

大 學 叢 書

變 態 心 理 學

蕭 孝 嶸 著

正 中 書 局 印 行

自序

本書之目的，在介紹最近關於變態心理學所發現之事實。至關於精神病之理論，則不一而足。若欲詳加分析，則每種學說可以自成一冊；因此著者僅對於重要學說，與以簡單之分析，俾讀者得以知其端倪。且精神病之種類至為複雜，故欲一一論及，決非短時期之工作。本書所述，為其發生較多者，及與心理學較有關係者。

本書因正中書局促於最短時期完成，難免疏漏之處，唯每章之末附有書目，可供有志於精密研究者之參攷。

蕭孝麟

國立中央大學心理學系 二十三年五月

變態心理學目次

第一章	變態心理學之意義與內容	一
第二章	變態心理學之價值	二一
第三章	變態心理學之應用背景	三六
第四章	機體精神病之原因	四三
第五章	機能精神病之原因	五一
第六章	診斷與檢驗	八一
第七章	精神病之治療	一一一
第八章	感覺上之症候	一三一
第九章	知覺上之症候	一六一
第十章	記憶上之症候	一七一
第十一章	思想上之症候	一八一
第十二章	情緒上之症候	一九三

第十三章	動作上之症候·····	二〇七
第十四章	睡眠之變態·····	二一七
第十五章	病菌之傳染·····	二二五
第十六章	毒質之影響·····	二三七
第十七章	腺之病態·····	二四五
第十八章	神經細胞之不足·····	二五三
第十九章	大腦萎縮血管硬化及其他老年之變化·····	二五九
第二十章	原因曖昧之精神病·····	二六五
第二十一章	機能的精神病·····	二八七

第一章 變態心理學之意義與內容

常態與變態之區別

變態 (Abnormal) 之意義，視常態 (Normal) 之標準而定。我們如欲判定在某種情形之下，某種反應是否變態，則須首先知道在此種情形之下，究以何種反應為常態，否則變態之意義，遂不能確定。我們平日在評判一人或一事之常態性時，乃以所認為應有者為標準。那就是說，在我們的思想系統中，常態之意義，幾與應有之意義相等。然而後者復以個人的觀點為根據。常態一詞，因此遂無一致之意義。

常態性之判定，有三種普通的標準：一為主觀經驗之標準，一為常態分配之標準，一為現象有無之標準。第一種標準，則每因人而異。其主觀性愈多，則其差異度亦愈大。第二種標準之應用，在使特殊個人與其羣中之標準相較。凡與此種標準相差之分量，即可代表其人變態之程度。第三種標準，則以某些心身現象之有無，為常態與變態之區別。

第一種判定常態性之方法

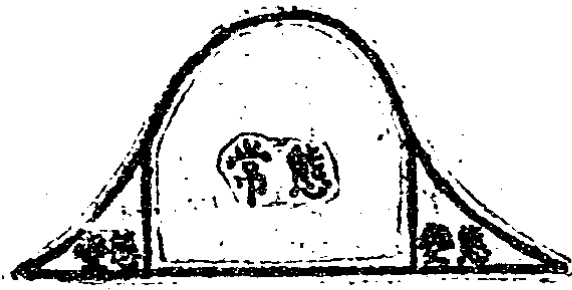
某甲向其妻說道：「除你我二人以外，人人都是古怪的，而且有的時候，你也有一點古怪。」這幾句話，可以表明一種普遍的趨向。此卽以自我爲常態標準之趨向。因此凡一切與我不同之品質，皆目爲變態。例如常態的睡眠時間一問題，有人因已養成每夜睡眠五小時之習慣，堅持常態睡眠之時間爲五小時，而需要九或十時之睡眠者，復以此種睡眠時間爲天然之需要。古人男女授受不親，而今人則握手爲禮。昔之視爲變態者，而今日視爲常態，此種事實不勝枚舉。

上面所舉之例，表明一般人所謂常態；不過以其個人之意見，與其團體之主觀態度爲根據。此外尚有一種確定常態性之方法，雖稍有差別，而仍不失其爲主觀。此則以適應社會之程度爲根據。按此種標準，衆人之所好者，稱爲常態；而衆人之所惡者，遂稱爲變態。在有些事件中，此種方法，雖有助於常態性之確定，然亦有其危險性。例如中世紀之科學家，爲衆人所痛恨，以致不保其身。要之，根據此種觀點，凡殉身於科學、政治或宗教者，皆應視爲變態。

第二種判定常態性之方法

有許多所謂精神病之症候，在常態人中亦有多少之表現；不過在變態人中特別增強而已。就屬於此類之品質與趨向而言，大多數人所具有者，爲近於平均之分量，但有少數人所具有之分量特少，

而亦有少數人所具有之分量特多。具有特少之分量者，與具有特多之分量者，為數大約相等。居此二者之間者，佔大多數。此即所謂「常態」之所在；而居兩極端者，則為變態。但變態為一相對之名詞，其程度視其與平均相差之分量而定。因此我們可以區別稍有變態者，變態較甚者，與極其變態者。此種常態與變態之區別可於下圖察見之：



第一圖

我們現在可以討論幾種品質或情形，來表明此種常態性的根據之應用；茲以新陳代謝率爲例。所謂基本的新陳代謝作用（*basal metabolism*）每以其與基本或平均零點相去之正量或負量表示之。大多數人的新陳代謝率，與此零點頗相接近。與之相差甚遠者，僅佔少數。在十以上，或在十以下之差異，均爲變態。

在心理品質之範疇中，智力卽爲一個很好的例子。常態的智力常以智商 100 表示之。某人的智商若在 100 以下，而且有 80 分之差別，則此人屬於低能一類。此種之差異在一百人中大約可以發現一次。在其他一方向，有與此相等之差異者，則有天才，或近於天才之稱。其與常態之相差正與低能相等，不過方向不同而已。此一方向之差異普通不稱爲變態。此則因其無害於社會之故。

又如內傾與外傾二種品質，亦可以此常態分配之現象表明之。此二種品質，爲一切的常人所具有；但在某些常人中，內傾之品質較有勢力；而在其他之常人中，則外傾之品質較有勢力。此外尚有少數人僅有內傾之品質，而無外傾之品質；或僅有外傾之品質，而無內傾之品質。最後二類方爲變態。

第三種判定常態性之方法

在精神病中，有一些現象，不能用常態分配曲線之觀點視之，因爲這些現象，止可發現於變態人中，而爲常人所無。例如全體癱瘓病（*Paralysis*）或毒癩癩，則非人人所具有。在這些事件中，我們必須

確定病症之因是否存在。患全體癱瘓病者之大腦原爲常態，但因傳染梅毒，則成變態。毒藥癱與腦瘤，無論其程度如何，皆屬變態。此種確定常態性之方法，係以病因之有無爲其根據。

我們在上而已經表明主觀的標準之不可靠。主觀的意見，或可指示普通的變態現象之所在，但在可以應用客觀方法時，此種主觀的根據，應當屏棄。同時我們必須竭力建設種種品質的常態性之客觀標準，並且發現或改良各種病因之檢驗方法。至品質之適合常態分配曲線者，則我們可以舉行大規模之測驗，以建樹可靠的標準。例如美國兵士之平均高度，爲五英尺。我們若要知道某甲的高度是否常態，則我們所用之手續，即以某高度與此標準相較。此種標準不獨指示某甲是否有常態的高度，而且可以表明其高度之常態的程度。最後一點就是說，我們亦能知道他的高度，究與標準相去幾何。

至於第三種判定常態性之根據，則應有病因之檢驗方法。現在我們對於有些精神病，已有相當之檢驗方法。例如全體癱瘓病，則由脊液 (spinal fluid) 之檢驗，可以察見神經系中有無梅毒之傳染。腦病則有X光線之檢驗。但有許多病，因尚無檢驗之方法。此則爲吾人所應努力之處。

健康之診斷。

我們現在可將上述之原則，應用於心身常態性之研究。

一、身體的常態性——我們若要研究常態的精神生活則須首先研究常態的身體生活。一般觀察之結果，皆可表明精神之健康，視身體之健康而定。身體若有相當之功用，則精神的健康亦隨之而產生。身體健康者，對於人生每抱樂觀；而身體衰弱者，則易生悲觀。此種事實恐非偶然之關係。不過各種疾病的進程，對於心理態度之影響，有種種之程度。例如傷寒發熱，能減低心理作用之速度，而使患者麻木不仁。至於肺癆，則對於精神效率，僅有極微之影響。

身體之狀況，固須經過檢驗而後可以確定。但是有時我們必須借助於健康之普通符號。茲錄於下：
(Dr. Wm. R. P. Emerson) 曾經開列一些表示健康之現象。茲錄於下：

身體安適之現象

眼睛澄清，顏色光明

面容表示愉樂

頭髮光滑

口部緊閉

牙齒整齊

皮膚純潔而緊密

身體不適之現象

眼睛呆木，顏色惡劣

面容表示抑鬱，目下有紋

頭髮粗而枯

口部張開

齒牙殘缺

皮膚不潔而鬆

肌肉強健

姿勢正直，表現能力與耐性

步行輕便，且有生氣

足部呈好拱形

重量與高度恰相符合

好出外遊玩

反應常態，心身穩固

樂觀，好遊戲

容貌健康而少壯

肌肉柔軟

疲勞的姿勢，有衰弱的現象

步行迂緩

足部平伏

過肥或過瘦

不好出外遊玩

反應過度或不及，心身均不穩固

不滿意，難於發生興趣

容貌不健康而衰老

此外神經學家在診斷精神病時，每每應用各種測驗以確定某些反應之形式，例如種種反射之檢驗，新陳代謝作用之檢驗，與血壓之測驗皆是。我們對此種種測驗，尚有應加研究之處。此即數量標準之建立及年齡，性別，環境等等對於標準之影響。

下面所述幾個例子，可以表明此種研究之重要性。我們作身體檢查時，或者發現某人的瞳人張大，或其反應迂緩。但是我們不知道所謂常態的瞳人，必須張大至何種程度，方得視為變態。我們亦不

知道常態睡人的反應之速度亦為一種未知數。膝跳 (knee jerk) 有所謂過於活潑 (hyperaesthesia) 或過於遲緩 (hypoesthesia) 之稱，但是至今尚無客觀名詞表明常態膝跳之程度。此各種標準在神經學中皆有建樹之必要。

在某些事件中有頗為滿意之標準，不過這些標準尚須改善。其改善之方法有二：一為除去其中所含之變項，一為建樹許多標準而不控制變項。例如常人的平均心跳為每分鐘 72 次，但是我們必須知道六歲兒童的常態速率，在六十八歲之老人則為變態。就六個星期之嬰兒而論，常態的脈搏為每分鐘 130 次，而七十歲者之常態脈搏則為每分鐘 70 次。倘若我們於每個年齡中求出一個常態之速率，則心跳之標準益有價值。我們若根據同一年齡之受試者而建立一種標準，則年齡之變項可以控制。

若有一種品質之分量，常與年齡成正比或反比，則我們可以發現一種基本的標準，而在求每個年齡之標準時加以增減。曾有一種嘗試與此意相符，但其結果則不可靠。此即以 100 為血壓在產生時之常模，每加一歲則加一分。根據此種方法，二十五歲者之常態血壓應為 125，而五十歲者之常態血壓為 150。在事實上看來，此二種分數皆過於高。

建立常模或標準時所有之困難尚未論及。有時所須矯正之變項為數至多。茲以新陳代謝作用

爲例。在定此種標準時，我們應當顧及性別、年齡、高度、重量、溫度、氣壓等項。在各項皆經考慮以後，若某人的新陳代謝作用，與標準之差異尚未超過 $\pm 10\%$ 或 $\pm 15\%$ ，則其情形仍屬常態範圍以內。

最後，我們所應注意之點即是一種現象或一種作用，若與所建立之標準微有出入，仍可視爲常態；唯有顯著之差異，方得視爲變態。

二、心理的常態性——心理的狀態，不獨對於心理的健康具有密切的關係；而且對於身體的健康亦有相當的影響。心理治療術之效力，即以此種影響爲根據。古愛（Cobb）的學說，與所謂「基督科學」（Christian Science）的信仰之勢力，皆可證實此點。所以我們在研究精神病時，對於心理的常態性，亦須加以考慮。

心理的常態性，可自三方面觀察之：一爲智力，一爲情緒，一爲人格。

a. 常態的智力——至二十世紀之初葉，心理學家方才開始建立心智品質之標準。法之皮奈（Binet）、德之石登（Stern）與美之桑戴克（Thorndike）及特孟（Terman）諸人，皆努力於智力測驗之編製。我們現在由標準智力測驗之結果，不獨可以診斷某人是否常態，而且可以發現其變態性之程度。那就是說，我們能夠確定他在智力上較低於常人若干年，或較高若干年。這些測驗，可用以發現某個人的智力，與一般人的平均智力相差之程度。

b, 常態的情緒——智力測驗雖有多少的進步，但在情緒方面尚無可靠的標準。例如多數人患有秘密的恐怖。但是我們不知道一個人應有若干秘密的恐怖，或應有何種程度的恐怖，方得視為變態。此種標準之建樹，實為精神病學中一極迫切之問題。

c, 常態的人格——常態人格一名詞，殆無固定之意義。根據羅山洛夫 (Rosanoff) 的定義，一個常態人的特質，為制止作用，情緒約束，心智能力之持久，有理性之均衡，與神經之穩定。在某種範圍以內，此一切之品質，皆為優良的品質，但是心理學家尚未發現測量各種品質之客觀方法。並且幾乎每種品質，可於患極危險之精神病者中發現之。例如患妄想狂 (paranoia) 者，大半在其行為上，表現制止作用，與約束情緒之能力。其心智能力亦無衰退之現象。患者亦不失去意識，或有昏倒，癱瘓及此一類之狀態。此種事實可以表明其神經之穩固。同時我們由此例子亦可察見數量的標準，在確定常態人格時之重要性。

變態心理學之觀點

變態心理學之觀點，大概可以分為二種：一為機體之觀點 (Organic View) 一為機能之觀念 (Functional View)。根據第一種觀點，機體之組織為唯一重要之事實。我們先須了解組織，而後乃能了解作用。所為『腦位說』 (Brain Spot Hypothesis) 即由此種注重點之所在而產

生。根據此說，一切心理上之變態，皆由神經質中一定之損傷所致。我們若要了解精神變態之現象，則有確定神經損傷的位置之必要。任何行為之研究，須以神經腦中之變態為根據。倘若我們不能確定腦部之損傷，以解釋一種特殊之症候，則其原因僅為知識之限制。此種限制，全與「腦位說」之本身無關。持此說者，以為機能之理論，不過表示解剖知識之缺乏而已。

根據機能之觀點，我們所應研究者，為神經系之機能。持此觀點者，並不否認在神經系因病而有損傷時，其機能必受影響；不過他們特別注重下述一點：一種複雜機械之各部分，在其自身上雖無損害，而亦可因其不能互相適應，遂有破壞之結果。此即所謂「心悞觀」(The Mental Twist Hypothesis)。例如在開駛汽車時若不得其法，而使其一部分與其他部分不能適合，則機器之自身可以因此而受損傷。在此例中，機器之損傷，實由適應不良所致。此為主張機能觀點者所應用之邏輯。

此種思想上之困難，實與哲學之二元論不無關係。根據二元論，心身二者為二種獨立之物。倘若我們贊同此說，則心身二者如何發生關係，而且以何者為較強，即成不可解決之問題。從科學的觀點看來，心身二者之關係，殆與機械及其機能之關係相同。在一方面我們固不可謂心能脫離神經系而獨存；然在他方面，我們亦不可謂精神變態之唯一原因，即神經腦自身之損傷，而其功用則與神經系之變態全無關係。此二種見解，均為純粹之玄想。蓋心身二者之不可分離，殆如形影。神經系之損傷，固

然可致經神病；而其機能之影響，亦不得謂與精神病無關。所謂機能之影響，自為生理上之影響。若謂一切心理作用有其生理上之進程，而同時否認心理作用為精神病之一主要原因，如麻士（Moore）與汗特（Hunt）所云，則此種論調，有顯此失彼之慮；是以吾人在研究精神病時，不可專重神經之組織，而忽視其機能，亦不可專重神經之機能，而忽視其組織。此二者之輕重，則因精神病之性質而異。但是我們原以心理學為出發點，所以根據此種觀點，機能方面之事實應當特別注重。同時其他方面之事實亦應加以敘述，俾吾人得知各種精神病在性質上之差別。

變態心理學研究之步驟

此種研究之步驟，當然必須儘量求其科學化。其主要之情形如下：

一、資料之搜集——研究變態心理學者，應當觀察人在種種情境中之行動，並且必須知道人的語言行動對於其平日生活之關係。我們由此種研究，可以得着所謂「常模」（Norm）。此處所謂「常模」即指一般人如何思想與行動。

二、資料之分類——其次一個步驟，則為研究某些人如何異於常人。我們所研究之品質，不獨須有性質上之分類，而且須有數量上之區別。例如常人亦有荒誕的觀念，不過他們對於這些觀念，不如變態者之拘執。常人的判斷亦有錯誤，而且他們的錯誤，和變態者的錯誤止有程度上之差別。

三、資料之估價——心理學家在評定資料之價值時僅於其在科學上之關係加以考慮。例如某人有一放火的趨向。心理學家的職務止在求其原因與推想其對於行為之影響，而對於道德方面之意義則不涉及。

四、臆說之形成——在所搜集之資料經過分析以後，我們必須從事於臆說之建立。所謂臆說即關於某種特殊事件之暫時的解釋。

五、實驗之證實——臆說之正確性尚待實驗以決定之。實驗之手續，則因所研究之問題而異。所用之受試者亦因此而不同：或為動物，或為兒童，或為病人，此則視乎問題之性質，與研究之可能性而定。

變態心理學實驗之種類

一、兒童之實驗——兒童時期為人格養成之時期。在此時期中，對於兒童之觀察為一種自然之實驗方法。凡關心近年兒童教育研究者，莫不認識此種研究之重要性。今日已有許多所謂行為診所 (behavior clinics) 成立，其功用在於治療初有變態品質之兒童。此種診所之組織不一：有附屬於大學者，有附屬於公學者，有附屬於兒童法庭 (juvenile courts) 者，亦有獨辦者。其辦理較為完善者，對於就診之兒童施以種種智力及人格之測驗，並研究其家庭與社會之背景，而且

檢查其有無病症或身體上之缺陷。要之此種診治所對於每一兒童在各方面必有一種精密之檢查。俾其失常之點得以確定，然後施以復育 (re-education) 之法。此外復有未屆學齡之兒童研究所。其所採用之手續係置兒童於約束之情境中而觀察其反應。吾人可以根據此種實驗之結果，以確定各種變態行為發展的學說之正確性。

二、動物之實驗——有些實驗有害於心身之健康，所以我們不能用兒童為受試者。在此種情形中，我們須用動物為研究之對象。例如麻醉劑對於行為之影響一問題，最近由美國公共衛生部 (United States Public Health Service) 非加以研究。此項研究中所用之特殊藥料為嗎啡 (morphin) 海洛音 (heroin) 與古提音 (codain)。其主要之問題，在比較此三種有機鹽基對於實驗動物之影響，確定這些動物所能養成之容忍性，而且研究動物是否因藥料用之極久，遂不得不藉此以維持某些身體功用之均衡。研究者用猿為受試者，因猿之行為較之其他動物 (如犬) 與人相近。此項研究之結果，能夠表明各種藥料所產生之現象，及其有害之程度，而且解除藥癮對於行為

#Kolb, Lawrence and Duker, A. G.: Experiments: Addition of Animals to Opium. U. S. Government Printing Office, Report No. 1453.

之影響，亦可因以確定。此為動物實驗之一個良好例子。不過我們在應用此種研究之結果與人類之問題時，必須對於動物與人類二種情境之區別，加以相當之考慮，而後得免錯誤的結論。

三、病人之治療——病人之治療，亦含有實驗之性質。病之治療係以病因之理論為根據。我們所採取之臆說，若與事實相符，則所用之治療方法，應有理論上所預期之結果。此種治療之影響若有相當之約束，則臆說之正確性可以確定。不過此處尚有困難在：施用治療之方法者多為醫生，而醫生對於其所信仰之治療方法，每有過度之熱心；因此其治療之結果，難有忠實的報告。為增加結論之可靠性起見，治療方法應施之於嚴格約束之情形中，而且其結果應有客觀的解釋。最後一語之重要性，可於下述之例子察見之：

在醫藥歷史之一個時期中有一種信仰，謂人若為刀所傷，則醫治刀口可以療傷。倘若我們試用此法，則其結果似可證實此說。其實刀口治與不治，與傷痕之治療並無關係。不治刀口，而傷痕亦可自然痊愈。這就可以表明我們所謂約束的情境之意義。例如我們若在五十個刀傷之事件中，以油施於刀口，而在其他五十個同樣的事件中則否，而在此兩種情形中痊愈者之人數大約相等，則此治療之方法並無效力。若無此種約束之實驗，則雖治愈百人，而治刀可以治傷之結論亦不能成立。此為一切實驗中之一重要原則。

四、生物學之實驗——倘若我們對於變態現象有充分的知識，則我們可以進一步而研究遺傳與環境二種因素對於精神病之關係。在過去時期中，此類研究尚無滿意之結果。此則由於變態心理學之現象，尚未加以充分之分析。

變態心理學中所研究之現象

變態心理學為對於變態人的行為之科學研究。所謂變態人，不必在一切事情上皆有同等變態程度。我們所應研究之問題，即是確定其變態程度最高之品質。此種品質上之變態，可以稱為症候 (symptoms)。

症候為一種符號。我們所應注意者，並非這個符號，而為其所指示之事實。譬如你在某處迷路，你當然要尋找一個路標。當你找着路標時，你不會測量其面積或注意其顏色與其位置。你所注意之事，僅為此路標所能供給之知識。

精神病的路標 (症候) 之困難，即其所指示之方向，不能以通俗語言表示之。此種路標需要解釋，但是我們在作解釋時，倘若斤斤於無關緊要之細目，則亦無補於事。所以我們在研究症候時，應當發現其主要之性質，與其重要之關係。患者之各種症候，若皆指示同一之疾病，則比較可靠的臆說，可以因此成立。不過今日關於精神病之知識尚屬幼稚，所以遇有相當的事實，時常有修正之可能。

精神病之變質。每爲患者本人或患者之方法。所以難於解釋。在許多關於組織之疾病中。一種變質之原因。可由研究種種可變的關係而發現之。但在研究精神病的症候時。我們應有另一方面之考慮。此即爲下面之問題：「此種症候究竟爲掩飾何種事實之工具？」換一句話說。許多精神病的症候。即所謂「自護反應」(Defense Reactions)之現象。

例如有一患者至診療所。述其腹中有劇烈的疼痛。他深信腹中有瘤。且於六週內必死。醫生所應用之手段。當然在確定此種疼痛之原因。倘若患者在經過檢查以後並無此病。且無他種組織的情形。可以解釋此種疼痛。則醫生所下之結論。不過是：「此種疼痛係由想像而生。」此爲診斷中之普通邏輯。但是倘若患者雖經診斷無病。而仍堅持腹中有瘤。則醫生不過目之爲此有精神病者而已。

但是我們必須考慮下面各種問題：「此種症候爲掩飾何種事實之工具。他爲何採取此種自護機械 (defense mechanism)？」患者如何應用此種症候爲自衛之工具。我們必須根據這些問題的立場以探究此病之原因。而後其線索乃可得見。茲仍以上述之患者爲例。此人有一友人患一種性的惡癩。患者亦有此種惡癩。其友人曾患腹瘤於六週後死去。患者以爲腹瘤爲此種惡癩之結果。常自疑其不免。患者所爲腹瘤即此種困難之符號。所以此人所患非腹瘤而爲惡癩。

我們在研究症候時。應當注意於下列各種行爲之現象：

一、顯明的符號——顯明的符號為純粹客觀的症候。此類症候為人人所可察見者。若有患者終日呻吟或哭號，則任何人知其為悲傷。患者若終日歎呼，自言自語，手舞足蹈而不可以已，則任何人知其活動之過度。凡此一切皆為顯明的症候。

二、具有解釋價值之符號——具有解釋價值之符號，在客觀性上，或與顯明的符號相等，不過前者常指示一種特殊的基本原因，而因此具有一種可能的意義。在此類符號中，有常人所能察見者，有常人所能察見而不知其為變態者。上面所述腹瀉之例即屬於第三種。

三、具有數量價值之符號——第三類為可以測量之症候。智力為此類症候之一種。例如一個兒童說「我是一個男孩。」常人聽見這話並不覺得有多少的意義，但是心理學家因此知道這個兒童的智力或者至少等於三歲的兒童。倘若一個兒童能夠背出六位的數目，則在心理學家的眼中，他已經通過一個十歲的常態兒童所能通過的測驗。據常人看來，上述二例不過為野蠻答覆，而心理學家則知其有數量上之意義。

今日心理學家對於精神病學最偉大之貢獻，即此類符號之量表之發展。精神治療學者（如Freud）每每不能應用量化的術語以代性質之描寫，而因此常感困難，所以此為應加努力之處。幸今日之心理學家在智力測量之一方面頗著成績，並且人格品質之測量亦漸有進展。

總括

我們在本章中首先討論常態與變態之區別。現在應用的常態標準有三：一爲主觀的標準，一爲統計的標準，一爲有無的標準。主觀的標準至不可靠。第二與第三兩種標準之應用，則視問題之性質而定。不過有許多方面尚無可靠的標準。此則有待於吾人之努力。

其次論及變態心理學之觀點。研究精神病者，對於機體與機能兩方面之事實，不可有所偏廢，否則必有許多問題，終於不能解決。不過本書既以心理學爲研究之出發點，是以機能方面之事實，應當特別着重。

至於研究之步驟，吾人應求其合乎嚴格科學之原則。研究中之受試者或爲兒童，或爲動物，或爲病人。此則因問題之性質而異。變態心理學中所研究之現象，可以稱爲症候。所謂症候即某種事實之符號。符號之種類有三：一爲顯明的符號，一爲具有解釋價值之符號，一爲具有數量價值之符號。此三種符號皆爲研究精神病時所應注意者，不過其重要性，則視病之性質而異。

Abbot, E. S. & Others: *The Relation between Psychiatry and Psychology*
(A Symposium.) Psychol. Exch., 1933, 2, 56-64.

Bunke, O.: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1932. (Berlin: Springer)

Dorcas, R. M., & Shaffer, G. W.: Textbook of Abnormal Psychology, 1934.
Psychopathology, 1935. (Williams & Wilkins)

Freeman, W.: Neuropathology: The Anatomical Foundation of Nervous
Diseases, 1933. (Saunders.)

Morgan, J. J. B.: The Psychology of Abnormal People, 1928; (Longmans,
Green & Co.)

Moss, F. A. & Hunt, T.: Foundations of Abnormal Psychology, 1932; (Prentice-Hall.)

Taylor, W. S.: Readings in Abnormal Psychology and Mental Hygiene,
1927. (Appleton.)

Wells, A.: A Textbook of Neuropathology, 1933; (Philadelphia: Lea &
Febiger.) 1933;

第二章 變態心理學之價值

根據美國1926年之統計，初入醫院之患精神病者有5,000人。其中各種疾病之分配列在下表

第一 衆

初次入院者在各種精神病上之分配	
根據一般人民每十個人之比數	
總數	47.4
有精神病者之總數	45.2
癲癇(Drapnetis)	0.2
老年(Senile)	4.7
大腦膜病花柳(With cerebral arteriosclerosis)	4.1

全身性麻痺 (General paralysis)	4.7	
有大腦梅毒者 (With cerebral syphilis)	0.7	
亨廷頓氏舞蹈症者 (With Huntington's chorea)	0.1	
有腫瘤者 (With brain tumor)	不詳	
其他腦神經病者 (Other brain or nervous diseases)	0.6	
有酒精中毒者 (Alcoholic)	2.2	
因藥物或毒物外毒質而生者 (Due to drugs and other exogenous toxins)	0.3	
有瀉痢症者 (With pellagra)	0.7	
有其他身體上之病者 (With other somatic diseases)	1.4	
狂鬱 (Manic depressive)	6.6	
退化性癡 (Involution melancholia)	0.9	
早衰 (Dementia praecox)	20.5	
妄想症 (Paranoia of paranoid conditions)	0.8	
癲癇性精神病 (Epileptic psychoses)	1.3	
精神神經衰弱症 (Psychoneuroses and neuroses)	9.9	

有精神病而人格者 (With psychopathic personality)	0.9
有心理缺陷者 (With mental deficiency)	1.7
未診斷之精神病 (Undiagnosed psychoses)	1.5
未報告之精神病 (Psychoses not reported)	1.1
無精神病者之總數	2.2
有精神病而無精神病者	0.1
有精神病而無精神病者	0.5
有精神病而無精神病者	0.5
有精神病而無精神病者	0.1
有心理缺陷而無精神病者	0.5
有其它原因而無精神病者	0.5

上表所示可以表明各種精神病之比較的重要性及其所由起之種種情形。同時此表亦可大極指示精神病之蔓延，但是我們不能根據此種統計以確定患精神病者之多寡。有許多患精神病患者從未入過醫院，所以醫院中之統計不能代表患病較重者。並且上表係限於省立醫院之統計，而非一切精神病院之統計。

患精神病而未經認識者爲數至多。此種事實於歐戰時檢查所募之新兵中可以察見之。軍醫總覽處所發表之報告表示在第一次半百萬之新兵中，有百分之十二，四有精神病或神經病 (mental or nervous disorders) 而不能合格。直至 1919 年二月一日所有不合格之軍人爲數至多，而就其種種原因之重要性言，精神病與神經病居第四位。各病之分類如下：精神病 (psychoses) 11%；癱瘓 (paralyses) 15%；癱瘓，9%；機體神經病或傷損 (organic nervous diseases or injuries) 18%；心理缺陷 32%；本質精神病態 (constitutional psychopathic states) 9%。各類之總數有 67,417 人。

精兵局之經驗含有同樣的問題。例如精兵局有一部分曾經報告在有問題之軍人中，約有三分之一患有精神病或神經病。從這些統計結果看來，精神病實爲軍隊中之一重要問題。歐戰時所徵之兵，可以代表一般的人民，所以此種現象，足以表示精神病在社會中之嚴重性。

根據上述之事實，在一般人民中患精神病者既如是之多，而變態心理學復爲研究精神病之一種科學，其重要性自不難見。我們爲求事實之明瞭起見，可在兩方面表明變態心理學之重要性：一爲變態心理學對於社會之價值，一爲變態心理學對於個人之價值。

一、變態心理學對於社會之價值——在社會中與精神病問題有關之事不一而足。我們在下

極可舉數例以表明此種問題之重要性：

a 家庭——在家庭中，精神病之影響為害至大，而處置之法亦宜特別慎重。舍精神病之遺傳問題而不論，患者若與其家人同居，則其家人之行爲必受顯著之影響。因此此種家庭斷非常態的環境。其患病較輕者，亦可影響其同居者之性情與態度。家中若有一患嚴重的精神病者，則看護之者每每處於緊張之狀態中。其結果或為同患精神病，或為喪失其適應社會之能力。有許多患神經病的兒童，係與其患精神病的父母同居。此種事實似乎表明家庭環境，至少為產生精神病之一種原因。至於精神病之社會的影響，馬丘（Dr. Wm. J. Mayo）曾論及之。他以為神經衰弱病（neurosthenia）、心理衰弱病（psychasthenia）、鬱思病（hysteria）與其類似之神經病，對於人類所產生之痛苦，較之癆病為尤甚。

b 犯罪——前人以為精神病與犯罪有極密切之關係。近來對於獄犯之心理狀況已有統計的學分析。據此種研究之結果，此二者之關係或不如此之密切。並且智力較低之罪犯較之智力較高者容易被捕，所以獄犯之統計更不足據。不過累次被捕之罪犯多為智力低下者，或為有神經病之趨向者。所以我們至少可以說，犯罪與精神病具有多少的關係。因此我們對於罪犯實有澈底研究之必要。

下列各種精神病為與犯罪最有關係者：癲癇，妄想狂，全體癱瘓，早衰病，衝動的思想，圖因

病及精神病態人格。近於變態者之心理狀況，亦為犯罪之一種因素，因其抵抗力薄弱，遂易為情緒之刺激所克服。心理變態在犯罪中之關係，可由下面第二表窺見之。第三表係根據黑勒（Heller）與勃朗納（Bronner）可以表明心理困難在犯罪兒童中之百分數。此表所載為支加哥與波士頓四種研究之結果。受研究者有四千人。

○實業——精神病對於實業效率之影響，漸次引起注意。有些較為進步之實業機關，聘有精神病治療學家參與雇人問題之研究。這些專家所研究之問題，屬於下述各款：有些工人因其心理之缺陷或其情緒之變態而易於失業；有些工人有妄想狂之傾向，他們以為常受不公平之待遇；有些工人則因有感覺上或其他身體上之缺陷而不能適應，復有所謂「補償」（compensation）精神病患者伴病俾使公司付其養病金。

一種解決實業效率之方法，即為研究各種實業階級受精神病之可能性。根據紐約省立醫院 Hollins人之分析，我們得着下面的結果。

第二表

各級罪犯在急各醫院病死者「649人」中之分額(根據罪犯自數之百分數)。

罪 名	老 疾	公認殘疾	船 疴	狂 癡	早 衰	木 質 精 神 症	有 必 須 者
殺人.....	2.9	17.0	2.9	2.9	32.4	14.7	17.0
攻劫.....	3.8	24.1		7.6	25.3	17.7	6.3
盜竊.....	13.2			7.9	39.5	23.7	6.3
姦姦.....	1.3	22.8	5.1	6.3	24.1	16.2	7.6
公賭賭博.....	2.9	2.9	70.6		5.9	5.9	
不守規則.....	2.4	13.4	17.1	12.2	17.1	17.1	7.3
強迫或強姦.....	8.5	15.4	13.8	4.3	35.1	16.9	7.4
一切罪犯.....	3.6	11.5	16.9	7.3	25.5	14.7	7.4

第三表 非3

有精神病者在犯罪兒童中之百分數

	受	知	入	出	士	偵
	91	711	1	1	1	11
心理常態者	69.5	75.0	73.8	75.0		
低能者	13.5	12.5	13.0	16.2		
常態以下者	10.1	8.2	10.6	7.7		
有精神病者	6.9	4.3	1.0	1.1		
有精神病侵入格者			2.3	3.0		
總數	100	100	100	100		100

Glueck, B.S.: Mental Disorders and the Criminal Law, 1916, P. 326. (Little Brown S. Company)

Constitutional Psychopaths inferior.

Thorn Healy, Wm. and Brown, F.: Delinquents and Criminals: Their Making and Unmaking, 1926,

Pp. 273, (Macmillan.)

第四表

各類實刑者對於精神病之感受性

受知入出士偵
 91 711 1 1 1 11
 69.5 75.0 73.8 75.0
 13.5 12.5 13.0 16.2
 10.1 8.2 10.6 7.7
 6.9 4.3 1.0 1.1
 2.3 3.0
 100 100 100 100 100

陶器「銀行家等」	7.2	鑄造之工作	4.1
樂器	8.7	鑄工，水手，等等	0.58
鑄造「月外」	8.2	鑄造	0.01
鑄造「(需坐者)」	7.2	木工	12.4
製造用器	20.3	鑄造	7.5
鐵片及鐵筒的製造用器	21.0	未確定	2.6

以上之統計僅有指示之價值，因每種階級之人數不等。

埃耳亨特 (Dr. Henry E. Ellend) 為麻省心理衛生會之醫學主任，曾經報告一些事實，關於精神病在兩種工業中之重要性：一為波士頓一個規範宏大之百貨公司，一為一大規模之公益公司。他對於此百貨公司在六個月內所有之患病者加以分析。據此種研究之結果，在四千雇員中有百分之八人患有神經的症候。此即表示患者約為雇員全數百分之十。僅就此一種原因而論，所喪失之工作時間有百分之六。天。此種數目在雇員因病而失去之總時間中佔有百分之九。二。

至公益公司之情形，埃氏有一報告關於五年內在此公司雇員中所發生之機能精神病。此種統計之結果列在下表中：

第五表

每項職業與每一職業中發生之精神病

每百職業中每百人之比例

總計員(六十年女性)	16
總計員	19
宗教團體	20
經理	21
總計員(十年女性)	4
總計員	1

在此五年之內患機能精神病者有 517 人，且有 888 天之工作時間因此失去。每一患者每年所失去工作之平均日數為 9.5。機能精神病似為此公司中所有的病假之一重要原因；就人數論為第四，就工資論為第五。

此公司在五年內所付養病金之總數為 \$189,872.70 其中有 \$19,923.20 屬於患有機能精神病者。此項數目將大於患風濕骨痛 (rheumatism)、關節炎 (arthritis)、痛風症 (gout) 與普通傷

風症者合計之養病金。在患機能精神病者中，每人所費之平均數為\$7.20，此為一切病中之最高值。為比較起見，在患普通傷風症者中，每人平均所費不及一元。

在工人的精神病問題之研究中，以安德生(Dr. V. V. Anderson)在紐約一百貨公司(The R. H. Macy and Company Department Store)中所作之實驗為最有系統。安氏的工作係由研究工人之身體特質、心理特質及人格特質，而與以指導或處置。他曾經選舉五十個最優良之銷售人員與五十個最劣等之銷售人員而加以比較。因此他發現此二組在精神健康一事上之差別。此種比較之結果列在下表中：

第六表

工作優良二組在精神健康上之差別

測驗之分類	優良	劣等
迎候態度	1	0
辭職次數	0	1
精神病態人格	0	12
憂鬱程度	1	0

精神障礙者	5	1
老衰	0	4
人格與心能均有缺陷	0	14
疲勞	1	3
未分類之入於變態	3	3
無變態現象	22	22

精神健康者在最劣等的消售人員中佔有百分之九十四，而在最優良者中止有百分之二十二。

d. 教育——學校亦為研究精神變態現象之一重要機關。每個學校必有一部分學生，或因先天之缺陷，或因後天之影響，不能與其同學在教學上有同等之進步。在學生中，精神變態之現象不一而足。由主要的精神病以下列之現象，如難於馴服之趨向，極端之淡漠狀態，好作惡戲之習慣等等，皆有之。較為嚴重的精神病有時亦發現於學生中，如癲癇，害思病，早衰病與盜竊狂是。其較輕者則包括一切神經病之趨向在內。

在大學中，主要的精神病亦每有之，唯以較輕之病為多。有些大學特設一心理衛生部以處置此類患者。

二、變態心理學對於個人之價值。

近來變態心理學，日益趨重心理變態與生活適應之關係，因此其對於個人之價值愈見顯著。茲舉其較重要者於下：

a, 變態心理學能使吾人對於自身與他人有相當的了解。——吾人應用此種科學，可以察見自身的行為變態之真相，而同時亦能解釋他人的變態。各人之互相適應大半為種種特性之適應，所以變態心理學之研究可使吾人避免許多衝突。衝突發生之最大原因即為了解之缺乏。我們每每以為他人對於我們不能了解，而其實我們每每對於自身不能了解，這並不是說，吾人將在自身上發現種種之精神變態，但是一種品質若有過度之發展，則吾人當有相當之認識。

b, 變態心理學可使吾人對於精神變態者與以同情之了解。——倘若吾人具有變態心理學之知識，則對於患精神病者之態度，將由恐懼或嫌惡而變為同情與了解。我們不獨能夠變更我們的態度，而且此種興趣，實有助於預防方法與治療方法之發展或應用。

c, 變態心理學可以增進常態心理學之知識。——常態人的行為至為複雜，因此難於分析。患有精神變態現象者實與吾人一最優良之實驗情境，因其所患之精神變態，使某些常態的關係因此分離。所謂實驗之研究，即是抽出一個因素得為研究之對象。患精神病者或有某種特質特別增強，遂易

於觀察。並且患者需要治療，因此其情境得有約束之變化。每次之治療可加以控制，而發現其對於行為上之影響。這樣看來，變態心理學中之情境，實為常態心理學之實驗室。吾人由此可以解決常態心理學中所難解決之問題。

d, 變態心理學對於種種專業有所補助。——在含有人類關係之專業中，變態心理學之知識日趨重要。

(一) 醫生——一般的醫生實有認識機能觀點之必要。他們每有一種極強的趨向，止從解剖學的觀點去觀察人類的行為，所以他們需要心理學的知識，尤其是變態心理學的知識，以免過於側重一面。一般的醫生每每不能認識精神變態之重要性。他們在遇見精神病的現象時，每每向患者說：「你沒有什麼病，這不過是心理的。」這似乎是說，凡一切心理的病皆不重要。其實心理的病所產生之痛苦，較之身體的病尤為深切。不過近日的醫生漸有覺悟。

(二) 處置個人與社會疾病者——看護、律師、法官、警察及凡一切與個人成敗問題有關係者，皆有研究變態心理學之必要。此種科學能使他們了解種種變態與人類困難之關係。或者有人以為他們所須處置之事件限於常態範圍以內，而其實需其援助最切者，多在常態範圍以外。所以此種科學之知識，可以增進其工作之效率。

(三) 必須影響他人之意見或行爲者——商業家、行政人員、政客及凡一切以影響他人之意見或行爲爲事者，皆需要變態心理學之知識。他們若具有此種知識，則其工作之困難程度可以減少。我們由變態心理學可以知道個別之差異，並且能夠根據此種差異，以確定行爲之方式。

(四) 教師——教師若對於變態心理學具有充分之知識，則其工作更饒有興味。一個惡劣的兒童可因處置得法，一變而爲馴良的學生。學校中最困難的問題，不是兒童之惡劣行爲，而是如何改變此種行爲。教師如能了解個性之差異，及精神變態之原因，則雖最困難之問題，亦因此而有解決之可能。

Anderson, V. V.: *The Contribution of Mental Hygiene in Industry*. Proceedings First Int. Cong. on Ment. Hygiene, 1932, 1, 696-718.

Beers, C. W.: *A Mind That Found Itself*, 1908 (Longmans, Green & Co.)

Elkind, H. B.: *Proventive Management*, 1931. (Forbes.)

Glueck, S. S.: *Mental Disorders and the Criminal Law*, 1926. (Little, Brown

& Co.)

May, J. V.: *Mental Diseases, a Public Health Problem, 1922.* (Richard C. Badger.)

Morgan, J. J. B.: *The Psychology of the Unadjusted School Child, 1926.*

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

第三章 變態心理學之歷史背景

變態心理現象之記載爲時已久。古人對於此種現象之解釋，每每帶着神秘的色彩。在此時期中，精神疾病皆視爲鬼魅憑依之現象。古人所謂「魑魅罔兩足以惑人」即合此意。此種神祕之觀念，不必加以分析。我們所應注意者，爲變態心理學中的科學概念之演進。

就大體言，科學概念之演進，可以分爲下面數個時期：

一、上古時期中之唯物觀——西曆四百六十年前（A. S. B. C.）希臘醫士黑坡克勤替士（Hippocrates）已用醫藥方法治療精神病。泰西奉爲醫學之鼻祖（Father of Medicine）。當時他已經認識昏迷（delirium）抑鬱（dejection）與狂歡（exaltation）三種病症。他以此種症候之原因，皆應於神經中發現之，且有體液（bodily fluid）之假設以解釋精神病之產生。他似乎對於內分泌之概念已有幾分認識，不過其所注重之點爲水火二種原素之均衡。此種均衡視爲健康之本。此則又與吾國醫學五行之說頗相近似。至於常態與變態之差別，則黑氏以爲此二者殆無嚴格劃

分之可能。

西曆前二百八十年(280 B. C.)有希臘醫士易拉西士查塔士(Hippocrates)出為神經解剖學之鼻祖。他對於腦隙(fibres)之功用有所討論，而且為精神治療法之創始者。

西曆前一百年(100 B. C.)希臘醫士阿士克里丕阿士(Asclepiades)主張去(paranoia)一名詞而以 insane 一名詞代之。他曾描寫一種心理診斷之方法如下：主試向患者朗讀一段散文，故意讀錯而觀察受試者之反應。受試者是否患有 insane 即可由此而定。

西曆一百年前(100 A. D.)羅馬醫生色耳撒士(Celsus)在其醫學之著作中關於精神病有一專章論之。此為羅馬人關於精神病之創著。色氏亦以體液為此種疾病之原因。

西曆一百七十五年前(175 A. D.)希臘人格倫(Galen)根據心理的觀點將精神疾病分為下面三類：(一)心力之狀況，衰弱、癱瘓、盈溢三種；(二)記憶上之病；(三)感覺上之病。他亦視體液為精神病產生之原因。此種體液無固定之性質，而為心理的經驗所支配。此點似使格氏之說頗與內分泌之說相近。

西曆二百八十年前阿克丑愛累阿士(Avicenna)關於大腦功用建立一種學說。他以為腦之各部有其特殊之功用。其劃分之情形如下：



據阿氏之觀察每逢理論之能力有所損傷時想像與記憶二者亦均失其常態所以理論應當位於此二者之間。他對於各種症候之解釋皆以此區分為根據。

二、中古時期之觀點——此時期約自西曆1215年起至1600年止。在此時期中，變態心理學有兩種觀點，其間爭論甚烈。根據一種觀點，精神疾病為鬼魅憑依之現象，所以患此病者應以懲罰之方法治之，而其他一派則謂病人之承認有鬼不過為一種妄想而已。

三、新生時期——新生時期係自西曆1600年起至1760年止。在此時期中研究精神現象之興趣特別濃厚。

英醫白吞 (Burton 1577-1640 A. D.) 於其名著『精神病之解剖』(Anatomy of Melancholy) 一書中謂此種疾病係由下列各種原因所致：上帝魔鬼、女巫、星宿、相貌、婦女的影響、遺傳及反抗自然之事（例如飲食起居不良等等）。白氏討論許多遺傳原則，且首倡優生學說。當時他已應用心理治療法與心理衛生學。自其思想方面看來，我們可以說，在白氏著作中兼有前一時期之兩種趨向。

英醫衛力士 (Willis 1621-1675) 曾著『腦之解剖』(Anatomy of Brain) 一書。其思想集中於『動物精神』(Animal Spirits) 之一概念。所謂『動物精神』即身體內部之液體。此種液

體能影響印象，而產生精神病。大腦中有許多孔竅。這些孔竅不可過寬或過狹，否則「動物精神」之流動有所影響，而在精神方面即有變態的現象產生。

四、宗教改革時期——我們可以劃分西曆1700年至1800年為宗教改革時期。在此時期中所應注意之事有下列五項：a, 哈佛(Harvey)關於血液循環現象之發現；b, 顯微鏡之發明；c, 解剖觀念之解放；d, 神經功用之實驗研究；e, 慈善運動(Humanitarian Movement)之產生。最初四項使精神病之研究範圍漸次擴大，而最後一項則使一般人對於患精神病者之態度有所改變。法之畢納(Pinel)、英之卡倫(Cullen)與伏克(Tuke)及美之笛克士(Dorothea Dix)皆主張對於患精神病者與以相當之處置，於是此類患者遂由牢獄而遷於病院。

五、近代時期——在此時期中對於現代之變態心理學說具有重大之影響者，當推康德(Kant)、李尼阿士(Linnaeus)、克雷卜林(Kraepelin)與赫拔特(Herbart)四人。康德批評以前所注意之心理現象，僅以智慧與意志二種作用為限，而主張對於情緒同時並重。其學說之影響，遂使研究者所注意之範圍較之以前為闊大。李氏為瑞典之植物學者，其貢獻在使植物之分類得一鞏固的基礎。此種分類之方法，對於精神病學頗有影響。赫氏雖為一教育家，但在變態心理學中佔有特殊地位。根據他的意見，觀念為心之原素。各種觀念互相聯絡，且在遇有抵抗時，則一變而為力，而心理之衝

突因以產生。並且觀念為可以變化者，凡受抑制之觀念在出現時必變其形式。但是抑制之力倘若稍弛，則此種觀念亦能露其真相。

約言之，觀念可分三種：第一種為意識中之觀念，第二種為雖受抑制而能侵入意識之觀念，此種觀念係在所謂『靜止國』(static threshold)。第三種為完全沉沒不復能入意識之觀念，此種觀念係在所為『機械國』(mechanical threshold)。「機械國」之觀念不相聯絡，並且不能聯絡，所以此種觀念殆無覆憶之可能。此為人格分裂之原因。至意識中之觀念，則能聯合成為系統 (Complexes) 並且潛識 (The Unconscious) 中之觀念若取同一方向而活動，則意識亦能受其影響。我們由上面所述，即可察見赫氏 (1776-1841) 的思想實為弗洛伊特的學說 (即精神分析說) 之嚆矢。茲將此二說互相接近之概念列舉於下：

赫拔特 (Herbart)

衝突 (Conflict)

佔優勢之觀念 (Dominant Ideas)

受抑制之觀念 (Suppressed Ideas)

抵抗力 (Resistance)

弗洛伊特 (Freud)

衝突

檢查者 (Censor)

受抑制之情感 (Suppressed Affects)

力必多 (Libido)

偽形 (Disguise)

符號 (Symbols)

潛識 (The Unconscious)

潛識

情叢 (Complex)

情叢

推考 (Inference)

分析 (Analysis)

克氏之貢獻，在以實驗方法研究精神病症。他以為精神病之種種症候，須用實驗方法研究之而後能有澈底之了解。其所用之方法有下述三點，值得注意。一為應用種種媒介（例如酒精）以引起精神病之各種現象。其法係選正常人為受試者，而在其服藥料以後察見各種症候發達之過程。克氏對於實驗之結果亦有數量方面之考慮。例如反應時間、記憶差別等等皆有記載。但亦計算其為診斷之根據。最後一點則為基本傾向 (Fundamental Dispositions) 之研究。其研究之法，係觀察各人在服同樣的藥料後所表現於行為上之差別。

Cedelius, B.: Human Mentality in the Light of Psychiatric Experience, 1933. (Copenhagen: Levin & Munksgaard.)

O'Brien-Moore, A.: Madness in Ancient Literature, 1933. (New York: Stoenhart.)

White, A. D.: History of the Warfare of Science, Vol. II. 1900. (Appleton.)

第四章 機體精神病之原因

精神病之原因可分二類：一爲產生機體精神病者，一爲產生機能精神病者。此二種原因當然亦有混合之可能。我們爲求敘述之明顯起見，將此二種原因分章述之。本章所述限於機體精神病之原因。

機體精神病之產生，得有種種原因。其已發現者爲下列數種：

一、細菌之傳染——有些精神病乃由於病菌侵入體內所致。此種細菌對於神經之細胞組織，或有一種特殊之愛力，因此在大腦或脊髓中築其巢穴，而以侵蝕神經之細胞組織爲其繁殖之方法。梅毒之侵入大腦卽其一例。在此種摧殘之情形下，常態的精神生活自不可能。

其他之細菌或者侵襲大腦與脊髓之膜。其爲害或爲毒質之排洩，或爲腦周液壓（liquid pressure）之變化。腦膜炎（meningitis）卽爲此症之一種。

其傳染中心（focus of infection）之在他處者，亦能影響神經系。細菌排洩毒質於血液中心

藉循環作用侵入身體之其他各部分。神經系常亦包含在內。例如喉頭炎 (tonsillitis) 潰齒 (cavities) (decayed teeth) 病穴 (diseased sinuses) 與慢性盲腸炎 (chronic appendicitis) 對於精神效率之影響，尚爲一般人所未認識。科同 (Cotton) 醫生發現機能病與慢性的傳染有極密切的關係。據他的報告，現有許多事實可以表明，若將傳染中心移去，則其並起之精神病亦因此而告愈。早衰病 (dementia praecox) 之治療，有能證明此種事實者。

二、毒質——毒質與精神病之關係，可由醉於酒者之行為察見之。其體內之毒質若一旦除去，則各種精神變態之現象因此消滅。酒精爲毒質中之最重要者，在精神病院中，患者有百分之八至十係因中酒精毒而發生精神病。

有鴉片癖者亦表現精神變態之現象，不過其形式不如是之奇特，且其發展之情形較爲潛伏，而其爲害則亦至鉅。

有些精神病則由體內之毒質所致。這些毒質多由排洩不良而生。例如尿毒入血之昏迷病 (uremic coma) 卽爲腎部機能有所破壞之結果。有時毒質亦可由消化道侵入血中而產生精神病。

三、腺病——內分泌系與神經系之關係或者等於身體中任何二系之關係。我們試一思及神經系對於體內化學之變化能有如何靈敏之感覺，則腺狀腺的分泌之增加對於神經系之影響不難察

此種分泌之增加可使人由 100 磅之重量減至 110 磅，或可使人失眠而有極其疲乏之狀況。由此可知內分泌的勢力之大，所以具有此種勢力之分泌，對於神經系自有極大的影響。並且腺之分泌若無充分之分量，則皮膚乾燥，骨盤不能有適當之生長，而生理之成熟亦因此而受影響。此同一之情形當然亦能影響神經系中之新陳代謝作用。

無管腺之分泌為生體進程之調節者。消化、營養、生長、普通的新陳代謝作用以及性之發展，皆為此種分泌所支配。神經系因此而有感覺，且因此而有鞏固性。所以此種分泌對於常態的生活進程實有莫大之影響，而生理的生活當然受其支配。

至於腺病在心理方面之影響，有下述二種情形可以表明之：(一)患枯內庭病者 (Hypothyroidism) 因其質狀腺之分泌無相當之分量，所以其行為表示一種拙笨、無神及無情之狀態。(二)此種分泌倘若過多，則成覺銳敏，活動不息，且易於激怒。無管腺的作用之失調，亦可使性之行為異於尋常。

圖、細胞營養之不足——有許多患早衰病者，患有貧血病 (即紅血細胞過少) 若治以肝精 (F. A. McClellan) 以增加其紅血細胞，則患者不獨在身體上表現進步，而在心理之狀況中亦有良好之變化。此種事實顯然表示患者之腦細胞，自血液中所獲得之營養過少。神經系之效率亦視其所得之營養而定。此種營養若有所缺，則精神病之症候可以隨之產生。所謂營養之缺乏或由身體所吸收之食

物所致。例如玉蜀黍疹 (pellagra) 則由維他命之缺乏。患此病者易於抑鬱。營養不足之兒童在心
智方面較爲愚笨。成人若無充分之營養，則有心理紛亂之狀態，並且損失其評判之能力。但是此種營
養之缺乏亦可由於血液運輸能力之不足，例如貧血者所患之症候是。

五、神經細胞之不足——大腦若有梅毒之傳染，則神經細胞之數當然可以因此而減少，不過本
段中所討論之事實，僅限於固有之缺陷，或在胚胎期中，或嬰兒初期中，因發展停止而有之缺陷。低能
(cretinism) 爲由此種缺陷而生之普通現象。柏雷 (P. J. A. Berry) 說：

「此處低能一名詞，係用以表示皮質的神經原，由任何原因而無充分之發展，因此患者不能用
常態方法適應其環境。弗哥耳特 (Ferguson) 說，低能者的大腦之特徵，即其皮質神經原的數目之
不足，此種神經原的發展之不規則，及皮質部中各個細胞發展之不完善。他又說，顯微鏡中所能發現
的變化之分量與生活時的心智缺陷之程度恰成正比。在許多事件中，此種細胞之貧乏，使皮質部的
灰色質之厚度不及常態。此乃顯而易見之事實——自然常常視爲發現之事實，而實則鮮有發現之
必要。」非

六、老年細胞組織之退化——老年精神病之原因，即其大腦在解剖上之變化。這些變化原爲大
腦血管之變硬，（因此而腦部之營養受其影響）及大腦細胞組織自身之萎縮。此種之變化，遂產生

一種進行性的心智衰退之現象。

七、機械之傷害——凡具有意外的性質，而能破壞神經系的細胞組織之種種因素，皆屬於此。精神生活所受之影響殆與細胞組織所有的傷害之分量成正比，亦與遭受損傷之特殊部位具有多少關係。例如頭部受傷，腦瘤與大腦失血皆為此種病因之重要者。

八、溫度之變態——患有熱病者之癲狂反應，與中暑者之昏迷狀態，均為過高的溫度對於神經系之影響，此種情形中之精神活動，與溫度增高時氣體分子之特別活動，頗相彷彿。二者皆似因熱度之增加而發狂。大腦範型因此發生障礙，於是其活動遂失其常態。

溫度倘若過低，則在反應方面亦可有變態的現象。

九、遺傳——我們在討論機體的精神病之原因時，不可遺漏遺傳一事，因遺傳實為精神病之重要因素。此點殆無否認之必要。不過今日之精神治療學家，對於遺傳原則在精神治療學的問題上之應用，已漸表示失望。孟德耳(Mendel)遺傳之說略如下述：

根據達奈(Darwin)及孟氏視遺傳品質為獨立之單元，於受胎時分離。所謂顯性律(Law of Dominance)係關於二個在單元品質上不同的機體之配合，其結果即為混種。這些混種形式相同，並且由其父母得一顯質所謂分離律(Law of Segregation)係關於混種之配合，其所出（即第

三代) 有百分之五十似其父母, 有百分之二十五似其純粹之男祖, 復有百分之二十五似其純粹之女祖。今以 S 代表原有之男而以 B 代表原有之女, 則第三代之公式爲 $\frac{1}{2}S + \frac{1}{2}Bs + \frac{1}{2}$ 。至於顯性 (Dominant) 與隱性 (Recessive) 之影響, 達奈說, 「假定 M 爲一顯性 (假定其爲「遺傳舞蹈病」) 假定 N 爲一隱性 (即「常態神經肌肉之機械」) 今若 $\frac{1}{2}N$ 與 $\frac{1}{2}N$ 相交, 則其結果有百分之五十爲 $\frac{1}{2}N$ 復有百分之五十爲 $\frac{1}{2}N$, 此即表明一半有病, 一半無病, 或之若爲顯性, 則全數無病。

「現在假若 $\frac{1}{2}N$ 爲隱性而 $\frac{1}{2}N$ 爲顯性, 則 $\frac{1}{2}N$ 與 $\frac{1}{2}N$ 二混種相交必有百分之二十五爲 $\frac{1}{2}N$ 十百分之五十爲 $\frac{1}{2}N$ 十百分之二十五爲 $\frac{1}{2}N$ 。此則等於四分之一有病, 四分之三無病。」達奈曾經指示孟氏之學說似可有助於人類缺陷所以產生之解釋, 然其解決人類的疾病問題之價值, 則至少在目前尙屬疑問。具體地說來, 我們或者最後能藉孟氏之學說對於家族分期之癱瘓症、遺傳戰慄症及屬此一類的疾病之產生, 與以較爲完善之解釋, 但狂鬱病 (manic-depressive psychosis) 早衰病 (dementia praecox) 及此一類之病則不能根據孟氏定律而加以預測。達奈謂今日之治神經

學者與治精神治療學者，必須多從生物統計學，診斷之觀察與環境之分析，以研究疾病遺傳之問題。目前的情形既然如此，故有許多精神治療學家不願過於注重遺傳之因素。至以上所舉之種種因素，則漸能引起一般研究者之注意。

#2 Dann, C. I.: The Modern and Technical Study of Heredity, Studies from The Department of Neurology, Cornell Univ., 1924, Vol. 14, No. 1.

Bunke, O.: Handbuch der Geisteskrankheiten, 1932. (Berlin: Springer.)

Freeman, W.: Neuropathology: The Anatomical Foundation of Nervous Diseases, 1933. (Saunders.)

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

Strecker, E. XX Ebaugh, F. G.: Practical Clinical Psychiatry, 1925. (Blakiston.)

Weil, A.: A Textbook of Neuropathology, 1933. (Philadelphia: Lea & Febiger.)

第五章 機能精神病之原因

現在關於機能精神病之學說不一而足。其較為重要者可以分析於下：

「制約反射說 (The Theory of Conditioned Reflex) —— 『制約反射』 (Conditioned Reflex) 說每每用以解釋精神病之產生。所謂『制約反射』可用下圖表明：

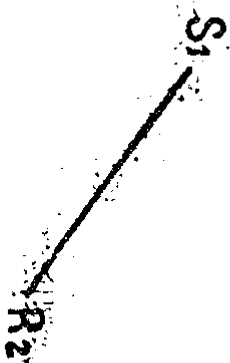
(1)



(2)



(3)



S_1 與 S_2 為兩種刺激。 R_1 為對於 S_1 之天然反應。換一句話說。在 S_2 出現時即有 R_1 發生。此種刺激引起此種反應之趨向，不必經過學習而後可以發生。此種反應稱為「非制約反射」(unconditioned reflex)。最初 S_1 不能引起 R_2 ，但是 S_1 若與 S_2 屢次同時出現，則 S_1 便有與 R_2 發生聯絡之趨勢。(參看第二圖)。此種進程發生之次數愈多，則 S_1 與 R_2 之聯絡愈為強固。後來雖止有 S_1 出現而 R_2 亦能發生。此種反應稱為「制約反射」。根據制約反射說，精神病亦為此種進程之結果。例如某人對於某事不應懼怕而懼怕，即為變態的現象。其原因必為此事以前常與可怖之事同時發生。

二、復故機械說 (The Theory of Reintegrative Mechanism) —— 此為賀林午士 (Hollingworth) 的學說之基本概念。此種概念係以韓米耳吞 (Sir William Hamilton) 的思想為根據。賀氏在討論這個概念時有下面一段的話：

「韓米耳吞早已應用「復故」一名詞，以表示一個複雜觀念在其一部分出現時，可使其全體恢復之趨勢。根據此種概念，一個觀念仍有分析之可能。我們雖用「皮質型」一名詞以代之，即可使之與流行的神經學說完全相符，但我們仍頗屏棄此種概念。不過一個部分所藉以恢復其舊日全體之機械，實為心理學中一個極可啓發思想之概念，並且著者深信在神經病治療學中亦如此……一個觀念之一部分難有出現之可能，因此韓米耳吞所採用之意義不能成立。但是或者無人否認一個

刺激的一部分可以發生之事實，並且我們容易表明此種部分刺激，可以引起以前對於此種刺激之全體反應。一個兒童為一個既大且黑，猩猩而行之四足動物所驚嚇。刺激與反應二者皆為複雜。後來僅有猩猩之聲即可喚起全部驚駭之反應。就是他的父母在爬行時或置於門後時作此猩猩之聲，亦復有此反應。此即復故機械。在某些情形之下……此種反應為精神神經的組織 (Psychoneurotic Make-up) 之主要特性。』

至於常態行為與變態行為之區別，我們可由下述之五種反應型中察見之：

a, 常態型 (The Normal Type) —— 屬於常態型之反應，即指對於情境一部分之反應，係以此一部分與其全體之關係為根據。

b, 輕狂型 (The Hypomaniac Type) —— 屬於輕狂型者之特徵，在其反應發生之過早。情境中之細目雖未發展至能表示目前之關係，而反應已經發生。

c, 低能型 (The Feeble-minded Type) —— 屬於低能型者之反應，表示對於情境全體與其中所含之種種關係不能領悟，或無充分之領悟。

d, 早衰型 (The Dementia Praecox Type) —— 早衰型之特點為某種復故型具有特別的勢力，而其他各種反應因此不能發生。此種趨勢之表現成為行為與語言之機械化，或為姿勢與運動

之機械化或爲喜怒哀樂之失常。

o. 精神神經型 (The Psychoneurotic Type) —— 屬於此型者，不能觀察目前情境之部分與其全體所具之關係。此一部分雖在舊日的情境與現在的情境中含有不同的意義，而反應者仍視爲舊日的情境之一部分。

根據上面所述幾種反應型之區別，常態的行爲與變態的行爲，雖在表面上看來具有嚴重的區別，而在其根本上皆不離乎復故原則。

三、心力說 (The Theory of Mental Force) —— 此說爲法人常奈 (Janet) 所主張。自康的 (Condillac) 與麥特里 (La Mettrie) 的時代以來，法國的心理學家大都帶着感覺主義的色彩。在常氏的思想中亦有此種傾向之表現。其學說有下述數點值得注意：

a. 精神生活之原素 —— 常氏認定感覺爲精神生活之原素。各種感覺之綜合，正如許多支流之匯合。此種之統一性爲常態生活之必要條件。倘若支流合而復分，則精神生活之統一性因此消滅，而其結果遂爲精神變態的現象。

b. 精神生活之統一者 —— 人格既由各種感覺綜合而生，各種感覺間必有綜合之力。此綜合之力即爲所謂心力，乃儲蓄於「趨向」 (tendance) 之內。常氏所謂「趨向」係指外界感覺刺激

而產生一些有次序的特殊動作之趨向。此種趨向有天然者，亦有習得者。此種趨向皆含有產生某種動作之心力，而其分量則視動作之複雜性與其重要性而定。在一種趨向形成之進程中，其力係取自原有的趨向，但此種趨向形成以後，則有此力永遠附之。

精神病產生之原因——精神生活之統一性，為一種綜合之力所維持。此種綜合之力若有所損，則各種感覺勢將分裂，而變態心理之現象因以產生。

心力缺乏之原因有二：(一)情緒之影響——從症候之觀點看來，情緒與疲勞二者殆無區別。此二種現象，皆為精力不足與感情激動二者混合之心理狀態。若注意於精力不足之一點，則名之曰疲勞。若注意於感情激動之一點，則名之曰情緒。此二者若有差別，則其差別亦必甚微。情緒產生疲勞之原因，屬於數量方面而非屬於階級方面，因其在心理作用上所屬之階級甚低，而其所儲之精力則極多。(二)精神緊張之影響——一切心理作用皆可分為等級。至其等級之高下，則視其精神緊張之程度而定。等級較高之精神作用，較之等級較低者易於產生疲勞。

在上述二種產生疲勞之原因中，其一由於數量上之關係，而其他則由於等級上之關係。情緒之階級雖不如其他精神作用之高，而所需之心力則極多。至由精神緊張而生之疲勞，則視心理作用之等級為轉移。此二者產生疲勞之情形雖有差別，而其結果則相同。我們可以說，常氏認定疲勞至少為

產生精神病之主要原因。

四、精神分析說 (The Psychoanalytic Theory) —— 精神分析說為弗洛伊德 (Freud) 所倡。弗氏假定人的行為為兩種本能所支配：一為『性能』 (sex-instincts) 一為『我能』 (ego-instincts)。精神病之現象即由此二種本能之衝突而生。此種結論係以下述各項理論為根據。

a. 性能之演進 —— 在精神分析學中，性的衝動每用『力必多』 (libido) 一名詞代表之，所以性能之發即為『力必多』之發展。弗氏說，性的生活之發展必須經過種種階級。其發展之進程正與鱗翅變為蝴蝶之進程相同。性的生活原為一性質散漫之生活，其中有許多部分本能 (partial instincts) 皆有要求滿足之趨勢。就其對象而論，在這些部分本能中，有始終限於一個對象者，如征服本能、好奇心與窺視之衝動是。其他各種部分本能則依附於特殊的動情帶 (erogenous zones)。其功用初不屬於兩性，但是後來原有的功用漸次消滅，因此其對象亦遭屏棄。例如口部本能，其最初之對象為母親的乳部。後來此種對象由兒童自身之一部分取而代之，於是此種衝動遂一變而為自淫 (auto-erotic)。後來此種衝動復向兩種目標繼續發展：(a) 廢止自淫而代以身外之物，(b) 以一個對象代替許多對象。

在性能之潛伏時期 (Latent period) 以前，『力必多』之發展暫時停止。其所究之對象則與

以前口部衝動之對象具有關係。此即母親之自身，因此母親變為愛情之對象。此處所謂愛情雖僅指性的衝動之心理現象而言，但抑制作用因此產生，於是此種關於性的目標之思想，不得不與意識（consciousness）之範圍脫離關係。此種對象之選擇即精神分析派所謂「伊底伯思情叢」（Oedipus complex）。此為精神分析學中之一重要概念，並且精神分析派受人攻擊之原因亦與此概念具有多少關係。

伊底伯思為希臘神話中之一人物。根據這個神話，伊底伯思知其必遭弑父娶母之命運，於是極力設法以防止此命運之實現，而不幸其所得之結果正與其所希望者相反。精神分析派借用此名詞以描寫上面所述之心理現象。

當兒童選擇其母為愛情對象時，其心理之現象可由其種種行為中察見之。此時兒童堅決要與母親獨在一處。他每因父親向她表示愛情而有嫉妒之表示。父親離開，則有快樂之表示。母親更衣，則在旁觀望。此種情形之解釋有借助於兩性原素之必要，因為母親愛其子女雖無差別，而其女則無同樣的表示，並且父母每爭寵一子，而子對於父母之態度顯有差別。女之對於父與子之對於母則有相同之態度。

在性能發展之進程中，兒童必須漸次脫離上面所述之心理關係，而物色另一愛情對象以代前

此之對象。此為常態的精神生活之必要條件。

b. 性能與我能之關係——我能亦有其發展之進程。此種進程非完全不受性能發展之影響，亦非對於後者全無影響。

但此二種本能仍有下述之區別：(一)此二種本能在應付實際需要時，表現不同之反應。我能易使其發展之進程，得與實際之需要互相適應。因我能之對象非他種方法可以取得，而且為生活所必需者。至於性能，則難受教育之影響，因其最初雖無對象，而不因此段覺痛苦。此種本能與其他身體上之功用互相關聯，而能藉此以滿足其要求，所以雖有其實際之需要而教育不能影響之。

(b)性能在其全部之發展進程中常以快樂為其目標。我能最初雖亦趨向此種目標，但是後來為其需要所迫，而其目標因此有所改變。自我 (ego) 能夠發現有時快感不可即得，某些苦痛必須忍受，而且某些快樂又須完全屏棄。此種教育使自我一變而為有理性者。所以性能常為快樂原則 (the pleasure principle) 所支配，而我能則為事實原則 (the principle of fact) 所支配。但是我能在其根本上還是趨向快樂，不過對於求樂之事可以稍為展緩，且能顧及事實。此處所謂快樂即心理機械中刺激減少或消滅之意。

三、此二種本能在產生精神病時之關係，精神分析派以為精神病由於此二者之衝突所致。性能

之趨向若遇外界之阻力而不能實現，則將採取他種方法以滿足其要求；但是我若能復與以壓力，則精神病之症候因以產生。換一句話說，性能若有外界阻力而無內部阻力，則精神變態的現象尙不至於發生。外界的阻力既使一種產生滿足之方法不能實現，而內部的阻力復有礙於他種方法之採用。後一種的可能性之消滅，即心理衝突之所由起。

(三) 病症之發展——根據精神分析學派的意見，性的衝動為種種部分衝動綜合而成。有部分衝動在其發展之初期中，可以停止而不向前演進，但其他之衝動仍可繼續發展以至完成而後已。部分衝動之停止發展，即所謂「固定」現象 (fixation)。此種現象之原因有二：一為遺傳的傾向，一為兒童初期中所養成之傾向。但是部分衝動在已有進展後仍能退至最早的時期。此即所謂「退化」現象 (regression)。這是因為此種衝動在行使其功用時，遇有外界之困難而不能滿足其要求，於是不得已而向後退。固定與退化並非不相關聯之現象。在一種功用發展之進程中，固定現象之勢力愈強，則此種功用愈易見難而退。此為固定與退化二種現象之關係，亦為精神病之由來。

在精神病產生時必有心理上之衝突。此種衝突係發生於性能與我能之間。患者藉精神病使此二種本能之勢力得以調和。治療之困難即由此二種本能之阻力而生。此二種勢力之一為未能滿足之一力，必步「外界的阻力使之不得不另覓一種產生滿足之方法。倘若此種方法之實現仍為外界

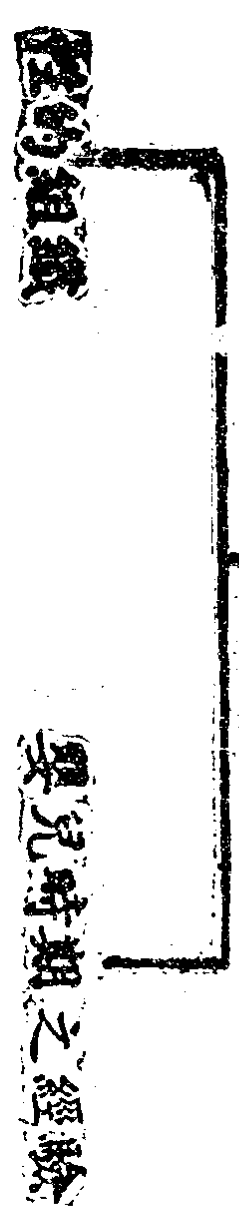
所阻，而不能以另一對象代替原來的對象，則其勢必退化（Regression），而於過去時期中尋求一種產生滿足之方法或對象。此種勢力遂為前此之固定現象所吸引。

在此點上，性慾反常的行為（Perversions）與精神病二者之發展遂背道而馳。退化之趨勢若不引起自我的反抗，則精神病可不發生，而「力必多」亦能滿足；不過此種滿足為背乎常道者。但是自我不獨控制意識，而且支配心理的衝動之實現，所以自我倘若反對此種退化之趨勢，則衝突因此產生。於是「力必多」不能與自我並立，必須另覓一處以滿足其要求。其遁逃處即所謂「潛識」（the Unconscious），亦即固定現象之所在。這些現象原為自我所逼而處此。此時「力必多」占有潛識，而其所採用之觀念亦皆屬潛識。這些觀念在一方面有表現於外之傾向，而在其他一方面復須抵抗前識中之自我（the foreconscious ego）或檢查者（Censor），所以須擇一種形式以應付此種情境，而得以表現。其結果為病症。此即潛識中的「力必多」產生滿足之一種方法。不過此處所述之事實僅以「害思病」（Hysteria）之發展進程為根據。

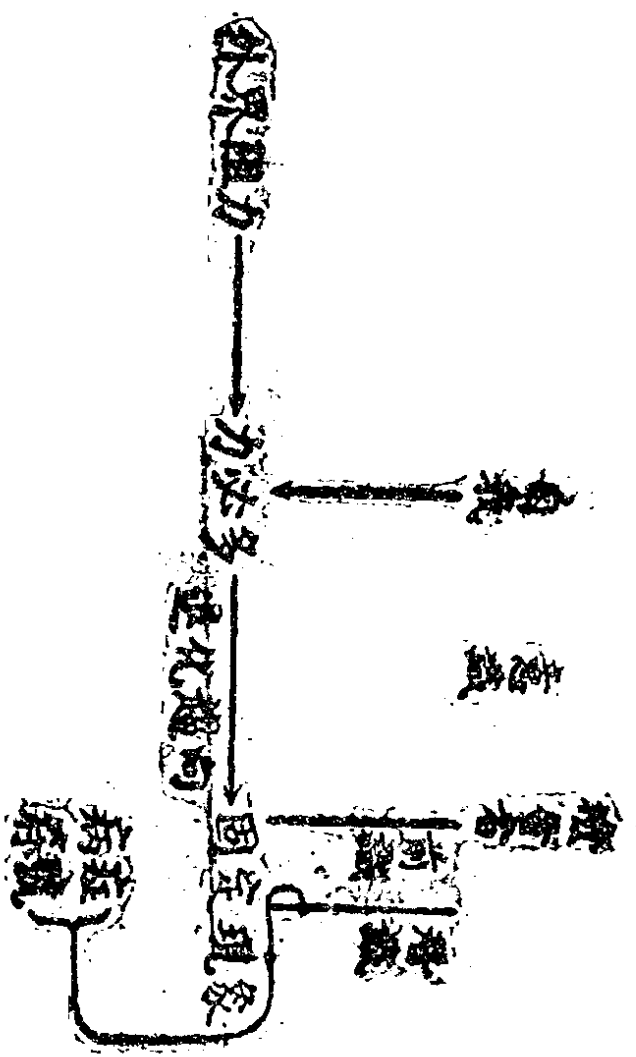
非前識即乎意識與潛識之間者，其中有所謂檢查者，其功用在於檢查觀念之是否與自我發生衝突。有衝突者不得侵入意識。

此種精神病產生之原因可由下面第三圖解表明之，而其發展之進程則由第四圖解表明之。

精神病的原因 = 力必多 固定之傾向 意外之經驗



第三



第四圖

要旨如下:

a. 「力必多」之演進——據榮赫著來, 「力必多」之意義不應限於性的衝動, 且不等於廣義的性慾。這個概念應當包含一切生理的與心理的現象在內。在人類的行為中, 雖有許多功用與活動, 原以生殖本能為其基本, 但是後來不復具有此種性質。這些功用與活動不得視為屬於兩性兩性功用與其種種之表現雖為「力必多」之重要出路, 然而此外尚有其他種種之出路在「力必多」當有活動之性質, 其表現之方向可以任意支配。

榮赫稱「力必多」之發展時期分為三個階段: (一) 第一時期, 自生產時起至三歲或四歲止。此為性能發展以前之時期。在此時期中, 生活力之主要功用, 在營養與生長。(二) 第二時期, 此為青春前之時期。(三) 第三時期, 此一時期自青春期開始, 為成熟時期。在最早的時期中, 有許多現象帶着性的色彩。這些現象雖與性能具有多少關係, 但此時之所謂性與成人時期中所含之意義斷不相同。此種種現象皆為「力必多」在發展進程中之過度現象。此時「力必多」若遇有阻礙而停止其發展, 則其結果即為固定現象。「力必多」之發展雖能停止, 然而身體之發育不得因此而停止, 所以情緒之過度, 何屬嬰兒時期, 而身體之需要則屬成人時期。此為精神病或其他變態現象之基本原因。

b. 精神病產生之原因——弗洛伊德承認，在患精神病者中，有於其兒童時期表現精神病之趨向者。他亦承認父母對於兒女的發展之影響。過於姑息之態度與缺乏同情之態度，在兒女的情緒方面均能產生不良的影響。兒童之神經愈敏，則家庭環境之印象愈深。因此於不知不覺之間，在家庭以外尋求家庭中之標準。此種情形自非患者本身所認識。患者雖能察見目前的情形與嬰兒時期之情形之區別，然其情緒之狀態不能適應此種之見解。此為衝突現象之所自來。

但是根據榮格的意見，患者雖有許多觀念與感情與其父母具有多少關係，究竟這些觀念與感情皆屬主觀，而與過去的實際情境並無關係。患者所謂父母並非真正的父母，而為父母之想像（想像中之父母）。其感情與幻想，僅與其想像中所產生之意像發生關係。因此榮格認定伊底伯感情，不過為兒童對於父母的慾望，與此種要求所產生的衝突之符號。他否認母親在兒童初期中具有性的意義。兒童最初所望於母者，即為營養與保護。後來性慾萌芽，因此其愛情帶有性的色彩。但是此時其主要之愛情對象仍為其母，所以他仍希望由她可以滿足其一切之慾望。此為心理衝突發展之情形。因此子之於父，女之於母，每有嫉妒的態度。

至青春初期，兒童漸次與其父母脫離關係。其健康與幸福實視此種解放之程度為轉移。但是有人每與其家庭之關係異常密切，因此不能有充分的解放，所以性的力必多僅能表現於某些感情與

幻想中這些感情與幻想可以表示情邊之存在。

榮氏雖然承認父母的影響與兒童的兩性組織的影響之重要，但他否認在嬰兒時期中可以尋見精神病之真正原因。心理衝突之原因乃在目前的情境中。兒童有作某事之必要，而且此事對於其自我之滿足有必要之關係，但是因有困難在前，不能進行，於是力必多遂不得已而向後退。此時力必多所表現之形式，雖為兒童時期中常態之現象，但在成人時期中則無價值。嬰兒時期中之慾望與幻想遂一變而為病症。此為精神病之發展進程。

六個性心理說 (The Theory of Individual Psychology) —— 首倡個性心理說者為阿德拉 (Adler)。此種學說係發源於精神分析說，然亦有其特殊之見解。至其大要則如下述：

a. 卓越目標 (The goal of superiority) 之假定 —— 個性心理派假定心理現象之趨勢為卓越目標所支配。此為人所共有之目標，可自態度中，或要求與期望中，或朦朧的記憶，幻想與夢寐中窺見之。一切身體的或心理的態度，皆以一種爭勝之趨向為起源，而以盡善盡美之理想為目標。

此種假定之正確性易於判定，因為此卓越理想果有普遍之性質，則我們應當發現許多行為係以壓迫他人或輕蔑他人為目的。例如固執，獨斷，自傲，誇張，多疑，貪婪各種品質皆為爭競之表示。

此種目標對於心理現象之解釋至為重要。一切心理活動之方向皆為一個固定目標所支配。在

兒童的心理發展達到某種程度以後，其一切暫時之目標皆爲此想像的最後目標所支配，因爲兒童視此目標爲一固定之終點。換一句話說，此種目標即支配兒童之「生活行程」(Life Line)。若我們如欲解釋兒童的心理現象，則須首先了解此最後之目標，否則我們對於其全部反射系及其發生之原因雖加以研究，而仍不能預料其未來之行爲。人若缺乏目標之意識，則其人之思想、情感、意志與動作皆無進行之可能，所以一切心理現象皆應視爲對於某個目標之準備，否則這些現象便無意義。

我們若要確定某人的某種心理現象之目標，則此人之全體生活須有澈底的了解。在其生活全體已經了解以後，我們方能了解其生活之部分。從反面說來，在各部分之現象既已了解以後，我們將此一切之知識綜合起來，亦能察見其全部之生活計劃與其最後目標之真相。

b. 卑遜情感之位置——上面所說之競爭態度，可以回溯到兒童時期以察其原因。其最顯著之現象即是在全部之發展進程中，兒童對於其父母及世界之態度，含有一種所謂「卑遜情感」(feeling of inferiority)。致此情感之原因不一，或爲器官之尚未成熟，或爲自立能力之缺乏，或爲服從他人之必要。唯兒童有此情感，則在其心理上表現極不安定的狀態，而有與人爭競之趨向。兒童因此每每希望失之東隅，尚可收之桑榆。有些兒童則因此而有反抗的態度，因爲他們相信止有反抗之一法，能使其卑遜之狀態永遠消滅，而其自身得以超乎一切人之上。兒童此種態度，一

而遺像的虛偽目標)而轉此變質為富,轉弱為強,由無所知而變為無所不知,由無所能而變為無所不能。兒童在身體上或心理上之缺點愈多,則愈感覺其自身之不穩固,於是其所建設之目標愈高,而其固執之趨向亦愈強。

。精神病產生之原因——阿氏對於精神病之發展進程,曾有下述之分析:

(一)一切精神病皆可視為消滅卑遜情感而求得卓越情感之嘗試。

(二)精神病之目的既非社會之適應,復非生活問題之解決,而為在狹小的家庭範圍中求一出路,患者藉此得與外界隔離。

(三)患者應用神經過敏(hypersensitiveness)與胸襟狹隘(intolerance)之方式,以脫離較大的社會。他止保留一小團體,俾能表現其種種卓越的品質,而同時得以避免社會生活之要求。

(四)患精神病者如此脫離實際的世界,而度一種想像的生活,他們應用此種方法以避免實際上的需要,而達到一種理想的情境,因此對於社會既無服務之必要,復無責任之可言。

(五)患者以疾病痛苦所產生之自由與特權,代替不可必得之卓越目標。

(六)精神病建樹一種『消極迫力』(counter-compulsion)以免社會上之種種限制。此種迫力之組織足以適應其環境之要求。

(3)「選擇能力」具有反抗的性質。其所採用之材料或為順利的情感經驗，或為當時所觀察之事實。此種能力能使讀者之思想與情感限於上述之激動，或無關緊要之細目，以免其生活之問題得以引起其注意。

七、並存意識 (The Theory of the Co-conscious) 說——此說為卜漢士 (Prince, M.) 所創。下面所述為其重要之點：

• 並存意識之意義——卜氏以為記憶即內繪 (neurograms) 之保留。記憶中所保留者並非記憶之自身，而為記憶之傾向 (dispositions) 或使記憶可以復現之情形。並且事物之保留有其限制，縱使一種經驗已有生理上之記錄 (physical register) 此種記錄亦能自然趨於消滅。

生理記錄有下述數種：一為主要的意識。此種意識為活動的內繪所組成。一為靜性的內繪，或當時無活動之記憶。此為一種無意識之內繪。復有一種內繪雖有活動而無意識。此為純粹生理之內繪。後二者均稱為無意識 (the Unconscious)。

• 此外尚有二種特殊的內繪。一組即平日所謂意識緣 (fringe of consciousness) 此中之原身含有些微的意識，且有覆憶之可能。在意識緣中，有些進程在覆憶時似顯明顯，而在其發生時並不如前之明顯。此種緣與他種緣，(即卜氏所謂「外緣」(outer fringe)) 殆無嚴格劃分之可能。

此特殊癩中之原素非人所能覺曉者並且僅在特殊的情形中方有覆憶之可能。覆憶之者覺其在發生時含有意識，唯在其主要意識之外而已。

此特殊的進程雖有意識的而非另一自我之意識。但在心理衝突之情形中，這些進程得以自成一系；因此本主要的意識外復有一種人格產生，得有其自我之意識。此種意識的進程，無論其發展之程度如何，皆可稱為『並存意識』(the Co-conscious)。

並存意識在實驗上之根據可由下列表明之：卜氏曾用實驗方法，使患者一面讀書，一面寫出許多同題的答案，而患者本人對於所作之問題全無所知。此種事實不能以注意轉移說解釋之，因此而有『並存意識』之稱。此種意識在潛識 (the Subconscious) 中所居之位置，即如第五圖所示。

b, 精神生活之形成——卜氏根據聯絡原則，解釋精神生活之形成。其理論之要旨如下：任何對象，符號或觀念之意義皆由經驗而得。此為人所共知之事實。所謂意義係含於刺激周圍之經驗環內。此種經驗義即是所謂『外緣』(affect)。好惡之傾向，情緒之激動，以及固定觀念等等，皆與意義具有關係。這些現象皆表示常人有意識的反應之外緣，僅有一部分出現於當時之意識中。患精神病者之外緣，每有一大部分不能應用通常方法導入意識範圍之內。換一句話說，常態的行為與變態的行為，均有一大部分由潛識所支配。

意識

意識緣

潛識

並存意識

無意識

有活動而無意識者

無活動者

第五圖

外緣每保留於潛識中，且在其中活動，然亦能藉符號而出現於意識中。所謂情系 (sentiment) 或情叢 (complexes) 即包含符號，而且為其根據者。情系或情叢為個人的人格之基本。情系為一種或多種情緒的傾向，圍繞一種觀念或對象之組織，不過其作用有有意識者，有無意識者，視情境之性質而定。情叢 (complexes) 為觀念團體之與情緒有關者。此處所謂情叢與所謂情系，僅因注重之點不同而有差別：前者注重聯絡之複雜性，而後者則注重情緒之原素。此二名詞皆表示一種組織緊密之範型，每有單獨活動之可能。

情叢之範圍闊大而內容豐富者，稱為系統 (system)。系統之種類不一，如所謂「題目系統」 (subject systems) 即許多經驗因題目相同而發生關係；「時代系統」 (chronological systems) 即屬於某時期或某時代的記憶；「性情系統」 (mood systems) 即各種經驗由一共同的情緒態度而發生聯絡。人格為此種種系統綜合之結果。在某些衝突的情形之下，各種系統可以互相分離，而人格因此崩潰。由分裂之情叢或情系以至崩潰之人格，皆為變態的心理現象。

c, 變態心理現象發生之原因——心理衝突為其原因之一，不過衝突現象，究為一切心理活動中所具有者。一切心理進程，皆含有衝突與制止作用在內。用生理學的名詞說來，此即是增高性質相反的心理進程之因，因此刺激必須增強，而後當時之心理進程乃能活動。此為常態心理之機械。變態

心理現象之解釋，亦需衝突之一概念。惜乎平日此種概念過於簡單化。我們平日以為衝突或發生於兩個有意義的進程之間，或發生於意識與潛識之間，或發生於潛識中的某一有力的原素與意識之間。卜氏謂在此種種衝突以外，兩個潛識進程亦有發生衝突之可能，並且他對於衝突者之性質亦不與以限制。受抑制之衝動不必屬於潛性，或屬於自我的或屬於嬰兒時期。任何兩種系統可以發生衝突，而其較弱者，自必為較強者所抑制。

各種系統因衝突發生而有分裂之趨向。此為兩弱相競之結果。所謂心力虛弱之說全不足據。如有許多患害思病者 (Hysterics)，亦能綜合許多心理原素，殆與常人相同，不過具有某種性質之情系或情緒（即指屬於某些經驗或某些系統之情系或情緒）則有分裂之現象。此乃由於心理之衝突所致。

八、目的說 (The Purposivistic Theory) —— 此說為麥克都格耳 (McDougall) 所主張。麥氏以本能的趨向，解釋常態與變態二種生活之現象。本能之趨向又名之為「迫力」 (Impulse, 希臘字)，所以此種學說復有迫力說之稱。麥氏以為弗洛伊特 (Freud) 的衝突說過於狹隘，因心理之衝突，斷不限於我能與性能二者。每種本能似皆趨向於最高度的發展。在順利情形之下，一種本能可有過度之發展，甚至成為全部體系的精力之出路。各種趨向必須互相爭競，互相約束，而後體系

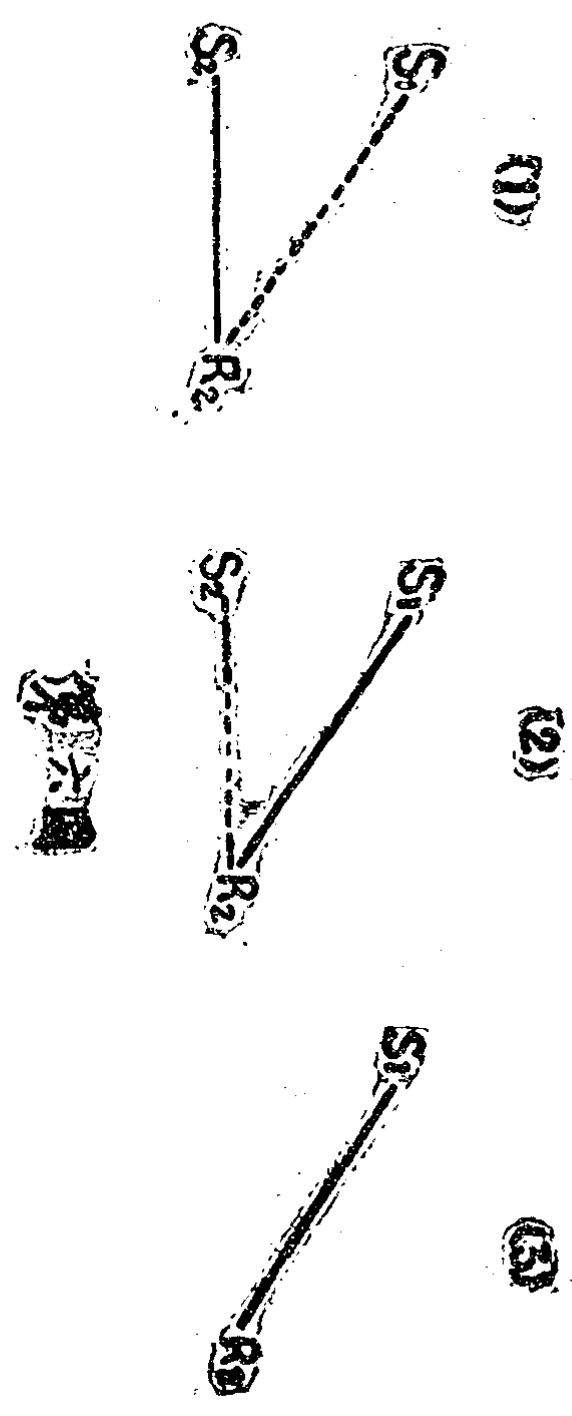
方能得其平衡。若某種傾向之天然勢力過強，或其發展過度難於約束，則此互相制遏之進程，必因此而增加其強烈之程度，而所謂內部的衝突於是乎產生。病態的衝突，與常態的制止作用，殆無嚴格的區別。

一切互相爭競之趨向既為皆有目的之趨向，而一切產生變態現象之衝突，既為各種目的之衝突，或各種目標相反的衝動之衝突，所以一切機能的病皆為目的之表現，不過有些目的曖昧不明，非患者本人所能認識而已。

上述之各種學說可以分為三類：一類注重心理的進程，一類注重心理的組織，一類注重心理的衝動。制約反射說與復故機械說屬於第一類，心力說與並存意識說屬於第三類，而精神分析說、生活力說、個性心理說與目的說則屬於第三類。制約反射與復故機械，皆為對於心理進程之解釋，心力說中綜合與分裂之現象，與並存意識說中各種意識之組織，皆為對於心理組織之解釋。精神分析與生活力二說中之力必多，個性心理說中之卓越目標，與目的說中之本能，皆為對於心理衝動之解釋。其實此三方面皆應並重而不可有所偏廢。此為各種學說之共同缺點。至其特殊之弱點，則可分別述之於下：

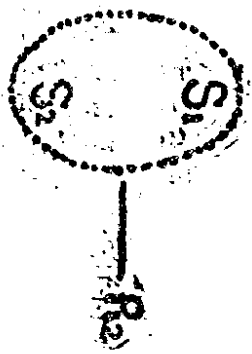
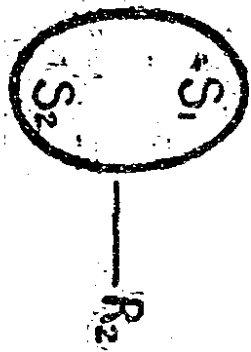
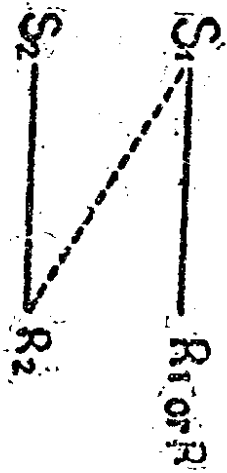
一、制約反射說之弱點——制約反射 (Conditioned reflex) 一概念似可解釋變態的心理

現象，不過此種概念尚有修正之必要。茲用圖解表明於下：



在上圖中， S_1 與 S_2 為兩種刺激， R_1 為對 S_1 之反應，此種反應即所謂「非制約之反射」(unconditioned reflex)。此種不學而能之反應，但以 R_1 反應之為此處所須養成之制約反射。其養成之法係於每次 S_2 出現時亦使 S_1 出現，因此受試者同時對於 S_1 與 S_2 二種刺激得有 R_1 之反應（如(1)）在訓練進程中， R_1 與 S_2 的聯絡漸次增強（如(2)）後來 S_1 雖單獨出現而亦可引起 R_1 的反應（如(3)）。

此種之描寫似與事理相符，然其實猶未盡舉事實之真相。（參看第七圖）



第七圖

我們於此處所應注意之點有二：(一) 每種刺激實有其特殊之反應。此種反應或屬外部，或屬內部。既有反應 (R₁) 則 S₁ 亦必有其反應。現在可用 R₂ 代表此種反應。在 S₁ 與 S₂ 同時出現之時，R₁ 與 R₂ 亦必有同時發生之趨勢。不過此二種反應可在性質上互相衝突。在此種情形之下，僅有一種反應能夠發生。若 R₁ 的勢力較大於 R₂，則後者將為前者所抑制，而其結果僅有 R₁ 出現。(二) 就刺激言，並非代替 S₁ 如制約反射說之所假定。若 S₂ 果取 S₁ 而代之，則在此制約反射養成以後，每次有 S₂ 出現，必有 R₁ 發生。但在事實上制約反射雖已養成，尚需原來的刺激以保持其勢力，否則 R₁ 不能為 S₂ 所引起。由此可見 S₁ 非 S₂ 之代替者，不過在訓練之進程中，此二種刺激漸次形成一個單元，於是此單元中之某一部分遂可以代表其全體。所以 S₂ 並非為單獨之 S₁ 所引起，而為其所代表之單元所引起。此種單元之概念在消極方面固有上述之事實可以證明，而在積極方面亦有一些事實值得考慮。例如在養成制約反射時，兩個刺激倘若同時出現，則制約反射易於養成；但是倘若制約刺激（即須引起制約反射者）出現於非制約刺激（即原來引起制約反射者）之前，或在制約刺激已經停止以後，方有非制約刺激出現，則制約作用之養成較難。我們由這些事實，可以察見單元概念之正確性，因同時出現之刺激易於組成單元，而先後出現，或相距較遠者，則難於組成單元。根據這些事實，制約作用一概念似須加以修正，方與事實相符。

二、復故機械說之弱點——據賀氏的意見，韓氏復故說中之所謂觀念，決無分裂之可能，所以觀念一名詞須以刺激代之。其實一個刺激亦非可以分裂者，唯有刺激之團體方能分裂。並且賀氏所舉之例非指一個刺激，而指一個刺激團體，因為兒童對於犬的經驗乃其形、其色、其聲、其動作及其他種種刺激情形所組成。所以我們當用刺激叢(stimulus complex)或刺激情形一類之名詞，而後事實之真相乃可得見。

不過我們在修正復故概念以後，尚不能答覆下面的問題：我們已經說過，一個反應係對一個刺激團體而發生。但是何以在一個情境中，有些刺激屬於這個團體，而其他之刺激則否？這個問題，實為行為中之基本問題，但是這個問題，恐非根據賀氏的學說所能答覆者。

三、心力說之弱點——常氏以為患精神病者的人格之分裂係由於綜合力之缺乏所致。但是人格雖已分裂，而各種獨立的系統仍然存在。根據心力說之觀點，此種事實表明綜合之力並未喪失，否則所謂系統亦不能存在。在事實上看來，各種系統之分裂，實因其性質上之衝突所致。根據同一之理由，各種系統之形成，亦必由於其內部的分子在性質上之一致。所以精神生活之統一與分裂，並非視心力之有。

四、精神分析說之弱點——弗氏的學說至少有下面兩種缺點顯而易見：此種學說過於簡單。

化。弗氏以爲一切精神上之衝突皆發生於我能與性能之間。根據此種觀點，人格可以分爲兩部分：一部分屬於自我，而其他一部分則屬於兩性。其實天然的趨向不一而足，而且除天然的趨向以外，尚有許多由學習而得之趨向。此種種趨向皆有發生衝突之可能。b. 精神分析說中所用之名詞過於神秘。例如精神分析派以爲在意識與前識間有所謂檢查者，其職務在使凡一切與我能衝突之趨向，不能表現於外。其實此檢查者不過爲一種相反之趨向，而精神分析派竟以此神秘其名。此爲多數例子之一。

五、生活力說之弱點——榮赫之生活力說亦有兩個顯著的缺點：a. 生活力之性質既非固定，而其表現之方向既可任意支配，則衝突現象何由而起？此爲生活力說所難圓滿答覆之問題。b. 榮氏視目前困難爲精神病的原因之所在。究竟此種困難如何產生，則又爲尙未解決之問題。目前困難之原因，斷非完全在外界情境中可以發現者。同一外界之情境，甲可感覺其困難而乙則否。此則視乎甲乙二人本身之組織而定，而此種組織復爲過去的生活所支配，所以榮氏所謂生活力不進則退之理由，仍常溯諸既往。

六、個性心理說之弱點——個性心理說之中心概念，可以一言以蔽之曰「卑遜情感」與「卓越目標」。此二種概念雖然含有至理，然亦未免使精神生活過於簡單化。在此種缺點上，此種學說與

弗氏之說相同，不過在前者中有尊卑兩種情感之對峙，而在後者中則有自我與兩性二種本能之爭競。

七、並存意識說與目的說之弱點——上面關於卜麥二氏之敘述，僅以其學說之特點為限。其實此二人皆自命為「目的派」(Purposive Group)，不過卜氏所謂目的屬於獲得之傾向(acquired dispositions)，而麥氏所謂目的則屬於本能。此為二人目的說之區別。就其顯而易見之弱點而論，卜氏對於情愛與情系二者不能與以適當的區別，而其對於變態心理現象中之衝突作用，與常態心理現象中之制止作用(Inhibition)復不能與以充分的解釋。此為並存意識說之缺點。麥氏學說之重心，當然為其本能說。其實在人類的行為中，本能所佔之位置斷非如此之重要，所以此種重心不能成立，而其學說之基礎遂不得不因此而搖動。

Adler, A.: *The Neurotic Constitution*, 1917. (N. Y.: Moffat, Yard.)

Hearing, F.: *Reflex Action*, 1930. (Bailliere, Tindall & Cox.)

Freud, S.: *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. (Leipzig: F. Deuticke.)

Hollingsworth, H. L.: *The Psychology of Functional Neuroses*, 1920.

Idem.: *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. (München: Berg-

(mann.)

Jung, C. G.: *The Psychology of the Unconscious*, 1916. (N. Y.: Moffet, Yard.)

Jung, C. G.: *Psychologische Typen*, 1930. (Zurich: Rascher.)

McDougall, Wm.: *Outline of Abnormal Psychology*, 1926. (Charles Scribner's Sons.)

Pavlov, I. P.: *Conditioned Reflexes*. (Translated by G. V. Anrep.) 1928
(Oxford University Press.)

Prince, M.: *The Unconscious*, 1914. (Macmillan.)

第六章 診斷與檢驗

一種神經病之診斷，有時即是認識某病屬於何類。例如認識某病為癲癇病即為一種診斷。在有些精神病中，尤其是在一切機體的精神病中，醫生必須作一局部的診斷，然後作一病理的診斷。這就是說，病之部位與其性質均須確定。診斷之法包含下述幾種手續：壹、調查或神經檢驗。參、生理檢驗。肆、心理檢驗。

壹、調查——所應調查之事為患者之家庭歷史、個人歷史及其精神病發展之狀況。

在調查家庭歷史時，所問須有條理。每一親族中人應有個別之調查。在可能時，患者的子女兄弟、姊妹、姪輩、父母、祖父母、伯叔姑、堂兄弟姊妹及母舅家中具有同樣關係之親族，皆須調查。

關於每一親族中人，我們應將其姓名、性別、誕生地、年齡（或死時之年齡）、死因、教育、職業與婚姻狀況分別記下。

所應特別詢問之事為下列各項：精神病其初起時、初起情形、主要現象、發展過程、停止時期及

發覺情形，癲癇病及其他似有關係之病，如兒童時期之墮擊，昏迷，偏頭痛，間歇的瀉痢，發展之阻滯（其表現即：開始行走過遲，與開始說話過遲，而在身體方面並無缺陷），學校成績惡劣，工作失敗，自殺方法與其近因（知則必須記下），較輕的精神病，神經虛弱（nervous prostration）與精神神經病（psychoneuroses），害思病，神經衰弱病（neurasthenia），心理衰弱病（psychasthenia），酒癖或藥癖，分量與次數及停止之時期，反抗社會之品質（anti-social traits），犯罪，虛偽，賣淫，浮浪，不因身體缺陷而有之貧困，性情上之變態，例如不適當之易怒性，去而復來之愁悶，憂慮或憂鬱的傾向，過度的宗教熱忱，吝嗇及其他怪癖，性的變態，又喘息，頭痛及循環之嘔吐。

若有曾入醫院或牢獄之事實，皆須記載，並註明其日期及其他情形。

他若兒童全體癱瘓病一類之事件，則有遺傳的梅毒問題發生。患者的家庭歷史當然有助於此項問題之解決。

上述各種情形若僅根據報告而記錄之，未必可靠。在可能時必須對於各人之生活情形，加以簡單之描寫，以表明此種記錄之可靠性。

在調查患者本人的歷史時，下列各種問題值得考慮：一、患者在胎期中有無下列各種情形：傳染，產期中之產熱（echaripia），母親之傷損（traumatism），水腦（hydrocephalus）或其他胎

兒病在產生時有無下列各種情形：早產，難產，或因應用工具而致頭部受傷？在嬰兒期或兒童期中有無下列情形：腦膜炎 (meningitis) 百日咳 (whooping cough) 兼有腦病？一、在精神病發生以前在患者的本質組織上，有無變態的現象？嬰兒期，兒童期或以後之墜擊，忽來忽去之昏迷，開始行走過遲或開始說話過遲，學校成績惡劣，工作失敗，反抗社會之品質（犯罪，虛偽，賣淫，浮浪）性情上之變態（過度的易怒性，去而復來之憂鬱，憂慮或憂鬱的傾向，盤居之傾向，過度的宗教熱忱，吝嗇或其他怪特之性情與兩性之變態。三、患者對於酒精之應用有何習慣？其原因何在？（家庭苦痛，失業，商業失敗，社交）酒精之應用為有規則的（每日，每週之末）或為偶然的？應用何種飲料？應用多少？曾否飲醉？若然，已有多少次？此種飲酒的習慣，曾否影響患者的食量或健康？此種習慣曾否使其損失應需工作之時間？在精神病將發生以前之情形尤應有詳細之敘述。四、關於傳染花柳病之事，應有詳盡之調查，尤其是梅毒，傳染之日期與來源，其表現之現象；是否立時醫治？如何醫治？醫治是否澈底？此種醫治是否有系統的，長時期的，並且有血清之控制？血清之檢查是否最後變為負的而且繼續如此？五、患者曾否患有腦部的傷損？他在受傷以後是否立時昏迷不省人事，或經過一些時間方有此種狀態發生？此種昏迷狀態延長多少時間？在清醒以後有何症候產生？腦骨有無破裂？患者是否經過手術？他最後是否恢復原狀？六、對於患者的養育與其兩性，家庭及工作之生活應當加以調查。

精神病之歷史，應當包括下列各項：以前有無精神病之侵襲？每次侵襲之原因、日期及其情形，其主要之現象，其發展之進程，其延長之時間與結果？此次侵襲之臨時的原因？此病初起之日期及其表現之情形（突然的或漸漸的）？最早發現之現象？主要之情形在入院以前所受之治療？入院之原因？

貳、神經檢驗。

一、癱瘓——其檢驗之方法，係使患者在種種方向中移動其臂、腿、軀幹、頭部、面部肌肉、目、舌、唇部。若有癱瘓之症候表現，則其程度可用量力器（dynamometer）測量之。平常的手力測量器，可用以測量縮肌（flexors）癱瘓之程度。成人平均之壓力在右手為40—50克（Kilograms），而在左手則少3—5克。女子的平均壓力約等於男子的平均壓力之三分之二。若使患者竭力握緊醫生之手，則其癱瘓之大概情形可以察見。詐病者或患害思病者，每於不知不覺之間，應用頗多的壓力而不自覺。醫生亦可應用種種方法，檢驗患者腿部之力，例如使其一足站立，或立於椅上或舉足衝物等等皆是。

癱瘓既已發現之後，則其程度與種類必須確定。癱瘓症可分四類：

a. 上神經原類（An upper neuron type）——屬於此類者，由於腦脊動作神經原（Corticospinal motor neurons）受傷所致。此種癱瘓多為半身不遂之現象，且有極強、過度的深反射（exaggerated deep reflexes）及減少之皮膚反射（lessened skin reflexes）之現象同時發

生。此種種反射將於後段述之。肌肉並不萎縮，或表現退化之電氣變化。

b, 下神經原類 (Lower neuron type) —— 屬於此類之癱瘓由於傷及脊髓前角細胞 (anterior cornual cells) 或其前根，或腦莖中與此相對之部分 (the corresponding parts of the brain stem) 所致。受傷的神經所支配之肌肉表現癱瘓之現象。此種癱瘓有柔軟性，且有萎縮現象及退化的電氣反應同時發生。

c, 混合神經類 (A mixed nerve type) —— 其現象與下神經類相似，不過此外尚有感覺上之症候，如痛與麻木即是。

d, 心理類 (A psychic type) —— 此種之癱瘓為一種心理作用所產生之結果。其現象或為半身不遂，或為下半體之癱瘓，或為一肢之癱瘓。同時每有麻木症發生，但無痙攣或萎縮之現象。

癱瘓症罕為一種獨立之現象。常其發生時，常有肌肉狀態與姿勢之變化，而且在反射、營養、血脈的情形，及肌肉的激動性方面，皆有變態現象產生。

二、反射——反射有四種：即 a. 表面或皮膚反射 (skin reflexes) b. 深反射 (deep reflex) c. 震盪反射 (vibrata reflexes) d. 脊髓自動反射 (the spinal automatic reflexes) 下面所述限於前二種。

表面反射由抓、扭或刺激皮膚而產生。其結果為感受刺激的肌肉或與其接近的肌肉之收縮。平常可以引起之表面反射為肛門反射(anal reflex)、珠穴反射(bubo-ca vernous reflex)、足趾反射(plantar reflex)、提舉肌反射(cremasteric reflex)、下腹反射(epigastric reflex)、腹壁反射(abdominal reflex)、肩胛反射(scapular reflex)、手掌反射(palmar reflex)與幾種頭部反射(cranial reflexes)。

肛門反射由會陰(perineum)被搔而產生。肛門縮肌(sphincter ani)因此收縮。引起珠穴反射之方法，係置一指於陰囊後之尿道處而刺激龜頭。此種刺激能使珠穴肌(Bubo-ca vernous muscle)收縮。

足底反射可由足底被人呵癢或抓搔而產生。此時足趾稍有彎曲。人多無此種反應。就易於激怒者與兒童而論，其現象為足部突然向後之彎曲，而且每有內腿筋同時收縮之現象。倘若病在脊髓之稜錐道(pyramidal tracts)與大腦之動作中樞及其神經道中，則大趾向後伸直，而且有時其他各指皆張開如扇。此即所謂「白氏反射」(Babinski reflex)。

提舉肌反射係由大腿之內部或其上部之皮膚被搔所致。當時屬於同側之舉丸因此而提起。腹壁反射為腹直肌(abdominal recti muscles)之收縮。此種現象由直肌外方之皮膚感受

刺激而生。

下腹反射爲直肌上部纖維之收縮係由其上方之皮膚感受刺激而生。

肩胛反射爲肩胛肌感受刺激而有之收縮現象。

手掌反射可由刺激掌部而引起之。唯嬰兒有此反射。其現象爲手掌之彎曲。

頭部反射有下列數種：(一)角膜的 (corneal) 與眼險內膜的 (conjunctival) 反射。此係指

在角膜或眼險內膜受輕觸時 (通常係用棉花) 眼險之收縮；(二)瞳人皮膚反射 (pupillary-

skin reflex) 此係指抓搔頸部、面頰或下頷之皮膚而瞳人因此放大；(三)上眶反射 (supra-

orbital reflex) 係由上眶孔 (supra-orbital foramen) 受輕擊而生；(四)鼻頤反射 (the

naso-mental reflex) 係指鼻之側部受一輕擊而提下唇之肌因此收縮。

表面反射有賴於脊髓反射弧之健全性，而與大腦的影響之關係較少。此類反射之存在，可以表

示此種種衝動所經過之脊髓必定健全，但其不存在亦無嚴重的意義，因爲此類反射因人而異，且因

年齡而有差別。在年齡較幼者中，此類反射較爲活潑。患大腦半癱 (cerebral hemiplegia) 症者，

在有劇烈之侵襲時，或在其以後，於其所患之側無腹壁反射之表現。患嚴重的半身不遂而兼有昏迷

者，每無上脛反射。

b. 深反射。

深反射每有髓反射 (tendon reflexes) 之稱。此種名稱並非完全正確，因為此類反射不獨可由髓受輕擾而生，亦可由骨膜 (periosteum) 或肌肉感受輕擾而生。在這些情形中，深反射非真正之脊髓反射而為震動或突然的伸展對於肌肉之直接影響所致。但深反射亦表示反射弧之健全性。重要的深反射為膝髓反射 (patella-tendon reflex) 或膝跳 (knee-jerk) 踝反射 (ankle reflex) 或踝跳 (ankle-jerk) 雙領肌 (biceps) 轉掌向上肌 (supinator) 轉掌向下肌 (pronator) 與三頭肌 (triceps) 之反射，肩膊反射 (the scapulo-humeral reflex) 頷反射 (jaw reflex or chin-jerk) 光反射或瞳人反射 (light or pupillary reflexes) 目心反射 (oculo-cardiac reflex) 除頷反射外，其他各種反射皆為身體健康者所必具。所謂順應或輻合反射 (accommodation or convergence reflex) 並非一種反射，而為一種連帶的運動。

這些反射具有診斷之價值，因其在有些病中無產生之可能，而在其他病中則有過度之表現，且在某些情形中復有新反射出現。所謂新反射即指何父曼反射 (the Hoffman reflex) 踝節拘攣 (ankle clonus) 及其他瞳人之反應。

膝跳為本膝前部肌肉之收縮。此種反射可用下面所述兩種方法引起之：(一)使患者之小腿下

與大腸成直角而擊其膝。二使患者之小腿取上述之位置而擊此肌肉之下部。

雙頭肌轉掌向上肌與轉掌向下肌三種反射皆為常態人所具有者。此為白賓士刺(Babinski)

之意見。前二種係由輕擊稍屈之雙頭肌之下端與轉掌向上之長肌之下部而得。第三種反射係由

輕擊髓骨之下頭(Lower head of the ulnar bone)而得。三頭肌反射復有肘跳(Elbow-jerk)

之稱。引起此種反應之法，係使患者之下臂下垂與上臂成直角而擊其三頭肌之臑。這些反射亦為身

體康健者所應有。

頷反射亦有領跳(jaw-jerk)之稱。引起之法係使患者張開其口而放鬆頷部，置一扁平之物

於下顎之齒上，而加以極靈敏之輕擊，則頷之升肌將因此而收縮。

光反射可由光射入眼部而引起之。順應之反應可由遠近二種距離之視察而引起之。常態之瞳

人在遠視時必放大而在近視時必收縮。若光反射已喪失，而順應之反應仍然存在，則其情形稱為「

阿羅遜人」(Argyll-Robertson pupil)

引起目心反射之法，係緊按一個或兩個眼球。此時心跳之速度因此減低。此種反射在運動失調

症(locomotor ataxia)中每不能產生。

何父曼反射為一種病態的現象。其檢驗之法係對中指之第三指骨與以極銳利之打擊，而食指

與母指遠因此而彎曲。此種反射之出現每每表示稜錐道之傷損，但亦可無此種意義。

踝節拘攣檢驗之法，係使患者取坐的姿勢而伸其腿為半曲式，不可移動。醫生持其大趾與足跟，突使足部向腿彎曲。此種手續係使腓肌突然伸張，因此遂有表現節奏之收縮現象產生。此種現象為身體康健者所無。其原因為皮質脊髓之路有所傷損。此外復有所謂偽痙攣 (Pseudoclonus) 之現象。此即指在足部突然向後彎曲時有表現節奏之收縮動作出現，但是隨即消滅。此種現象發生於疲乏與中毒的情形及害思病中。

深反射之表現可以過度，可以不及，可以兩側不均，可以完全消滅。其出現之時間，可以過於迂緩。其過度之表現，每為常有之現象，而無診斷之價值。至反射兩側不均或完全消滅之事實，則為吾人所應特別注意者。

叁、生理檢驗

體內一切之進程，皆為化學之變化。吾人由身體中之化學事實，不獨能察見人之現狀，而且可以推知其已往之歷史。在許多事件中，人之血清與其身體上化學之反應，可以表現其以前所患之病症。例如三十年前所患之梅毒，尚可於今日之血清與脊髓液中察見之。

吾人亦可根據身體中之化學作用，以確定人之是否常健。有數種精神病已經證實此點。中酒精毒

者富於幻覺，而且全身戰慄。此為顯然中毒之結果。患瘡狀態之過度發展者，易於激怒。此則由於瘡狀腺之化學作用過於強烈所致。此外尚有其他各種精神病，亦可以化學作用解釋之。

下列各種化學檢驗，為應用於精神病診斷學中者：

一、血之檢驗。——血之檢驗，可使吾人對於患者之身體獲得最多的知識。血之功用極多，例如運輸化生物質以營養全體之細胞，運輸養素以應身體燃料之需要，運輸酵素（enzymes）以刺激體內之消化進程，運輸內分泌以增減生理進程之速度，運輸疲勞所產生之廢質與負荷外來或體內之毒質皆是。這些事實可以表明血的功用之重要性，所以吾人在研究一種精神病時，亦須有血之檢驗。茲舉其重要之檢驗方法於下：

a. 梅毒傳染檢驗。——華氏反應（Wassermann reaction）與康氏檢驗（Kahn test）為兩種通用之方法。常人傳染梅毒時，其血內產生一些抗毒素。梅毒之檢驗，即在發現此抗毒素之有無。

此類檢驗之重要性，在其有助於全體癱瘓病與脊髓癆（tabes dorsalis）之診斷。在患全體癱瘓病者中，至少有百分之九十五表現正反應。在患脊髓癆者中表現正反應者，有百分之80至90。但有負華氏反應之患者，於其脊液（spinal fluid）中仍可表現正反應，所以患精神病者，須有脊液之檢驗。

b. 血細胞之計算。——血細胞之計算即確定紅血細胞或白血細胞在一單位容量中之數目。其

法係將一滴血液沖淡置於顯微鏡下而計其細胞之數。精神病中出現最多之現象，即為紅血細胞之減少與白血細胞之增多。在神經衰弱病與早衰病中，每有此種現象，並且紅血細胞之赤色質 (Hæmoglobin) 亦每減少。

白血細胞為驅除血中病菌之工具，所以在多數傳染病中，其數增加甚多。

c. 血糖 (Blood sugar) —— 在尿崩病中，血糖分量之確定極為重要。尿崩病每有神經症候，與昏迷狀態之產生，所以血糖之檢驗，或有助於精神變態現象之解釋。

d. 炭養二化合物 —— 在今日之醫學中已有方法確定血液運輸炭養二化合物之能力。其結果可以表示體內疲勞之情狀。此種測驗或可用為診斷神經衰弱病之工具，而且可以指示治療之途徑。

二、脊液之檢驗 (Spinal Fluid tests) 神經系之全部，係浸潤於一種液體中。此種液體之主要功用，在防止神經系受震蕩之影響。此種液體既與神經細胞組織，具有此種密切之關係，神經系中之病當然亦可影響其化學之組織。是以脊液之檢驗頗為重要。汲取脊液之手續，係于脊柱之腰部刺穿一孔，取出少許脊液。一種重要之脊液檢驗為華氏反應，前已述及。其他具有價值之檢驗如下：

C. 蘭氏科金檢驗 (Lang's colloidal gold test) —— 此種測驗之手續，係備十個玻璃管，排成一行，每個玻璃管含有五立方厘米之科金液 (colloidal gold solution) 與一立方厘米之脊液。此脊

液應以生理鹽液沖淡。沖淡之比例自第一個玻璃管 1:10 起至第十個玻璃管 1:1000 止。檢驗之手續係於二十四小時後行之。各個玻璃管中反應之強度為其顏色所支配。常態的脊液在一切玻璃管中皆保留其原有之紅色。此為零度或負反應。其稍正之反應或為一度。有帶紅的藍色。更正之反應或為二度。有紫色。其次為三度。有藍色。再其次為四度。有淡藍色。其最強之反應為五度。無色。各種玻璃管之度數常繪為科金弧線 (colloidal gold curve)。精神病之科金弧線有相同者。有各異者。

脊液細胞之計算——脊液細胞之增加。發現於下列各病中：一切全體癱瘓病與大腦梅毒病 (cerebral syphilis)。大多數之劇烈的昏睡腦炎病 (lethargic encephalitis) 及腦膜之劇烈傳染病。紅細胞之存在表明脊液含有血液。此種現象於腦部或脊髓受傷。有瘤及失血時有之。常態的血液含有少數白細胞而無紅細胞。

三、基本的新陳代謝作用 (Basal metabolism)——新陳代謝作用之檢驗。可以表示細胞中化學反應之速度。其法係測量人於絕食六小時後在休息狀態中所消耗之養素。所謂基本的新陳代謝率。即是一人在一單位時間中實際消耗的養素。與按其年齡、高度及重量應有的分量之比率。高率用正值表示之。低率則用負值表示之。

基本的新陳代謝率。對於盾狀腺病之診斷極有價值。低率表示盾狀腺之不充分。而高率則表示

此感之過度發展。

四、血壓——血壓代表血對於血管之反應。常態之血壓有賴乎血管之彈性及心肌之健全性。血壓特高之現象每每表示血管之僵化。脈管僵化即為產生精神病之一種原因。老衰病每每同時患有脈管僵化病與高血壓。

低血壓係與不健全的循環系有關。其對於精神病亦有診斷之價值。此種情形在神經衰弱病中為常見之現象且在早病衰中亦每有之。

五、X光線之檢驗——X光線之檢驗為診斷與醫治頭傷與腦瘤時極重要之手續。

六、驗目鏡(Ophthalmoscope)對於眼部之檢驗——驗目鏡為檢驗眼底之工具。此器有一光射入眼中使其網膜之情形易於察見。在診斷腦瘤或其他致有頭蓋壓力增加之情形時此種手續極有價值。在此種情形中視圓面(optic disc)即視神經入眼之處必腫。其邊緣亦朦朧不明且其周圍之血管有血瘀積。

七、對內分泌的病之藥物檢驗——內分泌之病症有時須試以內分泌所製之藥料而觀察其效果。此病之性質因此可以發現。此種研究之工作開始不久是以其所發現之事實尚少。

總心理檢驗

心理檢驗亦應有精密之手續，與其他各種檢驗相同。在討論各種症狀時吾人對於各種特殊之診斷方法將有所敘述。此處所述則限於一般的現象。

一、智慧測驗。——智慧測驗為測量人所具有的普通智慧之工具。有許多患重要的精神病者，同時表現智慧減低之趨勢，是以此種測驗工具對於治精神病學者極為重要。不過我們應當知道智慧之缺乏不可與精神病相混。此二者並非可以交換之名詞。人可缺乏智慧而無精神病，如單純的低能即是；然人亦可患有精神病，而在多方面仍能保持其普通之智慧。如患妄想狂（Paranoia）者即是。簡單言之，低能係指不能運用抽象觀念，或不能應付新奇情境。而精神病則指人格方面嚴重之變化。但是關於智慧變化之知識，極有助於精神病之診斷與預測。顯著的心智退化每為患病頗深之徵兆，而且為潛狀性的病之符號。倘若患精神病者，同時有心智之退化，則其恢復常態之可能性必少。

比西測驗（Binet-simon test）為診斷患精神病者的智慧時最通用之測驗。此量表之全部，為許多測驗所組成，且此種種測驗之排列，係以年齡階級為根據。年齡之範圍為三歲至十八歲。在多數年齡階級中，每年共有測驗六種。受試者之心齡（Mental age，縮寫為M.A.）即其所能通過的測驗之年齡。其所得之分數常以智商（Intelligence quotient，縮寫為I.Q.）表示之。其智商即其心齡對於曆齡（Chronological age，縮寫為C.A.）之比率。吾人根據智商遂有下列之分類：

高於 140.....天才

120-140.....最高智

110-120.....高智

90-110.....中智

80-90.....邊鈍

70-80.....近於低能

少於 70.....低能

根據一般研究之結果，患精神病者的成績所表現之分散度 (scatter) 較之常人為高。所謂分散度之意義，可由下語察見之。倘若受試者不能通過之測驗，限於量表中之少數年齡階級，則其分散度甚低。若其不能通過之測驗，係分配於許多年齡階級中，則其分散度甚高。茲舉一具體例子於下。某甲年齡二十五歲，被診斷為患有早衰病。其在比奈測驗中之成績表現下述之現象：

八歲及其以下之階級.....能通過一類測驗

九歲階級.....在六個測驗中通過五個

十歲階級.....在六個測驗中通過四個

十一與十二歲階級.....在八個測驗中通過五個

十三與十四歲階級.....在六個測驗中通過一個

十六歲階級.....在六個測驗中通過一個

此人之必齡為十一歲六個月。此為在測驗成績中的最高分散度之一個例子。此種情形或由於智識在各方面退化之程度不同所致。

二、人格品質之測驗。——情緒品質與人格品質之變態，為精神病最顯著之現象。此種現象之性質不一：有思想與情緒兩相分離者；有任何刺激足以引起情緒之反應者；有聯想奇特者；有情緒退化者。

我們不獨對於異常之反應有相當之認識，而且異常之程度亦應有數量上之確定。例如聯想之測驗，不獨應使我們知道某人的聯想是否異乎常人，而且應當使我們知道此人的聯想究竟與常人的聯想相去幾何。情孚以前對於此一方面之研究尚無圓滿之結果。下述二種測驗可以代表此種之努力。

內向與外向之量表 (Scale for measuring introversion-extroversion qualities)

——約翰遜 (Johnson) 現有一種測驗，以確定人之情緒態度究屬內向 (introversion) 或屬外向

(*extroversion*) 所謂內傾係指情緒有表現於內之趨向。而所謂外傾即指情緒有表現於外之趨向。此二種傾向在常人中亦每有之，不過我們不能將一切的人劃分為此二類，而且此二種傾向復有種種之程度。表現極端之傾向者方可目為變態。在精神病中，可以代表內傾一類者有早衰病、退化抑鬱病與妄想狂。至於狂病與某幾類的全體癱瘓病則可代表外傾一類。

勒氏在研究屬於各種人格型之百餘種品質以俟保留約四十一種，列為一表（參看下表。）表中之一端為內傾，而其他一端則為外傾。根據勒氏的意見，此表可用以確定人之傾向。

人格記錄表 (Personal Inventory)

所報告者.....
 報告者.....
 日期.....
 地點.....

指導：答覆下列各問題以顯示所報告者之性格。在每個問題後有五句短語。每句短語上有橫線二條。表示程度之差別。在較顯著之短語者或高或低，視此五個短語之次序而定。在讀完每個問題後之五句短語時，考慮所報告

者在最近數月中的生活情形，以及任何困難如何獲得正確，於是其在最近數月中之生活情形，應當考慮所報告之通常行為與思想。

此種報告無時間限制，在作符號以前，須將問題後所有之標記。止符號所報告者在最近數月中之通常思想與行為。在答復每個問題時，止應作一個符號。

按所報告者的狀態在繼續工作一符號。止須考慮在或最近數月中之狀態。在作符號以前，須將每行仔細讀過。

1. 他每日所做的工
作無間斷否？
- | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 連續工
作至畢
而止 | <input type="checkbox"/> 有時停
止 | <input type="checkbox"/> 時作時
緩 | <input type="checkbox"/> 常思交
談休息
等 | <input type="checkbox"/> 無故停
止 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|

2. 他對於不潔條件
的態度如何？
- | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 極多憂
慮 | <input type="checkbox"/> 有時談
及夢慮
之舉 | <input type="checkbox"/> 似乎抑
制憂慮 | <input type="checkbox"/> 願少憂
慮 | <input type="checkbox"/> 以爲世
間無事 |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

3. 凡與他有關之言
辭或動作對於他
的情感有何影響？
- | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 極易受
激怒每
激 | <input type="checkbox"/> 間或發
聲 | <input type="checkbox"/> 罕受激
動 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 全不激
動 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|

4. 他如何體諒別人
的情感？
- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 直言而
不顧他
人感 | <input type="checkbox"/> 天極直
言無忌 | <input type="checkbox"/> 時或體
諒他人 | <input type="checkbox"/> 坦白而
機警 | <input type="checkbox"/> 竭力避
免傷人
感情 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|

他的社交如何？

常處頹
補地

善於交
際

交遊有
限

常迴避

善與人
交

他對於作事的記憶如何？

時常忘
懷

而成遺
忘

遺忘次
要的事

常能記
得

罕有遺
忘者

他的談風如何？

喋喋不
休者

善於解
會者

傾向於
聽者

正答覆
問題者

寡言者

本行符號應要註明感每行的意義，又須註明所考之字，僅以最近數月為限。

他時常找尋理由來解釋他的動作與決斷否？

解釋過
分

解釋多
數事件

解釋某
些重要
事件

很少解
釋

任性行
動

他對於借貸的態度如何？

有求必
應

錢與人
容易

罕有借
人之事

從未借
人

他對於懲戒和督策的態度如何？

絕對服
從

常自願
服從

以等價
出之

慷慨而
仍服從

置若罔
聞

11. 他對於嘉許的反應如何？

其工作反應於前

與以前相同

有時較優於前

每有進步

天體較前

12. 就大體言，他的行動如何？

紆緩而審慎

急促之時機少

不浪費時間

每每迅速

不思而行

按所報告者的狀態，在橫線上作一符號。止須考慮其是短期中之狀態。在作符號以前須將每行仔細看過。

13. 他懷疑別人否

多疑

有懷疑別人的傾向

企圖揭破他人之動機

對於別人的動作具有興趣

對於別人毫不關心

14. 他和別人的談論如何？

同等別人的問題

沉思寡言

與至則談

語言流利

多言

15. 他對於宗教，及社會變化等問題的反應如何？

促進的變化的

變成許多的變化

表示的意見少

保持保守的意見

極保守者

13. 他常有對自工作之傾向否？

需帶翻自工作

乞助之舉很少

有時求助於人

求助於人毫不猶豫

受助極多

17. 他的服裝和儀
表如何？

似不潔
尚時式

以適度
體

衣裳整
齊

注意服
裝

裝飾極
其時髦

18. 他對於用具手
飾等件之注意如
何？

稍者即加
修理

僅注意
手飾

注意甚
少

常忽
之

輕忽之
至

19. 他對於運動與
求知兩事的興趣
如何？

最喜運
動

大部分
的興趣
為運動

二者並
重

餘暇時
大部分
為讀

喜智的問
題

20. 失敗對於他的
動作有何影響？

憂悶不
樂

每每憂
慮

時或抑
鬱頹喪

憂悶不
樂之時
甚少

全無影
響

21. 他對於憂慮和
困難之敘述如何？

一述其
所有難
事

每每談
及其所
憂慮之
事

一偶或述
其困難

很少述
其困難

全不述
其困難

22. 他對於異性的
交遊如何？

遲滯

與異性
交遊若
有不通

不追求
異性

與異性
交遊

常求異
性

23. 在危險與困迫的境地中他的舉止如何？

沉着與鎮定
善用思想
力圖鎮靜
氣餒而不穩定
完全不知所措

被問問者的狀態在繼續上作一符號。正須考慮其在最近數月中之狀態。在作符號以前須將每行仔細看過。

24. 在需要勇敢時他的舉止如何？

不顧利害率性而行
堅毅而鎮定
氣餒而不畏縮
在可能時設法避免
迴避一切困難

25. 他對於別人的厄運作何反應？

易感而易流涕
表示同情與仁愛
當別人時亦感不快
知於受才憂
無動於中

26. 在許多不相識者之前他的舉止如何？

手足無措
敬謹而氣
多半不加注意
繼續工作而無礙
似乎毫不注意

27. 他對於公開談話的論否？

尋找談話的機會
可談而不可談
氣餒而遲遲
在公所坦然
迴避

在作符號時必須看通導行的脈和，且須注意所考慮之事，儘以最速數月為限。

28. 在需要毅力時他的態度如何？

沉着與堅定

可換

無把決定但行其分內事

氣較且傲不可

二厥不振

29. 他對於消費貨物的態度如何？

消極或極劣

厭惡消費

看必要則消

看機會則消

隨時消

30. 他長於何種工作？

租架的工作

揮煩

刻苦耐勞

稍確行

31. 他對於辯論的態度如何？

尋找機會

辯護自己的主張

不得已而後辯論

近即放棄爭端

避免一切爭論

32. 他與其他伴侶在學問上之比較如何？

遠勝於他們

稍勝

天約相等

稍遜

遜遜

33. 他對於交友的態度如何？

極謹慎

必須相識甚久

擇交時極慎重

易於交友

入羣可

按所報告者的狀態，在該項上作一符號。此項符號其意義與身體之狀態。並非指量以符號，其數值行符號而言。

34. 他與其伴侶在
身體上之比較如何？

超勝於他們 稍勝 大約相等 稍遜 遠遜

35. 如無顯著的原因
因他的性情有何
變化？

每由憂悶而欣喜 稍有變化 性情變化甚少 性情極其不變

36. 如有某種原因
他的性情有何變化？

反應迅速 易受影響 須有充分理由 很少變化 完全不變化

37. 他對於自己的
能力作何估計？

極觀自己 極謙遜 自信 深信自己的能力 願為自負

38. 他害羞否？

可因細答而羞 易於害羞 有時如此 很少 從不害羞

注：作特設或無不題每行的語句，且須注意所考慮之本，僅以裏把數月為限。

39. 他用說寫兩種表達方法，以何者為優？

以寫為優 以說為優

40. 在學情做錯時他將如何？

引以為憂 設法矯正之 察其片刻 不煩

41. 他對於施與的態度如何？

視為之 能施與所起之 施與衣服 很少施與 國之

聯想測驗法。——觀念團體之形成每為情緒所支配，而情緒復為人格之基本原素，所以我們對於人的聯想進程，若有澈底的知識，則其人格亦可因此而了解。人的聯想雖至複雜，然而有些觀念團體或情羣具有特殊之勢力。我們根據聯想之分析，可以確定此特殊之觀念團體或情羣之性質，而由此以了解其人格。

聯想研究之方法有二：一為分離刺激法 the discrete stimulus method 一為連續刺激法 the continuous stimulus method

(一) 分離刺激法——分離刺激法復有二種：一為個別聯想在意義上之分析。此法為榮赫(C. F. Ho)所用。一為羅散諾弗(Rosenthal)所發展之統計方法。茲分別述之於下：

(a) 榮氏分析法——榮氏應用一百個詞，使其可以引起多數普通情緒。其手續之大概如下：受試者在聽見每一刺激詞時，必須將其所想起之第一詞作答。主試記其反應及其所需之時間。刺激詞若與受試者之情最無關，則其反應敏捷，而且此反應詞每為一般經驗中與刺激詞具有關係者。

音英文學字彙編成中文時每變為圖。

草 麵包 頭 窗 桌 刺激

綠 吃 髮 扇 椅 反應

有幾種反應係榮氏所認為表示情緒者。在常人中亦有一部分之反應屬於此類。唯特殊之反應過多，則為人格不穩定之現象。我們對於此種反應加以分析，則為患之情義可以大概確定。指示情義之反應有下列數種：

(1) 延滯之反應——對於一個刺激詞的反應之延滯，表示情義已為此刺激詞所激動。榮氏以為反應遲延之原因，為情緒阻塞之影響。受試者當時所感覺之情緒正與以前之激動相同。凡被激動者皆不能思想。此非因其缺乏思想之能力，乃因其當時之激動發生擾亂之影響。此人或對此種遲延現象能作種種解釋，或謂當時無辭以對，或謂觀念過多，而難於選擇。不過此種種解釋皆非真正之理由，蓋真正之理由實為其情緒之影響。

例如有一女孩在聽見「身體狀況」一詞時，延遲許久方以「強健」一詞答覆。主試因其反應之遲延，詢其對於身體狀況之態度，而發現下述之事實：受試者之姑母曾經屢次讚其身體之衰弱，而她因此極願矯正此種印象。其反應之阻滯即由於此種情緒之影響所致。

(2) 多數之反應——受試者若不能以一詞反應，而須以多詞反應，則其原因每如下述：受試者為某刺激詞所激動，即以某詞反應，但又恐主試能由此反應詞推知其內部之狀態，於是繼續反應以掩飾之。

(8) 個人的反應。——對客觀的刺激詞而作個人的反應為自我之表現。此為情畫被激動時之一種反應。下面所舉之例子表示個人的反應之性質：

刺激

反應

跳舞

喜歡

命運

不可相信

錢

窮，希望我有

(4) 刺激詞之反覆。——我們在聽見一個困難問題時，每每將此問題反覆說出，然後作答。受試者若在聯想測驗中僅將刺激詞說出，則其原因或為其情畫當時因被激動，須有相當時間以恢復其均衡。他如誤聽刺激詞，或與以異於尋常之意義，皆與此種原因具有密切之關係。

(5) 堅持現象 (Perseveration)。——有時受試者對於各種刺激詞竟作同一之反應。此種事實表明一個佔有優勢之情畫為許多無關係的刺激詞所激動。例如有一患者有十個反應皆為「長」字，而此字與刺激詞全無關係。後來對於此人加以研究，其結果表明「長」字與其困難具有關係。她經過長時期之工作，儲蓄所入為建造房屋之用，在此長時期過去以後，正欲開始建築，而所積之款完全失去。因此她必須再經過一個長時期而後乃能實現其志願。此段事實常佔據其思想之中心，故

無怪乎「長」字果出現於其聯想中。

(6) 表面之聯想——受試者在其情畫為刺激詞所激勵時亦每以表面之聯想反應。所謂表面之聯想，即具偶然的性質而與刺激詞無關者。受試者可以擇取任何事物為反應詞，例如：

刺激	頭	綠	水	鴨	死	長
反應	麵	紙	窗	橙	一塊玻璃	玻璃

此受試者所用之反應詞，皆係預先選定，而與刺激詞全無關係。表面反應之較複雜者即為與刺激詞押韻之詞，例如：

刺激	反應
----	----

頭 綠 付 烹 冷

接 魚 假 風 等

(7) 反應之缺乏。——反應之缺乏亦有重要的意義。若受試者在經過幾分鐘後尚無反應，則其原因多為情緒障礙之影響。

(8) 覆憶之失敗。——通常所用之手續，係將測驗施行二次，以確定此二次的反應之差別。榮氏以為第二次之反應若與第一次不同，則其原因必為情義之激動。人在情緒激動時所說的話每易遺忘，並且可以自相矛盾。據榮氏的研究之結果，常人在覆憶測驗中的反應之不同者，不得超過百分之二十，而此種反應在有變態者中，則有百分之二十至四十。

(9) 附帶的情緒反應。——若受試者口吃，面赤，咳嗽，嗟嘆，哭泣，歡笑，或表現其他任何之情緒反應，則其當時必有情義之激動。至其情緒反應之特殊意義，則每難於察見，所以我們不可任意推想。

由榮氏方法而得之知識，備用以確定各種情量之性質與意義。常人亦有情量，而其情量亦可為此種測驗所發現。此種測驗之功用，在確定受試者之情量是否過多，而進一步之研究即基于此。唯在應用此法時，須有相當之技能。初作測驗者不可根據少數反應而作過大之推論。

(10) 羅氏之次數指數——第二種分離法為亨特(Hunt)與羅山諾夫(Rosenoff)所發展。他們應用一百刺激詞(參看第七表)測驗正常受試者一千人，而將其各種反應之次數列為次數表。

第七表

亨特羅氏所用之刺激表

1 夜	26 臥室	51 牛	76 燈
2 黑暗	27 江	52 鐵	77 鐘
3 音樂	28 古	53 夢	78 海
4 病	29 美	54 實	79 坡
5 人	30 船	55 圖	80 方
6 深	31 題	56 戲	81 歌
7 歌	32 氏	57 馬	82 擊
8 吃	33 膠	58 角	83 大

9 山	34 烟味	59 鐘	84 險
10 屋	35 針	60 鐘書	85 鐘
11 票	36 紅	61 印讀	86 歌
12 字鳴	37 勝	62 羊	87 床
13 安道	38 程	63 抄	88 重
14 字	39 德	64 茅廣	89 燈草
15 知	40 女	65 道	90 孩
16 果	41 高	66 醫	91 尾
17 蝦	42 工作	67 鋼	92 鴉刀
18 光澤	43 駁	68 船	93 腳
19 命令	44 地	69 裙	94 絨
20 椅	45 照單	70 顯	95 聖
21 器	46 兵	71 鐘	96 哲
22 牌筒	47 白菜	72 瓦	97 物
23 椅	48 環	73 宗教	98 磨
24 椅	49 墨	74 圖	99 花

應用此法所得之結果，須與次數表相比較，由此可以區別普通反應（common reactions）與個別反應（individual reactions）。前者可以發現於次數表中，且其大部分屬於正常；後者則非次數表中所有，且多具有病態的特徵。

為求事實之正確起見，任何反應若在次數表中無相同之形式，而與某字僅有文法上之變異，則可歸入可疑一類。

關於個別反應之分類約如下述：

(1) 刺激字之引申者——此即指反應為刺激字之引申字或在文法上稍有改變者，如食——食物。

(2) 聲的反應（Sound reactions）——若在一對字中，短字之聲音，有一半與長字之聲音相同且其次序亦相同，則此種反應列入此類。

(3) 字之補充——凡反應之可與刺激字組成一字，特別名詞，或複雜名詞者，屬於此類。

(4) 詞類——包括冠詞，數目字，代名詞，助動詞，副詞，連接詞，介詞，及驚歎詞。

(5) 至(7) 為堅持現象（phenomena of perseveration）之表現。此種現象產生於注

意之活動性特別缺乏時。

(5) 對於前一刺激之聯想。——此即指任一個別反應，在次數表中與前一刺激有關者。

(6) 對於前一反應之聯想。——受試者對於某字之反應，或對於其前一字之反應。若為表中之某一刺激字，且此二者之關係可由次數表中察見之，則此種反應屬於此類。有時此二種反應皆非表中之刺激字，而其關係之存在則毫無疑義。此種反應亦屬此類，例如：

牧師—父， 洋—母。

此中母為個別的反應。父與母皆非表中之刺激字，但可斷定在此二者間必有聯想之存在，故在此種情形下「母」可視為對於前一反應之聯想。

(7) 在前的刺激之重複。——此即指反應為以前十個刺激字中某一字之重複。若為前一刺激字之重複，則應另立一類。

(8) 新造之字 (Neologisms)

(9) 不易分類者。——此類超過個別反應全數三分之一。此類反應難有適當之類別。

一種反應每可列入數類，為使手續之標準化起見，我們可以根據下列之次序以確定反應之種類。

普通的反應：

1, 特殊的。

2, 非特殊的。

3, 可疑的。

個別的反應：

4, 聲的反應（新造之字）。

5, 新造之字前無聲的關係。

6, 前一反應之重複。

7, 重複五次之反應。

8, 前一刺激之重複。

9, 引申字。

10, 非特殊之反應。

11, 聲的反應（字）。

12, 字之補充。

13, 調類。

14, 對於前一刺激之聯想。

15, 對於前一反應（根據次數表）之聯想。

16, 在前的反應之重複。

17, 在前的刺激之重複。

18, 正常的反應。

19, 對於前一反應（不在次數表中）之聯想。

20, 不易分類者。

(二) 連續刺激法。此法有鏈環聯想法 (the chain association method) 之稱。受試者於聽見某一刺激詞，即以所想起之第一詞反應之，而此反應復為其次一反應之刺激詞。例如受試者在對「桌」字加以某種反應後，復舉出此種反應所引起之反應，如此繼續進行以至於無窮。對於「桌」字之鏈環聯想，或如下面所舉：椅——木——森林——綠——草——硬——床——蓋——熱——冷——雪等。

正常的受試者在作此鏈環聯想時亦有中止 (blockings) 之現象，因此途無觀念報告。此中

止之現象每指示情叢之所在。換一句話說，此類選之聯想，最後可與一不滿意之情叢發生關係。但此種情叢因一種阻力而不能出現於意識中。此種情緒之阻力倘若極大，則受試者之思想不能進行。此時主試必須另用一刺激詞以恢復其思想之活動。無論思想進程以何詞為出發點，情叢終可激動。在許多事件中，情緒之影響不能完全阻止思想之進行，是以受試者在躊躇片刻後，仍有觀念源源而來。聯想之趨向，若因此躊躇而採取另一途徑，則其重要性與完全停止之現象相等，因制止作用必須極其強烈，而後思想方能完全停止。

連續聯想法倘若用之得宜，則制止作用之勢力最後可以克服，而情叢遂可因此出現於意識中。受試者由此可以察見其平日所不能認識之聯想。

此種方法尚有一個優點可以提及。研究者應用此法可以確定受試者的生活中觀念團體的性質。倘若受試者的思想進程，雖由各種刺激詞開始，而皆以宗教為歸宿，則其思想必為宗教所束縛無疑。政治、遊戲、愛情、商業及其他種種之興趣皆可由此表現。

讀者由連續自由聯想法之描寫，或者以一簡單之方法視之，而其實每有異常之困難在。在我們的思想生活中，我們已經養成一些制止作用以控制思想之進程。某些聯想因此受抑制，而其他之聯想則可自由表現。自由聯想法之效力，視受試者之心理範圍與其聯想之自由表現而定。若受試者不

能採取適當之態度，則其聯想不能自由流露。但是在應用此法時，主試不應當特別注意於受試者之思想是否自由表現，而尤應注意於其突然停止現象之性質，及其與某些聯想之關係。其思想停止之現象與其思想進程，因此而採取之方向，具有重要的意義。純粹的迅速與表面的自由，不必具有重要的。受試者可在某種範圍中表現順利之思想進程，以避免一種不快之聯想。

此種事實可以下述之例表明之：有一青年曾經受過長時期之聯想測驗，任何刺激詞可以引起似乎無限之聯想。這些聯想的材料，據一般人看來，應與種種情緒之激動發生關係，而此受試者則全無若何情緒之表示。由此可以察見此種種污穢之聯想，皆與其困難無關。此種種聯想之功用，在掩飾具有重要性之聯想。易言之，此即所謂自護之反應（defense reaction）。

受試者之思想進程，雖可由任何出發點而達情邊所在之處，然而刺激詞者與情邊之關係較近，則思想停止之現象發生較早，因此一般研究者在開始測驗時即用具有重要性之刺激詞。其發現此種刺激詞之方法不一，有取自夢中之材料者，亦有先用分離刺激法以發現之者。

Cannon, A. & Hayes, E. D. T.: *The Principles and Practice of Psychiatry*,
1932. (London: Heinemann.)

Dana, C. L.: *Textbook of Nervous Diseases*, 1925. (Williams' Woads.)

- Freeman, W.:** **Neuropathology: the Anatomical Foundation of Nervous Diseases, 1933.** (Saunders.)
- Janet, P.:** **L'état Mentale des Hystériques.** (Paris: Librairie Felix Alcan.)
- Noyes, A. P.:** **Modern Clinical Psychiatry, 1934.** (Saunders.)
- Rosanoff, A. J.:** **Manual of Psychiatry, 1920.** (Wiley.)
- Streckor E. A. & Ebaugh, F. G.:** **Practical Clinical Psychiatry, 1925.** (Blakiston.)
- Wallin, J. E. W.:** **Clinical and Abnormal Psychology.** (Harrap.)

第七章 精神病之治療

凡一切之疾病皆應施以治療，但其有效與否則因病而異。若求治療之有效，則病因之發現爲第一前提。在各種精神病中有病因尚未發現者，亦有病因雖已發現而治療無術者。此則有待於異日精神病理學者之努力，而後得有相當之處置。至於今日治療之法可分下述數種：

一、休養

密能登寧 (Clendenning) 說：『凡一切討論治療方法之書皆須首先論休養一事而後可及。其他……：床上休養之有益於疾病較之其他任何單獨手續爲多，且其所治之病亦較多。此爲絕對必要之手續。休養似能汲取自然之儲力而使之潤澤病態之心身。』非休息之價值在其能使自然發生作用。在順利之情形下有許多疾病可以純藉自然以治療之。身體之休養可以保留精力，以抵抗疾病，而不必取用肌肉活動之燃料。心理之休養可以防止憂慮所產生之疲勞之影響。

休養雖有其治療之效果，然每用之過度。此種方法幾乎視爲萬應之妙術。其實在許多事件中，思

者所需要者非依愛之自身，而為環境之轉移。例如患神經衰弱病者，倘若飽食終日無所用心，則其苦痛當較以前尤甚。

#Clendening, L.: Modern Methods of Treatment (Second Edition), C. V. Mosby Company, St. Louis, 1928, p. 19.

二藥料

藥料分為二種：一為特殊之藥料。此種藥料有救濟某種特殊情形之功用。一為交替之藥料。此種藥料一定之作用尚未發現，不過醫生在應用此種藥料時希望其產生良好之影響。治精神病的藥料之屬於第一種者為數有限。

在對神經系具有特殊功用之藥料中，其較為重要者有下述數類：

a. 止痛之藥料。——屬於此類之重要藥料為鴉片類。而其最通用者則為嗎啡。其重要功用在於抑制大腦全部之活動。此種藥料若有相當之分量，則其所產生之結果為無夢之睡眠。隨意之活動完全停止。呼吸之速度亦因而減低。此類藥料之主要的優點，在其對於痛覺有特殊抑制之功用。

b. 催眠藥 (Hypnotics) —— 在許多精神病與神經病中有用藥物產生睡眠之必要。催眠藥料對於中央神經系統能夠發生抑制之作用，而對於疼痛則無特殊之影響。並且此種藥料倘若繼續應用，則易於成癮。

c. 抑制大腦之藥 —— Bromides 為最通用之藥。其功用在使活動不息之患者，能入鎮定之狀態。在癲癇病中，此藥應用最多，但應用過久則有中毒之危險。其性較純者則有 Valerian。此藥多用之於害思病。

d. 麻醉藥 (Anesthetics) —— 麻醉藥若有相當之分量，則意識作用完全消滅。其功用在於使手術之患者不感痛苦，而且不能發生反射作用。

三、生物學之治療

所謂生物學之治療，係指應用血清 (serum)、疫苗 (vaccines) 及其他含有微菌之產物，或由微菌在動物細胞組織上發生作用之產物。在此種種方法中，亦有能收預防疾病之功者。預防腦膜炎之血清 (antimeningitis serum) 之應用即其一例。

最近醫治全體癱瘓病之法，係以瘧疾中之活寄生物注射於患者之血液中，使之產生瘧疾。此亦為一種生物學之治療法。此法所根據之學理即是倘若患者之溫度增高至相當之程度，並且維持此

體溫度至相當時間之久，則全體癱瘓病之病菌即可因此而殺滅。癱瘓媒介之應用，則因其非致命之病，而且可用金雞納霜以控制之。

四、無管腺之精與分泌

內分泌之研究近日引起一般人的注意，有許多無法治療之精神病，或可因此種研究之進步，而有治愈之可能。例如阿氏病 (Addison's Disease) 以前認為無望，而此時則有腎上腺精 (adrenal cortex extract) 以救濟之。有幾種癲癇病，可用副腎狀腺之治療法以控制之。前腦下腺 (anterior pituitary) 之精，則有助於神經衰弱病 (neurasthenia) 患枯內庭病者 (cretinism) 可治以盾狀腺精，而使之變為近乎常態之兒童。此為幾個明顯的例子。

五、外科手術

在精神病中亦有須用外科手術者。例如在腦瘤割去以後，其因腦部受壓而產生之變態現象，遂因此而消滅。盾狀腺若有極端之過度發展 (hyperthyroidism) 則除去之可使患者恢復常態。根據可吞 (Ootton) 的報告，有許多精神病由於「傳染中心」(foci of infection) 之毒質所致。所謂「傳染中心」即指毒質生產之部分，例如有病的扁桃腺、牙齒及發炎的盲腸皆是。若將此種傳染中心移去，則精神病可告痊愈。雖早衰病 (dementia praecox) 亦有用此法治愈者。

六 飲食衛生法 (Dietetics)

飲食衛生法對於下列幾類精神病極為重要：

a. 維他命缺乏之病 (Vitamin deficiency disorders) 在此類病中有五種：癆瘵 (pellagra) 表現心理變態之現象。而且此種現象每每頗為顯著。醫治之法，係與以含有多量維他命 G 之食物。此種維他命復有維他命 P-1-P (pellagra preventive) 之稱。

b. 尿崩症 (Diabetes) 此病之原因，為新陳代謝作用之不良。此病最後可以產生一種昏迷之狀態。在此種情形中，身體失去其化糖類之能力。此病之較輕者可用含有碳水化合物較少之食物以治之。其較重者須治以 insulin。此藥即懸腺的蘭糖汗島 (Islands of Langerhans) 之精，具有減少血糖之功用。此為治尿崩昏迷病之主要藥品。

c. 血管過度緊張之病 (Diseases involving hypertension in blood vessels) 血壓過高之原因不一，或為中風，或為腦管之僵化，或為腦部之失血。普通醫治之法，係減少其食物中所含之蛋白質與鹽。根據一種學說，蛋白質可使血壓增高。減少食物中的蛋白質之治療法即以此種學說為根據。此種方法之效力，雖尚未能完全否認，然而近日已有幾種研究之結果，似乎使其價值極可懷疑。患血壓過高者每有過肥之趨向，所以其食物之分量應稍減少。在患腦管僵化症者之血液中，鹽化

物之分量頗多。食鹽之減少，係使其腎部之工作因此減輕。

d. 癩癩病。癩癩病有時亦用特別之飲食衛生法以治之。其適當之食物似為富於脂肪而薄於碳水化合物者。

在離開本題以前，我們應當提及絕食之一事，此為患精神病者之一種反應，而在抑鬱之精神病中，竟為一種常見之現象。倘若患者的身體仍在健康的狀態中，則可聽其絕食。至其食慾恢復時，雖欲絕食而亦不能自禁。但是患者絕食過久，或其身體虛弱，則管餉之法（tube feeding）有應用之必要。

七、浴、熱、冷與光之治療法

此類治療即使身體接近熱冷二種溫度之方法。用之於精神病者有熱浴法；各種噴浴法；溼包；連續浴及熱氣或電流箱中之汗浴。浴法之功用或在強身或在排洩或在安神或在刺激。此則視乎水之溫度，應用之時間及其噴射之勢力而定。

熱氣浴或電箱浴常用以治療中毒之精神病（toxic psychosis）。患者全身皆在箱中，唯存頭部露於箱外。箱中之溫度增至可以發汗之程度。

水療法（Hydrotherapy）為醫治激動的精神病之良法。有時亦有應用一種溼包者。其法係

浸布一方於冷水中，扭乾以後，包圍患者之身體，然後覆以乾毯，各方皆須塞緊，以免其手足之移動。治患狂病者之方法，每為連續浴。其法係置患者於浴盆中，至數小時或數日之久。水之溫度為法倫氏寒暑表 95 至 97 度。此種治法每有安神之功效。

光療法為一種與浴法有關之治療法。在應用紫光電療時，我們不可希望其有特殊之效果。紫光電療所治愈之病，多為牛乳或精神分析法所可治愈者，並且有謂紫光電療有害於下列各病：激動的抑鬱病、重狂病及癲癇病。

八、按摩法

按摩係對於身體中的柔軟細胞組織所施之手術。其功用在於促進血液之循環及肌膚中生理之進程。此為治脊髓癱 (*lesions dorsales*) 常用之方法。嬰兒癱瘓病 (*infantile paralysis*) 在發過發炎時期以後，即須施以此法，且以早用為宜，以防止其患部肌肉之萎縮。由其他傳染病所致之癱瘓病，亦可應用同一之方法以治之。害思病與神經衰弱病亦有由按摩而收效者。

九、氣候、鑛泉、養病區

患病者每以為氣候與養病區有治病之功效，而科學家則不敢深信。患者固因氣候之變化而每有身體上之進步。其實此種進步是否由於身體之休養與環境之遷移所致，尚屬疑問。氣候固有益於

患呼吸病者，然而就精神病言，其所受之主要影響，恐非得自氣候而別有所在。環境之遷移，有時可使患者避免其以前之刺激情境，而重行組織其生活之範型，不過此種影響以對於精神病之較輕者為最多。

十、工作治療法 (Occupational Therapy)

工作治療法幾為一切精神病院中所通用之方法。工作之種類甚多，如木工、縫工等等皆是。患者之工作若果因人制宜，則其已往之困難有可因此而遺忘者。

十一、精神治療法 (Psychotherapy)

所謂精神治療法即指以心理作用矯正病態進程之方法。此法之應用為時已久。不過近日治療學者，漸能確定其應用之手續，與其應有之情境。其主要之方法可以分別敘述於下：

a. 催眠術 (Hypnotism) —— 催眠術為發明最早之方法。在應用催眠術時，醫生先使患者入於半催眠或全催眠之狀態，於是與以治療之暗示，及指導。此種方法之效力極有限制。其能醫治之主要病症為害思病、不嚴重之精神病及初起之病態習慣。

b. 淺眠術 (Hypnoidization) —— 此法係使患者入於一種半醒半眠之狀態，於是將應有之暗示反覆說出。有時一種暗示必須反覆至十餘遍之多，而後發生效力。此法較之前法為簡便。患精

神衰弱病者每能獲益，尤以患有固定觀念，病態懼怕或憂鬱者為易見效。此法之效力以用之於初患病者為最著。用此法者必須對於病人，病症及其自身已有相當之了解，而後可以收效。其最需要之資格為一穩定的，強有力的與自信的人格。

C. 精神分析法 (Psychoanalysis) —— 精神分析學派以為在平日的意識過程之下，有過去之記憶，影響其意識之狀態。患者恆不自覺。此種過去之記憶，可以引起病態的觀念或情緒的狀態，而精神病因此產生。所以醫治之法，應當發現患者之過去的記憶，而使之覺悟。其法係分析患者之夢，並應用自由聯想法 (free association method) 以發現其過去經驗之有關係者。患者因此得以了解其病之所由來，而能應用常態方法以解決其困難。

d. 復育法 (Reeducation) —— 弗魯次 (Fruin) 為施用復育法者之先進。他有一段話可以解釋此一名詞之意義。

『簡單言之，復育法之原則，即養成習慣之原則。此法或為除去陳舊的不適宜的或有害的反應方式，而代以近似其環境中他人習慣之新習慣，或為養成新的習慣以彌補已失之習慣。換一句話說，復育法對於變態人之功用，與教育對於常態人之功用相同。——即為種種習慣之獲得，俾使人在工作，遊戲與社會之世界中得有其地位。』

井 Franz, S. I.: *Nervous and Mental Reeducation*, 1924, p. 17. (Macmillan)

此種方法極有助於精神與神經方面的病症之治療。例如口吃可以此法矯正之。倘若口吃由於神經過敏所致，則應注意於膽怯的態度之排除。倘若此種習慣由於肌肉控制之不善，則應注意於唇舌之位置。又如患運動失調症者，所應經過之復育進程，即在養成利用視覺以助其動作的適應之能力。

復育法亦可用以治療神經病在心理方面之現象。有些神經病實為變態習慣與病態態度之結果。復育法可以除去這些習慣與態度而以良好者代替之。

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

Freeman, W.: *Neuropathology: the Anatomical Foundation of Nervous Diseases*. 1933. (Saunders.)

Rosanoff, A. J.: *Manual of Psychiatry*. 1920. (Wiley.)

Strecker, E. A. & Ebaugh, F. G.: *Practical Clinical Psychiatry*. 1925, (Blakiston.)

第八章 感覺上之症候

感官爲神經系之門戶。所謂門戶之功用，即在禁止不受歡迎者之入室。吾人感官所能接受之刺激，僅以某種性質與某種範圍爲限。此種事實可以表明其功用之性質。耳官所能接受之震動，限於每秒鐘16至40,000次之範圍。視官所能反應之以太震動，在其長度之範圍上爲300 H_z至100 H_z (1/1,000 foot-candle)。此種種限制之存在，表明在吾人之環境中尚有聲光及其他各種活動，非吾人所能感覺。吾人對於環境事物之解釋，僅以所能感覺者爲限。

能覺常人之所覺者謂之曰常態，否則有變態之稱。感覺上之變態，有由於器官之缺陷者，有由於功用之原因者。茲分列述之於下。

壹、視覺之症候

一、視覺機械之缺陷

我們在下面將討論折光媒介之缺陷、眼部肌肉之缺陷及其他眼部形體之缺陷。

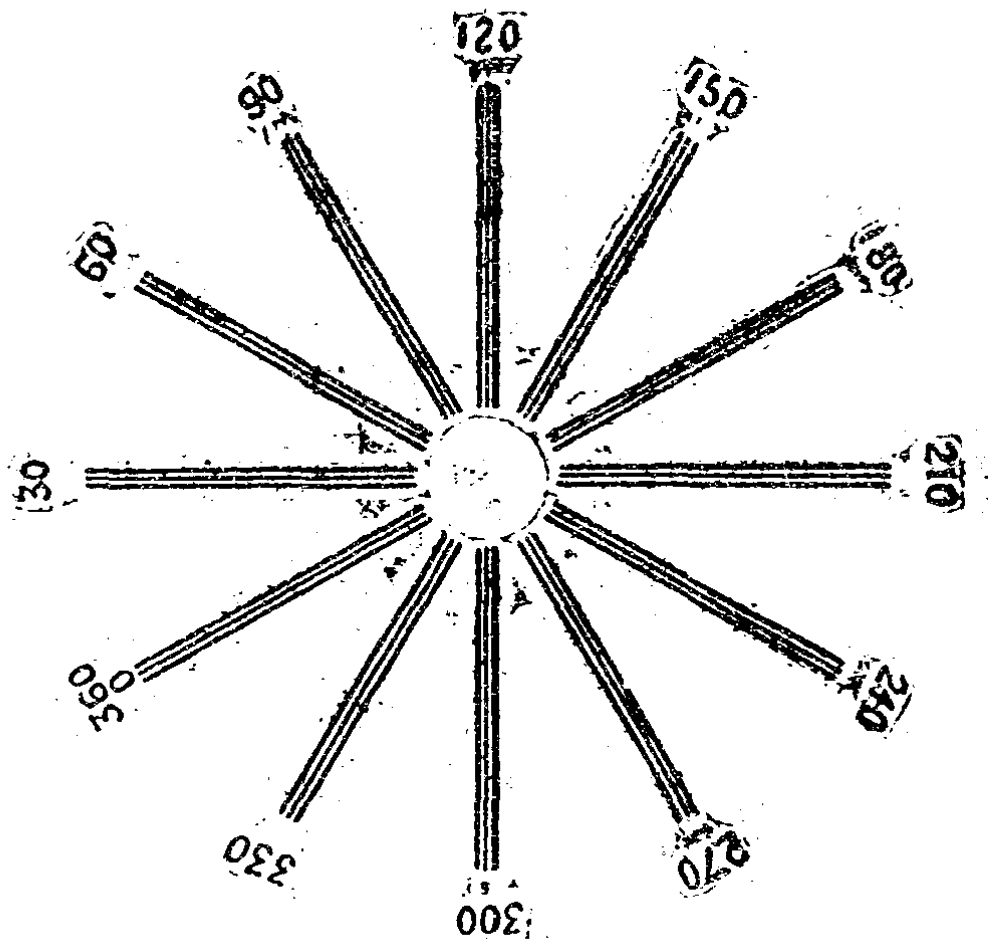
折光媒介之缺陷

折光媒介之缺陷易於矯正。矯正之法即配置眼鏡而已。有些教師每以兒童若無相當之進步，必謂為低能，而其實折光媒介之缺陷亦為一種重要之原因。

(一)近視 (Myopia) —— 近視或由於水晶體之過凸，或由於眼球之過長，因此視像之焦點位於網膜之前部。此種情形可以凹鏡矯正之。

(二)遠視 (Hyperopia or hypermetropia) —— 此種情形適與上述之情形相反。其原因或為水晶體之過平，或為水晶體與網膜相距之過近，因此視像之焦點位於網膜之後。此種情形可用凸鏡可以矯正之。

(三)散光 (Astigmatism) —— 在常態的眼中有三種主要的媒介（即角膜與水晶體之二面）為真正的球面，是以各部分折光之度相等。所謂散光，即指各面患有缺陷，而折光之度因此不能相等。此種之差別，遂使各部分所接收之視像，位於水晶體後之種種距離上。倘若目部已經養成適應球面某周線之習慣，則由其他各周線而入之光線，必定模糊不明。此種情形可用第八圖所示之散光表發現之。視域中之各部分，既集中於距離不等之焦點上，故在觀察時常有繼續移動焦點之必要。因此患散光症者之眼球每每移轉不停，易於疲勞。



第八圖
散光表

在目注視中心時一切的線應有程度相等之
黑色若有表現灰色之線則為散光之現象。

散光症若不過於顯著，或過於不規則，亦可以眼鏡矯正之。

(四)老光 (Presbyopia) —— 年老者之水晶體之硬性逐漸增加，因此其順應之功用漸失其效率。此時水晶體不復有其舊日之順應作用，而明視遂向後退。患者須着凸鏡方能觀察近物。

折光媒介之缺點應當及時矯正，否則每有嚴重之影響。近視與遠視者每強使其視覺機械發生順應之作用，而因此種之努力與緊張，遂有疲勞、頭痛與易於激怒之現象產生。有些缺乏閱讀之能力者，神經疲勞者，消化不良者，及情緒易於激動者，在經折光機械矯正以後，常能表現顯著之進步；因眼部為距離接受器之極重要者，故其缺點足以影響人格。

OS. 眼部肌肉之變態。

(一)眼球擺動症 (Nystagmus) —— 眼球擺動症，即指眼球作極速之兩側擺動。在某種情形中，此為一常態之現象。例如在觀察突然經過之物體時，或在身體旋轉忽然停止之時，則有此種現象產生。眼部在反應經過的物體時所有之擺動，為眼球先後固定於幾個位置中之現象。在身體旋轉後，眼球之擺動，係由於半規管感受刺激而發生反射之反應。在此種情形下，眼球若無擺動之現象，則為一種變態之情形。倘若半規管因內耳染病，或因他故致遭傷損，或聯絡半規管於神經中樞之神經路有所毀傷，則在身體旋轉後無眼球擺動之現象產生。患者在維持身體之位置，或均衡時，必須借助於

象亦可由熱水與冷水先後刺激耳部而引起之。

變態的眼球擺動，可用下述手續確定之：持一物體使受試者以眼球追隨之，而同時移動此物至其一側。倘若在作此種運動時眼球有所擺動，則為一種病徵。此種症候或與大腦脊髓神經系有關，而非局部之肌肉病症。此為一不常有之現象。在有此種現象時，患者必須由醫生加以澈底之檢驗。

(二) 目肌癱瘓症 (Ophthalmoplegia) —— 此為目肌癱瘓之總稱。眼球外肌 (即第三、第四與第六顏神經所支配者) 之癱瘓，為外目肌癱瘓症 (external ophthalmoplegia)。虹膜與瞳人肌之癱瘓，為內目肌癱瘓症 (internal ophthalmoplegia)。此二種情形若有永久性，則為中央神經系有病之符號。其最普通之原因，為梅毒與慢性之酒精中毒。患有此症者所見之物皆成雙數。

C. 視覺機械中之其他缺點。

(一) 後房水 (Vitreous humor) 與水晶體之缺點。—— 據常態之情形看來，水晶體與後房水含有不透明的物體射其陰影於網膜上。其形式為簡單之球形，或為珠形，或為其他奇形之團體。此種物體稱為「目中飛蠅」 (muscae volitantes)。因其似有活動之現象。此種運動之原因即是：常有陰影照射網膜時，眼球立即產生一種運動，使之照於中央窩 (fovea，即視覺之最明顯處)。此

種陰影若不位於水晶體與中央窩之間，則雖轉動眼球亦不能使之落於中央窩處。但此種眼球之運動，使人覺得此物體之自身表現活動。

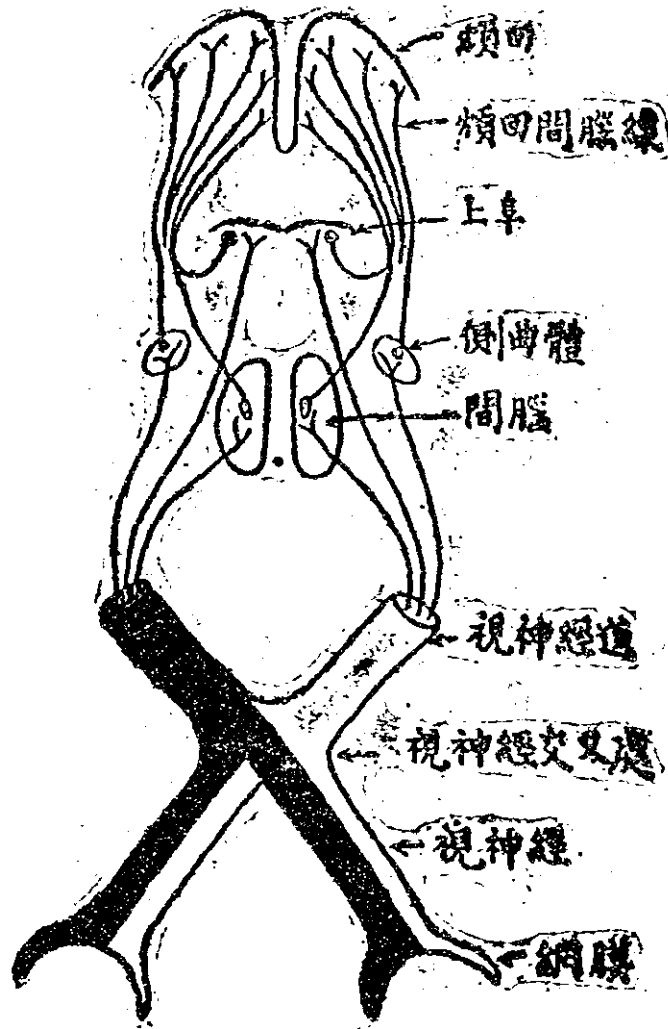
(二)盲點 (Scotomata) —— 人人目中有一盲點。此即為視神經入口之處。病態的盲點可用確定常態盲點之方法發現之。受試者闔其一目，而使他目直視。主試持紙一小塊于其視域之各部分中移動。當紙之光線落於盲點時此紙不可復見。此種之盲點若不極其顯著，常為患者所不注意。一般地看來，此種病態盲點之起因甚多，例如視神經之疾病，網膜之疾病，煙毒，酒毒，多發性僵化 (Multiple sclerosis) 神經炎 (neuritis) 與偏頭痛 (migraine) 皆是。

(三)色盲 (Color blindness) —— 色盲或為部分盲 (例如紅綠盲) 或為全盲。其他各種之配合亦有之。除某種藥料中毒之情形以外，色盲實為遺傳之缺陷。

(四)盲症 (Anurosis) —— 一目之盲稱為側盲 (unilateral amaurosis) 二目均盲稱為雙盲 (bilateral amaurosis)。此種症候常由視神經之萎縮或網膜之病所致。後段中所討論之機能目盲殆與此種現象相似。

(五)半盲 (Hemianopsia) —— 所謂半盲，即指每目視域之半無明。半盲之形式不一。其性質可由視神經纖維在視神經交叉處 (optic chiasma) 之情形解釋之。此種情形表示於第九圖中。

在每一網膜之纖維中，其接近鼻部之一半通至大腦之對方，而其接近顳部之一半則不交叉。此種之劃分是否相稱，尚無相當之事實可以證明，不過其情形大概如此。



第九圖

視神經纖維之路及其對於皮質與網膜之關係

在此種情形之下，視神經倘若受傷，則其症候之性質視其受傷之處而定。若損傷在視神經交叉處與一目之間，則其結果為側盲。若損傷在視神經交叉處與大腦之間，則雙目均受影響。若皮質右側之纖維（即圖中之黑色部分）被毀，則兩眼之右半失明，若皮質左側之纖維在其未達交叉處以前即受損傷，則二目失明之部分為其左側。

半盲之形式有下列各種：

(a) 關係相同者 (Homonymous) —— 所謂關係相同之半盲，即指失明之兩半為二目中可以相對之部分。上段所述之兩種情形均屬此類。

(b) 關係相異者 (Heteronymous) —— 此即指失明之兩半為兩目中之不相對者。下面二種情形屬於此類：

(1) 顛顛兩半之失明 —— 此即指失明之部分為二目之外半。

(2) 鼻部兩半之失明 —— 此即指失明之部分為二目之內半。

關係相異之半盲必由視神經交叉處自身之損傷所致，因交叉與不交叉兩種纖維皆須受傷，而後有此情形產生。

二、視覺機能之缺陷。

上述之種種視覺缺陷，可由神經學的方法與視覺的測驗確定之。在此類缺陷中多有一定之機體原因可以發現。此外復有其他種種之視覺變態，其原因非在神經系與視覺機械兩方面可以察見者，但有多數事件得由症候之歷史解釋之。

a. 機能的雙目盲——機能的雙目盲，有幾種特殊之情形可以表明此種缺陷由於人格願慮之缺乏所致。

(一) 此種缺陷之初起，每有奇特之情形。常奈 (Cogan) 曾經述及一人，因其面部為油膩的破布所纏，遂患目盲至四年之久。復有一婦人在洗衣時有人用肥皂水搽於其面部，水雖未流入目中，而因此失明至二年之久。

(二) 此種缺陷之恢復，亦呈奇特之情形。上述之例子不足以表明機體全無損傷，但其恢復常態之情形亦至奇特。常奈曾述一例子表明視覺之喪失，不必有機體上之原因：

有一青年婦人，患有下述之奇特習慣；每於閱讀時，見有紅光滿室。目闔復張，則喪其明。此種變態之現象，有一次繼續至十二日之久。其目光忽然恢復，正如其失去之神秘。

在上述之例子中，所患者非機體之傷損，而為心理機械之病態。我們必須知道一事之察見，不獨為目部與視神經之功用，而且為人格全體之功用。此舉個人格應用其視神經與視覺機械以完成其

整個之作用，故此二者不過爲此種作用中之分子而已。若有一人突然失明，而在視覺機械與其神經方面，並無病態之現象，且其視覺能力亦可突然恢復，則其解釋必須求之於其人格之方面。倘若堅持此種失明之症，仍爲機體有病之結果，而視其恢復爲神秘之事，則與事實未免相去過遠。

(三) 各種反射仍爲常態。——失明之因究屬機體或屬機能，視反射之情形而定。我們若不知道患者以前之情形，則反射之檢驗尤爲重要。真正失明者之瞳人反射 (pupillary reflexes) 應當失其常態，而患機能之目盲者則否。

(四) 患者在某種情形之下，仍能應用視覺。——患者每在眠遊狀態中能夠步行，而且可以避免途中一切之障礙。此種事實表明有用視覺之必要，並且在情緒方面有失常之激動時，此種現象亦能發生。雖在尋常的情形中，患者有時亦表現應用視覺之能力。趙勒 (Jolly) 關於患有機能失明症之兒童，有下述之觀察：

「這些兒童似乎不能見光，雖不知路上有阻礙，然有避免阻礙之能力。其行爲殆非觸覺所指導，若輩不似真正失明者……其必有知覺無疑。」³

Jolly, F.: *Dieber Synopsie bei Kindern*, Berliner Klin. Wochenschr., 1902, No. 34, S. 4.

b, 機能之一目盲。——患機能之一目盲者，每每僅有一目失明，此種症候較之雙盲為多，且其機能之性質較易於確定。

真正之一目盲與機能之一目盲，有一顯著之區別。患前症者多不述其苦狀，而且在經過長時期以後，方知其一目之失明，但患機能之一目盲者則每有為此病所苦之表示。

一目失明之檢驗方法，係確定在某種情形之下，受試者是否仍能應用所謂失明之目。此種手續僅於不能發現機體原因之時用之。

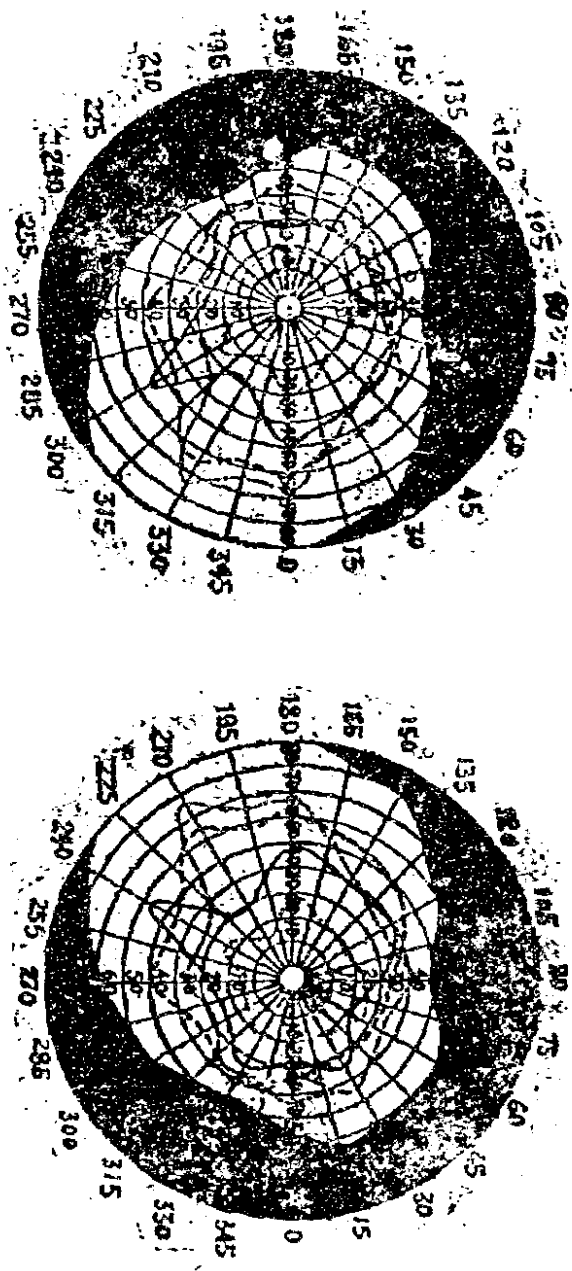
一種方法即為施內冷 (Snellen) 字母之測驗。此種測驗之手續如下：在黑色背景上黏有一些字母，有藍色者，有紅色者。純粹紅色字母或純粹藍色字母之組合，皆無意義，而唯有此二類字母之組合方有意義。例如有紅色字母 OTWSEN 與藍色字母 NRPEER。這些字母，在如此分離時，並無意義；但若互相間隔，則拼成 NORTHWESTERN 一字。在作此種測驗時應有特別設備之眼鏡，其中一鏡之色與紅色字母相同，而其他一鏡之色則與藍色字母相同。受試者之手續即在戴上此種眼鏡以後，注視測驗卡片。其一目僅能看見紅色字母，而其他一目則僅能看見藍色字母。若有一目失明，則其所見為無意義的字母。我們由他所看見的字母，可以察見其失明之目究在何側。受試者若能讀 **NORTHWESTERN** 則顯然為二目並用之證據。

現在此種失明症遠不如昔日之多。前有一時期，醫生以機體的視覺變態為診斷害思病 (Type-
Stere) 之根據。醫生每每對可疑者加以視覺之檢查。受試者因受此種暗示之影響，故雖無此病而
每有此病發生。在今日之醫學中，此種症候之重要性遠不如前，而患者之數亦見減少。

○ 視野之縮小。——視野之縮小為視覺病症之一種。第十圖表示二目在有常態功用時之網膜
區域。根據周緣測量器 (Perimeter) 檢驗之結果，有些患者的網膜，僅有中央窩及其附近周圍具
有功用。

倘若視野有縮小之現象，而目都在其生理與機體方面並無缺陷，其將何以解釋？有些患視野縮
小症者能跑或能戲球，且其手臂亦能表現合作之運動。凡此一切之運動皆需外周之視覺，而患者竟
不知其行為實與周緣測驗之結果正相衝突。此種例子表明在某些情形之下，患者確能應用其網膜
之外周，但其外周之部分在受測驗時則無功用。其外周之視覺，須在有利害之關係時方表現其作用。
讀者若以為戲球之事無應用外周視覺之必要，則可試以常奈 (Jarvis) 之測驗。其手續如下：置一
卡片紙於二目之前，上有二孔，是以每目可以透視一孔。此種情形能使視覺限於中央窩。讀者在有此
種卡片置於目前時試接一球，即知其不可能。

常奈曾述一事，表明患視野縮小症者對外周之刺激能作反應。一兒童曾因失火而驚。後來雖微



第十圖

網膜之色帶

此二球形表示二目之網膜。識以黑色者為無功用之部分。各種
 視野皆有界線表示。在視野向中心縮小時僅有極中之部分
 發生作用。——紅帶範圍。——綠帶範圍。——藍帶範圍。——黃
 帶範圍。

小之火燄亦能引起其驚駭之狀態。其範圍稍至五度。此種範圍以外之物似皆不能察見。據常奈之所發現在使其注視周線測量器之中點時。若有已然之火材移至八十度處。其恐怖之狀態亦能因此發生。（參看第十一圖）

我們如欲除去此種病症。則須尋求其發生之原因。患者並非不能看見。而是不願看見。其不願看見之理由。必須發現而移去之。方能收效。徒視此種症候為伴為之現象。而強使之視察。必無補於事。

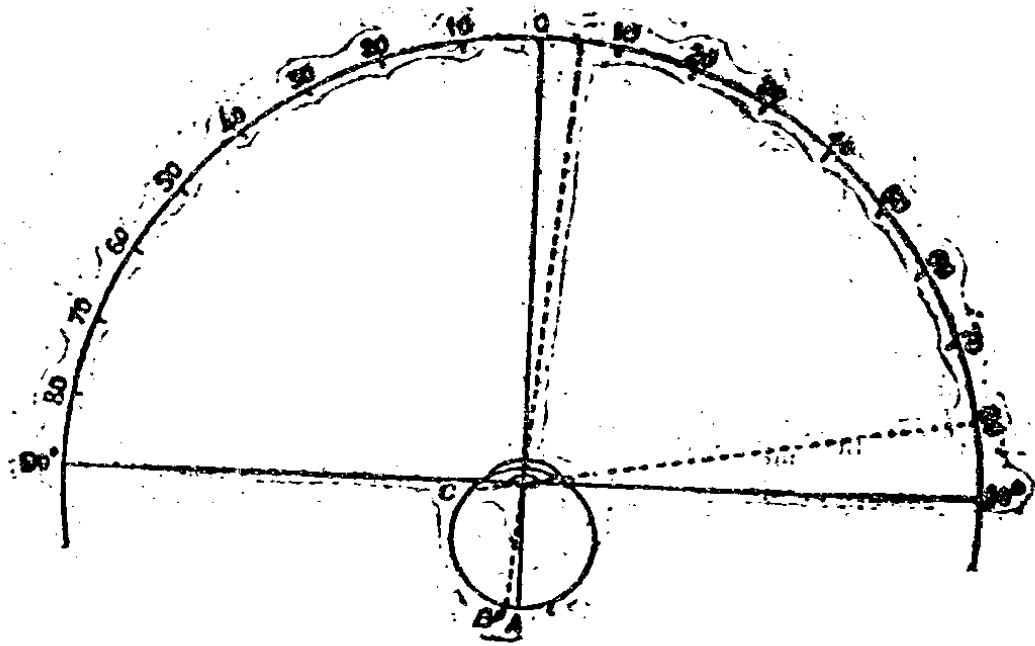
貳聽覺之症候。

聽覺之症候包括銳敏性之減少。或增多。及其他各種之變態。此外亦有聽官全無損傷而失其聽覺之能力者。聽覺若有所損。則對於人格每有嚴重之影響。此為最堪注意之事。

一聽覺銳敏性之減少。

a. 機體之耳聾——耳聾每為機體上之缺點。而與變態現象僅有間接之關係。其原因或為聽覺機械之病。或為聽覺神經之病。或為神經中樞之病。雖在現代的文明社會中。用目較多於用耳。然而耳聾對於精神作用與人格特質之影響每極嚴重。

耳聾有先天與後天之別。先天之耳聾即指生而有此缺點。後天之耳聾即指生產以後方有此種缺點。患先天之耳聾者每有下述數種特性：（一）屬於聽官之經驗。必須變為屬於其他器官之經驗。



第十一圖

視野之縮小

若在目注視時 O 處之光線可射至中央窩 A 處，則距 O 五度之光線將射至網膜 B 處。此種印象僅含有網膜之一小部分。在八十度之光線將射至網膜 O 處。由 A 至 O 之視覺漸次模糊。但常人之視覺能發生於中央窩周圍一小部分中。如第十圖所示。

而後其意義乃能明確。弱者對於音樂特性之了解有時必須借助於觸覺之名詞。(二)缺少一種感覺者，在對於他種感覺之分析能力上每每超乎常人。(三)患者爲此種缺陷所限制，於是在某些活動上有依賴他人之必要；因此而有卑遜之感。此種態度遂使疑竇滋生。人若耳語則視爲對己有所管議。遇有困難，則視爲友人之陰謀。最後或有一種獨行踽踽之趨向產生，而人格遂益趨於變態。受人壓迫之妄想亦可由此而起。(四)聽覺之缺乏每能影響精神作用之效率，因此患者每誤認爲低能者。年齡極小的兒童在聽覺之銳敏性上難有正確之測驗，因此他們雖有聽覺之缺點而每每不爲人所認識。此類兒童學習對於聲音之反應，但是因無明顯的聽覺每有錯誤發生。其反應之對象，或爲對於聽覺以外之線索，例如唇之移動，手之動作與其他屬於此類之現象皆是。倘若兒童藉此種種線索而有錯誤之反應，則成人方見其行爲或爲有意之反抗，或爲低能之表現。兒童若因此而受譴責，則其行爲必愈謹慎，而其心智低下之狀態愈爲顯著。此類患者若不及時加以相當之處置，則其心智上之損失至爲嚴重。今日已有聲音放大器 (Sound amplifiers) 可以解決此種問題。

b. 機能老耳聾。——有一種聽覺並非因聽覺機械有病而生。此種情形之產生，由於一種人格上之關係，而且此種關係之性質頗爲複雜。

在病之性質尚未確定時，第一步手續即是應用一種方法，確定患者聽覺的能力。例如在患者的

耳旁突然發出一種高音，而使發音之物不可察見。此種聲音對於常人每每引起一種雲眼之反射，或其他非隨意之反應。若有此種反應發生，則患者當有聽覺能力。

二、聽覺銳敏性之增加。——患者對於溫和的刺激每有強烈的反應；並且若有聲音繼續發生，則呈極其擾亂之狀態。此種情形並非表示銳敏性真正之增高，不過為一種對於聲音易於激動之態度。聽覺的銳敏性幾人人殊，而其銳敏性之最高者實居最優越的地位。所以人若以其聽覺之銳敏為苦，則其所苦者非屬聽覺而屬於情緒。患有此症者，雖聞微音亦有身體上之震動。他們每每以棉塞耳，以避此種刺激。

叁、皮膚覺之症候

皮膚覺為幾種感官印象綜合之結果。我們可以首先討論病症之有機體原因者，然後描寫機能的皮膚感覺喪失症。第二類之現象尚為近代變態心理學中之一困難問題。

一、皮膚感覺性之分子。——根據精密檢驗之結果，皮膚感覺有觸、熱、冷、痛四種。其末梢器官皆位於皮膚中。此種之感覺器官皆有一定之位置，而且其所接收之印象皆有特殊的性質。例如熱點對於任何刺激之感覺皆為熱的感覺。其他各種感覺皆有此種情形，不過稍有限制而已。

這些感覺綜合之情形尚為一未解決之問題。雷弗士 (Rivers) 與黑德 (Head) 的研究之

結果後爲白林 (Boring) 所否認各研究者皆注意於外周神經分割之部分對於感覺之影響。簡單說來根據雷黑二氏之學理由外周而來之衝動可以分爲後起精覺 (epicritic) 與原始粗覺 (protopathic) 二組。此外或有一種感覺可稱深覺 (deep sensitivity) 此種種之纖維在入脊髓根 (spinal roots) 時經過一種組織而其差別遂不可得見。其綜合之結果或爲痛熱冷觸各種感覺。

二、皮膚覺之種類

a. 後起精覺 (Epicritic sensibility) —— 此種感覺包括輕觸、輕痛與冷熱之微差覺。輕觸的健全性之測驗方法，即用一駱駝毛刷或一塊軟棉輕觸皮膚。後起精覺之痛覺可以針頭之輕觸測驗之。測驗表面的冷熱感覺之方法即以裝有冷水與熱水之玻璃管與皮膚相接觸而確定其感覺之性質。

後起精覺界吾人以確定皮膚上的位置之能力。此種能力在身體之各部分中顯有差別。通常測驗之方法，係用兩個尖頭置於受試者之皮膚上使其報告所感覺之刺激爲一或爲二。受試者有時能夠辨別兩個刺激有時則否。在能辨別兩點時之最小的距離即表示此種能力之程度。有時我們用一根頭髮在受試者的皮膚上移動而詢其運動之方向與範圍亦可確定此種能力。

b. 原始粗覺 (Protopathic sensibility) —— 此為劇痛及冷熱二種強烈感覺之稱，在皮膚或臟腑受強烈的刺激時，方有這種感覺產生。若應用此種感覺以確定皮膚上之位置，每無正確之結果。此種能力之健全性可用消毒之針嘴刺入皮膚，或用裝有冷水與熱水之玻璃管置於皮膚上以確定之。

c. 深覺 (Deep sensibility) —— 引起深覺之刺激，即對於肌肉與關節之特殊末梢器官施以壓力。在日常生活中，此種感覺常與來自後起精覺與原始粗覺之印象相混合。

我們在測驗常態人時，能夠區別觸、熱、冷與痛四種感覺，而在應用手術時復可區別後起精覺、原始粗覺及深覺三種現象；但是在實際的經驗中，此種區別並不存在。我們平日所有之經驗為種種混合之現象。此種研究使我們不得不否認觸覺之簡單性。我們一旦認識其性質之複雜，則觸覺的變態現象之複雜性亦易明瞭。

三運動覺 (Kinesthetic sensibility) —— 運動覺或肌肉覺，或者亦為上述三種皮膚感覺混合之現象。其末梢器官包含皮膚、肌肉及關節中所有之器官在內。此一切之感覺在實際經驗中互相混合，成為位置與運動之感覺。

運動覺一旦喪失，則對於位置或運動之印象不能感覺。例如人若失其手臂之運動覺，則閉目取

食極爲困難。他在扣領釦時亦成困難，因其有依賴視覺以指導其運動之必要。

在此種情形之下，輸出之動作衝動可無損傷，但運動所引起之感覺則不能接受。所謂脊髓癱的步容 (tabetic gait) 卽爲一例。患脊髓癱 (tabes dorsalis) 者之脊髓背部 (dorsal part) 之感受影響，而來自腿部之知覺衝動因此喪失或有變化。患者雖有行走之精力，且其肌肉似頗強健，但在步行時，每每所跨過遠，因此其活動之腿部必須收回而後能發出第二步。其原因在肌肉與皮膚感覺之缺乏，是以制止作用不能產生。患者在步行時必須借助於杖，或注意於腿部以矯正其行走之動作。運動覺之健全性，可用下述之測驗確定之。此種種測驗之目的，在確定受試者於其用目時對於臂、指與腿之種種位置及運動，是否能有正確之認識。

a. 使受試者用食指指其鼻部與之相去一寸。
b. 執受試者之手，移至某種位置，然後使其以其他一手觸之。若其深覺已失，則其他一手所取之方向不能正確。

- c. 使其手或足取一奇特之位置，然後使其其他手或足取相同之位置。
d. 置種種重量於受試者之手中，但其接觸之面積相同。其目的在測驗其區別重量之能力。
e. 常態人在握一立體物於手中時，常能認識其形式與其致性。此種能力稱爲「立體認識之

能力』(stereognosis)。其所須認識之事物包含大小、重量、空間與對象面積之性質在內。測驗之法係置種種性質不同之物體於受試者之手中，例如鑰匙、黑水壺、蓋針、橡皮、釘、錢與鉛筆等是。受試者應當在閉目時能夠認識各種物體。此種能力之缺乏稱爲『立體能力喪失症』(astereognosis)。

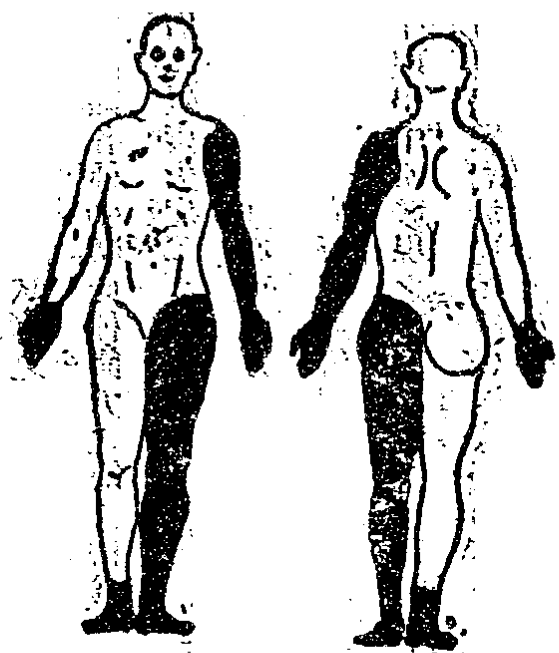
四、機能的皮膚感覺喪失症(Functional anesthetics)。

關於機能的聾盲症之原則亦可應用於此。但是此種症候有一些特殊的性質，值得特別的注意。

a. 機能的皮膚感覺喪失症，每以通俗關於功用單元之概念爲根據。一般人對於皮膚感覺之概念，每與解剖學及生理學中所發現之事實不相符合，因此凡由純粹心理作用而產生之變態現象，富於心理學上之價值。科學家對於皮膚感覺之意見尚不一致，由此可以了解通俗概念與生理學或解剖學之衝突。在實際的經驗中，皮膚之感覺皆爲各種感覺混合之現象。例如持斧之感覺，決不分析爲肌肉的緊張、熱、冷、壓與痛各種感覺。我們所經驗者爲此種種感覺之混合。換一句話說，我們所感覺者僅爲斧在手中而已。手爲一種功用的單元。倘若我們在閉目時不能區別鉛筆與小刀，或銀角與錫錘，則我們認爲手部感覺有所喪失，而不思及某種神經或某些神經之病症。

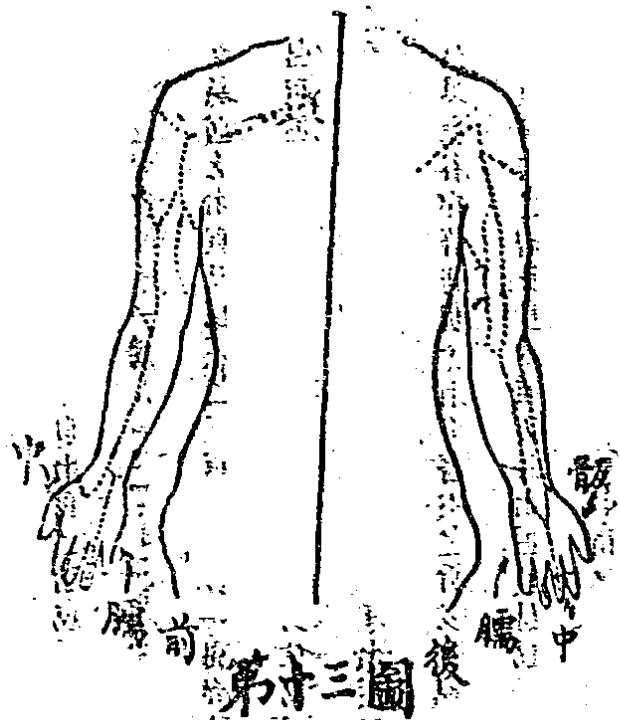
手部或足部所有之皮膚印象，係爲數條神經所傳達者。這些神經倘若受傷，則其影響必延及腿或臂部，而按神經在解剖上之分配以影響其他各部。但機能的皮膚感覺喪失症之情形似不如此。此

種症候在發生於手部時僅以手部為限，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) 或履形失感覺 (Sock 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
機能的失覺症

喪失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、散神經)所支配之區域極不規則。若任何一種神經受傷，則其所支配者必與其所示者相符。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) 堅持皮膚失感症為害思病 (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為有此病者時，必定注意於其皮膚失感之點或區域。其最可奇者即此種之點或區域，每每發現於此種患者中。昔日視此種現象為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種特點。第一個特點是：此種現象罕為患者本人所發現。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。第三個特點即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，而此症之發現亦每為此種檢驗之結果。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。

此症之暗示說為裴奇 (Herbart 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。此種之可變性質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。

(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。當時我們忽然發現緊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。給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。

除其他感覺之症候

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，則其機能之因素為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、有肌之感覺——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. E.: 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。

一 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) 醫生曾經述及一患癩癩病者所見之氣形 (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聲。

其結果遂爲癡癡之狀態。

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。患昏迷癡癡症（delirium tremens）者，則常爲貓惡的野獸所困。

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：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 sensa-
tion）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（epigastrum）為此種現象發
生最多之處，但臍部、下腹部（hypogastrum）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（Spockart）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。此或為癡態感覺

之由來。

癲癇病的下腹氣形 (opigastric 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覽。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，每覺其身體倒置而向下墜落。

有幾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，肌肉或關節不得而知。

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，幻覺較強於想像，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，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，產生一心理進程，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。例如有人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」（photosisms）。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」（verbochromia）。此外尚有副聽覺，即所謂「聽向」（phonisms），副味覺，即所謂「味向」（gustatisms），副嗅覺，即所謂「嗅向」（olfactisms）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。幻覺或錯覺亦由

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尚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。若眼部或大腦後部有病，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不一，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.

Maurry, 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 (

Blackiston.)

Störing, G.: *Mental Pathology in Its Relation to Normal Psychology*, pp.

19-70 (Sonnenschein.)

Taylor, W. S. (Ed.) *Readings in Abnormal Psychology and Mental Hy-*

giene, 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，我們的行爲雖由經驗而有變化，但我們不能覆憶此種變化之原因。我們若仍能覆憶，則此種記憶爲有意識的記憶。我們所應注意之點即是：從前無意識的反應，現在可以變爲有意識的，而從前有意識的反應，現在亦可變爲無意識的，所以一事之習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爲無意識的，又如何由無意識的而變爲有意識的，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：

一、超常之記憶 (Hypermnnesia) —— 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。

二、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，亦有此種結果，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) —— 關於此類者最初數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，如數家珍。

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者，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) 與皮爾梅漢之情形即是。根據雷波 (Ribot) 的歸還律 (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。—— 此種遺忘率不多見，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發現而已。

(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

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驗為根據。各種經驗在這些經驗上皆有其

特殊之位置。此即格式塔心理學 (Gestalt psychology) 中之所謂碇泊點 (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。且凡有善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為根據。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。此為常人所有之現象。不過人若對於年月日皆發生錯誤，則為患神經病者無疑。

(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，甚至家庭中的人亦不認識。

至遺忘之原因可分為機體的與機能的二種。機體之原因復可分為三種：(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)，眼病 (sleeping sickness)，結核病

(tuberculosis) 等症。

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) —— 此為弗洛伊德之學說。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，因為在意識與潛意識之間，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的需要之衝突內。第三說所謂廢止之原因即為需要之缺乏。並且所謂需要不必為積極的而亦可為消極的。例如苦痛之避免即為需要之一種。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為徹底。

Burnham, W. H.: *Retrospective 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.)

Osato, M.: *Aphasia and Associated Speech Problems*. (Hoehber.)

Prince, M.: *The Unconscious*, Chaps. 1 to 5. (Macmillan.)

Prince, M.: *The Unconscious*, Chaps. 1, II, III, IV. (Macmillan.)

Rosanoff, A. J.: *Manual of Psychiatry*, Chap. 3. (Wiley.)

Sidis, B.: Symptomatology, Psychogenesis 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.: Retrospective Hypernesia and Other Emotional Effects on Memory, Psychol. Rev., 1919, 26, 474-496;

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

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。

壹、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（*aphasias*）；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 *a-* 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極次擴大，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為語言動作失悟症 (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，望可使入了解。

(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) C. 強迫觀念 (imperative idea)；固定觀念 (fixed idea)；及自生觀念 (autochthonous 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。

理想之滯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；無論什麼事情如補劑，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，各種表象尚有關聯可以使之互相聯絡，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。

c. 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—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『回憶之偽』 (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「不相關聯的妄想」(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（例如漸次痊愈或心智衰退之時），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——此種觀念在患者衰病者中發生最多。患者相信自身之完全破產，未幾將為途中之餓殍。

o. 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，患有不消之病等等，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 (Sehlar) 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，視一切處境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

解之將至。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。

g. 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，因二者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（即指餓、渴、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)

CON)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。

原 著 者 著

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. E. B.: Mind and Its Disorders, Chap. 8. (Blakiston.)

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

193

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

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）較為普遍。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，情緒過度之表現為一發生最早之症候。有時在其他症候尚未發生以前，早有此種現象。患者以前為一和藹可親之人，而此時則動輒發怒。因此，其戚友每驚訝其人格變遷之大。

情緒之變態為所謂「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，因此易為人所觸犯。不過其情緒之表現雖有強烈之性質，而為時甚暫。

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，或其強度為根據。精神痛苦在自動的抑鬱中極為顯著，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，僅為一種漠然無定之知覺而已。」并

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為憔悴，失望與退讓。其與動作停止之現象（*adynamia*）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。此為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。此為二種形式之抑鬱症，即所謂「低壓現象」（*hypotension*）。

呼吸之變態亦為恆有之現象。患者呼吸短淺而無規律。糞便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。其結果為重量之減少。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。便秘幾為常有之現象。

新陳代謝作用之延緩，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，多半位於心臟之前 (precordial region)，間亦位於上腹部或喉部。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。因此肝亦分泌多量膽粉 (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)

B. 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。非

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覺。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。

井蕭孝燦著：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 (homosexual sexuality) 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. 弗洛伊特之學說。——弗洛伊特視同性愛爲後天之產物。他以為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。他以為人因有自戀之傾向，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。此種事實不得遺視爲兩性之愛。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採用之唯一方法。我們藉此可以確定患者情緒之所附，而由其所得之結果，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。

一、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

遠變態之程度。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。其原因有時在腺的方面，亦有時在營養方面。起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。

二、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。至於患甚惡病之半身癱瘓者，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，而後一種之患者則與其患腿以行。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。

三、肌肉強直症 (Catalapsy) —— 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-catalapsy) —— 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二：二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：患肌肉易擣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。至於患肌肉難擣症者，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，即有細微之戰慄表現。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羅氏符號 (The Romberg sign) 之檢驗。其法係使患者閉目直立，兩足合併（足跟與趾均須接觸）。此時正常的受試者尚能支持其身體之均衡而無擺動之現象。羅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，係免其有僥倖之可能。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。

此種方法可於眼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。患狂病者不受輕搥時即對輕搥之者施以打擊，而不考慮他人之行為是否含有意義。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，他能記憶此種行為發生之情形，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。他亦能認識此種衝動之變態性，而制止其實現。

(c) 固定之行為——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。這些患者的行為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

顯會不作答者。

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动作之產生，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 Félix 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：一為睡眠之條件，一為睡眠之意義。我們可以先述睡眠之條件。

睡眠之條件——此類條件可以區別為下述七項：

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入睡。

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。此乃由於情境一移所致。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，亦為促進睡眠之一條件。例如餐後易眠，因有多量血

液輸入消化系中，而大腸之血液遂因此減少。

五、肌肉狀態之寬弛。——肌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。但是尚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) 與炭養三 (carbon dioxide) 均與睡眠之原因具有多少關係。

四、生物學說——克拉伯勒德 (Claparède) 視睡眠為一種本能。其功用在防止疲勞之為害。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為最重要。至其在分泌、神經與血液循環各方面之變化，則為睡眠之生理狀況。

睡眠之變態——睡眠之變態有下列數種：

一、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。

二、後來羅賓遜 (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，皆為失眠時期中所有之現象。但是在輕聲、描準、誦讀與心算各種測驗中，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。

三、不眠 (Insomnia)——不眠之原因不一。其原因或有暫時之性質，或有較為永久之性質。其

較普通者有下列數種：(a.) 睡眠情境之遷移；(b.) 過度的疲勞——肌肉過度可成一種物變之狀態，而因此不能弛展；(c.) 情緒之緊張——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——有息失眠者因其常為惡夢所擾，不願使之復現。

三、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、眠遊 (Somnambulism)——眠遊或非全無意識。下面所述為麥克都格耳 (McDougal) 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，我們可以知道其眠遊之現象，係重演當時之情形。

大概說來，眠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、睡眠欲望之特徵——有些患者每日睡眠數次，或每夜就寢早於常人。從幾能的觀點看來，此種行為之目的在逃避苦惱之境。

六藥物所致之睡眠。——若尋常的睡眠確爲天然的趨向，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。

220

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.:)

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

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

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

Ferman, 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

1. 全體癱瘓病 (Paralysis 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：有一說謂此為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，在前部與顱顱部表現普遍的萎縮現象。腦之重量減輕，變紋較為扁平，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顱顱回為最顯著。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為顯著，可用為診斷之根據。此病之症候可分三種：一為臨診之現象，可自個人全體之研究得之；一為血清中之事實，可用化學的方法發現之；一為心理方面之現

象。

(一) 臨診之現象——其重要之現象爲戰慄狀態，動作失調 (motor incoordination) 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。

瞳人與瞳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。

在此病之初期中尚有一種反射之失常，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，亦為返有之現象。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，有一種類似中風或癱瘓之癱瘓現象發生。有時此為最初可以認識之症候，但是大半發生較遲。前一種之癱瘓致意識有多少之損失，但因此而生之癱瘓多無永久性。後一種之癱瘓則與癱瘓之癱瘓不能區別。

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。癱瘓日益增多。患者或死於營養，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。——其主要之現象為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癱瘓病。一般全體癱瘓病之反應在數目上為 5555548200，而脊髓癱瘓

(三) 心理方面之現象。——在最初期中，患者的友人即能察見其行為上之變化。此時其在心理上之症候為品行之變化，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為。

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。

妄想亦每為此病的症候之一種。我們根據妄想之性質可分此病為四型：(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。此種患者往往於二三年以內死去。(b) 擴大型 (the expansive type) ——其特性為全無根據之快樂與浮誇。此類患者與患妄想狂 (Paranoid) 者不同，因為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) ——此類患者之行為極為用事，終日話語不已，不能成眠，每於數月內死去。(d) 抑鬱型 (the depressed type) ——此

癩癩與梅毒 (Echinococcosis) 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，區別全體癩癩病與下列各病中酒精毒之精神病癩癩與機能的精神病。

e, 預斷。——全體癩癩病有進行性；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。由梅毒而生樹膠腦 (gummas) 亦可發現。脊液間或有負華氏反應。其科金孤線有特殊之形式，由此可以區別腦脊梅毒與全體癩癩病。

c 症候。——其最重要之生理現象為頭痛，昏眩，嘔吐，寒熱，及腦神經感受影響之結果。此外尚有種種局部之症候，如癱瘓，聾人之不相稱是。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。此病有時表現腦部相傷之症候。此則由于腦中極小區域之壓管，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——腦脊梅毒與腦瀰之區別，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顯神經之變態。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。

o 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。後一種方法之成效尚未證實。

三、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。

○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。柱之自身縮縮而呈灰色。微顯微鏡之觀察，脊髓後根及其神經道與柱，皆退化而變硬，尤其為哥耳與布大哈之柱 (Columns of Goll & Burdach) 有此種情形。此二種柱之功用在使肌、關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為下肢。其病象為運動失調及深覺、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。此外尚有顛神經之退化，尤其以視神經之退化為最常見之現象。

○症候——腿部之劇痛為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，膝跳之消滅亦為一種重要符號。患者有阿羅羅人之現象，並且同時每有其他視覺之病症，如重視 (double vision) 與朦朧是。

運動失調為一極重要之症候。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。患者若圖目併足而直立，則其身體搖動以致跌倒。此即所謂變氏符號。此病發展至某一時期，則所謂「癆症步容」 (labetic 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病 (neuros) 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。

o 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。

● 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，故以在冬季為較多。

b 病理——腦部之傷損，多在中腦 (midbrain) 基本神經節 (basal ganglia) 與赤脊道 (hydrospinal tract) 內，但有時亦發生于皮質，小腦與脊髓中。此為進行性之病，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為常見之現象。

○ 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，憔悴與硬與普遍之痛覺。患病愈深，則昏睡之狀態愈為顯著。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 50 或有昏睡之情形，然患不眠症者亦多。屢有晝間昏睡，而全夜不眠者。重視 (double vision) 為常有之現象。目肌亦多癱瘓。面部與四肢之肌肉亦每呈抽搐之現象。

心理之症候頗為重要。患昏睡者對於心理刺激之反應較之常人為緩，而在其醒時則極其喧嘩，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。此種患者每誤認為患有狂鬱病者。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。其類似自發病之

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。

Economou, 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，而有潛伏之發展，

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。自制的功能最初即有減少之現象。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。此種退化的現象即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，即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潛伏之性質。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，實為久日飲酒過度之結果。至其發生之近因或為一次之狂飲，或為突然之傷損，或為劇烈之疾病。患者在視覺方面每有顯明之幻覺。這些幻覺常為使人厭惡之物，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。雖家人亦視為鬼魅。其在動作方面之現象即為顯著之戰慄狀態。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。其幻覺多為受他人之逼迫，並且多屬聽覺。最後一點，為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為久日飲酒過度所致。但此酒亦可由種他原因而生，例如出血過多，傷寒，癆病，流行性感胃或鉛毒是。其心理之症候常與多發神經炎 (polyneuritis) 相似。後者之特徵為膝反射 (tendon reflexes) 之消滅，下肢之癱

痲，肌肉局部之疼痛與感覺之過敏。凡此一切皆為常有之特徵。

科氏精神病之發生，有突然之性質。其發生時之現象為情緒擾亂，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偽造已往事實之趨向。設二者為恆有之症候，可以用為診斷之根據。患者的記憶之惡劣可由下述之例子察見之：有一患者在醫生前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，而其所遺忘者則以偽造之事實補充之。

患此病而治愈者甚少。其時間為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、酒精毒妄想狂 (Alcoholic paranoia) —— 中酒精毒者所患之妄想狂每有一定之性質。其與酒精毒幻覺症之差別，即其有勢力之現象為妄想而非幻覺。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 (Opiates)

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癮養成之情形。有人謂養成此癮之直接原因，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癮者；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，在患有此癮者 11,000 人中有百分之 23 由于第一原因，百分之 11 由於第二原因，百分之 59 由於最後三個原因。尚有百分之 80 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。

患有此癮者所表現之症候，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。應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、成癮——此時癮已養成。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，漸與心力喪退。

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。

癮之實態

Charletan, 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 Summary 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.

Licht, A. B.: Physiologic Aspects of Opium Addiction, J. Amer. Med. As-
soc, 1931, p. 828.

第十七章 腺之病態

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

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)，位於頭中者，有盾狀腺 (thyroid) 與副盾狀腺 (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，而人之行為因此受其影響。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，可以分為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、盾狀腺之腺。——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 (Hypertthyroidism)。——由此種情形而生之病，即所謂目凸喉腫病 (exophthalmic goiter)，復有巴氏病 (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，而面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粘液腫病 (myxedema)，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

兒時之腺狀腺有所缺乏所致，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。其原因或為遺傳，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 (Lobin) 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尚不能察見者。

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 (Idiot) 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 (Frolich'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，較之屬於盾狀腺之病爲難治。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。此即所

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，而此則為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。此病多為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。此精應用之效果至為顯著。

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，此種均衡可為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) 為限。退化抑鬱病——顯著的抑鬱為退化抑鬱病之特徵。在女子中，此病發生於月經停止之時期，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為顯著。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。

若此病之發生為日不久，或同時無顯著的脈管僵化病，則患者尚有良好的傾悟，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為限。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。至於妄想則幾為一常見之現象。犯罪為其最普通之妄想，但亦有輕弱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80至95。其主要之治療方法爲盾狀腺與脾腺二者之並用。腦垂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 (Feeblemindedness)

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，能在順利之情境中維持生活；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。

（一）枯內庭病（Cretenism）——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。

（二）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，常有天鵝者。其年齡約爲四歲，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，而以腦垂腺（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。此種情形每誤認為胚種之缺點，而實為發展之缺點。

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為心智衰弱、癱瘓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，為生產時受傷之結果。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。其一般之情形即是兒童於某一時期尚有常態之發展，遇有熱病發生，即有昏迷或癱瘓之現象，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) 為最重要。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。

二、診斷、預測。——低能之診斷，視智障測驗之成績而定。除最少數事件（尤其為麻病所致者）

而不僅能難於治療而在可療之患者其數亦極其少

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, 1928.

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

Co.)

Scheidemann, N. V.: The Psychology of Exceptional Children, 1931, (Houg-

hton 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 Wood,)

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：一為老衰病，一為腦脈僵化病。此二病亦可同時發生。

壹、老衰病。——此為因年老而大腦萎縮，身心衰退之現象。年老者在身體與精神兩方面有所虧損，原為常見之事，不過其精神之能力尚有頗高之表現。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。——老衰為退化時期中，在細胞組織方面所產生之變化，故年齡為極重要之因子。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為七十四歲。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，其回旋呈縮之狀，間以多量液體，尤以兩側為甚。腦膜增厚，附於腦骨，表現失血之現象。此種大腦萎縮之情形，為老衰病者之原因，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，尤以在皮質部中為最多；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，較為複雜，可先述之。

a. 記憶之損失。——為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。患者之談話每為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；例如誤認他人為家人，或自視所居為皇宮是。

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. 性之變態行爲——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爲。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。

1. 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，類似中風或癱瘓之變，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(Oster)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，因有梗塞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）亦為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憶症是。

倘若患者果因腦脈僵化而有心智退化之現象，則此種現象在每次痊變現象發生之後愈見增加，而在兩次發變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*; *Lancet*, 1931, 220, 1119-1126,
1331-1336;

Martin, L. J. & De Gruy, O.: *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）為例。腦部受傷所致之瘡痕可以產生癲癇之狀態。此種癲癇固常屬癲癇一類，但癲癇病之癲癇非皆由於腦傷所致。由此可見此類病症，尚有繼續研究之必要。

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）；參，狂鬱病（manic-depressive psychoses）；肆，神經衰弱病（neurasthenia）。

壹，癲癇病——此病已有悠久之歷史。在古代之希臘與帕勒斯聽（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，其特徵為病症突然侵襲，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 (aure) 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為『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。此亦為常見之狀態。其危險性較之狂熱狀態為小。患者有時亦有抑鬱與激動之狀態，或昏迷與狂歡之狀態，不過皆為暫時之現象。

妄想亦為常有之現象，故應視為患癲癇病者的心理反應之一種。神遊症 (Trance) 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——有謂遺傳亦為癲癇病之一種因素，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。

三預測。據今日醫學之經驗看來，癩癩病似無完全治愈之可能。由腦傷所致者有時在用外科手術，移去腦中之術痕後，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。

癩癩病每有增進之趨勢。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 (Power) 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，尙爲吾人所未悉，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，或應悲而笑是。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。其在初期中頗與抑鬱病相似，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，雖與早衰病區別。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，而每有復潮之可能性；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。

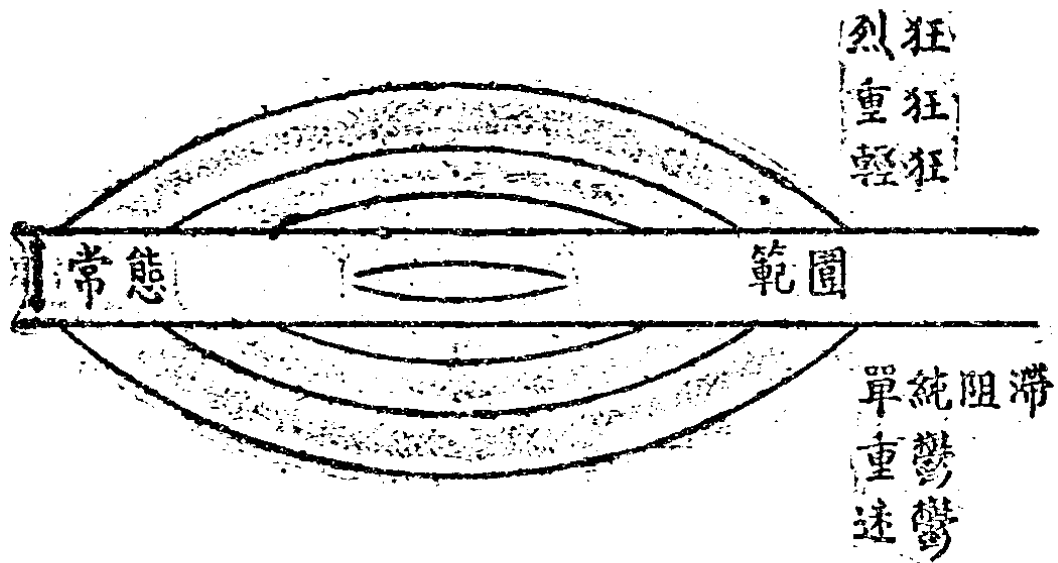
若病發生甚遲，則其預測之結果不佳。在四十歲以後初有此病者，斷無治愈之可能。若此病在初起時有突然其來之性質，而患者以前亦有常態之人格；見治療之結果尚有希望。若病有潛伏發展之情形，而患者的人格復屬內傾，則其危險性較大。就此病之各種形式而論，以抑鬱一種為最有希望。單純型發展緩緩，而其結果必為愚癡；但非一切患者之退化必定達到此種程度。至妄想早衰病則罕有全愈者，但此病發展極緩，甚至有時至二三年之久全無進退。最有希望者則為抑鬱型。此病屢有減輕者，且有少數可以全愈。根據克雷卜林 (Kraepelin) 的觀察，患青年早衰病者與患單純早衰病者，有

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。

癡狂鬱病——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，及動作之滯滯。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。

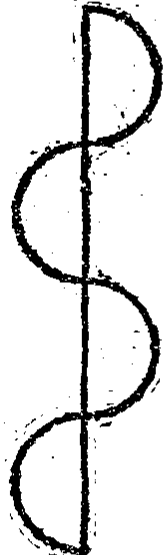
循環狂



循環鬱



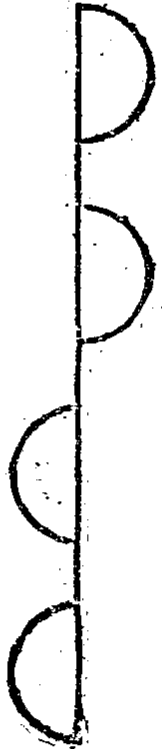
圓形狂



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 (Presey) 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，曾在患此病者中，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。——人格之傾向，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。究竟在此種性情之傾向中，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。——年齡與性別亦為應加考慮之因素。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，即有去而復來之趨勢。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。例如甲状腺的過度發展，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，有由卵巢之治療，而獲優良之效果者。

現在我們尚不能確定何種腺，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，則腺與此病之關係即可明瞭。

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。其治療之法即是除去此種傳染之中心，例如久病之齒，扁桃腺，盲腸等等是。此即卡氏所謂「去毒」(detoxication)法。

二、症候。——此病之主要症候為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遠於常人。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，攻毀他人是。如不加以制止，則其身體可遭極大之危險。

總括說來，狂病之主要特徵爲下面數種：(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。而有一種特殊的愁容。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，故有絕食或自殺之嘗試。但自殺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。此種患者每講曾有害人之事，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)動作之滯滯。

○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。

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，或為一種疲倦而不適意之感覺，或為不眠症或為工作效率之減低。

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，此病以在女子中為最多，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，此即為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，蓋此病為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，尤其為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，每以其不愉快之情境責人，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，多為早衰病，其較遲（在三十與四十

發中間)者。多為狂鬱病。(二)病前之性情與人格——有內傾的人格者多有早衰病。而性情落落者多有狂鬱病。(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為早衰病之特徵。有時清醒而無心智之退化者。為狂鬱病之特徵。

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。此種時間之長度或為數日。或為多年。不過此病具有循環性。且幾無例外。

肆、神經衰弱病 (Neurasthenia)——神經衰弱病視為精神神經病 (psycho-Neuroses) 之一種。其特徵為散漫的疼痛。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。為神經衰弱病。此病原有一種神經上之疲勞。其原因必為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 (encephalitis 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 (chromaffin) 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。例如盾狀腺腎上腺腦基腺 (pituitary) 腺腺 (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。尤其在患者之興趣減少時，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——心部不寧，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

(4) 生殖系——陽萎 (impotence) 夜遺精痛 (dysmenorrhoea) 小便次數過多 (frequency of micturition) 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，頭部有腫脹或炸裂之感，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) 目中飛蠅現象 (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，對於瘋狂之恐怖。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。全身癱瘓病與腦腦僵化病之初期每與此病相似。倘若我們根據目反射與腦反射之變態現象，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。

同類——則其後有種種的症狀，則有綜合之同體。

Babcock, H.: Dementia Praecox: A Psychological Study 1933. (Tancaster, 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, 5, 505-513.

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

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

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

廣田禮堂之著作集

- Erich, 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. W., & 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. O.: 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.*, 1928, 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, 739-813.

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，皆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) 參，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。

一、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)。其意義即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。

司施達特 (Sprecher) 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(Bailey)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。其較惡劣者則為偷竊之衝動 (Kleptomania) 放火之衝動 (pyromania) 及貪飲之衝動 (dipsomania)

○ 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，或會犯某罪，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，每為苦痛。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。

○ 害害思病 (Hysteria)——害害思病有種種之症候，似乎皆能隨意產生之。自表面上看來，此病似為一種能力喪失之病。

一、病因——有人謂遺傳為此病之一重要因素。羅散諾弗 (Rossanoff) 發現在戰事害害思病 (war hysteria) 中，有百分之60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。下述數種為其最有勢力者：

○ 固定觀念說——根據此說，患害害思病者具有一種自己暗示之能力。此種暗示能使觀念變為事實。

b. 心理現象變形說。——此說以符號解釋此病。主張此說者，以為某種精神現象，已經脫離自我意識而入於潛識。所謂神遊等等現象，皆為潛識之活動，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為顯著。此種狀況之表現則為拘攣、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，可一變而為自動的意志與信仰。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）。——眠遊為此病最顯著之特徵。據常奈（Janet）的意見，遊眠不獨為害思病的症候之一種，而且為此病之中心現象。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。眠遊之最簡單者為一念眠遊。

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：若此為突然之變化，則患者之意識因此消滅。若此為漸次發展之變化，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。此種眼遊之形式，有肌肉強直症 (Catalepsy) 之稱。

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

神遁應與害思病之眼遊現象列入一類。此則根據下述二種理由：(一) 神遁含有害思病的眼遊現象之一切主要特徵；(二) 神遁為患害思病者常有之現象，不過神遁現象與害思病的眼遊症有下述之區別：(a) 在神遁現象中所發展之觀念，不若在一念眼遊現象中之強有力。前一種之觀念，可以支配行為，但不產生眼遊現象中之現象，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，尚未完全消滅。至其常態之恢復，則較之患眼遊者為完全。

此種種之區別可有下述之解釋：神遁現象所經過之時期，較之一念眼遊之現象為久。後者為時至多不過數小時，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，而眼遊之特性因此減少。

我們如欲了解神通現象之性質，則須研究在神通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。

眠遊復可分為下面數種：(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為活潑。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，突眼與人為之睡眠

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；人常稱之為『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忘與眼遊相同。

突眼 (Eyes 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。眼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。此為辨別突眼狀態與死之一點。

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。他們在突眼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。

醒後患者不以爲怪，而且對於睡眠之事無所記憶。此與眼遊相同。

眼遊、拘攣及突眼三種現象之異點如下：在眼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。在突眼之狀態中，雖動作或拘攣的情形亦不發生。凡此種種皆爲無恆之現象，故不足輕重。其最重要者爲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。至於癱瘓病之拘繫，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痿 (paraplegia)。此即指兩腿之癱瘓。此外有一肢癱瘓 (monoplegia) 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。根據白賓士刺 (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列數點值得注意：(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，並且在人為的眠避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。

o 感覺之症候

患癱瘓症者同時必有肌肉衰弱症 (anvosthenia)。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。(一)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，所保留者僅為一凝視點 (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，藍與綠三色似為消滅最早之色，而紅色則為極能持久者。(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。此為一種動作失調症。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聲 (word-deafness) 即不能了解語言，亦為害思病中可有之症候。

g. 消化系之症候

絕食 (anorexia) 為其症候之一種。此為害思病初起時屢有之現象。在基本上說來，絕食症乃為一種遺忘與癱瘓之現象。貪食症 (bulimia) 貪飲症 (polydipsia) 亦為消化系中之症候。患貪飲者飲水亦可。

（八）呼吸系之障礙

呼吸停止症 (apnoea) 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) 非爲一種呼吸失調之症。此外復有呼吸增強症 (polypnoea) 吸動症 (inspiration 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。

普魯恩節奏即指下述現象：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.,

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

Baines, 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.)

Janet, P.: A Case of Psychasthenic Delirium, Amer. J. Psychiatry, 1923, 1, No. 3, p. 319.

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

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

Jehiffe, 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,

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

Starbuck, 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 Trench Conceptions of Hysteria, Brain, 1911,

33. 293-337.

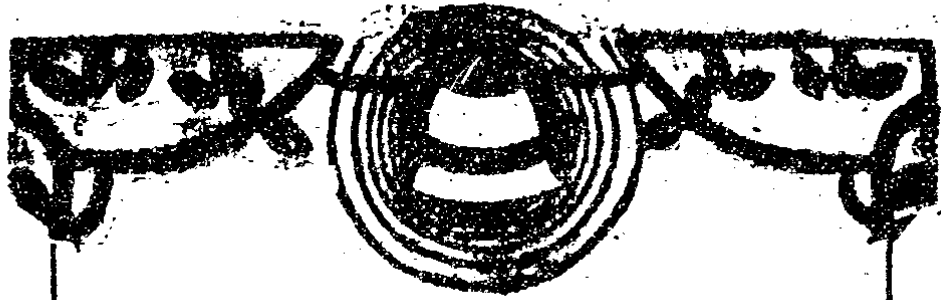
10
~~442-10~~

東方圖書館重慶分館



分類號數.....1504
.....442

登錄號數.....B0465



版權所有
翻印必究

中華民國二十三年九月初版
中華民國三十二年十月五版正中紙本

變態心理學

全一册 定價國幣四元四角

(外埠酌加運費國費)

著	發	印	發
者	行	刷	行
蕭	人	所	所
孝	吳	正	正
廉	飛	中	中
	常	書	書
		局	局

(62)

10
442242
(2)

10
442242

(2)