

临床精神病学

〔英〕W. 梅佑—格罗斯 E. 斯萊脫 M. 路茨 著

上海科学技术出版社

临床精神病学

[英] W. 梅佑—格罗斯 E. 斯萊脫 M. 路茨 著

紀 明 徐 韜 园 史 鴻 璋 譯
田 寿 彰 王 善 澄 周 玉 常

夏 鎮 夷 审 校

上海科学技术出版社

內 容 提 要

本书是由上海第一医学院精神病学教研组及上海市精神病防治院的同志们根据英国 W. Mayer-Gross, E. Slater 和 M. Roth 所著的 *Clinical Psychiatry* 譯出的。

本书内容广博,取材踏实,批判了心理分析学派的理論学說,并提出精神病学应建立在自然科学基础上的主张。作者特別強調精神病的診斷必須依据临床观察結合神經系統的病理生理,作出結論。全书共分十二章。第一章緒論闡述现代精神病学概念,在介紹现代精神病学学派中,作者提出了自己的見解和评价。其他各章按精神病的分类加以全面論述。作者对临床症候群的明确而詳細的描写,以及对精神病的临床、生化、遗传及病理等方面有价值材料的搜集与分析,都是本书較突出的优点。

本书除对专业临床医师有参考价值及可供教学参考資料外,亦可供其他各科医师的参考。

CLINICAL PSYCHIATRY

W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth

2nd ed., Cassell & Co. Ltd, 1960

临床精神病学

紀 明 徐韜園 史鴻璋 田寿彰 王善澄

周玉常 譯 夏鎮夷 审校

上海科学技术出版社出版 (上海瑞金二路 450 号)

上海市书刊出版业营业許可証出 093 号

上海新华印刷厂印刷 新华书店上海发行所发行

开本 787×1092 1/18 印张 33 6/18 插頁 4 排版字数 790,000

1963年11月第 1 版 1963年11月第 1 次印刷

印数 1—4,000

統一书号 14119·753 定价(十四) 5.25 元

第一版原序

在把一部新书介绍进现代流行的精神病学教科书中去时，作者们认为有必要举出他们的理由，说明目前有进行这一工作的必要。

第二次世界大战前的十年间，关于精神病的发病率、遗传学、生物化学、病理学和物理疗法等，在英语国家和中欧诸国中都发表过大量的文献。其中许多尚未经过整理，因此有必要根据临床观点来选择一下，把比较有价值的部份吸收到一般教科书中去。

1939~1945年间的战争，又扩大了精神病学家们的活动范围并增加了他们的经验，虽然有不少资料还待发表，可是这些战时经验，在精神病学，犹如医学的其他部门，其作用是完全可以理解的。关于环境影响在精神病发生上的作用、治疗方法、精神病学技术的使用等等，我们认为都大有增长。所有这些进展，现在都应当在精神病学的教学中，发挥它们的作用。

现有教本内容不够完备，也是动手写作新教科书的另一个重要原因。在最近若干新的教本中，象 Curran 与 Guttman (1949)、Strecker 与 Ebaugh (1947) 等人的书，主要都是为初学的人们所写的。甚至有些书，象 Lichtenstein 和 Small (1943) 的书，只不过是为一一般人的兴趣而作的。内容比较广博的书中，象 Henderson 与 Gillespie (1950) 的和 Rosanff (1938) 的著作，在我们看来，都觉引证的病历过长，而且往往为日常工作中所习见，对于精神病学家来说，没有多大意义。或者只是一些炫奇的思辩，虽可引人入胜，然而在一本重点说明一般原理而不追求细支末节的书中，却不可能对这些资料进行彻底的分析 and 评价。

还有一些书过份着重于说明作者的个人见解，结果使精神病学的某些特殊部份重视过份。虽然多数是很有价值的贡献，但是它们的用途并不是属于一般的而是特殊的。举几个例，象 Cobb 的作品 (1940) 是从神经病学的观点来看问题的；Noyes (1948) 的书是从 Freud 心理病理学来谈的；Muncie 的教科书 (1946) 是完全根据 Adolf Meyer 的心理生物学来说明的；Massermann 的动力精神病学 (1946) 是一个神经生理学与心理分析学的很勉强的结合；T. V. Moore 的书 (1944) 则是一个 Kraepelin 和 Freud 心理学的主观综合产物。

人们看到这么多不同的见解，可能会得出结论说：这些不同学派的思想是没有共同观点的，是不可能调和的。其实这也是错误的，而且这些大量不同见解的存在，并不代表今天临床精神病学的真实面貌。这许多理论体系并不是那么完全彼此相反而没有任何融会贯通的可能性。它们每一个都适用于一定的实践的或研究的课题；每一个都有着扩大化或一般化的可能；但是，在任何情况下都不能以极端的形式来遵循上

述理論，也不能全盘无条件地接受。事实上，不管他們的观点多么不一致，不同学派的学者們对于同一个病人却常作出非常类似的結論。因为在他們的思想深处，本来存在有共通的体会，但这些体会，常常被爭辯的洪流所淹沒。人們經常指責精神病学是一场无止境的論战，单为了澄清这一点，也值得我們克服困难，把这些共通的体会挖掘出来，并說明这些不同理論应用在它們各自的特殊領域里所获的成效。具有这种临床观点的最好例子，可以在德国的教科书中找到，而且多是在1910到1935年間出版的。例如 E. Bleuler (1916)、Grubler (1918)、Bumke (1924)和 Lange (1935)等人所著的书，他們都是以 Kraepelin 的四卷卓越論著为基础的。这套书的最新全版于1913年发行。后来 Bumke 主編的精神病学全书(1928~1932)又全面地总结了当时精神病学所有不同領域里的知識。

按照我們的計劃，本来应当先拿出一套系統的基本概念、理論和方法来，作为討論的总綱，才是最合乎邏輯的步驟。但是这一类的总结工作，事实上，至少在英語國家的精神病学中是太迟了。关于这类問題的經典著作，Jaspers 的精神病理学总論，从来不曾被翻譯过来。这部书的最近一版发行于1945年，而当它的第一版在1913年間世以后，就大大开辟了道路，使科学精神病学在德国、法国、荷兰和斯堪的納維亞諸国里，早就取得了成功的发展。然而在英語国家里却一直没有得到这部书所提供的批判和推动作用。法国的临床精神病学也和临床內科一样，在十九世紀起源，并已形成了它的主要概念。它們虽然有时候过份狹隘地把兴趣集中在思辯的、診斷的瑣細問題上，但其主要的临床观点，却从来未曾迷失过方向。这一点可以从 Henri Ely (1948)和 Paul Guiraud (1950)两人最近的书中衡量出来。这两本书都正确地把精神病学建立在神經生理学和大脑病理学的理論基础上，而且在一般精神病学的哲学基础上也是一致的。但他們未曾采取多次元路綫(Multidimensional approach)，在我們看来，这个路綫是目前唯一令人滿意的路綫。

好在这种合乎邏輯的步驟并不是最有效的方案。如果把这些基本概念和理論分別归納到相应的專題里面去，那么对它們的意义、应用的合理性与限度更会一望而知。这样作不但更加容易而且还可能收效更大。根据这种考虑，我們这本书沒有总論部份，而只有一般所說的“精神病学各論”。假如象本书其他部份一样，也根据建設性的批判主义，写出一篇精神病学总論的話，那就意味着要涉及很多哲学問題，包括身心关系、一元論和二元論、心理認識上的机械論和性灵論、多种精神病理学理論的优缺点，以及分类和定名的困难等等。过去的精神病学家們，曾經为这些抽象的东西化費了不少時間与精力，結果却从来不曾获得任何最后的答案。假若把主要力量用来理解那些可以觉察的事实的話，那么他們的成就可能会更大些。

这本书有些方面和其他大多数的书不同。对于社会上和临床上多见的問題、智力不足、神經症，病态人格和越来越重要的中年及老年疾病等，都給了充份的篇幅，而象梅毒一类兴趣已較減低的病，都作了压縮。对于那些在精神病学与神經病学和一般內科交叉部份的临床症状和綜合症也詳加討論，让很多不在精神病院里工作的精神病学家們会发现它們的重要性。

总起来說，我們希望所写的这本教材不仅能对学生和非精神科的医学专家们有很好的帮助，而且也能对精神病学专家有所裨益。对于后者，我們希望能提供一些有用的参考资料，特别对那些我們所知甚少，而且值得钻研的問題，也希望能够在书中指出若干前进的方向。

紀明譯

第二版原序

自从本书第一版于1954年問世以来,精神病学的进展已日益加快步伐。本书出版以后,流传甚广,在第一年內已經重印,这次再版时,有必要对其內容进行修訂。同时,作者已收到大量建設性的、有益的意见,給这次修訂带来很多帮助,对此,作者已另文表示感謝。

在修訂时,作者认为不仅要把各方面知識的进展包括进去,而且必須考虑到人們在理論方面的兴趣和傾向。在第一版的緒論章中,对 Freud 学說作过詳細的批判,这其中至少有一部份是具有挑战性质的。对这一点,从来沒有人起来应战。因此,在第二版中,作者认为已經不必要对它进行如此冗长的贅述,所以关于 Freud 学說的介紹已經进行了适当的縮減。在同一章中,对精神病学的社会学問題、巴甫洛夫精神病理学和存在主义 (Existentialism) 都增添了充份的介紹。作者的基本观点,在第一版的緒論和其它各章中都有闡述,这些基本上沒有重大更动。

在化学中毒、癲癇、老年期精神病等章节中,也作了很多修訂。

紀明譯

目 录

第一章 緒 論

精神病学基础	1
诊断	5
精神病学的范围	8
精神病学与医学	8
精神病学与社会学	9
精神病学与生态学	10
精神病学与心理学	15
现代精神病学学派	16
克雷丕林系統和它的影响	16
范尔聶克和大脑定位学者	18
心理生物学	19
心理分析学	20
巴甫洛夫学派	28
存在主义及其有关学說	31
多次元路綫	33

第二章 精神病患者的检查

緒言	39
病史	42
精神状态	45
病史記錄格式	47
病史	47
精神状态	48
对不合作的或木僵病人的检查	51
器质性病例,特别是脑部有局限性損害 患者的检查格式	53

第三章 精神薄弱

定义与分类	60
发病率	62
病原与病理	62
精神缺陷的遗传問題	62
遗传以外的病原和病理	71
临床表现	74
早期诊断	74
发育障碍	76
愚魯(低能者)	77

重度精神缺陷(痴愚)	82
白痴	83
精神薄弱的特殊类型	84
具有明确病理变化的其他形式的精神 缺陷	87
诊断与鉴别诊断	90
预后	92
治疗	93
預防	93
治疗与訓練	95

第四章 变态人格与神經症反应

关于变态人格概念的历史发展	97
变态人格概念的现代发展	100
素质在病原学上的作用	104
遗传	104
身体因素	107
心理因素	109
病理因素	111
人格与反应的特殊形式	114
忧郁反应	114
神經衰弱反应	118
焦虑反应	121
歇斯底里	126
神經性厌食	141
强迫状态	143
易激惹性	153
疑病症	156
类偏执狂反应	159
放逸症	166
冷酷无情	168
性欲倒錯	171
神經症和变态人格的心理治疗	183
集体治疗	186

第五章 情感性精神病

定义	188
发病率及病因学	188

基本人格.....	191	治疗.....	283
诱因.....	192	(1) 预防.....	283
躯体素质.....	192	(2) 心理治疗和社会治疗.....	285
病理学及精神病理学.....	196	(3) 物理治疗.....	288
精神病理学.....	197	第七章 症状性精神病	
临床表现.....	199	病原学及病理学.....	296
情感性素质.....	199	临床症象.....	299
情感性精神病.....	201	(1) 一般症状.....	299
病程及预后.....	209	(2) 各种躯体状态的特殊临床征象.....	302
诊断及鉴别诊断.....	211	病程及预后.....	319
治疗.....	214	诊断及鉴别诊断.....	319
自杀.....	219	治疗.....	320
第六章 精神分裂症		第八章 化学中毒与癲癇	
定义.....	222	缺氧血症.....	322
发病率.....	223	一氧化碳中毒.....	324
病原与病理.....	223	慢性一氧化碳中毒.....	325
(1) 遗传.....	223	氰化物.....	326
(2) 分裂性素质.....	226	工业中毒.....	326
(3) 内分泌.....	227	铅.....	326
(4) 新陈代谢.....	228	汞.....	327
(5) 中枢神经系统.....	230	锰.....	327
(6) 促发因素.....	231	砷.....	327
精神病理学.....	234	其他工业中毒.....	327
(1) 思维障碍.....	236	酒精与酒精中毒.....	328
(2) 情感紊乱.....	238	发病率.....	328
(3) 意志紊乱.....	239	病原学和病理学.....	331
(4) 紧张症症状.....	240	临床症状.....	333
(5) 原发性妄想.....	241	酒精中毒的诊断.....	342
(6) 幻觉.....	243	治疗.....	343
一般症状概论.....	244	乙醚.....	345
临床表现.....	246	镇静药: 溴剂与巴比妥类药物.....	345
(1) 单纯型精神分裂症.....	246	溴化物.....	346
(2) 青春型精神分裂症.....	248	巴比妥类药物.....	347
(3) 紧张型精神分裂症.....	252	苯丙胺.....	349
(4) 类偏执狂型精神分裂症.....	259	吗啡.....	350
(5) 不典型和混合型的临床症状.....	265	印度大麻 (Cannabis).....	353
结局.....	268	可卡因.....	356
后遗状态, 衰退, 死亡.....	268	南美仙人掌毒碱.....	358
病程与预后.....	271	麦角酸二乙胺 LSD25 与实验性精神病.....	360
有关预后的指标.....	274	神经阻断药.....	362
诊断与鉴别诊断.....	276	第九章 癲癇	
症状的诊断价值.....	278	定义.....	365
鉴别诊断.....	281	癲癇的生理基础.....	365

发病率.....	368	神經梅毒的预后及治疗.....	426
病因学.....	368	脑肿瘤.....	428
遗传.....	369	发病率.....	428
癫痫与其他精神病之间的关系.....	371	一般性症状.....	429
临床表现.....	373	局限性症状.....	432
全身性或中央脑性癫痫.....	373	诊断.....	441
局限性癫痫.....	376	輔助诊断.....	443
发作較长的癫痫状态及癫痫性精神病.....	377	治疗.....	443
精神运动发作及自动症, 朦胧状态及		脑脓肿.....	444
神游症.....	378	播散性硬化症.....	444
情緒改变.....	381	诊断.....	446
癫痫性人格衰退及痴呆.....	382	治疗.....	446
慢性类偏狂精神病.....	385	第十一章 年老与老年人的精神病	
鉴别诊断.....	387	緒言.....	448
治疗.....	389	中年期痴呆.....	455
第十章 脑外伤、感染及脑肿瘤时之		老年前期痴呆的意义.....	456
精神障碍		Alzheimer 氏病.....	458
緒言.....	393	Pick 氏病.....	461
脑部器质性疾患所造成的精神变化.....	394	Jakob-Creutzfeldt 氏病.....	464
意識混浊.....	394	Huntington 氏舞蹈病.....	465
记忆障碍症候群.....	395	伴有小脑萎縮的老年前期痴呆.....	469
痴呆.....	395	視丘变性所引起的痴呆.....	469
脑部器质性疾病患者之一般行为.....	397	Kraepelin 氏病.....	470
脑损伤.....	399	Schilder 氏病.....	470
病因与病理解剖.....	399	Marchiafava 氏病.....	470
急性期的精神症状.....	400	其他类型的老年前期痴呆.....	470
恢复期.....	402	中年期痴呆的研究和鉴别.....	472
慢性期.....	403	老年期的精神病.....	474
鉴别诊断.....	410	前言.....	474
预后及治疗.....	411	五組主要的老年期精神病的自然史.....	477
脑膜炎.....	412	情感性精神病.....	480
急性脑膜炎.....	412	老年性精神病.....	483
結核性脑膜炎.....	413	脑血管疾病所引起的精神病.....	487
脑炎.....	414	病原方面.....	487
亚急性脑炎.....	414	尸体解剖.....	490
流行性脑炎.....	415	临床症象.....	492
震顫麻痹.....	418	诊断.....	495
肝豆状核变性 (Wilson 氏病).....	419	治疗.....	496
中枢神經系統梅毒.....	419	大腦血栓閉塞性脉管炎.....	498
梅毒感染的精神反应.....	419	其他脑血管性症候群.....	499
梅毒感染后初期及第二期的精神变化.....	420	譫妄状态.....	499
脑膜血管性梅毒.....	420	晚发性妄想痴呆.....	502
实质性神經梅毒.....	421	老年期神經官能症.....	504

老年期精神病伴发的躯体疾患·····	504	歇斯底里·····	534
老年期精神病者的脑电图·····	505	易激惹性·····	535
老年病人的一般处理·····	508	强迫观念与强迫行为·····	536
第十二章 儿童精神病学		情感性精神病·····	538
緒論·····	511	精神分裂症·····	538
发病率和儿童精神病防治工作·····	513	症状性精神病与躯体疾患时的心理反应··	540
儿童的精神检查·····	514	癫痫与其他器质性病·····	542
精神薄弱·····	515	癫痫·····	542
精神神经症反应和变态人格·····	516	脑炎·····	543
亲子关系·····	517	幼年痴呆·····	544
个别的心理病理症状·····	518	局限性症状·····	544
忧郁与神经衰弱反应·····	532	参考文献 ·····	547
恐惧反应与焦虑·····	533		

第一章 緒 論

精神病学基础

我們深信精神病学必須建立在自然科学的基础上。根据这种信念，本书的目的在于试图将科学研究的成就和方法应用到精神病学临床方面去。显然，从我們目前这一門专业的发展情况來說，这样的計劃还只能部分实现，因为我們今天大多数的临床知識，只能算作医疗技巧而不能作为科学的論据。虽然如此，我們坚持这个方針，因为我們相信：只有通过自然科学、生物学、医学和精神病学的有机联系，再配合那些艰巨而可靠的科学研究方法与討論，方能取得經得住考驗的进步。

从一开始就作出这样一个声明是十分必要的，因为在今天，和过去一百年間屡次发生过的情形一样，精神病学正面临着和医学总体失去联系的危机。追究这种危机的所以反复发生，可以找到两个主要原因：首先是精神病学实践在精神病学家的知識和态度上所起的影响，其次是精神病学在医学与神經病学之間以及哲学与心理学之間的特殊地位。

从事精神病工作的人，不管他是在一个机构里工作或者是开业医生，他所首先关心的是怎样去治疗和帮助他的病人。即使沒有充份成熟的知識，或者过去的研究結果对他并无帮助，或者仅提供一些不可靠的依据，但他也会試用各种方法来做到这一点。例如在上一世紀的第八十和九十年代內，大脑解剖学和病理学的发现对于了解精神病人很少帮助，同时克雷丕林(Kraepelin)的疾病分类对于精神病的治疗工作也沒有多大帮助，很自然地，所有的精神病学家就走上了弗洛伊德(Freud)心理病理学的道路。这一理論在具体細節还没有弄清以前，就答应給全部内容加以解释。由于科学进展的緩慢，类似的急躁情緒、抄近路、走歪道的现象，过去发生过，现在也发生着。每当一項科学工作出现一个新的分枝并且与人类行为有些关联时，或者每当一种新的哲学概念得到人們的支持时，精神病学家們就抓住它，并且試行把它应用到自己的范畴里边去。虽然这这也是一个开辟新途径的方法，但是真要发生实效必須經過科学方法的实验，才能真正有所收获。

心理学資料的主观性和缺乏准确性更容易使精神病学家的看法不穩定。心理现象只能用文字来描述，而文字本身又常可具有各种不同的解释。精神病学中所应用的許多术语都取自日常用語而缺乏明确的定义。反过来，若干精神病学的专门术语又被用于日常語言中，以致它們的意义被冲淡而变得曖昧不明。在目前的精神病学文献中，許多是凭借玩弄詞句和概念而存在的，精神病学的科学工作者必須經常注意到这种含糊不清的繁文贅言的危害性。

这种傾向对于精神病学家及其声誉所造成的損害是不容忽視的。所以现在比以往任何时候都更需要在临床工作中严格地掌握科学原則。我們应当記得，只不过在150年前，除了极危險的精神病发作以外，关于精神錯乱的治疗工作，还被当作是哲学家和神学家的任务。在我們国家里(指英国)，直到第一次大战以前，精神病学工作者还被认为是一个竞争失敗者；是没有办法在內科或者外科方面找到出路的人。心理治疗常被視作为一种江湖騙术，医院里的精神病学家們也不过是社会上委托他們对其退化而危險的分子担当监护人而已。

现在情况已經改变，精神病学家已被承认为一名医生，而且好比是一个与群众利益有关的社会問題的顧問。这是由于許多忠实研究家經過孜孜不倦的努力和积累了許多公正而細致的临床观察所促成的。当讀到下面关于现代精神病学的批判性总结的时候，应当牢記这一点。

虽然各种学派的精神病学家們在实践中有很多共通点，但同时也存在着过多的分歧，以致很难說精神病学的现状是完全健康的。在不同的医学中心所在地，对于一些基本問題的想法和教法，存在着很大的差异。这些差异充满着武断的气氛而缺乏应有的客观态度。許多迅速的进展都被先入为主的論断所忽略。过去获得的結結实实的知識，如果和流行的思想方法相矛盾的話，也不会必要的时候重新修訂，而只是被忽視甚至被忘却。精神病学不仅被割裂成許多学派，而且，更遺憾地，它被迫和医学科学的母体分了家。确实有些精神病学家对于这个分裂一点也不后悔，而且明明是在尽其所能地去加深这个分裂。随着时代而来的多方面的增长，包括精神病学工作者的人数，在校和毕业后学生的精神病教学时数、精神病学家們在其本身和有关方面中的要求、公众的器重和支持等等，都引起了自我批評精神的相应的下降。推进科学的正常发展，首先要搜集和肯定事实，再給它們一个适当的理論，然后再去檢驗这个理論的适用限度等等，这一切都被放弃而变成了明日黄花。剩下來的只是越来越复杂的，一个接一个的理論解释，但却忘記了随时寻求新的事实来檢驗这些理論的必要性。

糾正这些不健康的傾向的方法自然在于回到病床旁边去，回到临床观察的原則上去。作者們相信如果脱离了对病人的研究而談精神病，就不再是精神病学。

这也許是尽人皆知的問題，毋須拿来作过份的強調，可是近年来确实有这么一种傾向，就是輕視了精神病学和生理学、內科学、神經病学之間的密切联系。这些人們认为这是一些过份狹隘的教条，不足以成为精神病学的綱領。因此，Lidz 和 Lidz (1950)两人在他們的“美国精神病学的瞻”(An interpretation of the perspectives of American Psychiatry)里边說：

“腦子的机能失調或减退(不管它是由于病变、发育不全或是生化紊乱所引起的)，当然会降低綜合行为的能力。虽然神經通路使象征作用(Symbolism)成为可能，但是单凭着这些有关的知識，却无从理解精神病中所特见的那些象征机能和象征(Symbols)的紊乱……所以說，神經病学絕不是精神病学家的唯一的基础，只是一个与本題有关的部門。而作为基础科学的神經解剖学和神經生理学更只是精神病学許

多基础科学里边的一个而已。事实上,过去十年中,精神病学已经离神经病学越去越远……”

这两位作者并且认为社会学和文化人类学(Cultural Anthropology)已经成为美国精神病学的基础。

作为精神病学的基础,而竟把社会学和文化人类学来和神经病学等同看待,这种主张简直是舍本求末。在这些不同学间的领域中,已知部份和未知部份在量的对比上是完全不同的。我们的神经病学和神经生理学的知识是详尽的、精细的,并且都具备明确的定义。而关于社会学的知识却是贫乏的、不精确的,并且很难说是肯定或否定的。神经病学知识给我们提供了有关个体的理解,可是社会学知识只给我们提供有关集体的理解,要从集体里边演绎出个体的理解当然很容易发生错误。神经病学则能给我们指出很多疾病的原因,那些原因的作用方式和它们引起某些症状的道理和途径。而社会学主要是研究正常人的现象;关于疾病原因方面的知识,从来就很少有所接触。

强调社会学和人类学的重要价值,是从这样的观点出发的:人既是社会性的动物,又和他的文化环境有着密切的联系,那么只有研究把个人和社会综合成一个有机体的平面,才能替精神病学找到适当的纲领。假若把精神病学改叫做“行为的科学”(Massermann)是恰当的话,则这种观点也许还有些道理。可是在事实上,那就不仅必须把大多数精神病学家在日常工作中所遇到的精神病作出完全的叙述,而且还得把人类在社会政治生活中,在艺术和宗教中的全部活动也包括在内。这样一来,精神病学的范围就会扩张到大而无当的地步。而且这种关于人类行为的完全记录,将不仅需要神经病学、社会学、心理学和人类学的知识,而且也得吸取经济学、历史学、文学和所有的科学——事实上,是一切人类的知識。

反过来,假如精神病学必须象我们所认为的一样,原则上只限于研究精神疾患,则在社会学里所研究的那些社会行为的方式就不一定和它有直接的关系,因为在个别病人的任何临床问题中,首先必须在两种假设中采取比较简单的一个。譬如说,一个病人突然发生抽搐并伴有意识丧失,这完全可以拿神经生理学的术语来描述和说明,如果再加以或代以心理学的描述和说明,就等于画蛇添足。一个病人在臂神经从完全被截断以后,很容易在同侧手上消失定位觉、辨别觉和实体觉,只有缺乏经验的临床医生才会误诊为皮层损害,因为他不曾首先考虑到感觉可能在較低的平面上发生障碍。事实上,有大量证据说明在重性精神病中,致病的特殊因素都是属于体质性的和生理病理性的,同时在任何精神病中都不能把这类问题抛弃不管。

这并不等于说社会学对于精神病学家毫无帮助,也并不是说在精神病学家和社会学家之间,没有任何共同有兴趣的问题。同时也并不是说我们不了解将来在各类精神病总发病率上,对社会与环境因素的影响的研究,可能会给精神病的预防找到重要的资料。在若干少数问题上,例如自杀,虽然也发现过若干有兴趣的事实(Durkheim, 1897; Sainsbury, 1952)。可是总起来说,他们谈到文化和环境型式对于精神病的影响问题时,大多是属于一些不着边际的臆测,而不是甚么系统的研究。

如果事实上神經病学和內科学的知識在精神病学中应用的可能性确很有限的话,那么这种认为精神病学和医学有密切联系的爭論,就可以看作是无足輕重的。但是事实却远不是这样。器质性精神病、脑外伤的精神后遗症、癲癇、脑炎、酒精和其他中毒等等情况,在精神病学的領域里占有相当大的部份。而且这个部份还在繼續不断地被扩大。在身体和精神变化之間,有很多从未想到过的联系(其中有些具有重大的理論意义),正在不断地被发现出来。自从脑外科加入到精神病学家的武器当中来以后,一方面成为一种治疗,同时也开拓了一条解决問題的新途径。最近使用脑电图的工作又提供出一个改变看法的实例,这可能是把神經生理学的概念与方法应用于精神病学方面的結果。在精神病学、生理学和医学三者之間的这种有机联系,正在飞速地向前发展着。

另外一个反对把精神病学和医学分家的理由在于:如果把它的自然基础大量剝掉的话,它将在任何一阵风前搖摆不定。就是說当任何一种理論兴起而得到传播的时候,人們就会立刻去盲从它,从而完全失掉一切批判的标准和根据。新生的学派会把精神病学引导到一个夸夸其談的地位上去,使一切实验研究、临床观察、艰苦的随訪研究、甚至于統計分析和立論都成为无用的或很少有用的东西。精神病学家也可以满足于用时髦的术语来解释他的发现。而把診斷视为无所謂的或者是次要的工作。讓我們再一次引用 Lidz 和 Lidz 的話:

“由于考虑到人这种有机体的高度可塑性,不但产生了和德国学派不同的診斷方法,并且彻底抛开了克雷丕林所創始的,企图把各种精神病进行分类的精神病理学。可以說,精神病只不过是一些体现出人格防御的症候群,和器质性症候群有所不同。因为他是人格发展的变态,所以在两个不同人身上,很少有完全相同的表现。各种診斷的名字可以当作是一些記述的符号,它只能說明一些相似的基本表现类型,其实这是由于人和人的关系在幼小时候大致相同而形成的。但事实上,通过人們在碰到困难問題时反复使用的方法,来說明这些类型的突出部份才是最重要的。如果可能的話,也可以把幼小时候的原始类型加以說明。总之作为心理病理学的診斷,不仅要深入考虑到无意識的冲动,还得要深入考虑到時間的因素。至于现象学方面的記述,并不是最重要的东西,因为它既不能帮助了解一个人,更很少有助于治疗。”

这完全是现在美国精神病学主导思想的一个典型代表,这种观点目前在英国和斯堪的納維亞国家中也已經取得相当的地位。当然这是錯誤的,因为在它的基本前提中,一部份实在是假的,一部份是既未經証实也很不合理的。这种别开生面的作法,从历史发展上来看是可以理解,甚至可以說是不可能的,但絕不能因此而証明它在科学上也是正确的。因为单独地研究一个人的历史,并不能把真正的病原因素和巧合的偶然事件相互区别开来。在上面这些說法中,有很多假定是很可疑的。例如:把所有精神病看作是人格防御的形式,包括象精神分裂症在內,都当成是人格发展的变态。那么,有許多的証据正是反对这种观点,則又如何解释呢?而且,說到診斷分类在实际上沒有作用,这岂不意味着如果应用得当的話,也一定沒有作用嗎?离开了診斷的分类,治疗必然会建立在主观和武断的基础上。现象学方面的記述,在今天大多

数精神病学派中,固然不是最主要的問題,然而如果对它加以进一步注意的話,却确好处。和 Lidz 們的主张相反,它虽然对于了解一个人的意义不那么大,但是对于人所生的疾病的了解,确有最重要的价值,而且这已成为诊断的必需条件,从而也是治疗的根据。

这段文章說明人們已經把注意远离了象“精神分裂症”一类的共同的特征,轉而去注意一些具体的人,人与人之間的不同及其相互关系。其实对个别人的过份注意,是不可能发现新問題的。如果把每一个自然现象都看成是一个独立单位,而不看成是一群类似现象当中的一个的話,則物理学是无法发展起来的。只有承认各现象間的共同性才能取得成就,任何在表面上看来可能很不一样的东西,我們可通过这些共同性而找到共通的原因。

同样地,我們也可以看看象实验生物学家计划統計实验里边的邏輯。为了要解释他的发现,他首先要分析那些共同因素作用——例如两类种子的不同,或者是土壤肥料的不同等。这些是“主要的作用”。如果有更多的因素存在,則又可以衡量出它們的“相互作用”。最后再研究个别的变异,这本是可以在統計学上作为“誤差”而給以分类的。如果他从相反的方向开始,企图說明所有个别变异中所观察到的全部不同,那么任何东西都将无从发现。

精神病学也是这样。虽和正常人一样,各个精神分裂症患者彼此不同,但他們确有相似的地方,同时有着一些共同的、和平常不同的方面。就是他們中間,自杀的、患結核病的、早死的都特別多,而能够順利地进行社会适应的机会特別少,他們的思想方法和情緒与正常人有着經常的特征性的不同。在精神分裂症这个組里面,作进一步的分类是有用的,这里边有着性别、年龄和临床类型等等的不同,这些对于预后和治疗都有重要意义。倘使从来不曾有过这些分类,那么由此所提供的这些知識当然不会发掘出来,从而說它們具有某些指导作用一句話就更不能理解。更进一步,如果我們只会使用一种治疗,例如心理治疗,并把它应用于所有的病人,那么不但从来不曾听说过有这种到处可以通用的万灵药,而且这种作法簡直要把我們帶回到洪荒古代去。

如果我們放弃作诊断,也就是拒絕采取过去所积累下来的丰富的知識,那真是大傻瓜。我們不能固执地不看那些已經知道的东西,如果是要这样作,那么必須先准备好去証明(或者相信)过去的都是假知識,或者象 Lidz 們所說的,它們都是不确切的東西。而且一旦我們离开了这些诊断而只去研究个别的病例,那么就会丢掉一般知識的有力协助。一个聪明的医生永不会把病人的个别特点忽略掉,但是他首先要看一下他到底属于哪一个总的类型,并且他不会错过每一个对于这一类型來說具有特征性的要点。这样作既不会把象思维障碍或者听幻觉等表现当作是毫无意义的东西,也不会当成是只能用这一个病人的生活史来解释的东西。

診 断

对于诊断的藐視态度,在許多现代学派中都非常突出,这是直接违背医学的根本

精神的。按照正确的理解，診斷絕不是單純地列举出一个名字而已；理想的診斷还带有决定病原的意义，即或由于知識水平的限制而作不到这一点，至少也該永远包含着指导行动（或者說是治疗）的意义。关于这些問題，Cohen (1943)曾經写过一篇天才的文章，他強調診斷的作用在于把各个病例中經常出现的那些东西綜合在一起，并且告訴給我們三个主要环节：疾病的所在，原因和机能紊乱的性质。沒有这些，任何診斷都是不完全的。

在精神病学里，我們很少能够作出象 Cohen 所說的这种完全的診斷，但是我們不能就此逃避尽量去作的責任，只有通过努力，全部工作才能获得进展。

Cohen 指出在病原的分析上是无止境的：人們所发现的不是一个单一的前因，甚至于也不是一串前因，而是互相交叉而成的一个网。他举出一个三十岁患偏癱的人作例子。他的偏癱是由血栓形成造成的，血栓形成是由于动脉內膜炎造成的，动脉炎是由梅毒造成的。“梅毒的原因是甚么呢？不单单是梅毒螺旋体。它是必需的，但不是完全充份的病原。有一整套原因——身体的和心理的、获得的和遗传的——引导他逐步走到了偏癱。”

这当然是相当真实的，但人們还可以进一步把各种病原的比較的重要性作一番估价，对这一堆病原的每一步探討都提供更多的有用知識。当診斷为器质性偏癱时，我們就除外了單純由于歇斯底里引起的功能障碍，和它在预后与治疗方面的后果。血栓形成的診斷就排除了脑瘤和它的同样的严重后果的可能性。當我們最后找到梅毒螺旋体的时候，可以說我們已經走完了必需走的步驟，因为到此为止，治疗的基本路綫已經决定。更进一步的探討，可能对公共卫生和預防問題提供一些有价值的資料，但对于个别感染病人的处理來說，則是比較次要的。

在医学上，我們确实需要处理所有种类的病原，而不单单是那些必需的和够用的东西。在寻找某些现象的原因的时候，正象是寻找一种量的关系。如果甲是乙的必需的而且是全部的原因，那么在甲和乙之間就有一比一的关系。如果甲是必需的，但不是全部的原因，那么甲和乙之間会出现二种现象，一种沒有甲就不能有乙，但是另一种甲又可以不和乙相联系，而代以丙或丁。如果这些丙或丁又有着大量不同的种类，那么这种因果关系虽然存在，但是不大。如果甲既不是必需的，又不是全部的，那么有些甲就不发生乙，有些乙也会不来自甲。那么这种因素的强度就取决于甲乙和甲、甲乙和乙两方面的比例关系。从这一点，人們可以看出为什么說追究造成梅毒的前因的意义不大了。只要我們愿意，我們可以钻进一堆病原的密网当中去而迷失方向，但是如果我們把病原从量的方面来考虑一下，就知道不需要这样作。正是在这一点上，使許多精神病学的观点失掉了說服力和方向。很多在量一方面很重要的原因被糾纏在这样的一个疙瘩里边，它在量一方面的关系和作用都是微小的、完全不明的，而且對我們來說是没有意义的。

例如，有些心理分析学家始終认为当母亲在分娩的剧疼中时，婴儿曾忍受过“焦虑”，这便是他以后发生焦虑症状的原因。这种看法显然是毫无意义的，因为这是全部人类所共同有过的經驗而絕不能成为人类彼此不同的某种现象的一个原因。要想