精神疾病史

从时代开始
普罗克森时代庇护所

爱德华·肖特



约翰威利父子公司。
新York·Chichester·Brisbane·Toronto·Singapore·Weinhe im

章节

1

精神病学的诞生

十八世纪末之前，还没有所谓的精神病学。尽管自古希腊时代起，个别医生就一直在照顾疯人，并撰写了相关手册，但那时并没有一个由一群医生共同致力于的、具有明确身份认同的精神病学学科。然而，除了外科手术外，其他专业也几乎没有发展起来。医学专科化是十九世纪的现象。

然而，精神障碍本身一直为人所熟知。精神疾病部分基于生物学和遗传因素，与人类状况一样古老。尽管并非所有精神紊乱都埋藏在我们神经系统中，但确实有一些是这样，源自大脑化学的紊乱。因此，人类社会自古以来就了解精神医学，并且一直有应对它的方法。

一个没有精神病的世界

生活在没有精神病学的世界里是什么样的？在爱尔兰，情况是这样的：1817年，一位来自爱尔兰地区的下议院议员说，“爱尔兰农民的小屋里没有什么比疯狂更令人震惊的事情了……当一个强壮的女人得到投诉时，她们唯一能做的就是把小屋的地板挖个洞，洞口足够大，让这个人无法站起来，上面再盖上一张婴儿床。”

阻止他起床。这个洞大约有五英尺深，他们给这个可怜的人食物在那里，他通常会死在那里。”

人们可以立即放弃任何浪漫化的观念，认为疯子在过去只是在村里的绿地上嬉戏或在橡树荫下漫不经心地沉思。在十九世纪中叶之前，乡村和小镇的人们对那些与众不同的人感到恐惧，他们对不符合严格规范的行为表现出专制的不容忍。生活在紧密组织的面对面社区里，欧洲的村民们非常重视继承下来的社会角色、由传统决定的习俗以及受季节变化支配的日常生活。那些因精神和情绪障碍而被迫与众不同、偏离这些节奏的人，总是以最残忍和无情的方式对待。毕竟，在李尔王时代，那些患有严重精神疾病的人的命运是怎样的：

可怜的赤裸裸的可怜人，无论你在哪里
等待着这无情的风暴的倾盆大雨，
无家可归的头颅和饥饿的躯体，你那环环相
扣、窗框破碎的破烂不堪，如何保护你
从这样的季节开始？2

如果被赶出家门和村庄，精神疾病患者便加入了早期现代欧洲街头流浪者的行列。许多“村里的傻瓜”是那些因出生时遭受精神发育迟缓或精神分裂症而成为“愚人”的人——他们因早产（当时人们认为分娩时间过长会导致肺结核）而受到伤害。手持棍棒的“愚人”是常见的形象。然而，将疯子视为一直与我们同在的观点需要加以细腻处理。在英国以外的地方，过去大多数患有精神障碍的人有权被收容，并在他们出生地获得贫困救济。他们不能被简单地赶出去。

所以，是家庭而非社区不得不面对他们。在十九世纪之前，照顾疯人是家庭的责任。而在我们已经失去的世界里，家庭护理成了一个恐怖的故事。安托万·穆勒于1798年成为维尔茨堡皇家朱利叶斯医院的精神病科主任，他描述了一些新入院的病人。“一个十六岁的少年，多年来一直躺在父亲——一位牧羊人的小屋里的猪圈里，四肢和心智都已丧失功能，以至于他像动物一样用嘴舔食。”当穆勒的病人被送入医院时，最初在家接受护理的患者通常会被发现“背部被打得伤痕累累”。

蓝色，带着血迹的伤口。“有一个人被妻子锁在他们家的墙上长达五年，失去了双腿的功能。当从维尔茨堡精神病院出院的病人出现在小镇上时，当地年轻人会追上去喊道：‘看啊，看啊，那个怪人走了。’这些描述完全符合当时对精神疾病患者的家庭治疗方式。”

这样的状况一直持续到十九世纪。1870年代，在引入精神病院之前，法语瑞士弗里堡州的官员对精神疾病患者进行了普查。调查人员几乎不敢相信自己的眼睛。他们识别出的164名精神病人中，有五分之一的人在家被限制，大多是在未供暖的房间和马厩里，“狭小、黑暗、潮湿、恶臭的关押室。”据称，两名被关在马厩里的患者“躺在自己的粪便上，脸上满是苍蝇。”路易·卡拉德克，一位在布列塔尼执业的老练海军外科医生，在1860年评论周围的乡村时说，“在我们的农村地区，人们仍然受到荒谬偏见的影响，公众舆论认为家庭中出现精神疾病是可耻的，不会将患者送往精神病院。这是促使农民将这些可怜的人留在家中的主要原因。如果疯子表现得平静，人们通常会放任不管。但如果他变得狂暴或麻烦，就会被锁在马厩的一角或孤立的房间里，每天有人给他送食物……这已经这类犯罪在农村地区经常发生，而且往往要经过数年时间，当局才得知这一罪行[即：非法扣留]

在英格兰，这样的病人如果不被锁在家里，可能会被绑在济贫院的木桩上或poorhouse.Dr.William Perfect，他在肯特郡韦斯特马林经营着一家小型疗养院，回忆起1776年被弗伦兹伯里的教区官员召见，去看“他们关在济贫院里的疯子……他用铁钉和铁环固定在地板上，铁环绑在他的双腿上，还戴着手铐。”他是否融入了社区？透过窗户的铁栅栏，我们不断指出的访客们嘲笑并激怒了这位病人，使他成为公众娱乐的对象……通过一些灵巧的动作，比如用脚趾穿针引线。”这就是所谓的温和而关怀的“前工业社会”的社区护理版本。

新世界的条件也好不到哪里去，新英格兰社会改革者多萝西娅·迪克斯在19世纪40年代初骑马游历马萨诸塞州农村调查当地“疯癫穷人”的安排时发现了这一点。

在林肯郡，我发现，“笼子里有一个女人。”

梅德福：“一个愚蠢的囚犯被锁在牢房里，另一个在狭小的牢房里关了17年。”

马厩：“四个雌性马厩和马厩；两个被锁在一起，我想都是这样。”

并非马萨诸塞州的所有精神疾病患者都居家隔离。一些人则住在济贫院里，正如迪克斯所描述的那样，“躺在木制床铺上，床上堆满了稻草，总是被关着。”在丹弗斯，远早于她进入济贫院之前，迪克斯就能听到“野性的喊叫、粗俗的歌曲片段、不敬之言和猥亵的语言”，这些声音来自一位曾经体面的年轻女子，她因“无法治愈”而从附近的一家医院返回。如今在丹弗斯，这位女子站在她那狭小且未打扫的笼子的栏杆上，“这是一幅令人作呕的景象……未洗的身体上沾满了不干净的衣服碎片，空气极其刺鼻，尽管四周都有通风口，但除了一个例外，无法长时间停留而不退到室外呼吸新鲜空气。”7

这些轶事并不代表这一光谱的极端或怪异一端；它们典型地反映了在精神病院出现之前，那些患有严重精神疾病的人的情况。在一个没有精神科的世界里，精神病人不仅不被容忍，甚至被无情地对待。在精神病院出现之前，没有所谓的黄金时代，没有为那些被认为背离资本主义价值观的人提供理想的避难所。否则就是一种幻想。8

传统庇护所

但自中世纪以来，就出现了收容所。收容所绝非19世纪末的发明。如果我们把视角从乡村和小镇转向城市，就会发现城市世界一直面临着无家可归的精神病或精神失常个体的问题，而城市也组织了机构来容纳他们，有时是在为病人、罪犯和流浪汉设立的疗养院，有时则是在监狱和劳改营中。完整的收容所也存在过。所有这些机构都仅具有监护功能。传统社会没有提供治疗患者的概念。

欧洲最古老的精神病院之一是Bethlem，它成立于13世纪，是Bethlem圣玛丽修道院，到1403年，它收容了6名疯子和其他居民。

后来几个世纪里，这家医院几乎完全收治疯子，名字不可避免地变成了贝特莱姆，或“疯人院”。1547年，伦敦市接管了贝特莱姆，并一直管理到1948.9Recentscholarly时期，这些记载在某种程度上减轻了我们所见的贝特莱姆的恐怖画面，比如威廉·贺加斯1733年创作的《浪子的历程》第八幕中描绘的情景，画面中的浪子几乎赤裸着躺在地上，头上剃光以驱除虱子，而一位看守或医生正在检查他。贝特莱姆的私人病人情况可能稍好一些，因为他们的家庭支付了看护费用，但“疯人院”一词作为混乱疯狂的代名词依然回响。到1815年，这座历史上最著名的精神病院仅有122名患者。因此，在整体护理场景中，这一数字微不足道。

尽管17世纪的英格兰拥有其他七家收容所或公共慈善机构，如诺里奇的贝瑟尔（成立于1713年），[12]it很可能有同样甚至更多的病人被安置在私营部门，在遍布各地的众多私人“疯人院”或后来被称为“私人神经科诊所”的地方。这些私人机构的规模从少数患者住在医生家中到可容纳四五百人的不等，它们提供的是监护而非治疗，用于照顾那些无法在国内家庭中自理的人。私人疯人院的条件并不比公立疯人院好多少。[3]正如贝瑟姆的医生（“药剂师”）约翰·哈斯拉姆在1809年所说，“回想我见过的那些有趣的女性，她们在经历了一次短暂的精神紊乱后，接受了通过牙齿屏障强行灌入[强迫进入口腔]的残酷操作，最终被送回朋友身边时，两颚都没有门牙。”

到1826年，当英国开始提供全国统计数据时，只有极少数人被安置在私人或公共收容所中。当时，仅有不到五千名精神病患者被关押，其中64%在私人机构，36%在公共机构。贝特莱姆和圣卢克两所医院加起来也只有500名病人，另有53名精神病患者被关押在监狱里——这在一个拥有1000万人口的国家。[5]In在英国，谈论任何形式的“大规模监禁”是荒谬的，正如法国哲学家米歇尔·福柯所说。与英国私营部门的托管传统相比，在欧洲大陆，公共部门一直提供护理。在法国，通过1656年的行政重组，路易十四

建立了两个大型巴黎医院，分别收治病人、罪犯、流浪者和疯子——男性收治于比塞特尔医院，女性收治于萨尔佩特里埃医院——作为更大规模的“综合医院”项目的一部分。这些综合医院并非真正意义上的医院，而是试图不以治疗为名的监护机构。尽管比塞特尔和萨尔佩特里埃逐渐收治疯子，直到19世纪末，它们仍保留着医院的性质，而非精神病院。两者后来都被视为恐怖之地，囚犯们经常遭受鞭打、锁链束缚，并被迫忍受令人窒息的卫生条件。

作为“综合医院”的一部分，法国政府还在几个省会城市建立了临终关怀机构。这些机构中，精神病患者人数从未达到相当规模，例如比塞特雷尔在1788年仅有245名“疯子”（包括癫痫和智力障碍者）。到1798年，法国已有约177所综合医院，其中大部分床位用于各种类型的非精神病患者。精神病人还被关押在多个工作场所（遍布全国的监狱）。目前，关于这些机构中囚犯的具体构成知之甚少，但乞丐、老年人和器官疾病患者的数量似乎如此之高，以至于他们被贴上了非精神病患者的标签。在法国，福柯选择了一个拥有近三千万人口的地方，坚持任何形式的大规模监禁是荒谬的。在如此庞大的人口背景下，精神病床位的数量微不足道。

中欧，由众多小国组成，缺乏法国那样的中央集权政府。在这里，国家、教会和地方社区共同承担精神疾病护理的责任，形式包括疯人院、济贫院和监狱。到十八世纪末，这种护理方式已沦为一种悲惨的状态。正如哈勒大学医学教授约翰·赖尔在1800年左右描绘德国一些惯常的精神病收容所时所说，“从大城市的喧嚣中来到这些疯人院，是一种令人难忘的感觉。”他眼前展现了一出“杂耍表演”，疯子们在幻觉和妄想中扮演着暴君和奴隶的角色，“那些笑得毫无理由的傻瓜，以及那些无理自虐的傻瓜。我们像对待罪犯一样，把这些不幸的人关进疯人院、隔离监狱，或者让他们住在城镇大门上方猫头鹰巢穴或阁楼里潮湿的牢房中，在那里，人类的同情目光可能永远无法触及他们；我们将他们留在那里，被锁链束缚，逐渐堕落。”

污秽。”20尽管其中一些可怕的“托尔豪斯”（疯人院）建立于中世纪，相当数量的疯人院则集中在十八世纪，但在中欧没有任何证据表明，所谓的十七世纪绝对主义政权引发了大规模的精神病患者收容。21

福柯认为精神病学是由中央政府发明的。但在国家主义的德国，精神病学在十九世纪之前几乎是一纸空文。正如维尔茨堡的穆勒后来回忆道，“任何当时的医生[十八世纪末]都会知道，医学生对精神疾病了解得多么少，实际操作中能学到多少，以及这一学科被忽视到了何种程度。”当然，传统医生一直知道可以通过给疯子服用药物来治疗所谓的“黑胆汁”过多等问题。然而，穆勒也指出，“老医生们治愈疯子的艺术——使用黑豆，似乎已经失传了。”22

美国殖民地几乎没有机会经历前现代疯人院的阶段。尽管通常由殖民家庭处理“精神失常者”，镇上的居民偶尔也会为个别病人建造小木屋，例如马萨诸塞州布伦特里镇的一座五英尺乘七英尺的房子，1688年帮助塞缪尔·斯皮尔关押他的疯癫妹妹温蒂太太。1701年，马萨诸塞州沃特敦的官员命令将一名“精神失常儿童”置于监护之下，并授权支付其抚养费用。次年这些安排瓦解后，社区又授权另一名居民继续在“小屋”里照顾孩子……如果他“精神失常”。因此，某种形式的精神疾病监护可以追溯到殖民历史的早期。

至于殖民地机构，1729年新成立的波士顿济贫院通过将疯人与其他居民隔离，创建了第一个精神病病房。24在1800年前，美国仅有两家医院，分别是宾夕法尼亚医院，由宗教贵格会于175 2年建立，以及纽约医院，于1791年开业。后来，这两家机构开始收治疯人，纽约医院于1808年获得独立精神病楼，称为“疯人院”。25殖民地首个真正意义上的精神病院成立于1773年的弗吉尼亚州威廉斯堡，“旨在为智障者、疯子及其他精神失常者提供支持和维护。”26

因此，在大西洋两岸，精神病学的历史都是监护式精神病院的历史，这些机构是为了关押那些对自己危险、对他人造成麻烦的狂暴个体。

是发现这些机构可以具有治疗功能，从而诞生了精神病学这一学科。

宣告治疗庇护所

十八世纪末，改变的并非疯癫可以治愈这一观念，因为一种自欺欺人的自信贯穿于传统医学之中，它伴随着放血、泻下和泻药——所有这些都旨在治愈。相反，真正改变的是人们认为机构本身也能起到治愈作用的观点，即通过将患者关押起来，而不是仅仅从烦恼的家庭或受委屈的村长那里消除麻烦，能够使病人得到更好的治疗。这种见解几乎以革命性的方式颠覆了当时的观念。

然而，18世纪的启蒙运动确实自认为通过理性可以大大改善前人的医疗手段。可治愈性的观念是良好的启蒙思想，是通过社会、政治或医学工程实现改进的大议程的一部分。如果革命后的法国能够制定宪法并公开市场经济学的法律，那么疾病也可以通过正确的治疗哲学系统地得到治疗。从爱丁堡等地发源的新疗法席卷了整个18世纪下半叶的医学界，这种乐观情绪也得到了精神病学的支持。新一代的精神病医生满怀信心地成长起来，相信自己有能力治愈疾病。

变革的精神如此弥漫，以至于很难确定某个人是新式无菌病的罪魁祸首。德国的约翰·赖尔谈到一场国际运动，旨在帮助精神病患者。“英国、法国和德国的医生们，”他在1803年说，“正齐心协力改善精神病患者的境遇……世界人民欢欣鼓舞地看到人类为确保邻国福祉而不懈努力。监狱和看守所的恐怖已经结束……一个勇敢的民族敢于承担这一宏大的理想，这个理想让普通市民都感到眩晕，即从地球上抹去最致命的瘟疫之一。”27想象一下：他们所指的不仅仅是根除精神病，而是以启蒙运动中最优雅的方式提出这一宏伟目标。

然而，有可能确定少数几位精神病医生，他们的著作成为了精神病学界其他人的灯塔。考虑到围绕这一主题的巨大争议，人们注意到

精神病学的改革运动确实具有国际性。有学者将精神病学的发展与各种影响联系起来，有人认为资本主义是罪魁祸首，另一些人则归咎于中央政府。然而，精神病学的新治疗乐观主义起源于多种社会和经济背景，这使得任何单一的社会力量如资本主义都不太可能提供答案。另一方面，启蒙式的科学思维跨越了大陆：期刊广泛传播，重要书籍很快被翻译，个人医生也前往国外学习其他地方的情况。这种科学思维，很大程度上独立于社会背景，似乎正是它推动了精神病学的发展。

第一位主张将患者机构化以获得治疗益处的精神科医生是威廉·巴蒂，他是伦敦圣卢克医院的创始医务官，该精神病院于175 1年开业。巴蒂是一位杰出的人物，拥有两家大型私人疯人院，并曾担任医师学院的院长。英国精神病学的标准历史称他为“当时领先的‘疯医’……”1758年，54岁的巴蒂撰写了《论疯狂》，明确赋予精神病院治疗价值。他引用了一位匿名同事的话说，“管理远不止于此。



Vincenzio Chiarugi，18世纪晚期的佛罗伦萨精神病医生，建立了最早的治疗性精神病院之一（多亏了Donatella Lippi）。

医学；反复的经验使我们相信，隔离往往足够，但总是必要到没有它，迄今为止为治疗疯狂所设计的每一种方法都将无效。”事实上，巴蒂推荐了一种隔离疗法，患者不应有朋友（或旁观者）来访，也不应由自己的仆人照顾，而是由精神病院的勤务人员负责。这是我所知的第一个关于精神病院作为治疗中心的重要声明。

巴蒂进一步强调了精神障碍的可治疗性：“疯狂……与其他同样令人恐惧且顽固的精神疾病一样容易控制，然而它们并未被视为无法治愈；这些不幸的对象绝不应被抛弃，更不应被关进令人厌恶的监狱，视为罪犯或社会的累赘。”在受精神分析历史影响下，像巴蒂这样的现代精神病学创始人几乎被遗忘。然而，正是在巴蒂身上，精神病学迎来了它的诞生。

场景现在转移到意大利佛罗伦萨，1785年，一位名叫文森齐奥·奇亚鲁吉的26岁医生，在拥挤不堪的圣多萝西亚医院工作，他向改革派奥地利大公利奥波德提议，将另一家医院——老博尼法齐奥医院翻新，并将圣多萝西亚的精神病患者转移到那里。1788年，博尼法齐奥医院开业，次年，一套精美印刷的管理规定问世，显然是奇亚鲁吉的工作成果，详细说明了如何维持此类机构的正常秩序。1793年和1794年，奇亚鲁吉出版了他的三卷本著作《论疯狂》，书中他论证了收容所不仅是为了隔离精神病人，更是为了治愈他们。他勾画了一种实现这一目标的情景（具体细节将在下一部分讨论）。[3]Chiarugi因此，奇亚鲁吉被认为是制定了治疗性收容所的基本规范。

与此同时，在法国，革命正在进行中。夏洛特·科黛于1793年刺杀马拉一个月后，雅各宾政府请了一位名叫菲利普·皮内尔的年轻医生，当时38岁，接管比塞特医院的运营。皮内尔是革命推举出来的自力更生的进步人士的典范。他1745年出生在一个法国西南部的村庄，是家中七个孩子中的长子，出身于一个贫穷的医疗家庭。他在图卢兹地区大学学习数学，随后前往蒙彼利埃学习医学。皮内尔作为一位医学文学家前往巴黎，撰写和翻译作品，参加沙龙活动，并且——在某种程度上与一家私人精神病诊所有关联，但具体关联尚不明确。



菲利普·皮内尔，19世纪早期的巴黎精神科医生，被认为是现代精神病学的创始人（美国精神病学档案馆）。

贝尔霍姆家族发展了一种对患者实际观察的品味（与当时充斥在医学文献中的枯燥理论形成对比）。

1789年后，皮内尔逐渐融入革命圈子，尽管出身卑微、口音土气，他却拥有了政治前途。受启蒙心理学和17 80年代沙龙中获得的进步社会哲学的影响，皮内尔的思想充满了改革的理想，既有人文主义色彩，也具有治疗性质。34他的名声因据说在1793年指挥了比塞特雷监狱中囚犯的锁链拆除而得以巩固（尽管实际上是医院院长让-巴蒂斯特·普辛下达了命令）。1795年，皮内尔成为萨尔佩特里埃医院的院长后，又废除了该机构的锁链。

然而，皮内尔的名字至今仍是精神病学史上的一个里程碑，这并非因为各种所谓的疯人解放运动。之前的精神病学家，包括奇亚鲁吉，已经解除了病人的锁链（皮内尔则用紧身衣替换了锁链）。真正的原因是他于1801年出版的一本教科书。基于他在贝尔霍姆、比塞特雷和萨尔佩特里埃的经验，皮内尔得出结论，精神病院是一个可以进行心理治疗的地方，不是明确的心理治疗，而是利用监禁本身的经验。

以一种治愈的方式。“希望是合理的，”他在1801年说，“让那些看似无可救药的人重新融入社会。我们最勤奋和不懈的关注需要放在那群正在康复或在发作间清醒的精神病患者身上，这群人必须被安置在临终关怀医院的单独病房……并接受某种心理治疗[机构道德]，以培养和增强他们的理性能力。”尽管这不是第一次提到精神病院的治疗潜力，但它却是历史上最具影响力的。在大多数传统的历史叙述中，现代精神病学始于皮内尔。

皮内尔1801年的文字对于如何在精神病院中组织生活以实现治疗作用描述得相当模糊，尽管我们知道他本人非常善解人意地对待病人，用温暖的浴水安抚他们，并且他在闲暇时间里安排工作和系统活动。36皮内尔的学生让-埃蒂安·埃斯基罗勒详细阐述了治疗细节，勾勒出这一图景。埃斯基罗勒1772年出生于图卢兹，出身于一个有影响力的家族，但革命后这个家庭陷入了贫困。



Jean- Etienne- Dominique Esquirol，19世纪早期的巴黎精神病学家，他提倡后来被称为“社会和社区精神病学”的精神疾病（美国国家医学图书馆）。

在职业生涯中漂泊不定，埃斯基罗尔移居巴黎，决心投身医学。在医院间听讲座的过程中，埃斯基罗尔最终听到了皮内尔在萨尔佩特里埃的演讲。两人之间立即建立了深厚的联系。几乎立刻，埃斯基罗尔就像一个世纪后与西格蒙德·弗洛伊德关系密切的卡尔·荣格一样，被誉为改革精神病学的王储。埃斯基罗尔凭借1802年关于“情感”在精神疾病中作用的博士论文开始声名鹊起，并于1811年接替非医生出身的普辛，成为萨尔佩特里埃精神病科的负责人。

埃斯基罗尔计划将皮内尔的改革付诸实践。为了帮助传播这一理念，1817年他开始向医学院学生讲授精神病学。八年后，当他成为巴黎郊区夏朗东大型精神病院的首席医生时，埃斯基罗尔已经为清理法国各地的精神病院，尤其是在各省的精神病院，进行了长达十年的努力。或许皮内尔精神病院最具有治疗意义的概念是“医疗社区”：患者和医生作为社区成员生活在精神科环境中。在埃斯基罗尔位于萨尔佩特里埃（后来迁至伊夫里郊区）对面的私人神经科诊所里，病人会与埃斯基罗尔一家同桌用餐。埃斯基罗尔相信，在机构中与外界隔绝对患者有益，并认为远离家人和朋友将大大有助于患者摆脱之前支配其生活的不健康情感。

皮内尔和埃斯基罗尔开创的精神病学潮流贯穿整个19世纪的大西洋社区，直到人口压力压倒了任何关于提供治疗福利的想法。然而，在治疗性精神病院的概念上存在重要的国际差异。

在中欧，皮内尔的声音被削弱了，因为改革的主要权威雷尔并不关心比塞特的智者，反而更青睐奇亚鲁吉。4[1]Reil是十八世纪末的启蒙时代多才学者之一。他在神经解剖学和内科医学方面声名鹊起，后来才涉足精神病学。事实上，除了在哈勒监狱担任医生（该监狱的人口中确实包括一些精神疾病患者）外，雷尔似乎从未与实际的精神病患者有过太多接触。但他有许多想法，并在《精神错乱心理治疗方法的应用》一书中表达了这些想法，这是一本写得非常有力但标题晦涩的书，出版于1803年，当时雷尔44岁。

对先前机构的状况感到震惊，雷尔以启蒙风格问道：“当谈到拯救他人时，我们著名的文化成果、对人类的爱、社区意识、应有的公民精神和高尚的自我牺牲在哪里？”他眼前呈现出一幅阴郁的精神病画面。但在这里，“医学界”可以发挥作用，他说。“他们有勇气和精力，因为每个人都需要这些。他们是大自然大学校的学子，一种拒绝将我们与人类隔离开来的自然，当看到这一原则被违背时，他们会作出反应。”（仿佛是雷尔而非席勒创作了《欢乐颂》。）

“医生能做些什么来解决精神疾病的问题？”雷尔问道。机构可以提供帮助。他说，精神病院是唯一例外，因为通常认为病人在家接受治疗更好。家庭护理对于精神疾病的效果远不如机构护理，因为在家庭中没有浴缸、按摩床、开放空间和其他辅助疗法，而这些在公立精神病院里都是医生提供的。鉴于对精神疾病感兴趣的医生数量有限，他指出，将少数可用的医生集中在机构中比分散到私人家庭护理更有意义。因此，“一般来说，公立精神病院必须成为治疗这类患者的基础。”42

应设立两种机构，一种用于治疗无法治愈的病人，另一种用于治疗难以治愈的病人。雷尔为后者制定了一套详尽的治疗方案，包括物理治疗和心理治疗，后者涉及在精神病院内搭建剧院以刺激患者的视觉感官，并向男性患者提供药物治疗。43这些措施大多只是雷尔的幻想——实际上并没有任何计划将这些特点融入精神病院的生活。然而，这是一项全面的机构治疗计划，与皮内尔无关，仅受奇亚鲁吉的影响，构成了将精神病学发展成为治疗职业的独特中欧特色。

雷尔代表了德国精神病学历史上的纬度流派。然而，同一时期也出现了权威主义流派，这体现在恩斯特·霍恩身上，一位32岁的军医，后来成为教师，并于1806年担任柏林夏里特医院的副院长。在此职位上，他负责管理自1798年建立的精神病服务，此前作为精神病患者的收容所——监狱——已被焚毁。要理解霍恩提案的本质，请记住夏里特医院是一所军事教学医院，其环境基于普鲁士纪律。然而，在传统精神病院混乱无序的背景下，如此严格的制度却能产生良好的治疗效果。例如，关于患者可以携带什么物品的问题看似微不足道。

房间。当他到达时，霍恩说，“任何人都可以随意进入他的房间。每个人都想为自己建立一个小巢穴。却不知被允许的事情，其他人也必须允许，很快病人的整个房间就被各种导致凌乱的东西填满了。悲惨的后果很快就来了。我不得不牺牲个人的愿望，以满足整体的需求。病人的请求只能置之不理，这样病人群体才能更好地繁荣。”44 ——　　——

确实，霍恩于1806年抵达时发现这里一片混乱。然而，他对这片哥雅风格的景象所施加的秩序不仅整洁美观，令官僚们赏心悦目，还具有治疗效果。他向病人下达了军事训练的命令，安排了紧凑的日程表以取代无尽的闲散，并树立了一种普遍的界限感，帮助患者感受到能够掌控自己生活的权利。“许多精神病患者感谢他，”霍恩的传记作者评论道，“因为他们幸福地康复了。”45

在美国，欧洲模式直到20世纪30年代仍占主导地位，这意味着相对而言，美国精神医学传统中具有特色的流派较少——或者至少是很少有其他地方效仿的。因此，在谈论美国“首创”时，我们必须尽量避免那种狭隘的地方主义，这种地方主义在许多美国文学作品中都有所体现。

然而，美国的叙事也很重要，它也始于一个创始人物。

费城医生本杰明·拉什）于1965年被美国精神病学协会正式认定为“美国精神病学之父”。然而，作为宾夕法尼亚医院的主治医生，拉什并未成为未来的灯塔。他与欧洲同行一样，认为大脑是精神疾病的基础：“那些因精神错乱而受苦的人，或因这些精神错乱而失去生活能力的人，”

u

“这些精神疾病，”他在1786年说，“被恰当地视为医学的研究对象；有许多记录显示，它们的疾病已经通过医疗手段得到了治愈。”48在他于1812年出版的大部头精神病学教科书中，拉什冷静地指出，“疯狂的原因主要在于大脑的血管，它依赖于与其他器质性疾病相同的病态和不规则行为。”49这种有机论是多样化的，绝非美国特有的。

3

拉什的支持者认为，他偶尔对道德劝导的思考预示了后来的心理疗法。然而，在他的实践中很难发现心理敏感性。正如一位1787年访问宾夕法尼亚医院的人所回忆的那样，“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们随后参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们随后参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们随后参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们随后参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什

的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及
他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我
们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉
什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以
及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“
我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了
拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所
以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，
”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观
了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊
所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所
，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参
观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回
诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住
所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着
参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡
回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的
住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接
着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的
巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他
的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们
接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什
的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及
他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我
们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉
什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以
及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“
我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了
拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所
以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，
”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观
了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊
所以及他的住所，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所
，”“我们接着参观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参
观了拉什的巡回诊所以及他的住所，”“我们接着参观了

疯子们的牢房位于地下室，部分是地下的。这些牢房大约有10英尺见方，坚固得如同监狱……每个门上都有一个洞，足够给病人提供食物等，用带强锁的小门封闭。“大多数病人躺在稻草上。”有些人极其狂暴和疯狂，几乎或完全赤裸。”50这不是道德治疗和繁忙日常的世界，与教科书中描述的宾夕法尼亚医院的理想化改革完全不符：“[病人]现在享受着空气、光线和运动带来的愉悦。”

夏天的阴凉步道……他们找回了人的形象，以及他们与朋友和出版界长期遗忘的关系。”51因此，作为精神病学的创始人，拉什有点像一个骗子。

这些现代精神病学的众多创始人有何共同之处？欧卡迪安的观点认为，精神病学是在资本主义和中央政府之间某种邪恶联盟中诞生的，通过招募精神科医生参与更大规模的游戏——将偏离常规的人群关押起来，以灌输工作纪律到一个没有动力的传统人群中。当然，巴蒂和拉什来自新兴资本主义经济的发源地——费城和伦敦，在那里他们呼吸着市场的气息。然而，奇亚鲁吉沉睡的十八世纪末佛罗伦萨几乎不可能更不具有资本主义特征，认为大公利奥波德如何将奥地利王室的国家建设理念延伸到托斯卡纳的精神卫生系统中，这简直是荒谬的。维也纳的有钱人在这个时候几乎没有兴趣在托斯卡纳，年轻的利奥波德（他1765年开始统治时只有18岁）和他的母亲玛丽亚·特蕾莎更像是传统开明的“独裁者”，而不是工业支持的国家建设者。当时，赖尔的哈勒是一个经济落后的地方，不太可能渗透到人类的伟大朋友赖尔身上。 关于鼓励工业劳动纪律的紧迫性。福柯案例实际上会随着皮内尔和埃斯基罗尔而起伏，两人在阶级背景和思维方式上截然不同（皮内尔是一位哲学家，埃斯基罗尔是早期浪漫主义者）。除了是亲密的朋友外，皮内尔和埃斯基罗尔共同拥有丰富的私人诊所经验。埃斯基罗尔对治疗的看法无疑受到了自己私人诊所生活的影响，尽管很难判断皮内尔在贝尔霍姆家庭诊所工作的头五年是如何影响他的。

为什么这两个人是否在私人精神病诊所里磨练过自己的技能很重要呢？因为私人诊所的兴起与福柯的整个教义是格格不入的：从定义上讲，这些诊所的兴起源于

是私营部门而不是公共部门。如果精神病学的诞生主要发生在“私人疯人院”中，中产阶级和贵族家庭自愿支付巨额费用来摆脱他们的亲属，那么“大隔离”还剩下什么？

其他学者的论述几乎与福柯的论述一样有说服力。有人认为，“专业化”（精神病学家） 试图建立一种自我服务的霸权来控制疯狂，以增强their八的财富和权力。5³It确实，一些私营部门的医生，如Batie，确实积累了巨大的财富。同样，在这些年里，精神病学确实开始作为一个独立的学科形成。 声称其运动具有特殊的智力和情感品质。然而 这可以被解释为治疗自我合法的表达 是信心而不是权力掠夺。

这些十八世纪末的精神病学家认为，一门新的学科正在形成。直到二十世纪，这一领域的从业者被称为“异乡人医生”，专门治疗“精神异乡”。雷尔列举了成为一名优秀精神病医生所需的品质：“洞察力、观察力、智慧、善意、毅力、耐心、经验、健壮的体魄和令人尊敬的面容。”他发现这些品质极为稀缺：“所有治愈精神病所需的品质如此稀少，以至于机构的人员配置变得困难。”1808年，雷尔创造了“精神病学”或“心理医生”这两个术语来指代这一新学科，到1816年，他又将其简化为“精神病学”。

英国作家也表达了这种观点，认为精神病学是一种特殊的学科。正如曼彻斯特疯人院的首席医生约翰·费里尔在1810年所说：“探究疯狂的症状需要更熟悉莎士比亚而非希腊医学作家阿雷泰乌斯的医生。”“由于缺乏那种对性格特征的精妙洞察力，这种洞察力更适用于诗歌或小说的创作，而非病理学讨论，一些医学作家将精神障碍的分类过于狭隘。”而另一些人，费里尔继续说道，几乎将疯狂的概念等同于任何‘短暂的情感过激’。因此，对于费里尔而言，专门研究精神疾病需要对文化和性格有深刻的理解。

这些年里，正如雷尔的一位合作者所说，“心理医学科学”这一概念正在形成。57位精神科医生声称，以治疗方式管理精神病院是一种艺术和科学，其复杂程度堪比化学或解剖学。

治疗收容所的组织

创始人设想了庇护所生活的两个方面：一是以有序的日常和集体精神为特色的生活环境，二是医患关系。这种关系中的一种形式常被称为“道德疗法”。无论是生活环境还是道德疗法，在创始人看来，新的庇护所都与传统的疯人院有所不同。

十八世纪的手册指出，疯狂源于过度或神经刺激。因此需要营造一种平静的环境。巴蒂尔在他的精神病院中力求实现一种黄金平衡，即“每一种不听话的欲望都必须得到抑制，每一种固定的想象都应尽可能被转移。”病人的身体和住所要保持清洁，饮食要清淡，“既不应过于刺激也不应过于油腻。”“适时安排各种娱乐活动”既不应时间过长也不应过于分散注意力。私人神经科诊所应作为一种疗养院，换句话说。58

如果这些18世纪的作家强调加强

从心理学的角度来看，这不仅仅是因为他们创造了 一种重视自我约束的卫理公会时代的潮流 控制是治疗性的。Ferr iar说在“利纳特奇斯”中，该方案 应该帮助病人获得自律，使他能够做到这一点 “服侍自己。”“一种纪律制度，温和但精确，让病人在不引起痛苦或恐惧的情况下意识到克制，是 最适合这些投诉。”结果很快就会出现 “正是由于克制感，疯子才能恢复更多 当他们离开家时，注意力会迅速分散，”费里亚尔说。 他们在家里只是让疾病变得更严重。”在陌生人中， 因此，有必要发挥他们的能力，而产生规律思维的最初倾向成为恢复的开始。” 庇护所应鼓励限制和集中，鼓励 在患者中，一种自我掌控的感觉。最重要的是，费里亚尔强调“患者中希望和期待的管理构成了最重要的部分 纪律的有用部分。小恩惠，表现出自信，和ap- 父母的区别加速了恢复。”

如何管理精神病患者的希望与担忧？如何将“疯人院”转变为“疗养所”，正如雷尔所说？雷尔建议，可以先选择一个无害的名字，“神经病患者之家”或许，“心理疗养医院”。将其置于宜人的环境中，周围是溪流、湖泊、山丘和田野，行政大楼周围散布着小别墅。

1

窗户上不应该有栏杆。由于这些疯狂的人——雷尔贝尔认为——倾向于有一种独特的气味，所以表面应该是可以清洁的。这个地方需要浴场、“神奇的寺庙”和“其他锻炼场所”。

“在注意力方面，这种现象已经持续了几十年。”

g实际上是为大城市里的富人家庭建造的

然而，雷尔的治疗愿景是惊人地具有预见性。

中欧的治疗庇护所是井然有序的。在夏里特医院，霍恩德为他的病人制定了每小时一次的计划，这是当时闻所未闻的：

5-6A.M.“起床，洗漱，吃早餐。”

6-7A.M.“通过大声朗读适合患者理解的段落来进行宗教教育。”

这一天就这样继续着，有伐木的时间段、军事演习、绘画课、地理课，晚上七点半到八点半（天气好的时候）还有“打保龄球赢小奖”。霍恩的日程表体现了这样的理念：

有秩序的生活是恢复活

皮内尔敦促以工作来安排一天。62但真正将法国人对日常作息本身作为治疗手段的概念发展得淋漓尽致的是他的学生埃斯基罗尔，他凭借在私人诊所的经验。“精神分裂症患者，在家中的和谐、秩序和规则的约束下，会更好地控制自己的冲动，减少随心所欲的行为。”当埃斯基罗尔在1816年写下这些话时，他很可能想到了巴蒂埃近半个世纪前的建议（尽管他几乎肯定没有）。埃斯基罗尔：“精神病患者享受的宁静，远离喧嚣和嘈杂，以及因脱离工作和家庭问题而获得的精神休息[道德上的]恢复，对他们的康复非常有利。在有条不紊的生活、纪律和精心设计的作息安排下，他们不得不反思生活的变化。调整[满足]、与陌生人相处融洽、与同伴共同经历苦难的必要性，是实现其失去理智恢复的强大盟友。”63

十八世纪末，医学界以一种新的方式与过去的历史决裂：医生开始采用既不涉及药物也不涉及物理操作的技术。这是心理治疗的诞生，即正式利用医患关系来恢复患者健康。精神科医生与患者之间特殊的心理关系，有时被称为“道德疗法”，源自皮内尔1801年的短语“道德治疗”（le traitement moral）。

这在法国语境中指的是“精神”而非“道德”，64这一概念在原则上并不新颖。在正式的心理干预中，这是一种医生们一直熟悉的技巧。17世纪的法国剧作家莫里哀让“克利坦德医生”在《爱的医学》中说：“先生，我的治疗方法与其他人的不同。其他人有催吐药和放血疗法、药物和灌肠。但我通过言语、声音、文字、符咒……来治愈疾病。因为心灵对身体有着坚定的掌控，所以疾病往往首先通过心灵产生，而我的习惯总是先治愈心灵再治疗身体。”65雷尔意识到，在他自己的“心理治疗方法”之前，有一长串追溯到古代的医生。66而在1750年之后的法国，关于“精神医学”的写作出现了爆发。67历史学家罗伊·波特证明，在19世纪的英国，道德管理的概念贯穿了整个心理医学领域。68

十八世纪末的精神病学作家试图系统化精神病院中长期熟悉的治疗方法，实际上是在为正规心理治疗做准备。第一位尝试道德疗法的精神病医生是佛罗伦萨博尼法齐奥精神病院的奇亚鲁吉，他在1793年谈到治疗抑郁症时说，“在真正的忧郁症病例中，特别是要促进和鼓励希望，这与悲伤和恐惧完全相反：这应该有助于改变患者的身体和道德状况……需要注意的是，这种新情感应以最自然的方式激发，以免在忧郁患者身上引起绝望和怨恨。”奇亚鲁吉只能描述医生在精神病院中对患者的直接心理干预。

奇亚鲁吉的作品在英国鲜为人知，在十九世纪头三十年里，整整一代精神科作家都在宣扬“道德治疗”的理念（见第二章）。这一术语是在1796年由约克的一位贵格会商人威廉·图克创立的私人疗养院中普及起来的，他希望改善当地贵格会社区中患有精神障碍成员的护理质量。尽管约克“静修所”设有一位医疗主管，但其著名的护理政策和温柔态度主要由非专业人士制定。正如威廉的孙子塞缪尔·图克，也是一位商人，在1813年出版的一篇关于静修所的文章中所写，“他人的明智善意似乎普遍激发了病人的感激和情感。”这种善意为病人提供了治疗性的支持，让他们能够依靠它来支撑自己。

图克认为，这关乎健康。尽管这本书似乎天真地坚信意志在“狂躁”和“忧郁”中的力量，这两种当时划分所有精神疾病的类别，但它产生了巨大影响，虽然作者是外行人，但仍可被视为精神病学史上最为著名的文献之一。

同时在法国，皮内尔显然从未听说过图克家族或约克静修所。然而，他所见到的是比塞特管理员夫人普辛女士的表演，在1793年至1795年间，她以自己的方式进行了心理治疗。“我在比塞特看到她面对最狂躁的狂热，用安慰的话语平息他们，让他们吃下原本会拒绝的食物，这让我感到震惊。有一天，一位因固执拒绝进食而濒临饥饿的病人反抗了她，在推走她给他准备的食物时，用最激烈的言辞辱骂她。这位机智的女人迎合了他的妄想；她在他面前跳来跳去，温和地回应他，成功让他笑了。利用这个时机让他进食，她救了他的命。”皮内尔无疑也经历了其他类似的人类同情事件，但正如路易·巴斯德后来所说，机会偏爱有准备的心灵，皮内尔的心灵已经准备好，通过哲学和心理学讨论变得敏感。启蒙哲学家。他很快得出结论，要“再次给病人希望”，要“通过治疗性地使用精神病院来治愈”，关键在于“赢得他们的信任”。患者通常会试图掩饰自己的想法，他说。只有通过“营造一种亲切的氛围和极度坦诚的态度”，才能洞察他们最隐秘的想法，澄清他们的疑虑，并通过将他们的问题与其他人的问题进行比较，处理表面的矛盾。

皮内尔1801年的著作具有如此权威性，以至于立即引发了道德治疗的热潮。唯一的竞争对手是雷尔自己精心构建的心理治疗体系，这仅具学术价值，因为他显然只是在扶手椅里推导出所有理论。73英国人称之为“道德治疗”，法国人则称为“精神治疗”，因此成为开明精神病院管理的黄金标准。尽管贝德兰姆的医务官哈斯拉姆嘲笑皮内尔关于其威严举止和震耳欲聋的声音的自命不凡，但哈斯拉姆还是向“投入时间与注意力去发现患者的特点，并确定其疯狂的具体表现和原因”这一智慧致敬。为了赢得患者的信任，哈斯拉姆说，

医生在医患关系中所需要的，仅仅是一种温和的态度和表达方式、对叙述的关注以及对其真实性的表面上的认同。

道德疗法的发现是否是少数几位伟人的一次天才之举？还是源于十八世纪末精神病医生所处情境的内在逻辑？为了治愈或缓解病人的痛苦，他们显然认为除了放血和手术外，还需要某种心理治疗方法。显然，患者在一个强调生产活动和有益娱乐的环境中会更好地康复，而不是躺在自己粪便覆盖的稻草上打滚。这些医生再清楚不过了，病人会对言语的安慰和医生表达的关心作出反应，这些都是备受推崇的道德疗法的基本且古老成分。令人惊讶的不是这一疗法被发现，而是它后来在精神病院生活中完全被遗忘。

神经疾病与非精神病学家

正如主要的精神疾病一直伴随着我们，焦虑、神经性抑郁和强迫行为等次要精神疾病也一直存在，尽管对于患者来说，它们绝非小事。自十八世纪以来，这些疾病常被称为“神经系统疾病”，后来又称为“神经”或“心理神经”障碍。每个时代都有自己的心理神经学词汇。古代犹太人认为“爱情病”足以让人变得一蹶不振。后来的时代则为分类学增添了诸如十六世纪的“歇斯底里”和十八世纪的“神经”。所有这些表达都非常具体，几乎可以涵盖任何可以想象的症状。例如，雅各布·伊森弗兰姆，埃尔兰根大学医学教授，在1774年发表了一篇关于歇斯底里和疑病症如何致命的文章。

然而，所谓的神经疾病并不属于精神病学范畴。它们被归入家庭医学或神经学等有机专科。在我们这个时代，神经和神经质障碍已从有机医学的领域转移到了心理医学，成为当今执业精神科医生的日常业务。

在我们出发的十八世纪末，这样的抱怨是如何被考虑的？

轻微的精神疾病被医生轻描淡写地归咎于温泉。欧洲人传统上在英国的巴斯、瑞士的里吉-卡尔特巴德、德国的威斯巴登和法国的普朗比耶等温泉寻求慰藉。理论上，这些泉水被认为具有镇静作用；实际上，它们的主要益处可能是促进排便，从而满足了慢性便秘患者的不适，并让医生认为开放性肠道是通往健康的捷径。尽管温泉在中世纪盛期蓬勃发展，但在三十年战争之后的早期现代时期，由于木材价格上涨和梅毒流行，它们经历了大幅衰落。78

到1800年，温泉浴场已处于历史低谷，成为中世纪晚期辉煌的残余。英国的巴斯浴场正逐渐吸引穷人而非富人。然而，即使在最萧条时期，中上阶层仍会因找不到有机病因的疾病（当时医学知识非常有限）而光顾这些浴场。在德国，梅克伦堡的多贝兰、汉诺威附近的嫩德罗夫和波希米亚的托普利茨等地的疗养地被认为特别适合治疗神经性疾病。例如，米兰医生奥古斯都·博齐-格兰维尔于1813年定居伦敦，并拥有一个大型社交诊所，其中包括克拉伦斯大公，他描述了自己在19世纪30年代游览德国温泉时目睹的许多神经性疾病。例如，他认为威斯巴登非常适合忧郁症患者：“他在笑声中显得沉闷、深思或疏远，在这个充满欢笑的世界里。他总是沉浸在自己的命运中，疾病占据了他全部的注意力。即使是与同僚最微不足道的交谈也会让他感到厌烦，甚至那些在疗养地轻易结识的短暂熟人也会让他感到不适，因为人们总是关心 他们很快就被遗忘了……。我在维斯巴登遇到过这样一个人物，我在加斯泰因[奥地利]、卡尔斯巴德[波希米亚]和托普利茨[奥地利]都遇到过。”

“格兰维尔”是他母亲的名字之后在印刷品中自称为“格兰维尔”的人，在“巴德迪纳赫”（位于符腾堡的泰纳赫）遇到了更加神经质的同伴，据说那里的酸水对痛风和风湿病有好处，还“可以治愈精神病人……当时我访问温泉时，包括疑病症和忧郁症患者在内的许多这类病人正在接受治疗。”因此，威斯巴登和巴德的温泉医生们

泰纳赫必须非常擅长精神病学，尽管他们不会称自己为精神科医生、外星人医生、伊雷娜·兹特或任何其他当代用来指代疯狂的术语：没有人会因为被坦率地认为疯了而被鼓励去疗养院寻求帮助（尽管确实有很多人这样做，这给温泉管理机构带来了长期的问题）。

神经疾病的缓解并非德国垄断的时尚水疗所能解决。1693年6月，贝里斯福德夫人19岁的女儿因“通常伴随初潮疾病的症状”被带到巴斯治疗。她的手腕非常无力，皮尔斯医生认为这是面部发色的变化（因为他认为她12岁时月经提前到来），还有轻微的抽筋和“幻觉及怪异的发作”。皮尔斯通过七周的沐浴和饮用泉水恢复了她的健康。他认为，“给她一个好丈夫”应该可以防止复发。83

在温泉之外，富有的神经症患者可能会落入社会医生的手中。在伦敦，这意味着皇家内科医师学会的成员和院士们，在19世纪60年代之后，越来越多地聚集在哈雷街及其附近的西区地址。然而早在18世纪，一个明确的社会神经科医生群体就已经存在，他们专门治疗贵族阶层中希望远离“疯狂”的神经疾病。或许最典型的社交神经科医生是乔治·切恩，他在1733年出版的《英国病》及其他作品中，提出了“神经病”这一概念，认为这是一种影响神经本身的疾病。切恩是一位1671年出生于苏格兰的医生，曾在爱丁堡学习，大约1701年来到伦敦开设诊所，通过“频繁拜访年轻绅士的社会”赢得顾客，正如他的传记作者所说，“并免费提供肝脏，因此非常受欢迎。”多年来，切恩沉迷于长时间的晚宴，从社交圈中招募亲密朋友作为病人，过程中变得非常肥胖、呼吸急促且患有水肿。健康状况恶化后，他前往巴斯寻求治疗，并对结果感到非常满意。他开始在那里度过冬天，在伦敦度夏。在这种上流社会的虚伪和庸俗氛围中，切恩阐述了他对神经系统疾病的见解，认为这些疾病并非代表疯狂，而是神经系统自身的生理紊乱（“一种身体不适……如同天花或发热”84）

而这些神经可能带来的痛苦！“在人类生活中，所有主要与身体相关的苦难中，在这泪谷里，我认为神经疾病的极端和最终阶段是最令人痛心的，也是最不可比拟的最糟糕的。”当然，他的读者们非常欣赏这种对患者痛苦本质的真实分析：有机

一种心灵无法掌控的疾病。“他在公众中的声誉巨大，”我们被告知，“他与当时最杰出的医生和其他知名人士关系密切。”86人们可以向前追溯两百年，在切恩之后看到像卡尔和威廉·门宁格这样的名字。然而，尽管门宁格兄弟和切恩都专门治疗同一类型的病人，切伊却被视为与精神疾病无关，而门宁格兄弟则被誉为精神科医生。

许多社会神经科医生都追随了切恩的脚步。查尔斯·佩里是牛津大学的医学毕业生，他以自己的社交圈为线索，将自己关于世界旅行的著作献给了他的朋友——桑德维奇伯爵。1755年，佩里写了一篇关于“歇斯底里激情”的文章。这是否是一种精神疾病？并非如此，而是一种由我们吸收和分泌中的错误和缺陷引起的“神经系统紊乱”。在佩里的观点中，“每天有成千上万（我相信可以说是数百万）的女性或多或少地受到这种折磨。”他自己也看到了这一点。“在我的长期实践中，以及我相当广泛的朋友圈中，我照顾和管理了许多歇斯底里患者：事实上，在过去几年里，我确实处理了许多非常显著的病例。这些病例总体上都取得了显著的成功和效果。”87他并非在吹嘘。有大量证据表明，这些医生通过水疗疗法和安慰剂治疗，在减轻患者的神经症负担方面取得了巨大成功。

十八世纪，社会神经学医生在各国纷纷涌现，诊断出诸如歇斯底里、疑病症和脾脏疾病。1763年，皮埃尔·蓬梅在法国普及了“蒸汽病”，这是一种英国人早已熟知的疾病。蓬梅从阿尔勒来到巴黎，成为社交界的风云人物，并担任国王的医疗顾问，显然治疗了一位患有抑郁、“疲劳、疼痛和麻木感”的上流社会人士。悲伤、忧郁和沮丧使他们的娱乐生活蒙上阴影。蓬梅相信鸡汤和冷水浴能为这种病症带来奇迹。88

在社会神经科医生的公开言论中，神经和疯狂相去甚远。然而在实践中，两者其实并不那么遥远。专门研究“神经”的医生当然会接诊患有重大精神疾病的患者，因为患者的亲属希望看到的是有机性的幻象，而避免被贴上疯狂的标签。因此，像约瑟夫·达金这样的医生，他在当时属于萨伏伊意大利公国的尚伯里市（Chambery），会将他私人诊所中富裕女性的问题归咎于“幻觉”。在他的

1787年出版的《尚贝里的医学地形》中提到，“尚贝里并不常见神经疾病，但如今我们看到的数量比以前更多；甚至这种疾病已经蔓延到城市附近的乡村女性。”这些由子宫产生的神经蒸汽，“会扰乱大脑的所有功能。”89与那些过着“软弱和久坐不动的生活”的女性相关，这类蒸汽听起来像是相当严重的紊乱，扰乱了大脑的功能等等。但这些女性是否“疯了”，即成为入院治疗的候选人呢？完全不是这样。她们的家庭会把她们留在家里。

同时，达金是当地医院——尚贝里的“圣心之家”的医疗主任，治疗贫困患者的疯狂。这些“圣心之家”的病人中有些人可能表现出与他私人患者相似的症状。然而，达金并没有让这两个世界重叠。作者在其地形图标题页上的详尽描述中，对“圣心之家”的精神病服务只字未提。在向公众传达自己的理念时，达金将神经和疯狂严格分开，并没有宣传自己是一名精神科医生。

十八世纪的精神病学家仅涵盖了当今精神病学所涵盖的广泛疾病谱系的一小部分。其余部分则由那些不愿公开承认疯狂的从业者掌控，他们以温泉医生或社交神经科医生的身份航行。然而，所有这些人都见证了精神病学的诞生。

走向生物精神病学

精神病学一直在这两种关于精神疾病的观点之间摇摆不定。一种观点强调神经科学，关注大脑化学、脑解剖学和药物治疗，认为心理困扰的根源在于大脑皮层的生物学特性。另一种观点则侧重于患者生活中的心理社会方面，将其症状归因于社会问题或过去个人的压力，而人们可能无法完美地适应这些压力。（这两种观点都高度重视心理治疗，但将其视为任何一方的专利是不准确的。）神经科学版本通常被称为生物精神病学；而社会压力版本则大肆宣扬“生物心理社会”疾病模型。尽管精神科医生可能同时持有这两种观点，在治疗个别患者时，这两种观点实际上是截然相反的，因为两者不可能同时为真。要么一个人的抑郁是由于其神经递质在生物上受到的影响失衡所致，可能是由压力激活的；要么

源于人潜意识中的某种心理动力学过程，因此在任何时刻，哪个视觉处于上位在精神病学中具有重要意义。

这种视野的分裂早在该学科的历史之初就已存在。起初，生物学版本占主导地位。除了埃斯基罗兰和他的关于“激情”的浪漫理论外，创始一代的精神科医生们认为精神疾病的原因在于大脑的组织结构，精神病学在某种意义上可以归结为神经学。（这两个学科被视为同一学科。）1758年，威廉·巴蒂基于莱顿的临床医生赫尔曼·博尔哈夫的医学理论，提出了一个复杂的解释，该理论强调了“固体”而非体液的病理。巴蒂认为肌肉“痉挛”导致大脑血管“松弛”，进而引起血管“阻塞”和随后的“神经受压”，并伴有妄想感。因此，在巴蒂看来，确实存在“神经无力”，导致焦虑等感觉。巴蒂没有提供任何实证来证明这些理论的正确性，但这丝毫没有困扰他：“疯狂，尽管是一种糟糕且目前非常频繁的灾难，或许与人类所受的任何苦难一样不为人所理解。”他说道。鉴于他认为先前关于这一主题的写作毫无用处，他呼吁进行研究。但在此期间，他可以通过给予患者适当的医疗护理来缓解其紧张神经纤维的松弛。2（马钱子，一种令人作呕的植物制剂，以及麝香，本应是他当时的典型“抗痉挛药”。

对于奇亚鲁吉而言，神经系统无疑是精神疾病的基础：“疯狂可以定义为一种慢性且永久的特发性脑部疾病[原因不明]，大脑是神经系统的主要部分。”他解剖了许多患者，并且由于许多患者死于传染病（经常是在奇亚鲁吉的疯人院被发现），他经常发现脑部病变。

本杰明·拉什坚信“疯狂的根源在于大脑的血管”，并且精神疾病并无特定特征，只是“疾病的一部分，特别是发热，而疯狂是其慢性形式，影响大脑中与思维活动相关的区域。”95皮内尔赞赏德国医生约翰·格雷丁在尸检中寻找精神病人病灶的努力，或者用皮内尔的话说，“那些看似具有特征性的结构性病变或发育异常。”然而，皮内尔批评这些研究者缺乏对照组，怀疑其中许多人

同样的大脑变化也会出现在正常人身上。6 Pin el和Rush对整个主题的描述如此简略，以至于他们都不能真正被称为生物精神病学的先驱。

然而，约翰·赖尔却另当别论。赖尔对大脑生物学作为精神疾病的原因持有如此坚定的信念，以至于他成为首位预见到生物精神病学的医学作家。与奇亚鲁吉对机制知之甚少，或大脑结构和化学变化如何导致精神疾病的观点不同，赖尔充满了基于“易激惹”（源自18世纪中叶瑞士生理学家阿尔布雷希特·冯·哈勒和苏格兰医生约翰·布朗）理论的假设。要治愈精神疾病，就必须减少大脑物质本身的易激惹性。“当过度易激惹的神经纤维被镇静后，惰性神经元变得活跃起来。心灵器官的动力比例得以恢复，明显的妄想也随之消失。”此外，除了道德疗法外，赖尔还有一整套物理疗法来实现这些想象中的大脑变化，例如给予温暖，或抚摸患者的身体，以及反刺激哲学中的红热熨斗和芥末敷料（通过刺激皮肤以排出下方的刺激物）。

后代的精神病学放弃了这些特定机制，转而采用其他理论，如颅相学，到了19世纪末，又进一步抛弃了这些理论，转而假设大脑产生疯狂的其他机制。这无关紧要。重要的是，这些早期的精神病学家对患者痛苦的有机性有着直觉上的认识：痛苦过于强烈，幻觉太过怪异，患者的整个身体习惯都与大脑无关。

精神病学家们也预见了后来的生物精神病学，他们强调遗传因素。遗传因素是医生们“一直了解”的情况之一，因为主要的精神疾病往往在某些家族中集中出现，而医生如果了解患者亲属的情况，会立即发现这种聚集现象。例如，在十六世纪到十八世纪期间，某些苏黎世家庭中反复出现的忧郁和自杀现象，当地抄写员经常对此进行评论。施密德家族倾向于忧郁，被认为是一种“血缘遗传”。在十八世纪的苏黎世，“遗传忧郁”这样的说法很流行。这种代际聚集本身并不能证明遗传影响，因为家庭可能通过代际传递社交模式以及基因。然而，这种聚集仍然提供了思考的素材。

精神病学的诞生

威廉·巴蒂这样思考遗传作为“原始”或主要的疯狂原因，提到“所有源自疯癫祖先的家庭都有更多的理由担心，每当这种疾病是遗传时，它就是‘原始’的。”他在《1758.100Battie》中这样插入自己对英国关于疯狂遗传性的思想传统的看法。正如贝德兰的哈斯拉姆在1809年评论道，“如果父母中有一人患有精神疾病，那么他们的后代很可能也会受到影响。”他接着列举了几个家族树的例子，从中可以明显看出疯狂的影响。firstexample：“R.G.His的祖父疯了，但他的祖母家族没有疯癫。他的父亲偶尔会感到忧郁，有一次甚至发狂。他的母亲一家是正常的。他父亲的兄弟死时精神失常。R.G.有一个哥哥和五个姐妹；他的哥哥被关在圣卢克医院[asy-lum]，有时情绪低落。他所有的姐妹都疯了；三个最小的女儿在分娩后也患上了这种病。”

精神病学的其他创始人同样重视遗传因素。尽管皮内尔和埃斯基罗尔仅在几行中提到了脑损伤，但他们却用了数页来讨论遗传。“这将很难，”皮内尔在介绍他书中关于遗传的部分时说，“不承认躁狂症的遗传传递，当考虑到某些家庭中的许多成员在连续几代中都受到影响。”在埃斯基罗尔看来，在世纪初萨尔佩特里埃医院接诊的482名忧郁症患者中，有103人患有遗传原因导致的疾病。在他看来，264名富有的患者中有150人的问题归因于他们的遗传。“遗传是导致疯狂最常见的潜在原因，”他总结道。雷尔写道关于“前驱状态”（倾向）的精神疾病。奇亚鲁吉断言，一位26岁男子的父亲和母亲都曾有躁狂症状，其“精神狂躁”归因于“遗传倾向”。这一代精神病学的创始人以及几乎所有同时代的医生都坚信这一点，即有精神疾病史的人。 家庭中的疾病比非精神疾病家庭的个体患病几率更大。遗传学视角在精神病学诞生时就已存在。

浪漫精神病学

与这种以大脑生物学和遗传学为特征的神经科学观点相对立的是心理社会观点，强调个人历史和社会环境中的问题。尽管这一观点

并非精神病学诞生之初便已存在，它迅速出现，这在意料之中，因为疾病的真实世界不可避免地将精神科医生引向人类的痛苦，正如它曾引导他们走向人类的生物学一样。这些试图将痛苦归类于道德和情感的作家后来被追溯称为“浪漫精神病学”。（当时他们被称为“心理导向者”，即“精神科医生”。）

激情的感知部分是一个代际问题。创始一代如巴蒂等人，遵循约翰·洛克的传统，将疯狂置于“错误感知”和随之而来的“观念混乱”之中。相比之下，下一代浪漫主义精神科医生则寻找从人类灵魂中不可控制地涌现的热情。这种精神医学内部的张力普遍源自18世纪启蒙运动作为社会和思想运动强调理性，与18世纪末至19世纪初浪漫主义运动强调情感和情感之间的张力。因此，在德国的一小群精神科作家引导讨论从理性转向情绪和激情。他们的基本前提是，社会环境（调节罪恶诱惑）而非生物学决定了激情，并且严格遵守道德规范是控制这些激情的必要条件。

与生物学研究的同事不同，浪漫主义精神病学家对遗传或脑部病理学兴趣不大，更喜欢花长时间与患者讨论他们的主观体验。当时在柏林夏里特医院担任精神科住院医师的奥托·布劳斯回忆起老年浪漫主义精神病学家卡尔·威廉·伊德尔勒，当时的精神病科主任，和他的年轻大胆的副主管卡尔·韦斯特法尔之间的对比，后者非常注重生物学。这个轶事应该发生在19世纪50年代末：布劳斯刚加入科室时，他向韦斯特法尔介绍自己，后者说，“你很快就会发现，我们的好老教授伊德尔勒仍然徘徊在过去的日子，使用从精神疗法药典中摘取的处方，因为他认为这些疾病是独立的，与身体疾病无关。他试图向患者证明他们是妄想思维的受害者，妄想是什么，是如何产生的等等。你得忍受听这些讨论，这可能会相当无聊。”

但如果你对这项工作感兴趣，这是一个对你来说相当新的领域，我非常乐意借给你我的书。你可以通过与我一起进行尸检来帮助我，无论是宏观[非显微]方面还是显微方面，因为我们在处理精神疾病时唯一的希望就是

未来的疾病不仅会出现在访谈室，还会出现在尸检台和显微镜前。”109这个场景发生在这一时期的末尾，当时浪漫主义精神病学正在衰落，而韦斯特法尔作为柏林未来的精神病学教授的声望正在上升。但在一开始，浪漫主义者有两位强大的年轻倡导者。其中一位是最初的浪漫主义精神病学家，尽管他后来会埃斯基罗尔是第一个提出精神疾病心理社会病因学观点的主要专家，他令人畏惧。埃斯基罗尔是一个过渡人物，一方面忠于皮内尔，属于生物学阵营；另一方面又对年龄、性别和职业如何影响精神疾病感兴趣，属于心理社会学阵营。但他避开了德国浪漫主义精神病学家那种沉重的道德说教。

与浪漫精神病学关系密切的主要德国人物是莱比锡教授约翰·克里斯蒂安·海因罗特，他认识埃斯基罗尔，并与之建立了深厚的情谊。海因罗特生于1773年，曾深陷19世纪初的虔敬主义新教宗教运动。他在家乡莱比锡和维也纳学习医学，1790年代期间，因家庭成员去世而转向神学，最终于1805年获得医学博士学位。在拿破仑军队服役后，1811年海因罗特在莱比锡开始了学术生涯，教授精神病学，并于1827年成为该大学“心理治疗”教授，这是德国首个此类教授职位。

海因罗特通过道德和罪恶的痴迷，转向了心理社会视角。他说，人们的激情驱使他们选择邪恶，这种选择导致了内心的腐败。一旦内心腐败，外部事件如恐怖、烦恼或失望就可能引发精神疾病。在他的《精神卫生学教科书》中，该书于1823年出版，海因罗特回顾了可能影响一个人心理健康的各种情况：食物、饮料、睡眠、运动、空气污染，最后是皮肤清洁度差。例如：“激情就像被扔进生活之屋的燃烧余烬，或是向器皿吐毒的毒蛇，或是啃食内脏的秃鹫。一旦某人被激情所困，秩序便不再在他的生活中占据主导地位。”那么，有什么可以保护我们免受激情的影响呢？自由！然而，世界并不给予我们自由；它永远不会让我们自由。只有上帝能让我们自由。”这几乎是一个精神病学教科书所不提供的东西。

海因罗特的作品中贯穿着一种伪善的虔诚，这与同时代人格格不入。后来成为宫廷医生的卡尔·卡鲁斯

德累斯顿在1817年莱比锡的一次旅途中遇到了海因罗特，遗憾地将海因罗特思想的贫瘠归咎于他婚姻的贫瘠。113如果不是后来的精神分析批评家将弗洛伊德比作浪漫主义精神分析学家，弗洛伊德可能会被遗忘，而精神分析学家们则对他产生了兴趣。14然而，海因罗特是德国人中最早追随埃斯基罗尔学派的人之一，该学派将生活境遇与精神障碍联系起来。他的远亲们抛弃了海因罗特的道德说教，转向社会问题作为精神困扰的根源，这绝不是后人轻视的理由。

其他浪漫主义的精神病学家在精神病学史的一般著作中显得太不重要而未被提及。只需说，在精神病学几乎从诞生之日起，神经科学分支就找到了心理社会学分支作为制衡力量。无论幸运与否，这种制衡力量如此微弱，以至于生物精神病学在整个十九世纪一直占据主导地位，直到埃米尔·克雷佩林的时代。

记下

注释中使用的缩略语：

AJP美国精神病学杂志
BJP英国精神病学杂志
BMJ英国医学杂志
BMSJ波士顿医学和外科杂志
美国医学会杂志
JNMD神经精神疾病杂志
NEJM新英格兰医学杂志
PNW精神病学神经病学周刊
Munk ‘ s Roll William Munk，Roll of the Royal College of Physiciansof London（伦敦：RCP，1861-）

第一章：精神病学的诞生

1.引自William P. Letchworth，《国外精神病患者》（纽约： Putnam‘s，1889），p.172。

2.李尔王第三幕第四场。

3. AntonMuller，《维也纳国王医院的疯人院》（维也纳：Stahel，1824），第44、46-47、151、164-165页。

4.K.Ernst，“没有机构的精神疾病：1875年弗里堡州的一项实地研究”，《瑞士神经学、神经精神病学和精神病学档案》，133（1983），第239-262页，引自第250、251页。

5. Louis Caradec，Finistere省医学卫生地形图（布雷斯特： Anner，1860），p.335。

6. William Perfect，《不同种类精神错乱的精选案例》（Rochester：Gillman，1787），第131-133页。

7. Dorothea L.Dix，《1843年1月向马萨诸塞州立法机构的报告》，《为疯人穷人服务：精选报告》（纽约： Arno出版社，1971年），引文第5-7页。

8.米歇尔·福柯写道关于早期模式时期，“疯狂在社会景观中勾勒出一个非常熟悉的轮廓。一种新的、生动的愉悦被带入了疯子们的老式兄弟会，在他们的节日里，在他们的聚会中……”十七世纪初的世界在所有意义上都对疯狂表现出奇异的友好。《疯狂与文明：理性时代的疯狂史》，Fr.trans.from 1961年版（纽约：兰登书屋，1965年），第40-41页。福柯陈述的历史基础极为薄弱。福柯的作品极大地影响了其他精神病学历史学家，例如克劳斯·多尔纳，《市民与疯子：论精神病学的社会历史与精神病学》（法兰克福/马尔：欧洲出版社，1969)，p.217.

9.参见Patricia Allderidge，“医院、疯人院和精神病院：照顾疯人的周期”，BJP，134（1979），pp.321-334，esp.p.323。

10.参见Kathleen Jones，《收容所与之后：精神病卫生服务史修订版：从18世纪早期到1990年代》（伦敦：Athlone，1993），第7-10页。

11. RichardHunter和Ida Macalpine，《精神病学三百年》（伦敦：Oxford U.P.，1963），p.632。

12. Mark Winston，《诺里奇的贝瑟尔：18世纪的疯人院》，《医学史》，38（1994），第27-51；p.27n.4页，列出了全部8个。

13.参见William L1. Parry-Jones，《疯狂的交易：18世纪和19世纪英国私人疯人院的研究》（伦敦： Routledge出版社，1972年）。

14. John Haslam，《关于疯狂和忧郁的观察》，第2版rev.ed.（伦敦：Callow，1809；第一版1798），p.317。

15. Andrew Halliday，《英国和爱尔兰精神病院现状概览》（伦敦：Underwood，1828），p.14-15。

16.福柯，《疯狂与文明》；第二章的标题是“伟大的限制。”

17.引自乔治·莫拉编译的《文森齐奥·奇亚鲁吉论疯狂及其分类》（Canton，MA： Science History Pubs.，1987），p.lxxxii.Chiarugi)，德拉帕齐亚最初于1793-1794年在佛罗伦萨出版了三卷。

18.参见Jean-Pierre Goubert和Roselyne Rey编，《法国革命地图集》，第7卷：医学与健康（Paris： Editions de IYEcole des Hautes Etudes en Sciences Sociales，1993），第38、43页。

19.参见Goubert，Atlas，p.48，关于鲁昂1788-1800年贫民窟人口统计的资料，其中“穷人”远远少于乞丐（无论是健康还是不健康），以及感染性疾病患者（第48页）。

20. Johann Christian Reil，《关于心理方法在精神疾病治疗中的应用的狂想曲》（Halle，1803；重印阿姆斯特丹： Bonset 1968），第7、14页。

21.有关德国主要机构及其成立日期的列表，参见Heinrich Laehr，《关于伊尔施恩和伊尔施恩的机构》（Halle：Pfeffer，1852），第242-283页。

22. Muller，Julius-Hospitale，p.17。

23.Mary Ann Jimenez，《疯狂的面孔：早期美国对疯狂的态度和治疗》（Hanover，NH：New England Uni versity Press，1987），第38-39页。

24.关于概述，参见Gerald N. Grob，《我们中间的疯狂：美国MentallyIIIIl的历史》（纽约：FreePress，1994），第17-21页。

25.关于纽约医院，参见HenryM. Hurd编，《美国和加拿大的精神病院护理》，4卷（巴尔的摩： Johns Hopkins出版社，1916-1917），第3卷，第133-135页。

26. Norman Dain，《精神失常：1766-1866年弗吉尼亚州威廉斯堡的东海岸医院》，（夏洛茨维尔：弗吉尼亚大学出版社，1971），第9页。

27. Reil，《狂想曲》，第52-53页。

28.安德鲁·斯库尔在其具有影响力的《疯狂博物馆：19世纪英国的疯狂社会结构》（伦敦：艾伦·莱恩出版社，1979年），第30-31页及通篇大肆抨击资本主义，随后在《最孤独的苦难：1700-1900年英国的疯狂与社会》（纽黑文：YaleU.P.出版社，1993年）中再次简要提及这一主题，该书实际上是《疯狂博物馆》的修订版，见第106、125页。关于福柯将中央国家视为作品中的反派角色的观点，可参见迪尔克·布拉斯乌斯，《被扭曲的疯狂：一个关于疯人院的社会历史》(Frankfurt/M.：Fis出版社，1980年，通篇大肆）。其他类似激进学者的著作也渗透到文献中。

29. Hunter和Macalpine，《Psychiatry，p.402的三百年》。

30. William Battie，《论疯狂》（伦敦： Whiston，1758），第68-69页。

31. Battie，Treatise，p.93.

32.亨利·埃伦伯格，《无意识的发现：动态精神病学的历史与演变》（纽约：Basic，19 70）在寻找弗洛伊德的先驱时略过了巴蒂的沉默。精神分析学家兼历史学家格雷戈里·齐尔博格在提到巴蒂时仅简略提及“主要与大脑有关”。《医学心理学史》（纽约：Norton，1941)，p.301。

关于奇亚鲁吉的生活，参见P.L.Cabras，《一位精神分裂症研究的先驱——文森齐奥·奇亚鲁吉》（佛罗伦萨：科学出版社，1993年）；另见莫拉为《奇亚鲁吉论Insanity，esp.pp.lii-lii》所作的导言。关于奇亚鲁吉在意大利精神病学史上的形象，参见帕特里齐亚·瓜尔尼埃，《精神病学史：一个世纪的研究》（佛罗伦萨：奥尔斯基出版社，1991年），第17-19页。

34.关于皮内尔的生活，参见雷内·塞梅兰，菲利普·皮内尔，《从医学角度看》（巴黎：Reunies出版社，1888年；重印阿诺出版社，1976年），第1-53，p.20on页；皮内尔和贝尔霍姆诊所；简·戈德斯坦，

《控制与分类：十九世纪法国精神病学职业》（纽约：剑桥大学出版社，1987年），第67-72页，122-123页。欲了解方便概述，另见雷蒙德·德索绪尔，《菲利普·皮内尔》，载库尔特·科尔编，《严重神经疾病》，第2版ed.vol.1（斯图加特：蒂姆出版社，1970年），第216-235页。关于皮内尔作为“疯人解放者”的观点，另见迪特·杰特，《法兰克福和德国精神病院类型学研究》（1780-1840年）（威斯巴登：施泰纳出版社，1971年），第18-27页。关于贝尔霍姆诊所，参见雷内·贝纳德，《革命时期的精神病院：贝尔霍姆之家》，《巴黎医院周刊》，第32卷（1956年12月20日），第3991- 4000页。

35. Philippe Pinel，《精神异化医学哲学论》，第二版（巴黎：Brosson，1809；firsted.1801），第252-2 53页。

36.参见Christian Muller，Vom Tollhaus zum Psychozentrum： Vignetten und Bausteine zurPsychiatrie历史的时间顺序（Hurtgenwald，Switz.：Pressler，1993），第43-58页。

37. Goldstein提供了对这些事件的可靠指南，Console和Classifyp。124和通篇。

38.关于埃斯基罗尔，参见雷内·塞梅兰，《法国精神病学先驱者》前后两卷（巴黎：巴利耶出版社，1930年），第一卷，第124-140页；亨利·Ey，“J.E.D.·埃斯基罗尔，“在科勒，严重神经病学，第二版，第二卷（1970年），第87-97页。

39.在Pinel，Traite，p.236，n.1.On中提到的这家私立医院，参见Dora B.Weiner，“埃斯奎罗尔的病人登记册：巴黎第一所私立精神病院，1802-1808”，《医学史公报》，63（1989），第110-120页。

40.参见Esquirol，《论忧郁症》（1820），Esquirol，Des maladies mentales，3 vols.（Paris：Bailliere，1838），第1卷，第470页。

41.关于雷尔生平和思想的概述，参见奥托·M·马克思，《德国浪漫精神病学》，《精神病史》1（1990），第351-381页esp.pp.361-368和2（1991），第1-25，esp.p.1页。尽管马克思的文章标题如此，但很难将雷尔视为“浪漫精神病学家”。关于雷尔生平的更多信息，可参见阿达尔贝特·格雷戈尔，《约翰·克里斯蒂安·雷尔》，载于西奥多·基尔霍夫编，《德国精神病院》，2卷本（柏林：施普林格，1921-1924），第1卷，第28-42页。关于雷尔作为皮内尔观点在德国传播障碍的问题，可参见海因里希·诺伊曼，《布雷斯劳波佩尔维茨精神病院》（埃尔兰根：恩克出版社，1862），第5页。诺伊曼认为，使埃斯基罗尔的观点在德国人中具有吸引力的原因在于他们的基础是私人俱乐部nic.42.Reil的经验，如
《狂想曲》，第16-17页，第19页。

43. Reil，《狂想曲》，第185-187页，第209-211页。

44. Ernst Horn，Oeffentliche Rechenschaft uber meine zwolfjahrige Dienstfuhrung（柏林： Realschul，1818），p.73。

45.卡尔·比尔鲍姆，《恩斯特·霍恩》，载于《基尔霍夫，德国精神疾病治疗》，第1卷，第77-83页，引自第81页。关于霍恩的改革，还可参见乔治·温德霍尔茨，《伯林的精神病治疗与精神障碍者状况》。

19世纪早期的慈善机构，”精神病史，6（1995），第157-176页。

46.关于这种狭隘主义的教科书式例子，对国际趋势视而不见，可参见美国精神病学协会的《自身史》，Walter E. Barton，《美国精神病学协会的历史与影响》（华盛顿： APA，1987）。

47.巴顿，美国精神病学Association，p.302。

48.本杰明·拉什，《论物理影响对道德能力的作用》（1786年），收录于《拉什医学探究与Observations，4-vols.-in-2》（费城：凯里出版社，1815年；Arno出版社重印，1972年），第一卷，第93-124，quotep.97.As页。早在1944年，阿道夫·迈耶就称拉什为“美国精神病学之父”。《本杰明·拉什的重新评价》（1944年），收录于尤妮斯编著的《
E. Winters，编。Adolf Meyer文集，第3卷：医学教学（巴尔-
蒂莫尔：约翰霍普金斯出版社，1951年），第503-515页，见esp.pp.503和515。

49.本杰明·拉什，医学调查和观察疾病
《心灵》（1812），第三版（费城： Grigg，1827），p.15。

50.引自Hurd，Institutional Care of the Insane，vol. 3，p.403.51.
Rush，Medical InquiriesMind，pp. 241-242.

52.参见弗朗科·瓦莱塞奇，《意大利1714至1759年》（1959年），第633-682页；埃里克·科克伦，《被遗忘的世纪中的佛罗伦萨1527-1800》（芝加哥：芝加哥大学出版社，1973年），第449-453页。 53.参见斯卡利，《孤独的苦难》，第3-4页，198-199页，233-234页。斯卡利似乎认为不存在所谓的“精神疾病”，这使得精神病医生声称可以治疗这种疾病显得多余。关于19世纪的精神病院医生，他写道，“通过维持精神病院是医疗机构的假象，他们为社区的行为赋予了人道主义和科学的色彩，合法化了那些难以相处且麻烦的人的监禁。”
在ergrounds“（p.246）上是难以辩解的。54. Reil，
Rhapsodieen，p.19.

55.根据Achim Mechler，“‘精神病学’这个词：HistorischeAnmerkungen，“Nervenarzt，34（1963），pp.405-406。Mechler引用了Reil的《促进精神医学方法的贡献》（Halle，1808），但我没有看到。

56. John Ferriar，《医学史与反思》，4卷（伦敦：Cadell，1810），第2卷，第109-110页。该作品的早期版本出现在1792-1798年。

57.参见Adalbert Kayssler在《心理医学杂志》(1)（1805），第45-77页上发表的文章《将心理医学视为科学》。

58. Battie，《Mad ness，p.69论著》。

59. Ferriar，《医学史》，第2卷，第137-140页。

60. Reil，《狂想曲》，第457-
462页。61. Horn，
Rechenschaft，p.249。

62. Pinel，Traite，pp. 237-238.

63. Esquirol，《论疯狂》（1816），重印于《疾病故事》，引文卷1，第126、128页。

64.Pineel，《道德论》；第八章的标题是“道德论中应遵循的一般准则”。

65.莫里哀，《爱的医生》（1665），（巴黎：New Classics Larousse出版社，1975），第50、53页。

66. Reil，《狂想曲》，第28-32页。

67.参见Jean Camus和P hilippe Pagniez，Isolement etpsychotherapie（Paris：Alcan，1904），p.74.

68. RoyPorter，《心灵的枷锁：从复辟到摄政时期英国的疯狂史》（剑桥：哈佛大学出版社，1987），第206-222页。

69. Chiarugi，《论疯狂》，第137-138，para.517.Mora页，译者认为“道德”最好理解为“心理”。

70.塞缪尔·图克，《约克附近的一所收容疯人机构——退隐所的描述》（约克：亚历山大出版社，1813年；重印版，伦敦：道森出版社，1964年），引自第136页；另见第139-140页。关于退隐所，参见安妮·迪格比，《疯狂、道德与医学：约克退隐所研究，1796-1914》（剑桥：剑桥大学出版社，1985年）；以及波特在《心灵》杂志上的精辟总结。

铸成的镣铐，第222-228.71

页。Pinel，Traite，p.219

。

72. Pinel，Traite，pp. 134,212。

73.关于Reil“心理方法”的一般规则，参见Rap-sodieen，第218-253页。

74. Haslam，《观察》，第295-296页。

75. Julius Preuss，《圣经塔木德医学》（1911）（纽约再版： Ktav，1971），p.347。

76.参见斯坦利·W·杰克逊，“中世纪欧洲异常精神状态I.MentalDisorder：400-1100A.D.的医学综合征”，《医学史杂志》，27（1972），第262-297页；esp.pp.284-285on梦魇；关于歇斯底里诊断的相对新近性（请注意，它并非源自古代）参见海伦·金，“文本中的故事：希波克拉底的歇斯底里”，载于桑德·L·吉尔曼等人编，《超越弗洛伊德的歇斯底里》（伯克利：加利福尼亚大学出版社，1993），第3-90页；关于十八世纪流行的诊断方法，参见爱德华·肖特，《从瘫痪到疲劳：现代心理疾病的史》（纽约：自由出版社，1992），第1-25页。

77. Jacob Friedrich Isenflamm，《关于神经的实用建议……关于忧郁症和歇斯底里》（Er-langen：Walcher，1774），pp.248-252。

78.参见阿尔弗雷德·马丁，《德意志巴登地区的往事》（耶拿：迪德里希出版社，1906年）；罗伊·波特编，《水疗与温泉的医学史》（伦敦：惠

康医学史研究所，1990年）；莉斯·格雷尼耶/法国建筑研究所，《法国的埃瓦尔德水疗》（巴黎：哈赞出版社，1985年）。

79. Phyllis Hembry，TheEnglish Spa，1560-1815：A Social History（伦敦：Athlone，1990），pp.270-283。

80. Otto Monkemoller，“19世纪初的神经学”，PNW，9（1907年7月13日），第128-130页。

81.[奥古斯都·博齐-]格兰维尔，《德国的痉挛》，2卷（布鲁塞尔：比利时印刷，1838），第2卷，第386页。

82. Granville，Spasof Germany，vol. 1 pp. 135-136。

83. Robert Peirce，《巴斯的历史和回忆录》（伦敦/巴斯：哈蒙德，1713年），第190-191页。

84.引自Cheyne的《治疗身体疾病的自然方法》（1742年），引自Hunter和Macalpine，《精神病学300年》，第353页。

85. George Cheyne，《英国疾病：或各种神经系统疾病的论著》（伦敦：Powell出版社，1733年；学者复制品重印版，1976年），第2页。

86.[英国]，《国家传记辞典》，第217-219页；另见波特，《心灵的枷锁》，第83-84页；威廉·F·拜纳姆，“18世纪和19世纪英国的精神病患者：英国神经学的心理起源”，载于R·M·默里和T·H·特纳编，《精神病学史讲座：斯奎布系列》（伦敦：皇家精神病学学院，1990年），第115-127页，特别是第117页。

87. Charles Perry，《歇斯底里激情的机械解释》，（伦敦：Shuckburgh，1755），pp.1,5,185,187。

88. PierrePomme，《两性虚热症论》（1763），第3版。（里昂：Duplain出版社，1768），引文见第33页。

89. Joseph Daquin[ord‘Aquin]，Chambery：Gorrin，1787)，第131-133页。

90.达金与皮内尔关系密切，于1792年撰写了一篇关于精神疾病和精神病院组织的文章，这是《疯癫哲学或对疯癫患者进行哲学思考的尝试》（1792年）的一部分，但我尚未读过。关于该文章的概要，可参见马塞尔·高谢和格拉迪斯·斯瓦在《人类精神学：精神病院制度与民主革命》（巴黎：伽利玛出版社，1980年）第413-422页中的论述。然而，作者们最终提出了一个荒谬的说法，即道德疗法是由达金提出的：“论道德疗法”
道德上，达金·拉孔库……”（第422页）。

91. Battie，《论著》，第35、36、57页。

92. Battie，《论著》，引文第1、66页。

93. Chiarugi，On Insanity，p.208，第81段。

94. Chiarugi，论疯狂；参见本卷末尾的100例患者报告，例如观察3，p.249：“在脑膜下积聚了大量淋巴液……”

95.引自Eric T. Carlson和MeribethM.Simpson，“精神疾病的定义：Benjamin Rush（1745-1813）”，AJP，121（1964），第209-214页，引文第211页。

96. Pinel，Traite，pp.xix-xx. Pinel特别赞扬了约翰·格雷丁死后关于“最普通的非异化疾病，以及结构上的病变或看似自身疾病的构造缺陷”的章节（第xx页）。

97. Reil，Rhapsodieen，p.235.“当心灵的灯塔被带到宁静之地，当它们被唤醒时，正常的比例在灵魂器官的动力学中恢复，而最原始的幻觉则消退。”

98. Reil，《狂想曲》，第184、188-189页。

99. Markus Schar，《Untertanen的笔记》（Zurich： Chron os，1985），第277、279页。

100. Battie，《论著》，第59、60页。

Haslam，Observations，p.230。

102. Haslam，《意见》，第231-232页。

103.Pinel，Traite，p.13；关于“原始异化或继承异化”的讨论，见第13-16页。

104.Esquirol，《关于忧郁症或忧郁症》，《精神疾病》，统计，第435-436页。

105.Esquirol，《精神疾病》第64页，Dela Folie。

106.Reil，《医学与教育》，《心理医学杂志》，1（1805），411-446，第4 16页。

107. Chiarugi，On Insanity，p.285。

108.参见Battie的《论著》，第5-6,33-34页；Ferriar的《医学史》，第2卷，第111-114页。关于Locke的影响，参见Porter的《心灵被镣铐束缚》，第188-193页。

109. Otto Braus，《柏林外科大师回忆录》（Leipzig：Vogel，1901），第155-156页。

110.Esquirol，《关于疯狂》，见《精神疾病》，第25-54页。

111.关于埃斯基罗尔和海诺特之间的友谊，见Ey，“Es-quirol，“p.90。

112.约翰·克里斯蒂安·奥古斯特·海因罗特，《心灵健康学教科书》，第1卷（莱比锡：沃格尔，1823年），第591-592页。关于海因罗特，参见卢克·S·Cauwenbergh，“J.Chr.A·海因罗特（1773-1843）：“德国浪漫主义时期的精神病学家”，《精神病学史》，第2卷（1991年），第365-383页；埃米尔·克拉佩林，“百年精神病学”，《神经学与精神病学期刊》，第38卷（1917年），第161-275页，特别是第181-186页；以及维尔纳·莱布兰德和安妮玛丽·韦特利，《妄想：西方精神病史》（慕尼黑：阿尔伯，1961年），第492-496页。

113. Carl Gustav Carus，《回忆录》，4卷（莱比锡，1865-1866），第1卷，第228页。

114.例如，参见Ellenberger，《Unconscious，p.212的发现》。

第二章：Asylu m时代

.U.S.Bureau人口普查，他的周期统计，殖民地时报至1970年，二百周年版，第二部分(华盛顿特区： GPO，