



法国思想家译丛

Maladie mentale et psychologie

# 精神疾病与心理学

〔法〕米歇尔·福柯 著 王杨 译

上海译文出版社

法国思想家译丛

Maladie mentale et psychologie

# 精神疾病与心理学

〔法〕米歇尔·福柯 著 王杨 译



上海译文出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

精神疾病与心理学/(法)福柯(Foucault, M.)著.

王杨译. —上海:上海译文出版社,2014. 1

(法国思想家译丛)

ISBN 978-7-5327-6365-8

I. ①精… II. ①福…②王… III. ①福柯,  
M. (1926-1984)—心理学—研究 IV. ①B84

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 250049 号

Maladie mentale et psychologie

by Michel FOUCAULT

Simplified Chinese edition copyright © 2013

by Shanghai Translation Publishing House

All rights reserved

图字:09-2005-627 号

## 精神疾病与心理学

[法]米歇尔·福柯/著 王杨/译

责任编辑/范炜炜 装帧设计/张志全工作室

上海世纪出版股份有限公司

译文出版社出版

网址:www.yiwen.com.cn

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.cc

上海交大印务有限公司印刷

开本 890×1240 1/32 印张 3 插页 2 字数 50,000

2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷

印数:0,001—6,000 册

ISBN 978-7-5327-6365-8/B · 373

定价:20.00 元

本书中文简体字专有出版版权归本社独家所有,非经本社同意不得转载、摘编或复制  
本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,请向承印厂联系调换,T:021-54742977

## 引 言

精神病理学有两个问题值得提出：我们在哪些条件下才能在心理学领域中谈疾病？对精神病理学现象和器质性病理学现象之间的关系，我们能作出哪些定义？所有心理病理学都围绕着这两个问题展开：异质心理学拒绝以正常心理学的术语解读病态意识的各种结构，就像布隆代尔(Charles Blondel)所做的那样；相反，分析心理学或现象心理学则寻求在正常与疾病之间产生分别以前的含义中重新掌握一切举止(*conduite*)，哪怕是荒唐举止的可理解性。在心理发生与机体发生之间的激烈论战中也有类似的分置：全身瘫痪被发现以来的器质性病因学研究，如梅毒病因；或在19世纪末被定义为癔症症候群的、无器质性基础的错乱之上对心理因果关系的分析<sup>①</sup>。

这些问题不知道被重提过多少次，如今再提叫人气馁，而且总结由这些问题引起的争论可能是无益的。然而值得我们思索的是，产生这种尴尬局面的原因，难道不是因为我们在精神病理学和器质性病理学中赋予了疾病、症状、病因这些概念以同样的含义吗？如果说定义

心理疾病和心理健康如此困难,难道不是因为我们徒劳无益地把同样应用于人体医学的概念大量地应用在心理问题之中吗?在重新找回机体紊乱与人格变质之间的统一性中所遇到的困难,难道不是源于我们为它们假设了同一种结构吗?在精神病理学和器质性病理学之外,还有一个一般性的、抽象的病理学统治着它们。这一病理学强加给它们相同概念的同时强加了同样多的偏见,在给它们指定了相同的方法以后也指定了同样多的公设。我们想要指出的是,精神病理学的根不能在某种“元病理学”(métapathologie)中找,而是要在人与疯子和真正的人之间的、定位在历史中的某种关系中找。

然而,简短的总结还是必要的,这既是为了回顾传统或新近心理病理学是如何形成的,也是为了指出精神医学应意识到哪些先决条件,以获得前所未有的严谨。

---

① 在本书中,福柯频繁使用冒号和分号,对此我们不做改动,仅提醒读者,本书中的冒号相当于“如”,分号用于分隔多个例子。——译者

# 目 录

引言	001
第一章 精神医学与器质性医学	001
第一部分 精神疾病的心理方面	013
第二章 疾病与发展	015
第三章 疾病与个人历史	029
第四章 疾病与存在	043
第二部分 疯癫与文化	057
引言	059
第五章 精神疾病的历史构成	063
第六章 疯癫,总体结构	074
结论	083
精神病学史大事年表	085

## 第一章 精神医学与器质性医学

我们刚刚谈到的这种一般性的病理学的发展主要分为两个阶段。

就像器质性医学一样,精神医学首先试图在显示出疾病的各种迹象的协调组合中解译疾病的本质。它建立了一个症状学,并在其中记录某种疾病与某种病态表现之间恒定的,或者只是常见的关联:听觉幻觉是某种妄想结构的症状;精神混乱是某种精神错乱形式的迹象。另一方面,精神医学还建立了一个疾病分类学,用以分析疾病的各种形式,描述疾病的发展阶段,并描绘出疾病可能有的各个变种:人们可以区分急性病和慢性病;人们还可以描述症状的间歇性表现、症状与症状之间的交替,以及患病期间各种症状的发展。

将这些传统上的描述图解化是有好处的,不只是可以用作例子,还可以固定这些传统上被使用的术语的初始含义。为此,我们将借用本世纪初发表的几部作品中的描述,这些描述虽陈旧,但不应让我们忘记它们曾经既是结果又是起点。

迪普雷(Ernest Dupré)这样定义癡症:“癡症是一种状态,在这种

状态中,想象与暗示感受性的力量同被我称为精神延展性的身体与精神之间的这种特殊协同作用结合,导致病人对疾病症候群的或多或少有意的模拟,导致病人无法与装病者相区别的官能紊乱的现象延展性组织。”<sup>①</sup>因此,这个传统定义将暗示感受性,以及像瘫痪、感觉缺失、厌食这些没有器质性基础,唯独有一个心理根源的错乱的出现指定为癔症的主要症状。

自让内(Pierre Janet)的研究起,精神衰弱症就以伴随着器质性痕迹(肌肉无力、肠胃失调、头痛)的神经衰竭为特征;它被认为是一种精神上的衰弱(易疲劳、无力于做出努力、面对障碍时的慌乱;难以融入现实和现在:即让内所说的“现实功能缺失”);最后,它还被认为是易感性的错乱(悲伤、焦虑、阵发性忧郁)。

强迫症:“在一种惯常的精神状态中出现的犹豫、怀疑和不安,表现形式为间歇性阵发和多样的强迫——冲动。”<sup>②</sup>人们区分恐惧症和强迫性神经症,前者以在特定对象<sup>③</sup>面前的阵发性焦虑的发作为特征(面对空旷空间时的广场恐惧症),后者主要以病人针对其焦虑而设立的防御为标志(惯常的谨慎、祈求的举动)。

躁狂症与抑郁症:被马尼昂(Valentin Magnan)称作“间歇性疯癫”的这种疾病形式是这样的,在这种疾病形式中,人们能够看到两个原本对立的症候群以或长或短的间隔交替:躁狂症症候群和抑郁症症候

---

① 迪普雷,《情感的构成》(*La constitution émotive*),1911。

② 戴尔马(André Delmas),《精神病学实践》(*La pratique psychiatrique*),1929。

③ *Objet* 可被翻译成“对象”或“物件”,前者包含后者,此处我们取语义面更广的“对象”。——译者



群。前者包含动力的躁动,这是一种欣喜的或恼怒的情绪,一种以言语的重复且不连贯、联想的迅速和想法的流失为特征的精神兴奋。相反,抑郁症表现得像一种在悲伤背景上的动力迟钝,并伴随着精神减弱。躁狂症与抑郁症之间有时是相互隔绝的,但通常它们被一个规律的或不规律的交替系统连接,吉尔贝·巴莱(Gilbert Ballet)已勾勒出了这个系统的不同侧面<sup>①</sup>。

偏执狂:在情感兴奋(骄傲、嫉妒)和心理活动过度的背景上,我们看到有一种系统化的、结构严密的、无幻觉的妄想发展起来,并在夸大、迫害和要求这些主题在逻辑上的虚假统一中结晶。

慢性幻觉型精神病也是一种能令人产生妄想的精神病;但是在这种精神病中,妄想不够系统化,结构往往不够严密;夸大的主题到后来在一种人物的孩童般的兴奋中吸收了所有其他的主题;最后,而且尤其要注意到这一点,这种妄想要靠幻觉来维持。

青春期精神分裂症这种青少年时期的精神病在历史上被定义成一种智力的和动力的兴奋(饶舌、造生词、双关语;矫饰和冲动)、幻觉和一种多态性逐渐降低的无序妄想。

紧张症可以从主体的违拗症(缄默症、拒食、被克雷佩林(Emil Kraepelin)称为“意志障碍”的现象)中识别出来,也可以从主体的暗示感受性(肌肉的消极性、对被强制的态度的维持、共鸣性回应)中识别出来,最后它还可以从刻板的反应和冲动的爆发高潮中识别出来(突

---

<sup>①</sup> 吉尔贝·巴莱,“周期性精神病”(La psychose périodique),《心理学报》(*Journal de Psychologie*),1909—1910。

然的动力释放似乎超出了由疾病设立的所有障碍)。

克雷佩林观察到,最后这三种出现在疾病发展相当早期的疾病形式有向痴呆,即向心理生活的完全破坏发展的趋势(妄想逐渐变少,幻觉有让位给不连贯的梦样谵妄的趋势,主体的人格陷于支离破碎),因而他将这三种疾病形式归到早发性痴呆这个共同的名称下<sup>①</sup>。被布洛伊勒(Eugen Bleuler)重新使用并扩展到一些偏执狂形式上的正是这同一个疾病分类实体<sup>②</sup>;他为所有这些疾病形式起名为精神分裂症,在总体上,这种疾病以联想的正常协调的混乱为特征——就像一种思想流的碎裂(Spaltung)——而另一方面,这种疾病也以同周围环境的情感接触的中断,以无法进入与他人情感生活的自发交流为特征(孤独症)。

以上这些分析与器质性病理学的分析有着相同的概念结构:两种病理学都用同样的方法将各种症状分配到不同的疾病分类,并定义重要的疾病实体。然而,我们在这种唯一的方法背后看到的,是两个都与疾病的性质有关的公设。

首先,人们提出,疾病是一种本质,是一种可通过表现它的症状识别出来的,但是先于这些症状而存在的,也就是在某种程度上独立于这些症状的特别的实体;以这个公设为基础,人们就会描述说,在强迫症状下隐藏着一个精神分裂症的背景;人们也会谈到被掩盖了的妄想;在一次躁狂危机或一个抑郁期背后,人们还会假设有一种躁狂——抑郁性疯癫的实体。

---

① 克雷佩林,《精神病学纲要》(*Lehrbuch der Psychiatrie*),1889。

② E·布洛伊勒,《早发性痴呆或精神分裂症群》(*Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*),1911。

在这个认为疾病是本质的偏见旁边,还有一个自然主义的公设,就好像是为了矫正前一种偏见中包含的抽象一样,这个自然主义的公设将疾病视为植物学类别;人们假设,在症状的多态性背后,每个疾病分类类型都具有统一性,就像一个以其固定的特性而定义,并在其子类型中变得多样化的物种的统一性一样;这样,早发性痴呆就像是一个以其自然进化的最高形式为特征的物种,而它也能表现出青春精神分裂症、紧张症或偏执狂的变种。

如果我们用与器质性疾病相同的概念方法定义精神疾病,如果我们像分离和集中生理症状一样分离和集中心理症状,那首先是因为我们把疾病,不管是精神的还是器质性的,看作是由特别的症状表现出来的自然本质。因此,在这两种病理学形式之间没有实际的统一性,有的只是由这两个公设在它们之间建立的抽象的相似性而已。而人的统一性和身心的全体性的问题依然是完全敞开的。

\* \* \*

正是这个沉重的问题促使病理学转向了新的方法和新的概念。一种器质和心理的全体性概念彻底摧毁了把疾病视为特异实体的公设。疾病作为独立的实在逐渐被遗忘,人们放弃了让它在各种症状面前扮演一个自然物种的角色,也放弃了让它在机体面前扮演一个陌生的身体的角色。相反,人们开始优先考虑个体的总体反应;疾病不再以一种自主的实在的姿态介于病态过程和机体的一般运行之间;人们只是把它设想成患病个体前途上的一个抽象剖面。

为提醒起见,在器质性病理学领域里,我们应注意到目前由激素

调节及其紊乱所扮演的角色,注意到植物性中枢已得到认可的重要性,如控制这些激素调节的第三脑室区。我们知道,勒里什(René Leriche)着重地强调了疾病过程的总体特征,以及以组织病理学代替细胞病理学的必要性。在塞里(Hans Selyé)那边,通过对“适应性疾病”的描述,他让我们了解到,疾病现象的本质要到作为机体对来自外界的侵袭和“压抑”的总体回应的所有神经反应和植物性反应中去寻找。

在精神病理学领域中,人们也给予心理总体性概念以同样的优先考虑;疾病可能是人格的内在变质,是人格结构的内部破坏,是人格前途的逐渐偏移;疾病只在一个有结构的人格中才可能有实在和含义。在这个方向上,人们致力于根据人格紊乱的程度来定义精神疾病,并且人们最终将精神错乱分成了两大类型:神经症和精神病。

1) 精神病这种人格在总体上的紊乱包括:思想的错乱(躁狂症中流失、消逝、在声音或词语游戏的联想上游走的思想;精神分裂症中跳跃的思想,它跳过中间阶段,断断续续地或在反差中进行);情感生活和情绪的总变质(精神分裂症中情感联系的中断;躁狂症或抑郁症中大量的情绪着色);意识控制的紊乱,批判能力对不同观点和变形的客观评判的紊乱(偏执狂中的妄想性信仰,在这种信仰中,解读系统预先给出其准确性的证据,并因此抵制一切讨论;类偏执狂患者对其幻觉经历的独特性的漠不关心,他以为这种幻觉经历对他来说是显然的);

2) 相反,在神经症中被触及的只是人格的一个区域:强迫症患者对这个或那个物件所做的仪式性行为,恐惧性神经症中由某种情况引发的焦虑。但是思想的运行在结构上保持完整,尽管精神衰弱症患者的思想运行较为缓慢;情感联系依然存在,甚至在癔症患者那里,这种

情感联系有可能被夸张到敏感的地步；最后，即使神经症患者表现出与癔症患者相同的意识阻塞，或与强迫症患者相同的难以抑制的冲动，他依然保留着对自己的病态现象清醒的批判意识。

一般来讲，人们把偏执狂和整个精神分裂类型，及其类偏执狂的、青春期精神分裂症的和紧张症的症候群看作是精神病；把精神衰弱症、癔症、强迫症、焦虑性神经症和恐惧性神经症看作是神经症。

这样一来，人格这个要素便成了疾病发展的场所，也成了用于判断疾病的标准；它同时是疾病的实在和衡量标准。

在全体性概念的这种优先地位之中，我们看到了向具体病理学的回归，也看到了将精神病理学领域和器质性病理学领域确立为唯一一个领域的可能性。其实，这两种类型的疾病难道不是以不同的途径指向同一个人类个体的实在吗？通过对这个全体性概念的确立，它们难道没有同时因其方法的相似性和对象的统一性而相互靠拢吗？

戈尔德斯坦(Kurt Goldstein)的著作可能会说明这一点。在精神医学和器质性医学的边界上研究如失语症这种神经病症候群时，他既拒绝用局部病变解释器质性问题，又拒绝用智力的总体缺陷做心理学解读。他指出，大脑皮层的外伤后病变能改变个体对其环境的回应风格；功能性损伤能限制机体的适应可能性，同时也在其行为中抹去了某些态度的可能性。当一个失语症患者无法叫出摆在他面前的一个物件的名字，而在他需要的情况下又能要求这个物件的时候，我们不能根据缺陷(机体或心理上的废除)来把这种情况描述成一种绝对意义上的实在。因为面对世界，他不再有能力采取一种态度；不再拥有一种让他不是靠近物件然后抓住它(*greifen*)，而是与它保持距离，把

它指给人看和指示它(zeigen)<sup>①</sup>的命名的可能。

不管这些原始的名称是心理学的还是器质性的,疾病涉及的总是处在世界中的个体的总体情况;它不是一个生理或心理的本质,而是处在心理和生理的总体之中的个体的一般性回应。因此,在医学分析的所有这些近期形式中,我们可以解读出唯一的一个含义:我们越是把人的存在统一性看成一个整体,疾病作为特异统一性的实在便消失得越快;同时,为了替换对疾病的自然形式的分析,对以疾病的方式回应其处境的个体的描述也就越加必要。

通过它所保证的统一性和它消除的问题,全体性这个概念完全能够给病理学带来一个概念上愉悦的新气象。或远或近地从戈尔德斯坦那里汲取灵感的人们想要利用的,正是这个新气象。但不幸的是,满足感与严谨却没有站在同一边。

\* \* \*

相反,我们想要指出,精神病理学要求有区别于器质性病理学的分析方法,认为“身体疾病”与“精神疾病”具有相同的含义,这只是一种人工的语言嫁接。在心理领域和生理领域中使用相同方法和概念的一个统一的病理学在今天只是一个空想,尽管身体与精神的统一是现实。

1) 抽象。在器质性病理学中,越过疾病回到病人的主题并不排除能够在疾病现象中抽取条件和结果,抽取密集出现的过程和独特反

---

<sup>①</sup> 戈尔德斯坦,《心理学报》,1933。

应的严格客观评判。解剖学和生理学正是向医学提供了一种允许在机体的全体性背景上做合理的抽象的分析方法。的确,塞里的病理学比任何其他病理学都更强调每个节段现象与机体整体之间的连带性;但这不是为了使节段现象与机体整体消失在它们的单一性之中,也不是为了揭露它们内部的一种武断的抽象。相反,这是为了让各种独特现象在一个总体的协调中找到顺序,例如,是为了说明与伤寒损伤类似的肠损伤在一系列激素紊乱中占有自己的位置,因为这些紊乱中的一个基本要素是肾上腺皮质功能的混乱。器质性病理学给予全体性概念的重视既不排斥对各种孤立要素所做的抽象,也不排斥因果分析;相反,它让抽象更加有效,让对因果关系的确定更加真实。

然而,心理学从来没能向精神病学提供像生理学向医学提供的东西:即通过规定错乱的范围,能够让人们考虑这种损害与人格整体的功能性关系的分析工具。的确,心理生活的协调似乎以一种与机体的协调不同的方式被保证;在心理生活中,节段的整合趋向于一种令每个节段都成为可能的统一性,但是这种整合要在每个节段上概括和思考:这就是心理学家们在他们从现象学中借来的词汇中所称的举止的有含义的统一性,这种统一性在每个要素中——梦、罪行、无理由的举动、自由的联想——都藏入了一个存在的一般面貌、风格、其整个先前的历史和偶然的牵连。因此,心理学和生理学中的抽象工作不能以相同的方式来做;而且在器质性病理学和精神病理学中,对病态错乱的范围界定要求有不同的方法。

2) 正常与疾病。医学发现,疾病现象和正常现象之间的界限逐渐变得模糊;或者更准确地说,医学更加清楚地理解到,临床名目表不

是对非正常现象、对生理“怪胎”的收集,也部分地由根据其标准而运转的机体的正常机制和适应性反应构成。如勒里什所说,股骨骨折后的尿钙过多是一种处于“组织可能性行列中的”<sup>①</sup>机体应答:这是机体在以一种有序的方式回应疾病损害,就好像是为了修复这种损害一样。但是我们不要忘记:这些思考建立在对机体的生理可能性的协调规划之上;而且实际上,对疾病的正常机制的分析能让人更好地认清疾病损害的影响,并通过机体正常的潜在性,让人更好地了解机体的复原能力:就好像疾病被记录在正常的生理潜在性之中一样,复原的可能性也被写在疾病过程之中。

相反,在精神病学中,人格的概念使对正常和疾病的区分变得极其困难。例如,布洛伊勒将两个精神疾病群作为精神病学的两个极点对立起来,一边是以与现实联系的中断为特征的类精神分裂症群,另一边是以情感反应的过度为特征的躁狂——抑郁性疯癫群,或交替性精神病。然而,这种分析似乎既能定义正常的人格又能定义病态的人格;而克雷奇默(Ernst Kretschmer)也以这种精神为指导,构建了一个双极性性格学,其中包含类分裂性气质和循环情感性气质,其病症的加剧分别表现为“精神分裂症”和“循环性精神病”。但是这样一来,从正常反应向病态形式的过渡就不属于对过程的明确分析了;这种过渡只能让人做一种性质估计,它令所有的混淆都成为可能。

机体连带性的观念能让人区分和连接疾病损害和合适的回应,但在精神病理学中,对人格的检查却要防止同样的分析。

---

① 勒里什,《外科手术的哲学》(*Philosophie de la Chirurgie*)。



3) 病人与环境。最后,还有第三种差异阻止我们以同样的方法处理和以同样的概念分析机体全体性和心理人格。无疑,没有任何疾病能脱离医疗实践围绕在疾病周围的诊断方法、隔离手段和治疗工具。但是机体的全体性概念使患病主体的个体性独立于这些实践而得到突显;它能隔离出病人疾病的独特性,确定病人对疾病的反应的专有特征。

在精神病理学方面,病人的现实无法让人做出同样的抽象,每个病态个体都应该通过与他有关的实践环境来理解。从18世纪末开始强制给精神错乱患者的拘禁和监护处境、患者对医疗决定的完全依赖都无疑对在19世纪确定癡症患者作出了贡献。病人被监护人和家庭顾问剥夺了权利,几乎重新回到了在司法上和道德上的未成年状态,因医生的全能而丧失了自由,他成了所有社会暗示的节点:在这些做法的汇合点上,暗示感受性出现,成为癡症的最主要症候群。巴宾斯基(Joseph Babinski)从外部把暗示的控制强加给他的女病人,使她到了颓废、既无声音又无运动的错乱地步,准备迎接神奇话语的功效:“站起来,走。”而医生也在他福音式发挥的成功中找到了装病的迹象,因为女病人遵循具有讽刺意味的先知式的指令,真的站了起来,也真的行走了。然而实际上,在他所揭露的如同幻觉的东西里,医生同他的医疗实践的现实相冲突:在这种暗示感受性中,他得到的是病人所服从的所有暗示和所有依赖的结果。今天的观察已不再有当初的那种奇迹,但这并没有肯定巴宾斯基确实成功了,而只是证明了,只要曾经构成病人的环境的暗示行为减弱,癡症患者的面目就趋向于消失。

因此,个人与其环境的关系的辩证在疾病生理学和疾病心理学中