

外傷性精神神經症 與 精神神經外傷

東北人民政府衛生部

1951

外傷性精神神經症 與精神神經外傷

東北人民政府衛生部

目 次

I	本問題在衛國戰爭以前的狀態.....	1
II	蘇芬戰爭、衛國戰爭開始與外傷性精神神經症 對外傷性精神神經症的見解之變化.....	19
III	我們對大後方患者的研究.....	27
IV	衛國戰爭時期的文獻上所刊載的外傷性 精神神經症和精神神經外傷的問題.....	35
V	腦的挫傷性侵害.....	47
VI	外傷性聾啞.....	61
VII	爆風挫傷患者及一般閉鎖性腦外傷的治療.....	68
VIII	結 論.....	72

外傷性精神神經症

與精神神經外傷(腦閉鎖性外傷)

蘇聯科學學士院通訊院士

蘇聯醫學學士院院士

В. П. Озипов

I. 本問題在衛國戰爭以前的狀態

關於外傷性神經症及精神神經症的學說和較此稍晚一些的關於神經及精神神經外傷的學說之出現，乃是約80年前的事情。本問題的歷史是從1867年開始的。在那一年，Erichsen 氏發表了對費拉特費亞鐵道事故的犧牲者們所觀察到的脊髓震盪、神經休克及其他現象。這位著者最初注意到了此種病像的特殊性，他是以由於鐵道外傷所引起的脊髓內微細變化和比較粗大的變化、溢血來說明的(railway-spine)。

稍晚一些，Moeli、Oppenheim、Charcot諸氏證明了此種疾病的本質並不在於脊髓的機質損傷，而是在於應視為機能損傷的許多現象中，並且此種現象與脊髓無關而是與一般神經系統有聯繫，此等現象並不是在機械外傷本身的影響下發生的，而是依存於與災害相關聯的精神外傷、災害環境所及予情緒的作用、驚愕、恐怖情緒。Moeli氏乃是最初在此種病像內看到了精神神經症性質者之一。Charcot氏承認了本症的機能性質，把它列入到歇斯底里及神經衰弱之類中去了。

Oppenheim 氏對本症特別加予了很大的注意，外傷性神經症這個術語之普及於文獻上亦是他的功勞。他對於本症特別強調機能成因，同時還指出其症狀無疑間一部分是帶着機質性，兩症狀混合而存在着。他推定中樞神經系內的分子變化是機能障礙之基礎；腦震盪能惹起細小動脈的變性和動脈內膜炎，頑固的頭痛（頸部頭痛）和眩暈，血管運動神經障礙；他認為震盪從身體末梢通過知覺神經而能對腦引起同樣的分子變化。

還有的著者（Даркшевич，Сегалов，Суханов，Вырубов 等氏）依據第一次世界大戰的經驗認為外傷性精神神經症的來源主要是於機械外傷的影響下在神經系統內發生了的許多微細分子變化；Даркшевич 氏甚至提出了在此種場合所看到的損傷應稱為神經外傷。Сегалов 氏為說明爆風挫傷及予腦的作用提出了假說，關於這點在後面另行敘述。

像這樣情形，關於所謂外傷性神經症和精神神經症時的疾病現象之由來，有着分歧的意見：一部分著者認為其整個臨床像都是機能性的，把它列到歇斯底里的領域內，另外的著者認為中樞神經系內的微小分子變化是發現本症的條件，或者是還有的主張混合性來源的觀點。

自從已經區別出來了外傷性神經症以後，對它曾貢獻有不少研究成績，可是被研究的臨床材料相當片面，因為主要都是關於因鐵道事故而發生的犧牲者的。在時常勃發大災害例如 Messina 或者是克里木的地震時，對本症的關心迅即興起，而轉變到由新的觀點進行考察（Баженков，Брусиловский 等氏）。對外傷性神經症這問題關心得最激烈且緊張的時期是在第一次世界大戰；這是因為由於重砲彈的爆風挫傷發生了空前多數的所謂挫傷性神經症及精神症患者。數年之間，參戰各國的醫學文獻上載滿了從各種觀點上考察了本症的論文（Пуссенп，Вырубов，Станиловский，Даркшевич 等氏），並且一般地出現了關於戰爭精神症和神經症的專題論文。遍閱當時的廣泛文獻可

看到從事研究外傷性精神神經症的各國著者幾乎皆沿着一樣的路程或者是在其論文中，或者是在其學會裡發表着大致相同的見解。

在戰時多發而呈所謂外傷性神經症及精神神經症病像的外傷，無疑問是對生體加予兩方面的作用：第一，作為強力的情緒刺激，第二，作為機械外傷，震盪整個生體尤其是神經系統。此時，在神經系統中，能够發生基於與外傷有原因上的關聯的機質性、局限性及瀰漫性損傷而產生的現象；並且還能够出現同時以外傷的機械的及情緒的作用為其發生條件的病像，某種症狀占優勢的混合性病像，以及在生體全般和特別是在腦看不到任何挫傷或震盪而只是由於外傷的情緒影響所發生的病像。

在記載外傷性精神神經症的臨床像時，為避免模糊，需要把這個名詞的概念內容弄明確：此時的問題即是『神經症』及『精神神經症』；把中樞神經系的機質損傷例除外；考察由於情緒、情緒複合外傷而引起的機能疾病。在記述由於混合性原因的影響所引起的結果時，完全把依存於神經系統內各種的變化而發生的外傷之機械的方面除外一事有不少確實是非常困難的場合。因此，Даркшевич氏為了使關於爆風挫傷的學說明確化，提倡把它分類為外傷性神經症和神經外傷，使因機械外傷所引起的中樞神經機質外傷屬於後者。

對外傷性精神神經症的來源主張機質觀點的著者們（Oppenheim Ravaut, Выхубов, Сегалов, Суханов, Даркшевич等氏），不根據像由於機械外傷所引起的挫滅或者是多少廣泛的溢血之類的神經系之粗大損傷例，但是如 Ravaut 氏，在他的觀察例中亦看到有由於爆風挫傷所引起的各種器官之內出血甚至肺及胃的破裂。這些例子當然並不屬於精神神經症，這是沒有爭論餘地的。依據 Никитин 氏的計算，把精神病列外，有中樞神經系損傷的全部傷員中，有此種機質損傷者約為22%（第一次世界大戰）。上記著者們是把由於機械外傷所引起的神經系之震盪和其結果放在心上的；用顯微鏡不能發現此結果：它有分子性質可是過於微小（Oppenheim氏）；用 Sarbo 氏的話

來說，這乃是微細構造變化。

研究機質觀點的著者們，指出在所謂外傷性精神神經症時於中樞神經系內能够發現點狀出血和小壞死病竈。飛來的砲彈在很大的壓力下推動着爆風，在爆風後邊的壓力低下；在爆風挫傷時人急速地陷於非常高的氣壓內，繼而入於低氣壓；如衆週知，在潛函病時由於不太激烈的氣壓變化條件而招引來極爲重篤的結果，這不僅是由於出血並且還是由於在壓力顯著低下時從血中排出氮而引起的；在爆風挫傷時亦發生同樣的事情（Сегалов氏）。（註：Сегалов氏在1915年所發表的這個見解，如果用今天的眼光來看，應該認爲是錯誤的。）並且還認爲在這種條件下人所受到的衝擊和挫傷在神經系內是無有形跡而且不消失的。事實上在這點不能輕視的乃是例如與爆風挫傷相關聯而發生神經系外傷的條件。這種場合，爆風極爲強力，把人從地面上颺起使之旋轉，又落到地上。在這樣的場合，純粹稱之謂機能性疾病是冒險的。

考慮第一次世界大戰的經驗，在德國的醫師中，多對於爆風挫傷時的精神神經症症狀之來源下結論爲機能性的。遺憾得很，就連可以稱爲外傷性神經症說的創始者 Oppenheim 氏在1916年亦對上述的方向做了極大的讓步；但是他同時認爲非機能變化亦能成爲精神症狀的發生源。主張了機質觀點的是 Nageli 和 Reichardt 氏；後者甚至說出應該從神經病學文獻以及醫師的言語中抹掉『外傷性神經症』這個名詞。Nonne 氏基於自己對『震瀕性』及『震盪性』患者的觀察例，贊同了多數方面的見解。

採取機能立場的著者們（俄國著者中特別是 Аришштейн, Никитин, Розенбах 諸氏），首先強調在爆風挫傷、所謂挫傷性精神神經症時所看到的臨床像不論在其範圍上和內容上均完全是應該屬於歇斯底里之內的。此時，Никитин 氏依據下記諸事，即依據在過去外傷患者有25%存在着某種精神神經病症狀，在平時受到災害的人中無有單獨一個人發生疾病者，在戰鬪及一般戰時條件下人們普遍皆陷於對

自己的命運及親朋的命運的恐怖、警戒、不安的情緒狀態，乃是當然的。可是應記住這是發生神經症及精神神經症的前提，及兵士的神經系統由於重苦的戰鬥而不斷地受着損傷。』這些事，說明着外傷性精神神經症之原因的爆風挫傷是作用於已經處於準備患病狀態的神經系統，助長和增強了從前即已存在的疾病先驅特徵，成為使疾病狀態發生變化的強力的動機。

印證這個說明的東西乃是無有任何機械外傷只是在戰時情緒外傷的影響下所發生的症例；曾記載有在返回前線的途中挫傷患者發生了歇斯底里性精神神經症的症例；hypnose des batailles Milianla (Milian氏戰鬥催眠病)乃是兵士根本未想到而在戰鬥狀況最危險的場所突然發生的自動症狀態；還記載着有兵士陷於近於疾病情緒觀念群狀態的症例。Рончевский氏舉出了引自Schjerning氏的戰鬥生活瑣話。

在長時間行軍之後，部隊被分配在直接靠近前線敵陣的戰壕內了。對方陣地繼續着長時間射擊，在這個期間與行軍時一樣不能進行用飯。在情況靜穩後，兵士們進行用飯。有一名兵士用一隻手拿着飯盒正想要吃時，飯盒忽然被一個意外的流彈所打掉，兵士一瞬間陷於強烈興奮狀態，從戰壕中跳出，忘形地拾起了幾個石頭子往敵人戰壕方向跑去，把石頭子拋到敵人戰壕內去了。他僥倖地又平安無事返回。

我並不是想把有關外傷性精神神經症的所有文獻都列舉出來：那是太多了並且相當單調；我只是想要敘述一下基於1914—1918年大戰的經驗而闡明了的見解，把它同衛國戰爭時的研究結論比較一下。

上面所舉出的兩個相對立的見解有討論的必要，因為哪一方面的擁護者皆各導出有確認自己見解正確的基礎結論而且哪一個都不夠全面。外傷性精神神經症的臨床像，自伴隨痙攣發作和麻痺的典型歇斯底里起，到癱屈症或昏迷狀態止，都是能在不受任何機械影響的情況下只由於情緒外傷而發生，並且事實也發生過，這是沒有疑問的；有

許多極為各樣的症狀由於半睡狀態下的暗示而消失，甚至是在覺醒時於暗示的影響下即消失；另一方面，機械外傷尤其是爆風挫傷招來機質結果，同時還引起外傷性歇斯底里，這也是無有人懷疑的事情。

在挫傷中，有各種強弱的，其結果時常成為純粹是機能性的歇斯底里症狀群而表現出來；可是在多數例或大多數例外傷呈極為複雜的機能影響乃是難以否定的事情；在爆風挫傷時，人甚至被拋出數公尺，跌倒，時常將頭部打撲，被埋在土壤或石塊之間；此時能發現鼓膜破裂，從耳或口中的出血（我未把從內臟諸器官的出血在此場合當做問題），在多少長時間的無意識狀態之後發生健忘症，爾後發生劇烈的眩暈，這些乃是腦震盪的症狀，可是與之同時亦發生外傷歇斯底里症狀。腦震盪時不能存在溢血，於中樞神經系用顯微鏡不能發現解剖學變化，儘管是那樣，把這種狀態的臨床像說明為精神性、歇斯底里性一事也或許是正確的。只要是叫做精神性或歇斯底里性，則它的全部症狀或大部分症狀必須是由於暗示，更正確一點說，由於自己暗示而賦予條件的臨床像。例如人從汽車中被甩出跌倒時，頭部受到打撲，陷於多少長時間的無意識狀態，後來屢屢呈現譫妄狀態，繼而陷於健忘症，如果是這樣的話，則或許任何人也不會認為這種場合是歇斯底里性的；在萬一經過自失狀態之後，即或是患者表現了外傷性歇斯底里性精神神經症症狀，把全病像完全看做為歇斯底里性也大概是不正確的。在另一方面也可能存在有以現代的顯微鏡檢查技術水平在中樞神經系內難以發現一定變化的腦震盪例；機械外傷的這種結果只不過是有條件地能夠認為是機能性，並且此種機能性當然必須與歇斯底里性區別開。這樣來考察時，不能否定純粹機能性的，更正確一點說，在精神性、歇斯底里性病像的同時外傷性精神神經症呈伴隨歇斯底里的腦震盪之結果的混合性病像型者非常多。

基於對外傷患者的觀察，Шумков 氏得出了如次的結論：機械外傷的局部結果例如由於外傷的作用部位而所發生的疼痛脫出或是知覺過敏或是挫傷等繼續極長期間，患者已經把外傷的事情忘却，可是其

有害結果還保有着。再者，依據以後他同 Вехтерен 氏所進行的研究，局部的溫熱的、化學的及觸覺的刺激，引起半側性的廣泛知覺變化，往往此種變化甚至波及到別的感覺器官，例如視器。

1911年，根據許多的疾病，我確認了在夢中出現同惹起了疾病的外傷有極密切關係的挿話之一節（時常受到歪曲）這乃是外傷性精神神經症的一必發徵候；過去雖然也有提到關於這種現象者，可是並未達到完全的確認。

尤其是在由於像爆風挫傷那樣強力的震盪所惹起的外傷性精神神經症時，幻覺及類幻覺之發生（呈發作性）乃是屢屢能遇到的症狀之一。大多數成為幻聽和幻視的內容者乃是對患者留有深刻印象的戰時事件。有不少時候，患者做夢，表現幻覺狀態、夢幻狀態的發作。

注意到了夢與幻覺的關聯的乃是 Иванова-Смоленский 氏和 Рончевский 氏——他稍晚些。在外傷患者的夢與幻覺之間，有緊密的發生上的關聯，我推定在這兩種現象之間主要是存在量的不同；於這些患者夢和幻覺的內容相一致一事，和兩者有共通的來源一事，以次記的考量亦能確認：在伴隨幻覺的發作性自動運動期、患者在演着極為活潑的啞劇時，患者乃是處於迷蒙、夢中狀態，正在經歷着單純的或是複雜的幻覺，對周圍的事態幾乎完全無有反應，時常跟對面的障碍物撞上；患者迷幻地能感覺到周圍的東西一事，依其對所碰到的人採取敵對態度的事實亦可得知，或者是迷迷糊糊地僅能够躲開障碍物。

此外，能看到這樣的場合：在夢某種程度轉為明瞭時，並不是像普通所看到的那樣大叫而醒過來，而是移行到夢遊狀態，表演跟覺醒時同樣的啞劇；其不同在於，在一方面是發作在覺醒時發生，反之在另一方面是正在做夢中即脫出睡眠狀態。在兩方面的場合是受着同一的疾病自動機轉之作用，由於其興奮而抑制了腦皮質的別的功能（方位指南的），這事以 И. П. Павлов 氏的所謂誘導過程可以說明。

在少數場合，類似夢的幻覺譫妄狀態之發作採取非常重篤的經過，繼續數日甚至數週；大多數是繼此發生關於發作狀態的健忘症。

當作歇斯底里型挫傷性精神神經症的稀少的例子，曾遭遇過由於爆風挫傷而引起的複雜的二重觀念群之經驗：一個觀念群是與從破壞了患者全部生活的社會事情中產生的插話相關聯着，這乃是震盪了他的神經系統而強固地固着於其中的東西。

在下面舉出這種觀察例。

患者 X，30歲，猶太人。1926年9月入 Киров 軍醫學校附屬醫院精神科。患者生於華沙。自幼即表現出了音樂的天才。兩親是有着極易興奮的神經系統的性急的人；哥哥在20年前死亡於 Смоленск 精神病院裡，另外的4個弟兄和妹妹在幼時死亡，其中有一個是在生後四個月摔斃死。X在5歲前惱於尿失禁。7、8歲時入猶太人小學校，繼續進到市立學校4年級，爾後即不願意念書了，決心專修音樂。16歲入華沙音樂學校鋼琴科。患過猩紅熱及回歸熱。自幼即不好交際，孤獨而有宗教的性格；神經質很厲害。X曾經跟着有名的鋼琴家——後來成了波蘭共和國大總統的帕得勒夫斯岐學過鋼琴。帕得勒夫斯岐特別注意他，花費很多的時間去教他，說他將來很有希望。在二十歲時，因德軍侵入而離開了華沙，X的音樂生活突然被中斷了。因為他參加到避難者的行列中去了。這個事件對他給予了震盪性的印象。他當上了兵士，參加了帝國主義戰爭，後來轉入到國內戰爭；1922年和平了時，他已經殘廢，因為在1920年頭部受到了挫傷、右側胸部受到了彈片創的原故。當時其親屬即已注意到X會反復表現獨特的精神障礙發作；時常他中止了說話：『連東西也不吃直挺挺地坐着，也有在談話中言語錯亂的事情；突然哭起來，無止境地哭着；拿起桌子上的東西往人身上扔』。1922年有過3次這樣的發作。發作是以4—6個月的間隔連續數星期，而且即於此間期他的神情亦甚憂鬱，時常流淚，屢屢拒絕吃飯。這樣經過了1923年、1924年及1925年；在1926年夏天，因為伴隨興奮和抑鬱的發作襲來了4次的關係，患者入到附屬醫院。

診察所見：無力性體質，顯著的營養低下，幾無皮下脂肪層；在右肩胛骨下、第八肋骨部有與下部組織癒着的大而舊的瘢痕。當做畸

形徵候而看到的是長大了的耳朵和彎曲了的鼻子。心音微弱，脈搏不很緊張而整，一般緩徐可是有時增速。瞳孔散大，腱反射亢進。

X.是在9月17日入附屬醫院的。終日仰臥不動，額貼到頸上，眼往內側下方相對；對光反應活潑；不用眼睛看周圍的東西，問話不答，拒絕吃飯；因為對患者給食困難的關係不得不施行數日探管營養。自9月20日，時常採取左臥姿勢，用簍子連頭都蓋上；揭開簍子看時，全身的反射性陷於搖擺。凝視空間，在嚙喃着甚麼。突然，流淚慟哭，那個時候脈搏數從64增大為100。自9月21日，開始結結巴巴地說話了，認為自己『完全健康』，只是敘訴下肢和頭部疼痛，因為思想為『這是我嗎，這不是我嗎？』這個念頭頑固地糾纏着而一宿未睡覺的原故。

把患者的話原樣正確地記述下來的話：『我怎麼到列寧格勒來了呢？我是華沙音樂學校的學生，跟帕得勒夫斯基教授學過鋼琴，可是因為戰爭而未能畢業，因為德國人侵入到了華沙我不得不到 Орша 去避難。帕得勒夫斯基曾說過我是天才的鋼琴家和作曲家。那是1914年的事情。1915年帝俄徵兵時我當做志願兵而服務於 Павлоград 市第二二九步兵團。1919年參加紅軍轉戰各地；在 Березино 附近的戰鬥中受到挫傷，並且側胸受到彈片傷，爾後即在莫斯科醫院裡治療了；還有甚麼事情呢，完全記不得了。發作時，到後來只知道倒下了，別的甚麼也不知道。其後，我被送到 Кисловодск，恢復了健康，擔任了 Владикавказ 鐵道警備隊長的職位』。

X.是俄羅斯共產黨員。因為發作反復襲來的關係，被送到克里木，在 Евпатория 受治療。『在那裡開始了有趣的歷史，……（哭啦）。自己恢復健康後，開過演奏會——帕得勒夫斯基，簍判，巴黑；偶然，自己遇到了一個叫甚麼的不認識的女人，……那個女人給予我很好的印象，……他們是零落了，……就記得這些，……是……結局……是……自己從 Евпатория（因為治療完了的關係）到了 Мелитополь，在那裡友人介紹在行政科裡工作過，……

會同那個女人繼續通信，繼續了多長時間呢？記不得了……』。

X.結了婚，後來同妻子分離了。『一個弟弟當紅軍士兵戰死了，現在一個人死在精神病院裡（潸然而哭）……夜裡，我聽到像是有人在奏樂，演奏着送葬曲，很多的棺材蓋開着，在其中有軍人；棺材裡的一個人，生有黑色的鬚鬚——我怕的就是這個人；他向我招手，說他旁邊的空棺材有一個是給我預備的，他很奇怪爲甚麼我還活着。時而我明瞭地看到失火，聽到警鐘響，實在是火呀，……屋子在燃燒着，人們都在逃跑。之後，看到的盡是帕得勒夫斯歧的事。他經常對我說：我將成爲鋼琴家的名手和王者，我是鋼琴家的王者，將來是他的繼承者，在那時又想到——這是我嗎，這不是我嗎？』

患者嘆惜着爲甚麼有病的他不能夠和別的人一起參加社會生活呢。經過迷朦狀態時，X.記不得在這個期間發生過甚麼事情，並且肯定地說也未曾打算拒絕飲食等。

1月，患者的狀態看去是開始輕快了，良好的健康的間期延長了，X.偏偏地仍然不能從血腥的戰爭印象和自己的藝術家幻象中拔脫出來；他開了一次節目很可觀的演奏會，並且周圍的人們對他也很有同情，可是儘管如此，他也感到了已經不成爲一個優秀的教師，久不用功已停止了進步，並且自己還感到在藝術方面非常落後了，因之甚爲消沈着。

上述的例子是顯示着兩個互相緊密結合了的複雜的觀念群在繼挫傷而引起的發作狀態之中表現出來（一個是軍事觀念群，另一個是由於患者全部生活中的社會事件而造成的個人條件所產生出來的觀念群）。有精神病體質的X.，對於命運之打擊未能呈現健全的反應。他未能跟環境相鬭爭而將環境克服，未能不屈不撓地發展自己的音樂天才；他的神經系統對障礙物是以幻覺—譫妄—發作來反應的——這就是所謂『往精神病逃避』（Gaupp氏），因爲在現實中不能夠找到所希望的環境而代償地逃避到展開那種畫像般的疾病狀態中。患者之所以主張他的第二個『我』即是因爲這個。之所以對某種別的可能的狀態持續

着漠然的印象而且不斷固執地自問『這是我嗎，這不是我嗎？』，這也是因為這個。X.由於用精神療法頓時開始輕快了。

外傷患者乃是有着極不安定的神經系統的患者；他們時常受到人生之不幸或障礙物的激烈影響。他們不能相信自己的力量、自己的勞動能力，對健康無有自信，開始工作時則產生出能否完成工作任務這種危懼。因此，他們努力想要獲得殘廢金或其他定期收入，如果得手時又恐怕從手中失掉。爲此而制止健康的恢復。Strampell氏發現了自從在德國對失掉勞動能力者施行殘廢金制度以來實際上發生了『殘廢金神經症』(Rentenneurose)大流行的事實。在患者努力想使自己的生活在儘可能良好且鞏固的保證那樣的條件下，患者對於症狀與其說是說謊毋寧說是誇大，在不知不覺中使自己的疾病增惡了，這乃是當然的事情。這樣，殘廢金法成了使疾病不斷繼續的因素。患者通例在行殘廢檢查之前惡化，如果檢查合格則又轉輕。患者成了他的神經系統對自己不能處理的社會性及經濟性刺激的疾病反應性之犧牲。

那麼，甚麼樣人受外傷性精神神經症侵襲呢？只僅唯有相當的遺傳素質的人、有精神病傾向的人才罹患呢還是也侵襲無有精神病遺傳性的健康人呢？早於1907年我即發表過如下的見解：在這種場合不一定需要神經病素質，於其中引起疾病的環境本身某種程度決定着神經系統的素質；外傷的影響，此種影響的反復，特別是所謂既得素質，有着非常重大的意義：身體的消耗，不安和恐怖的狀態，不了解戰爭目的或者是相反地由於了解了其侵略的反人民的性質而不願意參戰（帝俄的第一次世界大戰）——所有這些，成了使外傷性精神神經症發生並發展的條件。事實上，在1914—1918年的戰爭中本症發生的非常多。

當然是有遺傳素質的人罹患得要比較迅速容易，可是健康的人也多數罹患着。在一定條件下，以戰鬥性外傷爲條件而發生精神神經症。這個事實從根本上顛覆了Freud氏的見解：神經症和精神神經症一定要以『性的來源』的被壓止了的觀念群爲其發生條件的這種見

解。

Kretschmer 氏如次地說明着戰時外傷性精神神經症的發生：最初，呈急性發生自然的情緒反射，例如兵士在戰爭之前的全身震盪；繼而，反射隨意地被強化，移行為習慣性反射現象，也就是自動化；歇斯底里患者不能夠明顯地理解第二期的隨意性。這種說明的正確性，依據著者的意見，用『第二期的震盪只由於下以還口的命令或是加以叱責即能使之停止的事實』可以確證（有的場合也需要如暗示等的手段）；同樣的事情也符合於歇斯底里性口吃的場合。由之可以了解這種現象之所以近於說謊。這是於第二期對症狀的誇大，就是患者自己也承認這點。

上述的事情一般在歇斯底里性運動機能亢進的場合能夠敷衍。歇斯底里性運動機能亢進對於神經質的人在共情緒受到深刻震盪、陷於情緒性亢進狀態、精神過緊張狀態時特別明瞭地表現出來。在本症的這種發展上有重大意義的是體質神經反射準備性。關於對各種刺激反應著歇斯底里性反應時則在任意的適合場合不論刺激對那個患者的重要性或意義均要引起歇斯底里發作的事實，Kretschmer 氏是這樣來說明的：這種事實是由於以 Павлов 條件反射原則產生出來的歇斯底里習慣化所引起的。這樣，如果依據 Kretschmer 氏的說法，歇斯底里反應能發生於無有任何疾病遺傳素質的健康人，對這點不能不同意。然而並不是承認 Kretschmer 氏的見解完全正確，也就是對他所認為的在歇斯底里患者有兩個互相鬥爭的意志——所謂兩個對立衝動——這點很難贊同；並且對於他所說的疾病只不過是強化了人們所特有的性格學特徵的東西，也很難同意，可是在後面再講這個。Kretschmer 氏還看到了外傷性精神神經症發生於健康人的事情。

伴隨幻覺的自動症之發作，作為其內容有着各種個人戰鬥經驗上的插話。

稱為軍隊歇斯底里的現象，哪一位醫師都知道。於某些外傷患者，在痙攣發作之後發生自動症狀態，另外的場合亦有無痙攣發作

而發生者。可是於那一種場合均需要受到先行的某種外界刺激的作用而致使患者興奮。患者對於那個刺激以發作來反應。刺激亦可能是內部的東西：例如分明地在想着使人興奮那樣的事件或者是做夢那樣的場合。亦有挨着次序襲來頻繁的發作的時期；有時甚至亦有發作轉少或消失的事情；這受患者神經系統的一般緊張所左右。夢或自動症的發作能延續到外傷後數年。

軍隊自動症的發作極生動地描寫出在戰鬥生活中刻入到患者腦海裡的激烈的插話；命令式的說話架子、舉止態度、表情、運動——處處表現出來；動不動就說出軍隊用語；發出關於前進、包圍或冲鋒的命令（『冲鋒！抓活的！』『堅持到最後一顆子彈！』），此時患者本身時常採取對周圍的人物加予危害那樣的行動。多數的場合，發作繼續數分鐘（最大限度10—15分鐘），繼而通例陷於睡眠或短時間的疲憊狀態，有時迅速地轉為意識清澄；經過發作後，患者通例對之無有記憶或是只不過有模糊的記憶。我們的一位患者曾經實為真切地表演過一場從襲來的盜賊手中防衛郵政局的場面。

健忘症也比得上在挫傷後發生的發作狀態和無記憶狀態。外傷性精神神經症（也包括挫傷的場合）時的疾病現象，一部分被保存於患者的記憶內，例如在記憶中殘存着屍體之山散亂的光景、傷員或臨終者的敘訴和呻吟及其他的經歷（Юрман氏）。一般在外傷性精神神經症時我們會碰到如攣縮、震顫、律動運動、麻痺、不全麻痺、感覺器官機能障礙等極為多樣的歇斯底里性徵候。

在外傷性精神神經症時所看到的症狀中，於伴隨迷路損傷的挫傷患者，Захарченко氏發現了眩暈和在想把眼珠從中間往外轉的時候的輻輳。在某種場合還注意到了呼吸增速且轉為不整的事情（Срезневский氏）。Срезневский氏記載有嘔氣症之一例。Гервер氏就挫傷患者發現了眼輪匝肌的痙攣。縫上眼睛時則不能立即睜開，多少伴隨些困難和努力才能好容易地睜開。亦記載有挫傷性自動症例子（Бондарев氏）。

將外傷性精神神經症的全部症狀完全舉出來乃是困難的事情：它是與歇斯底里的症狀同樣地極為多樣的。亦有歇斯底里症狀在外傷性精神神經症時占優勢的場合；可是也有神經衰弱症狀（倦怠，運動減少，莫不關心，聯想經過緩慢，刺戟性衰弱，啼哭癖）特別顯眼的患者；於一些場合表現出臆想病性的敘訴。相應於這些，多數著者將本症分類為歇斯底里型、神經衰弱型及臆想病型。

外傷性精神神經症的經過通例是伴隨着多少顯著的動搖：神經系統，連植物性神經系也包括在內，因為外傷而喪失着平衡；所以可以了解曾經受過一次外傷的神經系統對新的刺戟更容易反應一事。通例經過若干時間時則本症的急性激烈症狀鎮靜，然而又出現不適合的刺戟時則歸於鎮靜的症狀勃然增惡；時而能遇到有於良好條件下往往停止了數年間的發作狀態突然重犯而繼續很長期間者。受到外傷者在罹患後經過很長期間後仍敘訴勞動能力低下、特別是注意力不能集中。如果依據 Добровольский 氏的研究，他們的注意力集中過程不論是在量上和質上均受到了侵害；在傍黑時能看到些輕快。

如果反復受到挫傷時，則不斷地轉為越發顯明的結果而表現出來。

外傷性精神神經症的病原是外傷；可是研究一下本症的臨床像看一看，則會明白於本症的相當多數例缺少機質基礎，純粹是機能性症狀；有的時候，機質變化很少，為機能變化所遮隱；外傷性的神經系統純機質損傷例（Даркшевич 氏的神經外傷）雖然是伴隨有一些機能症狀可是仍然被列於精神神經症之外。

檢討一下惹起本症的現象看一看，則會明白有分類成二種原因因子的必要：一種是惹起恐怖情緒及其一切結果的情緒方面，另一種是機械作用。無疑問地在由於鐵道災害或爆風挫傷所引起的外傷性精神神經症時，包含着相當量的兩因子，可是所有受到災害的人並不一定都同樣的受到兩因子的影響；經證明有外傷性精神神經症的典型病例發生於例如遭遇到鐵道災害然而在肉體上完全未受到損傷的人這樣的