

神经质的实质与治疗

— 精神生活的康复

【日·森田正马 著】



人民卫生出版社

目 录

序言

前言

译者附笔

第一部 神经质的实质 1

绪言 1

我的疑病素质学说 1

对神经质生理学的各种观点 1

对神经质心理学的各种观点 2

精神上的倾向性 3

什么叫疑病素质 5

强迫观念的发生 6

神经质症状来自主观世界 7

我的精神交互作用学说 8

什么叫精神交互作用 8

我所说的精神性心脏症 10

关于潜意识学说 12

恐怖的感受 16

痛苦情感的固着 16

我对意识和注意的看法 19

精神现象——联合作用 19

刺激和意识的关系 20

意识与目的的相对性 22

无意注意和有意注意 23

暗示作用 25

注意的指向与固着 26

神经质的分类	27
神经质的三种类型	27
普通神经质	28
对所谓神经衰弱症的否定	29
发作性神经症	30
强迫观念症	30
神经质的有关原因	32
关于先天性素质	32
神经质和体型	33
机遇性原因	34
后天性的境遇	35
神经质的疾病位置与异常性格的分类	36
对神经质的传统观念	36
我对神经质的见解	38
什么叫异常人格	38
对异常人格的传统分类	39
对人格的判定	40
我对异常人格的分类	43
第一类 精神发育迟缓者(量的)	43
第二类 人格的异常(质的)	43
第二部 神经质的治疗	48
绪言	48
本疗法的原理	49
心理矛盾	49
主观和客观	50
情感和知识	50
体会与理解	51
信念和判断	52
逻辑上的错误	52

自然与人为、目的和手段	54
观念的客观投影	56
顺从自然	59
精神的拮抗作用	60
境遇的选择	62
主观的涵义	64
关于注意	65
注意与意识的关系	67
精神的调和作用	68
无所住心	69
情感法则	70
神经质疗法的着眼点	73
我对一般神经质的特殊疗法	74
本疗法的起源	74
第一期 静卧疗法	75
(1) 烦闷即解脱	75
(2) 无聊期	78
(3) 不眠症	78
第二期 轻工作疗法	80
(1) 自发性活动	80
(2) 超越自我意识	82
第三期 重工作疗法	84
(1) 排除价值观念	84
(2) 对并非不可能的体验	85
第四期 复杂的生活实践期	85
(1) 读书与外出	86
(2) 纯真的心地	87
本疗法取得的效果	89
治疗效果	89

症状的治愈过程	89
痊愈患者的病例	90
器质性慢性病患者的治愈	91
治疗经过	92
过去各种疗法的弊端	93
发作性神经症的疗法	94
什么叫发作性神经症	94
心悸加剧发作的病例	96
胃痉挛发作的病例	98
阵痛样发作的病例	100
强迫观念症的疗法	101
强迫观念的性质	101
强迫观念疗法的着眼点	103
进入恐怖感之中	105
盗窃恐怖患者的治愈病例	106
按照我的疗法进行治疗的经过	108
劝导说服疗法	110
什么是劝导说服疗法	110
逻辑性说服的弊端	111
精神的固着	113
以我为核心的主观武断	115
回归于自然	115
固执就是偏见	116
精神的变化	117
对待恐怖的态度	118
宗教性及哲理性劝导	118
从神经质疗法的疗效中得到的体验	120
和一般疾病的关系	120
关于病觉	120

宗教与人生观	121
与迷信的关系	122
与教育和卫生的关系	123
主要参考文献	124
附录	126
我的神经质疗法的成功历程	126
燃烧着的地狱图	126
焉能无法谋生	127
我年幼时曾患夜尿症	128
面对讽刺局面干脆拼上命给你看	130
特意搜集的各种新药	132
各种新奇的疗法	133
药防虚，灸生热，相对而言，适可而止	134
勿因迷信书本而丢掉常识	135
热衷于各种疗法	136
大学毕业后的催眠术	138
神经症和操作疗法	140
神经衰弱和生活正规疗法	141
精神病和静卧疗法	142
神经衰弱和说服疗法	143
二十年间的呕心沥血	144
神经质和我的家庭疗法	146
催眠术的治疗价值	147
什么叫催眠术	147
什么是催眠状态	148
什么叫暗示	154
催眠术在治疗上的应用	157
对治疗效果的评判	157
心身关系	157

催眠术是一种对症疗法	159
疼痛	160
五官的感觉障碍	163
内脏感觉及内脏机能的障碍	164
运动机能	167
神经性症状	168
器质性疾患	169
精神性症候	170
变态人格者的怪癖	171
临场苦闷	172

第一部 神经质的实质

绪 言

过去所说的神经衰弱症或神经质等疾患，至今依然见解纷纭。对其本质和原因尚有诸多不同的说法。因此，在治疗上也就难有合适的措施。

我提出了“神经质”这一病名，提出了其本质性的条件是疑病素质，而促使症状发展的条件，则是精神交互作用等学说。并根据它们，开始在治疗上找到了着眼点，也取得了一些确确实实的治愈成绩。因此，对以往沿袭下来的在神经症的疾病位置以及分类上，也带来了某些变化。

在本部中，想首先阐述自己的学说，把神经质的发生叙述清楚。然后，就由其实质分化产生的病型进行分类，再对照历来命名的各种各样的神经质，经过取舍选择，列举出与神经质相对立的其他有关病类，借以比较它的性质，从而说明这一疾患所特有的实质。

我的疑病素质学说

对神经质生理学的各种观点

关于神经衰弱或神经症的本质在生理学方面的解释，历来就有各种学说。例如新陈代谢学说、神经纤维学说及内分

泌学说等。然而，这些似乎都没有脱离假说的范畴。因为这类学说，必须在说明神经症的同时，还要一起对日常的精神现象加以说明。例如，关于恐怖的感受，就必须首先研究内分泌或植物神经等的相互关系的生理变化过程，随后才能确定神经症是什么样的病态变化。即必须确定这些生理变化有些什么偏向或失调等情况。对在脚旁飞起一只小鸟，也会引起心悸加剧，这种日常精神现象的生理变化如果闹不清楚，那就不可能懂得害怕心脏麻痹而引起心悸加剧的神经症的病理。在不了解长时期昼寝会有头重感等生理特点的情况下，就难以研究经常担心生病，整日无所做为，马马虎虎度日月这种神经衰弱症、头重感的病理。

对神经质心理学的各种观点

另一方面，还有这样那样的心理学上的各种观点。例如，有的认为神经症是由过去经受的恐吓、心悸、愤怨等事件为原因引起的。这是一种精神创伤学说。但是，有许多人平日经受过和他相同的精神创伤，却未曾都得神经症。对此就无法加以说明。还有一种潜意识学说，认为神经症是由于连自己也未曾引起注意的某种有害观念固定化之后引起的。再如下意识观念群影响学说，他们认为终归还是因为过去的感受体验产生的影响所致，其原因与精神创伤学说相同。然而，这种感受体验在什么情况或条件下才能构成下意识状态，这些问题不深加探究，就无法加以说明，无法弄清它和我们平素常态心理活动中下意识现象之间的关系。所以，人们处在同样的生活环境、经受同样的感受体验，有的人却不得神经症，一定是缺乏最重要的条件。按照弗洛伊德精神分析法的神经症学说，结论也同样会是如此。另外，松原博士对神经衰弱

所持的过敏性体质学说，认为苦于神经衰弱的人们，属于过敏性体质者居多数。然而，即使不是过敏性体质，却仍然严重受着神经衰弱症状苦恼的也不在少数，对此就无从解释。

精神上的倾向性

对此，我提出了一种命名为疑病素质的学说。最初比尔德（Beard, 1869）提出神经衰弱症这一病名时，学者间也曾引起过各种议论。乔利就不承认神经衰弱这一病名。他以为神经衰弱症可以分为歇斯底里和疑病症。我的学说和乔利虽不同，但在不承认神经衰弱的病名和将其归并于疑病症这点上，与他是一致的。

我的所谓疑病素质，是指的一种精神上的倾向性，或称做素质。其程度如果加重，还可以叫做异常人格。

弗洛伊德的神经症学说，简单地说，就是把过去经受的精神上的创伤看做是神经症的原因。所以，经过精神分析，了解其关系后，即可进行治疗。然而，往往许多人遇到过同样的原因，而发展成神经症的、却只不过是其中的一部分人，对其理由，弗洛伊德解释说：“精神时常向内活动、从而封闭在自我身心内部的人，就成为神经症；精神经常向外活动的人，就不会得神经症。”其实，这种所谓精神上的内向与外向，例如，当想看飞机的时候，对于只顾看着天空跑，因而跌倒的人，可以叫做外向型的；而对于只顾注意脚下，却错过时机看不到飞机的人，则可叫做内向型。这种情况，是由各自不同的气质产生的。外向型精神活动的目标，经常受外界对象的支配。内向型的，却经常把活动目标拘泥于自身的力量和手段。歇斯底里是一种外向型气质。而神经质，则是一种内向型的气质。

内向型的人偏重于自我内省。因此，对自己躯体方面或精神方面的不快或异常或疾病等感觉，特别注意关心。由于对以上情况的忧虑和担心而形成疑病。具有这种气质的人，常抑郁自卑以自我为中心、或带有那种要当诗人、当哲学家等的倾向。相反，外向型的人，精神常趋向外界，追逐现实，目的明快，有时因勃然而起便忘乎所以，忘记自己，而出现轻率的表现。这种人热情，具有当军人和政治家的素质。其气质与神经质者截然相反，常因事业上的追求，无暇关注个人身体或疾病等。实际上人们精神生活的圆满周全、生动活泼，全靠这种内向和外向的协调形成的。如果出现大的片面性，便会逐步形成一种明显的精神倾向性。

具有这种疑病性倾向的精神素质和松原博士所说的过敏性体质是否有什么关系呢？另外，和内分泌及植物神经的功能又构成什么关系呢？这是一个非常困难的问题。只不过我们在临床实践中可以看到确实有这种疑病性倾向。而松原博士所说的过敏性体质，尽管有的比较明显，但也有的却没有这种倾向性。相反，有的尽管体质强壮，然而，这种倾向却又比较明显。

这种倾向，有的是由于幼儿期的教养条件或生活环境的影响，或者是机遇性因素，即由精神创伤助长或导致这种倾向。因此，还不能断然判定说它完全是由于先天性素质引起的。有的是同胞兄弟姊妹，相同的养育环境，或受到同样的教养，在气质表现上却常发现有的有明显的不同，其原因还不能全部归咎于客观环境。总之，我认为这种疑病性倾向，是形成神经质的基础，它才是产生本症的真正原因。精神创伤学说等，乃是一种机遇性原因或诱因。下意识的影响等说法，如后所述，它是在某种特定条件之下，在精神活动过程中产生

的一种状态或结果。

什么叫疑病素质

所谓疑病性，就是疾病恐怖，即害怕疾病的意思。是人的生存欲的显现，是人的本性。因此，可以说它是一切人都具有的一种性情，只不过其程度过强的时候，就开始形成一种异常的精神倾向。渐渐呈现出复杂、顽固的神经质症状。

如果从“疑病”(Hypochondriac)一词的词源来看，“Hypo”是“在……下”，或“低下”的意思；“Chondria”是“软骨”的意思，是指胸骨尖端的心窝部分。在焦虑不安的时候，这儿会出现一种与平素不同的异常感觉。所以，所谓“疑病”一词的原意，就是从“始终放在心上”这一单词的意思中引伸出来的一个单词。

这种疑病症，就是一种担心患病的精神倾向，根据它的程度和种类可有以下各种情况。如死亡恐怖、疾病恐怖、毒物、有害物恐怖、灾害或吉凶物恐怖。再如对感觉不快、痛苦和精神冲突等苦恼的恐怖或自寻苦恼等各种情况。直接与死亡恐怖有关的，如：心悸加剧发作、焦虑不安发作、眩晕猝倒发作、运动麻痹发作等发作性症状。疾病恐怖，例如对癌症、结核、梅毒、精神病等的恐怖会由此成为所谓疑病或其他各种症状。对不快或苦恼的恐怖，则往往引起头痛、眩晕、头脑模糊、身体倦怠、耳鸣、注意分散、记忆力减退、多梦不眠等各种症状。以上，按其所在部位来讲，主要表现为与血循环、内分泌、消化和生殖机能、内脏神经机能等有关；或与感觉器官、运动器官等神经机能有关；或与精神机能有关的普通神经衰弱症状。然而，这些并不真正是器质性的或客观查出来的。都只是主观上自觉性的症状，是由后面将要

讲到的精神交互作用引起的。其外在表现形态，如在生活方面抵抗力较为虚弱，即比尔德（Beard）所说的刺激性衰弱相。然而，这实际上只是从表面现象着眼观察的。如果我也仿照他们的观念，则可将它叫做假性刺激性衰弱或似是而非刺激性衰弱。

强迫观念的发生

以上是患者对自身的死亡、疾病和苦恼等本身的忧虑不安。因深信它们是眼前的事实，因而就对它们产生了恐怖和苦恼，但是，患者却未曾直接与死亡和疾苦发生什么关系。然而，有些人只凭自我认识或观察、判断，便把普通人常有的自我感觉或观念误会成病态的异常现象，煞费苦心地图努力将它排除掉，因此，就越来越造成精神上的冲突，遂即加剧了自己的苦恼与烦闷。这就是强迫观念。或者说强迫观念是对个人苦闷、烦恼发生的恐怖。于是，患者进一步对它形成一种预期的感受，自我暗示性地诱发，自己去迎接这种苦恼，并逐步发展和加深。象这样的强迫观念，因为是一种自我判断，所以，在思维发展到一定程度之后，有的是逐渐的，有的则因遇有某种机遇则立即发病。但是，还不会思考的儿童或白痴，却不会产生这种症状。

所以，一般所说的神经衰弱、疑病症、或强迫观念等，都是由疑病素质引起的。这一点是共同的。也就是说，它们都应该概括在同一的神经质这个病名之下。这和对歇斯底里及精神分裂症等，不管其症状如何千变万化、状态表现如何差异，都应将它们放在同一病名之下是相同的。

在神经质的各种病症中，其不同点是：一般性神经衰弱只是在表现上，即只不过是意识领域中对其痛苦有所感受；

疑病症则是对痛苦产生恐怖，引起预期不安；而强迫观念则可以说是为了制止对以上恐怖的恐怖，却进一步促使了恐怖的发展。

如果神经质的病理可以这样确定的话，其疗法的着眼点则必须放在对其疑病素质这一本质的陶冶、锻炼和改造上。以上各种病症，由于上述的差异，必须懂得：普通神经衰弱，疗法最简单；而强迫观念，则最为复杂。

神经质症状来自主观世界

如上所述，神经质的各种症状，在没有身心的疲劳、衰弱及其他并发症的前提下，原本就是属于主观范畴之内、自我知觉的东西，而不是客观的产物。所以，对其症状，也经常是使用头痛、头晕的感觉、注意力分散的感觉、多梦不眠的感觉等发自主观的词语。例如，关于头痛、头晕等，在对其性状、程度等进行详细地、根本的问诊时，却往往听不到什么具体的实际表现，多数是模糊不清、捉摸不定的倾诉，医者也只好以不得要领而告终。而且，几乎所有的神经质患者的主诉特征都是：“从别人来看，不象个病人，好象也没什么病，可自己个人却遭受着难以忍受的痛苦”。这就充分证明了症状全是主观性的感受。有的患者曾说：“象我这样遭受严重苦恼的人，另外绝不会有相同的情况”等。我对他讲：“承受这样的苦恼，是这个世界上最不幸、最悲惨的人。但若是个一般的人遇有这样严重的苦恼，恐怕他几乎就不能站立、不能说话了。若能对苦恼不管不顾，自己照常接待往来，照常上班劳动，那他就必然是这个世界上最勇敢者。即：既是最大的不幸者，同时又是最大的勇敢者。因此，自己虽然一面带有抱怨不幸的心情，然而却还可以顺势转换成信心百倍、

坚定愉快的心情。这样一来，它们之间仅有的差距就微不足道了。”

神经质的症状，纯属主观问题，这根据我多次治疗的结果，对患病前和治疗后加以比较就可判断清楚。例如对注意和记忆障碍或身心疲劳者等，经临床测定观察，如果和健康人对比，则会看到他们之间并没有太大的差别。在这方面的试验，已有契亨、韦根特和杜布瓦等的报告。而根据肌力测描器的肌肉疲劳曲线、眼肌疲劳实验及其他关于精神活动效能的检查等来看，各位研究者的研究成果虽有不太一致的地方，但我认为：这可能是因为这些研究者们在对疲劳性神经衰弱症和神经质的诊断上，未能弄清它们之间的区别。

我的精神交互作用学说

什么叫精神交互作用

在神经质的所谓精神交互作用，是指因某种感觉偶而引起对它的注意集中和指向，那么，这种感觉就会变得敏锐起来，而这一敏锐的感觉又会越来越吸引注意进一步固定于它。这样一来，感觉与注意彼此促进、交互作用，致使该感觉越发强大起来。对这种精神活动过程，命名为精神交互作用。

神经质的症状，常见的例如对头痛、站起时头晕、精神恍惚感、心悸加剧、注意分散、失眠、胃部膨胀感、传染病等疾病或感觉发生恐怖，对众人环视的羞愧感，遇见异性突然产生淫乱的联想等各种情感，以及其他偶然产生的不安发作、麻痹发作、疼痛发作，以及神经疼痛等等症状。然而，

如果由此追溯到症状初起，认真加以调查研究的话，原来全是些健康的人，只是由于平素有时体验到了一些一般性的感觉或体验、或过劳之后及睡眠过度时的头重感、饱食之后的胃部不快感、恋爱时的赤面、遇到暴病死者时的恐怖感等，伴随以上感觉或体验出现的恶寒、心悸加剧或跑步后的侧腹痉挛等，都是些谁都经常可以遇到的体验。

不过，神经质患者，因存在疑病性素质，而把以上感觉或体验当作病态的异常现象，从而引起了对它们的恐怖或预期不安，由于精神交互作用，使这种感觉逐步加深，逐步强化固定，乃至固定成为长期的症状。学习过度、头部外伤、流感等引起的头痛、失眠、眩晕等感觉，都是实际发生的症状。但神经质的感觉过敏，却不是什么真正的过敏，只不过是由自己的疑病素质将它固定起来构成的一种自我感觉。所以，它是一种假性感觉过敏。

以上这些神经质症状，是疑病素质和由它引发的精神活动过程中的精神交互作用所致。这种解释，对于诊断和治疗最为便利，确切。而伴随其他疾病或灾害引起的神经质症状，即使病已治好，实际症状早已消失之后，仍然会残留在主观的感觉上或感情上，呈现了和实际病觉相同的症状。形成这种感觉固定的理由，将在下一章说明。由于精神交互作用，在症状已经充分发展之后，例如习惯性头痛也罢、眩晕也罢、强迫观念也罢，患者犹如在睡梦中那样相信这些症状似乎是真实存在的，并封闭在主观世界内部，由此带来的痛苦和烦恼。对中风后的半身不遂患者，偶尔可能由外行的业余精神疗法专家给治好，有的也可能因此出了名。然而，这是因为该神经质患者患的是轻度中风，在实际的半身不遂业已过去之后，因恐怖和过度注意致使该症状固定了，经过他的精神疗法，

仍还可以从主观中解脱出来。由此可见，如能预先对此加以诊断，然后再开始治疗的话，那当然是十分正确的。但如采取盲目乱抓一把的精神疗法，那将会带来各种危险。

我所说的精神性心脏症

显示精神交互作用最为典型的是精神性心脏症。神经性心悸加剧这一名称，是因为交感神经的过敏状态，或因为容易被误解该处似有解剖上或物质上的某种原发性异常而特意命名的。它是发作性神经症的一种。

例如，倘若忽然看到因心脏病而苦闷得象是要死去了的患者，任何人都必然会产生极大的恐怖感受。而且，有的人会考虑我也能这样吧！从而成为持续焦虑不安的缘由，便会引起心悸加剧的发作。再如在俟后的日常生活中，虽已忘却此事，但是，或因半夜做恶梦受惊，或遇有担忧的事件，偶然之间，在感到心脏搏动的同时，便立即把它和以前见过的心脏病患者的情况联系起来，由于精神交互作用，有的人就会因此引起心悸加剧的发作。就象早前所说的“感情出自内心”那样，如常感到心胸不快，就会引起心悸加剧。这一切感受都是一种生理现象。所以，当突然感受到心悸加剧时，如果本人对其前后精神过程认识不清，立即就会受到一种无关恐怖的控制，这种恐怖，必然会再引起心悸加剧，从而使注意集中于此，便越发感到不安，注意与不安交互作用的结果，更使心悸加剧起来。在此基础上，或是因患者自己测试脉搏，或是仔细进行自我观察等，就会越发使脉搏次数增加，甚或感到全身血管在搏动。再进一步，由于这种发作经常反复，患者便经常处在这一恐怖的控制之下，注意也经常被吸引到这里，因而就会越发增加发作的频率和强度。

这种心悸加剧的发作，有的脉搏会达到每分钟120、140或160次。但是，有的患者虽也感到心慌，脉搏却几乎接近正常，这说明只不过是一种主观性的自觉症状，而象前者那样之所以比一般人的脉搏特别快，大概可以假定他是由于体质原因，交感神经系统处于敏感状态。不过，有的即我所说的神经质者的体质既不很虚、身体又不衰弱，也不是因为什么神经系统的敏感引起恐怖感，只是由于本人精神上的缘故，因为恐怖才产生敏感。我认为这样理解，才便于说明问题。

例如，当一个人在僻静的山路上行走时，如果突然从草丛中发出一种奇怪的声音，他必然会发生惊恐。这时，倘能镇定下来，止步注视，很快就会平静下来。也可能想“难道能有什么幽灵吗？看看它那真面目原来不就是些干枯了的狗尾草吗！”，但如惊吓不已地突然拔腿奔跑起来，在忘我的迷惘中和自己脚步声的敦促下，必将丧失常态，吓得神魂颠倒。这时发生在主观上的是恐怖感受，客观上也可能会相应地出现心悸加剧、头脑发胀、血脉上涌、手足变冷等躯体现象。当时的这种主观和客观，完全是同一现象的表与里，只是看法上有所不同罢了。对此，如果用「神经纤维」的变化或神经过敏来加以解释的话，那么止步站立与抬腿跑开两种情况间的相背就无法区别。倒不如说是由于当时的外界环境和本人对它的态度才引起了上述生理和心理上的现象，这样说明反倒是一种自然的解释。就象举重物时脸色会变红、睡眠时会带来脑部贫血。然而学者们对于问题的认识也很容易发生出入。例如有的把脑贫血看做是睡眠的原因或条件，以为面部充血就能增加肌肉的力量。不过这在逻辑学上讲是一种逆反理论，所以，相反的理论常常未必是真理。努力使脑贫血作

为睡眠手段是很难让人想通的。屏息面赤，但却未必是拿举重物的结果。心情一紧张面部也会充血。对于这几种不同场合的同一现象，不加分析，不区别看待是不行的。

关于潜意识学说

以上所说是直接看到心脏病患者后的一种体验。另外，有的是因为长时间护理父亲的半身不遂，或因看到情死的溺水尸体等。有了这类体验，在以后的某种机会，有的就会为此而引起神经症。弗洛伊德、杜布瓦及其他很多学者，对于这种神经症的发病原因称之为潜在观念、或观念复合体潜在的意识状态解译为加给患者精神上的种种坏影响。不过，这些学者们对这种感受体验为什么竟然会成为潜意识的问题，似乎都未给予应有的注意。

这种潜意识的形成过程，概括地讲，是由于以下的理由。例如，假若患者突然受到心悸加剧发作的袭击，这时的患者，整个注意力全都被吸引到对发作的恐怖上，完全封闭在主观世界之内，没有顾及其他的余地。所以，对现在的心悸加剧和以前体验的恐怖感受的关系以及引起这一发作的前后精神过程，都不能由自己详细地加以认识、理解和判断。因此，便只能看做是偶然引起的一种病态现象。

如果把这种发病原因，单单解释成潜意识，那么，遗憾的是，这种观点对引起症状的精神过程就不会切实认真地加以探讨了。而且，与这种潜意识有关的相应症状，对于常人，神经质者和歇斯底里患者等会有不同的程度和变化。

法国哲学家柏格森倡导生命的运动，爱因斯坦也发现了相对论原理。我们的精神正如“心随万境转，转处实能幽”所说那样，不断地变动转换，即使是一瞬之间，也不会静止或

固定。所以，对于精神的研究，必须从外界和自我相互间的联系来寻求，从其变化转换之中来查究。弗洛伊德等将潜意识异物化，看做是构成人格的、固定不变的东西。这是我非常不同意的一点。禅家有歌曰：“钟鸣呼、槌鸣呼、钟槌之间鸣也。”它表示：有了具备一定性质的躯体，给它施加外界刺激时，才会引起精神活动。而且，精神既不存在于钟与槌的中间，也不是固定不变的实体。象木柴燃烧，刹那间就不能保持特定的形状那样，在内部和外界之间进行着不断变化的就是精神。不是木柴，也不是氧气，而燃烧这种现象本身就等于精神。相当于外界事物的槌，开始对相当于内部的钟引起实质性的震动时，这其中就有精神现象。事实上，并不是“钟槌之间鸣也”，而是“槌撞，则钟鸣”。并不是因存有潜意识这种特殊的活动体就引起疾病的发生。

弗洛伊德等所说的观念复合体，换句话说，就是带有强烈情感的观念群。或者说是伴有某种感受的既往体验。假若我们看到过重症心脏病患者的痛苦状态，或遇到大震之灾，这大概可以说是精神创伤，它会作为一个恐怖感受的体验，在心中残留下深刻的印象，这就可以成为俗说的忧虑的种子（起因）。以后，或者生病、或遇有灾害，或接到家中来的电报、或遇到倒霉事情等，这和本人是否注意并无关系，就会和以前的事情发生观念上的联系，往往回忆起原有的感受体验，使它再现、变形、或被夸张，构成所谓观念复合体。

例如在七年前，我的四岁的男孩曾患过百日咳。以后，我的近邻又曾有个得了同样病症的男孩，时常听到他那痉挛性咳嗽的声音。每当这时，转瞬之间，过去自己孩子生病时的情感体验，又闪电似的照原样在自己心里闪过，而且，忽然紧张地想到：“我的孩子又怎么啦！”再三地抬起头来回顾

一下身旁的孩子。问到妻子，她回答也是如此体验。这种情感的再现，和上面说的记忆的再现相同，尽管经过了较长的岁月，可是在遇有容易和它联系起来的刺激或条件时，突然就会照老样子再现出来。

以上所说的所谓观念复合体的构成，是一种常态下的一般心理过程。如果把它看做是直接引起心悸加剧发作、或其他神经症症状的原因，那么，很多人必然都会引起这种神经症症状。事实上，之所以如此发病，是因为有比它关系更为重要的其他条件，它就是疑病素质。具有这种情感基础的人，当他看到重症心脏病患者的痛苦时，因为恐怖不安，有的就会产生心悸加剧发作。另外，经过若干时日以后，一旦具备与它容易联系起来的刺激或条件时，由于精神交互作用，如上所述，有的会立即引起发作。倘若这种疑病素质较少，即使存有潜在观念的复合体和惊吓恐怖，因为没有出现精神交互作用，它也只是一种保持原状的单纯惊吓性恐怖，而不会形成神经症症状。

按照弗洛伊德学说的精神分析法，探求神经症的原因时，必须要寻找这种观念复合体，即以往的感受体验。发现它后，按照他们的疗法，还要使患者坦白地说出过去的感受体验，并了解它和病症的关系，据说由此就可以使之痊愈。但是，我认为这是一种近似于宗教性活动的忏悔疗法，还没有脱开症候性疗法的领域。据我所见，作为神经症疗法，对于其致病原因，见过重症心脏病患者也罢、交通事故也罢、或因愤怒、怨恨也罢，不必象了解一件一件的具体事实情节那样，不需要这么繁杂的难度和时间，只是在破坏患者的恐怖或调节精神交互作用上，下些功夫就完全可以了。

恐怖的感受

以上所说的心悸加剧发作，换一种说法，也可以说只是一种恐怖感受的表现。从根本上讲，所谓恐怖，乃是对自己将要发生灾害的预想，或预感到危险即将降身时产生的一种感受。在突然受惊的时候，膈肌要向上提起，感到胸内压迫、腹部下陷、下腹无力、心悸加剧、呼吸急促、头部血液上涌、手足有乏力感、口内干燥，舌根痉挛，身体震颤，精神不安、联想中断、注意固定等，出现各种各样的现象。这时，如果不作周密的自我观察，也只不过是象往常一般的感受性不安、战栗感等等而已。但是，如果疑病时，致使自己的注意集中指向某一方面时，便会察觉到心悸加剧或血气上涌等，这些再与过去体验过的实际感受联系起来，就能开始引起各种发作。例如本人恐惧心脏病时，就引起心悸加剧发作、恐惧中风时，就会出现血气上涌、精神朦胧、眩晕、摔倒等感觉。其他如出现下肢运动麻痹发作、齿根震颤不能咬合的发作（有的患者时常把它说成是引起的痉挛发作）、恶寒、冷汗发作、口干胸闷、言语困难发作、焦虑不安发作等各种情况。恐惧感受本身虽都完全相同，但是，只要注意集中指向的处所不同，就会由此出现患者的主诉不同。

由于同样的原因，再进一步看，例如有的发生过去认为是一般歇斯底里发作的所谓歇斯底里球（译者注：当歇斯底里发作时，据说出现喉中象球状物堵塞的感觉）、胸痛或侧腹痛发作、或俗称作癩的胃痉挛、子宫痉挛等。这并不是胃或子宫真正的痉挛，只不过是这个部位发生疼痛样症状。另外还有更为严重的事例，例如将在下章说到的治愈病例，竟有一位孕妇误会自己是阵痛发作。这些，做为局部恐怖感受的

现象，有的是从侧腹无力感或痉挛感、或胸中象是燃烧、撕裂等感觉引起，由精神交互作用发展起来的。第一次引起发作的时候，患者并不把它看做是日常体验到的恐怖现象，或者连这种发作和以往的恐怖体验是什么关系也不了解，其理由是因为他受到疾病恐怖的支配，全部注意固定于此，不能冷静客观地进行自我观察，因此对其前后关系也就意识不到了。患者一旦经历过第一次发作之后，就会经常受这种发作性恐怖的干扰，无论触及什么感受，同样的发作都会频繁发生。象这种疼痛发作之类的情况，就是以往的疼痛体验作为现实事实再现出来的。梦这种东西就是某种观念、情感或痛苦的体验，在脑海中浮现出来后，照原始状态立即如实地当成是现实来加以感受的。患者的发作也可以比做是这种做梦或幻觉。

正象许多学者所说，倘若对这种症状只想按照患者的意识状态说明的话，那么，对其他神经质的症状，例如关于头痛、眩晕、强迫观念等，也必须同样按照潜意识对它们进行解释。为什么这样说呢，因为患者关于该症状的由来或过程，自己绝不可能确切地意识到它是疑病性原因或者是精神交互作用。

痛苦情感的固着

以上列举的心悸加剧发作之类的症状，尤其对其实例，能对该发作的发展和经过情况稍加细致地观察就会知道，它们是最容易由精神交互作用引起的。

其他，如单纯的头痛、眩晕，或复杂的强迫观念等，也可以同样由此加以说明。例如头重，或因过劳或睡眠过度，其他如产后或肠炎之后等，都会因头部有异常的感觉而使患

者的注意倾注于此。注意与感觉的交互，越发引起敏感。即便是在事实早已消失之后，由于预期恐怖引起的注意固着状态，这就会只在主观上残留下痛苦的感觉，终于构成习惯性头痛。况且，在此基础上，还会象谚语“闲居养成病”或“保养和怠惰相似，同样是错误的”所说的那样，患者想要治好病，便安心静养，过于耽于安乐，由于长时间的睡眠过度，便形成无精打采的生活状态。结果就象“铁不用则生锈”那样，身体变弱，精力衰退，易于疲劳，头渐渐地发沉，精神也恍惚不清起来。

眩晕感同样也是如此。例如长时间看书后，突然站立时，或是发烧后从病床上刚起来的时候，或从桥上俯视桥下的激流时，或高速汽车从身旁一掠而过时，有的偶然间便会出现猛然一懵的感觉。随后，它如果和疾病恐怖固定联系起来的时候，则平日也会经常有这样的苦恼。这种情况，最典型的莫过于晕船和它最相似。晕船的人，即使下了船，很长时间身体仍然有摇动感。神经质的症状，如果解释为是一种固定永远不能解除，则更容易理解。

关于强迫观念，开始时把它看做是连常人也必然会有的一种现象。在患者自己感到是一种反常的病态性痛苦时，就会引起恐怖，伴随出现的预期感受，通过精神交互作用，就会逐步使这种症状加剧。例如在集会场合偶然碰上一个不好意思的眼光，便会感到面色变红，或者在看护菌痢患者后，产生对细菌的恐怖，或持枪时便出现会不会因走火误伤他人等想法，由于它们浮现在脑海成为动机，患者就会经常将注意倾注于此。其后，平素遇到与此相关的小事，也会引起预期恐怖，并伴随出现痛苦，这种注意和痛苦的交互作用，越来越敏感，终于会引起赤面恐怖、病菌恐怖、凶器恐怖等强

迫观念。

象这样，一旦形成对该固着状态的忧虑，构成一定的症状后，患者就会经常感受到这种固着现象，并封闭在主观意识内部，就象俗说“追鹿猎狮不见山”那样，因为注意经常只是局限在这一点上，就看不到其他。再如，有个叫野村隈畔的人，在情死之前说过：“向往永恒世界的人的心，世间的常人怎能理解？”这就象自己的身体用针刺会感到疼痛，但是他人的身体即使用枪刺，自己也不会感觉疼痛那样，总是只顾自我焦虑难拔的人，就很难再有推断他人情况的余力。当他人也处在与自己同样的境地时，并不理解与己相同的苦恼。神经质患者经常认为“象自己这样受痛苦和烦闷缠绕的人，社会上恐怕没有同类”，显然突出了上述这一特征。

患者不可能离开自己的主观世界，拿他人和自己进行正确的比较，因此也不能给予别人同情。就象饥饿中不能给予他人食物那样，自己因为受恐怖和苦恼困扰，也完全没有顾及他人的余地。因此，患者就变成一个以自我为中心，乞求别人的同情，经常嫉妒他人，忧郁、急躁、易兴奋，终于很难和周围现实的人协调。神经质者这样的忧郁或易受刺激等表现，都是由错误的自我评价判断引起的继发性产物，并不是一开始就特意发生的。例如，具有体质性忧郁的患者，在其素质决定的特发性抑郁心情的基础上，诱发并构成继发性的与此相适应的悲观情绪，神经症者以其悲观情绪为基础，继发性地出现了抑郁。

再者，神经质者不象意志薄弱者或兴奋性痴愚者那样具有特发的易激惹性。神经质者偶然也出现暴行，但不象意志薄弱素质的冲动型性格者那样，发生那种冲动行为。他必然要经过一定时间的相当严峻的思虑和辨析，或为了权宜之计、

或从一定理论出发才去干的。如果不是这样，那就是他与另外的异常人格合并的结果，而不是一个纯粹的神经质者。

另外，神经质者的厌人症、回避他人、喜好独居等，也都是继发性的，这是由于担心对自己疾病的影响，但其结果病情逐渐加剧。多数学者看到的神经症者的意志薄弱问题，也是因为忧虑自己假想的病症，成为恐怖的后果继发出来的。这绝不是他当初客观存在的意志力或意志发动能力的减弱，而是一种假的，即似是而非的意志薄弱。由于它们关系重要，特别在诊断上是必须时刻注意的最最重要的条件。

我对意识和注意的看法

精神现象——联合作用

我认为意识一词，不能解释为能力方面的或活动性质的涵义。因此，我不愿使用意识活动或潜意识的作用等说法。我感到对于意识只能做为一种状态来加以理解。在解释说明精神现象时，对弗洛伊德那种随随便便地以目的论观点只顾顺应着某种趋势加以说明的作法，我感到很不满意。我认为应该拿它作为一种自然现象，经常如实地科学地进行观察记述。现在，在说明关于注意和意识两个问题的时候，首先需要就一般精神现象最简单地阐述一下我个人的见解。

精神现象，首先是对我们的身体结构，即对于有机体的内外施以刺激，从而出现反映、产生变化时发生的那些现象本身，就是精神现象。例如使用电流计、晴雨表、温度计等组合成的仪器设备，当电流、气压、温度等发生变化时，它们的针就摆动，从而显示出一定的变化。

施加刺激引起的各种变化，无论是在有意的或无意的状态下，都会作为一种体验在我们的身体内部形成印迹被保存下来。这样积蓄下来的许多体验的内容，它们和现在新发生的刺激，将按照它当时最适当的条件、近似、相反、习惯等关系，自然地彼此发生联系，相互推动，构成各种精神活动。这就是精神现象的联合作用。手碰到火就缩回，突发的声响会使你不由地跳起，心情郁闷就感到四周黑暗、看到华严瀑布就可能联想起跳水自杀，看到博爱的字眼就浮现出神的形象，听了莎士比亚《哈姆雷特》的悲剧故事，将会自然地哼唱起“有得有失”的谚语，一发生腹泻就联想起菌痢等等。顺应着这些经常出现的新的内外刺激的变化，所谓“知、情、意”四面八方的联合作用就会发动起来了。这些观念、情绪和行动又进一步成为新刺激，从而形成一种不间断的精神活动的环流。而且这些变化和转换的发生，并不受有意或无意等意识形态如何的影响，就象不分白昼黑夜，不论是有形的可见物或不可见的一切自然现象都在不断变化，象河在流，动物在爬行蠕动那样，永远不会停止。

刺激和意识的关系

下面解释一下刺激和知觉的关系。对我们的身体，施加某种限度以上的内外刺激后，就会传递给躯体一种变动的信息，在植物神经或运动神经的机构中引起反射或运动。例如睡眠时，因膀胱充满尿这样的刺激，便会引起蜷曲腿或觉醒等动作，用毛发之类东西触动他的颜面，他也会不自觉地用手驱赶。当这种刺激达到某种程度以上的强度时，就开始在这儿产生一种引起某种感觉或情感的自觉反应。

发生这种自觉反应的境界线，从刺激的角度来看，命名

叫刺激阈限；从反应的方面来看，叫感觉阈限；从引起注意的角度看，也可以叫感受阈限。这种刺激与知觉的关系，根据各种条件和情境，其阈限的高度也有所不同。有的场合，很微小的刺激也能引起知觉；另一种场合，有时即使是很强的刺激，也不容易引起知觉。这种关系的依据，首先是身心状况，其次是刺激的性质与强度。

所谓身心状况，例如半睡或觉醒、疲劳、衰弱与强健、愉快、精神紧张或弛缓等。这些状况也是不断地变化的，还会因各个人的精神倾向、趣味、习惯而有所不同。所以，在同一条街道上行走的人，有的注意书店，有的注意酒馆或糕点铺；还有的只是沉迷于个人的空想，对任何东西也不加注意。有谚语说：“小人逐利，君子重义”。它表明了这种不同现象的原由。另外，由于精神紧张、或注意力高度集中，也会出现惊人的差异。例如抱着病儿睡觉的母亲，即使她的孩子稍有咳嗽，也会立即睁眼巡视一下。然而，天上打雷，反倒不能使她觉醒。不过，这并不是对雷的声音毫无知觉，只是因为超出了她的注意范围，所以没有反应，或立即忘却。再如小学的儿童，为了等待明天那愉快的郊游活动，第二天早上，一定能够按时醒、按时起床。

对这类问题，学者们是根据一般暗示作用来加以引用的。但是，事实上是由于注意的紧张与集中，在时间的演进过程中，在半睡半醒之间有所察觉时，或到了预定的时间，就开始醒来。所谓“环辘之声，战士觉醒”就说明是注意紧张的结果。这种情景，和抱着病儿睡觉的母亲，都是由于精神紧张，而不是精疲力尽或自然放松地在那里睡着了，因为全身都采取了不安稳的体态和姿势，肌肉也保持着紧张，所以，微小的刺激，也很容易会引起反应。

这样看来，我们的知觉，即意识状态，是在不停的精神活动中，对一部分一部分地达到感受阈限以上的东西，或非常微弱、或有的较强，或有所察觉后立即忘掉，或深刻铭记。这种意识上的不断变换，可以比作是旋转式的走马灯或反照在水车上的日光，不断出现着局部的变化。

对心悸加剧发作的患者，如果以这种意识关系加以观察的话，例如静卧中，倘若由于某种内部刺激，引起了下肢轻度痉挛，患者对此或略有知觉，或毫无知觉；或者由此联想起过去从高处踩空失足的体验，对此，也可能没有意识到、也可能意识到、或马上忘掉、或引起惊愕的情感反应等；倘若再伴随出现心脏跳动的感觉，并联想到曾经看到的重症心脏病患者的体验，那么，在产生恐怖的同时，就会突然引起心悸加剧的发作。到了这种时候，精神将全部集中在恐怖上，在意识里的反映也会越来越清晰。然而对于从意识到下肢痉挛开始的整个精神活动过程，却已全部忘却，成为一种所谓下意识的活动。无论是歇斯底里发作，还是神经质的某一症状，一般都象是从梦境出发，在症状发生之后，就忘掉了起初的动机。因此，象对于这样的事实情况，如果也只是用潜在观念加以说明，而放过整个精神活动的变化过程，那就犹如只知道矿山，却未探明矿脉，这是没有什么实用价值的。

意识与目的的相对性

我们精神活动的进行过程，是自然的、本能的、沿着适应自我保存所要求的方向流动转换的。就象水往低处流那样，山谷的流水，或潜入地下、或曲曲折折、或拍击岩石、或积满深渊，但是，最后终于还是要流入大海。所谓感受阈限的构成，是我们在发挥身心机能作用努力向前发展的过程中，

根据紧张感的强弱产生的各种差异。因此，对于不同的新鲜刺激或体验，就要有较多的注意，并伴随较强的意识，对于习惯了的平凡的信息，则不要求很多的意识。例如乐器练习或小型工艺，开始要仔细注意，但是习惯之后，只要大体上注意就行，再如我们拿筷子夹煮豆吃，至于手指的用法怎样才合适，是一点儿也不加考虑的。由以上事实可见，我们的注意或意识，是和目的相对的，只就此而言，它似乎是朝着离心方向的。谚语说：“追鹿者不见山”，经文中也有“采蜜者，见蜜而忘深坑”的说法，都可说明以上事例。例如当我们准备打某种东西时，只是在心里朝着那个方向，而手的运动却意识不到。

在我们投球和准备接球时，我们只管看球，自己的手怎样运动却一点儿也不注意。前面说的心悸加剧发作的例子，也只是把全部注意倾注在恐怖的方面，至于它那前后的联系，却丝毫不加考虑。关于这样的意识的性质，我想现在姑且把它命名为注意或意识的末梢性，或与目的的相对性。另外再从这种意识的目的性的结果来看，我们的意识对它的结果或事实、乃至和发生它的全部过程和条件，多数也都是相反的认识。例如我们认为由于前臂屈曲，肱二头肌的肌肉鼓胀起来，但是，事实上是肌肉在收缩，结果才使前臂屈曲。这些情况，在我们的日常精神活动方面实际例子也是很多的。下面在治疗一章中，围绕思想矛盾一题，将再次阐述此事。

无意注意和有意注意

当我们自觉地（以紧张的心情）注意某一点时，对此，叫做意识性、有意的或主动注意。否则，在不自觉的时候，则叫做无意识的或不随意的被动注意。

对于这种意识性的注意，可以从时间上和空间上两个方面来观察。从时间上看，在精神活动的过程中，外界刺激和身体内部条件之间相互关系的变化，将带来意识阈限的不断变化。注意的意识性和无意识性的关系已如前述，它们也在不断地出没消长着。

另外，从空间上看，可以对视野加以比较。当注意固定于某一点，而且具有一般紧张状态时，在其固着点的意识最为明确，其周围随着远离的程度逐渐淡化，最后终于到达意识难以覆盖的边缘界限。然而，如果对该固着点的注意力进一步继续加强，将全副精神贯注于此，或者解除精神紧张、处于弛缓状态的时候，就会只注意到此点，而对周围则不甚注意。如果再进一步，甚至连这一点也注意不到，因为受注意的规律性影响，意识状态发生变化，或明或暗、忽显忽消，最后终于使集中注意的自觉性逐渐消失，变成无意识的注意。假如意识的目的性达到极度，则可看作丧失了自己的自觉目的甚或感到自己好象不复存在似的。处在恐怖之中，却又感觉不到什么恐怖；勇气十足，却又感觉不到勇气；虽有信念，却又意识不到自己的判断；虽顿悟透彻，却又意念分离等等。这些都可以用上述注意的原因加以说明。

另外，从催眠术和注意的关系来看，一方面，靠注视法及其他倾注精神的各种手段，使患者逐渐处在固定于无意识注意的状态。同时，在另一方面，运用言语暗示，由术者对患者进行指导，使之固定于无意注意。这时，患者开始进入了所谓全然不念不想的状态，跟随着术者的指导，变成一个行动上无判断、无意志的人。

暗示作用

所谓暗示，一方面是运用某种言语或外界的影响，使之获得一种信念；另一方面是使他自己内部产生的感觉或想法，顺势转化为信念，并力求使其信念脱离推理判断，使这种无批判状态直接影响到身心或直接表现在行动上。由自身内部引起的可叫做自我暗示。

所谓信念，就是一种直观性的情感上的判定，是相对于逻辑性判断的一个名称。情感上的判断与逻辑判断比较，恰恰好象将视野向中心缩小似的，使注意一味儿地只向这儿倾注，而对周围广阔的变化却不能认识，从而造成意识范畴的狭小。

神经质患者的头重、不眠或强迫观念等症状，原来都是正常人的普通感觉或感想，由于患者自己抱有病态的错误想法，便自我暗示性的，在固着点形成一种信念。也就是当患者将注意固着于此的时候，对周围的注意已不能自由指向和活动，成为一种无意识注意的状态。患者对这种固着点反而执迷不悟，完全相信这些都是事实。神经质患者，常常是“如果一想到今天是头脑发沉的一天，是面赤的一天，结果便果然是如此。”然而，这绝对不可能是可以预知的。这是由于自己预先使注意向该处集中倾注，自我暗示性地凭自己的想象产生的。神经质的其他各种发作，也都是由于这种预先恐怖、经自我暗示产生的。前面列举的心悸加剧发作的例症，由于成为预先恐怖对象的那位心脏病患者的体验突然再现，便如实地成为现实的症状。对于这种恐怖，根据注意的集中倾注与固着，是可以说明的。梦是我们的一种观念，它之所以作为现实事物原样纳入意识之中，是因为在睡眠中，注意全然

不再受周围事物的吸引，意识活动的范围极度缩小。神经质患者治愈之后，回忆以往的某些异常印象时，常坦白地说“完全象做梦一样”，就因为那些印象纯粹是一种主观的假想。

注意的指向与固着

神经质患者常说多梦或有某种强迫观念浮现，这可以用完全是因为注意的指向与固着这种意识活动的关系来加以说明。

我们如能仔细地考察自己，每次睡醒时都会发现几乎必然是做了梦。但一般却很少记住，所以一般人所说的不做梦，实际上并不是没做，只可以说不过是没有记住罢了。因为一般人睡醒后立即受到日常生活中各种刺激信息的包围，意识活动不断变化起来，梦境又往往与现实生活无关，所以忘得未留痕迹。因此，即使是位常说从来无梦的人，倘能注意自我观察，也会发现是经常做梦。神经质患者因为害怕不眠，一睡醒便前后思虑一番，由于常将注意倾注于此，故而感到做梦特别多。为了把做梦当成未能熟睡的凭据，便更是常说多梦。当患者治愈已不再恐惧不眠，对做梦也不再介意之后，那就和常人一样，是否做梦也不再注意了。

强迫观念也完全与此相同。不洁或赤面，是与此相同的一些感受。即使是一般人也同样会时常浮现出这种观念。但是正常人处在日常生活的精神活动过程中，立即就会忘掉，或根本没有进入意识，便又要去迎接下面新出现的刺激，所以对它没有悬念在心的余暇。对八卦、命运及其他迷信等是否命中或兑现的问题，如果相信它，就会使注意指向和倾注此中，便感到能够验证。不相信的人，不受它的约束，思路开阔，能广泛地进行观察和比较，所以，就认为它不能验证。

如上所述，神经质的症状，实为出自某一动机，便指向某种事实，而由于注意的集中与倾注，便又自我暗示固着的某种信念。这可以说完全是由患者自己病态地把它固定下来的、来自主观的产物。

神经质的分类

神经质的三种类型

从以上讲过的内容来看，按照我的观点，针对神经质的实质加以论断，并根据其单纯与复杂等差别和情况，可分为以下三种类型。

普通神经质，发作性神经质，强迫观念症。以前曾经另列疑心病，共分为四种。但是，根据后来的经验，因为它和普通神经质几乎很难明确分开，所以，确定将这个类型去掉，并入普通神经质之内。

过去的学者们对于这一分类未能充分注意。这是因为他们不了解神经质的实质，只是从症状的外貌来考虑分类的缘故。遗憾的是：现在的学者们对这种强迫症和普通神经质是同一种类这一点也不能充分理解。但是从它的治疗结果着眼，根据这两者都可以用完全相同的方法、同样的日数得以根治来看，它们是性质相同的问题是很明确的。过去，对这种强迫观念曾认为是治疗非常困难，而且容易再犯，几乎是不能根治的。

歇斯底里或进行性麻痹，对其分类从十分单纯到复杂，以及其他各种变型，可分为许多种类型，就因为对它的实质已完全了解。神经质也应当是这样，只要能够弄清它的实质，

当然，上面的分类是可以的。

这些病症的互相转移变换或合并等情况，和其他疾病是相同的。普通神经质者，不带有强迫观念样症状的人很少。另外，强迫症没有普通神经质症状的也没有。

普通神经质

普通神经质，是固有的神经质，也可叫做狭义神经质。过去，一般叫做先天性或体质性神经质，或叫慢性神经衰弱症，或脑神经衰弱等。

另外，有的学者曾把神经衰弱症分为脑性、脊髓性、其他心脏性、消化器性、或生殖器性等许多种。但是这样划分只是一种纸上谈兵式的、外形上的分类，在病的性质上或治疗方面都没有多大的意义。这只不过是从患者症状的某种时机，尤其是固着的症状命名的。

某患者，苦于便秘和胃弛缓，从十四岁到二十四岁，没有一次是不吃泻药能够通便的。最近，在胃肠医院住院五个多月，但仍未痊愈。来我处住院后，四十多天的时间内，完全未用药，开始九天期间，便秘还在持续，但自那之后，就逐渐通便。最后，终于大约隔日一次自然通便。

另有一位四十五岁的公司职员，四、五年来，受里急后重（有泻意但泻不出来）和粘液便的苦恼，每早一次、下痢时伴有疼痛感，而又因肛门痉挛，而反复产生便意，每次入厕都要一小时以上。入肠胃医院后，按直肠粘膜炎症治疗两月以上未愈，经我诊断的结果，坚决命令他每次蹲便所不得超过五分钟。只这一次诊断，一周后就听到痊愈的喜讯。

这些，都是由于精神上对某种异常感的固定，因日常生活及对其症状处置上的错误，致使症状日益加重。

对于神经质的各种症状，眼科、耳鼻喉科、妇科、消化科、泌尿科、性病科等，医生习惯于按照各自的专业特点，结合与神经质症状直接有关的原因考虑。但是，如果一旦能从神经质症精神上的固着这一角度着眼，即使不施加专业治疗，只靠患者对心理状态和生活情况的改善，也能使之得到根本的治疗。

对所谓神经衰弱症的否定

历来就有所谓纯粹是后天性或外因性神经衰弱症之说。以我之见，这是一个不合理的病名，而且反倒容易会带来各种误解。对此，简要地说，这只限于对身心的急性或慢性虚脱、或疲劳状态而言。即，这是由于心身的过度疲劳、灾害、伤感、营养不良及其他各种疾病造成的结果，是它破坏了患者本人平素健康时新陈代谢的平衡状态。总之，这时几乎都是体重减轻，故而常常会把它当作首要的目标。这时，身心机能必然呈现比尔德所说刺激性衰弱的状态。或者说各种病后的症状或疲劳时常有的一般状况等，它们几乎都要出现所谓神经衰弱症。对此，实际上丝毫没必要专门拿神经质和神经衰弱加以区别了。

另外，有的认为人的精神过劳和身体过劳是两码事。这 and 把腕部疲劳与脚的疲劳看做两类是一样的。所以，我认为没有必要把精神疲劳叫做神经衰弱。神经衰弱的症状伴随身心疲劳或病后的恢复过程必然会消失。例如，登富士山疲劳的结果，出现腰、腿等部位酸痛，几天之后就能恢复。同样，复习考试过劳带来的头痛或失眠等，不久也可以恢复。只有在因为受疑病观念支配、主要精力固着于病态感觉的时候，伴随着神经质素质的严重程度，其症状必然会变得复杂严重

起来。而且，即使疲劳恢复、或病后的身体复原，有的人自觉症状永远也不会消除。但这并不是什么神经衰弱症，而是由于精神上的固着而引起的神经质症状。直到对这一事实能够确诊时，才可以对它的治疗方针和预后作出明确规定。

发作性神经症

所谓发作性神经症，是我最先命名的。这方面有心悸加剧发作、手足乏力发作、眩晕发作、猝倒感、焦虑不安发作、恶寒、震颤发作，其他如胃痉挛、子宫痉挛等被误为各种疼痛样的发作。这些发作全都是主观上发生的。所以，即使叫它倦怠乏力，但决不是运动麻痹；即使叫它猝倒，实际上并不是意识上的混浊。有时虽然有的患者痉挛发作，但它和恐怖时引起的战慄相同，是一种震颤发作。

这种发作的实质，是一种恐怖的感受。疼痛样发作并不是实际上的疼，也不是疼痛的幻觉，况且，醒着也不会梦见疼痛。它俗称作“癎”，和歇斯底里发作相同。但是，对它的诊断，要根据本人出生以来的素质如何来确定是歇斯底里或是神经质。两者的处置是不同的。如果是神经质，那比歇斯底里要容易治疗，而且还可以根治。

强迫观念症

所谓强迫观念，是患者把由某一机会得到的感觉或感想，疑病性地看做是病态的异常。由对它的既无感知、又不加思考的抗拒心理引起精神上的冲突而命名的。也就是说：没有精神上的冲突，就没有强迫观念。因此，对于本症的治疗，要使患者对其痛苦当作真正的痛苦来加以体验，只要这种抗拒心理没有了，便可消除强迫观念。精神分裂症初期发生妄

想时，有的很象是这种强迫观念症，有时很容易将它误诊。但是，它这时决没有明显的精神冲突。

关于强迫症，过去的学者们一般认为在强迫观念之外，还可分为恐怖症和强迫性行为。照我的看法，强迫行为在治疗上十分困难，几乎可以说它是一种难以治愈的病症。强迫行为不象强迫观念那样，大都不同时伴有精神冲突的痛苦，多数只是一种冲动性的行为。由于迷信吉凶或洁身自爱，因而出现某种特定的感想，并且感到不这样做就过意不去，只凭这些便随心所欲地直接采取某些相应的行动。患者并没有什么深刻的自我省悟或疾病意识，缺乏对自己行为加以矫治的意向。强迫观念患者发病后也要经历若干年头，甚或到达初老的年龄。其他方面，在外形上，有的和强迫行为也很难区别。但是，看其是否有无精神冲突和治疗愿望则可鉴别。

关于强迫观念的分类，几乎是人各一说。自古以来，临场苦闷的名字就较有名。它是因为对眩晕、猝倒、发作、运动麻痹发作、心脏麻痹、精神错乱等的恐怖，害怕去某些场所、广场或群众场合，害怕一般性外出，不敢去澡堂等。对这些，与其叫做强迫观念，事实上多数倒不如列入发作性神经症。总之，这是从外观上命名的名字，不是反映其实质内容的名字。

赤面恐怖，也是从古皆知的。从1846年卡斯佩尔写过命名为赤面症的报告开始，1902年哈尔登布鲁克又命名为赤面苦闷，并将它分为三种：① 赤面癖（遇到生人就红脸，但不发生恐怖），② 赤面恐怖，③ 持续性赤面恐怖（强迫观念持续不断）。但这只是局限于赤面方面的一种教条式的分类。象这样的强迫观念，是因为他自己对站在生人面前过分介意而发生恐怖，叫做羞耻恐怖倒是比较适当。另一种是怕让人

看，一到人前，面色、态度上都感到十分难堪，甚或因害怕和别人应对而面额和脊背出汗，或说话结巴等。再一种是不能正面看对方的眼睛，并为此感到十分泄气（我暂称之为正视恐怖）。因为对个人的应酬方式过分介意，而害怕别人和自己打招呼。还有的人在和人面谈时，因感觉嘴里象小虫在爬一般而苦恼。或者有的在人前、在电车中，因有想要放屁的感觉而不好意思，表现出坐立不安的样子。甚或有的因羞耻而发生震颤恐怖。或者有的是集会恐怖。真是数不胜数。只从表面上局限于“赤面”是不行的。

另外，我曾接触过一位害怕看到自己的鼻子尖而感到苦恼的学生。对此，我把它看做是一种强迫观念的心理。因为他把一般人常有的感受专门看成是自己病态的异常现象。在这方面他确实是个很适合引用的例症。

其他，按照想到的顺序，围绕强迫观念的名字列举如下：吉凶恐怖、不洁恐怖、毒物恐怖、精神病恐怖、盗窃恐怖（或者怕盗贼、或者怕人说自己行窃）、杀人恐怖（既怕被杀，又怕说杀了人）、亵渎神灵恐怖、怨恨恐怖（既怕被人怨恨、又因自己对他人的积怨难以忘怀而苦闷）、火灾恐怖、闭所恐怖、高所恐怖、尖端恐怖、数数恐怖、遗忘恐怖、不道德恐怖、错误恐怖、误解恐怖、怀疑恐怖、虚无恐怖、计算恐怖、读书恐怖、夜晚恐怖、排尿恐怖、关于性欲的恐怖、怕在地球旋转中掉落地球以外的恐怖等等，数也数不清。

神经质的有关原因

关于先天性素质

我认为神经质是容易发生疑心病的一种气质，是一种先

天性素质。如果是这样，先天性的意义应如何理解呢？它该是通过血统直接将遗传素质承受下来的吧！或者是在母体内的发育过程中，由某种情况引起的吧！再是在出生后，由于疾病或养育上的原因获得这一气质的，关于这种解释，现在还没有可以确定的正确的材料。对这一问题的研究，还必须有待于未来。

松原博士关于神经衰弱症提出过过敏性体质说。但它还不能完全说明神经质的涵义。即血管运动神经及其他身体方面的刺激性过敏状态，未必是以其程度为标准而成为神经衰弱性自觉症状的。过敏状态即使相当严重，也不一定主诉有神经衰弱症。相反，身体十分强健的人，却有复杂的神经衰弱。对此，我认为是假性刺激性衰弱，其症状完全是主观性的。由于这一原因，我过去曾经暂且把神经质划分为身体的过敏性素质和精神的过敏性素质。但这只是一种权宜之计的划分。精神性素质原来就是神经质不可缺少的条件，没有它就不能构成神经质的症状。而这种躯体性过敏状态，特别是低能者和身体虚弱的意志薄弱者较多。再是精神分裂症发病前或发病后，有的常常表现得十分明显。

神经质和体型

对于神经质和先天性体型之间有什么关系的问题，过去从一般的成见来想象，多数认为是瘦弱型。但是，根据我的住院治疗，对精选的确实痊愈者进行调查研究的结果，证明它未必只适合于某种特定的体型。当时曾将它分为肥满型、刚强型（斗士型）、瘦弱型（细长型）和中等型四种，分别进行观察探索。据此，在强迫观念的四十一人中，肥满型六人，刚强型九人、瘦弱型八人、中等型十八人。在普通神经质和

发作性神经症的六十二人中，肥满型五人、刚强型十五人、瘦弱型十三人、中等型二十九人。由此看来，神经质者中先天性体型什么样的人最多这一问题，还不能确定一定的标准。因此，现在如果暂将神经质看做有遗传素质的话，那么，它并不是体质性的，大概应该主要是有精神性素质。

机遇性原因

高岛平三郎曾将机遇性原因命名为第一印象。例如小孩子受到老师的申斥或曾引起过什么感受时，都会在心中深刻铭记。其中有的会在将来给该儿童造成难以消除的有害影响。这一论点曾经受到过大家的注意。但是，事实上它和弗洛伊德的观念复合体是相同的。

丸井博士对弗洛伊德的精神分析法进行了研究，指出小儿时期的教养对神经症的发生，具有重大的关系。下田博士也曾说：神经质是由于小儿期的不好教养造成的。他们对后天的影响都给予很大的重视。这自然是任何人都应该承认的事实，其中，似乎象植物那样或是自然生长或是盆栽造成的差异。然而，这也只不过是影响上的差异，而不是什么本质的差别，似乎还不能把它断定为根本性原因。例如同胞兄弟姐妹，即使在同一环境中接受教养，但是他（她）们之间，却自然地存在着性格上的差异，气质上的发展趋势也不相同。另外，就所谓第一印象或弗洛伊德观念复合体而言，面对同一事实，如果两者都要分别依照个人气质上的差异来考虑他（她）们以后所受影响的不同点时，必须看到引起神经质的条件，依然是先天性的气质。另外，例如遇到大地震或灾害以后的恐怖或失恋后的悲伤，这种感情消失所需时间的长短，由于个人性格的不同，自然也是不同的。按照白痴、意志薄

弱者、常人、或神经质者等的差别来看，所受感情上的影响也是不同的。

后天性的境遇

关于神经质的先天性素质，也有各种轻重程度上的不同，即使有良好的境遇，养育条件也很适当，但有的从小就有明显的神经质性气质。与此相反，有的从来几乎没有看到过这种气质，只是由于后天的某种机遇性原因，也发生了这种病。更有甚者，如有的过了四、五十岁之后，开始得了很明显的神经质。这方面，尤其是发作性神经症这一类型的发病率较高。这种情况，并不是由于什么神经质性的气质，只是因为某种契机使之受到精神上的打击，便突然把疑病性情感深深地储留在脑海里，由于受这种情感的支配，以后也很难再摆脱了。另外，大概还因为生的欲望和死的恐怖是一切人的本性吧！与此相似的一例是：有一位先生，生来性格爽快，对生老病死等问题全然未曾考虑过，也没有什么宗教信仰，但因某一偶然机会使他肯定了对幽灵和心灵的认识，从而急剧彻底地变成了一位深信不移的迷信家。由此可见，迷信家的形成也有由先天性气质形成和后天的偶然机会引起这两种情况。就这一事例而言，我的疑病素质学说包括后天性因素也还可能有致病的感情素质。

总而言之，一般地说神经质是一种先天性素质，是一种侧重于自我内省，很容易发展成疑心病的气质。所以，在精神尚未充分发展，还不能观察评判的幼儿期，当然不会发生神经质的复杂症状和强迫观念。但是年长之后，特别自青春开始发病最多。并没有什么专被认定的动机，有的或者发生经常性头痛。有的强迫观念逐渐发展，也有的因为疾病、

灾害或某种感受而发病。再加上是过敏性体质时，其症状就越发复杂。进一步再遇有身心疲劳等情况时，症状会更加严重。因此，在神经质的治疗方面，对这些必须诊断明确。首先，对疲劳状态，要通过静养及其他疗法使之恢复；其次，应该针对其原有的神经质，施以专门的疗法。而对于有生以来的过敏性体质，只靠体育疗法，也能够增强其身心的抵抗力。而所谓增钙疗法、脏器疗法或营养疗法，至今仍不足以置信为根本性疗法。

神经质的疾病位置与异常性格的分类

对神经质的传统观念

一般所说的神经衰弱症，未必和比尔德说的刺激性衰弱相当，而是和我说的假性刺激性衰弱相当。所以，作为病名，已如前面所说，我还没有认可这个名字。

我特意重新换掉神经衰弱症的说法，使用神经质这一名称的理由是：因为历来人们都不明了神经质就是一种异常人格这一意义，又不能和同类疾病清楚地加以区别。所以，我对该病症的实质彻底加以澄清，对涵义加以限定，这样在临床见解或治疗方面，使用神经质的名字也比较方便，而名实不符的神经衰弱的称呼，因有害无利，最好不再使用。

神经质的“nervositat”一词，广义地说，包括神经系统机能抵抗力薄弱的意思，但主要是用于神经性、神经性的过敏或刺激性状态。例如幼儿发烧的时候，很容易发生痉挛或出现夜惊症等，对此，似乎也可使用神经症一词。

苛拉麦尔把神经质分做① 神经衰弱、② 内因性神经质、③ 歇斯底里三种。而且又将内因性神经质分为：① 单一的

神经虚脱、② 复杂的神经虚脱、③ 伴有苦闷的神经质、④ 伴有强迫观念的、⑤ 带有精神障碍倾向的神经虚脱、⑥ 纯粹变态六种。我认为这只是按照外来症状划分的，所以在病的实质、经过和预后等有关问题以及治疗方针等方面都不够统一。

松原博士对于神经质曾经列举出如下的特征：自己任性、容易生气、顽固守旧、好走极端等。但是，对这些症状，尤其是它的性质和由来，不详加考察是不够的。不用说，这些症状在很多精神病患者身上也有表现。但是，按我说的神经质，还带有乖僻别扭、束缚自己或自我抑制等特点。意志薄弱者则缺乏自我抑制能力，对谁都乱发脾气。歇斯底里则带有冲动的感受性，容易暴发。也就是说，即使同样是容易发火，也须依照异常人格的类型象狗、猪、猴那样，有所区别。

弗洛伊德，依照他自己的精神分析法，就象把精神性创伤也看做是神经症的原因那样，特别强调很早以前精神上遭受到的不满，或愿望的压抑（尤其是有关两性关系的问题）。但是，我对这些方面，在临床上看不到它有多大的价值。为什么这样说呢？同样的原因，人们之中精神健全的人，却绝不呈现病的障碍；神经质者呈现所谓神经衰弱症或强迫观念的症状；歇斯底里患者，出现运动麻痹、感觉异常或其他歇斯底里性症状；意志薄弱性素质的患者，常有我所说的强迫行为、或有与分裂症类似的行为，或妄想性症状。想只凭病因原由，立即弄清该病的性质是不行的。因此，弗洛伊德的研究，关于症状发生的过程或肌体结构方面，例如对外科的骨折便着重放在外力作用的机械性或数学性原因的解释上，或象是对菌痢传染途径所进行的研究那样，他仅仅对这些方面有兴趣，感到有必要。但是，从以上列举的同一原因却引起

各种症状的情况来看，如果对其各自不同的条件和情况有所忽略，那么，在它的治疗手段上，就象对待骨折要向过去受力的相反方面牵引却毫无治疗效果那样，会出现同样的结局。

我对神经质的见解

我所说的所谓神经质，是一种神经性的或精神性的异常人格。而异常的涵义，与其说是实质性的变化，倒不如可以看做是机能上的过高或过低。对于轻者，则应该叫它做精神倾向。所以，例如人的这种植物性神经倘若发生异常，拿它这一方面和健康者相比，只不过在程度上有些或高或低罢了。

那么，如果谈到神经质是什么类型的精神倾向时，我认为它是一种自我内省的（精神内向的）倾向，结果会发展成为一种理智的人。这和歇斯底里是一种完全相反的精神倾向。然而，因为它是内省性的，所以，神经质者遇有某种机遇性原因，或几乎并不是什么值得重视的机遇性原因，只是因为对某种病的焦虑感受就会轻易地成为疑心病。我对本症的发生之所以提出疑病素质学说，也就是因为这个理由。

立足于对于神经质的这种观点，来环顾各种各样的异常人格时，如果按先天性素质的精神倾向对它们加以分类的话，各种各样的差异一目了然。对于神经质疾病位置的确定、临床上的诊断、预后的判定及治疗方针等就可以有所遵循了。

什么叫异常人格

所谓异常人格，对其生活能力，或在形质方面，比常人、即比健康者，可称做低等的或先天的倾向性素质者。所以，对异常人格不能直接叫做病。历来把它看做是属于健康与疾病的中间状态，也是这个理由。

所谓健康的人，对于生存、对于向上发展、乃至对于种属特征的保存，都具有较大的适应性。也就是说，健康者和异常人格者之间，对于人生的适应性，存有良莠的差别。这样看待这一问题时，例如对于身体强壮、记忆力很强、或想象力丰富、活跃等各个方面，当然绝不可孤立地只是针对某一方面就马上认定它是否健康。

异常人格，譬如从某个方面来看，对周围环境的适应性差，对外界刺激的反应有的方面特别过敏，其他方面又十分迟钝。表现出各种不同的倾向。所以，异常人格者，往往由于种种轻微的机遇性原因，便容易在身体上或精神上呈现病态或产生疾病。这种情况是很多的。

异常人格者，由于生活反应能力表现为过分或不足两种特点，所以，一方面未必只限于身心方面的低能或病态的异常；另一方面也未必只限于非社会性的或反社会性的行为。有时，在某个方面还会成为优秀者，也有的成了有社会性贡献的人。这也是引起天才和狂人问题争论的理由。如果仅仅从临床医学的角度来看，实际上只不过是接待和处置了那些病态的异常者。

对异常人格的传统分类

过去对异常人格的分类，主要是依据其状态或症状，或者多数是依据机遇性原因等加以命名的。弗洛伊德等人对神经症的机遇性原因专心致志地进行了探索。但不足之处是在疾病种类本身上面没能花费更多的精力。

根据状态划分的类别，例如强迫性神经症（强迫观念及其他强迫症状）、抑郁性神经症、悖德症等等。拿这些与其他内科疾患比较，如腹水病、血尿病等，这些病名还不能了解

其病的特性。因此，对其病程和预后等，也难以作出判断。

其次是依据机遇性原因划分的，例如外伤性神经症、拘禁性精神病等。这方面仅有的这些也不能了解其疾病的性质。例如外伤性，仅就引起脑的解剖性变化而言，必须和其他器质性脑疾患加以区别。例如区分外伤性肋膜炎和结核性肋膜炎是比较方便的，但它还必须要和胸部挫伤痛加以区别。如果是由于外伤引起的机能性神经症，同样原因，也有习惯性头痛的神经质，或引起运动麻痹的歇斯底里。而且还有一种导致赔偿性神经症的神经过。即使是相同的外伤，由于各人人格上的倾向性不同，它引起的结果也各不相同。

酒精中毒或吗啡中毒，也针对其原因，并根据发生中毒的结果给予命名。这方面，主要是意志薄弱性素质的人发生的，神经质的人不容易发生。所谓酒癖、嗜酒症等人，并不是什么酒精中毒，而这样饮酒的本身就是一种反常的冲动行为。曾见到过有的被诊断为酒精中毒或酒癖的患者，但其酒量却不过90~180ml。如果是神经质和意志薄弱素质并存者发病，神经质倾向较强的治疗效果就明显，倘若是纯粹的意志薄弱者，则几乎没有治疗的希望。

对人格的判定

要判定一个人的人格，必须从量和质两个方面来观察。例如评价陶瓷，有千圆的清水瓷，也有五百圆的九谷瓷。所谓量的方面，要看他在精神方面的能力，主要是以智力作标准，根据一般智能检查可分为若干程度的精神发育迟缓。因人而异，在记忆力、想象力、感知力等方面有所偏颇，有优有劣，因此用测试成绩的平均分来判定它的程度，另外别无他法。

所谓质的方面，主要是精神的倾向、精神反应的方法和特征。例如儿童受到母亲的批评时，有的不以为然，反应迟钝；有的疾言厉色加以反驳；有的气馁沮丧、自我责备、恐怖的念头较强等，表现出各种差别。

精神方面的发育程度较低，还表现单纯、分化较少时，这种气质上的细微特征和区别很难显现出来。所以，严重的白痴，只有兴奋型和痴钝型两种。哺乳儿也有好哭的和一点儿也不哭等差别。但是，将来他们会怎样分化，会成为什么样的气质，却很难判定。有的儿童容易引起痉挛，也可以说他是神经过敏，但将来成为歇斯底里呢，还是分化成神经质者呢？却不容易弄清。

要判定精神方面业已充分发育者的人格，必须从量和质两个方面着眼，例如须要区别是歇斯底里性的天才或是低能的神经质，还是兴奋性的痴愚。智能优秀的人，一般地说治疗效果较好。但是，对智能低下者，则须看其气质情况如何，治疗效果将会有各种差异。

对于这种气质的诊断，须首先从对于患者的症状情况、性质、由来进行详细诊查入手。例如头痛或不眠、激惹性愤怒型、业务低能、各种发作性症状、或强迫观念样症状等。要对其症状从心理上进行深刻的追究；其次，要对日常生活中的事实具体查问清楚；还必须进一步对以往的经历进行调查研究。虽说是强迫观念，其中，纯粹的强迫观念，只会出现在神经质；意志薄弱性素质的，则成为强迫行为；或者成为妄想性痴呆初期的强迫观念样症状；还有的呈歇斯底里的间歇性发作者。只凭表面症状的诊断，临床上绝不能订出对其治疗和预后的方针。

我从一九一八年着手对这一分类进行探索以来，经过了

较长的时间，感到对神经质或意志薄弱者等的分类，应该明确地加以区分。但是，特别是一九二二年由于受到克莱丘麦尔研究成果的启发，如果详细观察，多数患者很难作出单纯的判断。例如低能的神经质，也有的似乎合并了意志薄弱性。对这种情况轻率诊断的话，有的会误诊为青春型分裂症。克莱丘麦尔以躁郁症和精神分裂症两大属类的患者作为标准，研究了属于这两种气质的健康人，还依据传记研究了故人中关于气质与体型的关系，付出了巨大的努力，发表了有益的论文。据此看来，气质和体型两者，虽然大体上有共通之处，但是，严格检查起来，却发现各种复杂的关系。这从遗传或身体发育的相关因素来看，由于种种条件的不同，必然会出现很多差异。例如，意志薄弱的祖父，神经质的父亲，歇斯底里的母亲生下的子女，尽管其遗传因子也有优劣的差别，但也不能没有某种程度的混合。在这种场合下，例如对神经质和歇斯底里难以区别时，也许不是两型间的移行，而是由两者的合并形成了非常复杂的关系。按照克莱丘麦尔的研究，未必是双亲将相关因素由遗传渠道直接原样地传给了下一代子女。其中也还出现了些十分复杂的关系。

正如以上所述，我改变了历来对异常人格的分类，按照先天性素质影响形成的精神倾向的特征试行分类。沿袭这种各自的精神倾向发展下来，既出现了健康者或天才、伟人的性格，也有的发展成病态的单一症状，甚或还有的成为极端复杂的症状。这里面把过去当做独立的精神病看待的类型也添加进来。过去对歇斯底里的实质也略有所知，因此，从单纯的躯体症状到复杂的精神异常状态，都同样作为疾病列入分类。但是，在我分类的其他方面，还有许多项目未曾引起过学者们的注意。

下面，拟将我的分类列出，请各位学者批评、赐教。

我对异常人格的分类

第一类 精神发育迟缓者(量的)

一、白痴(成长之后也只有七岁、八岁以下儿童的智能)

二、痴愚(可达十四、十五岁儿童的智能)

三、愚鲁(可达十七、八岁人的智能)

第二类 人格的异常(质的)

一、神经质

二、歇斯底里

我把歇斯底里命名为情感过敏性素质。该病的各种症状是在这一素质的基础上，添加各种机遇性诱因后呈现出来的。我对歇斯底里的各类症状，设想一概用感受问题加以说明。这种素质，是一种精神外向性的素质。一点儿也不肯自我内省，根本不可能象神经质那样靠理智来抑制自己。克雷丕林曾说：歇斯底里是一种精神上的发育不良，其情感过敏的情况，很象婴幼儿的感传过敏那样。但这只是感情反应上的特异性和对待生活适应方面的异常。全面地看，实际的精神发育情况有的还是很优秀的。

着眼分析并理解这种歇斯底里性素质时，过去都把“症候”(Stigmata、烙印、病的特征)当做本症最重要的目标来考虑。事实上未必需要。没有这种“症候”的歇斯底里也是很多的。

对歇斯底里病理的解说，过去一般认为最恰当的是潜意识说。我认为它反倒有难能说明之嫌。谈到潜意识，神经质的症状也是同样，应该照此加以说明。歇斯底里和神经质相比较，因为歇斯底里是感受性的，所以很难察觉到它引起症

状的机遇性原因。相反，神经质是理智性的，所以，能较多地察觉到其症状的由来。两者只有这样的差异。例如，由于过去都直接看到过中风患者，都具有引起恐怖这种相同的机遇性原因，神经质者会因某种机会，引起理智性眩晕或猝倒感，而受到恐怖发作的袭击；歇斯底里则会因某一时机发生的感受，而出现固着的自我暗示性半身不遂的症状。

现将歇斯底里分类如下：

① 歇斯底里性气质：在历来被命名的病名中，病态的轻率症、病态的虚言症、体质性感情交替症等这一部分均属此类。而且，它在该患者的生活过程中呈现一种时隐时显的状态。

② 躯体上的歇斯底里症。

③ 歇斯底里性精神病(情感爆发、朦胧状态、梦游症、人格交替、躁狂状态、妄想样状态等)。

三、意志薄弱性素质 它是历来一般被称为变态者的一种类型。或者也可把它叫做狭义的异常人格者。情感上属于迟钝型。因而意志薄弱、自我保命、缺乏发展向上的欲望。如果是白痴，则属于痴钝型、终日无所事事、只是心不在焉地直楞楞地发呆。即使是精神上稍有发展的、其行动却只受眼前欲望或一时的冲动所支配，缺乏由自我判断产生的理智上的自制。对有的事物忽而热中迷恋、忽而冷淡忘却，好走极端、喜欢冒险，常出现不要命的行为。松原博士所说的神经质，多数属于这一类。精神分裂症是以后天性情感迟钝和意志减退为特征的。所以，在先天性或是后天性的问题上，有时出现与本症鉴别上的困难。其中有如下的类型：

① 单纯意志薄弱者。

② 病态的放荡症、流浪者和浪费者。

③ 悖德狂。

④ 天生的性犯罪者。

⑤ 嗜酒症、酒精中毒、吗啡中毒。

⑥ 性欲异常者。

⑦ 冲动性精神病。

⑧ 强迫行为、强迫性精神病。

以上列举的这些是历来使用着的病名。如果从意志薄弱这一本质来观察，其症状很容易说明。过去，学者们常从其外形把它看做似乎是强迫观念和强迫行为的同类，但其性质却迥然各异。强迫行为几乎是一种不能治愈的病症，即使轻微一些，也很容易再犯。

拘禁性精神病，精神分裂症或麻痹性痴呆(进行性麻痹)、因机遇而犯病形成的。这些精神上防御能力的薄弱者，遇有机会就容易引起错乱状态、兴奋状态、谵妄状态等，时常呈现精神分裂症那样的分裂状态。有的非常难于鉴别。但它多数是因意志薄弱引起的，经过时间较短，可以治愈。意志薄弱性痴愚很容易引起各种暂时性的精神异常。

四、情感兴奋性素质 ① 体质性兴奋症。② 轻度躁狂症。③ 躁狂状态。

克雷丕林说躁狂症和抑郁症是同种疾病。但多数情况并非如此。松原博士主张它是另外一种。躁狂症患者兴奋减轻后呈现抑郁状态，而抑郁症患者同样亦可呈现兴奋状态。它们状态相反。躁狂和抑郁同样强度的相互对立或轮换发生的情况是不常见的。紧张症状群发生兴奋状态之后，稍微减轻，再出现木僵状态，进一步又会进入好转状态。这样轮流发生则是常见的。因此，有的也容易把它误诊为躁郁症。躁狂症的本质是兴奋，忧郁状态只是有时附带发生的。将躁狂病和抑郁

病两者分别看待，也许要方便一些。

凡属人们气质上的差异，一般认为从内分泌上考虑最容易搞清楚。例如甲状腺分泌不足时，则成为情感迟钝的白痴。该分泌过高时，又出现甲状腺机能亢进症之类的情感兴奋。肾上腺、生殖腺及其他内分泌的各有关组织，由于它们分泌的多少，也可以显现出各种不同的气质。

兴奋性素质，在许多情况下，很容易成为轻度躁狂症。根据素质情况，平时一般不呈现十分显眼的兴奋性。但因某种机遇，有的会成为激烈的躁狂症。例如平时温顺的人，也可能由于醉酒而出现兴奋状态。

另外，躁狂症发病之初是轻度的兴奋状态，此症状逐步增强。就象愤怒的时候怒气逐步增强、发怒的表现也逐步激烈那样，由于交互作用而逐步加重。躁狂症的兴奋性情感在达到极点之后，经过一定时间再逐渐下降。

五、情感抑郁性素质 ① 体质性抑郁症。② 抑郁症。

六、情感固定性素质 ① 病态的纠纷症、病态的好诉病。

② 热衷症、宗教性迷惑者。

③ 偏执病 (Paranoia 偏执狂，妄想狂)。

这种偏执病，是我在《医海事报》上发表的“关于偏执病”的论文中，由我提出这一观点的。我认为该症是在异常人格素质的基础上发生的。它的所谓妄想，与妄想型分裂症发生的真性妄想不同，它们的性质和产生的方式都不一样。因此，我命名它为假性妄想，并说明它是一种单一的迷妄性偏执。至于宗教性偏执病或好诉病，有的已成定型，可命名为病态奇行症。（参见拙著《迷信与妄想》）其中，有的是由于某种人生观上的偏执引起的。

七、分裂性气质 这是由于受到克莱丘麦尔研究的启发，新添加在这儿的一种病名。它具有和精神分裂症基本特征相类似的气质。表现了精神上的分裂，情态很难集中、很不稳定，言行表现出乎常人的意料之外。这种人具有容易发展成精神分裂症的基础条件。但是，也有终生如此，不再向前发展的。

奇行症、冲动性精神病等，看来也应属于这一类型。

第二部 神经质的治疗

绪 言

疾病的治疗，根据诊断，方可决定。未能弄清疾病的实质和症状的病理就施治，其罪过所及可以说是无法衡量的。对神经质的诊断，除一般器质性疾患外，还要和由各种精神病及其他异常人格引起的症状加以鉴别，并须探究它和其他症状并发的缘由，必须研究所谓疲劳性神经衰弱症、身体的及精神的过敏性素质等的并发情况。因此，疗法要适应该病的本质和状态，还要注意随机应变，不能机械地拘泥于某种模式，或必须戒除象矫角杀牛那样仅拘泥于症候疗法的蠢事。

根据我的观点，神经质的疗法，当然是一种精神上的治疗方法。其着眼点，必须是对疑病素质的陶冶或锻炼疗法和对精神交互作用的破坏或除去疗法。

我们在目的与手段之间，不应常常出现严重矛盾或不一致的情况。面对某一特定的目的，必须分别掌握与之相当的方法。本篇，我想首先提出有关本疗法的心理基础，然后说明我设想的特殊疗法。并进一步阐述作为神经质特殊病型的发作性神经症和强迫观念症的疗法。从而阐明我在治疗上的主要着眼点。对于神经质各种症状的疗法及其他各种物质疗法和精神疗法的价值或关于它们的谬误，即使不再专为浪费笔墨，由此加以推断的话，也应该有可能自行理解掌握了。

本疗法的原理

心理矛盾

所谓思想矛盾，是我对“但愿如此”、“必须这样”的思想愿望和实际情况，即预计的结果相反，因而发生了矛盾等情况暂定的说法。

所谓思想，是对事实的记述、说明或推理。而观念只不过是某一事物的名目或暗语。它们可以比喻为在镜子中的影子。这种影射出来的影像就是思想或观念。由此可知，观念或思想，不可能经常是按照原样直接相等于原始事实或实体的。

人们并不了解这种观念和实体之间的差异，常常依据个人的思想来构筑事实或企图安排事实，使之发生如愿以偿的变化。为此，常会出现我所说的思想矛盾。禅家所谓的“恶智”，心经所谓“颠倒梦想”，也可以说就是由思想矛盾引起的。例如可以想象，我由于得到神的力量能够在空中飞行。这在梦中任何时候都可以实现。然而，这只是梦想，并不是事实。

一般地说，我们的主观和客观、感情和理智、理解和体验之间，常有不一致甚或非常矛盾的现象，对它们绝不可等同看待。如果区别不清，就会出现我所说的思想矛盾。

不过，这些差别，只要摆脱错误思想，返回到它的本来，恢复事实的原始面貌，两者间就没有什么区别了。但是在精神发育的过程中，就象失之毫厘、差之千里那样，思想发展到极点时，其间会出现很大的差距。如象针刺皮肤就感觉疼痛，患流感身体就不舒服那样，刺激和反应、即客观与主观

时常是一致的。对母亲的亲切感情和对母亲必须敬爱的理智，或者对物体之间距离的认识和对它们之间活动的体验，这一切是相互对应的两个方面，一般是常常一致的。但若脱离一方，则必偏向另一方，倘再有所发展，此时或出现痛苦的固着、或重复思想的迷误，终将成为禅语所说的恶智，越来越陷入迷妄之中。我认为：所谓“领悟”岂不就是打破上述迷误，使外界与自我、客观与主观、感情和理智等取得一致，呈现事实的原状，使之回到察觉不出两方差异的状态。

主观和客观

神经质者常有的不眠、头重、精神恍惚感、强迫观念等，不管哪个方面，假若开始本人对它就毫不介意，或任其一掠而过并不放在心上，那么，很快就会将它忘掉。但那只不过是绝无仅有的情况。一旦注意固着于某一症状，就象构成一个幻影的形，本人和相当幻影的刺激完全独立，在这个主观领域之中，他的这种主观感受，却和遇到的事实一样。因此人们遇到神经质患者便常说些什么：“要重新振作精神”、“不要把痛苦看成了了不起的事”，或“不要去想它”等，想这样就能对上述症状作出客观上的处置或支配，但事实上却决不会达到什么目的。因为他就象是在梦中那样，对事实和非事实难能加以区别，并时常信以为真。关于这种主观和客观的差别，准备在后面另作叙述。

情感 and 知识

关于情感，例如对死的恐怖，对幽灵、妖怪的恐惧等，都是我们本能性的一种自然存在的情感。针对这种情况有的人宣讲说：“越是怕死，反倒越不能保全生命”或“幽灵不是

活在人世的东西”等，企图用这种知识性的解释破除其恐怖，这是一种思想矛盾，决不会如愿以偿。这也是近来提倡所谓情感逻辑之类东西的理由。所谓“死，不足惧”是一种普通逻辑，是一种客观性的评判。但是，所谓怕死却是主观性的，存在于我们情感之中的事实。我们把不问外界、内界，将其现象和事实如实加以记载、叙述和阐明的作法叫做科学。其中，正确进行推理和判断的作法叫做逻辑。绝对服从于它的作法叫做信仰。但是，有了知识，立即就想无视或抹煞情感这一事实的做法，是一种常识性的错误想法。我认为，正确认识实际存在的这种情感，并将我们的知识正确地应用在这个方面，才能确立正确的治疗方针。

结合实际来看情感和知识的关系，例如见到毛毛虫时，我们对它感到不太愉快，厌恶，可怕，这是一种真实的情感。依据常识尽管也知道它并不会喷射毒气，也不会扑向人体。但一看到毛毛虫就吓得闭上眼或避开它，这就是受情感支配的一种行动。倘若需要靠近它或驱除它，这乃是一种理智的力量。也就是说，任凭情感上的不快仍能接近毛毛虫，这是在情感和知识并存情况下，合乎自然规律的应当采取的行动，是在精神上的一种正确态度。相反，如果想首先努力排除对毛毛虫的厌恶情感，在唤起好感之后，再去接近毛毛虫，这就是一种思想矛盾，是一种恶智。这就是构成强迫观念的最重要的条件。

体会与理解

所谓体会，是亲身实践、验证之后获得的具体感受。而所谓理解，是根据推理判断得出的“应该如此”、“必须这样”等的抽象知识。不过，最深刻的理解是在具体实践和体验之

后产生的。犹如不吃梨子，就不知道梨子的滋味那样。

兴趣和趣味，只有经过实践才能形成。想用劳动是神圣的来说服人，虽比较容易，但若亲身实践它则非常困难。

所谓释迦苦行修炼六年之后始得大彻大悟是什么意思呢？这就是“诸行无常，生者必灭”一语所表述的事理。而且，对它分析到最后也就是“人终有死”的意思。这是连小学生也非常明白的道理。由此可见，所谓领悟，主要是主观上自己本身亲身体会到了诸行无常这一自在的至高境界。而不是理论性的认识。理解和体验，在彻底领悟之后，两者就可以达到完全一致。但是，如果局限在思想矛盾和迷惑不解之中时，其差距之大，真是说不清边缘。

信念和判断

以上提出的主观上的、情感上的、体会方面的等几点，是组成我们的信念直接转化成行动构成人格表现的要素。相反，知识和理解，只能构成逻辑性推理和判断，是对我们的行为间接施加影响的因素。

詹姆斯把哲学分为软心派与硬心派，他认为哲学无论倾向于主观的、唯心的方面，或倾向于客观的、唯物的方面，这是由各个哲学家的不同气质导致的。也可以说，由于每个人本人的精神倾向情况不同，其注意、趣味、判断的方向和性质也大不相同。我们的思想，也时常由于情感和信念的不同使其发展产生很大差异。所以，倘若不是自发获得的信念，而是注入式授予的某种知识和思想，其影响是非常轻微的。

逻辑上的错误

这种客观和主观、知识与情感等的关系，在神经质的疗

法上，是尤应引起注意的必要条件。倘若忽视患者的情感基调，那么他在知识上的探究，倒要越来越远离患者的体验。对这一关系，禅家佛语以“系驴橛”作譬喻。当驴被拴在木橛上之后，它想要逃走，在围绕木橛旋转的过程中，终于由自己把自己固着在木橛上，连动也不能动了，完全失去了自由。这恰似那强迫观念患者，自己想要从这恐怖和痛苦的束缚中逃脱出来，想尽了各种办法，却越来越挣脱不开，终于陷入这苦闷的深渊。这种情况下的患者虽在尝受着难以逃脱的痛苦，但是，如能听任痛苦自身的存在，顺其自然地忍受下来，那么，就象驴虽然拴在木橛上，却未曾缠绕那样，还可以在它的周围玩耍。

神经质的头重、不眠及其他一切症状，本来就是患者自己主观想象的产物，是以情感为基础，由精神上的固着所引起。至于逻辑上的评判和客观上的解释，都是在事后出现的。因此，倘若不了解其根源，只是一味地探索其琐屑末节的话，就象佛家所说的“梦里的有和无，有无合一是为无，迷妄中的是与非，是非合一仍为非”那样，永远不会找到可以遵循的道理。

正因如此，象杜布瓦那样对于神经症的治疗，提倡使用劝导疗法，并重点放在理论解说上面，对患者讲什么“对于疾病的恐怖，应该从观念中排除”，或者说“要脱离开过去”等，虽然这都是些一般人常说的话，并没有超出常识的范围。但它忽视人的情感实际，就和勉强要求患者要“喜爱毛毛虫”、“要感觉到药的美味”差不多。而产生强迫观念的心理原因，显然是和这种做法属于同一错误逻辑所引起的。强迫观念症状中无论是不洁恐怖或赤面恐怖，首先是由于对这种症状的顾虑，是在忧心忡忡、切莫感觉它、思考它这种状况下引起

的。如果企图用一般理论将他的情感强行压服或排除，那就会越来越促使患者去探索自己那细微的情感，并对它采取一系列的手段。这乃是从判断错误发展起来的一种逻辑。如果没有这种错误逻辑，也不会从一开始就为这种复杂思虑的冲突产生苦闷。这和白痴与儿童不会形成强迫观念是同样的道理。

自然与人为、目的和手段

另外，我们在自然和人为、目的与手段、结果和条件等的关系上，因为存有混同现象，有时也容易带来各种思想矛盾。

本来，我们身体和精神的活动，是一种自然现象，不可能用人为的力量来左右它们。可是，人们往往认为这一切都可以由自己随心所欲地自由支配。尤其在精神方面，更是如此。谁也懂得不可能将自己的身体悬挂在天空，但在精神领域里却存在若干类似的误解。例如：自己的意愿除去自己，其他谁也不会知道，或者认为可以凭自己的心愿、照个人所想去感知各种事物；再如以为思维活动可以任其自由等。然而，实际上能够顺从我们意愿的，在躯体方面只有能适应随意运动的末梢。我们的意识，只对准该行为的目的物上，至于实现目的所需要的手段本身并没有意识。另外，所谓下意识活动的问题，已在前面意识的末梢性中作过说明。

在精神活动中，我们能够顺心如意的范围，只不过是主动注意指向的目的观念，有可能选择其观念的自然联合而已。但是，这种自然发生的观念联合，怎样适应时间与空间场合，什么时候会浮现出什么样的想法，既不能预定，也难能加以限制，完全是一种神出鬼没式的活动。我们只是可以从中选

取一定的观念来组合成一系列的思想活动。

我们面对外界刺激产生的感觉、情感、反应等自不待言，至于忘却或突然想起，或做梦等类似的现象，也都必然要受因果法则支配的客观自然现象。绝对不可能拿它们人为地随心所欲。

弗洛伊德说：忘却是由于精神的压抑作用引起的，而且，它是一种无意识的作用。这如果只是从它的结果来看，或者还可以勉强叫做压抑作用。但是，按照常用词语的意义，若理解为有意识地尽力压抑和排除的意思，那么，不愉快的情感为此会越来越增强，倒会形成精神固着而不可能忘却。所谓忘却，是在我们精神演变不断转化的过程中，从现实的联想中脱出或关系断离，不能产生有意识的结合，导出新事物的一种自然现象。它并不属于人们的意志行为，是一种无意识的状态。所以，我们不能掌握什么时候是怎样忘记的，这和不知道什么时候睡着是同样的。因此，我们如果焦急地想硬要忘掉、赶快睡着，或设想抑制自己的精神活动，那么，反倒越来越引起精神的逆反作用，产生思想冲突，带来与该目的相反的结果。这不是自然和人为、目的和手段上的思想矛盾，又是什么呢！

另外，象杜布瓦对患者所说“要鼓足勇气”或“要树立信心”等，或“豁出这条命吧”、“要无思无想，万念俱空”等，都是与这种目的和结果相对的作法。这等于只是说“这样习惯了就行啦”。倘若对于如此的手段或条件不加考究的话，那就不仅徒劳，反倒会招来相反的结果。这正象坐在墙上当马骑，还想急于前进，或者象和棉布簾摔跤，都是徒劳无益的。也就象拿出勇气的同时，却越来越卑怯；在想豁出去拚命的同时，却越来越被死亡的恐怖所控制那样。真正的勇气，自己

并没有意识到什么是勇气；真正的拚命，是在头脑中没有死的念头时发生的。再举一点其他方面的例子看：憧憬信仰的反倒逐渐远离信仰，勉强要求悔过时反倒陷入虚伪，乞求保全礼仪反倒演成虚礼。以上都是这种通病。

所谓无念无想、拚死或彻底顿悟等，都是自己在想获得它们时的一种设想。就象照在镜子里的影像似的，它成了在自己之外投影出来的客观对象，却还不是自己。真正实现了无念无想、拚死的时候，自己之所以不能察觉它，就象自己看不见自己的脸、进入山里之后却看不到山是一样的。搞不清这些区别，怎能不会引起将主观和客观、目的和手段、结果和条件混同起来的思想矛盾呢？

观念的客观投影

勇气或者信心这种东西，即使想获得它，也不能做到。与此相同，对痛苦和烦闷想摆脱、想远离，也不可能如愿以偿。要想摆脱或远离它们，只有两种情况。一是对于痛苦和烦恼，完全顺从地加以接受。这样，它就成为一种纯粹主观的状态，所以能彻底脱离了客观上的评判。正如以上所说，成为一种自己不能看到自己脸面的状态。也就是下面“服从自然”一节中所说的那种情况。

再一种情况是：并不想努力排除痛苦，或从念头中扫除它，反倒把注意集中指向痛苦，并且试探着观察它、说明它和评判它。这样以来，痛苦和烦恼开始脱离主观上的固着，成为投影于外界的客观事物，终于有可能得到摆脱。就象面对着镜子才能看到自己的脸面，出山才能看见山是同样的道理。例如我们可通过忏悔，或赤面恐怖者通过把自己的感情表露给别人，将自己放在第三者的位置，这样就会减轻思想

负担，忘掉烦恼。也可以通过诗歌等来抒发自己的情感，从而把自己放在客观的位置，使痛苦缓和、使烦恼得到慰藉。这就是与目的相对应的一种手段。目的和手段，必须懂得它们之间存在着差异。

神经质患者常把自己的症状诉说给家人们听，为的是使周围人们理解自己的痛苦，唤起同情，求得关怀。为此，患者反倒会加重他自己的痛苦。而且，这种诉说越是细致入微，注意力就越要固着于此。似乎他感到人人都十分欢快，唯独他一个人这样苦闷，从而扩大了个人和旁人的差别，虚构起一圈城廓，越来越把自己封闭在自我为中心的情感里，丧失了自己对于事实的正确判断能力。这和自我忏悔或对周围的人赤裸裸地自我亮相是全然不同的心理状态。神经质者时常埋怨别人不能了解自己，事实上他光是指那些被人知道后对自己有利的事，即使稍有不利的，却也决不想让别人了解。这样，神经质者就只好自己孤独无言地呆在那里。主观上不能如实地看待痛苦本身，另一方面又不能面对客观彻底的暴露自己，也不能把自己放在第三者的地位正确地加以判断。同时，想尽力回避痛苦的愿望，羡慕他人、悲叹自己心情的苦恼则越来越加重。这就是人们对主观和客观不能区别对待，又不能使之协调一致，只是在两者的中间地带迷惘徘徊，这就是烦恼，这就是迷茫。

以上所说，只不过是思想矛盾这一个方面观察得到的一点考查。当然也可以从情感或注意等方面对这种情况加以说明。

在此，想对思想矛盾的问题再稍加说明一下。凡所谓思想，都是我们体验到的主观事实投射于外界，从而模型式客观化了的东西。就象我们的脸照射在镜子上似的，镜子里只

不过是保留一个表面形状，但很容易出现左或右的方位错误或矛盾。当我们如实地相信思想为真并受到它的束缚和支配时，就会时常出现对着镜子刮胡须那样的情况，剃刀的走向往往不和想象一致。我经常注意观察神经质患者，当人们在这种思想的局限下希望行为能与它直接吻合时，陷入矛盾出现误差的情况很多。所以必须使思想瞄准行动的方向路线。就象面对镜子刮脸，要只盯准脸的局部，还要使剃刀很自然地顺应手的活动。再如患者越在睡眠上不安就越要陷入难眠状态；越想忘掉痛苦就越会固着于此；越想抑制强迫观念，就越要遭受它的苦恼。可以说这些都是拘泥于思想矛盾造成的。

由于这种思想上的矛盾，平时我们受它蒙蔽的情况是很多的。神经质患者们常说：“如果是别的病，那没有办法，但是不愿因为这种病死掉”，或“其他痛苦，什么样的都能忍耐，然而唯独这种苦楚，实在难能忍受”。或者不洁恐怖患者，因受不了他那种洗手的痛苦，有的竟说“干脆把这手砍掉算了”。这些都是一种蒙骗自己眼下心境的思想矛盾。事实上，他没看到自己对其他任何痛苦也同样不能忍受，对任何疾病带来的死亡都是不愿意的。与此相同，患者为了自己的安逸、怠惰，或为了回避自己的责任，经常在这种思想矛盾的支配下，自欺欺人地以种种借口，不断地为自己辩护。

再如许多人常说：“我要到了七十岁，死了也甘心”，或者说：“要死的话，希望能突然快死，安安乐乐地死”。而且相信这都是真实的，却不知道这是在自欺欺人。这样说的人，全都是些自欺欺人的人。“这样的话，最好现在赶快死掉！”你若这么一说，真能豁出命的人就没有了。现在也罢，以后也罢，永远没有爱好死亡的人。以前，我有个 103 岁死去的

近亲，他的子孙们都围在枕边悲恸不已。邻居看到此状，都彼此悄悄地拉扯衣襟，笑话这事不合乎人情。然而，我们人的感情就是这样，无论多么长寿，也有对死的悲恸。大概到了第二年春节，或者是到曾孙毕业之后，这种留恋的余波仍然延续不断。

象这样，我们的思想矛盾如此之多，岂不就因为都是思想和主观体验的事实不一致，将它客观化后投影在外界加以扩张，越发远离了事实才造成的吗？看来禅家所说的“恶智”（译者注：宣传恶法邪道将人诱入邪路的作为为恶智；相反，宣传善法、正道，引入进入佛门者为善智），大概就是这种情况。

顺从自然

从以上所说的问题应该知道：关于神经质的疗法，必须要打破这种思想上的矛盾，而且这必须是整个疗法的着眼点。那么，怎样才能打破这种思想矛盾呢？一句话概括地说，就是放弃人为的拙笨意图，而应该是顺从它那客观存在的自然状态。企图依照人为的设计，随意支配自己的想法，或打算让河水倒流那样，不能如愿以偿，就会徒然增加烦恼、力量达不到，就会妄受难耐的痛苦，这是必然的。那么，什么叫做自然呢？夏热冬寒是自然。希望不觉得热，希望不让人冷的想法则是人为的。顺从并能忍耐，这属于自然。有一次，一位僧人曾对洞山禅师说：“寒来暑到，如何回避”？请教避暑祛寒的做法，于是，洞山回答：“到了那无寒无暑的境地就可以了”。这是什么意思呢？他回答的意思乃是：“冷时你要忍住冷，热时你要忍住热”。这就是说，冷的时候要顺乎自然的寒冷，热的时候要顺应其热度、到了这时，就能连冷带热全都忘却，就

是所谓“消除了心头的内热，火也觉得发凉”。这也就是“顺从自然”。

对死的恐惧，对灾难的悲伤、讨厌不快、遇到不合心愿的事就要抒发感慨等等，这些都是人之常情的自然流露。就和水要向低处流是一样的。进一步来看，再如觉睡过了头就沉，食过饱则胃不适，受惊则心悸加剧等等，也都是人接受自然法则支配的表现。其中的因果规律是无法逃脱的。对此，光想适合自己是不行的。除了顺从自然，别无他法。

精神的拮抗作用

从其他方面看，我们的精神活动，还有可以叫做拮抗作用或对应作用、调节作用的一种现象。这种所谓拮抗作用，拿肌肉运动作比较很容易明白。这也是我暂且借用此名的理由。例如把双臂的屈肌和伸肌彼此结合起来叫拮抗肌，当我们曲肘或伸臂的时候，这组肌肉的力量，经常相互间随时以增减、调节、大小、缓急等来加以调节，随意性的活动非常顺利。倘若没有这种拮抗作用，它的活动就完全象个机器人了。再者，如果两块拮抗肌同时紧张用力，那就会双臂强直，不能运动。如果两块肌肉的兴奋过度就会发生震颤，或痉挛等各种现象。另如一方麻痹或强直，则双臂只能保持曲或伸的原样，呈现僵直状态，不能运动了。精神作用，完全可以和它同样加以比较或对照。

现在看来，所谓精神拮抗作用，例如当我们发生恐怖时，另一方面常常出现不要怕它的相反心理；受到表扬或称赞时，必然涌现内疚的感情；居富则思贫；打算买东西时，先要考虑一番是否浪费的问题等等，这也就是所谓相对观念。再如要出屋门反倒先要回顾室内，连砸钉子也要注意用力的大小

等等，这种抑制性意志，都是我们精神领域中的自然现象。肌肉也罢，精神也罢，它们的这种拮抗作用，都不是我们能够一一加以随意支配的东西。

在缺乏精神上的拮抗作用时，一旦产生象小孩子或白痴那种欲望时，就会出现毫无抑制的冲动行为。当这种作用呈现麻痹或弛缓时，就会出现醉汉或精神病者那种轻率失控的言行。如果这种抑制作用过强，就会象抑郁症那样，无论说话、做事，都将完全失去其自由。再如象紧张型的分裂症患者，或者错乱兴奋，或者木僵状态。这些都可以把它比作肌肉的间歇性或强直性痉挛。而神经质者的各种苦恼或丧失精神活动的自由等情况，也是由欲望和抑制之间拮抗作用的增强引起的。

弗洛伊德学说中的所谓压抑，譬如人在性方面的欲望，当着对它感到是一种不道德的反社会的意识时，所产生的精神拮抗作用就是一种压抑。这种性欲和食欲等不同，在动物界当然是无所谓，但在人类社会自然应该强调抑制作用。正因为如此，人的一生在这方面会出现各种各样的复杂问题。

弗洛伊德认为歇斯底里以及其他神经症，都是由性欲的压抑机制引起的。我认为对这种牵强附会的议论可另当别论。但它决不仅是限于性欲的问题，而是由性欲之外的生的欲望或死的恐惧引起的。而且对于性欲的压抑或拮抗作用，这是所有人类常有的一种自然现象。所以，这种压抑作用，在儿童、白痴、正常人、歇斯底里、神经质、意志薄弱素质者及各种精神病患者身上，究竟何时、何地、是什么缘由引起的，看来只有从上述拮抗作用这一着眼点来考虑才容易弄明白。

另外，有的学者使用扒手具有的那种心理，所谓双重人格之类的术语来加以说明。事实上，这也是一种需求某种物

品的欲望和盗窃是不道德行为这种观念之间的拮抗作用引起的。如果是歇斯底里，在需求欲的感受和支配下，意志混乱的结果会发生扒窃；如果是意志薄弱素质者，由于缺乏抑制也会发生偷盗“如果是神经质者，由于盗窃恐怖这种强迫观念的拮抗作用，引起了精神冲突，有的也会出现偷盗行为。有某一不良少年，对其尚能理解正常的道德性故事这一方面，可称作第一人格。对他在需求欲冲动的驱使下，时常发生的不轨行为叫第二人格。在他以后发生忏悔时，或再称作恢复了第一人格。这样看来，对这种现象产生的实际心理意义，反倒搞得暧昧不清了。

那么，再回到原来精神上拮抗作用的话题，例如对于需求欲或恐怖心理等引起的最初刺激，或出自内心的冲动，一旦发展变大，由此引起拮抗的反作用力也会相应加大。这时，如果进一步给它添加各种复杂条件，那么，由于我所说的思想矛盾的影响，就会越来越感到苦恼和烦闷。

这种拮抗作用，例如在想到欲望或恐惧等问题时，有的只从忍受或抑制它们这一单纯的相反观念出发；或者有的为了否定这种欲望而想出各种办法；有的甚至进一步出现各种人生问题的复杂的精神冲突。必须说，这是在各自不同的精神发育程度上出现的不同精神活动的一种自然现象。

境遇的选择

由于以上原因，所谓打破思想矛盾，对待寒冷必然会感觉到它寒冷，对待痛苦和恐怖也必然感觉到它痛苦和恐怖，对待烦恼依然也应如此。切莫徒劳地做愚蠢的事。这也就是我们要顺从自然，要绝对服从客观事实、即客观真理的意思。

这个问题是患者应该采取的一种主观上的态度，是精神

上的落脚点。但是，这里值得注意的是：这种精神和态度，都是患者“但愿如此”的目的，或“这样可以”这种结果的一些状态，而应得到的手段或条件，则是另外的问题。也就是说，倘若患者自己直接阅读有关材料，照文字所说设想我怎样去做才能够顺从自然，或者自己希望要为实现这种态度而努力等，这也不算是自然。为什么这样说呢？这是因为动脑筋设想和主观努力，已经是把自己当成第三者，打算客观地加以对待，而自己并非是它本身。因此，没有可以构成这种精神状态的条件。对外界的事物和境遇的选择就是如此。恰如处于背水之阵，才会有拚死的思想准备，置身于孤军奋战的境地，因为得不到旁人的帮助和救援，才会下定决心。不然的话，只凭思想上空想如何拚命，只在那儿议论如何坚决实行的打算，这些都还是虚假的，决不会出现真正的勇气和坚决执行的精神。它们之间的关系，通过我在后面说的对发作性神经症的疗法一节，可以得到明确的理解。

关于顺从自然的这种例子，有这样一位患者。据该患者主诉的症状，感到记忆力和理解力不好，脑力逐渐有些衰退，因而悲观痛苦得难以忍受。因为这位患者是高度近视，所以我便有针对性地问道：“你这种近视显然是病态的异常，你也曾感到悲观、感觉痛苦吗？”患者回答说始终没有这样的感觉。这就是所谓顺应自然的一种例子。因为，虽然近视给他带来了不便和麻烦，但是，他在思想深处感到这是必然的。相反，对脑病也罢，明显的异常也罢，难以判断自己的能力，却非常痛苦和烦恼是什么原因呢？能否治好，这种愿望使之焦躁不安，引起精神冲突。然而对于这种症状的疗法，一概不能使用理论说服的方法。即使这么简单的理论，患者也不容易理解。纵然理解了也不可能立即解除痛苦，这是因为该患者感

情上已发生固着，要想否定或除去这种固着，已经不是顺从自然的问题。只有依靠适当的外界环境的手段才能打破这种思想矛盾，对顺应自然的处境有所体会才能排除这种痛苦和烦闷。这就是我的疗法所依据的基础。

我们的情感属于主观方面，而理智则是对客观事实的评判。例如对死的恐怖，就和夏热冬寒一样，都是不可否定的情感事实。

与此相同，对未能实现愿望的不满足，如果也要他想得开，那就要他不要害怕死亡一样是不可能的。对于这种不可能，当着能够如实地意识到它不可能时，我们才能对外界环境的客观事实做到绝对服从，才能摆脱烦恼。

主观的涵义

关于主观或体会一词的意义，必须在此稍加解释。首先，所谓主观或者体会，就是人的感觉和情绪，就是反应和行动，就是它本身或某事件本身的意思，是业已脱离评判的直观或自我感觉的原始状态。看来禅家所说的“初衷”或近重博士所说的“一段论法”（译者注：初级论述的思考方式）也就是这个意思。对于自己的近视，不加任何观察和批判，习惯性适应这种原始状态的自我感觉就是主观。人们都不会注意自己的胃在什么地方这类的问题，只是适应着食欲进餐，这就是胃很健康这一原始事实的主观感觉。如果宣布胃部不适或特别舒适，这已经是表现异常了。如果对自己加以观察评判，是健康呢，还是反常呢，这已经是一种客观性的把自己当做第三者投影于外界进行观察以求结果。我们对自己丝毫不加评判地确认自己头脑的存在，这就是主观。对突然飞来眼前的石子能瞬间避开，这是一种体验。

与此相反，脸面映入镜中，能了解其位置与形状如何，这是将自己投影于外界之后的一种客观性评判。这时，连自己刮脸的手也不能自由自在地活动。再如我们平时对自己并不考虑什么，能够清醒地意识到自己是现实存在中的一个人，这也是主观。倘曾一度怀疑自己现在是在梦中还是处于现实，想对它加以评判的时候，就会越来越迷惑，越拿不定主意，即使掐自己的身体也感觉到痛，但却不能证实这决非是在梦中。也就是说，当着主观和体会处于原始状态时，就不会迷惘不清，当着进行客观性评判时，却时常容易伴随出现迷惑。

老子曾经说过以下的意思：“天地万物之本乃道·名之曰虚无，又称无名。然而，既有无名之名，仍非本体也”。看来，这恐怕和我所说的主观是一回事儿。有了名目和言语的时候，就已经构成客观性知识了。我觉得难以说明的地方亦在此处。但只要看一下神经质治疗结果的实际情况，就可以很容易地了解它。

关于注意

关于注意的问题已在第一编《实质》中讲过。但是，还必须进一步补充有关治疗上的一、两件事。

如前所述，我们去干本能性的事情，已经习惯了的事情或经常接触的事情，之所以并不感到费力，是因为对它们未曾自觉地加以注意，即只是所谓无意识地注意。与此相反，遇到关系自己生存的重大刺激，或者主动性努力越大的事就越能引起当事者对这一事件的注意。对于这些则将会伴随着出现明显的意识活动。我们的日常行为，只有在这种刺激、努力和注意效用等调节都很适当的时候，才能毫无障碍地进

行。例如我们平常既不加注意，也不予努力，几乎是无意识地拿起筷子就很麻俐地夹煮豆吃，自己是怎样使用筷子的并未加以注意等等，相反，或者是在一位害羞人的面前接过茶杯时，并没想手指要发抖，却竟然出现几乎掉落茶杯的情况。这是因为自己的注意没有集中在茶杯上，而是把注意倾注在手怎样拿杯，自己的姿势、态度等方面。这就是因为失去了我所说的意识的末梢性，注意没有指向目的物，而不自然地指向了自己的手和足。这时越是努力却越相反越要失去对注意的调节。在过独木桥时，根据它的高度是一米，还是十米，而难易大不相同。一米高时，一心一意盯住前方向前走就行，但是加高之后，眼既要向前看，还要向脚下看，因为关注于这两个方面，走动就难了。歇斯底里的梦游症，之所以能够几乎是奇迹般地走过险峻陡峭的悬崖断壁，就是因为他注意单一，只是盯住他那目的的方向，处在所谓忘我的状态，一点儿也不注意自己脚旁的情况。

某神经质患者，自己一面在拉着小提琴，却似乎又感觉不到在拉。走过电车道时，又出现被吸向电车方向的感觉，写笔记时则感觉手指运转不自然。厉害时的象是得了书写痉挛。这些，都可以依据该患者失去意识的末梢性加以说明。

另外，有一位不洁恐怖患者，总是担心自己的手沾染了什么不洁净的东西。在注意力集中指向此事的时候，视力有些朦胧，终于有时出现分辨不清的现象。这是因为注意与努力两者超过了限度，不知不觉地造成眼肌的极度挛缩，因而丧失了适度调节的作用，并造成了眼肌疲劳引起了这种现象。

另外，与以上情况相反，在发生吃惊或者生气等感受时，意识的末梢性完全超越限度，注意力缩小在该对象的一个点

上，形成所谓无意识注意的固着，有的完全忘却四周，象是失去了自我意识。有些感受之所以经常伴随出现意识的混浊，就是因为这种理由。这时，注意根本不能指向中心性方向，所以，和神经质的症状相反，出现了以上列举的歇斯底里那奇迹般的情况。

注意与意识的关系

关于注意与意识的关系这一问题，例如有曾看到过中风患者而引起恐怖的甲乙二人。俟后，经由某种机会，甲引起了临场苦闷，乙发生了定型的半身不遂症。那么，甲乃是神经质，他由于害怕自己是否也会突然失神昏倒，因而不肯去群众场合或剧场和大街等。这样，他应属预期恐怖，所以不会发生剧烈的感动或意识混浊现象。因此，我认为对他使用从外形着眼的临场苦闷这种病名，倒不如使用血逆昏倒发作恐怖或心悸加剧发作恐怖，这种反映病症内情的名词较为贴切，至于患半身不遂的乙，乃是歇斯底里。他由于某种偶然机会引起恐怖感受，形成了意识上的混浊，固着在无意识注意的状态，它和催眠状态是同一原理，是一位呈现这种固定症状的患者。由此可以认为神经质是理智性的预期恐怖，歇斯底里是感受性无意识机智者。这就是我的见解和潜意识学说在其根本意义上的不同之处。潜意识学说只看到了它的结果和状态，而我的主张则着眼于症状的形成条件和过程。当我治疗这类病症时，正是这种理由，并不重视与意识方面的关系，倒想对其致病条件加以整理。

以上所说，对神经质的症状是从注意失调方面着眼观察的。对这种症状的疗法，一般必须通过精神上的自然发动，力求使意识的末梢性自然地恢复。例如通过作业疗法，顺应

患者的欲望因势利导，引导他把精神完全指向工作方面，不让他留有自我观察思考的余地。

不过，这儿应该注意的问题是：关于神经质者的每种症状，在形成时已经发生注意的固着。因此，要想使患者将注意集中指向这里，反倒很自然，也符合意识末梢性的道理。或者说，因患者目前固着于这一症状，处在十分痛苦和恐怖的境遇，所以，要求患者否定或排除症状，则还勉强，用力地自我观察，即所谓的思想矛盾之中，必将在注意对象与自我评判之间造成精神冲突。因此，最好让患者将注意集中指向其症状，直接感受一下这单一的痛苦。这种注意，什么时候成为无意注意时，他自己将会逐渐变得感觉不到这种痛苦。

例如对待神经质的耳鸣症，我让患者全天将精力用在读书、工作和谈话之中，不把注意力放在耳鸣上。就这样，如果患者能够完全彻底地采取这种态度，从而得到顺应自然的体会，进入无意注意的状态，那么，多年来的耳鸣，在几周之内，就象彻底根除那样忘却了。但是，如果患者不能如上去做，耳鸣将会越发加剧，不敢大胆实行，其耳鸣的忘却将需要较长的时间。这一问题，就与听着室内挂钟的声音，渐渐失去对它的知觉是同样道理。

精神的调和作用

上述原理，从另一方面来看，还可以用精神调和作用来加以说明。例如，室外白铁维修店的噪音干扰非常令人讨厌，但是，自己敲打马口铁的声音，尽管距离自己耳边很近，却不感到额外讨厌。这是为什么呢？这是因为：伴随自己敲打的声音，与敲打的动作相呼应，注意一张一弛，精神与之调和一致的缘故。在刚开始感到屋外声音的干扰时，如能自己

主动使注意力与之吻合，不久，精神也会与之协调，便能一面听这声音，一面读书或计算。再如坐船时对船体的晃动，如果自己身体的运动与它合拍，那么，不久就会由开始的有意注意转化为无意注意，再也不觉得船体的晃动，也不会晕船了。自己划船时不感觉晕船，也是与此同理。另如，当你站在河水急流的桥上，之所以感到自己似乎要被卷入急流之中，就是因为眼的运动未能与水流协调一致的缘故。然而，这时只要不逆向水的流动，而是加强注意，使自己眼的运动与水流速度协调一致，就不会再感觉到不舒服了。再以乘火车为例，所以不觉得自己身体在前进，就是因为自己在和列车同速前进。列车突然停止时，会感受到激剧的动荡，因为列车的运动与自身的运动突然失去一致的缘故。列车通过隧道时，人们习惯了它那隆隆声，对于声音不再关心，进入车站后之所以又能听到那嘘嘘之音，是因为先前那处于无意识的紧张状态突然放松的缘故。

上述两者的关系均寓于外界和自己的相对性中，其刺激越是和自己的注意协调一致，越会逐渐失去对它的知觉。假如它们不协调的逆差越大，这种感觉就会越强。神经质患者的感觉过敏也是根据这一原理形成的，实际上并不是器质性的过敏，这也是我命名为假性过敏的理由。神经质患者由于他那病态的恐怖，便经常这样对外界刺激进行激烈的反抗，急切地想把它排除掉。正因为他自己主动地与外界刺激这般不协调，才必然引起这样的结果。

无所住心

对人们健康的注意作用，佛家有所谓“诚无所倚，其心意生焉”的说法。所谓无所住心（译者注：“住”，停留的意思。

“无住”，佛家语。无所住着，随缘而起，乃万有的实相也。无所住心即分散注意而不集中指向或固着于一点。)是指我们的注意力并不集中指向或固着于某一点，而是全部精力不断移动，注意的指向全面分布的状态。在这种状态下，我们接触事物才能随机应变，才能立即采取最恰当的行动对它加以应对。例如在电车上，一面看着书，尽管电车摇晃，不用手抓吊环，也不会晃倒，既未招扒手，还忘不了到站换乘。人们的精神状态要想能够适应这时刻变化的环境，只有在注意力分散时才能做到。倘若这时的注意力仅仅固着于某一个方面，那就必然会发生某种失策。至于说在电车上怎样才会做到这样注意力分布的话，可将全身重量放在一条腿支撑，另一条脚虚立着，脚尖着地，拿出体育课上“稍息”的姿势，保持心平气和，不带任何思想倾向，最好是拿出随时准备应急的态度。这种姿势和态度，使身心处于一种不安定状况。因此，精神全盘紧张地适应着外界的变化，是一种可以使注意力自由自在随意活动的状态。

凡属神经质的症状，都是由于注意力单纯固着于某一方面引起的。所以，对它的疗法，要促使患者的精神自发地活跃起来，并广泛地指向外界，改变那种局限性的注意力失调，结果就可以将他引导进入注意力分散的境地。这也就是我对神经质采取的特殊疗法的出发点。

情感法则

我对于神经质实施精神疗法的着眼点，侧重于情感方面，而不着重放在道理和意识方面。所以，须要进一步对情感问题稍稍加以说明。首先是情感法则，即作为情感的实际情况，大致可从以下几点来考虑。

第一，要顺从情感的自然发生，听任感情自然发展。情感过程一般构成山形曲线，一升一降最后终于消失。

例如对待痛苦和烦闷等，要任其自然地发展，要忍受这一过程，不久它就会逐渐消失。通过我的静卧疗法，也可以看到这种情况。高知县土佐的古老戒规中有：“若是发火想打架，最好是考虑三天之后再决定行动”。这句话就应用了三日之间情感自然消失的规律。

其他，悲哀的时候，用哭泣发散悲伤的情感，生气时大吵几句心情就舒畅了等，象这类情况，感情表达出来，显现在外之后，就可以迅速安静下来。这在第二条有代价地使冲动得到满足这一法则中也可以看到这一规律。不过，对它也可以解释为情感的自然过程。詹姆斯说：“我们并不是因为悲伤才哭泣的，是为了哭泣才悲伤的”。这里，他把悲哀的情感和哭的表情之间的前后关系颠倒过来。我认为哭泣的表情和悲伤的情感，只不过是对于同一事实分别从客观上和主观上两个方面来看而形成的差异罢了。实际上，应该看做是同一个事情。所以，对这种情感的发散，最好是理解为通过自然过程发散的。

弗洛伊德对歇斯底里所说的净下法（译者注：依照精神分析设想，患者将压抑在该意识下面的“情结”（complex）彻底吐露出来，在有所觉悟的条件下实现治疗的一种方法）。就是对于他说的愿望这一机遇性原因，即恐怖或怨恨等情感要使患者充分吐露出来的一种方法。它可以理解为通过这种情感方式进行的症候疗法。另一方面，这种净下法还可以解释为和今村博士主张的通过忏悔实现精神解放是同样的道理，是为了从郁积情感的精神负担中解脱出来。

第二，如果感情冲动得到满足，挫折则可迅速平静、消

失。

象饥饿时吃过饭即可消除痛苦那样，或者象结婚是恋爱的终结之类的情况。神经质患者有的时常试图把刺激性心情或悲观情绪引起的冲动发散出来，以求解脱这种痛苦。患者虽可借此得到一时的快感，但是，结果却将引起理性的自责感，反倒产生懊悔，增加烦闷。由此可知，患者常常要以学会控制感情、抑制冲动为上策。与此相反，意志薄弱性素质者，即使在表达同样冲动后得到快感，却缺乏神经质者那种发自道义观念的忏悔和抑制力，所以，只是一味贪图快感而重复上述经验，却不能抑制自己的冲动。

第三，情感随着对同一感觉的惯性，逐渐变得迟钝，直到无所感受。

例如不论冷或热，逐步习惯后就感觉不到了。儿童如果总是挨训斥，终于也会习惯于这些训斥的言语，变成一个满不在乎的孩子，而不把它放在心上。让神经质患者坚持冷水浴，也是以让他习惯于这种感觉上的痛苦为目的。对待头重及其他不快感，也是通过操作使他学会适应和忍耐，就可逐步消除这一痛苦。

以上列举的事例，是针对使情感消失的条件提出的。但是，若给它增加各种条件，情感则会持续或增强起来。

第四，情感在某种刺激继续存在以及对此集中注意时，就会逐渐强化。历来所谓随着某种情感的表露逐步增强的说法，也是根据这一条件指出的。

例如吵架之所以逐渐加剧，因为是持续施加了愤怒这一刺激。倘能注意开始的某些言语，也许不致酿成吵架就结束了。神经质者向其家人或旁人诉说自己的症状和痛苦时，越是谈得仔细，就越加深他自己对症状的注意，在此基础上又

会埋怨别人对自己不够同情，因为不断增加这些条件，就使症状益发加重。因此，我经常对神经质患者讲，首先要禁止对其家人诉说自己的症状。

第五，情感是通过新的经验，经过多次反复，在逐步加深对它的体验中渐渐培养的。

例如通过饮食，初步知道了某种食品的味道，经过多次生活实践，就能加深对其品味的体验，逐渐对它产生了浓厚的兴趣。

我们通过对努力和成功经验的反复体验，才能培养勇气和信心。这是因为在习惯于努力带来痛苦的同时，另一方面也体会了成功带来的快乐。但是，反过来说，由于反复体验努力、失策和不成功的经验，也会逐步产生胆怯或自卑感。这是因为其努力、失策和不成功带来的不快感使他不能忘掉。这些，都是在神经质的体验疗法中，必须高度注意，并加以认真分析的事项。

神经质疗法的着眼点

根据以上阐述的观点，我的神经质疗法，就是对疑病素质的情感施加陶冶锻炼疗法，针对精神交互作用这一症状发展的机制，消除其思想矛盾，并要顺应上述注意、情感等心理状况来应用这些措施，而且要按照患者的症状和体会，经常使之体验顺从自然的问题。这乃是一种根本性的自然疗法。

因此，我不重视使用夏科氏疗法那种暗示疗法，同时我也不赞同那些奇迹般的疗法。另外也不采用宾斯万格式痴呆疗法之类机械的生活正规法，以及杜布瓦那种对患者进行说服性辩论的治疗方法。再如象弗洛伊德那样深入调查，探寻属于患者机遇性原因的偶发事件的作法，我认为也没有必要。

我的疗法，只是按照一定的方法对患者的生活行为和精神态度等加以指导，并对患者由此得到的体验进行分析评价，指导他们学会判断和应用。对于神经质各种不同的症状也各有各的方法。然而，对于各种病型的处置，虽然各自稍有差异，但我对一般神经质的基本疗法，设计了以下提出的各项特殊规定。

我对一般神经质的特殊疗法

本疗法的起源

我在以前很长的时间里，对于各种神经质患者，在催眠术及其他种种物质疗法上费了很多心机。但是结果除一时性的症候疗法外，找不到其他办法，便又进一步学习宾斯万格氏疗法，许多年中都采用了生活正规法。这种方法，只是将患者的生活弄得机械呆板，排除了自动性的活动，陷入了模型式纸上谈兵似的生活。实行起来相当困难，如所周知，效果也很差。经过改良和后来的发展，终于形成了我今天设制的这些规定。

这种疗法，有时候可自己实行家庭疗法，通过患者在自己家中写日记来指导他的生活状况。但是，全面治疗则必须让患者住院进行。对该疗法勉强划分的话，可分为如下四个阶段。第一期静卧疗法，第二期轻工作疗法，第三期重工作疗法，第四期复杂的生活实践。是一种完全谢绝会面的隔离疗法，到了第四期才开始允许外出。

本疗法的实质乃是一种心身自然疗法。还可将它称做体验疗法。京都的宇佐玄雄还曾将它命名为自觉疗法(译者注：参见白扬社刊宇佐玄雄著《神经质、神经衰弱的自觉疗法》)。

第一期 静卧疗法

在此期间，要完全将患者隔离，禁止会面、谈话、读书、吸烟及其他一切掩饰、解闷的活动。除吃饭和大小便外，命令患者几乎要绝对卧床、绝对安静。

通过以上方法，首先观察患者在卧床期内的精神状态，以便切合病情进行诊断，再是通过安静的休养，还可调整身心的疲劳。本疗法的重点在于从根本上解除患者精神上的烦闷和苦恼，使之体会我说的烦闷即将解脱的心境。

这种疗法，开始是面对所谓苦闷性神经症，对患者实行强制性静卧疗法，并通过观察选定最有效的环节，开始想办法着手施治的。同时，患者的烦闷和痛苦，也须要隔断复杂的外界刺激，让患者任其自然地安静修养，通过情感的自然演变过程，才能使之逐步消失。随后就象阅读白隐禅师“法语集”中的内观法（译者注：自我观察、内省的方法）或进入悟道的方法那样，再和自身症状联系起来考虑。但是，我对这方面在心理上的解释和宗教方面的旨趣完全不同。

静卧疗法中患者的表现情况，如果是青春型分裂症的初期患者，就很难遵守以上规定，而且还会出现种种分裂性症状。偶尔也有的心平气和地一直睡在那儿。歇斯底里或意志薄弱性患者，也有因不能坚持卧床而中止治疗的。如果是纯粹的神经质患者，则必然能够准确地实施治疗方案。

在这一静卧疗法的过程中，必然会有各种因人而异的情况。但是，既定的基本措施应该是第一天就要使患者脱离以前那十分繁杂、严重的刺激，只要身心一齐得到安静，好象在安乐中静卧，多数人连食欲也增加了。

（1）烦闷即解脱

到了第二天，患者变得象一般人那样，没有什么痛苦了。也不再为此症状分心，便自然地开始出现一些空想。本身的个人问题、病的问题、过去和将来的问题等有关各种联想也出现了。多数是对人生的怀疑或对个人愿望的悲观，由此成为烦闷和苦恼，有的经常被这严重的不安所袭扰。对于这些情况，事先我一般就要告诉患者，让他注意：“如果出现空想或烦闷，即使有些痛苦，也决不能自己想办法掩饰。要停止一切企图消除或忘掉烦闷的想法，顺应其发展，放任地去空想、去烦闷，甚或是自己主动去寻找苦恼。即使出现了痛苦难堪的情况，也要象强忍牙痛或腹痛那样，必须静静地在那儿忍受。与其想从道理上或思想上抑制苦闷，倒不如直接忍受才是捷径”。

所谓苦闷或烦恼，并不是患者因为考虑自己的需要和愿望等造成的，而是因为认为违反了道义，想否定它或抑制它的心理引起的。换句话说，是在欲望或恐怖与相反观念之间发生的精神冲突。在这对立的两种观念之间，又进一步把各种复杂的有条件的假想混杂进来，构成了混战状态时的那种痛苦。

神经质或强迫观念症患者，如果象思维尚未发展的儿童那样，面对不快感、痛苦和恐怖，仅仅只是眼前的痛苦或恐惧的话，其痛苦也只不过就是痛苦而已，并不感到什么烦恼。但是，这些患者往往对此出现预期恐怖，所以才形成双重痛苦。如果进一步再想排除恐怖与苦闷，因为心急火燎，其痛苦还会变成三倍。六个月以内的婴儿，作外科手术时不用麻醉，他也仅只是在用手术刀时哭泣，手术一结束就立即停止。然而，精神发育充分的成年，因为存有预期恐怖的心理，就决不可能这么简单。

对于自身的痛苦和烦闷，倘想自己用力将它除去，则必然象禅家所言“欲拥一波而消一波，则千波万波相继而起”那样，以自我心思之波与自我心思之波对抗，其心思必将越发错杂纷乱。企图抑制自我情感的做法，就象无所依靠仅凭自身力量就想将身体高悬到空中差不多。

静卧期中患者的烦闷，有时也常使患者辗转反侧、不得安宁。但是，其苦闷越加剧，反倒更能适于实现治疗目的。在患者的苦恼达到极点时，正象冲锋战打突击时“最后五分钟”那样，在极为短暂的时间内，苦恼却迅速消失得无影无踪了。就好象剧烈的疼痛突然消退，精神立即感到爽快起来。我对这种心境命名为“烦闷即解脱”。这丝毫不是由于思想认识上的变化，完全是由于情感上激剧消失的结果。这是一种情感上自然变化的过程。这种体验，多数患者是在两、三个小时之内实现的。然而，其中也有的并没有清晰地出现烦闷，只是不定时地时隐时现，甚或持续到第四天、第五天。尤其有的患者因吸烟或到庭院绿丛中散步，精神上受此影响，稍有宽慰，便由他自己延长了这一过程。对这一时期，我暂称之为烦闷期。

下面再介绍一下第三天的情况。患者对自己在昨天得到的体验，即使让他想办法再重现一次，他那空想和烦闷也不会象前一天那样再相续发生。回想起前一天的情况，倒是满有兴趣地自我宽慰起来。这就象爬山或强行军，回想起以前吃过的苦头，更感到有了勇气和信心，感到有些愉快那样，回想着昨天突破苦恼的情况，才感觉精神上受到了鼓舞。

根据以上情况，须要告诉患者：我们的情感，即恐怖与烦闷之类东西，如果没有与之相应的条件，它也不可能随意发展。与此相反，只凭从思想上去否定或排除它，也是不可

能的。例如我们凭空想尝试一下害怕但却做不到，而每当可怕的事情来临，想不怕它也是不可能的。

(2) 无聊期

第四天，患者已脱离以前那种消极的痛苦，开始感到无聊，出现了想参加些积极性活动的愿望，从而形成一种期望的痛苦。对这一时期暂称为“无聊期”。

凡属健康的精神，绝不会待在那儿什么想法也不出现，什么事情也不想做。儿童的活动欲最显著，青年时期身心活动欲最旺盛，绝不肯呆呆地呆在那里什么也不干。到了老年，这种活动的欲望就逐渐减退下来。

如果患者在这静卧期中，况且又是青年，却没有活动的愿望，而且也不感到无聊，那就必须弄清该患者是过去长时间内有躺倒睡觉的习惯呢，还是一个精神分裂症的初期患者呢，或者是一个意志薄弱性素质的人。

我以这个无聊期为标准，在患者充分体会到这种没有活动的苦恼之后，从第二天开始，让他起床活动。进入第二治疗期。

这第一期的时间，一般为四天到一周。

(3) 不眠症

这种静卧疗法，尤其对神经质的不眠症和有焦虑苦闷的患者，效果最为显著。

神经质的不眠症是由对不眠的恐怖引起的，并不是真正的不眠者。实际上，当患者经过一定时间的安眠后，反倒自己认为不能再睡眠。其中，有的说已历经数月未眠。在我经验过的患者中，有一位理发师，整整三年的时间未眠，况且为了生活，不得已还得照常上班。

我对这种不眠现象，从心理上来解释，因为患者对其熟

睡的无意识阶段感觉短暂，而对半睡半醒的浅睡时间却感到很长，由此引起主观上失眠的印象。本来，睡眠时并没有什么精神活动，处于一种无念无想的无意识状态，感觉是事后才开始出现的。患者自己越是努力想睡，精神越是紧张，有的还想试用各种办法，反倒使精神活动益发活跃起来。在伴随这种感受的同时，必然就更加难以入睡。对不眠问题未加关心的人们，躺在床上后，即使未睡着，却已经和入睡完全相同，进入了无念无想的境界。再如儿童，因再次入睡快，即使半夜去过便所，第二天早上也全都忘记。多数儿童自我感觉是昨夜全部睡着了。

因此，我对神经质的不眠症，曾用过契亨氏的方法，即上床前使活动与静止轮换进行，逐步使心情安静下来，或用历来用过的各种精神统一法。虽曾作过试验，但现在一律不用了。因为这些方法对于患者的不眠恐怖，并没有什么根治的作用和价值。

我的做法是要告诉患者：“在静卧中，如果感到要睡觉，不必选择时间，随时都可任意地睡在那儿。如果睡不着，连续一周不睡也没什么妨碍。千万不要自己想办法勉强去硬睡”。在这期间，很快便替患者打破了不眠恐怖，经过三至七天时间，大体就可以解除不眠的痛苦。而且，也不再出现因白天睡了觉、夜间睡不成的不应有的现象。

神经质患者，还有很多人在苦于睡眠不安的同时，顾虑多梦的问题。如前所述，这也同样是因为恐怖，因为他的注意经常集中于梦。我们对自己稍加观察，马上就会明白，当我们浅睡时才总是在做梦。而不做梦的人和主诉多梦者的差异，仅仅是在于他是个满不在乎的人呢，还是个专心注意于此的人。

第二期 轻工作疗法

这一时期，同样还是隔离疗法。禁止谈话、游戏等。卧床时间限制在七、八个小时，白天必须到户外接触阳光和空气，不许只是待在自己的房间休息。每天晚饭后，都要求他们写当天的日记。通过日记，当做了解患者身体和精神状况的资料。另外，每天早上洗完脸和晚上上床前，两次读《古事记》之类的书。每次都要从头开始朗诵适当的分量。这并不是为了学习该书的内容和意思，而是要和诵经似的，最好只用口头上的腔调来读。通过以上措施，患者早上精神逐渐活跃起来，夜晚的时候，脱离杂念，精神也逐渐趋向统一。

第一天和第二天之内，要患者仰望天空、攀登高处或拿一拿竹扫帚之类的。但须禁止一切劳累肌肉的动作。在此期间，其他如无意义的散步、做体操、吹口哨、唱歌、和小孩子或狗玩耍等，所有消愁解闷、游玩散心的活动，都须禁止。在精神上要保持严肃的态度。对待身体的不快感或强迫观念等，要顺其自然，照开始的状况任其自然地发展，以静心等待、安心忍耐的心情对待它们。此时，可以让患者扫一扫院子的角落或矮树丛的落叶、拔草、摘除矮竹的枯叶等。高兴的话，或让他观察一下蚂蚁或庭院植物。

(1) 自发性活动

这一方法的目的在于使患者顺应各种病态安静地忍受它。另一方面，使患者身心感到无聊，以促进其自发活动，即运动操作的愿望。但决不可采取注入式的支使性地布置任务的方式。

本来，我们人的活动欲和食欲等相同，是一种自然本能的冲动。保持自然状态的儿童看得最清楚。但是，过去的工

作疗法，只管选定工种和时间把它布置给患者算完，并没有把注意力用在促使患者自发性操作欲望的增进上。

对于神经质患者的处置，尤其须要注意力求增进其自发性操作欲的问题，和对营养不良患者，绝对需要促使其食欲增进是一样的。在教育方面，这种靠自发性活动收效最为显著的例子，是意大利蒙特梭里女士对幼儿园教育的论述中提到的。

关于神经质患者食欲方面的问题，我对没有食欲的患者，无论早餐或是午饭，不准他随意减少一次，不准吃零食。通过这种措施，过去没有食欲、三顿饭都被催逼的人，现在反倒每天三餐急不可待了。

通过这种疗法解决所谓无聊问题，就是要让患者对待那怕是看来毫无价值的事情，也要很痛快地亲自动手去实践，就象是饥饿的时候什么东西都觉得好吃似的，那怕是吃那些茶水泡饭加咸菜等什么味道也没有、奢侈的人连想都不想要的东西。这样以来，例如患者扫除了一部分矮竹林后，这儿干净了，别处便又显得不太干净，终于促使他逐步发展到扫各个地方，或者去扫除蜘蛛网，清除花坛的害虫等。另外，如当发现蚁穴时，便出现一种追踪穴底的好奇心，即便是些微不足道的小事，也渐渐地想完全地圆满地把它搞好。这样的心情是人人都有的所谓完美欲。这种情感在神经质者中，有的特别明显。强迫观念的形成与发展，实际上也是从这种完美欲引起的。

如果一个人，对于任何事情，从开始就一点儿也不肯亲自动手，缺乏这种实践，那就和心怀成见、未尝先厌的人一样，不会产生这种成功欲和完美欲的情感，对于工作也不会焕发出什么兴趣。趣味是只有在于中才能产生的东西。对于

某种食物的嗜好，也只有通过吃它才能发生。野依氏经过狱中生活才取得了“接麻哲学”的体会。

如果这种工作不是自发的，是被动的把任务布置给他的，例如要他打扫宽大的庭院等，这时，患者在完美欲的影响下，因为受到工作结束时是否能完成任务这种预期感受的支配，反倒感觉困难和不能完成，因而不肯着手去做。凡是神经质者要干什么事情，总是要在安排时间表，估计工作日程上化费很多时间，对效果也想得有些小题大作。因为害怕麻烦，感到繁琐，心情就有些急躁不安。因此，在神经质疗法中，常常要针对患者的情绪去消除他们这种预期恐怖。

再者，患者想要求工作时，又常常考虑干什么事情对自己的病有利，怎样做法才能改变痛苦等。在开始到处寻找工作时，就越发对没有工作做感到苦恼。特别是当患者自己想办法激发兴趣、使注意紧张起来时，他这样想出来的工作，更是纸上谈兵，陷入机械的模式，一点儿也不能适应实际需要。遇到这种情况，指导者要注意促使他不论干什么，必须尽量迅速地着手工作，而且要坚持实践下去。

(2) 超越自我意识

另外，特别应该注意的是要制止患者自己测试病情，自己设法治疗。无论如何，一切都只能服从医生的指导，并要按照病的发展趋势，听其自然地对待个人的病情，无论是静卧期或作业疗法初期，很多患者常因一些无所谓的事情引起莫名其妙的感觉，考虑我这么严重的病，怎样才能治好呢？这时候的患者是忧心重重，只好坐等在那里熬日子，对治疗日程一点儿也不相信。如果说不相信效果，就不好治的话，这就是恶智。

从第二天开始，晚上可以让患者在工作室里削牙签、缝

抹布、糊纸袋等，各随己意地干点现成的夜班活。七、八个小时的静卧之外，一律不得再躺倒在床上，不准吃间食或饭后休息。这十六、七个小时总要连续不断地干点什么。从外观乱加猜测的话，很可能认为这是一种异常的苦行。但是历来的患者几乎没有说苦的。或许由于环境条件使患者有些紧张，其中，有的成天蹲在那儿，老是一个姿势，偶尔也有诉说腰酸背痛的。

从第三、四天前后开始，可以允许患者参加拿竹笤帚扫地，用抹布擦东西之类的劳动。从此以后，逐渐减少对工作的限制，可以让他们干些体力劳动。这时患者的活动要求逐渐增强起来，就象儿童通过活动发挥出自己的冲动欲望而感到愉快那样，脱开预期情感，只对劳动操作本身感到愉快。这时的工作范围，例如煮饭、在伙房帮炊、烧澡堂、清扫便所、清理下水道、洗衣服等等，可以适应场合、季节或时间等情况干各种事情，有的还在夜晚练习缝制浴衣。一切工作，不论身分高低，男女差异，也不分文雅粗俗，凡是过去没学过、没干过的事情，都可让他们干一干试试看。这一时期，患者必然受到个人健康已有起色的驱使，越来越渴望得到较重的劳动操作，以此为标准，即可转入第三阶段。第二期，一般约须一至二周。但是，两者之间的过渡，并没有什么明显的界限。

在第二期临近结束的时候，多数患者的头重、精神恍惚、身体倦怠、胃扩张、便秘等感觉，不知不觉的没有了。再者，因为患者业已解除了自己对自己的病症时常测试的心情，尽可能不要让他再谈自己的病情。如果遇到患者倾诉其痛苦，可采取所谓不问疗法，装作不知，听之任之。患者表白“头轻快了，精神爽快了”等时，可作如下的解释和说服：“这只

不过是一种自我感觉，从疾病的角度来看，它和痛苦是同一的东西。爽快之后，作为一种相反的动态，往往必然会出现不愉快。到了完全摆脱愉快与不愉快的感觉之后，才是真正恢复了健康。譬如胃部，在什么也感觉不到时，才算胃是健康的”。就这样，我指导患者超越了拘泥于自觉症状的那种症候疗法，采取了这种愉快也罢、不愉快也罢，一齐突破这些自我意识的根本性疗法。

第三期 重工作疗法

在第二期，主要是采取了促进身心自发活动的手段。第三期的方针是：指导患者在不知不觉的过程中，养成对工作的持久忍耐力；在获得自信的同时，使之反复体验对工作取得成就后的欢快，以培养其持续发扬的勇气。

进入第三期后，要适应患者的身体状况，尽可能地指导他们参加些体力劳动。如拉锯、劈柴、田间劳动、挖坑等。

(1) 排除价值观念

此间仍须注意的问题，就是要排除患者对于工作的预先考虑和价值观。一般人能做的事情，都要不加任何选择的让他们去做。神经质者对于要自己去做的事情常有期求过高价值的愿望，因此才时常伴随产生强烈的预期情感。关于工作，例如穿木屐带，掏粪便等，首先要打破体面等方面的想法。就象儿童对通过愉快的活动发挥自己机能感到非常愉快那样，做任何事情都要使之发动精神机能，自己动脑筋，努力去做。从而取得凡是人干的事情，无论什么事自己也能做这种自信心，焕发对工作的兴趣，对成绩或成就的愉快感，指导他体会劳动神圣的意义。

某高级官员在住院期间，夫人听说他干些用抹布擦卫生、

烧饭之类的事，据说因同情其苦行流了泪。该患者痊愈出院后，就对其夫人解释了劳动神圣的问题。

(2) 对并非不可能的体验

曾有一位患者，利用糕点箱及其他废旧木块，经过精心钻研，制成了一个小提琴，用它发出了优美的音响。患者此时的欢喜，完全可以和爱迪生在自己发明的电灯稍稍发出红光时；欢快之余曾经两眼盯住灯泡长时间失神地发起呆来那时的心境相比。患者曾经说：“这只小提琴虽然受到大家的称赞，但是，了解此中欢快心情的怕是只有大夫了”。事实上这种心情并不在于制成品本身的价值如何，付出巨大的努力以后，对这超出预期以上成就的欢喜，是一种主观上的心理活动，其预计的起点越小，那成功的欢快就越大。这是患者忍受一切痛苦，排除所有困难，在期求身心自发活动旺盛起来的过程中取得的一种主观体验。这种行为奠定了在人的一生中没有什么不能做的这种信心和勇气，是一种促使顿悟的行为，而不是靠理论或思想能实现的。从勤杂工发迹成为大臣，或者象奥地利的孟德尔那样，原来是一名修道士，却发现了遗传法则，开辟了现代遗传学的新路。产生这些事例的当事者的基本心理状态实际也基于此点。

在此期间，患者在劳动中会感觉到由此及彼，一件一件；工作太多太忙了。恰好，可以以这种忙碌感作为一个标准转向第四期。这个第三期，有的有一、两周左右就可以，但因人而异，各不相同。读书的问题，历来都是在第三期的开头开始安排。但是，近来都改在第四期的开始进行。

第四期 复杂的生活实践期

第三期是趣味中心主义时期，在兴趣的驱使下进行劳动，

并在这一过程中进行持久劳动的耐力训练。但是，从第四期开始，要消除这种兴趣主义及其固着状态，脱离一切框框，开始进行适应外界生活变化的训练，为回到各自的实际生活中去做好准备。

从这一时期开始，允许看书。另外，有事情也可允许外出。

(1) 读书与外出

关于读书的问题，要排除所有娱乐性的读物，也不要读哲学、文艺等思想性的读物，常是选给患者些动物学、天文学、心理学、历史、传记等平铺直叙、内容实际的科学性读物。读书的方法，不许在自己的房间里闭门自学。饭后或工作疲劳之余，或没有工作的间隙，或高兴的时候，就象二宫尊德那样，以珍惜点滴时间，不加选择地一天内无数次地反复阅读。关于具体的读法，随便摸过一本什么书，不必选择地点翻开就读。不要追求理解，也不必用力记忆，不问内在事理地一顺溜地默读下去。一次读三行、五行都行，一觉得厌烦，就立即合上书停止。高兴的时候，读书份量可不加限制。

凡是神经质患者，经常诉说读书时理解和记忆不好，精神涣散，注意力不能集中。这实际上决不是因为神经衰弱引起的。只是由于价值观和完美欲的促使，由希望最有效地读书这一预期情感引起的。患者在读书的时候，精力常常并不集中在眼前的书本内容上，或是因为揣测自己的心情，或因为在考虑以前的事情，致使情绪焦躁不安。

我的读书法，是以摆脱这种价值观和完美欲的预期情感为目的。患者按照这一目的，未经数日，已经能够在周围嘈杂的环境中，或在电车里，或在工作的空隙，或在心情不快

的时候，或者不问读物的难易，便平心静气地读起来。有时候，趁着兴头，不知不觉之中便专心致志地读起来。读书恐怖、强迫观念，也通过这一过程，意外容易地治愈了。

再是外出的问题，只有买东西或有必需的事情时才允许外出。散步或尝试性的外出试试看等都不允许。患者从长时间的隔离生活突然开始接触社会，就会有各种崭新的心情体验。如赤面恐怖患者，忘记脱换工作服就跑去蔬菜商店等处买东西，回来之后才对自己这样不带任何恐怖地、能够不以为然地去办事情感到吃惊。其他如心悸加剧发作患者，过去是因种种理由对外出感到恐怖，这时候也不自觉地忘掉了他那恐怖。

（2）纯真的心地

在上述治疗过程中，我注意了指导患者懂得去体察和发挥纯真的心地和自己原始的性情，以及不蒙骗自己的精神。

所谓纯真的心地，乃是对我们原有的朴素的情感不妄加否定或歪曲。人类首先就是以这一情感事实为本才会有所发展的，在善恶是非标准确立之后，既不能是机械拘泥这一标准的理想主义，也不能是只求满足自己心愿的自我本位主义。当人们想要干事情的时候，如果遇到讨厌的麻烦事情，必然会从这种朴素的心地出发，希望想办法把它们搞得轻松、迅速、有效。爱迪生在邮局干勤杂工时，因为讨厌搬运重包裹，便设计了一个轻便的小车；当火车列车员时，因嫌等待交接班太浪费时间，曾发明过闹钟。这些，都是由纯真的心地发展起来才做到的。与此相反，理想主义的人，由于他们认为我们必须努力，必须忍耐，不能产生讨厌或麻烦的想法，因此把精力白白浪费在不得任意否定这种情感上，在开拓自我方面，却一点儿也没有发展。

另外，例如我们有时说：“真讨人厌”，而表示对某人的憎恶。这时，如果从这种心情出发，在自己察觉到自己那不合理心理的同时，对那个人也会产生同情心，早晚还会逐步发现他的优点。相反，当着企图把自己套进必须爱护人、不能憎恶人这个铸模中去的时候，自己那朴素的心地和理想要求之间就会发生冲突，自己既感到费力和痛苦，对他的缺点、短处反倒也会逐渐注视起来。

再如，当我们失误打碎盘子时，有时又不由地再把它拾起来，对在一起试试看。这是干了遗憾事情之后的一种纯朴的心情。如果说即便锡起来，破了的东西也不能恢复原状，真是糊涂的做法。这就是恶智。在这种纯真的心地如实地显露之后，虽然这种遗憾的心情长久以后也会离开自己的念头。但是，后来再拾掇盘碗之类容易破碎的东西时，就会闪电似的再显出过去打碎盘子时的体验，对于它的放法、使用方法等，就会注意动脑筋。相反，在打碎碟子时，如果是想到对主人怎么交代好呢，是否被人笑话等，思想上从这事儿联想到那事儿，连续不断地总是放不下这个念头。在带有这种心情的情况下再干同样事情时，就会提示自己“必须注意，必须沉住气”等。因为只顾左右巡视，提心吊胆，心情很不平静，就会多次重犯同样的过失，就和手指上生疮时，为了护着它以免碰疼，倒要常常碰到东西上，二者是同样的心理。

再如被委托负责喂兔子时，假如兔子突然被狗咬死，便会出现“干了件可惜而又遗憾的事情，这狗真是讨厌的家伙”。等想法，这也是一种纯朴的心情。这时，如果考虑怕被人埋怨自己不负责、不注意、不认真等，这也都是恶智。从这种心情出发考虑问题时，自己便会想到要接受教训不再喂兔子了。相反，从纯朴的心地出发去思考时，便会想到：

尽管自己是那样注意了，可还是出了错误，给别人干的活，必须专心。就会对这件事情进一步加强照料。

象这样，这种纯正的心地和恶智的差异，如果不通过亲身体验，光从言词上加以解释，是很难有所体会的。

对这种纯真的心地，患者在隔离生活中，由于脱离了对于四周的顾忌和烦恼，排除了善恶是非等理想标准的期求，成为无拘无束的自我一人，这时候就会开始有所体验，在本疗法的全过程中，也会逐渐地获得这方面的体会。

本疗法取得的效果

治疗效果

这种住院疗法的病例，自一九一九年以来，九年间内已达 260 余例。关于本疗法的效果，在拙著《神经衰弱与强迫观念的根治法》一书中，载有京都三圣医院、宇佐玄雄博士的治疗效果和我的治疗效果的概要。在该书中，还有赤面恐怖患者的治疗病例。另外还具体记载一个病例：一位 28 岁的男子，因神经质的影响，几乎九年时间未能学习，试用了所有各种疗法，因都无效而绝望了。后来这位患者通过本疗法痊愈了。这是一个很有趣的病例。（译者注：《神经衰弱与强迫观念的根治法》242～294 页对本症例有详细记载）

症状的治愈过程

用这种疗法治愈神经质症状后，患者常记不清病什么时候好的，就象我们对进入睡眠的瞬间并不了解，或忘记东西时，对忘记的时间记忆不清。它们都是同样的缘故。

胃弛缓等症状在第二期的结尾多数就被忘掉。便秘在多

数情况下却比它需要更长的时间。例如一位 24 岁的农民，自 14 岁开始，十年之久几乎不吃泻药就不能通便。最近在胃肠医院住院五个多月仍不见效。经过我的治疗，开头十天内虽未通便，但仍照样放任不管，以后就开始逐渐通便了。在入院的四十余天中，最长是第三天自然通便。其他方面的神经质症状，也同时痊愈，可以出院了。

痊愈患者的病例

神经质症状，也常有非同一般的严重症状。拙著《神经质及神经衰弱症的疗法》中的第四十例，是一位 51 岁的搬运工，被医生误诊为病毒性神经衰弱症，还曾长时间注射过 606 发病五年以来，找过 52 位大夫，其他方面的非专业医生的各种疗法，也尽其所能找了不少。

主症状为：眩晕、心悸发作等，症状也曾有所消长。当我赴诊时，已长期卧床，处于绝对安静状态。吃东西时，自己连头也抬不起来。有四名护士片刻不离地轮流看护。

这位患者入院后两个半月，就能终日坚持劳动了。以后经过七年未曾复发，现在仍还十分精力旺盛。对这种情况，一般医生特别须要注意的是：这种神经性症状和血液瓦氏阳性反应毫无关系。

另外，一般情况下医生往往对老年人的病患盲目采用消极保守的疗法，例如一位被宣判完全没有恢复可能性的患者，通过本疗法也已完全恢复了健康。

本例是一位 68 岁的妇女。有眩晕、心悸、不眠、头痛、耳鸣等症状。被诊断为动脉硬化症，四年之久完全躺在床上，有护士二、三人昼夜轮流守护在身旁。

对这样的患者，我突然实行了隔离，连护士也不让派，

放手实行静卧疗法，这真算得上是十分残酷的事情。但是，只要诊断准确无误，就能如此大胆地加以处置。这位患者听力辨别很好，忍耐力很强，但是，不少女患者往往被家人不管，开头几天总是在哭泣，没有办法才肯服从治疗。

此患者春节入院，中间一度患了感冒，因为正处在寒冷季节，不能进行充分的活动。但是，四个多月便痊愈出院，已能承担定量的个人活动。

器质性慢性病患者的治愈

如有的患者伴有肺尖浸润，有 $37^{\circ}2'C$ 或 $37^{\circ}3'C$ 的低烧，或患有慢性肾炎等。但在本疗法中属于体温正常，或有时尿蛋白消失。有的被怀疑为内科疾患的患者，常来请我信任的广赖益三君给诊断，协商之后，确定要参加适当程度的运动。

一位 54 岁的妇女患者，九年来因慢性肾炎，至今始终未曾停止过服药。一年前，自流行性感冒之后，有心悸、眩晕、不眠、头痛、便秘、腿脚感觉异常过敏等症状。也曾在一、两处医院住过院，但未能治愈。该患者入院后，哭了大约三天。开始一周左右之内患有便秘，但决不准服泻药，住院过程中的四次尿检查，未曾发现过尿蛋白。因为在开头几周内，未能严格查尿，所以对肾炎的好转过程不太了解，我感到十分遗憾。后来只用两个月左右完全恢复了健康，症状全无，痊愈出院了。

再是一位 22 岁的男学生，患脸红恐怖症。患者 19 岁时患有助膜炎和浸润性肺结核，随后又并发了肾炎。患者因强迫观念来我处住院。他的肾炎是慢性的，所以尿中蛋白特别多。经广赖君诊断，认为运动要轻轻地进行，并且不能入浴。入院后，短时间内活动渐渐增加起来，能参加些劈柴之类的

劳动，洗澡也不以为然了。一个月左右之后，尿蛋白逐渐减少，两个多月后痊愈出院时，蛋白因受5-磺酸基水杨酸影响，只仅仅可看出痕迹。其后经过一年有余的时间，患者仍能健康地坚持着学习。

这种症状，当然属于良性肾炎。我们不是这方面的专业人员，了解不太详细。总之，我们对待慢性病，并不只是使用消极的安静疗法。对积极的运动疗法，看来各位学者们也应充分进行研究。

另有一位脓鼻症、肥厚性鼻炎的患者，经专家建议做手术，手术延期后，又来我处住院，不久就痊愈了。这样的例子，时常出现。这些问题，我认为学者们必须作为一项研究课题加以探讨。

治疗经过

无论是一般神经质或强迫观念，按我的疗法，过去经历过的疗程长短都无多大关系，差不多同样的治疗天数就可痊愈。按以往的经验看，最长的一人25年，22年的有两人。但是，神经质再加意志薄弱的患者，不论经过的疗程长短，治愈都较困难。再是老年的患者，贪图安逸，治疗愿望不太迫切的也较难治。另外，有的过去经过的疗程较长，且又经历了各种错误治疗的患者，治疗反倒容易。就象所谓“有大疑，方有大悟”似的。《神经衰弱及强迫观念的根治》中讲到的那位28岁的男子、脸红恐怖患者的病例，就是这种情况。

神经质患者的所谓治愈，关键在于排除其症状实质所在的精神固着，忘却其自觉症状。正因如此，当患者想自己动手来治好自己的病时，却适得其反，倒要加剧其病情。这就象我们忘了东西后，反倒促使注意固着于此是同样道理。

过去各种疗法的弊端

电疗及其他各种注射疗法等，看来很有效果，但多数都是一种虚假暗示的效果。只是些暂时性的对症疗法。（译者注：电疗并不是指现在实行的电刺激疗法。另外，自本书的原著写成以来，药物疗法也取得了长足的地步。

这些疗法，都是在开始的三、五次左右，就可一时收效。以后，随着次数的增加，终以无效告终。而且其弊端在于带来了下述后果：这些疗法必然使患者重犯，在对该疗法无效产生悲观的同时，越发迷茫于各种各样的疗法，从而使患者深深地陷入病态观念之中。前田博士称做眼性神经衰弱症的患者，我只接触了一小部分，而且感到这种病作为对症疗法，用我的所谓神经质疗法治愈比较困难。实际上，该氏在他著作中介绍的业已痊愈的患者，事后也还有来我处求医的。

其他通俗的精神疗法，如腹式呼吸、健康观念默念法（译者注：集中凝思“我十分健康”这一观念，用以暗示自己的方法）等等。依照这些，也是要患者自己来治病，或者想从强迫观念的痛苦中摆脱出来时，反倒越构成思想矛盾。迷信这些治疗的同时，必将造成固着于该病的结果。

尤其在神经质疗法方面最值得注意的问题是：患者身体虚弱，即使是躯体性过敏状态的患者，因为他是一种先天性的体质，如果漫不经心地诊断为神经衰弱症，盲目地持续给镇静剂，强制患者安静，或者让患者散散漫漫地过邈邈生活等，应该说这都属于治疗上的禁忌。

有一位20岁的学生，从大约一年前患有顽固的不眠症，医生建议他就此休学，并劝告他：与其勉强学习把身体搞垮，不如趁现在休养，治愈神经衰弱为好。我对他说：休学一

年，正好更加造成了病。不但治不好病，反倒为日后留下后悔的因由。住院后只用十一天时间的治疗，随后出院，要他坚持跟原班学习到底。结果，在取得优秀成绩的基础上治好了病，并且得到了很大的自信和勇气。在神经质的治疗方面，之所以有这样根本性的差异，是因为一般医生只拘泥于患者的症状，未能触及该病的根本。

一旦了解了神经质症状的实质之后，对当今实行的各种注射疗法无什作用的问题就很清楚了。钙即使对交感神经能有效地发挥作用，但注入体内的外物，暂时性地沿血管循环着，很快就又被排出了体外。真要为了改善体质，那就必须终生注射它。而且，这种钙是可以从日常食物中汲取的。

再如对强迫观念的苦闷，可以使用鸦片疗法。但这也仅仅是一时的姑息疗法。而且进一步看，副作用的弊端也很大。

发作性神经症的疗法

什么叫发作性神经症

所谓发作性神经症，是由神经质引起的病型之一。它是患者不知不觉地从自己的恐怖感受中发展起来的各种发作性症状。对它我暂时起了这个名字。

它的发病情况已如第一编所说，有心悸发作或其他各种疼痛样发作等。一般医生对它或看做频脉症，或其他不明心脏症（现称心脏神经症），或当成产后、病后的神经症，或者看做梅毒性病症，作血液瓦氏反应检验。或者让患者白白地卧床疗养，有的几乎长年之久完全不能接触业务。在我的经历中，有的竟然经过了十余年。最长的一位是某饭店的主妇，

22 年的时间完全不能外出，她的丈夫或二掌柜总得经常有一个人在家，不然她就不能安心。

这样的患者，身体很强壮，只在某种发作时才痛苦，只要诊治一次就可以痊愈。有一位 30 岁的农民，生来身体就很强壮，20 岁左右时，因探视一位患肺炎，后来死亡的同龄亲戚，此后经过若干天突然出现了心悸加剧发作。后来受这种发作的折磨竟达十年之久。每次发作都要靠医生的注射来恢复平静。因发作过于频繁，连主治医师也受不了这种麻烦，便陪同这位患者从埼玉县来我处要求诊治。该例只由我们诊一次就完全根治。经过十年多时间，直至今天未曾复发。

另有一位 24 岁的男患者，是某杂志社的记者。从一年半左右之前因心悸加剧发作来实施我的特殊疗法，接受静卧疗法的第一天，虽然出现发作，但未经治疗就过来了。第二天，他自己努力想使自己出现发作，但未出现。这一天有两次下痢。第三天，曾有水样下痢一次，发烧 39.5° 。午后出现发作，保持症状四十分钟。患者苦苦哀求使用冷敷，但是没有答应他。热是来自肠部，便请来有关专家商量会诊。到第四天便恢复了正常体温。之后曾让患者自己练习产生发作，但是未能实现。从第六天开始起床。第七天在我外出时再次发作，患者让女佣人打电话叫来亲戚，在心脏部位使用冷敷等，骚乱一阵。这时被我回来发现，大加斥责之后，取掉冷敷，让亲戚回去。并且宣布患者如果不愿接受我的治疗方法，对治疗看不到希望的话，可以马上出院。但是患者决意忍受，此后未再发作过一次，住院 30 天痊愈。

只对这种发作本身而言，如果是一位掌握了本症心理的医生，一句话概括地说，可以很容易、很适当地排除，并使之不再犯。下面想补充二、三个病例，对此加以说明。

心悸加剧发作的病例

本例是我大学的恩师，某先生的夫人。自四、五年前开始有心悸加剧发作的苦恼。发作多在夜间，这时因烦躁不安而不能躺倒睡眠，坐着靠在棉被上，慢慢等待痛苦消失，每次发作多者三至五天，连续同样的发作。经我一次诊断，当即弄清这是我说的这种发作性神经症。

关于这种诊断方法，在此不再详加论述。但是，连下节列举的痛疼发作也同样，必须规定：首先消极地看，肯定这不是器质性疾患；其次，积极地看，它是精神性的疾患。为了搞清这一精神性的问题，在不能观察发作现状的情况下，对于患者的这种发作，什么时间、什么地点、什么情况发生等要详细询问，准确辨别，根据这些终于会弄清其自觉症状并不是什么实际的具体问题，都是些难以名状的问题。而且，另一方面还可以发现：这完全是由于把恐怖、惊讶的自觉或他觉现象夸张或扩大的结果。

该患者，当我往诊时，正好昨夜曾有发作。所以她说：错不了今晚还会出现同样的发作，并等待它的到来。我一面说幸好如此，便向患者交代治疗方法，说服她照以下办法去做。“今晚睡觉时，要取最容易引起发作的横卧姿势主动引起发作，并忍着痛苦保持原有位置和姿势。而且，要从该发作的产生方式到整个发作过程，耐心细致地进行观察体验，这样，我就可以根据你的体验，告诉你将来决不会再产生发作的办法。为了这一目的，今夜不管遇到多么激烈的痛苦，即使通宵如此，倘能取消这长达数年的痛苦和不安，也有充分忍受的准备。”患者立即答应，约定照此实行。

此后，我去复诊时，患者告知：“当晚照你教的办法实行

了，但是发作未曾出现。过了大约不到五分钟左右的时
间，我就入睡了。直到明晨，什么也不知道。”

我重新问患者说：“你认为以后还会出现过去那样的发作吗？”患者回答：“我虽然不能说明原因，但是，因为过去那种不安已全部没有了，所以我相信今后也不会再次发生了。”我对她解释说：“这是一种心得体会，是一种感性的领悟，而不是什么理论或思想。是因为你对那整宿发作的痛苦，有了迎接它的思想准备，决心等待进入这种恐怖的过程。这时，你既不疑虑这发作到底还出现不出现，也没有打算从发作中逃脱的恐惧心理。这才是该发作未曾出现的理由。过去是不知不觉之中预计和等待着发作的袭击，另一方面，心里还存有今后最好能逃脱的困惑念头。这就徒然增大了痛苦与不安。以后，遇有过劳、思痛等情况，或者在病后，也许有时会再引起发作。到这时候，再拿这次同样的态度对待它，经历这么一两次之后，将来就再也不会出现这种发作了。”患者回答：“我懂啦！”这就是所谓心得体会。因此，实际上并不需要复杂理论的说服，只要能阐明它的着眼点就够了。佛语所说“以心传心”，就是这个意思。这位患者等待发作时的心情，和武士道意义深奥的“拚死必生”说或兵法的“背水之阵”等是同样的。另外，烦闷即解脱的说法也是这个意思，当发作即将发生时，便可顺势从发作中解脱出来。我们故意想害怕的时候，却不会发生恐惧；我们做好拚死的思想准备时，这种准备却实现不了。吃惊和拚死，都只有依据环境和条件才能实现。即，只有当外界境遇与主观世界是一致而不是不一致的时候才能实现。脱离客观环境，只凭思想上对它的假想岂能没有思想矛盾？所以，就以本例来看，假若告诉患者：“如果你想努力引起发作，却决不会产生发作。用不了五分钟时间就可

以安眠，请安心等待好了。”这将会如何呢？其结果是很容易想象的。

以上所说的我的方法，决不是什么理论，是从实践中获得的实际体验。倘若有人想拿它和暗示法、气功术等同样看待，那就不堪与之同时议事了。

胃痉挛发作的病例

本例是一位 69 岁的妇女，于十年之前发病。受胃痛的苦恼，开始在大学医院内科被怀疑为胃癌，第二年在该大学外科被诊断为胆石症，建议她做手术但未接受。以后又经过十二名医生的治疗，但丝毫不见好转。最后经二本博士的诊断，据说是神经性的症状，终于来我处就诊。这位老妇人，从很早以前就和我熟悉，但是，因为感到她的病和我的专业全然无关，所以，过去一次也没有详细了解和注意剖析她的症状。

她的症状是发作性症状，据说胃部疼痛十分激烈，每年有几个月的时间为此而苦恼。最近，从一个月左右之前开始，每天早晚两次，发作起来约需一、两个小时。发作之后，多数夜晚出现严重的多尿。

经我诊断之后，意外地发现竟然不是胃痛。多数是在一定的时间内突然发生类似向右侧腹部抽搐的感觉，并且向上方涌起，从胃到胸腔感到象堵塞似的，象火烧一般，又象刮破了一道口子。患者坐在那里用手强压侧腹，向前弯着身子，屏息呼气，面色苍白，流着冷汗。总之，不是一般的胃痉挛，近似所谓歇斯底里球。

关于这种症状的病理，我认为它是恐怖感受之一的异型现象。可以理解为是由我说的精神交互作用引起的症状。类

似向侧腹抽搐、胸内撕裂等症状，都是恐怖之一的自觉现象。它的发作，也有的一开始是真正的胃痉挛复发，后因对它的恐惧而引起发作。另外，也有的是当遇有某种感受时，和胃痛恐怖联合发生的。而且以后，由于对该痉挛疼痛回忆的再现，感到象是真正的疼痛。这正和从观念出发引起离心性（译者注：不在自身的内部而是外部）幻觉相同，也和对梦中的观念很容易被感觉成现实是相同的。如果说这是由于预期恐怖致使注意向这儿集中引起的结果，那么，它多数的发作时间是定期出现，这也是在想象之中的。

这种预期感受和注意的关系，学者们一般试图用自我暗示一词来说明。对这种在精神上发生的各种症状，很多学者企图用潜意识或暗示等词语作概括性地彻底解释。我对这些作法抱反对观点。我相信，如果不进一步深入探究该症状发生的过程、面对实际进行治疗，是不容易找得到适当着眼点的。

我立即让该患者住院，进行绝对卧床疗法。因为患者最近已形成每天早晚两次，午后六点左右开始发作的习惯，所以，卧床的第一天，在为了诊断与治疗这一借口之下，要求患者比预期时间尽量提早，自己努力设法引起强大的发作。然而，这一晚上却根本没有发作。卧床疗法的三天时间内，曾经稍有发作的苗头，患者感到庆幸，很快发作无影无踪，期望仍未能兑现。起床的第一天，可能是因为患者趁着兴头，稍稍打破禁令，聊起闲话的结果，开始出现轻度发作。这时，我立即在患者颈部第七颈椎的两旁，用手指强力按压，随后，患者在感到疼痛的同时，胸部原先涌上来的那些东西又向下沉落，与此同时，发作立即消失。以后在工作疗法十天左右之内，发作未再出现，就痊愈出院了。在这期间的说服疗法，

与其他神经质患者相同。该患者此后二年，曾一度发生咯血，但这也已治愈。以前的痛疼发作未再发生。七年后的今天，仍然过着健康的生活。

阵痛样发作的病例

本例 31 岁，是一位初产妇。距分娩期月余之前，发生阵痛样发作，迅速入某妇产科医院住院。

医生随后试行注射阵痛促进药，以期待分娩，但毫无有关征候。以后又注射镇痛药等，仍毫无效果。前后共十六天的时间，得不到绝对的安静，几乎连自己一个人想在床上坐坐也坐不成。

这位患者是神经质，过去主诉有心悸加剧、眩晕，因猝倒恐怖曾找我治疗，两、三年来已很熟悉。这次，其丈夫针对患者症状来和我商量，再找其他妇产科医院就诊如何，我说无论如何我要探望一次之后再说。去看过后，意外地发现这次还是精神性疼痛。

她的痛疼是发作性的，开始是左侧腹，以后转移到右侧腹，痛疼范围也增大，身体的动转、躺倒翻身等，都会引起发作。最后，只好仰面朝天地躺在那里，一点儿也不能活动。她的发作，开始只几分钟时间结束，可是后来，要化一、两个小时，终于成为频发性发作，昼夜不断地为此苦恼着。

其疼痛的性质，既非炎症性质，也不是痉挛样的。象是抽搐，又象是倦怠发酸，或是一种难以用语言表达的性质。

患者原来是结核性体质，曾患胸膜炎，二、三年前又得过肺尖浸润性结核，以后在盲肠部位触到有核桃大小的硬结。另外，最近又曾长时间因卵巢炎在妇产科接受治疗。

值得怀疑为器质性疾患的疑点虽如此之多，但是，根据

痛疼部位的触诊和痛疼部位的变化及发作的发生方式，我仍然果断地确诊她为精神性疾患。

我到她家去后，听说恰好是两小时左右之前刚刚停止痛疼，因此，我立即要求她自己想法引起发作，并首先改成过去必然引起发作的右侧横卧位，然而，未能引起发作。其后改取坐位，又进一步让她下床围着四周转圈，但一点儿也不发作。等了两小时左右，终于未再发作。这样以来，患者总算和其他患者同样，也树立了绝不会再次发作的信心。

第三天我再次诊断，已证实不再发作，当日便让她出院。后来，又曾出现过两、三次发作的苗头，但是患者已经不拿它放在心上。一个多月之后，做到了正常分娩。但是，生的孩子不久就死去了。

这样看，我对发作性神经症的疗法是非常简单、十分通俗的。然而，却是一种根本性措施。读者因为没有见到事实，也许认为我是扯谎。不过，最重要的是确凿可靠的诊断。只要诊断属实，无论任何人，掌握这种精神疗法的要领是比较容易的。与此同时，有些不是医生的一般医者，在精神疗法上时时有奏出奇效等情况，虽然也是可以想象的，但是，必须了解，因为他们忽视诊断，将会伴随出现许多危险。

强迫观念症的疗法

强迫观念的性质

强迫观念和一般神经质的差别是：一般神经质如常有的头重、眩晕、不眠等，其症状只是痛苦或恐怖。但是，强迫观念却硬是要求自己努力对羞耻不感到羞耻，对痛苦不感到痛

苦，或者对结核恐怖也不要发生恐怖。甚或进一步出现担心该恐怖是否已经袭来等的预期情感，存有极为复杂的精神冲突。这就是两者的区别点。

关于强迫观念，不可忽视的一个要点是：其观念本身决不是什么病态的，而是任何人在日常都会出现的感觉或情感。例如鼻尖恐怖的病例，在读书等向下方看的时候，很可能看到鼻尖这个众人共同的事情。但是，众人之所以不注意能否看到鼻尖的问题，是因为“心不在焉，熟视无睹”。一旦发觉之后是把它忘却呢还是固着于此呢，这就是能否成为强迫观念的分水岭。对于必然能看到的鼻尖，却企图不感不知，这种对抗性的精神冲突日益发展的结果，就是精神上的固着，就是强迫观念。也就是说，这种强迫观念只是由于很小的偶然机会引起的。例如，中国古代一位生有美须的人，有一天被国王问道：“你的胡子晚上睡觉时怎么办呢？”从此开始，他便对自己的胡须形成了精神固着。或者象在临考前的复习中引起鼻尖恐怖。再如在婚礼时因拿杯手颤而发生颤抖恐怖。或向佛坛放供品时因发现自己的手不干净，由此便引起了渎神恐怖或不洁恐怖等等。

一般神经质和强迫观念的差别，已如上述。当然，这两者之间相互移行的情况是很多的。例如，历来一般被认为是强迫观念的临场焦虑就是其中之一。也有以我说的发作性神经症作为典型的。例如在马路上，在人群中，在没有人的僻静处，在电车里，在考场中等等，有时就会引起心悸、眩晕、失神猝倒感等的发作。为此，认为自己实际上患有这种病，而且在现实中也出现了这种发作的患者，接近于一般神经质。相反，如果自己认为并非确有此病，只是感觉自己属于这种预期恐怖者，那就接近于强迫观念。

强迫观念疗法的着眼点

本疗法的着眼点在于，首先是要取消这复杂的精神冲突，将它还原到单纯的痛苦或恐怖。也就是要教给患者学会“唯有顺其自然地忍耐下去”，或“想否定痛苦、恐怖，或者想逃避它，或者借题转移目标，或者打算忘掉等，这都不行。”并教他把这种精神状态指导其行动。但是，象杜布瓦及其他一般的说服那样：“要战胜它！”或“要放宽胸怀”等，这些原则的空洞说法都是起反作用的，把这些话语强压给患者，结果就只会给患者增加苦恼，越发使其精神冲突复杂化。这从病症心理来看，也已十分清楚，本来患者自己就因为是这样考虑的，这种说服越发加剧了强迫观念，所以，象是火上加油似的。我们在接触事物的过程中，对某些行动尚且可以抑制，但是，对其中发生的有关感受，如果要求连想也不去想它则是不可能的。当我们被人恶语相伤后，虽说不能不生气，但是可以控制不去打架。象“以不知为不知，乃知也”所说那样，我认为“把不可能误认为可能，这乃是愚者的事。”下面的例子虽稍有话柄之争，但是，圣书上有：“心怀情欲来看妇女的人，在精神上已犯了奸淫罪。如果你的右眼犯了罪，就请将它挖出来扔掉。”这就是所谓的理想主义，要求我们去干那完全否定自己真实情感的，不可能的事情。这就是我所说的思想矛盾。苏格拉底对于他曾被一位看相者说他有淫乱之相这事曾说过：“这完全是事实，只不过在抑制自己。”这就是以事实为根本，讲求实事求是的实际主义。读了上述圣经后，认真照字面理解时，常常可引起相似的各种道德恐怖的强迫观念。仓田百三受到与某一特殊艺术性直观有关的强迫观念的苦恼，已将它连载在《生活者》杂志上（译者注：参见田仓

百三著《绝对的生活》)。看了它就可以懂得：这很明显是受到所谓理想主义的影响，是陷入思想矛盾所引起的。

有位不道德恐怖的病例，20岁男性，三年前发病。开始是在学习时突然陷入想和某女生一块儿散步。以后，该女生的形象经常在他心中结成恶魔般的疙瘩，使他难过得不能忍受。另一次是14岁时，曾开始对异性产生爱恋感，从那以后，一见到女性，阴部异常，并想到淫猥之事，自己也感到羞耻，痛苦难堪。再如见到亲友，毫无理由地意外地竟然出现想杀死对方的念头，自己也担心自己是否得了精神病而忧虑不已。然而，患者的主要症状、最感恐怖之处是对人的不道德感。如打扫卫生留尾巴，乱投桔子皮，或到别家访问时便漫不经心地在人家里吸掉一支香烟，或毁坏儿童的玩具，那怕是非常琐碎的小事，自己也不顾道德地乱来一气。结果使他发觉人们对他的不快，感觉被人轻蔑而苦恼不堪。再次出现这种事情后，便长时间地念念不忘。课堂学习过程中也时常产生不快的回忆，头脑十分混乱。进一步发展后，每当一想学习，便常有是否会出现不快的回忆等预期感受而痛苦不堪。倘若自己的过失稍大一些，还可以通过赔偿来悔过，这么些琐屑小事，特意表示道歉又不好意思。一面这样扪心自语，又因未能道歉而过意不去。在此之间产生精神冲突，形成很大苦闷。而且，这种道歉的话不能在对方面前明确交代过去，不能得到对方的宽恕，心中总感不安。与此相似的情况，我们也常常遇到。

关于对道德情感烦闷的处置，有以下几点请作参考。

一般性精神修养或道德与宗教等，和我的治疗方法有那些一致、有些什么差异呢？首先说遗憾或愤慨以及各种欲望，都是人的本能。它是在人的生存中与食欲同样不可缺少的。

或如“不好女色者，犹如玉杯无底，中看不中用”的说法，也是这样的意思。即使是白痴，只要活动欲望强烈，就有教育的可能。而消化器官如果缺乏食欲，治疗也较困难。欲望或生活机能只要旺盛，无论怎样调节它也是可能的。如果不肯在调节问题上用心，徒然妄想将其感情压抑或排除，则众所周知地会引起思想矛盾。越想压抑，拮抗作用越强，精神冲突越复杂，更要苦闷难堪。患者往往认为道德观念来自宗教，然而，实际上这是自然表现出来的人的一种本能。相信潜意识学说的人，把它当作另一种人格，或叫做双重人格等。但是，我却认为它好象肌肉的一组拮抗肌经常同时作功那样，这些情感，也经常同时有精神上的拮抗作用。

进入恐怖感之中

强迫观念单纯、理解力较好、比较温顺、又有勇气的患者，只根据上述着眼点进行说服，也能治愈。就象前面介绍的发作性神经症那样，由于是突然进入恐怖之中就可治好。例如赤面恐怖患者中，对不敢乘坐电车的人，“你要鼓足勇气去上电车，就把自己那爆胀的红脸，暴露在众人的面前。”当你这样要求他立即执行时，曾有的患者，通过这种提示，仅仅三、四天就把多年的赤面恐怖给征服了。对这一问题如果只从一个方面来看，它和忏悔心理差不多，通过自己赤裸裸地当众发言坦白交代，就把自我固着给解除掉了。

凡属强迫观念的患者，如果经常反抗自己的恐怖，或误认为顺势等待忍耐时，就越发使恐怖强化，并加重精神冲突，这就会构成对症状的预期恐怖。因此靠他自己一个人进入恐怖就十分困难。这时，要有医生的坚强信念作后盾，在医生的鼓励和命令下，才有可能坚决照此执行。理论上的深刻说

教，只能使怀疑、不顺从的患者，永远不会照此去实践。倘若一旦肯坚决进入这一恐怖，这是出自一种所谓舍身的心境，这才能够有自行排除和要绝对服从自然规律的体验。然而，强迫观念复杂的患者，永远不会如此轻易地进行排除。倘若医生对患者如此地教导之后，确实未能成功的时候，患者在精神上反会受到挫折，对此必须引起注意。

多数场合，首先使用我对一般神经质采取的特殊疗法，这乃是万全之策。况且，到第三期将要结束时，关于患者应怎样治疗强迫观念或对此应抱什么样态度等问题，要尽量不加过问。最好是照一般规定自由地实施作业疗法。

倘若遇到在注意、思维和想象等方面比较脆弱的患者，添加些精神上的练习方法，也很有必要。从第四期开始，对强迫观念直接实施治疗措施，可以特意让他自己主动地进入恐怖之中。例如对火灾恐怖患者，可以让他做些与火有关的事情。

盗窃恐怖患者的治愈病例

一位 24 岁的农妇，从五年前发病，是自己无意之中引起的。“莫非是我偷了别人的东西吗”？以这种盗窃恐怖为中心，连同不洁恐怖、火灾恐怖、吉凶恐怖等，出现了各种各样的强迫观念。到距今半年左右之前，自己一活动，便不自觉地认为由双手引起象似盗窃了这样的恐怖，因此，只好仰卧在那里，身子连动也不能动。再是一吃煮过的东西，就出现象从嘴里出火、要引起火灾那样的恐怖，几乎一年的时间，由于绝对静卧，生命也一度接近垂危。这位患者是极为罕见的复杂的重症强迫观念症。但是，入院不到两个月就痊愈了。

该患者五年前曾经新做过一次衣服。但是因为对事先买

来的衣料看不中，便又去绸缎店另换了回来。由此，便想到这象是我偷来的，因为存在这种恐怖感，自从将衣服放入衣橱，至今原封未动，连动手摸一下都不成。

入院后到一个月左右时，我请人从她家取来那件衣服。一天晚上，不管她愿意与否，突然拿出让患者穿着它睡下。并告诉她：“今夜恐怕为这事必然要彻底难眠，苦恼烦闷不堪。所以，你须要有这种思想准备。”但是，当晚她却不久时间竟然意外地不知不觉之间安然入睡了。患者次日晨来到我处，对她能够初步体验到突入恐怖的心境表示感谢。

在此之前，还曾让该患者作过以下的实验。吩咐患者夜晚睡觉时“仔细考虑一下自己心情愉快安然入睡的姿势是什么样子。卧位、腿脚的位置，双臂放在那里，头部与枕头的关系等等。今夜要想法最痛快地睡一下试试。”让她这样实践的结果，当夜却十分痛苦，完全未能安眠。随后，到第二天晚上，又嘱咐她这次“开始睡个什么样就任它是什么样，无论睡得多么不痛快，要忍耐下去，决不挑选合适的姿势。今晚要通宵不眠地呆在那儿练习练习试试。”次日晨患者却笑容满面地来我处，高兴地说：昨晚没想到能睡得那么酣熟，这才开始体会到这种心情。由此可知，患者预期思考的问题和事实，即和患者的主观心境是完全相反的。这就叫做心理矛盾的理由。

再者，对于这样的患者，在其诸多强迫观念之中，要从轻者入手，渐渐进行训练疗法。随后找某一时间，选择患者最痛苦的恐怖，让患者突然介入，一旦患者体会到这种情感，其他各种强迫观念也就自然地消失了。患者知道通过决心干从未干过的事情，最容易有收效，尤其是能这样就可以感受到特大的喜悦，就会逐步增强勇气。强迫观念者如果缺乏这

种喜悦和感激的心情，治疗就较困难。意志薄弱者，则完全没有这种喜悦。

按照我的疗法进行治疗的经过

患者中，有的偶然会顿悟似的，体会到自己的强迫观念完全是一些无知妄为。有一位 24 岁的男子，从二、三年前开始出现读书恐怖和计算恐怖，后来已经完全不能读算了。该患者在我的特殊疗法第三期，入院后的第二十一天，正在劈木柴的时候，顺应举斧劈柴的拍节，忽然象电光似的，翻然领悟。患者高兴之余，迅速进入自己的房间，体会着这一心境，冥思苦想地打算记录下来。他的体会，意想不到和过去从我这儿听的指教吻合一致。由此可知：从理论出发，拿自己的体验向理论靠拢时，将形成思想矛盾，这就是恶智；但若从某一实际体验或我说的“纯真的心地”出发，并能正确地对其加以阐述和评判，那它就是良智。如果运用恶智的话，无论如何也不容易弄明白，若是良智，转瞬之间即可明白。我对于弗洛伊德学说不赞成的问题之一，在于他脱离自然科学的观点，把现象解释成为目的。如果从目的论的角度来看问题，那么地球上的植物、动物等，全都是为了人类才生存的。但是照自然科学的论述而言，因为有泥土，才出现了生长在这上面的生物，有了动植物作食物，人类才能生存。象弗洛伊德说的那样，不是为了愿望才作梦，才发生歇斯底里，而是在愿望及其他各种心理条件活动过程中，才发生梦和歇斯底里这种现象。因此，对弗洛伊德学说所说的良智和恶智，必须认真推敲一番，这乃是留待今后研究的问题。

该患者从这时开始，阅读、计算又都能自由进行了。而且以后未曾复发。精神修养也越发有了进步。

另外，前面所说 20 岁男子的道德恐怖患者，在汲取便所肥料的过程中，对某种心境也有了新的体会。

一般患者，是渐渐获得对恐怖的自信和勇气的。但是，至少要有一次能获得突入恐怖中的实地心情的体会，才能得到不致复发的治愈效果。

患者痊愈后的心情，犹如患者们时常表白的那样：“这场梦算醒过来了。”“真象是明了天，”或“世界大变了样”等等之类的自我感觉。另外，有的回忆以往异常时候的情况，感觉象在梦中。也有的患者感到不可理解，怀疑为什么会出现那样的想法。这时候的患者，才开始对“梦中的有和无，有无相加等于无；迷惑中的是与非，是非合一仍为非”切实有所体会。《参同契》中有言道：“瞪目而不问路，虽进足，焉能知路；运步则无远近，若迷惑，犹隔山河。”能“悟”并具有良智，可以马上对眼前的日常现实有所领会。如果陷入思想矛盾，不管怎样探求，仍陷入迷妄之中。从思想矛盾出发时，即使感到领悟了，相信已经解决了，事实上却常常不能从迷惑中解脱出来。象杜布瓦等人使用逻辑说服法，“要战胜恐怖”，或“要树立信心”等，即使有时暂时的轻快，但却难免复发。

在一般神经质或强迫观念的患者中，治疗结束，痊愈出院时，有的患者常常担心回家后能否消除不安，勇气十足地活动。这时的患者，必须舍弃信心或勇气等观念，必须经常用不安的心情，分别对待各自的境遇。例如，我们假设把人类社会当成自己的长期的住处，不能按照个人的愿望伪装的过日子。人生诸行，因为变化无常，所以常常心情是不会安定的，如果有这样的心理准备，才能有安定的心理状态。

另外，这些患者对回到家以后的想法，都是对以前曾产

生不快体验那个家的回忆。所以，对未曾体验过的未来家中的情况，必然还是难能想象到的，只有等待今后重新接触到它才会有新的体验，看不见就不会知道。

果然，这些患者回家之后，有的对自己周围情况的变化感到吃惊。过去是冷酷的家庭空气，现在出现了和睦宁静的气氛，总爱发脾气的丈夫也热情起来了，经常刮目相待的同班同学，现在也毫无隔阂的亲热起来。这并不是周围发生了变化，而是自己本身发生了变化。再回想以前的不安，就象没有镜子没法想象自己的面容和表情似的。这一次，周围的人们都已映入镜子，因此也就能够清楚地知道了自己的体验。“笑望青山山亦笑，泣临碧水水也泣。”这一诗句就是这一体验的有力写照。

劝导说服疗法

什么是劝导说服疗法

所谓说服疗法，是对因神经症或精神病在思想上出现的错误，通过逻辑性劝导说服，或适应各自的不同情况，运用知识使患者转变，以期治病的方法。

自古以来，无论是东方还是欧美，对妄想或强迫观念，都实行过各种办法。但是，都未超出这些常识性办法的范围，也就是因为他们还没有弄懂这种妄想或强迫观念产生的病理。例如中国历史上曾有如下的记录：有人对不洁恐怖患者说：“谷物都是由粪土的精华生成，井水也混入了爬虫的粪尿。所以，尽管说什么什么不干净，但是仍然赶不上它们。”听后，治好了他的病。另外，据说罗森巴赫对一位相信自己

得了胃癌的疑病患者，给他洗过胃后，劝说他已和健康人全无两样，从而治愈了他。然而，这样的症状如果是妄想，用这种办法决不会产生什么作用。如果是已经诊断为强迫观念的患者，用这样的道理也不能治愈。倘若他已被治愈，那肯定是由于把类似杞人忧天的忧虑误会成病症。

神经质的各种症状或强迫观念，原先是从某种感觉或事实引起的疑病性预期恐怖和担忧，在此不安感情的基础上，后来又增加了各种错误思想才发展起来的。总之，情感是它的基础，思想是再生性因素。因此，强迫观念的治疗，首先必须针对其情感着眼。象随意肌的名字那样，我们可以顺从自己的意志，按照逻辑支配它。但是，平滑肌和情感却都不能照我们的意愿去行事。

逻辑性说服的弊端

例如有一位 35 岁的医学博士夫人，开始因被怀疑为肺结核，而遭受疑病情感的折磨，随后便发展成为细菌恐怖和不洁恐怖等。然而，绝不仅只是这位患者，难道说有被医生怀疑为肺结核或肺癌，却不悲观、不痛心的吗？如果什么也不担忧，那他就是痴呆者或儿童。不过，肺结核或肺癌患者，一般并不带有强迫观念，是因为心境正常的人并不这么痛苦，不真正害怕它，没有这么复杂的心理冲突。所谓没有这种冲突，例如象婴儿那样悲伤时大声哭叫，一转眼又快活起来。强迫观念患者与此相反，首先把自己的恐怖和痛苦看得无比痛苦，误作病态。羡慕他人，悲叹自己，总想否定它、排除它、战胜它，这就必然越发引起精神冲突，日益加剧病症。

这时，医生如果对此病症不从其首要的情感基础着眼，空说些这不是肺结核或肺癌等话来劝导，而且设想用尽各种

方法证明此话当真，那么，就会造成医生配合患者的病态心理，为患者的恐怖心火上加油，造成促成这种情感的恶果。也就是说，患者越想努力根绝一切与自己疾病有关的恐怖心，完全变成一种安定的心情，其实这种心愿，就象我们越追求安乐，越不能如愿以偿，反倒越陷入悲观失望的结果。假如患者真是肺结核又将如何呢？他这时绝不会形成忧虑是否得了肺结核的强迫观念。这种时候的神经质患者，有的要发生不眠恐怖或食欲不振恐怖等影响肺结核治愈的这类实际的强迫观念。但是，那已不是结核恐怖了。

象“你不是胃癌或肺结核”这样以极力想向患者证明为目的的说服疗法，虽然通过它患者可以逻辑地、理智地知道自己不是胃癌或肺结核，不用对癌或结核担忧了。但若联系到患者疑病的减轻，强迫观念的消失问题，这却只不过是一种外表上的看法，内在的强迫观念却越发朝其他方向发展，疑病性情感对于其他一些躯体的或精神的异常感觉，将要真正地发展成这方面的恐怖性，由于这种情感总是刺激它、约束它，就必然会加强它的固着。所以，只要患者未曾从构成该病基础的情感基调中解脱出来，即使对癌或结核暂时得以安心，那么，还会担心“在这不安定的人生中，说不定什么时候会得什么样重病，也许身上已经潜藏着医生还不了解的疾病，也许从什么地方带来了细菌。”等类问题，引起疾病恐怖、细菌恐怖、不洁恐怖等或对家属、儿童遗传或传染的顾虑，各种疑惑似乎没有止境。

这时，首先要说消除这种情感的方法是什么，那就是在这有限的人生中，要顺其自然。因为人就是容病的器物，所以要真正悟通，不定什么时候要得什么病。对于疾病的恐怖即便痛苦也要忍耐，每天该干的事情要干好，并进一步沿着

自己人生的欲望前进。换句话说，必须去掉心理矛盾，顺从实际情感的自然状态，必须忍受这些，消除想随意堵绝或排除这种感情的设想和努力。

上面说的那位夫人，医生给她拍了X光照片，通知她并没有结核病灶，让她亲自看了照片，还拿片子与其他健康人及结核病患者作了对照比较，用尽各种手段，想极力证明这一问题，但反倒使强迫观念在其他方面发展起来。患者从我当初为她诊断开始，就对咽喉、消化器、心脏、膀胱、大脑、精神等等，连些琐碎的枝节也都受到疑病性顾虑的支配。诊断前，从其丈夫处听到了她以往和现在的情况时，曾认为她是疑病性妄想，诊断之后，才知道是神经质的强迫观念。以后，我去患者家中往诊时，让她想办法在自己家中实行我的特殊疗法，患者虽也流了眼泪，却愿忍受这一痛苦，最后终于得到了痊愈的喜悦（详情请参照《神经质及神经衰弱症疗法》第37例）。

精神的固着

对劝导说服疗法，如上所述是以实践的体会为前提，应该了解患者能够理解的程度，再加以使用。实际上，患者在受其疾病支配期间，把自我固着在疾病之中，很难来客观地观察理解事物。这就和在梦中不能判断事物正确与否差不多。例如上面介绍的患结核恐怖的那位夫人曾说：“我宁肯长麻疯病，也比这揪心的痛苦好受得多！”但是，倘若她真正得了麻疯，必然会更加悲观、痛苦。不过，要让她认可，也相当困难。另外，该患者的体重短时间增加了两公斤，尽管本人也很高兴，却撒娇似地说：“为了这心痛病，营养等问题，也就马马虎虎地凑合啦”。似乎还不肯承认营养是自身健康的

重要条件。

一般情况下的各种场合，对神经质实行说服疗法的症例，有很多很多。在此，仅列举一、二如下：

例如神经质的一般患者，面对医生“哪儿也没病”的诊断，多数却往往说：“尽管过去是个爽快性格，可自发病以来，突然发生了精神上的变化。琐碎小事也放在心里，天天沉闷不语。所以说肯定是得了病。”或者反问说：“过去毫无任何异常感觉的身体，现在心脏搏动增强，全身都感到脉搏跳动。因此，肯定是什么地方得了病。”对于以上情况，可作如下解释：“你这并不是什么炎症或新陈代谢的病等，即没有所谓器质性的新发生的病变。过去你也有这样情况。只是对它未加介意，任其自然地放过去。但在适当时机发现它，注意它并固着而已，并不是新得了什么病。”

对这方面还想列举如下的例子加以说明。例如：很早以前有一位 30 岁左右没有文化的妇女，有一次睡着觉，当她把手放在胸部时，偶然发觉了自己心脏在搏动，便吃惊地跑到医生这儿来问：自己胸膛里是不是有个活物。这也就说明，这位妇女直到 30 岁以前还不懂得自己有个心脏的事。另如前面列举的在中国那位长有美须的人，在未曾留意自己的胡须之前，什么事情也没有，可是一旦发觉之后，就牢记心中连觉也睡不成了。再如鼻尖恐怖的症例，以上所述，在对鼻尖未介意之前，他还不知道鼻尖是经常看到的東西，多数人也都如此。不太留心的人，出生后三十年、四十年，竟然还不知道能看到自己的鼻尖。有很多人还说连梦也没作过，而且，还有什么“圣人无梦”这样的谚语。这并不是没作过梦，而常常是把作的梦给忘掉了。如果刚刚睡醒接着回忆，就必然觉得是经常作梦。神经质者因为对梦特别留意，所以常常诉说

多梦。而一般人不大介意，所以说没作梦。而所谓不作梦的圣人，乃是缺乏内省的低能者。

以我为核心的主观武断

神经质患者几乎都常常发泄不满，说什么“其他人全都是身体健康、精神愉快，可就我自己，却忍受着这人们不能理解的烦闷和苦恼”等等。对这种说法可作如下劝导：“这要看用什么标准和什么样的观测方法拿自己和别人比较，全凭你个人来诉说的痛苦和冷热，完全是主观的，自我感受”。但是，对此能很好理解的患者较少，缺乏修养的人就不会懂得。有文化的人，能懂得从月亮来观察地球的形象，但是，能懂得从别人的角度来观察自己的却十分困难。

另外，神经质患者时常悲观地说：“没有任何人能了解我的内心，得不到任何同情。”你可以问“那么，把你心底的一切都告诉别人行吗？”这却是很难办到的。原来他是光想让人知道对己有利的事，对他不利的你想知道一点儿也十分困难。总之，患者只考虑对自己有利的东西。如果想要人们知道自己不好的一面，那就叫做忏悔。如果他能肯忏悔，就将会得到人们的同情。如果光想让人知道好的方面，那么，谁也不会给予同情。自古以来就有所谓“知己”一说，但是，不具有相当修养的人是不可能的。神经质患者入院治疗后，由于一律不准诉说自己的症状或鸣不平，在不知不觉的过程中，患者对以上所说的情况，将逐渐有所体会。

回归于自然

患者诉说的苦恼本身，是由于开始的精神疑虑，才使其苦闷越发增强。如果使它回到原有的自然状态，苦恼也就立

即消散。所谓自然，就是人生经历中客观的实际事实，能遵从其本来面目来认识人生，就会领悟到他人和自己的人生同样都是有痛苦的。能以苦为苦，以恐惧为恐惧，以喜悦为喜悦才好。释迦也就是领悟到如果人生是安乐窝则不安心他认为人生中最可悲的乃是“诸行无常，生者必灭，”如果能领悟到这些才能安心立命。

《参同契》中有言：“四大之性，各自复归，犹如子得其母。印火热、风动、水冷、地坚。”当人们希望感到火凉、水热时，说明出现了迷惑。倘若能回归于自然，就应该感觉到冬天寒冷、疾病可怕、不洁令人讨厌、对人觉得害羞。若能恢复人情的本来面目，就不应该有强迫观念。强迫观念是期求冬暖夏凉的愿望过强。例如赤面恐怖者，就是由于要求自己超出常人的，在众人面前毫不畏惧这一过份的欲望引起的。“人生毫无意义”等说法，这也是因为他生存欲过于高的缘故。疾病恐怖或细菌恐怖者苦恼太甚时，常有“倒不如狠狠心死掉”等想法，这是由于对死的恐怖引起的心理矛盾，如果是一个自暴自弃的娇惯者，真想死的时候，恐怖的心情应是马上就消散。

固执就是偏见

强迫观念，常常是由固着引起的。所谓固着，就是不见事物的整体，仅仅从其某一方面来看造成的。人生的苦和乐，就象绳索那样，是两者相互交错结合形成的东西，如果只从苦的一面来看，结果必将如此。人要获取地位或储存财富，对这些欲望必然要有与之相应的努力和担忧。欲望越高担忧也越大。患者就是由于不想舍弃他的欲望，只求否定他的苦痛，看不到对希望的快乐，只固着于努力奔波的痛苦。例如

读书恐怖强迫观念，遇到的多数是成绩优秀的学生，一面诉说完全不能读书，但成绩却很好，这就是矛盾。患者对于他的这种成绩，却一点儿也不肯满足。因为任何读物总有难易的差异，当人们读书时，应该是能理解的就理解，不能理解的当然就不能理解。也就是说，人能对理解的地方高兴，对未能理解处感到痛苦为好。

读书恐怖患者，认为对它不能全部理解，并且固着，因而产生了悲观。对于这种情况，我住院疗法中的读书法就是要消除这种固着，快者数日之后，不问时间和场所就能够自由地阅读了。

精神的变化

固着，必然是有应该固着的事由才会如此的。所以不必要放弃切勿固着于此的思想矛盾，如实地加以固着。这样，精神顺应着外界的刺激不断变化，自然也就不会产生固着了。所谓：“心随万境转，转处实能幽。从动态的观点，无喜亦无忧。”我们的精神是随着周围事物的变化不断变化的。就象猛撞则狠响，慢敲则响得轻的钟声似的，其变化之顺利而又自由自在，又如在镜子面前，有物则映象，物去则影象也不存留。倘能如实地遵从这种心意的变化，从中就可看出自己本来的个性特征。这时，喜能如实地喜，忧也能如实地忧。如果没有忧虑愁事的必要，那也就不会忧虑什么喜事了。人即能够思考，就难人为地做什么硬性规定。总之，要超越对苦乐的评判，舍弃自我意识，就将会成为以现实为准则的客观唯真主义了。

对待恐怖的态度

关于面临恐怖时内心的态度，可举一例如下：有句谚语说：“烦恼的狗赶也不走。”强迫观念的对象，就象正在汪汪叫的狗似的。正朝你叫着的狗，你这儿一表示要逃跑，它马上就会窜到你跟前来。即使已经跑起来，你也不如狗的速度，倒不如下决心拉起架式瞪着眼看它，你若朝着它那边逼过去时，狗反倒逐步向后方退缩。有的说用手指在手心写上三遍“虎”字，当作莫被狗咬的咒语，把这只手攥紧拳头，站在那儿就没事儿了。总之，只有采取沉着不动的办法才行。强迫观念的对象并不象实际存在的犬那样危险。就象对待发作性神经症要具有的内心态度那样，只要能采取目不转睛盯住它毫不惧怕的态度，犹如“细看幽灵真面目，原来它是狗尾草”，马上就能看清它的原形。

宗教性及哲理性劝导

不能总是采用宗教的及哲学的理智性劝导来说服，劝说必须是有实践意义的。从自然科学的观点来看，犹如有人说神是民族心理的过渡性产物，但神的实体却并不存在。所谓神佛或真如，是指宇宙的真理，即自然法则，或是指法的本体而言。真正的宗教，并不是满足个人愿望的对象。信神的人，如果不是寻找治病的手段，也是以取得安心立命祈求庇护为目的。应该说信依神佛，也就是要服从和归依自然法则，对周围的事物，自己的境遇要愉快地忍受，甘心接受因果报应。我们的血液循环和产生的情感或观念组合，都属是万物之本，必然经常受自然法则的支配。梦、偶然所想、忘却、固着等，必然都有与之相当的事物才能如此。头痛、眩晕，

必然是在应该发生的时候才发生。所以，烦闷、恐怖等也要受自然法则的支配，必然是在它应该发生的时候才会出现。我们知道，这自然法则是不可战胜的。把不可能看做不可能，服从于这些，就叫“正信”。歪曲因果法则，把不可能为可能，自己欺骗和敷衍自己，以眼前虚伪的安心来慰藉自己，这就是“迷信”。早觉睡多了以后头沉，饭过量后伤食，能甘心忍受就是正信。把梨叫做“有实”（译者注：因日语梨的读法与“没有”谐音而犯忌，故用“有实”当做梨的别名，是忌讳的说法。）、想储蓄钱、服消化药好多吃、投放十元香资作股票、企图在神佛显示灵验中投机取巧，这些都是迷信。

在我处住院的患者，历来曾有天理教或基督教、真宗及其他新兴宗教等各类信徒。但是，通过我的疗法体验到服从自然法则的问题后，很多人知道了过去的信仰是虚伪的，才发现了真正的信仰。例如，以前曾有的患者原想依靠教祖的帮助能治好病，可是后来感觉到连教祖也在经受他的苦劳，所以，我们自己则必须承受比教祖更多更多的痛苦。

从以上所解释的理由来看，劝导说服要适应各种不同场合及不同患者的知识程度。另外，还要以住院患者自己的实际体验为基础，随机应变地试行劝导说服。当然，医生本身必须站在坚定的人生观立场上来激励患者，耐心地对患者进行指导。

作为医生，千万不可忘记的是，使用说服疗法，要对患者进行确切的诊断，必须在洞察了各种情况，掌握了患者心理的基础上进行。强迫观念往往被误诊为强迫行为或妄想，有的或者误诊为青春型分裂症的初期。强迫行为是由先天性的意志薄弱引起的，妄想是后天性的。对于这些，如果采用和强迫观念相同的说服疗法，患者则象马耳东风——置若罔

闻，不只是留不下什么印象，有时还常常为此而带来各种危害。

从神经质疗法的疗效中得到的体验

和一般疾病的关系

怕死怕生病是人的本性。另外，对于恐怖伴随出现的精神交互作用，这是人们心理的自然过程。神经质素质的人和一般人的这种情况相比，可以说只是带有过度敏感的倾向。因此，能有什么人可以绝对地说，我根本不是神经质吗？

所以，不能说神经质疗法和其他各种疾病完全没有关系。心脏瓣膜症、糖尿病、肺结核、神经痛、脊髓疾患乃至中风性半身不遂症等，有时会十分明显地与神经质并存。对于这些病的治疗，可以治愈其障碍的大部分。通过日常生活及其主动性活动，糖尿病的异常可以消失，心脏瓣膜症也能完全继续健全的生活。非专业医生，通过气功发气，完全可以治愈半身不遂，或通过其他精神疗法使慢性病恢复健康等事例，但他们未经诊断，可以说只是偶然治好了许多病症中神经质的症状而已。

关于病觉

对于身体内外的刺激，能够正确感知、认识的就是一种健康的心理状态。如感知的过分或不足，都属异常。

对生病时发生的异常感觉自身能够察觉到的叫做病觉。对自己患病情况的认识和理解叫做病识。

正常人平日发生的感觉或思维，也有感到异常的，而生

病时自觉症状特强的则是病觉过敏。神经质患者多数是病觉过敏，其症状是属于主观范畴的。相反，意志薄弱性素质的人或精神分裂症患者，这种病觉则很迟钝。即便真正有病，多数也不太觉得痛苦。儿童在迷恋游戏的时候，即使发高烧，有的也感觉不到。偶而看到个别青年刚离开学校，突然因维生素B缺乏症死去。然而，这种病，不会达到突然死去的程度，只是因为患者过去对于疾病缺乏自觉，应该说危急已到十分紧迫，仍然勉强坚持。神经质与此相反，可以完全没有疾病的异常，却时常感到心悸。

因此，各种疾病的轻重程度和这种病觉并不经常一致，也不是相互平行的。关系生命的重病，也有毫无自觉症状的。病痛尽管激烈，有的一点儿也不担忧。倘若医生治疗疾病只是重视其自觉症状，那么必须指出，这乃是放弃根本，偏向于枝节。在为神经质患者诊断时，如果受患者主诉的蒙蔽，并想以此为标准确定病的轻重，这是极为偏面的。事实上，多数医生对于神经质的诊断，如患者的痛苦如果重，就宣称为重症神经衰弱症，如果轻就诊断为轻症。患者如果诉说不眠时，马上就开给催眠药，其中有的甚至每天卧床十二个小时以上，然而，对这种光顾贪睡或其他日常生活中的其他问题，却一点儿也不注意调查研究。或者当患者诉说头痛时，没有询问查证其疼痛的性质及和患者生活状态的关系等情况，便立即给予镇痛剂，指定患者安静修养。如果他是一位对患者具有同情心的医生，那么，对以上这些处置则必须慎重行事。

宗教与人生观

忧虑或恐惧生老病死的情感，乃是产生宗教的起源，但

宗教绝不应该是满足个人欲望的对象，直到彻底忘却自己之后，才能从上述情感中解脱出来，得到安心，才有纯真的宗教。神经质的实质和疗法，能联系到宗教之处，也是由于这一理由。

神经质的疗法，不拘泥于我们的意识，不被我们的主观和情感所左右。必须经常注重我们主动观察到的事实和实际情况。也就是说，它不是以个人情感为中心的快乐主义，是以事实为主体的实践主义，要从努力即幸福，幸福即努力的过程中有所体会。这乃是我们达到正确人生观的途径。

我们的精神修养，既不是纯理性的，也不是哲学的。也不能采取导致思想矛盾的道学家所说的理想主义例如只静坐并不是坐禅的“禅”，必须是王阳明所讲的、“事磨练”，例如不是坐卧随时向下腹部用力这样的腹式呼吸法。而在提铁水桶、劈木柴等气力就会自然而然地从下腹部的脐下“丹田”进而复出，要体会顺应它那虚实的变化。世人往往想从思想认识上追求精神修养或企图把自己嵌进一个特定的框框之中，所以常常因此出现思想矛盾，而导致失之毫厘差之千里的恶果，这是必须引起注意的。

与迷信的关系

迷信与宗教是同一起源的孪生兄弟，是在弄清迷途与悟道的基础上产生的。对于生老病死的担忧恐惧而欺瞒自己的叫迷信；忘却自我则是真正信仰。读神恐怖、不祥恐怖等强迫观念，几乎是模拟了迷信的产生。

天理教祖对于其子的风湿病痛、金光教祖本人扁桃腺周围发炎时，都接受了行者祛病免灾的加持祈祷。自从有了所谓附体体验。人格转化之后，以此作为起源，宗教便这样产

生了。尤其是天理教，是和疾病治疗直接相关发展起来的，和美国基督教徒的宗旨采取同样途径，它们同时自称为治病的宗教。因此，该教的信徒中，有领受神水治疗头痛的，有因病问卜吉凶机缘的，等等，多数是因这种信仰才加入的。如果从所有病症中除去由神经质或歇斯底里精神病理引起的症状外，对于这些宗教或迷信的发展，将会带来很大的影响。

夏科氏说：“考虑医师治病是否有效时，往往须要经过检验”。有的对通过圣地巡礼治好病，也流露出赞扬的意思。然而，必须说这是一个很大的误会。如果疏忽了对于该病治愈缘由的深刻探究，弄不清神经质的病理，只停留在表面上加以观察，恐怕往往要成为神经质患者中常见的迷信周游者。所以，必须弄清神经质的精神病理和世俗迷信之间存在的若干相关的缘由。

与教育和卫生的关系

我的神经质疗法，要大力激发其身心的自然发动，要分别利用各个人不同的病态倾向，不但不能随意压抑或否定，而是要充分发挥人的固有能力。为此，我相信这种治疗原则对神经质儿童自不待言，对普通儿童的教育，也会有很大参考价值。意大利的蒙特梭里女士，从精神病学的研究出发，研究了白痴教育，后来又进一步转向幼儿教育。她的研究很有创见，并取得了值得重视的显赫成果。其着眼点的关键所在，就是重视儿童自发的活动积极性，批判历来的注入式、铸造式的教育方法，主张儿童要独立自主地自由活动。

我的治疗方法，对过去表面抽象记忆的知识无效，相反，多数情况下对这方面还有害。正是因为如此，许多神经质患者通过这一疗法，在校成绩和病前相比反倒提高很大，很多

人对于思想性读物的理解能力也显著提高。参阅一下我在《神经衰弱和强迫观念的根治法》中关于神经质治疗的实例，就能很好地了解它们两者之间的关系。

通过我的神经质疗法的成果，可以进一步了解的是：我们的心身卫生，决不是采取消极手段，贪图安逸、懒惰，使患者逐渐丧失生活的抵抗能力，变得虚弱起来的一种方法。应该了解，它必须是一种作用积极的强健训练法。

希望能参考一下与本书有关的已由白扬社发行的拙著《神经质及神经衰弱症的疗法》、《精神疗法讲义》、《神经衰弱与强迫观念的根治法》。

主要参考文献

- (1) 石川贞吉《神经衰弱及其疗法》
- (2) 石川贞吉《精神疗法学》
- (3) 吴秀三《精神疗法》
- (4) 久保良英《精神分析法》
- (5) 吴秀三《精神病学集要》
- (6) 丸井清泰《幼儿期的精神卫生与精神分析学》
- (7) 森田正马《精神疗法讲义》
- (8) 森田正马《神经质及神经衰弱症的疗法》
- (9) 森田正马《神经衰弱及强迫观念的根治法》
- (10) 森田正马《迷信与妄想》
- (11) Binswanger, Pathologie U. Therapie. der Neurosen.
- (12) Cramer, Die Nervosität.
- (13) Dubois, Die Psychoneurosen U. Seelische Behandlung.

- (14) Freud, Über Psychoanalyse.
- (15) Freud, Psychopathologie des Alltagslebens.
- (16) Kräpelin, Psychiatrie.
- (17) Löwenfeld, Die moderne Behandlung der Neurasthenie.
- (18) Löwentald, Lehrbuch der Psychotherapie.
- (19) Veraguth, Neurasthenie.
- (20) Ziehen, Psychotherapie

附 录

我的神经质疗法的成功历程

燃烧着的地狱图

如果回忆我立志于精神病学的起缘，那么，应该追溯到我的幼年时代。

我在医科大学的同窗好友、留任该校的生理学教授永井博士，在一本书的序言中曾写道：“看到地狱极乐图时，我那六岁的心灵受到了极大的震动。”我也有过同样的经历，虽然具体年龄现在很难记忆准确，但回想起来大约是在十岁左右的事。

有一次我在本村的真言宗寺和金刚寺的持佛堂曾看到过两幅地狱图。大约是纵横三尺和六尺左右的画面，色彩浓艳的工笔画、画的有血池、刀山和轮回地狱的形象，殿内荡漾着佛香薰染的一种异样的香气，画面和香气影衬、揉和在一起的这种难以形容的毛骨悚然的恐怖气氛，至今仍然记忆犹新，当时的情景似乎还清楚地浮现在眼前。

自那次以后，我便时常受到死亡恐怖的袭击。黑洞洞的夜晚一个人睡下之后，老是心烦意乱、经常纠缠在恶梦之中，心神空幻迷妄，恍恍惚惚；梦境接连不断，没完没了。觉得人死之后，父母兄弟呀，心爱的东西呀，都变得不再是个人所想象的那种样子了。

就这样，而所谓生死问题便经常缠绕在我的脑海里摆脱

不开，无论碰到什么事情都要和它关联起来思虑一番。读初中的时候，陷入了与此有关的求仙问佛呀、追求神秘奇迹之类空幻的憧憬之中、沉缅于各种迷信活动。曾到本村寺庙里去探究宗教问题，还到处寻求祷告、魔术、降妖法术等，为人摇动竹签、算卦问卜，而且曾被朋友们评论说我的卦很准。高中时代，仍曾研究过骨相学和观相术等，对佛教、基督教等宗教的研究也还十分感兴趣。虽曾这样热衷于追求信仰，但却一无所得。

当时，我对迷信活动接触得虽然比较广泛，但还并非完全沉溺于其中。初中时候，常用易卜术占卜明天的天气，从这番活动中证实：占卦的命中率只不过是一正一反各占50%，也就是“算命的摆八卦，灵不灵都是他，不可指望”，而抽签的或然率也根本不足为信。以后还曾研究过大岛占卜所逐年日历的天气预报，从中得到的实证命中率也只是50%，而有时连续数次命中，同样，却也有连续未命中的。高中时候研究骨相学，当时是带有一种好奇心来试验的，虽曾感到它相当准确，但是，随着阅历的增长，确信它也和八卦一样完全不可置信。

属能无法谋生

我在初中时候的志趣也和其他多数少年相同，在各种各样雄心的驱使下陷入了幻想。也曾想到为了日本国家的发展，从个人从事工艺活动到立志于电气工程，还曾想当个发明家。然而，终于还是对所谓有关生死的问题、对哲学问题产生了难以摆脱的探求意向。但是因为我的生活境遇和人生道路面临的实际问题与此相反，因而造成了我在这些方面的精神冲突。

初中毕业后，因我身体虚弱和家庭经济困难，父亲不让

我报考高中。我下定决心即使背离家庭自学也要拼命攻读。为了让我学习医学，终于有人帮我解决学费，让我考入了高中。当医生是我从未想到的事业，可是，在穷困潦倒的时候，决意先抓住这条引路的绳索，便进了第五高中第三分校。通过一、二年级的学习，对抽象的思想领域感到不能满足，对实践性经验科学却发生了很大兴趣。为了了解人生问题，我认为首先必须知道身体结构情况，然后再从身体和精神两方面着手研究，这才是解开人生问题的最正确的道路。因此，高中三年级便确立了将来攻读精神病学的志愿。

面临大学毕业的时候，同学们每个人都为未来的志向绞尽了脑汁，三五成群地议论纷纷，每当听到大声谈论所谓什么专业将来有出路、什么专业将来有发迹的机遇等问题，我就感到十分不愉快，总以鄙视的眼光相待。现在回想起来，那也都是社会上实际存在的道路，我们的想法也许是很离奇的。我私下在想，既然已经确定要当医生，焉能无法谋生，只要生活上没多大困难，能够实现个人期求的志愿，也就是完善个人一生的寄托所在了。金钱并不是人生的目的，它只不过是应付人生的一种手段罢了。

大学毕业后，随即向父亲找了个借口，便在医科大学精神病专业当了助教，并在巢鸭医院上班。经过一段社会生活的实践，虽然深知缺少钱就不能照个人所想随心所欲地做事，但是，无论如何总算可以为寻求生活上不受困扰的道路、为实现这一理想而奋进了。

我年幼时曾患夜尿症

当初，我投身于神经质研究的第一个条件就因为我自身也是神经质。而且在这一研究中，最切合需要的素养就是内

科和精神病科的知识，能够从身心两个方面来观察一切疾病的症状，这是非常重要的关键。倘若对所谓神经衰弱症专门考虑脑神经如何，或血行及新陈代谢如何，或交感神经如何，单单一味儿偏向物质医学的话，那就陷入了莫大的歧途，连正确的观察也决不能做到。我虽然偶然地参加了医学研究，并从事精神病学，但是，能够从身心两个方面来观察人，这对于我树立一定的人生观并对神经质治疗带来一线光明的希望，这实在是一种意外的幸运。

我具有先天的神经性薄弱素质，年幼时曾患夜尿症。记得似乎直到十二岁左右还时常遗尿。坂本龙马（译者注：1835~1867，江户末期的尊攘派志士。曾说服山内丰信完成大政奉还。后在京都被刺客暗杀）也曾患过夜尿症。长大后得知此事时，发现自己是和这样的伟大人物患同症，自己也曾在内心里暗下决心要加强意志锻炼。看了地狱图后，受到较强的刺激便是我先天性素质薄弱的表现。这也就是佛教的所谓“业”（译者注：佛语。依据人的意志发生的身心活动或行动。一般分为身、口、心三业；又可分为善心的善业，恶心的恶业和善恶皆无的无记业三种），具有其他素质的人，即使遇到同样的情况其反应却会有不同的表现。例如，同样的精神薄弱者又有兴奋型和懦弱型的气质差异。当他们遇到他人的恶口相伤这类同一事件时，便会有截然相反的答复性行动。兴奋型的人很可能或放火或伤害对方，以挟嫌报怨；而另一方面懦弱型的人却可能缄口相待，以求息事宁人。这也是弗洛伊德学派和我的学说的不同之处。也就是说，弗洛伊德主张歇斯底里或神经质的症状是由幼年时接受的某一性欲感受构成其原因，在长成后的年月里呈现出来的。与此相反，我认为即使同样原因也不会成为一般人的发病诱因，只

有某种特定的素质才是罹病的根源。因此，我特别重视每个人的素质情况。其机遇性原因虽属缘由之一，但几乎不能看做是必要条件。

我十四岁进初中学习，从十六、七岁开始得了头痛病，时常发生疲劳性的心悸，也可能是由于对病的疑虑而出现了所谓神经衰弱的症状。经过某医生的诊断，说我心脏不好，几乎连续两年左右的时间一直服药。我母亲至今还认为这位医生是为我治好心脏病的恩人而感谢不已。现在回忆起来，竟这样长期地服用毛地黄制剂，焉知这就是由于我的神经质引起的心悸。由于这位医生，使我这脆弱的心灵深深地种植了对心脏病恐怖的种子。母亲之所以把他看做恩人，实际上是为我操心着了迷，才不得不做这种尝试。

我的头痛病一直持续到大学二年级前后。以后，不知不觉地似乎忘掉了，也便好了。另外，我上中学的第五年得过一次严重的伤寒，在病情好转期的一天，我曾因练习骑脚踏车，当夜突然发生了心悸，全身震颤，乃至死亡恐怖性发作也接连袭来，请医生打过针后才好容易平静下来。以后，这种发作或轻或重，每年数次，多时一个月要发生两三次，一直持续到大学毕业前夕。这就是我所说的所谓精神性心悸症。

再如我从高中二年级开始患了腰痛，经医生诊断为坐骨神经痛。药物疗法自不待言，什么温泉疗法、针灸、注射等等各种尝试都毫无效果。在此期间疼痛情况虽有所减轻，但它竟然也持续到大学毕业前后。现在来看，这决不是坐骨神经痛，而是一种神经质性腰痛，是一种肌肉痛。

面对讽刺局面干脆拼上命给你看

特别是我在高中和大学初期，几乎经常受所谓神经衰弱

症的苦脑。在这之前，我十八岁时曾因来东京一次得过麻痹性脚气症。考入东京帝国大学之后，便经常担心患脚气。入学不久在大学内科接受诊断，说我是神经衰弱，随后又进一步并发了脚气，一年的大部分时间都未离药。然而在我面临一年级结束时，由于某种机遇却使我的身心状况遇到一个发生巨大转机的契机，这件事使我获得了一次体验或死或生的机会。因为在这一年之内受所谓病的影响使我几乎很难完成学业。当考试到来的时候，似乎有些难于应付。就在这时家中却接连两个月没有寄钱来。我怨天尤人，抱怨自己，在郁郁不乐的愤懑之时；产生了自暴自弃的思想。好哇：既然父母也开这样的玩笑，那我就下决心拼个死命给你看。事后回想确实是十分幼稚。从外表上看来，也认为是非常愚蠢，然而当时自己却是十分的认真。放弃了服药、治疗等一切保护措施，彻夜不眠地学习起来。不久，考试结束了，当取得出乎意料的成绩之后，脚气和神经衰弱却都无踪无影了。这时家中也寄钱来了，原来是因为忙于突击蚕桑忘记了寄钱。但这一番事实却证明过去我的所谓神经衰弱乃是假想的结果。不用说脚气病也是不存在的。这种所谓脚气和神经衰弱的并发，是很久以来很多医生容易误诊的病。直至今天在接触许多神经质患者时，仍然经常遇见这样的误诊。从那以后不久，连那头痛病也似乎忘却，而不再受干扰了。

以前在高中一、二年级患头痛时，本村的一位医生曾耻笑我说“象这样的头痛是一般人常有的事”。母亲也曾时常申斥我说：“你老是觉得头痛、头痛的没个完了，这都是自己制造出来的病”。在这种情况下，我认为“倘若不能养生保命，又逼成个无法挽救的病弱者，这就是当母亲的罪过。”曾抱定决心想勉勉强强地凑合着坚持下来。但这只不过是一时

发生的一种反抗心理，事实上也没有那么当真的坚持下去。

上面列举的我自暴自弃、决心拼死的事，这可以看做是由于我的素质所造成的对于某种境遇或事件的一种特殊反应。这就是神经质的特征。倘若是另外其他的一种素质就又会出现其他不同的反应。在我熟悉的人们的生活实践中，就曾看到过这些不同的事例。当着出现这种自暴自弃的心情时，有的人可能对人不尽情义，放荡逸乐，甚至败坏堕落，对此，或可称之为享乐主义。有的人则甚至可能自杀，对此，或可称之为虚无主义。实际上我的一位同学，一年级考试时还曾对我给予很大安慰和鼓励的一位朋友，大学毕业后就自杀了。以上两种反应方式，是因为具有神经质的素质才产生的。它们是难能模仿的一种行动。自己即使想有意地效法一番，但是，当面临到此时此地的场合，也会突然改变主意。神经质者面对这种拼命的场合，将会听天由命，慷慨相待，决意奋斗到鞠躬尽瘁，死而后已。这或许可以叫努力主义。

以上所说也可能是些不太必要的事例。然而，这却是我致力于神经质研究的根本原因，即内因、或外因。前面所说我决定攻读精神病学一事是其机遇性原因，是近因。这种内因可称为“业”，而机遇则可称之为命运。

特意搜集的各种新药

大学毕业后，刚开始我对所谓神经衰弱症所采取的疗法，自然难免要象今天一般采取的处方那样，给过溴剂、吉草丁几种药。还搜集了用于头痛、耳鸣、不眠等的各种药物和新药。为了改善患者的体质，曾用过磷酸钙、砒素剂等。在过去的很长一段时期里，所采用的方法，不用说学者们主张的，即使通俗疗法的处方，只要有效，一般也要拿来试用一下。

例如为了对新陈代谢施加影响，曾用过核酸钠或林格氏注射液。核酸钠虽可引起低烧，但是在欧洲很早以来对于各类精神病患者却都曾采用各种促成低烧的手段试行治疗。当然，因为这些措施有时也是可以奏效的。现今对麻痹性痴呆仍然采用疟疾接种发热疗法，学者们认为多数情况还是有效的。核酸钠看来也算是一种发热疗法。

另外，很早以前在京都大学对癫痫患者曾施用过穿颅术，将头盖骨切开一点，给大脑打开窗户，多数患者据说得以治愈。与此相仿，今天我们还在采用的一种疗法、就是在肘关节处进行静脉放血。这对于连日频繁发作的癫痫患者，在抑制发作上具有显著效果。由此可知，为患者放血既然有效，开脑和针刺静脉取血会具有相同的作用。

对于这种癫痫病人，我们曾经在各种场合偶然地遇到过些实例。如有的患者因患流感发烧、或因跌倒头外伤出血、或妊娠分娩、或地震时陷于饥饿等等各种场合，都可见到有的患者突然意外地中止了发作。如今的青年人见到这一事实会感到惊奇。但是，如果思想上拘泥于它、而对这种新的疗法增长偏见时，就会演化成为一种迷信的疗法。这种现象无论是在学者之间或是在民间庸医之中，都是很容易发生的事。它对于癫痫患者来说，实际上是由于体内新陈代谢出现激剧变化，或精神上突然激动等，因而带来了暂时性停止发作的有效结果。但它决不是什么永久性癫痫根治措施。或者说癫痫的发作早晚免不掉还要复发。

各种新奇的疗法

连癫痫之类至今尚未探明其实质的复杂疾病尚且如此，何况象神经衰弱之类疾病，更应该会因各种轻度影响而引起

种种的变化。核酸钠疗法对于神经衰弱症有时也屡屡奏效。与以上所说治疗癫痫的道理相同，对于神经衰弱症来讲，因为它容易得到精神上的所谓伪装暗示，所以常会取得显著的效果，这也是当然的。因此，说它是暂时性收效也是不得已罢了。据竹村博士讲，他曾用林格氏注射液作静脉注射，对于头痛、不眠或其他神经衰弱症等都有显著疗效。无论情况怎样，我都想试试。不过，它也和前面所说的结论是一样的。

再如强迫观念在苦闷十分严重、或疑病十分痛苦的时候，很多医生今天依然经常使用鸦片疗法。我们也已有较长的时间在使用这种办法。这是一种逐渐加重鸦片分量的办法。此法的目的在于镇静患者的痛苦。然而，因为它具有便秘、食欲不振或发生疲劳感等种种副作用，它将会给患者带来很大痛苦。它并不是一种治疗神经质实质的疗法，所以，往往结果是徒劳无益的。

这种鸦片疗法，在欧美的历史著作中作为一种非常果断的治疗措施被记载着，它对于某一精神病患者逐渐增加鸦片分量在达到极限时突然中途停止，因此患者也将突然陷入虚脱状态，或者呈现意识混浊状态，约须经过一天之后，原有的精神状况便会减轻。应该说这是一种十分危险的疗法。但在欧美各国，自古以来就往往果断地大胆试用各种治疗方法。这大概也是国情所致吧：由此而常有所感：莫非在日本近来也移来了这种风俗习惯吗？

药防虚、灸生热，相对而言、适可而止

近来，随着内分泌研究的长足进步，脏器疗法也流行起来。无论是中国还是日本，自古以来就有吞食动物或人的内脏、或服用其黑灰的作法。对于性功能衰退的各类症状或神

经衰弱等，有不少学者报告实施某种脏器制剂注射是有效的。我也曾在许多场合做过这种试验，但是最后的结果却往往不太令人满意。据说对于耐力特强的神经质患者，某位医生曾给用过上百支这种制剂。

俗谚有道：“药防虚，灸生热，不触恼神灵不挨罚。”但是，请你想想看，不用说注射或内服为我们身体摄取的外物，就连构成肌体组织的营养素，不也是经常进行新陈代谢和循环排泄吗？这就是说药物也只不过是可对人体产生暂时性调节作用、即“防虚”作用。倘或要需用它改善身体素质，那就得必须终生服用此药。所谓“不触恼神灵不挨罚”的意思，就象“见怪不怪，其怪自败”那样，如果凡事不加介意、不闻不问、人世间也就无怪事可言了。神经质的各种症状也是这样，如果患者本人对它毫不在意，也就没有什么症状了。

勿因迷信书本而丢掉常识

要对各种疾病疗法的成效作出正确评判是相当困难的。要进行正确无误的判定，必须要有科学的依据。外行的通俗疗法，即使也算精神疗法，但这些不懂医学、不懂得何谓疾病的人，根本没有参予评判的资格。即便是学者，也因各有自己的专业，平日只顾埋头于自己的动物实验、物质医学等，在仅仅局限于某一事实的情况下，有的也常常失去一般性医学常识，几乎完全和外行一样陷入误信之中，成为所谓迷信者。倘若今天的医生依然只是一个相信“病就是药”的人，那么他就是医学上的迷信家。有的人总好超脱地说什么“人世间历来没有什么了不起的怪事和怪物”，虽然他根本没有把人间社会放在眼里，反倒借以嘲笑他人，但是，当他偶然遇到某件琐屑小事，却又突然来个一百八十度成为一名深度

的迷信家。这是因为他不懂得社会上的酸与甜，从一个极端走向了另一个极端。纵然是位学者，如果放松或忽视了对日常常识性判断能力的培养，有时也会出乎意料地陷入医学的迷信之中。在过分相信书本知识失去一般常识的时候，切莫忘记文明利器也有能够杀人的危险。

评判治疗效果，首先如果连该病是怎么回事也不了解，那就只是一种盲目探索。今天，对于神经质症已有数不胜数的种种药物治疗法，如果不了解所患神经质的实质和病理，就想实行药物治疗法，即便这位医生间或能取得十分显著的效果，实际上象算卦那样也只有碰上和碰不上各占一半的可能，至于卖卜之言则是不可信的。对患者采取注射、电疗、或断食疗法、营养疗法、精神疗法等等，无论是什么新奇的疗法，头三天或十日之内可能是有效的，但那主要是一种暂时的虚假现象。以后随着时间的推进，就会毫无疗效地恢复原来那样的病态。如果靠这些办法能治好一些神经质，那也是一些素质较轻的患者。因为通过这种疗法症状突然消失后，由于精神上的相应转变，也可以从对该症状的固着脱离开来，但是，遇有某种适当机会，患者还要再次重犯以前那种病。即使这样多次复发，患者却仍然会对这种能暂时脱灾的姑息疗法形成迷信。

热衷于各种疗法

我不想遗漏在这方面经历过的事例。在达到发现神经质的实质长达若干年头的过程中，我曾普遍尝试过多种疗法，而且对它们都十分认真地做过试验。如今想来算是些无名业绩。

关于疾病治疗的评判，首先，在不了解病的实质的基础

上，必须对其治疗的有效时的情况和无效时的情况、效果的性质等与其他疗法加以对照、选择，进行细密的比较。否则，就象氧治疗器的广告或某一精神疗法的奇迹所说的那样，虽能治愈了癌肿瘤、或将十年痼疾一朝排除、或将濒临死亡的患者妙手回春，但那也不过是偶然碰巧的。即使不这样，也许能治好。但作为学术，必须对既定的病症经过一定的治疗，才能百发百中，取得预期的效果。期求偶尔命中的侥幸，是十分危险的。决非有识之士所应有的作为。

很早以前，我对当时流行的药物或物理疗法等用于神经衰弱症的各种治疗，也曾认为似乎是有效的。这种看法和我以前在易卜及骨相学命中后所发生的是同样心理。当有效又能命中时，自己首先感到非常惊奇和满足；没有命中时，便以为是受其他条件的影响，便将它舍弃不加返顾。总之，自己主观上已断定它大体上是有效的、能命中的，因而感到满足。否则，一想到自己辛辛苦苦拼命研究的结果却完全无效，就内心不安、灰心丧气。任何学者也是人，放弃这种心理是不容易的。况且并非学者的外行就更是如此了。以科学家自负的人必须舍弃这种自信，忠于事实、实事求是地观察记述并付诸于这种实践，这才是科学家的信仰。歪曲事实，好象只顾适合自己的心愿似的，或象是显示自己、装饰门面式地解说或歪曲真理都是不行的。倘若科学家中有人用脱离实际的物质医学原理或纸上谈兵的教条加以推断，来巧妙地迎合某种什么理论，应该说这也只不过是曲解学问、迎合时势的曲学阿事罢了。

易断(占卦)和骨相学以及历史上流行的神经衰弱疗法，在开始的若干年内我都曾使用并命中过，不过，现在客观地回顾统计一下来看，命中的50%，未命中的也是50%。这只

是一种或胜或负两面都合适、却毫无实际价值的东西。

能占一半也是很多的，象命中彩票那样，能有这么多命中的人就算很占便宜了。有这种想法的人乃是凡夫庸人的一种糊涂思想。这只是那侥幸命中的人的一种想法。如果他无尽无休地总是靠占卜做股票买卖，或是经常买彩票，结果也只能是输赢平局，获得的只不过是利欲薰心的邪念罢了。关于疾病治疗问题，如果什么也不在乎，认为只要能治病，有治疗效果就行的话，即使是位学者也很容易陷入迷妄之中，连世界第一流的学者、佛学大师夏科氏看到神经症患者靠宗教信仰的支持到圣地礼拜后治愈的情况也曾说过：“凡是治病见效的办法，无论什么都应该加以试行”。然而世俗之间却不认为“只要能治病就行”，必须对它进行试验，找出其效应的原由所在，经过一番科学研究。“只要治愈就好”这种说法的迷妄，并不在于他万中求一，侥幸命中彩票这一情况，因为一个神经质患者，遍历各种疗法，牺牲三年乃至十年的正常生活，尚仍白白落得个陷入迷妄一无所得的结果，由这一事实来看，这种谴责显然是正确的。

大学毕业后的催眠术

对于精神气质活动方面的试探，我从高中到大学曾练习过腹式呼吸，也试验过白隐法师的内观疗法等。大学毕业后还听过气功术、大灵道和其他奇迹性疗法之类的各种讲演，或做过些实验。还做过加持或祈祷及由此引出的加持台或巫婆转换人格形态、连被术者的各种状态也都实验过了。从而感到催眠术是精神疗法中最需要的疗法，曾多年热心地研究过它。

催眠术是大学毕业后开始的。并没跟任何人学，只是自己

读参考书、自己独竖一帜地动脑研究了一番。关于催眠状态，正象韦根特所写的《催眠是睡眠范畴的一种观念》那样，曾认为催眠是从睡眠中导出的，因此首先观察了自己的睡眠心理，经历了一条非常漫长弯曲的探索道路。作为实施催眠术的目标，还从精神病患者中挑选了对象，但却遇到了严峻的困难，有时甚至感到自己有一种特别不合作催眠术的性格而悲观起来。即使如此，最后似乎也做成了点什么。但现在看来实际上全是些十分愚蠢的作法。当时在我们的教研室里研究催眠术的就只我一人，没有任何人对这种事有兴趣。不过，在我经历过一番研究的辛苦后，以后再教给后来者就熟练起来，跟我学的人也能很容易地提高了水平。

那时，不用说各种神经症，对精神的、身体的各种症状都尽力想用催眠术加以治疗。以前曾有一名害怕途中小便而不敢外出的强迫观念者，用催眠术经历两、三个月治疗后痊愈了。我还曾将此例在《中外医事新报》上作了报导。

赤面恐怖患者是时常遇到的，但多数情况使用催眠术的效果不能令人满意，试用过说服疗法等各种各样的试验，但也十分困难。有一位患者最后竟逃避不来了。这么多年都没能治好这么个患者，也就死心塌地了。用我现在的疗法最初恰切治愈的第一例，是一九一九年的事（参照《神经衰弱和强迫观念的根治法》）。

今天，几乎都认为对神经质一般不须要使用催眠。尤其是神经质患者们不相信催眠术的人很多。关于催眠术的治疗价值下章将有专述。

关于一般暗示性疗法，例如伪装暗示、言语暗示等我也动过一番脑筋。尤其对于神经质的某一症状，每当诊断总要浮现出“一定能治”这种坚强的信念。当时思想上也真正认为

这种办法确实有效，实际上也真具有一定效果。但现在看来这种认识是非常浅薄的。今天对待患者决不能只是在嘴上不休地去进行说服劝导。而是要针对症状采取顺应其自然状态的这种精神方面的措施，按逐步引导患者的办法去做。这决不是局限于某种情况的一种暂时性手段，而是一种根本性的措施。

神经症和操作疗法

操作疗法对于神经症至为重要。但是就我的治疗方法而言，如果只从表面上看，认为只不过是做做事情而已这是错误的。通过工作解闷散心（叫做精神散发或情感转换疗法），或统一精神、锻炼意志等也都是不同的。想把它如此简单地表述出来这是很困难的。它意味着患者精神上的自发性活动、或对自己本身的领悟，或能服从现有处境、适应自然的发展等。

我对操作疗法的研究，最先是在巢鸭医院工作的时候开始的。那时对我负责的患者，开始是让女的织毛线、男的写字或给予糊纸袋等工作。因为是精神病患者，一律不能交给危险物品的操作，工作上要有所限制。给予这些工作的出发点不是单纯为了治疗，一年到头被监禁在医院的病室里，考虑到患者这种寂寞的痛苦对精神不利，这也是拿我自己的心情加以比较、出于同情而推测患者的心情。至于患者自身也许未必就是这样的心情。社会上有很多人认为一年到头什么也不干、游手好闲才是愉快和幸福。这只是生活困苦劳累的人们的一种想象，实际上再没有象世上毫无欲望、又无所事事的人那么痛苦的了。

让患者进行操作活动的结果，可从不同类型患者的身上

看到不同的好成效。既没有原来想象的障碍，也没有危险，而且给患者带来活气。这种操作疗法渐渐得到扩大，到1905年左右，又开始让患者从事些户外作业。在巢鸭医院最初由我开始担任这种操作疗法的主任。以后逐步让他们干农活、开垦、养鸡、养猪等，开辟了逐步发展下去的良好开端，并逐步积累这方面的经验，直到发展成为今天我这特殊疗法中的操作疗法。

神经衰弱和生活正规疗法

另一方面，关于宾斯万格氏的生活正规疗法，对神经衰弱者或强迫观念者及其他各种异常人格的患者等都曾长年使用过它。这种方法是将欧美式的做法翻改为日本式的作法。须要编排准确的时间表、早晚安排患者阅读“论语”或其他读物，饭前饭后休息、散步或参加其他如写生、音乐、各种操作等活动。要想尽各种办法搭配并编排组织好。但是对意志薄弱者不可实行。即使是神经质患者，实行起来也有相当困难。而且，受此局限之后虽也有些暂时性的效果，但相距实际生活甚远，又不能持久下去，所以仍难免除疾病的复发。事实上就象纸上谈兵那样很难实行。

近来在美国流行一种所谓结核的运动疗法。这种疗法要求医生对患者进行认真的诊断，适应各种不同的情况，确定一定的距离，使之正确的步行。随后逐步增加其步行的锻炼，或让攀登小坡。看起来这也许是物质医学家用机械地看待人体的观点构思的结果。但是，他们却忽略了人类的精神生活是极为复杂的这一问题。再如很久以来，对脊髓结核虽然研究设计了各种运动疗法，但却也因过分机械或只是从数学计算的角度考虑，所以也没有多大的实用价值。

我现在执行的操作疗法，和过去相比逐步取消了那些严密的规定，改为来到现场自由活动的方式。再如以前还曾交给患者材料，让他干木工活等，但是，患者反倒借此消愁解闷、消磨时间。这样成为一种游戏后反倒会带来害处。例如患者因为没事可干闷得慌，便到工作场地去制作并没有什么用途的箱子，或毫无兴趣的雕刻等。干这些还不如修理用坏了的簸箕或接好木屐的布带等倒是有效。因此，作业项目要随机应变，自由选择，必须适合周围的环境，以便通过这种心身的自发性活动来培养他们适应实际生活的能力。犹如并不是象坐禅的禅，而必须象是王阳明所说的“事上的磨练”那样才行。

精神病和静卧疗法

关于静卧疗法，我们在对精神病患者的处置中，无论是抑郁症、狂躁症或其他兴奋型患者，只要看护人将他强制性地按在那里勉强让他睡下时，有的会想象不到的沉着、安静。这时，无论被动也罢怎样也罢。总之，身体安静下来精神也就同时安静下来。因为精神乃是身体机构本身的一种活动现象。詹姆斯所说：“我们不是因为悲伤才哭泣，是因为哭泣才悲伤”。这也说明了，身体的某一特定现象和精神上的自我感觉经常是同一的，并不是两回事儿。我们吃惊的时候，横隔膜收缩、下腹下瘪，“丹田”的内力放松。倘若将下腹部鼓起、运足“丹田”的内力，即便遇到突发事件也决不会发生吃惊的感觉。我很早以前追求宗教的时候，无论怎样佩服教义、想求得信仰，但那只是停留在理智上的评判，绝未出现过信仰的感觉。相反，无论真假只要你跪拜念佛，自己就会出现虔敬的心情和信仰的感受。这就说明身体的行动或表现出来

的事实却可以如实地反射成为精神上内在的自我感觉。即使你是勉强地嘻嘻微笑起来，精神上也会感觉到轻松愉快。

再如很小的儿童，和他闲聊时很难睡着，只要停止说话，用手帕蒙住他的眼睛，很快就会睡着了。这是因为外界刺激被闭塞的缘故。另如因神经衰弱或其他疾病要让学生卧床休息时，我让他把桌子和书箱等都放进壁橱里面，这时只剩有一床棉被，在患者眼中再没有其他刺激物了，因此患者在精神上就容易得到安宁。

有时有的学生因考试不合格，出现象狂躁病似的状态，我去赴诊时强制性地要他绝对卧床、头上使用冷敷，这个冰囊的目的并不在于冷却，而是一种伪装暗示，是患者在医疗心理上所必需的东西，为的是提醒他注意无论如何必须严格照此执行。这种措施十分奏效，一会儿功夫患者就全好了。

还有一次，也是一个初中学生，因为某一事件引起了不安和苦闷，患者便自己想法子治疗，访友，散步，激烈运动等，试验了许多办法，但却越发陷入了苦闷，进退两难无所措罢。对此，我命他绝对卧床四天，取得了显著的效果。

从以上两例的经验看，许多患者应用卧床疗法也都取得了预期的效果。对急性热性病、肺结核等，医生也要求患者绝对安静，这也不仅只是为了身体上的安静，必须看到精神上的安静倒具有更大的意义。另一方面，即使通过静卧，在心理上可以进行观察研究，但是对于肺结核及其他慢性病症状，妄目延长时间持续地让他绝对静卧下去是有害无益的。对这一点也必须了解。

神经衰弱和说服疗法

关于劝导说服疗法，不仅是杜布瓦一个人，许多人很自

然地都在采用它，而且是不得不采用。外行人也好、业务不太熟的医生也好、老练的医师也好，都在按照自己的医疗能力来采用它。我们无论过去和现在也一直在采用。过去我们也象杜布瓦说的那样，是从哲学的人生观角度进行知识性的说服，结果却惹得患者焦躁不安，甚至要生气的样子。那时，为了证明自己理论上的正确，我也动过一番脑筋，一味追求这样说好、那样说不好等等。现在则是考虑说服疗法在患者身上获得的结果究竟如何。不再局限于理论上的追求，而是注重于事实。但是还不能说什么大话。无意之中因对患者死扣字眼惹得他发火的情况仍然难能避免。象杜布瓦对患者所说的“要鼓足勇气”、“不要害怕这病”等，也不过只是他自己的看法，对患者并不会有什么效果。精神病患者中有一种妄想型，对这类患者也用发表议论进行说服的作法是十分有害的，在治疗上是禁忌的。因为这样会使患者更加肯定了他那妄想的信念，甚或愈陷愈深。在接待精神病患者时，要佯装不知、不加过问，加强自己不庸俗的修养。这对神经质患者的治疗中也要应用。

对精神分析法，我也曾作过试验。是在神经质治疗结束后进行的。某些场合对患者的发病诱因及其原因进行一番追究和探讨，常常会饶有兴趣地发现一些实际情况。然而，这只不过是心理探讨方面的兴趣而已，对于实际治疗它只是一项过于花费时间、甚或可以说是多余的工作，还看不出它有什么直接的必要性来。

二十年间的呕心沥血

我们在患者治疗上最痛苦的回忆就是对性格异常的所谓不良行为少年的治疗。无论怎样想尽各种办法努力为他治疗，

但却总是向相反方向发展下去。似乎治愈了却没治好。而且假装老实，看起来象是暂时治愈，但却接受了很大的教训；看起来象是忏悔了、实际上是为了取得人们的谅解而特意做的忏悔。想要看透这一情况，需要有十分纯熟的经验。就连有的地道的宗教家或教育家也常常受骗上当。

我在不知不觉的多年实践的这些经验中，对在异常人格的分类上叫做意志薄弱性素质者的心理进行了考察，并与它相互对应的神经质或歇斯底里的心理进行对照观察，终于使我取得了彻底搞清神经质的实质、确立它的病理学说，对神经质的病名提出特定见解的成果。能确定这种诊断界限后，才能对过去在治疗上取得的所有个别经验加以取舍选择，并能提出了今天对于神经质的系统的治疗方法。

佛教有一个“破邪显正”的说法。为了发现真理，首先必须懂得谬误，然后才能破邪扬正。欲知白要先知黑，为了理解精神的正常，必须首先了解精神的变态。我开始是从迷信出发的，曾渴望得到奇迹，憧憬着幻想，从而着手研究了精神的异常。终于在变态和正常之间发现了这似病又不是病的神经质。打破了迷信和奇迹，懂得了切实地服从客观真实，从而才掌握了治愈这种病的法则。因为涉足迷妄才尝受了二十年之久的辛劳，终于在今朝进入了“显正”的阶段。“有大疑始有大悟”，神经质患者也是尝尽了过去长年里各种疗法的迷惑之苦以后，才得到我这种恰当的疗法。另外，为了准确深刻地了解一件事情，还必须了解与之有关的各个方面。为了弄懂神经质，必须具有对包揽医学所有方面的理解。内科自不待言，精神病、泌尿生殖器疾患等什么都与之有关。毫无疑问，只靠一个人的力量是来不及的。然而十分幸运的是患者从许多医生那里经受了多种疗法后，带着它的结果又来

到我处，在这些患者中，例如为了肥厚性鼻炎进行过六、七次手术的；或为了潜在性远视，进行眼镜矫正的，或者为了实行返老还童法进行精系结扎、注射脏器制剂达一百几十次的，注射 606 达一、两年之久的等各式各样的人。各科类的专家们虽然各自分别强调自己疗法的成效，但是对于神经质的这些疗法，实际上却多次让我遇上了由我才能作出最后判定的事实。而且弄清了这些疗法的效果是暂时性的还是无效的，这才得以进一步搞清神经质的本质。

我还经常从患者那儿汲取各个方面的很多知识。在我过去写的东西里，时时出现关于禅家的词语，其中很多是跟患者学习的。另外，有时遇到信佛的患者，他那自鸣得意的东西，让我看来很多都是野狐禅。因此，很多人认为我似乎也是信佛的，这对我是估价过高了。只是很早以前因为好奇心或出自探讨的心理，曾经坐禅或参禅。但是，连“父母未生我以前，自己的本来面目如何”这一课题还不清楚。也就是说我对于神经质的知识从佛家方面并未得到多少，只是利用禅家一些有意义的词句试加说明而已。

神经质和我的家庭疗法

我对神经质实行的住院疗法是一种家庭式的疗法。以前，是让患者来精神病医院住院，实施现在的疗法，但在作业方面常不能如愿进行。另外也曾对有的患者让他在我家附近借宿进行治疗。有一次，一位是和我关系很近的人，据说每天有 $37^{\circ}\text{C} \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 左右的低烧，肺浸润可疑，痔疮严重，神经衰弱等，因此连职业也找不到，只是闲呆在家里。因为我家的二楼空着，我建议让他搬来疗养。随后只有一个月左右的时间，上述症状全好，并恢复了健康。这是 1919 年 3 月的

事。从这一结果联想起来，渐渐过渡到家庭式的治疗。它和住院治疗的景象与感受是不同的，可以取得较好的疗效。

催眠术的治疗价值

什么叫催眠术

在介绍催眠术疗法时有必要按顺序首先就什么叫催眠术的问题略加说明。然而，为了说明的简要，也许会失于专断。下面仅就个人意见说明其要点。

在实施催眠术的过程中，可以悄悄地试着将被术者的手臂举起加以观察，若已进入催眠状态，其手臂则照原样保持僵直状态，即停留在放置的位置不动了；假如尚未进入催眠状态，其手臂则仍由患者本人随意或不随意地放落在膝上。这种僵直状态如果本人毫无感受，即连手臂放得是否适当也没感觉，连是否非这样放不可也没什么反应，一味地表现出恰似一个被喊过“立正”口令的士兵只保持着指定的姿势那样，就是一种毫无意志的绝对服从的样子。

另外，我还常做以下的试验。为了估计一下被术者对催眠术的感受性如何，可特意将他放在膝上的手臂放下来，如果他是个可能接受的人，其手臂会自由自在地做出各种动作后便以自然下垂的状态落下。这种人很容易进入催眠状态。但是，不能这样做的人却十分困难，所以我也不肯轻易对他们进行催眠试验。这种不能接受催眠术的人，当你故意让他放松手臂时，他反倒将注意力倾注在手臂上，这就是因为他的精神还没有放任自流。经过以上测试后，让容易进入催眠状态的人将两臂向前平举后，当术者反复说“将两手逐渐靠近”时，其手臂便象不以本人意志为转移似的驯服地逐渐靠

拢起来。这和很早以来行者所做的举棒靠拢术一样。

上面说的僵直状态是靠动作指挥、双臂靠拢则是用语言指挥，从而使被术者象是丧失意志、无所用心似地接受了动作，并且好象感到应该这样做不应该那样做，这就是所谓暗示、或称为推感、或叫被影响。那么，搞好这些以后，可进一步向被术者提出“向左右摇摆身体”或“不要睁开眼”、“不要动胳膊”，“不要站起来”等，被术者同样也会毫无用心地照做不误。这些是对于运动机能方面的解除或停止。再进一步，对五官的知觉、身体的感觉即知觉、情感、人格等，对这些也可以指示它们解除或停止。这些和以上所说的僵直状态、双臂并拢是在同样道理下由同一状态发生的。象这样直到术者可以随心所欲地支配被术者的精神，这种做法就是催眠术。

其具体作法，自古以来研究出了有多种术式。如注视某物、调整呼吸，或者通过所谓运气、转瞬之间趁对方毫无精神准备而有意攻其不备。以此将其精神控制在术者手中。总之，无论如何，要使对方的注意集中指向并固着在术者一方，即关键在于剥夺其精神上的自发性活动。

什么是催眠状态

关于以上得到的状态是怎么回事的问题，象韦根特氏等所说：“所谓催眠状态是睡眠范畴的一种观念”那样，许多学者对它和睡眠的异同发表了这样那样的许多议论，但是，最后认为这两者之间毫无关系，就象正常说话和呓语之间的差别那样，只是历史上在实施催眠术时为了安定其精神使之进入无念无想状态，使用“睡着了”这种暗示比较方便，因此才出现了催眠之说，今天的催眠术则一点儿也不再需用什么“睡

眠”之类的暗示了。

一般人中有一种很不好的习惯，对于日常司空见惯的事情，那怕是人生中再大的不可思议的事情也不会发生一点儿疑问，但若突然遇到那怕是眼前的一点点奇怪事儿，就马上当作奇异的新鲜事儿，试着作出各种解释，甚或要进行各种臆说。正因如此，这种催眠状态在历史上或被认为是由于生物电流或认为是人体磁场的作用等。但是，今天的人们认为这些都是一种迷信。然而，时至今日，对于这种和催眠状态相同的现象却还有人又进一步提出什么人体“镭”这种和过去的生物电流相同的腔调。另外还有什么“灵子”作用或韵律学之类的说法，都不过是些用哲学的乃至科学的词语硬套在这上面而已，都是些墨守陈规、无关紧要而又牵强附会的迷信语言，甚至达到可以称作臆说的程度，对于其实质或有的叫人体X线、或有的叫醚、真如、天理、大本等。这些说法的结果都是一回事儿，只不过是选用了些虚设的难解的名堂而已。我们唯一需要的是应该对于这种催眠现象是一种什么现象，应怎样利用或运用它服务于治疗，持续进行实验性的具体研究，否则，只不过是徒然迷惑群众罢了。妄自陷入一些无关紧要的搬弄词语的文字游戏是没有什么价值的。

再者，近来对于这种催眠现象又试行了各种生理的或推理心理学的解释。例如象希吉斯氏的双重自我学说，把个人分成主我和副我，或分为潜在活动与显在活动。另外还有赖文费尔德的脑贫血条件说。然而，这些说法都是些假说或只是根据局部条件作出的推断。我认为对它在心理上的解释应是从知觉、情感、注意、意志等各个方面的各种情况加以分析才能说明。

这种催眠状态有深浅、完全和不完全等各种因人而异的

不同类别和程度的表现。有的能在活动方面表现出来，但在感觉方面则不行。这种催眠状态是我们以专门目的使对方精神施加丝毫不得反抗的支配活动时得到的一种状态。这种作法就叫做催眠术。与此相似的一种状态是我们一般人在日常生活言行中不知不觉表现出来的人的一种擅长模仿的基本特性。因为我们人类必然要接受外界环境的影响或支配，儿童住在寺庙旁边或学校附近，不久就会对它进行模仿，所谓“昔孟母、择邻处”三迁教子的故事就是这个意思。社会风俗、迷信活动等和群众中大致雷同，就是这种影响作用所致的一种表现。日比谷公园的暴动和俄国的过激派也都是这么回事儿。这种现象可叫做社会暗示、群众暗示，即 *Massen-suggestion*。法国有一次搜索船上的船员们，曾通过漂流着的木板认出了沉没的船只，十字军的全员在耶路撒冷的塔上认出了圣约翰的姿态，以上这些都是群众暗示。

听到身旁的人不断连续咳嗽的声音，自己终于也嗯哼嗯哼地假咳起来，当你发现别人鼻尖上粘有一一点什么东西时，自己的鼻尖似乎也感到有些发痒，这些，可叫做共同感觉，即 *Mitemptindung*，但仍然是些外来暗示。有一位十三岁左右的男孩，从距离水面不太远的桥上跳入河中游泳嬉戏的时候，不料想他六岁左右的小弟弟也突然仿照他的样子跳入水中而溺水，因此还引起了一阵骚动。这也属于暗示的作用。

当听到喊自己名字时，便会不加思索地抬起头来或下意识地迅速应答一声。这种情况似可与佛家的悟道相类比，都可算是一种影响作用或暗示作用。

如果是从自己信任的医生处拿来的药或接受电疗、注射、其他新奇疗法，这时，患者根本不担心其治疗措施如何，而且也不用医生自身授意，漫不经心地就会相信它能够治好病，

因而也就这样便取得了疗效。这叫做伪装暗示，即 Masken suggestion。这是由于本人深信不疑地相信会有这样的结果，所以，也可以说是自我暗示。不过常见有时候医生以其他目的疗法，偶然也很可能意外地为患者解除病痛奏了奇效。我为某位患者治疗下肢麻痹发作时，曾给他实行了某种精神疗法，但是，意外地是在治好其麻痹发作的同时，却连他平时的晕车也治好了。

有名的武术高手或长于法术的高师站到平时对他十分敬仰的人们面前只要一运气，对方就丧失了抵抗能力。这多数也是受自我暗示的支配。这就是所谓气功术的作用。海涅去访问歌德时，途中他想到了歌德定会高谈阔论一番，因此打好了各种腹稿，可是一到了歌德的面前，却一句话也说不出口了。

流行的淫词邪教、或纸符咒语等有时能立即解除精神上的痛苦，这是由于群众暗示或自我暗示引起的一种现象。行者的法术据说可以祛病，治疗龋齿，当牙痛时将行过法术的纸符钉在室内的柱子上，伴随着砸钉子的铿锵声，牙痛就逐渐停止了。大灵道或韵律学等将术者的手指向患者的病患部位后，就可以解除病苦，这和以上所说都是同样心理作用所致。

在加持祈祷（译者注：祈求佛力施加信徒身心以借神力庇护祛灾的一种祈祷）仪式上，祭坛装扮得十分庄严，用施行各种法术、或读经或虔诚祈祷等方式统一信徒的精神，或把大鼓敲得咚咚乱响以驱散信徒的注意、打断其思考的余地、控制其精神活动，使之处于心神无主的状态，这样，信者便进入了无意识、无思维的状态。或者一面说“神灵附体了、重得举不动了”，一面将手中为神佛高举的遮阳伞逐渐放低。

或者伴随着庄严幽森与恐怖不安的气氛，往常听到或看到的狐狸精及犬神附体等印象也结合祈祷活动被联想起来，依照各人的自我暗示显现出各种不同的状态。显现的内容是由本人有意地或无意地接受恐怖感受或奇异感受后形成的再表现出来。大本教的审神或真言宗的加持活动都要对被术者提问“你是什么人？”、“从那儿来的？”、“你有什么病？”，用这些暗示性的问题引诱对方，从而使之顺势上钩，把各人平素积郁在心胸中的某些感情上的疙瘩顺口溜似地倾吐出来。这些都是由于环境暗示或自我暗示促成的。不过，一旦坦率吐露后，本人的心神遂即全部集中于此，犹如陷入睡梦之中，看不到四边的境界、感受不到周围的刺激，呈现一种一心一意凝神不乱的状态。所以这就形成了人格变换的状态。

关于暗示，例如医生给病人诊断后，对病人讲“你身体很健康”或“你马上可以走路”等后，倘能生效时，则可叫做清醒暗示。当然，没有任何影响作用的不能算做暗示。然而，从催眠和睡眠的相关来看，对于觉醒暗示这一说法，和它相对应的几乎没有象催眠一词那样恰当的词语。如果“逐步靠拢手臂”、“不能睁眼”等暗示也叫做清醒暗示的话，那么进一步来看，当进行“不能直腰”、“那儿有猫”等类暗示时，莫非应该叫它做催眠暗示吗？这就是说，清醒暗示与催眠暗示之间事实上并没有什么明确的境界。当把这两者完全看做是两码事时，就会把催眠术看成特殊的东西，甚至把上面列举的各种暗示也都看做各不相关的东西。如果将清醒暗示和催眠暗示勉强加以区别的话，所谓催眠暗示就是用类似加持或大灵道那样的方式，或使用催眠术将被术者的精神控制到术者一方，使之固定地集中于此，这样连续进行暗示的状态就是催眠暗示。在刚刚进入这一状态之初，或个别暗示动作，象

气功术那样，可以将这一时性的动作叫做清醒暗示。

象使用“不要睁眼”、“头痛消退了”等语言的作法，一般可叫做言语暗示。然而，所谓语言就是通告对方某种意思的一种符号。只要能通达说话人的意思，在语言之外无论什么形式都可以达到目的。与此相反，即使语言正确，如果接受语言的人不能理解它的意思，目的也要落空。因此，对理解能力痴钝者使用催眠术时，常常在选择用语上遇到困难。对于理解能力强的人，无论是说“哎呀：见效啦：”或睡“着了”：“万念皆空了”等都可以，只要本人能入心就行。无论是“好”这种暗语，或“哎”这种声势也都一样。或术者只是用默默地点点头或摇摇手等暗号也可以。象这样用“好”、“哎”或其他暗号等都属于表情或姿势，因此，这些作法与语言暗示相对应则可叫做貌言（姿势）暗示。其他，如果不步行、不活动，只用拍手等动作来进行暗示，则可把它叫做动作暗示。如再一一赘述就太啰嗦了。

从另外的角度来看，暗示可分为直接暗示和间接暗示。如“头痛已治好”、“夜尿决不再犯”、“脉搏变快了”等面对其目的或物象直接加以暗示的可叫直接暗示。如“想小便的时候可马上起床”，或“哎呀：地震啦”，等想间接表达目的的做法叫间接暗示。为要治疗疾病或怪癖，引起对它们的注意是十分重要的。例如夜尿症，如果使用直接暗示就没有什么效果。再如脉搏问题，如果只是用“脉搏变快了”或“真可怕”等进行暗示，本人顶多只不过对这句话引起了注意，脉搏不但不会变化，而且几乎连吃惊的表情也引发不起来。但是，如果用“哎呀：地震啦”等这类事件来施加暗示，这就会引起本人十分吃惊的表情，并可得到脉搏加速的结果。

如上所述，所谓催眠术就是对被催眠者的精神经过诱导

取得统一，或使之颠倒后控制其精神，将注意集中固定在催眠者一方，变成一种无念无想、无所用心、丧失自发活动能力的状态，并在术者的暗示影响下照其所想安置对方于某种活动状态的一种方法。然而，这样说并不是我想对它作出完整的定义或解释。只不过是提出了一种似是而非的说法。例如尽管说终止了自发活动，但是当被术者进行人格变换时，这一过程中的活动仍然是本人一种随意的自发活动。而且并不是照术者的想象活动。另外，在术者施加暗示诱导时，也未必一切影响都能绝对地兑现。在这些存有异议的地方，过去的学者们曾经作过许多种实验。例如强迫观念患者本人最厌恶的事情就很难实现暗示诱导。譬如即使说“你放大胆子去打那位贵妇人的头”，他也决不会照此去做。照夏科氏的例子来看，据说对其他人未做任何表示，只对男孩子进行暗示时就不会发生人格变换。再是正象前面说过的那样，有的人并不懂什么催眠术，却也还四面八方到处去作催眠术。例如寺庙的祈祷、或大灵道、大本教等都是如此。倘若有人不以为然，那么，这种人大概是主张例如学校里有老师讲课才算教育，其他如家庭教育、社会教育、博物馆等都不算是教育。

再者，这种催眠状态并不是睡眠、昏迷、停止精神活动、神志不清或忘乎所以的状态。必须明白他是处于精神紧张、精力高度集中的状态。

什么叫暗示

所谓暗示作用乃是人类的本性，是我们在日常生活中常有的一种心理现象。催眠术就是为了引导进入这种暗示作用能够最有效实施的方法。祈祷、气功术或大灵道同样都是利用这种暗示作用设计采取某一方式的结果。那么将以上问题

概括起来用暗示加以表示的话，该不致于引起语垢之争吧！

所谓暗示就是在本人和周围的事物、社会现象或人们之间所建立起来的一种关系。外界事物或人的威力强大时，其暗示作用也大，如果本人感觉迟钝、反应缓慢，或性情固执、疑心特强，那么，暗示作用就很小。所谓暗示作用是一种普通的心理现象，如果没有它，人即不能适应人世生活、也不能发展前进，如果对它感到不习惯，也就难能形成应有的人格。一个完善的人，这种暗示性也应该是强弱适当的，它的过分和不足都是一种异常的表现。因此，催眠术只能是在居多数的常态人中实施。歇斯底里患者有的对暗示非常顽固，也有的对暗示全然反抗。而精神病患者和白痴一般都非常缺乏暗示的接受性，因此，正如连外行也晓得的常识那样，精神病患者对于暗示疗法是不适宜的。

暗示这一现象，与其用观念或判断等词语表述，我看反倒不如说它是一种信念。那么所谓信念，并不是经过逻辑推理产生的结果、不是直接作出的断定，而且也不是一种应该这样，不可那样等的思考方式，是由于本人自觉领悟到的确是这样，从而才直接影响到行动。近来似乎重视提倡所谓感情逻辑，那么，信念则应该是属于这一范畴的东西。信念是脱离道理的东西。即使是宗教性信念，例如佛教的理论性内容也很难发生信念。它那宗教性外衣是荒唐无稽、很难处置的东西。倒象是群盲那难以侵犯的信念，因为它连插入道理的余地也没有。这样的所谓信念是脱离了道理和解说的一种无所用心的、不随意的言行实践的体会，而我们日常言行的大部分都是靠了它的支配。倘若我们过分吹毛求疵、天天对它逐一进行查验，那几乎就什么事也做不成了。中国曾经有一位长有美髯的人，有一天王公问他“你的胡须晚上睡觉时怎么

办呢？”这时才引起他自己对此事的注意，自己过去也不知道是怎样睡觉的。这次回到家中再睡觉的时候，便特意地想是把胡须放在被子上面或被子里面还是横放过来呢，因感到都不方便反倒毫无办法了。如果不特别注意时，事情会简单而容易、顺顺当当地做完了，但是，硬要注意的时候，反倒不能如愿。信念和推理的差异也就是这样的一种差别。

一般地说，如果给暗示加进庸俗的道理进行说明，常会削弱其威力和效果。无论是气功术或催眠术，在暗示中都不可加进什么道理。对于已经处于催眠状态的人，即使完全不用理论，只是用些日常经验和矛盾的事例也毫无妨碍。例如“因为眼睑下垂、已经合上了眼，所以眼决不会睁开了”等等类似的说法几乎不能使用。术者只可对有某些不安心的事可略加说明。或单纯提出严格的定论告知对方反而有效。因此，在学术理论上的半瓶醋的人倒不如没有知识的莽莽撞撞的大老粗作起暗示来反而容易成功。催眠术也是这样，越对它掌握了广泛的知识，实行起来反倒较前更加困难。这种暗示和实际情况不管有多么矛盾也没有关系。例如用暗示引起的幻视，或者说“在松树上起了海浪、波涛上面还过队伍呢”这类的事情也毫无妨碍。再如关于治疗方面，当被术者觉醒过来时，倘若使之忘记以前给予的暗示仍会有效，倘若事后回想起来发觉了暗示内容的不合理或矛盾，也许会降低效能。所以，所谓暗示即不要给予对方任何思考的余地，只要提出术者的想法，拿它直接使对方形成信念、使之暗暗地受到指示和控制，也许正因为是这样，才使用了“暗示”的字眼。把它扩展开来说，也就是影响作用、即 Beeinflussbarkeit 的意思。也就是从别处接受影响，使之受到支配的意思。象催眠术等词狭义地讲，用“推感”的说法也许是恰当的。

将催眠术广义地解释为暗示的意思，并进一步推广开来看它的应用时，它并不单单停留在疾病治疗上面，还可以在教育上、政治上、宗教上等各个范围广泛地使用。如教育上的薰陶感染、政治上的感化或收揽人心，以及宗教上的归依信仰等类活动中，这种暗示的作用也是很大的。从治疗上讲，所谓觉醒暗示、甚或连周围的影响等也加以考虑的话，可以说暗示在精神疗法中占有主要的地位。在我们了解什么叫催眠术的同时，应该弄清楚与此相同的日常生活中广泛接触的一些现象，不要单单拘泥于某种固定的形式，而必须研究如何将它广泛地应用起来。

催眠术在治疗上的应用

对治疗效果的评判

对催眠术的效能历来各派都有报告。有的把它宣扬成万病神效般的灵方，有的则看做是毫无作用。有意夸张的人多数不是医生，是些不懂病情的人，而无视其作用的虽然是医生，却似乎多是些没有实施催眠术经验的人。虽然这也是理所当然不可避免的事情，但应该说他没有评论的资格。

要对某种疗法的效能加以评判，决不会象外行人想象得那样容易。连一般医生在内，倘若缺乏审慎的学术态度，许多人甚或连理疗、注射等也会出现主观臆断或妄加杜撰等现象，何况是不懂病理、不是医生的外行、又何况是对于象催眠术这样主观性很强的方法呢？要正确地评价其效能与价值，必须持有十分慎重的态度。

心身关系

催眠术主要是靠由暗示形成的信念来祛除主观世界的痛苦，对疾病给以良好的影响。或唤起某种信念后使之对某种

意志加以抑制或促其发动，以求得到良好的结果。然而爱好神秘化的人们、如詹姆斯所说的所谓软心派的人们思想十分片面，把身体与精神双方对立起来看待，有一种好把精神力量极端夸张成伟大的神秘东西的怪癖。把心身两者分裂看待的人或唯心论的人，就象他们的兼好法师所说的“服药是为了出汗，即使不灵验，也应该知道：只要在这一天里端端正正地把心机开动起来，必然也要出汗”那样，他认为这是观念作用的结果把影响施加给身体的。与此相反，而身心同一论者认为，精神上的庄重与出汗是统一的，不出汗不脸红的时候就不会发生害羞的感情。气力不下沉，丹田、横隔膜不提及时，即使想害怕也怕不起来，即使有想出现一点惭愧或吃惊的观念，也不会照预计的情况实现。这里需要有相应于羞愧或吃惊对象的刺激或回忆，有了刺激或是回忆，才会引起身躯发生，出汗等变化。与此同时，在它的主观上才能引起羞愧等的情感。中国过去的殡葬仪式上有雇佣的所谓“哭丧妇”或“哭丧男”，当你问及某一个哭得特别悲恸而又巧妙的人有什么秘诀时，他会回答说是因为我回忆起了自己已经死去的老婆孩子才如此悲痛的。看来问题也很简单，机械地强制哭泣的确是件难事。因此，在实施精神疗法或催眠术时，要对刺激乃至暗示不断研究改进，为疾病实施好的影响。象前面举过的例子那样，只用“你的脉搏加快了”来暗示对脉搏不会产生什么影响，即使说“你害怕了”也仍然无济于事。倘若突然一喊“哎呀！失火啦，不得了啦”，使本人感到吃惊，这才会使脉搏变快。

在此不可能就心身关系详加说明，但是前面列举的言语，作为惊句是十分有趣的。因羞愧出汗与发汗剂是两回事儿，不能与之直接比较。寂寞无聊时要打呵欠，但是却没有什无

聊药或呵欠剂。发怒时要攥拳，但是也没有什么拳头药。

“精神必然会直接影响到身体”，这样说倒还可以，但如以为只要产生了信念，即使不吃东西身体也决不会衰弱；或依据精神状态肤色也可以变白等，过于夸张式的空想也是不行的。不能囫圇吞枣地机械理解心身关系，必须就一件一件的事实加以具体研究。演绎式的思辩方法的弊端是可怕的，迷信也常常是由此而产生的。无论是人的精神还是身体，其能量总是经常保持一定的限度，达到一定程度之后一般不会再忽高忽低变化无常的。

催眠术是一种对症疗法

治疗方法大致可分为根本疗法和对症疗法两种。催眠术乃是一种对症疗法。也可以说是对因疗法的间接疗法或辅助疗法。然而，关于催眠术治疗效果的报告，特别是非医生的报告中，往往有所谓治好结核或癌肿等病的事例，这些对于学者们来说是毫无参考价值的。连伯龙哈依姆报告中的所谓全愈病例都有胆石黄疸、游走肾、肺结核、静脉炎等。然而我们在讨论催眠术的应用时，只根据病名来列举事实几乎是无意义的、毫无用途的。必须从症候方面乃至间接的或辅助的方面进行观察。倘若以病名来说明催眠术的效果，那么除神经质和歇斯底里以外，其他恐怕都可以说是无用无效的。相反，如果从症候的或辅助的观点来看，几乎在所有疾病都可以找到它的用场。特别值得注意的是，无论什么病大多数的患者必然常常带有神经性症状。尤其是先天性神经质，随着其程度的增强，其本病症状及其以外症状都较强烈而且又较复杂，或原有的疾病业已治愈，只有主观症状固着而不易解除。他所说的产后出血等也是由产褥中引起的各种病，或即使病的变化已经恢复，却只有主观性症状，恰如遗留暗示

那样已经固着不能解除。即本人先天性神经质强时，其出血症状也应该是严重的。伯龙哈依姆的例症中还有腹膜炎之后下腹痛、关节炎之后关节痛等全愈的例子。连腹膜炎和关节炎都可用催眠术治愈，可知这样自以为是地贸然断定是不行的。再如大灵道家认为催眠术还可治好脑溢血的半身不遂也都是同样的缘由。也许是诊断上的错误、或许是该病实际上加进了神经质症状。前面提到伯龙哈依姆报告的即使是各种器质性疾患，也同样靠催眠术解除了他的主观痛苦，与此同时不过是对其本病症也使用了其他医疗方法，或经自然过渡，当然应该治愈的病必然也会治好的。我们常常见到有些病可以有各种机会治好。象伯龙哈依姆的游走肾病例，它由此带来的多种病状，通过催眠术也可能提供某些治愈机会。某女患者主诉经常腰痛，诊断结果判断为子宫后屈位。已决定施行手术，由于某种原因未做手术就结了婚，第一胎分娩后原有症状全部消除。此间她当然可以遇到许多治疗的机会，倘若当时遇到了咒符或其他什么疗法为她试治过，那么这一效验就得归给这种疗法了。

催眠术作为一种症候疗法，首先在于解除患者的主观痛苦。所谓痛苦都属于主观性的。主观性痛苦的说法也许带有什么语病，但象什么疼痛或运动障碍或五官感觉异常等，实际上都没有什么客观性原因，而都是属于精神性或神经性原因发生的。

疼痛

首先，对于疼痛任何时候都可通过催眠术将它消除。象前面已经提到的牙痛，加持祈祷或气功术都可以祛除，但催眠术都是随时随地非常方便。有一次在避暑地我那9岁的儿子突然牙齿剧痛难堪，这时进行其他治疗因为毫无准备，不

不得已便采用了催眠术，没料想却就此止痛，以后也没再复发。然而龋齿只能用药止痛，而且必须进行相当的治疗，催眠术无论如何是不行的。所谓催眠术的效验，只对于简单的龋齿痛疼有效，而齿根炎或齿槽溃疡等施行催眠术醒来后照样痛疼，这时的催眠术就象阿斯匹林等类药品，相当于它们减轻疼痛的作用。不过任何情况下诊断乃是选定治疗方法的基础。只简单地说法牙痛是不行的。

其次是头痛，如是器质性疾病，如脑梅毒或脑膜炎，药物或催眠术几乎是都也毫不奏效。但是对于机能性的，即主观范围的神经质或歇斯底里的头痛催眠术却较有效。特别是神经质的头痛呈现出种种复杂多样的形式，其中头重、头压感的居多数，且多为习惯性发生。就其病理而言，我把它看成是不快感的精神固着。对这类病痛催眠术被认为是无与伦比的最方便的办法，再是静卧疗法和操作疗法也较适合，效果也较好。药物疗法往往形成惯性，而且对于头重等也没有什么适宜的特效药。尽管有这么多种类的治疗方法，但是多数是靠暗示作用奏效的。关于这种头痛我曾为某些患者实施催眠术，但总只是在两天至一周左右时间之内有效。有一次我正在进行临床讲课的情况下，患者约一个多小时仍不能从睡眠中醒来，但是半天后除诉说有疲劳感外，以后的半年左右全未复发。我从这一偶然事件中得知，对于习惯性头痛，可以给予较长时间的催眠。牙痛也是如此，保持一定的时间是很必要的。我为儿子治牙痛那次，开始因为醒来过早无效，所以只好连续反复进行了三次。然而对于这类头痛及其他神经质和歇斯底里等不快感具有优效的这种催眠术，可惜的是它的适应范围过于受限。催眠术对常态人的适应性大大减少。适应催眠术的人只不过多数是些臆病、性情执拗、有反抗气

质的患者。

在各种神经痛中，有的诊断时常发生困难。象神经干被肿瘤压迫的器质性疼痛自不待言催眠术是无效的，只是对机能性疼痛才有效。关于坐骨神经痛，在福勒尔的四入案病例中三例不愈，只有一例全愈。伯龙哈依姆的例症中最顽固的四例全都治愈了。然而所谓坐骨神经痛实际上并不是真正的坐骨神经痛，而多是一种神经衰弱性的很难说是肌肉痛或神经痛的病痛。特别是发生在两侧的，更不是真正的坐骨神经痛。对于这种神经衰弱性神经痛的治疗方法，药疗和理疗都没什么效果，但生活转换法或营养疗法等、甚或有的是通过突然的意外事件将其忘掉而全愈的。对它催眠术是有效的。如果看一下各家的治疗报告，倘若只就病名和治疗结果来看，在没有症状精细记载时，我们很难做出催眠术效果如何的准确判断。或者它是通过其他疗法治愈，或者也许是自然治愈的。

催眠术对风湿病有效，历来被很多人们所提倡。然而这也许是所谓风湿性才如此，即所谓感冒性或风湿性头痛、腰痛、胸痛及其他肌肉痛、关节痛等催眠术是很有效的，其治愈病例也很多。林吉艾鲁报告 25 例均无效，恐怕这是真正的风湿病，也许它是急性初期的症状。慢性的关节风湿病发生强直症状时，通过催眠术和本人运动可以消除患者对痛疼的恐惧，或实际的疼痛，并使强直逐步转向活动从而治愈。特别它若是歇斯底里性强直的误诊，就会象瘫痪胜五郎突然站立，基督用手抚摸后跛足立即能够走路那样，通过催眠术必将立即取得显著效果。

肩膀僵硬痠痛、腰痛等轻度的症状或一过性症状，用催眠术可以很方便地消除。然而这些多是发生在高龄患者身上

的症状，一般是身体姿势异常或骨质硬变或拮抗肌群薄弱等原因引起的。如果不能克服其根源，催眠术也只不过是得到一时的轻快，不必说是不可能彻底解除病痛的。催眠术的治疗与缓静药剂等注射剂的治疗差不多。我曾为一位60岁的妇女治长期肩膀痛，用缓静药剂注射一次，消除此病的同时，连日常苦恼的胃酸过多症也治好了。恐怕这也是由于遇到了某种时机，不然的话，象这样的病只靠缓静药剂来治疗也是不行的。另有一位50余岁的妇女主诉运动时肩关节痛，我用很浅的催眠术为她治好，当然，这也只不过是暂时性的收效。

对于其他疼痛，如分娩时的阵痛，经很多学者实验证明可用催眠术解除阵痛。另外还可伸缩分娩时间，象利耶堡那样还可预防流产于未然。

另外，对于外科的大手术，历来有许多学者曾有效地应用催眠术。然而，如例症所述催眠术的应用范围很受局限，这是它的不足。所以，可将它和其他麻醉药的利害得失进行对比加以论证。

五官的感觉障碍

五官的疾病中属于功能性障碍者，催眠术有效，对于耳鸣，无论是药物或是催眠术都难得到持久性疗效。有一位65岁的妇女，两、三年来一直是“吱一、吱一”地耳鸣不止，我使她进入了中度的催眠状态，因而得以控制。患者以为是神力，十分感激地回了家，但三、四小时后又复发。这时她以为又是受了骗。不言而喻中耳的硬化症或其他器质性疾患，催眠术永远不会生效。只有神经性疼痛才能见效。

催眠术对晕船或其他神经性眩晕是有效的。但如对美尼尔氏综合症这类器质性眩晕则是无效的。有一种叫做“飞蚊病”的眼前发黑、眼前飞虫的症状，是由于水晶体的混浊引起

的,对此也无效果。对神经性的弱视和歇斯底里性的盲视很见效,而且历来被传颂为神佛的奇迹。

歇斯底里性的聋哑或失语症,以及其他各种感觉异常、感觉麻痹等症状,如果患者容易接受催眠术,那么催眠术就可以轻而易举地为之治愈。另如神经性皮肤蚁走感或足部出现冷热感等,催眠术也大部有效。脊髓痨虽然是器质性疾病,但对带有感觉异常等神经性的症状,给予催眠术及其他注射疗法等,暗示作用的疗效比重较大。

内脏感觉及内脏功能的障碍

催眠术对于内脏的一般感觉和运动感觉障碍,即内脏感觉和各种内脏功能障碍可以广泛应用。

就消化器官而言,神经性胃弱、胃痛、恶心呕吐等都可奏效。妊娠呕吐或许是因本人食物中毒引起的,因此对其病理尚须充分加以肯定。但它也带有神经性症状,因此,施行催眠术也往往奏效。对于其他情绪性消化不良或食欲不振等,也可用催眠术或其他精神疗法。另外,对放屁、疝气痛、便秘、下痢等也都有效。对于神经性便秘的人,即使有了便意,一旦失去到便所的机会,有的人也就立即忘记了。习惯性便秘的人有的连续一周以上不通便。对于这些患者,因为一般多是立即开给泻药,所以,一旦形成服泻药的习惯,终究会连泻药也失去效验,这是件十分困难的事,因此,对于神经性便秘的人,必须注意不能任意地让他服用泻药。另外,服用泻药后即使没有便意,在一定的時候也必须提醒他按时去厕所。对于便秘,在催眠术以外还有许多手段,但最重要的是即使没有便意,也要注意养成每天按一定时间去便所的习惯。若干天后多数可逐渐养成每天去一次便所的习惯,其中或许需要暗示的作用。

在腹泻中，神经性腹泻所占的比数比想象的还要多。神经质者有的便秘和腹泻不定期地轮流发生。再如神经脆弱的人们，有的因打雷或其他恐怖就会发生腹泻。某妇女因自己厌恶而不吃鲨鱼，有一次受骗吃了，当时没事儿，两天后，因为那人告诉她吃过鲨鱼的事，便突然情绪变坏，并发生了腹泻和呕吐。有一位大商业家的职员，25岁，三年来一直闹腹泻，而且每天都要有两三次的水样腹泻。外出时因为存在外出闹肚的预期恐怖，所以养成了常常是首先上便所，然后外出的习惯。无论找到那位医生总是说“肠胃不好，必须注意饮食”。因此，全年中只是吃少量的粥食，所以营养非常不足。我以为他属于神经性症状，给他施行了催眠术，虽然程度并不太深，但是经过三、四次后逐渐恢复了正常的进食。起初，本人也感到担忧，因而越发难以恢复常食。以后逐渐增长了勇气和信心，才能正常进食，营养也显著地迅速得到了恢复，经两、三个月后全愈。象这一情况，与其说是用催眠术治愈的，倒不如说是因为用了辅助疗法，而其主要着眼点全在于摄取常食。因此，这也可以说是靠所谓清醒暗示和说服疗法治愈的。

其他在呼吸器官方面，如对神经性的咳嗽或喘息、胸痛等，催眠术都可奏效。血液循环系统方面的神经性乃至精神性心悸发作或脉搏不正常或心脏痛、胸内压迫苦闷等也可用催眠术解除。然而对这些症状用说服疗法或其他精神疗法就可以根本性治愈。但如单靠机械地进行催眠术，多数情况则要出现复发。也就是说只有掌握该病的心理，才能施行适当的疗法。

再次是泌尿系统方面，催眠术对神经性尿频是有效的。然而冷水灌注下部，或理疗或注射疗法也都有效。再如夜尿

症，很多报告都说催眠术对此有效。当然，对尿检查异常或其他器质性症状、或白痴或后天性痴呆等都没有效果。但是对膀胱括约肌过敏或精神性症状，即预期恐怖或习惯性暗示作用的状态用催眠术都有效。对这种夜尿症还有多种方式的注射疗法。但是多数认为暗示作用有效。我曾使用过深度催眠状态，却一点儿也不见效。然而注射 Antienulecine 后却立即奏效。因此，各种不同的情况应该分别采取各种不同的方法。我认为在夜尿症方面，对于暗示的方法今后还有应该充分研究的余地。不能简单地宣布“绝不能治疗夜尿症”，放弃对其疗效的预期估计，而应该进行各种各样的间接的暗示性试验。如“有了尿意立即醒来”、“要安心地一直睡到早上，就决不会出现尿意”。我曾遇到一位有遗尿癖的 11 岁儿童，他的双亲每晚半夜都要叫他起来小便，然而家长叫他的时机总是按自己的方便进行的，因此往往正是在他安眠之中硬是把他叫起，从而使他渐渐陷入神经过敏，对遗尿也渐渐产生了恐怖性固着。由此可知注意消除儿童对于遗尿的预期恐怖，却常常是最紧要的。因而我告知他的家长在他睡着后的三、四小时之内，不要勉强地硬是把他叫起来。从此以后他们注意了只是在孩子身子抖动或翻身的时候才叫他起来。可见在使用催眠术的同时，必须注意掌握患者的病态心理。这就是说如果只知道实施催眠术，以为这样就能治好百病，这是一种非常偏面的看法。

在生殖器官方面，催眠术对遗精是有效的。偶然遗精的情况健康人也常会发生。但是神经质者因为怀有预感心理，常会变得逐渐频繁起来。因此，倘能了解其病态心理，须要伴随催眠术再实行其他的精神疗法。我告诉遗精恐怖患者，“睡前就应该准备好要梦到异性然后再睡下”。就这样得到全

愈的倒有数例。阳萎也有神经性和精神性的各种差异。对此，用精神疗法或催眠术也是有效的。另外，对于妇女的阴门痉挛、或疼痛或快感消失等也有效。

催眠术对于月经也有多种应用方法。据说月经也受精神状态的影响。这虽稍带些不可思议的因素，但如因感情过度兴奋而使月经中止，再如在法国等地方，据说有的用线绳缠绕妇女的小指后去参加舞会等活动时，就可能使月经延期。催眠术对这种月经不调、过多、困难、或闭经等都可治疗。在月经期间还可做到各种所需的控制。

运动机能

催眠术在神经性运动机能障碍方面，例如对麻痹、痉挛或僵直等均可奏效。对眼睑抽搐或颜面肌痉挛或四肢挛缩及痉挛等神经性与歇斯底里性症状亦均直接奏效。但是对器质性症状则仍无效。据各家的报告，对书写痉挛、钢琴痉挛、舞蹈病等有效与无效大约各半。在这方面也是只对歇斯底里性和神经性有效，真性的实质症状则无效，而震颤麻痹的震颤则毫不见效。

对于癫痫病可以通过催眠术随意引起发作。当诊断确定，时机合适时可发作。宇佐玄雄君曾经历过一位25岁的男性患者，他用催眠术可以对癫痫的朦胧状态随意地引起发作或使之中止。我对于癫痫患者虽曾多次试图引起发作，但却一次也还未曾成功。用催眠术治愈癫痫的报告虽不断出现，中村文学士也曾有一例治愈的成功经验，然而据他后来的经验，似乎还是未能成功。福勒尔及其他许多学者也都对癫痫的催眠术疗效提出过质疑，但是我们说的催眠术可以引起癫痫的发作或治愈一事，看来或许不是歇斯底里性的患者。在日本尚未有所见闻，在欧美等国家，学校的某一学生患癫痫或舞

蹈病后，曾有的又将它传播给其他儿童，使之引起同样的发作。其传染或发作的例症都是神经性或歇斯底里性的。对于癫痫的病理，近来虽有各方面的实验，但是了解得还很不够充分，还未能作出什么准确的判断。

对于打嗝，即横膈膜的痉挛，自古以来就在民间流传着有关转移注意力可以克服的各种方法。但催眠术对它也是有效的。我家 23 岁的女佣人，并无其他身体病症，却总是每分钟打嗝数次，我几乎为他试过了所有的医疗手段，什么民间疗法乃至中医疗法及一切物质疗法等，连续一周全然无效，最后我为她实施了催眠的中度状态，并暗示她“至明晨为止决不许睁眼”，总算治愈了，但两三天后复发，当夜重又采取了同前的处置，才取得了全愈的效果。看来这种打嗝如果是由于腹膜炎等病引发的话，催眠术恐怕就无效了。

神经性症状

对于不眠症很多报告称催眠术的效果也很明显。初加考虑似乎谁都承认，特别是把催眠状态看做与催眠相似的人更是如此。然而它的效果却甚受局限。主要只不过是神经性和精神性不眠有效，对脑梅毒或其他痛疼性疾病及精神病患者等的不眠可以说几乎是无效的。福勒尔的例症中十人内四人全愈，林吉艾鲁的例症中六十四人内只不过二十七例得到大部减轻。

神经性的不眠症多数仍是由预期情感引起的。今夜不能眠，身体越发衰弱，第二天头脑不清醒，更难免自寻苦恼、杞人忧天。因此，当自己想各种办法寻求睡意时，反倒越发睡不成了。其中有的是本人虽睡着了，却总是觉得全然未睡，甚或有的竟说几个月、几年来一直未睡觉。对于这类患者，一般医生听到其不眠的倾诉便轻易地给与催眠剂，因此反倒

会越发增加其不快的症状。对这种人催眠术才真正有效。然而这也只能是暂时性的，并不是什么根本疗法，所以医生必须经常注意了解患者的病情。对这类患者使用我的神经质疗法就可以做到根治。

对于小儿夜惊、做恶梦等情况也可以使用催眠术，用溴化剂也有效。根据中村学士对梦的实验，还可以随意地让他梦见某种内容。但最好还是让其感到没有做梦，解除其预期恐怖，把梦完全忘掉。

梦游症在伯龙哈依姆的例症中有的只是暂时性奏效，这和癫痫的情况差不多，倘若是神经质的儿童或歇斯底里性症状才是有效的。

器质性疾患

在器质性病症中，认为催眠术比较有效的就是脊髓痨。有的报告说催眠术对该病非常难过的症状如电击痛、胃痉挛、膀胱痉挛等有效。对不能步行的也治得能步行了。对这类脊髓痨的各种症状，注射和其他许多疗法都是有效的。即对于精神性因素引起的部分具有暗示性效果。

对于脑溢血造成的半身不遂有的报告说催眠术也可治愈。伯龙哈依姆的例症中就有两三例，但它是指神经质部分而言的。据我经历的患者中，因中风引起半身不遂的一位患者疑病性非常严重，发病两年左右之后，由于个人的恐怖及担心较重，不肯接受医生的建议，一点儿也不参加活动，因此四肢运动麻痹丝毫不见轻，妄自迷恋于“红疗法”等各种东西，后来终于出现了精神异常。即使是中风，经过一定时间后对其麻痹肢仍可进行电刺激，或进行被动性及主动性活动，以争取其逐步恢复健康。这类情况也可用催眠术作辅助疗法。所谓半身不遂可以突然治愈的是歇斯底里性患者，短时间内

治愈的多数是带有神经性症状的患者。

精神性症候

对于精神病，包括外行在内，任何人稍加考虑都会认为是可以用精神手段治愈的。因此，祈祷者或大灵道信徒有的常对我们说：“能不能让我来治疗一下精神病试试看，我希望能演示一下对精神病的治疗技术”。他们这些人陷入空想，似乎是借精神病有意喧嚷、甚或说些自己也不懂的东西。我对这些人也曾在无害的范围内照他们的想法让他做做看，但是正象在拙著《迷信和妄想》中的“迷信和精神病”处所记述的那样，他们的法术往往伴有各种弊端和危险。总而言之，在歇斯底里和强迫观念症等等之外的真正的精神病，催眠术几乎可以说完全没有施治的可能。这首先是因为精神病患者的绝大部分注意力难能集中，因而不可能进入催眠状态。

幻觉可在催眠状态下使之出现。但是对于幻觉性精神病却不能消除，即使可能也只是一定时间之内的事，而且这种可能也是对歇斯底里和神经性而言。酒精中毒的谵妄性幻觉妄想多数发生错视，看到许多小虫在活动。暗示加重幻觉但却不能用暗示消除它们。真正的幻觉发展成为自觉妄想这是病情的恶化，但决不是单纯靠精神上的暗示作用发生的。妄想和它在病理上是完全相同的，它们的基本特征是不能接受外界的暗示。无论是幻觉还是妄想，使用催眠术或说服疗法都全然无效。

对于抑郁症患者，曾有人说似乎催眠术多少有效。但是歇斯底里性的姑且不论，真正的抑郁症是可疑的，总之是个不值得提出议论的问题。

关于强迫观念症历来推崇催眠术具有特殊疗效。但我对它却不太过于重视。对于该症我们多少还是有些经验的。我

在1905年3月《中外医事新报》上刊登的文章中记载了一位25岁的夫人，由于某种的意外，引起了强迫观念症，总是担心一到门外就引起尿意而不敢外出。几乎是一年多全然未曾出门。我为她施行了催眠术，前后19次，催眠状态相当深入，并且唤起了自由的幻觉等。在催眠过程中，似乎觉得有人带她外出坐了电车，还看过电影等，经3个月左右全愈，至今未曾复发。但我认为这一效果不能完全归给催眠术，认为它只是在治疗上和训练上起了辅助作用。再者，脸红恐怖症是治疗上十分困难的一种症状，我曾试用过几次催眠术却难以见效，因而患者和医者都发生了反感，便半途而废。

对酒精中毒和鸦片中毒也曾推崇催眠术有效，但也不过是些“今后你要戒酒”、“不能吸鸦片烟”等直接性暗示，只是些即席的活动，绝对不可能从根本上得到治疗，使之完全摆脱酒或鸦片，恐怕是件十分困难的事情。这些慢性中毒者，本来就是些变态人格者、意志薄弱者，是些不能战胜个人欲望的人。况且中毒是越陷越深、意志也越加薄弱，道德情感等高尚情感也越发缺乏。因此其治疗也就越加困难。除入院治疗强行与毒物隔断以外，没有什么其他好的办法。

变态人格者的怪癖

所谓酒癖或酒精中毒，实际上就是变态人格者的一种恶癖。这和各种悖德症或习惯性犯罪分子具有相同的因由。矫正这些恶癖同样是很困难的。它的矫正就象包括咬指甲、跷晃腿等琐碎小事在内那样，改正它们的实际过程要比想象困难得多的多。

所谓性变态或精神倾向，是在第一天性的基础上又加进了可称为第二天性的习惯之类的东西。第一天性就象黑颜色不能变白、身长低矮的人不能变高那样，而这种所谓性变态

是由性情的自然冲动引起的。因此拿常人来讲，类似就是想抑制食欲、活动欲、知识欲等的东西。这就是说要想矫正它们，绝非单纯象能够直接制止的催眠性暗示那样就可以将它取掉的。总之对于第二天性的习惯，除了适当应用暗示作用，用好习惯加以置换外，没有什么其他的好办法。所谓品行或品德之类的东西是不容易改正的，是人们日常习惯中养成的，是通过教育和周围环境的影响逐渐养成的。即便使用催眠术也得需用较长时间的努力才能成功。妄自夸大催眠术的作用或看得过于轻巧是不行的。我对这类问题把希望寄托在催眠术的研究者们，将来对暗示方法或手段等的充分研究和改进，以待取得新成绩。但是，必须了解隶属于第一天性的一些特征，就象是石灰石无论怎样磨，永远也磨不成水晶石那样。

临 场 苦 闷

患者是22岁的学生，父母健在，兄弟姊妹六人，内有一人死亡。患者是老大，自出生以来没得过什么显著的病患。体格中等、营养一般。有轻度皮肤划痕症。其他如过敏性素质或神经衰弱症等均没有。

据本人主诉：前年秋季的一天，乘市郊电车从池袋去赤羽的途中，到达十条后乘客全部下光，突然车内唯独剩他一人。这时忽然毫无理由地受到一种恐怖的袭击，变得不安起来。坐也不好、站也不是，终于想到乘务员那儿去要点仁丹之类的东西。乘务员说已经快到终点赤羽了，请沉住气稍加等候。就这样无意中又沉下心来安全地回到家中。患者对为什么会产生不安，为什么会发生恐惧也想不出什么理由。

这件事就只这一次，从那以后没再发生其他事情。但是

今年一月，在同一市郊电车上又再次遭受到同样恐怖的袭击。从那以后，对市郊电车就害怕起来，几乎不能坐这趟电车了。虽也导致对市内电车的恐怖，但还没有达到不能乘坐的程度。

另一次在打网球的时候，正是傍晚，突然下起雨来，天也变黑，因此又曾受到不安的袭击。从那以后，每到黄昏就常有些怕。每当这时，直到天亮整夜时间都胡思乱想地烦躁不安。什么上次坐电车的事呀，傍晚打网球的事呀，只要是一个人呆在那儿或夜晚就寝后，便老是浮想联翩地心神不安、睡不成觉。

另外，例如患者在想去谁家拜访等时，便担心和他们谈话过程中自己会不会突然引起恐惧、或倘因不安能否出现想跑出来之类情况而引人发笑呢？就这样白白在那家附近往返犹豫一番，终于打消访问的念头走回家来。

这位患者的主要症状是在电车里或别人家中等特定的场所就发生恐惧。这是一种历来就有的叫做临场苦闷的症状。但是这种症候名称是从表面形式上命名的。如果从内容来看，应该叫做不安发作恐怖。而且还可叫做强迫观念。因为本人对自己的心情毫无道理的妄加一番愚蠢的思考，或企图排除并放弃对它的思考，因而引起精神冲突，就越发被控制在这种痛苦和恐怖之中。

在诊断上须要注意的是：它如果是歇斯底里的话，平时无异常，只是发作性地出现，发作时表现出不安感受的状态，对周围辨析不清、惊慌失措，因而必然出现精神失常等的行动。另外倘若是性格异常的意志薄弱性素质，则可拿我的强迫行为来命名。这时只是受其恐怖的驱使，总是企图回避其事端，却没有想战胜其痛苦的精神。由此可见该患者是神经质的强迫观念。本人内部痛苦虽十分严重，但客观看来很一

般，没表现出什么明显的异常行动。还应注意的一点是早发性精神分裂症的初期，有的也是以这种形态发病的。然而这种时候的患者缺乏自我内省，从过程上看，用不了半年则一般性精神分裂症的症状就要表现在他的行动之中。或者即使该患者处于具有病识的情况，但这也只不过是患病的初期，不久，他的病觉和病识就都会丧失。

该患者来我处前，在某医院神经科就诊时，医生曾说“要用稍带理智和批判的态度来坐电车，不能妄自承受这种恐怖的驱使”。

对这种强迫观念的病理，在此还想稍加说明一下。这种恐怖是怎样发生的呢？照弗洛伊德学派的主张，对于这种情况认为其原因在于所谓精神复合体，要通过精神分析努力探索出其潜意识的复合体。总之，如弗洛伊德所说，这种恐怖的发生肯定是本人过去曾有过与此相关的恐怖体验，这是可以容易想象的。如果说到我在这方面的实际体验，以前我的小孩四岁时，曾患过百日咳，七年后他十一岁时的某一天，我正在家时，忽然从远处传来带百日咳特征的轻微咳嗽声，这时突然我惊奇地说着“我那小子怎么啦！”胸部也同时激烈跳动起来。这说明遇到这么一个小小的刺激，就会把我七年前对孩子担忧和不安的体验照当初的真实情况又如实地再现出来了。在这种场合下，这一刺激和潜意识的复合体的联系是同一的，所以能很容易地识别出它们的关系。然而，假若是友人的肺炎或看到别家孩子横跨电车道时的刺激和这百日咳声的担忧心情联系起来时，如果不是一个自我内省十分精细的人，对它们的关系几乎就弄不清，顶多只不过是感受到一点儿不太明确的不安恐怖。对百日咳的这种体验与弗洛伊德潜意识复合体是相当的。另外，高岛平三郎曾有过命名为

第一印象的报告。例如儿童在某一时间，因受到老师的嘲笑而引起强烈的感受，因此若干年后，仍然会有羞耻的感觉，或者有的会成为一个很别扭、很乖僻的人。象这种情况被耻笑就是第一印象。这也相当于弗洛伊德的潜在复合意识。不过弗洛伊德派比我列举的感受事例更要溯本求源，也许还要探查更早的潜在复合意识。但如对它进行无休止的探求，便终于和我说的气质、即神经质或歇斯底里的素质发生了关系。因此，即使有例如我对孩子疾病的担忧或儿童被老师耻笑的印象或弗洛伊德派主张的性的欲望等情况，但若不是属于病的气质时，恐怕就不会以此为基础向疾病发展吧！具有这种疾病气质的人，当他过去曾因某种感受而存有潜在复合意识时，就会借用某一时机呈现出歇斯底里、神经质、意志薄弱性素质等各自不同特征的症状。稍就枝节而言，对神经症的发病，弗洛伊德重视潜意识的复合体，我却解释说明了比这具有更为重要影响的乃是其本人的素质。另外，象这位患者的情况，无论是诊断或治疗，我认为勉强进行那些困难而又麻烦的精神分析，去探求潜意识的复合体是没有必要的。不管怎样，这种恐怖发作的产生无非是或曾看到过电车上的伤号、或父亲曾因脑溢血死去、或具有某种恐怖不安的体验。因此当他在市郊电车里，由突然只剩下一个人的凄凉联想到或车中杀了人，或因中风暴亡等情况，进一步把它们和以前体验过的感受联系起来时，就会再现那时的恐怖状态，使之又受到了当时原始恐怖状态的袭击。这和我重新出现对孩子百日咳的忧虑是相同的。如果这时或因腹泻而身体疲劳虚弱或因父母生病而担忧，在自身容易受到精神性创伤的状况下，就更容易产生这样的发作，这是确定无疑的。

对这位患者以往的有关某些感受和体验进一步提出各种

询问后，得知他十岁左右时曾遇到一位青年骑自行车下坡，因速度特快，他又恰好走在车子的前方而受过一次惊吓。再详细问到患者在电车内突然发生恐怖时的心情怎样时，他说当时感到电车跑得气势非常凶猛，因此当时正在思考如果在那儿也不停怎么办呢？这就象我那百日咳的刺激似的，该患者突然发生的凄凉感这一刺激和十岁时的恐怖体验联系起来，便形成了这次发作。所以，可以解释为是在偶然的机遇下通过与类似观念的联系而引起的。关于作梦，我的解释是受内外刺激的作用，在各种偶然性结合下，便出现了各种各样的梦。而弗洛伊德和我的分歧在于：弗洛伊德对这类病的发作或作梦解释为潜在观念的愿望构成的潜意识复合体影响着显意识，期求飞跃到现实中来而引起的。我决不采取这种可笑而又离奇的说法。我的解释只是指出，在精神现象的变化过程中，从偶然的联合引起的。弗洛伊德是一种目的论观点，是一种人为的外加的说明。而我是如实地对有关现象的叙述性说明，是合乎自然科学的一种解释。这就是两者的差异。至于很多人平时都有这种常见的偶然联合，但却只是在某些特殊人身上才构成这种病态的理由，因此还需要另外加以说明。弗洛伊德所说的潜意识复合体，也是一切人们平素常有的情况，而它之所以能构成这种病态，弗洛伊德只是说内向型气质的人容易发生，关于其特征及其所有的症状心理，我认为则还没有作出更加深入研究的努力。他这种过分重视所谓愿望或潜意识复合体的观点，岂不使他有些太受限制了吗？

关于这位患者的恐怖特征，还存在着例如本人当时是害怕什么，为什么会偶然涌现出这样的恐怖来等疑点。然而，他所说的“自己也不知道这是什么原因”这一点，事实上这并不是不知道，因为患者心中的挂虑不同，未能明确地加以注

意，就象我们把梦忘掉似的，那时他转眼间便忘掉了眼前的恐怖对象，只留下了恐怖这种痛苦本身的状态，随后便总是受这种恐怖再度泛起时的新恐怖的苦惱。那么，所谓内心的挂虑会出现什么影响呢？下面列举另一例症来加以说明。

例如当人们遇到狗汪汪乱咬时就会害怕。如果是个很小的儿童，他会紧紧地搂住母亲，把脸藏在母亲怀里哭叫着不敢朝狗看，这时他把自己完全投靠在母亲的保护之中。因为有了这样的依靠，所以，在狗很快跑掉之后，虽曾发生过恐惧感，但却立即安下心来，很快把它忘掉。如果是个一般的成年人，因为不能象小孩子那样，在别无办法的情况下，首先就要瞪大眼睛注视着这狗的动态，以便决定自己的态度。当时而对这只狗的一举一动，很自然地就会想到是逃跑呢，还是呆立不动呢，或是把狗赶走等，以准备采取随机应变的措施。这时，本人的精力必然是全力以赴地集中在这恐怖对象狗身上，所以他是处于一种忘掉一切的状态。对自己身体的姿势呀、站立的方式等完全来不及注意。对自己的表情、心脏的跳动、情绪如何等更是丝毫没有察觉，也没有考查评判的余地。在这一过程中，狗一会儿跑掉了，他说声“好啦”，才安心地高兴起来，事情才告一段落。这时因为本人的精神集中指向了他面对的外物，所以将它叫做精神的外向性。如果称上述幼儿借助的是“他力”，那么这种情况就是“自力”。所谓他力是依靠母亲的绝对威力得以安心的。而自力则是由自己本身突破这一困难和恐怖的对象，从不安中解脱出来。但是，这两者都不算强迫观念。因为幼儿只是对这只狂吠的狗感到恐惧不堪，只要能求得暂时的逃脱甚或只要背过脸去不再看到那只狗就行。那么，没有象母亲这样依靠的成人，他本人的注意又将用于何处呢？看来只能是集中在自身的不安状态上，由于

自己担惊害怕、心跳不已，四肢乏力或震颤发抖等，其精神全被控于此。所以这时他已连最初恐怖的现实对象狗咬的问题也忘记了，只是一心地顾虑自己恐怖不安的后果，不知又将如何。这也就是我所说的他是在恐惧这个“恐惧”。前面的情况是心神对着狗而忘了自己，此时则是忘了狗而固着于自己，因此可以把它叫做精神的内向性。外向性的特点是面对着外界的事实，所以该项事实一旦去掉，便会出现“这可好了”的欢快心情，还可能出现“没什么、没问题”的自信心，内向性的特点是以自己的心情为目标，这种心情与事实无关，永远是自己的一种内在活动，甚至将日夜受到这种恐怖的苦恼，象“烦恼的‘狗’赶也赶不走”那样，它不同于外在的现实的狗，这是自己心中的“狗”，所以就得要不断地承受其苦恼。随后，就象这位患者似的，以恐怖为中心，不仅害怕电车、还害怕黑夜，连访友也感到不安，躺倒思考起来，更使苦恼和烦闷不断扩展开来。

由于存在这种心理状态，对他的治疗，仅仅矫治对电车的恐怖并不是根本的疗法。甚或说如果打算全靠说服来治疗这种恐怖，多数情况倒会使强迫观念向其他方面发展下去。这就是说必须针对作为恐怖对象的恐怖本身进行治疗，而且在治疗中毫无必要每一个人每一个人地探索出潜意识的复合体。

以上说明的病态心理，是只就强迫观念而言的。但是，同样诱因铸成的潜意识复合体引起的症状，由于或是歇斯底里、或是意志薄弱性素质而各有各的特征，其病理性精神过程或条件是不同的。弗洛伊德学派把由潜意识复合体引起的症状只称做神经症性的或神经症。看来是不想花力气把它们明确地加以区别了。这岂不也是他们过分重视他们所说的潜

意识复合体的结果吗？

关于它的治疗方法，应该依照患者各个人的不同情况，随机应变地分别采取各种不同的说服劝导方法。但是，最终还是要归着于“应该如实地面对这种恐怖，不能盲目想象可以把恐怖回避掉”。某些场合，譬如可以告诉患者，“你的病看起来并不算病，根据我的诊断的确可以看清楚你的预后。千万不要自己去想怎样才能不发生恐怖或忘掉恐怖，不能采取姑息逃脱的办法。要顺其自然地如实恐怖下去。必须照常干好自己实际生活中应该干的事。这样以来什么神经衰弱呀，精神错乱等就决不会发生了”。并要他立即照此执行。常常只是经我这样的一次诊治，就可以取消其强迫观念，这已是由我多次的经验证明了的。唯有缺乏理解力和进取心的患者，由于很难一律看待，所以只好采用我用于一般神经质的特殊疗法。在这方面，根据历来的经验，四十天以内的住院治疗70%的就可以全愈。弗洛伊德的方法，每周一至两次，用一、二个小时和患者面谈，需要几个月或半年，或一、两年。但是，我的方法非常简单，不需要什么复杂的手续或周折，而最经常最重要的乃是必须理解和通晓患者的病态心理，搞准确对患者的诊断。要牢记“唯有任其恐惧下去”这一句话。但也不能不加区别地千篇一律地对待。