

128

法国大学128丛书

心理极限状态

〔法〕帕特里克·沙里耶

阿斯特丽·伊尔什莱曼—安布罗西 著

王金涛 译

天津出版传媒集团

天津人民出版社

心理极限状态

[法] 帕特里克·沙里耶

阿斯特丽·伊尔什莱曼—安布罗西 著

王金涛 译

天津出版传媒集团

天津人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

心理极限状态 / (法) 帕特里克·沙里耶, (法) 阿斯特丽·伊尔什莱曼-安布罗西著; 王金涛译. -- 天津: 天津人民出版社, 2017.5
(法国大学 128 丛书)
书名原文: Les Etats limites
ISBN 978-7-201-11647-1

I. ①心… II. ①帕… ②阿… ③王… III. ①心理学
IV. ①B84

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 084175 号

著作权合同登记号 图字 02-2016-216

Les Etats limites, by Patrick CHARRIER and Astrid HIRSCHMANN

© ARMAND-COLIN, Paris, 2015

ARMAND-COLIN is a trademark of DUNOD Editeur

Simplified Chinese language translation rights arranged through Divas International, Paris 巴黎迪法国际版权代理 (www.divas-books.com)

心理极限状态

XINLIJIXIANZHUANGTAI

(法) 帕特里克·沙里耶, 阿斯特丽·伊尔什莱曼-安布罗西 著; 王金涛 译

出 版 天津人民出版社
出 版 人 黄 沛
地 址 天津市和平区西康路 35 号康岳大厦
邮政编码 300051
邮购电话 (022)23332469
网 址 <http://www.tjrmcbs.com>
电子信箱 tjrmcbs@126.com

策划编辑 臧 策
责任编辑 霍小青
封面设计 汤 磊
版式设计 丁桂发

印 刷 高教社(天津)印务有限公司
经 销 新华书店
开 本 787×1092 毫米 1/32
印 张 4.25
字 数 85 千字
版次印次 2017 年 5 月第 1 版 2017 年 5 月第 1 次印刷
定 价 25.60 元

版权所有 侵权必究

图书如出现印装质量问题,请致电联系调换(022-23332469)

引言

应该把握什么样的标准,极限状态才能被看作是一种病理的状态?在传统意义中,极限状态的内容既覆盖了社会关联,又包含了通过某种方式与极限概念紧密关联的道德基准,然而,如果我们参考的是精神病理学标准的话,那么精神病理学在极限状态的范围内所涵盖的内容,要远远超过极限状态在传统意义中的内容。D.维德洛切认为(1994年):“精神病理,既是被用来研究的精神障碍,又是研究精神障碍的科学。这种双重含义,应被理解为,随着时间推移,精神病理的科学所寻求的,不仅要描述出患者的特异之处,而且要对障碍的本质、障碍的心理机制以及障碍的起因,进行定义。”

然而,极限的概念却是模糊不清的,患者对极限的应用也是依据情况而定,有时付诸行动,有时内心忍受。因此,极限表现出的情况,远远多于在认识领域所规定的标准和数值影响下的其他任何患病实体。这样的评价,在对病理学领域提出质疑的同时,在更广泛的范围内激起了反对这种评价的声音,因为这种评价违反了某项规则,它所指的界限,是行为所触犯的限制。我们由此就可以更好地理解,极限状态的本质,其实是一种理念,它反复质疑那片已被普遍接受的、由精

神病和神经官能症所占据的领域,以便表露一种划定距离的样子,与这两者保持距离。

病理学方法,不在于解释病理事实,而在于借助病理事实,达到解释正常事实的目的。借助病理事实,会发现患者的一些思维和行为过程,通过这些过程的差异和缺陷,揭露出,到底是什么,导致某些心理进程的反常,而非思维和行为反常。这种理念会导致距离被取消,或者说界限被取消,从而促进建立一种心理动力学的连续性,到那时,精神疾病就会非常接近心理稳定常数,而后者常被当作心理很健康的特征。

因此,极限状态占据了一片变化不定的领域,后者成为其构成的本质内容。它引发了激烈的论战,其中的一种激进的科学观点,过分追究极限状态到底存不存在,以反对某种非定位的观点。换句话说,一些人在发明一些极限或是一种对疾病分类控制的同时,另一些人更加关注具有“转疾病分类”特点的突出个体,其冲动的性格、焦虑、抑郁等表现(奇怪的是,这些也都是极限状态的明显指标),是典型的特征。

对极限状态的看法,在本书的前四章中进行讨论。为了更好地理解这一看法是如何形成的,回顾这一概念形成的历史及其演变,似乎是不得不考虑的事情了。

第二章是针对不同认识论领域,进行了一次探讨。得出的结果是,极限状态,要么看作稳定的心理布局,要么看作治疗的后续表现,要么看作一种社会关联效应。依据这种三分法,第三章和第四章将通过两种不同的临床教学,更准确地提出应如何谈论极限患者。

第三章力求阐明,症候群临床教学中的不同理论和研究成果,第四章则希望通过一些质疑极限状态的起因和其心理动力学进程的研究成果和解释性的典型案例,对前一章内容进行补充。

与极限状态测定和诊断相关的社会变量,总结为下面两个方面:

1. 极限状态构成了体现在社会中得失的领域,这一领域占据着一片空白的空间,人们给予这片空间一种被排斥的存在;因此,极限状态是由社会反应所决定的。

2. 极限状态被看作是对某种类型的社会关联的体现。当患者或负责他的医生,失去迁移手段时,治疗关系、教育关系以及整体心理治疗关系就会变得糟糕,那时极限状态就会浮现出来。

极限状态最初的表现,必然变成一种消极的“事实”,它被看作是一种缺陷的表现(或是患者心理上或在社会中的一种失灵),显示出患者的人格及人际关系的功能。此后,研究者们穿过了与众不同的精神病理学,从而靠近一种实证主义的意识形态。

上述观点需要我们做出一种抉择,即如何命名心理进程的精神病理,这一病理使患者在某种冲突中,构建出极限状态,而社会群体对这种冲突很可能进行反抗和镇压,采用的措施则缺少道德方面的考虑。

然而,将在极限状态中以及由极限状态所激起的冲突概念化,要求我们必须从对极限状态客体的复现表象,转至对极限状态患者的复现表象上来,因为将冲突概念化,需要我

们隐含地或明确地参考正在争辩的多元性观点，这些观点需要被充分表达出来。这种冲突无论是内在的(心理内部)还是人际关系间的，甚至它明确突显出与社会群体和规则制定者的对立，这种冲突必然是我们在本书中所涉及的一个重要问题。

本书最后一章中提到的论战，是围绕精神分析法概念中对控制与依赖的中间性把握展开的，因为这两个内容，都需要他人的参与，并且在一种动力驱动下紧抓着他人不放，这种极特殊的动力，在对极限状态承担责任的社会政策方面，必然造成一些影响。

本书从理论层面和实践层面，充分考虑到极限状态概念的复杂性，因此不会试图平息论战，而是力求将围绕这一病理事实产生不同论断的理论依据并联系起来。在此意义上，通过本书，我们一定能够带来的，是围绕着极限状态产生的怀疑。

目 录

第一章 极限状态的历史范畴 /1

1. 极限状态与精神病学 /1

1.1 精神分裂症:用以理解极限状态的精神病学范例/2

1.2 极限状态在精神病学中表现的行为及思维方式 /4

1.3 精神病学与极限状态:发展现状 /6

2.极限状态与精神分析法 /9

2.1 弗洛伊德……位于界限之间 /10

2.2 后弗洛伊德派 /13

第二章 极限状态的认识论范畴 /17

1. 我们从哪里谈起? /17

1.1 精神病理学中的结构概念 /18

1.2 不同状态下的心理结构:健康状态及患病状态/19

1.3 心理结构及其诊断:因果关系的关键 /21

2. 我们在谈论哪些“极限状态”? /24

2.1 作为精神病理学稳定实体的极限状态:结构、组织、布局 /24

2.2 极限状态是对社会人类学发生转变的隐喻……拉康派的观点 /31

2.3 极限状态作为传统分析治疗中“无法解决的问题”的衍生物 /39

第三章 流行病学,病原学及评估方法 /47

1.TLP 的流行病学 /48

2.TLP 的病原学 /49

2.1 父母精神病理所造成的影响 /50

2.2 依恋过程的错乱 /52

2.3 被忽视与被欺辱:造成重大创伤 /53

3.TLP 诊断的有效性、准确性、敏感性 /55

4.TLP 的评估方法 /59

第四章 极限状态在精神病理学方面的精神分析研究方法/63

1.依据神经官能症和精神病系统看待极限状态的遗传学表象 /64

1.1 神经官能症系统的起源 /65

1.2 精神病系统的起源 /67

1.3 极限状态系统的起源 /68

2.极限状态的心理系统、动力学和数据统计表现 /75

2.1 心理机能的空间结构 /75

2.2 焦虑的本质、它与客体的关系 /78

2.3 心理防卫机制 /81

3.评估极限状态的心理动力学方法 /89

3.1 主题统觉测试(TAT)/90

3.2 罗夏氏墨迹测验 /97

第五章 极限状态的临床表现以及推论的弊害 /103

1.推论的弊害 /104

2.极限状态中的控制与依赖 /110

结 论 /117

参考文献 /119

第一章 极限状态的历史范畴

1. 极限状态与精神病学

所谓精神疾病的概念,并不是一种固定不变的内容。恰恰相反,它是按照精神病学领域中所提及的行为,以千变万化的方式不断演变。如果说在传统时代的普通医院看来,精神病学曾一直被看作精神病院里的事情或是与集中营里的犯人相关(福柯),那么如今的它与西欧的启蒙运动时代如出一辙,成为一种力求更为入道的“临床性”医学。无论这种影响是表面的、实际行动上的或是心理上的,关注的内容此后都会聚焦在患者身上,而研究者们也力求将这一心理研究的对象重新安顿在医院的围墙之外。

作为感知精神疾病和治疗精神疾病的学科,精神病学经历了逐步的发展,并对精神病理的命名方式、编索引方式以及治疗方式做出了贡献。因此,那些现今通常被命名为极限状态的病人,也出现在构成“现时性精神病研究”(坦西, 682)的概念和分类系统中时,不会令人感到意外。

1.1 精神分裂症:用以理解极限状态的精神病学范例

20 世纪前半叶的精神病学,是以对精神分裂症患者的研究作为学科认识论的支撑点,研究对象覆盖了被收容所接纳的患有精神疾病的大部分人群。因此,极限状态的临床研究,无法一上来就马上实施独立的方法,而是一直以研究精神分裂症的表现现身于世并不断发展。只有症候学^①明确指出,这种研究将超越精神分裂症的范畴,到达一片仍未探索到的领域。精神分裂症以及情绪性精神病的相关研究,一直是当时精神病学的核心内容,而在这个核心的周围开始出现许多不同的概念,它们的出现,能够命名出那些已知病情“达到极限时”的临床表现。了解一下 E.布鲁勒的研究方向,就会有趣地看到,这位“精神分裂症之父”体会到,为了命名一种从不会明显表露的精神分裂症这种精神状态,需要建立隐潜的精神分裂症这一概念。研究人员在典型的精神病患者身上,发现一种防御组织,它伴随出现一些可以称为“恰当的”行为,这些行为非常近似传统意义上的神经官能症。C.查伯特(1999 年,7)也提出了大量概念,它们近似 E.布鲁勒所描述的内容:“无须住院的精神分裂症”“次精神分裂症”“非典型精神分裂症”。于是我们可以逐步地描述出那些虽然被诊断为正常人格,但是的确存在心理疾病的特征,进而描述出具有轻微病理的人格,它们有时候并未出现在完整的临床报告中。

① 症候学是对一种疾病的症候的研究。重点放在通过诊断病人来获得一定的病情的研究上。

德国的克雷奇默所做的研究,就是在上述这一范畴中进行。他以生物属型学为基础,引入类精神分裂症体质这一概念,用以全面描述一种特殊的精神状态,研究的对象是患有心理病态人格的患者,他们的精神障碍,是在所谓“正常的”性格障碍预防措施和疾病逐步发作(精神分裂症)之间的一种过渡。

在法国,我们不能忽略E.敏柯斯基(1924年)这位现象学家提出的概念,他更为关注性格障碍病症的发作,进而完善了之前由克雷奇默提出的概念:“这些研究对象,只在性格方面存在精神分裂症的心理结构,这不会导致其他方面的精神障碍。”

克劳德提出的分裂样狂躁症(1926年)被定义为一种病理的状态,这种状态的出现,根源于类精神分裂症体质在情感出现争执的时候。这种会诱发情绪紊乱的病态实体,被划为精神分裂的范畴,这一范畴在克劳德看来,一方面不同于神经官能症,因为他发现神经官能症中具有植物神经系统的错乱表现;另一方面也不同于确切的“精神病”。

在H.艾雨(1955年)所提出的分裂性神经官能症观点中,同样描述了边界状态这一概念,其特点表现为间歇性不协调和非首次发作的突发谵妄症,尤其表现出病症与神经组织密切相关。这种分裂性神经官能症,就是最初对极限状态的描述之一,这一描述并不是来自于精神分析法,而是来自于临床实验和对疾病分类的思考(C.查伯特,1999年,7)。

一部既是疾病分类学科著作的合集,又是症候学著作的合集,在精神病学科领域出版,证明了一种研究趋势的出现。

它面对那些在特殊精神状态下的精神病患者,给予他们一部分自主性,同时当他们出现了由精神分裂症所衍生的各种行为之后,坚决束缚住他们。可见,要想或多或少地远离那时采用的治疗分类体系似乎很难,甚至会被看作是异端行为。

毫无疑问,从 20 世纪 50 年代开始,正是那些讲英语的精神病学专家,使极限状态的独立临床研究得到了长足的发展。精神病学曾一直深受心理动力学模式的影响。尤其是在美国,大量的研究工作拘泥于由哈特曼和科胡特推崇的研究自我的心理学理论框架内。在英国,推动理论前进的研究成果,主要是 M. 马勒关于隔离与个性化过程的研究,以及 M. 克莱恩提出的偏执型类精神分裂症和抑郁症的见解。这些成果都影响巨大,作者间的共同之处在于,并未鉴定出极限状态表现的特征性症状,认为它只是一些特定症状所表现的症候群,这就使极限状态重回心理结构的^①诊断上,从而与对自我的病理学研究紧密相连。

1.2 极限状态在精神病学中表现的行为及思维方式

如果需要概述一下精神病学为极限状态的临床治疗所做出的各种贡献,那么就要提到三方面内容,它们使疾病的分类得到重新调整:

- 对治疗的抵触:从 20 世纪的前半叶开始,精神病专家们就体会到,许多被确诊为精神分裂症的患者都不是以积极的行为对待医生所建议的治疗(化学疗法、心理疗法)。

^① 与极限状态产生相关联的心理结构这一概念,将在第二章中讨论。

这种对治疗的抵触是一种可靠的信号，它说明诊断可能出现了偏差以及更加精确诊断的需求。因此，原有的诊断体制受到了质疑。

- 对临床表现的研究：精神病专家们尽管受到弗洛伊德理论的影响，但并没有完全屈从于以解析方式实施临床治疗，他们在可观察到的全部症候和现象中发现，其中混杂着典型精神病患者的自我防御态度，以及与神经官能症症状“相匹配的”行为举止。这些发现，一方面，使专家对患者精神分裂症的诊断结果产生质疑；另一方面，也说明出现了新型的病态实体。

- 全凭经验的研究：全凭经验的研究很难从技术层面实施，它的功绩在于通过一些“严格的、有效的、可普及的”标准，找出原始的患病状态。我们可以列举两个凭借经验进行研究的病例，它们都可以有效地诊断出极限状态：

——继霍克和博拉丁采用的对比 109 名患有伪神经质精神分裂症的患者进行的纵向研究(1949 年)之后，霍克、卡特尔及其同事们开展的研究(1962 年)。他们认为，在大多数病例中，疾病是经历着缓慢的发展过程，有时因不稳定性格的精神病发作(过分担心自己健康的想法，人格解体)而加重，但基本特征都是病情持续时间较短。他们还强调指出，在 109 名患者中，只有 20% 的人对精神分裂症的症状学研究起到了作用。事实上，只有其中一半的患者，也就是说占全部患者的 10%，其病情是慢性发展的。相反地，三分之一病情发展有助于研究，但这样的数量满足不了研究的需要(坦西，689)。这种凭经验研究的价值在于，从宽泛的样本中得出这

样的结论,即对伪神经质精神分裂症的诊断,首要的是从神经官能症的症状(通常是多样的)中,揭示出精神分裂症的初期症状(如联想障碍、情感僵硬、情绪矛盾……)。在这些研究路线间,我们已经可以推测出精神病理学对极限状态的或然判断了。

——格林柯尔将研究的重点放在边缘综合征方面(1968年)。他的研究水平超过了前人。在他之前,研究者只是想要将自主的病态实体作为极限状态提出来,之前的霍克和卡特尔,一直通过精神分裂症的阴性症状,对极限状态加以定义。然而,格林柯尔则尝试着从51位被确诊为极限状态的患者中,收集一些临床数据,从而找出症候群的因素特征,并通过数据统计分析,证明了自己对边缘综合征研究方式的有效性(坦西,705,被伯努西重新提到,2000年,52)。他于是总结出下列特点:好斗性作为极限状态病人表现的主要情感;各种情感联系的缺失;认同障碍;与孤独感相关联的抑郁状态。格林柯尔还将极限状态患者划分为四个子群,似乎是按照这一连续性来划分的:“患精神病的极限状态”——“具有极限状态本质特点的”中间状态——疑似极限状态——“神经质极限状态”。至少,这样的线性划分,对区别治疗各种极限状态的混杂症状做出了贡献,首先是格林柯尔,随后是其他人,直至今日,这种划分仍在沿用。因此,极限状态在精神病学的疾病分类中,很难找到一片自己独属的领域。

1.3 精神病学与极限状态:发展现状

如今,我们不仅在精神病院中,而且在科学方面的出版

文章中发现,被确诊的极限状态会出现复发情况,或者更恰当地说,是边缘性人格障碍^①疾病的复发。这一症状表现在北美精神病学家们已经完成的清晰而概括的论文中就已经被提到。事实上,这些精神病学家在五十年前就出版了一本《精神疾病诊断与统计手册》(DSM),以它作为“一种理论依据”,对将人格各种的障碍编成索引贡献颇大。每种人格障碍都依据不同标准组成的列表,其中的一些标准对于疾病的确诊是非常必要的。

目前,精神病学领域参考的标准,正是《精神疾病诊断与统计手册第四版》(DSM-IV-R)(1994年出版)。它将边缘性人格障碍(P.763)定义为这样一种普遍模式:人际关系不稳定,自我意象的不稳定以及情感的不稳定,这种情感具有明显的冲动性,它出现在刚刚成年后,并在不同的环境中有所表现。对于边缘性综合症的表述,是在手册中的第二轴上;据此理论,边缘性综合征并非一种疾病(或称“障碍”),而是位于第一轴所指出的一种人格。为了能够确诊,患者首先必须为成年人,同时要至少符合下列标准中的五项:

表一:边缘性人格的诊断标准

- 为了使自己免遭实际的或想象的抛弃而努力过分。
- 不稳定且紧张的人际关系模式,特征是在过度理想化及否定价值这两个极端之间不断变更。
- 认同障碍:对自我意象或自我概念表现出持续而明显的不稳定。

① 对于边缘性的定义,在学术专著中被看作是极限状态的同义词。