

萨克斯医生讲故事

# awakenings

一本另类的《假如给我三天光明》

Oliver Sacks

[美] 奥利弗·萨克斯 著  
宋伟 译

## 睡人

欧美畅销天王萨克斯医生最经典作品

21世纪最震撼心灵的纪实文学

“我的疾病和畸形都属于这个世界，他们如同侏儒和蟾蜍一样，都有自己的美丽。生命如此怪诞，是我的命运。”



中信出版社 CHINA CITIC PRESS

# awakenings

萨克斯医生讲故事

# 睡人

Oliver Sacks

[美] 奥利弗·萨克斯 著  
宋伟 译



中信出版社  
CHINA CITIC PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

睡人 / (美) 萨克斯著; 宋伟译. —北京: 中信出版社, 2011.6

书名原文: Awakenings

ISBN 978-7-5086-2745-8

I. 睡… II. ①萨… ②宋… III. 纪实文学—作品集—美国—现代 IV. I712.55

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 058491 号

AWAKENINGS

Copyright 1973, 1976, 1982, 1987, 1990, Oliver Sacks

All rights reserved.

Simplified Chinese edition by China CITIC Press © 2011

All rights reserved.

本书仅限中国大陆发行销售

睡人

SHUIREN

---

著 者: [美] 奥利弗·萨克斯

译 者: 宋 伟

策划推广: 中信出版社 (China CITIC Press)

出版发行: 中信出版集团股份有限公司 (北京市朝阳区惠新东街甲4号富盛大厦2座 邮编 100029)  
(CITIC Publishing Group)

承 印 者: 北京诚信伟业印刷有限公司

开 本: 880mm × 1230mm 1/32 印 张: 9.75 字 数: 250千字

版 次: 2011年6月第1版 印 次: 2011年6月第1次印刷

京权图字: 01-2010-6634

书 号: ISBN 978-7-5086-2745-8/I · 211

定 价: 29.00 元

---

版权所有·侵权必究

凡购本社图书, 如有缺页、倒页、脱页, 由发行公司负责退换。

服务热线: 010-84849283

http://www.publish.citic.com

服务传真: 010-84849000

E-mail: sales@citicpub.com

author@citicpub.com



## 帕金森病

1817年伦敦内科医生詹姆斯·帕金森 (Parkinson) 发表了著名的《震颤麻痹论文》(*An Essay on the Shaking Palsy*)。在这篇论文里他以生动的笔触极有见地地描绘了一种普通却重要的奇特病症，这种病症现在被称做帕金森病。

早在加仑时期，内科医生就对帕金森病的各个独立症状和特征进行了描述，例如特征性的震动和颤动以及特征性的行动、言语急促和慌张。在非医学类作品中也有关于帕金森症状的详细描述，例如奥布里在其作品中描述霍布斯的震颤麻痹症状。但最终是帕金森认识到了帕金森病所有的病症和特征，并把它定义为一种与众不同的人类身体状态或者说是行为方式。

后来，在1860~1890年之间，夏尔科在巴黎的萨佩特雷里精神病院的大量慢性病患者中工作，并丰富了帕金森病的纲要。夏尔科对这

种病症的描述极为丰富细致，更重要的是他发现了帕金森病的症状与抑郁症、紧张症以及歇斯底里症等症状之间的重要联系和密切关系，这也是夏尔科将帕金森病归为一种“神经症”的部分原因。

19世纪，基本上没有小于50岁的帕金森病患者，并且人们通常认为这种病症是由于机能退化和部分虚弱细胞缺乏营养造成的。这种机能的退化在当时并不能很好地解释，人们也没有弄清它的成因，因而就把帕金森病定义为一种特异反应或者“原发症”。在20世纪的前四分之一时间里，随着大规模的昏睡病（埃科诺莫氏病）流行，一种新的帕金森病出现了炎类或脑炎后遗症<sup>①</sup>类帕金森病，这种病症与原发性疾病不同的是它会影响到各个年龄的人群，并且会比原发性的病症更严重、更剧烈。

在几个世纪里，人们称帕金森病为“震颤麻痹”。我们有必要先说明一下震颤和颤动并非帕金森病永存的症状，也并非一种孤立的症状，通常它们也是帕金森病人所需要面临的问题中最易处理的。帕金森病患者通常只在睡眠时会颤动并且可以通过移动或者移动的意图<sup>②</sup>来消除；有时颤动只局限于手部，并且有“搓丸样”轻微的特征，或者如高尔斯说的那样，就像“东方人敲打他们的小鼓一样”的特征；在其他病人，特别是脑炎后遗症患者身上，颤动通常很剧烈，可能会影响或波及身体的每个部分，并可能会因为努力控制、紧张或劳累而变得更加严重。除了颤动之外，通常描述帕金森病时要讲的症状就是僵硬或僵化。这种症状很怪异，并且可能极为严重，对于这一点人们

---

① “脑炎后遗症”的引入是用来定义由于受埃科诺莫氏病侵害而直接或间接产生的症状。这些病症的显现可能会延后到最初患病后很多年。

② 有很多演员、外科医生、机师和熟练的手工工人在休息时会表现出极为严重的帕金森病式的颤动，但当他们专注于工作或者行动时就不会有这样的颤动。

通常用铅管的弯曲度来作比较。但是我们还需强调，颤动和僵化都不是帕金森病的关键特征；这两种特征在帕金森病患者身上可能都没有体现，特别是在本书主要讲述的脑炎后遗症类帕金森病患者身上尤为明显。

最早关于帕金森病特征的描述是慌张（匆忙）和冲动（急促）。慌张表现在脚步、行动、言语甚至思考的加速（可以这样简称），这反映了患者一种急躁、敏捷的感受，他们就好像是在赶时间；有些病人表现为急切和不耐烦，而有些病人则急于实现自己的愿望。伴随着慌张和冲动的行动特征而来的是迅速、唐突和简洁。这些病人特有的“机动性急躁”（失静症），在早期的相关文章中占了很重要的位置：夏尔科把这称做病人必须忍受的“残酷的不安”，高尔斯则称为“极度的不安……使病人每过几分钟就必须作出一些姿势变化”。我则强调行动的敏捷、压迫性和急促等特征，因为可以说它们代表了人们对帕金森病不太熟悉的另一面，帕金森病最棘手的一面，帕金森病不断扩张、随时可能爆发的一面，而同时这些特征又与病人使用左旋多巴后出现的很多副作用直接相关。

相比之下，这些特征的反面，帕金森病患表现出的行动迟滞得到了人们更多的重视，人们通常用不太正式的名字称它为“运动不能症”。运动不能症有很多种，但直接与匆忙和急促相对的是一种行动阻滞或抵制，它阻碍了行动、言语，甚至思考，并且有可能完全控制人体。受到影响的病人发现他们想或试图移动时，就会有一种“反意愿”或者“抵抗力”来抑制这些努力。他们会发现自己在生理上被控制了，甚至被禁锢了，他们会努力抵抗反向推动力，抵抗反意愿和反向的身体命令。夏尔科是这样描述这些被控制了的人的：“斗争永远都在进行。”夏尔科把这些病人的颤动、僵化和运动不能看做是他

们上述内心斗争无效而造成的结果，而帕金森病人身上经常体现出来的紧张和疲惫也由于这种毫无意义的内心争斗消耗了大量的精力。我的一位病人（伦纳德·L）总是把这种很难受的催促和限制状态称做“刺激和抑制”。消极和惰性的出现很具有迷惑性：这类阻碍性的运动不能症并不是空闲或安静的状态，但是并非（简引德昆西的语）“……惰性造成的，而是……源于同样剧烈的无限活跃和无限安静两种完全对立情绪。”<sup>①</sup>在某些病人身上，运动不能症的体现会有所不同，它不是伴随着一种努力和斗争的感受出现的，而会伴有持续性的重复且不断的动作：高尔斯记录过一位病人的情况，这位病人的四肢“……举起后停滞几分钟就会缓缓放下”，这是运动不能症的一种，而高尔斯则很准确地将它比做僵住症，这种情况在脑炎后遗症类帕金森病患者身上更常见，也更加严重。

停滞（运动不能症）或深度缓慢（运动徐缓）在其他纬度也同样明显，它们影响了生命的各方面流动，包括知觉意识。因此帕金森病并不是唯一的原因，在运动不能症患者身上还会有一种“黏性”使行为缓慢。

---

① 在此我需要引入一个非常关键的主旨，这个主旨将以各种形式纵贯全书，在书中不断出现回响。我们把帕金森病看做突然的行动和停止，看做是奇怪的加速和减速。至今我们前进的方向，我们的概念，我们的定义都是完全机械的或是建立在经验主义基础上的：我们把帕金森病患者看做一具躯体，而不是活生生的个人……如果我们希望了解帕金森病人到底是怎样的，想知道帕金森病存在的真实情况，我们就必须采用一种完全不同，更为深入的研究方式和语言。

我们必须从“客观观察者”的身份转变出来，和我们的病人面对面地交流，我们必须以一种同情和有想象力的方式去发现他们：只有在这种合作、参与、互相联系的关系下，我们才有希望认识这种病症的实质。这样，通过他们的言语和表现，我们就能看到帕金森病的实质，只有他们才可以做到这一点，其他人都不可以。

冲动、抵抗性和持续言语等特征代表了帕金森病活跃或正面的特征。后来我们将有机会发现这些特征在一定程度上可以互相转变，因此我们可以把它们看成帕金森病的不同阶段或表现形式或转变过程。不考虑在说法上的矛盾性，帕金森病患者也有一些“负面”特征。夏尔科特别指出有些患者会毫无表情地连续坐上几个小时，并且完全没有要移动的冲动：看起来他们对不做任何事情的状态很满足，而且他们没有表现出开始或继续一项活动的意愿，尽管如果在外部给他们活动的刺激或命令或要求的情况下，他们能很好地运动。病人这种意志的缺失，可以称做“意志力丧失”。

帕金森病人的“负面”机能失调或机能缺失包括疲劳的感觉、精力不足和“迟钝”，其中迟钝体现了感觉、生命力、动机和注意力的贫乏。所有帕金森病患者都或多或少地会有与“行动”相类似的表现，如冲力、进取心、活力等，这些都和忍受着抑郁症痛苦的病人们的经历极为相似。

因此帕金森病患者同时（尽管程度会有所不同）忍受着病理上的缺失和存在。前者使他们不能正常流畅地活动（严重时失去正常认知和思考的能力），使他们“虚弱”、疲劳、能力被剥夺、精力匮乏；后者则使他们神不守舍，行动异常，可以说这种病理组织使他们的行为以一种人们无法理解的、可怕且使人丧失能力的方式扩大夸张。

因此我们可能会看到这类病人，一动不动地，像雕塑一样毫无生机，然后突然回归到正常的状态并由于某种突发的事件引发了他们的兴趣，促使其行动（有一个著名的例子可以援引，一位帕金森病患者从轮椅上跳到水里救了一位快要淹死的落水者）。在类似的环境中，帕金森病突然好转，但又以同样令人震惊的速度恢复旧态：突然变“正常”，又可能会像一具躯壳一样倒在照看人的怀里。



杰拉德·斯特恩医生曾给我讲过他在英国高地医院里一位病人的故事。这位病人有个源自20世纪50年代足球明星的外号“普斯卡什”。普斯卡什经常会一动不动地坐着，除非有人向他扔个球，这会使他忽然恢复生气，他会兴奋地跳起来，突然侧滑、跑动、带球前进，就像普斯卡什一样耍杂技般玩球。如果向他扔一个火柴盒，他会用一只脚接住火柴盒，然后把它踢起来，接着，再踢起来，用这种方式一只脚不停地颠着火柴盒，单腿跳过整个病房。除了这种奇怪且间歇性的超级行为，他几乎从来不会有任何“正常”的表现，而后来这种超级行为又会如它最初出现时一样，突然之间完全消失。

在高地医院还有另一个关于脑炎后遗症患者的故事。有两个人在同一间病房里住了20年，互相从未有过交流；两个人一动不动，也都不说话。一天晚上，斯特恩医生在查房的时候听到一阵特别大的吵闹声从这寂静的房间里传了出来。斯特恩医生和几位护士冲进屋里，发现两位病人正打得不可开交，两个人扭打着，嘴里骂着脏话。用斯特恩医生的话讲，“这种场景简直就是难以置信，他们从来也没有想到过这两个人会活动。”他们费了很大的力气才把两个人分开，结束了这场打斗。在两个人被分开的那一刻，他们突然又一动不动、不再说话，而至今15年过去了，他们还是这样。在他们同住一间屋子的35年里，这是他们唯一一次“活过来”。

这种运动不能症和某种活动方面的天才结合正是脑炎后遗症患者的特征之一：我记起在芒特卡梅尔医院有一位病人终日一动不动地坐着，但有人向她扔3个或更多橘子时，她会突然接住橘子玩起杂耍来。她可以同时用7个橘子玩杂耍，那场景简直令人难以置信，她甚至可以连续不停地这样玩上半个小时。但如果她不小心弄掉了一个橘子，或者被人打断了一下，她就又会突然变得一动不动。另外还有一

位1971年来到芒特卡梅尔医院的病人（莫里斯·P），我开始一直以为他不能动，认为他有“不可救药的运动不能症”。但有一天在我记笔记的时候，他突然拿起我的医用检查眼镜，那是检查眼镜中最复杂的一种，他拿起检查眼镜后，把它拧开，检查了一下，然后又重新装了回去，然后模仿我的动作，令人不可思议地开始检查一只眼睛。整个过程仅仅用了数秒钟，却毫无漏洞、极度完美。

另有一种不那么突然，也不那么完全，却与治疗更加相关的方法可以把病人从帕金森病中部分唤醒：即通过使用有趣的刺激来促使帕金森病患者进行正常活动，而这种唤醒可以持续很长时间。

很难想象如此严重的缺陷会忽然之间变好，但我们很容易设想很强的压力会瞬间舒缓，或满负荷的压力突然释放。在夏尔科看来，这些概念总是很含蓄的，但有时也会外显；他继续讲到要强调不同形式和阶段性帕金森病与精神病之间应该存在的相似关系和可比性：夏尔科特别清晰地认识到帕金森病的3种完全不同、但可互相变化的阶段（顺从的持续言语、引起阻塞的抵抗性和爆发的暴躁）与易受影响、僵化和狂躁类的紧张症和歇斯底里症之间的相似性和可比性。这些洞见随着20世纪20年代人们将帕金森病与脑炎流行病造成的机能失调的结合观察后得到加强。

## 昏睡病<sup>①</sup>（埃科诺莫氏病）

在1916~1917年冬天，一种“新”的疾病在维也纳和其他城市里

---

<sup>①</sup> 在美国“昏睡病”（sleeping-sickness）既指一种非洲地区地方性的寄生虫病（锥虫病），也指流行性病毒类埃科诺莫氏病；而在英国，后者多被称做“瞌睡病”（sleepy-sickness）。

突然出现并迅速蔓延，3年的时间里，这种疾病就波及了世界各地。昏睡病的症状太多，任何两个病人所表现出来的情况都各有不同。这种病很奇怪，因而内科医生把它称做流行性谵妄症、流行性精神分裂症、流行性帕金森病、流行性播散性硬化、非典型性狂犬病、非典型性脊髓灰质炎等等。最初看起来似乎一时间有千种疾病一起爆发。后来由于康斯坦丁·冯·埃科诺莫在临床医学上的高度敏感，他对因这种疾病而去世的病人们的大脑进行了研究和试验，医学界才最终定义了这种变化多端的疾病。冯·埃科诺莫把这种病定义为埃科诺莫氏病，其他国家也称之为流行性脑炎、昏睡性脑炎等。这是一种害处极多的疾病。

尽管过去有过无数的小规模流行病，包括1672~1673年的伦敦昏睡病，但还从未有过如1916~1917年这样全球范围的大规模昏睡病暴发过。在昏睡病盛行的10年里，它至少剥夺了500万人的生命，而在1927年，正如它突然的盛行，昏睡病又突然之间消失。昏睡病最严重的阶段，病人会处于一种完全无法唤醒的深度昏迷状态，或者处于一种镇静的深度睡眠状态，而三分之一的患者都在这一阶段死去。经受过严重的昏睡/失眠症状困扰但幸免于难的病人再也无法恢复到原来生机勃勃的状态了。他们有意识和知觉，但并不完全清醒；他们会整天一动不动地坐在椅子上，一言不发，完全没有精神、动力、主动性、食欲、感情和欲望；对于与自己相关的内容，他们也不会主动关注，而是表现得漠不关心。在他们身上传递不出任何生命的迹象，人们从他们身上也感觉不到任何生的气息；他们如幽灵一般不真实，像僵尸一样僵冷，因此冯·埃科诺莫把他们比做死火山。用神经学科的语言来讲，这些病人表现出“消极”的行动失调，即完全没有任何行动。从本体论上讲，他们实际上已经死亡，或者说是生命暂停，或者称做“沉睡”，等待着50年后的这次唤醒（对于极少数幸存的一部

分病人来说)。

脑炎的大流行和“流感”在全球的大流行有一定的关系，距离意大利“诺娜(睡眠病)”发生30年前就有一场地方性的病毒感冒流行。很有可能，但还不能确定，这场流行性感冒和脑炎的发作反映的是两种不同病毒作用，但看起来有可能，甚至可能性还很大的是，这场流感大流行在一定程度上为脑炎的流行铺开了道路，而流感病毒加强了脑炎病毒的作用，或者减弱了人们的抵抗力，而这种作用对当时的受影响人群来讲是灾难性的。1918年10月至1919年1月之间，世界半数人口受到流感大流行的影响，超过2 100万人死于灾难，而与此同时那场脑炎也最为严重。人们很奇怪地“遗忘”了昏睡病，同样也遗忘了那场大流感。用H·L·门肯在1956年的话讲：“人们很少提及流感大流行，而很显然多数美国人都已经忘记了它。这并不是一件令人惊奇的事情。人类的大脑总是试图从记忆中删除不好的内容，就如他们在坏事发生时试图去掩盖是一样的。”

这些病人完全失去了睡眠的能力(失眠)，尽管没有其他病症，但10到14天后就很致命。这些病人(大脑睡眠的机能已经损坏)的困境第一次说明了睡眠在生理上是必需的。有时这种不眠的状态会伴随着强烈的推动力，推动身体和思维进入彻底的癫狂状态，这种兴奋和运动状态完全无法停止，患者在一周到10天之后会力竭而死。尽管人们有时会用到“狂躁”和“紧张性兴奋”等术语来描述这种病症，但这种疯狂的状态更接近于狂犬病(正因为如此，有时人们会把它误诊为狂犬病)的症状。

如果说在这些病人身上体现的“消极”状态或失神情况比普通帕金森病患者身上体现出来的病症更加多样性且更加严重，那昏睡病所体现出来的无数“积极”失调或病理上的存在则更是如此。在冯·埃

科诺莫伟大的专题论文中，他列举了超过500多个实例，以不同的方式和角度证实了这一点。

昏睡病的症状极多，特别是它对睡眠、性欲、爱好以及食欲的影响令生理学家和内科医生着迷，并促使在20世纪20年代至30年代间人们把行动神经学单独列为一个学科。然而在这种发展混乱的情况（麦肯齐称做“混沌”）之下，冯·埃科诺莫却看到了3种主要的相关形式，或者称做疾病“类型”，分别是昏睡眼肌麻痹症、运动机能亢奋和肌动力性运动不能。

在昏睡病很严重的阶段，病人身上表现出各种非自愿的强制性活动，而在之后的几年里，病人又表现出肌阵挛和痉挛，手足徐动症（指痉挛）；肌力障碍和张力障碍扭曲（例如斜颈），同时还伴有与帕金森病患者僵硬类似的功能性组织失调症状，身体不同部位之间传递的动作不连贯、强迫的舞蹈式移动（舞蹈病）；大幅度的抽搐和身体功能层面的被迫性运动，如打瞌睡、咳嗽、吼叫、喊叫、诅咒等等，所有这些都突然在患者身上。<sup>①</sup>

在昏睡病演变到最严重的状态时，它会表现出各种神经和精神上的机能失调。最初人们认为很多受到这种影响的病人都有一种无法摆脱的“功能性”歇斯底里精神病，直到其他症状逐渐出现，人们才逐渐认识了昏睡病的病理。与此相关，很有趣的是人们在“眼球旋动

---

<sup>①</sup> 在冈恩的诗作《运动之感》（*The Sense of Movement*）中，有这样关键的一行：

不静止之时人更近于一切。

这首诗作讲述了运动的最基本推动力，表明运动总是在神奇地迫近。这不仅仅是专指帕金森病患者，他们并不比其他人更倾向于运动。从实际动机来讲，他们并不比他人更接近于任何东西，帕金森病的世界里充满了悖论和死胡同。

危机”最初出现之后的很多年里一直把它看做是一种纯粹的“功能性”和神经兴奋的表现。

昏睡病过后，很快就会显现出各种不同形式的压力，这对于患者来说是很正常的，特别是在以下两个方面：一方面是钟情于妄想、极度兴奋和产生欲望的振奋；另一方面是发脾气、暴躁和破坏性情绪爆发。这些行为形式在儿童身上表现最为明显而且无法掩饰。儿童在患病后有时会表现出性格的突然改变，突然变得冲动、挑衅、有破坏性、胆大放肆、猥琐好色，有时这些情绪会很难控制。人们常常把这类孩子称做“少年精神病”或“道德智障”。<sup>①</sup>

对成人患者来讲，很少会出现性欲和破坏性情绪的爆发，而是“转变”成其他更容易“为人接受”的反应和表达方式。特别是杰利夫的研究能更好地证明这一点。他对一些很聪慧的脑炎后遗症昏睡病患者进行了长久的分析，清晰地表现出性和暴力的感受是如何转变的，这种转变不仅仅表现在神经和精神行为方面，而且还表现在对抽搐、“危机”、紧张症甚至帕金森病的各个方面。成年脑炎后遗症昏睡病患者表现出超强的“吸收”紧张感受的能力，并用一种间接的生理方式表达出来。上天赐予他们天赋，或者说诅咒了他们，使他们有这种丰富的表达病理的方式，或（用弗洛伊德的话说）“躯体性依从”。

半数的幸存者变得很易于罹患各种特殊的危机性病症，例如他们

---

① G·A·奥登医生（诗人W·H·奥登的父亲）是一位优秀的内科医生，和很多同行一样对由昏睡病引发的病人性格变化给予了很多关注。奥登医生强调，这些变化本质上并不总是完全有害或破坏性的。相比他的同事，他对“病态”方向研究的热情并不太高，奥登医生说许多受影响的病人，特别是儿童，深藏的聪慧可能会被“唤醒”（有可能是不正常的），进入到一种无法预想、无先例的高度和深度。

身上很有可能在瞬间同时爆发出帕金森病、紧张症、抽搐、情感困扰、幻觉、“阻塞”不断增强的暗示性或抗拒症，以及其他三四十种问题。这些危机性病症会持续几分钟或几小时，然后如爆发时一样很迅速地消失。这些表现都很有个体性，我们从未发现有两个人会经历完全一样的危机性病症。这些危机性病症以各种不同的方式表现各个病人的性格、人格、历史、感知能力和幻想。<sup>①</sup>这些危机性病症在很大程度上受到暗示、情绪问题和现有环境的影响，而这种影响可能是好的，也可能是坏的。1930年后各种危机性症状就很少发生了，我之所以要描述这些病症以及它们的特征是因为它们和左旋多巴所诱发的一些状态很相似。这些相似性不仅体现在脑炎后遗症昏睡病患者身上，在普通的、更为稳定的帕金森病患者身上也有所体现。

有一种力量，而且是仅有的一点儿力量在减缓这种疾病的破坏力中起着作用，如果不是这种力量，这种疾病将吞噬人的根基，这种力量就是人类的智慧、想象力、判断力和幽默等“高等官能”。这些方面都能免受疾病影响，这样是好是坏却很难说。因此这些病人，有的已经被放逐到人类最遥远最陌生的极端位置，在严苛的洞察力中经历着各种状态，并保存着记忆、比较、分析和验证的能力。这样说来，他们就成为自己命运的独特见证者，见证了这独一无二的灾难。

---

① 这种情况并不少见，有一个生命中很重要的时刻在危机中被“抓住”，之后保存在脑中。杰利夫曾经间接提到过一位病人的经历，这位病人第一次出现眼球旋转危机时，他们正在进行板球比赛，在这位病人突然向上伸出一只手去抓一个高球的时候，病症出现了（他被抬下场时仍然昏迷不清，右手仍然向外伸着，抓紧了那只球）。那之后，他每次眼球旋转危机发作时，那次板球比赛的情景就会很奇异地突然冒出来重演一遍，像连环画一样放映。

## 昏睡病余波（1927~1967）

尽管很多患昏睡病的病人看起来痊愈了，而且可以恢复以往正常的生活，但他们中的大多数后来却由昏睡病发展成了神经或精神失常，并且多半患上了帕金森病。为什么经过数年甚至几十年看起来很健康的生活之后，这些病人身上会显现出这样的“脑炎后遗症类症状”？这始终是个谜，至今也没有人能很好地解释这个现象。

这些脑炎后遗症病人所表现出来的症状各种各样：有时这些症状会发展迅速，并使患者身体严重受损甚至死亡；有时这些症状又发展得很缓慢；有时这些症状发展到一定程度之后就数年甚至几十年不再变化；有时，这些症状从最初爆发之后又忽然缓和消失。这种形式的极大不同也是个谜，并且看起来也没有一个简单独立的解释。

时至今日仍有一些脑炎后遗症幸存者，尽管还在忍受着帕金森病、抽搐和其他一些问题的困扰，却依然能保持着积极独立的生活（参见塞西尔·M的例子）。他们属于少数的幸运儿，由于某种原因他们可以控制住自己不被病魔吞噬，不会失去能力，保持独立，不会堕落，他们抵挡住了各种帕金森病的困扰。

但对于大多数脑炎后遗症患者来讲，由于其病症的严重性，他们体质的“虚弱”，个人的习惯或者说是他们的不幸，他们所面临的是一个更加黑暗的未来。我们之前已经强调过病人的疾病、自身情况以及他所生存的世界之间不可分割的联系。通过对单独病人的长期亲密接触，我们或许可以分析出各种原因对个体病人的影响，但这种分析并不适用于所有病人，我们也无法获得一个普遍性的原因分析。我们只能说绝大多数的幸存者的身体状况在经历了一次又一次的病痛加深、希望破灭和无法想象的孤独寂寞之后变得越发严重，



而这些磨难中，或许最难以忍受的就是孤独寂寞了。

如果说病患是最大不幸的话，那病患之中最大的不幸莫过于孤独寂寞了……孤独寂寞不仅仅是在地狱中才有的折磨。

——多思

事实上，有些病人进入了一种完全无时间概念的状态，一切事件都处于静止，他们的历史感和事实感全都被剥夺。火警、开饭锣声或者突然造访的好友和意想不到的消息等独特的环境可能会使他们突然恢复生机，但整个过程只有短暂的几分钟，在这几分钟里他们会表现得异常活跃和兴奋。但这些只不过是他们生活黑暗深渊中少有的闪光。多数情况下，他们会一动不动、一言不发地躺着，而在有些情况下甚至完全不会产生意愿和想法，他们所思考的问题和感受会停滞在“昏睡”之前的某个点上固定不变。他们的大脑思路清晰正常，但他们的整个存在却被严实地包裹着。

无法工作，不能清楚地了解自己的需要，很难照管，无助，缺乏希望，囿于本身的疾病无法倾诉，经常被家人和朋友抛弃，没有任何有效的特殊治疗方法等。由于这些原因，这些病人被放逐到慢性病医院、疗养院、精神病院或专门诊所里。在那里，多数时候他们就被完全遗忘了；在这些地方，他们成百上千地死去。

尽管如此，他们中很少的一部分活了下来，变老变脆弱（尽管通常他们看起来比实际年龄要年轻），囚禁于制度化中，完全被孤立，失去了全部的记忆，对于他所生存的世界，有一半忘记了，另一半似在梦幻中。