



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

要点回顾汇集

01

自体的发展是需要自体客体的，自体客体提供了一些功能，可以镜映病人或婴儿。有了这样的匹配之后，病人就可以理想化治疗师，婴儿就可以理想化妈妈，把这样的理想化内化到他的自体当中。要重复一点的是，如果想要有自我的整合，从婴儿时期开始，就要有理想化的客体对象，有人给你提供吃的，有人给你温暖，你才可以慢慢地成熟起来。在西方社会中重视人的独立性，你好像完全可以靠自己获取得到自尊，在中国可能也在经历同样的过程。我们觉得可以完全靠自己长大，自己维系自己的自尊。这反映在治疗中就是，你需要完全相信自己，你需要喜欢自己。我们后来逐渐认识到，当我们讲到依恋理论后会发现，所有的东西在开始阶段都是靠更加成熟的个体比如父母来获得的，一个成熟的照顾者，对一个人的发展是至关重要的。

02



关于心理状态的评估，我会更多放在情感评估上，比如在描述性评估系统中，关注情感展现时是伤心的还是焦虑的；在动力学评估中，情感展现还有其它方面，比如弗洛伊德理论中的力比多和攻击性，他认为本能是驱动行为的根本源头。近年的观点认为，人类最根本的驱动力是情感。Lichtenberg 等人的文章是关于情感驱动力的，会谈到动机的作用。动力学的基本方法是问：“你有什么感觉”，情感的重要性还表现在，**我们不光要把情感表达出来，而且这也是我们的思考的原初形式**。我们要开始思考就需要有动机，就像开车要加油一样，情感就是我们的动力。Tomkins 写的关于情感的文章还是值得大家读一读，他写到好奇心也是情感的驱动力。我的观点是，我赞同情感是人类的主要驱动力，而驱动力作为主要的驱动对临床是有指导意义的，但基本上我认为情感是更主要的驱动力和动机。如果我们看临床的病人，结合力比多和驱动力会更有指导意义。比如当我们感到悲伤时，这意味着丧失了一个重要的他人或者自己的某些部分，悲伤的情绪让我们思考失去的是什么。另一个是当我很焦虑，焦虑的情绪一定是联想到一个可怕的情境，比如说考试或做治疗，这些让我害怕的情境。这不仅仅是焦虑本身，也是和我们的思考有联系的。关于情感的描述，Tomkins 有非常精细的描述，这里我会给出三个基本的情感：**自豪，羞耻，内疚**。这三个情感在形成人格的过程中起了非常重要的作用。当然，所有的情感都对塑造人格起到了重要作用。动力学的临床工作者，和描述性的临床工作者一样，**都要为情感命名：这是什么样的情感。动力学工作者，还要评估是什么样的情感失控了**。所以要注意的是，我们对情感赋予的价值，和描述性的统计的做法是很不一样的。

03

从自我心理学角度进行评估，要做的工作主要是**理解自我和本我，自我和超我，以及自我与外在现实之间的关系**。其中最重要的一点是，**评估一个人的自我功能**，要看他的工作经历以及他与人建立关系的经历。因为这些经历提供了有力的证据，证明他的功能运作是怎样的：他能不能胜任一项工作，能不能发展一段亲密关系，这两方面的能力还关系到这个人其它方面的心理功能。换句话说，当评估他的工作和人际关系时，我们也在评估他的自体，他的客体关系，以及依恋模式。还有一些其它的基本评估对自我评估有帮助，比如评估自我的现实检验能力。在精神病状态下的病人，会产生一些妄想，他的现实检验能力是严重受损的，而对偏执的病人来说，他的现实检验能力



有可能只是一定程度上的受损。

对自我和本我方面的评估，是指他是否有延迟满足的能力，评估他有没有延迟获得自我满足的能力，有没有能力延迟自己的攻击性冲动，这是自我和本我之间的关系。

我们还会评估自我和超我之间的关系，对超我的评估有两方面，一个是理想自我，是指这个人觉得自己应该成为什么样，应该是一个什么样的人，什么是可以做的，什么是不可以做的，这是理想自我。另一方面是抑制，什么对他来说是禁止的，**评估超我的严厉程度，僵化程度和灵活程度**。比如有一个人什么都想做到最好，任何一件事情如果没有做到百分百的完美，他就觉得自己会遭受惩罚，自己感到内疚或受到父母的羞辱。从另一个角度来看，非常抑制的病人，他们可能不会用任何形式表达自己的负面情绪，他们也避免产生冲突，而是把这些都抑制在心中。

自我和超我的关系就是通过理想自我和抑制来评估的。自我心理学的评估，还有一点是评估防御机制，之前我们详细讲过不同种类的防御机制。

通过评估自我和本我，自我和超我，以及评估防御机制，我们就对这个人从自我心理学角度有了基本的理解。

04

如何跟边缘性人格障碍的病人建立边界？

首先，跟神经症性病人的工作相比，我们要更具备一些弹性，当然病人也会推动你具备一些弹性。什么是保持弹性呢？并不是让你延长跟病人的工作时间，比如你的时间设置是50分钟就是50分钟。但是你要做好准备，病人会想办法打破设置。比如，他们会要求额外增加治疗，改变治疗时间，在电话里接受治疗等等，大部分病人都会出现各种各样的状况。我给大家的强烈建议是，**不要通过微信，邮件，短信等跟他们谈论更多的内容。因为他们非常容易扭曲你的意思，通过这些信息他们只能看到文字内容，不包含情感和声音，他们往往会负面理解你的意思。**我有时会通过电话跟病人工作，我发现这样的工作方式也有一些益处。有些病人说，我通过电话咨询可以告诉你一些让我觉得羞耻的事情，这在我与你面对面的咨询中是说不出来的。弗洛伊



德之所以使用躺椅，有部分原因也是避免病人和治疗师看到彼此的脸。所以我觉得电话咨询，视频咨询都是有用的，但与边缘性人格障碍咨询的过程中，要确保一个月至少有一次的面对面的咨询。

同时，我们要随时准备好病人的攻击，他有可能是针对设置的攻击，也可能是通过一些自杀姿态的攻击，比如他会告诉你他要自杀，要伤害自己。我们可以通过设立限制来进行治疗，比如，告诉病人我不能每天见你，我一周只能见你两次，帮助病人学会建立界限，这个就是科胡特所说的转换性的内化。要让病人体会一些小的挫折，他们感觉被拒绝，但他们会通过转换性的内化感受到界限。如果从客体关系的角度来看，我们设立了这样的一个界限，让病人得以区分我和他。这不是一个僵化的界限，而是一个清晰的界限，久而久之就让病人在牢固的、清晰的界限下发展出语言化和心智化的能力。

05

我们要知道每个人都有自恋，只是程度不同。可能我们会去思考哪些是健康型自恋，哪些是病理性自恋？我觉得区分这两者的指标是病人可以耐受他对自己的投注和你对自己的投注，他不需要贬低别人，那么这是较为健康的自恋。比如，病人对你说，“你是一个非常智慧的治疗师，但我想挑战你，我不认同你的观点。”这时候，病人不是将治疗师理想化，而是欣赏治疗师。从动力学上来讲，如果是原始的理想化或贬低，那么他就是病理性的自恋，他所做的是不现实的事情。第一点，如果一个人被理想化，那么另一个人则是被贬低的。第二点，病人的全能感的想法，他觉得你是最好的，但这是他赋予你的，是由他来决定谁是最好的。

理想化还有一个功能是把治疗师拘禁起来，让你一动都不能动。关于病人的防御方式，常常可以通过微小的信息获得，通过治疗进展，你将会收集到这类信息。每个人的自恋都是用不同方式组织的。比如说，有个人觉得自己得到别人的表扬，赞美，完成了自恋的实现。另一个人觉得自己在做非常重要的事情，但他不喜欢别人表扬，他的自恋是隐藏起来的。我们跟不同的人一起工作的时候，都要知道他的自恋集合是非常独特的。还有一点，自恋人格组织不是恒定不变的，随着生命阶段的发展会有变化。

不管是精神医学还是精神动力学，我们评估一个人是否健康的指标都是通过人际关系，不管是分裂样人格障碍，还是自恋人格障碍，人际关系都是重要



的鉴别指标。大部分自恋型人格障碍，特别是病理性自恋，他们的人际关系都是非常短暂的。他们会很快的跟别人建立关系，又很快将其抛弃。

接下来一点是对造成问题所作贡献的拥有权，这是自恋人格障碍的诊断之一，他们会将好的贡献归于自己，把负面的问题归结于别人。谈到矛盾情感，如果一个人有能力耐受矛盾情感，便可以将好与坏都放在心里，而自恋型人格障碍的理想化和贬低，则是因为他们只能看到其中一面。这一点与边缘性人格障碍有相似之处，不同点在于自恋型人格组织更加稳定，而边缘型人格组织则在不停地转换。自恋型和边缘型人格组织另一个不同点是：**自恋型人格障碍患者总是隔离自己，想自己待着。而边缘型人格障碍非常粘人，依附于你又将你推开。**我们只是做了简单的概括性区分，但临床工作中则很难区分，两者兼具的人并不少见，有些人会符合两项诊断。

06

我们来谈一谈情色移情。

我在二十年前曾有位接受分析的病人，她是一个有吸引力的年轻女性，她有着缓慢而强烈的情色移情。她在青少年时期曾被酒精依赖的叔叔性虐待，长大后她有自己的工作和家庭。在分析中，她对我提出的要求是，我们可以做爱，但我们不跟别人说。她也提出了非常具有诱惑力的幻想，她如何玩弄自己的身体，如何跟我发生性关系。有一天，她在清晨来做分析，她洗了澡，穿着非常性感的胸罩和内衣，她的丈夫看到了，问她为何要穿这样的衣服。丈夫继续问：“你究竟在分析中做什么？”病人对丈夫说：“很不幸的是我们并没有做你想象的事情。我倒是希望，但我的治疗师说不行。”她是非常有诱惑力的，公开的俄狄浦斯期的诱惑力，想与我发生性关系，这与她对父亲和叔叔的诱惑是一样的。我对此作出了解释：她的情色移情里隐藏了其他情感，她的情色感受下有着攻击性。具体我讲了什么，我不太记得了。但大概的意思是：“你有没有想过，如果我们真的按照你说的来做，我会失去我的家庭，你也会失去你的家庭，我会失去我的执照和名声，你也会失去你的名声。我觉得这样的情感里有很大的愤怒和攻击性。”因为看到了情色移情里的不同元素，**我们可以看到爱到底是什么，而恨和愤怒也逐渐浮出水面。**所以就如幻灯片上所写的，情色移情既是金矿，也是雷区，我喜欢这个表述。所以，我会长期的谈到情色移情的集合，这就如同我们睡觉一样，我们突然



睡着了，然后又突然惊醒，我不知道自己是如何睡着的。情色移情也是如此，我们陷入到情色移情和反移情，不知道自己是怎么陷入其中的。但是如果我们可以很好的应对病人的移情，那么可以给我们提供大量的信息。我们不仅可以通过它了解病人的性生活和他对性的幻想，还可以由此了解他和别人的关系。因为我们很容易非常快速的，用性的象征来看待和感知这个世界。弗洛伊德曾经讲过，孩子的自我首先是身体自我，性欲就是其中很大的一部分。所以，有关性的议题可以帮助我们看到病人是如何看待这个世界、组织这个世界的。在教材的这个章节里，Gabbard 给了我们一个很好的个案展示，他提及的第一个病人前一秒还在讲，这是一个很好的治疗小节，我非常享受，下一秒就陷入到幻想中，觉得治疗师强奸自己，在自己体内射精。我不知道这是否是 Gabbard 督导的个案，但是他给出的解释是：“前一秒你还在欣赏我，后一秒你就希望我可以通过性的方式攻击你。”这就谈到了对治疗师的理想化和贬低。

07

肯伯格认为，分裂样和边缘型人格障碍，在心理的结构方面是比较类似的。但这两者之间的差异在于，分裂样更多地倾向于幻想，而边缘型人格障碍更多地倾向于行动，这是一个很有意思的看法。

肯伯格关于偏执和疑病的看法，也对我们很有启发。肯伯格认为，偏执和疑病都很容易把自己早年的攻击性和力比多投射出去，偏执更多地把原始的攻击性投射到别人身上，而疑病更多地把攻击性投射到自己身上，但都是投射。

肯伯格还对轻躁狂和心境不稳定，做了一些有趣的解释。他认为这两种疾病的问题主要是涉及到连续性的问题。人格组织的水平越高，认同的弥散就越少，在最高级别上，认同是完全稳固的。

他还区分了神经症水平人格组织和正常水平的人格组织，这两类都有稳定的人格组织，只不过神经症型的人格组织比较僵化。

肯伯格做了这样的一个假设，比较低水平的人格组织，问题更多集中在攻击性，而比较高水平甚至到神经症水平，问题主要集中在性欲。而关于防御的方面，越低水平的会用越原始的防御机制，比如分裂，投射，投射性认同，



而较高水平的会用到压抑。肯伯格这样的分类很重要，因为他让我们面对这些病人时，可以对病人有一个定位。不必把病人框在某一个诊断当中，而要根据他的**认同，防御机制和人际关系**，看到他大概是在哪一个层面，处在哪个位置。如果我们在和一个低水平的人格组织工作，我们要知道我们主要是在和他的攻击性工作，如果是和一个高水平的病人工作，更多地是在和他的性欲工作，而随着人格水平的提升，他的人际关系的能力也在增强。所以我在这里要强烈的建议，我们不要把病人框在某一个诊断里，而是要了解他所处的位置，而给予相应的治疗。另一个技术方面的问题是，**如果和我们工作的病人，他的人格水平越低，那他对精神分析的适应性就越差，他还需要更多支持性的治疗，而如果他的人格水平越高，精神分析对他的治疗就越适合。**

08

阻抗，这是心理动力学和其他心理治疗学派的一个主要区别。把它称之为阻抗，也说明人对改变有非常矛盾的心理。早期，阻抗被认为是治疗中的一种障碍，是需要被移除和克服的。后来人们认识到阻抗与移情、反移情一样，都是人的特点，很难回避它们来进行工作。通常来说，阻抗都是针对非常困难的情感，**通常有阻抗的地方，我们也压抑和掩盖了非常有力的情感。**有时候病人说，我害怕愤怒，因为我会失控。他也许是对的，因为他没有应对失控的办法，只要一感受到这种愤怒可能就会让他失控。阻抗，来自于内心的某些根源，也来自内心非常个人化的体验。比如父母不让那个女孩哭，可能是父母经历了某些严重的创伤而不能去哀悼，孩子的哭会激活父母的这些创伤。

对待阻抗有不同的方法，**心理动力学在处理阻抗时会尊重阻抗和防御。**认知行为治疗会直接对阻抗工作，或直接将阻抗进行拆卸和攻击，对有些病症比如强迫症是有帮助的。但对其他一些病人，如果没有理解到阻抗，这样做可能是没有帮助的。阻抗经常与防御机制联系在一起，它们是类似的，但防御机制是内心的，阻抗更多是在人际之间的。

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。而投射是一个过程，是病人定位在你身上的情感。**投射会激发起治疗师的一些情感，是治疗师反移情的根源。**通常投射和认同连在一起，是一个投射认同循环，不同的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。投射，是说我不坏是你坏，我没有撒谎是你在撒谎，我做了很糟糕的事情，但我感觉到你很糟糕，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，**比如我说“我很蠢”，你会说“你不蠢，你值得有更好的生活”。在这样的互动中，病人和治疗师重新演绎了某个关系，病人激发治疗师说出了这个话。

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、有冲动性和攻击性。他们冷酷，当他们伤害某些人后觉得无所谓，漠不关心。更重要的是他们没有懊悔之心，他们不觉得自己做错了什么。**他们很难哀悼，很难感到恐惧。**忽视和虐待也是非常常见的。他们不会用友好的方式与人产生联结，更多的是利用别人，比如满足性欲，或者他们会建立虐待性的关系。特别是一些心理变态的人，他们会为一些女性做很好的准备，让她们进入自己的生活，形成虐待性的关系。这很像在捕猎的过程中，你需要精心准备去获得猎物一样。还有一点需要补充的是，这些人虽然看上去冷酷，但他们擅长表达愤怒。他们有两种愤怒的表达，一种是掠夺性的（predatory），一种是情感性的（affective）。当他们表现掠夺性愤怒时，他们不会呈现情绪上的变化，但他们会精心的准备，试图去伤害和掠夺别人。而当他们表现情感上的愤怒时，通常是当他们受挫、得不到他们想要的东西的时候。他们会呈现情绪上的暴怒。这个时候他们的自主神经系统会很活跃，看上去跟边缘型人格障碍一样。

同时针对反社会型人格障碍共情能力的研究表明，**反社会型人格障碍是有共情能力的，他们缺失的是共情的某些方面。**共情包含了三个方面：第一个部分是认知方面，他们知道别人的心里在想什么；第二部分是情感，他们可以理解别人的情感；第三部分是他们可以照顾别人，反社会型人格就是缺失了这个部分。这里有一个很好的例子，猎人要猎杀一只鹿，他知道鹿的焦虑，从而更好地捕捉到鹿，当然他不是试图要帮助这头鹿。这跟反社会型人格共情能力缺失部分的病理是一致的。



治疗反社会型人格障碍的基本规则：大部分反社会型人格障碍无法在门诊得到治疗，只能在住院情境下治疗。而且大部分人都需要在监禁的环境下，而不是常规住院的情况下治疗。他们不适用常规治疗设置，比如每次 50 分钟的时间，针对病人的羞耻和内疚工作。针对反社会型人格障碍，我们会有非常具体的“行为-后果”设置。比如只要你做了什么，就会遭受到怎么样的处理，而且是必须执行的，没得商量。

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