 年代為此主題發表成果豐碩的階段，約有六十多篇相關文獻與書籍（Balsam, 2003: 1154; Whyte, 2004a: 5）。多數懷孕治療師研究採取個案研究方式，由治療師本身

詳實記載懷孕時臨床個案的狀況；少數採用質性訪談，但篇數極有限。葉寶玲（2018a: 6）彙整懷孕治療師文獻發現，懷孕不僅影響治療師，同時也影響個案與治療效果，對於長期治療更呈現許多值得探討的議題。許多涉及懷孕對心理治療工作影響的文獻從精神分析學派觀點出發，古典精神分析理論主張不提供個案治療師的私人生活資訊，讓個案得以進行移情投射，保持中立（neutral）的治療環境（Meotti and Pezzani, 2019: 81）。然而，古典精神分析理論原本就忽略女性，多年來懷孕治療師無法匿名（anonymous）或中立，甚至要一直在治療室內揭露自己的處境，與古典精神分析治療設置（setting）的原則相左。目前懷孕治療師也未具備孕期治療工作的訓練與準備，多依靠自行摸索與匆促面對。上述情況皆顯示探究此主題對於研究和實務工作皆有必要。

晚近發展之關係取向精神分析（relational psychoanalysis）始關注治療過程中身體的溝通（Yakeley, 2013: 669），也對以男性為主體的古典精神分析理論提出批判，獲得許多女性主義精神分析師的支持。古典精神分析理論內涵的典範移轉，顯示關注女性議題是精神分析取向另一個重要趨勢，能豐厚臨床實務所需的知識。本研究選擇精神分析取向懷孕治療師為對象，除了為了解懷孕時治療工作的經驗，也試圖從精神分析移情（transference）、反移情（counter-transference）、匿名與中立及節制之治療設置概念，探討治療師在懷孕期間的治療準則與特有之現象。另一方面，亦以女性主義精神分析關注女性經驗之視野，詮釋母職與工作交錯顯現的實務議題，期能綜合出精神分析取向懷孕治療師的工作經驗，以及有關她們的治療設置原則，提供實務與研究之參考，拋磚引玉以增加更多本土懷孕治療師實務之現象探究。

二、文獻回顧

（一）古典精神分析取向治療之工作原則

1.精神分析取向治療師之治療設置

精神分析治療從 Sigmund Freud 一人心理學開始，奠定了當代精神分析的基礎，1980 年代延伸為兩人互為主體與共構的關係取向精神分析。精神分析陣營的理論內涵也從 19 世紀的潛意識、前伊底帕斯（preoedipal）情結擴大到強調自我和社會影響，臨床技術方面也更加多元和豐富。

治療的設置也稱基本治療架構，是精神分析取向治療師的首要任務，乃迫使個案從客體關係退行至移情關係，投射嬰兒式幻想。治療設置亦提供母性護持與在場的環境，以利個案重返原初場景，重新面對並處理發展的扭曲及固著問題。設置包含治療師所提供的治療環境、時間結構、費用、請假、治療基本方式，是穩固但具彈性的治療工具，讓治療與個案移情得以展開（Tabakin, 2017: 72）。許多當代治療師之設置聚焦在治療師身體議題，提出體現設置（embodied setting），認為治療師身體的變化會攪擾個案（Lemma, 2014: 226）。治療室對個案代表母親身體的象徵，治療師的外貌對個案是強烈刺激，治療師的身體亦是設置的一部分，因此，治療師身體的變化可能擾亂治療過程。

2. 精神分析取向治療師設置之態度、移情及反移情

治療設置對治療關係有重大影響，而治療關係是古典精神分析的理論核心。外在設置如上所述之治療場域與結構，而內在設置的重

要成分是中立與節制。古典精神分析取向治療以中立、匿名、節制原則，作為受訓者的臨床圭臬。治療師如同鏡子，讓個案顯現。中立乃治療師的態度之一，Freud（1912b/Trans. Riviere, 1958/1924: 111）很少使用中立一詞，而以平均懸浮的注意力（evenly-hovering attention）描述治療師當處在觀察個案的位置。Freud 因治療 Dora 個案的失敗經驗，而體會到治療師中立技術之重要性（Hare-Mustin, 1983: 593），Freud（1915/1914/Trans. Riviere, 1958/1924: 164）建議精神分析治療師不要放棄保持中立，反而應該檢視自身反移情，讓個案投入治療。理想的治療師應成為空白螢幕（blank-screen），盡量維持匿名，減少自我揭露，繼而解決個案抑制聯想與逃離幻想的情況。治療師透過不告訴個案自己的生活、價值觀、判斷與反移情感受，建立中立氛圍，以免汙染移情空間。治療師設置親密但節制（abstinence）的治療空間，讓個案感到剝奪，好壞客體與自我得以自在地浮現。治療師的節制彷如嚴厲的超我，制止治療師反移情之遂行慾望，一方面是不受到驅使而滿足個案，另一方面是不為化解治療師焦慮而過度詮釋。

Anna Freud（1966: 28）則將中立定義為與個案原我（id）、自我（ego）、超我（super-ego）保持同等的距離，治療師將注意力分散在個案各面向。英國客體關係（object relations）與美國人際取向（interpersonal process）精神分析也支持治療師在治療中具有觀察者角色的觀點。然而，人際取向精神分析挑戰匿名與中立原則，認定治療師一定會影響到治療，質疑達到完全中立的空白螢幕是荒謬的想法，也指出中立將導致治療師壓抑與防衛，試圖隱藏自己，逃避與個案的衝突。

Freud（1905a/1901/Trans. Strachey and Strachey, 1953/1925: 116; 1912a/Trans. Strachey, 1958: 104）認為治療中不可避免會出現移情，

而治療師需要詮釋個案的移情。例如，個案將治療師當作壞媽媽的負面移情。現代精神分析取向治療師有的並未遵循古典精神分析的理論，治療關係較多互動，更強調個案自我的功能而非早期經驗。此外，Freud（1910/Trans. Riviere, 1957/1924: 144）提出反移情的概念，並將之定義為一種治療師對個案的移情：治療師潛意識感受到個案如同自己過去的重要他人，這些感受和想法源自治療師的心理需求或衝突，阻礙治療的進展。但現今認為反移情可作為治療工具，了解個案潛意識激起他人反應的特定行為。治療師需要覺察自己的反移情，懷孕治療師亦然。懷孕治療師潛意識分裂的衝動和破壞性投射到個案身上也會形成反移情。

（二）懷孕治療師相關研究發現

1. 懷孕事件衝擊治療師原有的治療處遇與技術

與上述懷孕造成治療之正面影響相對的是，治療師懷孕一事對個案與治療師產生的負面影響。當懷孕治療師專注在自己與孩子、焦慮於自己身體的變化，便可能在治療中想與個案保持距離，和個案一樣否認與逃避（Schmidt, Fiorini, and Ramires, 2015: 59）。懷孕治療師的身體界線改變，與胎兒共享身體，造成治療師過度自戀，對懷孕過度重視（Talmon et al., 2021: 542）。很多年輕健康的治療師拒絕承認自己脆弱的一面，幻想自己無所不能（phantasies of omnipotence）。

Sheri Fenster、Suzanne B. Phillips、Estelle R. G. Rapoport（1986: 52）的研究發現，治療師懷孕時的治療風格與技術之改變，發生在無意識中。治療師在懷孕過程所使用的技術會變得比較直接和主動，增加使用面質（confrontation）技術，而較少能保持中立，對於個案更

改治療時間也變得缺乏彈性（Way, Lamers, and Rickard, 2019: 459）。治療師懷孕時使用更多自我揭露、口語表達及移情詮釋，尤其是歷程詮釋或夢的詮釋。對此現象，筆者推論是因為，治療師的懷孕導致個案增加很多與治療關係有關的感覺、幻想、夢、想法，甚至被刺激採取行動化，而導致懷孕治療師的口語表達增加，治療師更主動使用提問、面質、澄清、詮釋介入技術，以達到與個案同理的連結。另一方面，受到產假的壓力與限制，懷孕治療師更容易積極地介入。而懷孕的兒童治療師使用技術之彈性也變大，在考慮是否設限時有較多的妥協（Schmidt et al., 2015: 56）。

2. 治療師懷孕事件對治療之正負向影響

治療師懷孕對個案極具威脅性，治療師的胎兒是外在世界的侵入者，卻成為治療師身體的一部分。很多個案心理上無法消化治療師懷孕所致的衝擊，從而浮現出許多過去的議題，如依賴感、分離、失落、被拋棄、競爭、害怕與排斥性、對懷孕的願望與恐懼、羨慕女性生產、死亡焦慮與罪惡感。治療師那因為腹中胎兒而日漸變大的身體，讓個案感到震驚、焦慮、害怕與混亂，可能出現各種抗拒行為，例如否認、生氣、忌妒、退縮等負向感受，或同時有複雜感受，抑或是產生社交性的反應，詢問治療師的健康、生活、其他孩子的狀況，甚至於個案的角色反轉變成懷孕治療師的照顧者（Wedderkopp, 2006: 41, 51）。

葉寶玲（2018a: 7）整理國外文獻發現，個案對治療師懷孕所產生的行動化反應，包含沉默、體重變化、停止避孕、懷孕、流產、遲到、更換治療時間、終止治療、擅自觸摸治療師孕肚、照顧治療師、說出隱瞞很久的戀情、夢見治療師等。可見懷孕明顯影響治療的時間

架構，刺激個案出現行動化反應，對個案之影響的確不容小覷。

治療師懷孕後，從過去治療師與個案的兩人配對關係，改變為加入胎兒的三人關係，導致治療環境改變，造成個案談論的內容和情感減少（Stockman and Green-Emrich, 1994: 459），但同時也帶來正向影響。治療師的懷孕事實強化個案之移情、抗拒及行動化反應，激起個案過去未解決的議題，如伊底帕斯衝突、對母親的矛盾、對胎兒的敵視和競爭、對女性的敵視等議題，皆因而有機會得以疏通（Bassen, 1988: 285; Way et al., 2019: 458），且個案的移情變得更加複雜，有利於重組防衛機制與內在客體關係的衝突（Birksted-Breen, 2012: 70-74）。治療師不僅可以藉由自身不同孕期對個案所激起的不同議題來介入處理，若個案經歷治療師多次懷孕，也有機會處理不同的議題（Whyte, 2004b: 130）。有些個案創造出角色反轉，因為自己比治療師更為了解懷孕，而能提供建議，進一步覺得自身是有能力的（McCluskey, 2017: 308）。

Cecile R. Bassen（1988: 290）認為，懷孕治療師至少出現一種反移情的困難，比如無法記起跟個案有關的細節而放棄記錄，變得以自我為中心和享受懷孕的愉悅或變得焦慮，想跟個案保持距離或是對個案產生罪惡感。懷孕讓個案發現治療師現實生活的一面，強化了個案對真實關係的感覺。治療師不再是鏡子或空白螢幕，無法客觀觀察個案，而懷孕洩露了治療師擁有性生活及性伴侶的私人資訊。懷孕治療師需要告訴個案有關懷孕與產假的訊息，也導致難以維持分析關係之完整性。治療設置包含許多變數，治療師的懷孕就是其中之一，但有必要綜合出懷孕治療師工作設置之主要原則。懷孕治療師若能夠覺察自己的反移情，將有助於治療的進展，增加滋養照顧效果。

3. 精神分析取向懷孕治療師如何揭露懷孕與產假

很少有研究主題聚焦在治療師如何向個案請產假上（Schmidt et al., 2015: 56），治療師選擇時機向個案宣布懷孕和請產假，均是重要的歷程。因為治療師的產假終止了談話，與拋棄、分離的議題相關，所以同時也是一個治療介入的時機。個案與治療師討論懷孕與產假，雙方雖常出現負面感受，但相對地，也覺得治療師變得更真實和有人性（McCluskey, 2017: 306）。懷孕治療師設定停止治療的明確日期，也向個案顯示生活中的治療師並非萬能的（Wedderkopp, 2006: 41）。治療師產假的時間從 8 天到 3 個月不等，但多數是在 1 至 2 個月內。目前對於治療師何時開始請產假與請多長的產假尚無定論，但多數均主張提前給個案一個明確的暫停治療日期。

治療師的懷孕與生產，對一直接受餵養和依賴治療師的個案而言如同面臨斷奶。過去文獻建議在孕期個案量、個案抗拒程度、個案的個別差異、個案的治療階段、治療師的反移情、治療技術等方面思考如何處理，亦可採用代理治療師（alternate therapist）、諮詢、治療、督導等資源（葉寶玲，2018b: 23）。上述顯示治療師懷孕對治療工作而言，交織複雜而需要治療師經系統性考量後的應對處理。

（三）女性主義與客體關係學派對古典精神分析理論之影響

如前所述，女性治療師懷孕並未在古典精神分析治療設計與理論概念實務操作考量中。女性與女性心理發展被古典精神分析所忽略，直至女性主義精神分析結合女性主義觀點，挑戰古典精神分析創始人男性角度之偏頗，與當代精神分析客體關係理論之擴展，讓古典精神分析出現嶄新的樣貌。

1. 女性精神分析師女性主義意識的崛起與發展

女性自主與意識現今不斷提升，不同時期女性主義運動浪潮迭起，各有訴求。第一波女性主義運動極力爭取女性權利，認為男女本質相同，女性也有理性的一面，應尊重兩性差異且支持母親的身分地位。第二波強調個人即政治，個體可以擁有更多身分認同的可能。第三波強調性慾自主與賦能女性（Mayo and Moutsou, 2017: 8）。其後，走上酷兒理論的後結構主義女性主義時代，Judith Butler 認為性別具有流動性，性別主體是不穩定和變化的（Barone-Chapman, 2014: 22）。與前述女性主義分期對照之下，Freud 生活的年代（1856-1939）已出現第一波女性主義的啟蒙，但當時精神分析與第一波女性主義並無特別交集。第二波女性主義時期，約於 1970 年代女性主義者開始質疑古典精神分析理論對女性心理之貢獻時，分析師紛紛提出反對 Freud 的聲浪，將女性主義與精神分析並列進行探討。

女性精神分析師在女性發展議題上可分成四個時期，且不同時期各有其代表人物。第一個時期的代表是 Melanie Klein 與 Karen Horney。Klein 認為對女性發展而言，古典精神分析之陰莖羨忌概念不是很重要。Horney 認為古典精神分析性理論是 Freud 成長背景的反映，僅參照 Freud 自身男性性發展形成的精神分析理論之假設有所偏頗，不接受女性在伊底帕斯情結的命運之看法，轉而支持人際影響的觀點。第二個時期的 Dorothy Dinnerstein 指出母職乃受父權所形塑而成，稱之為寡頭母職（monopoly of motherhood），指由母親單方面承擔所有養育權責。第三個時期 Nancy J. Chodorow 提出母職再製，反對 Freud 之嬰孩是雙性的、母親是孩子第一個性客體的說法，認為母親在孩子自我的形塑上扮演最重要的角色，同時也認為母職複製了性別不平等。第四個時期 Jean B. Miller 強調依附、自主與分離—

個體化，認為關係才是最主要的人類基本需求（Shrier, Tompsett, and Shrier, 2004: 95）。上述四時期的女性精神分析師先驅，紛紛從女性主義的角度提出古典精神分析理論的不足處，補足一直困惑著 Freud 的女人謎題。

2.女性精神分析學者對古典精神分析之質疑

1970 年代實務工作者開始回顧古典精神分析中的女性發展觀點，女性主義精神分析師如 Helene Deutsch、Luce Irigaray、Julia Kristeva、Juliet Mitchell 也認為古典精神分析理論是男性的觀點，帶有性別歧視色彩，充滿對女性的盲點與偏見，例如「陰莖羨忌」（penis envy）的概念，因此，女性主義精神分析師隨後提出「子宮羨忌」（womb envy）一詞加以對比駁斥（Scheurer, 2017: 14），認為從《哈姆雷特》（*Hamlet*）歸納出的戀母情結、愛上父母中的一方而恨惡另一方之「伊底帕斯情結」（Oedipus complex）有利於解釋精神官能症，卻只吻合小男孩對父親認同的發展歷程。

女性主義是 Freud 的一大盲點（Nixon, 2015: 136）。女性主義精神分析師對女性與母親兩概念提出與 Freud 不同的論述，主張母親是一個具有生物性的存在，而性別是社會所建構出來的。女性與母親的社會結構根深蒂固，無形中存在許多既定的規範，若不墨守成規而背離社會期望將受到譴責，由此產生許多母性（mothering）的迷思，例如認為成為母親才能擁有正常完整的人生，不為人母勢必後悔與不快樂，以及幸福取決於有無生養子女，不孕或沒有孩子的女性是有缺陷的（Balsam, 2003: 1157）。

Freud 的時代缺乏性別意識，其本人也承認無法理解女性想要的，但仍提出諸如女性歇斯底里（female hysteria）、母職是女性唯一

的選擇、女性性慾與受虐等停留在二元思考層次的論述，繼而引起許多女性主義精神分析師群起批判（Fiorini, 2019: 595）。Freud 認為女性的超我永遠無法達到客觀並獨立於情緒之外，在他看來，女性是情緒化的，男性則是理性的，而此論點在第一波女性主義運動中早已被推翻。Freud 將女性界定為孩子照顧者，也在第二波女性主義運動中受到批評。母性廣被認定是女人的天性，但事實上不同母親之間存在顯著的差異，母親也可能有非母性的傾向，對成為母親缺乏興趣（Voela, 2016: 244）。在理想母親的刻板印象下，多數人對於有著美迪亞情結（Medea complex）、報復子女的母親視而不見，忽略母親常有的負面情緒。女性並不等同於母親、母性不是女人唯一的角色之思維，正是女性主義精神分析師所欲強調之信念。

3. 客體關係學派代表人物及在母親角色上的主要貢獻

Freud 開創古典精神分析學派，其後繼者則紛紛另闢蹊徑，繼 Karen Horney、Erich Fromm 及 Harry S. Sullivan 之新 Freud 學派後，以英國之客體關係和獨立學派備受關注。客體關係越過 Freud 的性發展理論，重視母性而非父性。英國客體關係主要包含克萊恩學派與獨立學派，二者理論與術語有別，不同學者的客體關係理論形成不同理論思路與治療模式。

客體關係學派認為生命第一年最初幾個月的事件影響一生的發展，強調人的本能在尋求客體（關係），延伸 Freud（1905b/Trans. Strachey, 1949: 222）第一個性客體是母親的乳房之觀點，提出許多嬰孩發展的假設。主要貢獻人物如 Melanie Klein。Klein（1946: 102; 1975/1952: 63）強調，內在客體是出生後幾個月嬰兒對母親乳房投射潛意識幻念（phantasy），將母親分裂為好乳房與壞乳房之部分

客體，同時提出投射認同概念，認為個案像是嬰孩，對如同母親的治療師投射其痛苦。Klein 強調 Freud 的死亡本能概念是嬰兒焦慮的來源，嬰兒心智發展包含偏執（paranoid-schizoid position）、憂鬱（depressive position）兩個位置。

獨立學派 Donald W. Winnicott（1971: 10）則強調外在客體，提出原初母性關注（primary maternal preoccupation）、恰到好處的母親（good enough mothering），指出母親為提高敏感度而全部心力被嬰孩占據，而治療師正如同母親，需要提供個案一個抱持（holding）的環境。Wilfred R. Bion（1963: 96）延續 Freud 之軀體自我（body-ego）概念，提出治療師如同母親涵容（container-contained）與消化個案痛苦情緒投射的觀點。其他精神分析之客體關係學者尚有提出依附理論的 John Bowlby、自體心理學者 Heinz Kohut、提出母嬰共生的自我心理學者 Margaret Mahler，他們都認為母親對兒童發展而言是主要的關鍵，並依照各自的理論假設提出不同的治療方式或技術。客體關係雖然有助於古典精神分析的延伸與突破，但仍有學者對客體關係各理論之假設提出異議（Barratt, 2017: 332）。

精神分析結合女性主義思想是一個有利的撞擊和挑戰，能激發出父權背景的精神分析理論學者之反思，更新理論中對女性與母性的理解。女性主義精神分析師們多年來深入解析精神分析理論假設與女性發展、母職、母女關係之論述，逐漸從批判古典精神分析女性缺陷論，轉移到女性的優勢上。女性主義精神分析僅從女性角度檢視古典精神分析理論中女性的發展論點，當代精神分析則延伸到母嬰兩人關係的方向，但無論依循古典精神分析或客體關係理論，均無法提供懷孕治療師適用之治療設置原則。精神分析取向之懷孕治療師進行心理治療工作，在國外已累積若干臨床與研究發現，本土尚未見有相關之

研究探討。治療工作本就複雜與多元，治療依據之精神分析理論正隨時代演進而變迭，懷孕治療師實務工作與技術面臨無從依據而需要重新整合與認同之際，當有更多研究提供懷孕治療師實務上之參考。因此，本研究擬以精神分析取向懷孕治療師為對象，歸納出精神分析懷孕治療師實務工作在設置態度上的原則，此為本研究之最終目的。

三、研究方法

（一）研究取向

本研究主要目的在從精神分析取向懷孕治療師的角度，了解在孕期進行心理治療的經驗，採取質性研究之共識質性研究（consensual qualitative research, CQR）蒐集與分析資料（Hill, 2012: 12-13），此法為一種系統分析與探究的方法，具後實證與建構主義典範精神，結合現象學與扎根理論方法的特性。藉由研究團隊多位研究者，以受訪者的脈絡理解受訪者孕期治療工作情形，不斷歸納、檢核以獲得多元資訊，強調在角色平等關係下達成共識，檢核不同受訪者間具代表性的結果。同時，亦參考 Clara E. Hill 等（2005: 196）分析 15 年來之共識質性研究成果後，對共識程序、研究者偏見、研究團隊、資料蒐集、資料分析及研究結果與討論所提出的建議。

（二）研究參與者

研究者為諮商心理學博士、女性，學習精神分析取向治療約十五年，本身具有質性研究之經驗。在本研究中擔任角色為研究設計者、

訪談者、資料分析者與撰寫者。本研究邀請 5 位研究生擔任共識研究團隊「內團體」的協同分析者，皆選修過質性研究課程，並於資料分析前由研究者進行說明與練習。Hill 等（2005: 201）建議至少使用一個團隊外的審查者，故邀請一位五十多歲女性諮商心理學博士（學習精神分析取向治療 19 年，具有實務工作經驗 25 年），擔任共識研究團隊「外團體」的專業審查者，審視編碼分析結果後提供建議與討論，以提高本研究之可信度。

本研究以立意取樣與滾雪球取樣方式，透過助人者交流平臺、公會以及電子郵件，共招募到 8 位受訪者，受訪者基本資料如表一。

表一：研究受訪者基本資料

代號	年齡	職稱	孕齡	子女數	實務工作（年）	學習精神分析（年）
A	53	臨床心理師	37/40	1	20	15
B	34	諮商心理師	30/33	2	7	9
C	33	諮商心理師	30	1	7	6
D	53	精神科醫師	29/31	2	20	20
E	41	臨床心理師	39/41	1	8	4
F	50	精神科醫師	33/38	2	14	16
G	45	臨床心理師	39	1	21	8
H	47	精神科醫師	32/36	2	20	20

表一顯示，受訪者之職稱包含臨床心理師（n=3）、諮商心理師（n=2）及精神科醫師（n=3）。年齡自 33 至 53 歲，平均年齡 44 歲。治療工作年資 7 至 21 年，平均為 14 年。孕齡自 28 到 41 歲，子女數為 1 至 2 位。其中有兩位受訪者經歷過一次流產。學習精神分析時間

自 6 至 20 年，平均 12 年。工作場域包含社區、學校、醫院、法院及個人工作室。孕期有嚴重個案者 5 人、長期個案者 5 人、懷孕個案者 3 人、兒童個案者 1 人。兩位受訪者孕期曾帶領團體治療。受訪者 D 的一位長期個案曾經歷其兩次懷孕和產假。在接受治療與督導上，除了 D、G 之外，其他受訪者孕期都接受治療，且多數受訪者孕期接受過督導，僅有受訪者 D 沒有接受督導。

（三）研究程序

研究者參考過去文獻發展出研究目的、研究問題與訪談大綱及基本資料表。本研究受訪者服務對象包含不同發展階段的個案，蒐集資料過程發現 D、G、E 在孕期接過兒童個案，有的是在育幼院內的個案。G、E 孕期也帶領過兒童與青少年團體，但本研究多數受訪者主要工作是個別治療。此外，受訪者經歷過個案懷孕、受督者懷孕、個案配偶懷孕或治療師與個案同時懷孕等情況，其中 6 位受訪者治療過想要懷孕及準備懷孕的個案。F 的個案在分析過程中懷孕，G 與 F 均經歷個案從單身到懷孕以及成為母親。H 自身懷孕時，也治療過懷孕的個案或男性個案的配偶懷孕和墮胎。基於本研究篇幅，僅探討懷孕治療師的治療工作中，懷孕治療師本身與個案受到的影響與處理。本研究之訪談問題如下：

（1）懷孕經驗：早（16 週前）、中（17 至 29 週）、晚期（29 週後）的懷孕過程如何？

（2）孕期工作：孕期主要治療工作場域與形式及對象為何？是否在懷孕期間曾暫停治療工作？原因是？分析／治療工作對您懷孕身心狀況是否有影響？有哪些影響？懷孕對您治療工作是否有影響？有哪

些影響？

（3）宣告懷孕與產假：是否告訴病人／案主您懷孕了？何時與如何告知？何時告知與如何告知的考量為何？病人／案主是否猜測到您懷孕？如果有，您如何處理？病人／案主對您懷孕的反應如何？出現哪些情緒或行為？

（4）孕期督導與治療：懷孕期間您是否曾接受分析／治療或督導？是因懷孕對治療的影響而接受督導嗎？如果是，主要是為了哪種影響？當時督導對您孕期治療工作有哪些幫助？

（5）身為精神分析取向懷孕治療師，您對性別、母職與治療工作有什麼看法？

確定受訪者與訪談日期、地點後，即展開訪談與資料蒐集，將研究參與同意書、基本資料表、訪談問題以電子郵件先寄給受訪者。訪談由研究者親自進行，進行時先介紹研究者，並說明研究目的及告知相關權利與義務。訪談均全程錄音，並招募謄打逐字稿者說明謄稿原則與流程，簽訂謄稿合約後開始轉謄為逐字稿，且將逐字稿中可辨識身分的資料予以移除。

研究者對共識團體研究生說明共識研究方法的進行步驟，透過閱讀共識質性研究文章與討論，以清楚地了解資料分析的過程。資料分析先依據訪談問題形成主題範疇（domain），包含孕期身心狀況、工作場域與個案型態、懷孕對治療的影響及因應。與共識小組成員進行溝通討論後，分別摘要出主要意義（main idea），進一步整合出範疇下的核心概念（core idea）。完成編碼後，小組成員互相檢視，澄清有歧異的編碼和命名，然後進行跨受訪者資料的交叉分析，辨識出共同的類別及計算類別的頻率與類型。普遍（general）類別於本研究中指 7 或 8 位受訪者皆有該類別之現象，典型（typical）指 5 或 6 位受

訪者，不定（variant）指 2 至 4 位受訪者出現該類別，而少見（rare）指 1 位受訪者為此類別。此部分分析的結果，如表二示例。最後完成編碼時，交由審查者檢核後做進一步的討論與修正。在本研究結果中，序號 A-015，代表編號 A 的受訪者，於訪談中的第 15 句回應。

表二：共識研究分析頻率示例

主題範疇	類別	核心概念	人次（受訪者編號）	CQR 類型
懷孕與產假的告知	告知時機	中後期	7（B、D、C、E）	普遍
		中期	3（A、F、E）	不定
		早期	1（H）	少見

研究品質檢核方面，依據共識質性研究品質的規準（Hill et al., 2005: 203），本研究監控研究之蒐集資料、轉謄文本及分析資料過程，以增進研究信實度（trustworthiness）。研究者選取研究參與者時判斷其代表性，並適切地使用審查者給予的回饋意見修改研究結果。對於受訪者提出關於個案內容隱私與保密的擔心，於簽署研究同意書和告知知情同意時，做充分溝通，並於撰寫結果時，採整體分析，且留心受訪者訪談內容中揭露之特定個案資料是否無從辨識，也和共識小組成員逐一檢核研究結果去連結的部分。本研究結果與結論亦具有邏輯性，可以說明整體資料與回答研究問題，符合結果一致性的原則。資料分析時，將各類別的研究結果，進一步計算頻率後歸到普遍、典型、不定或少見等四種類型，可驗證樣本之代表性。整個研究均透過受訪者取得的資料分析得出，符合見證效度。整體而言，本研究對於實務工作與研究方面提供建議與新發現，亦符合結果應用的規準。

四、研究結果

（一）懷孕早晚期治療師身心多有不適，但自述孕程工作順利

懷孕治療師容易否認或忽略懷孕帶來生理限制。本研究發現受訪者懷孕早期出現噁心、嘔吐，少數出現出血、疲憊、胃口差、想睡、頭暈或體力差等現象。有兩位狀況較嚴重，因流產而中止懷孕。A 在懷有第二胎時流產，然而 A 認為流產經驗有助於「對流產個案較能感同身受」（A-043）。許多受訪者陳述孕期經歷不少事件，但仍認為懷孕過程是順利的，顯示懷孕治療師多自認為能突破困境，另一方面也可能是難以承認自己脆弱的一面。E 在 40 歲時才決定要生育，懷第一胎的她在帶團體時發現大量出血：

> 第一次懷孕流產是在去育幼院工作，到了那邊是要帶一個兒童團體。早上就開始不斷地出血，然後身體也很不舒服。下午的時候我還是去工作，就簡單地清理一下，反正就把團體帶完。然後我就坐上車，那時候好像又更大量地出血，我想說這應該是流產。（E-006）

E 因高齡受孕在等待羊膜穿刺報告時，覺得是「人生中黑暗的日子」，但仍反覆說「反正都還蠻順利」（E-006, 012），似乎在安撫自己最後能夠度過這些孕期所經受的衝擊事件。C 在孕前就有血尿問題，此問題持續到懷孕，但 C 認為對接案沒有實際的影響。B 懷第一胎時正值 28 歲，在懷孕早期覺得自己跟懷孕前一樣，毫無顧忌，後來回顧時發現當時似乎過於天真，不知道懷孕的身體是有限制的：

> 懷孕的時候都還好，基本上我還是我自己，只是肚子裡面多了一個 baby 。時間還是我自己的，我要做什麼，基本上我還是可以做。我要吃什麼、我要幹嘛幹嘛，我覺得還蠻自由的，就只是要注意健康跟注意安全就好了。我好像一直到後期，都還是騎摩托車「趴趴走」。（B-081）

懷孕晚期有半數以上受訪者注意到體重的變化並感到行動不便，亦有少數出現心律不整、胸悶、血尿及皮膚狀況。宮縮和未足月生產也是受訪者較常出現的現象，尤其是接觸暴力或情緒不穩定個案時易出現宮縮。但，也有受訪者甚至覺得沒有懷孕這件事，如 F 認為自己可以專注在治療工作而忘卻懷孕，但也表示自己在懷孕初期感受高焦慮，並會做惡夢。

懷孕治療師在孕期接受心理治療有幫助但需要衡量個別差異性。孕期治療師接受治療必有所獲益，然而對於身體不適之懷孕治療師卻同時也是增加身心之負擔。C 懷孕前進行每週三次的分析，懷孕後因為經濟與身心無法負荷，改回之前每週兩次的治療。E 流產後又懷孕，因為出血常跑醫院，最後只好暫停治療：

> 流產對我來講其實是一個很大的創傷。在四個禮拜後去做治療，我都覺得壓力很大。因為那個時候工作還是多的，我一週兩次開車去，要忍受塞車。其實我那時候反而覺得治療對我來說是一種負擔。（E-069）

E 認為懷孕是個人的事情，不清楚要怎麼和個案討論，覺得相當惶恐。但受身體狀況與一些因素阻礙，E 後來還是停止督導。H 接受

督導，則受時差與網路連線問題影響也告終止。

（二）治療師懷孕與治療工作交織下，衝擊工作形式而做調整

治療師工作屬於多元場域與多元對象，工作有彈性，但需要奔波及治療嚴重個案。5 位受訪者在孕期仍與嚴重或高風險個案進行治療。B 在孕期有一個進行一年多的學校嚴重兒童個案，非常沉默、被動攻擊，會在治療師面前傷害自己，如拔頭髮或摳傷口直至流血。B 表示：「他是很重的案，我那個時候知道我可能不適合接他，可是我還是接了，因為我放不下他」（B-021）。E 的自戀型人格疾患個案，平時常貶低治療師，E 懷孕後個案行為更加明顯：

> 就這樣對著我的臉然後打噴嚏，所以我的臉有沾到他的鼻涕。我認為那個咳嗽有一點是針對我的寶寶，就覺得滿惡意的啦。所以我心裡面對他有很多的憤怒，只要是那個個案我就會自動戴上口罩。那當然我想這個戴上口罩的行為可能對我們的工作是有影響，可是我又覺得我不得不保護自己。（E-043）

懷孕治療師的嚴重個案有的在懷孕前已經進行治療多年，有的從治療師尚未懷孕開始進行，經歷治療師懷孕和生產後仍繼續治療。這些長期個案，若為人格疾患或嚴重個案有自殺傾向、重鬱症或精神病，對治療師是十分沉重的負擔。懷孕治療師之治療工作受衝擊下紛紛尋求因應之道。懷孕是否帶動治療工作的調整？多數受訪者孕期治療工作時間與數量均有變動，除了減少案量，也運用諮詢、轉介、結案，及改為短期治療幾種方式處理。

H 改為諮詢以降低移情發生，避免負荷過大：「在沒有懷孕的時候，我都會盡量地就是說去想他們的狀態，然後有沒有必要延長，可是我懷孕的時候我確實就會說，好，如果進行 6 次〔治療，或採用〕諮詢〔的形式〕，就是我盡量讓那個移情發生的機率減低」（H-053）。或是轉介兒童個案給其他治療師，「比較需要活動量比較大或者危險的小朋友團體，也許我們就會讓別人來帶」（G-013）。F 有計畫地把情緒嚴重個案改為短期治療後結案。

（三）精神分析取向治療師宣告懷孕和產假之考量

關於個案得知治療師懷孕與請產假，多數受訪者如 B、H、G、F、E 並非主動告訴個案懷孕或產假時間，而是依循古典精神分析設置原則，採取被動回應的態度，「當個案提到肚子變大，才會被動跟著談」（E-027）。當個案潛意識出現材料做詮釋時，才讓個案知道自己懷孕。G 主張不要太快把限制帶進去，讓個案自己發現後再處理。E 和 F 是在敏感的病人主動詢問是否懷孕時才告知。

H 若發現個案出現可以詮釋的相關材料，會告訴個案自己懷孕：

> 對這個病人來說，我懷孕好像對他來說是背叛吧！他有那種我背著他偷偷做什麼的感覺。於是在那一週，我每一個病人都講了。大概六週到八週，中間有素材可以詮釋的時候就會講。（H-017）

A 表示是依據督導的建議，在預產期確定和懷孕狀態穩定時告訴個案：

一旦確定我的預產期是什麼時候，然後我的狀態是穩定的，就是孩子的狀態是穩定的之後，我就告訴病人，就準備跟他說我懷孕了，然後在大概我的孕產期大約會在什麼時候，所以我們的會談大概會在會要在什麼時候先告一個段落，然後在什麼時候我恢復上班之後再開始這樣子。（A-010）

告訴個案治療師請產假的時間點，受訪者的做法並不一致。有 6 位受訪者選擇在懷孕中、後期才告訴個案要請產假。B 和 F 認為在孕肚較明顯時需要告訴個案自己請產假的時間，E 也是相同主張，在懷孕 6 到 8 個月之間告訴長期個案請產假時間。G 認為「每個個案稍有差異，預留至少 20 天到一個月」（G-024）。C、D 與 G 則是延至接近產假時才告訴個案。

並非每個個案治療師都會告知請產假時間，治療師 C 未將自己懷孕或要請產假告訴個案，因有計畫安排於寒暑假生產，或是治療在生產前就結束，認為不會對個案造成影響，而沒有告訴個案。有些受訪者選擇特定個案告知，例如只告訴部分個案、長期個案、自費個案或特殊個案。考量個案的個殊性，G 只告訴部分個案。A 告訴長期個案，「因他遇到整個懷孕歷程」（A-009）。C 告訴自費個案，H 會提早告訴特殊個案。總之，精神分析取向懷孕治療師多維持古典精神分析設置原則，主張被動與延後告知個案自己懷孕或請產假，但因工作場域與個案獨特狀況而有例外的處理。

（四）個案對治療師懷孕的反應與精神分析取向治療師之回應

個案得知治療師懷孕與請產假，會出現許多反應及行動。本研究

8 位受訪者共提到懷孕期間接觸的 24 位個案，這些個案的主要反應有五類：

第一類是個案談論與懷孕相關的主題。G 還未告訴個案自己懷孕，個案已經談到很多懷孕的事。A、B 及 C 的不同年齡層個案得知治療師懷孕，都好奇地詢問胎兒性別、如何生產和如何照顧幼兒等問題，而 A、B、C 及 F 的非自費個案會送嬰兒服、蛋糕、毯子與包巾賀禮給懷孕治療師。對於個案送禮，精神分析取向治療師多會婉拒並做詮釋處理。G 認為「可能跟分析取向有關，加上自費嘛！我覺得好像因為已經收費，所以個案就不會想要再送禮了」（G-086）。

常見的第二類反應是擔心。F 的很多個案都擔心治療師昏倒送醫或是治療會影響治療師的胎教，「有一個個案跟我說，我好怕你忽然昏倒，然後我就要叫 119。會不會我投射了一些什麼呢？我覺得我蠻好的啊，你會不會太悲觀，覺得我是一個很讓他擔心的媽媽」（F-009）。F 認為是個案投射一個讓其擔心的媽媽到治療師身上。G 的女童個案，擔心產後 G 要照顧寶寶而沒時間照顧自己。另一種擔心是個案生氣或激動時怕傷害到治療師的胎兒。

第三類反應是驚訝。C 的女學生個案很驚訝治療師結過婚，無法接受治療師懷孕，此個案在產假後表示要暫停治療，後來傳簡訊做結束。G 的個案表示忘記治療師是女人，所以有懷孕的可能，不想接受治療師懷孕的事實。第四類反應是行動化或退化。H 的思覺失調症男個案反應激烈，甚至踢翻治療室桌子，因過於失控而暫停治療。E 的個案出現退行，躺在沙發裡雙手抓著兩腳大拇指不住地搖晃，模仿嬰兒樣子。H 的女個案失去聯絡，H 認為「我想對她來說那個太巨大了啦！那個分離太久，然後對她來說可能太創傷，又是去生小孩，又有別的小孩」（H-039）。

最後一類反應是對治療師懷孕不做反應。H 的個案假裝完全沒發生治療師懷孕這件事。C 的男個案表示沒注意到治療師懷孕。F 的個案雖有注意到治療師身形的變化，但是並未詢問，因為擔心事實是治療師變胖，發問會顯得太失禮。即使治療師肚子很大，E 的個案還是避而不談。D 的自戀型人格個案完全忽略治療師的大肚子，即使 D 請產假前一個月，也不做任何反應。

懷孕治療師嘗試提供較嚴重而無法暫停治療過久的個案代理治療師，當作過渡的客體，但發現多數個案並未加以使用。E 的男學生個案直接表明不接受轉介，同時也不願意更換治療師，但當 E 產假後回去工作時，個案說明只是來讓治療師了解自己照顧得不錯，治療遲到和缺席頻繁。對於上述個案對治療師懷孕產生之移情反應，精神分析取向的治療師主要使用詮釋、自由聯想技術做處理。D 則是讓個案對夢做自由聯想與探索。

（五）精神分析取向懷孕治療師對治療師性別、母職之觀點

治療師性別與治療工作上，H 認為治療師性別不影響移情與投射現象，B 主張治療師是中性和去性別化的。但，現實中性別的確也影響治療工作，例如 H 擔憂男性個案會有暴力威脅，夜間拒接男性個案：「心理治療工作時間都比較晚，會擔心男性個案有移情，如果有緊急狀況，〔例如〕他要對我暴力啊，他要怎麼樣的時候我怎麼逃？就會有那一種恐懼感」（H-054）。不同性別治療師存在差異嗎？ D 與 F 認為女性治療師缺乏清晰思考，而男性治療師缺少母性，但較具有攻擊性：

很多女性治療師是沒有因應腦袋的。臺灣走心理治療走精神科的男性，很多都是不能成為父親的人。父親的角色〔要〕陪著孩子去好奇，母親的角色就是依附，關係要穩定。男性治療師他根本沒有母性那種東西。（D-056）

H 學習精神分析 20 年，談到性別與治療技巧，發現新手治療師受性別影響較大，但資深治療師受治療經驗的影響較大：

剛開始做治療時候，我其實前幾年不太敢接男性個案，就會擔心男性個案有移情啊，怕不知道怎麼處理。訓練比較漸趨於完整的時候，21 年，做治療一段時間以後，可能精神分析的理論就是 bi-sexual 嘛！就移情來說，〔治療師〕雖然是女生，可是她是投射你變成她爸爸、變媽媽，所以〔性別〕越來越沒有影響。移情的處理，我覺得會跟可能〔跟〕經驗比較有關係。（H-054）

F 是位精神科醫師，學習精神分析 16 年，對性別的觀感為：

我也碰過女性治療師她就是很 man 啊，不是外表喔，是內在啊，她就是很 tough 啊，就是不怕那種，換句話說就是心臟很強。我覺得男性治療師遇到的挑戰就是太快做詮釋，他們其實比較 aggressive 。（F-066）

懷孕治療師出現對母職能力與助人者專業自我認同二者的懷疑。懷孕與工作交織帶來雙重的壓力，令治療師憂心。7 位受訪者均提到主要的擔憂是工作、胎兒及母職。B 在離職和重新找機構談妥工

作時懷上了第二胎，當時十分震驚與徬徨，也擔心突然生產或胎兒過大的問題發生：「好像對工作的擔心是比較多的，就覺得接下來我的工作要怎麼辦？因為可想而知嘛！馬上就是又要再跟個案請一段時間，然後所以第二胎的經驗，我覺得對我在工作上的影響比較大」（B-006）。而 B 與 C 最擔憂是產後育兒問題：「我覺得懷孕都還好，小孩出來後那一年我覺得影響比較大。因為整個當媽媽的焦慮就上來」（B-079）。C 也有同感：「懷孕期間對工作真的沒有太大影響。我反而覺得生產後比較有，因為生產後照顧寶寶我覺得比較辛苦」（C-020）。

（六）兼顧古典精神分析治療設置原則與實務處遇彈性

學習多年精神分析之後，治療師逐漸從女性角度發展出對古典精神分析理論的批判，以及對精神分析之文化學派或客體關係理論的認同。兩位受訪者表達出對古典精神分析理論的不認同與不適用之觀感。A 學習精神分析 15 年，認為身為女性感到難以理解古典精神分析提出的概念，認為其忽略將環境因素納入考量：

> 佛洛伊德說男孩有閹割焦慮，女孩有陰莖嫉羨，但我個人不認同。我的成長環境是很重男輕女，觀察到身邊的女性之所以羨慕、嫉妒男性，是因為在家庭、家族中男性掌握了權力、說話權、決定權，而女性沒有地位，沒有說話權。我經驗到社會文化對女性的影響。（A-002）

學習 20 年精神分析的 D 認為「懷孕了就不要接兒童，太動力

導向的話，孕婦受不了，對兒童沒有好處，對你的 baby 沒有好處」（D-034）。並且深感古典精神分析理論不適合用來督導懷孕治療師，或與兒童或青少年工作；如果使用，則需要彈性與注意個別性：

> 傳統精神分析會陷入一個錯誤。傳統太嚴厲的，我覺得不行。書上的原則還是要守，但不要在懷孕時希望她精進，成為母親還是要顧自己的孩子，要把治療師本身顧好。我不會建議一週增加次數，因為治療師本身懷孕，增加次數要去感受這麼多感覺。治療導向千萬不能夠太詮釋，在做青少年的時候不能完全空白螢幕，因為青少年沒有生命經驗。（D-051, 052）

古典精神分析治療設置工作之缺口，呈現在懷孕治療師的工作過程，當治療室內不可避免地出現胎兒時，不僅影響治療，受訪者們極度關切是否影響胎兒。C 與 D 擔心腹中胎兒常常聽見個案談論的負面材料與做出強烈攻擊，恐怕不利胎兒的成長，如「個案是受虐兒，一直在罵三字經！我在想，我的孩子每天都在聽這種三字經那還得了」（D-038），以及：

> 我會覺得好像諮商室裡面不是只有我跟個案，會覺得寶寶也在裡面聽！可是我覺得是沒有什麼很直接的影響的部分，但我會覺得說好像多一個人。可能也會想說不知道聽這些對寶寶是好的嗎？（C-027）

受訪者有的自然面對懷孕破壞古典精神分析之治療設置原則及態度，有的尋求督導協助，但也有些未能接受因自身懷孕而改變治療設

置，導致理論與懷孕處境間的拉扯，或出現反移情現象。C 與 E 在治療過程試圖藏起孕肚，C 將衣服修改寬鬆不讓個案發現。E 擔心懷孕引發個案感受，使用披巾遮住孕肚，並挑選孕肚明顯前會結案的個案工作。上述兩人學習精神分析時間與實務工作年資較短，且均為第一次懷孕，藏孕肚以避免被個案發現，另一方面也擔心自己違反古典精神分析之匿名原則：

> 我真的就是把自己先藏起來。一開始我想說我要怎麼跟個案談這件事情，我自己也要心理準備什麼的，一直到真的藏不住了，我才沒有用披巾。懷孕可能對一些個案會有影響，我其實不太想要太早去面對。督導也有對我耳提面命，懷孕對育幼院沒有爸爸媽媽的孩子來講是很大的刺激，一旦你懷孕了，你就不可以在育幼院工作。（E-032）

G 提及懷孕治療師是否要暫停治療工作的議題，認同「懷孕治療師如果可以就不要進行治療工作的說法，因為〔治療工作〕一定會對寶寶衝擊很大，引發個案很多移情」（G-098）。B 和 F 認為懷孕時或生產後當以孩子為重，又覺得有罪惡感、對不起個案。D 認為，面對治療工作與母職，要先選擇照顧自己，勿過度自戀以為個案只需要你：

> 很多治療師有一種自戀，或是有一種罪疚感，這樣對我的個案怎麼樣，這是不對的。這是你個人的自戀議題，你的個案不一定需要你，他可以暫時先不用你。懷孕到後面兩年之間，我一定把這個母體顧好，至於個案會有別人接。（D-051）

身為專業助人者之懷孕治療師，平日處在照顧者的角色，將個案福祉視為優先考量，一旦懷孕動搖原先依據的設置原則與專業自我認同，要突破理論、放下個案或兼顧胎兒及自己，多方衝突下產生前面描述的對懷孕事件否認之反應，與治療上的無所適從或掙扎。但同時從不同治療師描述中發現，懷孕治療師觀察到個案出現之影響，自身也發展出幾類因應方式做為治療設置之依據，可成為古典精神分析治療設置調整的參考。

五、討論

（一）懷孕治療師擔憂治療工作衝擊胎兒，忽視與否認母體限制

懷孕治療師工作性質特殊，面臨的不僅是母體、胎兒的健康，也需要將個案納入考量。本研究發現胎兒是懷孕治療師最先想要保護的，甚至因而跟嚴重或高風險個案保持距離。Mariann A. Howland 等（2021: 492）發現，懷孕母親負面情緒負荷量對孩子神經發展才是主要的影響，據以推之，降低焦慮不安程度可能更是懷孕治療師需要著力之處。

本研究也發現，母體健康是懷孕治療師最容易遺忘的。懷孕治療師容易忽視自己的懷孕事實以及限制。此現象可能是治療師的自大、自以為全能所造成，如 Carolyn Cousins（2016: 108-109）所言，專業助人者平日也提供親職諮詢，讓懷孕治療師覺得已擁有豐富親職知識，對於承擔和扮演母親角色過度自信。另一種可能的解釋是懷孕治療師透過否認的防衛機制繼續維持過往的工作品質（Schmidt et al.,

2015: 59）。

懷孕治療師需要得到專業照顧嗎？主張懷孕治療師需要接受治療或督導的理由是，懷孕治療師遭遇至少一種反移情上的困難，有四分之一的懷孕治療師難以自己處理無意識的反移情現象（Bassen, 1988: 290）。本研究多數受訪者在孕期都曾接受治療與督導，但也有受訪者反而增加焦慮而難以負荷。接受治療本身就存在壓力，懷孕治療師若在生活與工作已是高壓狀態進入治療，恐不利於自身之進行治療工作。另一個支持孕期接受治療的理由是，在懷孕治療師遭遇流產或死產的重大失落時，導致無法維持治療結構，對治療師本身與個案都帶來很大的挑戰（Cullington-Roberts, 2004: 107）。本研究反而發現受訪者經歷流產後，對於接觸的流產個案變得更容易感同身受，在專業上形成一種轉化和養分，治療師生命歷程遭遇的失落有了另一重意義。

（二）懷孕治療師之工作模式調整

懷孕治療師需考量個人身心狀況來調整工作。本研究受訪者工作調整之方式包含計劃懷孕與生產時間、選擇個案、衡量個案數、變換治療形式。個案選擇上，本研究受訪者多數在懷孕前已經開始治療的個案，並未因懷孕而將之轉介，僅有一位受訪者在督導要求下結束育幼院的個案。Barbara Rocah（2008: 23）提醒治療師，對於較脆弱的兒童個案，要處理因治療師懷孕造成的二度創傷，並衡量兒童個案能否承受治療師懷孕的衝擊。Way 等（2019: 455）認為懷孕治療師因反移情而容易對兒童個案增加保護，尤其是嚴重創傷的兒童需考量是否予以轉介。

移情由治療設置所引起，也受到分離焦慮影響而產生。治療師

懷孕與離開去生產，讓個案意識到懷孕治療師是另一個個體。Guy、Guy 與 Liaboe（1986: 298）提及個案對懷孕治療師出現否認、行動化、終止談話、自我破壞行為、減少依賴治療師等移情反應。本研究也有相同發現，個案對懷孕治療師表示自己可以照顧好自己，顯示治療師懷孕可能導致個案變得更自大、自以為全能，否認對治療師的需要，避免感受到依賴的客體崩解。

女性因生育遭受不利的處境，制度上理應積極提供保障和協助（陳昭如，2016: 1102）。然而，本研究受訪者均依靠自身進行因應與調整，並未提及自己受益於心理治療組織或制度上的協助。推究原因，可能因治療師並非全部隸屬於專一機構，許多行動治療師工作型態是四處接案，且有的治療師在個人工作室接案，導致無法獲得制度保障，值得未來政府部門、學會、公會與各類心理服務機構進一步研討。

（三）懷孕治療師宣告懷孕與產假

懷孕治療師無法維持古典精神分析的匿名中立治療設置條件，被迫要對個案揭露懷孕一事。本研究僅有 1 個受訪者在懷孕早期 6 至 8 週時告訴個案，多數受訪者受到古典精神分析設置原則影響，普遍選擇不主動提出，直至懷孕中、後期才告訴個案。

產假的安排上，Abigail Wedderkopp（2006: 45）主張明確告訴個案因請產假要暫停治療的時間。Simonis-Gayed 與 Levin（1994: 199）建議在第三孕期開始時告訴個案產假時間。本研究僅有 1 個受訪者在懷孕 6 至 8 週時告訴個案，其他受訪者是在懷孕中、後期或是預產期確定、孕肚明顯時告訴個案。受訪者決定告訴個案產假有幾種考量，

本研究受訪者多主張被動回應和討論。受訪者選擇告訴個案的情況不一，有的只告訴自費個案，有的選擇告訴長期個案，有的告訴特殊個案。受訪者告訴個案的時間多是在生產前 1 至 3 個月內，有的是到懷孕 36 週時停止接案。受訪者受古典精神分析理論取向影響，選擇於懷孕中、後期告訴個案的情況最為普遍，技術上多使用鼓勵個案揭露情緒、討論和詮釋，處理產假的分離議題。

因治療師產假中斷治療，Amy F. Stockman 與 Anne Green-Emrich（1994: 457）建議使用代理的治療師以降低個案的焦慮，且紓解個案因治療師懷孕引發的移情痛苦。Tracy A. Prout（2019: 216）曾將自己孕期的個案轉介給同事或孕期代理治療師。然而，本研究結果發現，多數受訪者的個案都拒絕使用代理治療師，並非再無治療需求，可能是因為已與懷孕治療師建立關係，不想再重新開始接觸新的治療師。有位受訪者的 2 個個案沒有使用治療師提供的代理治療師資源，僅有在治療師產假期間狀況較差者，才接受代理治療師一次治療。如何提高治療師產假期間有急切需求之個案轉介的可能性，尚須更多研究深入釐清。

（四）個案對治療師懷孕之反應與處遇

治療師懷孕一事打破原本的匿名與治療關係架構，提高個案的焦慮。同時，也讓個案在治療關係中與移情、反移情之下，有機會接觸自己的潛意識及慾望（Schmidt et al., 2015: 52）。個案常出現的反應為競爭、害怕被拋棄、生氣、性幻想及挑戰治療師（Fuller, 1987: 14-21）。

有研究認為個案反應與孕期、個案性別有關，個案在不同孕期

會出現不同的反應，第一孕期害怕分離；第二孕期處理親子衝突，手足競爭；第三孕期處理分離議題。不同性別個案反應有別，女個案興奮、競爭、敵意、羨慕，男個案常常出現否認、隔離（Guy et al., 1986）。本研究發現，有的個案對治療師懷孕沒有反應，即使治療師的孕肚很大亦然，有的男性個案在治療師告知自己懷孕時，表示因為治療師坐著，看不出來。有的女個案表現驚訝，不相信治療師懷孕，認為治療師很年輕，不像是結過婚。有的個案擔心實情是治療師變胖，因而不敢詢問，怕自己誤會了。自戀個案忽略治療師的孕肚。此外，本身有母職經驗的個案注意到治療師外觀改變和懷孕，有些男個案的語言和動作趨於收斂，兒童個案出現矛盾，不想分離但是又表示還好。

回顧過去文獻的觀點，懷孕治療師面臨須告知個案以及安排暫停治療的情況，需考量自身接案的類型以及出現的反移情，主張依據孕程有所變化，因此也有不同的任務與介入方式（葉寶玲，2018b）。Bassen（1988）提及治療師都遇過是否告知個案嬰兒資訊的問題，多數受訪者覺得可以直接回應，像是嬰兒性別、姓名或其他細節，有的受訪者認為這些問題也要被分析處理。有的受訪者覺得不回答顯得沒人性，有的認為除非是支持療法，否則回應是不恰當的。

對於孕期的個案處理，要考量到孕期個案量、個案對自己第一次懷孕的反應與影響、個案的不同需要、抗拒程度、個案的個別差異、治療階段、治療師的反移情、治療師的治療技術等（Bassen, 1988; Guy et al., 1986），而決定如何處理。本研究中，有的個案害怕自身情緒太激動，會嚇到胎兒；有的個案從治療師懷孕一事連結到最近談話時冷氣很強，可能和治療師懷孕有關；有的個案想暫停談話，讓治療師先照顧寶寶；有的個案拒絕被轉介給其他治療師；有的不容易與

治療師分離。至於代理治療師的使用，本研究有位受訪者的 2 個個案，在產假期間由代理治療師進行治療；也有位受訪者的 2 個個案，沒有使用治療師提供的代理治療師資源。

（五）對於懷孕治療師生理變化與能力下降的歧視與利弊觀點

懷孕的確造成身心巨大變化。本研究發現懷孕治療師在記憶力、專注力、體力三方面受到較多影響。懷孕期間記憶力是否真的變差？ 50-80% 孕婦表示有記憶相關的困擾，出現健忘和思考能力下降（Cuttler, Graf, Pawluski, and Galea, 2011: 27）。所謂懷孕腦（baby brain）、孕婦失憶症（maternal amnesia）或「一孕傻三年」等說法，均認為懷孕會降低認知思考能力。但研究發現孕婦的資訊處理過程有所變化，卻未發現記憶受損現象（Saraulli, Zanetti, and Spataro, 2021: 71）。Bassen（1988: 290）則從精神分析觀點推斷，懷孕治療師記憶力改變可能是受心理影響，乃反移情所導致，才造成懷孕治療師無法記起與個案有關的細節。

懷孕治療師體力的變化，影響較大的可能是與兒童間的治療工作。葉寶玲（2022: 15）整理過去與兒童及青少年工作的懷孕治療師文獻發現，懷孕治療師較少進行兒童治療工作，也罕見懷孕治療師之團體工作。一個因素是治療師在懷孕後期沒有體力去追逐兒童個案，且兒童個案會使用和接觸懷孕治療師的身體。另一個因素是治療團體中充滿手足競爭與性議題，若再加上治療師懷孕的因素，對團體運作將形成太大的威脅。本研究也發現某些受訪者進行兒童治療時，在收拾玩具的過程中的確更費力，但並不表示所有的懷孕治療師都無法跟兒童工作，畢竟懷孕治療師之間也存在個別差異。

對懷孕抱持極端負面觀點者，傾向不支持懷孕女性繼續工作。此觀點與本研究發現有別，本研究中僅有督導反對懷孕治療師繼續和育幼院兒童工作，除此之外，懷孕治療師均繼續進行治療工作。受訪者也提及工作機構內同時有多位治療師懷孕，機構負責人期待維持原來的工作狀態，不贊成因懷孕的變數而減少接案量。此現象指出治療師的懷孕涉及第三方，即工作的職場，也引發主管的焦慮與兩難。職場環境對懷孕者的態度才是主要的焦慮與壓力來源（Little, Hinojosa, Paustian-Underdahl, and Zipay, 2018: 631），懷孕治療師的實務工作本已充滿壓力，心理治療場域未來亟需構思解決之策與原則，既能照顧個案，同時也能適時和適切照顧到平日身為照顧者的懷孕治療師之母體健康。

過去懷孕治療師文獻較多探討懷孕對治療工作之負面影響（葉寶玲，2018a: 7）。本研究中多數受訪者在懷孕期間並未請假，甚至工作到生產當天，顯示懷孕治療師相當盡力履行對治療工作與個案的承諾，同時也顯示精神分析取向懷孕治療師努力維持治療設置，降低可能受到的影響。Schmidt 等（2015: 60）認為懷孕治療師之工作應視治療師、個案與治療關係而展開協商，而非採用絕對的處理原則。Prout（2019: 212）主張懷孕並非全然帶來負面影響，懷孕不等同於治療師的失能（disability），也能帶來治療的另一種契機，不論是對個案或治療師，都增加新素料，讓治療有機會更加深入，值得探討。Fenster 等（1986: 34）也樂觀的看待，認為治療師懷孕有利於移情關係的增進、個案有機會呈現病態衝突，以及增進治療師傾聽能力與滋養照顧效果，懷孕激起治療師自己早年的衝突，讓治療師有機會解決過去的議題。以上論述翻轉懷孕不利從事治療工作的說法，值得未來相關研究深思。

（六）懷孕治療師對性別與母職之觀點

古典精神分析理論概念並未關注懷孕治療師之治療設置處境。其後從一人關係發展到當代精神分析之客體關係理論時，將母嬰雙人關係作為理論核心，但懷孕治療師在治療設置原則上仍十分模糊，造成觀點與實務操作有所分歧。

性別建構是古典精神分析特別受爭議之處，傳統觀念認為女性具有支持、滋養及情感表達之特質（Notman and Nadelson, 2004: 193）。過去文獻也發現懷孕治療師選擇督導時，期待有懷孕與成為母親經驗的督導（葉寶玲，2019: 19），主要的考量正如同 Malkah Notman 與 Carol Nadelson（2004: 194）所述，懷孕治療師選擇女性督導，可透過督導的自我揭露，將督導視為角色楷模加以學習。但，Klein 則主張治療師不分性別，治療師與個案的配對猶如母親與嬰兒般，在個案眼中，治療師有時候是具有營養的好乳房，有時候是具有破壞性的壞乳房。Nollaig Whyte（2004a: 14）也認為治療師具備雙性功能，選擇督導不必區分性別。本研究結果也支持此觀點，受訪者跳脫性別框架，認為治療師或督導在治療中並無性別之分。督導的性別與對懷孕治療師提供的幫助間並無絕對關係，也不是唯一影響督導效果的因素，因此在選擇督導時，性別並非唯一的考量。

論及母職與工作何者為先？多數懷孕婦女會將母職放第一位，其次才是母職與工作並重（Akyol and Arslan, 2020: 271）。很多治療師採取彈性與部分時間工作，從原來專職工作轉換為個人工作室接案的模式（Wiens, Theule, Keates, Ward, and Yaholkoski, 2022: 155）。本研究結果也有此發現，受訪者均是自願成為母親，傾向兼顧母職與自我的發展。有 3 位受訪者從學校、醫院或社區機構離開，轉換到私人執

業（private practice）或行動心理師工作模式，但同時也發現，選擇行動心理師工作，雖能兼顧家庭，卻難以應對需要在多個機構奔走所造成的時間耗費、精神疲憊與安全問題。

（七）懷孕治療師維持古典精神分析治療技術，但採取彈性的治療設置原則

本研究發現精神分析取向懷孕治療師在進行心理治療過程，雖仍在移情與反移情上工作，使用詮釋技術，但在治療設置上出現新的思考。治療過程不變的是古典精神分析移情與反移情概念及詮釋技術的治療工作，可以視為穩定的常數。但在治療設置上，如治療師的中立、空白螢幕、禁制與不做自我揭露的態度，因懷孕打破此理想結構，可視為變數。同時，本研究發現即使在無法妥協的懷孕現實下，懷孕治療師採取被動揭露懷孕與產假，或在個案提及相關內容才告知，均不謀而合地發展出折衷古典精神分析態度之揭露原則。

Lemma（2014: 226）提出體現設置概念，認為治療師外在形貌對個案會產生強烈刺激，治療師身體的變化可能形成嚴重干擾。治療師的身體改變影響界限和關係，讓治療師變得更像是個媽媽，個案如孩子般想接觸媽媽。在無法完全中立與成為空白螢幕的情況下，懷孕治療師出現多種反移情現象。例如本研究發現有 2 位受訪者故意穿著較寬鬆的衣服，甚至有的使用披巾想要藏起孕肚，不想讓個案發現而引發個案太多感受，顯示治療師並不想太早面對懷孕問題和擔心影響治療工作。Tracy A. Prout（2019: 216）將懷孕治療師在個案面前藏起孕肚，解釋為懷孕治療師企圖保護胎兒。但本研究的發現不同，懷孕治療師乃擔心懷孕引發個案的感覺而不知道如何處置，不想讓個案

發現孕肚以逃避此窘境，此結果與 Angie D. Cartwright 等（2018: 86）的發現較接近，治療師覺得不自在而想隱瞞懷孕事實。上述 2 位懷孕治療師之實務工作時間較短、學習精神分析資歷也較淺，推測可能是在個案面前尚難以接受自己的身體改變，且專業上缺乏這方面的訓練所致。此發現突顯專業理論學習與訓練上，未顧及女性生命經驗，造成懷孕治療師的準備度不足，未來迫切需要提供女性新手懷孕治療師此方面的資源，學習管理移情以及善用反移情的功能。

精神分析治療理論不是這個世紀的產物，隨著時代變遷，百年來經過擴展與改變。當代精神分析拋棄古典精神分析權威治療師姿態，傾向接近女性主義精神分析之主張，強調與個案間互為主體（intersubjectivity）並賦能懷孕治療師，將懷孕解讀為女性內部的生命力。本研究受訪者雖提到古典精神分析的一些概念可能在現代已不合用，也有學者如 Ann R. Turkel（2000: 237）與女性主義治療觀點相同，不贊同匿名中立的古典精神分析原則，認為古典精神分析取向為了產生移情，治療師保持中立冷漠的姿態。但本研究發現多數懷孕治療師仍依循古典精神分析假設作為治療的原則。現今精神分析治療典範多樣化，讓實務工作之治療師出現認同危機，同樣讓懷孕治療師無所適從，需要累積更多實務經驗與研究作為參考。

六、總結

至今精神分析與女性主義之間存在許多論戰，精神分析內部對女性發展如性別差異、雙性特質、心理雌雄同體、女性特質等概念仍存在不同的觀點。本研究深入訪談 8 位在懷孕期間進行心理治療工作之精神分析取向治療師，發現身處多元場域與多元形式治療的職場之

懷孕治療師，面對懷孕與產假議題在治療室內出現，懷孕治療師除了以精神分析理論所學為依據，多自行處遇與判斷治療設置原則之彈性程度。女性認同與專業認同之衝擊也是懷孕治療師面臨的重要課題，多數懷孕治療師能跳脫性別之二分看待個案對治療師之投射，面對個人、家庭與工作三重拉扯時，優先照顧胎兒，突顯治療關係與母職內親子關係照顧性質迥然不同。時代變遷下，古典精神分析理論勢必鬆綁與增加彈性，開放接納女性主義精神分析與關係取向流派的論述。本研究發現，當代精神分析雖強調治療師主動參與，但懷孕治療師至今並未完全放棄被批評為過時之古典精神分析被動治療態度。懷孕治療師乃以自身處境為起點，突破古典精神分析理論治療設置原則，但仍使用精神分析與當代精神分析主要技術，可提供懷孕治療師之實務工作參考與依據，也有賴後繼者繼續審視精神分析治療設置，發揮輔助涵容與詮釋的功能，避免成為懷孕治療師之阻礙。同時，期盼本研究也讓女性主義 精神分析的關注延及懷孕治療師。

參考文獻

行政院主計總處（2022），〈性別勞動統計分析〉，《中華民國勞動部官網》。取自 https://statdb.mol.gov.tw/html/woman/109/109woanalyze01.pdf

行政院性別平等會（2022），〈110 年各類醫事人員性別統計〉，《重要性別統計資料庫》。取自 https://www.gender.ey.gov.tw/GecDB/Common/FileDownload.ashx?sn=%24I8GvmtypZ5JXXI2HixXQg%40%40&ext=.pdf

陳昭如（2016），〈從義務到權利：新舊母性主義下母性保護制度的轉向與重構〉，《臺大法學論叢》，45(S): 1096-1162。doi: 10.6199/NTULJ.2016.45.SP.01

葉寶玲（2018a），〈懷孕治療師與成人長期諮商與心理治療（一）〉，《諮商與輔導》，393: 5-7+20。

葉寶玲（2018b），〈懷孕治療師與成人長期諮商與心理治療（二）〉，《諮商與輔導》，394: 23-25+57。

葉寶玲（2019），〈懷孕治療師與成人長期諮商與心理治療（三）〉，《諮商與輔導》，403: 17-19。

葉寶玲（2022），〈懷孕治療師與兒童及青少年長期諮商與心理治療〉，《諮商與輔導》，439: 14-17。

張淑娟、林玉華、周汎澔（2010），〈職業婦女孕期不適症狀、壓力、社會支持與孕期適應之相關性研究：職業婦女之孕期健康促進〉，《健康生活與成功老化學刊》，1(2): 55-72。doi: 10.29775/JHLSA.201004.0004

劉美君、周汎澔（2014），〈第一孕期噁心嘔吐婦女的健康生活品質及其相關因素〉，《護理暨健康照護研究》，10(4): 314-322。doi: 10.6225/JNHR.10.4.314

Akyol, Aylin and Mahmut Arslan (2020). The motherhood experiences of women

employees: An interpretive field study in Turkey. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 20(4): 265-281. doi: 10.21121/eab.671453

Balsam, Rosemary H. (2003). The vanished pregnant body in psychoanalytic female developmental theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(4): 1153-1179. doi: 10.1177/00030651030510040201

Barone-Chapman, Maryann (2014). Gender legacies of Jung and Freud as epistemology in emergent feminist research on late motherhood. *Behavioral Sciences (Basel)*, 4(1): 14-30. doi: 10.3390/bs4010014

Barratt, Barnaby B. (2017). Seven questions for Kleinian psychology. *Psychoanalytic Psychology*, 34(3): 332-345. doi: 10.1037/pap0000013

Bassen, Cecile R. (1988). The impact of the analyst's pregnancy on the course of analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 8(2): 280-298. doi: 10.1080/07351698809533723

Behringer, Johanna, Iris Reiner, and Gottfried Spangler (2011). Maternal representations of past and current attachment relationships, and emotional experience across the transition to motherhood: a longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 25(2): 210-219. doi: 10.1037/a0023083

Bion, Wilfred R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. London: Karnac.

Birksted-Breen, Dana (2012). Peaceful islands and dangerous jungles – pregnancy: Opportunity or impediment. A psychoanalyst's view. In Paola Mariotti (Ed.), *The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues* (pp. 67-84). New York: Routledge.

Black, Linda L. and Sandy Magnuson (2005). Women of spirit: Leaders in the counseling profession. *Journal of Counseling & Development*, 83(3): 337-342. doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00352.x

Camberis, Anna-Lisa, Catherine A. McMahon, Frances L. Gibson, and Jacky Boivin

(2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology*, 50(8): 2154-2164. doi: 10.1037/a0037301

Cartwright, Angie D., Jennafer Mountain, Natalya A. Lindo, and Samuel K. Bore (2018). Inescapable self-disclosure: The lived experiences of pregnant counselors working with sexual offenders. *Journal of Mental Health Counseling*, 40(1): 75-91. doi: 10.17744/mehc.40.1.06

Chodorow, Nancy J. (2004). Psychoanalysis and women: A personal thirty-five-year retrospect. *The Annual of Psychoanalysis*, 32: 101-129.

Cousins, Carolyn (2016). The potential impacts of becoming a parent on practice. *Children Australia*, 41(2): 106-113. doi: 10.1017/cha.2015.62

Cullington-Roberts, Denise (2004). The psychotherapist's miscarriage and pregnancy as an obstacle to containment. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(1): 99-110. doi: 10.1080/14749730410001656543

Cuttler, Carrie, Peter Graf, Jodi L. Pawluski, and Liisa A. M. Galea (2011). Everyday life memory deficits in pregnant women. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 65(1): 27-37. doi: 10.1037/a0022844

Fenster, Sheri, Suzanne B. Phillips, and Estelle R. G. Rapoport (1986). *The therapist's pregnancy: Intrusion in the analytic space*. New York: Routledge. doi: 10.4324/9781315799025

Fiorini, Leticia Glocer (2019). Deconstructing the feminine: Discourses, logics and power. Theoretico-clinical implications. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(3): 593-603. doi: 10.1080/00207578.2019.1590783

Freud, Anna (1966). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.

Freud, Sigmund (1905a/1901). Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Msckr. Psychiat. Neurol*., 18(4 and 5): 285-310 and 408-467. Trans. Alix Strachey and James Strachey (1953/1925). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In James Strachey, Anna Freud, Alix Strachey, and Alan Tyson (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. VII (1901-1905): A case of hysteria, three essays on sexuality and other works* (pp. 1-122). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Freud, Sigmund (1905b). *Drei Abhandlungen Zur Sexualtheorie*. Leipzig and Vienna: Deuticke. Trans. James Strachey (1949). Three Essays on the Theory of Sexuality. In James Strachey, Anna Freud, Alix Strachey, and Alan Tyson (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. VII (1901-1905): A case of hysteria three essays on sexuality and other works* (pp. 123-246). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Freud, Sigmund (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 1(1-2): 1-9. Trans. Joan Riviere (1957/1924). The future prospects of psycho-analytic therapy. In James Strachey, Anna Freud, Alix Strachey, and Alan Tyson (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. XI (1910): Five lectures on psycho-analysis, Leonardo da Vinci and other works* (pp. 139-152). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Freud, Sigmund (1912a). Zur Dynamik der Übertragung. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2(4): 167-173. Trans. James Strachey (1958). The dynamics

of transference. In James Strachey, Anna Freud, Alix Strachey, and Alan Tyson (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. XII (1911-1913): The case of Schreber, papers on technique and other works* (pp. 97-108). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Freud, Sigmund (1912b). Ratsghläge Für Den Arzt Bei Der Psychoanalytischen Behandlung. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2(9): 483-489. Trans. Joan Riviere (1958/1924). Recommendations to physicians practising psycho-analysis. In James Strachey, Anna Freud, Alix Strachey, and Alan Tyson (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. XII (1911-1913): The case of Schreber, papers on technique and other works* (pp. 109-120). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Freud, Sigmund (1915/1914). Bemerkungen über die Übertragungsliebe. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 3(1): 1-11. Trans. Joan Riviere (1958/1924). *Observations on transference-love (Further recommendations on the technique of psycho-analysis III)*. In James Strachey, Anna Freud, Alix Strachey, and Alan Tyson (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. XII (1911-1913): The case of Schreber papers on technique and other works* (pp. 157-174). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Fuller, Ruth L. (1987). The impact of the therapist's pregnancy on the dynamics of the therapeutic process. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15(1): 9-28. doi: 10.1521/jaap.1.1987.15.1.9

Guy, James D., Margaret P. Guy, and Gary P. Liaboe (1986). First pregnancy:

Therapeutic issues for both female and male psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(2): 297-302. doi: 10.1037/h0085612

Hare-Mustin, Rachel T. (1983). An appraisal of the relationship between women and psychotherapy: 80 years after the case of Dora. *American Psychologist*, 38(5): 593-601. doi: 10.1037/0003-066X.38.5.593

Hill, Clara E. (2012). Introduction to consensual qualitative research. In Clara E. Hill (Ed.), *Consensual qualitative Research: A practical resource for Investigating social science phenomena* (pp. 12-13). Washington, DC: American Psychological Association.

Hill, Clara E., Sarah Knox, Barbara Jean Thompson, Elizabeth Nutt Williams, Shirley A. Hess, and Nicholas Ladany (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2): 196-205. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.196

Howland, Mariann A., Curt A. Sandman, Elysia Poggi Davis, Hal S. Stern, Michael Phelan, Tallie Z. Baram, and Laura M. Glynn (2021). Prenatal maternal mood entropy is associated with child neurodevelopment. *Emotion*, 21(3): 489-498. doi: 10.1037/emo0000726

Klein, Melanie (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27: 99-110. doi: 10.4324/9780429473661-9

Klein, Melanie (1975/1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In Mohammed Masud Raza Khan (Ed.) *The Writings of Melanie Klein, Vol. 3: Envy and gratitude and other works 1946-1963* (pp. 61-93). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

La Marca-Ghaemmaghami, Pearl and Ulrike Ehlert (2015). Stress during pregnancy:

Experienced stress, stress hormones, and protective factors. *European Psychologist*, 20(2): 102-119. doi: 10.1027/1016-9040/a000195

Lemma, Alessandra (2014). The body of the analyst and the analytic setting: Reflections on the embodied setting and the symbiotic transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(2): 225-244. doi: 10.1111/1745-8315.12147

Little, Laura M., Amanda S. Hinojosa, Samantha Paustian-Underdahl, and Kate P. Zipay (2018). Managing the harmful effects of unsupportive organizations during pregnancy. *Journal of Applied Psychology*, 103(6): 631-643. doi: 10.1037/apl0000285

Mayo, Rosalind and Christina Moutsou (2017). The maternal: An introduction. In Rosalind Mayo and Chridtina Moutsou (Eds), *The mother in psychoanalysis and beyond: Matricide and maternal subjectivity* (pp. 1-20). New York: Routledge.

McCluskey, Mary C. (2017). The pregnant therapist: A qualitative examination of the client experience. *Clinical Social Work Journal*, 45(4): 301-310. doi: 10.1007/s10615-016-0599-9

Meotti, Caterina and Valeria Pezzani (2019). The pregnancy of the analyst: Resonances in the clinical relationship. *The Italian Psychoanalytic Annual*, 13: 81-97.

Miller-Graff, Laura E. and Philip Cheng (2017). Consequences of violence across the lifespan: Mental health and sleep quality in pregnant women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5): 587-595. doi: 10.1037/tra0000252

Nixon, Mignon (2015). “Why Freud?” asked the shrew: Psychoanalysis and

feminism, post-partum document, and the history group. *Journal for the Psychoanalysis of Culture and Society*, 20(2): 131-140. doi: 10.1057/pcs.2015.2

Notman, Malkah T. and Carol C. Nadelson (2004). Gender in the consulting room. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32(1): 193-200. doi: 10.1521/jaap.32.1.193.28338

Prout, Tracy A. (2019). Pregnancy and disability: Therapist transitions and transformations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2): 211-223. doi: 10.1037/int0000140

Rocah, Barbara S. (2008). The impact of the analyst's pregnancy on a vulnerable child a case with discussion by Anna Freud. *Annual of Psychoanalysis*, 36: 7-30.

Saraulli, Daniele, Humberto Zanetti, and Pietro Spataro (2021). Explicit and implicit conceptual memory in pregnancy and postpartum: A cross-sectional study investigating the use of item-specific and relational encoding processes. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 75(1): 64-76. doi: 10.1037/cep0000219

Scheurer, Maren (2017). A psychopathology of everyday women: Psychoanalytic aesthetics and gender politics in letting go and "The Psychoanalytic Special". *Philip Roth Studies*, 13(1): 13-28. doi: 10.5703/philrothstud.13.1.0013

Schmidt, Fernanda Munhoz Driemeier, Guilherme Pacheco Fiorini, and Vera Regina Röhnelt Ramires (2015). Psychoanalytic psychotherapy and the pregnant therapist: a literature review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2): 50-61. doi: 10.4081/ripppo.2015.185

Shrier, Diane K., Margaret Tompsett, and Lydia A. Shrier (2004). Adult mother-

daughter relationships: A review of the theoretical and research literature. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32(1): 91-115. doi: 10.1521/jaap.32.1.91.28332

Simonis-Gayed, Deborah and Leon A. Levin (1994). The therapist's pregnancy: Children's transference and countertransference reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1): 196-200. doi:10.1037/0033-3204.31.1.196

Stockman, Amy Fuller and Anne Green-Emrich (1994). Impact of therapist pregnancy on the process of counseling and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(3): 456-462. doi: 10.1037/0033-3204.31.3.456

Tabakin, Jon (2017). The setting and the frame: Subjectivity and objectivity in the psychoanalytic relationship. In Isaac Tylim and Adrienne Harris (Eds), *Reconsidering the moveable frame in psychoanalysis: Its function and structure in contemporary psychoanalytic theory* (pp. 72-91). New York: Routledge.

Talmon, Anat, Ricky Finzi-Dottan, and Karni Ginzburg (2021). "I will love you (me) forever"-A longitudinal study of narcissism and emotional adjustment during the transition to motherhood. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(6): 534-545. doi: 10.1037/per0000442

Turkel, Ann Ruth (2000). Are we still "prisoners of gender"?: An overview of current psychoanalytic theories on women. *The American Journal of Psychoanalysis*, 60(3): 229-241. doi: 10.1023/a:1001921720447

Voela, Angie (2016). It's time: Generation and temporality in psychoanalytic feminism. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 21(3): 242-248. doi: 10.1057/

pcs.2016.1

Way, Carrie, Carolien Lamers, and Renee Rickard (2019). An unavoidable bump: A meta-synthesis of psychotherapists' experiences of navigating therapy while pregnant. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(3): 450-463. doi: 10.4081/ripppo.2019.386

Wedderkopp, Abigail (2006). The therapist's pregnancy: Evocative intrusion. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 5(1): 37-58. doi: 10.1080/02668739000700041

Whyte, Nollaig (2004a). Introduction. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(1): 5-14. doi: 10.1080/14749730410001656480

Whyte, Nollaig (2004b). Overview and discussion. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(1): 125-138. doi: 10.1080/14749730410001656561

Wiens, Danika, Jennifer Theule, Jeany Keates, Michelle Ward, and Amber Yaholkoski (2022). Work–family balance and job satisfaction: An analysis of Canadian psychologist mothers. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 64(2): 154-165. doi: 10.1037/cap0000321

Winnicott, Donald Woods (1971). *Playing and reality*. London: Routledge.

Yakeley, Jessica (2013). Seeing, mirroring, desiring: The impact of the analyst's pregnant body on the patient's body image. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(4): 667-688. doi: 10.1111/1745-8315.12014

◎作者簡介

葉寶玲，目前任職於國立屏東大學教育心理與輔導學系，近年來的研究主要專注在心理治療傷害議題以及運用科技輔助弱勢族群進行心理諮商與輔導。

〈聯絡方式〉

E-mail: plyeh2@gmail.com

The Behavior of Pregnant Psychologists while Providing Therapy

Pao-Ling Yeh Department of Educational Psychology and Counseling, National Pingtung University

Pregnancy compromises the job performance of women, including those who work as therapists. Most studies of pregnant therapists have focused on psychoanalytic therapists, because their jobs involve long-term therapies, which are grounded in transference and countertransference. The aim of this study is to understand psychoanalytically oriented therapists' work during pregnancy, and to explore it from the feminist psychoanalytic perspective. This qualitative study involved eight therapists, including counseling psychologists, clinical psychologists, and psychiatrists. The study found that the therapists, who were in multiple fields and used multiple forms of therapy, reported that the progress of their pregnancies was smooth, but they obviously ignored the restrictions of pregnancy. Half of the therapists still received serious cases during pregnancy. Most therapists wait for the client to find out that they are pregnant, and only passively inform them of pregnancy and maternity leave in the middle and late stages of pregnancy. More than half of the therapists receive medical treatment during pregnancy, almost all under supervision. Therapists were confused about motherhood and self-identity. Faced with the change of roles, most of them give priority to taking care of the fetus or themselves. Contemporary psychoanalysis emphasizes the active participation of

the therapist; but this study found that, so far, pregnant therapists take a flexible approach to their own pregnancies, while not completely abandoning the settings and techniques of classical psychoanalysis. And classical psychoanalytic theory has become more flexible, openly accepting the discourses of feminist psychoanalysis and relational approaches, and constructing treatment principles more suited to pregnant therapists.

Keywords: feminism, pregnancy, psychoanalytic approach, psychotherapy, therapist