



Bonnie Litowitz Ph. D.

精神分析家，语言学家和教育家

埃里克森儿童发展研究院前院长

美国精神分析学会官方期刊总编

答疑汇集

01

请老师多讲讲妥协形成，妥协形成的质量好不好主要看什么，怎么衡量？

Bonnie: 这是一个非常好的问题，刚才我介绍到妥协形成的时候，我说妥协形成带来了症状，症状是妥协形成，其实我们时时刻刻都在做妥协形成，妥协形成不仅有不良的变成了症状，也有好的，所以这是一个好的问题。我们在发展的历程中会形成各种各样的防御去应对生活中的挑战。有些人会说这个防御是好的，那个防御是不好的或者有些人会说这是原始防御机制，那是成熟防御机制，我是不会使用这些术语的，因为我认为我们每个人都会使用所有种类的防御机制，但是我们主要使用的防御机制会形成塑造我们的性格，也就是说我们的性格，个性其实是我们选择防御机制的外在表现，这样的一种结果。我们选择什么样的防御，去接触我们内心世界，去应对我们的外在



现实，决定了我们有什么样的性格。比如说病人使用了分裂的方法把父亲分裂成好的和坏的。在克莱茵的视角里面，病人使用了原始的防御机制，所以是不太好的。但是我的感觉是这样的防御在病人小时候是有功能的有作用的，它能够使病人继续爱自己的父亲，而且也可能是这个病人唯一的一种爱父亲的方法了。只是到他长大后，这样的防御机制不再有效果，变成了问题，而在他小时候其实是好的。我们不希望自己去捍卫去评判哪个防御是坏的，原始的，哪种防御是好的，推荐的，因为如果我们那样去做的话，就会变得有点像是在羞辱我们的病人，告诉他你现在用的防御是个坏防御，是原始的防御，我们不希望传达这样的概念，不希望让病人觉得受到羞辱，我们希望做的事情是帮助病人一起去理解，当他 4 岁，5 岁，或者 6 岁的时候，他是怎么样尽自己的力量尽可能让自己生存活下来的，这样病人才会对自己有更多悲悯之心，让他能够理解小时候的自己，也让他能够理解小时候使用的那些有用的方法怎么现在就没用了，有什么样的新的改变方式。一个好的妥协就是能够让人表达他想要表达的东西，并且通过表达得到可以得到的东西。换句话说，就是一个比较适应现实的妥协形成。

症状从字面意思讲，指的是不工作不起作用的状态运作，就跟身体一样，当我们的身体出了症状，就是身体的一些功能运作不良了。焦虑从定义上就是某个防御不再起作用，人就焦虑。

02

治疗师需要评估来访者的本我力量吗？本我力量的来源是什么？本我的差异有没有临床意义？

Bonnie: 是的，治疗师需要一直思考病人的本我的力量，因为病人的本我力量是病人的一种生理的本质性的属性。有一些人他们可能比其他的人确实拥有更强烈的力比多（libido）和更多的攻击性。这个本我力量的重要性有两个层面：第一个层面是从养育的层面来看我们需要理解母亲在面对婴儿的时候她是怎么样应对婴儿的，母亲怎么样理解婴儿身体中的这些生理的需要，生理的驱动力并且回应他们。有些时候我们可能会觉得这个妈妈是不够好的，但是我們也需要看到这个也可能同时是因为这个婴儿的力量可能太强烈或者太特殊导致这个特定的母亲没有办法应对这个特定的婴儿，这个特定婴儿身上的本我的力量；第二个重要的意义就在于当病人表现出强烈的攻击性，愤



怒或者性的诱惑的时候，我们也需要去判断确定这只是因为这个病人的本我的确就有更多的驱力还是病人的表现是一种防御，他在使用自己的性的诱惑，愤怒或者攻击性来防御一些东西。这是我对第一个问题的回答。

03

老师能否再举一个例子说明 Phantasy 区别于 Fantasy?

Bonnie: Fantasy 是稍微大一点的孩子才有的幻想，比如一个小孩子去外面找他的朋友玩垒球，结果没有人选择和他组成一队，他就只能坐在一旁看别的小朋友打球，这个时候他的心里面可能就会产生一些幻想，他会幻想自己其实是一个特别厉害的很伟大的球员而别的人没有请自己加入他们的队伍，结果那个队就输了，然后他们就不得不回来请自己，自己去队里打球并且赢得了这场比赛。所以我们就可以看到在这样 Fantasy（幻想）里面是发展出了一段叙事的。我们看到在这样一段叙事里面它其实是采用了一种象征化的形式，他通过自己的这种幻想去补偿他自己感觉到的自己不被别人欣赏，自己很弱小的感觉。这个其实是一种俄狄浦斯期的状态，他自己被别人认为是无名之辈不具备竞争的实力，而他通过这些象征化的叙事，象征化的幻想去安抚自己。

Phantasy（幻想）它是更难以被意识化的，它更是在潜意识层面的，Phantasy（幻想）它更没有组织、没有结构，它有可能是在一些感受之下作为某一些感觉的基础。比如一个人可能会有一种怀疑的感觉，觉得怀疑这个世界上所有的人都不喜欢自己，但是他又说不明白到底别人为什么不喜欢自己或者这种怀疑的来源是什么或者这个人觉得所有的人都比自己的运气好或者受到了更好的对待，而自己却受到了不良的对待。但是也说不明白到底是怎么回事，这就是那种潜意识的无法被言说、被清晰表达的这些东西。它没有办法清楚的用语言描述给治疗师听，所以更容易就使用付诸行动的方法展现在治疗师面前。

04

这样一类幻想当被意识化之后以老师的临床经验对来访者有帮助吗？



Bonnie: 是的，克莱因的理论确实认为把幻想意识化会有帮助，当治疗师能够通过解释帮助病人去理解他的潜意识幻想的时候，比如治疗师解释：好像你感觉所有其他的人都能够得到更好的东西，而你得到的都是更差的东西。治疗师心里面思考的可能是别人都拥有好乳房，而你感觉你自己只拥有坏乳房（你不一定用语言把它说出来，而是给刚才的解释）。有些时候当我们看到克莱因的工作记录或者早期克莱因学派治疗师的工作笔记的时候，我们可能会对克莱因学派的治疗师给出的解释会觉得非常震惊。克莱因有些时候会直接对病人说：“我认为你想要咬我的乳房。”或者“似乎你是一个很贪婪的婴儿。”或者“你想杀死我身体里面所有的卵子，所有的孩子。这样的话你就可以成为我唯一的孩子。”克莱因会对病人直接说这样的话，这样的话我可能是永远都不会对我的病人说的。其实这也是精神分析泛泛的理念，如果病人他感觉到治疗师会害怕那些内在世界中的幻想，会觉得那些幻想可能太疯狂、太可怕的话治疗师就帮助不了病人了。

有些时候那种病得非常严重的病人会对治疗师说：“我不敢把我的梦告诉你。”或者“我不敢把我的一些想法告诉你，因为如果我告诉你了，我怕你会觉得我是个疯子，我病得太严重，你不想再治疗我。”其实是因为他们自己害怕自己心里面的那些想法。

05

通过漫长的分析/足够的治疗，一个人的客体表征他会改变吗？还是只是改变了一个人跟自己客体表征的关系？

Bonnie: 这是一个非常好的问题。在传统的精神分析理论里，比如弗洛伊德或者克莱因的理论治疗的重点在于把这些冲突，这些幻想给意识化，让他们能够进到意识的层面，让病人能够对自己被什么动机驱动有更好的觉察。但是在之后的一些精神分析理念里面，治疗的目标是找到这个病人生命历程中在哪里他的发展被卡住、被停滞了，并且创造出一些条件让病人的发展可以继续下去。这个几乎可以分成两个阵营：一个阵营是去理解冲突、防御、幻想、欲望，去理解这些东西到底是怎么变成自己的潜意识动机的；另一个阵营就不是这样的，更重要的事情是这些没有被满足的发展需要，第二个阵营有的时候也被看作是缺陷理论。在第二个阵营里面，治疗师被看成是一个新客体，对于病人来讲是在他的生命历程中一个新出现的、新的客体形象。治



疗师的角色是帮助病人理解他曾经的那些幻想之前形成的那些妥协是如何在这样一个新的客体关系前面活现出来的。治疗师作为一个新的客体帮助病人更好的认识理解自己之前没有被满足的那些需要是什么以及怎么样发展出更好的能力来得到自己需要得到的那一些东西，这样也能够帮助病人前进。

06

老师能解释一下外化和投射之间的区别吗？

Bonnie: 外化 (externalization) 指的是我们会把那些自己不想要的部分放到外在的环境当中不再承认它是属于我们自己的。比如可能你心里面是有冲突的，但是你把这些冲突给投射到了其他的两个人身上，你说：“这两个人有这种冲突，而我自己没有这样的冲突。”

投射 (projection) 也是一种比较特殊的外化，但是它是非常特定的和自体还有和他人的关系有关。比如还是有某一个我自己的部分是不喜欢的，我不想承认的。就拿愤怒作为例子，可能我对于愤怒感觉十分冲突，但是在投射的状态下我就会说：“我没有对你生气，是你对我生气了。”

所以一个更通用的术语是外化，一个更特定的情况、特定的概念是投射。还有一个更有意思的，叫做投射性认同。我们现在可以这么理解，外化是比较通常通用的说法，把自己放到外在的世界上。而投射是一个比较特定的外化，它涉及到一种特定的自己与他人的关系，而投射性认同是一个更加特殊的概念。

07

请问抑郁患者的自杀行为是否属于自我破坏性？同时也是一种攻击行为？我的一个 17 岁抑郁个案说：我就想用死来报复他们(指父母)，她因父母不能理解自己的愤怒，同时又因自己许多行为和想法与父母不同而伤感，我会认为此时个案的内在与父母是处在融合与分离的矛盾冲突中，老师能指点一下这个时候的工作方向吗？



Bonnie: 首先所有的这种自杀的想法、自杀的威胁或者自杀的尝试，抑郁的病人谈到的所有的这种自我破坏、自我毁灭，它们都是一种对自己攻击性的行为。这个案例是一个很好的例子，我们需要使用我们的反移情。我会问这个治疗师：“你和这个病人在一起的时候，你的感受是什么样的？”当我的病人谈到自杀的时候，我可能会感觉非常生气、我可能会感觉很有负担、我感觉现在他好像想让我负起很重的责任，我需要有责任让他能够继续生存下去。我通常不是一个容易生气的人，所以我会问自己我的这种生气的感觉它是从哪里来的。我可能就会假设我体验到的这些愤怒的感觉是来自病人的，病人感觉到了这些愤怒、狂怒，这些感受在我身上也感觉到了，而病人他的这些愤怒的感觉是指向他的父母的。这个病人说他想要用死来报复他的父母，所以他可能会有一些幻想，他幻想自己死了之后他的爸爸妈妈会很难过、很伤心、很痛苦。但是他也可能也在幻想在他死后他的爸妈会很羞耻，而且那个可能是更重要的。就是他希望通过让他爸爸妈妈感到很羞耻、很耻辱来报复他们。我之所以会感觉到生气，也是因为他的这种自杀的行为、自杀的倾向其实也让我蒙羞，也让我作为治疗师感到羞辱了，没有哪一个治疗师希望自己的病人自杀死亡，所以我也会感觉受到了羞辱。所以他的父母会感觉到羞辱，我也会感觉到羞辱，他把我和他的父母其实是放在一起的。那么这种羞辱的感觉又是从哪里开始出现的？从这一段案例描述里面来看也许这个羞辱来自这一个病人他既想成为他自己，做自己，但是他又不想让父母失望又想要配合父母的要求。而他感觉到了这种羞耻、羞辱，而且他不知道怎么样处理他面对的这些冲突，他不知道怎么样既可以做自己还是他需要放弃做自己，需要向爸妈投降。

治疗师有一个想法认为病人这个时候的冲突在于融合和分离之间的冲突。治疗师的这一个理解的方向、视角其实是自我心理学的视角。玛格丽特·马勒（Margaret Mahler），她提到了分离个体化的概念，分离个体化是有不同的阶段。玛格丽特·马勒可能就会使用分离与融合的冲突这样的理解视角。而我在今天的脉络里面会更多的谈一谈客体关系的视角。

这个病人他想要表达一些他自己的感受愿望，但是他也感觉到自己没有办法把这一些想法、愿望、感受表达出来。所以他感觉到了一种羞辱感、羞耻感，他会感觉这是他自己有问题，也许他的父母让他有这种羞耻的感觉，他的父母可能做了一些羞辱他的事情，但是这个病人把这种父母对自己的羞辱给内化成了自己的一部分，在这个时候他想要自杀是他想要把自己内化了的、被羞辱的那一部分给杀死。所以自杀可以消灭、破坏掉那个被羞辱的部分。那一部分是病人坏自体的部分，与此同时，自杀也会羞辱到他的父母，让他的



父母感觉到羞耻。而他想要使用我，把我也变成他幻想中的一部分，也就是在他的幻想里面，人们、其他人会因为他的行为而感到羞辱。作为治疗师我希望帮助他的地方就是帮助他能够用一种不同的方法来使用我。所以我会和他谈论他的这些幻想，帮助他的这些幻想从他自己的头脑中走出来、表达出来可以和其他人也就是和我（治疗师）有一些分享交流，这样这一些幻想也许能够得到容纳，并且在这些幻想被容纳了之后，我们可以找到一些不同的方法来处理、解决他的冲突矛盾。

在之后的课程里面我们会讨论到一位精神分析理论家，叫做杰西卡·本杰明，她提出了一个概念叫做“做或被做”，我们随后会多讲一讲“做或被做”的概念。比如在这个年轻女孩当前的心灵世界里面，她好像觉得你羞辱了我我就羞辱你，到底是谁对谁做了什么，谁反过来对谁做了什么，她好像就处在这样一种“做或被做”的状态里。这个时候需要治疗师能够同时处在这样一种二元配对的关系之外才能够帮助病人也跳脱这样一种二元的“做和被做”的配对去理解这个互动、动力到底是什么。但我们也要记住病人他们总是会把我们拉回到他们自己的故事里，他们已经创造出的故事框架当中。所以我想借助这个同学提的案例帮大家理解一下克莱因、比昂还有温尼科特提出的这些概念。

我们看看在这里面我是继续讲一些临床案例还是大家已经有一些问题想要问一问了？我们可以在这停下来让大家问问题。

08

帮助病人从偏执心位到达抑郁心位的关键条件是什么？

Bonnie: 很多时候孩子或者病人都需要自由的去表达他们的感受，但是有些时候这个环境并不能够很好的回应病人或者孩子的表达，比如孩子或者病人表达出太强烈的攻击性或者太强烈的情绪的时候环境的回应有可能不是那么好。克莱因、比昂还有温尼科特他们都认为在婴儿的内在世界里面是有非常真实的破坏性的，比如婴儿也会咬也会打，但是婴儿的这些真实的破坏性都需要被抱持住，而且养育者不能反击。

对于病人来讲他可能也会有很多非常混乱的感受，我有一个病人在她开始治



疗之后很久一段时间里，她在治疗中都是不停的发泄她的那些愤怒，她的那些很偏执的感受而我其实没有办法真正开展治疗的，在那个时候我必须要抱持住并且接受她的这种状态，所以在那个治疗里面，有相当长的一个治疗时间整个治疗的状态、环节都是非常混乱的。所以我可能也可以讲一讲我的这个病人的临床情况，这个病人她在治疗的很长一段时间里面都会不停的大喊大叫表达她的愤怒，她想要破坏、伤害别人的欲望，因为她提到其他的人会伤害她，所以她想要去伤害别人，而且她有一段时间也说她和其他人就彻底完了，她再也不想和别人打交道了。因为这个女病人她的状态非常混乱也有很大的波动，所以她之前已经看过很多个医生了，之前的医生都诊断她是双相情感障碍，但是我觉得她可能更需要被理解为处于偏执-分裂的心位上，或者偏执分裂的时期。事情都是不是完全进入就是完全被排出，非黑即白的，所以这个会表现成一种双相情感障碍的临床症状。而她的全能感，也就是她说：“我不想和任何人打交道，我自己就成。”这部分其实来自于她的躁狂性防御。她在治疗的很多时间都会说：“别的人一点都不重要，别的人很不好，我不需要别的人，我自己就够了。”而这个时候我都会这么回应她，我对她说：“现在你又进到你的城堡里面了，在你的城堡里面你可以保护你自己。”随着时间的推移，我都在评论：“你现在进到城堡里了。”然后慢慢的我可以对她说：“好，看到你现在又进到城堡里面了，而且你把吊桥也收了起来。（城堡吊桥放下人才能进去，收回去人就进不去了）现在看到你的吊桥收了起来，现在你安全了，但我感觉同时别人进不去你也变得很孤单，这种孤单的感觉好吗？我猜也许孤单的感觉不是很好，我猜你可能会更加害怕了，而且会有更多的需要防御、需要保护的东西。”

随着时间的推移，她逐渐能够更加相信我，所以逐渐能够让我走进她的城堡，而且更多年过去了之后她开始能够慢慢的哀悼，她在生命中其实是有很多的丧失的，那些丧失她之前都没有机会哀悼。真的过了很多很多年我们才开始慢慢处理这些哀悼。她曾经失去过三位母亲，首先她是一个被领养的孩子，然后她领养的母亲去世了随后领养的父亲又有了一段新的婚姻，但是那一位新的妻子，她的新的妈妈又去世了。所以这些丧失都是她之前没有办法完成的哀悼，在治疗中她开始哀悼并且她开始能够表达自己的愤怒，她愤怒她的亲生母亲不要自己，她也愤怒随后的两个母亲会把她留在这个人世上。然后她在这些感情都表达出来之后她也能够开始感恩，感恩这些母亲给她带来的东西。所以我们就看到这个病人在治疗的帮助下可以进到抑郁心位当中。但是我还有两个其他的病人，他们的精神病性问题更加严重，而这2个病人没有办法利用我，使用我让自己可以进到抑郁心位，所以其实在治疗的过程中，帮助病人从偏执-分裂心位进到抑郁心位不是一件容易的事情，它有的时



候其实是有困难甚至没有办法做到的。

09

治疗中对于镜映移情和理想化移情治疗师该如何回应？比如来访问老师你觉得我今天穿得怎么样？或者老师你今天穿得真好看，一看就是有品味的人。

Bonnie: 当我们面对这种自恋性质的移情也就是镜映移情或者理想化移情的时候，重要的并不是你做了什么，重要的是当你没有做什么的时候随后病人会发生什么。所以在上周的治疗理论里面，我们就做简单的回应，我们可以说：“是的，你今天看起来很漂亮，你是专门打扮得比较漂亮吗？”我们会做这种镜映，然后我们也会允许病人的理想化。但是在早前的精神分析实践理论当中病人的这种问题会被分析师解释，在之前的那些理论里面可能会把这个解释成是病人的母性移情或者病人的父性移情。或者在病人理想化治疗师的例子里会解释病人的理想化可能是为了隐藏他的攻击性，你想对我说一些好的事情以掩饰你对我的不好的情感。但是对于这种自恋的病人这样的解释只会带来羞耻感（shame），病人会觉得这一些解释是在攻击他们所以他们会感觉羞耻。作为对这种羞耻感的回应，这些他们不想体会到的羞耻感，他们要不然就会非常愤怒或者他们就会见诸行动（acting out）。这个见诸行动指的就是他们这些垂直分裂的另一端，那一些比如赌博或者网络色情，性行为、偷窃等等这些行为都会见诸行动出来了。所以如果你碰到的是这种类型的病人，如果你感觉他是自恋型的病人那么你是不能做解释的，你要做的就是这种镜映和理想化。但是人永远不会是完美的，所以你也不用担心。你肯定在将来是会失败的，变得让来访者觉得你没有办法共情他了。但是当你失败的时候其实你也得到了帮助病人的机会，你在那个时候可以帮助病人去理解病人的动力，帮助他们看到当他的自体客体（self-object）失败的时候，他是如何以及为什么会爆发出愤怒或者有见诸行动，所以在那个时候是治疗的契机。所以治疗并不只是镜映移情和理想化移情，就是镜映移情和理想化移情只是帮助你在治疗关系里面让你自己成为了病人的自体客体，你成为自体客体之后使得动力能够进到治疗室内进到治疗中，随后你可以帮助病人理解他在生活中的动力。



10

老师能讲一讲活现与移情的异同吗？

Bonnie: 为了理解移情（transference）我们需要认识移情是从哪里来的。当孩子还很年轻很小的时候他对环境是有需要的，但是这也有一些冲突（conflict）。儿童面临冲突他形成的妥协里面包含三个部分：第一个部分就是他对于环境对现实的一些感知；第二部分是他对自己欲望的幻想；第三部分是他当时的思考能力、思考功能。他的潜意识幻想的那个部分就会在治疗里面被带入到治疗当中变成移情。他把这些潜意识幻想中的信念带到了他所有的关系里面包括他和治疗师的关系。然后因为他现在已经长大了所以他的欲望，他的现实还有他的思考的能力都发生了变化以致于以前的那些妥协形成现在就起不到作用了。在他进到分析里面之后分析师帮助他理解这些移情是从哪里来的，为什么当下之前的那些妥协形成起不到作用了，帮助那些潜意识幻想意识化。这就是我们说的将潜意识的内容意识化，也可以说是把本我的东西提升到自我的层面，通过自我的意识去感知理解它。

刚才我讲的是传统上对移情的理解，但是到了自体心理学以及之后的一些心理学家对移情有了新的理解，自体心理学的心理学家认为移情不是来自过去的，移情指的是病人对治疗师有一些愿望有一些需要并且病人需要得到这些他需要的东西才能继续发展。活现（enactment）是此时此刻发生在治疗中的东西，病人和分析师在治疗中都是有冲突的。并不是冲突导致的潜意识幻想进到了治疗当中，在活现当中可能包含的有来自病人的移情以及来自治疗师的移情，所以在活现里面是含有移情和反移情的，但是活现不止于此，活现它一定是发生在治疗的此时此刻的，而且活现给治疗带来一个此时此刻的冲突。面对这一个此时此刻的冲突通过治疗师和病人一起去谈论这个冲突一起去修通这个冲突这就变成一个很好的例子、很好的模板帮助病人理解在他的人际生活、人际关系中他自己会对别人造成什么样的影响。在传统移情的理解下分析师帮助病人有更多的洞察，洞察自己的潜意识是怎么发展出来怎么影响到自己当下的思考行为的。而在活现的概念下做的工作并不是去对过去有更多的洞察而是在当下学习怎么样应对冲突，理解当下的人际互动。

我们先把第一个问题放在这里，如果同学们还有更多的问题可以随后再问。



11

沙利文指出的个体在众多关系中形成的行为模式与依恋关系理论中提到的个体内部工作模型这两个概念有何区别？

Bonnie: 在依恋理论 (Attachment Theory) 里面，婴儿的主要动机：它生存下去的需要是通过依附依恋主要养育者比如依恋妈妈实现的。婴儿从自己和妈妈的这些体验当中按照约翰·鲍比 (John Bowlby) 的说法：他形成了一个内在工作模型。它有点像潜意识幻想 (unconscious fantasy)，但是可能没有太多的思维思考的部分。内在工作模型更像是一种内在的模式让婴儿或者孩子预期他和别的人互动的时候可能会收到些什么。这是一个通用的模式，它会应用在所有的关系当中，所有那些和妈妈相似的比较亲切的人孩子都可能会使用同一个内在工作模型。丹尼尔·斯特恩 (Daniel Stern) 用另一个术语来描述，这个术语叫做 RIG, 是泛化 (generalized) 的人际互动表征，指的是这样一种预期和他人互动的模式是泛化了的，会用在所有类似的关系里面。

他和沙利文的区别就在于沙利文提出的这些自体和他人的关系有可能会发展出不同的模式，沙利文认为一个人和妈妈打交道互动他预期自己应该说什么样的话有什么样的反应和他跟他爸爸打交道的互动方式可能是不一样的，所以这种人际互动的模式没有泛化。如果治疗师使用的是依恋理论，认为病人在安全依恋方面有问题那这个病人就应该在和所有亲近的人所有亲近的关系里面都有同样的问题包括和治疗师的关系。但是在沙利文或者人际互动的治疗师那他们可能就会认为病人有些时候是用和祖父打交道的方式和治疗师互动而在另一些时候又在用和他妈妈打交道的方式和治疗师互动，而治疗师的工作就是帮助病人认识到他在用不同的模式和治疗师打交道，帮助病人看到他对于自体在不同关系的不同感知会影响自己和另外的人打交道的方式。对于沙利文来说问题不在于一个人不想了解自己的潜意识而问题是在于一个人看不到自己被解离 (dissociate) 出去的那些部分。对于依恋，依恋本身不是一种防御，依恋本身就是一个很泛化的存在方式，这个人怎么样和别的人打交道，一个人可能在随后围绕着他的依恋模式会建立起一些防御但是依恋本身不是被防御创造出来的。所以当我们去理解依恋模式的时候，依恋模式本身是没有防御的。在依恋理论里面如果这个病人是不安全型的依恋那我们寻找的其实是在病人成长历史中真实的失败。所以使用依恋的理论还有治疗



师更接近缺陷理论。所以这一些自体心理学关系流派或者后期的精神分析流派他们更关注在病人发展的早期关系中真实的创伤和问题，而不是仅仅单纯地看这个病人对关系的幻想。

12

想听 Bonnie 老师谈一谈嫉妒的情感是如何形成的？

Bonnie: 在一开始的时候，弗洛伊德（Freud）是没有谈论嫉妒（envy）的。在弗洛伊德的理论架构里面当他谈到俄狄浦斯期的发展，谈到俄狄浦斯期间竞争的时候弗洛伊德觉得一些羡慕的情绪有可能会出现在俄狄浦斯期，但是弗洛伊德也没有提到嫉妒，嫉妒这种情绪是被克莱因（Klein）引入到精神分析理论的。这是因为嫉妒它不仅需要有自体和驱力，嫉妒还需要有客体关系。在这种嫉妒的感觉里面存在着另一个人，这个人身上有你想要的东西，并且你觉得自己应得到它。因为这一个人有着本来你应该得到的东西，所以你会对这个人充满愤怒的情绪并且想要毁掉这个人。对于克莱因来说最初的嫉妒情感是来自喂食的过程，婴儿需要得到奶水当婴儿能够得到奶水的时候他会觉得一切很好，但是如果婴儿感到有挫折，奶水不在那他没有得到奶水那一定是有别的人占有了所有的好，所有的奶水而婴儿会感觉非常愤怒和嫉妒。婴儿充满了愤怒想要破坏乳房但随后婴儿就会开始担心来自母亲、来自乳房的反击和报复，乳房又会反过来破坏婴儿。所以在婴儿的心灵中总是充满了这种来来回回的反复。所以把客体分裂成好客体和坏客体这个也就是克莱因描述的生命发展的第一个阶段或者第一个心位描述这种分裂（split）的心理状态。有一些人拥有所有的那些好的东西但是这就导致那些没有得到这些好的东西的人感觉嫉妒，但是这种嫉妒以及嫉妒带来的恨意、破坏性又会让这个人担心被报复所以又会产生被迫害的恐惧。第二个心位是好的和坏的可以整合在一起的心位，一个人身上既有好的部分也有坏的部分，这样的话就没有人需要去嫉妒别的人。有一些人他们害怕取得成功，因为他们害怕如果自己取得了成功自己会被别人嫉妒会遭至别人的攻击，所以这些人会压抑自己成功的可能性。在弗洛伊德那里害怕获得成功源自俄狄浦斯情结，是孩子认为自己的父亲不希望自己成功，自己的父亲不想让自己成为他的竞争对手就像古老的希腊传说说的那样。但是在克莱因那里不希望自己成功有不一样的理解，这个人觉得世界上只有一个人可以占有所有的好所以其他人都会去嫉妒他，去攻击他。对于其他的精神分析理论家来说，嫉妒可能不是一个特



别重要的理念，除了科胡特（Kohut），科胡特认为在这种自恋自大的状态里面，这个很自恋、很自大的人其实是希望别人能够嫉妒他的。这是因为如果其他的人嫉妒这个自恋的人，这个其实是帮助这个自恋的人镜映（mirroring）了他自己是多么的厉害，多么的了不起。

13

请问老师，在咨询中可以表扬来访者吗，在什么情况下可以，什么情况下不可以？

Bonnie: 我一直以来都会祝贺我的病人，当他们达成了一些目标，有了一些成就，我会祝贺他们，当我的病人能够成功的做一些他们想做的事情，我一直都为我的病人感到高兴。当这个病人能够达到他们的目标，这个时候我真的会为他们高兴，而且是他们的目标，并不是我的目标或者社会的目标。比如说，他们自己的目标可能是希望能够多说一些话，或者希望自己可以坚定一点，甚至可能是希望自己有更多攻击性，当他们达到了这些目标的时候，我都是会表扬他们的。我会这样说，这是很好的，你达到了你想要多说一些话的目标，或者说这个听起来很不错，你通过努力的学习，在考试的时候取得了好的成绩。你希望去避免的是病人寻求你的表扬，避免病人专门做一些事情得到你的表扬，因为后面的这种状态会导致温尼科特说的虚假自体的出现。心理治疗是帮助病人能够实现他们自己的目标，而不是治疗师的目标，他们亲人的目标或者社会的目标。帮助他们能够接近自己希望自己达成的事情。所以我觉得，当我们说，我为你感到高兴，因为你实现了一些你之前一直很想实现的目标，这种说法和表扬来访者还是有一点点微妙的区别的。

14

请问老师是什么使一个人失去对象征秩序的吸收？

Bonnie: 当我们考察一个具有线性概念的理论，一个线性概念的发展理论/阶段理论的时候我们总是需要去思考如同在这个同学问的问题里这样的表述：失去。这个人是先拥有了它再失去了它还是他从来没有拥有过它。

拉康（Lacan）提出了这样三个阶段：现实界、想象界和象征界。在现实界里



面有的只是非常原始的感官材料。一个人为了处理它会接收这种想象性的意向，这个想象性的意向是别人给他的。他在想象界的状态里面接收了这样一个意向但是这个意向实际上是一个虚假的意向，它里面混合着、参杂着一些缺乏的东西，所以当他接收这个意向的时候他同时也把这些缺失、缺乏接收进来了。而当一个人可以移动到象征界（symbolize）的时候他其实就懂得了他接收的这个意向实际上是一个虚假的意向，他接受了自己的缺失、缺乏。拉康说一个人在面对这三个界的时候，他有三种应对它的顺序，这种应对顺序其实就构成了三种病理性的结构，分别是精神病性的、倒错的和神经症的。

拉康认为对于精神病患者来讲他们是不允许自己在这三个界中移动的，他们是怎么样处理现实界的那些原始材料？他们自行创造出属于他们自己的想象界并且创造出只属于他们自己的象征，用这种方法来处理他们自己现实界中的原始材料，这带来的一个后果是他们被卡在了那里，静止不动了。在倒错（perversion）里拉康认为一个人背离了以父之名（Nom-du-Pere），以父之名指的就是这个文化所定义的象征秩序，他创造了属于他自己的象征秩序，这个其实就是恋物的状态。这其实也是一种不接受象征界的状态但是这一种不接受象征界和精神病的不接受象征界还是有区别的。在神经症里面他们是接受象征界的，但是他们持续的在象征界和想象界之间来来回回的穿梭，所以在某种程度上帮助神经症解脱自由的方法就是帮助神经症病人更好的理解他自己的历史并且接受属于他自己的那一份非常特殊的缺失，并且理解他是靠什么东西去弥补自己的缺失。所以拉康认为在神经症的状态里面，他已经奠定了这三个阶段，三个界，所以这三个界对神经症都有可能被触及到。在其他的理论里面如果一个人回到了这种非常恐怖的原始情感材料、情感体验里面，按照其他的理论可能就被称为退行（regression）。拉康说与其把它叫做退行，不如说是这个人因为有某一些特定的生活情况，这些特定的情况需要在分析中理解。因为这些特定的情况，他回到了早期试图去处理现实界的应对方式中。

所以这位同学问的问题是一个人失去了他对象征秩序的吸收，我们就需要假设这个人已经是一个神经症的病人了但是因为某一种特定的情景、情况他失去了身在象征界的位置。通常来说我们其实需要和病人一起去思考这个病人他是已经有了某一种能力但是当下的一些局面让他退回到较早的生活状态所以是失去了这个能力还是他从来就没有发展出某一种特定的能力？以上就是我对第一个问题的回答。



15

刚才老师讲到边缘水平的病人，他们的客体关系还没有发展到完整客体关系的阶段，他们的状态是被部分客体带来的迫害感、攻击性给淹没了的，为什么部分客体会会有这种破坏性和攻击性？部分客体都是不好的吗？

Bonnie: 在边缘的部分客体关系里面也有积极的感受，比如也有爱意，但是在边缘状态里面爱的感觉更接近于那种融合成一体，不分彼此的比较极端的爱意的感觉，所以在边缘状态里面他们的问题其实在于他们没有办法整合，没有办法把负面的和正面的感受放在一起，达到克莱因提出的第二种心理位置，并且在第二种心理位置里面获得拥有矛盾情绪的心理能力，所以在边缘状态里面他们是全有或者全无，要不就全都是个要不然就全都是另一个。所以边缘状态的问题其实来自于他们在这个极端到那个极端之间的动荡、波动，这种波动导致他们的生活、人际关系出现很大的问题。

如果在部分客体的状态里，好的坏的部分是如此分离，他们没有办法被视为一个整体，那么那些迫害的、坏的部分就会受到这个人的攻击，但是当被攻击了之后这个人又会担心被报复，这个被报复会带来的危险是会被破坏、失去客体。当边缘的病人他们在爱的状态里面他们期待的是完全的融合，并且永远可以无缝隙融合在一起，那是他们纯粹的极致的爱的感觉，这个时候他们的感觉可能会很好但是这个源自他们这种好的部分内在客体，而这种好的部分内在的客体并不是十分真实，因为作为真实的人他终究会让这个人失望，当这个人开始失望的时候他又会开始攻击，攻击了之后又担心被报复，所以又进入到这种动荡当中。他们是很难维持或者建立他们需要的关系的，因为当这个人对另一个人生气的时候他是没有办法同时记得这个人也是那个大部分时候对自己很好、对自己有很多帮助很关心自己的人，在他生气的那一个时刻这个人就完全变成了那个彻底坏的人。

对边缘状态的治疗是很困难的，因为对于这些病人来说他们本身在这种非黑即白的感觉里面和部分客体互动已经很困难很有挑战了，而治疗师帮助他们离开这种非黑即白的状态发展出对他们生活更有帮助的，完整的客体关系也是更困难的事情。我不确定这样是不是能回答这个同学的问题。



16

缺乏客体恒常性与无法整合自己和他人的好与坏的关系，这两者有什么关系吗？如果有，哪个是因？哪个是果？

Bonnie: 我希望在三个概念之间做一个澄清：1、客体永恒：在婴儿生命早期，婴儿知道当他看不见一个东西的时候不等于这个东西就不存在了。这叫做客体永恒/客体守恒，就是对于非常小的婴儿如果你把一个他现在正在看的东西盖住了，那他的注意力就会转移，他就失去对那个东西的兴趣去看别处。我们也看到婴儿其实会试着去学习掌握这个现象，他们有的时候会把食物扔到地上，妈妈又会把食物捡起来，但他们随后又会把食物扔到地上，他们试着学习这个东西在眼前离开，随后东西又会回来；以及某一个东西永远消失再也不回来，这些情况之间的差别。这个会导致陌生人焦虑、分离焦虑，这发生在生命的头一年，而这些时候其实婴儿正在学习、正在掌握的是客体守恒。我们在讲依恋理论的时候会讲更多这方面的内容。弗洛伊德（Freud）他也写过对幼儿的观察，那个幼儿他会把棉线轴扔走，然后又会把这个棉线轴拽回来，通过这种形式这个幼儿在学习掌控这种离开、回来以及永远离开、永远消失。2、客体恒常性（object constancy）这个概念是来自玛格丽特·马勒（Margaret Mahler）对分离个体化的研究，她试图把一些阶段理论带入到自我心理学中去描述婴儿能够形成对于自己母亲或者他人的一种在内心世界的恒常的、持续的意向或者表征，但是结果表明玛格丽特·马勒所描述的分离个体化的最早阶段，其实并不是一个正确的理论，所以当前人们已经比较少使用玛格丽特·马勒的阶段理论或者总体的理论思想了，她的这些理论已经被依恋理论的文献所取代。3、整合好客体和坏客体的概念是来自英国的客体关系学派，整合好坏并不是在讲拥有客体恒常性、拥有恒常的表征，它其实已经假设了是有恒常的表征但是想要去研究的是这样一种表征的性质是什么样的。所以比如边缘型人格并不是在他们心里边就完全没有关于自我和他人的表征了，而是他们仍然处在客体关系的第一个阶段，在一种全好或者全坏的客体关系里面来回摆动。这一些就是在边缘型人格第一阶段的病人他们没有进入到抑郁心位里，他们没有办法维持住一种整合了既有好又有坏的客体关系，完整客体的意向。当前我们会去理解，我讲的第一个概念，客体守恒以及我刚才提到的依恋理论，我们去研究在依恋过程中的一些问题或者裂痕会导致客体性质出现问题。像客体守恒，它其实理解的是当妈妈来了又去，这个在婴儿生命中的真实事件会对婴儿造成的影响，而克莱因（Klein）提出的整合好坏客体是从心理的层面去理解婴儿对此有什么心理建构、心理



意义，所以在我们随后讲到发展的时候我们会更多提到儿童这种工作模型，他的内在工作模型是更多的基于完整客体还是部分客体。我先在这里停下来回答第二个问题。

17

不同的理论对反移情有不同的理解，请问老师您在自己的临床实践中，您是如何利用反移情来工作的？

Bonnie: 当我们讲到反移情的时候其实我们一个区分是我们到底是用反移情来理解我们治疗师自己还是可以通过反移情去理解我们的病人？我觉得包括我还有当下的很多精神分析师都利用反移情，利用我对我自己的认识和理解来预测在病人的心灵中可能存在什么样的冲突，什么样的困难。比如最近我在和一个年轻的男士做治疗工作，这个人碰到一些问题寻求心理治疗但是我觉察到因为我自己有儿子所以有可能我会把一些特定的移情带到我和这个年轻男人的工作当中。我也在之前提到比如一个治疗师他的家庭成员，他的成长背景里面家人有严重的赌博问题，那么这一个特定的治疗师可能就没有面对那些有赌博问题的来访者，为他们提供治疗。所以通过我们自己的治疗或者接受分析我们对自己有更多的理解，但是在实践的过程中通过和病人的治疗互动我们也进一步的对自己有了更多的理解。

比如在我自己的分析里面我其实并不知道在治疗中我面对受虐型的病人是格外困难、格外挑战的。但是随着治疗的过程我发现了治疗受虐型的病人对我来讲很困难，我随后试着理解这个困难到底是什么。然后我理解了是病人的那种被动性让我感到非常困难，病人的这种被动性其实挫折了我渴望提供帮助的愿望。这一点在医院的护理人员身上可以经常见到，他们有些时候会对自己的病人非常生气有攻击性，这是一种耗尽的表现，他们想要帮助的愿望被一些被动性挫折到。所以这是非常重要需要我们去理解，我们需要理解病人他并不是为了让我们感觉我们很有帮助才来见我们的。如果我没有意识到这一点，我就会在这种挫折感的作用下对病人有施虐的表现，所以这会变成我的互补性反移情，而且这种互补性反移情可能是想要试图和病人的感受重新建立连接的付诸行动。所以我利用反移情的方式是我借助反移情帮助我理解得更多，但是我在上节课上也介绍了最后一种使用反移情的方式更加注重此时此刻并且有自我暴露的成分，我是不会轻易采用最后的这种使用方式，



但是在某一些特定的僵局的情况下我可能也会使用最后的这种利用反移情的方法。我觉得我之所以不使用最后一种的理由和我的人格有关，我可能是有一点害羞的人，而最后一种使用反移情的方式给我带来一种倾入到病人空间的感觉，那会让我的做法显得不自然，所以最后的那种治疗方式可能对其他的治疗师，对于有着不同性格的治疗师来说，是合适的，是能够使用的好的，但不是我的情况。我现在来回答第三个问题。

18

一个有俄狄浦斯情结的 17 岁男性来访者，把他的女治疗师当成手淫时性幻想的对象，请问老师面对这种情况治疗师应该如何应对？

Bonnie: 我觉得我可能需要问这位治疗师的第一个问题：是因为这个病人在手淫的时候有性幻想所以这位治疗师就觉得这个病人是在俄狄浦斯期的水平有俄狄浦斯期情结吗？如果这位治疗师的确只是从病人有手淫的性幻想推断出这个病人是在俄狄浦斯水平的那我需要提醒大家：一个成年人他其实可能会把很多的欲望还有渴望都转换成是一种性欲化的感受，也许这其实是来自一些前俄狄浦斯期的冲动、冲突或者是矛盾，比如可能来自前俄狄浦斯期的力比多愿望，那些就是一种纯粹的感官或者渴望但是也有可能是来自前俄狄浦斯期的攻击性，但是它可能会给病人带来一种羞耻感，而病人可能会感觉到把这表达成是一种性的愿望会更容易些。如果他确实是用这种性幻想的形式表达出更早的欲望，这其实就是一个妥协形成的绝妙的例子就是这个病人表达出了他早期的愿望但同时是用一种隐藏的形式，而现在这个病人就不需要为他这种早期愿望而感到羞耻，他现在感到羞耻的是他需要把治疗师当成他的性欲，告诉他的治疗师，他为这件事情感到羞耻。这个时候治疗师首先需要处理的可能就是去提及病人能够克服羞耻感把这种幻想带到治疗里面是很好的，而且我们希望听到病人可以很开放的讲出他心里面所体验到的所有的东西。而治疗师需要开放的去倾听病人讲出的任何东西所以治疗师其实需要保持足够的舒适能够很自然的接受病人可能会讲出的一切。所以治疗师需要询问自己的反移情：我是否感觉到震惊，有冲击或者其他的？当我听到这些信息的时候我自己是不是感觉足够镇定、足够舒适的？而且治疗师也需要询问他自己是不是也对病人这种性欲化的幻想有贡献，就是因为某一些治疗师他们可能确实是带着一些诱惑性的，而另一些时候可能治疗师只是做出了平常治疗性的表现，比如微笑或者倾听，但是这一些平常的表现会被病人



感知成或者翻译成是更加刺激的，带着性的色彩的情欲化的东西。随后当病人和治疗师都已经感觉到足够的舒适了，不需要是当下，但是随着时间的进展他们可以再进一步探索病人的这些幻想，因为病人的幻想是病人的产物、结果。比如是不是病人试图去重现、活现出那个原初场景，他曾经看到过或者在他的幻想中他父母之间性的场面？或者分析师在这个幻想里面代表了病人生活中的什么角色、什么人物？什么东西被活现了出来？他是否试图让分析师去控制自己或者在他的幻想里面他其实是想控制分析师？或者这个幻想里面有更普遍的一些元素，比如他试图去攻击/破坏治疗师/他在幻想中想要和治疗师发生性的关系/幻想中他希望和治疗师住在一起、一起生活，这些其实全都是数据，我们做的事情就是理解这一些数据。

我想再补充一点：这些工作都是和神经症水平的患者做的，如果这个病人是精神病性的患者，那么你可能不需要也最好不要进到太多幻想的细节里。如果这个病人是神经症水平对现实有比较好的认识和感知，那我们就试图帮助病人认识到不用害怕你的幻想，你的幻想并不是现实，但是如果这个病人本身就是精神病性，那就最好不要做这种类型的工作。

19

5岁男孩子在尿尿后有自慰现象，老师如何理解这个现象？

Bonnie: 在这一个年龄阶段，孩子不管是男孩还是女孩，他们会自慰其实是一种正常现象，有些孩子自慰多一些，有些孩子自慰会少一些，这其实是一种正常的对自己身体的探索。对于生殖器的抚摸触碰儿童会感觉到一种兴奋感。这种兴奋感有时候会给人带来一种很有能力的感觉：它可以做一些事情发生。所以当小男孩刺激自己的阴茎发现自己的阴茎会感受到一些兴奋，并且有一些改变的时候他会发现自己的阴茎能够变硬、变大，这可能会给他一种很有力量、很有能力的感觉，而且可能也会幻想自己能够和爸爸一样拥有一个更大的阴茎。弗洛伊德（Freud）把这种儿童的早期探索称为儿童是一个小小的性研究者：去研究探索性的东西。他认为父母需要非常知道怎么样去回应孩子而这点是需要教育父母的，所以他认为父母回应孩子的时候应该把这视为孩子的一种正常举动而不应该去羞辱孩子，羞辱是一个成年人看到另一个成年人的自慰时可能会做的事情或者被别人看到的时候会有有的感觉但是父母不能够把儿童自慰看成是儿童的错误而是需要站在儿童的角度去理解这



是一个正常的探索。所以并不去羞辱孩子而是去教育孩子，告诉孩子这是一个正常的过程，但是他需要在私下的场合完成而不是在公开的场合有其他人在场的时候这么做。

我会问这位提问的同学的问题是这个孩子是怎样利用自己的自慰？这个孩子他会不会并不是用探索和让自己兴奋的目的来利用这个自慰而是想要刺激自己的身体或者让自己得到安抚，也就是他的自慰会不会有别的目的？所以如果他已经不再是基于正常的目的而是有些别的目的那我们可能就需要问这个行为会不会已经变成了一种症状，如果他是用这来刺激自己那我们可能要问他是不是抑郁了？这就像成年人一样，成年人有的时候也会使用性刺激让自己不感觉抑郁或者不感觉死亡或者消沉的感受。或者说这个孩子非常不安、非常焦虑所以他希望通过自慰来安抚自己：这种自慰也有排除焦虑安抚的因素。或者说他是不是想要回避什么东西因为看起来他会呆在厕所里或者呆在任何他自慰呆的地方，他可能不希望碰到一些他不想碰到的事情或者东西。这就像成年人一样，成年人也可能会把一些其实是正常的行为使用到别的目的上面。所以对于这个问题这个情况也是，它到底是一个正常的现象正常的行为还是这个孩子把这个正常的行为利用起来用来去处理其他的问题，换句话说就是已经变成症状。如果是变成症状我们需要看他想要处理一些什么问题。自慰往往在自慰背后是有幻想的，儿童在自慰的时候会有一些心理活动，就像成年人那样所以如果这个儿童是在治疗里，你也需要去探索理解他自慰背后的幻想是什么？所以对于这个儿童他在自慰时候的幻想是什么呢？也许他幻想通过自慰可以有更大的能力，变得更强大，这似乎是符合这个年龄阶段的儿童会产生的幻想。这是我对第一个问题的回答，我现在回答第二个问题。

20

如何评估哪些人可以做分析？哪些人不适合做分析？

Bonnie: 最初弗洛伊德（Freud）谈的是神经官能症类型的防御，他提出的神经官能症讲的是由于俄狄浦斯情结导致的冲突。这个防御最初的时候被识别出来是有压抑的，之后也识别出来其他的防御但是就是基于这种防御和冲突，俄狄浦斯情结被认为是开展精神分析的必要结构。所以那个时候的分别就在于它是神经症的，有这样的精神结构还是它是精神病性的缺乏这样的结构，



所以精神分析在最开始的时候对于什么样的人可以接受分析的选取范围是非常狭隘的，比我们现在的精神分析狭窄很多。比如弗洛伊德认为自恋的病人不适合做分析，因为他们的力比多还是投注在自己的身上没有办法投注在客体身上。他们没有办法发展出移情去处理自体与客体的关系，但是由于我们工作的进展尤其是对前俄狄浦斯病人，自恋型病人的治疗，当前我们对于谁可以做分析谁不能做分析已经扩展了。现在我们的标准是现实检验能力，如果这个病人没有现实检验能力那他就是一个真正意义上的精神病性的病人，这样的病人是没办法做分析的。但是还是有一小部分的精神分析师试着给精神病性的病人做一些某种程度的精神分析工作，比如在加拿大的魁北克省地区有一些拉康流派的精神分析师他们会给精神病性的病人试着做分析工作。但是目前来讲这仍然是一个通用的规则：看他的现实检验能力，因为对一个没办法区分出移情和现实的病人讲移情不是特别好。比如你可能不会想对一个会把它当真的病人讲他的攻击性或性幻想或谋杀冲动。如果这个病人会把你讲的东西当成真的，当成现实，那你可能觉得还是最好不要跟他说这些。

总的来讲我们检查的事情是这一个病人与我们建立连接的能力。比如比昂（Bion）在讲到和那些病得更严重的病人工作的时候就提到了‘对链接的攻击’（Attacks on Linking）这个概念，他提到了容器容纳的概念，治疗师需要容纳这一些并且帮助病人去承受人和人之间是可以建立连接的，一旦你能够和一个人建立起连接那你就能够去思考在你和他人之间发生了什么。所以首先是病人有没有现实检验的能力，然后是这个病人能不能和治疗师建立起一段关系，如果能够建立起一段关系有这样的连接，那他们就可以去谈论、讨论他们都发生了什么。这是一些做精神分析取向心理治疗的要求前提。

以上的这两个是做精神动力取向心理治疗通用的大前提但是如果你想做更深入的精神分析式的心理治疗（更传统的精神分析）可能还要再仔细看一下你希望达到的目标是什么？这个治疗目标指的就是你是希望对这个病人的一些特定的功能展开运作处理他的一些特定关系或者某一个特定的问题，还是你是想帮助病人更全面的理解他是谁，他的心灵总体而言是怎么运作的。我们也发现这些希望能更深入了解自己人其实都在我们的职业圈子里面。是否能够开展精神分析也取决于病人希望达到的目标是什么，所以病人希望的目标是一方面，病人的人格结构也是另一方面。

Vamik 大师十月精彩课程，扫描二维码了解详情



深度解析不同类型自恋人格治疗与边缘人格治疗的六步骤疗法

Vamik Volkan

五次诺贝尔和平奖提名

弗洛伊德奖和西格尼奖双料获得者

美国精神分析学院前主席