

七情“思”的含义及其在中医理论框架中的地位

邢玉瑞*

(陕西中医学院基础医学院, 陕西省咸阳市世纪大道, 712046)

摘要 现代对七情之“思”含义的认识,有隶属情志范畴与认知范畴的争议,如果将七情之“思”视为某种基本或复合情绪看待,不仅至今难以确定“思”为何种情绪,而且也与现代情绪心理学难以融通。如果将七情之“思”作为思考、思虑看待,则明显不属于情志活动的范畴,同时与病因之劳神过度重复,不符合理论简洁性的原则。因此,在中医理论框架的建构中,应将“思”从情志病因中剔除,从生理的角度而言,可置于有关神的论述之中;从病因的角度,应归属于劳神过度。

关键词 思; 七情学说; 病因学; 中医理论框架

自《黄帝内经》将“思”作为五志、七情之一,认为“思”与脾相关,过度的思虑可导致气机郁结后,历代医家十分重视“思”的病机及临床诊治,现代学者也从多个角度加以探讨,但对“思”的含义、在情志理论中的地位以及与过劳病因中劳神的关系等,仍然缺乏清晰的认识,有必要在对现代有关“思”的研究总结的基础上予以进一步探讨。

1 “思”的含义辨析

1.1 七情之“思”隶属情志范畴

蒋力生^[1]认为,从语言文字的角度看,“思”古有悲、哀、忧、伤、愁、怨等意义。从《黄帝内经》本义的记载来看,“思”是两个不同范畴的概念,一者属于认知范畴,义为思考、思虑;一者属于情感范畴,有悲哀、忧愁等义。脾为土脏,居中央,灌四旁,为四脏之本。脾的情绪变化可以影响各脏,各脏情绪变化也可影响于脾而产生相应的变化,因此,脾外化的情绪活动反应就可能出现多方面、多层次的特征。《黄帝内经》“五志”之“思”,本指忧、愁、悲、哀等多方面多层次的复杂情绪反应,“思伤脾”即言忧、愁、悲、哀等情绪反应可能造成脾脏功能的损害。杜文东^[2]从古

代文字考据、中医理论与医学心理学理论比较参照及临床实践方面的类同等方面,指出“思”的内涵是情绪活动,类同于“抑郁”情绪。乔明琦等^[3]将“思”定义为对所思问题不解、事情未决及个体肝脾气郁功能低下时产生的担忧焦虑的心情,是一种思虑不安的复合情绪状态。庞铁良^[4]对“忧”与“思”本质的探讨认为,“忧”与“思”是气生成的,二者的本质都是气结,同属心境范畴,具有相同的不愉快、紧张、平静情绪极性,本是同一种情绪状态。按照阴阳五行理论将其归类,二者在七情中同属于阴,在五行中同属于土,对应五脏为脾。

1.2 七情之“思”隶属认知范畴

历版《中医基础理论》规划教材多将“思”解释为思考、思虑,当隶属于认知范畴,如孙广仁主编《中医基础理论》教材解释“思则气结”,认为是指过度思虑导致心脾气机郁滞、运化失职的病机变化^[5]。翟双庆等^[6]认为,“思”指人认真思考问题时的精神状态,这种精神状态是其他情志表现于外的基础,因为其他情志均是思而后发,因而属土归于脾。金光亮^[7]也认为“思”指思考、思维,与情志关系密切,是情志活动的基础。但又认为从致病性而言,“思”则是由于思之不遂而兼挟其他情志(如忧等)方为病因。

2 “思”在中医理论框架中的地位

情绪的认知理论认为,人的情绪的产生是人们

基金项目: 国家重点基础研究发展计划(“973”计划)(2013CB532002)

* 通讯方式: xingyurui@163.com, (029) 38185228

不断地认知-评价刺激事件与自身关系的结果。在中医情志研究领域,王米渠等^[8]最早根据该理论,提出“思”既为认知的中心,又是情感产生的中流。“思”为七情时空之合,属脾土,主四时四方。“思”为七情时空的中心,是七情的出发点和归宿点。其后一些学者也承其说,认为七情学说巧妙地将“思”概括于喜、怒、忧、思、悲、恐、惊诸种情绪的中央,颇有情绪的认知中心说的超前涵义,且过度思虑、思而不解、忧思抑郁等在发病、诊治中普遍可见。故“思”为七情的“中心之情”,思所伤对七情有主导作用,不仅对气机和脾有影响,而且通过“思则气结”“思则伤脾”“情志相兼”而影响五脏^[9]。孙海燕等^[10]从《黄帝内经》出发探讨“思”,认为《黄帝内经》从多角度、多层次对“思”加以认识。“因志而存变”为“思”,是与思维相关的心理活动,属认知范畴;由脾所主之“思”,与其他情绪并提,属情感范畴。喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情排列顺序中“思”居中,就是说各种情绪要通过“思”才能组配,通过“思”的认识“折射”而产生。肺之“治节”,肝之“谋虑”,胆之“决断”,膻中之“喜乐”,肾之“伎巧”等均需经“思”而成。思虑过度,百病随起,临床见证甚杂,如可致脾郁不升,胃气不降,运化失司;劳伤心脾,心气涣散,神明失司;肝气郁结,疏泄失常,横乘上逆;肺气集聚,通调不利,气津不布;肾气难纳,气化失司,水火不济。纪立金^[11]认为,“思”有认知之思,有情感之思,都是对外界事物的内在心理转变,表现为思考、思虑。只是认知之思,是为了实现某种意愿而反复研究、思考的神志变化,而情感之思,是对外来精神刺激进行思考、思虑的情绪反映,进而表现出应答性反应,或喜、或悲、或忧、或恐等情绪变化,这样将情感之思又归结为认知之思的产物。

上述认识,无疑有以今释古、抬高古人认识水平之嫌疑,但认为“思”属认知,为情志发生的出发点和归宿点,思维、思考作为心理活动中的认知活动,自然将“思”排除于人的情绪范畴之外。结合现代情绪心理学对情绪分类的认识,不论是基本情绪分为快乐、愤怒、恐惧和悲伤 4 种,还是分为兴趣、愉快、惊奇、悲伤、愤怒、厌恶、轻蔑、恐惧、害羞与胆怯 10 类,都不将“思”作为情绪看待。如此以来,“思”似乎应隶属于中医神、魂、魄、意、志等认知、思维活动的序列。

另外,在中医病因理论中,劳逸失度的劳神过度是指长期用脑过度、思虑劳神而积劳成疾。劳神过度易耗伤心血,损伤脾气,临床表现为心悸、健忘、失眠多梦、纳少、腹胀、便溏、消瘦等^[12]。而李保良等^[12]对 318 例“思伤脾”状态的中医证候分析发现,“思伤脾”状态有 38 个常见症状,即注意力不集中、多梦、记忆力减退、疲倦乏力、嗜睡、食后困顿、少气懒言、烦躁易怒、畏寒肢冷、肢体困重、精神抑郁、食后腹胀、失眠、大便不畅、头晕、善太息、口干渴、咽干、脘腹胀闷、嘈杂、嗝气、大便干结、肠鸣、心慌、咽喉不利、食欲减退、大便稀溏、稍食即饱、口淡乏味、口腻、脘腹疼痛、胸胁胀闷、反酸、呃逆、少腹胀痛、恶心、口苦、胁肋胀闷。王玉贤等^[13]从中医理论中心脾二者的生理病理联系和经络联系的角度,结合现代胃肠生理学、病理生理学方面的相关研究成果,提出“思亦伤心”的观点。可见有关思虑过度致病与劳神过度完全重合。如此在中医病因理论的框架中,七情之“思”与劳逸失度中的劳神过度相互重复,理论框架的建构则有叠床架屋之嫌,违背了逻辑的自治性。

综上所述,如果将七情之“思”视为某种基本或复合情绪看待,不仅至今难以确定“思”为何种情绪,而且也与现代情绪心理学难以融通,势必会造成对“思”的机制、致病特点及机理等研究的障碍。如果将七情之“思”作为思考、思虑看待,则明显不属于情志活动的范畴,同时与病因之劳神过度重复,不符合理论简洁性的原则。因此,在中医理论框架的建构中,应将“思”从情志病因中剔除,从生理的角度而言,可置于有关神的论述之中;从病因的角度,应归属于劳神过度。

参考文献

- [1] 蒋力生. “思伤脾”考识 [J]. 云南中医学院学报, 1990, 13(4): 7-9.
- [2] 杜文东. 论“思”的实质及其临床意义 [J]. 南京中医药大学学报(社会科学版), 2000, 1(2): 100-102.
- [3] 乔明琦, 张惠云, 韩秀珍, 等. 七情定义新探 [J]. 上海中医药大学学报, 2006, 20(1): 12-15.
- [4] 庞铁良. 七情中“忧”与“思”的初探 [J]. 中医学报, 2012, 27(3): 317-319.
- [5] 孙广仁. 中医基础理论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [6] 翟双庆, 王长宇, 孔军辉. 论五神、七情的五行五脏归属 [J]. 北京中医药大学学报, 2002, 25(5): 1-4.

(下转第 268 页)

学位时,将大量的时间及精力放在了课题的研究及论文撰写方面,没有更多的机会接触临床实践,从而造成了部分人员临床实际工作能力的不足,缺乏与病患交流的技巧等问题。此外,由于毕业后直接攻读硕士学位,没有较好地进行多学科之间的轮转,培训欠缺,容易出现偏科及知识体系狭窄等现象。作为高学历人才,应具有自己的优势,例如较好的个人素质、扎实的基础理论知识、熟练的英语表达能力等^[1]。如果能够借鉴国外先进培训制度的优点,结合我国的实际情况,制定一整套行之有效的培训体系,必定可以显著提高他们的临床实践能力以及发现、解决问题的能力,对我国中医学事业的发展具有重大的作用。完善的培训是一个医生成长的关键,是知识转化为技能,进而形成个人能力的重要过程。进行住院医师规范化培训,对临床实践遇到的困惑,通过翻阅文献获取答案,同时进行大范围的讨论,不但强化了受训人员查阅文献的能力,还加强了青年医师对多学科知识的理解与记忆,更有利于提高青年医师实际解决问题的能力及将多学科知识融会贯通的运用能力,从而培养青年医师自主学习及终身学习的意识。

5 师承教育与院校教育相结合,充分发挥中医特色优势

师承教育是历史上培养中医药人才的主要模式,历代名中医都是在师事前贤、贯通百家的基础上才成长起来的。相对于院校教育而言,师承教育有其独特的优势:强调“早临床、多临床”,注重临床能力的培养,中医特色鲜明,师徒自愿结合,学习兴趣浓厚,学习效果好;但是师承教育有其不可避免缺陷:难以大规模地培养医药人才,生源素质参差不齐,教材选择、教学内容、教学方式缺乏规范,培养质量差别甚大,受门户学派的影响,往往存在保守和狭隘^[2]。

鉴于目前师承教育的对象多为有相当临床经验的医师,都有医学院校系统学习的经历,对于“四大经典”比较熟悉,所以除了应重点学习“四

大经典”外,更要在“四小经典”(《药性赋》《汤头歌诀》《濒湖脉诀》《医学三字经》)的学习上大做文章,背诵它们可以起到“由博返约,钩玄索微”的作用。师承教育重在跟师实践,无论是疾病诊断、辨证论治还是遣方用药,都要通过跟师朝夕临诊、耳濡目染以及老师的口授心传、个别指导来实现。中医的望、闻、问、切是机器设备不能替代的,以切脉为例,28种常见脉象、100多种兼脉都需要长期的实践才能体会,光靠几年的大学学习和自己的摸索,只能说是对中医有了肤浅的认识^[3]。

综上所述,针对我国全面启动住院医师规范化培训,中医药高级人才培养要根据中医药自身的特点,师承教育与院校教育相结合,不断深化课堂教学改革,提高课堂教学质量,在见习中要鼓励学生“多看看”,在实习中要鼓励学生“多试试”,立足于培养适合临床中医药高级人才,充分发挥中医特色优势,从而真正解决中医后继乏人的困境。

参考文献

- [1] 苏礼. 中医医案学概论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 20.
- [2] 陶广正. 医案研究的必要性 [J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2013, 20(5): 1-2.
- [3] 李振想, 孟燕, 高小虎, 等. 临床见习教学中存在的问题及对策 [J]. 新乡医学院学报, 2014, 31(2): 159-160.
- [4] 张心月. 中医肺病科见习带教方法探讨 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(24): 82-83.
- [5] 王延军. 浅析成为一名好医生的 ABC [J]. 中国高等医学教育, 2012(2): 1-2.
- [6] 赵久良, 冯云路. 协和内科住院医师手册 [M]. 2 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2014: 3.
- [7] 蔡晨, 董勤. 浅谈美国住院医师培训制度对我国高学历青年医师培训的启示 [J]. 西北医学教育, 2013, 21(4): 635-637, 641.
- [8] 武锋. 论中医师承教育与院校教育相结合的模式 [J]. 中医教育, 2014, 33(3): 17-19.
- [9] 葛健文. 中医师承教育之我见 [J]. 西部中医药, 2013, 26(1): 35-36.

(收稿日期: 2014-11-04; 修回日期: 2014-12-02)

编辑: 王利菊

(上接第 263 页)

- [1] 金光亮. 情志源流与概念探讨 [J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(8): 514-516.
- [2] 王米渠, 黄信勇. 中医心理学计量与比较研究 [M]. 上海: 上海中医学院出版社, 1993: 57.
- [3] 汤朝晖, 周志彬, 严石林, 等. 论七情致病中“思所伤”的中心地位和作用 [J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(15): 2005-2006.
- [4] 孙海燕, 董襄国. 从《内经》出发认识“思” [J]. 浙江

中医杂志, 2006, 41(8): 444-446.

- [1] 纪立金. 论脾藏意主思 [J]. 福建中医学院学报, 2001, 11(1): 28-30.
- [2] 李保良, 张琪, 费建平, 等. 318 例“思伤脾”状态中医证候分析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(12): 1320-1322, 1339.
- [3] 王玉贤, 危剑安. 对“思伤脾”理论的再思考: 浅议思亦伤心 [J]. 北京中医药, 2009, 28(5): 347-350.

(收稿日期: 2014-04-15; 修回日期: 2014-06-27)

编辑: 黄 健