

Проф. Н. М. ПОПОВЪ.

ЛЕКЦІИ
ПО ОБЩЕЙ
ПСИХОПАТОЛОГИИ

Изданіе 2-ое, дополненное.

616.8 / П-580
ПОПОВЪ Н.М.
Лекции по общей
психопатологии изд 2е

ОДЕССА.
Хрисогелось, ул. Кондратенко, д. № 8.
1915.

Дирекция Библиотеки студентов
Медицинский факультет товарищам,
Проф. Н. М. ПОПОВЪ. Взять за порчу и
повреждение книгъ и переплетовъ.



ЛЕКЦИИ

ПО ОБЩЕЙ



ПСИХОПАТОЛОГИИ.

*г. Хутор
Тур*

2012

1972

Изданіе 2-ое, дополненное.

БИБЛИОТЕКА
СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ
№ ~~5107~~
Одесского Университета

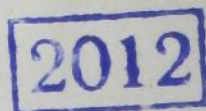
1952 г.

ИНВЕНТАР
№ 9730

ОДЕССА.
«Славянская» тип. Е. Хрисогелось, ул. Кондратенко, д. № 8.
1915.

616.8

Разрѣшено военной цензурой. - Одесса, 29 января 1915 г.





Лекція I.

Историческій очеркъ развитія психіатріи. Значеніе психіатріи для современнаго общества.

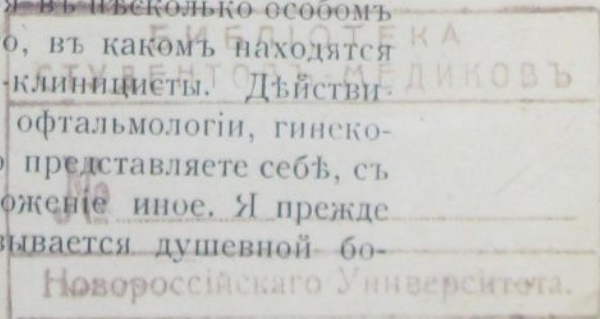
Психіатрія у древнихъ народовъ. Эпоха развитія греческой цивилизаціи. Гиппократъ. Платонъ. Аристотель. Александрійская школа. Аретэй Каппадокійскій. Галэнъ. Целій Авреліанъ. Психіатрія въ средніе вѣка. Эпоха возрожденія. Сталь. Heinroth. Benecke. Ideler. Nasse. Jacobi. Zeller. Griesinger. Pinel. Esquirol. Bayle. Lallemand. Взглядъ современныхъ психіатровъ на душевныя страданія, какъ на заболѣваніе коры большихъ полушарій. Научныя основанія этого взгляда и его слѣдствіе. Причины, почему изученіе психіатріи пріобрѣтаетъ все большую важность. Необходимость практическаго ознакомленія съ психіатріей для всѣхъ врачей и вообще для каждаго образованнаго челоуѣка.

Мм. Гг.!

На мою долю выпала задача познакомить Васъ съ той отраслюю клинической медицины, которая еще такъ недавно игнорировалась въ общей системѣ медицинскаго образованія, но которая за послѣднее время стремится занять въ ней болѣе и болѣе видное мѣсто.

Я долженъ буду представить Вамъ систематическій очеркъ ученія о душевныхъ болѣзняхъ.

Но, приступая къ выполненію своей задачи, я съ первыхъ-же шаговъ чувствую себя въ нѣсколько особомъ положеніи, отличающемся отъ того, въ какомъ находятся остальные Ваши преподаватели-клиницисты. Дѣйствительно, начиная, напр., изученіе офтальмологіи, гинекологіи и т. д., Вы совершенно ясно представляете себѣ, съ чѣмъ будете имѣть дѣло. Мое положеніе иное. Я прежде всего долженъ выяснитъ, что называется душевной бо-



лѣзною, что слѣдуетъ разумѣть подъ этимъ терминомъ, такъ какъ понятіе о душевной болѣзни сплошь и рядомъ представляется не достаточно выясненнымъ даже для научно образованныхъ лицъ.

Если мы обратимся къ спеціальной литературѣ, то увидимъ, что въ различныя времена поставленный выше вопросъ разрѣшался крайне различно въ строгой зависимости отъ характера міросозерцанія, отъ высоты умственного развитія въ каждую данную эпоху. И познакомимся со всѣми этими рѣшеніями въ ихъ исторической послѣдовательности, другими словами, познакомимся хотя-бы въ самыхъ широкихъ чертахъ съ исторіей психіатриі—это значитъ облегчить себѣ выясненіе дѣла съ одной стороны, развернуть безспорно самую интереснѣйшую страницу въ исторіи развитія человѣческой мысли—съ другой.

Упомянутіе о душевныхъ болѣзняхъ мы находимъ въ самыхъ древнѣйшихъ памятникахъ человѣческой письменности, какіе только до насъ дошли. Такъ, въ Ветхомъ Заветѣ описывается душевное расстройство царя Саула, приходившаго временами въ такое возбужденіе, что онъ становился опаснымъ для окружающихъ и только игра Давида на арфѣ могла его успокаивать. Въ книгѣ пророка Даніила упоминается про болѣзнь царя Навуходоносора, который считалъ себя превращеннымъ въ быка и вель соотвѣтствующій образъ жизни. Гезіодъ рассказываетъ, что пастухъ Мелампъ исцѣлилъ дочерей царя Аргосскаго Прэтуса, которыхъ Юнона поразила душевнымъ расстройствомъ изъ мести за оскорбленіе своей статуи; подъ вліяніемъ болѣзни несчастныя высказывали убѣжденіе, что онѣ превращены въ коровъ, выпускали мычаніе и убѣгали въ лѣса, а за ними слѣдовали другія женщины Аргоса, пораженные тѣмъ-же недугомъ. Довольно рельефныя описанія случаевъ душевной болѣзни мы находимъ далѣе въ Иліадѣ Гомера: Аяксъ, преслѣдуемый фуриями, кончилъ жизнь самоубійствомъ; Орестъ и Эдипъ представляютъ довольно типичныхъ меланхоликовъ и т. д.

Но всѣ эти и подобные имъ факты понимались современниками съ чисто религіозной точки зрѣнія; все лѣче-

не сводилось на религиозныя церемоніи, заклинанія и чары. О психіатріи въ собственномъ смыслѣ не могло быть и рѣчи. Только въ эпоху развитія древне-греческой цивилизаціи, когда на арену мысли выступило такъ много талантливыхъ дѣятелей, только тогда получила начало наша наука.

Первымъ психіатромъ-клиницистомъ съ полнымъ правомъ можетъ быть названъ *Гиппократъ*, отецъ всей медицины. Правда, онъ только бѣгло коснулся психіатріи, но тѣмъ не менѣе оставилъ по себѣ вѣчный слѣдъ въ исторіи послѣдней. Отъ гениальной проницательности *Гиппократа* не ускользнуло даже то значеніе, которое принадлежитъ головному мозгу при развитіи душевнаго заболѣванія: смотря на всѣ страданія съ своей точки зрѣнія, онъ думалъ, что психическія разстройства возникаютъ тогда, когда измѣненія четырехъ кардинальныхъ жидкостей чело-вѣческаго тѣла вліяютъ на головной мозгъ—мѣстопробываніе душевной дѣятельности. Отъ него не укрылась видная роль наслѣдственности въ возникновеніи психозовъ. Онъ упоминаетъ о различныхъ исходахъ и теченіяхъ помѣшательства, пользуется терминами *mania*, *melancholia*, *raganoia*, придавая имъ однако не тотъ смыслъ, который они имѣютъ теперь, и не дѣлаетъ никакого различія между бредомъ лихорадочнаго и душевно-больного, тотъ и другой называя *phrenitis*.

Однако этотъ выдающійся мыслитель не нашелъ достойныхъ послѣдователей, которые-бы продолжали изучать душевныя болѣзни, придерживаясь строго клинической почвы, и психіатрія на долгое время подчинилась вліянію различныхъ философскихъ ученій, понимавшихъ по своему сущность душевнаго заболѣванія. Одинъ изъ популярнѣйшихъ философовъ этой эпохи *Платонъ*, признавая три души, одну изъ нихъ, верховную, помѣщалъ въ головномъ мозгу, двѣ остальные—въ сердце и другихъ внутреннихъ органахъ. Сообразно этому онъ принималъ два вида бреда: одинъ божественный, вызываемый богами, это—бредъ про-роковъ, поэтовъ, ученыхъ, философовъ, и другой—земной, обусловленный тѣлесными болѣзнями и соотвѣтствующій



помѣшательству въ нашемъ смыслѣ этого слова. Другой философъ, *Аристотель*, принималъ двѣ души: рациональную и иррациональную; ту и другую онъ помѣщалъ въ сердцѣ. Главное основное качество души, по *Аристотелю*,—теплота; чѣмъ болѣе ея жизненная теплота, тѣмъ совершеннѣе ея функціи. Различные виды душевнаго разстройства суть поэтому ничто иное, какъ крайнее охлажденіе или разогрѣваніе души.

Взгляды *Платона* нашли горячихъ приверженцевъ въ особенности среди учениковъ Александрійской школы. Эта школа, по существу глубоко анти-матеріалистическая, смотрѣла на душу, какъ на вѣрное, но слабое отраженіе божества. Признавая двѣ души, послѣдователи Александрійской школы одну изъ нихъ, интеллектуальную, помѣщали въ головномъ мозгу, а нѣкоторые стремились локализовать ее еще точнѣе: *Эразистратъ* указывалъ психическій центръ въ оболочкахъ головного мозга, *Страбонъ*—въ большихъ полушаріяхъ. *Эразистратъ* же первый высказалъ положеніе, что степень умственнаго развитія человѣка находится въ прямой зависимости отъ большаго или меньшаго богатства бороздами и извилинами поверхности его большихъ полушарій.

Такимъ образомъ эти древніе спиритуалисты выработали себѣ воззрѣнія, весьма близко подходящія къ нашимъ. Нѣтъ ничего удивительнаго поэтому, что тѣ изъ современныхъ имъ психіатровъ, которые обратили свое вниманіе главнымъ образомъ на изученіе клиники — пришли къ результатамъ и понынѣ сохраняющимъ значеніе. Такъ, нѣсколько замѣчательныхъ трактатовъ оставилъ по себѣ *Аретей Каппадокійскій*, проявившій въ нихъ таланты блестящаго наблюдателя. Онъ подмѣтилъ, напр., что взрыву маніи нерѣдко предшествуетъ меланхолическій періодъ и очень точно характеризуетъ меланхолію, какъ безлихорадочное заболѣваніе, выражающееся угнетеннымъ настроеніемъ. Онъ указываетъ на различные исходы меланхолии, ясно очерчиваетъ все ея теченіе. У него мы встрѣчаемъ намеки на такъ называемое циркулярное помѣшательство, ученіе о которомъ было разработано только

во второй половинѣ текущаго столѣтія. Еще болѣе цѣнныя свѣдѣнія содержитъ трудъ *Аретэя* о терапіи. Здѣсь авторъ настаиваетъ на громадномъ значеніи точнаго соблюденія всѣхъ правилъ гігіены, рекомендуетъ устранять отъ нихъ всѣ рѣзкія душевныя волненія и т. п.

Нашъ очеркъ древней психіатріи былъ бы не полонъ, если бы мы не вспомнили два славныхъ имени той эпохи— *Галэна* и *Целія Авреліана*. *Галэнъ*, которому мы обязаны нашими первыми свѣдѣніями о функціяхъ нервной системы, не могъ не замѣтить той роли, какую играетъ головной мозгъ; онъ помѣщаетъ въ немъ размышляющую душу. *Галэнъ* первый началъ разграничивать бредъ лихорадящаго отъ бреда душевно-больного и, присоединивъ къ извѣстнымъ дотолѣ клиническимъ формамъ — мании и меланхолии, слабоуміе, положилъ основу современной классификаціи психозовъ. *Целій Авреліанъ* главное вниманіе обратилъ на лѣченіе душевно-больныхъ. Онъ окончательно освободился отъ вліянія Гиппократовской доктрины о четырехъ жидкостяхъ, сбросилъ съ себя оковы философіи и категорически заявилъ: «никто изъ философовъ не вылѣчилъ ни одного душевно-больного». Въ его сочиненіяхъ мы находимъ весьма обстоятельныя правила, въ какомъ обращеніи нуждаются душевно-больные. Онъ рекомендуетъ самое мягкое отношеніе къ нимъ, не совѣтуетъ прибѣгать ни къ какимъ насильственнымъ мѣрамъ; если больной крайне возбужденъ и дѣлается опаснымъ для себя или окружающихъ, пусть подойдутъ къ нему служителя и, подъ видомъ втиранія какихъ нибудь мазей, своими руками на время ограничатъ его движенія. *Целію Авреліану* было уже извѣстно терапевтическое значеніе изоляціи душевно-больныхъ.

Но этимъ клиницистомъ заканчивается періодъ блестящаго развитія древней психіатріи. Греческая цивилизація, не имѣя достаточно опоры, рухнула подъ натискомъ варваровъ, и на арену исторіи выступили новые народы, которые внесли и въ философію и въ науку свои взгляды, лишь поверхностно измѣненные христіанствомъ. Идеи послѣдователей *Платона* нашли себѣ благодарную

почву, только приняли болѣе мрачный характеръ. Вся вселенная была раздѣлена между святыми и дьяволомъ; земля являлась ареной для борьбы двухъ началъ—добраго и злого. Ничто необычайное не могло произойти безъ непосредственнаго вмѣшательства сверхъестественныхъ силъ. Душевно-больныхъ принимали за одержимыхъ злымъ духомъ. Самымъ распространеннымъ профилактическимъ средствомъ являлась пытка, самыми радикальными терапевтическими агентами — топоръ и костеръ. Клиническая психіатрія цѣликомъ попала въ руки монаховъ и палачей; не удивительно поэтому, что она ни на шагъ не подвинулась впередъ. Но если это тяжелое время было такъ неблагоприятно для развитія нашей науки, то все же оно полно для насъ глубокаго интереса: невѣжество и суевѣріе способствовали возникновенію душевныхъ заболѣваній, а основной колоритъ, свойственный всему міросозерцанію эпохи, налагалъ на нихъ своеобразный отпечатокъ. Средніе вѣка—это время психическихъ эпидемій по преимуществу. Крестовые походы дѣтей, предводимыхъ галлюцинантами, секты флягеллянтовъ или бичующихся, теоманы (страдающіе религіознымъ помѣшательствомъ) — спасители своего отечества (Жанна д'Аркъ), эпилептики—основатели религіозныхъ ученій (Магометъ), анабаптизмъ — все это такія историческія явленія, которыя находятъ себѣ полное логическое объясненіе лишь на страницахъ нашей науки.

Замѣчательнъ фактъ, что въ эпоху возрожденія наукъ и искусствъ, ознаменованную столь быстрымъ прогрессомъ въ развитіи всѣхъ отраслей научнаго знанія, въ эту эпоху гоненіе на душевно-больныхъ не только не ослабѣло, но приняло даже болѣе жестокой характеръ. Самые знаменитые врачи того времени, коль скоро рѣчь заходила о душевно-больныхъ, нимало не сомнѣвались, что имѣютъ дѣло съ одержимыми злымъ духомъ и, если находились изрѣдка смѣльчаки-протестанты, то голосъ ихъ быстро замолкалъ, подавленный бурей всеобщаго негодованія и даже гоненіями. Мало по малу однако новыя вѣянья стали давать себя чувствовать и здѣсь. Постепенно люди науки начали отрѣшаться отъ суевѣрій и предраз-

судковъ, хотя еще долгое время, не имѣя силъ окончательно освободиться отъ вліянія философскихъ ученій, направляли свою дѣятельность по ложному пути. Представителемъ такихъ лицъ является *Сталь*, человекъ въ высокой степени выдающійся, мыслитель, слѣды дѣятельности котораго нѣмецкая психіатрія сохраняла до сравнительно недавняго времени. Задавшись вопросомъ о сущности жизни, *Сталь* пришелъ къ убѣжденію, что жизнь есть вѣчное сопротивленіе смерти. Онъ замѣтилъ, что вещество, предоставленное самому себѣ, быстро разрушается. Отсюда ясно, что для живого существа нужна такая сила, которая-бы производила и сохраняла, которая-бы возстановляла жизненное равновѣсіе, разъ оно нарушено. Эта сила—душа. Но если душа оказываетъ такое спасительное вліяніе, то откуда-же возникаютъ болѣзни? Здѣсь на сцену выступаетъ грѣхъ: всякое нарушеніе морали есть вмѣстѣ съ тѣмъ источникъ нарушенія здоровья, какъ физическаго, такъ и психическаго. Такова была исходная точка нѣмецкой психологической школы, которая долго господствовала въ Германіи и наиболѣе виднымъ представителемъ которой въ позднѣйшее время явился проф. психіатріи въ Лейпцигѣ, *Heinroth*. Душа, по *Heinroth*'у, есть свободная сила, а тѣло только органъ ея. Все болѣзни человека, а слѣдовательно и психическія, происходятъ отъ грѣха: „Невинность не сходить съ ума, сходить съ ума только порокъ“. Отсюда и главное лѣчебное средство—благочестивая жизнь.

Дальнѣйшимъ послѣдователемъ этого ученія былъ *Beneske*, а особенно *Ideler*, разсматривавшій душевныя болѣзни съ чисто этической точки зрѣнія.

Возрѣнія такого рода естественно должны были вызвать оппозицію и послѣдняя не замедлила возникнуть въ лицѣ такъ называемой соматической школы, главнымъ представителемъ которой являются *Nasse*, проф. въ Боннѣ, *Jacobi* и другіе. *Jacobi* въ своемъ увлеченіи дошелъ до того, что отрицалъ даже самостоятельность душевныхъ заболѣваній, разсматривая ихъ какъ симптомъ любой болѣзни органовъ растительной жизни. При всей своей

крайности такіе взгляды имѣли весьма благодѣтельное вліяніе на научное развитіе психіатріи. Психіатры стали обращать болѣе вниманія на физическое состояніе своихъ пациентовъ и начали примѣнять къ нимъ болѣе точные методы изслѣдованія. Главнымъ дѣятелемъ въ этомъ направленіи здѣсь является вначалѣ *Zeller*, а затѣмъ его знаменитый ученикъ, *Griesinger*.

Совершенно такой-же характеръ приняло развитіе психіатріи во Франціи, и здѣсь послѣ средневѣковыхъ пытокъ и гоненій взглядъ на душевно-больныхъ началъ мало-по-малу измѣняться, особенно подъ вліяніемъ умственного движенія, охватившаго страну въ концѣ прошлаго столѣтія. *Pinel*, врачъ Бисетра, первый выхлопоталъ у національнаго Конвента разрѣшеніе снять съ душевно-больныхъ цѣпи, въ которыхъ они еще находились, какъ утратившіе всякое подобіе человѣка и безвозвратно потерянные для общества. *Pinel* возвратилъ имъ свободу и словомъ и дѣломъ проповѣдовалъ принципы гуманнаго обращенія съ ними. Наблюдая душевно-больныхъ при болѣе благопріятной обстановкѣ, онъ выработалъ рядъ оригинальныхъ теоретическихъ положеній, которыя нашли себѣ дальнѣйшее развитіе у его учениковъ и особенно у наиболѣе знаменитаго между ними, *Esquirol*'я. *Esquirol* признавалъ рѣзкую разницу между помѣшательствомъ въ собственномъ смыслѣ и бредомъ, развивающимся при различныхъ физическихъ болѣзняхъ. Онъ утверждалъ, что душевныя страданія лишены анатомо-патологическаго субстрата и что тѣ измѣненія, которыя иногда находятъ при вскрытіи, должны быть разсматриваемы только какъ слѣдствіе болѣзни. Самымъ лучшимъ лѣчебнымъ средствомъ для душевно-больныхъ, по *Esquirol*'ю, является изоляція. Обычныя терапевтическіе агенты, рекомендуемые при соматическихъ заболѣваніяхъ, здѣсь не играютъ никакой роли.

На доктринахъ *Pinel*'я и *Esquirol*'я воспиталось во Франціи три поколѣнія аліенистовъ. Однако мало-по-малу эти доктрины начали встрѣчать себѣ возраженія и особенно среди анатомопатологовъ. *Rostan*, *Broussais* и др.

энергично принялись за изученіе различныхъ органическихъ процессовъ въ головномъ мозгу, и результатомъ такого направленія явилось ученіе о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, ученіе, творцомъ котораго считается *Bayle*. Почти одновременно съ этимъ французскіе клиницисты стали болѣе и болѣе приходить къ убѣжденію, что между возникновеніемъ душевнаго страданія и различными соматическими заболѣваніями существуетъ тѣсная связь. *Lallemand* первый далъ толчокъ въ этомъ направленіи, констатировавъ развитіе ипохондріи на почвѣ истощенія организма половыми излишествами; *Esquirol*, какъ на этиологическій моментъ, указалъ на страданія кишечника, родовой періодъ и т. д. ✚

Такимъ образомъ психіатры какъ Франціи, такъ и Германіи,—двухъ странъ, въ которыхъ по преимуществу развивалась наша наука, пришли къ одному и тому же заключенію, что между психическимъ разстройствомъ и физическимъ состояніемъ человѣка должна существовать тѣсная связь. Этотъ выводъ имѣлъ естественнымъ послѣдствіемъ то, что психіатры начали обращать вниманіе также и на изслѣдованіе соматической сферы больныхъ, изучать ихъ пульсъ, дыханіе, выдѣленія и т. д., слѣдовательно, перенесли центръ тяжести своей науки изъ области философіи на почву точнаго знанія. Здѣсь на помощь имъ не замедлилъ явиться цѣлый рядъ вспомогательныхъ наукъ, причемъ особенно важныя услуги оказала анатомія и физиологія. Эти науки прежде всего выяснили, что головной мозгъ есть дѣйствительно органъ духовной жизни. Правда, какъ мы видѣли, такую-же мысль высказывали еще древніе авторы, но они основывали ее почти исключительно на данныхъ самонаблюденія и личнаго опыта. Въ самомъ дѣлѣ, легко замѣтить, что процессъ мышленія сопровождается слабыми ощущеніями въ головномъ мозгу, которыя при болѣе упорной умственной работѣ могутъ достигать большой ясности; но понятно также, что подобныя доказательства обладаютъ очень относительнымъ значеніемъ, въ основѣ же каждой точной науки должны лежать лишь точные факты. Этой то именно категоріи факты со-

временная психіатрія и заимствовала изъ анатоміи и физиологіи.

Анатомія показала, что въ нервной системѣ большая сложность строенія всегда идетъ рука объ руку съ болѣе сложной функціей. Периферическіе нервы обладаютъ относительно простымъ устройствомъ, — имъ свойственна и сравнительно простая функція проведенія. Гораздо болѣе сложной структурой обладаетъ спинной мозгъ и этотъ органъ уже не ограничивается ролью проводника, онъ заключаетъ въ себѣ также многочисленныя рефлекторныя центры. Еще болѣе сложно устройство продолговатаго мозга, и въ немъ мы находимъ центры сложныхъ рефлексовъ. Наконецъ, самымъ запутаннымъ строеніемъ обладаютъ верхніе отдѣлы головного мозга, и этимъ отдѣламъ нервной системы, вполнѣ естественно, мы должны приписывать наиболѣе высшую функцію ея — психическую дѣятельность. Къ такому-же заключенію приводитъ насъ знакомство съ сравнительной анатоміей, которая доказываетъ, что во всемъ животномъ мірѣ большее развитіе интеллектуальной дѣятельности совпадаетъ съ болѣе сложнымъ устройствомъ головного мозга.

Итакъ, головной мозгъ должно считать органомъ духовной дѣятельности. Но здѣсь является дальнѣйшій вопросъ, весь ли этотъ органъ *in toto* принимаетъ участіе въ названной функціи, или послѣдняя связана только съ извѣстными его участками.

Отвѣтъ на этотъ вопросъ мы встрѣчаемъ прежде всего въ трудахъ знаменитаго французскаго физиолога *Flurence'a*. *Flurence*, удаляя у птицъ большія полушарія мозга замѣтилъ, что оперированныя такимъ образомъ животныя утрачиваютъ интеллигенцію и волю. Отсюда онъ заключилъ, что большія полушарія слѣдуетъ считать органомъ интеллигенціи и воли, и этотъ выводъ находитъ себѣ ежедневныя подтвержденія, какъ въ данныхъ хирургической и терапевтической клиники, такъ и на секціонномъ столѣ. Всюду, гдѣ большія полушарія поражены на значительномъ протяженіи, при жизни мы можемъ наблюдать тѣ или другія нарушенія духовной дѣятельности, если только

процессъ захватываетъ и сѣрое корковое вещество. На исключительную роль въ данномъ случаѣ сѣраго вещества указываетъ также и физиологія, которая говоритъ, что въ нервной системѣ вездѣ, гдѣ лишь идетъ рѣчь о специфической функціи, мы непременно встрѣчаемся съ нервными клѣтками. Но всѣ ли безъ исключенія нервныя клѣтки мозговой коры принимаютъ участіе въ психическихъ функціяхъ? Не связаны ли послѣднія съ опредѣленнымъ участкомъ нервныхъ клѣтокъ? *Flurence* отвѣчаетъ на этотъ вопросъ отрицательно; онъ полагаетъ, что всѣ большія полушарія цѣликомъ нужно считать центромъ духовной жизни. Такой взглядъ однако встрѣтилъ себѣ вскорѣ горячихъ противниковъ. Прежде всего *Gall* (основатель френологіи) и его послѣдователи начали доказывать, что отдѣльныя душевныя способности имѣютъ каждая свой центръ въ головномъ мозгу и что различнымъ развитіемъ этихъ центровъ объясняются индивидуальныя особенности ума и характера. Воззрѣнія френологовъ впрочемъ въ чистомъ своемъ видѣ существовали весьма не долго, но болѣе или менѣе слабое отраженіе ихъ можно замѣтить и въ современной наукѣ. *Hitzig*, *Ferrier* и многіе другіе физиологи допускаютъ, напр., что мышленіе есть специальная функція переднихъ долей мозга. *Wundt* считаетъ лобныя доли «физиологическимъ субстратомъ извѣстныхъ процессовъ, связанныхъ съ высшими формами сознанія». Подобныя мнѣнія однако въ позднѣйшее время начали встрѣчать себѣ возраженія. Съ одной стороны клиника доставила намъ рядъ доказательствъ, что различнаго рода органическія пораженія головного мозга могутъ весьма рѣзко нарушить психическія функціи, даже и тогда, когда они совершенно не затрагиваютъ лобныя доли; съ другой стороны анализъ психическихъ процессовъ выяснилъ тѣсную зависимость ихъ отъ дѣятельности органовъ высшихъ чувствъ. *Meynert* говоритъ: «при нормальныхъ условіяхъ мозговая кора не получаетъ никакихъ непосредственныхъ раздраженій; сама по себѣ она слѣпа, глуха, безчувственна, всѣ возбужденія къ ней доходятъ только черезъ центральные узлы». На этомъ то основаніи

многіе изъ современныхъ психологовъ учатъ, что на кору мозга слѣдуетъ смотрѣть первоначально, какъ на *tabulam gasam*, и что только современемъ въ ея нервныхъ клѣткахъ залегаютъ образы воспоминанія, результаты раздраженія органовъ высшихъ чувствъ; благодаря слиянію чувственныхъ впечатлѣній могутъ образоваться понятія, и это ассоціированіе чувственныхъ впечатлѣній съ выработанными понятіями обуславливаетъ мышленіе, чувство и волю. Такимъ образомъ, ни одна изъ основныхъ психологическихъ категорій не можетъ быть локализована отдѣльно; всѣ онѣ берутъ начало въ одномъ источникѣ—чувственныхъ раздраженійхъ и имѣютъ поэтому одинъ субстратъ— всю мозговую кору. Очевидно однако, что каждая нервная клѣтка сѣраго коркового вещества или даже отдѣльная группа клѣтокъ вырабатываетъ лишь самые элементарные процессы; для болѣе сложныхъ необходимо совокупное дѣйствіе безчисленнаго множества элементовъ. Психическая дѣятельность поэтому есть нѣчто недѣлимое, непосредственно связанное съ цѣлостью всего психическаго органа. Но одинаковое ли участіе въ этой дѣятельности принимаютъ всѣ области мозговой коры? Одинъ изъ позднѣйшихъ изслѣдователей, *Bianchi*, особенно видную роль въ душевной жизни приписываетъ именно лобнымъ долямъ. Лобныя доли, по *Bianchi*, служатъ высшей станціей, на которую передаются всѣ воспріятія органовъ чувствъ, уже прошедшія черезъ центральные узлы и мозговую кору; въ лобныхъ узлахъ они координируются и сливаются въ одно психическое цѣлое.

✓ Нѣсколько иные взгляды на локализацию душевной дѣятельности высказалъ проф. *Flechsig*. Наблюдая время появленія міэлина въ системахъ волоконъ головного мозга, *Flechsig* убѣдился, что ранѣе всего обособляются волокна, идущія отъ заднихъ спинно-мозговыхъ корешковъ и соотвѣтствующихъ имъ черепныхъ нервовъ. Здѣсь міэлинъ появляется уже на 8—9 мѣсяцѣ внутриутробной жизни. Упомянутыя волокна направляются главнымъ образомъ къ области центральныхъ извилинъ, къ *lobus paracentralis*, *cornu Ammonii* и *girus fornicatus*. Весь этотъ районъ

коры *Flechsig* называется сферой тѣлесныхъ ощущеній, такъ какъ онъ является центромъ ощущеній, идущихъ отъ собственнаго тѣла, какъ то: ощущеній положенія его въ пространствѣ, движеній языка, конечностей, чувства прикосновенія и т. д. При заболѣваніи центральныхъ извилинъ разстраивается чувство мѣста, теряется способность опредѣлить форму взятаго предмета. При поражении 3-ей лобной извилины нарушается способность опредѣлить положеніе мышцъ и органовъ, участвующихъ въ процессѣ рѣчи. Сфера тѣлесныхъ ощущеній связана также съ двигательными волокнами, направляющимися къ различнымъ моторнымъ центрамъ. Остальныя территоріи коры, въ которыхъ заканчиваются чувствительныя волокна, связаны съ ощущеніями изъ различныхъ высшихъ органовъ чувствъ, обонятельными, зрительными, вкусовыми и слуховыми.

Но кромѣ чувствующихъ центровъ въ корѣ большихъ полушарій расположены еще другіе, которые имѣютъ своей функціей соединеніе возбужденій, возникающихъ въ первыхъ. Они отличаются прежде всего тѣмъ, что не находятся въ прямомъ соединеніи съ подкорковыми узлами; къ нимъ подходятъ, далѣе, только ассоціаціонныя волокна, получающія свой міэлинъ гораздо позднѣе, чѣмъ остальные чувствительно-двигательныя участки мозговой коры, а именно послѣ 3-го мѣсяца отъ рожденія и позднѣе. Наконецъ, они отличаются отъ другихъ участковъ коры и по особенностямъ своего строенія, ближе всего подходя къ пятислойному типу *Meynert's*. Эти центры *Flechsig* называется ассоціаціонными и приписываетъ имъ особенно выдающуюся роль въ душевной жизни. Такихъ центровъ онъ принимаетъ три: 1) задній, охватывающій темянные и наружную поверхность затылочныхъ извилинъ, *praecipuus*, 2-ую и 3-ю височныя извилины, часть язычной и веретенообразную; волокна его стоятъ въ тѣсной связи съ сосѣдными центрами, т. е. психомоторными, слуховыми и зрительными; 2) средній, занимающій кору островка; этотъ центръ анатомически связанъ съ 3-ей лобной извилиной и 1-ой височной; 3) передній обнимаетъ первую и вторую лобныя извилины, а также прямую; его

волокна находятся въ связи съ психомоторной областью, 3-ей лобной извилиной и обонятельнымъ центромъ.

Тѣсное соотношеніе этихъ центровъ съ остальной поверхностью большихъ полушарій объясняетъ, почему душевная дѣятельность требуетъ при нормальныхъ условіяхъ совмѣстнаго участія въ ней всей коры, а ихъ относительная обособленность даетъ ключъ къ пониманію различныхъ клиническихъ картинъ, въ которыхъ могутъ выражаться страданія головного мозга: въ зависимости отъ локализациі процесса возникаютъ то измѣненія дѣятельности мозга безъ душевнаго расстройства въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, то душевныя заболѣванія, причемъ въ случаяхъ послѣдней категоріи неизбѣжно должны замѣчаться существенныя различія смотря по тому, который изъ ассоціаціонныхъ центровъ оказался наиболѣе пострадавшимъ. Задній ассоціаціонный центръ служитъ для сочетанія возбужденій, которыя рождаются въ сферѣ тѣлесныхъ, зрительныхъ и слуховыхъ ощущеній. Когда нарушается правильная дѣятельность его, мы получаемъ потерю способности узнавать (агнозія и апраксія), читать (алексія), потерю зрительной памяти и воображенія, состояніе растерянности, спутанности. Повидимому въ этой области возникаютъ тѣ сочетанія, которыя связаны съ содержаніемъ нашего ума, его знаніемъ.

Въ островкѣ и въ сосѣдней области височныхъ долей находится центръ для слуховыхъ ощущеній, соединенныхъ съ движеніями, участвующими въ актѣ рѣчи; очень можетъ быть, что здѣсь заложенъ также сочетательный центръ для обонятельныхъ и вкусовыхъ ощущеній съ другими.

Передній ассоціаціонный центръ имѣетъ тѣсное отношеніе къ сферѣ тѣлесныхъ ощущеній. Когда заболѣваетъ онъ, страдаетъ не содержаніе знанія, а способность пользоваться имъ цѣлесообразно: теряется интересъ, активное вниманіе, способность понимать смыслъ происходящаго; характеръ человѣка мѣняется. Словомъ, передній центръ близко связанъ съ волевыми актами.

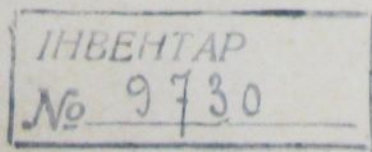
Въ области, занимаемой сферой тѣлесныхъ ощущеній, повидимому, имѣется значительное количество также

ассоциационныхъ волоконъ, особенно около ея границы. По всей вѣроятности здѣсь происходитъ соединеніе ощущеній отъ собственного тѣла съ ассоціациями, возникающими въ переднемъ и заднемъ центрахъ; по всей вѣроятности здѣсь то и рождаются сочетанія, связанная съ представленіемъ о собственной личности, съ самосознаніемъ. Заболѣваніе этой территоріи коры имѣетъ своимъ послѣдствіемъ разстройство самосознанія, распадъ личности.

Изъ всего сказаннаго выше слѣдуетъ, что органомъ психической дѣятельности должно считать сѣрое корковое вещество большихъ полушарій; но если это такъ, то разстройства психической дѣятельности необходимо объяснять заболѣваніемъ сѣраго вещества коры, и ученіе о душевныхъ болѣзняхъ съ этой точки зрѣнія является только заключительной и самой обширной главой ученія о заболѣваніяхъ нервной системы вообще. Психіатрія разсматриваетъ причины, которыя вызываютъ заболѣванія мозговой коры, изучаетъ симптомы, въ которыхъ они выражаются. Она учитъ, какъ эти заболѣванія развиваются, протекаютъ и заканчиваются; она даетъ намъ правило, какъ должно ихъ лѣчить.

Заканчивая сегодняшнюю лекцію, я хотѣлъ-бы воспользоваться остающимся въ моемъ распоряженіи временемъ, чтобы остановить Ваше вниманіе еще на одномъ вопросѣ, представляющемъ для насъ громадную важность именно въ данное время, когда мы приступаемъ къ изученію психіатріи.

Я уже говорилъ Вамъ, что въ послѣдніе годы психіатрія быстро выдвигается на болѣе и болѣе видное мѣсто въ системѣ медицинскаго образованія. Невольно возникаетъ вопросъ, какія же причины этого явленія? Почему для современнаго врача такъ важно познакомиться съ заболѣваніями коры большихъ полушарій, съ этой, на первый взглядъ столь узкой, специальностью? Отвѣтъ на этотъ вопросъ очень простъ: нашу науку выдвигаетъ сама жизнь. Въ настоящее время съ точными цифрами въ рукахъ мы можемъ доказать, что постепенное увеличеніе числа душевно-больныхъ въ современномъ обществѣ — печальный,



но несомнѣнный фактъ. Въ Англии и въ Валлисѣ въ 1860 г. приходился 1 душевно-больной на 524 жителя, въ 1870 — 1 на 450, въ 1877 — 1 на 366, въ 1887 — 1 на 346, а къ 1 Января 1891 года, принимая въ расчетъ и слабоумныхъ, живущихъ въ семьяхъ, 1 — на 200. Въ провинціи Шлезвигъ-Гольштейнъ въ 1803 г. на каждые 10000 жителей насчитывалось 11 душевно-больныхъ, въ 1840 г. уже 28, а въ 1890 — 34. Въ 1890 г. въ германскихъ психіатрическихъ заведеніяхъ находилось не менѣе 50000 больныхъ, т. е. одинъ приходился на 843 здоровыхъ. Но наблюденія нѣмецкихъ психіатровъ показали, что интернируется только одна треть всѣхъ больныхъ. Поэтому общее число ихъ въ Германіи достигаетъ 150000 или изъ каждыхъ 281 человекъ населенія одинъ душевно-боленъ (Laehr). Эти цифры слишкомъ говорятъ сами за себя, чтобы нуждаться въ какихъ либо комментаріяхъ, а подобныхъ имъ я могъ-бы привести весьма много, такъ какъ прогрессивное возрастаніе количества душевно-больныхъ мы встрѣчаемъ во всѣхъ цивилизованныхъ странахъ и особенно тамъ, гдѣ характерныя черты современной культуры выражаются съ наибольшей рѣзкостью, т. е. въ столицахъ, большихъ городахъ, крупныхъ торговыхъ и промышленныхъ центрахъ.

Да впрочемъ и не нужно отличаться особенной наблюдательностью, чтобы уже а priori согласиться съ подобными выводами статистики. Наши общественныя отношенія въ высокой степени усложнились; жить становится все труднѣе и труднѣе; борьба за существованіе въ обширномъ смыслѣ этого слова дѣлается болѣе и болѣе тяжелой, а вѣдь вся тяжесть этой борьбы падаетъ почти исключительно на головной мозгъ, который, какъ и каждый наиболѣе рабочій органъ, становится въ то же время наиболѣе доступнымъ вліянію всѣхъ вредныхъ моментовъ.

Но какъ-бы современный человекъ ни напрягалъ свои силы въ жизненной борьбѣ, ихъ очень часто оказывается недостаточно; отсюда почти неизбѣжна потребность въ искусственныхъ возбуждителяхъ, отсюда становятся понятными тѣ быстрые успѣхи, какіе дѣлаютъ въ рядахъ нашего общества алкоголизмъ, морфинизмъ, хлорализмъ и

т. п. страшныя заболѣванія, расшатывающія и безъ того надломленную нервную систему. Добавьте ко всему сказанному, что, не смотря на крайнее упорство борьбы за существованіе, плоды ея между людьми распредѣляются далеко не равномерно и что результатомъ такого неравенства является, съ одной стороны, бѣдность, горе, нищета со всѣми ихъ неблагопріятными для здоровья послѣдствіями, а съ другой—изобиліе, роскошь, пресыщеніе и иныя также вредныя для психической организаціи условія. Если мы примемъ все это во вниманіе, то будетъ ясно, почему контингентъ душевно-больныхъ такъ быстро возрастаетъ съ каждымъ годомъ, почему душевное страданіе между всѣми болѣзнями вырываетъ изъ нашей среды наибольшее число жертвъ и почему психіатрія, какъ отрасль практической медицины, становится все болѣе и болѣе необходимою.

Изъ всего только что сказаннаго пожалуй можно заключить, что изучать психіатрію слѣдуетъ только специалистамъ психіатрамъ. Однако тотъ, кто сдѣлаетъ подобный выводъ, жестоко ошибется. Въ самомъ дѣлѣ въ послѣднее время во всѣхъ отрасляхъ практической медицины все рѣзче и рѣзче обнаруживается стремленіе не только лѣчить разившееся страданіе, но и главнымъ образомъ предупредить его появленіе. Отдѣлъ профилактики всюду пріобрѣтаетъ преобладающее значеніе, и психіатрія въ этомъ отношеніи далеко не составляетъ исключенія—и въ ней профилактическія мѣры въ состояніи принести несравненно большую пользу, чѣмъ борьба уже съ существующимъ зломъ. Всѣмъ извѣстно, на примѣръ, что прогрессивный параличъ помѣшанныхъ неизбѣжно ведетъ къ роковому исходу, тѣмъ не менѣе есть вѣскія основанія надѣяться, что въ самыхъ первыхъ стадіяхъ это страданіе можно, если не предупредить окончательно, то задержать на долгое время и именно помощью своевременныхъ профилактическихъ мѣропріятій. Но предупредить больного и его близкихъ объ угрожающей опасности и указать на необходимость этихъ мѣръ можетъ только врачъ-практикъ, который одинъ въ состояніи замѣтить опасныя

симптомы, а никакъ не психіатръ, къ которому обращаются лишь тогда, когда катастрофа уже разразилась. Вотъ почему практическое изученіе психіатріи важно для каждаго врача.

Кромѣ того занятія въ психіатрическихъ клиникахъ для врача-практика важны еще и въ другомъ отношеніи: какой-бы спеціальности онъ потомъ себя ни посвятилъ, ему во всякомъ случаѣ придется имѣть дѣло съ больнымъ человѣкомъ, а мы знаемъ, какъ рѣзко отражается на настроеніи иногда даже ничтожное физическое заболѣваніе. Для каждаго врача поэтому въ высшей степени необходимо умѣніе обращаться съ больнымъ, умѣніе внушить ему вѣру въ могущество науки, въ свои собственные знанія. Есть врачи, у которыхъ больные быстрѣе выздоравливаютъ, чѣмъ у другихъ, быть можетъ даже болѣе свѣдущихъ, которыхъ называютъ обыкновенно „счастливыми“. Это „счастье“ врача есть ничто иное какъ умѣніе вліять на больного, есть ничто иное какъ извѣстный практическій тактъ. У однихъ такой тактъ является врожденнымъ, но это лишь у избранныхъ; по большей части его приходится вырабатывать практически, и самой лучшей школой для подобной выработки должно назвать психіатрическую клинику.

Итакъ, познакомьтесь съ психіатріей необходимо для каждаго врача. Эта необходимость станетъ для Васъ еще болѣе очевидной, если я скажу, что врачу въ его практической дѣятельности очень часто приходится вспоминать о выводахъ нашей науки, отвѣчая на запросы, съ которыми къ нему обращаются лица другихъ спеціальностей, а особенно юристы и педагоги.

Судебная практика выяснила, что на скамьѣ подсудимыхъ нерѣдко являются странные загадочные субъекты, анализируя поступки которыхъ, судьи часто не въ состояніи рѣшить, съ чѣмъ они имѣютъ дѣло, съ проявленіями ли страстей человѣка мало сдержаннаго, съ нравственной-ли испорченностью, или съ душевнымъ заболѣваніемъ. За отвѣтомъ они обращаются къ врачамъ и нужно добавить, что подобные запросы выпадаютъ на ихъ долю далеко

не такъ рѣдко, какъ это пожалуй можно думать. Въ Германіи среднимъ числомъ насчитывается 3 душевно-больныхъ на 1000 жителей, въ германскихъ-же тюрьмахъ это отношеніе равняется 50 къ 1000. Изъ всего числа душевно-больныхъ, принятыхъ въ больницы Берлина въ 1880—82 годахъ, 22% предварительно были подъ судомъ; иными словами, процентъ судившихся въ 6 разъ превышалъ тотъ, который имѣется въ здоровомъ населеніи Берлина. Англійскій врачъ, д-ръ *Guu*, на основаніи точныхъ статистическихъ данныхъ доказалъ, что изъ каждыхъ 7 человекъ, обвиняемыхъ въ убійствѣ или другомъ тяжкомъ преступленіи, 1 душевно-больной. Подобныхъ-же фактовъ я могъ-бы указать еще много, но и приведенныхъ считаю достаточнымъ, чтобы подтвердить сказанное выше.

Еще болѣе существенное значеніе представляетъ психіатрія для педагоговъ. Мы знаемъ теперь, что воспитаніе, направленное рационально, можетъ считаться одной изъ наиболѣе надежныхъ мѣръ, предупреждающихъ развитіе душевнаго заболѣванія; наоборотъ, будучи поставлено на ложныя основанія, оно роковымъ образомъ ускоряетъ развитіе болѣзни, а иногда и вызываетъ ее самостоятельно. Много жертвъ неправильнаго воспитанія приходится встрѣчать психіатру на его пути! Много разъ приходится убѣждаться въ томъ, что этихъ жертвъ было-бы несравненно менѣе, если бы здравыя понятія о психической жизни человека были болѣе распространены въ мірѣ педагоговъ!

Изъ всего, что я сказалъ до сихъ поръ, съ неизбѣжной логикой слѣдуетъ, что знакомство съ психіатріей важно не только для психіатра, не только для врача вообще, но и для всякаго образованнаго человека, для всѣхъ членовъ современнаго общества.

Лекція II.

Основныя положенія современной психологіи.

Задачи современной психологіи. Методъ самонаблюденія. Методъ экспериментальный. Психо-физиологія. Ощущеніе и его свойства: физическое чувство, интензивность и качество. Представленіе. Представленія простыя и сложныя, единичныя и общія. Эстетическое чувство. Сознаніе и главнѣйшіе процессы, связанныя съ нимъ. Безсознательная духовная дѣятельность и ея значеніе. Вниманіе, перцепція и апперцепція. Апперцепція пассивная и активная. Соединенія ассоціативныя и апперцептивныя. Память. Фантазія. Умственныя способности. Аффектъ. Интеллектуальныя чувства. Воля.

Мм. Гг.!

Мы пришли въ прошлый разъ къ выводу, что душевными заболѣваніями называются такія пораженія коры большихъ полушарій, при которыхъ существенно измѣняются психическія функціи послѣднихъ. Но само собою понятно, что создать себѣ ясное представленіе объ измѣненной функціи какого-либо органа мы можемъ только тогда, когда намъ извѣстно, какова она при нормальныхъ условіяхъ. Вотъ почему, прежде чѣмъ приступить къ анализу проявленій душевнаго расстройства, мы должны познакомиться съ основными положеніями психологіи. Подъ этимъ именемъ, конечно, я не понимаю здѣсь психологію отвлеченную, метафизическую, такъ какъ она, задаваясь цѣлью постигнуть сущность явленій и разрѣшая вопросы о существованіи души, связи ея съ тѣломъ и т. п., эта психологія должна была неминуемо прибѣгать къ методамъ не научнымъ, и ея выводами не можемъ пользоваться мы, работники въ области точнаго знанія. Только тогда, когда психологія рѣзко измѣнила свое направленіе, когда она отказалась отъ стремленія разрѣшать

неразрѣшимое и, оставивъ вопросъ о существованіи души въ сторонѣ, начала изучать лишь законы проявленія духовной дѣятельности, только тогда эта наука могла воспользоваться точными методами наблюденія и изслѣдованія, а ея выводы приобрѣли для насъ существенную цѣнность.

Но, измѣнивъ свой характеръ, современная психологія сохранила прежній методъ изслѣдованія, методъ самонаблюденія, такъ какъ онъ единственный, пользуясь которымъ мы можемъ изучать психическія явленія непосредственно въ нашемъ сознаніи. Примѣненіе этого метода однако сопряжено съ большими затрудненіями, которыя вызываются прежде всего крайней бѣглостью, непостоянствомъ явленій психической жизни. Не успѣетъ наше вниманіе сосредоточиться на одномъ изъ нихъ, какъ оно уже смѣняется другимъ, третьимъ и т. д. Сверхъ того въ нашемъ сознаніи одновременно могутъ развертываться нѣсколько параллельныхъ психическихъ процессовъ. Изъ затруднительнаго положенія, въ какое при подобныхъ условіяхъ бываетъ поставленъ наблюдатель, для него есть впрочемъ и выходъ: ему стоитъ только запомнить обстоятельства, при которыхъ возникло заинтересовавшее его явленіе, и онъ можетъ вызвать и наблюдать его потомъ при болѣе удобной обстановкѣ. Наконецъ, при оцѣнкѣ полученныхъ результатовъ нельзя также игнорировать индивидуальныхъ свойствъ самого наблюдателя, такъ какъ субъективизмъ здѣсь можетъ налагать очень рѣзкій отпечатокъ. Но съ этимъ неудобствомъ приходится имѣть дѣло и болѣе точнымъ наукамъ, напр. астрономіи; тамъ, сравнивая между собою выводы отдѣльныхъ наблюдателей, вычисляютъ такъ называемую среднюю ошибку, которую всегда и принимаютъ въ расчетъ. Подобный способъ контроля можно, конечно, примѣнять и въ психологіи.

Изучая путемъ самонаблюденія всѣ явленія нашего внутренняго опыта, мы для болѣе яснаго пониманія ихъ должны прибѣгнуть къ какой либо классификаціи. Потребность классифицировать сознавалась еще и древними

психологами, только они думали удовлетворить ей, относя отдѣльныя явленія на счетъ особыхъ душевныхъ способностей. Такимъ образомъ возникли категоріи ума, чувства и воли. Но внимательный анализъ показалъ, что здѣсь наши предшественники допускали крупную ошибку: они не замѣтили, что классифицировали отнюдь не конкретныя состоянія сознанія, а только ихъ наиболѣе выдающіеся признаки. На самомъ дѣлѣ мы не въ состояніи назвать ни одного такого простѣйшаго явленія, которое можно было бы отнести къ области только ума, только чувства, только воли; какъ бы ни было оно элементарно, въ немъ всегда есть элементы и того, и другого, и третьяго. Для того, чтобы создать себѣ истинно-научную классификацію, мы должны анализировать явленія нашего внутренняго опыта, разлагать ихъ на отдѣльные элементы, разсматривать способъ ихъ сочетанія. Но, пользуясь чисто субъективнымъ наблюденіемъ, мы не можемъ идти здѣсь далеко, такъ какъ уже скоро наталкиваемся на такія явленія, которыя наше сознаніе признаетъ за простѣйшія. Тутъ на помощь современной психологіи приходитъ новый методъ — экспериментальный.

Сущность экспериментальнаго метода состоитъ въ томъ, что мы, подмѣчая условія, при которыхъ происходитъ наблюдаемое явленіе, измѣняемъ ихъ такъ или иначе, а затѣмъ сравниваемъ полученный результатъ съ первоначальнымъ; такимъ путемъ мы можемъ убѣдиться, какое значеніе имѣютъ отдѣльныя изъ этихъ условій. Поясню свою мысль примѣромъ. Допустимъ, что $a+b+c=x$ и $a+b=y$; сопоставляя между собою x и y , мы видимъ, какое вліяніе на результатъ оказываетъ въ данномъ случаѣ выпущенное условіе c . Еще примѣръ болѣе конкретный: Если мы возьмемъ кругъ, окрашенный всѣми цвѣтами спектра, и заставимъ его вращаться съ извѣстной быстротой, то онъ намъ представится бѣлымъ. Выбрасывая изъ этого спектра отдѣльные цвѣта, мы можемъ показать, какое участіе въ образованіи бѣлаго цвѣта они принимаютъ въ отдѣльности. Благодаря экспериментальному методу, простѣйшія явленія нашей внутренней

жизни, способъ ихъ происхожденія, ихъ взаимныя соотношенія въ послѣднее время изслѣдованы весьма точно. Такимъ образомъ между психологіей и физиологіей явилась новая наука—психо-физиологія, которая занимается тѣмъ же предметомъ, что и психологія, но пользуется методами физиологіи.

Изучая міръ внутренняго опыта, мы, какъ уже было сказано, встрѣчаемся съ цѣлымъ рядомъ явленій; простѣйшее между ними есть *ощущеніе*.

Каждое ощущеніе непременно вызывается раздраженіемъ. Послѣднія бываютъ двухъ родовъ: внутреннія и внѣшнія. Изъ внутреннихъ составляется главнымъ образомъ субъективное сознаніе объ общемъ состояніи тѣла, внѣшнія дѣйствуютъ на органы чувствъ. Но какимъ образомъ происходитъ переходъ раздраженія въ ощущеніе, —этого мы не знаемъ. *Ferrier* говоритъ: „никакое чисто физиологическое изслѣдованіе не можетъ намъ объяснить сознанія. Какимъ образомъ молекулярныя измѣненія въ мозговыхъ клѣткахъ совпадаютъ съ измѣненіями сознанія?... Вотъ неразрѣшимый вопросъ! ... Мы можемъ надѣяться, что опредѣлимъ точную натуру молекулярныхъ измѣненій въ мозговыхъ клѣткахъ, происходящихъ при ощущеніи, но это насъ не приблизитъ ни на волосъ къ разъясненію того, что такое собственно ощущеніе. Одно—явленіе объективное, другое—субъективное, и ни одно изъ нихъ не можетъ считаться функціей другого“.

Я сказалъ выше, что для нашего сознанія ощущеніе есть простѣйшее явленіе, зависящее вдобавокъ какъ-бы только отъ даннаго раздраженія. Но на самомъ-ли дѣлѣ это такъ, дѣйствительно ли ощущенія не могутъ быть разлагаемы далѣе, существуютъ-ли они независимо другъ отъ друга? Экспериментальный методъ легко позволяетъ намъ отвѣтить отрицательно на оба эти вопроса. Мы безъ труда можемъ убѣдиться, что, напримѣръ, вкусовыя ощущенія много зависятъ отъ запаха, цвѣта, консистенціи, что въ образованіи ихъ принимаетъ участіе даже тактильное чувство. Недаромъ покойный Персидскій Шахъ во время своихъ путешествій по Европѣ удивлялся, видя,

какъ европейцы ѣдятъ при помощи ножа и вилки; онъ упрекалъ ихъ въ незнаніи того факта, что вкусъ начинается еще на концахъ пальцевъ. То же самое относится и къ болѣе точнымъ чувствамъ; дѣйствительно мы знаемъ, что бѣлый цвѣтъ есть явленіе сложное, намъ извѣстно, что опытное ухо въ каждомъ тонѣ различаетъ основной тонъ и оберъ-тонъ и т. п.

Отрицательно нужно отвѣтить и на вопросъ о самостоятельности отдѣльныхъ ощущеній. Опытъ показываетъ, что образованіе ихъ зависитъ прежде всего отъ разницы во времени между слѣдующими другъ за другомъ раздраженіями. Послѣднія должны преодолѣть извѣстныя сопротивленія въ периферическихъ и центральныхъ органахъ, прежде чѣмъ дойдутъ до сознанія, но зато удерживаются въ немъ еще нѣкоторое время и послѣ своего прекращенія; вотъ почему они могутъ сливаться въ одно, если промежутки, ихъ раздѣляющіе, не достаточно велики. Наибольшую точностью здѣсь отличается тактильное чувство (зубчатое колесо при вращеніи можетъ вызвать въ одну секунду до тысячи отдѣльныхъ ощущеній); за нимъ слѣдуетъ слухъ; всего же ниже стоитъ чувство зрѣнія. Но не трудно доказать, что образованіе новыхъ ощущеній находится также въ прямой зависимости отъ предшествовавшихъ. Слѣдя постепенно за полетомъ птицы, мы можемъ еще видѣть ее на такомъ разстояніи, на которомъ, конечно, никогда не замѣтили-бы сразу. Если мы посадимъ подъ колоколь воздушнаго насоса лягушку и будемъ постепенно понижать тамъ температуру, то животное можетъ даже замерзнуть, не сдѣлавъ ни малѣйшаго движенія, между тѣмъ какъ оно же будетъ реагировать очень бурно, если температура измѣнится рѣзко. Уколъ булавки даетъ очень непріятное болевое ощущеніе, но на ряду съ болящей раной мы его совершенно не замѣтимъ. Опытъ показываетъ сверхъ того, что предшествовавшія ощущенія не только способствуютъ происхожденію послѣдующихъ, но даже могутъ измѣнять самый ихъ характеръ. Если мы возьмемъ три ведра, одно наполнимъ горячей водой, другое холодной, а третье теплой и опу-



стимъ руки, одну въ горячую, другую въ холодную воду, а затѣмъ сразу перенесемъ ихъ въ третье ведро, то одна и та же среда покажется для одной руки горячей, для другой холодной.

Такимъ образомъ ощущеніе не есть явленіе простое и самостоятельное; но, чтобы облегчить его изученіе, мы примемъ его за таковое и познакомимся прежде всего съ главнѣйшими его свойствами. Этихъ свойствъ мы знаемъ три: физическое чувство, интензивность и качество.

Подъ именемъ *физическаго чувства* разумѣютъ оцѣнку каждаго ощущенія нашимъ сознаниемъ, какъ пріятнаго или непріятнаго; другими словами физическое чувство или иначе физическій тонусъ ощущенія есть реакція сознанія на ощущеніе. Прежде всего оно зависитъ отъ интензивности раздраженія; пріятное чувство при слабыхъ раздраженіяхъ ничтожно; по мѣрѣ усиленія послѣднихъ оно увеличивается, но только до извѣстнаго предѣла, за которымъ быстро падаетъ, замѣняясь неудовольствіемъ.

При нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ, напр. меланхоліи, замѣчается иногда очень рѣзкое измѣненіе этого закона; у меланхолика ничтожныя раздраженія иной разъ вызываютъ чувство неудовольствія.

Что касается *интензивности ощущенія*, то она, казалось бы, съ перваго взгляда должна находиться въ зависимости отъ силы раздраженія: опытъ показываетъ, однако, что это далеко не такъ; существуютъ такія ничтожныя раздраженія, которыя вовсе не сопровождаются ощущеніями; но есть и на столько сильныя, что мы не въ состояніи уловить между ними разницы. Граница, съ которой мы начинаемъ ощущать раздраженія, называется порогомъ раздраженія, а съ которой мы перестаемъ улавливать между ними различія—высшей точкой раздраженія. Между этими границами только и наблюдается соотвѣтствіе интензивности ощущеній силѣ раздраженій: экспериментально доказано, что если мы хотимъ, на примѣръ, усилить ощущенія вдвое, втрое, вчетверо и т. д., то раздраженія должны увеличивать въ четыре, девять, шестнадцать разъ, т. е., чтобы измѣнить ощущенія въ арифметической

пропорціи, раздраженія должны усиливаться въ геометрической. Этотъ законъ, который носить названіе Веберовскаго, еще формулируется слѣдующимъ образомъ: ощущенія прямо пропорціональны логарифмамъ раздраженія.

По *качеству* своему ощущенія могутъ быть раздѣлены на качественно-однообразныя, т. е. обладающія всегда опредѣленнымъ качествомъ и различающіяся лишь по силѣ, и качественно-многообразныя (напр. слуховыя, зрительныя).

Болѣе сложное явленіе, которое мы встрѣчаемъ въ нашемъ сознаніи, есть *представленіе*. Такъ называется образъ предмета, явившійся въ сознаніи. Если представленіе имѣетъ въ основѣ своей дѣйствительно существующій внѣ или внутри насъ предметъ, мы называемъ его воспріятіемъ; если же соответствующаго предмета не существуетъ, мы говоримъ о представленіяхъ фантазіи или воображенія. Воспріятія по большей части возникаютъ вслѣдствіе раздраженія нашихъ органовъ чувствъ на периферіи, производимаго внѣшними предметами; такимъ образомъ происходятъ объективныя чувственныя воспріятія. Весь окружающій насъ міръ, какимъ мы его знаемъ, состоитъ изъ представленій этого порядка. Ощущенія, идущія изъ органовъ нашего тѣла, вызываютъ возникновеніе представленій о нашемъ субъективномъ состояніи. Что касается представленій воображенія, то они почти всегда происходятъ вслѣдствіе центральнаго раздраженія; такимъ же путемъ возникаютъ галлюцинаціи, сновидѣнія и обыкновенные образы воспоминанія.

Каждое представленіе составляется изъ ощущеній; это соединеніе происходитъ по извѣстнымъ психическимъ законамъ, а потому предполагаетъ особую психическую дѣятельность. Одни виды ощущеній соединяются преимущественно въ формѣ времени (слуховыя), другіе — пространства (зрительныя); въ осязательныхъ и двигательныхъ представленіяхъ соединяются оба способа.

Представленія, которыя образуются ощущеніями, идущими отъ различныхъ органовъ чувствъ, называются сложными; составныя части ихъ не такъ тѣсно связаны,

почему они и отличаются меньшей стойкостью, въ противоположность простымъ представленіямъ, образованнымъ изъ ощущеній одного чувства. Представленія, которыя соотвѣтствуютъ только одному предмету, называются единичными; ихъ содержаніе неизмѣнно, они состоятъ всегда изъ однихъ и тѣхъ же ощущеній. Представленія, соотвѣтствующія сразу многимъ предметамъ, называются общими; они отличаются тѣмъ, что только одна часть ощущеній остается въ нихъ неизмѣнной, другая мѣняется. Къ представленіямъ сложнымъ могутъ быть отнесены и формы воспріятія, гдѣ измѣняется все содержимое и гдѣ остается только самая форма—пространство и время.

Подобно ощущеніямъ и представленія оцѣниваются нашимъ сознаниемъ, какъ пріятныя и непріятныя. Эта оцѣнка, эта реакція нашего сознания на представленія называется *эстетическимъ чувствомъ*. Въ области слуха, воспринимающаго частью одновременныя, частью послѣдовательныя раздраженія, мы имѣемъ двѣ основныя формы эстетическаго чувства—гармонію и дисгармонію, ритмъ и аритмію. Въ области зрѣнія эстетическое чувство связано главнымъ образомъ съ формой пространства: предметы дѣйствуютъ на насъ эстетически, смотря потому, удовлетворяютъ ли они требованіямъ симметріи и перспективы.

Изучая до сихъ поръ ощущенія и представленія, мы имѣли дѣло съ явленіями, происходящими въ нашемъ сознаниі. Естественно является вопросъ, а что же такое самое сознаніе? Отвѣтить на него, оставаясь на почвѣ самонаблюденія, мы не можемъ, такъ какъ всѣ явленія внутренняго опыта уже предполагаютъ наличность сознания, и всякое опредѣленіе, сдѣланное такимъ путемъ, имѣло бы характеръ тавтологіи. Но если мы не въ состояніи опредѣлить сущности сознания, то можемъ зато изучать условія его возникновенія, его характерныя особенности. Начало сознательной жизни у человѣка нужно искать повидимому, въ самомъ раннемъ періодѣ его существованія. Дитя еще въ утробѣ матери испытываетъ чувство благосостоянія и неблагополучія, ощущаетъ собственныя движенія; наталкиваясь на окружающую среду, оно полу-

часть уже первыя понятія о внѣшнемъ мірѣ. Въ этомъ періодѣ жизни однако сознание крайне смутно, неясно. Несравненно болѣе развитымъ оно становится послѣ рожденія. Благодаря періодической доставкѣ пищевыхъ веществъ возникаетъ ясное чувство голода и жажды; функціи внутреннихъ органовъ начинаютъ получать болѣшую энергію и самостоятельность, становятся болѣе рѣзкими и внѣшнія вліянія: *я* и не *я* дитяти разграничиваются отчетливѣе. Уже на второй день послѣ рожденія дитя обращаетъ вниманіе на свѣтъ, на третей недѣлѣ начинаетъ фиксировать зрѣніемъ опредѣленные предметы, а скоро является и способность припоминанія: голодный ребенокъ сейчасъ же перестаетъ плакать, когда видитъ приготовленіе матери дать ему грудь. Такимъ образомъ постепенно развивается сознание, достигая высшей ступени только въ болѣе позднемъ возрастѣ. Но и у взрослыхъ людей мы замѣчаемъ постоянныя колебанія въ ясности сознанія, чередованія состояній сознательности и безсознательности. Въ самомъ дѣлѣ не трудно убѣдиться, что монотонныя, однообразныя представленія имѣютъ свойство уничтожать сознание. Еще *Gobbes* сказалъ, что имѣть постоянно одно и то же ощущеніе или не ощущать ничего—это все равно. Мѣрная, монотонная пѣснь няньки усыпляетъ ребенка; однообразными раздраженіями, напр. поглаживаніемъ, можно усыпить человѣка, привести его въ состояніе гипноза и, наоборотъ, спящаго человѣка можно пробудить какимъ либо рѣзкимъ, внезапнымъ раздраженіемъ.

Итакъ, для сознанія необходима смѣна представленій. Но при нормальныхъ условіяхъ отдѣльные элементы въ нашемъ сознаніи не изолированы, они находятся въ тѣсной взаимной связи, и эта связь необходима для оцѣнки и пониманія отдѣльныхъ впечатлѣній. Разъ нѣтъ этой связи и сознательной жизни быть не можетъ. Мы имѣемъ, слѣдовательно, два главныя условія, безъ которыхъ не мыслима сознательная дѣятельность — образованіе представленій и теченіе ихъ, причемъ смѣняющія другъ друга представленія должны находиться въ тѣсной логической

связи. Сознательная жизнь поэтому может прекращаться двоякимъ путемъ: или представленія перестаютъ возникать въ сознаниі, или-же уничтожается связь между отдѣльными представленіями. Тотъ и другой способъ мы дѣйствительно и встрѣчаемъ у душевно-больныхъ.

Опытъ учить, что слишкомъ слабыя раздраженія не въ состояніи обусловить измѣненія въ нашемъ сознаниі. Естественно является вопросъ, неужели эти раздраженія такъ и пропадаютъ безслѣдно? Уже а ргіогі можно допустить, что самыя незначительныя раздраженія вліяютъ на психическую жизнь, но что ихъ вліяніе слишкомъ слабо, почему результаты его и не достигаютъ сознаниа. Отсюда слѣдуетъ, что уже теоретически мы должны признать рядомъ съ сознательной духовной дѣятельностью— дѣятельность бессознательную, и этотъ а ргіогный выводъ находитъ себѣ постоянныя подтвержденія въ практической жизни. Каждому изъ Васъ, вѣроятно, случалось тщетно припоминать себѣ какой-нибудь необходимый въ данную минуту фактъ и, несмотря на всѣ Ваши усилія, желательный образъ воспоминанія не возникалъ въ сознаниі. Раздосадованные неудачной попыткой, Вы переводили вниманіе на другой предметъ, не имѣющій никакого отношенія къ первому, и въ то время, какъ въ Вашемъ сознаниі происходилъ уже совершенно новый процессъ, внезапно въ немъ появлялся фактъ, который Вы дотолѣ напрасно искали въ своей памяти. Очевидно, сознательная умственная работа повлекла за собой работу бессознательную, которая привела къ правильному результату, слѣдовательно, совершалась по тѣмъ-же законамъ, какимъ подчиняется и дѣятельность сознательная. Люди отвлеченной мысли могутъ сообщить Вамъ наблюденія еще болѣе поразительныя. Они могутъ рассказать, какъ, иногда напрасно отыскивая рѣшеніе той или другой сложной проблемы, они, утомленные, принимались за совершенно иную работу и, когда уже совсѣмъ не думали о столь интересовавшемъ ихъ вопросѣ, — вдругъ передъ ними появилось его рѣшеніе, безукоризненно правильное, логически стройное.

Эти и подобные имъ факты дѣлають понятнымъ громадное значеніе, какое играетъ въ жизни человѣка духовная дѣятельность бессознательная: безъ этой дѣятельности мы были-бы совершенно безпомощны. Одинъ фізіологъ вычислилъ, что если-бы человѣкъ жилъ только сознательною дѣятельностью,—цѣлаго дня ему-бы не хватило для того, чтобы утромъ одѣться и вечеромъ раздѣться. Все наше воспитаніе имѣеть цѣлью перевести какъ можно больше работы изъ области сознательной въ бессознательную. Припомните, какъ учится ребенокъ ходить: всю свою энергію онъ напрягаетъ, чтобы выполнять извѣстныя движенія; но эти движенія, не смотря на его усилія, отличаются медленностью, неправильностью. Сравните съ этой картиной походку взрослого человѣка; движенія совершаются имъ бессознательно и тѣмъ не менѣе отличаются быстротой и правильностью. Подобное-же мы видимъ, когда человѣкъ учится читать, писать и т. д. Однимъ словомъ то, что мы называемъ инстинктомъ, тактомъ, привычками, врожденнымъ или пріобрѣтеннымъ расположеніемъ,— все это зиждется на бессознательной духовной дѣятельности. Различнаго рода склонности и привычки, которыя выработывались нашими предками сознательно, передаваясь изъ поколѣнія въ поколѣніе, еще долго могутъ существовать, хотя вызвавшая ихъ причина давнымъ давно устранена; сознательныя дѣйствія отчасти опредѣляются бессознательными мотивами, съ одной стороны, оставляють несознаваемыя послѣдствія—съ другой. Геродотъ рассказываетъ, что во время одного изъ продолжительныхъ отсутствій скифовъ, ихъ рабы женились на своихъ госпожахъ, овладѣли властью и произвели многочисленное потомство; скифы, возвратившись, застали это потомство уже взрослымъ, такъ что не могли справиться съ нимъ оружіемъ и усмирили лишь тѣмъ, что начали хлопать бичами, какими обыкновенно наказываютъ рабовъ, и сыновья рабовъ вспомнили, кто ихъ отцы. Каждый духовный переворотъ, происходящій въ обществѣ, колеблеть прежде всего сознательныя взгляды и убѣжденія, но бессознательныя привычки и склонности

еще долго продолжают существовать и сознательно приобращенное можно считать укорененным только тогда, когда оно наложит рѣзкій отпечатокъ и на бессознательную жизнь, когда „перейдетъ въ плоть и кровь“. И въ этомъ обстоятельстве находятъ себѣ логическое объясненіе многіе, иначе мало понятные, историческіе факты. Бессознательная дѣятельность можетъ происходить и одновременно съ сознательной; можно слушать скучную лекцію, будучи далекимъ отъ ея содержанія, унесясь мысленно въ совершенно иную область, и тѣмъ не менѣе бессознательная получаемая слуховыя впечатлѣнія иногда оставляютъ прочныя слѣды, которые при благоприятныхъ условіяхъ могутъ проникать въ сознание. Особенно видную роль бессознательныя впечатлѣнія играютъ при развитіи чувства, такъ что часто лишь конечный результатъ ихъ отражается въ сознаніи.

Но я отвлекся нѣсколько въ сторону, говоря о значеніи бессознательной духовной дѣятельности.

Выше мы видѣли, что два процесса неразрывно связаны съ сознаниемъ—образованіе представленій и послѣдовательное ихъ теченіе. Строго говоря, мы не знаемъ ощущеній, и если говорили о нихъ ранѣе, то исключительно лишь въ видахъ облегченія нашего анализа. Дѣйствительно, мы, напр., никакъ не можемъ себѣ представить чернаго цвѣта, круглой формы; въ нашемъ сознаніи сейчасъ же является извѣстная вещь чернаго цвѣта, опредѣленный предметъ круглой формы. Такимъ образомъ, процессъ возникновенія представленій изъ ощущеній происходитъ всегда ниже порога нашего сознанія, въ которомъ мы встрѣчаемъ уже готовыя представленія. И всюду въ органическомъ мірѣ, гдѣ только мы имѣемъ возможность допустить образованіе представленій и взаимную смѣну ихъ, тамъ мы имѣемъ полное право признавать существованіе сознательной дѣятельности, хотя бы передъ нами были такіе несовершенные организмы, вся центральная нервная система которыхъ представлена одной клѣткой.

Кромѣ только что названныхъ процессовъ мы замѣчаемъ въ сознаниі еще особую дѣятельность—*вниманіе*. Не всѣ представленія, находящіяся въ данное время въ сознаниі, выступаютъ одинаково отчетливо; одно изъ нихъ выдѣляется съ особенной яркостью—это то, на которое обращено вниманіе. Для большей наглядности обыкновенно сравниваютъ поле сознаниа съ зрительнымъ полемъ: подобно тому какъ въ послѣднемъ одновременно могутъ находиться нѣсколько предметовъ, и въ нашемъ сознаниі могутъ возникнуть одновременно нѣсколько представленій; подобно тому какъ въ каждое мгновеніе мы можемъ отчетливо видѣть только одинъ предметъ, именно тотъ, на который фиксированы зрительныя оси, подобно этому и вниманіе выдѣляетъ лишь одно изъ наличныхъ представленій. Процессъ вступленія представленія въ поле сознаниа носитъ названіе *перцепціи*, процессъ обращенія вниманія на одно изъ перцепированныхъ представленій—*апперцепціи*. Переводя наше вниманіе съ одного представленія на другое, мы такимъ образомъ изъ представленій простыхъ вырабатываемъ постепенно болѣе и болѣе сложныя и, наконецъ, отвлеченныя идеи, понятія. Мотивы, которые заставляютъ насъ переводить вниманіе отъ одного представленія къ другому, могутъ быть двоякаго рода: или они зависятъ исключительно отъ свойствъ самого предмета, вызвавшаго данное представленіе, и въ такомъ случаѣ наша воля не играетъ никакой роли, или же, наоборотъ, мы намѣренно, произвольно переходимъ нашимъ вниманіемъ отъ одного представленія къ другому, третьему и т. д., задавшись опредѣленной цѣлью; въ первомъ случаѣ мы имѣемъ апперцепцію пассивную, во второмъ—активную. Оба вида апперцепціи находятъ себѣ мѣсто при образованіи болѣе сложныхъ представленій и понятій; въ тѣхъ случаяхъ, когда преобладающее значеніе принадлежитъ апперцепціи пассивной, мы говоримъ объ *ассоціативныхъ соединеніяхъ*, когда же представленія соединяются между собою главнымъ образомъ при апперцепціи активной,—мы имѣемъ *соединенія апперцептивныя*.

На процессахъ активной и пассивной апперцепціи основывается вся наша духовная дѣятельность. Памятью, воображеніемъ, разсудкомъ мы называемъ ничто иное, какъ только очень сложные процессы ассоціацій и активной апперцепціи. Подъ памятью мы понимаемъ способность воспроизводить прежнія представленія въ томъ видѣ, въ какомъ они существовали въ дѣйствительности. Фантазія есть способность воспроизведенія представленій въ измѣненномъ видѣ. Въ первомъ случаѣ преобладающую роль играетъ апперцепція пассивная, во второмъ— активная. Умственными способностями вообще мы называемъ большее или меньшее расположеніе сознанія къ такимъ апперцептивнымъ соединеніямъ, гдѣ вмѣсто простыхъ представленій имѣются понятія.

Говоря о представленіяхъ, мы уже упоминали, что при нормальныхъ условіяхъ они смѣняются въ нашемъ сознаніи другъ друга черезъ извѣстные опредѣленные промежутки времени; но подъ вліяніемъ живого чувства быстрота ихъ теченія можетъ быть значительно измѣнена. Нерѣдко дѣло ограничивается только этимъ измѣненіемъ, иногда же живое чувство вызываетъ и внѣшнее движеніе. Въ первомъ случаѣ мы говоримъ объ *аффектѣ*, во второмъ— о *побужденіи*. При аффектѣ живое чувство, какое бы оно ни было, вначалѣ замедляетъ теченіе представленій, но при аффектахъ радостныхъ вслѣдъ за такимъ замедленіемъ быстро слѣдуетъ ускореніе, иногда разстраивающее даже стройность всего мышленія. При аффектахъ неприятныхъ ускоренія не замѣчается; при нихъ сразу наступаетъ замедленіе, которое существуетъ долгое время и выравнивается лишь мало по малу.

Во всемъ предшествовавшемъ изложеніи я, руководствуясь соображеніями педагогическаго характера, старался останавливаться исключительно на сферѣ представленій и намѣренно избѣгалъ говорить о чувствѣ и о волѣ. Однако, какъ и слѣдовало ожидать, мои старанія оказались неудачными. Кромѣ только что указаннаго вліянія живого чувства на теченіе представленій уже въ самомъ началѣ нашей бесѣды мнѣ пришлось упомянуть о физи-

ческомъ чувствѣ или физическомъ тонусѣ, какъ реакціи нашего сознанія на ощущенія, объ эстетическомъ чувствѣ, какъ оцѣнкѣ нашимъ сознаніемъ представленій; сюда слѣдуетъ добавить, что и представленія сложнаго порядка, понятія, вызываютъ въ сознаніи подобную же реакцію, которая носитъ названіе *интеллектуальнаго чувства*.

Итакъ, веѣ представленія, достигающія сознанія, встрѣчаютъ въ немъ должную критику, оцѣниваются, какъ пріятныя или непріятныя.

Является вопросъ, чѣмъ же руководствуется наше сознаніе при такой оцѣнкѣ, что можетъ служить здѣсь критеріемъ? Задавшись этимъ вопросомъ, еще *Аристотель* рѣшилъ, что пріятно все то, въ чемъ выражается увеличеніе жизненной силы и, наоборотъ, непріятно то, что доказываетъ уменьшеніе послѣдней. Съ такимъ опредѣленіемъ весьма близко сходятся взгляды и современныхъ психологовъ, по которымъ пріятно все, что полезно для жизни, непріятно, что вредно, и чѣмъ непосредственнѣе задѣваются интересы жизни, тѣмъ оттѣнокъ пріятнаго и непріятнаго выступаетъ отчетливѣе, замѣтнѣе. Но жизненные интересы каждый понимаетъ по своему. Громадное большинство людей стоитъ еще на той ступени развитія, на которой преобладающее значеніе принадлежитъ грубымъ физическимъ потребностямъ, интересы же духовные отступаютъ на задній планъ. Для такихъ людей чувство наибольшаго удовольствія или страданія связано, конечно, съ удовлетвореніемъ или съ ограниченіемъ ихъ физическихъ стремленій. Самыми пріятными для нихъ являются ощущенія вкусовыя, половыя и т. д. Иной критерій имѣютъ лица съ болѣе высокимъ развитіемъ; они не ограничиваются интересами чисто животнаго характера и вмѣстѣ съ этимъ у нихъ возникаютъ и крѣпнутъ чувствованія болѣе высшаго порядка. Человѣку пріятно сознаніе собственной силы; ему нравится видѣть результатъ дѣйствія этой силы; если его дѣятельность выражается только внѣшними движеніями, ему непріятны условія, стѣсняющія ихъ, и, напротивъ, пріятно все, что имъ благопріятствуетъ. Если у человѣка есть потребность мыслить, ему доста-

вляеть величайшее наслаждение возможность удовлетворить этой потребности, а невозможность, запрещение причиняеть жестокия страданія. Опытомъ челоуѣкъ убѣдился, что однѣ вещи служатъ для него источникомъ пріятныхъ чувствованій, другія помогаютъ ему избѣгать непріятныхъ; вотъ почему самый видъ такихъ предметовъ дѣлается для него пріятнымъ, вотъ почему онъ стремится сохранять ихъ; отсюда возникаетъ любовь къ собственности. Общество для челоуѣка необходимо, такъ какъ только сплотившись съ себѣ подобными, онъ можетъ побѣдить природу, доставлять себѣ пріятныя ощущенія, устранять непріятныя; отсюда возникаетъ любовь къ людямъ. Такимъ образомъ мы видимъ, что, какъ ни сложны высшія нравственныя чувствованія, по существу своему они все-таки суть ничто иное, какъ оцѣнка нашимъ сознаниемъ сложныхъ психическихъ состояній, какъ пріятныхъ или непріятныхъ. Челоуѣкъ охотно оказываетъ другимъ людямъ помощь, такъ какъ этимъ онъ обнаруживаетъ, что его силъ достаточно не только для него, но и для другихъ. Мы любимъ истину, такъ какъ она есть наглядное доказательство нашего умственного превосходства, являясь результатомъ нашей интеллектуальной дѣятельности. Однимъ словомъ, нравственныя чувствованія истекають изъ того же корня, какъ и простѣйшія, но тѣмъ не менѣе представляютъ и существенное отличіе: ихъ интензивность подчиняется совершенно иному закону.

Простѣйшія чувствованія постепенно слабѣють при повтореніи: какъ бы челоуѣкъ ни любилъ сладкое, но оно ему опротивѣеть, или во всякомъ случаѣ будетъ доставлять гораздо меньше наслажденія, если онъ съѣстъ его слишкомъ много. Нравственныя чувствованія, наоборотъ, становятся тѣмъ сильнѣе, чѣмъ чаще они испытываются. Чѣмъ болѣе трудится челоуѣкъ для блага общества, тѣмъ дороже ему дѣлается послѣднее. Здѣсь мы находимъ объясненіе, почему чувствованія высшаго порядка, несмотря на ихъ кажущуюся слабость, играютъ видную роль въ исторіи, всецѣло порабощая себѣ иногда чувствованія болѣе низкія.

До сихъ поръ я ни слова не упомянулъ о волѣ, но тѣмъ не менѣе на анализѣ ея долго останавливаться не буду. Сущность воли, какъ и сознанія, мы опредѣлить не можемъ; мы въ состояніи только наблюдать и изучать ея проявленія. Дѣятельность воли можетъ быть двоякая: внутренняя и внѣшняя. Съ первой мы уже встрѣчались, говоря объ активной апперцепціи, но мы видѣли также, что рѣзкой границы между пассивной и активной апперцепціей не существуетъ: незначительнаго преобладанія одного представленія достаточно, чтобы дать апперцепціи характеръ пассивности. О внѣшней дѣятельности воли мы судимъ по такъ называемымъ произвольнымъ движеніямъ. Какъ извѣстно, кромѣ произвольныхъ движеній различаются движенія автоматическія и рефлекторныя. Первыя въ данномъ случаѣ насъ мало интересуютъ. Вторыя отличаются отъ произвольныхъ тѣмъ, что при однихъ и тѣхъ же физиологическихъ условіяхъ совершаются всегда черезъ одинъ и тотъ же промежутокъ времени послѣ раздраженія; величина ихъ всегда соотвѣтствуетъ силѣ раздраженія; они роковымъ образомъ всегда слѣдуютъ за раздраженіемъ, если только, конечно, цѣль рефлекторный аппаратъ. Произвольные акты, въ противоположность рефлекторнымъ, послѣ раздраженія могутъ наступать въ любой моментъ; они далеко не обязательно слѣдуютъ за раздраженіемъ, такъ какъ могутъ быть задержаны; ихъ объемъ, ихъ сила не стоятъ въ прямой зависимости отъ внѣшнихъ раздраженій, почему незначительныя причины иногда влекутъ за собою громадныя послѣдствія. Наконецъ, волевые акты отличаются тѣмъ, что они непременно сознательны: дѣлающій всегда знаетъ, къ чему онъ стремится.

Изъ только что приведенной параллели съ перваго взгляда можно, пожалуй, заключить, что между рефлекторными и произвольными движеніями существуетъ въ высокой степени рѣзкая разница, но болѣе внимательное изученіе безъ труда убѣждаетъ, что они имѣютъ и весьма много общаго. Произвольныя движенія съ извѣстнымъ правомъ разсматриваютъ какъ такой рефлекторный актъ, въ которомъ роль чувствительнаго проводника играютъ органы

высшихъ чувствъ; въ результатъ дѣятельности этихъ органовъ въ сознаниіи появляются тѣ или другія двигательныя представленія, которыя постепенно становятся болѣе и болѣе интензивными и, наконецъ, достигнувъ должной силы, передаютъ раздраженіе двигательнымъ центрамъ; рефлекторная дуга замыкается — получается двигательный актъ.

Этими замѣчаніями я позволю себѣ закончить свой очеркъ душевной дѣятельности здороваго человѣка. Несмотря на всю его краткость, онъ, какъ мы увидимъ ниже, существенно облегчитъ намъ изученіе тѣхъ особенностей, какими отличается психическая жизнь людей душевно-больныхъ.

Лекція III.

Симптоматологія пом'шательства.

Аномаліи въ сферѣ чувства. Качественныя аномаліи: болѣзненно-мрачное настроеніе; психическая дизестезія; психическая анестезія; замедленіе хода представленій. Болѣзненно-веселое настроеніе и его вліяніе на психическую жизнь. Аномаліи въ интензивности чувства — болѣзненно-усиленная возбудимость чувства; психическая гиперестезія чувственная, эстетическая и этическая; аффекты нормальныя и патологическіе. Болѣзненная тупость чувства; притупленіе нравственнаго чувства при состояніи угнетенія, возбужденія у одержимыхъ бредовымъ пом'шательствомъ и при слабоуміи. Аномаліи сферы представленій: формальныя разстройства этой сферы; замедленное теченіе идей и причины его при состояніяхъ мрачнаго угнетенія и слабоумія; ускоренное теченіе идей при состояніяхъ возбужденія. Спутанность, безсвязность мышленія и ея причины у маниаковъ, у здоровыхъ людей, при состояніяхъ истощенія и слабоумія. Разстройства въ сочетаніи идей; сочетаніе по виѣшней формѣ, по созвучію; навязчивыя вопросы. Примѣры, характеризующіе аномалію послѣдняго рода.

М. М. Г.

Послѣ той экскурсіи въ область психологіи, которая была сдѣлана нами въ прошлый разъ, мы можемъ приступить сегодня къ анализу измѣненій, происходящихъ въ психической жизни у душевно-больныхъ. Эти измѣненія замѣчаются во всѣхъ проявленіяхъ душевной дѣятельности; они крайне разнообразны; для болѣе легкаго изученія ихъ поэтому мы удержимъ на время раздѣленіе прежнихъ психологовъ, различавшихъ въ духовной жизни три совершенно самостоятельныя сферы, и рассмотримъ, такимъ образомъ, порознь аномаліи въ сферѣ чувства, въ сферѣ представленій и въ сферѣ воли.

Начнемъ съ первыхъ, такъ какъ измѣненія со стороны чувства наблюдаются обыкновенно въ началѣ каж-

даго случая душевнаго разстройства, никогда не отсутствуют во все время его теченія, а иногда же, выступая на первый планъ въ картинѣ болѣзни, образуютъ основное ея ядро. По своему характеру эти аномалии могутъ быть двоякаго рода: въ однихъ случаяхъ мы наблюдаемъ у душевно-больныхъ развитіе такого настроенія, которое совершенно не соотвѣтствуетъ окружающимъ условіямъ, которое является поэтому ненормальнымъ по самому существу; въ случаяхъ другого рода связь настроенія съ окружающей дѣйствительностью сохраняется вполне, но отклоненія отъ нормы замѣчаются лишь въ силѣ, въ интенсивности этого настроенія. Такимъ образомъ мы можемъ говорить объ аномаліяхъ въ качествѣ чувства и въ его интенсивности.

Обратимся сначала къ аномаліямъ въ качествѣ чувства.

У душевно-больныхъ очень часто наблюдается появленіе *болѣзненно-мрачнаго настроенія*. По своимъ особенностямъ это настроеніе ничѣмъ не отличается отъ угнетеннаго состоянія, отъ тоски, которую можетъ испытывать каждый здоровый человѣкъ. Разница состоитъ лишь въ томъ, что тоскливое настроеніе у здоровыхъ вызывается реальными причинами, лежащими по большей части во внѣшнемъ мірѣ, у душевно-же больныхъ тоска лишена внѣшнихъ мотивовъ; она есть только выраженіе своеобразнаго разстройства питанія психическаго органа. Разсматриваемая съ этой точки зрѣнія, она представляетъ собою явленіе, совершенно аналогичное съ невралгіей: какъ при невралгіи человѣкъ испытываетъ боль, не вызываемую никакими внѣшними условіями, ощущаетъ, слѣдовательно, лишь разстройство питанія чувствительнаго нерва, такъ и при болѣзненной тоскѣ больной впадаетъ въ угнетенное настроеніе, очень часто не будучи въ состояніи указать даже приблизительнаго повода къ тому. Съ большимъ основаніемъ поэтому многіе называютъ ненормально мрачное настроеніе психической болью, психической невралгіей. Но въ то время, какъ при невралгіи вся клиническая картина нерѣдко ограничивается лишь

ощущеніемъ боли, при психической невралгіи, вслѣдствіе особенностей пораженнаго органа, картина болѣзни никогда не исчерпывается ощущеніемъ тоски. Благодаря крайне тѣсной связи между всѣми психическими функціями головного мозга, нарушенія одной изъ нихъ должны неизбежно отражаться и на другихъ. Каждый изъ Васъ по горькому опыту, конечно, знаетъ, какъ рѣзко измѣняется характеръ получаемыхъ впечатлѣній въ зависимости отъ основного господствующаго настроенія. Недовольному человѣку кажутся неприятными впечатлѣнія, на самомъ дѣлѣ индифферентныя; иногда даже впечатлѣнія пріятныя становятся для него нежелательными, неприятными. Совершенно то же, но только въ гораздо болѣе рѣзкой степени, мы встрѣчаемъ и въ мірѣ душевно-больныхъ. Субъекты, находящіеся въ болѣзненно-мрачномъ настроеніи, удерживаютъ въ своемъ сознаніи только представленія, гармонирующія съ этимъ настроеніемъ, и такимъ общимъ фономъ окрашиваются даже самыя пріятныя, при обыкновенныхъ условіяхъ радостныя впечатлѣнія. Если бы мы желали продолжить наше сравненіе аномалій въ сферѣ чувства съ аномаліями въ сферѣ чувствительности, то это явленіе могли бы назвать психической дизэстезіей. Вслѣдствіе психической дизэстезіи всѣ мысли, всѣ идеи, возникающія у больного, получаютъ однообразный отпечатокъ; однообразіе, монотонность воцаряется во всей психической жизни. Эта монотонность влечетъ за собою скуку, которая еще болѣе усиливаетъ основное явленіе—тоску. Но этимъ дѣло не ограничивается. Наблюдая лицъ душевно-здоровыхъ, мы легко можемъ убѣдиться, что личное горе дѣлаетъ человѣка всегда эгоистомъ; подъ вліяніемъ горя онъ перестаетъ съ обычной теплотой относиться къ окружающимъ. Совершенно то же мы замѣчаемъ и у душевно-больныхъ, только въ еще болѣе рѣзкой формѣ. Испытывая тоску, больной забываетъ все на свѣтѣ; онъ равнодушно смотритъ на страданія близкихъ, онъ игнорируетъ нарушеніе интересовъ, дотолѣ для него самыхъ дорогихъ. Мы имѣемъ здѣсь, слѣдовательно, явленіе, которое можемъ назвать съ полнымъ правомъ психи-

ческой анестезіей. Нерѣдко больные сами сознаютъ происшедшую въ нихъ перемѣну; они чувствуютъ, что измѣнились въ своихъ отношеніяхъ, что не могутъ, какъ раньше, любить и сочувствовать, и такое сознание еще болѣе увеличиваетъ основное явленіе—тоску. Но тоскливое настроеніе не остается безъ вліянія и на сферу представлений. Представленія мрачнаго характера отличаются большою медленностью въ своемъ теченіи, они какъ бы неохотно покидаютъ поле сознанія, и такое замедленіе мышленія накладываетъ очевидный отпечатокъ на всю дѣятельность больного, даже на его движенія. Больные сами приходятъ къ убѣжденію, что они уже не въ состояніи работать такъ быстро и съ такимъ совершенствомъ, какъ ранѣе, что всякое даже привычное занятіе для нихъ стало очень затруднительнымъ; они сознаютъ упадокъ своего интеллекта, и такое сознание еще болѣе усиливаетъ основное явленіе—тоску. Такимъ образомъ мы видимъ, что расстройство одной функціи психическаго органа, отразившись на дѣятельности другихъ, вызываетъ въ нихъ рядъ измѣненій, которыя конечнымъ результатомъ имѣютъ усиленіе первичной аномаліи.

Совершенную противоположность съ болѣзненно-мрачнымъ настроеніемъ представляетъ *настроеніе болѣзненно-веселое*; оно вполне сходно съ веселымъ настроеніемъ нормальнаго человѣка и отличается лишь отсутствіемъ внѣшнихъ мотивовъ. Какъ и болѣзненно-мрачное, оно налагаетъ свой отпечатокъ на всю психическую дѣятельность: въ сознаніи больного выплываютъ лишь радостныя, пріятныя впечатлѣнія; оттѣнкомъ удовольствія окрашиваются даже представленія по существу непріятныя; теченіе представлений происходитъ съ большей скоростью, психическія операціи совершаются съ усиленной быстротой, и самъ больной сознаетъ эту перемѣну и находитъ въ ней источникъ новыхъ и новыхъ пріятныхъ впечатлѣній, такъ какъ онъ чувствуетъ себя болѣе умнымъ, болѣе сильнымъ, болѣе могущественнымъ.

Во второй категоріи аномалій, касающихся сферы чувства, въ аномаліяхъ интензивности, мы также можемъ

различать два основные вида—болѣзненно усиленную возбуждимость чувства и болѣзненную тупость чувства.

Болѣзненно усиленная возбуждимость чувства выражается тѣмъ, что представленія, сопровождаемая при нормальныхъ условіяхъ лишь слабымъ оттѣнкомъ удовольствія или неудовольствія, у больныхъ вызываютъ эти же чувства въ несравненно болѣе сильной степени: здѣсь можно говорить, слѣдовательно, о психической гиперэстезіи. Въ зависимости отъ того, какія представленія вызываютъ особенно сильныя движенія чувства, слѣдуетъ отличать психическую гиперэстезію троякаго рода. При чувственной гиперэстезіи наиболѣе живымъ оттѣнкомъ удовольствія или неудовольствія сопровождаются воспріятія, идущія со стороны какъ собственнаго тѣла, такъ и окружающаго міра. При эстетической гиперэстезіи замѣчается слишкомъ рѣзкая реакція главнымъ образомъ на требованія эстетики; больные приходятъ въ неописанный экстазъ, когда видятъ какую либо нравящуюся имъ картину, красивое лицо и т. п. Шумное, откровенное порицаніе у нихъ вызывается всѣмъ, что хоть сколько нибудь противорѣчитъ ихъ художественному вкусу. При гиперэстезіи этической больные черезчуръ горячо относятся къ вопросамъ нравственности. Клинически эта гиперэстезія, коль скоро дѣло касается самого больного, проявляется усиленной обидчивостью, легкой податливостью къ лести и поощренію, слишкомъ быстро наступающимъ уныніемъ при неудачѣ, подъемомъ духа при удачѣ. По отношенію къ окружающимъ эта аномалія производитъ чрезмѣрно живое сочувствіе горю и радости ближнихъ. Само собою понятно, что у одного и того-же субъекта обыкновенно наблюдаются одновременно всѣ три вида гиперэстезіи, но у отдѣльныхъ лицъ въ зависимости отъ условій ихъ образованія и развитія иногда тотъ или другой видъ выступаетъ особенно отчетливо.

Однимъ изъ самыхъ частыхъ клиническихъ проявленій психической гиперэстезіи являются состоянія аффекта, какъ нормальнаго такъ и патологическаго. При нормальныхъ аффектахъ характеръ ихъ находится въ тѣсной связи

сь господствующимъ настроеніемъ и можетъ быть то веселымъ, пріятнымъ, то, напротивъ, непріятнымъ, мрачнымъ (аффектъ скуки, печали, отчаянья, стыда и т. п.). Отъ аффектовъ этого рода слѣдуетъ отличать аффектъ смѣшанный—аффектъ гнѣва, когда человѣкъ получаетъ впечатлѣнія непріятныя, но его настроеніе не дѣлается подавленнымъ и онъ выражаетъ готовность къ активному сопротивленію. У нѣкоторыхъ душевно-больныхъ аффекты гнѣва особенно часты и тогда они представляютъ весьма существенное значеніе, такъ какъ указываютъ на глубокое расстройство питанія психическаго органа.

Характерной чертой патологическаго аффекта служитъ болѣе или менѣе рѣзкое помраченіе сознанія. Аффекты этой категоріи всегда бывають непріятными и чаще всего гнѣвными; они продолжаются отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ и даже дней, и за весь этотъ промежутокъ времени человѣкъ по большей части не сохраняетъ никакого воспоминанія. Благодаря такимъ свойствамъ патологическіе аффекты обладаютъ весьма большою важностью въ практическомъ отношеніи, такъ какъ нерѣдко сопровождаются преступными дѣйствіями, которыя законъ признаетъ ненаказуемыми («состоянія безпамятства и умоизступленія»). Чаще всего болѣзненные аффекты наблюдаются у субъсктовъ дегенеративныхъ или же у такихъ лицъ, которыя, благодаря тѣмъ или инымъ условіямъ, сами пріобрѣли предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ; они обладаютъ поэтому весьма дурнымъ прогностическимъ значеніемъ.

Совершенною противоположностью съ только что описанной аномаліей являются *состоянія болѣзненной тупости чувства*. При многихъ душевныхъ страданіяхъ часто кидается въ глаза иногда поразительное равнодушіе, съ которымъ больные относятся къ получаемымъ ими впечатлѣніямъ. Этой слишкомъ слабой реакціей или даже полнымъ отсутствіемъ таковой могутъ сопровождаться представленія любого характера, но особенную клиническую важность пріобрѣтаетъ притупленіе нравственнаго чувства. Нравственныя представленія—наивысшій про-

дуктъ душевной дѣятельности — предполагають вполне правильную организацію психическаго органа и безусловное здоровье. Коль скоро психическое здоровье начинаетъ почему либо разстраиваться, это разстройство прежде всего отражается на представленіяхъ нравственнаго порядка, какъ на самыхъ сложныхъ, создать которыя только способенъ человѣкъ. Вотъ почему нравственное чувство почти всегда является ослабленнымъ еще въ очень раннихъ стадіяхъ болѣзни; это ослабленіе составляетъ правило во все время теченія психоза и часто остается даже по минованіи его, иногда какъ единственный слѣдъ пронесшейся бури; поэтому то недостаточное развитіе нравственнаго чувства можетъ указать на наличность дегенераціи, какъ приобрѣтенной, такъ и въ особенности врожденной.

Выше я сказалъ, что ослабленіе нравственнаго чувства наблюдается при всѣхъ душевныхъ заболѣваніяхъ, но при нѣкоторыхъ клиническихъ формахъ этотъ дефектъ особенно ощутимъ. Такъ, меланхоликъ, постоянно занятый своимъ горемъ, съ поразительнымъ безучастіемъ относится ко всему окружающему; всѣ альтруистическія чувствованія ему дѣлаются чуждыми на время болѣзни. Замѣтное притупленіе нравственнаго чувства обнаруживаетъ и маниакъ, но здѣсь причины совершенно иныя: благодаря ускоренному теченію идей маниаку нѣкогда останавливаться долго на чемъ-нибудь одномъ; сверхъ того въ его сознаніи, какъ мы знаемъ, могутъ существовать только веселія, пріятныя представленія; въ немъ нѣтъ мѣста для непріятныхъ, съ каковыми часто связаны нравственныя обязанности человѣка. Самую крайнюю нравственную тупость нерѣдко проявляютъ также больные, страдающіе бредовымъ помѣшательствомъ, но въ силу опять-таки совершенно своеобразныхъ условій. Подъ вліяніемъ идей бреда прежняя психическая личность часто, такъ сказать, умираетъ, образуется новая съ новыми взглядами на жизнь, съ новымъ отношеніемъ къ окружающимъ; наиболее близкіе люди при этомъ могутъ стать въ глазахъ больного самыми опасными врагами и онъ только радуется ихъ несчастью, мститъ имъ за небывалыя провинности.

Наконецъ, тупость нравственнаго чувства характеризуетъ состояніе слабоумія, какимъ бы путемъ послѣднее ни образовалось. Здѣсь оно служитъ однимъ изъ выраженій общаго упадка психической жизни.

Познакомившись съ наиболѣе существенными измѣненіями сферы чувства, мы можемъ перейти теперь къ анализу аномалій, которыя наблюдаются у душевно-больныхъ въ сферѣ представленій. Аномаліи этого рода весьма разнообразны; иногда онѣ касаются только формальной стороны происходящихъ здѣсь процессовъ, въ другихъ же случаяхъ подъ вліяніемъ болѣзни измѣняется и самое содержаніе представленій. Такимъ образомъ въ сферѣ представленій мы также можемъ различать двѣ главныя категоріи уклоненій отъ нормы: разстройства формальныя и разстройства содержанія представленій, т. е. идеи бреда. Въ обыденной жизни принято думать, что наиболѣе важными слѣдуетъ считать идеи бреда. Часто приходится даже слышать, что безъ бредовыхъ идей нѣтъ душевнаго разстройства, что душевно-больной только потому боленъ, что онѣ высказываетъ идеи бреда. На самомъ дѣлѣ этотъ взглядъ глубоко ошибоченъ: существуютъ такія формы душевнаго заболѣванія, при которыхъ идеи бреда никогда не возникаютъ, но при которыхъ видную роль играютъ тѣ или иныя разстройства формальной стороны процесса представленій. Вотъ почему мы сначала и остановимъ на нихъ свое вниманіе.

Къ разстройствамъ этой категоріи прежде всего относятся *измѣненія въ скорости теченія представленій*.

Наблюдая сферу сознанія душевно-здороваго чело-вѣка, мы можемъ убѣдиться, что одно представленіе за другимъ слѣдуетъ черезъ извѣстный опредѣленный промежутокъ времени, величину котораго мы можемъ даже измѣрить (около 0,5—1,0" и болѣе). У душевно-больнаго этотъ промежутокъ иногда бываетъ увеличенъ, иногда уменьшенъ, сообразно чему мы замѣчаемъ у нихъ то замедленіе смѣны представленій, то ея ускореніе. Такъ, теченіе идей замедляется у меланхолика вслѣдствіе того, что, съ одной стороны, въ его сознаніе могутъ проникать

только мрачныя впечатлѣнія и потому сознанию приходится оперировать съ очень ограниченнымъ матеріаломъ, а съ другой, замедленное теченіе идей является у него лишь однимъ изъ проявленій общаго замедленія всѣхъ психическихъ процессовъ. Иногда такое замедленіе доходитъ даже до полной временной пріостановки теченія идей. Въ подобныхъ случаяхъ каждая секунда больному кажется цѣлой вѣчностью; его охватываетъ глубокое отчаяніе, панической страхъ, и меланхоликъ нерѣдко предпринимаетъ всевозможныя насильственныя дѣйствія, чтобы только какъ нибудь нарушить окружающее однообразіе, освободиться отъ гнетущаго его чувства. Замедленнымъ теченіемъ идей отличаются и слабоумные; у нихъ такое замедленіе находитъ себѣ причину, во-первыхъ, въ ослабленіи памяти, вслѣдствіе чего въ сознаниі могутъ выплывать только немногія уцѣлѣвшія представленія, во-вторыхъ, въ ослабленіи вниманія, съ которымъ они относятся къ внѣшнему міру и, наконецъ, въ недостаткѣ жизненныхъ интересовъ. Обратное явленіе, т. е. ускореніе хода идей, мы можемъ встрѣтить при состояніяхъ, характеризующихся возбужденіемъ. Въ извѣстной степени этотъ симптомъ можно иногда замѣтить и у нормальныхъ людей, напр., подъ влияніемъ алкоголя. Изъ отдѣльныхъ же видовъ душевнаго расстройства онъ особенно характеренъ для маніи, гдѣ на ускоренное теченіе идей слѣдуетъ смотрѣть, какъ на частное проявленіе общаго ускоренія всей психической жизни, и гдѣ ему благопріятствуетъ отгѣнокъ удовольствія, соединенный со всякой вновь возникающей въ сознаниі идеей. Вѣрнымъ внѣшнимъ выраженіемъ этой аномалии является усиленная разговорчивость больныхъ, иногда доходящая до степени болтливости. Вначалѣ, когда возбужденіе еще слабо выражено, логическая связь между высказываемыми мыслями остается не нарушенной и мы замѣчаемъ только нѣсколько большую противъ обычнаго словоохотливость; память начинаетъ служить больному съ большей готовностью, сочетанія между представленіями совершаются съ большей быстротой. При этихъ условіяхъ рѣчь маниака пріобрѣтаетъ иногда пластичность, внѣ-

шнюю красоту, блестятъ удачными оборотами. Обнаруживая быстроту соображенія, находчивость, часто остроуміе, больной вначалѣ нерѣдко производитъ впечатлѣніе недюжиннаго оратора; но по мѣрѣ того какъ усиливается возбужденіе, теченіе идей ускоряется больше и больше, логическая связь постепенно утрачивается, языкъ отказывается передавать быстро несущіяся мысли, и, не кончивъ одной, больной переходитъ къ другой, къ третьей и т. д. При еще болѣе рѣзкой степени возбужденія вся рѣчь человѣка составляется только изъ набора словъ, слоговъ, даже только нечленораздѣльныхъ звуковъ, указывая на безсвязность, спутанность мышленія.

Слѣдуетъ однако замѣтить, что подобное состояніе спутанности, а вмѣстѣ съ тѣмъ и подобная безсвязность рѣчи можетъ быть вызвана и иными причинами. Она представляетъ собою, напр., обычное явленіе даже у здоровыхъ людей, испытывающихъ сильное душевное волненіе. При рѣзкомъ возбужденіи въ сознаніе могутъ врываться крайне разнообразныя представленія, противоположныя другъ другу, которыя человѣкъ не успѣваетъ подчинить логическимъ законамъ. Въ подобномъ состояніи иногда находится неопытный ораторъ, который, взойдя на кафедру, испытываетъ смущеніе—слѣдствіе непривычной обстановки. У него утрачивается логика мышленія, и онъ, дѣлая попытку говорить, можетъ произносить нѣкоторое время только рядъ безсвязныхъ словъ. Но безсвязность является также результатомъ глубокаго истощенія психическаго органа; истощенный мозгъ не въ состояніи вырабатывать такое представленіе, которое бы долгое время удерживалось въ полѣ сознанія и господствовало надъ всѣми остальными. Вотъ почему при этомъ условіи въ сознаніе врываются массы разнообразныхъ представленій, не сдерживаемыхъ ничѣмъ. Наконецъ, спутанностью идей отличаются и слабоумные; у нихъ утрачиваются, выпадаютъ цѣлые ряды представленій, искажаются самыя понятія, а нѣкоторыя привычныя ассоціаціи, самостоятельно вмѣшиваясь въ теченіе идей, еще болѣе увеличиваютъ эту спутанность.

Кромѣ измѣненія въ скорости теченія идей, у душевно-больныхъ мы нерѣдко встрѣчаемъ *разстройства въ ихъ сочетаніи*.

У душевно-здоровыхъ сочетаніе идей подчиняется извѣстнымъ опредѣленнымъ законамъ (по сходству, по контрасту, по существованію во времени и пространствѣ и т. д.). У душевно-больныхъ очень нерѣдко преобладаетъ какой-нибудь одинъ изъ этихъ видовъ и иногда такой, который въ нормальной жизни играетъ, наоборотъ, очень незначительную роль, напр., сочетаніе по внѣшней формѣ словъ, по созвучью. Рифмованная рѣчь маниаковъ иногда сразу останавливаетъ на себѣ вниманіе, причемъ нетрудно бываетъ убѣдиться, что здѣсь больной совсѣмъ не гонится за смысломъ словъ, которыя онъ связываетъ между собою, а руководствуется лишь звуковымъ подобіемъ.

Совершенно своеобразнымъ является далѣе у больныхъ тотъ способъ сочетанія идей, при которомъ съ каждымъ представленіемъ, выплывающимъ въ сознаніи, неизбежно роковымъ образомъ связывается вопросъ, почему? Больные совершенно не интересуются рѣшеніемъ этого вопроса, часто сознаютъ всю его нелѣпость, желали бы избавиться отъ такого состоянія, но при всѣхъ своихъ усиліяхъ, сдѣлать этого не могутъ. Независимость отъ воли, съ одной стороны, періодическое возникновеніе такихъ вопросовъ и наличность иныхъ симптомовъ, указывающихъ на болѣзненное состояніе человѣка—съ другой, все это говоритъ за то, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ безспорно болѣзненнымъ явленіемъ. Больная *Griesinger*'а каждую беременность была преслѣдуема рядомъ самыхъ разнообразныхъ вопросовъ: какимъ образомъ все происходитъ на свѣтѣ, отчего вертится земля, отчего она сидитъ здѣсь, что означаетъ этотъ стулъ? Долгое время отыскивая отвѣты, она доводила себя до состоянія почти ужаснаго, которое прекращалось лишь тогда, когда вопросы были повидимому рѣшены удовлетворительно. Но успокоеніе наступало не надолго. Возникалъ рядъ другихъ вопросовъ: какъ рождаются люди, зачѣмъ они существуютъ, каковъ ихъ удѣлъ и т. п. Эти вопросы

возникали внезапно, съ неотразимостью и доводили больную до сильного мозгового утомленія, головной боли, бессонницы и первнаго припадка.

Описывая свое состояніе, больной, одержимый такой же аномаліей, слѣдующимъ образомъ характеризоваль его своему врачу: „Я истощаю свое здоровье, постоянно задумываясь надъ задачами, рѣшеніе которыхъ еще недоступно уму человѣка; несмотря на искреннее желаніе и твердое намѣреніе, я не могу отъ этого отдѣлаться. Болѣзненное теченіе мыслей пострянно ко мнѣ возвращается. Посреди обыденныхъ занятій я долженъ внутренно размышлять о томъ или другомъ отвлеченномъ вопросѣ. Эта потребность проникаетъ въ недѣступную глубину и слишкомъ настойчива, чтобы быть естественной. Я сбиваюсь и теряюсь. Однажды я мучился надъ опредѣленіемъ, въ какой части тѣла сосредоточивается разумъ, при этомъ я повторялъ нѣсколько разъ, что разумъ нашъ находится въ головѣ, и тѣмъ не менѣе цѣлыми часами не могъ отдѣлаться отъ этой мысли. Мое состояніе положительно болѣзненное и не можетъ быть смѣшано съ простой любознательностью. Я не всегда былъ такимъ; я переживаю очень упорное болѣзненное состояніе и не могу избавиться отъ него, не смотря на всѣ старанія; я увѣренъ, что нельзя представить себѣ той нравственной пытки, которую причиняетъ каждый такой припадокъ. Несмотря на желаніе высказать кому либо всѣ подробности моего тяжелаго страданія и на облегченіе, которое подобная откровенность доставила бы мнѣ, я молчу; даже родители мои не знаютъ, какую постоянную борьбу я веду и какъ я нравственно страдаю“.

Въ обоихъ приведенныхъ примѣрахъ потребность отвѣта связывалась съ самыми разнообразными представленіями, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобную аномалію въ сочетаніи мы наблюдаемъ лишь относительно болѣе узкаго круга идей. *Baillarger* наблюдалъ больного, который, начиная съ 15-лѣтняго возраста, обнаруживаль подобную аномалію въ теченіе 45 лѣтъ. Вначалѣ, возвращаясь изъ театра, онъ чувствовалъ неодолимое желаніе

узнать всё подробности объ артисткахъ, которыхъ видѣлъ: откуда онѣ, кто онѣ, сколько имъ лѣтъ, какое ихъ положеніе въ семьѣ, каковы ихъ привычки и т. д. Эта потребность, постепенно усиливаясь, стала вызывать чувство страха и страданія. Больной долженъ былъ отказаться отъ театра. Но съ тѣхъ поръ его начали преслѣдовать тѣ же вопросы относительно всѣхъ, встрѣчавшихся ему по дорогѣ женщинъ, которыхъ онъ находилъ красивыми. Больной, человѣкъ образованный, не глупый, ясно сознавалъ ненормальность своего состоянія, пытался его побороть, поступилъ на службу, женился, старался отвлечь какъ нибудь свое вниманіе, но все напрасно. Страданіе продолжалось. Пришлось бросить службу, скрываться дома, выходить не иначе, какъ съ провожатымъ, на обязанности котораго было отвѣчать, что встрѣченная женщина не красива. При такомъ отрицаніи больной обыкновенно успокаивался, хотя не всегда, такъ что предпочиталъ выходить вечеромъ. Однажды ночью, возвращаясь домой черезъ вокзалъ, больной позабылъ спросить, хороша-ли кассирша, выдававшая билеты, и предложилъ этотъ вопросъ только дома. Спутникъ, утомившись, позабылъ свою обязанность и отвѣтилъ, что онъ не обратилъ на нее вниманія, — развился такой приступъ тоски и страха, что пришлось послать человѣка на вокзалъ и только, когда привезли отвѣтъ, что кассирша нехороша, только тогда припадокъ прекратился.

Вышеприведенные примѣры съ достаточной ясностью показываютъ, что здѣсь идетъ рѣчь о явленіи безусловно ненормальномъ—выводъ, который, какъ я уже сказалъ, находитъ себѣ поддержку, съ одной стороны, въ періодическомъ возникновеніи этого явленія, а съ другой—еще въ иныхъ симптомахъ болѣзненнаго состоянія, которое обыкновенно открываетъ изслѣдованіе. По своимъ свойствамъ эта аномалія составляетъ естественный переходъ къ другой категоріи формальныхъ разстройствъ въ сферѣ представленій, къ разстройствамъ въ напряженности представленій.

Лекція IV.

Симптоматологія пом'шательства.

(Продолженіе)

Аномаліи въ сферѣ представленій; навязчивыя идеи; условія, благопріятствующія ихъ образованію. Agoraphobia. Claustrophobia. Folie du toucher. Folie du doute. Виды навязчивыхъ идей по Meunert'у. Разстройства апперцепцій. Разстройства памяти; ея усиленіе у маниаковъ, ослабленіе у меланхоликовъ, при состояніяхъ истощенія и у слабоумныхъ. Фантазмы и иллюзіи памяти. Обманы воспоминанія. Аномаліи воображенія.

Идеи бреда; отличіе ихъ отъ заблужденій здоровыхъ людей. Способы образованія идей бреда; условія, опредѣляющія ихъ содержаніе: характеръ патологическаго процесса, основное настроеніе, степень образованія и развитія, заболѣванія виѣчерепныхъ органовъ.

Мм. Гг.!

Въ сознаніи душевно-больныхъ очень часто помимо воли возникаютъ такія представленія, отъ которыхъ они никакъ не могутъ избавиться при всемъ своемъ желаніи, хотя въ то же время ясно сознаютъ ненормальность подобнаго факта. Этого рода представленія носятъ названіе *навязчивыхъ идей, насильственныхъ представленій*. Въ иныхъ случаяхъ поводомъ къ образованію навязчивыхъ идей служитъ какое нибудь сильное впечатлѣніе, полученное человѣкомъ: видъ смертной казни, пожара и т. д.; это впечатлѣніе иногда оставляетъ настолько глубокіе слѣды, что потомъ можетъ при благопріятныхъ условіяхъ самостоятельно появляться въ сознаніи, вмѣшиваясь въ логическій ходъ мышленія и нарушая его; здѣсь, слѣдовательно, мы должны предполагать въ высокой степени впечатлительный психическій органъ. Чаще всего однако навязчивая идея возникаетъ безъ всякаго видимаго повода,

вырабатывается въ области бессознательной духовной жизни, указываетъ на самостоятельное возбужденіе въ психическомъ органѣ, вслѣдствіе чего и по содержанию своему нерѣдко стоитъ въ полномъ противорѣчій съ убѣжденіями и воспитаніемъ человѣка (Почтенный патеръ, котораго лѣчилъ *Verga*, несмотря на всю религіозность, каждый разъ начиналъ свои молитвы кошунственными проклятіями). Нерѣдко насильственные идеи представляютъ собою почти постоянное явленіе, ни на минуту не покидая человѣка; у другихъ больныхъ онѣ возникаютъ лишь временами, обыкновенно послѣ какихъ нибудь ослабляющихъ организмъ моментовъ. При наличности послѣднихъ, правда въ слабой степени, ихъ можно встрѣтить и у лицъ душевно-здоровыхъ. Многіе изъ Васъ, вѣроятно, испытывали послѣ безсонно проведенной ночи, особенно послѣ напряженной умственной работы, неодолимое стремленіе считать собственные шаги, встрѣчаемые фонарные столбы, окна въ домахъ и т. д.; у иныхъ при подобныхъ же условіяхъ возникаютъ безпричинныя воспоминанія о какомъ нибудь мотивѣ, выплываетъ въ памяти какое нибудь двустишіе, и человѣкъ никакъ не можетъ избавиться отъ него, какъ бы онъ ни старался перевести свое вниманіе на другіе болѣе интересующіе его предметы. Совершенно то же самое, только въ гораздо болѣе рѣзкой формѣ, мы находимъ и у душевно-больныхъ. Больной, о которомъ рассказываетъ *Trélat*, всѣмъ заявлялъ, что онъ крайне занятъ, почти не выходилъ изъ комнаты, постоянно жаловался на усталость. Жена поддерживала заявленіе мужа. Всѣ знакомые думали, что онъ работаетъ надъ какимъ-то научнымъ вопросомъ, ожидали отъ него многого. Больной внезапно скончался, и изслѣдованіе его бумагъ показало, что онъ значительную часть своей жизни провелъ, считая сколько разъ одна и та же буква встрѣчается въ книгѣ Бытія, Левитъ, Числь, сколько страницъ въ такомъ-то изданіи начинается съ буквы а, б, с и т. д. Едва онъ кончалъ одну работу, какъ принимался за другую подобнаго же характера. Въ такихъ безцѣльныхъ трудахъ прошелъ цѣлый рядъ лѣтъ, и бѣдная жена, видя болѣзненное

состояніе мужа, употребляла всѣ усилія, чтобы скрыть его странности отъ постороннихъ, такъ какъ боялась, что его могутъ счесть помѣшаннымъ.

По содержанію навязчивыя идеи съ перваго взгляда кажутся всегда разнообразными, но сопоставленіе ихъ у различныхъ больныхъ невольно приводитъ къ убѣжденію, что это разнообразіе весьма относительно; на самомъ дѣлѣ онѣ по сравненію съ нормальными представленіями у тѣхъ же субъектовъ отличаются даже поразительной, стереотипной монотонностью, и уже одинъ этотъ фактъ въ состояніи убѣдить, что мы имѣемъ передъ собою продукты психической дѣятельности низшаго порядка. Такое однообразіе навязчивыхъ идей легко позволяетъ раздѣлять ихъ на нѣсколько категорій. Одной изъ наиболѣе частыхъ слѣдуетъ назвать агорафобію, т. е. боязнь открытаго пространства.

При *агорафобіи* больные чувствуютъ себя вполне хорошо, пока не попадаютъ на какуюнибудь обширную площадь, въ широкую улицу, большую пустую комнату и т. п.; здѣсь ихъ всегда охватываетъ неодолимый страхъ, что съ ними чтонибудь случится, что имъ, напримѣръ, не перейти площади. Одинъ изъ моихъ больныхъ, чело-вѣкъ очень развитой, прекрасно сознавалъ всю нелѣпость испытываемаго имъ страха, старался побѣдить его, но напрасно; иногда онъ, собравъ всѣ силы, пускался бѣжать по площади; чаще всего однако ему не удавалась эта попытка, и онъ, обливаясь холоднымъ потомъ, падалъ на землю. Агорафобія всегда начинается внезапнымъ страхомъ, сжатіемъ сердца, чувствомъ испуга и боязнию чего то неизвѣстнаго, угрожающаго опасностью; страхъ постепенно возрастаетъ, наступаетъ сильное сердцебиеніе, удушье, попеременно ощущаются то жаръ, то ознобъ; силы падаютъ; у больного темнѣетъ въ глазахъ; онъ блѣднѣетъ, покрывается холоднымъ потомъ и шатается, подавленный неотразимымъ убѣжденіемъ, что ему никогда не перейти открытаго пространства. Но незначительнаго обстоятельства бываетъ достаточно, чтобы поддержать его мужество: проѣхалъ экипажъ, прошелъ ребенокъ, поша-

лась подь руку тоненькая трость—и страха какъ не бывало. Страхъ агорафоба чисто психическаго происхожденія; вотъ мысли, которыя обыкновенно приходятъ ему въ голову: что-то недоброе случится съ тобою, ты закришишь, упадешь, будешь бредить, у тебя сдѣлается ударъ, ты умрешь, за тобой наблюдаютъ, ты кажешься смѣшнымъ, помѣшаннымъ. Больной прекрасно сознаетъ безсмысленность своихъ опасеній, старается разувѣрить себя, но тщетно; ему кажется, что открытое пространство передъ нимъ удлиняется до безконечности, что шаги его дѣлаются меньше, и онъ падаетъ, если не обопрется на что-нибудь. У другихъ больныхъ подобное же состояніе вызывается не открытымъ, а, напротивъ, малымъ, закрытымъ пространствомъ (*claustrophobia*); имъ кажется, что на нихъ обрушится потолокъ, что они задохнутся и, испытывая панической страхъ, спѣшатъ бѣгомъ оставить это пространство. Въ обоихъ случаяхъ по существу передъ нами одно и то же явленіе: извѣстныя пространственныя впечатлѣнія роковымъ образомъ вызываютъ у человѣка чувство страха и тоски. *Meunert* объясняетъ этотъ фактъ гиперэстезіей сѣтчатки, причемъ въ сознаніе человѣка начинаютъ попадать объекты не прямого зрѣнія, которые онъ раньше игнорировалъ.

Вторая изъ самыхъ частыхъ категорій насильственныхъ идей носить названіе *боязни прикосновенія* (*Folie du toucher*). *Baillarger* наблюдалъ больную, которую въ теченіе 20 лѣтъ не покидалъ страхъ коснуться писчихъ принадлежностей. Она не могла безъ ужаса войти въ комнату, на полу которой лежалъ коверъ, такъ какъ въ его складкахъ могъ оказаться карандашъ. Когда больная шла гулять, то рядомъ съ ней по обѣ стороны должны были идти провожатые, такъ какъ иначе она могла нечаянно взглянуть на витрины магазиновъ, замѣтить тамъ какія-нибудь писчія принадлежности. Больная *Legrand du Saulle*'я, молодая дѣвушка, во время грозы была сильно испугана молніей. Вскорѣ послѣ этого родные замѣтили, что она сдѣлалась печальной, стала искать уединенія, а оставшись одна, постоянно мыла руки и отряхала платье. Потомъ она призналась, что послѣ грозы ее началъ преслѣдовать

страхъ прикоснуться какъ нибудъ къ фосфору; ей казалось, что фосфоръ можетъ быть на ея рукахъ, въ ея платьѣ, она боялась сѣсть за столъ, взять салфетку, такъ какъ въ столовомъ бѣльѣ могъ быть фосфоръ. Состояніе больной сдѣлалось настолько тяжелымъ, что ее нельзя было оставить въ семьѣ; она переѣхала въ монастырь и возвратилась домой только послѣ продолжительнаго лѣченія.

Не менѣе частый видъ навязчивыхъ идей—такъ называемое *полюшательство сомнѣнія* (Folie du doute). При этой формѣ больные постоянно сомнѣваются въ себѣ, такъ ли они все дѣлаютъ, не ошибаются-ли, не вредятъ ли кому-нибудъ, не могутъ ли кому-нибудъ причинить зла. Одинъ изъ моихъ больныхъ, имѣя привычку на ночь запираеть самъ двери и окна квартиры, никогда не былъ увѣренъ, что онъ дѣйствительно ихъ заперъ. Едва отходилъ онъ, напр., отъ двери, какъ у него являлась мысль, что онъ заперъ ее не вполне, возвращался снова, убѣждался въ несправедливости своего предположенія, но не успѣвалъ сдѣлать и двухъ-трехъ обратныхъ шаговъ, какъ являлось прежнее сомнѣніе. Домашнимъ иногда приходилось силой увести его въ спальню, иначе онъ могъ всю ночь переходить отъ окна къ двери. Если ему было необходимо написать сразу два письма, онъ становился истиннымъ мученикомъ, такъ какъ никогда не былъ вполне увѣренъ, въ соответствующіе ли конверты онъ вложилъ свои письма. Когда онъ являлся въ общество, его никогда не покидало сомнѣніе, на самомъ ли дѣлѣ онъ надѣлъ свое платье, какъ слѣдуетъ. Однимъ словомъ вся жизнь этого человѣка состояла изъ одного сплошнаго сомнѣнія. Въ этомъ случаѣ сомнѣніе связывалось съ весьма различными представленіями, но встрѣчаются и такіе случаи, когда сомнѣніе человѣка строго ограничивается какимъ-нибудъ опредѣленнымъ кругомъ идей. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ я былъ приглашенъ къ больной, которую засталъ съ заложеными за спину руками, и домашніе мнѣ объяснили, что она почему-то долгое время не хочетъ измѣнить это положеніе. При разспросахъ оказалось, что больную уже давно мучаетъ опасеніе, какъ-бы не напи-

сать доноса на своихъ родныхъ, такъ какъ передъ ней можетъ быть нечаянно положена бумага и другія писчія принадлежности.

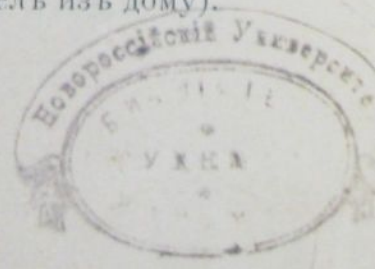
Meynert всѣ виды навязчивыхъ идей предлагаетъ раздѣлить на три категоріи: къ первой онъ относитъ тѣ, содержаніемъ которыхъ является страхъ передъ возможнымъ вліяніемъ ви́шняго міра; здѣсь, слѣдовательно, дѣло идетъ объ опасности въ области возможнаго, а не въ настоящемъ. Сюда относятся боязнь высотъ, пространства и т. п. При второй категоріи, самой тяжелой, человекъ боится самого себя, своихъ дѣйствій, своихъ поступковъ. Типичный случай этого рода описанъ *Meynert*'омъ. Его больной боялся нагруженного вагона, чтобы не броситься подъ лошадей; при видѣ камня боялся, чтобы имъ не убить кого-нибудь; ночью, лежа въ кровати, онъ боялся, чтобы ему не пришла мысль задушить отца и т. п. Третья группа навязчивыхъ представлений состоитъ въ разстройствѣ формальной стороны мышленія, причемъ представленіе цѣли совершенно отсутствуетъ. Сюда относится стремленіе къ навязчивымъ вопросамъ. Обычно навязчивыя идеи сопровождаются чувствомъ страха, который нерѣдко предшествуетъ ихъ появленію. Но довольно часто встрѣчаются случаи, когда вся навязчивость выражается лишь чувствомъ страха, возникающимъ при извѣстныхъ, всегда однихъ и тѣхъ же условіяхъ. Подобнаго рода навязчивые страхи, фобіи, мы можемъ наблюдать у субъектовъ дегенеративныхъ, у тяжелыхъ неврастениковъ; сюда относятся разнообразныя профессиональныя фобіи, боязнь чужаго взгляда, боязнь покраснѣть и т. д. и т. д.

Такъ какъ навязчивыя идеи возникаютъ обыкновенно или на почвѣ тяжелой наследственности или чрезмѣрнаго истощенія, то *Meynert* думаетъ, что для образованія ихъ нужны два условія: слабость кортикальнаго органа, во-первыхъ, и раздраженіе подкорковыхъ центровъ, вызываемое чаще всего чувствомъ тоски или половыми импульсами, во-вторыхъ. При наличности этихъ условій въ сознаніи появляются ничѣмъ не подавляемыя такія представленія, которыя сочетаются съ только что названными

раздраженіями. Вотъ почему сильнѣе всего навязчивое мышленіе бываетъ по утрамъ, послѣ пробужденія, когда корковый органъ возбужденъ особенно слабо, благодаря ночному отдыху и недостатку внѣшнихъ раздраженій.

Нѣкоторые клиницисты полагають, что навязчивыя идеи сравнительно рѣдко переходяють въ дѣйствія, особенно если онѣ представляются по своему содержанію опасными для больного или окружающихъ его. Къ сожалѣнію, такой взглядъ опровергается клиническимъ опытомъ. Намъ извѣстны страшныя преступленія, которыя совершались подъ вліяніемъ навязчивыхъ идей, причемъ трагизмъ положенія больныхъ усугублялся еще тѣмъ обстоятельствомъ, что ясность сознанія и способность критической оцѣнки не покидала ихъ ни на минуту. Вотъ какъ, на примѣръ, описываетъ свое душевное состояніе больной *Rayer'a*, долго боровшійся съ своими навязчивыми идеями, которыя однако привели его къ кровавому преступленію.

„Въ началѣ, говоритъ онъ, когда мнѣ пришла внезапная мысль убить своихъ дѣтей, я еще могъ владѣть собою, но я потерялъ сонъ, чувствовалъ какую то тяжесть въ области сердца, страдалъ головными болями, утратилъ аппетитъ и позабылъ даже свой табакъ. Но болѣзненное состояніе росло и, наконецъ, охватило меня всецѣло. Я боролся съ нимъ, и въ такой борьбѣ прошло пять мѣсяцевъ. Три раза я уже подымался ночью съ постели, чтобы убить дѣтей. Въ первую ночь, чтобы отвлечься отъ дурной мысли, я вышелъ на дворъ и, успокоившись, снова легъ спать. На вторую ночь то же самое; я зажегъ огонь, взялъ бритву, и, ходя по комнатамъ, страстно смотрѣлъ на спящихъ дѣтей. Потомъ положилъ бритву и отправился посмотрѣть своихъ животныхъ. На третью ночь я выходилъ изъ дому нѣсколько разъ и снова возвращался. Я былъ готовъ. Я вошелъ въ комнату дѣтей, держа въ одной рукѣ подсвѣчникъ, въ другой заступъ. Я смотрю на постель сына; его не было (наканунѣ ночью мальчикъ замѣтилъ странное поведеніе отца, сообщилъ о немъ сестрамъ, уговаривая ихъ бѣжать, и самъ ушелъ изъ дому).



Кровати дочерей были полуоткрыты; я хорошо видѣлъ, что онѣ спятъ. Я подошелъ; для того, чтобы развить больше силы, поставилъ лѣвую ногу на стулъ, который стоялъ около постели, подвинулся и нанесъ страшные удары. Дѣти не сдѣлали ни малѣйшаго движенія. Я не знаю, сколько ударовъ я нанесъ. Передъ преступленіемъ я думалъ только о томъ, чтобы совершить его и бѣжать. — послѣ него я даже не взглянулъ на трупы, но испытывалъ чувство глубокаго облегченія, которое продолжалось до моего прибытія въ лѣсъ. Тогда я почувствовалъ себя слабымъ и могъ только съ плачемъ воскликнуть: я потерянный человѣкъ! "...

Къ аномаліямъ формальной стороны сферы представленія относятся также измѣненія вниманія—*разстройства апперцепціи*. Вниманіе есть такая дѣятельность, присутствующая нашему сознанію, которая даже у нормальныхъ людей постоянно колеблется и притомъ въ довольно широкихъ границахъ; у душевно-больныхъ эти границы расширяются еще болѣе, вниманіе у нихъ можетъ быть или чрезмѣрно обострено или ненормально ослаблено. Первое мы часто встрѣчаемъ у неврастениковъ, ипохондриковъ, истеричныхъ. Больные, одержимые названными страданіями, иногда съ поразительной чуткостью способны уловить самыя ничтожныя ощущенія, особенно идущія со стороны ихъ внутреннихъ органовъ. Гораздо чаще однако мы можемъ наблюдать совершенно обратное явленіе. Меланхоликъ, всецѣло устремивъ свое вниманіе на испытываемое имъ тяжелое состояніе, воспринимаетъ только то, что имѣетъ соотношеніе къ этому состоянію; ко всему остальному онъ слѣпъ и глухъ. Маніакъ, благодаря ускоренному теченію мыслей, точно также мало вниманія обращаетъ на внѣшнія условія. Способность вниманія, наконецъ, бываетъ болѣе или менѣе рѣзко ослаблена при всѣхъ формахъ слабоумія—неизбѣжный результатъ недостаточной возбудимости психическаго органа.

Къ разстройствамъ формальной стороны сферы представленій относятся также разстройства способности воспринимать впечатлѣнія въ томъ видѣ, въ какомъ они

были получены, другими словами, *разстройства памяти*. У нѣкоторыхъ больныхъ, особенно находящихся въ состояніи возбужденія, напримѣръ, у маніаковъ, эта способность иногда бываетъ замѣчательно усилена; въ ихъ памяти нерѣдко съ поразительной отчетливостью возстаютъ такіе образы, которые относятся къ самому раннему дѣтству и которые при нормальныхъ условіяхъ не могли-бы появиться въ ихъ сознаниі. Такая особенность здѣсь находитъ себѣ естественное объясненіе въ общемъ облегченіи психическихъ процессовъ, съ одной стороны, и въ рѣзкой окраскѣ живымъ чувствомъ всѣхъ представленій, съ другой. Гораздо чаще однако мы встрѣчаемся въ клиникѣ съ ослабленіемъ памяти. У меланхоликъ, при состояніяхъ, характеризующихся глубокимъ истощеніемъ психическаго органа, образы прошлаго выплываютъ въ сознаниі крайне медленно, недостаточно, слишкомъ блѣдными. Больные сами ощущаютъ такую особенность, горько жалуются на нее окружающимъ, заявляя, что они утратили память. На самомъ дѣлѣ однако образы, сохранившіеся въ ихъ памяти, не изгладились, они только труднѣе воспроизводятся, благодаря замедленному теченію всѣхъ психическихъ процессовъ. Медленность воспроизведенія, впрочемъ, у меланхолика можетъ зависѣть отчасти и отъ ослабленія его вниманія, вслѣдствіе чего получаемыя имъ впечатлѣнія обладаютъ недостаточной окраской чувствомъ. Наблюдаемое при состояніяхъ истощенія ослабленіе памяти вполне объясняется ослабленіемъ сочетательной дѣятельности мозговой коры. Въ обоихъ только что указанныхъ нами случаяхъ дѣло идетъ о временной утратѣ образовъ воспоминанія. Но эти образы нерѣдко погибаютъ у больныхъ и навсегда. Такой фактъ имѣетъ мѣсто при вторичномъ слабоуміи. Наблюдая послѣдовательно развивающееся слабоуміе, можно подмѣтить даже законъ, которому подчиняется такая утрата памяти: вначалѣ исчезаютъ только представленія, которыя были получены недавно, представленія же болѣе старыя, какъ болѣе долгое время сохранявшіяся въ психическомъ органѣ, оставляютъ въ немъ и болѣе глубокіе слѣды, которые изгла-

живаются поэтому гораздо труднѣе. Вотъ почему вначалѣ слабѣетъ память настоящаго и лишь потомъ—прошлаго. Въ тѣхъ счастливыхъ случаяхъ, когда память начинаетъ возстановляться, возстановленіе происходитъ обратнымъ путемъ, т. е. вначалѣ челоѣкъ мало по малу припоминаетъ свое прошлое и затѣмъ недавнее.

Къ разсматриваемой нами аномаліи сферы представленій относятся также тѣ разстройства памяти, которыя мы вмѣстѣ съ *Sully* назовемъ *иллюзіями памяти*. Иллюзіи памяти *Sully* раздѣляетъ на двѣ категоріи—фантазмы памяти и иллюзіи памяти въ собственномъ смыслѣ. Фантазмами памяти онъ называетъ такіе безусловно фантастическіе образы, которые появляются въ сознаніи челоѣка, глубоко убѣжденнаго, что эти образы были имъ нѣкогда получены изъ дѣйствительной жизни и строго соотвѣтствуютъ ей. Этого рода аномалію мы, напр., очень часто встрѣчаемъ у лицъ, страдающихъ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ. Паралитики сплошь и рядомъ разсказываютъ намъ цѣлыя никогда не бывалыя исторіи съ замѣчательной точностью и подробностью, выдавая ихъ за имѣвшія мѣсто въ дѣйствительности. Подобный фактъ слѣдуетъ объяснить прежде всего, конечно, слишкомъ яркой окраской живымъ чувствомъ образовъ фантазіи, ослабленіе же критики и сужденія больныхъ не позволяетъ имъ отнестись къ этимъ образамъ съ должной оцѣнкой.

Подъ именемъ иллюзіи памяти въ строгомъ смыслѣ *Sully* разумѣетъ образы воспоминанія, не точные, не вполне соотвѣтствующіе дѣйствительности. Въ иныхъ случаяхъ ошибка зависитъ отъ слишкомъ сильнаго душевнаго волненія, переживаемаго въ данный моментъ (напр., у меланхоликовъ, у маніаковъ), въ другихъ она объясняется недостаточной точностью воспроизведенія представленій: послѣдняя нерѣдко характеризуетъ первично помѣшанныхъ, а также истеричныхъ, всѣмъ извѣстная лживость которыхъ очень часто повидимому можетъ быть отнесена на счетъ этой аномаліи. Наконецъ, я долженъ упомянуть, какъ о явленіи, весьма близко относя-

щемся сюда, о такъ называемыхъ обманахъ воспоминанія, замѣчаемыхъ иногда у душевно-больныхъ, но особенно у душевно-здоровыхъ. Люди, пользующіеся въ общемъ безукоризненнымъ психическимъ здоровьемъ, но вынесшіе передъ тѣмъ какіе-либо утомившіе ихъ организмъ моменты, иногда, попадая совершенно въ новую обстановку или встрѣчая въ первый разъ человѣка, испытываютъ такое ощущеніе, какъ будто-бы они прежде были здѣсь, какъ будто-бы они уже встрѣчались съ даннымъ лицомъ, хотя въ тоже самое время знаютъ, что никогда ничего подобнаго не бывало. Это явленіе нужно объяснять прежде всего тѣмъ, что человѣкъ дѣйствительно получалъ въ прошломъ болѣе или менѣе сходныя впечатлѣнія, но тутъ оказываетъ свое вліяніе также и слабость воспріятыхъ ранѣ впечатлѣній, вмѣстѣ съ блѣдностью впечатлѣній данной минуты.

Полную аналогію съ аномаліями памяти представляютъ *разстройства воображенія* или способности воспроизводить представленія въ измѣненномъ видѣ. Эта способность у душевно-больныхъ можетъ быть также то ослаблена, то усилена; усиленіе ея обыкновенно встрѣчается при различныхъ состояніяхъ возбужденія, напр., у маниаковъ, у паралитиковъ; у нихъ, благодаря ускоренному теченію идей и необычайно яркой окраскѣ ихъ, образы фантазіи нерѣдко достигаютъ поразительной пластичности и невольно вводятъ въ заблужденіе самихъ больныхъ, которые иногда не въ состояніи отрѣшиться отъ мысли, что имѣютъ дѣло съ дѣйствительными воспріятіями. Ослабленіе и даже полную утрату способности фантазировать мы находимъ у слабоумныхъ, какъ одинъ изъ симптомовъ общаго угасанія ихъ духовной жизни

Кромѣ формальныхъ разстройствъ въ сферѣ представленій, мы часто встрѣчаемъ у душевно-больныхъ еще разстройства самаго содержанія представленій, идеи бреда.

Нелюпой идеей или *идеей бреда* называютъ ложную идею, несоотвѣтствующую дѣйствительности, но въ истинѣ которой самъ больной глубоко убѣжденъ.

Я вижу однако, что такое опредѣленіе Васъ не удовлетворяетъ. Дѣйствительно, совершенно подобное мы можемъ встрѣтить и у здоровыхъ людей, но только у нихъ мы говоримъ о заблужденіи. Какая-же разница между идеей бреда больного и заблужденіемъ здороваго? Съ перваго раза, пожалуй, можно бы думать, что надежнымъ отличительнымъ признакомъ здѣсь можетъ служить содержаніе идеи; но болѣе глубокое изученіе легко показываетъ, что такое различіе не основательно. Въ самомъ дѣлѣ, очень часто идеи бреда душевно-больныхъ не выходятъ изъ границъ правдоподобности; иногда больные бредаютъ, напр., супружеской невѣрностью, считаютъ себя зараженными сифилисомъ и т. п.; во всемъ этомъ вѣднѣтъ ничего невозможнаго. Съ другой стороны заблужденія душевно-здоровыхъ людей иной разъ принимаютъ самыя фантастическія формы. Приходитъ, на примѣръ, Вашъ пріятель и заявляетъ, что онъ недавно получилъ важныя извѣстія съ того свѣта. Вы съ безпокойствомъ выглядываете на него, думая, не заболѣлъ ли онъ; но Вашъ собесѣдникъ далѣе сообщаетъ, что подобныя извѣстія получить довольно легко, что стоитъ только собраться нѣсколькимъ лицамъ вмѣстѣ, запереться въ темную комнату, сѣсть вокругъ стола, положить на него руки и терпѣливо ждать появленія безплотныхъ силъ. Слыша все это, Вы успокаиваетесь и думаете: онъ не душевно боленъ, онъ только сдѣлался спиритомъ. Итакъ, не въ содержаніи нужно искать различія между идеей бреда и заблужденіемъ. Надежными дифференціально-діагностическими признаками являются здѣсь отношенія идеи бреда ко всему остальному содержанію сознанія, отношенія къ ней самого субъекта, но въ особенности способъ возникновенія бредовой идеи.

Идея бреда есть симптомъ патологическаго состоянія психическаго органа; это состояніе всегда выражается еще рядомъ другихъ симптомовъ. Такимъ образомъ, идея бреда никогда не остается у больного единственнымъ признакомъ его страданія. Ничего подобнаго, конечно, мы не встрѣчаемъ при заблужденіяхъ у здоровыхъ людей; у

нихъ заблужденія совмѣщаются съ полнымъ здоровьемъ и проистекаютъ лишь или отъ ошибки въ логическихъ процессахъ, или отъ невѣжества, невнимательности или неясности самаго воспріятія. Въ силу того, что здоровые обладаютъ правильно дѣйствующимъ логическимъ аппаратомъ, ихъ можно разубѣдить въ ошибкахъ. Душевно-больные недоступны никакимъ доводамъ логики; идеи бреда у нихъ могутъ исчезнуть только съ наступленіемъ здоровья. Идеи бреда, далѣе, всегда имѣютъ болѣе субъективный характеръ. И душевно-больной и здоровый, но суевѣрный человѣкъ, могутъ населять весь окружающій міръ одними и тѣми же фантастическими существами; но въ то самое время какъ здоровый не относитъ присутствіе ихъ исключительно на свой счетъ и опасается ихъ вліянія лишь по столько, по сколько ему могутъ подпасть и остальные, душевно-больной глубоко убѣжденъ, что всѣ эти таинственные духи присутствуютъ только для него, что онъ находится въ центрѣ всей ихъ дѣятельности. Идеи бреда больного поэтому сплошь и рядомъ опредѣляютъ основной характеръ его дѣятельности, тогда какъ суевѣрія здоровыхъ вмѣшиваются въ ихъ жизнь сравнительно мало.

Но рѣшающее дифференціально-діагностическое значеніе пріобрѣтаетъ способъ образованія бредовыхъ идей.

Идеи бреда черпаютъ свой матеріалъ изъ тѣхъ же источниковъ, какъ и идеи здороваго человѣка. Каждая новая мысль вырабатывается у нормальныхъ людей или логическимъ путемъ изъ полученныхъ ранѣе представленій, или же въ основѣ ея лежитъ какое-либо новое воспріятіе. То же самое мы видимъ и у душевно-больныхъ; и у нихъ бредовыя идеи образуются путемъ ложнаго умозаключенія изъ ложной первой посылки или же вслѣдствіе ложнаго воспріятія. Первый путь—идейный, второй—галлюцинаторный. На послѣднемъ мы пока останавливаться не будемъ, а перейдемъ къ разсмотрѣнію перваго. Представленіе, которое является въ основѣ бредовой идеи, можетъ возникнуть или въ области сознанія, или внѣ ея; въ одномъ случаѣ мы имѣемъ сознательный психологическій актъ,

въ другомъ—безсознательный органической процессъ. Въ сознательной сферѣ бредовая идея можетъ сложиться при помощи разсужденія: больной, замѣчая особенности своего состоянія, объясняетъ ихъ невѣрно и такимъ образомъ вырабатываетъ нелѣпую идею. Меланхоликъ испытываетъ тоскливое настроеніе и, естественно, старается отыскать для него поводъ; онъ по опыту знаетъ, что подобное же ему приходилось переживать и ранѣе, вслѣдствіе какихъ либо неблагопріятныхъ условій, невольно дѣлаетъ попытку найти такія причины и въ данномъ случаѣ и приходитъ къ выводу, что онъ грѣшенъ, что онъ низко палъ, что его всѣ презираютъ, что ему грозитъ мучительная участь. Маніакъ объясненіе своему жизнерадостному настроенію видитъ въ томъ, что онъ сдѣлался лучше, сильнѣе, богаче, умнѣе, однимъ словомъ, во всѣхъ отношеніяхъ выше. Таковъ самый частый способъ образованія идей бреда въ сферѣ сознанія. Значительно рѣже приходится встрѣчать нелѣпыя идеи, какъ результатъ смѣшенія сновъ съ дѣйствительностью. Что касается безсознательнаго образованія бредовыхъ идей, то происхожденіе ихъ можетъ быть центральнымъ и периферическимъ. Въ первомъ случаѣ идеи бреда рождаются непосредственно въ психическомъ органѣ, но ниже сферы сознанія, въ которое проникаютъ уже въ готовомъ видѣ, нерѣдко поражая самого больного своей нелѣпостью, чудовищностью, полнымъ контрастомъ съ его взглядами и убѣжденіями. Въ другихъ случаяхъ нелѣпыя идеи происходятъ вслѣдствіе рефлекторнаго раздраженія, благодаря вліянію на безсознательную сферу различныхъ заболѣваній внутреннихъ органовъ.

Изъ всего сказаннаго до сихъ поръ уже можно видѣть, какъ много грубыхъ заблужденій существуетъ относительно идей бреда даже у лицъ, принадлежащихъ къ образованному обществу. Часто приходится, на примѣръ, слышать, что въ идеяхъ бреда отражается причина душевнаго заболѣванія. На самомъ же дѣлѣ только въ очень рѣдкихъ случаяхъ этиологической моментъ налагаетъ свой отпечатокъ на бредовую идею, тѣмъ болѣе, что душевное разстройство обыкновенно бываетъ слѣдствіемъ цѣлой серіи

причинъ. Тѣмъ не менѣе однако содержаніе бредовой идеи представляетъ для насъ дѣйствительно большой интересъ, такъ какъ прежде всего оно можетъ указать иногда на характеръ патологическаго процесса, охватившаго головной мозгъ. Въ какой бы части свѣта ни жилъ больной, какой бы націи, какому бы сословію онъ ни принадлежалъ, онъ всего чаще будетъ высказывать бредъ супружеской невѣрности, если заболѣваніе его вызвано алкоголемъ; прогрессивный паралитикъ, будь это обитатель глухой русской деревушки или роскошнаго дворца въ Парижѣ, чаще всего будетъ выдаваться идеями величія, богатства, могущества; у заболѣвшихъ старческимъ слабоуміемъ обыкновенно вырабатывается бредъ нигилистическій, бредъ грабежа, всеобщаго уничтоженія и т. д. Знакомиться съ идеями бреда далѣе важно еще потому, что онѣ указываютъ на основное настроеніе больного, онѣ говорятъ намъ о степени его образованія, развитія, о кругѣ его занятій, о его привычкахъ. Наконецъ, очень часто онѣ наталкиваютъ насъ на различныя пораженія внѣчерепныхъ органовъ. Больная, обвиняя окружающихъ въ половомъ преслѣдованіи, нерѣдко основываетъ эти идеи бреда на ненормальныхъ ощущеніяхъ, идущихъ со стороны половой сферы, и только понимаетъ ихъ иначе, аллегоризируетъ ихъ. Въ другихъ случаяхъ даже помимо аллегоризаціи различныя внутреннія страданія даютъ толчокъ къ ненормальной психической дѣятельности, результатомъ которой и является бредовая идея.

Итакъ, содержаніе бредовой идеи опредѣляется весьма различными факторами, между которыми причина, непосредственно вызвавшая заболѣваніе, играетъ весьма второстепенную роль, да и то лишь въ отдѣльныхъ случаяхъ.

Не менѣе ошибоченъ и другой взглядъ на нелѣпыя идеи, также весьма распространенный въ обществѣ, взглядъ, по которому бредовая идея можетъ существовать какъ изолированный, единственный симптомъ страданія. Очень нерѣдко, напримѣръ, обращаются къ врачу съ вопросами: на чемъ помѣшался человѣкъ, какая у него *idée fixe*? Все сказанное выше о бредовыхъ идеяхъ дѣлаетъ достаточно

понятною несообразностью подобныхъ вопросовъ. Въ дѣйствительности бредовая идея—лишь одно изъ проявленій болѣзни, правда, иной разъ самое выдающееся; внимательное изслѣдованіе больного всегда укажетъ еще и инныя уклоненія отъ нормы, такъ какъ при душевномъ заболѣваніи поражается весь психическій органъ, измѣняются, слѣдовательно, хотя въ весьма различной степени, всѣ важнѣйшія его функціи.

Лекція V.

Симптоматологія пом'шательства.

(Продолженіе).

Аномаліи въ двигательной сторонѣ душевной жизни; аномаліи влеченія къ пищѣ у душевно-больныхъ; ослабленіе, усиленіе и извращеніе этого влеченія. Аномаліи полового влеченія; *paradoxia sexualis*, *anaesthesia sexualis*, *hyperaesthesia sexualis* и *paraesthesia sexualis*. Особенно важное практическое значеніе аномалій послѣдней категоріи; различіе между извращеннымъ половымъ влеченіемъ у здоровыхъ людей и у душевно-больныхъ. Раздѣленіе болѣзненно-извращеннаго полового влеченія по характеру его проявленія. Садизмъ. Мазохизмъ. Тѣсное сродство между актами жестокости и половымъ актомъ. Гипотеза Clevenger'a. Превратное половое ощущеніе; взглядъ на него Casper'a, Westphal'я и Krafft-Ebing'a. Извращеніе полового влеченія, какъ одинъ изъ частыхъ симптомовъ психической дегенераціи.

М.м. Гг.!

Въ предшествовавшихъ лекціяхъ Вы познакомились съ аномаліями, замѣчаемыми въ сферахъ чувства и представленій у душевно-больныхъ. Сегодня я хочу обратить Ваше вниманіе на измѣненія, происходящія въ двигательной сторонѣ душевной жизни человѣка во время психическаго заболѣванія. Но на этихъ измѣненіяхъ я позволю себѣ остановиться нѣсколько долѣе въ силу ихъ глубокой практической важности. Очень нерѣдко мы встрѣчаемъ людей, настроеніе которыхъ повидимому нормально, мышленіе у которыхъ совершается повидимому вполне правильно, а между тѣмъ поступки ихъ носятъ на себѣ явную печать ненормальности; неудивительно поэтому, что они обыкновенно подаютъ поводъ къ недоразумѣніямъ, невѣрно оцѣниваются.

Наблюдая дѣятельность душевно-здороваго человѣка, мы видимъ, что она существенно обусловливается двумя основными влеченіями, изъ которыхъ одно имѣетъ своей цѣлью сохраненіе индивидуума, а другое — сохраненіе рода; эти влеченія—влеченіе къ пищѣ и половое. При душевныхъ болѣзняхъ не возникаетъ какихъ-либо новыхъ влеченій; у нашихъ больныхъ они остаются тѣ же, лишь могутъ подвергаться весьма значительнымъ нарушеніямъ.

Остановимся сначала на *измѣненіяхъ влеченія къ пищѣ*.

Это влеченіе часто представляется или ослабленнымъ, или усиленнымъ, или извращеннымъ. Ослабленное влеченіе къ пищѣ нерѣдко замѣчается при истеріи, нейрастеніи, ипохондріи. Иногда при этихъ страданіяхъ первый же глотокъ пищи вызываетъ чувство сытости—явленіе, которое объясняютъ гиперэстезіей желудочныхъ вѣтвей блуждающаго нерва. Ослабленное влеченіе къ пищѣ характеризуетъ далѣе меланхолика, у котораго оно стоитъ въ прямой связи съ ослабленіемъ всѣхъ психическихъ процессовъ. Наконецъ, это влеченіе пропадаетъ обыкновенно при состояніяхъ глубокаго слабоумія. Несравненно чаще однако въ клиникѣ встрѣчается не ослабленное влеченіе къ пищѣ, а отказъ отъ нея, вызванный обыкновенно различными идеями бреда. При ипохондріи, на примѣръ, у больного иногда вырабатывается убѣжденіе, что онъ неизлѣчимо боленъ, что при его болѣзни нельзя ничего ѣсть, иначе онъ можетъ подвергнуться жестокому страданіямъ, что у него закупоренъ кишечный трактъ и проглоченная пища не можетъ удалиться изъ тѣла естественнымъ путемъ и т. д. При такъ называемомъ бредовомъ помѣшательствѣ, особенно, если имѣются на лицо идеи преслѣдованія, больной упорно отвергаетъ предлагаемую пищу, подозрѣвая, что въ нее подсыпанъ ядъ или другія вредно дѣйствующія вещества. Нерѣдко отказъ отъ пищи и у меланхоликовъ, что также находится въ связи съ идеями бреда; нѣкоторые изъ нихъ приходятъ къ выводу, что они не имѣютъ права ѣсть, что у нихъ нечѣмъ заплатить за пищу, что если они будутъ ѣсть, то лишатъ необходимой пищи другихъ и т. п.

Усиленное влеченіе къ пищѣ представляетъ собою сравнительно частое явленіе при различныхъ формахъ истеріи и нейрастеніи. У лицъ, страдающихъ этими болѣзнями, иногда даже непосредственно вслѣдъ за приѣмомъ пищи можетъ обнаружиться неуправляемый голодъ, который однако легко заглушается послѣ первыхъ же глотковъ; такой симптомъ носитъ названіе *булиміи* (волчьего голода) и находится въ зависимости отъ гиперэстезіи вѣтвей блуждающаго нерва, заложенныхъ въ стѣнкахъ желудка. Полный контрастъ съ булиміей представляетъ *полифагія* или отсутствіе чувства сытости. Полифагію мы часто встрѣчаемъ, на примѣръ, у слабоумныхъ, которые могутъ поѣдать громадныя количества пищи, не ощущая ни малѣйшей сытости вслѣдствіе анэстезіи названныхъ выше вѣтвей X-ой пары. Нерѣдко прожорливость больныхъ находится въ зависимости отъ бредовыхъ идей; такъ, могутъ ѣсть очень много ипохондрики, видя въ этомъ способъ устранить свое мнимо-болѣзненное состояніе. Временами много ѣдятъ меланхолики, вызванные къ тому чувствомъ тоски и желая хоть чѣмъ нибудь разнообразить монотонность своего существованія. Маниакъ обыкновенно ѣсть очень много, такъ какъ каждое впечатлѣніе, а слѣдовательно и вкусовое, связано для него съ яркой окраской удовольствія. Стремленіе ѣсть какъ можно больше встрѣчается и у лицъ, одержимыхъ бредовымъ помѣшательствомъ. Мой больной, который увѣрялъ, что въ его животѣ сидятъ трое его злѣйшихъ враговъ, намѣренно ѣлъ до пресыщенія, такъ какъ ему необходимо было накормить непрошенныхъ жильцовъ, иначе же онъ самъ, по его словамъ, рисковалъ умереть отъ голода. Наконецъ, увеличеннымъ аппетитомъ отличаются выздоравливающіе отъ острыхъ душевныхъ страданій; но здѣсь мы собственно встрѣчаемся съ явленіемъ чисто фізіологическимъ, такъ какъ глубоко ослабленный организмъ нуждается въ обильной доставкѣ матеріала. Къ этой же категоріи разсматриваемой нами аномаліи съ полнымъ правомъ могутъ быть отнесены возникающія у больныхъ влеченія къ извѣстнымъ только вкусовымъ веществамъ, ка-

ковыми особенно часто являются алкоголь, табакъ и инныя, потребление которыхъ связано для человѣка съ извѣстнымъ состояніемъ возбужденія. Иногда подобныя влеченія, возникая періодически, составляютъ собою наиболѣе выдающуюся черту всей клинической картины.

Къ третьей изъ названныхъ выше категорій измѣненнаго влеченія къ пищѣ причисляемъ тѣ случаи, когда влеченіе направлено на вещества, не относящіяся къ пищевымъ. У беременныхъ женщинъ, у истеричныхъ довольно часто можно встрѣтить неудержимое влеченіе къ землѣ, золу, уголь, графитъ и т. п., и въ наиболѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ неудовлетвореніе подобнаго влеченія вызываетъ даже рядъ болѣзненныхъ явленій какъ въ психической, такъ и въ соматической сферахъ—тоску, сердцебіеніе и т. п. Особенно часто извращеннымъ влеченіемъ къ пищѣ отличаются также ипохондрики, которые приписываютъ цѣлебную силу иногда самымъ отвратительнымъ веществамъ. Одно изъ наиболѣе неэстетичныхъ и не особенно рѣдкихъ проявленій этой аномаліи есть *копрофагія*, т. е. стремленіе поѣдать свои или чужіе экскременты. Этотъ симптомъ наблюдается при неистовствѣ, при тяжелыхъ формахъ меланхоліи, у слабоумныхъ и, указывая на глубокое разстройство сознанія, имѣетъ поэтому весьма неблагоприятное прогностическое значеніе.

Несравненно болѣе видную роль въ клинической картинѣ душевнаго разстройства, чѣмъ аномаліи влеченія къ пищѣ играютъ *аномаліи полового влеченія*.

Мнѣ нѣтъ необходимости долго останавливаться на выясненіи той важности, какую имѣетъ половое влеченіе въ жизни нормальныхъ людей. Достаточно только припомнить, что оно—одинъ изъ самыхъ важнѣйшихъ факторовъ индивидуальной и общественной жизни и своими благородными проявленіями лежитъ въ корнѣ этики; зато, принимая видъ грязной животной страсти, оно глубоко во всѣхъ отношеніяхъ унижаетъ человѣка, захватывая его всецѣло, разрушая всю его жизнь. Но если даже у здоровыхъ людей половое влеченіе можетъ проявляться весьма различно, тѣмъ болѣе измѣненіямъ оно подвергается

въ мірѣ душевно-больныхъ. Здѣсь измѣненія этого влеченія такъ разнообразны, такъ часты, что для большаго удобства мы будемъ различать четыре вида ихъ и рассмотримъ особо: *paradoxiam sexualem*, *anaesthesiam sexualem*, *hyperaesthesiam sexualem* и *paraesthesiam sexualem*.

Подъ именемъ *paradoxia sexualis* мы понимаемъ проявленіе полового влеченія въ необычныя эпохи жизни, т. е. или слишкомъ рано, или слишкомъ поздно. У здоровыхъ людей половое влеченіе начинаетъ пробуждаться постепенно, мало по-малу, одновременно съ развитіемъ физическаго организма, въ эпоху возмужалости, но въ семьяхъ дегенеративныхъ дѣти иногда начинаютъ чувствовать половое влеченіе гораздо раньше, даже въ первые годы жизни. (Здѣсь, конечно, я разумѣю не тѣ случаи, когда подобную аномалію можно объяснить дурными примѣрами или существованіемъ какихъ либо периферическихъ раздраженій). Весьма яркій примѣръ такого рода приводитъ *Gall*, который имѣлъ возможность наблюдать въ Парижѣ трехлѣтняго сына одного мулата; этотъ ребенокъ чувствовалъ такое сильное половое возбужденіе, что накидывался не только на дѣтей, но и на взрослыхъ женщинъ; ему не было и четырехъ лѣтъ, какъ онъ умеръ отъ истощенія. Не менѣе поразительное наблюденіе *Marc'a* приводитъ *Ideler*: дѣвочка, происходившая изъ почтенной семьи, съ четырехъ лѣтъ предавалась мастурбации съ мальчиками; будучи подвергнута тщательному изслѣдованію, она оказалась вполне лишеной нравственнаго чувства; она откровенно заявляла, что съ нетерпѣніемъ ждетъ, когда выростетъ, такъ какъ тогда она убьетъ родителей и будетъ распутничать со взрослыми. Какъ въ этомъ, такъ и во всѣхъ подобныхъ примѣрахъ, дѣло идетъ о дѣтяхъ глубоко ненормальныхъ, у которыхъ описываемая аномалія существуетъ одновременно съ другими симптомами болѣзненнаго состоянія; въ дальнѣйшей жизни у такихъ дѣтей обыкновенно развиваются различнаго рода тяжкія нервныя и душевныя болѣзни.

Къ *paradoxia sexualis* относятся и тѣ случаи, когда половое влеченіе проявляется ненормально поздно, въ

преклонномъ возрастѣ. Тутъ однако слѣдуетъ замѣтить, что возрастъ, когда при фізіологическихъ условіяхъ пропадаетъ половое влеченіе, у отдѣльныхъ людей можетъ быть весьма различенъ. Мы знаемъ безспорные факты, что и въ глубокой старости люди сохраняли половую силу и могли производить здоровое потомство; въ этихъ случаяхъ, конечно, мы не имѣемъ права говорить о ненормальности. Ненормальнымъ половое влеченіе можетъ быть названо лишь тогда, когда оно обнаруживается и притомъ съ необычайной интензивностью у субъектовъ преклонныхъ лѣтъ, уже утратившихъ половую способность. Весьма нерѣдко подобное явленіе наблюдается въ начальныхъ стадіяхъ такъ называемаго старческаго слабоумія. При этой формѣ больные сначала еще могутъ руководствоваться чувствомъ осторожности и самосохраненія, сознаютъ свое безсиліе и объектомъ нападеній выбираютъ дѣтей; позднѣе же, съ развитіемъ болѣе глубокаго слабоумія, теряется всякая узда осторожности; больные, не предпринимая никакихъ мѣръ, чтобы гарантировать себѣ безнаказанность, набрасываются на взрослыхъ и продѣлываютъ надъ ними самыя омерзительныя онанистическіе акты.

Подъ рубрикой *anaesthesia sexualis* мы разумѣемъ случаи ослабленія или полнаго уничтоженія полового влеченія. Какъ фізіологическое явленіе, эта *anaesthesia* существуетъ въ слишкомъ раннемъ и слишкомъ позднемъ возрастѣ жизни. У душевно-больныхъ ее довольно часто можно наблюдать при различныхъ формахъ меланхоліи и ипохондріи, гдѣ она объясняется отчасти замедленіемъ и подавленіемъ всѣхъ психическихъ процессовъ, отчасти же находится въ зависимости отъ предвзятаго мнѣнія въ собственномъ безсиліи. Отсутствие полового влеченія далѣе характеризуетъ состояніе глубокаго слабоумія и идиотизма, причемъ въ послѣднемъ случаѣ очень нерѣдко оно существуетъ одновременно съ недоразвитіемъ половыхъ органовъ. Но съ этой же аномаліей мы иногда сталкиваемся, изслѣдуя лицъ, повидимому, вполне здоровыхъ какъ въ физическомъ, такъ и въ психическомъ отно-

шеніи; есть люди, которымъ отъ рожденія совершенно чуждо половое влеченіе и у которыхъ тщательное психическое изслѣдованіе открываетъ обыкновенно пробѣлъ и въ соотвѣтствующихъ этическихъ представленіяхъ; анамнезъ доказываетъ, что тутъ мы имѣемъ дѣло съ лицами, происходящими изъ семьи, отягченной наслѣдственностью. Съ теченіемъ времени эти субъекты обыкновенно заболѣваютъ различными тяжелыми душевными и нервными страданіями.

Гораздо чаще однако въ нашихъ клиникахъ встрѣчается совершенно обратная, аномалія—случаи *hyperaesthesiae sexualis*, т. е. усиленнаго полового влеченія.

Наблюдая нормальныхъ людей, мы легко можемъ замѣтить, что интензивность полового влеченія у отдѣльныхъ индивидуумовъ колеблется въ весьма широкихъ границахъ. Вотъ почему о болѣзненно усиленномъ влеченіи слѣдуетъ говорить только съ большою осторожностью: къ нему можно относить лишь тѣ случаи, гдѣ половое влеченіе вновь пробуждается немедленно послѣ его удовлетворенія, гдѣ оно обнаруживается съ такою силой, что человѣкъ его не въ состояніи сдерживать; и гдѣ оно нерѣдко вызывается представленіями, которыя для здоровыхъ людей въ лучшемъ случаѣ совершенно индифферентны. Подобное усиленіе мы встрѣчаемъ, напримѣръ, при различныхъ состояніяхъ возбужденія, при которыхъ впрочемъ, оцѣнивая отдѣльные случаи, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что половое влеченіе иногда можетъ быть и не увеличеннымъ на самомъ дѣлѣ, но лишь выражается откровеннѣе, благодаря отсутствію задерживающихъ представленій, пониженному чувству стыда, уваженія къ приличіямъ и т. п. Но несомнѣнно, что гораздо болѣе часты тѣ случаи, когда у названныхъ выше больныхъ половое влеченіе дѣйствительно усилено. Иногда это усиленіе проявляется въ крайне грязной, грубой и откровенно циничной формѣ (*satyriasis* у мужчинъ, *putrhotania* — у женщинъ), но далеко не всегда; какъ у мужчинъ, такъ въ особенности у женщинъ, часто наблюдаются замаскированныя его проявленія, къ каковымъ

относятся наклонность къ усиленному кокетству, желаніе быть исключительно въ обществѣ лицъ противоположнаго пола, склонность къ игривымъ разговорамъ и анекдотамъ, къ нарядамъ, духамъ и т. п.

Странный фактъ, но клиника доказываетъ, что очень нерѣдко усиленное половое влеченіе проявляется усиленнымъ ханжествомъ, чрезмѣрнымъ стремленіемъ къ внѣшнему проявленію религіознаго чувства. Нѣкоторый свѣтъ на такое совпаденіе бросаютъ наблюденія надъ здоровыми людьми. Присматриваясь къ развитію нервныхъ дѣтей, мы очень часто можемъ замѣтить, что въ эпоху полового созрѣванія, когда у человѣка являются первые неясные симптомы полового влеченія, рука объ руку съ нимъ развивается и наклонность къ религіозной мечтательности, къ мистицизму, усиленное стремленіе къ религіознымъ упражненіямъ. Знакомство съ различными языческими религіями и религіозными сектами также показываетъ, что обрядовая сторона религіи въ нихъ тѣсно соприкасается съ проявленіями полового влеченія. Стоитъ только вспомнить культъ Венеры, Астарты и т. д. Да нѣтъ необходимости, впрочемъ, для доказательства погружаться въ такую сѣдую старину. Наши современныя раскольничьи секты могутъ дать для этого благодарный матеріалъ; у хлыстовъ, напр., «радѣнія» обыкновенно оканчиваются свальнымъ грѣхомъ. Клиническій опытъ учитъ насъ, что у душевно-больныхъ, особенно, если страданіе развилось на почвѣ истощенія организма половыми излишествами и онанизмомъ, сочетаніе усиленнаго полового возбужденія съ бредомъ религіознаго характера — чрезвычайно частое явленіе. «Нѣтъ ничего чаще, какъ встрѣтить соединеніе эротическихъ наклонностей съ религіознымъ чувствомъ у душевно-больныхъ», говоритъ извѣстный французскій психіатръ *Falret-père*. Я до сихъ поръ не могу забыть одного моего пациента, исторія болѣзни котораго весьма поучительна въ этомъ отношеніи. Мой больной происходилъ изъ семьи, отягченной тяжелой наслѣдственностью; въ молодости онъ предавался онанизму, затѣмъ вступилъ въ связь съ женой своего брата и изъ ревности его убилъ.

Будучи сосланъ по суду въ Сибирь, онъ обнаружилъ тамъ наклонность къ религіозной мечтательности, подъ вліяніемъ которой убѣжалъ въ Америку, ознакомился тамъ съ различными сектами, много путешествовалъ, по-видимому съ этой же цѣлью, по Западной Европѣ и, наконецъ, очутился въ одномъ изъ Афонскихъ монастырей. Здѣсь, стоя на молитвѣ, онъ началъ замѣчать каждый разъ сильное половое возбужденіе. Больной остановилъ на этомъ фактѣ свое вниманіе, положилъ его въ основу особаго ученія и началъ открыто проповѣдывать «физическую» любовь къ Богу. Будучи изгнанъ немедленно изъ монастыря, онъ съ своѣй проповѣдью обошелъ различныя страны, затѣмъ пріѣхалъ въ Константинополь и обратился къ нашему послу съ просьбой доставить его на родину, гдѣ и былъ помѣщенъ родными въ специальное лечебное заведеніе. Внимательное наблюденіе открыло у него строго систематизированныя бредовыя идеи религіознаго характера.

Подъ именемъ *paraesthesia sexualis* мы понимаемъ различныя виды извращенія полового влеченія, причемъ извращеннымъ мы называемъ такого рода влеченіе, которое не ведетъ къ цѣли, назначенной природой, т. е. къ размноженію. Здѣсь однако я долженъ сдѣлать одну существенно важную оговорку. Подобныя влеченія нерѣдко встрѣчаются и среди нормальныхъ людей; достаточно, напримѣръ, припомнить обычаи древнихъ римлянъ временъ упадка, когда педерастія практиковалась совершенно открыто, когда на нее смотрѣли, какъ на обыденное, естественное явленіе; да и въ настоящее время, особенно въ большихъ городахъ, какъ свидѣтельствуемъ судебная хроника, педерастія и лесбійская любовь въ большомъ распространеніи. Неужели ко всѣмъ этимъ фактамъ мы должны относиться какъ къ безусловно патологическимъ? Разумѣется нѣтъ. Необходимо строго отличать случаи нравственной распущенности, пресыщенія и разврата отъ проявленій глубоко ненормальнаго состоянія нервной системы. Послѣднія представляютъ ту существенную особенность, что извращенное влеченіе даетъ о себѣ знать

обыкновенно въ такомъ нѣжномъ возрастѣ, когда нельзя и думать о пресыщеніи или развратѣ, когда кругомъ нѣтъ никакого внѣшняго растлѣвающего вліянія. Болѣзненно-извращенное влеченіе проявляется въдобавокъ съ крайней интензивностью, а, изслѣдуя субъектовъ, обладающихъ имъ, мы всегда можемъ убѣдиться, что передъ нами лица съ врожденной дегенераціей, у которыхъ послѣдняя обнаруживается еще и иными симптомами какъ въ соматической, такъ и въ психической сферахъ.

Принимая во вниманіе характеръ проявленія болѣзненно-извращеннаго полового влеченія, всѣ относящіяся сюда случаи можно довольно удобно раздѣлить на три класса. Къ первому принадлежать тѣ, когда половое влеченіе имѣетъ въ виду субъектовъ противоположнаго пола, ко второму тѣ, когда влеченіе вызывается представленіями, не имѣющими никакого отношенія къ половой жизни, и, наконецъ, къ третьему,—когда объектомъ влеченія являются лица того же пола.

Остановимся сначала на первой категоріи интересующихъ насъ явленій.

Болѣзненно-извращенное половое влеченіе, направленное къ лицамъ противоположнаго пола, весьма тѣсно примыкаетъ къ области нормальной половой жизни, представляя отъ нея рядъ постепенныхъ переходныхъ ступеней. Въ самыхъ легкихъ формахъ вся ненормальность заключается въ искаженіи лишь психической стороны половыхъ отношеній. При нормальныхъ условіяхъ, какъ извѣстно, женщинѣ здѣсь свойственна болѣе пассивная, страдательная роль, мужчинѣ—болѣе агрессивная, активная. Первымъ шагомъ въ область патологіи являются тѣ случаи, когда это различіе сохраняетъ свой основной характеръ, но отличается большей рѣзкостью, когда мужчина, не довольствуясь нормальнымъ актомъ, старается проявить свое преобладаніе, причиняя боль женщинѣ, дѣлая ее жертвой различныхъ истязаній. По имени извѣстнаго французскаго романиста, маркиза де-Сада, который самъ страдалъ такой аномаліей и весьма подробно описываетъ ее въ своихъ

произведеніяхъ, *Krafft-Ebing* предлагаетъ называть ее *са-
дизмомъ*.

Болѣе рѣзкое уклоненіе отъ нормы составляютъ случаи, когда психическая сторона полового акта извращена совершенно, когда мужчина предпочитаетъ играть роль жертвы, когда ему наивысшее наслажденіе доставляютъ тѣ физическія мученія, которыя онъ терпитъ отъ женщинъ, когда женщина, наоборотъ, принимаетъ на себя активную роль, когда она физически мучаетъ мужчину. Галицкій романистъ Захеръ-Мазохъ написалъ цѣлую серію романовъ, гдѣ эта аномалія описана съ чрезвычайной подробностью и точностью. *Krafft-Ebing* предлагаетъ ее назвать поэтому *мазохизмомъ*.

Естественную послѣдующую ступень образуютъ случаи, когда самый половой актъ или отстываетъ на задній планъ, или совсѣмъ не выполняется, и когда субъекты получаютъ половое удовлетвореніе, совершая различнаго рода по большей части кровожадныя, звѣрскія, жестокія насилія надъ своими жертвами. Печальную историческую извѣстность приобрѣлъ въ этомъ отношеніи французскій маршалъ Gilles-de-Ray, казненный въ 1440 г. за то, что въ теченіе восьми лѣтъ заманилъ въ свой замокъ и замучилъ до смерти болѣе 800 дѣтей. Судебное слѣдствіе выяснило, что маршалъ не насилывалъ своихъ жертвъ; онъ довольствовался тѣмъ, что подвергалъ ихъ пыткамъ и жестокой казни, при зрѣлищѣ какихъ-нибудь испывалъ усиленное половое возбужденіе. Головы наиболѣе красивыхъ дѣтей онъ оставлялъ себѣ на память, такъ какъ видъ ихъ напоминалъ о полученныхъ въ свое время наслажденіяхъ. Громкій шумъ въ Германіи надѣлалъ нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ процессъ нѣкоего Верцени; обитатели той мѣстности, гдѣ онъ жилъ, были внезапно встревожены нападеніями на одинокихъ женщинъ какого-то человѣка, который накидывался на своихъ жертвъ, начиналъ ихъ душить и затѣмъ скрывался въ лѣсъ. Черезъ нѣсколько времени преступника задержали; онъ оказался пастухомъ, по имени Верцени. При допросахъ арестованный признался, что испывалъ

величайшее половое наслаждение, схватывая за горло женщину. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полное удовлетвореніе почему то замедлялось и тогда онъ долженъ былъ душиить до смерти; чаще же всего онъ только причинялъ испугъ и загѣмъ убѣгалъ, удовлетворивъ свою страсть. Обстоятельства дѣла выяснили далѣе, что онъ даже не притрогивался до половыхъ частей женщины, что онъ происходилъ изъ психопатической семьи и въ первый разъ почувствовалъ половое возбужденіе на 12-мъ году, видя какъ рѣзали куръ. Физическое изслѣдованіе Верцени показало наличность рѣзкихъ симптомовъ вырожденія. Вообще нужно замѣтить, что субъекты, представляющіе описываемую нами аномалію, по большей части обладаютъ рѣзко выраженной дегенераціей, отягчены наслѣдственностью, почти вовсе не знакомы съ обычными половыми ощущеніями, нерѣдко являются прямо импотентами и иногда испытываютъ въ первый разъ чувство сладострастія при видѣ, какъ рѣжутъ птицъ или другихъ животныхъ, наказываютъ людей и т. п. Страннымъ, малопонятнымъ представляется столь тѣсное, повидимому, сродство актовъ жестокости съ половымъ актомъ. Проф. *Clevenger* объясняетъ его тѣмъ, что половое влеченіе первично возникло изъ влеченія къ пищѣ. Онъ основываетъ подобный выводъ на наблюденіяхъ надъ низшими животными; монады *Dallinger*'а размножаются, напримѣръ, путемъ взаимнаго поѣданія; одна меньшая, поглощается другой, большей, такъ что часа черезъ два отъ нея не остается и слѣда; но зато еще черезъ два часа оставшаяся расщепляется на двѣ. Крабы во время полового акта нерѣдко поѣдаютъ другъ у друга цѣлыя части тѣла. Самки нѣкоторыхъ видовъ пауковъ кончаютъ брачный пиръ тѣмъ, что пожираютъ своихъ мужей, если только тѣ не успѣютъ во время спастись. Опираясь на подобные примѣры, *Clevenger* склоненъ объяснить установленную выше связь атавизмомъ.

Въ тѣсномъ сродствѣ съ только что описанными проявленіями извращеннаго полового влеченія находятся случаи второй категоріи. Подобно тому, какъ при пер-

выхъ половое чувство иногда удовлетворяется актами жестокости, т. е. не имѣющими собственно отношенія къ половой жизни, подобно этому при вторыхъ влеченіе вызывается представленіями, чуждыми половой дѣятельности. Нѣсколько весьма поучительныхъ наблюденій въ этомъ родѣ опубликовали *Charcot* и *Magnan*. Они рассказываютъ, напр., объ одномъ юношѣ, который былъ арестованъ за кражу женскаго бѣлья. При обыскѣ у него нашли массу наворованнаго бѣлья, изъ котораго преступникъ не извлекалъ повидимому никакой матеріальной выгоды; подробное изслѣдованіе обнаружило, что, замѣтивъ женское бѣлье, онъ всякій разъ испытывалъ половое возбужденіе и вмѣстѣ съ тѣмъ у него возникало стремленіе украсть его, появлялся страхъ, сердцебіеніе, тоска, исчезающія лишь тогда, когда больной совершалъ кражу. Придя домой, онъ надѣвалъ на себя бѣлье, ложился въ постель и испытывалъ въ это время величайшее наслажденіе. Въ другомъ наблюденіи этихъ же авторовъ дѣло идетъ о молодомъ субъектѣ, арестованномъ за оскорбленіе общественной нравственности: онъ онанировалъ, стоя передъ витриной башмачнаго магазина. Оказалось, что этому субъекту совершенно незнакомо нормальное удовлетвореніе полового чувства, что женщина никогда не вызвала у него желанія, но что онъ приходилъ въ сильное половое возбужденіе, когда видѣлъ подошву женскихъ ботинокъ, подбитую гвоздями. Ему доставляло большое наслажденіе даже слушать стукъ этихъ ботинокъ, когда мимо проходили женщины. У третьяго больного, описываемаго *Charcot* и *Magnan*'омъ, половое влеченіе пробуждалось лишь тогда, когда онъ вызывалъ въ сознаніи образъ головы старухи въ бѣломъ чепцѣ. Стыдясь своего недостатка, больной, въ общемъ очень интеллигентный субъектъ, безуспѣшно обращался за помощью къ врачамъ, старался вести нормальный образъ жизни, женился на любимой особѣ, но къ ужасу своему открылъ, что онъ совершенный импотентъ. Съ теченіемъ времени однако онъ получилъ способность выполнять половой актъ, но всегда при одномъ условіи—если рисовалъ въ вообра-

женіи голову старухи въ чепцѣ. Примѣры подобнаго рода чрезвычайно многочисленны и крайне разнообразны; во всѣхъ нихъ рѣчь идетъ о субъектахъ, отмѣченныхъ печатью тяжелой дегенерации, о лицахъ, которыя никогда не знали, что такое нормальная половая жизнь.

Къ третьему классу разсматриваемой нами аномалии относятся случаи такъ называемаго превратнаго полового ощущенія, т. е. когда половое влеченіе направлено исключительно на лицъ того-же пола. Въ однихъ случаяхъ аномалия этимъ и исчерпывается; въ другихъ, болѣе тяжелыхъ, она налагаетъ свой отпечатокъ на всю духовную жизнь человѣка, т. е. у женщинъ мы замѣчаемъ свойства мужскаго характера, мужскія манеры, стремленіе носить мужской костюмъ, у мужчинъ — наоборотъ. У отдѣльных индивидуумовъ иногда можно констатировать, что измѣняется и самое тѣлосложеніе — угловатые и рѣзкіе контуры тѣла у женщинъ, округленные, нѣжныя очертанія у мужчинъ, хотя слѣдуетъ замѣтить, что при подобныхъ условіяхъ никогда не наблюдается ни истиннаго, ни ложнаго гермафродитизма. Извѣстный германскій судебный врачъ, *Casper*, первый, какъ кажется, обратилъ вниманіе на такую аномалию полового влеченія и онъ уже подмѣтилъ его прирожденность. Позднѣе занялся этимъ страннымъ явленіемъ *Griesinger*, указавшій здѣсь значеніе наследственности. Но болѣе точной клинической разработкой превратнаго полового влеченія наука обязана *Westphal* ю, который ввелъ и терминъ «*conträre Sexualempfindung*». Однако *Westphal* не рѣшилъ еще опредѣленно вопроса, можетъ ли быть эта аномалия вполнѣ изолированнымъ явленіемъ, или же она встрѣчается вмѣстѣ съ другими симптомами, указывающими на патологическое состояніе, и только *Krafft-Ebing* призналъ его лишь однимъ изъ наиболѣе выдающихся функціональных признаковъ вырожденія. Такой взглядъ находитъ себѣ убѣдительную поддержку въ поразительной частотѣ тяжелыхъ нервныхъ и душевныхъ страданій, развивающихся у лицъ, отмѣченныхъ такой особенностью; подобныя-же заболѣванія можно бываетъ указать и въ восходящемъ поколѣніи этихъ лицъ.

Мм. Гг.! Я развернулъ передъ Вами рядъ отвратительно грязныхъ картинъ, но я долженъ былъ это сдѣлать. Подобно тому какъ анатомъ, желая изучить строеніе человѣка, касается своимъ скальпелемъ каждаго органа, какова бы функція его ни была, такъ и психіатръ обязанъ анализировать всѣ явленія психической жизни, какъ бы неприглядны они ни были. Но, останавливаясь съ нѣкоторой подробностью на разстройствахъ полового влеченія, я руководствовался еще соображеніями и иного характера. Современное законодательство строго наказываетъ нарушеніе общественной нравственности и энергически вступаетъ за интересы пострадавшихъ при этомъ лицъ, а между тѣмъ уголовная статистика учитъ, что число, если можно такъ выразиться, половыхъ преступленій, съ каждымъ годомъ все растетъ и растетъ. Моралисты съ горестью видятъ здѣсь доказательство упадка общественной нравственности; многіе изъ юристовъ указываютъ корень зла въ черезчуръ снисходительныхъ наказаніяхъ, и только мы, врачи, относимся къ дѣлу совершенно иначе. Мы смотримъ на половыя преступленія, какъ на одно изъ неизбѣжныхъ проявленій психической дегенерации—этого страшнаго зла, которое, быстро развиваясь, грозитъ поколебать коренныя основы современнаго общества.

Лекція VI.

Симптоматологія пом'шательства.

(Продолженіе)

Импульсивныя дѣйствія; ихъ отличіе отъ произвольныхъ дѣйствій; характеръ ихъ содержанія. Психомоторныя разстройства; условія, благоприятствующія ихъ происхожденію у маніаковъ, слабоумныхъ и меланхоликовъ. Тетанія. Катаlepsія. Измѣненіе воли у душевно-больныхъ; извращеніе волевой дѣятельности и его причины; усиленіе воли у маніаковъ; ослабленіе ея при угнетенномъ состояніи и причины такого явленія; нерѣдко кажущееся ослабленіе воли у меланхоликовъ; воля при слабоуміи. Свободная воля у душевно-больныхъ; идеи бреда и отсутствіе нравственныхъ представленій, какъ главнѣйшіе факторы, измѣняющіе произвольную дѣятельность душевно-больныхъ.

М.м. Гз.!

Кромѣ разстройства влеченій, мы встрѣчаемся у душевно-больныхъ съ цѣлымъ рядомъ иныхъ аномалій двигательной стороны ихъ душевной жизни. Къ наиболѣе частымъ принадлежатъ такъ называемыя *импульсивныя дѣйствія*.

Наблюдая душевно-здороваго человѣка, мы можемъ замѣтить, что передъ совершеніемъ каждаго произвольнаго дѣйствія въ его сознаніи всегда возникаетъ отчетливое представленіе объ этомъ дѣйствіи. Такое представленіе вызываетъ немедленно новыя, изъ которыхъ одни поддерживаютъ его, другія же, напротивъ, освѣщаютъ отрицательную сторону предполагаемаго поступка. Происходитъ борьба между разнородными мотивами, и въ зависимости отъ ея исхода человѣкъ выполняетъ свое намѣреніе или отказывается отъ него. Таковъ обычный

психологическій процессъ, который связанъ съ каждымъ произвольнымъ дѣяніемъ. У душевно-больныхъ этотъ процессъ очень часто терпитъ существенныя нарушенія: нерѣдко двигательное представленіе еще не успѣваетъ перейти порога сознанія, какъ уже приводится въ дѣйствіе, и человѣкъ стоитъ передъ совершившимся фактомъ, не вѣря своимъ глазамъ, не зная самъ, почему онъ такъ поступилъ. Люди интеллигентные, привыкшіе къ самоанализу, и тѣ могутъ сказать только одно: „меня что-то толкнуло, влекла какая-то невѣдомая сила“. Такія дѣйствія носятъ названіе импульсивныхъ. Очевидно, во всѣхъ подобныхъ случаяхъ мы должны допустить высокую степень возбудимости психомоторныхъ центровъ, при которой достаточно самаго незначительнаго импульса, чтобы они пришли въ дѣйствіе. Естественнѣе всего смотрѣть на эту нестойкость нервной системы, какъ на выраженіе не вполне совершенной ея организаціи, и, дѣйствительно, клиническій опытъ указываетъ, что импульсивныя дѣйствія обыкновенно свойственны лицамъ, отмѣченнымъ печатью вырожденія. Что касается импульсовъ, которые даютъ здѣсь толчокъ къ дѣятельности, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ роль таковыхъ играетъ половое влеченіе, тоска, недовольное настроеніе; чаще всего однако о природѣ ихъ мы не можемъ создать себѣ опредѣленнаго мнѣнія. По содержанію импульсивныя дѣйствія весьма разнообразны, очень нерѣдко носятъ преступный характеръ, почему и пріобрѣтаютъ громадную практическую важность. Особенно часто встрѣчается влеченіе къ самоубійству и убійству. Мы знаемъ цѣлыя многочисленныя семьи, вымиравшія путемъ самоубійства, семьи, всѣ члены которыхъ, пользуясь, повидимому, полнымъ здоровьемъ, доживали благополучно до извѣстнаго возраста, какъ вдругъ передъ ними являлась мысль о самоубійствѣ, вначалѣ изрѣдка, неясно, а потомъ чаще и опредѣленнѣе, сопровождаемая иногда какъ-бы головокруженіемъ и знобомъ. Эта идея постепенно пріобрѣтала большую и большую власть; какая-то страшная невѣдомая сила манила человѣка наложить на себя руки. Тщетно несчастный вступалъ съ ней въ упорную борьбу;

раньше или позже, но онъ кончалъ съ собою и притомъ именно тѣмъ способомъ, какой примѣняли и всѣ его родные.

Еще чаще наблюдается влеченіе къ убійству или причиненію какого-либо насилія надъ окружающими, влеченіе къ поджогу, воровству и т. п. Всѣмъ извѣстенъ разсказъ *Alexandre'a Gumboldt'a* о горничной, которая, раздѣвая его маленькую дочь, каждый разъ чувствовала такое неодолимое влеченіе вырѣзать кусочекъ изъ ея плеча, что отказалась ухаживать за своей госпожей, хотя и была къ ней очень привязана.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы можемъ встрѣтить наследственную передачу этой аномаліи отъ одного поколѣнія къ другому и притомъ въ одномъ и томъ же проявленіи; такъ, могутъ передаваться отъ отцовъ къ дѣтямъ влеченіе къ убійству, къ поджогамъ, нерѣдко возникающія даже въ періодической формѣ.

Въ близкомъ средствѣ съ только-что описанной аномаліей находятся такъ называемыя *психомоторныя разстройства*. Подъ этимъ именемъ извѣстны такія движенія часто наблюдаемая у душевно-больныхъ, которыя носятъ на себѣ совершенно характеръ произвольности, но которыя тѣмъ не менѣе выполняются помимо всякаго желанія. Этого рода разстройства чаще всего можно встрѣтить при состояніяхъ возбужденія, особенно у маниаковъ, при нѣкоторыхъ формахъ слабоумія и у меланхоликовъ. Наблюдая маниака, легко бываетъ замѣтить, что онъ проявляетъ усиленную наклонность къ движенію; онъ не посидитъ спокойно и минуты на мѣстѣ, вскакиваетъ, ходитъ, оживленно говорить, жестикулируетъ. При начальныхъ стадіяхъ болѣзни подобная картина всецѣло находитъ себѣ объясненіе въ особенностяхъ душевной жизни больного: представленія текутъ черезъ поле сознанія съ усиленной быстротой, всѣ они ярко окрашены живымъ чувствомъ; вдобавокъ и психомоторная область отличается крайней возбудимостью. Отсюда видно, что въ легкихъ степеняхъ возбужденія усиленная дѣятельность больного являється психически обусловленной. Далекое не тотъ характеръ носить

она при болѣе рѣзкомъ возбужденіи, когда логическая связь мыслей является нарушенной; и здѣсь больной ходитъ, смѣется, кричитъ, прыгаетъ; со стороны можно подумать, что онъ ведетъ себя сознательно, поступаетъ произвольно; на самомъ дѣлѣ однако при этихъ условіяхъ не можетъ быть и рѣчи о какой-либо произвольности; всѣ движенія больного—только внѣшнія проявленія самостоятельнаго раздраженія психомоторныхъ центровъ, результатъ патологическаго процесса, охватившаго эти области головного мозга.

Благодаря бурной, энергичной дѣятельности возбужденныхъ больныхъ и сложилось въ публикѣ мнѣніе, будто-бы они иногда обладаютъ неимовѣрной силой, которую не въ состояніи развитъ люди душевно-здоровые. Такой взглядъ глубоко ошибоченъ. На самомъ дѣлѣ ни одинъ душевно-больной никогда не можетъ развитъ силу большую, чѣмъ здоровый; вся разница состоитъ лишь въ томъ, что подъ вліяніемъ болѣзни онъ утрачиваетъ всякую осмотрительность, а подчиняясь порывамъ чувства, затрачиваетъ всю силу, какой только обладаетъ, какъ впрочемъ поступаетъ и каждый здоровый человѣкъ при одинаковыхъ съ нимъ условіяхъ. Но если душевно-больные одарены такой же силой, какъ и душевно-здоровые, то тѣмъ не менѣе они представляютъ особенность въ другомъ отношеніи: энергичная дѣятельность нерѣдко утомляетъ ихъ гораздо менѣе, чѣмъ здороваго человѣка. Этотъ фактъ находитъ себѣ объясненіе въ столь частой у нихъ мышечной анестезіи, вслѣдствіе чего имъ незнакомо чувство усталости, которое является такимъ могучимъ тормозомъ для здоровыхъ людей. Кромѣ этого, дѣятельность возбужденнаго больного, какъ было показано выше, иногда является произвольной, т. е. не предшествуется психическими процессами, которые обязательны для лицъ здоровыхъ и которые особенно обуславливаютъ утомленіе, усталость. Попробуйте копировать движенія маниака; быть можетъ, это Вамъ и удастся, но только на сравнительно короткое время. Вы скоро утомитесь, а между тѣмъ больной будетъ представлять одну и ту же неизмѣнную кар-

тину въ теченіе цѣлыхъ недѣль, почти не зная и ночного отдыха.

Весьма много сходства съ движеніями маниаковъ представляютъ нерѣдко движенія слабоумныхъ. При нѣкоторыхъ формахъ слабоумія больные также отличаются по своей неустанной дѣятельности; однако, всматриваясь пристальнѣе въ ея характеръ, скоро можно бываетъ подмѣтить и рѣзкое различіе. На движеніяхъ слабоумнаго лежитъ печать стереотипности, однообразія; они выполняютъ только рядъ какъ-бы заученныхъ движеній, неизмѣнно повторяя ихъ безъ варіацій. И, дѣйствительно, эти движенія являются здѣсь заученными, или, вѣрнѣе, привычными; въ теченіе первичнаго психоза они были обусловлены характеромъ психической жизни, могли зависѣть отъ состоянія возбужденія, отъ идей бреда, обмановъ чувствъ и т. д.; но первичная стадія болѣзни прошла, психическіе мотивы, вызывавшіе движенія, исчезли, послѣднія же остались и въ отдѣльныхъ случаяхъ существуютъ даже послѣ того, какъ психическая жизнь почти совершенно угасла.

Психомоторныя разстройства наблюдаются и у меланхоликовъ, но у нихъ по происхожденію они носятъ опять совершенно своеобразный характеръ. У нормальныхъ людей подъ вліяніемъ подавленнаго настроенія мы иногда замѣчаемъ склонность къ порывистымъ энергичнымъ движеніямъ; человекъ при этихъ условіяхъ то быстро ходитъ изъ угла въ уголь, то оживленно жестикулируетъ, громко говоритъ самъ съ собою; иногда у него даже является потребность бросить что-нибудь, разломать, разбить. То же самое, но въ болѣе рѣзкой степени, замѣчается временами у меланхоликовъ; ихъ обычная вялость, пассивность подъ вліяніемъ усилившейся тоски можетъ смѣняться приступами бурныхъ двигательныхъ актовъ, носящихъ реактивный характеръ. Чтобы освободиться отъ гнетущаго отчаянья, больной иногда прибѣгаетъ къ дикимъ агрессивнымъ нападеніямъ на окружающихъ, совершаетъ самыя звѣрскія преступленія, послѣ которыхъ обыкновенно чувствуетъ значительное успокоеніе, сохра-

няя о нихъ по большей части лишь суммарное воспоминаніе.

Тѣсно примыкають къ психомоторнымъ разстройствамъ два совершенно своеобразныя состоянія двигательной сферы, которыя уже не отмѣчены даже съ внѣшней стороны печатью произвольности, но тѣмъ не менѣе безусловно являются выраженіемъ ненормальной дѣятельности психомоторныхъ центровъ, эти состоянія—тетанія и катаlepsія.

При *tetaniâ* мы имѣемъ легкую контрактуру всѣхъ сгибателей. Въ рѣзкихъ формахъ больные, какъ выразился *Arndt*, совершенно напоминаютъ собою комокъ; они сидятъ, пригнувши подбородокъ къ груди, съ крѣпко сомкнутыми челюстями, съ нахмуренными бровями; ихъ плечи тѣсно прижаты къ грудной клѣткѣ, предплечья согнуты, приведены къ туловищу; пальцы иногда прижаты такъ плотно къ ладони, что ногти врѣзаются въ кожу; голени приведены къ бедрамъ, бедра къ животу. На попытку вывести изъ такого положенія больные отвѣчаютъ упорнымъ пассивнымъ сопротивленіемъ. Въ видѣ такихъ „комковъ“ ихъ можно, какъ неодушевленные предметы, переносить изъ угла въ уголь; чѣмъ больше насилія примѣнять къ нимъ, тѣмъ болѣе напряженія замѣчается въ ихъ сокращенныхъ мышцахъ; однако при рѣзкихъ болевыхъ раздраженіяхъ картина можетъ круто измѣниться, больной оставляетъ свою пассивность и впадаетъ въ другую противоположность,—онъ не защищается, а переходитъ къ нападеніямъ. Отсюда ясно, что мы имѣемъ передъ собою состояніе раздраженія, которое обыкновенно сдерживается и лишь при особо благоприятныхъ условіяхъ проявляется наружу. Подобныя состоянія наблюдаются у слабоумныхъ, при тяжелыхъ формахъ меланхоли, гдѣ указываютъ на серьезный характеръ страданія; зависятъ они, какъ само собою понятно, отъ раздраженія психомоторныхъ центровъ, но является ли такое раздраженіе первичнымъ, или на него слѣдуетъ смотрѣть, какъ на рефлексъ, вызванный раздраженіемъ гдѣ-либо въ чувствительной области, этотъ вопросъ до настоящаго времени не можетъ считаться окончательно разрѣшеннымъ.

Совершенно противоположнымъ характеромъ обладаетъ клиническая картина *каталепси*. Хотя здѣсь также нѣтъ произвольныхъ движеній, но нѣтъ и слѣда контрактуры, напротивъ, всѣ мышцы легко повинуются внѣшней силѣ; членамъ больного можно придать любое положеніе, изъ котораго они въ иныхъ случаяхъ выходятъ, повинаясь лишь законамъ тяжести; въ другихъ же—и эти законы теряютъ свою власть, больной, какъ восковая статуя, долгое время удерживаетъ самое неудобное, самое непривычное положеніе, приданное ему наблюдателемъ. Такого рода особенность состоянія мускулатуры, такъ называемая *flexibilitas cerea*, зависитъ отчасти оттого, что больной вслѣдствіе мышечной анестезіи не имѣетъ понятія о положеніи своихъ членовъ, но главнымъ образомъ оттого, что въ психомоторной области существуетъ постоянное самостоятельное раздраженіе. Каталептоидное состояніе обыкновенно сочетается съ болѣе или менѣе глубокимъ помраченіемъ сознанія; оно встрѣчается при истерическихъ психозахъ, при тяжелыхъ формахъ меланхоліи галлюцинаторнаго помѣшательства, при состояніяхъ слабоумія. Лежащее въ ихъ основѣ раздраженіе психомоторной области повидимому находится въ зависимости отъ импульсовъ изъ чувствительной сферы. По крайней мѣрѣ нѣкоторые клиницисты наблюдали состоянія каталепси, возникавшія на почвѣ истощенія организма половыми излишествами и чаще всего онанизмомъ; въ этихъ случаяхъ изслѣдованіе больныхъ обнаруживало гиперэстезію яичекъ, и слабое или сильное сдавливаніе ихъ вызывало или прекращало картину каталепси.

Заканчивая свой очеркъ аномалій, замѣчаемыхъ въ двигательной сторонѣ душевной жизни нашихъ больныхъ, я долженъ остановиться на *измѣненіяхъ ихъ волевой дѣятельности*.

Изученіе душевно-больныхъ показываетъ, что воля ихъ подлежитъ очень часто существеннымъ нарушеніямъ. Въ однихъ случаяхъ мы встрѣчаемъ повидимому совершенно нормальное настроеніе, какъ бы полное отсутствіе

какихъ-либо разстройствъ въ сферѣ представленій, и страданіе обнаруживается только рядомъ мало понятныхъ поступковъ, отмѣченныхъ яркой печатью болѣзненности. Въ этихъ случаяхъ можно говорить нѣкоторымъ образомъ объ извращеніяхъ воли. Въ случаяхъ другой категоріи волевая дѣятельность можетъ представляться ослабленною или даже совсѣмъ отсутствовать. Существенной особенностью третьихъ больныхъ, наконецъ, является ихъ чрезмѣрно энергичная, неустанная дѣятельность. Обращаясь къ больнымъ первой категоріи, мы легко находимъ разнообразныя объясненія замѣчаемой въ нихъ особенности. Маниаки, у которыхъ теченіе идей совершается съ ускороенной быстротой, легко могутъ позволять себѣ поступки, отличающіеся крайнимъ легкомысліемъ, полной необдуманностью; это они могутъ сознавать и сами, но только слишкомъ поздно и тогда прибѣгаютъ подчасъ къ довольно остроумнымъ объясненіямъ, чтобы хоть какъ-нибудь мотивировать свои дѣйствія въ глазахъ постороннихъ. Здѣсь, слѣдовательно, сфера представленій на самомъ дѣлѣ измѣнена, и разстройство волевой дѣятельности есть лишь неизбѣжный результатъ ея нарушенія. У многихъ больныхъ разстройства воли обусловливаются, далѣе, импульсивными дѣйствіями; но чаще всего однако они зависятъ отъ идей бреда, которая больной тщательно скрываетъ и только, благодаря сохранности логическаго аппарата, производитъ впечатлѣніе челоуѣка, разсуждающаго совершенно здраво.

Усиленіе воли является однимъ изъ самыхъ выдающихся симптомовъ маниакальнаго состоянія и находитъ себѣ полное логическое объясненіе въ особенностяхъ духовной жизни маниака. Маниаку съ его повышеннымъ настроеніемъ, съ крайней переоцѣнкой собственныхъ силъ, все кажется совершенно осуществимымъ, легко достижимымъ. Онъ съ бурной энергіей берется за выполнение самыхъ фантастическихъ плановъ и проэктвовъ, тѣмъ болѣе, что задерживающія контрастирующія представленія у него могутъ являться въ очень недостаточномъ количествѣ или даже вполнѣ отсутствовать, а всѣ наличныя, будучи окрашены чрезмѣрно живымъ чувствомъ, немед-

ленно оказываютъ свое вліяніе на психомоторный аппаратъ, въ высокой степени легко возбудимый.

Совершенно обратныя условія мы встрѣчаемъ при состояніяхъ угнетенія, у меланхоликовъ. Меланхоликъ, унижая въ собственныхъ глазахъ свою личность, считаетъ свои силы крайне слабыми; все ему не по силамъ, ничего онъ не можетъ выполнить, поэтому ни за что и не берется. Сверхъ того контрастирующія представленія возникаютъ въ его сознаніи въ слишкомъ большомъ избыткѣ; борьба между разнородными мотивами можетъ длиться поэтому очень долго, пока ее не прекратятъ какія-либо внѣшнія условія. Иногда она бываетъ рѣзко замѣтна даже со стороны; приносятъ, на примѣръ, меланхолику пищу; первымъ стремленіемъ его является поѣсть, но едва онъ протянетъ къ тарелкѣ руку, какъ какое-нибудь противоположное представленіе заставляетъ его отказаться отъ такого намѣренія; онъ отдергиваетъ руку, но въ сознаніи сейчасъ же возникаетъ новый мотивъ, заставляющій повторить движеніе и т. д. Эта нерѣшительность, эти кидаящіяся въ глаза постороннему колебанія иной разъ прекращаются только тѣмъ, что поданную пищу хотятъ унести, — и тогда сильное контрастирующее представленіе беретъ перевѣсъ, больной вырываетъ ее и поспѣшно поглощаетъ. Опытные служители иногда пользуются этимъ приемомъ, чтобы избѣгнуть насильственного кормленія. Ослабленію воли у меланхоликовъ благоприятствуетъ также то чувство страданія, которое они испытываютъ при всякомъ умственномъ напряженіи, а, слѣдовательно, и при томъ, которое предшествуетъ, какъ мы видѣли выше, любому произвольному акту. Наконецъ, у меланхоликовъ бываетъ очевидно затрудненъ и самый переходъ двигательнаго представленія въ двигательный актъ. Особенно легко замѣтить это, наблюдая рѣчь больного; нерѣдко онъ упорно молчитъ на предлагаемые ему вопросы, и только по движеніямъ губъ и по мимикѣ удастся заключить, что больной хочетъ произнести слово, но что его воля не въ состояніи преодолѣть какого-то препятствія. Постепенно однако волевой импульсъ наро-

стаетъ въ своей силѣ, препятствіе прорывается и меланхоликъ быстро, спѣша, произноситъ цѣлый рядъ фразъ, но потомъ сразу умолкаетъ до тѣхъ поръ, пока стремленіе отвѣчать снова не преодолѣетъ задержки. Благодаря этой особенноти, какъ рѣчь меланхолика, такъ и всѣ его произвольныя движенія иногда получаютъ своеобразный, неровный характеръ, выполняясь какъ бы толчками.

Но нужно замѣтить, что у меланхоликовъ мы нерѣдко встрѣчаемся не съ ослабленной, а, наоборотъ, съ усиленной волей. Подъ вліяніемъ обмановъ чувствъ и идей бреда больные дѣлаются способными къ такимъ поступкамъ, которые не по силамъ нормальному человѣку. Больная *Schüle*, просидѣвшая неподвижно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль на одномъ мѣстѣ, послѣ выздоровленія сообщила своему врачу, что ей казалось, будто она сидитъ на высокомъ креслѣ въ какой-то готической церкви, а прямо передъ нею зіяла бездонная пропасть, куда она могла упасть при малѣйшемъ неосторожномъ движеніи.

Стойкое дѣйствительное ослабленіе воли мы встрѣчаемъ при слабоуміи, гдѣ оно тѣсно связано съ угасаніемъ психической жизни вообще. У слабоумнаго ограниченъ кругъ всѣхъ его представлений, а слѣдовательно и двигательныхъ; уцѣлѣвшія слишкомъ мало окрашены живымъ чувствомъ, чтобы явиться мотивомъ для дѣятельности; благодаря ослабленному вниманію, такіе мотивы не почерпаются сознаніемъ больного и изъ окружающаго міра. Вотъ почему слабоумный вялъ, апатиченъ; вотъ почему онъ предпочитаетъ неподвижно оставаться на своемъ мѣстѣ, и при рѣзкихъ степеняхъ слабоумія изъ этой неподвижности его можетъ вывести лишь потребность удовлетворить влеченія. Состоянія самаго глубокаго слабоумія отличаются между прочимъ тѣмъ, что пропадаютъ и влеченія; тогда наступаетъ конецъ всякой произвольной дѣятельности.

Говоря о произвольной дѣятельности душевно-больныхъ, я не могу не остановиться на вопросѣ о свободной волѣ ихъ.

Вы знаете, что законодательства всѣхъ цивилизованныхъ странъ признаютъ душевно-больныхъ утратившими

свободную волю и потому избавляютъ ихъ отъ отвѣтственности за дѣйствія, которыя они совершаютъ во время болѣзни; но Вы знаете также, что вопросъ о свободной волѣ даже у нормальныхъ людей находить въ современной наукѣ крайне разнообразныя рѣшенія. Для насъ однако нѣтъ никакой необходимости примыкать къ тому или другому рѣшенію этого вопроса, одного изъ самыхъ темныхъ въ психологіи нашего времени. Въ практическомъ отношеніи для насъ важно одно—выяснить, что между волей душевно-больныхъ и душевно-здоровыхъ существуетъ рѣзкая разница, и мы имѣемъ для этого весьма много данныхъ. Мы знаемъ теперь, что, тогда какъ нормальный человѣкъ руководствуется въ своей дѣятельности мотивами, идущими главнымъ образомъ извнѣ, у душевно-больныхъ рядомъ съ этими мотивами существуютъ еще иныя, зависящія отъ болѣзненнаго состоянія психическаго органа: душевныя волненія, импульсивныя дѣйствія, обманы чувствъ—все это въ рѣзкой формѣ отражается на произвольной дѣятельности душевно-больнаго. Но особенное значеніе здѣсь пріобрѣтаютъ идеи бреда. Подъ вліяніемъ нелѣпыхъ идей больные иногда совершенно перерождаются; отъ прежняго человѣка остается только внѣшность, психическая же личность етановится совсѣмъ иною, съ инымъ отношеніемъ къ окружающему міру, съ иными болѣзненными взглядами на жизнь, съ иной самооцѣнкой. Сверхъ того у душевно-больныхъ мы очень часто встрѣчаемъ, какъ существенную особенность, временное или постоянное отсутствіе этическихъ представленій, этихъ главныхъ регуляторовъ произвольной дѣятельности здороваго человѣка; маниакъ вслѣдствіе ускореннаго хода идей не можетъ останавливаться на нихъ съ должнымъ вниманіемъ; у меланхолика, благодаря противоположнымъ условіямъ, этическія представленія нерѣдко являются въ сознаніи слишкомъ поздно; наконецъ, у слабоумныхъ они могутъ быть утрачены навсегда. Все, только что сказанное, дѣлаетъ для насъ достаточно понятнымъ, почему мы дѣйствительно къ поступкамъ душевно-больныхъ должны относиться иначе, чѣмъ къ дѣятельности людей здоровыхъ.

Лекція VII.

Симптоматологія пом'ятельства.

(Продолженіе)

Обманы чувствъ: иллюзіи и галлюцинаціи; взаимное ихъ различіе. Гипотезы, объясняющія происхожденіе галлюцинацій. Теорія периферическаго происхожденія галлюцинацій; возраженія противъ нея. Теорія центрального происхожденія галлюцинацій и ея слабыя стороны; возраженія противъ нея, доставляемая клинкой. Гипотезы Schroeder van der Kolk'a, Meynert'a и Кандинскаго. Гипотеза, предложенная Tamburini; галлюцинаціи периферическія, центральныя и интеллектуальныя. Галлюцинаціи у психически здоровыхъ людей. Вліяніе, которое оказываютъ галлюцинаціи на душевно-здоровыхъ и причины его. Историческое значеніе галлюцинацій. Трудность распознаванія галлюцинацій въ отдѣльныхъ случаяхъ и объективные симптомы ихъ.

М.м. Гг.!

Неоднократно уже въ теченіе предшествовавшихъ лекцій мнѣ приходилось упоминать объ обманахъ чувствъ у душевно-больныхъ, указывать, какое вліяніе они имѣютъ на развитіе идей бреда, на все поведеніе и настроеніе человѣка, но до сихъ поръ мы ни разу не останавливались надъ вопросами, что такое обманы чувствъ, отчего они происходятъ, а между тѣмъ это вопросы, полные глубокаго теоретическаго значенія, представляющіе громадную практическую важность. Вотъ почему я и позволю себѣ сегодня остановить на нихъ Ваше вниманіе.

Еще со временъ *Esquirol*'я принято строга различать два главные вида обмановъ чувствъ—*иллюзіи* и *галлюцинаціи*. *Esquirol* выражается такъ: „при галлюцинаціи все происходитъ въ мозгу; галлюцинантъ придаетъ тѣло и

дѣйствительность образамъ, идеямъ, которая память воспроизводитъ безъ помощи чувствъ; при иллюзіяхъ, напротивъ, чувствительность нервныхъ окончаній измѣнена; она повышена, ослаблена или извращена; чувства дѣятельны, дѣйствительныя впечатлѣнія вызываютъ реакцію мозга. Результаты этой реакціи подчинены вліянію идей и страстей, которая господствуютъ въ сознаніи больныхъ; эти больные ошибаются насчетъ природы и причины ихъ дѣйствительныхъ ощущеній“. Такимъ образомъ, по *Esquirol* ю галлюцинаціями называются такія чувственные воспріятія, которая не вызываются дѣйствительно существующими предметами. Коротко говоря, галлюцинація, это—воспріятіе безъ объекта. Подъ именемъ иллюзій *Esquirol* понимаетъ такія воспріятія, которая вызываются дѣйствительно существующими предметами, но не строго соотвѣтствуютъ имъ. Иллюзіи это—искаженныя, невѣрныя воспріятія. Съ опредѣленіями *Esquirol*'я согласны и всѣ позднѣйшіе психіатры. Желая сдѣлать болѣе наглядной разницу между иллюзіями и галлюцинаціями, *Lasègue* прибѣгаетъ къ сравненію ихъ съ злословіемъ и клеветой; „иллюзіи относятся къ галлюцинаціямъ, какъ злословіе къ клеветѣ: иллюзія опирается на факты, но она ихъ искажаетъ; галлюцинація изобрѣтаетъ все; она, какъ клевета, не говоритъ ни одного слова правды“.

„Тотъ, кто думаетъ, что онъ видитъ, слышитъ, осязаетъ ясно, между тѣмъ какъ органы зрѣнія, слуха, осязанія не получаютъ никакого впечатлѣнія, тотъ галлюцинируетъ, говоритъ *Falret*.

Установивши такимъ образомъ рѣзкую разницу между иллюзіями и галлюцинаціями, мы перейдемъ теперь къ болѣе подробному изученію этихъ явленій и остановимся сначала на галлюцинаціяхъ.

Галлюцинація, какъ мы видѣли, это — чувственное воспріятіе безъ объекта. *Hagen* къ этому опредѣленію добавляетъ: „галлюцинаціями могутъ быть названы только тѣ субъективно возникшіе чувственные образы, которые явились въ сознаніи съ характеромъ объективности, существуютъ въ послѣднемъ *вмѣстѣ* и одновременно съ объ-

ективными чувственными воспріятіями и представляют для сознанія значеніе съ нимъ *одинаковое*“.

Но первый вопросъ, на который невольно наталкиваетъ подобное описаніе, это—почему человекъ начинаетъ галлюцинировать, какимъ образомъ въ сознаніи его могутъ возникнуть представленія со всѣми свойствами чувственного воспріятія, когда въ данное время нѣтъ предмета, вызывающаго ихъ?

Попытку рѣшить этотъ вопросъ мы встрѣчаемъ въ цѣломъ рядѣ гипотезъ, высказанныхъ въ различное время самыми выдающимися наблюдателями; всѣ онѣ по основному характеру могутъ быть раздѣлены на три категоріи: одни авторы признаютъ, что галлюцинаціи вызываются раздраженіями, идущими съ периферіи, другіе приписываютъ имъ центральное происхожденіе, третьи, наконецъ, стоятъ за смѣшанную теорію. Но какъ бы ни были различны взгляды на происхожденіе галлюцинацій, всѣ они имѣютъ точкой отправленія процессъ нормальнаго образованія представленій, къ которому поэтому мы и должны теперь обратиться.

Возьмемъ для примѣра возникновеніе зрительнаго представленія и предположимъ, что передъ глазомъ наблюдателя находится какой-нибудь реальный предметъ. Лучи свѣта отъ этого объекта, проходя по законамъ физики черезъ прозрачныя среды глаза, падаютъ на сѣтчатку и вызываютъ въ ней раздраженіе; здѣсь, слѣдовательно, процессъ физическій переходитъ въ фізіологическій. Раздраженіе сѣтчатки, распространяясь по зрительнымъ волокнамъ, достигаетъ подкорковыхъ зрительныхъ центровъ и возбуждаетъ образующіе ихъ нервныя клѣточные элементы. Изъ подкорковыхъ центровъ раздраженіе распространяется далѣе и по зрительнымъ путямъ, заложеннымъ въ бѣломъ веществѣ большихъ полушарій, достигаетъ коры затылочныхъ долей, гдѣ, какъ извѣстно, заложены зрительные центры; въ этихъ центрахъ возникаютъ представленія, которыя, или вслѣдствіе своей интензивности, или благодаря напряженному вниманію, проникаютъ въ область сознанія: человекъ видитъ предметъ, находящійся передъ нимъ.

Опираясь на процессъ образованія нормальнаго зрительнаго воспріятія, защитники периферической теоріи галлюцинацій говорятъ: допустимъ, что стѣчатка человѣка явилась мѣстомъ какого-либо патологическаго процесса; болѣзненное раздраженіе, распространяясь обычными путями, можетъ вызывать ощущенія, изъ ощущеній могутъ образоваться представленія, и человѣкъ, привыкшій объективировать ихъ во внѣшнемъ мірѣ, увидитъ предметъ, котораго на самомъ дѣлѣ нѣтъ передъ нимъ. Такого взгляда придерживаются, на примѣръ, *Foville* и *Darwin*, и онъ дѣйствительно встрѣчаетъ себѣ нѣкоторую опору въ данныхъ посмертнаго изслѣдованія. Извѣстны случаи, когда у лицъ, страдавшихъ галлюцинаціями, и особенно галлюцинаціями стойкими, однообразными и простыми, при вскрытіи обнаруживались рѣзкія измѣненія въ соответствующемъ органѣ чувствъ. Однако такіе факты довольно малочисленны, да и тѣ наблюдаются, какъ я только что упомянулъ, лишь при простѣйшихъ и однообразныхъ галлюцинаціяхъ. Клиника доставляетъ намъ между тѣмъ несравненно чаще убѣдительныя доказательства, что самыя основныя положенія периферической теоріи не соответствуютъ дѣйствительности. Такъ, она прежде всего убѣждаетъ, что галлюцинаціи въ области того или другого чувства могутъ существовать при полномъ отсутствіи соответствующаго периферическаго органа: зрѣніемъ могутъ галлюцинировать слѣпые, у которыхъ болѣзнь уничтожила все глазное яблоко; галлюцинировать слухомъ могутъ глухіе, у которыхъ весь периферическій слуховой аппаратъ давно разрушенъ. Но сверхъ того опытъ показываетъ, что при любомъ периферическомъ раздраженіи въ сознаніи могутъ явиться только самыя простѣйшіе элементарные образы. Какъ бы интензивно мы ни раздражали, на примѣръ, глазъ, подвергая его механическимъ, термическимъ или химическимъ вліяніямъ, въ результатѣ получаются всегда только элементарныя свѣтотѣнныя явленія—искры, огненные круги и т. п., а между тѣмъ галлюцинаціи по большей части именно и отличаются сложностью, осмысленностью; онѣ носятъ на себѣ ясную печать пси-

хической работы. Участіе послѣдней становится еще болѣе убѣдительнымъ, если мы примемъ во вниманіе, какъ часто на характерѣ галлюцинацій отражается основное настроеніе больного, если мы припомнимъ случаи такъ называемыхъ массовыхъ галлюцинацій, когда у многихъ людей, находящихся въ извѣстныхъ одинаковыхъ условіяхъ, возникали обманы чувствъ совершенно однообразнаго содержанія. Наконецъ, наблюденіе за душевно-больными показываетъ, что галлюцинаціи, иногда крайне обильныя въ асте болѣзненнаго процесса, постепенно угасаютъ рука объ руку съ упадкомъ умственныхъ силъ. Всѣ эти данныя, свидѣтельствующія противъ периферической теоріи, многими психіатрами принимаются какъ доказательства въ пользу центральнаго происхожденія галлюцинацій.

Защитники центральной теоріи, опираясь опять-таки на процессъ образованія нормальнаго чувственного воспріятія, рассуждаютъ слѣдующимъ образомъ: каждое представленіе, вызванное любымъ объектомъ, вслѣдъ за удаленіемъ послѣдняго не исчезаетъ совершенно, оно оставляетъ въ психическомъ органѣ болѣе или менѣе глубокіе слѣды, которые при благопріятныхъ условіяхъ могутъ вновь выплыть надъ порогомъ сознанія; человѣкъ можетъ вновь припомнить себѣ этотъ объектъ. При такомъ припоминаніи мы должны допустить первичное центральное раздраженіе, которое распространяется по соотвѣтствующимъ путямъ къ периферіи и вызываетъ здѣсь также раздраженіе, но слабое, неясное. Вотъ почему при отчетливомъ воспоминаніи передъ человѣкомъ обрисовывается слабый, неопредѣленный образъ предмета, о которомъ онъ думаетъ. У лицъ нервныхъ, впечатлительныхъ, одаренныхъ богатой фантазіей, у художниковъ и артистовъ этотъ образъ выступаетъ съ несравненно большей яркостью; у душевно-же больныхъ центральные процессы могутъ достигать такой интензивности, что вызываютъ передъ ними образы въ высокой степени пластичные, ничѣмъ не отличающіеся отъ дѣйствительныхъ чувственныхъ воспріятій.

Falret говоритъ: «сначала приходитъ въ дѣятельность память и доставляетъ матеріалы; воображеніе ихъ окрашиваетъ; воспоминанія превращены въ образы и эти образы отбрасываются во внѣшній міръ. Способность размышлять такъ поглощена живостью этихъ образовъ, что умъ подчиняется непреодолимому могуществу дѣйствительности. Слѣдовательно, отличіе отъ нормальнаго процесса воображенія здѣсь состоитъ въ произвольности, самостоятельномъ возникновеніи и неподчиненіи волѣ».

«Галлюцинація—это идея, которая проэктирована наружу» говоритъ *Lélut*, одинъ изъ главныхъ защитниковъ центральной теоріи.

Однако и центральная теорія встрѣтилась съ весьма существенными возраженіями. Какъ бы ни напрягалъ свою фантазію здоровый человѣкъ, онъ получитъ лишь весьма отчетливыя чувственныя представленія, но не смотря на всѣ свои усилія, не вызоветъ у себя истинной галлюцинаціи. Дѣйствительныя галлюцинаціи всегда отличаются крайней реальностью, пластичностью, поразительной конкретностью; человѣкъ видитъ несуществующіе образы на ряду съ дѣйствительными такъ же отчетливо и ясно, какъ и послѣдніе. Эти-то свойства, характерныя для галлюцинаціи; и не можетъ объяснить центральная теорія, которая дѣлаетъ понятными ихъ смыслъ, стройность и сложность. Противъ центральной теоріи говоритъ также и то, что вліяніе сознательныхъ воспоминаній, ложныхъ идей и настроенія больного на содержаніе его галлюцинацій бываетъ иной разъ чрезвычайно ничтожнымъ.

Но самымъ рѣшительнымъ аргументомъ противъ центральной теоріи являются весьма многочисленныя клиническія наблюденія позднѣйшаго времени, которыя показываютъ, что галлюцинаторные образы подчиняются тѣмъ же физическимъ законамъ, какъ и нормальныя чувственныя воспріятія. Подобное наблюденіе приводитъ, на примѣръ, *Seppilli*. Его больная страдала галлюцинаціями въ области зрѣнія и слуха. Коль скоро она взглядывала влѣво отъ себя, лѣвымъ глазомъ она видѣла на опредѣленномъ разстояніи діавола, высокаго роста, чернаго, страшной наруж-

ности, дико вращающаго глазами и ртомъ изрыгающаго огонь. Видѣніе сейчасъ же исчезало, если больная закрывала лѣвый глазъ: его не было, если она смотрѣла прямо или вправо, или же между глазомъ и видѣніемъ ставила непрозрачный предметъ. Призма передъ глазомъ удваивала видѣніе. Если больная смотрѣла на него въ бинокль, то оно казалось ближе или далѣе въ зависимости оттого, былъ ли у глаза окуляръ или объективъ. Передъ зеркаломъ больная видѣла діавола дважды, какъ будто это былъ реальный предметъ. Діаволь постоянно говорилъ ей: ты потеряна, осуждена на вѣки, убей себя и т. п. Но больная слышала этотъ голосъ только лѣвымъ ухомъ и когда закрывала его, то голосъ прекращался. У больной оказалось перефирическое страданіе глаза; временами у нея появлялись субъективныя свѣтovyя ощущенія, а офтальмоскопъ показалъ гиперемію choroideae.

Поучительный случай такого же рода описалъ *Pick*. Одна изъ его больныхъ страдала галлюцинаціями зрѣнія, которыя были непрозрачны, т. е. совершенно закрывали собою дѣйствительные предметы; прикладывая къ глазу вогнутое стекло, она видѣла ихъ уменьшенными, черезъ цвѣтныя стекла — окрашенными, въ бинокль, при нормальномъ его положеніи — увеличенными, при обратномъ — уменьшенными. И подобнаго рода факты далеко не являються единичными. Почти каждый психіатръ имѣлъ возможность наблюдать больныхъ, которые галлюцинируютъ только однимъ ухомъ, однимъ глазомъ. Далекое рѣдки также случаи, когда больной, на примѣръ, однимъ ухомъ слышитъ голоса извѣстнаго содержанія, а другимъ — всегда совершенно противоположнаго.

Всѣ эти факты и наблюденія заставляютъ насъ критически отнестись къ аргументаціи защитниковъ центральной теоріи и высказаться въ пользу смѣшанной.

Одинъ изъ авторовъ смѣшанной теоріи, *Schroeder van der Kolk* исходной точкой для развитія галлюцинацій признаетъ центральное раздраженіе, которое, распространяясь въ центробѣжномъ направленіи, передается подкорковымъ центрамъ. Но если бы для появленія галлюцина-

цій было достаточно только центрального раздраженія, онѣ представлялись бы весьма частымъ явленіемъ, ничѣмъ не отличаясь отъ образовъ пылкой фантазіи. Для возникновенія истинныхъ галлюцинацій необходимо еще одно условіе—усиленная возбудимость подкорковыхъ центровъ, которая и придаетъ галлюцинаторнымъ образамъ въ высокой степени чувственную окраску. Слѣдовательно, *Schroeder van der Kolk* видитъ причину галлюцинацій въ одновременномъ усиленномъ возбужденіи какъ коры, такъ и подкорковыхъ центровъ органовъ высшихъ чувствъ. Съ большими или меньшими варіаціями этого взгляда придерживаются *Kahlbaum*, *Hagen*, *Krafft-Ebing*, отчасти *Wundt*.

Въ позднѣйшее время смѣшанную теорію значительно видоизмѣнилъ *Mejnert*. Онѣ согласно съ *Schroeder van der Kolk*омъ также допускаетъ при галлюцинаціяхъ состояніе усиленной возбудимости подкорковыхъ центровъ, но по отношенію къ корѣ думаетъ, что дѣятельность ея должна быть не только не повышена, а, напротивъ, подавлена. Онѣ учитъ, что между подкорковыми центрами и корой при нормальныхъ условіяхъ существуетъ, такъ сказать, постоянный антагонизмъ; первые непрерывно вырабатываютъ ощущенія и постоянно посылаютъ результаты своей дѣятельности къ корѣ, которая у здороваго челоуѣка ихъ подавляетъ; но если дѣятельность коры почему-либо ослаблена, то они могутъ проникать въ сознаніе—получаются галлюцинаціи. Подтвержденіе своей гипотезы *Mejnert* видитъ въ сновидѣніяхъ, которыя появляются у челоуѣка, когда дѣятельность его коры угнетена, въ обманахъ чувствъ у эпилептиковъ, у которыхъ онѣ также признаетъ ея ослабленіе и т. д. Взгляды *Mejnert*'а нашли себѣ дальнѣйшее развитіе въ работахъ *Кандинскаго*. Анализируя обманы чувствъ, *Кандинскій* не считаетъ возможнымъ допустить, чтобы галлюцинаторныя картины, нерѣдко столь сложныя, могли возникать благодаря возбужденію только подкорковыхъ центровъ безъ участія самой коры; онѣ думаетъ, что при галлюцинаціяхъ возбужденное состояніе подкорковыхъ узловъ должно неизбѣжно передаваться и

корковымъ центрамъ соответствующихъ чувствъ. На галлюцинаціи *Kandinский* смотритъ поэтому, какъ на результатъ дѣятельности только что названныхъ центровъ, не подавляемой ослабленной дѣятельностью переднихъ отдѣловъ коры.

Въ послѣдніе годы теорія *Meynert*'а встрѣтила себѣ горячихъ противниковъ въ лицѣ итальянскаго ученаго *Tamburini* и его послѣдователей. *Tamburini* прежде всего думаетъ, что мысль *Meynert*'а о постоянномъ антагонизмѣ между дѣятельностью подкорковыхъ центровъ и коры лишена фактической опоры. Онъ не согласенъ также, что во время сна, когда центры коры и периферическіе нервные аппараты отдыхаютъ, не нуждаются въ отдыхѣ лишь подкорковые узлы. За психическую работу во время сна, по *Tamburini*, говоритъ и самая сложность сновидѣній; при эпилептоидныхъ состояніяхъ, при отравленіяхъ гашишемъ и сантониномъ, гдѣ мы наблюдаемъ такую возбужденную дѣятельность фантазіи, скорѣе нужно допустить усиленную, чѣмъ угнетенную функцію мозговой коры. Основываясь отчасти на этихъ соображеніяхъ, отчасти же опираясь на клиническія данныя, *Tamburini* главную роль въ произведеніи галлюцинацій приписываетъ чувственнымъ корковымъ центрамъ, болѣзненное раздраженіе ихъ должно давать галлюцинаціи подобно тому, какъ корковая эпилепсія является результатомъ раздраженія двигательной области коры. Исходная точка раздраженія здѣсь можетъ быть весьма различна: въ иныхъ случаяхъ ею являются сами чувствительные центры коры, въ другихъ любое мѣсто чувствительнаго пути отъ периферіи до коры, но ею могутъ быть также первоначально и центры мышленія. Сообразно этому *Tamburini* различаетъ галлюцинаціи центральныя, периферическія и интеллектуальныя. Объективность галлюцинаторныхъ образовъ *Tamburini* объясняетъ тѣмъ, что раздраженія, гдѣ бы они ни возникли, всегда распространяются и на подкорковые узлы, которые такимъ образомъ принимаютъ непремѣнное участіе въ ихъ возникновеніи. Теорія *Tamburini* дѣлаетъ намъ понятными извѣстные опыты *Liepmann*'а надъ алкоголи-

ками, у которыхъ онъ, даже по минованіи наиболѣе бурныхъ болѣзненныхъ явленій, легко могъ вызывать характерные обманы зрѣнія, надавливая на глазное яблоко.

Изъ всего вышеизложеннаго такимъ образомъ видно, что какихъ бы въ частности взглядовъ на происхожденіе галлюцинацій ни придерживались авторы, все они сходились въ одномъ: они единогласно указывали, что на лицо должно быть такое разстройство питанія психическаго органа, результатомъ котораго является усиленная возбудимость его отдѣльныхъ областей. Это условіе мы встрѣчаемъ прежде всего при душевныхъ заболѣваніяхъ, вотъ почему обманы чувствъ и представляютъ собою столь частое явленіе въ ихъ картинѣ. Такого же рода условія возможны при общихъ неврозахъ—истеріи, хореѣ и т. п., при которыхъ, дѣйствительно, мы точно также можемъ наблюдать обманы чувствъ. На этомъ же основаніи мы встрѣчаемся съ ними и у лицъ душевно-здоровыхъ, при общемъ физическомъ истощеніи послѣ сильнаго утомленія, большихъ потерь крови и т. д. Всѣмъ извѣстны зрительныя галлюцинаціи путешественниковъ, изнуренныхъ лишеніями и утомленныхъ продолжительнымъ напряженіемъ, передъ которыми нерѣдко среди песковъ пустыни появляются цѣлые ландшафты: они видятъ города, сады, много тѣни, гдѣ бьютъ ключи холодной воды.

Но наукѣ извѣстны загадочные случаи, когда галлюцинаціи возникали у лицъ, пользовавшихся полнымъ психическимъ здоровьемъ и при отсутствіи какихъ-нибудь достаточныхъ причинъ. Такъ Goëthe, возвращаясь однажды верхомъ съ прогулки по горамъ, увидѣлъ вдругъ рядомъ съ собою своего двойника, въ изсинѣ-сѣромъ облаченіи. И самъ этотъ выдающійся наблюдатель не могъ доискаться объясненія поразившему его факту; онъ замѣтилъ только, что еще съ утра былъ «какъ бы самъ не свой». Извѣстный критикъ Jean Paul Richter увидѣлъ разъ ясно и отчетливо передъ собою дѣтскую голову. Лютеръ въ разгаръ борьбы съ папствомъ, утомленный усиленной умственной работой и безсонными ночами, напряженно и не всегда успѣшно старавшійся разрѣшить свои рели-

гіозныя сумнѣнія, видѣлъ чорта, спорилъ съ нимъ; чортъ гулялъ по его комнатамъ, вѣшался ему на шею, ложился съ нимъ спать. Вступая съ видѣніемъ въ ожесточенныя дебаты, Лютеръ нерѣдко оказывался побѣжденнымъ и, раздосадованный одной изъ такихъ неудачъ, онъ, за неимѣніемъ болѣе вѣскаго аргумента, пустилъ въ него чернильницей, оставившей историческое пятно. Исторія довольно богата подобными фактами, которые доказываютъ, что галлюцинаціи могутъ быть и у лицъ безспорно здоровыхъ. Обыкновенно думаютъ, что при этомъ условіи онѣ возникаютъ лишь въ области одного какого-либо органа чувствъ. Такое мнѣніе однако не всегда справедливо; такъ извѣстный врачъ, Andral, рассказываетъ, что вначалѣ анатомическихъ занятій онъ увидалъ въ своей комнатѣ трупъ ребенка, наполовину съѣденный червями, который особенно непріятно поразилъ его накануне въ секціонной залѣ; въ то же время онъ ощущалъ трупный запахъ и, какъ ни старался увѣрить себя въ невозможности факта, видѣніе продолжалось не менѣе $\frac{1}{4}$ часа. Самымъ существеннымъ отличіемъ галлюцинацій у здоровыхъ является поэтому лишь то, что, возникая въ здоровомъ сознаніи, обманы чувствъ всегда вызываютъ критическое отношеніе къ себѣ, хотя все-таки оказываютъ въ высокой степени потрясающее вліяніе. Это вліяніе объясняется ихъ поразительной конкретностью, замѣчательнымъ сходствомъ съ нормальными чувственными воспріятіями. Аналогія здѣсь доходитъ иногда до мельчайшихъ подробностей; такъ, при зрительныхъ галлюцинаціяхъ формы обыкновенно выступаютъ отчетливѣе, чѣмъ цвѣтъ, что вполне согласуется съ нормальными условіями, при которыхъ образованіе цвѣта труднѣе чѣмъ образованіе формы; чѣмъ проще своей формой эти галлюцинаціи, тѣмъ цвѣтъ ихъ насыщеннѣе; чѣмъ сложнѣе галлюцинаторные образы, тѣмъ ихъ контуры блѣднѣе и менѣе разборчивы.

Потрашающее вліяніе на человѣка дѣластъ понятнымъ историческое значеніе галлюцинацій, нерѣдко вмѣшивавшихся въ жизнь цѣлыхъ народовъ и опредѣлявшихъ со-

бою крупныя событія. Воины Константина Великаго наканунѣ рѣшительной битвы увидѣли на небѣ огненный крестъ съ надписью „симъ побѣдишь“ и прониклись такимъ энтузіазмомъ, что безъ труда одержали побѣду. Видную роль играли галлюцинаціи въ эпоху крестовыхъ походовъ, когда религіозный фанатизмъ охватилъ почти всю Западную Европу. Подобныя же факты, хотя въ гораздо менѣ крупныхъ размѣрахъ, наблюдались и въ сравнительно недавнее время. Въ 1885 г. жители мѣстечка Корано, близъ Неаполя, въ самый разгаръ холерной эпидеміи стали замѣчать, что на одномъ изъ сосѣднихъ холмовъ въ опредѣленный часъ дня является Мадонна въ черномъ облаченіи, молящаяся за спасеніе несчастныхъ людей. Слухъ объ этомъ видѣніи быстро распроетранился всюду; въ Корано начали стекаться массы народа, на холмѣ была устроена часовня и всѣ видѣли около нея Мадонну до тѣхъ поръ, пока итальянское правительство, предупреждая дальнѣйшее развитіе эпидеміи, не приняло рѣшительныхъ мѣръ: часовня была перенесена на другое мѣсто, холмъ занятъ отрядомъ карабинеровъ и, добавляеть *Verga*, сообщая объ этомъ фактѣ, съ тѣхъ поръ видѣніе не появлялось.

Оказывая такое вліяніе на здоровыхъ людей, галлюцинаціи у душевно-больныхъ естественно обнаруживаютъ его въ еще большей степени; чаще всего онѣ встрѣчаются у нихъ въ области слуха и зрѣнія, а затѣмъ уже въ остальныхъ органахъ чувствъ. При острыхъ психозахъ обыкновенно наблюдаются галлюцинаціи зрѣнія, при хроническихъ—преобладаютъ слуховыя. Представляя собою одно изъ проявленій душевной дѣятельности, хотя и ненормальное, онѣ по содержанію большей частью совпадаютъ съ основнымъ тономъ настроенія, но зависятъ также очень тѣсно и отъ личныхъ свойствъ человѣка,—у лицъ необразованныхъ галлюцинаціи отличаются обыкновенно простотой, чаще всего заимствуютъ матеріалъ изъ обыденной жизни, у лицъ образованныхъ онѣ составляютъ сложныя картины, способныя живо заинтересовать даже здоровыхъ. Одинъ изъ монаховъ больныхъ, страдавшій галлюцинаціями

зрѣнія и слуха, видѣлъ себя однажды перенесеннымъ въ заоблачный мѣръ и описалъ его потомъ такими яркими и причудливыми красками, какимъ смѣло могъ бы позавидовать и выдающійся художникъ слова.

Всецѣло опредѣляя собою настроеніе и поступки больныхъ, являясь такимъ симптомомъ, который обладаетъ весьма важнымъ значеніемъ какъ относительно предсказанія, такъ и діагноза каждаго отдѣльнаго случая, галлюцинаціи заслуживаютъ особеннаго вниманія клиницистовъ. Всегда важно во время распознать ихъ существованіе; но это бываетъ иногда очень не легко: больные нерѣдко упорно скрываютъ свои обманы чувствъ и цѣлыми годами могутъ не проронить о нихъ ни одного слова. Необходимо самое внимательное объективное наблюденіе, чтобы независимо отъ воли больного выяснить себѣ характеръ его состоянія. Очень часто такое наблюденіе показываетъ, что больные старательно ищутъ уединенія, а оставшись одни, что то шепчутъ про себя, жестикулируютъ, смѣются, дѣлаютъ оживленныя мимическія движенія и сейчасъ же принимаютъ спокойное положеніе, если замѣтятъ нескромнаго зрителя. Въ другихъ случаяхъ галлюцинанты на столько владѣютъ собою, что и одни не обнаруживаютъ своей тайны; при подобныхъ условіяхъ на существованіе обмановъ чувствъ нерѣдко могутъ указывать различные неожиданные вопросы, съ какими они обращаются къ окружающимъ, сообщая имъ новости, которыя они получаютъ невѣдомо откуда. О наличности галлюцинацій можно судить далѣе по настроенію больныхъ, которое подъ ихъ вліяніемъ часто мѣняется безъ какой-либо видимой причины. Галлюцинаціями нерѣдко объясняются, наконецъ, и странныя поступки, какъ бы ничѣмъ не мотивированные, крайняя настойчивость больныхъ, съ которою они защищаютъ самое ничтожное требованіе. Но въ отдѣльныхъ случаяхъ самообладаніе больного можетъ достигать такой степени, что онъ ничѣмъ не проявляетъ своей напряженной умственной дѣятельности и только временами, когда обманы чувствъ становятся особенно обильными и яркими, у него

замѣчается стремленіе закупоривать уши, закрывать глаза. Въ подобныя минуты врачъ, если онъ пользуется довѣріемъ больного, обыкновенно безъ большого труда добивается подробнаго описанія его галлюцинацій.

Но если галлюцинаціи открываются иногда съ большимъ трудомъ, то съ другой стороны за нихъ можно принять и явленія совсѣмъ иного порядка. Слабоумные часто съ такой живостью рассказываютъ свои сны, выдавая ихъ за дѣйствительность, что довольно легко даютъ поводъ къ недоразумѣніямъ. Галлюцинаціи нерѣдко смѣшиваютъ также съ продуктами слишкомъ живой фантазіи у слабоумныхъ и съ неточнымъ воспроизведеніемъ представленій, наблюдаемыхъ у истеричныхъ, кверулянтовъ и т. д.

Лекція VIII.

Симптоматологія пом'шательства.

(Продолженіе)

Явленія въ нормальной и патологической жизни, сродныя съ галлюцинаціями. Сновид'нія; ихъ клиническая б'дизость къ галлюцинаціямъ. Гипнагогическія галлюцинаціи Baillarger; особенности, представляемыя ими. Псевдо-галлюцинаціи Meyer'a. Псевдо-галлюцинаціи Hagen'a. Псевдо-галлюцинаціи Кандинскаго; характерныя клиническія особенности, отличающія это явленіе отъ истинныхъ галлюцинацій, съ одной стороны, и образовъ фантазіи — съ другой. Пути, какими возникаютъ псевдо-галлюцинаціи Кандинскаго, и условія, при которыхъ онѣ переходятъ въ истинныя галлюцинаціи.

Иллюзіи; иллюзіи физическія, фізіологическія и психологическія. Условія, благопріятствующія возникновенію иллюзіи у душевно-больныхъ. Клиническое значеніе иллюзіи. Затрудненія, представляемыя иногда дифференціальной діагностикой между иллюзіями и галлюцинаціями.

Мм. Гг.!

Какъ въ нормальной, такъ и въ патологической жизни мы встр'чаемся съ ц'лымъ рядомъ явленій, которыя по своему характеру представляютъ близкое сродство съ галлюцинаціями.

Въ области нормальной жизни сюда принадлежатъ прежде всего *сновид'нія*.

Т'сная аналогія между сновид'ніями и галлюцинаціями была указана еще старыми наблюдателями; и въ самомъ д'л' она невольнo кидается въ глаза. Спящій, подобно галлюцинанту, им'етъ въ своемъ сознаніи представленія, не вызываемыя д'йствительно существующими объектами; подобно галлюцинанту, онъ уб'жденъ въ ихъ реальности; какъ и галлюцинантъ, онъ видитъ образныя представленія т'хъ занятій, которымъ предается днемъ.

Спящій, какъ и галлюцинантъ, присутствуетъ при раздвоеніи собственнаго сознанія, вкладываетъ въ уста другихъ собственныя мысли и убѣжденія. Но аналогія идетъ еще далѣе: сны, какъ и галлюцинаціи, иногда стоятъ въ рѣзкомъ противорѣчій съ обычнымъ характеромъ чело-вѣка, съ уровнемъ его умственнаго развитія; тѣмъ не менѣе всякій разъ внимательное изслѣдованіе показываетъ, что въ обоихъ случаяхъ на сцену выступаютъ результаты бессознательной психической работы, матеріаль для которой былъ усвоенъ ранѣе механически и не существовалъ только для сознанія.

Maury, оставившій намъ замѣчательный трактатъ о сновидѣніяхъ, рассказываетъ, что ему однажды снилось, будто бы онъ встрѣтился съ однимъ изъ своихъ старыхъ знакомыхъ и спросилъ, гдѣ онъ живетъ. Тотъ назвалъ городъ совершенно не извѣстный *Maury*, который поинтересовался поэтому узнать, въ какомъ онъ департаментѣ; знакомый назвалъ департаментъ. Подъ впечатлѣніемъ сна *Maury* проснулся и, пожелавъ немедленно же провѣрить показанія своего собесѣдника во снѣ, раскрылъ словарь, гдѣ къ крайнему изумленію увидѣлъ, что его другъ сообщилъ совершенно точныя свѣдѣнія. Очевидно, *Maury* зналъ когда-то этотъ географическій фактъ, но затѣмъ совершенно забылъ, и онъ, сохраняясь въ области бессознательной памяти, выплылъ въ сознаніи только во время сна.

Какъ ни велика аналогія между сновидѣніями и галлюцинаціями, но между ними есть какъ-бы и существенное различіе, на которое обратилъ вниманіе еще *Hagen*, указавшій, что галлюцинантъ на ряду со своими галлюцинаціями и одновременно съ ними воспринимаетъ и реальный міръ, тогда какъ спящій имѣетъ дѣло только съ образами своей фантазіи. Такому различію однако нельзя придавать рѣшающаго значенія. Дѣйствительно, при галлюцинаторныхъ формахъ душевнаго расстройства галлюцинаціи иногда становятся такими обильными, что заполняютъ все поле сознанія, въ которое тогда уже нѣтъ доступа для чувственныхъ воспріятій; больной, слѣдова-



тельно, при этихъ условіяхъ, какъ и спящій, имѣетъ передъ собою лишь продукты собственнаго творчества. Но сверхъ этого личнымъ опытомъ не трудно убѣдиться, что въ сознание спящаго могутъ проникать и впечатлѣнія, идущія съ внѣшняго міра; спящій можетъ видѣть сны и въ тоже время воспринимать внѣшній міръ, иногда аллегоризируя его, иногда же понимая въ прямомъ смыслѣ. Вотъ почему съ полнымъ правомъ многіе называютъ сновидѣнія кортикальными галлюцинаціями въ нормальной жизни.

Близость сновидѣній и галлюцинацій помимо всего, только-что сказаннаго выше, находитъ себѣ подтвержденіе и въ клиническомъ опытѣ. Наблюденіе показываетъ, что у многихъ, въ особенности у нервныхъ субъектовъ, нерѣдко возникаютъ галлюцинаціи въ моментъ засыпанія. *Baillarger*, обратившій вниманіе на эти галлюцинаціи, выяснилъ, что онѣ очень часто являются предвѣстниками душевной болѣзни и что въ извѣстныхъ случаяхъ могутъ продолжаться и послѣ пробужденія. *Maury*, имя котораго я выше уже упоминалъ, самъ страдавшій такими галлюцинаціями, болѣе точно анализировалъ ихъ, далъ названіе *гипнагогическихъ* и показалъ тѣсную зависимость ихъ отъ внѣшнихъ раздраженій, съ одной стороны, близкую связь съ сновидѣніями—съ другой. Подтверждая эту связь нѣсколькими самонаблюденіями, онъ приводитъ, на примѣръ, слѣдующій весьма поучительный случай: однажды онъ задремалъ въ своемъ кабинетѣ и передъ нимъ пронесся цѣлый рядъ картинъ галлюцинаторнаго происхожденія. Изъ нихъ онъ запомнилъ только фантастически окрашенный образъ ночной птицы и красивый пиренейскій ландшафтъ; послѣдній особенно врѣзался ему въ память, такъ какъ въ моментъ его возникновенія въ комнату принесли свѣчу и *Maury*, открывъ глаза, могъ разсматривать его на стѣнѣ довольно продолжительное время. Вслѣдъ затѣмъ онъ заснулъ и во снѣ увидѣлъ, что находится въ какой-то полуразрушенной башнѣ; въ эту башню влетѣла ночная птица, окрашенная точно такъ же, какъ и та, которую онъ увидѣлъ, засыпая; птица ударилась о стѣну; изъ послѣдней

выпалъ камень и въ образовавшееся отверстіе *Mauru* могъ любоваться тѣмъ самымъ ландшафтомъ, какимъ восхищался передъ тѣмъ.

Въ области патологической жизни явленія, представляющія сходство съ галлюцинаціями и сродныя съ ними, весьма разнообразны, встрѣчаются крайне часто, но къ сожалѣнію до сихъ поръ почти совсѣмъ не изучены, а при поверхностномъ наблюденіи обыкновенно принимаются за истинныя галлюцинаціи. Одинъ изъ первыхъ, сдѣлавшій попытку ихъ отдѣлить, былъ *Mayer*, который убѣдился, что у душевно-больныхъ галлюцинаціями очень часто считаютъ продукты слишкомъ пылкой дѣятельности ихъ фантазіи. *Mayer* предложилъ назвать ихъ *фантазмами*. Позднѣе *Hagen* отнесъ ихъ къ *псевдогаллюцинаціямъ*, подъ которыми онъ понимаетъ, кромѣ образовъ фантазіи, также обманы воспоминанія и навязчивыя идеи. Такимъ образомъ этотъ авторъ называетъ псевдо-галлюцинаціями всѣ явленія, которыя, не будучи галлюцинаціями, тѣмъ не менѣе принимаются за нихъ. Несравненно болѣе узкій и опредѣленный смыслъ придаетъ этому термину *Кандинскій*. Подъ именемъ псевдо-галлюцинацій онъ разумѣетъ крайне живые и чувственно опредѣленные образы, которые для сознанія больного отличаются отъ истинно-галлюцинаторныхъ тѣмъ, что лишены присущаго послѣднимъ характера объективности, тѣмъ, что самими больными сознаются, какъ нѣчто субъективное и вмѣстѣ съ тѣмъ аномальное, новое, отличное отъ обыкновенныхъ образовъ воспоминанія и фантазіи. Другими словами, по *Кандинскому*, псевдо-галлюцинаціи — патологическая разновидность образовъ воспоминанія и фантазіи. Отъ нормальныхъ онѣ отличаются прежде всего своей отчетливостью и живостью; всѣ детали изображенія при нихъ видны одновременно, какъ и при непосредственномъ чувственномъ воспріятіи; онѣ имѣютъ всегда характеръ стойкости и непрерывности, выступаютъ и исчезаютъ сразу, тогда какъ нормальные образы фантазіи, хотя бы и крайне живой, по большей части являются какъ бы стертыми или расплывающимися, то блѣднѣющими, то выступающими снова. Такимъ обра-

зомъ, первымъ характернымъ признакомъ псевдо-галлюцинацій служитъ непрерывный характеръ явленія, его чувственная законченность. Вторымъ признакомъ можетъ быть названа произвольность, независимость псевдо-галлюцинацій отъ воли и сознательнаго мышленія, что, конечно, также рѣзко отдѣляетъ ихъ отъ образовъ нормальной фантазіи. Каждый актъ произвольнаго мышленія, будь это воспоминаніе или фантазированіе, въ сознаніи всегда соединяется съ ощущеніемъ внутренней дѣятельности; третьимъ признакомъ псевдо-галлюцинаціи является отсутствіе этого ощущенія. Наконецъ, послѣдняя клиническая особенность псевдо-галлюцинаціи, это—характеръ навязчивости. Образы нормальныхъ воспоминаній возникаютъ двоякимъ путемъ: или въ основѣ ихъ лежитъ первичное возбужденіе чувственныхъ центровъ коры, или же эти центры возбуждаются вторично подъ вліяніемъ дѣятельности высшихъ корковыхъ центровъ. Такими же путями, по мнѣнію *Кандинскаго*, происходятъ и псевдо-галлюцинаціи. Гипнагогическія галлюцинаціи у здоровыхъ людей возникаютъ въ силу первичнаго возбужденія корковыхъ чувство-центровъ, возбужденія, не подавляемаго дѣятельностью центровъ интеллектуальныхъ и не ступенчатого чувственными воспріятіями. У душевно-больныхъ эти галлюцинаціи являются или какъ результатъ усиленной дѣятельности чувство-центровъ, причемъ имъ благопріятствуетъ ослабленіе дѣятельности мышленія, или же мы имѣемъ у нихъ усиленную возбудимость чувство-центровъ и частичное возбужденіе въ сферѣ абстрактнаго мышленія; здѣсь, слѣдовательно, возбужденіе чувство-центровъ можетъ возникнуть подъ вліяніемъ сознательнаго или безсознательнаго представленія (насилственныя представленія, бредовыя идеи). Нерѣдко сюда присоединяется и автоматическое частичное возбужденіе чувство-центровъ; иногда случайно оба способа дѣйствія отражаются на одномъ участкѣ коры, псевдо-галлюцинаціи получаютъ тогда наибольшую яркость.

Что касается отношенія псевдо-галлюцинацій къ истиннымъ галлюцинаціямъ, то первыя могутъ перейти въ по-

слѣднія лишь при участіи постороннихъ моментовъ; такими являются или распространеніе раздраженія на подкорковые центры или прекращеніе воспріятія виѣшняго міра, причѣмъ сознаніе теряетъ всякое различіе между объективными воспріятіями и субъективно возникшими образами. Послѣднимъ путемъ происходятъ такъ называемыя кортикальныя галлюцинаціи, къ числу которыхъ въ нормальной жизни, какъ было сказано выше, относятся сновидѣнія.

Покончивъ разсмотрѣніе галлюцинацій и псевдогаллюцинацій, мы перейдемъ теперь къ анализу другой группы обмановъ чувствъ, также обладающей важнымъ клиническимъ значеніемъ, къ *иллюзіямъ*.

Выше я уже далъ опредѣленіе иллюзій. Мы видѣли, что подъ этимъ именемъ понимаютъ невѣрныя, искаженныя чувственныя воспріятія. Но съ такого рода явленіями мы прежде всего, конечно, встрѣчаемся на каждомъ шагу въ жизни нормальныхъ людей, у нихъ поэтому съ большимъ удобствомъ и можемъ изучать причины возникновенія иллюзій. Въ зависимости отъ условій, при которыхъ наблюдаются иллюзіи у здоровыхъ, ихъ обыкновенно раздѣляютъ на три главныя категоріи. Въ однихъ случаяхъ этого рода обманы чувствъ обязаны своимъ происхожденіемъ свойствамъ окружающей среды. Если мы опустимъ чайную ложку въ неполный стаканъ съ водою, то прямая ложка будетъ казаться изломанной въ мѣстѣ ея погруженія, благодаря извѣстнымъ Вамъ законамъ преломленія свѣта. Человѣку, который смотритъ изъ окна быстро несущагося вагона желѣзной дороги, кажется, что всѣ окружающіе предметы находятся въ быстромъ движеніи. Вотъ примѣры иллюзій этой категоріи, такъ называемыя физическія иллюзіи. Въ другихъ случаяхъ иллюзіи могутъ происходить въ самомъ периферическомъ органѣ того или другого чувства. Придавливая глазъ, мы получаемъ свѣтовое ощущеніе, хотя передъ человѣкомъ нѣтъ никакого источника свѣта. При заболѣваніяхъ уха человѣкъ иногда слышитъ постоянный шумъ и звонъ, хотя кругомъ совершенно тихо. Этого рода иллюзіи принято называть фізіоло-

гическими. Но наиболѣе частый видъ иллюзій, это—иллюзій психическія, которыя возникаютъ въ самомъ психическомъ органѣ подѣ влияніемъ весьма различныхъ условій. Входя въ слабо освѣщенную комнату, Вы легко можете принять висящее платье за человѣка; здѣсь источникъ иллюзій лежитъ въ неясномъ очертаніи предметовъ. Идя, погруженные въ задумчивость, Вы легко можете встрѣченнаго незнакомаго человѣка принять за знакомаго и только потомъ, всмотрѣвшись пристальнѣе, убѣждаетесь въ своей ошибкѣ; это примѣръ иллюзій, возникшей вслѣдствіе недостатка вниманія. Но чаще всего къ иллюзіямъ располагають различныя душевныя волненія, переживаемыя человекомъ: идетъ, напр., робкій субъектъ темной ночью по лѣсу и въ каждомъ шелестѣ вѣтвей ему чудится приближеніе врага, въ каждомъ встрѣчномъ столбѣ онъ склоненъ видѣть разбойника.

Если извѣстная группа людей находится въ однихъ и тѣхъ же условіяхъ, подѣ влияніемъ одного и того же волнующаго ихъ настроенія, то у нихъ можетъ возникнуть общая иллюзія, такъ что по аналогіи съ массовыми галлюцинаціями мы имѣемъ право говорить о массовыхъ иллюзіяхъ. Рельефный примѣръ иллюзій такого рода приводитъ *Hibbert*. Этотъ авторъ рассказываетъ, какъ былъ испуганъ весь экипажъ одного корабля призракомъ недавно умершаго и брошеннаго въ море повара: всѣ видѣли, какъ поваръ своей своеобразной походкой, зависящей отъ укороченія ноги, шель по водѣ. Для успокоенія людей потребовалось снарядить лодку, отправить ее на встрѣчу загадочному призраку и тогда оказалось, что это былъ обломокъ какого-то погибшаго судна.

Всѣ тѣ условія, которыя благопріятствуютъ происхожденію иллюзій у здоровыхъ людей, само собою понятно, имѣють мѣсто и у душевно-больныхъ; только психическія иллюзій, какъ это и слѣдовало ожидать, наблюдаются у нихъ несравненно чаще; имъ способствуютъ здѣсь душевныя волненія, ослабленіе памяти, недостатокъ вниманія и другія уже извѣстныя намъ особенности душевной жизни. Но пока иллюзій исправляются сужденіемъ, онѣ

не входятъ въ область патологіи; для послѣдняго требуется еще одновременное участіе и сознанія, такъ что однѣ и тѣ же иллюзіи у одного и того же больного могутъ быть то патологическими, то нѣтъ. Больной *Falret*, видѣвшій въ мраморномъ узорѣ своего камина группу предметовъ, одинъ другого фантастичнѣе, иногда относился къ такому явленію довольно разумно; но иной разъ эти же образы принимали крайнюю живость, — на больного нападалъ паническій страхъ и онъ стремглавъ выбѣгалъ изъ своей комнаты. Чаще всего у больныхъ характеръ иллюзіи находится въ тѣсной зависимости отъ преобладающаго настроенія, которое такимъ образомъ получаетъ для себя новую поддержку. *Griesinger* рассказываетъ о меланхоличкѣ, которая, смотря въ зеркало, увидала свиную голову. Многіе больные, страдающіе бредомъ преслѣдованія, въ каждомъ звукѣ слышатъ угрозы или проклятія, часто отказываются отъ пищи, такъ какъ она дурно пахнетъ, принимаютъ поданное имъ мясо за человѣческое и т. п.

Легко подчиняя себѣ дѣйствія человѣка, являясь опорнымъ пунктомъ для бредовыхъ идей, иллюзіи подобно галлюцинаціямъ пріобрѣтаютъ большое практическое значеніе, почему въ высокой степени важно во время ихъ распознать и отличить отъ галлюцинацій. Послѣднее однако часто бываетъ связано съ большими затрудненіями, особенно когда рѣчь идетъ объ обманахъ въ сферѣ вкуса, осязанія, общаго чувства. Если больной упорно голодаетъ, объясняя это тѣмъ, что къ подаваемой ему пищѣ примѣшанъ ядъ, присутствіе котораго онъ узнаетъ по особому вкусу, то прежде всего у врача является предположеніе о галлюцинаціяхъ вкуса; но если при болѣе внимательномъ изслѣдованіи оказывается, что у такого больного языкъ покрытъ толстой корой, и если вкусъ его при соответствующихъ мѣрахъ возстановится, то будетъ ясно, что здѣсь мы имѣли передъ собой иллюзію. Еще болѣе затруднительна дифференціальная діагностика въ сферѣ кожной чувствительности. Нерѣдко больные жалуются врачу, что они испытываютъ постоянное ощущеніе электризаціи, и склонны видѣть здѣсь козни своихъ недру-

говъ. Эта жалоба, конечно, можетъ быть основана на галлюцинаціяхъ въ сферѣ кожного чувства, но ее же съ полнымъ правомъ можно объяснить и иллюзіей, если при тщательномъ изслѣдованіи мы откроемъ какіе-либо иные симптомы пораженія периферической нервной системы, кромѣ парестезіи.

Лекція IX.

Симптоматологія пом'шательства.

(Окончаніе)

Изм'ненія свѣдѣнія у душевно-больныхъ. Сознательная и безсознательная сферы духовной жизни у нормальнаго челоука. Преходящее и стойкое общее помраченіе свѣдѣнія у душевно-больныхъ. Частичныя нарушенія сознательной жизни. Расчлененіе свѣдѣнія. Двойственная жизнь. Потемнѣніе свѣдѣнія собственной болѣзни. Сумеречное состояніе свѣдѣнія. Ступоръ; характерныя особенности его какъ въ психической, такъ и въ соматической сферахъ. Экстазъ.

Разстройства рѣчи у душевно-больныхъ. Рѣчь идіотовъ. Три стадіи въ процессѣ рѣчи здороваго челоука; образованіе мысли, дикція и артикуляція. Дисфразіи, дисфазіи и дизартріи у душевно-больныхъ. Изм'неніе темпа рѣчи у маніаковъ; безсвязность рѣчи при слабоуміи; замедленіе темпа рѣчи, какъ признакъ угнетеннаго настроенія и какъ выраженіе упадка душевной жизни. Разстройства дикціи: нарушеніе правилъ грамматики и изобрѣтеніе новыхъ словъ; причины, вызывающія послѣднее явленіе. Дизартріи.

М.м Гг.!

Сегодня я хочу познакомить Васъ съ однимъ изъ самыхъ частыхъ симптомовъ, которыми обнаруживается ненормальное душевное состояніе.

Я буду говорить сегодня объ *изм'неніяхъ свѣдѣнія* у душевно-больныхъ.

Въ одной изъ предшествовавшихъ лекцій я уже имѣлъ случай указать, что мы не можемъ дать точнаго опредѣленія свѣдѣнію, что мы не имѣемъ возможности выяснить себѣ, въ чемъ заключается его сущность; мы знаемъ только, что свѣдѣніе развивается у челоука мало-по-малу

вмѣстѣ съ возрастомъ. Благодаря получаемымъ впечатлѣніямъ человѣкъ постепенно яснѣе сознаетъ свою личность, рѣзче отдѣляетъ ее отъ окружающаго міра; степень ясности сознанія стоитъ такимъ образомъ въ тѣсной связи съ ясностью возникающихъ въ немъ представленій. Мы видѣли также, что сознательная жизнь возможна лишь при томъ условіи, если въ сознаніи образуются представленія, если происходитъ взаимная ихъ смѣна въ логической связи. Тамъ, гдѣ нѣтъ этихъ условій, нѣтъ и сознательной жизни. Рядомъ съ сознательной психической дѣятельностью у человѣка существуетъ дѣятельность безсознательная и обѣ онѣ при нормальныхъ условіяхъ идутъ рука объ руку, причемъ сознательная не представляетъ собою величину неизмѣнную, постоянную; она безпрерывно колеблется въ интензивности.

Вотъ вкратцѣ все, что мы говорили о сознательной духовной жизни нормальнаго человѣка.

Въ сознаніи душевно-больныхъ мы обыкновенно встречаемъ болѣе или менѣе рѣзкія отклоненія отъ нормы, отклоненія весьма разнообразныя по своему характеру. Такъ, очень нерѣдко границы безсознательной жизни у нихъ расширяются насчетъ сознательной; послѣдняя на время можетъ даже исчезать совершенно. По внѣшности больной продолжаетъ относиться ко всему, какъ бы вполне сознательно; онъ совершаетъ рядъ какъ бы цѣлесообразныхъ дѣйствій, но о всѣхъ своихъ поступкахъ не сохраняетъ потомъ ни малѣйшаго воспоминанія, удивляется тому, что онъ надѣлалъ, не вѣритъ окружающимъ и если вынужденъ въ силу необходимости согласиться съ ними, то нерѣдко приходитъ къ предположенію, что тутъ играла роль какая то таинственная сила, какое то сверхестественное вліяніе. Но уничтоженіе или ослабленіе сознанія замѣчается у душевно-больныхъ не только какъ временное разстройство; въ нашихъ клиникахъ и больницахъ нерѣдко попадаются субъекты, которые цѣлыми годами влачатъ дремотное, полусонное существованіе, у которыхъ сознаніе глубоко помрачено во всѣхъ главнѣйшихъ своихъ проявленіяхъ, которые не отдають себѣ яснаго

отчета, кто они, гдѣ находятся, когда существуютъ. Такая картина особенно характерна для различныхъ формъ органическаго пораженія головного мозга, для прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, старческаго слабоумія и т. п.

Гораздо чаще однако мы встрѣчаемъ лишь частичныя разстройства сознанія. Особенно часто у больныхъ можно наблюдать измѣненное сознаніе собственной личности; есть больные, у которыхъ изъ памяти совершенно исчезла ихъ прежняя нормальная личность, которые считаютъ свою жизнь лишь съ начала болѣзни, у другихъ, наоборотъ, уничтожается сознаніе своего настоящаго существованія; больные относятся къ себѣ даже въ третьемъ лицѣ, считаютъ себя умершими, подмѣненными и т. д. Въ очень многочисленной категоріи случаевъ мы можемъ констатировать далѣе, такъ сказать, расчлененіе сознанія собственной личности, распаденіе послѣдней на двѣ и болѣе. Это тѣ случаи, когда подъ вліяніемъ возникающихъ идей бреда психическая личность человѣка мало-по-малу мѣняется, причемъ долгое время можетъ оставаться еще и прежняя здоровая, такъ что въ одной физической оболочкѣ мирно уживаются два подчасъ совершенно противоположныя лица. Вначалѣ впрочемъ больной обыкновенно чувствуетъ потребность объяснить себѣ происходящую въ немъ перемѣну, старается логически связать стараго и новаго человѣка, высказывая болѣе или менѣе остроумныя догадки и предположенія. Но наблюдаются и такіе случаи, когда подобной логической связи нѣтъ, когда все существованіе человѣка составляется изъ отдѣльныхъ фазъ, не имѣющихъ между собою ничего общаго, когда, слѣдовательно, въ немъ содержится какъ-бы нѣсколько самостоятельныхъ личностей, поочередно выступающихъ на сцену. Весьма рельефный случай такого рода пришлось наблюдать мнѣ много лѣтъ тому назадъ. Моя больная, дѣвочка девяти лѣтъ, происходившая изъ семьи, отягченной наслѣдственностью, по временамъ испытывала какое-то странное ощущеніе, которое она характеризовала словами: „пустѣетъ голова“; вслѣдъ затѣмъ она впадала въ глубокій, но непродолжительный сонъ и изъ него пробуждалась совер-

шенно новой личностью. Въ нормальномъ состояніи отличавшаяся мягкимъ, добрымъ характеромъ, очень благовопитанная, тщательно заботившаяся, чтобы не причинить никому огорченій, она становилась неузнаваемой, дерзкой капризной, пользовалась каждымъ удобнымъ случаемъ, чтобы доставить непріятность окружающимъ. Самыя игры и развлечения ея рѣзко мѣнялись; дѣвочка ломала игрушки; разбрасывала въ беспорядкѣ книги, выбирала для чтенія именно тѣ рассказы, гдѣ рѣчь шла о чемъ-нибудь страшномъ, о какихъ-нибудь кровавыхъ событіяхъ, чудовищахъ, т. е. именно тѣ, которыхъ она по своей впечатлительности съ особенной старательностью избѣгала, когда была нормальной. Мѣнялась даже рѣчь больной: всѣмъ предметамъ и лицамъ она давала свои названія, странныя имена и обо всемъ этомъ безслѣдно забывала, когда приходила въ себя. Она тогда удивлялась, кто такъ безцеремонно обращался съ ея вещами, кто разбросалъ и запрягалъ по угламъ ея игрушки, но до мельчайшихъ подробностей снова вспоминала эти факты во время слѣдующаго припадка, а такіе припадки, продолжаясь каждый отъ $\frac{1}{2}$ часа до 2 час. и болѣе, повторялись нѣсколько разъ въ день въ теченіе цѣлаго года. Аналогичный случай описываетъ *Schüle*: молодая, прекрасно образованная дама послѣ глубокаго сна, длившагося нѣсколько долѣе обычнаго, замѣтила, что она забыла все, что знала. Ей пришлось даже снова учиться читать и писать, хотя впрочемъ обученіе давалось сравнительно легко. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ новаго и глубокаго сна она пробудилась прежней личностью, но ничего не помнила объ этихъ мѣсяцахъ. Такія состоянія много разъ повторялись, чередуясь съ нормальными; въ ненормальныхъ больная отличалась всегда умственной неразвитостью, вялостью, читала дурно, писала не умѣло; въ нормальномъ она была образована и умна. Никакой связи между переживаемыми ею состояніями не было, даже людей она всегда могла узнавать лишь при томъ условіи, если ихъ видѣла въ обѣихъ фазахъ. Какъ въ моемъ случаѣ, такъ и въ случаѣ *Schüle* дѣло шло о субъектахъ истеричныхъ, и вообще нужно

добавить, что картины, подобныя только что описаннымъ, почти всегда возникаютъ на почвѣ великаго невроза.

Однимъ изъ нерѣдкихъ видовъ частичнаго нарушенія сознанія является также разстройство сознанія у больныхъ собственной болѣзни, хотя этотъ симптомъ встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ обыкновенно принято думать. Вначалѣ душевнаго заболѣванія человѣкъ, особенно интеллигентный, очень часто сознаетъ, что съ нимъ творится что-то неладное и обращается за помощью къ специалисту. Въ дальнѣйшемъ развитіи болѣзни сознаніе ея однако затемняется, но и то далеко не всегда; при психозахъ на наследственной почвѣ мы иногда встрѣчаемъ замѣчательную ясность сознанія собственной болѣзни, — черту, которая дѣлаетъ положеніе больного глубоко трагическимъ, тѣмъ болѣе, что, не смотря на точный анализъ своихъ поступковъ, человѣкъ оказывается не въ состояніи владѣть собой, часто дѣлается неприятнымъ самому себѣ, низко падаетъ въ собственныхъ глазахъ. Одинъ изъ моихъ больныхъ дошелъ до того, что не могъ безъ омерзѣнія видѣть въ зеркалѣ своего лица и съ негодованіемъ показывалъ ему языкъ. Въ теченіе острыхъ душевныхъ заболѣваній на самой высотѣ ихъ развитія, а также при многихъ хроническихъ формахъ, сознаніе болѣзни обыкновенно исчезаетъ и возвращается лишь съ началомъ выздоровленія, если дѣло идетъ объ излѣчимыхъ формахъ; при хроническомъ же бредовомъ помѣшательствѣ, напр., оно теряется навсегда; больной тогда утрачиваетъ способность хоть сколько-нибудь критически относиться къ собственнымъ словамъ и поступкамъ, не замѣчая въ нихъ иногда самой вошющей несообразности, слишкомъ далекъ отъ мысли усомниться въ своемъ здоровьи, хотя въ то же время сохраняетъ способность правильно оцѣнивать состояніе окружающихъ его другихъ больныхъ. Вотъ почему нерѣдкое явленіе въ нашихъ клиникахъ представляютъ субъекты, которые превосходно могутъ познакомить посторонняго наблюдателя съ своими товарищами, насмѣхаются надъ ними, что тѣ, будучи мелкими чиновниками или ремесленниками, считаютъ себя баронами и князьями, но

ни мало не стѣсняются, въ отвѣтъ на вопросы о нихъ самихъ, утверждать, что они царскаго происхожденія, повелѣваютъ всей вселенной и т. д.

Я не буду здѣсь долѣе останавливаться на описаніи различныхъ видовъ разстройства сознанія; скажу только нѣсколько словъ о наиболѣе часто встрѣчаемыхъ простѣйшихъ формахъ его. Къ нимъ относятся, во первыхъ, *сумеречныя состоянія сознанія*. Эти состоянія характеризуются тѣмъ, что всѣ представленія, возникающія въ сознаніи, неясны, неопредѣленны; даже самое энергичное внѣшнее раздраженіе подчасъ не можетъ вызвать отчетливаго представленія. Больные бродятъ какъ бы въ полуснѣ, не отдавая себѣ яснаго отчета, гдѣ находятся, что ихъ окружаетъ. Подобныя разстройства сознанія возникаютъ обыкновенно на почвѣ эпилепсіи, развиваясь или независимо отъ припадковъ, или вслѣдъ за ними; они длятся нѣкоторое время и затѣмъ безслѣдно исчезаютъ. Воспоминаніе о всемъ происходившемъ за это время по большей части или вполнѣ отсутствуетъ, или бываетъ лишь очень суммарно.

Болѣе рѣзкую степень разстройства сознанія мы встрѣчаемъ при *ступорѣ*. Такъ называется состояніе, которое помимо разстройства сознанія характеризуется замедленнымъ, воспрепятствованнымъ теченіемъ всѣхъ процессовъ душевной жизни; на время дѣло можетъ доходить даже до полной, хотя кратковременной, пріостановки ихъ. Тѣ представленія, которыя возникаютъ въ сознаніи, обыкновенно бываютъ лишены чувственного тонуса, почему больной совершенно хладнокровно относится къ самымъ устрашающимъ представленіямъ, къ самымъ отталкивающимъ образамъ, выплывающимъ въ его сознаніи. Особенности психической сферы естественно отражаются и на произвольной дѣятельности больного; онъ утрачиваетъ всякую инициативу и можетъ оставаться цѣлыми днями на одномъ мѣстѣ безъ малѣйшаго движенія. Изучая внимательнѣе клиническую картину ступора, по большей части не трудно бываетъ подмѣтить, что явленія задержки, угнетенія не ограничиваются только психической жизнью, а

отражаются и на болѣе низшихъ функціяхъ нервной системы. Рефлекторная возбудимость всегда оказывается пониженной, чувствительность наружныхъ покрововъ ослабленной; ослаблена бываетъ и иннервация внутреннихъ органовъ: сердце работаетъ медленнѣе, сокращается слабѣе, экскурсіи дыхательной клѣтки рѣдки, поверхностны. Выдѣленія и отдѣленія по большей части задержаны; весьма скоро замѣчается парезъ сосудистыхъ стѣнокъ, развивается склонность къ отекамъ. Состояніе ступора чаще всего наблюдается какъ преходящая фаза въ теченіе различныхъ душевныхъ страданій, особенно проявляющихся приступами сильнаго возбужденія. Такъ, мы можемъ встрѣтить его при эпилептическихъ психозахъ, при неистовствѣ, при галлюцинаторныхъ формахъ. Но у нервныхъ субъектовъ ступоръ возникаетъ иногда и первично, послѣ какихъ нибудь рѣзкихъ, и всего чаще ослабляющихъ моментовъ, на примѣръ, непосредственно послѣ обильной потери крови, послѣ внезапнаго испуга, вслѣдъ за неудачной попыткой къ самоповѣшенію. Эти факты показываютъ, что клиническая картина здѣсь находитъ себѣ объясненіе въ малокровіи головного мозга, которое въ однихъ случаяхъ зависитъ отъ общаго обѣднѣнія организма кровью, въ другихъ же обусловливается спазмомъ кровеносныхъ сосудовъ, питающихъ психическій органъ.

Значительно отличаются отъ ступора состоянія такъ называемаго *экстаза*. Подъ этимъ именемъ мы понимаемъ совершенно своеобразное разстройство сознанія: послѣднее временами настолько поглощается извѣстнымъ очень узкимъ кругомъ представленій, что на все остальное человѣкъ не обращаетъ никакого вниманія, даже на окружающій его міръ, который или совершенно не доходитъ до сознанія или даетъ знать о себѣ, лишь поскольку соприкасается съ его содержимымъ. Представленія, которыми въ экстазѣ поглощено вниманіе больного, отличаются всегда чрезвычайной яркостью и по большей части внутренняго происхожденія. Съ внѣшней стороны больше сразу останавливаютъ на себѣ вниманіе тѣмъ, что уже своей позой выражаютъ характеръ психической жизни;

они какъ бы застываютъ въ извѣстномъ настроеніи. Сознаніе здѣсь или совершенно отсутствуетъ, или крайне затемнено, такъ что воспоминаніе можетъ быть только очень смутнымъ. Экстазь чаще всего развивается въ теченіе тѣхъ душевныхъ страданій, которыя возникаютъ на истерической почвѣ.

Заканчивая разборъ особенностей, характеризующихъ душевную жизнь нашихъ больныхъ, я, прежде чѣмъ перейти къ уклоненіямъ отъ нормы въ ихъ соматической сферѣ, долженъ остановиться на одномъ явленіи, которое представляется какъ бы промежуточнымъ между симптомами той и другой категоріи.

Я говорю о *разстройствахъ рѣчи* у душевно-больныхъ.

Душевное заболѣваніе есть заболѣваніе личности; оно охватываетъ всю внутреннюю личность человѣка, оно отражается на всѣхъ проявленіяхъ послѣдней; и чѣмъ выше, чѣмъ совершеннѣе эти проявленія, тѣмъ рѣзче слѣдъ, налагаемый на нихъ страданіемъ. Исходя съ этой точки зрѣнія, уже а priori необходимо допустить, что такой сложный интеллектуально-моторный актъ, какъ актъ рѣчи, при душевныхъ разстройствахъ не можетъ оставаться пощаженнымъ, тѣмъ болѣе, что рѣчь является точнымъ указателемъ высоты духовнаго развитія и у нормальныхъ людей. У первобытныхъ дикарей рѣчь первоначально состоитъ лишь изъ немногочисленныхъ членораздѣльных звуковъ, которыми они выражаютъ все, что только желаютъ и могутъ сообщить другимъ. По мѣрѣ умственнаго роста расширяется постепенно и кругозоръ первобытнаго человѣка; въ его сознанія начинаютъ появляться новыя представленія, у него является потребность передать свои мысли другимъ, и, удовлетворяя этой потребности, человѣкъ создаетъ слова, изобрѣтаетъ грамматическія формы, которыми бы яснѣе выражались интересующія его отношенія. Такимъ образомъ мало-по-малу лексиконъ человѣка становился богаче и богаче; въ немъ попадаются уже такія слова, которыя выражаютъ болѣе сложныя представленія, идеи и понятія. Наблюдая за развитіемъ ребенка, мы легко убѣждаемся, что онъ переживаетъ тѣ же фазы

развитія своей рѣчи, только благодаря примѣру и обученію дѣлаетъ это гораздо быстрее. Прислушайтесь къ лепету недавно рожденнаго дитяти; вы уловите только нѣсколько отдѣльныхъ звуковъ, которыми оно выражаетъ всю свою духовную жизнь. Постепенно эти звуки совершенствуются, усложняются; мы начинаемъ слышать уже цѣлыя слова, которымъ дитя учится у окружающихъ и которыя оно произноситъ, не придавая имъ пока значенія, повторяетъ, какъ эхо. Быстро однако рѣчь ребенка пріобрѣтаетъ болѣе самостоятельный характеръ и мало-по-малу совершенно приближается къ рѣчи взрослыхъ.

Въ нашихъ больницахъ и клиникахъ мы часто встрѣчаемъ субъектовъ, психическій органъ которыхъ былъ охваченъ болѣзненнымъ процессомъ, прежде чѣмъ достигъ своего полного развитія. Эти несчастные извѣстны подъ именемъ идіотовъ. Заболѣваніе у нихъ вызвало пріостановку въ дальнѣйшемъ ростѣ мозга, а вмѣстѣ съ тѣмъ задержку въ усовершенствованіи всѣхъ функцій послѣдняго, слѣдовательно и рѣчевой. При глубокомъ идіотизмѣ рѣчь въ строгомъ смыслѣ слова можетъ совершенно отсутствовать или замѣняться только невнятными звуками. У идіотовъ болѣе развитыхъ мы находимъ уже способность говорить, но иногда эта споеобность проявляется лишь тѣмъ, что они машинально повторяютъ обращенный къ нимъ вопросъ (Echosprache). Самостоятельная рѣчь встрѣчается только у болѣе высоко стоящихъ идіотовъ, но и у нихъ она отличается крайней бѣдностью словъ, выражающихъ отвлеченныя понятія,—фактъ, находящій себѣ естественное объясненіе въ недостаточномъ развитіи отвлеченнаго мышленія.

У душевно-больныхъ, у которыхъ страданіе развилось въ болѣе поздніе періоды жизни и не могло повлечь за собою явленій задержки, тѣмъ не менѣе рѣчь представляетъ часто весьма существенныя нарушенія и притомъ крайне разнообразнаго характера. Эти нарушенія намъ будутъ болѣе понятны, если мы припомнимъ, изъ какихъ фазъ или стадій состоитъ рѣчевой актъ нормальнаго человека. Прежде чѣмъ человекъ хочетъ что-нибудь сказать,

въ его сознаниі должна возникнуть мысль, которою онъ желалъ бы подѣлиться съ окружающими. Слѣдовательно, первая стадія рѣчевого процесса есть образованіе мысли; эта стадія — высшаго порядка, чисто интеллектуальная. Разъ мысль достигла въ сознаниі известной яркости и опредѣленности, человѣкъ старается подыскать необходимыя слова, сочетать ихъ по известнымъ законамъ грамматики и синтаксиса. Эта вторая стадія рѣчи, стадія интеллектуально-сенсуальная, носитъ названіе *дикціи*. Когда искомая фраза составлена, человѣкъ приводитъ въ дѣйствіе нервно-двигательный аппаратъ рѣчи, — начинаютъ сокращаться соотвѣтствующія мышцы, въ результатъ получается произнесенная фраза. Эта третья стадія носитъ названіе *артикуляціи*.

Актъ рѣчи легко можетъ нарушаться даже у нормальнаго человѣка. Наблюдая одного и того же субъекта при различныхъ условіяхъ, мы безъ труда убѣждаемся, что способность рѣчи является очень чуткимъ реагентомъ на измѣненія въ настроеніи, на характеръ окружающей обстановки; дружеская бесѣда, стаканъ добраго вина, пріятныя воспоминанія о прошломъ — вотъ условія, при которыхъ развязывается языкъ даже у несловоохотливаго, при которыхъ рѣчь льется плавно, гладко, и, наоборотъ, подавленное настроеніе, какая нибудь неудача, недомоганіе и т. п. моменты дѣйствуютъ угнетающимъ образомъ даже на выдающагося оратора. Если мы примемъ во вниманіе только что сказанное, то намъ будетъ понятно, почему въ теченіе душевныхъ заболѣваній всѣ три стадіи рѣчеваго процесса порознь или вмѣстѣ могутъ подпадать болѣе или менѣе рѣзкимъ нарушеніямъ. Иногда у душевно-больныхъ мысль бываетъ облечена въ безукоризненно правильную форму, но она не вѣрна по самому существу, другими словами у душевно-больныхъ иногда разстраивается лишь первая стадія рѣчеваго акта. Такія нарушенія въ образованіи мысли, которыя влекутъ за собою измѣненія рѣчи, носятъ названіе *дисфразій*. Въ другихъ случаяхъ разстройство касается главнымъ образомъ второй стадіи — дикціи; всѣ нарушенія дикціи носятъ общее на-

званіе *дисфазій*. Наконецъ, разстройства артикуляціи называются *дизартріями*.

Остановимся прежде всего на дисфразіяхъ.

Самымъ частымъ видомъ дисфразій является измѣненіе темпа рѣчи. У маниаковъ, при состояніяхъ возбужденія рѣчь обыкновенно бываетъ ускорена иногда даже до безсвязности; въ такомъ ускореніи мы имѣемъ естественное слѣдствіе ускоренной смѣны представленій, съ одной стороны, усиленной возбудимости всѣхъ моторныхъ центровъ— съ другой. Но безсвязность рѣчи наблюдается также при различнаго рода состояніяхъ спутанности и при рѣзко выраженномъ слабоуміи. Замедленный темпъ рѣчи характеризуетъ состояніе угнетенія; онъ наблюдается, напримѣръ, при меланхоліи, гдѣ стоитъ въ прямой зависимости отъ замедленнаго теченія идей, отъ задержки всѣхъ проявленій духовной жизни. Медленностью отличается и рѣчь слабоумныхъ, что будетъ вполне понятно, если мы припомнимъ себѣ основныя особенности ихъ душевнаго строя. Къ дисфразіямъ относится также напыщенная, патетическая рѣчь многихъ истеричныхъ, страдающихъ бредовымъ помѣщательствомъ и т. д. Сюда могутъ быть причислены сверхъ того различныя своеобразныя формы рѣчи, наблюдаемая при весьма многихъ видахъ душевнаго страданія, напримѣръ, вульгарная рѣчь гебефрениковъ, рифмованная рѣчь маниаковъ, вербигерація, т. е. многократное повтореніе одного и того же набора бессмысленныхъ словъ или какой-нибудь отдѣльной фразы—явленіе, нерѣдко встрѣчаемое у слабоумныхъ. Слѣдуетъ впрочемъ добавить, что повтореніе одного и того же слова или фразы можетъ быть замѣчено при очень различныхъ условіяхъ. Страдающіе бредовымъ помѣщательствомъ, напримѣръ, нерѣдко связываютъ съ такимъ повтореніемъ глубокой символической смыслъ. Одинъ изъ моихъ больныхъ считалъ необходимымъ трижды повторять всѣ слова, которыя имѣютъ для него особенное значеніе, иначе, по его мнѣнію, ему угрожали бы большія несчастья. Въ другихъ случаяхъ безпрерывное повтореніе словъ можетъ быть встрѣчено у лицъ, одержимыхъ органическимъ пораженіемъ головного

мозга, у которыхъ это повтореніе указываетъ на существованіе автоматическаго возбужденія рѣчевыхъ центровъ.

Изъ расстройствъ дикціи (дисфазій) у душевно-больныхъ чаще всего встрѣчаются нарушенія правилъ синтаксиса и грамматики и изобрѣтеніе новыхъ словъ. Отступленія отъ основныхъ грамматическихъ правилъ отличаются большимъ разнообразіемъ: то больные начинаютъ спрягать имена существительныя, то соединяютъ предлоги съ именительнымъ падежомъ, то примѣняютъ вездѣ глаголь лишь въ неопредѣленномъ наклоненіи и т. д. Подобнымъ свойствомъ чаще всего отличается рѣчь слабоумныхъ и иногда страдающихъ бредовымъ помѣшательствомъ. Изобрѣтеніе новыхъ словъ—явленіе довольно частое при душевныхъ заболѣваніяхъ. Оно находитъ себѣ весьма разнообразныя объясненія: иногда больные слышатъ голоса, произносящіе эти слова, и только повторяютъ ихъ потомъ сами; другіе прибѣгаютъ къ изобрѣтенію своихъ словъ, чтобы выразить особыя невѣдомыя дотолѣ ощущенія, которыя они испытываютъ и для названія которыхъ не находятъ въ своемъ лексиконѣ соотвѣтствующаго термина. Моя больная, которая слышала слова, какъ бы вытекающія изъ ея собственнаго горла помимо ея воли, называла это явленіе „кликъ“. Другой больной, прогрессивный паралитикъ, заявляя о своемъ непомѣрномъ богатствѣ, увѣрялъ, что онъ получалъ въ годъ восемь „фокъ“, и на мой вопросъ объяснилъ, что „фока“, это—такое множество, для выраженія котораго у насъ нѣтъ словъ. Больной *Schüle*, высказывавшій идеи бреда величія, заявлялъ: я не Богъ, нѣтъ, я выше Его; „ich bin Obergott“. Въ отдѣльныхъ случаяхъ стремленіе изобрѣтать слова доходитъ до того, что больные выдумываютъ свой языкъ. До сихъ поръ мнѣ памятенъ больной, поступившій въ одно изъ специальныхъ заведеній Петрограда и отвѣчавшій на предлагаемые ему вопросы такими странными и въ то же время такими разнообразными звуками, что нѣкоторое время окружавшіе видѣли въ немъ какого-то неизвѣстнаго инородца и лишь потомъ убѣдились, что передъ ними неизлѣчимо больной, создавшій себѣ самостоятельную рѣчь.

Къ дисфразіямъ могутъ быть отнесены, наконецъ, различные виды афазіи, алексіи, аграфіи, встрѣчаемые при органическихъ пораженіяхъ мозговой коры и изученіе которыхъ выпадаетъ, собственно говоря, на долю невропатологовъ.

Дизартріи представляютъ собою довольно обычный симптомъ различныхъ органическихъ заболѣваній головного мозга; особенно характерными онѣ являются при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ и при разсѣянномъ склерозѣ. Болѣе подробный анализъ ихъ будетъ сдѣланъ мною позднѣе при описаніи отдѣльныхъ клиническихъ формъ.

Лекція X.

Разстройства соматической сферы при помѣшательствахъ.

Разстройства соматической сферы у душевно-больныхъ. Измѣненіе чувствительности: анестезіи; ихъ различное происхожденіе; анестезія органовъ высшихъ чувствъ; анестезія кожная и мышечная; видная роль этихъ анестезій въ клинической картинѣ психозовъ. Анестезія въ сферѣ общаго чувства. Гиперестезія у душевно-больныхъ въ органахъ высшихъ чувствъ; гиперестезія кожной чувствительности и общаго чувства. Значеніе гиперестезіи общаго чувства при развитіи ипохондрическаго настроенія. Невралгіи у душевно-больныхъ и ихъ различная роль въ картинѣ страданія. *Disphrenia neuralgica*.

Измѣненія въ двигательной сферѣ: зависимость произвольной мускулатуры отъ характера духовной жизни у душевно-здоровыхъ и душевно-больныхъ; локализованныя двигательныя разстройства и ихъ отношеніе къ душевному заболѣванію.

Измѣненія сосудодвигательной сферы: измѣненіе пульса у меланхоликовъ, маниаковъ и при слабоуміи. Предсердечная тоска; практическое значеніе этого симптома и условія, его вызывающія.

М.м. Гз.!

Современная физиологія учитъ, что головной мозгъ является не только органомъ психической дѣятельности, но что ему свойственны еще иныя функціи болѣе низшаго порядка; такъ, въ немъ мы можемъ указать центры двигательные, чувствительные, термическіе, сосудодвигательные, трофическіе и т. д. Различные процессы, поражающіе кору и лежащіе въ основѣ душевныхъ страданій, само собою понятно, могутъ захватывать и только что помянутые центры; одно уже это обстоятельство, даже игнорируя столь очевидную для каждаго наблюдателя тѣсную зависимость отправления физическаго организма

отъ характера душевной дѣятельности, одинъ уже этотъ фактъ а ргіогі даетъ намъ основаніе думать, что душевныя страданія должны сопровождаться рядомъ измѣненій и со стороны соматической сферы. Клиника дѣйствительно доставляетъ намъ ежедневныя подтвержденія этого вывода; внимательно изслѣдуя нашихъ больныхъ, мы обыкновенно встрѣчаемся съ болѣе или менѣе рѣзкими аномаліями въ области ихъ физической жизни. Вотъ почему, занимаясь до сихъ поръ анализомъ лишь психическихъ симптомовъ, мы теперь для полноты нашего очерка душевно-больного человѣка должны познакомиться и съ наиболѣе частыми особенностями въ его соматической сферѣ.

Остановимся сначала на *измѣненіяхъ чувствительности*, такъ какъ они, будучи весьма частымъ явленіемъ, въ тоже самое время нерѣдко играютъ выдающуюся роль въ клинической картинѣ страданія. Эти измѣненія могутъ быть двоякаго рода: въ однихъ случаяхъ мы встрѣчаемся съ ослабленіемъ чувствительности, въ другихъ, наоборотъ, съ ея усиленіемъ.

Анэстезіи у душевно-больныхъ находятся въ зависимости или отъ пораженія периферическаго концевога аппарата и проводниковъ, или же онѣ обусловливаются, что чаще, особенностями психическаго состоянія. Такія анэстезіи прежде всего можемъ встрѣтить въ органахъ высшихъ чувствъ, гдѣ онѣ бывають лишь очень рѣдко вызваны какими-либо разстройствомъ периферическаго аппарата (напримѣръ, у алкоголиковъ); несравненно чаще здѣсь намъ приходится имѣть дѣло съ однимъ изъ проявленій разстройства психической сферы. Въ иныхъ случаяхъ впечатлѣнія внѣшняго міра не воспринимаются больными, благодаря потемнѣнію ихъ сознанія, въ другихъ—вслѣдствіе ослабленнаго вниманія; первое мы встрѣчаемъ при острыхъ галлюцинаторныхъ формахъ, при эпилептическихъ, истерическихъ психозахъ и т. д., второе особенно въ рѣзкомъ видѣ наблюдается у меланхоликовъ, которые зачастую бывають до того поглощены своимъ внутреннимъ міромъ, что не слышатъ даже громкаго шума, не замѣчаютъ яркаго внезапнаго свѣта. Несравненно болѣе

важнымъ клиническимъ значеніемъ, чѣмъ анестезіи органовъ высшихъ чувствъ, обладаютъ анестезіи кожныя и мышечныя, которыя подобно предыдущимъ могутъ быть обусловлены или состояніемъ психической сферы, или патологическими процессами на периферіи. Что способность человѣка ощущать различныя раздраженія кожи, даже и болевая, находится въ прямой зависимости отъ его душевнаго состоянія, это подтверждается безчисленными примѣрами изъ нормальной жизни: солдаты въ пылу битвы не замѣчаютъ полученныхъ ими ранъ, которыя даютъ о себѣ знать только потомъ, когда настроеніе бойцевъ сдѣлается болѣе спокойнымъ. Подобно этому и душевно-больные, проникнутые различными идеями бреда, воображая себя, напримѣръ, мучениками за вѣру, или желая при жизни искупить грѣхи, нерѣдко причиняютъ себѣ тяжелыя поврежденія, которыя переносятъ съ замѣчательнымъ хладнокровіемъ, иногда даже какъ будто не замѣчаютъ ихъ совсѣмъ. *Morel* наблюдалъ больную, которая подъ вліяніемъ религіознаго бреда переломала себѣ кости и въ такомъ состояніи прожила восемь дней, не испытывая боли и жалѣя только, что не успѣла покончить съ собой. Одинъ изъ моихъ больныхъ подъ вліяніемъ меланхолическаго настроенія тупымъ ножомъ отрѣзалъ свои *genitalia* и не ощущалъ при этомъ почти никакой боли.

Но не рѣдки также случаи, когда анестезія кожи зависитъ отъ органическихъ измѣненій въ периферической нервной системѣ. Это мы встрѣчаемъ, напр., у паралитиковъ, алкоголиковъ, сифилитиковъ и т. д. Больные такого рода всегда требуютъ самага тщательнаго надзора, такъ какъ благодаря анестезіи не могутъ сами остерегаться вредныхъ внѣшнихъ вліяній. Въ одномъ изъ спеціальныхъ заведеній Петрограда больной, страдавшій прогрессирующимъ параличемъ, по оплошности прислуги былъ покинутъ одинъ въ кухнѣ, сѣлъ на раскаленную плиту и оставался на ней до тѣхъ поръ, пока вниманіе окружающихъ не было привлечено рѣзкимъ запахомъ горѣлаго мяса. И подобный фактъ далеко не можетъ считаться

единичнымъ. Въ хроникѣ больничной жизни время отъ времени встрѣчаются описанія, какъ больные садились въ ванну изъ кипятка и, не замѣчая этого, обваривались до смерти. Внимательное изслѣдованіе анэстезій кожи имѣеть сверхъ того и иное значеніе. Очень нерѣдко больной, не ощущая привычныхъ раздраженій, аллегоризируетъ такую аномалію въ той или иной бредовой идеѣ. Больная *Esquirol'*я, у которой „чортъ унесъ тѣло“, оказалась совершенно лишенной кожной чувствительности. Больной *Zeller'a* жаловался своему врачу, что, когда онъ садится верхомъ на лошадь, спина ея расширяется, и изслѣдованіе сѣдалищной области показало, что кожная чувствительность въ ней была замѣтно ослаблена.

Больные съ мышечными анэстезіями обыкновенно замѣчаютъ, что тѣло ихъ сдѣлалось какъ бы болѣе легкимъ, и нерѣдко такое ощущеніе ложится въ основу самыхъ разнообразныхъ идей бреда, давая, напр., поводъ утверждать, что они могутъ летать и т. д. Особенно рѣзкое вліяніе оказываетъ на больного сочетаніе полной кожной и мышечной анэстезіи; при этомъ условіи они часто приходятъ къ убѣжденію въ собственномъ несуществованіи. Больной *Fowille'*я считалъ себя убитымъ въ битвѣ подъ Аустэрлицемъ, гдѣ онъ дѣйствительно получилъ тяжелую рану въ голову. Онъ не чувствовалъ своего тѣла и на вопросы о здоровьи отвѣчалъ: „Вы спрашиваете, какъ живетъ Lambert? Но его нѣтъ, онъ убитъ подъ Аустэрлицемъ. То, что видите, это не онъ, это — похожая на него машина, которая вдобавокъ дурно сдѣлана“. Про себя онъ никогда не говорилъ „я“, а „она“. Иногда онъ, напр., отказывался ѣсть, говоря, „она не имѣеть живота“.

Не очень рѣдко также можно наблюдать у душевнобольныхъ анэстезіи общаго чувства, которыя иногда даютъ поводъ къ развитію самыхъ различныхъ бредовыхъ идей, доставляя, напр., основаніе утверждать, что они всѣ или только отдѣльные ихъ органы имѣютъ особое строеніе, созданы изъ особаго матеріала и т. п. Больная *Morel'*я увѣряла, что у нея картонный желудокъ, что глотка ея также искусственная, что вся она вообще состоитъ изъ

массы безобразныхъ обломковъ, лишенныхъ взаимной связи; по ея мнѣнію, на ней не держалось и платье, и она постоянно испытывала чувство стыда, думая, что является передъ людьми нагая. Условія, которыя вызываютъ различные виды анестезій общаго чувства, до сихъ поръ извѣстны очень мало, но есть основаніе думать, что послѣднія обыкновенно психическаго происхожденія.

Гиперэстезіи у душевно-больныхъ обладаютъ несравненно большимъ клиническимъ значеніемъ, чѣмъ анестезіи. Онѣ бываютъ также двоякаго происхожденія, обусловливаясь или измѣненіями въ концевыхъ аппаратахъ и проводникахъ, или же находясь въ зависимости отъ состоянія психической сферы. Подобныя гиперэстезіи мы прежде всего можемъ встрѣтить въ области органовъ высшихъ чувствъ, гдѣ онѣ чаще всего объясняются измѣненіями периферическихъ аппаратовъ, напр., у ипохондриковъ, неврастениковъ; хотя здѣсь нельзя отрицать также возможность и психическаго происхожденія. Всѣмъ извѣстно, на сколько, даже у здоровыхъ людей, функціи зрѣнія или слуха могутъ обостряться при ожиданіи какихъ-либо впечатлѣній; при этомъ условіи, благодаря напряженному вниманію, до сознанія доходятъ иногда такія ничтожныя раздраженія, которыя иначе, конечно, ускользнули бы отъ него; то же самое относится и къ душевно-больнымъ, съ напряженіемъ всматривающимся въ окружающую ихъ обстановку. Въ сферѣ кожной чувствительности гиперэстезіи развиваются весьма часто, но тутъ онѣ по большей части зависятъ отъ измѣненій въ периферической нервной системѣ или въ спинномъ мозгу. Послѣднее мы имѣемъ, напр., у тѣхъ больныхъ, страданіе которыхъ развилось на почвѣ злоупотребленія половыми излишествами и у которыхъ гиперэстезіи могутъ служить исходной точкой для развитія довольно характерныхъ бредовыхъ идей: больные нерѣдко утверждаютъ, что они находятся подъ постояннымъ вліяніемъ электричества, магнетизма, или невѣдомыхъ таинственныхъ силъ.

Но самымъ важнымъ въ клиническомъ отношеніи изъ всѣхъ видовъ гиперэстезіи является гиперэстезія

общаго чувства, лежащая въ основѣ различныхъ формъ ипохондрическаго помѣшательства. У нормальнаго человека ощущенія со стороны внутреннихъ органовъ, какъ таковыя, въ отдѣльности не доходятъ до сознанія, но тѣмъ не менѣе не пропадаютъ для него совершенно безслѣдно; своею суммою они составляютъ то, что принято называть общимъ чувствомъ. Когда въ какомъ-либо изъ внутреннихъ органовъ развивается патологическій процессъ, ощущенія, идущія отъ него, утрачиваютъ свой обычный характеръ; общее чувство, благодаря измѣненію одного изъ составляющихъ его факторовъ, измѣняется,— человекъ чувствуетъ себя не такъ, какъ въ нормальномъ состояніи. У душевно-больныхъ въ сознаніи иногда появляются ощущенія отъ того или другого внутренняго органа порознь; этотъ фактъ можетъ зависѣть или отъ пониженія самаго уровня сознанія въ соответствующемъ направленіи, и тогда въ него проникаютъ довольно отчетливо ощущенія, которыя человекъ не замѣтилъ бы при обычномъ состояніи; или же самое сознаніе можетъ быть не измѣнено, но являются извращенными ощущенія, идущія отъ внутренняго органа, въ силу какихъ-либо болѣзненныхъ измѣненій послѣдняго. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ сознаніе получаетъ новое, непревычное для него представленіе, которое немедленно же выдвигается на первый планъ, такъ какъ дѣло идетъ объ интересахъ самыхъ близкихъ человеку, объ его здоровьи. Весьма быстро возникаетъ цѣлый рядъ болѣе или менѣе оригинальныхъ объясненій; у человека вырабатывается убѣжденіе, что онъ боленъ неизлѣчимо; это убѣжденіе всецѣло подчиняетъ себѣ настроеніе больного, отражается на всѣхъ его поступкахъ,—такъ развивается мало-по-малу клиническая картина ипохондріи, одного изъ довольно частыхъ видовъ душевнаго расстройства.

Кромѣ упомянутыхъ выше различныхъ видовъ нарушенія чувствительности, у душевно-больныхъ, какъ результатъ ослабленнаго питанія нервной системы, нерѣдкое явленіе составляютъ также невралгіи, особенно тройничнаго нерва. Иногда такія невралгіи не оказываютъ види-

мага вліяння на клінічну картину психоза; душевно-больной относится къ невралгїи, какъ и душевно-здоровый. Но довольно часто невралгическія боли благопріятствуютъ появленію идей бреда: какъ и боли иного происхожденія, больной склоненъ аллегоризировать ихъ, увѣряетъ, напр., что онѣ вызваны какимъ-либо дживымъ существомъ, поселившемся въ его организмъ и т. п. Въ отдѣльныхъ случаяхъ невралгїи могутъ вступать въ еще болѣе тѣсную связь съ психозомъ. У лицъ съ глубоко нарушеннымъ питаніемъ центральной нервной системы, напр.: у дегенерантовъ, процессъ раздраженія, вызывающій появленіе невралгическихъ болей, въ силу крайней возбудимости другихъ центровъ коры иногда распространяется и на послѣдніе; и смотря потому, какого характера вторично захваченные центры, мы можемъ наблюдать то появленіе навязчивыхъ идей, то развитіе галлюцинацій или какихъ-либо иныхъ элементарныхъ психическихъ разстройствъ. Въ другихъ случаяхъ дѣло не ограничивается простыми разстройствами психической сферы; невралгїя можетъ вызывать цѣлыя законченныя клініческія картины, типичныя формы душевнаго разстройства (*Disphrenia neuralgica* по *Schüle*). Связь между приступомъ невралгїи и душевнымъ разстройствомъ, вызываемымъ ею, можетъ иногда установиться такъ прочно, что наблюдается даже обратная по времени зависимость: вначалѣ разыгрывается душевное заболѣваніе, а потомъ появляются боли.

Однимъ изъ довольно частыхъ явленій при душевномъ разстройствѣ слѣдуетъ считать разнообразныя *пораженія двигательной сферы*.

Какъ показываетъ ежедневный опытъ, произвольная мускулатура человѣка находится подъ постояннымъ вліяніемъ душевной жизни. Одинъ и тотъ же человѣкъ рѣзко мѣняется по своей фигурѣ, движеніямъ, манерѣ держать себя въ зависимости отъ того, угнетаютъ ли его какія-либо затрудненія, или, наоборотъ, все идетъ счастливо и благополучно. Еще болѣе рѣзкое вліяніе оказываетъ психическая сфера на двигательную у душевно-больныхъ. Нерѣдко по одной только поступи, по внѣшнимъ прие-

мамъ больного можно поставить довольно точный діагнозъ, особенно если обратить вниманіе на лицо. „Каждый родъ помѣшательства имѣетъ свой *facies*“, говоритъ одинъ изъ опытнѣйшихъ французскихъ психіатровъ, *Morel*. Дѣйствительно, типичный меланхоликъ, напр., сразу кидается въ глаза по своему понурому страдальческому выраженію лица, по своей приниженой осанкѣ, вялымъ, медленнымъ движеніямъ, по своей тихой, едва слышной рѣчи. Маніакъ представляетъ рѣзкую противоположность; всѣ его движенія смѣлы, горды, увѣренны, голова бодро поднята вверхъ, мимика выразительная, рѣчь громкая, одушевленная. Сразу выдаетъ себя также и типичный ипохондрикъ; съ мрачно сосредоточеннымъ выраженіемъ лица, чутко прислушиваясь къ ощущеніямъ, идущимъ отъ собственного тѣла, ипохондрикъ мало обращаетъ вниманія на все окружающее; всѣми движеніями и поступками онъ ясно доказываетъ полную отчужденность отъ внѣшняго міра. Я не буду однако останавливаться долѣе на этомъ вопросѣ. Чтобы исчерпать его, мнѣ пришлось бы перечислить всѣ формы душевнаго заболѣванія, пришлось бы говорить здѣсь и о подозрительномъ, недовѣрчивомъ выраженіи лица больныхъ, страдающихъ бредомъ преслѣдованія и своими движеніями выражающихъ рѣзкую недовѣрчивость, о томномъ, заискивающемъ взглядѣ истеричныхъ и т. д. Не могу однако не упомянуть, что въ двигательной сферѣ нерѣдко можно открыть очень характерныя особенности и для слабоумія. Утрата выразительной мимики, какъ замѣтили еще старые психіатры, представляетъ одинъ изъ самыхъ начальныхъ симптомовъ угасающей духовной жизни; но сверхъ того можетъ явиться характерной для слабоумія и вся поза больного. *Guislain* справедливо замѣтилъ, что наклоненіе головы впередъ есть одинъ изъ первыхъ внѣшнихъ признаковъ слабоумія и объясняетъ его расслабленіемъ мускуловъ, разгибающихъ шею.

Но кромѣ только-что описанныхъ при душевныхъ заболѣваніяхъ встрѣчаются двигательныя разстройства еще иного рода, болѣе ограниченныя; сюда принадлежатъ самые различныя параличи, судороги, контрактуры, дро-

жанія и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они представляютъ собою явленіе независимое отъ душевнаго страданія, развиваются или задолго до его начала, или во время теченія; въ другихъ же обладаютъ несравненно большей важностью, такъ какъ служатъ однимъ изъ симптомовъ страданія и поэтому пріобрѣтаютъ серьезное дифференціально-диагностическое значеніе. Есть такія формы душевнаго разстройства, при которыхъ наличность нарушеній двигательной сферы иногда категорически разрѣшаетъ всѣ сомнѣнія. Назову для примѣра прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, сифилисъ головного мозга.

Легко убѣдиться, въ какой тѣсной зависимости отъ душевнаго состоянія находится, *сосудо-двигательная сфера* у нормальныхъ людей: подъ вліяніемъ стыда человѣкъ краснѣетъ, подъ вліяніемъ испуга блѣднѣетъ; вообще каждое сильное душевное движеніе болѣе или менѣе рѣзко отражается на дѣятельности сердца, на всемъ кровообращеніи. Весьма естественно допустить, что исключеніемъ изъ этого правила не является и сосудистая область головного мозга, и здѣсь въ связи съ различными моментами духовной жизни могутъ происходить колебанія кровообращенія, которыя у душевно-больныхъ должны отличаться особенной рѣзкостью. Дѣйствительно, такой выводъ находитъ себѣ многочисленныя фактическія подтвержденія въ нашихъ клиникахъ. Клиническое наблюденіе прежде всего показываетъ, что при различныхъ формахъ душевнаго заболѣванія получаетъ очень характерныя особенности пульсъ. У меланхоликовъ онъ обыкновенно бываетъ сжатый, твердый, какъ струна, у маниаковъ, напротивъ, полный, легко ощутимый, мягкій. Но особенно, повидимому, характеренъ пульсъ при состояніяхъ слабоумія. Какъ показали еще извѣстныя изслѣдованія *Wolf*'а, рука объ руку съ развитіемъ слабоумія наблюдаются и измѣненія пульсовой волны: пульсъ становится болѣе и болѣе медленнымъ, обнаруживаетъ ясное стремленіе къ дикротизму; его кривая отличается тупой вершиной, отсутствіемъ первой вторичной и удлинениемъ второй вторичной волны (*pulsus tardus dicrotus*). При еще болѣе глубокомъ слабоуміи вер-

шина волны закругляется рѣзче и рѣзче, пульсъ дѣлается еще болѣе медленнымъ, обѣ волны постепенно сливаются въ одну,—получается та форма пульса, которая извѣстна подъ именемъ *p. rotundo-tardus* и *monocroto-tardus*; *Wolff* думаетъ даже, что замедленіе пульса можетъ считаться въ сомнительныхъ случаяхъ однимъ изъ симптомовъ начинающагося слабоумія, хотя даже и у слабоумныхъ при развитіи возбужденнаго состоянія онъ можемъ снова приобрѣтать свои нормальныя свойства.

Второй важный симптомъ, наблюдаемый иногда у душевно-больныхъ и находящій себѣ объясненіе также въ разстройствѣ вазомоторныхъ нервовъ, есть предсердечная тоска, *anxietas praecordialis*. *Flemming* старается сдѣлать понятнымъ и для нормальныхъ людей ощущенія предсердечной тоски, говоря, что въ слабой степени ее можетъ испытать каждый здоровый человѣкъ, какъ чувство томленія, которое является при любомъ продолжительномъ напряженіи вниманія или утомительномъ впечатлѣніи и которое разрѣшается глубокимъ вздохомъ. У душевно-больныхъ въ отдѣльныхъ случаяхъ оно достигаетъ крайне рѣзкой степени и очень часто приобрѣтаетъ громадное клиническое значеніе, измѣняя всю духовную жизнь человѣка, подчиняя себѣ всю его дѣятельность; предсердечная тоска усиливаетъ подавленность, замедляетъ и даже временно прекращаетъ теченіе психическихъ процессовъ, а въ двигательной сферѣ выражается зачастую рядомъ насильственныхъ актовъ, которыми человѣкъ стремится облегчить свое тяжелое состояніе; съ этой цѣлью онъ дѣлаетъ, на примѣръ, попытки покончить съ собою, съ остервененіемъ нападаетъ на самыхъ близкихъ ему людей, наноситъ имъ тяжелыя увѣчья, убиваетъ ихъ и послѣ этого чувствуетъ дѣйствительно значительное облегченіе. Высшая степень тоски иногда вызываетъ оцпенѣніе всей произвольной мускулатуры; больной съ выраженіемъ ужаса на лицѣ забирается куда-нибудь въ уголъ или лежитъ, какъ ооченѣлый не двигаясь, не мѣняя по собственной волѣ занимаемаго имъ мѣста; всѣ мышцы его ригидны, напряжены, находятся въ тониче-

ской судорогъ. Послѣ болѣе длительныхъ припадковъ наступаетъ обильный потъ. Какъ бы ни была разнообразна клиническая картина приступа предсердной тоски, однимъ изъ самыхъ постоянныхъ симптомовъ ея являются вазомоторныя разстройства, а такъ какъ непріятныя ощущенія, испытываемыя больнымъ, всегда локализируются въ области сердца, такъ какъ одновременно всегда замѣчается разстройство сердечной дѣятельности, такъ какъ, наконецъ, точно такія же ощущенія испытываетъ человѣкъ, страдающій завѣдомо болѣзнью сердца, напр., грудной жабой, то принято думать, что при предсердной тоскѣ мы имѣемъ спазмъ вѣчныхъ сосудовъ, результатомъ котораго является недостаточный притокъ кислорода къ сердечнымъ нервнымъ узламъ и тоска, какъ реакція сознанія на этотъ недостатокъ. Что касается условій, вызывающихъ спазмъ, то они могутъ быть весьма различны. Прежде всего спазмъ можетъ происходить центральнымъ путемъ—предположеніе, которое будетъ весьма понятнымъ, если мы припомнимъ, какъ рѣзко отражается характеръ психической дѣятельности на сердцѣ даже у нормальныхъ людей; но спазмъ вѣчныхъ сосудовъ въ состояніи вызывать также и разнообразныя периферическія раздраженія, особенно идущія со стороны внутреннихъ органовъ. Каковъ бы однако ни былъ способъ его происхожденія, во всякомъ случаѣ онъ можетъ возникнуть лишь у субъектовъ, обладающихъ особенно легко возбудимой нервной системой; и въ этомъ обстоятельстве мы должны искать объясненіе какъ того, почему предсердная тоска рѣдко встрѣчается у нервно-здоровыхъ людей, такъ и легкаго ея возникновенія у лицъ душевно-больныхъ, или одержимыхъ тяжкими общими невротами.

Лекція XI.

Разстройства соматической сферы при помѣшательствахъ.

(Окончаніе)

Трофическія разстройства у душевно-больныхъ: колебанія вѣса тѣла въ различныхъ стадіяхъ душевнаго разстройства; вѣсъ тѣла при періодическихъ формахъ; изслѣдованія Fürstner'a; ломкость реберъ у душевно-больныхъ; отѣматома; пораженіе внутреннихъ органовъ, зависяція отъ измѣненія трофической функціи головного мозга; физическіе признаки вырожденія и ихъ клиническое значеніе.

Измѣненія выдѣленій и отдѣленій у душевно-больныхъ: измѣненія мочи; появленія бѣлка въ мочѣ; токсическія свойства мочи. Разстройства менструацій.

Температура при душевныхъ страданіяхъ: тепловые центры въ головномъ мозгу; повышеніе и пониженіе температуры при различныхъ формахъ душевнаго заболѣванія; наблюденія Бехтерева.

Разстройства сна у душевно-больныхъ.

М.м. Гз.!

Существованіе трофическихъ центровъ въ головномъ мозгу представляетъ собою одинъ изъ наименѣе выясненныхъ вопросовъ въ физиологіи этого органа. Поскольку однако позволяютъ заключить наблюденія надъ душевно-больными, заболѣванія головного мозга могутъ сопровождаться глубокими разстройствами питанія всего организма.

Особеннымъ интересомъ въ этомъ отношеніи обладаютъ *колебанія вѣса тѣла*, замѣчаемыя у душевно-больныхъ.

Еще старыми психіатрами былъ твердо установленъ тотъ фактъ, что при началѣ душевнаго страданія вѣсъ тѣла можетъ рѣзко падать и возвращается къ нормѣ лишь

сь прекращеніемъ психоза; въ тѣхъ же случаяхъ, когда болѣзнь принимаетъ неблагопріятное теченіе и обнаруживаетъ склонность къ переходу въ слабоуміе, вѣсь можетъ замѣтно увеличиваться и даже превышать норму. На этомъ основаніи уже издавна было установлено правило относиться къ повышенію вѣса, какъ къ благопріятному явленію, только при одномъ условіи — если рука объ руку замѣчается также улучшеніе и психическаго состоянія. Позднѣйшія наблюденія подтвердили такой взглядъ; они показали, что вѣсь тѣла обыкновенно увеличивается даже во время нестойкихъ ремиссій, снова падая, когда ухудшается состояніе больныхъ; при нѣкоторыхъ же органическихъ формахъ, если картина не осложняется возбужденіемъ, онѣ иногда возрастаетъ поразительно быстро, не смотря подчасъ на крайне неблагопріятныя условія питанія и обстановки. По отношенію къ отдѣльнымъ видамъ душевнаго разстройства особенно поучительными должно признать колебанія въ вѣсѣ тѣла при періодическихъ психозахъ, преимущественно же при такъ называемомъ циркулярномъ помѣшательствѣ. Клиническая картина этого страданія слагается изъ періодовъ возбужденія и угнетенія, раздѣляемыхъ свѣтлыми промежутками, и систематическія взвѣшиванія больныхъ показали, что вѣсь ихъ тѣла, приближающійся къ нормѣ въ свѣтломъ промежуткѣ, въ періоды угнетенія обыкновенно быстро падаетъ, въ періодахъ же возбужденія замѣтно увеличивается.

Профессоръ *Fürstner*, изучавшій измѣненія вѣса тѣла при различныхъ формахъ душевныхъ заболѣваній, раздѣляетъ послѣднія въ этомъ отношеніи на три категоріи; къ первой онѣ относитъ психозы, развившіеся у дотолѣ вполне здоровыхъ субъектовъ, ко второй—дегенеративныя формы, къ третьей—органическія. Что касается первой группы, то здѣсь кривая вѣса тѣла очень характерна: передъ началомъ заболѣванія всегда наблюдаются болѣе или менѣе рѣзкія колебанія въ обѣ стороны; затѣмъ вѣсь начинаетъ довольно быстро падать, но съ извѣстнаго момента снова повышается и это повышеніе, обыкновенно

болѣе медленное, чѣмъ паденіе, большею частью продолжается еще и по выздоровленіи. Такой ходъ кривой прогностически благоприятенъ и присущъ только острымъ первичнымъ психозамъ. При дегенеративныхъ формахъ мы чаще всего замѣчаемъ короткое паденіе и затѣмъ постоянныя колебанія вверхъ и внизъ съ замѣтнымъ основнымъ повышеніемъ, если болѣзнь принимаетъ благоприятный оборотъ; но такая же точно кривая дѣлаетъ предсказаніе сомнительнымъ, если мы ее получаемъ при психозахъ первой категоріи. Для органическихъ формъ характерна остановка кривой на средней высотѣ съ незначительными колебаніями. При переходѣ въ конечное слабоуміе вмѣстѣ съ увеличеніемъ количества жира повышается и вѣсъ.

При эпилептическихъ и циркулярныхъ психозахъ *Fürstner* встрѣчалъ иногда поразительное паденіе вѣса даже до 4 kilo въ сутки, при чемъ между принятіемъ пищи, двигательнымъ безпокойствомъ и паденіемъ вѣса нельзя было подмѣтить тѣсной причинной зависимости.

Кромѣ измѣненій въ общемъ питаніи организма душевное заболѣваніе можетъ обусловливать также расстройство питанія различныхъ органовъ въ отдѣльности. Однимъ изъ частныхъ явленій, особенно при органическихъ формахъ, можно назвать замѣчательную *ломкость костей*, зависящую отъ обѣднѣнія известковыми солями и объясняющую тѣ случаи переломовъ, которые происходятъ иногда безъ достаточнаго насилія. Въ Казанской Окружной Лѣчебницѣ мнѣ пришлось видѣть больного, который сломалъ бедро, надѣвая самъ себѣ сапогъ. Такими свойствами костная ткань чаще всего отличается у лицъ, сдержимыхъ прогрессивнымъ параличомъ помѣшанныхъ, и иногда при глубокомъ послѣдовательномъ слабоуміи. У этихъ же больныхъ мы нерѣдко встрѣчаемъ еще другую форму трофическаго расстройства, такъ называемую *отѣматому* или ухо панкрезіаста.

Подъ этимъ именемъ извѣстно такое измѣненіе ушной раковины, которое вначалѣ выражается ея утолщеніемъ, причемъ пораженная область дѣлается горячей на ощупь,

синевато-багроваго цвѣта, пріобрѣтаетъ тѣстообразную консистенцію; въ дальнѣйшемъ развитіи процесса опухоль уменьшается, блѣднѣетъ и получаетъ хрящеобразную твердость. Въ результатѣ мы имѣемъ болѣе или менѣе рѣзкое искаженіе обычной формы уха. Изслѣдуя анатомическую природу процесса, наблюдатели чаще всего высказывали предположеніе, что въ основѣ его лежитъ перихондритъ, осложненный кровоизліянiями въ вещество хряща, но значительно расходились между собою, коль скоро дѣло касалось условій его происхожденiя; въ то время какъ одни, основываясь на томъ, что отѣматома чаще развивается на лѣвомъ ухѣ, т. е. на приходящемся противъ правой руки слугителя, видѣли причину ея исключительно въ травмѣ, другіе не безъ основанія возражали, что отѣматома обыкновенно встрѣчается у слабоумныхъ, хотя бы послѣдніе и отличались гораздо меньшей подвижностью, чѣмъ, напр., маниаки, у которыхъ между тѣмъ ее приходится наблюдать сравнительно рѣдко. Истину, повидимому, слѣдуетъ искать по срединѣ обѣихъ крайностей. Болѣе всего вѣроятiя думать, что основнымъ явленіемъ здѣсь слѣдуетъ считать такое ослабленіе питанiя тканей наружнаго уха, при которомъ достаточно уже самаго незначительнаго насилiя, чтобы вызвать процессъ. Точно такое же объясненіе можно съ большой вѣроятностью дать и различнымъ заболѣванiямъ внутреннихъ органовъ, такъ часто уносящимъ нашихъ больныхъ въ могилу; разнообразныя пораженiя легкихъ, пищеварительнаго тракта, мочеполовыхъ органовъ и т. д.—все это въ значительномъ большинствѣ случаевъ сводится на уменьшенную жизненность тканей, на ослабленную сопротивляемость ихъ вреднымъ влiянiямъ, которая въ свою очередь служитъ проявленіемъ разстройства трофическихъ функцій центральной нервной системы.

Говоря о разстройствѣ трофическихъ функцій, нельзя обойти молчаніемъ весьма частое существованіе у душевнобольныхъ различныхъ уродливостей и неправильностей въ развитіи физическаго организма, тѣмъ болѣе, что эти неправильности съ точки зрѣнiя современныхъ психіатровъ

представляются существенно важными въ клиническомъ отношеніи. Встрѣчаясь по большой части у лицъ съ тяжкимъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ къ душевнымъ болѣзнямъ, у субъектовъ глубоко дегенеративныхъ, такіа уродливости указываютъ, что въ эпоху первоначальнаго своего развитія организмъ находился подъ сильнымъ вліяніемъ какихъ-то неблагоприятныхъ моментовъ, и по аналогіи даютъ основаніе думать, что эти же моменты отразились вредно и на ростъ головного мозга. Вотъ почему ихъ принято называть *физическими признаками вырожденія*.

Къ числу такихъ признаковъ мы прежде всего относимъ различныя аномаліи въ строеніи черепа, которыя будучи выражены въ рѣзкой формѣ, должны существовать одновременно съ измѣненіями конфигураціи головного мозга. Но на этихъ аномаліяхъ я сегодня останавливаться не буду, такъ какъ мнѣ придется еще говорить о нихъ ниже. На второмъ мѣстѣ по своей важности могутъ быть поставлены особенности и уклоненія въ развитіи органовъ высшихъ чувствъ и лица вообще. Сюда относятся: слишкомъ рѣзкое выстояніе надбровныхъ дугъ, сросшіяся брови, косое положеніе глазныхъ щелей, *coloboma iridis*, *retinitis pigmentosa*, не одинаковая окраска радужныхъ оболочекъ, слишкомъ большія или слишкомъ малыя ушныя раковины, неправильность ихъ очертанія, отсутствіе ушныхъ сережекъ, скошенный носъ, неравное развитіе обѣихъ половинъ его, слишкомъ большой или чрезмерно малый ротъ, заячья губа, различныя неправильности въ развитіи зубовъ и особенно рѣзцовъ, которые нерѣдко отличаются широкой неровной поверхностью и отдѣляются другъ отъ друга большими промежутками, валикообразное выпячиваніе небнаго шва, расщепленное твердое небо, слишкомъ высокое и узкое или слишкомъ широкое и плоское небо, мясистый языкъ, неравное развитіе обѣихъ половинъ языка, ассиметрія въ развитіи скелета лица и т. д. Но призраки вырожденія встрѣчаются и въ остальномъ организмѣ; здѣсь мы обращаемъ вниманіе на симметричное развитіе тѣла, на конечности,

въ которыхъ иногда наблюдается излишнее число пальцевъ или, напротивъ, недостаточное количество ихъ. Къ признакамъ вырожденія принадлежатъ также добавочныя грудныя железы, разнообразныя уклоненія въ развитіи мочеполовыхъ органовъ (hypospadia, hermaphroditismus, anorchidia, uterus bicornis и т. д.). На кожѣ значеніе признаковъ вырожденія имѣетъ присутствіе большого количества родимыхъ пятенъ, слишкомъ обильная волосатость, гусиная кожа, чрезмѣрное развитіе эпидермоидальнаго слоя. Вообще физическіе признаки дегенераціи могутъ быть крайне разнообразны; ими являются всякія отступленія отъ правильнаго развитія, всякія уклоненія отъ нормы. Но клиническое значеніе они пріобрѣтаютъ лишь при одномъ условіи—если встрѣчаются въ большомъ количествѣ у одного и того же субъекта, такъ какъ только въ этомъ случаѣ они дѣйствительно свидѣтельствуютъ о вредныхъ вліяніяхъ, испытанныхъ организмомъ въ раннюю эпоху его роста. Я обращаю Ваше вниманіе на это послѣднее обстоятельство въ виду того, что значеніе отдѣльныхъ физическихъ признаковъ дегенераціи въ послѣднее время нерѣдко слишкомъ переоцѣнивается; не слѣдуетъ забывать, что эти симптомы являются только намекомъ, который долженъ найти себѣ дальнѣйшее подтвержденіе въ тщательномъ наблюденіи и изслѣдованіи психической сферы.

Рѣзкое вліяніе можетъ оказывать душевная болѣзнь на *отдѣлительныя* и на *выдѣлительныя функціи* организма; причину его слѣдуетъ искать, съ одной стороны, въ нарушеніи общаго питанія, а съ другой—въ измѣненіи соотвѣствующихъ центровъ; немаловажную роль здѣсь сверхъ того играютъ также сосудодвигательныя разстройства. При хроническихъ формахъ упомянутыя функціи страдаютъ сравнительно мало; гораздо рѣзче измѣненія ихъ выступаютъ при формахъ острыхъ; въ послѣднемъ случаѣ при состояніяхъ угнетенія, какъ общее правило, количество выдѣленій и отдѣленій уменьшается, при возбужденіи, наоборотъ, увеличивается. Такъ, меланхолики, на примѣръ, очень рѣдко плачутъ слезами; жалобы ихъ на

ослабленіе аппетита и полового влеченія находятъ себѣ, по крайней мѣрѣ отчасти, объясненіе въ уменьшенномъ отдѣленіи желудочнаго сока и спермы.

Но особенное клиническое значеніе приобрѣтаютъ измѣненія въ количествѣ и составѣ мочи, наблюдаемая у душевно-больныхъ. При меланхоліи мочи выдѣляется въ среднемъ замѣтно менѣе, чѣмъ при тѣхъ же условіяхъ у здороваго человѣка; при формахъ, сопровождаемыхъ рѣзкимъ возбужденіемъ, по понятнымъ причинамъ трудно измѣрить это количество, почему показанія отдѣльныхъ авторовъ довольно рѣзко расходятся между собою. Что касается химическаго состава мочи, то въ этомъ отношеніи до сихъ поръ сдѣлано весьма много интересныхъ наблюденій. Еще *Rabow* показалъ, что количество мочевины при меланхоліи и слабоуміи обыкновенно уменьшается; при прогрессивномъ параличѣ вначалѣ оно выше нормы, но съ дальнѣйшимъ развитіемъ слабоумія круто падаетъ,—факты, которые говорятъ о недостаточномъ сгораніи пищи, объ ослабленномъ обмѣнѣ веществъ. По *Mendel*ю количество фосфорной кислоты въ хроническихъ формахъ какъ абсолютно, такъ и относительно, менѣе нормы; послѣ эпилептовидныхъ и апоплектовидныхъ приступовъ при прогрессивномъ параличѣ оно временно увеличивается. Изъ ненормальныхъ составныхъ частей мочи у душевно-больныхъ чаще всего встрѣчается бѣлокъ. *Koerren*, съ особенной обстоятельностью изучавшій условія его происхожденія, дѣлитъ въ этомъ отношеніи всѣхъ больныхъ съ альбуминуріей на три класса. Во-первыхъ, бѣлокъ можетъ появляться благодаря вліянію на почки того состоянія, въ которомъ находится психическій органъ. Появленіе бѣлка въ мочѣ имѣетъ тѣсную связь со спутанностью и потемнѣніемъ сознанія въ острыхъ психозахъ; количество его увеличивается и уменьшается съ увеличеніемъ и ослабленіемъ спутанности. При высокой степени потемнѣнія сознанія безъ лихорадки оно больше, чѣмъ при повышенной температурѣ. Такимъ образомъ бѣлокъ встрѣчается при *delirium tremens*, *delirium acutum*, при остромъ бредовомъ

помѣшательствѣ. У эпилептиковъ большое количество бѣлка замѣчается при томъ потемнѣніи сознанія, которое замѣняетъ у нихъ двигательный припадокъ или слѣдуетъ за послѣднимъ. Ко второй категоріи *Koerren* относятъ психозы, развившіеся на почвѣ заболѣванія почекъ, на почвѣ уреміи или при хроническомъ нефритѣ. Къ третьей группѣ *Koerren*'а принадлежатъ больные, у которыхъ бѣлокъ въ мочѣ вызывается тѣмъ же физическимъ состояніемъ, какое нарушаетъ функцію мозга и вызываетъ психозъ. Такъ, бѣлокъ появляется иногда при артеріосклерозѣ, при которомъ могутъ развиваться заболѣванія почекъ и сердца, съ одной стороны, и измѣненія сосудовъ большого мозга—съ другой.

Въ послѣднее время весьма многими наблюдателями было обращено вниманіе на токсины мочи. Извѣстно, что моча здороваго человѣка содержитъ въ себѣ ядовитыя вещества, такъ что, впрыскивая определенное количество ея различнымъ животнымъ, мы можемъ вызвать у нихъ картину отравленія и даже смерть. При многихъ формахъ душевнаго заболѣванія это ядовитое свойство мочи повидимому усиливается, такъ какъ для отравленія и смерти тѣхъ же животныхъ ее приходится впрыскивать уже въ меньшемъ количествѣ. Но до сихъ поръ авторы не пришли еще къ какимъ-нибудь рѣшительнымъ заключеніямъ, почему и я не буду долѣе останавливаться на этомъ вопросѣ, о которомъ считалъ необходимымъ только упомянуть въ виду его понятной для каждаго теоретической важности. Добавлю только, что по увеличенной или уменьшенной ядовитости мочи нельзя еще судить о состояніи ядовитыхъ началъ въ тканяхъ организма. Болѣе точныя свѣдѣнія о нихъ, повидимому, можно получить, изслѣдуя сывотку крови. Такъ, *Rebizzi* ставилъ пьявки душевно-больнымъ и для сравненія душевно-здоровымъ. Кровь здоровыхъ, а также алкоголиковъ и идіотовъ, не вызывала у пьявокъ никакихъ болѣзненныхъ измѣненій; кровь эпилептиковъ, паралитиковъ и страдающихъ старческимъ слабоуміемъ производила атрофію фибриллей ихъ нервной системы; у пьявокъ, насосавшихся крови аментиковъ и

пеллагрозныхъ, замѣчались набуханіе и распадъ нервныхъ клѣтокъ.

Я не буду говорить здѣсь объ измѣненіяхъ другихъ отдѣленій, напримѣръ, слюны, такъ какъ они имѣютъ пока сравнительно малое клиническое значеніе, но долженъ сказать нѣсколько словъ о *разстройствахъ менструацій* у душевно-больныхъ женщинъ.

При хроническихъ формахъ эта функція страдаетъ сравнительно рѣдко, да и то въ незначительной степени; что же касается формъ острыхъ, то не протекаетъ почти ни одинъ случай у женщинъ, который бы не сопровождался болѣе или менѣе глубокими разстройствами менструацій, и причину этого нужно видѣть какъ въ общемъ обѣднѣніи организма кровію, такъ и въ измѣненіи сосудодвигательной иннерваціи. Передъ развитіемъ психоза и во время его теченія количество выдѣляющейся крови обыкновенно бываетъ уменьшено, иногда выдѣленіе даже совершенно отсутствуетъ, возобновляясь лишь съ наступленіемъ выздоровленія или при переходѣ во вторичное слабоуміе.

Я не могу закончить свой очеркъ соматическихъ разстройствъ у душевно-больныхъ, не остановивши Вашего вниманія на *измѣненіяхъ температуры и сна*.

Обыкновенно принято говорить о душевныхъ болѣзняхъ, какъ о страданіяхъ безлихорадочныхъ, но это не совсѣмъ справедливо. Современной наукѣ извѣстно, что въ различныхъ отдѣлахъ головного мозга заложены тепловые центры, раздраженіе которыхъ вызываетъ болѣе или менѣе значительное повышеніе температуры. Такъ, по *Landois*, термическіе центры у собакъ совпадаютъ съ областью двигательныхъ центровъ для конечностей; разрушеніе этой области влечетъ повышеніе температуры на противоположной сторонѣ. *Ripping* наблюдалъ у человѣка повышеніе температуры на одной сторонѣ тѣла при ракъ задняго отдѣла *guti fornicati* на противоположной сторонѣ.

Существованіе такихъ центровъ дѣлаетъ намъ понятнымъ, почему при различныхъ ирритативныхъ процессахъ въ мозговой корѣ могутъ наблюдаться лихорадочныя движенія и помимо какихъ-либо осложненій со стороны вну-

треннихъ органовъ. При прогрессивномъ параличѣ, напримѣръ, температура можетъ временно повышаться, и иногда даже до значительныхъ цифръ, послѣ апоплектовидныхъ и эпилептовидныхъ приступовъ; вообще при этомъ страданіи тепловые центры отличаются повидимому особенной возбудимостью, такъ что уже незначительнаго момента, вродѣ непродолжительнаго запора или легкаго задержанія мочи, иногда бываетъ достаточно, чтобы вызвать лихорадочное состояніе, которое сейчасъ же исчезаетъ, какъ только будетъ устранена его причина. Значительное повышение температуры сопровождается также тяжелыя формы бѣлой горячки, острый бредъ, можетъ наблюдаться при *status epilepticus*.

Гораздо чаще, чѣмъ повышение температуры, наблюдается у душевно-больныхъ пониженіе ея. Отчасти оно можетъ зависѣть отъ усиленной отдачи тепла, напр., у маниаковъ, которые сбрасываютъ съ себя всякую одежду, отчасти же безспорно указываетъ и на уменьшенную выработку ея въ организмѣ. Такъ, ненормально низкой температурой отличаются, напримѣръ, меланхолики, не смотря на то, что они постоянно лежатъ въ постели, укутанные теплыми одѣялами.

Но особенно характерною низкая температура является для алкоголиковъ, у которыхъ измѣреніе часто показываетъ поразительныя цифры, до 24°C и ниже *in recto* и это иногда за долгое время до смерти, при сравнительно хорошо сохраненномъ самочувствіи; тоже самое нерѣдко мы можемъ встрѣтить у больныхъ, одержимыхъ другими органическими пораженіями головного мозга, напр., у сифилитиковъ, у прогрессивныхъ паралитиковъ и т. д.

Обыкновенно думаютъ, что рѣзкое пониженіе температуры имѣетъ неблагоприятное прогностическое значеніе; это правило однако не всегда справедливо. Мнѣ пришлось, напримѣръ, наблюдать случай періодической маніи, гдѣ температура падала до 33°C *in axilla* и гдѣ однако послѣдовало выздоровленіе.

Очень тщательныя систематическія наблюденія надъ суточными колебаніями температуры у душевно-больныхъ

принадлежать проф. *Бехтереву*. Исслѣдованія этого автора показали, что у душевно-больныхъ иногда бываетъ изменена и самая форма дневныхъ колебаній; у нихъ иногда наблюдаются утромъ болѣе высокія цифры, чѣмъ вечеромъ (*typus inversus* или, вѣрнѣе, *anteropons*, т. е. обычныя повышенія и пониженія наступаютъ и оканчиваются раньше, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ). По отношенію къ отдѣльнымъ формамъ *Бехтеревъ* нашелъ, что при *melancholia attonita* температура обыкновенно держится ниже нормы, но если наступаетъ состояніе возбужденія, то она можетъ значительно повышаться. При періодическихъ маніяхъ передъ приступомъ температура иногда быстро падаетъ, во время приступа повышается и затѣмъ снова падаетъ, когда больной утомится. Рѣзкія неправильности представляетъ суточная температура при слабоуміи, удерживаясь вообще ниже нормы, хотя паденіе ея далеко не пропорціонально психической слабости.

Что касается сна, то у хрониковъ онъ обыкновенно страдаетъ весьма мало, съ развитіемъ же слабоумія дѣлается обыкновенно даже крѣпче нормальнаго и напоминаетъ сонъ малолѣтнихъ дѣтей. За то острые формы, какъ общее правило, предшествуются и сопровождаются упорными бессонницами. Больные могутъ не спать цѣлыми недѣлями, и улучшение сна часто служитъ однимъ изъ самыхъ раннихъ симптомовъ наступающаго выздоровленія. Нужно впрочемъ замѣтить, что больные иногда жалуются на бессоницу, хотя на самомъ дѣлѣ не страдаютъ таковой. Подобныя заявленія приходится, напр., слышать отъ меланхоликовъ, отъ ипохондриковъ, которыхъ сонъ недостаточно освѣжилъ и которые встаютъ съ такимъ ощущеніемъ, какъ будто бы они вовсе не спали.

Сравнительно рѣже приходится встрѣчать у душевно-больныхъ нарушеніе сна обратнаго характера—чрезмѣрную сонливость, порой переходящую въ положительную спячку, продолжающуюся цѣлыми днями и долѣе. Съ такимъ явленіемъ мы встрѣчаемся, на примѣръ, при нѣкоторыхъ истерическихъ формахъ, у неврастениковъ, у тяжелыхъ дегенерантовъ. Извѣстны случаи, когда больные

какъ бы выработывали въ себѣ способность погружаться въ глубокій продолжительный сонъ по своему желанію. Вообще слѣдуетъ замѣтить, что измѣненія сна у душевно-больныхъ отличаются крайнимъ разнообразіемъ, но до сихъ поръ далеко не всѣ особенности его подмѣчены и изучены съ надлежащей точностью.

Лекція XII.

Этіологія пом'шательства.

Отсутствіе патогномичныхъ симптомовъ пом'шательства. Совокупность наблюдаемыхъ явленій, какъ единственная надежная точка опоры при діагнозѣ пом'шательства. Взглядъ на душевныя страданія, какъ на постепенное измѣненіе всей психической личности подѣ влияніемъ обыкновенно цѣлаго ряда этиологическихъ факторовъ. Этиологическіе моменты, предрасполагающіе и непосредственныя; подраздѣленіе нервыхъ на общіе и индивидуальныя, вторыхъ на психическіе и физическіе. Вліяніе современной цивилизаціи на развитіе душевныхъ страданій. Прогрессивное увеличеніе процента душевно-больныхъ въ цивилизованныхъ странахъ и главнѣйшія его причины. Вліяніе политическихъ бурь, переворотовъ и войнъ на психическое здоровье. Національность, климатъ, времена года—какъ этиологическіе факторы.

М.м. Гг.!

Въ цѣломъ рядѣ лекцій мы познакомились съ явленіями, характеризующими психическую жизнь душевно-больного человѣка, а двѣ послѣднія посвятили разбору наиболѣе частыхъ уклоненій отъ нормы, замѣченныхъ въ его физической организаціи. Теперь передъ нами довольно полная общая картина душевнаго разстройства и, всматриваясь въ нее пристальнѣе, припоминая все, что было сказано до сихъ поръ, мы между прочими выводами должны будемъ сдѣлать одинъ, который представляетъ для насъ въ данное время существенную важность; мы должны будемъ признать, что нѣтъ ни одного явленія, которое, будучи взято въ отдѣльности, было бы характернымъ для душевнаго заболѣванія, которое съ положительностью позволяло бы намъ заявить, что данный субъектъ душевно боленъ. Однимъ словомъ, нѣтъ ни одного

симптома, который могъ бы быть названъ патогномоничнымъ для помѣшательства. Въ самомъ дѣлѣ, что, казалось, могло бы быть болѣе аномальнымъ, чѣмъ галлюцинаціи, а между тѣмъ, какъ я сказалъ въ свое время, онѣ могутъ возникать и у людей безусловно здоровыхъ; что, казалось бы, могло быть болѣе патологическимъ, болѣе убѣдительнымъ для наличности душевнаго заболѣванія, какъ идеи бреда, а между тѣмъ, мы видѣли выше, по своему содержанію онѣ иногда ничуть не отличаются отъ заблужденій лицъ душевно-здоровыхъ; да сверхъ того, можно назвать цѣлыя группы душевныхъ страданій, при которыхъ никогда не возникаютъ ни идеи бреда, ни галлюцинаціи. Однимъ словомъ, оба эти явленія характерными для душевнаго заболѣванія названы быть не могутъ. Иногда приходится слышать мнѣніе, что при психозахъ всегда измѣняется настроеніе человѣка, измѣняется характеръ его реакціи на внѣшній міръ. Но внимательное изученіе клиники доказываетъ, что это мнѣніе лишено основанія. Нерѣдко мы можемъ встрѣтить людей, которые повидимому дышатъ здоровьемъ, наслаждаются жизнью, рѣчи которыхъ полны веселья и неподдѣльнаго юмора, и въ то же время тяжелый недугъ уже наложилъ на нихъ свою печать. Болѣе основанія имѣютъ тѣ, которые ищутъ точку опоры въ анализѣ поступковъ и дѣйствій больного; но и здѣсь однако, имѣя въ виду только одни поступки, можно прійти къ совершенно невѣрному заключенію. Съ одной стороны, душевно-больные иногда ведутъ себя безукоризненно, ни единымъ дѣйствіемъ не проявляя своего болѣзненнаго состоянія, съ другой же стороны и люди завѣдомо здоровые, но находящіеся, напр., подъ сильнымъ вліяніемъ живого чувства, могутъ позволять себѣ такіе поступки, передъ которыми иной разъ остановится и душевно-больной.

Итакъ, нѣтъ ни одного отдѣльнаго симптома, который бы категорически указывалъ на душевное разстройство. Но если это правда, то спрашивается, чѣмъ мы должны руководствоваться при діагностикѣ помѣшательства, на что мы можемъ опереться?

Надежнымъ основаніемъ для насъ здѣсь должна служить лишь совокупность всѣхъ наблюдаемыхъ явленій въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Эта совокупность укажетъ, если передъ нами дѣйствительно душевно-больной чловѣкъ, что онъ измѣнился, сталъ не тотъ, какимъ былъ раньше, что передъ нами другая личность. Душевное страданіе, слѣдовательно, проявляется въ измѣненіи личности. Но мнѣ, пожалуй, возразятъ: вѣдь наблюдая жизнь нормальныхъ людей, мы точно также легко можемъ убѣдиться, что они иной разъ очень рѣзко мѣняются; ребенокъ сплошь и рядомъ проявляетъ свойства, которыя становятся незамѣтными, когда онъ дѣлается взрослымъ, и, наоборотъ, съ возрастомъ развиваются такія особенности ума и характера, которыя трудно было открыть ранѣе. На это однако должно замѣтить, что подобныя измѣненія всегда связаны съ извѣстными періодами жизни и у нормальныхъ людей не переходятъ за извѣстные предѣлы; у душевно же больныхъ они не находятся въ зависимости отъ переживаемой эпохи и отличаются несравненно большей рѣзкостью.

Само собою понятно, что все сказанное до сихъ поръ относится къ тѣмъ душевно-больнымъ, которые раньше были здоровы, такъ какъ только въ томъ случаѣ и можно говорить объ измѣненіи личности; но вѣдь кромѣ нихъ есть очень большая категорія больныхъ, которые никогда не обладали здоровьемъ, которые родились съ задатками болѣзни и эти послѣдніе росли вмѣстѣ съ ихъ ростомъ. Какимъ же критеріемъ мы должны руководствоваться по отношенію къ подобнымъ лицамъ, съ чѣмъ мы должны сравнивать ихъ, говоря объ измѣненіи личности? Критеріемъ здѣсь можетъ быть лишь типъ нормальнаго чловѣка, какой выработала въ данное время данная культура даннаго общества, а такъ какъ подобный типъ отдѣльными наблюдателями принимается не одинъ и тотъ же, то поэтому въ сомнительныхъ, менѣе ясно выраженныхъ случаяхъ точное распознаваніе дѣлается почти невозможнымъ.

Я сказалъ выше, что взглядъ на душевныя страданія, какъ на такія, которыя обнаруживаются измѣненіемъ всей психической личности, что этотъ выводъ пріобрѣтаетъ для насъ особую важность именно теперь. Въ самомъ дѣлѣ, покончивъ съ изученіемъ симптоматологіи помѣшательства, мы должны перейти къ его этиологіи, познакомиться съ причинами, которыя вызываютъ душевное разстройство. Но сейчасъ высказанное положеніе уже а priori заставляетъ думать, что вызывать душевное заболѣваніе должны чаще всего такія условія, которыя дѣйствуютъ на человѣка исподоволь, мало-по-малу подрывая питаніе психическихъ центровъ, расшатывая психическое равновѣсіе. Естественно думать также, что въ каждомъ конкретномъ случаѣ этиологическихъ причинъ должно быть нѣсколько, что душевное заболѣваніе является послѣдствіемъ цѣлаго ряда моментовъ, роковымъ образомъ незамѣтно подтачивающихъ самыя коренныя устои духовной жизни. И всѣ эти предположенія блестящимъ образомъ подтверждаются клиническимъ опытомъ. Клиника учитъ, что лишь въ исключительныхъ случаяхъ душевное страданіе возникаетъ сразу подъ вліяніемъ какого-нибудь единичнаго вреднаго момента. Чаще всего, знакомясь съ прошлой жизнью нашихъ больныхъ, мы легко убѣждаемся въ существованіи цѣлой неразрывной цѣпи неблагоприятныхъ факторовъ, которые постепенно ослабляли духовныя силы больного и привели его къ роковому концу. Но въ этомъ отношеніи наукѣ, какъ впрочемъ и въ очень многихъ другихъ, приходится вступить въ рѣзкое противорѣчіе съ общераспространенными взглядами на душевныя страданія. Родные и знакомые больного очень часто, сообщая психіатру предварительныя свѣдѣнія, чрезвычайно точно и обстоятельно указываютъ на поводъ къ заболѣванію; но при ближайшемъ разслѣдованіи сплошь и рядомъ оказывается, что за причину, вызвавшую страданіе, принимается на самомъ дѣлѣ уже одно изъ проявленій послѣдняго. Нерѣдко приходится слышать, напримѣръ, что такой-то субъектъ заболѣлъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго злоупотребленія спиртными напитками. Этому заявленію даютъ вѣру даже мало опытные

врачи, помѣщаютъ больного въ лѣчебницы для алкоголиковъ, гарантируя окружающимъ благопріятный исходъ, обнадеживая близкимъ выздоровленіемъ. На самомъ дѣлѣ однако выздоровленіе затягивается; родные обращаются къ специалистамъ психіатрамъ и изслѣдованіе ихъ проливаетъ совершенно иной свѣтъ на природу болѣзни. Оказывается, что этотъ субъектъ имѣлъ несчастье заразиться въ ранней молодости сифилисомъ, одно время велъ довольно беспорядочную жизнь, но потомъ, женившись, измѣнилъ свои привычки, сдѣлался образцовымъ семьяниномъ, старался избѣгать различныхъ излишествъ, за исключеніемъ только одного: въ силу необходимости, озабоченный матеріальнымъ положеніемъ своей семьи, онъ долженъ былъ много и неустанно работать, посвящая занятіямъ даже добрую часть ночи. Такъ шли многіе годы, человекъ, повидимому пользуясь полнымъ здоровьемъ, достигъ сорокалѣтняго возраста, какъ замѣтилъ, что онъ началъ дурно спать, испытывать головныя боли, сдѣлался крайне раздражительнымъ, угрюмымъ. Въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ окружающіе объясняли состояніе больного какими угодно случайными причинами, только никакъ не болѣзью. Но вдругъ наступила перемѣна, въ сравнительно короткое время клиническая картина рѣзко измѣнилась: исчезло мрачное, подавленное настроеніе, перестали слышаться жалобы на нездоровье, на головныя боли, на неспособность къ работѣ; напротивъ, человекъ началъ увѣрять всѣхъ, что онъ совершенно поправился, что онъ теперь здоровъ, какъ никогда; настроеніе его сдѣлалось повышеннымъ, веселымъ; онъ сталъ манкировать служебными дѣлами, забывать о своей прежде столь дорогой семьѣ; явилась потребность въ шумныхъ бурныхъ развлеченияхъ, нашлись подходящіе товарищи и начинается разгульная жизнь, безпробудное пьянство, а затѣмъ выступаютъ на сцену уже ясныя, несомнѣнные признаки душевнаго расстройства. Сопоставленіе всѣхъ этихъ фактовъ дѣлаетъ для психіатра очевиднымъ, что его пациентъ уже боленъ давно, что развитію страданія благопріятствовалъ перенесенный сифилисъ да долгот-

няя трудовая жизнь, полная невзгодъ и лишеній; страданіе вначалѣ проявилось безсонницей, головными болями и мрачнымъ настроеніемъ, за которымъ послѣдовалъ дальнѣйшій фазисъ — состояніе возбужденія, выразившееся между прочимъ усиленнымъ влеченіемъ къ алкоголю. Въ данномъ примѣрѣ, слѣдовательно, за причину болѣзни приняли одно изъ проявленій ея.

Въ другихъ случаяхъ родные впадаютъ въ иную ошибку; они указываютъ дѣйствительную причину болѣзни, только придавая ей совершенно исключительное значеніе и игнорируя всѣ предшествовавшіе моменты, какъ, по ихъ мнѣнію, не важные. Не такъ давно мнѣ пришлось видѣть больного, который, по словамъ его семейныхъ, заболѣлъ вслѣдствіе внезапной потери своего состоянія. Болѣе подробные разспросы однако показали, что передо мною субъектъ отягченнй тяжелой наслѣдственности, что въ молодости онъ предавался всевозможнымъ излишствамъ, всегда обнаруживалъ замѣчательную неровность характера, слылъ между знакомыми за чудака, за оригинала. Его эксцентричность давала о себѣ знать и въ денежныхъ дѣлахъ; онъ очертя голову безъ всякой нужды пускался на самыя рискованныя предпріятія, во время одного изъ таковыхъ лишился всего имущества, не могъ перенести мысли о нищетѣ, которая грозила его семьѣ, и заболѣлъ.

Здѣсь мы должны объяснить страданіе всей прошлой жизнью больного, даже вліяніемъ, полученнымъ отъ предковъ, потеря же состоянія явилась лишь послѣдней каплей, переполнившей чашу.

Я намѣренно остановился съ нѣкоторой подробностью на только что приведенныхъ примѣрахъ, такъ какъ они весьма наглядно убѣждаютъ насъ въ справедливости высказаннаго выше положенія: чаще всего на заболѣваніе слѣдуетъ смотрѣть, какъ на естественное слѣдствіе цѣлаго ряда моментовъ и для выясненія ихъ должно внимательнымъ образомъ ознакомиться не только со всей личной жизнью больного, но даже и съ его предками. Только

при этомъ условіи мы можемъ создать себѣ ясное представленіе объ этиологіи каждаго отдѣльнаго случая.

Твердо помня это основное положеніе, мы тѣмъ не менѣе для большей легкости изученія рассмотримъ порознь вліяніе наиболѣе важныхъ факторовъ, влекущихъ за собою душевное разстройство.

Обыкновенно принято раздѣлять всѣ этиологическія причины на двѣ главныя группы: *причины предрасполагающія*, т. е. тѣ, которыя только готовятъ почву для развитія психоза, и *непосредственныя*, которыя прямо вызываютъ его. Первая группа въ свою очередь можетъ быть подраздѣлена на двѣ. Мы различаемъ *причины предрасполагающія общія*, которыя вліяютъ на даннаго субъекта одновременно со всѣми лицами, принадлежащими къ извѣстной націи, классу, обществу и т. д., и *причины предрасполагающія индивидуальныя*, которыя дѣйствуютъ порознь на отдѣльныя личности. Что касается причинъ непосредственныхъ, то ихъ раздѣляютъ смотря по тому, на какую сферу онѣ вліяютъ по преимуществу,—на физическія и психическія. Мы удержимъ такое раздѣленіе, не забывая однако всей его искусственности и помня, что одинъ и тотъ-же факторъ можетъ явиться одновременно и моментомъ общимъ и индивидуальнымъ, физическимъ и психическимъ.

Дальнѣйшее изложеніе впрочемъ сдѣлаетъ само собою понятною эту оговорку.

Изъ причинъ предрасполагающихъ общихъ остановимся прежде всего на *цивилизациі*.

Уже старыя психіатры-клиницисты очень часто упоминали о вредномъ вліяніи, какое оказываетъ цивилизація на психическое здоровье человѣка; подобную же мысль мы встрѣчаемъ нерѣдко и у современныхъ алиенистовъ. Является вопросъ, дѣйствительно ли правы эти пессимисты, такъ тѣсно связывающіе прогрессивное увеличеніе числа душевно-больныхъ съ характеромъ основного строя современной жизни?

Но прежде чѣмъ рѣшить этотъ вопросъ, намъ необходимо остановиться на другомъ; намъ необходимо

выяснить, дѣйствительно ли процентъ душевно-больныхъ постоянно возрастаетъ, не есть ли это возрастаніе—явленіе только кажущееся?

Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь можно думать, что если статистика доставляетъ данныя, которыя говорятъ въ пользу прогрессивнаго увеличенія числа душевно-больныхъ, то эти данныя находятъ себѣ иное объясненіе. Большее сравнительно съ прошлымъ количество душевно-больныхъ можетъ зависѣть, прежде всего, отъ увеличенія населенія вообще, слѣдовательно, еще не указываетъ категорически на повышеніе процента заболѣваемости. Но если бы даже этотъ процентъ и представлялся повышеннымъ, то тутъ могутъ играть роль весьма разнообразныя факторы; безспорно, что наши діагностическія приемы стали несравненно совершеннѣе, что мы теперь признаемъ душевное заболѣваніе тамъ, гдѣ ранѣе о немъ не подозрѣвали, безспорно, далѣе, что усовершенствовалось устройство нашихъ больницъ, благотворно отразившись на средней продолжительности жизни ихъ обитателей, что возрасло, наконецъ, и довѣріе къ нимъ со стороны населенія, что на нихъ смотрятъ далеко не такъ, какъ на дореформенныя желтые дома. Всѣ эти моменты, конечно, нельзя игнорировать, но ихъ слишкомъ недостаточно, чтобы объяснить быстрый приростъ въ населеніи душевно-больныхъ. Въ цивилизованныхъ странахъ Западной Европы, гдѣ статистическія изслѣдованія уже довольно давно достигли достаточной точности, мы находимъ, что если всего нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ обыкновенно принимали, что въ среднемъ одинъ душевно-больной приходится на тысячу здороваго населенія, то теперь этотъ процентъ увеличился втрое, даже вчетверо. Въ Англіи къ 31 декабря 1887 года одинъ больной насчитывался на 342 жителя (т. е. 2,92 про mille); къ 1-му января 1891 года на 38.613.448 жителей Англіи, Ирландіи и Шотландіи насчитывалось 115.641 человекъ, помѣщенныхъ въ спеціальныя заведенія для душевно-больныхъ, т. е. одинъ больной приходится уже на 334 жителя; если же сюда присоединить слабоумныхъ, живущихъ въ семьяхъ и число которыхъ къ 1890 году достигло до

75.000, то это отношеніе будетъ какъ 1:200. Къ 1 января 1893 года въ Англіи и въ Валлисѣ оказалось 89.822 душевно-больныхъ, болѣе противъ прошлаго го́да на 1.974; слѣдовательно, на 10.000 населенія приходилось 32,21 больныхъ. Къ 1 января 1892 года въ Шотландіи было 12.799 душевно-больныхъ, т. е. на 207 человекъ болѣе, чѣмъ въ прошломъ году. Въ Ирландіи въ 1851 году число душевно-больныхъ относилось къ числу душевно-здоровыхъ, какъ 1:627, въ 1891 году—какъ 1:222. Къ 1 января 1892 года всего было зарегистрировано 16.689 душевно-больныхъ, т. е. на 438 болѣе, чѣмъ въ предшествовавшемъ году. Въ Массачузетѣ (Сѣверная Америка) съ 1879 г. по 1893 г. населеніе возросло на 45%, а число душевно-больныхъ за этотъ же періодъ увеличилось на 100 процентовъ.

Долгое время принимали, что у насъ въ Россіи, благодаря особымъ условіямъ жизни, въ сельскомъ населеніи отношеніе душевно-больныхъ къ здоровымъ не превышаетъ 1:1000, но болѣе точныя статистическія изслѣдованія, произведенныя земствами нѣкоторыхъ губерній, привели къ гораздо менѣе утѣшительнымъ результатамъ. Такъ въ 1889—1890 гг. въ Нижегородской губерніи на 1000 человекъ здороваго населенія приходилось 2 душевно-больныхъ, въ Московской губ. въ 1893 г.—2,3 душевно-больныхъ, въ Петербургской губерніи въ 1895—2,4 душевно-больныхъ.

Я съ намѣреніемъ привелъ всѣ эти цифры для того, чтобы не показаться голословнымъ, дѣлая существенно важный выводъ о прогрессивномъ возрастаніи процента душевно-больныхъ въ цивилизованныхъ странахъ. Теперь, опираясь на него, мы и можемъ перейти къ рѣшенію поставленнаго выше вопроса о губельномъ вліяніи современной цивилизаціи на психическое здоровье человека. Нѣкоторые авторы думали, что отвѣтить на него довольно легко, стоитъ только припомнить частоту душевныхъ заболѣваній у цивилизованныхъ націй и рѣдкость ихъ у дикихъ племенъ и народовъ. Однако такое доказательство врядъ ли можетъ претендовать на сколько нибудь научный характеръ. Вѣдь если не совсѣмъ удовлетворительную

статистику мы находимъ у образованныхъ народовъ, то у дикарей ни о какой статистикѣ не можетъ быть и рѣчи; здѣсь всѣ наши свѣдѣнія основываются исключительно на показаніяхъ случайнаго путешественника или проѣзжаго миссіонера, да и въ ихъ разсказахъ мы все-таки встрѣчаемъ упоминанія о душевно-больныхъ. Несравненно болѣе убѣдительнымъ представляется сравненіе процента заболѣваемости въ сельскомъ населеніи, съ одной стороны, и въ большихъ городахъ, крупныхъ торговыхъ и промышленныхъ центрахъ, т. е. въ тѣхъ пунктахъ, гдѣ характерныя особенности современной культуры выражены особенно рѣзко—съ другой. Это сопоставленіе показываетъ, что въ послѣднихъ % душевно-больныхъ превышаетъ таковой же въ крестьянскомъ населеніи вдвое, втрое и даже болѣе. Такимъ образомъ, мы имѣемъ вѣскія основанія допускать, что наша цивилизація, весь складъ нашей общественной жизни предрасполагаетъ къ душевнымъ заболѣваніямъ. Но вѣдь цивилизація есть факторъ въ высокой степени сложный; она имѣетъ несомнѣнно свои свѣтлыя стороны, которыя и должны дѣйствовать благотворно на здоровье человѣка. Что бы мы ни говорили, а въ связи съ прогрессомъ цивилизаціи находятся улучшенія гигиенической обстановки, въ которой живутъ люди, усовершенствованіе жилищъ, одежды и т. д. Наконецъ, нельзя игнорировать, что постепенно повышается и общій уровень образованія, являющагося, какъ извѣстно, одной изъ надежнѣйшихъ профилактическихъ мѣръ, какія только могутъ предупредить возникновеніе психозовъ.

Къ сожалѣнію однако современная цивилизація отличается и многими отрицательными сторонами, которыя въ значительной степени превосходятъ положительныя. Не вдаваясь въ подробности, я укажу только на постепенно возрастающую трудность борьбы за существованіе, на прогрессивно усложняющіяся общественныя отношенія, съ которыми приходится имѣть дѣло человѣку. А вѣдь главная тяжесть этой борьбы падаетъ почти исключительно на психическій органъ, который и дѣлается поэтому наиболѣе доступнымъ тѣмъ вреднымъ вліяніямъ, какими

окруженъ челоуѣкъ. Добавьте къ этому, что плоды борьбы распредѣляются между людьми далеко неравномѣрно, припомните, какое гибельное вліяніе на психическое здоровье оказываютъ какъ богатство и пресыщеніе, такъ бѣдность и нищета; примите во вниманіе далѣе быстрые успѣхи, какіе дѣлають въ современномъ обществѣ алкоголизмъ, сифилисъ и другія заболѣванія, вконецъ надламывающія уже и безъ того расшатанную нервную систему. Примите все это во вниманіе и Вамъ будетъ понятно, почему число душевно-больныхъ увеличивается между нами въ столь устрашающей прогрессіи.

Я бы слишкомъ злоупотребилъ Вашимъ вниманіемъ, если бы вздумалъ перечислить всѣ вредныя стороны склада нашей жизни, и я не стану этого дѣлать, тѣмъ болѣе, что всѣ онѣ по своей важности далеко уступаютъ названнымъ выше. Не могу однако обойти молчаніемъ одного фактора, который, по моему мнѣнію, очень часто преувеличивается; я говорю о вліяніи крупныхъ историческихъ переворотовъ и событій на здоровье лицъ, такъ или иначе принимавшихъ въ нихъ участіе.

Еще *Esquirol* замѣтилъ, что въ рыцарскія времена сравнительно часто наблюдалось эротическое помѣшательство, въ эпоху крестовыхъ походовъ—случаи религіознаго бреда; но этотъ же авторъ признаетъ, что политическія событія, налагая лишь внѣшній отпечатокъ на клиническую картину помѣшательства, не въ состояніи значительно увеличить числа душевно-больныхъ, такъ какъ вліяніе ихъ преходящее. Если вникнуть глубже въ эти событія, въ условія благопріятствующія ихъ происхожденію, то мы всегда откроемъ наличность болѣе важныхъ моментовъ, которые, предрасполагая къ душевному заболѣванію, вмѣстѣ съ тѣмъ благопріятствуютъ и бурнымъ политическимъ переворотамъ. Сюда относятся дурныя гигиеническія условія, неправильное общее воспитаніе, паденіе нравственности, привычки, которыя искажаютъ функции нервной системы. Эти то особенности данной эпохи, подтачивая мало-по-малу психическое здоровье людей, дѣлають въ то же время возможными самыя

эксцентричныя общественныя движенія, самыя невѣроятныя массовыя увлеченія! И чѣмъ своеобразнѣе возникающія на указанной почвѣ политическія мечтанія и релігіозныя убѣжденія, тѣмъ болѣе эксцентричныхъ головъ, не уравновѣшенныхъ субъектовъ группируется подъ ихъ знаменемъ. Укажу для примѣра на Парижскую Коммуну 1870 года; читая біографіи нѣкоторыхъ изъ ея дѣятелей (напр., Рауля Риго), невольно приходишь въ недоумѣніе, имѣешь ли передъ собою жизнеописаніе политическаго дѣятеля или исторію болѣзни одного изъ обитателей какой-либо психіатрической лѣчебницы. Однако я далекъ отъ мысли отвергать всякое вліяніе общественныхъ событій на здоровье. Не подлежитъ сомнѣнію, что тѣ матеріальныя лишенія, связанныя съ рѣзкими душевными волненіями, которыя приходится при нихъ переживать населенію, повышаютъ его заболѣваемость и еще болѣе губительное вліяніе оказываютъ на потомство, зачатое при этихъ условіяхъ. Въ подтвержденіе своихъ словъ сошлюсь на ту же Парижскую Коммуну. Какъ во время осады Парижа пруссаками, такъ и въ дни борьбы съ Коммуной, жители Парижа подвергались самымъ разнообразнымъ вреднымъ вліяніямъ. Когда уже все совершенно успокоилось и жизнь вошла въ обычную колею, когда начали сглаживаться даже самыя воспоминанія о печальныхъ временахъ, парижане съ удивленіемъ стали замѣчать, что поколѣніе, зачатое во время осады, отличается отъ предшествовавшихъ и послѣдовавшихъ крайне слабой устойчивостью психическаго равновѣсія, большей склонностью къ душевнымъ заболѣваніямъ, обиліемъ преступниковъ всевозможнаго рода. Эти особенности такъ рѣзко кидались въ глаза, что цѣлое поколѣніе парижане прозвали «дѣтьми осады». И подобные примѣры далеко не единичны. Наблюдая общественную жизнь каждаго государства, перенесшаго, напр., какую либо продолжительную войну, всегда можно замѣтить, что поколѣніе, зачатое вскорѣ послѣ окончанія войны, т. е. поколѣніе, жизнь которому дали лица, принимавшія участіе въ бояхъ, подвергавшіяся всѣмъ невздамъ военнаго времени и обез-

силенныя ими, что это поколѣніе особенно обильно душевно- и нервно-больными, преступниками и вообще отличается меньшей выносливостью ко всѣмъ вреднымъ агентамъ.

Кромѣ цивилизаціи можно назвать еще рядъ иныхъ общихъ предрасполагающихъ къ душевнымъ страданіямъ причинъ, которыя тою же также отличаются крайне сложнымъ характеромъ, въ высокой степени затрудняющимъ ихъ анализъ. Сюда относятся національность, климатъ, времена года.

Въ какой степени зависитъ заболѣваемость душевнымъ разстройствомъ отъ *національности* — вопросъ, который, казалось бы, очень легко можно рѣшить на основаніи статистики, но легко также видѣть, что полученный подобнымъ путемъ отвѣтъ на самомъ дѣлѣ лишенъ опредѣленнаго значенія, такъ какъ вліяніе одной только національности мы не въ состояніи выдѣлить среди остальныхъ факторовъ, тѣсно связанныхъ съ нею — экономического строя, политической организаціи, климата, образа жизни и т. д. Вотъ почему всякія рѣшенія поставленнаго выше вопроса отличаются очень неопредѣленнымъ характеромъ. Съ извѣстной вѣроятностью мы можемъ утверждать только одно: всѣ цивилизованныя націи въ одинаковой степени склонны къ душевному разстройству.

Трудно также рѣшить, какъ вліяетъ *климатъ* на развитіе психозовъ. Исключеніе представляютъ развѣ только отдѣльныя мѣстности, напр., Альпійскія долины, ущелья въ Кордильерахъ, Кавказскихъ горахъ и т. п., гдѣ мы замѣчаемъ особенную склонность къ психической дегенерации и гдѣ, впрочемъ, эта склонность не зависитъ только отъ одного климата. Кромѣ этихъ сравнительно немногихъ пунктовъ, трудно установить какую-либо ясную связь душевныхъ страданій съ климатомъ. Какъ слишкомъ холодный, такъ и жаркій климатъ, рѣзко вліяя на кровообращеніе, могутъ поэтому считаться въ числѣ причинъ предрасполагающихъ общихъ; на основаніи апріорныхъ предположеній самымъ здоровымъ климатомъ слѣдуетъ поэтому назвать умеренный.

Подобной же неопредѣленностью отличается вліяніе и *время года*; вотъ почему всѣ клиницисты высказываются о немъ съ крайней осторожностью; *Guislain* говоритъ: „есть очевидная связь между температурой атмосферы и душевнымъ разстройствомъ... Периодическія маніи появляются особенно весной... Атмосферный зной усиливаетъ возбужденіе душевно-больныхъ; пониженіе температуры часто успокаиваетъ ихъ. Но между тѣмъ въ жаркомъ климатѣ душевно-больные встрѣчаются не чаще, чѣмъ въ холодномъ. Это служитъ доказательствомъ, что такой агентъ вызываетъ болѣзнь, когда падаетъ на предрасположенную почву“. *Krafft-Ebing* также не придаетъ временамъ года большого значенія, допуская только, что лѣтнія жары влекутъ за собою ухудшеніе болѣзни. *Bal* и *Schüle* держатся нѣсколько иного мнѣнія, положительно указывая, что въ іюль и августъ въ заведенія поступаетъ несравненно болѣе свѣжихъ формъ, чѣмъ въ другіе мѣсяцы. Первый впрочемъ склоненъ видѣть здѣсь также и „прохлаждающее“ вліяніе спиртныхъ напитковъ.

Лекція XIII.

Етіологія пом'шательства.

(Продолженіе)

Вліяніе пола на развитіе душевныхъ страданій. Семейное положеніе, какъ етіологическій факторъ. Значеніе возраста при возникновеніи психозовъ. Причины малой забол'ваемости д'тей и особенности клиническихъ картинъ, которыя у нихъ наблюдаются. Вліяніе эпохи полового созр'ванія. Гебефрениа и ея клиническая характеристика. Психозы взрослыхъ. Климактерическій періодъ. Психозы старческаго возраста. Етіологическое значеніе в'которыхъ профессій; усиленная забол'ваемость гувернантокъ, врачей. Вліяніе военной службы на забол'ваемость. Тюремное заключеніе, какъ етіологическій моментъ: заключеніе общее и одиночное; арестантское пом'шательство. Изсл'дованія Кирн'а, Сема'я, Коин'а и Нэске.

М.м. Гг.!

Сегодня мы будемъ продолжать нашъ анализъ общихъ предрасполагающихъ къ душевнымъ забол'ваніямъ причинъ и остановимся прежде всего на вліяніи *пола*.

Кто им'етъ бол'ше шансовъ забол'ть душевнымъ разстройствомъ, мущина или женщина? Если мы за р'шеніемъ этого вопроса обратимся къ даннымъ статистики, то получимъ весьма разнор'чивые отв'ты. Къ 1-го января 1893-го года въ Англіи и Валлис' насчитывалось 40682 душевно-больныхъ мужчинъ и 49140 женщинъ. Къ 1-му января 1892-го года въ Шотландіи душевно-больныхъ мужчинъ было 5982, женщинъ 6817. Въ Ирландіи къ 1-му января того же года было записано 8405 душевно-больныхъ мужчинъ и 8284 женщины. Съ 1872 по 1888 годъ въ пріемный покой при префектур' полиціи въ Париж' поступило

34802 душевно-больныхъ мужчинъ и 27770 женщинъ. Въ 1885 году въ заведеніи Пруссіи было принято 6919 душевно-больныхъ мужчинъ и 5131 женщинъ. Если, для болѣе правильнаго пониманія этихъ цифръ, добавить, что средняя продолжительность жизни душевно-больныхъ женщинъ нѣсколько болѣе, чѣмъ мужчинъ, такъ какъ первыя заболѣваютъ рѣже прогрессивнымъ параличомъ помѣшанныхъ и другими органическими формами, быстро уносящими въ могилу, если принять въ расчетъ, наконецъ, что душевно-больныхъ женщинъ, какъ менѣе пригодныхъ къ работѣ и обнаруживающихъ чаще склонность къ возбужденію, охотнѣе отдають въ заведенія, то будетъ ясно, что въ нашихъ выводахъ мы не можемъ руководствоваться только статистическими цифрами. Необходимо поэтому обратиться къ соображеніямъ другого рода.

Съ перваго взгляда казалось бы, что женщины, какъ существа болѣе слабыя, должны заболѣвать чаще, чѣмъ мужчины, тѣмъ болѣе, что на долю ихъ выпадаютъ такіе неблагоприятные для психическаго здоровья моменты, отъ которыхъ избавлены послѣдніе (напр., беременность, роды, кормленіе, климактерій); зато мужчины принимаютъ болѣе активное участіе въ борьбѣ за существованіе, вынося почти всю ея тяжесть на своихъ плечахъ, чѣмъ значительно уравниваютъ шансы къ заболѣванію. Необходимо, впрочемъ, замѣтить, что отъ этой борьбы, не избавлена и женщина. Въ низшихъ классахъ населенія она очень часто ведетъ такую же трудовую жизнь, какъ и мужчина; въ среднихъ и болѣе обеспеченныхъ слояхъ общества положеніе женщины сравнительно привилегированное, хотя борьба за существованіе даетъ себя знать и здѣсь, проявляясь лишь въ нѣсколько своеобразной формѣ. Съ раннихъ лѣтъ дѣвочку обыкновенно воспитываютъ, какъ будущую жену и мать, и такой взглядъ безотчетно усваивается ею, отражается во всей ея жизни, даже въ ея играхъ; съ особеннымъ стараніемъ ее учать, какъ нужно держать себя, чтобы производить болѣе пріятное впечатлѣніе, какъ нужно одѣваться, танцевать и т. п. Подростаетъ дѣвочка и слышитъ постоянно рассказы о женихахъ, о выгодныхъ

партіяхъ, о бракѣ, связываетъ съ послѣднимъ всю свою судьбу, всѣ свои мечты о будущемъ счастьи. А между тѣмъ общественныя условія слагаются такъ, что мужчины стараются по возможности избѣгать брака, или находятъ свободное удовлетвореніе своимъ половымъ влеченіямъ и помимо семьи, или заглушая ихъ въ кипучей общественной и политической дѣятельности; вотъ почему мечты значительной части современныхъ дѣвушекъ оказываются несбыточными; къ 25 — 30 годамъ приходится многимъ отказаться отъ надежды на семейную жизнь, т. е. на ту, къ которой только ихъ и готовили. Сознаніе обманутыхъ надеждъ, часто боязнь за матеріальное положеніе, наконецъ, полное отсутствіе жизненныхъ интересовъ,—все это постепенно надламываютъ психическій организмъ; появляются различныя нервныя заболѣванія, развивается страсть къ мечтательности, къ ханжеству,—и вотъ готовая почва для развитія психоза, почва, которая, конечно, не могла бы возникнуть, будь воспитаніе современной женщины обставлено иначе. На этомъ основаніи къ попыткамъ нашихъ женщинъ получить болѣе широкое образованіе и добиться права на самостоятельный трудъ, мы должны относиться съ полнѣйшимъ сочувствіемъ, такъ какъ въ случаѣ ихъ успѣшности будетъ устранена одна изъ частыхъ причинъ, вызывающихъ развитіе душевнаго разстройства среди женщинъ образованныхъ классовъ.

Въ итогъ мы можемъ сказать, что шансы на заболѣваніе между женщинами и мужчинами распределяются довольно равномерно, — выводъ, который находитъ себѣ подтвержденіе и въ указанномъ выше разнорѣчии данныхъ статистики.

Говоря о вліяніи пола на заболѣваемость, мнѣ уже пришлось коснуться вопроса о *семейномъ положеніи*, какъ этиологическомъ факторѣ.

Статистика показываетъ, что чаще всего душевному разстройству подвергаются холостяки, вдовцы, особенно же вдовы. Но чтобы пользоваться цифрами статистики, необходимо умѣть ихъ понимать. Дѣйствительно, изъ приведеннаго выше факта никакъ не слѣдуетъ, что здѣсь

одна только семейная жизнь оказываетъ столь громадное вліяніе. *Hagen* большой процентъ холостяковъ между душевно-больными объясняетъ, во-первыхъ, тѣмъ, что ихъ вообще больше и между здоровыми людьми, во-вторыхъ, тѣмъ, что многіе остаются холостяками или благодаря своему болѣзненному состоянію, или же вслѣдствіе матеріальной необезпеченности, т. е. такихъ условій, которыя и сами по себѣ могутъ предрасполагать къ заболѣванію. *Hagen* однако не отрицаетъ благотѣльнаго значенія и самой семьи, которая способствуетъ болѣе правильному образу жизни, защищаетъ чловѣка отъ различныхъ невзгодъ, какимъ подвергаются одинокіе; и эти свѣтлыя стороны семейнаго строя оказываютъ на людей столь глубокое вліяніе, что передъ ними блѣднѣютъ многія отрицательныя условія, къ сожалѣнію, столь нерѣдко связанныя съ семейной жизнью: несходство характеровъ между супругами, большія потребности, вызывающія и болѣе ожесточенную борьбу за существованіе, тяжелыя душевныя волненія, которыя приходится переживать, видя болѣзни и несчастья близкихъ и тому подобныя моменты, съ какими сравнительно мало знакомы холостяки. Нельзя также забывать, что частыя душевныя заболѣванія у вдовцовъ и вдовъ отчасти находятъ себѣ объясненіе и въ испытываемыхъ ими матеріальныхъ лишеніяхъ.

Несравненно болѣе опредѣленное и ясное вліяніе оказываетъ на развитіе душевныхъ болѣзней *возрастъ*.

По статистицѣ *Tiike* и *Bücknill*'я на 10000 душевно-больныхъ насчитывается:

| | | | | |
|------|------|--------|-------|-------|
| | 96 | моложе | 10 | лѣтъ. |
| 1277 | отъ | 10 | до | 20 |
| 3253 | „ | 20 | — | 30 |
| 2000 | „ | 30 | — | 40 |
| 1590 | „ | 40 | — | 50 |
| 1060 | „ | 50 | — | 60 |
| 603 | „ | 60 | — | 70 |
| 97 | „ | 70 | — | 80 |
| 24 | выше | 80 | лѣтъ. | |

По *Tissot* процентъ душевно-больныхъ по возрастамъ распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

| | |
|---------------------------|-------|
| Отъ 2 до 5 лѣтъ | 0,07 |
| „ 5 — 10 „ | 0,64 |
| „ 10 — 20 „ | 4,41 |
| „ 20 — 30 „ | 14,07 |
| „ 30 — 40 „ | 20,00 |
| „ 40 — 50 „ | 22,44 |
| „ 50 — 60 „ | 15,14 |
| „ 60 — 70 „ | 10,57 |
| „ 70 и болѣе | 5,54 |

Объ эти таблицы въ высокой степени назидательны. Уже бѣлаго взгляда на нихъ достаточно, чтобы придти къ убѣжденію, что человѣкъ въ различные періоды своей жизни имѣетъ не одинаковые шансы заболѣть душевнымъ разстройствомъ. Объ онѣ единогласно показываютъ, что есть такіе возрасты, которые представляются особенно опасными, и что, наоборотъ, въ извѣстные годы человѣкъ заболѣваетъ сравнительно рѣдко. Такъ изъ таблицъ видно, что процентъ заболѣваемости у дѣтей моложе 10 лѣтъ крайне незначителенъ. Да это такъ и должно быть: дѣти нѣжнаго возраста еще мало принимаютъ участія въ борьбѣ за существованіе, рѣдко подвергаются вліянію тѣхъ моментовъ, которые сокрушаютъ психическую организацію взрослыхъ. Самыми частыми причинами, вызывающими психозы у дѣтей, являются наследственность, органическія пораженія головного мозга и различныя общія заболѣванія. Клиническія картины, которыя мы здѣсь наблюдаемъ, отличаются своеобразными особенностями, находящимися въ тѣсной зависимости отъ высоты интеллектуальнаго развитія больныхъ. У самыхъ маленькихъ дѣтей душевное страданіе проявляется главнымъ образомъ двигательнымъ возбужденіемъ и въ этомъ отношеніи весьма близко напоминаетъ собою психозы низшихъ животныхъ. *Greding* наблюдалъ случай душевнаго заболѣванія у девятимѣсячнаго ребенка, который прихо-

диль въ состояніе крайняго возбужденія и старался ломать все, что только попадалось ему въ руки. У болѣе взрослыхъ дѣтей, отличающихся большимъ развитіемъ функціи органовъ высшихъ чувствъ, уже могутъ возникать галлюцинаціи. Такъ, *Thore* описалъ случай душевнаго разстройства у 14 мѣсячнаго ребенка послѣ отравленія *datura stramonium*: дитя видѣло какія-то существа возлѣ себя и протягивало къ нимъ руки, чтобы схватить ихъ; послѣ судорогъ оно впало въ состояніе *stupor'a*, во время котораго галлюцинаціи повидимому не исчезли. При большемъ развитіи сферы представленій появляются и ея разстройства. У больныхъ могутъ возникнуть и идеи бреда, но еще несвязныя, не обнаруживающія никакого стремленія къ систематизаціи. Эти идеи бреда по большей части первичнаго происхожденія и не предшествуются нарушеніемъ сферы чувства. Рядомъ съ ними нерѣдко явленіе составляютъ недоразвитіе нравственнаго чувства, навязчивыя идеи, импульсивныя дѣйствія. *Brière de Boismont* опубликовалъ случай неудержимаго стремленія къ убійству у двухъ мальчиковъ 6 и 10 лѣтняго возраста. По *Боклю* на 5400 самоубійствъ въ Англии приходится 33 случая у дѣтей моложе 10 лѣтъ, причемъ главную роль играетъ или смутное неопредѣленное влеченіе, или насильственные мысли. Такимъ образомъ дѣтскіе психозы характеризуются тѣмъ, что психическій элементъ отстываетъ при нихъ на второй планъ; кромѣ того, всѣ они уже весьма рано обнаруживаютъ стремленіе къ переходу во вторичное слабоуміе: внутреннее я человѣка, еще не имѣвшее времени достаточно окрѣпнуть, легко и безвозвратно распадается. Между 10 и 20 годами процентъ заболѣваемости быстро повышается. Причину этого нужно искать въ особенностяхъ періода полового созрѣнія. Темное, неясное влеченіе начинаетъ волновать человѣка; въ его сознаніи возникаетъ новый, дотолѣ чуждый ему рядъ представленій; еще не окрѣпшая психическая личность расшатывается, и если сюда присоединится вліяніе наслѣдственности или иныхъ неблагоприятныхъ моментовъ (различныя физическія заболѣванія, ованизмъ и т. п.), то

душевное страданіе вспыхиваетъ очень легко. Клиническія картины, свойственныя эпохѣ созрѣванія, отличаются въ свою очередь также своеобразнымъ характеромъ, позволяющимъ рѣзко отличать ихъ отъ психозовъ у взрослыхъ: здѣсь нѣтъ еще той полноты и законченности; здѣсь рѣзко выступаетъ органическая подкладка, преобладаютъ еще психомоторныя разстройства и склонность къ быстрому переходу въ слабоуміе. *Kahlbaum* и *Hekker* описали особую форму душевнаго заболѣванія, которая свойственна только періоду возмужалости и которую они назвали гебефреніей. По описанію названныхъ авторовъ гебефренія начинается угнетеннымъ настроеніемъ и состоитъ изъ беспорядочно смѣняющихся другъ друга періодовъ возбужденія и подавленности; оба эти состоянія отличаются однако какой-то поверхностностью; больные съ перваго взгляда производятъ впечатлѣніе дурно воспитанныхъ, избалованныхъ дѣтей. На такомъ основномъ фонѣ наблюдаются отрывочныя идеи бреда, по большей части преслѣдованія, но иногда и величія. Слабоуміе наступаетъ весьма быстро и проявляется также шутовскими выходками, дурачествомъ. Нужно впрочемъ замѣтить, что очень многіе изъ современныхъ клиницистовъ не признаютъ гебефренію, какъ отдѣльную болѣзненную форму, такъ какъ ея клиническія особенности, указанныя *Kahlbaum*'омъ и *Hekker*'омъ, свойственны вообще всѣмъ психозамъ періода *pubertatis*. По статистикѣ *Hagen*'а до 15 лѣтъ мальчики заболѣваютъ несравненно чаще, чѣмъ дѣвочки (на 25 мальчиковъ 7 дѣвочекъ), послѣ же 15 лѣтъ разница, обусловленная поломъ, быстро выравнивается.

Въ приведенныхъ выше таблицахъ наибольшія цифры падаютъ на періодъ отъ 20 до 40 лѣтъ и этотъ фактъ будетъ совершенно понятенъ, если мы примемъ въ соображеніе, что въ указанные годы человѣкъ особенно подвергается дѣйствію вредныхъ факторовъ, отчасти уже перечисленныхъ мною. Въ этомъ періодѣ жизни душевныя заболѣванія проявляются законченными типичными картинами, которыя главнымъ образомъ мы и будемъ имѣть въ виду во всемъ послѣдующемъ изложеніи. У женщинъ,



какъ показала *Hagen*, высокій процентъ заболѣваемости удерживается до 35-го года, послѣ чего постепенно понижается, тогда какъ у мужчинъ продолжаетъ оставаться на прежней высотѣ до 45 лѣтъ и только потомъ обнаруживается стремленіе къ пониженію. Такая разниа объясняется тѣмъ, что мужчина позднѣе заканчиваетъ свой наиболѣе острый фазисъ борьбы за существованіе.

Послѣ 40 лѣтъ шансы заболѣть душевнымъ разстройствомъ начинаютъ довольно быстро уменьшаться: человѣкъ къ этому времени обыкновенно уже завоевалъ себѣ то или другое положеніе, онъ не стремится съ прежней силой болѣе ни къ чему и пожинаетъ только плоды своихъ трудовъ; но однако и въ позднѣйшемъ возрастѣ ему приходится переживать періоды сравнительно опасные для его здоровья.

Къ числу таковыхъ относится климактерическій періодъ у женщинъ. По *Krafft-Ebing*'у 6,1% всѣхъ душевнобольныхъ женщинъ заболѣваютъ именно въ этомъ періодѣ, и естественное объясненіе подобному факту мы находимъ въ физиологическихъ процессахъ, характеризующихъ климактерій. Выпаденіе половой функціи очень часто производитъ рѣзкое вліяніе на психическій міръ женщины: обманутыя надежды, потеря соціального положенія, отсутствіе привычныхъ ощущеній, страхъ передъ приближающимся періодомъ, съ одной стороны, рядъ процессовъ обратнаго развитія, отражающихся на всемъ физическомъ организмѣ и вызывающихъ разнообразныя заболѣванія, съ другой — все это дѣлаетъ психическое равновѣсіе менѣе устойчивымъ, и если сюда присоединится еще дѣйствіе другихъ причинъ (наслѣдственности, физическаго истощенія вслѣдствіе многочисленныхъ родовъ, какихъ-нибудь хроническихъ страданій и т. п.), то картина душевнаго страданія можетъ возникнуть весьма легко. Послѣднее здѣсь принимаетъ различныя формы, но часто отличается тѣмъ, что новыя, непривычныя половыя ощущенія, воспринимаемая больнымъ сознаниемъ, аллегоризируются и ложатся въ основу бредовыхъ идей, которыя впрочемъ могутъ образоваться и

первично, помимо сознания. Вот почему клиническія картины часто получают эротическій характеръ. Предсказаніе психозовъ климактерическаго періода въ общемъ неблагоприятно. *Morel* впрочемъ иногда наблюдалъ и выздоровленіе, но замѣчаетъ, что осложненіе эротизмомъ, если послѣдній до болѣзни былъ совершенно чуждъ данному субъекту, всегда дѣлаетъ прогнозъ сомнительнымъ.

Представляетъ свои опасности для человѣка и старческаій возрастъ.

Въ преклонныхъ годахъ, какъ извѣстно, во всемъ организмѣ происходятъ процессы обратнаго развитія, не щадящіе и психическаго органа. Въ тѣхъ случаяхъ, когда они обнаруживаются въ чрезмѣрно рѣзкой степени, возникаетъ душевное страданіе, извѣстное подъ именемъ старческаго слабоумія. Характерной особенностью его является постепенное ослабленіе интеллекта, а на этой почвѣ разворачиваются то состоянія возбужденія, то угнетенія, которыя нерѣдко соединяются съ бредомъ преслѣдованія и чаще всего съ бредомъ преслѣдованія своеобразнымъ: больные увѣряютъ, что они потеряли свое имущество, что ихъ ограбили, что они должны умереть съ голоду и т. п. Нерѣдкое явленіе представляетъ здѣсь также ипохондрическое настроеніе, подчасъ влекущее за собой попытки къ самоубійству. Возбужденіе, которое мы встрѣчаемъ при старческомъ слабоуміи, весьма часто выражается между прочимъ усиленнымъ половымъ влеченіемъ. Предсказаніе при всѣхъ этихъ формахъ въ высокой степени неблагоприятно.

Къ числу общихъ предрасполагающихъ къ душевному заболѣванію моментовъ несомнѣнно можетъ быть отнесено также вліяніе нѣкоторыхъ *профессій* и вообще неблагоприятнаго склада жизненной обстановки. Но показать въ точности характеръ этого вліянія и анализировать способъ его дѣйствія въ высокой степени трудно, такъ какъ каждая профессія тѣсно связана съ цѣлымъ рядомъ иныхъ условій, которыя хотя не зависятъ отъ нея непосредственно, но тѣмъ не менѣе могутъ значительно ослаблять или усиливать вредныя стороны самаго

рода занятій. Существуют, напр., ремесла безусловно неблагоприятныя для психическаго здоровья, но они хорошо оплачиваются, человѣкъ можетъ порядочно обставить себя въ матеріальномъ отношеніи и тѣмъ отчасти парализовать вредъ, приносимый занятіемъ; и наоборотъ, легко указать такія профессіи, которыя не соединяются съ прямымъ ущербомъ для здоровья, но люди, занимающіеся ими, должны жить въ постоянной нуждѣ, испытывать рядъ тяжелыхъ заботъ и волненій; естественно поэтому, что и статистика по отношенію къ этимъ профессіямъ представить намъ весьма неблагоприятныя цифры. Такимъ образомъ выдѣлить и оцѣнить только родъ занятій—сопряжено подчасъ съ непреодолимыми затрудненіями. Легче, пожалуй, это сдѣлать, когда рѣчь идетъ о нѣкоторыхъ ремеслахъ. Такъ, мы можемъ понять, почему душевнымъ разстройствомъ часто страдаютъ кузнецы, повара и другія лица, которыя подвергаются рѣзкимъ переменамъ внѣшней температуры, вредно дѣйствующимъ на кровообращеніе въ головномъ мозгу. Удовлетворительно мы можемъ объяснить себѣ также возникновеніе душевнаго разстройства у наборщиковъ, рабочихъ, выдѣлывающихъ шляпы, зеркала и т. п., такъ какъ имъ приходится имѣть дѣло со свинцомъ и ртутью—ядами, производящими въ нервной системѣ рядъ стойкихъ органическихъ измѣненій.

Еще труднѣе высказаться съ должной опредѣленностью о вліяніи различныхъ интеллигентныхъ профессій. Статистика, на примѣръ, даетъ намъ высокій процентъ заболѣваемости у гувернантокъ, но объяснять его только характеромъ занятій, конечно, невозможно. Дѣйствительно, гувернантками чаще всего являются дѣвушки, которыя въ силу необходимости должны войти въ чужую семью; прежде чѣмъ взяться за педагогію, имъ обыкновенно приходится вытерпѣть очень многое—и матеріальныя лишенія и тяжелыя нравственныя условія, которыя, взятыя въ отдѣльности, надламываютъ молодой, еще неокрѣпшій организмъ. Такимъ образомъ уже съ разстроенной нервной организаціей гувернантка вступаетъ въ кругъ чуждыхъ

ей людей, а здѣсь на ея долю выпадаетъ тяжелая задача: необходимо приспособиться къ непривычной обстановкѣ, къ характеру окружающихъ, круто измѣнить свои прежнія привычки. Прибавьте сюда сознание зависимости, подчасъ несправедливое отношеніе, тоску по родинѣ, по своимъ близкимъ и Вы легко поймете, что при этихъ условіяхъ нервная система должна страдать еще болѣе. Вотъ почему иногда случайная, даже незначительная причина, лишній болѣзненный уколъ самолюбію, неудачная привязанность могутъ повлечь за собою душевное расстройство.

Почетное мѣсто въ статистикѣ заболѣваемости принадлежитъ также врачамъ, но и здѣсь нельзя видѣть только результатъ профессіи. Къ напряженной умственной работѣ, соединенной съ сильными душевными волненіями, присоединяются еще иныя факторы: неудовлетворительность матеріальной обстановки, заботы о необезпеченномъ будущемъ, неправильный образъ жизни, недостатокъ сна, отсутствіе отдыха, наконецъ, рядъ нравственныхъ потрясеній, тѣсно связанныхъ съ неопредѣленностью общественнаго положенія врача, къ которому обыкновенно предъявляютъ только требованія, мало заботясь о его правахъ,—все это въ значительной степени благопріятствуетъ развитію душевныхъ болѣзней.

Въ нашъ вѣкъ, вѣкъ милитаризма, говоря о неблагопріятномъ вліяніи различныхъ профессій, нельзя обойти молчаніемъ вопроса, по скольку способствуетъ развитію психозовъ военная служба? *Dufour, Nasse, Arndt, Jolli* и многіе другіе, обратившіе свое вниманіе на этотъ вопросъ, пришли къ крайне неутѣшительнымъ результатамъ; они убѣдились, что ‰ заболѣваемости между военными гораздо выше, чѣмъ среди мирнаго населенія, и объясняютъ этотъ фактъ тѣми условіями, при которыхъ протекаетъ жизнь солдата. Новобранца берутъ изъ его деревни или села и переносятъ сразу въ совершенно чуждую ему обстановку; прежде чѣмъ привыкнетъ къ ней, онъ испытываетъ очень часто тоску по родинѣ, а тутъ еще ему нужно обучаться совсѣмъ новому для него дѣлу,

къ которому онъ нимало не подготовленъ, жить въ казармахъ съ незнакомыми людьми, подчиняться суровой дисциплинѣ. У многихъ является потребность хоть на время забыться и, пользуясь первымъ свободнымъ временемъ, они начинаютъ предаваться пьянству и разврату. На офицеровъ неблагоприятное вліяніе оказываютъ тѣ же требованія дисциплины, заставляющія иногда не обращать вниманія на несправедливыя обиды, подавлять оскорбленное самолюбіе, тотъ же развратъ и то же пьянство, для котораго имѣется у нихъ и болѣе времени и болѣе средствъ. Въ военное время условія жизни рѣзко ухудшаются; дисциплина становится еще суровѣе; присоединяются различныя лишенія, сильныя душевныя волненія и, какъ весьма естественное послѣдствіе ихъ, разгуль во всевозможныхъ формахъ. На сколько во время войны надламывается нервная система человѣка, это видно уже изъ того, что чѣмъ долѣе она продолжается, тѣмъ чаще и чаще наблюдаются самыя дикія, эксцентричныя нарушенія дисциплины, которыя по заключеніи міра постепенно становятся все рѣже и рѣже. *Sommer* старается умѣрить тяжелое впечатлѣніе, производимое выводами, къ которымъ пришли указанные выше авторы, и говоритъ, что % заболѣваемости между военными вовсе не покажется такимъ высокимъ, если сравнить его съ % заболѣваемости не во всемъ мирномъ населеніи вообще, а лишь у лицъ соответствующаго возраста. Эта поправка, конечно, справедлива, хотя по существу не измѣняетъ дѣла, такъ какъ и самъ *Sommer* долженъ былъ признать, что чѣмъ выше подвигается по службѣ военный человѣкъ, тѣмъ болѣе шансовъ у него заболѣть тяжелыми неизлѣчимыми формами душевнаго разстройства, прогрессивнымъ параличомъ помѣшанныхъ, сифилисомъ мозга, хроническимъ алкоголизмомъ и т. п.

Заканчивая характеристику общихъ причинъ, predisposingъ къ душевному заболѣванію, я хотѣлъ бы остановить Ваше вниманіе еще на одной, которая хотя вліяетъ на сравнительно очень немногихъ, но пред-

ставляетъ выдающійся интересъ по своимъ особенностямъ. Я говорю о *тюремномъ заключеніи*.

Статистика показиваетъ, что % душевно-больныхъ между арестованными значительно превышаетъ таковой же въ свободномъ населеніи (въ берлинскихъ тюрьмахъ, напр., почти въ 20 разъ); но изъ этого однако не слѣдуетъ, чтобы мы видѣли здѣсь вліяніе только одной тюрьмы. Необходимо принять въ расчетъ, что очень нерѣдко преступленія совершаются уже душевно-больными, истинное состояніе которыхъ открывается лишь болѣе внимательнымъ наблюденіемъ въ тюрьмѣ; кромѣ того, значительная часть преступниковъ вслѣдствіе беспорядочнаго образа жизни еще до заключенія пріобрѣтаетъ предрасположеніе къ психозамъ, которые вспыхиваютъ послѣ ареста. Эти двѣ категоріи душевно-больныхъ обязаны, слѣдовательно, своимъ заболѣваніемъ отнюдь не заключенію. Но несомнѣнно также, что и самое заключеніе оказываетъ вредное вліяніе на психическое здоровье человѣка. Съ одной стороны, крутая перемѣна въ образѣ жизни, подчасъ дурныя гигиеническія условія, недостатокъ воздуха и работы, а съ другой—стыдъ, раскаянье, опасеніе за будущее,—всѣ эти моменты, тѣсно связанные съ тюрьмой, могутъ вызвать душевное страданіе даже у лицъ не предрасположенныхъ къ таковому. Особенно вредно дѣйствуетъ одиночное заключеніе. По статистикѣ англійскихъ тюремъ въ общихъ помѣщеніяхъ % заболѣваемости равняется 0,24, а въ одиночныхъ—1,52. Причину такого факта мы должны искать, кромѣ уже указанныхъ выше условій, въ отсутствіи общества; наиболѣе трудно переносятъ поэтому изоляцію лица, привыкшія постоянно быть въ обществѣ, люди не интеллигентные, съ ограниченнымъ кругозоромъ. Опасность заболѣть бываетъ всего больше въ первое полугодіе заключенія, во второмъ она дѣлается менѣе грозной; послѣ двухъ лѣтъ психозы становятся уже сравнительно рѣдкими. Изъ различныхъ формъ душевнаго заболѣванія для одиночнаго заключенія особенно характерно то, которое прежніе психіатры называли арестантскимъ сумашествіемъ. Оно начинается мрачнымъ, по-

давленнымъ настроеніемъ и безсонницей; затѣмъ заболѣвающій замѣчаетъ, что слухъ его мало-по-малу обостряется; малѣйшій шумъ, звукъ ключей, нарушающій могильную тишину, раздается какъ то рѣзко, отчетливо, непріятно. Обращая болѣе и болѣе вниманія на всѣ звуки вокругъ, больной начинаетъ постепенно различать голоса; эти голоса говорятъ съ нимъ; они поносятъ его, оскорбляютъ, обвиняютъ въ небывалыхъ преступленіяхъ, обѣщаютъ ужасныя муки. Настроеніе больного становится еще болѣе подавленнымъ; онъ со страхомъ кидается къ каждому входящему въ его помѣщеніе, падаетъ на колѣни, слезно молить о пощадѣ. Если окружающіе въ это время съумѣютъ правильно оцѣнить состояніе заключеннаго и переводятъ его въ общія помѣщенія, то болѣзнь довольно быстро ослабѣваетъ и оканчивается выздоровленіемъ. Но если арестованный остается въ одиночной келіи, клиническая картина развивается далѣе съ замѣчательной быстротой; больной по прежнему продолжаетъ слышать голоса, но скоро содержаніе его галлюцинацій мѣняется; голоса уже не оскорбляютъ его, не грозятъ ему муками, напротивъ, они заявляютъ теперь, что онъ достаточно страдалъ, что онъ искупилъ преступленія, что онъ теперь прощенъ, что ему даже даны награды, но только окружающими все это держится отъ него въ секретѣ. Подъ вліяніемъ такихъ обмановъ чувствъ поведеніе больного мѣняется до неузнаваемости; прежде тихій, робкій человѣкъ, онъ становится грубымъ, дерзкимъ, требовательнымъ, прибѣгаетъ даже къ актамъ насилія. Если его продолжаютъ оставлять въ одиночномъ заключеніи, страданіе обнаруживаетъ наклонность къ быстрому переходу въ слабоуміе. Такова въ общихъ чертахъ картина арестантскаго сумашествія, изъ описанія которой видно, что она не представляетъ ничего специфическаго. Дѣйствительно, этотъ психозъ съ полнымъ правомъ мы можемъ отнести къ такъ называемому галлюцинаторному помѣшательству, а быстрое наступленіе слабоумія должно объяснять не особыми условіями жизни, а ранѣе имѣвшимся предрасположеніемъ. Кромѣ описанной клинической формы у арестантовъ мо-

гутъ развиваться и другого рода душевныя разстройства. *Kirn* въ недавно вышедшей работѣ показалъ, что въ общемъ заключеніи чаще возникаютъ психозы хроническіе, съ малой склонностью къ излѣченію, въ одиночномъ же — острые, съ болѣе благопріятнымъ предсказаніемъ.

Ко всему сказанному выше нужно впрочемъ добавить, что, благодаря улучшенію тюремъ, неблагопріятное вліяніе ихъ на психическое здоровье повидимому въ значительной степени уменьшилось. Такъ, докторъ *Semal* на бывшемъ въ 1887 году конгрессѣ въ Парижѣ заявилъ, что, по скольку онъ можетъ судить, наблюдая бельгійскія тюрьмы, превосходно устроенныя въ санитарномъ отношеніи, одиночное заключеніе не опаснѣе общаго. Такой взглядъ впрочемъ не встрѣтилъ себѣ безусловной поддержки въ болѣе позднихъ изслѣдованіяхъ. *Koim*, резюмируя результаты своихъ наблюденій надъ одиночнымъ заключеніемъ въ Фрейбургѣ, говоритъ, что у преступниковъ психическія заболѣванія встрѣчались въ 10 разъ чаще, чѣмъ въ свободномъ населеніи, но что только относительно незначительная часть ихъ зависѣла непосредственно отъ ареста (изъ 400 случаевъ лишь въ 15). *Näcke* также утверждаетъ, что одиночное заключеніе вызываетъ психозъ чаще всего тогда, когда дѣйствуетъ на предрасположенную почву.

Лекція XIV.

Етіологія пом'шательства.

(Продолженіе)

Индивидуальныя предрасполагающія причины: насл'дственность, различные виды передачи насл'дственныхъ вліяній; атавизмъ; передача предрасположенія къ душевнымъ страданіямъ и передача самого забол'ванія; однообразная насл'дственность; вліяніе на потомство общихъ неврозовъ у родителей, порочной жизни ихъ, пьянства. Вліяніе, оказываемое на д'тей различными психическими моментами, д'йствовавшими во время зачатія. Отношеніе геніальности къ пом'шательству. Браки между близкими родственниками. Схема, предложенная Morel'емъ. Гипотеза Richartz'a.

Воспитаніе и его роль въ ряду этиологическихъ факторовъ: вредное вліяніе слишкомъ односторонняго воспитанія; воспитаніе изн'живающее и суровое.

Мм. Гг.!

Подъ *предрасполагающими индивидуальными причинами* мы разум'емъ вс' т' вредныя вліянія, которымъ только подвергается отд'льный челов'къ въ своей личной жизни и которыя могутъ вызвать душевное разстройство. Изъ этого опред'ленія ясно, что число такихъ причинъ громадно; но я остановлюсь лишь на двухъ самыхъ важныхъ—*насл'дственности и воспитаніи*.

Насл'дственная передача душевныхъ забол'ваній есть частное проявленіе великаго закона, какому подчиненъ весь органической міръ и по какому вс' свойства и особенности предковъ переходятъ къ потомству. Ежедневное наблюденіе показываетъ, какъ часто передаются отъ отцовъ д'тямъ различныя особенности физическаго строенія, наприм'ръ, черты лица, цв'тъ волосъ и т. д.

Въ старинныхъ родахъ, свято сохранявшихъ чистоту крови, на этомъ основаніи могли возникнуть даже фамиліи особыя, отличавшія всѣхъ членовъ семьи (напр., принадлежавшихъ къ фамиліи Валуа можно было узнать по большому носу). Но, кромѣ физическихъ особенностей по наслѣдству могутъ передаваться и различныя манеры, привычки. *Galton* рассказываетъ про одного субъекта, который во время глубокаго сна часто подымалъ кулакъ кверху и затѣмъ опускалъ его на лобъ съ такою силою, что иногда просыпался съ синякомъ. У этого субъекта былъ сынъ, который и не подозрѣвалъ о странной привычкѣ отца, но когда женился, то его жена съ удивленіемъ замѣтила, что во снѣ нерѣдко онъ также билъ себя кулакомъ по лбу. У молодой четы родилась дочь, и мать убѣдилась, что во снѣ она также подымала свою руку и ударила по лбу, но только уже не кулакомъ, а ладонью. Аналогичный случай пришлось наблюдать мнѣ: двухлѣтняя дѣвочка, взятая въ первые мѣсяцы жизни посторонними людьми на воспитаніе, во время ѣды дѣлала такія странныя гримасы, что невольно заставила считать себя больной. Тщательное изслѣдованіе ея однако не привело ни къ какимъ положительнымъ результатамъ и загадочное явленіе удалось объяснить только много лѣтъ спустя, когда дѣвочку неожиданно посѣтила ея мать, производившая во время ѣды точно такія же мимическія движенія.

Изъ поколѣнія въ поколѣніе могутъ передаваться также и различныя дарованія, таланты, способности. Знакомство съ біографіями выдающихся дѣятелей доставляетъ рядъ доказательствъ только что сказанному. У знаменитаго натуралиста Дарвина былъ дѣдъ, также извѣстный ученый. Отецъ Джона Стюарта Милля—не менѣ даровитый писатель. М-те Сталь была дочерью популярнаго въ свое время финансиста Нэккера. Философъ Мендельсонъ приходился дѣдомъ знаменитому музыканту. Изученіе исторіи показываетъ далѣе, что отдѣльныя душевныя свойства нерѣдко характеризовали цѣлыя семьи; такъ, на примѣръ, всѣ члены семейства Клавдіевъ выдавались по своей жестокости. На этой то передачѣ психическихъ

свойствъ и особенностей и зиждется весь прогрессъ чело-
вѣчества. Но этотъ благодѣтельный принципъ имѣеть
также свои темныя стороны,—по наслѣдству могутъ пере-
даваться и душевныя заболѣванія. Кромѣ бугорчатки мы
не можемъ назвать ни одного страданія, которое въ этомъ
отношеніи могло бы соперничать съ психозами.

Такой фактъ уже издавна обращалъ на себя внима-
ніе самыхъ выдающихся наблюдателей; но авторы, посвя-
щавшіе его разработкѣ свои изслѣдованія, пришли къ
крайне противорѣчивымъ результатамъ. Въ то время какъ
Schlager, напримѣръ, между душевно-больными находитъ
лишь 4% наслѣдственникововъ, *Moreau de Tours* доводитъ
этотъ % до 90. *Esquirol* среди бѣдныхъ больныхъ наслѣд-
ственность могъ указать въ 25%, а среди богатыхъ въ 56%.
Подобное разногласіе можно объяснить лишь тѣмъ, что
не всѣ авторы одинаково относились къ понятію о наслѣд-
ственности; одни признавали ее только тогда, когда душев-
нымъ разстройствомъ страдали и родители ихъ пациента;
другіе понимали наслѣдственность несравненно обширнѣе,
они не оставляли безъ вниманія никакихъ моментовъ,
которые вредно вліяютъ на потомство со стороны пред-
ковъ. И тщательныя наблюденія показываютъ, что они
были совершенно правы, такъ какъ клиника учитъ, что
наслѣдственная передача можетъ быть выражена крайне
различно. Въ однихъ слѣчаяхъ душевныя болѣзни пере-
даются черезъ поколѣніе, отъ дѣдовъ къ внукамъ. Такой
способъ передачи, извѣстный подъ именемъ *атавизма*,
находитъ себѣ полную аналогію въ передачѣ черезъ поко-
лѣніе различныхъ душевныхъ способностей у здоровыхъ
людей. Въ другихъ случаяхъ по наслѣдству передается
не душевное заболѣваніе, а предрасположеніе къ нему.
Подъ предрасположеніемъ мы понимаемъ состояніе слабо-
сти, охватывающей или весь организмъ, или только от-
дѣльныя его функціи, слабости, благодаря которой чело-
вѣкъ оказываетъ лишь незначительное противодѣйствіе
различнымъ вреднымъ вліяніямъ, нарушающимъ психиче-
ское равновѣсіе. Если личная жизнь складывается благо-
пріятно, это предрасположеніе можетъ не обнаруживать

себя заболѣваніемъ и лишь въ такомъ же видѣ передаваться нисходящимъ поколѣніямъ; многіе авторы здѣсь видятъ объясненіе атавизма. Наконецъ, отъ родителей къ дѣтямъ могутъ передаваться и психическія страданія, а иногда даже въ одной и той же формѣ (однообразная наследственность).

Къ однообразной наследственности съ полнымъ правомъ должно отнести также тѣ случаи, когда отъ одного поколѣнія къ другому передаются одинаковыя элементарныя психическія расстройства, напр., импульсивныя дѣйствія. Особенную практическую важность здѣсь приобретаетъ наследственно переходящее влеченіе къ самоубійству. *Morel* рассказываетъ объ одномъ господинѣ, который подъ вліяніемъ импульсивнаго влеченія покончилъ жизнь самоубійствомъ, оставивъ семимилліонное состояніе и семь сыновей. Дѣти, подѣлили отцовское наследство, счастливо ведя свои дѣла умножили его, пользовались, повидимому, полнымъ здоровьемъ, но едва только достигли извѣстнаго одного и того же возраста, какъ лишали себя жизни безъ всякаго внѣшняго повода. Такимъ образомъ, вымерла вся семья, и подобныя примѣры далеко не единичны.

Но родители вредно вліяютъ на потомство не только своимъ психическимъ расстройствомъ. Они передаютъ ему также общіе неврозы и притомъ или въ той же формѣ, или въ формѣ душевной болѣзни. Вредно сказывается на потомствѣ также порочный, разгульный образъ жизни родителей. Чрезвычайно часто можно встрѣтить душевнобольныхъ дѣтей у порочныхъ родителей; и наоборотъ, у душевнобольныхъ родителей нерѣдко рождаются порочныя дѣти. Вообще преступленіе и помѣшательство, столь близкія по своимъ внѣшнимъ проявленіямъ, имѣютъ отчасти и общій этиологическій корень.

Пьянство родителей также является важнымъ этиологическимъ факторомъ, передаваясь потомству иногда въ видѣ подобнаго же стремленія къ пьянству, иногда же вызывая въ нисходящемъ поколѣніи тяжелыя нервныя и душевныя заболѣванія—эпилепсію, идиотизмъ и т. п. Отъ одного горькаго пьяницы, Макса Юкке, въ теченіе 75

лѣтъ произошло 200 воровъ и убійць, 280 слѣпыхъ, идіотовъ и чахоточныхъ, 90 проституткокъ. *Demme* въ теченіе 12 лѣтъ собиралъ свѣдѣнія о дѣтяхъ въ 20 семействахъ, изъ которыхъ въ 10 родители были пьяницы, а въ 10 трезвые. Въ семействахъ пьяницъ было всего 75 человѣкъ дѣтей; изъ нихъ вполне нормальными оказались только 10, т. е. 17,5%; остальные представляли рѣзкіе признаки вырожденія, страдали хореей, эпилепсіей, идіотизмомъ; 25 умерло въ первые мѣсяцы жизни. Въ трезвыхъ семьяхъ родилось 61 дитя; изъ нихъ въ раннемъ возрастѣ умерло только 5, страдали впоследствии болѣзнями нервной системы 4; у 2 замѣчались пороки развитія. Остальные 50, т. е. 81,9% были вполне здоровы. Даже случайное опьяненіе родителей въ моментъ зачатія можетъ гибельно отразиться на потомствѣ, и безъ всякой иной наслѣдственности при этомъ условіи иногда происходятъ на свѣтъ идіоты или эпилептики.

Вообще психическое состояніе родителей во время зачатія рѣзко вліяетъ на дѣтей. *Legrand du Saulle* приводитъ слѣдующій случай: у одного адвоката, семья котораго не была поражена наслѣдственностью и который уже имѣлъ вполне здоровыхъ дѣтей, неожиданно родилась дочь идіотка. Внимательное разслѣдованіе показало, что мать непосредственно послѣ зачатія была сильно испугана національными гвардейцами, ворвавшимися ночью въ квартиру для обыска. (Она жила въ Парижѣ во времена Коммуны). Взволнованная женщина въ теченіе нѣсколькихъ дней чувствовала себя очень дурно, затѣмъ уѣхала въ деревню, гдѣ вся беременность протекла вполне нормально.

Изучая исторію, читая біографіи различныхъ выдающихся лицъ, нерѣдко можно встрѣтить замѣчательно частое совпаденіе въ одной и той же семьѣ выдающихся умственныхъ способностей и дарованій съ различными формами душевнаго разстройства. Отецъ Фридриха Великаго былъ душевно-больной; отецъ Бетховена—алкоголикъ; у Байрона мать страдала душевнымъ разстройствомъ, отецъ даже въ свое время заслужилъ репутацію

циничнаго развратника, дѣдъ—быль знаменитый мореплаватель; дядя и дѣдъ Шопенгауэра—душевно-больные, отецъ—чудакъ, прекратившій жизнь самоубійствомъ. Очень многіе талантливые люди сами кончили душевнымъ разстройствомъ, напримѣръ, Торквато Тассо, Свифтъ, Доницетти, Шуманъ, Жанъ Жакъ Руссо. Во многихъ случаяхъ связь между геніальностью и душевнымъ разстройствомъ такъ рѣзко кидалась въ глаза, что еще *Moreau de Tours* смотрѣлъ на геніальность, какъ на общій неврозъ, а въ наши дни *Lombroso* высказалъ эту же мысль въ гораздо болѣе рѣзкой формѣ, опредѣляя геніальность, какъ ненормальное душевное состояніе, какъ своеобразную форму душевнаго разстройства. Это мнѣніе основывается отчасти на указанныхъ выше совпаденіяхъ, отчасти же на томъ, что субъекты дегенеративные, предрасположенные къ душевнымъ страданіямъ, или же одержимые имъ, иногда обнаруживаютъ даже выдающіеся частичные дарованія и таланты. Однако, если мы глубже всмотримся въ духовную жизнь лицъ геніальныхъ и душевно-больныхъ, то между тѣми и другими откроемъ непроходимую пропасть: у людей геніальныхъ душевныя способности отличаются всестороннимъ, гармоничнымъ развитіемъ и эта гармонія отражается на продуктахъ ихъ дѣятельности, обогащающихъ собою сокровищницу человѣческаго ума. У людей психически ненормальныхъ, у людей душевно-больныхъ, этой стройности, этой гармоніи мы не встрѣтимъ и слѣда; здѣсь могутъ быть развѣ одностороннія дарованія, которыя, не находя себѣ поддержки въ остальной духовной жизни, не даютъ ничего законченнаго; душевно-больной, не смотря на свои какъ бы блестящія способности, роковымъ образомъ обреченъ на умственное безплодіе. Но чѣмъ же однако мы должны объяснять близкое сродство геніальности и помѣшательства, вѣдь нельзя же его считать совершенно случайнымъ? Объясненіе нужно искать повидимому въ крайне утонченной психо-нервной организаціи, которая составляетъ особенность нѣкоторыхъ семействъ и которая при благопріятныхъ условіяхъ можетъ проявляться въ видѣ талантли-

ности, геніальности, а при неблагопріятныхъ—повести къ душевному заболѣванію. Такое предположеніе дѣлаеть вмѣстѣ съ тѣмъ понятнымъ, почему такъ часто талантливые люди подвержены психическому разстройству.

Многіе указываютъ на гибельное вліяніе браковъ, заключаемыхъ между близкими родственниками. Однако это вліяніе старыми авторами, кажется, значительно преувеличивалось. По крайней мѣрѣ наблюденія надъ низшими животными показываютъ, что отъ самцовъ и самокъ, связанныхъ близкимъ родствомъ, можетъ рождаться поколѣніе, отличающееся полнымъ здоровьемъ. Примѣры, подтверждающіе эту же мысль, можно встрѣтить и въ исторіи; такъ, египетскіе Птолемеи, заботясь о чистотѣ крови, обыкновенно заключали браки между собою и, не смотря на это, многіе изъ нихъ отличались выдающимися способностями. Изслѣдованія одного изъ позднѣйшихъ авторовъ, изучавшихъ вліяніе брака между близкими родственниками на потомство, *Schuttleworth'a*, привели его къ убѣжденію, что у вполне здоровыхъ супруговъ родственниковъ могутъ рождаться здоровыя дѣти, которыя однако отличаются меньшей психической устойчивостью относительно всѣхъ вредныхъ вліяній.

Наконецъ, гибельно отражаются на потомствѣ всѣ условія, ослабляющія организмъ родителей, будутъ ли это физическія изнурительныя болѣзни, злоупотребленія жизнью, непосильныя умственныя занятія, преклонный возрастъ и т. п.

Но, говоря о наслѣдственной передачѣ различныхъ свойствъ и особенностей отъ родителей къ дѣтямъ, необходимо замѣтить, что этотъ вопросъ представляетъ еще очень много темнаго и загадочнаго. Существуютъ, напри- мѣръ, несомнѣнныя точныя наблюденія, что женщины, вторично выходящія замужъ, дѣтямъ отъ второго мужа передавали свойства перваго. Больная д-ра *Webler'a*, не рыжая, въ первый разъ вышла замужъ за рыжаго и овдовѣла, не имѣвъ дѣтей; отъ второго же мужа, чистаго блондина, родила нѣсколько человекъ, и всѣ ея дѣти были рыжія, всѣ они походили на перваго мужа ихъ матери.

Извѣстны факты, когда негритянки вступивъ въ бракъ съ бѣлыми, потомъ расходились съ ними, выходили замужъ за черныхъ и отъ нихъ производили мулатовъ. Эти и подобныя имъ наблюденія полны глубокой важности для всесторонняго выясненія наслѣдственности, но правильное истолкованіе ихъ — дѣло, быть можетъ, еще не близкаго будущаго

Слѣдя за наслѣдственной передачей душевныхъ страданій, *Morel*, одинъ изъ глубокомысленнѣйшихъ изслѣдователей этой области, показалъ, что очень часто такая передача влечетъ за собою уничтоженіе семьи. Онъ построилъ слѣдующую схему, которая показываетъ постепенность такого вымиранія: въ первомъ поколѣніи замѣчается усиленіе болѣзненнаго характера, эксцентричность, раздражительность, наклонность къ ипохондріи и т. п.; второе поколѣніе характеризуется, при полномъ, повидимому, сохраненіи интеллекта. „бредомъ сужденій и поступковъ“, т. е. лица, принадлежащія къ этому поколѣнію, не высказываютъ ясныхъ идей бреда, но проявляютъ болѣзненное состояніе ненормальными поступками и аномаліями настроенія. Въ обоихъ поколѣніяхъ слабоуміе представляетъ рѣдкое явленіе; здѣсь могутъ наблюдаться даже порою выдающіяся дарованія; однако шаткость психо-нервной организаціи даетъ о себѣ знать тѣмъ, что при малѣйшемъ поводѣ легко возникаетъ бредъ, и развивающіяся здѣсь различныя формы душевныхъ страданій могутъ быстро заканчиваться вторичнымъ слабоуміемъ. Наиболее выдающейся клинической чертой третьяго поколѣнія является врожденная ограниченность ума вмѣстѣ съ инстинктивнымъ стремленіемъ ко злу и быстрое развитіе послѣдовательнаго слабоумія, которое въ четвертомъ поколѣніи является уже врожденнымъ и идетъ обыкновенно рука объ руку съ физическимъ бесплодіемъ.

Схема *Morel*'я имѣетъ въ виду лишь тѣ случаи, гдѣ наслѣдственныя вліянія прогрессивно усиливаются, но ежедневный опытъ учитъ, что подобное стремленіе ихъ далеко не обязательное правило. Мы знаемъ случаи, когда безспорно имѣвшаяся на лицо наслѣдственность мало-по-

малу сглаживалась, главнымъ образомъ благодаря бракамъ съ здоровыми людьми.

Такимъ образомъ, участь членовъ семьи, отягченной наследственностью, существенно зависитъ, отъ характера вліяній со стороны обоихъ родителей. Но тутъ естественно возникаетъ вопросъ, какимъ законамъ подчиняется передача этихъ вліяній, нѣтъ ли данныхъ, при помощи которыхъ мы въ каждомъ частномъ случаѣ могли бы указать, кому изъ членовъ семьи слѣдуетъ особенно остерегаться. Одна изъ самыхъ любопытныхъ попытокъ отвѣтить на эти вопросы принадлежитъ *Richardz*'у. Этотъ ученый принимаетъ, что мужской элементъ не опредѣляетъ пола плода, а передаетъ только зародышу свойства и особенности отца, полъ же всецѣло обусловливается организмомъ матери; чѣмъ крѣпче ея организмъ, тѣмъ болѣе высокой степени развитія достигаетъ плодъ—рождается мальчикъ, а такъ какъ въ этомъ случаѣ организмъ матери въ силу своей крѣпости является преобладающимъ, то онъ оказываетъ особенно сильное вліяніе на плодъ, — мальчикъ поэтому долженъ болѣе походить на мать. Если, наоборотъ, организація матери недостаточно сильна, плодъ не достигаетъ высшей степени развитія, вліяніе матери на немъ не отражается съ такой рѣзкостью, не заглушаетъ вліяніе отца—рождается дѣвочка, похожая на отца. Отсюда ясно, почему свойства того или другого изъ родителей особенно рѣзко выражаются у дѣтей противоположнаго пола. Такимъ образомъ, при нормальныхъ условіяхъ всегда имѣетъ мѣсто законъ перекрестной наследственности и всякое отступленіе отъ него пріобрѣтаетъ уже патологическій характеръ. Принимая во вниманіе сказанное, слѣдуетъ заключить, что въ самыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ находятся дѣти, у которыхъ оба родителя страдаютъ душевнымъ разстройствомъ. Что же касается тѣхъ болѣе частыхъ случаевъ, когда боленъ только одинъ отецъ или только одна мать, то для нихъ *Richardz* даетъ слѣдующую схему:

1) Если боленъ отецъ, то прежде всего рискуетъ заболѣть сынъ похожій на отца, такъ какъ онъ предста-

вляеть собою уклоненіе отъ основного закона наслѣдственности и вмѣстѣ съ тѣмъ получилъ дурное наслѣдство. Затѣмъ, болѣе всѣхъ шансовъ на заболѣваніе имѣеть дочь, похожая на отца, такъ какъ, хотя она и поднала вліянію нормального закона перекрестной наслѣдственности, но эта наслѣдственность для нея неблагопріятна, и такъ какъ она обладаетъ сравнительно слабой организацией. Еще менѣе шансовъ заболѣть имѣеть дочь, похожая на мать, такъ какъ она получила свои особенности отъ здоровой стороны, хотя, представляя сходство съ матерью, тѣмъ самымъ является уклоненіемъ отъ нормы. Въ наиболѣе благопріятныхъ условіяхъ долженъ находиться сынъ, похожій на мать, въ силу уже высказанныхъ выше соображеній.

2) Если больна мать, то легче всего можетъ заболѣть дочь, похожая на мать, затѣмъ сынъ, похожій на мать, далѣе сынъ, похожій на отца, и, наконецъ, дочь, похожая на отца.

Послѣ наслѣдственности въ ряду индивидуальныхъ причинъ, предрасполагающихъ къ душевнымъ болѣзнямъ, второе мѣсто принадлежитъ *воспитанію*.

Психическій органъ человѣка въ первые годы жизни особенно чутко относится ко всѣмъ получаемымъ имъ впечатлѣніямъ, особенно прочно хранитъ ихъ слѣды; и въ этомъ фактѣ нужно искать объясненіе того громаднаго вліянія, которое оказываетъ на дѣтей воспитаніе. *Lock* говоритъ: изъ 100 человѣкъ 90 будутъ хорошими или дурными, вредными или полезными, въ зависимости отъ полученнаго ими воспитанія.

Одно время, и это было не такъ давно, даже смотрѣли на воспитаніе, какъ на наиболѣе могучій факторъ, опредѣляющій особенности будущаго борца за существованіе; думали, что, направляя такъ или иначе воспитаніе, могутъ создавать по желанію поэтовъ, художниковъ, ученыхъ и т. д. Дѣйствительность, конечно, не замедлила отрезвить пылкихъ мечтателей; она показала имъ, что прежде всего слѣдуетъ считаться съ унаслѣдованными свойствами и способностями человѣка, которыя воспи-

таніе можетъ только въ извѣстной степени заглушать или развивать.

Но если воспитаніе оказываетъ такое глубокое вліяніе на человѣка, то отсюда съ неизбѣжной необходимостью слѣдуетъ, что, будучи дурно направлено, оно можетъ явиться одной изъ предрасполагающихъ причинъ къ душевному заболѣванію. *Jean Jacques Rousseau* пишетъ: „природа требуетъ, чтобы дѣти, прежде чѣмъ быть взрослыми, были дѣтьми; и если мы измѣнимъ этотъ порядокъ, мы получимъ плоды преждевременные, которые лишены и крѣпости и вкуса, которье быстро портятся“. Эту простую истину современные педагоги и родители, къ сожалѣнію, забываютъ слишкомъ часто, и психіатру въ его практической дѣятельности почти на каждомъ шагу приходится встрѣчать результаты горькихъ ошибокъ, тѣмъ болѣе непоправимыхъ, что поводъ къ нимъ обыкновенно даютъ дѣти уже и безъ того предрасположенныя къ душевнымъ заболѣваніямъ. Какъ было упомянуто выше, дегенеративные субъекты въ очень многихъ случаяхъ отличаются различнаго рода частичными дарованіями и талантами; обладая сверхъ того склонностью къ преждевременному интеллектуальному развитію, они въ дѣтствѣ останавливаютъ на себѣ особенное вниманіе какъ любящихъ родителей, такъ и не въ мѣру усердныхъ воспитателей. На этихъ дѣтей смотрятъ какъ на что-то особенное, много обѣщающее, принимаютъ ихъ за будущихъ гениевъ; желая дать имъ всестороннее образованіе, ихъ заставляютъ безъ устали работать, учиться, забывая, что имѣютъ дѣло съ дѣтьми, организмъ которыхъ прежде всего нуждается въ укрѣпленіи. Первое время несчастныя жертвы педагогическихъ экспериментовъ обыкновенно удивляютъ всѣхъ познаніями и успѣхами, быстро опережаютъ сверстниковъ, составляютъ гордость воспитателей, но, къ сожалѣнію очень не надолго. Съ наступленіемъ извѣстнаго возраста, и это случается чаще всего въ періодъ *pubertatis*, быстрота развитія дѣтей, отмѣченныхъ дегенераціей, замѣтно начинаетъ уменьшаться; слабѣютъ ихъ интеллектуальныя силы; они

быстро приближаются къ общему уровню товарищей, а вслѣдъ затѣмъ даже болѣе и болѣе отстаютъ отъ нихъ. Въ результатѣ получаются ограниченныя, ни къ чему не способныя субъекты, да и то только въ лучшемъ случаѣ, чаще же всего дѣтская нервная организація, въ концѣ надломленная непосильнымъ трудомъ, благопріятствуетъ развитію душевнаго страданія, которое можетъ вспыхнуть при самомъ незначительномъ поводѣ. Но современная система обученія, господствующая въ нашей школѣ, оказываетъ погубное вліяніе и на совершенно здоровыхъ не предрасположенныхъ къ душевнымъ заболѣваніямъ дѣтей. Трудно сомнѣваться, чтобы нормальный дѣтскій мозгъ могъ въ дѣйствительности выполнить задачу, какую налагаетъ на него школа. Если взрослый чувствуетъ утомленіе, продолжая даже привычную работу болѣе часа, то въ дѣтскомъ возрастѣ при болѣе трудной работѣ утомленіе должно наступать гораздо быстрѣе. Правда, само по себѣ оно еще не представляетъ опасности: коль скоро утомленіе достигаетъ извѣстной степени, является невниманіе, влекущее за собою необходимый отдыхъ. Но при школьныхъ занятіяхъ мы знаемъ цѣлый рядъ условий, устраняющихъ невниманіе; талантливый преподаватель, который приковываетъ вниманіе ученика къ своей рѣчи; система неудовлетворительныхъ отмѣтокъ и другихъ наказаній, домашній репетиторъ—все это возбуждаетъ учащагося, заставляетъ его подавить возникшее было чувство усталости и тѣмъ самымъ ведетъ къ чрезмерному переутомленію, т. е. такому, которое становится уже опаснымъ особенно для молодого неокрѣпшаго организма.

Но въ нашей системѣ школьнаго образованія есть еще одна черта, съ которой слѣдуетъ настойчиво бороться, это механическое заучиваніе наизусть, составляющее значительную часть работы, какая выпадаетъ на долю школьнаго возраста. Механически заученное крайне легко исчезаетъ изъ памяти и лишь въ очень незначительной степени усваивается сознаніемъ. Убѣжденіе, что такимъ путемъ укрѣпляется память—грубое и грустное

заблужденіе. Можно даже утверждать, что часто повторяющееся заучиваніе благопріятствуетъ слишкомъ сильному развитію привычныхъ сочетаній идей и такимъ образомъ препятствуетъ высшему умственному развитію.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ, что въ основу правильного образованія должно положить возможно широкую индивидуализацію умственныхъ силъ и способностей ребенка. Какъ бы ни было трудно выполнить подобное требованіе, оно должно быть удовлетворено, иначе мы будемъ постоянно встрѣчаться съ крайне погубными результатами школы, съ субъектами хилыми, истощенными, утратившими всякое стремленіе къ дальнѣйшему развитію или даже прямо неспособными къ нему.

Другимъ также весьма распространеннымъ типомъ, современнаго воспитанія слѣдуетъ назвать воспитаніе изнѣживающее. Чрезмѣрно любящіе родители очень часто окружаютъ своихъ дѣтей безграничнымъ баловствомъ, выполняютъ всѣ ихъ капризы, желанія и прихоти. Дѣти не знаютъ ни въ чемъ отказа, приучаются считать свою волю за высшій законъ; не привыкшія уважать интересы окружающихъ, они становятся узкими, слабохарактерными эгоистами, не способными въ одно и то же время ни отказывать себѣ въ своихъ желаніяхъ, ни упорно стремиться къ ихъ достиженію. Слабыми, безвольными людьми они оставляютъ семью и начинаютъ самостоятельную жизнь, гдѣ сразу сталкиваются съ суровой дѣйствительностью; необходимость заставляетъ ихъ умѣрять свои требованія, ограничиваясь строго необходимымъ, да и послѣдняго приходится достигать съ непривычнымъ трудомъ и терпѣніемъ. Столь крутой переходъ не можетъ, конечно, совершиться безъ упорной, тяжелой борьбы, которая при счастливыхъ условіяхъ у лицъ болѣе крѣпкихъ иногда оканчивается благополучно; но нерѣдко, особенно при наличности другихъ неблагопріятныхъ условій, напримѣръ, наслѣдственнаго предрасположенія, она завершается и душевнымъ страданіемъ.

Не менѣе вреденъ и противоположный типъ воспитанія—воспитаніе слишкомъ суровое. При немъ естествен-

ная потребность ребенка въ ласкѣ и сердечной теплотѣ не встрѣчаетъ себѣ удовлетворенія; дитя мало-по-малу начинаетъ замыкаться, у него развивается наклонность къ уединенію, мечтательности, съ одной стороны, и слабыхарактерность, какъ результатъ постоянного суроваго контроля надъ каждымъ его поступкомъ—съ другой. На этой почвѣ, какъ само собою понятно, могутъ возникать самыя разнородныя клиническія картины, которыя такимъ образомъ находятъ себѣ объясненіе въ неправильно веденномъ воспитаніи.

Я не буду останавливаться на характеристикѣ другихъ типовъ вреднаго воспитанія, такъ какъ они крайне разнообразны. Если я обратилъ Ваше вниманіе на указанные выше, то лишь потому, что послѣдніе являются наиболѣе частыми.



Лекція XV.

Етіологія пом'шательства.

(Продолженіє)

Причины, непосредственно вызывающія душевныя болѣзни. Психическія причины: внезапныя душевныя потрясенія и ихъ этиологическая роль; угнетающія психическія волненія длительного характера; вліяніе напряженной умственной работы. Мнимая заразительность душевныхъ заболѣваній. Физическія причины, непосредственно влекущія душевное расстройство; заболѣванія головного мозга и его оболочекъ; травматическіе психозы; этиологическая роль болѣзней спинного мозга: спинная сухотка, какъ этиологическій факторъ; душевныя страданія, вызываемыя поражениемъ периферической нервной системы; значеніе общихъ невродовъ въ этиологій психического расстройства.

М.м. Гг.!

Всѣ причины, непосредственно вызывающія душевныя болѣзни, мы подѣлили выше на двѣ категоріи—психическія и физическія.

Остановлюсь сначала на первыхъ.

Уже поверхностнымъ наблюденіемъ легко доказать, какое вліяніе имѣютъ различныя душевныя волненія на сосудистую систему: испытывая страхъ, человѣкъ моментально блѣднѣетъ, стыдъ производитъ немедленное расширение кровеносныхъ сосудовъ кожи лица. Не подлежитъ сомнѣнію, что подобныя-же измѣненія происходятъ и въ области сосудовъ мозга и что эти измѣненія должны отражаться на функціяхъ органа. Отсюда ясно, какимъ образомъ психическіе моменты могутъ непосредственно вызывать душевныя заболѣванія. Старые психіатры приписы-

вали имъ даже преобладающую роль. *Pinel* изслѣдованіе каждаго больного начиналъ вопросомъ, не перенесъ ли онъ большого горя. Въ настоящее время однако взгляды на психическіе моменты значительно измѣнились; точныя клиническія наблюденія убѣдили, что подъ вліяніемъ чисто психическихъ причинъ человекъ заболѣваетъ сравнительно рѣдко. Особенно рѣдки случаи внезапнаго появленія болѣзни, наступившей немедленно вслѣдъ за душевнымъ волненіемъ. *Pinel* рассказываетъ, что одинъ молодой артиллеристъ во время жаркой битвы увидѣлъ, какъ вблизи убили его брата; несчастный былъ такъ пораженъ, что превратился какъ-бы въ неподвижную статую и въ этомъ состояніи былъ доставленъ домой. Тамъ при видѣ его младшій братъ пришелъ въ точно такое же состояніе. Пациентъ *Ball*'я, не отличавшійся мужествомъ, присутствуя однажды на охотѣ, считалъ себя въ совершенной безопасности, какъ вдругъ очутился лицомъ къ лицу съ разъяреннымъ оленемъ; онъ не получилъ ни одного ушиба, но вслѣдствіе страха заболѣлъ душевнымъ расстройствомъ, продолжавшимся пятнадцать дней. Страхъ вообще можетъ вызывать внезапныя заболѣванія. Мы знаемъ случаи, когда страданіе развивалось сразу у жителей осажденнаго города во время ужасовъ бомбадировки. Но объектомъ этихъ равно какъ и вышеприведенныхъ наблюденій являются лица, предрасположенныя уже къ психозамъ, чаще всего отягченныя тяжелой наследственностью; у человека совершенно здороваго, обладающаго крѣпкой психо-нервной организаціей, самыя сильныя душевныя волненія не имѣютъ такого эффекта. Въ жизни нерѣдко приходится слышать рассказы о томъ, что психозъ развился вслѣдъ за неожиданной сильной радостью, или вообще послѣ какого-нибудь рѣзкаго потрясенія пріятнаго характера; но всѣ такія наблюденія обыкновенно оказываются неточными. *Gregory* приводитъ случай, какъ мать и двѣ ея дочери жили въ крайней нищетѣ и, неожиданно получивъ наследство, заболѣли отъ радости. Но къ этому факту нужно добавить, что женщины, о которыхъ идетъ здѣсь рѣчь, долгіе годы подвергались самымъ

тяжелымъ невздамъ и лишеніямъ, которыя уже одни могли подготовить благодарную почву для психоза. *Esquirol* наблюдалъ молодого человѣка, который заболѣлъ черезъ нѣсколько дней послѣ выигрыша въ лоттерей. Всѣ думали, что это случилось отъ радости; однако на самомъ дѣлѣ причиной катастрофы оказалось постоянное опасеніе быть ограбленнымъ.

Болѣе важную роль въ этиологіи играютъ тѣ угнетающія душевныя волненія, которыя дѣйствуютъ длительно; ближе всматриваясь въ подобные случаи, всегда можно бываетъ убѣдиться, что подъ вліяніемъ нравственныхъ невзгодъ прежде всего рѣзко измѣняется физическій организмъ, такъ что психозъ вспыхиваетъ уже на почвѣ тяжелаго упадка питанія. Здѣсь, слѣдовательно, трудно говорить только о психическихъ моментахъ, какъ непосредственныхъ поводахъ къ заболѣванію. Многіе наблюдатели склонны приписывать крайне вредное вліяніе напряженной умственной работѣ. Еще *Celsus* сказалъ: «Излишнія умственныя занятія изнашиваютъ человѣка болѣе, чѣмъ физическая работа, если они не прерываются отдыхомъ и физическими упражненіями и если они направлены на одинъ предметъ!» Съ этимъ мнѣніемъ можно согласиться, но съ значительными оговорками; одна умственная работа, какъ бы она ни была напряжена, можетъ только утомить человѣка, однако не приводитъ его къ заболѣванію; послѣднее наблюдается лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда она соединяется съ тяжелыми душевными волненіями, напр., страхомъ конкуренціи, отчаяньемъ, что не будетъ кончена въ срокъ и т. д. Глубоко былъ правъ поэтому *Maudsley*, сказавъ: «человѣка сводитъ съ ума не то дѣло, которое онъ выполняетъ, а то, котораго онъ не можетъ выполнить».

Говоря о психическихъ моментахъ, нельзя обойти молчаніемъ вопроса о такъ называемой *заразительности психозовъ*.

Послѣдніе годы въ спеціальной литературѣ стали чаще и чаще попадаться наблюденія, доказывающія, что душевное заболѣваніе можетъ передаваться окружающимъ.

Вотъ, напр., одно изъ такихъ наблюдений: въ маленькомъ городкѣ южной Франціи жили два родные брата со своими семействами (всего 13 человѣкъ); долгое время они ничѣмъ не обращали на себя вниманія; но затѣмъ сосѣди стали замѣчать, что члены обѣихъ семей начали сторониться отъ нихъ и часто собирались вмѣстѣ въ домъ старшаго брата. Въ одинъ праздничный день, когда жители города спѣшили въ церковь, изъ этого дома всѣ 13 человѣкъ, полураздѣтые, со страшными криками и кощунственными проклятіями направились также къ церкви; ихъ задержали; произведенное разслѣдованіе обнаружило, что старшій братъ первый заболѣлъ эпилептическимъ помѣшательствомъ и началъ высказывать идеи бреда религіознаго характера, которыя затѣмъ усвоили себѣ и всѣ его родные. Подобные случаи естественно могли дать основаніе думать, что душевное заболѣваніе обладаетъ своего рода заразительностью, что, слѣдовательно, нельзя оставаться безнаказанно долгое время съ душевно-больными, что ихъ общества необходимо остерегаться. Душевная болѣзнь — явленіе въ высокой степени потрясающее. Душевно-больные на профановъ и безъ того часто наводятъ паническій страхъ; нечего поэтому говорить, что подобные взгляды, проникая въ общество, могутъ только еще болѣе усиливать этотъ страхъ, придавая ему какъ бы фактическія основанія. Но справедливы ли эти взгляды, дѣйствительно ли можно заразиться душевной болѣзью? Мы знаемъ изъ ежедневнаго опыта, что нѣкоторые простѣйшіе нервные акты вызываютъ подражаніе; смѣхъ, напр., или зѣвота обладаютъ своего рода заразительностью. Покойный проф. *Charcot* одну изъ своихъ послѣднихъ лекцій посвятилъ между прочимъ анализу истерической зѣвоты и, желая продемонстрировать слушателямъ этотъ симптомъ, приказалъ ввести двухъ больныхъ; но не прошло и нѣсколькихъ минутъ со времени ихъ появленія, какъ неудержимая зѣвота овладѣла всей аудиторіей, такъ что пришлось удалить больныхъ и только тогда продолжать прерванную лекцію. Не трудно убѣдиться однако, что различные субъекты

оказываютъ различную степень сопротивленія такой заразительности; прежде всего подчиняются ей лица впечатлительныя, нервныя; слѣдовательно, и здѣсь даетъ о себѣ знать предрасположенная почва.

Такимъ же свойствомъ какъ вышеназванные акты, отличаются различныя элементарныя психическія расстройства—импульсивныя дѣйствія, навязчивыя идеи и т. п. Въ 1825 году въ Парижѣ всѣ очень много говорили о дѣлѣ дѣвицы Cognier, убившей своего ребенка при крайне своеобразной обстановкѣ, и вскорѣ въ заведенія для душевно-больныхъ стали поступать женщины съ склонностью къ дѣтоубійству, обнаружившеюся подъ вліяніемъ рассказовъ объ этомъ дѣлѣ. Одна изъ нихъ, прачка, до того чувствовавшая себя здоровой, слышала рассказъ о Cognier, когда мыла бѣлье. Вернувшись домой, она не испытывала никакого волненія, но на другой день при видѣ своего сына сдѣлалась безпокойной, начала волноваться, услышавъ какой-то внутренній голосъ, который внушалъ ей: возьми его, убей его! Другая больная, также услышавъ случайно о знаменитомъ убійствѣ, вдругъ почувствовала неожиданное стремленіе умертвить собственнаго ребенка. Эта ужасная идея чуть не привела ее къ дѣйствительному убійству, и несчастная женщина, сознавая, что у нея нѣтъ силы бороться съ собой, предпочла лучше покончить свои дни. Послѣ неудачной попытки къ самоубійству она была доставлена въ больницу, откуда вышла, лишь выдержавъ продолжительное лѣченіе. Не слѣдуетъ однако думать, что подобныя явленія могутъ обнаружиться у вполне здоровыхъ субъектовъ. Тщательное наблюденіе всегда показываетъ, что гибельная «зараза» охватываетъ только тѣхъ лицъ, у которыхъ уже заранѣе замѣчалась болѣзненная почва. Но такъ какъ подобныхъ людей можно найти всегда въ достаточномъ количествѣ, то поэтому глубоко справедливымъ является требованіе *Esquirol*'я, чтобы было запрещено печатать мельчайшія подробности объ ужасныхъ преступленіяхъ, такъ какъ рассказы о нихъ пропагандируютъ идею убійствъ.

Исторія даєть намъ много примѣровъ, что душевныя заболѣванія, передаваясь отъ одного человѣка къ другому, при благопріятныхъ условіяхъ могутъ охватывать цѣлыя массы. Съ извѣстнымъ правомъ поэтому можно говорить о психическихъ эпидеміяхъ. Эти эпидеміи отличались особенной обширностью въ средніе вѣка, приобрѣтали иногда глубокое общественное значеніе. Въ наше время условія для нихъ стали несравненно менѣе благопріятны; обыкновенно онѣ распространяются только на членовъ одной и той же семьи, лишь изрѣдка выходя за ея предѣлы. Внимательный, спокойный анализъ подобныхъ фактовъ всегда указываетъ, что здѣсь и рѣчи бытъ не можетъ о какомъ-либо таинственномъ свойствѣ психозовъ, о заразительности ихъ въ собственномъ смыслѣ этого слова. Первично заболѣвшимъ чаще всего оказывается старшій членъ семьи, человѣкъ, авторитету котораго окружающіе привыкли болѣе или менѣе слѣпо подчиняться. Страданіе почти всегда обнаруживается въ формѣ религіознаго помѣшательства или бреда преслѣдованія, отличающагося извѣстнымъ правдоподобіемъ. Родные могутъ сначала съ недоувѣріемъ относиться къ словамъ больного, отнюдь однако не сомнѣваясь въ его здоровьи, но потомъ постепенно соглашаются съ нимъ, проникаясь его взглядами и убѣжденіями. Эту стадію развитія болѣзни *Marandon de Montyel* называлъ *folie imposée*. Если заболѣвающихъ въ этомъ періодѣ отдѣлить отъ первично больного, то они обыкновенно отказываются отъ идей бреда. У отдѣльныхъ субъектовъ дѣло однако можетъ заходить далѣе; они не только пропитываются бредовыми идеями, но начинаютъ сами развивать ихъ самостоятельно, нерѣдко опережая и первично заболѣвшаго. Въ этомъ фазисѣ болѣзни, который *Marandon de Montyel* называетъ *folie communiquée*, изоляція уже не оказываетъ спасительнаго вліянія.

Изъ вышеизложеннаго видно, что у лицъ первой категоріи мы не имѣемъ собственно говоря душевнаго разстройства; мы видимъ здѣсь только проявленіе слабости характера, привычки слѣпо подчиняться чужому авторитету, т. е. тѣ свойства, которыми сплошь и рядомъ

отличаются лица совершенно здоровыя и не приходящія въ соприкосновеніе съ душевно-больными. Совсѣмъ иное слѣдуетъ сказать о лицахъ второй категоріи (*folie communiquée*), — тутъ передъ нами безспорно одержимые душевнымъ разстройствомъ, происхожденіе котораго легко понять, если мы припомнимъ, что вторично заболѣвають по большей части близкіе родственники заболѣвшаго первоначально т. е. субъекты съ наследственнымъ предрасположеніемъ; въ тѣхъ же случаяхъ, когда пострадавшими оказываются лица, не связанныя съ нимъ кровнымъ родствомъ, на примѣръ, жены, то здѣсь слѣдуетъ видѣть результатъ цѣлой серіи неблагоприятныхъ моментовъ, которые пришлось имъ перенести благодаря болѣзни близкаго человѣка. Рядъ длительныхъ угнетающихъ душевныхъ волненій, бессонныя ночи, матеріальныя лишенія, — все это постепенно подтачиваетъ, быть можетъ, и безъ того слабую нервную организацію, подготавливаетъ предрасположеніе къ болѣзни, которая можетъ вспыхнуть поэтому при самомъ незначительномъ поводѣ. Только-что перечисленные моменты съ достаточной ясностью объясняютъ намъ и случаи передачи острыхъ психозовъ, гдѣ отсутствуетъ сколько нибудь серьезный, правдоподобный бредъ. Что въ этихъ случаяхъ нельзя допустить какой-нибудь заразительности, видно уже изъ того, что вторичныя заболѣванія, которыя, кстати сказать, чаще всего наблюдаются у женщинъ, по формѣ своей обыкновенно не совпадаютъ съ первичнымъ. Правда, въ очень рѣдкихъ случаяхъ удается наблюдать какъ-бы передачу острыхъ психозовъ въ одной и той же формѣ, но и тутъ намъ нѣтъ надобности говорить о какомъ-то контактѣ. Наукѣ извѣстны случаи, когда душевнымъ разстройствомъ заболѣвали близнецы, давнымъ давно разставшіеся другъ съ другомъ, и у которыхъ страданіе между тѣмъ выразилось въ совершенно тождественной клинической картинѣ. Необходимо предположить, что психическій органъ этихъ близнецовъ отличался настолько однообразными особенностями, что обнаружилъ ихъ даже въ своемъ страданіи. Подобное объясненіе мы можемъ, конечно, дать и тѣмъ рѣдкимъ случаямъ передачи психо-

зовъ въ тождественной формѣ, о которыхъ только-что было сказано выше.

Итакъ, наблюденія современныхъ клиницистовъ заставляютъ насъ прийти къ выводу, что психозы не обладаютъ какой-либо специфической заразительностью, и такое мнѣніе находитъ вѣскую поддержку въ наблюденіяхъ надъ больничнымъ персоналомъ, надъ лицами, ухаживающими за душевно-больными и живущими вмѣстѣ съ ними. Дѣйствительно, если душевныя разстройства и встрѣчаются среди служителей и сидѣлокъ въ нашихъ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, то они ничуть не чаще, чѣмъ въ остальномъ населеніи и находятся въ зависимости отъ другихъ причинъ, имѣющихъ мало общаго съ ихъ профессіей. Изъ этого однако не слѣдуетъ, чтобы люди, предрасположенные къ психозамъ, могли смѣло посвящать себя уходу за душевно-больными; такой трудъ, какъ впрочемъ и всякая непосильная работа, соединенная съ душевными волненіями, можетъ оказаться для нихъ пагубнымъ.

Подъ именемъ *физическихъ причинъ*, непосредственно вызывающихъ душевное заболѣваніе мы понимаемъ различныя соматическія болѣзни, которыя влекутъ за собою развитіе психоза.

На первомъ мѣстѣ между ними естественно нужно поставить *заболѣваніе* самого *головного мозга*. Разнообразныя разлитыя пораженія какъ оболочекъ мозга, такъ и вещества, всегда влекутъ за собою измѣненія психическихъ функцій. Но подобныя измѣненія мы очень часто встрѣчаемъ также при строго локализованныхъ страданіяхъ головного мозга, на примѣръ, при кровоизліяніяхъ, опухоляхъ и т. д. Здѣсь причину ихъ слѣдуетъ искать въ нарушеніи кровообращенія, влекущемъ за собою разстройство питанія всего органа. Между психическими разстройствами вслѣдствіе органическихъ поражений мозга преобладающее мѣсто занимаютъ элементарныя: безсвязный неопредѣленный бредъ, ступоръ, галлюцинаціи, ослабленіе памяти и т. п.; изъ болѣе сложныхъ картинъ чаще всего наблюдается слабоуміе, и фономъ его болѣе

или менѣе окрашены всѣ психозы, возникающіе на почвѣ матеріальныхъ измѣненій; сверхъ того они часто осложняются еще параличами, судорогами и другими симптомами, указывающими на органическую подкладку.

Къ этой же группѣ душевныхъ заболѣваній должно отнести такъ называемые травматическіе психозы, т. е. вызванные какой-либо травмой черепа. Эти психозы носятъ на себѣ ясный характеръ органическихъ и отличаются весьма неблагоприятнымъ предсказаніемъ. Многие авторы, изучавшіе ихъ клиническую картину, пытались придать имъ даже самостоятельность, рассматривали ихъ какъ особый видъ душевнаго расстройства. Но всѣ такія попытки врядъ ли можно признать удачными; впрочемъ и аргюгі трудно было ожидать противное, такъ какъ патолого-анатомическимъ субстратомъ травматическихъ психозовъ могутъ явиться процессы крайне разнообразныя и по характеру и по локализаци. Обращаетъ на себя вниманіе однако то обстоятельство, что въ большей части случаевъ психозъ развивается не непосредственно послѣ травмы, а черезъ извѣстный и иногда значительный промежутокъ времени. *Christian* нашель, что изъ 100 наиболѣе точно прослѣженныхъ имъ случаевъ 54 приходятся на первые 5 лѣтъ послѣ ушиба, 21—на второе пятилѣтіе, 11—на второе десятилѣтіе, 7—на третье десятилѣтіе; наконецъ, въ 7 случаяхъ психозъ развился болѣе чѣмъ черезъ 30 лѣтъ послѣ травмы. Иногда травма не ведетъ прямо къ душевному расстройству, но вызываетъ лишь предрасположеніе къ таковому: люди совершенно здоровые, безъ всякой наслѣдственности, послѣ нея рѣзко мѣнялись, обнаруживая наклонность къ приливамъ крови, невыносимость по отношенію къ алкоголю, легкую умственную утомляемость и крайнюю раздражительность характера. Въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ этимъ дѣло и ограничивается, но когда сюда присоединялись еще и другіе вредные моменты — развивалось душевное заболѣваніе. Выяснить механизмъ, какимъ травма производитъ столь глубокія измѣненія въ питаніи психическаго органа, довольно трудно. Многие думаютъ, что видная роль здѣсь

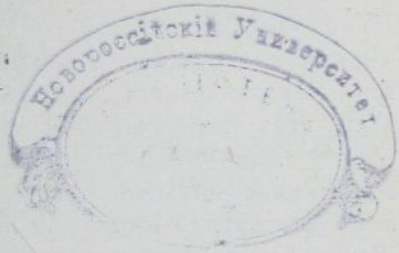
должна принадлежать cerebro-спинальной жидкости, которая, быстро смѣщаясь вслѣдствіе травмы, растягиваетъ периваскулярныя пространства отдѣльныхъ областей мозга, раздражаетъ такимъ образомъ сосудодвигательныя нервы и результатомъ этого является сначала спазмъ сосудовъ, иногда довольно продолжительный, а затѣмъ ихъ расширение. Такія нарушенія въ сосудистой иннервации въ случаѣ ихъ рѣзкости могутъ оставить по себѣ на долгое время наклонность къ повторенію подѣ влияніемъ самыхъ ничтожныхъ причинъ.

Видную роль въ этиологіи психозовъ играютъ и *пораженія спинного мозга*. Разнообразныя разстройства питанія этого органа, представляющаго собою непосредственное продолженіе головного мозга, весьма естественно должны отражаться на послѣднемъ. Особенно часты душевныя заболѣванія при спинной сухоткѣ. При этомъ страданіи психозы могутъ возникать двоякимъ путемъ, или органическимъ, вслѣдствіе перехода процесса со спинного мозга на головной, и въ такомъ случаѣ мы получаемъ картину, весьма напоминающую прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, но отличающуюся болѣе быстрымъ развитіемъ слабоумія и болѣе рѣзкими двигательными разстройствами, или же *tabes dorsalis*, выражаясь различными измѣненіями чувствительности, только доставляетъ благодарный матеріалъ для аллегоризации; такимъ образомъ могутъ развиваться картины ипохондрическаго помѣшательства, бредового, нейрастеническаго и т. д.

Пораженія периферическихъ нервовъ, какъ показываетъ клинической опытъ, также могутъ обусловить развитіе душевной болѣзни. Еще старые хирурги (напр. *Dupuytren*) замѣтили, что послѣ тяжкихъ периферическихъ поврежденій иногда развивается острое душевное разстройство, отличительной чертой котораго является безсвязный бредъ (*delirium traumaticum*). Позднѣйшія наблюденія выяснили, что главную роль здѣсь играютъ пораженія периферическихъ нервовъ и что точно такія же картины получаются при перерѣзкѣ нерва, при невралгіяхъ и т. п. Однако для возникновенія психоза требуется еще одно условіе—пси-

хическій органъ, глубоко нарушенный въ своемъ питаніи, предрасположенный къ заболѣванію.

Изъ другихъ страданій нервной системы наиболѣе важное этиологическое значеніе приобрѣтають общіе невроты—истерія, эпилепсія, хорія и т. д. Но возникающія на почвѣ ихъ психическія заболѣванія встрѣчаются такъ часто. отличаются такими характерными особенностями, что намъ придется говорить о нихъ очень подробно въ послѣдствіи.



Лекція XVI.

Етіологія пом'шательства.

(Окончаніе)

Значеніе острьхъ инфекціонныхъ забол'ваній въ етіологіи пом'шательства: тифъ, оспа, скарлатина, инфлюэнца. Хроническія конституціональнныя страданія, какъ етіологическій факторъ; общія и м'стныя анеміи, вызываемыя ими въ психическомъ орган'б; чахотка; сифилісъ. М'стныя страданія: пораженія пищеварительнаго тракта; видная етіологическая роль страданій половыхъ органовъ. Половыя излишества; вліяніе ихъ на психическое здоровье. Онанизмъ; пути, какими онъ оказываетъ свое пагубное д'йствіе, и клиническія картины, какія онъ вызываетъ. Етіологическое значеніе беременности, родовъ, посл'родового періода и періода кормленія; неблагопріятныя условія, связанныя съ ними.

Мм Гз.!

Нер'дкой причиною душевнаго разстройства сл'дуетъ назвать также *острья инфекціонныя забол'ванія*. Психозы могутъ вспыхнуть при нихъ или въ період' асте процесса, или уже въ стадіи выздоровленія. Различныя элементарныя нарушенія психической сферы составляютъ обычное явленіе въ разгар' бол'зни; потемн'ніе сознанія, галлюцинаціи, иллюзіи, ускоренное теченіе идей, безсвязность мышленія, отрывочныя идеи бреда наблюдаются зд'сь крайне часто. Но иногда д'ло не ограничивается разстройствами такого рода; развивается бол'е сложная картина меланхоліи, маніи и, особенно, остраго безсмыслія; въ посл'днемъ случа' состояніе больного характеризуется крайне глубокимъ потемн'ніемъ сознанія, нестойкостью, большей безсвязностью бредо-

выхъ идей и обиліемъ галлюцинацій. По мнѣнію прежнихъ психіатровъ душевное разстройство въ этомъ періодѣ болѣзни вызывалось приливомъ крови къ головѣ и измѣненіемъ ея состава. Въ стадіи выздоровленія, благодаря анеміи головного мозга и общему истощенію организма, душевное страданіе также можетъ развиваться весьма легко, проявляясь чаще всего въ формѣ меланхоліи или первичнаго слабоумія. Наконецъ, инфекціонное заболѣваніе иногда протекаетъ благополучно, но оно оставляетъ по себѣ предрасположеніе къ психозамъ, особенно если сюда присоединяются иныя неблагопріятныя условія; въ такихъ случаяхъ страданіе обыкновенно пріобрѣтаетъ характеръ дегенеративнаго и нерѣдко основывается повидимому на органическихъ измѣненіяхъ.

Наиболѣе часто осложняются душевнымъ разстройствомъ различныя формы тифа. Многіе авторы, желая выяснитъ такое свойство послѣдняго, обратили особое вниманіе на измѣненія въ головномъ мозгу, развивающіяся подѣ вліяніемъ тифознаго процесса. Въ асте болѣзни *Vuhl* и *Hoffmann* (при брюшномъ тифѣ) находили отекъ оболочекъ и вещества мозга, а въ болѣе затяжныхъ случаяхъ—атрофію нервныхъ элементовъ. *Левъ Поповъ* (также при брюшномъ тифѣ) констатировалъ внѣдреніе лимфатическихъ элементовъ въ нервныя клѣтки съ послѣдующимъ ихъ дѣленіемъ. *Emminghaus* въ случаѣ слабоумія, развившагося послѣ тифа, замѣтилъ мутное набуханіе и жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ.

Такое же значеніе, какъ и тифъ, въ этиологіи помѣшательства могутъ имѣть скарлатина, оспа, холера, крупозная пневмонія, но особенно инфлюэнца. *Althaus*, опираясь на богатый клиническій матеріалъ, доказываетъ, что послѣ инфлюэнцы чаще всего развивается острая ипохондрическая меланхолія, а затѣмъ острое безсмысліе; изрѣдка наблюдается и прогрессивный параличъ, который отличается однако крайне быстрымъ теченіемъ. Причину психозовъ онъ видитъ не въ лихорадкѣ, а въ гриппотоксинѣ, оказывающемъ неблагопріятное вліяніе на нервныя центры. Этого же мнѣнія въ послѣдніе годы придержи-

вались очень многіе клиницисты, объясняя токсинами развитіе душевныхъ страданій послѣ всѣхъ инфекціонныхъ формъ. Нѣсколько иное мнѣніе высказала *Adler*. Всѣ инфекціонныя болѣзни, по отношенію къ осложняющимъ ихъ душевнымъ страданіямъ, онъ раздѣляетъ на двѣ группы; къ первой принадлежатъ пораженія легкихъ и острья сыпи, въ теченіе которыхъ особенно часто возникаютъ состоянія маниакальнаго возбужденія и остраго безсмыслія, ко второй—тифы, инфлюэнца и острый сочленовный ревматизмъ, при которыхъ наиболѣе часты состоянія угнетенія. Въ первой группѣ теченіе бурное и острое, во второй—болѣе длительное. Для развитія психоза, по автору, необходима наличность предрасположенія; токсинамъ не принадлежитъ исключительное значеніе; большое вліяніе имѣетъ лихорадка и общее истощеніе; прогнозъ въ общемъ сравнительно благопріятенъ, кромѣ, конечно, тѣхъ случаевъ, гдѣ уже рано развивается слабоуміе.

Важнымъ значеніемъ въ этиологіи помѣшательства обладаютъ также различныя *хроническія конституціональныя болѣзни*, которыя не только могутъ вызвать предрасположеніе къ психозу, но иногда являются ихъ непосредственной причиной. Пагубное вліяніе конституціональныхъ болѣзней на психическое здоровье находитъ себѣ естественное объясненіе въ упадкѣ общаго питанія, въ общей анеміи, являющейся ихъ результатомъ. При анеміи психическій органъ получаетъ кровь въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ обычно и вдобавокъ кровь измѣненнаго качества, что, конечно, не можетъ не отразиться на функціяхъ этого органа, тѣмъ болѣе, что сюда присоединяется еще рядъ другихъ моментовъ: подъ вліяніемъ малокровія развивается перерожденіе сердечной мышцы, которая начинаетъ работать менѣе энергично, происходятъ регрессивныя процессы въ стѣнкахъ сосудовъ, что существенно измѣняетъ условія трансфузіи. Наконецъ, на почвѣ разстроеннаго питанія головного мозга легко нарушается функція сосудодвигательныхъ центровъ; послѣдніе при сравнительно ничтожныхъ раздраженіяхъ могутъ обусло-

вливать спазмъ сосудовъ той или другой области головного мозга, — на почвѣ общей анеміи развиваются анеміи мѣстныя. Но этимъ дѣло не ограничивается: передъ областью спазма кровь застаивается въ большомъ количествѣ, — на ряду съ мѣстной анеміей развивается мѣстная гиперемія. Съ прекращеніемъ спазма нарушенное кровообращеніе возстанавливается не сразу; черезъ измѣненныя сосудистыя стѣнки выходъ плазмы и форменныхъ элементовъ крови совершается съ усиленной легкостью; въ расширенныхъ околосоудистыхъ пространствахъ легко могутъ возникать застои, влекущіе за собою въ свою очередь сдавленіе сосудистыхъ стѣнокъ.

Такимъ образомъ при общей анеміи условія питанія мозговой ткани видоизмѣняются весьма существенно, и это измѣненіе въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ не можетъ оставаться безслѣднымъ для ея отравленій. Дѣйствительно, наблюденіе показываетъ, что субъекты анемичныя обыкновенно отличаются вялостью, флегматичностью, апатіей, которая однако у многихъ очень легко смѣняется состояніемъ усиленной возбудимости, весьма впрочемъ кратковременнымъ. Выраженная болѣе рѣзко анемія, особенно если она присоединяется къ уже предрасположенной почвѣ, влечетъ за собою и болѣе тяжкія расстройства психической сферы.

Изъ отдѣльныхъ конституціональныхъ болѣзней чаще всего вызываютъ душевныя страданія чахотка и сифилисъ. Оптимистическій взглядъ на свое состояніе, столь рѣзко кидающійся въ глаза у многихъ чахоточныхъ и представляющій полный контрастъ съ дѣйствительностью, извѣстенъ каждому; онъ объясняется повидимому своеобразнымъ измѣненіемъ общаго чувства. Въ отдѣльныхъ случаяхъ и, прибавлю, весьма нерѣдкихъ такой аномаліей дѣло не органичивается: на почвѣ легочного пораженія могутъ возникать весьма различныя картины рѣзко выраженаго душевнаго страданія. Morel замѣтилъ, что иногда еще въ первыхъ стадіяхъ чахотки развивается состояніе угнетенія, въ позднѣйшихъ затемняющееся возбужденіемъ съ приступами ярости. Въ другихъ случаяхъ исходные

періоды осложняются безсвязнымъ бредомъ и галлюцинаторной спутанностью. Впрочемъ, какъ и вездѣ, видную роль здѣсь играетъ индивидуальность.

Упадокъ общаго питанія, вызванный сифилисомъ, также можетъ довести до душевнаго расстройства, которое чаще всего выражается мрачнымъ угнетеннымъ настроеніемъ и ипохондрическими идеями бреда соотвѣтствующаго характера.

Я не буду долѣе останавливаться на общихъ хроническихъ заболѣваніяхъ, какъ этиологическомъ факторѣ помѣшательства; сказаннаго считаю достаточнымъ, чтобы показать характеръ ихъ вліянія. Переиду теперь къ заболѣваніямъ отдѣльныхъ органовъ, которыя, особенно при наличности предрасположенной почвы, также довольно часто указываются въ ряду причинныхъ моментовъ.

Вліяніе, проявляемое мѣстными страданіями на душевную жизнь, громадно. Эти болѣзни прежде всего могутъ вызвать упадокъ питанія цѣлаго организма, общую анемію, этиологическое значеніе которой уже было разобрано выше; сверхъ того при пораженіяхъ отдѣльныхъ органовъ всегда нарушается общее чувство, столь существенно вліяющее на настроеніе человѣка. Наконецъ, мѣстныя болѣзни, разстраивая рефлекторнымъ путемъ иннервацию сосудистой области головного мозга, дѣйствуютъ и болѣе непосредственно на питаніе послѣдняго. Особенно неблагоприятно отражаются на психическомъ здоровьи пораженія желудочно-кишечнаго тракта. Причину этому *Schüle* видитъ отчасти въ анатомическихъ условіяхъ: nn. splanchnici, иннервируя органы полости живота, оканчиваются въ нижнемъ шейномъ узлѣ симпатическаго нерва, т. е. въ томъ, откуда берутъ начало нервы, снабжающіе своими вѣтвями позвоночную артерію въ ея развѣтвленіяхъ въ головномъ мозгу.

Душевныя страданія, которыя чаще всего вызываются болѣзнями пищеварительнаго аппарата, обыкновенно выражаются въ формѣ ипохондрическаго помѣшательства или меланхоліи съ ипохондрической окраской бредовыхъ идей.

Но несравненно важнѣе въ этиологическомъ отношеніи заболѣванія половыхъ органовъ и особенно у женщинъ.

Статистика показываетъ, что по крайней мѣрѣ двѣ трети всѣхъ душевно-больныхъ женщинъ страдаютъ различными гинекологическими формами. Конечно, въ очень многихъ случаяхъ страданія половой сферы развивалось уже послѣ душевнаго заболѣванія, могло явиться даже благодаря послѣднему, но тѣмъ не менѣе нельзя не признать и этиологическаго значенія ихъ, а особенно же заболѣваній матки и ея придатковъ. Эти заболѣванія, влія на головной мозгъ, какъ и прочія мѣстныя страданія, оказываютъ на психическій органъ сравнительно болѣе энергичное дѣйствіе или путемъ раздраженія спинного мозга; или рефлекторно измѣняя сосудистый аппаратъ самого органа, или, наконецъ, подвергая больную различнымъ душевнымъ волненіямъ тягостнаго характера; страхъ безплодія, опасеніе за свое здоровье, за прочность семейнаго счастья—все это угнетающимъ образомъ дѣйствуетъ на больную, стойкость психо-нервной организациі которой уже и безъ того подорвана. Совершенно аналогично дѣйствуютъ также и разнообразныя нарушенія менструацій.

У мужчинъ страданія половыхъ органовъ не играютъ такой видной роли, хотя и у нихъ приходится наблюдать развитіе мрачнаго угнетенія или ипохондрическія формы, возникшія непосредственно подъ вліяніемъ полового безсилія; зато на мужчинъ несравненно гибельнѣе дѣйствуютъ половыя излишества.

Подъ именемъ *половыхъ излишествъ* мы понимаемъ какъ всѣ ненормальные способы удовлетворенія полового влеченія, такъ и злоупотребленіе нормальнымъ половымъ актомъ.

Остановимся сначала на этиологическомъ значеніи вторыхъ.

Указать точныя границы, за которыми въ нормальной половой жизни начинается злоупотребленіе, невозможно; онѣ слишкомъ относительны для каждаго отдѣльнаго индивидуума. Какъ общее правило, можно утвер-

ждать только одно: половая жизнь должна начинаться лишь тогда, когда физическій организм человѣка окончательно сформировался и окрѣпъ; вотъ почему ее гораздо лучше начать поздно, чѣмъ слишкомъ рано. Всѣ половые эксцессы въ ранней молодости должны считаться крайне неблагопріятными для психического здоровья. Прегніе врачи, и даже психіатры, въ очень многихъ случаяхъ приписывали половымъ сношеніямъ цѣлебное вліяніе, какое само по себѣ будто бы можетъ устранить развитіе душевнаго разстройства у юныхъ субъектовъ, и на этомъ основаніи давали имъ совѣты, которые нельзя не считать пагубными во всѣхъ отношеніяхъ. Клинической опытъ нынѣ приводитъ насъ къ безусловному убѣжденію, что половая жизнь даже у мужчинъ, у которыхъ половыя стремленія несомнѣнно живѣе, чѣмъ у женщинъ, далеко не представляется настоятельно необходимой для психического здоровья; мы не знаемъ ни одного точно установленнаго случая душевнаго разстройства, вызваннаго цѣломудріемъ у здороваго человѣка. Рѣдкими исключеніями изъ этого правила могутъ быть названы развѣ единичные факты, гдѣ пострадавшими отъ воздержанія являлись субъекты дегенеративные съ слишкомъ живыми половыми стремленіями, слѣдовательно, субъекты ненормальные; у нормальнаго же человѣка половыя потребности обыкновенно въ значительной степени заглушаются оживленной общественной и политической дѣятельностью или упорнымъ умственнымъ трудомъ.

Вотъ почему съ глубокой симпатіей мы должны относиться къ проповѣди обязательнаго и для мужчины цѣломудрія до брака, проповѣди, которая нашла себѣ въ общей литературѣ столь талантливыхъ защитниковъ въ лицѣ авторовъ „Перчатки“ и „Крейцеровой Сонаты“ и которая становится болѣе и болѣе популярной также среди современной молодежи. Но и у семейныхъ людей слишкомъ частыя половыя сношенія могутъ вредно отразиться на здоровьи, особенно, если дѣло идетъ о лицахъ, занимающихся какой-либо тяжелой физической работой или напряженнымъ умственнымъ трудомъ; особенно осторожнымъ

слѣдуетъ быть въ болѣе позднемъ возрастѣ. Какъ общее правило, должно также отмѣтить, что половая жизнь несравненно сильнѣе ослабляетъ мужчину, чѣмъ женщину.—фактъ, находящій себѣ естественное объясненіе въ болѣе активной роли перваго.

Еще болѣе пагубное вліяніе, чѣмъ злоупотребленіе нормальной половой жизнью, оказываетъ на человѣка ненормальное половое удовлетвореніе, наиболѣе частымъ видомъ котораго является онанизмъ.

Крупная этиологическая роль онанизма была давно замѣчена старыми психіатрами, и ихъ мнѣніе всецѣло раздѣляютъ современные клиницисты, расходясь съ своими предшественниками лишь въ пониманіи истиннаго значенія этого фактора. Тогда какъ прежде причину зла видѣли главнымъ образомъ въ истощеніи организма, какъ результатъ чрезмѣрной потери сѣмянной жидкости, въ настоящее время этому именно моменту придаютъ лишь очень второстепенное значеніе. Болѣе точныя наблюденія показали, что онанизмъ дѣйствуетъ губительно, во-первыхъ, потому, что развивается въ дѣтскомъ возрастѣ и чаще всего у дѣтей съ наследственнымъ предрасположеніемъ; во-вторыхъ, очень быстро обращаясь въ привычку, онъ практикуется слишкомъ часто, утомляя организмъ несравненно сильнѣе, чѣмъ нормальный половой актъ, который въ противоположность онанистическому является актомъ по преимуществу рефлекторнымъ. Наконецъ, нельзя игнорировать и тяжелое нравственное состояніе, которое испытываетъ онанистъ, чувство стыда передъ окружающими, сознаніе вреда для самого себя, убѣжденіе въ невозможности обуздать свою привычку. Въ конечномъ результатѣ онанизмъ налагаетъ рѣзкій отпечатокъ какъ на психическую, такъ и на соматическую сферы человѣка; со стороны психической обыкновенно замѣчаются: вялость, задержка всѣхъ интеллектуальныхъ функций, быстро наступающая умственная утомляемость, равнодушіе, временами полная апатія; въ иныхъ случаяхъ картину дополняетъ религіозная окраска, въ другихъ наклонность къ ипохондрическимъ идеямъ. Въ соматической сферѣ

на первый планъ выступаютъ: бессонница, головныя боли, шумъ въ ушахъ, сердцебіеніе, боли въ спинѣ, различныя аномаліи кожной чувствительности, упадокъ общаго питанія. На этой почвѣ психозы, какъ само собою понятно, могутъ возникать чрезвычайно легко, особенно если имѣется и безъ того существующее предрасположеніе. Въ иныхъ случаяхъ непосредственный толчокъ къ страданію даютъ симптомы раздраженія спинного мозга—парэстезіи и невралгіи, которыя доставляютъ богатый матеріалъ для аллегоризаціи и такимъ образомъ помогаютъ образованію идей бреда преслѣдованія или ипохондрическихъ (больные жалуются, что ихъ гипнотизируютъ, электризуютъ, что у нихъ неизлѣчимое пораженіе спинного мозга и т. п.). Въ другихъ случаяхъ развивается картина слабоумія, какъ слѣдствіе истощенія головного мозга. Но чаще всего непосредственнымъ поводомъ къ заболѣванію являются различныя угнетающія нравственныя волненія; особенно пагубную роль здѣсь играютъ популярныя книжки, написанныя не по-разуму усердными людьми и трактующія о гибельномъ вліяніи онанизма; этотъ порокъ описывается въ нихъ намѣренно слишкомъ черными красками; вредное вліяніе его значительно преувеличивается съ доброй цѣлью произвести на читателей сильное впечатлѣніе и тѣмъ вынудить желаніе исправиться. Попадая въ руки нервныхъ, впечатлительныхъ субъектовъ, подобныя книги приводятъ ихъ къ убѣжденію, что для нихъ все пропало, что ихъ здоровье разстроено непоправимо. Отсюда естественно возникаетъ рядъ ипохондрическихъ идей; настроеніе дѣлается еще болѣе подавленнымъ и очень нерѣдко развиваются картины тяжелой меланхоліи съ попытками къ самоубійству.

Вліяніе онанизма на женщинъ, въ силу совершенно понятныхъ причинъ, изучено несравненно менѣе, хотя есть вѣскія основанія думать, что среди дѣвушекъ онъ развитъ не въ меньшей степени и лежитъ въ основѣ очень многихъ страданій какъ нервныхъ, такъ и душевныхъ.

Если половыя излишества въ общемъ оказываютъ на организмъ женщины менѣе гибельное вліяніе, зато она

въ связи съ половой жизнью должна переносить рядъ такихъ неблагоприятныхъ для здоровья моментовъ, отъ которыхъ избавленъ мужчина. Эти моменты—беременность, роды, послѣродовой періодъ, кормленіе. По *Ripping*'у между всѣми душевно-больными женщинами 6,8% приходится на долю послѣродового періода, 4,9%—на періодъ кормленія и 3,1%—беременности. Этиологическая важность послѣродового періода была замѣчена еще старыми авторами; еще *Esquirol* на 12 случаевъ душевнаго страданія у женщинъ насчитывалъ одну послѣродовую форму. Докторъ *Webster* въ Бедламѣ на каждыя 18 душевно-больныхъ женщинъ нашелъ одну, страдавшую послѣродовымъ помѣшательствомъ. *Menzies* на 968 случаевъ психическаго разстройства у женщинъ насчиталъ 140 или 13,5% пурперальныхъ формъ; изъ нихъ на періодъ беременности падало 30%, на первый мѣсяць послѣ родовъ—40%, на второй—11%, на третій—3%, далѣе % не повышался болѣе 4. Нѣкоторые наблюдатели, напр., *Fürstner*, отчасти *Magnan*, указываютъ, что и здѣсь по большей части въ основѣ заболѣванія лежитъ наслѣдственность. *Dagonet* встрѣчалъ наслѣдственность при послѣродовыхъ формахъ въ 46%. Не отрицая такихъ указаній, мы тѣмъ не менѣе должны признать, что важное этиологическое значеніе принадлежитъ и особенностямъ названныхъ выше періодовъ.

При *беременности* психозъ развивается всего чаще въ послѣдніе три мѣсяца; его возникновеніе объясняется тутъ, во-первыхъ, разстройствомъ кровообращенія и измѣненіемъ состава крови (увеличенное количество фибрина, уменьшеніе числа кровяныхъ шариковъ и количества альбумина, меньшее богатство сыворотки твердымъ матеріаломъ) и, во-вторыхъ, нравственными волненіями: страхъ передъ родами, особенно у первородящихъ, забота о будущемъ, стыдъ въ случаѣ незаконной беременности. Наиболее частыми клиническими формами нужно назвать меланхолію съ порывами къ убійству и самоубійству и манію. Прогнозъ не всегда благоприятенъ.

Во время *родового акта* также не рѣдко развивается скоропреходящее душевное разстройство, чаще всего въ

формъ возбужденія съ глубокимъ помраченіемъ сознанія, почему воспоминаніе обыкновенно отсутствуетъ. Прогнозь, если нѣтъ неблагопріятныхъ осложненій, хорошъ. Причинами, вызывающими психозъ, здѣсь являются съ одной стороны, боль, страхъ за свою жизнь и стыдъ передъ окружающими, а съ другой, вліяніе быстрого удаленія плода на организмъ матери и главнымъ образомъ на ея кровеносную систему.

Въ послѣродовомъ періодѣ этиологическими моментами являются различныя физическія случайныя осложненія: ослабленіе организма потерей крови, утомленіе отъ испытанныхъ душевныхъ волненій, безпокойство о ребенкѣ, особенно въ случаѣ вибращаго сожитія и т. п. Многіе изъ современныхъ авторовъ, напр., *Campbell-Clark*, смотрятъ на инфекцію, какъ на главную причину, которая вызываетъ душевное разстройство въ послѣродовомъ періодѣ и при отсутствіи наслѣдственности. Эта инфекция можетъ произойти или благодаря уменьшенію, измѣненію или даже пріостановкѣ отдѣленій и выдѣленій (желчи, желудочнаго сока, молока, лохий), или вслѣдствіе поглощенія sepsis, развившейся благодаря послѣродовымъ травмамъ и заболѣваніямъ половыхъ путей, или отъ процессовъ ферментации или, наконецъ, благодаря случайнымъ осложненіямъ (различныя инфекціонныя болѣзни, злоупотребленіе виномъ, хлороформомъ и т. п.).

Изъ послѣродовыхъ формъ, по *Ripping'у*, чаще всего встрѣчается меланхолія (53,6%) и манія (44%). *Fürstner* манию находилъ въ 47,6%, меланхолію въ 19% и въ 33,4% острое галлюцинаторное помѣшательство. *Krafft-Ebing* также маниакальныя формы наблюдалъ чаще, чѣмъ меланхолическія (маниакальныя въ 32,9% меланхолическія въ 10,5%); въ 29% онъ констатировалъ галлюцинаторное помѣшательство и въ 16%—острое слабоуміе. По *Hoppe*, наиболѣе частой послѣродовой формой слѣдуетъ считать острое безсмысліе (63%), за нимъ слѣдуетъ меланхолія—11%, періодическое помѣшательство—8%, истерическое—7% и манія 2%. Всѣ послѣродовыя формы отличаются

быстрымъ развитіемъ, имѣють короткій періодъ предвѣстниковъ и даютъ весьма благопріятное предсказаніе.

Психозы въ періодъ *кормленія* чаще всего наступаютъ послѣ третьяго мѣсяца. Главнымъ этиологическимъ моментомъ здѣсь является истощеніе—фактъ, который объясняетъ, почему чаще заболѣваютъ многорожавшія. Обыкновенная клиническая форма—меланхолія. По *Krafft-Ebing*'у, предсказаніе менѣе благопріятно, чѣмъ при психозахъ въ послѣродовомъ періодѣ, но лучше, чѣмъ при психозахъ у беременныхъ.



Лекція XVII.

Течение и исходы помѣшательства.

Душевныя заболѣванія острыя и хроническія. Общая характеристика острыхъ психозовъ. Раздѣленіе хроническихъ психозовъ по ихъ теченію на періодическіе, стаціонарные, типически и не типически—прогрессирующие. Три главныхъ стадій въ развитіи типическихъ психозовъ: стадія предвѣстниковъ, аспе и исходная. Общая клиническая характеристика стадіи предвѣстниковъ. Стадія наивысшаго развитія болѣзни: ремиссія и эксцерабаци; интермиссія; intervalla lucida; осложненія со стороны соматической сферы—пораженія легкихъ, желудочно-кишечнаго тракта, прогрессирующая анемія, пролежни и т. д. Исходная стадія: полное выздоровленіе, неполное выздоровленіе, смерть. Выздоровленіе путемъ кризиса и лизиса; клиническая картина выздоровленія. Неполное выздоровленіе и различные его виды. Смертельный исходъ душевныхъ болѣзней и его причины.

Мм. Гг.!

Послѣ знакомства съ главнѣйшими этиологическими моментами, вызывающими помѣшательство, послѣ того какъ мы подробно изучили способъ дѣйствія нѣкоторыхъ изъ нихъ, мы можемъ сегодня перейти къ разсмотрѣнію вопросовъ, какимъ образомъ начинаются душевныя заболѣванія, какъ они протекають, чѣмъ оканчиваются.

По теченію душевныя болѣзни могутъ быть прежде всего раздѣлены на двѣ главные категоріи—*острыя* и *хроническія*. Въ области соматическихъ страданій острыми принято называть тѣ, которыя дѣются не болѣе шести недѣль. Для душевныхъ болѣзней этотъ срокъ слѣдуетъ значительно увеличить и отнести къ группѣ острыхъ всѣ

психозы, продолжительность которых достигает нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а *Hagen* даже думаетъ, что называться острыми имѣютъ право всѣ случаи, которые тянутся 2 или даже 3 года, если только они кончаются выздоровленіемъ.

Острыя душевныя разстройства, продолжаясь нерѣдко лишь нѣсколько дней или даже менѣе, относятся вообще къ мало изученнымъ въ клиническомъ отношеніи. Намъ извѣстно однако, что они возникаютъ чаще всего у лицъ съ наслѣдственнымъ расположеніемъ или подъ вліяніемъ какого-нибудь преходящаго, но рѣзко дѣйствующаго этиологическаго фактора; начинаются они по большей части внезапно, безъ періода предвѣстниковъ, сразу достигаютъ высшаго развитія, обыкновенно сопровождаются потемнѣніемъ сознанія и прекращаются такъ же быстро, какъ и возникли. Предсказаніе въ общемъ благоприятно.

Несравненно болѣе обширная и потому несравненно болѣе изученная категорія—психозы хроническіе. Эти психозы чаще всего слагаются изъ нѣсколькихъ стадій, которыя такъ рѣзко иногда отличаются другъ отъ друга, что многіе изъ старыхъ психіатровъ утверждали, будто бы существуетъ только одинъ видъ душевнаго разстройства, а разнообразныя клиническія картины, которыя они наблюдали, считали лишь отдѣльными его фазами. Такимъ образомъ принимали, что душевное заболѣваніе начинается угнетеннымъ настроеніемъ, за которымъ слѣдуетъ періодъ возбужденія, а за нимъ исходный, каковымъ можетъ быть или сумасшествіе или слабоуміе. Болѣе точныя клиническія наблюденія впрочемъ довольно быстро опровергли этотъ взглядъ; выяснилось, напримѣръ, что состоянію возбужденія далеко не всегда предшествуетъ угнетеніе; что картина бредового помѣшательства можетъ развиваться первично и т. д.

Раздѣленіе хроническихъ психозовъ на нѣсколько обособленныхъ формъ оправдывается сверхъ того и различіемъ, какое мы замѣчаемъ въ теченіи. Есть такія формы, которыя состоятъ изъ повторныхъ приступовъ, раздѣ-

ляемых промежутками кажущагося здоровья, приче́мъ отдѣльные приступы, какъ двѣ капли воды, стереотипно напоминають другъ друга. Такія формы называются *периодическими* въ отличіе отъ не периодическихъ, представляющихъ какъ бы одинъ продолжительный приступъ. Не периодическіе психозы въ однихъ случаяхъ являются *стаціонарными*, т. е. разъ вылившись въ извѣстную опредѣленную картину, безъ рѣзкихъ измѣненій удерживаютъ ее въ теченіе долгаго времени; въ другихъ случаяхъ они отличаются измѣнчивостью, обладаютъ прогрессирующимъ теченіемъ, приче́мъ иногда эта измѣнчивость не подчиняется никакимъ опредѣленнымъ законамъ — *не типичные прогрессирующіе психозы*; иногда же существуетъ извѣстная законность въ послѣдовательной смѣнѣ симптомовъ — *типичные прогрессирующіе психозы*. Послѣдніе въ противоположность первымъ развиваются по большей части у лицъ дотолѣ вполне здоровыхъ, у субъектовъ не предрасположенныхъ; они то и дали основаніе думать, что различныя душевныя страданія суть ничто иное, какъ различныя стадіи одной болѣзни. Дѣйствительно, въ теченіе ихъ всего яснѣе можно различать первую стадію болѣзни или стадію предвѣстниковъ, стадію аспе и, наконецъ, исходную. Изъ этихъ трехъ стадій наиболѣе важною въ практическомъ отношеніи является конечно *стадія предвѣстниковъ*; къ сожалѣнію она въ то же время и наименѣе изучена, такъ какъ обыкновенно просматривается и самимъ больнымъ и его окружающими. Вотъ почему всѣ свѣдѣнія, какими мы располагаемъ въ этомъ отношеніи, основываются или на отдѣльныхъ наблюденіяхъ случаевъ періодическаго помѣшательства и рецидивовъ въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, или на разсказѣ лицъ, перенесшихъ психозъ благополучно. Опираясь на этотъ матеріалъ, мы можемъ сказать, что стадія предвѣстниковъ обыкновенно характеризуется появленіемъ мрачнаго, угнетеннаго настроенія, почему ее обыкновенно называютъ также меланхолическимъ фазисомъ болѣзни. Это названіе однако не совсѣмъ точно: больной, правда, испытываетъ тоску, но вызванную реальной причиною; онъ сознаетъ,

что съ нимъ происходитъ что-то неладное; ему становится страшно; онъ боится за будущее, пока безотчетно; но субъекты болѣе интеллигентные уже въ это время высказываютъ опасенія, какъ бы имъ не сойти съ ума. «Большого охватываетъ ожиданіе чего-то необыкновеннаго, таинственнаго, готоваго обрушиться на его голову; вначалѣ это ожиданіе даже не является въ видѣ определенной мысли, яснаго чувствованія, — это просто темное безпокойство и тревога о будущемъ». (*Leubuscher*). Иногда больной начинаетъ рыться въ своихъ воспоминаніяхъ, откапываетъ различные грѣхи молодости, нѣтъ ли въ нихъ причины происшедшей съ нимъ перемѣны; въ другихъ случаяхъ у него невольно является мысль, не замѣшаны ли тутъ какія-либо сверхестественныя вліянія.

Но что же на самомъ дѣлѣ обусловливаетъ описанныя измѣненія въ настроеніи больного, какіе мотивы заставляютъ его смотрѣть на себя съ тревогой? Эти мотивы — элементарныя психическія разстройства, которыя замѣчаются больнымъ и безпокоятъ его: первичныя измѣненія въ сферѣ чувства, измѣненія въ скорости теченія идей, навязчивыя представленія, импульсивныя дѣйствія, ослабленіе памяти и т. п. И все поведеніе человѣка соотвѣтствуетъ такимъ измѣненіямъ. Больной становится вялымъ, нерѣшительнымъ, не можетъ проявлять обычной энергіи въ работѣ; онъ дѣлается раздражительнымъ, тупымъ въ нравственномъ отношеніи. Сюда присоединяются почти всегда и разстройства соматической сферы — упадокъ питанія, бессонница, потеря аппетита; нерѣдкое явленіе здѣсь составляютъ различныя ненормальныя влеченія, особенно къ пьянству и разврату. Уже въ этомъ періодѣ можно наблюдать иллюзіи и галлюцинаціи. Такова въ общихъ чертахъ картина продромальнаго періода, изъ котораго стадія наивысшаго развитія болѣзни можетъ возникнуть или сразу подъ вліяніемъ какого-нибудь случайнаго момента или же, и чаще, постепенно, мало-помалу, иногда въ теченіе многихъ мѣсяцевъ

Разъ болѣзнь достигла своего асте, она очень рѣдко удерживается на той же высотѣ долгое время; обыкно-

венно въ напряженности ея симптомовъ мы замѣчаемъ болѣе или менѣе рѣзкія колебанія, которыя отчасти зависятъ отъ характера самого болѣзненнаго процесса, отчасти же вызываются различными внѣшними вліяніями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такія экзацербации и ремиссіи представляются особенно рѣзкими; ремиссіи удерживаются надолго, бываютъ столь глубокими, что невольно даютъ поводъ предполагать неопытному наблюдателю наступленіе выздоровленія или даже полное здоровье; однако по истеченіи извѣстнаго времени болѣзнь снова разгорается, начавшись какъ разъ съ тѣхъ симптомовъ, на которыхъ она остановилась. Такого рода продолжительныя глубокія ремиссіи носятъ названіе *интермиссій*. Отъ интермиссій слѣдуетъ строго отличать такъ называемыя *свободныя промежутки* (*intervalla lucida*), которые наблюдаются при періодическихъ формахъ помѣшательства. Свободныя промежутки имѣютъ ту существенную особенность, кромѣ своей обычно большей продолжительности и глубины, что раздѣляютъ довольно правильными интервалами отдѣльные періоды, причемъ каждый изъ такихъ начинается съизнова именно тѣми же явленіями, какими начинались и предшествовавшіе, представляетъ собою такимъ образомъ совершенно законченную клиническую картину. Отъ періодовъ при періодическомъ помѣшательствѣ слѣдуетъ рѣзко отдѣлять возвраты душевнаго заболѣванія, *рецидивы*, которые, составляя далеко не столь обязательное явленіе, какъ первые, въ то же время по своей формѣ могутъ совершенно отличаться отъ первичнаго заболѣванія.

Въ асте душевныхъ страданій клиническая картина имѣетъ сверхъ того ту особенность, что часто осложняется различными соматическими расстройствами. Причину чрезвычайно легкаго появленія ихъ у душевно-больныхъ нужно искать прежде всего въ свойствахъ невропатической конституціи, при наличности которой человекъ отличается меньшей способностью противодѣйствовать всѣмъ вреднымъ вліяніямъ, поражающимъ какъ психическую, такъ и соматическую сферы. Кромѣ того и само душевное

заболѣваніе, круто измѣняя весь образъ жизни чело-
вѣка, значительно ослабляетъ его физическій организмъ:
подъ вліяніемъ болѣзни наши пациенты очень часто стра-
даютъ безсонницей, отказываются отъ пищи, ведутъ
крайне негигіеничный образъ жизни. Наконецъ, большей
соматической заболѣваемости душевно-больныхъ, къ со-
жалѣнію, нерѣдко способствуетъ неудовлетворительная
обстановка, въ которой они находятся, недостаточный
уходъ, которымъ они пользуются. Всѣ болѣзни, какія
здѣсь развиваются, имѣютъ между прочимъ одну важную
въ практическомъ отношеніи черту: распознавать ихъ
очень часто бываетъ еще труднѣе, чѣмъ у дѣтей. Не го-
воря уже о томъ, что очень многіе изъ больныхъ не
высказываютъ никакихъ жалобъ и не помогаютъ при из-
слѣдованіи врачу, они зачастую обнаруживаютъ замѣча-
тельную выносливость, такъ что иногда самыя тяжелыя
страданія оказываютъ сравнительно мало вліянія на об-
щее ихъ состояніе, на ихъ физическія силы. *Esquirol*
описалъ случай, какъ одна больная, отличавшаяся своей
болтливостью, однажды прогуливалась, безъ умолку бол-
тала по обыкновенію, какъ вдругъ упала и сконча-
лась; вскрытіе показало крупозную пневмонію въ треть-
емъ періодѣ. Аналогичные факты, конечно, можетъ
припомнить каждый опытный психіатръ изъ своей прак-
тики.

Среди соматическихъ болѣзней, осложняющихъ кар-
тину душевнаго разстройства, на первомъ мѣстѣ по ча-
стотѣ слѣдуетъ поставить различныя пораженія легкихъ
и особенно туберкулезъ. По статистикѣ *Dagonet* почти
четверть всѣхъ душевно-больныхъ погибаетъ отъ чахотки.
Такое замѣчательное совпаденіе двухъ страданій объ-
ясняется отчасти тѣмъ, что бугорчатка играетъ видную
роль въ этиологии психозовъ, но оно безъ сомнѣнія зави-
ситъ и отъ обстановки больныхъ, отъ ихъ скученности,
столь нерѣдкой въ нашихъ заведеніяхъ; наконецъ, разви-
тіе и неблагоприятное теченіе легочныхъ страданій у
душевно-больныхъ можетъ объясняться также измѣне-
ніями со стороны ихъ дыханія и кровообращенія.

За легочными страданіями по своей практической важности слѣдуютъ заболѣванія желудочно-кишечнаго тракта, вызываемыя главнымъ образомъ неправильностями въ питаніи и режимѣ. Часто встрѣчается у больныхъ также прогрессирующая анемія, не поддающаяся никакому леченію и зависящая повидимому отъ разстройства трофическихъ функцій головного мозга. Какъ на проявленіе этихъ же разстройствъ мы можемъ смотрѣть на пролежни, заболѣваніе костей и т. п. нарушенія соматической сферы, о которыхъ было упомянуто уже выше.

Продолжительность второй стадіи весьма различна; она тянется отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ десятковъ лѣтъ, пока не перейдетъ въ третью стадію—исходную.

Исходомъ душевныхъ заболѣваній можетъ быть полное выздоровленіе, неполное и, наконецъ, смерть.

Полное выздоровленіе въ отдѣльныхъ случаяхъ наступаетъ сразу, вдругъ. Такой способъ окончанія болѣзни принято называть кризисомъ, въ отличіе отъ лизиса, при которомъ всѣ болѣзненные явленія исчезаютъ постепенно. Чаще всего душевныя страданія оканчиваются полнымъ выздоровленіемъ путемъ продолжительнаго лизиса, т. е. когда постепенное прогрессивное улучшеніе прерывается временными ухудшеніями. Періодъ выздоровленія состоитъ въ томъ, что, мало-по-малу блѣднѣютъ всѣ симптомы болѣзни и на ея фонѣ ярче выступаетъ прежняя здоровая личность. Настроеніе становится болѣе спокойнымъ, обманы чувствъ утрачиваютъ свою яркость, идеи бреда блѣднѣютъ, возвращается самообладаніе, способность противодѣйствовать неприятымъ моментамъ. Сознаніе собственного состоянія также проясняется, мѣняется выраженіе лица, рѣчь, все поведеніе и манеры, болѣе и болѣе напоминая прежняго здороваго человѣка. На ряду съ этимъ улучшается и физическое состояніе; становится крѣпче сонъ, улучшается аппетитъ, общее питаніе повышается. Но долго еще такое улучшеніе является непрочнымъ, долго еще выздоравливающей отличается крайне легкой утомляемостью, усиленной впечатлительностью; по временамъ у него обнаруживаются еще болѣзненные наклон-

ности и привычки, ухудшается настроеніе, могутъ возвращаться даже обманы чувствъ, но такія ухудшенія при благопріятныхъ условіяхъ не продолжительны; довольно быстро они исчезаютъ, смѣняясь дальнѣйшимъ улучшеніемъ, пока здоровье не возстановится окончательно. Критеріемъ полного выздоровленія служитъ не только исчезновеніе всѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ, какъ физическихъ, такъ и психическихъ, не только здоровое, критическое отношеніе къ болѣзненному прошлому, не только потребность въ прежней здоровой работѣ, но и возвращеніе всѣхъ прежнихъ склонностей, интересовъ и привычекъ. Вотъ почему судить о полномъ выздоровленіи въ строгомъ смыслѣ этого слова могутъ лишь тѣ, которые близко знали выздоровѣвшаго еще до его заболѣванія.

Гораздо чаще, чѣмъ полное выздоровленіе, исходомъ душевныхъ болѣзней является *выздоровленіе неполное*. Къ случаямъ, окончившимся неполнымъ выздоровленіемъ, мы относимъ всѣ тѣ, въ которыхъ болѣзнь оставила по себѣ прочныя слѣды, какъ бы незначительны послѣдніе ни были и какою бы характеръ они ни носили, будутъ ли это сразу замѣтные остатки прежняго болѣзненнаго состоянія или лишь предрасположеніе къ повторнымъ заболѣваніямъ. Изъ этого опредѣленія видно, что клиническія картины, наблюдаемыя при неполномъ выздоровленіи, могутъ быть крайне разнообразны. Въ однихъ случаяхъ теченіе болѣзни принимаетъ повидимому благопріятный оборотъ; больной становится спокойнѣе, сдержаннѣе; всѣ симптомы болѣзни ступшевываются; видимо улучшается физическое состояніе; но отъ прежнихъ идей бреда остается болѣе или менѣе ограниченный отрывокъ, который, какъ мертвый секвестръ, сохраняется въ психической жизни, не оказывая замѣтнаго вліянія на поведеніе и настроеніе человѣка. Къ больному возвращается сознаніе его прежней здоровой личности; онъ знаетъ, кто онъ такой, гдѣ родился, выросъ, правильно опредѣляетъ свое общественное положеніе, и рядомъ съ этимъ продолжаетъ утверждать, что онъ царь,

пророкъ, апостоль или что всѣ его преслѣдуютъ, хотятъ уничтожить и т. п. Но эти идеи бреда, повторяю, уже утратили одушевляющее ихъ чувство, онѣ мало вліяютъ на больного; повелитель вселенной не гнушается исполнять заданную ему иногда грязную работу и не брезгаетъ принять отъ посѣтителя недокуренную папиросу, рассыпаясь въ безконечныхъ благодарностяхъ за такой подарокъ. Подобное состояніе, которое старые психіатры называли вторичнымъ сумашествіемъ и которое характеризуется мирнымъ сосуществованіемъ двухъ психическихъ личностей въ одной физической оболочкѣ, можетъ имѣть мѣсто только при замѣтномъ ослабленіи интеллекта; и дѣйствительно, упадокъ его не трудно подтвердить, внимательно слѣдя за будничной жизнью больного.

Не всегда однако болѣзнь оставляетъ по себѣ столь наглядные слѣды. Нерѣдкое явленіе въ нашихъ больницахъ и клиникахъ представляютъ субъекты, которые на первый взглядъ кажутся совершенно нормальными. О чемъ ни заговорите съ ними, на все Вы получите толковый, разумный отвѣтъ; они дадутъ самыя точныя и вѣрныя свѣдѣнія о себѣ, о своихъ родныхъ, обстоятельно передадутъ Вамъ содержаніе послѣдняго номера газетъ, выскажутъ свое мнѣніе о томъ или о другомъ изъ окружающихъ лицъ, отнесутся даже критически къ своей прошлой болѣзни. Наблюдая за ихъ поведеніемъ, за всѣми ихъ отношеніями въ больницѣ, Вы вынесете, пожалуй, убѣжденіе, что эти лица въ настоящее время вполне здоровы. Но такое убѣжденіе будетъ ошибочно; пристальнѣе всматриваясь въ нихъ, а въ особенности усложняя условія ихъ жизни, не трудно убѣдиться, что болѣзнь нанесла значительный ущербъ ихъ интеллекту, что они утратили прежнюю способность воспринимать новыя впечатлѣнія, вырабатывать изъ нихъ новыя понятія и правильно ассоціировать ихъ со старыми. Эти субъекты легко утомляются при сколько-нибудь напряженной умственной работѣ; ихъ воля, ихъ энергія ослабѣла; они живутъ цѣликомъ на счетъ своего прежняго умственнаго капитала, лишены возможности его увеличивать.

Но есть случаи, когда слѣды, оставленные болѣзнию, еще менѣе замѣтны; когда къ выздоровѣвшему возвратились повидимому всѣ его умственныя силы, когда онъ, выйдя изъ больницы, оказывается способнымъ продолжать свою прежнюю дѣятельность; и только изучая характеръ послѣдней, внимательному наблюдателю удастся констатировать, что болѣзнь понизила нравственный уровень человѣка. Прежде стойкій борецъ за отвлеченные идеалы, отличавшійся крайне развитыми альтруистическими чувствованіями, онъ высказываетъ теперь тѣ же взгляды, тѣ же убѣжденія, но эти взгляды уже не согрѣты прежнимъ живымъ чувствомъ, производятъ впечатлѣніе какой то сухой, заученной формулы.

Наконецъ, исходомъ душевнаго страданія можетъ быть *смерть*. Въ однихъ случаяхъ такой исходъ зависитъ непосредственно отъ душевнаго страданія: патологическій процессъ можетъ перейти на центры, существенно важныя для жизни, и тѣмъ прекратить дни больного; это наблюдается при различныхъ органическихъ пораженіяхъ головного мозга. Въ другихъ случаяхъ смертельный исходъ представляетъ естественное слѣдствіе того или другого симптома страданія: больные могутъ погибать вслѣдствіе истощенія, вызваннаго упорной бессонницей, продолжительнымъ отказомъ отъ пищи, долго длившимся состояніемъ возбужденія; извѣстны случаи, когда, напр., возбужденные паралитики долгое время находились въ постоянномъ безпокойномъ движеніи и умирали на ногахъ почти буквально. Одной изъ частыхъ причинъ смерти является далѣе самоубійство. Опасность самоубійства нужно имѣть въ виду при самыхъ различныхъ душевныхъ страданіяхъ; особенно она велика, какъ само собою понятно, у больныхъ съ мрачнымъ, подавленнымъ настроеніемъ, напр., у меланхоликовъ, ипохондриковъ, у лицъ, одержимыхъ бредомъ преслѣдованія. Но попытки къ самоубійству, хотя болѣе рѣдкія, мы встрѣчаемъ и въ состояніяхъ противоположныхъ. Иногда онѣ совершенно не говорятъ о желаніи покончить съ собой; больные, высказывающіе идеи величія, иногда на-

примѣръ кидаются въ открытыя окна; будучи убѣждены что таинственныя силы помогутъ имъ благополучно спуститься на землю. Одни только маніаки представляются менѣе опасными въ этомъ отношеніи, но и они, по своей неосторожности и неосмотрительности, могутъ рисковать своею жизнью, совершенно не имѣя этого въ виду.

Чаще всего однако смертельный исходъ зависитъ отъ соматическихъ осложненій, о которыхъ я сегодня уже говорилъ выше.

Лекція XVIII.

Распознаваніе помѣшательства.

Затрудненія, съ которыми иногда бываетъ связано распознаваніе помѣшательства. Основныя правила, какими слѣдуетъ руководствоваться въ подобныхъ случаяхъ: всестороннее и полное изученіе всѣхъ функцій нервной системы, обстоятельное изслѣдованіе соматической сѣры, возможно подробное ознакомленіе со всей прошлой жизнью загадочнаго субъекта, оцѣнка этиологическихъ моментовъ и способъ развитія клинической картины. Необходимость личнаго изслѣдованія больного. Диагностическая важность, какую представляютъ рукописи больных; рукописи слабоумныхъ, меланхоликовъ, маниаковъ, одержимыхъ бредовымъ помѣшательствомъ и прогрессивнымъ параличомъ помѣшанныхъ. Симуляція и диссимуляція душевнаго расстройства. Рѣдкость симуляціи и причины этого; методъ, какимъ пользуется современная наука для выясненія истины. Диссимуляція.

М. М. Гг.!

Вы уже знаете, что душевное страданіе не имѣетъ ни одного симптома, который можно было бы назвать патогномоничнымъ, что нѣтъ ни одного такого явленія въ клинической картинѣ психозовъ, которое, взятое въ отдѣльности, давало бы намъ право съ положительностью утверждать наличность болѣзни. Въ этомъ фактѣ главнымъ образомъ и кроется объясненіе того, почему распознаваніе психоза часто бываетъ сопряжено со столь существенными затрудненіями. Говоря такъ, я конечно, имѣю въ виду не тѣ рѣзкіе случаи, для констатировки которыхъ достаточно одного здраваго смысла. Кромѣ нихъ психіатру нерѣдко приходится имѣть дѣло со случаями несравненно менѣе ясными, понять которые отказывается человѣкъ, не вооруженный специальнымъ знаіемъ. На подобные случаи онъ прежде всего наталкивается въ

судебной практикѣ. Но не менѣе сложная задача иногда выпадаетъ на нашу долю и виѣ залы судебныхъ засѣданій. Нерѣдко родные и близкіе какого-нибудь лица, замѣчая у него непонятныя странности, обращаются за разъясненіемъ къ специалисту душевныхъ болѣзней, и правильно разрѣшить вопросы такого рода — это подчасъ одна изъ самыхъ трудныхъ задачъ, сталкиваясь съ которой приходится врачу, тѣмъ болѣе, что при изученіи ея психіатръ нерѣдко бываетъ поставленъ въ крайне невыгодныя условія. Соматическій больной, заинтересованный въ успѣхѣ лѣченія, всегда подробно рассказываетъ врачу, что онъ чувствуетъ, охотно сообщаетъ ему причины, которыя, по его мнѣнію, вызвали болѣзнь и т. п.; окружающіе больного также всѣми силами стараются помочь врачу, дѣлятся съ нимъ своими наблюденіями. Совершенно иную обстановку встрѣчаетъ психіатръ: больной, считая себя здоровымъ, часто заявляетъ ему: «оставьте меня въ покоѣ»; близкіе больного, незнакомые съ душевными страданіями или имѣющіе о нихъ превратныя свѣдѣнія, иногда утаиваютъ отъ психіатра многое, что на самомъ дѣлѣ содѣйствовало бы открытію истины, преувеличиваютъ мелочные факты и скорѣе затрудняютъ, чѣмъ облегчаютъ его задачу.

Имѣя въ виду подобные случаи и тѣ недоумѣнія, которыя могутъ возникнуть при ихъ оцѣнкѣ, я хотѣлъ бы, остановившись сегодня въ своемъ изложеніи, разобраться въ извѣстныхъ уже намъ фактахъ и сдѣлать попытку построить на нихъ такіе выводы, которые могли бы служить Вамъ руководящей нитью въ Вашей будущей практической дѣятельности.

Вы знаете, что головной мозгъ есть органъ не только психической жизни; съ нимъ тѣсно связаны еще иныя функціи нервной системы, болѣе низшаго порядка, въ мозговой корѣ заложены центры чувствительные, сосудодвигательные и т. д., которые при разлитыхъ ея страданіяхъ могутъ подвергаться существеннымъ нарушеніямъ. Въ основѣ душевныхъ болѣзней лежатъ по преимуществу диффузныя расстройства питанія коры, вотъ почему они могутъ распространяться и на только что названные

центры. Если мы встречаемся съ сомнительнымъ душевнымъ состояніемъ, разъяснить и понять которое мы затрудняемся, оставимъ пока въ сторонѣ психическую сферу и обратимся къ изслѣдованію низшихъ функцій нервной системы. Если такое изслѣдованіе намъ покажетъ заболѣваніе центровъ, заложенныхъ въ головномъ мозгу, то вмѣстѣ съ тѣмъ мы получимъ весьма вѣскія данныя допустить, что и особенности, представляемая психической сферой, носятъ патологическій характеръ.

Въ одной изъ предшествовавшихъ лекцій было выяснено, что душевное страданіе налагаетъ болѣе или менѣе рѣзкій отпечатокъ на всю соматическую сферу больного. Тщательно изслѣдуйте эту сферу въ каждомъ сомнительномъ случаѣ и, если Вы встрѣтите здѣсь такія отклоненія отъ нормы, которыя не находятъ себѣ достаточнаго объясненія въ какомъ-либо физическомъ страданіи, то Вы получите новыя данныя въ пользу ненормальнаго психическаго состоянія. Здѣсь необходимо впрочемъ замѣтить, что только въ начальномъ періодѣ душевныя страданія отражаются на функціяхъ растительной жизни, въ дальнѣйшемъ же теченіи мы этого обыкновенно не встрѣчаемъ. Обращаясь къ душевной дѣятельности интересующаго насъ субъекта, мы прежде всего должны изучить развертывающуюся передъ нами клиническую картину, а затѣмъ сопоставить ее съ условіями, въ какихъ человѣкъ жилъ до сихъ поръ, познакомиться съ его наслѣдственностью, воспитаніемъ, особенностями личной обстановки. И только тогда, когда намъ будетъ ясенъ общій характеръ данной личности, мы можемъ рѣшать, на сколько соотвѣтствуютъ ему факты, которые заставили подозрѣвать болѣзнь. Если эти факты дисгармонируютъ со всѣмъ прошлымъ человѣка, показываютъ, что съ нимъ произошла рѣзкая перемена, мы вправѣ допустить здѣсь душевное страданіе. «Чиновникъ начинаетъ изучать философію, сапожникъ размышляетъ надъ догматикой, а офицеръ посѣщаетъ церковь» — такими образными примѣрами иллюстрируетъ *Neumann* перемену, происходящую въ человѣкѣ съ началомъ психическаго расстройства.

Душевная болѣзнь, какъ и всякое явленіе въ природѣ, должна имѣть свои достаточныя причины, поэтому въ каждомъ сомнительномъ случаѣ необходимо подробно разобрать этиологию, познакомиться со всей жизнью человѣка, со всѣми неблагоприятными вліяніями, какимъ онъ подвергался, и тогда только рѣшить вопросъ, достаточно ли ихъ, чтобы вызвать заболѣваніе.

Каждый видъ душевнаго страданія подчиненъ въ своемъ теченіи и развитіи извѣстнымъ законамъ. Если въ данномъ конкретномъ случаѣ мы можемъ наблюдать вліяніе этихъ законовъ, то вмѣстѣ съ тѣмъ получаемъ лишнее основаніе допустить душевное расстройство.

Таковы общія правила, какими мы руководствуемся при постановкѣ діагноза. Всѣ они предполагаютъ тщательное изученіе субъекта, котораго долженъ видѣть, наблюдать и изслѣдовать непосредственно самъ врачъ.

Всего удобнѣе встрѣтиться съ больнымъ въ первый разъ въ его обычной домашней обстановкѣ; здѣсь можно видѣть особенности этой обстановки, замѣтить костюмъ больного, обратить вниманіе на родъ ежедневныхъ занятій, здѣсь же всего удобнѣе и легче вступить съ нимъ въ бесѣду. Но какъ начать эту бесѣду, какъ вести ее, для этого невозможно дать никакихъ опредѣленныхъ указаній. Само собою однако понятно, что къ большинству нашихъ больныхъ нельзя обращаться съ традиціонными вопросами *Rostan'a*: «Чѣмъ Вы больны и давно ли Вы больны»? Наши пациенты очень часто считаютъ себя здоровыми, подозрительно относятся къ каждому новому человѣку, а особенно врачу, и подчасъ требуется много такта, умѣнія и терпѣнія, чтобы разсѣять это недовѣріе и получить всѣ необходимыя свѣдѣнія. Удобнѣе всего свести рѣчь на физическое здоровье, заговорить о настоящихъ и прошлыхъ соматическихъ болѣзняхъ: отсюда легче перейти къ условіямъ протекшей жизни, наслѣдственности, къ воспитанію и затѣмъ мало-по-малу выяснитъ себѣ отношеніе человѣка къ окружающему міру, характеръ его настроенія и т. п.

Важное значеніе для діагноза имѣеть знакомство съ рукописями больныхъ. Нерѣдко душено-больные въ своихъ письмахъ и дневникахъ, не чувствуя передъ собою непосредственнаго наблюдателя, гораздо откровеннѣе излагають свои идеи бреда, описываютъ свое настроеніе. Такимъ образомъ рукописи больныхъ интересны для насъ по своему содержанію. Но сверхъ того мы обращаемъ вниманіе также на стиль письменной рѣчи, соотвѣтствуетъ ли онъ степени образованія и развитія человѣка, нѣтъ ли въ немъ какихъ-нибудь особенностей. Наконецъ, не лишена значенія и самая внѣшность рукописи, подчасъ свидѣтельствующая о значительно потемненномъ сознаніи; важный по содержанію документъ, написанный на оберточной бумагѣ, или испещренный грубыми помарками и залитый чернилами, въ связи съ прочими условіями говоритъ, на примѣръ, за состояніе далеко подвинувшагося слабоумія.

Вообще каждая форма душевнаго разстройства своеобразно отражается на рукописяхъ. Слабоумные пишутъ мало, что гармонируетъ съ ограниченностью круга ихъ идей; характеръ изложенія у нихъ не ясный, дѣтскій. Меланхоликъ пишетъ также мало — логическій результатъ задержки всѣхъ психическихъ процессовъ; въ его рукописяхъ ясно отражается монотонность, однообразіе душевной жизни; въ ней мы читаемъ однѣ и тѣ же жалобы, однѣ и тѣ же идеи бреда, повторяемая много разъ. Обыкновенно можно бываетъ замѣтить также, что рукопись писана не сразу, а какъ бы толчками. Маниакъ пишетъ много, спѣшно, размашисто, что указываетъ на ускоренный ходъ представленій; не окончивши фразы, онъ начинаетъ другую, третью и т. д. Сколько ни давайте бумаги, ему все будетъ мало и, исписавъ листъ въ одномъ направленіи, онъ начинаетъ писать на немъ же въ другомъ. Характерны рукописи страдающихъ бредовымъ помѣшательствомъ: онѣ украшены различными таинственными знаками, символами, испещрены подчеркнутыми словами; слогъ ихъ часто напыщенный, нерѣдко выдуманы цѣлыя слова, понятія. У прогрессивныхъ паралитиковъ

рукописи отличаются по дрожащему почерку, по пропуску буквъ, слоговъ и даже цѣлыхъ словъ; паралитикъ пишетъ еще хуже, чѣмъ говоритъ.

Такимъ образомъ изученіе рукописей, принадлежащихъ больнымъ, въ очень многихъ случаяхъ существенно облегчаетъ діагнозъ.

Но, говоря выше о разнообразныхъ затрудненіяхъ, съ какими встрѣчается психіатръ при распознаваніи болѣзни, я не упомянулъ еще объ одномъ факторѣ, который въ отдѣльныхъ случаяхъ значительно усложняетъ и безъ того нелегкую задачу.

Факторъ этотъ—притворство.

Притворяются могутъ душевно-здоровые, желая въ силу тѣхъ или иныхъ соображеній выдать себя за больныхъ и воспользоваться исключительнымъ положеніемъ, какое создали для послѣднихъ общество и законъ. Но притворяются часто и душевно-больные, выдавая себя за здоровыхъ и такимъ путемъ стараясь возвратить утраченныя права.

Въ первомъ случаѣ мы говоримъ о *симуляціи*, во второмъ о *диссимуляціи*.

Остановимся сначала на первой.

Въ прежнее время, когда картины душевныхъ заболѣваній были изучены весьма мало, въ публикѣ, да и между врачами, господствовало убѣжденіе, что душевныя страданія симулируются весьма часто. Знаменитый судебный врачъ XVII столѣтія *Paulus Sacchias* категорически заявляетъ, что ни одна болѣзнь не симулируется такъ часто и съ такимъ успѣхомъ, какъ душевное разстройство. Нынѣ взгляды на этотъ вопросъ радикально измѣнились. Мы знаемъ теперь, что притвориться душевно-больнымъ, это—страшный трудъ, который можетъ увѣнчаться успѣхомъ развѣ въ исключительныхъ случаяхъ. Прежде всего человѣку трудно рѣшиться забыть традиціонный страхъ передъ больницей для душевно-больныхъ и передъ ея обитателями, трудно рѣшиться войти добровольно въ эту больницу на неопредѣленно долгое время и съ сомнительной надеждой на успѣхъ. Для этого должны

существовать очень вѣскія причины. Но допустимъ, что такія причины существуютъ, предположимъ, на примѣръ, что какой-нибудь преступникъ, желая избавиться отъ кары закона, начинаетъ притворяться душевно-больнымъ и препровождается въ специальное заведеніе. Здѣсь съ первыхъ же шаговъ онъ пойметъ, что взялъ на себя непосильную задачу. Такого симулянта *Krafft-Ebing* съ полнымъ правомъ уподобляетъ актеру, играющему на сценѣ заученную роль; но только положеніе его несравненно тяжелѣе: ему приходится не разыгрывать лишь роль, но и импровизировать ее. Актеръ послѣ нѣсколькихъ часовъ утомляется и требуетъ отдыха, притворщикъ не знаетъ отдыха; его игра продолжается цѣлые мѣсяцы, и все это время человекъ помнитъ, что за нимъ слѣдятъ не профаны, а опытные специалисты, подмѣчающіе каждую оплошность. Прибавьте сюда рядъ тягостныхъ волненій, боязнь больныхъ, страхъ потерпѣть неудачу, опасеніе подвергнуться еще большей отвѣтственности и Вы поймете хорошо извѣстные въ наукѣ случаи, когда люди начинали притворствомъ, а кончали дѣйствительнымъ душевнымъ заболѣваніемъ. Дерозье, сознавшійся симулянть, говорилъ *Morel*’ю: „Вы не повѣрите, что я выстрадалъ; я думалъ, что дѣйствительно сойду съ ума и боялся этого болѣе, чѣмъ каторги. Я провелъ нѣсколько мѣсяцевъ безъ сна. Мнѣ казалось, что одна половина моего мозга пуста, а въ другой находится шаръ, наполненный водою, который ударялъ въ пустую половину мозга“.

Испытывая подобное состояніе, притворщикъ чаще всего черезъ нѣсколько дней, много недѣль, самъ чисто-сердечно признается своему врачу, умоляя его только объ одномъ, чтобы тотъ помогъ ему выйти изъ затруднительнаго положенія. Тѣмъ не менѣе намъ извѣстны случаи и болѣе продолжительнаго притворства. Нѣкій Пинаръ притворялся душевно-больнымъ цѣлыхъ пять лѣтъ. Конрадъ Шпехтъ выдавалъ себя за больного 14 мѣсяцевъ и только послѣ приговора сознался въ своемъ обманѣ. Относительно подобныхъ случаевъ многіе авторы замѣчаютъ, что одинъ уже фактъ столь продолжитель-

наго притворства дѣлаеть сомнительнымъ душевное здорье симулянта. Такой взглядъ однако нельзя раздѣлять всецѣло. Мнѣ лично, на примѣръ, пришлось наблюдать случай продолжительнаго притворства у совершенно здороваго человѣка. Этотъ случай въ практическомъ отношеніи на столько поучителенъ, что я позволю себѣ привести его здѣсь вкратцѣ.

П. происходилъ изъ семьи, предрасположенной къ психозамъ: его родной братъ былъ боленъ прогрессивнымъ параличемъ, двоюродный братъ - какой то періодической формой; родная сестра его также страдала душевнымъ разстройствомъ. Самъ П. обладалъ большими способностями, но съ дѣтства отличался раздражительностью, обнаруживалъ большую склонность къ грубымъ физическимъ удовольствіямъ и не останавливался передъ способами добывать для нихъ средства. Окончивъ высшее техническое образованіе, онъ поступилъ на службу, но былъ уличенъ въ крупныхъ злоупотребленіяхъ и отданъ подъ судъ. Изъ нѣсколькихъ судебныхъ процессовъ, которые ему грозили, первый окончился сравнительно благополучно; его оставили на свободѣ, обязавши только подпиской о невыездѣ. Приближался уже второй процессъ, какъ П. внезапно исчезъ, цѣлыхъ два мѣсяца гдѣ-то скрывался, но потомъ самъ отдался въ руки правосудія. Арестованный, онъ сначала усердно изучалъ свое дѣло, готовился къ защитѣ, но потомъ сразу сталъ обнаруживать симптомы ненормальнаго душевнаго состоянія, почему и былъ отправленъ на испытаніе въ больницу, куда явился съ начатой рукописью, содержавшей, какъ онъ увѣрялъ, проэктъ уничтоженія всѣхъ анархистовъ въ Россіи. Заявивъ, что ему необходимо окончить эти проэктъ какъ можно скорѣе, онъ цѣлые дни безвыходно проводилъ въ своей комнатѣ, видимо избѣгая встрѣчаться съ больными. На всѣ разспросы. П. отвѣчалъ, что пишетъ проэктъ, благодаря которому его провинности будутъ забыты, но черезъ нѣсколько дней рѣзко измѣнилъ свой рассказъ и началъ выдавать себя за знатнаго вельможу, который безвинно былъ отправленъ на каторгу, теперь вернулся, от-

дыхаетъ въ больницѣ и хочетъ воспользоваться этимъ временемъ, чтобы оказать отечеству услугу. О своей частной жизни, о которой давалъ ранѣе очень точныя свѣдѣнія, началъ говорить также совсѣмъ иное, не могъ, напримѣръ, назвать дѣвичьей фамиліи своей жены, увѣрялъ, что женатъ уже 30 лѣтъ (на самомъ дѣлѣ 13) и т. п. Мѣняя крайне разнообразно свое повѣствованіе, высказывая разновременно то идеи величія, то преслѣдованія, П. старательно избѣгалъ всякаго напоминанія о прошлой жизни, обо всемъ томъ, что объяснять онъ считалъ неловкимъ. Отношенія его къ окружающимъ были также не одинаковы: то онъ принималъ всѣхъ за подкупленныхъ шпионовъ, то вдругъ относился къ нимъ съ безграничной довѣрчивостью, отдавалъ на храненіе свою рукопись, которой приписывалъ такое значеніе, вѣрилъ самымъ абсурднымъ заявленіямъ съ ихъ стороны, обнаруживая иногда какъ бы рѣзкое слабоуміе. Вначалѣ отличаясь правильной плавной рѣчью, П. вдругъ началъ заикаться; когда я настойчиво сталъ спрашивать о причинѣ такого явленія, не скрывая своего недовѣрія, онъ объяснилъ, что дѣлаетъ это нарочно, дабы враги не распознали его голоса, и, дѣйствительно, шопотомъ одно время говорилъ снова правильно, но потомъ опять началъ заикаться.

При изслѣдованіи, произведенномъ въ день поступленія П. въ больницу, въ его физическомъ организмѣ не было найдено никакихъ уклоненій отъ нормы; но недѣли черезъ двѣ испытываемый сталъ ходить, прихрамывая, какъ бы волоча правую ногу, не сгибая ее въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ, хотя сидя выполнялъ всѣ движенія правильно и свободно, а объективное изслѣдованіе дало отрицательные результаты. На всѣ разспросы о причинѣ столь странной походкѣ П. отвѣчалъ: «мнѣ не больно, когда я сгибаю, но если я сгибаю, мнѣ больно», и никакъ не могъ понять, что въ этой фразѣ совсѣмъ нѣтъ смысла. Занимаясь вначалѣ усердно своей работой, П. скоро забросилъ ее и продолжалъ писать лишь послѣ настойчивыхъ напоминаній. Когда рукопись была окон-

чена, оказалось, что прочесть ее нѣтъ никакой возможности; пришлось ее отдать обратно П. и выяснить, что для пересылки властямъ она должна быть написана разборчивѣе. П. согласился, старательно началъ ее переписывать, украшая различными рисунками и чертежами, но послѣ этого разобрать ее было также нельзя; болѣе или менѣе четко были написаны лишь союзы, нарѣчія и т. п. второстепенныя части предложенія. Я обратился къ П. съ просьбой прочесть мнѣ хоть какой-нибудь отрывокъ, и вотъ что онъ прочиталъ: «Подобныя социальнo-біологическія отношенія человѣческаго организма хотя и могутъ лечь въ основу государственнаго благоустройства и благочинія, но не могутъ и не должны никоимъ образомъ быть основаніемъ дальнѣйшихъ развитій тѣхъ стимуловъ центрально-реабилитационной власти, которая хотя и служитъ для точнаго основанія тѣхъ самыхъ развитій отдѣленій фондовой биржи и общаго экономическаго устройства, а равно которая служитъ для видоизмѣненія отъ вліянія человѣческаго бытія, но никоимъ образомъ ни тѣхъ особыхъ правъ и преимуществъ, которыя лежатъ въ основѣ социальнo-революціонной пропаганды» и т. д. Послѣдніе мѣсяцы больничной жизни П. былъ очень мраченъ, ничѣмъ не хотѣлъ заниматься, неохотно пускался въ разговоры, отвѣчая на всѣ разспросы: «мнѣ некогда; завтра 1-ое іюля, и я уѣду въ дворець»; эту фразу онъ ежедневно повторялъ болѣе мѣсяца, пока не былъ снова отправленъ въ домъ предварительнаго заключенія.

Основываясь на несомнѣнно притворномъ характерѣ разстройствъ соматической сферы, на крайне быстрой измѣнчивости бредовыхъ идей, на одновременномъ совпадении какъ бы признаковъ глубокаго слабоумія съ одной стороны, и хорошо сохраненнаго интеллекта—съ другой, на очевидно намѣренной забывчивости по отношенію къ тѣмъ фактамъ, которые П. неудобно было помнить, и, наконецъ, на особенностяхъ, представляемыхъ рукописью, написанной такимъ почеркомъ, котораго невозможно было разобрать, хотя его дневники, писанные незадолго до ареста, можно было читать совершенно свободно,

опираясь на всѣ эти данныя, я пришелъ къ убѣжденію, что П. не представляетъ признаковъ душевнаго расстройства.

Какъ въ тюрьмѣ, такъ потомъ и на судѣ онъ держалъ себя по прежнему странно, не отвѣчалъ на вопросы, но, будучи осужденъ и отправленъ въ ссылку, сразу измѣнился, не проявлялъ болѣе признаковъ душевнаго расстройства, черезъ нѣсколько времени получилъ прощеніе и теперь играетъ гдѣ-то въ провинціи довольно видную роль.

Этотъ и подобные ему случаи, отъ времени до времени публикуемые въ спеціальной литературѣ, показываютъ, что въ жизни можно встрѣтиться съ продолжительнымъ притворствомъ у душевно-здоровыхъ людей, а потому не лишеннымъ практической важности является вопросъ, какими средствами здѣсь нужно добиваться истины. Старые психіатры рѣшали этотъ вопросъ довольно просто: они подвергали подозрительныхъ субъектовъ тѣлесному наказанію, руководствуясь тѣмъ соображеніемъ, что если человѣкъ дѣйствительно боленъ, то они могутъ возстановить его здоровье, примѣняя отвлекающій методъ, въ случаѣ же притворства—добьются сознанія (*Paulus Sacchias*). Мы жестоко ошибемся, если предположимъ, что подобные взгляды давно отошли въ область исторіи. *Marc*, жившій въ первой половинѣ прошлаго столѣтія, описываетъ случай, гдѣ психіатры не задумались прибѣгнуть къ прижиганію каленымъ желѣзомъ. Этотъ авторъ упоминаетъ также, что къ испытуемымъ субъектамъ вообще часто примѣнялись внезапные холодные души, голодная діета, сильныя нравственныя потрясенія. Въ *Annales médico-psychologiques* за 1850 г. напечатано наблюденіе надъ упомянутымъ выше Конрадомъ Шпехтомъ, который обвинялся въ изнасилованіи и убійствѣ малолѣтней дѣвочки; его пугали нечаянными выстрѣлами надъ ухомъ, неожиданными холодными душами черезъ потолокъ комнаты, даже поджигали баракъ, гдѣ онъ помѣщался; но всѣ эти мѣры не имѣли успѣха. Одинъ изъ современныхъ французскихъ клиницистовъ, *Marandon de Montyel*, уже въ

наши дни рекомендуетъ помѣщать испытуемыхъ между буйными больными, пугать ихъ по ночамъ; онъ хвалитъ даже души.

Мнѣ нѣтъ необходимости останавливаться на оцѣнкѣ этихъ методовъ; прежде всего они оскорбляютъ нравственное достоинство врача, а сверхъ того, какъ показываетъ опытъ, остаются безуспѣшными. Но какимъ же путемъ мы можемъ выяснитъ истину? Этотъ путь одинъ—продолжительное систематическое наблюдение въ специальномъ заведеніи.

Обыкновенно симулянтъ, какъ профанъ, не знакомый съ картинами душевныхъ страданій, не предполагая даже, что онъ подчиняется извѣстнымъ законамъ, попадаетъ въ утрировку; онъ создаетъ шаржъ, карикатуру, а не типъ, кидается въ крайности, театральничаетъ и по большей части выдаетъ себя уже въ первые дни. Больной, о которомъ я говорилъ подробно выше, находился въ сравнительно благопріятныхъ для себя условіяхъ; онъ былъ отягченъ наслѣдственностью, обладалъ недюжиннымъ умомъ и характеромъ, наблюдалъ за душевно-больными въ своей семьѣ; какъ человекъ образованный, готовился къ симуляціи и теоретически, и однако грубая нелогичность и непослѣдовательность сразу кидались въ глаза, а подробный разборъ его бесѣдъ и всего поведенія прямо указывалъ на намѣренность. Изучая случаи притворства, описанные другими авторами, также не трудно подмѣтить несоотвѣтствіе съ обычными клиническими картинами. Лица, симулирующія бредовое помѣшательство, обыкновенно бываютъ убѣждены, что хорошо выполняютъ принятую на себя задачу, говоря различныя нелѣпости, которыя только приходятъ имъ въ голову; они даже не подозрѣваютъ, что одни и тѣ же законы логики обязательны и для душевно-здоровыхъ и для душевно-больныхъ. *Morel* говоритъ: «больной на вопросъ о лѣтахъ можетъ отвѣтить—6 мѣс. или 6000 лѣтъ, но никогда не скажетъ—45 франковъ, какъ отвѣчалъ мнѣ одинъ симулянтъ».

Если притворщикъ хочетъ симулировать манію, то съ одной стороны выдаетъ себя тѣмъ, что во всѣхъ его движеніяхъ видна извѣстная осторожность, боязнь причинить себѣ боль, испортить свои вещи; съ другой стороны весьма быстро сказывается и потребность въ отдыхѣ, которой онъ и спѣшитъ удовлетворить, какъ скоро думаетъ, что за нимъ не смотрятъ. Иногда испытываемые копируютъ слабоуміе, но, во-первыхъ, каждый случай слабоумія имѣетъ свою этиологію, свое теченіе, а во-вторыхъ, при слабоуміи замѣчается обыкновенно своеобразная малоподвижность, ослабленіе мимики, которую здоровый поддѣлать не въ состояніи. Невозможно также выдавать себя за меланхолика. Не говоря уже о мрачномъ сосредоточенномъ выраженіи лица, о полномъ или почти полномъ безучастіи его ко всему окружающему, не говоря о другихъ характерныхъ особенностяхъ измѣненій психической сферы, меланхолія характеризуется и соматическими уклоненіями отъ нормы, симулировать которыя никто не можетъ.

Но если мы пришли къ убѣжденію, что мы имѣемъ передъ собой случай симуляціи, этимъ еще не заканчивается наша задача. Опытъ показываетъ, что могутъ притворяться и душевно-больные, симулируя какую-нибудь болѣзненную форму, каковой на самомъ дѣлѣ у нихъ нѣтъ. Такъ, однажды мнѣ пришлось наблюдать слабоумнаго отъ рожденія, который изнасиловалъ свою родственницу, былъ заключенъ въ тюрьму и тамъ подъ вліяніемъ бывалыхъ товарищей сталъ выдавать себя за страдающаго бредовымъ помѣшательствомъ. Благодаря крайней ограниченности, симуляція была констатирована въ первые же дни наблюденія, а затѣмъ былъ выясненъ и дѣйствительный характеръ этого случая.

Гораздо чаще, чѣмъ съ симуляціей, психіатръ встрѣчается въ своей практикѣ съ диссимуляціей. Послѣдняя представляетъ буквально обыденное явленіе. Диссимулируютъ часто душевно-больные, которые желаютъ поскорѣе возвратить себѣ права здоровыхъ людей и поэтому скрываютъ идеи бреда, галлюцинаціи и другіе симптомы

имѣющагося у нихъ душевнаго разстройства; другіе утаиваютъ свои идеи бреда въ силу содержанія послѣднихъ, опасаясь какого-нибудь ущерба для себя, если онѣ будутъ извѣстны и другимъ; наконецъ, притворяются здоровыми субъекты, еще не находящіеся въ больницѣ, изъ предосторожности, чтобы не попасть туда. Во всѣхъ этихъ случаяхъ истина открывается только посредствомъ тщательнаго изученія и наблюденія и нерѣдко, чтобы добиться ея, необходимо потратить много труда и терпѣнія; больные иногда такъ осторожно ведутъ себя, съ такой видимой довѣрчивостью относятся къ врачу, что невольно подкупаютъ въ свою пользу и вводятъ въ заблужденіе недостаточно опытнаго наблюдателя. До сихъ поръ я не могу забыть одного случая изъ перваго года моей практической дѣятельности. Молодой человѣкъ съ высшимъ образованіемъ страдалъ подострой формой галлюцинаторнаго помѣшательства. На моихъ глазахъ клиническая картина постепенно сглаживалась, больной отказался отъ бредовыхъ идей, не испытывалъ, по его словамъ, обмановъ чувствъ, поправился физически и подъ вліяніемъ жажды прежней нормальной дѣятельности хлопоталъ, чтобы ему позволили поскорѣе оставить больницу. Бесѣдуя со мною о перенесенной болѣзни, онъ обнаруживалъ совершенно здоровое критическое отношеніе къ ней и только однажды удивилъ меня вопросомъ, нельзя ли происхожденіе галлюцинацій объяснить какимъ-либо другимъ путемъ, кромѣ болѣзни? По неопытности я не обратилъ на эти слова должнаго вниманія и разрѣшилъ своему пациенту оставить больницу. Черезъ двѣ недѣли онъ былъ привезенъ туда обратно въ томъ же состояніи, какъ и въ первый разъ, и послѣ выздоровленія признался, что, покидая больницу, онъ еще испытывалъ обманы чувствъ, но только скрывалъ ихъ, основательно допуская, что откровенность можетъ замедлить освобожденіе.

Лекція XIX.

Предсказаніе при помѣшательствѣ.

Предсказаніе *quoad vitam*: вліяніе душевныхъ страданій на среднюю продолжительность жизни; важное значеніе, какое приобрѣтають для прогноза состояніе соматической сферы, діагнозъ, возрастъ больного и характеръ теченія болѣзни. Предсказаніе *quoad valetudinem completam*: значеніе продолжительности страданія, характеръ его начала, теченія и выздоровленія; важность этиологическихъ данныхъ: предрасположеніе, соматическія заболѣванія, половыя излишества, психическіе моменты. Вліяніе возраста и пола на предсказаніе. Прогностическое значеніе отдѣльныхъ симптомовъ: потемнѣніе сознанія, ослабленіе нравственнаго чувства, иллюзіи, галлюцинаціи, идеи бреда, измѣненія воли, усиленіе полового влеченія и влеченія къ пищѣ. Предсказаніе рецидива и данныя, на которыхъ оно основывается. Предсказаніе относительно психическаго здоровья потомства.

Патолого-анатомическія измѣненія въ головномъ мозгу при помѣшательствѣ: аномаліи въ строеніи черепа; патологическіе процессы въ костяхъ черепа и въ оболочкахъ головного мозга; аномаліи развитія въ грубомъ и тончайшемъ строеніи мозга, органическія пораженія головного мозга. Взглядъ на душевныя заболѣванія, какъ на результатъ разстройства кровообращенія въ головномъ мозгу. Гипотеза Meynert'a. Значеніе интоксикацій въ развитіи душевныхъ болѣзней.

Мм. Гъ!

Въ каждой отрасли практической медицины есть такая область, гдѣ особенно рѣзко выражаются индивидуальныя свойства врача, особенно ясно обнаруживаются результаты его личнаго опыта.

Я говорю о прогностикѣ.

Но если сдѣлать правильное предсказаніе—одна изъ самыхъ трудныхъ задачъ, выпадающихъ на долю врача, тѣмъ болѣе это должно сказать по отношенію къ психіатру, который имѣетъ дѣло съ наиболѣе сложными, за-

путанными явлениями и анализировать ихъ вынужденъ при крайне затруднительныхъ условіяхъ. А между тѣмъ съ вопросами объ исходѣ болѣзни къ психіатру обращаются гораздо чаще, чѣмъ къ другимъ врачамъ. Не нужно забывать, что душевно-больной—не просто больной; онъ человѣкъ временно умершій для общества, порвавшій съ нимъ всѣ связи; вотъ почему желаютъ знать прогнозъ не только родные, близкіе и знакомые, но всѣ частныя лица, всѣ общественныя и государственныя учрежденія, съ которыми человѣкъ былъ связанъ; всѣ они спрашиваютъ психіатра, останется ли въ живыхъ его пациентъ и если да, то возстановится ли вполнѣ его психическое здорově? Такимъ образомъ намъ приходится дѣлать предсказаніе *quoad vitam* и *quoad valetudinem completam*.

Дѣлая предсказаніе *quoad vitam*, необходимо прежде всего имѣть въ виду одно основное положеніе: душевное страданіе значительно сокращаетъ среднюю продолжительность жизни. Особенно великъ процентъ смертности въ первые три мѣсяца болѣзни. *Bèhier*, опираясь на почтенной цифрѣ 17000 наблюденій, утверждаетъ, что изъ 100 случаевъ душевныхъ болѣзней, окончившихся лѣтально, 12 падаютъ на первый мѣсяць страданія, 7—на второй, 6—на третій. По прошествіи трехъ мѣсяцевъ смертность быстро уменьшается, но, по *Hagen'u*, все же въ 5 разъ превышаетъ смертность въ психически-здоровомъ населеніи.

Однако высказанное выше правило слышкомъ обще; для оцѣнки каждаго отдѣльнаго случая мы должны главнымъ образомъ принимать въ расчетъ всѣ особенности, которыя онъ представляетъ. Прежде всего мы должны обратить вниманіе на физическое состояніе больного, на присутствіе или отсутствіе признаковъ какого-либо соматическаго заболѣванія, на степень упадка общаго питанія. Далѣе, большую важность для предсказанія имѣетъ выясненіе точнаго діагноза душевнаго страданія: есть такія клиническія формы, которыя неизбѣжно ведутъ къ смертельному исходу, напр., прогрессивный параличъ помѣшанныхъ; при другихъ формахъ выздоровленіе возможно, но

его слѣдуетъ назвать счастливымъ исключеніемъ (напр., при остромъ бредѣ). Сверхъ того здѣсь пріобрѣтаетъ большое значеніе возрастъ больного: чѣмъ больной старше, тѣмъ предсказаніе вообще хуже. Наконецъ, нельзя игнорировать и теченіе болѣзни: при болѣе бурномъ характерѣ его опасность для жизни больше, чѣмъ въ случаяхъ, сопровождающихся меньшимъ возбужденіемъ.

Поставить правильное предсказаніе *quoad valetudinem completam*—задача еще болѣе трудная; успѣшно ее можно выполнить лишь въ томъ случаѣ, если мы будемъ имѣть въ виду всѣ особенности, представляемая продолжительностью, теченіемъ, этиологіей и клинической картиной каждаго заболѣванія; да и то, необходимо высказывать свое мнѣніе только какъ болѣе или менѣе вѣроятное.

Если мы, обратившись къ статистикѣ, попытаемся построить на основаніи ея данныхъ какое-либо общее положеніе, которое бы помогло намъ сдѣлать болѣе правильное предсказаніе, то получимъ результатъ крайне неопредѣленный: цифры выздоровленія въ различныхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ колеблются въ очень широкихъ границахъ, отъ 15 и даже 12 до 60%. Вотъ почему мы не можемъ здѣсь опираться на какое-либо общее правило вродѣ того, которое имѣло извѣстное значеніе при прогностѣ *quoad vitam*. Тѣмъ болѣе вниманія поэтому должно обращать на индивидуальныя свойства каждаго случая.

Прежде всего мы останавливаемся на продолжительности болѣзни: чѣмъ долѣе она тянется, тѣмъ менѣе благоприятно предсказаніе. По *Guislain*'у въ первое полугодіе выздоравливаютъ 60%, во второе 25%; на второмъ году самый большій % выздоровленія—5. Съ этими данными стараго психіатра почти вполнѣ совпадаютъ выводы позднѣйшихъ наблюдателей. По *Dagonet* на каждые 100 случаевъ излѣченія—64 приходятся на первые три мѣсяца; если болѣзнь тянется болѣе трехъ мѣсяцевъ, этотъ процентъ падаетъ до 40, а если болѣе года—до 27. *Esquirol* думаетъ, что послѣ двухлѣтней продолжительности благоприятный исходъ становится вообще сомнительнымъ. Нужно впрочемъ добавить, что каждый практическій психіатръ

знаеть, конечно, такіе случаи, гдѣ выздоровленіе наступало иногда послѣ 5—7 и даже 10 лѣтъ страданія, а *Guislain* наблюдалъ случай выздоровленія послѣ 20-лѣтняго пребыванія въ заведеніи.

Останавливаясь на характерѣ начала болѣзни, должно имѣть въ виду, что чѣмъ острѣе она развилась, тѣмъ болѣе шансовъ на выздоровленіе; медленное, постепенное возникновеніе страданія даетъ основаніе думать, что измѣненія психической жизни отличаются большей стойкостью, большимъ упорствомъ; надежда на возможность ихъ полного исчезновенія сомнительна.

Даетъ важныя точки опоры для предсказанія и самое теченіе психоза: если мы замѣчаемъ наклонность къ періодическому возврату однихъ и тѣхъ же симптомовъ, то должны имѣть въ виду возможность неблагопріятнаго исхода; но неблагопріятнымъ является предсказаніе и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ клиническая картина отличается стойкостью, однообразіемъ; на болѣе счастливый исходъ указываетъ поэтому такое теченіе, при которомъ мы наблюдаемъ измѣнчивость симптомовъ, не повторяющихся въ періодической правильности.

Что касается характера выздоровленія, то быстрое внезапное окончаніе болѣзни всегда является сомнительнымъ, такъ какъ оно даетъ основаніе опасаться возврата; наиболѣе благопріятнымъ является выздоровленіе въ формѣ продолжительнаго лизиса.

При прогностической оцѣнкѣ данныхъ этиологій мы прежде всего обращаемъ вниманіе на наличность или отсутствіе предрасположенія. Психозы, возникшіе на дегенеративной почвѣ, даютъ несравненно худшее предсказаніе, чѣмъ развившіеся у лицъ, дотолѣ вполне здоровыхъ. Впрочемъ, говоря о дурномъ значеніи предрасположенія, слѣдуетъ строго различать двѣ категоріи случаевъ: въ однихъ предрасположеніе выражается только меньшей стойкостью психическаго равновѣсія; возникшіе на этой почвѣ психозы по отношенію къ отдѣльнымъ заболѣваніямъ даютъ даже лучшее предсказаніе, чѣмъ психозы у лицъ не предрасположенныхъ, такъ какъ для развитія

болѣзни достаточно незначительныхъ вліяній, слѣды которыхъ поэтому легко сглаживаются. Иное дѣло, когда мы имѣемъ передъ собою тяжкую наслѣдственность, когда зерно болѣзни врождено человѣку и растетъ вмѣстѣ съ его ростомъ; психозы этой категоріи имѣютъ прогнозъ въ высшей степени неблагоприятный.

Какъ я уже сказала, предсказаніе въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ предрасположенія, отличается сравнительно благоприятнымъ характеромъ. Однако для болѣе точной оцѣнки слѣдуетъ имѣть въ виду вызвавшую ихъ причину. Если психозъ возникъ вслѣдствіе какого-нибудь соматическаго заболѣванія, которое можетъ быть вполне и безслѣдно устранено, — предсказаніе благоприятно; оно теряетъ этотъ характеръ, если въ основѣ его лежатъ длительныя физическія заболѣванія, на излѣченіе которыхъ трудно рассчитывать. Психозы, развившіеся на почвѣ истощенія организма половыми излишествами и онанизмомъ, даютъ благоприятное предсказаніе только тогда, когда они застигнуты въ самомъ началѣ. Если заболѣваніе возникло подѣ вліяніемъ психическихъ причинъ, и эти причины существовали короткое время, прогнозъ хорошъ; онъ дуренъ, когда такія причины дѣйствовали долгіе годы.

Всѣ психозы молодого и зрѣлаго возраста даютъ лучшій исходъ, чѣмъ въ старости, а особенно же въ дѣтствѣ. Среди женщинъ выздоровленіе наблюдается сравнительно чаще, чѣмъ у мужчинъ, такъ какъ формы съ абсолютно неблагоприятнымъ исходомъ встрѣчаются у нихъ рѣже (напримѣръ, прогрессивный параличъ), а тѣ страданія, которыя составляютъ ихъ особенность, напр., послѣродовое помѣшательство, отличаются по большей части хорошимъ прогнозомъ.

Обильный матеріалъ для прогноза доставляетъ изученіе клинической картины страданія, его симптомы, какъ психическіе, такъ и физическіе. Изъ психическихъ мы останавливаемся прежде всего на состояніи сознанія: помѣненіе сознанія, его спутанность не имѣетъ особенно грознаго значенія, если наблюдается въ асте болѣзни, но пріобрѣтаетъ таковое, если удерживается послѣ ослабленія

остальныхъ симптомовъ. Отсутствие нравственнаго чувства стыда указываетъ обыкновенно на тяжкое заболѣваніе, но еще болѣе зловѣщій характеръ оно получаетъ въ томъ случаѣ, когда замѣчается въ исходныхъ періодахъ, т. е. когда не совпадаетъ съ астме. Иллюзии въ прогностическомъ отношеніи должны быть названы болѣе легкой, галлюцинаціи — болѣе неприятой аномаліей, особенно если послѣднія замѣчаются заразъ въ области многихъ органовъ чувствъ. Въ частности обманы слуха и обонянія чаще сопровождаютъ неизлѣчимые психозы, чѣмъ излѣчимые. Идеи бреда первичнаго происхожденія указываютъ на неблагоприятный исходъ; они лишены этого значенія, если развиваются логическимъ путемъ. Частичный бредъ всегда даетъ худшее предсказаніе, чѣмъ общій, т. к. обыкновенно предполагаетъ существованіе двухъ личностей въ одномъ субъектѣ, т. е. ослабленіе интеллекта. Систематизація идей всегда неблагоприятна. Идеи бреда чудовищныя, нелѣпыя по своему содержанію являются дурнымъ признакомъ. Всѣ формальныя разстройства сферы представленій, навязчивыя идеи и т. п., обыкновенно указываютъ на дегенеративную почву; ихъ слѣдуетъ считать поэтому вообще, какъ *signum mali ominis*. Твердая воля, повинующаяся болѣзненнымъ мотивамъ, — признакъ стойкаго неизлѣчимаго состоянія. Слабость воли, если она обусловливается настроеніемъ, не имѣетъ особенно дурнаго значенія, но этотъ симптомъ становится дурнымъ, когда указываетъ на отсутствіе двигательныхъ мотивовъ. Усиленное половое влеченіе у молодыхъ субъектовъ — довольно безразлично, но у стариковъ оно прямо неблагоприятно. Неблагоприятною слѣдуетъ считать также усиленную прожорливость, особенно стремленіе поѣдать отвратительныя вещества, если только этотъ симптомъ наблюдается не въ разгарѣ острыхъ психозовъ.

Когда больной совершенно выздоровѣлъ, безпокойство о немъ со стороны родныхъ еще не прекращается, возникаютъ опасенія, не можетъ ли онъ заболѣть вторично; опасенія вполне законныя, такъ какъ по *Hagen*'у у 25 % изъ числа всѣхъ выздоровѣвшихъ отъ душевныхъ болѣз-

ней наблюдаются рецидивы. *Dagonet* видѣлъ рецидивы почти у трети своихъ больныхъ. Имѣя въ виду эти факты, психіатру приходится дѣлать новое предсказаніе о возможности рецидива. Здѣсь необходимо принимать въ расчетъ прежде всего характеръ протекшаго страданія, а затѣмъ условія настоящей жизни. Всѣ психозы, развившіеся на почвѣ предрасположенія, имѣютъ большую склонность рецидивировать. Если душевное заболѣваніе развилось у субъекта не предрасположеннаго, если причины, вызвавшія его, устранены, если дальнѣйшая личная жизнь складывается благопріятно,—нѣтъ основаній бояться возврата, опасность котораго становится тѣмъ менѣе, чѣмъ болѣе времени прошло послѣ заболѣванія.

Наконецъ, къ психіатру обращаются нерѣдко съ вопросомъ, отразится ли благополучно протекшее душевное заболѣваніе на будущемъ потомствѣ; вопросъ крайне сложный, рѣшать который можно только съ извѣстной вѣроятностью. Въ тѣхъ случаяхъ, когда душевное страданіе вызвано чисто случайными причинами и когда этихъ причинъ болѣе нѣтъ на лицо, если далѣе самая болѣзнь протекла, не оставивъ дефекта, мы не имѣемъ основанія ожидать передачи; напротивъ, при наслѣдственныхъ формахъ такая передача въ болѣе или меньшей степени—правило, почти не знающее исключеній.

Заканчивая сегодняшнюю лекцію, я хотѣлъ бы остановить Ваше вниманіе на одномъ въ высокой степени важномъ отдѣлѣ психіатріи, который, къ сожалѣнію, отличается среди остальныхъ наименьшей разработанностью.

Отдѣлъ этотъ—*патологическая анатомія помѣшательства*.

Мы обладаемъ теперь безспорными доказательствами, что духовная дѣятельность тѣсно связана съ цѣлостью коры большихъ полушарій. Отсюда съ неизбѣжной логикой явствуетъ, что душевныя страданія обусловливаются поражениемъ коры. Но какого характера эти пораженія, вызывающія душевное разстройство, какіе процессы охва-

тываютъ при психозахъ сѣрое корковое вещество, на эти вопросы наука не даетъ намъ до сихъ поръ сколько-нибудь яснаго, опредѣленнаго отвѣта. Масса безпорядочныхъ, отрывочныхъ фактовъ, добытыхъ большею частью грубымъ макроскопическимъ наблюденіемъ, да нѣсколько остроумныхъ гипотезъ—вотъ пока и все наше богатство въ этомъ отношеніи.

Обратимся сначала къ фактическому матеріалу.

Очень частую находку при вскрытіи душевно-больныхъ представляютъ различнаго рода аномаліи въ строеніи черепа. Эти аномаліи, обязанныя своимъ возникновеніемъ патологическимъ процессамъ, которые имѣли мѣсто въ раннюю эпоху жизни индивидуума, эти аномаліи обладаютъ большою важностью, такъ какъ, съ одной стороны, указываютъ, что неблагоприятнымъ вліяніемъ въ это время подвергался и самъ мозгъ, а съ другой, измѣнивъ конфигурацію черепа, онѣ иногда непосредственно дѣйствуютъ и на ростъ психическаго органа. Мы однако не будемъ сегодня останавливаться подробно на описаніи такихъ аномалій, такъ какъ намъ придется говорить о нихъ въ главѣ объ идиотизмѣ. Кромѣ нихъ въ костяхъ черепа душевно-больныхъ мы нерѣдко находимъ болѣе свѣжіе, болѣе ясные слѣды патологическаго процесса, выражающіеся то въ склерозѣ, то въ истонченіи ихъ, то въ образованіи остеофитовъ на внутренней поверхности, то, наконецъ, въ сращеніи съ твердой мозговой оболочкой.

Оболочки головного мозга также очень часто представляются существенно измѣненными; здѣсь мы встречаемъ обыкновенно разлитые воспалительные процессы то остраго, то хроническаго характера.

Но самыми важными являются, конечно, измѣненія вещества головного мозга. Прежде всего этотъ органъ можетъ представлять крайне различныя неправильности въ развитіи. Наибольшей рѣзкости послѣднія достигаютъ у идиотовъ, гдѣ всецѣло обусловливаются патологическими процессами, ареной которыхъ явился мозгъ ранѣе

достиженія имъ полнаго развитія; въ однихъ случаяхъ идіотизма тщательное изслѣдованіе обнаруживаетъ ясныя слѣды болѣзненнаго процесса, въ другихъ — этихъ слѣдовъ нѣтъ, и мы имѣемъ передъ собою лишь его послѣдствія: неравномѣрное развитіе отдѣльныхъ областей мозга, полное отсутствіе нѣкоторыхъ изъ нихъ, неправильности въ числѣ и расположеніи извилинъ и т. п. Но всѣ такія аномаліи не составляютъ исключительную принадлежность мозга однихъ только идіотовъ; ихъ, хотя въ менѣ рѣзкой формѣ, можно встрѣтить и при вскрытіи субъектовъ съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ къ душевнымъ страданіямъ,—фактъ, который указываетъ, что въ очень многихъ случаяхъ такое предрасположеніе находится въ тѣсной связи съ ненормальнымъ строеніемъ головного мозга.

Въ очень многихъ случаяхъ однако у лицъ послѣдней категоріи мозгъ отличается безукоризненной конфигураціей, и это давало основаніе допускать, будто по наслѣдству можетъ передаваться такая функціональная слабость органа, которая совмѣстима съ вполне нормальнымъ строеніемъ. Но въ позднѣйшее время противъ такого взгляда начинаетъ появляться все болѣе и болѣе возраженій. Тщательныя микроскопическія изслѣдованія головного мозга наслѣдственниковъ нерѣдко указываютъ въ нихъ весьма разнообразныя отклоненія отъ нормы; эти отклоненія касаются тончайшей структуры: иногда мы наблюдаемъ чрезмѣрное развитіе міэлиновой обкладки нервныхъ волоконъ коры, уменьшеніе числа послѣднихъ, различныя неправильности въ распредѣленіи нервныхъ клѣтокъ коры, недостаточное развитіе ихъ отростковъ, излишнее развитіе соединительной ткани въ корковомъ веществѣ и т. д., и т. д. Всѣ подобныя находки, конечно, еще слишкомъ случайны, а главное слишкомъ малочисленны, чтобы, опираясь на нихъ, мы были вправѣ дѣлать какія-либо опредѣленныя заключенія; тѣмъ не менѣ онѣ все же указываютъ, что наслѣдственность, не отражаясь на грубомъ строеніи психическаго органа, можетъ налагать стойкій отпечатокъ на его тончайшее строеніе, неправильности котораго и въ состояніи намъ объяснять различ-

ныя патологическія явленія, такъ часто характеризующія душевную жизнь наслѣдственниковъ.

Что касается вскрытія лицъ, не обладавшихъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ и получившихъ страданіе благодаря только вреднымъ моментамъ, которымъ подвергались сами, то здѣсь мы можемъ различать двѣ категоріи случаевъ: въ однихъ — мы встрѣчаемся съ рѣзко выраженными анатомическими измѣненіями, съ грубыми, макроскопически очевидными процессами, которые захватываютъ по большей части одновременно какъ вещество мозга, такъ и его оболочки. Такіе процессы иногда могутъ быть столь характерны, что на основаніи ихъ мы можемъ поставить даже діагнозъ; это имѣетъ мѣсто, на примѣръ, при прогрессивномъ параличѣ, мозговомъ сифилисѣ, хроническомъ алкоголизмѣ, остромъ бредѣ. Но останавливаться на подробномъ описаніи этихъ процессовъ здѣсь я не буду, такъ какъ мнѣ придется говорить о нихъ въ соотвѣтствующихъ отдѣлахъ частной психопатологіи, скажу только, что по характеру своему они частью воспалительнаго, частью атрофическаго происхожденія.

Сверхъ этихъ такъ называемыхъ органическихъ поражений головного мозга есть еще другая категорія случаевъ, гдѣ вскрытіе даетъ отрицательные результаты и гдѣ о свойствѣ патологическаго процесса можно строить лишь болѣе или менѣе правдоподобныя предположенія.

Одною изъ наиболѣе распространенныхъ является гипотеза, по которой душевныя заболѣванія вызываются нарушеніемъ кровообращенія въ головномъ мозгу. Этотъ взглядъ находитъ себѣ нѣкоторую поддержку и въ данныхъ клиническаго наблюденія. Какъ мы уже видѣли выше, сосудодвигательныя разстройства у душевно-больныхъ—довольно частое явленіе; при типичныхъ формахъ меланхоліи мы обыкновенно находимъ, на примѣръ, пульсъ твердый, сжатый, какъ струна, при маніи, наоборотъ, полный, легко ощутимый. Такіе факты заставляютъ принять, что въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло со спазмомъ сосудовъ, во второмъ—съ паретическимъ ихъ состояніемъ. Отсюда можно думать, что аналогичныя измѣненія

происходятъ и въ сосудистой системѣ головного мозга; при меланхолии можно допустить анемію психическаго органа, при маніи—гиперемію; если же такой выводъ не встрѣчаетъ себѣ поддержки на секціонномъ столѣ, то быть можетъ потому, что указанная выше разстройства кровообращенія сглаживаются въ моментъ агоніи или даже послѣ смерти. Большое значеніе сосудистымъ разстройствомъ въ патогенезѣ психозовъ въ позднѣйшіе годы придавалъ проф. *Meynert*. Свои разсужденія онъ строилъ на томъ фактѣ, что основная функція любого органа можетъ совершаться тѣмъ полнѣе, чѣмъ болѣе подавлены его добавочныя функціи. Мозговая кора, кромѣ центровъ психической дѣятельности, содержитъ еще сосудосуживающіе центры. Если мы допустимъ, что психическая дѣятельность очень повышена, то дѣятельность сосудодвигательная должна быть понижена,—получится расширение сосудовъ, нервныя клѣтки будутъ имѣть кислородъ въ увеличенномъ количествѣ, придутъ въ состояніе арноэ, и субъективнымъ выраженіемъ его явится повышенное самочувствіе, ощущеніе довольства, благосостоянія, которое и у нормальныхъ людей сопровождаетъ каждый актъ интеллектуальной дѣятельности.

Если передъ нами обратное условіе—интеллектуальная дѣятельность понижена, то сосудосуживающіе центры обнаружатъ усиленную энѣргію: сосуды окажутся сжатыми, притокъ кислорода къ нервнымъ клѣткамъ уменьшится, послѣднія придутъ въ состояніе *disпноэ*, клиническимъ выраженіемъ котораго явится тоска, подавленное настроеніе, недовольство собой. При маніи мы наблюдаемъ условія перваго рода, при меланхолии—второго.

Но въ самые послѣдніе годы въ наукѣ высказываются чаще и чаще предположенія иного характера; является стремленіе очень многія формы психозовъ объяснить интоксикаціей, и нельзя не согласиться, что подобныя гипотезы имѣютъ подъ собой довольно прочную фактическую опору. Прежде всего клиническое наблюденіе показываетъ, что нѣкоторыя душевныя заболѣванія представляютъ большое сходство съ картинами, наблюдае-

мыми при завѣдомыхъ отравленіяхъ: при нихъ мы встрѣчаемъ и рядъ общихъ разстройствъ соматической сферы, и повышенную температуру, и измѣненія въ характерѣ выдѣленій и, наконецъ, тѣ же психическіе симптомы, которые такъ часто осложняютъ страданія, вызванныя ядами, особенно животнаго происхожденія (собачье бѣшенство, холера, инфлюэнца, тифъ и т. п.). Можно поэтому предположить, что, по крайней мѣрѣ при нѣкоторыхъ видахъ душевнаго заболѣванія, въ организмѣ образуются или такія ядовитыя начала, которыхъ нѣтъ при нормальныхъ условіяхъ, или въ большемъ противъ обычнаго количествѣ скапливаются такія, которыя присущи и нормальной жизни; причину увеличеннаго ихъ скопленія въ послѣднемъ случаѣ можно видѣть или въ недостаточной дѣятельности органовъ, назначенныхъ для ихъ нейтрализаціи, или въ недостаточномъ развитіи лимфатическихъ путей головного мозга. Подобные взгляды находятъ себѣ поддержку въ томъ, что при искусственномъ удаленіи или заболѣваніи нѣкоторыхъ органовъ, напр., щитовидной железы, мы получаемъ ясную картину душевнаго расстройства. На эти же предположенія указываютъ, правда, пока очень скудныя по числу результаты микроскопическаго изслѣдованія: при остромъ бредѣ, въ отдѣльныхъ случаяхъ такъ называемаго остраго безсмыслія микроскопъ открылъ въ головномъ мозгу измѣненія, которыя во многомъ напоминаютъ полученныя при тифѣ и другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Если добавить къ этому, что изученіе этиологіи при извѣстныхъ формахъ душевнаго расстройства категорически указываетъ намъ на интоксикацію (напр., при послѣродовомъ помѣшательствѣ) то, какъ мы видимъ, у насъ есть весьма серьезныя основанія приписывать отравленіямъ видную роль въ патогенезѣ психозовъ. Но само собою понятно, что эта гипотеза можетъ быть возведена въ степень научной теоріи лишь при одномъ непремѣнномъ условіи,—если мы ближе ознакомимся съ химическими процессами, происходящими въ головномъ мозгу какъ душевно-здоровыхъ, такъ и душевно-больныхъ людей.

Лекція XX.

Лѣченіе помѣшательства.

Терапія душевныхъ страданій въ эпоху развитія древней психіатріи и въ средніе вѣка. Основныя положенія современной терапіи. Профилактика душевныхъ заболѣваній и ея важность. Главное требованіе при терапіи развившагося страданія. Значеніе специальныхъ больницъ въ современной терапіи. Устройство больницъ для душевно-больныхъ; отдѣленіе для спокойныхъ больныхъ и особенности его обстановки; отдѣленія для беспокойныхъ и для буйныхъ больныхъ; устройство изоляторовъ; отдѣленіе для трудныхъ и неопратныхъ больныхъ; обсервационныя отдѣленія и постельный режимъ. Колоніи для душевно-больныхъ. Patronage familiale. Geheel. Показанія къ помѣщенію въ больницу и способъ помѣщенія.

Мм. Гг.!

Въ предшествовавшихъ лекціяхъ, мы познакомились съ главнѣйшими отдѣлами общей психопатологіи. Мы знаемъ теперь, что такое душевныя страданія, чѣмъ они выражаются, къ какому исходу ведутъ; мы знаемъ, что это—страшное социальное зло, которое съ неудержимой быстротой развивается въ современномъ обществѣ. Невольно рождается вопросъ, какими же средствами мы располагаемъ, что бы ограничивать развитіе этого зла, съ какимъ терапевтическимъ арсеналомъ мы выступаемъ ему на встрѣчу.

Терапія душевныхъ болѣзней въ различные періоды развитія психіатріи всецѣло опредѣлялась основными взглядами, господствовавшими тогда въ этой наукѣ. *Гиппократъ*, который училъ, что психическія разстройства обусловливаются измѣненіемъ четырехъ кардинальныхъ жидкостей тѣла, совѣтовалъ лечить ихъ, отвлекая испорченныя жид-

кости отъ головного мозга. Съ этой цѣлью онъ и его послѣдователи въ широкихъ размѣрахъ прибѣгали къ кровопусканіямъ, рвотнымъ, строгой діетѣ и т. п.

Позднѣе, когда, какъ мы видѣли, наша наука достигла весьма высокаго развитія, терапія душевныхъ страданій приняла болѣе раціональный характеръ. Въ трудахъ *Аретя Каппадокійскаго*, а особенно *Целія Авреліана* мы встрѣчаемъ рядъ очень цѣнныхъ указаній, какъ нужно обращаться съ душевно-больными, въ какой обстановкѣ они нуждаются, какъ слѣдуетъ ихъ лѣчить.

Въ средніе вѣка, когда на душевно-больныхъ стали смотрѣть, какъ на одержимыхъ злымъ духомъ, леченіе ихъ было передано въ руки духовенства; единственными терапевтическими мѣрами являлись религіозныя церемоніи, а не помогали онѣ — на сцену выступалъ палачъ ¹⁾).

Въ эпоху Возрожденія теоретическое развитіе психіатріи весьма мало подвинулось впередъ, и терапія психозовъ обогатилась лишь трудомъ *Кіаруджи*, который высказывалъ тѣ же воззрѣнія, къ какимъ пришли еще древніе психіатры.

Въ сравнительно недавнія времена, когда вспыхнула ожесточенная борьба между послѣдователями психической и соматической школъ, терапія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опять-таки всецѣло зависѣла отъ того, къ которой изъ нихъ принадлежалъ лѣчащій врачъ. *Heinroth* и его ученики надежное профилактическое средство видѣли въ добродѣтельной жизни, а когда имъ приходилось имѣть дѣло съ уже развившеюся болѣзью, заботились главнымъ образомъ объ ослабленіи, объ обузданіи плоти, «возставшей противъ духа», прибѣгая къ строгой діетѣ, не останавливаясь даже передъ тяжелыми лишеніями. Приверженцы соматической школы, напротивъ, главную цѣль терапіи видѣли въ укрѣпленіи плоти, хотя и подвергались ядовитымъ насмѣшкамъ своихъ противниковъ, увѣ-

¹⁾ Не лишнее замѣтить, что подобныя терапевтическіе пріемы въ отдѣльныхъ странахъ практиковались до сравнительно недавняго времени. Последнее сожженіе за колдовство имѣло мѣсто въ Швейцаріи въ 1787 г.

рявшихъ, что тѣ идутъ «съ клистирными трубками на помощь къ помутившемуся уму».

Современная терапія душевныхъ болѣзней, отражающая наши воззрѣнія на сущность и причины ихъ, могла достигнуть настоящей высоты благодаря главнымъ образомъ великому французскому психіатру *Pinel*'ю.

Въ концѣ 1792-го года *Pinel* явился въ засѣданіе Національнаго Конвента и просилъ разрѣшенія снять цѣпи съ душевно-больныхъ, въ которыхъ они до тѣхъ поръ находились. Это предложеніе показалось членамъ собранія настолько несообразнымъ, что одинъ изъ нихъ, *Cuton*, выразилъ подозрѣніе, не скрываетъ ли *Pinel* между своими пациентами роялистовъ. На другой день онъ явился самъ въ *Vicêtre*, но бѣглаго взгляда ему было достаточно, чтобы всѣ опасенія разсѣялись. *Cuton* разрѣшилъ *Pinel*'ю привести его намѣреніе въ исполненіе, и съ этого дня оковы съ больныхъ были сняты, больные были выведены изъ темныхъ, грязныхъ помѣщеній на свѣжій воздухъ; съ ними стали обращаться, какъ съ людьми.

Въ терапевтическомъ отношеніи реформа *Pinel*'я имѣла въ высокой степени важное значеніе; она вызвала потребность въ устройствѣ больницъ, специально приспособленныхъ для помѣщенія и лѣченія душевно-больныхъ. Я сказалъ „специально приспособленныхъ“, такъ какъ не приспособленные существовали гораздо раньше, но, имѣя цѣлью лишь избавить общество отъ опасныхъ сочленовъ, не удовлетворяли и самымъ элементарнымъ требованіямъ; такъ, больница въ Упсалѣ была устроена еще въ 1305 г.; въ Цюрихѣ особое отдѣленіе госпиталя для душевно-больныхъ было воздвигнуто еще въ концѣ XII столѣтія¹⁾. Въ специальныхъ больницахъ только и явилась возможность, наблюдая за больными, изучать клиническія картины душевныхъ страданій, познакомиться съ вліяніемъ на

¹⁾ Здѣсь идетъ рѣчь исключительно о континентѣ Европы. Въ Англіи первая больница, назначенная исключительно для душевно-больныхъ (Св. Луки близъ Лондона), была устроена въ срединѣ прошлаго столѣтія. Вскорѣ послѣ нея квакеры воздвигли специальную больницу *Retreat* близъ Йорка.

нихъ различныхъ агентовъ и такимъ образомъ установить современную терапію.

Клиническое наблюденіе прежде всего показало, что придерживаться какого-либо шаблона при терапіи душевныхъ разстройствъ невозможно. Принципъ индивидуализаціи въ психіатріи имѣеть еще больше значенія, чѣмъ въ остальной медицинѣ. Назначить правильное, рациональное лѣченіе психіатръ можетъ лишь тогда, когда онъ тщательно изучилъ всѣ особенности даннаго случая, когда онъ принялъ въ расчетъ условія, вслѣдствіе которыхъ развилось страданіе, почву, на которую онѣ дѣйствовали и т. д.

Клинической опытъ далѣе выяснилъ, что въ каждомъ случаѣ необходимо какъ можно ранѣе предпринять лѣченіе; и въ этомъ отношеніи душевныя страданія смѣло можно поставить на ряду съ соматическими болѣзнями. Но въ то время какъ относительно послѣднихъ въ обществѣ уже давно пришли къ такому заключенію, душевныя страданія до сихъ поръ находятся въ самыхъ неблагоприятныхъ условіяхъ. До сихъ поръ еще полны жизненной правды слова *Neumann'a*, который въ лѣченіи душевной болѣзни различаетъ три періода: въ первомъ родные и близкіе больного постепенно приходятъ къ убѣжденію, что онъ боленъ; этотъ періодъ тратится на увѣщанія, развлеченія, путешествія и т. д. Во второмъ періодѣ обращаются къ врачу, который мало-по-малу приходитъ къ выводу, что его пациентъ душевно боленъ; въ этомъ періодѣ больного посылаютъ въ водолѣчебныя заведенія, совѣтуютъ ему гимнастику, прогулки и т. п. Наконецъ, въ третьемъ періодѣ зовутъ психіатра, который очень часто получаетъ въ свое вѣдѣніе уже вторичную форму.

Изучивъ своего больного, психіатръ можетъ назначить ему ту или другую систему лѣченія; но разъ она установлена, практика показываетъ, что безъ особенной надобности ее быстро мѣнять не слѣдуетъ, не слѣдуетъ торопливо хвататься за другое, третье, четвертое средство. Усиѣхъ лѣченія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ суще-

ственно зависитъ отъ послѣдовательнаго проведенія извѣстнаго режима и здѣсь требуется иной разъ много умѣнія, много такта, чтобы заставить больного подчиниться этому режиму. Нерѣдко, когда больной особенно возстаеъ, ему приходится дѣлать нѣкоторыя маловажныя уступки, но очень осторожно, подготавливая постепенно полное при-мѣненіе предложенной системы.

Руководствуясь этими основными положеніями, мы и можемъ приступить къ лѣченію каждаго конкретнаго случая.

Но прежде чѣмъ говорить о борьбѣ съ уже развившимся страданіемъ, я хотѣлъ бы остановить Ваше вниманіе на тѣхъ мѣрахъ, съ помощью которыхъ мы можемъ предупреждать его.

Изъ этиологіи помѣшательства намъ извѣстно, что среди всѣхъ причинъ, обусловливающихъ его появленіе, особенно видная роль принадлежитъ предрасполагающимъ. Противъ одной категоріи этихъ причинъ, противъ предрасполагающихъ общихъ, психіатръ однако безсиленъ; здѣсь ему остается только проповѣдь здравыхъ понятій и убѣжденій. Зато причины предрасполагающія индивидуальныя въ значительной степени могутъ быть подчинены нашему вліянію. Психіатръ долженъ вмѣшаться въ воспитаніе дѣтей, особенно принадлежащихъ къ невропатическимъ семьямъ, уже съ самыхъ первыхъ дней ихъ жизни. Онъ долженъ настаивать, чтобы ребенка, отягченнаго наслѣдственностью, кормила мать, если она совершенно здорова и не черезъ нее идутъ наслѣдственныя вліянія, или кормилица въ теченіе не менѣе 9 мѣсяцевъ. Врачъ долженъ слѣдить, чтобы воспитаніе дитяти не носило характера изнѣженности: температура спальни не должна быть слишкомъ высока, температура ваннъ не должна превышать 26—27° R. Рано должно заботиться и о физическомъ укрѣпленіи дѣтей, назначить имъ питательную діету, избѣгать всего возбуждающаго и особенно спиртныхъ напитковъ; большую услугу, если нѣтъ противопоказаній, оказываютъ здѣсь холодныя обтиранія по утрамъ. Въ воспитаніи невропа-

тических дѣтей должна быть проведена строгая нравственная дисциплина, имѣющая цѣлью выработать способность самообладанія, твердый характеръ. Къ образованію этихъ дѣтей слѣдуетъ относиться съ величайшей осторожностью, не обременять ихъ непосильнымъ трудомъ, зачастую даже сдерживать ихъ рвеніе; лучше всего, если заранѣе отказаться для нихъ отъ карьеры интеллектуальнаго работника, а воспитать техниковъ, сельскихъ хозяевъ. Нерѣдко болѣзненный характеръ старшихъ членовъ семьи отражается на дѣтяхъ крайне неблагоприятно; въ такихъ случаяхъ, если обстоятельства позволяютъ, ребенку несравненно удобнѣе жить и расти среди чужихъ. Особенно тщательнаго надзора невропатическіе субъекты требуютъ въ эпоху *pubertatis*, являющуюся первымъ пробнымъ камнемъ ихъ здоровья; за исключеніемъ отдѣльныхъ случаевъ половую жизнь они должны начать возможно позднѣе.

Таковы въ общихъ чертахъ профилактическія мѣры, которыя могутъ оказать большую услугу субъектамъ, отмѣченнымъ печатью наследственности. Но къ сожалѣнію эти мѣры приходится примѣнять сравнительно рѣдко. Какъ общее правило, къ психіатру обращаются лишь тогда, когда болѣзнь уже налицо.

Твердо помня указанные выше основные принципы, психіатръ приступаетъ къ лѣченію болѣзни, и первое показаніе, которому онъ долженъ удовлетворить, это— доставленіе возможно полнаго спокойствія психическому органу. Заболѣвшій головной мозгъ, какъ и всякій больной органъ, нуждается въ совершенномъ отдыхѣ. Подобно тому какъ терапевтъ при заболѣваніи желудка рекомендуетъ легкую пищу, подобно тому какъ хирургъ при переломѣ ноги накладываетъ неподвижную повязку, по точно такимъ же соображеніямъ психіатръ долженъ позаботиться, чтобы отъ его пациента были удалены по возможности всѣ хоть сколько-нибудь волнующія его впечатлѣнія. И легче всего, и проще всего это требованіе выполняется путемъ помѣщенія въ спеціальное заведеніе. Общественная жизнь слишкомъ богата разнообразіемъ.

Оставаясь въ семьѣ, слѣдовательно, не прерывая сношенія съ этой жизнью, больной подвергается постояннымъ раздраженіямъ, удалить которыя никто не въ силахъ. Кромѣ того, у себя дома, гдѣ ранѣе онъ былъ полнымъ хозяиномъ, больному все напоминаетъ объ его прошломъ; ему трудно свыкнуться съ мыслью, что онъ, хотя бы временно, долженъ уступить свои права другимъ. Наконецъ, дома его окружаютъ люди, не привыкшіе къ уходу за душевно-больными, постоянно отступающіе отъ основныхъ его правилъ. Совсѣмъ иное въ больницѣ: тамъ человѣкъ сразу переносится въ совершенно новыя для него условія. Новая обстановка быть можетъ вначалѣ произведетъ на него рѣзкое впечатлѣніе, но это только вначалѣ. Больной быстро свыкается съ ней; его больничная жизнь оказывается поразительно бѣдной впечатлѣніями, монотонной, однообразной. Всѣ его дни похожи, какъ одна капля воды на другую; всюду царитъ строгая дисциплина, строгій порядокъ, и больной самъ незамѣтно для себя входитъ въ эту жизнь, подчиняется этой дисциплинѣ. Дома его нельзя было накормить, во время уложить спать, заставить перемѣнить бѣлье, принять лѣкарство; въ больницѣ онъ дѣлаетъ это чаще всего безъ всякаго принужденія.

Такимъ образомъ, въ очень многихъ случаяхъ одно только помѣщеніе въ спеціальную больницу является могучей терапевтической мѣрой. Но для того, чтобы оказывать благотѣльное вліяніе, больницы для душевно-больныхъ должны быть устроены надлежащимъ образомъ.

Сравнивая между собою наши спеціальныя заведенія, предназначенныя для душевно-больныхъ, легко замѣтить, что они принадлежатъ къ различнымъ типамъ. Одни, казарменнаго типа, представляютъ большое зданіе въ нѣсколько этажей, въ которыхъ и размѣщаются душевно-больные по извѣстнымъ категоріямъ. Больницы этого рода имѣютъ то несомнѣнное преимущество, что значительно облегчаютъ для врачей надзоръ за больничнымъ персоналомъ; но хорошая сторона ихъ скрадывается передъ существенными недостатками, главнѣйшими изъ

которыхъ являются скученность больныхъ на ограниченномъ пространствѣ, со всѣми антигигиеническими послѣдствіями ея, и невозможность такъ распредѣлить ихъ, чтобы они не мѣшали другъ другу.

Стараясь избѣгнуть названныхъ неудобствъ, начали строить больницы по такъ называемой павильонной системѣ. Эти больницы состоятъ изъ ряда совершенно обособленныхъ зданій, раскиданныхъ иногда на довольно значительномъ пространствѣ; въ нихъ нѣтъ скученности, неблагоприятной во всѣхъ отношеніяхъ, въ нихъ довольно удобно можно разсортировать больныхъ по извѣстнымъ категоріямъ и вполне разобщать ихъ другъ отъ друга; но зато эти больницы обладаютъ крайне важнымъ недостаткомъ: требуя большого контингента служащихъ, онѣ по своему устройству въ то же время существенно затрудняютъ надзоръ за всѣмъ ходомъ больничной жизни.

Въ послѣдніе годы явилось стремленіе соединить выгоды обоихъ типовъ и избѣгнуть ихъ недостатковъ; результатомъ такого стремленія явился новый, смѣшанный типъ, при которомъ отдѣльныя павильоны на столько сближены между собою, что соединяются болѣе или менѣе короткими теплыми корридорами. При этомъ устройствѣ больныхъ безъ труда можно переводить изъ одного помѣщенія въ другое, больничному персоналу легко имѣть соотвѣтствующее наблюденіе и въ то же самое время нѣтъ скученности больныхъ, отдѣльныя категоріи которыхъ вполне изолированы одна отъ другой.

Но къ какому бы типу ни принадлежала больница, она должна состоять изъ нѣсколькихъ обособленныхъ отдѣленій. Прежде всего въ ней должно быть отдѣленіе для такъ называемыхъ спокойныхъ больныхъ. Въ этомъ отдѣленіи помѣщаются тихіе хроники, выздоравливающіе, тѣ изъ вновь заболѣвшихъ, которые по своему состоянію не нуждаются въ особенномъ надзорѣ. Спокойное отдѣленіе въ свою очередь должно состоять изъ двухъ половинъ; въ одной помѣщаются лица, принадлежащія къ

привилегированнымъ сословіямъ, интеллигентные больные, въ другомъ—мало образованные, изъ низшаго класса. Самое устройство помѣщеній по возможности приспособляется къ характеру и привычкамъ больныхъ; здѣсь необходимъ извѣстный комфортъ, удобство, уютность; по убранству комнаты напоминаютъ частную квартиру. Тутъ должны быть помѣщенія, назначенныя для общаго пользованія—гостиная, билліардная, библіотека и т. д., такъ что больные въ зависимости отъ настроенія могли бы по желанію или находиться въ обществѣ, или оставаться одни. Надзоръ за больными долженъ быть здѣсь какъ можно менѣе замѣтнымъ, свобода ихъ какъ можно менѣе стѣсненной.

Инымъ характеромъ отличаетъ устройство отдѣленія для неспокойныхъ. Въ немъ главный контингентъ больныхъ составляютъ субъекты, требующіе болѣе тщательнаго надзора, легко возбудимые, хроники, которые по особенностямъ своего состоянія не могутъ помѣщаться между спокойными больными, будетъ ли это въ силу дурныхъ привычекъ ихъ, неряшливости или иныхъ причинъ. Здѣсь раздѣленіе больныхъ на привилегированныхъ и непривилегированныхъ уже въ значительной степени стусывается, вся обстановка отличается большимъ однообразіемъ, простотой, надзоръ болѣе строгій и нѣтъ необходимости такъ старательно маскировать его, какъ въ спокойномъ отдѣленіи. Большая часть помѣщеній здѣсь также назначена для общаго пребыванія больныхъ, но должно быть извѣстное количество и отдѣльныхъ комнатъ, гдѣ больные въ случаѣ надобности могли бы быть изолированными. Еще болѣе своеобразнымъ характеромъ отличается устройство отдѣленія, назначеннаго для буйныхъ больныхъ. Общихъ помѣщеній въ немъ сравнительно мало, и они отличаются крайне простой обстановкой—массивные столы, плотно прикрѣпленные къ полу, да тяжелыя, по большей части также неподвижныя кресла и скамьи—вотъ и вся ихъ меблировка. Значительная часть отдѣленія занята изоляціонными комнатами, которыя должны быть по возможности удалены одна отъ другой; въ этихъ

комнатахъ помѣщаются больные, не выносящіе общества, представляющіеся опасными для окружающихъ. Въ различныхъ заведеніяхъ изоляторы устроены крайне различно; обыкновенно однако и здѣсь стараются достигнуть того, чтобы по возможности они ближе напоминали жилое помѣщеніе. Окно должно быть устроено не выше обыкновеннаго уровня, безъ рѣшетки, такъ напоминающей собою тюрьму, за которую больные дѣйствительно часто и принимаютъ больницу; но такъ какъ такое окно можно разбить, то въ хорошо устроенныхъ заведеніяхъ оно состоитъ изъ металлической рамы, куда вставлены толстыя корабельныя стекла. Самъ изоляторъ долженъ быть достаточно свѣтлымъ и просторнымъ, имѣть хорошую вентиляцію; стѣны его иногда обиваются тонкими досками, или даже покрываются слоемъ гуттаперчи съ цѣлю предохранить больного отъ ушибовъ. Опытъ показываетъ однако, что эти приспособленія по большей части излишни, что можно удовольствоваться обыкновенной каменной цементированной стѣной, которая до извѣстной высоты покрыта масляной краской и нужно заботиться лишь объ одномъ—чтобы въ этой стѣнѣ не было никакихъ острыхъ выступовъ и чтобы во всемъ изоляторѣ не существовало мертвыхъ угловъ, гдѣ больной ускользалъ бы отъ наблюденія черезъ отверстіе въ двери.

Кромѣ только-что перечисленныхъ отдѣленій, въ каждой изъ больницъ непременно имѣется еще одно, назначенное для слабыхъ неопытныхъ больныхъ, это — такъ называемое трудное отдѣленіе, отличительной особенностью котораго должно быть изобиліе свѣжаго воздуха и достаточно высокая температура. Здѣсь больные по большей части помѣщаются въ общихъ комнатахъ, причемъ значительный контингентъ ихъ постоянно остается въ постели.

Во всѣхъ большихъ хорошо организованныхъ заведеніяхъ устраиваются сверхъ названныхъ выше еще особыя отдѣленія для соматическихъ больныхъ и для эпилептиковъ и идиотовъ; послѣдніе впрочемъ очень часто распре-

дѣляются по различнымъ отдѣленіямъ сообразно ихъ индивидуальнымъ особенностямъ.

Наконецъ, въ самые послѣдніе годы въ нѣкоторыхъ больницахъ стали устраивать особыя, такъ называемыя обсервационныя отдѣленія, къ обитателямъ которыхъ приѣмляется постельный режимъ.

Постельный режимъ или постельное содержаніе заключается въ томъ, что душевно-больныхъ заставляютъ лежать въ постели совершенно такъ же, какъ страдающихъ соматическими болѣзнями.

Впервые этотъ режимъ былъ предложенъ болѣе тридцати лѣтъ тому назадъ (*Ludvig'омъ Meyer'омъ*), но тогда онъ нашелъ себѣ очень мало сторонниковъ; мысль показалась сначала слишкомъ оригинальной и лишь мало-помалу стали высказываться въ ея пользу голоса, какъ у насъ, такъ и за границей. Рекомендую постельное содержаніе; сторонники его указываютъ на слѣдующія преимущества этого режима: душевно-больной, будучи уложенъ въ постель въ общей спальнѣ, чувствуетъ, что онъ находится въ больницѣ, что къ нему относятся какъ къ больному; обыкновенная больничная обстановка его не смущаетъ, такъ какъ каждый, конечно, видалъ ее много разъ.

Такое сознаніе существенно облегчаетъ уходъ за душевно-больнымъ; онъ охотнѣе подчиняется всѣмъ требованіямъ окружающихъ, старается вести себя сдержаннѣе, чтобы не потревожить сосѣдей. Однимъ словомъ, постельный режимъ можетъ благотворно вліять на психическое состояніе. Но этимъ выгоды его не исчерпываются. Оставаясь въ постели, въ теплѣ, дѣлая сравнительно мало движеній, истощенные душевно-больные легче могутъ возстановить упадокъ питанія, который, какъ извѣстно, является однимъ изъ важнѣйшихъ тормозовъ для прекращенія патологическаго процесса въ психическомъ органѣ. Наконецъ, постельный режимъ очень облегчаетъ уходъ и надзоръ за больными: при немъ больной всегда на глазахъ прислуги; попытки къ самоубій-

ству, нападенія на окружающихъ, неопрятность, — все это можетъ быть во время замѣчено, предупреждено.

Увлекаясь положительными сторонами постельнаго режима, нѣкоторые клиницисты начали высказывать даже убѣжденіе, что теперь уже нѣтъ надобности въ специально приспособленныхъ заведеніяхъ, что больницы, назначенныя для душевно-больныхъ по своей конструкціи могутъ не отличаться отъ общихъ. Я не стану останавливаться на опроверженіи такого мнѣнія; ошибочность его слишкомъ очевидна, такъ какъ громадное большинство обитателей нашихъ специальныхъ заведеній—хроники, которыхъ нельзя же держать въ постели цѣлыми годами; но и по отношенію къ острымъ формамъ постельный режимъ не можетъ быть примѣненъ безъ исключенія во всѣхъ случаяхъ. Безусловно полезнымъ его слѣдуетъ признать прежде всего для меланхоликовъ, истощенный организмъ которыхъ быстро оправляется благодаря содержанію въ постели; примѣнимъ онъ и во многихъ случаяхъ маниакальнаго возбужденія, если послѣднее не достигло еще рѣзкой степени; многіе ипохондрики, неврастеники, истеричные также съ большой пользой могутъ быть оставляемы въ постели на нѣкоторое время. Наконецъ, при остромъ безсмысліи, при острыхъ галлюцинаторныхъ формахъ и при временныхъ ожесточеніяхъ болѣзни у хрониковъ постельнымъ режимомъ пользовались повидимому также съ большимъ успѣхомъ. Но практика показываетъ, что и въ постельномъ содержаніи мы не имѣемъ такого шаблона, который можемъ примѣнять всегда, игнорируя индивидуальныя свойства каждаго отдѣльнаго случая. Сильно возбужденные больные нерѣдко не желаютъ оставаться въ постели; они соскакиваютъ съ нея, набрасываются на окружающихъ, неистово кричатъ по ночамъ, нарушая сонъ сосѣдей. Въ этихъ случаяхъ обыкновенно больныхъ удерживаютъ силой; въ заграничныхъ больницахъ иногда пользуются даже особыми кроватями, устроенными въ видѣ клѣтокъ, изъ которыхъ больной не въ состояніи выбраться; у насъ, къ счастью, подобный способъ еще не примѣняется. Если состояніе боль-

ного таково, что онъ при сопротивленіи быстро успокаивается, его, конечно, можно оставить въ постели. Иное дѣло, если борьба съ прислугой затягивается на болѣе долгое время; при этомъ условіи вся выгода постельнаго содержанія исчезаетъ,—больной только раздражается, истощаетъ свои силы въ физической борьбѣ, возбуждаетъ и сосѣдей. Подобныхъ субъектовъ лучше переводить въ изоляторы, гдѣ они менѣе мѣшаютъ другимъ, да и сами успокаиваются быстрѣе.

Вообще слѣдуетъ замѣтить, что показанія къ постельному режиму еще далеко не отличаются должной опредѣленностью, но уже и тотъ сравнительно короткій опытъ, какимъ мы обладаемъ въ настоящее время, заставляетъ думать, что этотъ режимъ можетъ играть видную роль въ терапіи душевныхъ заболѣваній.

Выше мы говорили о различныхъ отдѣленіяхъ, которыя должны быть устроены въ каждой больницѣ и конечно, особая для мужчинъ и для женщинъ. Но каковъ бы ни былъ характеръ ихъ устройства, больные, находящіеся въ нихъ, должны быть подъ постояннымъ строгимъ надзоромъ; свобода ихъ дѣйствій представляется въ значительной степени стѣсненной суровыми требованіями однообразной дисциплины. А между тѣмъ среди душевно-больныхъ есть такіе, которые съ болѣею пользою для себя, или по крайней мѣрѣ безъ всякаго ущерба могутъ жить при болѣе свободныхъ условіяхъ, ближе напоминающихъ обыденную жизнь здоровыхъ людей. Для такихъ больныхъ вблизи большихъ заведеній очень нерѣдко устраиваютъ такъ называемыя колоніи, которыя представляютъ собою обыкновенныя жилища помѣщенія и располагаются въ сторонѣ отъ главнаго зданія; сюда переводятъ спокойныхъ хрониковъ, выздоравливающихъ; здѣсь же могутъ найти себѣ мѣсто и нѣкоторые неврастеники, ипохондрики и т. п. больные, для которыхъ нѣтъ необходимости въ строгомъ надзорѣ и монотонномъ режимѣ. Обитатели колоній—главный рабочій элементъ въ больницѣ; они принимаютъ живое уча-

стіе въ полевыхъ и огородныхъ работахъ, занимаются различными мастерствами и т. д.

Но и въ колоніяхъ больные еще слишкомъ живо чувствуютъ особенности своего состоянія.

Желаніе дать имъ возможность забыть его, доставить полную свободу, какой только они могутъ пользоваться—это желаніе заставляеть многихъ специалистовъ рекомендовать, какъ наиболѣе совершенную, наиболѣе желательную форму призрѣнія—помѣщеніе ихъ въ частныхъ семьяхъ (*patronage familiale*).

Семейное призрѣніе душевно-больныхъ ведетъ свое начало изъ глубокой древности и достигло особеннаго развитія въ нѣкоторыхъ странахъ Западной Европы, преимущественно же въ Бельгіи и Шотландіи.

Въ Бельгіи исторически всемірную извѣстность пріобрѣла одна область этого государства, Geheel. Существуетъ преданіе, что въ VII вѣкѣ послѣ Р. Х. Димфна, дочь одного ирландскаго царька, приняла христіанство и вмѣстѣ со своимъ духовникомъ бѣжала отъ отца на материкъ Европы; отецъ настигъ бѣглецовъ въ Фламандской Бельгіи и тамъ, гдѣ теперь Geheel, умертвилъ свою дочь. Преданіе добавляетъ, что случайно присутствовавшій при этой казни душевно-больной выздоровѣлъ. Слухъ о такомъ событіи быстро разнесся по сосѣднымъ странамъ; многіе начали привозить своихъ душевно-больныхъ къ мѣсту казни, гдѣ была потомъ устроена часовня, и тамъ молились за ихъ исцѣленіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ исцѣленіе не наступало или являлось лишь позднѣе, тогда больныхъ оставляли въ семьяхъ окрестныхъ жителей на болѣе продолжительный срокъ.

Такимъ путемъ на ограниченномъ участкѣ земли, на которомъ расположено мѣстечко Geheel и около 20 поселковъ и гдѣ все населеніе едва достигаетъ 11 тысячъ, въ этомъ участкѣ нынѣ скопилось около двухъ тысячъ душевно-больныхъ, и бельгійскому правительству осталось только воспользоваться тѣмъ, что сложилось вѣками. Въ Geheel была выстроена небольшая больница, куда привозятъ вновь заболѣвшихъ и откуда врачи дѣлають

постоянные разъезды по всей общинѣ, въ случаѣ необходимости временно водворяя своихъ пациентовъ въ больницу и устраивая въ семьяхъ тѣхъ изъ недавно поступившихъ, которые не имѣютъ надобности въ больничномъ режимѣ.

Въ послѣдніе годы, когда суровая необходимость выдвинула вопросъ о призрѣніи душевно-больныхъ во всѣхъ цивилизованныхъ странахъ, какъ настоятельно требующій немедленнаго разрѣшенія, явилась мысль воспользоваться примѣромъ Geheel и ввести семейное призрѣніе, какъ систему.

Защитники этой мысли, указывая, что при такомъ разрѣшеніи вопроса больные могутъ быть поставлены въ самыя благопріятныя для нихъ условія, въ то же время останавливались и на его сравнительной дешевизнѣ. Однако произведенныя въ этомъ направленіи попытки далеко не всегда оказывались успѣшными, по крайней мѣрѣ у насъ въ Россіи, и врядъ ли можно жалѣть объ ихъ неудачѣ. Въ самомъ дѣлѣ, при семейномъ содержаніи нужно принимать въ расчетъ не только больного, но и семью, въ которую онъ попадаетъ, нужно считаться съ высотой культуры, съ общимъ уровнемъ развитія здороваго населенія. Самые ярые патроны *patronage familiale* не скрываютъ, что врачебное наблюденіе за больными, призрѣваемыми въ частныхъ семьяхъ, въ высокой степени затруднительно, а между тѣмъ какъ бы строго мы не относились къ выбору больныхъ, въ ихъ состояніи могутъ происходить перемѣны, которыя, ускользнувъ отъ компетентнаго наблюдателя, нерѣдко заканчиваются самыми печальными послѣдствіями. Но чуть ли еще не больше вниманія при *patronage familiale* врачъ долженъ удѣлять призрѣвающимъ. Лица, принимающія къ себѣ больныхъ за извѣстное вознагражденіе, конечно, имѣютъ въ виду матеріальныя выгоды; руководствуясь ими, они могутъ не вполне добросовѣстно относиться къ своимъ обязательствамъ, могутъ плохо кормить больныхъ, обременять излишней работой и т. д. Наконецъ, больные, входя въ семью, иногда оказываютъ дурное, растлѣвающее вліяніе, особенно на дѣтей, въ обществахъ которыхъ имъ приходится

проводить болѣе всего времени. Всѣ эти соображенія заставляютъ относиться къ семейному прирѣнью съ большою осторожностью.

Заканчивая сегодняшнюю лекцію, посвященную главнымъ образомъ характеристикѣ психіатрическихъ заведеній, я позволю себѣ остановиться еще на одномъ существенно важномъ вопросѣ: всѣхъ ли душевно-больныхъ нужно помѣщать въ больницу, нельзя ли ихъ лѣчить дома?

Практика жизни показываетъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ этотъ вопросъ долженъ быть разрѣшаемъ различно: есть такіе больные, которыхъ необходимо помѣщать въ больницу; сюда относятся всѣ субъекты, представляющіе въ силу своего болѣзненнаго состоянія опасность для себя или для окружающихъ, меланхолики съ порывами предсердечной тоски, съ попытками къ самоубійству, очень возбужденные маніаки, большинство страдающихъ галлюцинаторнымъ помѣшательствомъ, часть одержимыхъ бредовымъ помѣшательствомъ и т. п. Въ психіатрическомъ заведеніи нуждаются также тѣ больные, которые отказываются отъ пищи, не принимаютъ лѣкарствъ, не соблюдаютъ основныхъ правилъ гигиены, вообще лица, не подчиняющіяся надлежащему режиму дома.

Наконецъ, больница оказываетъ важную услугу душевно-больнымъ, семейная жизнь которыхъ сложилась неблагоприятно для ихъ лѣченія. Если, наоборотъ, условія семьи позволяютъ, съ большимъ успѣхомъ на дому можно лѣчить легкія формы меланхоліи, маніакальнаго возбужденія, острой спутанности, истерическіе, ипохондрическіе психозы. Дома, конечно, могутъ оставаться и тихіе спокойные хроники.

Разъ мы рѣшили, что больного слѣдуетъ непременно помѣстить въ больницу, является вопросъ, какимъ образомъ всего легче это исполнить.

При психозахъ, сопровождающихся помраченіемъ сознания, недоумѣніе разрѣшается весьма просто. Совсѣмъ иное, если больной сохраняетъ сознание; въ такомъ случаѣ всего лучше убѣдить его поступить въ больницу, но ни

въ какомъ случаѣ не прибѣгать къ обману, какъ это къ сожалѣнію обыкновенно практикуется. Такой обманъ вооружаетъ больного не только противъ его родныхъ, но и противъ врачей, т. е. тѣхъ лицъ, которыя именно должны прежде всего снискать его довѣріе. Въ крайнемъ случаѣ меньше вреда оказываетъ даже грубое насиліе, не смотря на всю его нежелательность.

Если больной помѣщенъ въ больницу, онъ долженъ оставаться въ ней до полного выздоровленія. Нѣкоторые клиницисты однако указываютъ, что изрѣдка встрѣчаются лица совсѣмъ невыносящія больничной жизни, и совѣтуютъ въ подобныхъ случаяхъ, если есть малѣйшая возможность, не настаивать на ея продолженіи. Лично я въ свой практикѣ не имѣлъ возможности наблюдать больныхъ такого рода, но неоднократно мнѣ приходилось замѣчать, что иногда въ періодѣ выздоровленія больной начиналъ въ высшей степени тяготиться своей обстановкой и поправленіе шло несравненно быстрее, когда его желаніе вернуться домой исполнялось ранѣе намѣченнаго срока.

Лекція XXI.

Лѣченіе помѣшательства.

(Окончаніе)

Лѣченіе соматическое и психическое. Показанія къ соматическому лѣченію. Отвлекающій методъ лѣченія; мѣстныя кровопусканія, холодныя компрессы, продолжительныя теплыя ванны, отвлеченіе на кишечникъ. Успокаивающій методъ лѣченія; опій и его алкалоиды; показанія къ назначенію опія и морфія; бромистые препараты. Снотворныя средства; хлораль-гидратъ, паральдегидъ, сульфональ и тріональ; изоляція; пребываніе въ постели; теплыя ванны. Возбуждающій методъ лѣченія: мускусъ, камфора, фосфоръ, спорынья, стрихнинъ.

Гидротерапія; электротерапія. Психическое лѣченіе; успокаивающій методъ; устраненіе всѣхъ возбуждающихъ моментовъ, изоляція. Отвлекающій методъ; физическая работа, игры, умственный трудъ. Характеръ обращенія съ душевно-больными. Лѣчебныя мѣры въ періодъ выздоровленія

М. М. Гз.!

Изъ предшествовавшей лекціи Вы знаете, что психіатръ долженъ прежде всего позаботиться о томъ, чтобы доставить своему больному возможно полное спокойствіе. Только тогда, когда выполнено такъ или иначе это требованіе, онъ можетъ приступить къ дальнѣйшему лѣченію, которое бываетъ двоякаго рода—соматическое и психическое. Какое изъ нихъ необходимо примѣнить въ каждомъ частномъ случаѣ, это рѣшается особенностями послѣдняго; какъ общее правило можно сказать развѣ одно: соматическая терапія выступаетъ на первый планъ при острыхъ формахъ, психическая—при затяжныхъ; да и это правило богато исключеніями.

Остановимся сначала на показаніяхъ къ *соматическому лѣченію*.

Прежде всего эти показанія даются физическимъ состояніемъ больного. Врачъ долженъ произвести самое тщательное всестороннее изслѣдованіе своего пациента, установить, нѣтъ ли измѣненій со стороны внутреннихъ органовъ, которые могли бы подрывать общее питаніе, не имѣется ли на лицо какого-либо худосочія и, сообразуясь съ полученными результатами, назначаетъ терапію. Здѣсь находятъ себѣ обширное примѣненіе всевозможныя *gobantia*: желѣзо, мышьякъ, хининъ и т. д. Но нерѣдко всѣ эти средства оказываются безсильными; общее питаніе не улучшается, такъ какъ на него неблагоприятно дѣйствуютъ тѣ или другіе симптомы психическаго разстройства, напр., бессонница, состояніе возбужденія, аффекты тоски; необходимо, слѣдовательно, устранить ихъ, необходимо повліять непосредственно на нервную систему. Такимъ образомъ, дальнѣйшія показанія къ соматическому лѣченію даются состояніемъ нервной системы. Мы стараемся подѣйствовать на нее, прибѣгая, смотря по особенностямъ конкретнаго случая, къ отвлекающему, успокаивающему или возбуждающему методу.

Отвлекающій методъ лѣченія мы примѣняемъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе допустить усиленный притокъ крови къ головному мозгу. Первое мѣсто здѣсь прежде занимали кровопусканія, какъ общія, такъ и мѣстныя. Общія кровопусканія нынѣ уже давно оставлены, такъ какъ они влекутъ за собою упадокъ питанія, съ одной стороны, и далеко не всегда устраняютъ притокъ крови къ мозгу — съ другой. Мѣстныя кровопусканія, правда въ очень исключительныхъ случаяхъ, примѣняются и въ настоящее время (напр., при нѣкоторыхъ формахъ остраго бреда ставятъ пиявки). Болѣе рациональнымъ, чѣмъ кровопусканіе слѣдуетъ назвать примѣненіе ледяныхъ компрессовъ, которыми однако не удается пользоваться часто, такъ какъ больные обыкновенно ихъ сбрасываютъ. Самымъ лучшимъ отвлекающимъ поэтому являются теплыя ванны въ 28—29° по R, продолжитель-

ностью отъ $\frac{1}{2}$ —до 2—3 и болѣе часовъ. Расширенные въ такой ваннѣ сосуды кожи вмѣщаютъ въ себя значительное количество крови, которая отвлекается отъ внутреннихъ органовъ, а слѣдовательно и отъ головного мозга. Продолжительная теплая ванна имѣетъ еще то преимущество, что, равномерно раздражая кожные нервы, дѣйствуетъ на больного успокаивающимъ образомъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ психіатры прибѣгаютъ къ отвлеченію на кишечникъ, обыкновенно впрочемъ только въ видѣ устраненія привычныхъ запоровъ.

Отвлекающія на кожу уже оставлены, хотя еще не такъ давно нѣкоторые авторы рекомендовали втираніе мази изъ рвотнаго камня въ кожу головы при лѣченіи начальныхъ стадій прогрессивнаго паралича.

Успокаивающимъ методомъ лѣченія называется примѣненіе такихъ средствъ, которые успокаиваютъ нервную систему. Къ нимъ относятся прежде всего опій и его алкалоиды.

Назначеніе опія показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ основаніе предполагать повышенную возбудимость въ особенности со стороны головного мозга, безразлично, выражается ли она аффектами тоски, или крайней чуткостью ко всѣмъ процессамъ въ организмѣ, или же, наконецъ, усиленной раздражительностью, склонностью къ гнѣвнымъ вспышкамъ; поэтому мы даемъ опій при меланхолии, ипохондрикамъ, маниакамъ. Особенно охотно назначаютъ это средство субъектамъ истощеннымъ, такъ какъ оно обладаетъ способностью также тонизировать центральную нервную систему и улучшать общее питаніе. Противопоказанъ опій при состояніяхъ гипереміи головного мозга и при катаррахъ кишечника.

Изъ алкалоидовъ опія особенно частое примѣненіе находитъ себѣ морфій. Морфій назначается въ тѣхъ же случаяхъ, какъ и опій; но онъ лишенъ трофическаго вліянія послѣдняго, зато оказываетъ болѣе рѣзкое дѣйствіе на сосуды. Какъ опій, такъ и морфій удобнѣе всего назначать въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній. Этимъ достигаются весьма важныя преимущества: щадится кишечникъ,

облегчается точная дозировка и является возможность давать лѣкарство помимо воли больного. Однако и въ данномъ случаѣ изъ общаго правила возможны частыя исключенія. Нерѣдко больные, страдающіе бредомъ преслѣдованія и незнакомые съ подкожными впрыскиваніями, приписываютъ имъ крайне вредное значеніе, раздражаются противъ врачей и всего лѣчебнаго персонала, начинаютъ смотрѣть на нихъ, какъ на явныхъ враговъ; въ подобныхъ случаяхъ иногда приходится предпочесть болѣе привычный способъ назначенія лѣкарствъ.

Что касается величины дозъ, то при подкожномъ введеніи морфія мы обыкновенно начинаемъ съ 0,006 или 0,008, два-три раза въ день и постепенно повышаемъ дозу до 0,015 и даже до 0,03. Увеличеніе равно какъ и уменьшеніе дозъ всегда совершается постепенно. Опій, обыкновенно въ формѣ *extract. opii aquosum*, вначалѣ назначаютъ не болѣе 0,015, также 2—3 раза въ день или чаще, и постепенно повышаютъ дозы до 0,03—0,06—0,12 и даже до 0,18; по достиженіи результата приемы уменьшаются въ такой же постепенности.

Вторымъ наиболѣе распространеннымъ изъ успокаивающихъ средствъ слѣдуетъ назвать бромистые препараты. Бромистые препараты принято назначать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда состояніе усиленной возбудимости замѣчается главнымъ образомъ со стороны спинного мозга. На этомъ основаніи обширное примѣненіе они находятъ въ психозахъ, возникшихъ на почвѣ истеріи, неврастеніи, эпилепсіи, ипохондріи, у лицъ, страдающихъ которыми развилось вслѣдствіе онанизма и вообще половыхъ излишествъ. Эти средства, какъ и предшествовавшія, успѣшно дѣйствуютъ только въ томъ случаѣ, когда назначаются систематически и въ не особенно малыхъ дозахъ. Наибольшее распространеніе имѣетъ бромистый натрій, который удобнѣе всего давать въ видѣ микстуры, начиная отъ 1,0 на приемъ 3—4 раза въ день и въ случаѣ надобности постепенно повышая дозу до 2,0—3,0 и даже 4,0; хотя впрочемъ должно замѣтить, что во многихъ отношеніяхъ удобнѣе пользоваться не очень большими, но зато болѣе частыми прие-

мами, напр., по 1,0 или по 2,0 до 6—8 разъ въ день, запивая каждый разъ лѣкарство минеральной щелочной водой, напимѣръ, Боржомомъ; послѣднее условіе важно соблюдать особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо продолжительное лѣченіе, такъ какъ при этомъ условіи явленія бромизма выступаютъ позднѣе и слабѣе. Изъ другихъ бромистыхъ препаратовъ чаще всего назначаютъ бромистый калий (обыкновенно съ незначительными дозами бромистаго аммонія) и въ послѣднее время бромистый стронцій.

Я назвалъ здѣсь только самыя важныя успокаивающія средства, показанія къ которымъ опредѣлены болѣе точно. Кромѣ нихъ въ психіатрической практикѣ примѣняются еще много другихъ, но относительно нихъ выводы отдѣльныхъ наблюдателей до сихъ поръ далеко не представляются согласными. Такъ, нѣкоторые рекомендуютъ *hyoscinum hydrobromatum* (отъ 0,0005 до 0,001 *pro dosi*), какъ средство очень успокаивающее даже возбужденныхъ больныхъ и скоро вызывающее у нихъ продолжительный и крѣпкій сонъ, но совѣтуютъ остерегаться его при расстройствахъ кровообращенія и у очень истощенныхъ субъектовъ. Въ послѣдніе годы многіе наблюдали очень хорошее вліяніе подкожныхъ впрыскиваній *duboisini sulfurici*, особенно при состояніяхъ возбужденія (отъ 0,0005 *pro dosi*) и преимущественно при формахъ съ періодическимъ теченіемъ.

Къ успокаивающему же методу лѣченія можно отнести и примѣненіе снотворныхъ. Безсонница, это—одно изъ самыхъ частыхъ явленій при психозахъ; ослабляя больного, она требуетъ поэтому особеннаго вниманія со стороны врача. Замѣтивъ этотъ симптомъ, врачъ прежде всего долженъ установить причины его происхожденія. Нерѣдко на безсонницу слѣдуетъ смотрѣть, какъ на результатъ крайняго истощенія нервной системы; въ подобныхъ случаяхъ лучшимъ снотворнымъ является питательная діета, въ другихъ случаяхъ больному препятствуютъ спать мучительныя, непріятныя ощущенія со стороны сердца,—тогда роль надежныхъ снотворныхъ играютъ раз-

личныя сердечныя средства: *digitalis*, *strophantus*, *convallaria majalis* и т. д. Одной из довольно частых причинъ бессонницы служить далѣе усиленное половое возбужденіе, и здѣсь сонъ обыкновенно является послѣ бромистыхъ препаратовъ и теплыхъ ваннъ.

Къ сожалѣнію, однако, чаще всего мы не въ состояніи выяснитъ, почему больной страдаетъ бессонницей, и для борьбы съ ней должны прибѣгать къ снотворнымъ въ собственномъ смыслѣ этого слова. Самымъ распространеннымъ изъ нихъ до сихъ поръ слѣдуетъ назвать *chloralhydrat*. Это средство обладаетъ однимъ существеннымъ недостаткомъ — больные къ нему скоро привыкаютъ; время отъ времени поэтому становится необходимымъ повышать дозу, что крайне нежелательно, такъ какъ можетъ повлечь за собою развитіе хлорализма. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ *chloralhydrat* прямо противопоказуется, напр., при катарральномъ состояніи желудка, при порокахъ сердца. Въ силу всѣхъ этихъ условій явилась необходимость отыскивать новыя снотворныя, которыя дѣйствительно и предлагаются ежегодно почти десятками. Но опытъ показываетъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ они или не достигаютъ цѣли, или сопровождаются весьма нежелательными послѣдствіями, почему обыкновенно скоро и выходятъ изъ употребленія. Такъ, одно время настойчиво рекомендовали *urethan*, какъ не оказывающій дурного вліянія на организмъ; клиника подтвердила это отрицательное достоинство, но она же выяснила, что имъ и ограничиваются всѣ преимущества новаго средства: сна обыкновенно оно не вызываетъ, даже назначаемое въ большихъ дозахъ. Къ числу снотворныхъ, уже вышедшихъ изъ употребленія, можно отнести также *paraldehydum*, *hypnolum*, *somnolum*, *amylenum hydratum* и т. д. На паральдегидъ вначалѣ было возлагались большія надежды, думали, что онъ можетъ замѣнить собою хлораль. Дѣйствительность однако не оправдала ожиданій; оказалось, что пріемъ этого средства далеко не всегда влечетъ за собою сонъ, а, отличаясь крайне противнымъ запахомъ, который долго ощущается въ дыханіи больныхъ, оно при-

нимается очень неохотно. Блестящимъ исключеніемъ изъ длиннаго ряда новыхъ снотворныхъ, перечислять которыя я считаю излишнимъ, являются два средства, сродныя между собою,—sulfonalum и trionalum, вызывающія въ большинствѣ случаевъ спокойный, глубокий сонъ. Особенно это слѣдуетъ сказать по отношенію къ тріоналу, снотворное дѣйствіе котораго является менѣе надежнымъ, повидимому, лишь при органическихъ формахъ: обыкновенно его принимаютъ отъ 0,6 до 2,0 grо dosi за $\frac{1}{2}$ часа до сна, причемъ всегда запиваютъ большимъ количествомъ теплой жидкости. При послѣднемъ условіи какъ тріональ, такъ и сульфональ всасываются быстрее, сонъ наступаетъ болѣе глубокий, а пробуждаясь, больные не жалуются на тяжесть головы, на общее расслабленіе и сонливость—столь обычное послѣдствіе другихъ снотворныхъ. Выше 2,0 приемы тріонала повышать не слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ личный опытъ убѣдилъ меня, что если эта доза не достигаетъ цѣли, то безрезультатными по большей части остаются и большія. Что касается сульфонала, то онъ дѣйствуетъ менѣе вѣрно и его слѣдуетъ назначать въ нѣсколько большихъ дозахъ, отъ 1,0 до 3,0 и даже 4,0. Многіе клиницисты, рекомендуя оба средства, указывали между прочимъ, что ихъ можно примѣнять довольно долгое время безнаказанно; но чѣмъ богаче становится нашъ клиническій опытъ въ этомъ отношеніи, тѣмъ болѣе выясняется, что и съ ними нужна большая осторожность, такъ какъ при продолжительномъ употребленіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчались весьма тяжелые симптомы отравленія, которые впрочемъ развивались обыкновенно исподоволь и довольно быстро исчезали, если во время прекращались приемы снотворнаго. Въ послѣднее время въ нашихъ клиникахъ и больницахъ большой популярностью пользуется veronal и его препараты. Veronal въ дозахъ отъ 0,5 до 1,0 вызываетъ обыкновенно продолжительный и глубокий сонъ; длительное примѣненіе его однако въ очень многихъ случаяхъ связано съ существеннымъ неудобствомъ—развивается рѣзкая мышечная слабость. Этого свойства, повидимому, лишень

Veronal-Natrium или medinal, назначенный въ тѣхъ же дозахъ или даже нѣсколько большихъ.

Кромѣ различныхъ аптечныхъ средствъ сонъ можетъ улучшаться у душевно-больныхъ еще и подъ вліяніемъ другихъ условій. На возбужденнаго больного нерѣдко, какъ сотворное, дѣйствуетъ изоляція. У лицъ съ подорваннымъ общимъ питаніемъ, особенно у меланхоликовъ, сонъ дѣлается болѣе продолжительнымъ благодаря теплотѣ постели, въ которой ихъ оставляютъ. Наконецъ, неоцѣненные услуги здѣсь очень часто оказываютъ намъ продолжительныя теплыя ванны (конечно, только не у очень истощеннымъ больныхъ).

Подъ *возбуждающимъ методомъ* лѣченія понимается примѣненіе такихъ средствъ, которыя возбуждаютъ, тонизируютъ нервную систему. Сюда относятся—alcohol, moschus, camphora и тому подобныя средства, такъ часто употребляемая въ терапевтическихъ клиникахъ; къ нимъ же должно причислить и phosphorus, который, хотя на основаніи лишь грубой эмпириі, назначается нерѣдко при состояніяхъ психической вялости, угнетенія. Часто приходится также назначать душевно-больнымъ secale cornutum и ея препараты. Благодаря вліянію на сосудистыя стѣнки, спорынья оказываетъ хорошія услуги во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ приливами крови къ головному мозгу атоническаго происхожденія; суживая просвѣтъ сосудовъ, спорынья регулируетъ такимъ образомъ нарушенное питаніе психическаго органа. Съ подобною же цѣлью многими рекомендуется strychninum, особенно при заболѣваніяхъ, развившихся на почвѣ онанизма и половыхъ излишествъ, а равно и при нѣкоторыхъ формахъ алкоголизма. Но несравненно болѣе видную роль, чѣмъ всѣ названныя выше медикаменты, въ возбуждающемъ методѣ играютъ гидротерапія и электро-терапія. Особенно блестящіе результаты оказываетъ лѣченіе холодной водой, примѣняемое въ формѣ растираній, обертываній, душъ. Благодаря этимъ приѣмамъ получается расширение кожныхъ сосудовъ, оттокъ крови отъ внутреннихъ органовъ, а слѣдовательно устраненіе застоевъ и

улучшеніе питанія всего организма вообще, нервной системы въ частности. Вотъ почему ихъ можно рекомендовать при ипохондріи, нейрастеніи, истеріи, при нѣкоторыхъ формахъ мрачнаго угнетенія и т. д. Изъ различныхъ видовъ электротерапіи особенную пользу оказываетъ общая фарадизація, которая повидимому является надежнымъ tonicum даже у очень слабыхъ больныхъ. На ряду съ ней слѣдуетъ поставить также общую франклинизацію. Что касается примѣненія постоянного тока, то показанія къ нему пока разработаны еще очень мало, хотя на основаніи личнаго опыта я могу рекомендовать осторожную гальванизацію катодомъ шейныхъ симпатическихъ нервовъ при склонности къ застойнымъ гипереміямъ въ головномъ мозгу.

Если соматическое лѣченіе назначается далеко не всѣмъ душевно-больнымъ, то лѣченію *психическому* должны подлежать всѣ наши пациенты безъ исключенія. Мы можемъ различать два метода этого лѣченія — успокаивающій и отвлекающій.

Подъ *успокаивающимъ методомъ* мы понимаемъ устраненіе всѣхъ методовъ, способныхъ вызвать и поддерживать возбужденіе больного. Успокаивающее значеніе, слѣдовательно, имѣетъ прежде всего самое помѣщеніе въ больницу. Но иногда и его оказывается недостаточно; даже въ заведеніи больного приходится изолировать, помѣщать въ отдѣльную комнату, куда и прислуга не входитъ безъ крайней надобности.

Въ прежніе времена подобную строгую изоляцію примѣняли весьма часто иногда въ теченіе долгаго времени; теперь тщательное наблюденіе выяснило, что слишкомъ продолжительное изолированіе вредно отражается на теченіи психозовъ: больные становятся слишкомъ несдержанными, у нихъ укореняются различныя дурныя привычки и склонности, иногда быстрѣе наступаетъ вторичное слабоуміе. Поэтому каждый изолированный больной требуетъ внимательнаго надзора; при малѣйшей возможности его необходимо переводить въ общее помѣщеніе, старательно избѣгая однако слишкомъ крутыхъ

переходовъ. По мѣрѣ улучшенія стѣснительныя мѣры должны быть постепенно ослабляемы; больному разрѣшаютъ принимать участіе въ общихъ развлеченіяхъ, въ совмѣстныхъ прогулкахъ; ему позволяютъ видѣться съ родными и близкими.

Какъ только проходитъ острый періодъ болѣзни, успокаивающій методъ лѣченія замѣняютъ *отвлекающимъ*. Подъ этимъ именемъ мы понимаемъ всѣ приемы, помощью которыхъ вниманіе больного отвлекается отъ міра, созданнаго болѣзнию, и приковывается къ міру реальному, его окружающему. Первое мѣсто между такими приемами принадлежитъ безспорно физической работѣ. Каждое благоустроенное психіатрическое заведеніе должно имѣть свои поля, огороды, скотные дворы, различныя мастерскія, въ которыхъ больные работаютъ подъ руководствомъ и надзоромъ опытныхъ мастеровъ. Однако слѣдуетъ замѣтить, что заставить больного работать вначалѣ очень часто бываетъ сопряжено съ большими затрудненіями; подчасъ здѣсь бываютъ необходимы настойчивыя увѣщанія, различныя поощренія, нерѣдко личный примѣръ самого врача. Особенно мало расположенія къ физическимъ работамъ обнаруживаютъ, по крайней мѣрѣ у насъ въ Россіи, лица привилегированныхъ сословій, которыя не привыкли къ нимъ ранѣе, а иной разъ даже прямо стыдятся ихъ. Чтобы побороть въ подобныхъ случаяхъ упорство, необходимо много терпѣнія, практическаго такта и опыта.

Примѣняя отвлекающій методъ, психіатръ старается въ то же время ближе познакомиться съ своимъ больнымъ, по возможности сойтись съ нимъ, заслужить его довѣріе. Съ этой цѣлью онъ вступаетъ съ нимъ въ продолжительныя бесѣды, стараясь, чтобы его пациентъ началъ мало-по-малу смотрѣть на себя, какъ на больного. Вначалѣ это конечно не удастся; больноі скорѣе готовъ допустить, что всѣ кругомъ больны, но никакъ не онъ; онъ высказываетъ свои идеи бреда, отстаиваетъ ихъ, аргументируя со всей силой своей логики. Врачъ остерегается оспаривать его: пока человекъ боленъ, ему не-

доступны доводы разсудка. Но не слѣдуетъ также и соглашаться съ больнымъ, такъ какъ такое согласіе даетъ лишнее подтвержденіе словамъ больного. Терпѣливо выслушавъ своего собесѣдника, психіатръ чаще всего переводитъ разговоръ на физическое здоровье, пользуется всякимъ удобнымъ случаемъ, чтобы изслѣдовать больного и такимъ образомъ постепенно склонить его къ мысли, что онъ дѣйствительно боленъ. Если болѣзнь принимаетъ благопріятный оборотъ, ея симптомы мало-по-малу ослабѣваютъ, обманы чувствъ утрачиваютъ свою яркость, идеи бреда теряютъ упорство, настроеніе ближе подходитъ къ нормальному; къ больному постепенно возвращается сознаніе его положенія; онъ начинаетъ сомнѣваться въ истинѣ того, что передъ тѣмъ столь горячо оспаривалъ и съ такими сомнѣніями нерѣдко обращается къ врачу. Вотъ въ этотъ моментъ только и можно доказывать ложность его прежнихъ взглядовъ и убѣжденій, пользоваться доводами логики, противопоставлять дѣйствительные факты; и здѣсь какой-нибудь шутливой фразы, удачнаго примѣра нерѣдко бываетъ достаточно, чтобы вконецъ разрушить цѣлую систему бреда.

Выше я говорилъ только о благодѣтельномъ вліяніи физической работы, но ея не исчерпывается отвлекающій методъ; точно такое же значеніе могутъ имѣть различныя игры, развлеченія, чтенія, даже серьезная умственная работа, примѣняемая, конечно, съ должной осторожностью. Вообще приемы, помощью которыхъ можно привлечь вниманіе больного къ дѣйствительности, отличаются безграничнымъ разнообразіемъ, въ зависимости отъ индивидуальныхъ свойствъ каждаго даннаго случая, отъ условій обстановки. *Fischer* старшій рассказываетъ, что однажды, демонстрируя свою больницу какому-то посѣтителю, онъ остановился съ нимъ въ помѣщеніи, гдѣ находились больные, и велъ бесѣду, заложивъ руки назадъ, какъ вдругъ почувствовалъ сильный ударъ въ спину; оказалось, что сзади находилась больная, которую *Fischer* нечаянно ударилъ ключомъ, бывшимъ у него въ рукахъ. Это обстоятельство удивило всѣхъ: больная долгое время относилась

вполнѣ безучастно къ окружающимъ и разсматривалась, какъ глубоко слабоумная. Но какъ опытный психіатръ, *Fischer* отнесся къ подобной реакціи съ должнымъ вниманіемъ и на слѣдующій день, прійдя къ больной, ударилъ ее уже нарочно; послѣдовалъ энергичный отвѣтъ, и такой своеобразный обмѣнъ мыслей продолжался еще нѣкоторое время, пока больная не стала обнаруживать большой чуткости къ происходящему вокругъ, тогда столь энергичный способъ привлечь ея вниманіе былъ замѣненъ другимъ, и въ результатѣ постепенно получилось выздоровленіе.

Говоря выше объ обращеніи съ душевно-больными, я неоднократно указывалъ, что оно должно быть мягкимъ, гуманнымъ. Но является вопросъ, всегда ли, во всѣхъ ли случаяхъ оно должно быть такимъ? Принципъ индивидуализаціи необходимо принять во вниманіе, разрѣшая и этотъ вопросъ; въ отдѣльныхъ случаяхъ къ больнымъ должны быть примѣняемы также мѣры строгости, извѣстныя взысканія. Конечно, о подобныхъ мѣрахъ не можетъ быть и рѣчи, если передъ нами больные съ потемненнымъ сознаніемъ, неспособные дать себѣ отчетъ, что они дѣлаютъ; не находятъ себѣ примѣненія эти мѣры также и въ остромъ періодѣ болѣзни, когда ея симптомы слишкомъ ярки, слишкомъ повелительны, чтобы больной могъ успѣшно бороться съ ними.

Иное дѣло—хроники или выздоравливающіе; у очень многихъ хрониковъ вырабатывается враждебное отношеніе къ окружающимъ, развиваются различнаго рода вредныя склонности, непріятныя привычки; благодаря слабости этическихъ представленій или даже полному отсутствію ихъ, эти больные лишены сдерживающаго тормазы; является естественная необходимость замѣнить отсутствующіе регуляторы чѣмъ-либо инымъ, и во многихъ случаяхъ этимъ инымъ можетъ быть только боязнь взысканія, нежеланіе подвергнуться какому-либо стѣсненію. Отсюда ясна необходимость въ мѣрахъ, которыя бы заставили больныхъ подчиняться правиламъ больничной дисциплины; характеръ этихъ мѣръ опредѣляется индивидуальными свойствами человѣка. Чаше всего для этой цѣли находить

себѣ примѣненіе известное лишеніе свободы, переводъ въ другое отдѣленіе, запрещеніе какого-либо удовольствія, если только, конечно, одинъ выговоръ врача оказывается недостаточнымъ. Въ прежнее время въ больницахъ очень часто практиковались различныя механическія мѣры стѣсненія. Мнѣ самому еще приходилось встрѣчать въ старыхъ больницахъ громадныя, тяжелыя кресла, въ которыхъ больные удерживались неподвижно помощью толстыхъ ремней. Нынѣ всѣ эти мѣры, какъ не достигающія цѣли и вредно дѣйствующія во всѣхъ отношеніяхъ, безвозвратно оставлены, и только еще въ дореформенныхъ больницахъ можно встрѣтить ихъ слѣды въ видѣ такъ называемаго смирительнаго камзола. Прежде этотъ камзолъ примѣнялся весьма часто; его надѣвали на возбужденныхъ маниаковъ, которые могли быть опасными для окружающихъ, на меланхоликовъ съ попытками къ самоубійству, на слишкомъ неопытныхъ больныхъ, на рвущихъ свою одежду и т. д. и т. д. Опытъ однако показалъ, что во всѣхъ этихъ случаяхъ смирительная рубашка съ усиѣхомъ могла быть замѣнена своевременной изоляціей, а въ особенности болѣе внимательнымъ надзоромъ и только въ одномъ случаѣ я лично затруднился бы обойтись безъ примѣненія какихъ-либо внѣшнихъ стѣснительныхъ мѣръ, а именно, когда дѣло идетъ о хирургическомъ поврежденіи, ранѣ и т. п. и когда больные сбрасываютъ съ себя необходимыя повязки. Но можетъ быть Вы спросите, почему же такъ старательно мы избѣгаемъ теперь пользоваться смирительнымъ камзоломъ? Основанія, заставляющія современныхъ психіатровъ относиться къ нему враждебно, весьма разнообразны. Прежде всего больной, будучи связанъ, падаетъ въ своихъ собственныхъ глазахъ, утрачиваетъ чувство человѣческаго достоинства, т. е. то чувство, которое въ рукахъ опытнаго врача является могучимъ терапевтическимъ рычагомъ. Кромѣ этого, какъ бы искусно ни была приготовлена смирительная рубашка, какъ бы осторожно она ни была надѣта, во всякомъ случаѣ больной обыкновенно старается освободиться отъ нея, причѣмъ ея

воротъ легко можетъ сдавливать шею и тѣмъ затруднять оттокъ венозной крови, съ одной стороны, препятствовать экскурсіямъ дыхательной клѣтки — съ другой. Наконецъ, примѣненіе камзола дѣйствуетъ деморализующимъ образомъ и на больничную прислугу, которая привыкаетъ слишкомъ надѣяться на внѣшнія стѣснительныя мѣры.

Я счелъ себя вынужденнымъ нѣсколько остановиться на вредѣ смиренной рубашки, хотя, какъ сказалъ выше, она подверглась уже почти единогласному осужденію, но, къ сожалѣнію, только почти, такъ какъ еще и до сихъ поръ ее иногда Вы встрѣтите въ нѣкоторыхъ психіатрическихъ заведеніяхъ, такъ какъ и до сихъ поръ она рекомендуется еще даже въ нѣкоторыхъ руководствахъ и учебникахъ.

Въ періодѣ выздоровленія, когда заболѣваніе уже близится къ благопріятному концу, больныхъ далеко не всегда слѣдуетъ оставлять безъ должной терапіи. Задача ея здѣсь сводится главнымъ образомъ на укрѣпленіе физической организаціи, такъ какъ поднятіе общаго питанія служитъ одной изъ главныхъ гарантій противъ рецидива. Сверхъ того и въ періодѣ выздоровленія еще очень часто можетъ нарушаться сонъ, мѣняется настроеніе, временно вспыхиваютъ прежніе обманы чувствъ и т. п.; всѣ эти симптомы необходимо старательно замѣчать и заботиться объ ихъ устраненіи, принимая соотвѣтствующія мѣры.

Особенно осторожно слѣдуетъ относиться къ вполне естественному стремленію выздоравливающихъ начать прежнюю нормальную трудовую жизнь. Если только позволяютъ условія, къ этой жизни имъ слѣдуетъ возвращаться лишь постепенно, когда есть всѣ данныя думать, что здоровье возстановилось окончательно. Вотъ почему выздоровѣвшимъ можно рекомендовать по выходѣ изъ лѣчебницы уѣхать куда-нибудь въ деревню, къ близкимъ и здѣсь отдохнуть отъ перенесенной невзгоды, отъ впечатлѣній больничной жизни; только послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго отдыха они могутъ вернуться въ свой домъ, жить въ обычной трудовой обстановкѣ.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

**ЛЕКЦІЯ I. Историческій очеркъ развитія психіатріи.
Значеніе психіатріи для современнаго
общества.**

Психіатрія у древнихъ народовъ. Эпоха развитія греческой цивилизаціи. Гиппократъ. Платонъ. Аристотель. Александрійская школа. Аретэй Каппадокійскій. Галэнъ. Целій Авреліанъ. Психіатрія въ средніе вѣка. Эпоха возрожденія. Сталь. Heinroth. Benecke. Ideler. Nasse. Jacobi. Zeller. Griesinger. Pinel. Esquirol Bayle. Lallemand. Взглядъ современныхъ психіатровъ на душевныя страданія, какъ на заболѣваніе коры большихъ полушарій. Научныя основанія этого взгляда и его слѣдствіе. Причины, почему изученіе психіатріи приобрѣтаетъ все большую важность. Необходимость практическаго ознакомленія съ психіатріей для всѣхъ врачей и вообще для каждаго образованнаго человѣка

3—21

ЛЕКЦІЯ II. Основныя положенія современной психологіи.

Задачи современной психологіи. Методъ самонаблюденія. Методъ экспериментальный. Психофизиологія. Ощу-

щеніе и его свойства: физическое чувство, интензивность и качество. Представленіе. Представленія простыя и сложныя, единичныя и общія. Эстетическое чувство. Сознаніе и главнѣйшіе процессы, связанныя съ нимъ. Безсознательная духовная дѣятельность и ея значеніе. Вниманіе, перцепція и апперцепція. Апперцепція пассивная и активная. Соединенія ассоціативныя и апперцептивныя. Память. Фантазія. Умственныя способности. Аффектъ. Интеллектуальныя чувства. Воля

ЛЕКЦІЯ III. Симптоматологія помѣшательства.

Аномаліи въ сферѣ чувства. Качественныя аномаліи. Болѣзненно-мрачное настроеніе; психическая дизэстезія; психическая анестезія; замедленіе хода представлений. Болѣзненно-веселое настроеніе и его вліяніе на психическую жизнь. Аномаліи въ интензивности чувства. Болѣзненно-усиленная возбудимость чувства; психическая гиперэстезія чувственная, эстетическая и этическая; аффекты нормальные и патологическіе. Болѣзненная тупость чувства; притупленіе нравственнаго чувства при состояніяхъ угнетенія, возбужденія, у одержимыхъ бредовымъ помѣшательствомъ и при слабоуміи. Аномаліи сферы представлений. Формальныя разстройства этой сферы; замедленное теченіе идей и причины его при состояніяхъ мрачнаго угнетенія и слабоумія; ускоренное теченіе идей при состояніяхъ возбужденія.

Спутанность, безсвязность мышленія и ея причины у маніаковъ, у здоровыхъ людей, при состояніяхъ истощенія и слабоумія. Разстройтва въ сочетаніи идей; сочетаніе по внѣшней формѣ, по созвучію; навязчивые вопросы. Примѣры, характеризующіе аномалію послѣдняго рода

40—52

ЛЕКЦІЯ ІV. Симптоматологія помѣшательства. (Продолженіе)

Аномаліи въ сферѣ представленій. Навязчивыя идеи; условія, благопріятствующія ихъ образованію. Agoraphobia. Claustrophobia. Folie du toucher. Folie du doute. Виды навязчивыхъ идей по Meynert'у. Разстройтва апперцепціи. Разстройтва памяти; ея усиленіе у маніаковъ, ослабленіе у меланхоликовъ, при состояніяхъ истощенія и у слабоумныхъ. Фантазмы и иллюзіи памяти. Обманы воспоминанія. Аномаліи воображенія.

Идеи бреда; отличіе ихъ отъ заблужденій здоровыхъ людей. Способы образованія идей бреда; условія опредѣляющія ихъ содержаніе: характеръ патологическаго процесса, основное настроеніе, степень образованія и развитія, заболѣваніе внѣчерепныхъ органовъ

53—68

ЛЕКЦІЯ V. Симптоматологія помѣшательства. (Продолженіе)

Аномаліи въ двигательной сторонѣ душевной жизни; аномаліи вле-

ченія къ пищу у душевно-больныхъ; ослабленіе, усиленіе и извращеніе этого влеченія. Аномаліи полового влеченія; *paradoxia sexualis*, *anaesthesia sexualis*, *hyperaesthesia sexualis* и *paraesthesia sexualis*. Особенно важное практическое значеніе аномалій послѣдней категоріи; различіе между извращеннымъ половымъ влеченіемъ у здоровыхъ людей и у душевно-больныхъ. Раздѣленіе болѣзненно-извращеннаго полового влеченія по характеру его проявленія. Садизмъ. Мазохизмъ. Тѣсное сродство между актами жестокости и половымъ актомъ. Гипотеза Clevenger'a. Превратное половое ощущеніе; взглядъ на него Casper'a, Westphal'я и Krafft-Ebing'a. Извращеніе полового влеченія, какъ одинъ изъ частныхъ симптомовъ психической дегенераціи

ЛЕКЦІЯ VI. Симптоматологія помѣшательства. (Продолженіе)

Импульсивныя дѣйствія; ихъ отличіе отъ произвольныхъ дѣйствій; характеръ ихъ содержанія. Психомоторныя разстройства; условія, благопріятствующія ихъ происхожденію у маниаковъ, слабоумныхъ и меланхоликовъ. Тетанія. Каталепсія. Измѣненіе воли у душевно-больныхъ; извращеніе волевой дѣятельности и его причины; усиленіе воли у маниаковъ; ослабленіе ея при угнетенномъ состояніи и причины такого явленія; нерѣдко кажущееся ослабленіе воли у меланхоликовъ; воля при

слабоуміи. Свободная воля у душевно-больныхъ; идеи бреда и отсутствіе нравственныхъ представленій, какъ главнѣйшіе факторы, измѣняющіе произвольную дѣятельность душевно-больныхъ

84—94

ЛЕКЦІЯ VII. Симптоматологія помѣшательства. (Продолженіе)

Обманы чувствъ: иллюзіи и галлюцинаціи; взаимное ихъ различіе. Гипотезы, объясняющія происхожденіе галлюцинацій. Теорія периферическаго происхожденія галлюцинацій; возраженіе противъ нея. Теорія центрального происхожденія галлюцинацій и ея слабыя стороны; возраженія противъ нея, доставляемая клиникой. Гипотезы Schroeder van der Kolk'a, Meynert'a и Кандинскаго. Гипотеза, предложенная Tamburini: галлюцинаціи периферическія, центральныя и интеллектуальныя. Галлюцинаціи у психически здоровыхъ людей. Вліяніе, которое оказываютъ галлюцинаціи на душевно-здоровыхъ и причины его. Историческое значеніе галлюцинацій. Трудность распознаванія галлюцинацій въ отдѣльныхъ случаяхъ и объективные симптомы ихъ .

95—108

ЛЕКЦІЯ VIII. Симптоматологія помѣшательства. (Продолженіе)

Явленія въ нормальной и патологической жизни, сродныя съ галлюцинаціями. Сновидѣнія; ихъ клиническая близость къ галлюцинаціямъ. Гипна-

гогическія галлюцинаціи Baillarger; особенности, представляемыя ими. Псевдогаллюцинаціи Meyer'a. Псевдогаллюцинаціи Hagen'a. Псевдогаллюцинаціи Кандинскаго; характерныя клиническія особенности, отличающія это явленіе отъ истинныхъ галлюцинацій, съ одной стороны, и образовъ фантазіи—съ другой. Пути, какими возникаютъ псевдогаллюцинаціи Кандинскаго, и условія, при которыхъ онѣ переходять въ истинныя галлюцинаціи.

Иллюзіи; иллюзіи физическія, физиологическія и психологическія. Условія, благопріятствующія возникновенію иллюзіи у душевно-больныхъ. Клиническое значеніе иллюзіи. Затрудненія, представляемыя иногда дифференціальной діагностикой между иллюзіями и галлюцинаціями

ЛЕКЦІЯ IX. Симптоматологія помѣшательства. (Окончаніе)

Измѣненія сознанія у душевно-больныхъ. Сознательная и безсознательная сферы духовной жизни у нормальнаго человѣка. Преходящее и стойкое общее помраченіе сознанія у душевно-больныхъ. Частичныя нарушенія сознательной жизни. Расчлененіе сознанія. Двойственная жизнь. Потемнѣніе сознанія собственной болѣзни. Сумеречное состояніе сознанія. Ступоръ; характерныя особенности его какъ въ психической, такъ и въ соматической сферахъ. Экстазь.

Разстройства рѣчи у душевно-больныхъ. Рѣчь идіотовъ. Три стадіи въ процессѣ рѣчи здороваго челоуѣка: образованіе мысли, дикція и артикуляція. Дисфразіи, дисфазіи и дизартріи у душевно-больныхъ. Измѣненіе темпа рѣчи у маніаковъ; безсвязность рѣчи при слабоуміи; замедленіе темпа рѣчи, какъ признакъ угнетеннаго настроенія и какъ выраженіе упадка душевной жизни. Разстройства дикціи: нарушеніе правилъ грамматики и изобрѣтеніе новыхъ словъ; причины, вызывающія послѣднее явленіе. Дизартріи.

118—130

ЛЕКЦІЯ X. Разстройства соматической сферы при помѣшательствѣ.

Разстройства соматической сферы у душевно-больныхъ. Измѣненіе чувствительности; анэстезіи; ихъ различное происхожденіе; анэстезія органовъ высшихъ чувствъ; анэстезія кожная и мышечная; видная роль этихъ анэстезій въ клинической картинѣ психозовъ. Анэстезія въ сферѣ общаго чувства. Гиперэстезія у душевно-больныхъ въ органахъ высшихъ чувствъ; гиперэстезія кожной чувствительности и общаго чувства. Значеніе гиперэстезіи общаго чувства при развитіи ипохондрическаго настроенія. Невралгіи у душевно-больныхъ и ихъ различная роль въ картинѣ страданія. *Disphrenia neuralgica.*

Измѣненія въ двигательной сферѣ: зависимость произвольной мускулатуры отъ характера духовной жизни у душевно-здоровыхъ и душевно-больныхъ;

локалізованія двигателія разстройства и ихъ отношеніе къ душевному заболѣванію.

Измѣненія сосудодвигательной сферы: измѣненіе пульса у меланхоликовъ, маниаковъ и при слабоуміи Предсердечная тоска; практическое значеніе этого симптома и условія, его вызывающія

131—141

ЛЕНЦІЯ XI. Разстройства соматической сферы при помѣшательствѣ. (Окончаніе)

Трофическія разстройства у душевно-больныхъ; колебанія вѣса въ различныхъ стадіяхъ душевнаго разстройства; вѣсъ тѣла при періодическихъ формахъ; изслѣдованія Fürstner'a; ломкость реберъ у душевно-больныхъ; отѣматомы; пораженія внутреннихъ органовъ, зависящія отъ измѣненія трофической функціи головного мозга; физическіе признаки вырожденія и ихъ клиническое значеніе.

Измѣненіе выдѣленій и отдѣленій у душевно-больныхъ; измѣненія мочи; появленіе бѣлка въ мочѣ; токсическія свойства мочи. Разстройства менструацій.

Температура при душевныхъ страданіяхъ: тепловые центры въ головномъ мозгу; повышеніе и пониженіе температуры при различныхъ формахъ душевнаго заболѣванія; наблюденія Бехтерева.

Разстройства сна у душевно-больныхъ

142—153

ЛЕКЦІЯ XII. Етіологія пом'шательства.

Отсутствіе патогномичныхъ симптомовъ пом'шательства. Совокупность наблюдаемыхъ явленій, какъ единственная надежная точка опоры при діагнозѣ пом'шательства. Взглядъ на душевныя страданія, какъ на постепенное измѣненіе всей психической личности подъ вліяніемъ обыкновенно цѣлаго ряда етіологическихъ факторовъ. Етіологическіе моменты предрасполагающіе и непосредственныя; подраздѣленіе первыхъ на общіе и индивидуальныя, вторыхъ—на психическіе и физическіе. Вліяніе современной цивилизаціи на развитіе душевныхъ страданій. Прогрессивное увеличеніе процента душевно-больныхъ въ цивилизованныхъ странахъ и главнѣйшія его причины. Вліяніе политическихъ бурь, переворотовъ и войнъ на психическое здоровье. Національность, климатъ, времена года—какъ етіологическія факторы. 154—167

ЛЕКЦІЯ XIII. Етіологія пом'шательства. (Продолженіе)

Вліяніе пола на развитіе душевныхъ страданій. Семейное положеніе, какъ етіологическій факторъ. Значеніе возраста при возникновеніи психозовъ. Причины малой заболѣваемости дѣтей и особенности клиническихъ картинъ, которыя у нихъ наблюдаются. Вліяніе эпохи полового созрѣванія. Гебефрениа и ея клиническая характеристика. Психозы взрослыхъ Климактерическій

періодъ. Психозы старческаго возраста. Этіологическое значеніе нѣкоторыхъ профессій; усиленная заболѣваемость гувернантокъ, врачей. Вліяніе военной службы на заболѣваемость. Тюремное заключеніе какъ этіологическій моментъ; заключеніе общее и одиночное; арестантское помѣшательство. Исслѣдованія Kirn'a, Semal'я, Koin'a и Nascke . 168—182

ЛЕКЦІЯ XIV. Этіологія помѣшательства. (Продолженіе)

Индивидуальныя предрасполагающія причины: наслѣдственность; различные виды передачи наслѣдственныхъ вліяній; атавизмъ; передача предрасположенія къ душевнымъ страданіямъ и передача самого заболѣванія; однообразная наслѣдственность; вліяніе на потомство общихъ неврозовъ у родителей, порочной жизни ихъ, пьянства. Вліяніе, оказываемое на дѣтей различными психическими моментами, дѣйствовавшими во время зачатія. Отношеніе геніальности къ помѣшательству. Браки между близкими родственниками. Схема, предложенная Morel'емъ. Гипотеза Richarz'a.

Воспитаніе и его роль въ ряду этіологическихъ факторовъ; вредное вліяніе слишкомъ односторонняго воспитанія; воспитаніе изнѣживающее и суровое 183—196

ЛЕКЦІЯ XV. Этіологія помѣшательства. (Продолженіе)

Причины, непосредственно вызывающія душевныя болѣзни. Психическія причины: внезапныя душевныя

потрясенія и ихъ етіологическая роль, угнетающія психическія волненія длительного характера; вліяніе напряженной умственной работы. Мнимая заразительность душевныхъ заболѣваній. Физическія причины, непосредственно влекущія душевное разстройство; заболѣванія головного мозга и его оболочекъ; травматическіе психозы; етіологическая роль болѣзней спинного мозга; спинная сухотка, какъ етіологическій факторъ; душевныя страданія, вызываемыя поражениемъ периферической нервной системы; значеніе общихъ неврозовъ въ етіологіи психического разстройства



197—207

ЛЕКЦІЯ XVI. Етіологія помѣшательства. (Окончаніе)

Значеніе острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній въ етіологіи помѣшательства: тифъ, оспа, скарлатина, инфлюэнца. Хроническія конституціональныя страданія, какъ етіологическій факторъ; общія и мѣстныя анеміи, вызываемыя ими въ психическомъ органѣ; чахотка, сифились. Мѣстныя страданія: поражение пищеварительнаго тракта; видная етіологическая роль страданія половыхъ органовъ. Половыя излишества; вліяніе ихъ на психическое здоровье. Онанизмъ; пути, какими онъ оказываётъ свое пагубное дѣйствіе, и клиническія картины, какія онъ вызываетъ. Етіологическое значеніе беременности, родовъ, послѣродового періода и періода кормленія; неблагоприятныя условія, связанныя съ ними

208—219

ЛЕКЦІЯ XVII. Теченіе и исходы помѣшательства.

Душевныя заболѣванія острыя и хроническія. Общая характеристика острыхъ психозовъ. Раздѣленіе хроническихъ психозовъ по ихъ теченію на періодическіе, стаціонарные, типически — и не типически прогрессирующие. Три главныхъ стадіи въ развитіи типическихъ психозовъ: стадія предвѣстниковъ, аспе и исходная. Общая клиническая характеристика стадіи предвѣстниковъ. Стадія наивысшаго развитія болѣзни: ремиссии и эксацербации; интермиссии; *intervalla lucida*; осложненія со стороны соматической сферы —пораженія легкихъ, желудочно-кишечнаго тракта, прогрессирующая анемія, пролежни и т. д. Исходная стадія: полное выздоровленіе, неполное выздоровленіе и различные его виды. Смертельный исходъ душевныхъ болѣзней и его причины 220—230

ЛЕКЦІЯ XVIII. Распознаваніе помѣшательства.

Затрудненія, съ которыми иногда бываетъ связано распознаваніе помѣшательства. Основныя правила, какими слѣдуетъ руководствоваться въ подобныхъ случаяхъ: всестороннее и полное изученіе всѣхъ функцій нервной системы, обстоятельное изслѣдованіе соматической сферы, возможно подробное ознакомленіе со всей прошлой жизнью загадочнаго субъекта, оцѣнка этиологическихъ моментовъ и способъ развитія клинической картины. Необходимость

личнаго изслѣдованія больного. Діагностическая важность, какую представляютъ рукописи больныхъ; рукописи слабоумныхъ, меланхоликовъ, маниаковъ, одержимыхъ бредовымъ помѣшательствомъ и прогрессивнымъ параличомъ помѣшанныхъ. Симуляція и диссимуляція душевнаго разстройства. Рѣдкость симуляціи и причины этого; методъ, какимъ пользуется современная наука для выясненія истины. Диссимуляція

ЛЕКЦІЯ XIX. Предсказаніе въ помѣшательствѣ.

Предсказаніе *quoad vitam*: вліяніе душевныхъ страданій на среднюю продолжительность жизни; важное значеніе, какое приобрѣтаютъ для прогноза состояніе соматической сферы, діагнозъ, возрастъ больного и характеръ теченія болѣзни. Предсказаніе *quoad valetudinem completam*: значеніе продолжительности страданія, характера его начала, теченія и выздоровленія; важность этиологическихъ данныхъ: предрасположеніе, соматическія заболѣванія, половыя излишества, психическіе моменты. Вліяніе возраста и пола на предсказаніе. Прогностическое значеніе отдѣльныхъ симптомовъ: потемнѣніе сознанія, ослабленіе нравственнаго чувства, иллюзіи, галлюцинаціи, идеи бреда, измѣненія воли, усиленіе полового влеченія и влеченія къ пищѣ. Предсказаніе рецидива и данныя, на которыхъ оно основывается. Предска-

заніе относительно психическаго здоровья потомства.

Патолого-анатомическія измѣненія въ головномъ мозгу при помѣшательствѣ: аномаліи въ строеніи черепа, патологическіе процессы въ костяхъ черепа и въ оболочкахъ головного мозга; аномаліи развитія въ грубомъ и тончайшемъ строеніи мозга; органическія пораженія головного мозга. Взглядъ на душевныя заболѣванія, какъ на результатъ расстройства кровообращенія въ головномъ мозгу. Гипотеза Meunert'a. Значеніе интоксикацій въ развитіи душевныхъ болѣзней. 245—256

ЛЕКЦІЯ XX. Лѣченіе помѣшательства.

Терапія душевныхъ страданій въ эпоху развитія древней психіатріи и въ средніе вѣка. Основныя положенія современной терапіи. Профилактика душевныхъ заболѣваній и ея важность. Главное требованіе при терапіи развившагося страданія. Значеніе специальныхъ больницъ въ современной терапіи. Устройство больницъ для душевнобольныхъ; отдѣленіе для спокойныхъ больныхъ и особенности его обстановки; отдѣленія для неспокойныхъ и для буйныхъ больныхъ; устройство изоляторовъ; отдѣленіе для трудныхъ и неопытныхъ больныхъ; обсервационныя отдѣленія и постельный режимъ. Колоніи для душевнобольныхъ. Patronage familiale. Geheel. Показанія къ помѣщенію въ больницу и способъ помѣщенія 257—273

ЛЕКЦІЯ XXI. Лѣченіе помѣшательства. (Окончаніе)

Лѣченіе соматическое и психическое. Показанія къ соматическому лѣченію. Отвлекающій методъ лѣченія, мѣстныя кровопусканія, холодныя компрессы, продолжительныя теплыя ванны, отвлеченіе на кишечникъ. Успокаивающій методъ лѣченія: опій и его алкалоиды; показанія къ назначенію опія и морфія; бромистыя препараты. Снотворныя средства: хлораль-гидратъ, паральдегидъ, сульфональ, тріональ, верональ и миналь; изоляція; пребываніе въ постели; теплыя ванны. Возбуждающій методъ лѣченія: мускусъ, камфора, фосфоръ, спорынья, стрихнинъ.

Гидротерапія; электротерапія. Психическое лѣченіе; успокаивающій методъ; устраненіе всѣхъ возбуждающихъ моментовъ, изоляція. Отвлекающій методъ; физическая работа, игры, умственный трудъ. Характеръ обращенія съ душевно-больными. Лѣчебныя мѣры въ періодѣ выздоровленія . . . 273—287

Самое простое
Земля

1. -
Или спекуля
убежден. фид.
Защитен. Закрытие
Угроз

Камни / Искусств.

Характер

улиц

А. Малая

ди. об. ин. ин. ин.

С. по. а. а. а.

И. де. об. ин. ин.

улиц

И. де. об. ин. ин. ин.

И. де. об. ин. ин.

И. де. об. ин. ин.

И. де. об. ин. ин.

И. де. об. ин. ин.

И. де. об. ин. ин. ин.