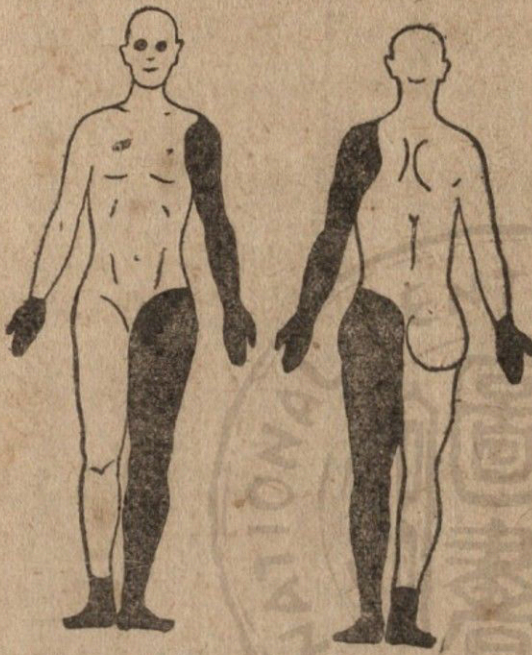


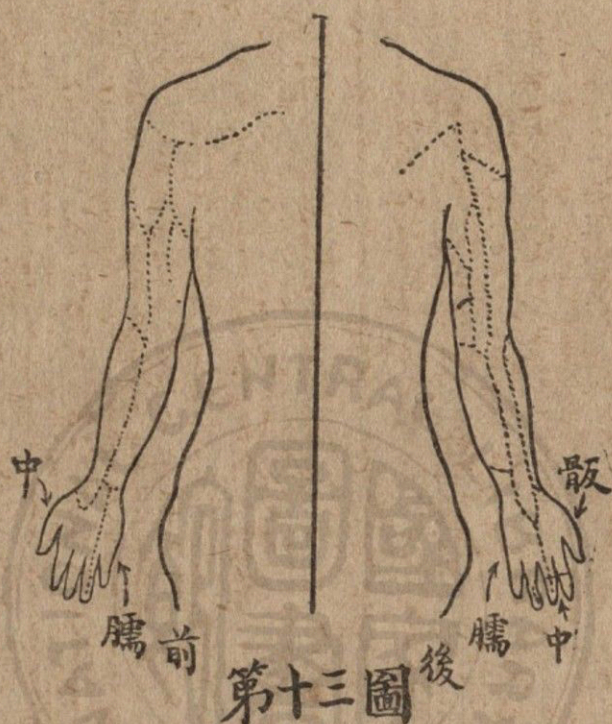
種症候在發生於手部時僅以手部爲限，而超過腕部之部分皆無病象。若發生於足部，則不超過踝節。因此各種機能的感覺喪失症，每由其患部區別之，例如手套失感覺 (Glove anesthesia) 或履形失感症 (shoe anesthesia) 是。第十二圖表明幾種機能的失覺症之現象。患者所喪失之感覺或在足部或在腿部，或在手部，或在臂部。此種現象不與解剖之事實相符，可由第十三圖察見之。此圖表示各種神經所支配之區域。



第十二圖

機能的失感症

失感之部分即識以黑色者



手部神經之分配

手部三種神經(即中神經, 骭神經及膈神經)所支配之區域極不規則。若任何一種神經受傷, 則其所影響之區域必與其所支配者相符, 而非如第 圖 所示。

此種症候不能用生理學解釋之，其正確之解釋似應求之於心理學中。

b. 機能的失感症可用暗示引起之。夏可 (Charcot) 堅持皮膚失感症爲害思病 (Hysteria) 之一種特徵。此種意見曾風行一時。因此醫生在檢驗患害思病者或可疑爲有此病者時，必定注意於其皮膚失感之點或區域。其最可奇者卽此種之點或區域，每每發現於此種患者中。昔日視此種現象爲一女巫所具有之特徵，而有『魔爪』 (Devil's claws) 之稱。

夏可曾經述及此種失感症之三特點。第一個特點是：此種現象罕爲患者本人所發現。患者之就醫每因他種症候。唯醫生因疑其有害思病，施以失感症之檢驗，而後發現此症。至患者本人則以前對此症之存在全無認識。第二個特點是：患者雖有此症而不感覺有所不便。第三個特點卽此症所影響之部分僅與通俗的解剖觀念相符。醫生之所以重視此症者，蓋受夏可的學說之影響，而此症之發現亦每爲此種檢驗之結果。患者雖初無此症，但因感受檢驗之暗示，遂有發生此症之可能。

此種失感症可由一手移至其他一手，而又恢復其原來之位置。患臂部失感症者可以不治而愈，但每有腿部失感症起而代之。患全體失感症者，在某種情形之下可以恢復其全體之感覺。此種失感症之病因，若在感覺機械之自身，則上述之變化不能產生。

此症之暗示說爲裴奇 (Herbert Page) 1891年所創。後來白冰士客 (Babinski) 加以實

驗，竟能證實此說。其所用之受試者爲患害思病者一百人。白氏於檢驗時竭力避免此種症候之暗示。其結果表示患者之觸痛，溫，肌肉與立體感覺皆無病態。於是有下述之結論：患者對於夏可失感症全無認識而且不爲所若；因其在檢驗以前並無此症，而在檢驗時因有醫生之暗示方有此症表現。

白氏所得之結果復爲其他研究者所證實。不過白氏所謂機能失感症決不存在之說未免爲矯枉過正之論調。人若患有機體之損傷，此傷雖愈仍然可有失感症之餘波。患者由此傷痕之暗示可以維持其失感症，使之延長。是以引起失感症之暗示，不必爲語言之暗示，而且不必爲外來之暗示。

c. 機能的失感症具有可以變化之性質。若人因機體損傷而患右手失感症，則此症斷不能於數分鐘內移於右手，或足部或身體之其他各部。此種症候亦不能在一個時期中忽然消滅，而在其他一個時期中忽然再現。此種之可變性實爲機能失感症之特徵。在下列之情形中，此種症候能產生形式上或位置上之變化。

(一) 此症隨害思病之發作而有變化。皮膚失感症在害思病發生以前有增加者，有減少者。在害思病發作時，此症或改變其形式，或完全消滅，但患者在此病過去以後復有此症。

(二) 在睡眠狀態中，此症可以消滅。

(三) 此症可爲某些藥料所影響。有時患有範圍闊大之失感症者，可在酒醉時恢復其全體之感

覺。迷蒙精 (chloroform) 可以使之消滅。嗎啡，大麻致醉膠 (hashish) 及其他種種之藥料，可有同樣的影響。

X (四) 任何形式之暗示可以變化之。應用電氣，金屬板，用手撫按及其他可以迎合患者的想像之物，皆能改變失感症之位置，或使之完全消滅。常奈 (Janet) 曾舉一顯著之例子如下：

常氏曾見一患者有下述之情形：此人患有全體失感症。我們應用電氣醫治她的腿部，而在每與負電極相接觸時則有強烈之肌肉收縮現象。當時我們忽然發現繫塞之兩根銅絲已與器械脫離關係。經過長時間之治療，而所用之工具不過木塊而已。於是施術者繼續施術，而不繫線於兩端，但在患者僅與塞接觸時，其肌肉之收縮更甚。

d. 機能失感症無一致之現象，此為區別治病與真正的機能失感症之一種重要標準。治病者每儘量利用其知識以維持其病之一致性。患有機能失感性者，則可欺以其方，而使其所患表現一致性之缺乏。

肆、其他感覺之症候。

嗅覺 (olfactory sensations)，味覺 (gustatory sensations) 及有機之感覺 (organic sensations) 皆可由身體之病態或心理之失調而產生異常的現象。在每個特殊事件中，我們必須

對於病之性質加以澈底之研究。病若似屬機體，則應由醫生檢驗之。若患者之身體無病，則其機能之因素，爲治心理學者所應研究之對象。

一、嗅覺——一般人對於嗅覺能力之喪失不以爲苦。但此症若與精神病有關，則其病因每爲心理之原素。患者每每對於某種氣臭或其所代表之物抱有一種厭惡之情緒態度。我們可用種種氣臭以測驗患者之嗅覺，即知其所患之性質。但是倘若患者對於某種氣臭表現特別銳敏之嗅覺能力，則其意義亦可與上面所述者相同。

二、味覺——味覺與精神病之關係不爲重要。一般認爲味覺之病症，每爲對於某種食物或一切食物之情緒態度。若人缺乏味覺之能力，則每無所表示。但是倘若此種感覺過於銳敏，則對食物多所批評。至於一般飲食過求精良或饕餮之徒並非患有味覺之病症。其所患者爲情緒上之態度。

三、亂之感覺——患精神病者每謂其身體上有種種之奇特感覺。其實此種種感覺並非真正之感覺，乃位於患有他病之部分中。捨此種感覺而不論，有機感覺所有之症候實爲某些疾病之結果，而與精神變態殆無關係。研究者遇有患者敘述其奇特之痛覺或感覺時，應在心理方面求其原因；唯在作此種研究以前，患者應經澈底的身體檢查。

我們在討論各種感覺症候時已經論及幾個要點。茲將此數點特別提出，俾使讀者益能認識其重要性。

一 一種症候之原因，不能直接由症候自身之研究而推知之。我們對於患者的人格全體須有正確的了解，而後此症候之完全意義乃可得見。

二 一種單獨的症候，例如一種單獨的感覺症候，可以影響患者的人格之其他方面。例如視覺上之缺陷，使患者不能視察正確，於是患者之知覺與其關於知覺之解釋，必因此而受影響。解釋之錯誤復能影響其情緒上之生活，而產生一種深切之病症。患者或因視覺上之缺點，而在勉強視察時，養成一種奇特的狀態。此種狀態可以影響其社交之關係。他人或竟因此而避之。視覺上若有一部分之缺陷，則心智之發展必受牽制。其結果可使患者與心智衰弱者相似。此種種之關係可以推進以至於無窮。我們在研究精神生活之某一部分時，應於其在各方面之關係加以考慮。

三 在矯正一種缺陷時，我們應先矯正其最明顯而且易於着手者。若人有一種視覺上之缺陷，而此種缺陷可用眼鏡矯正之，則第一步為眼鏡之配置，然後及於其他具有關係之缺陷。此種單純之手續當然不是最後之目的。我們須視患者為一個的人格而研究之。醫治之法應使其完成其人格之發展。易言之，我們所應醫治者非僅症候之自身，而為患有症候之人。

Behan, R. J.: Pain, Its Origin, Condition, etc. (Appleton.)

Pest, H.: The Blind. (Macmillan.)

Pest, H.: The Deaf. (Crowell.)

Carlson, A. J.: The Control of Hunger in Health and Disease, Chaps. 16 and 17. (Univ. of Chicago Press.)

Franz, S. I.: Handbook of Mental Examination Methods, pp. 16-42.

Fraser, C. F.: The Psychology of the Blind, Amer. J. Psychol., 1917, 28, 229-237.

Hunt, E. L.: Diagnostic Symptoms in Nervous Diseases, Chaps. 10 and 13. (Saunders.)

Hurst, A. F.: The Psychology of the Special Senses and Their Functional Disorders. (Oxford University Press.)

Janet, P.: Major Symptoms of Hysteria. (Macmillan.)

Jones: I. H.: Equilibrium and Vertigo. (Lippincott.)



第九章 知覺上之症候

知覺上之症候可分二類，一爲錯覺 (illusions) 一爲幻覺 (hallucinations)。茲分別論之於下：

錯覺

錯覺即錯誤之知覺。錯覺爲人所常有之經驗，不過患者所採取之態度可以表示其是否患有精神病。常人在其有錯覺時，每對其發生之情形加以觀察，而由此明瞭其性質。但患精神病者則視錯覺爲事實而不加以考慮。

錯覺之產生既不限於患精神病者，所以錯覺產生之原因，不必與精神病具有特殊的關係。有些錯覺係由於刺激之性質所致，所以此種錯覺爲人所不能免者。例如兩根平行的線在其經過許多輻射之線時，表現一種弧線之狀態。此爲常人所有之錯覺。注意之散漫，情緒之激動與神經之疲困，皆能使人對於刺激與以錯誤的解釋。

幻覺

有人以爲幻覺與錯覺有下述之區別：幻覺爲外周刺激 (peripheral stimulus) 缺乏時所有之知覺。至於錯覺，則爲外周刺激所引起，不過此種刺激非平日引起此特殊之知覺者。例如有人在靜寂的環境中突聞鐘聲即爲幻覺，若以蟋蟀之聲爲鐘聲即爲錯覺。

究竟幻覺與錯覺不易區別。上述之區別係以刺激之有無爲根據。此種根據是否與事實相符尙屬疑問。幻覺或者亦爲一種刺激所引起；不過因爲此種刺激難於察見，我們遂以爲幻覺之生全無刺激。我們對於此二種經驗可以暫時區別如下：引起錯覺之刺激，較之引起幻覺之刺激爲顯著。

幻覺非患精神病者所獨有，而常人亦間有之。在夢中與半睡半醒之狀態 (hypnagogic

State) 中，此爲常有之現象，而且在內臟發痛時亦每有幻覺產生。就常人言，視覺的幻覺較之聽覺的幻覺爲多。至患有精神病者，則此二種幻覺之比例適與此相反。聽覺的幻覺多半發生於精神病之末期中；其初期中之幻覺多屬視覺。

一、視覺的幻覺——視覺的幻覺或明顯或模糊，或爲簡單之閃光，或爲複雜之情景，或爲平面，或

爲立體。皮佛 (C. E. Beavor) 醫生曾經述及一患癲癩病者所見之氣形 (aura) 患者見有十

三人立於其前。其中有一人首先離羣他去。既而其他十一人亦先後離開。最後一人向患者施以打擊。

其結果遂爲癡癲之狀態。

視覺的幻覺之性質不一。患疲勞的精神病者，每樂於閉目享受其想像中之美景。患昏迷戰慄症（delirium tremens）者，則常爲猶惡的野獸所困。

視覺的幻覺之嚴重性可用測驗方法確定之。其法係使患者於幻覺發生時闔其二目。若幻象因此消滅，則恢復常態之可能性頗少。

二、聽覺的幻覺。——此種幻覺或明瞭，或紛亂，或爲大聲，或爲低音，或爲單字，或爲長談，或距離甚遠，或距離甚近。有時患者所聽見之聲音採取一種命令式。此種聲音非常危險，因爲患者容易接受暗示而發生自殺或殺人之舉動。有時爲兩種聲音；一種聲音責備患者，而其他一種聲音則爲之辯護。

一般地看來，聽覺的幻覺具有一種凶兆之意義。究竟此種幻覺之意義是否如此嚴重，可用下述之手續決定之。塞患者之兩耳而詢其是否尚有聲音。在多數患者中，此種聲音不復存在。患者若仍聽見此種聲音，則病之治療較有希望；因爲此種情形可使患者知其所聽見之聲音爲一種幻覺。

三、味嗅二覺之幻覺。——味嗅二覺在病態中亦具有密切之關係，所以此二覺之幻覺亦當合併論之。這些幻覺若由口鼻黏膜之乾燥與發炎而生，則治療之法頗爲簡單。但是倘若久患精神病者有此種種幻覺，而其原因復非上面所述，則幾乎常爲人格改變與心智退化之表徵。

嗅之幻覺有可愛者，亦有可惡者。可愛的幻覺如花果之馨香，而可惡的幻覺則為死尸或焚燒之氣臭味之幻覺與污穢或毒物相似。患者自衛之方法即為吐痰或塞其鼻孔。其最甚者則為絕食。

四、皮膚之幻覺——有許多患精神病者，在一個時期中有上腹之感覺（epigastric sensation）或接近腹部之感覺，或胸下之感覺。其普通之性質為一種下沉之感覺，或充滿之感覺，甚至為疼痛之感覺。這些感覺多發生於紛亂與昏迷之狀態中。上腹部（epigastrium）為此種現象發生最多之處，但臍部，下腹部（hypogastrium）與生殖器官之外部亦每有之。有時患者以為此種感覺位置於胸部。

根據施安大特（Stoddart），患有上述之症候者，同時患有外周痛覺喪失症（peripheral analgesia），並且凡患有顯著的痛覺喪失症者，每每承認其有此種上腹之感覺或其類似之感覺。有些患者則有腹部感覺而無外周痛覺喪失症。不過根據針刺之檢驗，其中多有手部感覺不如軀幹者。我們根據此種事實，或可推想患有腹部感覺者之外周痛覺亦有多少之損失，不過有時此種損失極微，難於察見而已。

倘若此種推想果與事實相符，則腹部感覺之產生得有下述之解釋：當患者之外周感覺有所損失時，其所有之感覺多半來自腹部，而腹部與其接近之部分因此引起特別的注意。此或為變態感覺

之由來。

癲癇病的下腹氣形 (epigastric aura) 爲一種特殊之下腹感覺。患者在喪失感覺之時覺有氣形自下腹部洩出。在其墜落以前之最後一種現象，即其腹部感覺之喪失。科林司 (Collins) 醫士本其管理一癲癇病區 (Epileptic Colony) 之經驗，謂當氣形發生之時，外周感覺亦有喪失。此種事實似可證實上述之假設。

痛之幻覺常發生於腹部之附近。患者在解釋此種幻覺時以電磁，催眠，或神秘方法爲其發生之原因。其經驗常以刺震，或射之名詞描寫之。

熱之幻覺常蔓延於全身之表面。此種現象在抑鬱病與振顫癱瘓病 (paralysis agitans) 中最易發見。患者每於極冷時感覺極熱，有時以爲有一冥火焚於其前。

寒之幻覺發生極少。其發生之處或限於局部或佈滿全身。有時初有一種熱的感覺散佈全身，復有寒的感覺繼之以起。

觸的幻覺有時亦可發生，但其發生之次數極少。其最普通之形式或爲小蟲爬行於皮膚之上下。此種幻覺每爲患者所忽視，因爲止有可厭之皮膚感覺方能引起注意。有些患者謂有人由其肩後探望。此亦爲一種觸的幻覺。腹部感覺 (abdominal sensation) 有時亦有屬於觸覺者，有位置於

食道、胃部或腸部之內者。最後幾種感覺總稱『臟腑之幻覺』(visceral hallucinations)。有時患者謂皮膚上有濕、乾、或污穢之感覺。此種感覺或者含有觸的幻覺在內，而其他一種原素則為冷或熱之感覺。

上述之痛、溫、與觸各種感覺之幻覺，每每總稱為普通感覺性之幻覺 (hallucinations of general sensibility)。

五、動之幻覺 (Motor Hallucinations) —— 動之幻覺為幻覺中之極有趣味者。此種幻覺即感覺身體之某部分似有動作，而在實際上並無動作。此種感覺發生最多之處為口部。患者覺有一種壓力使之發言，並且以為其思想可為他人所察見（此種觀念以在女子中為最多）。動之幻覺亦可發生於身體之其他部分中。例如有一患者常覺其臂部忽然舉起，擊其看護，而其實並無此事。又有一患者以為有人使其呼吸過速或過深，而其實她的呼吸狀態不異於平日。最後一種現象即為『呼吸幻覺』(respiratory hallucinations) 之一種。有些患抑鬱病者謂其無呼吸作用。此亦為一種呼吸之幻覺。

六、均衡覺之幻覺 (Hallucinations of the Static Sense) —— 患有此種幻覺者，每覺其身體倒豎而向下墜落。

有些幻覺所屬之器官難於決定。例如有一患者覺得地面震動，軟如膠質。此種感覺究竟屬於皮膚，筋肉或關節不得而知。

幻覺之生理基礎尙難明瞭。茲有下述三說似有一部分之事實根據，姑記之於下：

a. 中樞制止作用說——此說爲詹姆士 (James) 所創。詹姆士說，幻覺較強於意象，且較有生氣。我們若要解釋此種事實，最好假定興奮之流通，在大腦之神經道中，常有難易之差別。若在大腦中有某種情形發生，而興奮因此不能流通，則其結果爲炸裂之現象。此種炸裂之現象在意識方面卽爲明顯的幻覺。此種學說似有下面數種根據：(一) 此說與賈克孫 (Hughlings Jackson) 對於癲癇病 (Epilepsy) 之解釋頗能相應。癲癇病之症候爲意志之消滅與動作之猛烈。賈氏以爲此乃由於大腦中某一部分之制止作用忽然消滅，而神經之力因此遂有猛烈之傾洩。倘若此種情形果爲制止作用消滅之結果，則幻覺中意識之異常明顯，必因制止作用忽然產生所致。此二說在兩種性質相反之情形中可以互相證明。(二) 在癲癇病將發之時，患者目前若有光線四射。奇特的聲音突聞於耳，且有機體之幻覺同時產生。此種種現象似爲腦病之症候。(三) 在服酒精或鴉片以後亦有幻覺產生。由此亦可察見幻覺與大腦之關係。

b. 外周刺激說——此爲賽底士 (Sidis) 之主張。根據賽氏的意見，幻覺之現象，實由於感官

之外部或其內部感受刺激所致。其學說之大要如下：若有一物質刺激在一外周器官中，產生一種生理進程，則此進程傳達至種種神經原的系統中，而使之活動；於是有一種特殊感覺產生。此為每種特殊感覺產生之情形。若有許多系統圍繞一個中心而互相聯絡，則此種團體活動之結果即為知覺（percept）。在這些系統中，若有一個系統因受外周之刺激而發生活動，則其他系統亦同時活動。此種種由間接刺激而活動之分子，皆帶着中心分子之色彩，所以其性質不與觀念相同。觀念無感覺之性質，而此種分子則有之。此中心分子有時若由種種原因（例如注意之缺乏，感覺強度之低下，或精神生活之分裂）未入意識，則其結果即為幻覺。

此種學說似能以同覺（synaesthesia）之現象為其根據。同覺為伴他種感覺而起之感覺。例如有入於某種聽覺之刺激發生時，即有某種視覺之經驗。一種特殊顏色的感覺得與某種聲音相伴而生。顏色的感覺亦可以味，嗅，觸，痛，熱，冷種種之感覺喚起之。此即所謂『視向』（photisms）。有人在聽見某些字的聲音時使有顏色的感覺產生。每個字引起一種特殊之顏色，此即所謂『語言顏色症』（verlochromia）。此外尚有副聽覺，即所謂『聽向』（phonisms），副味覺，即所謂『味向』（gustatims），副嗅覺，即所謂『嗅向』（olfactims）等等。我們於此處提及這些副覺因為藉此可以解釋所謂幻覺與錯覺。這些事實表明一種感覺可為其他感覺之刺激所引起。幻覺或者亦由

此種情形而生。但是同覺不必與精神病發生關係。

(三) 間腦中毒說——根據此說，幻覺之現象由於間腦 (Thalamus) 之功用有所阻礙所致。在血液含有毒質時，間腦中之神經核即有病態之刺激產生。此種刺激傳達至皮質部時遂被誤認為外界之事物。此種毒質對於間腦神經核之影響，可以解釋昏迷與紛亂狀態中所產生之幻覺。

以上各說雖各有其根據，究竟何種學說較為正確尙待異日之研究而後可以決定。不過有一些事實與幻覺之發生，實有因果之關係。內耳或其中樞之聯絡一旦患有疾病，則患者每於寂靜時聽見聲音。若目部或大腦後部有病，則患者可在牆上看見蛇類及其他種種之形式。鼻部之黏液膜若不健全，則有可厭的氣臭相伴而生。神經道中任何部分若有變態之情形產生，則患者可以誤認此種情形位置於感官之末梢。體內之毒質，或者對於感覺神經道中之神經原，發生直接的影響。

有些幻覺復與患者之身體衰弱有關。有一患者屢有幻覺。其血球之赤色質 (Hemoglobin) 極少。在服肝精 (Liver extract) 以後，其血球之赤色質遂恢復常態，而其幻覺亦因此消滅。

幻覺亦可由暗示而引起之。此則與體內積毒之事實不具關係。

上述各種事實似乎表明幻覺發生之原因，或與體內之積毒有關，或與身體之衰弱有關，或與心理作用之影響有關。

Brill, A. A.: Psychoanalysis, Chap. 8. (Saunders.)

Gordon, A.: Obsessive Hallucinations and Psychoanalysis, J. Abnorm. Psychol. 1918, 12. 423-430.

Maury, A.: Le sommeil et les rêves, Chap. 4.

Sidis, B.: Foundations of Normal And Abnormal Psychology, Chap. 22. (Badger.)

Sidis, B.: Symptomatology. Psychognosis and Diagnosis of Psychopathic Disorders, Chaps. 12, 14, 15. (Badger.)

Stoddart, W. H. B.: Mind and Its Disorders, Part II, Chaps. 1 and 2 (Blakiston.)

Störing, G.: Mental Pathology in Its Relation to Normal Psychology, pp. 19-70 (Sonnenschein.)

Taylor, W. S. (Ed.) Readings in Abnormal Psychology and Mental Hygiene, Chap. 20. (Appleton.)

第十章 記憶上之症候

記憶一名詞之定義。——記憶一名詞之應用有廣義與狹義之別。其廣義即機體中由經驗而生之一切變化。其狹義則限於可以覆憶之事物。普通所謂記憶之意義，皆屬於後一種。

上述二種記憶之區別，可用有意識的記憶與無意識的記憶兩個名詞來表明。我們若在幼時因某物而受驚，後來看見此物即有畏縮之趨向，但是不能回憶往日的經驗。此即無意識的記憶。在此例中，我們的行為雖由經驗而有變化，但我們不能覆憶此種變化之原因。我們若仍能覆憶，則此種記憶為有意識的記憶。我們所應注意之點即是：從前無意識的反應，現在可以變為有意識的，而從前有意識的反應，現在亦可變為無意識的；所以一事之暫忘並非表明此事之記憶完全消滅。

倘若我們知道記憶如何由有意識的而變為無意識的，又如何由無意識的而變為有意識的；則變態心理學中許多關於記憶之問題可以因此而解決。

記憶上之症候有下述數種：

1. 超常之記憶 (Hypernesia) —— 所謂超常之記憶，即指患者對於平日所不能記憶之事物，忽能覆憶，且其覆憶之速度異於尋常。有時全部生活之歷史，可以忽然畢現於前。此種現象產生之原因，多為體溫高度之異常，或為情緒激動之強烈（例如在忽然墮落水中之時）。在這些情形中，平時神經之制止作用 (inhibition) 突然消滅，於是一切具有關係之過去經驗，皆有出現於意識中之趨向。

2. 遺忘 (Amnesia) —— 一切記憶含有四種原素：a. 印象 (impression) b. 保留 (retention) c. 覆現 (reproduction) d. 認識 (recognition)。我們可以根據此種分析之結果，討論遺忘之現象。

a. 印象之遺忘 —— 印象遺忘之原因不一。其最重要者如下：(一) 不完全之知覺 —— 不完全之知覺，每為遺忘之一種原因。知覺之不能完全發展，有兩種原因：一為心理之衝突，一為注意之散漫。心理上之衝突，使人對於許多事物不能復得印象，或對於某些事物僅能得其一部分之印象。注意若不集中，亦有此結果，是以「心不在焉，視而不見，聽而不聞，食而不知其味。」

(二) 智慧之低下 (Amentia) —— 低能者對於許多印象不能吸收。其所遇見之印象愈為複雜，則其所感覺之困難亦愈嚴重。為避免此種困難起見，每次所學習之事物應與能力相符。

(三) 智慧之衰落 (Dementia) —— 屬於此類者最初吸收印象之能力與常人相等，但是此種能力後來漸漸減少。此為老衰之現象。年老者對於新的經驗易於遺忘，而對於年幼時期中之經驗，則能詳細陳述，如數掌珠。

b. 不完全之保留 —— 所謂不完全之保留即印象漸漸失去之意。根據通常的遺忘律，最初所遺忘之分量極多；後來漸次減少，至最後達到一變化極少之點，所餘之分量經過多時不致失去，但有時因大腦受傷或有病，此種殘餘亦漸消滅，例如全體癱瘓病 (general paralysis) 與皮質梅毒之情形即是。根據雷波 (Ribot) 的歸迴律 (Law of Regression) 在記憶上之病症中，最先感受影響者為最近之記憶，然後時期較早之經驗漸受影響，而最初所得之經驗，與基礎最固之記憶，則消滅最遲。這個定律能與許多事實相符，不過亦有記憶中之某些特殊部分完全遺忘，而其他部分則否者。

c. 屬於覆現上之遺忘 (Amnesia of reproduction) —— 屬於覆現之病症有二種：一為全部生活不能覆憶，一為生活中之某些部分不能覆憶，但不能覆憶之部分仍未消滅，因我們可用種種方法發現之。

(一) 全部生活之遺忘 —— 此種遺忘幸不多見。但有一個事件足以代表此種遺忘之現象。此

即所謂『漢納案件』(Hanna Case)此人因頭部受傷，以致其全部生活不能覆憶。患者對於自身或他人皆不能認識。其無知無識之狀態殆與嬰兒相似，因此他對於一切事情必須重行學習。在經過治療以後，其記憶遂完全恢復。我們於此應當注意下面數點：(a)此人在第二次學習之速度異於尋常。由此可見過去的習慣尚有影響。(b)患者在睡眠中之行為表現過去的經驗之影響。(c)此病尚有治愈之可能。此三項事實足以表明過去的記憶仍然存在，不過在一個時期中不能覆現而已。

(11)部分之遺忘。——根據機能之觀點看來，部分之遺忘，可以分爲系統之遺忘(systematized amnesia)與局部之遺忘(localized amnesia)。在記憶中有些部分爲一共同情緒所聯絡，組成一種系統。此種系統之分子若有遺忘，則其系統完全遺忘，而在其恢復時則完全恢復。

在有些事件中，此種遺忘確與所欲避免之事有關。有一病人能詳述其兒童時期中之生活與其母親之歷史，但是關於其父之事則全無所知。他在經過極多之努力以後，方能恢復此種記憶，而當時之情緒則極其痛苦。他憶及他的母親如何爲其父親所虐待。此爲一極難容忍之事。此事的印象之深刻可由下述之事實察見之：他有一次於其父發怒以後，離開家庭，至一附近之小溪旁，坐於橋下，至深夜方歸。其時他的思想集中於成年以後如何爲母報怨之一問題。此爲系統的遺忘之一例。

局部的遺忘限於某個特殊時期。屬於此一時期之記憶完全忘卻，而在其先後之記憶則不受影

響。致有此種遺忘之機械與致有系統之遺忘者相似。其差別即在下述一點：就局部之遺忘而論，若求苦惱情景之遺忘，則患者人格之一部分必須拋棄。換一句話說，苦惱之事若與其同時發生之各種事件具有密切之關係，則唯一的方法即使當時所發生之一切事件完全遺忘。

d. 認識之變態 (Disorders of recognition) —— 認識作用與覆憶作用不同前者為被動的，後者為自動的；前者係指當時對於事物之適應，而後者則指以前的經驗在意識中之復現。此二者不可相混。認識作用之變態可在下面所述三點上分析之：

(一) 對於情境之態度 —— 有時我們對於極熟的情境，忽有未曾見過之感覺。此種態度每因情境分子有所改變而生。我們對於情境加以分析，即自知其錯誤。但患精神病者對於情境之態度則有甚於此者。他們時常覺得一切事物皆無真實性，且視所見之事皆為新奇。

反之，有時我們對於新奇的情境覺得極熟。其原因不一：此種情境或有一部分與我們所已經驗者相同，或我們曾已經歷此全部之情境而不能覆憶。

(二) 對於情境之定向 (Orientation) —— 所謂對於情境之定向，即指對於情境中之分子與以正確的位置，俾能使其符合過去與現在的事實。定向之種類有三：(a) 空間之定向，(b) 時間之定向，(c) 人物之定向。

空間之定向。——空間之知覺，係以一固定空間之經緯爲根據。各種經驗在這些經緯上皆有其特殊之位置。此即格式塔心理學 (Gestalt psychology) 中所謂碇泊點 (anchorage points 或 Verankerungspunkte) 這些碇泊點一旦發生變化 (例如在斜置之鏡中觀察空間的物體時)，則我們的方向覺即生錯亂。且凡有害於印象之吸收或印象之記憶者，對於空間之定向皆有不良之影響。

(二) 時間之定向。——時間之定向每以事物發現之次序爲根據。這些事物若有變化，則我們的時間覺亦受影響。例如在海上旅行之時，秋水長天一色。我們每每因此不知一日時間之分配。此爲常人所有之現象。不過人若對於年月日皆發生錯誤，則爲患精神病者無疑。

(三) 人物之定向。——所謂人物之定向即指對於人物之認識。此種能力之消滅得有種種之程度：或關於遇見最少之人物或關於熟識的人物，甚至家庭中人不認識。

至遺忘之原因可分爲機體的與機能的二種：機體之原因復可分爲三種：(一) 神經上之毀傷，

(二) 胎兒期中或嬰兒期中營養之不良，(三) 某些病症之影響，例如梅毒 (syphilis)，腦膜炎 (meningitis)，嬰兒癱瘓 (infantile paralysis)，眠病 (sleeping sickness)，結核病 (tuberculosis) 等皆是。

至於機能之原因，則有許多不同的學說。吾人可以注意者有下列數種：

(一) 檢查說 (The Censorship Theory) —— 此為弗洛伊特之學說。弗氏以為若有一事，與不滿意之經驗具有直接或間接的關係，則此事不能出現於意識中；因為在意識與潛識之間有一所謂檢查者 (censor) 禁止其出現。

其實有許多遺忘之事並非由於不滿意之經驗所致，例如催眠中之遺忘是。此外亦有由於缺少興趣而遺忘者。所以我們不能視一切遺忘之事件皆帶有不滿意之色彩。

(二) 神經震蕩說 (The Mental Shock Theory) —— 此說為常奈 (Janet) 所主張者。根據他的意見，一事一物可因神經之震蕩而染有可憎的色彩，因此不能覆憶。究竟平日遺忘之原因，則與此種解釋不相符合。

(三) 廢止說 (The Theory of Disuse) —— 此為桑戴克 (Thorndike) 之學說。他以為一個聯絡 (bond) 若有一個時期未加練習，則其勢力必漸減少。究竟我們為何對於某些事物加以練習，而對於其他事物則否，尚為應加考慮之問題。

(四) 需要衝突說 —— 根據此種學說，若有兩種性質相反之需要同時發生，凡事物之與較強的需要有關者必易於記憶。而其與較弱的需要有關者則易於遺忘。第一說所謂檢查者即指較強之

需要。第二說所謂神經之震蕩可以包含於性質相反的需要之衝突內。第三說所謂廢止之原因即爲需要之缺乏。並且所謂需要不必爲積極的而亦可爲消極的。例如苦痛之避免即爲需要之一種。需要衝突說所能解釋之遺忘現象似乎較多於第一與第二說，且其解釋較之第三說似乎較爲澈底。

- Burnham, W. H.: *Retroactive Amnesia*, Amer. J. Psychol., 1903, 14, 382-396
- Coriat, I. H.: *Abnormal Psychology*, Part II, Chap. 1, 2, 3, (Moffat, Yard.)
- Coriat, I. H.: *Reduplicative Paramnesia*, J: Nerv. and Mental Disease, 1904, 31, 577-587 and 639-659.
- Freud, S.: *Psychopathology of Everyday Life*. (Macmillan.)
- Head, H.: *Aphasia and Kindred Disorders of Speech*, Brain, 1920, 43, 87-165.
- Jones, E.: *Papers on Psychoanalysis*, Chap. 5. (Bailliere.)
- Osnato, M.: *Aphasia and Associated Speech Problems*. (Hoeber.)
- Prince, M.: *The Unconscious*, Chaps. 1 to 5. (Macmillan.)
- Prince, M.: *The Unconscious*, Chaps. I, II, III, IV. (Macmillan.)
- Rosanoff, A. J.: *Manual of Psychiatry*, Chap. 3. (Wiley.)

Sidis, B.: Symptomatology, Psychognosis and Diagnosis of Psychopathic Disorders, Chap. 25, (Badger.)

Sidis, B. and Goodhart, S. P.: Multiple Personality, Part II, The Hanna Case. (Appleton.)

Stoddart, W. H. R.: Mind and Its Disorders, Chap. 3: (Blakiston.)

Stratton, G. M.: Retroactive Hypernesia and Other Emotional Effects on Memory, Psychol. Rev., 1919, 26, 474-486.



第十一章 思想上之症候

爲求事實之明晰起見，思想上之症候，可以分爲聯想之症候與判斷之症候二項而討論之。

一、聯想之症候。

我們在討論聯想之症候時，可以考慮下面三類事實：一、因常態聯想發生阻礙而生之失悟症（*aphasia*）；二、病態的聯想；三、聯想中之異常組合與趨勢。

一、失悟症（*Aphasias*）——失悟症（*Aphasia*）一字發源於希臘文 *α* 之意義爲無，而

（*phasia*）則出自（*phemi*），其意義爲語言，所以此字之意義即爲語言之缺乏。後來此字應用之範圍漸次擴大，其意義遂不限於語言，而關於語言功用之全體。語言之功用有賴於感覺印象之健全，與語言動作之表現，因此我們可有兩種失悟症：一爲動作失悟症（*motor aphasia*）；一爲感覺失悟症（*sensory aphasia*）。視聽二覺既爲接受語言的刺激之重要工具，故感覺失悟症，復可分爲聽覺失悟症（*auditory sensory aphasia*）與視覺失悟症（*visual sensory aphasia*）。

語言可以語言器官之動作表示之，亦可以書寫之動作表示之；所以動作失悟症復可以爲語言動作失悟症 (motor speech aphasia) 與書寫動作失悟症 (motor writing aphasia)。

a. 機體失悟症 (Organic aphasia) 之種類——每種失悟症有其特殊之名稱。其最重要者如下。

(一) 聽覺失悟症 (Auditory aphasia) ——聽覺中樞倘若受傷，則患者不能了解他所聽見的話，並且不能知道他自己所說的話。平日人在說話時，一面聽見自己所說的話，而一面由此種聽覺之經驗支配他所要說的話。倘若他不能了解自己的話，則他所說的話將無意義。但是此種患者仍有閱讀之能力，且對於問題能作筆答。患者在勉強誦讀或作口頭之答覆時，即手舞足蹈，不知所措；或者大聲疾呼，望可使人了解。

(二) 視覺失悟症 (Alexia) ——大腦之視域 (visual area) 若有損傷，則患者雖能了解，且能答覆口頭上之問題；但是對於文字不能了解，亦不能作筆答。他或者能作自動之書寫，而所寫的文字則非其本人所能了解。

(三) 動作失悟症 (Motor Aphasia) ——此由語言中樞之損傷所致。患者能夠說出許多單字，但其所說出之字全無組織。他雖知道所說的話全無意義，然而無法矯正之。

(四) 書寫動作失悟症 (Agraphia) —— 患此症者缺乏書寫之能力。此則由於書寫動作中樞之毀傷。

在多數事件中，大腦之毀傷決非單純之性質，因此種種失悟症可以同時表現。

b. 機能失悟症。—— 有患失悟症而無機體之基礎者。此種患者易於恢復其已失之能力，且其恢復之情形至為神秘。

二、聯想之變態。—— 聯想之變態可分下列數種論之：A 聯想能力之減損 b 觀念之飛揚

(flight of ideas) 強迫觀念 (imperative idea) 固定觀念 (fixed idea) 及自生觀念 (antochthonous idea) 茲分別敘述於下。

A. 聯想能力之減損。—— 聯想有自主 (voluntary) 與自動 (automatic) 二種。自主的聯想係為一中心觀念所支配。例如白馬之白，白玉之白，白雪之白則以白色為此種聯想之中心觀念。自動的聯想則隨心之所向而無中心觀念以支配之。

自主的聯想之迂緩，為許多精神病發展進程中所有之現象。其表現為了解作用之迂緩，與反應時間之延長。所謂反應時間，即為對一種印象加以反應所需之時間。

此種情形有三個階級：在第一階級中，精神工作之能力減少，疲勞易於產生；在第二階級中，心智

遲鈍；在第三階級中，一切自主的精神活動完全停止。

聯想之濡滯與注意之減少具有密切之關係。此二種現象常發生於某種抑鬱病中，而在昏迷狀態中達到最高的程度；但亦可與過度之心理自動現象相聯。此自動之現象或為注意之無定與思想之雜亂（觀念之飛揚或思想之不相聯貫，）或為意念之堅持（強迫觀念，固定觀念，自生觀念。）

b. 觀念之飛揚與思想不相聯貫之現象。——此二種症候，代表同一的病態進程之兩個階級。

觀念之飛揚即指許多意念相繼而起，全無次序。下面所述為一患狂病者數分鐘內之談話，可以表明此種現象之性質：

『現在我要做一個脾氣很好的病人；無論什麼事情如補網，擦地板，舖床。我是百能，但無一長，（望着看護。）但是當我睡在床上，我不喜歡女人侍候，我是害羞；這都是因為我要再結婚。唉，我頗喜歡說話；我服務於紐約唱機公司。你是一個醫生，但是我不相信你知道多少法律，你知道嗎？我要求你請一個律師來。我要他作證。』

前人每以觀念之飛揚，為常態精神作用的過度活動之結果。其實此種過度的活動僅止影響自動的精神作用，而且較高的精神作用同時減弱。

在觀念飛揚之現象中，各種表象尚有關係可以使之互相聯絡，並且這些關係雖限於表面，而仍

不失其爲實際上之關係。至思想不相連貫之現象，則各種表象相繼而起，全無明顯的關係以維繫之。下面所述之例子，爲一患早衰病（*dementia praecox*）者所說的一段話：『你寫字。他正在寫字。不應當寫字。不過就是如此。我一定知道你的背上有一塊，不過就是如此。我向着窗外觀看，我不知道地道的佈告是什麼。』這幾句話可以表明極端的精神崩潰之現象。

此二種症候（即觀念之飛揚與思想之不相聯貫）亦常先後發生，或同時發生。其最顯著之例子，即爲患狂病（*mania*）者之思想。患早衰病者亦嘗兼有此二現象，不過爲數較少而已。

○ 強迫觀念，固定觀念及自生觀念——我們在上面已經說過，精神自動作用，每使一個觀念佔有意識之全體而不能拔去。

此種現象之表現有下述三種形式：

（一）強迫觀念——強迫觀念即是一種觀念與患者之意志相違而出現於其意識中。患者認識此種觀念之病態性質，而且要求設法除去之。此爲一種強迫觀念。

（二）固定觀念——固定觀念能與其他觀念互相調和，因此患者從未認識此種觀念爲一種病態的現象。例如有一母親在喪失其子後，深信若投以某種藥劑，則可不死。此一觀念永久不脫離其意識之範圍，而且她以爲此乃一種應有之觀念。

固定觀念爲某種妄想之基本，尤以在妄想狂中爲最顯著。不過此種觀念不必屬於變態。常人亦每有之。復仇觀念卽其一例。

(三) 自生觀念——自生觀念係在常態的聯想範圍之外。此則與強迫觀念相同，不過患者對於此二種觀念之解釋則不相同。患者對於強迫觀念認爲屬於病態，而對於自生觀念，則視爲有人爲祟之結果。例如有一母親常有殺子之觀念，而以爲其隣人使之然。

貳判斷之變態——判斷爲確定二個或二個以上的表象中間的關係之活動。倘若此種關係純屬想像，則其結論必有錯誤。此種結論若與事實顯然相反卽爲妄想 (delusion)。

患者的妄想可以組成一種妄想系。妄想系中之觀念，或純粹屬於想像，或雖有事實之根據，而爲錯誤之解釋。後一種情形有『錯誤的解釋』 (false interpretations) 之稱。『錯誤的解釋』在包含過去的事實時稱爲『回憶之僞』 (retrospective falsifications)。

有時一種妄想之狀態可繼夢寐而起，因此與之相混而成爲夢之一部分。此卽所爲『夢迷』 (dream delirium)。在許多傳染與中毒的精神病中有此現象。

妄想幾乎皆有複雜的性質。卽在所謂一念狂 (monomania) 中，亦有許多副觀念，由主要之病態觀念而生。在有些事件中，幾種妄念可以並存而不發生關係。但在其他之事件中，這些觀念可以

組成多少合乎邏輯之系統，前一種情形中之妄想，即所謂『不想關聯的妄想』(incoherent delusions)，而後一種情形中之妄想，即所謂『系統化的妄想』(systematized delusions)。

無論妄想是否系統化，其與患者之情緒狀態必相符合。在病態進程之強度降低時（例如漸次痊癒或心智衰退之時），此種之符合性漸次消滅。就心智衰退者而論，其妄想每對於其情緒或其反應不生影響。患者可自稱帝而仍不愧執灑掃之賤役，或自謂胃已失去，而仍能大嚼。

就大體看來，妄想可以區別為三種：（一）抑鬱之妄想，（二）逼迫之妄想，（三）宏大之妄想。一、抑鬱之妄想——抑鬱之妄想每每發生於精神病初起之時，但在此病發展之全部進程中，仍然繼續表現，例如退化抑鬱病（involution melancholia）中之妄想即其一例。

其主要之種類有A. 卑賤之觀念與罪惡之觀念，B. 式微之觀念，C. 憂鬱之觀念，D. 否認之觀念。

A. 卑賤之觀念與罪惡之觀念——患者自謂無用，不足受人重視，並且以想像之錯過或罪惡自責。他每自其過去之生活中尋求一無關係要之事，而視為極其嚴重。犯罪之觀念引起懲罰之觀念，於是他常預料有為人逮捕，殺死，及類此之事。

b. 式微之觀念——此種觀念在患老衰病者中發生最多。患者相信自身之完全破產，未幾將為途中之餓殍。

c. 憂鬱之觀念——此種觀念或有關於患者之身體方面，例如胃部停滯，患有不治之病等等皆是；或有關於其心理方面，例如智力喪失，意志摧殘皆是。憂鬱之觀念有時係以一種真正之疾病為根據，不過患者與以錯誤之解釋。

d. 否認之觀念——在有些事件中，此種觀念關於患者之自身，而為憂鬱觀念之極端現象。例如患者以為其頭部，心臟等等皆已摧殘無遺，骨骼化為空氣，身體不過為一幻影而無真實之存在性。在其他事件中，患者則對於外界之事物加以否認，例如地球不過為一幻影，宇宙不復存在之觀念即是。憂鬱之觀念與否認之觀念，經過一種特殊之進程，可以引起不朽或無窮之觀念。患者覺其機體既已毀滅，於是超乎自然公律之上；因此不能消滅而且有永遠受苦之必要。他或者覺其身體充塞乎天地之間。

抑鬱的妄想為心理的制止作用與痛苦的情緒狀態之表現。此二者實為憂鬱狀態之基礎。

根據色格拉士 (Seglas) 的意見，抑鬱之狀態有下述幾種主要特徵：

- a. 抑鬱的妄想具有單調之性質；同一之妄想去而復來，且制止作用使新觀念不能表現。
- b. 此種狀態有自卑與被動之性質。患者責己而不責人，視一切虐待為應有之結果而無所抵抗。
- c. 至其時間之位置，則妄想可以關係過去與未來。患者想像在過去時期中犯有罪惡，而預料懲

罰之將至。在此點上，抑鬱的妄想與逼迫的妄想不同。患有逼迫的妄想者以為逼迫即在目前，而抑鬱的患者則謂懲罰屬於將來。

d. 自其發展之觀點看來，抑鬱的妄想有向外發展之趨勢。患者所想像之困難，係以其自身為出發點，而漸及其友人，其國家與宇宙之全體。凡此一切，皆因患者本身之罪惡而產生痛苦。

e. 抑鬱的妄想為憂鬱所致。在此點上，此種妄想與其他妄想相同，因其皆為患者的情緒狀態之表現。

抑鬱的妄想有兩個嚴重的結果：此即自殺之趨向與絕食之行爲。

二、逼迫的妄想——逼迫的妄想在其痛苦的性質上與抑鬱的妄想相同，然有下述之區別：患有抑鬱妄想者自命為罪人，因此甘受懲罰，至患逼迫妄想者，則自信其無罪，是以常有抵抗之表示。

逼迫妄想可分二類：視幻覺之有無而定。

第一類係與可厭的幻覺相聯。在這些幻覺中以屬於聽官與普通感覺（即指觸、溫、痛之感覺）者為最顯著。經過某些時期以後，即有精神崩潰之現象產生，如動作之幻覺、自生之觀念、人格之分裂等等皆是。

第二類的逼迫妄想與錯誤的解釋具有特別的關係。患者對於任何偶然的事件，皆認為含有惡

意。他人的語言與行爲，皆爲仇視之表示。此種逼迫妄想爲某些精神病初起時常有之症候。而且爲妄想狂 (paranoia) 中之基本現象。

有些患者不知逼迫之者爲誰。有些患者則歸咎於特殊的人或特殊的團體。

在一切妄想之中以逼迫妄想爲強有力。患者固執此種觀念而不願有所改變。在作病症之預測 (prognosis) 時，此種觀念無一定之意義，不過較之抑鬱觀念爲重要。

在一切妄想中以此種妄想爲最有系統，且有積極之演進。一個完全的逼迫妄想系，應當含有下述數項：a. 對於逼迫之性質應有確切的觀念。b. 對於逼迫者，其目標及其所應用之方法，應有一定不移之知識。c. 必有一種自衛之計劃，能與妄想之性質相符。在檢驗患者時，我們必須設法確定此數點，因其有實際上之重要性。

三、宏大之妄想。——宏大之妄想大半發生於心智衰退者中，並且每有荒謬之性質。此種性質實爲心智退化之符號。患者或自謂貴爲天子富有四海，而於其與實際相去之遠則不察及。有人問一患全體癱瘓者：『若你果爲上帝，何以能被人鎖禁？』其簡單之答覆即是：『因爲醫生不許我出去。』自命爲帝王者雖執賤役亦無愧容。

倘若患者心智之衰退未達極低之程度，則其行爲較有邏輯。有些患早衰病 (dementia praecox)

ook)者，常有莊嚴之風采，不屑與其他病人通款曲。一切勞力之事皆以一笑拒絕之。

Bleuler, E.: Textbook of Psychiatry, Section on Paranoia. (Macmillan.)

Jones, E.: Papers on Psychoanalysis. (Wm. Wood.)

Jung, C. G.: Analytical Psychology. (Moffat, Yard.)

Jung, C. G. Psychological Types, Chap. X. (Harcourt.)

Kent, G. and Rosanoff, A. J.: A Study of Association in Insanity, Amer.

J. Insanity, 1910, 67.

McDougall, Wm.: Outline of Abnormal Psychology, Chaps. 20 and 28.

(Scribner.)

Rosanoff, A. J.: Manual of Psychiatry. (Wiley.)

Rosanoff, A. J.: Manual of Psychiatry, Chap. 5 (Wiley.)

Southard, E. E.: On the Somatic Source of Somatic Delusions, J. Abnorm.

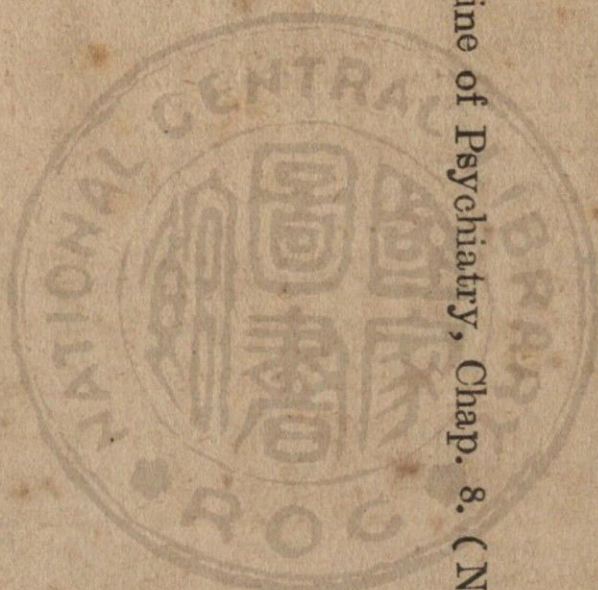
Psychol. 1912-1913, 7, 326-339.

Stoddart, W. H. B.: Mind and Its Disorders, Chap. 8. (Blakiston.)

Symposium on the Relations of Complex and Sentiment, *Brit. J. Psychol.*,
1922, 13, 107-148.

White, W. A.: Mechanisms of Character Formation, Chaps. 4, 10, 11. (*Macmillan.*)

White, W. A.: Outline of Psychiatry, Chap. 8. (*Nervous and Mental Dis.,
Pub. Co..*)



第十一章 情緒上之症候

在一切精神病發展之進程中，情緒皆有病態之變化。這些變化發生最早，而且每在其他症候出現之前。

情緒主要之變化爲：一、情緒之減少；二、情緒過度之表現；三、病態的抑鬱；四、病態的憤怒；五、病態的恐怖；六、病態的歡樂；七、病態的愛情。

一、情緒之減少——其極端之現象爲一切情緒表現之缺乏。患者呈一種淡泊無情之狀態。例如在極端的心智退化之情形中（全體癱瘓病與末期之老衰病）卽有此種症候。此種現象之較弱者則爲高尚的情緒與複雜的情緒之喪失而較爲卑下之情緒則仍能保留，或每有過度之表現。博愛之趨向消滅最早，而自私之趨向則無所損，患者的行爲仍爲物質的慾望所支配。有許多患者在其戚友來訪時僅注意於所贈之食物，而對於此種社交之關係全不表示興趣。

淡泊無情之狀態，或爲有意識的，或爲無意識的。在前一種之情形中，患者極感此種狀態之痛苦，

每向人說：『我喪失了一切感情。無事可以使我激動，或快樂，或憂愁。』精神病初起之時每有此種情形，而且有些病在其全部之進程中皆有此現象。

後一種之情形（即無意識的無情狀態）較爲普遍。患者對於情緒之減少全無所覺。心智衰退者常有此種狀態。

二、情緒過度之表現——在精神病中，情緒過度之表現爲一發生最早之症候。有時在其他症候尚未發生以前，早有此種現象。患者以前爲一和藹可親之人，而此時則動輒發怒。因此其戚友每驚訝其人格變遷之大。

情緒之變態爲所謂『本質精神病態』（constitutional psychopathic states）之特徵。此類患者之情緒表現與其原因全不相稱。例如患者可因一畜死去表現無窮的悲感，或因瞥見血跡遂昏倒不省人事，或因細故以致全夜不眠。其對於任何事情，皆與以惡意之解釋，因此易爲人所觸犯。不過其情緒之表現雖有強烈之性質，而爲時甚暫。

三、病態的抑鬱——病態的抑鬱有自動與被動二種。此種區別係以精神苦痛之有無，或其強度爲根據。精神痛苦在自動的抑鬱中極爲顯著，而在被動的抑鬱中則否。杜麻（Dumas）說：『被動的抑鬱並非缺乏痛苦之原素。不過此種苦痛非銳利而顯明者，僅爲一種漠然無定之知覺而已。』非

Dumas. G.: La tristesse et la joie. Paris: F. Alcan. P. 29.

a. 被動的抑鬱——被動的抑鬱之基本現象爲憔悴，失望與退讓。其與動作停止之現象 (aboulia) 及麻木不仁 (moral anaesthesia) 之現象常相關聯，而且此外可有妄想與幻覺之產生。抑鬱常與外周脈管收縮 (vaso-constriction) 之情形有關。在極少數之事件中，雖有外周脈管收縮之現象，而心臟衝動仍能保持其勢力。血壓因此增高。此爲第一種形式之抑鬱症，即所謂高壓現象 (hypertension)。但是在有抑鬱症時心臟幾乎常與全身同時呈虛弱之狀態，是以外周雖有脈管收縮之現象而血壓仍然降低。此爲二種形式之抑鬱症，即所謂『低壓現象』 (hypotension)。

呼吸之變態亦爲恆有之現象。患者呼吸短淺而無規律。炭養二排出之分量亦有減少之趨勢。普通的營養亦受不良之影響。其結果爲重量之減少。抑鬱必須完全消除，而後重量乃能恢復原狀。

食慾減少，舌部有苔，口有惡臭。消化進程感覺不舒。上腹每有疼痛。便秘幾爲常有之現象。

新陳代謝作用之迂緩，亦表現於尿中量質二者之變化中。每二十四小時內所排洩之分量與尿中尿素 (urea) 及磷酸 (phosphoric acid) 之分量均見減少。

6. 自動的抑鬱。——自動的抑鬱之特徵為精神苦痛。此種苦痛有相當之強度，能為患者所感覺。精神苦痛達到某種強度時，便有心神不寧 (anxiety) 之結果。此種現象之主要特徵為壓迫或收縮之感覺，多半位置於心臟之前 (precordial region)，間亦位置於上腹部或喉部。頭部有此感覺者更少。此種特別之感覺，常有某些生理的現象相伴而起。其最重要者則為皮膚蒼白，或有時變青 (cyanosis)，呼吸氣促，全體戰慄，脈搏缺乏規律而且加速，瞳人放大。

心神不寧之現象每發生於抑鬱病 (Melancholia) 中。在強迫症 (obsession) 中亦有此種現象。

從反應方面看來，精神苦痛可有兩種表現：或為一種心動之癱瘓 (psychomotor paralysis)，或為種種激動之現象。在前一種之情形中，患者全無活動且面有憂色。第二種之情形較為普遍。其表現之形式為妄想與動作之激動。此動作之激動顯有極端絕望之表示。

自殺為精神痛苦的結果之一種。多數患抑鬱病者雖有自殺之欲望；但因不能活動，所以此種欲望不能實現。至精力略強者，則屢有自殺之嘗試。

妄想爲精神苦痛中常有之現象，然非必有之現象。有患抑鬱病者雖至感苦痛而無妄想。

四病態的憤怒。——憤怒亦有生理上之變化，與其他情緒相同。在憤怒之狀態中，心跳與呼吸之速度均見增加。腎上腺 (adrenals) 分泌多量之腎上腺素 (adrenalin)，輸入血液。其影響不獨爲消化作用之減少，而且爲心臟與肺部活動之增加。因此肝亦分泌多量臟粉 (glycogen) 而骨骼上的肌肉之效率同時增高。

有些患者特別易於激動。幾乎任何情境可以引起其憤怒之反應。此爲患癲癇病者屢有之症候。在其他之精神病中，病態憤怒之現象亦每每有之。

五病態的恐怖 (phobias)。——所謂病態的恐怖，即指對於某一種特殊對象或不應恐怖而恐怖，或有極端恐怖之態度。任何事物可以變成病態恐怖之對象，所以病態之恐怖爲數甚多。下面所舉不過表示此種恐怖範圍之大而已。

- a. 對高處之恐怖 (Acrophobia)
- b. 對露天之恐怖 (Agoraphobia)
- c. 對一般人或對某一人之恐怖 (Anthropophobia)
- d. 對雷或其他天氣現象之恐怖 (Astraphobia)

- e. 對閉處之恐怖 (Claustrophobia)
- f. 對害羞之恐怖 (Ereutophobia)
- g. 對一般女人或某一女人之恐怖 (Gynophobia)
- h. 對血之恐怖 (Hematophobia)
- i. 對染污之恐怖 (Misophobia)
- j. 對獨居之恐怖 (Monophobia)
- k. 對新奇之恐怖 (Neophobia)
- l. 對黑暗之恐怖 (Nyctophobia)
- m. 對羣衆之恐怖 (Ochlophobia)
- n. 對一般的病或某一種病之恐怖 (Pathophobia)
- o. 對犯罪之恐怖 (Peccatiophobia)
- p. 對活葬之恐怖 (Taphophobia)
- q. 對死之恐怖 (Thanatophobia)
- r. 對神之恐怖 (Theophobia)

s. 對毒藥之恐怖 (Toxophobia)

t. 對一般動物或某一動物之恐怖 (Zoophobia)

恐怖之範圍既然如此闊大，我們斷斷不可應用一種方式解釋一切恐怖。天然的恐怖為數不多，所以我們在解釋患者之恐怖時應當追溯其發生之原因。徒謂其為一種想像之結果，必無益於事。我們必須首先發現其原因，而後與以相當之處置。

六、病態的歡樂。——病態的歡樂，亦有兩種表現：一種為靜默的歡樂，一為活躍的歡樂。第一種之歡樂為一種無定的舒暢之感，在全體癱瘓病中每有此種現象。其他一種之歡樂則較為普遍。此種歡樂有動作反應相輔而生。狂病、激動性之全體癱瘓及中毒之昏迷恆有此種現象。

歡樂促進聯想之進行與動作反應之速度。此二種現象不必常為真正的精神活動之符號。在病態的歡樂狀態中所表現之聯想每每雜亂無章，而動作之反應亦僅有衝動之形式。歡樂狀態若有極端之發展，則其聯想之形式即為觀念之飛揚。

井蕭孝嶸著：實驗兒童心理，中華書局出版，第一〇八至一〇九面。

七病態的愛情——病態的愛情之表現不一而足。我們所欲討論之事實僅以同性愛 (homosexualty) 爲限。

所謂同性愛，即指愛情的對象屬於愛者之同性。此種愛情得有種種程度之表現。同性愛之趨向有三種解釋，爲吾人所應注意者。茲分別述之於下：

a. 弗洛一特之學說。——弗洛一特視同性愛爲後天之產物。他以爲同性愛者於其幼時必定經過一種階級。當時其愛情所向之對象常爲其母，或爲其姊妹。但此種愛情之趨向乃患者之自我所不容許，因此而抑制之。其抑制之法，係使其自身居其對象之地位，而以愛母或愛其姊妹之愛愛其自身。此即所謂『自戀現象』 (Narcissism)。此字係發源於一個神話。納西撒士 (Narcissus) 爲其時代中最美之男子，向其求婚之女子，因皆受其拒絕，於是請求一賞善罰惡之女神施以懲罰。此女神遂使此男子與其在水中之自影相戀，因此愛情之對象可望而不可及。弗氏借用此一名詞以表明自戀之意。他以爲人因有自戀之傾向，所以專求同性。

b. 愛理士 (H. Ellis) 之學說。——根據愛氏之意見，有些事件或與弗氏之解釋能相符合，但此種解釋無普遍之價值。同性愛者幼時對於其母之愛甚於常態兒童，或竟不能與其母分離。此種事實不得遠視爲兩性之愛。其真正之原因即是患者感覺其母之興趣與之相同，而其同性者之興趣則否；

所以此種之吸引與其謂有兩性之性質，毋寧謂無此種性質。且有多數之同性愛者，幼時爲其父母或其兄弟所吸引。此則與弗氏之說不能相容。

c. 阿德拉 (Adler) 之學說。——阿德拉對於前二說皆有所不滿。其對於第一說之批評有二：(一) 所謂兒童時期中之同性愛的經驗，無論其爲近似的或真實的，乃一種普遍之現象，但是後來保留同性愛之趨向者爲數極少。(二) 患者關於兒童時期中同性愛的經驗之描寫，每有模糊不明之性質，因此不得視爲同性愛之根據。此兩種事實，可以表明弗氏之說難於成立。

阿氏對於先天說亦有所批評。其理由有二：(一) 主張先天說者從未言及男性的同性愛者所有之女性因素，較之女子所有者更爲顯著。此即是說，在女性之特質上，男性的同性愛者與真正的女子至多相等。但是在事實上看來，前者竟有過之而無不及者。幾據一切研究者之所發現，男性的同性愛者似乎缺乏男性之趨向，而在常態的女子中則尚有男性趨向之表現。此種事實則與女性特質遺傳之說不能相容，因爲男性之同性愛，若果由於女性特質之遺傳。只前者在女性特質上至多與女子相等，而其男性之趨向應當仍有表現。其實患者之男性趨向乃因環境之關係而被抑制，非因遺傳之影響而趨於消滅。(二) 第二類事實即所謂適應的同性愛 (the facultative homosexuality)。此種事件爲數甚多。所謂適應的同性愛，即指下述之事實：人在兒童時期中，或在長時期之旅行中，

例如水手，罪犯或兵士之生活，或在寄宿之學校中，每有此種經驗。根據多數見聞最廣者之意見，適應的同性愛實爲一種常態的現象。此種事實復與遺傳之說不符。

根據阿氏的意見，同性愛之原因應當溯諸患者之歷史背景中。此種背景，係發生於同性愛之經驗以前。同性愛者幼時之裝束，每與常人不同（即指男扮女裝或女扮男裝之事實），而他人亦以異性待遇之。並且他們常與異性共同遊戲，因此對於其本身在性的方面之認識，較之常人爲遲，他們每以爲自己不適宜於常態的性生活，並且尋求無價值的理由，以證實此種態度（例如語言無丈夫氣，或鬚髮之堅韌性不如其他男子）。要之，他們竭力發現一切事實爲其態度之根據。

同性愛者對於兩性之趨向固有衝突，然在其他各方面之生活中，所望於男子之標準亦屬缺乏。其最顯著之特質有二：一爲過度的好勝，一爲極端的怯懦。此二種趨向彼此不能相容，因此他們希望發現一種情境可以避免一切可能之危險。若在性的認識之困難外，復加以貧寒之家境，或父母感情之決裂，則其因成就志願所採用之方法更爲狹隘，其主要之問題，自爲異性之關係。此種問題之解決方法不一：有完全拒絕異性者，有對於男女兩性均不拒絕者。不過此類患者皆有輕視異性之態度。要之同性愛者對於生活之態度常有一種躊躇之性質。我們若能認識此點，則其對於異性之態度遂易於了解。患者對於異性亦恐不能適應，故因此而躊躇，且因此而戀其同性。

情緒測驗之方法——情緒之組織至爲複雜，而其表現之形式復不一致，所以情緒在數量方面之研究極爲困難。在一切情緒測驗之方法中，恐以自由聯想測驗與心電反射 (psychogalvanic reflex) 之測量較爲可靠。

一自由聯想法——此法恐爲診斷室中所可採用之唯一方法。我們藉此可以確定患者情緒之所附，而由所得之結果，可作進一步之數量分析。

情緒研究之主要困難，爲社會的訓練之影響。此種訓練使多種情緒不能表現於外，蓋此爲自衛之必要條件。在此種情形之下，我們於研究情緒時，必須首先獲得受試者之信仰，使知任何情緒之表示斷無損於其本人之名譽。

二心電反射之測量——其法係使二電極附於受試者之身體。此二電極係與一流電測量器 (galvanometer) 相聯。在受試者有情緒之反應時，此工具上之針將因此而移動。此針移動之現象即所謂『心電反射』。受試者在某種情境中若有抑制情緒之可能，則此種工具可用以確定其情緒反應之有無。不過此種方法對於神經之不穩定者尙難應用。

要之，今日情緒研究之方法尙屬幼稚。我們必須努力於工具之改良，而後得有可靠的結果。

Cannon, W.B.: Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. (Appleton.

) 1929.

Feelings and Emotions: The Wittenberg Symposium. (Clark Univ. Press.)

Freyd, M.: Personalities of the Socially and Mechanically Inclined, psychol.

Rev. Monog., 1924, No. 151.

Frink, H. W.: Morbid Fears and Compulsions. (Moffat, Yard.)

Gordon, R. G.: Personality, 1926.

Harrow, B.: Glands in Health and Disease, 1922.

Hollingworth, H. L.: Judging Human Character, 1922.

Jones, E.: Papers on Psychoanalysis, Chaps. 27-29. (Bailliere.)

Lentz, T. F.: An Experimental Method for the Discovery and Development
of Tests of Character, 1925.

Marston, L. R.: The Emotions of Young Children, Univ. Iowa Stud. in

Child Welfare, 1925, 3, No. 3.

Mc Curdy, J. T.: The Psychology of Emotion, 1925.

Myerson, A.: Foundations of Personality, 1922.

Neill, A. S.: The Problem Child, 1927,

Porteus, S. D.: A Study of Personality of Defectives with a Social Rating

Scale. Publications of the Training School at Vineland 1920, No. 23.

The Porteus Tests, Vineland Revision. Publications of the Training

School at Vineland 1919, No. 16.

Shand, A. F.: The Foundations of Character, 1920.

Smith, W. W.: The Measurement of Emotion, 1922.

Wechsler, D.: The Measurement of Emotional Reactions, 1925.



第十三章 動作上之症候

關於動作症候之敘述，應當包含簡單動作機械與複雜動作機械二者之病症。不過在『診斷與檢驗』一章中，我們對於各種反射已經加以討論，而關於癱瘓亦有所敘述；故凡已論及之事實不必贅述於此。我們在下面所討論之現象自當仍由簡單而趨於複雜。

1. 肌肉之健性 (Muscular tonus)——肌肉之健性為一種部分收縮之情形。此種之收縮可以維持極久，而其所產生之疲勞復極少。此為軀幹與四肢的肌肉之常態狀況。肌肉健性所受之刺激為由感覺神經而來者。薛林吞 (Sherrington) 曾經表明此種反射的健性與姿勢之維持有關。我們在維持姿勢時繼續獲得感覺之印象，而肌肉由此得受刺激以維持原有之姿勢。

肌肉健性之變態有二：一為超常之健性 (hypertonicity)，一為健性之缺乏 (atonicity)。

(a) 超常之健性——在某種情形之中，尤其是在情緒激動之時，肌肉之健性表現增加之趨勢。肌肉緊張良久不變。此種健性之增加常為一種激烈活動之準備。若活動被人制止，則緊張情形將

達變態之程度。此卽情緒激動之符號。

(b) 健性之缺乏——此爲極端衰弱之現象。此種現象可表現於某一部分之肌肉中，或肌體之全部中。在淡泊無情，或抑鬱之患者中，每有此種狀況產生。患者可以終日獨坐，全無自動之動作。其行爲完全受人支配，殆如傀儡。

當人表現上述之任何一種狀態時卽有檢查身體之必要。其原因有時在腦的方面，亦有時在營養方面。超常之健性或爲生理之刺激所致。倘若一切檢驗皆無所發現，則患者之情緒生活應有澈底之分析。

1 癱瘓 (Paralysis) —— 據奈 (Janet) 的觀察，機能之癱瘓每由極微之意外而生；不過當時患者必有強烈之情緒而且在想像方面必有錯亂之現象。其表現或爲軀幹癱瘓，或爲半身不遂 (hemiplegy)，或爲兩腿癱瘓 (paraplegy)，或爲一肢癱瘓，或一肢之某部分不能活動。最後二種有單肢癱瘓症 (monoplegy) 之稱。

此種癱瘓有下述之特徵：a. 所患在一組肌肉，而不限於某條特殊肌肉；且在此組肌肉中僅有與身體某部分之功用有關者，表現癱瘓之狀態。而在此功用範圍以外之部分，則不受影響。b. 倘若半身不遂由於大腦失血而生，則患者仍能移動其患部。至於患害患病之半身癱瘓者，則其患部全無活動。

前一種之患者於其行走時，能用腰部的運動，使其患腿作側面之擺動如螺旋形，而後一種之患者則曳其患腿以行。c. 患機能癱瘓症者，若注意於他處，則其患部仍能活動。d. 此種患者每每能跳或爬而獨不能行走。

II. 肌肉強直症 (Catalepsy)。——肌肉強直症之種類有二，可以分別描寫於下：a. 肌肉易撓症 (cerea flexibilitas)。——患者無自己活動之傾向，終日採取一定之姿勢，儼若石像木偶。若他人移動其肢體，使取他種之姿勢，則此種姿勢亦將固定而不變。我們若使常人伸一手臂成一橫線，則在外力脫離以後，此臂即向下墜。但患肌肉易撓症者，可以終日伸其手臂，全無倦容。倘若詢其手臂如何不向下墜，則所答或者是：『你使我如此。』他雖知道此不過為一種戲弄之行爲，但其手臂之位置仍無變化。

b. 肌肉難撓症 (Rigid catalepsy)。——患肌肉難撓症者亦採取一種固定之姿勢，但不易於改變。其所採取之姿勢乃為一種觀念所支配，而非全無意義。所以若要改變此種患者之姿勢，則須應用暗示而不可施以強迫的方法。

根據以上所言，此二種病症之區別有二：一種區別關於姿勢改變之方法。患肌肉易撓症者之姿勢，可以隨時應用機械的方法改變之，而不必使其了解此種變化之意義。至於患肌肉難撓症者，則有

明瞭新姿勢的意義之必要。

其他一種區別則關於姿勢之意義：患肌肉易撓症者之姿勢全無意義。他們爲其思想所束縛，而此外之事物皆所不顧。因此其肢體幾亦視爲身外之物，由他人如何處置而無所抵抗。至於患肌肉難撓症者，則其身體之功用，尙爲其人格之一部分。其所採取之姿勢實爲一種心理衝突之結果。所謂心理衝突可以下述之例子表明之：有一患者爲兩種心理的趨向所苦；一爲復仇之趨向，一爲戒殺之趨向。其戒殺之觀念係由研究佛學而得。因此他常採取一種戒殺之姿勢以制止其他一種趨向之實現。所以此人終日合掌端坐，因其爲信佛之符號。

四、戰慄症(Tremors)——戰慄症之形式不一，而其分類之法亦不一。此症有由於肌體之損傷者，亦有由於機能之變態者。我們根據戰慄之形式，難於確定其背景。

戰慄症可以分爲闊大與微細二種。在闊大戰慄症中，運動之速率較低而其範圍則較大。就大體言，闊大戰慄症之原因，多屬機體，而細微戰慄症之原因，則多屬機能。

意志戰慄症(Intention tremor)爲一種特殊之現象。患者的肢體在活動停止時全無戰慄之狀態；但在作自主之運動時，卽有細微之戰慄表現。在運動進行中，戰慄之範圍漸次擴大。意志戰慄症雖能爲情緒所影響——情緒有增加戰慄之影響——但此症之基礎必屬機體無疑。此症與變態

心理學之關係不甚密切。不過因其易於誤認爲機能之病態，是以提及之。

五運動失調症 (Ataxia)——運動失調症係指無規律或無系統之動作，其原因多爲動作中樞之損傷。

運動失調雖多爲機體之病，但在患機能病者中亦有此種現象。凡一切之運動失調症，最初皆應視爲機體損傷之符號。若在經過精密的檢查以後，無機體之傷損可以發現，則此症方可視爲一種機能上之變態。下面所述之檢查方法有助於此症之診斷。

a. 靜性失調症 (Static ataxia) 之檢驗——其最重要之一部分爲鑾氏符號 (The Romberg sign)之檢驗。其法係使患者闔目直立，兩足合併（足跟與趾均須接觸）。此時正常的受試者尙能支持其身體之均衡而無擺動之現象。鑾氏符號即指身體之擺動。患病較深者甚至跌倒。有些患者因自知其無如此直立之能力，不願緊閉兩目，所以主試在檢驗時必須注意此點，係免其有偷視之可能。此種症候表示均衡覺之損傷。

b. 動作失調 (Motor ataxia) 之檢驗——其法係使患者作一種運動以確定其正確性。

(一) 兩指相對之測驗——患者須由兩側以極速之運動，使其兩手食指之尖可以相對。

(二) 指觸鼻尖之測驗——患者須以極速之運動使每手之食指觸其鼻尖。左右兩手先後爲

之。

(三) 足跟觸膝之測驗。——患者須以一足之足跟觸其他腿之膝部。在測驗時患者應有人扶持，以免失其身體之均衡。

此種方法可於目部張開與闔閉二種情形中施行之。目闔時之運動自不如目啟時之正確，不過前一種情形中之運動亦應有相當正確之程度。正常與變態之受試者之區別即基於此。

六、肌跳症 (Tics)。——肌跳症即指肌肉上小部分之跳動。其範圍較寬者另有他種名稱。此種跳動可發生於身體之任何部分中，尤其以在面部為最多。目、鼻與口各部皆可受其影響。

七、舞蹈病 (Chorea)。——舞蹈病的動作有較大之範圍。若其原因屬於機能，則患者每不覺其痛苦。

例如有一患者仰臥床上，由背部肌肉之收縮致其全身躍起，距床一二尺。身體降落隨即躍起，如此繼續有數分鐘至半小時之久。雖在動作停止以後，患者感覺疲乏；但在動作發生時則完全清醒，且每於一次激烈之躍動後表現歡笑之狀態，同時向人說道：『這一次真不壞！你看如何？』此種態度似乎表示患者並不以此為苦。

關於此症之解釋不一而足。有謂此症在初起時必有一種有機的刺激 (organic irritation)。

其現象即爲對於此種刺激之自然反應。後來此種反應成爲習慣，所以刺激雖不存在而反應仍然繼續出現。有謂此症爲一種心理刺激之符號，而心理刺激之性質則屬兩性。此二種學說或可解釋此症之現象相同而原因不同者。

八、自動的反應——自動的反應爲不能自主之反應，可以區別爲二類：a. 積極的自動反應，b. 消極的自動反應。

a. 積極的自動反應——此種反應可有兩種表現：一爲易感性 (suggestibility) 一爲衝動性 (impulsiveness)。

(一) 易感性——就廣義言，易感性即外界印象支配反應之可能性。有些患者幾變爲純粹之自動體 (automatons)。例如在聽見有人說一句話時，便說這一句話。此即所謂『語言雷同症』 (echolalia)。又如在看見有人採取某種姿勢時，便採取此種姿勢。此即所謂『動作雷同症』 (echopraxia)。有些患者全無自發 (spontaneous) 之動作，然能執行他人之所指使，而無所躊躇；並且有時止須使其開始活動，而一串習慣的動作遂自然可以完成。

(二) 衝動性——衝動性的反應可以分爲情緒衝動，簡單衝動與固定行爲 (stereotypy) 三種。茲分別述之於下：

(a) 情緒之衝動。——情緒之衝動係由於變態的激動性所致。引起此種衝動之刺激，每無重要的意義。此種現象為許多精神病中所有。如癲癇病，狂病等等皆是。患狂病者不受輕撞時即對輕撞之者施以打擊，而不考慮他人之行爲是否含有意義。此即情緒衝動之一種現象。

(b) 簡單之衝動。——簡單之衝動為純粹自動之動作，在其發生時既無情緒之震蕩，復無外界之刺激。例如有一患者忽將其來訪者所携之物投入火中。在其心理狀態暫時恢復以後，他能記憶此種行爲發生之情形，而不能與以解釋。

此種衝動亦可含有意識。例如患者忽有盜竊之欲望，而所欲盜竊之物並非其本人所需要者或樂得者。他亦時亦能認識此種衝動之變態性，而制止其實現。

(c) 固定之行爲。——此為保留一種態度，重現一種動作或重說一句話之趨向。此三種現象即所謂態度之固定，動作之固定與語言之固定。有些患者每能保持一種極不安舒之姿勢至數小時之久，復有患者作長途之步行，每次前行三步必須後退二步。亦有患者背誦一個語句，終而復始。這些患者的行爲即上述三種現象之例子。

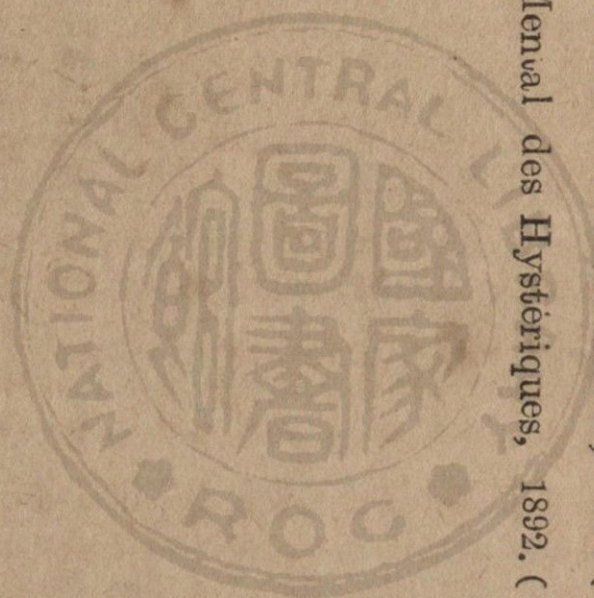
b. 消極的自動反應。——此為消極態度 (negativism) 之基礎。例如使患者伸其手臂，即有一種趨向抑制之。在此種患者中，亦能步行自如而不能張開其口者，亦有雖能工作如常而對於任何問

題皆不作答者。

此種現象之較強烈者在一方面爲應有的動作之制止，而在他方面則爲性質相反的動作之產生，例如屈患者之指而其指反伸；且伸之而其指反屈即是。

Dana, C. L.: *Textbook of Nervous Diseases*, 1925. (Wm. Wood.)

Janet, P.: *L'état Mental des Hystériques*, 1892. (Paris: Librairie Felix Alcan.)





第十四章 睡眠之變態

我們在討論睡眠之變態以前，至少必須提及兩個關於睡眠之問題：一爲睡眠之條件，一爲睡眠之意義。我們可以先述睡眠之條件。

睡眠之條件——此類條件可以區別爲下述七項：

一、身體普遍之疲勞——一般地看來，身體上普遍之疲勞可以促進睡眠之狀態。不過感覺疲勞者不必能睡眠，而能睡眠者亦不必先有疲勞之狀態。

二、強烈刺激之缺乏——強烈的刺激常不利於睡眠，不過身體健康者雖在喧嘈之環境中亦能酣睡。

三、習慣情境之固定——有人每因更換睡眠之處所，或睡眠之用具而不能安眠。此乃由於情境之遷移所致。但有人雖在新異之情境中亦能睡眠如常。

四、大腦血液之減少——大腦血液之減少，亦爲促進睡眠之一條件。例如餐後易眠，因有多量血

液輸入消化系中，而大腦之血液遂因此減少。

五、筋肉狀態之寬弛。——筋肉之緊張有害於睡眠。反之，身體之寬舒可以促進睡眠。

六、疲勞之感覺。——在一切疲勞之感覺中，以眼臉或眼球之疲勞最能促進睡眠。

七、心緒之安定。——人在就寢時若有所慮，則難於成眠。縱因倦而眠，亦易復醒，且不能熟睡。

在上面所述之條件中，以心緒安定與身體寬舒二項為最重要。其他條件之效力則因人而異。

睡眠之意義。——睡眠之意義因研究者的觀點之不同而有差別。各種關於睡眠之學說可以分為四類如下：

一、神經說。——神經系中之單元即所謂神經原 (neuron)。每個神經原為一個細胞體，多數樹枝狀體 (dendrites) 與一個軸狀體 (axon) 所組成。樹枝狀體使衝動傳至細胞體，而軸狀體則使衝動由細胞體輸出。兩個神經原互相接觸之處即所謂神經關鍵 (synapse)。據神經學者的意見，神經若感受刺激過久，則樹枝狀體因此收縮，而在神經關鍵處即有分離之狀態。此種現象視為睡眠之神經基礎。但是尙無事實可以顯然證明此說。

二、血液循環說。——此說之大概即是多數感覺之刺激不獨影響皮質之各部，而且影響延髓 (medulla oblongata) 中之脈動中樞 (vasomotor center)。此中樞在感受刺激時，使身體中之各

血管收縮，而腦中血液之循環因此得以進行。不過此中樞若受過久的刺激，則其功用漸失，於是血液多分佈於身體各部，而腦中遂呈貧血之狀態。此為睡眠之原因。

三、化學說。——自化學的觀點看來，睡眠為毒質累積之結果。例如乳酸 (lactic acid) 與炭養 [1] (carbon dioxide) 均與睡眠之原因具有多少關係。

四、生物學說。——克拉帕勒德 (Claparède) 視睡眠為一種本能。其功用在於防止疲勞之為害。後賽底士 [Boris Sidis] 由其對於睡眠之研究得有一個結論。他以為從生物進化的眼光看來，動物最初之休息狀態係介乎睡與醒二種狀態之間。此即賽氏所謂半眠狀態 (hypnoidal state)。此種近似催眠之狀態，或半睡半醒之狀態，在人類中演為兩種相似之狀態：一為睡眠狀態，一為催眠狀態。人類必須經過所謂半眠狀態而後能入睡眠或催眠之狀態。

五、心理學說。——有人謂睡眠為進行性之寬弛 (progressive relaxation)。此種寬弛之進程，係由階級較高之聯絡而至階級較低之聯絡。

精神分析派視睡眠為逃避之機械。他們以為睡眠之目的，在逃避生活中之問題，而退入原始的狀態，或嬰兒時期之狀態。此種學說未免過於荒誕。

以上所述之各種學說，皆係描寫事實之一部份。此則由於各人的注重點之不同。其實睡眠似為

一種天然的趨向其產生之條件以外界的擾亂刺激之減少，內部的疲勞感覺之增多，心緒之安定及肌肉之舒適爲最重要。至其在分泌、神經、與血液循環各方面之變化，則爲睡眠之生理狀況。

睡眠之變態——睡眠之變態有下列數種：

1. 失眠 (Loss of sleep) —— 格耳白特 (Gilbert) 與配曲雷克 (Patrick) 曾經對於這個問題加以精密的研究。在此項研究中，受試者須在九十小時內不得睡眠。他們於此期限將滿之時，可操任何工作以維持其清醒之狀態。受試者在此時期中有視覺之幻覺產生。注意集中之能力亦有損失。後來受試者所補足之睡眠時間雖未超過其失眠時間百分之三十五，而其精神已能恢復原狀。此種事實或者表明受試者在禁眠時期中，並非完全不眠，不過時眠時醒而已。因此其所需要之睡眠較少於其所損失者。

後來羅賓孫 (Robinson) 復研究此一問題。其所用之受試者，在兩夜不眠以後，即有視覺之幻覺發生。其他如頭痛、語言之變態，與易於激動之趨向，皆爲失眠時期中所有之現象。但是在輕擊、描準、誦讀與心乘各種測驗中，他們的成績全不表現失眠之影響。此種結果並非表明失眠對於這些作用全無影響，因受試者能增加其努力之程度以抵抗失眠之影響。

2. 不眠 (Insomnia) —— 不眠之原因不一。其原因或有暫時之性質，或有較爲永久之性質。其

較普通者有下列數種：(a) 睡眠情境之遷移 (b) 過度的疲勞 (c) 肌肉過疲可成一種物擊之狀態，而因此不能弛展 (c) 情緒之緊張 (d) 若有未成之事，或失望之事時時在念，則情緒不能舒暢 (d) 對於睡眠之恐怖 (e) 有患失眠者因其常為惡夢所擾，不願使之復現。

(f) 惡夢 (Night Terrors) —— 人每可為惡夢所驚醒。此種事實以在兒童與患神經病者中為最多。就兒童論其原因多為就寢前所述的故事之影響。在患精神病者方面之原因則為心理上之衝突。

四、眼遊 (Somnambulism) —— 眼遊或非全無意義。下面所述為麥克都格耳 (McDougall) 所舉之例子。有一兵士在醫院中幾乎每夜起來數次，走至一軍官之臥處，而立於其前。此人後來經過催眠之手續。他在催眠狀態中描寫一種危險的遭遇。當時有一炸彈爆裂。其同伴皆被炸死。於是患者奔至其官長處報告此事。此時忽有第二炸彈爆裂，因此受驚昏倒。根據其所描寫之經驗，我們可以知道其眼遊之現象，係重演當時之情形。

大概說來，眼遊症原為神經不甚穩固之現象。人若在清醒時忽有此種行為，則有醫治之必要。

五、睡眠欲望之特強。—— 有些患者每日睡眠數次，或每夜就寢早於常人。從機能的觀點看來，此種行為之目的在逃避苦惱之境。

六、藥物所致之睡眠——若尋常的睡眠確為天然的趨向，則藥物所致之睡眠必與前者不同。有些藥物有促進心緒安定之效力，但無一種藥物可以治療不眠之症。

Burnham, W. H.: The Hygiene of Sleep. Ped. Sem. 1920, 27, 1-35.

Claparède, E.: Esquisse d'une théorie biologique du sommeil. Arch. de Psychol., 1905, 4, 245-349.

Coriat, I. H.: The Nature of Sleep. J. Abnorm. Psychol., 1908, 3, 1-32.

Foster, H. H.: The Necessity for a New Standpoint in Sleep Theories.

Amer. J. Psychol., 1901, 12, 145-177.

Freud, S.: The Interpretation of Dreams. (Macmillan.)

Freud, S.: General Introduction to Psychoanalysis, Lectures V to XV. (Boni & Liveright.)

Howell, W. B.: Text-book of Physiology, Chap. 13. (Saunders.)

Johnson, G. T.: Sleep as a Specialized Function. J. Abnorm. and Soc. Psychol., 1923, 18, 88-96.

Jones, E.: Papers on Psychoanalysis, Chaps. 8 to 12. (Bailliere, Tindall & Cox..)

Manaceine, Marie de.: Sleep: Its Physiology, Hygiene, etc. (Scribner.)

Ratecliff, A. J. J.: A History of Dreams. (Small, Maynard.)

Shepard, J. F.: The Circulation and Sleep, 1914. 83 p. (Macmillan.)

Yerman, L. M. and Hocking, A.: The Sleep of School Children, Its Distribution According to Age and Its Relation to Physical and Mental Efficiency. Educ. Psychol., 1913, 4, 138-147.



第十五章 病菌之傳染

細菌不獨可以排洩毒質以妨害心理的進程，而且每在腦部及腦膜中，產生發炎之情形與組織之變化。有時神經細胞之自身，竟有因此而被毀者。此種種情形可由神經系傳染梅毒之時察見之。本章內所討論者，為由下列各種原因所致之精神病：一，梅毒傳染，二，腦炎（encephalitis），三，中心傳染（focal infections）。

壹，梅毒傳染所致之精神病

一，全體癱瘓病（Paresis or general paralysis）——此為一種腦病，其性質為發炎與退化。其現象為進行性之心智退化，且有一定的身體特徵與血清中所發現之事實。

a 病因——患此病者必為曾患梅毒者。但在患梅毒者中僅有百分之五至十得患此病。此種事實有三種可能的解釋：第一，有些研究者相信梅毒細菌之種類不一，而致全體癱瘓病者為特別趨向於神經病一種。此說似有下述之事實可以證明：有患全體癱瘓病者數人，皆由一個共同傳染之來源

而得此病。若父母患有全體癱瘓病，則其子女之患此病者較多。若父母患有梅毒而無此病，則其子女之患此病者較少。第二：有一說謂此爲由於個人腦系之差異。有些腦系特別易於傳染此病。第三：此病亦有由於腦部受傷之說。此即是說，患有梅毒者的神經系若受損傷，則有發生此病之可能。後二說尚無確鑿之證據。全體癱瘓病多發生於三十五歲至五十歲之間，而且每在傳染梅毒十年至二十年以後。男性中之有此病者約三倍於女性。此則因男性之患梅毒者較多。

b, 病理。——患全體癱瘓病者之腦，在前部與顛顛部表現普遍的萎縮現象。腦之重量減輕，皺紋較爲扁平，且其皮質層之厚度不如常人之腦。腦外膜（*dura mater*）每每積堆而附之於骨。內膜變厚，緊附腦質；所以在移去此膜時，皮質部亦受影響。此種情形尤以在腦之前回與顛顛回爲最顯著。腦部之細胞組織，在用顯微鏡觀察時表現顯著的變化。有許多神經細胞完全被毀，而其他之神經細胞，則或在其形式上感受影響，或因染色體之分解（*chromatolysis*），而有某些內部之變化。微絲血管之數特別增加，而血管之壁同時增厚。架細胞（*neuroglia*）亦有增加，尤其是在血管之周圍與皮質之外層有此種情形。此種顯著之病徵當然有心理上與神經上之病候相輔而生。

c, 病候。——有些身體上之症候極爲顯著，可用爲診斷之根據。此病之症候可分三種：一爲臨診之現象，可自個人全體之研究得之；一爲血清中之事實，可用化學的方法發現之；一爲心理方面之現

象。

(一) 臨診之現象——其至要之現象爲戰慄狀態，動作失調 (motor incoördination) 反射失調，營養不良及癱瘓現象。至最後之時期，患者之身體一蹶不振。

在初期中有戰慄之症候發生。此病經過時期愈久，則戰慄之狀態愈爲顯著。舌部與上肢之戰慄爲此病之特徵。舌伸出時其戰慄之狀態至爲明顯。若使患者向其兩側伸直手臂而不移動，則其手指戰慄之狀態亦易察見。動作之失調最初表現於最精微之動作中，因此語言與書法均受影響。最後患者所寫的字無人認識，並且他所說的話亦無人了解。

瞳人與睫的反射之失常亦爲此病初期中之重要症候。所謂『阿羅瞳人』 (the Argyll Robertson pupil) 爲初期癱瘓一重要之診斷根據，因此種現象每每表現極早。光之符合反應 (the consensual light reflex) 亦損失最早。此種反射即指在一目背光或向光時其他一目之瞳人亦同時膨脹或收縮。

在此病之初期中尙有一種反射之失常，可以視爲一重要之診斷根據。此即膝跳 (knee jerk) 之缺乏。全身癱瘓病應有消滅膝跳之影響，不過此種反射亦可有兩膝不等，或其一增強而其他如常，或其一增強而其他完全消滅之現象。

普通營養之變化，亦爲恆有之現象。在此病初發時，患者之重量即減輕極多。其次一時期中之狀況則視此病所表現之形式而定。如其屬於心智衰退或態度浮誇之形式，則患者之重量每每繼續增加，而至病之末期忽然降落極低。此病若屬抑鬱或激動之形式，則重量繼續減少，使患者呈異常虛弱之狀態。

在此病之某一時期中，有一種類似中風或癲癇之痙攣現象發生。有時此爲最初可以認識之症候，但是大半發生較遲。前一種之痙攣致意識有多少之損失，但因此而生之癱瘓多無永久性。後一種之痙攣則與癲癇之痙攣不能區別。

至最後一時期中，患者必須臥病。其身體中一切功用之控制能力完全失去。痙攣日益增多。患者或死於痙攣，或死於營養之缺乏，或死於其他同時發生之病。

(二) 化學室中所發現之事實——其主要之現象爲梅毒傳染之種種符號，如血與脊髓液之正華氏反應 (positive Wassermann reaction) 或康氏反應 (Kahn reaction)。在患全體癱瘓病者中有百分之百，在脊髓液中表現正華氏反應。此中亦有一大部份在血清中表現此種反應。但有最少數患者，在其血清中有負反應而在其脊髓液中則有正反應。蘭氏科金測驗具有特殊之價值，因其可以區別全體癱瘓病與脊髓癆病。一般全體癱瘓病之反應在數量上爲5555543200，而脊髓癆

(三) 心理方面之現象。——在最初期中，患者的友人即能察見其行爲上之變化。此時其在心理上之症候爲品行之變化與智力之衰退。患者以前衣裳楚楚，而此時則衣冠不正，以前敏於理財，而此時則瀕於破產，以前注重道德，而此時則姦淫偷竊無所不爲。

在品行之變化外，患者亦有心智衰退之現象。最初關於各種詳細情形之記憶漸次不甚精確。重要的約會亦每忘却。其判斷之能力亦有減損。在經過一個時期後，患者失去其一切之記憶。其對於空間、時間及人物之空間能力，完全消滅。其在情緒方面亦有退化之現象，雖承受鉅大之遺產，或喪失極密之戚友，亦視之漠然。

妄想亦每爲此病的症候之一種。我們根據妄想之性質可分此病爲四型：(a) 單純心智退化型 (the simple demented type) ——屬於此型者每有淡泊無情之狀態。雖關於日常事物之記憶亦屬缺乏。此種患者往往於一三年以內死去。(b) 擴大型 (the expansive type) ——其特性爲全無根據之快樂與浮誇。此類患者與患妄想狂 (paranoid) 者不同，因爲他雖誇其財產之厚與其勢力之大，而仍願執賤役。(c) 激動型 (the agitated or excited type) ——此類患者之行爲極爲兇猛，終日活動不已，不能成眠，每於數月內死去。(d) 抑鬱型 (the depressed type) ——此

型頗與抑鬱病 (melancholia) 相似，但化學與神經方面之發現可為診斷之根據。

d. 診斷——人在中年時期中若有心智衰退之現象，則有此病初起之可能性，但其診斷之根據究以身體之特徵為可靠。其最重要之特徵為驗血之結果。我們可以根據此種結果，區別全體癱瘓病與下列各病中酒精毒之精神病癲癇與機能的精神病。

e. 預斷——全體癱瘓病有進行性；若不治療則患者必因此而死。此病之進程約有二年至三年之久。

二、腦脊梅毒病 (Cerebro-spinal syphilis) 腦脊梅毒為腦中非神經的細胞組織之機體病。其所特別影響之部份，為腦髓周圍之血管與膜。

a. 病因——其病因為梅毒之傳染。在傳染後五年之內有腦部損傷之現象出現。

b. 病理——此病之主要現象為腦膜與脈管慢性發炎之情形。由梅毒而生樹膠腫 (gummas)。

亦可發現脊液間或有負華氏反應。其科金弧線有特殊之形式，由此可以區別腦脊梅毒與全體癱瘓病。

c. 症候——其最重要之生理現象為頭痛、昏眩、嘔吐、痙攣及顫神經受影響之結果。此外尚有種種目部之症候，如朦朧、瞳人之不相稱是。膝跳多有增加者。神經細胞纖維不受有直接之影響，所以

心理症候不甚顯著。若有這些症候發生，則其原因多為樹膠腫所產生之壓力。此病有時表現腦經局部損傷之症候。此則由于腦中極小區域之脈管，因腦部發炎而阻塞所致。腦部感受此種影響之脈管，既可因人而異，所以各人所表現之心理變態亦不相同。

d 診斷。——腦脊梅毒與腦瘤之區別，即在前者之正華氏反應與其特殊之科金弧線，其與全體癱瘓病之區別，即其頭痛之症候與其顛神經之變態。此病係發生于傳染梅毒後五年之內。此種事實亦與全體癱瘓病發展之歷史不同。

e 預斷。——此病之結果，為細胞組織之繼續毀壞以至於死。現在治療之法，有醫治梅毒與打癩疾針二種。後一種方法之成效尙未證實。

ii 脊髓癆 (Tabes dorsalis, or locomotor ataxia) 脊髓癆為一種由梅毒而生之機體病。患此病者脊髓之後根 (posterior root) 與神經原皆有退化。其結果為運動失調，深反射消滅，且感覺、營養及種種目部之病亦因此而生。

a 病因。——梅毒為必要之因素。他如過勞、嗜酒、房事過度及凡足以減少抵抗力之情形，每使之易于發生。此病多發生于三十與五十歲之間，而在男性中為較多。患有腦部內膜與皮質梅毒者，同時亦可患脊髓癆，因此其病象為全體癱瘓病與脊髓癆二者之混合。

b 病理——傳染之部位在脊髓中脊髓後柱 (posterior column) 之軟腦膜 (pia mater) 不透明而加厚。柱之自身縮而呈灰色。據顯微鏡之觀察，脊髓後根及其神經道與柱，皆退化而變硬，尤其爲哥耳與布大哈之柱 (Columns of Goll & Burdach) 有此種情形。此二種柱之功用在使肌、腱、節之輸入衝動傳入腦部。此種退化之現象常發生于脊髓之腰部，所以其所影響之部分多爲下肢。其病象爲運動失調及深覺位置覺與肌肉健性之損敗。在有些事件中，大腦皮質亦有退化。此外尚有顱神經之退化，尤其以視神經之退化爲最常見之現象。

c 症候——腿部之劇痛爲脊髓癆在最早期中之症候。此種症候係發生于運動失調之現象以前。軀幹或四肢有喪失感覺，或感覺特敏之部分與性之功用常有特殊之變態。腹部疼痛。時常嘔吐。膝跳之消滅亦爲一種重要符號。患者有阿羅瞳人之現象，並且同時每有其他視覺之病症，如重視 (double vision) 與矇矓是。

運動失調爲一極重要之症候。其最初之現象即腿部運動之不正確，尤以在黑暗中有此種情形。患者若闔目併足而直立，則其身體擺動以致跌倒。此即所謂鑾氏符號。此病發展至某一時期，則所謂『癆症步容』 (tabetic gait) 之現象益見顯著。患者舉足特高，落地特重而其目則注視足部。

在五年至二十年以後，患者遂完全失去其行走之能力。其身體衰弱異常，臥床不起。

心理之症候在單純之脊髓癆中不甚顯著，否則在其皮質中必亦有梅毒之影響。故生理現象實為全體癱瘓病之症候。

d 診斷——我們根據血清中之發現可以區別此病與神經發炎病 (neuritis) 運動之失調，心理症候之缺乏，及其特殊之科金弧線使之與全體癱瘓病有所區別。

e 預測——大多數患者可因梅毒之治療不致失去其能力，但無完全治愈之可能。此病之進程為三年至二十年。

貳 昏睡腦炎病 (Encephalitis lethargica)

此病亦有流行性腦炎病 (epidemic encephalitis) 之稱。維也納人埃可諾莫 (von Economo) 于1917年描寫此病，並與以昏睡腦炎病之名稱。此後研究之者日多。此病遂認為重要精神病之一種。此病固非一種新病不過在以前之分類中或有其他之名稱。

腦炎病為一種天然傳染之病 (Infectious disease) 間亦可由接觸而傳染 (contagious)。其現象都由中央神經系而生。其特徵為昏睡，顫神經之擾亂，戰慄，肌跳，舞蹈病之動作，及心理病態之現象。

a 病因——此病之原因為一種病菌由咽頭侵入。最初所發現之症候，每在呼吸方面。此病每發

生于流行性感冒之後，故以在冬春二季爲較多。

b 病理。——腦部之傷損，多在中腦 (midbrain) 基本神經節 (basal ganglia) 與赤脊道 (rubro-spinal tract) 內，但有時亦發生于皮質，小腦與脊髓中。此爲進行性之病，每有蔓延之趨勢。患者之腦呈淡紅色。神經細胞表現退化之現象。此種現象或屬局部，或有不規則之分配。腦膜與基本神經節之失血亦爲常見之現象。

c 症候。——症候視腦經感受影響之部分而定。因此每不一致。此病初起時每有頭痛，憔悴頸硬與普遍之痛覺。患病愈深，則昏睡之狀態愈爲顯著。患者有一淡泊無情之狀態。面部縐紋消滅，如戴面具。在患者中，雖有百分之75或80有昏睡之情形，然患不眠症者亦多。屢有晝間昏睡，而全夜不眠者。重視 (double vision) 爲常有之現象。目肌亦多癱瘓。面部與四肢之肌肉亦每呈搖擗之現象。

心理之症候頗爲重要。患昏睡者對於心理刺激之反應較之常人爲緩，而在其醒時則極其喧嘈，活動不息，幾若患狂病者。此病若屬譫妄之形式，則有妄想，幻覺或錯亂之狀態。此種患者每誤認爲患有狂鬱病者。其譫妄之狀態有時亦與震戰性譫妄 (delirium tremens) 相似。其抑鬱之狀態，在多方面復與激動之抑鬱病相彷彿。此種種心理症候延長之時間不一，而在多數事件中有減少之趨勢。最後所保留之症候與精神神經病之症候相似，例如不眠，易疲，易怒等症候皆是。其類似早衰病之

點則爲進行性的抑鬱症，思想之迂緩及人格之內傾。患者常以其記憶之喪失與精神之疲乏爲慮。

其最險惡之現象爲其最後之影響。患者常有變爲低能之可能。

d 診斷——此病之診斷，每可以患者之歷史與其症候爲根據。最可靠之方法即將其腦部、腦脊液、口涎與鼻涕中之毒質注入兔類之體中，若兔有同樣之情形發生則所患必爲腦炎病無疑。此病常與狂鬱病、早衰病、害思病及舞蹈病相混。

e 預斷——此病罕有治愈之可能。其治療之法以心身二者之絕對休養爲必要之條件。至今尚無特殊藥劑可用。副盾狀線精雖似稍有效力，然無確切之證據。

Economo, C. V. : *Encephalitis Lethargica: Its Sequelae and Treatment.*

1931. (Oxford University Press.)

Genil-Perrin, J. : *Syphilis and Mental Hygiene.* Proc. First Int. Cong. on

Ment. Hygiene, 1932, 1, 406-437.

Hinsie, L. E. & Blalock, J. R. : *Treatment of General Paralysis.* Results

in 197 Cases Treated from 1923-1926. *Amer J. Psychiat.*, 1931, 11, 541-

557.



第十六章 毒質之影響

中毒的精神病之種類甚多，不過有幾個共同之點可以概括于下：

一、身體檢查之結果常爲重要。發熱，白血球之增加 (leucocytosis)，及體重之減少，爲其特別顯著之症候。二、此類精神病在心理方面常有極端譫忘之狀態，如知覺之模糊，幻覺之出現與了解能力之缺乏是。三、此類病症常有治愈之可能性。

此類精神病之病因不一。下面所述僅以酒精中毒與鴉片中毒二者爲限。

壹、酒精中毒

酒精爲一切藥物中之應用最多者，其所產生之精神病亦爲數至多。在美國精神病院中，約有百分之十爲酒精中毒之病。此種百分數尙未包含一般醉狂與暫時因醉而發生之劇烈情形在內。

酒精中毒之精神病，有種種之形式。有些形式爲初有酒癖者所具有之特徵。有些形式於吸收多量酒精後出現，而在毒質排出以後隨即消滅。有些形式，見因長時期中酒精之應用，而有暗伏之發展，

各種形式可以分別描寫于下：

一昏醉現象——此爲常見之現象，不得視爲精神病之一種。若所吸收之酒精有適度之分量，則愉快之感因以產生。吸收酒精過多者每每饒舌，且作弄姿態。自制的功能最初卽有減少之現象。酒精對於神經系所發生之麻醉影響係由上面下；其最初所影響者，爲大腦之制止機械，其次爲小腦中支配動作適應與均衡之中樞，甚至延髓之中樞亦受其影響。醉酒者最初語言詼諧，且其行動亦極滑稽。在大腦受有更深之影響時，雖事之輕重亦不能辨別，而他人之情緒與道德之標準皆所不顧。至小腦感受影響時，動作遂呈不穩定之狀態，而語言亦不清楚。最後腿部的肌肉亦失其功用，於是身體墜落而入于昏迷之狀態。

此種情緒不過爲暫時的精神變態之現象。酒精之影響消滅以後，理智之能力仍能恢復原狀。

二多年酒癖與酒毒退化 (Chronic alcoholism & alcoholic dementia)——吸收分量過多的酒精足以侵害身體中之器官，自不待言。其在心智方面之影響則爲逐漸的退化。此種退化的現象卽爲注意與記憶能力之降低、觀念之貧乏與判斷能力之損傷。

道德之退化亦爲一種顯著的現象。此種之退化由于酒精之兩種影響所致。一種影響，卽爲中樞制止作用之喪失；而其他一種影響，則爲愉快心緒之產生。第一種影響每使患者的行爲爲一時的意

念所支配，所以嗜酒者每每意志衰弱。愉快的心緒，則使患者有不負責任而委過于人之傾向。此種種變化之發展往往有暗伏之性質。停止飲酒可以阻其發展，但神經系中已有之損傷則不能補救。

三、震戰譫妄病 (Delirium tremens)——此病之來，疾速而劇烈，實爲久日飲酒過度之結果。至其發生之近因或爲一次之狂飲，或爲突然之傷損，或爲劇烈之疾病。患者在視覺方面每有顯明之幻覺。這些幻覺常爲使人厭惡之物，如蜘蛛，鼠，蛇之類。患者每在極端之渾沌狀態中，而在此病達到最高度時其定向之能力完全失去。雖家人亦視爲鬼魅。其在動作方面之現象即爲顯著之戰慄狀態。患者在此病侵襲時每患不眠症。

四、酒毒幻覺病 (Alcoholic hallucinosis)——此病之現象，即如下面所述：患者之幻覺與妄想可以繼續至數星期或數月之久，但其心智並非極其渾沌，且其能力亦無顯著之變化。其幻覺多爲受他人之逼迫，並且多屬聽覺。最後一點，爲此病與震戰譫妄之區別。

五、科氏精神病 (Korsakow's psychosis)——科氏精神病之病候多爲久日飲酒過度所致。但此酒亦可由種他原因而生，例如出血過多，傷寒，癆病，流行性感冒或鉛毒是。其心理之症候常與多發神經炎 (polyneuritis) 相似。後者之特徵爲腱反射 (tendon reflexes) 之消滅，下肢之癱

癱，肌肉局部之疼痛與感覺之過敏。凡此一切皆爲常有之特徵。

科氏精神病之發生，有突然之性質。其發生時之現象爲情緒擾亂，幻覺出現，且定向能力完全喪失。同時患者表視特殊的遺忘與僞造已往事實之趨向。設二者爲恆有之症候，可以用爲診斷之根據。患者的記憶之惡劣可由下述之例子察見之：有一患者在醫生甫去之後即問醫生何以未來。在最劇烈之情形中，此種之遺忘可以影響患者的過去生活之一大部分，而其所遺忘者則以僞造之事實補充之。

患此病而治愈者甚少。其時間爲六個月至十二個月之久。若有中酒精毒之背景，則患者罕能恢復原狀。至由其他原因而生者，則治愈之可能性較大。

六、酒毒妄想狂 (Alcoholic paranoia) —— 中酒毒者所患之妄想狂每有一定之性質。其與酒毒幻覺症之差別，即其有勢力之現象爲妄想而非幻覺。患者每有一種嫉妒之妄想，每責其妻之不貞，而援引種種無關緊要之事實，以證實其妄想。並且患者易于發怒，所以此時對於其嫉妒之對象常能施以險惡之手段。

診斷與預測。—— 有許多精神病可與中酒精毒之精神病相混。其心智之退化易與早衰病，全身癱瘓病或志衰病相混，而其幻覺與易于激動之趨向，則又易與其他之精神病相混。不過沈湎于酒之

歷史，可以防止此種誤會之發生。

在每次病症侵襲以後，患者的身體尚有恢復原狀之可能性，但是此病仍有重來之危險。並且患者倘若繼續飲酒，則其退化必將有加無已。

貳、含有鴉片之藥料 (Opates)

含有鴉片的藥料所產生之精神病，固然由于久服之故，但其真正之原因則在此癖養成之情形。有人謂養成此癖之直接原因，共有五類：一、前此醫生曾用此種藥料醫治患者之病；二、前此患者本人曾用此種藥料爲止痛之方法；三、患者在心緒不寧時，應用此種藥料爲鎮定精神之劑；四、在患者之友人中有患此癖者；五、患者爲好奇心或求樂之欲望所驅使，遂養成此種習慣。根據美國醫學聯合會 (The American Medical Association) 之一報告，在患有此癖者 12,250 人中有百分之 23 由于第一原因；百分之 17 由於第二原因；百分之 52 由於最後三個原因。尚有百分之 8 難於確定其原因之類別。我們由此種事實，可以察見醫生應用此種藥料之影響。醫生如可避免此種藥料之應用固爲至善，否則病人不應知其性質與其分量。患者斷斷不可自由應用此種藥料，最後一點尤爲重要。

患有此癖者所表現之症候，則如下面所述。嗎啡 (morphine) 爲含有鴉片的藥料之一種。其

功用。在減少一切之分泌。汗之分泌則爲例外。口部乾燥。消化不良。食慾減少。與便秘皆爲應用嗎啡之結果。瞳人縮小。幾如針尖。

人若常用嗎啡。則有某些特殊心理之變化產生。如思想之遲鈍。注意之散漫。是患者對於其環境中之變化毫不關心。其偽造事實之趨向。極爲顯著。最後患者除尋求此種藥料外。幾無其他之迫力。他可應用任何方法以達此目的。而不顧其嚴重性。甚至盜竊殺人之事。亦可因此發生。患此癖者之各種症候。可以分爲四個時期：

一、蜜月。——此爲初服藥料之時期。在此時期中。有愉樂之情感。與快意之幻覺產生。此一時期每極短促。

二、躊躇。——在此時期中。服藥者已經認識此藥之影響。於是在其心中。遂有劇烈之衝突。他一方面知此種藥料之爲害至大。而在其他一方面。則爲其記憶與其欲望所驅使。他雖自信其意志之堅強。而結果卒爲所束縛。

三、成癖。——此時癖已養成。患者對於此種藥料之容受性。逐漸增高。而其所需之分量亦因此增加。上述之症候。皆於此時出現。在此時期中。若求此種習慣之消滅。則患者個人之自由。必須加以干涉。

四、最後體虛之狀態。——在此時期中。患者之身體羸弱不振。而其心理上之能力。漸與心力衰退。

者相似此時其他病症亦易侵入。

我們於此處可將戒癮之現象提及一下。戒除此種藥癮者，每在肌肉方面表現顯著之羸弱現象，甚至雖欲直立亦感困難。患者感覺疲憊不堪，且其皮膚之血管收縮，因此每有過冷之感覺。消化作用亦受影響，故有吐瀉之病症。其在心理上之症候則為不眠，極端之不安定，及注意集中的能力之缺乏。患者之情緒狀態，表示極端之失望。若所服之藥料無充分之分量，則此種種症候亦可發生。患者不可突將此癮完全戒除，否則有時可有生命之危險，故漸次減少藥料之分量，或暫時代以他種藥料為較安全之方法。

Carletan, L.: Survey of the Narcotic Problem. J. A. M. A., 1924, 82. No. 9.

Doane, J. C.: The Problem of the Drug Inebriate, Mental Health Bulletin,

Vol 2, No. 1. (Dept. of Welfare, Pa.)

Fishbein, Morris.: Indispensable Uses of Narcotics, J. Amer. Med. Assoc.,

1931, p. 856.

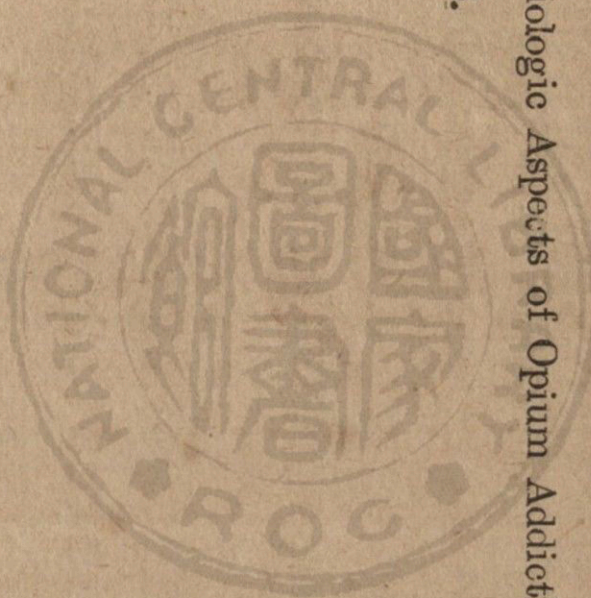
Goldberger, J.: Pellagra: Causation and a Method of Prevention: A Sum-

mary of Some of the Recent Studies of the Public Health Service, J.

A, M. M. A, Feb, 12, 1916.

Kolb, Lawrence and Dumez, F. G.: Experimental Addiction of Animals to Opiates, U.S. Government Printing Office, Reprint No. 1463.

Light, A. B.: Physiologic Aspects of Opium Addiction, J. Amer. Med. Assoc, 1931, p. 823.



第十七章 腺之病態

人體之功用乃屬全體而非限於部分。此點實爲吾人所應特別注意者。吾人對於精神病之解釋，自以神經系爲主，不過在身體中有許多部分，可對神經系發生嚴重的影響。本章中所討論者即爲此類部分之影響。

在身體之各部分中，有種種特殊化之細胞叢，附於腦底細莖上者，稱腦基腺 (the pituitary)；位於頸中者，有盾狀腺 (thyroid) 與副質狀腺 (parathyroid)；在兩腎之上則有腎上腺 (the adrenals)；他如松子腺 (the pineal) 則位於中腦，中而性腺 (sex gland) 則位於尻骨盤部 (pelvic region)。

此各種腺之分泌輸入血流，而人之行爲因此受其影響。此種種分泌有內分泌 (internal secretions) 之稱，因其直接輸入血流之故。

我們現在要考慮幾種腺病所致之重要精神腺。各種腺病，可以分爲一腺所致者與數腺所致者

二類，而分別述之。

壹，原由一腺所致之精神病

一、盾狀病之腺——盾狀腺之功用有過與不及之患。此腺若有過度之發展，或無充分之發展，皆有產生精神病之可能性。

a, 盾狀腺過度之發展 (Hyperthyroidism)——由此種情形而生之病，即所謂目凸喉腫病 (exophthalmic goiter)，復有裴氏病 (Basedow's disease) 或格氏病 (Grave's disease) 之稱。此病之特徵為腺盾狀腺之增大，脈搏之加速，眼球之凸出 (exophthalmus)，易於發汗之趨向，肌肉之戰慄，重量之減少及基本新陳代謝作用之增加。目凸喉腫病之情形與永久性之情緒激動極相類似，因其有戰慄之狀態，與盾狀腺過度之分泌，且血液中含有過多之腎上腺液，而目部之凸出儼若恐怖之狀態。患者面帶愁容，神經過敏，浮泛不定，而對於情緒刺激常有過度之反應。

此病治療之法，在減少腺之分泌。在極端之情形中，最有效之方法，即割去腺之一部分。此病若無積毒之情形雜於其中，則有治療之可能。

b, 盾狀腺發展之不足 (Hypothyroidism)——此種極端之情形有二：一為枯內庭病 (cretinism)，一為黏液腫病 (myxedema)，此二者之區別，即在其發生之年齡。前者由於生產時，或嬰

兒時之盾狀腺有所缺乏所致；而後者之發生，則在年齡既長以後。

(一) 枯內庭病——此病之產生，或因盾狀腺之功用完全缺乏，或因此種功用有所缺乏。其原困或為遺傳，或發生於兒童之初期。此病在在有之。若為風土病，則限於某些缺乏沃素(Iodine)之區域，因盾狀腺之分泌係賴沃素而產生。

枯內庭病之症候在生產時，或數月以後每每不能察見，但在經過某些時期以後，兒童之發展即止於嬰兒時期之階級。其面部保留其扁平之形狀，且兩目相距頗遠如生產時之情形。患者之反應罕有智慧之表示。其身材不增高，而其他各部分之生長，復無相當之比例。臂腿皆短，腹部凸出，唇舌均厚。溫度在常人以下，皮膚枯乾而且粗糙。至一歲時，診斷之結果完全可靠，但是此時患者之父母尙有不能察見者。

此病應施以盾狀腺之治療。若治療最早——或自生產時開始，或在四歲以前——則有良好之結果。下級之低能(Lidiots)可以變為常態兒童。治療稍遲，則效力減少。

(二) 黏液腫病(Myxedema)——若盾狀腺退化或萎縮之現象，發生於成人時期中，或有時發生於兒童時期中，或盾狀腺在經過手術時移去之部分過多，則有黏液腫病產生。女性之患此病者較多。基本的新陳代謝作用，表現多量之減少。溫度降低，循環與消化作用均不及常態。精神遲鈍，記憶

衰弱，語言迂緩且感困難。淡泊無情爲其通常之態度。約言之，心身兩方面均呈遲鈍之現象。體重增加而性之功用極其減少。面部寬闊而浮，鼻大，唇厚，面部表現愚笨之狀。全身之皮膚枯乾而腫，略呈黃色。腺狀腺之治療，對於此病有良好之影響，但此種治療必須繼續施行，而後可免復發。

二腦基腺之病——腦基腺爲位於腦基之一最小的組織，其重量尙不及一格蘭姆。此腺對於身體之發育有顯著之影響。其功用在維持下列各項之常態性：身材，脂肪之分量與其分配及成熟之情形。其對於其他各腺，或者亦有輔助之影響。

a. 長大病 (Acromegaly)——長大病爲腦基腺前回 (anterior lobe) 活動過度之結果。此爲成人之病。其特徵爲頭部與四肢骨骼異常之增大且每有腦壓 (brain pressure) 之症候。在多數事件中，患者淡泊無情，缺乏自動性與注意集中之能力，忽忽善忘，語言迂緩。此爲心理方面之現象。

b. 否氏病 (Frohlich's syndrome)——否氏病之原因爲腦基腺中二回功用之不足。此病發生於青春時期以前。患者多屬男性。其特徵爲富於脂肪，近似女性身體柔弱。

屬於腦基腺之病，較之屬於腺狀腺之病爲難治。不過由此腺所製之藥料，在許多事件中已能產生顯著之效果。

三腎上腺之病 (Adrenal glands)——有一種腎上腺之病爲吾人所應特別注意者。此卽所

謂阿氏病 (Addison's disease)——此病由於腎上腺的功用之不足所致。其主要之原因尤在此腺之皮質部 (cortical portion)；因其對於腎上腺素 (adrenalin) 之治療並無反應，而此則爲腎上腺的髓部之分泌。據死體檢查之結果，腎上腺呈病態之變化。此病多爲腺中結核進程之結果。

阿氏病有下列各種特徵：極易疲乏，缺乏工作興趣，極端抑鬱，且易於激怒；血壓極低；皮膚呈一種特殊之銅色；消化系亦有所患。

患此病者，於數月至數年內必死。幸英國於1930年已能提製腎上腺皮質部之精。此精應用之效果至爲顯著。

貳多腺性之病

內分泌之功用，非各自獨立而不相關聯者。每種內分泌有其特殊之功用，而且有互相影響之可能。各種內分泌若有相當之均衡，則生活之進程得以維持其常態性。此種均衡若不能與環境之影響相符，則疾病隨之而生。各種分泌可在任何時期中，因意外之因素（如傳染，積毒，損傷等等是）而失其均衡。在某些特殊之時期中，此種均衡可爲自然的生理因素所傾覆。此即青春初期與退化時期（或月經停止時期）中之變化。前一種之情形由於性腺分泌之開始或增加，而後一種之情形則由於性腺分泌之消滅。因此種精神病之可能性，在此二時期中均有增加之趨勢。

在多腺性之病中，我們所欲討論之事實僅以退化抑鬱病 (involution melancholia) 爲限。
退化抑鬱病——顯著的抑鬱爲退化抑鬱病之特徵。在女子中，此病發生於月經停止之時期，約在四十歲與五十歲之間；而在男子則稍遲。其病因屬於內分泌。

一症候——此病乃由漸而來者。患者於病前每有下述之現象：不應有之悲觀態度，易於激怒，易於疲乏，失眠，反應迂緩，消化不良。其在心身兩方面之症候，可以分別描寫於下：

a. 心智方面之症候——病初起時抑鬱與激動之狀態極爲顯著。患者滿面愁容，終日憂慮，而其實並無足以憂慮之事。患者或徘徊呻吟，或獨坐流涕。

若此病之發生爲日不久，或同時無顯著的脈管僵化病，則患者尙有良好的領悟，記憶與定向能力，不過其心智作用之速度漸次減低。其思想雖似能進行，而究無所得。患者雖能感覺事之重要性，而不能執行。最後雖日常生活之習慣亦不能實現，所以進食之事極感困難。

患者在情緒方面亦有麻木不仁之現象。任何可笑的刺激，不能使之發笑；任何悲哀的新聞，不能增加其愁情。其所有之情緒表現，僅以易於激怒之傾向爲限。性慾減少。自信心與爭勝心均告缺乏。幻覺與錯覺偶爾發生，但不常見。至於妄想則幾爲一常見之現象。犯罪爲其最普通之妄想，但亦有輕視自我與關於其身體各部之妄想。

b. 身體的症候。——患者的普通康健情狀不佳。在極端的心智特徵尙未表現以前，卽有重量減輕之現象，並且消化不良，而食慾亦失去。

二、診斷與預測。——此病易與狂鬱病相混，但根據其過去之歷史，與其對於治療之反應，可以區別之。

此病預測之結果不惡。根據一般的統計，能治愈者有百分之60至95。其主要之治療方法爲盾狀腺與卵腺二者之並用。腦基腺之精亦常合併用之。

Bowman, K. M., & Bender, L.: The Treatment of Involution Melancholia with Ovarian Hormone, Amer. J. Psychiat., 1932, 11, 867-893.

Levy, L.: Le Tempérament et ses Troubles: les Glandes Endocrines, 1932, (Paris: Oliver.)

Notkin, J.: A Clinical Study of Psychoses Associated with Various Types of Endocrinopathy, Amer. J. Psychiat., 1932, 12, 331-346.



第十八章 神經細胞之不足

壹 低能 (Feeble-mindedness)

低能之一名詞，係用以描寫智慧之不足或缺乏。其與其他各種精神病之區別，為智慧之缺乏，而非智慧之退化。屈德哥爾德 (Tredgold) 對於低能所下之定義如下：低能為『一種大腦的發展可能性有限之狀態，或其發展停止之狀態，因此患者在長成時不能適應於其環境或其社會之要求，俾使其生存可以維持而不需要身外之援助。』

低能可分為三個等級：一、上級低能 (morons)。——屬此級者，能在順利之環境中維持生活。二、中級低能 (imbeciles)。——屬此級者，不能維持其自身之生活。三、下級低能 (idiots)。——屬此級者，無避免普通的身體危險之能力。

低能之產生有種種之原因。下面所述為其重要者：

一、有所缺乏之胚種。——此為由遺傳而生之低能之一種因素。此類低能者的神經系發展之步

驟，尙未明瞭，但有下述之特徵可以察見：第一其先人亦有低能者，或其低能之原因發生於其神經原能感受環境的影響以前。第二其大腦之構造有所缺乏，此或爲神經原在數量上之不足（尤其爲皮質部），神經原不規則之發展，或個別神經細胞不充分之發展。

二、腺之因素。——腺之狀況，既對於早期之發展，具有顯著之影響；故在心智衰弱者中，必有一部分由於腺之因素而生。

(1) 枯內庭病 (Cretinism)。——此病之原因在盾狀腺的功用之不足。其現象於討論腺病時已詳言之，茲不贅述。其心智之程度，視盾狀腺的功用所缺少之分量而定。

(II) 蒙古病 (Mongolism)。——蒙古病之原因尙未發現，但有許多事實指示此病與腺所具有之關係。

患蒙古病者，可由其形狀認識之。其頭部爲圓形，面部扁平，且眼臉向上偏斜如蒙古人，故以此取名。舌大，而有不規則之橫紋。掌闊而笨，指小而向內曲。身體虛弱，常有夭殤者。其心齡約爲四歲。但有時可以發展至七歲。性情活潑，好爲惡作劇。

根據研究者多人之意見，蒙古病必與腺病有關。此或爲數種腺之病，而以腦基腺 (pituitary) 之病爲主。

三、發展之缺點。——神經系之發展，可於生產之前後停止。自組織之狀態看來，有些下級低能者之腦在第六個月胎兒時期中，或其以前即無發展。此種情形每誤認爲胚種之缺點，而實爲發展之缺點。

兼有頭蓋之變態者亦屬此類，如小頭 (microcephalics) 與水頭 (hydrocephalics) 是。患小頭者每學走甚遲，或竟完全不能行走。其語言不過限於數字而已。所謂水頭係由於腦房或蛛網膜 (arachnoid membrane) 下之空處積水過多所致。患者頭蓋闊大，額部凸出。其心理方面之現象常爲心智衰弱、痙攣或癱瘓之症候亦可發生。若不施以手術上之治療，則每死亡甚早。

四、生產時與早年之傷損。——今日已有事實表明有許多低能者，爲生產時受傷之結果。早年頭部之傷損當然可有同一之影響。

五、傳染後之影響。——此係指兒童初期中之傳染。其一般之情形卽是：兒童於某一時期尚有常態之發展，遇有熱病發生，卽有昏迷或痙攣之現象，而在病後遂不復有常態之心智，或在心智方面無常態之發展。在此種影響之傳染中病以腦炎 (encephalitis) 爲最重要。他如腦膜炎 (meningitis)、結核病 (tuberculosis)、急性舞蹈病 (acute chorea) 有時亦能產生此種結果。

六、診斷所與預測。——低能之診斷，視智慧測驗之成績而定。除最少數事件（尤其爲腺病所致者）

而不論，低能難於治療，而在可療之事件中，則以早治爲宜。

Gray, E. W.: An Anatomical Study of the Brain in the Feeble-minded, Proc. & Addr. Amer. Asso. Ment. Def., 1933, 38, 163-169.

Jenkins, R. L.: The Etiology of Mongolism, Arch. Neur. & Psychiat., 1932, 28.

Miller, E. M.: Brain Capacity and Intelligence, 1926;

Peterson, J.: Early Conceptions and Tests of Intelligence, 1925. (World Book Co.)

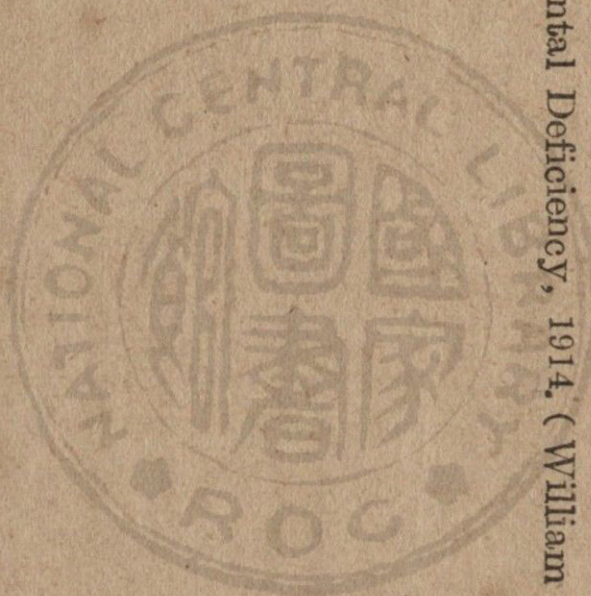
Scheidemann, N. V.: The Psychology of Exceptional Children, 1931. (Houghton Mifflin.)

Spearman, C.: Abilities of Man, 1927. (Macmillan.)

Spearman, C.: The Nature of Intelligence and the Principles of Cognition 1923. (Macmillan.)

Terman, L. M.: The Measurement of Intelligence, 1916. (Houghton Mifflin.)

- Thorndike, E. L., Brigman, E. O., Cobb, M. B. (et al.) : The Measurement of Intelligence, 1926. (Bureau of Pubs, T.C. Columbia.)
- Thurstone, L. L.: The Nature of Intelligence, 1924. (Harcourt.)
- Tredgold, A. F.: Mental Deficiency, 1914. (William Woods.)





第十九章 大腦萎縮血管硬化及其他老年

之變化

我們於本章中討論兩種病症：一爲老衰病，一爲腦脈僵化病。此二病亦可同時發生。

壹 老衰病——此爲因年老而大腦萎縮，身心衰退之現象。年老者在身體與精神兩方面有所虧損，原爲常見之事，不過其精神之能力尙有頗高之表現。老衰之早遲因人而異。有人在六十歲時之衰退現象，尤甚於九十歲者。脈管僵化之變化可以促成心力衰退之現象，而其所產生之症候，則有非單純老衰病中所能察見者。

一 病因——老衰爲退化時期中，在細胞組織方面所產生之變化，故年齡爲極重要之因子。在六十歲以前，患老衰病者極少。柏林格（Bellinger）發現在二百個事件中，此病發生之平均年齡爲七十四歲。在患者中有百分之九十七，最初有神經錯亂之現象。有種種特殊情形（如嗜酒，梅毒，過勞等）可以促進老衰病之產生。此外亦有種種之近因，如愛者之死亡，財產之損失，手術之經過與環境之遷移皆是。

二、病理——患者衰病者之腦，表現下述之情形：其重量減輕，其回旋呈纏縮之狀，間以多量液體，尤以兩側爲甚。腦膜增厚，附於腦骨，表現失血之現象。此種大腦萎縮之情形，爲老衰病者之原因，而與腦脈之僵化，可以全不發生關係；但在許多事件中，則有後一種之變化同時發生。脈管之硬化使其容量減少，而腦部之營養因此感受不良之影響。其結果在腦中遂有軟化之部分，尤以在皮質部中爲最多；且每因血管脆弱，血瘤膨脹而有失血之事。

三、症候——心理方面之症候較爲複雜，可先述之。

a. 記憶之損失——爲此初患老衰病者的症候之一種。此種症候漸次增劇。患者最初對於最近所遇見之人及所遊歷之處，不能記憶。至病加劇時，雖自己的年齡，住址及子女的名字，亦皆遺忘。其知覺之能力漸次損壞。其思想之範圍日益狹隘。患者之談話每爲過去事實之重複顛倒，使人聞之生厭。

b. 定向能力之損失——患者不能確定日期，不能區別四季。人物與空間之定向，亦每每失去；例如誤認他人爲家人，或自視所居爲皇宮是。

c. 無目的之漫遊——患者每有漫遊之行爲。此種情形，蓋與記憶之消滅，及定向能力之損失具有關係。

d. 不眠症——患者之睡眠時間有減少之趨勢。患病較深者，甚至完全不眠。此種事實亦與漫遊

有關。

e. 錯亂——患者因血液循環之不良而其大腦遂不能得充分之營養；故其心緒表現錯亂之狀態。患者被人喚醒時，每有十五或二十分鐘之久完全不知所措，然後漸次覺醒。但患病較深者則終日在錯亂之狀態中。

f. 病態之激動性——年齡愈高，則激動之可能性愈大。雖極微小之刺激，亦可引起劇烈之激動。此種情形含有極大之危險性，例如有一老人，因嫌其二孫玩笑之聲音過高，而鎗殺之即是。

g. 判斷能力之缺乏——患者較深者，完全失去其理財之能力。其畢生所蓄，可於短時間內喪失殆盡。患者在立遺囑時，往往為一時好惡所支配。

h. 性之變態行為——有些患者因喪失其大腦之控制能力，往往在兩性方面表現變態的行為。此種問題兼有醫學與法律二種性質。

i. 心智之衰退——一切老衰病皆表現心智之衰退。最初在其全無系統之語言中，尚能察見其舊日之教育程度。但患者之心智日趨衰退，至最後一時期，其生活不過為生存而已。

j. 老年譫妄症——其特徵為定向能力之喪失，與幻覺之產生。此時患者轉入一種譫妄之狀態。就一般的事實看來，此症之侵襲為時不久，因為患者或因此死去，或即恢復原狀。

k. 妄想與幻覺——在患老衰病者中，僅有百分之五十患有妄想與幻覺之症候。此類患者之妄想多有愚笨之性質，而且缺乏系統。其最常見者，為受人逼迫之妄想，抑鬱之妄想與光榮之妄想三種。至其身體方面之現象，則為皮膚無色，縐紋叢生，頭髮脫落，耳目不聰。其他感覺器官亦減少其銳敏性。手足之動作皆不如以前之正確。膝蓋反射或增強，或消滅。癱瘓症，失悟症，類似中風或癲癇之癱瘓，在單純之老衰病中間亦有之。

四、診斷——若年逾六十歲者，有心智逐漸衰退之現象，或年老者在感受精神的或身體的震蕩以後而有衰退之現象，則診斷其為老衰病不致有誤。總之以年老而有衰退之現象者，為診斷此病之主要根據。

五、預測——此病發展之進程為進行性的退化，全無恢復原狀之可能。

貳、腦脈僵化病

一、病因與病症——根據俄士勒 (Osler) 之意見，遺傳為腦脈僵化病之一重要因素。其特徵為劇烈之頭痛（尤其晨間為甚）與昏眩。患者亦每有暫時之半身不遂症與失悟症。此則由於脈管某些部分，因有痙攣現象發生而暫時缺乏營養所致。例如有一種動作失悟症，即在十二至二十小時內完全失去其語言之能力。此症之產生不必有其他精神上之擾亂相伴而起。此症雖具暫時症性質，然

有復現之趨勢。暫時的癱瘓症（半身不遂）亦爲腦脈僵化病中頗常見之現象。患者之情緒極不穩定，且每困於有人謀害之妄想。其對於時間與人物之定向能力，均不完善。我們於此所應注意者即是：有些患者仍能保持其精神之敏銳性，而其妄脈僵化之影響僅能於其局部之現象察見之，如知覺失悟症與動作失悟症是。

倘若患者果因腦脈僵化而有心智退化之現象，則此種現象在每次痙攣現象發生之後愈見增加，而在兩次侵襲之間則不如是之顯著。

二、診斷——腦脈僵化與老衰病二者最難區別。此二種病均發生於老年時期中，且有時可以同時發生。腦脈僵化病可以提早心智衰退之現象。其症候有非單純老衰病所具有者，例如頭痛是。

Critchley, M.: *The Neurology of Old Age*. I. *Lancet*, 1931, 220, 1119-1126,
1931-1936.

Martin, L. J. & De Gruchy, C.: *Salvaging Old Age*, 1930. (Macmillan.)



第二十章 原因曖昧之精神病

今日之變態心理學，尚在幼稚時代。我們對於有些病症之原因，缺乏充分之知識。茲以癲癇病（epilepsy）爲例。腦部受傷所致之瘡痕，可以產生痙攣之狀態。此種痙攣固常屬癲癇一類，但癲癇病之痙攣非皆由於腦傷所致。由此可見此類病症，尙有繼續研究之必要。

我們在本章中將討論下列四種精神病：壹，癲癇病；貳，早衰病，（*dementia praecox*）；叁，狂鬱病（*manic-depressive psychoses*）；肆，四神經衰弱病（*neurasthenia*）。

壹，癲癇病——此病已有悠久之歷史。在古代之希臘與巴勒斯坦（*Palestine*）此病有墜病（*falling sickness*）之稱。歷史中之大人物亦有患此病者，如拿破崙（*Napoleon*）、西撒（*Caesar*）等是。

一症候——癲癇病包含許多情形在內。就大體言，其特徵爲病症突然侵襲，而在意識方面多有擾亂之狀態。患者每有唯我獨尊且好攻擊他人之傾向。其性情至不穩定，易於動怒。此種性情上之變

化每使患者不能適應其環境。在固定不變之環境中獨可勉強應付。但若環境一旦遷移，則困難立即產生。

在癲癇症侵襲時，患者覺病一種氣形 (aura) 突由肢體發出，升至頭部。此時有許多不規則之活動發生。最後意識遂因此而喪失，有數分鐘至二小時之久。此症侵襲後所產生之狂熱狀態，含有異常的危險性。患者殘忍好殺，有摧滅一切之趨勢。

此外復有一種狀態稱爲『同值狀態』 (equivalent states)。此即指突有精神擾亂之現象產生，而同時無癲癇症之侵襲。此亦爲常見之狀態。其危險性較之狂熱狀態爲小。患者有時亦有抑鬱與激動之狀態，或昏迷與狂歡之狀態，不過皆爲暫時之現象。

妄想亦爲常有之現象，故應視爲患癲癇病者的心理反應之一種。神遊症 (fugue) 間亦有之。

二、病因——此病之原因不一，約有下列數種：
a. 大腦受傷。——大腦在生產時或在其以後受傷，皆有發生此病之可能性。
b. 腺病。——腦基腺 (pituitary body) 與副盾狀腺 (parathyroids) 均與此病具有特別的關係。
c. 遺傳因素。——有謂遺傳亦爲癲癇病之一種因素，但在許多患癲癇病者中，並無此種因素可以發現。
d. 營養。——有許多患癲癇者，因對於食物有某種之限制而是良好之現象，所以此病似與營養亦有關係。

二、預測。據今日醫學之經驗看來，癲癇病似無完全治愈之可能。由腦傷所致者有時在用外科手術，移去腦中之瘡痕後，可以獲愈。由腺病而生者，治以內分泌之藥料，亦有良好的影響。由營養的原因而生者則可由食物之改良而有進步。

癲癇病每有增進之趨勢。患者若為兒童，則其痊愈之可能性較大，每在青春之前後可愈。

根據司卜拉特林 (Spratling) 之觀察，此病之發生於十歲以前者，有百分之三十八。五；其發生於十歲與二十歲之間者，有百分之四十三；其發生於二十與二十九歲之間者，有百分之九。據高亞 (Gower) 說，此病有百分之七十六，發生於二十歲以前。

貳 早衰病 (Dementia praecox) —— 早衰病多發生於青春期中。其特徵為獨居之傾向，情緒之缺乏及心智之退化。至其最後之結果則為精神能力之貧乏。從社會的與經濟的觀點看來，此種精神病為一切精神病中之極重要者。此病發生最早，而又非致死之病，所以患者大部分之生活係在醫院中。有住院至三四十年之久，甚或更久者。

一 病因 —— 此病唯一之原因尚未發現。其原因之性質或非單純。有為腺病所致者，有為細菌之傳染（尤其為所謂中心傳染 focal infections）所致者，復有為體內之積毒 (endogenous toxin) 所致者。

在患者之家族中每有癲狂之歷史，是以遺傳似與此種情形之產生亦有關係。其關係究竟若何，尚爲吾人所未悉，不過根據已有之事實，遺傳確爲一種因素。

二、症候——此病之原因雖不一致，而其症候則有相同者。心智與情緒二者之進程，每每不相符合，如應喜而哭，或應悲而笑。患者對於其環境缺乏興趣，獨坐一隅，態度奇特，而不知身外尙有何事。其對於最近事實之記憶，顯有退化之趨勢。患者甚至對於其自身亦無興趣，因此其生活遂限於其思想之世界。

此病可以根據症候，分爲四類：
a. 單純早衰病 (simple dementia praecox) ;
b. 青年早衰病 (hebephrenic dementia praecox) ;
c. 抑鬱早衰病 (catatonic dementia praecox) ;
d. 妄想早衰病 (paranoid dementia praecox)。

a. 單純早衰病——此病發展于潛伏之情形中，淡泊無情爲其主要之特徵。其人格之變化無固定之時期。常態青年，可以一變而爲異常冷淡。其在學校中之成績亦較遜於前，且對於及格與落第之事，以及朋友之有無，皆所不計，此外有疲倦，頭痛與不眠之現象。妄想與幻覺，間亦有之，而患者竟不以爲意。要之，此病之特徵爲淡然無情之態度，與心智退化之趨勢。

b. 青年早衰病——此種早衰病之發展較之單純早衰病爲速。其在初期頗與抑鬱病相似，且

有心智退化之現象。妄想與幻覺出現之次數，較之在抑鬱病中爲多，且其性質皆爲使人厭惡者，患者聞有聲音，責其曾犯某罪，或終日獨坐，與想像中之聲音交談，或有時無故而笑。

c. 抑鬱早衰病。——此種早衰病之主要特徵，爲其在動作方面之症候。此病初起時或不顯著，但在一種震蕩（例如失血過多）之後亦可發生。在初期中，患者有極端之抑鬱，但是後來激動與昏迷二種狀態，交替發生。患者常發盛怒，可以破壞物件，損傷自身，或傷害他人。但他在一種昏迷之狀態時，常採取一種奇特之姿勢，甚至獨坐一處至數小時之久。此種患者常有反抗的態度，例如使其張口而其口反闔，令其來而反去即是。使性之行為屢屢有之。

患者屢聞聲音，責其曾經爲惡。其所作之事每不與時間與地點相符。其妄想亦至奇特。

d. 妄想早衰病。——有時我們對於妄想早衰病，與激動的抑鬱早衰病，頗難區別，唯受人逼迫之妄想爲前者之主要症候。患此病者之妄想既不合理，復無系統。此種情形有時易與真正的妄想相混。此二病之診斷應以其退化之程度爲根據。

此種患者每有犯罪之可能性，因其常有受人逼迫之妄想，而復缺乏判斷與領悟之能力。

三、診斷。——診斷應以下列各項事實爲根據：此種之初起約在青春時期之前後。其最初之表現，爲情緒與行爲之變態，但是後來復有心智退化之現象產生。情緒之表現與思想之內容不相符合，而

反應多有機械之性質。

早衰病在較深之時期中易於診斷，而在初起時則極困難。有些形式之狂鬱病難與早衰病區別。若有病去復來之歷史，而復無退化之現象，則診斷之結果為狂鬱病。全身癱瘓病有退化之現象，與早衰病相近似；但前者存正華氏反應可為診斷之根據。中酒精毒而有心智之退化者，每與嗜酒而患早衰病者易於相混。其區別在患早衰病者之心智退化較速於純粹因中酒毒而生者。

四、預測。——早衰病多為一種進行性之病，而其結果則為極端之愚笨。病症雖然有時可以減輕，而每有復翻之可能性；不過亦有少數患者得以全愈。此病之預測大概係視下列各種情形而定；病初起時之年齡，病前之人格特質與病所表現之形式。在此三者之中尤以最後一項為極重要。

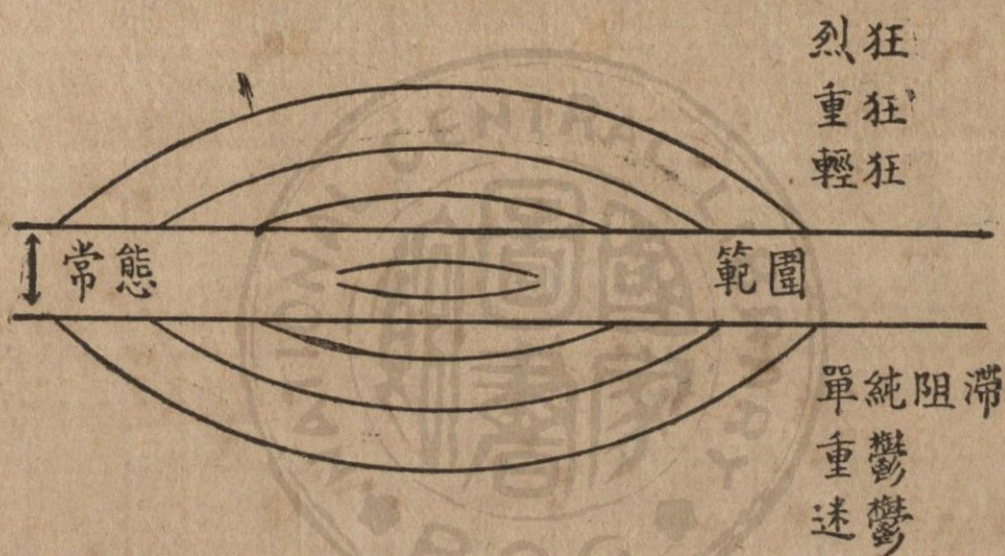
若病發生甚遲，則其預測之結果不佳。在四十歲以後初有此病者，斷無治愈之可能。若此病在初起時有突然其來之性質，而患者以前亦有常態之人格；見治療之結果尚有希望。若病有潛伏發展之情形，而患者的人格復屬內傾；則其危險性較大。就此病之各種形式而論，以抑鬱一種為最有希望。單純型發展頗緩，而其結果必為愚癡；但非一切患者之退化必定達到此種程度。至妄想早衰病則罕有全愈者，但此病發展極緩，甚至有時至二三年之久全無進退。最有希望者則為抑鬱型。此病屢有減輕者，且有少數可以全愈。根據克雷卜林 (Kraepelin) 的觀察，患青年早衰病者與患單純早衰病者，有

百分之八可以全愈，患抑鬱早衰病者有百分之十三可以全愈，而在患妄想早衰病者中殆無一人可以治愈。

牽狂鬱病——狂鬱病亦包含多種精神病在內。其特徵或為激動，或為抑鬱，或為二者之混合。患者在此病每次侵襲之後，即可恢復原狀，但是此病每有再發之趨勢。就一般之事實看來，此種情形在心智方面似無退化之現象。其擾亂之現象多在情緒方面，故卜雷西 (Pressey) 稱之為『情緒極端狂』 (insanity of emotional extremes)

此病之分類不一，若以其主要之情緒狀態為根據，則有狂型 (manic type) 鬱型 (depressed type) 及混合型 (mixed type) 之分。狂型之特徵為狂病循環之侵襲，其在心理方面之現象則為思想之飛揚，愉樂之感覺，率性之反應與動作之激動。每次在此病侵襲以前，常有一抑鬱之時期。鬱型之特徵為抑鬱病之周而復始。其心理之現象則為思想之貧乏，態度之冷淡，及動作之濡滯。混合型表現此二者之特徵。

狂鬱病亦可根據其變化之程度而分類。其性情變化之範圍，包含常態之情緒起伏，以至劇烈的狂病，或昏迷的鬱病。在狂病之一端則有輕狂 (hypomania)，重狂 (acute mania) 與烈狂 (hyperacute mania)，而在其他一端則有單純阻滯 (simple retardation)，重鬱 (acute melancholia) 與迷鬱 (stupor melancholia)。各型可用第十四圖表明之。



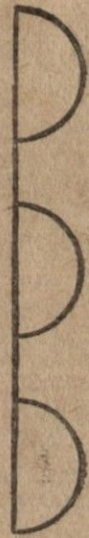
第十四圖

在上圖中，凡情緒變化之不超過水平線者皆可視為常態。

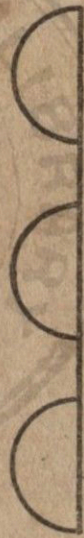
狂鬱病亦可根據其各型與各面出現之次序而分類。例如循環狂 (recurrent mania) 即指循環性之狂病。圈形狂 (circular insanity) 即指狂鬱之交替。其他各種狂鬱病可由第十五圖表示之。



循環狂



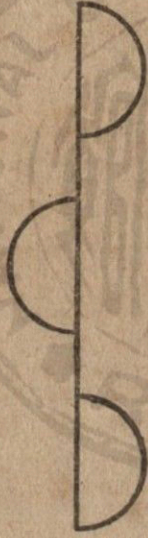
循環鬱



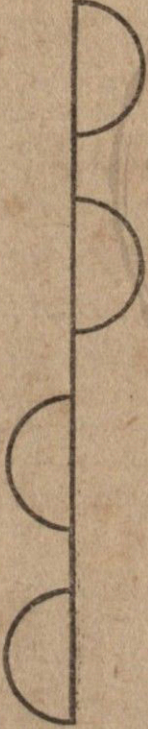
圖形狂



交替狂



二面交替狂



第十五圖

在上面各圖中，水平線代表常態的現象。其上之曲線代表狂病之侵襲，而其下之曲線則代表鬱病之侵襲。

一、病因——狂鬱病之真正原因至今尚未發現。下面所述僅為吾人應加考慮之因素。

a. 遺傳——根據一般的意思，遺傳為此病之一重要因素，例如卜雷西 (Priestley) 則謂狂鬱精神病為一種最顯著之遺傳精神病。有精神病學的專家數人，謂在患此病者中，有百分之75至80含有遺傳之影響。此即指多數患者的家族，亦有此病之歷史。此種遺傳式不應視為此病之直接遺傳，而所遺傳者不過為一種組織。波恩 (Bohn) 以為人格之組織，性形與行為之特質，有一部分由遺傳而來。波氏曾經研究幾個家庭中狂鬱傾向之遺傳。據其所得之結果，每個家庭中之精神病的反應實有驚人之相似性。

但是研究狂鬱病者，對於遺傳一因素，不可過於重視。我們若視遺傳為唯一之解釋，而不尋求其他較為基本之原因，則精神病學將永無進展。

b. 人格之傾向——人格之預向，每可於狂鬱病中察見之。患者在病前有抱樂觀的態度者，有抱悲觀的態度者，亦有不應憂而憂，或不應喜而喜者。在狂鬱病尚未發生之前，每有此種情緒起伏之現象。究竟在此種性情之預向中，何一部分屬於遺傳，且何一部分屬於學習，則為一未能解決之問題。

c. 年齡與性別——年齡與性別亦爲應加考慮之因素。此病初次之侵襲多在二十歲與三十歲之間。十五以前罕有此病，而在五十以後亦不多見。此病侵襲一次以後，卽有去而復來之趨勢。就性別論，女子之有此病者較多，在患者中約有百分之六十五屬於女性。

至其特殊之病因，則下面所述值得考慮：

d. 腺病——有些腺的常態活動表現節奏與循環之特徵，且此種之節奏與循環，有時亦有性情上之變化相輔而生。此種事實似乎表明情緒反應之極端變化，必有腺之基礎。例如盾狀腺的過度發展，與性衝動的病態之關係，似能證實此種假設。並且在患狂病者中，有由卵腺之治療，而獲優良之效果者。

現在我們尙不能確定何種腺，與此循環之變態現象有關。我們若能發現而且測量血中之內分泌，則腺與此病之關係卽可明瞭。

e. 中心傳染 (Focal infections)——卡吞 (Cotton) 注重久年傳染對於所謂機能精神病之關係。其治療之法卽是除去此種傳染之中心，例如久病之齒，扁桃腺，盲腸等等是。此卽卡氏所謂『去毒』 (detoxication) 法。

二. 症候——此病之主要症候，爲狂症或鬱症之循環性。我們現在可對此二面之症候加以研究。

a. 狂期 (Manic stage) —— 激動爲此時期中之主要特徵，其較輕者亦有趾高氣揚之狀態，患者終日活動，喋喋不休，自鳴得意，且對於一切刺激之反應速於常人。其所著之衣服每有顯著的色彩。當此病加重時，上述之反應亦增加其強度。患者注意之方向易於改變，其注意可由一事移至他事，而在此二者之間不必具有明顯的關係。在其思想被人干涉時，有搗亂之行爲發生。或破壞家具，或呼號，或罵詈，或對干涉之者加的恐嚇。深患此病者每有思想飛揚之症候。幻覺往往有之。判斷之能力亦因此而受影響。不過就一般言，其定向與記憶之能力全無損失。捨輕狂而不論，症者之活動必較常人爲多，且於一瞬間可以捨此而就彼。

患者每有干與他人的事務之趨向。在醫院中，他每要求與看護以援助，或各處奔走，儼若履行醫生之職務。此外復有種種奇特的行爲，如在人前更換衣服，作極危險的運動等等皆是。

最後患者遂入昏亂之狀態。其語言之材料恆不相關聯，而且缺乏意義。此時且有暴烈的行爲，如破壞家具，攻擊他人是。如不加以制止，則其身體可遭極大之危險。

總括說來，狂病之至要特徵爲下面數種：(一)思想之飛揚，(二)愉樂的感覺與易於激怒之特性，(三)率性之反應，(四)動作上之興奮狀態。

b. 鬱期 (Depressed stage) —— 在鬱期中，患者的情狀，多與狂期相反。患單純阻滯，病者之思

想與動作較之常人爲緩。面有一種特殊的愁容。其態度表示自信心之缺乏。他不獨對於任何刺激不能作繼續之反應，而且對於任何刺激之反應皆難於發生。

患病較深者有輕視自身之態度。他或感覺其無生存之價值，故有絕食或自戕之嘗試。但自戕之事較之患退化抑鬱者爲少。患者每靜默無言，難與交談。精神之工作幾乎全不可能；雖極簡單的算術問題，亦需極多的努力方能完成。不過患者若未達到昏迷的程度，則其定向之能力，多無損失。就事實看來，抑鬱病之患者，每對於其自身之狀況，似能有所領悟。

患病最深者終日垂頭喪氣，不能作任何之反應。此種患者每謂曾有害人之事，且常引此以自責。總括起來，鬱期中之主要特徵爲：(一)思想之貧乏，(二)情緒之抑鬱，(三)動作之濡滯。

c. 身體之特徵。——從身體檢查之觀點看來，在狂期中，外周血液之循環每每異常活動，脈搏與呼吸特別加速。食量甚大。夜間不眠。疲勞狀態難於表現。至在鬱期中則外周血液之循環甚緩。四肢之極端每係極低之溫度。脈搏極慢。消化不良。重量減少。患者每爲惡夢所苦而因此減少睡眠。

三、診斷。——積極的診斷有以狂熱或抑鬱之循環爲根據。在可疑之情形中，我們應當調查此病之初起是否在三十歲之內外。病前之情緒是否起伏不定。患者的先人曾否患有循環性的精神病。

在此病初起時，各種症候可極柔和，因此每爲人所忽視。當時患者所有之症候，或者不過爲一種

不安定之狀態，或爲一種疲倦而不適意之感覺，或爲不眠症或爲工作效率之減低。

易與狂鬱病相混之精神病有下述數種：

a. 退化抑鬱病。——狂鬱病之鬱期，與退化抑鬱病每每極相近似，在區別此二病時，我們必須考慮年齡之因素，退化抑鬱病屬於退化時期。其時性腺之活動漸次減少，此病以在女子中爲最多，而其初起之時期常與月經停止之時期相符。若有一種精神病與此相似，而發生較早，則尋常屬於狂鬱病一類。此外尚有一個可以區別之點，此卽爲其對於治療方法之反應。退化抑鬱病對於腺之治療易於發生反應，蓋此病爲內分泌因性腺功用之停止而失其均衡之結果。

b. 精神神經病。——有些精神神經病，尤其爲有憂慮與抑鬱之狀態者，易與狂鬱病相混，唯患者病前之人格，與其反應之趨向，可作診斷之根據。例如患精神神經病者，每以其不快意之情境責人，而患狂鬱病者，則每引咎自責。

c. 盾狀腺過度發展病 (Hyperthyroidism)。——由盾狀腺過度發展而生之精神病，亦可與狂病相混，不過前者若不及早加以制遏則有生命之危險。

d. 早衰病。——在初期中，狂鬱病與早衰病幾無區別之可能。其診斷之根據有下列數點：(一)患者之年齡。——發生較早（在十五至二十歲的範圍左右）者，多爲早衰病；其較遲（在三十與四十

歲中間者，多爲狂鬱病。(二)病前之性情與人格。——有內傾的人格者多有早衰病，而性情磊落者多有狂鬱病。(三)反應型。——患早衰病者，多在早期中表現愚笨與奇特的反應，而患狂鬱病者，多有使性的行爲。初期中若無此種診斷之可能，則後來的診斷必無困難。常病而有心智之退化者爲早衰病之特徵，有時清醒而無心智之退化者，爲狂鬱病之特徵。

四、預測。——狂鬱病每無永遠治愈之可能。患者在經過狂病與鬱病之侵襲以後，自然可以恢復原狀。在此時間內患者的精神生活，殆與常人相去不遠。此種時間之長度或爲數日，或爲多年。不過此病具有循環性，且幾無例外。

肆、神經衰弱病 (Neurasthenia) —— 神經衰弱病視爲精神神經病 (psycho-Neuroses) 之一種。其特徵爲散漫的疼痛，不應有而有之疲倦，及關於本身健康之過度的憂慮。

一、病因。——據現在一般的研究看來，在精神神經病中，其有最確切之機體基礎者，爲神經衰弱病。此病原有一種神經上之疲勞。其原因必爲一種能減少體力的產量之因素。其所堪注意之事實即是此病每隨一種傳染病而起，例如流行性感冒 (influenza)，或昏睡腦炎 (encephalities lethargica)。是在患者中亦有許多曾患白濁者。這些傳染病對於體力之減少必有多少關係。

從神經學的觀點看來，此病有一部分係由於神經質中之變化。患者之神經細胞必定表現染色

體之分解 (chromatolysis) 此即指黃色質 (chromatin) 之分解。此為神經細胞疲勞之必有之現象。

此病所表現之疲勞狀態似有範圍更大之機體的基礎。內分泌腺似為此病之一種因素，因為患者可經內分泌之治療而有進步。例如腺狀腺腎上腺 (pituitary) 腺 (pancreas) 性腺 等等皆與之具有多少關係。

二、症候——此病之症候可將屬於身體方面者，與屬於心理方面者，分別述之。前一類之症候，復有普通的與局部的二種。

a. 普通的症候——疲倦為其主要之特徵，患者稍一勞動則有疲倦之感覺隨之以起。尤其在患者的興趣減少時，此種感覺最易產生。重量之減少亦為一種顯著之症候。

b. 局部之症候——局部之症候可分為各系而敘述之：(1) 消化系——食慾無恆，食慾缺少 (anorexia) 消化不良 膨脹 (distention) 逆氣 (eructation) 反胃 (nausea) 嘔吐 (vomiting) 便秘 (constipation) 或腹瀉 (diarrhea) 大腸黏液膜發炎 (mucous colitis) (2) 循環系——心部不暢 心跳過速 (tachycardia) 心動 (palpitation) 偽喉炎之感覺 (pseudo-anginal sensations) 及無規律之心跳 (3) 脈動系——面色蒼白 面紅 出汗 冷或熱 及其他各種

病症(4)生殖系——陽萎 (impotence) 夜遺經痛 (dysmenorrhoea) 小便次數過多 (frequency of micturation) 尿量特多 (5)呼吸系——易於受寒，呼吸短促，有時呼吸甚淺而速率增加 (6)神經系——頭部及身體各部有特別的感覺，頭殼有腫脹或炸裂之感覺，頭部疼痛 (尤其在腦之後部) 肛門、腹部、乳部等處有奇怪的、不適意的、或疼痛的感覺。最普通的現象為不眠，與背部之疼痛。昏眩亦為常有之現象。亦有患畏光 (photophobia) 目中飛蠅¹象 (muscae litantes) 耳鳴各種症候者。

c. 心理方面之症候。——在心理方面最常見之症候為下述數種：注意集中的能力之缺乏，記憶之錯誤，對於癡狂之恐怖。患者見有他人在前則有過度之自我意識，而因此手足無所措，且常有卑遜之情感，易於發怒之傾向及抑鬱的狀態。病態的恐怖與病態的憂慮亦為常見之現象。

三、診斷。——此病頗難診斷，因為患者的反應與初患其他許多之病症者的反應相同。全身癱瘓病與腦脈僵化病之初期每與此病相似。倘若我們根據目反射與瞳反射之變態現象，及梅毒檢查之結果，則可加以區別。

早衰病之初期，亦可與此病相混。其主要之區別即為前者有淡然無情之狀態。還有他病亦頗與此病相似故在診斷時尤須留意例如初患癆病者亦有此種現象。雖富於醫學之經驗者，有時尚不能

免錯誤。

四、預測。——患者若有適當的治療與環境，則有治愈之可能

Babcock, H.: *Dementia Praecox: A Psychological Study* 1933. (Lancaster, Pa.: Science Press.)

Bleuler, E.: *The Theory of Schizophrenic Negativism, Nervous and Mental Disease Monograph Series No. 11.*

Braun, E.: *Manisch-depressives Irresein*, Fortsch. Neur. Psychiat. u. Grenzgeb 1933, 7, 505-513

Brew, M. F.: *Precipitating Factors in Manic-depressive Psychosis*, Psychiat. Quar., 1933, 7, 401-410.

Dana, C. L.: *Textbook of Nervous Diseases*, 1925. (William Wood.)

Desruelles, M., & Chiarli, A.: *Injections de Sérums Bromurés hypertonique dans les crises subintrantes d'épilepsie*, Ann. med. psychol., 1930, 88, 144-145.

Frisch, F. Zur Frage der Psychogenese der Epilepsie, Zentbl. f. Psychotherap., 1930, 3, 482-495.

Gibbs, C. E.: Sex Development and Behavior in Female Patients with Dementia Praecox, Arch. Neurol. & Psychiatry, Vol. 11, No. 2, 1924.

Helmholtz, H. F., & Keith, H. M.: Eight years' experience with the ketogenic diet in the treatment of epilepsy, J. Amer. Med. Assn., 1930, 95, 707-709.

Hoch, A.: Benign Stupors. 1921. (Macmillan.)

Jung, C. G.: The Psychology of Dementia Praecox, Nervous and Mental Disease Monograph Series No.3.

Kelly, O. F.: Acidophil Degeneration in Dementia Praecox, Amer. J. Psychiat., Vol. 3, April, 1924.

Kirby, G. H.: The Catatonic Syndrome and Its Relation to Manic-Depressive Insanity, J. Nerv. and Mental Disease, Vol. 40, No. 11, 1913.

- Lorenz, W. F.: Sugar Tolerance in Dementia Praecox and Other Mental Disorders, Arch. Neurol. & Psychiatry, Vol. 8, No. 2, 1922.
- Ludlum, S. D.: A Study of the Internal Stigmas of Degeneration in Relation to Metabolism and Disturbance of the Cerebral Cortex in Children, Arch. N. & P., February, 1922, Vol. 8, pp. 167-173.
- Ludlum, S. D.: Physiologic Conditions. under which Insanity Occurs, Arch. N. & P., March, 1924, Vol. 11, p. 282.
- Lugara, E.: Modern Problems in Psychiatry, 1909.
- Menninger, K. A., & Menninger, W. C.: Epilepsy and Congenital Syphilis, J. Nerv. & Ment. Dis., 1932, 75, 473-497, 632-657.
- Meyer, A.: Constructive Formulation of Schizophrenia, Amer. J. Psychiatry, 1922, 1, No.3.
- Mores, M. E.: The Pathological Anatomy of the Ductless Glands in a Series of Dementia Praecox Cases. J. Neurol. and Psychopath., 1923, 4,

No. 1.

Noyes, A. P.: *Modern Clinical Psychiatry*, 1934. (Saunders.)

Patry, F. L.: *The Relation of Time of Day, Sleep, and Other Factors to the Incidence of Epileptic Seizures*, *Amer. J. Psychiat.*, 1931, 10, 789-813.

Pollock, H.: *Dementia Praecox as a Social Problem*, *The State Hospital Quarterly*, August, 1918.

Pollock, H. M. Malzberg, B., & Fuller, R. G.: *Hereditary and Environmental Factors in the Causation of Dementia Praecox and Manic-depressive Psychoses*, *Psychiat. Quar.*, 1933, 7, 450-479.

第二十一章 機能的精神病

在變態心理學中，尚有一些精神病，在機體方面似乎無所表現。此類精神病，暫可稱為機能的精神病。本章中所討論者為下列數種：壹，妄想狂 (paranoia)，貳，心理衰弱病 (psychasthenia)，叁，害思病 (hysteria)。

壹，妄想狂 (Paranoia) —— 妄想狂表現一種有系統的妄想之傾向。此種傾向具有永久之性質，但無害於心智之活動。此一名詞原係用以代表一般的精神病。不過現在因對於精神病之知識日益增進，而妄想狂之所指僅以一小部分之精神病為限。

丁，病因 —— 此病之原因至今尚未明瞭。柳逸士 (Lewis, N. D.) 於患此病者之循環系中發現許多缺點。患者多有因血液循環之失調而死者。

患者常為獨居而無友者。其在最早時期中即有自負與多疑之傾向。此病發展於潛伏之情形中，唯其發生之年齡範圍尚難確定。有多數案件係於四十與五十歲之間發現者。男子之患此病者較多。

於女子。在患者的家族中，曾有精神病之歷史者，幾過半數。此種事實似乎表示遺傳因素之重要性。

二、症候。——真正的妄想狂每有『包圍精神病』(circumscribed psychosis)之稱。舊日

之精神病學者稱之爲『一事狂』(monomania)。其意義卽是：患者僅在一事上表現精神病之現象，而在其他之事上則否。此恐非正確之意見，因患者對於其他事情之判斷亦缺乏能力，不過不如其妄想系統中所表現者之甚耳。患者之妄想係以一個共同的題目爲中心，而組成一種系統。至其心智方面，則有極少之退化。其思想之進程尙有邏輯，但其所思想之事物則極奇特，因此而有變態之色彩。

司拖達特(Stodart) 根據行爲上之症候，將妄想狂分爲二類：a, 怪特類 b, 自尊類。

a. 怪特類。——屬於怪特類者，對於他人之事極有興趣。富於奇想者與耽于迷信者均屬此類。他們常有奇特之思想與計畫，且動輒干涉他人之事。

b. 自尊類。——屬於自尊類者之妄想，係以其自身之人格爲中心。我們根據其妄想可以區別下列數種：(一)有受人逼迫之妄想者；(二)雖有浮誇之妄想而仍有悲觀之態度者；(三)有無故與訟之趨向者；(四)有宗教狂者；(五)堅持與人戀愛者；(六)無故而嫉妒其妻者；(七)終日以其自身之健康爲慮者。

三、診斷與預測。——此病之診斷，須以患者之過去歷史與其症候爲根據。其與妄想早衰病之區

別，即其發生較遲，且其妄想具有系統，而其心智之能力復不退化。其與全身癱瘓病之區別，則為後者的血清與神經檢驗之結果。此病雖與妄想老衰病相近似，而後者發生更遲，且有身體上之種種特徵，及其心智之退化。妄想狂尚無治療之可能。

貳、心理衰弱病。——關於心理衰弱病，在診斷學中所佔有之範圍，尚無一致之意見。其主要之特徵為病態的恐怖與懷疑，及固定的觀念與衝動。此病與神經衰弱病有許多共同之點，不過其在心理方面之症候則較為顯著。

一、病因。——此病之原因多半可在心理方面探索之。

二、症候。——此病之主要現象為下述數種：

a. 病態的恐怖。——根據雷佛士 (Rivers) 與巴格勒 (Bagley) 之研究，患者在看見或想到某種特殊之情境時，即有極端恐怖之狀態產生。此種情境，每為在兒童時期中曾經引起一次劇烈之恐怖者。但是患者不能回憶過去的情形，亦不能解釋其恐怖之理由。若患者一旦覺悟此症之原因之所在（即某種特殊的過去經驗），則此變態的恐怖即可消滅。

b. 強迫的行爲 (compulsive actions)。若有一種行爲，雖不欲其實現而不能自己，即所謂強迫的行爲。此種行爲若勉強加以制止，則有緊張之感覺產生。此種強迫的衝動，可有種種之表現。例如

患者遇見一物時，即欲接觸之或計算之。其較惡劣者則爲偷竊之衝動 (kleptomania) 放火之衝動 (pyromania) 及貪飲之衝動 (dipsomania)。

c. 固定的觀念——所謂固定的觀念，即指一種去而復來之觀念，例如患者常謂患有某病，或曾犯某罪，或應殺某人即是。此種觀念之種類不一而足，但其情緒之性質，每爲苦痛。患者或能認識其觀念之荒謬，然而無法除去之。

此外尚有二種症候，亦頗值得注意。此即憂慮之趨向與反應之迂緩。

三、預測——患者有時亦與常人相去不遠。據一般的經驗看來，患此病者非人人皆能治愈。

害患思病 (Hysteria) ——害患病有種種之症候，似乎皆能隨意產生之。自表面上看來，此病似爲一種能力喪失之病。

一、病因——有人謂遺傳爲此病之一重要因素。羅散諾弗 (Rosanoff) 發現在戰事害患病 (war hysterias) 中，有百分之64有病態家庭之歷史。其實環境之影響亦極重要。此即指兒童時期中所受之訓練。關於此病之解釋不一而足。下述數種爲其最有勢力者：

a. 固定觀念說——根據此說，患害患病者具有一種自己暗示之能力。此種暗示能使觀念變爲事實。

b. 心理現象變形說。——此說以符號解釋此病。主張此說者，以爲某種精神現象，已經脫離自我意識而入於潛識。所謂神遊等等現象，皆爲潛識之活動，亦即常態心理現象之變形或符號。

c. 心智降低說。——根據此說，患者因遺傳與毒質之影響（疲勞或情緒）而有一種心智降低之狀況。此即心理怠惰之狀況。疲勞愈甚，則心智降低之狀況愈爲顯著。此種狀況之表現則爲拘攣，哭泣，激動，偏頭痛（migraine）等等現象。此時患者復降低一級，而因此其強烈之趨向，可一變而爲自動的意志與信仰。此即所謂意志喪失症（abulia）。同時有暗示，固定觀念與昏迷狀態產生。在經過多少時間以後，患者復可恢復其原有之心智階級。

二、症候，——害思病之症候可以分別述之於下：

a. 一、念遊眠（monoidaic somnambulisms）。——眠遊爲此病最顯著之特徵。據常奈（Janet）的意見，遊眠不獨爲害思病的症候之一種，而且爲此病之中心現象。倘若我們對於此種症候能有正確的了解，則其他一切現象之性質可以明瞭，因此種種現象，皆有此同一之形式。眠遊之最簡單者爲一念眠遊。

根據常氏研究之結果，初患害思病者，在由常態之狀態而轉入第二種狀態時，有下述之情形：若此爲突然之變化，則患者之意識因此消滅。若此爲漸次發展之變化，則患者無發自意志之動作與專

心致志之活動，而有夢寢狀態特別擴大之現象取而代之。當時患者採取一種固定之態度。此種眠遊之形式，有肌肉強直症(Catalepsy)之稱。

b. 神遁 (fugues) 與多念眠遊 (polydeic somnambulisms)——所謂神遁即指患者忽然遁逃數月之現象。此種現象可以稱爲遊行之自動現象 (ambulatory automatism) 或法文中所謂神遁 (fugue)。患神遁者有重患此症之可能性。

神遁應與害思病之眠遊現象列入一類。此則根據下述二種理由：(一)神遁含有害思病的眠遊現象之一切主要特徵；(二)神遁爲患害思病者常有之現象，不過神遁現象與害思病的眠遊症有下述之區別：(a)在神遁現象中所發展之觀念，不若在一念眠遊現象中之強有力。前一種之觀念，可以支配行爲，但不產生眠遊現象中之現象，與昏迷狀態。(b)神遁現象中之觀念非絕對獨立者。換一句話說，患者之心理現象不限於一個觀念。(c)患神遁者在恢復常態時，完全遺忘其神遁之事，但支配神遁之觀念，與有關係之感情，尙未完全消滅。至其常態之恢復，則較之患眠遊者爲完全。

此種種之區別可有下述之解釋：神遁現象所經過之時期，較之一念眠遊之現象爲久。後者爲時至多不過數小時，而前者則每有數月之久。神遁現象因其經過之時間較久，遂與常態生活漸相接近，而眠遊之特性因此減少。

我們如欲了解神遁現象之性質，則須研究在神遁與眠遊二種現象中間之狀態，此即多念眠遊現象 (polyideic somnambulisms)。此種現象，與一念眠遊現象之區別，即其觀念不限於一種。

眠遊復可分爲下面數種：(一)交替眠遊 (reciprocal somnambulisms)——此即指有ab兩種狀態者若由一種狀態移至其他一種狀態，則前一種狀態中之情形完全遺忘。(二)超越眠遊——此即指患者在一種狀態中較之其他狀態爲活潑。在此種狀態中，其智力較高，且其記憶之範圍亦較闊大。(三)多重人格——此即指一人所有之人格狀態超乎二種以上。

c. 拘攣，突眠與人爲之睡眠

在完全之眠遊狀態中，有許多現象表現心智之活動，而在拘攣之狀態中則無此種現象。患者之動作雖似無意義，而其實其產生之原因亦屬於心智，與眠遊之現象同。

患害思病者若在其身體之某點上微受刺激即有拘攣之現象產生。此種部分昔時佔有特殊重要之地位；人常稱之爲『害思病之產生點』(hysterogenic points)。但此種部分並不與任何機體之損傷相符。縱有損傷，亦與此種無關，由此種部分而生的感覺之性質，視患者之思想與情緒而定。人的情緒包含身體之各部分，不過某些部分易於產生一種特殊的感覺。此種感覺可與某種過去的經驗有關。此種事實可以解釋所謂害思病之產生點。

害思病的拘攣症，表現兩個顯著的特徵：（一）此種拘攣，在身體方面似無劇烈的擾亂狀態。如癲癇病之現象。（二）患者對於此種拘攣不以為意。在事過去以後，一切之經過遂皆遺忘，若患者在拘攣狀態仍未喪失其意識，而在事已過去後仍能正確記憶，則其所患必非害思病。害思病的拘攣情狀之遺忘與眠遊相同。

突眠 (*fits of sleep*) 亦為此病屢有之特徵。此時患者的心跳與呼吸仍可察見。溫度亦不極低。眼簾微有顫動，目部對光之反射亦有保留者。若患者之口鼻被塞，則其身體之位置因此改變。此為辨別突眠狀態與死之一點。

此時有些患者僅有眠或死之一觀念。其外表之形狀即其思想之實現。但有許多患者的思想，則與睡眠全無關係。他們在突眠之狀態中仍從事於幻想。此時萬象畢現於前，或在其內部自言自語。

此種睡眠亦因過去情緒之經驗而生。當時刺激之情形必與過去的情境有關。醒後患者不以為怪，而且對於睡眠之事無所記憶。此與眠遊相同。

眠遊、拘攣及突眠三種現象之異點如下：在眠遊狀態中尚有表示理性之語言，性質複雜之行為及表示情感之動作。在拘攣之狀態中，此種語言與行為皆不出現。在突眠之狀態中，雖動作或拘攣的情形亦不發生。凡此種種皆為無恆之現象，故不足輕重。其最重要者為意識中堅持不變而且過於發

展之觀念

人爲之眠遊。——害思病復有一種特徵，即指各種現象可用人爲之方法產生之。至於癱瘓病之拘攣，則不如是。如欲使患害思病者呈眠遊之狀態，即可應用其平日在此狀態中所有之狀態以引起之。

d. 動作之症候

患者有一種特徵，似與眠遊現象不同。此爲四肢各部動作之病症，但此種病症則有持久之性質。動作之症候可分：(一)動作之擾亂與動作之缺乏二種。前者復可分爲：(a)抽筋，(b)舞蹈，(c)肌肉收縮。此種動作上之現象，在許多情形中可以發生。有時係在癱瘓發生以後漸次發展，但在一種情緒產生以後，突然出現之次數較多。所謂動作之缺乏，即指機能的癱瘓。其情形如下：

害思病之癱瘓，常由一種事件而生。此種事件雖極微小，然有強烈之情緒附之，且在想像方面亦有擾亂之現象。其最常見者爲半身不遂。害思病之癱瘓每影響四肢而不影響面部。其次一種發生最多之現象爲下癱 (paraplegy)。此即指兩腿之癱瘓。此外有一肢癱瘓 (monoplegy) 與軀幹癱瘓 (paralysis of the trunk)。害思病之癱瘓在身體方面有下述數種特徵：(1)根據弗洛特之意見，害思病的癱瘓所影響之部分非一條肌肉，而爲一組肌肉，且此組肌肉必爲某種動作所需要之

部分。此外之部分完全不受影響。至機體的癱瘓症之情形則不如此。(2)害思病之癱瘓，每每位置於四肢之極端，而機體之癱瘓則常影響接近中部之處。(3)害思病之癱瘓，每有過度的現象，而機體的癱瘓，則無此種現象。根據白賓士刻 (Babinski) 的意見，就害思病之癱瘓而論，一切反射必為常態。此種癱瘓在心理方面有下述數點值得注意：(1)患者對於其癱瘓之現象全不注意。(2)此種癱瘓有移動性。在天然的睡眠時，或在感受藥物之影響時，癱瘓之現象完全消滅，並且在人為的眠遊狀態中亦有此種結果。強烈的情緒與幻想，則可增加癱瘓之程度。

e. 感覺之症候

患癱瘓症者同時必有肌肉衰弱症 (amyosthenia)。觸覺方面亦有所謂觸覺遷移症 (allochiria)。患此症者於其右側受刺激時，報告刺激在左側，而其左側之刺激，復移至右側。皮膚失感症亦為害思病的症候之一種。其失感之部分有幾何之形式，而不以神經或血脈之分配為根據。嗅味二覺之病症，幾乎皆與呼吸與消化二種作用上之變態現象，具有關係。患者亦可患耳聾，不過此種耳聾之原因，則在中樞而不在外周。

視覺的病症有極多之種類。(1)編育症 (unilateral amaurosis)——患者能夠分離兩種視覺。一為單目視覺 (monocular vision)，一為雙目視覺 (binocular vision)。患者所失多為

雙目視覺，有時亦能失去單目視覺，而保留其雙目視覺。(2) 視域縮小症——患者之視域有時縮至極小。所保留者僅爲一凝視點 (fixation point) 而已。(3) 半盲症 (hemianopsia) ——所謂半盲即指視域中之一半失明。(4) 色覺喪失症 (dyschromatopsia) ——色覺喪失症即指顏色知覺之消滅。紫藍與綠三色似爲消滅最早之色，而紅色則爲極能持久者。(5) 眼球運動之病症——(a) 眼球癱瘓病 (ophthalmoplegy) ——患者在視察幾種物件時必須轉動頭部；(b) 斜視 (strabismus)；(c) 順應不良。

f. 語言之症候

語言之病症亦有多種。例如失音症 (aphonia) 之患者僅能耳語，亦有能唱而不能高聲談話者。此爲一種動作失調症。口吃與聲音異常之現象亦有之。字盲 (word-blindness) 即不能了解文字。與語聾 (word-deafness) 即不能了解語言，亦爲害思病中可有之症候。

g. 消化系之症候

絕食 (anorexy) 爲其症候之一種。此爲害思病初起時屢有之現象。在基本上說來，絕食症乃爲一種遺忘與癱瘓之現象。貪食症 (bulimia) 貪飲症 (polydipsia) 亦爲消化系中之症候。患貪飲者飲水亦可。

(八) 呼吸系之症候

呼吸停止症 (asphyxia) 爲害思病在呼吸系方面之一種症候。但是此症無生命之危險，因爲呼吸停止則患者昏迷，而呼吸作用復開始。錢思節奏 (the rhythm of Cheyne-Stokes) 卽爲一種呼吸失調之症。此外復有呼吸增強症 (polypnoea)、吸動症 (inpiration tics) 及呼動症 (expiration tics)。

根據常奈的研究，就心理方面而論，患害思病者有三種特徵：一爲感受暗示之能力，一爲心不在焉之態度，一爲心理現象之遷移。此三種現象，常氏皆以其意識域之縮小解釋之。

三、預測——此病之結果視患者之性情而定，且需長時期之治療而後可以全愈。

井錢思節奏卽指下述現象：最初呼吸速度漸增，然後漸減以至完全停止有五秒至五十秒之久。

Adler, A.: Study of Organ Inferiority and Its Psychological Compensation. (Nervous and Mental Dis. Pub.)

Babinski, J.: My Conception of Hysteria and Hypnotism, Alienist and

Neurologist, 1908, 29, 1-29.

Breuer, E. and Freud, S.: Studien über Hysterie, 1895.

Burnham, W. H.: The Normal Mind, Chap. 11. (Appleton.)

Conklin, E. S.: Principles of Abnormal Psychology, Chaps. 7 and 9. (Holt.)

Coriat, I. H.: Abnormal Psychology, Part 11, Chap. 5, (Moffatt, Yard.)

Diller, T.: The Question of Hysterical Analgesia and Theory of Babinski,

J. Abnorm. Psychol., 1920, 15, 55-56.

Freud, S.: Sammlungen kleiner Schriften zur Neurosenlehre, 1906-1909. 1909

(Translated by A. A. Brill.)

Freud, S.: Selected Papers on Hysteria, Nerv. & Mental Disease Monog.,

Fox, D.: The Psychopathology of Hysteria. (Badger.) 1912.

Haines, T. H.: The Genesis of a Paranoid State, J. Abnorm. Psychol., 1916

-1917, 11, 368-395.

Hitschman, E.: Freud's Theories of the Neuroses. (Nervous and Mental Dis.

Pub.)

300

Janet, P.: A Case of Psychasthenic Delirium, Amer. J. Psychiatry, 1922, 1, No. 3, p. 319.

Janet, P.: Major Symptoms of Hysteria. (Macmillan.)

Janet, P.: The Mental State of Hysterias. (Putnam.)

Jeliffe, S. E.: Technique of Psychoanalysis, Second Edition, Nervous and Mental Disease Monograph Series No. 25, 26, 1920. (Nervous and Mental Disease Publishing Co.)

Kempf, E. J.: Autonomic Functions and the Personality. (Nervous and Mental Dis. Pub.)

MacCurdy, J. T.: War Neuroses. (Macmillan.)

McDougall, Wm.: Outline of Abnormal Psychology. Chaps. 2, 11, 13, 17. (Scribner.)

Morgan, J. J. B.: The Psychology of Abnormal People, Chap. 13. (Long-

mans.)

Prince, M.: The Dissociation of a Personality. (Longmans.)

Prince, M.: The Unconscious, Chap. 6. (Macmillan.)

Ross, T. A.: The Common Neuroses, 1923. (Longmans.)

Sears, R. R. & Cohen, L. H.: Hysterical Anaesthesia, Analgesia and Astereognosis, Arch. Neur. & Psychiat., 1933, 29, 260-271,

Sidis, B., and Goodhart, S. P.: Multiple Personality. (Appleton.)

Streker, E. A.: Physical Findings in the Psychoneuroses, Arch. Neurol. and Psychiatry, 1921, 6, 197-200.

White W. A.: Mechanisms of Character Formation. (Macmillan.)

Wilson, S. A.: Some Modern French Conceptions of Hysteria, Brain, 1911,

33. 293-337.



版權所有
翻印必究

中華民國二十三年九月
中華民國三十六年七月
初版
三版

變態心理學

全一册 定價國幣八元一角

(外埠酌加運費匯費)

著者

蕭孝

嶸

發行人

吳秉

常

印刷所

正中書局

發行所

正中書局

(62)

101565908



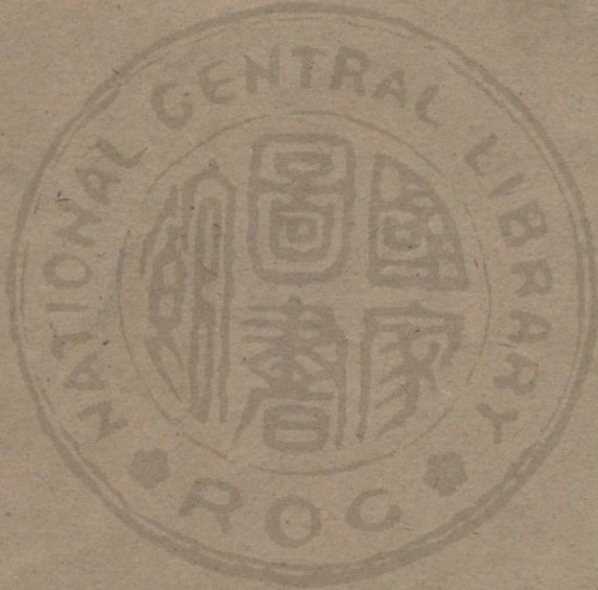
中華民國玖叁年柒月

柒日贈送

國家圖書館



002849106



國家圖書館



002849106

