



Sagman Kayatekin MD

休斯顿精神分析研究所前主席

门宁格精神医学中心专业人员医疗主任

答疑汇集

01

移情和投射有什么不同？

Sagman: 移情是定位于病人的，比如我对你有吸引力，或者我不喜欢你。而投射是一个过程，是病人定位在你身上的情感，投射会激发你的一些情感，是反移情的根源。通常投射和认同连在一起，是一个投射认同循环，病人会激发治疗师的不同反应。我们来区分一下投射和投射性认同。比如，我做了很糟糕的事情，但我会说你很糟糕，现在的美国总统很多时候会用这种方法，他做了很多糟糕的事情。投射，是说我不坏是你很坏，我没有撒谎是你在撒谎，我没有伪造文件是你在伪造文件，这是投射。投射性认同，是我激发你，在我们的关系中，你扮演了某个角色，你起到了某些作用，这比单纯的投射更复杂。投射很简单，不是我坏是你坏。投射性认同是，我激发你在关系中



扮演了一个角色，比如我说“我很蠢”，你会说“你不蠢，你值得有更好的生活”，在这样对话中，我们重新演绎了这个关系，我激发你说出了这个话。

02

能否举例说明自体移情和客体移情的区别？

Sagman: 根据客体关系理论，内化表征的形成是建立在自体与客体的关系表征上的。客体关系认为，一旦治疗中的移情得以创建，一个自体的表征和一个客体的表征就同时得以建立。对比而言，弗洛伊德理论认为，病人只是把治疗师放在了他过去曾经的某个重要位置。这样的转变在于，一旦病人和治疗师的治疗关系建立，病人就把治疗师内化为他心里的自体表征的一部分，而不仅仅是代表他过去的某个重要位置。回到我在公开课上讲到的案例，病人对我的移情就有两个方面的体现：自体表征和客体表征，是在这两者之间相互转化的。当病人退行时，不管是退行到一种依赖还是退行到一种攻击性，她是把我放在了她自己的位置上，她要刺激我让我做出她应该会做出的那种反应。比如她打电话给我，让我到她的房间与她工作，这实际上是她会做的事情，她会与人为善这样做，这是她的自体移情。在治疗的发展过程中，她开始变得非常好玩，她剪短头发穿牛仔裤，这时候她就把我放到了她的客体的位置上。因为她这个正常的好玩的孩子气的那一面，是被她的父母批评和不被允许的。我并没有做出像她父母那样的对她的回应，这时候她就开始改变了。她本来期待我会像父母一样地说“那不可以，你要严肃点”，而实际上我并没有那么做。关于自体客体的移情，我还想说明一点的是，对一些非常严重的病人，他们可能在一次治疗当中，会在自体移情和客体移情之间不断转换。奥托·肯伯格对这样一类病人有详细的描述，比如这个病人刚开始来的时候是自体移情，然后很快地转换到客体移情，在一次治疗中不断摇摆。人格组织水平较高的病人，他们在治疗中会稳定地维持某一种移情一个月甚至数年时间，比如母性的或是父性的移情，每一种移情都会维持一段相当的时间。而对严重的病人来说，情况就相当有挑战，因为他们不会这么稳定。做为治疗师，我们要在头脑中非常清楚，在每一次治疗中你和病人的移情关系是处在怎样的位置。当我们确定了自己的位置，是在自体移情还是客体移情，是正性移情还是负性移情，是母性移情还是父性移情，就形成了我们要做怎样的一个解释的前提。



03

能否对第二次课中您所说的，现代自我心理学派针对阻抗工作的方法，举例说明一下。

Sagman: 在美国这不是一个非常主流的学派，如果读读这两位的文章格雷 Gray 和布什 Bush，从他们的文章中可以很容易学会这种方法。他们的技术叫“封闭过程的监控 Close Process Monitoring”。经典的精神分析方法和这种方法的区别是：经典精神分析在治疗过程中是主张自由联想的，会对自由联想的内容给予悬浮式的注意，允许病人自由交谈任何在头脑中出现的内容，也要求治疗师对这些所有的内容都加以关注；而有这样一小部分现代自我心理学家，他们会特定地关注某一部分内容，他们笑称为“寻找烂苹果”。举例来说，一个病人在咨询中开始抱怨他的妻子，他不停地抱怨了五分钟，然后突然地很明显地转换了话题，说“最近我的工作还不错”，这个话题的转换非常重要。治疗师并不会立即打断病人，而是等他说一段时间后，反馈说“我注意到你转变了话题，从对妻子的批评愤怒和不满，突然说到你的工作很不错，你有没有注意到这个转变，在转变的那一刻你心里发生了什么？”。病人可能会说“我在背后说妻子的坏话八卦她，这让我感觉有些羞耻，就转变了话题”。这是他们的一种假设，病人的心理防御开始起作用，对治疗师来说是阻抗出现了，能看到病人的自我开始起作用，发挥功能，启动了他的防御机制。我很喜欢这个方法的一点是，他们在那个时刻直接告诉了病人这些防御是从哪里来的，在这个过程中他们把病人当伙伴，共同参与到这个分析性的思考当中。他们是非常缓慢地，逐渐地推进，从防御和阻抗谈到内疚，从表面到更深入是一个缓慢的过程。当然还有其它一些做法比如处理移情，但总得来说，这是他们的一个核心部分。从他们的文章里可以学到很多，他们教得很好。

04

老师谈到理想化客体是来访者成长的重要部分，我想问的是自恋的来访者在治疗的一段时间内投射了理想化给治疗师，治疗师也明白正在发生的事，但当来访者又不断挑战治疗师的不理想（不完美）的部分时，是否可以就此和来



访者讨论这种理想化的投射，戳穿他的这种理想化？如果可以，在什么时机下讨论比较好？

Sagman:首先要对大家说明的是，我不是科胡特学派的。如果是来自科胡特自体心理学派的，可能会给出和我不一样的答案。我的临床工作是以自我心理学和客体关系学为理论基础的。我认为，科胡特学派的心理学家对精神分析是有重大贡献的，虽然我不是这个学派的人，但我也从中学到了很多。科胡特学派会认为，完全不需要去触碰病人的理想化移情，因为它会随着病人的不断受挫而逐渐消失，这是科胡特学派对治疗发展历程的看法，我也比较认可这一点。但是还有一个学派，肯伯格学派，他们认为理想化移情是病人对自己的憎恶和愤怒的一种防御，从我的经验来看，这个对某些病人来说也是很有价值的。对某些特定的病人，比如下节课要讲到的分裂样病人，他们会把治疗师完全的理想化，随之而来的是他们对自己的贬低，或者是，他们对自己完全的理想化而把治疗师贬低。如果识别出了病人的这个模式，一旦理想化移情出现，做为治疗师，我会指出“在我们的治疗中，在这个房间里，好像总有一个人是被贬低的，是你或者是我”。当然病人也要能够意识到这一点，这就与处理的时机有关。当治疗这样进行了两个月三个月或四个月之后，当你指出治疗中发生了这些发生了哪些，当你提到“这里总有一个人是被贬低的”，如果病人有能力认识到这点，病人会说“哦，我明白你说的了”。对移情进行解释，有一个通用的原则，是要等到移情有了一定的发展以后，才可以对它进行观察和解释，过早的解释会阻止移情的发展。另外一方面，对移情的解释是要缓慢地，重复地进行。不要指望在一次咨询当中就可以让病人理解到移情，而是要通过一个不断重复的过程，病人才可以逐渐理解，需要有人不断地提醒他。在人的正常发展过程中，最开始我们对父母是完全理想化的，随着成长，我们最终发现父母并不是我们想象中那样是最完美的最有力量的人。在咨询的过程中我们允许病人逐步地内化，就像在人的发展过程中我们允许孩子逐步地内化一样。理想化的一个动力学核心是，我是一个孩子，我理想化的那个人是可以跟我融合的，在咨询中病人也认为咨询师是可以与他融合的，咨询师是属于他的。在理想化过程中我们内化的是什么呢？我们吸收了理想化的那个人的某些特质比如美貌，智力或者力量，就好像他的这些部分也是属于你的。如何对理想化进行工作，简单说来，用科胡特的方式，就是要更耐受，要逐渐等待病人的理想化消失，肯伯格的方式是更激进一些的，要对理想化进行更多的解释。

关于镜映移情，实际上它是理想化的另一面。病人认为治疗师眼中的自己是非常美丽的强大的有力量的，就像孩子觉得自己在父母眼里是很完美的。下



次课会讲到我的一个病人，他来到治疗室里来向我展示他强壮的肌肉，他在邀请我，让我欣赏他，赞美他，理想化他。理想化移情，是病人将治疗师理想化，而镜映移情，是治疗师将病人理想化。在镜映移情中，病人呈现出夸大的，暴露性的自体，以及夸大的意象。我在公开课里讲到芭芭拉的假性自体，在和她工作的一年多时间里，我们经历了她先将我理想化，然后她又邀请我将她理想化即镜映移情的过程。一开始她觉得我是这个医院里最好的治疗师，而她也要努力做一个好病人，她非常干净整洁，也对人很友善。这是一个展现理想化移情和镜映移情的很好的例子。在长达三，四个月的时间里，不管我是如何尝试向她指出“你是不是太累了？你那么努力想要成为一个好病人，这样是不是很辛苦？”，而她都完全听不到，她认为我在表扬她，她会说“是的，我是一个好病人”，而并不觉得我说的是我们可以工作的素材。在大约一年之后，这些突然一下子崩塌了，我开始变得像她的父亲，也像她的兄弟，她退行了，在一年之后她的理想化移情就这样自行消退了。下一周的课我会讲到，当病人有能力听到的时候，我们来解释，但当病人听不到的时候就不做解释，芭芭拉在之前是听不到的。

05

如何将对个案的动力学评估与后续治疗联系起来？

Sagman: 首先，作为精神分析取向的治疗，我们遵循 DSM 和 ICD 的诊断。具体如何操作呢？我们会将 DSM 诊断手册作为一般性的地图（general map）。当我们做心理动力取向的概念化时，就像是将这个大地图的细节部分放大。比如，我们在美国地图里找到田纳西州，找到纽约等这样的小地方。我们做动力学诊断（psychodynamic diagnose）时，对每个人的诊断都是独一无二的。这就像是我们的指纹，虽然看上去类似，但每个人的指纹都是独一无二的。在做动力学诊断时，最重要的元素是发展性。所以，大家可以根据自己不同的取向采用不同的发展模型，就我个人而言，我倾向于使用马勒学派和埃里克森学派的发展模型。我会从分离-个体化（separation-individualization）的概念来进行个案概念化，不仅仅关注第一次分离个体化阶段，也会关注第二次的分离个体化阶段，也就是青春期阶段。埃里克森对人生阶段的发展划分也非常的细致。关于第二次分离-个体化阶段，皮特·布劳斯（Peter Blos）对其有详细描述。我们提到的这些概念都是非常经典的，马勒，埃里克森，布劳斯是这些概念的创建者。除了从



个人发展角度，我们也要从家庭结构（family structure）的角度去理解个案。我们要关注病人是如何参与到他的核心家庭中的，我们很可能会了解到关于祖父母的故事，所以我们要关注他（她）的父母，祖父母，以及他自己三代人的发展状况。当然，我们不可能仅通过一次治疗便了解到所有信息，我们可能要花几次治疗时间，也可以在治疗前收集信息，从而为治疗作准备。所以，在关注了家族的集合（family translation），个体的发展之后，我们要关注病人接下来的发展。评估结束后，你会发现我们可以从自我心理学，客体关系理论，自体心理学，以及依恋理论的角度去理解一个人。我所使用的核心理论是自我心理学和客体关系理论。

当我们使用自我心理学，我们会看到来访者的防御机制，这是非常重要的。自我和超我的关系，道德感也同样重要。而他（她）的现实检验功能以及他（她）的客体关系，也就是他（她）建立关系的能力也非常重要。我们可以把病人历史的采集，过去的关系放到我们的移情反移情中讨论。当我们掌握这些不同的方法，经过训练，会慢慢变成自动化的过程，当病人与你谈论他（她）自己，你便会知道他在讨论哪个部分。一个月前，我与一位高龄女性做访谈的时候，她反馈我说，“我觉得你不怎么喜欢我。”我尝试通过 DSM 对她下诊断，理解她的自我结构，但她这样的反馈让我立刻开始对她进行细节性的分析（micro analysing），（补充：也就是当她觉得我不喜欢她的时候，她是怎么想的。）她解释说，“我之所以觉得你不喜欢你，因为你在跟我交谈的时候并不总是看着我，你有时候会看别的地方。”我问她说，“如果你觉得我不喜欢你，会发生什么事情？（What happens if you think I don't like you?）”她说，“我总是希望别人喜欢我，如果别人不喜欢我，我会崩溃。”在我脑海中立马有了一个反应是，我和其他人就如同她的自体客体（a continue self object function that I have for her and others for her）。于是，我想到这个病人适合科胡特理论的病人，她需要有人持续不断的欣赏她，赞美她，喜欢她。当然，在那一刻我不会立刻用到这些理论，向她作出解释，我只是看到了她非常脆弱的，不和谐，不凝聚的自体。我在心里对她做出的概念化是她有自恋的需要，甚至是自恋的病理。DSM 和 ICD 的诊断给了我们即时的，精确的指引，比如病人是抑郁症，还是精神病。动力学的诊断则是需要花时间构造出来的诊断，更加的缓慢，包括干预的过程也是缓慢的。一般来讲，我们得出 DSM 的诊断是通过观察和提出问题，而心理动力学的概念化是基于细节的互动，我们对病人的反移情，病人对我们的反移情。就像刚才所举的例子中，我的概念化是通过细微的互动中得出的。我再来举个例子，一个女性在初始访谈的一开始就哭了起来。我问她，“你的泪水代表了什么？（What are the tears about?）”她说，“我一般都不哭的，但今天却在这哭了。”接着她边哭边说，五年前她的亲兄弟因急性



疾病去世，她从未为他流过眼泪。这时候我在心中形成的概念化是，这是关于未被处理的哀伤（unresolved grief）的，我们咨询的一个目标是帮助她哀悼。我并没有简单的坐在那被动的倾听，我主动的问她一些问题，她在访谈中边哭边说自己与兄弟的互动，听上去他们是很好的朋友。基于对我的信任，她可以敞开心扉进行哀悼。她在医院住了两个月后，才真正的开启了哀悼的过程，而这个过程也持续了一段时间才得以完成。在这里，我们运用了技术语言，我将多年来被防御的情感称作为被处理的哀伤，但当我关注到她的眼泪时才使得工作得以开始。我举了一个简略的例子来告诉大家如何对病人进行概念化，这是一个非常缓慢的发展过程。我们也要运用储备的理论知识来理解病人在阐述自己心理结构的哪些方面，是关于丧失对，还是关于对他人的愤怒，又或是关于共生的。刚刚我们讲到了如何将个案概念化运用到后续治疗中，这是简略的介绍，后面的课程我们还会继续这个问题。

06

和自恋的来访者工作，我们咨询师如何共情是恰当的？

Sagman: 首先，我们不要试图将共情变成一种行动，这个共情是由心中自发的。这是我们每个人都具备的寻常功能，存在于每段关系中，就好像移情也存在于每段关系中。只不过是治疗情境下，我们会聚焦于移情，聚焦于共情性的情感。共情展开的方式是我们假设病人有强迫，告知咨询师自己如何如何受不了。我作为督导师会告诉咨询师，“不要把他看成你的病人，想想作为正常人你会如何回应他。”这就会帮助我们打开一个更宽广的路径，警示自己的反移情，也可以更好的共情病人。我们做精神分析取向的心理治疗的独特之处是不仅运用我们的观察和倾听，共情也是运用的技能之一，但是很难教授。所以，简单来讲，你不需要刻意的去运用和学习，这是自然而然发生的过程，只要你将病人作为人去感受。

07

面对自恋的来访者，我们要做怎么样的前期工作，让他留在治疗当中。

Sagman: 我不觉得我们用任何的技巧可以留住我们的病人。让病人能够意识



到咨询师对他们的喜欢，是促使病人留在治疗当中的因素。如果你让他们意识到，你们在一般意义上不喜欢他们，他们就很难留下来。其中，对自恋型人格障碍患者来说，因为他们主要的关系是理想化你，或者理想化他们自己。非常容易让我们掉入陷阱的是，他们用极具诱惑性的方式告诉你，“你是我见过的最好的医生。”最开始，我们有必要对此作出回应，如果什么都不做，他们会觉得你已经默认了。还有可能是他们理想化自己，“我是你最好的病人。”经典的科胡特理论学派或许不会支持我这么做，但是我会尽可能降低病人对我的理想化，以及对他自己的理想化。当然有很多方法调节理想化，其中有一种方式是当病人说“你是最好的医生”，我会回应“我是个好的医生，谢谢。”所以，我将最好转化成了好的。如果病人说，“我会成为你最好的病人。”我会说，“是的，我们会有比较好的工作。”我会将最高级转变为好的。我之所以在开始阶段就开始这样的工作，是因为我觉得理想化是带有攻击性的。就是说，只要有理想化的存在，那么就有人受到了攻击。比如你要理想化我，你自己便受到了攻击。因为在理想化的动力当中，只有一个人被理想化。当病人试图理想化你的时候，他也在自我贬低，觉得自己没有价值。一般来讲，理想化也会转化为贬低。这就是为什么我会在一开始针对这点进行工作，即使他们听不到我强调的这些方面，但我会清晰的表达我的意思。

08

老师是能否可以对癡症型人格和表演型人格，各举一例说明？另外，癡症型人格和表演型人格治疗方案的异同点是什么？

Sagman: 我们之前谈到过，下一次课也会讲到，疾病的严重程度是不一样的。表演型人格障碍的问题，更多是在俄狄浦斯之前的问题，比较而言，癡症型人格障碍的问题，更多的是俄狄浦斯期的问题。表演型人格障碍，他的自体呈现的是碎片化，包括身份，都是碎片化的分裂化的。而癡症型人格障碍，相比来说，是比较和谐的自体 and 和谐自我认同。到防御的这一端，表演型人格障碍，会更多呈现比较原始的防御机制，比如投射性认同和无所不能。而癡症型人格障碍，更多地是用压抑的防御机制，表演型人格障碍的超我，是极其脆弱的，而癡症型人格障碍，他们的超我，相对而言更稳固更和谐。表演型人格障碍，有很大的倾向性进入精神病性状态，而癡症型人格障碍，有一定的冲动控制能力，不会失去现实检验的能力，不太会进入到精神病性



的状态。下面会用我的两个病人来举例说明。其中一位是接受我的分析多年，另一位是接受我的心理治疗多年。从技术上来说，治疗表演型人格的时候，和治疗边缘型人格障碍是差不多的。所以，表演型人格障碍，可以很容易和他们进行面对面的交谈。而癔症型人格障碍，他们比较耐受在躺椅上做分析。不管是在躺椅上做分析的那个人，还是面对面做心理治疗的那个人，他们核心的特征，都是会用到自己的性欲，但是会用不同的方式呈现。接受躺椅分析的病人，她结婚了，有两个孩子，她的婚姻还不错。她有一个职业，有一个看上去很正常的生活，但是会存在一些我们无法理解的冲突。那个我通过心理治疗工作了很多年的表演型障碍的病人，生活中她没有正常的亲密关系，她的性生活非常活跃，她甚至在一天之内可能和不同的男性卷入到性生活中。在很多年之后，我意识到，尽管她有很多次性生活，但她从来没有体验过什么是性高潮，也就是从来没有在做爱中感受到的愉悦感，她甚至没有办法忍受，在同一张床上和一个男人睡在那里。那么癔症型人格障碍的那个病人，她逐渐缓慢地发展出了情色性的移情，而表演型人格障碍的病人，她发展出一种非常迅速的色情性移情。表演型人格障碍的病人，她的移情其实涵盖了极度渴望依赖和她的攻击性，而癔症型人格障碍的病人，她的情色性移情更成熟些，并没有代表前俄狄浦期的需要。在移情关系当中，这两者还有一点差异是，在躺椅上接受分析的癔症型人格障碍的病人，她能够忍受在关系中的受挫，比如我可能有时候没办法持续治疗，生病或缺席一周，她会觉得不开心，但不会感到非常茫然失去她自己。而表演型人格障碍的病人，当我不在时会崩溃会失去方向，比如说她可能把她的情感发展成付诸行动，她会和不同男人发生关系，或者酗酒和吸毒。或者她会有所报复，我有事一次不在，而她会在接下来的一个月不出现。从分离的耐受性来讲，癔症型的人会比表演型的人好很多。而且从病人职业的发展来说，表演型人格障碍的人，她的生活是毫无目的的。对这两者来说，性欲都是她们的核心问题，但区别是，性欲对表演型人格障碍的病人来讲，它还代表性欲之外的很多需要。谈到对这两种病人的工作技术上的区分，比如反移情，针对表演型人格障碍的病人，我们的反移情尤其重要，因为他们会通过投射性认同让我们感受到他们的感受。而对癔症型人格障碍的人，他们有更好的组织功能，他们会较少的用到原始防御机制，通过他们的移情，我们可以更好地理解他们。这是我们工作的一般原则，与越严重的病人一起工作时，我们的反移情就越是重要。从另一方面，与癔症型人格障碍的病人一起工作的主要问题，是处理他的压抑，压抑的各种情绪。从技术上讲，我们的工作帮助他们耐受不同的情绪和情感。而对表演型人格障碍的病人，我们要帮助她怎样压抑她的情感。稍后要谈到的焦虑型人格障碍，非常防御，正好和表演型人格障碍鲜明对比，表演型人格障碍的病人，对他们的情绪完全没有防御。当然，表演型人格障碍的



病人，他们也有非常强迫的特质，但不像强迫型人格障碍的那种强迫。简单来说，和表演型人格障碍的病人工作，我们要结合支持性和探索性的干预，对癔症型人格障碍的病人，我们可以用经典的表达性的分析方法。还有一个重要的区别是，针对癔症型人格障碍的病人，我们可以只把他放在一对一的个别治疗中，而对表演型人格障碍的病人，我们要安排更多，而不只是个别治疗，要把他的家人也包括到治疗中来，因为表演型人格障碍的病人，会把自己分裂，把自己的某些部分投射到家人身上。这也是我的病人和我之间会发生的事情，例如他们会把你理想化，说你是最好的治疗师，对你的很多愤怒，来自于他的家人比如他的父亲或母亲，所以他把我理想化，而家人把我贬低，说你没有把她治好。家人会认为我并没有治好病人的原因，就是因为病人有频繁的药物滥用和有时陷入精神病性的状态，所以家人觉得我没有治好他。这其实是人格障碍短暂的间歇性的精神病性的状态。对表演型人格障碍的治疗时间治疗次数要多很多。还有一点，我和癔症型人格障碍工作时，我知道每一件事都是病人自身的，我知道都是他的一部分。但与表演型障碍的病人工作时，我就要考虑他的某一部分是谁来负责呢，是他的母亲还是男友来负责。当我们看到癔症型人格障碍的病人，可以看到他的自体是和谐的，而表演型人格障碍的病人，她的自体是部分的自体。最后强调一点，如果与表演型人格障碍的病人一起工作时，你要准备好他们可能需要家庭治疗，可能在某个时候需要住院治疗，因为他们大多会有物质滥用的问题。在美国，这都成为了一个不成文的规则，大部分人来到治疗中，都是因为他们有物质滥用的问题，当他的病理更原始的话，情况就更糟糕了。这是简要回答了这个问题，总结一下，如之前所说，与表演型人格障碍的病人工作，基本上就像和边缘型人格障碍的病人工作一样，特别是当他和你的关系有很大张力的时候，辩证的治疗方法是很有有效的。

09

移情是定位于病人自身的，比如我不喜欢你，或者我觉得你仰慕我。而投射病人的认同弥散在临床上是怎样的表现？

Sagman: 认同弥散，是一个非常重要的概念，我们要把认同弥散与认同混乱做个区分。按照埃里克森的理论，这两个概念是两个非常不同的表现。认同混乱，在埃里克森看来，是青少年身上常见的表现。在认同混乱的人身上，他们的自体感觉没有呈现碎片化，而是和谐的，有凝聚力的，他们的内在感



觉并没有空洞感。认同混乱的人，存在的冲突是：他们的社会角色如何定义，如何理解，如何找到他们的兴趣所在，年轻人是否能够对他们的性别予以认同，但他们对身体意向的接受是没有任何问题的，他们对自己民族和文化的认同，也相对而言没有大的冲突。所以从他的各种人格信息整合来看，自体感，性别和文化等方面，他们只是存在着冲突，但相对而言是比较稳定的和谐的。他们用到的主要防御机制是压抑，而且他们的人际关系也不会十分混乱。而认同弥散，在这几个方面是非常碎片化的。认同弥散的人，对自己的意向比较混乱，对自己的身体性别非常的不自在。他们的内在有广泛的空洞感，对他们的社会角色，种族和文化，都存在极度的矛盾，他们的人际关系也可能非常混乱，他们使用的防御机制是非常原始的，比如会分裂和投射。这是我们用精神分析性的语言，来给一个人定义，他到底是属于认同混乱或认同弥散中的哪一个。如果从上周讲到的人格结构分类图表来看，最高功能级别的是神经症水平，最低功能级别的是边缘型人格和精神病性的人格水平，认同混乱是在较高功能水平里，而认同弥散是在较低功能水平中。如果用更描述性的术语来说，具有比较严重的病理状态的病人，你能够识别和确认出他们是处于认同弥散的，这是一个识别的标志。比如我们之前谈到的分裂型人格障碍或精神病性的人格障碍，他们就存在认同弥散的问题。较高水平的像强迫型人格障碍，他们更有可能存在的是认同混乱。从字面意思理解，弥散是呈弥漫性的，所有的事情都是混乱的，而混乱更多是指内在的一些冲突。这是我们做精神分析的诊断时，一个很重要的概念。我们来确认这一点，是通过了解病人的病史，还有病人是如何发展出来和你的移情关系，可以从这些来判断。还有一点重要的是，可能有些病人一开始是认同混乱的问题，随着治疗的进展，可能出现退行，呈现出认同弥散。退行和前行，是在精神分析和动力学治疗中很重要的两个概念，因为我们在治疗中会动用到他的防御。这就意味着我们要修通自己的问题，特别是在工作初期，这些会让我们陷入治疗的困难。为了能够确认一点，得出病人到底是认同混乱还是认同弥散的诊断，我们需要和他工作一段时间，看看他退行后的状态到了哪一步。有些病人在来到治疗室和我们开展工作之前，甚至会陷入到精神病性的状态。

10

反社会型人格障碍患者有一些非常明显的特征：他们不能遵守规则、欺诈、
请问老师“人格组织”与“人格障碍”有何区别？



Sagman: 人格组织，更多地是在精神分析圈内使用。当我们提到他是属于精神病性的人格组织，还是边缘型人格组织，还是神经症性的人格组织，我们会在这些类别之下，再放入不同类别的人格障碍的诊断。在一般的诊断标准如 DSM 和 ICD 中，会更多地用到人格障碍，而不会用人格组织。就像我们上周谈到的，得出这两种诊断标准的方法是完全不同的，一个是描述性的，一个是精神分析的概念。我在另一个小组中谈到这个问题时，他们会问：现在我们讲的是边缘型人格组织，还是边缘型人格障碍？这一点非常重要，不管我们作为老师还是学生，在心里都要有这样一个区分，我们谈的是人格组织还是人格障碍。因为在同一个人格组织里，可能包含七八个人格障碍的诊断，比如边缘型人格组织里，就包含了自恋型人格障碍，分裂样人格障碍，边缘型人格障碍等等。

11

治疗中可以表扬来访者么？在什么情况下可以，在什么情况下不可以？

Sagman: 对于给来访者表扬和赞美，我是很少用到的。我们的表扬，比如称赞病人很漂亮，很有天赋很美丽，这些表扬可能都是事实，但是我一般只把这样的一些评论，给对自我有严重扭曲的病人。比如病人说：我很笨我根本做不了，或者我很丑没有人喜欢我。这时的用词就很重要，我们不会简单地说：不会呀，没有呀，你很美呀。我们的回应会是：你对自己的意向是很愚蠢的，这是你的假设。所以我们不会直接说：你很漂亮你很聪明，我们会说：这是你的假设。这里的原则是，就像我的老师 Anton Kris 说的，对自己有非常严苛的自我批评的人，当他们做出这样的自我批评时，我们就要给出解释，就像我之前示范的那样：你好像有一个很严苛的自己，你有这样一个假设，假设你自己很笨。我们不会简单地反对他们的自我批评。但如果我们不对这个自我批评做解释的话，病人会认为我们同意他的观点。这是一个基本的原则，我们不需要直接表扬和赞美他们，我们可以说我不太同意你的这个观点。与其说是表扬，不如说是纠正病人一个严重扭曲的自我意象。

12

如何评估哪些人可以做精神分析治疗？哪些人不适合？



Sagman: 我认为，反社会型人格障碍肯定是不合适的。一个可以成功地接受精神分析的人，他首先要有一个强大的超我，而且有一定的相互中和的能力，就是对建立爱的关系有中和能力。还有一种情况是是，他有冲动性，太过于激烈，有非常严重的不稳定，有严重的药物依赖，有严重的边缘型人格，这些也都不太合适做精神分析治疗。从本我的角度讲，他的冲动性要有恰当地控制，从超我角度来讲，他要有一定的发展。是否可以做精神分析治疗的一个重要指标是，他过去人际关系的历史，比如他能够谈恋爱，能够结婚，能够照顾孩子，能够有朋友，这些表明他能够构造一些新的紧密连接的关系。还有一种人不太适合做精神分析治疗，这个人可能有比较好的人际关系，但他还需要有一定的认知能力。比如有的病人就只希望你告诉他怎么做，像这样比较强迫的病人，你要给他菜单，告诉他一步一步怎么做。有些人你可以给他一些心理教育，让他知道强迫的特质，但有些人永远学不会。有些人是很机械式的思维，好像是把机器拆开修好。如果我们进入到精神分析当中，其实不像一个工程师，而是像一个作家的的工作。一般来说，我会在一个治疗开始时，用试验的方式，我会说：先试两个月，看看我们是否可以。还有就是，可以在早期用试验性的解释。这样的解释是什么样的呢？比如病人第一次来就和你讲到，他的兄弟在多少年前去世了，但这件事在他心里一直过不去。他说着说着就开始哭了，他说：这是我第一次在讲到兄弟的事情就哭出来了。我可能会说：你在医院里感到足够安全，就允许自己可以哭出来。然后病人说：我的天呐，我从来没有想到我会这样哭出来。我说：因为你在医院里和治疗师交谈，感觉安全，你就允许自己哭出来。这就是在第一次面谈中，我做的试验性的解释。当然，这也取决于他的回应，来看是否可以推进治疗的进程。还有其他类型的病人，比如，他在多年前失去了他的父亲或者他的叔叔他的姑姑，但他一直没有办法哀悼。他告诉我一个梦，说自己梦到了两具尸体，他在梦里感觉很好奇：为什么两具尸体都没有被埋呢？我可能会说，你可能要在这里，在治疗当中，让他们下葬。病人哭着说：你说的对，我过来就是这个目的，要不然我总是心里放不下。这就是我在治疗的前一二次做的试验性的解释，可以检验病人是否能从精神分析的治疗中受益。再次感谢大家的提问，这些问题都非常好，现在我们回到今天的课程：情感障碍。

13

老师能谈一谈嫉妒的情感是如何形成的吗？



Sagman: 嫉妒是很关键的一个概念，弗洛伊德最先提出的，随后克莱因做出了重要的解释。弗洛伊德原始的解释是阴茎嫉羨。他的理论是说，在很早的时候，女孩发现她们没有男孩子的性器官，她们就很羡慕。这样的一个观点，在现代受到了很大的挑战，我也不认为这是一个现在被普遍接受的理论。这可能与文化结构相关，在弗洛伊德的那个年代，男孩子更受到关注被认为更有价值。现在也有些男孩，他们会幻想希望摆脱自己的阴茎，因为有太多要承担的责任。对两性来说，都有女性会嫉妒男性，男性会嫉妒女性。男性对女性的嫉妒，还有非常重要的一点是，女性可以生育。当然，阴茎嫉妒，我们是从象征意义上来说的，说明了嫉妒的核心问题：你有一样东西，而我没有，所以我很嫉妒。如果只是把阴茎作为一个象征的词来说，也可以说你很聪明，所以我很嫉妒你。也可以是任何事情，比如说外表，身高，或者是金钱，只要是你有而别人没有的东西，都会让别人嫉妒你。我们不清楚嫉妒是怎样一个过程，但克莱因的理论是这样讲的，婴儿在很早的时候就发现，妈妈可以满足他，让他感觉很好，这个嫉妒就是，婴儿也希望拥有妈妈的这个能力，让别人感觉很好。克莱因的理论，都是建立在他对儿童的分析工作基础上的。依照克莱因理论，这就是嫉妒的根源。谈到嫉妒 Envy 的时候，我们也会自然地想到另外两种情感。一个是妒忌 Jealousy，另一个是欣赏。非常重要的一点是区分嫉妒 Envy 和妒忌 Jealousy，更清楚地知道这两者之间的区别。嫉妒 Envy 是二元的关系，你有而我没有，所以我很嫉妒你。妒忌 Jealousy 是关系到三个人，你，我，还有另外的第三人。我希望这个第三人可以更加地爱我，可以超过你。就好像是，我希望你在我和你老公之间，可以更爱我。这样的一种情感，实际上也是人类常见的情感。我有一个病人，她就呈现了这一点。这是一个年轻的女病人，她有两个孩子。她很忙工作很辛苦，她会两个把孩子放到她的父母那里，但她又对自己的这个做法觉得很冲突。我问她“把孩子送到父母那里一天，让自己可以休息一下，为什么这个会让你很为难？”。她说“我不希望我的孩子更喜欢我父母，而不是更喜欢我”。还有情况不同的另外一个病人，他是一个父亲有两个孩子。这个父亲有时候也把孩子放到祖父母那里，因为他需要休息，他一方面感到解脱，但是另一方面又感到不安因为把孩子送走了。我问了他同样的问题，“是什么让你这么不安呢”，他回答说“因为孩子都是我的”。在这两个不同的案例中，第一个案例是她希望孩子更爱我而不是别人，这更多的是妒忌 Jealousy，第二个案例中他说“孩子是我的”，这个情感更接近嫉妒 Envy。嫉妒 Envy 是一个更原始的情感状态，在发展过程中是处于二元关系中的，而妒忌 Jealousy 相对来说是发展性的，是处在俄狄浦斯阶段的情感。在心理治疗中，如果观察到病人已经从嫉妒 Envy 向妒忌 Jealousy 转变，这说明治疗已经迈进了很重



要的一步。比如在治疗开始时，病人会说“因为你已经结了婚，所以我也要结婚”，这是嫉妒 Envy。当治疗进行了一两年后，病人说“我们工作了那么久，但你更爱你的妻子”，这就是妒忌 Jealousy，说明病人已经到了一个很好的阶段。这个是我们可以一直放在脑海中的问题，不管是在移情当中，还是在外在的关系中，这可以让我们看到病人的发展。最后一个词是欣赏，欣赏是指，我知道你有一些我没有的东西，我很欣赏你。比如小男孩会意识到自己的阴茎比爸爸的小很多，他要么是看到或是会幻想，爸爸的阴茎比他的大。但当爸爸说“有一天你的阴茎也会长得和爸爸一样大”，小男孩就知道，自己有机会，有一天自己的阴茎也会和爸爸的一样大。当然阴茎也只是一个象征，也可以是指身高，有一天会和爸爸一样高，也可以是智力有一天会变得更聪明，也可以是说有一天自己也会有妻子，这就是内化和认同。在嫉妒 Envy 与妒忌 Jealousy 的情感中，有时会是非常激烈的情感，会变得有病理性的。而欣赏，是一个更加成熟的机制，是心理更加成熟的标志。我们也要区分理想化和欣赏的差异，理想化是一个更病理性的，而欣赏是更成熟的机制。欣赏是说，我知道你有我现在没有的东西，但我有一天也会有的。而理想化是你有而我没有。理想化和贬低是和嫉妒 Envy 相似的，欣赏和妒忌 Jealousy 是比较类似的。

14

一个有俄狄浦斯情结的 17 岁男性来访者把他的女性治疗师当成了手淫时的性幻想对象，请教老师，面对这种情况治疗师该如何应对？

Sagman: 对这个问题，我并没有一个标准答案，但我可以讲讲我会如何去处理。大部分病人，特别是长程治疗中的病人，常常都会发展出对治疗师的情欲性的幻想。重点在于，假如病人和我讲“手淫时我会想到你”，这时候我会请他多说一些，“可不可以跟我讲得详细一点”。我希望知道更多细节，了解病人在重复的幻想当中用到的治疗师的意向，这会有助于了解他的人格结构。当然这这也是一个很棘手的事情，病人有时候可能是带有目的地提到这个。对这一点，我会更相信我自己的反移情的感受，如果我也被他激起了情欲化的感受，比如我也开始对性产生兴趣，我可能会观察我自己，看看这个过程是怎样发生的。比如我确实感觉到病人有诱惑的成分，病人不停地说说说，让我自己真的有情欲的感觉。有时候，如果他说的让人感觉厌烦和恶心，我们也可以简单地回应“我不想听这些了”。当然在这样说之前，我通常会给



病人做一些解释，“你好像不断地对我讲你的性幻想，你好像对我很愤怒，因为你不断地讲，但我不知道你到底想让我知道什么”。我们也可以针对防御进行解释，“好像我们总是不断地谈你对手淫的幻想，但好像我们没有办法去谈你的其它方面”。基本上我们要做的就是，去性欲化。当然这也取决于病人是否在不断地重复和强调这个意向，还有这些对治疗师产生的影响，这都是很有价值的信息，当然这是我应对和处理这个问题的方式。

15

请问老师，如何界定一段治疗关系是“好”的？难道它不等于是一段好的人际关系吗？

Sagman: 治疗关系和人际关系，这两种关系是很不同的，但两者也有类似之处，好的人际关系的某些元素也存在于治疗关系之中。治疗性的爱，我的观点是，如果我们没有治疗性的爱，我们就没有办法和病人进行治疗，但这和爱是不一样的。治疗性的爱，当然这不是我的词汇，很多治疗师都会用到这个词汇，表明我们会去探索这个人，会去探索这个人的存在，以及这个人的未来。比如说，我的病人会问我“你爱我吗？”，我会说“喜欢”，喜欢，没有爱那么有性的意味。这样的治疗性的爱，或者治疗性的喜欢，是有任务在的，这个任务就是对病人的治疗。实际上，如果你感觉到治疗关系，越来越像一段好的人际关系的的话，有可能治疗师是在破坏治疗的界限。当然，并不一定必须是这样一个原则，但会给我们这样的警示，如果我们对病人过于友好过于友爱，就很有可能会是这样。还有一点和这个很有关系的，就是平等。这有点类似父母和孩子的关系，父母比孩子要更加成熟，父母要帮助孩子学会如何识别和调节他们的情绪。作为治疗师，至少在某些程度上，我们被认为比病人成熟，治疗师和病人是不平等不对称的关系，治疗师和病人一起来帮助我们的病人理解他的心理是如何运作的。所以我们的假定是，治疗师应该是懂得更多，治疗师是在知道得更多的位置上，当然不像是真正的父母和宝宝的区别，但是治疗师和病人在成熟度上是有差异的。

还有一点和正常的人际关系不一样的是，治疗是有时间限制的，50分钟结束，朋友关系不会有时间限制，你也不会和朋友聊天时还付费，你和朋友的聊天更多是相互的，你也会向朋友说你在想什么。总的来说，一段好的治疗关系，是存在好的人际关系中的一些元素。我也会会有意识地在长程的治疗中用到这



些好的元素。我使用的方式是，比如一个年轻的男性，要学会怎么和女性相处，我在和这个年轻的男病人治疗时，他正开始和女性在约会，他们一起出门购物了5个小时。这听起来很好笑，我是这样说的：“我现在说的不是一个治疗性的回应，是作为一个老男人给你的一些建议。事实就是这样的，女人都喜欢购物，而你不喜欢购物，但还要在旁边拎着东西，就是这样的”。你们知道，在土耳其和美国就是这样，男性都是不喜欢购物的，而女性是很喜欢购物的。这个情景听上去很好笑，女人购物男人在旁边拿着东西，我说“很抱歉，但就是这个样子”。还有比如说病人生活中发生的事件，他的猫或者他的狗死掉了，我会说“希望你快点好起来”，类似在生活中那样说，我也会这样使用的。安娜·弗洛伊德曾经给埃里克森做个人分析，当她在听埃里克森说话的时候，她同时在做一些编织的活，她编织了几个星期后完成了一个小孩子的外套。埃里克森正在讨论生活中她太太怀孕的事，安娜·弗洛伊德说“你马上要有孩子了，这是给你孩子织的衣服”。还有弗洛伊德也是，他在每次和病人第一次工作的时候，都会给病人准备一块蛋糕，当然只是第一次会这么做，这也是对病人表示友好的一种方式。

我认为这是很好的一个问题，因为我们对精神分析师有很多偏见，觉得分析师很冷淡很冷酷，好像是一个匿名的人在那里一样。在二十世纪50-60年代，自我心理学形成了这样的一个偏见，这在当时是占主流地位的。这个问题很关键，它实际上引出了治疗师的自我暴露的问题。我个人比较赞同的做法是，在治疗关系中是要有部分的友好的，但要非常警示，不要把它变成一种真正的友谊。当然问题有一个关键，每个人最终都会发展出自己的风格和自己的方式，有的人可能是不带很多情感的，有的人可能会更活跃更友好一些。我知道有些分析师，甚至不允许病人带手表，不允许病人喝咖啡，因为他觉得，是我来主导治疗的时间，也不允许在治疗中有口欲的满足。在我的工作中，有的病人会带可乐进来，躺在躺椅上喝，这对我来说没有问题。当然我讲的都是很个人化的操作方法，你们可以自己来决定。在成为一个治疗师的过程中，我还是建议大家在一开始有所节制有所保留，慢慢地找到自己可以开放的状态，如果你在一开始表现得很友好和开放，会很难再把它收回来，但是我们都要警示，慢慢地找到你要在多大程度上展现你的友好。

16

为什么自恋型人格障碍的人不擅长表达哀伤、感恩的情感，老师能再说一说



这里面的心理机制吗？

Sagman: 我不太记得我是在什么时候说了这个话，但是看上去像是我说的话。首先我要强调的是我说的这样一类人并不一定只有自恋型人格障碍的人才会这样可能还会有其他的一些边缘型人格障碍、强迫型人格障碍也有可能，那么对于有这种自恋型人格组织的人来讲他们要持有这样的幻想‘他们不会出错’这个对于他们来讲是非常重要的。他们只能是对的，总是对的，就算他们知道自己错了但是他们也不会认为是自己做错了，他们永远都不会做错，这是出于他们自恋的这部分，所以这个对于自恋性人格或者抑制性人格来讲他们或者如果他们受了什么伤害了才会跟你说，他可能会觉得你活该的，就是如果说我有能力伤害你，我感觉到非常糟糕，这就不是一个非常严重的病理。这个有接近于克莱因学派所提到的抑郁位，在克莱因学派的偏执-分裂位，如果你在偏执分裂位所有的坏的事情都是别人的但是如果你进入抑郁位你就会知道自己也会做一些比较糟糕的事情，比较坏的事情。所以对于一些自恋型人格的人来讲特别是一些政治人物他们会觉得我就是好的，你们都是坏的所以我要跟你们斗争。如果我们进入到了抑郁位我们就会知道我伤害了这个人，那么我做了糟糕的事情但是我可以对此进行修复，这一点就是跟问题里面提到的感恩的情感相关的，然后感恩是这样一个集合如果是完全自恋的人格他可能会觉得我就是那个唯一好的东西，但是如果我们不是那么自恋我们就知道除了我之外，外在也有比较好的东西，我们就把这个称之为感恩。这个就是我怎么来建构这样一个问题，再次强调对理解这个问题有帮助的是克莱因（Klein）提出的偏执位和抑郁位的理念。

17

自恋人格障碍患者的夸大性自体在什么情况下有现实检验能力，什么情况下是缺乏现实检验能力？

Sagman: 如果我正确理解了这个问题我想说的是大部分的自恋型人格障碍的患者他们并没有现实检验能力方面的问题，不像痴呆这样一类问题。现实检验通常会用在精神病性的疾病或者认知障碍或者认知功能障碍的这些人身上，他能否区分现实，有没有现实检验的功能。所以或者是有一些妄想的人，他们觉得是不是有人跟踪他们，想杀害他们，他们没有办法区分幻想、妄想和他们的现实。就是自恋性人格障碍患者当然他有扭曲现实的一面但是这个



和现实检验能力是两码事，他们对现实的扭曲表现在我是全世界最聪明的人，我是最好的人，所以他们在这一点上是有夸张、夸大的，不是对现实的检验，没有这样的能力而是他们对这样能力的夸张而且是非常认真的夸张。最常见的他们对现实的扭曲就是如果你不表扬他们，你不赞扬他们，他们就会觉得你在攻击他们，其中有一个最典型的扭曲，他们对评论和批评之间的区分。比如如果你针对他说的我不同意你说的这一点就只是一个评论他们可能就会觉得你在侮辱他们，所以他们对现实的扭曲和简化就表现在要么是好的，要么是坏的，我都是好的那你都是糟糕的。有时候我们会见到一些非常严重的自恋型人格障碍，他们可能会有短暂的精神病性的状态，当然这样的一个短暂的精神病性的发作不仅仅出现在严重的自恋型人格障碍身上还有那种比较严重的边缘型人格障碍还有其他的那种比较严重的人格障碍身上。持续的时间非常短暂，比如会持续 1、2 个星期，如果他在短暂的精神病的发作时期这个时候就很有可能失去了他的现实检验的功能。

18

老师能否结合临床材料具体说明一下什么是垂直分裂？什么水平分裂？面对这两种不同的分裂机制临床上的工作思路有什么不同？

Sagman: 这是一个很重要的一个很关键的问题，我们谈到垂直分裂和水平分裂的时候这个垂直分裂意味着更严重的病理，这种垂直分裂意味着比较严重的人格障碍或者出现了解离的状态，在水平分裂的层面更处在神经症层面的问题，没有那么严重的病理，垂直分裂我们可能会用分裂来形容而水平分裂我们可能会用压抑。我们之前谈到过的巴布拉（第一次提到的病人），他就是这种垂直分裂，他基本上有呈现出两个性格的特征，在其中一面的人格当中他是非常愿意付出，非常有爱的，非常慷慨大方的；另外一面他的人格是非常愤怒的、非常怨恨的、非常依赖的；所以他有两面的人格，一面是非常有爱，一面是非常愤怒。垂直分裂的状况下，垂直的分裂就意味着他分裂的部分要么把它放在别人的身上，把分裂出去的一部分置于外部的别人身上；要么就把它置于外来的空间，比如他在解离的状态，比如有一些人对你绝对的依赖，你通过投射性的认同你可以看到在他们身上这种垂直的分裂。在这样一个解离的状态当中，你把他排斥、投射到外在的空间当中，把他区分到你的自我、本我和超我，那么在垂直分裂的机制就是他把世界分成绝对好和绝对坏的两个方面然后把绝对好都保持在自己这一边，然后把所有坏的东西



都拒于外在，对于巴布拉来讲他有爱的一面、慷慨的一面是好的所以他要保存下来，但愤怒的一面是很糟糕的所以把它置于外面。对于比较有高功能结构的人来讲他们更多的是把这些压抑到自己的内心当中，但是它还是在自己内部的。所以这些有水平分裂的人他们就更加能够持有矛盾的情感，就说我有愤怒我也有爱，我能够依赖我也能够独立，所以针对这两种不同的机制肯定是方法很不一样的，针对更原始的比如病人的解离，病人的这种分离，病人的这种投射我们需要更多的能够去把这两部分整合在一起，这样的工作要更加困难，而对于这种水平分裂的相对来讲没有那么苦难。

在垂直分裂的个案当中我们可能会引发非常强烈的反移情，在这样的一个垂直分裂当中这种反移情更加强烈，而在这种水平分裂当中病人的问题更多的是压抑，不会引起你更多的强烈的反移情的反应。从技术上来讲针对垂直分裂的病人最后一点就是我们更多的要把治疗多样化，他要引入到家庭治疗或者是住院治疗或者是把他推荐到其他的小组治疗当中，而对于这种水平分裂是压抑的病人在个别的治疗当中就更容易解决他的问题。

19

老师能否谈一谈为什么对有些来访者而言，完成特定的哀悼是如此困难？比如一个有自恋人格组织的患者，面对“自己的能力是有限的，自己不可能把所有的事情都做得很好”这样一个事实，他无论如何都没有能力（不是不愿意）去正视和接受。在临床工作中，治疗师感受到他无法区分自己的能力到底是有限的还是无限的。

Sagman: 可以用不同的方式回答这个问题。一种方式是，对于自恋组织的人，他们很难接受是自己的错。我们有很多公众人物的例子，他们不管做了什么，都要为此做合理理由，证明自己做的很好，很完美。这样的人格结构更多的是在偏执-分裂位的状态。他们认为世界上存在阴暗，恶魔的一面，而他们是全好的一面，他们掌管，甚至可以驱逐恶的一面。根据克莱因的理论，当病人进入到抑郁位状态，那是个更加成熟的状态。他们可以看到自己身上坏的地方，逐渐认识到自己具有破坏性的地方。但他们能逐渐发展出来对世界的感恩，对世界表示感谢。这个成熟的过程需要我们的哀悼，我伤害了某个人，我能够伤害某个人，只有这样才能达到成熟。另一种哀悼是对自己的攻击，我不是完美的人，我身上也有不好的地方，这也是另一种哀悼。所以这种哀



悼一方面涉及到我给别人造成伤害，一方面涉及到我不完美，还有一方面是我不是全能的。意思是说，我不可能做到我认为自己可以做到的一切，我的力量减退了。所以是好与坏的哀悼，全能和无能的哀悼。在自恋性人格组织，分裂样人格组织，或者严重的强迫人格当中，哀悼的情感往往是最难的。因为他们哀伤的情感要么是被压抑了，要么是被分裂了。我有病人表现在学业和事业上非常成功，但让他们意识到自己的不足之处是个巨大的丧失，这需要哀悼。有趣的是，这种哀悼不仅仅是病人本身的哀悼，而他们的重要他人也需要面对这样的哀悼。最严重的病理性自恋来自于两个方面，一方面是绝对崇拜，一方面是完全没有关注，让他发展出防御性的自恋。不光是病人需要哀悼，病人的父母，孩子，夫妻一方都需要哀悼。有两种水平的哀悼，一个是病人身上，一个是与病人有直接关联的人身上，也就是他的父母。我有土耳其的病人就好像是父母自恋的延伸，他在二十岁的时候表现出付诸行动，但他父母并不在意，他们只在意一件事情。有天病人跟我说，“医生，我把我父亲弄哭了。”我说，“你怎么做到的？”他说，“我隐瞒了我来治疗这件事。我父亲哭起来，因为他不能相信你会这样。”病人的付诸行动是表现在不去上学，可能吸毒等威胁他的父母，但他父母完全不在意。但当病人告诉父母他在看精神科医生，父亲心中孩子的意象（image of the son）崩塌了。这个父亲从来不哭，却因此哭了出来。因为他开始意识到，他的儿子并没有如他想象般的完美。总结下，哀悼有不同的水平，如果个体作为父母的自恋延伸，哀悼不仅针对病人，也是父母要做的。

20

请问老师，有些病人敏感多疑，容易怀疑治疗及治疗师。对此，治疗师可以做些什么来增加病人对治疗师的信任？

Sagman: 我认为如果治疗关系破坏了，增加信任感是很难得。我觉得最有效的做法是在初始访谈里就明确，清晰的做到如下几点。清晰的治疗框架，包括频率，时间和收费。很重要的一点是不要试图安慰病人，而是识别他的抑郁。不要跟他说一切都会好的（sugar coat）。治疗一开始，治疗框架就要非常确定和清晰，这样可以帮助病人增强对你的信任，但有些病人永远不会相信你。信任需要一个过程，但偏执的病人就是很难相信别人。总结下，我们还是要做自己，如果病人喜欢你，那很好，如果不喜欢你，也没关系。我们要接受这样的事实，就是有病人不喜欢你，不想跟你一起工作。如果你治



疗的每个病人都喜欢你，这也是个问题。你是个好人，好治疗师，但有些病人就是跟你不匹配。

以下是近期精彩课程，扫描二维码了解详情



关系创伤的动力学治疗 临床全过程及操作技术指导

Janet Bachant

创伤治疗顶尖专家

纽约精神分析中心督导师
纽约灾难咨询联合会主席



主体间心理治疗 理论与个案演示十二讲

Peter Buirski

主体间学派临床大家

45年心理治疗与教学经验
丹佛大学心理学研究生院荣誉院长
《主体间性心理治疗》作者