

许又新文集

许又新 著

北京大学医学出版社

许又新文集

许又新 著

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

许又新文集/许又新著. —北京: 北京大学医学出版社, 2007. 1

ISBN 978-7-81116-196-0

I. 许... II. 许... III. ①许又新一文集②精神病学—文集 IV. R749-53

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 129538 号

许又新文集

著 者: 许又新

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 药 蓉 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 12.25 字数: 338 千字

版 次: 2007 年 2 月第 1 版 2007 年 2 月第 1 次印刷 印数: 1-2000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-196-0

定 价: 32.60 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

——学习许教授博学，审问，慎思，明辨，笃行的学风

《许又新文集》的编者曾将该书大样送我看，并希望我能写序。我和许又新教授虽已相识五十多年，但互相了解并不很深入。“文革”后，我曾参与许教授平反问题的讨论，许教授较早地识别了毛泽东同志的个人崇拜问题，而在“文革”中获罪。这一点给我留下了深刻的印象。其后由于我参加了《中国心理卫生杂志》编辑工作，从而和许教授有了更多接触，但由于我不是专门从事精神病学专业的人，所以由我来写这个序言，严格意义上讲是不称职的，所以只能写一些个人读后感，供读者参考。

医学作为严密的自然科学来讲，与物理、化学等学科相比还是比较年轻的。医学中的精神病学就更为年轻。众所周知，脑科学将是最复杂的科学之一。精神病学也必然是十分复杂的。如果医学专业本科毕业后从事内、外科工作，并不感到太陌生，但是从事精神病学的临床工作总会有一种生疏感。在本科阶段所学到的诊断治疗学等只能作为精神科医生的基础知识与技能的一部分。而对精神疾病诊断和治疗的掌握几乎是另一码事，甚至于像问病史都得从头学起。随着临床工作的深入，越发感到精神病学所需的基本功确实另有一套。有关症状的理解、界定十分重要，特别是结合每个病人的实际情况，能准确地给予判定、鉴别，是从事精神科临床工作的基本训练。这些基本功有时单纯通过阅读教科书或参考书还不能学到。许教授从事精神科临床工作以来，由于众所周知的原因没有参加更多的实验研究，但是他继承发扬了我国传统的治学精神“博学之，审问之，慎思之，明辨之，笃行之”，结合临床实践写了不少这方面的文章，如精神病理学中有关妄想、幻觉、错觉、意识障碍的定义。这些文章对掌握基本概念，进而提高诊断和鉴别诊断能力帮助很大。

许教授的文章有个特点，能比较系统、全面地提出问题，然后用评论辨析的方式分析各种看法，提供思考选择；不是只给你知识，而是以自己的分析为示例，示范如何评判前人的知识，如何掌握所需要的知识，从而提高运用知识的能力。这体现了许教授边学习、边思考、边实践、不畏艰辛的精神；学识渊博、思考深入、逻辑严密的学风。

有关中医精神病学及“孔子与老子的思想在心理治疗中应用的可能性”等文章，反映了许教授在中国传统文化方面的造诣。许教授的文章都给人以“深邃”的印象，列宁在哲学笔记中曾提到，同一格言老年人体会其广袤与深刻是青年人所不能比拟的。许教授勤于思考的好学风，从其青年时代持续至今，这才有了今天的“广袤与深刻”。

另外，从许教授发表在《国外医学》上的一些译文，也可以看到他师法老一辈学者，如潘光旦先生《性心理学》译著，力求译文做到“信、达、雅”的追求。许教授在文章中对我国有关情况联系起来进行讨论，这些正是目前我国学者在介绍西方国家学术成果时常常忽略的。

文集中，还有一些病例报告，展现了许教授临床描述的基本功，为我们作出了示范。张孝骞教授曾经讲过，读一份好病历，可能诊断就差不多了。我看精神科病历更能体现这一点。问病史、写病历是临床重要的基本功，能反映临床工作的水平。

学高为师，自正为范。许教授执着追求的敬业精神是十分感人的。

金无足赤，人无完人。所谓有所长必有所短，可因短而见其长，不可忌长而摘其短。古人曾云，取人之直恕其憨，取人之朴恕其愚，取人之介恕其隘，取人之辩恕其肆，取人之信恕其拘。我愿与许教授共勉。

彭瑞骢

2006年2月

作者自序

这本集子收集了从 1955 年发表的第一篇文章起，到今年年初发表的迄今为止的最后一篇文章，总共 52 篇，约 23 万字。其中大部分无需什么说明，但有些却要做一点解释或补充，至少要有所交代。

关于中医。从领导号召学习中医的时候起，我就想了解一下中医文献里有关精神病学的历史。我感兴趣的主要不是理论，也不是治疗，而是精神症状的描述。从秦汉到唐朝的中医文献里面确实有不少可贵的历史资料，这使我写了两篇文章。但宋金元时期的中医书籍却使我失望，描述性精神病理学的东西很少，多的是对经典的复述，并且“医者，意也。”的观点大行其道，我也不再往下看，把这项工作放弃了。也许，我研究的目的和方法根本有问题，但这对于我也早已成了历史。

有两篇关于精神分裂症思维障碍的文章。可以看出，当时我是用认知（联想、逻辑、巴甫洛夫两信号系统实际上说的也是认知，只不过一个系统不借助语言，一个系统借助语言）出了问题去说明思维障碍。这还是 E. Bleuler 以联想松弛为基本障碍的路子。1997 年写的《精神分裂症的意志障碍》视意志障碍为原发，而思维障碍为继发，观点已经变了。其实，在《妄想定义述评》和《幻觉定义述评》两文中，我已经重视情感意志障碍在妄想、幻觉发生机制中的作用了。

《对〈实用内科学〉中精神病学一章的一些意见》是响应当时批判资产阶级学术思想号召的即兴之作，里面充满了很不恰当的“帽子”，现在重读起来真不好意思。本想不收进集子里，继而一想，即使根本错谬，也是我当时的想法，作为历史，应该保留。

从医五十多年来，我对神经症的看法几经改变。最初深受巴

甫洛夫学说的影响，几乎完全用生理学说明神经症。随着临床经验的积累，我逐渐重视病人精神状态与他的人格及生活经历之间可理解的联系，也就是倾向现象学观点，同时也采用了精神分析的若干概念，如心理冲突、防御机制，只是略加改造而已。改革开放之初，得知 ICD-9 定义神经症是一种精神障碍，更加坚定了我的下述观点：没有精神症状就不是神经症。这跟 20 世纪 50 年代初的观点已大不相同。随着对意识的心理冲突和病人精神痛苦的逐渐深入理解，也为了给神经症作出描述性定义，我把歇斯底里排除在神经症之外（详见《神经症》一书），这是观点的又一次改变。2005 年深圳精神卫生中心借成立 20 周年庆典举行学术讨论会。会上，沈其杰教授对神经衰弱这个病提出质疑。尽管刘协和教授、杨德森教授和我都阐述了不同意沈教授否认神经衰弱的意见，沈教授仍穷追不已。这就促使我进一步思考，回京后立即动手写成《神经症与路径依赖》一文。过去，我对 DSM-III（1980）和 DSM-IV（1994）取消神经症和提出所谓躯体形式障碍极为反对，在这篇文章里，基于更广泛（整个临床医学）和更深入（心与身的二元问题）的视角，对 DSM 系统出于无奈的做法表示理解。为了答复沈其杰教授的质疑还得提一点，早在 20 世纪 50 年代 H. P. Laughlin 在其所著 *Neuroses in Clinical Practice*（Philadelphia, W. B. Saunders, 1956）一书中就用“疲劳综合征”（Fatigue Syndrome）作为一章的标题代替神经衰弱。然而，在 DSM-III（1980）取消神经衰弱不久，“慢性疲劳综合征”在美国却成了一种新发现！这只能叫做历史的健忘症。

《清除率——精神分裂症流行病学的一个构想》一文蕴含着我的一个自认很重要的概念。20 世纪 50 年代，北京有过一所工农速成中学，校址在东城沙滩北大旧址，学员大多是从部队抽调的连排级干部，他们由于贫穷和战争最多不过小学毕业，有的只读过 1~2 年书。工农速成中学要求 3~4 年内学完初高中全部课程。当时我每天（上午或下午）在北大一院看精神科门诊，该中学学员中患神经衰弱来就诊的相当多，症状很相似，主要有：头痛、头昏、失眠、注意不集中、学习困难、为学习着急、紧张等。由于学员中患神经衰弱而学习困难的越来越多，速成中学不

得不逐渐延长学制，终于不再“速成”且加强辅导。不久，这类病人就很少见了。当我读了维纳《控制论》中译本后，马上想到这里存在负反馈，即，短期强化训练导致神经衰弱患病率增高，速成中学遂延长学制和改进教学，从而使神经衰弱的患病率下降，这就是负反馈在起作用。正是由于维持内稳态不可缺少的负反馈，精神障碍患病率增长到一定程度便不会再增长。绝大多数成员患精神障碍的社会实际上是不可能出现的。一个物种可以毁灭，那是外在原因所致，而人们的精神障碍患病率是社会内稳态机制决定的。可以说，社会必须也只能以少数人患精神障碍为代价以保证社会的内稳态、持续存在和最佳发展。社会好比一个筛子，精神障碍是被文化筛掉的人。基于智商的正态分布，人口中必有 2.5% 的人智商在 70 以下，这些人中又必有一部分由于社会功能或自理生活能力显著低下而被诊断为精神发育迟滞。文化决定着精神障碍患病率在一定区间变动，不可能太高，也不会等于零。精神发育迟滞是最容易理解的例子。

只有五篇文章是“文革”前发表的，其余的都是“文革”以后发表的。但此中有些文章，如上述的《清除率——精神分裂症流行病学的一个构想》以及《幻觉定义述评》、《错觉》、《心理治疗与学习》、《一种人格学说》等，它们的草稿或腹稿却是“文革”前就有了的。《心理治疗与学习》里的某些观点并非我的创见，而是受了几本英文书的启发才写出来的，由于“文革”中被抄家，英文书都已丢失，连英文书名和作者都已忘记，无法注明出处，这是应该声明的。此外，还收集了几篇译文。

总的说来，这本集子里的文章只是一个临床精神科医生基于临床实践和个人生活经历以及阅读文献所写的笔记，谈不上什么科学研究和学术价值。北京大学医学出版社认为值得出版，实感荣幸。胜利医师为收集、整理和编辑这个集子花费了很多宝贵的时间和精力，其热情尤其可感，特一并在此致以诚挚的谢意。

许又新

2006 年 4 月 15 日

编者前言

——关于中医

编辑这本文集，最初源于我对许老师学术思想的兴趣，有了方便的电子检索系统，我开始查找许老师的早期文献。在我的印象中，许老师对中医一向是不怎么推崇的。他经常说的是：“跳不出阴阳五行，言必称《黄帝内经》，中医就不会有什么发展。”令我吃惊的是，他最早的文献竟然是对中医典籍中有关精神病学内容的发掘。而文中表现出的殷殷之情，完全不亚于我们一班年轻人。

和许老师当面交流之后，这个疑惑才得以解开。当年他以极大的热忱在中医典籍中搜寻的结果实在令他失望，“秦汉‘登高而歌’，到了晋唐还是‘登高而歌’”，描述性的记录太少，思路上也完全没有发展。然而，失望乃至绝望有时候也是最能够催人进步的。摆脱了“我们祖上先前阔”的羁绊以后，他对中医看得反而更透彻了：“阴阳五行根本不是自然科学原理，而是一种哲学观点，或者说世界观。”

中医一方面立足于临床观察，特别重视病人的感受，另一方面攀住了中国传统的哲学观点，与其说是“朴素的唯物主义”，不如说是一个复杂的比拟系统。虽然著名医家中不乏实证精神者，但就中医体系而言，中医的理论，比如脏腑理论，并不是立足于实证的。它没有解决“是什么”的问题，却给出了“像什么”的观察加比喻。有了现代医学为佐证，很多说法现在把它看做一种比拟似乎更合适。

今天再读许老师当年的这两篇文章，以许老师教我的批判精神，完全不难发现这样那样的问题。比如《我国古代的精神病学》引言后的第一个子目“心理学的知识”，改为“对心理现象的认识”更确切，因为只是反映了当时的认识水平而已，用今天

的语言才把它命名为“心理现象”，至于“心理学”，当时不仅中国没有，世界上也还没有。

这里举这个例子，是希望大家带着疑问去读，用批评的眼光来读。不仅对这两篇文章，对整个文集的文章都应该如此。如果只是停留在记问之学水平，我们就没有必要花那么大精力使这些“死文献”复活，因为中医对精神病学的真正贡献，并不在于这些有限的记载。

今天，如果我问一位没有接触过精神科或心理健康宣传的就诊者：“你抑郁吗？”得到的很可能是茫然，“什么是抑郁？”但如果我问：“你是不是肝淤气滞。”得到有效回答的可能要大得多。中医的术语已经深入到我们民族的日常用语之中，有时候，与患者对自身感受的描述简直达到密不可分的程度。重患者感受、心身一体的观点、变化与相互制衡的思想……这些倒可能是中医对未来医学（如功能医学）的最大贡献。

由于没有对这方面问题进行过起码的文献复习，我不敢断言许老师的总结是否精到全面。但翻开两篇文章的参考文献，我不禁汗颜。认真查阅这么多中医原始文献的精神科医生，除了许老师，不知道还能有谁。

他这种一丝不苟的态度，至今依然没变。

胜利

2006年3月

目 录

关于中医

我国古代的精神病学·····	(3)
两晋南北朝及隋唐时代我国精神病学简介·····	(20)

精神分裂症专题

精神分裂症的思维障碍·····	(35)
精神分裂症患者言语和思维的关系·····	(43)
精神分裂症的意志障碍·····	(49)
精神病性连续统·····	(57)
清除率——精神分裂症流行病学的一个构想·····	(61)

诊断和分类问题

斯堪的那维亚关于精神病诊断的某些概念·····	(69)
精神分裂症诊断举例·····	(75)
精神分裂症诊断标准的一个建议·····	(82)
短暂的精神病性障碍·····	(89)
精神症状的分类·····	(94)
精神分裂症与妄想性障碍的鉴别·····	(99)
神经症的描述性定义·····	(105)
几种神经症诊断标准的建议·····	(111)
四种神经症临床研究的初步报告·····	(117)
神经症与路径依赖·····	(124)
抑郁症诊断的变迁·····	(128)
抑郁症的鉴别诊断·····	(133)
关于 ICD-10·····	(135)
诊断的一致性·····	(141)

学术讨论

对《实用内科学》中精神病学一章的一些意见·····	(151)
躯体化以及有关的诊断问题·····	(158)
精神症状量表的局限性·····	(170)
关于道家心理治疗的审稿意见·····	(177)
孔子和老子的思想：在心理治疗中应用的可能性·····	(181)
关于“强迫症，还是精神分裂症”一文的商榷·····	(194)

心理治疗

心理治疗关系·····	(199)
现实——心理治疗的一个基本概念·····	(205)
心理治疗与学习·····	(210)
西格蒙·弗洛伊德——一些回忆和展望·····	(217)
弗洛伊德无意识概念的分析和重建·····	(227)
谈谈亲子关系·····	(233)
耻感、神经症与文化·····	(239)
心理治疗现状的简短述评·····	(245)
我国心理治疗的现状和对策·····	(251)

精神病理学

从一例病态嫉妒谈超价观念·····	(259)
Munchhausen 综合征·····	(266)
妄想定义述评·····	(271)
幻觉定义述评·····	(278)
错觉·····	(285)
意识障碍·····	(293)
歇斯底里·····	(300)
防御机制·····	(308)
人格障碍的特征·····	(316)
一种人格学说·····	(325)
真实感障碍——人格解体及其同类障碍·····	(335)

其 他

精神科护士的身分·····	(345)
痴呆与正常衰老·····	(349)
一般医疗中心理障碍的发现过程·····	(355)
名词的翻译与国际交流·····	(361)
世界心理卫生鸟瞰·····	(367)

关于中医

我国古代的精神病学*

引言

本文所谓的古代，主要系指秦汉时代（约在公元前三世纪至公元三世纪）。其所以切取这一段时间来讨论，一方面因为这样的分期与一般历史的分期大致相当，另一方面则由于作者认为秦汉是我国自有史以来，第一次医学知识的总结和系统化的时代，而一般所谓古典医学著作都是秦、汉时人所编纂的。

本文写作的主要根据是下列几本著作：一、内经素问，二、内经灵枢，三、难经，四、伤寒论，五、金匱要略。

应该加以说明的是，古代虽尚无精神病学这一专门学科，也没有专治精神病学的医生，但是，在古代的医学著作中，有关精神病学方面的论述却是极丰富的。这些材料虽然应该与当时整个医学甚至其他学术方面的成就联系起来研究，但是，为了便于今日精神病学家继承和发扬古代的医学遗产和进行教学，却有必要把它分开来加以讨论。

本文除涉及精神病学本身的材料以外，还不得不兼及与精神病学有密切关系的知识，如心理学和心理卫生。但是，古代心理学的知识散见于诸子百家的各种著作中，详细讨论它们却不属于本文的范围，因此，本文只就医学著作中有关这方面的记载来讨论。

本文写作的准备过程中，并不包含任何考据工作，因为作者认为上述那些著作的真伪和写作时代，大致说来，已经没有什么可以怀疑的地方（注：请参看陈邦贤：中国医学史，46～61页，商务印书馆，1954年修订重版）。至于留传下来的各种不同版本虽然有不少出入，但是，这些个别字句的考据，对于本文来说，

* 原载《中华神经精神科杂志》1955年第3号167-174页

则似乎是无关宏旨的事情。

本文按照现代精神病学的系统将材料加以编排，并且试用辩证唯物主义的观点来加以评价。由于作者理论水平很低，对于古籍和历史科学又很生疏，相信不恰当甚至错误的地方是难免的。因此，诚恳地希望大家提出批评、给予指正。再者，作者对古代医学了解不够，关于其中有待挖掘的部分，尚留待大家继续研究。

心理学的知识

古代医学家认为心理活动是物质实体的产物，他们对于心理现象已经有了简单的分类，同时，他们把一定的心理活动归之于人体一定的器官，并且认识到这些器官之间存在着联系，特别是某种从属的关系；而对于各种心理活动，古代医学家也能认识到其间存在着相互影响的关系。

“人有五藏（即脏，作者注），化五气，以生喜怒悲忧恐。”（素问阴阳应象大论篇）

“肝，……在志为怒。”“心，……在志为喜。”“脾，……在志为思。”“肺，……在志为忧。”“肾，……在志为恐。”（同上）

“心者，君主之官也，神明出焉。”“主明则下安，主不安则十二官危。”（素问灵蓝秘典论篇）

“心者，五脏六腑（即腑，作者注）之主也。……故悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇。”（灵枢口问篇）

古代医学家认识到机体及其心理活动是与外界自然有密切关系的，因此，他们总是把两者紧密联系起来，并且像对整个自然的朴素唯物主义理解一样来理解机体及其心理活动。

“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。”（素问阴阳应象大论篇）

“余闻人之合于天道也，内有五脏，以应五音五色五时五位五味也，外有六腑，以应六律。”（灵枢经别篇）