

许又新/著

神经症

NEUROSES

(第2版)



北京大学医学出版社

神经症

Neuroses

(第2版)

许又新 著

【第2版】神经症

著 许又新

出版发行：北京医科大学出版社（北京） 010-83803370

地址：北京市海淀区学院路28号 北京医科大学出版社

网址：http://www.bjmu.cn

E-mail: bjmu@bjmu.edu.cn

印 刷：北京东方圣德印刷有限公司

经 销：新华书店

责任编辑：陈明彦 文字编辑：杨晓燕 责任校对：陈明彦

开 本：88mm×132mm 1/32 印 张：11.25 字 数：25.1千字

版 次：2008年8月第2版 2008年8月第1次印刷 印 数：1300册

书 号：ISBN 978-7-81011-012-0

北京医科大学出版社

（北京医科大学出版社）

图书在版编目 (CIP) 数据

神经症/许又新著. —2 版. —北京: 北京大学医学出版社, 2008. 6

ISBN 978-7-81071-642-0

I. 神… II. 许… III. 神经官能症—诊疗 IV. R749.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 197053 号

神经症 (第 2 版)

许又新 著

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 冯智勇 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 11.25 字数: 318 千字

版 次: 2008 年 6 月第 2 版 2008 年 6 月第 1 次印刷 印数: 1-3000 册

书 号: ISBN 978-7-81071-642-0

定 价: 35.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

代前言：神经症与路径依赖

美国精神病学会于1980年出版的《精神障碍诊断统计手册》第3版(DSM-III)取消了神经症(Neurosis)这个术语和概念。说得更详细一些,在类别命名上,不再使用神经症这个术语,在分类方法上,不再使用神经症这个概念。这一做法已逐渐为英语精神病学出版物所接受,尽管《国际疾病分类(第10版)》(ICD-10,1992)还是保留了神经症(性障碍)作为第五章F4标题的一部分。

我国医生(包括精神科和非精神科的)迄今仍普遍使用神经症这个术语和概念。

本文企图从历史的角度考察神经症这一术语和概念。

众所周知,Neuroses一语是英国医生W. Cullen(1769)首先创制的,但神经系统疾病这个概念(Cullen的神经症就是这个意思)却早在T. Willis(1622—1675)和T. Sydenham(1629—1689)的著作中就已经十分明确。可见,神经症概念已有三百多年的历史了,那时是神经说对四种体液说的胜利。

对当代医学影响最大最深的是19世纪有关神经症的历史发展路径。

精神科医生不难从书刊中发现,作为精神障碍的神经症之各种临床类型都是19世纪确立并加以描述的。可简述如下:

P. Briquet《论歇斯底里之临床与治疗》(1859),被Psychiatric Dictionary(R. J. Campbell, 1989)称为“关于歇斯底里的一部纪念碑式的著作”。J. M. Charcot(1885)用暗示催眠治愈外伤后出现的瘫痪,从而不仅证实了那种瘫痪是歇斯底里性的,并有效地消除了它。J. Breuer和S. Freud(1893)发表的《歇斯底里之研究》,提出了有关的理论。以上是歇斯底里在19世纪的三件大事。同样古老的名词疑病症(hypochondria)也在19世纪被视为一种神经症。

B. A. Morel (1861) 所创强迫症 (obsession) 一词, 迄今仍在沿用。C. Westphal (1871) “创场所恐惧症” (agoraphobia) 一语, 从此各种形式的恐惧症迅速为医生们所认识。

J. M. Beard (1861) 在《波士顿内外科杂志》上发表论神经衰弱 (neurasthenia) 的文章, 1880 年发表神经衰弱的专著。从此, 这个病名也就为医生们普遍使用。

S. Freud (1894) 发表论文, 确认把焦虑神经症 (anxiety neurosis) 从神经衰弱里划分出来是有正当理由的。从此, 焦虑症得到了公认。

L. Dugas (1898) 创人格解体 (depersonalization) 一语, 也成为精神病理学上公认的术语和概念。

上述名单鲜明地反映了精神病学中神经症概念在 19 世纪的重大发展。但也引起了疑问: 作为精神障碍的神经症迄今没有公认的、令人满意的定义, 它的边界也不清楚。

如果认为, 像某些人所说, 其所以抛弃神经症这个术语和概念, 只是由于精神病学界缺乏公认定义的缘故, 那就把问题过于简单化了, 也是缺乏历史眼光的肤浅之见。精神分裂症也没有公认的令人满意的定义, 它的边界也不清楚, 为什么不抛弃它呢? 至少, 从临床医学的历史分科来看, 我们容易看出, 精神分裂症属于精神病学的“内政”, 而神经症却涉及“国际”问题, 不是精神科一家说了算的。

神经症概念的历史, 在 19 世纪走着两条不同的路径。一条已如前述, 是临床精神病学的发展, 是精神病理学或精神症状学的发展。另一条路径是神经病理解剖 (尤其是显微镜和切片染色技术的发展) 和神经病学的发展, 即, 神经症从“神经系统疾病”发展成为“神经系统无器质性病变的功能性疾病”。显然, 精神症状并不是神经科和内科医生专业的重点所在, 他们所特别关注的是躯体症状。这样一来, 神经功能障碍便一分为二: 有精神症状的神经功能障碍; 没有精神症状的神经功能障碍, 后一概念的神经症长期一直在神经科和内科医生的头脑中占据重要地位, 如植物神经功能紊乱、胃神经症等。

还有一个情况必须特别加以关注，这就是从 19 世纪中叶起，所谓心因性学说对整个医学的影响逐渐增长。既然心理因素致病一事是精神科医生的专长，内科和神经科医生遇到用解剖生理学难以解释的躯体症状病人时把他们往精神科转诊，便是合理而自然的事了。这在专业教学分工上也是如此，如 20 世纪初出版的神经病学教科书（R. Brain 的神经病学就是一例）在书末尾还有关于斜颈和职业性痉挛等神经症的专章，后来，神经症就从神经病学教科书里消失了。其实，很多功能性躯体症状病人究竟有什么心因，心因究竟起多大作用，以及如何治疗这些病人，精神科医生也很头痛。尽管头痛，精神科却不能不管。DSM-III 创造出“躯体形式障碍”这一术语，虽然有点儿不伦不类，却绝非只是精神科（分类和命名上）的尴尬。

道格拉斯·诺斯（1993 年诺贝尔经济学奖得主）的“路径依赖”理论（大意说，一个国家或地区的经济制度“依赖”于它过去走过的“路径”）不仅适用于经济制度，也适用于包括教科书在内的广阔领域。

按严格的心身二元论说，如果“躯体形式障碍”没有精神症状，它就不能放在精神障碍的分类系统里；如果“躯体形式障碍”有其特征性的（即足以构成精神障碍一个特殊类别的）精神症状，那么，以“躯体形式障碍”命名，恐怕只能乱人耳目。

分类是理论观点的体现。因此，出路在于克服心身二元的医学观。否则，分类形式和命名变来变去，并不解决根本问题。

下面举神经衰弱作为例子。

“神经衰弱”一词是美国人的发明，也曾在美国大出风头（曾被称为“美国病”），可也是美国人对它“不认账”最为著名。有趣的是，在 DSM-IV 里，已判死刑的神经衰弱又放了出来，说可以把它归到“未分化的躯体形式障碍”里。

1988 年，美国疾病控制和预防中心宣布辨认出了一种新的临床形式，名叫“慢性疲劳综合征”（chronic fatigue syndrome），其特征是令人什么也干不了的疲劳、注意和睡眠障碍等等。从此，美国专业人员和公众都把眼球投向了这个“时髦病”。据专

门研究,在美国成人中,约有 25%的人有过持续至少 2 周的疲劳,疲劳持续一年及一年以上者在基层卫生机构的病人中占 24% (见 Kaplan and Sadock, Synopsis of Psychiatry, eighth edition, 1997: 650)。这不是神经衰弱借尸还魂又是什么?可见,随意抹杀历史的人难免自打耳光。

总之,神经症今天的尴尬处境是 19 世纪这个概念的两条不同发展路径的延续。神经症是精神障碍吗?答曰:是的,但也不完全是。神经症是躯体障碍吗?答曰:是的,但也不完全是。现在医生们关于神经症观点的混乱,根源在于心身二元的医学观,这种医学观是从 19 世纪开始凸现出来的,也是根深蒂固的。生物学研究与心理社会研究唱对台戏只不过是又一种表现形式。据 N. C. Andreasen 所言(见其所著 Brave New Brain, Oxford University Press, 2001: 338),近几十年来,精神病学摆向生物学一极已经有些过分了。这和 20 世纪前半叶精神分析风靡欧美形式完全一样,只是内容不同。

(原载《中国心理卫生杂志》2006 年第 3 期第 198—199 页)

目 录

第一章 神经症概念的简史	(1)
第一节 神经症是神经系统的疾病	(2)
第二节 功能性疾病和器质性疾病	(5)
第三节 神经症是一种精神障碍	(8)
第二章 神经症的描述性定义	(12)
第一节 描述的重要性	(12)
第二节 历史与现状	(14)
第三节 歇斯底里不是神经症	(17)
第四节 本书对神经症的描述性定义	(21)
第三章 神经症的分类	(23)
第一节 精神障碍分类的评价	(23)
第二节 神经症几种分类的比较	(28)
第四章 神经衰弱	(38)
第一节 历史与现状	(38)
第二节 临床表现	(41)
第三节 诊断和鉴别诊断	(49)
第四节 治疗	(52)
第五章 焦虑神经症	(62)
第一节 焦虑是什么	(62)
第二节 临床表现	(66)
第三节 诊断和鉴别诊断	(69)
第四节 治疗	(72)
第六章 恐惧神经症	(79)
第一节 概述	(79)
第二节 分类和临床描述	(81)
第三节 鉴别诊断	(89)
第四节 治疗	(90)

第七章 强迫性神经症	(94)
第一节 历史与概念	(94)
第二节 强迫症状的描述	(97)
第三节 强迫人格	(102)
第四节 临床和流行病学资料	(105)
第五节 强迫症与抑郁症	(108)
第六节 诊断和鉴别诊断	(111)
第七节 治疗	(113)
第八章 疑病神经症	(118)
第一节 概念	(119)
第二节 心理社会因素	(121)
第三节 临床表现	(126)
第四节 诊断和鉴别诊断	(128)
第五节 治疗	(131)
第九章 不典型的神经症	(135)
第一节 抑郁神经症	(135)
第二节 人格解体神经症	(141)
第三节 无聊神经症	(143)
第十章 神经症的临床评定	(146)
第一节 诊断评定	(146)
第二节 预后评定	(151)
第十一章 神经症理论述评	(156)
第一节 无意识路线	(156)
第二节 反射—行为—学习路线	(159)
第三节 生物医学路线	(163)
第四节 心理社会路线	(166)
第五节 人本主义路线	(174)
第十二章 神经症与人格	(179)
第一节 简短的述评	(179)
第二节 手段与目的之互相转化	(181)
第三节 道德情感	(183)

第四节 耻感	(187)
第五节 冲突人格	(189)
第十三章 心理治疗	(194)
第一节 心理治疗的性质	(195)
第二节 心理冲突的现象描述	(202)
第三节 冲突情感	(215)
第四节 变形机制举例	(226)
第五节 行为研究	(237)
第六节 适应与调节	(246)
第七节 本书心理治疗的基本观点	(259)
第八节 精神分析的借鉴	(272)
第九节 交往分析	(285)
第十节 起作用的共同因素	(298)
第十一节 治疗技术杂谈	(311)
参考文献	(332)

第一章 神经症概念的简史

- Thomas Willis (1622—1675) 著书专门捍卫歇斯底里和疑病症的神经起源学说, 反对以体液改变为病源的盖仑学说
- Thomas Sydenham (1624—1689) 进行临床总结: “所有慢性疾病中, 歇斯底里是最常见的。各种热病占有慢性疾病的 $\frac{2}{3}$, 而歇斯底里这一种病就占了其余的一半。”
- 1769 年苏格兰医生 William Cullen 首先提出“神经症”(neuroses) 这个名词。Cullen 的神经症概念泛指“神经系统的一般性疾病”, 包括今天器质性的和非器质性的神经系统疾病, 还包括一些后来证实不属于神经系统的病
- 19 世纪, 随着病理解剖学的发展, 神经症这个概念用来指神经系统的功能性疾病。因而出现了“植物神经症”这样的概念
- 19 世纪末至 20 世纪初, 神经症的心理成因逐渐流行。逐渐趋向于将神经症归于一种“精神障碍”
- 然而, 神经功能障碍不仅见于精神障碍, 还可见于器质性病变出现前后, 更多见于心理生理障碍(其心理活动本身并不构成精神障碍)
- 精神障碍中哪些属于神经症, 至今没有公认的描述性定义

第一节 神经症是神经系统的疾病

神经症 (neuroses) 这个术语是苏格兰医生 William Cullen (1710—1790) 在 1769 年首先提出来的。现代生物医学中关于神经系统病的概念实际上可以追溯到 17 世纪。这并不奇怪。其他疾病概念的历史也常有类似的情况。举一个例子。精神分裂症这个术语是 1911 年瑞士医生 E. Bleuler 创造的, 但是, 连 Bleuler 本人也承认, 精神分裂症的概念, 应当归功于 E. Kraepelin, 他称其为早发性痴呆, 而那是 19 世纪末发展形成起来的。要说明的一点是, 上文所说的现代生物医学, 系与盖伦医学相对而言的, 它建立在生理学的观察和实验基础之上, 尤其是尸体解剖发现与临床相二者之间的联系, 并且偏好归纳法和还原主义的思想方法。

Cullen 在他的著作《疾病分类学概要》(Synopsis Nosologia, vol. IV. p. 182, 转引自 Lopez-Pinero JM. 1983。本书关于 20 世纪以前的历史主要引自此书) 中写道: “从 Willis 起, 英国医生一直把某些疾病归成一类, 称为神经疾病。”实际上, 对于 Cullen 来说, 神经症只不过是神经疾病的别名或简称。可见, Willis 是 Cullen 神经症概念的先驱。

Thomas Willis (1622—1675) 是 17 世纪后半叶欧洲医学的主要代表人物之一。他的“全集”(Opera Omnia) 共六卷, 其中四卷讨论神经系统的解剖生理和疾病。Willis 还专门撰写了一本书, 捍卫歇斯底里和疑病症的神经起源学说, 反对以体液改变为病源的盖伦学说。

Willis 已经充分认识到, 神经系统的功能直接涉及人的感觉和运动, 而神经系统的病变导致头痛、嗜睡、昏睡、失眠、眩晕、卒中发作、瘫痪、谵妄、忧郁和躁狂等。

与 Willis 同时代的 Thomas Sydenham (1624—1689) 也是神经疾病这一概念的先驱。他写道: “在所有慢性疾病中, 歇斯底里是最常见的。各种热病占有所有慢性疾病的 2/3, 而歇斯底里这

一种病就占了其余的一半。”他强调了歇斯底里临床相的多变性：见于女性者是狭义的歇斯底里，而见于男性则是疑病症。Sydenham 明确指出，歇斯底里是一种神经系统的疾病。

认为歇斯底里和疑病症是神经系统的病，这在 17 世纪是一种新观点。在此以前，人们普遍相信传统的盖伦学说，认为歇斯底里是子宫里腐败的液体发出的一种气体所致，而疑病症是来源于黑胆汁的一种气体所致，这种黑胆汁是脾、肝和胃等肋缘下的 (placed in the hypochondria) 器官淤积的血液腐败而成。

欧洲文艺复兴时期已经试图辨认出某种单一的东西作为多种体液的最高调节者。随着生理学的发展，这个单一的最高调节者被确认为是神经系统。从 Willis 到 Cullen，人们相信，神经疾病乃是单一的最高调节者的病。在此以前，人们认为，某种功能障碍总是某一器官的局部病变所致。神经疾病是整个身体的最高调节者的病，它是全身性的或一般性的病，而不是任何局部器官的病。

Cullen 是 18 世纪末叶英国最有名的医生之一。他先后在格拉斯哥和爱丁堡大学担任教授长达 40 年之久。他的著作通过翻译广泛流传于欧洲大陆许多国家，影响很大。

Cullen 关于疾病性质的观点既是解剖学的同时又是生理学的。这一点，今天进行历史回顾时在医生中间颇引起了混乱。本章以后将对此加以阐明。

Cullen 对以后的影响主要是他关于神经症的观点。

在当时的所谓神经的病理学 (neural pathology) 里，神经力 (vis nervosa)、易激惹性 (irritability) 和张力 (tone) 是几个很重要的概念。Cullen 吸取了他的前辈们发展的这些很有解释力的概念。当时的有关神经的学说带有明显的活力论 (vitalism)，这在解剖知识不足的情况下应该说是具有积极意义的。例如，力的供应不足导致张力缺乏 (atonia)，过分则导致痉挛 (spasm)，而这两个极端成了神经系统两种基本的病理状态。

Cullen 特别重视全身性疾病与局部疾病的区别。全身性疾病包括他的分类系统中的三大类：第一类，热病 (pyrexias)；第二

类，神经症 (neuroses)；第三类，耗竭病 (caquexiae)。而局部疾病只有一类，就是第四类，局部病 (locales)。

Cullen 关于神经症的定义是，“没有发热和没有局部病变的感觉和运动的病”，是“神经系统的一般性的病”。

Cullen 将神经症分成四个“目” (orders)。按当时流行的做法，这些目又进一步分成“属” (genera) 和“种” (species)。这四个“目”是：

1. 昏迷病 (comata)：包括卒中、瘫痪和各种意识丧失状态。
2. 动力减退病 (adynamiae)：包括晕厥、消化不良、疑病症等。
3. 痉挛病 (spasmi)：包括手足搐搦、癫痫、心悸、支气管哮喘、百日咳、腹泻、糖尿病、狂犬病、歇斯底里等。
4. 精神失常病 (vesaniae)：包括心神丧失 (amentia)、忧郁病 (melancholiae)、躁狂病 (maniae)、昏睡病等。

用今天通用的术语来说，Cullen 的神经症既包括神经系统有病理形态学改变的病，也包括没有病理形态学改变的神经疾病；既包括各种精神病 (psychoses)，也包括不属于精神病的较轻的精神障碍。当然，它还包括了一些现在不属于神经病学和精神病学领域的病，例如糖尿病。但这一部分历史的错误对后来神经症概念的发展史没有起什么作用。

德国学者 G. E. Stahl (1660—1734) 相信，有些精神疾病没有任何躯体 (包括神经系统在内) 病变作为基础，它们是纯粹精神上的或心灵的病。就这一点而言，Cullen 的观点跟 Stahl 的观点是对立的。因此，在医学史上，Cullen 被称为器质性学派 (Organicist)，而 Stahl 被称为功能性学派 (functionalist)。显然，这跟今天的器质性与功能性之分是含义不同的，值得注意，否则就会导致混乱。

就歇斯底里和疑病症而言，以盖伦为代表的传统医学认为，它们是局部器官 (子宫或肋缘下的器官) 的病，而 Cullen 认为，它们不是神经系统以外任何局部器官的病，而是神经系统或全身性的病。这就使以后的学者把 Cullen 视为神经系统功能性障碍这

个概念的先驱。其实，在 Cullen 那个时代，微观神经病理学 (microscopic neuropathology) 还没有发展，今天的关于神经系统器质性病和功能性病的对立还不存在。据 K. Menninger (1963)，首先使用功能性 (functional) 这个术语的是 Phillipe Pinel，当时是在 19 世纪初。而据 W. Riese (1959)，首先使用功能性这个术语的是 Littré 和 Robin，当时是在 1855 年，那就更晚了。

Cullen 的功绩主要在于，他提出了神经症的概念，在理论上把神经症明确地区别于神经系统以外的器官的病。至于神经系统器质性病与功能性病的明确区分，则是 19 世纪医学的成就。

第二节 功能性疾病和器质性疾病

在 19 世纪的医学里，病理解剖学占据着统治地位。医生们普遍相信，疾病总是有细胞结构的病理变化作为基础的，即使当时没有发现，将来迟早也会发现的。

尽管如此，病理生理学还是平行地有一定的发展，只是在许多医生的理论思考中没有什么地位罢了。

首先值得一提的是法国人 F. J. V. Broussais (1772—1838) 的《生理学的医学》。由于当时的知识有限，这部著作中有不少猜测性的论断。但是，Broussais 对病理解剖学唯我独尊的批评，现在看来仍然是相当有道理的。他所提出的“刺激” (irritation) 概念对医学思想的发展产生了深远的影响。例如，他认为肠胃炎是很多全身性疾病的原发性病灶，这种原发性病灶造成神经系统异常的“刺激”，从而导致各式各样的症状。Broussais 认为，在解剖病变和临床症状之间必须插入生理学的解释。这种关于功能性概念的理解，对神经症概念的发展产生了重大的影响。例如，19 世纪 Louis C. Roche (1790—1895) 的疾病分类几乎完全是病理解剖学的，但有两类病却明显受了 Broussais 的影响：刺激病 (irritations) 和衰弱病 (asthenias)。在六种刺激病里，有一种叫做神经刺激病或神经症 (nervous irritation or neurosis)。与此对立的衰弱病则被视为“体液的流量少于自然状态，以致易激惹性

降低”所引起的病。这里，我们看到了兴奋和抑制这两个现代生理学概念的萌芽。

有趣的是，“神经症”一词源于英国且首先广泛流传于英国，在后来相当长时期的英国医学文献里却几乎消失不见了。1844年出版的《医学词典》（A Dictionary of Practical Medicine, 3 vols., by J. Copland）以及1880—1895年陆续出版的《军医署图书索引目录》（Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office）的第一套里都没有神经症这个词。这种现象显然跟病理解剖学占绝对优势和神经症概念不断缩小且不稳定密切相关。神经症在英国文献里重新出现是在这个概念的所谓心理学化（psychologization）时期。

神经症这个名词似乎不走运了，神经症的概念却以别的多种形式出现而引起医生们的注意和争论。最重要的有两个：脊髓刺激（spinal irritation），反射功能性神经疾病（reflex functional nervous diseases）。下面依次加以讨论。

Benjamin Travers 在 1824 年提出体质性刺激（constitutional irritation）的概念。他认为，这是全身性症状的一种发病机制，通过神经系统而起作用。它可以说明，为什么很小的局部病变能够引起全身性的症状。十年以后，这个概念发展了，许多神经性症状都用这一机制加以说明。Travers 的观点显然来源于 Broussais 以及 Charles Bell 的神经生理学说。

1821 年，外科医生 R. F. Players 发表了一篇专著《对脊髓神经的刺激》（On irritation of the spinal nerves），提示某些神经痛（neuralgias）和神经症可以是颈椎压迫脊髓所致。他对脊髓究竟发生了什么变化存而不论，只是笼统地称为脊髓病，但他断言不是炎症。

1828 年，C. Brown 发表了一本与 Players 的著作同名的书。Brown 认为，脊柱旁边肌肉的痉挛性收缩引起脊椎移位以致压迫了脊神经。

Travers、Players 和 Brown 这三个人的观点和著作是彼此独立的，并非谁受了谁的影响。显然，这些著作体现了同一医学思

想的发展趋势，这就是，神经受刺激可以引起症状。

脊髓刺激逐渐被公认为处于歇斯底里和神经痛这两种病的中间过渡地位。因此，在当时的许多教科书里（Axenfeld 1863；Hammond, 1871；Erb, 1875；Erichsen, 1875；Rosenthal, 1878）都有中间神经症（intermediate neurosis）的讨论。这跟神经衰弱概念的提出和流传是有密切联系的（请参阅“神经衰弱”一章）。

用反射机制解释瘫痪和其他神经本身的功能是很早就有的理论。将反射学说加以充分发展而应用于解释多种不同疾病的症状，英国人 Robert Whytt（1714—1766）是一位先驱。他虽比 Cullen 小 4 岁，却是 Cullen 在爱丁堡教授职位的前任。和 Cullen 一样，Whytt 也是神经疾病这个概念的积极鼓吹者。Whytt 的一个重要贡献，是他描述了内脏疾病引起的神经功能紊乱，他称此为“感应性”（sympathetic）病。

破坏脊髓灰白质可以使士的宁（strychnine）引起的肌肉收缩不出现。这个实验使人们以为反射作用只局限于脊髓。从此，许多全身性症状都被视为反射机制引起的功能障碍。爱尔兰医生 R. J. Graves 的著作《有关医学实践的临床讲座》（第 2 版，1948）（Clinical Lectures on the Practice of Medicine, second edition, 1848）也许是 19 世纪前半叶欧洲使用最广泛的一本教科书，尤其是它的法文译本。在这本书里，Graves 把反射的致病机制一般化了。19 世纪 40 年代，这个学说的影响达到了顶峰，医生们采用各种手术治疗神经疾病，包括拔牙、子宫摘除，甚至肾摘除，为的是去掉引起反射症状的假想的病灶。由于滥施手术，并且效果远非理想，许多医生开始怀疑反射学说的正确性。M. H. Romberg 的教科书的修订清楚地反映了这一转变。在 1840 年的第一版里，Romberg 把瘫痪和其他多种神经症状分为三类，即肠、肾、子宫通过反射机制所致。到 1857 年的第 3 版，这方面的讨论完全变了：一部分症状归于歇斯底里，一部分症状归于感染所致的神经疾病，而反射机制的致病作用完全删掉了。但是，反射机制的各种改头换面的形式所致的功能性神经疾病的说法，一直到 20 世纪仍然常见于医学文献，在通俗书刊上那就更不用说了。