



Judith Rustin 朱迪思·鲁斯廷

精通于咨访临床互动的内隐维度

自体心理学与主体间取向的精神分析师

超过 35 年精神分析与心理治疗临床经验

婴儿研究与神经科学在心理治疗中的整合者

答疑汇集

01

老师能否解释一下什么是亚象征？

Judith: 我在下节课上，会更详细地、充分地展开亚象征的含义。简要说来说它和我使用的一个理论框架有关，我使用了一个对大脑简化的理论模型：三脑理论（The Triune Brain），三脑理论是美国研究者保罗·麦克莱恩（Paul MacLean）提出的。麦克莱恩他提出了一个概念模型，把大脑分成三个组成部分用来体现我们作为哺乳动物大脑的发展，他把大脑的最底层表述成爬行脑，指的是爬行动物也拥有的部分。第二个大脑更像从一个蛋里孵化出来的大脑，



通过这样的孵化我们可以慢慢从爬行动物类转化成哺乳类的动物，这部分大脑叫做大脑边缘系统，也是我们刚刚提到的情感大脑边缘系统。第三个脑的组成部分叫新皮层，新皮层是人类最新发展出来的皮层，它负责思维、认知、决策、处理，这部分是新皮层大脑的功能。当婴儿出生时，他的爬行脑和边缘系统，这两部分脑区已经充分准备好可以运作，但是他新皮层的部分还没有准备好。所以用这来回答亚象征是因为新皮层负责思维、负责象征，婴儿刚出生时，那部分还没上线，所以婴儿互动是亚象征水平。

02

区分潜意识和非意识这两者的不同对于理解来访者会有什么作用？如果来访呈现出很多的非意识层面信息，那么这个来访者的心理发展水平是否就更接近边缘水平或精神病水平？

Judith: 这是一个非常好的问题，我会把它分成几个部分来回答。区分潜意识（unconscious）和非意识（nonconscious）有助于指导治疗师的干预方式。如果这个病人处在潜意识水平，那么你可以考虑进行防御的分析并最终给予解释；如果病人处在非意识的水平，你可能需要更多侧重于寻找体蕴化和身体的沟通，比如病人的身体姿势、身体定向/朝向，如果病人有体蕴化，更鼓励病人去描述身体反应，比如我心跳得很厉害，我呼吸困难，我觉得很头晕，我的腿感觉很僵硬，我的肩膀很紧张……这些都是非意识的表现。随着病人能更描述身体感觉，或者你能够注意到病人的这些身体运动，你会进一步注意到这些模式都是在什么情况、什么时候发生的，当你能够了解发生的时机和模式后，你可以尝试为病人建立联系，并且你应该和病人一起进一步去探索，最终我们希望能够帮助病人将这些非象征，未被构建（unformulated）起来的经验转换成象征性的体验，这样病人可以反思（象征 symbolize）的过程。

我下面给大家举一个例子，这个例子还可以扩展比较长，但是我们在这个简短的例子里可以看到治疗师如何把病人的非意识转换成病人可以意识到的东西，这个病人叫麦克，麦克坐在我面前，他身体正向朝着我，但是他的头部和我保持 45 度角，好像他的右脸颊和我的右脸颊对话一样。结果我们发现他在大多数互动里都是这样的姿势，他自己也不喜欢这种姿势，他也没有办法



解释自己为什么会那样，而且他也为自己经常用这种姿势和别人说话感到十分尴尬，他也向我抱怨了这一点。我把这个互动姿势带入到我们的治疗关系里，当我提出这个问题后，他说：他相信如果他一直看着我，会分散他的注意力，让他无法讲他要讲的东西。后来我们间断性在这个议题上做工作，他分享他感觉自己不应该向任何人透露出他的需要/脆弱，这是来自他父亲强制性的要求，并且被他随后天主教教育所强化。我在一个时候向他说：他只给我看了他的一面。这引发了他的共鸣，因为他没有向我展现他有需要的、脆弱的、有情感的那一面，当我们在治疗工作中继续谈论这些主题时，麦克能够更长时间地看着我了。有一天，当他抱怨和他患有双向情感障碍，非常紊乱的母亲在互动过程中，他又一次被他母亲批评时，他向我报告他终于能够和他的母亲对抗了，此时，我发现他非常炙热、强烈的正在看着我。在这个时候，我肯定了他与他母亲的对抗，然后我冒点险进一步向他指出：“也许你不看我/其他人，是因为你十分想被肯定，但也非常担心你不会被肯定。”然后他非常羞怯地同意了，这成为了治疗的转折点，从那一刻开始，他能够看着我了，所以同学们能在这个案例里看到他之前的状态是非意识的状态：他并没有觉察到他头部指向背后有什么意义，有什么心灵的内涵。

这个问题还有第二个部分：这种非言语层面的信息意味着什么，是否意味着更接近边缘水平或精神病水平？

创伤性的体验是位于一个连续谱上，而且在这个连续谱上往往更靠近非意识的那一端而不是潜意识的那一端：这些创伤性的体验可能有一小部分是在潜意识里，但是它更大的主体仍然是在非意识的。一个早期重复有关系性创伤的人将会有更多非意识的体验，也许他也会被诊断为边缘人格：在早期重复创伤的人身上，他们在连续谱上更靠近非意识那一端。不过对于边缘人格障碍/边缘状态的描述，我更赞同斯托罗楼（Stolorow）在《精神分析治疗：一种主体间方法》（*Psychoanalytic Treatment an Intersubjective Approach*（1987））书中的提法，其中第8章他对边缘人格状态做了一个总结——“边缘”不仅仅存在在病人身上的一种病理状态，而是在病人和分析师之间的系统里面创造出现的东西。在边缘状态里也是分析师做了一些触发到病人脆弱自体感受的事情，我也向大家推荐在我给的阅读材料里包含的布罗克曼（Brockman）的一篇文章，这篇文章里面举了一个非常精彩的例子，是他和一位被诊断为严重边缘人格障碍（BPD）的病人一起工作的案例，这个女病人出生时就有先天性缺陷，在很小时需要经历非常多痛苦的手术，而且自然地，这些手术也意味着她要 and 母亲长时间的分离。但是布罗克曼明白，她之所以有这么多严重见诸行动的行为，是因为她非常容易被那些和她早期经历有共



鸣的事情所触发，所以她才会有这些严重的边缘病理，而布罗克曼能够用一种对女病人非常有意义的方式向她描述病人的这些行为，这总是能够让病人平静下来。

最后一部分是它和精神病水平有什么关联，对于这个部分我现在无法回答，我没有太多和精神病人做工作的经验，所以无法从精神分析、精神病的角度进行评论。

03

婴儿与母亲的互动在多大程度上会促成婴儿在社交关系上的一些模式？比如：回避亲密关系。这种因果关系的判定会不会存在过度解析的问题？

Judith: 这要看情况，如果病人觉得回避也可以，她对更亲密的关系也不感兴趣，你不需要过度解释或者推她去接受这些结果，只需要帮助病人了解她的个人选择是非常重要的组成部分，病人总是会设定他想要从治疗中得到些什么，所以我们不应该把自己的价值观和偏好强加给病人，我们需要做的是帮助病人认识到这是他自己的个人选择。

04

在发展出象征性思维和语言之前，内隐记忆主要有哪些方面会对一个人的发展产生影响？另外，在这个阶段，婴儿采用的防御方式主要是哪些呢？

Judith: 发展是一个非线性的过程，婴儿有很多形式的内隐记忆，在生命最早期形成，这是因为婴儿和幼儿在他们的生活中，身边有很多大人和小孩，他们也会有很多体验，其中有些非常美好，但是有些可能会是痛苦和困难的，比如那些关于医疗和外科干预的体验，他们也都会被内隐地编码。虽然主要的养育者是早年间最突出和最有影响力的，但内隐记忆的模板是围绕着所有不同的关系及体验组织起来的，所有这些都会对发展造成影响。所以很难甚至不可能量化每个不同的人对发展的影响程度/影响发展的方式，但是所有以



上这些都被内隐编码，而且也会被婴儿的先天气质所塑造，所以发展是由经验和先天气质共同决定的。有些婴儿在先天气质上高度敏感，而另一些婴儿则不那么敏感，所以发展永远是一种融合，天性和养育加在一起才构成 100% 的发展。

下面的回应关于防御机制：婴儿和幼童没有在我们传统精神分析意义上认为的防御方式，防御通常意味着一种帮助一个人在世界上感觉到安全和舒适的方法，它同时也是一种在世界上生活存在的方式。婴儿有能力（我们在前两节课中描述的）旨在帮助他们在这个世界里感到安全和舒适，这些能力为他们提供了工具，让他们向主要养育者传递自己的需求和愿望，当然也包括向与他们互动的其他人传递自己的需求和愿望。简单回顾下，他们会发出痛苦和恐惧的信号，包括开始哭、望向别处，把身体拱起来，斜着脸或者眯起眼睛。他们也会传达厌恶的信号，全身瘫软、装死、崩溃、大声地哭泣；他们也会表现出愤怒，疯狂地踢脚、望向别处、把脸皱起来。他们也会表现出喜悦和兴奋，他们也会微笑，发出咕咕声。防御是随后才发展起来的，假如父母不能够容忍婴儿和幼童的特殊反应，孩子仍然会有恐惧、攻击、厌恶等情感体验，但是学会了不去表现出来，长期否认或不承认它们，与之脱钩等方法，这些策略是我们通常说的防御。但是在我们所介绍的这种特定的精神分析模型中，防御并不是来自本我、自我、超我的结构模型，而是来自当婴儿感觉到自己没有养育者接受时，婴儿学会了通过接受一些情感，排斥另一些情感的方法仍然维持和养育者的依恋关系。

05

内隐语言和非言语沟通，这两个概念有什么区别？

Judith: 首先，我想说这些问题都是非常好的问题，它让我看到同学们已经开始捕捉到这些概念理论之间非常细微、微妙的地方，而且这个问题也让我有机会向大家继续澄清主体间工作模式的一些特定方面。所以欢迎大家继续提出这种高水平的问题，这个问题是内隐沟通和非言语沟通这两个概念有什么区别，它们是有区别，最基本的区别是在后者非言语的沟通交流里面，人们通常至少对一些感情、一些感觉有所觉察、了解，但是却因为羞耻、冲突或者防御等等原因而不把它分享出来。比如一个病人可能会感觉到被你吸引，



对你有些情欲的愿望，他多少能够觉察意识到这一点，所以这个病人可能会以调情/羞怯/很诱人的方式和你互动：他有这样的行为，这些行为揭示出潜在的情欲、色情的感觉，所以这种潜在的色情感觉是非言语的，但是它不是通过说话、通过表达的形式分享出来。

在内隐领域里，这些情欲的感觉没有被充分完全地构造、构成出来，它没有被完全充分地构成，没有象征化也没有被意识层面加工，所以它可能会采取一些不同的形式表现出来，比如可能这种感觉会具现到一种身体体验的层面，那个病人感觉和治疗师呆在一起的时候好像有一股暖流在身体里涌动，或者在治疗的时间接近结束的时候会特别渴望继续见到治疗师，但是这个病人仍然没有非常充分地使用象征化的言语去构造这个感觉，把它构造成是对治疗师情欲的感觉，甚至他自己可能都不知道自己对治疗师有情欲的感觉。

06

请问老师，当杰克在治疗中期攻击你没有回应时，你是否感到委屈？如果治疗中产生对个案的负面情绪，如何处理？

Judith: 答案是没有，在治疗的中间阶段我没有感觉到委屈，被杰克的愤怒投注过来而感到委屈，因为我对杰克愤怒的理解是借鉴了科胡特（Kohut）-自恋性暴怒（narcissistic rage）的概念，杰克这个病人即使到了这个密集治疗接近结束时，他的自体（自我意识）仍然非常脆弱。当杰克体验到我用我的沉默把他抛弃，扔给了另一个会虐待他的父亲或者母亲时，他心中的恐惧感扰乱了他的自体意识，在科胡特的理论架构中当一个人感觉到自己的自体意识会被其他人消灭、湮灭时，那么对别人的回应方式就是这种自恋性暴怒，所以他是自体湮灭体验的一种反应，这不同于更经典的弗洛伊德（Freud）或者科恩伯格（Kernbergian）提出的原初攻击性的概念，原初攻击性的概念认为攻击性是来自于一种驱力而不是一种反应。

我们再回答一下对病人的负面情绪，对病人感觉到愤怒是一个非常大的话题，我们可以用整个讲座的时间来阐述这一点，但是在这里面我们简要地回答下，对病人感觉到愤怒是一种非常重要的治疗师和治疗师自己内在的沟通，是需要花时间去处理的，这样一种视角是一个二人工作的视角。当你感觉



到愤怒的时候，只要你继续努力地试图去理解这个愤怒想要告诉你些什么，关于这个特定的治疗配对在这个特定的时刻你愤怒了。它到底要向你做些什么？它是从哪里来的？只要你致力于去理解这个，你就没有必要为自己对病人生气了而感觉到羞耻，它是从哪里来的？它是根据你自己个人的特性，自己特定的主观性而对病人所做出的一种个性化、个人化的反应吗？比如这个病人让你想起了你非常讨厌的姐夫，如果是这样你可能需要把这个议题提交给你自己的治疗师/督导师/任何你的同辈督导小组去处理它，看看怎么解决它。如果你经过探索感觉到这个愤怒的感觉是来自病人，重要的一点是确认一些细节，比如这个病人是否把他的内在冲突分裂了，病人否认掉自己的愤怒，让你感觉到无法对病人进行共情，你感觉到在病人那有些什么东西而被病人否认掉了。

除了刚才我介绍的这种可能性之外，还有许多其他的可能性，重要的是你要注意觉察到它，并且试着去找出到底是什么激活了你的愤怒，我发现和督导师、和同行讨论是一个好的方式能够帮助你理清这一点，在之后的课程里面我也会介绍一个比较长的临床案例片段，展示我自己的挫折感在分析配对中被激活，而且正是因为这个挫折感被激活了，才成为了解锁那一个非常复杂治疗局面的钥匙。

07

如何区分“内隐”（implicit）和“解离”（disassociate）这两个概念及临床表现？

Judith: 这不是一个非常容易回答的问题，因为它涉及到两个截然不同的理论模型概念。就如同你想向人描述苹果和橙子之间的差别，但是你又需要使用同一套特征系统，使用同一套语言，这样的描述很困难，因为橙子和苹果根本是两种不同的东西。

解离是一个源自自我心理学的概念，它指的是对压倒性的痛苦进行的防御以避免感受到痛苦，但是在解离之前记忆或者体验已经被象征化，所以一个人可能会描述一个会令人感觉非常痛苦、沮丧的事件，这个人可以记住这个事件的细节，但是他报告的时候几乎没有引发他的情绪活动——那些痛苦、恐



惧被解离了。或者更进一步，这个事件本身也被压抑了，这个人的意识不容易觉察这个事情，而且当他确实被意识重新觉察到时，通常也不会伴随着相应的情绪，这是解离。

内隐的体验是来自大脑神经科学的概念，所以它是一种记忆的形式。它的编码是储存在大脑非象征的部分里，所以这也意味着这些内隐的记忆和体验永远不会被新皮层充分、完全地象征化。而且还可以说内隐的体验通常不会以这种纯粹的形式、形态存在，所谓的形式可能是像思维科学里指的思维形式，所以它不会以纯粹的象征化、纯粹的形式、纯粹的思维出现。比如在创伤中，部分的记忆可能已经被部分象征化，但是仍然没有以充分完整的形式被象征化，所以这一部分碎片记忆会以闪回的形式出现在人的心灵当中，但是在创伤中记忆的其他部分是以非象征化和具现的方式储存在身体当中，是内隐的。当我们在两节课之后介绍到恐惧系统时，会介绍更多的细节，我们会介绍这种压倒性的恐惧感和激增的压力荷尔蒙是怎么干扰到充分、完整的象征记忆的形成过程。

08

老师能谈一谈婴儿的先天气质及其对母婴关系的影响吗？

Judith: 这个回答可以把一切回答都归结成彼此合适这一点。在大多数“足够好”（good enough）的环境里面（“足够好”借用的是温尼科特提出来的“足够好的母亲”的概念）在这种“足够好”的环境里，母亲会找到一种让自己可以去适应宝宝的方法，不可避免的，每一个母亲都有自己的偏好，比如一个母亲可能会觉得一个非常谨慎害羞的孩子很好，因为这样的小孩子很容易照顾，不会有什么机会让自己陷入到麻烦中或者做一些危险的事情，而另一位母亲可能会觉得这种谨慎害羞的孩子是弱小的，在第二个母亲这里除了这种感觉之外，她可能还会常常想把孩子推出他自己的舒适区，这样会产生一种养育中的动力，让孩子经常感到自己需要去适应外界，而最终可能会觉得自己总是做得不够好或者自己总是不合格。在一个任何“足够好”的可预期的环境里，母亲可能会有偏好，但是母亲也会尝试着去适应孩子的天生气质。



下周我会介绍的案例刚好描述了这种现象，那个病人是非常安静、谨慎、富有艺术气息、很有创造性的，但是和他那些运动能力很强的哥哥弟弟们完全不同，这给病人带来了极大的困扰，而且这些困扰变成了一种具身化（储存在他身体内的困扰）。我有一部电影特别想推荐大家去看，电影是六七年前拍的——孪生陌生人（Three Identical Strangers），是基于一个真实的故事拍的。三个年轻男人在他们成年期，彼此发现了对方，结果发现他们是来自一个同卵的三胞胎，他们在出生时被收养机构分开了，每一个男孩都被不同的家庭收养，在不同的家庭里面受到家庭的结构、家庭文化的影响，在他们长成年轻人的时候，他们找到了彼此。他们看起来很像，而且他们的天生秉性非常相似，在很多事情上的品味也很一致，但是电影显示了每一个男孩的父母和父母对每个孩子的态度和期望，对他们造成的影响，尽管每个男孩他们有着非常深刻的基因层面的相似之处，但是这些家族家庭的差异导致这三个孩子的成长结果各不相同。

在我上课时经常有人问这个问题：天生和养育哪一个更重要？我的答案永远都是相同的——两者都是百分之百重要的。

09

来访者在治疗中以性欲化的方式表达融合的需要，并且对陪伴、关注、呵护充满渴望，同时来访者对治疗师只能在治疗室里给予陪伴无法真正地被自己拥有感到悲伤，因此而不敢真正靠近治疗师，对于这个治疗师应该怎么做才能更好地帮助来访者？

Judith: 这个问题对我来说，稍微有一点让我感觉有一点困惑，我把这个问题分成三个部分，我试着去理解它，试着给大家一个回应。我理解这个问题的第一个部分是这位来访者正在经历着一种色情、情欲化的欲望，对于陪伴、关注和关怀充满了渴望，而且如果我理解正确，咨询师想要表达的是这位来访者是对治疗师有这种浪漫关系的渴望。

我理解这个问题的第二部分，这个来访者感到悲伤的原因是因为在他的生命里面，他感觉唯一能激发有爱意感觉的人是治疗师，所以来访者在和治疗师接触时会感觉到不自在。



这个问题的第三部分我觉得是问到治疗师如何帮助这个来访者。

如果我对于这个问题的这三部分理解是正确的，这的确是一个非常好而且特别重要的问题。所以我先回应第一个部分，这一种来访者对治疗师有爱意的情况，其实常常会发生，会发生在所有治疗师身上，这的确让治疗师感觉到很困难很不舒服，而且它需要在治疗师接受来访者有这种感觉，他有这种非常深的渴望和沮丧、挫折感，同时又绝不能暗示在治疗中来访者可以满足这种愿望，在这两者之间需要取得一个非常微妙的平衡，因为如果咨询师对来访者这种性的/爱情的渴望采取了行为，有了行动上的回应，这在美国是一个非常严重违反职业规则的问题，会让治疗师面临一系列的法律控诉并且会让他失去执照。

我再继续回答这个问题的第二个部分，由于我们在做专业的临床实践所以个人性的关系肯定不能被接受，所以来访者会感觉到悲伤、挫败，是非常可以理解的。根据来访者的心理资源和力量，有以下不同的选择方法：当他比较有力量时，可以去确认、肯定他是可以体验到适当的边界，因为当他发现自己靠近、接近的愿望受到限制时，他会有情绪上的挫败，所以这实际上是一件好事，当然这也需要来访者力量足够强大到可以承受这个；但是如果来访者更加脆弱，一些心理教育工作可能比较恰当，去教育他咨询关系、治疗关系是没有办法实现爱情的关系、性的关系。换句话说是在向来访者解释在治疗专业的关系里面，性的和发展爱情是不能被接受的，而且会损坏未来的专业工作；然后我还见到过第三种治疗师可能会选择的是去公开、分享治疗师自己的专业姿态、专业标准，这个情况下治疗师可能说：“这也不是针对你或者我个人，但是这种行为是在我们心理治疗专业标准里被禁止的，而我需要坚持这种职业姿态、职业标准。”这是第三种可以的做法。我给大家提供这三种，但大家可以想到回应的方法还是很多的，只是提供大家参考。

我再回应第三个部分如何处理这个情况，仍然需要取决于治疗师对这个特定病人的了解，比如如果这个病人的家庭成员是否有违反边界的问题，这也许说明这个来访者没有适合的边界感是因为来自他的家庭因素，这就变成了一个值得探讨的方向；或者这个来访者的社交生活十分受到限制，他有严重的社交焦虑所以他只在治疗师面前感觉到满足、放松，如果这样可以吧来访者的社交生活定义成一个可以供他未来去满足这些渴望、这些需要的值得在心理治疗中做工作的领域，这只是两个例子。但是还有一些非常非常脆弱的来访者，这种情况我也碰到过一两次，这一些来访者他们的渴望和感受逐渐增



强甚至变得活现，也就是可能他们在治疗师面前变得更加暴露有这种行为，这种情况下治疗师应该尽快和自己的督导师沟通、协商，在非常极端的情况下，治疗师可能尽了最大努力也没有办法减少/减轻来访者的这种行为层面的表达，治疗师最好的做法是需要考虑终止这个治疗并且平稳地把来访者过渡到另一个治疗师那。这听起来虽然很困难，但也许这是唯一一种在这个极端困难下可以既保护到治疗师又保护到来访者的方法了。

10

内隐记忆都是发生在生命的早期吗？女性在生育和抚养孩子的过程中，会不会因为与孩子的互动而触发自己小时候与母亲之间的早期内隐记忆？

Judith: 同样的，这是一个非常复杂的问题，需要我们比较精细地去回答它。首先，早期的内隐关系是可以被后续的关系所转化，比如后续和祖父母的关系、和保姆的关系或者和一位非常心爱、尊敬的老师的关系，所以这是存在无限的可能性，因为一个人肯定不止拥有和母亲单一的关系而已，是有着很多其他的关系，所以这些其他的体验，也为这个人提供了一些替代方案。每一个女人，当她成为母亲的时候，都会在自己的潜意识中依靠曾经的这些关系，不止和母亲，还有这些替代的，所以在每一个场景里面都可能在潜意识里面激活各种不同的早期内隐关系，甚至可能会激活一些后续出现的不那么内隐的关系，比如我可以有意识地去想我真的很想向我尊敬的老师那样去养我的孩子或者去上课。

有一些女性，特别是那一些已经接受治疗有一段时间，理解了自己和自己的母亲早期成长过程中的某些创伤性的方面，她们在养自己孩子时，往往有一种现象：会走入到另一个极端。我有两个病人，她们现在有2岁的小宝宝，这两个人都和我一起治疗有很多年的时间，在她们俩怀孕的时候都在和我做治疗，其中的一位是在小时候被忽视、控制的，她走到了另一个极端，她非常担心自己早年被忽视、被控制的体验会重现，以至于她过度地关心、过度地满足自己的婴儿，没有为自己的婴儿设定适当的界限；另一个妈妈在小时候经历了反复的、创伤性的遗弃，所以她为了和她的婴儿建立起巩固的依恋关系而非常努力地在尝试着并且取得成功，但是每一次当她对自己的婴儿感觉到生气或者不专心的时候，她就会非常紧张、非常内疚，但这种对孩子有



生气、不想理孩子的感觉在温尼科特（Winnicott）的“足够好母亲”（good enough mother）的术语里是完全正常，可以被理解的，但是考虑到这一个母亲的创伤，任何可能会引发距离感的困扰都会激起她强烈的内疚感。这是我举的两个例子，但和这两位女性工作时，在她们的临床谈话中充满了这些困扰和矛盾。

比阿特丽斯·贝比（Beatrice Beebe）和我，和我们几位作者共同写的书《母婴互动及成人心理治疗中的主体间形式》（Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment）中有一章描述了三种不同的早期体验和这三种不同的体验在后续生命中的影响，这章的内容也可以在《精神分析对话》（Psychoanalytic Dialogues）杂志的第17卷第1期里找到‘关系中的面孔——一个案例研究’（Faces in Relation: A Case Study），所有能够上P-E-P网站的人都可以下载到这篇文章，在那里讲了这三个孩子的三种早期体验是怎样变成后续体验的模板，并且在后续的生命里面发挥作用的。

11

导致腹内侧前额叶受损的原因可能有哪些？

Judith: 有很多种可能性会导致腹内侧前额叶大脑或者大脑其他任何部分受到损伤，以下是一些可能性：比如一个人罹患中风；出了汽车、自行车、摩托车事故（很常见）；在体育运动中出现事故（足球/橄榄球伤害到大脑）；任何跌倒导致的头部损伤、头部受伤也有可能也会导致大脑受损；还有脑部手术，比如为了移除肿瘤，但是肿瘤接近那一部分脑区可能也会受损；脑部手术出了问题、出了状况可能会导致后续的大脑损伤。

达马西奥（Damasio）在他那本《笛卡尔的错误》里特别侧重强调的是腹内侧前额叶的部分，因为他要展示并强调情绪在作出决策时，为作出决策提供信息的重要性。《笛卡尔的错误》这本书是达马西奥1994年写的，现在应该也再版了，这本书的标题源自笛卡尔最著名的论断‘我思故我在’，但是笛卡尔的错误在于他只强调了“思考”而不承认情绪的重要性。达马西奥的这本书强调了情绪的重要性及它如何帮助我们以一种更加有功能的方式去生活，达马西奥的书里讲了很多腹内侧前额叶受损的病人，而且我们也看到他们的



情绪无法行使正常的功能去帮助他们生活。达马西奥描述了他的一个病人在一个很寒冷冬天来他的诊所见他的故事，那个时候路面上已经结满了冰，这个病人非常淡漠地向达马西奥及他们的医生团队描述他在前往诊所的路上看到一辆车开过结冰的地面时开始打滑，并且失控旋转了起来，后面车里的司机观察到前面的车开始旋转，所以他停了下来在路边等待，后面的第二个司机刚刚看到了前面的那一幕，他可能心里面很害怕，害怕开到冰面上失去对车的控制，这是非常能够理解的，但是达马西奥这个腹内侧前额叶受损的病人，他也看到也描述了这件事情，描述了前面旋转的车，描述了后面那辆汽车停在路边，但是达马西奥的病人仍然开了过去，他好像无视了这一切，他没有任何适当的恐惧感、焦虑感让他想一想自己要不要开上冰面，所以这个例子让我们看到情绪在所有这些情况里面都很重要。

12

如何判断来访者是否和自己的情绪体验真正连接上了？

Judith: 这是一个比较难以回答的问题，因为它取决于每一个特定的不同病人及在情绪和思考之间的不连接是怎么呈现出来的，但是还有一些首要的原则：在头脑和情绪之间的连接是一个过程，而且我们可以看到它会随着时间的推移而慢慢变迁，很少会突然出现一个链接，一旦你知道你病人防御情绪的方式，你就会看到病人在使用特定的防御并且随着时间的推移，他的防御也会逐渐有些变化。

我有一个病人非常反刍和痴迷于被赶出家，成为无家可归人的念头，他总是想着自己会带着无家可归的焦虑四处走动，没有一个家。但是在现实层面这几乎不可能发生，所以他的这个念头没有什么道理，经过几年的治疗我们注意到这种痴迷的反刍一般的专注常常和一些个人或者职业发展的机会同时出现，所以当我把话题转移到围绕着这些新机会病人可能感觉到的兴奋中时，我发现一旦我把话题转到他的兴奋上，病人就会变得非常能够觉察到更加焦虑，他透露他的兴奋和喜悦感将会被他的父母粉碎，因此这个解离和否认的防御占了上风，并且产生了一种反刍的、痴迷的，自己会被赶出家，成为无家可归者的想法。所以一旦我把注意力转移到他的快乐和兴奋感时，他的焦虑就浮出了水面，在我们这几年的工作里反复处理和研究这些主题，让这种



痴迷、反刍的念头逐渐消退了，并且他可以开始享受、开始期待那些新的机会带给他的兴奋。

我的另一个病人是一个有着早期重复创伤史的病人，他在感觉到不被理解、不被认可时会变得非常非常生气，他会变得愤怒，而且他狂怒的指数一瞬间会飙升到顶峰。大家记住：我们有冻结、战斗或逃跑的反应，而这个病人是一下子就进到一场大的战斗里面。当他感觉到在治疗中被关注，他的痛苦得到了认可，当我能够反复见证他被抛弃的历史并且承认、认可它们的确发生在了他的身上：“是的，这些可怕的事情都在你身上发生过。”当我能够这么表达的时候，他的那些愤怒，他对于面对恐惧而产生的战斗反应转换成一个更加精细的情绪反映，他开始对发生在自己身上的这些事情感到伤心，他能够开始哀悼他失去的童年，他不再为他的愤怒反应而感到内疚，他开始重新思考他的一些早期与父母的关系，所有这些新的情绪反应都比他之前对早期创伤体验的情绪反应更加精细并且消除了由于恐惧而引发的自动化的愤怒反应。偶尔一些曾经被解离掉的回忆会突然出现，你之前可能从来没有记起过这样的事情，但它就突然出现了，而且当它突然出现的时候常常会裹挟着非常强烈的情绪，这也是一个过程，人们需要慢慢地把这些记忆和相应的情绪再次整合到整个人的情绪系统中。

13

您与史蒂夫开始工作开发适合他的放松技巧，可以讲一讲这个过程以及你们开发出怎样的放松技巧吗？

Judith: 首先，我向史蒂夫打了一个比方，我把他的惊恐发作比喻成一列失控的火车，一旦惊恐开始发作，那些生理症状包括呼吸困难，胃里面感觉有东西在锤，全身发冷，手部出汗，这些生理症状变成了导致惊恐继续增加的诱因。

一、先做一个整体的回顾。和史蒂夫一起工作，寻找放松技巧是一个异常复杂、曲折的历程，发展出这些技术花了很长一段时间，这是因为史蒂夫的惊恐发作和焦虑非常强烈，加上他本人非常厌恶精神科药物，所以我使用了一系列步骤才最终达成和他探索出技术。所以第一个刚才我已经讲到脱轨列车



的比喻。

二、我仍然鼓励史蒂夫可以按照他自己的需要，实际情况来使用苯二氮平类药物，这与持续地接受精神科药物相比是一个非常不同的解决方案，这些药物他自己能够控制，能够减少他无能、无力的感觉并且缓解他自己出了严重问题而导致的失败感。然后我们还发现导致他焦虑增加的一个具体原因：通常和感觉被困住有关，我没有办法逃脱，所以我们努力地设计出一个他总是能感觉自己可以逃脱的逃跑计划（B方案）。

所以这两项加在一起，他可以根据需要使用苯二氮平，并且始终感觉自己可以有一个逃跑的计划，大大地降低了他惊恐发作的频率。所以在6个月之后只要他的口袋里装着有苯二氮平而且他心里面总是想着可以有一个逃跑的方案，就已经大大降低了他惊恐发作的频率。

在此期间，我们也继续使用更经典的精神动力的方式去工作，慢慢地，史蒂夫对与他母亲分离的恐惧也变得更加清晰起来。这种精神动力学的理解也有帮助，他能够通过‘对自己说’的焦虑形式来缓解焦虑，他可以对自己说：“我很害怕离开我的妈妈。”心理学的工作也增加了第二部分的理解，他也认识到如果我能够有一个分开的生活，我能够变得更加坚强我就能够更好地照顾我的妈妈，所以这个部分也相当程度上降低了他的冲突，在他对自己的再三保证，在我的支持和肯定下变得非常有效果，他把这个化作自己的座右铭，在他感觉到焦虑的时候他都会对自己说这样的话。

14

您谈到海马体对于创建与特定情绪有关的地图非常重要，这里的“地图”具体是指什么？

Judith: 海马的准确功能和地图究竟是什么仍然有点说不清楚，虽然现在已经提出了很多理论试图解释它。神经科学家试图更好地去理解这一点去做研究，我不是一位神经科学家，但是从我的阅读中我也了解了一些不同的理论。

一、人们需要海马体来构建长期的情景记忆，如果大家还记得关于回忆的讲



座，可能也记得是情景记忆组成了一个人的自传体回忆（一个人的个人历史）。记忆需要海马参与才能够被构建和被编码，但是记忆并不真的储存在海马体里面，记忆是被转移、储存到大脑的其他部位，但是在构建记忆及我们重新记起一段回忆时，都需要海马体的工作；

二、我看到的所有这些理论似乎都暗示海马体有一些关于空间和环境的功
能，但是没有特别明确地加以说明。有一种理论认为这个地图实际是一个非常复杂的视觉场景记忆或者关于环境的一个非常丰富的心理图案、心理图画，但是任何在情景记忆中情感的部分仍然被保留在杏仁核里，所以如果你把一个人放到形成那段记忆的环境当中，那么他很可能产生那时候的情绪反应；

三、还有一些理论认为海马的作用是激活所有和记忆有关联的，所有连在一起的大脑部分，以便恢复整个记忆。

我们可能还记得之前在记忆那章里讲过连接主义的概念，指的是记忆的每一个不同的部分储存在大脑皮层中各个不同的区域，不同的区域专门负责储存那些特定的部分，比如视觉/听觉的部分，所以这个理论认为海马体的作用可能起到一个把不同的部分拿到一起、拼装在一起，重新形成完整记忆的作用。

15

‘从下而上’和‘从上而下’是什么意思？

Judith: 这个问题问的是在和创伤做工作的时候，什么是‘从下而上’的方法，什么是‘从上而下’的方法。这是一个非常好的问题，大家可能还记得三重大脑的讲座，在那里面三重脑指的是麦克莱恩（Maclean）描述出的大脑三个不同的功能水平。

我们来回顾一下，最低水平是爬行动物脑，爬行动物脑是大脑中负责调节内平衡的部分，并且产生那些原始的、非常刻板的防御模式，产生出非常基本的行为，只在保护物种的物理上的生存和繁衍，所以是一些非常简单的、基本的攻击性行为、求爱的行为、交配的行为或者防卫自己领土的行为。边缘大脑围绕在爬行大脑外侧（周边），这被认为是我们人类和所有哺乳动物情



绪生活的中心，之上是新皮层，新皮层在人类的大脑中最大，它负责更高级的功能，比如推理、写作、决策、意识、判断……这三个水平的大脑功能是交织在一起，相互结合、相互互动，所以虽然我们介绍时分别加以介绍，但我们大脑里面没有三道墙把它们隔开，它们都是一起发挥功能在运作着的。所以当我们讲‘从上到下’的方法时，我们讲的是这位治疗师更重视新皮层的功能，新皮层是把创伤性事件和病人自己当前的感受、行为建立起联系，起到这个作用的皮层，换句话是病人用新皮层的部分建立起理性的认识，让自己理解自己现在的一些情绪和感受与自己过去的情绪、感受、经历之间有什么关系。当然，治疗师在做工作时也已经识别出了病人的一些潜在的情绪，病人这些潜在的情绪来自他们的边缘系统，并且治疗师通过他治疗性的立场，他的治疗态度，他对时机的选择和治疗的节奏、步调来处理病人的情绪。

所以我们看一下上周讲的海蒂的临床案例，海蒂的治疗师希瑟（Heather）非常清楚的知道当海蒂那些受性虐待的回忆开始复苏，图像开始慢慢出现的时候，她的心中会经历非常强烈的情绪上的波动，所以海蒂的治疗师希瑟在做工作的时候非常缓慢、小心地进行，这才不会在情绪上压垮海蒂。但是尽管治疗师进展得非常缓慢和小心，治疗师仍然在给海蒂做建立联系的工作，他在海蒂长期的羞耻体验和羞耻体验的来源——她曾经遭受的性虐待之间建立了联系。还有很多其他的联系也被建立起来，比如海蒂之所以转向她的祖父，是因为海蒂感觉到被自己的妈妈忽视（自己的妈妈看不见自己），所以我们在这里面看到这样一个状态——尽管治疗师认识到海蒂对于养育的需要非常非常羞耻，尽管有这些强烈的羞耻感受，但是治疗师仍然在为海蒂做建立联系的工作，联系起她在母亲那里受到忽视和她转向了会虐待自己的祖父，所以我们可以看到尽管治疗师非常关注，能够意识到海蒂这种羞耻的感觉，但是治疗师仍然强调连接的部分，用的是一种‘从上而下’的工作方式——建立连接、解释海蒂的选择和她的行为。

在‘从下而上’的方法里，治疗师更多是对病人的边缘系统说话，而不是对病人的新皮层说话，所以当我和安吉丽娜工作时，我把她讲的那些对她生活里各种男人的指责听成对那些会占她便宜的那些男人的一种惊恐、害怕的反应。尽管在我的心里面我知道她遭受了她哥哥的性虐待，但是我从来没有把她对男人虐待自己的恐惧、愤怒和她哥哥对自己的性虐待联系在一起。与之相反，我和病人谈论她的情绪、生活，谈论她的边缘系统、她的恐惧、他的愤怒和她没有感觉到被爸爸妈妈保护的孤独感。但是，我从来没有把病人当下的这些感受和她过去被性虐待的历史联系在一起，与之相反，我在使用我的声音（温和的语调）、使用我的动作（身体向她倾斜）来响应、回应她那



种恐惧、愤怒的感觉，而且我通过语言去描述她是孤单的，她有一种受害的感觉，但是我没有把这些和她过去被虐待联系在一起。

我再介绍另一个‘从下而上’的方法，这是我之前推荐大家阅读的布罗克曼（Brockman）文章里的一个临床片段，我把它做了一个非常简要的概括：这是一个年轻的女子，她在非常早的婴儿时代遭受了非常多次、十分痛苦的手术，她长大后非常容易失去调节的能力，就像海蒂那样，而且当她无法调节的时候，她就会出现上瘾、自我伤害或者其他严重的见诸行动的行为。在一次妇科检查里，这个女病人在医生的办公室里面出现由于情绪调节失控而导致的爆发，她开始尖叫，向医生询问一些非常侵犯性、强迫性的问题，在她去做心理治疗时，治疗师的确把她过去的手术经历和对医生的体验，和她当下这次与医生之间的事件联系在了一起。但是，这个治疗师所做的连接，并不是一个理性、理智层面的连接，而是治疗师向她说明病人的身体现在处在一种高度激活、高度唤醒、高度戒备的状态，并且和过去的这些医疗体验产生了身体上的共鸣，导致她的体内充满了各种各样的神经递质和激素。所以他向病人描述出来的是一个‘从下而上’的说明，阐述的是她情绪失调，无法控制自己的爆发和她体内的激素、神经递质有些关联。因此，这个治疗师还是在和病人的边缘系统和爬行动物脑说话——爬行动物脑是因为治疗师在告诉病人她现在整个自主神经系统都被她体内这么多的神经递质和应激激素所控制、主导着，所以治疗师把她目前的失控行为归因到她充斥在身体内的荷尔蒙和神经递质的泛滥上，这样治疗师减少了她当下恐惧的感受和对自己羞耻的感受，她的这些身体的强烈反应，是因为这样的医学检查对过去（她很小时候曾经遭受的手术）产生了共鸣。

帕特·奥格登（Pat Ogden）和他的同事们写了一本非常精彩的书来论述这一个主题，书名：《创伤与身体》（Trauma and the Body），值得一看，但也提醒大家这本书的阅读难度也比较高。

16

自闭谱系和阿斯伯格是不是在镜像神经元或共享回路上有神经学的发展异常？



Judith: 这个问题是关于自闭症和镜像神经元的，它是一个非常有趣的问题。虽然自闭不是我的专长，但是以下是我理解和我所知的一些情况：对于自闭症一个比较明显的特点是缺乏眼神的交流。一些研究表明对于那些患有自闭症的人，目光的凝视对他们太过超载而且就算目光的凝视通过行为训练变得可以承受，但进一步研究表明当自闭症的患者和别人进行目光对视时，他们也不会真的去解读别人的“意图”，他们可能会看到眼睛的动作，但是并没有从中获得背后的意义。

大家还记得在我们讲镜像神经元时，介绍过的用手去抓杯子的研究，首先是一个手正在伸出去抓一个杯子，然后你把这个手抓杯子的动作放到背景当中，比如放到一个准备好茶和甜点，让你去享用的背景，或者是一个一盘狼藉，茶和甜点已经吃完等待去清洁的场景。核磁共振都显示当动作放到场景中时，脑部会有更多的活动，因为这些背景提示了这个动作的“意图”是什么。而观察者是当动作存在在背景中时，能够获得大量关于意义的信息，（意义就是“意图”），所以正是背景的加入让人们获得了对“意图”的理解，但是研究表明像自闭症患者他们没有办法去理解动作的“意图”，哪怕他们看到了一些动作，但是他们也不能够理解出动作背后的意义是什么。

因此，目光对视不仅仅是目光的对视而已，它是一种能和运动背后的“意图”产生共鸣，建立联系的能力，这种缺陷在自闭症的患者当中想必是存在的，导致他们在社交发展、互动方面以及很多其他的诸多方面存在滞后，这是有道理的。其中有一个非常著名的神经科学家叫维莱努尔·拉姆坎德拉姆（Vilaynur Ramchandram），他是非常著名的领军人物，他相信镜像神经元的发现对于心理学的意义如同基因（DNA）的发现对于生物学的意义那样。他相信人类大脑的镜像神经元发展有助于社会的认知和社交、社会的模仿，使人类能够阅读“意图”、能够去模仿他人并且具有同理性、同情心，并且发展出语言的能力。正是刚才所说的这些东西导致了文明和文化指数级别的发展，但是从维莱努尔的推测中我们也可以看到他认为那些患有自闭症的，在这些组成部分上有缺陷的人，他们是没有办法加入到这种社会发展、社会进步中。



17

您能否帮我们系统梳理一下可以从哪些线索（包括来访者那边的线索和治疗师那边的线索）入手识别来访者的内隐沟通模式/内隐关系模式？

Judith: 我会在今天讲座的最后一部分里面来回应这个问题，但是我在这里想再次强调下我们实际上没有任何现成的公式/套路可言，我们需要保持事情的流动性及弹性，而且需要记住就像其他任何我们在课上讲到的事情一样，这些都是一种技术，随着时间的推移，人们会越来越深入地理解它，更好地使用它们。

18

精神分析的工作会达到边缘系统，而认知行为治疗的工作通常在新皮层，这样的理解是否恰当？

Judith: 总体来说，这位同学的理解是正确的，不过我们也需要记得三重脑的理论。三重脑是有三个不同的大脑区域，每一个大脑区域都负责从事专门的功能，而且它们彼此之间相互交流，所以在认知行为疗法中，虽然你主要沟通、工作的对象是新皮层，但是一旦这个人的思考、思维有所改变，它也确实会影响并且改变到边缘系统，尤其是和这些特定的想法、思维关联在一起的边缘系统。

相反情况下，精神动力心理治疗的确更直接作用在边缘系统上，但是当一个人的恐惧能够减弱，他的兴奋感和其他情绪得到了认可，它可以让这个人扩大他的选择和判断范围，选择与判断涉及到新皮层。



19

孕妇的情绪和精神状态对胎儿可能产生哪些方面的影响？这种影响可以在后天补救吗？

Judith: 现在几乎每个人都接受孕妇的情绪和精神状态会影响到胎儿，不过相关的研究还在起步阶段。我的朋友、合作者及同行比阿特丽斯·毕比（Beatrice Beebe）和菲莉斯·科恩（Phyllis Cohen）和其他合作者一起写了一本书，叫《2001年9.11的母亲、婴儿与幼儿》（Mothers, Infants and Young Children of September 11, 2001），其中有几个章节涉及到那些在9.11袭击时怀孕，在袭击中失去自己丈夫的女性情况。Beatrice Beebe花了几年的时间与这些母亲和他们的婴儿定期地会面，利用她面对面玩耍的研究技术来理解她们在怀孕期间遭受到的集体及个人的创伤，以及这一些情绪对婴儿和对母亲之间的互动又产生了什么影响。我很多年前读过这本书，所以现在记不清其中的一些细节，但是能记住最重要的那个结论：是的，创伤会影响到母亲和婴儿，但是母亲和婴儿都随着时间的推移而有一些改善。

以下是精彩课程，扫描二维码了解详情



识别二维码查看课程列表

证道

**精神分析·创伤治疗
儿童青少年治疗**

三大系列，正在热招！



**精神分析核心概念
与临床技术18讲**

Vamik Volkan

五次获诺贝尔和平奖提名
美国精神分析学院前主席
弗洛伊德奖和西格尼奖双料获得者
连续15年荣膺美国最佳医生



10类人格组织与8种症状 的心理动力学诊断与治疗



Sagman Kayatekin

休斯顿精神分析研究所主席
门宁格医学中心临床心理学家
贝勒医学院精神医学临床教授
武汉中美班前美方负责人



系统学懂精神分析！

精神分析各学派理论与 临床应用场景18讲



Bonnie Litowitz

美国最受欢迎精神分析教科书主编
美国精神分析学会官方期刊前总编
埃里克森儿童发展研究院前院长