

关于12例双相情感障碍患者的纵向研究 ——基于人际动力心理动力学理论因素的干预探讨

章旭

池州学院, 安徽 池州 247100

DOI:10.61369/ETI.2025070051

摘 要 : 本研究选取12例长期接受精神分析治疗的双相情感障碍患者为研究对象,意在从心理动力学角度探讨双相情感障碍患者在人际关系中的互动模式是如何形成、发展与固化的,这固化的人际关系模式又是如何在患者之后的生活与治疗关系中发生重复的。基于研究目的之上的探讨,本研究提出改善双相情感障碍患者心理治疗的疗效主要有以下四个要点:(1)突破僵化的沟通模式;(2)满足潜意识的依赖渴望;(3)移情与反移情;(4)权威与界限设定。

关键词 : 双相情感障碍;精神分析治疗;人际沟通模式;移情与反移情;界限

A Longitudinal Study on 12 Patients with Bipolar Disorder—Intervention Discussion Based on the Theoretical Factors of Interpersonal Dynamic Psychodynamics

Zhang Xu

Chizhou University, Chizhou, Anhui 247100

Abstract : This study selected 12 patients with bipolar disorder who had received long-term psychoanalytic treatment as the research subjects, aiming to explore from a psychodynamic perspective how the interaction patterns of patients with bipolar disorder in interpersonal relationships were formed, developed and solidified, and how these solidified interpersonal relationship patterns recurred in the patients' subsequent life and treatment relationships. Based on the discussion of the research purpose, this study proposes that there are mainly four key points to improve the therapeutic effect of psychotherapy for patients with bipolar disorder: (1) Breaking through the rigid communication mode; (2) Satisfy the subconscious desire for dependence; (3) Empathy and counterempathy; (4) Authority and boundary setting.

Keywords : Bipolar Disorder; psychoanalytic therapy; interpersonal communication patterns; empathy and counterempathy; boundary

引言

过往关于双相情感障碍的研究大多集中在患者内心状态的描述,比如患者的人格具有口欲期特征、患者内驱力过强等等。但从患者人际互动体验方面的探讨很少,比如患者的人格是如何发展为具有口欲期的人格特征的。

因此,本研究意在从心理动力学角度探讨双相情感障碍患者的人际关系体验是如何发生发展的。为了达到这个目标,本研究不考虑本能与创伤因素,重点关注患者早期人际关系,即父母的人格特征、父母抚养孩子的质量以及孩子回应父母的方式这三点。

本研究最基本的前提是治疗师与患者的关系将会重复患者与其早年重要他人的互动模式,基于此,研究移情,可推测患者早期生活经历,反之亦然。当治疗师对此类患者的互动模式了解越深入,个案概念化会越来越清晰(患者的渴求与内心冲突)。治疗师借助清晰的个案概念化,通过治疗关系对来访者进行干预从而使其满足需求的同时解决内心冲突^[1]。

本研究的研究对象是12例接受过1-5年长期精神分析治疗的双相情感患者,他们在接下来的研究报告中都会简单提及,主要选取了后三个个案研究来证实本研究的观点。

一、精神病理学

(一) 家庭背景

双相情感障碍患者所处的家庭往往是低社会阶级或某种程度上的社交孤立状态，在家庭中，孩子往往被当作提高家庭地位或者满足父母荣誉需求的工具性的存在。嫉羨情绪往往也是源于家庭对物质和荣誉的看重。而且，孩子对家庭中的养育者往往持分裂角度看待：一方是失败的、需要为家庭困难所负责的；另一方是积极努力的，通常是积极努力的这一方将孩子当作改善状况的工具^[9]。

研究数据：从12项个案研究中，我们发现双相情感障碍患者所处的家庭往往是社会中不同的“小部分”，比如身为犹太人的H先生因破产导致社会经济阶层地位下滑、R先生的父亲生病和酗酒让家庭名誉降低、有患有精神障碍母亲的个案。

从这些个案中，我们发现他们的家庭都存在着共性：他们都拥有强烈的社交欲望，一方面是想获得邻居的认同，另一方面是想通过提高经济水平或者获得荣誉来提高社交声誉。在这种共性中，孩子往往扮演着被期待的那个角色，邻居家希望的小孩模样，父母眼中优秀的孩子模样，比如本项研究中R先生的母亲曾自述R先生“如果与我一起时做出了让我丢脸的行为，我会严厉责罚R先生，其他时候的丢脸行为我并不在意。”

在这个家庭中，父母往往会给孩子灌输那些他们觉得是好行为的观念，这些观念暗示着无力与低概念化的父母，但只要孩子冒犯了他们，他们会变得十分严苛。

除了权威人物人格解体之外，在这个家庭中，孩子往往会被当作“工具”被父母认同，而不是当做“人”被父母所认同。比如说，有些个案中患者被当作为家庭声誉服务的工作、有些则从小就肩负着振兴家族的使命。

研究发现，家庭中的母亲往往是强势有力的一方，父亲是虚弱的、失败的且需要为家庭不幸贫穷负责的那一方。父母相处的方式常常是母亲指责父亲懦弱无能、家境贫寒，比如K先生的母亲所描述的丈夫形象类似于可怜的、无具体概念的人。关于母亲对父亲的指责，可能是因为传统文化中的父亲是家庭威望的承担者有关。他们之间的态度往往是冷酷、不被爱的，畏惧着又渴望认同，充斥着指责与轻蔑。孩子自我评估的建立方式与这种一致性指责方式存在一定相关^[9]。

在孩子的眼中，孩子往往认同了母亲对于父亲的看法——认为父亲是虚弱的，但同时孩子又很喜欢父亲。孩子眼中的母亲往往是可靠有力的那位，但又让人畏惧。因此，孩子常常面对着困境（不可靠的一方很喜爱，可靠的一方很畏惧）。

(二) 儿童发展理论

一项关于双相情感障碍患者主要创伤事件的研究发现，人际关系中的重要困扰时间点主要发生在他与母亲分离时，但他们未能发展出将别人当作完整的人来看待的能力，区分他人的能力也没能发展。这也可以解释之后他对生命中重要他人的持续性分裂式的回应，以及无法精细化识别抑郁程度。

研究数据：

1. 儿童早期发展

关于研究中所提及的某些个案患有精神障碍母亲的患者，我们发现双相情感障碍患者后期的人际表现主要是未解决的焦虑诱发事件，而不是来自患有双相情感障碍患者母亲的照料。

我们构想精神分裂症障碍患者的自我与周边人的发展存在明显的差异，处于恐惧中的病人完全相信别人能够觉察到他的想法与感受，他们的行为都是在这种认知下开展的；而双相情感障碍患者似乎看上去不用体验这种区分他人与自己失败的焦虑，他宁可调动防御来保护自己不被觉察到与他人的不同。这种构想与克莱因的构想存在共同之处。

即使婴儿期可靠数据很难收集，我们关于双相情感障碍患者的研究展现了普通婴儿期的优势，其中有一个例外，R先生存在养育困难并且在他人生的头几个月里营养不良和烦躁不安。病人母亲更倾向于喜爱和接受孩子是婴儿而不是成长后的孩子，尤其是多方面训练和文化适应问题出现后。

在我们印象中，婴儿完全依赖对母亲来说是非常愉悦的事情，儿童早期的独立和叛逆对母亲是一种威胁。儿童身上的未整合或者说非常规行为被母亲贴上了坏的标签，并且她施加压力去去除它们。因此，婴儿一岁末的时候，之前充满爱意和温柔的妈妈可能会突然转变成严厉和惩罚的形象。充满焦虑压力下的孩子在整合早期好妈妈和后期坏妈妈到完整母亲形象既好既坏存在一定的困难。当然所有的孩子都面对着整合困难，存在对权威分裂性的看法；很幸运的是，它会随着人格成熟慢慢解决。但在双相情感障碍患者身上这一点依然存在，除非人生经历中断或者治疗。一个重要的权威形象意味着好资源，提供了令人愉悦的事情，但同样的他认为这是专制和惩罚的形象除非通过好行为安抚。这些早期体验可能是双相情感障碍患者后期矛盾心理的基础^[14]。

2. 儿童后期发展

在儿童个性特征和社会角色开始形成的儿童后期，我们引用了《圣经》中约瑟的故事探讨这个阶段儿童面对嫉羨与竞争的社会行为与情绪情感发展。

通过个案研究，我们发现患者往往是家庭中孩子里被赋予众望的那一个，比如说性别、能力等等。为了维持这种特殊占优势的地位，患者往往要背负很大的责任。因为被赋予众望和承担责任被父母所喜爱，患者往往会被同胞羡慕和嫉妒，引起竞争。但这种嫉羨与竞争，他们往往意识不到。患者意识不到是因为家庭中所有成员已经粘合为一体，在这个集体中，他们的目标是振兴家族，所以基本上没有私人关系存在，也不存在人际关系问题。这可能也是之后双相情感障碍患者常常遇见社交困扰的缘由之一。

在这样的背景下，孩子往往背负了很多原本不应该背负的东西；除了家庭荣誉外，每个人都一样，毫无区分；被家庭荣誉所裹挟的他们，也感受不到孤独感。当他们长大之后，他们往往会对嫉羨与竞争十分敏感，他们可能采取两种形式来对抗它们：一是贬低自身资质；二是极其热情地帮助他人，早期帮助兄弟姐妹、家庭中的其他人，后期帮助他们接触过的人，这种行为可

以满足他们潜意识的价值需求。他们的这种人格特征在治疗的移情关系中会反映出来^[9]。

3. 成年后人格特征

双相情感障碍患者成年后会持续维持儿童时期一致的人格特征。

在发作间隔的正常期，他们看上去是平易近人、有良好调整性。但在躁狂期，他们会变成社交狂，这一点在抑郁期很难被觉察。仔细审视躁狂期患者所结交的关系，你会发现这些都是通过表面行为所维持的，他们不会将对方看作“人”来交往，而是当作可操控和可娱乐的对象。

躁狂期与抑郁期的共同点是拥有一段或者两段极其依赖的依恋关系。这一点在躁狂期可能不是很明显，但在抑郁期十分明显。他们都十分渴望所依恋的那个人，但这段关系是基于爱与渴望注意的需求上建立的，算是自我牺牲的同等交换物。如果这种互惠主义失败，那么需要他人的经验不会再被认可；一旦意识到自己还需要他人，会激起患者潜意识内疚感，患者会自动认为这是自己接受了大量给予的结果。患者将自己置于被给予位置是极度贬低自己的结果。在关系中，贬低自己、低价售卖自己，代表病人极其需要关系中所依恋的客体，并期待着将这位客体用于抵抗潜意识衰老、竞争期待、他人嫉妒等等情感。

因此，双相情感障碍患者面对嫉羨和竞争会表现出自卑与需求感，他们需要依附于他人才能成功。与此同时，他们也可以接受来自他人的捐赠。

双相情感障碍患者往往都展示着符合常规的行为，但有时候他会被过度内省和过度谨慎所导致的强迫所困扰。但在他们极其依赖的关系中，他们往往没有展现这种强迫性的控制他人的权利需要。因为一旦这种强迫性控制行为被所依赖的客体所觉察，他们会感觉到空虚感和匮乏感。

双相情感障碍患者的焦虑主要源于被抛弃的恐惧，因为他们与其他人的关系建立是基于他人将他们当作所有物或者附属品来看待基础之上的。如果他们冒犯了这些人，可能会被留在虚空中，完完全全无依赖；如果这些人冒犯了他，他会被迫退行至一人境地。在这种潜意识被抛弃的恐惧之下，焦虑会通过情感上的妥协变得合理化，因此，他们往往意识不到自己与其他人的情绪情感变化。比如，抑郁期病人往往会在结束时询问是否有进步来谋求安慰，殊不知这会引来治疗师反感，拉开二者距离^[10]。

我们假设双相情感障碍患者的人格特征在婴儿期就已经很清晰地显现出来了。基于此之上，我们构想当双相情感障碍患者意识到自己与他人是不同时，这种互动式人际关系便被禁止了，他们只能以分裂的眼光看待其他人，而不能以完整的眼光看待他人。比如，他们无法意识到自己能够接纳的行为在他人眼中是不能被接纳的。

在这份报告中，我们并没有探讨敌意，因为我们觉得双相情感障碍患者让他人感受到敌意是让其他人生气所带来的后果，而不是给他们带去伤害导致的后果。

（三）双相情感障碍的发作模式

我们认为双相情感障碍的典型发作模式是抑郁发作，开启

“需要-呼吁-被拒绝”的恶性循环，最后病人会感觉到抑郁，被无助感和空虚感围绕，他可能会出现以下表现形式中的一种：抑郁、自杀、退行至精神分裂症状态。

研究数据：关于双相情感障碍的抑郁发作往往都会认为是由丧失引起的。比如患者失去了极其依赖的客体关系，他的需要再也不会得到满足，这种渴求感与需要感会加深病人的内疚感，会开启恶性循环：将抑郁作为防御抱怨的存在，激起他所渴求的满足，没有得到便陷入内疚，如此循环往复。然而，事实上很多抑郁发作期并不伴有丧失的发生，有的时候甚至是在工作提升或者取得荣誉的时候。

病人抑郁后，他对所依恋关系中的幻想会见诸行动，这种模式也会在心理治疗的关系模式中重复，所以，与抑郁发作病人工作主要是建立可以被看见和讨论的治疗关系，提高病人的自我觉察能力。

当关系模式开始恶性循环时，其中僵化的自我指责重复出现会满足病人潜在的需求，如果打破这种模式，可能会导致自杀风险，另一方面也可能导致未整合退行。比如 Mr G 个案病人只是将自杀当作让父亲妥协的最终手段^[7]。

（四）内疚与超我

关于超我，我们认为它只能揭露问题而不能阐明问题，所以我们在双相情感障碍成因中尽量避免这个术语。我们可以思考几个问题：影响双相情感障碍患者的成因有哪些？自我惩罚式行为和观念的动力学因素是什么，尤其是疾病发作期的动力学因素？

双相情感障碍患者的过度批判并不能直接解释为超我模式的接管，因为病人儿童时期往往是被过度溺爱或者放纵的。这其中还有价值观念、忠诚于家庭的道德要求、附和所谓无概念化的权威等因素影响。

被不稳定母亲所抚养的孩子（有时候过度溺爱，有时候严厉拒绝）可能会给病人自我建构带去不合理的编码，病人的编码（主要围绕着冷漠的权威人物，建立在除个体之外的无概念的双亲所给予的依赖）可能同样是客观的、严苛的和恐慌的。在所有的可能性中，他内心的道德编码处于获得力量和美德的挣扎中，在这他发现了父母的缺失。

关于双相情感障碍患者所认同的权威，有时候是超我的一部分，有时候则是预期的、客观的和强制性的存在。自我惩罚行为和内疚体验可以视为安抚内心冷漠的强制行为。通过抑郁表达内疚并不能促使哀悼的发生或者行为的改变。相反，它是一种结束。内疚感仅仅只能获得认同。另一方面，内疚感也可能被看作是来访者潜意识中觉得“获得和权威建立永久、安全的人类关系是艰难的”。因此，病人仅仅是通过完完全全的内疚哭泣来安抚权威，并没有尝试改变关系或者在更高水平上进行努力^[8]。

二、如何开展治疗工作

研究结果发现，基于人际关系心理动力学因素理论之上的干预十分有成效。以下是影响治疗效果的因素：

（一）沟通

治疗主要困难是建立沟通关系，反映病人生活困扰的沟通关系（移情关系）。双相情感障碍患者典型通过建立僵化的认知模式来阻碍情感交流的防御焦虑的行为。我们了解到将这一点当作防御而不是缺陷会让病人更有能力沟通他的情绪情感建立移情关系。

研究数据：关于双相情感障碍患者僵化的人际沟通模式。双相情感障碍患者往往会将其他人看作父母权威形象的复制品，这时候他们会持续儿童期关系模式特性：在人际关系中缺乏情绪情感敏感度，即缺乏将他人看作是“人”的评估能力，他们无法忍受好与坏出现在同一个客体身上，无法接纳坏的部分可能会触发他们的依赖需求，别人可能会因为他们的依赖抛弃他们。这种发展缺陷更多地可以理解为防御被抛弃焦虑的方式。

病人采取了选择性注意和自我验证方式，不断选择环境中消极想法来验证自我观念。随着疾病加重，这种认知僵化会被之前所提到的刻板化防御增强。双相情感障碍患者几乎注意不到人际关系中的微妙差异，如果觉察到了还需要赋予含义，病人可能会将这种行为诠释为拒绝或者不喜欢。

本项研究研讨会项目组一致同意治疗的第一步是社交关系的建立，即在关系中想法、感受、意义都可以被充分讨论。达到这个目标有以下策略：（1）重视非言语性交流；（2）治疗过程中，要更加专心和耐心；（3）使病人持续处于需要发现情感意义的环境或者材料中；（4）行动代替言语的“关系疗法”，如非言语、刺激体验。

治疗中首要问题是“突破僵化模式，进入情感交流领域”，将僵化的交流模式看作防御焦虑的措施，对治疗干预也是有效的^[9]。

（二）依赖

第二个主要问题是处理病人匮乏需要，这一点病人主要是通过控制他人获得满足。自从病人的关系也融入到基本需要时，治疗师陷入了困境：允许病人之前获得满足的依赖模式和禁止依赖。况且，治疗关系同样也是段依恋关系。治疗师必须对病人的控制倾向保持警觉，必须坚持将这些控制性带到关系中讨论而不是允许他们存在于潜意识中。

研究数据：关于双相情感障碍患者在依恋关系中所呈现的依赖性，对他们来说是极其矛盾的存在。一方面，他们渴望得到满足，另一方面，这种满足是不允许被接纳的。这种需要并不能通过言语化形式表达，只能通过非言语性剥削性质的模式开展；同时，反应性的敌意也无法被体验，只能体验到抑郁。在患者抑郁发作期间，他们对依恋的渴求极其明显。当他们处于躁狂期时，拒绝依恋需求是他们敌意的表现，除此之外，他们会更多表示控制行为。

研讨会项目组一致同意的治疗第二点是处理病人的匮乏感，即在治疗关系中对病人的需求满足。从移情与反移情部分中我们可以看出这是极具风险性的困难。无论是部分满足还是全部满足病人的需求，这都会存在潜在的工作风险。治疗师在治疗过程中需要保持高度警觉性和谨慎，将病人的需求带到治疗关系中并进行充分探讨，这样也可以疏解病人内心的驱力。

另一个和匮乏感密切相关的困难是见诸行动。比如，在轻躁狂期，病人对所有事物的无差别对待，又或是比较武断、未经思考地作出人生重要选择；抑郁期，人生困境中的无望感、冷漠感。

这时候都需要治疗师在治疗过程中坚定的引导病人。然而，一旦治疗师开始了引导角色，似乎就满足了病人是核心需求，随之而来的是病人更多需要被满足的欲望，这些欲望的满足可以防止幻想的见诸行动。之后，病人与治疗师的关系模式开启强迫性重复，治疗师会迷失在这段关系中。

所以，我们认为治疗师在工作中不宜特别温柔或者特别冷漠。病人看上去需要识别他对治疗师的重要性以此在治疗关系中得到最小程度的安全感。根据病人的依赖，这往往也是在追寻（病人努力将治疗师看作依赖他的存在）名誉或者其他。这通常会导导致病人将自杀恐吓作为检验病人依赖的工具——治疗师。这听上去好像是病人潜在的恐惧是害怕治疗师对自己丧失兴趣，治疗关系会因此消失，除非治疗师需要他，害怕才得以消失。如果治疗师可以让病人意识到自己被当作重要的人来对待，而不是治疗师必须要依附他才存在。这一点被 R 先生抑郁期表现所证实^[10]。

（三）移情与反移情

一如既往，治疗最重要的部分是通过移情与反移情进行工作。工作困难主要是病人认知中僵化和传统化的权威形象，这个形象可以被安抚或者操控，TA 的所有需要也可以得到满足。治疗师的主要困难缘于突破防御和控制性所带来的无助感和挫折感。这些问题不可避免地将治疗师卷入种种憎恨和沮丧的情绪情感体验中，这些都是需要被工作修通的地方。我们已经发现识别移情与反移情中的模式可以有效区分双相情感障碍患者和其他障碍病人。

研究数据：治疗关系中的反移情会随着治疗师的人格特性不同而有所差异。

或许，最显著的是，大多数工作都倾向于与精神分裂症患者工作，回避与双相情感障碍患者工作。这一点可能与治疗师自身人格特性有关。敏感、内倾的治疗师与双相情感障碍患者工作可能遇见这些困难：首先，缺乏回应，沟通让人耗竭；其次，内倾让人对治疗关系中发生的事情更为敏感；再次，对于这种无回应，治疗师会不喜欢；最后，病人向外的投射会让治疗师感觉到无助，这种无助感需要在工作被觉察与诠释。

我们通过研究发现：当治疗师与双相情感障碍病人工作越来越熟练时，如何满足病人的需求以及满足度多少会变得越来越清晰，在治疗关系中所感受到的不喜欢与受挫感会转变为兴趣。

也有很多治疗师反映在病人需求满足上存在困难，比如同时与 R 先生和 H 先生工作的治疗师反映，在治疗初始阶段会扮演完完全全被病人所控制的治疗师角色，治疗师过度有力量和亲切，之后当治疗师意识到被控制后会迅速转换为敌意和过度拒绝，这时候工作会变得更加困难，会出现危机。不过危机修通以后，治疗关系会迅速进展，病人觉察能力也会提高。

还有位治疗师通过镜映来防御自己拒绝满足病人需求所带来的焦虑感，即使这样，当她要出去度假时，她会提前补偿病人一

小时工作时间，

总体而言，我们认为即使治疗师有把握面对病人的匮乏感和需求感，他们潜意识中依然存在一定程度的焦虑。

（四）权威与界限明确问题

与病人工作具有一定的高风险性，尤其是当病人，抑郁或者轻躁狂期间威胁到已有的经济实力和社会安全时。当然，处理这种具有高风险性的破坏性因素需要依赖于成功的治疗。然而，我们发现，当治疗边界被侵犯时，限制明确的治疗边界与恰当的合理的拒绝是有效的。

研究数据：关于治疗师满足病人依恋需求的度，病人常常会在治疗中展现尝试满足依恋需求来控制治疗师的行为。我们的经验告诉我们：治疗师在治疗关系中无论是扮演被动权威角色还是无积极主动回应角色，与患者工作的风险是一直存在的。风险常常出现在下述情况：病人开启了强迫性重复模式后，他会主动将某些事情体验为对他的拒绝或者不认同，随之 TA 觉得很难完成治疗目标，即会出现我们临床中常常遇见的风险。因此，任何暗示允许病人可以从治疗关系中获得满足的治疗方法都存在潜在的风险，因为病人会发现治疗无望从而提升风险发生的概率。

进一步考虑，如果治疗师扮演积极主动的角色，那么一开始治疗师就需要镜映病人的投射，这方面就存在两点困难：一是反移情识别困难；二是从技术层面突破病人僵化的人际沟通模式，给病人传递新理念，释放焦虑。

三、理想的治疗场景

基于上述讨论，我们认为双相情感障碍患者可以在这样的场景中得到很好地治疗：治疗师积极主动强有力的界定了明确的规定，不合理的需求应该被识别、被命名和被拒绝。治疗师同样不

应该给病人做决定或者尝试给予行为表现的意见。事实上，治疗师的压力应该在对立面——与病人的矛盾点工作，使他可以自己做决定。这个规则应该基于病人可以自主解决问题之上来设置参考框架或者结构。

我们认为治疗师设定规则不仅仅可以向病人传达引导，同样也可以传达他的重要性。例如治疗师与绝食的抑郁病人工作，治疗师需要通过设置规则让病人感受到他的重要性，如每天最少吃多少东西来与他的矛盾工作，而不是让他处于吃不饱或者挨饿的状态。

我们相信病人对于治疗师的重要性同样可以被治疗师持续向病人表达自己情绪的尝试所推动。因此，我们提倡治疗师向病人表示憎恨，当这种憎恨是真实温暖存在的时候。在 R 先生的个案中，最初的好改变开始后，治疗师发现如果她抱怨不知道病人在讲什么的时候，防御会消失。这可以被视为诠释，即病人现在使用的防御策略中多了一份情绪情感一生气。

如其他分析师而言，工作重点还是移情与反移情关系中的分析。病人的特殊防御模式使这个问题更加明显，而且可能会导致治疗困难。我们发现这种治疗困难主要缘于病人单调刻板式的人际回应方式，这些会在治疗中被解决的技术性问题。

四、未来研究展望

未来的研究可以在我们所提出的基于早期成长环境中所发展的人际关系模式上继续探讨。同时，在心理治疗方面也可以投入更多实证个案研究，这样可以更好地界定治疗关系以及双方互动的特点。除此之外，我们也需要学习更多关于所有精神障碍的精神病理学知识。

参考文献

- [1]Coyne J C. Essential papers on depression[M]. NYU Press, 1986.
- [2]Fonagy, P., & Target, M. The Oxford Textbook of Psychodynamic Psychiatry[M]. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- [3]Miklowitz, D. J. Bipolar Disorder: A Psychological Approach to Diagnosis and Treatment. New York, NY: Guilford Press, 2017.
- [4]Markowitz, J. C., & Swartz, H. A. Interpersonal Psychotherapy for Depression. New York, NY: Guilford Press, 2009.
- [5]Greenacre, P. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, NY: W. W. Norton & Company, 1952.
- [6]方迪. 精神分析与微精神分析实用词典 [M]. 北京: 商务印书馆, 1998.
- [7]简雪琦. 压抑、释放、升华——从精神分析视角解读乔纳森·弗兰岑的小说《自由》[J]. 英语广场, 2024, (20): 72-76.
- [8]李杨卓. 人际沟通情境下说服的发生过程及其认知神经基础 [D]. 华东师范大学, 2023.
- [9]赵淳. 翻译的哲学与精神分析学理根基: 以 das Ding 为例 [J]. 中国翻译, 2025, 46(02): 84-92+191.
- [10]赵淳. 马克思主义坐标中的拉康精神分析学文论研究 [J]. 社会科学研究, 2024, (06): 191-200.