

由医学模式的逆转倾向再论精神疾病的实体化

周小东^{1,2}, 朱宏日², 王朋², 贾慧贤², 胡兴娟², 张俊纳², 刘知霞², 宁卫东^{1*}

¹中国人民解放军联勤保障部队第980医院(白求恩国际和平医院)精神心理科, 河北 石家庄

²中国融通集团医疗健康管理公司正定二五六医院精神卫生中心, 河北 石家庄

收稿日期: 2024年4月7日; 录用日期: 2024年5月7日; 发布日期: 2024年5月16日

摘要

本文从医学模式的转变中, 依循精神医学的简要历程, 探寻学科未来的发展趋势, 提出精神类疾病实体化倾向仍然是未来发展的总体脉络。非实体化思路仅仅是认识精神类疾病的一个方面而已。

关键词

医学模式, 精神医学, 实体化, 非实体化

Further Discussion on the Substantialisation of Mental Disorders from the Reverse Transformation of Medical Models

Xiaodong Zhou^{1,2}, Hongri Zhu², Peng Wang², Huixian Jia², Xingjuan Hu², Junna Zhang², Zhixia Liu², Weidong Ning^{1*}

¹The Department of Psychological Health, The 980th Hospital of Joint Support Force of China People's Liberation Army (The Bethune International Peace Hospital), Shijiazhuang Hebei

²The Medical and Health Management Company, The Rongtong Group of China, The Mental Health Center of Zheng Ding 256 Hospital, Shijiazhuang Hebei

Received: Apr. 7th, 2024; accepted: May 7th, 2024; published: May 16th, 2024

Abstract

This article explores the future development trend of discipline based on the brief history of psychiatry in the transformation of medical models, and proposes that the trend of substantialization

*通讯作者。

文章引用: 周小东, 朱宏日, 王朋, 贾慧贤, 胡兴娟, 张俊纳, 刘知霞, 宁卫东. 由医学模式的逆转倾向再论精神疾病的实体化[J]. 国际神经精神科学杂志, 2024, 13(2): 9-22. DOI: 10.12677/ijpn.2024.132002

of mental diseases is still the dominating overall trend of future development. And the non-substantive approach is only one aspect of understanding mental health diseases.

Keywords

Medical Model, Psychiatry, Substantialisation, Non-Substantialisation

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

医学模式的概念演变过程包括神灵主义医学模式、自然哲学的医学模式、机械主义的医学模式、生物医学模式、生物-心理-社会医学模式和“4P”医学模式。其中，“4P”医学模式是指预防性(Preventive)、预测性(Predictive)、个体化(Personalized)和参与性(Participatory)为一体的医学模式，这种模式更加强调人的主动性，强调日常生活行为对疾病发生发展的重要性，从而强化对个体行为的干预以达到预防疾病、控制发展的目的，标志着医学行为从治疗走向预防，乃至康复的全过程干预与指导的趋势[1]。这一路径反映的是人类认识疾病的自然“进化”过程，贯穿整个人类历史。其中生物-心理-社会医学模式的提出被公认为是美国罗彻斯特大学医学院精神病学和内科学教授恩格尔[2] (Engel.GL)在1977年《科学》杂志上发表的题为“需要新的医学模式对生物医学的挑战”。该模式的提出很快获得医学界，尤其是病因不甚明了的疾病的学科注意，如肿瘤科、内分泌科和精神科等。提请注意的是恩格尔教授是一名精神科医生，由他深思并提出难免不让人联想到精神障碍在诊治方面遇到的困惑。间接地显出了精神疾病是否属于实体化[3] (substantialisation)疾病序列的问题。郝伟，等[4] (2015)就认为精神疾病如果停留在生物医学模式阶段，就无法回避三个具体的现实：① 精神疾病发生的病理生理机制至今不完全清楚，常见病种如精神分裂症的多巴胺假说理论提出有近60年，虽然经过至少3次修改，至今仍未能在人脑确定的多巴胺系统异常；② 仍然未能发现敏感性、特异性很好的客观生物学标志；诊断还是以临床症状学为基础；③ 至今仍不十分清楚遗传、环境因素在精神疾病发展演变过程的确切作用和相互作用。

2. 从医学模式的演变之路看精神疾病的实体化路径

2.1. 医学模式进化发展的简要路径

神灵主义医学模式诞生于远古时代。那时候人们认识世界的能力十分有限。几乎完全推诿于客体，无从谈起主体意识，更不要说对自身所谓的“精神疾病”的了解。自然而然地认为人世间的一切均为超自然的神灵所主宰。疾病就是神灵惩罚人类或是魔鬼附体的结果[5]。

精神疾病尤为如此。延伸出来的治病方法则依赖巫术的神奇结果或是期望各种驱邪仪式带走可恶的魔鬼。既然神灵主宰着万物，当然疾病也一定会由某些神灵(俗称魔鬼)所左右。文献中时常出现求神问卦、祈祷、各种描绘赎罪场景的文字说明了这一切。对于从事这类职业的工种，可冠以通俗的名称：巫医。神灵主义医学模式(也称巫医模式)是精神疾病实体化的早期形式，因为它认为精神疾病就是独立于人体而存在的客观实体。如今，驱魔治病在我国部分边远地区还有些残留痕迹。

自然哲学的医学模式大约产生于公元前3000年左右，盛行于公元前500年的阿尔克马翁时代。应该说这一医学模式是与哲学相伴而生。阿尔克马翁就提倡医学应该与哲学相结合。后来的柏拉图等哲学

家也对医学理论的形成贡献良多。同期也恰逢中医学逐渐展露。这种模式与神灵主义医学模式比较,其先进性体现在它运用朴素的辩证法和唯物主义观点来解释健康、疾病和自然环境的概念及其相互关系[6]。典型的理论有古希腊的“体液学说”、印度的“三元素学说”和中国的“阴阳五行学说”。可以看出,这一医学模式依然根植于疾病的实体化。只不过这一模式较神灵主义模式有所进步,体现在客体与主题有逐渐合一的趋势,比如中医就强调“天人合一”,当然这种合一比较原始,如同“混沌”。形成于周代的“阴阳五行学说”概念,从整体上对自然界进行了思辨。它把人体的健康、疾病和社会看成了一个富有伦理情感的统一体,作为一个直接的对象进行体验,总体上领悟和把握生命现象的存在和联系,忽略生命物质形式的形态性及其个体内部结构的独立性[7]。

机械主义医学模式的出现与现代物理学的影响紧密关联。欧洲文艺复兴运动(公元 16~17 世纪始)推动了人们认识客观世界的科学步伐,同样也影响了医学观。用机械运动来解释一切生命现象的医学观和方法论,把医学引向实验医学时代。单纯地将人比喻为机器,疾病就是机体的“机器”某部分出现了故障所致。医务活动就是“修补或完善”,完全忽视了生命的生物和社会复杂性以及人的心理因素[8] [9]。对疾病的认识由不可知论(神灵主宰),演变到天人合一的合作阶段,再到部分可知论的机械主义医学观,显示出了人们疾病观的“进化”特点。机械主义医学模式在疾病的实体化路上走得更远,只可惜针对精神疾病的认识尚无法步入这一范畴。

生物医学模式的出现始终是紧随科学技术的发展轨迹同步。应该是机械主义医学模式的深化,也是疾病实体化的具体体现。人类认识疾病的实体化其典型医学案例出现在对各种传染病的认识过程中。众所周知,所谓传染病是由传染源引起、利用传播途径作用于易感人群所产生的系列疾病。针对这三个要素进行干预,就能“实实在在”地防治传染病。例如,艾滋病,其实体性体现在疾病是因易感人群,受到艾滋病病毒污染的血液制品的输入、或与艾滋病病人发生无防护的性行为等途径中得以传播。又例如,新冠肺炎,其实体性体现在易感人群,通过呼吸道途径吸入含有新型冠状病毒后导致肺部急性炎症。

生物医学的发展最早起源于中世纪,人体解剖和结构的观察并推论器官的功能,同时分割精神和行为观察。这是生物医学典型的二元论核心说。疾病被看成是一种发生于躯体之上的、可以完全脱离病人意识而独立存在的实体。医生只见“疾病”不见病人,只“治病”不治人。生物医学排除精神因素在疾病中的作用的一个原因是受自然科学实证主义的影响。认为任何不确定的、无法测量和观察的主观现象(如精神活动、潜意识等)都不能作为科学研究的对象。医生只把目光盯在寻找疾病的客观证据上,完全忽视病人的主观体验,没有客观证据就不能诊断疾病。这是生物医学模式的特点之一。而疾病也就成了一种用躯体方面的客观病理证据来确证的概念,与人的主观体验或精神因素完全无关[10]。当时,并不认为人的意识会出现“疾病”[5]。第一次生物精神病学浪潮的临床实践很好地验证了这一过程。

生物-心理-社会医学模式的提出公认为是乔治·恩格尔于 1977 年在其“需要新的医学模式:对生物医学的挑战”文章中首次提出。其实,恩格尔作为一名内科和精神科医生,职业生涯注定了他那个时代对某些内科(如高血压早期、内分泌疾病)和多数精神科疾病无法找出生物学标志。即便是现代仍然如此,如精神科常见病之一精神分裂症。随着疾病谱系的变化,就医病种构成比的改变,这一现象越显突出。加之医学科学的发展逐渐出现的社会化趋势,人们对卫生保健的需求日渐强烈,诞生生物-心理-社会医学模式的土壤必然成熟(见图 1)[11]。

但是,人们在经历了自然哲学、机械主义和生物医学模式后,对疾病的实体化认识论演变,仍未能寻找出多数“功能性疾病”的生物学标志(如精神分裂症、抑郁症等)。从客体向主体融合的道路上遇到了前所未有的困难和失望。在生物-心理-医学模式诞生的必由之路上,再次走上了非“实体化”的道路,尽管这一模式已然成为了当今教条主义般的认识平台。

生物-心理-社会模型

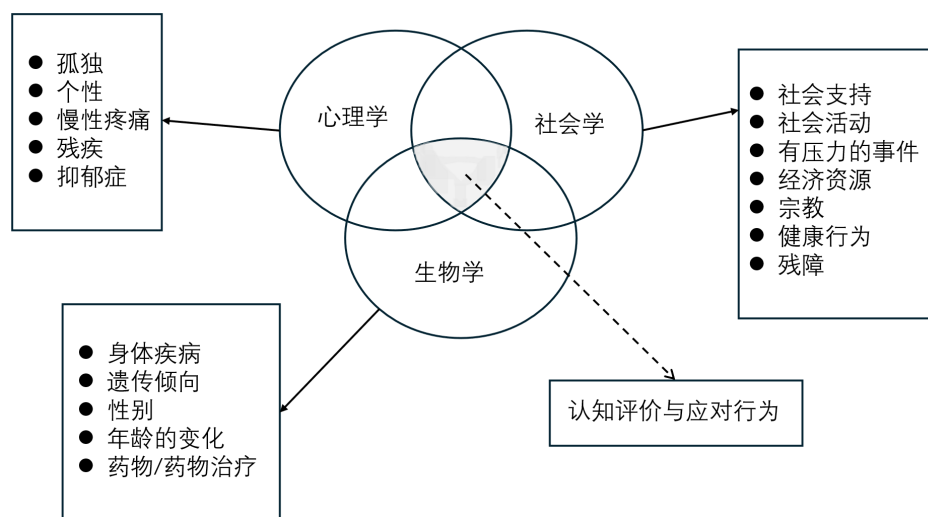


Figure 1. Biological-Psychological-Medical model
图 1. 生物 - 心理 - 医学模式

如今, 提倡个体参与和预防为主的 4P 医学模式(指预防: Preventive、预测: Predictive、个体化: Personalized 和参与性: Participatory 的医学模式)的兴起, 应该是非实体化模式的另一种升华, 有一种反哺到自然哲学医学模式的味道, 只不过是认识的基础水平截然不同而已。当然, 4P 医学模式以解决慢性病问题为首要目标(如糖尿病、高血压、癌症和精神类疾病等), 故其在目前受到重视应与老龄化社会息息相关。强调人的主动性, 强调日常生活行为对疾病发生发展的重要性, 从而强化对个体生活行为的干预, 以达到预防疾病、控制发展的目标[12]。

我们从医学模式的演变路径上看到了人类在认识疾病的道路上, 从听天由命的宿命论, 到主动探寻病因的机械主义、生物主义的实体化的循证论; 由疾病的客体化向主体演变, 力图掌握自身生命延续和主宰生命的意图转变。由于对多数传染性疾病的认识激起了转变命运的热情, 然而随着疾病谱系的结构变化, 特别是慢性、缺乏有效手段控制的疾病逐渐占据主要临床现象时, 人类的失望和无奈心情又导致了针对疾病的非实体化观点出现。这一过程在几百年来演绎的活灵活现。

2.2. 精神类“疾病”实体化思维演变的简要过程

2.2.1. 人类开始“文明”和“实体化”对待“精神疾病”的历史起源

这可以追溯到中世纪以前的收容院的时代到 18 世纪末。这期间的收容院里不乏罪犯、乞丐、流浪者混杂。比如: 英国伦敦伯利恒的圣玛丽修道院, 1403 年就收容了 6 名精神失常者(“Bedlam”, 倍德莱姆, 意吵杂的地方, 简称“疯人院”)。18 世纪的英国拥有 8 所这样性质的收容院。法国在 1656 年于巴黎建立了 2 所上述性质的收容院(分别是比赛特尔 - 男患者和沙佩提耶 - 女患者)。美国波士顿 1752、1791 年建立了 2 所医院, 开始接纳精神病患者, 收容性质。可以说 18 世纪以前, 精神病“患者”主要由家庭自己照顾。简单的收容, 给予果腹御寒的原始照料, 显然谈不上“医学模式”[13]。

所以, 人类在 18 世纪结束以前, 不存在精神病学学科。现代意义的精神病学学科由 19 世纪初诞生直到今天, 其实就一直试图在生物学派与心理 - 社会学派之间寻找一种平衡。今天的平衡仍然十分脆弱, 可以这样认为, 生物学派的观点, 在整个精神病学的学科历史中, 始终占据着支配的地位(尽管在 20 世

纪前半期有所变化)。自中世纪的家庭照顾,到18世纪中后期逐渐出现的无治疗性质的收容院集体照顾(bedlam院等),再到有治疗性质的收容院(1793年,巴黎)。隔离疗法/道德疗法/泡温泉疗法/放血、催吐(藜芦药)、灌肠/心理治疗等。所以,在19世纪以前,这一演变路径无一不在提示人们精神疾病是“实体化”疾病类别。虽然注入了一些人类文明的关怀因素,但由于认识的局限性,治疗手段的匮乏和疗效的不理想,医护人员的精力只在建筑物、取暖、饮食、卫生条件及其管理方面给予投入。这一阶段带来的后果是精神病学错失了与主流医学的联系。由于疾病的慢性化特点,又牢牢地被固着在远离医学环境的封闭的死气沉沉的隔离房间中,收容院的位置往往远离城市中央。不过,始终有人认为精神疾病源自于脑部,孜孜不倦地寻找“病因”,这也为后来的精神疾病实体化的到来,传承了一些科学思想的火花!这些火花的引子就是“麻痹性痴呆、酒中毒、遗传性肌麻痹”,当时流行于精神科的三大疾病病种。

2.2.2. 精神科疾病的“实体化”实践

首次真正意义上的精神科疾病“实体化”实践的时代,自19世纪初始,中、后叶鼎盛,到20世纪初结束。其中的各种观点产生地并不在各类收容院里,而是在大学及其研究机构中产生的。采用临床病理学的方法,尸体解剖中的发现到生前征兆和症状之间的联系进行交互推理中进行的。

1753年,伦敦巴蒂医生为教学需要,在路加收容院给医科学生讲授“精神病学”,后来法国在教学中,也融入了医学常规教学的理念,“医学化”要求学生必须了解识别、分类技巧、症状表现以及家族史、个人史、既往史等医学要素的掌握。这些现实的需要也促使了“第一次生物精神病学”开始萌动。格里辛格(Wilhelm Griesinger 德国) 1865~1868期间任柏林慈善医院精神病学教授,被公认为“第一次生物精神病学时代”的创建者。原因在于他创建了用于教学、研究的精神病学系的现代模式。他反对建立纯监管方式的收容院。组织编写了《精神病学讲义1、2、3版》,影响巨大。他说:“通常称为‘精神病’的患者,实际上是患有神经和大脑疾病的个体”,并要求“精神病学必须走出它作为一个行会的封闭身份,成为所有医学圈子都容易进入的普通医学的不可或缺的一个部分”[14][15]。这其实就是精神类疾病“实体化”的预言性表达。迈纳特(Theodor Meynert 奥地利),维也纳收容院的病理学家,精神病学副教授。擅长做各种脑组织的切片,极力想在基础解剖学方面的“显微镜”中,寻找出精神疾病的病灶。这就是“精神疾病实体化”发展的一个高峰[16][17]。具有讽刺意味的是,正是由于这种研究目的的无果,导致第一次生物精神病学的失败。当然,“显微镜式”研究,却带来了“副产物”:①部分脑组织区域的功能定位;如韦尼克区(Wernicke's area, 外侧裂周区后缘)的发现;②产生了精神疾病无法治愈的虚无主义理念;③孕育了纵向思考精神疾病病因(发育成长史,如克雷培林的观点),不能只考虑横向因素(脑切片)。这是医学模式逆转倾向的萌芽,促使人们去思考精神类疾病实体化的观点究竟有无可靠性的思考!

这一时期的法国在精神疾病实体化观念形成中的代表人物是莫雷尔(Morel),属于生物精神病学派。他宣称:“大脑是灵魂的器官”。1856年成为了约恩收容院(st.-Yon asylum)的主任医师时,已经构思成熟了精神医学上著名的“退化”概念,也导致了将精神分裂症早期被认为是“早发性痴呆”(1857年)的著名医生。后来在安妮收容院的马尼昂(法国),一位名声仅次于莫雷尔的精神科主任医师,则大力推广“退化论”观点,坚信妄想的发展一定是朝向慢性化道路上发展的,这种观点制约了后来针对精神分裂症的研究。另一名法国精神科医生拉赛格(Charles Lasegue)1873年首次将“神经性厌食”作为一种独特疾病描述,仍然坚信该病的病理基础在大脑。同时代的沙尔科医生(Jean-Martin Charcot),法国沙佩提耶收容院主任医师,在寻找精神疾病实体化道路上,歪打正着地发现了多发性硬化症和肌萎缩侧索硬化症(ALS)的解剖定位。但又笃信“歇斯底里铁律”,坚信该症具有解剖学证据[18][19](当然,这一论点是错误的,却拖累了整个法国的精神病学研究,直到二战前)。

英国和美国在精神疾病实体化观念中,哈斯勒姆医生在1809年认为:躁狂症与脑和脑膜的疾病有关。

同时相信：精神错乱的开始是由于脑血流活动增强有关，这导致了精神疾病的“躯体论”（器质性观点）在英国盛行。斯克(David Skae)，一位爱丁堡皇家疯病收容院的医生，于 1851 年提出器质性精神病理论，建议按照身体疾病进行分类，如“自慰躁狂症”、“妊娠躁狂症”等。莫慈里医生(Henry Maudsley)，24 岁被任命为曼彻斯特皇家疯人院医学主管，主编《精神科学杂志》。坚信“精神错乱是精神性症状突出的神经系统疾病”。美国的爱德华·洪(Edward Hun)，19 世纪中后期被雇于尤帝卡州立医院(Utica State Hospital)的精神科医生，提出了“神经失常者的脉搏”、“疯人耳”(指精神病人的“血肿之耳”，其实是护理人员棒打患者的结果)。还有阿道夫·迈耶(瑞士人，后移居美国)，1879 年成为美国伊利诺伊东部医院(Illinois Eastern Hospital)的精神科医生，开创了临床精神病学的经典流程：广泛围的病史询问、检查、笔录程序，以形成“疾病事实”，始终推行并贯彻“普通医学”的临床实践思维模式，难能可贵！可以看出临床精神科，此时才逐渐被纳入大内科体系，迈耶医生功不可没[20] [21]！

自 20 世纪上半叶开始，精神病学可以说自诞生以来就陷入了两难境地：一方面是重症精神疾病患者→收容住院→收容院扩大化→无特效治疗手段→等待自然康复→失望！另一方面是正常人→需要自我洞察者→落入“神经症”的陷阱→精神分析学说出现→导致纷繁多样的心理流派和干预法出现→心理干预市场前景广阔！介于上述之间中的两难境地地位的精神病学家们就开始寻找带有一定盲目性质的、机会主义观点的诸多替代疗法，结果是：要么诞生了更多流派基础的心理干预方法；要么为第二次生物精神病学(有效药物的开发)奠定初步基础。

20 世纪初开始，精神病院逐渐人满为患，以美国为例，1903 年到 1933 年间，住院精神病人从 143,000 人增加到 366,000 人。医院能做的事只能是让患者尽可能舒适，保持与患者家人的联系，期望着疾病的自然康复出院。阴霾的气氛笼罩着医院的上空，形势逼迫医生们一定要寻找到有效的治疗方法，实体化思维模式驱使着诸多替代疗法油然而生！

替代疗法-1-发热疗法与神经梅毒：1883 年维也纳医生瓦格纳-尧雷格在精神病院偶然发现感染丹毒(一种链球菌引起的软组织感染)，发热后可使原有的精神失常有所好转。由此，激发灵感：可否人为制造发热，来治疗精神病呢？他深信，在梅毒患者身上制造发热可以治愈梅毒。他建议：使用疟疾患者的血液注射进精神病患者产生发热，以此意欲缓解精神症状。由于梅毒以及其所伴发的精神障碍是一种古老的性传播疾病，盛行于 19 世纪和 20 世纪初。瓦格纳-尧雷格就使用了结核菌素注射法诱导神经性梅毒病人发热，结果发现临床症状大为改善，精神症状也有所减轻。他所采用的为神经梅毒患者注射疟疾患者的血液，以制造“疟热/奎宁控制法”，还获得了 1927 年诺贝尔医学奖[22]。

替代疗法-2-早期治疗精神失常的药物(10 种药物)：

① 青霉素。治疗神经梅毒及其伴发的精神症状，1944 年 3 月正式开始运用于临床，取得巨大成功。以此激励了精神科医生们，仿佛一线希望又从心里出现。② 巴豆油。起始并流行于 19 世纪到 20 世纪初，在多数精神病院运用的“轻泻剂”泻法，口服巴豆油，造成腹泻。理论基础来源于古老传说：导致精神失常的“毒素”集结于结肠。1809 年，约翰医生认为“腹泻经常认为是一种针对精神失常的自然疗法”；晚至 1921 年的英国医生们都还在坚持“腹泻疗法”是中止或缩短精神病发作的有利手段之一[23]。③ 鸦片(opium)。始于中世纪，延续至 20 世纪初，曾经作为精神科临床上典型的镇静剂之一。(案例：1773 年法国某女子，焦虑自己的感情生活，服用了 2 粒鸦片，剂量不祥。之后感觉“获得了比入睡还好的宁静感” [24])。④ 藜芦(Hellebore)。于公元 17~19 世纪运用，可以降低心率并引起呕吐。期望后者带来治疗精神失常的效果。该药在 19 世纪末被淘汰的原因是德国人工合成了各类含氮生物碱。我国历史上短暂出现在精神科临床上的桐油煎蛋-马桑寄生疗法，原理与此类似。⑤ 吗啡(morphine)。是进入精神病院里第一种新型生物碱，离析于鸦片，该药运用于精神科之前已在内科使用多年了。(案例：1855 年的某天，一位爱丁堡医生 Wood，将吗啡直接注入一位患有长期失眠、肩痛和神经质的女性患者静脉中，半小时后

肩痛消失,当晚失眠消失。自此,在19世纪下半叶,精神病院推广了皮下注射吗啡成为制服不安患者的常规手段[25][26][27]。⑥ 莨菪碱鸡尾酒(Hyoscyamine cocktails)。德国约克郡西奈丁收容院的劳森医生,将1868年药学家施洛夫证实的莨菪碱具有镇静和催眠作用后,于1875年正式将其运用于精神病患者中的镇静,由此开创了精神药理学的诞生。⑦ 东莨菪碱(Hyoscine)。1885年从莨菪碱中提取出来,并迅速取代了“莨菪碱鸡尾酒”中的莨菪碱成分。东莨菪碱被运用于精神科临床在于控制躁狂症患者的躁狂发作,直到20世纪30年代,都是精神病院的标准疗法之一。(英国贝特来恩皇家精神病院的医生在20世纪30年代认为:东莨菪碱可用于治疗患者的“撞头、擦蹭、拔头发、不断地抓挠皮肤……等情绪过激行为,这些症状同兴奋和攻击一样。后来医生通过注射东莨菪碱辅酶A,吗啡和阿托品的混合制剂,就能让患者安静下来”)。

19世纪下半叶是精神病院的“生物碱”时代。各种“生物碱”,如莨菪碱及其衍生物(⑥、⑦)的开发以及在精神病院中的运用历史,显示了精神药理学的发展轨迹:这些药物并不是首先被发现针对精神症状有效,常常是在其他科中被偶尔瞥见。后来被精神科医生万般无奈地引用、借用,主要用于临床上的镇静。然后交由药物公司将其精炼后再推向精神科治疗市场。明显具有投机、机缘、运气之嫌疑!这一阶段的精神类疾病的实体化思维模式是显而易见的,医生们是把精神类疾病当成内科疾病来看待[28][29]。

⑧ 水合氯醛(chloral hydrate)。1832年由有机化学家利比西(Liebig)合成,由此标志了精神病学对化学工业最初直接关联。利比西后来加入于1888年创立的拜耳公司(Bayer)。1869年,该药被确定为一种安眠药,能有效缓解非精神错乱导致的焦虑/抑郁。(注意:该药后来被赋予了文学和社会学含义,比如女人被劫色前喝了它、侦探小说“蒙汗药”里也有它的身影)。水合氯醛从开始用于精神科临床后,辉煌了几十年,也成为了医院的标配之一。也是当时中产阶级家庭中精神病患者家庭看护的基础用药。该药不能消除精神病性症状,而且,其镇静和成瘾作用还可以暂时掩盖精神症状,以避免被送精神病院,遭到社会嫌弃[30]。⑨ 阿朴吗啡。一种人工合成的吗啡生物碱,具有强力催吐效果。将其与东莨菪碱混合后再服用,可使躁狂症患者狂吐不止,有时可达1小时之久,消耗体力的结果使得患者获得一个短暂的安静和休息时间。这也就是当时被认为的“抗躁狂效应”。⑩ 溴化物。被德国医生麦克劳德(Macleod)于1879年带往上海行医时用于精神科临床,意图控制“急性躁狂发作”。因受1897年的一例成功案例的诱导,诞生了后来出现的“持久睡眠疗法”。这是溴化物的重要临床意义所在。

替代疗法-3-持久睡眠疗法及其途径:

① 溴化物诱导的持久性睡眠疗法。1897年,德国麦克劳德医生接诊一名48岁患急性躁狂发作的女性患者,由日本到上海的途中,为控制兴奋躁动,给予了大剂量溴化物,患者进入深睡眠后安全回到上海后焦虑/躁动症状也未反复。2年后再次复发,表现“躁狂性谵妄”,再次接受此法,深睡12天,醒后11天,症状完全消失,恢复正常。后来研究发现由于溴化物的毒性作用,其活性很强的自由基可对中枢神经系统产生毒性作用,所以逐渐被巴比妥类药物所取代。但深睡疗法的理念却根植人心。这一案例的成功,标志着利用某种躯体治疗的药物,或许可以治疗精神错乱成为了一种暗示。这是将精神类疾病实体化的具体体现。② 巴比妥盐(barbiturate)类诱导的持久深睡眠疗法。德国化学家费歇尔(Fischer)和梅林(Mering),于1903年运用巴比妥盐于临床,发现该药具有强烈的镇静和催眠作用。而且无味、治疗量与中毒量间距较大。后来在1904年,胡森医生首次用于精神科临床,结果改善抑郁症者的失眠获得成功。1915年意大利都灵大学埃皮法里奥医生(Epifanio),发表了关于巴比妥盐诱导深度持久睡眠治疗精神错乱的论文标志此法的诞生。1920年4月瑞士精神科医生克莱斯(Klaesi)首次将两种巴比妥的混合物,商品名:Somnifen(索姆尼芬),用于一名有被害妄想、39岁的女性精神分裂症患者的治疗,效果十分满意[31][32]。

20世纪50年曾任美国精神病学协会主席的卡梅伦(Cameron)医生,开创了几种持久睡眠疗法的改良

版方法，其一是持久睡眠疗 + “洗脑”（‘精神性驱动’）法，即在药物诱导的睡眠过程中加载宣传性信息，这种声音充满了母亲的柔和音调；其二是在持久睡眠疗的基础上加载电休克治疗，而且是在睡眠中给予一天数次的电休克刺激。

持久睡眠疗法在实施的过程中容易诱发肺炎和循环系统衰竭。但是，持久睡眠疗法仍然获得了临床上的认可并得到推广。可以说，这种疗法是 20 世纪 30 年代期间唯一拥有的，对急性精神失常的有效治疗手段。而且，对情感障碍的疗效优于精神分裂症。除了控制急性精神失常外，还用于帮助毒瘾患者的症状戒除。

替代疗法-4-休克(昏迷)和抽搐疗法:

① 胰岛素昏迷疗法。19 世纪 20 年代晚期，扎克尔医生(Sakel)偶然发现小剂量胰岛素可以有效缓解吗啡成瘾患者在戒断中的呕吐和腹泻症状。同期，美国密歇根州安阿伯(Ann Arbor)医生也发现胰岛素治疗糖尿病时，可缓解患者的抑郁症状。扎克尔医生偶尔处理因胰岛素治疗中导致的昏迷，醒复之后吗啡成瘾者渴求愿望减弱了，变得安静和易于接近了。后者启发他将昏迷法用于改善重症精神病患者。后来发现胰岛素昏迷疗法死亡率约 1%，远低于持久性深睡疗法的 10%。临床成熟的治疗方案是胰岛素的用量随着次数逐渐增加，以到达“昏迷”的程度，但又不至于诱导出惊厥为最佳剂量程度。20 次左右为一疗程[33]。

② 米特拉唑(Metrazol，含有类似樟脑油的制剂)惊厥疗法。此疗法与胰岛素昏迷疗法的区别是胰岛素产生昏迷而不产生惊厥，而米特拉唑注射后无昏迷却直接产生惊厥。该疗法是由布达佩斯的一位 38 岁医生迈杜拉(Meduna)发明，并于 1934 年建议使患者进入惊厥状态来改善精神症状。这一想法的出现源自于他在阅读文献时偶尔发现了，癫痫患者如果发展成了“精神分裂症”后，癫痫则会停止。受此启发，精神分裂症患者出现癫痫发作后，精神症状会减轻或消失吗[34]？

樟脑在历史上就被认为是可以诱发抽搐的古老药物之一。自 18 世纪开始，就有人用之以诱发抽搐。但是，使用樟脑诱发抽搐具有不确定性，受个体差异和剂量的影响，难以在恒定剂量与抽搐之间建立线性关系。治疗后容易继发焦虑、呕吐和注射部位的疼痛等原因使得此疗法难以推广。虽然后来针对樟脑制剂进行了改进，开发了新制剂，如卡地阿唑。但仍未能完全克服这些缺点，终究被淘汰。

案例：迈杜拉于 1934 年 1 月 23 日开始运用于 1 位 33 岁的精神分裂症男患者(顽固性幻听)，连续 2 周，每周 5 次樟脑注射诱发抽搐。结果幻听症状消失，随访 5 年，未复发。后来他总结 26 位患者的治疗结果，其中 10 位获得了显进疗效(38.5%) [35]。

由于抽搐发作可以缓解精神症状，但化学制剂诱导的抽搐又不可避免带有上述不足。与此同时，电诱导的抽搐发作，出现了，很快就终结了化学诱导的抽搐疗法。

③ 电休克疗法[36]。此疗法及后续的改良版本，是替代疗法中唯一延续和存世至今，并成为了现代精神医学物理治疗领域的标配之一的治疗方法。其医学模式是典型的根植于精神类疾病“实体化”思维平台。因为癫痫这一古老病种，被认识为是脑神经元的异常放电就是实体化疾病的典型案例。将精神类疾病与之挂钩，显示了“器质性”的实体化基础。

替代疗法-5-脑叶切除术的冒险经历:

精神外科的近现代历史，早于 1882 年 12 月，瑞士精神科医生布尔克哈特(Burckhardt)，为 6 名精神病患者进行了手术(术式?)。效果不理想(1 死，1 获得改善，余无效)。没有获得赞同应该是必然的。到了 19 世纪末 20 世纪之交，里斯本的莫尼茨医生(Moniz)，开始了脑白质切除术尝试。他于 1935 年 11 月至 1936 年 2 月，为住院于邦巴达尔收容院的 20 位精神病患者进行了部分额叶切除。结果：7 位“治愈”，7 位好转，6 位无效。沃特·弗里曼采取的经由眼眶入颅的额叶部分切除术，可使患者的兴奋、躁狂和暴动转为安静。但是，患者却由此丧失了判断和社交能力，反应迟钝，失去了拘谨反应。或者，变成了

相反的反应。(备注：两种额叶部分切除术：① 额叶前部脑白质切除术 - 颅顶部钻孔，切除额叶两侧椭圆中心内脑白质，这是 1946 年以前莫尼茨式手术；② 经由眼眶入颅的额叶部分切除术。1946 年以后沃特尔·弗里曼式手术)；

1940~1944 年的美国，累计实施了 684 例手术。但是，1949 年一年就进行了 5074 例。经统计 1936 年开始引入，到 1951 年累计完成 18608 例额叶白质部分切除术。1954 年，药物的出现(氯丙嗪)彻底终结了此类手术，精神外科运用于精神分裂症的治疗结束了其辉煌的时代。可谓是“昙花一现”。后来，针对脑叶切除术的临床运用专家们认为需要漫长的、权衡利弊的、长达 5 年以上的观察和判断是否存在该个体对公共医疗体系的严重拖累以及对公众的危害程度等才能最后决定是否手术[37] [38]。

总体而言，目前在伦理上难以放开精神外科的广泛开展，未来前景仍然不容乐观。主要受限于神经核团与功能的精确定位还无法做到。精神类疾病的实体化思维实践尚待时日。功能磁共振成像和正电子发射扫描技术的临床应用，对于研究正常人群心理现象，如社会剥离带来的社会性痛苦以及公平心理的脑功能定位，如能进一步研究之，则为未来的精神外科临床运用奠定一定的基础。

替代疗法-6-社会与社区精神病学

首个开放式收容院的建立还是在德国的黑尔姆施塔特的一个个体诊所兼收容院，该院在 1886 年就允许患者相对随意进出医院。19 世纪中期始，德国普遍把精神病患者寄宿在邻近乡村，希望从照顾中获取一点收入的农村人家里。19 世纪到 20 世纪之交时，这种寄宿方式在欧洲十分普遍，可以避免社会对精神病患者家庭的歧视。到了 20 世纪 30 年代以前，德国乃至欧洲国家逐渐在综合性医院开设了开放性的精神科门诊。直到二战爆发终止(众所周知的原因)。

20 世纪 30~50 年代，英国一跃成为了引领精神病学发展的头羊，不过时间短暂。很快就让位于美国。起决定作用的是英国坚持倡导和推崇的社会与社区精神病学。原因在于 1930 年的英国《精神病治疗方案》，要求将各类收容院必须开放于社区。在管理上出现的“假出院”模式，至今仍然有效。我国部分专科医院至今还在沿用这一模式。心理治疗(团体/小组/德国人比勒逃往英国，创立心理小组治疗法)方法的出现，也促进了开放式管理的成行。

二战爆发后，在伦敦北郊成立了一所精神病院，收治战时疲劳综合征的患者。病人表现为训练后出现呼吸短促(多为歇斯底里)。采用小组治疗方式，由和蔼可亲的护士们组织，仅使用交流，或情景剧等方式，就可以大大缓解症状。治疗性社区由此产生。它是对精神分析法的一种替代，也是对监护方法的一种替代。1942 年“社区精神病学”术语诞生，与二战时期军方针对功能性精神问题的关注息息相关。当时流行各种治疗方法都在这些战时精神病院共存：如巴比妥深睡眠、胰岛素昏迷，甚至 ECT。

1948 年，比勒在英国建立了第一所日间精神病院。他说：“治疗必须包含患者的整个社会环境和他所有的社会关系。他必须不仅作为一个人，而且作为一个社区的一部分而被治疗”。这已成为了社会与社区精神病学的宗旨。社会与社区精神病学出现的意义就是替代神经生物学的悲观主义；替代精神分析的神秘主义观点。所以，意义非凡！[39] [40] [41]

3. 从精神医学思路的演变衍生出的逆转倾向，看“非实体化”与实体化道路的发展趋势

在神经精神医学界孜孜不倦寻找精神类疾病“实体化”证据的过程中，尤其是在 19 世纪中、后期的德国和法国，在肌萎缩侧索硬化症、麻痹性痴呆、以及对脑功能区沟回的辨识取得显著性成果后，其实这些都是针对精神类疾病“实体化”探寻中的“副产品”！不过，也点燃了针对“歇斯底里”、“早发性痴呆”、“神经性厌食”和“神经症”是“实体化”的认识观的执著。遗憾的是，始终未能如愿，直至今日。针对精神类疾病的分类系统在不断更新，足以说明了这一点。非实体化的精神医学思维观点的

发展，可以从以下几个方面推论。

3.1. “退化”的观点(也称为进行性退化, Progressive Degeneration)

“退化”是首波将精神类疾病看作是“实体化”浪潮接近失望之际出现的观点，大约在 19 世纪末。法国的莫雷尔医生将此概念发挥到了极致。尽管在当时的精神病学家多认为精神疾病具有遗传成分和生物学特征，并且会逐代恶化。寻找证据无果后的托词是什么呢？“退化”的观点出现了。持“退化”观点的学者，受“全身麻痹”、“癫痫”、“自杀与犯罪家庭”、“智力愚钝”等家族集聚现象的影响和启发，认为是“这些人用身体(疾患)重现先前许多代人的病态的器质性特征”，这种“遗传力”就是“退化”。莫雷尔说：“这种退化的人如果自暴自弃，会陷入一种持续性退化状态之中。不仅无法在人类社会中成为传递进步之链的一个部分，还会通过遗传成为这种进步的巨大的绊脚石。”到了 19 世纪末，“退化”观点扩展到了社会学领域，最终酿成了二战期间犹太人的悲惨结局。因为，被纳粹认为的犹太人是“退化”的民族。后来，波及到了部分西方国家中针对“贫民窟”中的酒依赖者、妓女、甚至罪犯的“社会清理”活动中，退化成为了理论依据之一。维也纳的精神病学教授拉夫特-埃宾(Krafft-Ebing)在 19 世纪 60 年代后期，则进一步发挥其对“退化”观点的理解，他说：“退化是犯罪的原因之一”。他断言到：“当疯病最终发作时，它正代表了体质性遗传或退化性遗传造成的这种精神变态链条中的最后一环”。法国的马尼昂和勒格兰(Legrain)教授也推崇“退化论”观点，甚至暗示需要对精神病患者采取“从根本上解决”的方法。英国维多利亚时代(1837~1901)，受“退化”观点影响的大众，都极力隐瞒家庭中精神病患者情况。(“病耻感”受“退化”论的影响变得更加突出)。可以说，这种灾难性的“退化”观点构成了 19 世纪后期欧洲文化的组成部分之一，深刻影响了优生学家、进化论者、政治家、社会活动者等的思想体系。这种具有讽刺特点的、非科学的社会现象，来自于精神病学领域，着实让人惊叹！

对这一时期精神医学发展线索的观察时，其实我们已经看出了苗头，就是存在着精神医学思维观点“实体化”与“非实体化”分道扬镳的趋势。起点为当时广为推崇的精神类疾病的“退化”观点。

3.2. 精神类疾病非“实体化”时代：短暂的“神经质”和发展趋势减弱的“精神分析”时期

正如上节提到的，源自于 19 世纪中后期，与精神类疾病寻找“实体化”证据的努力同步出现的，“神经质”(当时神经病的代名词)和“精神分析学”非实体化潮流，为迄今为止构成精神医学界两股车道上奔驰的“火车”，实际构成了器质性和非器质性看待精神科疾病的两种思潮，影响深远。“神经质”概念最早出现于 18 世纪 30 年代的切恩医生(Cheyne)，后来到了 19 世纪前几十年，逐渐转变成为了精神失常的代名词。“神经质”也就成为了精神科中的一块遮羞布，被患者及其家属当成自欺欺人的把戏，用来躲避精神错乱带来的社会耻辱。即便到了今天，仍然在适用，还很流行，并被多数人所接受的观点。从 19 世纪中叶到 20 世纪初，西方工业化国家中的中产阶层们逐渐壮大，他们认为是由于各种“压力”(这是精神科医生创造的另一个遮羞布)，才导致了精神疾病的出现。如果冠以“神经质”则可以有效避免尴尬的局面，不同类型的神经质名称逐渐产生，比如“神经衰弱”、“疑病症”、“具有新意的歇斯底里”、“无法分类的神经质”等是当时比较流行的四大神经质。针对“神经质”(其实就是各种类型的精神疾病或心理问题的代名词，源自于对精神疾病的“病耻”体验，流行于整个 19 世纪，到 20 世纪中叶)的历史，更多是各式各样的治疗史由此诞生，如温泉浴(富含各种矿物质)、水疗(冷热交替)、阳光浴、静养疗法、等。

精神分析学说的出现，有它的必然性。仍然源自于针对精神疾病，特别是歇斯底里“实体化”实践的失望所致。精神分析学说的建立、发扬和流行，确立了精神病学专业学科地位。但是精神科医生对此学说的垄断，片面造成了社会上和学术界将心理治疗等同于精神分析的观点(注：学说创立于 19 世纪

晚期,发展至全盛时期的 20 世纪 60 年代)。在 20 世纪中叶,该学说的最辉煌的时刻是盛行于中产阶级社会的,均持有心理问题多数来源于陈年旧事,尤其是童年期,所引发的无意识冲突所致,特别是具有性本质的事件。我们发现精神分析学说的创始人弗洛伊德的家庭和其一生经历,都反映出其生活在典型的中产阶级社会圈子:有仆人、受过良好教育、经济宽裕、机警敏感、世俗化等。所生活的年代,正值当时社会急速需要适应西方价值观的家庭,当中的富裕的、犹太妇女们,或多或少存在情感上的空白或平淡,需要心理上的安抚。这些是精神分析学说产生的可能因素之一,无可否认。

精神分析学说诞生的基础是针对歇斯底里的观察。正如维也纳医生莱曼(Raimann)就说道:在维也纳的工人家庭中,存在大量的性接触,甚至乱伦,但没有歇斯底里发生。可是,城中受到良好教育(包括家教),没有发生性创伤的家庭里的年轻妇女中,歇斯底里却甚为流行。其实,使精神分析学说走向并风行于世界的三个关键点:① 研究精神疾病患者有从无意识进入到有意识进行抵制的企图(压抑);② 针对性问题因果意义的研究;③ 童年早期的经历为中心太过于关注。后来,柏林的亚历山大医生就此推论:压抑的性冲动是维多利亚时代(1837~1901)和后维多利亚时代西方神经症的主要原因。这就是典型的精神类疾病“非实体化”的托词。童年期性本能的压抑,结果将某些经历和欲望深深打入无意识之中,到了成年,却在某些患者,如神经症身上出现。这一观点在持实体化观点的医生中并不多见[42] [43] [44]。

由于发现利用精神分析学说中的技术方法治愈精神类疾病成功的案例不多,也促使了尚在非实体化思潮影响体系中处于观望的医生们,再次转向“实体化”的研究道路。20 世纪中后期,“实体化”思潮因为脑神经递质学说的出现,精神分析学说的潮流由盛世逐渐转为了颓势,至今仍在延续这一趋势。

3.3. 精神药理学的蓬勃发展,再次开拓了精神类疾病“实体化”思潮的路径

1913 年,克雷佩林发现自己建立的病案记录中,精神分裂症患者们中有近 70% 者的家族史阳性。同年英国的爱丁堡收容院院长克罗斯顿也发现在该院诊断为“青春期精神错乱”(指精神分裂症)者阳性家族史占 65%。19 世纪 20 年代,遗传学研究步入科学轨道。发现单卵双生子中精神分裂症的同病率为 50%,双卵双生子同病率仅为 15%。这些资料显示精神疾病的“遗传”特点是建立在某种器质性变化的基础上,这种“器质性变化”一定有其“实体化”的内容需要去寻找。

统计资料显示精神分裂症和躁郁症存在肯定的遗传风险。那么,寻找生物学标志的热潮再度兴起。20 世纪 70 年代以后,分子生物学逐渐崭露,到了 1995 年,似乎找到诱发精神分裂症的基因在 6 号染色体上;而躁郁症在 18 号染色体上。结果暗示这种致病基因在家族中就有“早现”和“扩增”的效应,也就正好对应了 19 世纪中后期精神病学时出现的“退化”概念。寻找精神科常见疾病的生物学标志的努力至今不衰。

自 1949 年开始,法国海军外科医生拉博里(Laborit),致力于寻找一种在针对休克士兵手术麻醉时,可以阻断参与恶化休克的植物神经的药物,当时称之为麻醉“增效剂”。目光聚焦在了吩噻嗪类抗组胺药物之中。结果,没有达到“增效”效益,却无意中发现伤兵术前服药,能够使在术中表现的麻木、出奇地安静和松弛。到了 1952 年,针对一位患者,57 岁,长期患精神病史。恶化时与陌生人斗殴并发表不着边际的演讲,宣扬对自由的热爱。法国德莱和德尼凯医生医嘱:服用氯丙嗪(剂量不详)的方法,9 天后恢复正常,可与人正常交谈。该案例未合并用 ECT、胰岛素等方法。尽管,以现在的诊断观点看,该患者似乎并不是诊断精神分裂症的最佳案例,然而成功的治疗结果,却由此完成了精神病学中的药学革命!

由于氯丙嗪在精神科临床运用证实了其对精神病患者的幻觉、妄想和兴奋躁动的有效性,使得精神病院司空见惯的冲动、高声尖叫,常人无法接近的现象成为了过去。可以说它是推动第二次精神类疾病实体化思潮的基石之一。我们可以认为证实了精神疾病的遗传学风险只是开场白而已。同时,也催生了

去住院化浪潮的出现,以及逐渐让精神分析学派显现颓势的原因之一!这是氯丙嗪的历史功绩,意义重大!它媲美于青霉素出现在传染病学领域里的重要性一样,催生了精神科革命性的使命!它也是现代精神药理学时代的开始,从此将精神类疾病看作是“实体化”疾病的观点更加牢固。

继氯丙嗪运用于精神科临床以来,针对抗精神失常药、抗躁狂药、抗抑郁药相继涌现,直至今天,呈现出生机勃勃的发展势头不减,并演变成了要求尽可能采用精准的药理学选择领域。如目前药物基因靶向筛选、血药浓度检测等。基于神经递质以及相关受体功能的调节机制的假说,推生出的各种精神症状“实体化”基础,如5-色胺和去甲肾上腺素功能降低对应于抑郁发作,中脑边缘系统的多巴胺系统功能亢进对应于精神病性症状等。当然,目前更推崇的是某一精神症状或许是多受体共同作用的结果[45][46][47],由此诞生的一系列新型精神类药物,都是基于多受体影响而出现,如阿立哌唑、齐拉西酮等。

虽然,目前市面上出现的精神类药物还不能完全治愈精神疾病(常见的精神分裂症、双相障碍和抑郁症),但能消除主要的精神症状,并让患者带着潜在性的疾病,过上相对正常生活,不必永久在医院里度过余生。这本身的进步说明了精神类疾病的“实体化”思路至少在完全明了疾病发生机制和规律之前,是正确的!当前,针对阿尔采默病、脑外伤后精神症状、脑组织肿瘤伴发精神症状等以及新技术在健康人群中的心理功能变化时的定位研究,仍在催促着研究人员继续寻觅精神类疾病“实体化”的不懈努力。一些古老且朴素的唯物主义观点,如肠道菌群失调引发精神障碍的观点,引导着现代人们再次着眼于粪便微生物群移植(FMT)的现象,也在提示精神类疾病也许还真的需要走“实体化”道路。

4. 结论:从医学模式的演变之路中的若隐若现逆转倾向再看精神疾病的实体化路径

最近十几年来,针对脑组织的功能定位研究,特别是功能磁共振成像(fMRI)、正电子发射脑组织扫描(PET)技术的临床运用,正在逐步揭开精神类疾病的实体化途径。社会心理学家 Matthew D. Lieberman 在其“社会性排斥”模型的研究中,证实了人类物理性疼痛和社会性疼痛共享一个神经基础,这就是大脑背侧前扣带回和右腹侧前额叶皮层。可以这样看待精神类疾病更为妥当,即实体化与非实体化模式应该是同一个概念(精神类疾病)的两个方面,正如钱币的正反面而已。依次类推,已经证实大脑腹内侧前额叶皮层和腹侧纹状体所构成的大脑奖赏系统,构成了物质奖励与精神鼓励(赞美)共享同一个神经平台以及外侧额顶皮层与人类一般推理能力的关联和腹侧额叶皮层与颞顶联合皮层区与社会性心智认知关联的事实[48]。相信,类似的发现会不断积累,最终阐明精神类疾病的实体化结局。

人类探索大脑功能与定位的相互关系,应该是解开精神类疾病实体化的关键步骤[49]。至于功能的内部要素间逻辑关系的研究,或许放在信息学、逻辑学、社会学、心理学、乃至于悖论推理或许更为妥帖,应该不是精神医学的范畴,或者仅仅是精神医学的边缘亚学科而已。

参考文献

- [1] 张秋菊. 现代医学模式转变面临的挑战与对策分析[J]. 中国医学伦理学, 2011, 24(3): 298-299, 338.
- [2] 姚树桥, 杨艳杰. 医学心理学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [3] 陈晓平. 实体化思维与知性范畴——对康德先验范畴体系的一些修正[J]. 温州大学学报(社会科学版), 2014, 27(6): 66-67.
- [4] 郝伟, 于欣, 徐一峰. 基于还原论的精神障碍机制研究可能永远是盲人摸象[J]. 中国心理卫生杂志, 2015(5): 324-326.
- [5] 江志良, 徐凌忠. 基于现代医学模式和健康观的慢性病防治探讨[J]. 中外医疗, 2010, 28(2): 186-188.
- [6] 张艳萍, 严火其. 从哲学史上自然观的变革看医学模式的转变[J]. 兵团教育学院学报, 2022, 12(3): 16-18.
- [7] 张养生, 杨月明. 自然哲学医学模式的系统认识[J]. 陕西中医, 2002, 23(9): 819-821.
- [8] 王萍, 张健. 不同医学模式下的医患关系讨论[J]. 科技论坛, 2014, 27(2): 151-154.

- [9] 季建林. 医患关系的建立与沟通[J]. 继续医学教育, 2003, 21(29): 11-13.
- [10] 吴春容, 张呈友. 生物医学模式及其局限性[J]. 中国社区医师, 1999, 12(4): 8-9.
- [11] 刘月树. “生物心理社会医学模式”理论的历史与现实——以恩格尔为中心的学术史考察[J]. 科学经济社会杂志, 2018, 36(2): 18-25.
- [12] 王倩, 郝晓慈, 武鹏, 等. 基于 4P 医学模式的社区护理在脑卒中高危人群一级预防中的应用效果[J]. 河北医药, 2019, 41(2): 311-313, 317.
- [13] Hunter, R. and Macalpine, I. (1963) *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*. Oxford University Press, London, 632.
- [14] Haslam, J. (1809) *Observations on Madness and Melancholy*. 2nd Revised Edition, Callow Publishing, London, 317.
- [15] Halliday, A. (1828) *General View of the Present State of Lunatics and Lunatic Asylum Great Britain and Ireland*. Underwood, London, 14-15.
- [16] Laehr, H. (1852) *Ueber Irrsein und Irrenanstalten*. Pfeffer, Halle, 242-283.
- [17] Jimenez, M.A. (1987) *Changing Faces of Madness: Early American Attitudes and Treatment of the Insane*. University Press of New England, Hanover, 38-39.
- [18] Horn, E. (1818) *Oeffentliche Rechenschaft uber meine zwcifjeharige Dienstfuehrung*. Realschul, Berlin, 73.
- [19] Shorter, E. (1998) *A History of Psychiatry*. Wiley, Hoboken, 157-176.
- [20] Federn, M. (1934) The Analysis of Psychotics. *International Journal of Psychoanalysis*, **15**, 209-214.
- [21] Peters, U.H. (1990) Adolf Meyer und Die Beziehungen Zwischen deutscher und amerikanischer psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, **58**, 332-338. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1001196>
- [22] Von Jauregg, J.W. (1887) *Uber die Einwirkung Fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen*. *Jahrbucher fur Psychiatrie und Neurologic*, **7**, 94-131.
- [23] Haslam, J. (1809) *Observations on Madness and Melancholy*. Callow, London, 324, 328.
- [24] Weber, M.M. (1987) *Die Opiumkur in der Psychiatrie: Ein Beitrag zur Geschichte der Psychopharmakotherapie*. *Sudhoffs Archive*, **71**, 31-61.
- [25] Tomas, N. (1984) *A Generous Confidence: Thomas Story Kirkbride and the Art of Asylum-Keeping, 1840-1883*. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom, 194-195.
- [26] Wood, A. (1855) *A New Method of Treating Neuralgia by the Direct Application of Opiates to the Painful Points*. *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, **82**, 265-281.
- [27] Grunau, H. (1905) *Uber Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den offentlichen preussischen Irrenanstalten von 1875 bis 1900*. Marhold, Halle, 34.
- [28] Issekutz, B. (1971) *Die Geschichte der Arzneimittelforschung*. Kuado, Budapest, 132.
- [29] Norton, A. (1979) Depression. *The BMJ*, **2**, 429-430. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6187.429>
- [30] Woolf, V. (1977) *A Change of Perspective, the Letters of Virginia Woolf, Vol. 3, 1923-1928*. Chatto & Windus, London, 469.
- [31] Macleod, N. (1900) The Bromide Sleep: A New Departure in the Treatment of Acute Mania. *The BMJ*, **1**, 134-136. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.2038.134>
- [32] Goder, K. (1985) *Zur Einfuehrung Synthetischer Schlafmittel in die Medizin*. Peter Lang, Frankfurt, 44-53.
- [33] Sakel, M. (1933) *Neue Behandlung der Morphinsucht*. *Zeitschrift fur Die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, **143**, 506-534. <https://doi.org/10.1007/BF02866187>
- [34] Von Meduna, L. (1935) *Versuche uber die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie*. *Zeitschrift fur Die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, **152**, 235-262. <https://doi.org/10.1007/BF02865699>
- [35] 张玲, 刘辰庚, 李洁. 神经精神药理学治疗药物检测共识指南: 2017 版[J]. 实用药物与临床, 2022, 46(1): 3-5.
- [36] Beveridge, A.W. and Renvoize, E.B. (1988) *Electricity: A History of Its Use in the Treatment of Mental Illness in Britain during the Second Half of the 19th Century*. *British Journal of Psychiatry*, **153**, 157-162. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.2.157>
- [37] Baskett, R. (1996) *The Life of the Toronto Psychiatric Hospital*. In: Shorter, E., Ed., *TPH: History and Memories of the Toronto Psychiatric Hospital*, Walf and Emerson, Toronto, 96-153.
- [38] Alexander, E. (1987) *A Perspective of the 1940s*. *Surgery and Neurology*, **28**, 319-320. [https://doi.org/10.1016/0090-3019\(87\)90316-8](https://doi.org/10.1016/0090-3019(87)90316-8)
- [39] Shorter, E. (1990) *Private Clinics in Central Europe, 1850-1933*. *Social History of Medicine*, **3**, 159-195.

<https://doi.org/10.1093/shm/3.2.159>

- [40] Kirchhoff, T. (1924) *Deutsche Irrenarzte*, Vol.2. Springer, Berlin, 71.
- [41] Jones, K. (1993) *Asylums and After: A Revised History of Mental Health Services: From the Early 18th Century to the 1990s*. UNKNO, London.
- [42] Group for the Advancement of Psychiatry (1992) *Psychotherapy in the Future*. American Psychological Association (APA), Washington, DC, 1.
- [43] Larry, K.G. (1985) Psychiatric Disorder in Primary Care. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 86-87.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790300013002>
- [44] Goodwin, D.W. and Guze, S.B. (1974) *Psychiatric Diagnosis*. 4th Edition, Oxford University Press, New York, 7.
- [45] 周小东. 新型抗精神病药物研发过程中面临的问题和解决方案[J]. 解放军医药杂志, 2012, 24(2): 33-37.
- [46] 周小东. 阿立哌唑在非精神病障碍中的应用和研究进展[J]. 解放军医药杂志, 2013, 25(12): 107-111.
- [47] 周小东, 刘知源, 马锐. 一种抗精神病新药卡利拉嗪的受体作用模式介绍[J]. 四川精神卫生, 2019, 32(2): 170-173.
- [48] 马修·利伯曼. 社交天性人类社交的三大驱动力[M]. 贾拥军, 译. 杭州: 浙江人民出版社, 2016: 53-128.
- [49] 戴维·巴斯. 进化心理学[M]. 张勇, 蒋柯, 译. 北京: 商务印书馆, 2015: 3-6.